

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Dalinvi®

daratumumabe

solução para diluição para infusão

APRESENTAÇÃO

Solução para diluição para infusão de 20 mg/mL de daratumumabe em embalagem com 1 frasco-ampola de 5 mL ou 1 frasco-ampola de 20 mL.

USO INTRAVENOSO

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada frasco-ampola contém 100 mg de daratumumabe em 5,0 mL de solução.

Excipientes: ácido acético glacial, manitol, polissorbato 20, acetato de sódio tri-hidratado, cloreto de sódio e água para injetáveis.

Cada frasco-ampola contém 400 mg de daratumumabe em 20,0 mL de solução.

Excipientes: ácido acético glacial, manitol, polissorbato 20, acetato de sódio tri-hidratado, cloreto de sódio e água para injetáveis.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

DALINVI® é indicado:

- em combinação com bortezomibe, talidomida e dexametasona para o tratamento de pacientes recém-diagnosticados com mieloma múltiplo elegíveis ao transplante autólogo de células-tronco.
- em combinação com lenalidomida e dexametasona ou com bortezomibe, melfalana e prednisona para o tratamento de pacientes recém-diagnosticados com mieloma múltiplo que são inelegíveis ao transplante autólogo de células-tronco.
- em combinação com lenalidomida e dexametasona ou bortezomibe e dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos um tratamento prévio.
- em combinação com carfilzomibe e dexametasona, para o tratamento de pacientes adultos com mieloma múltiplo que receberam de um a três tratamentos prévios.
- em monoterapia, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos três linhas de tratamento prévio, incluindo um inibidor de proteassoma (IP) e um agente imunomodulador, ou que foram duplamente refratários a um IP e um agente imunomodulador.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Mieloma Múltiplo recém-diagnosticado

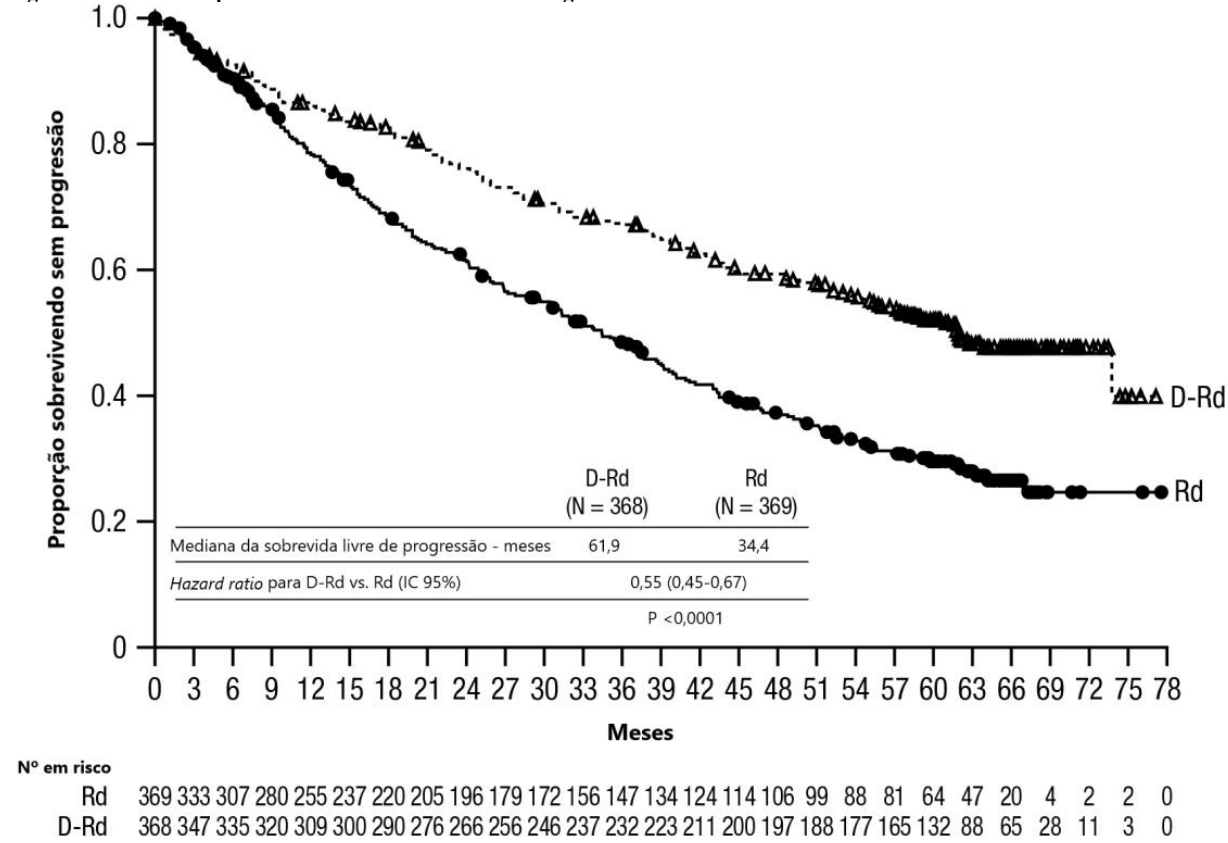
Terapia de combinação com lenalidomida e dexametasona (Rd) para pacientes ineligíveis ao transplante autólogo de células-tronco

O estudo clínico MMY3008, um estudo aberto, randomizado, controlado por ativo, de Fase 3, comparou o tratamento de **DALINVI**[®] 16 mg/kg em combinação com lenalidomida e baixa dose de dexametasona (DRd) ao tratamento com lenalidomida e baixa dose de dexametasona (Rd) em pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticados. Lenalidomida [25 mg uma vez ao dia, via oral, dos Dias 1 ao 21 em ciclos repetidos de 28 dias (4 semanas)] foi administrada com baixas doses de dexametasona oral ou intravenosa 40 mg por semana [ou uma dose reduzida de 20 mg por semana para pacientes acima de 75 anos ou com índice de massa corpórea (IMC) menor que 18,5]. Nos dias de infusão de **DALINVI**[®] a dose de dexametasona foi administrada como uma medicação pré-infusão. Ajustes de dose para lenalidomida e dexametasona foram aplicadas de acordo com as informações de prescrição dos fabricantes destes medicamentos. O tratamento foi continuado em ambos os braços até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

Um total de 737 pacientes foram randomizados: 368 no braço DRd e 369 no braço Rd. As características demográficas e da doença foram semelhantes entre os dois grupos de tratamento. A idade mediana foi 73 (variação: 45-90) anos, com 44% dos pacientes ≥ 75 anos de idade. A maioria era branca (92%), do sexo masculino (52%), 34% dos pacientes tinham *performance status* de acordo com o Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0,50% dos pacientes tinham ECOG de 1 e 17% tinham um ECOG ≥ 2. Vinte e sete por cento tinham estágio ISS I, 43% tinham estágio ISS II e 29% tinham estágio ISS III da doença. A eficácia foi avaliada através da sobrevida livre de progressão (SLP) com base no critério do Grupo Internacional de Trabalho em Mieloma (IMWG) e sobrevida global (SG).

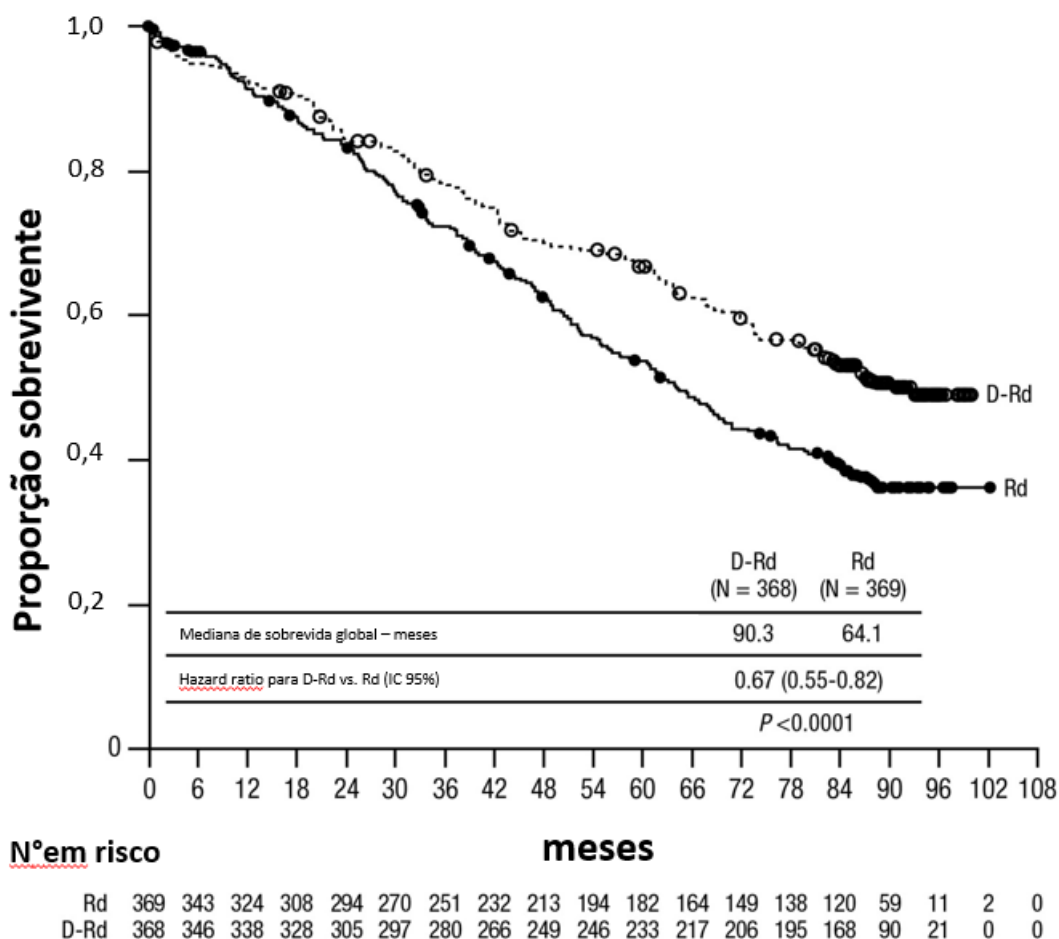
Com uma mediana de acompanhamento de 28 meses, a análise primária da SLP no estudo MMY3008 demonstrou uma melhora no braço DRd quando comparado ao braço Rd; a mediana da SLP não foi alcançada no braço DRd e foi de 31,9 meses no braço Rd (*hazard ratio* [HR] = 0,56; IC 95%: 0,43-0,73; p < 0,0001), representando uma redução de 44% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com DRd. Resultados de uma análise atualizada da SLP após uma mediana de acompanhamento de 64 meses continuaram demonstrando uma melhora na SLP para pacientes no braço DRd quando comparado ao braço Rd. A mediana da SLP foi de 61,9 meses no braço DRd e foi de 34,4 meses no braço Rd (HR = 0,55; IC 95%: 0,45-0,67; p < 0,0001), representando uma redução de 45% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com DRd.

Figura 1: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo MMY3008



Após uma mediana de acompanhamento de 56 meses, o braço DRd mostrou uma vantagem na SG sobre o braço Rd (HR=0,68; IC 95%: 0,53-0,86; p=0,0013), representando uma redução de 32% no risco de morte em pacientes tratados no braço DRd. Após uma mediana de acompanhamento de 89 meses, a mediana da SG foi 90,3 meses (IC 95%: 80,8, NE) no braço DRd e 64,1 meses (IC 95%: 56-70,8) no braço Rd. A taxa de sobrevivência em 84 meses foi de 53% (IC 95%: 48-58) no braço DRd e de 39% (IC 95%: 34-45) no braço Rd.

Figura 2: Curva de Kaplan-Meier da SG no Estudo MMY3008



Resultados adicionais de eficácia do Estudo MMY3008 são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1: Resultados de eficácia adicionais do Estudo MMY3008^a

	DRd (n=368)	Rd (n=369)
Resposta global (RCr+RC+RPMB+RP); n(%)	342 (92,9)	300 (81,3)
Valor de p ^b	<0,0001	
Resposta completa rigorosa (RCr) n(%)	112 (30,4)	46 (12,5)
Resposta completa (RC) n(%)	63 (17,1)	46 (12,5)
Resposta parcial muito boa (RPMB) n(%)	117 (31,8)	104 (28,2)
Resposta parcial (RP) n(%)	50 (13,6)	104 (28,2)
RC ou melhor (RCr + RC)	175 (47,6)	92 (24,9)
Valor de p ^b	< 0,0001	
RPMB ou melhor (RCr + RC + RPMB)	292 (79,3)	196 (53,1)
Valor de p ^b	< 0,0001	
Taxa de DRM negativa ^{a, c} n(%)	89 (24,2)	27 (7,3)
IC 95%	(19,9 - 28,9)	(4,9 - 10,5)

Odds ratio (IC 95%) ^d	4,04 (2,55 - 6,39)	
Valor de p ^e	< 0,0001	

DRd = daratumumabe-lenalidomida-dexametasona; Rd = lenalidomida-dexametasona; DRM= doença residual mínima; IC = intervalo de confiança.

^a Baseado na população com intenção de tratar

^b Valor de p a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

^c Baseado no limite de 10^{-5} .

^d É utilizada uma estimativa de Mantel-Haenszel do *odds ratio* comum para tabelas não estratificadas. Um *odds ratio* > 1 indica um vantagem para DRd.

^e Valor de p calculado a partir do teste exato de Fisher

Nos respondedores, a mediana do tempo de resposta foi de 1,05 meses (variação: 0,2 a 12,1 meses) no grupo com DRd e 1,05 meses (variação: 0,3 a 15,3 meses) no grupo com Rd. A duração mediana da resposta não foi alcançada no grupo com DRd e foi de 34,7 meses (IC 95%: 30,8 - não estimável) no grupo com Rd.

Terapia de combinação com bortezomibe, melfalana e prednisona (VMP) para pacientes ineligíveis ao transplante autólogo de células-tronco

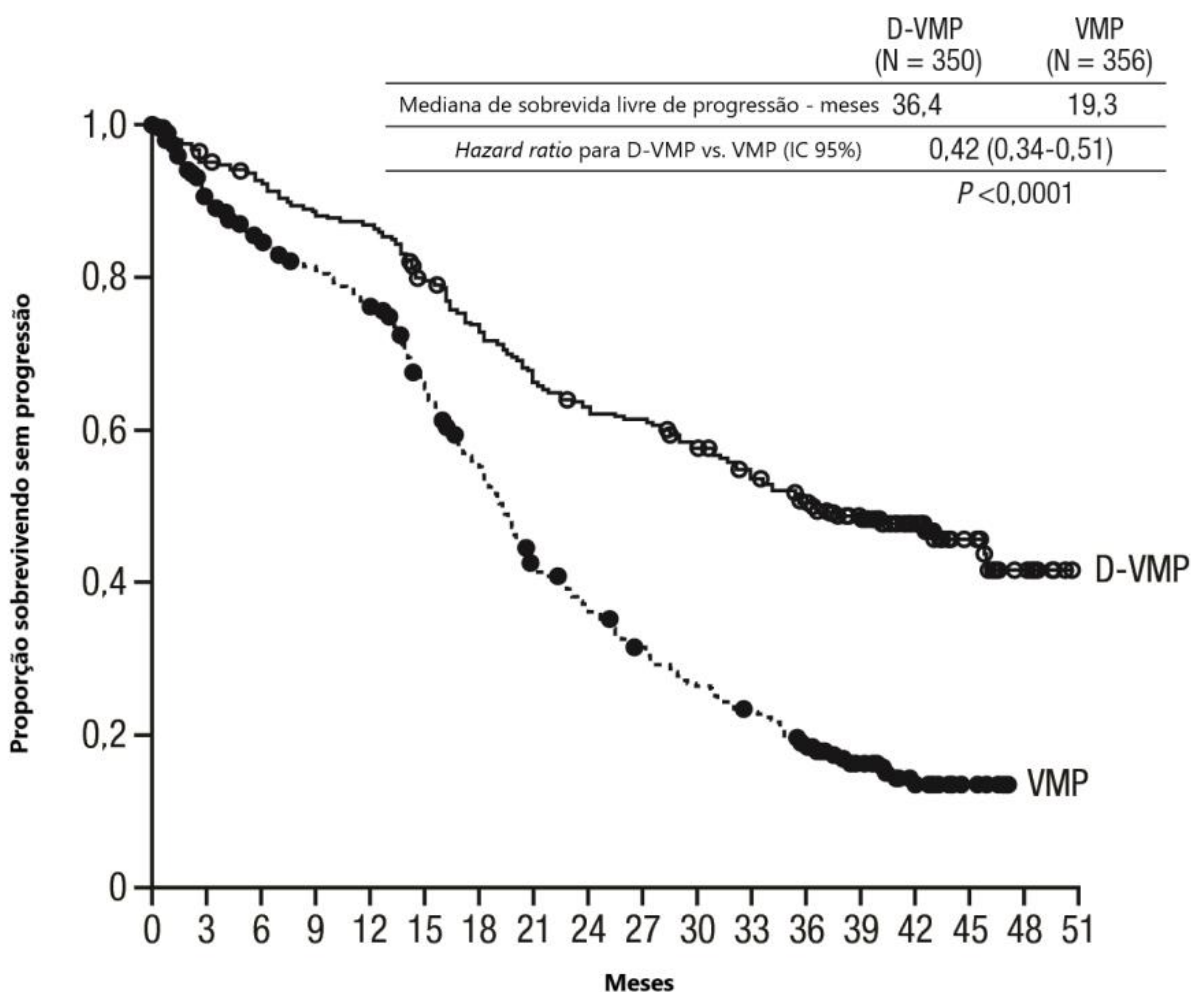
O estudo clínico MMY3007, um estudo aberto, randomizado, controlado por ativo, de Fase 3, comparou o tratamento com **DALINVI**[®] em combinação com bortezomibe, melfalana e prednisona (D-VMP) ao tratamento com VMP em pacientes com mieloma múltiplo recém diagnosticado. **DALINVI**[®] foi administrado na dose de 16 mg/kg IV, uma vez por semana no ciclo 1 (total de 6 doses), em seguida, a cada 3 semanas do ciclo 2 a 9 (total de 16 doses) e, em seguida, a cada 4 semanas, até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O bortezomibe foi administrado através de injeção subcutânea a uma dose de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal duas vezes por semana, nas semanas 1, 2, 4 e 5 no primeiro ciclo de 6 semanas (ciclo 1; 8 doses), seguido de uma vez por semana, nas semanas 1, 2, 4 e 5 por mais 8 ciclos de 6 semanas (ciclos 2-9; 4 doses por ciclo). A melfalana na dose de 9 mg/m² e prednisona 60 mg/m² foram administrados oralmente nos dias 1 a 4 de cada um dos 9 ciclos de 6 semanas (ciclos 1-9). No braço de D-VMP, em todas as infusões de **DALINVI**[®], a dexametasona foi administrada como pré-medicação. Nos dias em que a administração de prednisona coincidia com **DALINVI**[®] (dia 1 do ciclo), a prednisona foi substituída por dexametasona.

