

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

▼ Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonları TÜFAM’a bildirmeleri beklenmektedir. Bakınız Bölüm 4.8 Advers reaksiyonlar nasıl raporlanır?

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

VITRAKVI® 100 mg sert kapsül

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:

Her bir sert kapsül 100 mg larotrektrinibe eşdeğer 122,9 mg larotrektrinib sülfat içerir.

Yardımcı madde(ler):

Yardımcı maddelerin tam listesi için Bölüm 6.1’e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Sert kapsül (kapsül) (sığır ve/veya domuz kaynaklı)

Kapsül gövdesi üzerinde mavi renkli BAYER logosu ve “100 mg” baskısı bulunan, kapsül boyut 0 (22 mm uzunluk x 7 mm genişlik) olan, beyaz renkte, opak sert jelatin kapsül.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

VITRAKVI, Nörotrofik Tirozin Reseptör Kinaz (NTRK) gen füzyonlu, lokal ileri veya metastatik solid tümörleri olup en az bir basamak tedavi ile progresyon gelişmiş ve tatmin edici tedavi seçeneği olmayan, pediatrik ve performans durumu ECOG 0-3 olan erişkin hastalarda monoterapi olarak endikedir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

VITRAKVI tedavisi, antikanser tedavilerinin uygulanmasında deneyimli hekimler tarafından başlatılmalıdır.

VITRAKVI ile tedaviye başlamadan önce, tümör numunesinde *NTRK* gen füzyonunun varlığı valide edilmiş bir test ile teyit edilmelidir.

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:

Erişkinler

Erişkinler için önerilen doz, hastalık ilerleyene kadar veya kabul edilemez toksisite meydana gelene kadar günde iki kez 100 mg larotrektrinibdir.

Pediyatrik popülasyon

Pediyatrik hastalarda doz uygulaması vücut yüzey alanına göre yapılmaktadır. Pediyatrik hastalarda önerilen doz, hastalık ilerleyene kadar veya kabul edilemez toksisite meydana gelene kadar doz başına en fazla 100 mg olmak üzere günde iki kez 100 mg/m² larotrektinibdir.

Unutulan doz

Bir dozun unutulması halinde, hasta unutulmuş dozu telafi etmek için aynı anda iki doz almamalıdır. Hastaların takip eden dozu planlanan zamanda alması gerekmektedir. Bir dozu aldıktan sonra hastanın kusması halinde, hasta bunu telafi etmek üzere ek doz almamalıdır.

Doz ayarlaması

Tüm 2. derece advers reaksiyonlar için, sürekli doz uygulanması uygun olabilir bununla birlikte toksisitenin kötüleşmemesini sağlamak için hastaların yakından izlenmesi tavsiye edilmektedir.

Karaciğer fonksiyon testi anormallikleri ile ilgili olmayan 3. ve 4. derece advers reaksiyonlar için:

- Advers reaksiyon başlangıç ya da 1. dereceye gelene kadar veya düzelene kadar VITRAKVI'ye ara verilmelidir. Dört hafta içinde düzelme meydana gelirse bir sonraki doz ayarlamasından devam edilir.
- Bir advers reaksiyonun 4 hafta içinde düzelmemesi durumunda VITRAKVI kalıcı olarak bırakılmalıdır.

VITRAKVI için advers reaksiyonlara yönelik önerilen doz ayarlamaları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: VITRAKVI için advers reaksiyonlara yönelik önerilen doz ayarlamaları

Doz ayarlaması	Erişkin hastalar ve vücut yüzey alanı en az 1,0 m ² olan pediyatrik hastalar	Vücut yüzey alanı 1,0 m ² 'den az olan pediyatrik hastalar
Birinci	Günde iki defa 75 mg	Günde iki defa 75 mg/m ²
İkinci	Günde iki defa 50 mg	Günde iki defa 50 mg/m ²
Üçüncü	Günde bir defa 100 mg	Günde iki defa 25 mg/m ² ^a

^a Günde iki defa 25 mg/m² olarak dozlanan pediyatrik hastalar, tedavi sırasında vücut yüzey alanları 1,0 m²'den fazla olsa dahi bu dozda kalmalıdır. Üçüncü doz ayarlamasında maksimum doz günde iki defa 25 mg/m² olmalıdır.

Üç doz ayarlamasının ardından VITRAKVI'yi tolere edemeyen hastalarda VITRAKVI kalıcı olarak bırakılmalıdır.

VITRAKVI ile tedavi sırasında karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik olması durumunda tavsiye edilen doz değişiklikleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2: Karaciğer fonksiyon testi anormallikleri için tavsiye edilen VITRAKVI doz modifikasyonları ve yönetimi

Laboratuvar parametreleri	Tavsiye edilen önlemler
Derece 2 ALT ve/veya AST ($>3 \times \text{ULN}$ ve $\leq 5 \times \text{ULN}$)	- Derece 2 toksisitenin gözlenmesinden sonra, toksisite ortadan kalkana kadar, dozun kesilmesinin veya azaltılmasının gerekli olup olmadığını belirlemek için sık sık bir dizi laboratuvar değerlendirmeleri yapılır.
Derece 3 ALT ve/veya AST ($>5 \times \text{ULN}$ ve $\leq 20 \times \text{ULN}$) veya Bilirubin seviyesinin $<2 \times \text{ULN}$ olduğu Derece 4 ALT ve/veya AST ($>20 \times \text{ULN}$)	- Advers reaksiyon düzelinceye veya başlangıç seviyesine ulaşana kadar tedaviye ara verilir. Karaciğer fonksiyonu, düzelmeye sağlanana veya başlangıç seviyesine dönene kadar sık sık takip edilir. Advers reaksiyon düzelmezse, tedavi kalıcı olarak durdurulur. - Advers reaksiyon düzelirse, bir sonraki doz modifikasyonu ile devam edilir. Tedavi, hastalarda yalnızca yararın riskten fazla olduğu durumlarda yeniden başlatılmalıdır. - Tedaviye yeniden başlandıktan sonra 4. derece ALT ve/veya AST artışı meydana gelirse, tedavi kalıcı olarak durdurulmalıdır.
Bilirubin seviyesinin $\geq 2 \times \text{ULN}$ olduğu ALT ve/veya AST ($\geq 3 \times \text{ULN}$)	- Düzelmeye sağlanana veya başlangıç seviyesine dönene kadar, tedaviye ara verilir ve karaciğer fonksiyonu sık sık takip edilir. - Tedavinin kalıcı olarak durdurulması değerlendirilir. - Tedavi, hastalarda yalnızca yararın riskten fazla olduğu durumlarda yeniden başlatılmalıdır. - Tedaviye yeniden başlanırsa, bir sonraki daha düşük dozla başlanır. Yeniden başlanmasını takiben karaciğer fonksiyonu sık sık takip edilir. - Tedavinin yeniden başlatılmasından sonra advers reaksiyon nüksederse, tedavi kalıcı olarak durdurulur.

ALT: Alanin aminotransferaz

AST: Aspartat aminotransferaz

ULN: Normalin üst limiti

Uygulama şekli:

VITRAKVI oral yoldan kullanım içindir.

VITRAKVI, eşdeğer oral biyoyararlanımı olan kapsül ya da oral çözelti şeklinde mevcuttur ve birbirlerinin yerine kullanılabilir.

Hastaya, kapsülü bir bardak su ile bütün halinde yutması gerektiği belirtilmelidir. Acı tadı nedeniyle kapsül açılmamalı, çiğnenmemeli veya kırılmamalıdır.

Kapsüller yemeklerle birlikte veya aç karnına alınabilir; ancak greyfurt ya da greyfurt suyuyla birlikte alınmamalıdır.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Böbrek yetmezliği:

Böbrek yetmezliği olan hastalar için doz ayarlaması gerekli değildir (bkz. Bölüm 5.2)

Karaciğer yetmezliği:

VITRAKVI'nin başlangıç dozu, orta (Child-Pugh B) ila ciddi (Child-Pugh C) derecede karaciğer yetmezliği olan hastalarda %50 oranında azaltılmalıdır. Hafif derecede karaciğer yetmezliği (Child-Pugh A) olan hastalar için doz ayarlaması önerilmemektedir (bkz. Bölüm 5.2).

Geriyatrik popülasyon:

Geriyatrik hastalar için doz ayarlaması önerilmemektedir (bkz. Bölüm 5.2).

Güçlü CYP3A4 inhibitörleri ile birlikte uygulama

Güçlü bir CYP3A4 inhibitörü ile birlikte uygulama gerekliyse, VITRAKVI dozu %50 azaltılmalıdır. İnhibitör alımı 3 ila 5 eliminasyon yarılanma ömrü boyunca bırakıldıktan sonra, VITRAKVI'ye, CYP3A4 inhibitörüne başlanmadan önce alınan doz ile tekrar başlanmalıdır (bkz. Bölüm 4.5).

