

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

STINRED 180 mg/4 ml concentrato per soluzione per infusione

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Un flaconcino contiene 180 mg di bendamustina cloridrato (come monoidrato).
1 ml di concentrato contiene 45 mg bendamustina cloridrato (come monoidrato).

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Concentrato per soluzione per infusione.

Soluzione viscosa chiara, di colore da giallo pallido a giallo.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento di prima linea della leucemia linfatica cronica (stadio Binet B o C) in quei pazienti per i quali non è appropriata una chemioterapia contenente fludabarina.

Linfoma non-Hodgkin indolente come monoterapia in pazienti che hanno avuto una progressione di malattia durante o entro 6 mesi dal trattamento con rituximab o con un regime terapeutico contenente rituximab.

Trattamento di prima linea del mieloma multiplo (stadio Durie-Salmon II con progressione o stadio III) in associazione con prednisone in pazienti di età superiore ai 65 anni che non sono eleggibili a trapianto autologo di cellule staminali e che presentano neuropatia clinica al momento della diagnosi che precluda l'uso di un trattamento contenente talidomide o bortezomib.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Posologia

Monoterapia per leucemia linfatica cronica

100 mg/m² di superficie corporea di bendamustina cloridrato nei giorni 1 e 2, ogni 4 settimane.

Monoterapia per Linfoma non-Hodgkin indolente refrattario al rituximab

120 mg/m² di superficie corporea di bendamustina cloridrato nei giorni 1 e 2, ogni 3 settimane.

Mieloma multiplo

120 - 150 mg/m² di superficie corporea di bendamustina cloridrato nei giorni 1 e 2 e 60 mg/m² per superficie corporea di prednisone i.v. o per os nei giorni da 1 a 4, ogni 4 settimane.

La riduzione della funzionalità midollare è correlata all'aumento della tossicità ematologica indotta dai chemioterapici. Il trattamento non deve essere iniziato se i valori dei leucociti e/o delle piastrine scendono rispettivamente a < 3.000/μl o < 75.000/μl (vedere paragrafo 4.3).

Il trattamento deve essere interrotto o ritardato se i valori dei leucociti e/o delle piastrine scendono rispettivamente a < 3.000/μl o < 75.000/μl. Il trattamento può essere continuato dopo che i valori dei leucociti sono aumentati a > 4.000/μl e quelli delle piastrine a > 100.000/μl.

Il valore minimo (Nadir) di leucociti e piastrine è raggiunto dopo 14-20 giorni, con rigenerazione dopo 3-5 settimane. Si raccomanda un rigoroso monitoraggio della conta ematica durante gli intervalli liberi dalla terapia (vedere paragrafo 4.4).

In caso di tossicità non ematologica le riduzioni di dose devono essere basate sul grado peggiore secondo i Criteri Comuni di Tossicità (CTC) osservato nel ciclo precedente. Una riduzione del 50% della dose è raccomandata in caso di CTC di grado 3. Si raccomanda l'interruzione del trattamento in caso di CTC di grado 4.

Se il paziente richiede una variazione della dose, la dose ridotta calcolata individualmente deve essere somministrata nei giorni 1 e 2 del rispettivo ciclo di trattamento.

Compromissione epatica

Sulla base dei dati di farmacocinetica, non è necessario un aggiustamento della dose nei pazienti con compromissione epatica lieve (bilirubina sierica < 1,2 mg/dl). Si raccomanda una riduzione della dose del 30% nei pazienti con compromissione epatica moderata (bilirubina sierica 1,2-3,0 mg/dl).

Non sono disponibili dati in pazienti con compromissione epatica severa (bilirubina sierica >3,0 mg/dl) (vedere paragrafo 4.3).

Compromissione renale

Sulla base dei dati di farmacocinetica, non è necessario un aggiustamento della dose nei pazienti con clearance della creatinina >10 ml/min. L'esperienza relativa a pazienti con compromissione renale severa è limitata.

Popolazione pediatrica

La sicurezza e l'efficacia di bendamustina cloridrato nei bambini non è stata ancora determinata. I dati attualmente disponibili non sono sufficienti per raccomandare una posologia.

Pazienti anziani

Non ci sono evidenze che aggiustamenti di dose siano necessari nei pazienti anziani (vedere paragrafo 5.2).

Modo di somministrazione

Per infusione endovenosa della durata di 30-60 minuti (vedere paragrafo 6.6).

