

 29. januar 2025

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Dimethyl fumarate "Glenmark", hårde enterokapsler**

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

32924

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Dimethyl fumarate "Glenmark"

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

120 mg

Hver hård enterokapsel indeholder 120 mg dimethylfumarat.

240 mg

Hver hård enterokapsel indeholder 240 mg dimethylfumarat.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

Hårde enterokapsler (enterokapsler)

120 mg

20 mm, størrelse ‘1’, hård gelatinekapsel, med hvid, uigennemsigtig krop præget med ‘307’ med sort blæk og blå hætte præget med ‘G’ med sort blæk, indeholdende hvide til råhvide runde minitabletter.

240 mg

22 mm, størrelse ‘0’, hård gelatinekapsel, med blå krop præget med ‘308’ med sort blæk og blå hætte præget med ‘G’ med sort blæk, indeholdende hvide til råhvide runde minitabletter.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

Dimethyl fumarate "Glenmark" er indiceret til behandling af voksne og pædiatriske patienter i alderen 13 år og derover med relapsing-remitterende multipel sklerose (RRMS).

**4.2 Dosering og administration**

Behandling skal påbegyndes under supervision af en læge med erfaring i behandling af multipel sklerose.

**Dosering**

Startdosis er 120 mg to gange daglig. Efter 7 dage øges dosis til den anbefalede vedligeholdelsesdosis på 240 mg to gange daglig (se pkt. 4.4).

Hvis en patient glemmer en dosis, må der ikke tages en dobbeltdosis. Patienten må kun tage den glemte dosis, hvis doserne kan tages med 4 timers mellemrum. Ellers skal patienten vente indtil den næste planlagte dosis.

En midlertidig dosisreduktion til 120 mg to gange daglig kan reducere forekomsten af rødme og gastrointestinale bivirkninger. Den anbefalede vedligeholdelsesdosis på 240 mg to gange daglig bør genoptages inden for 1 måned.

Dimethyl fumarate "Glenmark" skal tages sammen med mad (se pkt. 5.2). Hos de patienter, der måtte opleve rødme eller gastrointestinale bivirkninger, kan indtagelse af Dimethyl fumarate "Glenmark" sammen med mad forbedre tolerancen (se pkt. 4.4, 4.5 og 4.8).

Særlige populationer

*Ældre*

Der foreligger begrænsede data fra de kliniske studier om anvendelse af Dimethyl fumarate "Glenmark" hos patienter fra og med 55 år, og studierne inkluderede ikke et tilstrækkeligt antal patienter fra og med 65 år til at kunne fastslå, om de reagerer anderledes end yngre patienter (se pkt. 5.2). Baseret på det aktive stofs virkningsmekanisme er der intet teoretisk grundlag for, at dosisjustering hos ældre er nødvendig.

*Nyre- og leverinsufficiens*

Dimethyl fumarate "Glenmark" ikke blevet undersøgt hos patienter mednyre- eller leverinsufficiens. Baseret på kliniske, farmakologiske studier er dosisjustering ikke nødvendig (se pkt. 5.2). Der skal udvises forsigtighed ved behandling af patienter med alvorlig nyre- eller leverinsufficiens (se pkt. 4.4).

*Pædiatrisk population*

Doseringen er den samme hos voksne og pædiatriske patienter i alderen 13 år og derover.

De foreliggende data er beskrevet i pkt. 4.8, 5.1 og 5.2.

Der foreligger begrænsede data for børn i alderen 10-12 år.

Dimethyl fumarate "Glenmarks" sikkerhed og virkning hos børn under 10 år er endnu ikke klarlagt.

**Administration**

Til oral anvendelse.

Kapslen skal sluges hel. Kapslen eller dens indhold må ikke knuses, deles, opløses, suttes eller tygges, da minitabletternes syreresistente overtræk forebygger gastrointestinal irritation.

**4.3 Kontraindikationer**

Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1.

Formodet eller bekræftet progressiv multifokal leukoencefalopati (PML).

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

Blodprøver/laboratorietests

Der er set ændringer i laboratorieværdier på nyreparametre i kliniske forsøg hos patienter behandlet med dimethylfumarat (se pkt. 4.8). Den kliniske betydning af disse ændringer kendes ikke. Vurdering af nyrefunktion (f.eks. kreatinin, blodureanitrogen og urinundersøgelse) anbefales inden behandlingsstart, 3 og 6 måneder efter behandlingsstart og derefter hver 6. til 12. måned samt på klinisk indikation.

Lægemiddelinduceret leverskade, herunder forhøjede leverenzymer (≥ 3 øvre normalgrænse, *upper limit of normal* (ULN)) og forhøjede niveauer af total bilirubin (≥ 2 ULN), kan forekomme som følge af behandling med dimethylfumarat. Dette kan opstå umiddelbart, efter adskillige uger eller efter længere tid. Det er observeret, at bivirkningerne ophørte efter seponering af behandlingen. En vurdering af niveauerne af serum-aminotransferaser (f.eks. alaninaminotransferase (ALAT), aspartataminotransferase (ASAT) og total bilirubin anbefales før behandlingsstart og under behandlingen, efter klinisk indikation.

Patienter behandlet med Dimethyl fumarate "Glenmark" kan udvikle lymfopeni (se pkt. 4.8). Inden behandling med dimethylfumarat skal der foretages en aktuel komplet blodtælling, der inkluderer lymfocytter.

Hvis lymfocyttallet ligger under normalområdet, skal en grundig evaluering af mulige årsager være gennemført, før behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" indledes. Dimethylfumarat er ikke blevet undersøgt hos patienter med eksisterende lave lymfocyttal, og der skal udvises forsigtighed ved behandling af disse patienter. Dimethyl fumarate "Glenmark" bør ikke påbegyndes hos patienter med svær lymfopeni (lymfocyttal < 0,5 × 109/l).

