

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO

Rybrevant® SC

solução injetável

amivantamabe

APRESENTAÇÃO

Solução injetável de 160 mg/mL de amivantamabe em embalagem com 1 frasco-ampola de 10 mL.

Solução injetável de 160 mg/mL de amivantamabe em embalagem com 1 frasco-ampola de 14 mL.

USO SUBCUTÂNEO

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada frasco-ampola contém 1600 mg de amivantamabe em 10 mL de solução (160 mg/mL).

Cada frasco-ampola contém 2240 mg de amivantamabe em 14 mL de solução (160 mg/mL).

Excipientes: hialuronidase humana recombinante (rHuPH20), ácido acético glacial, acetato de sódio tri-hidratado, sacarose, polissorbato 80, levometionina, edetato dissódico di-hidratado e água para injetáveis.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Rybrevant® SC é indicado:

- em combinação com lazertinibe para o tratamento de primeira linha de pacientes adultos com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR).
- em combinação com carboplatina e pemetrexede, para o tratamento de primeira linha de pacientes adultos com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático com mutações de inserção no éxon 20 ativadoras do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR).
- em combinação com carboplatina e pemetrexede, para o tratamento de pacientes adultos com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), cuja

doença tenha progredido durante ou após o tratamento com um inibidor de tirosina quinase (EGFR TKI) de terceira geração.

- como monoterapia para o tratamento de pacientes adultos com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de inserção no éxon 20 ativadoras do EGFR, cuja doença apresentou progressão durante ou após quimioterapia à base de platina.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Experiência clínica de Rybrevant® SC

Tratamento de primeira linha de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR - em combinação com lazertinibe

NSC2002 (PALOMA-2) é um estudo de fase 2, aberto, de coorte paralela, que examinou a eficácia, segurança e farmacocinética de **Rybrevant® SC** em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação do EGFR. As coortes 1 e 6 avaliaram **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe como tratamento de primeira linha em pacientes com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, conforme identificado por testes locais.

Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** administrado por via subcutânea na dose de 1600 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2240 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana durante 4 semanas, depois a cada 2 semanas começando na semana 5 até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O lazertinibe foi administrado na dose de 240 mg por via oral uma vez ao dia.

Entre os 126 pacientes incluídos no estudo, a idade mediana foi de 59 anos (intervalo: 28-85), com 33% dos pacientes ≥ 65 anos; 60% eram mulheres; 68% eram asiáticos e 28% eram caucasianos. O status de desempenho basal do Grupo de Oncologia Cooperativo do Leste (ECOG) foi 0 (27%) ou 1 (73%); 74% nunca fumaram; 30% tinham metástases cerebrais anteriores; e 91% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial. No que diz respeito ao estado de mutação do EGFR, 63% eram mutações de deleção no éxon 19 e 38% eram mutações de substituição L858R no éxon 21.

A população de eficácia incluiu 113 pacientes e a duração média do acompanhamento foi de 8,6 meses. Os resultados de eficácia estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados de eficácia para NSC2002 (PALOMA-2) Coortes 1 e 6

	Rybrevant® SC+ lazertinibe (N=113)
Taxa de Resposta Objetiva^a (TRO; IC de 95%)	66% (57%; 75%)
Resposta completa (RC)	0%
Resposta parcial (RP)	66%
Duração da Resposta^a (DOR)	

Mediana ^b (IC de 95%), meses	9,4 (7,5; NE)
Pacientes com DOR $\geq$ 6 meses	40%

^a Avaliação do pesquisador

^b Com base nas estimativas de Kaplan-Meier. A mediana do DOR não é significativamente estimável devido ao curto seguimento.
NE=Não Estimável, IC=Intervalo de Confiança.

A TRO avaliada pelo pesquisador foi geralmente consistente em subgrupos pré-especificados e clinicamente relevantes, incluindo idade, sexo, raça, peso, tipo de mutação, estado de desempenho ECOG basal, histórico de tabagismo e histórico de metástases cerebrais. Os resultados da análise da TRO com base na revisão central independente (ICR) foram consistentes com os resultados da TRO com base na avaliação do pesquisador. Para a TRO avaliada pelo ICR, 80 dos 113 pacientes nas coortes 1 e 6 alcançaram RP confirmada e 2 alcançaram RC confirmada, para uma TRO de 73% (IC de 95%: 63%, 81%). Para melhor resposta global (confirmada e não confirmada), 86 dos 113 pacientes nas coortes 1 e 6 alcançaram RP e 3 alcançaram RC, para uma TRO de 79% (IC de 95%: 70%, 86%).

Não inferioridade de Rybrevant® SC versus amivantamabe intravenoso (PALOMA-3)

A comparabilidade de **Rybrevant® SC** com amivantamabe intravenoso foi avaliada em um estudo de fase 3, randomizado, aberto que avaliou a não inferioridade farmacocinética entre as duas formulações, em combinação com lazertinibe, em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação do EGFR, cuja doença progrediu durante ou após o tratamento com osimertinibe e quimioterapia à base de platina. Os pacientes deveriam ter mutação de deleção no éxon 19 ou mutação de substituição L858R no éxon 21.

Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** na dose de 1600 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2240 mg (para pacientes $\geq$ 80 kg) por injeção subcutânea ou amivantamabe intravenoso na dose de 1050 mg (para pacientes < 80 kg) ou 1400 mg (para pacientes $\geq$ 80 kg) por infusão intravenosa; cada um foi administrado uma vez por semana durante 4 semanas e, a seguir, a cada 2 semanas, começando na semana 5 até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Em ambos os braços, lazertinibe foi administrado na dose de 240 mg por via oral uma vez ao dia. A duração média da administração de **Rybrevant® SC** foi $\leq$ 5 minutos em comparação com 5,0 horas para a formulação intravenosa no Ciclo 1, Dia 1 e 2,3 horas no Ciclo 3, Dia 1.

Um total de 418 pacientes foram randomizados (1:1) para receber **Rybrevant® SC** por injeção subcutânea em combinação com lazertinibe (N=206) ou amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe (N=212), até progressão clínica ou radiográfica documentada da doença.

Os dados demográficos iniciais e as características da doença foram equilibrados em todos os braços de tratamento. A idade mediana foi de 61 anos (intervalo: 29-82), com 40% dos pacientes $\geq$ 65 anos; 67% eram mulheres; 61% eram asiáticos, 37% eram caucasianos e 1% eram negros. O status de desempenho basal do Grupo de Oncologia Cooperativo do Leste (ECOG) foi 0 (29%) ou 1 (72%); 68% nunca fumaram; 34% tinham metástases cerebrais anteriores; e 82% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial. No que diz respeito ao estado de mutação do EGFR, 65% eram mutações de deleção no éxon 19 e 35% eram mutações de substituição L858R no éxon 21.

Este estudo foi desenhado para demonstrar a não inferioridade farmacocinética do tratamento com **Rybrevant® SC** versus amivantamabe intravenoso com base na C_{min} de amivantamabe no estado estacionário e AUC_{D1-D15} no Ciclo 2

(vide “Propriedades Farmacocinéticas”). A eficácia do **Rybrevant® SC** foi avaliada como um objetivo secundário principal. Outros desfechos secundários no estudo incluíram análise de tempo e movimento que mostrou redução do tempo de administração, redução do tempo de HCP ativo, menor tempo na sala de tratamento e redução do tempo de cadeira do paciente para **Rybrevant® SC** em comparação com a administração intravenosa de amivantamabe.

Os resultados mostram que **Rybrevant® SC** administrado por via subcutânea é não inferior ao amivantamabe administrado por via intravenosa em termos de C_{min} de amivantamabe no estado estacionário e AUC_{D1-D15} no Ciclo 2 e TRO (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

Com uma duração média de acompanhamento de 7 meses, houve uma forte tendência à melhoria da sobrevida global em favor do braço tratado com **Rybrevant® SC**. Uma proporção maior de pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe estavam vivos aos 6 e 9 meses (85% e 77%, respectivamente) em comparação com pacientes tratados com amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe (75% e 62%, respectivamente).

Os resultados de eficácia são fornecidos na Tabela 2.

Tabela 2: Resultados de eficácia para NSC3004 (PALOMA-3)

	Rybrevant® SC+ lazertinibe (N=206)	amivantamabe intravenoso + lazertinibe (N=212)
Taxa de Resposta Objetiva^a (TRO; 95% IC)	30% (24%; 37%)	33% (26%; 39%)
Resposta completa (RC)	0,5%	0,5%
Resposta parcial (RP)	30%	32%
Razão da taxa de resposta (IC de 95%)	0,92 (0,70; 1,23)	
Duração da Resposta^a (DOR)		
Mediana ^b (IC de 95%), meses	11,2 (6,1; NE)	7,1 (5,3; NE)
Pacientes com DOR ≥ 6 meses	27%	12%
Sobrevida Livre de Progressão (SLP)		
Número de eventos (%)	103 (50%)	116 (55%)
Mediana (IC de 95%), meses	6,1 (4,3; 8,1)	4,3 (4,1; 5,7)
RR (IC de 95%); p-value	0,84 (0,64; 1,10); p=0,2006	
Sobrevida Global (SG)		
Número de eventos (%)	43 (21%)	62 (29%)
Mediana ^c (IC de 95%), meses	12,9 (12,9; NE)	NE (10,2; NE)
RR (IC de 95%); p-value	0,62 (0,42; 0,92); p=0,0169	

^a Avaliação do pesquisador.

^b Com base nas estimativas de Kaplan-Meier.

^c A mediana não é significativamente estimável devido ao curto seguimento.

NE=Não Estimável, IC=Intervalo de Confiança.

Resultados do TASQ modificado, um questionário de resultados relatados por pacientes que avalia a satisfação dos pacientes com a sua terapia, demonstraram que os pacientes que receberam **Rybrevant® SC** apresentaram maior

satisfação (incluindo maior conveniência e satisfação com o tratamento, menor impacto psicológico e impacto nas atividades diárias) em comparação com os pacientes que receberam amivantamabe intravenoso. No entanto, estudos abertos estão sujeitos a vieses.

CPNPC previamente tratado com mutações de deleção no éxon 19 ou mutações de substituição L858R no éxon 21 do EGFR – Em combinação com carboplatina e pemetrexede

NSC2002 (PALOMA-2) é um estudo de fase 2, de coorte paralela, aberto, que examinou a eficácia, segurança e farmacocinética do **Rybrevant® SC** em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação do EGFR. A coorte 3b avaliou o **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede, em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático, cuja doença progrediu durante ou após o tratamento com osimertinibe, com mutação de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, conforme identificado por teste local.

Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** administrado por via subcutânea na dose de 1600 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2240 mg (para pacientes ≥ 80 kg) para a dose inicial (Semana 1, Dia 1), depois 2400 mg (para pacientes < 80 kg) ou 3360 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana começando na Semana 2 até a Semana 4, e depois a cada 3 semanas a partir da Semana 7 até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A carboplatina foi administrada por via intravenosa na área sob a curva de concentração-tempo de 5 mg/mL por minuto (AUC 5) uma vez a cada 3 semanas, por até 12 semanas. O pemetrexede foi administrado por via intravenosa a 500 mg/m² uma vez a cada 3 semanas até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

Entre os 31 pacientes incluídos na coorte 3b, a idade mediana foi de 62 anos (intervalo: 42-74) com 48% dos pacientes ≥ 65 anos; 58% eram do sexo feminino; 32% eram asiáticos e 65% eram caucasianos. O status de performance ECOG basal foi 0 (39%) ou 1 (61%); 65% nunca fumaram; 29% tinham metástases cerebrais anteriores; e 77% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial. Em relação ao status da mutação do EGFR, 52% tinham deleções no éxon 19 e 48% tinham mutações de substituição L858R no éxon 21.

Tratamento de primeira linha do CPNPC com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR – Em combinação com carboplatina e pemetrexede

NSC2002 (PALOMA-2) é um estudo de fase 2, de coorte paralela, aberto, que examinou a eficácia, segurança e farmacocinética do **Rybrevant® SC** em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação do EGFR. A coorte 2 avaliou o **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede como tratamento de primeira linha em pacientes com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR, conforme identificado por teste local.

Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** administrado por via subcutânea na dose de 1600 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2240 mg (para pacientes ≥ 80 kg) para a dose inicial (Semana 1, Dia 1), depois 2400 mg (para pacientes < 80 kg) ou 3360 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana começando na Semana 2 até a Semana 4, e depois a cada 3 semanas, na mesma dose, começando na Semana 7, até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A carboplatina foi administrada por via intravenosa na área sob a curva de concentração-tempo de 5 mg/mL por minuto

(AUC 5) uma vez a cada 3 semanas, por até 12 semanas. O pemetrexede foi administrado por via intravenosa a 500 mg/m² uma vez a cada 3 semanas até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

Entre os 65 pacientes incluídos no estudo, a idade mediana foi de 63 anos (intervalo: 31-80) com 46% dos pacientes ≥ 65 anos; 48% eram do sexo feminino; 55% eram asiáticos e 42% eram brancos. O status de performance ECOG basal foi 0 (37%) ou 1 (63%); 63% nunca fumaram; 35% tinham metástases cerebrais anteriores; e 78% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial.

A população de eficácia incluiu 24 pacientes e a mediana da duração do acompanhamento foi de 3,5 meses. Os resultados de eficácia estão resumidos na Tabela 3.

Tabela 3: Resultados de Eficácia para a Coorte 2 do NSC2002 (PALOMA-2)

	Rybrevent® SC + carboplatina + pemetrexede (N=24)
Taxa de Resposta Objetiva (IC de 95%)	63% (41%; 81%)
Resposta completa (RC)	0%
Resposta parcial (RP)	63%

- a. Avaliado pelo pesquisador.
- b. Com base em estimativas de Kaplan-Meier.
- c. NE = Não Estimável, IC = Intervalo de Confiança

Resultados da análise da TRO com base na revisão central independente (ICR) foram consistentes com os resultados da TRO com base na avaliação do pesquisador.

CPNPC Previamente Tratado com Mutações de Inserção no éxon 20 do EGFR – Monoterapia

A eficácia do **Rybrevent® SC** como monoterapia em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações do EGFR baseia-se na obtenção de exposição farmacocinética não inferior ao amivantamabe intravenoso, o que demonstra a eficácia não inferior do **Rybrevent® SC** ao amivantamabe intravenoso (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

Experiência clínica da formulação intravenosa do amivantamabe

Tratamento de Primeira Linha de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou substituição L858R no éxon 21 do EGFR - Em combinação com lazertinibe

O NSC3003 (MARIPOSA) é um estudo de fase 3 randomizado, controlado por ativo e multicêntrico que avalia a eficácia e a segurança do amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe em comparação com a monoterapia com osimertinibe como tratamento de primeira linha em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações do EGFR não passível de terapia curativa. As amostras dos pacientes deveriam ter uma das duas mutações comuns do EGFR (mutação de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21), conforme identificado por testes locais.

Um total de 1074 pacientes foram randomizados (2:2:1) para receber amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe, monoterapia com osimertinibe ou monoterapia com lazertinibe (um regime não aprovado para CPNPC) até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O amivantamabe foi administrado por via intravenosa na dose de 1050 mg (para pacientes < 80 kg) ou 1400 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana durante 4 semanas, e depois a cada 2 semanas a partir da semana 5. O lazertinibe foi administrado na dose de 240 mg por via oral uma vez ao dia. O osimertinibe foi administrado na dose de 80 mg por via oral uma vez ao dia. A randomização foi estratificada pelo tipo de mutação do EGFR (mutações de deleção no éxon 19 ou substituição L858R no éxon 21), raça (asiática ou não asiática) e histórico de metástase cerebral (sim ou não).

Os dados demográficos iniciais e as características da doença foram equilibrados entre os braços de tratamento. A idade mediana foi de 63 anos (intervalo: 25–88 anos) com 45% dos pacientes com ≥ 65 anos; 62% eram do sexo feminino; 59% eram asiáticos e 38% caucasianos. O status de desempenho basal do ECOG foi 0 (34%) ou 1 (66%); 69% nunca fumaram; 41% tinham metástases cerebrais anteriores; e 90% tinham câncer no estágio IV no diagnóstico inicial. Em relação ao status da mutação do EGFR, 60% eram mutações de deleção no éxon 19 e 40% eram mutações de substituição L858R no éxon 21.

O amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe demonstrou uma melhora estatisticamente e clinicamente significativa na sobrevida livre de progressão (SLP) pela avaliação da revisão central independente cega (BICR), com uma redução de 30% no risco de progressão ou morte em comparação com o osimertinibe (RR=0,70 [IC de 95%: 0,58; 0,85], p=0,0002). A SLP mediana correspondente foi de 23,72 meses (IC de 95%: 19,12; 27,66) para o braço de amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe e 16,59 meses (IC de 95%: 14,78; 18,46) para o braço de osimertinibe.

A análise final de sobrevida global (SG) demonstrou uma melhora estatisticamente significativa na SG para amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe em comparação com o osimertinibe (ver Tabela 4 e Figura 3). Uma maior proporção de pacientes tratados com amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe estava viva aos 12 meses, 18 meses, 24 meses, 36 meses e 42 meses (90%, 82%, 75%, 60% e 56%, respectivamente) em comparação com os pacientes tratados com osimertinibe (88%, 79%, 70%, 51% e 44% respectivamente). O amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe também forneceu um benefício no tempo até a segunda progressão ou morte (SLP2) (RR=0,75 [IC de 95% IC: 0,58; 0,98], p=0,0314). Embora a taxa de resposta objetiva (TRO) fosse comparável entre os braços, a mediana de duração da resposta (DOR) entre os respondedores confirmados foi maior com amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe (25,76 vs. 16,76 meses). O amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe também forneceu um benefício no tempo até a progressão sintomática (TTSP), uma medida da carga de sintomas do câncer de pulmão (RR=0,72 [IC de 95% IC: 0,57; 0,91], p=0,0049). A Tabela 4, a Figura 1 e a Figura 3 resumem os resultados de eficácia para amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe.

