

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

▼Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlilik 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

SIMPONI 50 mg PEN enjeksiyonluk çözelti içeren kullanıma hazır kalem

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Golimumab, faregillerdeki bir hibridoma hücre sistemi tarafından üretilen bir insan IgG1κ monoklonal antikorudur.

0,5 ml'lik SIMPONI;

Etkin madde:

Golimumab 50 mg

Yardımcı maddeler:

Sorbitol E420 20.5 mg

“Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız”.

3. FARMASÖTİK FORM

Berrak, hafif opak, renksiz açık sarı renkte enjeksiyonluk çözelti içeren kullanıma hazır kalem, Smartject.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1 Terapötik endikasyonlar

Romatoid artrit (RA):

SIMPONI, metotreksatla kombine olarak; orta ila ciddi, aktif, metotreksat dahil hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaç (DMARD) tedavisine yeterli yanıt alınamamış olan romatoid artrit tedavisinde endikedir.

SIMPONI'nin ayrıca, bu hasta popülasyonundaki fiziksel fonksiyonda düzelme sağladığı gösterilmiştir.

Psoriyatik artrit (PsA):

SIMPONI, tek başına veya metotreksatla kombine olarak; hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaç (DMARD) tedavisine yeterli yanıt alınamamış olan aktif ve progresif psoriyatik artrit tedavisinde endikedir. SIMPONI'nin radyografiyle ölçülen periferik eklem hasarının ilerleme hızını yavaşlattığı ve fiziksel fonksiyonda düzelme sağladığı gösterilmiştir.

Aksiyal spondilartrit

Ankilozan spondilit (AS):

SIMPONI, konvansiyonel tedaviye yeterli yanıt vermemiş yetişkinlerde şiddetli, aktif ankilozan spondilit tedavisinde endikedir.

Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit:

SIMPONI magnetik rezonans görüntüleme (MRI) ile objektif inflamasyon bulgularının olduğu yüksek CRP'nin eşlik ettiği veya etmediği ancak radyolojik olarak AS kanıtı olmayan ve nonstroid antiinflamatuvar ilaçlara yetersiz yanıt veren veya bu ilaçlara intoleransı olan ciddi aksiyal spondilartritli yetişkin hastalarda endikedir.

Ülseratif kolit (ÜK):

SIMPONI kortikosteroidler ve 6-merkaptopürin (6-MP) veya azatioprin (AZA) gibi klasik tedavilere yeterli yanıt vermemiş olan veya bu tip tedavileri tolere edemeyen ya da tıbbi kontrendikasyonları bulunan yetişkin hastalarda orta ila şiddetli aktif ülseratif kolitin tedavisi için endikedir.

4.2 Pozoloji ve uygulama şekli

SIMPONI tedavisi; romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit, radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit ve ülseratif kolitin tanı ve tedavisinde tecrübeli, yetkin doktorlar tarafından başlatılmalı ve onların gözetiminde uygulanmalıdır.

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Romatoid artrit

SIMPONI 50 mg, her ay aynı tarihte olmak üzere ayda bir defa; verilir.

SIMPONI, metotreksatla birlikte verilmelidir.

Psoriyatik artrit, Ankilozan spondilit veya radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit

SIMPONI 50 mg, her ay aynı tarihte olmak üzere ayda bir defa; verilir.

Mevcut veriler klinik yanıtın genellikle, 12-14 haftalık tedaviden (3-4 dozdan) sonra elde edildiği izlenimini vermektedir. Bu zaman dilimi içerisinde terapötik fayda kanıtı elde edilemeyen hastalarda tedaviye devam edilmesi, tekrar düşünülmelidir.

Vücut ağırlığı > 100 kg olan ve 3 ya da 4 dozdan sonra yeterli klinik yanıt elde edilemeyen hastalarda golimumab dozunun, ayda bir defa 100 mg'a yükseltilmesi düşünülebilir. 100 mg'lık ilave 3 ya da 4 doz aldıktan sonra terapötik fayda kanıtı elde edilemeyen hastalarda tedaviye devam edilmesi, tekrar düşünülmelidir.

Ülseratif kolit

Vücut ağırlığı 80 kg'ın altında olan hastalar

SIMPONI başlangıç dozu olarak 200 mg, ardından 2. haftada 100 mg ve daha sonra 4 haftada bir 50 mg şeklinde verilir (bkz. Bölüm 5.1).

Vücut ağırlığı 80 kg veya daha fazla olan hastalar

SIMPONI başlangıç dozu olarak 200 mg, ardından 2. haftada 100 mg ve daha sonra 4 haftada bir 100 mg şeklinde verilir (bkz. Bölüm 5.1).

İdame tedavisi sırasında, kortikosteroidler klinik uygulama kılavuzlarına uygun şekilde azaltılabilir.

Mevcut veriler klinik yanıtın genellikle, 12-14 haftalık tedaviden (4 dozdan) sonra elde edildiği izlenimini vermektedir. Bu zaman dilimi içerisinde terapötik fayda kanıtı elde edilemeyen hastalarda tedaviye devam edilmesi tekrar düşünülmelidir.

Unutulan doz

Bir hasta SIMPONI'yi planlanan tarihte enjekte etmeyi unutursa unutulan bu doz, hasta anımsar anımsamaz enjekte edilmelidir. Hastalara, unutulan dozu telafi etmek amacıyla çift doz enjekte etmeme talimatı verilmelidir.

Bir sonraki doz, aşağıdaki kılavuza göre verilmelidir:

- dozun unutulduğu tarihten itibaren geçen süre < 2 hafta ise hasta, unutulan bu dozu enjekte etmeli ve daha sonra, orijinal tedavi planına uygun hareket etmelidir.
- dozun unutulduğu tarihten itibaren geçen süre > 2 hafta ise hasta, unutulan bu dozu enjekte etmeli ve daha sonra, bu enjeksiyon tarihinden başlamak üzere yeni enjeksiyon planı hazırlamalıdır.

Uygulama şekli:

SIMPONI, subkutan olarak enjekte edilmelidir. Subkutan enjeksiyon tekniği konusunda uygun eğitim alan hastalar SIMPONI'yi, doktorları uygun olduğunu düşünürse, tıbbi yönden gereken şekilde izlenmek kaydıyla, kendi kendilerine enjekte edebilir. Hastalara SIMPONI'nin, Kullanma Talimatı'nda yer alan eksiksiz uygulama talimatı uyarınca tamamını enjekte etme talimatı verilmelidir. Uygulama talimatı için bkz. Bölüm 6.6. Birden fazla enjeksiyon gerekirse, enjeksiyonlar vücudun farklı bölgelerine uygulanmalıdır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek ve karaciğer yetmezliği

SIMPONI, bu hasta popülasyonlarında incelenmemiştir. Herhangi bir doz önerisinde bulunulamaz.

Pediyatrik popülasyon (18 yaş altı)

SIMPONI'nin çocuklarda ve 18 yaşından küçük ergenlerde kullanılması, etkililik ve güvenilirlik verilerinin mevcut olmaması nedeniyle önerilmemektedir.

Geriatrik popülasyon (65 yaş ve üzeri)

Geriatrik popülasyonda doz ayarlanmasına ihtiyaç yoktur. İlave bilgi için bkz. Bölüm 4.4.

4.3 Kontrendikasyonlar

Etkin maddeye veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık (bkz. Bölüm 6.1).

Aktif tüberküloz (TB) veya sepsis gibi diğer şiddetli enfeksiyonlar ve fırsatçı enfeksiyonlar (bkz. Bölüm 4.4).

Orta derecede veya şiddetli (NYHA sınıf III/IV) kalp yetmezliği (bkz. Bölüm 4.4).

4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

TNF blokerler ile tedavi edilen 65 yaş üstü hastalarda, ölümle sonuçlanabilecek ciddi enfeksiyon riski 65 yaş altındakilere göre daha yüksektir (bakınız “Özel popülasyonlar/Geriatrik hastalar (65 yaş ve üzeri)”bölümü).

Enfeksiyonlar

SIMPONI tedavisi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastalar, tüberküloz dahil enfeksiyonlar bakımından yakından izlenmelidir. Golimumabın eliminasyon süresi 5 aya kadar uzayabildiğinden söz konusu hastaların bu süre boyunca da izlenmesi gerekir. Ciddi bir enfeksiyon ya da sepsis gelişen bir hastada, SIMPONI tedavisine daha fazla devam edilmemelidir (bkz. Bölüm 4.3)

SIMPONI, klinik bakımdan önemli, aktif bir enfeksiyonu olan hastalara verilmemelidir. Kronik bir enfeksiyonu olan ya da yineleyen enfeksiyon anamnezi veren hastalarda SIMPONI dikkatle kullanılmalıdır. Hastalar, enfeksiyonla ilgili potansiyel risk faktörleri ve bunlardan sakınmaları konusunda uygun şekilde bilgilendirilmelidir.

TNF-blokerleri kullanan hastalar ciddi enfeksiyonlara karşı daha duyarlıdır. SIMPONI alan hastalarda ölümleri de içeren bakteri (sepsis ve pnömoni dahil), mikobakteri (tüberküloz dahil) ve invazif mantar enfeksiyonları ile fırsatçı enfeksiyonlar bildirilmiştir. Bu ciddi enfeksiyonlardan bazıları aynı zamanda, arka plandaki hastalığa ilave olarak enfeksiyonlara zemin hazırlayan immünosupresif tedavi de alan hastalarda görülmüştür. SIMPONI tedavisi altındayken yeni bir enfeksiyon gelişen hastalar yakından izlenmeli ve tanı amacıyla tam bir değerlendirmeden geçirilmelidir. Yeni bir ciddi enfeksiyon ya da sepsis gelişen hastalarda SIMPONI uygulaması durdurulmalı ve bu enfeksiyon kontrol altına alınıncaya kadar uygun antimikrobiyal veya antifungal tedaviye başlanmalıdır. Histoplazmoz, koksidioidomikoz veya blastomikoz gibi invazif mantar enfeksiyonlarının endemik olduğu bölgelerde yaşamış ya da bu bölgelere yolculuk yapmış hastalarda SIMPONI tedavisine başlanmadan önce, bu tedavinin faydaları ve riskleri dikkatle değerlendirilmelidir.

Tüberküloz

SIMPONI alan hastalarda tüberküloz bildirilmiştir. Bildirilen tüberkülozun, bu raporların büyük bölümünde kendisini lokal ya da yaygın enfeksiyon şeklinde gösteren, akciğer dışı tüberküloz olduğunun altı çizilmelidir.

SIMPONI tedavisine başlanmadan önce tüm hastalar, aktif ve inaktif ('latent') tüberküloz bakımından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, kişisel tüberküloz öyküsü veya tüberkülozla olası temas ve önceki ve/veya güncel immünosupresif tedavi dahil ayrıntılı bir tıbbi anamnez alınmasını içermelidir. Tüm hastalarda aktif tarama testleri (yani tüberkülin deri veya kan testi ve göğüs radyografileri) gerçekleştirilmelidir (yerel önerilere uyulması gerekebilir). Bu testlerin yapıldığının hastanın uyarı kartına kaydedilmesi önerilir. Doktorlara, özellikle ağır hasta veya bağışıklık sorunları olan hastalarda olmak üzere yalancı negatif tüberkülin deri testi sonuçlarının taşıdığı risk anımsatılmalıdır.

Aktif tüberküloz tanısı konulursa, SIMPONI tedavisine başlanmamalıdır (bkz. Bölüm 4.3).

Latent tüberkülozdan şüphelenildiğinde, tüberküloz tedavisinde uzman bir doktora danışılmalıdır. SIMPONI tedavisinin fayda/risk dengesi, aşağıda anlatılan bütün durumlarda son derece dikkatli değerlendirilmelidir.

İnaktif ('latent') tüberküloz tanısı konulursa, SIMPONI tedavisine başlanmadan önce ve yerel öneriler doğrultusunda anti-tüberküloz tedaviyle latent tüberküloz tedavisi başlatılmalıdır.

Çok sayıda veya önemli tüberküloz risk faktörleri mevcut olan ve latent tüberküloz testi negatif sonuç veren hastalarda, SIMPONI'ye başlanmadan önce anti-tüberküloz tedavi uygulanması düşünülmelidir. SIMPONI'ye başlanmadan önce anti-tüberküloz tedavi kullanımı, latent veya aktif tüberküloz anamnezi veren, ancak yeterli bir tedavi kürünün uygulandığı doğrulanamayan hastalarda da düşünülmelidir.

Latent tüberküloz tedavisi sırasında ve sonrasında SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda aktif tüberküloz vakaları görülmüştür. Latent tüberküloz testi negatif sonuç veren hastalar, latent tüberküloz için tedavi almakta olan hastalar veya daha önce tüberküloz enfeksiyonu için tedavi görmüş hastalar dahil olmak üzere, SIMPONI alan hastalar aktif tüberkülozun semptom ve bulguları yönünden yakından takip edilmelidir.

