

## KISA ÜRÜN BİLGİSİ

### 1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

ATAXİL 150 mg/25 ml I.V İnfüzyon İçin Konsantre Çözelti İçeren Flakon

### 2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Her bir ml'de;

#### Etkin madde:

Paklitaksel 6 mg/ml

#### Yardımcı madde(ler):

Etanol k.m.

Makrogolgliserol risinoleat 527.28 mg/ml

(Kremofor EL)

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

### 3. FARMASÖTİK FORM

Konsantre infüzyon çözeltisi

Berrak, sarımsı (< Referans Çözelti Y4) viskoz çözelti.

### 4. KLİNİK ÖZELLİKLER

#### 4.1 Terapötik endikasyonlar

*Over Kanserinde*

ATAXİL,

- platin içeren bir ilaç ile kombine olarak ilerlemiş veya metastatik over kanserinin birinci basamak tedavisinde,
- ilerlemiş veya metastatik over kanserinin ikinci basamak tedavisinde endikedir.

*Meme Kanserinde*

Erken evre adjuvan tedavide:

- ATAXİL'in, nod pozitif meme kanserinin adjuvan tedavisinde antrasiklin ve siklofosamid tedavisini takiben kullanımı endikedir.

Birinci basamak tedavide:

- ATAXİL ilerlemiş veya metastatik meme kanserinin birinci basamak tedavisinde;
  - Antrasiklin tedavisinin uygun olduğu hastalarda bir antrasiklinle kombine olarak veya
  - Antrasiklin tedavisinin uygun olmadığı hastalarda tek ajan olarak veya
  - HER-2'si kuvvetli pozitif (3 pozitif veya FISH tekniği ile pozitif) olduğu immunohistokimyasal yöntem ile tayin edilen hastalarda trastuzumab ile kombine olarak endikedir.

İkinci basamak tedavide:

- ATAXİL, kombinasyon kemoterapisinin başarısız olduğu metastatik meme kanserinin ikinci basamak tedavisinde endikedir. Uygulanan birinci basamak tedavisinde klinik açıdan kontrendikasyon bulunmadıkça bir antrasiklin yer almalıdır.

#### *Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanserinde (NSCLC)*

ATAXİL, küçük hücreli olmayan akciğer kanserinin birinci basamak tedavisinde küratif cerrahi müdahale veya radyasyon tedavisi almayacak hastalarda bir platin bileşiği ile kombine olarak endikedir.

#### *Kaposi Sarkomada*

AIDS'e bağlı Kaposi Sarkoma'nın ikinci basamak tedavisinde endikedir.

## **4.2 Pozoloji ve uygulama şekli**

### **Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:**

Ciddi aşırı duyarlılık reaksiyonlarının riskini azaltmak için ATAXİL uygulanmasından önce bütün hastalara ön tedavi yapılmalıdır. Bu tür bir ön tedavi ATAXİL uygulamasından yaklaşık 6 ve 12 saat önce oral olarak veya yaklaşık 30 ila 60 dakika önce I.V. olarak 20 mg deksametazon (veya eşdeğeri), 30 ila 60 dakika önce I.V. olarak 50 mg difenhidramin (veya eşdeğeri) ve 30 ila 60 dakika önce 300 mg simetidin veya 50 mg ranitidin'den oluşabilir.

Daha sonraki ATAXİL dozları, solid tümörü olan hastalarda nötrofil sayısı  $> 1,500$  hücre/mm<sup>3</sup> ve trombosit sayısı  $>100,000$  hücre/mm<sup>3</sup> (Kaposi sarkomalı hastalarda  $<1000$  hücre/mm<sup>3</sup> olana kadar uygulanmamalıdır. Ciddi nötropeni ( $<500$  hücre/mm<sup>3</sup>) ya da ciddi periferik nöropati gelişen hastalarda daha sonraki ilaç uygulamalarında doz %20 azaltılmalıdır. Nörotoksisite insidansı ve nötropeni şiddeti doz ile artar.

### *İlerlemiş veya metastatik over kanserinde*

Kombinasyon tedavisi: Daha önceden tedavi görmemiş hastalarda her 3 haftada bir 3 saatlik I.V. infüzyonla 175 mg/m<sup>2</sup> dozunda uygulanır. Alternatif olarak her 3 haftada bir 24 saatlik I.V. infüzyonla 135 mg/m<sup>2</sup>'lik daha rnielosupresif bir doz kullanılabilir. Bir platin bileşiği ile kombine edilerek kullanılacak ise ATAXİL platin bileşiğinden önce verilmelidir.

Tek ajan tedavisi: Daha önceden kemoterapi görmüş hastalarda önerilen rejim her 3 haftada bir 3 saatte intravenöz yoldan 175 mg/m<sup>2</sup>'dir.

### *Meme kanserinde*

Adjuvan tedavi: ATAXİL, antrasiklin ve siklofosfamid (AC) tedavisini takiben 4 kür olarak her 3 haftada bir 3 saatte intravenöz yoldan 175 mg/m<sup>2</sup> dozunda uygulanır.

İlerlemiş veya metastatik meme kanserinin birinci basamak, kombinasyon tedavisi: ATAXİL, doksorubisin (50 mg/m<sup>2</sup>) ile kombine kullanılırken doksorubisinden 24 saat sonra verilmelidir. Önerilen ATAXİL dozu her 3 haftada bir 3 saatte intavenöz yoldan 220 mg/m<sup>2</sup>'dir.

ATAXİL'in trastuzumab ile kombine kullanımında tavsiye edilen dozu, kürler arasında 3 hafta bırakılarak 3 saatte intravenöz yoldan 175 mg/m<sup>2</sup>'dir. ATAXİL infüzyonuna trastuzumabın ilk dozunu izleyen gün veya önceki trastuzumab dozu iyi tolere edilmişse trastuzumabın daha sonraki dozlarının hemen ardından başlanabilir.

Metastatik meme kanserinin tek ajan tedavisi: Her 3 haftada bir 3 saatte intravenöz yoldan 175 mg/m<sup>2</sup> olarak uygulanır.

Haftalık dozlama: Paklitaksel içeren ilaçlar meme kanseri tedavisinde 80-100 mg/m<sup>2</sup> dozunda haftada bir kullanılabilir.

Pre-medikasyon, ATAXİL uygulamasından 30 dakika önce intravenöz deksametazon sodyum fosfat enjeksiyonu (deksametazon 8 mg) ve ranitidin hidroklorür enjeksiyonu (ranitidin 50 mg) veya famotidin enjeksiyonu (famotidin 20 mg) ve difenhidramin hidroklorür tablet (difenhidramin hidroklorür 50 mg) içerecek şekilde tamamlanmalıdır.

Deksametazonun başlangıç dozu 8mg dır. Bir sonraki uygulamaya kadar klinik olarak anlamlı herhangi bir aşırı duyarlılık reaksiyonu bildirilmemişse, devam eden haftada, deksametazon dozu önceki haftanın yarısı ( 4 mg) olacak şekilde azaltılır. Devam eden haftalarda klinik ATAXİL 30 mg/5 ml Enjektabl Solüsyon olarak belirgin bir aşırı duyarlılık reaksiyonu bildirilmez ise; minumum doz 1 mg olana kadar, doz önceki haftanın yarısı olacak şekilde azaltılır.

#### *Küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde*

Kombinasyon tedavisi: Daha önceden tedavi görmemiş hastalarda her 3 haftada bir 3 saatlik I.V. infüzyonla 175 mg/m<sup>2</sup> dozunda uygulanır. Alternatif olarak her 3 haftada bir 24 saatlik I.V. infüzyonla 135 mg/m<sup>2</sup>'lik daha miyelosupresif bir doz kullanılabilir. Bir platin bileşiği ile kombine edilerek kullanılacak ise ATAXİL platin bileşiğinden önce verilmelidir.

Tek ajan tedavisi: ATAXİL 175-225 mg/m<sup>2</sup> dozunda her üç haftada bir 3 saatlik I.V. infüzyonla uygulanır.