Tabela 4: Resultados de Eficácia em NSC3003 pela Avaliação BICR

	amivantamabe intravenoso + lazertinibe (N=429)	osimertinibe (N=429)	lazertinibe (N=216)
--	---	---------------------------------	--------------------------------

Sobrevida Livre de Progressão (SLP)^a			
Número de eventos	192	252	121
Mediana, meses (IC de 95%)	23,72 (19,12; 27,66)	16,59 (14,78; 18,46)	18,46 (14,75; 20,11)
RR (IC de 95%); valor de p	---	0,70 (0,58; 0,85); p=0,0002 ^g	0,72 (0,57; 0,90); p=0,0046 ^h
Sobrevida Global (SG)^b			
Número de eventos	173	217	100
Mediana, meses (IC de 95%)	NE (42,9, NE)	36,7 (33,4, 41,0)	38,5 (36,5, 45,4)
RR (IC de 95%); valor de p	---	0,75 (0,61, 0,92); p=0,00489 ^g	0,83 (0,65, 1,06); p=0,1416 ^h
Taxa de Resposta Objetiva (TRO)^a			
TRG % (IC de 95%)	86,2% (82,6%; 89,4%)	84,5% (80,7%; 87,9%)	82,7% (77,0%; 87,5%)
Razão de probabilidades (IC de 95%); valor de p ^f	---	1,15 (0,78; 1,70); p=0,4714	1,31 (0,83; 2,06); p=0,2409
Resposta completa	6,9%	3,6%	4,2%
Resposta parcial	79,3%	80,9%	78,5%
Duração da resposta (DOR)^c			
Mediana (IC de 95%), meses	25,76 (20,14; NE)	16,76 (14,75; 18,53)	16,56 (14,75; 20,21)
Pacientes com DOR ≥ 6 meses	86,3%	85,0%	82,5%
Pacientes com DOR ≥ 12 meses	67,9%	57,6%	58,8%
SLP após a primeira terapia subsequente (SLP2)^d			
Número de pacientes com segunda progressão	101	130	58
RR (IC de 95%); valor de p ^f	---	0,75 (0,58; 0,98); p=0,0314 ^h	0,81 (0,59; 1,12); p=0,2025 ^h
Tempo até a progressão sintomática (TTSP)^e			
Número de eventos	125	167	70
Mediana, meses (IC de 95%)	NE (NE; NE)	29,31 (25,33; NE)	NE (NE; NE)
RR (IC de 95%); valor de p	---	0,72 (0,57; 0,91); p=0,0049 ^g	0,86 (0,64; 1,15); p=0,3083 ^h

BICR = revisão central independente cega; IC = Intervalo de Confiança; NE = Não Estimável

^aBICR pelo RECIST v1.1.

^bBaseado nos resultados da análise final de SG com um acompanhamento mediano de 37,8 meses. Dados provenientes da análise do dia 04 de Dezembro de 2024 (data cut-off).

^cBICR pelo RECIST v1.1 em respondedores confirmados.

^d Definido como o tempo a partir da randomização até a data da segunda progressão objetiva da doença, após o início da terapia anticâncer subsequente, com base na avaliação do pesquisador (após aquela usada para SLP) ou morte, o que ocorrer primeiro.

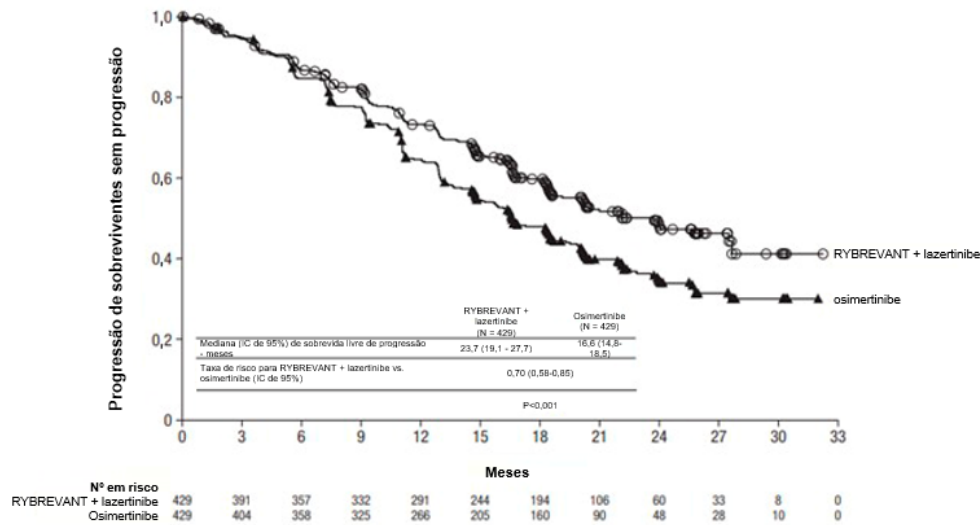
^e Definido como o tempo da randomização até o início de novos sintomas ou piora dos sintomas que o pesquisador considerar relacionados ao câncer de pulmão e exigirem mudança no tratamento anticâncer e/ou intervenção clínica para gerenciar sintomas, ou morte, o que ocorrer primeiro.

^f Comparado com amivantamabe intravenoso e lazertinibe.

^g O amivantamabe intravenoso e lazertinibe comparados com osimertinibe.

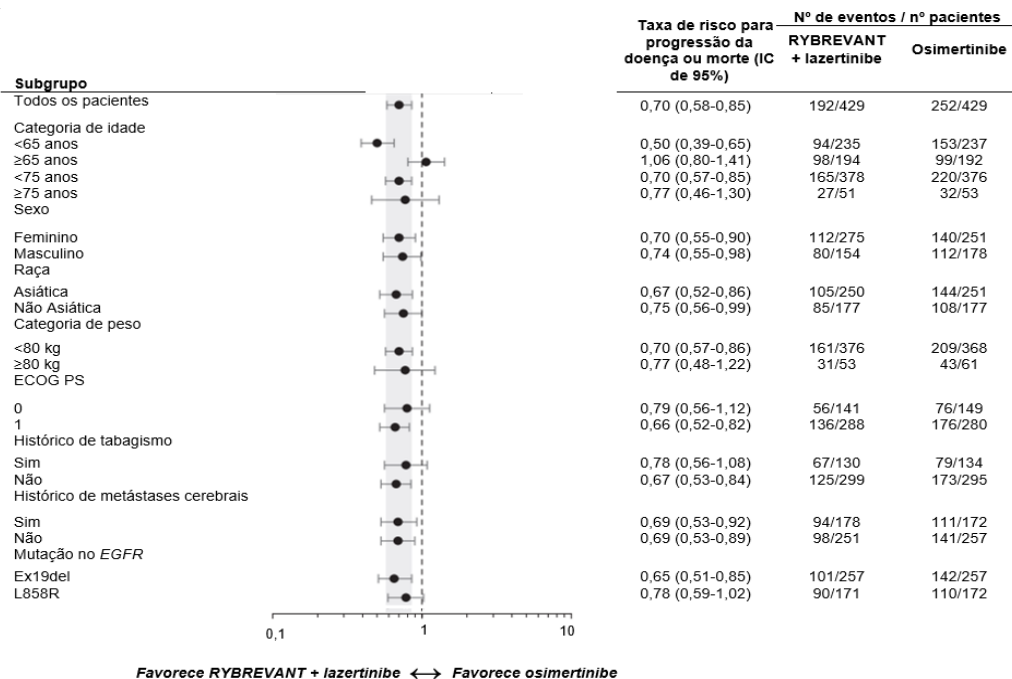
^h O amivantamabe intravenoso e lazertinibe comparados com lazertinibe.

Figura 1: Curva de SLP pelo método Kaplan-Meier em pacientes com CPNPC não tratados anteriormente por Avaliação BICR



O benefício do SLP do amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe em comparação com o osimertinibe foi geralmente consistente em subgrupos pré-especificados clinicamente relevantes, incluindo grupo etário, sexo, raça, peso, tipo de mutação, status de desempenho ECOG, histórico de tabagismo e histórico de metástase cerebral no início do estudo (Vide Figura 2).

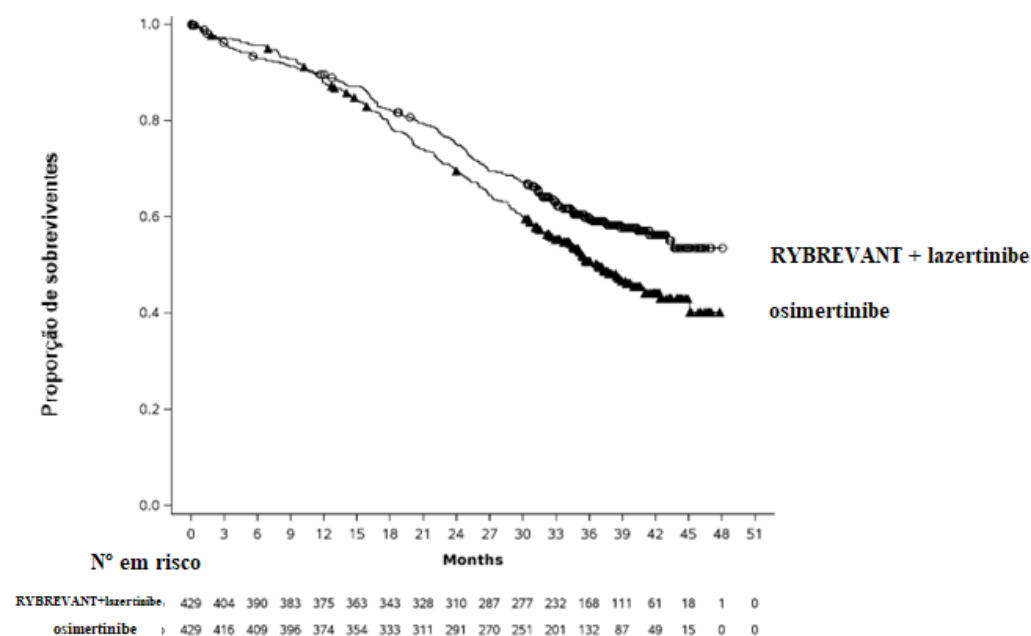
Figura 2: Forest Plot de SLP em pacientes com CPNPC não tratados anteriormente por avaliação por BICR



A análise estratificada da SLP avaliada pelo pesquisador mostra que o efeito do tratamento melhorado da combinação de amivantamabe intravenoso e lazertinibe em relação ao osimertinibe também foi observado quando avaliado pelo pesquisador. Os resultados da análise de TRO com base na avaliação do pesquisador para comparação do braço de amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe versus o braço de osimertinibe foram consistentes com os resultados da TRO com base na avaliação do BICR.

O estudo MARIPOSA incluiu imagens de ressonâncias magnéticas cerebrais (IRM) exigidas pelo protocolo, que historicamente, não foram utilizadas em estudos que avaliaram CPNPC com mutação do EGFR. Isso pode ter levado à detecção mais precoce das recorrências e a valores de mediana mais curtos associados para a SLP. Para considerar isso, foi realizada uma análise de sensibilidade na qual os pacientes com progressão apenas no cérebro como o local da primeira progressão foram censurados. A SLP extracraniana baseada na avaliação por BICR foi consistente com o benefício do tratamento observado na análise primária. A mediana da SLP extracraniana foi de 27,5 meses com amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe, em comparação com 18,37 meses com osimertinibe (RR=0,68 [IC de 95%: 0,55; 0,83], p nominal=0,0001).

Figura 3: Curva de Kaplan-Meier de SG em pacientes com CPNPC não tratados anteriormente



Os resultados das análises exploratórias pré-especificadas de TRO e DOR do sistema nervoso central (SNC) por BICR, no subconjunto de pacientes com lesões intracranianas mensuráveis no período basal para a combinação de amivantamabe intravenoso e lazertinibe, demonstraram TRO intracraniana similar à do controle. Conforme o protocolo, todos os pacientes no estudo MARIPOSA tinham IRM cerebrais em série para avaliar a resposta e duração intracranianas. Os resultados estão resumidos na Tabela 5.

Tabela 5: TRG e DOR intracranianas por BICR em pacientes com lesões intracranianas mensuráveis no período basal – MARIPOSA

	amivantamabe intravenoso + lazertinibe (N=180)	osimertinibe (N=186)	lazertinibe (N=93)
Avaliação de Resposta Tumoral Intracraniana			
TRO intracraniana (RC+RP), % (IC de 95%)	77,8 (71,0, 83,6)	77,4 (70,7, 83,2)	75,0 (64,9, 83,4)
Resposta Completa, %	63,9	58,6	54,3
DOR Intracraniana			
Número de respondedores	140	144	69
Mediana, meses (95% IC)	35,0 (20,4, NE)	25,1 (22,1, 31,2)	22,5 (18,8, 31,1)
Duração da Resposta ≥ 6 meses, %	78,6	79,9	81,2
Duração da Resposta ≥ 12 meses, %	63,6	61,1	60,9
Duração da Resposta ≥ 18 meses, %	52,1	41,0	40,6
Duração da Resposta ≥ 24 meses, %	40,7	22,2	21,7
Duração da Resposta ≥ 30 meses, %	27,9	11,1	11,6
Duração da Resposta ≥ 36 meses, %	12,9	4,9	2,9

IC = Intervalo de Confiança; NE = Não estimado

Os resultados da TGR intracraniana e DOR, com um acompanhamento mediano de 37,8 meses. Dados provenientes da análise do dia 04 de Dezembro de 2024 (data cut-off).

CPNPC previamente tratados com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR - Em Combinação com carboplatina e pemetrexede

A eficácia do amivantamabe intravenoso foi avaliada em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR (caracterizado por um teste validado no momento ou após o diagnóstico de doença localmente avançada ou metastática, conforme identificado por testes locais ou centrais) em um estudo randomizado (2:2:1), aberto, multicêntrico, de fase 3 (MARIPOSA-2, NCT04988295). No estudo MARIPOSA-2, pacientes que receberam previamente osimertinibe receberam carboplatina e pemetrexede (CP, N=263) ou amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede (amivantamabe intravenoso-CP, N=131). O amivantamabe foi administrado por via intravenosa na dose de 1400 mg (para pacientes < 80 kg) ou 1750 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana durante 4 semanas, e depois a cada 3 semanas com uma dose de 1750 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2100 mg (para pacientes ≥ 80 kg) iniciando na Semana 7 até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A carboplatina foi administrada por via intravenosa sob a área sobre a curva de concentração-tempo de 5 mg/mL por minuto (AUC 5) uma vez a cada 3 semanas, por até 12 semanas. O pemetrexede foi administrado por via intravenosa a 500 mg/m² uma vez a cada 3

semanas até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Adicionalmente, 236 pacientes receberam amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe, carboplatina e pemetrexede em um braço separado do estudo (um regime não aprovado para CPNPC com EGFR mutado).

Os pacientes foram estratificados por linha de tratamento com osimertinibe (primeira linha ou segunda linha), metástase cerebral anterior (sim ou não) e raça asiática (sim ou não).

Dos 394 pacientes randomizados para o braço amivantamabe intravenoso-CP ou braço CP, a idade mediana foi de 62 anos (intervalo: 31–85), com 37,8% dos pacientes ≥ 65 anos de idade; 60,4% eram do sexo feminino; 48,2% eram asiáticos e 46,4% eram caucasianos. O status de desempenho basal ECOG foi 0 (39,6%) ou 1 (60,4%); 65,5% nunca fumaram; 45,2% tinham histórico de metástases cerebrais, e 91,6% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial.

O amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede demonstrou uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa na sobrevida livre de progressão (SLP) em comparação com a carboplatina e pemetrexede, com uma RR de 0,48 (IC de 95%: 0,36; 0,64; $p < 0,0001$) demonstrando uma redução de 52% no risco de progressão da doença ou morte e um tempo de sobrevida mediano mais longo clinicamente significativo em pacientes randomizados para amivantamabe intravenoso-CP vs CP. Análises de desfechos pós-progressão demonstraram que o benefício na SLP foi preservado através das linhas de terapia subsequentes. No momento da análise primária, a sobrevida global (SG) mostrou uma forte tendência sugestiva de benefício a favor do braço amivantamabe intravenoso. Ocorreram 27 mortes no braço amivantamabe intravenoso-CP e 65 mortes no braço CP e a análise da sobrevida global interina foi RR de 0,77 (IC de 95%: 0,49; 1,21; $p = 0,2531$). Veja as Figuras 4 e 6.

Os resultados de eficácia estão resumidos na Tabela 6.

Tabela 6: Resultados de eficácia do estudo MARIPOSA-2

	amivantamabe intravenoso + carboplatina + pemetrexede (N=131)	carboplatina + pemetrexede (N=263)
Sobrevida livre de progressão (SLP) ^a		
Número de eventos (X%)	74 (56,5%)	171 (65,0%)
Número de eventos (IC de 95%)	6,28 (5,55; 8,41)	4,17 (4,04; 4,44)
RR (IC de 95%); valor de p	0,48 (0,36; 0,64); p<0,0001	
Taxa de resposta objetiva ^{a, b}		
TRO, % (IC de 95%)	63,8% (55,0; 72,1)	36,2% (30,3; 42,3)
Razão de probabilidade (IC de 95%); valor de p	3,10 (2,00; 4,80); p <0,0001	
Resposta completa	1,5%	0,4%
Resposta parcial	62,3%	35,8%
Duração da Resposta ^{a ‡} (DOR)		
Mediana ^b (IC de 95%), meses	6,90 (5,52; NE)	5,55 (4,17; 9,56)
Pacientes com DOR ≥ 6 meses	31,9%	20,0%

Tempo até a Terapia Subsequente (TTS) ^c		
Número de eventos (%)	46 (35,1)	138 (52,5)
Mediana, meses (IC de 95%)	12,06 (11,04; 14,88)	6,60 (6,24; 8,11)
RR (IC de 95%); valor de p	0,42 (0,30; 0,59); p<0,0001	
SLP após a primeira terapia subsequente (SLP2) ^d		
Número de eventos (%)	33 (25,2%)	80 (30,4%)
Mediana, meses (IC de 95%)	13,90 (11,40; NE)	11,27 (9,07; 13,83)
RR (IC de 95%); valor de p	0,60 (0,40; 0,92); p=0,0167	
SLP intracraniana ^e		
Número de eventos (%)	41 (31,3%)	102 (38,8%)
Mediana, meses (IC de 95%)	12,45 (10,84; NE)	8,31 (7,29; 11,27)
RR (IC de 95%); valor de p	0,55 (0,38; 0,79); p=0,0011	

IC = intervalo de confiança

NE = não estimável

^a Avaliação cega central independente pelo RECIST v1.1

^b Baseado na estimativa de Kaplan-Meier.

