

ANHANG I

ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS

▼Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinqo 50 mg Filmtabletten
Cibinqo 100 mg Filmtabletten
Cibinqo 200 mg Filmtabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Cibinqo 50 mg Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 50 mg Abrocitinib.

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung
Jede Filmtablette enthält 1,37 mg Lactose-Monohydrat.

Cibinqo 100 mg Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 100 mg Abrocitinib.

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung
Jede Filmtablette enthält 2,73 mg Lactose-Monohydrat.

Cibinqo 200 mg Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 200 mg Abrocitinib.

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung
Jede Filmtablette enthält 5,46 mg Lactose-Monohydrat.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Filmtablette (Tablette)

Cibinqo 50 mg Filmtabletten

Rosafarbene, etwa 11 mm lange und 5 mm breite, ovale Tablette mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 50“ auf der anderen Seite.

Cibinqo 100 mg Filmtabletten

Rosafarbene, runde Tablette mit einem Durchmesser von etwa 9 mm mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 100“ auf der anderen Seite.

Cibinqo 200 mg Filmtabletten

Rosafarbene, etwa 18 mm lange und 8 mm breite, ovale Tablette mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 200“ auf der anderen Seite.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Cibinqo wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen.

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Die Behandlung sollte von einem Facharzt eingeleitet und überwacht werden, der über Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von atopischer Dermatitis verfügt.

Dosierung

Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 100 mg oder 200 mg einmal täglich, basierend auf den patientenindividuellen Merkmalen:

- Eine Anfangsdosis von 100 mg einmal täglich wird bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für venöse Thromboembolien (VTE), schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) und maligne Erkrankungen empfohlen (siehe Abschnitt 4.4). Spricht der Patient nicht ausreichend auf 100 mg einmal täglich an, kann die Dosis auf 200 mg einmal täglich erhöht werden.
- Eine Dosis von 200 mg einmal täglich kann bei Patienten angezeigt sein, die kein erhöhtes Risiko für VTE, MACE und maligne Erkrankungen bei hoher Krankheitslast haben, oder bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf 100 mg einmal täglich. Sobald die Erkrankung unter Kontrolle ist, sollte die Dosis auf 100 mg einmal täglich reduziert werden. Bleibt die Erkrankung nach Dosisreduktion nicht unter Kontrolle, kann eine erneute Behandlung mit 200 mg einmal täglich in Erwägung gezogen werden. Bei Jugendlichen (im Alter von 12 bis 17 Jahren) mit einem Körpergewicht von 25 kg bis < 59 kg beträgt die empfohlene Anfangsdosis 100 mg einmal täglich. Spricht der Patient nicht ausreichend auf eine Dosierung von 100 mg einmal täglich an, kann die Dosis auf 200 mg einmal täglich erhöht werden. Bei Jugendlichen, die mindestens 59 kg wiegen, kann eine Anfangsdosis von 100 mg oder 200 mg einmal täglich angezeigt sein.

Es sollte die niedrigste wirksame Dosis für die Erhaltungstherapie in Betracht gezogen werden.

Bei Patienten, bei denen nach 24 Behandlungswochen kein therapeutischer Nutzen nachgewiesen werden kann, ist eine Beendigung der Behandlung in Betracht zu ziehen.

Cibinqo kann alleine oder mit anderen Arzneimitteln zur topischen Anwendung bei atopischer Dermatitis angewendet werden.

Tabelle 1. Laborkontrollen und Routine-Überwachung

Laborkontrollen	Routine-Überwachung	Maßnahme
Großes Blutbild, einschließlich Thrombozytenzahl, absolute Lymphozytenzahl (absolute lymphocyte count, ALC), absolute Neutrophilenzahl (absolute neutrophil count, ANC) und Hämoglobin (Hb)	Vor Behandlungsbeginn, 4 Wochen nach Behandlungsbeginn und danach im Rahmen der Patientenroutineuntersuchung	Thrombozyten: Die Behandlung sollte beendet werden, wenn die Thrombozytenzahl $< 50 \times 10^3/\text{mm}^3$ beträgt.
		Absolute Lymphozytenzahl (ALC): Die Behandlung sollte unterbrochen werden, wenn die ALC $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ beträgt, und kann erneut begonnen werden, sobald die ALC wieder über diesem Wert liegt. Wird der genannte Wert bestätigt, sollte die Behandlung beendet werden.
		Absolute Neutrophilenzahl (ANC): Die Behandlung sollte unterbrochen werden, wenn die ANC $< 1 \times 10^3/\text{mm}^3$ beträgt, und kann erneut begonnen werden, sobald die ANC wieder über diesem Wert liegt.
		Hb: Die Behandlung sollte unterbrochen werden, wenn Hb $< 8 \text{ g/dl}$ beträgt, und kann erneut begonnen werden, sobald Hb wieder über diesem Wert liegt.
Lipidparameter	Vor Behandlungsbeginn, 4 Wochen nach Behandlungsbeginn und danach je nach Risiko des Patienten für kardiovaskuläre Erkrankungen und entsprechend den klinischen Leitlinien für Hyperlipidämie	Die Patienten sollten entsprechend den klinischen Leitlinien für Hyperlipidämie überwacht werden.

Behandlungsbeginn

Bei Patienten mit einer Thrombozytenzahl von $< 150 \times 10^3/\text{mm}^3$, einer absoluten Lymphozytenzahl von $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$, einer absoluten Neutrophilenzahl von $< 1,2 \times 10^3/\text{mm}^3$ oder einem Hämoglobinwert von $< 10 \text{ g/dl}$ sollte eine Therapie nicht begonnen werden (siehe Abschnitt 4.4).

Behandlungsunterbrechung

Wenn es bei einem Patienten zu einer schwerwiegenden Infektion, Sepsis oder opportunistischen Infektion kommt, sollte eine Behandlungsunterbrechung in Betracht gezogen werden, bis die Infektion unter Kontrolle ist (siehe Abschnitt 4.4).

Eine Behandlungsunterbrechung kann aufgrund von Laborwertveränderungen erforderlich werden, wie in Tabelle 1 beschrieben.

Auslassen einer Dosis

Wenn eine Dosis ausgelassen wurde, sollten Patienten angewiesen werden, die Dosis so bald wie möglich einzunehmen, es sei denn, es bleiben weniger als 12 Stunden bis zur nächsten vorgesehenen Dosis. In diesem Fall sollte die ausgelassene Dosis nicht mehr eingenommen werden. Anschließend sollte die Einnahme zu den regulär geplanten Zeitpunkten fortgesetzt werden.

Wechselwirkungen

Bei Patienten, die eine duale Therapie mit starken CYP2C19-Inhibitoren und mäßigen CYP2C9-Inhibitoren oder starke CYP2C19-Inhibitoren als Monotherapie erhalten (z. B. Fluvoxamin,

Fluconazol, Fluoxetin und Ticlopidin), sollte die empfohlene Dosis um die Hälfte auf 100 mg bzw. 50 mg einmal täglich reduziert werden (siehe Abschnitt 4.5).

Eine gleichzeitige Anwendung mit mäßigen oder starken Induktoren der Enzyme CYP2C19/CYP2C9 (z. B. Rifampicin, Apalutamid, Efavirenz, Enzalutamid, Phenytoin) wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.5).

Bei Patienten, die säurereduzierende Mittel (z. B. Antazida, Protonenpumpenhemmer und H₂-Rezeptorantagonisten) erhalten, ist eine Dosis von 200 mg Abrocitinib einmal täglich in Betracht zu ziehen (siehe Abschnitt 4.5)

Besondere Patientengruppen

Nierenfunktionsstörung

Bei Patienten mit leichter Nierenfunktionsstörung, d. h. einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) von 60 ml/min bis < 90 ml/min ist keine Dosisanpassung erforderlich.

Bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung (eGFR 30 ml/min bis < 60 ml/min) sollte die empfohlene Dosis Abrocitinib um die Hälfte auf 100 mg bzw. 50 mg einmal täglich reduziert werden (siehe Abschnitt 5.2).

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (eGFR < 30 ml/min) beträgt die empfohlene Anfangsdosis 50 mg einmal täglich. Die Tageshöchstdosis beträgt 100 mg (siehe Abschnitt 5.2).

Abrocitinib wurde bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz (end-stage renal disease, ESRD) unter Nierenersatztherapie nicht untersucht.

Leberfunktionsstörung

Bei Patienten mit leichter (Child-Pugh-Klasse A) oder mittelschwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse B) ist keine Dosisanpassung erforderlich. Bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse C) ist Abrocitinib kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Ältere Patienten

Für Patienten im Alter von 65 Jahren und älter beträgt die empfohlene Dosis 100 mg einmal täglich (siehe Abschnitt 4.4).

Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Cibinqo bei Kindern unter 12 Jahren ist bisher noch nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

Art der Anwendung

Das Arzneimittel wird einmal täglich unabhängig von den Mahlzeiten ungefähr zur selben Tageszeit eingenommen.

Bei Patienten, die unter Übelkeit leiden, kann die Einnahme der Tabletten mit einer Mahlzeit die Übelkeit verringern.

Die Tabletten sollten unzerkaut mit Wasser eingenommen werden. Sie sollten nicht geteilt, zerkleinert oder gekaut werden, da solche Arten der Anwendung nicht in klinischen Studien untersucht wurden.

4.3 Gegenanzeigen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile
- aktive, schwerwiegende systemische Infektionen, einschließlich Tuberkulose (TB, siehe Abschnitt 4.4)
- schwere Leberfunktionsstörungen (siehe Abschnitt 4.2)
- Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6)

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Bei folgenden Patienten sollte Abrocitinib nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen:

- Patienten im Alter von 65 Jahren und älter
- Patienten mit atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (wie aktuelle oder ehemalige Langzeitraucher)
- Patienten mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z. B. bestehende Malignome oder maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte)

Infektionen/schwerwiegende Infektionen

Bei Patienten, die mit Abrocitinib behandelt wurden, wurden schwerwiegende Infektionen berichtet. Die häufigsten schwerwiegenden Infektionen in klinischen Studien waren Herpes simplex, Herpes zoster und Pneumonie (siehe Abschnitt 4.8).

Da bei älteren und Diabetes-Patienten generell eine höhere Inzidenz für Infektionen vorliegt, ist bei der Behandlung von älteren Patienten und Patienten mit Diabetes Vorsicht geboten. Bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter sollte Abrocitinib nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (siehe Abschnitt 4.2).

Bei Patienten mit einer aktiven, schweren systemischen Infektion darf die Behandlung nicht eingeleitet werden (siehe Abschnitt 4.3).

Risiken und Nutzen der Behandlung sollten vor der Behandlung/ Beginn der Anwendung mit Abrocitinib abgewogen werden bei Patienten:

- mit chronischer oder rezidivierender Infektion
- die Tuberkulose ausgesetzt waren
- mit schwerwiegender oder opportunistischer Infektion in der Vorgeschichte
- die sich in Gebieten mit endemischer TB oder endemischen Mykosen aufgehalten oder diese bereist haben
- mit Grunderkrankungen, die sie für eine Infektion prädisponieren können.

Die Patienten sollten während und nach der Behandlung mit Abrocitinib engmaschig auf die Entwicklung von Anzeichen und Symptomen einer Infektion überwacht werden. Ein Patient, der während der Behandlung eine neue Infektion entwickelt, sollte umgehend einer umfassenden diagnostischen Untersuchung unterzogen werden. Eine geeignete antimikrobielle Therapie sollte eingeleitet werden. Der Patient sollte engmaschig überwacht und die Behandlung vorübergehend unterbrochen werden, wenn der Patient nicht auf die Standardtherapie anspricht.

Tuberkulose

In klinischen Studien mit Abrocitinib wurden Fälle von Tuberkulose beobachtet. Die Patienten sollten vor Beginn der Behandlung auf Tuberkulose (TB) getestet werden. In Regionen mit stark endemischer TB sollten jährliche Vorsorgeuntersuchungen auf TB in Betracht gezogen werden. Abrocitinib darf Patienten mit aktiver TB nicht gegeben werden (siehe Abschnitt 4.3). Bei Patienten mit neu

diagnostizierter oder zuvor unbehandelter latenter TB sollte vor der Einleitung der Behandlung eine vorbeugende Therapie der latenten TB begonnen werden.

Virusreaktivierung

Virusreaktivierungen, einschließlich Fälle der Reaktivierung von Herpes-Viren (z. B. Herpes zoster, Herpes simplex), wurden in klinischen Studien berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Die Rate der Herpes-zoster-Infektionen war höher bei Patienten, die mit 200 mg behandelt wurden, die 65 Jahre oder älter waren, die Herpes zoster in der Krankengeschichte hatten, die eine bestätigte ALC von $< 1 \times 10^3/\text{mm}^3$ vor dem Ereignis hatten und bei Patienten, die schwere atopische Dermatitis zu Studienbeginn hatten. (siehe Abschnitt 4.8). Falls ein Patient eine Herpes zoster-Infektion entwickelt, sollte erwogen werden die Behandlung vorübergehend zu unterbrechen, bis die Infektion abgeklungen ist.

Vor Beginn und während der Therapie sollte ein Screening auf eine Virushepatitis entsprechend den klinischen Leitlinien durchgeführt werden. Patienten mit nachweislich aktiver Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Infektion (Nachweis einer Hepatitis-C-Infektion mittels PCR) waren von den klinischen Studien ausgeschlossen (siehe Abschnitt 5.2). Patienten, die für Hepatitis-B-Oberflächen-Antigen negativ und für Hepatitis-B-Kern-Antikörper und für Hepatitis-B-Oberflächen-Antikörper positiv waren, wurden auf Hepatitis-B-Virus(HBV)-DNA getestet. Patienten mit HBV-DNA-Werten oberhalb der unteren Quantifizierungsgrenze (lower limit of quantification, LLQ) wurden ausgeschlossen. Bei Patienten ohne Nachweis von HBV-DNA oder Werten unterhalb der LLQ konnte die Behandlung unter Überwachung der HBV-DNA eingeleitet werden. Falls HBV-DNA festgestellt wird, ist ein Hepatologe zu konsultieren.

Impfungen

Es liegen keine Daten zum Ansprechen auf Impfungen bei Patienten unter Behandlung mit Abrocitinib vor. Die Anwendung von attenuierten Lebendimpfstoffen sollte während oder unmittelbar vor der Behandlung vermieden werden. Vor Beginn der Behandlung mit dem Arzneimittel wird empfohlen, bei allen Patienten alle Immunisierungen in Übereinstimmung mit den geltenden Impfpfehlungen auf den aktuellen Stand zu bringen. Dies gilt auch für prophylaktische Herpes-zoster-Impfungen.

Venöse thromboembolische Ereignisse (VTE)

Bei Patienten, die Abrocitinib erhielten, wurden tiefe Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) berichtet (siehe Abschnitt 4.8).

In einer großen randomisierten, aktiv-kontrollierten Studie mit Tofacitinib (einem anderen JAK-Inhibitor) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), die 50 Jahre und älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, wurde bei Tofacitinib im Vergleich zu TNF-Inhibitoren eine dosisabhängige höhere Rate an VTE, einschließlich tiefer Venenthrombose (TVT) und Lungenembolie (LE), beobachtet.