#### *AIDS 'e bağlı Kaposi sarkomunda*

İkinci basamak tedavi: Kürler arasında 3 hafta ara bırakılarak 3 saatte intravenöz yoldan 135 mg/m<sup>2</sup> ATAXİL ya da kürler arasında 2 hafta ara bırakılarak 3 saatte intravenöz yoldan 100 mg/m<sup>2</sup> ATAXİL uygulanır (doz yoğunluğu 45-50 mg/m<sup>2</sup>/hafta).

HIV hastalıkları ilerlemiş hastalarda gözlenen immunosupresyona dayanarak, bu hastalarda aşağıdaki modifikasyonlar önerilir:

1. Üç ön tedavi ilacından biri olan deksametazonun dozu oral yoldan 10 mg'a indirilmelidir;
2. ATAXİL tedavisi yalnızca eğer nötrofil sayımı 1000 hücre/mm<sup>3</sup> olursa başlatılmalı ya da tekrarlanmalıdır;
3. Takip eden ATAXİL kürlerinin dozu ciddi nötropeni (bir hafta ya da daha uzun bir süre <500 hücre/rnm<sup>3</sup>) geliştiren hastalarda %20 azaltılmalıdır.
4. Klinik olarak endike olduğu şekilde eşzamanlı hematopoietik büyüme faktörü (G-CSF) başlatılmalıdır.

**Uygulama şekli:**

ATAXİL, I.V. infüzyon yolu ile uygulanır.

ATAXİL, mikropor membranı 0,22 mikrondan küçük olan in-line bir filtre ile uygulanmalıdır.

ATAXİL flakon multidoz uygulanabilir. Seyreltilen ürün tek kullanımlıktır.

**Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:****Böbrek/Karaciğer yetmezliği:**

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda toksisite riski (özellikle III. - IV. Derece miyelosupresyon) artabilir. 3 ve 24 saatlik infüzyonlar için tavsiye edilen doz ayarlaması aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Hastalar miyelosupresyon ön bulguları bakımından yakından izlenmelidir.

**Karaciğer Yetmezliği Olan Hastalar için Önerilen Doz**

<b>Karaciğer Yetmezliği derecesi</b>			
<b><u>Transaminaz Seviyeleri</u></b>		<b><u>Bilirubin Seviyeleri<sup>a</sup></u></b>	<b><u>Tavsiye Edilen Paklitaksel Dozu<sup>b</sup></u></b>
<b>24 - Saatlik İnfüzyon</b>			
< 2 x NÜS	ve	≤ 1,5 mg/dL	135 mg/m <sup>2</sup>
2 -< 10 x NÜS	ve	≤ 1,5 mg/dL	100 mg/m <sup>2</sup>
< 10 x NÜS	ve	1,6-7,5 mg/dL	50 mg/m <sup>2</sup>
≥ 10 x NÜS	veya	> 7,5 mg/dL	Tavsiye edilmez.
<b>3 - Saatlik İnfüzyon</b>			
< 10 x NÜS	ve	≤ 1,25 x NÜS	175 mg/m <sup>2</sup>
< 10 x NÜS	ve	1,26-2,0 x NÜS	135 mg/m <sup>2</sup>
< 10 x NÜS	ve	2,01 – 5,0 x NÜS	90 mg/m <sup>2</sup>
≥ 10 x NÜS	veya	> 5,0 x NÜS	Tavsiye edilmez.

<sup>a</sup> 3 ve 24 saatlik infüzyonlar için verilen bilirubin seviye kriterleri arasındaki farklılıklar klinik çalışma dizaynındaki farklılıklardan dolayıdır.

<sup>b</sup> Tavsiye edilen dozlar tedavinin ilk kürü içindir; daha sonraki kürlerde yapılacak doz azaltması bireysel toleransa göre yapılmalıdır.

NÜS = Normal üst sınır

**Pediyatrik popülasyon:** ATAXİL 'in 18 yaşın altındaki çocuklarda ve ergenlerde güvenliliği ve etkililiği kanıtlanmamıştır.

**Geriyatrik popülasyon:** ATAXİL'in yaşlılarda kullanımı ile ilgili yeterli çalışma yoktur.

#### **4.3 Kontrendikasyonlar**

Paklitaksele veya özellikle polioksietillenmiş kastor yağı olmak üzere diğer bileşenlerine karşı alerjisi olanlarda kontrendikedir.

ATAXİL, gebelik ve laktasyon döneminde kontrendikedir (bkz. bölüm 4.6).

Ayrıca başlangıç nötrofil sayısı 1,500 hücre/mm<sup>3</sup>'den düşük solid tümörü olan hastalarda ve başlangıç ya da takip eden nötrofil sayımları 1,000 hücre/mm<sup>3</sup>'den düşük olan AIDS' e bağlı Kaposi sarkomu olan hastalarda da kontrendikedir.

#### **4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri**

ATAXİL kanser kemoterapi ilaçlarının kullanımında deneyimli bir doktorun gözetimi altında uygulanmalıdır. Önemli aşırı duyarlılık reaksiyonları gelişebileceğinden uygun destekleyici ekipmanların bulundurulması gerekir.

ATAXİL seyreltilerek infüzyon şeklinde uygulanmalıdır.

ATAXİL ile tedaviden önce hastalara kortikosteroidler, antihistaminikler ve H<sub>2</sub> antagonistleriyle ön tedavi uygulanmalıdır ( bkz.; bölüm 4.2 Pozoloji ve uygulama şekli).

ATAXİL bir platinum komponenti ile kombine olarak verildiği zaman platinum komponentinden önce verilmelidir.

#### *Anafilaksi ve Aşırı duyarlılık Reaksiyonları*

Anafilaksi ve ciddi aşırı duyarlılık reaksiyonları, ATAXİL alan hastalarda yaygın olarak oluşmuştur. Bu reaksiyonlar muhtemelen histamine bağlıdır. Ön tedaviye rağmen hastalarda nadiren ölümcül reaksiyonlar görülmüştür. Tüm hastalara kortikosteroidler, antihistaminikler ve H<sub>2</sub> antagonistleriyle ön tedavi uygulanmalıdır.

Ciddi aşırı duyarlılık reaksiyonu görülürse ATAXİL infüzyonu derhal kesilmeli ve hastaya bir daha ATAXİL uygulanmamalıdır. Yüz ve boyunda kızarıklık, deri reaksiyonları, taşikardi, dispne ve hipotansiyon gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları ATAXİL tedavisinin kesilmesini genellikle gerektirmeyebilir, ancak dikkatli olunması gerekir.

#### *Hematolojik Toksikite*

Kemik iliği supresyonu (özellikle nötropeni) doza ve uygulanan programa bağlıdır ve doz sınırlayan toksisitedir. Paklitaksel ile tedavi sırasında sık sık kan sayımı yapılmalıdır. Başlangıç nötrofil sayısı 1500 hücre/mm<sup>3</sup>'den az (Kaposi sarkomu olan hastalarda 1000 hücre/mm<sup>3</sup>'den az olduğunda) olan hastalara paklitaksel uygulanmamalıdır.

Paklitaksel ile yapılan bir kür tedavi sırasında ciddi nötropeni (500 hücre/mm<sup>3</sup>'den az) gelişmesi halinde sonraki kürlerin dozunun % 20 azaltılması önerilir.

#### *Ağır Kalp İletim Anormallikleri*

Tedavi sırasında ender olarak ağır iletim anormallikleri kaydedilmiştir. ATAXİL uygulanması sırasında ciddi iletim anormallikleri gelişirse uygun tedavi uygulanmalı ve daha sonra ATAXİL uygulandığında devamlı olarak elektrokardiyografik gözlem yapılmalıdır.

#### *Kardiyovasküler Toksikite*

ATAXİL uygulanması sırasında hipotansiyon, hipertansiyon ve bradikardi gözlenmiştir; hastalar genellikle asemptomatiktir ve çoğunlukla tedavi gerekmez. Ciddi vakalarda, doktorun kararı doğrultusunda ATAXİL infüzyonlarının kesilmesi ya da ara verilmesi gerekebilir. Özellikle ATAXİL infüzyonunun ilk saatlerinde hayati bulguların sık sık gözlenmesi önerilir. Ciddi iletim anormallikleri olan hastalar dışında, devamlı elektrokardiyografik monitorizasyon gerekmez.

