

SÚHRN CHARAKTERISTICKÝCH VLASTNOSTÍ LIEKU

1. NÁZOV LIEKU

Cabazitaxel MSN
60 mg koncentrát a rozpúšťadlo na infúzny roztok

2. KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE

Jeden ml koncentrátu obsahuje 40 mg kabazitaxelu.
Jedna injekčná liekovka s 1,5 ml (nominálny objem) koncentrátu obsahuje 60 mg kabazitaxelu.
Po počiatočnom zriedení s celkovým množstvom rozpúšťadla obsahuje jeden ml roztoku 10 mg kabazitaxelu.

Poznámka: Obe injekčné liekovky Cabazitaxelu MSN 60 mg/1,5 ml, injekčná liekovka koncentrátu (plniaci objem: 73,2 mg kabazitaxelu/1,83 ml) a injekčná liekovka rozpúšťadla (plniaci objem: 5,67 ml), obsahujú preplnenie na kompenzáciu straty roztoku počas prípravy. Toto preplnenie zaručuje, že po zriedení CELÝM obsahom priloženého rozpúšťadla vznikne roztok obsahujúci 10 mg/ml kabazitaxelu.

Pomocná látka so známym účinkom

Polysorbát 80 (E 433) 1,56 g v každej 60 mg injekčnej liekovke koncentrátu, čo zodpovedá 1,04 g/ml (pozri časť 4.4)

Jedna injekčná liekovka rozpúšťadla obsahuje 573,3 mg etanolu 96 %.

Úplný zoznam pomocných látok, pozri časť 6.1.

3. LIEKOVÁ FORMA

Koncentrát a rozpúšťadlo na infúzny roztok (sterilný koncentrát).

Koncentrát je číry, bezfarebný až svetložltý viskózný roztok prakticky bez častíc.

Rozpúšťadlo je číry a bezfarebný roztok prakticky bez častíc.

4. KLINICKÉ ÚDAJE

4.1 Terapeutické indikácie

Cabazitaxel MSN v kombinácii s prednizónom alebo prednizolónom je indikovaný na liečbu dospelých pacientov s metastatickým kastračne rezistentným karcinómom prostaty, ktorí boli v predchádzajúcom období liečení režimom obsahujúcim docetaxel (pozri časť 5.1).

4.2 Dávkovanie a spôsob podávania

Použitie Cabazitaxelu MSN sa má obmedziť na jednotky špecializované na podávanie cytostatík a má sa podávať len pod dohľadom lekára, ktorý má skúsenosti s používaním protinádorovej

chemoterapie. K dispozícii musia byť prostriedky a zariadenie na liečbu závažných hypersenzitívnych reakcií ako hypotenzia a bronchospazmus (pozri časť 4.4).

Premedikácia

Na zmiernenie rizika a závažnosti hypersenzitívnych reakcií sa musí vykonať minimálne 30 minút pred každým podaním kabazitaxelu odporúčaný premedikačný režim s nasledujúcimi intravenóznymi liekmi:

- antihistaminikum (dexchlórfeniramín 5 mg alebo difenhydramín 25 mg alebo ich ekvivalenty),
- kortikosteroid (dexametazón 8 mg alebo jeho ekvivalent) a
- H₂ antagonist (pozri časť 4.4).

Odporúča sa antiemetická profylaxia a podľa potreby sa môže podávať perorálne alebo intravenózne.

Počas liečby je nutné zabezpečiť primeranú hydratáciu pacienta, aby sa predišlo komplikáciám ako je renálne zlyhanie.

Dávkovanie

Odporúčaná dávka kabazitaxelu je 25 mg/m² podávaná v 1-hodinovej intravenózne infúzii každé 3 týždne v kombinácii s prednizónom alebo prednizolónom 10 mg podávaným denne perorálne počas celého trvania liečby.

Úpravy dávky

Ak sa u pacienta vyskytnú nasledujúce nežiaduce účinky, dávka sa musí upraviť (stupnica podľa spoločných terminologických kritérií pre nežiaduce účinky (Common Terminology Criteria for Adverse Events [CTCAE 4.0])):

Tabuľka 1 – Odporúčané úpravy dávky kvôli nežiaducim účinkom u pacientov liečených kabazitaxelom

Nežiaduce reakcie	Úprava dávky
Prolongovaná neutropénia stupňa ≥ 3 (dlhšie ako 1 týždeň) napriek primeranej liečbe vrátane G-CSF	Odložte liečbu pokiaľ počet neutrofilov nebude >1500 buniek/mm ³ , potom zredukujte dávku kabazitaxelu z 25 mg/m ² na 20 mg/m ² .
Febrilná neutropénia alebo neutropenická infekcia	Odložte liečbu pokiaľ sa stav nezlepší alebo nevylieči a pokiaľ počet neutrofilov nebude >1500 buniek/mm ³ , potom zredukujte dávku kabazitaxelu z 25 mg/m ² na 20 mg/m ² .
Hnačka stupňa ≥ 3 alebo pretrvávajúca hnačka napriek primeranej liečbe vrátane náhrady tekutín a elektrolytov	Odložte liečbu pokiaľ sa stav nezlepší alebo nevylieči, potom zredukujte dávku kabazitaxelu z 25 mg/m ² na 20 mg/m ² .
Periférna neuropatia stupňa ≥ 2	Odložte liečbu pokiaľ sa stav nezlepší, potom zredukujte dávku kabazitaxelu z 25 mg/m ² na 20 mg/m ² .

Ak sa u pacientov vyskytne akýkoľvek z týchto nežiaducich účinkov pri dávke 20 mg/m², je potrebné zvážiť ďalšiu redukciu dávky na 15 mg/m² alebo ukončenie liečby kabazitaxelom. Údaje u pacientov s dávkou menšou ako 20 mg/m² sú obmedzené.

Osobitné skupiny pacientov

Pacienti s poruchou funkcie pečene

Kabazitaxel je extenzívne metabolizovaný v pečeni. Pacientom s miernou poruchou funkcie pečene (celkový bilirubín >1 až $\leq 1,5$ -krát horná hranica normy (upper limit of normal, ULN) alebo aspartátaminotransferáza (AST) $>1,5$ -krát ULN) sa má dávka kabazitaxelu znížiť na 20 mg/m^2 . Kabazitaxel sa má podávať pacientom s miernou poruchou funkcie pečene s opatnosťou a za starostlivého sledovania bezpečnosti.

Kabazitaxel sa nemá podávať pacientom so stredne ťažkou a ťažkou poruchou funkcie pečene (celkový bilirubín $>1,5$ -krát ULN) (pozri časti 4.3, 4.4 a 5.2).

Pacienti s poruchou funkcie obličiek

Kabazitaxel sa vylučuje obličkami iba minimálne. U pacientov s poruchou funkcie obličiek bez potreby hemodialýzy nie je nutná žiadna úprava dávky. Pacienti v terminálnom štádiu ochorenia obličiek (klírens kreatinínu ($CL_{CR} < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) by podľa ich stavu a obmedzeného množstva dostupných údajov mali byť liečení s opatnosťou a počas liečby pozorne sledovaní (pozri časti 4.4 a 5.2).

Starší pacienti

Pri používaní kabazitaxelu u starších pacientov sa neodporúčajú špecifické úpravy dávky (pozri tiež časti 4.4, 4.8 a 5.2).

Súbežné užívanie iných liekov

Je potrebné zabrániť súbežnému používaniu liekov, ktoré sú silnými induktormi alebo silnými inhibítormi CYP3A. Ak je však potrebné pacientom súbežne podávať silný CYP3A inhibítor, musí sa zväžiť 25 % zníženie dávky kabazitaxelu (pozri časti 4.4 a 4.5).

Pediatrická populácia

Použitie kabazitaxelu sa netýka pediatrickej populácie. Bezpečnosť a účinnosť kabazitaxelu u detí a dospelých vo veku do 18 rokov nebola doteraz stanovená (pozri časť 5.1).

Spôsob podávania

Cabazitaxel je na intravenózne použitie.

Pokyny na prípravu a podanie lieku, pozri časť 6.6.

Nesmú sa používať PVC infúzne vaky a polyuretánové infúzne súpravy.

Cabazitaxel sa nesmie miešať s inými liekmi okrem tých, ktoré sú uvedené v časti 6.6.

4.3 Kontraindikácie

- Precitlivenosť na kabazitaxel, na iné taxány, na polysorbát 80 alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok uvedených v časti 6.1.
- Počet neutrofilov menej ako $1500/\text{mm}^3$.
- Stredne ťažká a ťažká porucha funkcie pečene (celkový bilirubín $>1,5$ -krát ULN).
- Súbežná vakcinácia vakcínou proti žltej zimnici (pozri časť 4.5).

4.4 Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní

Hypersenzitívne reakcie

Pred začatím liečby infúznym roztokom kabazitaxelu musia byť všetci pacienti premedikovaní (pozri časť 4.2).

Pacienti musia byť pozorne sledovaní pre hypersenzitívne reakcie predovšetkým počas prvej a druhej infúzie. Hypersenzitívne reakcie sa môžu objaviť v priebehu niekoľkých minút po začatí

infúzie kabazitaxelu, preto musia byť k dispozícii prostriedky a zariadenia na liečbu hypotenzie a bronchospazmu. Môžu sa vyskytnúť závažné reakcie a môžu zahŕňať generalizovaný erytém/vyrážku, hypotenziu a bronchospazmus. Závažné hypersenzitívne reakcie si vyžadujú okamžité ukončenie liečby kabazitaxelom a vhodnú liečbu. U pacientov s hypersenzitívnou reakciou, sa musí liečba kabazitaxelom ukončiť (pozri časť 4.3).

Útlm kostnej drene

Môže sa vyskytnúť útlm kostnej drene prejavujúci sa ako neutropénia, anémia, trombocytopenia alebo pancytopenia (pozri nižšie časť 4.4 „Riziko neutropénie“ a „Anémia“).

Riziko neutropénie

Podľa pokynov Americkej spoločnosti pre klinickú onkológiu (American Society of Clinical Oncology (ASCO)) a/alebo aktuálnych inštitucionálnych pokynov môžu pacienti liečení kabazitaxelom dostávať profylakticky G-CSF na zníženie rizika alebo zvládnutie komplikácií spojených s neutropéniou (febrilná neutropénia, prolongovaná neutropénia alebo neutropenická infekcia). Primárna profylaxia G-CSF sa má zväziť u pacientov s vysoko rizikovými klinickými faktormi (vek > 65 rokov, zlý zdravotný stav, predchádzajúce epizódy febrilnej neutropénie, extenzívna rádioterapia, nedostatočná výživa, alebo iné závažné komorbidity), ktoré ich predisponujú na zvýšený výskyt komplikácií z prolongovanej neutropénie. Ukázalo sa, že používanie G-CSF znižuje výskyt a závažnosť neutropénie.