Efter behandlingsstart skal der foretages komplet blodtælling, der inkluderer lymfocytter, hver 3 måned.

På grund af en øget risiko for progressiv multifokal leukoencefalopati (PML) anbefales særlig overvågning af patienter med lymfopeni som følger:

* Dimethyl fumarate "Glenmark" bør seponeres hos patienter med langvarig, svær lymfopeni (lymfocyttal < 0,5 × 109/l), der varer i mere end 6 måneder.
* Benefit/risk-forholdet ved behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" hos patienter med vedvarende moderat nedsat absolut lymfocyttal ≥ 0,5 × 109/l og < 0,8 × 109/l, der varer mere end 6 måneder, skal revurderes.
* Hos patienter med lymfocyttal under nedre normalgrænse (*lower limit of normal* (LLN)) som fastsat i den lokale laboratoriereference, anbefales regelmæssig kontrol af det absolutte lymfocyttal. Øvrige faktorer, der kan øge den individuelle PML-risiko yderligere, bør overvejes (se underpunktet om PML nedenfor).

Lymfocyttallene skal følges indtil normalisering (se pkt. 5.1). Efter normalisering, og hvis der ikke er andre behandlingsmuligheder, skal beslutningen om at genstarte behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" efter behandlingsafbrydelse baseres på et klinisk skøn.

Magnetisk resonansskanning (MR-skanning)

Før behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" indledes, skal en *baseline*-MR-skanning være til rådighed (sædvanligvis inden for 3 måneder) som reference. Behovet for yderligere MR-scanning bør overvejes i overensstemmelse med nationale og lokale anbefalinger. MR-billeddiagnostik kan overvejes som en del af en nøjere overvågning af patienter, der menes at have en øget risiko for PML. Skulle der være klinisk mistanke om PML, skal MR-skanning foretages med det samme til diagnostisk formål.

Progressiv multifokal leukoencefalopati (PML)

Der er indberettet PML hos patienter behandlet med Dimethyl fumarate "Glenmark" (se pkt. 4.8). PML er en opportunistisk infektion, forårsaget af John Cunningham-virus (JCV). PML kan være dødelig eller resultere i svær invaliditet.

Der er observeret tilfælde af PML ved behandling med dimethylfumarat og andre lægemidler, der indeholder fumarater, hos patienter med lymfopeni (lymfocyttal under LLN). Moderat til svær, langvarig lymfopeni synes at øge risikoen for PML med Dimethyl fumarate "Glenmark". Dog kan risikoen ikke udelukkes hos patienter med let lymfopeni.

Øvrige faktorer, der kan bidrage til en øget risiko for PML i forbindelse med lymfopeni er:

* varigheden af behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark". Der er forekommet tilfælde af PML efter cirka 1 til 5 års behandling, selvom det nøjagtige forhold med behandlingsvarigheden er ukendt.
* udtalte fald i CD4+ og især i CD8+ T-celletal, som er vigtige for immunforsvaret (se pkt. 4.8), og
* tidligere immunsuppressiv eller immunmodulatorisk behandling (se nedenfor).

Læger skal evaluere deres patienter for at afgøre, om symptomerne indikerer neurologisk dysfunktion, og, hvis dette er tilfældet, om disse symptomer er typiske for MS eller kan være tegn på PML.

Ved det første tegn eller symptom, der tyder på PML, bør Dimethyl fumarate "Glenmark" seponeres, og der skal udføres passende diagnostiske evalueringer, herunder undersøgelse af cerebrospinalvæsken for JCV-DNA ved hjælp af den kvantitative PCR-teknik (*Polymerase Chain Reaction*). Symptomer på PML kan ligne et MS-attak. Typiske symptomer forbundet med PML er forskellige, udvikles i løbet af dage eller uger og omfatter progressiv svaghed i den ene side af kroppen eller klodsethed af lemmer, synsforstyrrelser og ændret tankegang, hukommelse og orientering, hvilket fører til forvirring og personlighedsændringer. Læger skal navnlig være opmærksomme på symptomer, der tyder på PML, som patienten muligvis ikke selv bemærker. Patienten skal også rådgives om at informere sin partner eller omsorgspersoner om behandlingen, da de kan bemærke symptomer, som patienten ikke selv er klar over.

PML kan kun opstå, hvis patienten har JCV-infektion. Man skal være opmærksom på, at det ikke er undersøgt, om lymfopeni har indflydelse på nøjagtigheden af testning af serum for anti-JVC-antistoffer hos patienter behandlet med dimethylfumarat. Det skal også bemærkes, at en negativ anti-JVC-antistoftest (ved tilstedeværelsen af normale lymfocyttal) ikke udelukker muligheden for senere JCV-infektion.

Hvis en patient udvikler PML, skal Dimethyl fumarate "Glenmark" seponeres permanent.

Tidligere behandling med immunsuppressive eller immunmodulerende præparater

Der er ikke udført studier, som evaluerer Dimethyl fumarate "Glenmarks" virkning og sikkerhed hos patienter, der er skiftet fra andre sygdomsmodificerende behandlinger til Dimethyl fumarate "Glenmark". Det er muligt, at tidligere immunsuppressiv behandling kan have indflydelse på udviklingen af PML hos patienter behandlet med dimethylfumarat.

Der er observeret tilfælde af PML hos patienter, der tidligere havde været i behandling med natalizumab, som er kendt for at medføre en risiko for udvikling af PML. Læger bør være opmærksomme på, at tilfælde af PML, der optræder kort tid efter seponering af natalizumab, ikke nødvendigvis er ledsaget af lymfopeni.

Endvidere er størstedelen af bekræftede PML-tilfælde i forbindelse med Dimethyl fumarate "Glenmark" indtruffet hos patienter, der tidligere har gennemgået immunmodulerende behandling.

