

ANEXO I

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 12,5 mg cápsulas
Sutent 25 mg cápsulas
Sutent 37,5 mg cápsulas
Sutent 50 mg cápsulas

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Cápsulas de 12,5 mg

Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg de sunitinib.

Cápsulas de 25 mg

Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 25,0 mg de sunitinib.

Cápsulas de 37,5 mg

Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 37,5 mg de sunitinib.

Cápsulas de 50 mg

Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 50 mg de sunitinib.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Cápsula.

Sutent 12,5 mg cápsulas

Cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo cor de laranja, com “Pfizer” impresso a tinta branca na cabeça, “STN 12,5 mg” no corpo e contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 25 mg cápsulas

Cápsulas de gelatina com a cabeça em tom de caramelo e o corpo cor de laranja, com “Pfizer” impresso a tinta branca na cabeça, “STN 25 mg” no corpo e contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 37,5 mg cápsulas

Cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo amarelos, com “Pfizer” impresso a tinta preta na cabeça, “STN 37,5 mg” no corpo e contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 50 mg cápsulas

Cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo em tom de caramelo, com “Pfizer” impresso a tinta branca na cabeça, “STN 50 mg” no corpo e contendo grânulos de cor amarela a laranja.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Tumor maligno do estroma gastrointestinal (GIST)

O Sutent é indicado para o tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irressecáveis e/ou metastáticos (GIST) em adultos, após insucesso do tratamento com imatinib, devido a resistência ou intolerância.

Carcinoma de células renais metastático (MRCC)

O Sutent é indicado para o tratamento do carcinoma de células renais avançado/metastático (MRCC) em adultos.

Tumores neuroendócrinos pancreáticos (pNET)

O Sutent é indicado para o tratamento de tumores neuroendócrinos pancreáticos bem diferenciados, irressecáveis ou metastáticos (pNET) em adultos com progressão da doença.

4.2 Posologia e modo de administração

A terapêutica com Sutent deve ser iniciada por um médico experiente na administração de anticancerígenos.

Posologia

Para GIST e MRCC, a posologia recomendada de Sutent é de 50 mg, tomada oralmente, uma vez por dia, durante 4 semanas consecutivas, a que se segue um período de repouso de 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas.

Para pNET, a dose recomendada de Sutent é de 37,5 mg, tomada oralmente, uma vez por dia, sem um período de repouso programado.

Ajustes de dose

Segurança e tolerabilidade

Para GIST e MRCC podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg.

Para pNET, podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose máxima administrada nos estudos de fase 3 de pNET foi de 50 mg diários.

Podem ser necessárias interrupções da dose com base na segurança e tolerabilidade individuais.

Inibidores/indutores do CYP3A4

A coadministração de sunitinib com indutores potentes do CYP3A4, tal como a rifampicina, deverá ser evitada (ver secções 4.4 e 4.5). Caso tal não seja possível, poderá ser necessário aumentar a dose de sunitinib em incrementos de 12,5 mg (até 87,5 mg por dia para GIST e MRCC ou 62,5 mg por dia para pNET), com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade.

A coadministração de sunitinib com inibidores potentes do CYP3A4, tal como o cetoconazol, deverá ser evitada (ver secções 4.4 e 4.5). Caso tal não seja possível, poderá ser necessário reduzir a dose de sunitinib para um mínimo de 37,5 mg diários para GIST e MRCC ou 25 mg diários para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade.

Deverá ser considerada a seleção de medicação concomitante alternativa sem ou com potencial mínimo de inibição ou indução do CYP3A4.

Populações especiais

População pediátrica

A segurança e eficácia de Sutent em doentes com idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos nas secções 4.8, 5.1 e 5.2 mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Idosos

Aproximadamente um terço dos doentes que participaram nos estudos clínicos e que receberam sunitinib tinham 65 ou mais anos. Não se observaram diferenças significativas relativas à segurança ou eficácia entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos.

Compromisso hepático

Não é recomendado ajuste de dose inicial quando se administra sunitinib a doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado (classes A e B da classificação Child-Pugh). O sunitinib não foi estudado em doentes com compromisso hepático grave (classe C da classificação Child-Pugh) e, portanto, não se pode recomendar a sua utilização em doentes com compromisso hepático grave (ver secção 5.2).

Compromisso renal

Não é recomendado ajuste de dose inicial quando se administra sunitinib a doentes com compromisso renal (moderado a grave) ou com doença renal em fase terminal (ESRD) em hemodiálise. Ajustes de dose subsequentes devem basear-se na segurança e tolerabilidade individuais (ver secção 5.2).

Modo de administração

O Sutent é para administração oral. Pode ser tomado com ou sem alimentos.

Se o doente não tomar uma dose, não deverá compensar com uma dose adicional. O doente deverá tomar a dose recomendada no dia seguinte, da forma habitual.

4.3 Contraindicações

Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

A coadministração com indutores potentes do CYP3A4 deverá ser evitada pois pode diminuir a concentração plasmática do sunitinib (ver secções 4.2 e 4.5).

A coadministração com inibidores potentes do CYP3A4 deverá ser evitada pois pode aumentar a concentração plasmática do sunitinib (ver secções 4.2 e 4.5).

Afeções da pele e tecidos

Os doentes devem ser avisados que a despigmentação do cabelo ou da pele pode ocorrer durante o tratamento com sunitinib. Outros efeitos dermatológicos possíveis podem incluir secura, espessamento ou fissuras na pele, bolhas, ou erupção cutânea nas palmas das mãos e nas plantas dos pés.

As reações acima descritas não foram cumulativas, foram tipicamente reversíveis e geralmente não resultaram em descontinuação do tratamento. Foram notificados casos de piodermite gangrenosa, normalmente reversível após a descontinuação do sunitinib. Foram notificadas reações cutâneas graves, incluindo casos de eritema multiforme (EM), casos sugestivos de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e necrólise epidérmica tóxica (NET), alguns dos quais fatais. Se surgirem sinais ou sintomas de SSJ, NET ou EM (por exemplo, erupção cutânea progressiva frequentemente com bolhas ou lesões da mucosa) o tratamento com sunitinib deve ser descontinuado. Se se confirmar o diagnóstico de SSJ ou NET, o tratamento não deverá ser reiniciado. Nalguns casos de suspeita de EM os doentes toleraram a reintrodução da terapêutica com sunitinib numa dose mais baixa após a resolução da reação; alguns destes doentes receberam também tratamento concomitante com corticosteroides ou anti-histamínicos (ver secção 4.8).

Hemorragia e hemorragia tumoral

Os acontecimentos hemorrágicos, alguns dos quais fatais, notificados em estudos clínicos com sunitinib e durante a vigilância pós-comercialização incluíram hemorragias gastrointestinais, respiratórias, do trato urinário, e cerebrais (ver secção 4.8).

A avaliação de rotina de acontecimentos hemorrágicos deve incluir contagem completa das células sanguíneas e exame físico.

A epistaxis foi a reação adversa hemorrágica mais frequente, tendo sido notificada em aproximadamente metade dos doentes com tumores sólidos que apresentaram acontecimentos hemorrágicos. Alguns dos acontecimentos de epistaxis foram graves, mas muito raramente fatais.

Foram notificados acontecimentos de hemorragia tumoral, por vezes associados a necrose tumoral; alguns destes acontecimentos hemorrágicos foram fatais.

Hemorragia tumoral pode ocorrer subitamente e, no caso de tumores pulmonares, pode surgir como hemoptises ou hemorragias pulmonares graves e potencialmente fatais. Casos de hemorragia pulmonar, por vezes fatais, foram observados em ensaios clínicos e notificados durante a experiência pós-comercialização, em doentes tratados com sunitinib para MRCC, GIST, e cancro do pulmão. O Sutent não está aprovado para a utilização em doentes com cancro do pulmão.

Os doentes a receber tratamento concomitante com anticoagulantes (ex., varfarina, acenocumarol) podem ser monitorizados periodicamente por contagem completa das células sanguíneas (plaquetas), fatores de coagulação (tempo de protrombina/Relação Internacional Normalizada (INR)) e exame físico.

Doenças gastrointestinais

As reações adversas gastrointestinais mais frequentemente notificadas foram diarreia, náuseas/vómitos, dor abdominal, dispepsia e estomatite/dor na cavidade oral; foram também notificados acontecimentos esofágicos (ver secção 4.8).

As medidas de suporte para as reações adversas gastrointestinais que requerem tratamento podem incluir administração de medicamentos com propriedades antieméticas, antidiarreicas ou antiácidas.

Foram notificados casos de complicações gastrointestinais graves e por vezes fatais, incluindo perfuração gastrointestinal, em doentes com doença maligna intra-abdominal tratados com sunitinib.

Hipertensão

Foi notificada hipertensão associada à utilização de sunitinib, incluindo hipertensão grave (> 200 mmHg sistólica ou 110 mmHg diastólica). Os doentes devem ser monitorizados para a hipertensão e apropriadamente controlados. É recomendada a suspensão temporária em doentes com hipertensão grave que não se encontra controlada com o acompanhamento médico. O tratamento poderá ser retomado assim que a hipertensão estiver apropriadamente controlada (ver secção 4.8).

Doenças hematológicas

Foi notificada uma diminuição na contagem absoluta de neutrófilos e diminuição da contagem de plaquetas associada à utilização de sunitinib (ver secção 4.8). Os acontecimentos adversos acima descritos não foram cumulativos, foram tipicamente reversíveis, e geralmente não resultaram na descontinuação do tratamento. Nos estudos de Fase 3 nenhuns destes acontecimentos foram fatais, mas foram notificados acontecimentos hematológicos fatais raros, incluindo hemorragia associada a trombocitopenia e infeções associadas a neutropenia, durante a vigilância pós-comercialização.

Foi observado que a anemia ocorre tanto no início do tratamento com sunitinib, como mais tarde.

Deve ser realizada uma contagem completa das células sanguíneas no início de cada ciclo de tratamento, nos doentes a receber tratamento com sunitinib (ver secção 4.8).

Cardiopatias

Acontecimentos cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, fração de ejeção ventricular esquerda diminuída para valores inferiores ao valor do limite inferior normal, miocardite, isquemia do miocárdio e enfarte do miocárdio, alguns dos quais fatais, têm sido notificados em

doentes tratados com sunitinib. Estes dados sugerem que o sunitinib aumenta o risco de cardiomiopatia. Nos doentes tratados não foram identificados, além do efeito específico do fármaco, fatores de risco adicionais específicos para cardiomiopatia induzida por sunitinib. O sunitinib deve ser usado com precaução em doentes que tenham antecedentes destes acontecimentos ou que estejam em risco de os sofrer (ver secção 4.8).

Os doentes que apresentaram acontecimentos cardíacos nos 12 meses anteriores à administração de sunitinib, como enfarte do miocárdio (incluindo angina instável/grave), *bypass* coronário/arterial periférico, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) sintomática, acidente vascular cerebral ou isquémico transitório ou embolia pulmonar foram excluídos de todos os ensaios clínicos com sunitinib. Não é conhecido se os doentes com estas condições concomitantes possam ter maior risco de desenvolver disfunção ventricular esquerda relacionada com o sunitinib.

Recomenda-se que os médicos avaliem este risco *versus* os potenciais benefícios do sunitinib. Os doentes deverão ser cuidadosamente monitorizados quanto a sinais e sintomas de ICC enquanto estiverem a receber sunitinib, especialmente doentes com factores de risco cardíacos e/ou antecedentes de doença da artéria coronária. Deverão ser igualmente consideradas avaliações de base e periódicas, da FEVE enquanto o doente estiver a receber sunitinib. Em doentes sem fatores de risco cardiovascular, deverá ser considerada uma avaliação de base da fração de ejeção.

Na presença de manifestações clínicas de ICC, é recomendada a descontinuação de sunitinib. A administração de sunitinib deve ser interrompida e/ou a dose reduzida em doentes sem evidência clínica de ICC, mas que apresentem uma fração de ejeção <50% e >20% abaixo do valor de base.

Prolongamento do intervalo QT

Têm sido observados prolongamento do intervalo QT e *Torsade de pointes* em doentes tratados com sunitinib. O prolongamento do intervalo QT pode conduzir a um aumento do risco de arritmias ventriculares, incluindo *Torsade de pointes*.

O sunitinib deve ser usado com precaução em doentes com uma história conhecida de prolongamento do intervalo QT, em doentes que se encontrem a tomar antiarrítmicos ou medicamentos que possam prolongar o intervalo QT, ou em doentes com doença cardíaca pré-existente relevante, bradicardia ou perturbações eletrolíticas. A administração concomitante do sunitinib com inibidores potentes do CYP3A4 deve ser limitada devido ao possível aumento das concentrações plasmáticas de sunitinib (ver secções 4.2, 4.5 e 4.8).

Acontecimentos tromboembólicos venosos

Os acontecimentos tromboembólicos venosos relacionados com o tratamento foram notificados em doentes que receberam sunitinib, incluindo trombose venosa profunda e embolia pulmonar (ver secção 4.8). Foram observados casos de embolia pulmonar fatais na vigilância pós-comercialização.

Acontecimentos tromboembólicos arteriais

Foram notificados casos de acontecimentos tromboembólicos arteriais (ATA), por vezes fatais, em doentes tratados com sunitinib. Os acontecimentos mais frequentes incluíram acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório e enfarte cerebral. Os fatores de risco associados a ATA adicionalmente a doença maligna subjacente e idade ≥ 65 anos incluíram hipertensão, *diabetes mellitus* e doença tromboembólica prévia.

Aneurismas e dissecções das artérias

A utilização de inibidores do VEGF em doentes que sofram ou não de hipertensão arterial poderá promover a formação de aneurismas e/ou dissecções das artérias. Este risco deve ser cuidadosamente considerado em doentes com fatores de risco, como por exemplo hipertensão arterial ou historial de aneurisma, antes de se iniciar o tratamento com Sutent.

Microangiopatia trombótica (TMA)

Deve considerar-se o diagnóstico de TMA, incluindo púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) e síndrome urémica hemolítica (SUH), por vezes levando a insuficiência renal ou a um resultado fatal,

no caso de ocorrer anemia hemolítica, trombocitopenia, fadiga, manifestações neurológicas flutuantes, compromisso renal, e febre. A terapêutica com sunitinib deve ser descontinuada em doentes que desenvolvam TMA, sendo necessário tratamento imediato. Foi observada reversão dos efeitos da TMA após a descontinuação do tratamento (ver secção 4.8).

Disfunção tiroideia

Recomenda-se a análise laboratorial da função tiroideia no início do tratamento em todos os doentes. Os doentes com hipotiroidismo ou hipertiroidismo prévio devem ser tratados de acordo com a prática clínica corrente, antes do início do tratamento com sunitinib. Durante o tratamento com sunitinib, deve ser efetuada uma monitorização de rotina da função tiroideia, de 3 em 3 meses. Adicionalmente, os doentes devem ser cuidadosamente observados relativamente a sinais e sintomas de disfunção tiroideia durante o tratamento, e os doentes que desenvolvam sinais e/ou sintomas sugestivos de disfunção tiroideia devem realizar testes laboratoriais da função tiroideia, de acordo com os critérios clínicos. Os doentes que desenvolvam disfunção tiroideia devem ser tratados de acordo com a prática clínica corrente.

Foi observado que o hipotiroidismo ocorre tanto no início do tratamento com sunitinib, como mais tarde (ver secção 4.8).

Pancreatite

Foram observados aumentos nas atividades da lipase e da amilase séricas em doentes com diversos tumores sólidos medicados com sunitinib. Os aumentos nas atividades da lipase, em doentes com diversos tipos de tumores sólidos, foram transitórios e geralmente não foram acompanhados por sinais ou sintomas de pancreatite (ver secção 4.8).

Foram notificados casos de acontecimentos pancreáticos graves, alguns dos quais fatais.

Se estiverem presentes sintomas de pancreatite, os doentes devem descontinuar sunitinib e receber medidas de suporte adequadas.