L'infusione deve essere somministrata sotto la supervisione di un medico qualificato ed esperto nell'uso di agenti chemioterapici.

Precauzioni che devono essere prese prima della manipolazione o della somministrazione del medicinale

Per le istruzioni sulla ricostituzione e diluizione del medicinale prima della somministrazione, vedere paragrafo 6.6.

4.3 Controindicazioni

- Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1
- Durante l'allattamento
- Grave compromissione epatica (bilirubina sierica > 3,0 mg/dl)
- Ittero
- Severa soppressione midollare e severe alterazioni della conta ematica (valori di leucociti e piastrine scesi rispettivamente a < 3.000/ μ l o < 75.000/ μ l)
- Interventi di chirurgia maggiore entro 30 giorni dall'inizio del trattamento
- Infezioni, soprattutto quando comportano leucopenia
- Vaccinazione contro la febbre gialla.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Mielosoppressione

I pazienti trattati con bendamustina cloridrato possono manifestare mielosoppressione. In caso di mielosoppressione dovuta al trattamento, leucociti, piastrine, emoglobina e neutrofili devono essere controllati almeno settimanalmente. Prima di iniziare il ciclo di terapia, sono raccomandati i seguenti parametri: valori di leucociti e/o di piastrine rispettivamente > 4.000/ μ l o > 100.000/ μ l.

Infezioni

Con bendamustina cloridrato si sono verificate infezioni gravi e fatali, incluse infezioni batteriche (sepsi e polmonite) e infezioni opportunistiche come la polmonite da *Pneumocystis jirovecii* (PJP), il virus varicella zoster (VZV) e il citomegalovirus (CMV). I trattamenti con bendamustina cloridrato possono causare prolungata linfocitopenia (< 600/ μ l) e basse conte (< 200/ μ l) di CD4-positive T-cell (T-helper cell) fino a 7-9 mesi dopo la fine del trattamento. Linfocitopenia e diminuzione di CD4-positive T-cell sono più marcate quando bendamustina è in combinazione con rituximab. Pazienti con linfopenia e basse conte di cellule T CD4-positive dopo trattamento con bendamustina cloridrato sono più suscettibili alle infezioni (opportunistiche). In caso di basse conte (< 200/ μ l) di CD4-positive T-cell deve essere considerata la profilassi per la polmonite da pneumocystis jiroveci (PJP). Tutti i pazienti devono

essere monitorati per segni e sintomi respiratori durante il trattamento. I pazienti devono essere avvisati di segnalare prontamente nuovi segni di infezione, inclusi febbre o sintomi respiratori. L'interruzione del trattamento con bendamustina cloridrato dovrebbe essere tenuta in considerazione se ci dovessero essere segni di infezioni (oppportunistiche).

Riattivazione della epatite B

La riattivazione della epatite B nei pazienti che sono portatori cronici di questo virus si è verificata dopo che questi pazienti hanno ricevuto bendamustina cloridrato. Alcuni casi hanno portato a insufficienza epatica acuta o epatite fulminante portando al trapianto del fegato o a un esito fatale. I pazienti devono essere testati per l'infezione da HBV prima di cominciare il trattamento con bendamustina cloridrato. Gli esperti delle malattie epatiche e del trattamento della epatite B devono essere consultati prima che il trattamento venga iniziato in pazienti con sierologia positiva all'epatite B (inclusi quelli con malattia attiva) e per pazienti che risultano positivi all'infezione da HBV durante il trattamento. I portatori di HBV che richiedono il trattamento con bendamustina cloridrato devono essere monitorati attentamente per segni e sintomi dell'infezione attiva da HBV per tutto il corso della terapia e per alcuni mesi dopo la fine della terapia (vedere paragrafo 4.8).

Reazioni cutanee

E' stato riportato un certo numero di reazioni cutanee. Questi eventi hanno incluso eruzione cutanea, gravi reazioni cutanee ed esantema bolloso. Con l'uso di bendamustina cloridrato sono stati riportati casi di sindrome di Stevens-Johnson (SJS), necrolisi epidermica tossica (TEN) e Reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici (DRESS), alcuni fatali. I pazienti devono essere informati dal loro medico riguardo i segni e i sintomi di queste reazioni e devono ricercare immediatamente assistenza medica se sviluppano questi sintomi. Alcuni eventi si sono manifestati quando bendamustina cloridrato è stata somministrata in associazione con altri agenti anticancerogeni, e per questo motivo è incerta la precisa correlazione. Quando insorgono reazioni cutanee, queste possono progredire e aumentare di gravità con ulteriori trattamenti. Quando le reazioni cutanee peggiorano, la somministrazione di bendamustina va interrotta o sospesa. Per reazioni cutanee gravi con una sospetta relazione con bendamustina cloridrato, il trattamento deve essere sospeso.