4.3. Kontrendikasyonlar

Etkin maddeye veya Bölüm 6.1'de listelenen yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Tümör türlerinde etkililik

VITRAKVI'nin faydası, tümörleri *NTRK* gen füzyonu sergileyen, oldukça küçük bir hasta popülasyonunu kapsayan tek kollu çalışmalarda kanıtlanmıştır. VITRAKVI'nin olumlu etkileri, sınırlı sayıda bir tümör tiplerinde genel yanıt oranı ve yanıt süresi esas alınarak gösterilmiştir. Etki, eşzamanlı genetik değişikliklerin yanı sıra tümör tipine bağlı olarak kantitatif olarak farklı olabilir (bkz. Bölüm 5.1). Bu nedenle, VITRAKVI sadece, klinik faydanın kanıtlandığı başka tedavi seçeneklerinin bulunmadığı ya da bu tür tedavi seçeneklerinin tükendiği (yani tatmin edici tedavi seçeneği bulunmuyorsa) durumlarda kullanılmalıdır.

Nörolojik reaksiyonlar

Larotreklinib alan hastalarda, sersemlik, yürüme güçlüğü ve parestezi gibi nörolojik reaksiyonlar bildirilmiştir (bkz. Bölüm 4.8). Nörolojik reaksiyonların çoğunluğu tedavinin ilk üç ayı içinde ortaya çıkmıştır. Bu semptomların şiddetine ve kalıcılığına bağlı olarak VITRAKVI dozuna ara verilmesi, azaltılması veya bırakılması düşünülmelidir (bkz. Bölüm 4.2).

Hepatotoksisite

Larotreklinib alan hastalarda ALT, AST, alkalın fosfataz (ALP) ve bilirubin artışı dahil olmak üzere, karaciğer fonksiyon testlerinde anormallikler gözlenmiştir (bkz. Bölüm 4.8). ALT ve AST artışların çoğunluğu tedaviye başladıktan 3 ay sonra meydana gelmiştir.

ALT ve/veya AST'de 2, 3 veya 4.derece artış ve bilirubinde $\geq 2x$ ULN artışı ile birlikte hepatotoksisite vakaları rapor edilmiştir. Karaciğer transaminaz artışı olan hastalarda, artışın şiddetine bağlı olarak VITRAKVI dozu değiştirilir, tedaviye ara verilir veya tedavi kalıcı olarak durdurulur (bkz. Bölüm 4.2.).

ALT, AST, ALP ve bilirubin dahil olmak üzere karaciğer fonksiyonu, ilk dozdan önce, sonra tedavinin ilk ayı boyunca 2 haftada bir, daha sonra tedavinin ilk 6 ayı boyunca ayda bir ve sonrasında tedavi boyunca periyodik olarak takip edilmelidir. Transaminaz yükselmesi görülen hastalarda daha sık test gereklidir (bkz. Bölüm 4.2).

CYP3A4/P-gp indükleyiciler ile birlikte uygulama

Azalan maruziyet riski nedeniyle, güçlü veya orta güçte CYP3A4/P-gp indükleyicilerin VITRAKVI ile birlikte uygulanmasından kaçınılmalıdır (bkz. Bölüm 4.5).

Kadınlarda ve erkeklerde kontrasepsiyon

Çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar, VITRAKVI alırken ve tedaviyi bıraktıktan sonra en az bir ay boyunca etkinliği yüksek bir doğum kontrol yöntemi kullanmalıdır (bkz. Bölüm 4.5 ve 4.6).

Çocuk doğurma potansiyeli olan ve gebe olmayan kadın partneri olan üreme potansiyeli bulunan erkekler, VITRAKVI ile tedavi sırasında ve son dozdan sonraki en az bir ay boyunca etkinliği yüksek bir doğum kontrol yöntemi kullanmaları tavsiye edilmelidir (bkz. Bölüm 4.6).

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Diğer ilaçların larotrekatinib üzerindeki etkileri

CYP3A, P-gp ve BCRP inhibitörlerinin larotrekatinib üzerindeki etkisi

Larotrekatinib, sitokrom P450 (CYP) 3A, P-glikoprotein (P-gp) ve meme kanserine direnç proteininin (BCRP) bir substratıdır. VITRAKVI'nin güçlü veya orta dereceli CYP3A inhibitörleri, P-gp ve BCRP inhibitörleri (örn., atazanavir, klaritromisin, indinavir, itrakonazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, ritonavir, sakonavir, telitromisin, troleandomisin, vorikonazol veya greyfurt) ile birlikte kullanılması larotrekatinib plazma konsantrasyonlarını artırabilir (bkz. Bölüm 4.2). Sağlıklı erişkin bireylerden elde edilen klinik veriler, tek bir 100 mg VITRAKVI dozunun 7 gün boyunca günde bir kez 200 mg itrakonazol (güçlü bir CYP3A inhibitörü ve P-gp ve BCRP inhibitörü) ile birlikte uygulanmasının, larotrekatinib C_{maks} ve EAA değerini sırasıyla 2,8 kat ve 4,3 kat artırdığını göstermektedir.

Sağlıklı erişkin bireylerden elde edilen klinik veriler, tek bir 100 mg VITRAKVI dozunun tek bir 600 mg rifampisin dozu (bir P-gp ve BCRP inhibitörü) ile birlikte uygulanmasının larotrekatinib C_{maks} ve EAA değerini sırasıyla 1,8 kat ve 1,7 kat artırdığını göstermektedir.

CYP3A ve P-gp indükleyicilerin larotrekatinib üzerindeki etkisi

VITRAKVI'nin güçlü veya orta derecede CYP3A indükleyicileri ve güçlü P-gp indükleyiciler (örn., karbamazepin, fenobarbital, fenitoin, rifabutin, rifampisin veya St. John's Wort) ile birlikte kullanımı larotrekatinib plazma konsantrasyonlarını düşürebilir ve bu nedenle birlikte kullanımından kaçınılmalıdır (bkz. Bölüm 4.4).

Sağlıklı erişkin bireylerden elde edilen klinik veriler, tek bir 100 mg VITRAKVI dozunun 11 gün boyunca günde bir kez 600 mg rifampisin (güçlü bir CYP3A ve P-gp indükleyici) ile birlikte uygulanmasının larotrekatinib C_{maks} ve EAA değerini sırasıyla %71 ve %81 oranında azalttığını göstermektedir. Orta derecede indükleyicilerin etkisine ilişkin klinik veriler mevcut olmamasına karşın larotrekatinib maruziyetinde azalma beklenmektedir.

Larotrekatinibin diğer ilaçlar üzerindeki etkileri

Larotrekatinibin CYP3A substratları üzerindeki etkileri

Sağlıklı erişkin bireylerden elde edilen klinik veriler, VITRAKVI'nin (10 gün boyunca günde iki kez 100 mg) birlikte verilmesinin tek başına midazolam ile karşılaştırıldığında oral

midazolamın C_{maks} ve EAA değerlerini 1,7 kat arttırdığını göstermektedir, bu da larotreklinibin zayıf bir CYP3A inhibitörü olduğunu ortaya koymaktadır.

VITRAKVI alan hastalarda, dar terapötik aralığa sahip CYP3A substratların (örn., alfentanil, siklosporin, dihidroergotamin, ergotamin, fentanil, pimozid, kinidin, sirolimus veya takrolimus) eşzamanlı kullanımında dikkatli olunmalıdır. Eğer VITRAKVI alan hastalarda dar terapötik aralığa sahip bu CYP3A substratlarının eşzamanlı kullanımı gerekiyorsa, advers reaksiyonlar nedeniyle CYP3A substratlarının dozlarının azaltılması gerekebilir.

Larotreklinibin CYP2B6 substratları üzerindeki etkisi

In vitro çalışmalar, larotreklinibin CYP2B6'yı indüklediğini göstermektedir. Larotreklinibin CYP2B6 substratları (örn., bupropiyon, efavirenz) ile birlikte kullanımı, bunların maruziyetini azaltabilir.

Larotreklinibin diğer taşıyıcı substratlar üzerindeki etkileri

In vitro çalışmalar, larotreklinibin bir OATP1B1 inhibitörü olduğunu göstermektedir. OATP1B1 substratları ile etkileşimi araştırmak için herhangi bir klinik çalışma yürütülmemiştir. Bu nedenle, larotreklinibin OATP1B1 substratları (örn., valsartan, statinler) ile birlikte kullanımının bunların maruziyetini artırma ihtimali göz ardı edilemez.

Larotreklinibin PXR tarafından regüle edilen enzimlerin substratları üzerindeki etkisi

In vitro çalışmalar, larotreklinibin PXR tarafından regüle edilen enzimlerin (örn., CYP2C ailesi ve UGT) zayıf indükleyicisi olduğunu göstermiştir. Larotreklinibin CYP2C8, CYP2C9 veya CYP2C19 substratları (örn., repaglinid, varfarin, tolbutamid veya omeprazol) ile birlikte kullanımı bunların maruziyetini azaltabilir.

Hormonal kontraseptifler

Halihazırda larotreklinibin sistemik etkili hormonal kontraseptiflerin etkililiğini azaltıp azaltmadığı bilinmemektedir. Bu nedenle, sistemik etkili hormonal kontraseptif kullanan kadınlara ek olarak bir bariyer metodu doğum kontrol yöntemi kullanmaları önerilmelidir.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye

Gebelik kategorisi: C

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü (Kontrasepsiyon)

Etki mekanizmasına dayanarak, gebe kadınlara larotreklinib uygulanırken fetal zarar göz ardı edilemez. Çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar, VITRAKVI ile tedaviye başlamadan önce gebelik testi yaptırmalıdır.

