

13. september 2024

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Bendamustinhydrochlorid "Accord", koncentrat til infusionsvæske, opløsning**

**0. D.SP.NR.**

28774

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Bendamustinhydrochlorid "Accord"

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

Hver ml indeholder bendamustinhydrochloridmonohydrat svarende til 25 mg bendamustinhydrochlorid.

Hvert hætteglas med 1 ml indeholder bendamustinhydrochloridmonohydrat svarende til 25 mg bendamustinhydrochlorid.

Hvert hætteglas med 4 ml indeholder bendamustinhydrochloridmonohydrat svarende til 100 mg bendamustinhydrochlorid.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

Koncentrat til infusionsvæske, opløsning (sterilt koncentrat).

Klar, farveløs til gullig opløsning.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

Førstevalgsbehandling af kronisk lymfatisk leukæmi (Binet stadium B eller C) til patienter, for hvem fludarabin-kombinationsbehandling ikke er hensigtsmæssig.

Indolent non-Hodgkin’s lymfom som monoterapi til patienter, hvis sygdom har udviklet sig i løbet af eller inden for 6 måneder efter behandling med rituximab, eller en behandling som indeholder rituximab.

Førstevalgsbehandling af multipelt myelom (Durie-Salmon stadium II med progression eller stadium III) i kombination med prednison til patienter over 65 år, som ikke er egnede til autolog stamcelletransplantation, og som har klinisk neuropati på diagnosetidspunktet, hvilket udelukker behandling med thalidomid eller bortezomib.

**4.2** **Dosering og administration**

Dosering

*Monoterapi til kronisk lymfatisk leukæmi*

100 mg/m² legemsoverflade bendamustinhydrochlorid på dag 1 og 2, hver 4. uge op til 6 gange.

*Monoterapi til indolent non-Hodgkin’s lymfom refraktær til rituximab*

120 mg/m² legemsoverflade bendamustinhydrochlorid på dag 1 og 2, hver 3. uge mindst 6 gange.

*Multipelt myelom*

120-150 mg/m² legemsoverflade bendamustinhydrochlorid på dag 1 og 2, 60 mg/m² legemsoverflade prednison intravenøst eller oralt på dag 1-4, hver 4. uge mindst 3 gange.

*Nedsat leverfunktion*

Baseret på farmakokinetiske data er det ikke nødvendigt at tilpasse dosis til patienter med let nedsat leverfunktion (serum-bilirubin <1,2 mg/dl). Der anbefales dosisreduktion på 30 % hos patienter med moderat nedsat leverfunktion (serum-bilirubin 1,2-3,0 mg/dl).

Der findes ingen data for patienter med svært nedsat leverfunktion (serum-bilirubin >3,0 mg/dl) (se pkt. 4.3).

*Nedsat nyrefunktion*

Baseret på farmakokinetiske data er det ikke nødvendigt at tilpasse dosis til patienter med en kreatinin-clearance på >10 ml/min. Der er begrænset erfaring med patienter med svært nedsat nyrefunktion.

*Pædiatrisk population*

Bendamustinhydrochlorid bør ikke anvendes til børn, da der ikke er dokumentation for sikkerhed og effekt hos børn. De nuværende tilgængelige data er ikke tilstrækkelige til at kunne lave en doseringsanbefaling.

*Ældre*

Der er ingen tegn på, at dosisjustering er nødvendig til ældre (se pkt. 5.2).

Administration

Til intravenøs infusion over 30-60 minutter (se pkt. 6.6).

Infusionen skal indgives under tilsyn af en erfaren læge med specialviden om anvendelse af kemoterapeutika.

Ringe knoglemarvsfunktion er relateret til øget kemoterapi-induceret, hæmatologisk toksicitet. Behandlingen bør ikke påbegyndes, hvis leukocyttallet og/eller trombocyttallet er faldet til <3.000/µl, henholdsvis <75.000/µl (se pkt. 4.3).

Behandlingen bør standses eller udsættes, hvis leukocyttallet og/eller trombocyttallet er faldet til henholdsvis <3.000/µl eller <75.000/µl. Behandlingen kan fortsættes, når leukocyttallet er steget til >4.000/µl og trombocyttallet til >100.000/µl.

Nadir for leukocytter og trombocytter nås efter 14-20 dage med regeneration efter 3-5 uger. Det anbefales at føre nøje kontrol med blodbilledet i den behandlingsfri periode (se pkt. 4.4).