Disturbi cardiaci

Durante il trattamento con bendamustina cloridrato, deve essere strettamente monitorata la concentrazione di potassio nel sangue dei pazienti con disturbi cardiaci e devono essere somministrati supplementi di potassio in presenza di valori di $K^+ < 3,5$ mEq/l, e vanno eseguite registrazioni ECG.

Durante il trattamento con bendamustina cloridrato si sono verificati eventi di infarto del miocardio e insufficienza cardiaca con esito fatale. I pazienti con una storia pregressa o concomitante di malattie cardiache devono essere strettamente monitorati.

Nausea, vomito

Può essere somministrato un antiemetico per il trattamento sintomatico di nausea e vomito.

Sindrome da lisi tumorale

Nel corso delle sperimentazioni cliniche è stata riportata sindrome da lisi tumorale associata al trattamento con bendamustina. La sindrome da lisi tumorale insorge generalmente entro le 48 ore

dalla prima dose di bendamustina e, senza interventi, può condurre ad insufficienza renale acuta e morte. Misure preventive come una adeguata idratazione e lo stretto monitoraggio degli esami ematochimici, in particolare potassiemia ed uricemia e l'uso di agenti ipouricemizzanti (allopurinolo e rasburicase) possono essere prese in considerazione prima della terapia. Quando bendamustina e allopurinolo sono stati somministrati in concomitanza, sono stati segnalati sporadici casi di sindrome di Stevens – Johnson e di Necrolisi Epidermica Tossica.

Anafilassi

Negli studi clinici si sono verificate comunemente reazioni infusionali alla bendamustina cloridrato. I sintomi sono generalmente lievi e includono febbre, brividi, prurito ed eruzione cutanea. Severe reazioni anafilattiche e anafilattoidi si sono verificate in rari casi. I pazienti devono essere interrogati in merito a sintomi indicativi di reazioni infusionali dopo il primo ciclo di terapia. Si devono prendere in considerazione misure per prevenire reazioni severe, inclusi gli antistaminici, gli antipiretici e i corticosteroidi nei cicli successivi nei pazienti che hanno in precedenza manifestato reazioni infusionali.

Pazienti che hanno manifestato reazioni di tipo allergico di grado 3 o maggiore, tipicamente non sono stati ritrattati

Contracezione

Bendamustina cloridrato è teratogena e mutagena.

Durante il trattamento le donne non dovrebbero iniziare una gravidanza. I pazienti maschi non devono concepire un figlio durante e nei 6 mesi successivi al trattamento. Devono essere informati in merito alla conservazione dello sperma prima del trattamento con bendamustina cloridrato, a causa di possibile infertilità irreversibile.

Stravasò

Una iniezione extravasale deve essere interrotta immediatamente. L'ago deve essere rimosso dopo una breve aspirazione. Dopo ciò, l'area tissutale coinvolta dallo stravasò deve essere raffreddata. Il braccio deve essere sollevato. Trattamenti supplementari, come l'uso di corticosteroidi, non sono di chiaro beneficio.

Diluizione

STINRED richiede appropriata diluizione prima dell'uso. La concentrazione di bendamustina in STINRED differisce dagli altri prodotti contenenti bendamustina (vedere paragrafo 6.6 per ulteriori istruzioni sulla diluizione).

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazioni

Non sono stati condotti studi d'interazione *in vivo*.

Quando bendamustina è somministrata in associazione con agenti mielosoppressivi, l'effetto sul midollo osseo di bendamustina e/o dei co-medicamenti può venire potenziato. Qualunque trattamento che riduca lo stato funzionale del paziente o che comprometta la funzione midollare può aumentare la tossicità di bendamustina.

L'associazione di bendamustina con ciclosporina o tacrolimus può produrre una eccessiva immunosoppressione, con rischio di linfoproliferazione.

