

ANEXA I
REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare flacon de pulbere conține bortezomib 3,5 mg (sub formă de ester boronic de manitol).

După reconstituire, 1 ml de soluție pentru injecție subcutanată conține bortezomib 2,5 mg.

După reconstituire, 1 ml de soluție pentru injecție intravenoasă conține bortezomib 1 mg.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Pulbere pentru soluție injectabilă.

Pulbere liofilizată sau aglomerat de culoare albă până la aproape albă.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Bortezomib SUN administrat în monoterapie sau în asociere cu doxorubicină lipozomală pegylată sau dexametazonă este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu mielom multiplu progresiv la care s-a administrat anterior cel puțin un tratament și la care s-a efectuat un transplant de celule stem hematopoietice sau nu au indicație pentru un astfel de transplant.

Bortezomib SUN în asociere cu melfalan și prednison este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu mielom multiplu netratați anterior, care nu sunt eligibili pentru chimioterapie în doze mari asociată cu transplant de celule stem hematopoietice.

Bortezomib SUN în asociere cu dexametazonă sau cu dexametazonă și talidomidă este indicat pentru inițierea tratamentului pacienților adulți cu mielom multiplu netratați anterior, care sunt eligibili pentru chimioterapie în doze mari, asociată cu transplant de celule stem hematopoietice.

Bortezomib SUN în asociere cu rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison este indicat în tratamentul pacienților adulți cu limfom cu celule de mantă netratați anterior și care nu sunt eligibili pentru transplant de celule stem hematopoietice.

4.2 Doze și mod de administrare

Tratamentul trebuie inițiat sub supravegherea unui medic cu experiență în tratamentul pacienților cu neoplazii, cu toate acestea, Bortezomib SUN poate fi administrat de un profesionist în domeniul sănătății cu experiență în utilizarea medicamentelor chimioterapice. Bortezomib SUN trebuie reconstituit de un profesionist în domeniul sănătății (vezi pct. 6.6).

Doze pentru tratamentul mielomului multiplu progresiv (pacienți tratați cu cel puțin o terapie anterioară)

Monoterapie

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni în zilele 1, 4, 8 și 11 ca parte a unui ciclu de tratament cu durata de 21 de zile. Această perioadă de 3 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. Se recomandă ca la pacienți să se administreze 2 cicluri terapeutice de Bortezomib SUN după confirmarea unui răspuns complet. De asemenea, se recomandă ca la pacienții care răspund la tratament, dar la care nu se obține o remisiune completă, să se administreze un total de 8 cicluri terapeutice cu Bortezomib SUN. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Ajustări ale dozajului în timpul tratamentului și reinițierea tratamentului pentru monoterapie

Tratamentul cu Bortezomib SUN trebuie întrerupt la apariția oricărui efect toxic non-hematologic de Gradul 3 sau hematologic de Gradul 4, excluzând neuropatia, după cum este prezentat mai jos (vezi și pct. 4.4).

Imediat după remiterea simptomelor de toxicitate, tratamentul cu Bortezomib SUN poate fi reinițiat cu o doză scăzută cu 25 % (de la 1,3 mg/m², scăzută la 1,0 mg/m²; de la 1,0 mg/m², scăzută la 0,7 mg/m²). Dacă efectele toxice nu se remit sau dacă reapar la cea mai mică doză, trebuie luată în considerare întreruperea tratamentului cu Bortezomib SUN, cu excepția cazului în care beneficiul tratamentului depășește clar riscul.

Durere neuropatică și/sau neuropatie periferică

Pacienții cu durere neuropatică și/sau neuropatie periferică determinată de administrarea de bortezomib trebuie tratați după cum este prezentat în Tabelul 1 (vezi pct. 4.4). Pacienții cu neuropatie severă preexistentă pot fi tratați cu Bortezomib SUN numai după o evaluare atentă a raportului risc/beneficiu.

Tabelul 1: Modificări recomandate ale dozei la pacienții cu neuropatie determinată de bortezomib*

Severitatea neuropatiei	Modificarea dozei
Gradul 1 (pierderea asimptomatică a reflexelor tendinoase profunde sau parestezii) fără dureri sau pierderea funcției	Niciuna
Gradul 1 cu dureri sau gradul 2 (simptome moderate; limitarea activităților cotidiene (AC) instrumentale**)	Scăderea dozei de Bortezomib SUN la 1,0 mg/m ² sau Schimbarea ritmului de administrare a Bortezomib SUN la 1,3 mg/m ² o dată pe săptămână
Gradul 2 cu dureri sau gradul 3 (simptome severe; limitarea AC de autoîngrijire***)	Întreruperea tratamentului cu Bortezomib SUN până la remiterea simptomelor de toxicitate. Când efectele toxice s-au remis, se reinițiază tratamentul cu Bortezomib SUN și se scade doza la 0,7 mg/m ² o dată pe săptămână.
Gradul 4 (consecințe cu risc letal; se recomandă intervenție imediată) și/sau neuropatie vegetativă severă	Se întrerupe tratamentul cu Bortezomib SUN

* Pe baza modificărilor dozelor în studiile de fază II și III la pacienți cu mielom multiplu și a experienței după punerea pe piață. Clasificare

pe baza Criteriilor Comune de Toxicitate ale NCI, CTCAE v 4.0.

** *AC instrumentale*: se referă la gătit, mersul la cumpărături după alimente sau haine, folosirea telefonului, gestionarea banilor, etc;

*** *AC de autoîngrijire*: se referă la spălat, îmbrăcat și dezbrăcat, hrănire, folosirea toaletei, administrarea medicamentelor, fără a fi imobilizat la pat.

Asocierea terapeutică cu doxorubicina lipozomală pegylată

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni în zilele 1, 4, 8 și 11 ca parte a unui ciclu de tratament cu durată de 21 de zile. Această perioadă de 3 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Doxorubicina lipozomală pegylată se administrează în doză de 30 mg/m² în ziua 4 a ciclului de tratament cu Bortezomib SUN, prin perfuzie intravenoasă cu durată de 1 oră, administrată după injecția Bortezomib SUN.

Pot fi administrate până la 8 cicluri din acest tratament asociat, atâta timp cât pacienții nu au prezentat progresia bolii și tolerează tratamentul. Pacienții care au obținut un răspuns complet pot continua tratamentul pentru cel puțin 2 cicluri după prima dovadă a răspunsului complet, chiar dacă aceasta înseamnă tratament pentru mai mult de 8 cicluri. De asemenea, pot continua atâta timp cât tratamentul este tolerat și continuă să răspundă la acesta, pacienții ai căror valori de paraproteină continuă să scadă după 8 cicluri.

Pentru informații suplimentare despre doxorubicina lipozomală pegylată, consultați Rezumatul caracteristicilor produsului pentru aceasta.

Asocierea terapeutică cu dexametazonă

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni în zilele 1, 4, 8 și 11 ca parte a unui ciclu de tratament cu durată de 21 de zile. Această perioadă de 3 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Dexametazona se administrează oral în doză de 20 mg în zilele 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 și 12 din ciclul de tratament cu Bortezomib SUN.

La pacienții care obțin un răspuns sau boala se stabilizează după 4 cicluri cu acest tratament asociat se poate continua administrarea aceleiași asocieri pentru maxim 4 cicluri suplimentare.

Pentru informații suplimentare despre dexametazonă, consultați Rezumatul caracteristicilor produsului pentru aceasta.

Ajustarea dozei în asocierea terapeutică la pacienți cu mielom multiplu progresiv

Pentru ajustarea dozei de Bortezomib SUN în asocierea terapeutică urmați ghidurile de modificare a dozei descrise mai sus în cazul monoterapiei.

Doze la pacienții cu mielom multiplu netratați anterior care nu sunt eligibili pentru transplant de celule stem hematopoietice

Asocierea terapeutică cu melfalan și prednison

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în asociere cu melfalan și prednison administrate pe cale orală, după cum este prezentat în Tabelul 2. Această perioadă de 6 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. În cadrul Ciclurilor 1 - 4, Bortezomib SUN este administrat de două ori pe săptămână în zilele 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 și 32. În cadrul Ciclurilor 5 - 9, Bortezomib SUN este administrat o dată pe săptămână în zilele 1, 8, 22 și 29. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore. Melfalan și prednison trebuie administrate oral în zilele 1, 2, 3 și 4 din prima săptămână a fiecărui ciclu de tratament cu Bortezomib SUN.

Se administrează nouă cicluri ale acestei asocieri terapeutice.

Tabelul 2: Doze recomandate pentru Bortezomib SUN, când este utilizat în asociere cu melfalan și prednison

Bortezomib SUN de două ori pe săptămână (Ciclurile 1 - 4)												
Săptămâna	1				2		3	4		5		6
Bzmb (1,3 mg/m ²)	Ziua 1	--	--	Ziua 4	Ziua 8	Ziua 11	Perioadă de pauză	Ziua 22	Ziua 25	Ziua 29	Ziua 32	Perioadă de pauză
M (9 mg/m ²) P (60 mg/m ²)	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	--	--	Perioadă de pauză	--	--	--	--	Perioadă de pauză

Bortezomib SUN o dată pe săptămână (Ciclurile 5 - 9)												
Săptămâna	1				2		3	4		5		6
Bzmb (1,3 mg/m ²)	Ziua 1	--	--	--	Ziua 8		Perioadă de pauză	Ziua 22		Ziua 29		Perioadă de pauză
M (9 mg/m ²) P (60 mg/m ²)	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	--		Perioadă de pauză	--				Perioadă de pauză

Bzmb = Bortezomib SUN; M = melfalan, P = prednison

Ajustările dozei în timpul tratamentului și reinițierea tratamentului pentru terapia asociată cu melfalan și prednison

Înainte de inițierea unui nou ciclu de tratament:

- Numărul de trombocite trebuie să fie $\geq 70 \times 10^9/l$ și numărul absolut de neutrofile trebuie să fie $\geq 1,0 \times 10^9/l$
- Toxicitățile non-hematologice trebuie să se fi remis la Gradul 1 sau la nivelul inițial.

Tabelul 3: Modificări ale dozei în timpul ciclurilor ulterioare ale terapiei cu Bortezomib SUN în asociere cu melfalan și prednison

Toxicitate	Modificarea sau amânarea dozei
Toxicitate hematologică în timpul unui ciclu - Dacă în ciclul anterior se observă neutropenie sau trombocitopenie prelungită de Grad 4 sau trombocitopenie cu hemoragie	În următorul ciclu trebuie avută în vedere scăderea dozei de melfalan cu 25 %.
- Dacă numărul de trombocite $\leq 30 \times 10^9/l$ sau NAN $\leq 0,75 \times 10^9/l$ într-o zi în care se administrează Bortezomib SUN (alta decât ziua 1)	Terapia cu Bortezomib SUN trebuie întreruptă
- Dacă nu sunt administrate mai multe doze de Bortezomib SUN dintr-un ciclu (≥ 3 doze în timpul administrării de două ori pe săptămână sau ≥ 2 doze în timpul administrării o dată pe săptămână)	Doza de Bortezomib SUN trebuie scăzută cu un nivel (de la 1,3 mg/m ² la 1 mg/m ² , sau de la 1 mg/m ² la 0,7 mg/m ²)

<i>Toxicitate alta decât cea hematologică de Gradul ≥ 3</i>	Tratamentul cu Bortezomib SUN trebuie întrerupt până când simptomele toxicității s-au remis la Gradul 1 sau valoarea inițială. Apoi, Bortezomib SUN poate fi reinițiat cu o scădere de un nivel a dozei (de la 1,3 mg/m ² la 1 mg/m ² , sau de la 1 mg/m ² la 0,7 mg/m ²). În cazul durerii neuropate și/sau neuropatiei periferice asociate terapiei cu Bortezomib SUN, aceasta trebuie amânată și/sau modificată după cum este prezentat în Tabelul 1.
---	---

Pentru informații suplimentare privind melfalan și prednison, citiți Rezumatul caracteristicilor produsului pentru aceste medicamente.

Doze la pacienții cu mielom multiplu netratați anterior care sunt eligibili pentru transplant de celule stem hematopoietice (terapie de inducție)

Asocierea terapeutică cu dexametazonă

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni în zilele 1, 4, 8 și 11 ca parte a unui ciclu de tratament cu durata de 21 de zile. Această perioadă de 3 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Dexametazona se administrează oral în doză de 40 mg în zilele 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 și 11 din ciclul de tratament cu Bortezomib SUN.

Se administrează patru cicluri ale acestei asocieri terapeutice.

Asocierea terapeutică cu dexametazonă și talidomidă

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată în doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni în zilele 1, 4, 8 și 11 ca parte a unui ciclu de tratament cu durata de 28 de zile. Această perioadă de 4 săptămâni este considerată un ciclu de tratament.

Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Dexametazona se administrează oral în doză de 40 mg în zilele 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 și 11 din ciclul de tratament cu Bortezomib SUN.

Talidomida se administrează pe cale orală în doză de 50 mg zilnic în zilele 1 - 14 și, dacă este tolerată, doza este crescută ulterior la 100 mg în zilele 15 - 28 și apoi, poate fi crescută la 200 mg zilnic, începând cu ciclul 2 (a se vedea Tabelul 4).

Se administrează patru cicluri ale acestei asocieri terapeutice. Se recomandă administrarea a 2 cicluri suplimentare la pacienții care au cel puțin un răspuns parțial.

Tabelul 4: Doze pentru asocierea terapeutică cu Bortezomib SUN la pacienții cu mielom multiplu netratați anterior care sunt eligibili pentru transplant de celule stem hematopoietice

Bzmb+ Dx	Ciclurile 1 până la 4				
	Săptămâna	1	2	3	
	Bzmb (1,3 mg/m ²)	Ziua 1, 4	Ziua 8, 11	Perioadă de pauză	
Dx 40 mg	Ziua 1,2,3,4	Ziua 8, 9, 10, 11	-		
Bzmb+Dx+T	Ciclul 1				
	Săptămâna	1	2	3	4
	Bzmb (1,3 mg/m ²)	Ziua 1, 4	Ziua 8, 11	Perioadă de pauză	Perioadă de pauză
	T 50 mg	Zilnic	Zilnic	-	-

	T 100 mg ^a	-	-	Zilnic	Zilnic
	Dx 40 mg	Ziua 1,2, 3, 4	Ziua 8, 9, 10, 11	-	-
Ciclurile 2 până la 4^b					
	Bzmb (1,3 mg/m ²)	Ziua 1, 4	Ziua 8, 11	Perioadă de pauză	Perioadă de pauză
	T 200 mg ^a	Zilnic	Zilnic	Zilnic	Zilnic
	Dx 40 mg	Ziua 1,2, 3, 4	Ziua 8, 9, 10, 11	-	-

Bzmb = Bortezomib SUN; Dx = dexametazonă; T = talidomidă

^a Doza de talidomidă este crescută la 100 mg din săptămâna 3 a ciclului 1 doar dacă este tolerată doza de 50 mg și la 200 mg din ciclul 2 în cazul în care doza de 100 mg este tolerată.

^b Pacienților care obțin cel puțin un răspuns parțial după 4 cicluri li se pot administra până la 6 cicluri

Ajustarea dozei la pacienții care sunt eligibili pentru transplant

Pentru ajustările dozei de Bortezomib SUN trebuie urmate ghidurile de modificare a dozei descrise pentru monoterapie.

În plus, când Bortezomib SUN se administrează în asociere cu alte medicamente chimioterapice, trebuie avută în vedere reducerea corespunzătoare a dozei acestora, în cazul apariției toxicităților, în conformitate cu recomandările din Rezumatul caracteristicilor produsului.

Doze la pacienți cu limfom cu celule de mantă (LCM) netratați anterior

Asocierea terapeutică cu rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison (BzmbR-CAP)

Bortezomib SUN se administrează prin injecție intravenoasă sau subcutanată la doza recomandată de 1,3 mg/m² suprafață corporală, de două ori pe săptămână, timp de două săptămâni, în zilele 1, 4, 8, și 11, urmată de o perioadă de pauză de 10 zile în zilele 12-21. Această perioadă de 3 săptămâni este considerată un ciclu de tratament. Se recomandă administrarea a șase cicluri de Bortezomib SUN, deși în cazul pacienților care înregistrează răspuns pentru prima dată în ciclul 6, se pot administra încă două cicluri suplimentare de Bortezomib SUN. Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Următoarele medicamente se administrează în ziua 1 a fiecărui ciclu de tratament cu Bortezomib SUN cu durată de 3 săptămâni, prin perfuzie intravenoasă: rituximab la doza de 375 mg/m², ciclofosfamidă la doza de 750 mg/m² și doxorubicină la doza de 50 mg/m².

Prednison se administrează oral la doza de 100 mg/m² în zilele 1, 2, 3, 4 și 5 ale fiecărui ciclu de tratament cu Bortezomib SUN.

Ajustări ale dozei în timpul tratamentului administrat pacienților cu limfom cu celule de mantă netratați anterior

Înainte de inițierea unui nou ciclu de tratament:

- Numărul de trombocite trebuie să fie $\geq 100\ 000$ celule/ μ l iar numărul absolut de neutrofile (NAN) trebuie să fie $\geq 1\ 500$ celule/ μ l
- Numărul de trombocite trebuie să fie $\geq 75\ 000$ celule/ μ l la pacienții cu infiltrații la nivelul măduvei osoase sau cu sechestrare splenică
- Hemoglobina ≥ 8 g/dl
- Toxicitățile non-hematologice trebuie să se fi remis la gradul 1 sau la nivelul inițial.

Tratamentul cu Bortezomib SUN trebuie întrerupt la apariția oricăror toxicități non-hematologice \geq grad 3 asociate tratamentului cu bortezomib (cu excepția neuropatiei) sau a toxicităților hematologice \geq grad 3 (vezi și pct. 4.4). Pentru ajustarea dozei vezi Tabelul 5 de mai jos.

În cazul toxicităților hematologice se pot administra factori de stimulare a coloniilor de granulocite, conform practicii standard locale. Trebuie avută în vedere administrarea profilactică a factorilor de stimulare a coloniilor de granulocite în cazul întârzierilor repetate în administrarea ciclului de tratament. Trebuie avută în vedere transfuzia de trombocite pentru tratamentul trombocitopeniei în cazurile în care este clinic indicată.

Tabelul 5: Ajustări ale dozei în timpul tratamentului administrat pacienților cu limfom cu celule de mantă netratați anterior

Toxicitate	Modificarea sau amânarea dozei
<i>Toxicitate hematologică</i>	
- Neutropenie de grad ≥ 3 însoțită de febră, neutropenie de grad 4 ce durează peste 7 zile, număr de trombocite $< 10\ 000$ celule/ μl	Terapia cu Bortezomib SUN trebuie amânată timp de până la 2 săptămâni până când pacientul are $\text{NAN} \geq 750$ celule/ μl și un număr de trombocite $\geq 25\ 000$ celule/ μl . - Dacă, după amânarea tratamentului cu Bortezomib SUN toxicitatea nu se remite, așa cum este definit mai sus, atunci tratamentul cu Bortezomib SUN trebuie întrerupt. - Dacă toxicitatea se remite, adică pacientul are $\text{NAN} \geq 750$ celule/ μl și număr de trombocite $\geq 25\ 000$ celule/ μl , Bortezomib SUN se poate reiniția la o doză scăzută cu o treaptă (de la $1,3\ \text{mg}/\text{m}^2$ la $1\ \text{mg}/\text{m}^2$, sau de la $1\ \text{mg}/\text{m}^2$ la $0,7\ \text{mg}/\text{m}^2$).
- Dacă numărul de trombocite $< 25\ 000$ celule/ μl sau $\text{NAN} < 750$ celule/ μl în ziua de administrare a Bortezomib SUN (în afară de Ziua 1 a fiecărui ciclu)	Terapia cu Bortezomib SUN trebuie întreruptă
<i>Toxicități non-hematologice de grad ≥ 3 considerate ca fiind asociate Bortezomib SUN</i>	Terapia cu Bortezomib SUN trebuie amânată până la remisiunea simptomelor de toxicitate la gradul 2 sau mai bine. Apoi, Bortezomib SUN se poate reiniția la o doză scăzută cu o treaptă (de la $1,3\ \text{mg}/\text{m}^2$ la $1\ \text{mg}/\text{m}^2$, sau de la $1\ \text{mg}/\text{m}^2$ la $0,7\ \text{mg}/\text{m}^2$). În cazul durerii neuropate și/sau neuropatiei periferice asociate terapiei cu Bortezomib SUN, aceasta trebuie amânată și/sau modificată după cum este prezentat în Tabelul 1.

În plus, dacă Bortezomib SUN se administrează în asociere cu alte medicamente chimioterapice, trebuie avută în vedere reducerea corespunzătoare a dozei acestor medicamente în cazul apariției toxicităților, conform recomandărilor din Rezumatul caracteristicilor produsului al respectivelor medicamente.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți vârstnici

Nu există dovezi care să sugereze că sunt necesare ajustări ale dozelor la pacienții cu vârsta peste 65 de ani cu mielom multiplu sau cu limfom cu celule de mantă.

Nu există studii privind utilizarea bortezomib la pacienții vârstnici cu mielom multiplu netratați anterior care sunt eligibili pentru chimioterapie în doze mari asociată cu transplant de celule stem hematopoietice.

Prin urmare, la această categorie de pacienți nu se pot face recomandări privind doza.

Într-un studiu, la pacienții netratați anterior pentru limfom cu celule de mantă, 42,9 % și 10,4 % dintre pacienții expuși la bortezomib au avut vârste cuprinse între 65 și 74 ani și respectiv vârste ≥ 75 de ani. La pacienții cu vârsta ≥ 75 ani, ambele regimuri, BzmbR-CAP, precum și R-CHOP, au fost mai puțin tolerate (vezi pct. 4.8).

Insuficiență hepatică

Pacienții cu insuficiență hepatică ușoară nu necesită ajustarea dozei și trebuie tratați cu doza recomandată. La pacienții cu insuficiență hepatică moderată sau severă la care trebuie inițiat

tratamentul cu Bortezomib SUN cu o doză scăzută de 0,7 mg/m² per administrare în cursul primului ciclu de tratament, poate fi luată în considerare creșterea ulterioară a dozei la 1,0 mg/m² sau scăderea ulterioară a dozei la 0,5 mg/m², în funcție de tolerabilitatea pacientului (vezi tabelul 6 și pct. 4.4 și 5.2).