I tilfælde af ikke-hæmatologisk toksicitet skal dosisreduktioner baseres på værste CTC-grad i det foregående behandlingsforløb. En 50 % dosisreduktion anbefales ved CTC-toksicitet af grad 3. Det anbefales at afbryde behandlingen i tilfælde af CTC-toksicitet af grad 4.

Hvis patienten har behov for dosisjustering, skal den individuelt beregnede, reducerede dosis gives på dag 1 og 2 i det respektive behandlingsforløb.

For instruktioner om fortynding af lægemidlet før administration, se pkt. 6.6.

**4.3 Kontraindikationer**

* Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1.
* I ammeperioden.
* Svær nedsat leverfunktion (serum-bilirubin >3,0 mg/dl).
* Gulsot.
* Svær knoglemarvshæmning og alvorlige ændringer i blodbilledet (leukocyt- og/eller trombocyttal faldet til <3.000/µl, henholdsvis <75.000/µl).
* Større kirurgiske indgreb mindre end 30 dage inden start på behandlingen
* Infektioner, specielt i forbindelse med leukopeni.
* Vaccination mod gul feber.

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

Knoglemarvshæmning

Patienter, som behandles med bendamustinhydrochlorid, kan få knoglemarvshæmning. Ved behandlingsrelateret knoglemarvshæmning skal leukocytter, trombocytter, hæmoglobin og neutrofilocytter kontrolleres mindst 1 gang om ugen. Før start på næste behandlingsforløb anbefales følgende parametre: Leukocyt- og trombocyttallet >4.000/µl, henholdsvis >100.000/µl.

Infektioner

Alvorlige og fatale infektioner er set ved brug af bendamustinhydrochlorid, herunder bakterie (sepsis, pneumoni) og opportunistiske infektioner som f.eks. *Pneumocystis jirovecii*-pneumoni (PJP), varicella zoster-virus (VZV) og cytomegalovirus (CMV). Tilfælde af progressiv multifokal leukoencefalopati (PML), herunder letale tilfælde, er blevet rapporteret efter brug af bendamustin, primært i kombination med rituximab eller obinutuzumab. Behandling med bendamustinhydrochlorid kan forårsage langvarig lymfocytopeni (<600/μl) og lave værdier af CD4-positive T-celler (T-hjælper celler) (<200/μl) i mindst 7-9 måneder efter afsluttet behandling. Lymfocytopeni og fald i CD4-positive T-celler er mere udtalt, når bendamustin kombineres med rituximab.

Patienter med lymfopeni og lave værdier af CD-4 positive celler efter behandling med bendamustinhydrochlorid er mere modtagelige for (opportunistiske) infektioner. I tilfælde af lave værdier af CD4-positive T-celler (<200/μl) bør profylakse af *Pneumocystis jirovecii*-pneumoni (PJP) overvejes.

Alle patienterne skal derfor overvåges for respiratoriske tegn og symptomer under hele behandlingen. Patienter bør rådes til at rapportere nye symptomer på infektioner, herunder feber og symptomer fra luftvejene, med det samme. Afbrydelse af behandlingen med bendamustinhydrochlorid skal overvejes ved tegn på (opportunistiske) infektioner.

Tag PML i betragtning i differentialdiagnosen hos patienter med nye eller forværrede neurologiske, kognitive eller adfærdsmæssige tegn eller symptomer. Hvis der er mistanke om PML, bør der foretages passende diagnostiske evalueringer, og behandlingen bør indstilles, indtil PML er udelukket.

Reaktivering af hepatitis B

Reaktivering af hepatitis B hos patienter, der er kroniske bærere af denne virus, er set efter administration af bendamustinhydrochlorid. I nogle tilfælde er der set akut leversvigt eller dødsfald. Patienter bør testes for HBV-infektion, før bendamustinhydrochlorid-behandling påbegyndes. Eksperter i leversygdomme og hepatitis B-behandling bør konsulteres, før behandlingen af patienter, der er testet positive for hepatitis B påbegyndes (herunder patienter med aktiv sygdom), samt hvis en patient testes positiv for HBV-infektion under behandlingen. Bærere af HBV, der skal behandles med bendamustinhydrochlorid, bør overvåges nøje for tegn og symptomer på aktiv HBV-infektion under hele behandlingen og i flere måneder efter afslutningen af behandlingen (se pkt. 4.8).