ATAXİL, metastatik meme kanserinin birinci basamak tedavisinde trastuzumab veya doksorubisin ile kombine kullanıldığında kardiyak fonksiyonların izlenmesi tavsiye edilir (bkz. bölüm 4.8. İstenmeyen etkiler).

ATAXİL'in söz konusu kombinasyonları ile tedavi düşünüldüğünde hastalar kardiyak geçmiş, fiziksel muayene, EKG, ekokardiyogram ve/veya MUGA incelemelerini kapsayan temel kardiyak değerlendirmeye tabi tutulmalıdırlar. Kardiyak fonksiyon, tedavi süresince her 3

ayda bir devamlı olarak izlenmelidir. İzleme kardiyak bozukluk gelişen hastaların tespit edilmesine yardımcı olabilir. Tedaviyi gerçekleştiren doktor tarafından ventriküler fonksiyon değerlendirilmesinin sıklığına karar verilirken, uygulanan antrasiklinin kümülatif dozu ( $\text{mg}/\text{m}^2$ ) dikkatle değerlendirilmelidir. Testlerde kardiyak fonksiyonda bozulma görülürse, bu asemptomatik olsa dahi, geri dönüşümsüz kardiyak hasar oluşması potansiyeline karşı tedaviye devam edilmesi halinde sağlanacak klinik yararlar tedaviyi gerçekleştiren doktor tarafından dikkatlice değerlendirilmelidir. Eğer tedaviye devam edilmesine karar verilirse kardiyak fonksiyon daha sık izlenmelidir (öm. her 1-2 siklus).

### *Sinir Sistemi*

Her ne kadar periferik nöropati insidansı yüksek olsa da, ciddi semptomlar nadiren ortaya çıkar. Ciddi vakalarda, daha sonraki tüm ATAXİL kürlerinde dozun % 20 azaltılması önerilir. ATAXİL dehidrate etanol içerir ve bütün hastalarda etanolün merkezi sinir sistemi (MSS) üzerine olası etkileri ve diğer etkileri dikkate alınmalıdır. Çocuklar etanolün etkilerine yetişkinlerden daha duyarlı olabilir (Uyarı ve önlemler için Pediyatrik Kullanım bölümüne bakınız).

### *Enjeksiyon Yeri Reaksiyonu*

Ekstravazasyona sekonder reaksiyonlar dahil, enjeksiyon yeri reaksiyonları genellikle hafif olmuş ve eritem, yumuşaklık, deride renk değişmesi ya da enjeksiyon yerinde terleme şeklinde kendini göstermiştir. Bu reaksiyonlar 24-saatlik infüzyonla 3-saatlik infüzyonda olduğundan daha sık gözlenmiştir. Farklı bir yerde farklı bir bölgeye paklitaksel uygulanmasını takiben daha önce ekstravazasyon olan bir yerde deri reaksiyonlarının reküre etmesi, yani "tekrarı" nadiren rapor edilmiştir. Flebit, selülit, indurasyon, deride ekfoliyasyon, nekroz ve fibroz gibi daha ciddi olaylar paklitaksel güvenlilik çalışmasında ender olarak bildirilmiştir. Bazı vakalarda enjeksiyon yeri reaksiyonları ya uzun süreli bir infüzyon sırasında ortaya çıkmış ya da bir hafta ila on gün geç görülmüştür.

Halen ekstravazasyon reaksiyonları için bilinen spesifik bir tedavi yoktur. Ekstravazasyon olasılığı bulunduğu için, ilaç uygulanması sırasında infüzyon yerinin yakından gözlenerek infiltrasyon olasılıklarının kontrol edilmesi önerilir.



### *Karaciğer Yetmezliği*

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda toksisite riski (özellikle III - IV. Derece miyelosupresyon) artabilir. 3 ve 24 saatlik infüzyonlar için tavsiye edilen doz ayarlaması "*Pozoloji ve uygulama şekli*" bölümündeki tabloda verilmiştir.

Hastalar miyelosupresyon ön bulguları bakımından yakından izlenmelidir.

### *Pediyatrik Kullanım*

ATAXİL'in pediyatrik hastalardaki güvenliliği ve etkinliği kanıtlanmamıştır. Paklitakselin 3 saatlik intravenöz infüzyonla 350 mg/m<sup>2</sup>'den 420 mg/m<sup>2</sup> 'ye kadar giden dozlarda uygulandığı bir klinik çalışmada MSS toksisitesi raporları (nadiren ölümle bağlantılı) alınmıştır. Çok büyük olasılıkla toksisite kısa bir infüzyon süresinde verilen paklitaksel taşıyıcısındaki etanol komponentinin yüksek dozu ile ilişkilidir. Antihistaminlerin eşzamanlı kullanımı bu etkiyi yoğunlaştırabilir. Paklitakselin kendisinin direkt bir etkisinin olabileceği de göz ardı edilememekle birlikte, bu çalışmada kullanılan yüksek dozlar (önerilen yetişkin dozunun iki katından daha fazla) ATAXİL'in bu popülasyondaki güvenliliği değerlendirilirken dikkate alınmalıdır.

### *Geriatrik Kullanım*

İleri derecede yumurtalık kanseri, meme kanseri veya NSCLC tedavisinin güvenliğini ve etkinliğini değerlendiren sekiz klinik çalışmada paklitaksel alan 2228 hasta ve adjuvan meme kanseri çalışmasında paklitaksel alacak şekilde randomize edilen 1570 hasta arasında 649 hasta (%17) 65 yaş veya üzerinde, bunlardan 49'u da (%1) 75 yaş veya üzerindedir. Çalışmaların çoğunda, ciddi miyelosupresyon yaşlı hastalarda daha sık görülürken, bazı çalışmalarda ciddi nöropati yaşlı hastalarda daha yaygın olmuştur. NSCLC ile ilgili iki klinik çalışmada, paklitaksel ile tedavi edilen yaşlı hastalarda kardiyovasküler olayların görülme sıklığı daha yüksek olmuştur. Etkinlikle ilgili tahminler, yaşlı ve genç hastalarda aynı gibi görünür, ancak çalışmaya katılan yaşlı hastaların sayısının düşük olması nedeniyle karşılaştırmalı etkinlik kesin olarak belirlenememiştir. Yumurtalık kanserinin tedavisiyle ilgili bir çalışmada, yaşlı hastalar, genç hastalara oranla daha düşük bir ortalama hayatta kalma oranı sergilemiş, ancak diğer etkinlik parametrelerinin hiçbiri genç grubun lehinde olmamıştır.

ATAXİL, hacmin yaklaşık %50'si kadar, doz başına 20 g'a dek etanol (alkol) içerir. Yani, her dozda yarım litre biraya ve büyük bir bardak (210 ml) şaraba eşdeğer etanol vardır. Alkol bağımlılığı olanlar için zararlı olabilir. Hamile veya emziren kadınlar, çocuklar ya da karaciğer hastalığı ya da epilepsi için yüksek risk grubundaki hastalar için dikkate alınmalıdır.

ATAXİL 527.28 mg makrogolgliserol risinoleat (Kremofor EL) içerir ve bu maddeye bağlı ciddi alerjik reaksiyonlar görülebilir.

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

Başka ilaçların ATAXİL üzerindeki etkisi:

##### *Sisplatin*

Klinik kombinasyon çalışmalarında paklitakselin sisplatinde ÖNCE uygulanması ile karşılaştırıldığında, paklitaksel sisplatinde SONRA verildiği zaman, daha belirgin miyelosupresyon ve paklitaksel klerensinde yaklaşık % 33 azalma görülür.