Um total de 706 pacientes foram randomizados, sendo 350 pacientes no braço D-VMP e 356 no braço VMP. As características basais demográficas e da doença eram semelhantes entre os dois grupos de tratamento. A mediana de idade dos pacientes foi de 71 anos (variação de 40 a 93 anos), com 30% dos pacientes ≥ 75 anos de idade. A maioria era branca (85%), do sexo feminino (54%), 25% dos pacientes tinham *performance status* de acordo com o ECOG de 0, 50% dos pacientes tinham ECOG de 1 e 25% tinham um ECOG de 2.

Os pacientes tinham mieloma do tipo IgG/IgA/cadeia leve em uma proporção de 64%/22%/10%, respectivamente, 19% tinham estágio ISS I, 42% tinham estágio ISS II e 38% tinham estágio ISS III da doença. A eficácia foi avaliada pela SLP e sobrevida global (SG) com base no critério do IMWG.

Com uma mediana de acompanhamento de 16,5 meses, a análise primária da SLP no estudo MMY3007 demonstrou uma melhora no braço D-VMP em comparação ao braço VMP; a mediana de sobrevida livre de progressão não foi alcançada no braço D-VMP e foi de 18,1 meses no braço VMP (*hazard ratio* [HR]=0,5; IC 95%: 0,38-0,65, valor de p < 0,0001), representando uma redução de 50% no risco de progressão da doença ou morte para os pacientes tratados com D-VMP. Resultados de uma análise atualizada da SLP, após uma mediana de acompanhamento de 40 meses, pacientes no braço D-VMP continuaram a demonstrar uma melhora na SLP comparado com o braço VMP. A mediana de SLP foi 36,4 meses no braço D-VMP e 19,3 meses no braço VMP (HR=0,42; IC 95%: 0,34-0,51, valor de p < 0,0001), representando uma redução de 58% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com D-VMP.

Figura 3: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo MMY3007

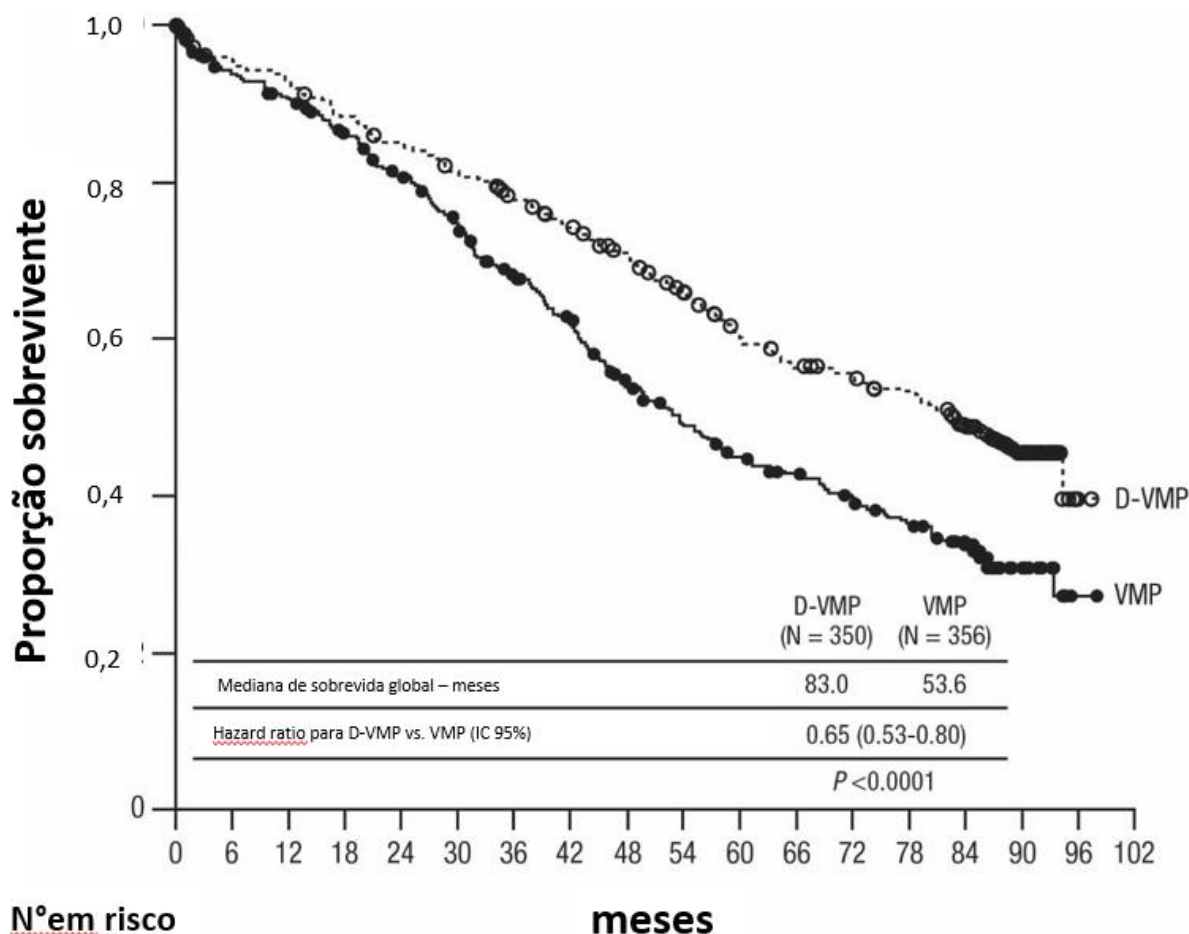


Nº em risco

VMP	356	304	278	263	246	207	171	128	110	93	78	67	51	29	15	7	0	0
D-VMP	350	322	312	298	292	265	243	220	207	202	188	173	160	113	63	26	9	0

Após uma mediana de acompanhamento de 40 meses, D-VMP demonstrou benefício significativo a respeito da SG contra o braço VMP (HR=0,60; IC 95%: 0,46-0,80, valor de p=0,0003), representando 40% de redução no risco de morte em pacientes tratados no braço D-VMP. Após uma mediana de acompanhamento de 87 meses, a mediana da SG foi 83 meses (IC 95%: 72,5, NE) no braço D-VMP e 53,6 meses (IC 95%: 46,3-60,9) no braço VMP.

Figura 4: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Global no Estudo MMY3007



N°em risco	meses																	
	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	102
VMP	356	323	311	291	268	242	217	197	167	148	133	124	113	102	79	27	1	0
D-VMP	350	327	318	301	288	275	258	244	227	205	183	171	164	154	128	42	1	0

Os resultados de eficácia adicionais do estudo MMY3007 são apresentados na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2: Resultados de eficácia adicionais do Estudo MMY3007

	D-VMP (n=350)	VMP (n=356)
Resposta global (RCr+RC+RPMB+RP) ^a ; n(%)	318 (90,9)	263 (73,9)
Valor de p ^b	< 0,0001	
Resposta completa rigorosa (RCr) n(%)	63 (18,0)	25 (7,0)
Resposta completa (RC) n(%)	86 (24,6)	62 (17,4)
Resposta parcial muito boa (RPMB) n(%)	100 (28,6)	90 (25,3)
Resposta parcial (RP) n(%)	69 (19,7)	86 (24,2)
Taxa de DRM negativa ^{a,c} n(%)	78 (22,3)	22 (6,2)
IC 95% (%)	(18,0 - 27,0)	(3,9 - 9,2)
Odds ratio (IC 95%) ^d	4,36 (2,64 - 7,21)	
Valor de p ^d	< 0,0001	
Taxa de DRM negativa em pacientes com resposta completa ou melhor ^c n(%)	74 (49,7)	22 (25,3)
IC 95% (%)	(41,4 - 58,0)	(16,6 - 35,7)

D-VMP = daratumumabe-bortezomibe-melfalana-prednisona; VMP = bortezomibe-melfalana-prednisona; DRM=doença residual mínima; IC = intervalo de confiança.

^a Baseado na população com intenção de tratar

^b Valor de p a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

^c Baseado no limiar de 10^{-5} .

^d É utilizada uma estimativa de Mantel-Haenszel do *odds ratio* comum para tabelas estratificadas. Um *odds ratio* > 1 indica um vantagem para D-VMP.

^e Valor de p calculado a partir do teste exato de Fisher

Nos respondedores, o tempo mediano para resposta foi de 0,79 meses (intervalo: 0,4 a 15,5 meses) no grupo D-VMP e 0,82 meses (intervalo: 0,7 a 12,6 meses) no grupo VMP. A mediana de duração da resposta não foi alcançada no grupo D-VMP e foi de 21,3 meses (intervalo: 18,4; não estimável) no grupo VMP.

Terapia de combinação com bortezomibe, talidomida e dexametasona para pacientes elegíveis ao transplante autólogo de células-tronco (TACT)

O estudo clínico MMY3006, um estudo aberto, randomizado, controlado por ativo, de Fase 3, comparou o tratamento nas fases de indução e consolidação com **DALINVI**[®] 16 mg/kg em combinação com bortezomibe, talidomida e dexametasona (DVTd) ao tratamento com bortezomibe, talidomida e dexametasona (VTd) em pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado e elegíveis ao transplante autólogo de células-tronco (TACT). A fase de consolidação do tratamento começou no mínimo 30 dias após o TACT, quando o paciente tinha se recuperado o suficiente e a pega da medula óssea estava completa.

O bortezomibe foi administrado via injeção subcutânea (SC) ou intravenosa (IV) na dose de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal duas vezes por semana durante duas semanas (Dias 1, 4, 8 e 11) de ciclos repetidos de 28 dias (4 semanas) do tratamento de indução (Ciclos 1 a 4) e por dois ciclos de consolidação (Ciclos 5 e 6), após o transplante autólogo de células-tronco (TACT), realizado após o Ciclo 4. A talidomida foi administrada via oral 100 mg diariamente durante os 6 ciclos de bortezomibe. A dexametasona (via oral ou intravenosa) foi administrada 40 mg nos Dias 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 e 23 nos ciclos 1 e 2, e a 40 mg nos Dias 1 e 2 e 20 mg nos dias subsequentes (Dias 8, 9, 15 e 16) nos ciclos 3 e 4. A dexametaxona 20 mg foi administrada nos Dias 1, 2, 8, 9, 15 e 16 nos ciclos 5 e 6. Nos dias de infusão de **DALINVI**[®], a dose de dexametasona foi administrada via intravenosa como uma medicação pré-infusão. Ajustes de dose de bortezomibe, talidomida e dexametasona foram aplicados de acordo com as informações de prescrição dos fabricantes dos medicamentos.

Um total de 1085 pacientes foram randomizados: 543 no braço de DVTd e 542 no braço de VTd. As características demográficas e da doença foram semelhantes entre os dois grupos de tratamento. A idade mediana foi 58 (variação: 22 a 65 anos). A maioria era do sexo masculino (59%), 48% dos pacientes tinham performance status de acordo com o ECOG de 0, 42% dos pacientes tinham ECOG de 1 e 10% dos pacientes tinham ECOG de 2. 40% tinham estágio ISS I, 45% tinham estágio ISS II e 15% tinham estágio ISS III da doença.

Eficácia foi avaliada através da taxa de resposta completa rigorosa (RCr) no Dia 100 após o transplante.

Tabela 3: Resultados de eficácia do Estudo MMY3006^a

	DVTd (n=543)	VTd (n=542)	Valor de p ^b
Avaliação da resposta no Dia 100 após transplante			
Resposta completa rigorosa (RCr)	157 (28,9)	110 (20,3)	0,0010
RC ou melhor (RCr + RC)	211 (38,9)	141 (26,0)	<0,0001
Resposta parcial muito boa ou melhor (RCr + RC + RPMB)	453 (83,4)	423 (78,0)	
Taxa de resposta geral (RCr + RC + RPMB + RP)	503 (92,6)	487 (89,9)	
Taxa de DRM negativa ^c n(%)	346 (63,7)	236 (43,5)	<0,0001
IC 95% (%)	(59,5 - 67,8)	(39,3 - 47,8)	
<i>Odds ratio</i> (IC 95%) ^d	2,27 (1,78 - 2,90)		
Taxa de DRM negativa ^c n(%)	183 (33,7)	108 (19,9)	<0,0001
IC 95% (%)	(29,7 - 37,9)	(16,6 - 23,5)	
<i>Odds ratio</i> (IC 95%) ^d	2,06 (1,56 - 2,72)		

D-VTd=daratumumabe-bortezomibe-talidomida-dexametasona; VTd=bortezomibe-talidomida-dexametasona; DRM=doença residual mínima; IC=intervalo de confiança;

^a Baseado na População com intenção de tratar;

^b Valor de p a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel;

^c Baseado no limite de 10^{-5}

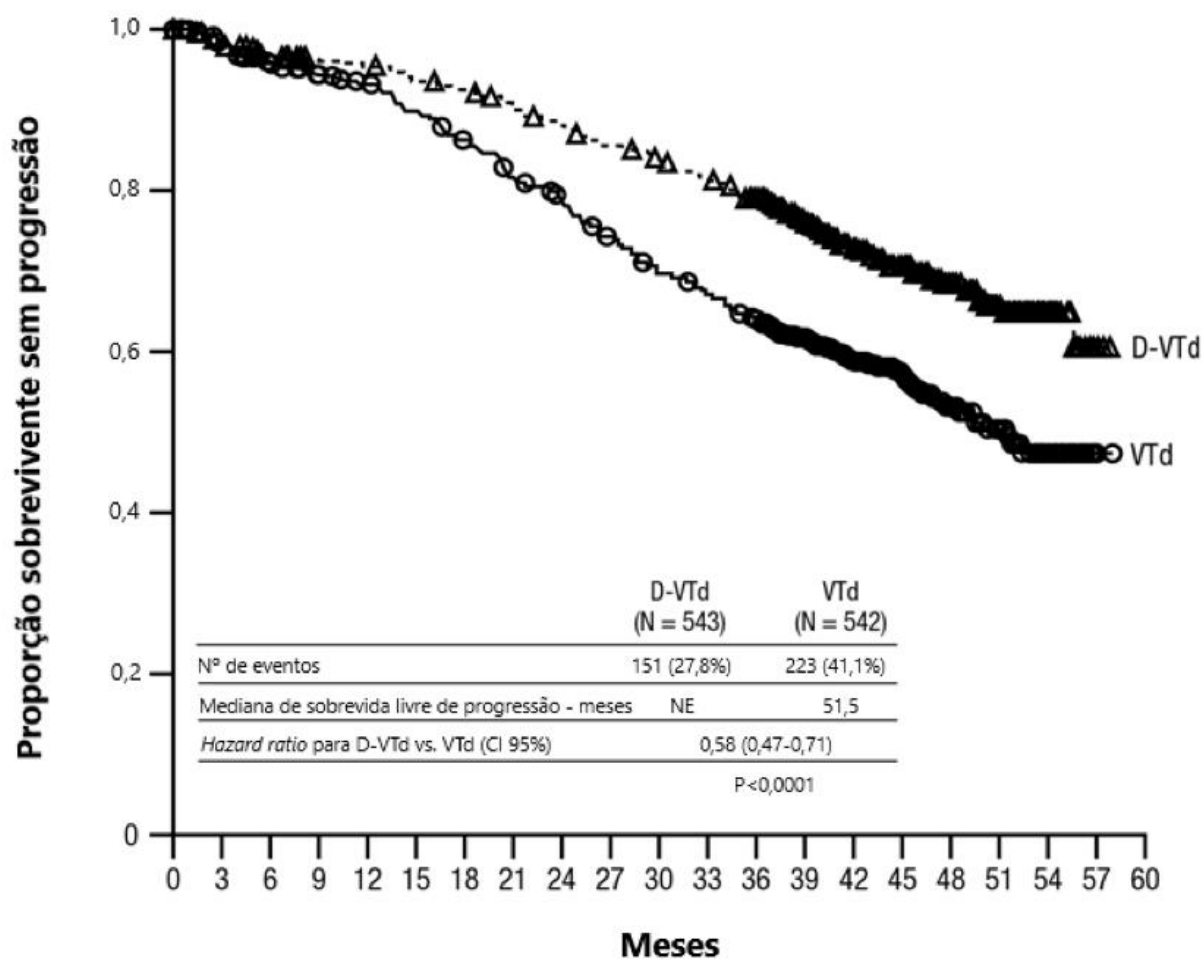
^d É utilizada uma estimativa de Mantel-Haenszel do *odds ratio* comum para tabelas estratificadas.