Bütün hastalara, SIMPONI tedavisi sırasında veya sonrasında, tüberkülozu düşündüren belirtiler/semptomlar (örneğin inatçı öksürük, aşırı zayıflama/kilo kaybı, düşük dereceli ateş) ortaya çıkarsa doktora başvurmaları gerektiği bildirilmelidir.

Hepatitis B virüsü reaktivasyonu

Virüsün kronik taşıyıcısı (yani yüzey antijeni pozitif) olan hastalarda SIMPONI dahil bir TNF-antagonisti kullanılması sırasında hepatit B reaktivasyonu geliştiği bildirilmiştir. Bazı vakalar ölümle sonuçlanmıştır.

SIMPONI tedavisine başlanmadan önce hastalar HBV enfeksiyonu yönünden test edilmelidir. HBV enfeksiyon testi pozitif sonuç veren hastalarda, hepatit B tedavisinde uzman olan bir hekime danışılması önerilir.

SIMPONI tedavisine ihtiyaç duyan HBV taşıyıcıları, tedavi süresince ve ayrıca tedavi bittikten sonra aylar boyunca, aktif HBV enfeksiyonuna ait belirtiler ve semptomlar

açısından yakından izlenmelidir. HBV taşıyıcısı olan hastaların HBV reaktivasyonunu önlemek için TNF-antagonist tedavisiyle birlikte anti-viral ilaçlarla tedavi edilmesine dair yeterli veri yoktur. HBV reaktivasyonu gelişen hastalarda SIMPONI verilmesi durdurulmalı ve uygun destek tedavisiyle birlikte etkili anti-viral tedavi uygulanmalıdır.

Maligniteler ve lenfoproliferatif hastalıklar

TNF-blokleri tedavisinin, malignitelerin gelişmesindeki potansiyel rolü bilinmemektedir. Bir TNF-antagonistiyle tedavi edilen hastalarda lenfomalar, lösemiler veya diğer malignitelerin muhtemel gelişme riski, bugünkü bilgilerimizle dışlanamamaktadır. Malignite öyküsü olan hastalarda TNF-blokleri tedavisi veya malignite gelişen hastalarda tedaviye devam edilmesi düşünülürken ihtiyatlı olmak gerekir.

Pediyatrik malignite

Pazarlama sonrası dönemde, TNF-bloker ajanlarla tedavi edilen (tedaviye ≤ 18 yaşında başlanmıştır) çocuklar, ergenler ve 22 yaşına kadar olan genç erişkinlerde bazıları ölümle sonuçlanan maligniteler bildirilmiştir. Bu hastaların yaklaşık yarısında malignite olarak lenfomalar gelişmiş; diğerlerinde ise seyrek görülen ve genellikle immünosupresyona eşlik edenler de dahil olmak üzere çeşitli ve farklı maligniteler geliştiği bildirilmiştir. TNF blokerleriyle tedavi edilen çocuklarda ve ergenlerde malignite gelişme riski dışlanamaz.

Lenfoma ve lösemi

TNF blokörlerinin kullanımına bağlı olarak lösemi-kan kanseri (akut myeloid lösemi, kronik lenfositik lösemi ve kronik myeloid lösemi) geliştiği bildirilmiştir.

SIMPONI dahil bütün TNF-blokerleriyle yapılan klinik çalışmaların kontrollü bölümlerinde; anti-TNF tedavisi alan hastalarda gelişen lenfoma vakalarının sayısının, kontrol hastalarıyla karşılaştırıldığında daha fazla olduğu gözlenmiştir. SIMPONI Faz IIB ve Faz III klinik çalışmaları sırasında SIMPONI ile tedavi edilen romatoid artrit, psoriyatik artrit ve ankilozan spondilit hastalarındaki lenfoma insidansı, toplum genelinde beklenenden daha yüksek bulunmuştur. Pazarlama sonrası dönemde, bir TNF-antagonistiyle tedavi edilen hastalarda lösemi vakaları bildirilmiştir. Uzun süredir devam eden, ileri derecede aktif, enflamatuvar hastalığı olan romatoid artritli hastalarda altta yatan lenfoma ve lösemi gelişme riski daha yüksektir ve bu, risk tahminini karmaşık hale getirir.

Diğer TNF-bloker ajanlarla tedavi edilen hastalarda pazarlama sonrası dönemde seyrek hepatosplenik T hücreli lenfoma (HSTCL) vakaları rapor edilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Seyrek görülen bu T-hücreli lenfoma tipi çok agresif bir hastalık seyri izler ve genellikle ölümcüldür. Bu vakaların büyük kısmı adolesan ve genç yetişkin erkeklerde görülmüştür ve bu kişilerin neredeyse tümü, enflamatuvar barsak hastalığı için eş zamanlı olarak azatioprin (AZA) veya 6-merkaptopürin (6-MP) almıştır. AZA veya 6-MP ile SIMPONI kombinasyonunun potansiyel riski dikkatle değerlendirilmelidir. TNF-blokerleri ile tedavi edilen hastalarda hepatosplenik T hücreli lenfoma gelişme riski dışlanamaz.

Lenfoma dışındaki diğer maligniteler

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve ülseratif kolit hastalarındaki Faz IIB ve Faz III SIMPONI çalışmalarının kontrollü bölümlerinde, lenfoma dışındaki diğer malignitelerin (melanoma dışı deri kanseri hariç) insidansı, SIMPONI ve kontrol gruplarında benzer bulunmuştur.

Kolon displazisi/karsinomu

Golimumab tedavisinin displazi veya kolon kanseri gelişme riskini etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. Displazi veya kolon karsinomu gelişimi açısından artmış risk taşıyan tüm hastalar (örneğin, uzun zamandır devam eden ülseratif kolit veya primer sklerozan kolanjiti olan hastalar) veya geçmişinde displazi veya kolon karsinomu öyküsü olan hastalar tedaviden önce ve tüm hastalık seyri boyunca displaziler yönünden düzenli olarak taranmalıdır. Bu değerlendirme yerel tavsiyelere uygun şekilde kolonoskopi ve biyopsileri içermelidir. Displazi tanısı yeni konmuş, SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda her bir hastaya yönelik riskler ve faydalar dikkatle gözden geçirilmeli ve tedaviye devam edip etmeme kararı değerlendirilmelidir.

SIMPONI'nin şiddetli, persistan astım hastalarında kullanılmasını değerlendiren, eksplorasyon amaçlı bir klinik çalışmada, SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda kontrol hastalarına göre daha fazla malignite bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Bu bulgunun anlamlılığı bilinmemektedir.

Başka bir anti-TNF ajan olan infliksimabın, orta ila şiddetli kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan hastalarda kullanıldığı eksplorasyon amaçlı bir klinik çalışmada; infliksimabla tedavi edilen hastalarda kontrol hastalarına göre çoğu akciğerlerde veya baş ve boyunda olmak üzere daha fazla malignite bildirilmiştir. Bu hastaların tümünde aşırı sigara kullanma öyküsü mevcuttur. KOA hastalarında ve ayrıca aşırı sigara kullanımı nedeniyle malignite riski artmış olan hastalarda herhangi bir TNF-antagonisti kullanılırken ihtiyatlı olmak gerekir.

Cilt kanserleri

SIMPONI dahil TNF-bloker ajanlarla tedavi edilen hastalarda melanom bildirilmiştir. Diğer TNF-bloker ajanlarla tedavi edilen hastalarda Merkel hücreli karsinom bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Tüm hastalara ve özellikle de cilt kanseri için risk faktörlerine sahip hastalara periyodik cilt muayenesi tavsiye edilir.

Konjestif Kalp Yetmezliği

SIMPONI dahil TNF blokerleriyle konjestif kalp yetmezliğinde (KKY) kötüleşme ve yeni başlayan KKY vakaları rapor edilmiştir. Başka bir TNF-antagonistin kullanıldığı klinik bir çalışmada, konjestif kalp yetmezliğinin ağırlaştığı ve KKY'ye bağlı mortalitenin yükseldiği gözlenmiştir. SIMPONI, konjestif kalp yetmezliği hastalarında incelenmemiştir. SIMPONI, hafif (NYHA sınıf I/II) kalp yetmezliği olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Hastalar yakından izlenmeli ve yeni kalp yetmezliği semptomları gelişen veya mevcut semptomları kötüleşen hastalarda SIMPONI kesilmelidir (bkz. Bölüm 4.3).

Nörolojik olaylar

SIMPONI dahil TNF-bloker ajanların kullanılması, multipl skleroz ve periferik demiyelinizan bozukluklar dahil olmak üzere merkezi sinir sisteminin demiyelinizan bozukluklarının yeni başlayan veya kötüleşen klinik semptomları ve/veya radyografik kanıtları ile ilişkilendirilmiştir. Demiyelinizan hastalıkları daha önceden de mevcut olan veya yakın tarihte başlayan hastalarda SIMPONI tedavisine başlanmadan önce, anti-TNF tedavisinin faydaları ve riskleri dikkatle değerlendirilmelidir. Bu bozukluklar gelişirse SIMPONI'nin kesilmesi düşünülmelidir (bkz. Bölüm 4.8).

Cerrahi

SIMPONI tedavisinin artroplasti dahil cerrahi girişimler geçiren hastalardaki güvenilirliği konusundaki tecrübeler sınırlıdır. Cerrahi bir girişim planlanırken, SIMPONI'nin yarılama ömrünün uzun olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. SIMPONI tedavisi altındayken cerrahi girişime ihtiyaç duyan hastalar, enfeksiyonlar açısından yakından izlenmeli ve uygun önlemler alınmalıdır.

İmmünoşüpresyon

Tümör nekroz faktörünün (TNF) enflamasyona aracılık yapması ve hücrel bağışıklık yanıtlarını değiştirmesi nedeniyle; SIMPONI dahil TNF-bloker ajanların enfeksiyonlar ve maligniteye karşı konak savunmalarını etkiliyor olma olasılığı vardır.

Otoimmün süreçler

Anti-TNF tedavisinin neden olduğu nispi TNF-alfa eksikliği, bir otoimmün sürecin başlamasına neden olabilir. Bir hastada SIMPONI tedavisinden sonra lupus-benzeri bir sendromu düşündüren semptomlar gelişirse ve hastada çift zincirli DNA'ya özgü antikor pozitifliği mevcutsa, SIMPONI tedavisi kesilmelidir (bkz. Bölüm 4.8).

Hematolojik reaksiyonlar

TNF-blokerleri kullanan hastalarda pansitopeni, lökopeni, nötropeni, aplastik anemi ve trombositopeni geliştiğinden söz eden pazarlama sonrası raporlar vardır. Klinik çalışmalarda pansitopeni dahil sitopeniler, SIMPONI tedavisi sırasında sık olmayan şekilde bildirilmiştir. Tüm hastalara kan diskrazilerini akla getiren inatçı ateş, morluklar, kanama, cilt renginde solukluk gibi işaretler ve semptomlar gelişmesi durumunda derhal bir hekime başvurmaları söylenmelidir. Önemli hematolojik anormalliklerin varlığı doğrulanan hastalarda, SIMPONI tedavisine devam edilmemesi düşünülmelidir.

TNF-antagonistleri ve anakinranın birlikte uygulanması

Anakinranın diğer bir TNF bloker ajan olan etanersept ile birlikte kullanıldığı klinik çalışmalarda ciddi enfeksiyonlar ve nötropeni görülmüş ve ilave klinik fayda elde edilememiştir. Bu kombinasyon tedavisiyle görülen advers olayların tabiatı nedeniyle, anakinra ile diğer TNF blokerlerinin kombine kullanılması sırasında da benzer toksisitelerle karşılaşılabilir. Bu nedenle SIMPONI ve anakinra kombinasyonu önerilmemektedir.

TNF-antagonistleri ve abataseptin birlikte uygulanması

Klinik çalışmalarda TNF antagonistleri ile abataseptin birlikte verilmesi, TNF-antagonistlerinin yalnız başına verilmesiyle karşılaştırıldığında ciddi enfeksiyonlar da

dahil olmak üzere enfeksiyon riskinde artışla ilişkilendirilmiş ve klinik faydada hiçbir artış olmamıştır. Bu nedenle SIMPONI ve abatacept kombinasyonu önerilmemektedir.

Diğer biyolojik tedavi ajanlarıyla eş zamanlı uygulama

SIMPONI ile aynı hastalıkların tedavisinde kullanılan diğer biyolojik tedavi ajanlarıyla SIMPONI'nin eş zamanlı kullanımına dair bilgiler yetersizdir. Bu biyolojik ajanlarla eş zamanlı olarak SIMPONI kullanımı, enfeksiyon riskinde artış olasılığı ve diğer potansiyel farmakolojik etkileşimler nedeniyle önerilmez.