##### *Sitokrom P450 2C8 ve 3A4 Substratlarz, İndükleyicileri ve İnhibitörleri*

Paklitaksel metabolizması sitokrom P450 izoenzimleri CYP2C8 ve CYP3A4 tarafından katalize edilir. Paklitaksel bilinen sitokrom P450 izoenzimleri CYP2C8 ve CYP3A4 substratları, inhibitörleri (eritromisin, fluoksetin, gemfibrozil) ya da indükleyicileri (rifampisin, karbamazepin, fenitoin, efavirenz, nevirapin) ile eşzamanlı uygulandığı zaman dikkatli olunmalıdır. *In vitro* olarak, paklitakselin 6a-hidroksipaklitaksele metabolize olması bazı ajanlarca (ketokonazol, verapamil, diazepam, kinidin, deksametazon, siklosporin, teniposid, etoposid, ve vinkristin) inhibe edilmiş, ama kullanılan konsantrasyonlar normal terapötik dozları takiben *in vivo* olarak bulunanları geçmiştir. Testosteron, 17 $\alpha$ -etinil estradiol, retinoik asit, montelukast ve CYP2C8'in spesifik bir inhibitörü olan quercetin de *in vitro* 6a-hidroksipaklitaksel oluşumunu inhibe etmiştir. Paklitakselin farmakokinetiği CYP2C8 ve/veya CYP3A4 substratları, indükleyiciler ya da inhibitörleri olan komponentlerle etkileşmeler sonucu *in vivo* olarak da değiştirilebilir.

##### *Simetidin*

Paklitakselin klerensi ön tedavi olarak uygulanan simetidinden etkilenmez.

ATAXİL'in başka ilaçlar üzerindeki etkisi:

#### *Doksorubisin*

Paklitaksel doksorubisinden ÖNCE ve önerilenden daha uzun infüzyon süreleri kullanılarak uygulandığı zaman, kombine paklitaksel ve doksorubisin kullanımı ile daha derin nötropenik ve stomatit episodları ile karakterize sıra etkileri gözlenmiştir (paklitaksel 24 saatte, doksorubisin 48 saatte uygulanmıştır). Doksorubisinin (ve aktif metaboliti doksorubisinolün) plazma seviyeleri paklitaksel ve doksorubisinin kombine uygulanması ile artabilir. Ancak, bolus doksorubisin ve 3-saatlik paklitaksel infüzyonu uygulanarak yapılan bir çalışmanın verilerinde toksisite paterni üzerinde sıranın bir etkisine rastlanmamıştır.

Paklitaksel'in metastatik meme kanserinin birinci basamak tedavisinde önerilen dozlaması, paklitaksel ve doksorubisin yakın aralıkla uygulandıklarında doksorubisinin ve aktif metabolitlerinin eliminasyonu azalabileceğinden, doksorubisinden 24 saat sonradır.

#### *Epirubisin*

Literatürdeki raporlar, bir epirubisin metaboliti olan epirubisinolün plazma seviyelerinin, paklitaksel ve epirubisin kombine halde kullanıldığında artabileceğini öne sürmektedir. Artan epirubisinol plazma seviyelerinin klinik önemi bilinmemektedir.

## **4.6 Gebelik ve laktasyon**

### **Genel tavsiye**

Gebelik kategorisi: D

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

ATAXİL'in gebelik ve/veya fetus/yeni doğan üzerinde zararlı farmakolojik etkileri bulunmaktadır.

ATAXİL gerekli olmadıkça gebelik döneminde kullanılmamalıdır.

### **Gebelik dönemi**

ATAXİL gebe bir kadına verildiğinde fetusa zarar verebilir. Paklitakselin embriyo ve fetus üzerinde toksik olduğu tavşanlarda ve fertilitiyi azalttığı da sıçanlarda gösterilmiştir. Gebe kadınlarda yapılmış çalışma yoktur. Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar, ATAXİL ile tedavi sırasında gebe kalmaktan kaçınmaları konusunda uyarılmalıdırlar. Eğer ATAXİL gebelik sırasında kullanılırsa veya hasta bu ilacı alırken gebe kalırsa hasta muhtemel tehlike konusunda bilgilendirilmelidir.

## **Laktasyon dönemi**

Paklitakselin insan sütüyle atılıp atılmadığı bilinmemektedir. ATAXİL ile tedavi sırasında emzirme durdurulmalıdır.

## **Üreme yeteneği / Fertilité**

Paklitaksel fertilitéyi azalttığı sıçanlarda gösterilmiştir.

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

ATAXİL etanol içerdiği için MSS üzerine olası etkisi ve diğer etkileri göz önünde tutulmalıdır. Ciddi aşırı duyarlılık reaksiyonlarının riskini azaltmak için verilen ön tedavilerin MSS üzerinde yapabileceği muhtemel etkiler dikkate alınmalıdır.

Hastalar araç ve makine kullanırken dikkatli olmaları konusunda uyarılmalıdırlar.

## **4.8 İstenmeyen etkiler**

Yan etkilerin sıklığı ve şiddeti ATAXİL tedavisi alan, over, meme, küçük hücreli olmayan akciğer veya Kaposi sarkomu hastalarında genellikle benzer olmuştur. Ancak AIDS'e bağlı Kaposi sarkomu olan hastalarda daha sık ve şiddetli hematolojik toksisite, enfeksiyonlar (fırsatçı enfeksiyonlar\* dahil) ve ateşli nütropeni görülebilir. Bu hastalar daha düşük doza ve destekleyici tedaviye gereksinim duyabilir.

\*Cytomegalo virüs, Herpes simplex, Pneumocystis carinii, M avium intracellulare, özofageal kandidiyazis, kriptosporidiyozis, kriptokokal menenjit ve lökoensefalopati

Klinik Deneyimde ve Pazarlama Sonrası Deneyimde Bildirilen İstenmeyen Yan Etkiler

Aşağıdaki sıklık grupları kullanılmıştır:

Çok yaygın ( $\geq 1/10$ ); yaygın ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); yaygın olmayan ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ); seyrek ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), çok seyrek ( $< 1/10.000$ ), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

## **Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar**

Çok yaygın: Enfeksiyon (özellikle üriner sistem ve üst solunum yolu enfeksiyonları)

Yaygın olmayan: Septik şok

Seyrek: Sepsis, peritonit, pnömoni

### **Kan ve lenf sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Miyelosupresyon, kanama, nötropeni, anemi, trombositopeni, lökopeni,

Seyrek: Febril nötropeni

Çok seyrek: Akut miyeloid lösemi, miyelodisplastik sendrom,

### **Bağışıklık sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Kızarıklık ve döküntü gibi minör hipersensitivite reaksiyonları

Yaygın olmayan: Tedavi gerektiren belirgin aşırı duyarlılık reaksiyonları (öm. hipotansiyon, anjiyonörotik ödem, solunum sıkıntısı, genel ürtiker, titremeler, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, taşikardi, karın ağrısı, ekstremitelerde ağrı, diyaforez ve hipertansiyon)

Seyrek: Anafilaktik reaksiyon

Çok seyrek: Anafilaktik şok

### **Metabolizma ve beslenme hastalıkları**

Çok seyrek: Anoreksi

Bilinmiyor: Tümör lizis sendromu

### **Psikiyatrik hastalıklar**

Çok seyrek: Konfüzyonel durum

### **Sinir sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Nörotoksisite (periferik nöropati),

Seyrek: Motor nöropati (minör distal zayıflık ile sonuçlanan)

Çok seyrek: Grand mal nöbet, otonomik nöropati (paralitik ileus ve ortostatik hipotansiyon ile sonuçlanan), ensefalopati, konvülsiyon, sersemlik, ataksi, baş ağrısı,

### **Göz hastalıkları**

Çok seyrek: Özellikle önerilenden daha yüksek doz alan hastalarda optik sinir ve/veya görme bozukluğu (gözde kıvılcım çakması)

Bilinmiyor: Maküler ödem, fotopsi, görsel yüzen cisimcikler

### **Kulak ve iç kulak hastalıkları**

Çok seyrek: Duyma kaybı, ototoksisite, vertigo, kulak çınlaması

### **Kardiyak hastalıklar**

Yaygın: Bradikardi

Yaygın olmayan: Miyokardiyal enfarktüs, AV blok ve senkop kardiyomiyopati, asemptomatik ventriküler taşikardi, bigemine taşikardi