^e Apenas inclui pacientes que atingiram DRM negativa (limite de 10^{-5}) e RC ou melhor

Com uma duração mediana de acompanhamento de 18,8 meses, a mediana da SG não foi atingida. Quarenta e seis mortes foram observadas até o ponto de corte clínico (14 DVTd e 32 VTd). HR para SG foi de 0,43 (IC 95%: 0,23, 0,80).

Com uma mediana de acompanhamento de 18,8 meses, a análise primária da SLP no Estudo MMY3006 demonstrou uma melhora na sobrevida livre de progressão (SLP) no braço DVTd quando comparado ao braço VTd; a mediana de SLP não foi atingida em nenhum braço. O tratamento com DVTd resultou em uma redução no risco de progressão ou morte de 53% comparado ao VTd sozinho (HR = 0,47; IC 95%: 0,33 – 0,67; $p < 0,0001$). Resultados de uma análise atualizada da SLP após uma mediana de acompanhamento de 44,5 meses continuaram demonstrando uma melhora na SLP para pacientes no braço DVTd quando comparado ao braço VTd. A mediana da SLP não foi alcançada no braço DVTd e foi de 51,5 meses no braço VTd (HR = 0,58; IC 95%: 0,47-0,71; $p < 0,0001$), representando uma redução de 42% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com DVTd.

Figura 5: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo MMY3006



Nº em risco

VTd	542	522	499	483	472	454	434	409	391	368	345	330	312	250	191	142	90	60	26	2	0
D-VTd	543	524	507	499	495	485	478	463	452	438	426	413	395	318	237	171	119	76	29	4	0

Mieloma Múltiplo recidivado/refratário

Terapia de combinação com lenalidomida e dexametasona

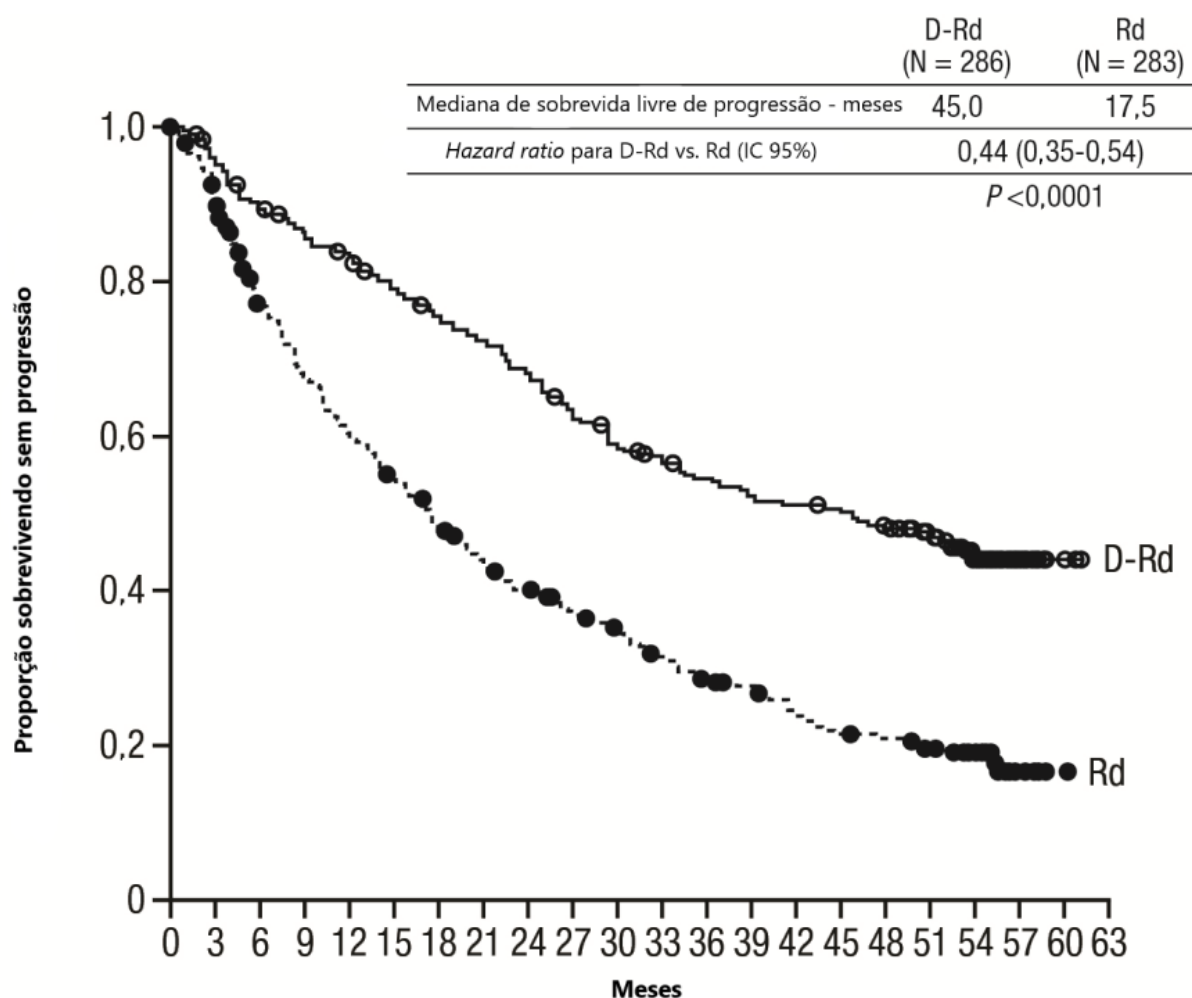
O estudo clínico MMY3003, um estudo aberto, randomizado, controlado por ativo, de Fase 3, comparou o tratamento com 16 mg/kg de **DALINVI**® em combinação com lenalidomida e baixa dose de dexametasona (DRd), ao tratamento com lenalidomida e baixa dose de dexametasona (Rd), em pacientes com mieloma múltiplo que haviam recebido pelo menos um tratamento prévio. A lenalidomida [25 mg, uma vez ao dia, nos Dias 1-21 em ciclos repetidos de 28 dias (4 semanas)] foi administrada com baixa dose de dexametasona oral ou 40 mg/semana por via intravenosa [ou uma dose reduzida de 20 mg/semana para pacientes com mais de 75 anos de idade ou índice de massa corpórea (IMC) < 18,5]. Nos dias de infusão de **DALINVI**®, 20 mg de dexametasona foram administradas como medicação pré-infusão. Os ajustes de dose para a lenalidomida e dexametasona foram feitos conforme orientações descritas em bula desses medicamentos. O tratamento continuou em ambos os braços até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

Um total de 569 pacientes foram randomizados, sendo 286 para o braço DRd e 283 para o braço Rd. A demografia basal da população e características da doença foram semelhantes entre os braços de **DALINVI**® e do grupo controle. A idade mediana do paciente foi de 65 anos (variação de 34 a 89 anos), 11% tinham ≥ 75 anos, 59% eram homens; 69% caucasianos, 18% asiáticos e 3% afro-americanos. Os pacientes haviam recebido uma mediana de 1 linha de tratamento prévio. Sessenta e três por cento (63%) dos pacientes tinham recebido transplante autólogo de células tronco (TACT). A maioria dos pacientes (86%) receberam previamente um inibidor de proteassoma (IP), 55% dos pacientes

havia recebido previamente um agente imunomodulador (IMiD), incluindo 18% dos pacientes que tinham recebido lenalídomida previamente e 44% dos pacientes haviam recebido tratamento prévio com inibidores de proteassoma e agentes imunomoduladores. No nível basal, 27% dos pacientes eram refratários à última linha de tratamento, 18% dos pacientes eram refratários somente ao inibidor de proteassoma e 21% eram refratários ao bortezomibe. A eficácia foi avaliada pela sobrevida livre de progressão com base nos critérios do IMWG e sobrevida global (SG).

Com uma mediana de acompanhamento de 13,5 meses, a análise primária da sobrevida livre de progressão (SLP) no estudo MMY3003 demonstrou uma melhora no braço DRd, quando comparado ao braço Rd. A mediana de SLP não foi atingida no braço DRd e foi de 18,4 meses no braço Rd [hazard ratio (HR) = 0,37; IC de 95%: 0,27; 0,52; p < 0,0001] representando 63% de redução no risco de progressão da doença ou morte nos pacientes tratados com DRd. Resultados de uma análise atualizada da SLP, após uma mediana de acompanhamento de 55 meses, pacientes no braço DRd continuaram a demonstrar uma melhora na SLP em comparação com pacientes do braço Rd. A mediana de SLP foi 45 meses no braço DRd e 17,5 meses no braço Rd (HR=0,44; IC 95%: 0,35-0,54; valor de p < 0,0001), representando uma redução de 56% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com DRd.

Figura 6: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo MMY3003



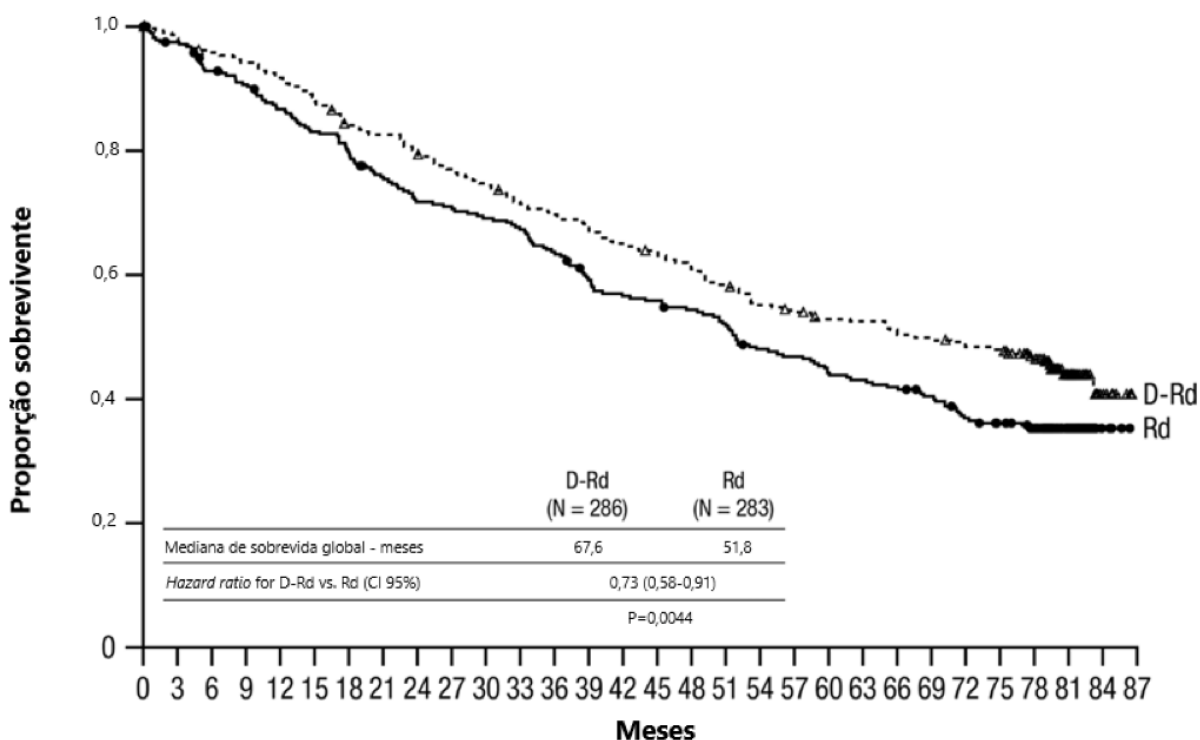
N° em risco

Rd	283	249	206	181	160	144	127	112	102	91	83	75	66	63	53	48	45	40	28	5	1	0
D-Rd	286	266	249	238	229	215	204	195	184	168	156	151	143	136	134	131	125	115	76	16	3	0

Após uma mediana de acompanhamento de 80 meses, o braço DRd mostrou uma vantagem na SG sobre o braço Rd (HR=0,73; IC 95%: 0,58-0,91; p=0,0044), representando uma redução de 27% no risco de morte em pacientes tratados no braço DRd. A mediana da SG foi de 67,6 meses

no braço DRd e de 51,8 meses no braço Rd. A taxa de sobrevivência em 78 meses foi de 47% (IC 95%: 41-52) no braço DRd e de 35% (IC 95%: 30-41) no braço Rd.

Figura 7: Curva de Kaplan-Meier da SG no Estudo MMY3003



Nº em risco

Rd	283	273	258	251	239	229	220	206	196	194	189	184	174	160	153	151	145	138	127	124	117	114	111	105	95	90	81	31	4	0
D-Rd	286	277	271	266	260	250	236	231	222	215	207	198	193	186	180	175	168	160	151	147	141	140	136	133	130	127	111	40	8	0

Os resultados de eficácia adicionais do estudo MMY3003 são apresentados na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4: Resultados de eficácia adicionais do Estudo MMY3003

Número de pacientes com resposta avaliável	DRd (n=281)	Rd (n=276)
Resposta global (sCR+CR+VGPR+PR) n(%)	261 (92,9)	211 (76,4)
Valor de p ^a	< 0,0001	
Resposta completa rigorosa (sCR)	51 (18,1)	20 (7,2)
Resposta completa (CR)	70 (24,9)	33 (12,0)
Resposta parcial muito boa (VGPR)	92 (32,7)	69 (25,0)
Resposta parcial (PR)	48 (17,1)	89 (32,2)
Mediana de tempo para a resposta [meses (IC de 95%)]	1,0 (1,0 - 1,1)	1,3 (1,1 - 1,9)
Mediana de duração da resposta [meses (IC de 95%)]	NE (NE - NE)	17,4 (17,4 - NE)
Taxa de DRM negativa (IC de 95%) ^b (%)	21,0 (16,4 - 26,2)	2,8 (1,2 - 5,5)
Odds ratio (IC 95%) ^c	9,31 (4,31 - 20,09)	
Valor de p ^d	<0, 0001	

DRd = daratumumabe-lenalidomida-dexametasona; Rd = lenalidomida-dexametasona; DRM= doença residual mínima; IC = intervalo de confiança; NE = não estimável.

^a Valor de p a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

^b Baseado na população com Intenção de Tratar (ITT) e limiar de 10⁻⁵.

^c Foi usada uma estimativa Mantel-Haenszel do odds ratio comum. Um odds ratio > 1 indica uma vantagem favorável ao DRd.

^d Valor de p é a partir de teste exato de Fisher.