I citostatici possono ridurre la formazione di anticorpi dopo vaccinazione con virus vivo, ed aumentare il rischio di infezioni ad esito fatale. Il rischio è aumentato nei soggetti che sono già immunodepressi a causa della loro malattia di base.

Il metabolismo di bendamustina coinvolge il citocromo P450 (CYP) isoenzima 1A2 (vedere paragrafo 5.2). Pertanto esiste la possibilità di interazione con gli inibitori CYP1A2, quali fluvoxamina, ciprofloxacina, aciclovir, cimetidina.

Popolazione pediatrica

Studi di interazione sono stati condotti solo negli adulti.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

Gravidanza

I dati sull'uso di bendamustina nelle donne in gravidanza sono insufficienti. In studi non clinici, bendamustina cloridrato è risultata embrio-/fetoletale, teratogena e genotossica (vedere paragrafo 5.3). Durante la gravidanza bendamustina non deve essere usata, se non strettamente necessario. La madre deve essere informata sui rischi per il feto. Se il trattamento con bendamustina è assolutamente necessario durante la gravidanza o se la gravidanza si verifica durante il trattamento, la paziente deve essere informata sui rischi per il nascituro, e deve essere attentamente monitorata. Si deve considerare la possibilità di una consulenza genetica

Fertilità

Donne potenzialmente fertili devono usare metodi di contraccezione, sia prima che durante la terapia con bendamustina.

Agli uomini in trattamento con bendamustina si raccomanda di non concepire figli durante e sino a sei mesi dopo la fine del trattamento. Devono essere informati in merito alla conservazione dello sperma prima del trattamento, a causa della possibilità di infertilità irreversibile dovuta alla terapia con bendamustina.

Allattamento

Non è noto se bendamustina passi nel latte materno, perciò bendamustina è controindicata durante il periodo di allattamento (vedere paragrafo 4.3).

L'allattamento deve essere interrotto durante il trattamento con bendamustina.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

STINRED ha mostrato un'elevata influenza sulla capacità di guidare veicoli e di usare macchinari. Sono state segnalate atassia, neuropatia periferica e sonnolenza durante il trattamento con bendamustina (vedere paragrafo 4.8). I pazienti devono essere avvisati che, nel caso in cui manifestino tali sintomi, devono evitare attività potenzialmente pericolose come guidare veicoli ed utilizzare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

Sintesi del profilo di sicurezza

Le più comuni reazioni avverse con bendamustina cloridrato sono reazioni avverse ematologiche (leucopenia, trombopenia), tossicità dermatologica (reazioni allergiche), sintomi costituzionali (febbre), sintomi gastrointestinali (nausea, vomito).

Tabella delle reazioni avverse

La tabella seguente riflette i dati ottenuti negli studi clinici con bendamustina cloridrato.

Classificazioni e per sistemi e organi secondo MeDRA	Molto comune ≥ 1/10	Comune ≥ 1/100 a < 1/10	Non comune ≥ 1/1.000 a < 1/100	Raro ≥ 1/10.000 a < 1/1.000	Molto raro < 1/10.000	Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)
Infezioni ed infestazioni	Infezioni NOS*, incluse infezioni opportunistiche (per esempio Herpes Zoster, citomegalovirus ed epatite B)		Polmonite da Pneumocystis jirovecii	Sepsi	Polmonite primaria atipica	

Classificazioni e per sistemi e organi secondo MeDRA	Molto comune ≥ 1/10	Comune ≥ 1/100 a < 1/10	Non comune ≥ 1/1.000 a < 1/100	Raro ≥ 1/10.000 a < 1/1.000	Molto raro < 1/10.000	Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)

Tumori benigni, maligni e non specificati (cisti e polipi compresi)		Sindrome da lisi tumorale	Sindrome mielodisplastica, leucemia mieloide acuta			
Patologie del sistema emolinfopoietico	Leucopenia NOS*, Trombocitopenia, Linfopenia	Emorragia, Anemia, Neutropenia	Pancitopenia	Insufficienza midollare	Emolisi	
Disturbi del sistema immunitario		Ipersensibilità a NOS*		Reazione anafilattica Reazione anafilattoide	Shock anafilattico	
Disturbi del sistema nervoso	Cefalea	Insonnia Capogiri,		Sonnolenza, Afonìa	Disgeusia, Parestesia, Neuropatia sensoriale periferica, Sindrome anticolinergica Patologie neurologiche, Atassia, Encefalite	
Patologie cardiache		Disfunzione cardiaca come palpitazioni, angina pectoris, aritmia	Versamento pericardico, Infarto del miocardio, Insufficienza cardiaca		Tachicardia,	Fibrillazione atriale
Patologie vascolari		Ipotensione, Ipertensione		Insufficienza circolatoria acuta	Flebite	
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche		Disfunzione polmonare			Fibrosi polmonare	Polmonite, Emorragia alveolare
Patologie gastrointestinali	Nausea, Vomito	Diarrea, Stipsi, Stomatite			Esofagite emorragica, Emorragia gastrointestini	