Når patienter skifter fra en anden sygdomsmodificerende behandling til Dimethyl fumarate "Glenmark", skal den anden terapis halveringstid og virkningsmekanisme tages i betragtning for at undgå en additiv immuneffekt og samtidig nedsætte risikoen for reaktivering af MS. Det anbefales at foretage en komplet blodtælling, før behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark"indledes og regelmæssigt under behandlingen (se Blodprøver/laboratorietests ovenfor).

Alvorlig nyre- og leverinsufficiens

Dimethyl fumarate "Glenmark" er ikke blevet undersøgt hos patienter med alvorlig nyre- eller leverinsufficiens, og der skal derfor udvises forsigtighed ved brug hos disse patienter (se pkt. 4.2).

Alvorlig, aktiv gastrointestinal sygdom

Dimethyl fumarate "Glenmark" er ikke blevet undersøgt hos patienter med alvorlig, aktiv gastrointestinal sygdom, og der skal derfor udvises forsigtighed hos disse patienter.

Rødme (*flushing*)

I kliniske studier har 34 % af Dimethyl fumarate "Glenmark"-behandlede patienter oplevet rødme. Hos hovedparten af de patienter, der oplevede rødme, var sværhedsgraden let til moderat. Data fra studier med raske frivillige tyder på at rødme relateret til dimethylfumarat sandsynligvis er medieret via prostaglandin. Et kort behandlingsforløb med 75 mg acetylsalicylsyre uden entero-overtræk kan gavne patienter, der er påvirket af intolerabel rødme (se pkt. 4.5). I to studier med raske frivillige blev forekomsten og sværhedsgraden af rødme reduceret i doseringsperioden.

I kliniske studier oplevede 3 ud af i alt 2.560 patienter behandlet med dimethylfumarat alvorlig rødme, der formodentlig var overfølsomheds- eller anafylaktoide reaktioner. Tilfældene var ikke livstruende, men førte til indlæggelse. Ordinerende læger og patienter skal være opmærksomme på dette i tilfælde af svær blussen eller rødme (se pkt. 4.2, 4.5 og 4.8).

Anafylaktiske reaktioner

Tilfælde med anafylaksi/anafylaktoide reaktioner er blevet rapporteret efter administration af Dimethyl fumarate "Glenmark" hos patienter efter markedsføringen. Symptomerne kan inkludere dyspnø, hypoksi, hypotension, angioødem, udslæt eller nældefeber. Mekanismen bag anafylaksi induceret af dimethylfumarat er ikke kendt. Generelt opstår disse reaktioner efter den første dosis, men de kan også opstå når som helst i løbet af behandlingen og kan være alvorlige og livstruende. Patienterne skal informeres om, at de skal afbryde behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" og straks søge lægehjælp, hvis de oplever tegn eller symptomer på anafylaksi. Behandlingen må ikke genoptages (se pkt. 4.8).

Infektioner

I placebokontrollerede fase III-studier var forekomsten af infektioner (60 % mod*.* 58 %) og alvorlige infektioner (2 % mod 2 %) sammenlignelig hos patienter behandlet med henholdsvis Dimethyl fumarate "Glenmark" og placebo.

På grund af Dimethyl fumarate "Glenmarks" immunmodulerende egenskaber (se pkt. 5.1) skal det imidlertid overvejes at seponere behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark", hvis patienten udvikler en alvorlig infektion, og fordele og risici skal revurderes, før behandlingen genoptages. Patienter, der får Dimethyl fumarate "Glenmark", skal informeres om at indberette symptomer på infektioner til en læge. Patienter med alvorlige infektioner bør ikke starte behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark", før infektionen/infektionerne er overstået.

Der blev ikke observeret øget forekomst af alvorlige infektioner hos patienter med lymfocyttal < 0,8 × 109/l eller < 0,5 × 109/l (se pkt. 4.8). Hvis behandling fortsættes hos patienter med moderat til svær, langvarig lymfopeni, kan risikoen for en opportunistisk infektion, herunder PML, ikke udelukkes (se pkt. 4.4, underafsnittet om PML).

Herpes zoster-infektioner

Der er forekommet tilfælde af herpes zoster med Dimethyl fumarate "Glenmark". De fleste af tilfældene var ikke alvorlige, men der er indberettet alvorlige tilfælde, herunder dissemineret herpes zoster, herpes zoster ophthalmicus, herpes zoster oticus, neurologisk herpes zoster-infektion, herpes zoster-meningoencefalitis og herpes zoster-meningomyelitis. Disse tilfælde kan forekomme når som helst under behandlingen.

Overvåg patienter, der tager Dimethyl fumarate "Glenmark", for tegn og symptomer på herpes zoster, især hvis der er rapporteret samtidig lymfocytopeni. Dersom der forekommer herpes zoster, skal der administreres en egnet behandling mod herpes zoster. Overvej at pausere Dimethyl fumarate "Glenmark"-behandlingen hos patienter med alvorlige infektioner, indtil infektionen er overstået (se pkt. 4.8).

Påbegyndelse af behandlingen

Behandlingen med Dimethyl fumarate "Glenmark" skal startes gradvist for at reducere forekomsten af rødme og gastrointestinale bivirkninger (se pkt. 4.2).

Fanconis syndrom

Der er indberettet tilfælde af Fanconis syndrom for et lægemiddel indeholdende dimethylfumarat i kombination med andre fumarsyreestere. En tidlig diagnosticering af Fanconis syndrom og seponering af dimethylfumarat-behandlingen er vigtig for at forhindre opståen af nyreinsufficiens og osteomalaci, da syndromet normalt er reversibelt. De vigtigste tegn er proteinuri, glukosuri (med normale blodsukkerniveauer), hyperaminoaciduri og fosfaturi (muligvis samtidigt med hypofosfatæmi). Progression kan omfatte symptomer såsom polyuri, polydipsi og proksimal muskelsvaghed. I sjældne tilfælde kan der forekomme hypofosfatæmisk osteomalaci med ikke-lokaliserede knoglesmerter, forhøjet alkalisk fosfatase i serum og stress-frakturer.

