

## KISA ÜRÜN BİLGİSİ

▼ Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonları TÜFAM'a bildirmeleri beklenmektedir. Bakınız Bölüm 4.8 Advers reaksiyonlar nasıl raporlanır?

### 1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

KANJİNTİ® 150 mg infüzyonluk çözelti hazırlamada kullanılacak konsantre için toz

Steril

### 2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

#### Etkin madde:

Herbir flakon 150 mg trastuzumab içerir. 1 mL konsantre çözelti 21 mg trastuzumab içerir. Trastuzumab, memeli (Çin hamster yumurtalığı) hücre süspansiyon kültüründen üretilen ve özel viral inaktivasyon ve uzaklaştırma işlemlerini içeren iyon değişim ve afinite kromatografisi ile saflaştırılan biyobenzer bir humanize IgG1 monoklonal antikorudur.

#### Yardımcı madde(ler):

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

### 3. FARMASÖTİK FORM

İnfüzyonluk çözelti hazırlamada kullanılacak konsantre için toz.

Liyofilize toz, beyaz ila açık sarı renktedir.

### 4. KLİNİK ÖZELLİKLER

#### 4.1 Terapötik endikasyonlar

Meme kanseri

Metastatik Meme Kanseri (MMK):

KANJİNTİ®, HER2'yi yüksek düzeyde eksprese eden (immünohistokimya ile 3+ veya FISH +) metastatik meme kanserli hastaların tedavisinde aşağıdaki durumlarda endikedir:

- Metastatik hastalığı için bir veya daha çok kez kemoterapi gören hastaların tedavisinde tek ajan olarak.
- Metastatik hastalığı için kemoterapi görmemiş hastaların tedavisinde paklitaksel veya dosetaksel ile kombine olarak.

Erken Evre Meme Kanseri (EEMK):

İmmünohistokimyasal yöntemlerle HER2 (+++) veya FISH/CISH yöntemi ile HER2 (+) meme kanserli hastaların adjuvant veya neoadjuvant tedavisinde endikedir. Bu alanda kullanımda aşağıdaki hasta özellikleri esas alınmalıdır:

- 1-Lenf nodu tutulumu olan veya lokal ileri hastalık bulguları olan hastaların neoadjuvant tedavisinde
- 2-Lenf nodu tutulumu olan hastaların adjuvant tedavisinde
- 3-Lenf nodu tutulumu olmayan hastalarda, aşağıdaki bulgulardan biri olması durumunda

- a) Hormon reseptörlerin negatif olması
- b) Tümör büyüklüğünün 2 cm'den fazla olması
- c) Grad 2 veya 3 olması
- d) Yaşın 35'den küçük olması

İleri Evre Gastrik Kanseri:

HER2 neu pozitifliği, hem immunhistokimyasal yöntemle +2/+3 ve hem FISH-CISH ile pozitif olarak saptanan metastatik mide veya özofagogastrik bileşke yerleşimli adenokanserli ve daha önce metastatik hastalığı için kemoterapi uygulanmamış olan hastalarda sisplatin ile kapesitabin ya da 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri ile kombine olarak kullanımı endikedir. Doğru ve valide edilmiş tayin yöntemleri kullanılmalıdır (bkz. bölüm 4.4 ve 5.1).

## 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli

### Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

KANJİNTİ® tedavisine başlamadan önce HER2 testi yapılması şarttır. KANJİNTİ® tedavisi sadece sitotoksik kemoterapi uygulamalarında deneyimli klinisyen tarafından başlatılmalıdır ve yalnızca bir doktor veya hemşire tarafından uygulanmalıdır.

### Metastatik meme kanseri

Haftalık doz rejimi:

Yükleme dozu:

Başlangıç için önerilen 4 mg/kg vücut ağırlığı yükleme dozundaki KANJİNTİ®, 90 dakikalık intravenöz infüzyon olarak uygulanır.

Sonraki dozlar:

Önerilen, haftalık idame KANJİNTİ® dozu 2 mg/kg (vücut ağırlığı)'dır. Başlangıçtaki yükleme dozu iyi tolere edilirse, doz 30 dakikalık infüzyon olarak uygulanabilir.

3 haftalık doz rejimi:

Başlangıç için önerilen 8 mg/kg (vücut ağırlığı) yükleme dozu ve 3 hafta sonrasında 3 haftalık aralıklarla tekrarlanan 6 mg/kg (vücut ağırlığı) doz 90 dakika süresince infüzyon olarak uygulanır. Başlangıçtaki yükleme dozu iyi tolere edilirse, doz 30 dakikalık infüzyon olarak uygulanabilir.

Paklitaksel veya dosetaksel ile kombine olarak uygulanması:

Pivotal çalışmalarda (H0648g, M77001), ilk doz trastuzumabı takiben ve önceki trastuzumab dozu iyi tolere edilmiş ise uygulanan sonraki trastuzumab dozlarının hemen akabinde, paklitaksel veya dosetaksel uygulanmıştır.

### Erken evre meme kanseri

Haftalık doz rejimi:

Yükleme dozu:

Başlangıç için önerilen 4 mg/kg vücut ağırlığı yükleme dozundaki KANJİNTİ® , 90 dakikalık intravenöz infüzyon olarak uygulanır.

Sonraki dozlar:

Önerilen, haftalık idame KANJİNTİ® dozu 2 mg/kg (vücut ağırlığı)'dır. Başlangıçtaki yükleme dozu iyi tolere edilirse, doz 30 dakikalık infüzyon olarak uygulanabilir.

3 haftalık doz rejimi:

Başlangıç için önerilen 8 mg/kg (vücut ağırlığı) yükleme dozu ve 3 hafta sonrasında 3 haftalık aralıklarla tekrarlanan 6 mg/kg (vücut ağırlığı) doz 90 dakika süresince infüzyon olarak uygulanır. Başlangıçtaki yükleme dozu iyi tolere edilirse, doz 30 dakikalık infüzyon olarak uygulanabilir.

İleri evre gastrik kanser

3 haftalık doz rejimi:

Başlangıç için önerilen 8 mg/kg (vücut ağırlığı) yükleme dozu ve 3 hafta sonrasında 3 haftalık aralıklarla tekrarlanan 6 mg/kg (vücut ağırlığı) doz 90 dakika süresince infüzyon olarak uygulanır. Başlangıçtaki yükleme dozu iyi tolere edilirse, doz 30 dakikalık infüzyon olarak uygulanabilir.

Tedavi süresi:

Klinik çalışmalarda, metastatik meme kanserli veya ileri evre gastrik kanserli hastalar, hastalık progresyonuna kadar trastuzumab ile tedavi edilmişlerdir. Erken evre meme kanserli hastalar 1 yıl boyunca veya hastalık progresyonuna kadar (hangisi önce ortaya çıkarsa) tedavi edilmelidir. Erken evre meme kanseri HER2 IHC ile 3+ veya FISH/CISH ile pozitif olan hastaların adjuvan tedavisinde bir yılı aşmayacak şekilde hekimin uygun göreceği süre kadar kullanılmalıdır. Hastalık progresyonunda kullanılmaz. Hekim hasta ve hastalıkla ilgili nedenlerle tedaviyi daha erken sonlandırabilir.

Kaçırılan dozlar:

Eğer hasta, bir hafta ya da daha kısa bir süre KANJİNTİ® dozunu kaçırırsa, her zamanki KANJİNTİ® idame dozu (haftalık rejimde 2 mg/kg; 3 haftalık rejimde 6 mg/kg) en kısa sürede verilmelidir. Bir sonraki planlanan tarih beklenmemelidir. Sonraki KANJİNTİ® idame dozları (haftalık rejimde 2 mg/kg; 3 haftalık rejimde 6 mg/kg) haftalık veya 3 haftalık doz rejimine uygun olarak 7 gün ya da 21 gün sonra uygulanmaya devam edilmelidir.

Eğer hasta, bir haftadan fazla bir süre için KANJİNTİ® dozunu kaçırırsa en kısa sürede KANJİNTİ® yükleme dozu (haftalık rejimde 4 mg/kg; 3 haftalık rejimde 8 mg/kg) 90 dakika süresince tekrar verilmelidir. Müteakip KANJİNTİ® idame dozları (haftalık rejimde 2 mg/kg;

3 haftalık rejimde 6 mg/kg) o noktadan itibaren (haftalık rejimde: her hafta; 3 haftalık rejimde: 3 haftada bir) uygulanmaya devam edilmelidir.

**Doz azaltımı:**

Klinik çalışmalar sırasında trastuzumab dozunda hiçbir azaltma yapılmamıştır. Hastalar reverzibl, kemoterapinin indüklediği miyelosupresyon dönemlerinde KANJİNTİ® tedavisine devam edebilirler, fakat bu süre içerisinde hastalar, nötropeni komplikasyonlarının oluşumuna karşı dikkatle takip edilmelidirler. Kemoterapinin azaltılması veya doza ara verilmesi ile ilgili spesifik talimatlara uyulmalıdır.

Eğer sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) için düşüş oranı, başlangıç değerinden 10 birim ya da daha fazlaysa ve %50'nin altına düşüyorsa, tedavi durdurulmalı ve yaklaşık 3 hafta içerisinde yeniden LVEF değerlendirmesi yapılmalıdır. LVEF değeri düzelmeyorsa veya daha da azalıyor veya semptomatik kardiyak yetmezlik gelişirse, hastanın tedaviden elde edeceği fayda riskten fazla olmadığı sürece KANJİNTİ® tedavisinin sona erdirilmesi ciddi olarak düşünülmelidir. Bu gibi hastalar, bir kardiyolog tarafından değerlendirilmek üzere sevk edilmeli ve takip edilmelidir.

**Uygulama şekli:**

KANJİNTİ® yükleme dozu 90 dakikalık intravenöz infüzyon olarak uygulanmalıdır. İntravenöz yükleme veya bolus olarak uygulanmamalıdır. KANJİNTİ® intravenöz infüzyonu anafilaksiyi yönetecek şekilde hazırlanmış bir sağlık mesleği mensubu tarafından uygulanmalıdır ve bir acil durum kiti bulunmalıdır. Hastalar ilk infüzyonun başlangıcından 6 saat sonrasına ve devam eden infüzyonların başlangıcından 2 saat sonrasına kadar ateş ve titreme gibi semptomlar ve infüzyonla ilişkili diğer semptomlar için gözlenmelidir. Ara verme veya infüzyon hızını azaltma bu çeşit semptomların kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir. Semptomlar hafiflediğinde infüzyona devam edilebilir. Eğer başlangıç dozu iyi tolere edilirse, devam eden dozlar 30 dakikalık infüzyon şeklinde uygulanabilir. Uygulamadan önce KANJİNTİ®'nin rekonstitüsyon talimatı için 'bölüm 6.6 Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler' bölümüne bakınız.

**Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:**

**Böbrek/Karaciğer yetmezliği:**

Özel bir kullanım durumu bulunmamaktadır.

**Pediyatrik popülasyon:**

Pediyatrik hastalarda trastuzumabın güvenliliği ve etkililiği belirlenmemiştir.

Pediyatrik popülasyonda KANJİNTİ®'nin kullanımı yoktur.

**Geriyatrik popülasyon:**

Veriler trastuzumabın atılımının yaşa göre değişmediğini ortaya koymaktadır (bkz. bölüm 5.2 Farmakokinetik özellikler; Hastalardaki karakteristik özellikler). Klinik çalışmalarda, yaşlı hastalarda trastuzumab dozu azaltılmamıştır.

### 4.3 Kontrendikasyonlar

Trastuzumab, murin proteinleri veya KANJİNTİ®'nin içerisinde bulunan yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık.

İlerlemiş maligniteye bağlı olarak dinlenme esnasında ciddi dispne veya destekleyici oksijen tedavisi gereksinimi.

### 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Diğer tüm terapötik proteinlerde olduğu gibi KANJİNTİ® için de potansiyel immunojenite riski söz konusudur.

HER2 testi, test prosedürlerinin mutlaka uygun validasyon koşullarını sağlayan uzman laboratuvarlarda yapılmalıdır (bkz. bölüm 5.1 Farmakodinamik özellikler).

Adjuvan koşullarda daha önce trastuzumab kullanmış olan hastaların, trastuzumab ile yeniden tedavi edilmesine ilişkin klinik çalışmalardan elde edilmiş veri bulunmamaktadır.

Kardiyak fonksiyon bozukluğu

Genel bilgiler

KANJİNTİ® ile tedavi edilen hastalarda kalp yetmezliği (New York Kalp Birliği [NYHA] Sınıf II-IV) veya asemptomatik kardiyak fonksiyon bozukluğu riski daha yüksektir. Bu durumlar tek başına veya paklitaksel ya da dosetaksel ile kombinasyon halinde, özellikle antrasiklin (doksorubisin veya epirubisin) içeren kemoterapi ardından trastuzumab alan hastalarda gözlenmiştir. Bu orta ila ileri derecede olabilir ve ölüm ile ilişkilendirilmiştir (bkz. bölüm 4.8 İstenmeyen etkiler). İlave olarak, artmış kardiyak riski bulunan hastaların (örn. hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği (CHF), LVEF < %55, ileri yaş) tedavisi sırasında çok dikkat edilmelidir.

KANJİNTİ® ile tedavi edilmeye aday hastalar, özellikle önceden antrasikline ve siklofosfamide (AC) maruz kalanlar, anamnez ve fiziksel muayene, EKG, ekokardiyogram ve/veya multigated acquisition (MUGA) taraması veya manyetik rezonans görüntüleme içeren kapsamlı temel kardiyak incelemelerine tabi tutulmalıdır. Monitorizasyon, kardiyak bozukluk geliştirme ihtimali olan hastaların saptanmasına yardımcı olabilir. Başlangıçta yapılan kardiyak değerlendirmeler, tedavi sırasında her 3 ayda bir, tedavinin bitiminin ardından ise her 6 ayda bir, son KANJİNTİ® uygulamasından sonraki 24. aya kadar tekrarlanmalıdır. KANJİNTİ® ile tedaviye karar verilmeden önce dikkatli bir risk-yarar değerlendirmesi yapılmalıdır.

Trastuzumab, tüm mevcut verilerin popülasyon farmakokinetik analizine dayanarak KANJİNTİ® tedavisinin sonlandırılmasının ardından 7 aya kadar dolaşım sisteminde kalabilir (bkz. bölüm 5.2 Farmakokinetik özellikler). KANJİNTİ® tedavisinin sonlandırılmasından sonra antrasiklin tedavisi alan hastalar kardiyak fonksiyon bozukluğu bakımından yüksek risk altında olabilirler. Eğer mümkünse, hekimler KANJİNTİ® tedavisi sonlandırıldıktan sonra 7. aya kadar antrasiklin bazlı tedaviden kaçınmalıdır. Antrasiklinler kullanılıyorsa, hastanın kardiyak işlevi dikkatle gözlenmelidir.

Başlangıçtaki taramanın ardından kardiyovasküler endişelerin bulunduğu hastalarda resmi kardiyolojik değerlendirme dikkate alınmalıdır. Tüm hastalarda kardiyak işlev tedavi boyunca (her 12 haftada bir) gözlenmelidir. Bu gözlem, kardiyak işlev bozukluğu gelişen hastaların saptanmasına yardımcı olabilir. Asemptomatik kardiyak işlev bozukluğu gelişen hastalarda daha sık gözlem (her 6-8 haftada bir) faydalı olabilir. Eğer hastalarda sol ventriküler işlevde düşüş devam ediyor ancak asemptomatik olarak kalıyorsa ve hastalar KANJİNTİ® tedavisinden klinik fayda göremiyorsa tedavinin kesilmesi düşünülmelidir.