Bei einer Dosierung von 200 mg Abrocitinib wurde im Vergleich zu 100 mg Abrocitinib eine erhöhte Rate von VTE beobachtet.

Bei Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren oder Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (siehe auch Abschnitt 4.4 „Schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE)“ und „Maligne Erkrankungen“) sollte Abrocitinib nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Bei Patienten mit anderen bekannten VTE-Risikofaktoren als solche für kardiovaskuläre oder maligne Erkrankungen sollte Abrocitinib mit Vorsicht angewendet werden. VTE-Risikofaktoren, die keine kardiovaskulären Risikofaktoren bzw. Risikofaktoren für maligne Erkrankungen sind, umfassen VTE in der Vorgeschichte, Patienten, die sich einem größeren chirurgischen Eingriff unterziehen, Immobilisation, Anwendung kombinierter hormoneller Kontrazeptiva oder Hormonersatztherapie, Vorliegen einer erblichen Gerinnungsstörung.

Patienten sollten während der Behandlung mit Abrocitinib regelmäßig untersucht werden, um das VTE-Risiko neu zu bewerten.

Patienten mit Anzeichen und Symptomen von VTE sind unverzüglich zu untersuchen. Bei Patienten mit VTE-Verdacht ist Abrocitinib unabhängig von der Dosierung abzusetzen.

Schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE)

Bei Patienten, die Abrocitinib erhielten, wurden schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) beobachtet.

In einer großen randomisierten, aktiv kontrollierten Studie mit Tofacitinib (einem anderen JAK-Inhibitor) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), die 50 Jahre und älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, wurde bei Tofacitinib im Vergleich zu TNF-Inhibitoren eine höhere Inzidenz von schwerwiegenden unerwünschten kardiovaskulären Ereignissen (MACE), definiert als kardiovaskulärer Tod, nicht tödlicher Myokardinfarkt (MI) und nicht tödlicher Schlaganfall, beobachtet.

Daher sollte Abrocitinib bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter, bei aktuellen oder ehemaligen Langzeitrauchern und bei Patienten mit atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren in der Vorgeschichte nur dann angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Maligne Erkrankungen (mit Ausnahme von nicht-melanozytärem Hautkrebs [non-melanoma skin cancer, NMSC])

Bei Patienten, die JAK-Inhibitoren, einschließlich Abrocitinib, erhielten, wurden Lymphome und andere maligne Erkrankungen berichtet.

In einer großen randomisierten, aktiv kontrollierten Studie mit Tofacitinib (einem anderen JAK-Inhibitor) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), die 50 Jahre und älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, wurde bei Tofacitinib im Vergleich zu TNF-Inhibitoren eine höhere Inzidenz von malignen Erkrankungen, insbesondere Lungenkrebs, Lymphomen und nicht-melanozytärem Hautkrebs (NMSC), beobachtet.

Bei einer Dosierung von 200 mg Abrocitinib wurde im Vergleich zu 100 mg Abrocitinib eine erhöhte Inzidenz von malignen Erkrankungen (mit Ausnahme von nicht-melanozytärem Hautkrebs, NMSC) beobachtet.

Abrocitinib sollte nur dann bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter, bei aktuellen oder ehemaligen Langzeitrauchern bzw. bei Patienten mit anderen Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z. B. bestehende Malignome oder maligne Erkrankungen in der Vorgeschichte) angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Nicht-melanozytärer Hautkrebs

Bei Patienten, die Abrocitinib erhielten, wurden Fälle von nicht-melanozytärem Hautkrebs (NMSC) berichtet. Bei allen Patienten, insbesondere bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Hautkrebs, werden regelmäßige Hautuntersuchungen empfohlen.

Hämatologische Anomalien

Eine bestätigte absolute Lymphozytenzahl von $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ und Thrombozytenzahl von $< 50 \times 10^3/\text{mm}^3$ wurden bei weniger als 0,5 % der Patienten in klinischen Studien berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Bei Patienten mit einer Thrombozytenzahl von $< 150 \times 10^3/\text{mm}^3$, einer absoluten Lymphozytenzahl von $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$, einer absoluten Neutrophilenzahl von $< 1,2 \times 10^3/\text{mm}^3$ oder einem Hämoglobinwert von $< 10 \text{ g/dl}$ sollte eine Therapie mit Abrocitinib nicht begonnen werden.

(siehe Abschnitt 4.2). Das große Blutbild sollte 4 Wochen nach Einleitung der Therapie und danach im Rahmen der Patientenroutineuntersuchung kontrolliert werden (siehe Tabelle 1).

Lipide

Dosisabhängige Erhöhungen der Blutlipidwerte wurden bei mit Abrocitinib behandelten Patienten im Vergleich zu Placebo berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Die Lipidparameter sollten etwa 4 Wochen nach Beginn der Therapie und anschließend entsprechend dem Risiko des Patienten für kardiovaskuläre Erkrankungen überprüft werden (siehe Tabelle 1). Die Auswirkungen dieser Lipidwerterhöhungen auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität wurden nicht untersucht. Patienten mit abnormalen Lipidparametern sollten aufgrund der bekannten kardiovaskulären Risiken in Zusammenhang mit einer Hyperlipidämie weiter überwacht und entsprechend den klinischen Leitlinien behandelt werden.

Ältere Patienten

Das bei älteren Patienten beobachtete Sicherheitsprofil war dem der erwachsenen Population ähnlich, mit folgenden Ausnahmen: Ein höherer Anteil von Patienten ab einem Alter von 65 Jahren brach die klinischen Studien ab und hatte im Vergleich zu jüngeren Patienten häufiger schwerwiegende Nebenwirkungen. Patienten ab einem Alter von 65 Jahren entwickelten häufiger niedrige Thrombozyten- und absolute Lymphozytenzahlen. Die Inzidenzrate von Herpes zoster war bei Patienten ab einem Alter von 65 Jahren höher als bei jüngeren Patienten (siehe Abschnitt 4.8). Zu Patienten über einem Alter von 75 Jahren liegen begrenzte Daten vor.

Anwendung bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter

Angesichts des erhöhten Risikos für MACE, maligne Erkrankungen, schwerwiegende Infektionen und Mortalität jeglicher Ursache, das in einer großen randomisierten Studie mit Tofacitinib (einem anderen JAK-Inhibitor) bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter beobachtet wurde, sollte Abrocitinib bei diesen Patienten nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Immundefizienz und Immunsuppressiva

Patienten mit Immundefizienzstörungen oder Verwandten ersten Grades mit erblicher Immundefizienz waren aus den klinischen Studien ausgeschlossen. Zu solchen Patienten liegen keine Daten vor.

Die Kombination mit biologischen Immunmodulatoren, starken Immunsuppressiva wie z. B. Ciclosporin, oder anderen Januskinase (JAK)-Inhibitoren wurde nicht untersucht. Eine gleichzeitige Anwendung mit Abrocitinib wird nicht empfohlen, da das Risiko für eine additive Immunsuppression nicht ausgeschlossen werden kann.

Sonstige Bestandteile

Lactose-Monohydrat

Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, völligem Lactasemangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht anwenden.

Natrium

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro Tablette, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Mögliche Beeinflussung der Pharmakokinetik (PK) von Abrocitinib durch andere Arzneimittel

Abrocitinib wird vorwiegend über die Enzyme CYP2C19 und CYP2C9 und in geringerem Maße über die Enzyme CYP3A4 und CYP2B6 metabolisiert. Die aktiven Metaboliten werden über die Nieren

ausgeschieden und sind Substrate des organischen Anionentransporters 3 (OAT3). Daher können sich Arzneimittel, die Inhibitoren oder Induktoren dieser Enzyme und Transporter sind, auf die Exposition gegenüber Abrocitinib und/oder seinen aktiven Metaboliten auswirken. Entsprechende Dosisanpassungen werden in Abschnitt 4.2 beschrieben.

Gleichzeitige Anwendung mit CYP2C19/CYP2C9-Inhibitoren

Wenn 100 mg Abrocitinib zusammen mit Fluvoxamin (einem starken CYP2C19- und mittelstarken CYP3A-Inhibitor) oder Fluconazol (einem starken CYP2C19- und mittelstarken CYP2C9- und CYP3A-Inhibitor) gegeben wurde, erhöhte sich die Abrocitinib-Wirkstoffexposition (siehe Abschnitt 5.2) um jeweils 91 % bzw. 155 % im Vergleich zu einer alleinigen Gabe (siehe Abschnitt 4.2).

Gleichzeitige Anwendung mit CYP2C19/CYP2C9-Induktoren

Eine Anwendung von 200 mg Abrocitinib nach mehreren Dosen Rifampicin, einem starken Induktor von CYP-Enzymen, führte zu einer Verringerung der Abrocitinib-Wirkstoffexposition um etwa 56 % (siehe Abschnitt 4.2).

Gleichzeitige Anwendung mit OAT3-Inhibitoren

Bei einer gleichzeitigen Anwendung von 200 mg Abrocitinib mit dem OAT3-Inhibitor Probenecid erhöhte sich die Abrocitinib-Wirkstoffexposition um etwa 66 %. Dies ist nicht klinisch signifikant und eine Dosisanpassung ist nicht erforderlich.

Gleichzeitige Anwendung mit Arzneimitteln, die den pH-Wert im Magen erhöhen

Bei einer gleichzeitigen Anwendung von 200 mg Abrocitinib mit 40 mg Famotidin (einem H₂-Rezeptor-Antagonisten) verringerte sich die Abrocitinib-Wirkstoffkonzentration um etwa 35 %. Die Auswirkungen einer Erhöhung des pH-Werts im Magen durch Antazida oder Protonenpumpenhemmer (Omeprazol) auf die Pharmakokinetik von Abrocitinib wurden nicht untersucht und könnten ähnlich sein wie bei Famotidin. Die höhere Tagesdosis von 200 mg sollte bei Patienten in Betracht gezogen werden, die gleichzeitig mit Arzneimitteln behandelt werden, die den pH-Wert des Magens erhöhen, da diese die Wirksamkeit von Abrocitinib verringern können.

Mögliche Beeinflussung der PK anderer Arzneimittel durch Abrocitinib

In Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen mit oralen Kontrazeptiva (z. B. Ethinylestradiol/Levonorgestrel) wurden keine klinisch signifikanten Wirkungen von Abrocitinib beobachtet.

In vitro ist Abrocitinib ein Inhibitor des P-Glykoproteins (P-gp). Bei einer gleichzeitigen Anwendung von Dabigatranetexilat (ein P-gp-Substrat) mit einer Einzeldosis von 200 mg Abrocitinib erhöhten sich die AUC_{inf} und C_{max} von Dabigatran um etwa 53 % bzw. 40 % im Vergleich zur alleinigen Anwendung. Bei einer gleichzeitigen Anwendung von Abrocitinib und Dabigatran ist Vorsicht geboten. Die Auswirkungen von Abrocitinib auf die Pharmakokinetik anderer P-gp-Substrate wurden nicht untersucht. Vorsicht ist geboten, da sich die Konzentration von P-gp-Substraten mit engem therapeutischen Index, wie z. B. Digoxin, erhöhen könnte.

In vitro inhibiert Abrocitinib das CYP2C19-Enzym. Bei einer gleichzeitigen Verabreichung von Abrocitinib 200 mg einmal täglich mit einer Einzeldosis Omeprazol 10 mg erhöhten sich die AUC_{inf} und die C_{max} von Omeprazol um ca. 189 % bzw. 134 %. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Abrocitinib ein mäßig starker Inhibitor des CYP2C19-Enzyms ist. Vorsicht ist geboten bei der gleichzeitigen Anwendung von Abrocitinib mit Arzneimitteln mit engem therapeutischen Index, die hauptsächlich durch das CYP2C19-Enzym metabolisiert werden (z. B. S-Mephenytoin und Clopidogrel). Bei anderen Arzneimitteln, die hauptsächlich durch das CYP2C19-Enzym metabolisiert werden, kann eine Dosisanpassung entsprechend der jeweiligen Produktinformation erforderlich sein (z. B. Citalopram, Clobazam, Escitalopram und Selumetinib).

Bei einer gleichzeitigen Verabreichung von Abrocitinib 200 mg einmal täglich mit einer Einzeldosis Koffein 100 mg erhöhte sich die AUC_{inf} von Koffein um 40 % ohne Auswirkungen auf die C_{max} . Dies weist darauf hin, dass Abrocitinib ein leichter Inhibitor des Enzyms CYP1A2 ist. Es kann keine allgemeine Dosisanpassung empfohlen werden.

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Frauen im gebärfähigen Alter

Frauen im gebärfähigen Alter müssen angewiesen werden während der Behandlung und für 1 Monat nach der letzten Dosis Cibinqo eine zuverlässige Verhütungsmethode anzuwenden. Frauen sollte zudem geraten werden für eine entsprechende Schwangerschaftsplanung und -verhütung zu sorgen.

Schwangerschaft

Es liegen keine oder nur begrenzte Daten zur Anwendung von Abrocitinib bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt. Bei trächtigen Ratten und Kaninchen zeigten sich unter Abrocitinib embryofetale Letalität und Skelettveränderungen bei den Feten trächtiger Ratten und Kaninchen. Bei Ratten gab es zudem Auswirkungen auf die Geburt und peri-/postnatale Entwicklung (siehe Abschnitt 5.3). Cibinqo ist während der Schwangerschaft kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Abrocitinib in die Muttermilch übergeht und ob sich das Arzneimittel auf den gestillten Säugling oder die Milchproduktion auswirkt. Abrocitinib ging in die Muttermilch laktierender Ratten über. Ein Risiko für Neugeborene/Säuglinge kann nicht ausgeschlossen werden und Cibinqo ist während der Stillzeit kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Fertilität

Basierend auf den Ergebnissen bei Ratten könnte die Einnahme von Cibinqo bei Frauen im gebärfähigen Alter zu einer vorübergehenden Verminderung der Fertilität führen. Die Auswirkungen auf die weibliche Fertilität bei Ratten waren 1 Monat nach Beendigung der peroralen Verabreichung von Abrocitinib reversibel (siehe Abschnitt 5.3).

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Cibinqo hat keinen oder einen zu vernachlässigenden Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

4.8 Nebenwirkungen

Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

Die am häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen sind Übelkeit (15,1 %), Kopfschmerzen (7,9 %), Akne (4,8 %), Herpes simplex (4,2 %), Kreatinphosphokinase im Blut erhöht (3,8 %), Erbrechen (3,5 %), Schwindelgefühl und (3,4 %) und Schmerzen Oberbauch (2,2 %). Die häufigsten schwerwiegenden Nebenwirkungen sind Infektionen (0,3 %, siehe Abschnitt 4.4).

Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Insgesamt wurden in klinischen Studien zu atopischer Dermatitis 3 848 Patienten mit Abrocitinib behandelt. Davon wurden 3 050 Patienten (entsprechend 5 166 Patientenjahren Exposition) für die Sicherheitsanalyse berücksichtigt. Die integrierte Sicherheitsanalyse umfasste 1 997 Patienten, die

eine konstante Dosis von 200 mg Abrocitinib erhielten, und 1 053 Patienten, die eine konstante Dosis von 100 mg Abrocitinib erhielten. Bei 2 013 Patienten betrug der Expositionszeitraum mindestens 48 Wochen. Fünf placebokontrollierte Studien (703 Patienten mit 100 mg einmal täglich, 684 Patienten mit 200 mg einmal täglich und 438 Patienten mit Placebo) wurden zur Bewertung der Sicherheit von Abrocitinib im Vergleich zu Placebo für bis zu 16 Wochen herangezogen.