Det skal fremhæves, at Fanconis syndrom kan forekomme uden forhøjede kreatininniveauer eller lav glomerulær filtrationshastighed. I tilfælde af uklare symptomer bør Fanconis syndrom overvejes, og passende undersøgelser foretages.

Pædiatrisk population

Sikkerhedsprofilen for pædiatriske patienter svarer kvalitativt til den for voksne, og advarslerne og forsigtighedsreglerne gælder derfor også for de pædiatriske patienter. Se pkt. 4.8 for kvantitative forskelle i sikkerhedsprofilen.

Dimethylfumarats langtidssikkerhed hos den pædiatriske population er endnu ikke klarlagt.

**Dimethyl fumarate "Glenmark" indeholder natrium**

Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. kapsel, dvs. det er i det væsentlige natriumfrit.

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

Dimethyl fumarate "Glenmark" er ikke blevet undersøgt i kombination med antineoplastiske eller immunsuppressive terapier, og der skal derfor udvises forsigtighed ved samtidig administration. I kliniske studier af multipel sklerose blev samtidig kortvarig, intravenøs kortikosteroid-behandling af attakker ikke forbundet med en klinisk relevant stigning i infektioner.

Samtidig administration af ikke-levende vacciner i henhold til nationale vaccinationsprogrammer kan overvejes under behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark". I et klinisk studie med deltagelse af i alt 71 patienter med relapsing-remitterende multipel sklerose som fik 240 mg Dimethyl fumarate "Glenmark" to gange daglig i mindst 6 måneder (n=38) eller ikke-pegyleret interferon i mindst 3 måneder (n=33) sås et sammenligneligt immunrespons (defineret som en ≥ fordobling af titer fra før til efter vaccinationen) over for tetanustoksoid (recall-antigen) og en konjugeret meningokok C polysaccharid-vaccine (neoantigen). Immunresponset over for forskellige serotyper af en ukonjugeret 23-valent pneumokok polysaccharid-vaccine (T-celle-uafhængigt antigen) varierede imidlertid i begge behandlingsgrupper. Et positivt immunrespons defineret som en ≥ firedobling af antigentiter over for de tre vacciner, blev opnået hos færre personer i begge behandlingsgrupper. Der sås små numeriske forskelle i responset over for tetanustoksoid og pheumokok serotype 3-polysaccharid i ikke-pegyleret interferons favør.

Der foreligger ingen kliniske data om effekt og sikkerhed ved levende, svækkede vacciner hos patienter, der får Dimethyl fumarate "Glenmark". Levende vacciner kan medføre en øget risiko for klinisk infektion og bør ikke gives til patienter i behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark" medmindre denne potentielle risiko i ganske særlige tilfælde anses for at blive opvejet af risikoen for den enkelte ved ikke at blive vaccineret.

Under behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark"bør samtidig brug af andre fumarsyrederivater (topiske eller systemiske) undgås.

Hos mennesker metaboliseres dimethylfumarat ekstensivt af esteraser, inden det når systemkredsløbet, og der sker en yderligere metabolisering vha. tricarboxylsyrecyklussen uden involvering af CYP-systemet. Der blev ikke identificeret potentielle risici for interaktion med andre lægemidler i *in vitro*-studier af CYP-hæmning og -induktion, et p-glykoprotein-studie eller studier af dimethylfumarats og monomethylfumarats proteinbinding (en primær metabolit af dimethylfumarat).

Hyppigt anvendte lægemidler til patienter med multipel sklerose, intramuskulær interferon beta-1a og glatirameracetat, blev testet klinisk for potentielle interaktioner med dimethylfumarat og ændrede ikke dimethylfumarats farmakokinetiske profil.

Evidens fra studier med raske frivillige tyder på at rødme relateret til Dimethyl fumarate "Glenmark" sandsynligvis er medieret via prostaglandin. I to studier med raske frivillige medførte administration af 325 mg (eller ækvivalent hermed) acetylsalicylsyre uden entero-overtræk, 30 minutter før Dimethyl fumarate "Glenmark" med administration i henholdsvis 4 dage og 4 uger, ikke en ændring i Dimethyl fumarate "Glenmark" farmakokinetiske profil. Det bør overvejes, om der er potentielle risici i forbindelse med acetylsalicylsyrebehandling før samtidig administration af Dimethyl fumarate "Glenmark" hos patienter med relapsing-remitterende MS. Langvarig (> 4 uger) vedvarende brug af acetylsalicylsyre er ikke blevet undersøgt (se pkt. 4.4 og 4.8).

Samtidig behandling med nefrotoksiske lægemidler (såsom aminoglykosider, diuretika, non-steroide antiinflammatoriske lægemidler eller lithium) kan øge risikoen for renale bivirkninger (f.eks. proteinuri, se pkt. 4.8) hos patienter, der tager Dimethyl fumarate "Glenmark" (se pkt. 4.4 Blodprøver/laboratorietests).

Indtagelse af moderate mængder alkohol øgede ikke eksponeringen for dimethylfumarat og var ikke forbundet med flere bivirkninger. Indtagelse af store mængder stærke alkoholiske drikke (mere end 30 volumen-% alkohol) bør undgås inden for en time efter indtagelse af Dimethyl fumarate "Glenmark", da alkohol kan medføre en øget hyppighed af gastrointestinale bivirkninger.

*In vitro*-studier af CYP-induktion viste ikke interaktion mellem Dimethyl fumarate "Glenmark" og p‑piller. I et *in vivo*-studie medførte samtidig administration af Dimethyl fumarate "Glenmark" og et oralt præventionsmiddel (norgestimat og etinylestradiol) ingen relevant ændring i virkningen af det orale præventionsmiddel. Der er ikke udført interaktionsstudier med orale præventionsmidler med andre progestogener, men det forventes ikke, at Dimethyl fumarate "Glenmark" påvirker deres virkning.