Kardiyak fonksiyon bozukluğu yaşayan hastalarda trastuzumab kullanımına devam edilmesi veya yeniden başlanmasının güvenliliği prospektif olarak çalışılmamıştır. Eğer LVEF düşüş oranı, başlangıç değerinden 10 birim ya da daha fazlasıya ve %50'nin altına düşüyorsa, tedavi durdurulmalı ve yaklaşık 3 hafta içerisinde yeniden LVEF değerlendirmesi yapılmalıdır. LVEF değeri düzelmeyorsa veya daha da azalıyorsa veya semptomatik kardiyak yetmezlik gelişirse, hastanın tedaviden elde edeceği fayda riskten fazla olmadığı sürece KANJİNTİ® tedavisinin sona erdirilmesi ciddi olarak düşünülmelidir. Bu gibi hastalar, bir kardiyolog tarafından değerlendirilmek üzere sevk edilmeli ve takip edilmelidir.

KANJİNTİ® tedavisi sırasında semptomatik kardiyak yetmezlik gelişirse, kalp yetmezliği için standart tedavi seçenekleriyle tedavi edilmelidir. Pivotal çalışmalarda kalp yetmezliği veya asemptomatik, kardiyak fonksiyon bozukluğu gelişen çoğu hasta, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) ve bir betablokör içeren standart tıbbi tedaviyle iyileşmiştir. Kardiyak semptomları olan ve trastuzumab tedavisinden klinik fayda gören hastaların çoğu, ilave klinik kardiyak olaylar yaşamaksızın trastuzumab tedavisine devam etmiştir.

Metastatik meme kanseri:

Metastatik meme kanserinde KANJİNTİ® ve antrasiklinler kombinasyon halinde eş zamanlı verilmemelidir.

Daha önce antrasiklin alan metastatik meme kanserli hastalar ayrıca KANJİNTİ® tedavisi ile kardiyotoksikite riski altındadır ancak bu risk KANJİNTİ® ve antrasiklinlerin eş zamanlı kullanımıyla oluşan riskten düşüktür.

Erken evre meme kanseri (EEMK):

Erken evre meme kanseri hastalarında kardiyak değerlendirme, başlangıçta yapıldığı şekilde tedavi boyunca her 3 ayda bir ve en son KANJİNTİ® uygulamasından itibaren 24 ay boyunca her 6 ayda bir tekrarlanmalıdır. Antrasiklin içeren kemoterapi gören hastalarda daha fazla gözlem yapılması önerilmektedir. Son KANJİNTİ® uygulamasından itibaren 5 yıl boyunca veya LVEF'te devam eden düşüş gözleniyorsa daha uzun süre boyunca yılda bir kez gözlem yapılmalıdır.

Miyokard enfarktüs (MI), tıbbi tedavi gerektiren angina pectoris, geçmişte veya halihazırda devam eden kalp yetmezliği (NYHA sınıf II-IV), LVEF < %55, diğer kardiyomiyopatiler, tıbbi tedavi gerektiren kardiyak aritmi, klinik açıdan önemli valvüler hastalık, aktif olarak kontrol edilmeyen hipertansiyon (standart, uygun tıbbi tedaviyle kontrol edilen hipertansiyonu olan hastalar uygun) ve hemodinamik etkili perikardiyal efüzyon geçmişi olan hastalar, trastuzumab ile yapılan adjuvan ve neoadjuvan EEMK pivot çalışmalarına dahil edilmemiştir ve bu sebeple bu hastalarda tedavi önerilmemektedir.

Adjuvan tedavi:

KANJİNTİ® ve antrasiklinler kombinasyon halinde adjuvan tedavide eş zamanlı verilmemelidir.

EEMK hastalarında trastuzumabın antrasiklin içeren kemoterapi sonrasında uygulanması ile, antrasiklin içermeyen dosetaksel ve karboplatinli rejimle uygulanması karşılaştırıldığında, semptomatik ve asemptomatik kardiyak olayların insidansında artış gözlenmiştir. İnsidans, trastuzumab taksanlarla eş zamanlı uygulandığında, taksanlar sonrasında uygulanmasına kıyasla daha belirgin olmuştur. Kullanılan tedavi rejiminden bağımsız olarak, semptomatik kardiyak olayların çoğu ilk 18 ay içinde meydana gelmiştir. Yapılan üç pivotal çalışmadan, 5,5 yıllık medyan takip verileri bulunan birinde (BCIRG006), iki karşılaştırma kolunda (antrasiklin artı siklofosamid ardından taksan ve taksan, karboplatin ve trastuzumab) yaklaşık %1 oranına kıyasla antrasiklin tedavisi ardından bir taksan ile eş zamanlı trastuzumab uygulanan hastalarda semptomatik kardiyak veya LVEF olaylarının kümülatif oranında %2,37 sürekli artış gözlenmiştir.

Kardiyak olaylarla ilgili risk faktörleri dört büyük adjuvan çalışmada, ileri yaş (> 50 yaş), paklitaksel tedavisinin başlangıcında, tedavinin başlatılmasının önce veya sonraki düşük LVEF (< %55) seviyesi, LVEF'nin 10-15 puan düşmesi ve öncesinde veya eş zamanlı anti hipertansif tıbbi ilaçların kullanılması olarak saptanmıştır. Adjuvan kemoterapinin tamamlanmasının ardından trastuzumab alan hastalarda, kardiyak fonksiyon bozukluk riski, trastuzumabın başlanmasından önce kullanılan yüksek kümülatif doz antrasiklin ve vücut kitle indeksi ile (VKİ) > 25 kg/m<sup>2</sup> ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Neoadjuvan-adjuvan tedavi:

Neoadjuvan-adjuvan tedaviye uygun EEMK hastaları için, KANJİNTİ® antrasiklinlerle eş zamanlı olarak sadece kemoterapi-naif hastalarda ve sadece düşük doz antrasiklin rejimleri ile birlikte kullanılmalıdır (maksimum kümülatif dozlar: 180 mg/m<sup>2</sup> doksorubisin veya 360 mg/m<sup>2</sup> epirubisin).

Eğer hastalar neoadjuvan koşulda tam kür düşük doz antrasiklinlerle ve KANJİNTİ® ile eş zamanlı olarak tedavi edilmişse, cerrahiden sonra ilave sitotoksik kemoterapi verilmemelidir. Diğer durumlarda, ilave sitotoksik kemoterapi ihtiyacı olup olmadığına dair karar bireysel faktörlere göre verilir.

Trastuzumabın düşük doz antrasiklin rejimi ile eş zamanlı uygulanması ile ilgili deneyim iki çalışma ile sınırlıdır (MO16432 ve BO22227).

Pivot çalışma MO16432'de trastuzumab, üç siklus doksorubisin (kümülatif doz 180 mg/m<sup>2</sup>) içeren neoadjuvan kemoterapi ile eşzamanlı uygulanmıştır.

Trastuzumab kolundaki semptomatik kardiyak fonksiyon bozukluğu insidansı %1,7'dir.

Pivot çalışma BO22227; eş primer farmakokinetik ve etkililik sonlanım noktaları (sırasıyla, 8.siklus doz öncesi trastuzumab C<sub>çukur</sub> ve kesin cerrahide pCR oranı) doğrultusunda trastuzumab subkütan formülasyonu ile tedavinin, trastuzumab intravenöz formülasyonu tedavisine göre eşit etkili olduğunu göstermek üzere tasarlanmıştır. Pivot çalışma BO22227'de trastuzumab dört siklus epirubisin (kümülatif doz 300 mg/m<sup>2</sup>) içeren neoadjuvan

kemoterapiyle eşzamanlı uygulanmıştır; 70 ayı aşan bir medyan takipte, intravenöz trastuzumab kolunda kalp yetmezliği / konjestif kalp yetmezliği insidansı %0,3 olarak belirlenmiştir.

Neoadjuvan-adjuvan kurulumda klinik deneyim 65 yaş üzeri hastalar ile sınırlıdır.

İnfüzyonla ilişkili reaksiyonlar (IRR'ler) ve aşırı duyarlılık:

Trastuzumab infüzyonu ile dispne, hipotansiyon, hırıltı, hipertansiyon, bronkospazm, supraventriküler taşiaritmi, düşük oksijen saturasyonu, anafilaksi, solunum zorluğu, ürtiker ve anjiyoödem de içeren infüzyonla ilişkili ciddi reaksiyonlar (IRR) raporlanmıştır (bkz. bölüm 4.8 İstenmeyen etkiler). Bu olayların oluşma riskini önlemek için pre-medikasyon yapılabilir. Bu olayların büyük bölümü ilk infüzyon sırasında veya ilk infüzyonun başlangıcından sonra 2,5 saat içinde meydana gelir. İnfüzyon reaksiyonu oluşması halinde infüzyon durdurulmalı veya infüzyon hızı yavaşlatılmalıdır ve gözlenen tüm semptomlar ortadan kalkana kadar hasta gözlenmelidir (bkz. bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli). Bu semptomlar meperidin veya parasetamol gibi bir analjezik/antipiretik ile veya difenhidramin gibi bir antihistaminik ile tedavi edilebilirler. Hastaların büyük bölümünde semptomlar kaybolmuş ve ardından, sonraki trastuzumab infüzyonları uygulanmıştır. Ciddi reaksiyonlar oksijen, beta agonistleri ve kortikosteroid gibi destekleyici tedavilerle başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Nadir vakalarda, bu reaksiyonlar ölümcül sonuçlar doğuran klinik süreçle ilişkilendirilmektedir. İlerlemiş malignansi ve komorbidite komplikasyonlarına bağlı olarak, dinlenme esnasında dispne yaşayan hastalar, artan ölümcül infüzyon reaksiyonu riski altındadır. Bu nedenle, bu hastalar KANJINTI® ile tedavi edilmemelidir (bkz. bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar ).

Başlangıçta iyileşmenin ardından klinik kötüleşme ve hızlı klinik kötüleşmeyle birlikte gecikmiş reaksiyonlar da bildirilmiştir. Ölümler, infüzyonun ardından saatler içinde ve bir haftaya kadar olan sürede gerçekleşmiştir. Çok nadir durumlarda, hastalar trastuzumab infüzyonunun başlangıcı ardından altı saatten fazla süre sonra infüzyon semptomları ve pulmoner semptomlar yaşamıştır. Hastalar bu tip geç başlangıç olabileceği konusunda uyarılmalı ve bu semptomların oluşması halinde hekimleriyle temasa geçmeleri söylenmelidir.

Pulmoner olaylar:

Trastuzumabın pazarlama sonrası koşullarda kullanımı ile birlikte şiddetli pulmoner olaylar bildirilmiştir (bkz. bölüm 4.8 İstenmeyen etkiler). Bu olaylar zaman zaman ölümcül sonuçlar doğurmuştur. Buna ek olarak; akciğer infiltratları, akut solunum zorluğu sendromu, pnömoni, pnömonit, plevral efüzyon, solunum zorluğu, akut pulmoner ödem ve solunum yetmezliğini de içeren interstisyel akciğer hastalığı vakaları bildirilmiştir. İnterstisyel akciğer hastalığı ile ilişkili risk faktörleri, ilişkili olduğu bilinen taksanlar, gemsitabin, vinorelbin ve radyasyon tedavisi gibi diğer anti-neoplastik tedavilerle geçmişte veya eş zamanlı tedaviyi içerir. Bu olaylar infüzyonla ilişkili reaksiyonların bir parçası olarak veya sonradan ortaya çıkabilmektedir. İlerlemiş malignansi ve komorbidite komplikasyonlarına bağlı olarak, dinlenme esnasında dispne yaşayan hastalar pulmoner olaylar açısından yüksek risk altında olabilirler. Bu nedenle bu hastalar KANJINTI® ile tedavi edilmemelidir (bkz. bölüm 4.3 Kontrendikasyonlar). Özellikle taksanlarla eş zamanlı tedavi edilmekte olan hastalarda pnömonit açısından dikkatli olunmalıdır.



Biyobenzer ürünlerin takip edilebilirliğinin sağlanması için uygulanan ürünün ticari ismi ve seri numarası mutlaka hasta dosyasına kaydedilmelidir.

#### 4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Resmi bir ilaç etkileşim çalışması gerçekleştirilmemiştir. Klinik çalışmalarda trastuzumab ve eşzamanlı kullanılan tıbbi ürünler arasında klinik olarak anlamlı etkileşimler gözlenmemiştir.

Trastuzumabın diğer antineoplastik ajanların farmakokinetik özellikleri üzerindeki etkisi:

HER2-pozitif metastatik meme kanserli kadınlarda yapılan BO15935 ve M77004 çalışmalarından elde edilen farmakokinetik veriler, paklitaksel ve doksorubisine (ve metabolitleri 6- $\alpha$  hidroksi-paklitaksel, POH ve doksorubisinol, DOL) maruziyetin trastuzumab varlığında (8 mg/kg veya 4 mg/kg IV yükleme dozu ardından sırasıyla 6 mg/kg 3 haftada 1 kez veya 2 mg/kg haftada 1 kez IV) değişmediğini göstermektedir.

Bununla birlikte trastuzumab, bir doksorubisin metabolitine (7-deoksi-13 dihidro-doksorubisinon, D7D) genel maruziyeti artırabilir. D7D'nin biyoaktivitesi ve bu metabolitin klinik etkisi bilinmemektedir.

HER2-pozitif metastatik meme kanserli Japon kadınlarda, trastuzumab (4 mg/kg IV yükleme dozu ve 2 mg/kg IV haftalık) ve dosetakseli (60 mg/m<sup>2</sup> IV) içeren tek kollu bir çalışma olan JP16003 çalışması, trastuzumabın eş zamanlı uygulamasının dosetakselin tek doz farmakokinetik özellikleri üzerinde etkisi olmadığını göstermiştir. JP19959 çalışması BO18255 çalışmasının (ToGA) alt çalışması olup, ileri evre gastrik kanserli kadın ve erkek Japon hastalarda, trastuzumabla birlikte veya trastuzumab olmaksızın kullanılan kapesitabin ve sisplatinin farmakokinetik özelliklerinin araştırılmasına yönelik bir çalışmadır. Bu küçük alt çalışmadan elde edilen veriler, kapesitabinin biyoaktif metabolitlerine (örn. 5-FU) maruziyetin, sisplatin veya sisplatin artı trastuzumab ile eş zamanlı kullanımından etkilenmediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, trastuzumab ile kombine edildiğinde kapesitabinin kendisi daha yüksek konsantrasyonlar ve daha uzun bir yarılanma ömrü göstermiştir. Veriler ayrıca sisplatinin farmakokinetiğinin, kapesitabin veya kapesitabin artı trastuzumab ile eş zamanlı kullanımından etkilenmediğini ortaya koymaktadır.

Metastatik veya lokal ileri, opere edilemeyen HER2 pozitif kanser hastalarındaki H4613g/GO01305 çalışmasından elde edilen farmakokinetik veriler, trastuzumabın karboplatin PK'sı üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Antineoplastik ajanların trastuzumabın farmakokinetiği üzerindeki etkisi:

Trastuzumab monoterapisinden (4 mg/kg yükleme/2 mg/kg haftada 1 kez IV) sonra simüle serum trastuzumab konsantrasyonları ve HER2 pozitif metastatik meme kanserli Japon kadınlarda (çalışma JP16003) gözlenen serum konsantrasyonları karşılaştırıldığında, eş zamanlı dosetaksel uygulamasının, trastuzumab farmakokinetiği üzerinde PK etkisine ilişkin kanıt belirlenmemiştir.

HER2 pozitif MMK olan kadınlarda, iki Faz II çalışmanın (BO15935 ve M77004) ve hastalara eş zamanlı trastuzumab ve paklitaksel uygulanan bir Faz III çalışmanın (H0648g) ve trastuzumabın monoterapi olarak uygulandığı iki Faz II çalışmanın (W016229 ve MO16982) PK bulguları karşılaştırıldığında, ayrı ve ortalama trastuzumab düşük nokta serum

konsantrasyonlarının çalışmalar içinde ve arasında farklılık gösterdiği fakat eş zamanlı paklitaksel uygulamasının trastuzumab farmakokinetik özellikleri üzerinde açık etkisi olmadığı gözlenmiştir. HER2-pozitif metastatik meme kanserli kadınlarda eş zamanlı trastuzumab, paklitaksel ve doksorubisin ile tedavi edildiği M77004 çalışmasına ait trastuzumab farmakokinetik verileri ile trastuzumabın monoterapi olarak uygulandığı H0649g çalışmasına veya antrasiklin artı siklofosfamid veya paklitaksel ile kombinasyon halinde uygulandığı H0648g çalışmasına ait farmakokinetik verilerinin karşılaştırılması sonucunda doksorubisin ve paklitakselin trastuzumabın farmakokinetiği üzerinde hiçbir etkiye sahip olmadığı gösterilmiştir.