Tabelul 6: Modificarea dozei inițiale recomandate de Bortezomib SUN la pacienții cu insuficiență hepatică

Gradul insuficienței hepatice*	Valorile bilirubinemiei	Valorile serice ale TGO (AST)	Modificarea dozei inițiale
Ușoară	≤ 1,0 x LSVN	> LSVN	Niciuna
	> 1,0 x - 1,5 x LSVN	Oricare	Niciuna
Moderată	> 1,5 x – 3 x LSVN	Oricare	Se reduce doza de Bortezomib SUN la 0,7 mg/m ² în primul ciclu de tratament. Se va lua în considerare creșterea dozei la 1,0 mg/m ² sau scăderea ulterioară a dozei la 0,5 mg/m ² în următoarele cicluri terapeutice, în funcție de tolerabilitatea pacientului.
Severă	> 3 x LSVN	Oricare	

Abrevieri: TGO = transaminaza glutamil oxalacetică serică;

AST = aspartat aminotransferaza; LSVN = limita superioară a valorilor normale

* Pe baza clasificării Grupului de Lucru privind Disfuncția de Organ din cadrul NCI pentru încadrarea tipului de insuficiență hepatică (ușoară, moderată, severă).

Insuficiență renală

La pacienții cu insuficiență renală ușoară până la moderată (Clearance-ul creatininei [Cl_{Cr}] > 20 ml/min/1,73 m²) farmacocinetica bortezomibului nu este influențată; prin urmare, la acești pacienți nu este necesară modificarea dozei. Nu se cunoaște dacă farmacocinetica bortezomib este influențată la pacienții cu insuficiență renală severă care nu efectuează ședințe de dializă (Cl_{Cr} < 20 ml/min/1,73 m²). Deoarece dializa poate scădea concentrația plasmatică de bortezomib, Bortezomib SUN trebuie administrat după dializă (vezi pct. 5.2).

Copii și adolescenți

Siguranța și eficacitatea bortezomib nu au fost stabilite la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani (vezi pct. 5.1 și 5.2). Datele disponibile în prezent sunt descrise la pct. 5.1, dar nu se pot face recomandări privind dozajul.

Mod de administrare

Bortezomib SUN este destinat pentru administrare intravenoasă sau subcutanată.

Nu trebuie folosite alte căi de administrare pentru Bortezomib SUN. Administrarea pe cale intratecală a condus la deces.

Injecție intravenoasă

Bortezomib SUN în soluție reconstituită se administrează sub formă de injecție intravenoasă în bolus, timp de 3 - 5 secunde, printr-un cateter intravenos plasat periferic sau central, urmată de spălare cu o soluție injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %). Între administrarea dozelor consecutive de Bortezomib SUN trebuie păstrat un interval de timp de cel puțin 72 ore.

Injecție subcutanată

Bortezomib SUN în soluție reconstituită se administrează subcutanat în coapse (dreapta sau stânga) sau în abdomen (partea dreaptă sau stângă). Soluția trebuie injectată subcutanat, într-un unghi de 45 - 90 °. Locurile de injectare trebuie schimbate pentru injecții succesive.

Dacă în timpul injectării subcutanate de Bortezomib SUN apar reacții locale la nivelul locului de injectare, fie se poate administra subcutanat o soluție cu o concentrație mai mică de Bortezomib SUN (bortezomib 3,5 mg se reconstituie cu 1 mg/ml în loc de 2,5 mg/ml) sau se recomandă trecerea la injectare intravenoasă.

Atunci când Bortezomib SUN se administrează în asociere cu alte medicamente, consultați Rezumatul caracteristicilor produsului al respectivelor medicamente pentru instrucțiuni de administrare.

4.3 Contraindicații

Hipersensibilitate la substanța activă, bor sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1. Infiltrat pulmonar acut difuz și pericardită.

Atunci când Bortezomib SUN se administrează în asociere cu alte medicamente, vă rugăm să consultați Rezumatul caracteristicilor produsului pentru aceste medicamente pentru contraindicații suplimentare.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Atunci când Bortezomib SUN se administrează în asociere cu alte medicamente, trebuie consultat Rezumatul caracteristicilor produsului pentru aceste medicamente, înainte de inițierea tratamentului cu Bortezomib SUN. Atunci când se utilizează talidomida, este necesară o atenție deosebită în vederea depistării sarcinii și a necesității prevenirii acesteia (vezi pct. 4.6).

Administrare intratecală

Au existat cazuri letale de administrare inadecvată a bortezomib pe cale intratecală. Bortezomib SUN este destinat pentru administrare intravenoasă sau subcutanată. Bortezomib SUN nu trebuie administrat pe cale intratecală.

Toxicitate gastro-intestinală

Efectele toxice gastro-intestinale, incluzând greață, diaree, vărsături și constipație sunt foarte frecvente în timpul tratamentului cu bortezomib. Au fost raportate mai puțin frecvent cazuri de ileus (vezi pct. 4.8).

De aceea pacienții cu constipație trebuie atent monitorizați.

Toxicitate hematologică

Tratamentul cu bortezomib se asociază foarte frecvent cu efecte toxice hematologice (trombocitopenie, neutropenie și anemie).

În studiile desfășurate la pacienți cu mielom multiplu recidivant care au fost tratați cu bortezomib și la pacienții cu LCM netratați anterior cărora li s-a administrat bortezomib în asociere cu rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison (BzmbR-CAP), unul din cele mai frecvente efecte toxice hematologice a fost trombocitopenia tranzitorie. Valoarea trombocitelor era cea mai scăzută în Ziua 11 a fiecărui ciclu de tratament cu bortezomib și de obicei revenea la valorile inițiale până la ciclul următor. Nu s-a evidențiat trombocitopenie cumulativă. Valoarea medie a numărului minim de trombocite determinat a fost de aproximativ 40 % din valoarea inițială în studiile cu monoterapie în mielomul multiplu și de 50 % în studiul pentru LCM. La pacienții cu mielom în stadiu avansat severitatea trombocitopeniei s-a corelat cu numărul de trombocite anterior tratamentului: la pacienții cu număr inițial de trombocite < 75 000/μl, 90 % din 21 pacienți au prezentat în timpul studiului un număr de trombocite ≤ 25 000/μl, inclusiv 14 % < 10 000/μl; spre deosebire, la pacienții cu un număr

inițial de trombocite $> 75\ 000/\mu\text{l}$, numai 14 % din 309 pacienți au prezentat în timpul studiului un număr de trombocite $\leq 25\ 000/\mu\text{l}$.

La pacienții cu LCM (studiul LYM-3002), s-a observat o frecvență crescută (56,7 % comparativ cu 5,8 %) de apariție a trombocitopeniei de grad ≥ 3 la grupul de tratament cu bortezumib (BzmbR-CAP) comparativ cu grupul de tratament fără bortezumib (rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină, vincristină și prednison [R-CHOP]). Cele două grupuri de tratament au fost similare în ceea ce privește incidența globală a evenimentelor hemoragice de toate gradele (6,3 % în grupul de tratament BzmbR-CAP și 5,0 % în grupul R-CHOP) precum și a evenimentelor hemoragice de grad 3 și superior (BzmbR-CAP: 4 pacienți [1,7 %]; R-CHOP: 3 pacienți [1,2 %]). În grupul de tratament cu BzmbR-CAP, 22,5 % dintre pacienți au primit transfuzii cu trombocite comparativ cu 2,9 % din pacienții din grupul de tratament cu R-CHOP.

Hemoragiile gastrointestinale și intracerebrale au fost raportate în asociere cu terapia cu bortezumib. Prin urmare, numărul de trombocite trebuie monitorizat înainte de administrarea fiecărei doze de bortezumib. Tratamentul cu bortezumib trebuie întrerupt în cazul în care numărul de trombocite este $< 25\ 000/\mu\text{l}$ sau în cazul asocierii cu melfalan și prednison, dacă numărul de trombocite este $\leq 30\ 000/\mu\text{l}$ (vezi pct. 4.2). Beneficiul potențial al tratamentului trebuie evaluat atent comparativ cu riscurile, în special în cazul trombocitopeniei moderate până la severă și a factorilor de risc pentru hemoragie.

Hemoleucograma completă (HLG) inclusiv numărătoarea elementelor figurate, incluzând numărătoarea trombocitelor, trebuie monitorizată frecvent în timpul tratamentului cu bortezumib. Transfuzia de trombocite trebuie avută în vedere atunci când este clinic indicată (vezi pct. 4.2)

La pacienții cu LCM, s-a observat neutropenie tranzitorie reversibilă între ciclurile de tratament, fără dovezi de neutropenie cumulativă. Valoarea neutrofilelor era cea mai scăzută în Ziua 11 a fiecărui ciclu de tratament cu bortezumib și de obicei revenea la valorile inițiale până la ciclul următor. În studiul LYM-3002, s-au administrat factori de stimulare a coloniilor la 78 % dintre pacienții din brațul de tratament cu BzmbR-CAP și la 61 % dintre pacienții din brațul de tratament cu R-CHOP. Deoarece pacienții cu neutropenie prezintă un risc crescut de infecții, aceștia trebuie monitorizați pentru apariția semnelor și simptomelor de infecție și trebuie tratați cu promptitudine. În cazul toxicităților hematologice se pot administra factori de stimulare a coloniilor de granulocite, conform practicii standard locale.

Trebuie avută în vedere administrarea profilactică a factorilor de stimulare a coloniilor de granulocite în cazul întârzierilor repetate în administrarea ciclului de tratament (vezi pct. 4.2).

Reactivarea virusului Herpes zoster

Profilaxia antivirală este recomandată la pacienții tratați cu bortezumib. Într-un studiu clinic de fază III efectuat la pacienți cu mielom multiplu netratat anterior, incidența globală a reactivării virusului herpes zoster a fost mai frecventă la pacienții tratați cu bortezumib+melfalan+prednison comparativ cu melfalan+prednison (14 % comparativ cu 4 %).

La pacienții cu LCM (studiul LYM-3002), incidența infecțiilor cu virusul herpes zoster a fost de 6,7 % în brațul de tratament cu BzmbR-CAP și de 1,2 % în brațul de tratament cu R-CHOP (vezi pct. 4.8).

Reactivarea și infecția cu virusul hepatitei B (VHB)

În cazurile când rituximab este utilizat în asociere cu bortezumib, înainte de inițierea tratamentului trebuie să se efectueze întotdeauna screeningul pentru VHB la pacienții cu risc de infecție cu VHB. Purtătorii de hepatită B și pacienții cu antecedente de hepatită B trebuie monitorizați cu atenție pentru apariția semnelor clinice și de laborator de infecție activă cu VHB în timpul și după terapia de asociere cu rituximab și bortezumib.

Trebuie avută în vedere profilaxia antivirală. Consultați Rezumatul caracteristicilor produsului pentru rituximab pentru informații suplimentare.

Leucoencefalopatie multifocală progresivă (LMP)

Au fost raportate la pacienții în tratament cu bortezumib, cazuri foarte rare de cauză necunoscută de infecție cu virus John Cunningham (JC), determinând LMP și deces. Pacienților diagnosticați cu LMP li s-a administrat anterior sau concomitent tratament imunosupresor. Cele mai multe cazuri de LMP au fost diagnosticate nu mai târziu de 12 luni de la administrarea primei doze de bortezumib. Pacienții trebuie monitorizați la intervale regulate de timp pentru orice simptome sau semne neurologice noi sau agravate care ar putea sugera LMP ca parte a diagnosticului diferențial al problemelor de la nivel SNC. Dacă se suspectează un diagnostic de LMP, pacienții trebuie să se adreseze unui specialist în LMP și trebuie inițiate măsuri corespunzătoare de diagnostic pentru LMP. Se întrerupe tratamentul cu bortezumib în cazul în care LMP este diagnosticată.

Neuropatie periferică

Tratamentul cu bortezumib se asociază foarte frecvent cu neuropatie periferică predominant senzorială. Cu toate acestea, s-au raportat cazuri de neuropatie motorie severă cu sau fără neuropatie periferică senzorială. Incidența neuropatiei periferice crește la începutul tratamentului și s-a observat că este maximă în timpul ciclului 5 de tratament.

Se recomandă monitorizarea atentă a pacienților pentru simptome de neuropatie cum sunt senzație de arsură, hiperestezie, hipoestezie, parestezie, disconfort, durere neuropatică sau senzație de slăbiciune.

În cadrul studiului de fază III care a comparat bortezumib administrat intravenos și administrat subcutanat, incidența evenimentelor de neuropatie periferică de grad ≥ 2 a fost de 24 % pentru grupul la care tratamentul s-a administrat prin injecție subcutanată și de 41 % pentru grupul la care tratamentul s-a administrat prin injecție intravenoasă ($p = 0,0124$). Neuropatia periferică de grad ≥ 3 a apărut la 6 % dintre pacienții din grupul de tratament cu administrare subcutanată în comparație cu 16 % în grupul de tratament cu administrare intravenoasă ($p = 0,0264$). Incidența neuropatiei periferice de toate gradele în cazul administrării intravenoase de bortezumib a fost mai redusă în studiile anterioare cu bortezumib administrat intravenos în comparație cu studiul MMY – 3021.

Pacienții la care apare sau se agravează neuropatia periferică, trebuie să li se efectueze o evaluare neurologică și pot necesita o ajustarea a dozei, a schemei de tratament sau a căii de administrare la cea subcutanată (vezi pct. 4.2). Neuropatia a fost tratată cu terapie de susținere și alte terapii.

La pacienții cărora li se administrează bortezumib în asociere cu medicamente cunoscute ca fiind asociate cu neuropatia (de exemplu talidomidă) trebuie avută în vedere monitorizarea precoce și regulată a simptomelor de neuropatie cauzată de tratament, împreună cu o evaluare neurologică și trebuie luată în considerare o reducere corespunzătoare a dozei sau întreruperea permanentă a tratamentului.

În anumite cazuri există și o componentă de neuropatie vegetativă cu reacții adverse cum sunt hipotensiunea arterială ortostatică și constipația severă cu ileus, în plus față de neuropatia periferică. Informațiile despre neuropatia vegetativă și rolul acesteia la aceste reacții adverse sunt limitate.

Crize convulsive

La pacienții fără antecedente de crize convulsive sau epilepsie s-au raportat mai puțin frecvent convulsiile.

Când se tratează pacienți cu orice factori de risc pentru crize convulsive, sunt necesare precauții speciale.

Hipotensiune arterială

Tratamentul cu bortezumib se asociază frecvent cu hipotensiune arterială ortostatică/posturală. Majoritatea reacțiilor adverse sunt ușoare până la moderate și apar în timpul tratamentului. La pacienții la care a apărut e hipotensiune arterială ortostatică în timpul tratamentului cu bortezumib

(injectare intravenoasă) nu s-a evidențiat existența hipotensiunii arteriale ortostatice anterior tratamentului cu borteomib. La majoritatea pacienților a fost necesar un tratament pentru hipotensiunea arterială ortostatică. O mică parte dintre pacienții cu hipotensiune arterială ortostatică au prezentat episoade de sincopă. Hipotensiunea arterială ortostatică/posturală nu a avut o legătură strânsă cu administrarea în bolus a medicamentului borteomib. Nu se cunoaște mecanismul acestui eveniment, deși o componentă poate fi datorată neuropatiei vegetative. Neuropatia vegetativă poate avea legătură cu borteomib sau borteomib poate agrava o afecțiune preexistentă, cum este neuropatia diabetică sau amiloidă. Se recomandă prudență la pacienții cu antecedente de sincopă și la care se administrează medicamente cunoscute ca fiind asociate cu hipotensiunea arterială; sau la pacienții deshidratați din cauza diareei sau a vărsăturilor recurente. Tratamentul hipotensiunii arteriale ortostatice/posturale poate include ajustarea dozelor de antihipertensive, rehidratarea sau administrarea de mineralocorticoizi și/sau de simpatomimetice. Pacienții trebuie instruiți să se adreseze medicului dacă apar simptome de amețeală, confuzie sau leșin.

Sindrom de encefalopatie posterioară reversibilă (SEPR)

Au fost raportate cazuri de SEPR la pacienții cărora li s-a administrat borteomib. SEPR este o boală neurologică rară, cu evoluție rapidă, deseori reversibilă, care se manifestă prin crize convulsive, hipertensiune arterială, cefalee, letargie, confuzie, cecitate și alte tulburări neurologice și oculare. Imagistica cerebrală, de preferință imagistică prin rezonanță magnetică (IRM), este utilizată pentru a confirma diagnosticul. La pacienții care dezvoltă SEPR, tratamentul cu borteomib trebuie întrerupt.

Insuficiență cardiacă

În timpul tratamentului cu borteomib s-au raportat dezvoltarea în mod acut sau agravarea insuficienței cardiace congestive și/sau apariția scăderii fracției de ejeție a ventriculului stâng. Retenția lichidiană poate fi un factor predispozant pentru semnele și simptomele de insuficiență cardiacă. Pacienții cu factori de risc pentru cardiopatie sau cardiopatie prezentă trebuie monitorizați atent.

Electrocardiograma

În studii clinice s-au observat cazuri izolate de prelungire a intervalului QT, fără a fi stabilită cauza.

Tulburări pulmonare

La pacienții tratați cu borteomib s-au raportat rar afecțiuni pulmonare infiltrative difuze acute de etiologie necunoscută precum pneumonită, pneumonie interstițială, infiltrat pulmonar și sindrom de detresă respiratorie acută (SDRA) (vezi pct. 4.8). Unele dintre aceste evenimente au fost letale. Se recomandă efectuarea unei radiografii toracice înainte de inițierea tratamentului pentru a servi ca referință pentru eventuale modificări pulmonare post tratament.

În eventualitatea unor simptome pulmonare noi sau agravate (de exemplu, tuse, dispnee) trebuie evaluat prompt diagnosticul și pacienții trebuie tratați corespunzător. Înainte de a continua terapia cu borteomib trebuie luat în considerare raportul risc/beneficiu.

Într-un studiu clinic, doi pacienți (din doi) la care s-au administrat doze mari de citarabină (2 g/m² pe zi) în perfuzie continuă timp de 24 ore, în asociere cu daunorubicină și borteomib, pentru leucemie mieloidă acută recidivantă, au decedat prin SDRA la scurt timp de la debutul tratamentului, și studiul a fost încheiat. De aceea, acest regim specific, cu administrare concomitentă de citarabină în doze mari (2 g/m² pe zi) prin perfuzie continuă pe durata a 24 de ore, nu este recomandat.

Insuficiență renală

Complicațiile renale sunt frecvente la pacienții cu mielom multiplu. Pacienții cu insuficiență renală trebuie monitorizați atent (vezi pct. 4.2 și 5.2).

Insuficiență hepatică

Bortezomib este metabolizat de enzimele hepatice. Expunerea la bortezomib este crescută la pacienții cu insuficiență hepatică moderată sau severă; acești pacienți trebuie tratați cu doze scăzute de bortezomib și monitorizați atent pentru toxicitate (vezi pct. 4.2 și 5.2).

Reacții hepatice

S-au raportat cazuri rare de insuficiență hepatică la pacienții tratați cu bortezomib cărora li s-au administrat concomitent medicamente și care aveau afecțiuni grave preexistente. Alte reacții hepatice raportate includ creșteri ale enzimelor hepatice, hiperbilirubinemie și hepatită. Aceste modificări pot fi reversibile după întreruperea tratamentului cu bortezomib (vezi pct. 4.8).

Sindromul de liză tumorală

Deoarece bortezomib este o substanță citotoxică, poate distruge rapid celulele maligne plasmaticice și celulele LCM și pot să apară complicațiile sindromului de liză tumorală. Pacienții cu impregnare neoplazică mare, anterior tratamentului sunt expuși riscului de sindrom de liză tumorală. Acești pacienți trebuie monitorizați atent și trebuie luate precauțiile adecvate.

Administrarea concomitentă de medicamente

Pacienții trebuie să fie monitorizați atent când li se administrează bortezomib în asociere cu inhibitori puternici ai CYP3A4. Se recomandă prudență când bortezomib se administrează în asociere cu substraturi ale enzimelor CYP3A4 sau CYP2C19 (vezi pct 4.5).

La pacienții la care se administrează oral medicamente hipoglicemizante este necesară confirmarea unei funcții hepatice normale și trebuie manifestată prudență (vezi pct. 4.5).

Reacții potențial mediate prin complexe imune

S-au raportat, mai puțin frecvent, reacții potențiale mediate prin complexe imune, cum sunt reacțiile de tip boala serului, poliartrită cu erupții cutanate tranzitorii și glomerulonefrită proliferativă. Dacă apar reacții grave, tratamentul cu bortezomib trebuie întrerupt.

4.5. Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Studiile *in vitro* demonstrează că bortezomib este un inhibitor slab al izoenzimelor 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 și 3A4 ale citocromului P450 (CYP). Având ca argument contribuția limitată (7 %) a CYP2D6 la metabolizarea bortezomibului, nu se așteaptă ca fenotipul metabolizatorului slab al CYP2D6 să afecteze distribuția generală a bortezomibului.

Un studiu de interacțiune medicamentoasă, de evaluare a efectului ketoconazolului, un inhibitor potent al CYP3A4 asupra farmacocineticii bortezomib (administrat intravenos), a arătat o creștere medie a ASC pentru bortezomib de 35 % (ÎÎ 90 % [1,032 la 1,772]), bazat pe datele de la 12 pacienți. De aceea, pacienții trebuie să fie atent monitorizați atunci când li se administrează bortezomib concomitent cu inhibitori potenți ai CYP3A4 (de exemplu ketoconazol, ritonavir).

Într-un studiu de interacțiune medicamentoasă, de evaluare a efectului omeprazolului, un inhibitor potent al CYP2C19 asupra farmacocineticii bortezomib (administrat intravenos), nu s-a evidențiat un efect semnificativ asupra farmacocineticii bortezomibului, bazat pe datele obținute de la 17 pacienți.

Într-un studiu de interacțiune medicamentoasă, de evaluare a efectului rifampicinei, un inductor potent al CYP3A4 asupra farmacocineticii bortezomib (administrat intravenos), a arătat o reducere medie a ASC pentru bortezomib de 45 %, bazat pe datele obținute de la 6 pacienți. De aceea, nu se recomandă utilizarea concomitentă a bortezomib cu inductori potenți de CYP3A4 (de exemplu rifampicină, carbamazepină, fenitoină, fenobarbital și sunătoare), din moment ce eficacitatea poate fi scăzută.