In Tabelle 2 sind die in klinischen Studien zur atopischen Dermatitis beobachteten Nebenwirkungen nach Systemorganklasse und Häufigkeit aufgeführt. Die Häufigkeitskategorien sind nach folgender Konvention definiert: sehr häufig ($\geq 1/10$), häufig ($\geq 1/100, < 1/10$), gelegentlich ($\geq 1/1\,000, < 1/100$), selten ($\geq 1/10\,000, < 1/1\,000$) und sehr selten ($< 1/10\,000$). Innerhalb jeder Häufigkeitskategorie sind die Nebenwirkungen nach abnehmendem Schweregrad angegeben.

Tabelle 2. Nebenwirkungen

Systemorganklasse	Sehr häufig	Häufig	Gelegentlich
Infektionen und parasitäre Erkrankungen		Herpes simplex ^a Herpes zoster ^b	Pneumonie
Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems			Thrombozytopenie Lymphopenie
Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen			Hyperlipidämie ^c
Erkrankungen des Nervensystems		Kopfschmerzen Schwindelgefühl	
Gefäßerkrankungen			Venöse Thromboembolie ^d
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	Übelkeit	Erbrechen Schmerzen Oberbauch	
Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes		Akne	
Untersuchungen		Kreatinphosphokinase erhöht > 5 × Obergrenze des Normalwerts (ULN) ^e	

- Herpes simplex umfasst die Begriffe oraler Herpes, Herpes simplex am Auge, genitaler Herpes und Herpesdermatitis.
- Herpes zoster umfasst den Begriff Herpes zoster am Auge.
- Hyperlipidämie umfasst die Begriffe Dyslipidämie und Hypercholesterinämie.
- Venöse Thromboembolie umfasst die Begriffe Lungenembolie und tiefe Venenthrombose.
- Beinhaltet bei routinemäßigen Laborkontrollen gemessene Veränderungen (siehe Text unten).

Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

Infektionen

In placebokontrollierten Studien die bis zu 16 Wochen dauerten, wurden bei 27,4 % der Patienten, die Placebo erhielten und bei jeweils 34,9 % bzw. 34,8 % der Patienten, die mit 100 mg bzw. 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, Infektionen berichtet. Die meisten Infektionen waren leicht oder mittelschwer. Der Prozentsatz der Patienten, die in den Behandlungsgruppen mit 200 mg bzw. 100 mg im Vergleich zu Placebo über infektionsbedingte Nebenwirkungen berichteten, betrug: Herpes simplex (4,2 % bzw. 2,8 % gegenüber 1,4 %), Herpes zoster (1,2 % bzw. 0,6 % gegenüber 0 %), Pneumonie (0,1 % bzw. 0,1 % gegenüber 0 %). Herpes simplex trat häufiger bei Patienten mit Herpes simplex oder Ekzema herpeticum in der Anamnese auf. Die meisten Herpes zoster Ereignisse betrafen ein Dermatom und waren nicht schwerwiegend. Bei den meisten opportunistischen Infektionen handelte es sich um Fälle eines Herpes zoster (0,70 pro 100 Patientenjahre in der Gruppe mit 100 mg Abrocitinib und 0,96 pro 100 Patientenjahre in der Gruppe mit 200 mg Abrocitinib), die in den meisten Fällen nicht schwerwiegende multidermatomale kutane Infektionen waren. Unter allen Patienten, die in klinischen Studien, einschließlich der Langzeitverlängerungsstudie, in einem gleich bleibendem Dosierschema mit entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, war die Inzidenzrate von Herpes zoster bei den mit 200 mg Abrocitinib behandelten Patienten (4,36 pro 100 Patientenjahre) höher als bei den mit 100 mg Abrocitinib behandelten Patienten (2,61 pro 100 Patientenjahre). Die Inzidenzraten von Herpes zoster waren zudem höher bei Patienten ab einem

Alter von 65 Jahren (HR 1,76), Patienten mit Herpes zoster in der Krankengeschichte (HR 3,41), Patienten mit schwerer atopischer Dermatitis zu Studienbeginn (HR 1,17) und Patienten mit einer bestätigten ALC von $< 1,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ vor dem Auftreten von Herpes zoster (HR 2,18) (siehe Abschnitt 4.4).

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer betrug die Rate schwerwiegender Infektionen 1,81 pro 100 Patientenjahre bei Patienten, die Placebo erhielten, 3,32 pro 100 Patientenjahre bei Patienten, die mit 100 mg behandelt wurden, und 1,12 pro 100 Patientenjahre bei Patienten, die mit 200 mg behandelt wurden. Unter allen Patienten, die in klinischen Studien, einschließlich der Langzeitverlängerungsstudie, in einem gleich bleibendem Dosierschema mit entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, betrug die Rate schwerwiegender Infektionen 2,20 pro 100 Patientenjahre bei den mit 100 mg behandelten Patienten und 2,46 pro 100 Patientenjahre bei den mit 200 mg behandelten Patienten. Die am häufigsten berichteten schwerwiegenden Infektionen waren Herpes simplex, Herpes zoster und Pneumonie (siehe Abschnitt 4.4).

Venöse Thromboembolie

Unter allen Patienten, die in klinischen Studien, einschließlich der Langzeitverlängerungsstudie, in einem gleich bleibendem Dosierschema mit entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, betrug die LE-Rate 0,21 pro 100 Patientenjahre für die 200 mg und 0,05 pro 100 Patientenjahre für die 100 mg. Die Rate der TVT betrug 0,06 pro 100 Patientenjahre in der 200-mg-Gruppe und 0,05 pro 100 Patientenjahre in der 100-mg-Gruppe (siehe Abschnitt 4.4).

Thrombozytopenie

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer ging die Behandlung mit einer dosisabhängigen Abnahme der Thrombozytenzahl einher. Maximale Auswirkungen auf die Thrombozyten wurden innerhalb der ersten 4 Wochen beobachtet. Anschließend normalisierten sich die Thrombozytenzahlen auch bei Fortsetzung der Therapie auf den Ausgangswert. Thrombozytenzahlen von $< 50 \times 10^3/\text{mm}^3$ wurden bei 0,1 % der Patienten berichtet, die 200 mg erhielten, sowie bei 0 Patienten, die 100 mg oder Placebo erhielten. Unter allen Patienten, die in klinischen Studien, einschließlich der Langzeitverlängerungsstudie, in einem gleich bleibendem Dosierschema mit entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, lag die Rate bestätigter Thrombozytenzahlen von $< 50 \times 10^3/\text{mm}^3$ 0,15 pro 100 Patientenjahre in der 200-mg-Gruppe und 0 pro 100 Patientenjahre in der 100-mg-Gruppe, wobei die meisten Ereignisse in Woche 4 auftraten. Patienten ab einem Alter von 65 Jahren hatten eine höhere Rate von Thrombozytenzahlen $< 75 \times 10^3/\text{mm}^3$ (siehe Abschnitt 4.4).

Lymphopenie

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer trat bei 0,3 % der Patienten, die mit 200 mg behandelt wurden, und 0 % der Patienten, die 100 mg oder Placebo erhielten, eine absolute Lymphozytenzahl von $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ auf. In beiden Fällen trat das Ereignis in den ersten 4 Wochen der Exposition auf. Unter allen Patienten, die in klinischen Studien, einschließlich der Langzeitverlängerungsstudie, in einem gleich bleibendem Dosierschema mit entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib behandelt wurden, betrug die Rate einer bestätigten ACL von $< 0,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ 0,34 pro 100 Patientenjahre in der 200-mg-Gruppe und 0 pro 100 Patientenjahre in der 100-mg-Gruppe. Die höchste Rate wurde bei Patienten ab einem Alter von 65 Jahren beobachtet (siehe Abschnitt 4.4).

Erhöhungen der Lipidwerte

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer wurde eine dosisabhängige Erhöhung des LDL-Cholesterins, des Gesamtcholesterins und des HDL-Cholesterins im Vergleich zu Placebo beobachtet. Die Erhöhung wurde in Woche 4 festgestellt und hielt bis zur finalen Visite der Behandlungsphase an. Es gab keine bedeutsamen Veränderungen des LDL/HDL-Quotienten bei Patienten, die mit Abrocitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Patienten, die Placebo erhielten. Ereignisse im Zusammenhang mit Hyperlipidämie traten bei 0,4 % der Patienten unter 100 mg Abrocitinib, 0,6 % der Patienten unter 200 mg Abrocitinib und 0 % der Placebo-Patienten auf (siehe Abschnitt 4.4).

Kreatinphosphokinase (CPK)

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer kam es bei jeweils 1,8 % der Placebo-Patienten, 1,8 % der Patienten, die 100 mg und 3,8 % der Patienten, die 200 mg Abrocitinib erhielten, zu signifikanten Erhöhungen der CPK-Werte ($> 5 \times \text{ULN}$). Die Erhöhungen waren in den meisten Fällen vorübergehend und erforderten kein Absetzen der Behandlung.

Übelkeit

In placebokontrollierten Studien mit bis zu 16 Wochen Dauer wurde bei 1,8 % der Patienten, die Placebo erhielten, und jeweils 6,3 % bzw. 15,1 % der Patienten, die mit 100 mg bzw. 200 mg behandelt wurden, Übelkeit berichtet. Bei 0,4 % der Patienten, die mit Abrocitinib behandelt wurden, wurde die Behandlung aufgrund von Übelkeit abgebrochen. Bei 63,5 % aller Patienten, die unter Übelkeit litten, trat die Nebenwirkung in der ersten Woche der Behandlung auf. Die mediane Dauer der Übelkeit betrug 15 Tage. In den meisten Fällen war die Übelkeit leicht bis mittelschwer.

Kinder und Jugendliche

Insgesamt wurden in klinischen Studien zu atopischer Dermatitis 635 Kinder und Jugendliche (12 bis unter 18 Jahren) mit Abrocitinib behandelt, was einer Exposition von 1 326,1 Patientenjahren entspricht. Das in klinischen Studien zu atopischer Dermatitis bei Jugendlichen beobachtete Sicherheitsprofil war dem der erwachsenen Population ähnlich.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das in [Anhang V](#) aufgeführte nationale Meldesystem anzuzeigen.

4.9 Überdosierung

Cibinqo wurde in klinischen Studien bis zu einer peroralen Einzeldosis von 800 mg und 400 mg täglich über einen Zeitraum von 28 Tagen angewendet. Die Nebenwirkungen waren vergleichbar mit solchen bei niedrigeren Dosierungen und es wurden keine spezifischen Toxizitäten erkannt. Im Falle einer Überdosierung wird empfohlen, den Patienten auf Anzeichen und Symptome von Nebenwirkungen zu überwachen (siehe Abschnitt 4.8). Die Behandlung sollte symptomatisch und unterstützend erfolgen. Es gibt kein spezifisches Antidot für eine Überdosierung mit diesem Arzneimittel.

Pharmakokinetische Daten zu einer peroralen Einzeldosis bis einschließlich 800 mg bei gesunden erwachsenen Probanden deuten darauf hin, dass mehr als 90 % der angewendeten Dosis voraussichtlich innerhalb von 48 Stunden ausgeschieden werden.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Dermatika, Mittel zur Behandlung der atopischen Dermatitis, exkl. Corticosteroide, ATC-Code: D11AH08

Wirkmechanismus

Abrocitinib ist ein Inhibitor der Januskinase (JAK)1. JAKs sind intrazelluläre Enzyme, die Signale, die durch Zytokin- oder Wachstumsfaktor-Rezeptor-Interaktionen an der Zellmembran entstehen, weiterleiten, um zelluläre Prozesse der Hämatopoese und Immunzellfunktion zu beeinflussen. JAKs phosphorylieren und aktivieren Signaltransduktoren und Aktivatoren der Transkription (STATs), die wiederum die intrazelluläre Aktivität, einschließlich der Genexpression, modulieren. Durch die

Hemmung von JAK1 werden diese Signalwege moduliert, indem die Phosphorylierung und Aktivierung von STATs verhindert wird.

In biochemischen Assays zeigte sich für Abrocitinib eine Selektivität für JAK1 gegenüber den anderen drei JAK-Isoformen JAK2 (28-fach), JAK3 (> 340-fach) und Tyrosinkinase 2 (TYK2, 43-fach). Im zellulären Umfeld hemmt es bevorzugt die zytokininduzierte STAT-Phosphorylierung durch Signalpaare, an denen JAK1 beteiligt ist unter Umgehung der Signalübertragung durch JAK2/JAK2- oder JAK2/TYK2-Paare. Die Relevanz der selektiven enzymatischen Hemmung spezifischer JAK-Enzyme für die klinische Wirkung ist derzeit nicht bekannt.

Pharmakodynamische Wirkungen

Klinische Biomarker

Die Behandlung mit Abrocitinib war mit einer dosisabhängigen Verringerung der Serum-Biomarker für Entzündungen bei atopischer Dermatitis (Interleukin-31 [IL-31], Interleukin-22 [IL-22], Eosinophilenzahl und TARC [thymus and activation regulated chemokine]), JAK1-Signalübertragung (Anzahl der natürlichen Killerzellen [NK] und IP-10 [interferon gamma-induced protein 10]) oder beides (hochsensitives C-reaktives Protein [hsCRP]) verbunden. Diese Veränderungen waren nach dem Absetzen der Behandlung reversibel.

Die mittlere absolute Lymphozytenzahl erhöhte sich bis 2 Wochen nach dem Beginn der Behandlung mit Abrocitinib und ging bis Monat 9 der Behandlung wieder auf den Ausgangswert zurück. Bei den meisten Patienten blieb die absolute Lymphozytenzahl innerhalb des Referenzbereichs. Die Behandlung mit Abrocitinib war mit einem dosisabhängigen Anstieg der Anzahl an B-Zellen und einer dosisabhängigen Verringerung der Anzahl an NK-Zellen assoziiert. Die klinische Bedeutung dieser Veränderungen der Anzahl an B-Zellen und NK-Zellen ist unbekannt.

Herz-Elektrophysiologie

Die Auswirkung von Abrocitinib auf das QTc-Intervall wurde bei Probanden untersucht, die in einer placebo- und positiv-kontrollierten QT-Studie (thorough QT study, TQT) eine supratherapeutische Einzeldosis von 600 mg Abrocitinib erhielten. Es wurde eine konzentrationsabhängige QTc-verlängernde Wirkung von Abrocitinib beobachtet. Der Mittelwert (90%-Konfidenzintervall) für die Verlängerung des QTc-Intervalls betrug 6,0 (4,52, 7,49) msec, was auf das Fehlen einer klinisch relevanten Wirkung von Abrocitinib auf das QTc-Intervall bei der untersuchten Dosis hinweist.