Hepatotoxicidade

Foi observada hepatotoxicidade em doentes tratados com sunitinib. Foram observados casos de insuficiência hepática, alguns fatais, em <1% dos doentes com tumores sólidos tratados com sunitinib. É indicado monitorizar as análises da função hepática (alanina transaminase [ALT], aspartato transaminase [AST], níveis de bilirrubina) antes de iniciar o tratamento, durante cada ciclo do tratamento e como indicado clinicamente. Se estiverem presentes sinais ou sintomas de insuficiência hepática, o sunitinib deve ser descontinuado e devem ser fornecidas as medidas de suporte adequadas (ver secção 4.8).

Função renal

Foram notificados casos de compromisso renal, insuficiência renal e/ou insuficiência renal aguda, sendo alguns casos fatais (ver secção 4.8).

Os fatores de risco associados com compromisso/insuficiência renal em doentes a receber tratamento com sunitinib incluíram, adicionalmente ao RCC subjacente, idade avançada, *diabetes mellitus*, compromisso renal subjacente, insuficiência cardíaca, hipertensão, sépsis, desidratação/hipovolémia e rabdomiólise.

A segurança do tratamento continuado com sunitinib, em doentes com proteinúria moderada a grave, não foi sistematicamente avaliada.

Foram notificados casos de proteinúria e casos raros de síndrome nefrótica. Recomenda-se análises à urina no início do tratamento, e os doentes devem ser monitorizados para o desenvolvimento ou agravamento da proteinúria.

O sunitinib deve ser descontinuado em doentes com síndrome nefrótica.

Fístula

Se houver formação de fístula, o tratamento com sunitinib deve ser interrompido. A informação disponível sobre a utilização continuada de sunitinib em doentes com fístula é limitada (ver secção 4.8).

Dificuldade na cicatrização de feridas

Foram notificados casos de dificuldade na cicatrização de feridas durante o tratamento com sunitinib.

Não foram efetuados estudos clínicos oficiais sobre o efeito do sunitinib na cicatrização das feridas. É recomendada, por precaução, a interrupção temporária do tratamento com sunitinib em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos *major*. A experiência clínica relativamente ao tempo necessário para reiniciar a terapêutica após uma intervenção cirúrgica *major* é limitada. Por esse motivo, a decisão de retomar o tratamento com sunitinib após uma intervenção cirúrgica *major*, deve ser baseada na avaliação clínica da recuperação da cirurgia.

Osteonecrose da mandíbula

Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula em doentes tratados com Sutent. A maioria dos casos foi notificado em doentes que receberam tratamento prévio ou concomitante com bifosfonatos administrados por via intravenosa e para os quais a osteonecrose da mandíbula é um risco identificado. É recomendada precaução quando o Sutent e os bifosfonatos, por via intravenosa, são utilizados concomitante ou sequencialmente.

Os procedimentos odontológicos invasivos são também um fator de risco identificado. Previamente ao tratamento com Sutent deve ser efetuado um exame odontológico e devem ser reforçados os cuidados odontológicos preventivos apropriados. Em doentes que receberam ou estão a receber tratamento com bifosfonatos por via intravenosa, se possível, devem ser evitados procedimentos odontológicos invasivos (ver secção 4.8).

Hipersensibilidade/angioedema

Se ocorrer angioedema devido a hipersensibilidade, o tratamento com sunitinib deve ser interrompido e devem ser fornecidos os cuidados médicos adequados (ver secção 4.8).

Convulsões

Foram notificadas convulsões nos estudos clínicos com sunitinib e na vigilância pós-comercialização. Os doentes com convulsões e sinais/sintomas consistentes com síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível, tais como hipertensão, cefaleias, estado de vigilância diminuído, alterações da função mental e perda visual, incluindo cegueira cortical, deverão ser controlados com seguimento médico, que inclua o controlo da hipertensão. Recomenda-se a suspensão temporária de sunitinib; o tratamento pode ser retomado após resolução, de acordo com o critério do médico (ver secção 4.8).

Síndrome de lise tumoral (SLT)

Foram observados casos raros de SLT, por vezes fatais, em ensaios clínicos, e foram notificados durante a vigilância pós-comercialização, em doentes tratados com sunitinib. Os fatores de risco para SLT incluem carga tumoral elevada, insuficiência renal crónica, oligúria, desidratação, hipotensão e urina ácida pré-existent. Estes doentes devem ser monitorizados cuidadosamente, e devem ser tratados como clinicamente indicado, devendo ser considerada hidratação profilática.

Infeções

Foram notificadas infeções graves, com ou sem neutropenia, por vezes fatais. Foram notificados casos pouco frequentes, por vezes fatais, de fascíte necrosante, incluindo do períneo (ver secção 4.8). A terapêutica com sunitinib deve ser descontinuada em doentes que desenvolvam fascíte necrosante e deve ser imediatamente iniciado um tratamento adequado.

Hipoglicemia

Foram notificadas diminuições na glucose sanguínea, em alguns casos com sintomas clínicos e exigindo hospitalização devido a perda de consciência, durante o tratamento com sunitinib. Em caso de hipoglicemia sintomática, o sunitinib deve ser temporariamente interrompido. Os níveis de glucose

sanguínea em doentes diabéticos devem ser avaliados regularmente de forma a verificar se a dosagem do medicamento antidiabético necessita de ser ajustada para minimizar o risco de hipoglicemia (ver secção 4.8).

Encefalopatia hiperamonémica

Foi observada encefalopatia hiperamonémica com sunitinib (ver secção 4.8). Em doentes que desenvolvam uma letargia ou alterações do estado mental inexplicadas, os níveis de amónia devem ser determinados e deve ser iniciado um controlo clínico apropriado.

Excipientes

Sódio

Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por cápsula ou seja, é praticamente “isento de sódio”.

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Os estudos de interação só foram realizados em adultos.

Medicamentos que podem aumentar as concentrações plasmáticas de sunitinib

Efeito dos inibidores do CYP3A4

A administração concomitante de uma dose única de sunitinib com o inibidor potente do CYP3A4, cetoconazol, em voluntários saudáveis resultou num aumento de, respetivamente, 49% e 51% nos valores de concentração máxima ($C_{máx}$) e área sob a curva ($AUC_{0-\infty}$) da associação [sunitinib+metabolito principal].

A administração de sunitinib com inibidores potentes do CYP3A4 (ex., ritonavir, itraconazol, eritromicina, claritromicina e sumo de toranja) poderá aumentar as concentrações de sunitinib.

Assim, deverá ser evitada a administração de Sutent com os inibidores do CYP3A4 ou deverá ser considerada a escolha de medicação concomitante alternativa sem ou com potencial mínimo de inibição do CYP3A4.

Se tal não for possível, poderá ser necessário reduzir a dose de Sutent até um mínimo de 37,5 mg diários para GIST e MRCC ou 25 mg diários para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade (ver secção 4.2).

Efeito dos inibidores da Proteína Resistente do Cancro da Mama (BCRP)

Os dados clínicos disponíveis sobre a interação entre o sunitinib e os inibidores da BCRP são limitados, pelo que a possibilidade de uma interação entre o sunitinib e outros inibidores da BCRP não pode ser excluída (ver secção 5.2).

Medicamentos que podem diminuir as concentrações plasmáticas de sunitinib

Efeito dos indutores do CYP3A4

A administração concomitante de uma dose única de sunitinib com o indutor do CYP3A4, rifampicina, em voluntários saudáveis resultou na redução de, respetivamente, 23% e 46% nos valores de $C_{máx}$ e $AUC_{0-\infty}$ da associação [sunitinib+metabolito principal].

A administração de sunitinib com indutores potentes do CYP3A4 (ex., dexametasona, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, fenobarbital ou preparações à base de plantas contendo hipericão/*Hypericum perforatum*) poderá diminuir as concentrações de sunitinib. Como tal, a administração concomitante com indutores do CYP3A4 deverá ser evitada ou deverá ser considerada a seleção de medicação concomitante alternativa sem ou com potencial mínimo de indução do CYP3A4. Se tal não for possível, poderá ser necessário aumentar a dose de Sutent em incrementos de 12,5 mg

(até 87,5 mg por dia para GIST e MRCC ou 62,5 mg por dia para pNET), com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade (ver secção 4.2).

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Contraceção em homens e mulheres

As mulheres com potencial para engravidar devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos eficazes e evitar a gravidez durante o tratamento com Sutent.

Gravidez

Não existem estudos em mulheres grávidas a utilizar sunitinib. Estudos em animais demonstraram toxicidade reprodutiva, incluindo malformações fetais (ver secção 5.3). O Sutent não deve ser utilizado durante a gravidez nem em qualquer mulher em idade fértil que não utilize um método contraceptivo eficaz, exceto se o potencial benefício justificar o potencial risco para o feto. Se Sutent for administrado durante a gravidez ou se a doente ficar grávida durante o tratamento com Sutent, deverá ser informada dos potenciais riscos para o feto.

Amamentação

Em ratos, o sunitinib e/ou os seus metabolitos são excretados pelo leite. Não se sabe se o sunitinib ou o seu principal metabolito ativo é excretado no leite humano. Uma vez que as substâncias ativas são frequentemente excretadas no leite humano e devido à possibilidade de reações adversas graves em crianças que estão a ser amamentadas, as mulheres não deverão amamentar enquanto estiverem a tomar Sutent.

Fertilidade

Com base em achados não clínicos, a fertilidade masculina e feminina pode estar comprometida pelo tratamento com sunitinib (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os efeitos de Sutent sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são reduzidos. Os doentes devem ser advertidos para o facto de poderem sentir tonturas durante o tratamento com sunitinib.

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

As reações adversas mais graves associadas com sunitinib, algumas fatais, são insuficiência renal, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, perfuração gastrointestinal e hemorragias (por exemplo, hemorragias do trato respiratório, gastrointestinais, tumorais, do trato urinário e cerebrais). As reações adversas mais frequentes, de qualquer Grau (ocorridas em doentes em ensaios de registo de RCC, GIST e pNET) incluíram apetite diminuído, alterações do paladar, hipertensão, fadiga, doenças gastrointestinais (isto é, diarreia, náuseas, estomatite, dispepsia e vômitos), alteração da coloração cutânea e síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar. Estes sintomas podem diminuir durante a continuação do tratamento.

Pode desenvolver-se hipotiroidismo durante o tratamento. As perturbações hematológicas (por exemplo, neutropenia, trombocitopenia e anemia) estão entre as reações adversas medicamentosas mais frequentes.

Os acontecimentos fatais, para além dos descritos na secção 4.4 ou na secção 4.8, que foram considerados possivelmente relacionados com sunitinib incluíram falência orgânica multissistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, insuficiência suprarrenal, pneumotórax, choque e morte súbita.

Lista tabelar de reações adversas

As reações adversas que foram notificadas em doentes com GIST, MRCC e pNET num conjunto de dados agregados de 7115 doentes encontram-se abaixo descritas por classes de sistemas de órgãos, frequência e grau de gravidade (NCI-CTCAE). As reações adversas pós-comercialização identificadas

em estudos clínicos também estão incluídas. Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência.

As frequências são definidas por: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raros ($\geq 1/10.000$, $1/1.000$), muito raros ($< 1/10.000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis).

Tabela 1. Reações adversas notificadas em ensaios clínicos

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Desconhecido
Infeções e infestações		Infeções virais ^a Infeções respiratórias ^{b,*} Abscessos ^{c,*} Infeções fúngicas ^d Infeções do trato urinário Infeções cutâneas ^c Sépsis ^{f,*}	Fasceíte necrotizante* Infeções bacterianas ^g		
Doenças do sangue e do sistema linfático	Neutropenia Trombocitopenia Anemia Leucopenia	Linfopenia	Pancitopenia	Microangiopatia trombótica ^{h,*}	
Doenças do sistema imunitário			Hipersensibilidade	Angioedema	
Doenças endócrinas	Hipotiroidismo		Hipertiroidismo	Tiroidite	
Doenças do metabolismo e da nutrição	Apetite diminuído ⁱ	Desidratação Hipoglicemia		Síndrome de lise tumoral*	
Perturbações do foro psiquiátrico	Insónia	Depressão			
Doenças do sistema nervoso	Tonturas Cefaleia Alteração do paladar ^j	Neuropatia periférica Parestesias Hipostesia Hiperestesia	Hemorragia cerebral* Acidente vascular cerebral* Acidente isquémico transitório	Síndrome de encefalopatia posterior reversível*	Encefalopatia hiperamonêmica
Afeções oculares		Edema periorbitário Edema palpebral Hipersecreção lacrimal			
Cardiopatias		Isquemia do miocárdio ^{k,*} Fração de ejeção diminuída ^l	Insuficiência cardíaca congestiva Enfarte do miocárdio ^{m,*} Insuficiência cardíaca* Cardiomiopatia* Derrame pericárdico Intervalo QT prolongado (ECG)	Insuficiência ventricular esquerda* <i>Torsade de pointes</i>	
Vasculopatias	Hipertensão	Trombose venosa profunda Rubor quente Afrontamento	Hemorragia tumoral*		Aneurismas e dissecções das artérias*

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Desconhecido
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Dispneia Epistaxis Tosse	Embolia pulmonar* Derrame pleural* Hemoptise Dispneia de esforço Dor orofaríngea ⁿ Congestão nasal Secura nasal	Hemorragia pulmonar* Insuficiência respiratória*		
Doenças gastrointestinais	Estomatite ^o Dor abdominal ^p Vômitos Diarreia Dispepsia Náuseas Obstipação	Doença de refluxo gastroesofágico Disfagia Hemorragia gastrointestinal* Esofagite* Distensão abdominal Mal-estar abdominal Hemorragia retal Hemorragia gengival Ulceração da boca Proctalgia Queilite Hemorroidas Glossodinia Dor na cavidade oral Xerostomia Flatulência Mal-estar bucal Eructação	Perfuração gastrointestinal ^{q,*} Pancreatite Fístula anal Colite ^r		
Afeções hepatobiliares			Insuficiência hepática* Colecistite ^{s,*} Função hepática anormal	Hepatite	
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Alterações da coloração cutânea ^t Síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar Erupção cutânea ^u Alteração da cor do cabelo Pele seca	Exfoliação cutânea Reação cutânea ^v Eczema Bolhas Eritema Alopecia Acne Prurido Hiperpigmentação cutânea Lesão da pele Hiperqueratose Dermatite Alteração das unhas ^w		Eritema multiforme* Síndrome de Stevens-Johnson* Piodermite gangrenosa Necrólise epidérmica tóxica*	
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Dores nas extremidades Artralgia Dorsalgia	Dor musculoesquelética Espasmos musculares Mialgia Fraqueza muscular	Osteonecrose da mandíbula Fístula*	Rabdomiólise* Miopatia	
Doenças renais e urinárias		Insuficiência renal* Insuficiência renal aguda* Cromatúria Proteinúria	Hemorragia do trato urinário	Síndrome nefrótica	

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Desconhecido
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Inflamação da mucosa Fadiga ^x Edema ^y Pirexia	Dor torácica Dor Estado gripal Arrepios	Dificuldade de cicatrização		
Exames complementares de diagnóstico		Peso diminuído Número de leucócitos diminuído Lipase aumentada Número de plaquetas diminuído Concentração de hemoglobina diminuída Amilase aumentada ^z Aspartato aminotransferase aumentada Alanina aminotransferase aumentada Creatininemia aumentada Tensão arterial aumentada Uricemia aumentada	Creatinafosfoquinas e no sangue aumentada Hormona estimulante da tireoideia no sangue aumentada		

* Incluindo acontecimentos fatais

Foram combinadas as seguintes designações:

- a Nasofaringite e herpes oral
- b Bronquite, infecção das vias respiratórias inferiores, pneumonia e infecção das vias respiratórias
- c Abscesso, abscesso de membro, abscesso anal, abscesso das gengivas, abscesso hepático, abscesso pancreático, abscesso perineal, abscesso perirretal, abscesso retal, abscesso subcutâneo e abscesso dental
- d Candidíase esofágica e candidíase oral
- e Celulite e infecção cutânea
- f Sepsis e choque séptico
- g Abscesso abdominal, septicemia abdominal, diverticulite e osteomielite
- h Microangiopatia trombótica, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémica hemolítica
- i Diminuição do apetite e anorexia
- j Disgeusia, ageusia e alteração do paladar
- k Síndrome coronária aguda, angina de peito, angina instável, oclusão de artéria coronária, isquemia do miocárdio
- l Fração de ejeção diminuída/anómala
- m Enfarte agudo do miocárdio, enfarte do miocárdio, enfarte do miocárdio silencioso
- n Dor orofaríngea e dor faringolaríngea
- o Estomatite e estomatite aftosa
- p Dor abdominal, dor abdominal inferior e dor abdominal superior
- q Perfuração gastrointestinal e perfuração intestinal
- r Colite e colite isquémica
- s Colecistite e colecistite acalculosa
- t Pele amarela, alteração da coloração cutânea e alteração da pigmentação
- u Dermatite psoriasiforme, erupção exfoliativa, erupção cutânea, erupção eritematosa, erupção folicular, erupção cutânea generalizada, erupção maculosa, erupção maculopapular, erupção papulosa e erupção pruriginosa
- v Reação cutânea e anomalia da pele
- w Alteração e descoloração das unhas
- x Fadiga e astenia
- y Edema da face, edema e edema periférico
- z Amilase e amilase aumentada

Descrição das reações adversas selecionadas

Infeções e infestações

Foram notificados casos de infeções graves (com ou sem neutropenia), incluindo casos fatais. Foram notificados casos por vezes fatais de fascíte necrosante, incluindo do períneo (ver também secção 4.4).