Pædiatrisk population

Interaktionsstudier er kun udført hos voksne.

**4.6 Fertilitet, graviditet og amning**

Graviditet

Der er ingen eller utilstrækkelige data fra anvendelse af dimethylfumarat til gravide kvinder. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet (se pkt. 5.3). Dimethyl fumarate "Glenmark" bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontraception (se pkt. 4.5). Dimethyl fumarate "Glenmark" bør kun anvendes under graviditet, hvis det er strengt nødvendigt, og den potentielle fordel for kvinden opvejer den potentielle risiko for fosteret.

Amning

Det er ukendt, om dimethylfumarat eller dets metabolitter udskilles i human mælk. En risiko for nyfødte/spædbørn kan ikke udelukkes. Det skal besluttes, om amning eller behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark" skal ophøre, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til de terapeutiske fordele for moderen.

Fertilitet

Der er ingen data om virkningerne af dimethylfumarat på fertiliteten hos mennesker. Data fra non-kliniske studier tyder ikke på, at dimethylfumarat er forbundet med en øget risiko for nedsat fertilitet (se pkt. 5.3).

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

Ikke mærkning.

Dimethyl fumarate "Glenmark" påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. Der er ikke foretaget studier af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner, men der blev ikke set virkninger, der potentielt påvirker denne evne, i relation til dimethylfumarat i kliniske studier.

**4.8 Bivirkninger**

Resumé af sikkerhedsprofilen

De hyppigste bivirkninger (incidens ≥ 10 %) hos patienter behandlet med dimethylfumarat var rødme og gastrointestinale gener (dvs. diarré, kvalme, abdominalsmerter, smerter i den øverste del af abdomen). Rødme og gastrointestinale gener er tilbøjelige til at opstå tidligt i behandlingen (primært den første måned), og hos patienter, der får disse bivirkninger, kan de forekomme med mellemrum under den fortsatte behandling med Dimethyl fumarate "Glenmark". De hyppigst rapporterede bivirkninger, som førte til seponering (incidens > 1 %) hos patienter behandlet med Dimethyl fumarate "Glenmark", var rødme (3 %) og gastrointestinale lidelser (4 %).

I placebokontrollerede og ikke-kontrollerede kliniske studier har i alt 2.513 patienter fået dimethylfumarat-kapsler i perioder på op til 12 år med en total eksponering, der svarer til 11.318 personår. I alt 1.169 patienter har fået mindst 5 års behandling med dimethylfumarat-kapsler, og 426 patienter har fået mindst 10 års behandling med dimethylfumarat-kapsler. Erfaringen fra ikke-kontrollerede kliniske forsøg svarer til erfaringen fra de placebokontrollerede kliniske forsøg.

Resumé af bivirkninger i tabelform

Bivirkninger, som er fremkommet fra kliniske studier, sikkerhedsstudier efter markedsføring og spontane rapporter, er angivet i tabellen nedenfor.

Bivirkningerne er angivet med MedDRA-foretrukne termer i henhold til MedDRA-systemorganklassen. Forekomsten af bivirkninger herunder udtrykkes i henhold til følgende kategorier:

* 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 (hyppighed kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MedDRA-systemorganklasse** | **Bivirkning** | **Hyppighedskategori** |
| Infektioner og parasitære sygdomme | Gastroenteritis  | Almindelig |
| Progressiv multifokal leukoencefalopati (PML)  | Ikke kendt |
| Herpes zoster | Ikke kendt |
| Blod og lymfesystem | Lymfopeni | Almindelig |
| Leukopeni | Almindelig |
| Trombocytopeni  | Ikke almindelig |
| Immunsystemet | Overfølsomhed | Ikke almindelig |
| Anafylaksi | Ikke kendt |
| Dyspnø | Ikke kendt |
| Hypoksi | Ikke kendt |
| Hypotension | Ikke kendt |
| Angioødem | Ikke kendt |
| Nervesystemet | Brændende fornemmelse | Almindelig |
| Vaskulære sygdomme | Rødme (*flushing*) | Meget almindelig |
| Hedestigning | Almindelig |
| Luftveje, thorax og mediastinum | Rinorré | Ikke kendt |
| Mave-tarm-kanalen | Diarré | Meget almindelig |
| Kvalme | Meget almindelig |
| Smerter i den øverste del af abdomen | Meget almindelig |
| Abdominalsmerter | Meget almindelig |
| Opkastning | Almindelig |
| Dyspepsi | Almindelig |
| Gastritis | Almindelig |
| Gastrointestinale gener | Almindelig |
| Lever og galdeveje | Forhøjet aspartataminotransferase | Almindelig |
| Forhøjet alaninaminotransferase | Almindelig |
| Lægemiddelinduceret leverskade | Ikke kendt |
| Hud og subkutane væv | Pruritus | Almindelig |
| Udslæt | Almindelig |
| Erytem | Almindelig |
| Alopeci | Almindelig |
| Nyrer og urinveje | Proteinuri | Almindelig |
| Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet | Varmefølelse | Almindelig |
| Undersøgelser | Ketoner i urinen | Meget almindelig |
| Albuminuri | Almindelig |
| Forhøjet antal hvide blodlegemer | Almindelig |

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

*Rødme (flushing)*

I de placebokontrollerede studier var hyppigheden af rødme (34 % *versus* 4 %) og hedestigning (7 % *versus* 2 %) højere hos patienter behandlet med dimethylfumarat-kapsler sammenlignet med placebo. Rødme beskrives sædvanligvis som rødme eller hedestigning, men kan inkludere andre gener (f.eks. varme, rødlige pletter, kløe og brændende fornemmelse). Rødme er tilbøjelig til at starte tidligt under behandlingen (primært den første måned), og kan hos patienter, som oplever rødme, optræde med mellemrum under hele Dimethyl fumarate "Glenmark"-behandlingen. Hos patienter med rødme var bivirkningen let til moderat hos flertallet. I alt 3 % af patienterne behandlet med dimethylfumarat afbrød behandlingen pga. rødme. Hyppigheden af alvorlig rødme, som kan kendetegnes ved generaliseret erytem, udslæt og/eller pruritus, blev set hos under 1 % af patienterne behandlet med dimethylfumarat (se pkt. 4.2, 4.4 og 4.5).

*Mave-tarm-kanalen*

Hyppigheden af gastrointestinale gener (f.eks. diarré [14 % *versus* 10 %], kvalme [12 % *versus* 9 %], øvre abdominalsmerter [10 % *versus* 6 %], abdominalsmerter [9 % *versus* 4 %], opkastning [8 % *versus* 5 %] og dyspepsi [5 % *versus* 3 %]) var højere hos de patienter, der fik dimethylfumarat, sammenlignet med placebo. Gastrointestinale gener er tilbøjelige til at begynde tidligt i behandlingen (primært den første måned) og kan hos patienter, som oplever gastrointestinale gener, optræde med mellemrum under hele Dimethyl fumarate "Glenmark"-behandlingen. Hos hovedparten af de patienter, der oplevede gastrointestinale gener, var de lette til moderate. Fire procent af patienterne behandlet med dimethylfumarat afbrød behandlingen pga. gastrointestinale hændelser. Alvorlige gastrointestinale hændelser, herunder gastroenteritis og gastritis, blev set hos 1 % af patienterne behandlet med dimethylfumarat (se pkt. 4.2).

*Leverfunktion*

Baseret på data fra placebokontrollerede studier havde størstedelen af de patienter, der oplevede en stigning, leveraminotransferaser, som lå under 3 gange den øvre normalgrænse (ULN). Den øgede hyppighed af forhøjede leveraminotransferaser hos patienter behandlet med dimethylfumarat i forhold til placebo sås primært i de første 6 måneder af behandlingen. Der blev set forhøjet alaninaminotransferase og aspartataminotransferase ≥ 3 gange ULN hos henholdsvis 5 % og 2 % af patienterne behandlet med placebo og hos 6 % og 2 % af patienterne behandlet med dimethylfumarat. Seponering på grund af forhøjede leveraminotransferaser var < 1 % og sammenlignelig hos patienter behandlet med dimethylfumarat eller placebo. Forhøjede aminotransferaser ≥ 3 gange ULN med samtidige forhøjelser i total bilirubin > 2 gange ULN blev ikke observeret i placebokontrollerede studier.

Forhøjede leverenzymer og tilfælde med lægemiddelinduceret leverskade (forhøjelser i aminotransferaser ≥ 3 gange ULN med samtidige forhøjelser i total bilirubin > 2 gange ULN) er blevet rapporteret efter markedsføring efter administration af dimethylfumarat. Forhøjelserne ophørte, efter behandlingen blev seponeret.

*Lymfopeni*

I de placebokontrollerede studier havde de fleste patienter (> 98 %) normale lymfocytværdier inden behandlingsstart. Ved behandling med dimethylfumarat faldt de gennemsnitlige lymfocyttal i løbet af det første år, hvorefter de nåede et plateau. I gennemsnit faldt lymfocyttallene cirka 30 % under *baseline*-værdien. Middel og mediane lymfocyttal forblev inden for normalgrænserne. Lymfocyttal < 0,5 × 109/l blev observeret hos < 1 % af de placebo-behandlede patienter og hos 6 % af de dimethylfumarat-behandlede patienter. Et lymfocyttal < 0,2 × 109/l blev observeret hos 1 dimethylfumarat-behandlet patient og hos ingen af de placebo-behandlede patienter.

I kliniske studier (både kontrollerede og ikke-kontrollerede) optrådte lymfopeni hos 41 % af patienterne i behandling med dimethylfumarat (defineret i disse studier som < 0,91 × 109/l). Let lymfopeni (lymfocyttal ≥ 0,8 × 109/l til < 0,91 × 109/l) blev observeret hos 28 % af patienterne, moderat lymfopeni (lymfocyttal ≥ 0,5 × 109/l til < 0,8 × 109/l), der varede ved i mindst seks måneder, blev observeret hos 11 % af patienterne, og svær lymfopeni (lymfocyttal < 0,5 × 109/l), der varede ved i mindst seks måneder, blev observeret hos 2 % af patienterne. I gruppen med svær lymfopeni forblev størstedelen af lymfocyttallene < 0,5 × 109/l ved fortsat behandling.

Derudover viste et ikke-kontrolleret, prospektivt studie efter markedsføring efter 48 ugers behandling med dimethylfumarat (n=185) en reduktion af CD4+ T-celler, der var moderat (antal ≥ 0,2 × 109/l til < 0,4 × 109/l) eller svær (< 0,2 × 109/l) hos op til henholdsvis 37 % eller 6 % af patienterne, mens CD8+ T-celler blev hyppigere reduceret hos op til 59 % af patienterne med antal < 0,2 × 109/l og 25 % af patienterne med antal < 0,1 × 109/l). I kontrollerede og ikke-kontrollerede kliniske studier blev patienter, der seponerede behandling med dimethylfumarat med lymfocyttal under den nedre normalgrænse (*Lower Limit of Normal -* LLN), overvåget for normalisering af lymfocyttal til LLN (se pkt. 5.1).

*Infektioner, herunder PML og opportunistiske infektioner*

Tilfælde af infektioner med John Cunningham-virus (JCV), der forårsagede progressiv multifokal leukoencefalopati (PML), er blevet indberettet i forbindelse med behandling med dimethylfumarat (se pkt. 4.4). PML kan være dødelig eller resultere i svær invaliditet. I et af de kliniske studier udviklede en patient i behandling med dimethylfumarat PML i koeksistens med svær, langvarig lymfopeni (lymfocyttal fortrinsvis < 0,5 × 109/l i 3,5 år) med dødelig udgang. Efter markedsføringen er PML ligeledes observeret i koeksistens med moderat og let lymfopeni (> 0,5 × 109/l til < LLN som fastsat i den lokale laboratoriereference).

I adskillige PML-tilfælde med bestemmelse af T-celleundergrupper på tidspunktet for PML-diagnosen viste CD8+ T-celletallene sig at være nedsat til < 0,1 × 109/l, hvor reduktionen i CD4+ T-celletallene varierede (fra < 0,05 til 0,5 × 109/l) og korrelerede mere med den samlede sværhedsgrad af lymfopeni (< 0,5 × 109/l til < LLN). Derfor var CD4+/CD8+-forholdet øget hos disse patienter.

Moderat til svær, langvarig lymfopeni synes at øge risikoen for PML ved behandling med dimethylfumarat. Dog er PML også observeret hos patienter med let lymfopeni. Endvidere er størstedelen af tilfældene af PML efter markedsføringen indtruffet hos patienter > 50 år.

Der er indberettet herpes zoster-infektioner ved brug af dimethylfumarat. I et igangværende langtidsforlængelsesstudie, hvor 1.736 MS-patienter bliver behandlet med dimethylfumarat, oplevede cirka 5 % af patienterne et eller flere tilfælde af herpes zoster, hvoraf hovedparten var af let til moderat sværhedsgrad. De fleste patienter, herunder de, der oplevede en alvorlig herpes zoster-infektion, havde lymfocyttal over den nedre normalgrænse. Hos størstedelen af individer med koeksisterende lymfocyttal under LLN blev lymfopenien vurderet som moderat eller svær. Efter markedsføring var de fleste tilfælde af herpes zoster-infektion ikke alvorlige og ophørte ved behandling. Der er begrænsede tilgængelige data om absolut lymfocyttal (*absolute lymphocyte count* - ALC) hos patienter med herpes zoster-infektion efter markedsføringen. Når det blev indberettet, oplevede de fleste patienter imidlertid moderat (≥ 0,5 × 109/l til 0,8 × 109/l) eller svær (< 0,5 × 109/l til 0,2 × 109/l) lymfopeni (se pkt. 4.4).

*Laboratorieabnormiteter*

I de placebokontrollerede studier var måling af ketoner i urinen (1+ eller højere) højere hos patienter behandlet med dimethylfumarat (45 %) sammenlignet med placebo (10 %). Der blev ikke observeret nogen negative kliniske konsekvenser i de kliniske forsøg.

Niveauet af 1,25-dihydroxyvitamin D faldt hos patienter behandlet med dimethylfumarat sammenlignet med placebo (mediant fald i procent fra *baseline* efter 2 år på henholdsvist 25 % *versus* 15 %), og niveauet for parathyroideahormon (PTH) steg hos patienter behandlet med dimethylfumarat sammenlignet med placebo (median stigning i procent fra *baseline* efter 2 år på henholdsvist 29 % *versus* 15 %). Middelværdierne for begge parametre forblev inden for normalværdierne.

Der blev set en forbigående stigning i middel-eosinofiltallene i løbet af behandlingens første 2 måneder.

Pædiatrisk population

I et 96-ugers åbent, randomiseret studie med aktiv kontrol hos pædiatriske patienter med RRMS i alderen 10 til under 18 år (120 mg to gange daglig i 7 dage efterfulgt af 240 mg to gange daglig i resten af behandlingsperioden; sikkerhedstudie population, n=78) viste sikkerhedsprofilen for pædiatriske patienter sig at svare til den, der tidligere er observeret for voksne patienter.

Det pædiatriske kliniske studiedesign var ikke det samme som for de placebokontrollerede kliniske studier hos voksne. Det kan derfor ikke udelukkes, at det kliniske studiedesign har bidraget til numeriske forskelle i bivirkninger mellem den pædiatriske og voksne population.

Følgende bivirkninger blev indberettet hyppigere (≥ 10 %) hos den pædiatriske population end hos den voksne population:

* Hovedpine blev indberettet hos 28 % af patienterne, der blev behandlet med dimethylfumarat, *versus* hos 36 % af patienterne, der blev behandlet med interferon beta-1a.
* Lidelser i mave-tarm-kanalen blev indberettet hos 74 % af patienterne, der blev behandlet med dimethylfumarat, *versus* hos 31 % af patienterne, der blev behandlet med interferon beta-1a. Blandt disse var abdominalsmerter og opkastning de hyppigst indberettede med dimethylfumarat.
* Lidelser i luftveje, thorax og mediastinum blev indberettet hos 32 % af patienterne, der blev behandlet med dimethylfumarat, *versus* hos 11 % af patienterne, der blev behandlet med interferon beta-1a. Blandt disse var orofaryngeale smerter og hoste de hyppigst indberettede med dimethylfumarat.
* Dysmenorré blev indberettet hos 17 % af patienterne, der blev behandlet med dimethylfumarat, *versus* hos 7 % af patienterne, der blev behandlet med interferon beta-1a.

I et lille 24-ugers åbent, ikke-kontrolleret studie hos pædiatriske patienter med RRMS i alderen 13 til 17 år (120 mg to gange daglig i 7 dage efterfulgt af 240 mg to gange daglig i resten af behandlingsperioden; sikkerhedspopulation, n=22) efterfulgt af et 96-ugers forlængelsesstudie (240 mg to gange daglig; sikkerhedspopulation, n=20) viste sikkerhedsprofilen sig at svare til den, der var observeret for voksne patienter.