Biyolojik DMARD'lar arasında geçiş yapılması

Bir biyolojik tedaviden başka bir biyolojik tedaviye geçiş yapılırken dikkatli olunmalı ve hastalar izlenmeye devam edilmelidir çünkü biyolojik aktivitelerin örtüşmesi enfeksiyon dahil advers olayların riskini daha da arttırabilir.

Aşılar/tedavi amaçlı kullanılan enfeksiyon ajanları

SIMPONI tedavisi altında olan hastalara canlı aşılar dışındaki aşılar eş zamanlı olarak uygulanabilir (bkz. Bölüm 4.5). Anti-TNF tedavisi alan hastalarda, canlı aşılarla aşılama verilen yanıt veya canlı aşılarından sekonder enfeksiyon bulaşmasına dair veriler sınırlıdır. Canlı aşıların kullanımı yaygın enfeksiyonlar dahil klinik enfeksiyonlara yol açabilir.

Canlı zayıflatılmış bakteriler gibi terapötik enfeksiyon ajanlarının diğer kullanımları (örn., kanser tedavisi için mesane içine BCG aşısının uygulanması) yaygın enfeksiyonlar dahil klinik enfeksiyonlara neden olabilir. Terapötik enfeksiyon ajanlarının SIMPONI ile eş zamanlı verilmesi önerilmemektedir.

Alerjik reaksiyonlar

Pazarlama sonrası dönemde, SIMPONI uygulamasının ardından ciddi sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonları (anaflaktik reaksiyon dahil) bildirilmiştir. Bu reaksiyonlardan bazıları SIMPONI'nin ilk kez uygulanmasından sonra ortaya çıkmıştır. Anafilaktik reaksiyon veya diğer ciddi alerjik reaksiyonlar gelişirse, SIMPONI uygulaması derhal durdurulmalı ve uygun tedaviye başlanmalıdır.

Lateks duyarlılığı

Kullanıma hazır enjektördeki iğne muhafazası, lateks içeren kuru, doğal kauçuktan yapılmıştır ve latekse duyarlı bireylerde alerjik reaksiyonlara neden olabilir.

Özel popülasyonlar

Yaşlılar (65 yaş ve üzeri)

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve ülseratif kolit hastalarındaki Faz III çalışmalarında SIMPONI alan 65 yaş ve üzeri hastalardaki advers olayların, ciddi advers olayların ve ciddi enfeksiyonların, genç hastalardakinden farklı olmadığı görülmüştür. Ancak ileri yaşlardaki hastaların tedavisi sırasında ihtiyatlı olmak ve enfeksiyonların gelişmesine özellikle dikkat etmek gerekir. Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartirit çalışmasında 45 yaş ve üzeri hiçbir hasta yer almamıştır.

Böbrek ve karaciğer yetmezliği

SIMPONI'nin böbrek veya karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanıldığı spesifik çalışmalar yapılmamıştır. SIMPONI, karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda ihtiyatla kullanılmalıdır (bkz. Bölüm 4.2)

Yardımcı maddeler

SIMPONI sorbitol (E420) içerir. Nadir kalıtsal früktoz intolerans problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir.

4.5 Diğer tıbbi ürünlerle etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Hiçbir etkileşim çalışması yapılmamıştır.

Diğer biyolojik tedavi ajanlarıyla birlikte kullanım

SIMPONI ile aynı hastalıkların tedavisinde kullanılan diğer biyolojik tedavi ajanları (anakinra ve abatacept dahil) ile SIMPONI'nin kombine edilmesi önerilmemektedir (bkz. Bölüm 4.4).

Canlı aşılar/tedavi amaçlı kullanılan enfeksiyon ajanları

Canlı aşılar SIMPONI ile eş zamanlı verilmemelidir (bkz. Bölüm 4.4 ve 4.6).

Terapötik enfeksiyon ajanları SIMPONI ile eş zamanlı verilmemelidir (bkz. Bölüm 4.4).

Metotreksat

Metotreksatın romatoid artrit, psoriyatik artrit veya ankilozan spondilit hastalarına SIMPONI ile birlikte verilmesi, SIMPONI'nin bir sonraki doz öncesi (vadi) kararlı durum konsantrasyonlarının daha yüksek olmasına yol açmaktaysa da, bu veriler SIMPONI ya da metotreksat dozunun ayarlanması gerektiğini göstermemektedir (bkz. Bölüm 5.2).

4.6 Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi B'dir.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

Çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar gebeliği önlemek için yeterli kontraseptif yöntemleri kullanmalı ve bu yöntemleri kullanmaya en son golimumab enjeksiyonundan sonra en az 6 ay daha devam etmelidir.

Gebelik dönemi

Gebe kadınlarda golimumabın kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir. Golimumabın TNF'yi inhibe etmesi nedeniyle, gebelik döneminde golimumab uygulanması yenidoğanda normal immün yanıtları etkileyebilir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar, gebelik, embriyonal/ fetal gelişim, doğum ya da doğum sonrası gelişim ile ilgili olarak doğrudan ya da dolaylı zararlı etkiler

göstermemektedir. Golimumabın gebe kadınlarda kullanımı önerilmez; golimumab gebe kadınlara yalnızca kesin gereklilik olduğunda verilmelidir.

Golimumab plasentadan geçer. TNF'yi bloke eden bir monoklonal antikor ile gebelik döneminde uygulanan tedavinin ardından, tedavi gören kadından doğan bebeğin serumunda antikor 6 aya kadar tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak, bu bebekler artmış enfeksiyon riskine maruz kalabilirler. Rahimdeyken golimumaba maruz kalan bebeklere canlı aşıların uygulanması, gebelik döneminde anneye uygulanan son golimumab enjeksiyonundan sonra 6 ay süreyle önerilmez (bkz. Bölüm 4.4 ve 4.5)

Laktasyon dönemi

Golimumabın insanlarda anne sütüne geçip geçmediği veya oral yoldan alındıktan sonra sistemik olarak emilip emilmediği bilinmemektedir. Golimumabın maymunlarda anne sütüne geçtiği gösterilmiştir. İnsanlarda immünooglobulinler anne sütüne geçtiklerinden, kadınlar golimumab tedavisi sırasında ve bu tedaviyi izleyen 6 ay boyunca bebeklerini emzirmemelidir.

Üreme yeteneği/Fertilite

Golimumab ile hayvanlarda fertilite çalışmaları yürütülmemiştir. Fare kökenli TNF-alfa'nın fonksiyonel aktivitesini seçici olarak inhibe eden bir analog antikor kullanılarak farelerde yapılan bir fertilite çalışması fertilite üzerinde önemli etkiler göstermemiştir (bkz. Bölüm 5.3).

4.7 Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

SIMPONI'nin araç veya makine kullanma yeteneğini üzerinde hafif bir etkisi olabilir. SIMPONI uygulandıktan sonra baş dönmesi oluşabilir (bkz. Bölüm 4.8).

4.8 İstenmeyen etkiler

Güvenlilik profilinin özeti

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit, ülseratif kolit ve radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartiritin incelendiği pivot çalışmaların kontrollü döneminde, en yaygın istenmeyen ilaç reaksiyonu golimumab ile tedavi edilen hastaların %12.6'sında ve kontrol hastalarının %11'inde bildirilen üst solunum yolu enfeksiyonu olmuştur. Golimumab ile bildirilen en ciddi istenmeyen ilaç reaksiyonları, ciddi enfeksiyonlar (sepsis, pnömoni, tüberküloz, invazif mantar enfeksiyonu ve fırsatçı enfeksiyonlar), demiyelinizan bozukluklar, lenfoma, HBV reaktivasyonu, konjestif kalp yetmezliği, otoimmün süreçler (lupus benzeri sendrom) ve hematolojik reaksiyonları içermiştir (bkz. Bölüm 4.4).

Golimumab ile yürütülen klinik çalışmalarda gözlenen ve tüm dünyada pazarlama sonrası kullanım sırasında rapor edilen istenmeyen ilaç reaksiyonları, aşağıda listelenmektedir. Belirtilen sistem organ sınıflarındaki advers ilaç reaksiyonları sıklık bakımından aşağıda sınıflanan şekilde listelenmiştir: Çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$, $< 1/10$); Yaygın olmayan ($\geq 1/1,000$, $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10,000$, $< 1/1,000$); çok seyrek ($< 1/10,000$); bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor). Her sıklık grubundaki istenmeyen etkiler, ciddiyeti gittikçe azalacak şekilde verilmiştir.

Enfeksiyon ve enfestasyonlar

Çok yaygın:

- Üst solunum yolu enfeksiyonları (nazofarenjit, farenjit, larenjit ve rinit)

Yaygın:

- Bakteri enfeksiyonları (örneğin selülit)
- Alt solunum yolu enfeksiyonu (örneğin pnömoni)
- Viral enfeksiyonlar (örneğin influenza ve herpes)
- Bronşit
- Sinüzit
- Yüzeysel mantar enfeksiyonları
- Apse

Yaygın olmayan:

- Septik şok dahil sepsis
- Piyelonefrit

Seyrek:

- Tüberküloz
- Fırsatçı enfeksiyonlar (örneğin invazif mantar enfeksiyonları [histoplazmoz, koksidioidomikoz, pnömosistoz], bakteri enfeksiyonları, atipik mikobakteri enfeksiyonları ve protozoa enfeksiyonları)
- Hepatit B reaktivasyonu
- Bakteriyel artrit
- Enfektif bursit

İyi huylu, kötü huylu veya tanımlanamayan neoplazmalar (kist ve polipler de dahil olmak üzere)

Yaygın olmayan:

- Neoplazmlar (örneğin deri kanseri, skuamöz hücreli karsinom ve melanositik nevüs)

Seyrek:

- Lenfoma, lösemi, melanoma

Bilinmiyor:

- Merkel hücreli karsinom*, hepatosplenik T-hücreli lenfoma*

Kan ve lenf sistemi hastalıkları

Yaygın:

- Anemi

Yaygın olmayan:

- Lökopeni, trombositopeni, pansitopeni

Seyrek:

- Aplastik anemi

Bağışıklık sistemi hastalıkları

Yaygın:

- Alerjik reaksiyonlar (bronkospazm, aşırı duyarlılık, ürtiker)
- Otoantikör pozitifliği

Seyrek:

- Ciddi sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonları (anaflaktik reaksiyon dahil)
- Vaskülit (sistemik)
- Sarkoidoz

Endokrin hastalıklar

Yaygın olmayan:

- Tiroid bozuklukları (örneğin hipotiroidizm, hipertiroidizm ve guatr)

Metabolizma ve beslenme hastalıkları

Yaygın olmayan:

- Kan glukozunun yükselmesi
- Lipidlerin artması

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın:

- Depresyon
- Uykusuzluk

Sinir sistemi hastalıkları

Yaygın:

- Baş dönmesi
- Baş ağrısı
- Parestezi

Yaygın olmayan:

- Denge bozuklukları

Seyrek:

- Demiyelinizan bozukluklar (merkezi ve periferik)
- Tat duyumunda değişiklik

Göz hastalıkları

Yaygın olmayan:

- Görme bozuklukları (örneğin bulanık görme, görme keskinliğinin azalması)
- Konjonktivit
- Göz alerjisi (örneğin kaşıntı ve iritasyon)

Kardiyak hastalıklar

Yaygın olmayan:

- Aritmi
- İskemik koroner arter bozuklukları

Seyrek:

- Konjestif kalp yetmezliği (yeni başlayan veya kütüleřen)

Vasküler hastalıklar

Yaygın:

- Hipertansiyon

Yaygın olmayan:

- Tromboz (örneğin derin ven trombozu, aort trombozu)
- Yüzde ve vücudun diğer bölgelerinde kızarma

Seyrek:

- Raynaud fenomeni

Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar

Yaygın:

- Astım ve ilişkili semptomlar (örneğin hırıltılı solunum ve bronşlarda hiperreaktivite)

Yaygın olmayan:

- İnterstisyel akciğer hastalığı

Gastrointestinal hastalıklar

Yaygın:

- Dispepsi
- Gastrointestinal ve abdominal ağrı
- Bulantı
- Gastrointestinal enflamatuvar bozukluk (örn., gastrit ve kolit)
- Stomatit

Yaygın olmayan:

- Kabızlık
- Gastroözofageal reflü hastalığı

Hepatobiliyer hastalıklar

Yaygın:

- Alanin aminotransferaz artışı
- Aspartat aminotransferaz artışı

Yaygın olmayan:

- Kolelitiyaz
- Karaciğer bozuklukları

Deri ve deri altı doku hastalıkları

Yaygın:

- Kaşıntı
- Deri döküntüsü
- Saç dökülmesi

- Dermatit

Yaygın olmayan:

- Büllöz deri reaksiyonları
- Psoriyaz (yeni başlayan veya daha önceki mevcut palmar/plantar ve püstüler psoriyazın kötüleşmesi)
- Ürtiker

Seyrek:

- Deri soyulması
- Vaskülit (kütanöz)

Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları

Seyrek:

- Lupus-benzeri sendrom

Böbrek ve idrar hastalıkları

Seyrek:

- Mesane bozuklukları
- Böbrek bozuklukları

Gebelik, puerperiyum durumlar ve perinatal hastalıkları

Yaygın olmayan:

- Meme bozuklukları
- Menstrüasyon bozuklukları

Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar

Yaygın:

- Pireksi
- Asteni
- Enjeksiyon yerinde reaksiyon (örneğin enjeksiyon yerinde eritem, ürtiker, sertleşme, ağrı, morarma, kaşıntı, tahriş ve parestezi), göğüste rahatsızlık hissi

Seyrek:

- İyileşme bozukluğu

Yaralanma, zehirlenme ve prosedürden kaynaklanan komplikasyonlar

Yaygın:

- Kemik kırıkları

* Diğer TNF-bloker ajanlarla gözlenmiş ancak golimumab klinik çalışmalarında gözlenmemiştir.