În același studiu de interacțiune medicamentoasă, de evaluare a efectului dexametazonei, un inductor mai slab al CYP3A4 asupra farmacocineticii borteomib (administrat intravenos), nu s-a evidențiat niciun efect semnificativ asupra farmacocineticii borteomibului, bazat pe datele obținute de la 7 pacienți.

Un studiu de interacțiune medicamentoasă efectuat pentru evaluarea efectului combinației melfalan-prednison asupra farmacocineticii borteomib (administrat intravenos) a demonstrat o creștere a ASC medie pentru borteomib de 17 %, pe baza datelor obținute de la 21 pacienți. Aceasta nu este considerată relevantă din punct de vedere clinic.

În timpul studiilor clinice, la pacienții diabetici tratați cu medicamente antidiabetice orale s-au raportat mai puțin frecvent și frecvent hipoglicemie și hiperglicemie. Pacienții tratați cu antidiabetice orale și la care se administrează borteomib pot necesita monitorizarea atentă a glicemiei și ajustarea dozei de antidiabetice orale.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Femei aflate la vârsta fertilă/Contracepția la bărbați și femei

În timpul tratamentului și trei luni după tratament, pacienții bărbați și femei cu potențial fertil trebuie să utilizeze măsuri contraceptive eficiente.

Sarcina

Nu sunt disponibile date clinice privind expunerea la borteomib în timpul sarcinii. Potențialul teratogen al borteomibului nu a fost complet studiat.

În studiile preclinice, la cele mai mari doze tolerate de femelele gestante borteomibul nu a prezentat efecte asupra dezvoltării embrionului /fetusului la șobolan și iepure. Nu s-au efectuat studii la animale pentru a determina efectele borteomib asupra nașterii și a dezvoltării postnatale (vezi pct. 5.3). Borteomib nu trebuie administrat în timpul sarcinii, decât dacă starea clinică a femeii necesită tratament cu borteomib.

Dacă borteomib se utilizează în timpul sarcinii sau dacă pacienta devine gravidă în timpul tratamentului cu acest medicament, pacienta trebuie informată despre riscurile potențiale pentru făt.

Talidomida este o substanță activă cu efect teratogen cunoscut la om, care produce malformații congenitale care pun în pericol viața. Talidomida este contraindicată în timpul sarcinii și la femeile aflate la vârsta fertilă, cu excepția cazurilor în care sunt îndeplinite criteriile din programul de prevenire a sarcinii. Pacienții la care se administrează borteomib în asociere cu talidomida trebuie să participe la programul de prevenire a sarcinii în timpul utilizării talidomidei. Pentru informații suplimentare, vă rugăm să consultați Rezumatul caracteristicilor produsului pentru talidomidă.

Alăptarea

La om, nu se cunoaște dacă borteomib se elimină în laptele matern. Din cauza potențialului medicamentului borteomib de a determina reacții adverse grave la copii alăptați, alăptarea trebuie întreruptă pe perioada tratamentului cu borteomib.

Fertilitatea

Nu a fost studiată fertilitatea la utilizarea borteomib (vezi pct. 5.3).

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

Borteomib poate avea influență moderată asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Borteomib poate fi asociat foarte frecvent cu oboseală, frecvent cu amețeli, mai puțin frecvent cu sincopă și frecvent cu hipotensiune arterială ortostatică/posturală sau cu vedere încețoșată.

În consecință, pacienții trebuie să fie prudenți când conduc vehicule sau folosesc utilaje și trebuie sfătuiți să nu conducă vehicule sau să folosească utilaje dacă prezintă aceste simptome (vezi pct. 4.8).

4.8 Reacții adverse

Rezumatul profilului de siguranță

Reacțiile adverse grave mai puțin frecvente raportate în timpul tratamentului cu bortezomib includ insuficiența cardiacă, sindromul de liză tumorală, hipertensiunea pulmonară, sindromul de encefalopatie posterioară reversibilă, afecțiunile pulmonare infiltrative difuze acute și, rar, neuropatia vegetativă. Cele mai frecvente reacții adverse raportate în timpul tratamentului cu bortezomib sunt greața, diareea, constipația, vărsăturile, fatigabilitatea, febra, trombocitopenia, anemia, neutropenia, neuropatia periferică (inclusiv senzorială), cefaleea, parestezia, scăderea apetitului alimentar, dispneea, erupția cutanată tranzitorie, herpesul zoster și mialgia.

Rezumatul tabelar al reacțiilor adverse

Mielom multiplu

Reacțiile adverse menționate în Tabelul 7 au fost considerate de către investigatori a avea cel puțin o relație cauzală, posibilă sau probabilă cu bortezomib. Aceste reacții adverse au la bază un set integrat de date ce provin de la 5 476 pacienți, dintre care 3 996 pacienți au fost tratați cu bortezomib în doză de 1,3 mg/m² și au fost incluși în Tabelul 7.

La nivel global, bortezomib a fost administrat la 3 974 de pacienți pentru tratamentul mielomului multiplu.

Reacțiile adverse sunt enumerate mai jos pe aparate, sisteme și organe și în funcție de frecvență. Frecvențele sunt definite ca: foarte frecvente ($\geq 1/10$); frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$); mai puțin frecvente ($\geq 1/1\ 000$ și $< 1/100$); rare ($\geq 1/10\ 000$ și $< 1/1\ 000$); foarte rare ($< 1/10\ 000$); cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile). În cadrul fiecărei categorii de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordine descrescătoare a gravității. Tabelul 7 a fost generat utilizând versiunea 14.1 MedDRA.

Reacțiile adverse apărute ulterior punerii pe piață și care nu au fost observate în studiile clinice sunt, de asemenea, incluse.

Tabelul 7: Reacții adverse la pacienți cu mielom multiplu tratați cu bortezomib în studii clinice și toate reacțiile adverse apărute după punerea pe piață, indiferent de indicație[#]

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
Infecții și infestări	Frecvente	Herpes zoster (inclusiv difuz și oftalmic), pneumonie*, Herpes simplex*, infecție fungică*
	Mai puțin frecvente	Infecție*, infecții bacteriene*, infecții virale*, sepsis (inclusiv șoc septic)*, bronhopneumonie, infecție cu virusul herpetic*, meningoencefalită herpetică#, bacteremie (inclusiv stafilococică), hordeolum, gripă, celulită, infecții asociate dispozitivului, infecții cutanate*, infecție auriculară*, infecție stafilococică*, infecție dentară*
	Rare	Meningită (inclusiv bacteriană), infecție cu virus Epstein-Barr, herpes genital, amigdalită, mastoidită, sindrom de oboseală postvirală
Tumori benigne, maligne și nespecificate (incluzând chisturi și polipi)	Rare	Afecțiune neoplazică malignă, leucemie plasmocitară, carcinom renocelular, formațiune tumorală, micoză fungică, tumori benigne*

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
Tulburări hematologice și limfatice	Foarte frecvente	Trombocitopenie*, neutropenie*, anemie*
	Frecvente	Leucopenie*, limfopenie*
	Mai puțin frecvente	Pancitopenie*, neutropenie febrilă, coagulopatie*, leucocitoză*, limfadenopatie, anemie hemolitică#
	Rare	Coagulare intravasculară diseminată, trombocitoză*, sindrom de hipervâscozitate, tulburări trombotice nespecificate, microangiopatie trombotică (inclusiv purpură trombocitopenică)#, tulburări hematologice nespecificate, diateză hemoragică, infiltrat limfocitar
Tulburări ale sistemului imunitar	Mai puțin frecvente	angioedem#, hipersensibilitate*
	Rare	Șoc anafilactic, amiloidoză, reacții potențial mediate prin complexe imune de tip III
Tulburări endocrine	Mai puțin frecvente	Sindrom Cushing*, hipertiroidism*, secreție inadecvată de hormon antidiuretic
	Rare	Hipotiroidism
Tulburări metabolice și de nutriție	Foarte frecvente	Scăderea apetitului
	Frecvente	Deshidratare, hipokaliemie*, hiponatremie*, glicemie anormală*, hipocalcemie*, anomalii enzimatice*
	Mai puțin frecvente	Sindrom de liză tumorală, dezvoltare insuficientă*, hipomagnezemie*, hipofosfatemie*, hiperkaliemie*, hipercalcemie*, hipernatremie*, anomalii ale acidului uric*, diabet zaharat*, retenție de lichide
	Rare	Hipermagnezemie*, acidoză, dezechilibru electrolitic*, supraîncărcare lichidiană, hipocloremie*, hipovolemie, hipercloremie*, hiperfosfatemie*, tulburări metabolice, deficit al complexului de vitamine B, deficit de vitamină B 12, gută, creșterea apetitului alimentar, intoleranță la alcool etilic
Tulburări psihice	Frecvente	Modificări și tulburări ale dispoziției*, tulburare de anxietate*, tulburări de somn și dereglări ale somnului*
	Mai puțin frecvente	Tulburări mentale*, halucinații*, tulburare psihotică*, confuzie*, neliniște
	Rare	Ideație suicidară*, tulburare de adaptare, delir, scăderea libidoului
Tulburări ale sistemului nervos	Foarte frecvente	Neuropatii*, neuropatie senzorială periferică, disestezie*, nevralgii*
	Frecvente	Neuropatie motorie*, pierderea conștienței (inclusiv sincopă), amețeli*, disgeuzie*, letargie, cefalee*
	Mai puțin frecvente	Tremor, neuropatie senzitivo-motorie periferică, diskinezie*, tulburări de echilibru și coordonare cerebeloase*, pierderea memoriei (excepție demența)*, encefalopatie*, sindrom de encefalopatie posterioară reversibilă#, neurotoxicitate, convulsii*, nevralgie post herpetică, tulburări de vorbire*, sindromul picioarelor neliniștite, migrenă, sciatică, tulburări de atenție, anomalii ale reflexelor*, parosmie
	Rare	Hemoragie cerebrală*, hemoragie intracraniană (inclusiv

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
		subarahnoidiană)*, edem cerebral, atac ischemic tranzitoriu, comă, dezechilibru al sistemului nervos vegetativ, neuropatie vegetativă, paralizie de nervi cranieni*, paralizie*, pareză*, presincopă, sindrom de trunchi cerebral, tulburare cerebrovasculară, leziune a rădăcinii nervoase, hiperactivitate psihomotorie, compresie medulară, tulburări cognitive nespecificate, disfuncții motorii, tulburări ale sistemului nervos nespecificate, radiculită, salivare, hipotonie, sindrom Guillain-Barré#, polineuropatie demielinizantă#
Tulburări oculare	Frecvente	Tumefacții oculare*, tulburări de vedere*, conjunctivită*
	Mai puțin frecvente	Hemoragii oculare*, infecții palpebrale*, șalazion#, blefarită#, inflamații oculare*, diplopie, xeroftalmie*, iritații oculare*, dureri oculare, creșterea secreției lacrimale, secreții oculare
	Rare	Leziuni ale corneei*, exoftalmie, retinită, scotom, tulburări oculare (inclusiv palpebrale) nespecificate, dacrioadenită dobândită, fotofobie, fotopsie, neuropatie optică#, diferite grade ale scăderii acuității vizuale (mergând până la cecitate)*
Tulburări acustice și vestibulare	Frecvente	Vertij*
	Mai puțin frecvente	Disacuzie (inclusiv tinitus)*, deficit de auz (până la și inclusiv surditate), disconfort la nivelul urechii*
	Rare	Hemoragii auriculare, neuronită vestibulară, tulburări acustice nespecificate
Tulburări cardiace	Mai puțin frecvente	Tamponadă cardiacă#, stop cardiopulmonar*, fibrilație cardiacă (inclusiv atrială), insuficiență cardiacă (inclusiv insuficiență cardiacă ventriculară stângă și dreaptă)*, aritmii*, tahicardie*, palpitații, angină pectorală, pericardită (inclusiv revărsat pericardic)*, cardiomiopatie*, disfuncții ventriculare*, bradicardie
	Rare	Flutter atrial, infarct miocardic*, bloc atrioventricular*, afecțiuni cardiovasculare (inclusiv șoc cardiogen), torsada vârfurilor, angină instabilă, boli valvulare cardiace*, insuficiență coronariană, stop sinusal
Tulburări vasculare	Frecvente	Hipotensiune arterială*, hipotensiune arterială ortostatică, hipertensiune arterială*
	Mai puțin frecvente	Accident cerebrovascular#, tromboză venoasă profundă*, hemoragii, tromboflebită (inclusiv superficială), colaps circulator (inclusiv șoc hipovolemic), flebită, hiperemie facială*, hematoame (inclusiv perirenale)*, insuficiența circulației periferice*, vasculită, hiperemie (inclusiv oculară)*
	Rare	Embolie periferică, limfedem, paloare, eritromelalgie, vasodilatație, modificări de culoare la nivelul venelor, insuficiență venoasă
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Frecvente	Dispnee*, epistaxis, infecții ale căilor respiratorii superioare/inferioare*, tuse*
	Mai puțin frecvente	Embolie pulmonară, revărsat pleural, edem pulmonar (inclusiv acut), hemoragie pulmonară alveolară#, bronhospasm, boală pulmonară obstructivă cronică*,

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
		hipoxemie*, congestie a căilor respiratorii*, hipoxie, pleurezie*, sughiț, rinoree, disfonie, wheezing
	Rare	Insuficiență respiratorie, sindrom de detresă respiratorie acută, apnee, pneumotorax, atelectazie, hipertensiune pulmonară, hemoptizie, hiperventilație, ortopnee, pneumonită, alcaloză respiratorie, tahipnee, fibroză pulmonară, afecțiuni bronșice*, hipocapnie*, boală pulmonară interstițială, infiltrație pulmonară, constricție la nivelul gâtului, senzație de uscăciune a gâtului, secreții crescute ale căilor respiratorii superioare, iritație a gâtului, sindromul tusigen al căilor respiratorii superioare
Tulburări gastro-intestinale	Foarte frecvente	Simptome precum greață și vărsături*, diaree*, constipație
	Frecvente	Hemoragii gastro-intestinale (inclusiv ale mucoaselor)*, dispepsie, stomatită*, distensie abdominală, dureri orofaringiene*, dureri abdominale (inclusiv dureri gastrointestinale și splenice)*, afecțiuni ale cavității bucale*, flatulență
	Mai puțin frecvente	Pancreatită (inclusiv cronică)*, hematemeză, inflamația buzelor*, obstrucție gastrointestinală (inclusiv ocluzie la nivelul intestinului subțire, ileus)*, disconfort abdominal, ulcerații bucale*, enterită*, gastrită*, hemoragii gingivale, boală de reflux gastro-esofagian*, colită (inclusiv colită cu clostridium difficile)*, colită ischemică#, inflamație gastro-intestinală*, disfagii, sindrom de colon iritabil, tulburări gastro-intestinale nespecificate, limbă încărcată, tulburări de motilitate gastro-intestinală*, tulburări ale glandelor salivare*
	Rare	Pancreatită acută, peritonită*, edem lingual*, ascită, esofagită, cheilită, incontinență fecală, atonia sfincterului anal, fecalom*, ulcerație și perforație gastro-intestinală*, hipertrofie gingivală, megacolon, secreții rectale, pustule orofaringiene*, dureri la nivelul buzelor, periodontită, fisuri anale, tulburări ale tranzitului intestinal, proctalgie, fecale anormale
Tulburări hepatobiliare	Frecvente	Valori anormale ale enzimelor hepatice*
	Mai puțin frecvente	Hepatotoxicitate (inclusiv afecțiuni hepatice), hepatită*, coleastă
	Rare	Insuficiență hepatică, hepatomegalie, sindrom Budd-Chiari, hepatită cu Citomegalovirus, hemoragie hepatică, colelitiază
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Frecvente	Eruptions cutanate tranzitorii*, prurit*, eritem, xerodermie
	Mai puțin frecvente	Eritem polimorf, urticarie, dermatoză acută neutrofilică febrilă, erupție cutanată toxică, necroliză epidermică toxică#, sindrom Stevens-Johnson#, dermatită*, afecțiuni ale părului*, peteșii, echimoze, leziuni cutanate, purpură, formațiune tumorală cutanată*, psoriazis, hiperhidroză, transpirații nocturne, ulcer de decubit#, acnee*, pustule*, tulburări de pigmentare*
	Rare	Reacție cutanată, infiltrație limfocitară Jessner, sindrom de eritrodisestezie palmo-plantară, hemoragii

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
		subcutanate, livedo reticularis, indurații cutanate, vezicule, reacții de fotosensibilizare, seboree, transpirații reci, afecțiuni cutanate nespecificate, eritroză, ulcer cutanat, afecțiuni ale unghiilor
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Foarte frecvente	Dureri musculo-scheletice*
	Frecvente	Spasme musculare*, dureri la nivelul extremităților, slăbiciune musculară
	Mai puțin frecvente	Crampe musculare, tumefierea articulațiilor, artrită*, rigiditatea articulațiilor, miopatie*, senzație de greutate
	Rare	Rabdomioliză, sindromul articulației temporomandibulare, fistule, efuziune articulară, dureri la nivelul maxilarului, tulburări osoase, infecții și inflamații la nivelul țesutului musculoscheletic și conjunctiv*, chist sinovial
Tulburări renale și ale căilor urinare	Frecvente	Insuficiență renală*
	Mai puțin frecvente	Insuficiență renală acută, insuficiență renală cronică*, infecții ale căilor urinare*, semne și simptome ale căilor urinare*, hematurie*, retenție de urină, tulburări de micțiune*, proteinurie, azotemie, oligurie*, polakiurie
	Rare	Iritația vezicii urinare
Tulburări ale aparatului genital și sânelui	Mai puțin frecvente	Hemoragii vaginale, dureri genitale*, disfuncții erectile
	Rare	Afecțiuni testiculare*, prostatită, tulburări ale sânelui la femei, sensibilitate epididimală, epididimită, dureri pelvine, ulcerații vulvare
Afecțiuni congenitale, familiale și genetice	Rare	Aplazie, malformații gastrointestinale, ihtioză
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Foarte frecvente	Febră*, fatigabilitate, astenie
	Frecvente	Edeme (inclusiv periferice), frisoane, dureri*, stare generală de rău*
	Mai puțin frecvente	Deteriorare generală a sănătății fizice*, edem facial*, reacție la locul injectării*, afecțiuni ale mucoaselor*, dureri toracice, tulburări de mers, sindrom pseudogripal, extravazare*, complicații asociate cateterului*, modificări ale senzației de sete*, disconfort toracic, senzație de modificare a temperaturii corporale*, dureri la locul injectării*
	Rare	Deces (inclusiv subit), insuficiență multiorgan, hemoragii la locul injectării*, hernie (inclusiv hiatală)*, tulburări de vindecare*, inflamație, flebită la locul administrării*, sensibilitate, ulcerații, iritabilitate, dureri toracice altele decât cele de origine cardiacă, dureri în zona cateterului, senzație de corp străin
Investigații diagnostice	Frecvente	Scădere ponderală
	Mai puțin frecvente	Hiperbilirubinemie*, valori anormale ale proteinelor*, creștere ponderală, rezultate anormale la analizele de sânge*, proteina C-reactivă crescută
	Rare	Valori anormale ale presiunilor gazelor sanguine*,

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
		anomalii pe electrocardiogramă (inclusiv prelungire a intervalului QT)*, valori anormale ale ratei normalizate internaționale*, scădere a pH-ului gastric, creștere a agregării plachetare, valori crescute ale concentrației plasmatice a troponinei I, modificări ale testelor de identificare virală și ale serologiei*, valori anormale ale testelor de laborator ale urinei*
Leziuni, intoxicații și complicații legate de procedurile utilizate	Mai puțin frecvente	Căderi, contuzii
	Rare	Reacție la transfuzie, fracturi*, rigiditate*, leziuni faciale, leziuni ale articulațiilor*, arsuri, plăgi lacerate, dureri cauzate de procedurile utilizate, leziuni cauzate de radiație*
Proceduri medicale și chirurgicale	Rare	Activarea macrofagelor

* Grupează mai mult de un termen preferat MedDRA.

#reacții adverse raportate ulterior punerii pe piață indiferent de indicație

Limfom cu celule de mantă (LCM)

Profilul de siguranță al bortezumib la 240 pacienți cu LCM tratați cu bortezumib la doza recomandată de 1,3 mg/m² în asociere cu rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină și prednison (BzmbR-CAP) comparativ cu 242 pacienți tratați cu rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină, vincristină și prednison [R-CHOP] a fost relativ concordant cu cel observat la pacienții cu mielom multiplu, diferențele principale fiind descrise mai jos. Reacțiile adverse la medicament identificate suplimentar în contextul utilizării terapiei de asociere (BzmbR-CAP) au fost infecția cu virusul hepatitic B (< 1 %) și ischemia miocardică (1,3 %). Incidențele similare ale acestor evenimente în ambele brațe de tratament au indicat faptul că aceste reacții adverse la medicament nu se pot atribui doar tratamentului cu bortezumib. Diferențele importante între categoria de pacienți cu LCM comparativ cu pacienții din studiile cu mielom multiplu au fost o incidență crescută cu $\geq 5\%$ a reacțiilor adverse hematologice (neutropenie, trombocitopenie, leucopenie, anemie, limfopenie), neuropatie senzorială periferică, hipertensiune arterială, pirexie, pneumonie, stomatită, și afecțiuni ale părului.

În Tabelul 8 de mai jos sunt prezentate reacțiile adverse la medicament identificate ca având o frecvență $\geq 1\%$, o frecvență similară sau mai mare în brațul de tratament cu BzmbR-CAP și ca având o relație de cauzalitate cel puțin posibilă sau probabilă cu componentele brațului de tratament cu BzmbR-CAP. Sunt de asemenea incluse reacțiile adverse la medicament identificate în brațul de tratament cu BzmbR-CAP care au fost considerate de către investigatori ca având cel puțin o relație de cauzalitate posibilă sau probabilă cu bortezumib, pe baza datelor anterioare din studiile pentru mielom multiplu.

Reacțiile adverse sunt enumerate mai jos pe aparate, sisteme și organe și în funcție de frecvență. Frecvențele sunt definite ca: foarte frecvente ($\geq 1/10$); frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$); mai puțin frecvente ($\geq 1/1\ 000$ și $< 1/100$); rare ($\geq 1/10\ 000$ și $< 1/1\ 000$); foarte rare ($< 1/10\ 000$), cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile). În cadrul fiecărei categorii de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordine descrescătoare a gravității. Tabelul 8 a fost generat utilizând Versiunea 16 a MedDRA.