H4613g/GO01305 çalışmalarından elde edilen farmakokinetik veriler ile karboplatinin trastuzumab farmakokinetiği üzerinde hiçbir etkiye sahip olmadığı gösterilmiştir.

Eş zamanlı anastrozol uygulanmasının trastuzumab farmakokinetiği üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür.

### **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:**

Özel popülasyonlara ilişkin herhangi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır.

### **Pediyatrik popülasyon:**

Pediyatrik popülasyona ilişkin herhangi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır.

## **4.6 Gebelik ve laktasyon**

### **Genel tavsiye**

Gebelik kategorisi: D

### **Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon):**

Çocuk sahibi olma potansiyeli olan kadınlara KANJİNTİ® ile tedavileri boyunca ve KANJİNTİ® tedavisi sonlandırıldıktan sonra en az 7 ay boyunca etkili bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaları önerilmelidir.

KANJİNTİ® tedavisi sırasında hamile kalan kadınlar fetüsün zarar görmesi ihtimali konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer hamile bir kadın KANJİNTİ® ile tedavi ediliyorsa veya KANJİNTİ® kullanırken veya KANJİNTİ®'nin son dozundan sonraki 7 ay içinde hamile kalırsa, multidisipliner bir ekip tarafından yakından izlenmesi gerekmektedir.

### **Gebelik dönemi**

KANJİNTİ® anneye yönelik potansiyel fayda fetüse yönelik potansiyel riskten fazla olmadığı sürece gebelikte kullanılmamalıdır. Pazarlama sonrası dönemde, trastuzumab kullanan hamile kadınlarda oligohidramniyoz ile ilişkili fetal renal büyüme ve/veya fonksiyon bozukluğu vakaları rapor edilmiştir. Oligohidramniyoz vakalarının bazıları fetüsün fatal pulmoner hipoplazisi ile ilişkilendirilmiştir.

Haftalık insan idame dozu 2 mg/kg trastuzumabın 25 katı doz uygulanan Sinomolgus maymunlarla yürütülen üreme çalışmalarında, üremenin veya fetusun zarar gördüğüne dair herhangi bir kanıt rastlanmamıştır. Erken (gebeliğin 20-50'inci günlerinde) ve geç (gebeliğin 120-150'inci günlerinde) fetal gelişim periyodu sırasında, trastuzumabın plasental transferi

gözlenmiştir. Hayvan üreme çalışmaları her zaman insanlardaki yanıtı öngörmediğinden, anneye yönelik potansiyel fayda fetüseye yönelik potansiyel riskten fazla olmadığı sürece KANJİNTİ® gebelikte kesinlikle kullanılmamalıdır.

### **Laktasyon dönemi**

Haftalık insan idame dozu 2 mg/kg intravenöz trastuzumabın 25 katı doz uygulanan Sinomolgus maymunlarla yürütölen çalışma, trastuzumabın süte geçtiğini göstermiştir. Bebek maymunların serumlarında trastuzumabın yer alması, doğumdan 1 aylık olana kadar geçen sürede büyümelerinde veya gelişimlerinde herhangi bir advers etkiye sebep olmamıştır. Trastuzumabın insan sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. İnsan immünoglobulin G'si (IgG) anne sütüne geçtiğinden ve bebeğe yönelik zarar potansiyeli bilinmediğinden KANJİNTİ® tedavisi sırasında ve tedavinin bitmesinden sonraki 7 ay süresince emzirmeden kaçınılmalıdır (bkz. bölüm 5.3 Klinik öncesi güvenilirlik verileri).

### **Üreme yeteneđi/Fertilite**

KANJİNTİ®'nin üreme yeteneğini etkileyip etkilemediği bilinmemektedir.

### **4.7 Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler**

KANJİNTİ®'nin araç ve makine kullanma becerisi üzerine çok küçük bir etkisi olabilir. İnfüzyon kaynaklı belirtiler görölen hastalara (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri), bu belirtiler tamamen yok olana kadar araç ve makine kullanmamaları önerilmelidir.

### **4.8 İstenmeyen etkiler**

Trastuzumab kullanımıyla bildirilen en ciddi ve/veya yaygın advers reaksiyonlar arasında kardiyak fonksiyon bozukluğu, infüzyonla ilişkili reaksiyonlar, hematolojik toksisite (özellikle nötropeni), enfeksiyonlar ve pulmoner advers reaksiyonlar yer almaktadır.

Bu bölümde advers ilaç reaksiyonları için aşağıdaki sıklık kategorileri kullanılmıştır: Çok yaygın ( $\geq 1/10$ ); yaygın ( $\geq 1/100$  ile  $< 1/10$ ); yaygın olmayan ( $\geq 1/1.000$  ile  $< 1/100$ ); seyrek ( $\geq 1/10.000$  ile  $< 1/1.000$ ); çok seyrek ( $< 1/10.000$ ), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor). Her bir sıklık sınıfı ile birlikte, advers reaksiyonlar azalan ciddiyet sıralamasına göre verilmelidir.

Tablo 1'de verilen advers reaksiyonlar, pivotal klinik çalışmalarda tek başına veya kemoterapi ile kombinasyon halinde kullanılan trastuzumab ile ilişkili olarak rapor edilmiş olan advers reaksiyonlardır. Dahil edilen tüm terimler pivotal klinik çalışmalarda görölen en yüksek yüzdede görölenlere dayanmaktadır. Pazarlama sonrası dönemde raporlanan advers reaksiyonlar da Tablo 1'e dahil edilmiştir.

**Tablo 1- Trastuzumab IV monoterapisi veya kemoterapi kombinasyonu ile yapılan pivotal klinik çalışmalardan (n = 8.386) ve pazarlama sonrası deneyimden elde edilen advers ilaç reaksiyonları**

<b>Sistem organ sınıfı</b>	<b>Advers reaksiyon *</b>	<b>Sıklık</b>
Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar	Enfeksiyon	Çok yaygın
	Nazofarenjit	Çok yaygın
	Nötropenik sepsis	Yaygın
	Sistit	Yaygın
	Herpes zoster	Yaygın
	İnfluenza	Yaygın
	Sinüzit	Yaygın
	Deri enfeksiyonu	Yaygın
	Rinit	Yaygın
	Üst solunum yolu enfeksiyonu	Yaygın
	İdrar yolu enfeksiyonu	Yaygın
	Erizipel	Yaygın
	Selülit	Yaygın
	Farenjit	Yaygın
Sepsis	Yaygın olmayan	
(Kist ve polipler de dahil olmak üzere) iyi huylu, kötü huylu ve belirlenmemiş neoplazmlar	Malign neoplazm progresyonu	Bilinmiyor
	Neoplazm progresyonu	Bilinmiyor
Kan ve lenf sistemi hastalıkları	Febril nötropeni	Çok yaygın
	Akyuvar sayısında azalma/lökopeni	Çok yaygın
	Anemi	Çok yaygın
	Trombositopeni	Çok yaygın
	Nötropeni	Çok yaygın
	Hipoprotrombinemi	Bilinmiyor
	İmmün trombositopeni	Bilinmiyor
Bağışıklık sistemi hastalıkları	Hipersensitivite	Yaygın
	<sup>+</sup> Anafilaktik reaksiyon	Bilinmiyor
	<sup>+</sup> Anafilaktik şok	Bilinmiyor
Metabolizma ve beslenme hastalıkları	Kiloda azalma/Kilo kaybı	Çok yaygın
	Anoreksi	Çok yaygın
	Tümör lizis sendromu	Bilinmiyor
	Hiperkalemi	Bilinmiyor
Psikiyatrik hastalıklar	Uykusuzluk	Çok yaygın
	Anksiyete	Yaygın
	Depresyon	Yaygın
	Anormal düşünme	Yaygın
Sinir sistemi hastalıkları	Baş dönmesi	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Tremor	Çok yaygın
	Baş ağrısı	Çok yaygın
	Parestezi	Çok yaygın
	Disguzi	Çok yaygın

<b>Sistem organ sınıfı</b>	<b>Advers reaksiyon *</b>	<b>Sıklık</b>
	Periferel nöropati	Yaygın
	Hipertoni	Yaygın
	Somnolans	Yaygın
	Ataksi	Yaygın
	Parezi	Seyrek
	Beyin ödemi	Bilinmiyor
Göz hastalıkları	Artmış lakrimasyon	Çok yaygın
	Konjonktivit	Çok yaygın
	Göz kuruluğu	Yaygın
	Papilla ödemi	Bilinmiyor
	Retinal kanama	Bilinmiyor
Kulak ve iç kulak hastalıkları	Sağırlık	Yaygın olmayan
Kardiyak hastalıklar	<sup>1</sup> Azalan kan basıncı	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Artan kan basıncı	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Düzensiz kalp atışı	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Kardiyak flutter	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Palpitasyon	Çok yaygın
	*Ejeksiyon fraksiyonunda azalma	Çok yaygın
	+Kardiyak yetmezlik (konjestif)	Yaygın
	Kardiyomiyopati	Yaygın
	<sup>+1</sup> Supraventriküler taşiaritmi	Yaygın
	Perikardiyal efüzyon	Yaygın olmayan
	Kardiyojenik şok	Bilinmiyor
	Perikardit	Bilinmiyor
	Bradikardi	Bilinmiyor
	Gallop ritmi	Bilinmiyor
Vasküler hastalıklar	Sıcak basması	Çok yaygın
	<sup>+1</sup> Hipotansiyon	Yaygın
	Vazodilatasyon	Yaygın
Solunum, göğüs hastalıkları ve mediastinal hastalıklar	<sup>+1</sup> Hırıltı	Çok Yaygın
	+Dispne	Çok Yaygın
	Öksürük	Çok Yaygın
	Epistaksis	Çok Yaygın
	Rinore	Çok Yaygın
	+Pnömoni	Yaygın
	Astım	Yaygın
	Akciğer hastalığı	Yaygın
	+Plevral efüzyon	Yaygın
	Pnömonit	Seyrek
	+Pulmoner fibrozis	Bilinmiyor
	+Solunum zorluğu	Bilinmiyor
	+Solunum yetmezliği	Bilinmiyor
	+Akciğer infiltrasyonu	Bilinmiyor
	+Akut pulmoner ödem	Bilinmiyor

<b>Sistem organ sınıfı</b>	<b>Advers reaksiyon *</b>	<b>Sıklık</b>
	<sup>+</sup> Akut solunum zorluğu sendromu	Bilinmiyor
	<sup>+</sup> Bronkospazm	Bilinmiyor
	<sup>+</sup> Hipoksi	Bilinmiyor
	<sup>+</sup> Oksijen saturasyonunda azalma	Bilinmiyor
	Laringeal ödem	Bilinmiyor
	Ortopne	Bilinmiyor
	Pulmoner ödem	Bilinmiyor
	İnterstisyel akciğer hastalığı	Bilinmiyor
Gastrointestinal hastalıklar	Diyare	Çok yaygın
	Kusma	Çok yaygın
	Bulantı	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Dudaklarda şişkinlik	Çok yaygın
	Abdominal ağrı	Çok yaygın
	Dispepsi	Çok yaygın
	Kabızlık	Çok yaygın
	Stomatit	Çok yaygın
	Hemoroid	Yaygın
	Ağız kuruluğu	Yaygın
Hepatobiliyer hastalıklar	Hepatobiliyer zedelenme	Yaygın
	Hepatit	Yaygın
	Karaciğer hassasiyeti	Yaygın
	Sarılık	Seyrek
	Karaciğer yetmezliği	Bilinmiyor
Deri ve deri altı doku hastalıkları	Eritem	Çok yaygın
	Döküntü	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Yüzde şişkinlik	Çok yaygın
	Alopesi	Çok yaygın
	Tırnak bozukluğu	Çok yaygın
	Palmarplantar eritrodizestesi sendromu	Çok yaygın
	Akne	Yaygın
	Ekimoz	Yaygın
	Kuru cilt	Yaygın
	Hiperhidroz	Yaygın
	Makülopapüler döküntü	Yaygın
	Kaşıntı	Yaygın
	Onikoliz	Yaygın
	Dermatit	Yaygın
	Ürtiker	Yaygın olmayan
	Anjiyo ödem	Bilinmiyor
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları	Artralji	Çok yaygın
	Miyalji	Çok yaygın
	<sup>1</sup> Kas gerginliği	Çok yaygın
	Artrit	Yaygın

Sistem organ sınıfı	Advers reaksiyon *	Sıklık
	Sırt ağrısı	Yaygın
	Kemik ağrısı	Yaygın
	Kas spazmları	Yaygın
	Boyun Ağrısı	Yaygın
	Ekstremitelerde ağrı	Yaygın
Böbrek ve idrar hastalıkları	Renal bozukluk	Yaygın
	Membranöz glomerülonefrit	Bilinmiyor
	Glomerülonefropati	Bilinmiyor
	Böbrek yetmezliği	Bilinmiyor
Gebelik, puerperium ve perinatal hastalıklar	Oligohidramniyoz	Bilinmiyor
	Renal hipoplazi	Bilinmiyor
	Pulmoner hipoplazi	Bilinmiyor
Üreme sistemi ve meme hastalıkları	Meme iltihabı/mastit	Yaygın
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Asteni	Çok yaygın
	Göğüs ağrısı	Çok yaygın
	Üşüme	Çok yaygın
	Yorgunluk	Çok yaygın
	İnfluenza benzeri semptomlar	Çok yaygın
	İnfüzyon reaksiyonları	Çok yaygın
	Ağrı	Çok yaygın
	Pireksi	Çok yaygın
	Mukozal enflamasyon	Çok yaygın
	Periferik ödem	Çok yaygın
	Ödem	Yaygın
	Keyifsizlik	Yaygın
Yaralanma ve zehirlenme	Çürük	Yaygın

<sup>+</sup> Ölümcül sonuçla ilişkili olarak rapor edilen advers reaksiyonlara işaret etmektedir.

<sup>1</sup> Genellikle infüzyon reaksiyonları ile ilişkili olarak rapor edilen advers reaksiyonlara işaret etmektedir. Bu advers reaksiyonlar için spesifik yüzdeler bulunmamaktadır.

\* Antrasiklinler ardından ve taksanlarla kombine olarak kombinasyon tedavisiyle gözlenmiştir.

#### Seçilmiş advers olayların tanımı:

##### Kardiyak fonksiyon bozukluğu

Konjestif kalp yetmezliği (NYHA sınıf II - IV) trastuzumab kullanımı ile ilişkili yaygın bir advers reaksiyondur ve ölümcül sonuçla ilişkilendirilmiştir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri). Trastuzumab ile tedavi edilen hastalarda, dispne, nefes darlığı, öksürük artışı, pulmoner ödem, S3 gallop veya ventriküler ejeksiyon fraksiyonu azalması gibi kardiyak fonksiyon bozukluğu belirtileri gözlemlenmiştir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

Trastuzumabın adjuvan olarak kemoterapi ile kombinasyon halinde verildiği 3 pivotal klinik çalışmada, derece 3/4 kardiyak işlev bozukluğu (özellikle semptomatik konjestif kalp yetmezliği) insidansı, sadece kemoterapi uygulanan (yani trastuzumab almayan) hastalar ve

bir taksanı takiben trastuzumab uygulanan hastalarda benzer olmuştur (%0,3 – 0,4). Oran trastuzumabın bir taksan ile eş zamanlı uygulandığı hastalarda en yüksektir (%2). Neoadjuvan koşulda trastuzumab ile düşük doz antrasiklin rejiminin eş zamanlı uygulanması ile ilgili deneyim sınırlıdır (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

Trastuzumab adjuvan kemoterapinin tamamlanması ardından uygulandığında, bir yıllık koldaki hastaların %0,6'sında medyan 12 aylık takipten sonra NYHA sınıf III-IV kalp yetmezliği gözlenmiştir. 8 yıllık medyan takip ardından, 1 yıllık trastuzumab tedavisi kolundaki BO16348 çalışmasında şiddetli konjestif kalp yetmezliği KKY (NYHA sınıf III ve IV) insidansı %0,8 olmuş, hafif semptomatik ve asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu oranı %4,6 olarak belirlenmiştir.