Doenças do sangue e do sistema linfático

Foi notificada uma diminuição da contagem absoluta de neutrófilos de gravidades de Grau 3 e 4, respetivamente em 10% e 1,7% dos doentes no estudo de Fase 3 de GIST, em 16% e 1,6% dos doentes no estudo de Fase 3 de MRCC e em 13% e 2,4% dos doentes no estudo de Fase 3 de pNET. Foi notificada uma diminuição da contagem de plaquetas de gravidade Grau 3 e 4 respetivamente, em 3,7% e 0,4% dos doentes no estudo de Fase 3 de GIST, em 8,2% e 1,1% dos doentes no estudo de Fase 3 do MRCC e em 3,7% e 1,2% dos doentes no estudo de Fase 3 de pNET (ver secção 4.4).

Foram notificados acontecimentos hemorrágicos em 18% dos doentes que receberam sunitinib num estudo de Fase 3 de GIST, comparativamente a 17% dos doentes que receberam placebo. Dos doentes que receberam sunitinib para o tratamento em primeira linha de MRCC, 39% apresentaram acontecimentos hemorrágicos comparativamente a 11% dos doentes que receberam interferão- α (IFN- α). Dezassete doentes (4,5%) tratados com sunitinib tiveram acontecimentos hemorrágicos de Grau 3 ou superior, comparativamente a 5 (1,7%) doentes com IFN- α . Dos doentes com MRCC refratários à citocina que receberam sunitinib, 26% apresentaram hemorragia. No estudo de Fase 3 de pNET, ocorreram acontecimentos hemorrágicos, excluindo epistaxis, em 21,7% dos doentes que receberam sunitinib, comparativamente a 9,85% dos doentes que receberam placebo (ver secção 4.4).

Em ensaios clínicos, foi notificada hemorragia tumoral em aproximadamente 2% dos doentes com GIST.

Doenças do sistema imunitário

Foram notificadas reações de hipersensibilidade, incluindo angioedemas (ver secção 4.4).

Doenças endócrinas

O hipotiroidismo foi notificado como reação adversa em 7 doentes (4%) tratados com sunitinib nos dois estudos realizados no MRCC refratário às citocinas; em 61 doentes (16%) tratados com sunitinib e em três doentes (< 1%) no braço de tratamento com IFN- α , no estudo realizado em primeira linha do MRCC.

Adicionalmente, registaram-se aumentos da hormona estimulante da tiroide (TSH) em 4 doentes (2%) com MRCC refratário às citocinas. No total, 7% da população com MRCC apresentou evidência clínica ou laboratorial de hipotiroidismo emergente do tratamento. Foi observado hipotiroidismo adquirido em 6,2% dos doentes com GIST tratados com sunitinib comparativamente em 1% a receber placebo. No estudo de Fase 3 de pNET, foi notificado hipotiroidismo em 6 doentes (7,2%) tratados com sunitinib e num doente (1,2%) com placebo.

A função tiroideia foi monitorizada prospetivamente em 2 estudos em doentes com cancro da mama; o Sutent não está aprovado para a utilização em doentes com cancro da mama. Num estudo, foi notificado hipotiroidismo em 15 (13,6%) doentes tratados com sunitinib e em 3 (2,9%) doentes com o tratamento padrão. Foi notificado um aumento da TSH no sangue em 1 (0,9%) doente tratado com sunitinib e em nenhum com o tratamento padrão. Não foi notificado hipertiroidismo em nenhum doente tratado com sunitinib e foi notificado em 1 (1,0%) doente com o tratamento padrão. No outro estudo, foi notificado hipotiroidismo num total de 31 (13%) doentes tratados com sunitinib e em 2 (0,8%) doentes tratados com capecitabina. Foi notificado um aumento da TSH no sangue em 12 (5,0%) doentes tratados com sunitinib e em nenhum doente tratado com capecitabina. Foi notificado hipertiroidismo em 4 (1,7%) doentes tratados com sunitinib e em nenhum doente tratado com capecitabina. Foi notificada uma diminuição da TSH no sangue em 3 (1,3%) doentes tratados com sunitinib e em nenhum doente tratado com capecitabina. Foi notificado um aumento da T4 em 2 (0,8%) doentes tratados com sunitinib e em 1 (0,4%) doente tratado com capecitabina. Foi notificado

um aumento da T3 em 1 (0,8%) doente tratado com sunitinib e em nenhum doente tratado com capecitabina. Todos os acontecimentos notificados relacionados com a tiroide foram de Grau 1-2 (ver secção 4.4).

Doenças do metabolismo e da nutrição

Foi notificada uma maior taxa de incidência de acontecimentos hipoglicémicos em doentes com pNET comparativamente a MRCC e GIST. Não obstante, não se considerou que a maioria destes acontecimentos adversos observados em estudos clínicos estivesse relacionada com o tratamento do estudo (ver secção 4.4).

Doenças do sistema nervoso

Em estudos clínicos de sunitinib e na vigilância pós-comercialização, foram notificados alguns casos (< 1%), por vezes fatais, de indivíduos com convulsões e evidência radiológica de síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível. Foram observadas convulsões em indivíduos com ou sem evidência radiológica de metástases cerebrais (ver secção 4.4).

Cardiopatias

Em ensaios clínicos, ocorreu diminuição na fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de $\geq 20\%$ e abaixo do limite inferior do valor normal, em aproximadamente 2% dos doentes com GIST tratados com sunitinib, em 4% dos doentes com MRCC refratário às citocinas e em 2% dos doentes com GIST tratados com placebo. Estas diminuições da FEVE não aparentam ter sido progressivas e melhoraram frequentemente com a continuação do tratamento. No estudo do tratamento em primeira linha do MRCC, 27% dos doentes tratados com sunitinib e 15% dos doentes que receberam IFN- α apresentaram um valor de FEVE abaixo do limite inferior do valor normal. Dois doentes (< 1%) tratados com sunitinib foram diagnosticados com ICC.

Foram notificadas “insuficiência cardíaca”, “insuficiência cardíaca congestiva” ou “insuficiência ventricular esquerda” em 1,2% dos doentes com GIST tratados com sunitinib e em 1% dos doentes tratados com placebo. No estudo de referência de GIST de Fase 3 (N = 312) as reações cardíacas fatais relacionadas com o tratamento, foram notificadas em 1% dos doentes, em cada braço do estudo (isto é, braço sunitinib e braço placebo). Num estudo de Fase 2 em doentes com MRCC refratários às citocinas, 0,9% dos doentes tiveram enfarte do miocárdio fatal relacionado com o tratamento e num estudo de Fase 3 com doentes em tratamento de primeira linha do MRCC, 0,6% dos doentes no braço IFN- α e 0% de doentes no braço sunitinib, tiveram acontecimentos cardíacos fatais. No estudo de Fase 3 de pNET, um doente (1%) tratado com sunitinib teve insuficiência cardíaca fatal relacionada com o tratamento.

Vasculopatias

Hipertensão

A hipertensão foi uma reação adversa muito frequentemente notificada nos ensaios clínicos. A dose de sunitinib foi reduzida ou a sua administração temporariamente suspensa em aproximadamente 2,7% dos doentes que sofreram de hipertensão. Em nenhum destes doentes o sunitinib foi permanentemente descontinuado. Foi notificada hipertensão grave (sistólica > 200 mmHg ou diastólica de 110 mmHg) em 4,7% dos doentes com tumores sólidos. Foi notificada hipertensão em, aproximadamente, 33,9% dos doentes tratados com sunitinib para o tratamento de primeira linha do MRCC, comparativamente a 3,6% de doentes a tomar IFN- α . Foi notificada hipertensão grave em 12% dos doentes com tratamento de primeira linha com sunitinib e em < 1% dos doentes a receber IFN- α . Foi notificada hipertensão em 26,5% dos doentes tratados com sunitinib num estudo de Fase 3 de pNET, comparativamente a 4,9% dos doentes a receber placebo. Nos doentes com pNET foi notificada hipertensão grave em 10% dos doentes tratados com sunitinib e em 3% dos doentes com placebo.

Acontecimentos tromboembólicos venosos

Os acontecimentos tromboembólicos venosos relacionados com o tratamento foram notificados em aproximadamente 1,0% dos doentes com tumores sólidos, tratados com sunitinib nos ensaios clínicos, incluindo GIST e RCC.

Sete doentes (3%) tratados com sunitinib e nenhum doente a receber placebo num estudo de Fase 3 de GIST apresentaram acontecimentos tromboembólicos venosos; 5 dos 7 foram tromboes venosas profundas (TVP) de Grau 3 e 2 foram de Grau 1 ou 2. Quatro destes 7 doentes com GIST suspenderam o tratamento após a primeira observação de TVP.

Foram notificados acontecimentos tromboembólicos venosos em treze doentes (3%) tratados com sunitinib no estudo de Fase 3 para o tratamento em primeira linha do MRCC e em 4 doentes (2%) dos 2 estudos em MRCC refratário às citocinas. Nove destes doentes apresentaram embolias pulmonares; 1 de Grau 2 e 8 de Grau 4. Oito destes doentes apresentaram TVP; 1 de Grau 1, 2 de Grau 2, 4 de Grau 3 e 1 de Grau 4. Houve interrupção da dose num doente com embolia pulmonar no estudo em MRCC refratário à citocina.

Em doentes tratados com IFN- α para o tratamento em primeira linha do MRCC, foram notificados 6 (2%) acontecimentos tromboembólicos venosos; 1 doente (< 1%) apresentou TVP de Grau 3 e 5 doentes (1%) apresentaram embolias pulmonares, todas de Grau 4.

Foram notificados acontecimentos tromboembólicos venosos para um (1,2%) doente no braço do sunitinib e 5 (6,1%) doentes no braço do placebo no estudo de Fase 3 de pNET. Dois destes doentes a receber placebo tinham TVP, 1 de Grau 2 e 1 de Grau 3.

Não foram notificados casos fatais nos estudos de registo de GIST, MRCC e pNET. Têm sido observados casos fatais na vigilância pós-comercialização.

Foram observados casos de embolia pulmonar em, aproximadamente, 3,1% de doentes com GIST e em aproximadamente 1,2% de doentes com MRCC, que receberam sunitinib em estudos de Fase 3. Não foi notificada embolia pulmonar nos doentes com pNET que receberam sunitinib no estudo de Fase 3. Têm sido observados casos raros fatais, na vigilância pós comercialização.

Os doentes que apresentaram embolia pulmonar nos 12 meses anteriores foram excluídos dos estudos clínicos com sunitinib.

Foram notificados acontecimentos pulmonares (por ex.: dispneia, derrame pleural, embolia pulmonar, ou edema pulmonar) nos doentes tratados com sunitinib nos estudos de registo de Fase 3, em aproximadamente, 17,8% de doentes com GIST, 26,7% dos doentes com MRCC e em 12% dos doentes com pNET.

Aproximadamente 22,2% dos doentes com tumores sólidos, incluindo GIST e MRCC, tratados com sunitinib em ensaios clínicos, apresentaram acontecimentos pulmonares.

Doenças gastrointestinais

Foi pouco frequentemente observada pancreatite (< 1%) nos doentes tratados com sunitinib para GIST ou MRCC. Não foi notificada pancreatite relacionada com o tratamento no estudo de Fase 3 de pNET (ver secção 4.4). Ocorreram hemorragias gastrointestinais fatais em 0,98% dos doentes a receber placebo no estudo de GIST de Fase 3.

Afeções hepatobiliares

Foram notificados casos de disfunção hepática e que podem incluir análises da função hepática anómalas, hepatite, ou insuficiência hepática (ver secção 4.4).

Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos

Foram notificados casos de piodermite gangrenosa, geralmente reversível, após descontinuação de sunitinib (ver também secção 4.4).

Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos

Foram notificados casos de miopatia e/ou rabdomiólise, alguns dos quais com insuficiência renal aguda. Os doentes com sinais ou sintomas de toxicidade muscular devem ser tratados de acordo com a prática médica corrente (ver secção 4.4).

Foram notificados casos de formação de fistula, por vezes associada a necrose e regressão tumoral, em que alguns casos foram fatais (ver secção 4.4).

Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula em doentes tratados com Sutent, a maioria dos quais ocorreu em doentes que tinham fatores de risco para a osteonecrose da mandíbula identificados, particularmente, exposição a bifosfonatos por via intravenosa e/ou história de doenças odontológicas que tenham necessitado de procedimentos invasivos (ver também secção 4.4).

Exames complementares de diagnóstico

Dados de estudos não-clínicos (*in vitro* e *in vivo*) com doses superiores à dose humana recomendada, indicam que o sunitinib tem o potencial para inibir o processo da ação de repolarização cardíaca (por ex. prolongamento do intervalo QT).

Foram notificados aumentos no intervalo QTc até 500 msec em 0,5% e alterações desde a condição basal acima de 60 msec em 1,1% dos 450 doentes com tumores sólidos; ambos os parâmetros são reconhecidos como alterações potencialmente significativas. Em concentrações de aproximadamente o dobro das concentrações terapêuticas, sunitinib demonstrou prolongar o intervalo QTcF (correção de *Fridericia*).

O prolongamento do intervalo QTc foi investigado num ensaio com 24 doentes, com idades entre os 20 - 87 anos, com doença maligna avançada. Os resultados deste estudo demonstraram que sunitinib teve um efeito no intervalo QTc (definido como uma alteração média ajustada pelo placebo > 10 msec com o limite superior do IC 90% > 15 msec) em concentrações terapêuticas (Dia 3) utilizando o método de correção diário da condição basal, e em concentrações superiores às terapêuticas (Dia 9) utilizando ambos os métodos de correção da condição basal. Nenhum doente apresentou um valor de QTc > 500 msec. Embora se observasse um efeito no intervalo QTcF no Dia 3, 24 h após a toma (isto é, na concentração plasmática terapêutica esperada após a dose inicial recomendada de 50 mg) com o método de correção diário da condição basal, o significado clínico deste achado não é claro.

Utilizando avaliações abrangentes de séries de ECG em tempos que correspondem ou à exposição terapêutica ou a exposições superiores à terapêutica, em nenhum dos doentes, nas populações avaliáveis ou de intenção de tratar (ITT), se observou um desenvolvimento do prolongamento do intervalo QTc considerado “grave” (isto é, igual ou superior ao Grau 3 dos Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos [CTCAE] versão 3.0).

Nas concentrações plasmáticas terapêuticas, a alteração média máxima do intervalo QTcF (correção de *Fridericia*) a partir da condição basal foi de 9 msec (IC 90%: 15,1 msec). Em concentrações de aproximadamente o dobro das concentrações terapêuticas, a alteração máxima do intervalo QTcF a partir da condição basal foi de 15,4 msec (IC 90%: 22,4 msec). A moxifloxacina (400 mg), utilizada como controlo positivo, demonstrou uma alteração média máxima do intervalo QTcF a partir da condição basal de 5,6 msec. Nenhum indivíduo teve um efeito no intervalo QTc superior ao Grau 2 (CTCAE versão 3.0) (ver secção 4.4).