Tabelul 8: Reacții adverse la pacienți cu limfom cu celule de mantă tratați cu BzmbR-CAP într-un studiu clinic

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
Infecții și infestări	Foarte frecvente	Pneumonie*
	Frecvente	Sepsis (inclusiv șoc septic)*, herpes zoster (inclusiv difuz și oftalmic), infecție cu virusul herpetic*, infecții bacteriene*, infecții ale căilor respiratorii superioare / inferioare*, infecție fungică*, herpes simplex*
	Mai puțin frecvente	Infecție cu virusul hepatitic B*, bronhopneumonie
Tulburări hematologice și limfatice	Foarte frecvente	Trombocitopenie*, neutropenie febrilă, neutropenie*, leucopenie*, anemie*, limfopenie*
	Mai puțin frecvente	Pancitopenie*
Tulburări ale sistemului imunitar	Frecvente	Hipersensibilitate*
	Mai puțin frecvente	Reacție anafilactică
Tulburări metabolice și de nutriție	Foarte frecvente	Scăderea apetitului
	Frecvente	Hipopotasemie*, valori anormale ale glucozei sanguine*, Hiponatremie*, diabet zaharat*, retenție de lichide
	Mai puțin frecvente	Sindrom de liză tumorală
Tulburări psihice	Frecvente	Tulburări și dereglări ale somnului*
Tulburări ale sistemului nervos	Foarte frecvente	Neuropatie senzitivă periferică, disestezie*, nevralgii*
	Frecvente	Neuropatii*, neuropatie motorie*, pierderea conștienței (inclusiv sincopă), encefalopatie*, neuropatie periferică senzitivo-motorie, amețeli*, disgeuzie*, neuropatie vegetativă
	Mai puțin frecvente	Dezechilibru al sistemului nervos vegetativ
Tulburări oculare	Frecvente	Tulburări de vedere*
Tulburări acustice și vestibulare	Frecvente	Disacuzii (inclusiv tinitus)*
	Mai puțin frecvente	Vertij*, tulburări de auz (până la și inclusiv surditate)
Tulburări cardiace	Frecvente	Fibrilație cardiacă (inclusiv atrială), aritmie*, insuficiență cardiacă (inclusiv ventriculară stânga și dreapta)*, ischemie miocardică, disfuncție ventriculară*
	Mai puțin frecvente	Tulburări cardiovasculare (inclusiv șoc cardiogen)
Tulburări vasculare	Frecvente	Hipertensiune arterială*, hipotensiune arterială*, hipotensiune arterială ortostatică
Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Frecvente	Dispnee*, tuse*, singultus
	Mai puțin frecvente	Sindrom de detresă respiratorie acută, embolism pulmonar, pneumonită, hipertensiune pulmonară, edem pulmonar (inclusiv acut)
Tulburări gastro-intestinale	Foarte frecvente	Simptome de greață și vărsături*, diaree*, stomatită*, constipație
	Frecvente	Hemoragie gastro-intestinală (inclusiv la nivelul mucoaselor)*, distensie abdominală, dispepsie, durere orofaringiană*, gastrită*, ulcerații orale*, disconfort

Aparate, sisteme, organe	Frecvența	Reacția adversă
		abdominal, disfagie, inflamație gastro-intestinală*, durere abdominală (inclusiv durere gastro-intestinală și splenică)*, afecțiuni ale cavității bucale*
	Mai puțin frecvente	Colită (inclusiv Clostridium difficile)*
Tulburări hepatobiliare	Frecvente	Hepatotoxicitate (inclusiv afecțiuni hepatice)
	Mai puțin frecvente	Insuficiență hepatică
Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Foarte frecvente	Afecțiuni ale părului*
	Frecvente	Prurit*, dermatită*, erupții cutanate tranzitorii*
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Frecvente	Spasme musculare*, dureri musculoscheletice*, dureri la nivelul extremităților
Tulburări renale și ale căilor urinare	Frecvente	Infecții ale tractului urinar*
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	Foarte frecvente	Febră*, fatigabilitate, astenie
	Frecvente	Edem (inclusiv periferic), frisoane, reacție la locul de injecție*, stare generală de rău*
Investigații diagnostice	Frecvente	Hiperbilirubinemie*, valori anormale ale proteinelor*, scădere ponderală, creștere ponderală

* Grupează mai mult de un termen preferat MedDRA.

Descrierea anumitor reacții adverse

Reactivarea virusului Herpes zoster

Mielom multiplu

Profilaxia antivirală a fost administrată la 26 % din pacienții brațului de tratament cu Bzmb+M+P. Incidența reactivării virusului herpes zoster la pacienții din brațul de tratament cu Bzmb+M+P a fost de 17 % pentru pacienții cărora nu li s-a administrat profilaxie antivirală comparativ cu 3 % pentru pacienții cărora li s-a administrat profilaxie antivirală.

Limfom cu celule de mantă

Profilaxia antivirală a fost administrată la 137 pacienți din 240 (57 %) din brațul de tratament cu BzmbR-CAP. Incidența herpes zoster în rândul pacienților din brațul de tratament cu BzmbR-CAP a fost de 10,7 % pentru pacienții cărora nu li s-a administrat profilaxia antivirală, comparativ cu 3,6 % pentru pacienții cărora li s-a administrat profilaxia antivirală (vezi pct. 4.4).

Reactivarea și infecția cu virusul hepatitei B (VHB)

Limfom cu celule de mantă

Infecția cu VHB cu rezultate letale s-a produs la 0,8 % (n = 2) dintre pacienții din grupul de tratament fără bortezumib (rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină, vincristină, și prednison; R-CHOP) și la 0,4 % (n = 1) dintre pacienții care au fost tratați cu bortezumib în asociere cu rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină, și prednison (BzmbR-CAP). Incidența globală a infecțiilor cu hepatita B a fost similară la pacienții tratați cu BzmbR-CAP sau cu R-CHOP (0,8 % comparativ cu 1,2 %, respectiv).

Neuropatia periferică în cazul terapiilor asociate

Mielom multiplu

În studiile în care bortezomib s-a administrat ca tratament de inducție în asociere cu dexametazonă (studiul IFM-2005-01) și cu dexametazonă-talidomidă (studiul MMY-3010), incidența neuropatiei periferice în cazul terapiilor asociate este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul 9: Incidența neuropatiei periferice în timpul tratamentului de inducție în funcție de toxicitate și întreruperea tratamentului din cauza neuropatiei periferice

	IFM-2005-01		MMY-3010	
	VDDx (N = 239)	BzmbDx (N = 239)	TDx (N = 126)	BzmbTDx (N = 130)
Incidența NP (%)				
NP de toate gradele	3	15	12	45
NP de grad ≥ 2	1	10	2	31
NP de grad ≥ 3	< 1	5	0	5
Înteruperi din cauza NP (%)	< 1	2	1	5

VDDx = vincristină, doxorubicină, dexametazonă; BzmbDx = bortezomib, dexametazonă; TDx = talidomidă, dexametazonă; BzmbDx = bortezomib, talidomidă, dexametazonă; NP = neuropatie periferică

Notă: Neuropatia periferică a inclus termenii preferați: neuropatie periferică, neuropatie periferică motorie, neuropatie periferică senzorială și polineuropatiile.

Limfom cu celule de mantă

În studiul LYM-3002 în care bortezomib s-a administrat cu rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison (R-CAP) incidența neuropatiei periferice în cazul terapiilor asociate este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul 10: Incidența neuropatiei periferice în studiul LYM-3002 în funcție de toxicitate și întreruperea tratamentului din cauza neuropatiei periferice

	BzmbR-CAP (N = 240)	R-CHOP (N = 242)
Incidența NP (%)		
NP de toate gradele	30	29
NP de grad ≥ 2	18	9
NP de grad ≥ 3	8	4
Înteruperi din cauza NP (%)	2	< 1

BzmbR-CAP = bortezomib, rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison; R-CHOP = rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină, vincristină și prednison; NP = neuropatie periferică

Neuropatia periferică a inclus termenii preferați: neuropatie periferică senzorială, neuropatie periferică motorie și neuropatie periferică senzitivo-motorie.

Pacienții vârstnici cu LCM

42,9 % și 10,4 % dintre pacienții din brațul BzmbR-CAP cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 ani și cu vârsta ≥ 75 de ani, respectiv. Deși la pacienții cu vârsta ≥ 75 ani, atât BzmbR-CAP cât și R-CHOP au fost mai puțin tolerate, rata de apariție a evenimentelor adverse grave în grupurile BzmbR-CAP a fost de 68 %, comparativ cu 42 % în grupul R-CHOP.

Diferențe semnificative în ceea ce privește profilul de siguranță al bortezomib administrat subcutanat comparativ cu bortezomib administrat intravenos în monoterapie

În studiul de fază III, pacienții tratați cu bortezomib administrat subcutanat în comparație cu cei care au fost tratați prin administrare intravenoasă, au avut incidența generală a reacțiilor adverse legate de tratament cu toxicitate de grad 3 sau mai mare mai redusă cu 13 %, și o incidență cu 5 % mai mică a întreruperii tratamentului cu bortezomib. Incidența generală de apariție a diareei, durerilor gastrointestinale și abdominale, a afecțiunilor astenice, infecțiilor tractului respirator superior și a neuropatiilor periferice a fost mai redusă cu 12 % - 15 % la grupul cu administrare subcutanată decât

la grupul cu administrare intravenoasă. În plus, incidența neuropatiilor periferice de grad 3 sau mai mare a fost redusă cu 10 % și rata întreruperii tratamentului din cauza neuropatiilor periferice a fost redusă cu 8 % la grupul cu administrare subcutanată în comparație cu grupul cu administrare intravenoasă.

Șase la sută dintre pacienți au avut o reacție adversă locală la administrarea subcutanată, de cele mai multe ori eritem. Aceste cazuri s-au rezolvat într-o perioadă medie de 6 zile, la doi pacienți fiind necesară modificarea dozei. Doi (1 %) dintre pacienți au avut reacții adverse severe: 1 caz de prurit și 1 caz de eritem.

Incidența decesului în timpul tratamentului a fost de 5 % în grupul de tratament cu administrare subcutanată și de 7 % în grupul de tratament cu administrare intravenoasă. Incidența decesului determinat de „progresia bolii” a fost de 18 % în grupul de tratament cu administrare subcutanată și de 9 % în grupul de tratament cu administrare intravenoasă.

Repetarea tratamentului la pacienții cu mielom multiplu în faza de recădere

Într-un studiu efectuat la 130 pacienți cu mielom multiplu în faza de recădere la care s-a repetat tratamentul cu bortezomib, pacienți care au avut anterior cel puțin un răspuns parțial la schema terapeutică care a conținut bortezomib, cele mai frecvente reacții adverse de toate gradele care au apărut la cel puțin 25 % dintre pacienți au fost trombocitopenia (55 %), neuropatia (40 %), anemia (37 %), diareea (35 %) și constipația (28 %). Au fost observate toate gradele de neuropatie periferică și respectiv, neuropatie periferică de grad ≥ 3 la 40 % și, respectiv 8,5 % dintre pacienți.

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Este importantă raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul **sistemului național de raportare prezentat în [Anexa V](#)**.

4.9 Supradozaj

La pacienți, supradozajul cu doze mai mari de două ori decât dozele recomandate s-a asociat cu instalarea acută a hipotensiunii arteriale simptomatice și a trombocitopeniei cu evoluție letală. Pentru studiile farmacologice preclinice de siguranță cardiovasculară vezi pct. 5.3.

Nu se cunoaște un antidot specific pentru supradozajul cu bortezomib. În eventualitatea unui supradozaj, funcțiile vitale ale pacientului trebuie monitorizate și trebuie acordată asistență medicală adecvată de susținere a tensiunii arteriale (precum administrarea lichidiană, de substanțe presoare și/sau agenți inotropi) și a temperaturii corpului (vezi pct. 4.2 și 4.4).

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: Antineoplazice, alte antineoplazice, cod ATC: L01XG01.

Mecanismul de acțiune

Bortezomib este un inhibitor proteazomal. Este special conceput să inhibe activitatea asemănătoare chemotripsinei a proteazomului 26S în celulele de mamifer. Proteazomul 26S este un complex proteic mare care degradează proteinele de care se leagă ubiquitina. Calea metabolică ubiquitin-proteazomală are un rol esențial în reglarea turnoverului proteinelor specifice, menținând astfel homeostazia în interiorul celulelor. Inhibarea proteazomului 26S împiedică această proteoliză țintită și afectează

multiplele cascade de semnale din interiorul celulei, având ca rezultat final apoptoza celulei neoplazice.

Bortezomib prezintă selectivitate mare pentru proteazom. La concentrații de 10 μm, bortezomib nu inhibă niciunul dintr-o mare varietate de receptori și proteaze cercetate și este de peste 1 500 ori mai selectiv față de proteazom decât față de următoarea enzimă pe care o preferă. Cinetica inhibării proteazomale s-a evaluat *in vitro* și s-a evidențiat că bortezomibul disociază de pe proteazom cu un timp de înjumătățire plasmatică de 20 minute, prin aceasta demonstrând că inhibarea proteazomală prin bortezomib este reversibilă.

Inhibarea proteazomală mediată prin bortezomib afectează celulele neoplazice în câteva moduri, incluzând, dar fără a se limita la, alterarea proteinelor de reglare, care controlează progresia ciclului celular și activarea factorului nuclear kappa B (NF-kB). Inhibarea proteazomului are ca rezultat oprirea ciclului celular și apoptoza. NF-kB este un factor de transcripție a cărui activare este necesară pentru multe aspecte ale genezei tumorale, inclusiv creșterea și supraviețuirea celulară, angiogeneza, interacțiunile celulă-celulă și metastazarea. În cadrul mielomului multiplu, bortezomibul afectează capacitatea celulelor mielomatoase de a interacționa cu micromediul din măduva osoasă.

Cercetările experimentale au demonstrat că bortezomib este citotoxic pentru o varietate de tipuri de celule neoplazice și că celulele neoplazice sunt mult mai sensibile la efectele pro-apoptotice ale inhibării proteazomale decât celulele normale. Bortezomib determină scăderea creșterii tumorale *in vivo* la multe modele tumorale preclinice, inclusiv în mielomul multiplu.

Date rezultate din studii cu bortezomib efectuate *in vitro*, *ex-vivo* și la modele animale sugerează că acesta crește diferențierea și activitatea osteoblastelor și inhibă funcția osteoclastelor. Aceste efecte au fost observate la pacienți cu mielom multiplu diagnosticați cu o afecțiune osteolitică în stadiu avansat și care au fost tratați cu bortezomib.

Eficacitatea clinică la pacienții cu mielom multiplu netratat anterior:

Un studiu (MMY-3002 VISTA) clinic prospectiv, de fază III, randomizat (1:1), internațional, deschis, care a inclus 682 pacienți cu mielom multiplu netratat anterior, a fost efectuat pentru a determina dacă bortezomib (1,3 mg/m² administrat intravenos) în asociere cu melfalan (9 mg/m²) și prednison (60 mg/m²) a determinat o îmbunătățire a timpului până la progresia bolii (TPP) comparativ cu melfalan (9 mg/m²) și prednison (60 mg/m²). Tratamentul a fost administrat maximum 9 cicluri (aproximativ 54 săptămâni) și a fost întrerupt precoce datorită progresiei bolii sau a toxicității majore. Vârsta mediană a pacienților din studiu a fost de 71 de ani, 50 % au fost de sex masculin, 88 % au aparținut rasei albe, iar scorul median al statusului de performanță Karnofsky al pacienților a fost de 80. În 63 %/25 %/8 % din cazuri pacienții cunoscuți cu mielom multiplu IgG/IgA/cu lanț ușor, mediana hemoglobinei era de 105 g/l, iar numărul median de trombocite era de 221,5 x 10⁹/l. Proportii similare de pacienți aveau clearance-ul creatininei ≤ 30 ml/min (3 % în fiecare braț). În momentul analizei interimare programate, criteriul final principal, timpul până la progresia bolii a fost îndeplinit și pacienților din grupul M+P li s-a propus tratament Bzmb+M+P. Perioada de urmărire mediană a fost de 16,3 luni. Actualizarea finală a ratei de supraviețuire a fost făcută cu o valoare mediană a duratei de urmărire de 60,1 luni. S-a observat o îmbunătățire statistic semnificativă a ratei de supraviețuire în favoarea grupului tratat cu Bzmb+M+P (RR = 0,695; p = 0,00043), în pofida utilizării ulterioare a tratamentelor care au inclus scheme de administrare pe bază de bortezomib. Valoarea mediană a duratei de supraviețuire în grupul tratat cu Bzmb+M+P a fost de 56,4 luni, comparativ cu 43,1 luni în grupul tratat cu M+P. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în Tabelul 11:

Tabelul 11: Rezultatele eficacității după actualizarea finală a supraviețuirii în studiul VISTA

Criteriul final de eficacitate	Bzmb+M+P n = 344	M+P n = 338
Timp până la progresia bolii		
Evenimente n (%)	101 (29)	152 (45)
Mediană ^a (Î 95 %)	20,7 luni (17,6, 24,7)	15,0 luni (14,1, 17,9)
Rată de risc ^b (Î 95 %)	0,54 (0,42, 0,70)	
Valoare p ^c	0,000002	
Supraviețuire fără progresia bolii		
Evenimente n (%)	135 (39)	190 (56)
Mediană ^a (Î 95 %)	18,3 luni (16,6, 21,7)	14,0 luni (11,1, 15,0)
Rată de risc ^b (Î 95 %)	0,61 (0,49, 0,76)	
Valoare p ^c	0,00001	
Supraviețuirea generală*		
Evenimente (decese) n (%)	176 (51,2)	211 (62,4)
Mediană ^a (Î 95 %)	56,4 luni (52,8, 60,9)	43,1 luni (35,3, 48,3)
Rată de risc ^b (Î 95 %)	0,695 (0,567, 0,852)	
Valoare p ^c	0,00043	
Rata de răspuns populație^e n = 668	n = 337	n = 331
RC ^f n (%)	102 (30)	12 (4)
RP ^f n (%)	136 (40)	103 (31)
nRC n (%)	5 (1)	0
RC + RP ^f n (%)	238 (71)	115 (35)
Valoare p ^d	< 10 ⁻¹⁰	
Scăderea proteinei plasmatice M populație^g n = 667	n = 336	n = 331
>= 90 % n (%)	151 (45)	34 (10)
Timpul până la primul răspuns RC + RP		
Mediană	1,4 luni	4,2 luni
Durata mediană^a a răspunsului		
RC ^f	24,0 luni	12,8 luni
RC + RP ^f	19,9 luni	13,1 luni
Timpul până la următorul tratament		
Evenimente n (%)	224 (65,1)	260 (76,9)
Mediană ^a (Î 95 %)	27,0 luni (24,7, 31,1)	19,2 luni (17,0, 21,0)
Rată de risc ^b (Î 95 %)	0,557 (0,462, 0,671)	
Valoare p ^c	< 0,000001	

^a Estimare Kaplan-Meier.

- ^b Estimarea ratei de risc se bazează pe modelul Cox de risc proporțional, adaptat pentru factorii de stratificare: β_2 -microglobulină, albumină și regiune geografică. O rată de risc mai mică decât 1 indică un avantaj pentru VMP
- ^c Valoarea nominală a p calculată cu testul log-rank stratificat; adaptat pentru factorii de stratificare: β_2 -microglobulină, albumină și regiune geografică
- ^d Valoarea p pentru Rata de Răspuns (RC + RP) din testul chi-pătrat Cochran-Mantel-Haenszel ajustat pentru factori de stratificare
- ^e Populația evaluabilă include pacienții care au avut boală măsurabilă în momentul inițial
- ^f RC = Răspuns complet; RP = Răspuns parțial. Criterii EBMT
- ^g Toți pacienții randomizați cu mielom secretor
- * Rata de supraviețuire actualizată pe baza unei valori mediane a duratei de urmărire de 60,1 luni
- Î = Interval de încredere

Pacienți eligibili pentru transplant de celule stem

Două studii randomizate, deschise, multicentrice, de fază III (IFM-2005-01, MMY-3010) s-au desfășurat pentru a demonstra siguranța și eficacitatea bortezumib în asocieri duble și triple cu alte substanțe chimioterapice, ca terapie de inducție înaintea transplantului de celule stem, la pacienți cu mielom multiplu, netratați anterior.

În studiul IFM-2005-01 tratamentul cu bortezumib în asociere cu dexametazonă [BzmbDx, n = 240] a fost comparat cu tratamentul cu vincristină- doxorubicină-dexametazonă [VDDx, n = 242]. La pacienții din grupul de tratament cu BzmbDx s-au administrat patru cicluri de 21 de zile, fiecare constând din bortezumib (1,3 mg/m² administrat intravenos de două ori pe săptămână în zilele 1, 4, 8, și 11) și dexametazonă administrată pe cale orală (40 mg/zi în zilele 1 - 4 și zilele 9 - 12, în Ciclurile 1 și 2, și în zilele 1 - 4 în Ciclurile 3 și 4).

Transplantul autolog de celule stem s-a efectuat la 198 (82 %) pacienți și la 208 (87 %) din pacienții din grupurile de tratament cu VDDx și, respectiv BzmbDx; la majoritatea pacienților s-a efectuat o singură procedură de transplant. Datele demografice ale pacienților și caracteristicile bolii la momentul inițial au fost similare la cele două grupuri de tratament. Vârsta medie a pacienților din studiu a fost de 57 de ani, 55 % dintre pacienți erau de sex masculin și 48 % dintre pacienți au prezentat risc citogenetic mare. Durata mediană a tratamentului a fost de 13 săptămâni pentru grupul VDDx și de 11 săptămâni pentru grupul BzmbDx. Numărul median de cicluri administrate ambelor grupuri a fost de 4 cicluri. Criteriul final principal de eficacitate al studiului a fost rata de răspuns post-inducție (RC+nRC). O diferență a ratei de răspuns semnificativă statistic a RC+nRC s-a observat în favoarea grupului la care s-a administrat bortezumib în asociere cu dexametazonă. Alte criterii secundare de evaluare a eficacității au inclus ratele de răspuns post-transplant (RC+nRC, RC+nRC+RPFB+RP), supraviețuirea fără progresia bolii, supraviețuire generală. Rezultatele de eficacitate principale sunt prezentate în Tabelul 12.