Trastuzumab uygulanan hastaların %71,4'inde, şiddetli KKY'nin geri dönebildiği (reversibilite) (olaydan sonra en az iki ardışık LVEF değerinin  $\geq$  %50 olması şeklinde tanımlanmıştır) gösterilmiştir. Hafif semptomatik ve asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonunda geri dönebilme (reversibilite) hastaların %79,5'inde gösterilmiştir. Kardiyak fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olayların yaklaşık %17'si trastuzumab tedavisinin tamamlanmasının ardından oluşmuştur.

İntravenöz trastuzumab ile yapılmış pivotal metastatik çalışmalarda kardiyak disfonksiyon insidansı, paklitaksel ile kombinasyonda %9 ila %12 ve tek başına paklitaksel ile %1 ila %4 arasında gerçekleşmiştir. Monoterapide bu oran %6 - %9 olmuştur. En yüksek kardiyak disfonksiyon oranı, antrasiklin/siklofosfamid ile eşzamanlı trastuzumab alan hastalarda (%27) görülmüş ve tek başına antrasiklin/siklofosfamide (%7 - %10) kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Kardiyak fonksiyon için prospektif izlem yapılan sonraki bir çalışmada semptomatik KKY insidansı, trastuzumab ve dosetaksel alan hastalarda %2,2, buna kıyasla tek başına dosetaksel alan hastalarda %0 olmuştur. Bu çalışmalarda kardiyak disfonksiyon gelişen hastaların büyük bölümünde (%79) KKY için standart tedavi uygulanması ardından iyileşme görülmüştür.

İnfüzyon reaksiyonları, alerji benzeri reaksiyonlar ve aşırı duyarlılık

Trastuzumab tedavisi uygulanan hastaların yaklaşık %40'ında infüzyonla ilişkili bazı reaksiyonlar bazı oluşması beklenmektedir. Bununla birlikte, infüzyonla ilişkili reaksiyonların büyük bölümü hafif ila orta yoğunluktadır (NCI-CTC derecelendirme sistemi) ve tedavinin erken evrelerinde yani birinci, ikinci ve üçüncü infüzyonlar sırasında oluşma eğilimi gösterir ve sıklığı sonraki infüzyonlarda azalır. Reaksiyonlar üşüme, ateş, dispne, hipotansiyon, hırıltı, bronkospazm, taşikardi, oksijen satürasyonunda azalma, solunum güçlüğü, döküntü, bulantı ve kusma ile baş ağrısını içerir ancak bunlarla sınırlı değildir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri). Tüm derecelerden infüzyonla ilişkili reaksiyonların oranı; endikasyona, veri toplama yöntemine ve trastuzumabın kemoterapiyle eşzamanlı veya monoterapi şeklinde verilmesine bağlı olarak çalışmalar arasında farklılık göstermiştir.

Acil ilave girişim gereken şiddetli anafilaktik reaksiyonlar genellikle birinci veya ikinci trastuzumab infüzyonu sırasında oluşabilir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri) ve ölümcül sonuçla ilişkilendirilmiştir.

İzole olgularda anafilaktoid reaksiyonlar gözlenmiştir.



## Hematolojik toksisite

Febril nötropeni, lökopeni, anemi, trombositopeni ve nötropeni çok yaygın olarak meydana gelmektedir. Hipoprotrombinemi meydana gelme sıklığı bilinmemektedir. Nötropeni riski, trastuzumabın antrasiklin tedavisi ardından dosetaksel ile uygulanması halinde hafif şekilde artabilmektedir.

## Pulmoner olaylar

Trastuzumab kullanımı ile ilişkili olarak şiddetli pulmoner advers reaksiyonlar meydana gelmektedir ve ölümcül sonuçla ilişkilendirilmiştir. Bu reaksiyonlar akciğer infiltratları, akut solunum zorluğu sendromu, pnömoni, pnömonit, plevral efüzyon, solunum zorluğu, akut pulmoner ödem ve solunum yetmezliğini içerir fakat bunlarla sınırlı değildir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

Avrupa Birliği Risk Yönetim Planı ile uyumlu risk minimizasyonu tedbirlerinin detayları 'Bölüm 4.4 Özel Kullanım Uyarıları ve Önlemleri' bölümünde sunulmaktadır.

## İmmünojenisite

Neoadjuvan-adjuvan erken evre meme kanseri çalışmasında (B022227) 70 ayı aşan bir medyan takipte, intravenöz trastuzumab tedavisi uygulanan hastaların %10,1'inde (30/296) trastuzumaba karşı antikolar gelişmiştir. İntravenöz trastuzumab alan 30 hastadan 2'sinde, başlangıç sonrası örneklerde nötralizan anti-trastuzumab antikoları saptanmıştır.

Bu antikoların klinik önemi bilinmemektedir. Anti-trastuzumab antikolarının varlığının, intravenöz trastuzumabın farmakokinetiği, etkililiği (patolojik Tam Yanıt [pCR] göre belirlenen yanıt ve olaysız sağkalıma göre belirlenen) ve uygulamayla ilişkili reaksiyonların (ARR'ler) oluşmasına göre belirlenen ilaç güvenliliği üzerinde hiçbir etkisi yoktur.

Mide kanserinde trastuzumab ile ilgili immünojenisite verileri bulunmamaktadır.

## Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir. (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99).

## **4.9 Doz aşımı ve tedavisi**

İnsanlarla yapılan klinik çalışmalarda doz aşımıyla ilgili bir deneyim yoktur. Trastuzumabın 10 mg/kg'dan yüksek tek dozları klinik çalışmalarda uygulanmamıştır; metastatik mide kanseri hastalarında yapılan bir klinik çalışmada 8 mg/kg yükleme dozu takiben her üç haftada bir 10 mg/kg idame dozu çalışılmıştır. Bu düzeye kadar dozlar iyi tolere edilmiştir.

## 5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

### 5.1 Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grubu: Antineoplastik ve immunomodülatör ajanlar, monoklonal antikorlar  
ATC kodu: L01XC03

KANJİNTİ® biyobenzer bir tıbbi üründür.

Trastuzumab, insan epidermal büyüme faktörü reseptör 2 (HER2)'ye karşı olan bir rekombinant humanize IgG1 monoklonal antikorudur. Primer meme kanserlerinin %20-%30'unda yüksek miktarda HER2 ekspresyonu gözlenmiştir. İmmünohistokimya (IHC), floresan *in situ* hibridizasyon (FISH) yada kromojenik *in situ* hibridizasyon (CISH) kullanılan gastrik kanserdeki HER2 pozitiflik oranları çalışmaları; IHC için %6,8 ila %34 ve FISH için %7,1 ila %42,6 arasında değişen geniş bir HER2 pozitiflik değişkenliği olduğunu göstermiştir. Çalışmalar, tümörlerinde yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya amplifikasyonu olan meme kanserli hastaların hastalısız sağkalımlarının, tümörlerinde yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya amplifikasyonu olmayan hastalara kıyasla daha kısa olduğunu göstermektedir. Reseptörün hücre dışı alanı (ECD p105) kan dolaşımına dağılıbilir ve serum örneklerinde ölçülebilir.

#### Etki mekanizması

Trastuzumab yüksek afinite ve özgüllükle HER2'nin hücre dışı alanının juksta membran bölgesi olan alt-alan IV'e bağlanır. Trastuzumabın HER2'ye bağlanması ligandan bağımsız HER2 sinyalizasyonunu inhibe eder ve HER2'nin aktivasyon mekanizması olan hücre dışı alanın proteolitik parçalanmasını önler. Sonuç olarak, hem *in vitro* deneyler ve hayvanlardaki çalışmalar trastuzumabın HER2'yi yüksek düzeyde eksprese eden insan tümör hücrelerinin proliferasyonunu inhibe ettiğini göstermiştir. Ayrıca trastuzumab, antikora-bağlı hücrel sitotoksitate (ADCC) için güçlü bir araçtır. Trastuzumabın aracılık ettiği ADCC'nin, yüksek düzeyde HER2 eksprese eden kanser hücrelerini, yüksek düzeyde HER2 eksprese etmeyen hücrelere kıyasla seçici olarak etkilediği *in vitro* olarak gösterilmiştir.

#### Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya HER2 gen amplifikasyonu tespiti

*Meme kanserinde yüksek düzeyde HER2 ekspresyonunu veya HER2 gen amplifikasyonu tespiti*

KANJİNTİ® yalnızca tümörlerinde, doğru ve valide edilmiş bir test ile belirlenmiş, yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya amplifikasyonu olan hastalarda, kullanılmalıdır. Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu, imünohistokimya (IHC)-bazlı bir değerlendirme veya fikse edilmiş tümör blokları kullanılarak tespit edilmelidir (bkz. bölüm 4.4.) HER2 gen amplifikasyonu floresan *in situ* hibridizasyon (FISH) veya sabit tümör bloklarının kromojenik *in situ* hibridizasyonu (CISH) kullanılarak tespit edilmelidir. Hastalar IHC ile +3 değeri ile tanımlanan yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya pozitif bir FISH veya CISH sonucu gösteriyorsa KANJİNTİ® tedavisi için uygundur.

Doğru ve tekrarlanabilir sonuçların sağlanabilmesi için testler, test prosedürlerinin valide edilmesinin mümkün olduğu, özel bir laboratuvarında gerçekleştirilmelidir.

IHC boyanma paternlerini değerlendirmek için önerilen skor sistemi Tablo 2'de belirtilmiştir:

**Tablo 2 Meme Kanserinde IHC Boyanma Paternlerini Değerlendirmede Önerilen Skor Sistemi**

Skor	Boyanma paterni	Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu değerlendirilmesi
0	Tümör hücrelerinin < %10'unda hiçbir boyanma veya membran boyanması gözlenmemiştir.	Negatif
1+	Tümör hücrelerinin > %10'unda zayıf/çok az algılanabilir membran boyanması tespit edilmiştir. Hücreler membranlarının yalnızca bir bölümünde boyanmıştır.	Negatif
2+	Tümör hücrelerinin > %10'unda zayıftan orta seviyeye tam membran boyanması tespit edilmiştir.	Tartışmalı
3+	Tümör hücrelerinin > %10'unda kuvvetli tam membran boyanması tespit edilmiştir.	Pozitif

Genel olarak, tümör hücresi başına HER2 gen kopya sayısının kromozom 17 kopya sayısına oranı 2'den büyük veya ona eşitse veya kromozom 17 kontrolü kullanılmadıysa tümör hücresi başına HER2 geninden 4 kopyadan daha fazla varsa, FISH pozitif olarak değerlendirilir.

Genelde, tümör hücrelerinin %50'sinden fazlasında çekirdek başına 5 taneden fazla HER2 gen kopyası varsa CISH pozitif olarak değerlendirilir.

Analiz performansı ve yorumlama hakkında tüm talimatlar için doğrulanmış FISH ve CISH analizlerinin prospektüslerine başvurulmalıdır. HER2 testi hakkındaki resmi öneriler de uygulanabilir.

HER2 proteinin veya gen ekspresyonunun değerlendirilmesi için kullanılacak başka herhangi bir metot, yalnızca doğrulanmış metotlara dair uygun ve en gelişmiş performansı sağlayan laboratuvarlar tarafından yapılmalıdır. Bu tür metotlar, yüksek düzeyde HER2 ekspresyonunu göstermeye yetecek kadar açık bir biçimde kesin ve doğru olmalıdır ve orta seviyeyüksek düzeyde HER2 ekspresyonu ile (2+ ile uyumlu) kuvvetli (3+ ile uyumlu) yüksek düzeyde HER2 ekspresyonunu ayırt edebilmelidir.

*Gastrik kanserde yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu veya HER2 gen amplifikasyonunun tespiti*

Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonunun veya HER2 gen amplifikasyonunun tespitinde yalnızca kesin ve valide edilmiş bir analiz kullanılmalıdır. İlk test yöntemi olarak IHC önerilmektedir, HER2 gen amplifikasyon durumu da gerektiğinde ya gümüşlü *in situ* hibridizasyon (SISH) ya da bir FISH tekniği uygulanmalıdır. Bununla beraber, tümör histolojisinin ve morfolojisinin paralel değerlendirmesine imkan sağlaması açısından SISH teknolojisi önerilmektedir. Test prosedürlerinin validasyonunu ve doğru ve tekrarlanabilir sonuçların elde edilmesinin sağlanabilmesi için HER2 testi eğitimli personel istihdam eden bir laboratuvarda yapılmalıdır. Miktar tayini hakkında tüm talimatlar ve sonuç yorumlaması kullanılan HER2 test analizleri ile verilmiş ürün bilgi broşürlerinden alınmalıdır.

ToGA (BO18255) denemesinde, tümörleri IHC3+ veya FISH pozitif olan hastalar HER2 pozitif olarak tanımlanmış ve bu nedenle denemeye dahil edilmiştir. Klinik çalışma

sonuçlarına dayanarak, yararlı etkiler, IHC skoru +3veya IHC skoru +2 ve bir pozitif FISH sonucu olanlar şeklinde tanımlanan en yüksek seviye HER2 protein aşırı ekspresyonu hastalarıyla sınırlı tutulmuştur.

Bir metot karşılaştırma çalışmasında (çalışma D008548) gastrik kanser hastalarında HER2 gen amplifikasyonunun tespitinde SISH ve FISH teknikleri için yüksek derece uygunluk (> %95) gözlemlenmiştir.

Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu, sabit tümör bloklarının immünohistokimya (IHC)-bazlı değerlendirilmesi kullanarak tespit edilmelidir; HER2 gen amplifikasyonu, sabit tümör bloklarında SISH veya FISH kullanılarak *in situ* hibridizasyon yoluyla tespit edilmelidir.

IHC boyanma paternlerini değerlendirmek için önerilen skor sistemi Tablo 3'te belirtilmiştir:

**Tablo 3- Gastrik Kanserde IHC Boyanma Paternlerini Değerlendirmede Önerilen Skor Sistemi**

Skor	Cerrahi örnek – boyanma paterni	Biyopsi örneği – boyanma paterni	Yüksek düzeyde HER2 ekspresyonu değerlendirmesi
0	Tümör hücrelerinin < %10'unda hiçbir reaktivite veya membranöz reaktivite yoktur	Hiçbir tümör hücresinde reaktivite veya membranöz reaktivite yoktur	Negatif
1+	Tümör hücrelerinin ≥ %10'unda zayıf/çok az algılanabilir membranöz reaktivite; hücreler yalnızca membranlarının bir bölümünde reaktiftir.	Boyanmış tümör hücresi yüzdesinden bağımsız olarak zayıf/çok az algılanabilir membranöz reaktiviteli tümör hücre dizisi	Negatif
2+	Tümör hücrelerinin ≥ %10'unda zayıftan orta seviyeye tam, bazolateral veya lateral membranöz reaktivite	Boyanmış tümör hücresi yüzdesinden bağımsız olarak zayıftan orta seviyeye tam, bazolateral veya lateral membranöz reaktiviteli tümör hücre dizisi	Tartışmalı
3+	Tümör hücrelerinin ≥ %10'unda kuvvetli, tam, bazolateral veya lateral membranöz reaktivite	Boyanmış tümör hücresi yüzdesinden bağımsız olarak, kuvvetli tam, bazolateral veya lateral membranöz reaktiviteli tümör hücre dizisi	Pozitif

Genel olarak, tümör hücresi başına HER2 gen kopya sayısının kromozom 17 kopya sayısına oranı 2'den büyük veya ona eşitse, SISH veya FISH pozitif olarak değerlendirilir.