Terapia de combinação com bortezomibe e dexametasona

O estudo clínico MMY3004, um estudo aberto, randomizado, controlado por ativo, de Fase 3, comparou o tratamento com 16 mg/kg de DALINVI® em combinação com o bortezomibe e dexametasona (DVd) ao tratamento com bortezomibe e dexametasona (Vd) em pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos um tratamento prévio. O bortezomibe foi administrado através de injeção subcutânea ou

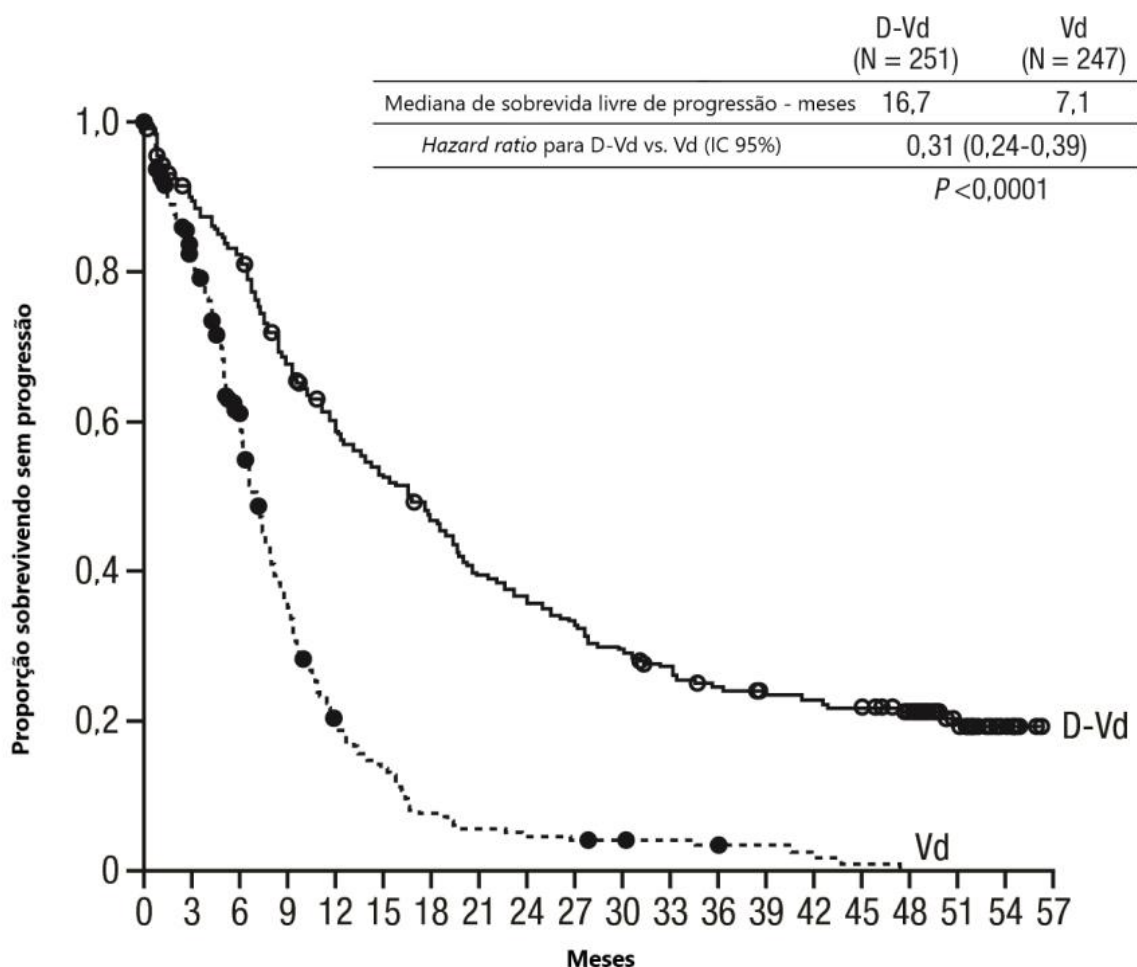
injeção intravenosa em uma dose de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana por duas semanas (Dias 1, 4, 8 e 11) em ciclos de tratamento repetidos de 21 dias (3 semanas), por um total de 8 ciclos. A dexametasona foi administrada por via oral a uma dose de 20 mg nos Dias 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 e 12 dos 8 ciclos de bortezomibe (80 mg/semana para 2 de cada 3 semanas de cada ciclo de bortezomibe) ou uma dose reduzida de 20 mg/semana para pacientes > 75 anos, IMC < 18,5, com diabetes melitus mal controlada ou intolerância prévia ao tratamento com esteroides. Nos dias de infusão de **DALINVI**[®], a dose de 20 mg de dexametasona foi administrada como uma medicação pré-infusão. Para os pacientes em dose reduzida de dexametasona, a dose completa de 20 mg foi administrada como uma medicação pré-infusão de **DALINVI**[®].

Ajustes de dose para bortezomibe e dexametasona foram feitos conforme orientações presentes nas bulas desses produtos.

Um total de 498 pacientes foram randomizados, sendo 251 pacientes no braço DVd e 247 no braço Vd. As características basais demográficas e da doença eram semelhantes entre os braços de **DALINVI**[®] e do grupo controle. A mediana de idade dos pacientes foi de 64 anos (variação de 30 a 88 anos), 12% tinham ≥ 75 anos de idade, 57% eram homens; 87% caucasianos, 5% asiáticos e 4% afro-americanos. Os pacientes haviam recebido uma mediana de 2 linhas de tratamentos prévios e 61% dos pacientes tinham recebido transplante autólogo de células tronco (TACT). Sessenta e nove por cento (69%) dos pacientes haviam recebido previamente inibidores de proteassoma (66% receberam bortezomibe) e 76% dos pacientes receberam agentes imunomoduladores (42% receberam lenalidomida). No nível basal, 32% dos pacientes eram refratários à última linha de tratamento e as proporções de pacientes refratários a qualquer tratamento específico prévio estavam bem equilibradas entre os grupos de tratamento. Trinta e três por cento (33%) dos pacientes eram refratários somente aos agentes imunomoduladores e 28% eram refratários à lenalidomida. A eficácia foi avaliada pela SLP com base no critério do IMWG e sobrevida global (SG).

Com uma mediana de acompanhamento de 7,4 meses, a análise primária da sobrevida livre de progressão no estudo MMY3004 demonstrou uma melhora no braço DVd em comparação ao braço Vd. A mediana de sobrevida livre de progressão não foi alcançada no braço DVd e foi de 7,2 meses no braço Vd (HR = 0,39; IC 95%: 0,28 - 0,53, valor de p < 0,0001), representando uma redução de 61% no risco de progressão da doença ou morte para os pacientes tratados com DVd versus Vd. Resultados de uma análise atualizada da SLP, após uma mediana de acompanhamento de 50 meses, pacientes no braço DVd continuaram a demonstrar uma melhora na SLP comparada com os pacientes do braço Vd. A mediana de SLP foi 16,7 meses no braço DVd e 7,1 meses no braço Vd (HR = 0,31; IC 95%: 0,24 - 0,39, valor de p < 0,0001), representando uma redução de 69% no risco de progressão da doença ou morte em pacientes tratados com DVd comparado ao Vd.

Figura 8: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo MMY3004

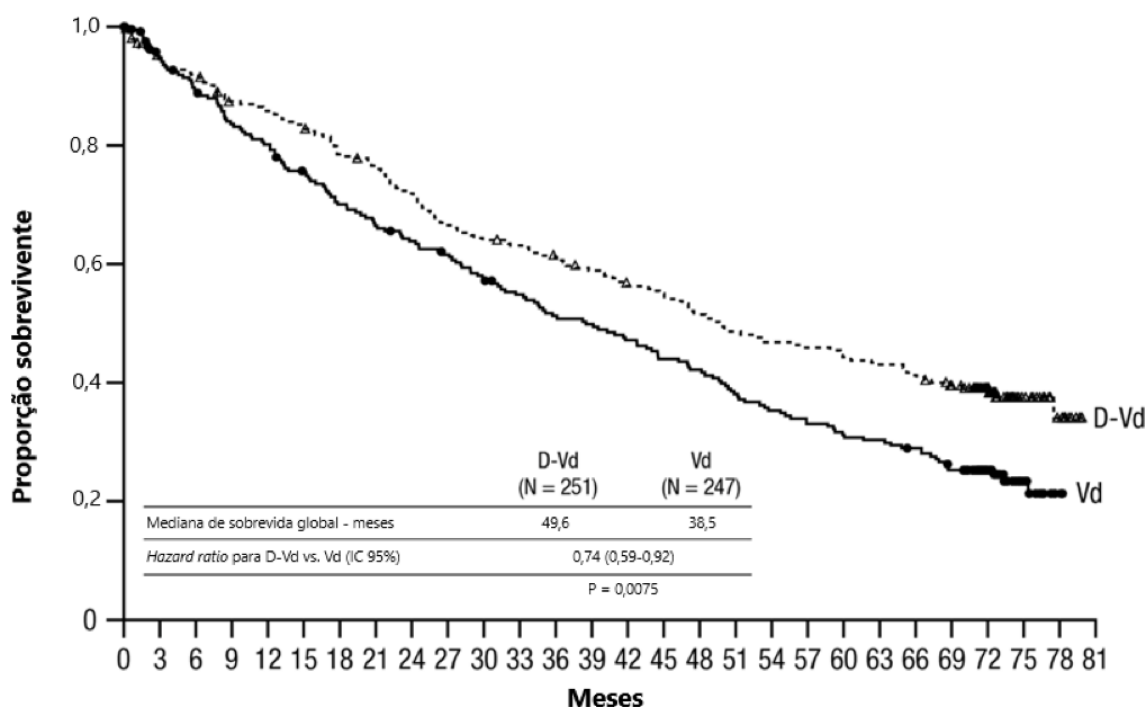


N° em risco

Vd	247	182	129	74	39	27	15	11	9	8	7	6	5	4	2	1	0	0	0	0
D-Vd	251	215	198	161	138	123	109	92	85	77	68	61	54	50	48	46	38	20	7	0

Após uma mediana de acompanhamento de 73 meses, o braço DVd mostrou uma vantagem na SG sobre o braço Vd (HR=0,74; IC 95%: 0,59-0,92; p=0,0075), representando uma redução de 26% no risco de morte em pacientes tratados no braço DVd. A mediana da SG foi de 49,6 meses no braço DVd e de 38,5 meses no braço Vd. A taxa de sobrevivência em 72 meses foi de 39% (IC 95%: 33-45) no braço DVd e de 25% (IC 95%: 20-31) no braço Vd.

Figura 9: Curva de Kaplan-Meier da SG no Estudo MMY3004



Nº em risco

Vd	247	219	206	192	184	172	159	151	144	138	129	121	113	110	104	97	93	84	78	73	68	67	63	54	34	13	2	0
D-Vd	251	231	225	211	207	201	189	182	172	159	154	150	144	138	132	128	120	113	109	107	103	100	96	88	54	24	9	0

Os resultados de eficácia adicionais do estudo MMY3004 são apresentados na Tabela 5, a seguir:

Tabela 5: Resultados de eficácia adicionais do Estudo MMY3004

Número de pacientes com resposta avaliável	DVd (n=240)	Vd (n=234)
Resposta global (RCr+RC+RPMB+RP) n(%)	199 (82,9)	148 (63,2)
Valor de p ^a	< 0,0001	
Resposta completa rigorosa (RCr)	11 (4,6)	5 (2,1)
Resposta completa (RC)	35 (14,6)	16 (6,8)
Resposta parcial muito boa (RPMB)	96 (40,0)	47 (20,1)
Resposta parcial (RP)	57 (23,8)	80 (34,2)
Mediana de tempo para resposta [meses (variação)]	0,9 (0,8 - 1,4)	1,6 (1,5 - 2,1)
Mediana de duração de resposta [meses (IC de 95%)]	NE (11,5 - NE)	7,9 (6,7 - 11,3)
Taxa de DRM negativa (IC de 95%) ^b (%)	8,8 (5,6 - 13,0)	1,2 (0,3 - 3,5)
Odds ratio (IC de 95%) ^c	9,04 (2,53 - 32,21)	
Valor de p ^d	0,0001	

DVd = daratumumabe- bortezumibe-dexametasona; Vd = bortezumibe-dexametasona; DRM= doença residual mínima; IC = intervalo de confiança; NE = inestimável.

^a Valor de p calculado a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

^b Baseado na população com Intenção de Tratar e limite de 10⁻⁵.

^c Foi usada uma estimativa Mantel-Haenszel do odds ratio comum. Um odds ratio > 1 indica uma vantagem favorável ao DVd.

^d Valor de p calculado a partir de teste exato de Fisher.

Terapia de combinação com carfilzomibe (20/56 mg/m²) e dexametaxona duas vezes por semana

O Estudo 20160275 (CANDOR), um estudo de fase 3 randomizado, controlado e ativo, em regime aberto, comparou o tratamento com DALINVI® 16 mg/kg em combinação com carfilzomibe e dexametasona (DKd) ao tratamento com carfilzomibe e dexametasona (Kd) em pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos de uma a três linhas prévias de terapia.

O carfilzomibe foi administrado como infusão intravenosa duas vezes por semana nos dias 1, 2, 8, 9, 15 e 16 de ciclos repetidos de tratamento de 28 dias (4 semanas). A dose de carfilzomibe foi de 20 mg/m² no Ciclo 1, Dias 1 e 2 e 56 mg/m², iniciando no Ciclo 1, Dia 8 e depois.

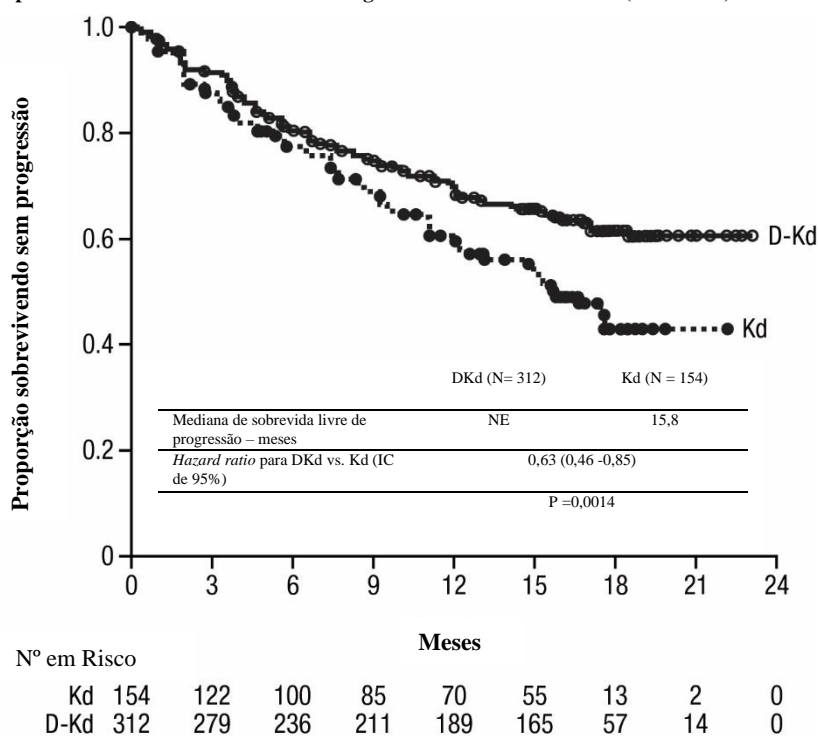
A dexametasona foi administrada por via oral ou por infusão intravenosa na dose de 40 mg por semana. A dexametasona foi administrada como uma infusão intravenosa nos dias de infusão de carfilzomibe e/ou DALINVI® intravenoso. Nos dias de infusão de DALINVI® e/ou carfilzomibe, 20 mg da dose de dexametasona foram administrados via intravenosa como medicamento de pré-infusão. Os 20 mg restantes de dexametasona

foram administrados via intravenosa em um dia sucessivo de infusões de carfilzomibe e/ou **DALINVI**[®]. Para pacientes > 75 anos com uma dose reduzida de 20 mg de dexametasona, a dose total de 20 mg foi administrada como um medicamento de pré-infusão de **DALINVI**[®]. Os ajustes de dose para carfilzomibe e dexametasona foram aplicados de acordo com as informações de prescrição do fabricante. O tratamento foi continuado em ambos os braços até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

Um total de 466 pacientes foram randomizados: 312 no braço DKd e 154 no braço Kd. As características demográficas e da doença da linha de base foram semelhantes entre o **DALINVI**[®] e o braço de controle. A idade mediana dos pacientes foi de 64 anos (variação de 29 a 84 anos), 9% tinham ≥ 75 anos, 58% eram do sexo masculino; 79% caucasianos, 14% asiáticos e 2% afro-americanos. Os pacientes haviam recebido uma mediana de 2 linhas de terapia anteriores e 58% dos pacientes haviam recebido transplante autólogo de células-tronco (TACT). A maioria dos pacientes (92%) recebeu um IP prévio e desses 34% eram refratários ao IP, incluindo o regime. Quarenta e dois por cento (42%) dos pacientes haviam recebido lenalidomida prévia e desses, 33% eram refratários a um regime contendo lenalidomida.