Neutropénia je najčastejším nežiaducim účinkom kabazitaxelu (pozri časť 4.8). Je nevyhnutné monitorovať kompletný krvný obraz každý týždeň počas prvého cyklu liečby a pred každým cyklom liečby, aby bolo v prípade potreby možné upraviť dávkovanie.

Ak sa pri správne nastavenej liečbe vyskytne febrilná neutropénia alebo prolongovaná neutropénia, dávku je potrebné znížiť (pozri časť 4.2).

Liečba sa môže u pacientov obnoviť, iba ak sa neutrofilny upraví na hladinu $\geq 1500/\text{mm}^3$ (pozri časť 4.3).

Poruchy gastrointestinálneho traktu

Príznaky ako bolesť a citlivosť brucha, horúčka, pretrvávajúca zápcha, hnačka, s neutropéniou alebo bez neutropénie, môžu byť prvotnými prejavmi závažnej gastrointestinálnej toxicity a musia sa bezodkladne vyšetriť a príslušne liečiť. Môže byť potrebné liečbu kabazitaxelom odložiť alebo ukončiť.

Riziko nauzey, vracania, hnačky a dehydratácie

Ak dostane pacient po podaní kabazitaxelu hnačku, môže sa liečiť bežne používanými liekmi proti hnačke. Je potrebné urobiť príslušné opatrenia na rehydratáciu pacienta. Častejšie sa hnačka môže vyskytnúť u pacientov, ktorí absolvovali rádioterapiu v oblasti brucha a panvy. Dehydratácia sa častejšie vyskytuje u pacientov vo veku 65 rokov alebo starších. Je potrebné urobiť príslušné opatrenia na rehydratáciu pacientov a monitorovať a upravovať hladiny elektrolytov v sére, predovšetkým draslíka. Pri hnačke stupňa ≥ 3 môže byť potrebné odložiť liečbu alebo znížiť dávku (pozri časť 4.2). Ak pacienti trpia nauzeou alebo vracaním, môžu sa liečiť bežne používanými antiemetikami.

Riziko ťažkých gastrointestinálnych reakcií

U pacientov liečených kabazitaxelom bolo hlásené gastrointestinálne (GI) krvácanie a perforácia, ileus, kolitída, vrátane fatálnych prípadov (pozri časť 4.8). Opatrnosť sa odporúča najmä pri liečbe pacientov s rizikom vývoja gastrointestinálnych komplikácií: u pacientov s neutropéniou, u starších pacientov, u pacientov súčasne užívajúcich NSAID, s antiagregačnou alebo antikoagulačnou liečbou

a u pacientov, ktorí majú v anamnéze rádioterapiu panvy alebo gastrointestinálne ochorenie ako je ulcerácia alebo GI krvácanie.

Periférna neuropatia

U pacientov liečených kabazitaxelom sa pozorovali prípady periférnej neuropatie, periférnej senzorickej neuropatie (napr. parestézia, dyzestézia) a periférnej motorickej neuropatie. Pacientov liečených kabazitaxelom je potrebné poučiť, aby informovali svojho lekára o výskyte príznakov neuropatie ako je bolesť, pálenie, brnenie, necitlivosť alebo slabosť pred pokračovaním liečby. Lekár musí posúdiť prítomnosť alebo zhoršenie neuropatie pred každou liečbou. Liečba sa musí odložiť, kým sa príznaky nezlepšia. Ak pretrváva periférna neuropatia stupňa ≥ 2 , musí sa dávka kabazitaxelu zredukovať z 25 mg/m² na 20 mg/m² (pozri časť 4.2).

Anémia

U pacientov liečených kabazitaxelom sa pozorovala anémia (pozri časť 4.8). Pred začatím liečby kabazitaxelom sa musí skontrolovať hemoglobín a hematokrit a zistiť, či pacienti vykazujú prejavy a príznaky anémie alebo straty krvi. U pacientov s hemoglobínom <10 g/dl sa odporúča opatrnosť a v prípade klinickej indikácie je potrebné urobiť vhodné opatrenia.

Riziko renálneho zlyhania

Prípady poruchy funkcie obličiek boli hlásené v súvislosti so sepsou, ťažkou dehydratáciou spôsobenou hnačkou, vracaním a obštrukčnou uropatiou. Bolo pozorované zlyhanie obličiek, vrátane fatálnych prípadov. Je potrebné urobiť príslušné opatrenia na identifikáciu príčiny a intenzívne liečiť pacientov, ak sa to vyskytne.

Počas liečby kabazitaxelom sa má zabezpečiť adekvátne hydratácia. Pacient musí byť poučený, aby ihneď oznámil výraznú zmenu v dennom objeme moču. Kreatinín v sére je nutné zmerať na začiatku liečby, pri každom krvnom obraze a vždy, keď pacient oznámi zmenu vo vylučovaní moču. Liečbu kabazitaxelom je nutné ukončiť v prípade akéhokoľvek zhoršenia funkcie až zlyhania obličiek \geq stupeň 3 podľa CTCAE 4.0.

Respiračné poruchy

Boli hlásené prípady intersticiálnej pneumónie/pneumonitídy a intersticiálneho ochorenia pľúc, ktoré môžu byť spojené s fatálnymi následkami (pozri časť 4.8).

Pokiaľ sa rozvinú nové alebo sa zhoršia súčasné pľúcne príznaky, pacienti musia byť starostlivo sledovaní, ihneď vyšetrení a vhodným spôsobom liečení. Odporúča sa prerušiť liečbu kabazitaxelom do tej doby, kým je k dispozícii diagnóza. Včasné použitie podporných opatrení môže pomôcť zlepšiť stav. Prínosy obnovenia liečby kabazitaxelom sa musia starostlivo zhodnotiť.

Riziko srdcovej arytmie

Zaznamenali sa srdcové arytmie, najčastejšie tachykardia a atriálna fibrilácia (pozri časť 4.8).

Starší pacienti

Starší pacienti (≥ 65 rokov) majú zvýšenú pravdepodobnosť výskytu nežiaducich reakcií vrátane neutropénie a febrilnej neutropénie (pozri časť 4.8).

Pacienti s poškodením pečene

Liečba kabazitaxelom je kontraindikovaná u pacientov so stredne ťažkou a ťažkou poruchou funkcie pečene (celkový bilirubín >1,5-krát ULN) (pozri časti 4.3 a 5.2).

Dávka sa musí znížiť pacientom s miernou poruchou funkcie pečene (celkový bilirubín >1 až \leq 1,5-krát ULN alebo AST >1,5-krát ULN) (pozri časti 4.2 a 5.2).

Interakcie

Je potrebné vyhnúť sa súbežnému podávaniu silných CYP3A inhibítorov, pretože môžu zvýšiť plazmatické koncentrácie kabazitaxelu (pozri časti 4.2 a 4.5). Ak nie je možné vyhnúť sa súbežnému podávaniu so silným CYP3A inhibítorom, musí sa zväžiť dôsledné sledovanie toxicity a zníženie dávky kabazitaxelu (pozri časti 4.2 a 4.5).

Je potrebné vyhnúť sa súbežnému podávaniu silných CYP3A induktorov, pretože môžu znížiť plazmatické koncentrácie kabazitaxelu (pozri časti 4.2 a 4.5).

Pomocné látky

Tento liek obsahuje 573 mg alkoholu (etanolu) v každej injekčnej liekovke s rozpúšťadlom. Množstvo v dávke tohto lieku zodpovedá menej ako 11 ml piva alebo 5 ml vína. Malé množstvo alkoholu v tomto lieku nebude mať žiadne znateľné účinky. Avšak je potrebné urobiť špeciálne opatrenia u vysoko rizikových skupín, ako sú pacienti s ochorením pečene, s epilepsiou a u pacientov s anamnézou alkoholizmu.

Polysorbát 80 (E 433)

Tento liek obsahuje 1,56 g polysorbátu 80 v každej 60 mg injekčnej liekovke koncentráta, čo zodpovedá 1,04 g/ml. Polysorbáty môžu vyvolať alergické reakcie. Polysorbáty môžu mať kardiovaskulárny účinok (hypotenzia/depresia myokardu). Na minimalizáciu rizika kardiovaskulárnych účinkov zväžte zníženie rýchlosti infúzie.

Potenciálny účinok polysorbátu na predĺženie QT intervalu a *torsades de pointes* sa musí zohľadniť pri súbežnom používaní s liekmi, ktoré predlžujú QT/QTc interval, alebo u pacientov s vrodeným syndrómom.

Antikoncepčné opatrenia

Muži majú počas liečby a 4 mesiace po ukončení liečby kabazitaxelom používať antikoncepčné opatrenia (pozri časť 4.6).

4.5 Liekové a iné interakcie

In vitro štúdie ukázali, že kabazitaxel je metabolizovaný predovšetkým prostredníctvom CYP3A (80 % až 90 %) (pozri časť 5.2).

Inhibítory CYP3A

Opakované podávanie ketokonazolu (400 mg raz denne), silného CYP3A inhibítora, viedlo k 20 % zníženiu klírensu kabazitaxelu zodpovedajúcemu 25 % nárastu AUC. Preto je nutné vyhnúť sa súbežnému podávaniu silných CYP3A inhibítorov (napr. ketokonazol, itrakonazol, klaritromycín, indinavir, nefazodón, nelfinavir, ritonavir, sakvinavir, telitromycín, vorikonazol), keďže sa môže vyskytnúť zvýšenie plazmatických koncentrácií kabazitaxelu (pozri časti 4.2 a 4.4).

Súbežné podávanie aprepitantu, stredne silného CYP3A inhibítora, neovplyvnilo klírens kabazitaxelu.

Induktory CYP3A

Opakované podávanie rifampicínu (600 mg raz denne), silného CYP3A induktora, viedlo k 21 % zvýšeniu klírensu kabazitaxelu zodpovedajúcemu 17 % zníženiu AUC.

Preto je nutné vyhnúť sa súbežnému podávaniu silných CYP3A induktorov (napr. fenytoín, karbamazepín, rifampicín, rifabutín, rifapentín, fenobarbital), keďže sa môže vyskytnúť zníženie plazmatických koncentrácií kabazitaxelu (pozri časti 4.2 a 4.4). Okrem toho sa pacienti taktiež majú vyhnúť užívaniu ľubovníka bodkovaného.

OATP1B1

Kabazitaxel preukázal *in vitro* inhibíciu transportných proteínov organických aniónových transportných polypeptidov OATP1B1. Riziko interakcie so substrátmi OATP1B1 (napr. statíny, valsartan, repaglinid) existuje najmä v priebehu trvania infúzie (1 hodina) a až do 20 minút po ukončení infúzie. Pred podaním substrátov OATP1B1 sa odporúča dodržať časový odstup 12 hodín pred podaním infúzie a najmenej 3 hodiny po ukončení infúzie.

Vakcinácie

Podávanie živých alebo atenuovaných vakcín u pacientov, ktorí sú imunokompromitovaní chemoterapiou, môže mať za následok ťažké alebo fatálne infekcie. U pacientov dostávajúcich kabazitaxel je potrebné zabrániť očkovaniu živými atenuovanými vakcínami. Môžu sa podávať mŕtve alebo inaktivované vakcíny, avšak odpoveď na očkovanie môže byť v tomto prípade znížená.