Klinik etkililik ve güvenlilik çalışmaları:

KANJİNTİ® etkililik verileri:

*KANJİNTİ® ile trastuzumab arasında karşılaştırma çalışması (20120283 Çalışması):*

20120283 çalışması, HER2+ erken evre meme kanserli (EEMK) yetişkin kadın gönüllülerde KANJİNTİ® ve trastuzumabın güvenliliği, etkililiği, farmakokinetiği (PK) ve immünojenisitesini karşılaştırmak üzere tasarlanmış randomize, çift kör, aktif kontrollü klinik benzerlik çalışmasıdır. Bu çalışmanın temel amacı, HER2+ EEMK'lı kadınlarda KANJİNTİ® ve trastuzumabın patolojik tam yanıt (pCR) üzerindeki tedavi etkisini karşılaştırmaktır.

20120283 çalışması hazırlık amaçlı kemoterapi fazı, neoadjuvan faz ve adjuvan fazdan oluşmuştur. Trastuzumab ile tedavi edilen HER2+ EEMK'li hastalara yönelik güncel standart tedavi doğrultusunda, çalışmaya alınan gönüllüler 4 siklus boyunca 3 haftada bir 90 mg/m<sup>2</sup> epirubisin ve 600 mg/m<sup>2</sup> siklofosfamidten oluşan hazırlık amaçlı kemoterapi almışlardır. Hazırlık amaçlı kemoterapi tamamlandıktan sonra kalp fonksiyonu yeterli olan gönüllüler 4 siklus boyunca 3 haftada bir araştırma ürünü (KANJİNTİ® veya trastuzumab) artı 175 mg/m<sup>2</sup> paklitaksel (yerel standart tedavi bu yönde olduğunda, 12 siklus boyunca haftada bir 80 mg/m<sup>2</sup> paklitaksel uygulamasına izin verilmiştir) almak üzere randomize edilmiştir. Araştırma ürünü toplam 4 siklus boyunca 8 mg/kg IV tek yükleme dozundan sonra 3 haftada bir 6 mg/kg IV infüzyon idame dozlarında (neoadjuvan faz) uygulanmıştır. Cerrahinin (sentinel lenf nodu diseksiyonu veya aksiller lenf nodu diseksiyonu ile birlikte lumpektomi veya mastektomi) neoadjuvan fazda araştırma ürününün son dozundan 3-7 hafta sonra tamamlanması gerekmiştir ve ardından primer etkililik sonlanım noktası olarak meme ve lenf nodlarında pCR analizi gerçekleştirilmiştir.

Cerrahinin ardından gönüllüler adjuvan faza alınmış ve neoadjuvan fazda araştırma ürününün uygulandığı ilk günden itibaren 1 yıla kadar 3 haftada bir araştırma ürünü (KANJİNTİ® veya trastuzumab) almışlardır. Neoadjuvan faz boyunca ilk olarak KANJİNTİ® alan gönüllüler adjuvan faz boyunca 3 haftada bir KANJİNTİ® 6 mg/kg IV almaya devam etmiştir (KANJİNTİ®/KANJİNTİ® grubu olarak belirtilir). Neoadjuvan faz boyunca ilk olarak trastuzumab alan gönüllüler adjuvan faz boyunca 3 haftada bir trastuzumab 6 mg/kg IV almaya devam edecek (trastuzumab/trastuzumab grubu olarak belirtilir) veya adjuvan faz boyunca 3 haftada bir KANJİNTİ® 6 mg/kg IV alacak (trastuzumab/KANJİNTİ® grubu olarak belirtilir) şekilde randomize edilmiştir. Trastuzumabdan KANJİNTİ®'ye tek geçiş, söz konusu geçişin güvenlilik veya immünojenisite üzerindeki potansiyel etkisini değerlendirmek üzere çalışma tasarımına dahil edilmiştir.

Çalışmanın yardımcı primer sonlanım noktaları cerrahi sırasında örnekleri alınan meme dokusu ve aksiller lenf nodlarında pCR'ye (rezidüel duktal karsinoma in situ [DCIS] bağımsız olarak meme dokusu ve aksiller lenf nodlarında invaziv tümör hücresi bulunmaması olarak tanımlanır) ilişkin risk farkı (RD) ve risk oranıdır (RR). Yardımcı primer etkililik sonlanım noktalarının analizinde ardışık test yöntemi uygulanmıştır; buna göre, eşdeğerlik ilk olarak KANJİNTİ® ile trastuzumab arasında sabit bir sınırla (-%13, %13) pCR'ye ilişkin RD için 2 yönlü %90 CI karşılaştırılarak, 0,05 olarak tanımlanan 2 yönlü anlam düzeyinde pCR'ye ilişkin RD açısından test edilmiştir. RD'ye ilişkin eşdeğerlik testi başarılı olduğu takdirde, eşdeğerlik KANJİNTİ® ile trastuzumab arasında sabit bir sınırla (0,7586, 1/0,7586) pCR'ye ilişkin RR için 2 yönlü %90 CI karşılaştırılarak, 0,05 olarak tanımlanan 2 yönlü anlam düzeyinde pCR'ye ilişkin RR açısından test edilmiştir.

Yardımcı primer etkililik sonlanım noktalarının primer istatistiksel analizi pCR açısından değerlendirilebilir popülasyon kullanılarak, tümör örneklerine ilişkin yerel laboratuvar değerlendirmesi doğrultusunda yapılmıştır. pCR açısından değerlendirilebilir popülasyon herhangi bir miktarda araştırma ürünü alan, cerrahi uygulanan ve yerel laboratuvarında eksiksiz değerlendirilebilir pCR incelemesi yapılan tüm randomize edilmiş gönüllüleri içermiştir. pCR açısından değerlendirilebilir popülasyona toplam 696 gönüllü (KANJİNTİ® tedavi grubunda 358, trastuzumab tedavi grubunda 338) dahil edilmiştir.

Tümör örneklerine ilişkin yerel laboratuvar değerlendirmesi doğrultusunda, yardımcı primer sonlanım noktalarının primer istatistiksel analizinin sağlamlığını değerlendirmeye yönelik önceden belirlenmiş duyarlılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Ayrıca patologlar arası değişkenliği azaltmak ve yerel laboratuvar değerlendirmesine göre daha tutarlı bir değerlendirme sağlamak amacıyla, bağımsız körlemeli patologlar tümör örneklerine ilişkin merkezi laboratuvar değerlendirmesi gerçekleştirmiştir. Primer analizlerin ve duyarlılık analizlerinin bulguları Tablo 4'te özetlenmiştir.

**Tablo 4 Meme Dokusu ve Aksiller Lenf Nodlarında Patolojik Tam Yanıt İlişkin Risk Farkı ve Risk Oranı (Çalışma 20120283)**

	Lokal Laboratuvar Değerlendirmesi		Merkezi Laboratuvar Değerlendirmesi	
	KANJİNTİ® <sup>a</sup> (N = 358)	Trastuzumab <sup>a</sup> (N = 338)	KANJİNTİ® (N = 339)	Trastuzumab (N = 330)
<b>pCR Değerlendirilebilir Popülasyon</b>				
pCR <sup>b</sup> , n (%)				
Uygun	172 (48)	137 (40,5)	162 (47,8)	138 (41,8)
RD (KANJİNTİ® - trastuzumab) <sup>c</sup> (%)	7,3		5,8	
RD <sup>c</sup> için %90 CI	(1,2, 13,4)		(-0,5, 12)	
RR (KANJİNTİ® /trastuzumab) <sup>c</sup>	1,1877		1,1419	
RR <sup>c</sup> için %90 CI	(1,0327, 1,3660)		(0,9934, 1,3124)	
<b>PP Popülasyon</b>				
	KANJİNTİ® (N = 351)	Trastuzumab (N = 328)	KANJİNTİ® (N = 333)	Trastuzumab (N = 321)
pCR <sup>b</sup> , n (%)				
Uygun	166 (47,3)	134 (40,9)	156 (46,8)	137 (42,7)
RD (KANJİNTİ® - trastuzumab) <sup>c</sup> (%)	6,4		4,1	
RD <sup>c</sup> için %90 CI	(0,2, 12,6)		(-2,3, 10,4)	
RR (KANJİNTİ® /trastuzumab) <sup>c</sup>	1,1623		1,0986	
RR <sup>c</sup> için %90 CI	(1,0084, 1,3396)		(0,9545, 1,2644)	

NRI Kullanan ITT Popülasyonu	Lokal Laboratuvar Değerlendirmesi		Merkezi Laboratuvar Değerlendirmesi	
	KANJİNTİ® (N = 364)	Trastuzumab (N = 352)	KANJİNTİ® (N = 364)	Trastuzumab (N = 352)
pCR <sup>b</sup> , n (%)				
Uygun	172 (47,3)	137 (38,9)	162 (44,5)	138 (39,2)
RD (KANJİNTİ® - trastuzumab) <sup>c</sup> (%)	8,1		5,1	
RD <sup>c</sup> için %90 CI	(2, 14,1)		(-0,9, 11,1)	
RR (KANJİNTİ® /trastuzumab) <sup>c</sup>	1,2096		1,1370	
RR <sup>c</sup> için %90 CI	(1,0501, 1,3933)		(0,9854, 1,3118)	

ITT = tedavi amaçlı grup; NRI = yanıt vermeyen impütasyonu; pCR = patolojik tam yanıt; PP = protokole göre; RD = risk farkı; RR = risk oranı

<sup>a</sup> Primer analiz bulgusu.

<sup>b</sup> pCR, rezidüel duktal karsinoma in situ dan bağımsız olarak meme dokusu ve aksiller lenf nodlarında invaziv tümör hücreleri bulunmaması olarak tanımlanır.

<sup>c</sup> Nokta tahminleri ve CI'lar randomizasyon gruplama faktörleri olan T evresi, nod durumu, hormon reseptör durumu, planlanan paklitaksel dozlama programı ve coğrafi bölge için ayarlanmış jeneralize lineer model kullanılarak hesaplanmıştır.

Primer analiz ve yerel ve merkezi değerlendirmelere dayalı tüm duyarlılık analizleri eşit etkililik bulgusunu doğrulamış ancak yerel laboratuvarın sonuçları %13 düzeyindeki üst sınır açısından tutarsız bulunmuştur. Tümör örneklerine ilişkin merkezi laboratuvar değerlendirmesine dayalı tüm duyarlılık analizlerinde (pCR açısından değerlendirilebilir popülasyon, PP popülasyon ve NRI kullanılarak ITT popülasyon), %90 CI'lar pCR'ye ilişkin RD ve RR açısından önceden belirlenmiş sınırlar dahilinde bulunmuştur. Primer etkililik analizinin bulguları KANJİNTİ®'nin trastuzumab ile eşit etkililik sergilediğini göstermiş ancak üstün olmama açısından istatistiksel olarak sonuçsuz kalmıştır.

Genel olarak, 20120283 çalışmasında KANJİNTİ® ile trastuzumab arasında pCR oranı açısından gözlemlenen sayısal farklar klinik açıdan anlamlı kabul edilmemiştir; bu nedenle, KANJİNTİ® etkililik açısından trastuzumaba klinik olarak benzer kabul edilmektedir.

### İmmünojenisite

HER2+ EEMK'li hastalarla yapılan 20120283 çalışmasında, immünoassay kullanıldığında KANJİNTİ®'ye karşı antikor insidansı trastuzumaba benzer bulunmuştur. ABP 980/ABP 980, trastuzumab/trastuzumab ve trastuzumab/ABP 980 tedavi gruplarında sırasıyla 2 (%0,6), 2 (%1,1) ve 4 (%2,3) gönüllü olmak üzere toplam 8 (%1,1) gönüllü çalışma sırasında herhangi bir zamanda bağlayıcı ADA'lar açısından pozitif test sonucu vermiştir. ABP 980/ABP 980, trastuzumab/trastuzumab ve trastuzumab/ABP 980 tedavi gruplarında sırasıyla 2 (%0,6), 1 (%0,5) ve 2 (%1,2) gönüllü olmak üzere toplam 5 (%0,7) gönüllüde çalışma sırasında herhangi bir zamanda bağlayıcı ADA'lar (başlangıçta negatif sonuç veren veya başlangıçta sonucu olmayan başlangıç sonrası bağlayıcı ADA) gelişmiştir; tüm pozitif bağlayıcı ADA sonuçları geçici olmuştur. Tüm çalışma boyunca herhangi bir zamanda nötralizan ADA'lar açısından pozitif test sonucu veren gönüllü yoktur. ABP 980'in immünojenisitesi düşüktür ve trastuzumab ile tutarlıdır. KANJİNTİ®'ye yönelik bu anti-ürün antikor yanıtlarının klinik anlamı bilinmemektedir.

İmmünojenisite tayin sonuçları büyük ölçüde test yönteminin duyarlılığı ve spesifikliğine bağlıdır ve örnek işleme, örnek alma zamanı, eş zamanlı tedaviler ve altta yatan hastalık gibi birçok faktörden etkilenebilir. Bu nedenle, KANJİNTİ®'ye karşı antikörlerin insidansı ile diğer ürünlere karşı antikörlerin insidansının karşılaştırması yanıltıcı olabilir.

*Trastuzumab etkililik verileri:*

#### Metastatik Meme Kanseri

Klinik çalışmalarda trastuzumab, yüksek düzeyde HER2 eksprese eden ve bir veya daha fazla sayıda kemoterapi rejimi başarısız olan metastatik meme kanserli hastalıklarda, monoterapi olarak kullanılmıştır (tek başına trastuzumab).

Trastuzumab, ayrıca, metastatik meme kanseri için kemoterapi almamış hastaların tedavisinde paklitaksel veya dosetaksel ile birlikte kullanılmıştır. Önceden antrasiklin temelli adjuvan kemoterapi alan hastalar, trastuzumab ile beraber veya trastuzumab olmadan paklitaksel (3 saat süreyle infüzyonla verilen 175 mg/m<sup>2</sup>) tedavisi görmüşlerdir. Trastuzumab ile beraber veya trastuzumab olmadan dosetaksel (1 saatsüreyle verilen 100 mg/m<sup>2</sup> infüzyon) ile yapılan pivotal çalışmada, hastaların %60'ı önceden antrasiklin temelli adjuvan kemoterapi almışlardır. Hastalar, hastalık progresyonuna kadar trastuzumab ile tedavi edilmişlerdir.

Daha önce adjuvan antrasiklin almamış hastalarda, trastuzumabın paklitaksel ile kombinasyon halinde etkililiği araştırılmamıştır. Bununla birlikte, trastuzumab artı dosetaksel tedavisi, daha önceki adjuvan antrasiklin kullanımından bağımsız olarak etkili bulunmuştur.

Pivotal trastuzumab monoterapisi ve trastuzumab artı paklitaksel klinik çalışmalarında hastaların uygunluğunu belirlemede kullanılan HER2 aşırı ekspresyonu için test yönteminde fare monoklonal antikörleri CB11 ve 4D5 kullanılarak meme tümörlerinden fikse edilmiş materyalin HER2'si için immünohistokimyasal boyama kullanılmıştır. Bu dokular formalin veya Bouin sabitleyicisinde fikse edilmiştir. Bir merkez laboratuvarında yürütülen bu araştırma klinik çalışma analizinde 0 ila 3+ ölçek kullanılmıştır. 2+ veya 3+ boyama olarak sınıflandırılan hastalar dahil edilirken, 0 veya 1+ boyama olarak sınıflandırılan hastalar hariç tutulmuştur. Kaydedilen hastaların %70'inden fazlası 3+ aşırı ekspresyon göstermiştir. Veriler faydalı etkilerin HER2 aşırı ekspresyon düzeyleri daha yüksek olan (3+) hastalarda daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Dosetaksele ilişkin pivotal çalışmada, trastuzumab varlığında veya trastuzumab olmadan, HER2 pozitifliğini belirlemede kullanılan başlıca test yöntemi immünohistokimya olmuştur. Hastaların küçük bir kısmı floresan *in situ* hibridizasyon (FISH) kullanılarak test edilmiştir. Bu çalışmada, hastaların %87'sinde IHC3+ hastalık varken, hastaların %95'inde IHC3+ ve/veya FISH-pozitif hastalık mevcuttur.