Üreme potansiyeli olan kadınlara, VITRAKVI tedavisi sırasında ve son dozdan sonra en az bir ay boyunca etkinliği yüksek bir doğum kontrol yöntemi kullanmaları tavsiye edilmelidir. Halihazırda larotreklinibin sistemik etkili hormonal kontraseptiflerin etkililiğini azaltıp azaltmadığı bilinmediğinden, sistemik etkili hormonal kontraseptif kullanan kadınlara ek olarak bir bariyer metodu doğum kontrol yöntemi kullanmaları tavsiye edilmelidir. Çocuk doğurma potansiyeli olan ve gebe olmayan kadın partneri olan üreme potansiyeli bulunan erkeklere, VITRAKVI ile tedavi sırasında ve son dozdan sonraki en az bir ay boyunca etkinliği yüksek bir doğum kontrol yöntemi kullanmaları tavsiye edilmelidir (bkz. Bölüm 4.6).

Gebelik dönemi

Larotrekthinin gebe kadınlarda kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir.

Hayvanlar üzerinde yürütülen araştırmalar üreme toksisitesinin bulunduğunu göstermiştir (bkz. Bölüm 5.3). İnsanlara yönelik potansiyel risk bilinmemektedir.

Önlem olarak, gebelik sırasında VITRAKVI kullanımından kaçınılması tercih edilmektedir.

Laktasyon dönemi

Larotrekthinin/metabolitlerinin insan sütü ile atılıp atılmadığı bilinmemektedir.

Yenidoğanlarda/infantlarda risk göz ardı edilmemelidir.

VITRAKVI tedavisi sırasında ve son dozu takip eden 3 gün boyunca emzirmeye ara verilmelidir.

Üreme yeteneği/Fertilite

Larotrekthinin fertilite üzerinde etkisi ile ilgili klinik veri bulunmamaktadır. Tekrarlı-doz toksisite çalışmalarında fertilite üzerinde ilgili bir etki gözlenmemiştir (bkz. Bölüm 5.3).

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

VITRAKVI araç ve makine kullanımı üzerinde orta seviyede etkiye sahiptir. Larotrekthin alan hastalarda, tedavinin ilk 3 ayında genellikle 1. ve 2. derece sersemlik ve yorgunluk bildirilmiştir. Bu durum, bu süre zarfında araç ve makine kullanımı yeteneğini etkileyebilir. Hastalara VITRAKVI tedavisinin kendilerini olumsuz etkilemediğinden emin oluncaya kadar, araç veya makine kullanmamaları tavsiye edilmelidir (bkz. Bölüm 4.4).

4.8. İstenmeyen etkiler

Güvenlilik profilinin özeti

VITRAKVI'nin en yaygın advers ilaç reaksiyonları ($\geq$ %20) azalan sıklık sıralamasına göre ALT artışı (%36), AST artışı (%33), kusma (%30), anemi (%28), konstipasyon (%28), diyare (%27), bulantı (%24), yorgunluk (%23) ve sersemlik (%20) olmuştur.

Advers reaksiyonların çoğunluğu 2. veya 3. derece olmuştur. 4. derece, nötrofil sayısında azalma (%2), ALT artışı (%1), AST artışı, lökosit sayısında azalma, trombosit sayısında azalma, kas güçsüzlüğü ve kan alkalen fosfatazda artış (her biri $<$ %1) advers reaksiyonları için bildirilen en yüksek derecedir. Anemi (%7), kilo artışı (%6), diyare (%4), yürüme güçlüğü ve kusma (her biri %1), ve yorgunluk, sersemlik, parestezi, bulantı, miyalji ve kabızlık advers reaksiyonları (her biri $<$ %1) için bildirilen en yüksek derece, 3. derece olmuştur.

Tedavi gerektiren advers reaksiyonlar için VITRAKVI'nin kalıcı olarak bırakılması, hastaların %2'sinde meydana gelmiştir (2 adet nötrofil sayısında azalma vakası; ALT artışı ve AST artışı, her biri birer vaka olmak üzere yürüme güçlüğü ve kas güçsüzlüğü). Dozun azaltılmasına yol açan advers reaksiyonların çoğunluğu tedavinin ilk üç ayında meydana gelmiştir.

Advers reaksiyonların tablolandırılmış listesi

VITRAKVI'nin güvenliliği, Çalışma 1, Çalışma 2 ("NAVIGATE") ve Çalışma 3 ("SCOUT") ve olmak üzere devam eden üç klinik çalışmadan birinde ve pazarlama sonrasında TRK füzyonu-pozitif 361 kanser hastasında değerlendirilmiştir. Güvenlilik popülasyonu

karakteristikleri, medyan yaşı 39,0 olan (aralık: 0, 90) hastalardan oluşup bu hastaların %37'si pediyatrik hastalardır. Genel güvenlik popülasyonu (n= 361) için medyan tedavi süresi 16.2 ay (aralık: 0,1, 89,1) olmuştur.

VITRAKVI ile tedavi edilen hastalarda (n= 361) bildirilen advers ilaç reaksiyonları Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmektedir.

Advers ilaç reaksiyonları, Sistem Organ Sınıfı'na göre sınıflandırılmıştır. Sıklık grupları şu şekilde tanımlanmıştır: çok yaygın ($\geq 1/10$); yaygın ($\geq 1/100$ ila $< 1/10$); yaygın olmayan ($\geq 1/1.000$ ila $< 1/100$); seyrek ($\geq 1/10.000$ ila $< 1/1.000$); çok seyrek ($< 1/10.000$) ve bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

İstenmeyen etkiler, her bir sıklık grubunda azalan ciddiyet sırasına göre verilmiştir.

Tablo 3: Önerilen dozda VITRAKVI ile tedavi edilen TRK füzyonu-pozitif kanser hastalarında ve pazarlama sonrası bildirilen advers ilaç reaksiyonları (genel güvenlik popülasyonu, n= 361)

Sistem organ sınıfı	Sıklık	Tüm Dereceler	3. ve 4. Derece
Kan ve lenf sistemi hastalıkları	Çok yaygın	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) Lökosit sayısında azalma (Lökopeni)	
	Yaygın	Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni)	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) ^a Lökosit sayısında azalma (Lökopeni) ^{a,b}
	Yaygın olmayan		Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni) ^a
Sinir sistemi hastalıkları	Çok yaygın	Sersemlik	
	Yaygın	Yürüme güçlüğü Parestezi	Yürüme güçlüğü
	Yaygın olmayan		Sersemlik Parestezi
Gastrointestinal hastalıklar	Çok yaygın	Bulantı Konstipasyon Kusma Diyare	
	Yaygın	Disguzi ^c	Diyare Kusma
	Yaygın olmayan		Bulantı Kabızlık
Hepatobiliyer hastalıklar	Bilinmiyor	Karaciğer hasarı ^d	
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları	Çok yaygın	Miyalji	
	Yaygın	Kaslarda güçsüzlük	
	Bilinmiyor		Miyalji Kaslarda güçsüzlük ^{a,b}
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Çok yaygın	Yorgunluk	
	Yaygın olmayan		Yorgunluk
Araştırmalar	Çok yaygın	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı Aspartat aminotransferaz (AST) artışı Kilo artışı (Anormal kilo alımı)	

Sistem organ sınıfı	Sıklık	Tüm Dereceler	3. ve 4. Derece
	Yaygın	Kan alkalen fosfataz artışı	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı ^a Aspartat aminotransferaz (AST) artışı ^a Kilo artışı (Anormal kilo alımı)
	Yaygın olmayan		Kan alkalen fosfotaz artışı ^{a, b}

^a 4. derece reaksiyonlar bildirilmiştir.

^b Her bir derecenin sıklığı <%1'den düşük olmuştur.

^c ADR disguzi, “disguzi” ve “tat bozukluğu” tercih edilen terimlerini içermektedir.

^d ALT/AST'si $\geq 3x$ ULN ve bilirubini $\geq 2x$ ULN olan vakaları içermektedir.