Hudreaktioner

Der er rapporteret et antal hudreaktioner. Disse inkluderer udslæt, svære hudreaktioner og bulløs eksantem. Tilfælde af Stevens-Johnsons Syndrom (SJS) og toksisk epidermal nekrolyse (TEN) og medikamentelt udslæt med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS), hvoraf nogle har haft døden til følge, er rapporteret ved brug af bendamustinhydrochlorid. Patienterne bør vejledes i tegn og symptomer på disse reaktioner af deres ordinerende læger og bør instrueres i øjeblikkeligt at søge lægehjælp, hvis de udvikler disse symptomer. Nogle reaktioner forekom, når bendamustinhydrochlorid blev givet i kombination med andre anticancer-præparater, så den præcise sammenhæng er uvis. Når der optræder hudreaktioner, kan de progrediere og forværres ved yderligere behandling. Hvis hudreaktionerne progredierer, bør bendamustin pauseres eller seponeres. Ved alvorlige hudreaktioner, hvor der mistænkes sammenhæng relateret til bendamustinhydrochlorid, bør behandlingen seponeres.

Hjertesygdom

Under behandling med bendamustinhydrochlorid skal koncentrationen af kalium i blodet hos patienter med hjertesygdom nøje kontrolleres, og der skal gives kaliumtilskud ved K+ <3,5 mEq/l, og der skal udføres EKG. Fatale tilfælde af myokardieinfarkt og hjertesvigt er rapporteret ved behandling med bendamustinhydrochlorid. Patienter med samtidig eller tidligere hjertesygdom bør derfor observeres nøje.

Kvalme, opkastning

Der kan gives et antiemetikum til symptomatisk behandling af kvalme og opkastning.

Tumorlysesyndrom

Der er set tumorlysesyndrom (TLS)hos patienter behandlet med bendamustin i kliniske undersøgelser. Indtræden tenderer mod at ske inden for 48 timer efter første dosis bendamustin og kan uden indgriben føre til akut nyresvigt og død. Forebyggende tiltag som f.eks. tilstrækkelig væsketerapi, tæt kontrol af blodbilledet, i særdeleshed kalium- og urinsyreniveauer, og brug af hypourikæmiske midler (allopurinol og rasburicase) bør overvejes inden behandlingen. Der er dog set nogle få tilfælde af Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse ved samtidig indgift af bendamustin og allopurinol.

Anafylakse

Der er ofte forekommet infusionsreaktioner mod bendamustinhydrochlorid i kliniske studier. Symptomerne er generelt lette og omfatter feber, kulderystelser, kløe og udslæt. I sjældne tilfælde er set alvorlige, anafylaktiske og anafylaktoide reaktioner. Patenter skal spørges om symptomer, der kan tyde på infusionsreaktioner efter deres første behandlingsomgang. Forholdsregler til at undgå alvorlige reaktioner, inklusive antihistaminer, antipyretika og kortikosteroider skal overvejes i efterfølgende behandlingsrunder til patienter, der tidligere har oplevet infusionsreaktioner.

Patienter, som fik allergiske reaktioner af grad 3 eller værre, blev typisk ikke genbehandlet.

Prævention

Bendamustinhydrochlorid er teratogent og mutagent.

Kvinder bør ikke blive gravide under behandling. Mandlige patienter bør søge rådgivning om sædopbevaring før behandling med bendamustinhydrochlorid på grund af risiko for irreversibel infertilitet.

Ekstravasation

Ved ekstravasation skal infusionen standses omgående. Kanylen skal fjernes efter kort aspiration. Derefter skal det påvirkede vævsområde afkøles. Armen skal lejres højt. Yderligere behandlinger som f.eks. anvendelse af kortikosteroider har ikke vist entydig gavn.

Non-melanomhudcancer

I kliniske studier er der observeret en øget risiko for non-melanom hudcancer (basalcellecarcinom og pladecellecarcinom) hos patienter, der blev behandlet med regimer indeholdende bendamustin. Periodisk hudundersøgelse anbefales til alle patienter, især patienter med risikofaktorer for hudcancer.

Fortynding

Bendamustinhydrochlorid "Accord" kræver passende fortynding før brug. Koncentrationen af ​​bendamustin i Bendamustinhydrochlorid "Accord" adskiller sig fra andre bendamustin præparater (se pkt. 6.6 for yderligere vejledning om fortynding).

**4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion**

Der er ikke udført *in-vivo* interaktionsstudier.

Ved kombination af bendamustin med knoglemarvshæmmende substanser kan knoglemarvspåvirkningen af bendamustin og/eller de samtidigt administrerede lægemidler forstærkes. Enhver behandling, som forværrer patientens almentilstand eller som forringer knoglemarvsfunktionen, kan øge toksiciteten af bendamustin.

Kombination af bendamustin med cyclosporin eller tacrolimus kan medføre for høj immunsuppression med risiko for lymfoproliferation.