#### *Metastatik meme kanserinde haftalık doz uygulama*

Monoterapi ve kombinasyon tedavisinden elde edilen etkililik bulguları Tablo 5'te özetlenmektedir.



**Tablo 5- Monoterapi ve Kombinasyon Tedavisi Çalışmalarından Etkililik Bulguları**

Parametre	Monoterapi	Kombinasyon tedavisi			
	Trastuzumab <sup>1</sup> N = 172	Trastuzumab artı paklitaksel <sup>2</sup> N = 68	Paklitaksel <sup>2</sup> N = 77	Trastuzumab artı dosetaksel <sup>3</sup> N = 92	Dosetaksel <sup>3</sup> N = 94
Yanıt oranı (%95 GA)	%18 (13-25)	%49 (36-61)	%17 (9-27)	%61 (50-71)	%34 (25-45)
Medyan yanıt süresi (ay) (%95 GA)	9,1 (5,6-10,3)	8,3 (7,3-8,8)	4,6 (3,7-7,4)	11,7 (9,3-15)	5,7 (4,6-7,6)
Medyan progresyona kadar geçen süre (TTP) (ay) (%95 GA)	3,2 (2,6-3,5)	7,1 (6,2-12)	3 (2-4,4)	11,7 (9,2-13,5)	6,1 (5,4-7,2)
Medyan Sağkalım (ay) (%95 GA)	16,4 (12,3-ne)	24,8 (18,6-33,7)	17,9 (11,2-23,8)	31,2 (27,3-40,8)	22,74 (19,1-30,8)

TTP = progresyona kadar geçen süre; "ne" hesaplanamamış ya da henüz erişilmemiş anlamına gelir.

1. Çalışma H0649g: IHC3+ hasta alt grubu
2. Çalışma H0648g: IHC3+ hasta alt grubu
3. Çalışma M77001: Tüm analiz grubu (tedavi amaçlı), 24 aylık bulgular

#### *Trastuzumab ve anastrozol ile kombinasyon tedavisi*

Trastuzumab, HER2 aşırı ekspresyonu yapan, hormon reseptörü (yani östrojen reseptörü (ER) ve/veya progesteron reseptörü (PR)) pozitif postmenopozal hastalarda birinci basamak mMK tedavisi için anastrozol ile kombinasyon halinde araştırılmıştır. Progresyonsuz sağkalım, anastrozole kıyasla trastuzumab artı anastrozol kolunda iki katına çıkmıştır (2,4 aya karşı 4,8 ay). Diğer parametrelerde kombinasyonlu tedavi ile genel yanıt (%6,7'ye karşı %16,5); klinik fayda oranı (%27,9'a karşı %42,7); progresyona kadar geçen sürede (2,4 aya karşı 4,8 ay) iyileşmeler görülmüştür. Yanıt kadar geçen süre ve yanıt süresi için kollar arasında bir fark kaydedilmemiştir. Medyan genel sağkalım kombinasyon kolundaki hastalar için 4,6 ay uzamıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir, bununla birlikte tek başına anastrozol kolundaki hastaların yarısından fazlası hastalık progresyonundan sonra trastuzumab içeren rejime çapraz geçiş yapmıştır.

#### *Metastatik meme kanserinde haftada üç kez doz uygulama*

Karşılaştırmalı olmayan monoterapi ve kombinasyon tedavisinden etkililik bulguları Tablo 6'da özetlenmektedir:

**Tablo 6- Karşılaştırmalı Olmayan Monoterapi ve Kombinasyon Tedavisi Çalışmalarından Etkililik Bulguları**

Parametre	Monoterapi		Kombinasyon Tedavisi	
	Trastuzumab <sup>1</sup> N=105	Trastuzumab <sup>2</sup> N=72	Trastuzumab artı paklitaksel <sup>3</sup> N=32	Trastuzumab artı dosetaksel <sup>4</sup> N=110
Yanıt oranı	%24	%27	%59	%73

(%95 GA)	(15-35)	(14-43)	(41-76)	(63-81)
<b>Medyan yanıt süresi (ay) (aralık)</b>	10,1 (2,8-35,6)	7,9 (2,1-18,8)	10,5 (21)	13,4 (2,1-55,1)
<b>Medyan TTP (ay) (%95 GA)</b>	3,4 (2,8-4,1)	7,7 (4,2-8,3)	12,2 (6,2-ne)	13,6 (11-16)
<b>Medyan Sağkalım (ay) (%95 GA)</b>	ne	ne	ne	47,3 (32-ne)

TTP = progresyona kadar geçen süre; "ne" hesaplanamadığını veya henüz erişilmediğini gösterir.

1. Çalışma WO16229: yükleme dozu 8 mg/kg, ardından 3 haftada bir 6 mg/kg
2. Çalışma MO16982: 3 haftada bir yükleme dozu 6 mg/kg; ardından 3 haftada bir 6 mg/kg
3. Çalışma BO15935
4. Çalışma MO16419

### *Progresyon bölgeleri*

Karaciğerde progresyon sıklığı tek başına paklitaksele kıyasla trastuzumab ve paklitaksel kombinasyonu ile tedavi edilen hastalarda anlamlı olarak azalmıştır (%45,7'e karşı %21,8; p=0,004). Tek başına paklitaksel ile tedavi edilenlere kıyasla trastuzumab ve paklitaksel ile tedavi edilen daha fazla hasta merkezi sinir sisteminde progresyon göstermiştir (%6,5'e karşı %12,6; p=0,377).

### *Erken Evre Meme Kanseri (adjuvan tedavi)*

Erken evre meme kanseri metastatik olmayan invazif meme karsinomu olarak tanımlanır.

Adjuvan tedavide trastuzumab, 4 büyük çok merkezli, randomize çalışmada araştırılmıştır:

- HERA çalışması (BO16348), HER2-pozitif erken evre meme kanserli hastalarda, cerrahi, standart kemoterapi ve radyoterapiyi (eğer uygulanabiliyorsa) takiben, bir ve iki yıl boyunca 3 haftada bir verilen trastuzumab tedavisi ile gözlem grubunu karşılaştırmak üzere tasarlanmıştır. Ayrıca, trastuzumab tedavisinin 2 yıl uygulanması ile 1 yıl uygulanması karşılaştırılmış, hastalara 1 ya da 2 yıl boyunca her üç hafta başlangıç dozu olarak 8 mg/kg, idame doz olarak 6 mg/kg trastuzumab verilmiştir.
- Birleşik analiz oluşturan NCCTG N9831 ve NSAPB B31 çalışmaları AC kemoterapisini takiben paklitaksel ile trastuzumab kombinasyonunun klinik yararlılığını araştırmak amacıyla tasarlanmıştır, ayrıca NCCTG N9831 çalışmasında HER2-pozitif erken evre meme kanserli hastalarda cerrahi sonrası AC-paklitaksel kemoterapisine ardışık olarak tedaviye trastuzumab eklenmesi araştırılmıştır.
- BCIRG 006 çalışması, HER2-pozitif erken evre meme kanserli kadınlarda cerrahi sonrası trastuzumabın dosetaksiel ile kombinasyonunu AC kemoterapisinin takiben veya dosetaksiel ve karboplatin kombinasyonu ile araştırmak üzere tasarlanmıştır.

HERA çalışmasında erken evre meme kanseri, aksillar lenf nodları pozitif ya da aksillar lenf nodları negatif en az 1 cm çapında tümörü olan, operabl, primer, memenin invaziv adenokarsinomu ile sınırlıydı.

NSAPB B31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinde, erken evre meme kanseri yüksek riskli operabl kadınlarla sınırlandırılmıştır; yüksek risk özellikleri HER2-pozitif ve aksillar lenf nodları pozitif ya da HER2-pozitif ve lenf nodları negatif [tümör boyutu >1 cm

ve ER negatif ya da hormonal durumdan bağımsız tümör boyutu >2 cm] olarak tanımlanmaktadır.

BCIRG 006 çalışmasında HER2-pozitif erken evre meme kanseri, lenf nodları pozitif ya da lenf nodu tutulumu olmaksızın (pN0) aşağıdaki faktörlerden en az 1'inin bulunduğu yüksek riskli nod negatif olarak tanımlanmıştır: tümör boyutu 2 cm'den büyük, östrojen reseptörü ve progesteron reseptörü negatif, histolojik ve/veya nükleer derece 2-3 veya yaş < 35.

HERA (BO16348) çalışmasından elde edilen 12 aylık\* ve 8 aylık\*\* medyan takip sonrası etkililik sonuçları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

**Tablo 7- BO16348 Çalışmasından Elde Edilen Etkililik Sonuçları**

Parametre	Medyan takip 12 ay*		Medyan takip 8 yıl**	
	Gözlem N = 1.693	Trastuzumab 1 Yıl N = 1.693	Gözlem N = 1.697***	Trastuzumab 1 Yıl N = 1.702***
Hastaliksız sağkalım				
- Olay görülen hasta sayısı	219 (%12,9)	127 (%7,5)	570 (%33,6)	471 (%27,7)
- Olay görülmeyen hasta sayısı	1.474 (%87,1)	1.566 (%92,5)	1.127 (%66,4)	1.231 (%72,3)
Gözleme göre p değeri	< 0,0001		< 0,0001	
Gözleme göre risk oranı	0,54		0,76	
Rekürrensiz sağkalım				
- Olay görülen hasta sayısı	208 (%12,3)	113 (%6,7)	506 (%29,8)	399 (%23,4)
- Olay görülmeyen hasta sayısı	1.485 (%87,7)	1.580 (%93,3)	1.191 (%70,2)	1.303 (%76,6)
Gözleme göre p değeri	< 0,0001		< 0,0001	
Gözleme göre risk oranı	0,51		0,73	
Uzak hastaliksız sağkalım				
- Olay görülen hasta sayısı	184 (%10,9)	99 (%5,8)	488 (%28,8)	399 (%23,4)
- Olay görülmeyen hasta sayısı	1.508 (%89,1)	1.594 (%94,6)	1.209 (%71,2)	1.303 (%76,6)
Gözleme göre p değeri	< 0,0001		< 0,0001	
Gözleme göre risk oranı	0,5		0,76	
Genel sağkalım (ölüm)				
- Olay görülen hasta sayısı	40 (%2,4)	31 (%1,8)	350 (%20,6)	278 (%16,3)
- Olay görülmeyen hasta sayısı	1.653 (%97,6)	1.662 (%98,2)	1.347 (%79,4)	1.424 (%83,7)
Gözleme göre P değeri	0,24		0,0005	
Gözleme göre risk oranı	0,75		0,76	

\* ko-primer sonlanım noktası olarak gözleme karşı 1 yıllık DFS önceden tanımlanmış istatistiksel sınırı karşıladı.

\*\*Final analiz (gözlem kolundan trastuzumab koluna geçen %52 oranındaki çapraz geçişi içeren)

\*\*\*12 aylık medyan takip analizi için veri kesim tarihinden sonra randomize edilen hasta sayısının az olmasından dolayı tüm örnek boyutunda bir uyumsuzluk vardır,

Ara etkililik analizinden elde edilen etkililik bulguları, gözleme karşı 1 yıllık trastuzumab değerlendirilmesinde protokolda önceden belirlenmiş istatistiksel sınırı geçmiştir. 12 aylık medyan takip sonrasında hastaliksız sağkalım (DFS) için risk oranı (HR) 0,54 olup (%95 GA 0,44, 0,67), bu 2 yıllık hastaliksız sağkalım oranı açısından trastuzumab kolu lehine yüzde 7,6 puanlık (%78,2'ye karşı %85,8) mutlak bir fayda anlamına gelmektedir.

8 yıllık medyan takip sonrasında bir final analiz yapılmıştır ve bu analiz 1 yıllık trastuzumab tedavisinin sadece gözleme kıyasla %24 risk azalması ile ilişkili olduğunu göstermiştir

(HR=0,76, %95 GA 0,67, 0,86). Bu, 8 yıllık hastaliksız sağkalım oranı açısından 1 yıllık trastuzumab tedavisi lehine yüzde 6,4 puanlık bir mutlak fayda anlamına gelmektedir.

Bu final analizde, trastuzumab tedavisinin iki yıla uzatılması 1 yıllık tedaviye karşı ilave fayda göstermemiştir [1 yıla karşı 2 yıllık tedavi amaçlı (ITT) popülasyonda DFS HR=0,99 (%95 GA: 0,87, 1,13), p-değeri=0,9 ve OS HR=0,98 (0,83, 1,15); p-değeri=0,78]. Asemptomatik kardiyak fonksiyon bozukluğu oranı 2 yıllık tedavi kolunda artmıştır (1 yıllık tedavi kolunda %4,6'ya karşı %8,1). 1 yıllık tedavi koluna (%16,3) kıyasla 2 yıllık tedavi kolunda (%20,4) daha fazla hasta en az bir derece 3 veya 4 yan etki yaşamıştır.

NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarında, trastuzumab AC kemoterapisini takiben paklitaksel ile kombinasyon halinde uygulanmıştır.

Doksorubisin ve siklofosfamid aşağıdaki şekilde eşzamanlı olarak uygulanmıştır:

- 4 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen 60 mg/m<sup>2</sup> intravenöz puşe doksorubisin.
- 4 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen 30 dakikada 600 mg/m<sup>2</sup> intravenöz siklofosfamid

Trastuzumab ile kombinasyon halinde paklitaksel aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

- intravenöz paklitaksel – 12 hafta boyunca her hafta verilen kesintisiz intravenöz infüzyon olarak 80 mg/m<sup>2</sup>.

veya

- intravenöz paklitaksel – 4 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen (her siklusun 1. günü) kesintisiz intravenöz infüzyon olarak 175 mg/m<sup>2</sup>.

DFS\* tanımlayıcı analizi sırasında NSABP B-31 ve NCCTG 9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen etkililik sonuçları Tablo 8'de özetlenmektedir. Medyan takip süresi AC→P kolundaki hastalar için 1,8 yıl iken, AC→PH kolundaki hastalar için 2 yıldır.

**Tablo 8- DFS tanımlayıcı analizi sırasında NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen etkililik bulgularının özeti**

Parametre	AC→P (n = 1.679)	AC→PH (n = 1.672)	AC→P'ye karşı Tehlike Oranı (%95 GA) p-değeri
Hastaliksız sağkalım Olay görülen hasta sayısı (%)	261 (15,5)	133 (8)	0,48 (0,39, 0,59) p < 0,0001
Uzak Nüks Olay görülen hasta sayısı	193 (11,5)	96 (5,7)	0,47 (0,37, 0,6) p < 0,0001
Ölüm (OS olayı): Olay görülen hasta sayısı	92 (5,5)	62 (3,7)	0,67 (0,48, 0,92) p = 0,014**

A: doksorubisin; C: siklofosfamid; P: paklitaksel; H: trastuzumab

\* AC→P kolundaki hastalar için 1,8 yıl ve AC→PH kolundaki hastalar için 2 yıla varan medyan takip süresinde

\*\* OS için p değeri AC→P'ye karşı AC→PH karşılaştırması için önceden belirlenmiş istatistiksel sınırı geçmemiştir.

Primer sonlanım noktası olan DFS açısından, paklitaksel kemoterapisine trastuzumab ilavesi hastalığın tekrarlama riskinde %52'lik bir azalma ile sonuçlanmıştır (risk oranı: 0,48 [95% GA: 0,39, 0,59]; p < 0,0001). 3 yıllık hastaliksız sağkalım oranı bakımından risk oranı,

AC→PH (trastuzumab) kolu lehine, %11,8'lik farkla (%87,2'ye karşılık %75,4) mutlak bir faydaya dönüşür.