Segurança a longo prazo no MRCC

A segurança a longo prazo de sunitinib em doentes com MRCC foi analisada em 9 estudos clínicos concluídos, realizados no contexto de tratamento de primeira linha de MRCC refratário às citocinas e refratário ao bevacizumabem 5739 doentes, dos quais 807 (14%) foram tratados durante ≥ 2 anos até 6 anos. Nos 807 doentes que foram tratados com sunitinib a longo prazo, a maioria dos acontecimentos adversos relacionados com o tratamento (AART) ocorreram inicialmente durante os primeiros 6 meses – 1 ano e, posteriormente, a sua frequência permaneceu estável ou diminuiu ao longo do tempo, com exceção do hipotiroidismo, que aumentou gradualmente ao longo do tempo, com novos casos a ocorrerem ao longo do período de 6 anos. O tratamento prolongado com sunitinib não pareceu estar associado a novos tipos de AART.

População pediátrica

O perfil de segurança de sunitinib foi derivado de um estudo de Fase 1 de escalonamento de dose, de um estudo de Fase 2 de desenho aberto, de um estudo de Fase 1/2 de braço único e de publicações, conforme descrito abaixo.

Foi realizado um estudo de Fase 1 de escalonamento de dose de sunitinib por via oral em 35 doentes dos quais 30 eram doentes pediátricos (com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos) e 5 eram doentes jovens adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos), com tumores sólidos refratários e cuja maioria tinha um diagnóstico primário de tumor cerebral. Todos os participantes no estudo manifestaram reações adversas medicamentosas; a maioria destas reações foi grave (grau de toxicidade ≥ 3) e incluía toxicidade cardíaca. As reações adversas medicamentosas mais frequentes foram toxicidade gastrointestinal (GI), neutropenia, fadiga e aumento dos níveis de ALT. O risco de reações adversas cardíacas ao medicamento aparentava ser maior nos doentes pediátricos com irradiação cardíaca prévia ou terapêutica com antraciclina, comparativamente aos doentes pediátricos sem exposição anterior. Nestes doentes pediátricos sem exposição prévia a antraciclinas ou irradiação cardíaca, foi identificada a dose máxima tolerada (DMT) (ver secção 5.1).

Foi realizado um estudo de Fase 2 de desenho aberto em 29 doentes dos quais 27 eram doentes pediátricos (com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos) e 2 eram doentes jovens adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos) com glioma de alto grau (GAG) recorrente/progressivo/refratário ou ependimoma. Não se observaram reações adversas de Grau 5 em nenhum dos grupos. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentes ($\geq 10\%$) foram diminuição da contagem de neutrófilos (6 [20,7%] doentes) e hemorragia intracraniana (3 [10,3%] doentes).

Foi realizado um estudo de Fase 1/2 de braço único em 6 doentes pediátricos (com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos) com GIST avançado irressecável. As reações adversas medicamentosas mais frequentes foram diarreia, náuseas, diminuição da contagem de linfócitos, neutropenia e cefaleia em 3 (50,0%) doentes cada, principalmente com Grau 1 ou 2 de gravidade. Quatro dos 6 doentes (66,7%) tiveram acontecimentos adversos relacionados com o tratamento de Grau 3-4 (Grau 3: hipofosfatemia, neutropenia e trombocitopenia em 1 doente cada e Grau 4: neutropenia em 1 doente). Neste estudo não foram notificados acontecimentos adversos graves (AAG) nem reações adversas medicamentosas de Grau 5. Tanto no estudo clínico como nas publicações, o perfil de segurança foi consistente com o perfil de segurança conhecido nos adultos.

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através **do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#)**.

4.9 Sobredosagem

Não existe antídoto específico para a sobredosagem com Sutent, devendo o tratamento destes casos consistir em medidas gerais de suporte. Se estiver indicado, a eliminação da substância ativa não absorvida poderá ser conseguida por indução do vômito ou lavagem gástrica. Foram notificados casos de sobredosagem; alguns casos foram associados a reações adversas consistentes com o perfil de segurança conhecido do sunitinib.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: Medicamentos antineoplásicos, inibidor da proteína cinase; Código ATC: L01EX01.

Mecanismo de ação

O sunitinib inibe múltiplos recetores da tirosina-cinase que estão implicados no crescimento tumoral, na neoangiogénese e na progressão metastática do cancro. O sunitinib foi identificado como inibidor dos recetores do fator de crescimento derivado das plaquetas (PDGFR α e PDGFR β), recetores do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR1, VEGFR2, e VEGFR3), recetor do fator das células estaminais (KIT), recetor *Fms-like* da tirosina-cinase3 (FLT3), recetor do fator estimulador de colónias (CSF-1R) e o recetor do fator neutrotrófico derivado de células gliais (RET). O metabolito principal apresenta potência similar ao sunitinib em ensaios bioquímicos e celulares.

Eficácia e segurança clínicas

A segurança e eficácia clínica do sunitinib foram estudadas no tratamento de doentes com GIST resistentes ao imatinib (isto é, doentes em que a doença evoluiu durante ou após o tratamento com imatinib) ou intolerantes ao imatinib (isto é, doentes que sofreram toxicidade significativa durante o tratamento com imatinib, que impediu a continuação do tratamento), no tratamento de doentes com MRCC e no tratamento de doentes com pNET irressecável.

A eficácia é baseada no Tempo até Progressão Tumoral (*Time to Tumour Progression*, TTP) e no aumento da sobrevivência no GIST, na sobrevivência livre de progressão (PFS) e nas taxas de resposta objectiva (ORR) no tratamento em primeira linha do MRCC e refratário às citocinas, respetivamente, e na PFS para pNET.

Tumores do estroma gastrointestinal

Foi realizado um estudo inicial de desenho aberto para determinação de dose em doentes com GIST após insucesso da terapêutica com imatinib devida a resistência ou intolerância (dose máxima diária mediana de 800 mg). Foram incluídos noventa e sete doentes em várias doses e ciclos; 55 doentes receberam 50 mg na posologia recomendada de tratamento, em ciclos de 4 semanas de tratamento/2 semanas de repouso (“Esquema 4/2”).

Neste estudo, o TTP mediano foi de 34,0 semanas (IC 95%: 22,0, 46,0).

Foi realizado um estudo de Fase 3 de sunitinib, aleatorizado, em dupla ocultação e controlado com placebo, em doentes com GIST que apresentaram intolerância ou progressão da doença durante ou após o tratamento com imatinib (dose diária máxima mediana de 800 mg). Neste estudo, foram aleatorizados 312 doentes (2:1) para receber 50 mg de sunitinib ou placebo, por via oral, uma vez por dia, com o Esquema de tratamento 4/2, até progressão da doença ou saída do estudo por outra razão (207 doentes receberam sunitinib e 105 doentes receberam placebo). O objetivo primário de avaliação da eficácia foi o TTP, definido como o período de tempo entre a aleatorização e a primeira documentação objetiva de progressão do tumor. No momento da análise intercalar previamente especificada, o TTP mediano com sunitinib foi de 28,9 semanas (IC 95%: 21,3, 34,1) na avaliação do investigador e 27,3 semanas (IC 95%: 16,0, 32,1) na avaliação da revisão independente e com diferença estatisticamente significativa, mais longo que o TTP no placebo de 5,1 semanas (IC 95%: 4,4, 10,1) na avaliação do investigador e 6,4 semanas (IC 95%: 4,4, 10,0) na avaliação da revisão independente. A diferença na sobrevivência global (*overall survival*, OS) foi estatisticamente favorável a sunitinib [*hazard ratio* (HR): 0,491; (IC 95%: 0,290, 0,831)]; o risco de morte foi duas vezes superior para os doentes no braço de placebo comparativamente ao braço de sunitinib.

Após análise intercalar de eficácia e segurança, por recomendação do Comité Independente de Monitorização de Dados e Segurança, foi retirada a ocultação do estudo e aos doentes do braço do placebo foi oferecido tratamento com sunitinib em desenho aberto.

Um total de 225 doentes recebeu sunitinib na fase aberta do estudo, incluindo 99 doentes inicialmente tratados com placebo.

A análise do objetivo primário e secundário na fase aberta do estudo reafirmou os resultados obtidos na análise intercalar, como demonstrado na Tabela 2:

Tabela 2 - Resumo dos objetivos de avaliação de eficácia de GIST (população ITT)

	Tratamento em dupla ocultação ^a				Grupo placebo <i>cross-over</i> para tratamento ^b
	Mediana (IC 95%)		Hazard ratio		
Objetivo	Sutent	Placebo	(IC 95%)	valor p	
Primário:					
TTP (semanas)					
Intermédio	27,3 (16,0; 32,1)	6,4 (4,4; 10,0)	0,329 (0,233; 0,466)	<0,001	-
Final	26,6 (16,0; 32,1)	6,4 (4,4; 10,0)	0,339 (0,244; 0,472)	<0,001	10,4 (4,3; 22,0)
Secundário					
PFS (semanas)^c					
<i>Intermédio</i>	24,1 (11,1; 28,3)	6,0 (4,4; 9,9)	0,333 (0,238; 0,467)	<0,001	-
<i>Final</i>	22,9 (10,9; 28,0)	6,0 (4,4; 9,7)	0,347 (0,253; 0,475)	<0,001	-
ORR (%)^d					
<i>Intermédio</i>	6,8 (3,7; 11,1)	0 (-)	NA	0,006	-
<i>Final</i>	6,6 (3,8; 10,5)	0 (-)	NA	0,004	10,1 (5,0; 17,8)
OS (semanas)^e					
<i>Intermédio</i>	-	-	0,491 (0,290; 0,831)	0,007	-
<i>Final</i>	72,7 (61,3; 83,0)	64,9 (45,7; 96,0)	0,876 (0,679; 1,129)	0,306	-

Abreviaturas: IC=intervalo de confiança; ITT=intenção de tratar; NA=não aplicável; ORR=taxa de resposta objetiva; OS=sobrevivência global; PFS=sobrevivência livre de progressão; TTP=tempo até progressão tumoral.

^a Os resultados do tratamento em dupla ocultação são da população ITT utilizando as principais medições radiológicas, conforme apropriado.

^b Os resultados de eficácia para os 99 indivíduos que fizeram o *cross-over* do placebo para Sutent depois da desocultação. A linha de base foi restabelecida no *cross-over* e a análise de eficácia foi baseada na avaliação dos investigadores.

^c Os números de PFS intermédios foram atualizados com base na recalculação dos dados iniciais.

^d Os resultados da ORR são dados em percentagem de indivíduos com resposta confirmada, com um IC de 95%.

^e A mediana não foi determinada porque os dados ainda não estavam maduros.

A OS mediana na população ITT foi de 72,7 semanas e 64,9 semanas (HR: 0,876; IC 95%: 0,679, 1,129, p=0,306) no braço de sunitinib e placebo respetivamente. Nesta análise, o braço de placebo incluiu os doentes aleatorizados para placebo e que posteriormente receberam tratamento com sunitinib, em desenho aberto.

Tratamento em primeira linha do carcinoma das células renais metastático

Foi realizado um estudo de Fase 3 internacional, aleatorizado, multicêntrico, para avaliar a eficácia e segurança do sunitinib *versus* IFN- α em doentes em primeira linha para o MRCC. Foram aleatorizados setecentos e cinquenta doentes numa proporção de 1:1 para cada braço de tratamento; receberam tratamento com sunitinib em ciclos repetidos de 6 semanas, consistindo na administração oral diária de 50 mg durante 4 semanas consecutivas, a que se seguiu um período de repouso de 2 semanas (Esquema de tratamento 4/2), ou IFN- α , administrado sob forma de injeção subcutânea de 3 milhões de unidades (MU) na primeira semana, 6 MU na segunda semana, e 9 MU na terceira semana e, posteriormente, em três dias não consecutivos em cada semana.

A duração mediana do tratamento foi de 11,1 meses (intervalo: 0,4-46,1) para o tratamento com sunitinib e 4,1 meses (intervalo 0,1-45,6) para o tratamento com IFN- α . Reações adversas graves relacionadas com o tratamento foram notificadas em 23,7% dos doentes em tratamento com sunitinib e em 6,9% dos doentes em tratamento com IFN- α . No entanto, as taxas de descontinuação devido a reações adversas foram de 20% para o sunitinib e 23% para IFN- α . Houve interrupção das doses em 202 doentes (54%) com sunitinib e em 141 doentes (39%) com IFN- α . Em 194 doentes (52%) com sunitinib e em 98 doentes (27%) houve diminuição da dose. Os doentes foram tratados até à progressão da doença ou retirada do estudo. O objetivo primário de avaliação da eficácia foi a PSF. Uma análise intercalar planeada demonstrou uma vantagem estatisticamente significativa do sunitinib em relação ao IFN- α , neste estudo, a mediana da PFS para o grupo de tratamento com sunitinib foi de 47,3 semanas comparativamente a 22,0 semanas para o grupo de tratamento com IFN- α ; o HR foi de 0,415 (IC 95 %: 0,320, 0,539, $p < 0,001$). Outros objetivos incluíram a ORR, a OS e a segurança. A avaliação radiológica principal foi descontinuada depois de alcançado o objetivo primário. Na análise final a ORR, como determinado na avaliação dos investigadores, foi 46% (IC 95%: 41%, 51%) para o braço do sunitinib e 12,0% (IC 95%: 9%, 16%) para o braço do IFN- α ($p < 0,001$).

O tratamento com sunitinib foi associado com uma sobrevivência mais longa comparativamente ao IFN- α . A OS mediana foi 114,6 semanas para o braço de sunitinib (IC 95%: 100,1; 142,9) e 94,9 semanas para o braço de IFN- α (IC 95%: 77,7; 117,0) com *hazard ratio* de 0,821 (IC 95%: 0,673; 1,001; $p = 0,0510$ pelo *log-rank* não estratificado).

A PFS e a OS global na população ITT, determinadas pela avaliação radiológica laboratorial, estão resumidas na Tabela 3:

Tabela 3 - Resumo dos objetivos de avaliação de eficácia do tratamento em primeira linha do mRCC (população ITT)

Resumo da sobrevivência livre de progressão	Sunitinib (N = 375)	IFN-α (N = 375)
Indivíduos sem progressão de doença nem morte [n (%)]	161 (42,9)	176 (46,9)
Indivíduos com progressão de doença ou morte [n (%)]	214 (57,1)	199 (53,1)
PFS (Semanas)		
Quartis (IC 95%)		
25%	22,7 (18,0; 34,0)	10,0 (7,3; 10,3)
50%	48,3 (46,4; 58,3)	22,1 (17,1; 24,0)
75%	84,3 (72,9; 95,1)	58,1 (45,6; 82,1)
Análise não estratificada		
<i>Hazard ratio</i> (sunitinib <i>versus</i> IFN- α)		0,5268
IC 95% para o <i>Hazard ratio</i>		(0,4316; 0,6430)
Valor p^a		<0,0001

Resumo da sobrevivência global	Sunitinib (N = 375)	IFN-α (N = 375)
Indivíduos que não se sabe se morreram [n (%)]	185 (49,3)	175 (46,7)
Indivíduos que morreram [n (%)]	190 (50,7)	200 (53,3)
OS (semanas)		
Quartis (IC 95%)		
25%	56,6 (48,7; 68,4)	41,7 (32,6; 51,6)
50%	114,6 (100,1; 142,9)	94,9 (77,7; 117,0)
75%	NA (NA, NA)	NA (NA, NA)
Análise não estratificada		
<i>Hazard ratio</i> (sunitinib <i>versus</i> IFN- α)		0,8209
IC 95% para o <i>Hazard ratio</i>		(0,6730; 1,0013)
Valor de p ^a		0,0510

Abreviaturas: IC=intervalo de confiança; INF- α =interferão alfa; ITT=intenção de tratar; N=número de doentes; NA=não aplicável; OS=sobrevivência global; PFS=sobrevivência livre de progressão.