Tabelul 12: Rezultatele de eficacitate din studiul IFM-2005-01

Criterii finale	BzmbDx	VDDx	OR; Î 95 %; Valoare P^a
IFM-2005-01	N = 240 (populația în intenție de tratament)	N = 242 (populația în intenție de tratament)	
<i>RR (Post-inducție)</i>			
*RC+nRC	14,6 (10,4, 19,7)	6,2 (3,5, 10,0)	2,58 (1,37, 4,85); 0,003
RC+nRC+RPFB+RP	77,1 (71,2, 82,2)	60,7 (54,3, 66,9)	2,18 (1,46, 3,24); < 0,001
% (Î 95 %)			
<i>RR (Post-transplant)^b</i>			
RC+nRC	37,5 (31,4, 44,0)	23,1 (18,0, 29,0)	1,98 (1,33, 2,95); 0,001
RC+nRC+RPFB+RP	79,6 (73,9, 84,5)	74,4 (68,4, 79,8)	1,34 (0,87,2,05); 0,179
% (Î 95 %)			

Î = interval de încredere; RC = răspuns complet; nRC = răspuns apropiat de răspunsul complet; RR = rată de răspuns; Bzmb = bortezumib; BzmbDx = bortezumib, dexametazonă; VDDx = vincristină, doxorubicină, dexametazonă; RPFB = răspuns parțial foarte bun; RP = răspuns parțial, OR = risc relativ estimat.

* Criteriul final principal

^a OR pentru ratele de răspuns pe baza estimărilor Mantel-Haenszel pentru riscul relativ estimat pentru tabele stratificate; valorile p după testul Cochran Mantel-Haenszel.

^b Se referă la rata răspunsului după al doilea transplant la pacienții la care s-a efectuat al doilea transplant (42/240 [18 %] la pacienții din grupul BzmbDx și 52/242 [21 %] la pacienții din grupul VDDx).

Notă: o valoare a OR > 1 indică un avantaj pentru terapia de inducție ce conține Bzmb.

În studiul MMY-3010 tratamentul de inducție cu bortezomib în asociere cu talidomidă și dexametazonă [BzmbTDx, n = 130] a fost comparat cu tratamentul cu talidomidă - dexametazonă [TDx, n = 127]. La pacienții din grupul de tratament cu BzmbTDx s-au administrat șase cicluri de 4 săptămâni, fiecare constând din bortezomib (1,3 mg/m² administrat de două ori pe săptămână în zilele 1, 4, 8, și 11, urmat de o perioadă de pauză de 17 zile începând din ziua 12 și până în ziua 28), dexametazonă (doză de 40 mg administrată pe cale orală în zilele 1 - 4 și zilele 8 - 11) și talidomidă (administrare pe cale orală în doză de 50 mg zilnic în zilele 1 - 14, apoi doza este crescută la 100 mg în zilele 15 - 28 și ulterior la 200 mg zilnic).

Un singur transplant autolog de celule stem s-a efectuat la 105 (81 %) pacienți din grupul de tratament cu BzmbTDx și la 78 (61 %) pacienți din grupul de tratament cu TDx. Datele demografice ale pacienților și caracteristicile bolii la momentul inițial au fost similare la cele două grupuri de tratament. Vârsta mediană a pacienților din grupurile BzmbTDx și, respectiv TDx a fost de 57 de ani, respectiv 56 de ani, 99 %, respectiv 98 % dintre pacienți au aparținut rasei albe și 58 %, respectiv 54 % dintre pacienți au fost de sex masculin. În grupul de tratament BzmbTDx, 12 % dintre pacienți au fost clasificați ca având risc mare citogenetic comparativ cu 16 % dintre pacienții din grupul de tratament TDx. Durata mediană a tratamentului a fost de 24,0 săptămâni și numărul median de cicluri de tratament administrate a fost de 6,0, iar tratamentul a fost uniform în grupurile de tratament. Criteriul final principal de eficacitate al studiului a constat în ratele de răspuns post-inducție și post-transplant (RC+nRC). A fost observată o diferență semnificativă statistic a RC+nRC în favoarea grupului la care s-a administrat bortezomib în asociere cu dexametazonă și talidomidă. Alte criterii secundare de evaluare a eficacității au inclus supraviețuirea fără progresia bolii și supraviețuirea generală. Rezultatele de eficacitate principale sunt prezentate în Tabelul 13.

Tabelul 13: Rezultatele de eficacitate din studiul MMY-3010

Criterii finale	BzmbTDx	TDx	OR; ÎI 95 %; Valoare P ^a
MMY-3010	N = 130 (populația în intenție de tratament)	N = 127 (populația în intenție de tratament)	
* RR (Post-inducție)			
RC+nRC	49,2 (40,4, 58,1)	17,3 (11,2, 25,0)	4,63(2,61, 8,22); < 0,001 ^a
RC+nRC+RP% (ÎI 95 %)	84,6 (77,2, 90,3)	61,4 (52,4, 69,9)	3,46(1,90, 6,27); < 0,001 ^a
* RR (Post-transplant)			
RC+nRC	55,4 (46,4, 64,1)	34,6 (26,4, 43,6)	2,34(1,42, 3,87); 0,001 ^a
RC+nRC+RP% (ÎI 95 %)	77,7 (69,6, 84,5)	56,7 (47,6, 65,5)	2,66(1,55, 4,57); < 0,001 ^a

ÎI = interval de încredere; RC = răspuns complet; nRC = răspuns apropiat de răspunsul complet; RR = rată de răspuns; Bzmb = bortezomib; BzmbTDx = bortezomib, talidomidă, dexametazonă; TDx = talidomidă, dexametazonă; RP = răspuns parțial; OR = risc relativ estimat

* Criteriul final principal

^a OR pentru ratele de răspuns pe baza estimărilor Mantel-Haenszel pentru riscul relativ estimat pentru tabele stratificate; valorile p după testul Cochran Mantel-Haenszel.

Notă: o valoare a OR > 1 indică un avantaj pentru terapia de inducție ce conține Bzmb.

Eficacitatea clinică în cazul mielomului multiplu refractar la tratament sau recidivant

Siguranța și eficacitatea bortezomib (administrat intravenos) s-au evaluat în 2 studii clinice cu doza recomandată de 1,3 mg/m²: un studiu de Fază III randomizat, studiu comparativ (APEX) cu dexametazonă (Dex), la 669 pacienți cu mielom multiplu refractar la tratament sau în faza de recădere, la care s-au administrat anterior 1 - 3 linii de tratament și un studiu de Fază II cu un singur braț, la 202 pacienți cu mielom multiplu refractar la tratament sau în faza de recădere, la care s-au administrat anterior cel puțin 2 cicluri de tratament și la care s-a observat progresia bolii în cursul tratamentului cel mai recent.

În studiul clinic de Fază III, tratamentul cu bortezumib a condus la o creștere semnificativă a timpului până la progresia bolii, o supraviețuire semnificativ crescută și o rată de răspuns semnificativ mai mare, comparativ cu tratamentul cu dexametazonă (vezi Tabelul 14), la toți pacienții precum și la pacienții la care s-a administrat anterior un ciclu de tratament. Ca rezultat al analizei interimare programate, brațul de tratament cu dexametazonă a fost oprit la recomandarea comitetului de monitorizare a datelor și tuturor pacienților randomizați la tratamentul cu dexametazonă li s-a administrat bortezumib, indiferent de statutul bolii. Din cauza acestei administrări încrucișate precoce, durata mediană de supraveghere la pacienții care au supraviețuit a fost de 8,3 luni. Atât la pacienții refractari la ultimul ciclu anterior de tratament, cât și la cei care nu au fost refractari la tratament, supraviețuirea totală a fost crescută semnificativ și rata de răspuns a fost semnificativ mai mare în brațul la care s-a administrat bortezumib.

Dintre cei 669 pacienți incluși în studiu, 245 (37 %) aveau vârsta de 65 ani sau peste. Parametrii de răspuns la tratament precum și TTP (timpul până la progresia bolii) au rămas semnificativ mai buni pentru bortezumib, independent de vârstă. Indiferent de valorile inițiale ale β_2 -microglobulinei, toți parametrii de eficacitate (timpul până la progresia bolii și supraviețuirea totală, precum și rata de răspuns) au fost îmbunătățiți semnificativ în brațul la care s-a administrat bortezumib.

În populația refractară din studiul clinic de fază II, răspunsurile au fost stabilite de un comitet independent de evaluare și criteriile de răspuns au fost cele ale Grupului European de Transplant de Măduvă Osoasă. Mediana supraviețuirii tuturor pacienților incluși a fost de 17 luni (limite extreme < 1 și 36+ luni). Această supraviețuire a fost mai mare decât mediana de supraviețuire de șase-nouă luni anticipată de investigatorii clinicieni consultanți pentru o populație similară de pacienți. Prin analiza multivariabilă, rata de răspuns a fost independentă de tipul mielomului, statutul de performanță, statutul de deleție cromozomului 13 sau de numărul sau tipul tratamentelor anterioare. Pacienții la care s-au administrat anterior 2 sau 3 cicluri de tratament au prezentat o rată de răspuns de 32 % (10/32) și pacienții la care s-au administrat mai mult de 7 cicluri de tratament au prezentat o rată de răspuns de 31 % (21/67).

Tabelul 14: Rezumatul consecințelor bolii din studiile de fază III (APEX) și II

	Fază III		Fază III		Fază III		Fază II
	Toți pacienții		1 ciclu anterior de tratament		> 1 ciclu anterior de tratament		≥ 2 cicluri anterioare de tratament
Evenimente în funcție de timp	Bzmb n = 333 ^a	Dex n = 336 ^a	Bzmb n = 132 ^a	Dex n = 119 ^a	Bzmb n = 200 ^a	Dex n = 217 ^a	Bzmb n = 202 ^a
TTP, (zile) [Î 95 %]	189 ^b [148, 211]	106 ^b [86, 128]	212 ^d [188, 267]	169 ^d [105, 191]	148 ^b [129, 192]	87 ^b [84, 107]	210 [154, 281]
Supraviețuire la 1 an, % [Î 95 %]	80 ^d [74,85]	66 ^d [59,72]	89 ^d [82,95]	72 ^d [62,83]	73 [64,82]	62 [53,71]	60
Cel mai bun răspuns (%)	Bzmb n = 315^c	Dex n = 312^c	Bzmb n = 128	Dex n = 110	Bzmb n = 187	Dex n = 202	Bzmb n = 193
RC	20 (6) ^b	2 (< 1) ^b	8 (6)	2 (2)	12 (6)	0 (0)	(4)**
RC+nRC	41 (13) ^b	5 (2) ^b	16 (13)	4 (4)	25 (13)	1 (< 1)	(10)**
RC+nRC+RP	121 (38) ^b	56 (18) ^b	57 (45) ^d	29 (26) ^d	64 (34) ^b	27 (13) ^b	(27)**
RC+nRC+RP+R	146 (46)	108 (35)	66 (52)	45 (41)	80 (43)	63 (31)	(35)**

	Fază III		Fază III		Fază III		Fază II
	Toți pacienții		1 ciclu anterior de tratament		> 1 ciclu anterior de tratament		≥ 2 cicluri anterioare de tratament
M							
Durata mediană Zile (luni)	242 (8,0)	169 (5,6)	246 (8,1)	189 (6,2)	238 (7,8)	126 (4,1)	385*
Timpul până la răspuns RC+RP (zile)	43	43	44	46	41	27	38*

^a Populația cu intenție de tratament (ITT)

^b Valoarea p din testul log-rank stratificat; analiza după liniile de tratament exclude stratificarea după istoricul terapeutic; p < 0,0001.

^c Populația care răspunde include pacienții care au avut boală detectabilă la momentul inițial și la care s-a administrat cel puțin o doză de medicament de studiu.

^d Valoarea p din testul chi-pătrat Cochran-Mantel-Haenszel ajustat pentru factori de stratificare; analiza după liniile de tratament exclude stratificarea după istoricul terapeutic

* RC+RP+RM **RC = RC, (IF-); nRC = RC (IF+)

NA = nu se aplică, NE = nu s-a estimat

TTP = Timpul până la progresia bolii

Î = Interval de încredere

Bzmb = bortezomib; Dex = dexametazonă

RC = Răspuns complet; nRC = Răspuns apropiat de răspunsul complet

RP = Răspuns parțial; RM = Răspuns minim

În studiul clinic de fază II, pacienții la care nu s-a obținut un răspuns optim la tratamentul cu bortezomib în monoterapie au putut utiliza doze mari de dexametazonă în asociere cu bortezomib. Protocolul a permis pacienților să utilizeze dexametazonă dacă au prezentat un răspuns suboptimal la monoterapia cu bortezomib. Un număr total de 74 pacienți evaluabili au utilizat dexametazonă în asociere cu bortezomib. Optsprezece procente din pacienți au obținut sau au prezentat un răspuns ameliorat [RM (11 %) sau RP (7 %)] la tratamentul asociat.

Eficacitatea clinică a administrării subcutanate de bortezomib la pacienți cu mielom multiplu recidivant/refractor la tratament

Un studiu deschis, randomizat, de fază III pentru demonstrarea non-inferiorității a comparat eficacitatea și siguranța administrării subcutanate de bortezomib versus administrarea intravenoasă. Acest studiu a inclus 222 de pacienți cu mielom multiplu recidivant/refractor la tratament, care au fost randomizați în raport de 2:1 să primească 1,3 mg/m² de bortezomib, pe cale subcutanată sau intravenoasă timp de 8 cicluri. Pacienților care după 4 cicluri nu au obținut un răspuns optim (mai puțin decât Răspuns Complet [RC]) la terapia cu bortezomib administrat în monoterapie, li s-a permis să primească dexametazonă 20 mg zilnic în ziua de administrare și după administrarea bortezomib. Au fost excluși pacienții care la momentul inițial aveau neuropatie periferică de grad ≥ 2 sau un număr de trombocite < 50 000/μl. Un număr total de 218 pacienți au fost evaluabili pentru răspuns.

Acest studiu și-a atins obiectivul principal de non-inferioritate a ratei de răspuns (RC+RP) după 4 cicluri de tratament cu bortezomib în monoterapie, pentru ambele căi de administrare, atât cea subcutanată cât și cea intravenoasă, 42 % în ambele grupuri. În plus, obiectivul final secundar de eficacitate corelat cu răspunsul și durata de timp până la apariția evenimentului a demonstrat rezultate concordante atât pentru administrarea subcutanată, cât și pentru cea intravenoasă (Tabelul 15).

Tabelul 15: Rezumatul analizelor de eficacitate ce compară administrarea subcutanată și cea intravenoasă a a bortezomib

	Brațul de administrare intravenoasă a bortezomib		Brațul de administrare subcutanată a bortezomib
Populația evaluabilă dpdv al răspunsului	n = 73		n = 145
Rata răspunsului după 4 cicluri n (%)			
RRG (RC+RP)	31 (42)	0,00201	61 (42)
Valoare p ^a			
RC n (%)	6 (8)		9 (6)
RP n (%)	25 (34)		52 (36)
nRC n (%)	4 (5)		9 (6)
Rata Răspunsului după 8 cicluri n (%)			
RRG (RC+RP)	38 (52)	0,0001	76 (52)
Valoare p ^a			
RC n (%)	9 (12)		15 (10)
RP n (%)	29 (40)		61 (42)
nRC n (%)	7 (10)		14 (10)
Populația cu intenție de tratament^b	n = 74		n = 148
TTP, luni	9,4		10,4
(Î 95 %)	(7,6, 10,6)		(8,5, 11,7)
Rata de risc (Î 95 %) ^c		0,839 (0,564, 1,249)	
Valoare p ^d		0,38657	
Supraviețuire în absența progresiei bolii, luni	8,0		10,2
(Î 95 %)	(6,7, 9,8)		(8,1, 10,8)
Rata de risc (Î 95 %) ^c		0,824 (0,574, 1,183)	
Valoare p ^d		0,295	
Supraviețuirea globală 1-an (%)^e	76,7		72,6
(Î 95 %)	(64,1, 85,4)		(63,1, 80,0)

^a Valoarea p este pentru ipoteza de non-inferioritate, conform căreia brațul s.c. își păstrează cel puțin 60 % din rata răspunsului pentru brațul i.v.

^b Au fost înrolați în studiu 222 de subiecți; 221 de subiecți au fost tratați cu bortezomib

^c Estimarea ratei de risc se bazează pe un model Cox ajustat pentru factori de stratificare: stadializare ISS și numărul de linii terapeutice anterioare.

^d Testul log rank ajustat pentru factori de stratificare: stadializare ISS și numărul de linii terapeutice anterioare.

^e Durata mediană a urmăririi este de 11,8 luni

Asocierea terapeutică cu bortezomib și doxorubicină lipozomală pegylată (studiul DOXIL-MMY-3001)

Un studiu multicentric, de fază III, randomizat, cu grupuri paralele, deschis, a fost efectuat la 646 pacienți pentru a evalua siguranța și eficacitatea bortezomib plus doxorubicină lipozomală pegylată comparativ cu monoterapia cu bortezomib la pacienți cu mielom multiplu cărora li s-a administrat cel puțin 1 tratament anterior și care nu au înregistrat progresie a bolii în timpul terapiei cu antracicline. Criteriul final principal de evaluare a eficacității a fost TTP, în timp ce obiectivele secundare de eficacitate au fost SG și RRG (RC + RP), utilizând criteriile Grupului European pentru Sânge și Transplant de Măduvă (EBMT).

O analiză intermediară definită în protocol (pe baza a 249 evenimente TTP) a condus la întreruperea prematură a studiului din motive de eficacitate. Această analiză interimară a indicat o scădere a riscului de TTP cu 45 % (Î 95 %, 29 - 57 %, $p < 0,0001$) pentru pacienții tratați cu asocierea terapeutică cu bortezomib și doxorubicină lipozomală pegylată. Mediana TTP a fost de 6,5 luni pentru pacienții tratați cu bortezomib în monoterapie, comparativ cu 9,3 luni pentru pacienții cărora li s-a

administrat terapie de asociere cu bortezomib plus doxorubicină lipozomală pegylată. Aceste rezultate, deși nu foarte elaborate, au constituit analiza finală definită de protocol.

Analiza finală referitoare la SG realizată după o perioadă mediană de urmărire de 8,6 ani, nu a înregistrat diferențe semnificative a SG între cele două brațe de tratament. Valoarea mediană a SG a fost de 30,8 luni (Î 95 %; 25,2 – 36,5 luni) pentru pacienții cărora li s-a administrat bortezomib ca monoterapie și 33,0 luni (Î 95 %; 28,9 - 37,1 luni) pentru pacienții cărora li s-a administrat tratamentul asociat bortezomib cu doxorubicină lipozomală pegylată.

Asocierea terapeutică cu bortezomib și dexametazonă

În lipsa unei comparații directe între monoterapia cu bortezomib și asocierea terapeutică cu bortezomib și dexametazonă la pacienți cu mielom multiplu progresiv, s-a efectuat o analiză statistică pe perechi corespunzătoare pentru a compara rezultatele obținute în brațul de tratament nerandomizat cu bortezomib în asociere cu dexametazonă (studiul deschis, de fază II, MMY-2045), cu rezultatele obținute în brațele de tratament cu bortezomib în monoterapie din diferite studii randomizate, de fază III (M34101-039 [APEX] și DOXIL MMY-3001) cu aceeași indicație.

Analiza pe perechi corespunzătoare este o metodă statistică în care pacienții din grupul de tratament (de exemplu, bortezomib în asociere cu dexametazonă) și pacienții din grupul de comparație (de exemplu, bortezomib) sunt comparabili în ceea ce privește factorii de confuzie prin asocierea individuală a subiecților din studiu. Aceasta minimizează efectele factorilor de confuzie observați atunci când se estimează efectele tratamentului, folosind date care nu sunt randomizate.

Au fost identificate o sută douăzeci și șapte de perechi corespunzătoare pacienților. Analiza a demonstrat îmbunătățirea RRG (RC + RP) (risc relativ 3,769, Î 95 % 2,045 - 6,947, $p < 0,001$), SFP (rata de risc 0,511; Î 95 % 0,309 - 0,845; $p = 0,008$), TTP (rata de risc 0,385; Î 95 % 0,212 - 0,698, $p = 0,001$) pentru bortezomib în asociere cu dexametazonă comparativ cu monoterapia cu bortezomib.

Sunt disponibile informații limitate cu privire la repetarea tratamentului cu bortezomib la pacienții cu mielom multiplu recidivat.

Studiul MMY-2036 (RETRIEVE) de fază II, cu un singur braț, deschis, a fost realizat în vederea determinării eficacității și siguranței la repetarea tratamentului cu bortezomib. În cazul a o sută treizeci de pacienți (cu vârsta ≥ 18 ani) cu mielom multiplu care au avut anterior cel puțin un răspuns parțial la schemele terapeutice care au conținut și bortezomib s-a repetat tratamentul din cauza progresiei bolii. A fost început tratamentul cu bortezomib la cel puțin 6 luni după tratamentul anterior, cu ultima doză tolerată de $1,3 \text{ mg/m}^2$ ($n = 93$) sau $\leq 1,0 \text{ mg/m}^2$ ($n = 37$) și s-a administrat în zilele 1, 4, 8 și 11 la interval de 3 săptămâni, timp de maximum 8 cicluri de tratament, fie în monoterapie, fie în asociere cu dexametazonă, în conformitate cu standardul de îngrijire. Dexametazona a fost administrată în asociere cu bortezomib la 83 pacienți în Ciclul 1, cu un număr suplimentar de 11 pacienți cărora li s-a administrat dexametazonă în timpul ciclurilor de repetare a tratamentului cu bortezomib.

Criteriul final principal a fost cel mai bun răspuns confirmat la repetarea tratamentului și a fost evaluat pe baza criteriilor EBMT. Rata de răspuns cea mai bună generală (RC + RP) la repetarea tratamentului la 130 pacienți a fost de 38,5 % (Î 95 %: (30,1, 47,4).

Eficacitatea clinică la pacienții cu limfom cu celule de mantă (LCM) netratați anterior

Studiul LYM-3002 a fost un studiu de fază III, randomizat, deschis ce a evaluat eficacitatea și siguranța terapiei de asociere cu bortezomib, rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison (BzmbR-CAP; $n = 243$), comparativ cu terapia cu rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină, vincristină și prednison (R-CHOP; $n = 244$), la pacienți adulți cu LCM, netratați anterior (stadiul II, III sau IV). Pacienții din brațul de tratament cu BzmbR-CAP au primit bortezomib ($1,3 \text{ mg/m}^2$; în zilele 1, 4, 8, 11, cu o perioadă de pauză între zilele 12 - 21), rituximab 375 mg/m^2 intravenos. în ziua 1; ciclofosfamidă 750 mg/m^2 intravenos. în ziua 1; doxorubicină 50 mg/m^2 intravenos. în ziua 1; și prednison 100 mg/m^2 oral, în ziua 1 până în ziua 5 a ciclului de tratament cu bortezomib cu durata de 21 zile. Pacienții care au avut un răspuns documentat pentru prima dată în ciclul 6, au primit două cicluri suplimentare de tratament.