Tablo 4: Önerilen dozda VITRAKVI ile tedavi edilen TRK füzyonu-pozitif pediatrik kanser hastalarında bildirilen advers ilaç reaksiyonları (n= 135); tüm dereceler

Sistem organ sınıfı	Sıklık	İnfanlar ve yeni yürümeye başlayan çocuklar (n= 43) ^a	Çocuklar (n= 67) ^b	Ergenler (n= 25) ^c	Pediyatrik hastalar (n= 135)
Kan ve lenf sistemi hastalıkları	Çok yaygın	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) Lökosit sayısında azalma (Lökopeni) Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni)	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) Lökosit sayısında azalma (Lökopeni)	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) Lökosit sayısında azalma (Lökopeni)	Anemi Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) Lökosit sayısında azalma (Lökopeni) Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni)
	Yaygın		Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni)	Trombosit sayısında azalma (Trombositopeni)	
Sinir sistemi hastalıkları	Çok yaygın			Sersemlik	
	Yaygın	Sersemlik	Sersemlik Parestezi Yürüme güçlüğü	Parestezi Yürüme güçlüğü	Sersemlik Parestezi Yürüme güçlüğü
Gastrointestinal hastalıklar	Çok yaygın	Bulantı Konstipasyon Kusma Diyare	Bulantı Konstipasyon Kusma Diyare	Bulantı Konstipasyon Kusma Diyare	Bulantı Konstipasyon Kusma Diyare
	Yaygın		Disguzi		Disguzi
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları	Çok yaygın		Miyalji	Miyalji	Miyalji
	Yaygın	Kaslarda güçsüzlük	Kaslarda güçsüzlük	Kaslarda güçsüzlük	Kaslarda güçsüzlük
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	Çok yaygın	Yorgunluk	Yorgunluk	Yorgunluk	Yorgunluk
Araştırmalar	Çok yaygın	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı Aspartat aminotransferaz (AST) artışı Kilo artışı	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı Aspartat aminotransferaz (AST) artışı Kilo artışı	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı Aspartat aminotransferaz (AST) artışı Kilo artışı (Anormal kilo alımı)	Alanin aminotransferaz (ALT) artışı Aspartat aminotransferaz (AST) artışı Kilo artışı

Sistem organ sınıfı	Sıklık	İnfanlar ve yeni yürümeye başlayan çocuklar (n= 43) ^a	Çocuklar (n= 67) ^b	Ergenler (n= 25) ^c	Pediyatrik hastalar (n= 135)
		(Anormal kilo alımı) Kan alkalen fosfataz artışı	(Anormal kilo alımı) Kan alkalen fosfataz artışı	Kan alkalen fosfataz artışı	(Anormal kilo alımı) Kan alkalen fosfataz artışı

^a İnfanlar/yeni yürümeye başlayan çocuklar (28 günlük ila 23 aylık): 5 adet 4. derece Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) reaksiyonu ve 2 adet Kan alkalen fosfataz artışı bildirilmiştir. 3. derece reaksiyonlar 11 adet Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) vakasını, 4 vaka ALT artışı, her biri 3'er adet olmak üzere anemi, ishal ve kilo artışı (anormal kilo alımı) vakasını ve her biri 2'şer adet olmak üzere Kan alkalen fosfataz artışı, kusma vakasını ve 1 adet AST artışı vakasını içermektedir.

^b Çocuklar (2 ila 11 yaş): bir adet 4. derece Lökosit sayısında azalma vakası bildirilmiştir. 9 adet Nötrofil sayısında azalma (Nötropeni) vakası; 4 vakada kilo artışı (anormal kilo alımı), 2 vakada ALT artışı, her biri 2 vaka olmak üzere Anemi, Diyare ve Kusma her birinden 1 vaka olmak üzere AST artışı, Yürüme güçlüğü, Parestezi ve Miyalji olmak üzere 3. derece reaksiyonlar bildirilmiştir.

^c Ergenler (12 ila < 18 yaş): 4. derece reaksiyon bildirilmemiştir. Her biri 1'er vakada görülen ALT artışı, AST artışı, yorgunluk, yürüme güçlüğü ve kas zayıflığı 3. derece reaksiyonları bildirilmiştir.

Seçilmiş advers reaksiyonların tanımı

Nörolojik reaksiyonlar

Genel güvenlik veri tabanında (n= 361), gözlemlenen en yüksek nörolojik advers reaksiyon seviyesi, yürüme güçlüğü (4 hasta, %1), sersemliği (3 hasta, %1) ve paresteziyi (3 hasta, %1) içeren ve hastaların 10'unda (%3) görülen 3. veya 4. derece olmuştur. Genel insidans sersemlik için %20, parestezi için %7 ve yürüme güçlüğü için %5 olmuştur. Doz ayarlamalarına veya doz kesintilerine neden olan nörolojik reaksiyonlar sersemliği (%1), yürüme güçlüğü (<%1) ve paresteziyi (<%1) içerir. Bir hasta, 3. derece yürüme güçlüğü nedeni ile tedaviyi kalıcı olarak bırakmıştır. Biri dışında tüm vakalarda, doz azaltılması gereken anti-tümör aktivitesi kanıtı olan hastalar, azaltılmış bir dozda ve/veya programda devam edebilmiştir (bkz. Bölüm 4.4).

Hepatotoksisite

VITRAKVI ile tedavi edilen hastalarda ALT, AST, ALP ve bilirubin dahil olmak üzere karaciğer fonksiyon testlerinde anormallikler gözlenmiştir.

Genel güvenlik veri tabanında (n= 361), gözlemlenen en yüksek seviye transaminaz artışı 7 hastada (%2) 4. derece AST artışı ve 4 hastada (%1) 4. derece ALT artışı olmuştur. 3. derece ALT artışı 26 (%7) hastada ve 3. derece AST artışı 22 (%6) hastada görülmüştür. 3. derece artışların çoğunluğu tedavinin ilk üç ayında görülen ve 3-4 aya kadar 1. dereceye düşen geçici artışlar olmuştur. 2. derece ALT ve AST artışları sırasıyla 37 (%10) hastada ve 33 (%9) hastada ve 1. derece ALT ve AST artışları da sırasıyla 173 (%48) ve 177 (%49) hastada gözlemlenmiştir.

Doz ayarlamasına veya doz kesintilerine neden olan ALT ve AST artışları sırasıyla 25 (%7) hastada ve 21 (%6) hastada görülmüştür (bkz. Bölüm 4.4). Hastalardan birinde 3. derece ALT ve AST artışları nedeniyle olmak üzere 2 hasta tedaviyi kalıcı olarak bırakmıştır.

2, 3 veya 4. derece ALT ve/veya AST artışı ve bilirubinde $\geq 2x$ ULN artışla seyreden hepatotoksisite vakaları bildirilmiştir. Bazı vakalarda, VITRAKVI dozu durdurulmuş ve

azaltılmış bir dozla yeniden başlanmıştır; bazı vakalarda ise tedavi kalıcı olarak kesilmiştir (bkz. Bölüm 4.4).

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Pediyatrik popülasyon:

VITRAKVI ile tedavi edilen 361 hastanın 135'i (%37) yeni doğan ile <18 yaş aralığındadır (yeni doğan ile <3 aylık n=13, ≥3 ay ile <6 aylık n=4, ≥6 ay ile <12 aylık n=17, ≥12 ay ile <2 yaş aralığında n=9, ≥2 yaş ile <6 yaş aralığında n=30, ≥6 yaş ile <12 yaş aralığında n=37 ve ≥12 yaş ile <18 yaş aralığında n=25). Advers reaksiyonların çoğunluğu 1. veya 2. derece şiddetindedir ve VITRAKVI doz ayarlaması veya tedaviye ara verme olmaksızın düzelmiştir. Derece 3 veya 4 şiddetindeki advers reaksiyonlar genellikle 6 yaşından küçük hastalarda daha sık gözlenmiştir. Bu advers reaksiyonlar yeni doğan ile <3 aylık hastaların %77'sinde ve ≥3 ay ile <6 yaşındaki hastaların %47'sinde bildirilmiştir. Nötrofil sayısındaki azalmanın çalışma ilacının durdurulmasına, doz modifikasyonuna ve doz kesilmesine yol açtığı bildirilmiştir.

Geriyatrik popülasyon:

VITRAKVI alan genel güvenlik popülasyonundaki 361 hastanın 69'u (%19) 65 yaş ve üzerindedir ve 22'si (%6) 75 yaş ve üzerindedir. Yaşlı hastalarda (65 yaş ve üstü) güvenlik profili daha genç hastalarda görülenler ile tutarlıdır. Baş dönmesi (tüm erişkinlerde %28'e karşı %30), anemi (tüm erişkinlerde %28'e karşı %36), ishal (tüm erişkinlerde %23'e karşı %25), kaslarda güçsüzlük (tüm erişkinlerde %11'e karşı %13), trombosit sayısında azalma (tüm erişkinlerde %6'ya karşı %12), yürüme güçlüğü (tüm erişkinlerde %5'e karşı %9) ve disjüzi (tüm erişkinlerde %6'ya karşılık %9) 65 yaş ve üstü hastalarda daha sık görülmüştür.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması

Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar / risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99).