^a Segundo o Teste log-rank bilateral

Carcinoma das células renais metastático refratário às citocinas

Foi realizado um estudo de Fase 2 com o sunitinib em doentes refratários a um tratamento anterior com citocinas, com interleucina-2 ou IFN- α . Sessenta e três doentes receberam uma dose inicial diária de 50 mg de sunitinib, por via oral, durante 4 semanas consecutivas, seguida de um período de repouso de 2 semanas, de forma a cumprir um ciclo completo de 6 semanas (Esquema de tratamento 4/2). O objetivo primário de avaliação da eficácia foi a taxa de ORR, baseada nos critérios de avaliação de resposta em tumores sólidos (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*, RECIST).

Neste estudo, a taxa de resposta objetiva foi de 36,5% (IC 95%: 24,7%, 49,6%) e o TTP mediano foi de 37,7 semanas (IC 95%: 24,0; 46,4).

Foi realizado um estudo confirmatório de desenho aberto, de braço único e multicêntrico para avaliação da eficácia e segurança do sunitinib em doentes com MRCC refratário a um tratamento prévio com citocinas. Cento e 6 doentes receberam pelo menos uma dose de 50 mg de sunitinib com o Esquema de tratamento 4/2.

O objetivo primário de avaliação da eficácia deste estudo foi a ORR. Os objetivos de avaliação secundários incluíram o TTP, a duração da resposta e a OS.

Neste estudo, a taxa de resposta objetiva foi de 35,8% (IC 95%: 26,8%, 47,5%). A duração da resposta e sobrevivência global medianas ainda não tinham sido alcançadas.

Tumores neuroendócrinos pancreáticos

Um estudo complementar de Fase 2, multicêntrico, aberto, avaliou a eficácia e segurança de uma dose diária de 50 mg de sunitinib num Esquema de tratamento 4/2 em doentes com pNET irressecável. Num estudo cohort, de 66 doentes com tumores das células dos ilhéus pancreáticos, o objetivo primário da taxa de resposta foi 17%.

Um estudo de referência de Fase 3, multicêntrico, internacional, aleatorizado, de dupla ocultação unicamente com sunitinib, controlado por placebo foi realizado em doentes com pNET irressecável.

Os doentes tinham de ter a progressão documentada, com base no RECIST, nos 12 meses anteriores e foram aleatorizados (1:1) para receberem 37,5 mg de sunitinib, uma vez por dia, sem um período de repouso agendado (N = 86), ou placebo (N = 85).

O objetivo primário foi comparar a PFS em doentes a receber sunitinib *versus* doentes a receber placebo. Outros objetivos incluíam a OS, a ORR, resultados relatados pelo doente (PRO) e a segurança.

Os dados demográficos entre os grupos de sunitinib e placebo eram comparáveis. Adicionalmente, 49% dos doentes com sunitinib tiveram tumores não funcionais *versus* 52% dos doentes com placebo e 92% dos doentes em ambos os braços tiveram metástases no fígado.

Foi permitida a utilização de análogos da somatostatina no estudo.

Um total de 66% dos doentes com sunitinib recebeu previamente tratamento sistémico comparado com 72% dos doentes com placebo. Adicionalmente, 24% dos doentes com sunitinib receberam análogos da somatostatina comparativamente com 22% dos doentes com placebo.

Na avaliação da PFS pelo investigador, foi observada uma vantagem clinicamente significativa do sunitinib sobre o placebo. A PFS mediana foi 11,4 meses para o braço do sunitinib comparada com os 5,5 meses para o braço do placebo [*hazard ratio*: 0,418 (IC 95%: 0,263 – 0,662), valor de $p = 0,0001$]; os resultados observados foram semelhantes quando foi utilizada a avaliação da resposta derivada do tumor com base na aplicação do RECIST nas medições do tumor pelo investigador, para determinar a progressão da doença, como mostra a Tabela 5. Foi observado um *hazard ratio* a favorecer o sunitinib em todos os subgrupos onde foram avaliadas as características da linha de base, incluindo a análise por número de tratamentos sistémicos anteriores. Um total de 29 doentes no braço do sunitinib e 24 no braço do placebo não receberam tratamento sistémico prévio; entre estes doentes, o *hazard ratio* para a PFS foi 0,365 (IC 95%: 0,156-0,857), $p = 0,0156$. Similarmente, entre 57 doentes no braço do sunitinib (incluindo 28 com um tratamento sistémico prévio e 29 com 2 ou mais tratamentos sistémicos prévios) e 61 doentes no braço do placebo (incluindo 25 com um tratamento sistémico prévio e 36 com 2 ou mais tratamentos sistémicos prévios), o *hazard ratio* para a PFS foi 0,456 (IC 95%: 0,264 - 0,787), $p=0,0036$.

A análise de sensibilidade da PFS foi conduzida onde a progressão era baseada nas medições do tumor notificadas pelo investigador e onde todos os indivíduos censurados, por outras razões que não o fim do estudo, foram tratados como acontecimentos PFS. Esta análise forneceu uma estimativa conservadora do efeito do tratamento de sunitinib e suportou uma análise primária, demonstrando um *hazard ratio* de 0,507 (IC 95%: 0,350 - 0,733), $p = 0,000193$. O estudo de referência de pNET terminou prematuramente por recomendação de um comité independente de monitorização de fármacos e o objetivo primário foi baseado na avaliação do investigador, os quais podem ter afetado a estimativa do efeito do tratamento.

De modo a eliminar o viés na avaliação do PFS pelo investigador, foi realizada uma revisão central, oculta e independente de exames. Esta revisão apoiou a avaliação do investigador, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Resultados de eficácia do estudo de fase 3 de pNET

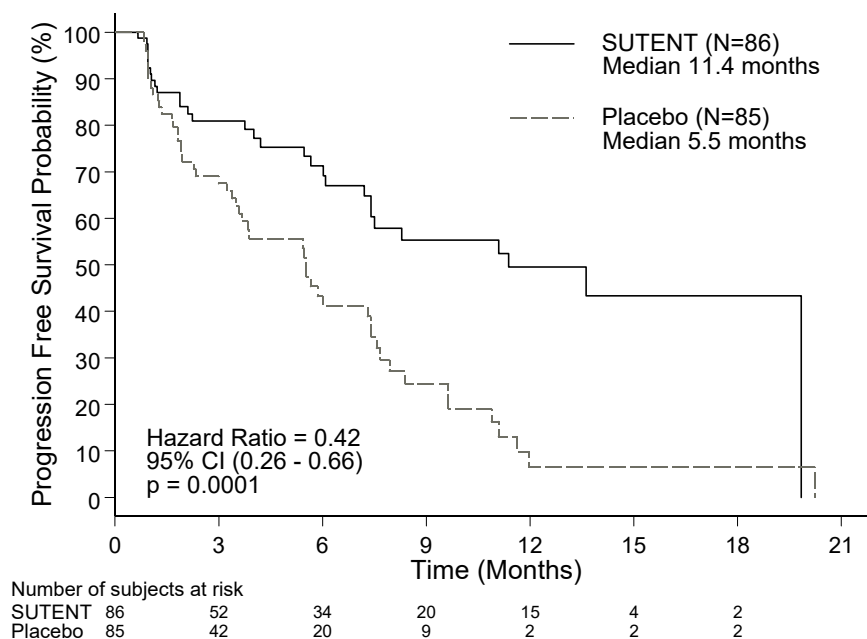
Parâmetro de eficácia	Sutent (N = 86)	Placebo (N = 85)	Hazard Ratio (IC 95%)	Valor de p
Sobrevivência livre de progressão [mediana, meses (IC 95%)] por avaliação do investigador	11,4 (7,4; 19,8)	5,5 (3,6; 7,4)	0,418 (0,263; 0,662)	0,0001 ^a
Sobrevivência livre de progressão [mediana, meses (IC 95%)] por avaliação da resposta derivada do tumor com base na aplicação do RECIST para avaliações do tumor pelo investigador	12,6 (7,4; 16,9)	5,4 (3,5; 6,0)	0,401 (0,252; 0,640)	0,000066 ^a
Sobrevivência livre de progressão [mediana, meses (IC 95%)] por revisão central, oculta e independente das avaliações de tumores	12,6 (11,1; 20,6)	5,8 (3,8; 7,2)	0,315 (0,181; 0,546)	0,000015 ^a
Sobrevivência global [seguimento de 5 anos] [mediana, meses (IC 95%)]	38,6 (25,6; 56,4)	29,1 (16,4; 36,8)	0,730 (0,504; 1,057)	0,0940 ^a
Taxa de resposta objetiva [%; (IC 95%)]	9,3 (3,2; 15,4)	0	NA	0,0066 ^b

Abreviaturas: IC= intervalo de confiança; N=número de doentes; NA=não aplicável; pNET=tumores neuroendócrinos pancreáticos; RECIST=critérios de avaliação de resposta em tumores sólidos.

^a Teste de log-rank bilateral não estratificado

^b Teste exato de Fisher

Figura 1. Gráfico de Kaplan-Meier da PFS no estudo de fase 3 de pNET



Eixo x = Tempo (meses); eixo y = Probabilidade de progressão de doença (%); — SUTENT (N=86) Mediana 11,4 meses

----- Placebo (N=85) Mediana 5,5 meses; Hazard Ratio = 0,42; IC 95% (0,26 – 0,66) p = 0,0001

Number of subjects at risk: Número de indivíduos em risco

Abreviaturas: IC=intervalo de confiança; N=número de doentes; PFS=sobrevivência livre de progressão; pNET=tumores neuroendócrinos pancreáticos.

Os dados de OS não estavam maduros à data de encerramento do estudo [20,6 meses (IC 95%: 20,6; Não determinado (ND)) para o braço com sunitinib comparativamente a ND (IC 95%: 15,5; ND) para o braço com placebo, *hazard ratio*: 0,409 (IC 95%: 0,187; 0,894), $p=0,0204$]. Houve 9 mortes no braço com sunitinib e 21 mortes no braço com placebo.

Após progressão da doença, a ocultação era quebrada e aos doentes com placebo foi oferecido acesso a uma extensão separada do estudo de sunitinib, sem ocultação. Como resultado do encerramento prematuro do estudo, aos restantes doentes a ocultação foi quebrada e oferecido acesso a uma extensão do estudo de sunitinib, sem ocultação. Um total de 59 em 85 doentes (69,4%) do braço do placebo, foram transferidos para sunitinib sem ocultação após progressão da doença ou quebra da ocultação no encerramento do estudo. A OS observada após 5 anos de seguimento no estudo de extensão demonstrou um *hazard ratio* de 0,730 (IC 95%: 0,504; 1,057).

Os resultados do questionário da European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C 30) mostraram que a qualidade de vida global relacionada com a saúde e os 5 domínios funcionais (físico, funcional, cognitivo, emocional e social) foram mantidos nos doentes em tratamento com sunitinib quando comparado com placebo, com efeitos adversos sintomáticos limitados.

Foi realizado um estudo de Fase 4, aberto, de braço único, multinacional e multicêntrico para avaliar a eficácia e segurança de sunitinib em doentes com tumores neuroendócrinos pancreáticos (pNET) bem diferenciados, irressecáveis, avançados/metastáticos e progressivos.

Cento e seis doentes (61 doentes na coorte de tratamento em primeira linha e 45 doentes na coorte de tratamento de última linha) receberam tratamento com sunitinib, por via oral, na dose de 37,5 mg uma vez por dia num esquema de dose diária contínua (CDD).

A PFS mediana avaliada pelo investigador foi de 13,2 meses, quer na população total (IC 95%: 10,9; 16,7) como na coorte de tratamento em primeira linha (IC 95%: 7,4; 16,8).

População pediátrica

A experiência relativa à utilização de sunitinib em doentes pediátricos é limitada (ver secção 4.2).

Foi realizado um estudo de Fase 1 de escalonamento de dose de sunitinib por via oral em 35 doentes dos quais 30 eram doentes pediátricos (com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos) e 5 eram doentes jovens adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos) com tumores sólidos refratários e cuja maioria foi incluída com um diagnóstico primário de tumor cerebral. Foi observada cardiotoxicidade limitante da dose na primeira parte do estudo que, por sua vez, foi alterada para excluir os doentes com exposição anterior a terapêuticas potencialmente cardiotoxícas (incluindo antraciclínas) ou radiação cardíaca. Na segunda parte do estudo que incluiu doentes que receberam uma terapêutica anticancerígena anterior mas sem os fatores de risco de toxicidade cardíaca, o sunitinib foi geralmente tolerável e clinicamente controlável na dose de 15 mg/m² por dia (DMT) no Esquema de tratamento 4/2. Nenhum dos indivíduos obteve uma resposta completa ou parcial. O estado estacionário da doença foi observado em 6 doentes (17%). Um doente com GIST foi incluído no nível da dose de 15 mg/m² sem evidência de benefício. De um modo geral, as reações adversas medicamentosas observadas foram semelhantes às observadas em adultos (ver secção 4.8).

Foi realizado um estudo de Fase 2 de desenho aberto em 29 doentes dos quais 27 eram doentes pediátricos (com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos) e 2 eram doentes jovens adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos) com GAG ou ependimoma. O estudo foi encerrado no momento da análise intercalar planeada devido à falta de controlo da doença. A mediana da PFS foi de 2,3 meses no grupo do GAG e de 2,7 meses no grupo do ependimoma. A mediana da OS global foi de 5,1 meses no grupo do GAG e de 12,3 meses no grupo do ependimoma. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentemente notificados ($\geq 10\%$) em doentes de ambos os

grupos combinados foram diminuição da contagem de neutrófilos (6 doentes [20,7%]) e hemorragia intracraniana (3 doentes [10,3%]) (ver secção 4.8).

Evidências de um estudo de Fase 1/2 de sunitinib oral realizado em 6 doentes pediátricos com GIST com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos que receberam sunitinib no Esquema de tratamento 4/2, com doses que variavam entre 15 mg/m² por dia e 30 mg/m² por dia e de dados publicados disponíveis (20 doentes pediátricos ou jovens adultos com GIST) indicaram que o tratamento com sunitinib resultou em estabilização da doença em 18 dos 26 doentes (69,2%), quer após falência ou intolerância ao imatinib (16 doentes com doença estável de um total de 21) ou *de novo*/após cirurgia (2 doentes com doença estável de um total de 5). No estudo de Fase 1/2, foi observada doença estável em 3 dos 6 doentes e progressão da doença em 3 dos 6 doentes (1 doente recebeu imatinib neoadjuvante e 1 doente recebeu adjuvante, respetivamente). No mesmo estudo, 4 dos 6 doentes (66,7%) tiveram acontecimentos adversos relacionados com o tratamento de Grau 3-4 (Grau 3: hipofosfatemia, neutropenia e trombocitopenia num doente cada e Grau 4: neutropenia num doente). Além disso, estão descritas em publicações as seguintes reações adversas medicamentosas de Grau 3, sentidas por 5 doentes: fadiga (2), reações adversas medicamentosas gastrointestinais (incluindo diarreia) (2), reações adversas medicamentosas hematológicas (incluindo anemia) (2), colecistite (1), hipertiroidismo (1) e mucosite (1).

Foi realizada uma análise farmacocinética (FC) e farmacocinética/farmacodinâmica (FC/FD) da população com o objetivo de extrapolar a farmacocinética e os principais objetivos de avaliação da segurança e eficácia de sunitinib em doentes pediátricos com GIST (idade: 6 anos a 17 anos). Esta análise baseou-se nos dados recolhidos de adultos com GIST ou tumores sólidos e de doentes pediátricos com tumores sólidos. Com base nas análises de modelação, a idade inferior e o tamanho corporal inferior não aparentaram afetar negativamente as respostas de segurança e eficácia à exposição plasmática do sunitinib. O risco/benefício do sunitinib não aparentou ser negativamente afetado pela idade ou tamanho corporal inferiores, devendo-se principalmente à sua exposição plasmática.