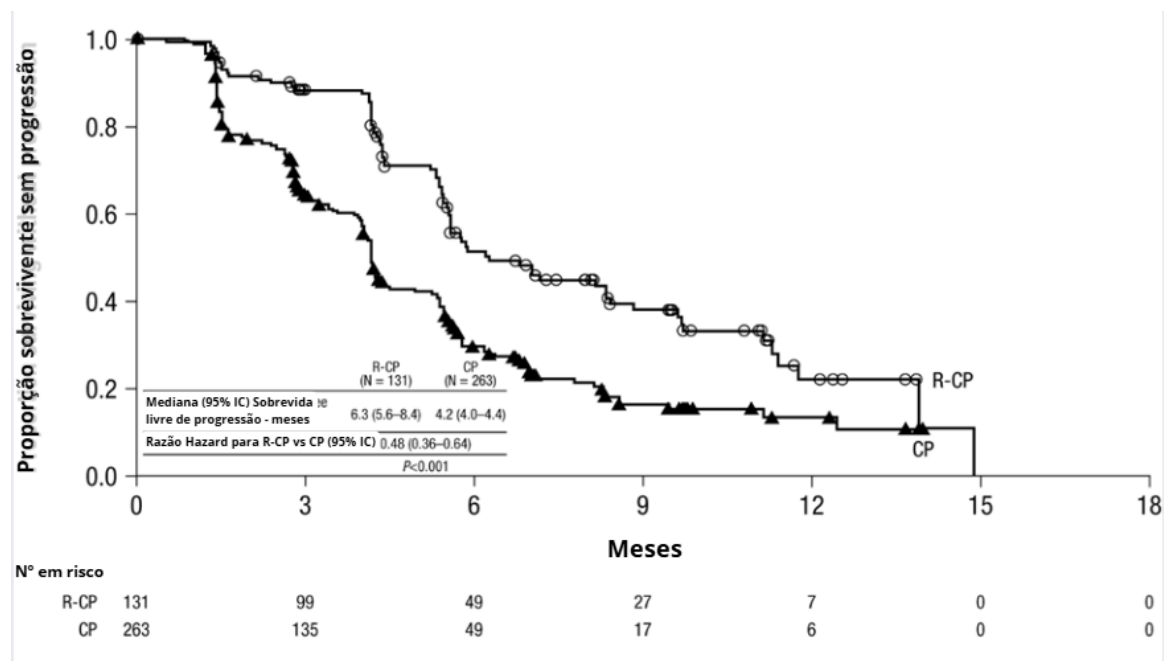
^c Definido como o tempo da data da randomização até a data de início da terapia anticâncer subsequente após a descontinuação do tratamento do estudo.

^d Definido como o tempo desde a randomização até a data da segunda progressão objetiva da doença, após o início da terapia anticâncer subsequente, com base na avaliação do pesquisador ou morte, o que ocorrer primeiro.

^e Definido como o tempo da randomização até a data da progressão objetiva da doença intracraniana ou morte, o que ocorrer primeiro, com base no BICR usando RECIST v1.1. Especificamente, a progressão da doença intracraniana é definida como tendo progressão de metástase cerebral ou ocorrência de nova lesão cerebral.

^f Em respondedores confirmados.

Figura 4: Curva de Kaplan-Meier da SLP em pacientes com CPNPC previamente tratados por avaliação de BICR - MARIPOSA-2



A análise de sensibilidade pré-planejada, que avalia a SLP conforme avaliado pelo pesquisador responsável mostrou uma redução de 59% no risco de progressão da doença ou morte (mediana de 8,2 meses) em pacientes randomizados para o braço de amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede (RR de 0,41 [IC de 95%: 0,30; 0,54; p nominal < 0,0001]), em comparação com uma mediana de 4,2 meses no braço de carboplatina e pemetrexede, o que é consistente com aquela observada na SLP avaliada pelo BICR.

Adicionalmente, consistente com a avaliação do BICR, os resultados da análise de DOR e TRO com base na avaliação do pesquisador responsável pelo tratamento também mostrou um benefício significativo no tratamento com amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede. A DOR mediana foi de 7,13 meses (IC de 95%: 5,55; NE) em comparação com 5,45 meses (IC de 95%: 4,27; 6,93) no braço de carboplatina e pemetrexede. A análise de TRO mostrou melhora significativa na atividade anti-tumoral, com uma TRO de 51,9% (IC de 95%: 43,0; 60,7) em comparação com 27,8% (IC de 95%: 22,4%; 33,6%) no braço de carboplatina e pemetrexede.

O benefício na SLP de amivantamabe intravenoso-CP em comparação com CP foi consistente ao longo dos subgrupos pré-definidos analisados, incluindo etnia, idade, sexo, histórico de tabagismo e status de metástase no SNC na entrada do estudo.

A análise de subgrupos de SLP está resumida na Figura 5.

Figura 5: Gráfico de Floresta: Análise de subgrupo da SLP por Avaliação de BICR - Estudo MARIPOSA-2

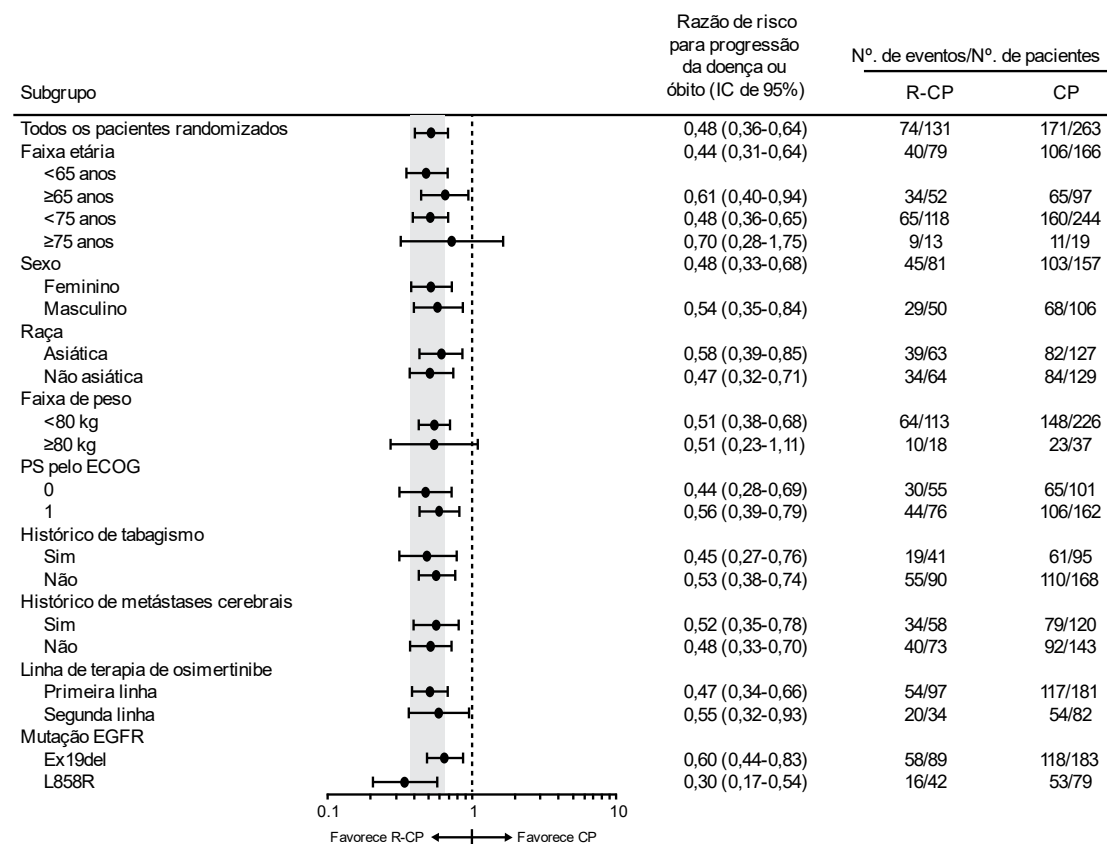
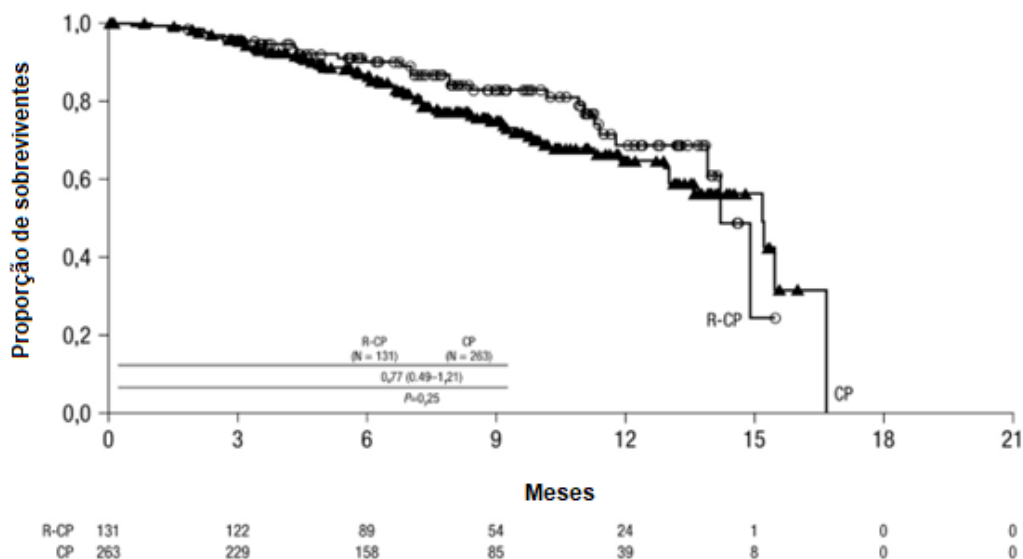


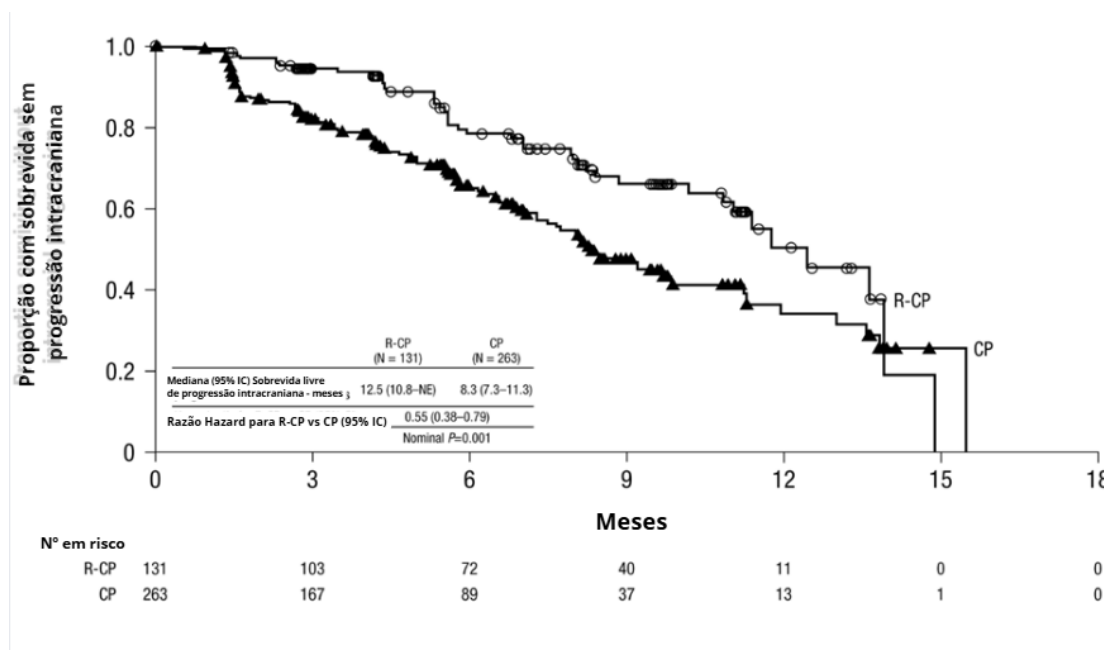
Figura 6: Curva de Kaplan-Meier da SG em pacientes com CPNPC previamente tratados - MARIPOSA-2



Dados de eficácia em Metástases intracraniana

Pacientes com metástases intracraniana assintomáticas ou previamente tratadas e estáveis foram elegíveis para serem randomizados no MARIPOSA-2. A avaliação basal da doença, incluindo Imagem por Ressonância Magnética cerebral (IRM), foi realizada no início do tratamento. Todos os pacientes foram submetidos à IRM seriada do cérebro durante o estudo. O tratamento com amivantamabe-CP intravenoso foi associado a uma melhora acentuada na SLP intracraniana (com SLP intracraniana mediana de 12,45 meses versus 8,31 meses no braço amivantamabe-CP intravenoso versus CP, respectivamente; RR=0,55; p nominal=0,0011), incluindo em pacientes que apresentavam histórico de metástases cerebrais (RR=0,52, p nominal=0,0093), e em pacientes com histórico de metástases cerebrais que não haviam recebido radioterapia anterior no cérebro (RR=0,36; p=0,0129). Além disso, o tratamento com amivantamabe-CP intravenoso mostrou um aumento numérico na TRO intracraniana (26,7% para amivantamabe-CP intravenoso versus 14,8% para CP, relação de probabilidade de 2,10; p nominal=0,1758] e DOR intracraniana (não estimável no braço amivantamabe-CP intravenoso em comparação com 3,48 meses no braço CP).

Figura 7: Curva de Kaplan-Meier de SLP Intracraniana por avaliação de BICR em pacientes com metástases no SNC no período basal- MARIPOSA-2



Resultados Relatados pelos Pacientes

Os sintomas relatados pelos pacientes e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foram coletados eletronicamente usando NSCLC-SAQ, EORTC-QLQ-C30 and PROMIS-PF. Esses instrumentos foram administrados no primeiro dia de cada ciclo de tratamento, no final da visita de tratamento e uma vez a cada 12 semanas durante um ano. A adesão foi alta no período basal (> 94%) e durante o tratamento (> 80%) em ambos os braços. No período basal, os pacientes em ambos os braços de tratamento relataram baixa carga de sintomas e altos níveis de capacidade. As análises PRO demonstraram que os benefícios clínicos de receber amivantamabe intravenoso com carboplatina e pemetrexede foram alcançados sem comprometer a QVRS. A QVRS basal dos pacientes foi mantida e foi semelhante entre os braços durante o tratamento.

Tratamento de Primeira Linha de CPNPC com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR - em Combinação com carboplatina e pemetrexede

O NSC3001 (PAPILLON) é um estudo de fase 3 randomizado, aberto e multicêntrico que compara o tratamento com amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede ao tratamento com somente

quimioterapia (carboplatina e pemetrexede) em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR sem tratamento prévio, conforme identificado por testes locais. Amostras de plasma de 209/308 (67,9%) pacientes foram testadas retrospectivamente usando Guardant360® CDx, identificando 155/209 (74,2%) amostras com uma mutação de inserção no éxon 20 do EGFR; 50/209 (23,9%) amostras não apresentaram mutação de inserção no éxon 20 do EGFR identificada. As 4/209 (1,9%) amostras restantes geraram um resultado de teste inválido.

Amostras de tecido tumoral (92,2%) e/ou plasma (7,8%) de todos os 308 pacientes foram testadas localmente para determinar o status da mutação de inserção no éxon 20 do EGFR usando sequenciamento de próxima geração (NGS) em 55,5% dos pacientes e/ou reação em cadeia da polimerase (PCR) em 44,5% dos pacientes.

Pacientes com metástases cerebrais na triagem foram elegíveis para participação, uma vez que tivessem sido definitivamente tratados, estivessem clinicamente estáveis, assintomáticos e sem tratamento com corticosteroides por pelo menos 2 semanas antes da randomização. Pacientes com histórico médico de doença pulmonar intersticial (DPI), DPI induzida por medicamentos, pneumonite por radiação que exigiu tratamento com esteroides ou qualquer evidência de DPI clinicamente ativa foram excluídos do estudo clínico.

O amivantamabe foi administrado por via intravenosa na dose de 1400 mg (para pacientes < 80 kg) ou 1750 mg (para pacientes ≥ 80 kg) uma vez por semana durante 4 semanas, e depois a cada 3 semanas com uma dose de 1750 mg (para pacientes < 80 kg) ou 2100 mg (para pacientes ≥ 80 kg), começando na Semana 7 até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A carboplatina foi administrada por via intravenosa na área sob a curva de concentração-tempo de 5 mg/mL por minuto (AUC 5) uma vez a cada 3 semanas, por até 12 semanas. O pemetrexede foi administrado por via intravenosa a 500 mg/m² uma vez a cada 3 semanas até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A randomização foi estratificada pelo status de performance do ECOG, metástases cerebrais anteriores e uso prévio de inibidor de tirosina quinase (TKI) do EGFR. Foi permitido que os pacientes randomizados para o braço com carboplatina e pemetrexede que apresentaram progressão da doença confirmada passassem para a monoterapia com amivantamabe intravenoso.

Um total de 308 pacientes foram randomizados (1:1) para receberem amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede (N=153) ou carboplatina e pemetrexede (N=155). A idade mediana foi de 62 anos (intervalo: 27 a 92), com 39% dos pacientes com idade ≥ 65 anos; 58% eram do sexo feminino; 61% eram asiáticos e 36% caucasianos. O status de desempenho basal do ECOG foi de 0 (35%) ou 1 (65%); 58% nunca fumaram; 23% tinham histórico de metástases cerebrais e 84% tinham câncer em estágio IV no diagnóstico inicial.

O amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede demonstrou uma melhoria clínica e estatisticamente significativa na sobrevida livre de progressão (SLP) em comparação a carboplatina e pemetrexede, com um RR de 0,40 (IC de 95%: 0,30; 0,53; p<0,0001), demonstrando uma redução de 61% no risco de progressão da doença ou morte nos pacientes. No momento da análise primária, a sobrevida global apresentou uma forte tendência sugestiva de um benefício de sobrevida a favor do braço tratado com amivantamabe intravenoso, no qual 65 pacientes (42%) randomizados para receberem carboplatina e pemetrexede passaram a receber monoterapia com amivantamabe intravenoso (vide Figura 10). Uma proporção maior de pacientes tratados com amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede estava viva com 12 e 18 meses (74% e 72%, respectivamente) em

comparação a pacientes tratados com carboplatina e pemetrexede (68% e 54%, respectivamente). As análises dos desfechos pós-progressão demonstraram que o benefício de SLP foi preservado durante as linhas de terapias subsequentes, com um acompanhamento médio de 14,9 (intervalo: 0,3 a 27,0) meses.

Os resultados de eficácia para o Estudo 3001 são resumidos na Tabela 7, Figura 8 e Figura 10.

Tabela 7: Resultados de eficácia no Estudo 3001

	amivantamabe intravenoso + carboplatina + pemetrexede (N=151)	carboplatina + pemetrexede (N=155)
Sobrevida Livre de Progressão (SLP)^a		
Número de eventos (X% de maturidade)	84 (55%)	132 (85%)
Mediana, meses (IC de 95%)	11,4 (9,8; 13,7)	6,7 (5,6 7,3)
RR (IC de 95%); valor de p	0,40 (0,30; 0,53); p<0,0001	
Taxa de Resposta Objetiva (TRO)^a		
TRO, % (IC de 95%)	73% (65%; 80%)	47% (39%; 56%)
Razão de chances (IC de 95%); valor de p	3,0 (1,8; 4,8); p<0,0001	
Resposta completa (RC)	3,9%	0,7%
Resposta parcial (RP)	69%	47%
Duração da Resposta (DOR)^{a‡}		
Mediana (IC de 95%), meses	10,1 (8,5; 13,9)	5,6 (4,4; 6,9)
Pacientes com DOR ≥ 6 meses	77%	44%
Pacientes com DOR ≥ 12 meses	45%	11%
Sobrevida Global (SG)^b		
Número de eventos	28	42
Mediana de OS, meses (IC de 95%)	NE (NE; NE)	24,3 (22,0; NE)
RR (IC 95%); valor de p	0,68 (0,42; 1,10); p=0,11	
Tempo até a Terapia Subsequente (TTS)^c		
Número de pacientes que tiveram terapia subsequente (%)	58 (38%)	109 (70%)
Mediana, meses (IC de 95%)	17,7 (13,7; NE)	9,9 (8,6; 11,1)
RR (IC de 95%); valor de p	0,35 (0,25; 0,49); p<0,0001	
SLP após a Primeira Terapia Subsequente (SLP2)^d		
Número de pacientes com segunda progressão	33	61
Mediana, meses (IC de 95%)	NE (22,8; NE)	17,3 (14,0; 21,5)
RR (IC de 95%); valor de p	0,49 (0,32; 0,76); p=0,001	
Tempo até a Progressão Sintomática (TTSP)^e		
Número de eventos	45 (29%)	64 (41%)
Mediana, meses (IC de 95%)	NE (18,6; NE)	20,1 (13,1; NE)
RR (IC de 95%); valor de p	0,67 (0,46; 0,98); p=0,039	

IC = intervalo de confiança

NE = não estimável

^a Análise Central Independente Cega por RECIST v1.1

^b Com base nos resultados da análise interina de OS. A análise de OS não foi ajustada para os efeitos potencialmente confundidores do cruzamento (65 [42%] pacientes no braço de carboplatina + pemetrexede que receberam tratamento subsequente em monoterapia com amivantamabe intravenoso).

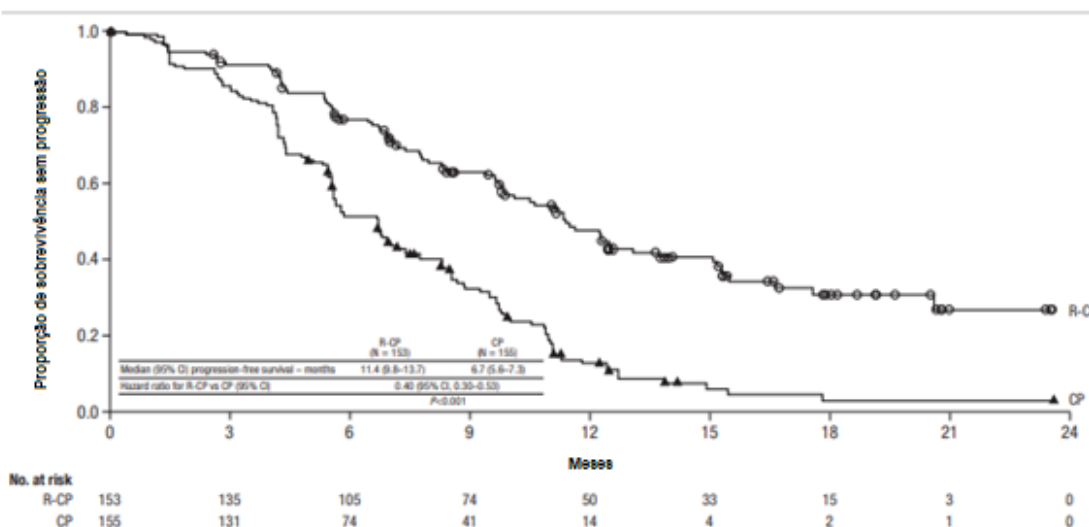
^c Definido como o tempo desde a data da randomização até a data de início da terapia anticâncer subsequente após a descontinuação do tratamento do estudo.

^d Definido como o tempo desde a randomização até a data da segunda progressão objetiva da doença, após o início da terapia anticâncer subsequente, com base na avaliação do pesquisador (após a utilizada para SLP) ou óbito, o que ocorrer primeiro.

^c Definido como o tempo desde a randomização até a manifestação de novos sintomas ou agravamento dos sintomas que sejam considerados pelo pesquisador como relacionados ao câncer de pulmão e que requeiram uma alteração no tratamento anticâncer e/ou intervenção clínica para controlar os sintomas, ou óbito, o que ocorrer primeiro.

[‡] Em respondedores confirmados.

Figura 8: Curva de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com CPNPC não tratado anteriormente por avaliação BICR



A análise de sensibilidade pré-planejada que avaliou a SLP conforme avaliada pelo investigador demonstrou uma redução de 62% no risco de progressão da doença ou óbito (média de 12,9 meses) em pacientes randomizados para o braço de amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede (RR de 0,38 [IC de 95%: 0,29; 0,52, p nominal < 0,001]), consistente com o que foi observado na avaliação BICR de SLP.

Além disso, consistente com a avaliação por BICR, os resultados da análise de DOR e TRO baseados na avaliação do pesquisador também demonstraram um benefício significativo do tratamento com amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede. A DOR média foi de 15,28 meses (IC de 95%: 10,87; NE) e a análise de TRO demonstrou atividade antitumoral significativamente melhor com um TRO de 66,0% (IC de 95%: 57,9; 73,5). O benefício de SLP do amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede em comparação a carboplatina e pemetrexede foi consistente entre os subgrupos pré-definidos de metástases cerebrais no início do estudo (sim ou não), idade (< 65 ou ≥ 65), sexo (masculino ou feminino), raça (asiático ou não asiático), peso (< 80 kg ou ≥ 80 kg), status de desempenho ECOG (0 ou 1) e histórico de tabagismo (sim ou não). Vide Figura 9.

Figura 9: Forest Plot: Análise de subgrupo de SLP – NSC3001

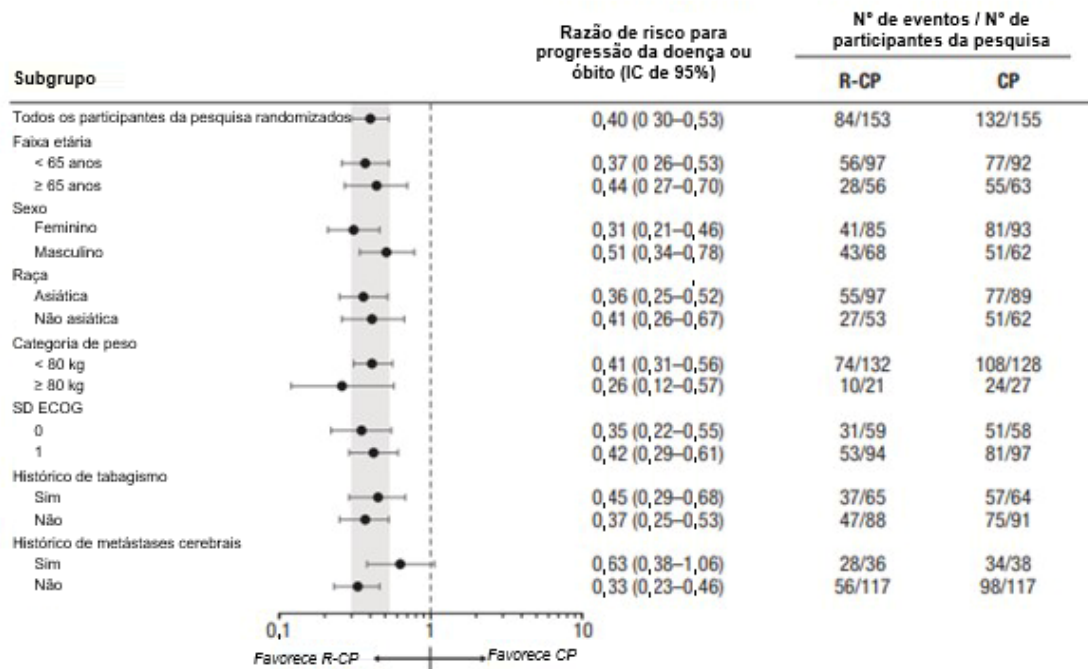
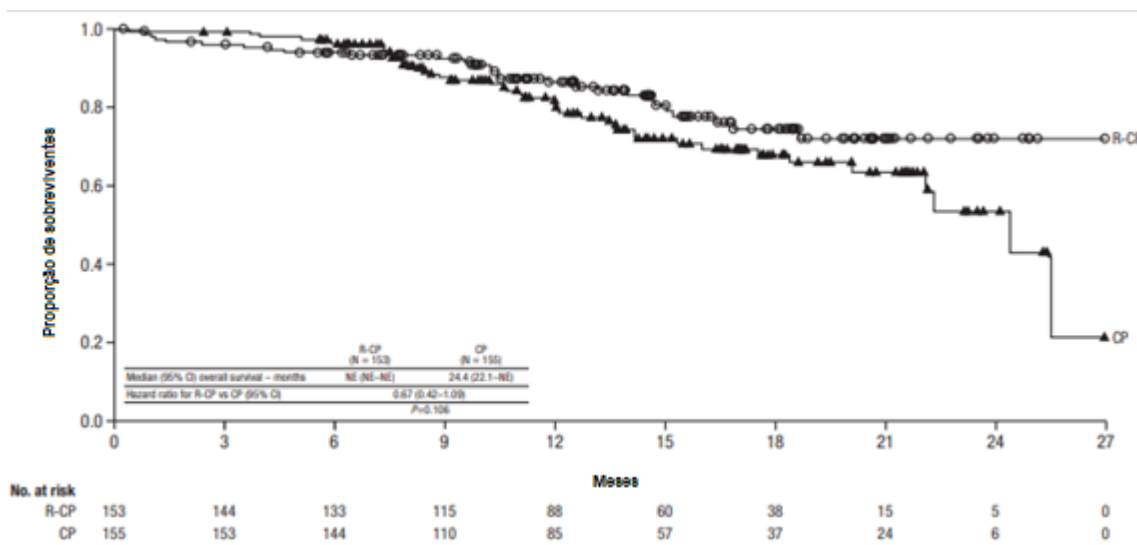


Figura 10: Curva de Kaplan-Meier de SG em pacientes com CPNPC não tratados anteriormente por avaliação BICR



Resultados Relatados pelos Pacientes

Os sintomas relatados pelos pacientes e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foram eletronicamente coletados usando EORTC QLQ-C30 e o PROMIS-PF. Esses instrumentos foram administrados aproximadamente

uma vez a cada 6 semanas até o final do tratamento. Eles foram então administrados 30 dias após a última dose do tratamento e, depois, a cada 12 semanas por um ano. A adesão foi alta no período basal (> 97%) e durante o tratamento (> 80% até o Ciclo 31) em ambos os braços. No período basal, os pacientes de ambos os braços de tratamento relataram baixa carga de sintomas e altos níveis de funcionalidade.

As análises dos PRO demonstraram que os benefícios clínicos de receber amivantamabe intravenoso com carboplatina e pemetrexede foram obtidos sem comprometer a QVRS. Em todas as escalas de PRO, a QVRS dos pacientes no período basal foi mantida durante o tratamento em ambos os braços.

As análises de tempo até a deterioração demonstraram que o tempo médio até o agravamento dos sintomas foi retardado de 2 a 5 meses para o amivantamabe intravenoso com carboplatina e pemetrexede, em comparação com carboplatina e pemetrexede sozinhos para dispneia (RR=0,75; IC de 95%: 0,55; 1,01), dor (RR=0,74; IC de 95%: 0,55; 1,00), insônia (RR=0,75; IC de 95%: 0,54; 1,04), diarreia (RR=0,67; IC de 95%: 0,47; 0,95) e náusea/vômito (RR=0,74; IC de 95%: 0,55; 0,98).

CPNPC previamente tratado com Mutações de Inserção no éxon 20 do EGFR – Monoterapia

EDI1001 (CHRYSLIS) é um estudo multicêntrico, aberto, de múltiplas coortes conduzido para avaliar a segurança e a eficácia do amivantamabe intravenoso em indivíduos com CPNPC localmente avançado ou metastático. A eficácia foi avaliada em 81 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático que apresentavam mutações de inserção no éxon 20 do EGFR, conforme determinado por teste prévio ao tratamento padrão local, cuja doença apresentou progressão durante ou após quimioterapia à base de platina, e que apresentaram acompanhamento mediano de 9,7 meses. O amivantamabe intravenoso foi administrado por via intravenosa a 1050 mg para pacientes < 80 kg ou 1400 mg para indivíduos ≥ 80 kg uma vez por semana durante 4 semanas, e então a cada 2 semanas até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

A idade mediana foi de 62 anos (intervalo: 42–84), sendo que 9% dos pacientes ≥ 75 anos de idade; 59% eram do sexo feminino; 49% eram asiáticos e 37% eram caucasianos. O número mediano de terapias anteriores foi de 2 (faixa: 1 a 7 terapias). No período basal, 99% apresentaram status de desempenho ECOG de 0 ou 1 (99%); 53% nunca fumaram; 75% tinham câncer em Estágio IV; e 22% tinham tratamento anterior para metástases cerebrais. As inserções no éxon 20 foram observadas em 8 resíduos diferentes; os resíduos mais comuns foram A767 (24%), S768 (16%), D770 (11%) e N771 (11%).

Os resultados de eficácia são resumidos na Tabela 8.

Tabela 8: Resultados de eficácia para EDI1001 (CHRYSLIS)

	Tratamento anterior com Quimioterapia à Base de Platina (N=81)
Taxa de Resposta Global^{a,b} (IC de 95%)	40% (29%; 51%)
Resposta completa	4%
Resposta parcial	36%

Taxa de Benefício Clínico^{a,c} (IC de 95%)	74% (63%; 83%)
Duração da Resposta^a (DOR)	
Mediana (IC de 95%), meses ^d	11,1 (6,9; NE)
Pacientes com DOR ≥ 6 meses	63%
Sobrevida Livre de Progressão Mediana^a (IC de 95%), meses	8,3 (6,5; 10,9)
Tempo Mediano até a Falha do Tratamento (IC de 95%), meses	7,7 (5,6; 10,6)
Sobrevida Global Mediana (IC de 95%), meses	22,8 (14,6; NE)

a. Análise Central Independente Cega pelo RECIST v1.1

b. Resposta confirmada.

c. A taxa de benefício clínico é definida como resposta completa + resposta parcial + doença estável (duração de no mínimo 11 semanas).

d. Com base na estimativa de Kaplan-Meier.

NE = Não Estimável

Atividade antitumoral foi observada em todas as variantes de mutação.

Referências bibliográficas:

1. Minchom AR, Krebs MG, Cho BC, et al. Subcutaneous amivantamab (ami) in patients (pts) with advanced solid malignancies: The PALOMA study—Updated safety and identification of the recommended phase 2 dose. J Clin Oncol 2023;41(16):suppl (June 01, 2023) 9126-9126 [abstract].
2. Caicun Zhou, M.D., Ph.D., et. al. Amivantamab plus Chemotherapy in NSCLC with EGFR Exon 20 Insertions. N Engl J Med 2023; 389:2039-2051 DOI: 10.1056/NEJMoa2306441. Nov. 2023.
3. A. Passaro, et. al. Amivantamab plus chemotherapy with and without lazertinib in *EGFR*-mutant advanced NSCLC after disease progression on osimertinib: primary results from the phase III MARIPOSA-2 study. Annals of Oncology. Oct. 2023.
4. PARK, K.; HAURA, E.; LEIGHL, N. et al. Amivantamab in EGFR Exon 20 Insertion – Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer Progressing on Platinum Chemotherapy: Initial Results From the CHRYSALIS Phase I Study. In: Journal of Clinical Oncology, 2021. <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.21.00662>.
5. ZHOU, C.; TANG, B.C.; CHO, B. L. et al. Amivantamab plus Chemotherapy in NSCLC with EGFR Exon 20 Insertions. In: The New England Journal of Medicine, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2306441.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: Anticorpos monoclonais e conjugados anticorpo-fármaco.