Klinische Wirksamkeit und Sicherheit

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Abrocitinib als Monotherapie und in Kombination mit wirkstoffhaltigen, topisch applizierten Hintergrundtherapien über einen Zeitraum von 12 bis 16 Wochen wurden bei 1 616 Patienten in 3 zulassungsrelevanten, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-3-Studien (MONO-1, MONO-2 und COMPARE) untersucht. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Abrocitinib als Monotherapie über 52 Wochen (mit der Möglichkeit einer Notfallbehandlung bei Patienten mit einem Krankheitsschub) wurden außerdem bei 1 233 Patienten in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-3-Studie mit Induktionsphase und randomisierter Absetzphase (REGIMEN) untersucht. Die Patienten in den 4 Studien waren 12 Jahre alt und älter und hatten eine mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis, definiert gemäß IGA ≥ 3 (Investigator's Global Assessment), EASI ≥ 16 (Eczema Area and Severity Index), eine betroffene Körperoberfläche (Body Surface Area, BSA) ≥ 10 % und PP-NRS ≥ 4 (Peak Pruritus Numerical Rating Scale) bei Baseline der Studie vor der Randomisierung. Patienten, die zuvor unzureichend auf eine Behandlung angesprochen hatten, bei denen eine topische Behandlung aus medizinischen Gründen nicht infrage kam oder die systemische Therapien erhalten hatten, konnten eingeschlossen werden. Alle Patienten, welche die Hauptstudien abschlossen, konnten in die Langzeit-Erweiterungsstudie EXTEND aufgenommen werden.

Patientencharakteristika zur Baseline

In den placebokontrollierten Studien (MONO-1, MONO-2, COMPARE) und der offenen Induktions- und randomisierten Studie mit kontrollierter Absetzphase (REGIMEN) waren über alle

Behandlungsgruppen hinweg 41,4 % bis 51,1 % der Teilnehmer weiblich, 59,3 % bis 77,8 % Kaukasier, 15,0 % bis 33,0 % Asiaten und 4,1 % bis 8,3 % schwarzer Hautfarbe. Das mittlere Alter lag bei 32,1 bis 37,7 Jahren. Im Alter von 65 Jahren und älter wurden insgesamt 134 Patienten in diese Studien eingeschlossen. In diesen Studien hatten 32,2 % bis 40,8 % der Patienten einen IGA-Ausgangswert von 4 (schwere atopische Dermatitis), und 41,4 % bis 59,5 % der Patienten hatten bereits eine systemische Behandlung ihrer atopischen Dermatitis erhalten. Zur Baseline betrug der mittlere EASI-Wert zwischen 28,5 und 30,9, der PP-NRS-Wert zwischen 7,0 und 7,3 und der Dermatology Life Quality Index (DLQI) zwischen 14,4 und 16,0.

Klinisches Ansprechen

Studien mit 12-wöchiger Monotherapie (MONO-1, MONO-2) und 16-wöchiger Kombinationstherapie (COMPARE)

In Woche 12 oder Woche 16 erreichte ein signifikant höherer Anteil an Patienten, die 100 mg oder 200 mg Abrocitinib einmal täglich erhielten, die beiden primären Endpunkte IGA 0 oder 1 und/oder EASI-75 im Vergleich zu den Placebo-Patienten (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4).

Im Vergleich zu Placebo erreichte ein signifikant höherer Anteil an Patienten, die 100 mg oder 200 mg Abrocitinib einmal täglich erhielten, eine Verbesserung um mindestens 4 Punkte auf der PP-NRS. Diese Verbesserung wurde bereits in Woche 2 festgestellt und hielt bis Woche 12 an (siehe Abbildung 1).

In der COMPARE-Studie wurde die Überlegenheit von 200 mg Abrocitinib im Vergleich zu Dupilumab in Woche 2 für den Anteil der Patienten gezeigt, die mindestens eine Verbesserung um 4 Punkte auf der PP-NRS erreichten, wobei bereits am Tag 4 nach der ersten Dosis ein signifikant höheres Ansprechen des Juckreizes beobachtet wurde.

Die Behandlungseffekte in den Subgruppen (d. h. Gewicht, Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft und systemische Vortherapie mit Immunsuppressiva) in MONO-1, MONO-2 und COMPARE waren mit den Ergebnissen der gesamten Studienpopulation konsistent.

Tabelle 3. Wirksamkeitsergebnisse von Abrocitinib als Monotherapie in Woche 12

	MONO-1 ^d			MONO-2 ^d		
	Woche 12			Woche 12		
	Abrocitinib-Monotherapie		PBO N = 77	Abrocitinib-Monotherapie		PBO N = 78
	200 mg QD N = 154	100 mg QD N = 156		200 mg QD N = 155	100 mg QD N = 158	
	% Responder (95%-KI)					
IGA 0 oder 1 ^a	43,8 ^e (35,9; 51,7)	23,7 ^e (17,0; 30,4)	7,9 (1,8; 14,0)	38,1 ^e (30,4; 45,7)	28,4 ^e (21,3; 35,5)	9,1 (2,7; 15,5)
EASI-75 ^b	62,7 ^e (55,1; 70,4)	39,7 ^e (32,1; 47,4)	11,8 (4,6; 19,1)	61,0 ^e (53,3; 68,7)	44,5 ^e (36,7; 52,3)	10,4 (3,6; 17,2)
PP-NRS4 ^c	57,2 ^e (48,8; 65,6)	37,7 ^e (29,2; 46,3)	15,3 (6,6; 24,0)	55,3 ^e (47,2; 63,5)	45,2 ^e (37,1; 53,3)	11,5 (4,1; 19,0)

Abkürzungen: KI = Konfidenzintervall, EASI = Eczema Area and Severity Index, IGA = Investigator Global Assessment, N = Anzahl randomisierter Patienten, PBO = Placebo, PP-NRS = Peak Pruritus Numerical Rating Scale, QD = einmal täglich

- IGA-Responder waren Patienten mit einem IGA-Wert von „erscheinungsfrei“ (clear, 0) oder „fast erscheinungsfrei“ (almost clear, 1, auf einer Skala mit 5 Punkten) und einer Verringerung gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 2 Punkte.
- EASI-75-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des EASI-Werts gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 75 %.
- PP-NRS4-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des PP-NRS-Werts gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 4 Punkte.
- Abrocitinib als Monotherapie
- Statistisch signifikant mit Adjustierung für Mehrfachtestung versus Placebo

Tabelle 4. Wirksamkeitsergebnisse von Abrocitinib in Kombination mit einer topischen Therapie in Woche 12 und Woche 16

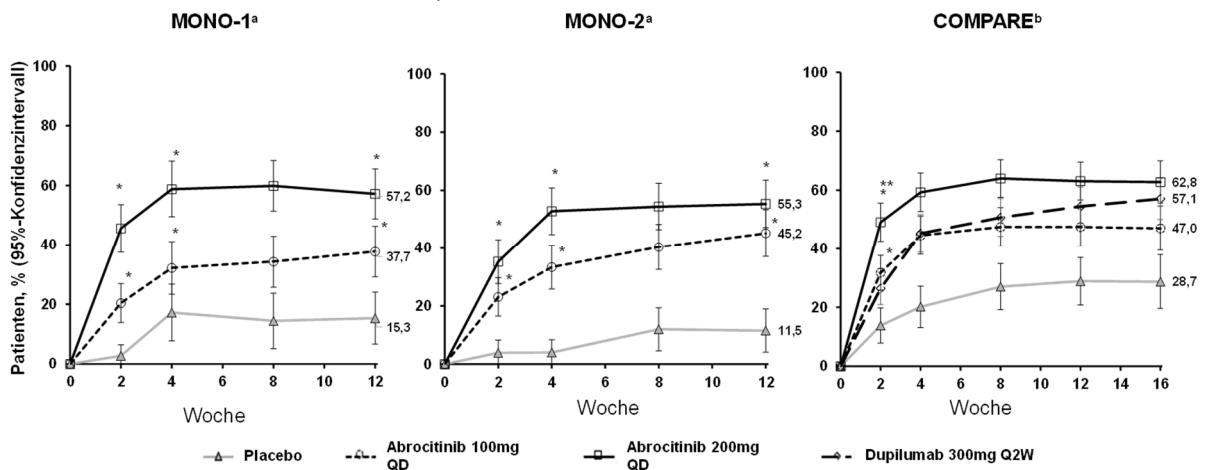
	COMPARE ^d							
	Woche 12				Woche 16			
	Abrocitinib + topische Therapie		PBO + topische Therapie ^e N = 131	DUP + topische Therapie N = 243	Abrocitinib + topische Therapie		PBO + topische Therapie N = 131	DUP + topische Therapie N = 243
200 mg QD N = 226	100 mg QD N = 238	200 mg QD N = 226			100 mg QD N = 238			
	% Responder (95%-KI)							
IGA 0 oder 1 ^a	48,4 ^e (41,8; 55,0)	36,6 ^e (30,4; 42,8)	14,0 (8,0; 19,9)	36,5 (30,4; 42,6)	47,5 ^e (40,9; 54,1)	34,8 ^e (28,6; 40,9)	12,9 (7,0; 18,8)	38,8 (32,5; 45,1)
EASI-75 ^b	70,3 ^e (64,3; 76,4)	58,7 ^e (52,4; 65,0)	27,1 (19,5; 34,8)	58,1 (51,9; 64,3)	71,0 ^e (65,1; 77,0)	60,3 ^e (53,9; 66,6)	30,6 (22,5; 38,8)	65,5 (59,4; 71,6)
PP-NRS4 ^c	63,1 (56,7; 69,6)	47,5 (40,9; 54,1)	28,9 (20,8; 37,0)	54,5 (47,9; 61,0)	62,8 (55,6; 70,0)	47,0 (39,5; 54,6)	28,7 (19,6; 37,9)	57,1 (50,1; 64,2)

Abkürzungen: KI = Konfidenzintervall, DUP = Dupilumab, EASI = Eczema Area and Severity Index, IGA = Investigator Global Assessment, N = Anzahl randomisierter Patienten, PBO = Placebo, PP-NRS = Peak Pruritus Numerical Rating Scale, QD = einmal täglich

- IGA-Responder waren Patienten mit einem IGA-Wert von „erscheinungsfrei“ (clear, 0) oder „fast erscheinungsfrei“ (almost clear, 1, auf einer Skala mit 5 Punkten) und einer Verringerung gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 2 Punkte.
- EASI-75-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des EASI-Werts gegenüber dem Ausgangswert um $\geq 75\%$.
- PP-NRS4-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des PP-NRS-Werts gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 4 Punkte.
- Abrocitinib in Kombination mit topischer Therapie
- Statistisch signifikant mit Adjustierung für Mehrfachtestung versus Placebo

Der Anteil an Patienten, die in den Studien MONO-1, MONO-2 und COMPARE im Zeitverlauf ein PP-NRS4-Ansprechen erreichten, ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1. Anteil an Patienten mit Erreichen eines PP-NRS4-Ansprechens im Zeitverlauf in MONO-1, MONO-2 und COMPARE



Abkürzungen: PP-NRS = Peak Pruritus Numerical Rating Scale; QD = einmal täglich; Q2W = alle zwei Wochen.

PP-NRS4-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des PP-NRS-Werts gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 4 Punkte.

- Abrocitinib als Monotherapie
- Abrocitinib in Kombination mit wirkstoffhaltiger topischer Therapie
- * Statistisch signifikant mit Adjustierung für Mehrfachtestung versus Placebo
- ** Statistisch signifikant mit Adjustierung für Mehrfachtestung versus Dupilumab

Gesundheitsbezogene Outcome-Parameter

In beiden Monotherapie-Studien (MONO-1 und MONO-2) und in der Kombinationstherapie-Studie (COMPARE) verbesserte Abrocitinib die von den Patienten berichteten Endpunkte (patient-reported outcomes, PRO) in Woche 12 im Vergleich zu Placebo signifikant, einschließlich Juckreiz, Schlaf

(SCORAD Sleep VAS), Symptome der AD (POEM), Lebensqualität (DLQI) und Symptome von Angst und Depression (HADS), die für Mehrfachtestung nicht adjustiert wurden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5. Patienten-berichtete Endpunkte der Abrocitinib-Monotherapie und von Abrocitinib in Kombination mit einer topischen Therapie in Woche 12

	Monotherapie						Kombinationstherapie		
	MONO-1			MONO-2			COMPARE		
	200 mg QD	100 mg QD	PBO	200 mg QD	100 mg QD	PBO	200 mg QD + topische Therapie	100 mg QD + topische Therapie	PBO + topische Therapie
N	154	156	77	155	158	78	226	238	131
SCORAD Sleep VAS, Veränderung gegenüber Ausgangswert (95%-KI)	-3,7* (-4,2; -3,3)	-2,9* (-3,4; -2,5)	-1,6 (-2,2; -1,0)	-3,8* (-4,2; -3,4)	-3,0* (-3,4; -2,6)	-2,1 (-2,7; -1,5)	-4,6* (-4,9; -4,3)	-3,7* (-4,0; -3,4)	-2,4 (-2,8; -2,0)
DLQI, \geq 4-Punkt-Verbesserung, % Responder	72,6 %*	67,2 %*	43,6 %	78,1 %*	73,3 %*	32,3 %	86,4 %*	74,7 %*	56,5 %
POEM, Veränderung gegenüber Ausgangswert (95%-KI)	-10,6* (-11,8; -9,4)	-6,8* (-8,0; -5,6)	-3,7 (-5,5; -1,9)	-11,0* (-12,1; -9,8)	-8,7* (-9,9; -7,5)	-3,6 (-5,3; -1,9)	-12,6* (-13,6; -11,7)	-9,6* (-10,5; -8,6)	-5,1 (-6,3; -3,9)
HADS Anxiety (Angst), Veränderung gegenüber Ausgangswert (95%-KI)	-2,1* (-2,5; -1,6)	-1,6 (-2,0; -1,1)	-1,0 (-1,7; -0,4)	-1,7* (-2,2; -1,2)	-1,6* (-2,1; -1,1)	-0,6 (-1,3; 0,2)	-1,6* (-2,0; -1,2)	-1,2* (-1,5; -0,8)	-0,4 (-0,9; 0,1)
HADS Depression, Veränderung gegenüber Ausgangswert (95%-KI)	-1,8* (-2,2; -1,4)	-1,4* (-1,8; -0,9)	-0,2 (-0,8; 0,4)	-1,4* (-1,8; -1,0)	-1,0* (-1,5; -0,6)	0,3 (-0,3; 0,9)	-1,6* (-1,9; -1,2)	-1,3* (-1,6; -0,9)	-0,3 (-0,7; 0,2)