Seyrek: Kalp yetmezliği

Çok seyrek: Atriyal fibrilasyon, supraventriküler taşikardi

### **Vasküler hastalıklar**

Çok yaygın: Hipotansiyon

Yaygın olmayan: Tromboz, hipertansiyon, tromboflebit

Çok seyrek: Şok  
Bilinmiyor: Filebit

### **Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar**

Seyrek: Solunum yetmezliği, pulmoner embolizm, pulmoner fibröz, intersitisyel pnömoni, dispne, akciğer zarında efüzyon,  
Çok seyrek: Öksürük

### **Gastrointestinal hastalıklar**

Çok yaygın: Diyare, bulantı, kusma, mukozal inflamasyon  
Seyrek: Barsak tıkanması, barsak perforasyonu, iskemik kolit, pankreatit,  
Çok seyrek: Mezenterik tromboz, psödomembranöz kolit, nötropenik kolit, assit, özafajit, kabızlık

### **Hepato-bilier hastalıklar**

Çok seyrek: Hepatik nekroz, hepatik ensefalopati (her ikisi de fatal sonuçlu olarak bildirilen olgular dahil)

### **Deri ve deri altı doku hastalıkları**

Çok yaygın: Alopesi  
Yaygın: Geçici ve hafif cilt ve tırnak değişiklikleri  
Seyrek: Kaşıntı, döküntü, eritem  
Çok seyrek: Stevens-Johnson sendromu, epidermal nekroliz, multiform eritem, ekfoliyatif dermatit, ürtiker, onikoliz (tedavi altındaki hastalar el ve ayaklarını güneşten korumalıdır.)  
Bilinmiyor: Skleroderma

### **Kas-iskelet bozukluklar, bağ doku ve kemik hastalıkları**

Çok yaygın: Artralji, miyalji  
Bilinmiyor: Sistemik lupus eritematozus

### **Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar**

Yaygın: Enjeksiyon bölgesi reaksiyonu (lokalize ödem, ağrı, eritem, endürasyon dahil, bazen damar dışına sızıntı sellülit, cilt fibrozu ve cilt nekrozu ile sonuçlanabilir  
Seyrek: Dehidrasyon, pireksi, ödem, asteni, malazi

### **Araştırmalar**

Yaygın: AST (SGOT) seviyesinde ciddi artış, alkalın fosfataz seviyesinde ciddi artış  
Yaygın olmayan: Bilirubin seviyesinde ciddi artış  
Seyrek: Kan kreatinin seviyesinde yükselme

### **Tek-Ajan Çalışmalarındaki Yan Etki Deneyimlerinin Ortak Analizi**

Başka türlü belirtilmediği sürece, aşağıdaki tartışma klinik çalışmalarda tek-ajan paklitaksel ile (135 veya 175 mg/m<sup>2</sup> dozlarından biriyle ve 3 veya 24 saatlik uygulamayla) tedavi edilen solid tümörleri olan 812 hastanın genel güvenlilik veritabanını yansıtmaktadır.

**Hematolojik toksisite:** Paklitakselin doz kısıtlayıcı en önemli toksisitesi kemik iliği süpresyonudur. En önemli hematolojik toksisite olan nötropeni doza ve plana bağlı olmuş ve genellikle hızla reversibl olmuştur. Ciddi nötropeni ( $<500$  hücre/mm<sup>3</sup>) 24-saatlik infüzyonla 3-saatlik ile olduğundan daha sık görülmüştür; infüzyon süresinin miyelosupresyon üzerindeki etkisi dozdan daha fazla olmuştur. Nötropenide kümülatif ilaç alımı ile artış olmamıştır ve daha önce radyasyon tedavisi görmüş hastalarda daha sık veya daha şiddetli olarak ortaya çıkmamıştır.

Enfeksiyon episodları çok yaygın olarak gözlenmiş ve bütün hastaların %1 'inde fatal olmuştur ve bunlara sepsis, pnömoni ve peritonit dahildir. İdrar yolu enfeksiyonları ve üst solunum yolu enfeksiyonları en sık rapor edilen enfeksiyöz komplikasyonlar olmuştur. İleri HIV hastalığı ve kötü prognozlu AIDS'e bağlı Kaposi sarkomu olan immun sistemi baskı altında bulunan hasta popülasyonunda, hastaların %61 'inde en az bir fırsatçı enfeksiyon rapor edilmiştir. Ciddi nötropeni gelişen hastalarda G-CSF dahil destek tedavisi kullanımı önerilir.

Hastaların yüzde yirmisinin trombosit sayımları tedavideyken en az bir defa 100,000 hücre/mm<sup>3</sup> 'ün altına düşmüştür; %7'sinin trombosit sayımı en kötü  $<50,000$  hücre/mm<sup>3</sup> düzeyinde olmuştur. Kanama episodları bütün kürlerin %4 'ünde ve bütün hastaların %14'ünde rapor edilmiştir, ama hemorajik episodların çoğunluğu lokalize olmuş ve bu olayların sıklığı paklitaksel dozu ve planı ile bağlantısız bulunmuştur.

**Nörolojik:** Tek ajan paklitaksel alan hastalarda nörolojik belirtilerin sıklığı ve şiddeti genellikle doza bağlı olmuştur. Periferal nöropati sıklığı kümülatif dozla artmıştır. Parestezi genellikle hiperestezi şeklinde ortaya çıkar. Periferal nöropati bütün hastaların %1 'inde paklitakselin kesilme sebebi olmuştur. Paklitaksel tedavisinin kesilmesi ile birlikte bir kaç ay içinde sensor semptomlar iyileşmiş ve kaybolmuştur. Daha önceki tedaviler sonucu oluşmuş nöropatiler paklitaksel tedavisi için bir kontrendikasyon değildir.

Literatürdeki seyrek anormal görme raporları hastalarda inatçı optik sinir zararları olabileceğini hatırlatmaktadır.

**Aşırı duyarlılık reaksiyonları (ADR):** Bütün hastalara paklitakselden önce ön tedavi uygulanmıştır. Aşırı duyarlılık reaksiyonlarının şiddeti ve sıklığı paklitaksel dozu ve planından etkilenmemiştir. Bu ciddi reaksiyonlar sırasında en sık gözlenen semptomlar dispne, kızarma, göğüs ağrısı ve taşikardi olmuştur. Ayrıca karın ağrısı, ekstremitelerde ağrı, terleme ve hipertansiyon da bildirilmiştir. Özellikle kızarma ve döküntü gibi minor aşırı duyarlılık reaksiyonları terapötik müdahale veya paklitaksel tedavisinin bırakılmasını gerektirmemiştir.

**Enjeksiyon Yeri Reaksiyonu:** Enjeksiyon yeri reaksiyonları genellikle hafif olmuş ve lokalize ödem, ağrı, eritem, yumuşaklık, sertlik şeklinde kendini göstermiştir. Bazen ekstremitelerde, selülit ile sonuçlanabilir. Bazen ekstremitelere bağlı olarak ciltte kabuklaşma ve soyulma bildirilmiştir. Ayrıca ciltte renk değişikliği de görülebilir. Bu reaksiyonlar 24-saatlik infüzyonla 3-saatlik infüzyonla olduğundan daha sık görülmüştür.

Bazı vakalarda, enjeksiyon yeri reaksiyonunun ortaya çıkması ya uzun süreli bir infüzyon sırasında ortaya çıkmış ya da bir hafta ila 10 günlük bir gecikme görülmüştür.

**Kardiyovasküler:** Bütün hastaların % 12'sinde ve uygulanan bütün kürlerin %3 'ünde infüzyonun ilk 3 saat içinde hipotansiyon görülmüştür. Bütün hastaların %3 'ünde ve bütün kürlerin %1 'inde infüzyonun ilk 3 saati içinde bradikardi gözlenmiştir. Klinik çalışmalarda sinus bradikardi, sinus taşikardi ve prematüre vuruşlar gibi repolarizasyon anormallikleri şeklindeki elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri gözlenmiştir. Paklitaksel tedavisi süresince hastaların <%1 'inde ciddi kardiyak iletim anormallikleri bildirilmiştir. Eğer hastalar belirgin iletim anormalliği geliştirirse, uygun tedavi uygulanmalı ve ATAXİL tedavisi süresince sürekli elektrokardiyografik izleme yapılmalıdır.