A eficácia foi avaliada pela SLP com base nos critérios do IMWG. O estudo 20160275 (CANDOR) demonstrou uma melhora na SLP no braço DKd em comparação com o braço Kd; a SLP mediana não foi alcançada no braço DKd e foi de 15,8 meses no braço Kd [razão de risco (HR) = 0,630; IC 95%: 0,464, 0,854; p=0,0014], representando 37% de redução no risco de progressão da doença ou morte de pacientes tratados com DKd versus Kd. A melhora da SLP observada na população ITT também foi observada em pacientes refratários à lenalidomida.

Figura 10: Curva de Kaplan-Meier da Sobrevida Livre de Progressão no Estudo 20160275 (CANDOR)



Após um acompanhamento mediano de 17,1 meses, foram observadas 95 mortes [N = 59 (19%) no grupo DKd e N = 36 (23%) no grupo Kd]. Os dados gerais de sobrevida (SG) não estavam maduros. No entanto, houve uma tendência de SG mais longa no braço DKd em comparação com o braço Kd (HR = 0,745; IC 95%: 0,491, 1,131; p=0,0836).

Resultados adicionais de eficácia de CANDOR são apresentados na Tabela 6 abaixo.

Tabela 6: Resultados adicionais de eficácia de CANDOR

	DKd (N=312)	Kd (N=154)
Resposta Global (RCr+RC+RPMB+RP) n(%) ^{a, b}	263 (84,3%)	115 (74,7%)
Valor de P ^c	0,0040	
Resposta Completa (RC) ^d	89 (28,5%)	16 (10,4%)
DRM [-] RC ^e	43 (13,8%)	5 (3,2%)
Resposta Parcial Muito Boa (RPMB)	127 (40,7%)	59 (38,3%)
Resposta Parcial (RP)	47 (15,1%)	40 (26,0%)
Taxa de DRM [-] RC em 12 months n(%) ^{a, b, e}	39 (12,5%)	2 (1,3%)
IC 95% (%)	(9,0; 16,7)	(0,2; 4,6)
Valor de p ^c	<0,0001	

DKd = daratumumabe-carfilzomibe-dexametasona; Kd = carfilzomibe-dexametasona; DRM [-] RC = doença residual mínima; IC = intervalo de confiança

^a Baseado na população com Intenção de Tratar

^b Respostas com base nas avaliações do CRI

^c Valor de p a partir do teste Qui-quadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

^d RCr não pôde ser diferenciado devido à falta de razão kappa / lambda pela IHC

^e DRM[-]CR (em um nível de 10⁻⁵) é definido como a obtenção de RC por status IMWG-URC e DRM [-], conforme avaliado pelo ensaio de sequenciamento de próxima geração (ClonoSEQ)

Nos pacientes respondedores, o tempo mediano de resposta foi de 1 mês (intervalo: 1 a 14 meses) no grupo DKd e 1 mês (intervalo: 1 a 10 meses) no grupo Kd. A duração mediana da resposta não foi alcançada no grupo DKd e foi de 16,6 meses (IC 95%: 13,9, não estimável) no grupo Kd.

Terapia de combinação com carfilzomibe (20/70 mg/m²) e dexametaxona uma vez por semana

O estudo MMY1001 foi um estudo aberto em que 85 pacientes com mieloma múltiplo que haviam recebido pelo menos uma terapia anterior receberam 16 mg/kg de DALINVI[®] em combinação com carfilzomibe e baixa dose de dexametasona até a progressão da doença. O carfilzomibe foi administrado como infusão intravenosa uma vez por semana a uma dose de 20 mg/m² no Ciclo 1 dia 1 e foi aumentado para a dose de 70 mg/m² no ciclo 1 dias 8 e 15 e dias 1, 8 e 15 dos ciclos subsequentes. Dexametasona foi administrada em 40 mg (indivíduos ≤ 75 anos) ou 20 mg (indivíduos > 75 anos) por semana. Para a primeira dose dividida de DALINVI[®], a dexametasona foi administrada nos dias 1 e 2 antes das infusões de DALINVI[®]. Durante outras semanas de infusão de DALINVI[®], a dexametasona foi administrada em dias de infusão na dose de 20 mg antes da infusão de DALINVI[®] e 20 mg no dia após a infusão de DALINVI[®].

A idade mediana dos pacientes foi de 66 anos (variação: 38 a 85 anos), com 9% dos pacientes com idade igual ou superior a 75 anos. Os pacientes do estudo receberam uma mediana de 2 linhas de terapia anteriores. Setenta e três por cento (73%) dos pacientes haviam realizado TACT anterior. Todos os pacientes receberam bortezomibe anterior e 95% dos pacientes receberam lenalidomida prévia. Sessenta por cento (60%) dos pacientes eram refratários à lenalidomida e 29% dos pacientes eram refratários tanto a IP quanto a IMiD.

Os resultados da eficácia foram baseados na taxa de resposta global usando os critérios do IMWG, apresentados na Tabela 7 a seguir:

Tabela 7: Resultados de eficácia do MMY1001 (braço DKd)

Número de pacientes	n=85
Taxa de resposta global (TRG) n(%)	69 (81,2%)
IC 95% (%)	(71,2; 88,8)
Resposta completa rigorosa (RCr)	18 (21,2%)
Resposta completa (RC)	12 (14,1%)
Resposta parcial muito boa (RPMB)	28 (32,9%)
Resposta parcial (RP)	11 (12,9%)

TRG = RCr + RC + RPMB + RP

IC = Intervalo de Confiança

A duração mediana da resposta foi de 28 meses (IC 95%: 20,5, inestimável). A SLP mediana foi de 26 meses (IC 95%: 14,8, NE), após um acompanhamento mediano de 24 meses. A sobrevida global mediana não foi alcançada. A taxa de sobrevida de 24 meses foi de 71%.

Monoterapia

A eficácia e a segurança de DALINVI[®] em monoterapia para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo refratário ou recidivado, para os quais a terapia prévia incluiu um inibidor de proteassoma e um agente imunomodulador, foram demonstradas em dois estudos abertos.

No estudo MMY2002, 106 pacientes com mieloma múltiplo refratário ou recidivado receberam 16 mg/kg de **DALINVI**[®] até a progressão da doença. A idade mediana dos pacientes era 63,5 anos (variação de 31 a 84 anos), 49% eram do sexo masculino e 79% eram caucasianos. Os pacientes haviam recebido uma mediana de 5 linhas anteriores de tratamento. Oitenta por cento (80%) dos pacientes haviam recebido previamente um transplante autólogo de células tronco (TACT). Os tratamentos anteriores incluíam bortezomibe (99%), lenalidomida (99%), pomalidomida (63%) e carfilzomibe (50%). No momento basal, 97% dos pacientes eram refratários à última linha de tratamento, 95% eram refratários a ambos, um inibidor de proteassoma e um agente imunomodulador, 77% aos agentes alquilantes, 63% à pomalidomida e 48% ao carfilzomibe. Os resultados de eficácia foram avaliados por um Comitê de Revisão Independente (CRI) e estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Resultados de Eficácia Avaliados pelo CRI no estudo MMY2002

Desfecho de Eficácia	DALINVI [®] 16 mg/kg N=106
Taxa de resposta global ¹ (TRG: RCr+RC+RPMB+RP) [n(%)] IC de 95% (%)	31 (29,2) (20,8-38,9)
Resposta completa rigorosa (RCr) [n (%)]	3 (2,8)
Resposta completa (RC) [n]	0
Resposta parcial muito boa (RPMB) [n (%)]	10 (9,4)
Resposta parcial (RP) [n (%)]	18 (17,0)
Taxa de Benefício Clínico (TRG+RM) [n(%)]	36 (34,0)
Mediana da duração da resposta [meses (IC 95%)]	7,4 (5,5-NE)
Mediana do tempo para resposta [meses (intervalo)]	1 (0,9-5,6)

¹ Desfecho primário de eficácia (critérios do Grupo de Trabalho Internacional em Mieloma)
IC = intervalo de confiança; NE = não estimável; RM = resposta mínima

A taxa de resposta global (TRG) no estudo MMY2002 foi similar independentemente do tipo de tratamento antimieloma anterior. Com uma mediana de seguimento de 9 meses, a sobrevida global (SG) não foi alcançada. A taxa de sobrevida global em 12 meses foi de 65% (IC 95%: 51,2-75,5).

No estudo GEN501, 42 pacientes com mieloma múltiplo refratário ou recidivado receberam 16 mg/kg de **DALINVI**[®] até a progressão da doença. A mediana da idade dos pacientes era 64 anos (intervalo de 44 a 76 anos), 64% eram do sexo masculino e 76% eram caucasianos. Os pacientes no estudo haviam recebido uma mediana de 4 linhas anteriores de tratamento. Setenta e quatro por cento dos pacientes haviam recebido TACT anteriormente. Os tratamentos anteriores incluíam bortezomibe (100%), lenalidomida (95%), pomalidomida (36%) e carfilzomibe (19%). No momento basal 76% dos pacientes eram refratários a última linha de tratamento, 64% eram refratários a um inibidor de proteassoma e um agente imunomodulador, 60% eram refratários aos agentes alquilantes, 36% à pomalidomida e 17% ao carfilzomibe.

O tratamento com 16 mg/kg de daratumumabe resultou em taxa de resposta global de 36%, com 5% de resposta completa e 5% de resposta parcial muito boa. A mediana do tempo para resposta foi de 1 mês (variação: 0,5 a 3,2 meses). A mediana da duração da resposta não foi alcançada (IC 95%: 5,6 meses, não estimável). Com uma mediana de seguimento de 10 meses, a mediana da sobrevida global não foi atingida. A taxa de sobrevida global de 12 meses foi de 77% (IC 95%: 58,0-88,2).

Referências:

1. Palumbo A, Chanan-Khan A, Weisel K, et al. Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. N Engl J Med. 2016 Aug 25;375(8):754-66.
2. Lokhorst HM, Plesner T, Laubach JP, et al. Targeting CD38 with daratumumab monotherapy in multiple myeloma. N Engl J Med. 2015;373(13):1207-1219.
3. Lonial S, Weiss BM, Usmani SZ, et al. Daratumumab monotherapy in patients with treatment-refractory multiple myeloma (SIRIUS): an open-label, randomised, phase 2 trial. Lancet. 2016;387(10027):1551-1560.
4. Dimopoulos MA, Oriol A, Nahi H, et al. Daratumumab, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. N Engl J Med. 2016 Oct 6;375(14):1319-1331.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Propriedades farmacodinâmicas

- Mecanismo de ação

O daratumumabe é um anticorpo monoclonal (mAb) humano IgG1κ que se liga à proteína CD38 altamente expressa na superfície de células em diversas doenças hematológicas malignas, incluindo células tumorais de mieloma múltiplo, assim como outros tipos de células e tecidos em vários níveis. A proteína CD38 tem várias funções tais como adesão mediada por receptor, sinalização e atividade enzimática.

O daratumumabe mostrou ser um inibidor potente do crescimento *in vitro* de células tumorais que expressam CD38. Com base nos estudos *in vitro*, o daratumumabe pode utilizar várias funções efetoras, resultando em morte de células tumorais mediada imunologicamente. Estes estudos sugerem que o daratumumabe pode induzir a lise de células tumorais através de citotoxicidade dependente do complemento (CDC), citotoxicidade mediada por células dependente de anticorpo (ADCC) e fagocitose celular dependente de anticorpo (ADCP) em neoplasias que expressam CD38. Um conjunto de células supressoras derivadas da linhagem mieloide (CD38+MDSCs), células T reguladoras (CD38+T_{regs}) e célula B (CD38+B_{regs}) são diminuídas por daratumumabe. As células T (CD3+, CD4+ e CD8+) são também conhecidas por expressar CD38 dependendo do estágio de desenvolvimento e do nível de ativação. Aumentos significativos na contagem absoluta de células T CD4+ e CD8+ e as porcentagens de linfócitos também foram observadas no tratamento com **DALINVI**[®] no sangue periférico total e medula óssea. O sequenciamento do DNA da célula T-receptora verificou que a clonalidade das células T estava aumentada no tratamento com **DALINVI**[®], indicando um efeito imunomodulador, o que pode contribuir com a resposta clínica.

O daratumumabe induziu apoptose *in vitro* após ligação cruzada mediada por Fc. Além disso, daratumumabe modulou a atividade enzimática por CD38, inibindo a atividade da enzima ciclase e simulando a atividade da hidrolase. A significância desses efeitos *in vitro* no cenário clínico e as implicações para o crescimento tumoral não são bem compreendidas.

- Efeitos farmacodinâmicos

Célula *natural killer* (NK) e contagem de células T

As células NK são conhecidas por expressarem níveis altos de CD38 e são sensíveis à lise celular mediada pelo daratumumabe. Reduções nas contagens absolutas e nas porcentagens do total de células NK (CD16+CD56+) e células NK ativadas (CD16+CD56^{dim}) no sangue total periférico e na medula óssea foram observadas com o tratamento com **DALINVI**[®]. No entanto, níveis basais de células NK não mostraram uma associação com a resposta clínica.

- Eletrofisiologia cardíaca

DALINVI[®], como toda proteína grande, possui baixa probabilidade de interações diretas em canais de íons. Não há evidências nos estudos pré-clínicos ou estudos clínicos sugerindo que **DALINVI**[®] possui potencial para atrasar a repolarização ventricular.

Propriedades farmacocinéticas

A farmacocinética do daratumumabe após a administração intravenosa de **DALINVI**[®] em monoterapia foi avaliada em pacientes com mieloma múltiplo refratário ou recidivado em doses de 0,1 mg/kg a 24 mg/kg. Um modelo de farmacocinética da população do daratumumabe foi desenvolvido para descrever as características farmacocinéticas do daratumumabe e avaliar a influência de covariáveis na disposição do daratumumabe em pacientes com mieloma múltiplo. A análise da farmacocinética populacional incluiu 223 pacientes recebendo **DALINVI**[®] em monoterapia em dois estudos clínicos (150 pacientes receberam 16 mg/kg).

Nas coortes de 1 mg/kg a 24 mg/kg, as concentrações séricas de pico ($C_{máx}$) após a primeira dose aumentaram aproximadamente em proporção à dose e o volume de distribuição foi consistente com a distribuição inicial no compartimento plasmático. Os aumentos da área sob a curva (ASC) foram mais que proporcionais à dose e a depuração diminuiu com o aumento da dose. Estas observações sugerem que o CD38 pode sofrer saturação com doses mais altas, depois do que o impacto na depuração da ligação alvo é minimizado e a depuração do daratumumabe se aproxima da depuração linear da IgG1 endógena. A depuração também diminuiu com doses múltiplas, o que pode estar relacionado a redução da carga do tumor.

A meia-vida terminal aumenta com o aumento da dose e com a administração repetida. A meia-vida terminal média [desvio padrão (DP)] estimada do daratumumabe após a primeira dose de 16 mg/kg foi de 9 (4,3) dias. Com base na análise da farmacocinética populacional, a meia-vida média (DP) associada com a eliminação linear não específica foi aproximadamente 18 (9) dias; esta é a meia-vida terminal que pode ser esperada com depuração mediada pela saturação completa do alvo e a administração repetida do daratumumabe.

Ao final da administração semanal para o esquema de monoterapia e a dose de 16 mg/kg recomendados, a $C_{\text{máx}}$ sérica média (DP) foi de 915 (410,3) mcg/mL, aproximadamente 2,9 vezes maior que após a primeira infusão. A concentração sérica média (DP) pré-dose (mínima) ao final da administração semanal foi de 573 (331,5) mcg/mL.

Com base na análise da farmacocinética populacional de **DALINVI**[®] em monoterapia, o daratumumabe atinge o estado de equilíbrio em aproximadamente 5 meses em cada período de 4 semanas de tratamento (por volta da 21^a infusão) e a razão média (DP) da $C_{\text{máx}}$ no estado de equilíbrio para a $C_{\text{máx}}$ após a primeira dose foi 1,6 (0,5). O volume central médio (DP) de distribuição é 56,98 (18,07) mL/kg.

Quatro análises adicionais de farmacocinética populacional foram conduzidas em pacientes com mieloma múltiplo que receberam daratumumabe em vários esquemas de combinação (n=1765). Os perfis de concentração versus tempo de daratumumabe foram semelhantes seguindo a monoterapia e a terapia de combinação. A meia-vida terminal média estimada associada a uma depuração linear na terapia de combinação foi de aproximadamente 15-24 dias.

Com base na análise da farmacocinética populacional, o peso corpóreo foi identificado como uma covariável estatisticamente significativa para a depuração do daratumumabe. Portanto, o tratamento de acordo com o peso corpóreo é uma estratégia posológica apropriada para os pacientes com mieloma múltiplo.