3,5-3,8 yıllık takipten sonra güvenlilik güncellemesi zamanında, bir DFS analizi, DFS tanımlayıcı analizinde gösterilen faydanın büyüklüğünü doğrulamıştır. Kontrol kolunda trastuzumaba çapraz geçişe rağmen paklitaksel kemoterapisine trastuzumab ilavesi hastalık nüksü riskinde %52 azalma ile sonuçlanmıştır. Paklitaksel kemoterapisine trastuzumab ilavesi aynı zamanda ölüm riskinde %37 azalma ile sonuçlanmıştır.

NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen önceden planlanmış nihai OS analizi, 707 ölüm meydana geldiğinde gerçekleştirilmiştir (AC→PH grubunda medyan takip 8,3 yıl). AC→PH ile tedavi AC→P'ye kıyasla OS'de istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görülmüştür (sınıflandırılmış HR=0,64; %95 GA [0,55, 0,74]; log-sıra p-değeri < 0,0001). 8. yılda, sağkalım oranının AC→PH kolunda %86,9 ve AC→P kolunda %79,4 olduğu hesaplanmış olup, mutlak fayda %7,4'tür (%95 GA %4,9, %10).

NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen nihai OS bulguları aşağıda Tablo 9'da özetlenmektedir.

**Tablo 9- NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen Nihai Genel Sağkalım Analizi**

Parametre	AC→P (N = 2.032)	AC→PH (N = 2.031)	AC→P'ye karşı p değeri	AC→P'ye karşı Risk Oranı (%95 GA)
Ölüm (OS olayı): Olay görülen hasta sayısı (%)	418 (%20,6)	289 (%14,2)	< 0,0001	0,64 (0,55, 0,74)

A: doksorubisin; C: siklofosfamid; P: paklitaksel; H: trastuzumab

DFS analizi, NSABP B-31 ve NCCTG N9831 çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen nihai OS analizinde yapılmıştır. Güncellenmiş DFS analizi bulguları (sınıflandırılmış HR = 0,61; %95 GA [0,54, 0,69]), trastuzumaba çapraz geçiş yapmış AC→P kolundaki %24,8 hastaya rağmen tanımlayıcı birincil DFS analizine kıyasla benzer DFS faydası göstermiştir. 8 yılda, hastaliksiz sağkalım oranı, AC→PH kolunda %77,2 (GA %95: 75,4, 79,1) olarak hesaplanmış olup AC→P koluna kıyasla mutlak fayda % 11,8'dir.

BCIRG 006 çalışmasında trastuzumab ya AC kemoterapisini takiben dosetaksel ile kombinasyon halinde (AC→DH) ya da dosetaksel ve karboplatin ile kombinasyon halinde (DCarbH) uygulanmıştır.

Dosetaksel aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

- intravenöz dosetaksel - 4 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen 1 saatte intravenöz infüzyon olarak 100 mg/m<sup>2</sup> (ilk dosetaksel siklusunun 2. günü, ardından her bir ardışık siklusun 1. günü)
- veya
- intravenöz dosetaksel – 6 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen 1 saatte intravenöz infüzyon olarak 75 mg/m<sup>2</sup> (1. siklusun 2. günü, ardından her bir siklusun 1. günü)
- ardından:

- karboplatin – hedef EAA’da = toplam altı siklus boyunca her 3 haftada bir tekrar edilen 30-60 dakikada intravenöz infüzyon ile uygulanan 6 mg/mL/dakika

Trastuzumab kemoterapi ile birlikte haftada bir ve ardından toplam 52 hafta boyunca her 3 haftada bir uygulanmıştır.

BCIRG 006’den elde edilen etkililik bulguları Tablo 10 ve 11’de özetlenmektedir. Medyan takip süresi AC→D kolunda 2,9 yıl ve AC→DH ve DCarbH kollarının her birinde 3 yıldır.

**Tablo 10- Etkililik analizlerinin genel özeti BCIRG 006 AC→DH’ye karşı AC→D**

Parametre	AC→D (n = 1.073)	AC→DH (n = 1.074)	AC→D’ye karşı Risk Oranı (%95 GA) p-değeri
Hastaliksız sağkalım Olay görülen hasta sayısı	195	134	0,61 (0,49, 0,77) p < 0,0001
Uzak nüks Olay görülen hasta sayısı	144	95	0,59 (0,46, 0,77) p < 0,0001
Ölüm (OS olay) Olay görülen hasta sayısı	80	49	0,58 (0,40, 0,83) p = 0,0024

AC→D = doksorubisin artı siklofosfamid ardından dosetaksel; AC→DH = doksorubisin artı siklofosfamid ardından dosetaksel artı trastuzumab; GA = güven aralığı

**Tablo 11- Etkililik analizlerinin genel özeti BCIRG 006 DCarbH’ye karşı AC→D**

Parametre	AC→D (n = 1.073)	DCarbH (n = 1.074)	AC→D’ye karşı Risk Oranı (%95 GA)
Hastaliksız sağkalım Olay görülen hasta sayısı	195	145	0,67 (0,54, 0,83) p = 0,0003
Uzak nüks Olay görülen hasta sayısı	144	103	0,65 (0,50, 0,84) p = 0,0008
Ölüm (OS olayı) Olay görülen hasta sayısı	80	56	0,66 (0,47, 0,93) p = 0,0182

AC→D = doksorubisin artı siklofosfamid ardından dosetaksel; DCarbH = dosetaksel, karboplatin ve trastuzumab; GA = güven aralığı

BCIRG 006 çalışmasında primer sonlanım noktası olan hastaliksız sağkalım (DFS) için risk oranı, 3 yıllık hastaliksız sağkalım oranı açısından, AC→D kolu ile karşılaştırıldığında, AC→DH (trastuzumab) kolu lehine yüzde 5,8 puanlık (%86,7’ ye karşılık %80,9) ve DCarbH (trastuzumab) kolu lehine yüzde 4,6 puanlık (%85,5’e karşılık %80,9) mutlak bir faydaya dönüşür.

BCIRG 006 çalışmasında DCarbH (TCH) kolundaki 213/1.075 hasta, AC→DH (AC→TH) kolundaki 221/1.074 hasta ve AC→D (AC→T) kolundaki 217/1.073 hastada Karnofsky performans durumu ≤90 (ya 80 ya da 90)’dır. Bu hasta alt grubunda hiçbir hastaliksız sağkalım (DFS) faydası fark edilmemiştir (risk oranı = AC→D’ye (AC→T) karşı DCarbH (TCH) için 1,16, %95 GA [0,73, 1,83]; risk oranı = AC→D’ye karşı AC→DH (AC→TH) için 0,97, %95 GA [0,6, 1,55]).

Buna ilaveten, BCIRG006 çalışması ve NSABP B-31/NCCTG N9831\* klinik çalışmalarının birleşik analizinden elde edilen veri setinde DFS olayları ve semptomatik kardiyak olayları birleştiren post-hoc açıklayıcı analiz yürütülmüş olup, Tablo 12’de özetlenmektedir:

**Tablo 12- NSABP B-31/NCCTH N831\* Birleşik Analizi ve BCIG006 Klinik Çalışmalarından DFS Olayları ve Semptomatik Kardiyak Olayları Birleştiren Post-Hoc Açıklayıcı Analiz Bulguları**

	AC→PH (AC→P’ye karşı) (NSABP B-31 ve NCCTG N9831)*	AC→DH (AC→D’ye karşı) (BCIRG 006)	DCarbH (AC→D’ye karşı) (BCIRG 006)
Birincil etkililik analizi DFS Risk oranları (%95 GA) p-değeri	0,48 (0,39, 0,59) p < 0,0001	0,61 (0,49, 0,77) p < 0,0001	0,67 (0,54, 0,83) p = 0,0003
Uzun süreli takip etkililik analizi** DFS risk oranları (%95 GA) p-değeri	0,61 (0,54, 0,69) p<0,0001	0,72 (0,61, 0,85) p<0,0001	0,77 (0,65, 0,9) p=0,0011
DFS ve semptomatik kardiyak olaylarla post-hoc açıklayıcı analiz Uzun süreli takip** Risk oranları (%95 GA)	0,67 (0,6, 0,75)	0,77 (0,66, 0,9)	0,77 (0,66, 0,9)

A: doksorubisin; C: siklofosamid; P: paklitaksel; D: dosetaksel; Carb: karboplatin; H: trastuzumab; GA = güven aralığı

\*Tanımlayıcı DFS analizi zamanında. Medyan takip süresi AC→P kolunda 1,8 yıl ve AC→PH kolunda 2 yıldır.

\*\*Birleşik analiz klinik çalışmaları için uzun süreli medyan takip süresi AC→PH kolu için 8,3 yıl (aralık: 0,1 ila 12,1) ve AC→P kolu için 7,9 yıldır (aralık: 0 ila 12,2); BCIRG 006 çalışması için uzun süreli medyan takip süresi hem AC→D kolunda (aralık: 0 ila 12,6) hem de DCarbH kolunda (aralık: 0 ila 13,1) 10,3 yıl ve AC→DH kolunda 10,4 yıldır (aralık: 0 ila 12,7).

#### Erken evre meme kanseri (neoadjuvan-adjuvan tedavi)

Şuana kadar, adjuvan tedavide kemoterapi ile uygulanan trastuzumabın etkililiğini neo adjuvan/adjuvan tedavide elde edilenle karşılaştıran sonuçlar mevcut değildir.

Neoadjuvan-adjuvan durumda yapılmış çok merkezli randomize bir çalışma olan MO16432 çalışması, trastuzumabın bir antrasiklin ve bir taksan içeren neoadjuvan kemoterapi ile eş zamanlı olarak uygulanmasının klinik faydasını araştırmak üzere dizayn edilmiştir (AP+H takiben P+H, takiben CMF+H, takiben adjuvan trastuzumab, toplam tedavi süresi 1 yıla kadar). Çalışmaya teşhisi yeni konulmuş lokal ileri (Evre III) ya da inflamatuvar meme kanserli hastalar alınmıştır. HER2+ tümörlü hastalar neoadjuvan-adjuvan trastuzumab ile eş zamanlı neoadjuvan kemoterapi veya yalnızca neoadjuvan kemoterapi almak üzere randomize edilmiştir.

MO16432 çalışmasında, trastuzumab (8 mg/kg yükleme dozu ardından her 3 haftada bir 6 mg/kg idame) 10 siklus neoadjuvan kemoterapi ile eş zamanlı olarak aşağıdaki şekilde uygulanmıştır.

- 3 siklus boyunca 3 haftada bir uygulanan doksorubisin 60 mg/m<sup>2</sup> ve paklitaksel 150 mg/m<sup>2</sup>, ardından
- 4 siklus boyunca 3 haftada bir uygulanan paklitaksel 175 mg/m<sup>2</sup>, ardından
- 3 siklus boyunca her 4 haftada bir 1 ve 8. günlerde CMF ardından cerrahi sonrası
- ilave adjuvan trastuzumab siklusları (1 yıllık tedaviyi tamamlamak için)

MO16432 çalışmasından elde edilen etkililik sonuçları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Trastuzumab kolunda medyan takip süresi 3,8 yıldır.

**Tablo 13- MO16432 Etkililik Analizine Genel Bakış**

Parametre	Kemoterapi + trastuzumab (n=115)	Kemoterapi (n=116)	Risk Oranı (%95 GA)
Olaysız sağkalım (EFS)			0,65 (0,44, 0,96)
Olaylı hasta sayısı	46	59	p=0,0275
Toplam patolojik tam yanıt* (%95 GA)	%40 (31, 49,6)	%20,7 (13,7, 29,2)	P=0,0014
Genel sağkalım (OS)			0,59 (0,35, 1,02)
Olaysız hasta sayısı	22	33	p=0,0555

\*meme ve aksillar nodların her ikisinde birden herhangi bir invaziv kanserin bulunmaması olarak tanımlanmıştır.

3 yıllık bir olaysız sağkalım oranı bakımından, risk oranı trastuzumab kolu lehine tahmini yüzde 13'lük (%65'e karşılık %52) mutlak bir faydaya dönüşür.

#### İleri Evre Gastrik Kanser

İleri evre gastrik kanserde trastuzumab, kemoterapiye karşılık, kemoterapi ile kombinasyon şeklinde kullanılarak randomize, açık etiketli, faz III çalışma olan ToGA (BO18255) çalışmasında araştırılmıştır.

Kemoterapi aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

- kapesitabin – 6 siklus boyunca her 3 haftada bir 14 gün boyunca günde iki kez oral yolla 1000 mg/m<sup>2</sup>

veya

- intravenöz 5-florourasil – 6 siklus boyunca her 3 haftada bir verilen 5 günde kesintisiz intravenöz infüzyon olarak 800 mg/m<sup>2</sup>/gün (her bir siklusun 1 ila 5. günleri)



İkisi de aşağıdakilerle uygulanmıştır:

- sisplatin – her bir siklusun 1. gününde 6 siklus boyunca her 3 haftada bir 80 mg/m<sup>2</sup>.

BO18225 çalışmasının etkililik sonuçları aşağıdaki Tablo 14’te özetlenmiştir:

**Tablo 14- BO18225’den Etkililik Sonuçları**

Parametre	FP N = 290	FP +H N = 294	HR (%95 GA)	p değeri
Genel sağkalım, Medyan ay	11,1	13,8	0,74 (0,6-0,91)	0,0046
Progresyonsuz Sağkalım, Medyan ay	5,5	6,7	0,71 (0,59-0,85)	0,0002
Progresyona kadar geçen süre, Medyan ay	5,6	7,1	0,7 (0,58-0,85)	0,0003
Toplam Yanıt Oranı, %	%34,5	%47,3	1,7 <sup>a</sup> (1,22, 2,38)	0,0017
Yanıt süresi, Medyan ay	4,8	6,9	0,54 (0,4-0,73)	< 0,0001

FP + H: Floropirimidin/sisplatin + trastuzumab

FP: Floropirimidin/sisplatin

<sup>a</sup> Risk oranı

Çalışmaya HER2-pozitif ameliyat edilemeyen, lokal ileri veya nüks eden ve/veya metastatik, küratif tedaviye uygun olmayan mide ya da gastro-özofageal bağlantı adenokarsinomu için daha önce tedavi görmemiş hastalar alınmıştır. Birincil sonlanım noktası randomizasyon tarihinden herhangi bir nedenle ölüm tarihine kadar geçen süre olarak tanımlanmış genel sağkalımdır. Analiz zamanında; toplamda randomize edilmiş 349 hasta ölmüştür: kontrol kolunda 182 hasta (%62,8) ve tedavi kolunda 167 hasta (%56,8). Ölümün çoğu altta yatan kanserle ilişkili olaylardan kaynaklanmıştır.

Post-hoc alt grup analizleri, daha yüksek seviyede HER2 proteini (IHC 2+/FISH+ ve IHC 3+/FISH durumundan bağımsız) içeren hedef tümörlerde tedavinin daha etkili olduğunu göstermiştir. Yüksek düzeyde HER2 eksprese eden grupta medyan genel sağkalım trastuzumab + kapesitabin/5-FU + sisplatin ve kapesitabin/5-FU + sisplatin için sırasıyla 16 aya karşın 11,8 ay, risk oranı 0,65 (%95 GA 0,51-0,83) ve medyan progresyonsuz sağkalım 7,6 aya karşın 5,5 ay, risk oranı 0,64’tür (% 95 GA 0,51-0,79). Genel sağkalım için, HR IHC 2+/FISH+ grubunda 0,75 (%95 GA 0,51-1,11) ve IHC 3+/FISH+ grubunda 0,58’dir (%95 GA 0,41-0,81).

TOGA (BO18255) çalışmasında yürütülen açıklayıcı alt grup analizinde, başlangıçta ECOG performans durumu 2 olan hastalarda trastuzumab ilavesi ile genel sağkalım üzerinde belirgin bir fayda görülmemiştir [HR 0,96 (%95 GA 0,51-1,79)], ölçülebilir olmayan [HR 1,78 (%95 GA 0,87-3,66)] ve lokal ileri hastalık [HR 1,2 (%95 GA 0,29- 4,97)].

Pediyatrik popülasyon

Pediyatrik kullanıma ilişkin bilgiler için bkz. bölüm 4.2.