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com Sutent em todos os subgrupos da população pediátrica para o tratamento do carcinoma renal ou da pélvis renal (excluindo nefroblastoma, nefroblastomatose, sarcoma de células claras, nefroma mesoblástico, carcinoma renal medular e tumor rabdoide do rim) (ver secção 4.2).

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com Sutent em todos os subgrupos da população pediátrica para o tratamento dos tumores neuroendócrinos gastroenteropancreáticos (excluindo neuroblastoma, neuroganglioblastoma e feocromocitoma) (ver secção 4.2).

5.2 Propriedades farmacocinéticas

A FC do sunitinib foi avaliada em 135 voluntários saudáveis e em 266 doentes com tumores sólidos. As FC foram semelhantes em todas as populações com tumores sólidos testadas e em voluntários saudáveis.

A área sob a curva (AUC) e a C_{máx} aumentaram proporcionalmente com a dose, no intervalo de dose de 25-100 mg. Com a administração diária reiterada, o sunitinib acumula-se 3 a 4 vezes e o seu principal metabolito ativo acumula-se 7 a 10 vezes. As concentrações de sunitinib e do seu principal metabolito ativo em estado estacionário foram atingidas em 10 a 14 dias. Por volta do Dia 14, as concentrações plasmáticas combinadas de sunitinib e do seu metabolito ativo são de 62,9-101 ng/ml, que correspondem às concentrações alvo que se prevê inibirem, através de dados pré-clínicos, a fosforilação *in vitro* do recetor e resultarem em estabilização/redução do crescimento tumoral *in vivo*. O principal metabolito ativo representa 23% a 37% da exposição total. Não foram observadas alterações significativas na FC do sunitinib ou do principal metabolito ativo após administração diária reiterada ou com repetição dos ciclos nos regimes de dose testados.

Absorção

Após administração oral, as $C_{\text{máx}}$ de sunitinib são geralmente observadas entre 6 a 12 horas até à concentração máxima ($T_{\text{máx}}$), após administração.

Os alimentos não afetam a biodisponibilidade de sunitinib.

Distribuição

Em ensaios *in vitro*, a ligação de sunitinib e do seu principal metabolito ativo às proteínas plasmáticas humanas foi de, respetivamente, 95% e 90%, aparentemente não dependente da concentração. O volume de distribuição aparente de sunitinib (V_d) foi elevado, 2230 l, indicando distribuição tecidual.

Interações metabólicas

Os valores K_i calculados *in vitro* para todas as isoformas de citocromo P450 (CYP) testadas (CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, CYP3A4/5, e CYP4A9/11) indicaram que é improvável que o sunitinib e o seu metabolito ativo principal induzam o metabolismo, em qualquer extensão clinicamente relevante, de outras substâncias ativas que possam ser metabolizados por estas enzimas.

Biotransformação

O sunitinib é metabolizado principalmente pelo CYP3A4, a isoforma do CYP que produz o seu principal metabolito ativo, desetil sunitinib, que por sua vez é ainda metabolizado pela mesma isoenzima.

A coadministração de sunitinib com indutores ou inibidores potentes do CYP3A4 deve ser evitada, pois os níveis plasmáticos do sunitinib podem ser alterados (ver secções 4.4 e 4.5).

Eliminação

A principal via de excreção é a fecal (61%) e a via renal é responsável pela eliminação de 16% da dose administrada da substância ativa inalterada e dos seus metabolitos. Os principais compostos identificados no plasma, urina, e fezes foram o sunitinib e o seu principal metabolito, representando 91,5%, 86,4%, e 73,8%, respetivamente, da radioatividade em amostras agregadas. Foram identificados metabolitos secundários na urina e fezes, mas não foram, geralmente, encontrados no plasma. A depuração oral total (CL/F) foi de 34 - 62 l/hora. Após a administração oral em voluntários saudáveis, os tempos de semivida de eliminação do sunitinib e do seu metabolito ativo primário desetil foram aproximadamente 40-60 h e 80-110 h, respetivamente.

Coadministração com medicamentos que são inibidores da BCRP

In vitro, o sunitinib é um substrato do transportador de efluxo da BCRP. No estudo A6181038, a coadministração de gefitinib, um inibidor da BCRP, não resultou num efeito clinicamente significativo na C_{max} e na AUC do sunitinib ou do medicamento total (sunitinib + metabolito) (ver secção 4.5). Este estudo foi um estudo multicêntrico, de desenho aberto de fase 1/2 para avaliação da segurança/tolerabilidade, da dose máxima tolerada e da atividade antitumoral do sunitinib em associação com o gefitinib em doentes com MRCC. A farmacocinética do gefitinib (250 mg diários) e sunitinib (37,5 mg [Coorte 1, n=4] ou 50 mg [Coorte 2, n=7] diários em ciclos de 4 semanas de tratamento seguidos de 2 semanas de repouso) quando coadministrados, foi avaliada como um objetivo secundário do estudo. As alterações dos parâmetros FC do sunitinib não foram clinicamente significativas e não indicaram quaisquer interações medicamentosas. No entanto, considerando o número relativamente baixo de doentes (isto é, N=7+4) e a variabilidade moderada-grande entre doentes nos parâmetros farmacocinéticos, deverá ter-se cuidado durante a interpretação dos resultados FC da interação medicamentosa deste estudo.

Populações especiais

Compromisso hepático

O sunitinib e o seu principal metabolito são maioritariamente metabolizados pelo fígado. As exposições sistémicas após uma dose única de sunitinib foram similares nos indivíduos com

compromisso hepático ligeiro a moderado (Classes A e B da classificação Child-Pugh), comparativamente a indivíduos com função hepática normal. O Sutent não foi estudado em doentes com compromisso hepático grave (classe C da classificação Child-Pugh). Os estudos em doentes oncológicos excluíram os doentes com ALT ou AST >2,5 vezes o limite superior do normal ou >5,0 vezes o limite superior do normal, se devido a metástase hepática.

Compromisso renal

Análises populacionais FC indicam que a depuração aparente de sunitinib (CL/F) não foi afetada pela depuração da creatinina (CLcr) dentro da gama de valores avaliada (42-347 ml/min). Após uma dose única de sunitinib, a exposição sistémica em indivíduos com compromisso renal grave (CLcr <30ml/min) comparada com indivíduos com função renal normal (CLcr >80ml/min), era similar. Apesar de o sunitinib e os seus metabolitos primários não serem eliminados através da hemodiálise em doentes com ESRD, a exposição sistémica total foi 47% inferior para o sunitinib e 31% inferior para o seu metabolito primário quando comparada com indivíduos com função renal normal.

Peso, capacidade funcional

A análise FC de dados demográficos populacionais indica que não é necessário efetuar ajuste de dose inicial com base no peso ou *score* ECOG.

Género

Os dados disponíveis indicam que as mulheres podem apresentar uma depuração aparente (CL/F) de sunitinib cerca de 30% inferior à dos homens; contudo, esta diferença não requer ajustes da dose inicial.

População pediátrica

A experiência relativa à utilização de sunitinib em doentes pediátricos é limitada (ver secção 4.2). As análises farmacocinéticas populacionais de um conjunto de dados agregados de doentes adultos com GIST e tumores sólidos e doentes pediátricos com tumores sólidos foram concluídas. Foram realizadas análises de modelação gradual de covariáveis para avaliar o efeito da idade e tamanho corporal (peso total corporal ou área de superfície corporal do corpo), bem como outras covariáveis relativamente a parâmetros farmacocinéticos importantes para sunitinib e respetivo metabolito ativo. Entre as covariáveis testadas relacionadas com a idade e tamanho corporal, a idade foi uma covariável significativa na depuração aparente de sunitinib (quanto menor era a idade do doente pediátrico, menor era a depuração aparente). De modo semelhante, a área de superfície corporal foi uma covariável significativa na depuração aparente do metabolito ativo (quanto menor era a área de superfície corporal, menor era a depuração aparente).

Além disso, com base numa análise populacional FC integrada de dados agrupados dos 3 estudos pediátricos (2 estudos pediátricos de tumores sólidos e um estudo pediátrico de GIST; idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos e entre os 12 e os 17 anos), a área de superfície corporal (ASC) basal era uma covariável significativa na depuração aparente do sunitinib e do seu metabolito ativo. Com base nesta análise, é de esperar que uma dose de aproximadamente 20 mg/m² por dia em doentes pediátricos com valores de ASC entre 1,10 m² e 1,87 m² proporcione exposições plasmáticas ao sunitinib e ao seu metabolito ativo comparáveis (entre 75% e 125% da AUC) às dos adultos com GIST aos quais foi administrado 50 mg de sunitinib por dia num Esquema 4/2 (AUC de 1233 ng.h/ml). Em estudos pediátricos, a dose inicial de sunitinib foi de 15 mg/m² (baseada na DMT identificada nos estudo de Fase 1 de escalonamento de dose, ver secção 5.1), a qual nos doentes pediátricos com GIST foi aumentada para 22,5 mg/m² e subsequentemente para 30 mg/m² (sem exceder a dose total de 50 mg/dia) com base na segurança/tolerabilidade de cada doente. Além disso, de acordo com a literatura publicada sobre doentes pediátricos com GIST, a dose inicial calculada variou entre 16,6 mg/m² e 36 mg/m², aumentada para doses máximas de 40,4 mg/m² (sem exceder a dose total de 50 mg/dia).

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Em estudos de toxicidade reiterada realizados em ratos e macacos, com duração até 9 meses, os principais efeitos em órgãos alvo foram identificados no trato gastrointestinal (emese e diarreia nos

macacos); glândulas suprarrenais (congestão cortical e/ou hemorragia em ratos e macacos, com necrose seguida de fibrose em ratos); sistema hematopoiético e linfático (hipocelularidade da medula óssea e depleção linfóide do timo, baço e gânglios linfáticos); pâncreas exócrino (desgranulação das células acinares com necrose celular); glândula salivar (hipertrofia acinar); articulações (espessamento da placa de crescimento); útero (atrofia); e ovários (diminuição do desenvolvimento folicular). Todos os achados ocorreram com níveis de exposição plasmática de sunitinib clinicamente relevantes. Foram observados efeitos adicionais noutros estudos, incluindo: prolongamento do intervalo QTc, redução do FEVE, atrofia tubular testicular, aumento das células mesangiais no rim, hemorragia do trato gastrointestinal e da mucosa oral e hipertrofia das células pituitárias anteriores. Pensa-se que as alterações no útero (atrofia do endométrio) e na placa óssea de crescimento (espessamento fisário ou displasia da cartilagem) estejam relacionadas com a ação farmacológica do sunitinib. A maioria destes efeitos foi reversível após 2 a 6 semanas sem tratamento.

Genotoxicidade

O potencial genotóxico do sunitinib foi avaliado *in vitro* e *in vivo*. O sunitinib não foi mutagénico em bactérias com ativação metabólica efetuada por fígado de rato. O sunitinib não induziu aberrações cromossômicas estruturais *in vitro* nos linfócitos do sangue periférico humanos. Foi observada poliploidia *in vitro* (aberrações cromossômicas numéricas), em linfócitos do sangue periférico humanos, tanto na presença como na ausência de ativação metabólica. O sunitinib não foi clastogénico *in vivo* na medula óssea de rato. O potencial de genotoxicidade não foi avaliado para o principal metabolito ativo.

Carcinogenicidade

Num estudo de determinação de dose, de 1 mês, por sonda esofágica oral, (0, 10, 25, 75 ou 200 mg/Kg/dia), com CDD em ratinhos transgênicos rasH2, observaram-se carcinoma e hiperplasia das glândulas de Brunner do duodeno, na dose testada mais alta (200 mg/Kg/dia).

Foi realizado um estudo de carcinogenicidade, de 6 meses, por sonda esofágica oral (0, 8, 25, 75 [reduzido para 50] mg/Kg/dia) em ratinhos transgênicos rasH2. Foram observados carcinomas gastroduodenais, aumento da incidência de hemangiossarcomas do fundo e/ou hiperplasia da mucosa gástrica em doses ≥ 25 mg/Kg/dia após 1 ou 6 meses de duração ($\geq 7,3$ vezes a AUC em doentes a quem foi administrada a dose diária recomendada [DDR]).

Num estudo de carcinogenicidade, de 2 anos, em ratos (0, 0,33, 1 ou 3 mg/Kg/dia), a administração de sunitinib em ciclos de 28 dias, seguidos de períodos de 7 dias sem tratamento, resultou num aumento da incidência de feocromocitomas e hiperplasia na medula da glândula suprarrenal de ratos machos que receberam 3 mg/Kg/dia após >1 ano de tratamento ($\geq 7,8$ vezes a AUC em doentes que recebem a DDR). O carcinoma das glândulas de Brunner ocorreu no duodeno em ≥ 1 mg/Kg/dia em fêmeas e em 3 mg/Kg/dia em machos, e a hiperplasia das células mucosas foi evidente nas glândulas do estômago em 3 mg/Kg/dia em machos, que ocorreu em $\geq 0,9, 7,8, e 7,8$ vezes a AUC em doentes que receberam a DDR, respetivamente. A relevância para os humanos dos resultados neoplásicos observados nos estudos de carcinogenicidade, em ratinhos (transgênicos rasH2) e ratos tratados com sunitinib, não é clara.

Toxicidade reprodutiva e de desenvolvimento

Não foram observados efeitos na fertilidade dos ratos machos ou fêmeas em estudos de toxicidade reprodutiva. No entanto, foram observados efeitos na fertilidade feminina em estudos de toxicidade reiterada realizados em ratos e macacos, sob a forma de atresia folicular, degeneração do corpo lúteo, alterações no endométrio uterino, e diminuição do peso do útero e dos ovários, com níveis de exposição sistémica clinicamente relevantes. Foram observados efeitos na fertilidade masculina em ratos, sob a forma de atrofia tubular testicular, redução dos espermatozoides nos epidídimos, e depleção colóide na próstata e vesículas seminais, a níveis plasmáticos de exposição 25 vezes a exposição sistémica em humanos.

A mortalidade embriofetal foi evidente em ratos, sob a forma de redução significativa do número de fetos vivos, aumento do número de reabsorções, aumento da perda pós implantação e perda total

de ninhadas em 8 de 28 fêmeas grávidas, para níveis de exposição plasmática 5,5 vezes a exposição sistêmica em humanos. As reduções do peso do útero de coelhos fêmeas grávidas e no número de fetos vivos foram devidas ao aumento do número de reabsorções, aumento da perda pós-implantação e perda de ninhadas completas em 4 de 6 fêmeas grávidas, para níveis de exposição plasmática 3 vezes a exposição sistêmica em humanos. O tratamento de ratos com doses ≥ 5 mg/Kg/dia de sunitinib durante a organogênese resultou em efeitos no desenvolvimento, consistindo no aumento da incidência de malformações do esqueleto dos fetos, predominantemente caracterizadas por ossificação tardia das vértebras torácicas/lombares e ocorreram a níveis de exposição plasmática 5,5 vezes a exposição sistêmica em humanos. Os efeitos no desenvolvimento dos coelhos consistiram no aumento da incidência de fenda labial para níveis de concentração plasmática aproximadamente iguais aos observados na clínica e fenda labial e fenda palatina, para níveis de exposição plasmática 2,7 vezes a exposição sistêmica em humanos.

O sunitinib (0,3, 1,0, 3,0 mg/Kg/dia) foi avaliado num estudo de desenvolvimento pré e pós-natal em ratos fêmeas grávidas. Os aumentos de peso corporal maternal foram reduzidos durante a gestação e lactação em ≥ 1 mg/Kg/dia, mas não se observou toxicidade reprodutiva materna até 3 mg/Kg/dia (exposição estimada $\geq 2,3$ vezes a AUC em doentes a receber a DDR). Observou-se redução do peso corporal da descendência durante o período pré e pós-desmame, em 3 mg/Kg/dia. Não se observou desenvolvimento de toxicidade em 1 mg/Kg/dia (exposição aproximada $\geq 0,9$ vezes a AUC em doentes a receber a DDR).