Seçilmiş istenmeyen ilaç reaksiyonlarının tanımı

Enfeksiyonlar

Pivot çalışmaların kontrollü döneminde en yaygın istenmeyen reaksiyon, golimumab ile tedavi edilen hastaların %12.6'sında (100 hasta yılı başına insidans: 60.8; %95 GA: 55.0, 67.1) ve kontrol hastalarının %11.0'inde (100 hasta yılı başına insidans: 54.5; %95

GA: 46.1, 64.0) bildirilen üst solunum yolu enfeksiyonu olmuştur. Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz bölümlerinde, üst solunum yolu enfeksiyonlarının 100 hasta yılı başına insidansı golimumab ile tedavi edilen hastalarda 36.0 olay olmuştur (%95 GA: 34.9, 37.2).

Pivot çalışmaların kontrollü döneminde, enfeksiyonlar golimumab ile tedavi edilen hastaların %23.0'ünde (100 hasta yılı başına insidans: 132.0; %95 güven aralığı: 123.3, 141.1) ve kontrol hastalarının %20.2'sinde (100 hasta yılı başına insidans 122.3; %95 GA: 109.5, 136.2) gözlenmiştir. Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz bölümlerinde, golimumab ile tedavi edilen hastalarda enfeksiyonların 100 hasta yılı başına insidansı 83.5 olay olmuştur (%95 GA: 81.8, 85.3).

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartirit çalışmalarının kontrollü döneminde ciddi enfeksiyonlar; golimumabla tedavi edilen hastaların %1.2'sinde ve kontrol ile tedavi edilen hastaların %1.2'sinde gözlenmiştir. Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartirit çalışmalarının kontrollü döneminde, 100 hasta takip yılı başına ciddi enfeksiyonların insidansı golimumab 100 mg grubunda 7.3 (%95 GA: 4.6, 11.1), golimumab 50 mg grubunda 2.9 (%95 GA: 1.2, 6.0) ve plasebo grubunda 3.6 olmuştur (%95 GA: 1.5, 7.0). Golimumab indüksiyonu yapılan ülseratif kolit çalışmalarının kontrollü döneminde ciddi enfeksiyonlar golimumab ile tedavi edilen hastaların %0.8'inde ve kontrol hastalarının %1.5'inde gözlenmiştir. Tüberküloz, sepsis ve pnömoni dahil bakteri enfeksiyonları, invazif mantar enfeksiyonları ve diğer fırsatçı enfeksiyonlar, golimumabla tedavi edilen hastalarda gözlenen ciddi enfeksiyonlardır; bunlardan bazıları ölümle sonuçlanmıştır. Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan öncü çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz bölümlerinde, golimumab 100 mg alan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve tüberküloz dahil ciddi enfeksiyonların insidansı golimumab 50 mg alan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Tüm ciddi enfeksiyonların 100 hasta yılı başına insidansı golimumab 100 mg alan hastalarda 4.3 (%95 GA: 3.8, 4.8) ve golimumab 50 mg alan hastalarda 2.66 olmuştur (%95 GA: 2.1, 3.2).

Maligniteler

Lenfoma

Pivot çalışmalarda golimumab ile tedavi edilen hastalarda lenfoma insidansı, genel popülasyonda beklenenden daha yüksek olmuştur.

Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan bu çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz bölümlerinde, golimumab 100 mg alan hastalarda golimumab 50 mg alan hastalara kıyasla daha yüksek lenfoma insidansı gözlenmiştir. Lenfoma tanısı 9 hastada konmuştur (golimumab 50 mg tedavi gruplarında 1 hasta ve golimumab 100 mg tedavi gruplarında 8 hasta); 100 hasta takip yılı başına lenfoma insidansı (%95 GA) golimumab 50 mg ve 100 mg için sırasıyla 0.03 olay (0.00, 0.16) ve 0.12 olay (0.05, 0.24) iken plasebo için 0.00 olmuştur (0.00, 0.59). Lenfomaların büyük kısmı, daha önceden anti-TNF ajanlar almış, hastalık süresi daha uzun ve hastalığı daha refrakter (yanıtsız) olan hastaları dahil eden GO-AFTER çalışmasında görülmüştür (bkz. Bölüm 4.4).

Lenfoma dışındaki diğer maligniteler

Pivot çalışmaların kontrollü dönemlerinde ve yaklaşık 2 yıllık takip döneminin sonuna kadar, lenfoma dışında kalan diğer malignitelerin insidansının (melanoma dışı deri kanseri hariç), golimumab ve kontrol gruplarında benzer olduğu görülmüştür. Yaklaşık 2 yıllık takip döneminin sonuna kadar, lenfoma dışındaki malignitelerin insidansı (melanoma dışı deri kanseri hariç) genel popülasyon ile benzer bulunmuştur.

Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan öncü çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz bölümlerinde, plasebo ile tedavi edilen 5, golimumab 50 mg ile tedavi edilen 10 ve golimumab 100 mg ile tedavi edilen 29 hastaya melanoma dışı deri kanseri tanısı konmuş ve söz konusu kanserlerin 100 hasta takip yılı başına insidansı (%95 güven aralığı) golimumab kullananlarda kombine 0.38 (0.27, 0.52), plasebo verilenlerde ise 0.905 (0.29, 2.10) olarak hesaplanmıştır.

Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan öncü çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde, plasebo ile tedavi edilen 5, golimumab 50 mg ile tedavi edilen 19 ve golimumab 100 mg ile tedavi edilen 30 hastaya melanoma dışı deri kanseri ve lenfoma haricinde malignite tanısı konmuş ve söz konusu kanserlerin 100 hasta takip yılı başına insidansı (%95 güven aralığı) golimumab kullananlarda kombine 0.47 (0.35, 0.63), plasebo verilenlerde ise 0.905 (0.29, 2.10) olarak hesaplanmıştır .

Astımlı hastalardaki klinik çalışmalarda bildirilen vakalar

Eksplorasyon amaçlı bir klinik çalışmada şiddetli, inatçı astım hastalarına başlangıçta (0. hafta), belirlenen tedavi dozunun %150'sine eşit bir golimumab yükleme dozu subkutan olarak verilmiş ve daha sonra da tedaviye 52. haftanın sonuna kadar 4 haftada bir 200 mg, 100 mg veya 50 mg golimumabla devam edilmiştir. Kombine golimumab tedavi gruplarında (n=230) sekiz malignite bildirilmiş, plasebo grubunda (n=79) ise malignite hiç bildirilmemiştir. Bir hastada lenfoma, 2 hastada melanom dışı deri kanseri ve 5 hastada diğer maligniteler bildirilmiştir. Herhangi bir kanser tipinin spesifik olarak kümelenmediği gözlenmemiştir.

Bu çalışmanın plasebo-kontrollü bölümünde tüm malignitelerin golimumab kullanan hastalardaki 100 hasta-yılı başına insidansı (%95 güven aralığı) 3.19 (1.38, 6.28) olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada, golimumabla tedavi edilen hastalarda 100 hasta takipyılı başına hesaplanan insidansın (%95 güven aralığı) lenfoma için 0.40 (0.01, 2.20), melanoma dışı deri kanseri için 0.79 (0.10, 2.86) ve diğer maligniteler için 1.99 (0.64, 4.63) olduğu hesaplanmıştır. Plasebo grubunda 100 hasta takip yılı başına hesaplanan insidans (%95 güven aralığı), 0.00 (0.00, 2.94) olarak bulunmuştur. Söz konusu bulgunun klinik anlamlılığı bilinmemektedir.

Nörolojik olaylar

Medyan takip süresi yaklaşık 2 yıl olan pivot çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde, golimumab 100 mg alan hastalarda golimumab 50 mg alan hastalara kıyasla daha yüksek demiyelinizasyon insidansı gözlenmiştir (bkz. Bölüm 4.4).

Karaciğer enzimlerinde yükselmeler

Pivot romatoid artrit ve psoriyatik artrit çalışmalarının kontrollü döneminde, ALT düzeylerinde hafif (normalin üst sınırının (ULN) >1 - <3 katı) yükselmeler, romatoid

artrit ve psoriyatik artrit çalışmalarında golimumab kullanan hastalarla kontrol hastalarında birbirlerine yakın oranlarda (hastaların %22.1-%27.4'ünde) görülmüştür; ankilozan spondilit ve radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit çalışmasında golimumabla tedavi edilen hastalarda (%26.9) hafif ALT yükselmeleriyle kontrol hastalarındakinden daha yüksek oranlarda (%10.6) karşılaşılmıştır. Medyan takip süresi yaklaşık 5 yıl olan pivot romatoid artrit ve psoriyatik artrit çalışmalarının kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde, hafif ALT yükselmelerinin insidansının romatoid artrit ve psoriyatik artrit çalışmalarında golimumab ile tedavi edilen hastalarda ve kontrol hastalarında birbirine yakın olduğu gözlenmiştir. Golimumab indüksiyonlu pivot ülseratif kolit çalışmalarının kontrollü döneminde ALT'de hafif yükselmeler (> 1 ve $< 3 \times$ ULN) golimumab ile tedavi edilen hastalarda ve kontrol hastalarında benzer oranlarda gözlenmiştir (sırasıyla %8.0 ve %6.9). Ortalama takip süresi yaklaşık 1 yıl olan öncü ülseratif kolit çalışmalarının kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde hafif ALT yükselmelerinin insidansı ÜK çalışmasının idame bölümünde golimumab alan hastalarda %19.4 olmuştur.

Pivot romatoid artrit ve ankilozan spondilit çalışmalarının kontrollü döneminde; ALT düzeyinde normalin üst sınırına göre en az 5 kat yükselme yaygın görülmemiş ve kontrol hastalarına kıyasla golimumabla tedavi edilen hastalarda daha fazla (sırasıyla %0.0 ve %0.4 - %0.9) gözlenmiştir. Psoriyatik artrit popülasyonunda böyle bir eğilim gözlenmemiştir. Medyan takip süresi 5 yıl olan pivot romatoid artrit, psoriyatik artrit ve ankilozan spondilit çalışmalarının kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde, ULN'den en az 5 kat daha fazla ALT yükselmelerinin insidansı golimumab ile tedavi edilen hastalarda ve kontrol hastalarında benzer bulunmuştur. Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit çalışmasının kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde hiçbir vaka bildirilmemiştir (1 yıla kadar). Bu ALT yükselmelerine genel olarak herhangi bir semptom eşlik etmemiş ve anormallikler, golimumab tedavisine devam edildiğinde veya golimumab tedavisi bırakıldığında ya da birlikte kullanılan ilaçlarda değişiklik yapıldığında azalmış ya da normale dönmüştür. Golimumab indüksiyonlu pivot ülseratif kolit çalışmalarının kontrollü dönemlerinde ALT'de $\geq 5 \times$ ULN yükselmeler golimumab ile tedavi edilen hastalarda ve kontrol hastalarında benzer oranlarda gözlenmiştir (sırasıyla %0.3 ve %1.0). Ortalama takip süresi yaklaşık 1 yıl olan pivot ülseratif kolit çalışmalarının kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde ALT'de $\geq 5 \times$ ULN yükselmelerin insidansı ÜK çalışmasının idame bölümünde golimumab alan hastalarda %0.7 olmuştur.