A simulação da farmacocinética de daratumumabe foi realizada para todos os esquemas de dosagem recomendados, utilizando parâmetros individuais de farmacocinética de pacientes com mieloma múltiplo (n=1309). Os resultados da simulação confirmaram que a dose única e a dose dividida para a primeira dose fornecem farmacocinética similar, com exceção do perfil farmacocinético no primeiro dia do tratamento.

Populações especiais

- Idade e gênero

Com base nas análises da farmacocinética populacional em pacientes recebendo monoterapia ou várias terapias de combinação, a idade (variação: 31 a 93 anos) não teve efeito clinicamente importante na farmacocinética do daratumumabe e a exposição do daratumumabe foi similar entre os pacientes mais novos (idade < 65 anos, n=706) e mais velhos (idade ≥ 65 anos até < 75 anos, n=913; idade ≥ 75 anos, n=369 pacientes).

Nas análises da farmacocinética populacional, o gênero não afetou a exposição ao daratumumabe em um grau de relevância clínica.

- Insuficiência renal

Não foram conduzidos estudos formais de **DALINVI**[®] em pacientes com insuficiência renal. Análises de farmacocinética populacional foram realizadas com base em dados preexistentes da função renal em pacientes recebendo daratumumabe em monoterapia ou várias terapias de combinação, incluindo 592 pacientes com função renal normal [depuração da creatinina (DC) ≥ 90 mL/min], 757 com insuficiência renal leve (DC < 90 mL/min e ≥ 60 mL/min), 604 com insuficiência renal moderada (DC < 60 mL/min e ≥ 30 mL/min) e 34 com insuficiência renal grave ou no estágio final da doença renal (DC < 30 mL/min). Não foram observadas diferenças clinicamente importantes na exposição ao daratumumabe entre os pacientes com insuficiência renal e aqueles com função renal normal.

- Insuficiência hepática

Não foram conduzidos estudos formais de **DALINVI**[®] em pacientes com insuficiência hepática. Foram realizadas análises da farmacocinética populacional dos pacientes tratados com daratumumabe em monoterapia ou várias terapias de combinação, incluiu 1742 pacientes com função hepática normal [bilirrubina total (BT) e aspartato aminotransferase (AST) ≤ o limite superior da normalidade (LSN)] e 224 pacientes com insuficiência hepática leve (BT 1,0x a 1,5x LSN ou AST > LSN) e 10 pacientes com insuficiência hepática moderada (BT > 1,5x a 3,0x LSN; n=9), ou grave (BT > 3,0x LSN; n=1). Nenhuma diferença clinicamente significativa na exposição ao daratumumabe foi observada entre os pacientes com insuficiência hepática e aqueles com função hepática normal.

- Raça

Com base nas análises da farmacocinética populacional de daratumumabe em monoterapia ou várias terapias de combinação, a exposição ao daratumumabe foi semelhante entre os indivíduos brancos (n=1662) e não-brancos (n=326).

Informação não clínica

- Carcinogenicidade e mutagenicidade

Não foram realizados estudos em animais para estabelecer o potencial carcinogênico do daratumumabe. Em geral, estudos rotineiros de genotoxicidade e carcinogenicidade não são aplicáveis a medicamentos biológicos, pois proteínas grandes não se difundem para o interior das células e não podem interagir com o DNA ou o material cromossômico.

- Toxicologia reprodutiva

Não foram realizados estudos em animais para avaliar os potenciais efeitos do daratumumabe sobre a reprodução ou o desenvolvimento.

- Fertilidade

Não foram realizados estudos em animais para determinar os potenciais efeitos sobre a fertilidade em machos ou fêmeas.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes com história de hipersensibilidade severa ao daratumumabe ou a qualquer um dos excipientes.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Reações relacionadas à infusão

DALINVI[®] pode causar reações graves relacionadas à infusão, incluindo reações anafiláticas. Essas reações podem ser prejudiciais à vida e desfechos fatais foram reportados.

Monitorar os pacientes durante a infusão e no período pós-infusão.

Em estudos clínicos, reações relacionadas à infusão foram relatadas em aproximadamente metade de todos os pacientes tratados com **DALINVI**[®].

A maioria das reações relacionadas à infusão ocorreu na primeira infusão e foram de Graus 1-2. Quatro por cento dos pacientes tiveram uma reação relacionada à infusão em mais de uma infusão. Ocorreram reações severas, incluindo broncoespasmo, hipóxia, dispneia, hipertensão, edema da laringe, edema pulmonar, infarto do miocárdio e eventos adversos oculares (incluindo efusão coroidal, miopia aguda e glaucoma agudo de ângulo fechado). Os sinais e sintomas podem incluir sintomas respiratórios, como congestão nasal, tosse, irritação da garganta, assim como calafrios, vômito e náusea. Os sintomas menos comuns foram chiado, rinite alérgica, pirexia, desconforto no peito, prurido, hipotensão e visão turva (vide “Reações Adversas”). Reações relacionadas à infusão fatais não foram reportadas nesses estudos clínicos.

Medicar os pacientes com anti-histamínicos, antipiréticos e corticosteroides antes de administrar **DALINVI**[®] para reduzir o risco de reações relacionadas à infusão. Interromper a infusão de **DALINVI**[®] na presença de reações relacionadas à infusão de qualquer severidade e instituir acompanhamento médico/tratamento de suporte, se necessário. Para pacientes com reações de Graus 1, 2 ou 3, reduzir a velocidade da infusão ao reiniciar a infusão. Se uma reação anafilática ou reação relacionada à infusão com risco de vida (Grau 4) ocorrer, descontinue permanentemente a administração de **DALINVI**[®] e institua os cuidados de emergência apropriados (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Para reduzir o risco de reações relacionadas à infusão tardias, administrar corticosteroides orais em todos os pacientes após todas as infusões de **DALINVI**[®]. Adicionalmente, considerar o uso de medicamentos após a infusão (por exemplo, corticosteroides inalatórios, broncodilatadores de ação curta e longa) para pacientes com história de doença pulmonar obstrutiva crônica, a fim de controlar as complicações respiratórias caso elas ocorram. Caso ocorram sintomas oculares, interrompa a infusão de **DALINVI**[®] e busque uma avaliação oftalmológica imediata antes de retomar as infusões de **DALINVI**[®] (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Hemólise

Existe um risco teórico de hemólise. O monitoramento contínuo desse sinal de segurança será realizado em estudos clínicos e dados de segurança pós-comercialização.

Neutropenia/Trombocitopenia

DALINVI[®] pode aumentar a neutropenia e a trombocitopenia induzida pelo tratamento de base (vide “Reações Adversas”).

Monitorar a contagem de células sanguíneas totais periodicamente durante o tratamento, conforme as informações presentes na bula das terapias de base. Monitorar os pacientes com neutropenia para sinais de infecção. O atraso na administração de **DALINVI**[®] pode ser necessário para permitir a recuperação das contagens de células sanguíneas. Não é recomendada a redução na dose de **DALINVI**[®]. Considerar terapia de suporte com transfusões ou fatores de crescimento. Considerar a apresentação de febre ou sinais de hematomas ou hemorragias como possíveis indicativos de neutropenia/trombocitopenia.

Interferência com teste indireto de antiglobulina (teste indireto de Coombs)

O daratumumabe liga-se ao CD38 encontrado em níveis baixos nas hemácias e pode resultar em um teste de Coombs indireto positivo. O teste de Coombs indireto positivo mediado pelo daratumumabe pode persistir por até 6 meses após a última infusão do daratumumabe. Deve-se estar ciente que o daratumumabe ligado às hemácias pode mascarar a detecção de anticorpos para antígenos menores no soro do paciente. A determinação do tipo de Rh e ABO no sangue do paciente não é afetada (vide “Interações Medicamentosas”).

No evento de uma transfusão de sangue planejada informe aos centros de transfusão sobre esta interferência com os testes indiretos de antiglobulina nos pacientes que receberam **DALINVI**[®] (vide “Interações Medicamentosas”). Antes do tratamento com **DALINVI**[®], recomenda-se fazer a triagem e tipagem dos pacientes.

Se for necessária uma transfusão de emergência, bolsas de sangue ABO/RhD compatíveis sem prova cruzada podem ser administradas de acordo com as práticas locais dos bancos de sangue.

Interferência na Determinação de Resposta Completa

O daratumumabe é um anticorpo monoclonal humano IgG kappa que pode ser detectado tanto por ensaios de eletroforese de proteína sérica (SPE) como imunofixação (IFE) usados para monitorar clinicamente a Proteína M endógena (vide “Interações Medicamentosas”). Esta interferência pode impactar na determinação de resposta completa e progressão da doença em alguns pacientes com proteína de mieloma IgG kappa.

Reativação do Vírus da Hepatite B (VHB)

A reativação do vírus da hepatite B (VHB), em alguns casos fatais, foi relatada em pacientes tratados com **DALINVI**[®]. A triagem de VHB deve ser realizada em todos os pacientes antes do início do tratamento com **DALINVI**[®].

Para pacientes com evidência de sorologia positiva para VHB, monitorar os sinais clínicos e laboratoriais de reativação do VHB durante e por pelo menos seis meses após o término do tratamento com **DALINVI®**. Gerenciar os pacientes de acordo com as diretrizes clínicas atuais. Considere consultar um especialista em hepatite, caso indicado clinicamente.

Em pacientes que desenvolvam a reativação do VHB durante a administração de **DALINVI®**, suspenda o tratamento com **DALINVI®** e quaisquer esteroides concomitantes, quimioterapia e institua o tratamento adequado. A retomada do tratamento com **DALINVI®** em pacientes cuja reativação do VHB é adequadamente controlada deve ser discutida com médicos com experiência no manejo do VHB.

Medicamentos imunossupressores podem ativar focos primários de tuberculose. Os médicos que acompanham pacientes sob imunossupressão devem estar alertas quanto à possibilidade de surgimento de doença ativa, tomando, assim, todos os cuidados para o diagnóstico precoce e tratamento.

Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas

DALINVI® não tem influência ou a influência é mínima sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas. Entretanto, fadiga foi relatada pelos pacientes tomando daratumumabe e isto deve ser considerado antes de dirigir veículos ou operar máquinas.

Gravidez e lactação

Uso durante a gravidez (Categoria C)

Não há dados em humanos ou animais para avaliar o risco do uso de **DALINVI®** durante a gravidez. Anticorpos monoclonais IgG1 sabidamente cruzam a placenta após o primeiro trimestre da gestação. Portanto, **DALINVI®** não deve ser usado durante a gravidez exceto se o benefício do tratamento para a mulher exceder os potenciais riscos para o feto. Se a paciente engravidar durante o tratamento com este medicamento, ela deve ser informada dos potenciais riscos para o feto.

Para evitar a exposição do feto, as mulheres em idade reprodutiva devem usar métodos eficazes de contracepção durante o tratamento e por 3 meses após o término do tratamento com **DALINVI®**.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Uso durante a lactação

Não se sabe se o daratumumabe é excretado no leite humano ou de animais ou se afeta a produção de leite. Não há estudos para avaliar o efeito do daratumumabe no lactente.

A IgG materna é excretada no leite humano, mas não entra na circulação do neonato e do lactente em quantidades substanciais pois é degradada no trato gastrointestinal e não é absorvida. Como os riscos da ingestão oral de **DALINVI®** para o lactente são desconhecidos, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou descontinuar o tratamento com **DALINVI®**, levando em conta o benefício da amamentação para a criança e o benefício do tratamento para a mulher.

Fertilidade

Não há dados disponíveis para determinar os efeitos potenciais do daratumumabe sobre a fertilidade masculina ou feminina.

Para outros medicamentos administrados com **DALINVI®**, consulte as respectivas informações de bulas atuais.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Não foram conduzidos estudos de interação medicamentosa.

Avaliações de farmacocinética clínica do daratumumabe em combinação com lenalidomida, pomalidomida, talidomida, bortezomibe, carfilzomibe e dexametasona indicaram que não há interação medicamentosa clinicamente relevante entre daratumumabe e estes medicamentos.

Efeito de DALINVI® em exames laboratoriais

- Interferência com teste indireto de antiglobulina (teste indireto de Coombs)

O daratumumabe se liga ao CD38 nas hemácias e interfere com testes de compatibilidade, incluindo a triagem de anticorpos e prova cruzada. Os métodos de mitigação da interferência de daratumumabe incluem tratar as hemácias da reação com ditiotretol (DTT) para quebrar a ligação ao daratumumabe ou genotipagem. Uma vez que o sistema de grupo sanguíneo Kell também é sensível ao tratamento com DTT, unidades K-negativas devem ser fornecidas após exclusão ou identificação de alo-anticorpos usando hemácias tratadas com DTT.

Se for necessária transfusão de emergência, podem ser administradas hemácias ABO/RhD compatíveis, sem realização de prova cruzada, de acordo com as boas práticas locais de transfusão.

- Interferência com Testes de Eletroforese de Proteínas Séricas e Imunofixação

O daratumumabe pode ser detectado por ensaios de eletroforese de proteína sérica (SPE) e imunofixação (IFE) usados para monitorar as imunoglobulinas monoclonais da doença (Proteína M). Isto pode levar a um resultado SPE e IFE falso positivo para pacientes com proteína de mieloma IgG Kappa, impactando na avaliação inicial de resposta completa (RC) conforme critério IMWG. Em pacientes com resposta parcial muito boa persistente, onde há suspeita de interferência de daratumumabe, considere o uso de um teste de IFE específico de daratumumabe validado para distinguir o daratumumabe de qualquer proteína M endógena remanescente no soro do paciente, para facilitar a determinação de resposta completa (RC) (vide “Resultados de Eficácia”).

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Conservar sob refrigeração em temperatura entre 2°C e 8°C. Não congelar. Proteger da luz.

O prazo de validade do medicamento é de 24 meses a partir da data de fabricação.

Após diluição

Uma vez que as soluções de daratumumabe não contêm conservantes, a menos que o método de abertura/diluição exclua o risco de contaminação microbológica, o produto deve ser utilizado imediatamente. Se não usado imediatamente, a solução pode ser armazenada em um refrigerador (entre 2 e 8°C), protegido da luz, por até 24 horas antes do uso, seguidos por 15 horas (incluindo o tempo da infusão) a temperatura entre 15°C a 25°C e luz ambiente. Caso armazenado no refrigerador, permitir que a solução alcance a temperatura entre 15°C a 25°C antes da administração.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Após preparo, a solução diluída pode ser mantida sob refrigeração (2°C a 8°C), protegida da luz, por até 24 horas antes de usar. A infusão deve ser concluída dentro de 15 horas.

Atenção especial à temperatura de 15 a 25°C e luz ambiente para utilização da medicação diluída dentro de no máximo 15 horas (incluindo o tempo da infusão).

Aspecto físico

DALINVI® é uma solução concentrada incolor a amarela, sem conservantes.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Administrar os medicamentos pré-infusão e pós-infusão mencionados no item “Medicamentos concomitantes recomendados”.

DALINVI[®] é administrado como infusão intravenosa, após diluição em solução de cloreto de sódio 0,9%. Para instruções sobre a diluição do medicamento antes da administração, vide “Instruções de uso, manuseio e descarte”.

DALINVI[®] deve ser administrado por um profissional da saúde, em ambiente com acesso imediato a equipamentos de emergência e ao suporte médico apropriado para controlar reações relacionadas à infusão, caso ocorram (vide “Advertências e Precauções”).

Este medicamento não deve ser misturado a outros medicamentos, exceto com aqueles mencionados a seguir.

Posologia – Adultos (≥ 18 anos)

- Dose recomendada

O esquema posológico de **DALINVI**[®] na Tabela 9 é para a terapia combinada de regimes com ciclos de 4 semanas (por exemplo, lenalidomida) e para monoterapia, conforme a seguir:

- em combinação com lenalidomida e baixa dose de dexametasona para pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado ineligíveis ao transplante autólogo de células-tronco (TACT);
- em combinação com lenalidomida e baixa dose de dexametasona para pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário;
- em combinação com carfilzomibe e baixa dose de dexametasona para pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário;
- monoterapia para pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário.

A dose recomendada de **DALINVI**[®] é de 16 mg/kg de peso corpóreo, administrado como infusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico (velocidade de infusão apresentada na Tabela 13):

Tabela 9: Esquema posológico de DALINVI[®] em monoterapia e em combinação em regime de ciclo de 4 semanas

Semanas	Esquema
Semanas 1 a 8	Semanal (total de 8 doses)
Semanas 9 a 24 ^a	A cada duas semanas (total de 8 doses)
Da Semana 25 em diante, até progressão da doença ^b	A cada 4 semanas

^a A primeira dose do regime de dose a cada 2 semanas é administrada na Semana 9.