Criteriul final principal de eficacitate a fost supraviețuirea fără progresia bolii, bazat pe evaluarea Comitetului independent de evaluare (IRC). Obiectivele secundare au inclus durata de timp până la progresia bolii (TTP), durata de timp până la următorul tratament anti-limfom (TNT), durata intervalului fără tratament (TFI), rata răspunsului global (RRG) și rata răspunsului complet (RC/RCn), supraviețuirea globală (SG) și durata răspunsului.

Caracteristicile demografice și caracteristicile bolii la momentul inițial au fost în general bine echilibrate între cele două brațe de tratament: vârsta medie a pacienților a fost 66 ani, 74 % au fost de sex masculin, 66 % au fost caucazieni și 32 % asiatici, 69 % dintre pacienți au avut un aspirat medular pozitiv și /sau o biopsie de măduvă osoasă pozitivă pentru LCM, 54 % dintre pacienți au avut un scor ≥ 3 al Indicelui Internațional de Prognostic (IPI), iar 76 % au avut boală în Stadiul IV. Durata tratamentului (medie = 17 săptămâni) și durata de urmărire (medie = 40 luni) au fost comparabile în ambele brațe de tratament. Pacienții din ambele brațe de tratament au fost tratați în medie cu 6 cicluri de tratament iar 14 % din subiecții din grupul BzmbR-CAP și 17 % din pacienții din grupul R-CHOP au primit 2 cicluri suplimentare de tratament. Majoritatea pacienților din ambele grupuri au finalizat tratamentul, 80 % în grupul BzmbR-CAP și 82 % în grupul R-CHOP. Rezultatele privind eficacitatea sunt prezentate în Tabelul 16:

Tabelul 16: Rezultate privind eficacitatea din studiul LYM-3002

Criteriul final de eficacitate	BzmbR-CAP	R-CHOP	
n: pacienți ITT	243	244	
Supraviețuire fără progresia bolii (IRC)^a			
Evenimente n (%)	133 (54,7 %)	165 (67,6 %)	RR ^b (Î 95 %) = 0,63
Mediana ^c (Î 95 %) (luni)	24,7 (19,8; 31,8)	14,4 (12; 16,9)	(0,50; 0,79) Valoarea p ^d < 0,001
Rata de răspuns			
n: pacienți cu răspuns evaluabil	229	228	
Răspuns complet global (RC+RCn) ^f n(%)	122 (53,3 %)	95 (41,7 %)	OR ^e (Î 95 %) = 1,688 (1,148; 2,481) Valoarea p ^g = 0,007
Răspuns global (RC+RCn +RP) ^h n(%)	211 (92,1 %)	204 (89,5 %)	OR ^e (Î 95 %) = 1,428 (0,749; 2,722) Valoarea p ^g =0,275

^a bazată pe evaluarea Comitetului independent de evaluare (IRC) (doar date radiografice).

^b estimarea ratei de risc se bazează pe un model Cox stratificat în funcție de riscul IPI și stadiul bolii. O rată de risc < 1 indică un avantaj în favoarea BzmbR-CAP.

^c pe baza estimatorului de produs limită Kaplan-Meier.

^d pe baza testului Log rank stratificat în funcție de riscul IPI și stadiul bolii.

^e se utilizează estimarea Mantel-Haenszel privind riscul relativ estimat frecvent pentru tabelele de stratificare, în care factori de stratificare sunt riscul IPI și stadiul bolii. Un risc relativ estimat (OR) > 1 indică un avantaj în favoarea BzmbR-CAP.

^f Include toate RC+RCn, în funcție de IRC, măduvă osoasă și LDH.

^g Valoarea-p din testul chi-pătrat după Cochran Mantel-Haenszel, în care factori de stratificare sunt IPI și stadiul bolii.

^h Include toate evaluările radiografice RC+RCn+RP efectuate de IRC indiferent de verificarea în funcție de măduva osoasă și LDH.

RC = Răspuns complet; RCn = Răspuns complet neconfirmat; RP = răspuns parțial; Î = Interval de încredere, RR = risc relativ;

OR = risc relativ estimat; ITT = Intenția de tratament

Mediana SFP conform evaluării investigatorului a fost de 30,7 luni în grupul de tratament cu BzmbR-CAP și de 16,1 luni în grupul de tratament cu R-CHOP (risc relativ [RR] = 0,51; p < 0,001). Un beneficiu semnificativ statistic (p < 0,001) în favoarea grupului de tratament cu BzmbR-CAP față de grupul de tratament cu R-CHOP a fost observat pentru TTP (mediana 30,5 comparativ cu 16,1 luni), TNT (mediana 44,5 comparativ cu 24,8 luni) și TFI (mediana 40,6 comparativ cu 20,5 luni). Durata medie a răspunsului complet a fost 42,1 luni în grupul de tratament cu BzmbR-CAP, comparativ cu 18 luni în grupul de tratament cu R-CHOP. Durata răspunsului global a fost cu 21,4 luni mai mare în grupul de tratament cu BzmbR-CAP (mediana 36,5 luni comparativ cu 15,1 luni în grupul de tratament cu R-CHOP). Analiza finală pentru SG a fost efectuată după o durată medie de urmărire de 82 de luni. Valoarea mediană a SG a fost de 90,7 luni pentru grupul de tratament cu VcR-CAP

comparativ cu 55,7 luni pentru grupul R-CHOP (RR = 0,66; p=0,001). Diferența finală medie observată între cele două grupuri de tratament în ceea ce privește SG a fost de 35 de luni.

Pacienți tratați anterior pentru amiloidoza cu lanțuri ușoare (LA)

Un studiu de fază I/II deschis, nerandomizat, a fost efectuat pentru a determina siguranța și eficacitatea bortezumib la pacienții tratați anterior pentru amiloidoză cu lanțuri ușoare (LA). Pe parcursul studiului nu au fost observate noi motive de îngrijorare legate de siguranță și în mod particular bortezumib nu a produs o agravare a afectării organelor țintă (inimă, rinichi și ficat). Într-o analiză experimentală a eficacității, la 49 de pacienți evaluabili, tratați cu doza maximă admisă de 1,6 mg/m² pe săptămână și 1,3 mg/m² de două ori pe săptămână, a fost raportată o rată de răspuns de 67,3 % (incluzând o rată a RC de 28,6 %) măsurată prin răspuns hematologic (proteina M). Pentru acest grup, rata de supraviețuire combinată la 1 an a fost de 88,1 %.

Copii și adolescenți

Agenția Europeană a Medicamentului a suspendat obligația de depunere a rezultatelor studiilor efectuate cu bortezumib pentru toate subgrupuri de copii și adolescenți cu mielom multiplu și cu limfom cu celule de mantă (vezi pct 4.2 pentru informații privind utilizarea la copii și adolescenți).

Un studiu de fază II, cu un singur braț de tratament, desfășurat de Grupul de Oncologie Pediatrică pentru evaluarea activității, siguranței și farmacocineticii a evaluat efectul adăugării bortezumib la chimioterapia de re-inducție cu medicamente multiple la pacienți copii și adolescenți și tineri adulți cu tumori maligne ale țesutului limfoid (leucemie limfoblastică acută [LLA] cu celule pre-B, LLA cu celule T, și limfom limfoblastic [LL] cu celule T). Un regim eficient de chimioterapie de reinducție cu medicamente multiple a fost administrat în 3 blocuri. Bortezumib a fost administrat doar în Blocurile 1 și 2 pentru a evita eventualele toxicități ce se pot suprapune cu medicamentele administrate concomitent în Blocul 3.

Răspunsul complet (RC) a fost evaluat la încheierea Blocului 1. La pacienții cu LLA-B care au recidivat în termen de 18 luni de la diagnosticare (n = 27) rata RC a fost de 67% (ÎI 95%: 46, 84); rata de supraviețuire fără evenimente timp de 4 luni a fost de 44% (ÎI 95%: 26, 62). La pacienții cu LLA-B care au recidivat în termen de 18-36 luni de la diagnosticare (n = 33) rata RC a fost de 79% (ÎI 95%: 61, 91) iar rata de supraviețuire fără evenimente timp de 4 luni a fost de 73% (ÎI 95%: 54, 85). Rata RC la pacienții cu LLA cu celule T aflați la prima recidivă (n = 22) a fost de 68% (ÎI 95%: 45, 86) iar rata de supraviețuire fără evenimente timp de 4 luni a fost de 67% (ÎI 95%: 42, 83). Datele raportate privind eficacitatea sunt considerate ca fiind neconcludente (vezi pct. 4.2).

Un număr de 140 pacienți cu LLA sau LL au fost înrolați și evaluați pentru siguranță; vârsta medie a fost de 10 ani (interval 1-26). Nu au fost observate precocupări noi legate de siguranță în contextul asocierii bortezumib cu regimul standard de chimioterapie de bază la copii și adolescenți cu LLA cu celule pre-B. Următoarele reacții adverse (Grad ≥ 3) au fost observate cu o frecvență superioară pentru regimul terapeutic ce includea și bortezumib în comparație cu un studiu de control desfășurat anterior în care regimul de bază se administra în monoterapie: în Blocul 1 neuropatie senzitivă periferică (3% comparativ cu 0%); ileus (2,1% comparativ cu 0%); hipoxie (8% comparativ cu 2%). În acest studiu nu au fost disponibile informații privind eventuale sechele sau ratele de rezolvare ale neuropatiilor periferice. De asemenea, a fost observată o frecvență crescută a infecțiilor cu neutropenie de grad ≥ 3 (24% comparativ cu 19% în Blocul 1 și 22% comparativ cu 11% în Blocul 2) valori crescute ale ALT (17% comparativ cu 8% în Blocul 2), hipopotasemie (18% comparativ cu 6% în Blocul 1 și 21% comparativ cu 12% în Blocul 2) și hiponatremie (12% comparativ cu 5% în Blocul 1 și 4% comparativ cu 0 în Blocul 2).

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbția

După administrarea intravenoasă în bolus a unei doze de 1,0 mg/m² și 1,3 mg/m² la 11 pacienți cu mielom multiplu și valori ale clearance-ului creatininei mai mari de 50 ml/min, mediile concentrațiilor plasmatiche maxime de bortezomib după prima doză au fost de 57 și respectiv 112 ng/ml. La următoarele administrări, mediile concentrațiilor plasmatiche maxime observate au fost cuprinse între 67 până la 106 ng/ml pentru doza de 1,0 mg/m² și de la 89 la 120 ng/ml, pentru doza de 1,3 mg/m².

În urma injectării intravenoase în bolus sau a injectării subcutanate a unei doze de 1,3 mg/m² la pacienți cu mielom multiplu (n = 14 în grupul cu administrare intravenoasă, n = 17 în grupul cu administrare subcutanată), expunerea sistemică totală după administrarea dozelor repetate (ASC_{last}) a fost echivalentă pentru administrările subcutanate și intravenoase. C_{max} după administrare subcutanată (20,4 ng/ml) a fost mai mică decât după administrare i.v. (223 ng/ml). Raportul mediei geometrice ASC_{last} a fost de 0,99 și intervalele de încredere de 90 % au fost 80,18 % - 122,80 %.

Distribuția

Volumul mediu de distribuție (V_d) al bortezomibului a variat între 1 659 litri și 3 294 litri după administrarea intravenoasă în doză unică sau doze multiple de 1,0 mg/m² sau de 1,3 mg/m² la pacienții cu mielom multiplu. Aceasta sugerează că bortezomibul se distribuie într-o mare măsură în țesuturile periferice. Într-un interval de concentrații de bortezomib de la 0,01 g/ml până la 1,0 g/ml, la om, legarea de proteinele plasmatiche *in vitro* a atins o medie de 82,9 %. Frația de bortezomib legată de proteinele plasmatiche nu a fost dependentă de concentrație.

Metabolizare

Studiile *in vitro* cu microzomi hepatici umani și izoenzime umane ale citocromului P450 expresie a ADNc indică faptul că bortezomib este metabolizat oxidativ în principal via enzimele 3A4, 2C19 și 1A2 ale citocromului P450. Calea metabolică principală este deborinarea pentru a forma doi metaboliți deboronați care sunt ulterior hidroxilați la diferiți metaboliți. Metaboliții deborinați ai bortezomibului nu prezintă activitate de inhibare a proteazomului 26S.

Eliminare

Timpul mediu de înjumătățire plasmatică prin eliminare (T_{1/2}) al bortezomibului după doze multiple a variat între 40 - 193 de ore. Bortezomib este eliminat mai rapid după prima doză în comparație cu dozele ulterioare. Media clearance-ului corporal total a fost de 102 și 112 l/oră după prima doză, pentru doze de 1,0 mg/m², respectiv de 1,3 mg/m² și a variat de la 15 la 32 l/oră și 18 la 32 l/oră după doze ulterioare, pentru doze de 1,0 mg/m², respectiv de 1,3 mg/m².

Grupe speciale de pacienți

Insuficiență hepatică

Efectul insuficienței hepatice asupra farmacocineticii bortezomib a fost evaluat într-un studiu de fază I pe perioada primului ciclu terapeutic, la 61 de pacienți care au în principal tumori solide și grade variate de disfuncție hepatică cu doze variate de bortezomib de la 0,5 la 1,3 mg/m².

Comparativ cu pacienții cu funcție hepatică normală, insuficiența hepatică ușoară nu a influențat ASC a dozei normalizate de bortezomib. Cu toate acestea, valorile ASC medii ale dozei normalizate au crescut cu aproximativ 60 % la pacienții cu insuficiență hepatică moderată sau severă. O doză de inițiere mai scăzută este recomandată la pacienții cu insuficiență hepatică moderată sau severă, iar acești pacienți trebuie monitorizați cu atenție (vezi pct. 4.2, Tabelul 6).

Insuficiență renală

A fost efectuat un studiu de farmacocinetică la pacienți cu diverse grade de insuficiență renală care au fost clasificați în funcție de valorile clearance-ului astfel:

funcție renală normală (Cl Cr > 60 ml/min/1,73 m², n = 12), insuficiență renală ușoară (Cl Cr = 40 - 59 ml/min/1,73 m², n = 10), insuficiență renală moderată (Cl Cr = 20 - 39 ml/min/1,73 m², n = 9) și insuficiență renală severă (Cl Cr < 20 ml/min/1,73 m², n = 3). A fost inclus în studiu și un grup de pacienți care efectuau dializă cărora li s-a administrat tratament după dializă (n = 8). Pacienților li s-a administrat bortezomib intravenos în doză de 0,7 - 1,3 mg/m² de două ori pe săptămână. Expunerea la bortezomib (ASC și C_{max} corectate în funcție de doză) au fost comparabile pentru toate grupurile (vezi pct. 4.2).

Vârsta

Farmacocinetica bortezomib a fost descrisă după administrarea de două ori pe săptămână în bolus intravenos a unei doze de 1,3 mg/m² la 104 pacienți copii și adolescenți (cu vârsta între 2-16 ani) cu leucemie limfoblastică acută (LLA) sau leucemie mieloidă acută (LMA). Pe baza unei analize farmacocinetice populaționale, clearance-ul bortezomib crește proporțional cu aria suprafeței corporale (ASC). Media geometrică (%CV) a clearance-ului a fost de 7,79 (25%) l/h/m², volumul de distribuție la starea de echilibru a fost de 834 (39%) l/m², iar timpul de înjumătățire prin eliminare a fost de 100 (44%) ore. După corectarea în funcție de efectul ASC, alte date demografice, precum vârsta, greutatea corporală și sexul nu au avut efecte clinic semnificative asupra clearance-ului bortezomib. Clearanceul bortezomib normalizat în funcție de ASC la pacienți copii și adolescenți a fost similar cu cel observat la adulți.

5.3 Date preclinice de siguranță

La evaluarea *in vitro* a aberațiilor cromozomiale, utilizând celule ovariene de hamster chinezesc (CHO), la concentrații mici de 3,125 μg/ml, care a fost concentrația cea mai mică studiată, bortezomibul a prezentat un rezultat pozitiv privind activitatea clastogenică (aberații cromozomiale structurale). Bortezomibul nu a prezentat genotoxicitate când a fost testat prin evaluarea mutagenității *in vitro* (testul Ames) și *in vivo* prin testul micronucleilor la șoarece.

Studiile de toxicitate asupra dezvoltării la șobolan și iepure au prezentat efecte letale embrio-fetale la doze toxice pentru femelă, dar nu și toxicitate directă embrio-fetală la doze mai mici decât dozele toxice pentru femela gestantă. Nu s-au realizat studii de fertilitate, dar evaluarea țesuturilor implicate în funcția reproductivă a fost efectuată în studiile de toxicitate generală. Într-un studiu cu durata de 6 luni la șobolan s-au observat efecte degenerative atât în testicule, cât și în ovare. De aceea, este probabil ca bortezomib să prezinte efect potențial asupra fertilității masculine sau feminine. Nu s-au realizat studii de dezvoltare peri- și postnatală.

În studii multi-ciclu de toxicitate generală efectuate la șobolan și maimuță, principalele organe țintă au inclus tractul gastro-intestinal având ca rezultat vărsături și/sau diaree; țesuturile hematopoietic și limfatic rezultând citopenie în sângele periferic, atrofia țesutului limfatic și hipocelularitatea măduvei osoase hematopoietice, neuropatie periferică (observată la maimuță, șoarece și câine) implicând axonii nervilor senzitivi și ușoare modificări la nivelul rinichilor. După întreruperea tratamentului, în toate aceste organe țintă s-a demonstrat o recuperare parțială până la totală.

Pe baza studiilor la animale, traversarea barierei hemato-encefalice de către bortezomib pare să fie scăzută dacă aceasta există și relevanța la om nu este cunoscută.

Studiile farmacologice de siguranță cardiovasculară la maimuță și câine au evidențiat că doze administrate intravenos de aproximativ două până la trei ori doza clinică recomandată în mg/m² sunt asociate cu creșteri ale frecvenței cardiace, scăderea contractilității, hipotensiune arterială și letalitate. La câine, scăderea contractilității cardiace și hipotensiunea arterială au prezentat răspuns la intervenția rapidă cu medicamente inotrop pozitive și vasopresoare.

Mai mult, în studii la câine s-a observat o creștere ușoară a intervalului QT corectat.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Manitol (E 421)

6.2 Incompatibilități

Acest medicament nu trebuie amestecat cu alte medicamente, cu excepția celor menționate la pct 6.6.

6.3 Perioada de valabilitate

Flacon închis

3 ani.

Soluția reconstituită

Din punct de vedere microbiologic, soluția reconstituită trebuie utilizată imediat după preparare. Dacă nu este utilizată imediat, timpul și condițiile de păstrare înaintea utilizării constituie responsabilitatea utilizatorului. Totuși, stabilitatea fizică și chimică a soluției reconstituite a fost demonstrată pentru o durată de 8 ore la 25 °C, păstrată în flaconul original și/sau într-o seringă. Durata totală de păstrare a medicamentului reconstituit nu trebuie să depășească 8 ore înainte de administrare.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

A se păstra flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

Pentru condiții de depozitare după reconstituirea soluției, vezi pct. 6.3.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Flacon tubular din sticlă incoloră de tip I cu capacitate de 10 ml, prevăzut cu dop din cauciuc bromobutlic de culoare gri și închis ermetic cu un sigiliu de aluminiu de tip flip-off de culoare verde-deschis, ce conține 3,5 mg de bortezomib.

Flaconul este conținut într-un ambalaj transparent de tip blister alcătuit din compartimente și capac. Fiecare ambalaj conține un flacon.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare

Precauții generale

Bortezomib este un medicament citotoxic. De aceea, Bortezomib SUN trebuie manipulat și preparat cu prudență. Se recomandă utilizarea mănușilor și a altor piese de îmbrăcăminte cu rol protector pentru a preveni contactul cu pielea.

Tehnica aseptică trebuie respectată strict în timpul manipulării medicamentului Bortezomib SUN deoarece acesta nu conține niciun conservant.

Au existat cazuri letale de administrare inadecvată a bortezomib pe cale intratecală. Bortezomib SUN este destinat pentru administrare intravenoasă sau subcutanată. Bortezomib SUN nu trebuie administrat pe cale intratecală.

Instrucțiuni pentru reconstituire

Bortezomib SUN trebuie reconstituit de un profesionist în domeniul sănătății.

Injecție intravenoasă

Fiecare flacon de 10 ml de Bortezomib SUN trebuie reconstituit cu 3,5 ml din soluția injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %), prin utilizarea unei seringi corespunzătoare, fără îndepărtarea opritorului. Dizolvarea pulberii liofilizate se realizează în mai puțin de 2 minute. După reconstituire, fiecare ml de soluție conține 1 mg de bortezomib. Soluția reconstituită este limpede și incoloră, cu un pH final de 4 până la 7.

Soluția reconstituită trebuie inspectată vizual înainte de administrare, pentru a observa eventualele particule sau modificări de culoare. Dacă este observată orice modificare de culoare sau particule în suspensie, soluția reconstituită trebuie eliminată.

Injecție subcutanată

Fiecare flacon de 10 ml de Bortezomib SUN trebuie reconstituit cu 1,4 ml din soluția injectabilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %), prin utilizarea unei seringi corespunzătoare, fără îndepărtarea opritorului. Dizolvarea pulberii liofilizate se realizează în mai puțin de 2 minute. După reconstituire, fiecare ml de soluție conține 2,5 mg de bortezomib. Soluția reconstituită este limpede și incoloră, cu un pH final de 4 până la 7. Soluția reconstituită trebuie inspectată vizual înainte de administrare, pentru a observa eventualele particule sau modificări de culoare. Dacă este observată orice modificare de culoare sau particule în suspensie, soluția reconstituită trebuie eliminată.

Procedură pentru distrugerea adecvată a deșeurilor

Bortezomib SUN este de unică folosință. Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.
Polarisavenue 87
2132 JH Hoofddorp
Olanda

8. NUMĂRUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/16/1102/001

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări: 22 iulie 2016
Data ultimei reînnoiri a autorizației: 22 iunie 2021

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Informații detaliate despre acest medicament sunt disponibile pe website-ul Agenției Europene a Medicamentului <http://www.ema.europa.eu>.