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit pivot çalışmalarında golimumab ile tedavi edilen ve karaciğer anormallikleri daha önceden de mevcut olan ve başka tıbbi ürünler de alan bir hastada (bir RA çalışmasında), sarılık eşliğinde enfeksiyöz olmayan ve ölümle sonuçlanan hepatit gelişmiştir. Golimumabın bu gelişmelere katkıda bulunan ya da bunları kötüleştiren bir faktör olma olasılığı dışlanamaz.

Enjeksiyon yeri reaksiyonları

Pivot çalışmaların kontrollü dönemlerinde, golimumab ile tedavi edilen hastaların %5.4'ünde ve kontrol hastalarının %2.0'sinde enjeksiyon yerinde reaksiyonlar gelişmiştir. Golimumaba karşı antikorların varlığı, bu reaksiyonların gelişme riskini artırabilir. Enjeksiyon yeri reaksiyonlarının büyük bölümü hafif ve orta şiddette olmuş

ve kendilerini en sık, enjeksiyon yerinde eritem olarak göstermiştir. Enjeksiyon yeri reaksiyonları, tıbbi ürünün bırakılmasını genellikle gerektirmemiştir.

Romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit, radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit ve şiddetli persistan astım hastalarındaki kontrollü Faz IIb ve/veya III çalışmalarında ve ülseratif kolitin Faz II/III çalışmalarında golimumabla tedavi edilen hiçbir hastada anafilaktik reaksiyonlar gelişmemiştir.

Otoimmün antikorlar

Pivot çalışmaların kontrollü ve kontrolsüz dönemlerinde 1 yıllık takip süresince, golimumab ile tedavi edilen hastaların %3.5'inde ve kontrol hastalarının %2.3'ünde ANA pozitifliği (1:160 veya daha yüksek titrede) sonradan gelişmiştir. Tedavi başlangıcında anti-dsDNA negatif bulunan hastalarda 1 yıllık izleme döneminde anti-dsDNA antikorları yaygın şekilde görülmemiştir.

Süpheli 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

Bir klinik çalışmada 10 mg/kilograma kadar tekli dozlar intravenöz olarak doz sınırlandırıcı toksisite olmaksızın uygulanmıştır. Doz aşımı durumunda hastanın, advers etkilere ait semptom ve bulgular açısından izlenmesi ve hemen gerekli semptomatik tedaviye başlanması önerilmektedir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1 Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: İmmüno-supresifler, tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) inhibitörleri

ATC kodu: L04AB06

Etki mekanizması

Golimumab; insan tümör nekroz faktör-alfanın (TNF- α) hem çözünebilir, hem de transmembran biyoaktif formlarıyla yüksek afiniteli stabil kompleksler oluşturan ve böylece TNF- α 'nın kendi reseptörlerine bağlanmasını önleyen bir insan monoklonal antikorudur.

Farmakodinamik etkiler

İnsan tümör nekroz faktörünün golimumab ile bağlanmasının; insan endotel hücreleri tarafından E-selektin, vasküler hücre adezyon molekülü (VCAM-1) ve intersellüler adezyon molekülü (ICAM-1) adlı adezyon moleküllerinin hücre yüzeyindeki TNF- α 'ya

bağlı ekspresyonunu nötralize ettiği gösterilmiştir. Golimumab ayrıca, insan endotel hücrelerinden TNF- α etkisiyle interlökin (IL)-6, IL-8 ve granülosit-makrofaj koloni stimulan faktör (GM-CSF) salgılanmasını da *in vitro* inhibe etmiştir.

C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin plasebo gruplarına kıyasla düzeldiği gözlenmiş ve SIMPONI tedavisi kontrol tedavisiyle karşılaştırıldığında; serumdaki IL-6, ICAM-1, matriks metaloproteinaz (MMP-3) ve Vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) düzeylerinin başlangıca göre anlamlı şekilde azalmasına neden olmuştur. Ayrıca romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarında TNF- α , psoriyatik artrit hastalarında ise IL8 düzeyleri azalmıştır. Bu değişiklikler başlangıçtaki SIMPONI dozundan sonra yapılan ilk (4. haftadaki) değerlendirmede gözlenmiş ve 24. haftaya kadar genellikle korunmuştur.

Klinik etkililik

Romatoid artrit

SIMPONI'nin etkililiği, tarama döneminden en az 3 ay önce Amerikan Romatoloji Akademisi (ACR) kriterlerine göre orta derecede veya şiddetli aktif RA tanısı konmuş 18 yaş ve üzeri 1500'den fazla hastada yürütülen üç çok-merkezli, randomize, çift-kör, plasebo-kontrollü çalışmada gösterilmiştir. Hastalarda şişlik olan en az 4 eklem ve hassasiyet olan 4 eklem mevcuttur. SIMPONI veya plasebo 4 haftada bir subkutan yolla uygulanmıştır.

GO-FORWARD, metotreksatin (MTX) haftada en az 15 mg stabil bir dozuna rağmen aktif romatoid artriti (RA) devam eden ve daha önce bir anti-TNF ajan ile tedavi edilmemiş 444 hastayı değerlendirmiştir. Hastalar plasebo + MTX, SIMPONI 50 mg + MTX, SIMPONI 100 mg + MTX veya SIMPONI 100 mg + plasebo almak üzere randomize edilmiştir. Plasebo + MTX alan hastalar 24. haftadan sonra SIMPONI 50 mg + MTX'e geçirilmiştir. 52. haftada, hastalar açık, uzun süreli bir uzatma fazına girmiştir.

GO-AFTER daha önceden anti-TNF ajanları adalimumab, etanersept veya infliksimabdan biri veya daha fazlasıyla tedavi edilen 445 hastayı değerlendirmiştir. Hastalar plasebo, SIMPONI 50 mg veya SIMPONI 100 mg almak üzere randomize edilmiştir. Çalışma süresince hastaların MTX, sulfasalazin (SSZ) ve/veya hidroklorokin (HCQ) ile eş zamanlı DMARD tedavisine devam etmelerine izin verilmiştir. Önceki anti TNF tedavilerinin bırakılmasına dair bildirilen nedenler etkililik yokluğu (%58), toleranssızlık (%13) ve/veya güvenlilik veya etkililik dışındaki diğer nedenler olmuştur (%29, çoğunlukla mali sebepler).

GO-BEFORE daha önce MTX almamış ve bir anti-TNF ajan ile önceden tedavi edilmemiş aktif RA'lı 637 hastayı değerlendirmiştir. Hastalar plasebo + MTX, SIMPONI 50 mg + MTX, SIMPONI 100 mg + MTX veya SIMPONI 100 mg + plasebo almak üzere randomize edilmiştir. 52. haftada hastalar açık, uzun süreli uzatma fazına girmiş ve plasebo + MTX alan ve en az 1 hassas veya şiş eklemi olan hastalar SIMPONI 50 mg + MTX'e geçirilmiştir.

GO-FORWARD'da (eş) birincil sonlanım noktası 14. haftada ACR 20 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesi ve 24. haftada Sağlık Değerlendirme Anketinde (HAQ) başlangıca göre iyileşmeydi. GO-AFTER'da birinci sonlanım noktası, 14. haftada ACR 20 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesidir. GO-BEFORE'da eş birinci sonlanım noktaları 24. haftada ACR 50 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesi ve 52. haftada van der Heijde-modifiye Sharp

(vdH-S) skorunda başlangıca göre değişimdir. Birincil son noktalara ek olarak, SIMPONI tedavisinin artrit semptom ve bulguları, fiziksel fonksiyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili ilave değerlendirmeler de yapılmıştır.

Genel olarak, GO-FORWARD ve GO-BEFORE'da 104. haftanın sonuna kadar ve GO-AFTER'da eş zamanlı MTX ile uygulanan SIMPONI 50 mg ve 100 mg dozaj rejimleri arasında etkililik ölçütleri bakımından klinik yönden anlamlı hiçbir fark gözlenmemiştir. Çalışma tasarımına göre, RA çalışmalarının her birinde uzun süreli uzatma fazında hastaların çalışma hekiminin takdiriyle 50 mg ve 100 mg SIMPONI dozları arasında geçiş yapmalarına izin verilmiş olabilir.

Semptom ve bulgular

GO-FORWARD, GO-BEFORE ve GO-AFTER'da 50 mg SIMPONI dozu için 14., 24. ve 52. haftalarda elde edilen anahtar ACR sonuçları Tablo 1'de gösterilmekte ve aşağıda açıklanmaktadır. Yanıtlar SIMPONI ilk kez uygulandıktan sonra yapılan ilk değerlendirmede (4. hafta) gözlenmiştir.

GO-FORWARD'da SIMPONI 50 mg + MTX'e randomize edilen 89 hastadan 48'i 104. haftada hala bu tedaviyi alıyordu. 104. haftada bu hastalardan 40, 33 ve 24'ü sırasıyla ACR 20/50/70 yanıtına ulaşmıştır. Çalışmaya devam eden ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer ACR 20/50/70 yanıtları gözlenmiştir.

GO-AFTER'da, daha önceden bir veya daha fazla anti-TNF'nin bırakılmasına ilişkin bildirilen nedenden bağımsız olarak ACR 20 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesi SIMPONI alan hastalarda plasebo alan hastalara göre daha yüksek olmuştur.

Tablo 1
GO-FORWARD, GO-AFTER ve GO-BEFORE'un kontrollü dönemlerinin anahtar etkililik sonuçları

	GO-FORWARD MTX'e rağmen Aktif RA		GO-AFTER Daha önce bir veya daha fazla anti-TNF ajan ile tedavi edilmiş Aktif RA		GO-BEFORE Aktif RA, daha önce MTX almamış	
	Plasebo + MTX	SIMPONI 50 mg + MTX	Plasebo	SIMPONI 50 mg	Plasebo + MTX	SIMPONI 50 mg + MTX
n ^a	133	89	150	147	160	159
Yanıt Verenler, hastaların %'si						
ACR 20						
14. hafta	%33	%55*	%18	%35*	NA	NA
24. hafta	%28	%60*	%16	%31 p=0.002	%49	%62
52. hafta	NA	NA	NA	NA	%52	%60

ACR 50						
14. hafta	%10	%35*	%7	%15 p=0.021	NA	NA
24. hafta	%14	%37*	%4	%16*	%29	%40
52. hafta	NA	NA	NA	NA	%36	%42
ACR 70						
14. hafta	%4	%14 p=0.008	%2	%10 p=0.005	NA	NA
24. hafta	%5	%20*	%2	9% p=0.009	%16	%24
52. hafta	NA	NA	NA	NA	%22	%28
a n randomize edilen hastaları yansıtır; her bir sonlanım noktasında değerlendirilebilir nitelikteki hastaların gerçek sayısı zaman noktasına göre değişebilir.						
* p ≤ 0.001						
NA: Uygulanabilir değil						

GO-BEFORE’da orta derecede veya şiddetli romatoid artritli hastalarda (ACR50 için SIMPONI 50 ve 100 mg + MTX gruplarına karşı tek başına MTX) primer analiz 24. haftada istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.053). 52. haftada tüm popülasyonda, SIMPONI 50 mg + MTX grubunda bir ACR yanıtına ulaşan hastaların yüzdesi tek başına MTX’e göre genel olarak daha yüksekti fakat anlamlı olarak farklı değildi (bkz. Tablo 2). Şiddetli, aktif ve progresif RA’lı hastaları içeren endike popülasyonu temsil eden alt gruplarda ilave analizler yapılmıştır. Tek başına MTX’e göre SIMPONI 50 mg + MTX’in genel olarak daha büyük etkisi tüm popülasyona kıyasla endike popülasyonda gösterilmiştir.

GO-FORWARD ve GO-AFTER’da, Hastalık Aktivite Ölçeği (DAS)28’de klinik yönden kaydadeğer ve istatistiksel yönden anlamlı yanıtlar önceden belirlenen her bir zaman noktasında (14. hafta ve 24. hafta) gözlenmiştir (p ≤ 0.001). Çalışmanın başlangıcında randomize edildikleri SIMPONI tedavisinde kalan hastalarda DAS28 yanıtları 104. haftanın sonuna kadar korunmuştur. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda DAS28 yanıtları 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer olmuştur.

GO-BEFORE’da, kesintisiz 6 ay boyunca ACR70 yanıtının korunması olarak tanımlanan majör klinik yanıt ölçülmüştür. 52. haftada, SIMPONI 50 mg + MTX grubundaki hastaların %15’ine karşılık plasebo + MTX grubundaki hastaların %7’si majör klinik yanıtına ulaşmıştır (p = 0.018). SIMPONI 50 mg + MTX’e randomize edilen 159 hastadan 96’sı 104. haftada bu tedaviye devam etmektedir. Bu hastalardan 85, 66 ve 53’ü sırasıyla ACR 20/50/70 yanıtına 104.haftada ulaşmıştır. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer ACR 20/50/70 yanıtları gözlenmiştir.