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1 Lista dos excipientes

Cápsulas de 12,5 mg

Conteúdo da cápsula

Manitol (E421)
Croscarmelose sódica
Povidona (K-25)
Estearato de magnésio

Invólucro da cápsula

Gelatina
Óxido de ferro vermelho (E172)
Dióxido de titânio (E171)

Tinta de impressão

Goma laca
Propilenoglicol
Hidróxido de sódio
Povidona
Dióxido de titânio (E171)

Cápsulas de 25 mg

Conteúdo da cápsula

Manitol (E421)
Croscarmelose sódica
Povidona (K-25)
Esterato de magnésio

Invólucro da cápsula

Gelatina
Óxido de ferro vermelho (E172)

Dióxido de titânio (E171)
Óxido de ferro amarelo (E172)
Óxido de ferro preto (E172)

Tinta de impressão

Goma laca
Propilenoglicol
Hidróxido de sódio
Povidona
Dióxido de titânio (E171)

Cápsulas de 37,5 mg

Conteúdo da cápsula

Manitol (E421)
Croscarmelose sódica
Povidona (K-25)
Esterato de magnésio

Invólucro da cápsula

Gelatina
Dióxido de titânio (E171)
Óxido de ferro amarelo (E172)

Tinta de impressão

Goma laca
Propilenoglicol
Hidróxido de potássio
Óxido de ferro preto (E172)

Cápsulas de 50 mg

Conteúdo da cápsula

Manitol (E421)
Croscarmelose sódica
Povidona (K-25)
Esterato de magnésio

Invólucro da cápsula

Gelatina
Dióxido de titânio (E171)
Óxido de ferro amarelo (E172)
Óxido de ferro vermelho (E172)
Óxido de ferro preto (E172)

Tinta de impressão

Goma laca
Propilenoglicol
Hidróxido de sódio
Povidona
Dióxido de titânio (E171)

6.2 Incompatibilidades

Não aplicável.

6.3 Prazo de validade

3 anos.

6.4 Precauções especiais de conservação

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Frascos de polietileno de alta densidade (HDPE) com sistema de fecho de polipropileno, contendo 30 cápsulas.

Blister perfurado, de dose unitária, transparente de PVC/poli(clorotrifluoretileno) com folha de alumínio revestida com verniz, termosselada, contendo 28 x 1 cápsulas.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação

Não existem requisitos especiais.

Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Sutent 12,5 mg cápsulas

EU/1/06/347/001

EU/1/06/347/004

Sutent 25 mg cápsulas

EU/1/06/347/002

EU/1/06/347/005

Sutent 37,5 mg cápsulas

EU/1/06/347/007

EU/1/06/347/008

Sutent 50 mg cápsulas

EU/1/06/347/003

EU/1/06/347/006

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 19 de julho de 2006

Data da última renovação: 9 de novembro de 2016

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.

ANEXO II

- A. FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**
- B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO**
- C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**
- D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO**

A FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE

Nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote

PFIZER Italia S.r.l.
Via del Commercio
Zona Industriale
IT-63100 Marino del Tronto (Ascoli Piceno)
Itália

B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados (ver anexo I: Resumo das Características do Medicamento, secção 4.2).

C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

- **Relatórios periódicos de segurança (RPS)**

Os requisitos para a apresentação de RPS para este medicamento estão estabelecidos na lista Europeia de datas de referência (lista EURD), tal como previsto nos termos do n.º 7 do artigo 107.º-C da Diretiva 2001/83/CE e quaisquer atualizações subsequentes publicadas no portal europeu de medicamentos.

D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO

- **Plano de gestão do risco (PGR)**

O Titular da AIM deve efetuar as atividades e as intervenções de farmacovigilância requeridas e detalhadas no PGR apresentado no Módulo 1.8.2 da autorização de introdução no mercado, e quaisquer atualizações subsequentes do PGR que sejam acordadas.

Deve ser apresentado um PGR atualizado:

- A pedido da Agência Europeia de Medicamentos
- Sempre que o sistema de gestão do risco for modificado, especialmente como resultado da receção de nova informação que possa levar a alterações significativas no perfil benefício-risco ou como resultado de ter sido atingido um objetivo importante (farmacovigilância ou minimização do risco).

ANEXO III
ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO

A. ROTULAGEM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM DO FRASCO HDPE– CÁPSULAS DE 12,5 MG

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 12,5 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 12,5 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

30 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/001

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 12,5 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO HDPE – 12,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Sutent 12,5 mg cápsulas
sunitinib
Via oral

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

30 cápsulas

6. OUTROS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM DO FRASCO HDPE – CÁPSULAS DE 25 MG

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 25 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 25 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

30 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/002

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 25 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO HDPE – 25 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Sutent 25 mg cápsulas
sunitinib
Via oral

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

30 cápsulas

6. OUTROS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM DO FRASCO HDPE – CÁPSULAS DE 37,5 MG

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 37,5 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 37,5 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

30 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/007

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 37,5 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO HDPE – 37,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Sutent 37,5 mg cápsulas
sunitinib
Via oral

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

30 cápsulas

6. OUTROS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM DO FRASCO HDPE – CÁPSULAS DE 50 MG

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 50 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 50 mg de sunitinib

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

30 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/003

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 50 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO HDPE – 50 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Sutent 50 mg cápsulas
sunitinib
Via oral

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. CONTEÚDO EM TERMOS DE PESO, VOLUME OU UNIDADE

30 cápsulas

6. OUTROS

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM BLISTER – 12,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 12,5 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 12,5 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

28 x 1 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/004

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 12,5 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR NAS EMBALAGENS BLISTER OU FITAS
CONTENTORAS**

BLISTER – 12,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 12,5 mg cápsulas
sunitinib

2. NOME DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. OUTROS

SEG
TER
QUA
QUI
SEX
SAB
DOM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM BLISTER – 25 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 25 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 25 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

28 x 1 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/005

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 25 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR NAS EMBALAGENS BLISTER OU FITAS
CONTENTORAS**

BLISTER – 25 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 25 mg cápsulas
sunitinib

2. NOME DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. OUTROS

SEG
TER
QUA
QUI
SEX
SAB
DOM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM BLISTER – 37,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 37,5 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 37,5 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

28 x 1 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/008

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 37,5 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR NAS EMBALAGENS BLISTER OU FITAS
CONTENTORAS**

BLISTER – 37,5 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 37,5 mg cápsulas
sunitinib

2. NOME DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. OUTROS

SEG
TER
QUA
QUI
SEX
SAB
DOM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO

CARTONAGEM BLISTER – 50 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 50 mg cápsulas
sunitinib

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada cápsula contém malato de sunitinib, equivalente a 50 mg de sunitinib.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

28 x 1 cápsulas

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO

8. PRAZO DE VALIDADE

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/347/006

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Sutent 50 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR NAS EMBALAGENS BLISTER OU FITAS
CONTENTORAS**

BLISTER – 50 MG CÁPSULAS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Sutent 50 mg cápsulas
sunitinib

2. NOME DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Pfizer

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. OUTROS

SEG
TER
QUA
QUI
SEX
SAB
DOM

B. FOLHETO INFORMATIVO

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Sutent 12,5 mg cápsulas

Sutent 25 mg cápsulas

Sutent 37,5 mg cápsulas

Sutent 50 mg cápsulas

sunitinib

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a tomar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico ou farmacêutico.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico. Ver secção 4.

O que contém este folheto:

1. O que é Sutent e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de tomar Sutent
3. Como tomar Sutent
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Sutent
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Sutent e para que é utilizado

O Sutent contém a substância ativa sunitinib, que é um inibidor da proteína cinase. É utilizado no tratamento do cancro, para prevenir a atividade de um grupo especial de proteínas que se sabe estarem envolvidas no crescimento e difusão das células cancerígenas.

O Sutent é utilizado no tratamento de adultos com os seguintes tipos de cancro:

- Tumor do estroma gastrointestinal (GIST), um tipo de cancro do estômago e intestino, em que o imatinib (outro medicamento anticancerígeno) já não tem efeito, ou se não puder tomar imatinib.
- Carcinoma de células renais metastático (MRCC), um tipo de cancro do rim que se espalhou para outras partes do corpo.
- Tumores neuroendócrinos pancreáticos (pNET) (tumores das células produtoras de hormonas no pâncreas) que progrediram ou que não podem ser removidos por cirurgia.

Contacte o seu médico se tiver alguma questão relacionada com o modo de ação de Sutent ou com a razão deste medicamento lhe ter sido prescrito.

2. O que precisa de saber antes de tomar Sutent

Não tome Sutent

- se tem alergia ao sunitinib ou a qualquer outro componente de Sutent (indicados na secção 6).

Advertências e precauções

Fale com o seu médico antes de tomar Sutent:

- **Se tem a pressão sanguínea elevada.** O Sutent pode aumentar a pressão sanguínea. O seu médico poderá verificar a sua pressão sanguínea durante o tratamento com Sutent, e poderá ter que ser tratado com medicamentos para reduzir a pressão sanguínea, caso seja necessário.
- **Se tem ou teve doenças do sangue, problemas de hemorragias, ou nódos negros.** O tratamento com Sutent pode levar a um aumento do risco de hemorragia ou levar a alterações no número de certas células do sangue, que podem levar a anemia ou afetar a capacidade do seu sangue coagular. Se está a tomar varfarina ou acenocumarol, medicamentos que tornam o sangue mais fino para prevenir a formação de coágulos sanguíneos, pode haver um maior risco de hemorragias. Informe o seu médico se tiver alguma hemorragia durante o tratamento com Sutent.
- **Se tem problemas de coração.** O Sutent pode causar problemas de coração. Informe o seu médico se se sentir muito cansado, tiver falta de ar, ou se tiver pés e tornozelos inchados.
- **Se tiver alterações irregulares do ritmo do coração.** O Sutent pode causar irregularidades no ritmo do seu coração. O seu médico pode obter eletrocardiogramas para avaliar estes problemas durante o seu tratamento com Sutent. Informe o seu médico se sentir tonturas, sensação de desmaio, ou tiver batimentos do coração irregulares enquanto tomar Sutent.
- **Se teve um problema recente com coágulos sanguíneos nas suas veias e/ou artérias (tipos de vasos sanguíneos), incluindo acidente vascular cerebral, ataque cardíaco, embolia ou trombose.** Fale com o seu médico imediatamente se tiver sintomas como pressão ou dor no peito, dor nos braços, costas, pescoço ou maxilar, falta de ar, dormência ou fraqueza em 1 dos lados do corpo, dificuldade em falar, dores de cabeça, ou tonturas durante o tratamento com Sutent.
- **Se tiver ou tiver tido um aneurisma** (dilatação ou enfraquecimento da parede de um vaso sanguíneo) ou uma rotura na parede de um vaso sanguíneo.
- **Se tem ou teve danos nos vasos sanguíneos mais pequenos, conhecidos como microangiopatia trombótica (TMA).** Informe o seu médico se desenvolver febre, fadiga, cansaço, nódos negros, hemorragias, inchaços, confusão, perda de visão e convulsões.
- **Se tiver problemas da glândula tiroideia.** O Sutent pode causar problemas na glândula tiroideia. Informe o seu médico se se cansar com mais facilidade, se se sentir com mais frio do que as outras pessoas, ou se a sua voz se tornar mais fraca enquanto tomar Sutent. A função da sua tiroide deve ser verificada antes de tomar Sutent, e regularmente durante a sua toma. Se a sua glândula tiroideia não produzir hormonas da tiroide suficientes, poderá ser tratado com um substituto da hormona da tiroide.
- **Se tem ou teve perturbações pancreáticas ou da vesícula biliar.** Informe o seu médico se desenvolver algum dos seguintes sinais e sintomas: dor na área do estômago (abdómen superior), náuseas, vômitos e febre. Estes podem ser causados por inflamação do pâncreas ou da vesícula biliar.
- **Se tem ou teve problemas no fígado.** Informe o seu médico se sentir algum dos seguintes sinais e sintomas de problemas no fígado durante o tratamento com Sutent: comichão, olhos ou pele amarelados, urina escura e dor ou desconforto na zona superior direita do estômago. O seu médico deverá fazer análises ao sangue para verificar a função do seu fígado, antes e durante o tratamento com Sutent, e como indicado clinicamente.

- **Se tem ou teve problemas de rins.** O seu médico irá monitorizar a função do seu rim.
- **Se vai fazer uma cirurgia ou se fez uma cirurgia recentemente.** O Sutent pode afetar o modo como as suas feridas cicatrizam. Geralmente, se vai fazer uma operação, o tratamento com Sutent é interrompido. O seu médico irá decidir quando deve iniciar Sutent novamente.
- **Poderá ser aconselhado a fazer uma revisão dentária antes do início do tratamento com Sutent.**
 - Se tem ou teve dor na boca, dentes e /ou maxilar, inchaço ou feridas dentro da boca, dormência ou uma sensação de peso no maxilar, ou um dente a abanar, informe o seu médico ou dentista imediatamente.
 - Se necessita de se submeter a um tratamento dentário invasivo ou cirurgia dentária, informe o seu dentista que está a ser tratado com Sutent, em particular se também estiver a receber, ou tiver recebido, bifosfonatos intravenosos. Os bifosfonatos são medicamentos utilizados para prevenir complicações nos ossos, que podem ter sido prescritos para outra condição médica.
- **Se tem ou teve afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos.** Durante o tratamento com este medicamento pode ocorrer piodermite gangrenosa (ulceração dolorosa da pele) ou fascíte necrosante (uma infeção da pele/tecidos moles que se espalha rapidamente e pode colocar a vida em perigo). Contacte o seu médico imediatamente se surgirem sintomas de infeção à volta de uma lesão da pele, incluindo febre, dor, vermelhidão, inchaço ou se sair pus ou sangue. Este efeito é, geralmente, reversível após descontinuação do sunitinib. Foram notificados casos de erupções graves na pele (síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, eritema multiforme) com a utilização de sunitinib, que aparecem inicialmente no tronco como manchas avermelhadas semelhantes a alvos ou manchas circulares muitas vezes com bolhas no centro. A erupção pode progredir para bolhas generalizadas ou descamação da pele, e pode colocar a vida em perigo. Se tiver uma erupção ou tiver estes sintomas na pele, procure assistência médica imediata.
- **Se tem ou teve convulsões.** Informe o seu médico, assim que possível, se tem pressão sanguínea elevada, dores de cabeça, ou perda de visão.
- **Se tem diabetes.** Os níveis de açúcar no sangue nos doentes diabéticos devem ser monitorizados regularmente para avaliar se a dosagem do medicamento antidiabético necessita ser ajustada de forma a minimizar o risco de níveis baixos de açúcar no sangue. Informe o seu médico logo que possível se tiver quaisquer sinais e sintomas de níveis baixos de açúcar no sangue (fadiga, palpitações, transpiração, fome e perda de consciência).

Crianças e adolescentes

O Sutent não está recomendado para pessoas com menos de 18 anos de idade.

Outros medicamentos e Sutent

Informe o seu médico ou farmacêutico se estiver a tomar, tiver tomado recentemente, ou se vier a tomar outros medicamentos, incluindo medicamentos obtidos sem receita médica.

Alguns medicamentos podem afetar os níveis de Sutent no seu organismo. Deve informar o seu médico se estiver a tomar medicamentos que contenham as seguintes substâncias ativas:

- cetoconazol, itraconazol - utilizados para tratar infeções fúngicas
- eritromicina, claritromicina, rifampicina – usados para tratar infeções
- ritonavir – utilizado para tratar o VIH
- dexametasona – um corticosteroide utilizado em várias patologias (tais como doenças alérgicas/respiratórias ou doenças da pele)
- fenitoína, carbamazepina, fenobarbital – usado para tratar a epilepsia e outras condições neurológicas

- preparações à base de plantas contendo hipericão (*Hypericum perforatum*) - utilizadas no tratamento da depressão e ansiedade

Sutent com alimentos e bebidas

Deverá evitar tomar sumo de toranja durante o tratamento com Sutent.

Gravidez e amamentação

Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico ou farmacêutico antes de tomar este medicamento.

Se puder engravidar, deverá utilizar um método contraceutivo fiável durante o tratamento com Sutent.

Informe o seu médico se estiver a amamentar. Não deve amamentar durante o período de tratamento com Sutent.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Tome especial cuidado na condução ou utilização de máquinas se sentir tonturas ou se se sentir invulgarmente cansado.