4.6 Fertilita, gravidita a laktácia

Antikoncepčné opatrenia

Vzhľadom na riziko genotoxicity kabazitaxelu (pozri časť 5.3) majú muži počas liečby a 4 mesiace po ukončení liečby kabazitaxelom používať účinnú metódu antikoncepcie.

Gravidita

Nie sú k dispozícii údaje o použití kabazitaxelu u gravidných žien. Štúdie na zvieratách preukázali reprodukčnú toxicitu pri maternotoxických dávkach (pozri časť 5.3), a že kabazitaxel prechádza cez placentárnu bariéru (pozri časť 5.3). Rovnako ako aj iné cytostatiká, kabazitaxel môže poškodiť plod u exponovaných gravidných žien.

Kabazitaxel nie je indikovaný na použitie u žien.

Dojčenie

Dostupné farmakokinetické údaje u zvierat ukázali, že kabazitaxel a jeho metabolity sa vylučujú do mlieka (pozri časť 5.3).

Fertilita

Štúdie na zvieratách ukázali, že kabazitaxel postihuje reprodukčný systém samcov potkanov a psov bez akéhokoľvek funkčného účinku na fertilitu (pozri časť 5.3). Avšak, ak sa vezme do úvahy farmakologická aktivita taxánov, ich genotoxický potenciál aneugenickým mechanizmom a účinok niektorých zlúčenín z tejto triedy na fertilitu v štúdiách na zvieratách, nie je možné vylúčiť účinok na fertilitu mužov u ľudí.

Mužov treba poučiť, aby pred liečbou vyhľadali poradenstvo o konzervácii spermií.

4.7 Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje

Kabazitaxel má mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje, pretože môže spôsobovať únavu a závraty. Pacientov treba poučiť, aby nevedli vozidlá a neobsluhovali stroje, ak pocítia počas liečby tieto nežiaduce účinky.

4.8 Nežiaduce účinky

Súhrn bezpečnostného profilu

Bezpečnosť kabazitaxelu v kombinácii s prednizónom alebo prednizolónom bola hodnotená v 3 randomizovaných, otvorených, kontrolovaných štúdiách (TROPIC, PROSELICA a CARD), celkovo u 1092 pacientov s metastatickým kastrochne rezistentným karcinómom prostaty, ktorí boli liečení dávkou 25 mg/m² kabazitaxelu raz za 3 týždne. Pacienti dostávali kabazitaxel v mediáne 6 až 7 cyklov.

Frekvencia výskytu nežiaducich reakcií vyplývajúca zo súhrnnej analýzy týchto 3 klinických skúšaní je uvedená nižšie a v tabuľke.

Najčastejšie nežiaduce reakcie vo všetkých stupňoch boli anémia (99,0 %), leukopénia (93,0 %), neutropénia (87,9 %), trombocytopénia (41,1 %), hnačka (42,1 %), únava (25,0 %) a asténia (15,4 %). Najčastejšie nežiaduce reakcie stupňa ≥ 3 vyskytujúce sa u najmenej 5 % pacientov boli neutropénia (73,1 %), leukopénia (59,5 %), anémia (12,0 %), febrilná neutropénia (8,0 %) a hnačka (4,7 %).

Liečba bola kvôli nežiaducim reakciám ukončená u pacientov dostávajúcich kabazitaxel s podobnou frekvenciou naprieč 3 štúdiami (18,3 % v štúdiu TROPIC, 19,5 % v štúdiu PROSELICA a 19,8 % v štúdiu CARD). Najčastejšími nežiaducimi reakciami ($> 1,0$ %), ktoré viedli k ukončeniu liečby kabazitaxelom, boli hematúria, únava a neutropénia.

Zoznam nežiaducich účinkov v tabuľkovom formáte

Nežiaduce účinky rozdelené do tried podľa orgánových systémov MedDRA s uvedením frekvencie ich výskytu sú uvedené v tabuľke 2. V rámci každej skupiny s rovnakou frekvenciou sú nežiaduce účinky zoradené podľa klesajúcej závažnosti. Intenzita nežiaducich účinkov je odstupňovaná podľa CTCAE 4.0 (stupeň $\geq 3 = G \geq 3$). Frekvencie výskytu sú určené podľa všetkých stupňov a definované ako: veľmi časté ($\geq 1/10$), časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$); menej časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$); zriedkavé ($\geq 1/10\,000$ až $< 1/1000$); veľmi zriedkavé ($< 1/10\,000$); neznáme (z dostupných údajov).

Tabuľka 2: Hlásené nežiaduce reakcie a hematologické abnormality pri kabazitaxeli v kombinácii s prednizónom alebo prednizolónom zo súhrnnej analýzy (n=1092)

Trieda orgánového systému	Nežiaduci účinok	Všetky stupne n (%)			Stupeň ≥ 3 n (%)
		Veľmi časté	Časté	Menej časté	
Infekcie a nákazy	Neutropenická infekcia/sepsa*		48 (4,4)		42 (3,8)
	Septický šok			10 (0,9)	10 (0,9)
	Sepsa		13 (1,2)		13 (1,2)
	Celulitída			8 (0,7)	3 (0,3)
	Infekcie močových ciest		103 (9,4)		19 (1,7)
	Chrípka		22 (2,0)		0
	Cystitída		22 (2,0)		2 (0,2)
	Infekcie horných dýchacích ciest		23 (2,1)		0
	Pásový opar		14 (1,3)		0
	Kandidóza		11 (1,0)		1 (<0,1)
Poruchy krvi a lymfatického systému	Neutropénia ^{a*}	950 (87,9)			790 (73,1)
	Anémia ^a	1073 (99,0)			130 (12,0)
	Leukopénia ^a	1008 (93,0)			645 (59,5)
	Trombocytopénia ^a	478 (44,1)			44 (4,1)
	Febrilná neutropénia		87 (8,0)		87 (8,0)
Poruchy imunitného systému	Hypersenzitivita			7 (0,6)	0

Trieda orgánového systému	Nežiaduci účinok	Všetky stupne n (%)			Stupeň ≥ 3 n (%)
		Veľmi časté	Časté	Menej časté	
Poruchy metabolizmu a výživy	Znížená chuť do jedla	192 (17,6)			11 (1,0)
	Dehydratácia		27 (2,5)		11 (1,0)
	Hyperglykémia		11 (1,0)		7 (0,6)
	Hypokaliémia			8 (0,7)	2 (0,2)
Psychické poruchy	Nespavosť		45 (4,1)		0
	Úzkosť		13 (1,2)		0
	Stav zmätenosti		12 (1,1)		2 (0,2)
Poruchy nervového systému	Dysgeúzia		64 (5,9)		0
	Porucha chuti		56 (5,1)		0
	Periférna neuropatia		40 (3,7)		2 (0,2)
	Periférna senzorická neuropatia		89 (8,2)		6 (0,5)
	Polyneuropatia			9 (0,8)	2 (0,2)
	Parestézia		46 (4,2)		0
	Hypestézia		18 (1,6)		1 (<0,1)
	Závrat		63 (5,8)		0
	Bolesť hlavy		56 (5,1)		1 (<0,1)
	Letargia		15 (1,4)		1 (<0,1)
	Ischias			9 (0,8)	1 (<0,1)
Poruchy oka	Konjunktivitída		11 (1,0)		0
	Zvýšená lakrimácia		22 (2,0)		0
Poruchy ucha a labyrintu	Tinitus			7 (0,6)	0
	Vertigo		15 (1,4)		1 (<0,1)
Poruchy srdca a srdcovej činnosti*	Atriálna fibrilácia		14 (1,3)		5 (0,5)
	Tachykardia		11 (1,0)		1 (<0,1)
Poruchy ciev	Hypotenzia		38 (3,5)		5 (0,5)
	Hlboká žilová trombóza		12 (1,1)		9 (0,8)
	Hypertenzia		29 (2,7)		12 (1,1)
	Ortostatická hypotenzia			6 (0,5)	1 (<0,1)
	Návaly tepla		23 (2,1)		1 (<0,1)
	Sčervenanie pokožky			9 (0,8)	0
Poruchy dýchacej sústavy, hrudníka a mediastína	Dyspnoe		97 (8,9)		9 (0,8)
	Kašeľ		79 (7,2)		0
	Orofaryngeálna bolesť		26 (2,4)		1 (<0,1)
	Pneumónia		26 (2,4)		16 (1,5)
	Pľúcna embólia		30 (2,7)		23 (2,1)
Poruchy gastrointestinál- neho traktu	Hnačka	460 (42,1)			51 (4,7)
	Nauzea	347 (31,8)			14 (1,3)
	Vracanie	207 (19,0)			14 (1,3)
	Zápcha	202 (18,5)			8 (0,7)

Trieda orgánového systému	Nežiaduci účinok	Všetky stupne n (%)			Stupeň ≥ 3 n (%)
		Veľmi časté	Časté	Menej časté	
	Bolesť brucha		105 (9,6)		15 (1,4)
	Dyspepsia		53 (4,9)		0
	Bolesť brucha v hornej časti		46 (4,2)		1 (< 0,1)
	Hemoroidy		22 (2,0)		0
	Gastroezofágová refluxová choroba		26 (2,4)		1 (< 0,1)
	Krvácanie z konečníka		14 (1,3)		4 (0,4)
	Sucho v ústach		19 (1,7)		2 (0,2)
	Abdominálna distenzia		14 (1,3)		1 (< 0,1)
	Stomatitída		46 (4,2)		2 (0,2)
	Ileus*			7 (0,6)	5 (0,5)
	Gastritída			10 (0,9)	
	Kolitída*			10 (0,9)	5 (0,5)
	Gastrointestinálna perforácia			3 (0,3)	1 (< 0,1)
	Gastrointestinálna hemorágia			2 (0,2)	1 (< 0,1)
Poruchy kože a podkožného tkaniva	Alopécia		80 (7,3)		0
	Suchá koža		23 (2,1)		0
	Erytém			8 (0,7)	0
	Poruchy nechtov		18 (1,6)		0
Poruchy kostrovej a svalovej sústavy a spojivového tkaniva	Bolesť chrbta	166 (15,2)			24 (2,2)
	Artralgia		88 (8,1)		9 (0,8)
	Bolesť v končatinách		76 (7,0)		9 (0,8)
	Svalové kŕče		51 (4,7)		0
	Myalgia		40 (3,7)		2 (0,2)
	Muskuloskeletálna bolesť na hrudníku		34 (3,1)		3 (0,3)
	Svalová slabosť		31 (2,8)		1 (0,2)
	Bolesť v slabinách		17 (1,6)		5 (0,5)
Poruchy obličiek a močových ciest	Akútne zlyhanie obličiek		21 (1,9)		14 (1,3)
	Zlyhanie obličiek			8 (0,7)	6 (0,5)
	Dysúria		52 (4,8)		0
	Obličková kolika		14 (1,3)		2 (0,2)
	Hematúria	205 (18,8)			33 (3,0)
	Polakizúria		26 (2,4)		2 (0,2)
	Hydronefróza		25 (2,3)		13 (1,2)
	Retencia moču		36 (3,3)		4 (0,4)
	Inkontinencia moču		22 (2,0)		0
Obštrukcia močovodov			8 (0,7)	6 (0,5)	