Radyografik yanıt:

GO-BEFORE’da ellerde/el bileklerinde ve ayaklarda eklem aşınmalarının sayısını ve miktarını ve eklem aralığındaki daralmanın derecesini radyografik olarak ölçen ve yapısal hasarın birleşik bir skoru olan vdH-S skorunda başlangıca göre değişim yapısal hasarın derecesini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. 52. haftada SIMPONI 50 mg dozuna ait anahtar sonuçlar Tablo 2’de sunulmaktadır.

Yeni aşınmalar olmayan veya toplam vdH-S skorunda başlangıca göre ≤ 0 değişiklik olan hastaların sayısı SIMPONI tedavi grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.003$). 52. haftada gözlenen radyografik etkiler 104. haftanın sonuna kadar korunmuştur. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda radyografik etkiler 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer bulunmuştur.

Tablo 2
GO-BEFORE'un tüm popülasyonunda total vdH-S skorunda 52. haftada başlangıca göre radyografik ortalama (SD) değişiklikler

	Plasebo + MTX	SIMPONI 50 mg + MTX
n ^a	160	159
Toplam Skor		
Başlangıç	19.7 (35.4)	18.7 (32.4)
Başlangıca göre değişiklik	1.4 (4.6)	0.7 (5.2)*
Aşınma Skoru		
Başlangıç	11.3 (18.6)	10.8 (17.4)
Başlangıca göre değişiklik	0.7 (2.8)	0.5 (2.1)
JSN Skoru		
Başlangıç	8.4 (17.8)	7.9 (16.1)
Başlangıca göre değişiklik	0.6 (2.3)	0.2 (2.0)**
^a n randomize edilen hastaları yansıtır		
* p = 0.015		
** p = 0.044		

Fiziksel fonksiyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi

GO-FORWARD ve GO-AFTER'da fiziksel fonksiyon ve işlev kaybı, HAQ DI'nin işlev kaybı indeksi kullanılarak ayrı bir sonlanım noktası şeklinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda, SIMPONI 24. haftada kontrole kıyasla HAQ DI'de başlangıca göre klinik yönden kaydadeğer ve istatistiksel yönden anlamlı iyileşme göstermiştir. Çalışmanın başlangıcında randomize edildikleri SIMPONI tedavisinde kalan hastalarda HAQ DI'deki iyileşme 104. haftanın sonuna kadar korunmuştur. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda HAQ DI'de iyileşme 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer olmuştur.

GO-FORWARD'da SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde plaseboya kıyasla klinik yönden kaydadeğer ve istatistiksel yönden anlamlı iyileşmeler 24. haftada SF-36'nın fiziksel bileşen skoru ölçümüyle gösterilmiştir. Çalışmanın başlangıcında randomize edildikleri SIMPONI tedavisinde kalan hastalarda SF-36'nın fiziksel bileşeninde iyileşme 104. haftanın sonuna kadar korunmuştur.

Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda SF-36'nın fiziksel bileşen skorundaki iyileşme 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer olmuştur. GO-FORWARD ve GO-AFTER'da kronik hastalık tedavisinin fonksiyonel değerlendirilmesi-yorgunluk ölçeğiyle (FACIT-F) ölçülen yorgunlukta istatistiksel yönden anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir.

Psoriyatik artrit

SIMPONI'nin güvenliliği ve etkililiği non-steroid anti-enflamatuvar (NSAID) veya DMARD tedavisine rağmen aktif PsA'sı olan (≥ 3 şiş eklem ve hassasiyet olan ≥ 3 eklem) 405 yetişkin hastada yürütülen çok-merkezli, randomize, çift-kör, plasebo-kontrollü bir çalışmada (GO-REVEAL) değerlendirilmiştir. Bu çalışmadaki hastalara en az 6 ay önce PsA tanısı konmuştur ve en azından hafif derecede psoriyatik hastalık mevcuttur. Psoriyatik artritin her bir alt tipine sahip hastalar dahil edilmiştir: Romatoid nodüllerin bulunmadığı poliartriküler artrit (%43), asimetrik periferik artrit (%30), distal interfalangeal (DIP) eklem artrit (%15), spondilit ile birlikte periferik artrit (%11) ve artrit mutilans (%1). Daha önce bir anti-TNF ajan ile tedaviye izin verilmemiştir. SIMPONI veya plasebo 4 haftada bir subkutan yolla uygulanmıştır. Hastalar plasebo, SIMPONI 50 mg veya SIMPONI 100 mg'ye randomize edilmiştir. Plasebo alan hastalar 24. haftadan sonra SIMPONI 50 mg'a geçirilmiştir. 52. haftada, hastalar açık, uzun süreli bir uzatma fazına girmiştir.

Hastaların yaklaşık %48'i metotreksatın (≤ 25 mg/hafta) stabil dozlarına devam etmiştir. Eş-birincil sonlanım noktaları 14. haftada ACR20 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesi ve 24. haftada PsA'ya göre modifiye edilen toplam vdH-S skorunda başlangıca göre değişimleridir.

Genel olarak, 104. haftanın sonuna kadar SIMPONI 50 mg ve 100 mg dozaj rejimleri arasında etkililik ölçütleri bakımından klinik yönden anlamlı hiçbir fark gözlenmemiştir. Çalışma tasarımına göre, uzun süreli uzatma fazında hastaların çalışma hekiminin takdiriyle 50 mg ve 100 mg SIMPONI dozları arasında geçiş yapmalarına izin verilmiş olabilir.

Semptomlar ve bulgular

50 mg dozu için 14. ve 24. haftalarda elde edilen anahtar sonuçlar Tablo 3'de gösterilmekte ve aşağıda açıklanmaktadır.

Tablo 3
GO-REVEAL'ın anahtar etkililik sonuçları

	Plasebo	SIMPONI 50 mg*
n ^a	113	146
Yanıt Verenler, hastaların %'si		
ACR 20		
14. hafta	%9	%51
24. hafta	%12	%52
ACR 50		
14. hafta	%2	%30
24. hafta	%4	%32

	Plasebo	SIMPONI 50 mg*
ACR 70		
14. hafta	%1	%12
24. hafta	%1	%19
PASI^b 75^c		
14. hafta	%3	%40
24. hafta	%1	%56
<p>* tüm karşılaştırmalarda $p < 0.05$ <i>a</i> n: randomize edilen hastaları yansıtır; her bir sonlanım noktasında değerlendirilebilir nitelikteki hastaların gerçek sayısı zaman noktasına göre değişebilir. <i>b</i> Psoriyazis Alan ve Şiddet İndeksi <i>c</i> Başlangıçta \geq %3 VYA tutulumu olan hasta alt grubuna dayalıdır; plasebo grubunda 79 hasta (%69.9) ve SIMPONI 50 mg grubunda 109 hasta (%74.3).</p>		

Yanıtlar SIMPONI ilk kez uygulandıktan sonra yapılan ilk değerlendirmede (4. hafta) gözlenmiştir. Romatoid nodüllerin bulunmadığı poliartiküler artrit ve asimetrik periferik artrit PsA alt tiplerine sahip hastalarda 14. haftada benzer ACR 20 yanıtları gözlenmiştir. Diğer PsA alt tiplerine sahip hastaların sayısı anlamlı bir değerlendirmeye imkan vermeyecek kadar azdır. SIMPONI ile tedavi edilen gruplarda gözlenen yanıtlar eş zamanlı MTX alan ve almayan hastalarda benzer olmuştur.

SIMPONI 50 mg'ye randomize edilen 146 hastadan 70'i 104. haftada hala bu tedaviyi alıyordu. Bu 70 hastadan 64, 46 ve 31'i sırasıyla ACR 20/50/70 yanıtına ulaşmıştır. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer ACR 20/50/70 yanıt oranları gözlenmiştir.

14. hafta ve 24. haftada DAS28'de istatistiksel yönden anlamlı yanıtlar da gözlenmiştir ($p < 0.05$).

SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda, psoriyatik artrit karakteristlik periferik aktivite parametrelerinde (örn. şiş eklemlerin sayısı, ağrılı/hassas eklemlerin sayısı, daktilit ve entezit) 24. haftada iyileşmeler görülmüştür. SIMPONI tedavisi HAQ DI ile değerlendirilen fiziksel fonksiyonda anlamlı iyileşmenin yanısıra SF-36'nın fiziksel ve zihinsel bileşen özet skorlarıyla ölçülen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlamıştır. Çalışmanın başlangıcında randomize edildikleri SIMPONI tedavisinde kalan hastalarda DAS28 ve HAQ DI yanıtları 104. haftanın sonuna kadar korunmuştur. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar benzer DAS28 ve HAQ DI yanıtları gözlenmiştir.

Radyografik Yanıt:

Her iki el ve ayakta yapısal hasar, elin distal interfalangeal (DIP) eklemleri eklenerek PsA'ya göre modifiye edilen vdH-S skorunda başlangıca göre değişim ile radyografik olarak değerlendirilmiştir.

SIMPONI 50 mg tedavisi, toplam modifiye edilen vdH-S skorunda başlangıca göre değişim ile ölçüldüğünde, 24. haftada plasebo tedavisi ile karşılaştırıldığında periferik eklem hasarının progresyon hızını azaltmıştır (ortalama \pm SD skoru, SIMPONI grubunda -0.16 ± 1.3 ile karşılaştırıldığında plasebo grubunda 0.27 ± 1.3 'tür; $p=0.011$). SIMPONI 50 mg'ye randomize edilen 146 hastadan 126'sında 52 haftalık radyografi verileri mevcuttur ve %77'sinde başlangıca göre progresyon görülmemiştir. 104. haftada 114 hastada radyografi verileri mevcuttur ve %77'sinde başlangıca göre progresyon görülmemiştir. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 104. haftadan 256. haftanın sonuna kadar başlangıca göre progresyon göstermeyen hastaların oranları benzerdir.

Aksiyal spondilartirit

Ankilozan spondilit

SIMPONI'nin güvenliliği ve etkililiği aktif ankilozan spondiliti (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ≥ 4 ve 0-10 cm'lik bir ölçekte toplam sırt ağrısı için bir VAS'ın ≥ 4 olması şeklinde tanımlanmıştır) olan 356 yetişkin hastada yürütülen çok-merkezli, randomize, çift-kör, plasebo-kontrollü bir çalışmada (GO-RAISE) değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya alınan hastalarda güncel veya önceki NSAID veya DMARD tedavisine rağmen aktif hastalık mevcuttur ve daha önce anti-TNF tedavisi almamışlardır. SIMPONI veya plasebo 4 haftada bir subkutan yolla uygulanmıştır. Hastalar plasebo, SIMPONI 50 mg ve SIMPONI 100 mg'ye randomize edilmiş ve eş zamanlı DMARD tedavisine (MTX, sulfasalazin ve/veya hidrosiklorokin) devam etmelerine izin verilmiştir. Birincil sonlanım noktası 14. haftada Ankilozan Spondilit Değerlendirmesi Çalışma Grubu (ASAS) 20 yanıtına ulaşan hastaların yüzdesidir. Plasebo-kontrollü etkililik verileri 24. haftanın sonuna kadar toplanıp analiz edilmiştir.

50 mg dozuyla elde edilen anahtar sonuçlar Tablo 4'te gösterilmekte ve aşağıda açıklanmaktadır. Genel olarak, SIMPONI 50 mg ve 100 mg dozaj rejimleri arasında etkililik ölçütleri bakımından 24. haftanın sonuna kadar klinik yönden anlamlı hiçbir fark gözlenmemiştir. Çalışma tasarımına göre, uzun süreli uzatma fazında hastaların çalışma hekiminin takdiriyle 50 mg ve 100 mg SIMPONI dozları arasında geçiş yapmalarına izin verilmiş olabilir.

Tablo 4
GO-RAISE'in anahtar etkililik sonuçları.

	Plasebo	SIMPONI 50 mg*
n ^a	78	138
Yanıt Verenler, hastaların %'si		
ASAS 20		
14. hafta	% 22	%59
24. hafta	%23	%56
ASAS 40		
14. hafta	%15	%45
24. hafta	%15	%44
ASAS 5/6		
14. hafta	%8	%50

	Plasebo	SIMPONI 50 mg*
24. hafta	%13	%49
* tüm karşılaştırmalarda $p \leq 0.001$ ^a n: randomize edilen hastaları yansıtır; her bir sonlanım noktasında değerlendirilebilir nitelikteki hastaların gerçek sayısı zaman noktasına göre değişebilir		

Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 24. haftadan 256. haftanın sonuna kadar ASAS 20 ve ASAS 40 yanıtına sahip hastaların oranı benzerdir.