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

VITRAKVI ile sınırlı doz aşımı deneyimi bulunmaktadır. Doz aşımı semptomları belirlenmemiştir. Doz aşımı durumunda, hekimlerin genel destekleyici önlemleri almaları ve semptomatik tedavi uygulamaları gerekmektedir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmakoterapötik grup: Antineoplastikler ve immünomodülatör ajanlar, antineoplastik ajanlar, protein kinaz inhibitörleri

ATC kodu: L01EX12

Etki mekanizması

Larotreklinib, hedef dışı kinazlar ile aktiviteyi engellemek üzere rasyonel bir şekilde tasarlanmış adenosin trifosfat (ATP)-kompetitif ve selektif tropomiyosin reseptör kinaz

inhibitörüdür. Larotrekthinin hedefi sırasıyla *NTRK1*, *NTRK2* ve *NTRK3* genleri tarafından kodlanan TRKA, TRKB ve TRKC dahil olmak üzere, TRK protein ailesidir. Geniş bir saflaştırılmış enzim testleri grubunda, larotrekthinib, TRKA, TRKB ve TRKC'yi 5-11 nM arası IC₅₀ değerleriyle inhibe etmiştir. Diğer tek kinaz aktivitesi 100 kat daha yüksek konsantrasyonlarda meydana gelmiştir. *In vitro* ve *in vivo* tümör modellerinde larotrekthinib, gen füzyonundan, bir protein düzenleyici domenin silinmesinden kaynaklanan TRK proteinleri konstitütif aktivasyonuna sahip hücrelerde ya da aşırı TRK protein ekspresyonu olan hücrelerde antitümör aktivite göstermiştir.

İnsan genleri *NTRK1*, *NTRK2* ve *NTRK3*'ün kromozomal yeniden düzenlenmesinden kaynaklanan çerçeve içi gen füzyonu olayları, onkojenik TRK füzyon proteinlerinin oluşumuna neden olur. Sonuçta ortaya çıkan bu yeni kimerik onkojenik proteinler anormal bir şekilde eksprese edilir ve konstitütif kinaz aktivitesine yol açarak akabinde hücre proliferasyonu ve sağ kalımında yer alan aşağı yönde hücre sinyalleşme yollarını aktive ederek TRK füzyonu pozitif kansere neden olur.

TRK inhibitörlerinde progresyonun ardından edinilmiş direnç mutasyonları gözlenmiştir. Larotrekthinib, klinik olarak tanımlanan edinilmiş direnç mutasyonu G595R dahil olmak üzere TRKA kinaz domeninde nokta mutasyonları olan hücre hatlarında minimal aktiviteye sahiptir. Larotrekthinibe karşı klinik olarak tanımlanmış, edinilmiş dirence sahip TRKC kinaz domenindeki nokta mutasyonlarına G623R, G696A ve F617L dahildir.

Larotrekthinibe primer direncin moleküler sebepleri bilinmemektedir. Bu sebeple, *NTRK* gen füzyonuna ek olarak, onkojenik faktör varlığının TRK inhibisyonunu etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. Eşzamanlı herhangi bir genomik alterasyonun, larotrekthinib etkililiği üzerindeki ölçülen etkisi aşağıda verilmiştir (bkz. Klinik etkililik).

Farmakodinamik etkiler

Kardiyak elektrofizyoloji

Yüz mg'dan 900 mg'a değişen tek doz verilen 36 sağlıklı erişkin bireyde VITRAKVI, QT aralığını klinik açıdan anlamlı ölçüde uzatmamıştır.

200 mg dozu, kararlı durumda günde iki kez 100 mg larotrekthinib ile gözlemlenene benzer bir doruk maruziyetine (C_{maks}) karşılık gelir. VITRAKVI doz uygulamasıyla, maksimum ortalama etkinin C_{maks}'ın ardından 3 ile 24 saat arasında ve QTcF'te başlangıç değerinden -13,2 msn'lik (aralık -10 ila -15,6 msn) bir geometrik ortalama azalma gözlemlenmesiyle QTcF'te bir kısalma gözlemlenmiştir. Bu bulgunun klinik önemi tespit edilmemiştir.

Klinik etkililik

Çalışmaların genel özeti

VITRAKVI'nin etkililiği ve güvenliliği üç adet çok merkezli, açık etiketli, tek kollu klinik çalışmada erişkin ve pediyatrik kanser hastalarında çalışılmıştır (Tablo 5).). İki çalışma ise halen devam etmektedir.

Çalışma 1 ve Çalışma 3 ("SCOUT")'e *NTRK* gen füzyonu belgelenmiş olan ve olmayan hastaların katılmasına izin verilmiştir. Çalışma 2'ye ("NAVIGATE") kaydedilen hastaların TRK-füzyonu pozitif kanseri olması gerekmiştir. Birleştirilmiş etkililik primer analiz grubu, Temmuz 2024'ten itibaren RECIST v1.1 ile değerlendirilen ölçülebilir hastalığı olan, primer olmayan santral sinir sistemi (SSS) tümörü olan ve en az bir doz larotrekthinib almış, üç çalışmaya kaydedilmiş TRK-füzyonu pozitif kanseri olan 364-hastayı içermektedir. Bu hastaların daha önce tümör türlerine ve hastalığın aşamasına uygun standart tedavi görmüş

olması ya da araştırmacının görüşüne göre ilerlemiş hastalık tablosunda mevcut standart bakım tedavilerinden klinik açıdan anlamlı bir fayda sağlamaları veya tolere etmeleri muhtemel olmayacak ya da radikal bir cerrahi prosedürden geçmesi gerekecek (uzuv amputasyonu, yüz rezeksiyonu veya paralize sebep olan prosedür gibi) hastalar olması gerekmiştir. Ana etkililik sonuç ölçümleri, kör bağımsız bir inceleme komitesi (BIRC) tarafından belirlenen genel yanıt oranı (ORR) ve yanıt süresi (DOR) olmuştur.

Ayrıca, başlangıç anında primer SSS tümörü ve ölçülebilir hastalığı olan 60 hasta, Çalışma 2 (“NAVIGATE”) ve Çalışma 3’te (“SCOUT”) tedavi edilmiştir. 60 primer SSS tümörü hastasından 57’si daha önce kanser tedavisi görmüştür (cerrahi, radyoterapi ve/veya önceki sistemik tedavi). Tümör yanıtları, RANO veya RECIST v1.1 kriterleri kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir

NTRK gen füzyonlarının tanımlanması, moleküler test yöntemlerinin doku numunelerine dayanmaktadır: yeni nesil sekanslama (NGS) 327 hastada, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) 14 hastada, floresan *in situ* hibridizasyon (FISH) 18 hastada ve diğer test yöntemleri (Sekanslama, Nanostring, Sanger dizilimi veya Kromozom Mikroarray) 5 hastada kullanılmıştır.

Tablo 5: Solid ve primer SSS tümörlerinde etkililik analizine katkıda bulunan klinik çalışmalar

Çalışma adı, tasarım ve hasta popülasyonu	Doz formülasyon ve	Etkililik analizine dahil edilen tümör türleri	n
Çalışma 1 NCT02122913 - Faz 1, açık etiketli, doz yükseltme ve uzatma çalışması; uzatma fazı <i>NTRK</i> gen füzyonu olan tümörleri gerektirmiştir. <i>NTRK</i> gen füzyonlu ilerlemiş solid tümörleri olan erişkin (18 yaş ve üzeri) hastalar	Günde bir veya iki defa 200 mg’a varan dozlar (25 mg, 100 mg kapsül veya 20 mg/mL oral çözelti)	Tiroid (n=4) Tükürük bezi (n= 3) GIST (n= 2) ^a Yumuşak doku sarkomu (n= 2) NSCLC (n= 1) ^{b,c} Bilinmeyen primer kanser (n=1)	13
Çalışma 2 “NAVIGATE” NCT02576431 - Faz 2 çok uluslu, açık etiketli, tümör “basket” tipi çalışma - Bir <i>NTRK</i> gen füzyonlu ilerlemiş solid tümörleri olan erişkin ve 12 yaş ve üzeri pediyatrik hastalar	Günde iki defa 100 mg (25 mg, 100 mg kapsül veya 20 mg/mL oral çözelti)	NSCLC (n=29) ^{b, c} Yumuşak doku sarkomu (n= 28) Tiroid (n= 26) ^b Tükürük bezi (n= 24) Kolon (n= 25) Tükürük bezi (n= 24) Primer SSS (n= 19) Melanom (n= 10) ^b Meme, non sekretuar (n= 10) ^b Pankreas (n= 7) Meme sekretuar (n=5) Kolanjiyokarsinom (n= 4) GIST (n= 3) ^a Mide (n=3) Prostat (n= 2) Apandis Atipik karsinoid akciğer kanseri Kemik sarkomu Serviks Hepatik ^c Duodenal, Dış işitme kanalı ^b , Özofagus, SCLC ^{b, d} , Rektal, Testisler ^b , Timus, Primeri bilinmeyen kanser, Ürotelyal, Uterus (her biri n=1)	210

Çalışma adı, tasarım ve hasta popülasyonu	Doz formülasyonu ve	Etkililik analizine dahil edilen tümör türleri	n
Çalışma 3 “SCOUT” NCT02637687 - Faz 1/2 çok uluslu, açık etiketli, doz yükseltme ve uzatma çalışması; Faz 2 uzatma kohortu lokal olarak ilerlemiş infantil fibrosarkom dahil olmak üzere <i>NTRK</i> gen füzyonu olan tümörleri gerektirmiştir. - İlerlemiş kanseri ve primer SSS tümörleri olan doğumdan 21. yaşa kadar pediatrik hastalar	Günde iki defa 100 mg/m ² ’ye varan dozlar (25 mg, 100 mg kapsül veya 20 mg/mL oral çözelti)	İnfanıl fibrosarkom (n= 49) Yumuşak doku sarkomu (n= 42) ^b Primer SSS (n= 41) Konjenital mezoblastik nefroma (n= 2) Kemik sarkomu (n= 2) Meme sekretuar, Serviks, Lipofibromatoz, Melanom, Tiroit (her biri n=1)	141
Toplam hasta sayısı (n)*			364