Trieda orgánového systému	Nežiaduci účinok	Všetky stupne n (%)			Stupeň ≥ 3 n (%)
		Veľmi časté	Časté	Menej časté	
Poruchy reprodukčného systému a prsníkov	Bolesť panvy		20 (1,8)		5 (0,5)
Celkové poruchy a reakcie v mieste podania	Únava	333 (30,5)			42 (3,8)
	Asténia	227 (20,8)			32 (2,9)
	Pyrexia		90 (8,2)		5 (0,5)
	Periférny edém		96 (8,8)		2 (0,2)
	Zápal slizníc		23 (2,1)		1 (<0,1)
	Bolesť		36 (3,3)		7 (0,6)
	Bolesť na hrudníku		11 (1,0)		2 (0,2)
	Edém			8 (0,7)	1 (<0,1)
	Zimnica		12 (1,1)		0
	Malátnosť		21 (1,9)		0
Laboratórne a funkčné vyšetrenia	Úbytok hmotnosti		81 (7,4)		0
	Zvýšená hladina aspartátamino-transferázy		13 (1,2)		1 (<0,1)
	Zvýšená hladina transamináz			7 (0,6)	1 (<0,1)

^a na základe laboratórných hodnôt

* podrobnejšie informácie v časti dolu

Opis vybraných nežiaducich účinkov

Neutropénia a pridružené klinické udalosti

Ukázalo sa, že užívanie G-CSF limituje výskyt a závažnosť neutropénie (pozri časti 4.2 a 4.4).

Na základe laboratórných údajov sa výskyt neutropénie stupňa ≥ 3 pohyboval v závislosti od použitia G-CSF od 44,7 % do 76,7 %, pričom najnižší výskyt bol hlásený pri použití profylaxie G-CSF.

Podobne sa výskyt febrilnej neutropénie stupňa ≥ 3 pohyboval od 3,2 % do 8,6 %.

Neutropenickej komplikácie (vrátane febrilnej neutropénie, neutropenickej infekcie/sepsy a neutropenickej kolitídy), ktoré v niektorých prípadoch viedli k fatálnemu koncu, boli hlásené u 4,0 % pacientov, keď sa použila primárna profylaxia G-CSF a inak u 12,8 % pacientov.

Poruchy srdca a arytmie

V súhrnnej analýze boli udalosti spojené so srdcom hlásené u 5,5 % pacientov, z ktorých 1,1 % malo srdcové arytmie stupňa ≥ 3 . Výskyt tachykardie s kabazitaxelom bol 1,0 %, u menej ako 0,1 % bol stupeň ≥ 3 . Výskyt atriálnej fibrilácie bol 1,3 %. Udalosti srdcového zlyhania boli hlásené u 2 pacientov (0,2 %), jeden z nich zomrel. Fatálna ventrikulárna fibrilácia bola zaznamenaná u 1 pacienta (0,3 %) a zástava srdca u 3 pacientov (0,5 %). Žiadna nebola investigátorom posúdená ako súvisiaca s liekom.

Hematúria

Frekvencia výskytu hematúrie všetkých stupňov závažnosti bola v súhrnnej analýze 18,8 % pri dávke 25 mg/m² (pozri časť 5.1). Zavádzajúce príčiny, ak sú zdokumentované, ako napríklad progresia ochorenia, prístrojové vyšetrenie, infekcia alebo antikoagulačná liečba/liečba NSAID/liečba kyselinou acetylsalicylovou, boli identifikované v takmer polovici prípadov.

Ďalšie laboratórne abnormality

V súhrnnej analýze na základe laboratórnych abnormalít bol výskyt anémie stupňa ≥ 3 12,0 %, zvýšené hladiny AST 1,3 %, ALT 1,0 % a bilirubínu 0,5 %.

Poruchy gastrointestinálneho traktu

Bola pozorovaná kolitída (vrátane enterokolitídy a neutropenickej enterokolitídy), a gastritída. Hlásilo sa aj gastrointestinálne krvácanie, gastrointestinálna perforácia a ileus (intestinálna obštrukcia) (pozri časť 4.4).

Respiračné poruchy

Prípady intersticiálnej pneumónie/pneumonitídy a intersticiálneho ochorenia pľúc, niekedy fatálne, boli hlásené s neznámou frekvenciou výskytu (nie je možné odhadnúť z dostupných údajov) (pozri časť 4.4).

Poruchy obličiek a močových ciest

Menej často bola hlásená cystitída, vrátane hemoragickej cystitídy, spôsobená recall fenoménom po liečbe ožarovaním.

Pediatrická populácia

Pozri časť 4.2

Iné špeciálne skupiny pacientov

Starší pacienti

Z 1092 pacientov, ktorí boli v štúdiách karcinómu prostaty liečení kabazitaxelom 25 mg/m², bolo 755 pacientov vo veku 65 rokov alebo starších a z nich 238 starších ako 75 rokov. Nasledujúce nehematologické nežiaduce reakcie boli hlásené v pomere ≥ 5 % vyššom u pacientov vo veku 65 rokov alebo starších v porovnaní s mladšími pacientmi: únava (33,5 % oproti 23,7 %), asténia (23,7 % oproti 14,2 %), zápcha (20,4 % oproti 14,2 %) a dyspnoe (10,3 % oproti 5,6 %) v uvedenom poradí. Výskyt neutropénie (90,9 % oproti 81,2 %) a trombocytopenie (48,8 % oproti 36,1 %) bol taktiež vyšší o 5 % u pacientov vo veku 65 rokov alebo starších v porovnaní s mladšími pacientmi. Neutropénia ≥ 3 stupňa a febrilná neutropénia boli hlásené s najvyššou mierou rozdielov medzi obidvomi vekovými skupinami (o 14 % a 4 % v uvedenom poradí vyššie u pacientov vo veku ≥ 65 rokov v porovnaní s pacientmi < 65 rokov) (pozri časti 4.2 a 4.4).

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na národné centrum hlásenia uvedené v [Prílohe V](#).

4.9 Predávkovanie

Nie je známe žiadne antidotum pre kabazitaxel. Predpokladané komplikácie z predávkovania sú exacerbácia nežiaducich účinkov ako útlm kostnej drene a gastrointestinálne poruchy. V prípade predávkovania musí pacient zostať na špecializovanom pracovisku a byť pozorne monitorovaný.

Ihneď po zistení, že došlo k predávkovaniu, musí pacient dostávať terapeutické dávky G-CSF. Podľa okolností treba začať ďalšie vhodné symptomatické opatrenia.

5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

5.1 Farmakodynamické vlastnosti

Farmakoterapeutická skupina: antineoplastiká, taxány, ATC kód: L01CD04

Mechanizmus účinku

Kabazitaxel je antineoplastická látka, ktorá narušuje v bunkách mikrotubulárnu sieť. Kabazitaxel sa viaže na tubulín a podporuje zabudovávanie tubulínu do mikrotubulov a zároveň inhibuje ich depolymerizáciu. Toto vedie k stabilizácii mikrotubulov a výsledkom je inhibícia mitotických a medzifázových bunkových funkcií.

Farmakodynamické účinky

Kabazitaxel preukázal široké spektrum protinádorovej aktivity voči pokročilým ľudským nádorom xenotransplantovaným myšiam. Kabazitaxel je aktívny v nádoroch senzitivných na docetaxel. Navyše kabazitaxel preukázal aktivitu v tumorových modeloch nesenzitivných na chemoterapiu vrátane docetaxelu.

Klinická účinnosť a bezpečnosť

Účinnosť a bezpečnosť kabazitaxelu v kombinácii s prednizónom alebo prednizolónom boli vyhodnotené v randomizovanej, otvorenej, medzinárodnej, multicentrickej štúdií fázy III (štúdia EFC6193) na pacientoch s metastatickým kastrochne rezistentným karcinómom prostaty, ktorí boli v predchádzajúcom období liečeni režimom obsahujúcim docetaxel.

Primárnym koncovým ukazovateľom účinnosti v štúdií bolo celkové prežívanie (Overall Survival, OS).

Sekundárne koncové ukazovatele zahŕňali čas prežívania bez progresie [PFS, (definovaný ako čas od randomizácie do progresie tumoru, progresie prostatického špecifického antigénu (PSA), progresie bolesti alebo do úmrtia z rôznych príčin, podľa toho, čo sa objavilo skôr)], mieru odpovede nádoru (Tumour Response Rate) podľa kritérií hodnotenia odpovede solídnych tumorov (Response Evaluation Criteria in Solid Tumours – RECIST), progresiu PSA (definovaná ako $\geq 25\%$ nárast u PSA bez odpovede alebo $> 50\%$ u PSA s odpoveďou), PSA odpoveď (pokles hladiny PSA v sére aspoň o 50%), progresiu bolesti [vyhodnotené podľa škály intenzity prítomnej bolesti (Present Pain Intensity, PPI) z McGillovho-Melzackovho dotazníka bolesti a podľa analgetického skóre (Analgesic Score, AS)] a odpoveď bolesti (definovaná ako viac ako 2-bodový pokles zo vstupného mediánu PPI bez súčasného zvýšenia v AS, alebo pokles $\geq 50\%$ v užívaní analgetík z priemernej počiatocnej hodnoty AS bez súčasného zvýšenia bolesti).

Celkovo bolo randomizovaných 755 pacientov dostávajúcich buď intravenózne kabazitaxel 25 mg/m^2 každé 3 týždne v maximálne 10 cykloch s prednizónom alebo s prednizolónom 10 mg denne perorálne ($n=378$), alebo dostávajúcich intravenózne mitoxantrón 12 mg/m^2 každé 3 týždne v maximálne 10 cykloch s prednizónom alebo s prednizolónom 10 mg denne perorálne ($n=377$).

Do štúdie boli zaradení pacienti starší ako 18 rokov s metastatickým kastrochne rezistentným karcinómom prostaty buď merateľným prostredníctvom kritérií RECIST alebo nemerateľným typom so zvýšenými hladinami PSA, alebo vznikom nových lézií a výkonnostným stavom 0 až 2 podľa Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Pacienti museli mať hladinu neutrofilov $> 1500/\text{mm}^3$, krvných doštičiek $> 100\,000/\text{mm}^3$, hemoglobínu $> 10 \text{ g/dl}$, kreatinínu $< 1,5$ -krát ULN, celkového bilirubínu < 1 -krát ULN, AST a ALT $< 1,5$ -krát ULN.