**Gastrointestinal (GI) Toksikite:** Bütün hastalarda çok yaygın olarak bulantı/kusma, diyare ve mukozit kaydedilmiştir. Mukozit plana bağlı olmuş ve 24-saatlik infüzyonla 3-saatlik infüzyonla olduğundan daha sık görülmüştür.

Paklitaksel ile tek başına ve diğer kemoterapötik ajanlarla kombine olarak tedavi edilen hastalarda G-CSF'nin birlikte uygulanmasına rağmen nadiren nötropenik enterokolit (tiflit) gözlenmiştir.

Aşağıda tek ajan paklitaksel uygulaması ile (klinik çalışmalarda tedavi edilen 812 hasta) veya paklitaksel ile pazarlama sonrası deneyimde bildirilen yan etkiler verilmiştir.

Aşağıdaki sıklık grupları kullanılmıştır:

Çok yaygın ( $\geq 1/10$ ); yaygın ( $\geq 1/100$  ila  $< 1/10$ ); yaygın olmayan ( $\geq 1/1.000$  ila  $< 1/100$ ); seyrek ( $\geq 1/10.000$  ila  $< 1/1.000$ ); çok seyrek ( $< 1/10.000$ ), bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

### **Enfeksiyonlar ve enfestasyonlar**

Çok yaygın: Enfeksiyon

Yaygın olmayan: Septik şok

Seyrek: Pnömoni, sepsis

### **Kan ve lenf sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Miyelosupresyon, nötropeni, anemi, trombositopeni, lökopeni, ateş, kanama

Seyrek: Febril nötropeni

Çok seyrek: Akut miyeloid lösemi, miyelodisplastik sendrom

### **Bağışıklık sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Minör aşırı duyarlılık reaksiyonları (daha çok kızarma ve döküntü)

Yaygın olmayan: Tedavi gerektiren belirgin aşırı duyarlılık reaksiyonları (örn; hipotansiyon, anjiyonörotik ödem, solunum sıkıntısı, genel ürtiker, ödem, bel ağrısı, titreme)



Seyrek: Anafilaktik reaksiyonlar (fatal sonuçlar)

Çok seyrek: Anafilaktik şok

### **Metabolizma ve beslenme hastalıkları**

Çok seyrek: Anoreksi

### **Psikiyatrik hastalıklar**

Çok seyrek: Konfüzyonel durum

### **Sinir sistemi hastalıkları**

Çok yaygın: Nörotoksisite (genelde periferel nöropati)

Seyrek: Motor nöropati (minor distal zayıflık ile sonuçlanan)

Çok seyrek: Otonomik nöropati (paralitik ileus ve ortostatik hipotansiyon ile sonuçlanan), Grand mal nöbetler, konvülziyonlar, ensefalopati, sersemlik, baş ağrısı, ataksi

### **Göz hastalıkları**

Çok seyrek: Geri dönüşlü optik sinir ve/veya görsel bozukluklar (skotomda kıvılcım çakması), özellikle önerilen dozdan daha yüksek dozlar alan hastalarda fotopsi ve görsel yüzen cisimcikler

### **Kulak ve iç kulak hastalıkları**

Çok seyrek: Duyma kaybı, kulak çınlaması, vertigo, ototoksisite

### **Kardiyak hastalıklar**

Çok yaygın: Anormal EKG

Yaygın: Bradikardi

Yaygın olmayan: Kardiyomiyopati, asemptomatik ventriküler taşikardi, bigemineli taşikardi, AV blok ve senkop, miyokard enfarktüsü

Çok seyrek: Atriyal fibrilasyon, supraventriküler taşikardi

### **Vasküler hastalıklar**

Çok yaygın: Hipotansiyon

Yaygın olmayan: Hipertansiyon, tromboz, trombofilebit

Çok seyrek: Şok

### **Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıklar**

Seyrek: Dispne, akciğer zarında efüzyon, solunum yetmezliği, intersitisyel pnömoni, akciğer fibrosisi, pulmoner embolizm

Çok seyrek: Öksürük

### **Gastrointestinal hastalıklar**

Çok yaygın: Bulantı, kusma, diyare, mukoza enflamasyonu

Seyrek: Barsak tıkanması, barsak perforasyonu, iskemik kolit, pankreatit

Çok seyrek: Mezenterik tromboz, psödomembranöz kolit, özafajit, kabızlık, asit Hepato-bilier hastalıklar

Çok seyrek: Karaciğer nekrozu (fatal sonuçlanabilen), karaciğer ensefalopatisi (fatal sonuçlanabilen)

### **Deri ve deri altı doku hastalıkları**

Çok yaygın: Alopesi

Yaygın: Geçici ve hafif tırnak ve cilt değişiklikleri

Seyrek: Kaşıntı, döküntü, eritem, flebit, selülit, ciltte dökülme, nekroz ve fibroz, radyasyon recall

Çok seyrek: Stevens-Johnson sendromu, epidermal nekroliz, multiform eritem, ekfoliyatif dermatit, ürtiker, onikoliz (tedavi alan hastalar el ve ayaklarına güneş koruyucu sürmelidirler)

### **Kas-iskelet bozukluklar, bağ doku ve kemik hastalıkları**

Çok yaygın: Artralji, miyalji

### **Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar**

Yaygın: Enjeksiyon bölgesi reaksiyonları (lokalize ödem, ağrı, eritem, dokuda sertleşme, nadiren ekstremitasyon selülit ile sonuçlanabilir)

Seyrek: Asteni, kırıklık, pireksi, dehidrasyon, ödem

### **Araştırmalar**

Yaygın: AST (SGOT) değerlerinde ciddi yükselme, alkalın fosfataz değerlerinde ciddi yükselme

Yaygın olmayan: Bilirubin seviyelerinde ciddi yükselme

Seyrek: Kan kreatinin seviyelerinde yükselme

### *Kombinasyon Tedavisi Çalışmalarından Elde Edilen Yan Etki Deneyimleri*

Aşağıdaki tartışma sisplatin ile kombine olarak paklitaksel alan daha önce tedavi görmemiş over kanseri ya da NSCLC olan hastalar, En İyi Destekleyici Bakım ile birlikte tek-ajan paklitaksel alan ameliyatın mümkün olmadığı NSCLC olan hastalar, adjuvan uygulamada doksorubisin/siklofosfamid' den sonra paklitaksel alan meme kanserli hastalar, birinci basamak tedavi olarak paklitaksel ile birlikte trastuzumab alan metastatik meme kanserli hastalar ve AIDS'e bağlı Kaposi sarkomu olan hastaları yansıtmaktadır. Ayrıca, pazarlama sonrası deneyimlerinde ya da diğer klinik çalışmalarda bildirilen nadir olaylar da tanımlanmıştır.

ATAXİL ile birlikte sisplatin: Over kanseri tedavisinde birinci basamak kemoterapi olarak 3 saatlik infüzyon şeklinde paklitakseli takiben sisplatin ile tedavi edilen hastalarda, nörotoksisite, artralji/miyalji ve aşırı duyarlılık reaksiyonlarının, siklofosfamidi takiben sisplatin ile tedavi edilen hastalara göre daha sık ve şiddetli görüldüğü bildirilmiştir.

Miyelosupresyonun, 3 saatlik infüzyonla paklitakseli takiben sisplatin tedavisinde siklofosfamidi takiben sisplatin tedavisine göre daha seyrek ve hafif olduğu görülmüştür.

CA139-209 ve CA139-022 'de nörotoksisitenin çapraz çalışma karşılaştırması, paklitaksel ve sisplatin 75 mg/m<sup>2</sup> ile kombine verildiğinde, 3 saatlik infüzyon ile 175 mg/m<sup>2</sup> dozda paklitaksel ile ciddi nörotoksisite görülme sıklığı 24 saatlik infüzyon ile 135 mg/m<sup>2</sup> doza göre ATAXİL ile birlikte sisplatin tedavisi gören hastalarda, jinekolojik kanserlerin tedavisi sırasında tek başına sisplatin tedavisi ile kıyaslandığında böbrek yetmezliği riskinde artış görülebileceği bildirilmiştir.