* IRC tümör yanıtı değerlendirmesi olan 304 hasta ve araştırmacı tümör yanıtı değerlendirmesiyle SSS tümörü olan 60 hastadan oluşur (astrositom, gangliyoglioma, gliyoblastom, gliyoma, glionöronal tümörler, nöronal ve karışık nöronal-gliyal tümörler, oligodendroglioma ve primitif nöro-ektodermal tümör, belirtilmemiş) dahil olmak üzere)

^a GIST: gastrointestinal stromal tümör

^b beyin metastazları şu tümör türlerine sahip bazı hastalarda gözlenmiştir: akciğer (NSCLC, SCLC), tiroid, melanoma, meme (non-sekretuar), dış iletme kanalı, yumuşak doku sarkomu ve testisler

^c NSCLC: küçük hücreli olmayan akciğer kanseri

^d SCLC: küçük hücreli akciğer kanseri

^e hepatosellüler karsinom

NTRK gen füzyonlu solid tümörü olan 304 hastanın başlangıç karakteristikleri şu şekildedir: medyan yaş 44,5 (aralık 0 - 90 yaş); %33’ü 18 yaşından küçük ve %67’si 18 yaş ve üzerinde; %55’i beyaz ırktan ve %47’si erkek ve ECOG PS 0-1 (%88), 2 (%10) veya 3 (%2). Hastaların %91’i daha önce ameliyat, radyoterapi veya sistemik tedavi olarak tanımlanan bir kanser tedavisi almıştır. Bunların, %72’si 1 sistemik tedavi rejiminin medyanı ile önceden sistemik tedavi görmüştür. Tüm hastaların yüzde 28’i daha önce herhangi bir sistemik tedavi almamıştır. Bu 304 hastada görülen en yaygın tümör türleri yumuşak doku sarkomu (%24), infantil fibrosarkom (%16), akciğer kanseri (%11), tiroid kanseri (%10), tükürük bezi tümörü (%9) ve kolon kanseri (%8) olmuştur.

Araştırmacı tarafından değerlendirilen *NTRK* gen füzyonlu primer SSS tümörleri olan 60 hastanın başlangıç karakteristikleri şu şekildedir: medyan yaş 9,1 (aralık 0 - 79 yaş); 18 yaşından küçük 43 hasta ve 18 yaş ve üzerinde 17 hasta; 39 hasta beyaz ırktan ve 28 hasta erkek ve ECOG PS 0-1 (52 hasta) veya 2 (5 hasta). 57 hasta (%95) daha önce ameliyat, radyoterapi veya sistemik tedavi olarak tanımlanan bir kanser tedavisi almıştır. Önceden 1 sistemik tedavi rejiminin medyanı alınmıştır.

Etkililik sonuçları

Primer analiz popülasyonunda (n= 304) ve primer SSS tümörlü hastaların (n= 60) post-hoc eklenmesiyle birleştirilmiş popülasyonda (n= 364), genel yanıt oranı, yanıt süresi ve ilk yanıt süresi için birleştirilmiş etkililik sonuçları Tablo 6 ve Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 6: Primer SSS tümörleri dahil ve hariç olarak solid tümörlerde birleştirilmiş etkililik sonuçları

Etkililik parametresi	Primer SSS tümörleri hariç solid tümör analizi (n= 304) ^a	Primer SSS tümörleri dahil solid tümör analizi (n= 364) ^{a, b}
Genel yanıt oranı (ORR) % (n) [%95 GA]	%65 (198) [59, 70]	%60 (219) [55, 65]
Tam yanıt (CR)	%22 (66)	%20 (71)
Patolojik tam yanıt ^c	%7(20)	% 5 (20)
Kısmi yanıt (PR)	%37 (112)	%35 (128)
İlk yanıt süresi (medyan, ay) [aralık]	1.84 [0,89, 22,90]	1.84 [0,89, 49,87]
Yanıt süresi (medyan, ay) [aralık]	43,3 [0,0+, 84,7+]	43,3 [0,0+, 84,7+]
≥ 12 ay süre ile %	%80	%79
≥ 24 ay süre ile %	%66	%65
≥ 36 ay süre ile %	%57	%54
≥ 48 ay süre ile %	%48	%47

+ devam ettiğini bildirir.

^a Primer SSS tümörleri hariç solid tümörler için RECIST v1.1 ile bağımsız inceleme komitesi analizi (304 hasta).

^b Primer SSS tümörleri için (60 hasta) RANO ya da RECIST v1.1 kriterleri kullanılarak değerlendirilmesi.

^c Patolojik bir CR, larotrektinib ile tedavi edilen ve sonrasında uygulanabilir tümör hücresi ve cerrahi sonrası patoloji değerlendirmesinde negatif sınırlar olmaksızın cerrahi rezeksiyon uygulanan hastalardan elde edilen CR idi. Bu hastalar için cerrahi öncesi en iyi yanıt, cerrahi sonrası RECIST v.1.1'i takiben yeniden sınıflandırılmış patolojik CR idi.

Tablo 7: Tümör türüne göre genel yanıt oranı ve yanıt süresi*

Tümör türü	Hasta (n=364)	ORR ^a		DOR			Aralık (ay)
		%	%95 GA	Aylar			
				≥12	≥24	≥36	
Yumuşak doku sarkomu	72	%68	%56, %79	%80	%72	%60	0,03+, 84,7
Primer SSS	60	%35	%23, %48	%66	%50	%50	2,8+,70,9
İnfanıl fibrosarkom	49	%94	%83, %99	%83	%66	%60	1,6+, 73,7+
Akciğer	32	%69	%50, %84	%75	%52	%45	1,9+, 67,2+
Tiroid	31	%65	%45, %81	%85	%63	%47	3,7, 83,9+
Tükürük bezi	27	%85	%66, %96	%91	%86	%76	2,7, 81,1+
Kolon	25	%48	%28, %69	%83	%62	%31	3,9, 56,3+
Meme	16						
Non-sekretuar ^c	10	%30	%7, % 65	% 67	0	0	7,4,15,3+
Sekretuar ^b	6	%83	%36, %100	%80	%80	%80	11,1,69,2+
Melanom	11	%45	%17, %77	%50	Ulaşılamadı	Ulaşılamadı	1,9+, 23,2+
Pankreas	7	%14	%0, %58	%0	%0	%0	5,8, 5,8
Gastrointestinal stromal tümör	5	%80	%28, %99	%75	%38	%38	9,5, 50,4+
Kemik sarkomu	3	%33	%1, %91	%0	%0	%0	9,5, 9,5
Konjenital mezoblastik nefroma	2	%100	%16, %100	%100	%100	%50	32,9-, 44,5
Serviks	2	%50	%1, %99	100%	Ulaşılamadı	Ulaşılamadı	18,7+, 18,7+
Bilinmeyen primer kanser	2	%100	%16, %100	0	0	0	5,6 , 7,4
Dış işitme kanalı	1	%100	%3, %100	%100	%100	%100	45,1+, 45,1+
Lipofibromatozis	1	%100	%3, %100	%100	Ulaşılamadı	Ulaşılamadı	17,7+, 17,7+

DOR: yanıt süresi

GD: sayının düşük olması veya yanıt olmaması dolayısıyla geçerli değildir

*Şu tümör türleri için veri mevcut değildir: kolanjyokarsinom (n=4); mide (n=3), prostat (n=2); apandis, hepatik, duodenal, özofagus, rektal, testisler, timus, ürotelyal, uterus (her biri n=1)

+ yanıtın devam ettiğini bildirir.

^a primer SSS tümörü olan hastalar RANO veya RECIST v1.1 kriterleri kullanılarak değerlendirilen hastalar hariç tüm tümör tipleri için RECIST v1.1 tarafından bağımsız inceleme komitesi analizine göre değerlendirildi.

^b 2 tam, 2 kısmi yanıt ile

^c 1 tam, 2 kısmi yanıt ile

TRK füzyonu pozitif kanserin nadirliğinden dolayı, hastalar bazı tümör türlerinde sınırlı sayıda hastayla birden fazla tümör türünde çalışılmış ve bu da tümör türüne göre ORR tahmininde belirsizliğe sebep olmuştur. Toplam popülasyondaki ORR belli bir tümör türünde beklenen yanıtı yansıtmayabilir.

Erişkin alt popülasyonda (n= 222), ORR %51 olmuştur. Pediatrik alt popülasyonda (n= 142), ORR %74 olmuştur.

Larotreklinib tedavisinden önce yaygın moleküler karakterizasyonu olan 257 hastada, *NTRK* gen füzyonuna ek olarak başka genomik alterasyonları olan 120 hastada ORR %53 ve başka genomik alterasyonu olmayan 137 hastada ORR %68 olmuştur.