Pacienti s osobnou anamnézou kongestívneho zlyhania srdca alebo infarktu myokardu počas posledných 6 mesiacov, alebo pacienti s nekontrolovanou srdcovou arytmiou, anginou pectoris, a/alebo hypertenziou neboli zaradení do štúdie.

Demografické charakteristiky vrátane veku, rasy a výkonnostného stavu ECOG (0 až 2), boli vyvážené medzi obidvomi liečebnými ramenami štúdie. V skupine s kabazitaxelom bol priemerný vek 68 rokov (rozsah 46 – 92) a rasové zastúpenie bolo 83,9 % belochov, 6,9 % aziatov/orientálcov, 5,3 % černochoch a 4 % iných.

V skupine s kabazitaxelom bol medián počtu cyklov 6 a v skupine s mitoxantrónom 4. Počet pacientov, ktorí dokončili liečbu v rámci štúdie (10 cyklov) bol 29,4 % v skupine s kabazitaxelom a 13,5 % v porovnávacej skupine.

Celkové prežívanie bolo významne dlhšie pri kabazitaxele (15,1 mesiacov) v porovnaní s mitoxantrónom (12,7 mesiaca), s 30 % znížením rizika smrti v porovnaní s mitoxantrónom (pozri tabuľku 3 a obrázok 1).

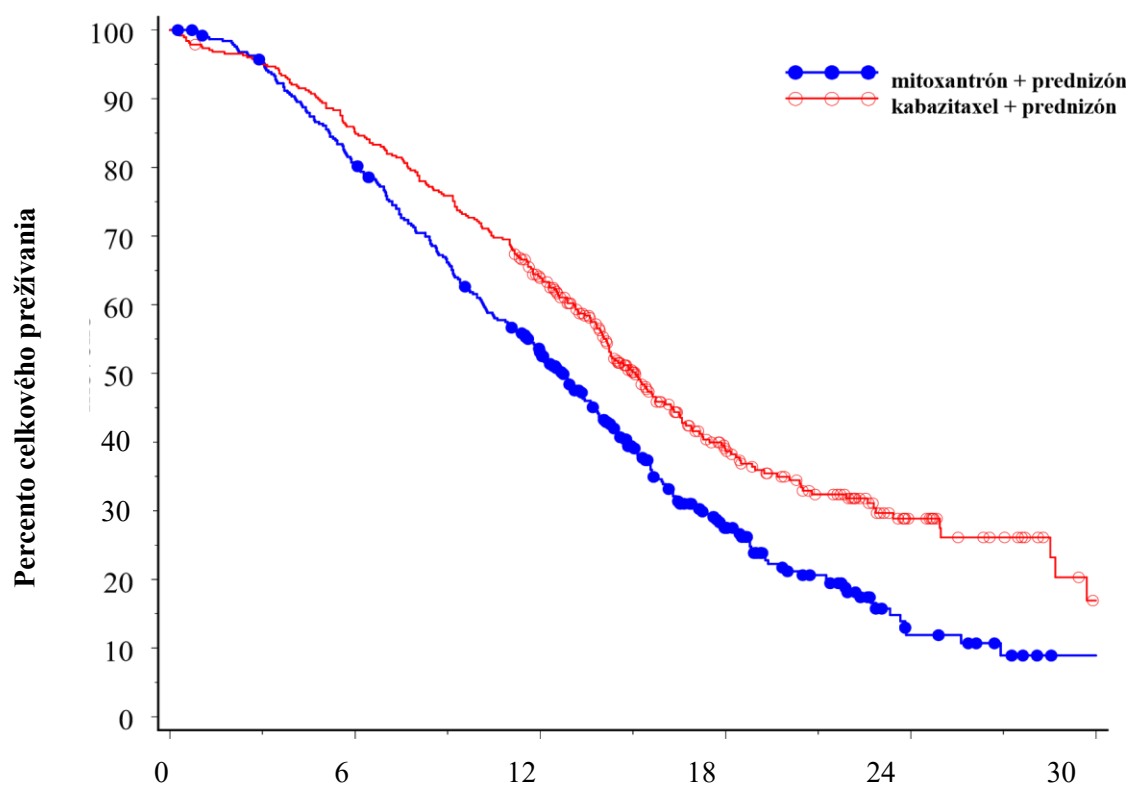
Podskupina 59 pacientov dostávala predtým kumulatívnu dávku docetaxelu < 225 mg/m² (29 pacientov v ramene s kabazitaxelom, 30 pacientov v ramene s mitoxantrónom). V tejto skupine pacientov nebol žiadny významný rozdiel v celkovom prežívaní pacientov (HR (95 %CI) 0,96 (0,49 – 1,86)).

Tabuľka 3 - Účinnosť kabazitaxelu v štúdiu EFC6193 v liečbe pacientov s metastatickým kastročným rezistentným karcinómom prostaty

	kabazitaxel + prednizón n=378	mitoxantrón + prednizón n=377
Celkový čas prežívania		
Počet úmrtí (%)	234 (61,9 %)	279 (74 %)
Medián prežívania (mesiace) (95 % CI)	15,1 (14,1 – 16,3)	12,7 (11,6 – 13,7)
Miera rizika (Hazard Ratio, HR) ¹ (95 % CI)	0,70 (0,59–0,83)	
p-hodnota	<0,0001	

¹HR hodnota vypočítaná podľa Coxovho modelu; hodnota HR menšia ako 1 je v prospech kabazitaxelu

Obrázok 1: Kaplanove-Meierove krivky celkového prežívania (EFC6193)



	Čas (mesiace)					
Počet rizikových pacientov	0	6	12	18	24	30
mitoxantrón + prednizón	377	300	188	67	11	1
kabazitaxel + prednizón	378	321	231	90	28	4

V ramene s kabazitaxelom bolo zlepšenie prežívania bez progresie v porovnaní s ramenom s mitoxantrónom, 2,8 (2,4 – 3,0) mesiaca oproti 1,4 (1,4 – 1,7) mesiaca v uvedenom poradí, HR (95 % CI) 0,74 (0,64 – 0,86), $p < 0,0001$.

U pacientov v ramene s kabazitaxelom bola významne vyššia miera odpovede tumoru, a to 14,4 % (95 % CI: 9,6 – 19,3) v porovnaní so 4,4 % (95 % CI: 1,6 – 7,2) u pacientov v ramene s mitoxantrónom, $p = 0,0005$.

Sekundárne koncové ukazovatele PSA boli pozitívne v ramene s kabazitaxelom. Medián progresie PSA bol 6,4 mesiacov (95 % CI: 5,1 – 7,3) u pacientov v ramene s kabazitaxelom, v porovnaní s 3,1 mesiacov (95 % CI: 2,2 – 4,4) v ramene s mitoxantrónom, HR 0,75 mesiaca (95 % CI: 0,63 – 0,90), $p = 0,0010$. Odpoveď PSA bola 39,2 % u pacientov v ramene s kabazitaxelom (95 % CI: 33,9 – 44,5) oproti 17,8 % pacientov, ktorým bol podávaný mitoxantrón (95 % CI: 13,7 – 22,0), $p = 0,0002$.

U progresii bolesti a odpovedi bolesti nebol medzi ramenami štatisticky významný rozdiel.

V neinferiornej, multicentrickej, viacnádrodnej, randomizovanej otvorenej štúdií (EFC11785 štúdia) fázy III bolo randomizovaných 1200 pacientov s metastatickým kastrálne rezistentným karcinómom prostaty, v minulosti liečených režimom obsahujúcim docetaxel, ktorí dostávali buď dávku kabazitaxelu 25 mg/m² (n = 602) alebo 20 mg/m² (n = 598). Primárnym koncovým ukazovateľom účinnosti bolo celkové prežívania (overall survival, OS).

Štúdia splnila svoj primárny cieľ preukázania neinferiority kabazitaxelu 20 mg/m² v porovnaní s 25 mg/m² (pozri tabuľku 4). Štatisticky významne vyššie percento ($p < 0,001$) pacientov preukázalo PSA odpoveď v skupine s 25 mg/m² (42,9 %) oproti skupine s 20 mg/m² (29,5 %). Bolo pozorované štatisticky významne vyššie riziko progresie PSA u pacientov s dávkou 20 mg/m², voči dávke 25

mg/m² (HR 1,195; 95 % CI: 1,025 až 1,393). Neboli zistené žiadne štatistické rozdiely v súvislosti s ďalšími sekundárnymi koncovými ukazovateľmi (PFS, reakcia tumoru a reakcia na bolesť, progresia tumoru a bolesti a štyri podkategórie FACT-P).

Tabuľka 4 - Celkové prežívanie v EFC11785 štúdií, v ramene s kabazitaxelom 25 mg/m² oproti ramenu s kabazitaxelom 20 mg/m² (analýza pri zámere liečiť, Intent-to-treat analysis) – primárny koncový ukazovateľ účinnosti

	CBZ20 + PRED n = 598	CBZ25 + PRED n = 602
Celkové prežívanie		
Počet úmrtí, n (%)	497 (83,1 %)	501 (83,2 %)
Stredná doba prežívania (95 % CI) (mesiace)	13,4 (12,19 až 14,88)	14,5 (13,47 až 15,28)
Miera rizika ^a		
oproti CBZ25 + PRED	1,024	-
jednostranná 98,89 % UCI	1,184	-
jednostranná 95 % LCI	0,922	-

CBZ20 = kabazitaxel 20 mg/m², CBZ25 = kabazitaxel 25 mg/m², PRED = prednizón/prednizolón
CI = interval spoľahlivosti (confidence interval), LCI = dolná hranica intervalu spoľahlivosti (lower bound of the confidence interval), UCI = horná hranica intervalu spoľahlivosti (upper bound of the confidence interval)

^aMiera rizika sa odhaduje použitím Coxového regresného modelu pomerného rizika. Miera rizika < 1 indikuje nižšie riziko kabazitaxelu 20 mg/m² oproti 25 mg/m².

Bezpečnostný profil kabazitaxelu 25 mg/m² pozorovaný v štúdií EFC11785 bol kvalitatívne a kvantitatívne podobný tomu, ktorý bol pozorovaný v štúdií EFC6193. Štúdia EFC11785 preukázala lepší bezpečnostný profil pre dávku kabazitaxelu 20 mg/m².