ATAXİL ile birlikte trastuzumab: Metastatik meme kanserinin birinci basamak tedavisinde tek ajan paklitakसे kıyasla paklitakselin trastuzumabla kombine olarak 3 saatlik infüzyonla uygulanması sonucu daha sık bildirilen advers etkiler (paklitaksel ve trastuzumab ile ilişkisine bakılmaksızın); kalp yetmezliği, enfeksiyon, titreme, ateş, öksürük, döküntü, artralji, taşikardi, diyare, hipertoni, epitaksi, akne, herpes simplex, kazara yaralanma, uykusuzluk, rinit, sinüzit ve enjeksiyon yeri reaksiyonudur. Sıklıklardaki farklılıklar paklitaksel/trastuzumab kombinasyon tedavisinin tek ajan paklitaksel tedavisine kıyasla daha fazla sayıda ve daha uzun süreli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Paklitaksel /trastuzumab kombinasyonu ve tek ajan paklitaksel tedavisinde ciddi yan etkiler benzer oranlarda bildirilmiştir.

ATAXİL ile birlikte doksorubisin: Metastatik meme kanserinde önceden tedavi edilmemiş ve kemoterapi almamış hastalarda paklitaksel ve doksorubisin kombinasyon tedavisinde konjestif kalp yetmezliği bildirilmiştir.

Miyokardiyal enfeksiyon olayları seyrek bildirilmiştir. Paklitaksel tedavisi alan ve özellikle antrasiklinler ile kemoterapi almış hastalarda kardiyak disfonksiyon ve sol ventriküler enjeksiyon fraksiyonunun redüksiyonu veya ventriküler yetmezlik tipik olarak bildirilmiştir.

ATAXİL ile birlikte radyoterapi: Eşzamanlı radyoterapi alan hastalarda radyasyon pnömoniti bildirilmiştir.

#### Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar / risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir. (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0800 314 0008; faks: 03122183599)

#### **4.9 Doz aşımı ve tedavisi**

ATAXİL doz aşımının bilinen bir antidotu yoktur. Başlıca komplikasyonlar kemik iliği süpresyonu, periferik nörotoksisite ve mukozit şeklindedir. Pedyatrik hastalardaki doz

aşımları akut etanol toksisitesi ile bağlantılı olabilir (bkz. bölüm 4.4 Özel kullanım uyarıları ve önlemleri).

## **5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER**

### **5.1 Farmakodinamik özellikler**

Farmakoterapötik grup: Antineoplastik ajanlar

ATC Kodu: L01CD01

Etki mekanizması:

ATAXİL'in aktif maddesi paklitaksel antineoplastik bir ajandır. Paklitaksel tübülün dimerlerinden mikrotübül toplanmasını artıran yeni bir antimikrotübül ajanıdır.

Depolimerizasyonu önleyerek mikrotübülleri stabilize eder. Bu stabilizasyon sonucu, hayati interfaz ve mitotik hücre fonksiyonları için gerekli olan mikrotübül ağının normal dinamik reorganizasyonu inhibe olur. Paklitaksel ayrıca hücre siklusu boyunca anormal mikrotübül demetlerinin oluşumunu ve mitoz esnasında mikrotübül multipl asterlerini indükler.

### **5.2. Farmakokinetik özellikler**

#### **Genel özellikler**

Paklitakselin farmakokinetiği 300 mg/m<sup>2</sup> dozuna kadar geniş bir doz aralığında ve 3 ila 24 saatlik infüzyonlarda değerlendirilmiştir. Sonuçlar, paklitakselin farmakokinetiğinin artan dozlar ile birlikte C<sub>max</sub> ve EAA' daki orantılı olmayan artış ile birlikte nonlineer ve doygun olduğunu göstermiştir. Toplam vücut klerensi, paklitakselin plazma konsantrasyonu arttıkça azalma gösterir.

İntravenöz uygulamayı takiben, paklitaksel plazma konsantrasyonlarında bifazik sapma göstermektedir. Başlangıçtaki hızlı sapma periferel kompartmanlara dağılımı ve ilacın eliminasyonunu temsil etmektedir. Bir sonraki faz, periferel kompartmanlardan paklitakselin yavaş olarak geriye taşınması ile ilişkilidir. 135 ve 175 mg/m<sup>2</sup> dozlarında ve 3 ve 24 saatlik infüzyonlarda ortalama terminal yarılanma ömrü 13,1-52.7 saat aralığındadır ve total vücut klerensi 12.2 ile 23.8 l/saat/m<sup>2</sup> 'dir. Ortalama kararlı durum dağılım hacmi 198 ila 688 l/m<sup>2</sup>'dir ki bu paklitakselin yaygın ekstrasvasküler dağılımının ve/veya dokulara bağlandığının göstergesidir.

Sistemik paklitaksel ölçümlerindeki değişkenlik, başarılı tedavi uygulamaları için ölçülen EAA(0-4) ile kıyaslandığında düşüktür; çoklu doz uygulamalarında paklitakselin birikimine dair bir kanıt yoktur.

#### Emilim:

İntravenöz uygulanır.

#### Dağılım:

İlacın ortalama % 89'u serum proteinlerine bağlanır ve simetidin, ranitidin, deksametazon ya da difenhidramin paklitakselin proteinlere bağlanmasını etkilemez.

#### Biyotransformasyon:

İnsan karaciğeri mikrosomları ve doku dilimleri ile yapılan in vitro çalışmalar paklitakselin başlıca sitokrom P450 izozimi CYP2C8 tarafından 6a-hidroksipaklitaksele metabolize edildiğini göstermiştir; ayrıca CYP3A4 iki minör metabolit olan 3'-p-hidroksipaklitaksel ve 6a, 3'-p-dihidroksipaklitaksele metabolize eder. *In vitro* olarak, paklitakselin 6a-hidroksipaklitaksele olan metabolizması bir takım ajanlarca inhibe edilmiştir (*bkz. bölüm 4.5 Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri*).

#### Eliminasyon:

Paklitakselin 15-27 mg/m<sup>2</sup> dozlarda 1, 6 ve 24 saatlik infüzyonlar şeklinde intravenöz uygulanmasını takiben dozun % 1,3 ila % 12,6'sı değişmeden idrara geçer; bu durum yoğun bir böbrek dışı klerensin göstergesidir. 3-saatlik infüzyonla radyoaktif olarak işaretli 225 ya da 250 mg/m<sup>2</sup> paklitaksel dozu uygulanan beş hastada radyoaktivitenin %14'ü idrarda bulunmuş ve %71 'i 120 saatte feçesle atılmıştır. Bulunan toplam radyoaktivite dozun %56'sı ila %101 'i arasında değişmiştir. Feçeste bulunan uygulanan radyoaktivitenin ortalama %5'i paklitaksel olmuş, özellikle 6a-hidroksipaklitaksel olmak üzere metabolitler dengeyi sağlamışlardır.

#### Doğrusallık/Doğrusal Olmayan Durum:

Artan dozlarda uygulanan 3 saatlik infüzyonlar doğrusal olmayan farmakokinetik sonuçlar vermiştir. 135 mg/m<sup>2</sup>'lik doz % 30 artırılarak 175 mg/m<sup>2</sup>'ye çıkartıldığı zaman C<sub>maks</sub> ve eğri altındaki alan (EAA) değerleri sırasıyla % 75 ve % 81 artmıştır.

Tedavi gören hastanın sistemik paklitaksele verdiği cevaplar arasında çok fazla fark yoktur, çoklu tedavi kürlerinde paklitakselin biriktiğine dair herhangi bir bulgu yoktur.