Classificazione e per sistemi e organi secondo MeDRA	Molto comune $\geq 1/10$	Comune $\geq 1/100$ a $< 1/10$	Non comune $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$	Raro $\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$	Molto raro $< 1/10.000$	Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)
Patologie epatobiliari						Insufficienza epatica
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo		Alopecia, Patologie della cute NOS*, Orticaria		Eritema, Dermatite, Prurito, Esantema maculopapulare, Iperidrosi		Sindrome di Stevens-Johnson, Necrolisi epidermica tossica (TEN), Reazione da Farmaco con Eosinofilia e Sintomi Sistemici (DRESS)
Patologie renali e urinarie						Insufficienza renale
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella		Amenorrea			Infertilità	
Patologie sistemiche e condizioni	Infiammazione delle mucose,	Dolore, Brividi, Disidratazione,			Insufficienza multi-organo	

relative alla sede di iniezione	Affaticamento, Piressia	Anoressia				
Esami diagnostici	Calo di emoglobina, Aumento di creatinina, Aumento di urea	Aumento di AST, Aumento di ALT, Aumento di fosfatasi alacalina, Aumento di bilirubina, Ipokaliemia				

*NOS = non altrimenti specificato

Descrizione di reazioni avverse selezionate

Ci sono stati casi isolati di necrosi in seguito a somministrazione accidentale extra-vascolare, sindrome da lisi tumorale, e anafilassi.

Il rischio di sindrome mielodisplatica e leucemia mieloide acuta è aumentato in pazienti trattati con agenti alchilanti (compresa bendamustina). Il tumore maligno secondario può svilupparsi diversi anni dopo l'interruzione della chemioterapia.

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa.

4.9 Sovradosaggio

Dopo una somministrazione di 30 minuti di infusione di bendamustina cloridrato una volta ogni 3 settimane, la dose massima tollerata (MTD) è stata 280 mg/m². Sono insorti eventi cardiaci CTC grado 2 compatibili con modificazioni ischemiche dell'ECG, e che sono stati considerati dose limitanti.

In uno studio successivo con infusione di bendamustina cloridrato di 30 minuti nei giorni 1 e 2 ogni 3 settimane, la MTD è stata 180 mg/m². La tossicità dose limitante è stata rappresentata da trombocitopenia di grado 4. Con questo schema, la tossicità cardiaca non è stata di tipo dose-limitante.

Contromisure

Non esiste un antidoto specifico. Come contromisure efficaci nel controllo degli effetti collaterali ematologici, possono essere effettuati il trapianto di midollo osseo e trasfusioni (piastrine, eritrociti concentrati), oppure possono essere somministrati fattori di crescita ematologici.

Bendamustina cloridrato e i suoi metaboliti sono dializzabili in misura ridotta.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: Agenti Antineoplastici, agenti alchilanti, codice ATC: L01AA09

Bendamustina cloridrato è un agente alchilante antitumorale con peculiare attività. L'azione antineoplastica e citocida della bendamustina cloridrato si basa fondamentalmente sul cross-linking per alchilazione del DNA a singola e doppia elica. Di conseguenza, le funzioni di matrice, sintesi e riparazione del DNA sono compromesse. L'azione anti-tumorale della bendamustina cloridrato è stata dimostrata in numerosi studi *in vitro* condotti su differenti linee cellulari di tumori umani (cancro della mammella, cancro polmonare a piccole cellule e non a piccole cellule, cancro dell'ovaio e differenti leucemie) e studi *in vivo* in differenti modelli sperimentali di tumore con tumori del topo, ratto e di origine umana (melanoma, cancro della mammella, sarcoma, linfoma, leucemia e cancro polmonare a piccole cellule).