Tabuľka 5 - Súhrn bezpečnostných údajov v ramene s kabazitaxelom 25 mg/m² oproti ramenu s kabazitaxelom 20 mg/m² v štúdií EFC11785

	CBZ20+PRED n=580	CBZ25+PRED n=595
Priemerný počet cyklov/ priemerná doba trvania liečby	6/18 týždňov	7/21 týždňov
Počet pacientov s redukciou dávky n (%)	Od 20 do 15 mg/m ² : 58 (10,0 %) Od 15 do 12 mg/m ² : 9 (1,6 %)	Od 25 do 20 mg/m ² : 128 (21,5 %) Od 20 do 15 mg/m ² : 19 (3,2 %) Od 15 do 12 mg/m ² : 1 (0,2 %)
Nežiaduce reakcie všetkých stupňov^a (%)		
Hnačka	30,7	39,8
Nauzea	24,5	32,1
Únava	24,7	27,1
Hematúria	14,1	20,8
Asténia	15,3	19,7

Znížená chuť do jedla	13,1	18,5
Vracanie	14,5	18,2
Zápcha	17,6	18,0
Bolesť chrbta	11,0	13,9
Klinická neutropénia	3,1	10,9
Infekcie močového traktu	6,9	10,8
Periférna senzorická neuropatia	6,6	10,6
Dysgeúzia	7,1	10,6
Nežiaduce reakcie stupňa $\geq 3^b$ (%)		
Klinická neutropénia	2,4	9,6
Febrilná neutropénia	2,1	9,2
Hematologické abnormality^c (%)		
Neutropénia stupňa ≥ 3	41,8	73,3
Anémia stupňa ≥ 3	9,9	13,7
Trombocytopenia stupňa ≥ 3	2,6	4,2

CBZ20 = kabazitaxel 20 mg/m², CBZ25 = kabazitaxel 25 mg/m², PRED=Prednizón/Prednizolón

^a Nežiaduce reakcie všetkých stupňov s výskytom vyšším ako 10 %

^b Nežiaduce reakcie stupňa ≥ 3 s výskytom vyšším ako 5 %

^c Založené na laboratórnych hodnotách

V prospektívnej, nadnárodnej, randomizovanej, aktívne kontrolovanej a otvorenej štúdií fázy IV (LPS14201/CARD štúdia) bolo 255 pacientov s metastatickým kastrochne rezistentným karcinómom prostaty (mCRPC), predtým liečených režimom obsahujúcim docetaxel a liekmi zameranými na AR (abiraterón alebo enzalutamid s progresiou ochorenia do 12 mesiacov od začiatku liečby) v akomkoľvek poradí, randomizovaných tak, aby dostávali buď kabazitaxel 25 mg/m² každé 3 týždne plus prednizón/prednizolón 10 mg denne (n = 129) alebo lieky zamerané na AR (abiraterón 1 000 mg jedenkrát denne plus prednizón/prednizolón 5 mg dvakrát denne alebo enzalutamid 160 mg jedenkrát denne) (n = 126). Primárnym koncovým ukazovateľom bolo rádiografické prežívanie bez progresie (rPFS), ako ho definovala pracovná skupina 2 pre rakovinu prostaty (Prostate Cancer Working Group2, PCWG2). Sekundárne koncové ukazovatele zahŕňali celkové prežívanie, prežívanie bez progresie, PSA odpoveď a nádorovú odpoveď.

Demografické údaje a charakteristiky ochorenia boli medzi liečebnými ramenami vyvážené. Na začiatku bol celkový medián veku 70 rokov, 95 % pacientov malo ECOG PS 0 až 1 a stredné skóre Gleason bolo 8. Šesťdesiatjeden percent (61 %) pacientov malo predchádzajúcu liečbu liekom zameraným na AR po predchádzajúcej liečbe docetaxelom.

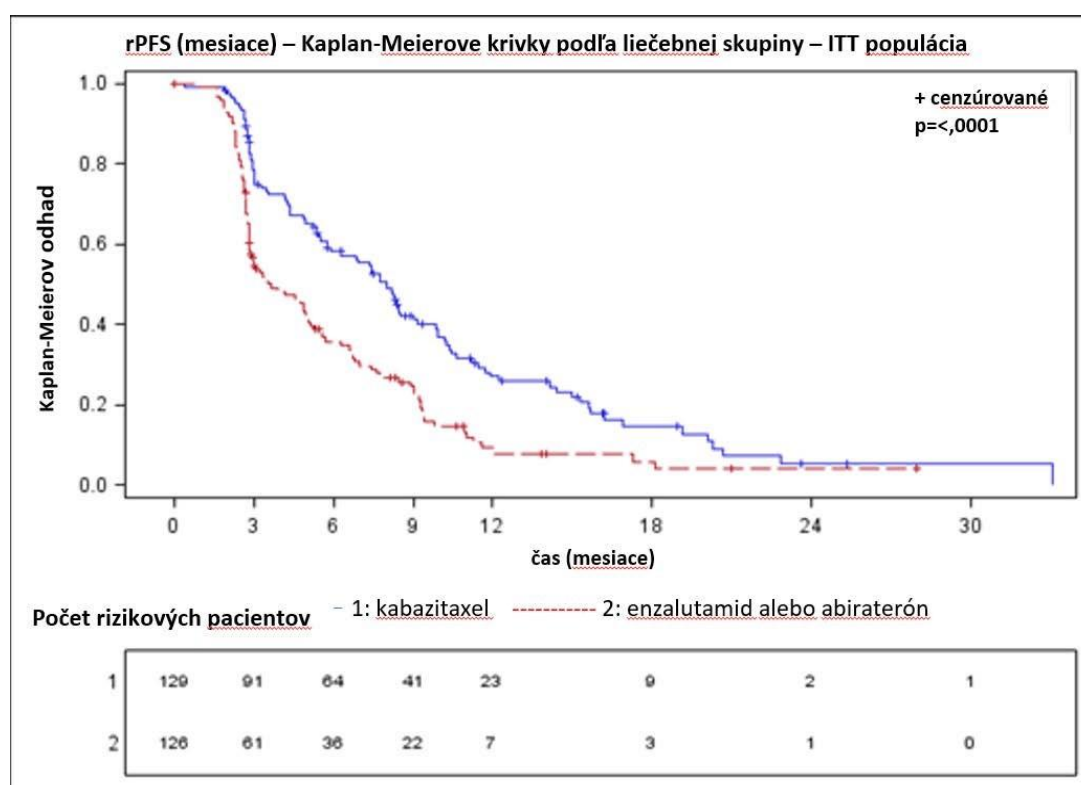
Štúdia splnila svoj primárny koncový ukazovateľ: rPFS bol signifikantne dlhší pri liečbe kabazitaxelom v porovnaní s liekom zameraným na AR (8,0 mesiacov oproti 3,7 v uvedenom poradí), so znížením rizika rádiografickej progresie o 46 % v porovnaní s liekom zameraným na AR (pozri tabuľku 6 a obrázok 2).

Tabuľka 6 - Účinnosť kabazitaxelu v štúdií CARD v liečbe pacientov s metastatickým kastročným rezistentným karcinómom prostaty (intent-to-treat analýza) - rádiografické prežívanie bez progresie (radiographic Progression Free-Survival, rPFS)

	Kabazitaxel + prednizón/prednizolón + G-CSF n=129	Liek zameraný na AR: abiraterón + prednizón/prednizolón alebo enzalutamid n=126
Počet udalostí k dňu ukončenia (%)	95 (73,6 %)	101 (80,2 %)
Medián rPFS (mesiace) (95 % CI)	8,0 (5,7 až 9,2)	3,7 (2,8 až 5,1)
Miera rizika (Hazard Ratio, HR) (95 % CI)	0,54 (0.40 až 0,73)	
p-hodnota ¹	< 0,0001	

¹stratifikovaný long-rank test, prah štatistickej významnosti = 0,05

Obrázok 2 – Primárny koncový ukazovateľ: Kaplanov-Meierov graf rádiografického PFS (populácia ITT)



Označenie cenzurovaných údajov.

Plánované analýzy rPFS založené na stratifikačných faktoroch pri randomizácii ukázali pomer rizika 0,61 (95 % CI: 0,39 až 0,96) u podskupín pacientov, ktorí dostávali liek zameraný na AR pred docetaxelom a pomer rizika 0,48 (95 % CI: 0,32 až 0,70) u pacientov, ktorí dostávali liek zameraný na AR po docetaxeli.

Kabazitaxel bol štatisticky lepší ako komparátory zamerané na AR pre každý z alfa-chránených kľúčových sekundárnych koncových ukazovateľov vrátane celkového prežívania (13,6 mesiaca pre rameno s kabazitaxelom oproti 11,0 mesiaca pre rameno s liekom zameraným na AR, HR 0,64, 95 % CI: 0,46 až 0,89; p = 0,008), prežívanie bez progresie (4,4 mesiaca pre rameno s kabazitaxelom oproti

2,7 mesiaca pre rameno s liekom zameraným na AR, HR 0,52; 95 % CI: 0,40 až 0,68), potvrdená odpoveď PSA (36,3 % pre rameno s kabazitaxelom oproti 14,3 % pre rameno s liekom zameraným na AR, $p = 0,0003$) a najlepšia nádorová odpoveď (36,5 % pre rameno s kabazitaxelom oproti 11,5 % pre rameno s liekom zameraným na AR, $p = 0,004$).

Bezpečnostný profil kabazitaxelu 25 mg/m² pozorovaný v štúdií CARD bol celkovo v súlade s bezpečnostným profilom pozorovaným v štúdiách TROPIC a PROSELICA (pozri časť 4.8). Výskyt nežiaducich udalostí stupňa ≥ 3 bol 53,2 % v ramene s kabazitaxelom oproti 46,0 % v ramene s liekom zameraným na AR. Výskyt závažných nežiaducich udalostí stupňa ≥ 3 bol 31,7 % v ramene s kabazitaxelom oproti 37,1 % v ramene s liekom zameraným na AR. Pomer pacientov, ktorí natrvalo prerušili liečbu v štúdií kvôli nežiaducim udalostiam, bol 19,8 % v ramene s kabazitaxelom oproti 8,1 % v ramene s liekom zameraným na AR. Pomer pacientov s nežiaducou udalosťou vedúcou k fatálnemu koncu bol 5,6 % v ramene s kabazitaxelom oproti 10,5 % v ramene s liekom zameraným na AR.

Pediatrická populácia

Európska lieková agentúra udelila výnimku z povinnosti predložiť výsledky štúdií s kabazitaxelom vo všetkých podskupinách pediatickej populácie pre schválenú indikáciu karcinómu prostaty (informácie o použití v pediatickej populácii, pozri časť 4.2).

Kabazitaxel bol hodnotený vo fázach 1 a 2 otvorenej multicentrickej štúdií vykonanej celkovo u 39 pediatických pacientov (vo veku od 4 do 18 rokov pre časť štúdie fázy 1 a vo veku od 3 do 16 rokov pre časť štúdie fázy 2). Štúdia fázy 2 nepreukázala účinnosť kabazitaxelu v monoterapii v pediatickej populácii s rekurentným alebo refraktérnym difúznym vnútorným pontínovým gliómom (Diffuse Intrinsic Pontine Glioma, DIPG) a highgrade gliómom (HGG) liečeným 30 mg/m².

5.2 Farmakokinetické vlastnosti

Populačná farmakokinetická analýza sa uskutočnila u 170 pacientov vrátane pacientov s pokročilým solídnym tumorom ($n=69$), metastatickým karcinómom prsníka ($n=34$) a metastatickým karcinómom prostaty ($n=67$). Títo pacienti dostávali kabazitaxel v dávkach od 10 do 30 mg/m² každý týždeň alebo každé 3 týždne.