Cytostatika kan reducere dannelsen af antistoffer efter vaccination med levende virus og øge risikoen for infektion, som kan være livstruende. Denne risiko er øget hos personer, hvor immunsystemet allerede er undertrykt af deres underliggende sygdom.

Bendamustins metabolisering involverer cytochrom P450 (CYP) 1A2 isoenzym (se pkt. 5.2). Derfor er der potentiale for interaktion med CYP1A2 inhibitorer som fluvoxamin, ciprofloxacin, acyclovir eller cimetidin.

Pædiatrisk population

Interaktionsstudier er kun udført for voksne.

**4.6** **Fertilitet, graviditet og amning**

Graviditet

Erfaringsgrundlaget for anvendelse af bendamustin til gravide er ringe. I non-kliniske studier var bendamustinhydrochlorid embryo- og fosterletalt, teratogent og genotoksisk (se pkt. 5.3). Derfor bør bendamustin ikke anvendes under graviditet, medmindre det er strengt nødvendigt. Moderen bør informeres om risikoen for fosteret. Hvis behandling med bendamustin er absolut nødvendig under graviditet, eller hvis der indtræffer graviditet under behandling, bør patienten informeres om risikoen for det ufødte barn og overvåges tæt. Muligheden for genetisk rådgivning bør overvejes.

Prævention til mænd og kvinder

Kvinder i den fødedygtige alder skal rådes til at undgå graviditet under behandling og i mindst 6 måneder efter den sidste dosis. Mænd med kvindelige partnere i den fødedygtige alder skal rådes til at anvende effektiv prævention under behandling med bendamustin og i mindst 3 måneder efter den sidste dosis.

Fertilitet

Kvinder i den fødedygtige alder skal anvende effektive metoder til forebyggelse af svangerskab både før og under behandling med bendamustin.

Mænd i behandling med bendamustin rådes til at søge rådgivning om sædopbevaring, før opstart af behandling på grund af risiko for irreversibel infertilitet ved behandling med bendamustin (se pkt. 4.4)**.**

Amning

Det vides ikke om bendamustin udskilles i brystmælk, hvorfor bendamustin er kontraindiceret under amning (se pkt. 4.3). Amningen skal indstilles under behandling med bendamustin.

**4.7** **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner**

Ikke mærkning.

Bendamustinhydrochlorid "Accord" påvirker i væsentlig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner Der er rapporteret ataksi, perifer neuropati og somnolens under behandling med Bendamustinhydrochlorid "Accord" (se pkt. 4.8).

Patienter bør instrueres om, at hvis de oplever disse symptomer, bør de undgå potentielt farlige opgaver som at køre bil og bruge maskiner.

**4.8 Bivirkninger**

De mest almindelige bivirkninger ved bendamustinhydrochlorid er hæmatologiske bivirkninger (leukopeni, trombopeni), dermatologisk toksicitet (allergiske reaktioner), almene symptomer (feber), gastrointestinale symptomer (kvalme, opkastning).

Nedenstående skema viser data rapporteret ved brug af bendamustinhydrochlorid.

| **MedDRA systemorgan-klasse** | **Meget almindelig**  **≥1/10** | **Almindelig**  **≥1/100 til <1/10** | **Ikke almindelig**  **≥1/1.000 til <1/100** | **Sjælden** **≥1/10.000 til <1/1.000** | **Meget sjælden**  **<1/10. 000** | **Ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhånden-værende data).** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Infektioner og parasitære sygdomme | Infektion NOS inklusive opportunistis­ke infektioner (fx. herpes zoster, cytomegalo­virus, hepatitis B) |  | Pneumo-cystis jirovecii-pneumoni | Sepsis | Primær atypisk lungebetænd­else |  |
| Benigne, maligne og uspecificerede tumorer (inklusive cyster og polypper) |  | Tumorlyse-syndrom | Myelodys-plastisk syndrom, akut myeloid leukæmi |  |  |  |
| Blod- og lymfesystem | Leukopeni NOS, trombocyto-peni, Lymfopeni | Blødning, anæmi, neutropeni | Pancytopeni | Knoglemarvs-insufficiens | Hæmolyse |  |
| Immun­systemet |  | Overfølsom­hed NOS |  | Anafylaktisk reaktion, anafylaktoid reaktion | Anafylaktisk shock |  |
| Nerve- systemet | Hovedpine | Søvnløshed, svimmelhed |  | Somnolens,  afoni | Dysgeusi, paræstesi, perifer sensorisk neuropati, antikolinergt syndrom, neurologiske lidelser, ataksi, encefalit |  |
| Hjerte |  | Kardiel dysfunktion så som palpita­tioner, angina pectoris, arytmi | Perikardie-effusion, myokardie-infarkt, hjertestop |  | Takykardi | Atrieflimren |
| Vaskulære sygdomme |  | Hypotension, hypertension |  | Akut kredsløbs-svigt | Flebitis |  |
| Luftveje, thorax og mediastinum |  | Nedsat lungefunk-tion |  |  | Lungefibrose | Lungebetændel-se, pulmonal alveolær blødning |
| Mave-tarm-kanalen | Kvalme, opkastning | Diarré, obstipation, stomatitis |  |  | Hæmoragisk øsofagit, gastrointes-tinal blødning |  |
| Hud og subkutane væv |  | Alopeci, hudlidelser NOS, urticaria |  | Erytem, dermatitis, pruritus, makulopa-puløst udslæt, hyperhidrose |  | Stevens-Johnsons Syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (TEN), Medikamentelt udslæt med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS)\* |
| Det reproduktive system og mammae |  | Amenoré |  |  | Infertilitet |  |
| Nyrer og urinveje |  |  |  |  |  | Nyresvigt, nefrogen diabetes insipidus |
| Lever og galdeveje |  |  |  |  |  | Leversvigt |
| Almene symptomer og reaktioner på administrati-onsstedet | Slimhinde-betændelse, træthed, pyreksi | Smerte, kulderystel-ser, dehydre-ring, anoreksi |  |  | Multi-organsvigt |  |
| Undersøgelser | Fald i hæmoglobin, stigning i creatinin, stigning i urinstof | Stigning i ASAT/ALAT, stigning i basisk fosfatase, stigning i bilirubin, hypokaliæmi |  |  |  |  |

NOS = ikke specificeret på anden vis

(\* = kombinationsbehandling med rituximab)

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

Der er rapporteret isolerede tilfælde af nekrose efter utilsigtet, ekstravaskulær administration og tumorlyse-syndrom og anafylaksi.

Risikoen for akut myelodysplastisk syndrom og akut myeloid leukæmi er øget hos patienter, der behandles med alkylerende midler (herunder bendamustin). Den sekundære malignitet kan udvikles flere år efter, at kemoterapien er seponeret.

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via

Lægemiddelstyrelsen

Axel Heides Gade 1

DK-2300 København S

Websted: www.meldenbivirkning.dk

**4.9 Overdosering**

Efter indgift af en 30 minutters infusion af bendamustin en gang hver tredje uge var den maksimalt tolererede dosis (MTD) 280 mg/m². Kardielle hændelser af CTC-grad 2, der var forenelige med iskæmiske EKG-forandringer, blev anset for dosisbegrænsende.

I et efterfølgende studie med 30 minutters infusion af bendamustin på dag 1 og 2 hver tredje uge lå MTD på 180 mg/m2. Den dosisbegrænsende toksicitet var grad 4 trombocytopeni. Kardiel toksicitet var ikke dosisbegrænsende i dette forløb.

Modforanstaltninger

Der er ikke nogen specifik antidot. Som effektive modforanstaltninger for at kontrollere hæmatologiske bivirkninger kan man foretage knoglemarvstransplantation og transfusioner (trombocytter, erytrocytkoncentrater) eller give hæmatologiske vækstfaktorer.

Bendamustinhydrochlorid og dets metabolitter er dialyserbare i mindre grad.

**4.10 Udlevering**

BEGR (kun til sygehuse)

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Farmakoterapeutisk klassifikation: Antineoplastisk, alkylerende middel.  
ATC-kode: L 01 AA 09.

Bendamustinhydrochlorid er et alkylerende, antineoplastisk middel med unik virkning. Den antineoplastiske og celledræbende virkning af bendamustinhydrochlorid er i det væsentlige baseret på krydsbindinger mellem DNA-enkelt- og dobbeltstrenge gennem alkylering. Herved forringes DNA matrixfunktion, syntese og reparation. Bendamustinhydrochlorids antitumorvirkning er blevet påvist i mange *in-vitro* undersøgelser med forskellige humane tumorcellelinier (brystcancer, ikke-småcellet og småcellet lungecancer, ovariekarcinomer og forskellige typer leukæmi) og *in-vivo* i forskellige eksperimentelle tumormodeller med tumorer fra mus, rotter og mennesker (melanomer, brystcancer, sarkomer, lymfomer, leukæmi og småcellet lungecancer).

Bendamustinhydrochlorid viste en aktivitetsprofil i humane tumorcellelinier, som var forskellig fra andre alkylerende midlers. Den aktive substans har ingen eller kun meget ringe krydsresistens i humane tumorcellelinier med forskellige resistensmekanismer i det mindste delvist på grund af forholdsmæssigt vedvarende interaktion med DNA. Derudover er der i kliniske studier påvist, at der ikke er nogen komplet krydsresistens mellem bendamustin med antracykliner, alkylerende midler eller rituximab. Antallet af undersøgte patienter er dog lille.

Kronisk lymfatisk leukæmi

Indikationen til anvendelse for kronisk lymfatisk leukæmi underbygges af et enkelt åbent studie, hvor bendamustin sammenlignes med chlorambucil. 319 ikke tidligere behandlede, men behandlingskrævende patienter med kronisk lymfatisk leukæmi Binet stadium B eller C blev inkluderet i den prospektive, randomiserede multicenterundersøgelse. Førstevalgsbehandling med bendamustinhydrochlorid 100 mg/m² intravenøst på dag 1 og 2 (BEN) blev sammenlignet med behandling med chlorambucil 0,8 mg/kg på dag 1 og 15 (CLB) for 6 forløb i begge arme. Patienterne fik allopurinol for at forhindre tumorlysesyndrom.

Patienter med BEN-behandling har en signifikant længere gennemsnitlig progressionsfri overlevelse end patienter med CLB-behandling (21,5 mod 8,3 måneder, p<0,0001 i den seneste opfølgning). Total overlevelse var ikke statistisk signifikant forskellig (gennemsnit blev ikke nået). ). Gennemsnitlig remissionsvarighed er 19 måneder med BEN og 6 måneder med CLB-behandling (p<0,0001). Sikkerhedsevalueringen i begge behandlingsarme viste ingen uventede, uønskede virkninger i art eller frekvens. BEN-dosen blev reduceret hos 34 % af patienterne. Behandling med BEN blev afbrudt hos 3,9 % af patienterne på grund af allergiske reaktioner.

Indolent non-Hodgkin’s lymfom

Indikationen for indolent non-Hodgkin’s lymfom bygger på to ukontrollerede fase II undersøgelser.

100 patienter med indolent B-celle non-Hodgkin’s lymfom refraktær til rituximab mono- eller kombinationsbehandling blev i den væsentlige prospektive, åbne multicenterundersøgelse behandlet med BEN monoterapi. Patienterne fik i gennemsnit 3 tidligere kemoterapiforløb eller biologiske behandlingsforløb. Gennemsnitstallet var 2 for tidligere behandlingsforløb med rituximab. Patienterne viste ingen respons eller progression inden for 6 måneder efter rituximab-behandling. Dosis bestod af BEN 120 mg/m² intravenøst på dag 1 og 2 planlagt for mindst 6 forløb. Behandlingens varighed afhang af respons (6 forløb planlagt). Den totale responsrate var 75 % inklusive 17 % komplette (CR og CRu) og 58 % partielle respons vurderet af en uafhængig bedømmelseskommité. Den gennemsnitlige varighed af remissionen var 40 uger. BEN var generelt veltolereret givet i disse doser og efter dette tidsskema.

Indikationen underbygges yderligere af en anden prospektiv, åben multicenterundersøgelse med 77 patienter. Patientsammensætningen var mere heterogen med blandt andet indolent eller transformeret B-celle non-Hodgkin’s lymfom refraktær til rituximab mono- eller kombinationsbehandling. Patienterne havde ingen respons eller progression inden for 6 måneder eller havde en uheldig reaktion på forudgående rituximab-behandling. Patienterne fik i gennemsnit 3 tidligere kemoterapiforløb eller biologiske behandlingsforløb. Gennemsnitstallet var 2 for tidligere behandlingsforløb med rituximab. Den totale reponsrate var 76 % med et gennemsnit for responsvarighed på 5 måneder (29 [95 % Cl 22,1, 43,1] uger).

Multipelt myelom

131 patienter med fremskreden myelomatose (Durie-Salmon stadium II med progression eller stadium III) blev inkluderet i en prospektiv, randomiseret, åben multicenterundersøgelse. Førstevalgsbehandling med bendamustinhydrochlorid i kombination med prednison (BP) blev sammenlignet med behandling med melphalan og prednison (MP). Tolerabiliteten i begge behandlingsarme var i overensstemmelse med den kendte sikkerhedsprofil for de respektive lægemidler med signifikant flere dosisreduktioner i BP-armen. Dosis bestod af bendamustinhydrochlorid 150 mg/m² intravenøst på dag 1 og 2 eller melphalan 15 mg/m² intravenøst på dag 1, begge i kombination med prednison. Behandlingens varighed afhang af respons og var i gennemsnit 6,8 forløb i BP- og 8,7 forløb i MP-gruppen.

Patienter i BP-behandling har en længere gennemsnitlig progressionsfri overlevelse end patienter i MP-behandling (15 [95 % Cl 12-21] versus 12 [95 % Cl 10-14] måneder) (p=0,0566). Gennemsnitlig tid til manglende virkning af behandling er 14 måneder ved BP- og 9 måneder ved MP-behandling. Remissionsvarigheden er 18 måneder med BP- og 12 måneder med MP-behandling. Forskellen i total overlevelse er ikke signifikant (35 måneder BP versus 33 måneder MP). Tolerabiliteten i begge behandlingsarme var på linje med den kendte sikkerhedsprofil for de respektive lægemidler med signifikant større dosisreduktion i BP-armen.

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Fordeling

Eliminationshalveringstiden t1/2ß efter 30 minutters intravenøs infusion af 120 mg/m² overflade i 12 forsøgspersoner var 28,2 minutter.

Efter 30 minutters intravenøs infusion var det centrale fordelingsvolumen 19,3 l. Under steady-state betingelser efter intravenøs bolusinjektion var fordelingsvolumen 15,8-20,5 l.

Mere end 95 % af stoffet er bundet til plasmaproteiner (især albumin).

Biotransformation

Bendamustinhydrochlorid udskilles hovedsageligt via hydrolyse til monohydroxy- og dihydroxy-bendamustin. Dannelsen af N-desmethyl-bendamustin og gamma-hydroxy-bendamustin via metabolisering i leveren involverer cytochrom P450 (CYP) 1A2 isoenzym. En anden væsentlig metaboliseringsvej for bendamustin involverer konjugation med glutation.

*In-vitro* bendamustin hæmmer ikke CYP 1A4, CYP 2C9/10, CYP 2D6, CYP 2E1 og CYP 3A4.

Elimination

Middelværdien for den totale clearance efter 30 minutters intravenøs infusion af 120 mg/m² kropsoverflade i 12 forsøgspersoner var 639,4 ml/minut. Omkring 20 % af den givne dosis blev genfundet i urinen inden for 24 timer. Mængder udskilt i urin var i følgende rækkefølge monohydroxy-bendamustin > bendamustin > dihydroxy-bendamustin > oxideret metabolit > N-desmethyl-bendamustin. Gennem galden udskilles især polære metabolitter.

Nedsat leverfunktion

For patienter med 30-70 % tumorpåvirkning af leveren og let nedsat leverfunktion (serum bilirubin <1,2 mg/dl) var farmakokinetik ikke ændret. Der var ingen signifikante forskelle fra patienter med normal lever- og nyrefunktion med hensyn til Cmax, tmax, AUC, t1/2ß, fordelingsvolumen og clearance. AUC og totalclearance for bendamustin er omvendt proportional med serum bilirubin.

Nedsat nyrefunktion

Hos patienter med creatinin-clearance >10 ml/min, inklusive dialyseafhængige patienter, kunne der ikke observeres signifikante forskelle fra patienter med normal lever- og nyre-funktion med hensyn til Cmax, tmax, AUC, t1/2ß, fordelingsvolumen og clearance.

Ældre

Forsøgspersoner på op til 84 år var inkluderet i de farmakokinetiske undersøgelser. Høj alder påvirker ikke bendamustins farmakokinetik.

**5.3** **Non-kliniske sikkerhedsdata**

Der er ikke observeret bivirkninger i kliniske studier, men i dyrestudier blev der efter eksponeringsniveauer, der svarer til kliniske eksponeringsniveauer og med mulig klinisk relevans, set:

Histologiske undersøgelser af hunde viste makroskopisk synlig hyperæmi af slimhinden og blødninger i gastrointestinalkanalen. Mikroskopiundersøgelser viste udtalte forandringer i det lymfatiske væv som indikerer immunosuppression og tubulære forandringer af nyrer og testikler samt atrofiske, nekrotiske forandringer i prostataepitelet.

Dyrestudier har vist, at bendamustin er embryotoksisk og teratogent.

Bendamustin inducerer kromosomaberrationer og er mutagent *in-vivo* såvel som *in-vitro*. I langtidsundersøgelser med hunmus er bendamustin karcinogent.

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Butylhydroxytoluen (E321)

Macrogol

**6.2 Uforligeligheder**

Dette lægemiddel må ikke blandes med andre lægemidler end dem, der er anført under pkt. 6.6.

**6.3 Opbevaringstid**

2 år.

Anbrudt hætteglas

Kemisk, fysisk og mikrobiologisk stabilitet efter åbning er dokumenteret i 28 dage ved 2 til 8 °C. Efter anbrud kan præparatet opbevares i højst 28 dage ved 2 til 8 °C.

Infusionsopløsning

Kemisk og fysisk stabilitet efter fortynding er dokumenteret i 3,5 timer ved 25 ºC og 2 dage ved 2 til 8 °C i polyethylenposer.

Ud fra et mikrobiologisk synspunkt skal præparatet bruges med det samme. Anvendelse af andre opbevaringstider og -betingelser er på brugerens eget ansvar.

Det er brugerens ansvar at minimere risikoen for kontaminering af multidosis-hætteglasset under optrækning af hver dosis. Dato og klokkeslæt for den første optrækning af dosis skal noteres på hætteglassets etiket. Mellem brug må præparatopløsningen ikke fortyndes med vand til injektionsvæsker eller fortyndingsvæske. Flerdosishætteglasset skal stilles tilbage i den anbefalede opbevaringstilstand på 2 til 8°C.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

Opbevares i køleskab og transporteres nedkølet (2 °C – 8 °C).

Må ikke nedfryses.

Opbevaringsforhold efter fortynding af lægemidlet, se pkt. 6.3.

**6.5** **Emballagetype og pakningsstørrelser**

Hætteglas med 1 ml (hætteglasvolumen på 2 ml): Ravfarvet hætteglas med chlorobutyl-gummiprop og aluminiumsforsegling med rød flip off-hætte af plastik uden præg. Hætteglassene er beklædt med et beskyttende omslag.

Hætteglas med 4 ml (hætteglasvolumen på 6 ml): Ravfarvet hætteglas med chlorobutyl-gummiprop og rød aluminiumsforsegling med hvid flip-off-hætte af plastik uden præg.

Hætteglaset er beklædt med et beskyttende omslag.

Pakningsstørrelser: 1 og 5 hætteglas.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

**6.6** **Regler for bortskaffelse og anden håndtering**

Ved håndteringen af Bendamustinhydrochlorid "Accord" skal inhalation, kontakt med hud eller slimhinder undgås (anvend handsker, beskyttende tøj!). Kontaminerede steder på kroppen skal vaskes omhyggeligt med vand og sæbe, øjne skal skylles med fysiologisk saltopløsning. Det anbefales så vidt muligt at arbejde ved særlige sikkerhedsarbejdsborde (laminar flow) med væskeuigennemtrængelig, sugende engangsfolie. Ansatte, som er gravide, skal udelukkes fra arbejde med cytostatika.

Koncentratet til infusionsvæske, opløsning, skal fortyndes med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) injektionsvæske, opløsning og derefter indgives ved intravenøs infusion. Der skal anvendes aseptisk teknik.

Fortynding

Træk aseptisk den nødvendige mængde krævet til den ønskede dosis op fra hætteglasset med Bendamustinhydrochlorid "Accord" 25 mg/ml. Fortynd den samlede anbefalede dosis af Bendamustinhydrochlorid "Accord" 25 mg/ml med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) injektionsvæske, opløsning for at opnå et slutvolumen på ca. 500 ml.

**Ved fortynding af præparatet skal det bemærkes, at koncentrationen (25 mg/ml) af bendamustin i Bendamustinhydrochlorid "Accord" er højere end i sædvanlige bendamustinkoncentrater som følge af rekonstitution af lægemidler, der indeholder bendamustinpulver.**

Bendamustinhydrochlorid "Accord" 25 mg/ml skal fortyndes med 0,9 % NaCl-opløsning og ikke med andre opløsninger til injektion.

Den anbefalede fortynding resulterer i en klar, farveløs til gullig opløsning, praktisk talt fri for synlige partikler.

Præparatet skal inspiceres før brug. Ved inspektion er synlige partikler i opløsningen eller misfarvning af opløsningen et tegn på forringelse. Forringet lægemiddel må ikke anvendes.

Administration

Opløsningen indgives ved intravenøs infusion over 30-60 minutter.

Hætteglasset er til flergangsbrug.

Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

**7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

Accord Healthcare B.V.

Winthontlaan 200

3526 KV Utrecht

Holland

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)**

64275

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

21. august 2014 (pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning 2,5 mg/ml)

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

13. september 2024