Bendamustina cloridrato ha mostrato un profilo d'attività in linee di cellule tumorali umane differente da quello di altri agenti alchilanti. Il principio attivo ha rivelato una bassa o nulla resistenza crociata nelle linee cellulari di tumori umani con differenti meccanismi di resistenza, almeno in parte legati ad una interazione comparativamente persistente sul DNA. E' stato inoltre dimostrato in studi clinici che non sussiste una completa resistenza crociata della bendamustina con antracicline, agenti alchilanti o rituximab. Tuttavia il numero di pazienti valutati è esiguo

Leucemia linfatica cronica

L'indicazione per l'impiego nella leucemia linfatica cronica è supportata da un solo studio in aperto, che ha confrontato bendamustina con clorambucil. In questo studio prospettico, multicentrico, randomizzato sono stati inclusi 319 pazienti non precedentemente trattati con leucemia linfatica cronica stadio Binet B o C. Il trattamento di prima linea con bendamustina cloridrato 100 mg/m² i.v. nei giorni 1 e 2 (BEN) è stato confrontato con clorambucil 0,8 mg/kg nei giorni 1 e 15 (CLB), per 6 cicli in entrambi i gruppi di trattamento. Ai pazienti è stato somministrato allopurinolo al fine di prevenire la sindrome da lisi tumorale.

I pazienti con BEN hanno mostrato una sopravvivenza mediana libera da progressione significativamente più lunga rispetto a pazienti trattati con CLB (21,5 mesi versus 8,3 mesi, $p < 0,0001$ nell'ultimo follow-up). La sopravvivenza complessiva non ha mostrato una differenza statisticamente significativa (mediana non raggiunta). La durata mediana della remissione è stata 19 mesi con BEN e 6 mesi con CLB ($p < 0,0001$). La valutazione della sicurezza in entrambi i gruppi trattati non ha mostrato effetti indesiderati inaspettati per tipologia e frequenza. Il dosaggio di BEN è stato ridotto nel 34% dei pazienti. Il trattamento con BEN è stato interrotto nel 3,9% dei pazienti a seguito di reazioni allergiche.

Linfoma non-Hodgkin indolente

L'indicazione nel linfoma non-Hodgkin indolente si basa su due studi non controllati di fase II. Nel principale studio prospettico multicentrico in aperto, 100 pazienti con linfoma non-Hodgkin indolente a cellule B refrattario a rituximab in monoterapia o in associazione, sono stati trattati con BEN in monoterapia. I pazienti avevano ricevuto mediamente 3 cicli preliminari di chemioterapia o terapia biologica. Il numero mediano di cicli precedenti contenenti rituximab era 2. I pazienti non avevano mostrato risposta o erano progrediti entro 6 mesi dal trattamento con rituximab. Il dosaggio di BEN è stato 120 mg/m² i.v. nei giorni 1 e 2, pianificato per almeno 6

cicli. La durata del trattamento era legata alla risposta (6 cicli pianificati). Il tasso complessivo della risposta è stato del 75% includendo il 17% di risposte complete (CR e CRu) ed il 58% di risposte parziali, come valutato da un comitato revisore indipendente. La durata mediana della remissione è stata 40 settimane. BEN è stata generalmente ben tollerata quando somministrata con questo schema e questa dose.

L'indicazione è inoltre supportata da un altro studio prospettico multicentrico in aperto su 77 pazienti. La popolazione dei pazienti era più eterogenea e comprendeva linfomi non-Hodgkin indolenti o trasformati a cellule B refrattari a rituximab in monoterapia o in associazione. I pazienti non avevano risposta o erano progrediti entro i 6 mesi dal trattamento, o avevano avuto una reazione sfavorevole con il precedente trattamento con rituximab. I pazienti avevano ricevuto mediamente 3 precedenti cicli di chemioterapia o di terapia biologica. Il numero mediano dei precedenti cicli di terapia con rituximab era 2. Il tasso complessivo di risposta è stato del 76%, con una durata mediana di risposta di 5 mesi (29 settimane [95% CI 22,1– 43,1]).

Mieloma multiplo

In uno studio clinico prospettico multicentrico randomizzato in aperto, sono stati inclusi 131 pazienti con mieloma multiplo in fase avanzata (Durie–Salmon stadio II in progressione, o stadio III). La terapia di prima linea con bendamustina cloridrato associata a prednisone (BP) è stata confrontata ad un trattamento con melfalan e prednisone (MP). Né l'eleggibilità a trapianto, né la presenza di specifiche co-morbilità hanno influenzato l'inclusione dei pazienti nello studio. Il dosaggio usato è stato bendamustina cloridrato 150 mg/m² i.v. nei giorni 1 e 2, oppure melfalan 15 mg/m² i.v. nel giorno 1, ciascuno in associazione con prednisone. La durata del trattamento era dipendente dalla risposta, ed è stato mediamente di 6,8 cicli nel gruppo BP e 8,7 nel gruppo MP.