Absorpcia

U pacientov s metastatickým karcinómom prostaty ($n=67$) bola po 1-hodinovej intravenózne infúzii 25 mg/m² kabazitaxelu C_{max} 226 ng/ml (variačný koeficient - Coefficient of Variation (CV): 107 %) a bola dosiahnutá na konci 1-hodinovej infúzie (T_{max}). Priemerná hodnota AUC bola 991 ng.h/ml (CV: 34 %).

U pacientov s pokročilým solídnym tumorom ($n=126$) nebola pozorovaná veľká odchýlka vo vzťahu k proporcionálnosti dávky od 10 do 30 mg/m².

Distribúcia

Distribučný objem (V_{ss}) bol 4870 l (2640 l/m² u pacientov s mediánom BSA 1,84 m²) v rovnovážnom stave.

In vitro, viazanie kabazitaxelu na ľudské sérové proteíny bolo 89 – 92 % a nebolo saturateľné do 50 000 ng/ml, čo pokrýva maximálnu koncentráciu v klinických štúdiách. Kabazitaxel sa viaže predovšetkým na ľudský sérový albumín (82,0 %) a lipoproteíny (87,9 % pre HDL, 69,8 % pre LDL, a 55,8 % pre VLDL). V ľudskej krvi bol *in vitro* pomer koncentrácie v krvi a plazme od 0,90 do 0,99, čo naznačuje, že kabazitaxel sa distribuoval do krvi a plazmy rovnomerne.

Biotransformácia

Kabazitaxel sa extenzívne metabolizuje v pečeni (> 95 %), predovšetkým izoenzýmom CYP3A (80 % až 90 %). V ľudskej plazme cirkuluje ako hlavná zlúčenina kabazitaxel. V plazme bolo zistených sedem metabolitov (vrátane 3 aktívnych metabolitov, ktoré vznikli z O-demetylácií), pričom hlavný bol zodpovedný za 5 % expozície. Okolo 20 metabolitov kabazitaxelu sa vylučuje do ľudského moču a stolice.

Na základe *in vitro* štúdií je v klinicky relevantných koncentráciách možné riziko inhibície kabazitaxelom vo vzťahu k tým liekom, ktoré sú predovšetkým substrátmi CYP3A. Avšak v klinickej štúdií sa preukázalo, že kabazitaxel (25 mg/m² podávaný vo forme samostatnej 1-hodinovej infúzie) nemenil plazmatické hladiny midazolamu, skúšobného substrátu CYP3A. Pri súčasnom podávaní substrátov CYP3A a kabazitaxelu v terapeutických dávkach sa preto neočakáva žiadny klinický dopad na pacienta.

Nejestvuje potenciálne riziko inhibície liekov, ktoré sú substrátmi iných CYP enzýmov (1A2, 2B6, 2C9, 2C8, 2C19, 2E1 a 2D6), rovnako ako neexistuje potenciálne riziko indukcie kabazitaxelom tých liekov, ktoré sú substrátmi CYP1A, CYP2C9 a CYP3A. Kabazitaxel *in vitro* neinhiboval hlavnú cestu biotransformácie warfarínu na 7-hydroxywarfarín sprostredkovaný CYP2C9. Preto sa *in vivo* neočakáva žiadna farmakokinetická interakcia kabazitaxelu na warfarín.

In vitro kabazitaxel neinhiboval proteíny mnohopočetnej liekovej rezistencie (Multidrug-Resistant Proteins, MRP): MRP1 a MRP2 ani transportér organických kationov (Organic Cation Transporter, OCT1). Kabazitaxel inhiboval transport P-glykoproteínov (Pgp) (digoxín, vinblastín), proteínov rezistencie rakoviny prsníka (Breast-Cancer-Resistant-Proteins, BCRP) (metotrexát) a organického aniónového transportného polypeptidu (Organic Anion Transporting Polypeptide) OATP1B3 (CCK8) pri koncentráciách minimálne 15-násobne vyšších ako v klinických podmienkach, zatiaľ čo inhiboval transport OATP1B1 (estradiol-17β-glukuronid) pri koncentráciách len 5-násobne vyšších ako v klinických podmienkach. Preto je pri dávke 25 mg/m² riziko interakcie so substrátmi MRP, OCT1, Pgp, BCRP a OATP1B3 *in vivo* nepravdepodobné. Existuje riziko interakcie s transportérom OATP1B1, predovšetkým v priebehu trvania infúzie (1 hodina) a až do 20 minút po ukončení infúzie (pozri časť 4.5).

Eliminácia

Po 1-hodinovej intravenózne infúzii [¹⁴C]-kabazitaxelu v dávke 25 mg/m² sa u pacientov približne 80 % podanej dávky eliminovalo v priebehu 2 týždňov. Kabazitaxel je vylučovaný predovšetkým v stolici, ako početné metabolity (76 % dávky); zatiaľ čo renálne vylučovanie kabazitaxelu a metabolitov predstavujú menej ako 4 % dávky (2,3 % sa v nezmenenej podobe vylúči v moči).

Kabazitaxel mal vysoký klírens plazmy: 48,5 l/h (26,4 l/h/m² u pacientov s mediánom BSA 1,84 m²) a dlhý terminálny polčas: 95 hodín.

Špeciálne skupiny pacientov

Starší pacienti

V populačnej farmakokinetickej analýze u 70 pacientov vo veku 65 rokov a starších (57 pacientov vo veku od 65 do 75 rokov a 13 pacientov starších ako 75 rokov) nebol pozorovaný žiadny vplyv veku na farmakokinetiku kabazitaxelu.

Pediatrickí pacienti

Bezpečnosť a účinnosť kabazitaxelu neboli u detí a dospievajúcich vo veku do 18 rokov stanovené.

Poškodenie pečene

Kabazitaxel je eliminovaný predovšetkým metabolizáciou v pečeni.

Špecializovaná štúdia so 43 pacientami s rakovinou s poškodením pečene nepreukázala žiadny vplyv mierneho (celkový bilirubín >1 až $\leq 1,5$ -krát ULN alebo AST $>1,5$ -krát ULN) alebo stredne ťažkého (celkový bilirubín $>1,5$ až ≤ 3 -krát ULN) poškodenia pečene na farmakokinetiku kabazitaxelu. Maximálna tolerovaná dávka (MTD) kabazitaxelu bola 20 a 15 mg/m² v danom poradí.

U 3 pacientov s ťažkým poškodením pečene (celkový bilirubín >3 ULN) bolo pozorované zníženie klirensu o 39 % v porovnaní s pacientmi s miernym poškodením pečene, čo naznačuje určitý vplyv ťažkého poškodenia pečene na farmakokinetiku kabazitaxelu. MTD kabazitaxelu u pacientov s ťažkým poškodením pečene nebola stanovená.

Na základe údajov o bezpečnosti a znášanlivosti by mala byť u pacientov s miernym poškodením pečene dávka kabazitaxelu znížená (pozri časti 4.2, 4.4). U pacientov so stredne ťažkým a ťažkým poškodením pečene je kabazitaxel kontraindikovaný (pozri časť 4.3).

Poškodenie obličiek

Kabazitaxel sa vylučuje obličkami iba minimálne (2,3 % dávky). V populačnej farmakokinetickej analýze uskutočnenej na 170 pacientoch, medzi ktorými bolo 14 pacientov so stredne ťažkým poškodením obličiek (klirens kreatinínu v rozmedzí 30 až 50 ml/min) a 59 pacientov s miernym poškodením obličiek (klirens kreatinínu v rozmedzí 50 až 80 ml/min) bolo preukázané, že mierne až stredne ťažké poškodenie obličiek nemá významný účinok na farmakokinetiku kabazitaxelu. Toto bolo potvrdené aj v špecializovanej porovnávacej farmakokinetickej štúdii u pacientov so solídnymi nádormi s normálnou funkciou obličiek (8 pacientov), so stredne ťažkou (8 pacientov) a ťažkou (9 pacientov) poruchou funkcie obličiek, ktorí sa liečili niekoľkými cyklami kabazitaxelu v samostatnej intravenózne infúzii až do 25 mg/m².

5.3 Predklinické údaje o bezpečnosti

Nežiaduce reakcie, ktoré neboli pozorované v klinických štúdiách, ale boli pozorované u psov po podaní jedinej dávky pri 5-dňovom a týždennom podávaní pri expozíciách nižších ako sú klinické a s možným významom pre klinické použitie boli arteriolárna/periarteriolárna nekróza pečene, hyperplázia žlčovéhoodu a/alebo hepatocelulárna nekróza (pozri časť 4.2).

Nežiaduce reakcie, ktoré neboli pozorované v klinických štúdiách, ale boli pozorované u potkanov v štúdiách toxicity po opakovanom podávaní dávky pri expozíciách vyšších ako sú klinické a s možným významom pre klinické použitie, boli poruchy oka charakterizované opuchom/degeneráciou subkapsulárnych vlákien šošovky. Po 8 týždňoch boli tieto účinky čiastočne reverzibilné.

Štúdie karcinogénneho potenciálu kabazitaxelu neboli vykonané.

V teste bakteriálnej reverznej mutácie (Ames) kabazitaxel neindukoval mutácie. Nebol klastogenický v ľudských lymfocytoch *in vitro* (neindukoval štrukturálne chromozomálne aberácie, ale zvýšil počet polyploidných buniek) a indukoval zvýšenie počtu mikrojadier u potkanov v *in vivo* testoch. Tieto výsledky genotoxicity (aneugenickým mechanizmom) sú inherentné s farmakologickou aktivitou zlúčeniny (inhibícia tubulínovej depolymerizácie).

Kabazitaxel nemal žiadny účinok na aktivitu pri párení alebo fertilitu liečených samcov potkanov. Avšak v štúdiách toxicity po opakovanom podávaní dávky bola u potkanov pozorovaná degenerácia semenných mechúrikov a atrofia semenotvorných kanálikov v semenníkoch a u psov bola pozorovaná testikulárna degenerácia (minimálna nekróza jednotlivých epitelových buniek v

nadsemenníkoch). Expozície u zvierat boli podobné alebo nižšie než u ľudí, ktorým boli podávané klinicky relevantné dávky kabazitaxelu.

Kabazitaxel indukoval embryofetálnu toxicitu u samíc potkanov, ktorým bol podávaný intravenózne raz denne v 6. až 17. gestačnom dni, spojenú s materskou toxicitou a došlo k úmrtiu plodu a zníženiu priemernej hmotnosti plodu, ktoré súviselo s oneskorením skeletálnej osifikácie. Expozície u zvierat boli nižšie než u ľudí, ktorým boli podávané klinicky relevantné dávky kabazitaxelu. Kabazitaxel u potkanov prechádzal placentárnou bariérou.

U potkanov sa kabazitaxel a jeho metabolity vylučovali do materského mlieka v množstve až 1,5 % podanej dávky počas 24 hodín.

Hodnotenie enviromentálneho rizika (ERA)

Výsledky štúdií hodnotenia environmentálneho rizika naznačujú, že používanie kabazitaxelu nepredstavuje významné riziko pre vodné životné prostredie (pozri časť 6.6 o likvidácii nepoužitého lieku).