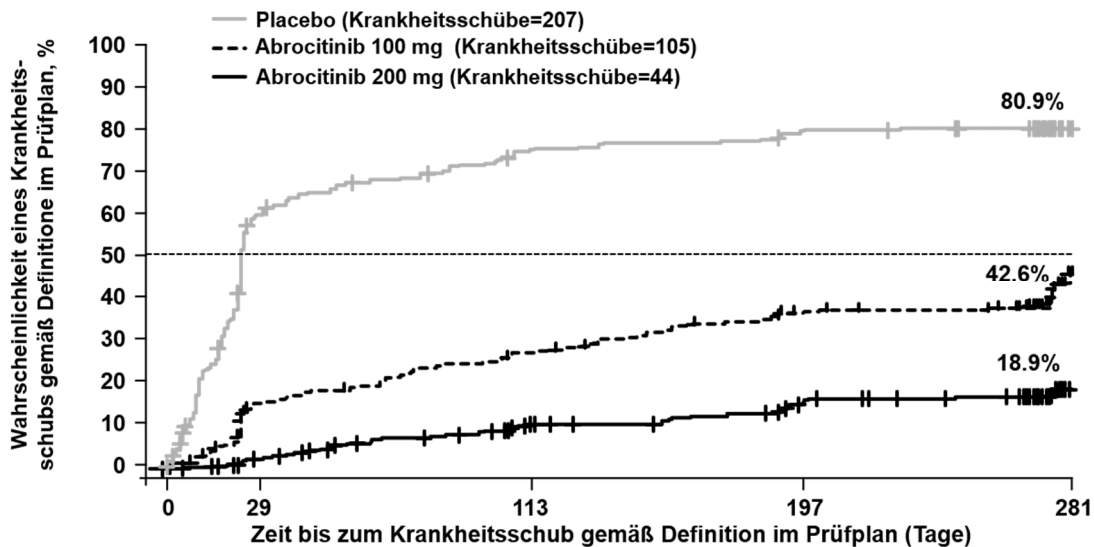
KI = Konfidenzintervall, DLQI = Dermatology Life Quality Index, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, N = Anzahl randomisierter Patienten, PBO = Placebo, POEM = Patient-Oriented Eczema Measure, QD = einmal täglich, SCORAD = SCORing for AD, VAS = visuelle Analogskala
*Statistisch signifikant ohne Adjustierung für Mehrfachtestung

Offene Induktions- und randomisierte Studie mit kontrollierter Absetzphase (REGIMEN)

Insgesamt 1.233 Patienten erhielten in der 12-wöchigen Einleitungsphase einmal täglich 200 mg unverblindetes Abrocitinib. Von diesen Patienten erfüllten 798 Patienten (64,7 %) die Kriterien für Responder (definiert als Erreichen eines IGA-Ansprechens [0 oder 1] und eines EASI-75) und wurden auf Placebo (267 Patienten), Abrocitinib 100 mg einmal täglich (265 Patienten) oder Abrocitinib 200 mg einmal täglich (266 Patienten) randomisiert.

Eine kontinuierliche Behandlung (kontinuierlich 200 mg) und eine Behandlung mit einer Induktions- und einer Erhaltungstherapie (200 mg für 12 Wochen, gefolgt von 100 mg) verhinderte Krankheitsschübe mit einer Wahrscheinlichkeit von 81,1 % bzw. 57,4 %, im Vergleich zu 19,1 % bei Patienten, bei denen die Behandlung nach einer 12-wöchigen Induktionsphase beendet wurde (Randomisierung auf Placebo). 351 Patienten, darunter 16,2 % mit 200 mg, 39,2 % mit 100 mg und 76,4 % mit Placebo, erhielten eine Notfallbehandlung mit 200 mg Abrocitinib in Kombination mit einer topischen Therapie.

Abbildung 2. Zeit bis zu einem Krankheitsschub gemäß Definition im Prüfplan



Abrocitinib als Monotherapie

Schub gemäß Definition im Prüfplan = Verlust von mindestens 50 % des EASI-Ansprechens in Woche 12 und ein IGA-Wert von 2 oder höher

Für Mehrfachtestung adjustiertes $p < 0,0001$ für 200 mg versus Placebo, 100 mg versus Placebo, 200 mg versus 100 mg

Langzeitwirksamkeit

Geeignete Patienten, die den gesamten Behandlungszeitraum einer qualifizierenden Hauptstudie (d. h. MONO-1, MONO-2, COMPARE, REGIMEN) abschlossen, kamen für die Aufnahme in die Langzeit-Erweiterungsstudie EXTEND infrage. In EXTEND erhielten die Patienten Abrocitinib mit oder ohne wirkstoffhaltige Hintergrundtherapie zur topischen Applikation. Patienten, die zuvor in den Hauptstudien auf 100 mg oder 200 mg des Arzneimittels einmal täglich randomisiert worden waren, erhielten in EXTEND weiterhin die gleiche Dosis wie in der Hauptstudie. In EXTEND erhielten die Patienten bis zum Abschluss der Hauptstudie eine doppelblinde Behandlung. Anschließend war die Behandlung nur noch einfach verblindet. (Die Behandlungszuordnung wurde den Prüfarzten, nicht aber den Patienten offengelegt.)

Von den Patienten, die nach 12 Wochen Behandlung ein Ansprechen erreichten und in EXTEND eingeschlossen wurden, bestand für beide Dosierungen von Abrocitinib das Ansprechen bei den meisten Patienten in Woche 96 der kumulativen Behandlung fort (64 % bzw. 72 % für das IGA-Ansprechen [0 oder 1], 87 % bzw. 90 % für EASI-75 und 75 % bzw. 80 % für PP-NRS4 bei 100 mg einmal täglich bzw. bei 200 mg einmal täglich).

Von den Patienten, die nach 12 Wochen Behandlung kein Ansprechen erreicht hatten und in EXTEND eingeschlossen wurden, erreichte ein bestimmter Anteil ein spätes Ansprechen in Woche 24 (ab Baseline) der fortgesetzten Behandlung mit Abrocitinib (25 % bzw. 29 % für das IGA-Ansprechen [0 oder 1] und 50 % bzw. 57 % für EASI-75 bei 100 mg einmal täglich bzw. bei 200 mg einmal täglich). Bei Patienten mit partiellem Ansprechen in Woche 12 bestand eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Behandlungsnutzens in Woche 24 als bei Patienten mit gar keinem Ansprechen in Woche 12.

Patienten, die in der COMPARE-Studie Dupilumab erhielten und anschließend in EXTEND eintraten, wurden bei Eintritt in EXTEND auf entweder 100 mg oder 200 mg Abrocitinib einmal täglich randomisiert. Von den Patienten, die nicht auf Dupilumab angesprochen hatten, erreichte ein erheblicher Anteil 12 Wochen nach der Umstellung auf Abrocitinib ein Ansprechen (34 % bzw. 47 % für das IGA-Ansprechen [0 oder 1] und 68 % bzw. 80 % für EASI-75 bei 100 mg einmal täglich bzw. bei 200 mg einmal täglich).

Kinder und Jugendliche

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat für Abrocitinib eine Zurückstellung von der Verpflichtung zur Vorlage von Ergebnissen zu Studien in einer oder mehreren pädiatrischen Altersklassen in der

Behandlung der atopischen Dermatitis gewährt (siehe Abschnitt 4.2 bzgl. Informationen zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen).

Die Wirksamkeit und Sicherheit einer 12-wöchigen Abrocitinib-Monotherapie wurden in zwei randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-3-Studien (MONO-1, MONO-2) untersucht, in die 124 Patienten im Alter von 12 bis unter 18 Jahren eingeschlossen waren. Die Wirksamkeit und Sicherheit einer Abrocitinib-Monotherapie über 52 Wochen (mit der Option einer Notfallbehandlung für Patienten mit Krankheitsschüben) wurden auch in einer offenen Induktions- und randomisierten Studie mit kontrollierter Absetzphase (REGIMEN) untersucht, an der 246 Patienten im Alter von 12 bis unter 18 Jahren teilnahmen. In diesen Studien waren die Ergebnisse in der jugendlichen Subgruppe konsistent mit den Ergebnissen in der gesamten Studienpopulation.

Die Wirksamkeit und Sicherheit einer 12-wöchigen Behandlung mit Abrocitinib in Kombination mit einer wirkstoffhaltigen topischen Hintergrundtherapie wurden in der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-3-Studie TEEN untersucht. Die Studie umfasste 287 Patienten im Alter von 12 bis unter 18 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, definiert als IGA-Score ≥ 3 , EASI-Score ≥ 16 , betroffene BSA $\geq 10\%$ und PP-NRS-Score ≥ 4 bei der Baseline-Visite vor Randomisierung. Patienten, die zuvor unzureichend auf eine Therapie angesprochen oder eine systemische Therapie erhalten hatten, kamen für den Einschluss in Frage.

Patientencharakteristika zur Baseline

In TEEN waren über alle Behandlungsgruppen hinweg 49,1 % der Patienten weiblich, 56,1 % Kaukasier, 33,0 % Asiaten und 6,0 % schwarzer Hautfarbe. Das mediane Alter war 15 Jahre, und der Anteil an Patienten mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA von 4) lag bei 38,6 %.

Die Ergebnisse der 12-wöchigen Behandlung mit Abrocitinib bei Jugendlichen in der gepoolten MONO-1 und MONO-2 sowie der Studie TEEN sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6. Wirksamkeitsergebnisse bei Jugendlichen in gepoolten MONO-1 und MONO-2 sowie in TEEN in Woche 12

	gepoolte MONO-1 und MONO-2			TEEN ^d		
	Abrocitinib 200 mg QD	Abrocitinib 100 mg QD	Placebo	Abrocitinib 200 mg QD	Abrocitinib 100 mg QD	Placebo
IGA 0 oder 1^a						
N	48	50	23	93	89	94
%	31,3	22,0	8,7	46,2 ^e	41,6 ^e	24,5
95% KI	(18,1; 44,4)	(10,5; 33,5)	(0,0; 20,2)	(36,1; 56,4)	(31,3; 51,8)	(15,8; 33,2)
EASI-75^b						
N	48	50	23	93	89	94
%	56,3	44,0	8,7	72,0 ^e	68,5 ^e	41,5
95% KI	(42,2; 70,3)	(30,2; 57,8)	(0,0; 20,2)	(62,9; 81,2)	(58,9; 78,2)	(31,5; 51,4)
PP-NRS4^c						
N	36	42	22	74	76	84
%	61,1	28,6	9,1	55,4 ^e	52,6	29,8
95% KI	(45,2; 77,0)	(14,9; 42,2)	(0,0; 21,1)	(44,1; 66,7)	(41,4; 63,9)	(20,0; 39,5)

Abkürzungen: KI = Konfidenzintervall; EASI = Eczema Area and Severity Index; IGA = Investigator Global Assessment; N = Anzahl der auswertbaren Patienten; PP-NRS = Peak Pruritus Numerical Rating Scale; QD = einmal täglich.

- IGA-Responder waren Patienten mit einem IGA-Wert von „erscheinungsfrei“ (clear, 0) oder „fast erscheinungsfrei“ (almost clear, 1, auf einer Skala mit 5 Punkten) und einer Verringerung gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 2 Punkte.
- EASI-75-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des EASI-Werts gegenüber dem Ausgangswert um $\geq 75\%$
- PP-NRS4-Responder waren Patienten mit einer Verbesserung des PP-NRS-Werts gegenüber dem Ausgangswert um ≥ 4 Punkte.
- Abrocitinib in Kombination mit wirkstoffhaltiger topischer Therapie.
- Statistisch signifikant mit Adjustierung für Mehrfachtestung versus Placebo.

Unter den jugendlichen Patienten, die nach 12 Wochen Behandlung ein Ansprechen erreicht hatten und in die Langzeit-Erweiterungsstudie EXTEND eingeschlossen wurden, bestand für beide Dosierungen von Abrocitinib das Ansprechen für die Mehrheit der Patienten in Woche 96 der

kumulativen Behandlung fort (62 % und 78 % für das IGA-Ansprechen [0 oder 1], 89 % und 93 % für EASI-75 und 77 % und 76 % für PP-NRS4 mit 100 mg bzw. 200 mg einmal täglich).

Unter den jugendlichen Patienten, die nach 12 Wochen Behandlung kein Ansprechen erreicht hatten und in EXTEND eingeschlossen wurden, erreichte ein Anteil der Patienten ein spätes Ansprechen bis Woche 24 (ab Baseline) der fortgesetzten Behandlung für beide Dosierungen von Abrocitinib (34 % und 28 % für das IGA-Ansprechen [0 oder 1] und 41 % und 55 % für EASI-75 mit 100 mg bzw. 200 mg einmal täglich).

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Resorption

Abrocitinib wird gut resorbiert, mit einer oralen Resorption von über 91 % und einer absoluten oralen Bioverfügbarkeit von etwa 60 %. Nach oraler Gabe wird Abrocitinib rasch resorbiert, und die Spitzenkonzentration im Plasma wird nach 1 Stunde erreicht. Steady-State-Plasmakonzentrationen von Abrocitinib werden innerhalb von 48 Stunden nach einmal täglicher Gabe erreicht. Sowohl die C_{max} als auch die AUC von Abrocitinib stiegen dosisproportional bis zu einer Dosis von 200 mg an. Die gleichzeitige Anwendung von Abrocitinib mit einer fettreichen Mahlzeit hatte keine klinisch relevanten Auswirkungen auf die Abrocitinib-Exposition. (AUC und C_{max} erhöhten sich um etwa 26 % bzw. 29 %, und die T_{max} verlängerte sich um 2 Stunden.) In klinischen Studien wurde Abrocitinib unabhängig von den Mahlzeiten angewendet (siehe Abschnitt 4.2).

Verteilung

Das Verteilungsvolumen von Abrocitinib beträgt nach intravenöser Infusion etwa 100 l. Jeweils etwa 64 %, 37 % bzw. 29 % des zirkulierenden Abrocitinibs und seiner aktiven Metaboliten M1 und M2 werden an Plasmaproteine gebunden. Abrocitinib und seine aktiven Metaboliten verteilen sich zu gleichen Teilen auf rote Blutzellen und Plasma.

Biotransformation

In vitro wird die Metabolisierung von Abrocitinib durch verschiedene CYP-Enzyme vermittelt: CYP2C19 (ca. 53 %), CYP2C9 (ca. 30 %), CYP3A4 (ca. 11 %) und CYP2B6 (ca. 6 %). In einer Humanstudie mit radioaktiver Markierung war Abrocitinib die am häufigsten zirkulierende Spezies, wobei hauptsächlich 3 polare monohydroxylierte Metaboliten als M1 (3-Hydroxypropyl), M2 (2-Hydroxypropyl) und M4 (Pyrrolidinon-Pyrimidin) identifiziert wurden. Im Steady-State sind M2 und M4 die Hauptmetaboliten, und M1 ist ein Nebenmetabolit. Von den 3 zirkulierenden Metaboliten haben M1 und M2 ein ähnliches JAK-inhibitorisches Profil wie Abrocitinib, während M4 pharmakologisch inaktiv war. Die pharmakologische Aktivität von Abrocitinib ist auf die ungebundene Exposition des Elternmoleküls (ca. 60 %) sowie von M1 (ca. 10 %) und M2 (ca. 30 %) in der systemischen Zirkulation zurückzuführen. Die Summe der ungebundenen Expositionen von Abrocitinib, M1 und M2, jeweils ausgedrückt in molaren Einheiten und bereinigt um die relativen Potenzen, wird als der aktive Anteil von Abrocitinib bezeichnet.

Bei Interaktionsstudien mit Substraten von BCRP und OAT3 (z. B. Rosuvastatin), MATE1/2K (z. B. Metformin), CYP3A4 (z. B. Midazolam) und CYP2B6 (z. B. Efavirenz) wurden keine klinisch signifikanten Wirkungen von Abrocitinib beobachtet.