### **Hastalardaki karakteristik özellikler**

**Böbrek yetmezliği:** Böbrek yetmezliğinin paklitaksel atılımı üzerindeki etkisi araştırılmamıştır.

**Karaciğer yetmezliği:** Paklitaksel 3-saatlik infüzyonun atılımı ve toksisitesi, farklı derecelerde karaciğer yetmezliği olan 35 hasta üzerinde değerlendirilmiştir. Normal bilirubin düzeyli hastalara oranla, bilirubin seviyesi normal üst sınırın (NÜS) 2 katı olan hastalarda uygulanan  $175 \text{ mg/m}^2$  plazma paklitaksel maruziyeti artmış, ancak, toksisite sıklığında veya) seviyesinde herhangi bir belirgin artış görülmemiştir. Serum toplam bilirubin  $>2$  kat NÜS olan 5 hastada istatistiksel açıdan belirgin olmayan düzeyde ciddi miyelosupresyon, daha da azaltılmış bir dozda ( $110 \text{ mg/m}^2$ ) görülmüş, ancak plazma maruziyetinde herhangi bir artış gözlenmemiştir (Pozoloji ve uygulama şekli-karaciğer yetmezliği ve özel kullanım uyarıları ve önlemleri-karaciğer yetmezliği bölümlerine bakınız.)

### **Klinik öncesi güvenilirlik verileri**

Paklitakselin karsinojenik potansiyeli incelenmemiştir. Paklitakselin *in vitro* (insan lenfositlerinde kromozom aberasyonları) ve *in vivo* (farelerde mikronükleus testi) olarak klastojen olduğu gösterilmiştir. Paklitaksel Ames testinde ya da CHO/HGPRT gen mutasyon tayininde mutajenik değildir. Paklitaksel alan sıçanlarda fertilitede azalma ve implantasyon sayısında ve canlı fetus sayısında azalma görülmüştür. Paklitakselin organojenez sırasında tavşanlarda embriyotoksik ve fetotoksik olduğu da gösterilmiştir.

## **6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER**

### **6.1 Yardımcı maddelerin listesi**

Makrogolgliserol risinoleat (Kremofor EL)

Sitrik asit (susuz),

Susuz etanol

### **6.2 Geçimsizlikler**

Seyreltilmemiş konsantrenin plastize edilmiş PVC ekipmanı veya infüzyon için solüsyon hazırlamak amacıyla kullanılan cihazlar ile temasından kaçınılmalıdır. Hastanın, PVC

infüzyon torbaları veya setlerinden süzülen DEHP [di-(2-etilheksil)fitalat] maruziyetini en aza indirmek için seyreltilmiş ATAXİL çözeltileri şişelerde (cam, polipropilen) veya plastik torbalarda (polipropilen, poliolefin) saklanmalı ve polietilen-astarlı uygulama setleriyle uygulanmalıdır.

*Bu tıbbi ürün, bölüm 6.6 'da belirtilenler dışında başka tıbbi ürünler ile karıştırılmamalıdır.*

### **6.3 Raf ömrü**

24 ay

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

25°C'nin altındaki oda sıcaklığında ı ışık ve nemden koruyarak saklayınız.

### **6.5 Ambalajın niteliği ve içeriği**

Paklitaksel 150 mg/25 ml I.V İnfüzyon İçin Konsantre Çözelti İçeren Flakon adlı ürünümüz primer ambalaj malzemesi olarak 30 ml, renksiz TIP I cam flakon ve gri renkli bromobutil kauçuk tıpa kullanılmıştır. Flakonların kapatılması için ise alüminyum emniyet çemberi ve yeşil renkli flip-off kapak kullanılmıştır.

30 ml'lik renksiz TIP I cam şişeler karton kutular içerisinde paketlenir. Bir karton kutu içerisinde 1 adet şişe ve kullanma talimatı ile birlikte sunulmaktadır.

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

ATAXİL sitotoksik bir antikanser ilacıdır ve dikkatle kullanılmalıdır. Çözelti seyreltmeleri özel alanlarda sorumlu personel tarafından aseptik koşullarda yapılmalıdır. Eldiven kullanılmalıdır. Deri ve mukoz membranlarla temas etmemesi için gereken önlemler alınmalıdır. Eğer ATAXİL deriyle temas ederse derhal su ve sabunla yıkanmalıdır. Mukoz membranlarla temas ederse bol suyla yıkanmalıdır. Lokal maruziyeti takiben karıncalanma, yanma ve kızarıklık görülmüştür. İnhalasyonu takiben dispne, göğüs ağrısı, gözlerde yanma, boğazda yanma ve bulantı rapor edilmiştir. Ekstravazasyon ihtimaline karşı, ilaç uygulanması sırasındaki muhtemel infiltrasyon için infüzyon bölgesinin yakından izlenmesi önerilir.

ATAXİL mikropor membranı 0.22 mikron'dan büyük olmayan in-line filtre ile uygulanmalıdır. PVC kaplı tübün giriş ve çıkış ağzının kısa tutulduğu filtre sistemlerinde önemli DEHP sızıntısı olmamaktadır.

ATAXİL infüzyondan önce %0,9 sodyum klorür enjeksiyonu, %5 dekstroz enjeksiyonu, %5 dekstroz ve %0,9 sodyum klorür enjeksiyonu ya da %5 dekstrozlu Ringer çözeltisi ile final konsantrasyon 0,3-1,2 mg/ml olacak şekilde aseptik tekniklerle seyreltilmelidir.

Çözelti hazırlandıktan sonra formülün taşıyıcı maddesine bağlı olarak dumanlı bir görünüm alabilir. Mikropor membranı 0.22 mikron'dan küçük olan in-line bir filtre ile uygulanmalıdır. Bir in-line filtre içeren IV tüpünden geçen çözeltide önemli bir potens kaybı kaydedilmemiştir.

ATAXİL çözeltileri cam, polipropilen ve poliolefin kaplarda hazırlanmalı ve saklanmalıdır. Polietilen line'lı olanlar gibi PVC içermeyen uygulama setleri kullanılmalıdır.

% 0.9 sodyum klorür enjeksiyonu, % 5 dekstroz enjeksiyonu, % 5 dekstrozlu Ringer çözeltisi ve % 5 dekstroz+ % 0.9 sodyum klorür ile seyreltilmiş çözelti, oda sıcaklığında (yaklaşık 25°C) ve oda ışığında 27 saat kimyasal ve fiziksel olarak stabil kalır.

Paklitaksel infüzyonları sırasında, genellikle 24 saatlik bir infüzyon süresinin sonuna doğru, nadir çökme olguları bildirilmiştir. Çökme riskini azaltmak amacıyla, paklitaksel seyreltmenin ardından mümkün olan en kısa sürede kullanılmalıdır ve aşırı ajitasyon, vibrasyon veya çalkalamadan kaçınılmalıdır. İnfüzyon setleri kullanımdan önce iyice yıkanmalıdır. İnfüzyon sırasında, çözeltinin görünüşü düzenli olarak incelenmelidir ve çökme var ise infüzyon durdurulmalıdır.

Seyreltilmiş ürün tek kullanımlıktır.

Flakon tıpasının çökmesine ve dolayısıyla sterilitenin bozulmasına yol açabileceklerinden Chemo-Dispensing Pin aleti ya da sivri uçlu benzer aletler kullanılmamalıdır.

Uygun kullanım ve antikanser ilaçların atılması ile ilgili prosedürler göz önünde bulundurulmalıdır.

Cilt maruziyeti riskini en aza indirmek için ATAXİL 30 mg/5 ml enjeksiyonluk çözelti içeren flakonu kullanırken her zaman sıvı ve hava geçirmez eldiven giyiniz. Buna klinik servislerde,



eczanelerde, depolarda ve evde sağlık servislerinde yapılan ambalajın açılması ve inceleme, tesis içinde taşıma, dozun hazırlanması ve uygulanması gibi işlemler dahildir.

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliđi" ve "Ambalaj ve Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliđi"ne uygun olarak imha edilmelidir.

## **7. RUHSAT SAHİBİ**

Deva Holding A.ř.

Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad.

34303 No:1 Kkekmece/İstanbul

Tel: 0212 692 92 92

Faks: 0212 697 00 24

## **8. RUHSAT NUMARASI(LARI)**

2017/411

## **9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ**

İlk ruhsat tarihi: 14.06.2017

Ruhsat yenileme tarihi:

## **10. KÜB'N YENİLENME TARİHİ**