Birleştirilmiş primer analiz grubu

Birleştirilmiş primer analiz grubu 304 hastadan oluşmuş ve primer SSS tümörlerini içermemiştir. Hastalık progresyonundan önce medyan tedavi süresi Temmuz 2024 veri kesim tarihi esas alındığında 15,9 ay (aralık: 0,1 ila 99,4 ay) olmuştur. Hastaların %55'i, 12 ay boyunca veya daha uzun bir süre VITRAKVI almış, %37'si 24 ay veya daha uzun bir süre VITRAKVI almış ve %28'i ise 36 ay boyunca veya daha uzun bir süre VITRAKVI almıştır. Hastaların %27'sinin takipleri analiz süresince devam etmiştir. Analiz süresince, medyan yanıt süresi 43,3 aydır (aralık: 0,0+ ila 84,7+), yanıtların %80'inin [%95 GA: 74,86] 12 ay veya daha uzun süre, %66'sinin [%95 GA: 59,74] 24 ay veya daha uzun süre ve %57'sinin ise [%95 GA: 49, 64] 36 ay veya daha uzun süre devam edeceği tahmin edilmiştir. Tedavi edilen hastaların %83'ü [%95 GA: 79, 88] tedavinin başlangıcından bir yıl sonra %73'ü [%95 GA: 68, 78] tedavinin başlangıcından iki yıl sonra ve %68'i ise [%95 GA: 63,74] tedavinin başlangıcından üç yıl sonra hayattadır ve genel sağkalım için medyan değerine henüz ulaşamamıştır. Medyan progresyonsuz sağ kalım; 1 yıl sonra %63 [%95 GA: 57, 69], 2 yıl sonra %54 [%95 GA: 48, 60] ve 3 yıl sonra %44 [%95 GA: 38, 50] progresyonsuz sağ kalım oranı ile analiz sırasında 28,0 aydır.

Birleştirilmiş primer analiz grubunda tümör boyutunda medyan değişiklik, %66'lık bir azalmadır.

Primer SSS tümörü olan hastalar

Veri kesilme anında, primer SSS tümörü olan 60 hastanın 21'inde (%35) doğrulanmış yanıt; 60 hastanın 5'inde (%8) tam yanıt ve 16 hastanın (%27) kısmi yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Diğer 24 hastanın (%40) stabil hastalığı bulunmaktadır. 13 hastanın (%22) ilerleyen hastalığı bulunmaktadır. Veri kesilme anında, tedavi süresi 1,2 ila 67,3 ay arasında değişiklik göstermiş olup, 60 hastanın 20'sinde tedavi devam etmekte olup, bu hastaların tamamı progresyon sonrası tedavi görmektedir.

5.2. Farmakokinetik özellikler

VITRAKVI kapsül verilen kanser hastalarında, larotreklinibin doruk plazma seviyelerine (C_{maks}) doz uygulandıktan yaklaşık 1 saat sonra ulaşılmaktadır. Yarılanma ömrü ($t_{1/2}$) yaklaşık 3 saattir ve kararlı duruma 1,6 kat bir sistemik birikme ile 8 gün içinde ulaşılmaktadır. Günde iki defa alınan önerilen 100 mg dozda, kararlı durum aritmetik ortalaması ($\pm$ standart sapma)

erişkinlerde C_{maks} 914 ± 445 ng/mL ve günlük EAA 5410 ± 3813 ng*sa/mL olmuştur. *In vitro* çalışmalar larotrekthinin OATP1B1 veya OATP1B3'ün bir substratı olmadığını göstermektedir.

In vitro çalışmalar, larotrekthinin CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 veya CYP2D6'yı klinik açıdan anlamlı konsantrasyonlarda inhibe etmediğini ve bu CYP'lerin substratlarının klerensini etkileme olasılığının düşük olduğunu göstermektedir.

In vitro çalışmalar, larotrekthinin BCRP, P-gp, OAT1, OAT3, OCT1, OCT2, OATP1B3, BSEP, MATE1 ve MATE2-K taşıyıcılarını klinik açıdan anlamlı konsantrasyonlarda inhibe etmediğini ve bu taşıyıcıların substratlarının klerensini etkileme olasılığının düşük olduğunu göstermektedir.

Genel özellikler:

Emilim:

VITRAKVI, kapsül ve oral çözelti formülasyonu şeklinde mevcuttur.

Larotrekthinin tek bir 100 mg oral dozun ardından ortalama mutlak biyoyararlanımı %34 (aralık: %32 ila %37) olmuştur. Sağlıklı erişkin bireylerde, oral çözelti formülasyonunda larotrekthinin EAA'sı kapsülünkine benzer olurken, oral çözelti formülasyonu ile C_{maks} %36 daha yüksek olmuştur.

Yüksek yağlı ve yüksek kalorili bir öğünün ardından VITRAKVI uygulanan sağlıklı bireylerde, sabah açlığı C_{maks} ve EAA değerleriyle karşılaştırıldığında larotrekthinin C_{maks} değeri yaklaşık %35 azalmıştır ve EAA üzerinde herhangi bir etki görülmemiştir.

Gastrik pH artırıcı ilaçların larotrekthinin üzerindeki etkisi

Larotrekthinin pH'ya bağımlı çözünürlüğe sahiptir. *In vitro* çalışmalar gastrointestinal (GI) kanalla ilgili sıvı hacimlerinde larotrekthinin GI kanalının tüm pH aralığında tamamen çözünür olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, larotrekthinin pH-modifiye edici ilaçlardan etkilenmesi muhtemel değildir.

Dağılım:

Sağlıklı erişkin bireylerde 100 mg oral dozla birlikte bir IV mikrotracer'in intravenöz yoldan uygulanmasının ardından larotrekthinin ortalama dağılım hacmi 48 litre olmuştur. Larotrekthinin insan plazma proteinlerine *in vitro* bağlanması, ilaç konsantrasyonundan bağımsız olarak yaklaşık %70 olmuştur. Kan-plazma konsantrasyon oranı yaklaşık 0,9 olmuştur.

Biyotransformasyon:

Larotrekthinin *in vitro* ortamda ağırlıklı olarak CYP3A4/5 tarafından metabolize edilmiştir. Tek bir 100 mg radyoaktif işaretli larotrekthinin dozunun sağlıklı erişkin bireylere oral yoldan uygulanmasının ardından, değişmemiş larotrekthinin (%19) ile hidroksipirolidin-üre kısmının kaybının ardından oluşan O-glukuronid (%26) sirküle olan önemli radyoaktif ilaç bileşenleri olmuştur.

Eliminasyon:

Günde iki kez 100 mg VITRAKVI verilen kanser hastalarının plazmalarında larotrekthinin yarılanma ömrü yaklaşık 3 saat olmuştur. VITRAKVI'nin 100 mg'lık bir oral dozu ile birlikte IV bir mikrotracerin intravenöz yoldan uygulanmasının ardından larotrekthinin ortalama

klerensi yaklaşık 34 L/saat olmuştur.

Atılım:

100 mg radyoaktif işaretli larotrekatinibin sağlıklı erişkin bireylere oral yoldan verilmesinin ardından, uygulanan radyoaktivitenin %58'i feçeste ve %39'u idrarda geri kazanılmıştır ve bir IV microtracer dozu 100 mg'lık bir oral larotrekatinib dozu ile birlikte verildiğinde, verilen radyoaktivitenin %35'i feçeste ve %53'ü idrarda geri kazanılmıştır. Değişmemiş ilaç olarak idrarla atılan fraksiyon, IV microtracer dozunun ardından %29 olmuştur, bu da doğrudan renal atılımın toplam klerensin %29'una karşı geldiğini göstermektedir.

Doğrusallık / Doğrusal olmayan durum:

Sağlıklı erişkin bireylerde tek bir dozun ardından larotrekatinib plazma konsantrasyon-zaman eğrisinin altındaki alanı (EAA) ve maksimum plazma konsantrasyonu C_{maks} , 400 mg'a kadar dozla orantılı ve 600 ila 900 mg'lık dozlarda bu orantısal değerin biraz üzerinde olmuştur.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Pediyatrik hastalar:

Popülasyon farmakokinetik analizlerine dayanarak, en fazla günde iki kez 100 mg ile önerilen 100 mg/m² dozunda pediyatrik hastalarda maruziyet (C_{maks} ve EAA), günde iki kez 100 mg dozu verilen erişkinlerdekinden (yaş ≥ 18) daha fazla olmuştur (bkz. Tablo 8).

Önerilen dozda, küçük çocuklarda (1 aylık ila <2 yaş) maruziyeti belirleyen veriler sınırlıdır (n= 46).

Tablo 8: En fazla iki defa 100 mg/m²'lik tavsiye edilen günlük dozda yaşa göre gruplandırılan hastalardaki maruziyet (C_{maks} ve EAA^a)

Yaş grubu	n= 438 ^b	≥ 18 yaş hastalara kıyasla kat farkı ^c	
		C_{maks}	EAA ^a
1 ay ila <3 ay	12	3,2	4,5
3 ay ila <6 ay	4	3,0	3,2
6 ay ila <12 ay	19	2,1	1,7
1 yaş ila <2 yaş	11	1,6	1,1
2 yaş ila <6 yaş	37	1,6	1,1
6 yaş ila <12 yaş	38	1,3	1,2
12 yaş ila <18 yaş	32	0,9	0,8
≥ 18 yaş	285	1,0	1,0

^aKararlı durumda plazma konsantrasyonu-zaman eğrisi altındaki alan

^b23 Eylül 2024 veri kesim tarihinden itibaren hasta sayısı

^cKat fark belirtilen yaş grubunun ≥ 18 yaş grubuna oranıdır. 1 kat fark, fark olmadığı anlamına gelir.