14. ve 24. haftalarda BASDAI 50, 70 ve 90'da da istatistiksel yönden anlamlı yanıtlar ($p \leq 0.017$) gözlenmiştir. Hastalık aktivitesinin anahtar ölçütlerinde iyileşmeler SIMPONI ilk kez uygulandıktan sonra yapılan ilk değerlendirmede gözlenmiş (4. hafta) ve 24. haftanın sonuna kadar korunmuştur. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 24. haftadan 256. haftanın sonuna kadar BASDAI'de başlangıca göre benzer değişiklik oranları gözlenmiştir. 14. haftada ASAS 20 yanıtlarıyla değerlendirilen etkililiğin, DMARD'ların kullanımı (MTX, sulfasalazin ve/veya hidrosiklorokin), HLA-B27 antijen durumu veya başlangıçtaki CRP düzeylerinden bağımsız olarak hastalarda tutarlı olduğu gözlenmiştir.

SIMPONI tedavisi 14. ve 24. haftalarda BASFI'da başlangıca göre değişikliklerle değerlendirilen fiziksel fonksiyonda anlamlı iyileşmeler sağlamıştır. SF-36'nın fiziksel bileşen skoruyla ölçülen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi de 14. ve 24. haftalarda anlamlı düzeyde iyileşmiştir. Çalışmada kalan ve SIMPONI ile tedavi edilen hastalarda 24. haftadan 256. haftanın sonuna kadar fiziksel fonksiyonda ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde benzer iyileşmeler gözlenmiştir.

Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit

SIMPONI'nin güvenliliği ve etkililiği şiddetli aktif radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartriti (ASAS'ın aksiyal spondiloartrit sınıflama kriterlerini karşılayan fakat modifiye edilmiş New York Ankilozan Spondilit kriterlerini karşılamayan hastalar olarak tanımlanmıştır) olan 197 yetişkin hastada yürütülen çok-merkezli, randomize, çift-kör, plasebo-kontrollü bir çalışmada (GO-AHEAD) değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen hastalarda mevcut veya önceki NSAID tedavisine rağmen aktif hastalık mevcuttur (her biri 0-10 cm'lik bir ölçek üzerinde olmak üzere BASDAI ≥ 4 ve Görsel Analog Skala (VAS) toplam sırt ağrısı ≥ 4 şeklinde tanımlanmıştır) ve hastalar anti-TNF tedavisi dahil herhangi bir biyolojik ajan ile önceden tedavi edilmemişlerdi. Hastalar 4 haftada bir subkutan yolla uygulanmak üzere plasebo veya SIMPONI 50 mg'ye randomize edilmiştir. 16. haftada hastalar tüm hastaların 48.haftanın sonuna kadar 4 haftada bir subkutan yolla uygulanan SIMPONI 50 mg aldıkları açık etiketli bir döneme girmiştir. Analizler hem Tüm Tedavi Edilen popülasyonda (AT, N = 197) hem de Objektif Enflamasyon Bulguları popülasyonunda gerçekleştirilmiştir (OSI, N = 158, CRP'de yükselme ve/veya başlangıçtaki MRI'da güncel sakroiliit kanıtları şeklinde tanımlanmıştır). Plasebo-kontrollü etkililik verileri 16.haftaya kadar toplanmış ve analiz edilmiştir. Birincil son nokta 16.haftada ASAS 20 yanıtına ulaşan hastaların oranıdır. Anahtar sonuçlar Tablo 5'de gösterilmekte ve aşağıda açıklanmaktadır.

Tablo 5
GO-AHEAD'in 16.haftadaki anahtar etkililik sonuçları

Semptomlarda ve bulgularda iyileşmeler				
	Tedavi edilen tüm popülasyon (AT)		Objektif enflamasyon bulguları popülasyonu (OSI)	
	Plasebo	SIMPONI 50 mg	Plasebo	SIMPONI 50 mg
n ^a	100	97	80	78
Yanıt verenler, hastaların %'si				
ASAS 20	%40	%71**	%38	%77**
ASAS 40	%23	%57**	%23	%60**
ASAS 5/6	%23	%54**	%23	%63**
ASAS Kısmi Remisyon	%18	%33*	%19	%35*
ASDAS-C ^b < 1.3	%13	%33*	%16	%35*
BASDAI 50	%30	%58**	%29	%59**
Sakroiliak (SI) eklemlerde enflamasyonun inhibisyonu (MRI ile ölçülen)				
	Plasebo		SIMPONI 50 mg	
	Plasebo	SIMPONI 50 mg	Plasebo	SIMPONI 50 mg
n ^c	87	74	69	61
SPARCC ^d MRI sakroiliak eklem skorunda ortalama değişiklik	-0.9	-5.3**	-1.2	-6.4**

^a n, randomize edilip tedavi edilen hastaları yansıtır.

^b Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru C-Reaktif Protein (AT-Plasebo, N = 90; AT- SIMPONI 50 mg, N = 88; OSI-Plasebo, N = 71; OSI- SIMPONI 50 mg, N = 71)

^c n, başlangıçta ve 16.haftada MRI verileri bulunan hastaların sayısını yansıtır

^d SPARCC (Kanada Spondilartirit Araştırma Konsorsiyumu)

** SIMPONI ile plasebo karşılaştırmaları için p < 0.0001

* SIMPONI ile plasebo karşılaştırmaları için p < 0.05

Semptomlar ve bulgular

SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalarda 16.haftada şiddetli aktif radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartiritin semptom ve bulgularında plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gösterilmiştir (Tablo 5). İlk SIMPONI uygulamasından sonraki ilk değerlendirmede (4.hafta) iyileşmeler gözlenmiştir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile ölçülen SPARCC (Kanada Spondilartirit Araştırma Konsorsiyumu) skoru, SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalarda 16. haftada sakroiliak eklem enflamasyonunda plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı azalmaları göstermiştir (Tablo 5). Toplam Sırt Ağrısı ve Geceleri Yaşanan Sırt Ağrısı VAS'ıyla değerlendirilen ağrı ve ASDAS-C (Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru) ile ölçülen hastalık aktivitesi de SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalarda 16.haftada plaseboya göre ve başlangıca kıyasla istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeyi göstermiştir (p < 0.0001). SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalar ASDAS-C ile ölçülen hastalık aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir (p < 0.0001).

SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalarda BASMI (Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi) ile değerlendirilen spinal mobilitede ve BASFI ile değerlendirilen fiziksel fonksiyonda plaseboyla tedavi edilen hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gösterilmiştir ($p < 0.0001$). SIMPONI ile tedavi edilen hastalar ASQoL (Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi anketi) ve EQ-5D (EuroQol 5D Genel Sağlık Durumu Skoru ve İndeks Skor) ile değerlendirilen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde ve SF-36'nın (Kısa Form 36 Sağlık Anketi) fiziksel ve zihinsel bileşenlerinde plasebo alan hastalara göre anlamlı olarak daha fazla iyileşmeler yaşamış ve WPAI (İş Üretkenliğinde ve Aktivitelerde Bozulma) anketiyle sorgulanan genel iş üretkenliğinde bozulma ve aktivitelerde bozulmada daha büyük azalmalar ile değerlendirilen üretkenlikte plasebo alan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha fazla iyileşmeler göstermiştir.

Yukarıda belirtilen tüm son noktalarda, OSI (Objektif Enflamasyon Bulguları) popülasyonunda da istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar gösterilmiştir. Çalışmada kalan ve SIMPONI 50 mg ile tedavi edilen hastalarda semptom ve bulgularda, spinal mobilitede ve fiziksel fonksiyonda benzer iyileşmeler 16. haftadan 24. haftanın sonuna kadar gözlenmiştir.

Ülseratif kolit

SIMPONI'nin etkililiği yetişkin hastalarda yürütülen iki randomize, çift-kör, plasebo-kontrollü klinik çalışmada değerlendirilmiştir.

İndüksiyon çalışması (PURSUIT-İndüksiyon) klasik tedavilere yetersiz cevap vermiş veya bu tip tedavileri tolere edememiş ya da kortikosteroide bağımlı olan, orta derecede ve şiddetli aktif ülseratif kolitli (Mayo skoru 6-12; Endoskopi alt skoru ≥ 2) hastaları incelemiştir. Çalışmanın doz doğrulama bölümünde, 761 hasta 0. haftada 400 mg ve 2. haftada 200 mg SK SIMPONI, 0. haftada 200 mg ve 2. haftada 100 mg SK SIMPONI ve 0. ve 2. haftalarda SK plasebo almak üzere randomize edilmiştir. Oral aminosalisilatlar, kortikosteroidler ve/veya immünomodülatör ajanların eş zamanlı stabil dozlarına izin verilmiştir. Bu çalışmada SIMPONI'nin etkililiği 6. haftaya kadar değerlendirilmiştir.

İdame çalışmasının (PURSUIT-İdame) sonuçları SIMPONI ile önceki indüksiyonda klinik yanıtı ulaşan 456 hastanın değerlendirilmesine dayanmıştır. Hastalar 4 haftada bir subkutan yolla SIMPONI 50 mg, SIMPONI 100 mg veya plasebo almak üzere randomize edilmiştir. Oral aminosalisilatlar ve/veya immünomodülatör ajanların eş zamanlı stabil dozlarına izin verilmiştir. İdame çalışmasının başında kortikosteroidlerin azaltılmış olması şart koşulmuştur. Bu çalışmada SIMPONI'nin etkililiği 54. haftaya kadar değerlendirilmiştir.

Tablo 6 PURSUIT – İndüksiyon ve PURSUIT – İdame çalışmalarının ana etkililik sonuçları

PURSUIT – İndüksiyon			
	Plasebo N=251	SIMPONI 200/100 mg N=253	
Hastaların yüzdesi			
6. haftada klinik yanıt veren hastalar ^a	%30	%51**	
6. haftada klinik remisyon sergileyen hastalar ^b	%6	%18**	
6. haftada mukozal iyileşmesi olan hastalar ^c	%29	%42**	
PURSUIT – İdame			
	Plasebo^d N=154	SIMPONI 50 mg N=151	SIMPONI 100 mg N=151
Hastaların yüzdesi			
Yanıtın idamesi (54. haftanın sonuna kadar klinik yanıt veren hastalar) ^e	%31	%47*	%50**
Kalıcı remisyon (hem 30. haftada hem de 54. haftada klinik remisyon sergileyen hastalar) ^f	%16	%23 ^g	%28*

N= hasta sayısı

** p ≤ 0.001

* p ≤ 0.01

^a Mayo skorunda başlangıca göre ≥%30 ve ≥3 puan azalma ile birlikte rektal kanama alt skorunda ≥1 azalma veya rektal kanama alt skorunun 0 veya 1 olması şeklinde tanımlanmıştır.

^b Mayo skorunun ≤ 2 puan olması ve hiçbir bireysel alt skorun >1 olmaması şeklinde tanımlanmıştır.

^c Mayo skorunun endoskopi alt skorunun 0 veya 1 olması şeklinde tanımlanmıştır.

^d Sadece SIMPONI indüksiyonu.

^e Hastalar 4 haftada bir kısmi Mayo skoruyla ülseratif kolit hastalık aktivitesi yönünden değerlendirilmiştir (yanıt kaybı endoskopiyle doğrulanmıştır). Dolayısıyla, yanıtı devam eden bir hasta 54. haftanın sonuna kadar her bir değerlendirmede sürekli klinik yanıt durumunda kalmıştır.

^f Kalıcı remisyona ulaşmak için bir hastanın hem 30. haftada hem de 54. haftada (54. haftanın sonuna kadar herhangi bir zaman noktasında yanıt kaybı göstermeden) remisyonda olması gerekmektedir.

^g Vücut ağırlığı 80 kg'ın altında olan hastalarda, plasebo alanlara kıyasla 50 mg idame tedavisi alanların daha yüksek bir oranı kalıcı klinik remisyon sergilemiştir.

Plasebo grubundaki hastalara kıyasla (%27) 50 mg grubunda (%42, nominal p < 0.05) ve 100 mg grubunda (%42, p < 0.005) SIMPONI ile tedavi edilen hastaların daha yüksek bir oranı kalıcı mukozal iyileşmesi (hem 30. haftada hem de 54. haftada mukozal iyileşmesi olan hastalar) sergilemiştir.

PURSUIT-İdame çalışmasının başında eş zamanlı kortikosteroidler alan hastaların %54'ünde (247/456), 54. haftanın sonuna kadar klinik yanıtın devam ettiği ve 54. haftada eş zamanlı kortikosteroidler almayan hastaların oranı 50 mg grubunda (%38, 30/78) ve 100 mg grubunda (%30, 25/82) plasebo grubuna kıyasla (%21, 18/87) daha yüksekti. 54. haftada kortikosteroidlerden kurtulan hastaların oranı 50 mg grubunda (%41, 32/78) ve 100 mg grubunda (%33, 27/82) plasebo grubuna göre daha yüksektir (%22, 19/87).