Elimination

Die Eliminationshalbwertszeit von Abrocitinib beträgt etwa 5 Stunden. Abrocitinib wird hauptsächlich durch metabolische Clearance-Mechanismen eliminiert, wobei weniger als 1 % der Dosis als unveränderter Wirkstoff im Urin ausgeschieden wird. Die Metaboliten von Abrocitinib, M1, M2 und M4, werden überwiegend im Urin ausgeschieden und sind Substrate des OAT3-Transporters.

Besondere Patientengruppen

Körpergewicht, Geschlecht, Genotyp, ethnische Herkunft und Alter

Körpergewicht, Geschlecht, CYP2C19/2C9-Genotyp, ethnische Herkunft und Alter hatten keine klinisch bedeutsamen Auswirkungen auf die Abrocitinib-Exposition (siehe Abschnitt 4.2).

Jugendliche (≥ 12 bis < 18 Jahre)

Populationspharmakokinetische Analysen zeigten keinen klinisch relevanten Unterschied der mittleren Abrocitinib-Exposition im Steady-State bei jugendlichen Patienten im Vergleich zu Erwachsenen mit alterstypischem Körpergewicht.

Kinder (< 12 Jahre)

Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen wurden nur bei Erwachsenen durchgeführt. Die Pharmakokinetik von Abrocitinib bei Kindern unter 12 Jahren ist bisher noch nicht nachgewiesen (siehe Abschnitt 4.2).

Nierenfunktionsstörung

In einer Studie zur Nierenfunktionsstörung wiesen Patienten mit schwerer (eGFR < 30 ml/min) und mittelschwerer (eGFR 30 ml/min bis < 60 ml/min) Nierenfunktionsstörung einen Anstieg der AUC_{inf} des aktiven Anteils um ca. 191 % bzw. 110 % im Vergleich zu Patienten mit normaler Nierenfunktion (eGFR ≥ 90 ml/min) auf (siehe Abschnitt 4.2). Die Pharmakokinetik von Abrocitinib wurde bei Patienten mit leichter Nierenfunktionsstörung nicht bestimmt. Basierend auf den beobachteten Ergebnissen in anderen Gruppen ist bei Patienten mit leichter Nierenfunktionsstörung (eGFR 60 ml/min bis < 90 ml/min) ein Anstieg der Exposition gegenüber dem aktiven Anteil um bis zu 70 % zu erwarten. Der Anstieg von bis zu 70 % ist klinisch nicht bedeutsam, da die Wirksamkeit und Sicherheit von Abrocitinib bei Patienten mit atopischer Dermatitis mit leichter Nierenfunktionsstörung (n = 756) mit der Gesamtpopulation in klinischen Studien der Phase 2 und 3 vergleichbar war. Die eGFR der einzelnen Patienten wurde anhand der MDRD-Formel (Modification of Diet in Renal Disease) berechnet.

Abrocitinib wurde bei Patienten mit ESRD unter Nierenersatztherapie nicht untersucht (siehe Abschnitt 4.2). In klinischen Phase-3-Studien wurde Abrocitinib nicht bei Patienten mit atopischer Dermatitis mit Ausgangswerten der Kreatinin-Clearance unter 40 ml/min untersucht.

Leberfunktionsstörung

Bei Patienten mit leichter Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse A) war die AUC_{inf} des aktiven Anteils im Vergleich zu Patienten mit normaler Leberfunktion um etwa 4 % verringert. Bei Patienten mit mittelschwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse B) war sie um etwa 15 % erhöht. Diese Veränderungen sind klinisch nicht signifikant, und bei Patienten mit leichter oder mittelschwerer Leberfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 4.2). Abrocitinib wurde in klinischen Studien nicht bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse C, siehe Abschnitt 4.3) oder bei Nachweis einer aktiven Hepatitis B oder C untersucht (siehe Abschnitt 4.4).

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Allgemeine Toxizität

Verminderte Lymphozytenzahlen sowie eine verringerte Größe und/oder lymphoide Zellularität von Organen/Geweben des Immunsystems und des blutbildenden Systems wurden in präklinischen Studien beobachtet und auf die pharmakologischen Eigenschaften (JAK-Hemmung) von Abrocitinib zurückgeführt.

In Toxizitätsstudien mit einer bis zu 1-monatigen Gabe von Abrocitinib an Ratten in einem Alter, das mit dem Alter menschlicher Jugendlicher ab 12 Jahren vergleichbar ist, wurde mikroskopisch eine

Knochendystrophie festgestellt, die als vorübergehend und reversibel eingestuft wurde. Die Expositionsgrenzen, bei denen kein Knochenbefund festgestellt wurde, betragen das 5,7- bis 6,1-fache der AUC beim Menschen bei der empfohlenen Höchstdosis beim Menschen (maximum recommended human dose, MRHD) von 200 mg. In der 6-monatigen Toxizitätsstudie an Ratten wurden bei keiner Dosis (bis zum 25-fachen der AUC beim Menschen bei der MRHD von 200 mg) Knochenbefunde festgestellt. Auch in den Toxizitätsstudien bei Javaneraffen (in einem Alter, das einem Alter beim Menschen von ≥ 8 Jahren vergleichbar war, mit bis zum 30-fachen der AUC beim Menschen bei der MRHD von 200 mg) wurden keine Knochenbefunde nachgewiesen.

Genotoxizität

Abrocitinib war im bakteriellen Mutagenitätstest (Ames-Test) nicht mutagen. Gemäß den Ergebnissen des *in vivo* Mikronukleustests an Rattenknochenmark war Abrocitinib nicht aneugen oder klastogen.

Karzinogenität

Bei 6 Monate alten Tg.rasH2-Mäusen, denen Abrocitinib in oralen Dosen von bis zu 75 mg/kg/Tag bei weiblichen bzw. 60 mg/kg/Tag bei männlichen Mäusen verabreicht wurde, wurden keine Hinweise auf eine Tumorigenität festgestellt. In der 2-Jahres-Studie zur Karzinogenität wurde bei weiblichen Ratten bei der niedrigsten getesteten Dosis eine höhere Inzidenz von gutartigen Thymomen festgestellt. Daher wurde die niedrigste Dosis mit beobachtbarer schädlicher Wirkung (lowest observed adverse effect level, LOAEL) bei weiblichen Tieren auf eine Exposition festgelegt, die dem 0,6-fachen der menschlichen AUC bei einer MRHD von 200 mg entspricht. Bei männlichen Tieren wurde die Dosis ohne beobachtete schädliche Wirkungen (no observed adverse effect level, NOAEL) bei einer Exposition festgelegt, die dem 13-fachen der menschlichen AUC bei einer MRHD von 200 mg entspricht. Die Relevanz des Nachweises gutartiger Thymome für den Menschen ist nicht bekannt.

Reproduktions- und Entwicklungstoxizität

Abrocitinib hatte keine Auswirkungen auf die männliche Fertilität oder Spermatogenese. Abrocitinib hatte Auswirkungen auf die weibliche Fertilität (niedrigerer Fertilitätsindex, Verringerung von Corpora lutea und Implantationsstellen sowie Postimplantationsverluste), jedoch wurden bei Expositionen, die dem 1,9-fachen der menschlichen AUC bei der MRHD von 200 mg entsprachen, keine Auswirkungen auf die Fertilität festgestellt. Die Auswirkungen waren 1 Monat nach Beendigung der Behandlung reversibel.

In Studien zur embryofetalen Entwicklung an Ratten oder Kaninchen wurden keine Missbildungen des Fetus festgestellt. In einer Studie zur embryofetalen Entwicklung bei trächtigen Kaninchen wurden bei der niedrigsten getesteten Dosis mit Expositionen, die dem 0,14-fachen der ungebundenen menschlichen AUC bei der MRHD von 200 mg entsprachen, Auswirkungen auf das embryofetale Überleben festgestellt. Erhöhte Inzidenzen von fehlenden Verknöcherungen der Phalangen und Tarsalknochen der Hintergliedmaßen sowie Phalangen der Vordergliedmaßen bei den Jungtieren wurden beobachtet. Die Auswirkungen auf die Phalangen der Vordergliedmaßen traten bei Expositionen auf, die dem 0,14-fachen der ungebundenen humanen AUC bei der MRHD von 200 mg entsprachen.

In einer Studie zur embryofetalen Entwicklung bei trächtigen Ratten wurde zwar eine erhöhte embryofetale Letalität festgestellt, aber nicht bei einer Exposition, die dem 10-fachen der menschlichen AUC bei der MRHD von 200 mg entsprach. Bei den Feten wurde eine erhöhte Inzidenz von Skelettvariationen mit kurzer 13. Rippe, verringertem ventralen Fortsatz, verdickten Rippen und nicht verknöcherten Metatarsalien festgestellt, aber nicht bei Expositionen, die dem 2,3-fachen der menschlichen AUC bei einer MRHD von 200 mg entsprachen.

In einer prä- und postnatalen Entwicklungsstudie an trächtigen Ratten traten bei den Muttertieren Dystokien mit verlängerter Geburt auf und die Nachkommen hatten ein geringeres Körpergewicht und eine geringere postnatale Überlebensrate. Bei Expositionen, die dem 2,3-fachen der menschlichen

AUC bei der MRHD von 200 mg entsprachen, wurde weder bei den Muttertieren noch bei den Nachkommen eine maternale oder entwicklungsbezogene Toxizität beobachtet.

Die Verabreichung von Abrocitinib an junge Ratten ab dem 10. postnatalen Tag (vergleichbar mit einem 3 Monate alten menschlichen Säugling) führte zu unerwünschten mikroskopischen und makroskopischen Knochenbefunden, einschließlich Malrotation der Pfoten, Frakturen und/oder Anomalien des Femurkopfes bei Expositionen \geq dem 0,8-fachen der menschlichen AUC bei einer MRHD von 200 mg. Die Verabreichung von Abrocitinib an junge Ratten ab dem 21. postnatalen Tag (vergleichbar mit einem mindestens 2 Jahre alten menschlichen Kind) ging nicht mit mikroskopischen oder makroskopischen Knochenbefunden einher.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Tablettenkern

Mikrokristalline Cellulose (E460i)
Calciumhydrogenphosphat (E341ii)
Carboxymethylstärke-Natrium
Magnesiumstearat (E470b)

Filmüberzug

Hypromellose (E464)
Titandioxid (E171)
Lactose-Monohydrat
Macrogol
Triacetin (E1518)
Eisen(III)-oxid (E172)

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

3 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Cibinqo 50 mg Filmtabletten

Flasche aus Polyethylen hoher Dichte (HDPE) mit Polypropylen-Verschluss mit 14 oder 30 Filmtabletten.

Polyvinylchlorid(PVDC)-Blisterpackung mit Aluminiumfolien-Deckfolie mit 7 Filmtabletten. Jede Packung enthält 14, 28 oder 91 Filmtabletten.

Cibinqo 100 mg Filmtabletten

HDPE-Flasche mit Polypropylen-Verschluss mit 14 oder 30 Filmtabletten.

PVDC-Blisterpackung mit Aluminiumfolien-Deckfolie mit 7 Filmtabletten. Jede Packung enthält 14, 28 oder 91 Filmtabletten.

Cibinqo 200 mg Filmtabletten

HDPE-Flasche mit Polypropylen-Verschluss mit 14 oder 30 Filmtabletten.

PVDC-Blisterpackung mit Aluminiumfolien-Deckfolie mit 7 Filmtabletten. Jede Packung enthält 14, 28 oder 91 Filmtabletten.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Brüssel
Belgien

8. ZULASSUNGSNUMMERN

Cibinqo 50 mg Filmtabletten

EU/1/21/1593/001
EU/1/21/1593/002
EU/1/21/1593/003
EU/1/21/1593/004
EU/1/21/1593/005

Cibinqo 100 mg Filmtabletten

EU/1/21/1593/006
EU/1/21/1593/007
EU/1/21/1593/008
EU/1/21/1593/009
EU/1/21/1593/010

Cibinqo 200 mg Filmtabletten

EU/1/21/1593/011
EU/1/21/1593/012
EU/1/21/1593/013
EU/1/21/1593/014
EU/1/21/1593/015

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung: 09. Dezember 2021

10. STAND DER INFORMATION

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar.

ANHANG II

- A. HERSTELLER, DER FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST**
- B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE UND DEN GEBRAUCH**
- C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN**
- D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS**

A. HERSTELLER, DER FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST

Name und Anschrift des Herstellers, der für die Chargenfreigabe verantwortlich ist

Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH
Mooswaldallee 1
79108 Freiburg Im Breisgau
Deutschland

B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE UND DEN GEBRAUCH

Arzneimittel auf eingeschränkte ärztliche Verschreibung (siehe Anhang I: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, Abschnitt 4.2).

C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN

- **Regelmäßig aktualisierte Unbedenklichkeitsberichte [Periodic Safety Update Reports (PSURs)]**

Die Anforderungen an die Einreichung von PSURs für dieses Arzneimittel sind in der nach Artikel 107 c Absatz 7 der Richtlinie 2001/83/EG vorgesehenen und im europäischen Internetportal für Arzneimittel veröffentlichten Liste der in der Union festgelegten Stichtage (EURD-Liste) – und allen künftigen Aktualisierungen – festgelegt.

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) legt den ersten PSUR für dieses Arzneimittel innerhalb von 6 Monaten nach der Zulassung vor.

D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS

- **Risikomanagement-Plan (RMP)**

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) führt die notwendigen, im vereinbarten RMP beschriebenen und in Modul 1.8.2 der Zulassung dargelegten Pharmakovigilanzaktivitäten und Maßnahmen sowie alle künftigen vereinbarten Aktualisierungen des RMP durch.

Ein aktualisierter RMP ist einzureichen:

- nach Aufforderung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur;
 - jedes Mal, wenn das Risikomanagement-System geändert wird, insbesondere infolge neuer eingegangener Informationen, die zu einer wesentlichen Änderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses führen können oder infolge des Erreichens eines wichtigen Meilensteins (in Bezug auf Pharmakovigilanz oder Risikominimierung).
- **Zusätzliche Maßnahmen zur Risikominimierung**

Vor dem Inverkehrbringen von Abrocitinib in jedem Mitgliedstaat muss der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) mit der zuständigen nationalen Behörde den Inhalt und das Format des Schulungsmaterials, einschließlich Kommunikationsmedien, Verteilungsmodalitäten und anderer Aspekte des Programms, abstimmen.

Ziel des Schulungsprogramms ist die Aufklärung über die Sicherheitsbedenken in Zusammenhang mit dem Arzneimittel, einschließlich Infektionen (einschließlich Herpes zoster und schwerwiegende und opportunistische Infektionen), venöse thromboembolische Ereignisse (VTE), Malignität, schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) und embryofetale Toxizität nach Exposition *in utero*.