Geriatrik hastalar:

65 yaşından büyük hastalar ile daha genç hastalar (< 65 yaş) arasında larotrectinibe maruziyet açısından klinik olarak anlamlı bir fark yoktur.

Karaciğer yetmezliği olan hastalar:

Yaş, vücut kütle indeksi ve cinsiyetleri denk, hafif (Child-Pugh A), orta (Child-Pugh B) ve ciddi (Child-Pugh C) karaciğer yetmezliği olan bireylerde ve karaciğer fonksiyonları normal sağlıklı erişkin kontrol bireylerinde bir farmakokinetik çalışması yürütülmüştür. Tüm bireylere 100 mg'lık tek bir larotrekatinib dozu verilmiştir. Hafif, orta ve ciddi karaciğer yetmezliği olan bireylerde, karaciğer fonksiyonları normal olanlarla karşılaştırıldığında larotrekatinib EAA_{0-inf}'te sırasıyla 1,3, 2 ve 3,2 kat bir artış gözlemlenmiştir. C_{maks} 'ın sırasıyla 1,1, 1,1 ve

1,5 kat arttığı gözlemlenmiştir.

Böbrek yetmezliği olan hastalar:

Yaş, vücut kütle indeksi ve cinsiyetleri denk, diyaliz gerektiren son evre böbrek yetmezliği olan bireylerde ve böbrek fonksiyonları normal sağlıklı erişkin kontrol bireylerinde bir farmakokinetik çalışması yürütülmüştür. Tüm bireylere 100 mg'lık tek bir larotreklinib dozu verilmiştir. Böbrek yetmezliği olan bireylerde, böbrek fonksiyonları normal olanlarla karşılaştırıldığında larotreklinib C_{maks} ve EAA_{0-inf} 'te sırasıyla 1,25 ve 1,46 kat bir artış gözlemlenmiştir.

Diğer özel popülasyonlar:

Cinsiyet ve ırk, popülasyon farmakokinetik analizi temelinde larotreklinibin sistemik maruziyeti üzerinde hiçbir etkiye sahip değildir.

5.3. Klinik öncesi güvenlik verileri

Sistemik toksisite

Sıçanlarda ve maymunlarda 3 aya kadar günlük oral uygulama yapılan çalışmalarda sistemik toksisite değerlendirilmiştir. Doz sınırlayıcı deri lezyonları sadece sıçanlarda görülmüştür ve mortalite ve morbiditeden esas olarak sorumlu olmuştur. Maymunlarda deri lezyonları görülmemiştir.

Gastrointestinal toksisitenin klinik belirtileri maymunlarda doz sınırlayıcı olmuştur. Sıçanlarda, önerilen klinik dozda insan EAA'sının 1 ila 2 katına karşılık gelen dozlarda şiddetli toksisite (STD10) gözlemlenmiştir. Maymunlarda, tavsiye edilen klinik dozda insan EAA'sının 10 katından daha fazlasına karşılık gelen dozlarda anlamlı sistemik toksisite gözlemlenmemiştir.

Embriyotoksisite / Teratojenisite

Gebe sıçanlara ve tavşanlara organojenez döneminde maternotoksik, yani önerilen klinik dozda insan EAA'sının 32 katına (sıçan) ve 16 katına (tavşan) karşılık gelen dozlarda her gün verildiğinde, larotreklinib teratojenik ve embriyotoksik olmamıştır. Larotreklinib her iki türde de plasentaya geçmektedir.

Üreme toksisitesi

Larotreklinib ile fertilite çalışması gerçekleştirilmemiştir. 3 aylık toksisite çalışmalarında, larotreklinibin sıçanlarda ve maymunlarda, önerilen klinik dozda insan EAA'sının yaklaşık 7 (erkek sıçanlar) katına ve 10 (erkek maymunlar) katına karşılık gelen test edilen en yüksek dozlarda erkek üreme organları üzerinde herhangi bir histolojik etkisi olmamıştır. Ayrıca, larotreklinibin sıçanlarda spermatojenez üzerinde de herhangi bir etkisi olmamıştır.

Sıçanlarda gerçekleştirilen 1 aylık bir tekrarlı doz çalışmasında korpus luteumda azalma, anestrus insidansında artış ve uterus atrofisi ile uterus ağırlığında azalma gözlemlenmiştir ve bu etkiler geri çevrilebilir olmuştur. Önerilen klinik dozda insan EAA'sının yaklaşık 3 (dişi sıçanlar) katına ve yaklaşık 17 (dişi maymunlar) katına karşılık gelen dozlarda sıçanlarda ve maymunlarda 3 aylık toksisite çalışmalarında dişi üreme organları üzerinde herhangi bir etki görülmemiştir.

Larotreklinib, juvenil sıçanlara doğumu takip eden (PND) 7 ila 70. gün arasında verilmiştir. Sütten kesilme öncesinde mortalite (PND 21 öncesinde) tavsiye edilen dozda EAA'nın 2,5 ila

4 katına karşılık gelen yüksek doz seviyesinde gözlemlenmiştir. Büyüme ve sinir sistemi üzerinde etkiler tavsiye edilen dozda EAA'nın 0,5 ila 4 katına karşılık gelen doz seviyesinde görülmüştür. Sütten kesilme öncesinde erkek ve dişi yavrularda kilo alma azalmış ve sütten kesilmenin ardından dişilerde maruziyet nihayetinde artmışken, erkeklerde sütten kesilme sonrasında da herhangi bir düzelme olmaksızın kilo almada azalma görülmüştür. Erkeklerde büyümede azalma geciken ergenlik ile ilişkilendirilmiştir. Sinir sistemi etkileri (yani değişen arka bacak işlevi ve muhtemelen göz kapağının kapanmasında artış) kısmi iyileşme sergilemiştir. Yüksek doz seviyesinde normal çiftleşmeye rağmen gebelik oranında bir azalma da bildirilmiştir.

Genotoksisite ve karsinogenisite

Larotrekatinib ile karsinogenisite çalışmaları gerçekleştirilmemiştir.

Larotrekatinib, bakteriyel ters mutasyon (Ames) testlerinde ve *in vitro* memeli mutajenez testlerinde mutajenik olmamıştır. Larotrekatinib, *in vivo* fare mikronükleus testinde 500 mg/kg'lık tolere edilen en yüksek dozda negatif olmuştur.

Güvenlilik farmakolojisi

Farklı türlerde kardiyovasküler, santral sinir sistemi, solunum ve gastrointesinal sistemler üzerindeki etkilerini değerlendiren çeşitli *in vitro* ve *in vivo* çalışmalarda larotrekatinibin güvenlik farmakolojisi değerlendirilmiştir. Larotrekatinibin, insan terapötik maruziyetlerinin yaklaşık 6 katı maruziyetlerde (C_{maks}) maymunlarda hemodinamik parametreler ve EKG aralıkları üzerinde herhangi bir advers etkisi olmamıştır. Larotrekatinib, insan maruziyetinin en az 7 katı maruziyette (C_{maks}) erişkin hayvanlarda (sıçanlar, fareler, sinomolgus maymunları) nörodavranışsal bulgulara sebep olmamıştır. Larotrekatinibin, sıçanlarda, insan terapötik maruziyetinin en az 8 katı maruziyetlerde (C_{maks}) respiratuvar fonksiyon üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır. Sıçanlarda, larotrekatinib intestinal geçişi hızlandırmış ve gastrik sekresyon ve asiditeyi artırmıştır.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

Kapsül kabuğu

Jelatin (sığır ve/veya domuz kaynaklı)
Titanyum dioksit (E 171)

Baskı boyası

Şellak
İndigo karmin alüminyum lak (E 132)
Titanyum dioksit (E 171)
Propilen glikol (E 1520)
Dimetikon

6.2. Geçimsizlikler

Geçerli değildir.

6.3. Raf ömrü

36 ay

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

25 °C altında oda sıcaklığında saklanmalıdır.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

Polietilen (PE) ısı yalıtım tabakası olan çocuk emniyetli polipropilen (PP) vidalı kapaklı yüksek yoğunluklu polietilen (HDPE) şişe

Her bir karton kutuda, 56 sert kapsül içeren bir şişe bulunmaktadır.

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

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyaller “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ve “Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği”ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

Bayer Türk Kimya Sanayii Limited Şirketi
Fatih Sultan Mehmet Mah. Balkan Cad. No:53
34770 Ümraniye/İSTANBUL
Tel : +90 216 528 36 00
Faks : +90 216 645 39 50

8. RUHSAT NUMARASI

2022/123

9. İLK RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 19.03.2022

Ruhsat yenileme tarihi:

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ

---/--/----