Altıncı haftada SIMPONI, hastalığa spesifik bir ölçütte (IBDQ= enflamatuvar barsak hastalığı anketi) başlangıca göre değişiklik ile ölçülen yaşam kalitesini anlamlı olarak iyileştirmiştir. SIMPONI idame tedavisi alan hastalarda, IBDQ ile ölçülen yaşam kalitesinde iyileşme 54. haftanın sonuna kadar devam etmiştir.

İmmünojenite:

Faz 3 RA, PsA ve AS çalışmalarında, golimumab ile tedavi edilen hastaların %5'inde (105/2115) 52. haftanın sonuna kadar golimumaba karşı antikorlar saptanmış ve test yapıldığında antikorların neredeyse tümünün *in vitro* koşullarda nötrleştirici olduğu görülmüştür. Tüm romatoloji endikasyonlarında benzer oranlar gösterilmiştir. Eş zamanlı MTX tedavisiyle golimumaba karşı antikorları olan hastaların oranı MTX olmaksızın golimumab alan hastalardakine kıyasla daha düşük bulunmuştur (yaklaşık %3'e [41/1262] karşı %8 [64/853]).

Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartroz'te, golimumaba karşı antikorlar golimumab ile tedavi edilen hastaların %4'ünde (4/93) 16.haftanın sonuna kadar saptanmıştır.

54. haftaya kadar, Faz II ve III ülseratif kolit çalışmalarında, golimumabla tedavi uygulanan hastaların %3'ünde (26/946) golimumaba antikorlar saptanmıştır. Antikor-pozitif hastaların %68'inde (21/31) *in vitro* ortamda nötralize edici antikorlar bulunmuştur. Eş zamanlı immünomodülatörlerle (azatioprin, 6-merkaptopürin ve MTX) tedavi, immünomodülatörler olmadan golimumab alan hastalara kıyasla, golimumaba antikor geliştiren hastaların oranının daha düşük olmasıyla sonuçlanmıştır (sırasıyla %1 (4/308) – %3 (22/638)).

Golimumaba karşı antikorların varlığı enjeksiyon bölgesinde reaksiyon riskini arttırabilir (bkz. Bölüm 4.4). Golimumaba karşı antikorlar için pozitif olan hasta sayısının az olması, golimumaba karşı antikorlar ile klinik etkililik veya güvenilirlik ölçütleri arasındaki ilişkiye dair kesin sonuçlara ulaşma imkanını sınırlamaktadır.

İmmünojenite analizleri ürüne ve teste özgü olduğundan, antikor oranlarının diğer ürünlerin antikor oranlarıyla karşılaştırılması uygun değildir.

Pediyatrik popülasyon

Avrupa İlaç Ajansı ankilozan spondilit ve romatoid artrit için tüm pediyatrik popülasyon alt gruplarında SIMPONI ile çalışmaların yürütülmesi zorunluluğunu kaldırmıştır (pediyatrik kullanım hakkında bilgi için bkz. Bölüm 4.2).

Avrupa İlaç Ajansı juvenil idiopatik artrit, psoriyatrik artrit ve ülseratif kolit için pediyatrik popülasyonun bir veya daha fazla alt grubunda SIMPONI ile yapılan çalışmaların sonuçlarının gönderilmesi zorunluluğunu ertelemiştir (pediyatrik kullanım hakkında bilgi için bkz. Bölüm 4.2).

5.2 Farmakokinetik özellikler

Emilim:

Golimumabın sağlıklı gönüllülere veya romatoid artritli hastalara subkutan yolla uygulanmasından sonra, maksimum serum konsantrasyonlarına ulaşana kadar geçen medyan süre (T_{maks}) 2 - 6 gün arasında değişmiştir. Sağlıklı gönüllülere 50 mg golimumabın subkutan enjeksiyonla uygulanması $3.1 \pm 1.4 \mu\text{g/ml}$ 'lik ortalama \pm standart sapma maksimum serum konsantrasyonu (C_{maks}) sağlamıştır.

100 miligramlık tek bir subkutan enjeksiyonla verildikten sonra, golimumabın üst kol, karın ve kalça bölgelerinden emilimlerinin birbirine yakın ve ortalama mutlak biyoyararlanımının %51 olduğu hesaplanmıştır. Golimumab, subkutan uygulama sonrası dozla yaklaşık orantılı farmakokinetik sergilediğinden, 50 miligramlık veya 200 miligramlık golimumab dozunun mutlak biyoyararlanımının da benzer olması beklenmektedir.

Dağılım:

Tekli IV uygulamadan sonra ortalama dağılım hacmi $115 \pm 19 \text{ ml/kg}$ olarak saptanmıştır.

Biyotransformasyon:

Çalışma yoktur.

Eliminasyon:

Golimumabın sistemik klerensinin günde $6.9 \pm 2.0 \text{ ml/kg}$ olduğu hesaplanmıştır. Sağlıklı gönüllülerde terminal yarılanma ömrü değeri yaklaşık 12 ± 3 gün olarak hesaplanmış ve romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit ve ülseratif kolit hastalarında benzer değerler gözlenmiştir.

Romatoid artrit, psoriyatik artrit veya ankilozan spondilitli hastalara subkutan yolla 50 mg golimumab 4 haftada bir uygulandığında serum konsantrasyonları 12. haftada kararlı duruma ulaşmıştır. Dört haftada bir subkutan yolla 50 mg golimumab tedavisi ile birlikte MTX kullanıldığında ortalama (\pm standart sapma) kararlı durum vadi serum konsantrasyonu, MTX tedavisine rağmen aktif RA'sı devam eden RA hastalarında yaklaşık $0.6 \pm 0.4 \mu\text{g/ml}$, aktif psoriyatik artritli hastalarda yaklaşık $0.5 \pm 0.4 \mu\text{g/ml}$ ve ankilozan spondilitli hastalarda yaklaşık $0.8 \pm 0.4 \mu\text{g/ml}$ bulunmuştur. Radyografik olarak, AS kanıtı olmayan aksiyal spondilartrit hastalarında serum ortalama kararlı durum vadi golimumab konsantrasyonları, 4 haftada bir 50 mg golimumabın subkutan uygulanmasından sonra ankilozan spondilit hastalarında gözlenen konsantrasyonlar ile benzer bulunmuştur.

Eş zamanlı olarak MTX kullanmayan romatoid artrit, psoriyatik artrit veya ankilozan spondilitli hastalarda golimumabın kararlı durum vadi konsantrasyonları MTX ile birlikte golimumab almayan hastalara kıyasla yaklaşık %30 daha düşük saptanmıştır. Altı aylık dönemde subkutan golimumab ile tedavi edilen sınırlı sayıda romatoid artritli hastada, eş zamanlı MTX kullanımı golimumabın belirgin klerensini yaklaşık %36 oranında azaltmıştır. Ancak popülasyon farmakokinetik analizi, eş zamanlı olarak

NSAİİ'ler, oral kortikosteroidler veya sulfasalazin kullanımının golimumabın belirgin klerensini etkilemediğini göstermiştir.

Golimumabın 200 mg ve 100 mg indüksiyon dozlarının sırasıyla 0. ve 2. haftalarda ve ardından golimumabın 50 mg veya 100 mg idame dozlarının 4 haftada bir ülseratif kolitli hastalara subkutan yolla uygulanmasından sonra, serum golimumab konsantrasyonları tedaviye başlandıktan yaklaşık 14 hafta sonra kararlı duruma ulaşmıştır. İdame döneminde 4 haftada bir subkutan yolla 50 mg veya 100 mg golimumab tedavisi ortalama olarak sırasıyla yaklaşık 0.9 ± 0.5 µg/ml ve 1.8 ± 1.1 µg/ml serum vadi kararlı durum konsantrasyonu sağlamıştır.

Dört haftada bir subkutan yolla 50 mg veya 100 mg golimumab ile tedavi edilen ülseratif kolitli hastalarda, immünomodülatör ajanların eş zamanlı kullanımı golimumabın kararlı durum vadi düzeyleri üzerinde belirgin hiçbir etkiye yol açmamıştır.

Anti-golimumab antikörleri gelişen hastalarda golimumabın vadi kararlı durum serum konsantrasyonları genel olarak düşük bulunmuştur (bkz. Bölüm 5.1).

Doğrusallık / Doğrusal Olmayan Durum:

Romatoid artritli hastalarda tekli intravenöz golimumab dozunun ardından golimumab 0.1-10.0 mg/kg doz aralığında yaklaşık olarak dozla orantılı farmakokinetik sergilemiştir. Sağlıklı gönüllülere tek bir subkutan doz uygulandıktan sonra, 50 mg- 400 mg aralığında yaklaşık olarak dozla orantılı farmakokinetik de gözlenmiştir.

Vücut ağırlığının farmakokinetik üzerindeki etkisi

Vücut ağırlığında artışla birlikte golimumabın belirgin klerensinde artma eğilimi saptanmıştır (bkz. Bölüm 4.2).

5.3 Klinik öncesi güvenlilik verileri

Klinik dışı veriler klasik güvenlilik farmakolojisi, tekrarlı doz toksisitesi ve üreme ve gelişim toksisitesi bakımından insanlar için özel bir tehlikeye işaret etmemektedir.

Golimumab ile mutajenite, hayvanlarda fertilité veya uzun süreli karsinojenite çalışmaları yapılmamıştır.

Farelerde, bu türdeki TNF-alfanın fonksiyonel aktivitesini selektif olarak inhibe eden analog bir antikör kullanılarak yapılan bir çalışmada, gebe farelerin sayısında azalma görülmüştür. Bu bulgunun erkekler ve/veya dişiler üzerindeki etkilerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemektedir. Farelerde yapılan bir gelişim toksisitesi çalışmasında aynı analog antikörün uygulanmasından sonra ve cynomolgus maymununda golimumab kullanılarak yapılan bir çalışmada hiçbir maternal toksisite, embriyotoksisite veya teratojenite kanıtı görülmemiştir.

6 FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1 Yardımcı maddelerin listesi

Sorbitol (E420)
L-histidin
L-histidin monohidroklörür monohidrat
Polisorbat 80
Enjeksiyonluk su.

6.2 Geçimsizlikler

Geçimsizlik çalışmalarının yapılmamış olması nedeniyle bu tıbbi ürün diğer tıbbi ürünlerle karıştırılmamalıdır.

6.3 Raf ömrü

24 ay

6.4 Saklamaya yönelik özel tedbirler

Buzdolabında (2°C – 8°C) saklayınız.
Dondurmayınız.
Kullanıma hazır kalemi ışıktan korumak amacıyla, dış kutusunun içinde saklayınız.

6.5 Ambalajın niteliği ve içeriği

SIMPONI paslanmaz çelikten, sabitlenmiş bir iğne takılı olan, Tip I cam enjektör içerisindeki steril bir çözelti olarak kullanıma sunulmaktadır. Bu enjektör; “Smartject” adı verilen, tek kullanımlık, kullanıma hazır bir kalemin içerisindedir. İğne muhafazası, lateks içeren kuru, doğal kauçuktan üretilmektedir (bkz. Bölüm 4.4). SIMPONI, 1 veya 3 adet kullanıma hazır kalem içeren ambalajlarda mevcuttur.

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

SIMPONI, SmartJect adı verilen kullanıma hazır bir kalem içerisindedir. Her SIMPONI ambalajında kalemin nasıl kullanılacağını tam olarak anlatan talimat vardır. Kullanıma hazır kalem buzdolabından çıkarıldıktan sonra SIMPONI enjeksiyonunu yapmadan önce 30 dakika beklenecek şekilde çözeltinin oda sıcaklığına ulaşması sağlanmalıdır. Kullanıma hazır kalem çalkalanmamalıdır.

Berrak, hafif opak, renksiz açık sarı renkte olan çözelti, beyaz renkte, ışığı geçiren bazı yarı saydam veya beyaz protein partikülleri içerebilir. Bu, protein içeren çözeltilerde alışılmış olan bir görünümdür. Çözeltide renk değişikliği varsa, bulanık ise veya gözle görülen partiküller içeriyorsa SIMPONI kullanılmamalıdır.

Kullanıma hazır kalem içerisindeki SIMPONI'nin kullanıma hazırlanmasını ve uygulanmasını tarif eden eksiksiz talimatlar, kullanma talimatında yer almaktadır.

Kullanılmamış ürünler yada atık materyaller ‘Tıbbi Atıkların Kontrolü yönetmeliği’ ve ‘Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü yönetmelikleri’ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd.Şti.
Esentepe Mah. Büyükdere Cad.
No:199 Levent 199 Ofis Blok Kat:13
Levent 34394 İstanbul
Tel: (0212) 336 10 00
Faks: (0212) 355 02 02

8. RUHSAT NUMARASI

132/58

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 30.12.2011
Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB’ÜN YENİLENME TARİHİ