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen muss sicherstellen, dass in jedem Mitgliedstaat, in dem Abrocitinib in Verkehr gebracht wird, allen medizinischen Fachkräften und Patienten/Betreuern, die Abrocitinib voraussichtlich verordnen, ausgeben oder anwenden, das folgende Schulungsmaterial zugänglich gemacht bzw. zur Verfügung gestellt wird:

Das Schulungsmaterial für Ärzte sollte enthalten:

- Die Fachinformation (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels)
- Die Packungsbeilage
- Die Verordner-Broschüre
- Den Patientenpass

Die Verordner-Broschüre muss folgende Kernelemente enthalten:

- Ergänzung eines Abschnitts über Abrocitinib, der Indikation und Dosierung beschreibt.
- Formulierungen für Ärzte, um Patienten die Bedeutung des Patientenpasses aufzuzeigen.
- Anwendung bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter
 - Formulierungen zur Verdeutlichung des Risikos bei diesen Patienten und der Anwendung der 100 mg-Dosierung.
- *Infektionen (einschließlich Herpes zoster sowie schwerwiegende und opportunistische Infektionen)*
 - Hinweis darauf, dass Cibinqo nicht bei Patienten mit aktiven schwerwiegenden systemischen Infektionen angewendet werden darf.
 - Formulierungen zum Infektionsrisiko während der Behandlung mit Cibinqo.
 - Angaben dazu, wie das Infektionsrisiko durch spezifische klinische Maßnahmen verringert werden kann (Welche Laborparameter bei der Einleitung der Behandlung mit Cibinqo erhoben werden sollen, Tuberkulose-Screening, Screening auf Hepatitis B und C, Immunisierung von Patienten gemäß lokaler Leitlinien und vorübergehende Unterbrechung der Behandlung mit Cibinqo, wenn eine Infektion nicht auf die Standardtherapie anspricht, bis die Infektion abgeklungen ist).
 - Hinweis, dass die Anwendung von attenuierten Lebendimpfstoffen während oder unmittelbar vor der Behandlung mit Cibinqo zu vermeiden ist, zusammen mit Beispielen für attenuierte Lebendimpfstoffe.
 - Formulierungen, dass Risikofaktoren für Infektionen, einschließlich Alter und Diabetes, bei der Verordnung von Abrocitinib berücksichtigt werden sollten.
- *VTE*
 - Formulierungen zur Beschreibung des Risikos für VTE während der Behandlung mit Cibinqo.
 - Beispiele für Risikofaktoren, die das Risiko für VTE für Patienten erhöhen können, und bei denen bei der Anwendung von Abrocitinib Vorsicht geboten ist.
 - Formulierungen, dass das VTE-Risiko der Patienten regelmäßig neu bewertet werden sollte.
 - Formulierungen zur Reaktion auf ein Auftreten von klinischen Hinweisen auf VTE, einschließlich einer sofortigen Beurteilung und der Notwendigkeit des Absetzens von Cibinqo.
- *Maligne Erkrankungen*
 - Formulierungen, dass Abrocitinib bei Patienten mit einem hohen Risiko für maligne Erkrankungen nur dann angewendet werden sollte, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, mit Beispielen für Hochrisikopatienten.
 - Erinnerung an die Notwendigkeit regelmäßiger Hautuntersuchungen bei Patienten.

- *MACE*
 - Formulierungen, dass Abrocitinib bei Patienten mit einem hohen Risiko für MACE nur dann angewendet werden sollte, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, mit Beispielen für Hochrisikopatienten.
 - Formulierung zur erforderlichen Überwachung der Lipide vor Einleitung der Behandlung, nach 4 Wochen Therapie und anschließend gemäß klinischen Leitlinien. Die Behandlung abweichender Lipidwerte sollte gemäß klinischer Leitlinien erfolgen.
- *Embryofetale Toxizität nach Exposition in utero*
 - Formulierung zum Vorliegen keiner oder begrenzter Daten zur Anwendung von Cibinqo bei Schwangeren
 - Angaben zur Verringerung des Expositionsrisikos während der Schwangerschaft bei Frauen im gebärfähigen Alter auf der Grundlage der folgenden Faktoren: Cibinqo ist während der Schwangerschaft kontraindiziert. Frauen im gebärfähigen Alter sollten darauf hingewiesen werden, während der Behandlung und für einen Monat nach dem Ende der peroralen Einnahme von Cibinqo eine wirksame Empfängnisverhütung anzuwenden. Die Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, umgehend ihren Arzt zu informieren, wenn eine Schwangerschaft vermutet oder bestätigt wird.

Das Informationspaket für Patienten sollte enthalten:

- Die Packungsbeilage
- Den Patientenpass
- **Der Patientenpass** muss folgende Kernelemente enthalten:
 - Kontaktangaben des Verordners von Cibinqo
 - Hinweis, dass der Patientenpass zu jeder Zeit mitgeführt und Ärzten, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind, gezeigt werden muss (d. h. anderen Ärzten als dem Verordner von Cibinqo, Ärzten in der Notaufnahme usw.)
 - Formulierungen zur Beschreibung von Cibinqo (d. h. was es ist und wofür es angewendet wird)
 - Risiko für Infektionen:
 - Beschreibung von Anzeichen/Symptomen von Infektionen, die der Patient kennen muss, sodass er sich an seinen Arzt wenden kann
 - Hinweis für Patienten und behandelnde Ärzte zum Risiko einer Impfung mit Lebendimpfstoffen, wenn diese unmittelbar vor und während der Behandlung mit Cibinqo angewendet werden - mit Beispielen für Lebendimpfstoffe
 - Risiko für Blutgerinnsel in den Venen oder in der Lunge:
 - Beschreibung von Anzeichen/Symptomen von Blutgerinnseln in den Venen (tiefe Venenthrombose) oder in der Lunge (Lungenembolie), die der Patient kennen muss, sodass er sich sofort an einen Arzt wenden kann
 - Risiko für Herzerkrankungen:
 - Beschreibung von Anzeichen/Symptomen von Herzerkrankungen, die der Patient kennen muss, sodass er sich an seinen Arzt wenden kann.
 - Erinnerung an das Krebsrisiko. Bezüglich Hautkrebs Erinnerung an die Notwendigkeit, den Arzt zu informieren, wenn der Patient neue Hautwucherungen bemerkt.
 - Zielgerichtete Beschreibung von Risiken, die der Patient und die an seiner Behandlung beteiligten Ärzte kennen sollten, einschließlich:
 - Notwendigkeit von Laborkontrollen, einschließlich erhöhter Cholesterinspiegel
 - Erinnerung an die Verwendung von Verhütungsmitteln, dass Cibinqo während der Schwangerschaft kontraindiziert ist und dass die Patientin den behandelnden Arzt benachrichtigen soll, wenn sie während der Einnahme von Cibinqo schwanger wird

ANHANG III
ETIKETTIERUNG UND PACKUNGSBEILAGE

A. ETIKETTIERUNG

ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG

UMKARTON FÜR BLISTERPACKUNG UND FLASCHENETIKETT FÜR 50 MG

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinqo 50 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. WIRKSTOFF(E)

Jede Tablette enthält 50 mg Abrocitinib.

3. SONSTIGE BESTANDTEILE

Enthält Lactose-Monohydrat. (Packungsbeilage beachten.)

4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT

Blisterpackung 14 Filmtabletten
28 Filmtabletten
91 Filmtabletten

Flasche
14 Filmtabletten
30 Filmtabletten

5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG

Zum Einnehmen.
Nicht zerteilen, zerdrücken oder kauen.
Packungsbeilage beachten.

6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH

8. VERFALLDATUM

Verwendbar bis

9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG

10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN

11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Brüssel
Belgien

12. ZULASSUNGSNUMMERN

Blisterpackung

EU/1/21/1593/003 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/004 28 Filmtabletten

EU/1/21/1593/005 91 Filmtabletten

Flasche

EU/1/21/1593/001 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/002 30 Filmtabletten

13. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

14. VERKAUFSABGRENZUNG

15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH

16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT

Cibinqo 50 mg

17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT

PC
SN
NN

MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN

BLISTER FÜR 50 MG TABLETTEN

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinco 50 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG (als Logo des MAH)

3. VERFALLDATUM

Verw. bis

4. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

5. WEITERE ANGABEN

Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG

UMKARTON FÜR BLISTERPACKUNG UND FLASCHENETIKETT FÜR 100 MG

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinqo 100 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. WIRKSTOFF(E)

Jede Tablette enthält 100 mg Abrocitinib.

3. SONSTIGE BESTANDTEILE

Enthält Lactose-Monohydrat. (Packungsbeilage beachten).

4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT

Blisterpackung
14 Filmtabletten
28 Filmtabletten
91 Filmtabletten

Flasche
14 Filmtabletten
30 Filmtabletten

5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG

Zum Einnehmen.
Nicht zerteilen, zerdrücken oder kauen
Packungsbeilage beachten.

6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH

8. VERFALLDATUM

Verwendbar bis

9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG

10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN

11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Brüssel
Belgien

12. ZULASSUNGSNUMMERN

Blisterpackung

EU/1/21/1593/008 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/009 28 Filmtabletten

EU/1/21/1593/010 91 Filmtabletten

Flasche

EU/1/21/1593/006 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/007 30 Filmtabletten

13. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

14. VERKAUFSABGRENZUNG

15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH

16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT

Cibinqo 100 mg

17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT

PC
SN
NN

MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN

BLISTER FÜR 100 MG TABLETTEN

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinco 100 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG (als Logo des MAH)

3. VERFALLDATUM

Verw. bis

4. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

5. WEITERE ANGABEN

Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG

UMKARTON FÜR BLISTERPACKUNG UND FLASCHENETIKETT FÜR 200 MG

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinqo 200 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. WIRKSTOFF(E)

Jede Tablette enthält 200 mg Abrocitinib.

3. SONSTIGE BESTANDTEILE

Enthält Lactose-Monohydrat. (Packungsbeilage beachten.)

4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT

Blisterpackung
14 Filmtabletten
28 Filmtabletten
91 Filmtabletten

Flasche
14 Filmtabletten
30 Filmtabletten

5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG

Zum Einnehmen.
Nicht zerteilen, zerdrücken oder kauen
Packungsbeilage beachten.

6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH

8. VERFALLDATUM

Verwendbar bis

9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG

10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN

11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Brüssel
Belgien

12. ZULASSUNGSNUMMERN

Blisterpackung

EU/1/21/1593/013 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/014 28 Filmtabletten

EU/1/21/1593/015 91 Filmtabletten

Flasche

EU/1/21/1593/011 14 Filmtabletten

EU/1/21/1593/012 30 Filmtabletten

13. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

14. VERKAUFSABGRENZUNG

15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH

16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT

Cibinqo 200 mg

17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES
FORMAT**

PC
SN
NN

MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN

BLISTER FÜR 200 MG TABLETTEN

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Cibinco 200 mg Filmtabletten
Abrocitinib

2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS

Pfizer Europe MA EEIG (als Logo des MAH)

3. VERFALLDATUM

Verw. bis

4. CHARGENBEZEICHNUNG

Ch.-B.

5. WEITERE ANGABEN

Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

B. PACKUNGSBEILAGE

Gebrauchsinformation: Information für Patienten

Cibinqo 50 mg Filmtabletten Cibinqo 100 mg Filmtabletten Cibinqo 200 mg Filmtabletten

Abrocitinib

▼Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Sie können dabei helfen, indem Sie jede auftretende Nebenwirkung melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Ende Abschnitt 4.

Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Einnahme dieses Arzneimittels beginnen, denn sie enthält wichtige Informationen.

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese die gleichen Beschwerden haben wie Sie.
- Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Siehe Abschnitt 4.

Zusätzlich zu dieser Packungsbeilage erhalten Sie von Ihrem Arzt einen Patientenpass mit wichtigen Sicherheitsinformationen, die Sie kennen müssen. Führen Sie den Patientenpass bitte stets bei sich.

Was in dieser Packungsbeilage steht

1. Was ist Cibinqo und wofür wird es angewendet?
2. Was sollten Sie vor der Einnahme von Cibinqo beachten?
3. Wie ist Cibinqo einzunehmen?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Cibinqo aufzubewahren?
6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

1. Was ist Cibinqo und wofür wird es angewendet?

Cibinqo enthält den Wirkstoff Abrocitinib. Cibinqo gehört zu einer Gruppe von Arzneimitteln, die Januskinase-Hemmer (Inhibitoren) genannt werden und die helfen, Entzündungen zu reduzieren. Cibinqo wirkt, indem es die Aktivität eines Enzyms im Körper namens „Januskinase“ reduziert, das an Entzündungen beteiligt ist.

Cibinqo wird zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, auch als atopisches Ekzem oder Neurodermitis bekannt, eingesetzt. Durch eine Hemmung der Aktivität der Januskinase-Enzyme lindert Cibinqo den Juckreiz und die Entzündung der Haut. Dadurch wiederum können Schlafstörungen und andere Folgen des atopischen Ekzems, wie z. B. Angstzustände oder Depressionen, verringert und die allgemeine Lebensqualität verbessert werden.

2. Was sollten Sie vor der Einnahme von Cibinqo beachten?

Cibinqo darf nicht eingenommen werden,

- wenn Sie allergisch gegen Abrocitinib oder einen der in Abschnitt 6. genannten sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels sind,
- wenn Sie eine schwerwiegende aktive Infektion haben, einschließlich Tuberkulose,

- wenn Sie schwere Leberprobleme haben,
- wenn Sie schwanger sind oder stillen (siehe Abschnitt „Schwangerschaft, Empfängnisverhütung, Stillzeit und Fortpflanzungsfähigkeit“).

Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

Bitte sprechen Sie vor und während der Behandlung mit Cibinqo mit Ihrem Arzt oder Apotheker, wenn Sie

- eine Infektion haben oder häufig Infektionen bekommen. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Symptome wie Fieber oder Wunden auftreten, wenn Sie sich müder als sonst fühlen, oder wenn Zahnprobleme auftreten, da dies Anzeichen für eine Infektion sein können. – Cibinqo kann die Fähigkeit Ihres Körpers, Infektionen zu bekämpfen, vermindern und eine bestehende Infektion verschlimmern oder die Wahrscheinlichkeit, eine neue Infektion zu bekommen, erhöhen. Wenn Sie Diabetes haben oder 65 Jahre alt oder älter sind, kann die Wahrscheinlichkeit, Infektionen zu bekommen, erhöht sein.
- Tuberkulose haben oder hatten oder engen Kontakt zu einer Person mit Tuberkulose hatten. Ihr Arzt wird Sie vor Beginn der Behandlung mit Cibinqo und möglicherweise während der Behandlung erneut auf Tuberkulose testen.
- bereits einmal eine Herpes-Infektion (Gürtelrose) hatten, denn durch Cibinqo kann eine solche Herpes-Erkrankung wieder auftreten. Benachrichtigen Sie Ihren Arzt, falls Sie während der Behandlung mit Cibinqo einen schmerzhaften Hautausschlag mit Bläschenbildung bekommen. Dies kann ein Anzeichen einer Gürtelrose sein.
- bereits einmal Hepatitis B oder C hatten.
- kürzlich eine Impfung (Immunisierung) erhalten haben oder eine Impfung planen – bestimmte Impfstoffe (Lebendimpfstoffe) werden während der Anwendung von Cibinqo nicht empfohlen.
- bereits früher Blutgerinnsel in den Beinvenen (tiefe Venenthrombose) oder in der Lunge (Lungenembolie) hatten oder ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Blutgerinnsels haben (zum Beispiel: wenn Sie vor Kurzem eine größere Operation hatten, wenn Sie hormonelle Verhütungsmittel/eine Hormonerersatztherapie anwenden, wenn bei Ihnen oder einem Ihrer nahen Verwandten eine Blutgerinnungsstörung festgestellt wird). Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob eine Behandlung mit Cibinqo für Sie geeignet ist. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn bei Ihnen Kurzatmigkeit oder Atemschwierigkeiten, Brustschmerzen oder Schmerzen im oberen Rücken, Schwellung im Bein oder Arm, Schmerzen oder Druckschmerzen im Bein oder Rötung bzw. Verfärbung im Bein oder Arm auftreten, da dies Anzeichen für Blutgerinnsel in den Venen sein können.
- Herzprobleme haben oder hatten. Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob eine Behandlung mit Cibinqo für Sie geeignet ist.
- Krebs haben oder in der Vergangenheit hatten, rauchen oder in der Vergangenheit geraucht haben. Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob eine Behandlung mit Cibinqo für Sie geeignet ist.
- Bei Patienten, die Cibinqo einnahmen, wurde nicht-melanozytärer Hautkrebs berichtet. Ihr Arzt kann empfehlen, dass Sie während der Einnahme von Cibinqo regelmäßig Hautuntersuchungen durchführen lassen. Sollten während oder nach der Therapie neue Hautveränderungen auftreten oder bestehende Hautläsionen ihr Aussehen verändern, informieren Sie Ihren Arzt.