^b A primeira dose do regime de dose a cada 4 semanas é administrada na Semana 25.

Para as instruções de uso dos medicamentos a serem administrados em combinação com **DALINVI**[®], vide item “Resultados de Eficácia”, bem como as bulas dos respectivos produtos.

O esquema posológico de **DALINVI**[®] na Tabela 10 é para a terapia combinada com bortezomibe, melfalana e prednisona (regime de ciclos de 6 semanas) para pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticados ineligíveis ao TACT:

A dose recomendada de **DALINVI**[®] é 16 mg/kg de peso corpóreo administrado como infusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico (velocidade de infusão apresentada na Tabela 13):

Tabela 10: Esquema posológico de DALINVI[®] em combinação com bortezomibe, melfalana e prednisona ([VMP], regime de ciclo de 6 semanas)

Semanas	Esquema
Semanas 1 a 6	Semanal (total de 6 doses)
Semanas 7 a 54 ^a	A cada três semanas (total de 16 doses)
Da Semana 55 em diante, até progressão da doença ^b	A cada 4 semanas

^a A primeira dose do regime de dose a cada 3 semanas é administrada na Semana 7.

^b A primeira dose do regime de dose a cada 4 semanas é administrada na Semana 55.

O bortezomibe deve ser administrado duas vezes por semana nas semanas 1, 2, 4 e 5 para o primeiro ciclo de 6 semanas, seguido de uma vez por semana nas semanas 1, 2, 4 e 5 para mais 8 ciclos de 6 semanas. Para a informação da dose e esquema da dose de VMP quando administrados com **DALINVI**[®], vide item “Resultados de Eficácia”.

O esquema posológico de **DALINVI**[®] na Tabela 11 é para a terapia combinada com bortezomibe, talidomida e dexametasona (regime de ciclos de 4 semanas) para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticados elegíveis ao TACT:

A dose recomendada de **DALINVI**[®] é 16 mg/kg de peso corpóreo administrado como infusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico (velocidade de infusão apresentada na Tabela 13):

Tabela 11: Esquema posológico de DALINVI[®] em combinação com bortezomibe, talidomida e dexametasona ([VTd]; regime de ciclo de 4 semanas)

Fase de tratamento	Semanas	Esquema
Indução	Semanas 1 a 8	Semanal (total de 8 doses)
	Semanas 9 a 16 ^a	A cada duas semanas (total de 4 doses)
Parar e administrar alta dose de quimioterapia e TACT		
Consolidação	Semanas 1 a 8 ^b	A cada duas semanas (total de 4 doses)

^a A primeira dose do regime de dose a cada 2 semanas é administrada na Semana 9.

^b A primeira dose do regime de dose a cada 2 semanas é administrada na Semana 1 do reinício do tratamento após o TACT.

Para as instruções de uso dos medicamentos a serem administrados em combinação com **DALINVI**[®], vide item “Resultados de Eficácia”, bem como as bulas dos respectivos produtos.

O esquema posológico de **DALINVI**[®] na Tabela 12 é para a terapia combinada de regimes de ciclos de 3 semanas (por exemplo, bortezomibe) para pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário.

A dose recomendada de **DALINVI**[®] é de 16 mg/kg de peso corpóreo, administrado como infusão intravenosa, conforme o seguinte esquema posológico (velocidade de infusão apresentada na Tabela 13):

Tabela 12: Esquema posológico de DALINVI® em regimes de ciclo de 3 semanas

Semanas	Esquema
Semanas 1 a 9	Semanal (total de 9 doses)
Semanas 10 a 24 ^a	A cada três semanas (total de 5 doses)
Da Semana 25 em diante, até progressão da doença ^b	A cada 4 semanas

^a A primeira dose do regime de dose a cada 3 semanas é administrada na Semana 10.

^b A primeira dose do regime de dose a cada 4 semanas é administrada na Semana 25.

Para as instruções de uso dos medicamentos a serem administrados em combinação com **DALINVI®**, vide item “Resultados de Eficácia”, bem como as bulas dos respectivos produtos.

- Dose esquecida

Se houver esquecimento de uma dose planejada do **DALINVI®**, administre a dose o quanto antes e ajuste o esquema posológico adequadamente, mantendo o intervalo entre os tratamentos.

- Velocidades de Infusão para a Administração de DALINVI®

Após diluição, administrar as infusões de **DALINVI®** por via intravenosa de acordo com a velocidade de infusão apresentada na Tabela 13. O aumento escalonado da velocidade de infusão deve ser considerado apenas na ausência de reações infusionais.

Para facilitar a administração, a primeira dose prescrita de 16 mg/kg na Semana 1 pode ser dividida ao longo de dois dias consecutivos, ou seja, 8 mg/kg no Dia 1 e Dia 2, respectivamente, como na Tabela 13 abaixo.

Para pacientes recebendo **DALINVI®** em combinação com carfilzomibe e dexametasona (DKd), a dose de 16 mg/kg de daratumumabe na Semana 1 deve ser dividida em dois dias para minimizar o risco de sobrecarga de volume (veja opção 2 da Tabela 13).

Tabela 13: Velocidade de infusão para a administração de DALINVI® (16 mg/kg)

	Volume de diluição	Velocidade inicial (primeira hora)	Incrementos da velocidade ^a	Velocidade máxima
Infusão na Semana 1				
Opção 1 (Infusão de dose única)				
Semana 1 Dia 1 (16 mg/kg)	1000 mL	50 mL/hora	50 mL/hora a cada hora	200 mL/hora
Opção 2 (Infusão de dose dividida)				
Semana 1 Dia 1 (8 mg/kg)	500 mL	50 mL/hora	50 mL/hora a cada hora	200 mL/hora
Semana 1 Dia 2 (8 mg/kg)	500 mL	50 mL/hora	50 mL/hora a cada hora	200 mL/hora
Infusão na Semana 2 (16 mg/kg)^b	500 mL	50 mL/hora	50 mL/hora a cada hora	200 mL/hora
Infusões subsequentes (Semana 3 em diante, 16 mg/kg)^c	500 mL	100 mL/hora	50 mL/hora a cada hora	200 mL/hora

^a Considerar escalonamento incremental da velocidade de infusão apenas na ausência de reações infusionais.

^b O volume de diluição de 500 mL para a dose de 16 mg/kg deve ser usado apenas se nenhuma reação infusional for observada na semana anterior. Caso contrário, use o volume de diluição de 1000 mL.

^c Use uma velocidade inicial modificada (100 mL/hora) para as infusões subsequentes (ou seja, Semana 3 em diante) somente se nenhuma reação infusional for observada durante as infusões anteriores. Caso contrário, continue a usar as instruções indicadas na tabela para a velocidade de infusão da Semana 2.

Manejo de reações relacionadas à infusão

Administrar medicamentos pré-infusão para reduzir o risco de reações relacionadas à infusão antes do tratamento com **DALINVI®**.

Para reações relacionadas à infusão de qualquer grau/severidade, interromper imediatamente a infusão de **DALINVI**[®] e controlar os sintomas. O controle das reações relacionadas à infusão pode exigir também, redução da velocidade da infusão ou descontinuação do **DALINVI**[®], como detalhado a seguir (vide também “Advertências e Precauções”).

- Grau 1-2 (leve a moderado): assim que os sintomas da reação desaparecerem, reinicie a infusão em não mais que a metade da velocidade na qual a reação relacionada à infusão ocorreu. Se o paciente não apresentar mais sintomas de reação relacionada à infusão, o escalonamento da velocidade de infusão pode ser retomado em incrementos e intervalos conforme clinicamente apropriado até a velocidade máxima de 200 mL/h (Tabela 13).
- Grau 3 (severo): quando os sintomas da reação desaparecerem, considere reiniciar a infusão em velocidade não maior que a metade daquela na qual a reação ocorreu. Se o paciente não apresentar mais sintomas, retomar o escalonamento da velocidade de infusão em incrementos e intervalos apropriados (Tabela 13). Repetir o procedimento acima no evento de recorrência de sintomas de Grau 3. Descontinuar o **DALINVI**[®] permanentemente após a terceira ocorrência de reação infusional de Grau maior ou igual a 3.
- Grau 4 (risco de vida): descontinuar permanentemente o tratamento com **DALINVI**[®].

Medicamentos concomitantes recomendados

- Medicação pré-infusão

Para reduzir o risco de reações relacionadas à infusão administre os seguintes medicamentos pré-infusão em todos os pacientes, 1 a 3 horas antes de cada infusão de **DALINVI**[®]:

- Corticosteroide (de longa ação ou ação imediata).

Monoterapia:

Dose de 100 mg de metilprednisolona ou equivalente, administrada por via intravenosa. Após a segunda infusão a dose de corticosteroides pode ser reduzida (metilprednisolona 60 mg oral ou intravenosa).

Terapia Combinada:

Administrar 20 mg de dexametasona (ou equivalente) antes de cada infusão de **DALINVI**[®] (vide “Resultados de Eficácia”). Quando a dexametasona for o corticoide específico do regime de base, a dose de tratamento com dexametasona servirá como pré-medicação nos dias de infusão de **DALINVI**[®].

A dexametasona é administrada por via intravenosa antes da primeira infusão de **DALINVI**[®] e a administração oral pode ser considerada antes das infusões subsequentes. Regime específico adicional de base de corticosteroides (por exemplo, prednisona) não devem ser administrados com a infusão de **DALINVI**[®] quando os pacientes recebem dexametaxona como pré-medicação.

- Antipiréticos (650 a 1000 mg de paracetamol oral).
- Anti-histamínico (25 a 50 mg de difenidramina ou equivalente via oral ou intravenosa).

- Medicação pós-infusão

Administrar medicação pós-infusão para reduzir o risco de reações infusionais tardias, como segue:

Monoterapia:

Administrar corticosteroide oral (20 mg de metilprednisolona ou dose equivalente de corticosteroides de longa ação ou ação imediata, conforme os padrões locais) em cada um dos 2 dias após as infusões de **DALINVI**[®] (iniciando no dia após a infusão).

Terapia Combinada:

Considerar a administração de baixas doses de metilprednisolona por via oral (≤ 20 mg) ou equivalente, no dia após a infusão de **DALINVI**[®].

Entretanto, se um regime específico de base de corticosteroide (exemplo, dexametasona, prednisona) é administrado no dia após a infusão de **DALINVI**[®], medicações pós-infusão adicionais podem não ser necessárias (vide “Resultados de Eficácia”).

Adicionalmente, para qualquer paciente com história de doença pulmonar obstrutiva crônica, considerar o uso de medicação pós-infusão, incluindo broncodilatadores de ação curta e longa e corticosteroides inalatórios. Se o paciente não tiver reações relacionadas à infusão importantes após as primeiras quatro infusões, estas medicações pós-infusão inalatórias podem ser descontinuadas a critério do médico.

Profilaxia para a reativação do vírus Herpes Zoster

Iniciar a profilaxia antiviral para a prevenção da reativação do vírus Herpes Zoster dentro de 1 semana após início de **DALINVI**[®] e continuar por pelo menos 3 meses de tratamento consecutivos.

- Ajustes de dose

Não é recomendada a redução de dose de **DALINVI**[®]. Atrasos na dose podem ser necessários para permitir a recuperação da contagem de células sanguíneas caso haja toxicidade hematológica (vide “Advertências e Precauções”). Para informações em relação aos produtos administrados em combinação com **DALINVI**[®], veja as bulas dos respectivos produtos.

Instruções de Uso, Manuseio e Descarte

DALINVI[®] é somente para uso único.

Prepare a solução para infusão usando técnicas de assepsia como se segue:

- Calcule a dose (mg), o volume total (mL) da solução de **DALINVI**[®] e o número de frascos de **DALINVI**[®] a serem utilizados, com base no peso do paciente.
- Verifique se a solução de **DALINVI**[®] é incolor a amarela. Não use se observar a presença de partículas opacas, descoloração ou outras partículas estranhas.
- Usando técnica de assepsia, remova um volume de cloreto de sódio 0,9% da bolsa de infusão igual ao volume necessário da solução de **DALINVI**[®].
- Retire a quantidade necessária da solução de **DALINVI**[®] e transfira para uma bolsa de infusão contendo cloreto de sódio 0,9% para obter o volume apropriado (vide “Posologia e Modo de Usar”). As bolsas de infusão devem ser de cloreto de polivinila (PVC), polipropileno (PP), polietileno (PE) ou mistura de poliolefinas (PP+PE). Realize a diluição sob condições de assepsia apropriadas. Descarte qualquer porção não utilizada restante no frasco.
- Gentilmente, inverta a bolsa para misturar a solução. Não agite ou congele.
- Medicamentos de uso parenteral devem ser inspecionados visualmente para a presença de material particulado e descoloração antes da administração, sempre que a solução e a embalagem permitirem. A solução diluída pode desenvolver partículas proteicas transparentes a brancas, muito pequenas, pois o daratumumabe é uma proteína. Não use se observar partículas opacas, descoloração ou partículas estranhas.

- Uma vez que **DALINVI**[®] não contém conservantes, a solução diluída deve ser administrada dentro de 15 horas (incluindo o tempo da infusão), na temperatura de 15 a 25°C e luz ambiente.
- Se não usada imediatamente, a solução diluída pode ser armazenada antes da administração por até 24 horas em condições refrigeradas 2 a 8°C e protegido da luz. Não congelar.
- Administre a solução diluída por infusão intravenosa usando um equipo de infusão, com regulação do fluxo e filtro de polietersulfona (PES) de baixa ligação à proteína (tamanho do poro de 0,22 ou 0,2 µm) em linha, estéril, não pirogênico. Equipamentos de administração de poliuretano (PU), polibutadieno (PBD), PVC, PP ou PE devem ser usados. Caso armazenado no refrigerador, permitir que a solução alcance a temperatura entre 15°C a 25°C antes da administração.
- Não realize a infusão de **DALINVI**[®] concomitantemente com outros agentes na mesma linha intravenosa.
- Não armazene nenhuma porção não utilizada da infusão para uso posterior. O produto não utilizado ou resíduo do produto deve ser descartado de acordo com as exigências locais.

Atenção especial à temperatura de 15 a 25°C e luz ambiente para utilização da medicação diluída dentro de no máximo 15 horas (incluindo o tempo da infusão).

Populações especiais

- Crianças (≤ 17 anos de idade)

A segurança e a eficácia de **DALINVI**[®] não foram estabelecidas em pacientes pediátricos.

- Idosos (≥ 65 anos de idade)

Ajustes de dose não são considerados necessários em pacientes idosos (vide “Propriedades Farmacocinéticas” e “Reações Adversas”).

- Insuficiência renal

Não foram conduzidos estudos formais do daratumumabe em pacientes com insuficiência renal. Com base em uma análise da farmacocinética populacional não é necessário ajustar a dose para pacientes com insuficiência renal (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

- Insuficiência hepática

Não foram conduzidos estudos formais do daratumumabe em pacientes com insuficiência hepática. Provavelmente, alterações da função hepática não terão qualquer efeito na eliminação do daratumumabe uma vez que moléculas de IgG1, tais como o daratumumabe, não são metabolizadas pelas vias hepáticas. Com base em uma análise da farmacocinética populacional não é necessário ajustar a dose para pacientes com insuficiência hepática (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

9. REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas são apresentadas nesta seção. Reações adversas são eventos adversos que foram considerados como razoavelmente associados ao uso de daratumumabe com base na avaliação abrangente da informação disponível sobre eventos adversos. Uma relação causal com daratumumabe não pode ser estabelecida de forma confiável em casos individuais. Além disso, como os estudos clínicos são conduzidos sob condições amplamente variáveis, as taxas de reações adversas observadas em estudos clínicos de um fármaco não podem ser comparadas diretamente com as taxas em estudos clínicos de outro fármaco e podem não refletir as taxas observadas na prática clínica.

Os dados de segurança descritos a seguir refletem a exposição ao **DALINVI**[®] (16 mg/kg) em 2066 pacientes com mieloma múltiplo, incluindo 1910 pacientes que receberam **DALINVI**[®] em combinação com regimes de base e 156 pacientes que receberam **DALINVI**[®] como monoterapia.

As reações adversas mais frequentes ($\geq 20\%$) foram reações relacionadas à infusão, fadiga, náusea, diarreia, constipação, pirexia, dispneia, tosse, neutropenia, trombocitopenia, anemia, edema periférico, astenia, neuropatia periférica, infecção do trato respiratório superior e dor musculoesquelética. As reações adversas graves foram sepse, pneumonia, bronquite, infecção do trato respiratório superior, edema pulmonar, pirexia, desidratação, diarreia, fibrilação atrial.

A Tabela 14 compila as reações adversas que ocorreram nos pacientes que receberam DALINVI®.