I pazienti trattati con BP hanno avuto una sopravvivenza mediana libera da progressione più lunga rispetto ai pazienti trattati con MP (15 mesi [95% CI 12-21] versus 12 mesi [95% CI 10-14]) (p = 0,0566). Il tempo mediano al fallimento del trattamento è stato 14 mesi nel gruppo trattato con BP e 9 mesi con MP. La durata della remissione è stata 18 mesi con il trattamento BP e 12 mesi con MP. La sopravvivenza globale non è stata significativamente differente (35 mesi con BP versus 33 mesi con MP). La tollerabilità in entrambi i gruppi di trattamento è stata in linea con il profilo di sicurezza conosciuto dei rispettivi medicinali, con una riduzione della dose significativamente maggiore nel gruppo trattato con BP.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Distribuzione

L'emivita di eliminazione $t_{1/2\beta}$ dopo 30 minuti di infusione i.v. di 120 mg/m² di superficie corporea in 12 soggetti è stata pari a 28,2 minuti.

Dopo 30 minuti di infusione i.v. il volume centrale di distribuzione è stato 19,3 l. In condizioni stabili a seguito di un'iniezione in bolo i.v., il volume di distribuzione è stato 15,8 – 20,5 l.

Oltre il 95% della sostanza è legata alle proteine plasmatiche (principalmente albumina).

Metabolismo

La principale via d'eliminazione di bendamustina è l'idrolisi a monoidrossi- e diidrossi-bendamustina. La formazione di Ndesmetil-bendamustina e gamma-idrossi-bendamustina da

parte del metabolismo epatico è ad opera del citocromo P450 (CYP) isoenzima 1A2. Un'altra importante via metabolica della bendamustina è la coniugazione con il glutatione.

Negli studi in vitro, bendamustina non inibisce CYP 1A4, CYP 2C9/10, CYP 2D6, CYP 2E1 e CYP 3A4.

Eliminazione

La clearance media totale dopo 30 minuti di infusione di 120 mg/m² di superficie corporea in 12 soggetti è stata 639,4 ml/min. Circa il 20% della dose somministrata è stata ritrovata nelle urine entro le 24 ore. Le quantità escrete nelle urine sono state nell'ordine: monoidrossi-bendamustina > bendamustina > diidrossi-bendamustina > metabolita ossidato > N-desmetil-bendamustina. Nella bile sono principalmente eliminati i metaboliti polari.

Compromissione epatica

In pazienti con il 30 – 70% di coinvolgimento tumorale del fegato e compromissione epatica lieve (bilirubina sierica < 1,2 mg/dl), il comportamento farmacocinetico non è cambiato. Non ci sono state significative differenze rispetto ai pazienti con normale funzione epatica e renale per quanto riguarda C_{max}, t_{max}, AUC, t_{1/2β}, volume di distribuzione e clearance. AUC e clearance corporea totale di bendamustina correlano inversamente con la bilirubina sierica.

Compromissione renale

Nei pazienti con clearance della creatinina > 10 ml/min, compresi i pazienti dipendenti da dialisi, non sono state osservate significative differenze rispetto a pazienti con normale funzione epatica e renale per quanto riguarda C_{max}, t_{max}, AUC, t_{1/2β}, volume di distribuzione e clearance.

Pazienti anziani

Soggetti di età fino a 84 anni sono stati inclusi negli studi di farmacocinetica. L'età più elevata non influenza la farmacocinetica di bendamustina.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Le reazioni avverse non osservate durante gli studi clinici, ma osservate in studi animali per livelli di esposizione simili all'esposizione clinica e con possibile rilevanza per uso clinico, sono state le seguenti:

Indagini istologiche nei cani hanno mostrato iperemia macroscopica della mucosa e emorragia nel tratto gastrointestinale. Indagini microscopiche hanno mostrato estese modifiche del tessuto linfatico, indicanti immunosoppressione e modifiche tubulari dei reni e testicoli, così come modifiche atrofiche necrotiche dell'epitelio della prostata.