ANEXA II

- A. FABRICANTUL RESPONSABIL PENTRU ELIBERAREA SERIEI**
- B. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND FURNIZAREA ȘI UTILIZAREA**
- C. ALTE CONDIȚII ȘI CERINȚE ALE AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ**
- D. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND UTILIZAREA SIGURĂ ȘI EFICACE A MEDICAMENTULUI**

A. FABRICANTUL RESPONSABIL PENTRU ELIBERAREA SERIEI

Numele și adresa fabricantului responsabil pentru eliberarea seriei

Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.
Polarisavenue 87
2132 JH HOOFFDORP
OLANDA

B. CONDIȚII SAU RESTRICȚII PRIVIND FURNIZAREA ȘI UTILIZAREA

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă (vezi Anexa I: Rezumatul caracteristicilor produsului, pct. 4.2).

C. ALTE CONDIȚII ȘI CERINȚE ALE AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

• Rapoartele periodice actualizate privind siguranța (RPAS)

Cerințele pentru depunerea RPAS privind siguranța pentru acest medicament sunt prezentate în lista de date de referință și frecvențe de transmitere la nivelul Uniunii (lista EURD), menționată la articolul 107c alineatul (7) din Directiva 2001/83/CE și orice actualizări ulterioare ale acesteia publicată pe portalul web european privind medicamentele

D. CONDIȚII SAU RESTRICȚII CU PRIVIRE LA UTILIZAREA SIGURĂ ȘI EFICACE A MEDICAMENTULUI

• Planul de management al riscului (PMR)

Deținătorul autorizației de punere pe piață (DAPP) se angajează să efectueze activitățile și intervențiile de farmacovigilență necesare detaliate în PMR-ul aprobat și prezentat în modulul 1.8.2. al Autorizației de punere pe piață și orice actualizări ulterioare aprobate ale PMR-ului.

O versiune actualizată a PMR trebuie depusă:

- la cererea Agenției Europene a Medicamentului.
- la modificarea sistemului de management al riscului, în special ca urmare a primirii de informații noi care pot duce la o schimbare semnificativă în raportul beneficiu/risc sau ca urmare a atingerii unui obiectiv important (de farmacovigilență sau de reducere la minimum a riscului).

ANEXA III
ETICHETAREA ȘI PROSPECTUL

A. ETICHETAREA

INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJUL SECUNDAR**CUTIE****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI**

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă
bortezomib

2. DECLARAREA SUBSTANȚEI (LOR) ACTIVE

Un flacon conține bortezomib 3,5 mg (sub formă de ester boronic de manitol).

3. LISTA EXCIPIENȚILOR

Excipient: manitol (E 421)

4. FORMA FARMACEUTICĂ ȘI CONȚINUTUL

Pulbere pentru soluție injectabilă.

1 flacon

5. MODUL ȘI CALEA (CĂILE) DE ADMINISTRARE

A se citi prospectul înainte de utilizare.

Numai pentru unică folosință.

Numai pentru administrare subcutanată sau intravenoasă.

Poate fi letal dacă sunt utilizate alte căi de administrare.

Administrare subcutanată: Se adaugă 1,4 ml clorură de sodiu 0,9 % pentru o concentrație finală de 2,5 mg/ml.

Administrare intravenoasă: Se adaugă 3,5 ml clorură de sodiu 0,9 % pentru o concentrație finală de 1 mg/ml.

6. ATENȚIONARE SPECIALĂ PRIVIND FAPTUL CĂ MEDICAMENTUL NU TREBUIE PĂSTRAT LA VEDEREA ȘI ÎNDEMÂNA COPIILOR

A nu se lăsa la vederea și îndemâna copiilor.

7. ALTĂ(E) ATENȚIONARE(ĂRI) SPECIALĂ(E), DACĂ ESTE(SUNT) NECESARĂ(E)

CITOTOXIC. Instrucțiuni speciale de manipulare

8. DATA DE EXPIRARE

EXP

9. CONDIȚII SPECIALE DE PĂSTRARE

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.
A se păstra flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

10. PRECAUȚII SPECIALE PRIVIND ELIMINAREA MEDICAMENTELOR NEUTILIZATE SAU A MATERIALELOR REZIDUALE PROVENITE DIN ASTFEL DE MEDICAMENTE, DACĂ ESTE CAZUL

A se elimina în conformitate cu cerințele locale.

11. NUMELE ȘI ADRESA DEȚINĂTORULUI AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.
Polarisavenue 87
2132 JH Hoofddorp
Olanda

12. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

EU/1/16/1102/001

13. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

14. CLASIFICARE GENERALĂ PRIVIND MODUL DE ELIBERARE

15. INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE

16. INFORMAȚII ÎN BRAILLE

Justificarea pentru neinclusiunea informațiilor în Braille a fost acceptată

17. IDENTIFICATOR UNIC - COD DE BARE BIDIMENSIONAL

Cod de bare bidimensional care conține identificatorul unic.

18. IDENTIFICATOR UNIC - DATE LIZIBILE PENTRU PERSOANE

PC
SN
NN

MINIMUM DE INFORMAȚII CARE TREBUIE SĂ APARĂ PE AMBALAJELE PRIMARE MICI

FLACON

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI CALEA(CĂILE) DE ADMINISTRARE

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă
bortezomib
Numai pentru administrare subcutanată sau intravenoasă.

2. MODUL DE ADMINISTRARE

3. DATA DE EXPIRARE

EXP

4. SERIA DE FABRICAȚIE

Lot

5. CONȚINUTUL PE MASĂ, VOLUM SAU UNITATEA DE DOZĂ

3,5 mg

6. ALTE INFORMAȚII

Numai pentru unică folosință.
Poate fi letal dacă sunt utilizate alte căi de administrare.

Administrare subcutanată: Se adaugă 1,4 ml clorură de sodiu 0,9 % pentru o concentrație finală de 2,5 mg/ml.

Administrare intravenoasă: Se adaugă 3,5 ml clorură de sodiu 0,9 % pentru o concentrație finală de 1 mg/ml.

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C. A se păstra flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

CITOTOXIC

B. PROSPECTUL

Prospect: Informații pentru utilizator

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă bortezomib

Citiți cu atenție și în întregime acest prospect înainte de a începe să utilizați acest medicament deoarece conține informații importante pentru dumneavoastră.

- Păstrați acest prospect. S-ar putea să fie necesar să-l recitiți.
- Dacă aveți orice întrebări suplimentare, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră sau farmacistului.
- Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului. Acestea includ orice reacție adversă nementionată în acest prospect. Vezi pct. 4.

Ce găsiți în acest prospect

1. Ce este Bortezomib SUN și pentru ce se utilizează
2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați Bortezomib SUN
3. Cum să utilizați Bortezomib SUN
4. Reacții adverse posibile
5. Cum se păstrează Bortezomib SUN
6. Conținutul ambalajului și alte informații

1. Ce este Bortezomib SUN și pentru ce se utilizează

Bortezomib SUN conține substanța activă denumită bortezomib, un așa numit „inhibitor proteozomal”. Proteozomii au un rol important în controlarea funcției și creșterii celulelor. Interferând cu funcția lor, bortezomib poate distruge celulele canceroase.

Bortezomib SUN este utilizat pentru tratamentul:

- **mielomului multiplu** (un tip de cancer al măduvei osoase) la pacienți cu vârsta peste 18 ani:
 - administrat singur sau împreună cu medicamentele doxorubicină lipozomală pegylată sau dexametazonă la pacienții a căror boală s-a agravat (progresiv) după ce li s-a administrat anterior cel puțin un tratament și la care transplantul de celule stem sanguine nu a dat rezultate sau la pacienții care nu pot fi tratați prin transplant de măduvă osoasă.
 - în asociere cu medicamentele melfalan și prednison, la pacienții la care boala nu a fost tratată anterior și care nu sunt eligibili pentru chimioterapie în doze mari asociată cu transplant de celule stem sanguine.
 - în asociere cu medicamentul dexametazonă sau în asociere cu dexametazonă împreună cu talidomidă la pacienții netratați anterior și înainte de a li se administra chimioterapie în doză mare și transplant de celule stem sanguine (ca tratament de inducție).
- **limfomului cu celule de mantă** (un tip de cancer care afectează ganglionii limfatici) la pacienții cu vârsta de 18 ani sau peste, în asociere cu medicamentele rituximab, ciclofosfamidă, doxorubicină și prednison, la pacienții care nu au fost tratați anterior pentru boala pe care o au și care nu sunt eligibili pentru transplant cu celule stem din sânge.

2. Ce trebuie să știți înainte să utilizați Bortezomib SUN

NU utilizați Bortezomib SUN

- dacă sunteți alergic la bortezomib, bor, sau la oricare dintre celelalte componente ale acestui medicament (enumerat la punctul 6).
- dacă aveți unele afecțiuni grave ale plămânilor și inimii.

Atenționări și precauții

Spuneți medicului dumneavoastră dacă oricare dintre punctele de mai jos se aplică în cazul dumneavoastră:

- număr scăzut de globule roșii sau globule albe
- probleme de sângerare și/sau un număr scăzut de trombocite
- diaree, constipație, greață sau vărsături
- antecedente de leșin, amețeli sau confuzie
- probleme cu rinichii
- probleme hepatice moderate până la severe
- antecedente de amorțeli, furnicături sau dureri la nivelul mâinilor sau picioarelor (neuropatie)
- probleme cu inima sau cu tensiunea arterială
- respirație dificilă sau tuse
- crize convulsive
- zona zoster (localizată inclusiv în jurul ochilor sau extinsă pe întregul corp)
- simptome de sindrom de liză tumorală precum crampe musculare, slăbiciune musculară, confuzie, pierderea vederii sau tulburări de vedere și dificultăți de respirație
- pierderea memoriei, probleme de gândire, dificultăți la mers sau pierderea vederii. Acestea pot fi semne ale infecției severe la nivelul creierului și doctorul dumneavoastră vă poate recomanda teste suplimentare și supraveghere.

Înainte de tratamentul cu Bortezomib SUN și pe perioada acestuia, va trebui să faceți în mod regulat analize ale sângelui pentru a verifica regulat numărul de celule din sânge.

Dacă aveți limfom cu celule de mantă și luați un medicament numit rituximab împreună cu Bortezomib SUN trebuie să spuneți medicului dumneavoastră:

- dacă credeți că aveți infecție cu virus hepatitic sau dacă ați avut în trecut. În cazuri rare, pacienții care au avut hepatită B pot prezenta o revenire a hepatitei, care poate fi letală. Dacă aveți antecedente de infecție cu virusul hepatitei B veți fi evaluat cu atenție de medicul dumneavoastră pentru depistarea semnelor de hepatită B activă.

Înainte de a începe tratamentul cu Bortezomib SUN, trebuie să citiți prospectele tuturor medicamentelor care vi se administrează în asociere cu Bortezomib SUN, pentru informații despre aceste medicamente. Atunci când se administrează în asociere cu talidomidă este necesară o atenție deosebită pentru depistarea sarcinii și necesitatea de prevenire a sarcinii (vezi pct. Sarcina și alăptarea).

Copii și adolescenți

Bortezomib SUN nu trebuie utilizat la copii și adolescenți, deoarece nu se știe cum îi va afecta medicamentul.

Bortezomib SUN împreună cu alte medicamente

Vă rugăm să spuneți medicului dumneavoastră sau farmacistului dacă luați, ați luat recent sau ați putea lua orice alte medicamente.

În special, spuneți medicului dumneavoastră dacă folosiți medicamente ce conțin oricare dintre următoarele substanțe active:

- ketoconazol, folosit în tratamentul infecțiilor cu ciuperci
- ritonavir, utilizat în tratamentul infecției HIV
- rifampicină, un antibiotic folosit în tratamentul infecțiilor bacteriene
- carbamazepină, fenitoină sau fenobarbital folosite în tratamentul epilepsiei
- sunătoare (*Hypericum perforatum*) folosită în depresie și în alte afecțiuni
- antidiabetice orale.

Sarcina și alăptarea

Nu trebuie să folosiți Bortezomib SUN dacă sunteți gravidă, decât dacă este absolut necesar.

Nu trebuie să alăptați în timp ce utilizați Bortezomib SUN. Dacă doriți să reîncepeți alăptarea după terminarea tratamentului, trebuie să discutați acest lucru cu medicul dumneavoastră pentru a vă spune când este sigur să reîncepeți.

Talidomida determină malformații congenitale și deces al fătului. Atunci când Bortezomib SUN se administrează împreună cu talidomida, trebuie să urmați Programul de prevenire a sarcinii dezvoltat pentru talidomidă (a se citi prospectul pentru talidomidă).

Contracepție

Atât bărbații, cât și femeile trebuie să utilizeze măsuri contraceptive eficiente în timpul tratamentului cu Bortezomib SUN și timp de 3 luni după întreruperea tratamentului. Dacă, în pofida acestor măsuri, se întâmplă să rămâneți gravidă, informați imediat medicul dumneavoastră.

Conducerea vehiculelor și folosirea utilajelor

Bortezomib SUN poate determina oboseală, amețeli, leșin sau vedere încețoșată. Nu conduceți vehicule și nu folosiți unelte sau utilaje dacă aveți astfel de reacții adverse; chiar dacă nu aveți astfel de reacții, trebuie totuși să fiți prudent.

3. Cum să utilizați Bortezomib SUN

Medicul va determina doza de Bortezomib SUN în funcție de înălțimea și greutatea dumneavoastră (suprafața corporală). Doza inițială uzuală de Bortezomib SUN este de 1,3 mg/m² suprafață corporală de două ori pe săptămână.

Medicul poate să schimbe doza și numărul total de cicluri de tratament, în funcție de răspunsul dumneavoastră la tratament la apariția anumitor reacții adverse și a afecțiunilor dumneavoastră de bază (de exemplu, probleme cu ficatul).

Mielom multiplu progresiv

- Atunci când Bortezomib SUN este administrat singur, veți primi 4 doze de Bortezomib SUN administrat intravenos sau subcutanat în zilele 1, 4, 8 și 11, urmate de o pauză de 10 zile fără tratament. Această perioadă de 21 de zile (3 săptămâni) corespunde unui ciclu de tratament. Vi se pot administra până la 8 cicluri (24 de săptămâni).

De asemenea, vi se poate administra Bortezomib SUN împreună cu medicamentele doxorubicină lipozomală pegylată sau dexametazonă:

- Atunci când Bortezomib SUN se administrează împreună cu doxorubicina lipozomală pegylată, vi se va administra Bortezomib SUN intravenos sau subcutanat sub forma unui ciclu de tratament cu durata de 21 de zile. Doxorubicina lipozomală pegylată se administrează în doză de 30 mg/m² în ziua a 4-a a ciclului de tratament cu durata de 21 de zile cu Bortezomib SUN, sub forma unei perfuzii intravenoase după injecția cu Bortezomib SUN. Vi se pot administra până la 8 cicluri (24 de săptămâni).
- Atunci când Bortezomib SUN se administrează împreună cu dexametazona, vi se va administra Bortezomib SUN intravenos sau subcutanat sub forma unui ciclu de tratament cu durata de 21 de zile. Dexametazona se administrează pe cale orală în doză de 20 mg în zilele 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 și 12 ale ciclului de tratament cu durata de 21 de zile cu Bortezomib SUN. Vi se pot administra până la 8 cicluri (24 de săptămâni).

Mielom multiplu netratat anterior

Dacă nu ați mai fost tratat anterior pentru mielom multiplu, și dumneavoastră **nu** întruniți criteriile pentru efectuarea unui transplant de celule stem sanguine, vi se va administra Bortezomib SUN împreună cu alte două medicamente: melfalan și prednison.

În acest caz, durata unui ciclu de tratament este de 42 de zile (6 săptămâni). Vi se vor administra 9 cicluri de tratament (54 de săptămâni).

- În ciclurile 1 până la 4, Bortezomib SUN este administrat de două ori pe săptămână în zilele 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 și 32.
- În ciclurile 5 până la 9, Bortezomib SUN este administrat o dată pe săptămână în zilele 1, 8, 22 și 29.

Melfalanul (9 mg/m²) și prednisonul (60 mg/m²) sunt administrate pe cale orală, și se iau în zilele 1, 2, 3 și 4 ale primei săptămâni din fiecare ciclu de tratament.

Dacă nu ați mai fost tratat anterior pentru mielom multiplu, și dumneavoastră **întruniți** criteriile pentru efectuarea unui transplant de celule stem sanguine, vi se va administra Bortezomib SUN intravenos sau subcutanat împreună cu medicamentele dexametazonă sau dexametazonă și talidomidă ca tratament de inducție:

- Atunci când Bortezomib SUN se administrează împreună cu dexametazona, vi se va administra Bortezomib SUN intravenos sau subcutanat sub forma unui ciclu de tratament cu durata de 21 de zile. Dexametazona se administrează pe cale orală în doză de 40 mg în zilele 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 și 11 ale ciclului de tratament cu durata de 21 de zile cu Bortezomib SUN. Vi se pot administra 4 cicluri de tratament (12 săptămâni).
- Atunci când Bortezomib SUN se administrează împreună cu talidomida și dexametazona, durata unui ciclu de tratament este de 28 zile (4 săptămâni). Dexametazona se administrează pe cale orală în doză de 40 mg în zilele 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 și 11 ale ciclului de tratament cu durata de 28 de zile cu Bortezomib SUN. Talidomida se administrează oral în doză de 50 mg până în ziua a 14-a a primului ciclu, iar dacă este tolerată, doza de talidomidă este crescută la 100 mg în zilele 15 - 28, iar ulterior poate fi crescută suplimentar la 200 mg pe zi începând cu al doilea ciclu de tratament. Vi se pot administra până la 6 cicluri (24 săptămâni).

Limfom cu celule de mantă netratat anterior

Dacă nu ați fost tratat înainte pentru limfomul cu celule de mantă, Bortezomib SUN vi se va administra intravenos sau subcutanat împreună cu medicamentele rituximab, ciclofosamidă, doxorubicină și prednison.

Bortezomib SUN se administrează intravenos sau subcutanat în zilele 1, 4, 8 și 11, urmate de o „perioadă de pauză”, fără tratament. Durata unui ciclu de tratament este de 21 zile (3 săptămâni). Vi se pot administra până la 8 cicluri (24 de săptămâni).

Următoarele medicamente se administrează în ziua 1 a fiecărui ciclu de 21 de zile de tratament cu Bortezomib SUN, sub formă de perfuzii intravenoase:

Rituximab la doza de 375 mg/m², ciclofosamidă la doza de 750 mg/m² și doxorubicină la doza de 50 mg/m².

Prednison se administrează oral la doza de 100 mg/m² în zilele 1, 2, 3, 4 și 5 ale ciclului de tratament cu Bortezomib SUN.

Cum se administrează Bortezomib SUN

Acest medicament se administrează intravenos sau subcutanat. Bortezomib SUN vi se va administra de către un profesionist în domeniul sănătății cu experiență în utilizarea medicamentelor citotoxice. Pulberea de Bortezomib SUN trebuie dizolvată înainte de administrare. Acest lucru va fi făcut de un profesionist în domeniul sănătății. Soluția astfel obținută se injectează apoi într-o venă sau sub piele. Injecția într-o venă se face rapid, în decurs de 3 - 5 secunde. Injecția sub piele se face fie în coapse, fie în abdomen.

Dacă vi se administrează mai mult Bortezomib SUN decât trebuie

Având în vedere că acest medicament vă este administrat de un medic sau asistentă medicală, este puțin probabil să vi se administreze mai mult.

În cazul improbabil al unei supradoze, medicul dumneavoastră vă va monitoriza pentru apariția reacțiilor adverse.

4. Reacții adverse posibile

Ca toate medicamentele, acest medicament poate provoca reacții adverse, cu toate că nu apar la toate persoanele. Unele din aceste reacții pot fi grave.

Spuneți imediat medicului dumneavoastră dacă observați oricare dintre simptomele următoare:

- crampe musculare, slăbiciune musculară
- confuzie, pierderea vederii sau tulburări de vedere, orbire, convulsii, dureri de cap
- dificultăți de respirație, umflarea picioarelor sau modificări ale bătăilor inimii, creșterea tensiunii arteriale, oboseală, leșin
- tuse și dificultăți de respirație sau senzație de apăsare în piept.

Tratamentul cu Bortezomib SUN poate fi asociat foarte frecvent cu o scădere a numărului de globule roșii și albe și a numărului de trombocite din sânge. De aceea, înainte de tratamentul cu Bortezomib SUN și pe perioada acestuia, va trebui să faceți în mod regulat analize ale sângelui pentru a verifica regulat numărul de celule din sânge. Se poate să aveți o reducere a numărului de:

- trombocite și de aceea puteți fi mai predispus la vânătăi sau sângerări, fără o leziune evidentă (de exemplu sângerări la nivelul intestinelor, stomacului, gurii sau gingiilor sau sângerări la nivelul creierului sau ficatului)
- globule roșii, care pot determina anemie cu simptome cum sunt oboseală și paloare
- globule albe și de aceea puteți fi mai predispus la infecții sau la simptome asemănătoare gripei.

Mielom multiplu

Dacă vi se administrează Bortezomib SUN pentru tratamentul mielomului multiplu, reacțiile adverse ce pot să apară sunt enumerate mai jos:

Reacții adverse foarte frecvente (pot afecta mai mult de 1 persoană din 10)

- sensibilitate, amorțeli, furnicături sau senzație de arsură a pielii sau durere la nivelul mâinilor sau picioarelor din cauza leziunilor nervoase
- scăderea numărului de globule roșii și/sau albe din sânge (vezi mai sus)
- febră
- greață sau vărsături, pierderea apetitului pentru alimente
- constipație cu sau fără balonare (poate fi gravă)
- diaree; dacă aceasta se întâmplă, este important să beți mai multă apă decât în mod obișnuit. Este posibil ca medicul dumneavoastră să vă prescrie un alt medicament pentru a trata diareea
- oboseală (fatigabilitate), senzație de slăbiciune
- dureri musculare, dureri osoase.