A formulação subcutânea de **Rybrewant® SC** contém hialuronidase humana recombinante (rHuPH20). A rHuPH20 atua local e transitoriamente para degradar o hialuronano [(HA), um glicoaminoglicano naturalmente encontrado em todo o corpo] na matriz extracelular do espaço subcutâneo, clivando a ligação entre os dois açúcares (N-

acetilglicosamina e ácido glucurônico) que compõem o HA. A rHuPH20 tem uma meia-vida na pele de menos de 30 minutos. Os níveis de hialuronano nos tecidos subcutâneos retornam ao normal dentro de 24 a 48 horas devido à rápida biossíntese do hialuronano.

Mecanismo de Ação

O amivantamabe é um anticorpo biespecífico EGFR-MET completamente humano à base de IgG1 e de baixa fucose com atividade imunológica direcionada às células que tem como alvos tumores com mutações do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) resistentes e ativadoras e mutações e amplificações do receptor do fator de transição mesenquimal-epitelial (MET). O amivantamabe liga-se aos domínios extracelulares de EGFR e MET.

O amivantamabe interrompe as funções sinalizadas por EGFR e MET através do bloqueio da ligação destes ligantes e amplificação da degradação de EGFR e MET, dessa forma, prevenindo o crescimento e progressão tumoral. A presença de EGFR e MET na superfície de células tumorais também possibilita o direcionamento dessas células para destruição por células imunológicas efectoras, tais como células exterminadoras naturais e macrófagos, através de citotoxicidade celular dependente de anticorpos (CCDA) e mecanismos de trogocitose, respectivamente

Efeitos Farmacodinâmicos

Após a primeira dose completa de **Rybrevant® SC** as concentrações médias séricas do EGFR e do MET diminuíram substancialmente e permaneceram suprimidas durante todo o tratamento para todas as doses estudadas.

Albumina

O amivantamabe reduziu a concentração sérica de albumina, um efeito farmacodinâmico da inibição do MET, tipicamente durante as 8 primeiras semanas. Subsequentemente, a concentração de albumina se estabilizou pelo restante do tratamento com amivantamabe.

Imunogenicidade

A incidência observada de anticorpos antidrogas é altamente dependente da sensibilidade e especificidade do ensaio. Diferenças nos métodos do ensaio impedem comparações significativas da incidência de anticorpos antidrogas (ADA) nos estudos descritos abaixo com a incidência de anticorpos antidrogas em outros estudos, incluindo os de **Rybrevant® SC** ou de outros produtos de amivantamabe ou outros produtos de hialuronidase. Entre os 370 pacientes que receberam monoterapia com **Rybrevant® SC** ou como parte da terapia combinada, 1 participante (0,3%) foi positivo para anticorpos emergentes ao tratamento com amivantamabe. Devido ao baixo risco e à baixa incidência de imunogenicidade ao amivantamabe, o efeito da imunogenicidade permanece desconhecido. Entre os 389 pacientes que receberam **Rybrevant® SC** como monoterapia ou como parte da terapia combinada, 37 pacientes (9,5%) foram positivos para anticorpos emergentes ao tratamento com rHuPH20. A imunogenicidade a rHuPH20 observada nesses pacientes não impactou a farmacocinética do amivantamabe.

Propriedades Farmacocinéticas

A exposição ao **Rybrevant® SC** aumenta de forma proporcional à dose nas doses estudadas de 1050 mg (1400 mg para peso corporal ≥ 80 kg), 1600 mg (2240 mg para peso corporal ≥ 80 kg) e 2560 mg (3360 mg para peso corporal ≥ 80 kg). A concentração máxima do **Rybrevant® SC**, tanto na monoterapia quanto em combinação com lazertinibe ou carboplatina-pemetrexede, é tipicamente observada no final da dosagem semanal (Ciclo 2, Dia 1). Para o regime de dosagem a cada 2 semanas, a média geométrica (%CV) da concentração máxima do **Rybrevant® SC** após a 4ª dose semanal foi de 335 $\mu\text{g/mL}$ (32,7%). A $\text{AUC}_{1\text{semana}}$ média aumentou 3,5 vezes desde a primeira dose ao Dia 1 do Ciclo 2. O estado de equilíbrio do **Rybrevant® SC** é alcançado por volta da Semana 13. A média geométrica (%CV) da concentração no estado de equilíbrio do **Rybrevant® SC** no Dia 1 do Ciclo 4 foi de 206 $\mu\text{g/mL}$ (39,1%).

Para o regime de dosagem a cada 3 semanas, a média geométrica (%CV) da concentração máxima do **Rybrevant® SC** após a 3ª dose semanal foi de 464 $\mu\text{g/mL}$ (23,5%). A $\text{AUC}_{1\text{semana}}$ média aumentou 4,5 vezes da primeira dose ao Dia 1 do Ciclo 2. O estado de equilíbrio do **Rybrevant® SC** é alcançado por volta da Semana 13. A média geométrica (%CV) da concentração no estado de equilíbrio do **Rybrevant® SC** no Dia 1 do Ciclo 4 foi de 218 $\mu\text{g/mL}$ (41,9%). A Tabela 9 lista as médias geométricas (%CV) das concentrações máximas observadas ($C_{\text{máx}}$ do Dia 1 do Ciclo 2), área sob a curva de concentração-tempo ($\text{AUC}_{\text{Dia 1-15}}$) do Ciclo 2 e C_{min} do Dia 1 do Ciclo 4 após as doses recomendadas a cada 2 semanas de amivantamabe administradas por via subcutânea e intravenosa em pacientes com CPNPC.

Tabela 9: Resumo dos parâmetros farmacocinéticos séricos do amivantamabe em pacientes com CPNPC (Estudo PALOMA-3)

Parâmetro	Rybrevant® SC 1600 mg (2240 mg para peso corporal ≥ 80 kg)	amivantamabe intravenoso 1050 mg (1400 mg para peso corporal ≥ 80 kg)
	Média Geométrica (%CV)	
Ciclo 2 Dia 1 C_{min} ($\mu\text{g/mL}$)	335 (32,7%)	293 (31,7%)
Ciclo 2 $\text{AUC}_{(\text{Dia 1-15})}$ ($\mu\text{g.h/mL}$)	135,861 (30,7%)	131,704 (24,0%)
Ciclo 4 Dia 1 C_{min} ($\mu\text{g/mL}$)	206 (39,1%)	144 (41,5%)

Absorção

Após administração subcutânea, a média geométrica (%CV) da biodisponibilidade do amivantamabe é de 66,6% (14,9%), com um tempo médio para atingir a concentração máxima de 3 dias.

Distribuição

A média geométrica (%CV) do volume total de distribuição para o amivantamabe administrado por via subcutânea é de 5,69 L (23,8%).

Eliminação

O amivantamabe é eliminado por depurações mediadas por alvo linear e não linear saturáveis após administração subcutânea. A média geométrica estimada (%CV) da CL linear e da meia-vida terminal associada é de 0,224 L/dia (26,0%) e 18,8 dias (34,3%), respectivamente.

Populações especiais

Pediátrica (17 anos de idade ou menos)

A farmacocinética do **Rybrevant® SC** em pacientes pediátricos não foi investigada.

Idosos (65 anos de idade ou mais)

Não foram observadas diferenças clinicamente significativas na farmacocinética do amivantamabe com base na idade (28-85 anos).

Insuficiência renal

Nenhum efeito clinicamente significativo sobre a farmacocinética de amivantamabe foi observado em pacientes com insuficiência renal leve ($60 \leq \text{clearance de creatinina [CrCl]} < 90 \text{ mL/min}$) e moderada ($29 \leq \text{CrCl} < 60 \text{ mL/min}$). O efeito da insuficiência renal severa ($15 \leq \text{CrCl} < 29 \text{ mL/min}$) sobre a farmacocinética de amivantamabe é desconhecido.

Insuficiência hepática

É improvável que alterações na função hepática apresentem um efeito sobre a eliminação de amivantamabe, uma vez que moléculas à base de IgG1 como amivantamabe não são metabolizadas através de vias hepáticas.

Não foi observado um efeito clinicamente significativo na farmacocinética de amivantamabe com base na insuficiência hepática leve [(bilirrubina total $\leq$ LSN e AST $>$ LSN) ou (LSN $<$ bilirrubina total $\leq 1,5 \times$ LSN)]. O efeito da insuficiência hepática moderada (bilirrubina total de 1,5 a 3 vezes a LSN) e severa (bilirrubina total $>$ 3 vezes a LSN) sobre a farmacocinética de amivantamabe é desconhecido.

Gênero

O clearance de amivantamabe foi 21% mais alto em homens do que em mulheres; entretanto, não foram observadas diferenças clinicamente significativas na farmacocinética de amivantamabe com base em gênero com dosagem escalonada por peso.

Peso

Aumentos no peso corporal aumentaram o volume de distribuição e o clearance do **Rybrevant® SC**. Com as doses recomendadas em função do peso, as exposições ao **Rybrevant® SC** foram comparáveis entre os pacientes que pesavam < 80 kg e receberam 1600 mg (a cada duas semanas)/2400 mg (a cada três semanas) e os pacientes que pesavam ≥ 80 kg e receberam 2240 mg (a cada duas semanas)/3360 mg (a cada três semanas).

Informações não clínicas

Em estudos de toxicidade por doses repetidas em macacos *cynomolgus*, amivantamabe foi bem tolerado em doses semanais de até 120 mg/kg por via intravenosa durante 6 semanas ou 3 meses (equivalente a 8 à 9 vezes a $C_{\text{máx}}$ e equivalente a 6 à 7 vezes a AUC da exposição humana para doses subcutâneas de 1600 mg (2240 mg se ≥ 80 kg)). Não houve efeitos na função dos sistemas cardiovascular, respiratório e nervoso. A patologia clínica demonstrou elevações não adversas nos níveis séricos de alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST) e globulinas, e reduções não adversas na albumina em comparação ao grupo controle. Todos esses valores retornaram às faixas normais em grupos de recuperação. Um estudo de tolerância subcutânea local evidenciou que amivantamabe foi bem tolerado nos locais de injeção em macacos *cynomolgus* que receberam duas doses semanais de 125 mg/kg.

Carcinogenicidade e Mutagenicidade

Nenhum estudo animal foi realizado para estabelecer o potencial carcinogênico de amivantamabe. Estudos de rotina de genotoxicidade e carcinogenicidade geralmente não são aplicáveis a medicamentos biológicos, pois grandes proteínas não podem se difundir em células e não podem interagir com DNA ou material cromossômico.

Toxicologia Reprodutiva

Nenhum estudo de toxicologia reprodutiva foi realizado para avaliar os efeitos potenciais de amivantamabe.

Nenhuma exposição sistêmica à hialuronidase foi detectada em macacos que receberam 220000 U/kg por via subcutânea (pelo menos 118 vezes mais alta que a dose humana) e não houve efeitos no desenvolvimento embriofetal em camundongos grávidas que receberam 330000 U/kg de hialuronidase por via subcutânea diariamente durante a organogênese, o que é pelo menos 45 vezes maior do que a dose humana.

Não houve efeitos no desenvolvimento pré e pós-natal até a maturidade sexual em filhotes de camundongos tratados diariamente desde a implantação até a lactação com 990000 U/kg de hialuronidase por via subcutânea, o que é pelo menos 134 vezes maior do que as doses humanas.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Rybrevant® SC é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a amivantamabe ou a qualquer um dos componentes da formulação.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Os dados descritos em “Advertências e Precauções” refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe em 331 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, incluindo 125 pacientes nos grupos de coortes 1 e 6 do PALOMA-2 e 206 pacientes no PALOMA-3.

Os dados descritos em “Advertências e Precauções” também refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede na coorte 3b do PALOMA-2 em 31 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, cuja doença progrediu durante ou após o tratamento com osimertinibe.

Os dados descritos em “Advertências e Precauções” também refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede na coorte 2 do PALOMA-2 em 65 pacientes não tratados previamente com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR.

Reações Relacionadas à Administração

Rybrevant® SC pode causar reações relacionadas à administração (RRA); sinais e sintomas de RRA incluem dispneia, rubor, febre, calafrios e desconforto no peito.

***Rybrevant® SC** com lazertinibe em pacientes não tratados previamente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, RRA ocorreram em 14% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, incluindo reações adversas de Grau 3 (0,3%). Não houve reduções de dose ou descontinuações permanentes de **Rybrevant® SC** devido a RRA. Das RRA relatadas, 91% ocorreram após a dose inicial (Semana 1, Dia 1).

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes previamente tratados com mutações de deleção no éxon 19 ou de Substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, RRA ocorreram em 10% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede. Todas as RRAs foram de Grau 1-2. Não houve reduções de dose ou descontinuações permanentes de **Rybrevant® SC** devido a RRA. Das RRA relatadas, 100% ocorreram após a dose inicial (Semana 1, Dia 1).

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes não tratados previamente com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR*

Com base na população de segurança, RRA ocorreram em 8% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em

combinação com carboplatina e pemetrexede. Todas as RRAs foram de Grau 1-2. Não houve reduções de dose ou descontinuações permanentes de **Rybrevant® SC** devido a RRA. Das RRAs relatadas, 80% ocorreram após a dose inicial (Semana 1, Dia 1).

Pré-medicação com anti-histamínicos, antipiréticos e glicocorticoides e administrar **Rybrevant® SC** conforme recomendado (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Monitore os pacientes quanto a qualquer sinal ou sintoma de reações relacionadas à administração durante a injeção em um ambiente onde medicamentos e equipamentos de ressuscitação cardiopulmonar estejam disponíveis. Interrompa a injeção de **Rybrevant® SC**, se estiver em andamento, se houver suspeita de RRA. Retome o tratamento após a resolução dos sintomas ou descontinue permanentemente o **Rybrevant® SC** com base na gravidade (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Doença Pulmonar Intersticial/Pneumonite

Rybrevant® SC pode causar doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumonite.

***Rybrevant® SC** com lazertinibe em pacientes não tratados previamente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, DPI/pneumonite ocorreu em 4,2% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, com 1,2% dos pacientes experimentando DPI/pneumonite de Grau 3, 1,2% dos pacientes experimentando DPI/pneumonite de Grau 4 e 0,3% experimentando DPI/pneumonite de Grau 5. Não houve reduções de dose devido a DPI/pneumonite. A incidência de descontinuações permanentes devido a DPI/pneumonite foi de 3,6%.

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes previamente tratados com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, DPI/pneumonite não foi relatada em pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede.

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes não tratados previamente com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR*

Com base na população de segurança, DPI/pneumonite ocorreu em 1 (1,5%) paciente tratado com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede. A reação adversa foi de Grau 4 e o paciente descontinuou permanentemente o **Rybrevant® SC** devido a DPI/pneumonite.

Monitore os pacientes quanto a novos ou agravamento dos sintomas indicativos de DPI/pneumonite (por exemplo, dispneia, tosse, febre). Interrompa imediatamente o **Rybrevant® SC** em pacientes com suspeita de DPI/pneumonite e descontinue permanentemente se a DPI/pneumonite for confirmada (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Eventos Tromboembólicos Venosos (TEV) com uso concomitante de lazertinibe

Em pacientes recebendo **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, foram relatados eventos tromboembólicos venosos (TEV), incluindo trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) (vide “Reações Adversas”) Com base na população de segurança, TEV ocorreram em 10% dos pacientes recebendo **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, incluindo reações adversas de Grau 3 (0,9%). A incidência de reduções na dose de **Rybrevant® SC** devido a TEV foi de 0,3%. Não houve interrupções permanentes de **Rybrevant® SC** devido a TEV.

A anticoagulação profilática é recomendada durante os primeiros quatro meses de tratamento. O uso de anticoagulantes deve estar alinhado com diretrizes clínicas; o uso de antagonistas da vitamina K não é recomendado.

Monitore os sinais e sintomas de TEV. Trate os pacientes com TEV com anticoagulantes conforme clinicamente indicado. Para TEV associados à instabilidade clínica, **Rybrevant® SC** e lazertinibe devem ser interrompidos até que o paciente esteja clinicamente estável. Em seguida, ambos os medicamentos podem ser retomados a critério do médico responsável pelo tratamento.

No caso de recorrência de TEV apesar da anticoagulação apropriada, descontinue **Rybrevant® SC** ou lazertinibe. O tratamento pode continuar com **Rybrevant® SC** ou lazertinibe, mas não com ambos (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Reações Dermatológicas Adversas

Rybrevant® SC pode causar erupção cutânea (incluindo dermatite acneiforme), prurido e pele seca.

***Rybrevant® SC** com lazertinibe em pacientes não tratados anteriormente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, erupção cutânea ocorreu em 85% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, incluindo reações adversas de Grau 3 (17%) e Grau 4 (0,3%). Erupção cutânea que levou à reduções na dose de **Rybrevant® SC** ocorreu em 13% dos pacientes, e 1,5% descontinuaram permanentemente **Rybrevant® SC** devido a erupção cutânea.

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes tratados anteriormente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, erupção cutânea ocorreu em 29% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede, incluindo reações adversas de Grau 3 (3,2%). Erupção cutânea que levou à reduções na dose de **Rybrevant® SC** ocorreu em 3,2% dos pacientes, e nenhum paciente descontinuou permanentemente **Rybrevant® SC** devido a erupção cutânea .

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes não tratados anteriormente com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR*

Com base na população de segurança, erupção cutânea ocorreu em 83% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC**

em combinação com carboplatina e pemetrexede, incluindo reações adversas de Grau 3 (9%). Erupção cutânea que levou à reduções na dose de **Rybrevant® SC** ocorreu em 11% dos pacientes, e nenhum paciente descontinuou permanentemente **Rybrevant® SC** devido a erupção cutânea .

Uma abordagem profilática para prevenção de erupção cutânea é recomendada (por exemplo, uso de antibióticos orais). Instrua os pacientes a limitar a exposição ao sol durante e por 2 meses após o tratamento com **Rybrevant® SC**. Aconselhe os pacientes a usar roupas de proteção e protetor solar de amplo espectro UVA/UVB. Um creme emoliente livre de álcool (por exemplo, livre de isopropanol, livre de etanol) é recomendado para pele seca.

Se as reações cutâneas se desenvolverem, inicie corticosteroides tópicos e antibióticos tópicos e/ou orais. Para reações de Grau 3, adicione esteroides orais e considere a consulta dermatológica. Encaminhe prontamente os pacientes que apresentarem erupção cutânea grave, aparência ou distribuição atípica, ou falta de melhora dentro de 2 semanas a um dermatologista. Suspenda, reduza a dose ou descontinue permanentemente **Rybrevant® SC** com base na gravidade (vide “Posologia e Modo de Usar”).

Descontinue permanentemente **Rybrevant® SC** se a necrólise epidérmica tóxica (NET) for confirmada.

Toxicidade Ocular

Rybrevant® SC pode causar toxicidade ocular. Encaminhe prontamente os pacientes que apresentarem sintomas oculares a um oftalmologista. Suspenda, reduza a dose ou descontinue permanentemente **Rybrevant® SC** com base na gravidade (vide “Posologia e Modo de Usar”).

***Rybrevant® SC** com lazertinibe em pacientes não tratados anteriormente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, a ceratite ocorreu em 0,6% e o comprometimento visual ocorreu em 2,4% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe; todas as reações foram de Grau 1-2. Outras doenças oculares, incluindo blefarite, conjuntivite, olho seco, hiperemia conjuntival, prurido ocular e hiperemia ocular ocorreram em 15% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, incluindo reações de Grau 3-4 (0,6%).

***Rybrevant® SC** com carboplatina e pemetrexede em pacientes tratados anteriormente com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR*

Com base na população de segurança, não foi relatada toxicidade ocular em pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede.

***Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede em pacientes não tratados anteriormente com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR.*

Com base na população de segurança, ocorreu toxicidade ocular, incluindo conjuntivite e olho seco, em 4,6% dos pacientes tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede. Todas as reações foram de

Grau 1-2.

Toxicidade embriofetal

Com base em seu mecanismo de ação e achados de modelos animais, **Rybrevant® SC** pode causar danos fetais quando administrado a mulheres grávidas. A administração de outras moléculas inibidoras de EGFR a animais grávidas resultou em um aumento da incidência de comprometimento do desenvolvimento embriofetal, embriofetividade e aborto. Aconselhe as mulheres com potencial reprodutivo do risco potencial para o feto. Aconselhe as pacientes do sexo feminino com potencial reprodutivo a usar métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento e por 3 meses após a última dose de **Rybrevant® SC** (vide “Gravidez e Lactação”).

Efeitos sobre a Capacidade de Dirigir e Usar Máquinas

Nenhum estudo foi realizado sobre os efeitos na capacidade de dirigir e usar máquinas. Se pacientes apresentarem sintomas relacionados ao tratamento que afetam a sua capacidade de concentrar e reagir, recomenda-se que não dirijam ou usem máquinas até que o efeito cesse.

Gravidez, Lactação e Fertilidade

Gravidez (Categoria C)

Resumo de Risco

Não há dados disponíveis sobre o uso de **Rybrevant® SC** em mulheres grávidas ou dados animais para avaliar o risco de **Rybrevant® SC** na gravidez. O bloqueio ou degradação de EGFR em modelos animais resultou no comprometimento do desenvolvimento embriofetal, incluindo efeitos no desenvolvimento placentário, pulmonar, cardíaco, cutâneo e neural. A ausência de sinalização de EGFR ou MET resultou em embriofetividade, malformações e morte pós-natal em animais (vide “Dados”). Portanto, com base no mecanismo de ação e nos achados em modelos animais, **Rybrevant® SC** pode causar danos embriofetais quando administrado a uma mulher grávida. Informe as mulheres grávidas sobre o risco potencial para um feto.

O risco estimado de defeitos congênitos graves e aborto espontâneo para a população indicada é desconhecido. Todas as gestações têm um risco estimado de defeito congênito, perda ou outros resultados adversos. Na população geral dos EUA, o risco estimado de defeitos congênitos graves e aborto espontâneo em gestações clinicamente reconhecidas é de 2% a 4% e de 15% a 20%, respectivamente.

Dados

Dados em Animais

Rybrevant® SC para administração subcutânea contém amivantamabe e hialuronidase. Não foram realizados estudos em animais para avaliar os efeitos do amivantamabe na reprodução e desenvolvimento fetal; no entanto, com base em

seu mecanismo de ação, **Rybrevant® SC** pode causar danos fetais ou anomalias de desenvolvimento. Em camundongos, o EGFR é criticamente importante nos processos reprodutivos e de desenvolvimento, incluindo implantação de blastocisto, desenvolvimento placentário e sobrevivência e desenvolvimento embriofetal/pós-natal. A redução ou eliminação da sinalização de EGFR embriofetal ou materna pode prevenir a implantação, pode causar perda embriofetal em vários estágios da gestação (por meio de efeitos no desenvolvimento da placenta) e pode causar anomalias de desenvolvimento e morte precoce em fetos sobreviventes. Resultados de desenvolvimento adversos foram observados em vários órgãos em embriões/neonatos de camundongos com interrupção da sinalização de EGFR. Da mesma forma, a supressão de MET ou seu ligante HGF foi embrionariamente letal devido a graves defeitos no desenvolvimento da placenta e os fetos exibiram defeitos no desenvolvimento muscular em vários órgãos. Sabe-se que o IgG1 humana atravessa a placenta; portanto, o amivantamabe tem o potencial de ser transmitido da mãe para o feto em desenvolvimento.

Não foi detectada exposição sistêmica à hialuronidase em macacos que receberam 222000 U/kg por via subcutânea (pelo menos 118 vezes mais alta que a dose humana) e não houve efeitos no desenvolvimento embriofetal em camundongos grávidas que receberam 330000 U/kg de hialuronidase por via subcutânea diariamente durante a organogênese, o que é pelo menos 45 vezes mais alto que a dose humana.

Não houve efeitos no desenvolvimento pré e pós-natal até a maturidade sexual em filhotes de camundongos tratados diariamente desde a implantação até a lactação com 990000 U/kg de hialuronidase por via subcutânea, o que é pelo menos 134 vezes mais alto que a dose humana.

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

Lactação

Resumo de Riscos

Não existem dados sobre a presença de amivantamabe no leite humano, efeitos sobre a criança amamentada ou na produção de leite. Devido ao potencial de reações adversas graves de **Rybrevant® SC** em crianças amamentadas, aconselhe as mulheres a não amamentarem durante o tratamento com **Rybrevant® SC** e por 3 meses após a última dose.

Dados

Dados em Animais

Não foi detectada exposição sistêmica de hialuronidase em macacos que receberam 222000 U/kg por via subcutânea (pelo menos 118 vezes mais alta que a dose humana), e não houve efeitos sobre o desenvolvimento pós-natal até a maturidade sexual em descendentes de camundongos tratados diariamente durante a lactação com 990000 U/kg de hialuronidase por via subcutânea, o que é pelo menos 134 vezes maior que a dose humana.

Pacientes do sexo feminino e masculino em Potencial Reprodutivo

Rybrevant® SC pode causar danos fetais quando administrado a uma mulher grávida (vide “Gravidez, Lactação e Fertilidade”).

Testes de Gravidez

Verifique o status de gravidez de mulheres com potencial reprodutivo antes de iniciar o **Rybrevant® SC**.

Contracepção

Mulheres

Aconselhe as pacientes do sexo feminino com potencial reprodutivo a usar contracepção eficaz durante o tratamento e por 3 meses após a última dose de **Rybrevant® SC**.

Uso Pediátrico

A segurança e eficácia de **Rybrevant® SC** não foram estabelecidas em pacientes pediátricos.

Uso em Idosos

Dos 331 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe, 34% tinham ≥ 65 anos de idade e 10% tinham ≥ 75 anos de idade.

Dos 96 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático tratados com **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede, 47% tinham ≥ 65 anos de idade e 8% tinham ≥ 75 anos de idade.

Não foram observadas diferenças clinicamente importantes na segurança ou eficácia entre pacientes com ≥ 65 anos de idade e pacientes mais jovens.

Atenção: Este medicamento contém açúcar, portanto, deve ser usado com cautela em pessoas com diabetes.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Não foram realizados estudos de interação medicamentosa.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Rybrevant® SC deve ser armazenado sob refrigeração, entre 2°C e 8°C. Não congele. Armazene na embalagem original para proteger da luz.

A validade de **Rybrevant® SC** é de 18 meses a partir da data de sua fabricação.

Frascos não abertos

Consulte a data de validade na embalagem externa.

Prazo de validade da seringa preparada

As seringas preparadas devem ser administradas imediatamente. Se a administração imediata não for possível, armazene a solução de **Rybrevant® SC** refrigerada entre 2°C e 8°C por até 24 horas, seguido por temperatura ambiente de 15°C a 30°C por até 24 horas. Descarte a seringa preparada se armazenada por mais de 24 horas refrigerada ou mais de 24 horas em temperatura ambiente. Se armazenado na geladeira, permita que a solução chegue à temperatura ambiente antes da administração.

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

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

Antes do usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance de crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Rybrevant® SC é para uso subcutâneo apenas. **Rybrevant® SC** possui instruções de posologia e modo de usar diferentes do amivantamabe intravenoso. Não administrar por via intravenosa.

Rybrevant® SC deve ser administrado por um profissional de saúde com auxílio médico apropriado para tratar reações relacionadas à administração (RRAs), caso ocorram (vide “Advertências e Precauções”).

Administre pré-medicações antes de cada dose de **Rybrevant® SC** conforme recomendado (vide “Posologia e Modo de uso – Pré-medicações Recomendadas”).

Antes do início de **Rybrevant® SC**, o status de mutação EGFR em tecido tumoral ou amostras de plasma deve ser estabelecido usando um teste validado. O teste pode ser realizado a qualquer momento desde o diagnóstico inicial até o início da terapia; o teste não precisa ser repetido uma vez que o status de mutação EGFR tenha sido estabelecido (vide “Efeitos Farmacodinâmicos - Estudos clínicos”). Se nenhuma mutação for detectada em uma amostra de plasma, teste o tecido tumoral.

Dosagem – adultos (≥ 18 anos)**Rybrevant® SC em monoterapia ou em combinação com lazertinibe (a cada 2 semanas)**

A dose recomendada de **Rybrevant® SC** em monoterapia ou em combinação com lazertinibe, com base no peso corporal no período basal, são fornecidas na Tabela 10.

Tabela 10: Dose Recomendada e Esquema de Dose para Rybrevant® SC em combinação com lazertinibe ou monoterapia (dose a cada 2 Semanas)

Peso corporal no período basal*	Dose recomendada	Esquema de dose
Menos de 80 kg	1600 mg	• Semanalmente (total de 4 doses) das Semanas 1 a 4 • A cada 2 semanas a partir da Semana 5 em diante
Maior ou igual a 80 kg	2240 mg	• Semanalmente (total de 4 doses) das Semanas 1 a 4 • A cada 2 semanas a partir da Semana 5 em diante

* Não é necessário ajuste de dose para alterações subsequentes no peso corporal.

Quando usado em combinação com lazertinibe, **Rybrevant® SC** deve ser administrado a qualquer momento após lazertinibe, quando administrado no mesmo dia. Consulte os Efeitos Farmacodinâmicos - Estudos clínicos e as informações de prescrição do fabricante para obter instruções de dosagem para lazertinibe.

Rybrevant® SC em combinação com carboplatina e pemetrexede (a cada 3 semanas)

As dosagens recomendadas de **Rybrevant® SC**, quando usado em combinação com carboplatina e pemetrexede (dosagem a cada 3 semanas), com base no peso corporal no período basal, são fornecidas na Tabela 11.

Tabela 11: Dose recomendada e esquema de dose para Rybrevant® SC em combinação com carboplatina e pemetrexede (dose a cada 3 semanas)

Peso Corporal no período basal *	Dose Recomendada	Esquema de Dosagem
Menos de 80 kg	1600 mg	Primeira dose na Semana 1, Dia 1
	2400 mg	• Semanalmente (total de 3 doses) das Semanas 2 a 4 • A cada 3 semanas a partir da Semana 7 em diante
Maior ou igual a 80 kg	2240 mg	Primeira dose na Semana 1, Dia 1
	3360 mg	• Semanalmente (total de 3 doses) das Semanas 2 a 4 • A cada 3 semanas a partir da Semana 7 em diante

* Não é necessário ajuste de dose para alterações subsequentes no peso corporal.

Quando usado em combinação com carboplatina e pemetrexede, **Rybrevant® SC** deve ser administrado após carboplatina e pemetrexede na seguinte ordem: pemetrexede, carboplatina e então **Rybrevant® SC**. Consulte os Efeitos Farmacodinâmicos - Estudos clínicos e as informações de prescrição do fabricante para obter as instruções de dosagem de carboplatina e pemetrexede.

Duração do tratamento

Recomenda-se que os pacientes sejam tratados com **Rybrevant® SC** até toxicidade inaceitável ou falta de benefício clínico.

Pré-medicações recomendadas

Antes da injeção inicial de **Rybrevant® SC** (Semana 1, Dia 1), administre anti-histamínicos, antipiréticos e glicocorticoides para reduzir o risco de RRAs. Para doses subsequentes, administre anti-histamínicos e antipiréticos. Administre glicocorticoides conforme necessário.

Tabela 12: Pré-Medicamentos

Medicamento	Dose	Via de administração	Janela de dosagem antes da administração de Rybrevant® SC
Anti-histamínico*	difenidramina (25 a 50 mg) ou equivalente	Intravenosa	15 a 30 minutos
		Oral	30 a 60 minutos
Antipirético*	paracetamol/acetaminofeno (650 a 1000 mg) ou equivalente	Intravenosa	15 a 30 minutos
		Oral	30 a 60 minutos
Glicocorticoide‡	dexametasona (20 mg) ou equivalente	Intravenosa	45 a 60 minutos
		Oral	Pelo menos 60 minutos
Glicocorticoide§	dexametasona (10 mg) ou equivalente	Intravenosa	45 a 60 minutos
		Oral	60 a 90 minutos

* Necessário em todas as doses.

‡ Necessário na dose inicial (Semana 1, Dia 1). Ou na próxima dose subsequente no caso de uma reação relacionada à administração.

§ Opcional para doses subsequentes.

Dose(s) perdida(s)

Para um esquema de dose a cada 2 semanas:

- Se uma dose de **Rybrevant® SC** for perdida entre as Semanas 1 a 4, administre dentro de 24 horas.
- Se uma dose de **Rybrevant® SC** for perdida a partir da Semana 5 em diante, administre dentro de 7 dias.

Para um esquema de dose a cada 3 semanas:

- Se uma dose de **Rybrevant® SC** for perdida entre as Semanas 1 a 3, administre dentro de 24 horas.
- Se uma dose de **Rybrevant® SC** for perdida a partir da Semana 4 em diante, administre dentro de 7 dias.

Se a dose perdida não for administrada de acordo com estas orientações, não administre a dose perdida. Administre a próxima dose conforme o esquema de dose usual.

Modificações de Dose

As reduções de dose recomendadas para reações adversas estão listadas na Tabela 13.

Tabela 13: Reduções de dose de Rybrevant® SC quanto a Reações Adversas

Dose na qual a reação adversa ocorreu	1ª Redução de Dose	2ª Redução de Dose	3ª Redução de Dose
1600 mg	1050 mg*	700 mg†	Descontinuar Rybrevant® SC
2240 mg	1600 mg‡	1050 mg*	
2400 mg	1600 mg‡	1050 mg*	
3360 mg	2240 mg§	1600 mg‡	

* O volume da dose deve ser 6,6 mL para a dose de 1050 mg.

† O volume da dose deve ser 4,4 mL para a dose de 700 mg.

‡ O volume da dose deve ser 10 mL para a dose de 1600 mg.

§ O volume da dose deve ser 14 mL para a dose de 2240 mg.

As modificações de dose recomendadas e o manejo para reações adversas estão fornecidos na Tabela 14.

Tabela 14: Modificações de Dosagem e Manejo Recomendados para Reações Adversas de Rybrevant® SC

Reação Adversa	Severidade	Modificação de Dose
Reações Relacionadas à Administração (RRAs) (vide “Advertências e Precauções”)	Grau 1-3	• Interrompa a injeção ao primeiro sinal de RRAs. • Medicamentos de suporte adicionais (por exemplo, glicocorticoides adicionais, anti-histamínicos, antipiréticos e antieméticos) devem ser administrados conforme clinicamente indicado. • Após a resolução dos sintomas, retome a administração de Rybrevant® SC. • Inclua corticosteroide com as pré-medicações antes da próxima dose (vide Tabela 12).
	Grau 4 recorrente ou Grau 3	Descontinue permanentemente o Rybrevant® SC .
Doença Pulmonar Intersticial / Pneumonite (vide “Advertências e Precauções”)	DPI/ pneumonite suspeita	Suspenda
	DPI/ pneumonite confirmada	Descontinue permanentemente
	Eventos com instabilidade clínica (por exemplo,	Suspenda Rybrevant® SC e lazertinibe até que o paciente esteja clinicamente estável. Depois disso, ambos os

Eventos Tromboembólicos Venosos (TEV) (aplica-se à combinação com lazertinibe) (vide “Advertências e Precauções”)	insuficiência respiratória ou disfunção cardíaca)	medicamentos podem ser retomados na mesma dose, a critério do médico.
	ETV recorrente apesar do nível terapêutico de anticoagulação	Descontinue permanentemente Rybrevant® SC ou lazertinibe. O tratamento pode continuar com Rybrevant® SC ou lazertinibe, mas não ambos, a critério do médico.
Reações Cutâneas e nas Unhas (vide “Advertências e Precauções”)	Grau 1	• Cuidados de suporte devem ser iniciados. • Reavaliar após 2 semanas.
	Grau 2	• Cuidados de suporte devem ser iniciados. • Se não houver melhora após 2 semanas, considere redução da dose (vide Tabela 13).
	Grau 3	• Cuidados de suporte devem ser iniciados. • Suspenda temporariamente até a melhora da reação adversa para $\leq$ Grau 2. • Reinicie em dose reduzida (vide Tabela 13).
	Grau 4 [incluindo condições graves de pele bolhosa, com bolhas ou esfoliação da pele (incluindo necrólise epidérmica tóxica (NET))]	Descontinuar permanentemente Rybrevant® SC .
Outras Reações Adversas (vide “Reações Adversas”)	Grau 3	• Suspenda temporariamente até a melhora da reação adversa para $\leq$ Grau 1 ou ao nível basal. • Reinicie na mesma dose se a recuperação ocorreu dentro de 1 semana. • Considere descontinuar permanentemente se a recuperação não aconteceu dentro de 4 semanas.
	Grau 4	• Suspenda temporariamente até a melhora da reação adversa para $\leq$ Grau 1 ou ao nível basal.

		• Reinicie com dose reduzida (vide Tabela 13) se a recuperação ocorreu dentro de 4 semanas. • Considere descontinuar permanentemente se a recuperação não ocorreu dentro de 4 semanas.
--	--	---

Modificações de dose recomendadas para Reações Adversas de **Rybrevent® SC** em combinação com lazertinibe

Ao administrar **Rybrevent® SC** em combinação com lazertinibe, se houver uma reação adversa que necessite de redução de dose após a suspensão do tratamento e resolução, reduza primeiro a dose de **Rybrevent® SC**.

Modificações de dose recomendadas para Reações Adversas de **Rybrevent® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede

Ao administrar **Rybrevent® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede, modifique a dosagem de um ou mais medicamentos. Suspender ou descontinuar **Rybrevent® SC** conforme mostrado na Tabela 5. Consulte a informação de prescrição da carboplatina e do pemetrexede para informações adicionais sobre modificação de dose.

Populações Especiais

Pacientes Pediátricos (17 anos de idade ou menos)

A segurança e a eficácia de **Rybrevent® SC** não foram estabelecidas em pacientes pediátricos.

Idosos (65 anos e mais)

Dos 331 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático tratados com **Rybrevent® SC** em combinação com lazertinibe, 34% tinham ≥ 65 anos de idade e 10% tinham ≥ 75 anos de idade.

Dos 96 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático tratados com **Rybrevent® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede, 47% tinham ≥ 65 anos de idade e 8% tinham ≥ 75 anos de idade.

Não foram observadas diferenças gerais na segurança ou eficácia entre pacientes com ≥ 65 anos e pacientes mais jovens. Nenhum ajuste de dose é necessário (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

Insuficiência renal

Não foram conduzidos estudos formais de amivantamabe em pacientes com insuficiência renal. Com base nas análises farmacocinéticas (PK) populacionais, nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência renal leve ou moderada. Não há dados disponíveis em pacientes com insuficiência renal grave (vide “Propriedades

Farmacocinéticas”).

Insuficiência hepática

Não foram conduzidos estudos formais de amivantamabe em pacientes com insuficiência hepática. Com base em análises PK populacionais, nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência hepática leve. Não há dados disponíveis em pacientes com insuficiência hepática moderada ou grave (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

Administração

Rybrevant® SC deve ser administrado por um profissional de saúde.

Para evitar erros de medicação, é importante verificar os rótulos dos frascos para garantir que o medicamento sendo preparado e administrado é **Rybrevant® SC** para injeção subcutânea e não amivantamabe intravenoso. A formulação subcutânea de **Rybrevant® SC** não é destinada para administração intravenosa e deve ser administrada apenas via injeção subcutânea.

Rybrevant® SC é de uso único e está pronto para uso.

Rybrevant® SC deve ser inspecionado visualmente quanto a partículas e descoloração antes da administração, sempre que a solução e o recipiente permitirem. Não use se houver partículas opacas, descoloração ou outras partículas estranhas presentes.

Prepare a seringa de dosagem em condições assépticas.

Cada volume de injeção não deve exceder 15 mL.

Preparação para administração

Consulte as tabelas de referência a seguir para a preparação de **Rybrevant® SC**.

Tabela 15: Volumes de dose recomendados para dose a cada 2 semanas para Rybrevant® SC

Regime de Dose	Dose total (mg)	Volume da dose (mL)	Número recomendado de seringas de dose	Seleção de frascos		Volume excedente (mL)
				Número de frascos de 1600 mg/10 mL	Número de frascos de 2240 mg/14 mL	
Menos de 80 kg	1600	10	1	1	0	0

Maior ou igual a 80 kg	2240	14	1	0	1	0
-------------------------------	------	----	---	---	---	---

Tabela 16: Volumes de dose recomendados para dose a cada 3 semanas para Rybrevant® SC

Regime de dose	Dose total (mg)	Volume da dose (mL)	Número recomendado de seringas de dose	Seleção de Frascos		Volume excedente total† (mL)
				Número de frascos de 1600 mg/10 mL	Número de frascos de 2240 mg/14 mL	
Menos de 80 kg	2400	15	1	2	0	5
Maior ou igual a 80 kg	3360	21	2*	1	1	3

*Cada volume de injeção não deve exceder 15 mL. Para uma dose de 3360 mg (21 mL), divida o volume aproximadamente igualmente em duas seringas. Para volumes que requerem múltiplas seringas de dosagem, use diferentes locais de injeção.

†Volume excedente total restante nos frascos após a dose apropriada ter sido retirada. Descarte o volume excedente de acordo com os requisitos locais.

Remova o(s) frasco(s) apropriado(s) de **Rybrevant® SC** do armazenamento refrigerado (2°C a 8°C).

Após remover do armazenamento refrigerado, equilibre **Rybrevant® SC** à temperatura ambiente (15°C a 30°C) por pelo menos 15 minutos. Não aqueça **Rybrevant® SC** de outra maneira. Uma vez equilibrado, agite suavemente o frasco por aproximadamente 10 segundos para misturar. Não agite.

Retire o volume de injeção necessário de **Rybrevant® SC** do(s) frasco(s) para uma seringa de tamanho apropriado usando uma agulha de transferência (vide Tabelas 15 e 16). Seringas menores requerem menos força durante a preparação e administração.

NOTA: Para dosagem a cada 3 semanas, você não usará todo o volume de ambos os frascos. Descarte o volume excedente de acordo com os requisitos locais.

Cada volume de injeção não deve exceder 15 mL. Divida as doses que requerem mais de 15 mL em volumes aproximadamente iguais em várias seringas.

Rybrevant® SC é compatível com agulhas de injeção de aço inoxidável, seringas de polipropileno e policarbonato, e conjuntos de infusão subcutânea de polietileno, poliuretano e policloreto de vinila. Uma solução de cloreto de sódio a 0,9% também pode ser usada para lavar um conjunto de infusão, se necessário.

Substitua a agulha de transferência por acessórios apropriados para transporte ou administração. O uso de uma agulha ou conjunto de infusão de 21G a 23G é recomendado para garantir facilidade de administração.

Armazenamento da seringa preparada

As seringas preparadas devem ser administradas imediatamente. Se a administração imediata não for possível,

armazene a solução de **Rybrevant® SC** refrigerada a 2°C a 8°C por até 24 horas, seguido por temperatura ambiente de 15°C a 30°C por até 24 horas. Descarte a seringa preparada se armazenada por mais de 24 horas refrigerada ou mais de 24 horas em temperatura ambiente. Se armazenado na geladeira, permita que a solução atinja a temperatura ambiente antes da administração.

Administração de Rybrevant® SC

- **Se apenas uma seringa de dosagem for necessária, o volume necessário de Rybrevant® SC deve ser injetado no tecido subcutâneo do abdômen por aproximadamente 5 minutos.** Não há dados disponíveis sobre a realização da injeção em outros locais do corpo.
- **Se forem necessárias múltiplas seringas de dosagem, as injeções de Rybrevant® SC devem ser administradas consecutivamente em quadrantes separados do abdômen, com cada injeção durando aproximadamente 5 minutos.** Não há dados disponíveis sobre a realização da injeção em outros locais do corpo.
- Pause ou diminua a taxa de administração se o paciente sentir dor. No caso da dor não aliviar ao pausar ou diminuir a taxa de administração, um segundo local de injeção pode ser escolhido no lado oposto do abdômen para administrar o restante da dose.
- Se administrado com um conjunto de infusão subcutânea, certifique-se de que a dose completa seja entregue através do conjunto de infusão. A solução de cloreto de sódio a 0,9% pode ser utilizada para lavar o medicamento restante através da linha.
- Não injete em tatuagens ou cicatrizes ou áreas onde a pele está vermelha, machucada, sensível, dura, não intacta ou dentro de 2 a 5 cm ao redor da área do umbigo.
- Qualquer produto não utilizado ou material de resíduos deve ser descartado de acordo com os requisitos locais.

Este medicamento não deve ser misturado com outros produtos, exceto aqueles mencionados na seção “Posologia e Modo de Usar”.

Instruções para Uso, Manuseio e Descarte

Qualquer medicamento não utilizado ou material de resíduos deve ser descartado de acordo com os requisitos locais.

9. REAÇÕES ADVERSAS

As seguintes reações adversas são discutidas nas outras seções desta bula:

- Reações Relacionadas à Administração (vide “Advertências e Precauções”)

- Doença Pulmonar Intersticial/Pneumonite (vide “Advertências e Precauções”)
- Eventos Tromboembólicos Venosos com uso concomitante de lazertinibe (vide “Advertências e Precauções”)
- Reações Adversas Dermatológicas (vide “Advertências e Precauções”)
- Toxicidade Ocular (vide “Advertências e Precauções”)

Experiência dos Estudos Clínicos

Como os estudos clínicos são conduzidos sob condições amplamente variáveis, as taxas de reações adversas observadas nos estudos clínicos de um medicamento não podem ser diretamente comparadas com as taxas dos estudos clínicos de outro medicamento e podem não refletir as taxas observadas na prática.

No geral, o perfil de segurança de **Rybrevant® SC** foi consistente com o perfil de segurança estabelecido de amivantamabe intravenoso, com uma incidência menor de reações relacionadas à administração e eventos tromboembólicos venosos observados com **Rybrevant® SC** em comparação com amivantamabe intravenoso.

Tratamento de Primeira Linha de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou substituição L858R no éxon 21 do EGFR – em combinação com lazertinibe

Os dados de segurança descritos abaixo refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe em 125 pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático não tratados previamente cujos tumores apresentam mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR em coortes 1 e 6 do estudo PALOMA-2. Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe nas dosagens recomendadas no estudo PALOMA-2 (vide “Estudos Clínicos – Primeira linha de tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 e substituição L858R no éxon 21 do EGFR”). Além disso, 105 (84%) pacientes nas coortes 1 e 6 (48 pacientes (71%) na coorte 1 e 57 pacientes (100%) na coorte 6) receberam anticoagulação profilática com um anticoagulante oral direto ou heparina de baixo peso molecular nos primeiros quatro meses do tratamento do estudo. A duração média do tratamento foi de 6,8 meses (intervalo: 0,5 a 12,9 meses). Entre todos os pacientes, 70% foram expostos a **Rybrevant® SC** por ≥ 6 meses e 1,6% foram expostos a **Rybrevant® SC** por > 1 ano. Para detalhes sobre a população do estudo, vide “Estudos Clínicos - Primeira linha de tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 e substituição L858R no éxon 21 do EGFR”.

Reações adversas graves em $\geq 2\%$ dos pacientes incluíram ETV (4,0%) e RRA (2,4%). Não houve reações adversas fatais em pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe.

As descontinuações permanentes de **Rybrevant® SC** devido a uma reação adversa ocorreram em 7% dos pacientes. As reações adversas que levaram à descontinuação de **Rybrevant® SC** em $\geq 1\%$ dos pacientes foram estomatite (1,6%), DPI (1,6%), toxicidade ungueal (1,6%) e erupção cutânea (1,6%).

Reações adversas que necessitaram interrupção da dose de **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foram erupção cutânea (26%), toxicidade ungueal (10%) e estomatite (6%). Reações adversas que necessitaram redução da dose de **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foram erupção cutânea (22%) e toxicidade ungueal (6%).

As reações adversas mais comuns ($\geq 20\%$) foram erupção cutânea, toxicidade ungueal, estomatite, edema, prurido, pele seca, constipação, náusea, diminuição do apetite, mialgia e diarreia. As anormalidades laboratoriais de Grau 3 ou 4 mais comuns ($\geq 2\%$) foram diminuição do sódio, diminuição da contagem de linfócitos, aumento da alanina aminotransferase, diminuição do cálcio (corrigido), diminuição da albumina e aumento da aspartato aminotransferase.

A Tabela 17 resume as reações adversas ($\geq 10\%$) nas coortes 1 e 6 do PALOMA-2.

Table 17: Reações Adversas ($\geq 10\%$) em pacientes de primeira linha com CPNPC com mutações de Deleção no éxon 19 ou substituição L858R no éxon 21 do EGFR em Coortes 1 e 6 do NSC2002 (PALOMA-2)

Reação Adversa	Rybrevant® SC + lazertinibe (N=125)	
	Todas os Graus (%)	Graus 3 ou 4 (%)
Distúrbios da pele e tecido subcutâneo		
Erupção cutânea*	92	22
Toxicidade ungueal*	73	3,2
Prurido	30	0
Pele seca*	27	0,8
Distúrbios gastrointestinais		
Estomatite*	54	3,2
Constipação	26	0
Náusea	26	0
Diarreia	22	0,8
Vômito	14	0
Distúrbios gerais e condições do local da administração		
Edema*	41	1,6
Fadiga*	19	1,6
Distúrbios do metabolismo e nutrição		
Diminuição do apetite	25	0,8
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo		
Mialgia	24	0,8
Distúrbios oculares		
Outros distúrbios oculares*	19	0,8
Lesões, intoxicações e complicações relacionadas a procedimentos		
Reações relacionadas à administração	15	0
Distúrbios vasculares		
Tromboembolismo venoso*	13	0,8
Distúrbios do sistema nervoso		
Tontura*	10	0

*Termos agrupados

Reações adversas clinicamente relevantes em < 10% dos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe incluíram hemorroidas (8%), febre (8%), dor abdominal (6%), reações no local da injeção (2,4%), comprometimento visual (2,4%), DPI (1,6%), crescimento dos cílios (1,6%) e ceratite (0,8%).

A Tabela 18 resume as anormalidades laboratoriais nas coortes 1 e 6 do PALOMA-2.

Tabela 18: Anormalidades laboratoriais selecionadas (≥ 20%) que se agravaram em relação ao período basal em pacientes com CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou substituição L858R no éxon 21 do EGFR não tratados anteriormente no estudo NSC2002 (PALOMA-2) Coortes 1 e 6[†]

Anormalidade Laboratorial	Rybrevant® SC + lazertinibe (N=125)	
	Todos os Graus (%)	Graus 3 ou 4 (%)
Química		
Diminuição do cálcio (Corrigido)	88	3,2
Diminuição da albumina	85	2,4
Aumento da alanina aminotransferase	53	4,8
Aumento da aspartato aminotransferase	45	2,4
Diminuição do sódio	34	10
Aumento da fosfatase alcalina	32	0,8
Aumento da gama-glutamil transferase	22	1,6
Hematologia		
Diminuição da contagem de linfócitos	56	8
Diminuição dos glóbulos brancos	41	0,8
Diminuição da hemoglobina	35	1,6
Diminuição da contagem de plaquetas	33	0,8

[†] O denominador usado para calcular a taxa é o número de pacientes com um valor basal e pelo menos um valor pós-tratamento para o teste laboratorial específico.

Consulte a bula do amivantamabe intravenoso para obter informações sobre a segurança do amivantamabe intravenoso em combinação com lazertinibe em pacientes não tratados previamente com CPNPC localmente avançado ou metastático cujos tumores têm mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR.

CPNPC Previamente Tratado com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR – em combinação com lazertinibe

A segurança do **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático cujos tumores têm mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR também foi avaliada no estudo PALOMA-3. Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** (N=206) ou amivantamabe

intravenoso (N=210), ambos em combinação com lazertinibe, nas dosagens recomendadas no estudo PALOMA-3 (vide “Estudos Clínicos – Primeira linha de Tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR”). Adicionalmente, 164 pacientes (80%) recebendo **Rybrevant® SC** e 171 pacientes (81%) recebendo amivantamabe intravenoso utilizaram anticoagulantes profiláticos com um anticoagulante oral direto ou heparina de baixo peso molecular nos primeiros quatro meses de tratamento do estudo. Entre os pacientes recebendo **Rybrevant® SC**, 33% foram expostos por ≥ 6 meses e 3,4% foram expostos por > 1 ano. Para detalhes sobre a população do estudo, consulte “Estudos Clínicos - Primeira linha de Tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR”.

Reações adversas graves em $\geq 2\%$ dos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe incluíram DPI (6%) e fadiga (2,4%). Uma reação adversa fatal de DPI ocorreu em 1 (0,5%) paciente que recebeu **Rybrevant® SC** e 3 (1,4%) pacientes que receberam amivantamabe intravenoso, ambos em combinação com lazertinibe.

Descontinuações permanentes do **Rybrevant® SC** devido a uma reação adversa ocorreram em 7% dos pacientes. Reações adversas que levaram à descontinuação do **Rybrevant® SC** em $\geq 1\%$ dos pacientes foram DPI (4,9%) e erupção cutânea (1,5%).

Reações adversas que necessitaram interrupção da dose do **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foram erupção cutânea (18%) e toxicidade ungueal (9%). Reações adversas que necessitaram reduções da dose do **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foram erupção cutânea (8%) e toxicidade ungueal (6%).

As reações adversas mais comuns ($\geq 20\%$) em pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe foram erupção cutânea, toxicidade ungueal, fadiga, estomatite, edema, náusea, diminuição do apetite, vômito, diarreia e constipação. As anormalidades laboratoriais mais comuns de Grau 3 ou 4 ($\geq 2\%$) foram diminuição da contagem de linfócitos, diminuição do sódio, diminuição do potássio, diminuição da albumina, aumento da alanina aminotransferase, diminuição da contagem de plaquetas, aumento da aspartato aminotransferase, aumento da gama-glutamil transferase e diminuição da hemoglobina.

No geral, o perfil de segurança do **Rybrevant® SC** foi consistente com o perfil de segurança estabelecido do amivantamabe intravenoso, com uma incidência mais baixa de reações relacionadas à administração (13% vs. 66%) e TEV (9% vs. 13%) observada com **Rybrevant® SC** em comparação com o amivantamabe intravenoso no PALOMA-3.

A Tabela 19 resume as reações adversas ($\geq 10\%$) no PALOMA-3.

Table 19: Reações Adversas ($\geq 10\%$) em pacientes que receberam Rybrevant® SC ou amivantamabe intravenoso em NSC3004 (PALOMA-3)

Reação Adversa	Rybrevant® SC + lazertinibe (N=206)		amivantamabe intravenoso + lazertinibe (N=210)	
	Todos os Graus (%)	Graus 3 ou 4 (%)	Todos os Graus (%)	Graus 3 ou 4 (%)

Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo				
Erupção cutânea*	80	14	79	11
Toxicidade ungueal*	56	3,9	54	1,4
Pele seca*	19	0	18	0
Prurido	16	0	12	0
Distúrbios gerais e condições no local de administração				
Fadiga*	43	3,4	36	2,9
Edema*	32	2,9	32	1,0
Pirexia	12	0	10	0
Reações no local de injeção*	11	0	0	0
Distúrbios gastrointestinais				
Estomatite*	35	0,5	38	2,9
Náusea	29	0,5	25	1,4
Vômito	21	1,0	20	0,5
Diarreia	21	1,5	19	1,0
Constipação	20	0	20	0,5
Distúrbios do metabolismo e nutrição				
Diminuição do apetite	22	0,5	25	1,4
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo				
Mialgia	16	0	6	0
Lesão, envenenamento e complicações do procedimento				
Reações relacionadas à administração	13	0,5	66	3,8
Distúrbios oculares				
Outros distúrbios oculares*	12	0,5	8	0
Distúrbios do sistema nervoso				
Tontura	12	0	12	0
Distúrbios vasculares				
Tromboembolismo venoso*	9	1,0	13	2,9

*Termos agrupados

As reações adversas clinicamente relevantes em < 10% dos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com lazertinibe não incluídas na tabela acima foram dor abdominal (8%), hemorróidas (6%), DPI (6%), deficiência visual (2,4%) , crescimento de cílios (1,5%) e ceratite (0,5%).

A Tabela 20 resume as anormalidades laboratoriais no PALOMA-3.

Tabela 20: Anormalidades laboratoriais selecionadas (≥ 20%) que pioraram em relação ao período basal em pacientes com CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR no estudo NSC3004 (PALOMA-3) †

Anormalidade Laboratorial	Rybrevant® SC + lazertinibe (N=206)	amivantamabe intravenoso + lazertinibe (N=210)
---------------------------	-------------------------------------	--

	Todos os Graus (%)	Graus 3 or 4 (%)	Todos os Graus (%)	Graus 3 or 4 (%)
Química				
Diminuição de albumina	92	4,9	91	5
Aumento de fosfatase alcalina	47	1,5	37	0
Aumento de alanina aminotransferase	45	3,4	51	5
Diminuição de sódio	36	5	43	8
Aumento de aspartato aminotransferase	36	2,0	40	2,4
Diminuição de cálcio (Corrigido)	33	0	36	0
Diminuição de magnésio	27	0	30	1,4
Aumento de gama-glutamyl transferase	26	2,0	27	1,9
Diminuição de potássio	22	5	25	4,3
Hematologia				
Diminuição da contagem de linfócitos	57	6	60	29
Diminuição da contagem de plaquetas	37	2,4	42	1,9
Diminuição de leucócitos	36	0,5	31	0,5
Diminuição de hemoglobina	34	2,0	36	2,4

† O denominador usado para calcular a taxa é o número de pacientes com um valor basal e pelo menos um valor pós-tratamento para o teste laboratorial específico.

CPNPC previamente tratado com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR – em combinação com carboplatina e pemetrexede

Os dados de segurança descritos abaixo refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede em 31 pacientes com CPCNP localmente avançado ou metastático cuja doença progrediu durante ou após o tratamento com osimertinibe com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, no grupo 3b do estudo PALOMA-2. Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede nas doses recomendadas no estudo PALOMA-2 (vide “Estudos Clínicos-Primeira Linha de tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR”). A duração média do tratamento foi de 0,3 meses (intervalo: 0,0 a 1,5 meses). Para detalhes sobre a população do estudo, vide “Estudos Clínicos-Primeira Linha de tratamento de CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR”.

Reações adversas graves em $\geq 2\%$ dos pacientes incluíram diarreia (3,2%), náusea (3,2%), estomatite (3,2%), fadiga (3,2%) e erupção cutânea (3,2%). Não houveram reações adversas fatais ou descontinuações permanentes nos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede.

A reação adversa que necessitou interrupção da dose de **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foi fadiga (7%). Não houve reações adversas que necessitassem redução da dose de **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes.

As reações adversas mais comuns ($\geq 20\%$) foram fadiga, erupção cutânea, náusea e estomatite. As anormalidades laboratoriais mais comuns de Grau 3 ou 4 ($\geq 2\%$) foram diminuição da contagem de neutrófilos, diminuição da contagem de leucócitos, diminuição da contagem de plaquetas, diminuição de sódio, diminuição da contagem de linfócitos e diminuição da hemoglobina.

A Tabela 21 resume as reações adversas ($\geq 10\%$) no grupo 3b do estudo PALOMA-2.

Tabela 21: Reações Adversas ($\geq 10\%$) em pacientes previamente tratados com CPCNP mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR no Grupo 3b do Estudo NSC2002 (PALOMA-2)

Reação Adversa	Rybrevant® SC + carboplatina + pemetrexede (N=31)	
	Todos os graus (%)	Graus 3 or 4 (%)
Distúrbios gerais e condições no local da administração		
Fadiga *	10 (32%)	1 (3,2%)
Distúrbios da pele e tecido subcutâneo		
Erupção cutânea *	9 (29%)	1 (3,2%)
Distúrbios gastrointestinais		
Náusea	9 (29%)	1 (3,2%)
Estomatite *	7 (23%)	1 (3,2%)
Constipação	6 (19%)	0
Vômito	4 (13%)	0
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo		
Mialgia	4 (13%)	0
Lesões, envenenamentos e complicações relacionadas a procedimentos		
Reações relacionadas à administração	3 (10%)	0

* Termos agrupados

Reações adversas clinicamente relevantes em $< 10\%$ dos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede incluíram diarreia (7%), reações no local da injeção (7%), edema (7%), diminuição do apetite (7%), prurido (7%), hemorroidas (3,2%), pele seca (3,2%) e tontura (3,2%).

A Tabela 22 resume as anormalidades laboratoriais no coorte 3b do estudo PALOMA-2.

Tabela 22: Anormalidades laboratoriais selecionadas ($\geq 20\%$) que se agravaram em relação ao período basal em pacientes previamente tratados com CPNPC com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR, no Coorte 3b do estudo NSC2002 (PALOMA-2)[†]

Anormalidade Laboratorial	Rybrevant® SC + carboplatina + pemetrexede (N=31)	
	Todos os graus (%)	Graus 3 or 4 (%)
Química		
Diminuição de cálcio (Corrigido)	30	0
Diminuição de sódio	26	13
Aumento de alanina aminotransferase	25	0

Diminuição de albumina	22	0
Aumento de fosfatase alcalina	22	0
Hematologia		
Diminuição de leucócitos	88	40
Diminuição da contagem de infócitos	74	11
Diminuição da contagem de plaquetas	68	16
Diminuição da contagem de neutrófilos	64	41
Diminuição de hemoglobina	24	4,0

† O denominador utilizado para calcular a taxa é o número de pacientes com um valor basal e pelo menos um valor pós-tratamento para o teste laboratorial específico.

Consulte as informações de prescrição do amivantamabe intravenoso para obter informações sobre a segurança do amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático cuja doença progrediu durante ou após o tratamento com osimertinibe com mutações de deleção no éxon 19 ou de substituição L858R no éxon 21 do EGFR.

Tratamento de Primeira Linha de CPNPC com Mutação de Inserção no Éxon 20 do EGFR - em Combinação com Carboplatina e Pemetrexede

Os dados de segurança descritos abaixo refletem a exposição ao **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede em 65 pacientes não tratados previamente com CPNPC localmente avançado ou metastático cujos tumores apresentam mutação de inserção no éxon 20 do EGFR no coorte 2 do estudo PALOMA-2. Os pacientes receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede nas dosagens recomendadas no estudo PALOMA-2 (vide “Estudos Clínicos – Primeira linha de tratamento para CPNPC com mutação de inserção no éxon 20 do EGFR”). A duração média do tratamento foi de 2,8 meses (intervalo: 0 a 8,5 meses). Entre todos os pacientes, 6% foram expostos ao **Rybrevant® SC** por ≥ 6 meses. Para detalhes sobre a população do estudo, vide “Estudos Clínicos - Primeira linha de tratamento para CPNPC com mutação de inserção no éxon 20 do EGFR”.

Não houveram reações adversas graves em $\geq 2\%$ dos pacientes ou reações adversas fatais em pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede.

As descontinuações permanentes do **Rybrevant® SC** devido a uma reação adversa ocorreram em 3,1% dos pacientes. As reações adversas que levaram à descontinuação do **Rybrevant® SC** em $\geq 1\%$ dos pacientes foram edema (1,5%) e DPI (1,5%).

A reação adversa que necessitou interrupção da dose do **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foi erupção cutânea (11%). A reação adversa que necessitou redução da dose do **Rybrevant® SC** em $\geq 5\%$ dos pacientes foi erupção cutânea (11%).

As reações adversas mais comuns ($\geq 20\%$) foram erupção cutânea, estomatite, náusea, toxicidade ungueal, constipação, fadiga, edema e diminuição do apetite. As anormalidades laboratoriais mais comuns de Grau 3 ou 4 ($\geq 2\%$) foram diminuição da contagem de neutrófilos, diminuição da contagem de linfócitos, diminuição de leucócitos, diminuição da contagem de plaquetas, diminuição de sódio, diminuição de hemoglobina, diminuição de potássio, diminuição de albumina, diminuição de cálcio (corrigido) e diminuição de magnésio.

A Tabela 23 resume as reações adversas ($\geq 10\%$) no coorte 2 do PALOMA-2.

Tabela 23: Reações Adversas ($\geq 10\%$) em pacientes de primeira linha com CPNPC com mutação de inserção no éxon 20 do EGFR no estudo NSC2002 (PALOMA-2) Coorte 2

Reação Adversa	Rybrevant® SC + carboplatina + pemetrexede (N=65)	
	Todos os graus (%)	Graus 3 or 4 (%)
Distúrbios da pele e tecido subcutâneo		
Erupção cutânea*	54 (83%)	6 (9%)
Toxicidade ungueal*	30 (46%)	0
Prurido	7 (11%)	0
Distúrbios gastrointestinais		
Estomatite*	31 (48%)	3 (4,6%)
Náusea	30 (46%)	1 (1,5%)
Constipação	20 (31%)	0
Vômitos	12 (19%)	1 (1,5%)
Dor abdominal*	8 (12%)	0
Diarreia	8 (12%)	1 (1,5%)
Distúrbios do metabolismo e nutrição		
Diminuição do apetite	13 (20%)	0
Distúrbios gerais e condições no local da administração		
Fadiga*	19 (29%)	3 (4,6%)
Edema*	17 (26%)	1 (1,5%)

* Termos agrupados

Reações adversas clinicamente relevantes em $< 10\%$ dos pacientes que receberam **Rybrevant® SC** em combinação com carboplatina e pemetrexede incluíram febre (9%), mialgia (8%), reações relacionadas à administração (8%), tontura (8%), pele seca (6%), outros distúrbios oculares (4,6%), hemorroidas (3,1%), reações no local da injeção (1,5%) e DPI (1,5%).

A Tabela 24 resume as anormalidades laboratoriais na coorte 2 do estudo PALOMA-2.

Tabela 24: Anormalidades laboratoriais selecionadas ($\geq 20\%$) que pioraram em relação ao período basal em pacientes em primeira Linha com CPNPC com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR no NSC2002 (Estudo PALOMA-2), Coorte 2[†]

Anormalidade Laboratorial	Rybrevant® SC + carboplatina and pemetrexede (N=65)	
	Todos os graus (%)	Graus 3 or 4 (%)
Química		
Diminuição de albumina	71	6
Diminuição de cálcio (Corrigido)	65	4,8
Diminuição de sódio	57	11
Aumento da alanina aminotransferase	51	1,6
Aumento de fosfatase alcalina	40	0
Aumento de aspartato aminotransferase	40	1,6
Diminuição de magnésio	38	3,2
Diminuição de potássio	32	8
Aumento de transferase gama glutamil	22	0
Hematologia		
Diminuição de leucócitos	81	16
Diminuição da hemoglobina	65	10
Diminuição da contagem de linfócitos	65	19
Diminuição da contagem de plaquetas	64	11
Diminuição da contagem de neutrófilos	47	23

† O denominador usado para calcular a taxa é o número de pacientes com um valor basal e pelo menos um valor pós-tratamento específico para o teste laboratorial.

Consulte as informações de prescrição de amivantamabe intravenoso para obter informações sobre a segurança do amivantamabe intravenoso em combinação com carboplatina e pemetrexede em pacientes não tratados previamente com CPNPC localmente avançado ou metastático com cujos tumores apresentam mutação de inserção no éxon 20 do EGFR.

CPNPC previamente tratado com mutações de inserção no éxon 20 do EGFR - Monoterapia

A segurança do **Rybrevant® SC** como agente único em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação no EGFR baseia-se em alcançar exposição farmacocinética não inferior ao amivantamabe intravenoso e dados de segurança do estudo PALOMA (vide “Propriedades Farmacocinéticas”).

O PALOMA foi um estudo de Fase 1b, multicêntrico, não randomizado e aberto para avaliar a farmacocinética (PK), segurança e atividade antitumoral da administração subcutânea de amivantamabe em pacientes com neoplasias sólidas avançadas. No geral, o perfil de segurança do amivantamabe subcutâneo foi consistente com o do amivantamabe intravenoso, observando especificamente uma taxa menor de reações relacionadas à administração quando tratados com amivantamabe subcutâneo (16%), em comparação com 67% relatados com administração intravenosa.

Consulte as informações de prescrição de amivantamabe intravenoso para obter informações sobre a segurança do amivantamabe intravenoso como monoterapia em pacientes com CPNPC localmente avançado ou metastático com mutação no EGFR.

Importantes Reações Adversas Adicionais

Reações Relacionadas à Administração

No PALOMA-3, as RRA foram relatadas em 13% dos pacientes no braço **Rybrevant® SC** + lazertinibe em comparação com 66% no braço de amivantamabe intravenoso + lazertinibe.

Eventos Tromboembólicos Venosos (TEV) com uso concomitante com lazertinibe

No PALOMA-3, a incidência geral de TEV foi de 11% devido à alta adesão aos anticoagulantes profiláticos (81%), que foi equilibrada entre os braços de tratamento. Apesar das taxas semelhantes de uso de anticoagulação (80% para **Rybrevant® SC** e 81% para amivantamabe intravenoso), a incidência de TEV foi menor no braço de **Rybrevant® SC** +lazertinibe (9%) em comparação com o braço de amivantamabe intravenoso + lazertinibe (13%). A menor incidência de eventos de TEV no braço de **Rybrevant® SC** +lazertinibe em comparação com o braço de amivantamabe intravenoso + lazertinibe foi mantida independentemente do uso de anticoagulantes profiláticos (14% versus 23% em pacientes que não receberam anticoagulantes profiláticos). Em pacientes que não receberam anticoagulantes profiláticos, a incidência de TEV grave foi de 4,8% no braço de **Rybrevant® SC** +lazertinibe em comparação com 8% no braço de amivantamabe intravenoso +lazertinibe. Em pacientes que não receberam anticoagulantes profiláticos, todos os eventos de TEV foram de Grau 1-2 no braço de **Rybrevant® SC**, enquanto no braço de amivantamabe intravenoso + lazertinibe, eventos de TEV de Grau 3 foram relatados em 10% dos pacientes.

Experiência Pós-Comercialização

As seguintes reações adversas foram identificadas durante a experiência pós-comercialização com amivantamabe intravenoso. Como algumas dessas reações foram relatadas voluntariamente por uma população de tamanho incerto, nem sempre é possível estimar sua frequência de forma confiável ou estabelecer uma relação causal com a exposição ao medicamento.

Distúrbios da pele e dos tecidos subcutâneos: úlcera cutânea.

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

10. SUPERDOSE

Sinais e sintomas

Não há informações sobre a superdosagem com **Rybrevant® SC**.

Tratamento

Não há um antídoto específico conhecido para a superdosagem de **Rybrevant® SC**. Na hipótese de superdosagem, interrompa a administração de **Rybrevant® SC**, e adote medidas adjuvantes gerais até que a toxicidade clínica tenha sido diminuída ou resolvida.

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

DIZERES LEGAIS

MS- 1.1236. 3436.

Farmacêutica responsável: Erika Diago Rufino – CRF/SP nº 57.310

Registrado por:

JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA LTDA.

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

Fabricado por:

Cilag AG - Schaffhausen – Suíça

Importado por:

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. - Rodovia Presidente Dutra, km 154 São José dos Campos – SP - CNPJ 51.780.468/0002-68

**Innovative Medicine
InfoCenter**
InfocenterBR@its.jnj.com
0800 701 1851

® Marca Registrada

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

USO RESTRITO A ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Esta bula foi aprovada pela ANVISA em 28/04/2025.



CCDS 2504

VPS TV 1.0