Studi negli animali hanno mostrato che bendamustina è embriotossica e teratogena.

Bendamustina induce aberrazione dei cromosomi ed è mutagena in vivo come in vitro.

Bendamustina è risultata cancerogena in studi a lungo termine nei topi femmina.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Butilidrossitoluene
Macrogol 300

6.2 Incompatibilità

Questo prodotto medicinale non deve essere miscelato con altri prodotti, ad eccezione di quelli menzionati nel paragrafo 6.6.

6.3 Periodo di validità

2 anni.

Il concentrato deve essere diluito con soluzione di sodio cloruro allo 0,9%.

Dopo apertura del flaconcino

La stabilità chimica e fisica durante l'uso è stata dimostrata per 28 giorni a 2°-8°C.

Da un punto di vista microbiologico, una volta aperto il prodotto deve essere conservato per un massimo di 28 giorni a 2°-8°C. Altri tempi e condizioni di conservazione durante l'uso sono responsabilità dell'utilizzatore.

Soluzione per infusione

Dopo la ricostituzione e la diluizione, la stabilità chimica e fisica è stata dimostrata per 3,5 ore a 25°C/60°C RH e per 2 giorni da 2°C a 8°C in sacche di polietilene.

Da un punto di vista microbiologico, la soluzione diluita deve essere immediatamente usata. Se non usata immediatamente, i tempi di conservazione durante l'uso e le condizioni prima dell'uso sono responsabilità dell'utilizzatore.

La minimizzazione del rischio di contaminazione del flaconcino multidose durante il prelievo di ogni dose è responsabilità dell'utilizzatore. Registrare la data e l'ora del primo prelievo della dose sull'etichetta del flaconcino. Tra un utilizzo e l'altro, conservare il flaconcino alle condizioni di conservazione raccomandate di 2°-8°C.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Trasportare e conservare in frigorifero (2-8°C). Non congelare.
Tenere il flaconcino nell'imballaggio esterno per proteggere il medicinale dalla luce.

Per le condizioni di conservazione dopo diluizione del prodotto, vedere paragrafo 6.3.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Flaconcino di vetro ambrato di tipo I da 5 ml con tappo di gomma di 20 mm e sigillo flip-off di 20 mm.

Confezioni da 1 e 4 flaconcini.

È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione

Quando si maneggia STINRED deve essere evitata l'inalazione, il contatto con la pelle o il contatto con le mucose (indossare guanti ed abiti di protezione!). Parti del corpo contaminate devono essere accuratamente risciacquate con acqua e sapone, gli occhi devono essere risciacquati con soluzione fisiologica salina. Se possibile, si raccomanda di lavorare su speciali banchi da lavoro di sicurezza (flusso laminare) utilizzando foglio assorbente usa-e-getta impermeabile ai liquidi. Il personale in gravidanza deve essere escluso dal maneggiare citostatici

Il concentrato per soluzione per infusione deve essere diluito con soluzione iniettabile di sodio cloruro 9 mg/ml (0,9%) e poi somministrato tramite infusione intravenosa. Deve essere usata una tecnica asettica.

1. Diluizione

Prelevare in maniera asettica il volume necessario per la dose richiesta dal flaconcino di bendamustina 180 mg/4 ml. Diluire la dose totale raccomandata di STINRED con soluzione iniettabile di sodio cloruro allo 0,9% per produrre un volume finale di circa 500 ml.

Diluendo il prodotto va osservato che la concentrazione di bendamustina in STINRED è superiore a quella dei soliti concentrati di bendamustina ottenuti dalla ricostituzione di medicinali contenenti bendamustina in polvere.

STINRED deve essere diluito con soluzione di NaCl 0,9% e con nessun'altra soluzione iniettabile.

2. Somministrazione

La soluzione è somministrata tramite infusione intravenosa della durata di 30 - 60 min.

I flaconcini sono multidose.

Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivanti da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Dr. Reddy's Laboratories (UK) Ltd
6 Riverview Road,
Beverley, HU17 0LD,

Regno Unito

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

044583019 - "180 mg/4 ml concentrato per soluzione per infusione" 1 flaconcino in vetro da 5 ml

044583021 - "180 mg/4 ml concentrato per soluzione per infusione" 4 flaconcini in vetro da 5 ml

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione:

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Agenzia Italiana del Farmaco