## 5.2 Farmakokinetik özellikler

### Genel özellikler

Trastuzumabın farmakokinetiği, 18 adet Faz I, II ve III çalışmada trastuzumab kullanan HER2 pozitif metastatik meme kanseri, erken meme kanseri, atipik glandüler hücre veya diğer tümör tipleri olan hastalar ile sağlıklı gönüllüleri içeren 1.582 vakadan elde edilen havuz verileri kullanılarak bir popülasyon farmakokinetik model analizinde değerlendirilmiştir. Santral bölmeden paralel lineer ve lineer olmayan eliminasyonlu iki bölmeli model trastuzumab konsantrasyonu-zaman profilini oluşturmuştur.

#### Emilim:

Santral bölme hacmi, metastatik ve erken meme kanseri hastaları için 2,62 L, atipik glandüler hücre hastaları içinse 3,63 L olmuştur. Final popülasyon farmakokinetik modelinde, primer tümör tipine ek olarak, trastuzumab maruziyetini etkileyen ve istatistiksel olarak anlamlı eşdeğişkenler olarak vücut ağırlığı, serum aspartat aminotransferaz ve albumin belirlenmiştir. Buna karşın, trastuzumab maruziyeti üzerindeki etkilerinin büyüklüğü bu eşdeğişkenlerin trastuzumab konsantrasyonları üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkilerinin olmadığını göstermektedir.

Popülasyona bağlı farmakokinetik maruziyeti değerleri (5. ve 95. Persantiller ile medyan) ve onaylı haftada bir ve üç haftada bir doz rejiminde tedavi edilen metastatik meme kanseri, erken meme kanseri ve atipik glandüler hücre hastaları için klinik olarak anlamlı konsantrasyonlarda farmakokinetik parametre değerleri (C<sub>min</sub>, C<sub>maks</sub>) Tablo 15'te (1. siklus), Tablo 16'da (kararlı durum) ve Tablo 17'de (FKparametreleri) gösterilmektedir.

**Tablo 15- Metastatik meme kanseri, erken meme kanseri ve atipik glandüler hücre hastalarında trastuzumab IV doz rejimleri için popülasyona bağlı birinci siklus farmakokinetik değerleri (5. ve 95. Persantiller ile medyan)**

Doz Rejimi	Primer tümör tipi	N	C <sub>min</sub> (mcg/mL)	C <sub>maks</sub> (mcg/mL)	EAA <sub>0-21gün</sub> (mcg.gün/mL)
8 mg/kg + 6 mg/kg üç haftada bir	Metastatik meme kanseri	805	28,7 (2,9-46,3)	182 (134-280)	1.376 (728 -1.998)
	Erken meme kanseri	390	30,9 (18,7-45,5)	176 (127-227)	1.390 (1.039-1.895)
	Atipik glandüler hücre	274	23,1 (6,1-50,3)	132 (84,2-225)	1.109 (588-1.938)
4 mg/kg + 2 mg/kghaft ada bir	Metastatik meme kanseri	805	37,4 (8,7-58,9)	76,5 (49,4-114)	1.073 (597-1.584)
	Erken meme kanseri	390	38,9 (25,3-58,8)	76 (54,7-104)	1.074 (783-1.502)

**Tablo 16- Metastatik meme kanseri, erken meme kanseri ve atipik glandüler hücre hastalarında trastuzumab IV doz rejimleri için popülasyona bağlı kararlı durum farmakokinetik maruziyeti parametre değerleri (5. ve 95. Persantiller ile medyan)**

Doz rejimi	Primer tümör tipi	N	C <sub>min,ss</sub> * (mcg/mL)	C <sub>maks,ss</sub> ** (mcg/mL)	EAA <sub>ss, 0-21gün</sub> (mcg.gün/mL)	Kararlı duruma dek olansüre*** (hafta)
8 mg/kg + 6 mg/kg üç haftada bir	Metastatik meme kanseri	805	44,2 (1,8-85,4)	179 (123-266)	1.736 (618-2.756)	12
	Erken meme kanseri	390	53,8 (28,7-85,8)	184 (134-247)	1.927 (1.332-2.771)	15
	Atipik glandüler hücre	274	32,9 (6,1-88,9)	131 (72,5-251)	1.338 (557-2.875)	9
4 mg/kg + 2 mg/kg haftada bir	Metastatik meme kanseri	805	63,1 (11,7-107)	107 (54,2-164)	1.710 (581-2.715)	12
	Erken meme kanseri	390	72,6 (46-109)	115 (82,6-160)	1.893 (1.309-2.734)	14

C<sub>min,ss</sub>\* Kararlı durumda C<sub>min</sub>

C<sub>maks,ss</sub>\*\* Kararlı durumda C<sub>maks</sub>

\*\*\*: kararlı durumun %90'ına dek olan süre

**Tablo 17- Metastatik meme kanseri, erken meme kanseri ve atipik glandüler hücre hastalarında trastuzumab IV doz rejimleri için popülasyona bağlı kararlı durum farmakokinetik parametre değerleri (5. ve 95. Persantiller ile medyan)**

Doz rejimi	Primer tümör tipi	N	C <sub>maks,ss</sub> 'den C <sub>min,ss</sub> 'ye toplam klerens aralığı (L/gün)	C <sub>maks,ss</sub> 'den C <sub>min,ss</sub> 'ye yarılanma ömrü aralığı (gün)
8 mg/kg + 6 mg/kg üç haftada bir	Metastatik meme kanseri	805	0,183-0,302	15,1-23,3
	Erken meme kanseri	390	0,158-0,253	17,5-26,6
	Atipik glandüler hücre	274	0,189-0,337	12,6-20,6
4 mg/kg + 2 mg/kg haftada bir	Metastatik meme kanseri	805	0,213-0,259	17,2-20,4
	Erken meme kanseri	390	0,184-0,221	19,7-23,2

Dağılım:

Veri bulunmamaktadır.

Metabolizma:

Veri bulunmamaktadır.

#### Eliminasyon:

Lineer olmayan eliminasyon nedeniyle, konsantrasyonun azalması ile toplam klerens artmıştır. Bu nedenle, trastuzumab için kararlı bir yarılanma ömrü değeri belirlenmemektedir. Yarılanma ömrü, bir doz aralığı içinde konsantrasyonun azalmasıyla azalmaktadır (Tablo 17). Metastatik ve erken evre meme kanseri hastaları benzer farmakokinetik (PK) parametreleri (örneğin: klerens (CL)), santral bölme hacmi (VC) ve popülasyona bağlı kararlı durum maruziyeti ( $C_{min}$ ,  $C_{maks}$  ve (EAA) göstermiştir. Lineer klerens metastatik meme kanseri için 0,136 L/gün, erken meme kanseri için 0,112 L/gün ve atipik glandüler hücre için 0,176 L/gün olmuştur. Lineer olmayan eliminasyon parameter değerleri maksimum eliminasyon hızı ( $V_{maks}$ ) için 8,81 mg/gün ve metastatik meme kanseri, erken meme kanseri ve atipik glandüler hücre hastaları için Michaelis-Menten sabiti ( $K_M$ ) için 8,92 mcg/mL olmuştur.

#### **Trastuzumab atılımı:**

Trastuzumab atılım periyodu haftada bir veya üç haftada bir intravenöz uygulamayı takiben popülasyon farmakokinetik modeli ile değerlendirilmiştir. Bu simülasyonların sonuçları, hastaların en az %95'inde yedinci Aya kadar  $< 1$  mcg/mL (popülasyona bağlı  $C_{min,ss}$  'nin yaklaşık %3'ü veya atılımın yaklaşık %97'si) konsantrasyonlarına ulaşılacağını göstermektedir.

#### **Dolaşan artık HER2 ECD:**

Eşdeğişkenlerin hastaların yalnızca bir grubuna ait bilgiler ile analizi daha fazla artık HER2-ECD seviyesine sahip hastaların daha hızlı doğrusal olmayan klerense sahip olduğunu göstermektedir (daha düşük  $K_M$ )  $p < 0,001$ ). Artık antijen ve SGOT/AST seviyeleri arasında bir korelasyon vardır ve artık antijenin klerens üzerindeki etkisi kısmen SGOT/AST seviyeleri ile açıklanabilmektedir.

Metastatik gastrik kanseri hastalarında görülen artık HER2-ECD'nin başlangıç seviyeleri metastatik ve erken meme kanseri hastalarında görülen ile benzer olmuştur ve trastuzumab klerensi üzerinde belirgin bir etki görülmemiştir.

KANJİNTİ®'nin farmakokinetiği trastuzumaba benzerdir.

#### Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:

Veri bulunmamaktadır.

#### **Hastalardaki karakteristik özellikler:**

##### **Geriyatrik popülasyon:**

Yaşlı hastalarda detaylı farmakokinetik çalışmalar yapılmamıştır. Trastuzumabın dağılımında yaşın herhangi bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (bkz. bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli).

##### **Böbrek/Karaciğer yetmezliği:**

Böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlarda detaylı farmakokinetik çalışmalar yapılmamıştır.

### **5.3 Klinik öncesi güvenlilik verileri**

Teratojenite:

6 aya kadar yapılan çalışmalarda akut veya çoklu dozla ilişkili toksisite veya teratoloji, doğurganlık ya da geç gestasyonel toksisite/plasental transfer çalışmalarında üreme toksisitesine dair bir kanıt görülmemiştir. Trastuzumab genotoksik değildir. Formülasyonda önemli bir yardımcı madde olan trehaloz ile ilgili yapılan çalışmada, herhangi bir toksisite ortaya konulmamıştır.

Trastuzumabın karsinojenik potansiyelini veya erkeklerde üreme üzerine etkilerini belirlemek için uzun süreli hayvan çalışmaları yapılmamıştır.

## **6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER**

### **6.1 Yardımcı maddelerin listesi**

Histidin  
Histidin monohidroklörür  
Trehaloz dihidrat  
Polisorbat 20

### **6.2 Geçimsizlikler**

KANJİNTİ® ile polivinilklorür, polietilen veya polipropilen torbalar arasında hiçbir geçimsizlik gözlenmemiştir.

% 5'lik dekstroz solüsyonu, protein agregasyonuna yol açtığından kullanılmamalıdır. KANJİNTİ® bölüm 6.6'da bahsedilen tıbbi ürünler dışında diğer ilaçlarla karıştırılmamalı veya seyreltilmemelidir.

### **6.3 Raf ömrü**

36 ay.

### **6.4 Saklamaya yönelik özel tedbirler**

Flakonları 2°C - 8°C arasında buzdolabında saklayınız.  
Dondurmayınız.

Işıktan korumak için flakonun orijinal ambalajında saklayınız.

Steril enjeksiyonluk su ile çözüldükten sonra hazırlanan KANJİNTİ® solüsyonu, fiziksel ve kimyasal olarak 2°-8°C'de saklandığında 48 saat süreyle dayanıklıdır. Hazırlanan solüsyonu dondurmuyunuz.

Mikrobiyolojik açıdan, hazırlanan solüsyon hemen seyreltilmelidir. Solüsyon hazırlığı kontrollü ve onaylanmış aseptik koşullarda yapılmadığı sürece, eğer hemen seyreltme

yapılmazsa ürünün uygun saklama süresi ve koşullarında seyreltilmesinden kullanıcı sorumludur ve bu süre 2°-8°C’de 24 saati geçmemelidir.

Seyreltilen ürünü içeren infüzyon solüsyonu (% 0,9 sodyum klorür infüzyon solüsyonu) 30°C’yi geçmeyen sıcaklıklarda saklandığında fiziksel ve kimyasal olarak 24 saat süreyle dayanıklıdır.

Mikrobiyolojik açıdan, KANJİNTİ® infüzyon solüsyonu hemen kullanılmalıdır. Solüsyon hazırlığı ve seyreltme işlemi kontrollü ve onaylanmış aseptik koşullarda yapılmadığı sürece, eğer ürün hemen kullanılmazsa, ürünün uygun saklama süresi ve koşullarında kullanımından kullanıcı sorumludur ve bu süre 2°-8°C’de 24 saati geçmemelidir.

## **6.5 Ambalajın niteliği ve içeriği**

Flor-reçine film ile lamine edilmiş butil kauçuk kapaklı 20 mL’lik şeffaf Tip I cam flakon. Her kutu 1 adet tek kullanımlık flakon içermektedir.

## **6.6 Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler**

KANJİNTİ®’nin solüsyonu hazırlanırken dikkatli olunmalıdır. Hazırlama sırasında aşırı köpüklenme ya da hazırlanmış ilacın çalkalanması, flakondan çekilecek KANJİNTİ® miktarıyla ilgili problemlere yol açabilir.

Uygun aseptik teknik kullanılmalıdır. 150 mg trastuzumab içeren her KANJİNTİ® flakonu 7,2 mL steril enjeksiyonluk su (tedarik edilmemiştir) ile rekonstitüye edilir. Diğer rekonstitüsyon çözücülerinin kullanımından kaçınılmalıdır.

Rekonstitüsyon sonucunda, yaklaşık 6,1 pH değeri olan ve 21 mg/mL trastuzumab içeren 7,4 mL tek doz kullanımlık çözelti elde edilir. %4 oranındaki hacim fazlalığı her bir flakondan etikette belirtilen doz olan 150 mg’ın çekilmesini sağlar.

### Hazırlama talimatları:

1) Steril enjektör kullanılarak, 7,2 mL enjeksiyonluk steril suyu, liyofilize KANJİNTİ® içeren flakona yavaşça enjekte ediniz. Bunu yaparken steril suyu (iğneyi) liyofilize maddenin içine yönlendiriniz.

2) Çözünmeye yardımcı olmak üzere flakonu yavaşça çeviriniz. ÇALKALAMAYINIZ! Hazırlama sırasında ürünün hafifçe köpüklenmesi normaldir. Flakonu sarsmadan 5 dakika bekletiniz. Hazırlanmış KANJİNTİ®, renksiz ya da açık sarı saydam bir solüsyondur ve görülebilir partikül içermemesi gerekir.

### Seyreltme için talimatlar:

Gereken solüsyonun hacmi;

- 4 mg /kg (vücut ağırlığı) trastuzumab yükleme dozuna veya 2 mg /kg (vücut ağırlığı) trastuzumab idame dozuna göre belirlenir:

$$\text{Hacim (mL)} = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)} \times \text{doz (yükleme dozu için 4 mg/kg veya idame için 2 mg/kg)}}{21 \text{ (mg/mL, hazırlanan solüsyonun konsantrasyonu)}}$$

- 8 mg /kg (vücut ağırlığı) trastuzumab yükleme dozuna veya 3 haftada bir uygulanan 6 mg /kg (vücut ağırlığı) trastuzumab idame dozuna göre belirlenir.

$$\text{Hacim (mL)} = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)} \times \text{doz (yükleme için 8 mg/kg veya idame için 6 mg/kg)}}{21 \text{ (mg/mL, hazırlanan solüsyonun konsantrasyonu)}}$$

Uygun solüsyon volümü flakondan çekilmeli ve 250 mL %0,9 sodyum klorür içeren bir infüzyon torbasına eklenmelidir. Dekstroz solüsyonu (%5) kullanılmamalıdır (bkz. bölüm 6.2 Geçimsizlikler). Köpüklenmenin önlenmesi için, torba yavaşça ters döndürülerek solüsyon karıştırılmalıdır. Uygulamadan önce, parenteral ilaç ürünleri partikül ve renk değişiklikleri açısından gözle incelenmelidir. İnfüzyon hazırlandığında hemen uygulanması gerekir.

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ve “Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği”ne uygun olarak imha edilmelidir.

## 7. RUHSAT SAHİBİ

Amgen İlaç Tic. Ltd. Şti.  
İş Kuleleri, Levent Mah., Meltem Sok.  
No: 10 Kule: 2 Kat: 25  
4. Levent, Beşiktaş, İstanbul

## 8. RUHSAT NUMARASI

2020/270

## 9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 22.12.2020

Ruhsat yenileme tarihi:

## 10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