Reacții adverse frecvente (pot afecta până la 1 din 10 persoane)

- tensiune arterială scăzută, scădere bruscă a tensiunii arteriale când sunteți în picioare, ce poate duce la leșin
- tensiune arterială crescută
- scăderea funcției rinichilor
- durere de cap
- stare generală de rău, dureri, vertij, amețeli, senzație de slăbiciune sau pierderea conștienței
- frisoane
- infecții, inclusiv pneumonie, infecții respiratorii, bronșită, infecții micotice, tuse cu eliminare de spută, boală asemănătoare gripei
- zona zoster (localizată inclusiv în jurul ochilor sau răspândită pe întreg corpul)
- dureri în piept sau respirație dificilă la efort fizic
- diferite tipuri de erupții trecătoare pe piele
- mâncărimi ale pielii, noduli sau piele uscată

- înroșirea feței sau spargerea vaselor mici de sânge de la nivelul pielii
- înroșire a pielii
- deshidratare
- senzație de arsură în capul pieptului, balonare, emisie de gaze pe gură, emisie de gaze, dureri de stomac, sângerare la nivelul intestinelor sau stomacului
- afecțiuni ale ficatului
- leziuni ale gurii sau buzelor, uscăciune a gurii, ulcerații la nivelul mucoasei gurii sau dureri în gât
- scădere în greutate, pierdere a gustului
- crampe musculare, spasme musculare, slăbiciune musculară, dureri la nivelul membrelor
- vedere încețoșată
- infecții ale stratului exterior al ochiului și a suprafeței interioare a pleoapelor (conjunctivită)
- sângerări de la nivelul nasului
- dificultăți sau probleme de adormire, transpirații, anxietate, modificări ale dispoziției, stare depresivă, neliniște sau agitație, modificări ale statusului mental, dezorientare
- umflături ale corpului, inclusiv în jurul ochilor și în alte zone ale corpului.

Reacții adverse mai puțin frecvente (pot afecta până la 1 persoană din 100)

- insuficiență cardiacă, infarct miocardic, durere toracică, disconfort toracic, frecvența crescută sau scăzută a bătăilor inimii
- insuficiență renală
- inflamația unei vene, cheaguri de sânge în vene și plămâni
- probleme de coagulare a sângelui
- probleme ale circulației
- inflamație a învelișurilor inimii sau acumulare de lichid în jurul inimii
- infecții, inclusiv infecții ale tractului urinar, gripă, infecții cu virusul herpetic, infecții la nivelul urechii și celulită
- scaune cu sânge sau hemoragii la nivelul membranelor mucoase, de exemplu mucoasa gurii, mucoasa vaginală
- afecțiuni cerebrovasculare
- paralizie, convulsii, căderi, tulburări de mișcare, senzații anormale sau modificate sau scăzute (simțire, auz, gust, miros), dereglarea atenției, tremurături, spasme
- artrită, inclusiv inflamația articulațiilor degetelor de la mâini, picioare și a maxilarului
- tulburări care afectează plămâni, împiedicând corpul să primească suficient oxigen. Unele dintre acestea includ dificultăți în respirație, respirație dificilă, respirație dificilă în absența efortului, respirația devine superficială, dificilă sau se oprește, respirație șuierătoare (*wheezing*)
- sughițuri, tulburări de limbaj
- producerea unei cantități mai mari sau mai mici de urină (afectarea funcției renale), eliminare dureroasă a urinei sau prezența de sânge/proteine în urină, retenție de lichide
- modificarea nivelului de conștiență, confuzie, tulburări de memorie sau pierderea memoriei
- hipersensibilitate
- pierdere a auzului, surditate sau zgomote în urechi, disconfort la nivelul urechii
- dereglări hormonale care pot afecta absorbția sării și a apei
- glanda tiroidă hiperactivă
- imposibilitatea de a produce cantități suficiente de insulină sau rezistență la concentrațiile normale de insulină
- ochi iritați sau inflamați, lăcrimare în exces, durere la nivelul ochilor, senzație de uscăciune la nivelul ochilor, infecții la nivelul ochilor, umflătură la nivelul pleoapei (șalazion), pleoape înroșite și umflate, scurgere a unor secreții din ochi, tulburări de vedere, sângerări la nivelul ochilor
- mărirea în volum a glandelor limfatice
- rigiditate articulară sau musculară, senzație de greutate, durere la nivelul zonei inghinale
- cădere a părului și textură neobișnuită a părului
- reacții alergice

- înroșire sau durere la locul injectării
- durere la nivelul gurii
- infecții sau inflamații ale gurii, ulcerații la nivelul gurii, esofagului, stomacului și intestinelor, uneori asociate cu dureri sau sângerări, mișcări slabe ale intestinului (inclusiv blocaj), disconfort abdominal sau esofagian, dificultăți la înghițire, vărsături cu sânge
- infecții ale pielii
- infecții bacteriene și virale
- infecție dentară
- inflamația pancreasului, obstrucția canalului biliar
- dureri genitale, probleme cu obținerea unei erecții
- creștere în greutate
- sete
- hepatită
- afecțiuni la nivelul locului de injectare sau asociate cu dispozitivul de injectare
- reacții și afecțiuni ale pielii (care pot fi severe și pot pune viața în pericol), ulcerații ale pielii
- echimoze, căzături și răniri
- inflamații sau sângerări la nivelul vaselor de sânge care pot apărea ca puncte roșii sau purpurii, de mici dimensiuni (de obicei la nivelul membrelor inferioare) până la pete cu aspect de vânătăie sub piele sau pe piele
- chisturi benigne
- o afecțiune cerebrală severă, reversibilă, care include convulsii, tensiune arterială mare, dureri de cap, oboseală, confuzie, orbire sau alte probleme de vedere.

Reacții adverse rare (pot afecta până la 1 persoană din 1 000)

- probleme la nivelul inimii ce includ infarct miocardic, angină
- inflamație gravă a nervilor, care poate provoca paralizie și dificultăți de respirație (sindrom Guillain-Barré)
- înroșire a feței
- decolorarea venelor
- inflamația nervului spinal
- probleme la nivelul urechii, sângerare din ureche
- activitate scăzută a glandei tiroide
- sindrom Budd-Chiari (simptomele clinice cauzate de blocajul venelor hepatice)
- modificări sau funcție neobișnuită a intestinelor
- sângerări la nivelul creierului
- colorare în galben a ochilor și pielii (icter)
- reacție alergică gravă (șoc anafilactic) ale cărei semne pot include dificultăți de respirație, dureri în piept sau presiune la nivelul pieptului, și/sau senzație de amețală/leșin, mâncărimi severe ale pielii sau umflături pe piele, umflături ale feței, buzelor, limbii și/sau gâtului care pot provoca dificultăți de înghițire, colaps
- afecțiuni la nivelul sânelui
- scurgeri vaginale
- inflamații genitale
- imposibilitatea de a tolera consumul de alcool etilic
- scăderea greutatei corporale
- creșterea apetitului pentru alimente
- fistulă
- acumularea de lichid la nivelul articulațiilor
- chisturi la nivelul învelișului articulațiilor (chisturi sinoviale)
- fracturi
- distrugerea fibrelor musculare ce conduce la alte complicații
- inflamația ficatului, sângerări la nivelul ficatului
- cancer la nivelul rinichiului
- afecțiune a pielii de tip psoriazis

- cancer de piele
- paloare a pielii
- creșterea numărului de trombocite sau de limfocite (un tip de globule albe) din sânge
- cheaguri de sânge în vasele de sânge mici (microangiopatie trombotică)
- reacții neobișnuite la transfuziile de sânge
- pierderea parțială sau totală a vederii
- scăderea libidoului
- salivare excesivă
- ochi umflați
- sensibilitate la lumină
- respirație rapidă
- durere la nivelul rectului
- calculi biliari
- hernie
- răniri
- unghii fragile sau subțiri
- depozite neobișnuite de proteine în organele vitale
- comă
- ulcere intestinale
- insuficiență multiplă de organe
- deces.

Limfom cu celule de mantă

Dacă vi se administrează Bortezomib SUN împreună cu alte medicamente pentru tratamentul limfomului cu celule de mantă, reacțiile adverse care pot să apară sunt enumerate mai jos:

Reacții adverse foarte frecvente (pot afecta mai mult de 1 persoană din 10)

- pneumonie
- scăderea apetitului pentru alimente
- sensibilitate, amorțeli, furnicături sau senzație de arsură a pielii sau durere la nivelul mâinilor sau picioarelor din cauza leziunilor nervoase
- greață și vărsături
- diaree
- afte bucale
- constipație
- dureri musculare, dureri osoase
- cădere a părului și textură neobișnuită a părului
- oboseală, senzație de slăbiciune
- febră.

Reacții adverse frecvente (pot afecta până la 1 din 10 persoane)

- zona zoster (localizată inclusiv în jurul ochilor sau răspândită pe întregul corp)
- infecții cu virus herpetic
- infecții bacteriene și virale
- infecții respiratorii, bronșită, tuse cu flegmă, simptome asemănătoare gripei
- infecții fungice
- hipersensibilitate (reacție alergică)
- imposibilitatea de a produce cantități suficiente de insulină sau rezistență la concentrațiile normale de insulină
- retenție de lichide
- dificultăți sau probleme de somn
- pierderea conștienței
- alterarea nivelului de conștiență, confuzie
- senzație de amețală

- creșterea frecvenței bătăilor inimii, tensiune arterială crescută, transpirație
- tulburări de vedere, vedere încețoșată
- insuficiență cardiacă, infarct miocardic, durere toracică, disconfort toracic, frecvența crescută sau scăzută a bătăilor inimii
- tensiune arterială crescută sau scăzută
- scădere bruscă a tensiunii arteriale la ridicarea în picioare ce poate conduce la leșin
- dificultăți de respirație la efort
- tuse
- sughit
- țuit în urechi, disconfort la nivelul urechii
- sângerare la nivelul intestinelor sau stomacului
- arsuri la nivelul stomacului
- dureri de stomac, balonare
- dificultăți la înghițire
- infecție sau inflamație a stomacului și intestinelor
- dureri de stomac
- dureri la nivelul gurii sau buzelor, durere în gât
- modificarea funcției hepatice
- mâncărimi ale pielii
- înroșire a pielii
- erupții pe piele
- spasme musculare
- infecție a tractului urinar
- durere la nivelul membrelor
- umflarea corpului, ce include ochii și alte părți ale corpului
- frisoane
- înroșire și durere la locul injectării
- stare generală de rău
- scădere în greutate
- creștere în greutate.

Reacții adverse mai puțin frecvente (pot afecta până la 1 persoană din 100)

- hepatită
- reacție alergică severă (reacție anafilactică) ale cărei semne pot include dificultăți de respirație, dureri în piept sau senzație de apăsare în piept, și/sau senzație de amețală/leșin, mâncărimi severe la nivelul pielii sau umflături pe piele, umflarea feței, buzelor, limbii și/sau gâtului, ce pot determina dificultăți la înghițire, colaps
- tulburări de mișcare, paralizie, convulsii
- vertij
- pierderea auzului, surditate
- tulburări care afectează plămâni, împiedicând corpul să primească suficient oxigen. Unele dintre acestea includ dificultăți în respirație, respirație dificilă, respirație dificilă în absența efortului, respirația devine superficială, dificilă sau se oprește, respirație șuierătoare (*wheezing*)
- cheaguri de sânge în plămâni
- colorarea în galben a ochilor și a pielii (icter)
- umflătură la nivelul pleoapei (șalazion), pleoape înroșite și umflate.

Reacții adverse rare (pot afecta până la 1 din 1000 de persoane)

- cheaguri de sânge în vasele de sânge mici (microangiopatie trombotică)
- inflamație gravă a nervilor, care poate provoca paralizie și dificultăți de respirație (sindrom Guillain-Barré).

Raportarea reacțiilor adverse

Dacă manifestați orice reacții adverse, adresați-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului. Acestea includ orice reacții adverse nemenționate în acest prospect. De asemenea, puteți raporta reacțiile adverse direct prin intermediul sistemului național de raportare **sistemului național de raportare prezentat în Anexa V.**

Raportând reacțiile adverse, puteți contribui la furnizarea de informații suplimentare privind siguranța acestui medicament.

5. Cum se păstrează Bortezomib SUN

Nu lăsați acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.

Nu utilizați acest medicament după data de expirare înscrisă pe flacon și pe cutie EXP.

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C. A se păstra flaconul în cutie pentru a fi protejat de lumină.

Din punct de vedere microbiologic, soluția reconstituită trebuie utilizată imediat după preparare. Dacă soluția reconstituită nu este utilizată imediat, timpul și condițiile de păstrare înainte de utilizare constituie responsabilitatea utilizatorului. Totuși, soluția reconstituită este stabilă timp de 8 ore la 25 °C, păstrată în flaconul original și/sau într-o seringă, iar durata totală de păstrare a medicamentului reconstituit nu trebuie să depășească 8 ore înainte de administrare.

Bortezomib SUN este de unică folosință. Orice produs neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

6. Conținutul ambalajului și alte informații

Ce conține Bortezomib SUN

- Substanța activă este bortezomib. Fiecare flacon conține bortezomib 3,5 mg (sub formă de ester boronic de manitol).
- Celălalt component este manitolul (E 421).

Reconstituire intravenoasă:

După reconstituire, 1 ml de soluție pentru injecție intravenoasă conține 1 mg bortezomib.

Reconstituire subcutanată:

După reconstituire, 1 ml de soluție pentru injecție subcutanată conține 2,5 mg bortezomib.

Cum arată Bortezomib SUN și conținutul ambalajului

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă este o pulbere sub formă de aglomerat de culoare albă până la aproape albă.

Fiecare cutie de Bortezomib SUN conține un flacon din sticlă transparentă de 10 ml cu capac din aluminiu de culoare verde-deschis, într-un ambalaj tip blister transparent.

Deținătorul autorizației de punere pe piață și fabricantul

Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.

Polarisavenue 87

2132 JH Hoofddorp

Olanda

Pentru orice informații referitoare la acest medicament, vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:

België/Belgique/Belgien/България/Česká republika/

**Danmark/Eesti/Ελλάδα/Hrvatska/Ireland/Ísland/Κύπρος/
Latvija/Lietuva/Luxembourg/Luxemburg/Magyarország/
Malta/Nederland/Norge/Österreich/Portugal/
Slovenija/Slovenská republika/Suomi/Finland/Sverige**

Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.

Polarisavenue 87

2132 JH Hoofddorp

Nederland/Pays-Bas/Niederlande/Нидерландия/Nizozemsko/

Nederlandene/Holland/Ολλανδία/Nizozemska/The Netherlands/Holland/Ολλανδία/

Nīderlande/Nyderlandai/Pays-Bas/Niederlande/Hollandia/

L-Olanda/Nederland/Nederland/Niederlande/Países Baixos/

Nizozemska/Holandsko/Alankomaat/Nederländerna/Nederländerna

Tel./тел./tlf./τηλ./Sími/τηλ./Tlf./Puh./

+31 (0)23 568 5501

Deutschland

Sun Pharmaceuticals Germany GmbH

Hemmelrather Weg 201

51377 Leverkusen

Deutschland

Tel: +49 (0) 214 403 99 192

España

Sun Pharma Laboratorios, S.L.

Rambla de Catalunya 53-55

08007 Barcelona

España

tel. +34 93 342 78 90

France

Sun Pharma France

11-15, Quai de Dion Bouton

92800 Puteaux

France

tel. +33 1 41 44 44 50

Italia

Sun Pharma Italia Srl

Viale Giulio Richard, 1

20143 Milano

Italia

tel. +39 02 33 49 07 93

Polska

Ranbaxy (Poland) Sp. Z o. o.

ul. Kubickiego 11

02-954 Warszawa

Polska

Tel. +48 22 642 07 75

România

Terapia S.A.

Str. Fabricii nr 124

Cluj-Napoca, Județul Cluj

România
Tel. +40 (264) 501 500

United Kingdom (Northern Ireland)

Ranbaxy UK Ltd
a Sun Pharma Company
Millington Road 11
Hyde Park, Hayes 3
5th Floor
Hayes
UB3 4AZ HAYES
United Kingdom
tel. +44 (0) 208 848 8688

Acest prospect a fost revizuit în:

Alte surse de informații

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene pentru
Medicamente: <http://www.ema.europa.eu>.

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

1. RECONSTITUIREA PENTRU INECȚIE INTRAVENOASĂ

Notă: Bortezomib SUN este un agent citotoxic. De aceea, se recomandă prudență în timpul manipulării și preparării. Se recomandă utilizarea mănușilor și a altor piese de îmbrăcăminte cu rol protector pentru a preveni contactul cu pielea.

TEHNICA ASEPTICĂ TREBUIE STRICT RESPECTATĂ ÎN TIMPUL MANIPULĂRII MEDICAMENTULUI BORTEZOMIB SUN, DEOARECE NU CONȚINE NICIUN CONSERVANT.

- 1.1 **Pregătirea flaconului de 3,5 mg: adăugați 3,5 ml** soluție injectabilă sterilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %) în flaconul care conține pulberea de Bortezomib SUN, fără îndepărtarea opritorului. Dizolvarea pulberii liofilizate se realizează în mai puțin de 2 minute.

Concentrația soluției rezultate va fi de 1 mg/ml. Soluția va fi limpede și incoloră, cu un pH final de 4 până la 7. Nu trebuie să verificați pH-ul soluției.

- 1.2 Înainte de administrare, inspectați vizual soluția pentru a observa eventualele particule sau modificări de culoare. Dacă se observă orice modificare de culoare sau particule în suspensie, soluția trebuie aruncată. Verificați concentrația de pe flacon pentru a vă asigura că folosiți doza corectă pentru calea de **administrare intravenoasă** (1 mg/ml).
- 1.3 Soluția reconstituită nu conține conservanți și trebuie utilizată imediat după preparare. Totuși, stabilitatea fizică și chimică a soluției reconstituite a fost demonstrată pentru o durată de 8 ore la 25 °C, păstrată în flaconul original și/sau într-o seringă. Durata totală de păstrare a medicamentului reconstituit nu trebuie să depășească 8 ore înainte de administrare. Dacă soluția reconstituită nu este utilizată imediat, timpul și condițiile de păstrare înaintea utilizării constituie responsabilitatea utilizatorului.

Nu este necesară protejarea medicamentului reconstituit de lumină.

2. ADMINISTRAREA

- Odată dizolvată, degajați cantitatea potrivită de soluție reconstituită în conformitate cu doza calculată pe baza suprafeței corporale a pacientului.
- Confirmați doza și concentrația din seringă înainte de administrare (verificați că seringă este inscripționată pentru administrare intravenoasă).
- Administrați soluția reconstituită prin injectare intravenoasă în bolus, timp de 3 - 5 secunde, printr-un cateter intravenos plasat într-o venă periferică sau centrală.
- Spălați cateterul intravenos sau periferic cu o soluție sterilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %).

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă ESTE NUMAI PENTRU UZ INTRAVENOS SAU SUBCUTANAT. Nu trebuie folosite alte căi de administrare. Administrarea pe cale intratecală a condus la deces.

3. ELIMINAREA REZIDUURILOR

Un flacon este destinat unei singure utilizări, iar soluția rămasă neutilizată trebuie aruncată.

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

Următoarele informații sunt destinate numai profesioniștilor din domeniul sănătății:

Numai flaconul de 3,5 mg se poate administra subcutanat, așa cum este descris mai jos.

1. RECONSTITUIREA PENTRU INECȚIE SUBCUTANATĂ

Notă: Bortezomib SUN este un agent citotoxic. De aceea, se recomandă prudență în timpul manipulării și preparării. Se recomandă utilizarea mănușilor și a altor piese de îmbrăcăminte cu rol protector pentru a preveni contactul cu pielea.

TEHNICA ASEPTICĂ TREBUIE STRICT RESPECTATĂ ÎN TIMPUL MANIPULĂRII MEDICAMENTULUI BORTEZOMIB SUN, DEOARECE NU CONȚINE NICIUN CONSERVANT.

1.1 **Pregătirea flaconului de 3,5 mg: adăugați 1,4 ml** soluție injectabilă sterilă de clorură de sodiu 9 mg/ml (0,9 %) în flaconul care conține pulberea de Bortezomib SUN, fără îndepărtarea opritorului. Dizolvarea pulberii liofilizate se realizează în mai puțin de 2 minute.

Concentrația soluției rezultate va fi de 2,5 mg/ml. Soluția va fi limpede și incoloră, cu un pH final de 4 până la 7. Nu trebuie să verificați pH-ul soluției.

1.2 Înainte de administrare, inspectați vizual soluția pentru a observa eventualele particule sau modificări de culoare. Dacă se observă orice modificare de culoare sau particule în suspensie, soluția trebuie aruncată. Verificați concentrația de pe flacon pentru a vă asigura că folosiți doza corectă pentru calea de **administrare subcutanată** (2,5 mg/ml).

1.3 Soluția reconstituită nu conține conservanți și trebuie utilizată imediat după preparare. Totuși, stabilitatea fizică și chimică a soluției reconstituite a fost demonstrată pentru o durată de 8 ore la 25 °C, păstrată în flaconul original și/sau într-o seringă. Durata totală de păstrare a medicamentului reconstituit nu trebuie să depășească 8 ore înainte de administrare. Dacă soluția reconstituită nu este utilizată imediat, timpul și condițiile de păstrare înaintea utilizării constituie responsabilitatea utilizatorului.

Nu este necesară protejarea medicamentului reconstituit de lumină.

2. ADMINISTRAREA

- Odată dizolvată, degajați cantitatea potrivită de soluție reconstituită în conformitate cu doza calculată pe baza suprafeței corporale a pacientului.
- Confirmați doza și concentrația din seringă înainte de administrare (verificați că seringă este inscripționată pentru administrare subcutanată).
- Injectați soluția subcutanat, în unghi de 45 - 90°.
- Soluția reconstituită se administrează subcutanat în coapse (dreapta sau stânga) sau în abdomen (partea dreaptă sau stângă).
- Locurile de injectare trebuie schimbate pentru injecții succesive.
- Dacă apare o reacție locală la locul injectării după administrarea subcutanată a Bortezomib SUN, fie poate fi administrată subcutanat o soluție cu concentrație mai mică de Bortezomib SUN (1 mg/ml în loc de 2,5 mg/ml), fie se recomandă comutarea la administrare intravenoasă.

Bortezomib SUN 3,5 mg pulbere pentru soluție injectabilă ESTE NUMAI PENTRU UZ INTRAVENOS SAU SUBCUTANAT. Nu trebuie folosite alte căi de administrare. Administrarea pe cale intratecală a condus la deces.

3. ELIMINAREA REZIDUURILOR

Un flacon este destinat unei singure utilizări, iar soluția rămasă neutilizată trebuie aruncată.
Orice produs neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.