As frequências são definidas como: muito comum ($\geq 1/10$), comum ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), incomum ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$), raro ($\geq 1/10000$ a $< 1/1000$) e muito raro ($< 1/10000$). Dentro de cada grupo de frequência, quando relevante, as reações adversas são apresentadas em ordem decrescente de intensidade.

Tabela 14: Reações adversas em pacientes com mieloma múltiplo tratados com DALINVI® 16 mg/kg

Classe de Sistema/Órgão	Reação Adversa	Frequência	Incidência (%)	
			Qualquer Grau	Graus 3-4
Infecções e infestações	Infecção do trato respiratório superior ⁺	Muito comum	46	4
	Pneumonia ⁺		19	11
	Bronquite ⁺		17	2
	Infecção do trato urinário	Comum	8	1
	Sepse ^{+a}		4	4
	Infecção por citomegalovírus ⁺		1	<1*
Distúrbios do sistema sanguíneo e linfático	Neutropenia ⁺	Muito comum	44	39
	Trombocitopenia ⁺		31	19
	Anemia ⁺		27	12
	Linfopenia ⁺		14	11
	Leucopenia ⁺		12	6
Distúrbios do sistema imune	Hipogamaglobulinemia ^a	Comum	3	<1 [#]
Distúrbios de nutrição e metabolismo	Diminuição do apetite	Muito comum	12	1
	Hipocalemia ⁺	Comum	10	3
	Hiperglicemia		7	3
	Hipocalcemia		6	1
	Desidratação		3	1*
Transtornos psiquiátricos	Insônia	Muito comum	16	1*
Distúrbios do sistema nervoso	Neuropatia periférica ⁺	Muito comum	35	4
	Cefaleia		12	<1*
	Parestesia		11	<1
	Tontura		10	<1*
	Síncope	Comum	2	2*
Distúrbios cardíacos	Fibrilação atrial	Comum	4	1
Distúrbios vasculares	Hipertensão ⁺	Muito comum	10	5
Distúrbios respiratórios, torácicos e do mediastino	Tosse ⁺	Muito comum	25	<1*
	Dispneia ⁺		21	3
	Edema pulmonar ⁺	Comum	1	<1
Distúrbios gastrointestinais	Constipação	Muito comum	33	1
	Diarreia		32	4
	Náusea		26	2*
	Vômito		16	1*
	Dor abdominal ⁺	Comum	14	1
	Pancreatite ⁺		1	1
Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo	Erupção cutânea	Muito comum	13	1*
	Prurido	Comum	7	<1*
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo	Dor musculoesquelética ⁺	Muito comum	37	4
	Artralgia		14	1
	Espasmo muscular		14	<1*
Distúrbios gerais e condições no local da administração	Edema periférico ⁺	Muito comum	27	1
	Fadiga		26	4
	Pirexia		23	2
	Astenia		21	2
	Calafrios	Comum	9	<1*
Danos, envenenamento e complicações no procedimento	Reação relacionada à infusão [#]	Muito comum	40	4

+ Indica agrupamento de termos.
* Ausência de Grau 4.
Reação relacionada à infusão inclui termos determinados pelos investigadores como sendo relacionadas à infusão, conforme descrito em item específico.

Tratamento combinado com carfilzomibe e dexametasona duas vezes por semana (20/56 mg/m²)

As reações adversas descritas na tabela abaixo refletem a exposição ao **DALINVI**[®] por uma duração mediana de tratamento de 16,1 meses (intervalo: 0,1 a 23,7 meses) para o grupo daratumumabe-carfilzomibe-dexametasona (DKd) e duração mediana do tratamento de 9,3 meses (intervalo: 0,1 a 22,4 meses) para o grupo carfilzomibe-dexametasona (Kd) em um estudo controlado de forma ativa da Fase 3 (Estudo 20160275 - CANDOR). As reações adversas mais frequentes (≥ 20%) foram reações à infusão, diarreia, fadiga, infecção do trato respiratório superior e pneumonia. As reações adversas graves com uma incidência 2% maior no braço DKd do que no braço Kd foram pneumonia (DKd 14% vs Kd 11%), sepse (DKd 6% vs Kd 3%), gripe (DKd 4% vs Kd 1%), pirexia (DKd 4% vs Kd 2%), bronquite (DKd 2% vs Kd 0%) e diarreia (DKd 2% vs Kd 0%). Eventos fatais dentro de 30 dias após a interrupção do tratamento, independentemente da causalidade, foram relatados em 10% de todos os pacientes tratados com DKd versus 5% dos pacientes tratados com Kd e a causa mais comum foi infecção. Dentro do grupo DKd, eventos fatais ocorreram em 14% dos pacientes com idade ≥ 65 anos e 6% dos pacientes com idade < 65 anos (ver Infecções, Populações especiais abaixo).

Os termos pré-especificados relacionados à reação à infusão que ocorreram na mesma data ou na próxima data de qualquer dosagem de daratumumabe foram de 18% no braço DKd e na mesma data ou na próxima data da primeira dosagem de daratumumabe foram de 12% no braço DKd. Os termos relacionados à reação à infusão que ocorreram na mesma data de qualquer dosagem de carfilzomibe foram de 41% no braço DKd em comparação com 28% no braço Kd e na mesma data da primeira dosagem de carfilzomibe foram de 13% no braço DKd em comparação com 1% no braço Kd.

Tabela 15: Reações adversas relatadas no Estudo 20160275 (CANDOR)*

Classe de Sistema/Órgão	Reação Adversa	Frequência	Incidência		
			Qualquer Grau (%)	Grau 3 (%)	Grau 4 (%)
Distúrbios do sistema sanguíneo e linfático	Trombocitopenia ^a	Muito comum	37	16	8
	Anemia ^b		33	16	1
	Neutropenia ^c		16	9	1
Distúrbios gastrintestinais	Diarreia	Muito comum	31	4	0
	Náusea		18	0	0
Distúrbios gerais e condições no local da administração	Fadiga	Muito comum	24	7	<1
	Pirexia		19	2	<1
Infecções e infestações	Infecção do trato respiratório superior ^d	Muito comum	51	6	<1
	Pneumonia ^e		22	12	3
	Bronquite ^f		19	3	0
	Infecção por influenza		11	4	0
	Sepse ^g	Comum	6	3	1
Danos, envenenamento e complicações no procedimento	Reação relacionada à infusão ^h	Muito comum	18	2	0
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo	Dor nas costas	Muito comum	16	2	0
Distúrbios psiquiátricos	Insônia	Muito comum	18	4	0

D = daratumumabe; Kd = carfilzomibe-dexametasona

^g Inclui eventos adversos que codificam o termo preferencial MedDRA de toxemia bacteriana ou choque séptico ou quaisquer termos preferenciais contendo sepse em texto.

^h Inclui eventos adversos que são reações à infusão relacionadas ao daratumumabe usando questionamento ao MedDRA com evento na mesma data ou data seguinte de qualquer dosagem de daratumumabe.

^a Contagem de plaquetas diminuída, distúrbio plaquetário, trombocitopenia.

^b Anemia, anemia macrocítica, hemoglobina anormal, anemia por deficiência de ferro, anemia normocrômica normocítica.

^c Neutropenia febril, granulocitopenia, neutropenia, contagem de neutrófilos diminuída

^d Sinusite aguda, laringite, nasofaringite, candidíase orofaríngea, faringite, infecção por vírus sincicial respiratório, infecção do trato respiratório, infecção viral do trato respiratório, rinite, infecção por rinovírus, sinusite, amigdalite, traqueíte, infecção do trato respiratório superior, infecção do trato respiratório superior bacteriana, infecção viral do trato respiratório superior.

^e Pneumonia atípica, infecção pulmonar, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, pneumonia, pneumonia bacteriana, pneumonia citomegaloviral, pneumonia micoplasmática, pneumonia viral sincicial respiratória, pneumonia viral

^f Bronquiolite, bronquite, bronquite viral, traqueobronquite

Reações Relacionadas à Infusão

Nos estudos clínicos (monoterapia e tratamentos em combinação; n=2066) a incidência de reações relacionadas à infusão de qualquer grau foi de 37% na primeira infusão (16 mg/kg, Semana 1) de **DALINVI**[®], 2% na infusão da Semana 2 e cumulativamente 6% nas infusões subsequentes. Menos de 1% dos pacientes tiveram reação infusional Grau 3/4 na Semana 2 ou nas infusões subsequentes.

O tempo mediano para início da reação foi de 1,5 horas (intervalo: 0 a 72,8 horas). A incidência de modificações na infusão devido às reações foi 36%. As durações medianas das infusões de 16 mg/kg para a 1^a, 2^a e infusões subsequentes foram aproximadamente 7; 4 e 3 horas, respectivamente.

As reações relacionadas à infusão severas incluem broncoespasmo, dispnéia, edema da laringe, edema pulmonar, hipóxia e hipertensão. Outras reações relacionadas à infusão incluíram congestão nasal, tosse, calafrios, irritação da garganta, vômito e náusea (vide “Advertências e Precauções”).

Quando a dose de **DALINVI**[®] foi interrompida para o transplante autólogo de células-tronco (TACT) (Estudo MMY3006) por um tempo mediano de 3,75 (variação: 2,4 a 6,9) meses, no reinício do tratamento com **DALINVI**[®] a incidência de IRRs foi 11% na primeira infusão após o TACT. A taxa de infusão/volume de diluição usada no reinício foi aquela utilizada pela última vez na infusão de **DALINVI**[®] antes da interrupção para o TACT. As reações relacionadas à infusão que ocorreram no reinício de **DALINVI**[®] após o TACT foram consistentes em relação aos sintomas e severidade (grau 3 e 4: < 1%) com aquelas relatadas em estudos anteriores na Semana 2 ou infusões subsequentes.

No estudo MMY1001, nos pacientes que receberam daratumumabe em terapia combinada (n=97), a primeira dose de 16 mg/kg de daratumumabe na Semana 1 foi administrada dividida em dois dias, ou seja, 8 mg/kg no Dia 1 e Dia 2, respectivamente. A incidência de reações relacionadas à infusão de qualquer grau foi de 42%, com 36% dos pacientes apresentando reações relacionadas à infusão no Dia 1 da Semana 1, 4% no Dia 2 da Semana 1 e 8% nas infusões subsequentes. O tempo mediano para o início de uma reação foi de 1,8 horas (variação: 0,1 a 5,4 horas). A incidência de interrupções de infusão devido às reações foi de 30%. A duração mediana das infusões foi de 4,2 horas para a Semana 1 - Dia 1; 4,2 horas para a Semana 1 - Dia 2 e 3,4 horas para as infusões subsequentes.

Infecções

Nos pacientes recebendo a terapia combinada de **DALINVI**[®], foram relatadas infecções Grau 3 ou 4 conforme a seguir:

Estudos com pacientes recidivados/refratários: DVd: 21%; Vd: 19%; DRd: 28%; Rd: 23%; DPd: 28%; DKd^a: 36%; Kd^a: 27%; DKd^b: 21%

^a onde carfilzomibe 20/56 mg/m² foi administrado duas vezes por semana.

^b onde carfilzomibe 20/70 mg/m² foi administrado uma vez por semana.

Estudos com pacientes recém-diagnosticados: D-VMP: 23%, VMP: 15%; DRd: 32%, Rd: 23%; DVTd: 22%, VTd: 20%.

A pneumonia foi a infecção severa (Grau 3 ou 4) mais comumente relatada entre os estudos. Em estudos de controle ativo, descontinuações do tratamento devido à infecções ocorreram em 1-4% dos pacientes. Infecções fatais foram principalmente devido à pneumonia e sepse.

Em pacientes recebendo terapia combinada de **DALINVI**[®], foram relatadas infecções fatais (Grau 5) conforme a seguir:

Estudos com pacientes recidivados/refratários: DVd: 1%, Vd: 2%; DRd: 2%, Rd: 1%; DPd: 2%; DKd^a: 5%, Kd^a: 3%; DKd^b: 0%

^a onde carfilzomibe 20/56 mg/m² foi administrado duas vezes por semana.

^b onde carfilzomibe 20/70 mg/m² foi administrado uma vez por semana.

Estudos com pacientes recém-diagnosticados: D-VMP: 1%, VMP: 1%; DRd: 2%, Rd: 2%; DVTd: 0%, VTd: 0%.

Populações especiais

- Idosos (≥ 65 anos de idade)

Dos 2459 pacientes que receberam **DALINVI**[®] na dose recomendada, 38% possuíam com 65 à 75 anos, e 15% possuíam 75 anos ou mais. Não foram observadas diferenças gerais na eficácia com base na idade. A incidência de reações adversas severas foi maior em pacientes idosos em comparação com os pacientes jovens (vide itens “Reações Adversas” e “Resultados de Eficácia”). Entre os pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário (n=1213), as reações adversas comuns que ocorreram com maior frequência em pacientes idosos (≥ 65 anos de idade) foram pneumonia e sepse. Entre os pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado ineligíveis ao transplante autólogo de células-tronco (n=710), a reação adversa comum que ocorreu com maior frequência em pacientes idosos (≥ 75 anos de idade) foi pneumonia.

Reativação do vírus Herpes Zoster

Em alguns estudos clínicos de **DALINVI**[®], a profilaxia para a reativação do vírus Herpes Zoster foi recomendada para os pacientes. Em estudos de monoterapia, o Herpes Zoster foi relatado em 3% dos pacientes. Nos estudos com terapia combinada, o Herpes Zoster foi relatado em 2 – 5% dos pacientes recebendo **DALINVI**[®].

Imunogenicidade

Como todo tratamento com proteínas, há um potencial de imunogenicidade. A detecção da formação de anticorpos é altamente dependente da sensibilidade e especificidade do ensaio. Além disso, a incidência observada de positividade de anticorpos (incluindo anticorpos neutralizantes) em um ensaio pode ser influenciada por vários fatores, incluindo metodologia do ensaio, manipulação da amostra, tempo de coleta da amostra, medicações concomitantes e doença subjacente. Por estes motivos, a comparação da incidência de anticorpos contra o daratumumabe nos estudos descritos abaixo, com a incidência de anticorpos em outros estudos ou contra outros produtos, pode ser enganosa. Em estudos clínicos em pacientes com mieloma múltiplo tratados com **DALINVI**[®], em monoterapia ou em terapias combinadas, 0,35% (6/1713) dos pacientes desenvolveram anticorpos anti-daratumumabe emergentes do tratamento. Destes, 4 pacientes testaram positivo para anticorpos neutralizantes.

Dados de pós-comercialização

As reações adversas identificadas durante a experiência pós-comercialização com **daratumumabe** estão incluídas na Tabela 16. As frequências são fornecidas de acordo com a seguinte convenção:

Muito comum	$\geq 1/10$
Comum	$\geq 1/100$ a $< 1/10$
Pouco comum	$\geq 1/1000$ a $< 1/100$
Raro	$\geq 1/10000$ a $< 1/1000$
Muito raro	$< 1/10000$, incluindo casos isolados
Desconhecido	a frequência não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis

Na Tabela 16, as reações adversas são apresentadas por categoria de frequência com base nas taxas de notificação espontânea, bem como por categoria de frequência com base na incidência definida em estudos clínicos, quando conhecida.

Tabela 16: Reações Adversas Pós-comercialização identificadas com daratumumabe		
Classe de sistema de órgãos Reações Adversas	Categoria de frequência com base na Taxa de Relatórios Espontâneos	Categoria de frequência com base na Incidência em Estudo clínico

Distúrbios do Sistema Imunológico		
Reação anafilática	Raro	Desconhecido
Infeções e Infestações		
COVID-19	Incomum	Desconhecido
Reativação do vírus da hepatite B	Raro	Incomum

Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

Sintomas e sinais

Nos estudos clínicos não houve nenhuma experiência de superdose. Doses até 24 mg/kg foram administradas por via intravenosa em um estudo clínico, sem atingir a dose máxima tolerada.

Tratamento

Não há um antídoto específico conhecido para a superdose de **DALINVI**[®]. No evento de uma superdose, o paciente deve ser monitorado quanto aos sinais ou sintomas de efeitos adversos e tratamento sintomático apropriado deve ser instituído imediatamente.

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

DIZERES LEGAIS

MS – 1.1236.3414

Farm. Resp.: Erika Diago Rufino - CRF/SP n° 57.310

Registrado por:

JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 2.041 – São Paulo – SP – CNPJ 51.780.468/0001-87

Fabricado por:

Cilag A.G. – Schaffhausen – Suíça

OU

Vetter Pharma-Fertigung GmbH & Co. KG – Ravensburg – Alemanha

Embalado (emb. secundária) por:

Cilag A.G. – Schaffhausen – Suíça

Importado por:



®Marca Registrada

USO RESTRITO A HOSPITAIS.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Esta bula foi aprovada pela ANVISA em 18/11/2024.



CCDS 2410

VPS TV 12.0