Zusätzliche Tests zur Überwachung

Ihr Arzt wird vor und während der Behandlung mit Cibinqo Blutuntersuchungen durchführen und Ihre Behandlung gegebenenfalls anpassen.

Kinder

Dieses Arzneimittel ist nicht für die Anwendung bei Kindern unter 12 Jahren zugelassen, da die Sicherheit und der Nutzen von Cibinqo in dieser Altersgruppe noch nicht belegt sind.

Einnahme von Cibinqo zusammen mit anderen Arzneimitteln

Informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen, kürzlich andere Arzneimittel eingenommen haben oder beabsichtigen, andere Arzneimittel einzunehmen.

Informieren Sie vor der Einnahme von Cibinqo insbesondere Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie Arzneimittel zur Behandlung der folgenden Erkrankungen anwenden:

- Pilzinfektionen (z. B. Fluconazol), Depressionen (z. B. Fluoxetin oder Fluvoxamin), Schlaganfall (z. B. Ticlopidin), da diese die Nebenwirkungen von Cibirgo verstärken können.
- Magensäurerückfluss (z. B. Antazida, Famotidin oder Omeprazol), da diese die Menge an Cibirgo in Ihrem Blut verringern können.
- Depression (z. B. Citalopram, Clobazam oder Escitalopram), da Cibirgo deren Wirkung verstärken kann.
- Neurofibromatose Typ I (z. B. Selumetinib), da Cibirgo dessen Wirkung verstärken kann.
- Herzinsuffizienz (z. B. Digoxin) oder Schlaganfall (z. B. Dabigatran), da Cibirgo deren Wirkung verstärken kann.
- Krampfanfälle (z. B. S-Mephenytoin), da Cibirgo dessen Wirkung verstärken kann.
- Schlaganfall (z. B. Clopidogrel), da Cibirgo dessen Wirkung verringern kann.
- Asthma, rheumatoide Arthritis oder atopische Dermatitis (z. B. biologische Antikörpertherapien, Arzneimittel, welche die Immunreaktion des Körpers kontrollieren, z. B. Ciclosporin, andere Januskinase-Hemmer, z. B. Baricitinib, Upadacitinib), da diese das Risiko für Nebenwirkungen erhöhen können.

Ihr Arzt kann Ihnen raten, die Einnahme von Cibirgo zu vermeiden oder zu beenden, wenn Sie Arzneimittel zur Behandlung folgender Erkrankungen einnehmen:

- Tuberkulose (z. B. Rifampicin), Krampfanfälle oder Anfälle (z. B. Phenytoin), Prostatakrebs (z. B. Apalutamid, Enzalutamid) oder HIV-Infektion (z. B. Efavirenz), da diese die Wirkung von Cibirgo verringern können.

Wenn einer der oben genannten Punkte auf Sie zutrifft oder wenn Sie sich nicht sicher sind, sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Apotheker, bevor Sie Cibirgo einnehmen.

Schwangerschaft, Empfängnisverhütung, Stillzeit und Fortpflanzungsfähigkeit

Wenn Sie schwanger sind oder stillen, oder wenn Sie vermuten, schwanger zu sein oder beabsichtigen, schwanger zu werden, fragen Sie vor der Einnahme dieses Arzneimittels Ihren Arzt oder Apotheker um Rat.

Empfängnisverhütung bei Frauen

Gebärfähige Frauen sollten während der Behandlung mit Cibirgo und für mindestens einen Monat nach der letzten Dosis des Arzneimittels eine wirksame Methode der Empfängnisverhütung anwenden. Ihr Arzt kann Sie über geeignete Methoden der Empfängnisverhütung beraten.

Schwangerschaft

Nehmen Sie Cibirgo nicht ein, wenn Sie schwanger sind, wenn Sie vermuten, schwanger zu sein oder beabsichtigen, schwanger zu werden, da Cibirgo dem sich entwickelnden Baby schaden kann. Benachrichtigen Sie umgehend Ihren Arzt, wenn Sie schwanger werden oder vermuten, während der Behandlung schwanger geworden zu sein.

Stillzeit

Nehmen Sie Cibirgo nicht ein, während Sie stillen, weil nicht bekannt ist, ob das Arzneimittel in die Muttermilch übergeht und Auswirkungen auf das Baby hat. Sie sollten gemeinsam mit Ihrem Arzt entscheiden, ob Sie stillen oder Cibirgo einnehmen werden.

Fortpflanzungsfähigkeit

Bei Frauen im gebärfähigen Alter kann Cibirgo die Fortpflanzungsfähigkeit vorübergehend verringern. Diese Wirkung ist nach dem Absetzen der Behandlung reversibel.

Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Cibirgo hat keinen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

Cibirgo enthält Lactose-Monohydrat und Natrium

Bitte nehmen Sie dieses Arzneimittel erst nach Rücksprache mit Ihrem Arzt ein, wenn Ihnen bekannt ist, dass Sie unter einer Zuckerunverträglichkeit leiden.

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro Tablette, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

Ältere Patienten

Patienten im Alter von 65 Jahren und älter sind möglicherweise einem erhöhten Risiko für Infektionen, Herzinfarkt und bestimmte Krebsarten ausgesetzt. Ihr Arzt kann entscheiden, dass Cibinqo für Sie nicht geeignet ist.

3. Wie ist Cibinqo einzunehmen?

Nehmen Sie dieses Arzneimittel immer genau nach Absprache mit Ihrem Arzt ein. Fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht sicher sind.

Cibinqo ist eine Tablette zum Einnehmen. Cibinqo kann zusammen mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung eines Ekzems zum Auftragen auf die Haut oder allein angewendet werden.

Die empfohlene Anfangsdosis bei Erwachsenen und Jugendlichen (im Alter von 12 Jahren bis 17 Jahren) mit einem Körpergewicht von mindestens 59 kg beträgt 100 mg oder 200 mg einmal täglich, wie von Ihrem Arzt verschrieben. Ihr Arzt kann Ihre Dosis je nach Wirksamkeit des Arzneimittels erhöhen oder verringern.

Manche Patienten benötigen eine niedrigere Anfangsdosis. Sie erhalten von Ihrem Arzt möglicherweise 100 mg einmal täglich, wenn Sie:

- 65 Jahre oder älter sind
- eine bestimmte medizinische Vorgeschichte haben oder an bestimmten Erkrankungen leiden
- ein/e Jugendliche/r (im Alter von 12 Jahren bis 17 Jahren) mit einem Körpergewicht von 25 kg bis 58 kg sind

Wenn Sie mittelschwere bis schwere Nierenprobleme haben oder wenn Sie bestimmte Arzneimittel einnehmen, kann die Anfangsdosis entweder 50 mg oder 100 mg einmal täglich betragen. Die Anfangsdosis wird auf Grundlage Ihrer Bedürfnisse und medizinischen Vorgeschichte oder Ihres Gesundheitszustandes festgelegt. Daher sollten Sie dieses Arzneimittel immer genau nach Absprache mit Ihrem Arzt einnehmen.

Nach dem Beginn der Behandlung kann Ihr Arzt die Dosis je nach Wirksamkeit und möglicher Nebenwirkung, die bei Ihnen auftritt, anpassen. Wenn das Arzneimittel gut wirkt, kann die Dosis verringert werden. Die Behandlung kann auch vorübergehend oder endgültig abgesetzt werden, wenn Blutuntersuchungen eine niedrige Anzahl der weißen Blutkörperchen oder Blutplättchen zeigen.

Wenn Sie Cibinqo 24 Wochen lang eingenommen haben und sich Ihr Zustand nicht verbessert hat, kann Ihr Arzt entscheiden, die Behandlung endgültig zu beenden.

Sie sollten Ihre Tablette im Ganzen mit Wasser schlucken. Die Tablette darf vor dem Einnehmen nicht zerteilt, zerdrückt oder gekaut werden, da sich dadurch die Menge des Wirkstoffs, die in Ihren Körper gelangt, verringern kann.

Sie können die Tablette mit oder ohne eine Mahlzeit einnehmen. Wenn Ihnen nach der Einnahme des Arzneimittels übel wird, kann es hilfreich sein, es mit einer Mahlzeit einzunehmen. Um sich besser an die Einnahme von Cibinqo zu erinnern, wird empfohlen, die Tabletten jeden Tag zur gleichen Zeit einzunehmen.

Wenn Sie eine größere Menge von Cibinqo eingenommen haben, als Sie sollten

Wenn Sie mehr Cibinqo eingenommen haben, als Sie sollten, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Es könnten einige der Nebenwirkungen bei Ihnen auftreten, die in Abschnitt 4 beschrieben werden.

Wenn Sie die Einnahme von Cibinqo vergessen haben

- Wenn Sie eine Einnahme vergessen haben, holen Sie diese nach, sobald Sie sich daran erinnern, es sei denn, Ihre nächste Dosis ist in weniger als 12 Stunden fällig.
- Wenn weniger als 12 Stunden bis zur nächsten Einnahme verbleiben, lassen Sie die vergessene Dosis einfach aus und nehmen Sie die nächste Dosis zum geplanten Zeitpunkt ein.
- Nehmen Sie nicht die doppelte Menge ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben.

Wenn Sie die Einnahme von Cibinqo abbrechen

Brechen Sie die Einnahme von Cibinqo nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ab.

Wenn Sie weitere Fragen zur Einnahme dieses Arzneimittels haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker.

4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Wie alle Arzneimittel kann auch dieses Arzneimittel Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.

Schwerwiegende Nebenwirkungen

Wenden Sie sich an Ihren Arzt und nehmen Sie umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch, wenn Sie Anzeichen für die folgenden Nebenwirkungen bemerken:

- Gürtelrose (Herpes zoster), ein schmerzhafter Hautausschlag mit Blasen und Fieber
- Blutgerinnsel in der Lunge, den Beinen oder im Becken mit Symptomen wie schmerzhaft geschwollenen Beinen, Schmerzen in der Brust oder Kurzatmigkeit

Andere Nebenwirkungen

Sehr häufig (kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Übelkeit

Häufig (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Fieberbläschen und andere Arten von Herpes-simplex-Infektionen
- Erbrechen
- Magenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Schwindelgefühl
- Akne
- Anstieg eines Enzyms namens Kreatinphosphokinase, nachgewiesen durch eine Blutuntersuchung

Gelegentlich (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen)

- Lungenentzündung (Pneumonie)
- geringe Zahl von Blutplättchen, nachgewiesen durch eine Blutuntersuchung
- geringe Zahl von weißen Blutkörperchen, nachgewiesen durch eine Blutuntersuchung
- hohe Blutfettwerte (Cholesterin), nachgewiesen durch eine Blutuntersuchung (siehe Abschnitt 2, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen)

Meldung von Nebenwirkungen

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über das in [Anhang V](#) aufgeführte nationale Meldesystem anzeigen. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

5. Wie ist Cibinqo aufzubewahren?

Bewahren Sie dieses Arzneimittel für Kinder unzugänglich auf.

Sie dürfen dieses Arzneimittel nach dem auf dem Umkarton, der Flasche oder Blisterfolie nach „Verwendbar bis“ oder „Verw. bis“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des angegebenen Monats.

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

Entsorgen Sie Arzneimittel nicht im Abwasser oder Haushaltsabfall. Fragen Sie Ihren Apotheker, wie das Arzneimittel zu entsorgen ist, wenn Sie es nicht mehr verwenden. Sie tragen damit zum Schutz der Umwelt bei.

6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

Was Cibinqo enthält

- Der Wirkstoff ist Abrocitinib.
Jede 50 mg Tablette enthält 50 mg Abrocitinib.
Jede 100 mg Tablette enthält 100 mg Abrocitinib.
Jede 200 mg Tablette enthält 200 mg Abrocitinib.
- Die sonstigen Bestandteile sind:
Tablettenkern: mikrokristalline Cellulose (E460i), Calciumhydrogenphosphat (E341ii), Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat (E470b)
Filmüberzug: Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Lactose-Monohydrat, Macrogol (E1521), Triacetin (E1518), Eisen(III)-oxid (E172) (siehe Abschnitt 2, „Cibinqo enthält Lactose und Natrium“)

Wie Cibinqo aussieht und Inhalt der Packung

Cibinqo 50 mg Tabletten sind rosafarbene, etwa 11 mm lange und 5 mm breite, ovale Tabletten mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 50“ auf der anderen Seite.

Cibinqo 100 mg Tabletten sind rosafarbene, runde Tabletten mit einem Durchmesser von etwa 9 mm mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 100“ auf der anderen Seite.

Cibinqo 200 mg Tabletten sind rosafarbene, etwa 18 mm lange und 8 mm breite, ovale Tabletten mit der Prägung „PFE“ auf der einen und „ABR 200“ auf der anderen Seite.

Die Tabletten mit 50 mg, 100 mg und 200 mg werden in Polyvinylidenchlorid (PVDC)-Blisterpackungen mit Aluminiumfolien-Deckfolie oder Flaschen aus Hart-Polyethylen (HDPE) mit Polypropylenverschluss zur Verfügung gestellt. Eine Blisterpackung enthält 14, 28 oder 91 Tabletten. Jede Flasche enthält 14 oder 30 Tabletten.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

Pharmazeutischer Unternehmer

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Brüssel
Belgien

Hersteller

Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH
Mooswaldallee 1
79108 Freiburg Im Breisgau
Deutschland

Falls Sie weitere Informationen über das Arzneimittel wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Vertreter des pharmazeutischen Unternehmers in Verbindung.

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
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)800 63 34 636

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 2800

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

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

Ireland
Pfizer Healthcare Ireland
Tel: +1800 633 363 (toll free)
+44 (0)1304 616161

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

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

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) 1304 616161

Diese Packungsbeilage wurde zuletzt überarbeitet im .

Weitere Informationsquellen

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar.