

SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

1. NÁZEV PŘÍPRAVKU

Nintedanib Glenmark 100 mg měkké tobolky
Nintedanib Glenmark 150 mg měkké tobolky

2. KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

100 mg měkké tobolky

Jedna měkká tobolka obsahuje 100 mg nintedanibu (ve formě nintedanib-esilátu).

Pomocná látka se známým účinkem

Jedna 100mg měkká tobolka obsahuje 27,15 mg sorbitolu.

150 mg měkké tobolky

Jedna měkká tobolka obsahuje 150 mg nintedanibu (ve formě nintedanib-esilátu).

Pomocná látka se známým účinkem

Jedna 150mg měkká tobolka obsahuje 34,79 mg sorbitolu.

Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1.

3. LÉKOVÁ FORMA

Měkká tobolka (tobolka).

Nintedanib Glenmark 100 mg měkké tobolky

Měkké želatinové tobolky o délce 16,5 mm, broskvové barvy, neprůhledné, s potiskem 'G100', obsahující žlutě zbarvenou suspenzi.

Nintedanib Glenmark 150 mg měkké tobolky

Měkké měkké želatinové tobolky o délce 18,5 mm, hnědé barvy, neprůhledné, s potiskem 'G150', obsahující žlutě zbarvenou suspenzi.

4. KLINICKÉ ÚDAJE

4.1 Terapeutické indikace

Nintedanib Glenmark je indikován k léčbě dospělých s idiopatickou plicní fibrózou (IPF).

Nintedanib Glenmark je také indikován k léčbě dospělých s jinými chronickými fibrotizujícími intersticiálními plicními procesy (*interstitial lung diseases*, ILD) s progresivním fenotypem (viz bod 5.1).

Nintedanib Glenmark je indikován k léčbě dětí a dospívajících ve věku od 6 do 17 let s klinicky významnými progredujícími fibrotizujícími intersticiálními plicními procesy (ILD) (viz body 4.2 a 5.1).

Nintedanib Glenmark je indikován k léčbě dospělých, dospívajících a dětí ve věku 6 let a starších se systémovou sklerodermií s přidruženým intersticiálním plicním procesem (*systemic sclerosis associated interstitial lung disease*, SSc-ILD).

4.2 Dávkování a způsob podání

Dospělí: Léčbu mají zahájit pouze lékaři, kteří mají zkušenosti s léčbou onemocnění, k jejichž léčbě je

přípravek Nintedanib Glenmark schválen.

Pediatričtí pacienti: Léčba má být zahájena až po zapojení multidisciplinárního týmu (lékaři, radiologové, patologové) se zkušenostmi v diagnostice a léčbě fibrotizujících intersticiálních plicních procesů (ILD).

Dávkování

Dospělí

- Idiopatická plicní fibróza (IPF)
- Jiné chronické fibrotizující intersticiální plicní procesy (ILD) s progresivním fenotypem
- Systémová sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním procesem (SSc-ILD)

Doporučená dávka je 150 mg nintedanibu dvakrát denně podaných s odstupem přibližně 12 hodin. Dávku 100 mg dvakrát denně je doporučeno používat pouze u pacientů, kteří netolerují dávku 150 mg dvakrát denně.

Jestliže dojde k vynechání dávky, je třeba podávání obnovit podáním doporučené dávky v následující plánovaný termín. Jestliže dojde k vynechání dávky, pacient nemá užít dodatečnou dávku. Doporučená maximální denní dávka 300 mg nesmí být překročena.

Úpravy dávky

Kromě případné symptomatické léčby může zvládnání nežádoucích účinků přípravku Nintedanib Glenmark (viz body 4.4 a 4.8) zahrnovat snížení dávky a dočasné přerušování podávání do doby, než je příslušný nežádoucí účinek zvládnut do té míry, že lze pokračovat v léčbě. Léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark lze znovu zahájit podáváním plné dávky (150 mg dvakrát denně u dospělých pacientů) nebo snížené dávky (100 mg dvakrát denně u dospělých pacientů). Pokud dospělý pacient netoleruje dávku 100 mg dvakrát denně, léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark je třeba ukončit.

Pokud průjem, nauzea a/nebo zvracení přetrvávají navzdory náležité podpůrné léčbě (včetně antiemetické léčby), může být nezbytné snížení dávky nebo přerušování léčby. Léčbu je možné znovu zahájit sníženou dávkou (100 mg dvakrát denně u dospělých pacientů) nebo plnou dávkou (150 mg dvakrát denně u dospělých pacientů). V případě závažného průjmu, nauzey a/nebo zvracení přetrvávajících navzdory symptomatické léčbě má být léčba přípravkem Nintedanib Glenmark ukončena (viz bod 4.4).

V případě přerušování léčby z důvodu zvýšených hladin aspartátaminotransferázy (AST) nebo alaninaminotransferázy (ALT) $> 3 \times$ horní hranice normálních hodnot (*upper limit of normal*, ULN) lze po návratu hladin aminotransferáz na výchozí hodnotu obnovit léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark podáním snížené dávky (100 mg dvakrát denně u dospělých pacientů) a dávku následně zvýšit na plnou výši (150 mg dvakrát denně u dospělých pacientů) (viz body 4.4 a 4.8).

Specifická doporučení ke snížení dávky k léčbě nežádoucích účinků u pediatrické populace jsou uvedena v tabulce 1.

Děti a dospívající ve věku od 6 do 17 let

- Léčba klinicky významných progredujících fibrotizujících intersticiálních plicních procesů (ILD)
- Léčba systémové sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním procesem (SSc-ILD)

Růst musí být pravidelně monitorován a u pacientů s otevřenými epifýzami se doporučuje jednou ročně posoudit změny růstových plotének pomocí zobrazovacího vyšetření. Přerušování léčby se má zvážit u pacientů, u nichž se vyvinou známky poruchy růstu nebo změny epifyzárních růstových plotének (viz body 4.4 a 4.8).

Minimálně jednou za 6 měsíců až do ukončení vývoje dentice se musí pravidelně provádět orální

zubní vyšetření (viz body 4.4 a 4.8).

Doporučená dávka přípravku Nintedanib Glenmark je u pediatrických pacientů ve věku od 6 do 17 let založena na tělesné hmotnosti pacienta a podává se dvakrát denně s odstupem přibližně 12 hodin (viz tabulka 1). V průběhu léčby má být dávka upravována podle tělesné hmotnosti.

Tabulka 1: Doporučená dávka nintedanibu a doporučená snížená dávka v miligramech (mg) podle tělesné hmotnosti v kilogramech (kg) u pediatrických pacientů ve věku od 6 do 17 let

Rozmezí tělesné hmotnosti	Dávka nintedanibu	Snížená dávka* nintedanibu
13,5** – 22,9 kg	50 mg (dvě tobolky po 25 mg) dvakrát denně	25 mg (jedna tobolka 25 mg) dvakrát denně
23,0 – 33,4 kg	75 mg (tři tobolky po 25 mg) dvakrát denně	50 mg (dvě tobolky po 25 mg) dvakrát denně
33,5 – 57,4 kg	100 mg (jedna tobolka 100 mg nebo čtyři tobolky po 25 mg) dvakrát denně	75 mg (tři tobolky po 25 mg) dvakrát denně
57,5 kg a více	150 mg (jedna tobolka 150 mg nebo šest tobolek po 25 mg) dvakrát denně	100 mg (jedna tobolka 100 mg nebo čtyři tobolky po 25 mg) dvakrát denně
* Snížená dávka se doporučuje u dětí a dospívajících s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) a ke zvládnutí nežádoucích účinků u pediatrické populace. Další informace o léčbě nežádoucích účinků jsou uvedeny výše.		
** Tělesná hmotnost pod 13,5 kg: Pokud tělesná hmotnost pacienta poklesne pod 13,5 kg, má být léčba přerušena.		

Nintedanib Glenmark je dostupný pouze jako měkké tobolky o síle 100 mg a 150 mg. Proto není možné podávat Nintedanib Glenmark pediatrickým pacientům, kteří vyžadují dávku nižší než plných 100 mg. Pokud je potřeba jiná dávka, je nutné použít jiné přípravky s obsahem nintedanibu, které takovou možnost nabízejí.

Zvláštní populace

Starší pacienti (≥ 65 let)

U starších pacientů nebyly zjištěny celkové rozdíly v bezpečnosti a účinnosti. U starších pacientů není třeba nutně dávku *a priori* upravovat. U pacientů ve věku ≥ 75 let existuje větší pravděpodobnost, že ke zvládnutí nežádoucích účinků bude třeba nutně dávku snížit (viz bod 5.2).

Porucha funkce ledvin

U dospělých a pediatrických pacientů s lehkou nebo středně těžkou poruchou funkce ledvin není třeba upravovat úvodní dávku. Bezpečnost, účinnost a farmakokinetika nintedanibu nebyly studovány u dospělých a pediatrických pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min).

Porucha funkce jater

U dospělých pacientů s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) je doporučená dávka přípravku Nintedanib Glenmark 100 mg dvakrát denně v rozmezí přibližně 12 hodin. U pediatrických pacientů s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) se doporučuje nižší počáteční dávka (viz tabulka 1). U dospělých a pediatrických pacientů s lehkou poruchou

funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) je třeba zvážít přerušeni nebo ukončení léčby jako nástroj ke zvládnání nežádoucích účinků.

Bezpečnost a účinnost nintedanibu nebyly studovány u dospělých a pediatrických pacientů s poruchou funkce jater klasifikovanou jako skóre B a C dle Childa a Pugh. Léčba dospělých a pediatrických pacientů se středně těžkou (skóre B dle Childa a Pugh) nebo těžkou (skóre C dle Childa a Pugh) poruchou funkce jater přípravkem Nintedanib Glenmark se nedoporučuje (viz bod 5.2).

Pediatrická populace

Bezpečnost a účinnost nintedanibu nebyly studovány u pediatrických pacientů ve věku do 6 let. Proto se léčba nintedanibem u dětí do 6 let nedoporučuje. Nintedanib nebyl studován u pacientů s tělesnou hmotností nižší než 13,5 kg, a proto se u této populace nedoporučuje (viz bod 5.1).

Způsob podání

Přípravek Nintedanib Glenmark je určen k perorálnímu podání. Tobolky je třeba užívat s jídlem, spolknout celé s vodou a nežvýkat. Tobolka se nesmí otevírat ani drtit (viz bod 6.6). Tobolky přípravku Nintedanib Glenmark lze užívat s malým množstvím (jednou čajovou lžičkou) měkkého jídla, např. jablečné přesnídávky nebo čokoládového pudinku, chladného nebo o pokojové teplotě; tobolka se musí okamžitě bez žvýkání spolknout, aby bylo zajištěno, že tobolka zůstane neporušená.

4.3 Kontraindikace

- Těhotenství (viz bod 4.6).
- Hypersenzitivita na nintedanib nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1.

4.4 Zvláštní upozornění a opatření pro použití

Gastrointestinální poruchy

Průjem

Průjem byl v klinických hodnoceních nejčastějším hlášeným gastrointestinálním nežádoucím účinkem (viz bod 4.8). U většiny pacientů se jednalo o nežádoucí účinek mírné až střední intenzity a objevoval se během prvních 3 měsíců léčby.

Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny závažné případy průjmu vedoucí k dehydrataci a poruchám rovnováhy elektrolytů. Pacienty je třeba při prvních známkách léčit adekvátní hydratací a léčivými přípravky proti průjmu, např. loperamidem, přičemž může být nutné snížit dávku nebo přerušit léčbu. V léčbě přípravkem Nintedanib Glenmark lze pokračovat podáváním snížené dávky nebo plné dávky (viz bod 4.2). Pokud závažný průjem přetrvává navzdory symptomatické léčbě, je třeba léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark ukončit.

Nauzea a zvracení

Nauzea a zvracení byly často hlášenými gastrointestinálními nežádoucími účinky (viz bod 4.8). U většiny pacientů byly nauzea a zvracení mírné až střední intenzity. V klinických hodnoceních vedla nauzea k ukončení podávání nintedanibu až u 2,1 % pacientů, zvracení vedlo k ukončení podávání nintedanibu až u 1,4 % pacientů.

Pokud příznaky přetrvávají i přes odpovídající podpůrnou péči (včetně antiemetické léčby), může být nutné snížit dávku nebo léčbu přerušit. Léčbu lze znovu zahájit podáváním snížené dávky nebo plné dávky (viz bod 4.2, Úpravy dávky). Pokud závažné příznaky přetrvávají, je třeba léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark ukončit.

Funkce jater

Bezpečnost a účinnost přípravku Nintedanib Glenmark nebyly studovány u pacientů se středně těžkou (skóre B dle Childa a Pugh) nebo těžkou (skóre C dle Childa a Pugh) poruchou funkce jater. Léčba přípravkem Nintedanib Glenmark se proto u těchto pacientů nedoporučuje (viz bod 4.2). Vzhledem ke zvýšené expozici se u pacientů s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) může

zvýšit riziko nežádoucích účinků. Dospělí pacienti s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) mají být léčeni sníženou dávkou přípravku Nintedanib Glenmark (viz body 4.2 a 5.2).

Při léčbě nintedanibem byly pozorovány případy lékem indukovaného poškození jater včetně závažného poškození jater s fatálními následky. K většině jaterních příhod došlo během prvních tří měsíců léčby. Hladiny jaterních aminotransferáz a bilirubinu je tedy třeba vyšetřit před zahájením léčby a během prvního měsíce léčby přípravkem Nintedanib Glenmark. Pacienti mají pak být monitorováni v pravidelných intervalech během následujících dvou měsíců léčby a pravidelně poté (např. při každé kontrole pacienta) nebo dle klinické indikace.

Zvýšení hladin jaterních enzymů (ALT, AST, alkalická fosfatáza v krvi (ALKP), gamaglutamyltransferáza (GGT), viz bod 4.8) a bilirubinu bylo ve většině případů po snížení dávky nebo přerušení podávání přípravku reverzibilní. Jsou-li zjištěny zvýšené hladiny aminotransferáz (AST nebo ALT) $> 3 \times$ ULN, doporučuje se snížit dávku nebo přerušit léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark a pacienta je třeba pečlivě sledovat. Po návratu hladin aminotransferáz na výchozí hodnotu lze v léčbě přípravkem Nintedanib Glenmark pokračovat podáváním plné dávky nebo léčbu obnovit podáváním snížené dávky, kterou lze následně zvýšit na plnou výši (viz bod 4.2, Úpravy dávky). Pokud se kterékoli zvýšení hodnot jaterních testů pojí s klinickými známkami nebo příznaky poškození jater, např. žloutenkou, je léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark třeba trvale ukončit. Je třeba vyšetřit jiné možné příčiny zvýšení hladin jaterních enzymů.

Dospělí pacienti s nízkou tělesnou hmotností (< 65 kg), asijská populace a ženy jsou vystaveni vyššímu riziku zvýšení hladin jaterních enzymů. Expozice nintedanibu se zvyšovala lineárně s věkem pacientů, což může také vést ke zvýšenému riziku rozvoje vyšších hladin jaterních enzymů (viz bod 5.2). Doporučuje se pečlivě sledovat pacienty s těmito rizikovými faktory.

Funkce ledvin

Po podání nintedanibu byly hlášeny případy poruchy funkce ledvin / renálního selhání, v některých případech s fatálními následky (viz bod 4.8).

Během léčby nintedanibem je třeba pacienty sledovat a zvláštní pozornost přitom věnovat pacientům vykazujícím rizikové faktory poruchy funkce ledvin / renálního selhání. Pokud dojde k poruše funkce ledvin / renálnímu selhání, je třeba zvážit úpravu léčby (viz bod 4.2, Úpravy dávky).

Krvácení

Inhibice receptoru pro vaskulární endoteliální růstový faktor (VEGFR) může být spojena se zvýšeným rizikem krvácení.

Pacienti se známým rizikem krvácení, včetně pacientů s dědičnou predispozicí ke krvácení nebo pacientů, kterým byly podávány plné dávky antikoagulační léčby, nebyli do klinických hodnocení zařazeni. Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny nezávažné a závažné příhody krvácení, z nichž některé byly fatální (bez ohledu na to, zda pacienti užívali nebo neužívali antikoagulační nebo jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat krvácení). Tyto pacienty lze proto přípravkem Nintedanib Glenmark léčit pouze tehdy, jestliže předpokládaný přínos převažuje nad možným rizikem.

Arteriální tromboembolické příhody

Pacienti s anamnézou nedávného infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody byli z klinických hodnocení vyřazeni. V klinických hodnoceních s dospělými pacienty byly arteriální tromboembolické příhody hlášeny s nízkou frekvencí (v klinickém hodnocení INPULSIS šlo o 2,5 % u nintedanibu versus 0,7 % u placeba, v klinickém hodnocení INBUILD o 0,9 % u nintedanibu versus 0,9 % u placeba, v klinickém hodnocení SENCIS o 0,7 % u nintedanibu versus 0,7 % u placeba). V klinických hodnoceních INPULSIS došlo ve skupině s nintedanibem k infarktu myokardu u vyššího procenta pacientů (1,6 %) v porovnání se skupinou s placebem (0,5 %), zatímco nežádoucí příhody odrážející ischemickou chorobu srdeční byly mezi skupinami s nintedanibem a placebem vyrovnané. V klinickém hodnocení INBUILD byl infarkt myokardu pozorován s nízkou frekvencí: 0,9 % u nintedanibu versus 0,9 % u placeba. V klinickém hodnocení SENCIS byl infarkt myokardu pozorován s nízkou frekvencí ve skupině s placebem (0,7 %), nebyl ale pozorován ve skupině s nintedanibem.

Opatrnosti je zapotřebí při léčbě pacientů se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, včetně pacientů se známou koronární nemocí. U pacientů, u kterých dojde k rozvoji známek nebo příznaků akutní ischemie myokardu, je třeba zvážit přerušení léčby.

Aneurysmata a arteriální disekce

Používání inhibitorů dráhy VEGF u pacientů s hypertenzí nebo bez hypertenze může přispět k tvorbě aneurysmat a/nebo arteriálních disekcí. U pacientů s rizikovými faktory, jako jsou hypertenze nebo aneurysma v anamnéze, se má před zahájením užívání přípravku Nintedanib Glenmark toto riziko pečlivě zvážit.

Venózní tromboembolie

V klinických hodnoceních nebylo u pacientů léčených nintedanibem zjištěno žádné zvýšení rizika venózní tromboembolie. Vzhledem k mechanismu účinku nintedanibu se u pacientů může zvýšit riziko tromboembolických příhod.

Gastrointestinální perforace a ischemická kolitida

V klinických hodnoceních s dospělými pacienty byl počet pacientů s perforací v obou léčebných skupinách až 0,3 %. Vzhledem k mechanismu účinku nintedanibu mohou mít pacienti zvýšené riziko gastrointestinálních perforací. Případy gastrointestinálních perforací a ischemické kolitidy, z nichž některé byly fatální, byly hlášeny po uvedení přípravku na trh. Obzvláštní péče je zapotřebí při léčbě pacientů po předchozí operaci břicha, s předchozí anamnézou peptických vředů, divertikulárního onemocnění nebo souběžného podávání kortikosteroidů či nesteroidních antiflogistik (NSAID). Léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark je možné zahájit nejdříve 4 týdny po operaci břicha. U pacientů, u kterých dojde ke gastrointestinální perforaci nebo ischemické kolitidě, je třeba léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark trvale ukončit. Výjimečně lze přípravek Nintedanib Glenmark znovu nasadit po úplném odeznění ischemické kolitidy a pečlivém zhodnocení stavu pacienta a jiných rizikových faktorů.

Proteinurie v nefrotickém rozmezí a trombotická mikroangiopatie

Po uvedení přípravku na trh bylo hlášeno velmi málo případů proteinurie v nefrotickém rozmezí, a to s poruchou funkce ledvin či bez ní. Histologické nálezy v jednotlivých případech odpovídaly glomerulární mikroangiopatii s renálními tromby nebo bez nich. Po vysazení přípravku Nintedanib Glenmark bylo pozorováno vymizení příznaků, v některých případech s reziduální proteinurií. U pacientů, u kterých se vyvinou známky nebo příznaky nefrotického syndromu, je třeba zvážit přerušení léčby.

Inhibitory dráhy VEGF jsou spojovány s trombotickou mikroangiopatií (TMA), což se týká i velmi malého počtu případů hlášených u nintedanibu. Pokud jsou u pacienta léčeného nintedanibem zjištěny laboratorní nebo klinické nálezy poukazující na TMA, má být léčba nintedanibem ukončena a provedeno důkladné vyšetření přítomnosti TMA.

Syndrom reverzibilní posteriorní encefalopatie (PRES)

Po uvedení přípravku na trh bylo hlášeno několik případů syndromu reverzibilní posteriorní encefalopatie (PRES). PRES je neurologické onemocnění (potvrzené zobrazením magnetickou rezonancí), které se může projevovat bolestí hlavy, hypertenzí, poruchami zraku, epileptickými záchvaty (křečemi), letargií, zmateností a dalšími vizuálními a neurologickými poruchami, a může být fatální. PRES byl hlášen u dalších inhibitorů VEGF. Při podezření na PRES musí být léčba nintedanibem ukončena. Zkušenosti s opětovným zahájením léčby nintedanibem u pacientů s předchozím výskytem PRES nejsou k dispozici, a proto má být znovuzahájení léčby ponecháno na rozhodnutí lékaře.

Hypertenze

Podávání přípravku Nintedanib Glenmark může zvýšit krevní tlak. Systémový krevní tlak je třeba měřit pravidelně a dle klinické indikace.

Plicní hypertenze

Údaje o použití tobolek přípravku Nintedanib Glenmark u pacientů s plicní hypertenzí jsou omezené. Pacienti s významnou plicní hypertenzí (srdeční index ≤ 2 l/min/m² nebo parenterální

epoprostenol/treprostiniil nebo významné pravostranné srdeční selhání) byli z klinických hodnocení INBUILD a SENCIS vyřazeni.

Přípravek Nintedanib Glenmark nemají užívat pacienti s těžkou plicní hypertenzí. U pacientů s lehkou až středně těžkou plicní hypertenzí se doporučuje pečlivé sledování.

Komplikace při hojení ran

V klinických hodnoceních nebyla zjištěna zvýšená frekvence narušeného hojení ran. Na základě mechanismu účinku může nintedanib narušit hojení ran. Nebyly provedeny žádné studie, které by zkoumaly specifický účinek nintedanibu na hojení ran. Léčbu přípravkem Nintedanib Glenmark je proto možné zahájit nebo – v případě perioperativního přerušení – obnovit pouze na základě klinického zvážení adekvátního hojení ran.

Současné podávání s pirfenidonem

Ve studii zaměřené na farmakokinetiku byla zkoumána souběžná léčba nintedanibem a pirfenidonem u pacientů s IPF. Na základě těchto výsledků nebyl při souběžném podávání zjištěn žádný průkaz relevantní farmakokinetické lékové interakce mezi nintedanibem a pirfenidonem (viz bod 5.2). S ohledem na podobnost bezpečnostních profilů obou léčivých přípravků lze očekávat aditivní nežádoucí účinky včetně gastrointestinálních a jaterních nežádoucích příhod. Poměr přínosu a rizika nebyl u souběžné léčby s pirfenidonem stanoven.

Účinek na interval QT

V programu klinického hodnocení nebylo prokázáno prodloužení intervalu QT nintedanibem (bod 5.1). Vzhledem k tomu, že u některých jiných inhibitorů tyrosinkinázy byl prokázán účinek na QT, je třeba opatrnosti, pokud je nintedanib podáván pacientům, u kterých by mohlo dojít k prodloužení QTc.

Alergická reakce

Je známo, že potraviny obsahující sóju způsobují u osob s alergií na sóju alergické reakce, včetně závažné anafylaxe (viz bod 4.3). U pacientů se známou alergií na proteiny obsažené v arašidech existuje zvýšené riziko závažných reakcí na přípravky obsahující sóju.

Pediatrická populace

Údaje o použití nintedanibu u pediatrických pacientů jsou omezené na malou podskupinu fibrotizujících intersticiálních plicních procesů (viz bod 5.1). Tato podskupina nezahrnuje všechny etiologie související s progredujícími fibrotizujícími intersticiálními plicními procesy u pediatrických pacientů.

U pediatrických pacientů existuje větší nejistota týkající se rozsahu léčebného přínosu než u dospělých.

Výše uvedená bezpečnostní opatření pro dospělé pacienty je nutné dodržovat také u pediatrické populace.

Specifická doporučení ke snížení dávky u pediatrické populace jsou uvedena v tabulce 1.

Zvláštnosti u pediatrické populace jsou podrobně uvedené níže:

Vývoj kostí a růst

V předklinických studiích byly pozorovány reverzibilní změny růstových plotének (viz bod 5.3). V pediatrickém klinickém hodnocení nebylo během podávání nintedanibu pozorováno významné zpomalení růstu. Dlouhodobé údaje o bezpečnosti nejsou u pediatrických pacientů dostupné. Růst musí být pravidelně monitorován a u pacientů s otevřenými epifýzami se doporučuje jednou ročně posouzení změn růstových plotének pomocí zobrazovacího vyšetření. U pacientů, u kterých dojde k rozvoji známek poruchy růstu nebo změn epifyzárních růstových plotének, je třeba zvážit přerušení léčby.

Poruchy vývoje zubů

V předklinických studiích byly pozorovány poruchy vývoje zubů (viz bod 5.3). V pediatrickém klinickém hodnocení se riziko poruch vývoje zubů nepotvrdilo. Jako preventivní opatření je nutné alespoň jednou za 6 měsíců pravidelně provádět orální zubní vyšetření, a to až do dokončení vývoje dentice.

Nintedanib Glenmark obsahuje sorbitol:

Tento léčivý přípravek obsahuje 27 mg sorbitolu (100mg tobolka) nebo 35 mg sorbitolu (150mg tobolka). Je třeba vzít v úvahu aditivní účinek současně podávaných přípravků obsahujících sorbitol (nebo fruktózu) a dietního příjmu sorbitolu (nebo fruktózy).

4.5 Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné typy interakcí

Glykoprotein P (P-gp)

Nintedanib je substrát P-gp (viz bod 5.2). Ve specifické lékové interakční studii došlo při současném podávání se silným inhibitorem P-gp ketokonazolem ke zvýšení expozice nintedanibu 1,61krát vzhledem k AUC a 1,83krát vzhledem k C_{max} . V lékové interakční studii se silným induktorem P-gp rifampicinem došlo při současném podávání s rifampicinem v porovnání s podáváním samotného nintedanibu k poklesu expozice nintedanibu na 50,3 % vzhledem k AUC a na 60,3 % vzhledem k C_{max} . Při současném podávání s přípravkem Nintedanib Glenmark mohou silné inhibitory P-gp (např. ketokonazol, erythromycin nebo cyklosporin) zvýšit expozici nintedanibu. V takových případech je třeba pečlivě sledovat, zda pacienti nintedanib snášejí. Léčba nežádoucích účinků může vyžadovat přerušování léčby, snížení dávky nebo ukončení léčby přípravkem Nintedanib Glenmark (viz bod 4.2).

Silné induktory P-gp (např. rifampicin, karbamazepin, fenytoin a třezalka tečkovaná) mohou snižovat expozici nintedanibu. Je třeba zvážit výběr alternativního souběžně podávaného léčivého přípravku, který nemá žádný nebo má minimální potenciál indukovat P-gp.

Cytochromové (CYP) enzymy

CYP dráhy byly součástí biotransformace nintedanibu pouze v malé míře. V předklinických studiích nintedanib a jeho metabolity, volná kyselá frakce BIBF 1202 a její glukuronid BIBF 1202, neinhibovaly ani neindukovaly enzymy CYP (viz bod 5.2). Pravděpodobnost lékových interakcí s nintedanibem na základě CYP metabolismu je proto považována za nízkou.

Současné podávání s jinými léčivými přípravky

Současné podávání nintedanibu s perorálně podávanou hormonálními antikoncepcí nezměnilo ve významné míře farmakokinetiku perorálně podávaných antikoncepčních přípravků (viz bod 5.2).

Současné podávání nintedanibu s bosentanem nijak nezměnilo farmakokinetiku nintedanibu (viz bod 5.2).

Pediatrická populace

Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých.

4.6 Fertilita, těhotenství a kojení

Ženy ve fertilním věku / antikoncepce

Nintedanib může poškozovat lidský plod (viz bod 5.3). Ženy ve fertilním věku je třeba poučit, aby se v době, kdy jsou léčeny přípravkem Nintedanib Glenmark, vyhnuly otěhotnění a aby používaly vysoce účinné metody antikoncepce při zahájení léčby, během léčby a ještě nejméně 3 měsíce po poslední dávce přípravku Nintedanib Glenmark. Nintedanib nemá významný vliv na plazmatickou expozici ethinylestradiolu a levonorgestrelu (viz bod 5.2). Účinnost perorálně podávaných hormonálních antikoncepčních přípravků může být snížena zvrácením a/nebo průjmem či jinými stavy, které ovlivňují absorpci. Ženy, které užívají perorálně podávané hormonální antikoncepční přípravky, a u nichž se zmíněné stavy objevily, je třeba poučit, aby používaly alternativní vysoce

účinnou antikoncepci.

Těhotenství

Údaje o podávání přípravku Nintedanib Glenmark těhotným ženám nejsou k dispozici, ale předklinické studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu této léčivé látky (viz bod 5.3). Vzhledem k tomu, že nintedanib může poškozovat také lidský plod, nesmí se během těhotenství použít (viz bod 4.3) a před zahájením léčby přípravkem Nintedanib Glenmark a v jejím průběhu je nutné podle potřeby provádět těhotenské testy.

Pacientky je třeba poučit, aby v případě, že během léčby přípravkem Nintedanib Glenmark otěhotní, informovaly svého lékaře nebo lékárníka.

Jestliže pacientka v průběhu léčby přípravkem Nintedanib Glenmark otěhotní, léčba se musí přerušit a pacientka musí být informována o potenciálním nebezpečí pro plod.

Kojení

Informace o vylučování nintedanibu a jeho metabolitů do lidského mateřského mléka nejsou k dispozici. Předklinické studie prokázaly, že se do mléka kojících samic potkanů vylučují malá množství nintedanibu a jeho metabolitů ($\leq 0,5$ % podané dávky). Riziko pro novorozence/kojence nelze vyloučit. Kojení má být během léčby přípravkem Nintedanib Glenmark přerušeno.

Fertilita

Předklinické zkoumání nepotvrdilo negativní vliv na fertilitu samců (viz bod 5.3). Studie subchronické a chronické toxicity neposkytly při systémové expozici srovnatelné s maximální doporučenou dávkou pro člověka (maximum recommended human dose, MRHD) 150 mg dvakrát denně žádné důkazy o negativním vlivu na fertilitu samic potkanů (viz bod 5.3).

4.7 Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje

Nintedanib Glenmark má mírný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Pacienty je třeba poučit, aby byli v průběhu léčby přípravkem Nintedanib Glenmark při řízení a obsluze strojů opatrní.

4.8 Nežádoucí účinky

Shrnutí bezpečnostního profilu

Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky souvisejícími s použitím nintedanibu byly v klinických hodnoceních a po uvedení přípravku na trh průjem, nauzea a zvracení, bolest břicha, snížená chuť k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti a zvýšení hladin jaterních enzymů.

Informace k léčbě vybraných nežádoucích účinků viz bod 4.4.

Tabulkový přehled nežádoucích účinků

Tabulka 2 poskytuje souhrn nežádoucích účinků přípravku dle třídy orgánových systémů databáze MedDRA a kategorie frekvencí za použití této konvence: velmi časté ($\geq 1/10$), časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$), méně časté ($\geq 1/1\ 000$ až $< 1/100$), vzácné ($\geq 1/10\ 000$ až $< 1/1\ 000$), velmi vzácné ($< 1/10\ 000$), není známo (z dostupných údajů nelze určit).

Tabulka 2: Souhrn nežádoucích účinků přípravku dle kategorie frekvencí

Frekvence			
Třídy orgánových systémů preferovaný termín	Idiopatická plicní fibróza	Jiné chronické fibrotizující ILD s progresivním fenotypem	Systémová sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním procesem
Poruchy krve a lymfatického systému			

Trombocytopenie	Méně časté	Méně časté	Méně časté
Poruchy metabolismu a výživy			
Snížená tělesná hmotnost	Časté	Časté	Časté
Snížená chuť k jídlu	Časté	Velmi časté	Časté
Dehydratace	Méně časté	Méně časté	Není známo
Poruchy nervového systému			
Bolest hlavy	Časté	Časté	Časté
Syndrom reverzibilní posteriórní encefalopatie	Není známo	Není známo	Není známo
Srdeční poruchy			
Infarkt myokardu	Méně časté	Méně časté	Není známo
Cévní poruchy			
Krvácení (viz bod 4.4)	Časté	Časté	Časté
Hypertenze	Méně časté	Časté	Časté
Aneurysmata a arteriální disekce	Není známo	Není známo	Není známo
Gastrointestinální poruchy			
Průjem	Velmi časté	Velmi časté	Velmi časté
Nauzea	Velmi časté	Velmi časté	Velmi časté
Bolest břicha	Velmi časté	Velmi časté	Velmi časté
Zvracení	Časté	Velmi časté	Velmi časté
Pankreatitida	Méně časté	Méně časté	Není známo
Kolitida	Méně časté	Méně časté	Méně časté
Poruchy jater a žlučových cest			
Lékem indukované poškození jater	Méně časté	Časté	Méně časté
Zvýšené hladiny jaterních enzymů	Velmi časté	Velmi časté	Velmi časté
Zvýšené hladiny alaninaminotransferázy (ALT)	Časté	Velmi časté	Časté
Zvýšené hladiny aspartátaminotransferázy (AST)	Časté	Časté	Časté
Zvýšené hladiny gamaglutamyltransferázy (GGT)	Časté	Časté	Časté
Hyperbilirubinemie	Méně časté	Méně časté	Není známo
Zvýšené hladiny alkalické fosfatázy (ALP) v krvi	Méně časté	Časté	Časté
Poruchy kůže a podkožní tkáň			
Vyrážka	Časté	Časté	Méně časté
Pruritus	Méně časté	Méně časté	Méně časté
Alopecie	Méně časté	Méně časté	Není známo
Poruchy ledvin a močových cest			
Renální selhání (viz bod 4.4)	Není známo	Není známo	Méně časté
Proteinurie	Méně časté	Méně časté	Není známo
Bolest hlavy			

Popis vybraných nežádoucích účinků

Průjem

V klinických hodnoceních (viz bod 5.1) byl průjem nejčastěji hlášeným gastrointestinálním nežádoucím účinkem.

U většiny pacientů byl tento nežádoucí účinek lehký až středně těžký. Více než dvě třetiny pacientů

s průjmem hlásily jeho první nástup již během prvních tří měsíců léčby. U většiny pacientů byly tyto příhody zvládnuty protiprůjmovou léčbou, snížením dávky nebo přerušением léčby (viz bod 4.4). Přehled příhod průjmu hlášených v klinických hodnoceních je uveden v tabulce 3:

Tabulka 3: Průjem v klinických hodnoceních během 52 týdnů

	INPULSIS		INBUILD		SENSCIS	
	Placebo	Nintedanib	Placebo	Nintedanib	Placebo	Nintedanib
Průjem	18,4 %	62,4 %	23,9 %	66,9 %	31,6 %	75,7 %
Závažný průjem	0,5 %	3,3 %	0,9 %	2,4 %	1,0 %	4,2 %
Průjem vedoucí ke snížení dávky nintedanibu	0 %	10,7 %	0,9 %	16,0 %	1,0 %	22,2 %
Průjem vedoucí k ukončení podávání nintedanibu	0,2 %	4,4 %	0,3 %	5,7 %	0,3 %	6,9 %

Zvýšené hladiny jaterních enzymů

V klinických hodnoceních INPULSIS byly zvýšené hladiny jaterních enzymů (viz bod 4.4) hlášeny u 13,6 % pacientů léčených nintedanibem oproti 2,6 % pacientů užívajících placebo. V klinickém hodnocení INBUILD byly zvýšené hladiny jaterních enzymů hlášeny u 22,6 % pacientů léčených nintedanibem oproti 5,7 % pacientů užívajících placebo. V klinickém hodnocení SENSCIS byly zvýšené hladiny jaterních enzymů hlášeny u 13,2 % pacientů léčených nintedanibem oproti 3,1 % pacientů užívajících placebo. Zvýšené hladiny jaterních enzymů byly reverzibilní a nesouvisely s klinicky prokázanou chorobou jater.

Další informace ke zvláštním populacím, doporučeným opatřením a úpravám dávkování v případě průjmu a zvýšených hladin jaterních enzymů jsou uvedeny také v bodech 4.4, respektive 4.2.

Krvácení

V klinických hodnoceních byl počet pacientů, u kterých se vyskytlo krvácení, o něco vyšší u pacientů léčených nintedanibem, nebo byl v obou léčebných ramenech srovnatelný (v klinickém hodnocení INPULSIS šlo o 10,3 % u nintedanibu versus 7,8 % u placeba, v klinickém hodnocení INBUILD o 11,1 % u nintedanibu versus 12,7 % u placeba, v klinickém hodnocení SENSCIS o 11,1 % u nintedanibu versus 8,3 % u placeba). Nejčastější hlášenou krvácivou příhodou byla nezávažná epistaxe. Závažné krvácivé příhody se vyskytly s nízkou frekvencí ve 2 léčebných skupinách (v klinickém hodnocení INPULSIS šlo o 1,3 % u nintedanibu versus 1,4 % u placeba, v klinickém hodnocení INBUILD o 0,9 % u nintedanibu versus 1,5 % u placeba, v klinickém hodnocení SENSCIS o 1,4 % u nintedanibu versus 0,7 % u placeba).

Krvácivé příhody po uvedení přípravku na trh zahrnují mimo jiné krvácení v gastrointestinálním, respiračním a centrálním nervovém systému, přičemž nejvyšší frekvence byla u krvácení v gastrointestinálním traktu (viz bod 4.4).

Proteinurie

V klinických hodnoceních byl počet pacientů, u kterých se vyskytla proteinurie, nízký a v léčebných ramenech srovnatelný (v klinickém hodnocení INPULSIS šlo o 0,8 % u nintedanibu versus 0,5 % u placeba, v klinickém hodnocení INBUILD o 1,5 % u nintedanibu versus 1,8 % u placeba, v klinickém hodnocení SENSCIS o 1,0 % u přípravku nintedanibu versus 0,0 % u placeba). Nefrotický syndrom nebyl v klinických hodnoceních hlášen. Po uvedení přípravku na trh bylo hlášeno velmi málo případů proteinurie v nefrotickém rozmezí, a to s poruchou funkce ledvin či bez ní. Histologické nálezy v jednotlivých případech odpovídaly glomerulární mikroangiopatii s renálními tromby nebo bez nich. Po vysazení nintedanibu bylo pozorováno vymizení příznaků, v některých případech s reziduální proteinurií. U pacientů, u kterých se vyvinou známky nebo příznaky nefrotického syndromu, je třeba zvážit přerušení léčby (viz bod 4.4).

Pediatrická populace

O bezpečnosti nintedanibu u pediatrických pacientů jsou k dispozici pouze omezené údaje.

Celkem 39 pacientů ve věku od 6 do 17 let bylo léčeno v randomizovaném, dvojitě zaslepeném a placebem kontrolovaném klinickém hodnocení trvajícím 24 týdnů; poté následovala nezaslepená léčba nintedanibem s různým trváním (viz bod 5.1). V souladu s bezpečnostním profilem zjištěným u dospělých pacientů s IPF, jinými chronickými fibrotizujícímiILD s progresivním fenotypem a SSc-ILD byly nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky u nintedanibu během placebem kontrolovaného období průjem (38,5 %), zvracení (26,9 %), nauzea (19,2 %), bolest břicha (19,2 %) a bolest hlavy (11,5 %).

Hepatobiliární poruchy hlášené u nintedanibu během placebem kontrolovaného období byly poškození jater (3,8 %) a zvýšené hodnoty jaterních testů (3,8 %). Vzhledem k omezeným údajům není jisté, zda je riziko lékem indukovaného poškození jater podobné u dětí jako u dospělých (viz bod 4.4).

Na základě předklinických nálezů byly v pediatrickém klinickém hodnocení jako potenciální rizika monitorovány kosti, růst a vývoj zubů (viz body 4.2, 4.4 a 5.3).

Procentuální podíl pacientů s patologickými nálezy na epifyzární růstové ploténce vzniklými při léčbě byl ve 24. týdnu napříč léčebnými skupinami podobný (7,7 % v obou léčebných skupinách). Až do 52. týdne byl procentuální podíl pacientů s patologickými nálezy: nintedanib/nintedanib 11,5 % a placebo/nintedanib 15,4 %.

Procentuální podíl pacientů s patologickými nálezy při vyšetření zubů vzniklými při léčbě nebo při zobrazovacích vyšetřeních byl až do 24. týdne 46,2 % ve skupině s nintedanibem a 38,5 % ve skupině s placebem. Do 52. týdne byl procentuální podíl pacientů s patologickými nálezy: nintedanib/nintedanib 50,0 % a placebo/nintedanib 46,2 %.

Dlouhodobé bezpečnostní údaje u pediatrických pacientů nejsou k dispozici. Existují nejistoty týkající se potenciálního vlivu na růst, vývoj zubů, pubertu a riziko poškození jater.

Hlášení podezření na nežádoucí účinky

Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím webového formuláře

sukl.gov.cz/nezadouciucinky

případně na adresu:

Státní ústav pro kontrolu léčiv
Šrobárova 49/48
100 00 Praha 10
e-mail: farmakovigilance@sukl.gov.cz

4.9 Předávkování

Pro předávkování nintedanibem neexistuje specifické antidotum ani léčba. U dvou pacientů v onkologickém programu došlo k předávkování maximální dávkou 600 mg dvakrát denně po dobu až osmi dnů. Pozorované nežádoucí účinky byly v souladu se známým bezpečnostním profilem nintedanibu, šlo tedy o zvýšené hladiny jaterních enzymů a gastrointestinální příznaky. U obou pacientů tyto nežádoucí účinky odezněly. V klinických hodnoceních INPULSIS byl jeden pacient neúmyslně vystaven dávce 600 mg denně po celkovou dobu 21 dnů. V době nesprávného dávkování se vyskytla a odezněla nezávažná nežádoucí příhoda (nazofaryngitida); žádné další příhody hlášené nebyly. V případě předávkování je třeba přerušit léčbu a zahájit odpovídající obecná podpůrná opatření.

5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

5.1 Farmakodynamické vlastnosti

Farmakoterapeutická skupina: Cytostatika, inhibitory proteinkináz, ATC kód: L01EX09

Mechanismus účinku

Nintedanib je malomolekulární inhibitor tyrosinkináz včetně receptorů destičkového růstového faktoru (PDGFR) α a β , receptoru fibroblastového růstového faktoru (FGFR) 1-3 a VEGFR 1-3. Kromě toho nintedanib inhibuje Lck (tyrosinkinázu specifickou pro lymfocyty), Lyn (tyrosinkinázu lyn), Src (protoonkogen tyrosinkinázu src) a CSF1R (receptor kolonie stimulujícího faktoru 1) kinázy. Nintedanib se kompetitivně váže na adenosintrifosátovou (ATP) vazebnou kapsu těchto kináz a blokuje intracelulární signální kaskády, u nichž se prokázalo, že se podílejí na patogenezi remodelace fibrotické tkáně u intersticiálních plicních procesů.

Farmakodynamické účinky

Ve studiích *in vitro* s lidskými buňkami bylo prokázáno, že nintedanib inhibuje procesy, u nichž se předpokládá, že se podílejí na iniciaci patogeneze fibrózy, uvolňování profibrotických mediátorů z monocytoidních buněk periferní krve a polarizaci makrofágů na alternativně aktivované makrofágy. Bylo rovněž prokázáno, že nintedanib inhibuje základní procesy orgánové fibrózy, proliferaci a migraci fibroblastů a jejich transformaci na aktivní fenotyp myofibroblastů a sekreci extracelulární matrix. Ve studiích na zvířatech vycházejících z řady různých modelů IPF, SSc/SSc-ILD, revmatoidní artritidy s přidruženým intersticiálním plicním procesem (rheumatoid arthritis-associated-(RA)-ILD) a dalších orgánových fibróz bylo prokázáno, že nintedanib má protizánětlivé a antifibrotické účinky na plíce, kůži, srdce, ledviny a játra. Kromě toho vykazoval nintedanib vaskulární aktivitu. Redukoval apoptózu buněk endotelu v kožních kapilárách a zmírňoval remodelaci plicních cév snížením proliferace buněk hladkého svalstva cév, tloušťky stěny plicních cév a procentuálního podílu okludovaných plicních cév.

Klinická účinnost a bezpečnost

Idiopatická plicní fibróza (IPF)

Klinická účinnost nintedanibu byla hodnocena u pacientů s IPF ve dvou randomizovaných, dvojitě zaslepených, placebem kontrolovaných studiích fáze III se stejným uspořádáním (INPULSIS-1 (1199.32) a INPULSIS-2 (1199.34)). Pacienti s výchozí hodnotou FVC < 50 % náležité hodnoty (n.h.) nebo s výchozí difúzní kapacitou pro oxid uhelnatý (DLCO, korigovanou na koncentraci hemoglobinu) < 30 % n.h. byli ze studií vyřazeni. Pacienti byli randomizováni v poměru 3 : 2 k léčbě nintedanibem v dávce 150 mg nebo placebem dvakrát denně po dobu 52 týdnů.

Primárním cílovým parametrem byla roční míra poklesu usilovné vitální kapacity (forced vital capacity, FVC). Klíčovými sekundárními cílovými parametry byla změna kvality života oproti výchozímu celkovému skóre hodnocená v 52. týdnu pomocí dotazníku Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) a doba do první akutní exacerbace IPF.

Roční míra poklesu FVC

Roční míra poklesu FVC (v ml) byla významně snížena u pacientů, kteří byli léčeni nintedanibem, ve srovnání s pacienty, kteří dostávali placebo. Výsledný léčebný účinek byl v obou klinických hodnoceních konzistentní. Výsledky jednotlivých studií a souhrnné výsledky viz tabulka 4.

Tabulka 4: Roční míra poklesu FVC (ml) v klinických hodnoceních INPULSIS-1 a INPULSIS-2 a souhrnné údaje – léčena skupina

	INPULSIS-1	INPULSIS-2	INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnné výsledky

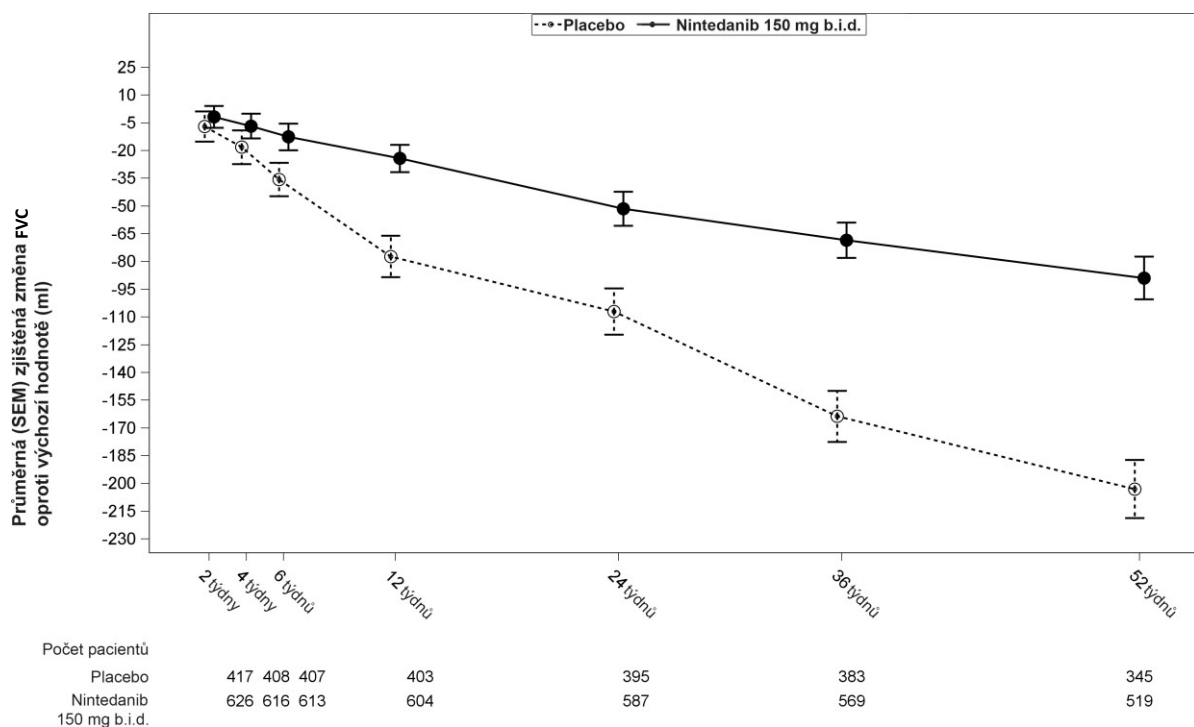
	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet pacientů, jejichž data byla použita k analýze	204	309	219	329	423	638
Míra ¹ (SE) poklesu FVC během 52 týdnů	-239,9 (18,71)	-114,7 (15,33)	-207,3 (19,31)	-113,6 (15,73)	-223,5 (13,45)	-113,6 (10,98)
Porovnání s placebem						
Rozdíl ¹		125,3		93,7		109,9
95% CI		(77,7; 172,8)		(44,8; 142,7)		(75,9; 144,0)
p-hodnota		< 0,0001		0,0002		< 0,0001

¹ Odhad na základě modelu regrese náhodných koeficientů.
CI: interval spolehlivosti.

V analýze citlivosti, která předpokládá, že u pacientů s chybějícími údaji v 52. týdnu je pokles FVC po posledním měření, jehož výsledek je znám, stejný jako u všech pacientů na placebo, byl upravený rozdíl v roční míře poklesu FVC mezi nintedanibem a placebem 113,9 ml/rok (95% CI: 69,2; 158,5) ve studii INPULSIS-1 a 83,3 ml/rok (95% CI: 37,6; 129,0) ve studii INPULSIS-2.

Vývoj změny oproti výchozí hodnotě v čase u obou léčebných skupin ve studii INPULSIS-1 a INPULSIS-2 (souhrnná analýza dat) je znázorněn na obr. 1.

Obrázek 1: Průměr (SEM) pozorované změny FVC oproti výchozí hodnotě (ml) v čase, studie INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnně



b.i.d. = dvakrát denně

Analýza dat pacientů reagujících na léčbu (hodnoceno pomocí parametru FVC)

V obou klinických hodnoceních INPULSIS byl podíl pacientů reagujících na léčbu z pohledu FVC, kteří jsou definováni jako pacienti s maximálním absolutním poklesem FVC do výše 5 % n.h. (prahová hodnota signalizující zvýšené riziko mortality u IPF), významně vyšší ve skupině s nintedanibem než s placebem. Podobné výsledky byly zjištěny v analýzách s využitím konzervativní prahové hodnoty 10 %. Výsledky jednotlivých studií a souhrnné výsledky viz tabulka 5.

Tabulka 5: Podíl pacientů reagujících na léčbu (hodnoceno pomocí parametru FVC) v 52. týdnu v klinických hodnoceních INPULSIS-1 a INPULSIS-2 a souhrnné údaje – léčená skupina

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnné výsledky	
	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet pacientů, jejichž data byla použita k analýze	204	309	219	329	423	638
5% práh						
Počet (%) pacientů s odpovědí na léčbu (hodnoceno pomocí FVC) ¹	78 (38,2)	163 (52,8)	86 (39,3)	175 (53,2)	164 (38,8)	338 (53,0)
Porovnání s placebem						
Poměr šancí		1,85		1,79		1,84
95% CI		(1,28; 2,66)		(1,26; 2,55)		(1,43; 2,36)
p-hodnota ²		0,0010		0,0011		< 0,0001
10% práh						
Počet (%) pacientů s odpovědí na léčbu (hodnoceno pomocí FVC) ¹	116 (56,9)	218 (70,6)	140 (63,9)	229 (69,6)	256 (60,5)	447 (70,1)
Porovnání s placebem						
Poměr šancí		1,91		1,29		1,58
95% CI		(1,32; 2,79)		(0,89; 1,86)		(1,21; 2,05)
p-hodnota ²		0,0007		0,1833		0,0007

¹ Pacienti reagující na léčbu jsou pacienti, u nichž nedošlo k absolutnímu poklesu FVC v % n.h. většímu než 5 % nebo 10 %, v závislosti na prahu a s hodnocením FVC v 52 týdnech.

² Na základě logistické regrese.

Doba do progresse (absolutní pokles FVC v % n.h. \geq 10 % nebo úmrtí)

V obou klinických hodnoceních INPULSIS bylo riziko progresse statisticky významně nižší u pacientů léčených nintedanibem než u pacientů na placebo. V souhrnné analýze bylo HR 0,60, což představuje 40% snížení rizika progresse u pacientů léčených nintedanibem v porovnání s pacienty na placebo.

Tabulka 6: Počet pacientů, u nichž během 52 týdnů došlo k absolutnímu poklesu FVC v % n.h. o \geq 10 % nebo úmrtí a doba do progresse v klinickém hodnocení INPULSIS-1, INPULSIS-2 a souhrnné údaje – léčená skupina

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnné výsledky	
	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet osob v riziku	204	309	219	329	423	638
Pacienti s příhodami, n (%)	83 (40,7)	75 (24,3)	92 (42,0)	98 (29,8)	175 (41,4)	173 (27,1)
Porovnání s placebem ¹						
p-hodnota ²		0,0001		0,0054		< 0,0001
Poměr rizik ³		0,53		0,67		0,60
95% CI		(0,39; 0,72)		(0,51; 0,89)		(0,49; 0,74)

¹ Na základě údajů shromážděvaných po dobu až 372 dnů (52 týdnů + 7denní možný přesah).

² Na základě log-rank testu.

³ Na základě Coxova regresního modelu.

Změna celkového skóre SGRO v 52. týdnu oproti výchozímu stavu

V souhrnné analýze klinických hodnocení INPULSIS byla výchozí skóre SGRQ 39,51 ve skupině s nintedanibem a 39,58 ve skupině s placebem. Odhadovaná průměrná změna celkového skóre SGRQ mezi výchozím stavem a 52. týdnem byla menší u skupiny s nintedanibem (3,53) než u skupiny s placebem (4,96) a rozdíl mezi léčebnými skupinami byl -1,43 (95% CI: -3,09; 0,23; p = 0,0923). Celkově je účinek nintedanibu na kvalitu života související se zdravím měřenou celkovým skóre SGRQ mírný a naznačuje, že se kvalita života zhoršuje méně než u placeba.

Doba do první akutní exacerbace IPF

V souhrnné analýze klinických hodnocení INPULSIS bylo u pacientů, kteří dostávali nintedanib, zjištěno číselně nižší riziko první akutní exacerbace než u pacientů, kteří dostávali placebo. Výsledky jednotlivých studií a souhrnné výsledky viz tabulka 7.

Tabulka 7: Počet pacientů s akutními exacerbacemi IPF během 52 týdnů a analýza doby do první exacerbace na základě příhod hlášených zkoušejícími v klinických hodnoceních INPULSIS-1 a INPULSIS-2 a souhrnné údaje – léčebná skupina

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnné výsledky	
	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet osob v riziku	204	309	219	329	423	638
Pacienti s příhodami, n (%)	11 (5,4)	19 (6,1)	21 (9,6)	12 (3,6)	32 (7,6)	31 (4,9)
Porovnání s placebem ¹						
p-hodnota ²		0,6728		0,0050		0,0823
Poměr rizik ³		1,15		0,38		0,64
95% CI		(0,54; 2,42)		(0,19; 0,77)		(0,39; 1,05)

¹ Na základě údajů shromážděvaných po dobu až 372 dnů (52 týdnů + 7denní možný přesah).

² Na základě log-rank testu.

³ Na základě Coxova regresního modelu.

V předem specifikované analýze citlivosti byl počet pacientů, u nichž v průběhu 52 týdnů došlo minimálně k 1 potvrzené exacerbaci, nižší u skupiny s nintedanibem (1,9 % pacientů) než u skupiny s placebem (5,7 % pacientů). Analýzou doby do výskytu sledované příhody s využitím souhrnných dat pro příhody potvrzené exacerbace byl zjištěn poměr rizik (hazard ratio, HR) ve výši 0,32 (95% CI: 0,16; 0,65; p = 0,0010).

Analýza přežití

Předem specifikovanou souhrnnou analýzou údajů o přežití v klinických hodnoceních INPULSIS se zjistilo, že celková mortalita v průběhu 52 týdnů byla nižší u skupiny s nintedanibem (5,5 % pacientů) než u skupiny s placebem (7,8 % pacientů). Analýzou doby do úmrtí byl zjištěn HR ve výši 0,70 (95% CI: 0,43; 1,12; p = 0,1399). Výsledky všech cílových parametrů přežití (např. mortalita v průběhu léčby a úmrtí v souvislosti s respiračním selháním) vykazovaly soustavné numerické rozdíly ve prospěch nintedanibu.

Tabulka 8: Mortalita ze všech příčin během 52 týdnů v klinických hodnoceních INPULSIS-1 a INPULSIS-2 a souhrnné údaje – léčenná skupina

	INPULSIS-1		INPULSIS-2		INPULSIS-1 a INPULSIS-2 souhrnné výsledky	
	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet osob v riziku	204	309	219	329	423	638
Pacienti s příhodami, n (%)	13 (6,4)	13 (4,2)	20 (9,1)	22 (6,7)	33 (7,8)	35 (5,5)
Porovnání s placebem ¹						
p-hodnota ²		0,2880		0,2995		0,1399
Poměr rizik ³		0,63		0,74		0,70
95% CI		(0,29; 1,36)		(0,40; 1,35)		(0,43; 1,12)

¹ Na základě údajů shromažďovaných po dobu až 372 dnů (52 týdnů + 7denní možný přesah).

² Na základě log-rank testu.

³ Na základě Coxova regresního modelu.

Dlouhodobá léčba nintedanibem pacientů s IPF (INPULSIS-ON)

Do otevřeného pokračování klinického hodnocení nintedanibem bylo zařazeno 734 pacientů s IPF. Pacienti, kteří dokončili 52týdenní léčebné období v klinickém hodnocení INPULSIS, absolvovali léčbu nintedanibem v otevřeném pokračovacím klinickém hodnocení INPULSIS-ON. Medián doby expozice u pacientů léčených nintedanibem byl v obou klinických hodnoceních, INPULSIS a INPULSIS-ON, 44,7 měsíce (rozah 11,9-68,3). Explorativní cílové parametry účinnosti zahrnovaly roční míru poklesu FVC po dobu 192 týdnů, která byla u všech léčených pacientů -135,1 (5,8) ml/rok a odpovídala roční míře poklesu FVC u pacientů léčených nintedanibem v klinických hodnoceních fáze III INPULSIS (-113,6 ml za rok). Profil nežádoucích příhod u nintedanibu v klinickém hodnocení INPULSIS-ON odpovídal profilu nežádoucích příhod v klinických hodnoceních fáze III INPULSIS.

Pacienti s IPF se závažnou poruchou plicních funkcí (INSTAGE)

INSTAGE bylo multicentrické, multinárodní, prospektivní, randomizované a dvojité zaslepené klinické hodnocení s paralelními skupinami u pacientů s IPF se závažnou poruchou plicních funkcí (DLCO ≤ 35 % n.h.) prováděné po dobu 24 týdnů. Nintedanibem v monoterapii bylo léčeno 136 pacientů. Výsledek primárního cílového parametru ukázal ve 12. týdnu na základě upravené průměrné změny oproti výchozímu stavu snížení celkového skóre Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) o -0,77 jednotek. Post-hoc porovnáním bylo prokázáno, že pokles FVC u těchto pacientů byl shodný s poklesem FVC u pacientů s méně závažným onemocněním léčených nintedanibem v klinických hodnoceních fáze III INPULSIS. Profil bezpečnosti a snášenlivosti nintedanibu u pacientů s IPF se závažnou poruchou plicních funkcí byl shodný s profilem zjištěným v klinických hodnoceních fáze III INPULSIS.

Další údaje z klinického hodnocení fáze IV INJOURNEY s nintedanibem podávaným v dávce 150 mg dvakrát denně a s přidáním pirfenidonu

Souběžná léčba nintedanibem a pirfenidonem byla zkoumána v explorativním, otevřeném, randomizovaném klinickém hodnocení nintedanibu podávaného v dávce 150 mg dvakrát denně

s přidáním pirfenidonu (v dávce titrované na 801 mg třikrát denně) v porovnání s nintedanibem podávaným v dávce 150 mg dvakrát denně v monoterapii u 105 randomizovaných pacientů po dobu 12 týdnů. Primárním cílovým parametrem byl procentuální podíl pacientů s gastrointestinálními nežádoucími příhodami od výchozího stavu do týdne 12. Gastrointestinální nežádoucí příhody byly časté a odpovídaly stanovenému bezpečnostnímu profilu obou přípravků. Nejčastějšími nežádoucími příhodami hlášenými u pacientů léčených pirfenidonem přidávaným k nintedanibu oproti nintedanibu v monoterapii byl průjem, nauzea a zvracení.

Průměrné (SE) absolutní změny FVC od výchozího stavu do týdne 12 byly -13,3 (17,4) ml u pacientů léčených nintedanibem s přidáním pirfenidonu (n = 48) v porovnání s -40,9 (31,4) ml u pacientů léčených nintedanibem v monoterapii (n = 44).

Jiné chronické fibrotizující intersticiální plicní procesy (ILD) s progresivním fenotypem

Klinická účinnost nintedanibu byla zkoumána u pacientů s jinými chronickými fibrotizujícímiILD s progresivním fenotypem ve dvojité zaslepeném, randomizovaném, placebem kontrolovaném klinickém hodnocení fáze III (INBUILD). Pacienti s IPF byli vyloučeni. Pacienti s klinickou diagnózou chronického fibrotizujícíhoILD byli zařazeni, pokud vyšetření HRCT prokázalo relevantní rozsah fibrózy (více než 10 % fibrotického postižení) a vykazovali klinické známky progresse (definované jako $\geq 10\%$ pokles FVC, $\geq 5\%$ a $< 10\%$ pokles FVC se zhoršením příznaků nebo výsledků na HRCT, či zhoršením příznaků a zhoršením výsledků na HRCT, vše během 24 měsíců před screeningem). Pacienti museli mít hodnotu FVC větší nebo rovnou 45 % n.h. a hodnotu DLCO o 30 % až méně než 80 % n.h. Pacienti museli mít progresi onemocnění navzdory léčbě považované v rámci klinické praxe za přiměřenou relevantnímuILD pacienta.

K podávání buď nintedanibu 150 mg dvakrát denně, nebo odpovídajícího placebo po dobu alespoň 52 týdnů bylo randomizováno celkem 663 pacientů, a to v poměru 1 : 1. Medián expozice nintedanibu po celou dobu trvání klinického hodnocení byl 17,4 měsíce a průměrná expozice nintedanibem po celou dobu trvání klinického hodnocení byla 15,6 měsíce. Randomizace byla stratifikována na základě fibrotického nálezu z vyšetření HRCT hodnoceného centrálními hodnotiteli. Randomizováno bylo 412 pacientů s obrazem obvyklé intersticiální pneumonie (usual interstitial pneumonia, UIP) na HRCT a 251 pacientů s jinými fibrotickými změnami na HRCT. V tomto klinickém hodnocení byly k analýze definovány 2 koprimary populace: všichni pacienti (celková populace) a pacienti s obrazem obvyklé intersticiální pneumonie (UIP) na HRCT. Pacienti s jinými fibrotickými změnami na HRCT představovali „doplňkovou“ populaci.

Primárním cílovým parametrem byla roční míra poklesu usilovné vitální kapacity (FVC) (v ml) během 52 týdnů. Hlavními sekundárními cílovými parametry byly absolutní změna celkového skóre dotazníku King's Brief Interstitial Lung Disease Questionnaire (K-BILD) od výchozího stavu do 52. týdne, doba do první akutní exacerbaceILD nebo do úmrtí během 52 týdnů a doba do úmrtí během 52 týdnů.

Pacienti měli průměrný (standardní odchylka [SD, minimum-maximum]) věk 65,8 (9,8; 27-87) let a průměrnou hodnotu FVC 69,0 % n.h. (15,6; 42-137). Základní klinické diagnózyILD ve skupinách zastoupených v klinickém hodnocení byly hypersenzitivní pneumonitida (26,1 %), autoimunitníILD (25,6 %), idiopatická nespecifická intersticiální pneumonie (18,9 %), neklasifikovatelná idiopatická intersticiální pneumonie (17,2 %) a jináILD (12,2 %).

Klinické hodnocení INBUILD nebylo navrženo, ani síla testu v něm použitého nebyla nastavena k tomu, aby se prokázal přínos nintedanibu v podskupinách se specifickými diagnózami. Konzistentní účinky byly prokázány v podskupinách s diagnózouILD. Zkušenosti s nintedanibem u velmi vzácných progredujících fibrotizujícíchILD jsou omezené.

Roční míra poklesu FVC

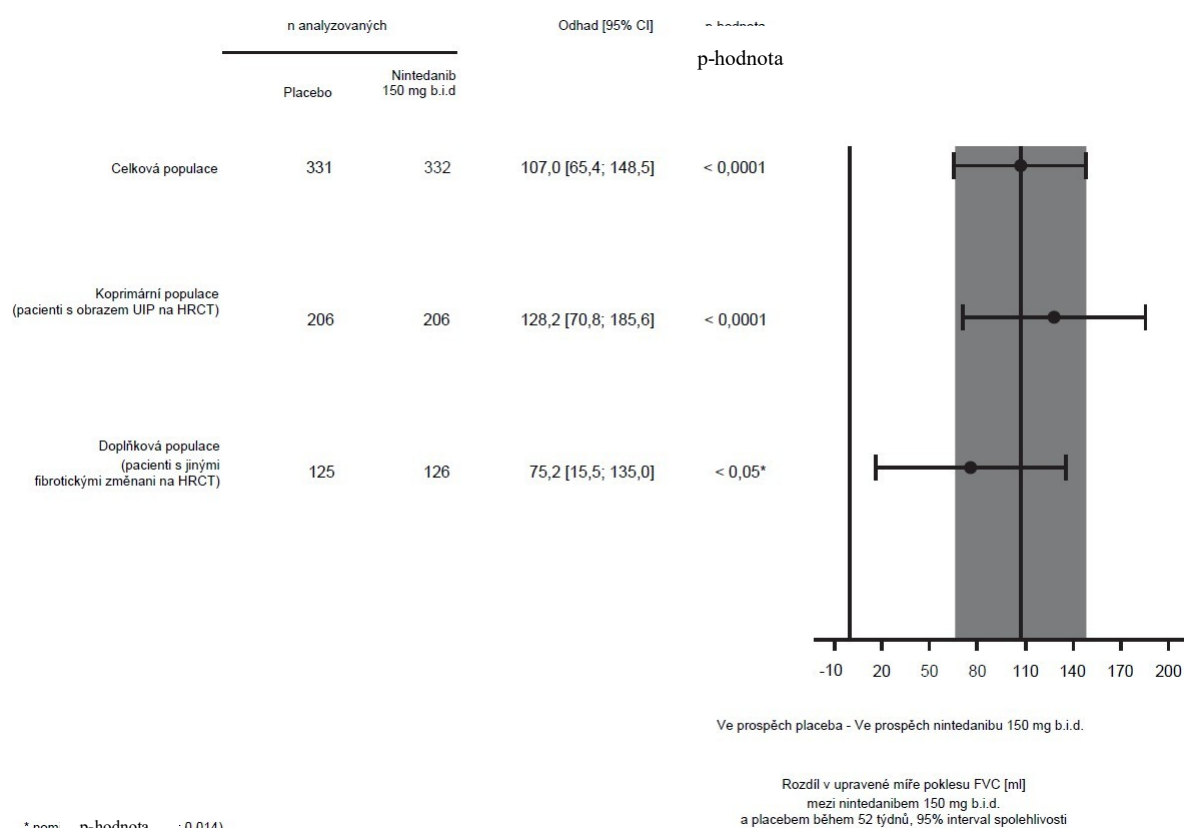
Roční míra poklesu FVC (v ml) během 52 týdnů se u pacientů léčených nintedanibem v porovnání s pacienty, kteří dostávali placebo, významně snížila, a to o 107,0 ml (tabulka 9), což odpovídá relativní účinnosti léčby 57,0 %.

Tabulka 9: Roční míra poklesu FVC (ml) během 52 týdnů

	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet analyzovaných pacientů	331	332
Míra ¹ (SE) poklesu během 52 týdnů	-187,8 (14,8)	-80,8 (15,1)
Porovnání s placebem		
Rozdíl ¹		107,0
95% CI		(65,4; 148,5)
p-hodnota		< 0,0001

¹ Vychází z regresního modelu náhodných koeficientů s fixními kategoričnými účinky léčby, nálezu z vyšetření HRCT, fixního spojitého účinku času a výchozí hodnoty FVC (ml) a zahrnuje interakce léčba-čas a výchozí stav-čas.

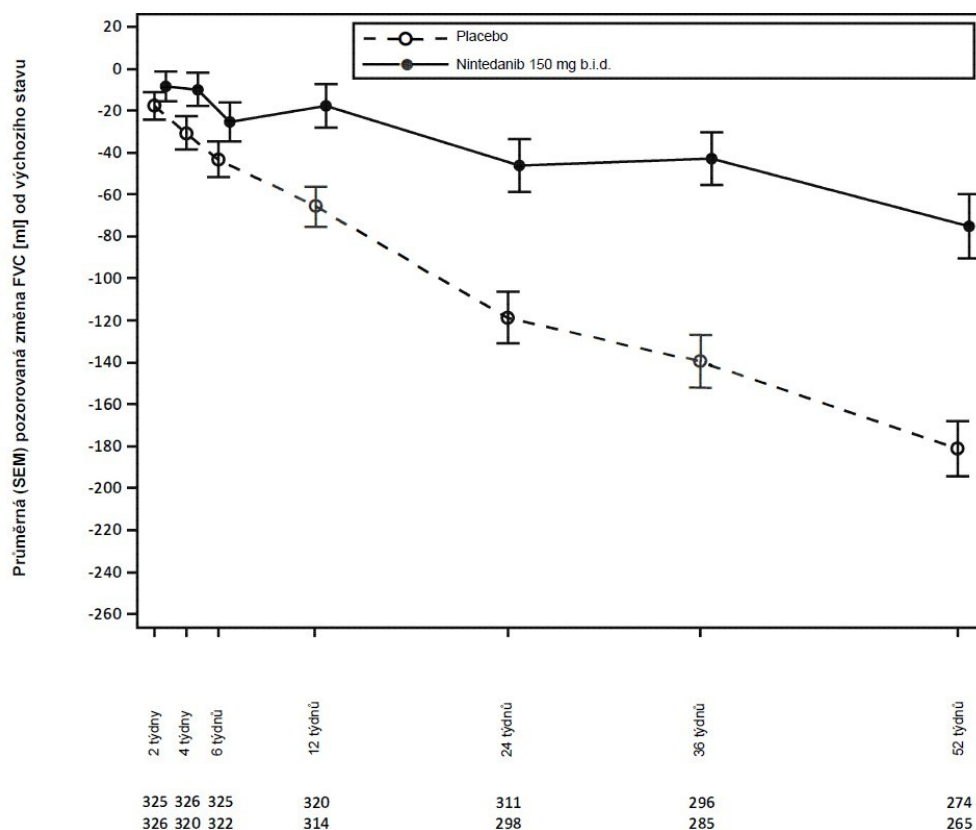
Podobné výsledky byly pozorovány u koprimary populace pacientů s obrazem obvyklé intersticiální pneumonie (UIP) na HRCT. Léčebný účinek byl konzistentní v doplňkové populaci pacientů s jinými fibrotickými změnami na HRCT (p-hodnota interakcí 0,2268) (obrázek 2).

Obrázek 2: Roční míra poklesu FVC (ml) v populacích pacientů během 52 týdnů (forest plot)

b.i.d. = dvakrát denně

Výsledky působení nintedanibu a snížení roční míry poklesu FVC byly potvrzeny všemi předem specifikovanými analýzami citlivosti a konzistentní výsledky byly pozorovány v podskupinách předem specifikovaných k hodnocení účinnosti podle pohlaví, věkové skupiny, rasy, vstupní hodnoty FVC (% n.h.) a původní základní klinické diagnózy ILD ve skupinách. Na obrázku 3 je znázorněn vývoj změny FVC v léčebných skupinách od výchozího stavu v čase.

Obrázek 3: Průměrná (SEM) pozorovaná změna FVC (ml) od výchozího stavu během 52 týdnů



b.i.d. = dvakrát denně

Príznivé účinky nintedanibu byly navíc pozorovány v rámci upravené průměrné absolutní změny FVC (% n.h.) v 52. týdnu oproti výchozí hodnotě. Upravená průměrná absolutní změna FVC (% n.h.) v 52. týdnu oproti výchozí hodnotě byla nižší ve skupině s nintedanibem (-2,62 %) než ve skupině s placebem (-5,86 %). Upravený průměrný rozdíl mezi léčebnými skupinami byl 3,24 (95% CI: 2,09; 4,40; nominální $p < 0,0001$).

Analýza dat pacientů reagujících na léčbu (hodnoceno pomocí parametru FVC)

Podíl pacientů reagujících na léčbu stanovený podle změny FVC, definovaný jako pacienti s relativním poklesem FVC (% n.h.) ne větším než 5 %, byl vyšší ve skupině s nintedanibem než ve skupině s placebem. Podobné výsledky byly zjištěny v analýzách používajících 10% práh (tabulka 10).

Tabulka 10: Podíl pacientů reagujících na léčbu stanovený podle změny FVC v 52. týdnu v klinickém hodnocení INBUILD

	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet analyzovaných pacientů	331	332
5% práh		
Počet pacientů reagujících na léčbu (%) dle FVC ¹	104 (31,4)	158 (47,6)
Porovnání s placebem		
Poměr šancí ²		2,01
95% CI		(1,46; 2,76)
Nominální p-hodnota		< 0,0001
10% práh		
Počet pacientů reagujících na léčbu (%) dle FVC ¹	169 (51,1)	197 (59,3)
Porovnání s placebem		

Poměr šancí ²		1,42
95% CI		(1,04; 1,94)
Nominální p-hodnota		0,0268

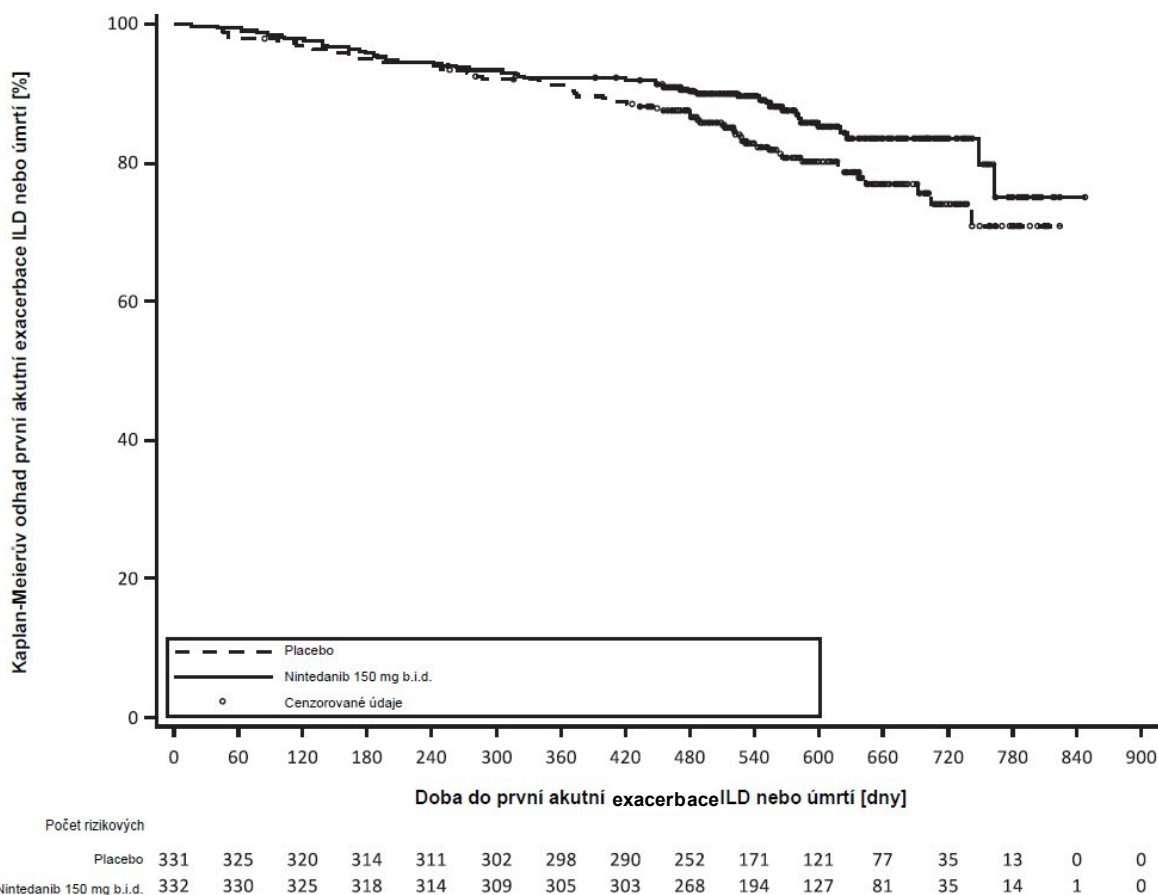
¹ Pacienti reagující na léčbu jsou pacienti bez relativního poklesu většího než 5 % nebo většího než 10 % FVC n.h. v závislosti na prahu, a s hodnocením FVC v 52. týdnu (pacienti s chybějícími údaji v 52. týdnu byli považováni za nereagující na léčbu).

² Na základě modelu logistické regrese s výchozí FVC v % n.h. jako kontinuální kovariátou a nálezem na HRCT jako binární kovariátou.

Doba do první akutní exacerbace ILD nebo do úmrtí

V průběhu celého klinického hodnocení byl podíl pacientů s alespoň jednou příhodou první akutní exacerbace ILD nebo s úmrtím 13,9 % ve skupině s nintedanibem a 19,6 % ve skupině s placebem. Hodnota HR byla 0,67 (95% CI: 0,46; 0,98; nominální p = 0,0387), což ukazuje na 33% snížení rizika první akutní exacerbace ILD nebo úmrtí u pacientů léčených nintedanibem v porovnání s placebem (obrázek 4).

Obrázek 4: Kaplanova-Meierova křivka pro dobu do první akutní exacerbace ILD nebo do úmrtí v celém průběhu klinického hodnocení



b.i.d. = dvakrát denně

Analýza přežití

Riziko úmrtí bylo nižší ve skupině s nintedanibem v porovnání se skupinou s placebem. Hodnota HR byla 0,78 (95% CI: 0,50; 1,21; nominální p = 0,2594), což znamená 22% snížení rizika úmrtí u pacientů, jimž byl podáván nintedanib, v porovnání s placebem.

Doba do progresse ($\geq 10\%$ absolutní pokles FVC v % n.h.) nebo úmrtí

V klinickém hodnocení INBUILD se riziko progresse ($\geq 10\%$ absolutní pokles FVC v % n.h.) nebo úmrtí snížilo u pacientů léčených nintedanibem. Podíl pacientů s příhodou byl 40,4 % ve skupině

s nintedanibem 54,7 % ve skupině s placebem. Hodnota HR byla 0,66 (95% CI: 0,53; 0,83; $p = 0,0003$), což znamená 34% pokles rizika progresu ($\geq 10\%$ absolutní pokles FVC v % n.h.) nebo úmrtí u pacientů léčených nintedanibem v porovnání s placebem.

Kvalita života

Upravená průměrná změna celkového skóre dotazníku K-BILD od výchozího stavu do 52. týdne byla -0,79 jednotky ve skupině s placebem a 0,55 jednotky ve skupině s nintedanibem. Rozdíl mezi léčebnými skupinami byl 1,34 (95% CI: -0,31; 2,98; nominální $p = 0,1115$).

Upravená průměrná absolutní změna doménového skóre příznaků dyspnoe v dotazníku Living with pulmonary fibrosis (L-PF) oproti výchozímu stavu byla v 52. týdnu 4,28 ve skupině s nintedanibem v porovnání se 7,81 ve skupině s placebem. Upravený průměrný rozdíl mezi skupinami vyzněl ve prospěch skupiny s nintedanibem a dosáhl hodnoty -3,53 (95% CI: -6,14; -0,92; nominální $p = 0,0081$). Upravená průměrná absolutní změna doménového skóre příznaků kašle v dotazníku L-PF byla v 52. týdnu -1,84 ve skupině s nintedanibem v porovnání s 4,25 ve skupině s placebem. Upravený průměrný rozdíl mezi skupinami vyzněl ve prospěch skupiny s nintedanibem a dosáhl hodnoty -6,09 (95% CI: -9,65; -2,53; nominální $p = 0,0008$).

Systémová sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním procesem (SSc-ILD)

Klinická účinnost nintedanibu byla zkoumána u pacientů s SSc-ILD ve dvojitě zaslepeném, randomizovaném, placebem kontrolovaném klinickém hodnocení fáze III (SENSCIS). SSc-ILD byla pacientům diagnostikována na základě klasifikačních kritérií systémové sklerodermie podle Americké revmatologické asociace / Evropské ligy proti revmatismu z roku 2013 (2013 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) a skenu provedeného počítačovou tomografií hrudníku s vysokým rozlišením (high resolution computed tomography, HRCT) během předchozích 12 měsíců. Celkem bylo v poměru 1 : 1 randomizováno 580 pacientů, a to buď k užívání nintedanibu 150 mg dvakrát denně, nebo odpovídajícího placeba po dobu minimálně 52 týdnů. Z uvedeného počtu pacientů podstoupilo léčbu 576. Randomizace byla stratifikována podle stavu protilátek proti antitopoizomeráze (ATA). Jednotliví pacienti podstupovali zaslepenou léčbu v klinickém hodnocení po dobu až 100 týdnů (medián expozice nintedanibu 15,4 měsíce; průměrná expozice nintedanibu 14,5 měsíce).

Primárním cílovým parametrem byla roční míra poklesu FVC během 52 týdnů. Hlavním sekundárním cílovým parametrem byla absolutní změna výchozí hodnoty modifikovaného kožního skóre podle Rodnana (modified Rodnan Skin Score, mRSS) oproti 52. týdnu a absolutní změna výchozí hodnoty celkového skóre dotazníku Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) oproti 52. týdnu.

Z celkové populace pacientů tvořily 75,2 % ženy. Průměrný (standardní odchylka [SD, minimum-maximum]) věk byl 54,0 (12,2; 20-79) let. Celkem mělo 51,9 % pacientů kožně difuzní systémovou sklerodermii (SSc) a 48,1 % mělo kožně limitovanou SSc. Průměr (SD) doby od prvního výskytu příznaku neasociovaného s Raynaudovým syndromem byl 3,49 (1,7) roku. Ve výchozím stavu užívalo 49,0 % pacientů stabilní léčbu mykofenolátem (46,5 % mofetil-mykofenolátem, 1,9 % natrium-mykofenolátem, 0,5 % kyselinou mykofenolovou). Bezpečnostní profil u pacientů s mykofenolátem nebo bez mykofenolátu ve výchozím stavu byl srovnatelný.

Roční míra poklesu FVC

Roční míra poklesu FVC (ml) během 52 týdnů se u pacientů užívajících nintedanib oproti pacientům užívajícím placebo významně snížila, a to o 41,0 ml (tabulka 11). To odpovídá relativnímu léčebnému účinku 43,8 %.

Tabulka 11: Roční míra poklesu FVC (ml) během 52 týdnů

	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet analyzovaných pacientů	288	287
Míra ¹ (SE) poklesu během 52 týdnů	-93,3 (13,5)	-52,4 (13,8)
Porovnání s placebem		

Rozdíl ¹		41,0
95% CI		(2,9; 79,0)
p-hodnota		< 0,05

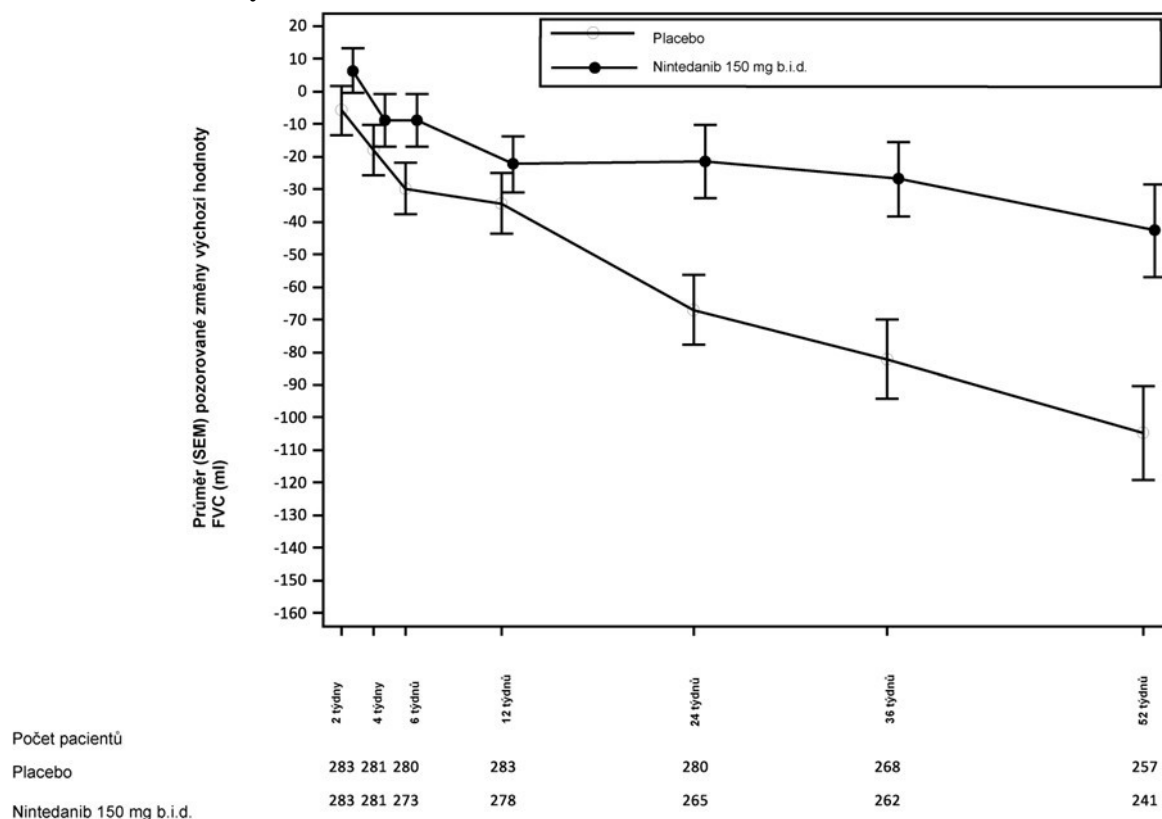
¹ Vychází z regresního modelu náhodných koeficientů s fixními kategoričnými účinky léčby, stavu ATA, pohlaví, fixního spojitého účinku času, výchozí hodnoty FVC (ml), věku a výšky a zahrnuje interakce léčba-čas a výchozí stav-čas. Náhodný efekt byl uveden ve vztahu k interceptu a času specifických pacientů. Intraindividuální chyby vycházely z modelu nestrukturované matice variance-kovariance. Interindividuální variabilita vycházela z modelu matice variance-komponenty variance-kovariance.

Účinek nintedanibu na roční míru poklesu FVC byl podobný ve všech předem specifikovaných analýzách citlivosti a v předem specifikovaných podskupinách (např. podle věku, pohlaví a používání mykofenolátu) nebyla zjištěna heterogenita.

Kromě toho byly podobné účinky pozorovány u dalších cílových parametrů funkce plic, např. absolutní změny výchozí hodnoty FVC v ml oproti 52. týdnu (obrázek 5 a tabulka 12) a míry poklesu FVC v % n.h. během 52 týdnů (tabulka 13), což bylo dalším důkazem účinků nintedanibu na zpomalení progresse SSc-ILD. Mimoto došlo ve skupině s nintedanibem k absolutnímu poklesu FVC > 5 % n.h. u menšího počtu pacientů (20,6 % ve skupině s nintedanibem versus 28,5 % ve skupině s placebem, OR = 0,65, p = 0,0287). Relativní pokles FVC v ml > 10 % byl srovnatelný u obou skupin (16,7 % ve skupině s nintedanibem versus 18,1 % ve skupině s placebem, OR = 0,91, p = 0,6842). Chybějící hodnoty FVC pro 52. týden byly v těchto analýzách imputovány jako pacientova nejhorší hodnota během léčby.

Explorativní analýza údajů z doby až do 100 týdnů (maximální délka léčby v klinickém hodnocení SENSICIS) naznačila, že účinek nintedanibu na zpomalení progresse SSc-ILD z doby léčby přetrval období 52 týdnů.

Obrázek 5: Průměr (SEM) pozorované změny FVC (ml) oproti výchozí hodnotě během 52 týdnů



b.i.d. = dvakrát denně

Tabulka 12: Absolutní změna FVC (ml) oproti výchozí hodnotě v 52. týdnu

	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet analyzovaných pacientů	288	288
Průměr (SD) ve výchozím stavu	2 541,0 (815,5)	2 458,5 (735,9)
Průměr ¹ (SE) změny výchozí hodnoty oproti 52. týdnu	-101,0 (13,6)	-54,6 (13,9)
Porovnání s placebem		
Průměr ¹		46,4
95% CI		(8,1; 84,7)
p-hodnota		< 0,05

¹ Vychází ze smíšeného modelu opakovaných měření (Mixed Model for Repeated Measures, MMRM), s fixními kategoričnými účinky stavu ATA, návštěvy, interakce léčba-návštěva, interakce výchozí stav-návštěva, věku, pohlaví a výšky. Návštěva byla opakovaným měřením. Intraindividuální chyby vycházely z modelu nestrukturované matice variance-kovariance. Upravený průměr vycházel z údajů všech pacientů analyzovaných v modelu (nikoli jen pacientů s hodnotou ve výchozím stavu a měřením v 52. týdnu).

Tabulka 13: Roční míra poklesu FVC (% n.h.) během 52 týdnů

	Placebo	Nintedanib 150 mg dvakrát denně
Počet analyzovaných pacientů	288	287
Míra ¹ (SE) poklesu během 52 týdnů	-2,6 (0,4)	-1,4 (0,4)
Porovnání s placebem		
Rozdíl ¹		1,15
95% CI		(0,09; 2,21)
p-hodnota		< 0,05

¹ Vychází z modelu regrese náhodných koeficientů s fixními kategoričnými účinky léčby, stavu ATA, fixního spojitého účinku času a výchozí hodnoty FVC (% n.h.) a zahrnuje interakce léčba-čas a výchozí stav-čas. Náhodný účinek byl uveden ve vztahu k interceptu a času specifických pacientů. Intraindividuální chyby vycházely z modelu nestrukturované matice variance-kovariance. Interindividuální variabilita vycházela z modelu matice variance-komponenty variance-kovariance.

Změna výchozí hodnoty modifikovaného kožního skóre podle Rodnana (mRSS) oproti 52. týdnu

Upravená průměrná absolutní změna výchozí hodnoty mRSS oproti 52. týdnu byla u skupiny s nintedanibem (-2,17 (95% CI: -2,69; -1,65)) a skupiny s placebem (-1,96 (95% CI: -2,48; -1,45)) srovnatelná. Upravený průměrný rozdíl mezi léčebnými skupinami byl -0,21 (95% CI: -0,94; 0,53; p = 0,5785).

Změna výchozí hodnoty celkového skóre dotazníku Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) oproti 52. týdnu

Upravená průměrná absolutní změna výchozí hodnoty celkového skóre SGRQ oproti 52. týdnu byla u skupiny s nintedanibem (0,81 (95% CI: -0,92; 2,55)) a skupiny s placebem (-0,88 (95% CI: -2,58; 0,82)) srovnatelná. Upravený průměrný rozdíl mezi léčebnými skupinami byl 1,69 (95% CI: -0,73; 4,12; p = 0,1711).

Analýza přežití

Mortalita v průběhu celého klinického hodnocení byla u skupiny s nintedanibem (n = 10; 3,5 %) a skupiny s placebem (n = 9; 3,1 %) srovnatelná. Analýzou doby do úmrtí v průběhu celého klinického hodnocení byl zjištěn HR v hodnotě 1,16 (95% CI: 0,47; 2,84; p = 0,7535).

Interval QT

Ve specifické studii u pacientů s rakovinou ledvinových buněk bylo měřením QT/QTc zjištěno, že jednotlivá perorální dávka 200 mg nintedanibu ani opakované perorální dávky 200 mg nintedanibu podávané dvakrát denně po dobu 15 dnů neprodlužovaly interval QTcF.

Pediatrická populace

Klinicky významný, progredující fibrotizující intersticiální plicní proces (ILD) a systémová sklerodermie s přidruženým intersticiálním plicním procesem (SSc-ILD) u dětí a dospívajících ve věku od 6 do 17 let

Klinická bezpečnost a účinnost nintedanibu dětí a dospívajících ve věku od 6 do 17 let s klinicky významným fibrotizujícím intersticiálním plicním procesem (ILD) byly zkoumány v explorativním, randomizovaném, dvojitě zaslepeném a placebem kontrolovaném klinickém hodnocení fáze III (InPedILD 1199.337).

Pacienti byli randomizováni v poměru 2 : 1 k užívání buď nintedanibu dvakrát denně (dávky upravené podle tělesné hmotnosti, včetně použití 25mg tobolky), nebo odpovídajícího placeba po dobu 24 týdnů, po které následovala otevřená léčba nintedanibem s různým trváním. Použití standardní léčby považované ošetřujícím lékařem za klinicky indikovanou bylo povoleno.

Primárním cílem klinického hodnocení InPedILD bylo zhodnocení dávky-expozice a bezpečnosti nintedanibu u dětí a dospívajících s klinicky významným fibrotizujícím ILD. Účinnost byla hodnocena pouze jako sekundární cíl.

Do klinického hodnocení InPedILD byli zařazeni děti a dospívající ve věku od 6 do 17 let s klinicky významnou fibrotizující ILD a nejméně 25 % náležité hodnoty FVC. Pacienti byli klasifikováni jako pacienti s fibrotizující ILD na základě průkazu fibrózy na dvou vyšetřeních HRCT (jedno HRCT vyšetření provedené během předešlých 12 měsíců) nebo na základě průkazu fibrózy v biopsii plic a jednoho vyšetření HRCT provedeného během předešlých 12 měsíců.

Klinicky významné onemocnění bylo definováno jako skóre FAN ≥ 3 nebo dokumentovaný průkaz klinické progresse během jakéhokoli časového úseku. Průkaz klinické progresse byl založen na relativním poklesu FVC ≥ 10 % náležité hodnoty, relativním poklesu FVC o 5-10 % náležité hodnoty se zhoršením příznaků, zhoršením fibrózy na HRCT nebo na jiných měřících klinického zhoršení připisovaného progresivní plicní fibróze (např. zvýšená spotřeba kyslíku, snížená difuzní kapacita), nicméně nejednalo se o podmínku pro zařazení pacientů se skóre FAN ≥ 3 .

Randomizováno bylo celkem 39 pacientů (61,5 % dívek). Hodnoty ve výchozím stavu byly následující:

- 6-11 let: 12 pacientů, 12-17 let: 27 pacientů. Průměrný (standardní odchylka [SD]) věk byl 12,6 (3,3) roku.
- Průměrná (SD) tělesná hmotnost byla 42,2 kg (17,8 kg); 6-11 let: 26,6 kg (10,4 kg), 12-17 let: 49,1 kg (16,0 kg).
- Celkové průměrné Z-skóre BMI pro věk (SD) bylo ve výchozím stavu -0,6 (1,8).
- Celkové průměrné Z-skóre FVC (SD) ve výchozím stavu bylo -3,5 (1,9).

Nejčastějšími jedinými základními diagnózami ILD u zařazených pacientů byly:

- „deficit surfaktantových proteinů“ (nintedanib: 26,9 %, placebo: 38,5 %),
- „systémová sklerodermie“ (nintedanib: 15,4 %, placebo: 23,1 %).
- „toxická/radiační/léková pneumonitida“ (nintedanib: 11,5 %, placebo 7,7 %).
- „chronická hypersenzitivní pneumonitida“ byla hlášena u 2 pacientů (nintedanib: 7,7 %).
- zbývající základní diagnózy ILD hlášené vždy u 1 pacienta byly:
 - fibróza po HSCT,
 - juvenilní RA,
 - juvenilní idiopatická artritida,
 - dermatomyositida (DM),
 - deskvamativní intersticiální pneumonitida,
 - chřipka H1N1,
 - nejasná (chronické difuzní onemocnění plic),
 - COPA syndrom,
 - mutace COPA genu,
 - nediferencované onemocnění pojivové tkáně,

- postinfekční obliterující bronchiolitida,
- nespecifikovanáILD,
- idiopatická a STING asociovaná vaskulopatie.

Výsledky primárního cílového parametru byly:

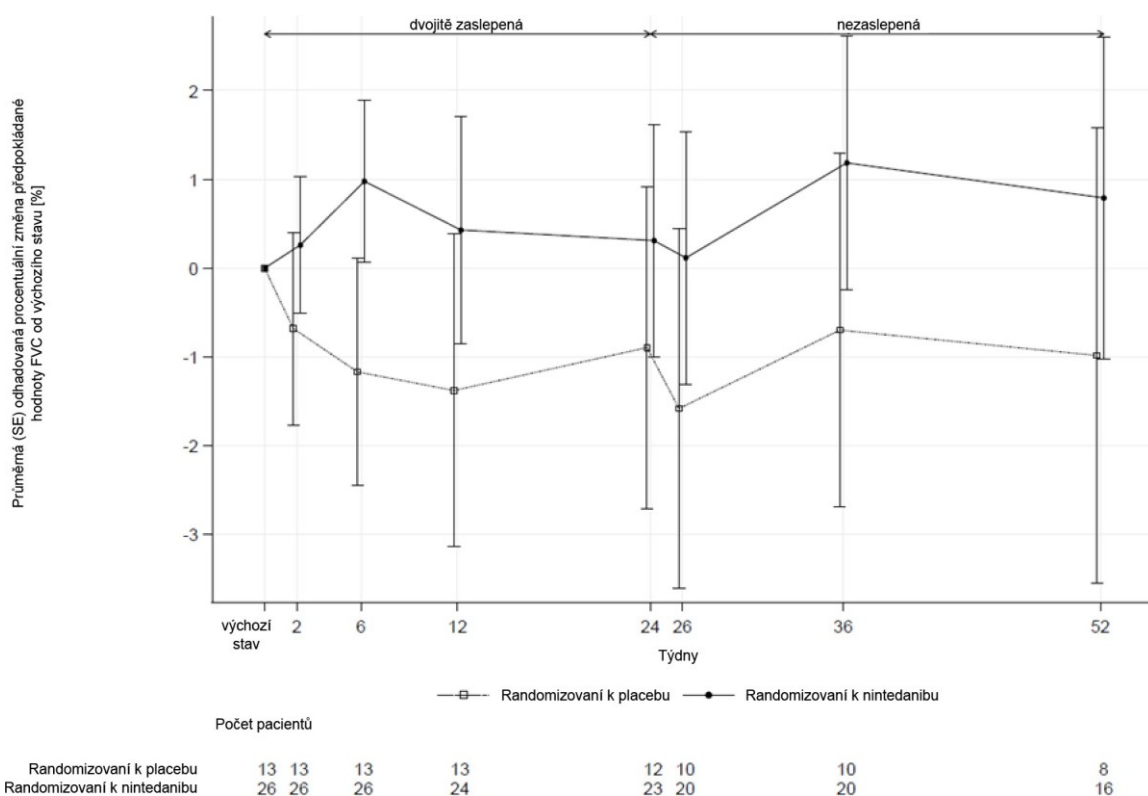
- **Expozice nintedanibu:**
 - Expozice nintedanibu charakterizovaná jako $AUC_{\tau,ss}$ na základě vyšetření v ustáleném stavu byla u dětí a dospívajících všeobecně podobná a byla srovnatelná s $AUC_{\tau,ss}$ pozorovanou u dospělých (viz bod 5.2).
- **Nežádoucí příhody vzniklé při léčbě (24. týden):**
 - Skupina s nintedanibem: 84,6 % pacientů (6-11 let: 75,0 %, 12-17 let: 88,9 %)
 - Skupina s placebem: 84,6 % pacientů (6-11 let: 100 %, 12-17 let: 77,8 %)

Procentuální změna usilovné vitální kapacity (FVC) náležité hodnoty od výchozího stavu byla zkoumána jako sekundární cílový parametr týkající se účinnosti. Výsledky (obr. 6):

- **24. týden:**
 - Skupina s nintedanibem: upravená průměrná změna = 0,31 (95% CI: -2,36; 2,98)
 - Skupina s placebem: upravená průměrná změna = -0,89 (95% CI: -4,61; 2,82)
 - Rozdíl procentuální změny náležité hodnoty FVC ve prospěch nintedanibu = 1,21 (95% CI: -3,40; 5,81)
- **52. týden:**
 - Skupina randomizovaná k nintedanibu: upravená průměrná změna = 0,79 (95% CI: -2,95; 4,53)
 - Skupina randomizovaná k placebu: upravená průměrná změna = -0,98 (95% CI: -6,26; 4,30)

Mezi pediatrickými pacienty byla pozorována velká variabilita v odpovědích na léčbu nintedanibem u FVC v % náležitých hodnot jako cílového parametru a u mnoha dalších explorativních cílových parametrů účinnosti.

Obrázek 6: Upravený průměr (SE) absolutní změny FVC % oproti náležité hodnotě ve výchozím stavu během 52 týdnů – léčený soubor*



* Po léčbě trvající 24 týdnů všichni pacienti dostávali nintedanib v otevřené části klinického hodnocení.

Evropská agentura pro léčivé přípravky rozhodla o zproštění povinnosti předložit výsledky studií s nintedanibem u všech podskupin pediatrické populace s IPF.

Evropská agentura pro léčivé přípravky rozhodla o zproštění povinnosti předložit výsledky studií s přípravkem Ofev u pediatrické populace ve věku do 6 let s fibrotizujícími ILD (informace o použití u dětí viz bod 4.2).

5.2 Farmakokinetické vlastnosti

Absorpce

Nintedanib dosáhl maximálních plazmatických koncentrací přibližně 2-4 hod. po perorálním podání měkkých želatinových tobolek ve stavu sytosti (rozpětí 0,5-8 hod.). Absolutní biologická dostupnost 100mg dávky byla u zdravých dobrovolníků 4,69 % (90% CI: 3,615-6,078). Absorpce a biologická dostupnost jsou sníženy účinky transportérů a významným metabolismem při prvním průchodu játry. Expozice nintedanibu se zvyšovala úměrně dávkou v rozpětí dávek 50-450 mg jednou denně a 150-300 mg dvakrát denně. Rovnovážného stavu plazmatických koncentrací bylo dosaženo nejdříve do týdne od podání dávky.

Po požití stravy se expozice nintedanibu zvýšila o přibližně 20 % v porovnání s podáním nalačno (CI: 95,3-152,5 %) a absorpce byla zpožděna (medián t_{max} nalačno: 2,00 hod.; po jídle: 3,98 hod.). Ve studii *in vitro* nemělo míchání tobolek nintedanibu s malým množstvím jablečné přesnídávky nebo čokoládového pudinku po dobu až 15 minut žádný vliv na farmaceutickou kvalitu. Bylo pozorováno bobtnání a deformace tobolek v důsledku absorpce vody do želatinového obalu při delší době expozice měkkému jídlu. Proto se neočekává, že by užívání tobolek s měkkým jídlem změnilo klinický účinek při okamžitém užití.

Ve studii biologické dostupnosti u zdravých dospělých jedinců mužského pohlaví po jediné dávce nintedanibu, podané buď jako jedna 100mg měkká želatinová tobolka, nebo jako čtyři 25mg měkké želatinové tobolky, byla biologická dostupnost v obou skupinách podobná.

Distribuce

Nintedanib má nejméně dvoufázovou dispoziční kinetiku. Po intravenózní infuzi byl zjištěn vysoký distribuční objem (V_{ss} : 1 050 l, 45,0 % gCV).

Vazba nintedanibu na proteiny lidské plazmy *in vitro* byla vysoká, vázaná frakce činila 97,8 %. Za hlavní vazebný protein je považován sérový albumin. Nintedanib je distribuován především plazmou, přičemž poměr krev ku plazmě je 0,869.

Biotransformace

Převažující metabolickou reakcí u nintedanibu je hydrolytické štěpení esterázami, které vede k tvorbě volné kyselé frakce BIBF 1202. BIBF 1202 je následně glukuronidována uridin-5-difosfát-glukuronosyltransferázami (UGT enzymy), především UGT1A1, UGT1A7, UGT1A8 a UGT1A10 na BIBF 1202 glukuronid.

CYP dráhy byly součástí biotransformace nintedanibu pouze v malé míře, přičemž hlavním enzymem byl CYP3A4. Ve studii absorpce, distribuce, metabolismu a eliminace (ADME) u člověka nebylo možné hlavní CYP-dependentní metabolit v plazmě zjistit. *In vitro* představoval metabolismus závislý na CYP přibližně 5 % v porovnání s 25 % esterického štěpení. V předklinických studiích nintedanib, BIBF 1202 a glukuronid BIBF 1202 neinhibovaly ani neindukovaly enzymy CYP. Nepředpokládá se proto, že budou existovat lékové interakce mezi nintedanibem a substráty CYP, CYP inhibitory nebo CYP induktory.

Eliminace

Celková plazmatická clearance po intravenózní infuzi byla vysoká (Cl: 1 390 ml/min, 28,8 % gCV). V podobě nezměněné léčivé látky bylo během 48 hodin močí vyloučeno přibližně 0,05 % perorálně podané dávky (31,5 % gCV) a přibližně 1,4 % intravenózně podané dávky (24,2 % gCV); renální clearance byla 20 ml/min (32,6 % gCV). Hlavní cestou eliminace lékové radioaktivity po perorálním podání [14 C] nintedanibu bylo vylučování stolicí/žlučí (93,4 % dávky, 2,61 % gCV). Renální vylučování přispívalo k celkové clearanci jen v malé míře (0,649 % dávky, 26,3 % gCV). Celkové množství zjištěné látky (recovery) bylo považováno za úplné (více než 90 %) do 4 dnů po podání dávky. Terminální poločas nintedanibu byl mezi 10 a 15 hod. (gCV % přibližně 50 %).

Linearita/nelinearita

Farmakokinetiku (FK) nintedanibu lze považovat za lineární vzhledem k času (tedy údaje o podání jednotlivých dávek lze extrapolovat na opakované dávky). Při opakovaném podání docházelo k akumulaci 1,04krát u C_{max} a 1,38krát u AUC_{τ} . Minimální koncentrace nintedanibu zůstaly stabilní po dobu více než jednoho roku.

Transport

Nintedanib je substrát P-gp. Informace o interakčním potenciálu nintedanibu s tímto transportérem jsou uvedeny v bodě 4.5. Bylo prokázáno, že nintedanib není *in vitro* substrátem ani inhibitorem OATP1B1, OATP1B3, OATP2B1, OCT2 ani MRP2. Nintedanib rovněž nebyl substrátem BCRP. *In vitro* byl pozorován pouze slabý inhibiční potenciál na OCT1, BCRP a P-gp, což je považováno za klinicky málo významné. Totéž platí pro nintedanib jako substrát OCT1.

Populační analýza farmakokinetiky u zvláštních populací

Farmakokinetické vlastnosti nintedanibu byly podobné u zdravých dobrovolníků, pacientů s IPF, pacientů s jinými chronickými fibrotizujícímiILD s progresivním fenotypem, pacientů s SSc-ILD a onkologických pacientů. Podle populačních analýz farmakokinetiky (PopFK) u pacientů s IPF a nemalobuněčným karcinomem plic (non-small cell lung cancer, NSCLC) (n = 1 191) a deskriptivního výzkumu nebyla expozice nintedanibu ovlivněna pohlavím (korigováno dle tělesné hmotnosti), lehkou či středně těžkou poruchou funkce ledvin (odhadnuto na základě clearance kreatininu), požíváním alkoholu ani genotypem P-gp.

Populační analýzy FK naznačily středně významný vliv na expozici nintedanibu v závislosti na věku, tělesné hmotnosti a rase (viz níže). Vzhledem k velkým interindividuálním rozdílům v expozici nejsou zjištěné středně významné účinky považovány za klinicky relevantní (viz bod 4.4).

Věk

Expozice nintedanibu se zvyšovala lineárně s věkem. $AUC_{\tau,ss}$ se u 45letého pacienta snížila o 16 % a u 76letého pacienta zvýšila o 13 % v porovnání s pacientem s mediánem věku 62 let. Věkové rozpětí pacientů v analýze bylo 29 až 85 let; přibližně 5 % populace bylo starších 75 let. Dle PopFK modelu měli pacienti ve věku ≥ 75 let přibližně o 20-25 % vyšší expozici nintedanibu než pacienti do 65 let.

Pediatriká populace

Na základě analýzy farmakokinetických údajů studie InPedILD (1199.337) vedlo perorální podávání nintedanibu podle dávkovacího algoritmu založeného na tělesné hmotnosti k expozici v rozmezí pozorovaném u dospělých pacientů. Zjištěné geometrické průměry $AUC_{\tau,ss}$ (geometrický variační koeficient) expozic byly 175 ng/ml*h (85,1 %) u 10 pacientů ve věku od 6 do 11 let, resp. 167 ng/ml*h (83,6 %) u 23 pacientů ve věku od 12 do 17 let. Analýzy údajů odpovědi na expozici ve studii InPedILD ukázaly vztah podobný jako E_{max} mezi expozicí a v procentech náležité hodnoty FVC a rovněž Z-skóre FVC, což podporují údaje u dospělých. U procent náležité hodnoty FVC byla EC_{50} 4,4 ng/ml (relativní standardní chyba: 28,6 %), a u Z-skóre FVC byla EC_{50} 5,0 ng/ml (relativní standardní chyba: 75,3 %).

Nintedanib nebyl zkoumán u dětí a dospívajících s poruchou funkce jater.

U dětí a dospívajících s fibrotizujícímILD a lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh) populační farmakokinetické modelování ukazuje, že doporučené snížení dávky (viz bod 4.2) by vedlo při příslušném doporučeném snížení dávky k expozicím odpovídajícím expozicím nintedanibu u dospělých pacientů s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh).

Tělesná hmotnost

Byl zjištěn inverzní vztah mezi tělesnou hmotností a expozicí nintedanibu. $AUC_{\tau,ss}$ se zvýšila o 25 % u 50kg pacienta (5. percentil) a snížila o 19 % u 100kg pacienta (95. percentil) v porovnání s pacientem s mediánem tělesné hmotnosti 71,5 kg.

Rasa

Průměrná populační expozice nintedanibu byla u pacientů z Číny, Tchaj-wanu a Indie o 33-50 % vyšší, u pacientů z Japonska o 16 % vyšší, zatímco u pacientů z Koreje o 16-22 % nižší v porovnání s kavkazskou populací (korigováno dle tělesné hmotnosti). Údaje u afroamerické populace byly velmi omezené, ale ve stejném rozpětí jako u kavkazské populace.

Porucha funkce jater

Ve specifické studii fáze I s jednorázovou dávkou a v porovnání se zdravými jedinci byla expozice nintedanibu dle C_{max} a AUC 2,2krát vyšší u dobrovolníků s lehkou poruchou funkce jater (skóre A dle Childa a Pugh; 90% CI: 1,3-3,7 u C_{max} a 1,2-3,8 u AUC). U dobrovolníků se středně těžkou poruchou funkce jater (skóre B dle Childa a Pugh) byla v porovnání se zdravými dobrovolníky expozice 7,6krát vyšší dle C_{max} (90% CI: 4,4-13,2) a 8,7krát vyšší dle AUC (90% CI: 5,7-13,1). Jedinci s těžkou poruchou funkce jater (skóre C dle Childa a Pugh) nebyli studováni.

Souběžná léčba pirfenidonem

Ve studii zaměřené na farmakokinetiku byla zkoumána souběžná léčba nintedanibem a pirfenidonem u pacientů s IPF. Skupina 1 dostávala jednu dávku 150 mg nintedanibu před titrací dávky pirfenidonu směrem nahoru na 801 mg třikrát denně v ustáleném stavu a po této titraci (n = 20 léčených pacientů). Skupina 2 byla v ustáleném stavu léčena 801 mg pirfenidonu třikrát denně a pacientům bylo provedeno FK profilování před souběžnou léčbou nintedanibem v dávce 150 mg dvakrát denně a po alespoň 7 dnech této léčby (n = 17 léčených pacientů).

Ve skupině 1 byl upravený poměr geometrických průměrů (90% interval spolehlivosti (CI)) 93 % (57 % - 151 %) u C_{max} a 96 % (70 % - 131 %) u AUC_{0-tz} nintedanibu (n = 12 při intraindividuálním porovnání). Ve skupině 2 byl upravený poměr geometrických průměrů (90% CI) 97 % (86 % - 110 %) u C_{max} a 95 % (86 % - 106 %) u $AUC_{\tau,ss}$ pirfenidonu (n = 12 při intraindividuálním porovnání). Na základě těchto výsledků nebyl při souběžném podávání zjištěn žádný průkaz relevantní farmakokinetické lékové interakce mezi nintedanibem a pirfenidonem (viz bod 4.4).

Souběžná léčba bosentanem

Ve studii farmakokinetiky byla u zdravých dobrovolníků specificky zkoumána souběžná léčba nintedanibem a bosentanem. Jedincům byla v ustáleném stavu podávána jedna dávka 150 mg nintedanibu před opakovaným podáním a po opakovaném podání bosentanu v dávce 125 mg dvakrát denně. Upravený poměr geometrických průměrů (90% interval spolehlivosti (CI)) byl 103 % (86 % - 124 %) u C_{max} nintedanibu a 99 % (91 % - 107 %) u AUC_{0-tz} nintedanibu (n = 13). Tyto výsledky naznačují, že souběžné podávání nintedanibu a bosentanu nezměnilo farmakokinetiku nintedanibu.

Souběžná léčba s perorálně podávanou hormonální antikoncepcí

Ve studii zaměřené na farmakokinetiku byla pacientkám s SSc-ILD podána jednotlivá dávka kombinující 30 µg ethinylestradiolu a 150 µg levonorgestrelu, a to před podáním a po podání nintedanibu v dávce 150 mg dvakrát denně po dobu nejméně 10 dnů. Upravený poměr geometrických průměrů (90% interval spolehlivosti (CI)) byl 117 % (108 % - 127 %; C_{max}) a 101 % (93 % - 111 %; AUC_{0-tz}) u ethinylestradiolu a 101 % (90 % - 113 %; C_{max}) a 96 % (91 % - 102 %; AUC_{0-tz}) u levonorgestrelu (n = 15), což ukazuje, že souběžné podávání nintedanibu nemá významný účinek na plazmatickou expozici ethinylestradiolu a levonorgestrelu.

Vztah expozice-odpověď

Analýzy expozice a odpovědi u pacientů s IPF a jinými chronickými fibrotizujícímiILD s progresivním fenotypem ukázaly slabý vztah mezi plazmatickou expozicí nintedanibu a zvýšením hladiny ALT a/nebo AST. Lepším prediktorem rizika rozvoje průjmu jakékoli intenzity může být skutečně podaná dávka, i když plazmatickou expozici jako určující faktor rizika nelze vyloučit (viz bod 4.4).

Analýzy vztahu expozice-odpověď u pediatrické populace jsou uvedeny v odstavci Pediatrická populace.

5.3 Předklinické údaje vztahující se k bezpečnosti

Obecná toxikologie

Studie toxicity po podání jednotlivé dávky potkanům a myším naznačily nízký potenciál akutní toxicity nintedanibu. V toxikologických studiích s opakovaným podáváním u mladých potkanů byly pozorovány ireverzibilní změny skloviny a dentinu na rychle rostoucích řezácích, ale nikoli na premolárech či molárech. Kromě toho bylo pozorováno ztlustění epifyzárních růstových plotének během růstových fází kostí, které bylo po vysazení přípravku reverzibilní. Tyto změny jsou známy i u jiných inhibitorů VEGFR-2 a mohou být považovány za skupinový účinek.

Ve studiích toxicity s jinými živočichy než hlodavci byly pozorovány průjem a zvracení spojené se snížením příjmu potravy a ztrátou tělesné hmotnosti.

U potkanů, psů a makaků jávských nebyl zjištěn nárůst hladin jaterních enzymů. Mírné zvýšení hladin jaterních enzymů, které nebylo spojeno se závažnými nežádoucími účinky, jako je průjem, bylo zjištěno pouze u makaků rhesus.

Reprodukční toxicita

U potkanů byly embryofetální letalita a teratogenní účinky pozorovány při hladinách expozice nižších, než je expozice u člověka při maximální doporučené humánní dávce (MRHD) 150 mg dvakrát denně. Účinky na vývoj axiálního skeletu a na vývoj velkých arterií byly rovněž zaznamenány při subterapeutických hladinách expozice.

U králíků byly embryofetální letalita a teratogenní účinky pozorovány při expozici přibližně 3krát vyšší než u MRHD, ale nejednoznačné účinky na embryofetální vývoj axiálního skeletu a srdce byly zaznamenány již při expozici nižší než MRHD, tedy 150 mg dvakrát denně.

Ve studii pre- a postnatálního vývoje u potkanů byly účinky na pre- a postnatální vývoj pozorovány při expozici nižší než MRHD.

Studie samčí fertility a časného embryonálního vývoje až do nidace u potkanů neprokázala účinky na

samčí reprodukční soustavu a samčí fertilitu.

U potkanů byly malé dávky radioaktivně značeného nintedanibu a/nebo jeho metabolitů vyloučeny do mléka ($\leq 0,5$ % podané dávky).

Dvouleté studie kancerogenity u myši a potkanů nepřinesly žádné důkazy o kancerogenním potenciálu nintedanibu.

Studie genotoxicity nenaznačily žádný mutagenní potenciál nintedanibu.

6. FARMACEUTICKÉ ÚDAJE

6.1 Seznam pomocných látek

Obsah tobolky

Makrogol

Tobolka

Želatina (E 441)

Tekutý částečně dehydratovaný sorbitol (E 420)

Glycerol

Oxid titaničitý (E 171)

Červený oxid železitý (E 172)

Žlutý oxid železitý (E 172)

Potiskový inkoust

Černý oxid železitý (E 172)

Propylenglykol (E 1520)

Hypromelóza (E 464)

6.2 Inkompatibility

Neuplatňuje se.

6.3 Doba použitelnosti

2 roky

6.4 Zvláštní opatření pro uchovávání

Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání.

6.5 Druh obalu a obsah balení

Nintedanib Glenmark 100 mg a 150 mg měkké tobolky jsou dostupné v perforovaných jednodávkových blistrech typu hliník/hliník.

Velikost balení: 30 x 1, 60 x 1, 120 x 1 měkká tobolka.

Na trhu nemusí být všechny velikosti balení.

6.6 Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku a pro zacházení s ním

Pokud dojde ke kontaktu s obsahem tobolky, je nutné si okamžitě umýt ruce velkým množstvím vody (viz bod 4.2).

Veškerý nepoužitý léčivý přípravek nebo odpad musí být zlikvidován v souladu s místními

požadavky.

7. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI

Glenmark Pharmaceuticals s.r.o.
Hvězdova 1716/2b
140 78 Praha 4
Česká republika

8. REGISTRAČNÍ ČÍSLO/REGISTRAČNÍ ČÍSLA

Nintedanib Glenmark 100 mg měkké tobolky: 44/582/23-C
Nintedanib Glenmark 150 mg měkké tobolky: 44/583/23-C

9. DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE

Datum první registrace: 9. 4. 2026

10. DATUM REVIZE TEXTU

9. 4. 2026