Sutent contém sódio

Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por cápsula, ou seja, é praticamente “isento de sódio”.

3. Como tomar Sutent

Tome este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico. Fale com o seu médico se tiver dúvidas.

O seu médico irá prescrever-lhe a dose mais indicada para si, dependendo do tipo de cancro a ser tratado. Se está a receber tratamento para:

- GIST ou MRCC: a dose habitual é de 50 mg uma vez por dia, durante 28 dias (4 semanas), seguido de 14 dias (2 semanas) de repouso (sem medicação), administrado em ciclos de 6 semanas
- pNET: a dose habitual é 37,5 mg uma vez por dia sem um período de repouso.

O seu médico determinará a dose apropriada que deverá tomar, bem como se, e quando, deverá parar o tratamento com Sutent.

O Sutent pode ser tomado com ou sem alimentos.

Se tomar mais Sutent do que deveria

Informe imediatamente o seu médico se tomou acidentalmente demasiadas cápsulas. Poderá necessitar de cuidados médicos.

Caso se tenha esquecido de tomar Sutent

Não tome uma dose a dobrar para compensar uma dose que se esqueceu de tomar.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas.

Deve contactar o seu médico imediatamente se tiver algum dos seguintes efeitos indesejáveis graves (ver também **O que precisa de saber antes de tomar Sutent**):

Problemas de coração. Informe o seu médico se se sentir muito cansado, tiver falta de ar, ou se tiver pés e tornozelos inchados. Estes podem ser sintomas de problemas de coração que podem incluir insuficiência do coração e problemas no músculo do coração (cardiomiopatia).

Problemas em respirar ou dos pulmões. Informe o seu médico se desenvolver tosse, dor no peito, aparecimento súbito de falta de ar, ou se tossir sangue. Estes podem ser sintomas de uma situação chamada embolia pulmonar que ocorre quando coágulos sanguíneos são transportados para os seus pulmões.

Perturbações dos rins. Informe o seu médico se tiver alterações na frequência em urinar, ou se não urinar, que podem ser sintomas de insuficiência renal.

Hemorragia. Informe o seu médico se tiver algum destes sintomas ou um problema hemorrágico grave durante o tratamento com Sutent: estômago (abdómen) inchado e doloroso; vomitar sangue; fezes escuras e pegajosas; urina com sangue; dores de cabeça ou alteração do seu estado mental; tosse com sangue ou sangue expelido com a expetoração dos pulmões ou das vias respiratórias.

Destruição do tumor que leva a um orifício no intestino. Informe o seu médico se tiver dor abdominal grave, febre, náuseas, vômitos, sangue nas fezes, ou alteração dos seus hábitos intestinais.

Outros efeitos indesejáveis podem incluir:

Muito frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas)

- Redução do número de plaquetas, glóbulos vermelhos e/ou glóbulos brancos (por exemplo, neutrófilos).
- Falta de ar.
- Tensão arterial elevada.
- Cansaço extremo, perda de força.
- Inchaço devido a fluidos debaixo da pele e à volta dos olhos, erupção cutânea alérgica profunda.
- Dor/irritação na boca (da cavidade oral), boca (cavidade oral) sensibilizada/inflamada/desidratada, alterações do paladar, problemas no estômago, náuseas, vômitos, diarreia, prisão de ventre, dor/inchaço abdominal, perda/diminuição do apetite.
- Atividade da glândula tiroideia diminuída (hipotireoidismo).
- Tonturas.
- Dores de cabeça.
- Sangramento nasal.
- Dor de costas, dor articular.
- Dor nos braços e pernas.
- Pele amarela/descoloração da pele, pigmentação excessiva da pele, alterações na coloração do cabelo, erupção da pele nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, erupção, pele seca.
- Tosse.
- Febre.
- Dificuldade em adormecer.

Frequentemente (podem afetar até 1 em cada 10 pessoas)

- Coágulos de sangue nos vasos sanguíneos.
- Falta de fluxo sanguíneo para o músculo do coração, devido a obstrução ou constrição das artérias coronárias.
- Dor no peito.

- Diminuição da quantidade de sangue bombeada pelo coração.
- Retenção de líquido, incluindo em redor dos pulmões.
- Infecções.
- Complicação de infecção grave (a infecção está presente na corrente sanguínea) que pode levar a lesão dos tecidos, falência de órgãos e morte. Níveis de açúcar no sangue diminuídos (ver secção 2).
- Perda de proteína na urina resultando por vezes em inchaço.
- Sintomas semelhantes aos da gripe.
- Testes sanguíneos anómalos incluindo das enzimas pancreáticas e do fígado.
- Nível elevado de ácido úrico no sangue.
- Hemorroidas, dor no reto, sangramento das gengivas, dificuldade em engolir, ou incapacidade de engolir.
- Sensação de ardor ou dor na língua, inflamação no revestimento do aparelho digestivo, excesso de gás no estômago ou intestino.
- Perda de peso.
- Dor músculo-esquelética (dor nos músculos e ossos), fraqueza muscular, fadiga muscular, dor muscular, espasmos musculares.
- Secura nasal, congestão nasal.
- Fluxo lacrimal excessivo.
- Alteração da sensação da pele, comichão, descamação e inflamação da pele, bolhas, acne, descoloração das unhas, perda de cabelo.
- Sensações alteradas nas extremidades.
- Alteração, aumento ou diminuição da sensibilidade, particularmente ao toque.
- Azia.
- Desidratação.
- Afrontamentos.
- Cor da urina anómala.
- Depressão.
- Calafrios.

Pouco frequentes (podem afetar até 1 em cada 100 pessoas)

- Infecções dos tecidos moles, incluindo da região ano-genital (ver secção2).
- Acidente vascular cerebral.
- Ataque cardíaco causado por interrupção ou diminuição do fluxo sanguíneo para o coração.
- Alterações na atividade elétrica do coração ou ritmo do coração irregular.
- Líquido à volta do coração (derrame pericárdico).
- Insuficiência do fígado.
- Dor no estômago (abdómen) causada por inflamação do pâncreas.
- Destruição do tumor, que origina um orifício no intestino (perfuração).
- Inflamação (inchaço e rubor) da vesícula biliar, com ou sem cálculos biliares associados.
- Formação anormal de uma passagem, tipo tubo, de uma cavidade normal do corpo para outra cavidade do corpo ou pele.
- Dor na boca, dentes e/ou maxilares, inchaço ou feridas no interior da boca, dormência ou sensação de peso no maxilar, ou um dente a abanar. Estes podem ser sinais e sintomas de danos nos ossos do maxilar (osteonecrose), ver secção 2.
- Produção excessiva de hormonas da tiroide, aumentando a quantidade de energia que o corpo utiliza em repouso.
- Problemas com cicatrização de feridas após cirurgia.
- Níveis aumentados da enzima dos músculos (creatina fosfoquinase) no sangue.
- Reação excessiva a um alérgeno, incluindo febre dos fenos, erupção da pele, comichão na pele, urticária, inchaço de partes do corpo e problemas em respirar.
- Inflamação do cólon (colite, colite isquémica)

Raros (podem afetar até 1 em cada 1.000 pessoas)

- Reação grave na pele e/ou membranas mucosas (síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, eritema multiforme).

- Síndrome de lise tumoral (SLT) – SLT consiste num grupo de complicações metabólicas que podem ocorrer durante o tratamento do cancro. Estas complicações são causadas por produtos de degradação de células cancerígenas mortas e podem incluir: náuseas, falta de ar, batimento do coração irregular, câibras musculares, convulsões, turvamento da urina e cansaço associado a resultados dos testes laboratoriais anómalos (níveis altos de potássio, ácido úrico e fósforo, e níveis baixos de cálcio, no sangue) que podem levar a alterações da função do rim e insuficiência renal aguda.
- Lesão anómala do músculo, que pode originar problemas nos rins (rabdomiólise).
- Alterações anómalas no cérebro que podem causar diversos sintomas incluindo dores de cabeça, confusão, convulsões e perda de visão (síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível).
- Ulceração dolorosa da pele (piodermite gangrenosa).
- Inflamação do fígado (hepatite).
- Inflamação da glândula tiroideia.
- Danos nos vasos sanguíneos mais pequenos, conhecidos como Microangiopatia Trombótica (TMA).

Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis)

- Uma dilatação ou enfraquecimento da parede de um vaso sanguíneo ou uma rotura da parede de um vaso sanguíneo (aneurismas e dissecções das artérias).
- Falta de energia, confusão, sonolência, perda de consciência/coma – estes sintomas podem ser sinais de toxicidade cerebral causada por níveis elevados de amónia no sangue (encefalopatia hiperamonémica).

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através **sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#)**. Ao comunicar efeitos indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Sutent

- Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.
- Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso na cartonagem, no frasco e no blister, após “EXP”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.
- O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.
- Não utilize este medicamento se verificar que a embalagem está danificada ou apresenta sinais de violação.

Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Sutent

Sutent 12,5 mg cápsulas

A substância ativa é o sunitinib. Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg de sunitinib.

Os outros componentes são:

- *Conteúdo da cápsula:* manitol (E421), croscarmelose sódica, povidona (K-25), e estearato de magnésio.
- *Composição da cápsula:* gelatina, óxido de ferro vermelho (E172), e dióxido de titânio (E171).

- *Composição da tinta de impressão:* goma laca, propilenoglicol, hidróxido de sódio, povidona e dióxido de titânio (E171).

Sutent 25 mg cápsulas

A substância ativa é o sunitinib. Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 25 mg.

Os outros componentes são:

- *Conteúdo da cápsula:* manitol, croscarmelose sódica, povidona (K-25), e estearato de magnésio.
- *Composição da cápsula:* gelatina, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172) e óxido de ferro preto (E172).
- *Composição da tinta de impressão:* goma laca, propilenoglicol, hidróxido de sódio, povidona, e dióxido de titânio (E171).

Sutent 37,5 mg cápsulas

A substância ativa é o sunitinib. Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 37,5 mg.

Os outros componentes são:

- *Conteúdo da cápsula:* manitol, croscarmelose sódica, povidona (K-25), e estearato de magnésio.
- *Composição da cápsula:* gelatina, dióxido de titânio (E171) e óxido de ferro amarelo (E172).
- *Composição da tinta de impressão:* goma laca, propilenoglicol, hidróxido de potássio e óxido de ferro preto (E172).

Sutent 50 mg cápsulas

A substância ativa é o sunitinib. Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 50 mg.

Os outros componentes são:

- *Conteúdo da cápsula:* manitol, croscarmelose sódica, povidona (K-25), e estearato de magnésio.
- *Composição da cápsula:* gelatina, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172) e óxido de ferro preto (E172).
- *Composição da tinta de impressão:* goma laca, propilenoglicol, hidróxido de sódio, povidona, e dióxido de titânio (E171).

Qual o aspeto de Sutent e conteúdo da embalagem

Sutent 12,5 mg é fornecido como cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo cor de laranja, com “Pfizer” impresso com tinta branca na cabeça e “STN 12,5 mg” no corpo, contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 25 mg é fornecido como cápsulas de gelatina com a cabeça cor de caramelo e o corpo cor de laranja, com “Pfizer” impresso com tinta branca na cabeça e “STN 25 mg” no corpo, contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 37,5 mg é fornecido como cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo de cor amarela, com “Pfizer” impresso com tinta preta na cabeça e “STN 37,5 mg” no corpo, contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Sutent 50 mg é fornecido como cápsulas de gelatina com a cabeça e o corpo cor de caramelo, com “Pfizer” impresso com tinta branca na cabeça e “STN 50 mg” no corpo, contendo grânulos de cor amarela a laranja.

Está disponível em frascos de plástico de 30 cápsulas e em blisteres perfurados, de dose unitária contendo 28 x 1 cápsulas.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Bélgica

Fabricante

Pfizer Italia S.r.L
Via Del Commercio – Zone Industriale
63100 Marino del Tronto (Ascoli Piceno)
Itália

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

België/Belgique/Belgien
Luxembourg/Luxemburg
Pfizer NV/SA
Tél/Tel: +32 (0)2 554 62 11

Lietuva
Pfizer Luxembourg SARL filialas Lietuvoje
Tel. + 370 52 51 4000

България
Пфайзер Люксембург САРЛ, Клон България
Pfizer HCP Corporation
Тел.: +359 2 970 4333

Magyarország
Pfizer Kft.
Tel.: +36-1-488-37-00

Česká republika
Pfizer, spol. s r.o.
Tel.: +420 283 004 111

Malta
Vivian Corporation Ltd.
Tel: +356 21344610

Danmark
Pfizer ApS
Tlf: +45 44 20 11 00

Nederland
Pfizer BV
Tel: +31 (0)10 406 43 01

Deutschland
PFIZER PHARMA GmbH
Tel: +49 (0)30 550055-51000

Norge
Pfizer AS
Tlf: +47 67 52 61 00

Eesti
Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal
Tel.: +372 666 7500

Österreich
Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H.
Tel: +43 (0)1 521 15-0

Ελλάδα
Pfizer Ελλάς Α.Ε.
Τηλ: +30 210 6785 800

Polska
Pfizer Polska Sp. z o.o.
Tel.:+48 22 335 61 00

España
Pfizer, S.L.
Tel: +34 91 490 99 00

Portugal
Laboratórios Pfizer, Lda.
Tel: +351 21 423 5500

France
Pfizer
Tél: +33 (0)1 58 07 34 40

România
Pfizer Romania S.R.L.
Tel: +40 (0) 21 207 28 00

Hrvatska

Pfizer Croatia d.o.o.
Tel: + 385 1 3908 777

Ireland

Pfizer Healthcare Ireland
Tel: 1800 633 363 (toll free)
+44 (0) 1304616161

Ísland

Icepharma hf.
Sími: +354 540 8000

Italia

Pfizer S.r.l.
Tel: +39 06 33 18 21

Κύπρος

Pfizer Ελλάς A.E. (Cyprus Branch)
Τηλ.: + 357 22 817690

Latvija

Pfizer Luxembourg SARL filiāle Latvijā
Tel.: + 371 670 35 775

Slovenija

Pfizer Luxembourg SARL
Pfizer, podružnica za svetovanje s področja
farmacevtske dejavnosti, Ljubljana
Tel.: + 386 (0)1 52 11 400

Slovenská republika

Pfizer Luxembourg SARL, organizačná zložka
Tel.: + 421 2 3355 5500

Suomi/Finland

Pfizer Oy
Puh./Tel: +358 (0)9 43 00 40

Sverige

Pfizer AB
Tel: +46 (0)8 550 520 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Pfizer Limited
Tel: +44 (0)1304616161

Este folheto foi revisto pela última vez em {MM/AAAA}.

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>.

ANEXO IV

**CONCLUSÕES CIENTÍFICAS E FUNDAMENTOS DA ALTERAÇÃO DOS TERMOS
DAS AUTORIZAÇÕES DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Conclusões científicas

Tendo em conta o relatório de avaliação do PRAC sobre o(s) RPS para o sunitinib, as conclusões científicas do PRAC são as seguintes:

Em vista dos dados disponíveis sobre o risco de encefalopatia hiperamonémica da literatura, notificações espontâneas incluindo, em alguns casos, uma relação temporal estreita, um *de-challenge* e/ou *re-challenge* positivos, o PRAC considera que uma relação causal entre o sunitinib e encefalopatia hiperamonémica é, no mínimo, uma possibilidade razoável. O PRAC concluiu que a informação do medicamento de medicamentos que contêm sunitinib deve ser alterada em conformidade.

Após ter analisado a recomendação do PRAC, o CHMP concorda com as conclusões gerais e os fundamentos para a recomendação do PRAC.

Fundamentos da alteração dos termos da(s) autorização(ões) de introdução no mercado

Com base nas conclusões científicas relativas a sunitinib, o CHMP considera que o perfil de benefício-risco do(s) medicamento(s) que contém (contêm) sunitinib se mantém inalterado na condição de serem introduzidas as alterações propostas na informação do medicamento.

O CHMP recomenda a alteração dos termos da(s) autorização(ões) de introdução no mercado.