6. FARMACEUTICKÉ INFORMÁCIE

6.1 Zoznam pomocných látok

Koncentrát

Polysorbát 80 obsahujúci stopy kyseliny citrónovej do pH 3,5 (v 5 % vodnom roztoku)

Rozpúšťadlo

Etanol 96 %

Voda na injekcie

6.2 Inkompatibility

Tento liek sa nesmie miešať s inými liekmi okrem tých, ktoré sú uvedené v časti 6.6. PVC infúzne vaky alebo polyuretánové infúzne súpravy sa nesmú používať na prípravu a podávanie infúzneho roztoku.

6.3 Čas použiteľnosti

Neotvorené injekčné liekovky

Koncentrát: 3 roky.

Rozpúšťadlo: 3 roky.

Po počiatočnom zriedení koncentráту s rozpúšťadlom

Chemická a fyzikálna stabilita pri používaní bola preukázaná po dobu 1 hodiny pri izbovej teplote (15 °C – 30 °C). Z mikrobiologického hľadiska je nutné, aby sa použila zmes koncentráту s rozpúšťadlom okamžite. Ak sa nepoužije okamžite, za čas a podmienky uchovávania pri používaní preberá zodpovednosť používateľ.

Po konečnom zriedení v infúznom vaku/flaši

Chemická a fyzikálna stabilita infúzneho roztoku bola preukázaná po dobu 8 hodín pri izbovej teplote (vrátane 1 hodiny podávania infúzie) a 48 hodín pri uchovávaní v chladničke (vrátane 1 hodiny podávania infúzie).

Z mikrobiologického hľadiska je nutné, aby sa použila zmes koncentráту s rozpúšťadlom okamžite. Ak sa nepoužije okamžite, za čas a podmienky uchovávania pri používaní preberá zodpovednosť používateľ a normálne by čas nemal byť dlhší ako 24 hodín pri teplote 2 °C – 8 °C, ak riedenie neprebehlo v kontrolovaných a validovaných aseptických podmienkach.

6.4 Špeciálne upozornenia na uchovávanie

Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie.

Podmienky na uchovávanie lieku po otvorení a nariedení, pozri časť 6.3.

6.5 Druh obalu a obsah balenia

Jedno balenie obsahuje jednu injekčnú liekovku s koncentrátom a jednu injekčnú liekovku s rozpúšťadlom:

- Koncentrát: 1,5 ml koncentráту v 15 ml čírej sklenenej injekčnej liekovke (typ I), s uzáverom z chlórbutylovej gumy, ktorý je zapečatený hliníkovým vrchnákom a zakrytý plastovým odlamovacím viečkom.
- Rozpúšťadlo: 4,5 ml rozpúšťadla v 15 ml čírej sklenenej injekčnej liekovke (typ I), s uzáverom z chlórbutylovej gumy, ktorý je zapečatený hliníkovým vrchnákom a zakrytý plastovým odlamovacím viečkom.

6.6 Špeciálne opatrenia na likvidáciu a iné zaobchádzanie s liekom

Kabazitaxel má pripravovať a podávať len personál vyškolený na prácu s cytostatikami. Tehotné ženy nesmú narábať s liekom. Tak ako aj pri iných antineoplastikách, je potrebné byť opatrný pri zaobchádzaní a príprave roztoku kabazitaxelu a mať na pamäti používanie bezpečnostných prostriedkov, výbavu osobnej ochrany (napr. rukavice) a dodržiavanie postupu na prípravu. Ak sa kabazitaxel v ktoromkoľvek kroku počas narábania s ním dostane do kontaktu s pokožkou, okamžite ju dôkladne umyte mydlom a vodou. Ak sa dostane do kontaktu so sliznicou, okamžite ju dôkladne umyte vodou.

Koncentrát na infúzny roztok sa má vždy pred pridaním do infúzneho roztoku riediť s **celým** dodávaným rozpúšťadlom.

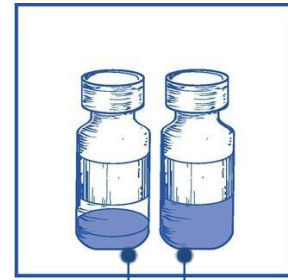
Pred miešaním a riedením si pozorne prečítajte túto **CELÚ** časť. Kabazitaxel vyžaduje **DVE** riedenia pred podaním. Postupujte podľa pokynov na prípravu uvedených nižšie.

Na prípravu infúzneho roztoku je nutné dodržať postup riedenia v nasledujúcich 2 krokoch a aseptické podmienky.

Krok 1: Počiatočné zriedenie koncentráту na infúzny roztok s dodávaným rozpúšťadlom.

Krok 1.1

Skontrolujte injekčnú liekovku koncentráту a dodávaného rozpúšťadla. Roztoky koncentráту a rozpúšťadla musia byť číre a prakticky bez častíc.

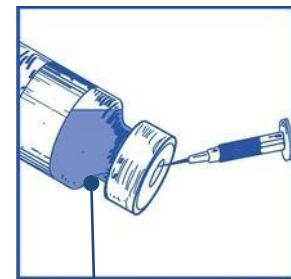


Injekčná liekovka koncentráту (60 mg – 1,5 ml)

Injekčná liekovka rozpúšťadla

Krok 1.2

Asepticky natiahnite **celý** obsah dodaného rozpúšťadla pomocou striekačky s upevnenou ihlou tak, že čiastočne natočíte injekčnú liekovku.



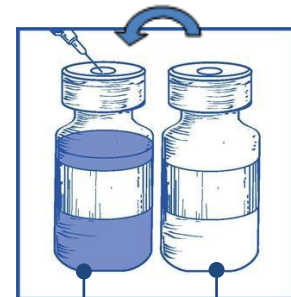
Injekčná liekovka rozpúšťadla

Krok 1.3

Aplikujte **celý** obsah do príslušnej injekčnej liekovky s koncentrátom.

Aby ste pri aplikovaní rozpúšťadla minimalizovali spenie, namierte ihlu na vnútornú stenu injekčnej liekovky s koncentrátom a pomaly aplikujte.

Po rekonštitúcii obsahuje výsledný roztok 10 mg/ml kabazitaxelu.



Zmes koncentráту a rozpúšťadla 10 mg/ml

Injekčná liekovka rozpúšťadla

Krok 1.4

Odstráňte injekčnú striekačku a ihlu a jemne manuálne premiešajte opakovaným prevracaním, pokiaľ nedosiahnete číry a homogénny roztok. Malo by to trvať približne 45 sekúnd.



Zmes koncentráту a rozpúšťadla 10 mg/ml

Krok 1.5

Nechajte tento roztok približne 5 minút odstáť a potom skontrolujte, či je roztok homogénny, číry a prakticky bez častíc.

Spenenie je normálne aj po uplynutí tohto času.



Zmes koncentráту a rozpúšťadla 10 mg/ml

Výsledná zmes koncentrátu a rozpúšťadla obsahuje 10 mg/ml kabazitaxelu (minimálne 6 ml aplikovateľného objemu). Druhé riedenie sa musí urobiť okamžite (do 1 hodiny) podľa podrobného návodu uvedeného v kroku 2.

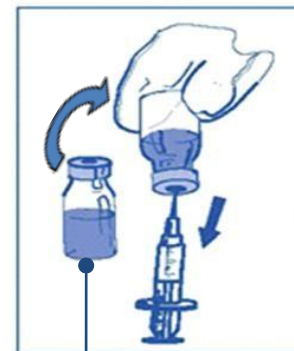
Na podanie predpísanej dávky môže byť potrebná viac ako jedna injekčná liekovka zmesi koncentrátu a rozpúšťadla.

Krok 2: Druhé (konečné) riedenie na infúziu

Krok 2.1

Asepticky natiahnite požadované množstvo zmesi koncentrátu a rozpúšťadla (10 mg/ml kabazitaxelu) kalibrovanou injekčnou striekačkou s upevnenou ihlou. Napríklad dávka 45 mg kabazitaxelu by si vyžadovala 4,5 ml zmesi koncentrátu a rozpúšťadla pripravenej podľa postupu uvedeného v kroku 1.

Keďže na stenách injekčnej liekovky tohto roztoku môže zostať pena, tak ako je to uvedené v postupe prípravy v kroku 1, odporúča sa umiestniť ihlu striekačky pri naťahovaní doprostred.



Zmes koncentrátu a rozpúšťadla 10 mg/ml

Krok 2.2

Aplikujte do sterilnej infúznej nádoby bez obsahu PVC buď do 5 % roztoku glukózy alebo do infúzneho roztoku chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %). Koncentrácia infúzneho roztoku musí byť medzi 0,10 mg/ml a 0,26 mg/ml.

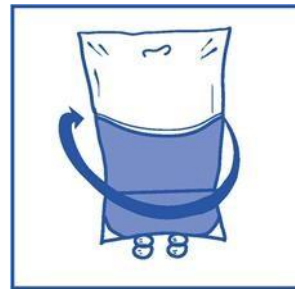


Požadované množstvo zmesi koncentrátu a rozpúšťadla

5 % roztok glukózy alebo infúzny roztok chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %)

Krok 2.3

Odstráňte injekčnú striekačku a ručne premiešajte obsah infúzneho vaku alebo fľaše kývavým pohybom.



Krok 2.4

Tak ako pri všetkých parenterálnych liekoch, výsledný infúzny roztok sa musí pred použitím vizuálne skontrolovať. Infúzny roztok je supersaturovaný, a preto môže po čase skryštalizovať. V takomto prípade sa roztok nesmie použiť a musí sa znehodnotiť.



Infúzny roztok sa má podať ihneď. Avšak čas použitia pri správnom uchovávaní môže byť dlhší, ak sú dodržané špeciálne podmienky popísané v časti 6.3.

Na podávanie sa odporúča použiť in-line filter, ktorého nominálna veľkosť pórov je 0,2 mikrometrov (označovaný tiež 0,2 mikrometrov).

Nepoužívajte infúzne nádoby obsahujúce PVC alebo polyuretánové infúzne súpravy na prípravu a podávanie kabazitaxelu.

Tento liek sa nesmie miešať so žiadnymi inými liekmi okrem tých, ktoré sú uvedené.

Všetok nepoužitý liek alebo odpad vzniknutý z lieku sa má zlikvidovať v súlade s národnými požiadavkami.

7. DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII

MSN Labs Europe Limited
KW20A, Corradino Park
Paola PLA 3000
Malta

8. REGISTRAČNÉ ČÍSLO

44/0004/22-S

9. DÁTUM PRVEJ REGISTRÁCIE/PREDĹŽENIA REGISTRÁCIE

Príloha č. 1 potvrdenia prijatia oznámenia o zmene, ev. č.: 2026/00093-Z1B

Dátum prvej registrácie: 18. februára 2022

10. DÁTUM REVÍZIE TEXTU

03/2026