Der foreligger begrænsede data for børn i alderen 10-12 år. Dimethylfumarats sikkerhed og virkning hos børn under 10 år er endnu ikke klarlagt.

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

Websted: [www.meldenbivirkning.dk](http://www.meldenbivirkning.dk)

**4.9 Overdosering**

Der er rapporteret tilfælde af overdosering med Dimethyl fumarate "Glenmark". Symptomerne beskrevet i disse tilfælde var i overensstemmelse med den kendte bivirkningsprofil for Dimethyl fumarate "Glenmark". Der er ingen kendte terapeutiske interventioner, som forstærker elimineringen af Dimethyl fumarate "Glenmark", og der er heller ingen kendt antidot. I tilfælde af overdosering anbefales det, at symptomatisk, understøttende behandling indledes iht. de kliniske indikationer.

**4.10 Udlevering**

BEGR (kun til sygehuse)

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Farmakoterapeutisk klassifikation: Immunsuppressiva, andre immunsuppressiva, ATC-kode: L04AX07.

Virkningsmekanisme

Den mekanisme, hvormed dimethylfumarat udøver en terapeutisk effekt ved multipel sklerose, er ikke til fulde klarlagt. Prækliniske studier indikerer, at dimethylfumarats farmakodynamiske respons formentlig primært sker via aktivering af transkriptionsfaktorens Nuclear Factor (erythroid-derived 2)-Related Factor 2 (Nrf2) transkriptionsproces. Det er vist, at dimethylfumarat opregulerer Nrf2-afhængige antioxidantgener hos patienter (f.eks. NAD(P)H-dehydrogenase, quinon 1; [NQO1]).

Farmakodynamisk virkning

*Virkninger på immunsystemet*

I prækliniske og kliniske studier udviste dimethylfumarat antiinflammatoriske og immunmodulerende egenskaber. I prækliniske modeller reducerer dimethylfumarat og monomethylfumarat, den primære metabolit af dimethylfumarat, signifikant immuncelleaktiveringen og den efterfølgende frigivelse af pro-inflammatoriske cytokiner som respons på inflammatoriske stimuli. I kliniske studier med psoriasis-patienter påvirkede dimethylfumarat lymfocytfenotyper via en nedregulering af pro-inflammatoriske cytokinprofiler (TH1, TH17) og viste tendens til antiinflammatorisk produktion (TH2). Dimethylfumarat demonstrerede terapeutisk aktivitet i flere modeller med inflammatoriske eller neuroinflammatoriske skader. I fase III-studier hos MS-patienter (DEFINE, CONFIRM og ENDORSE) faldt middel-lymfocyttallet i gennemsnit med cirka 30 % i forhold til *baseline*-værdien i løbet af det første år med dimethylfumarat-behandling med et efterfølgende plateau. I disse studier blev patienter, der seponerede dimethylfumarat-behandling, med lymfocyttal under LLN (910 celler/mm3) overvåget til normalisering af lymfocyttal til LLN.

Figur 1 viser andelen af patienter, der er estimeret at nå LLN baseret på Kaplan-Meier-metoden uden langvarig svær lymfopeni. *Baseline* for normalisering (*recovery baseline* [RBL]) blev defineret som den sidste ALC under behandling før seponering af dimethylfumarat. Den estimerede andel af patienter, der normaliserede til LLN (ALC ≥ 0,9 × 109/l) i uge 12 og uge 24, som havde let, moderat eller svær lymfopeni ved RBL, er vist i tabel 1, tabel 2 og tabel 3 med punktvise 95 % konfidensintervaller. Standardfejlen for Kaplan-Meier-estimatoren af overlevelsesfunktion er beregnet ved anvendelse af Greenwoods formel.

Figur 1: Kaplan-Meier-metode. Andel af patienter med normalisering til ≥ 910 celler/mm3 LLN fra *baseline* for normalisering (RBL)



Tabel 1: Kaplan-Meier-metode; Andel af patienter estimeret til at nå LLN, let lymfopeni ved *baseline* for normalisering (RBL), eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antal patienter med let lymfopenia i risiko** | ***Baseline*****N = 86** | **Uge 12****N = 12** | **Uge 24****N = 4** |
| Andel, der når LLN (95 % CI) |  | 0,81(0,71; 0,89) | 0,90(0,81; 0,96) |

a Patienter med ALC< 910 og≥ 800 celler/mm3 ved RBL, eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni.

Tabel 2: Kaplan-Meier-metode; Andel af patienter estimeret til at nå LLN, moderat lymfopeni ved *baseline* for normalisering (RBL), eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antal patienter med moderat lymfopenia i risiko** | ***Baseline*****N = 124** | **Uge 12****N = 33** | **Uge 24****N = 17** |
| Andel, der når LLN (95 % CI) |  | 0,57(0,46; 0,67) | 0,70(0,60; 0,80) |

a Patienter med ALC< 800 og ≥ 500 celler/mm3 ved RBL, eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni.

Tabel 3: Kaplan-Meier-metode; Andel af patienter estimeret til at nå LLN, svær lymfopeni ved *baseline* for normalisering (RBL), eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antal patienter med svær lymfopenia i risiko** | ***Baseline*****N = 18** | **Uge 12****N = 6** | **Uge 24****N = 4** |
| Andel, der når LLN (95 % CI) |  | 0,43(0,20; 0,75) | 0,62(0,35; 0,88) |

a Patienter med ALC< 500 celler/mm3 ved RBL, eksklusive patienter med langvarig svær lymfopeni.

Klinisk virkning og sikkerhed

Der blev udført to 2-års randomiserede, dobbeltblinde, placebokontrollerede studier (DEFINE med 1 234 patienter og CONFIRM med 1 417 patienter) med patienter med relapsing-remitterende multipel sklerose (RRMS). Patienter med progressiv multipel sklerose deltog ikke i disse studier.

Virkningen (se tabellen nedenfor) og sikkerheden blev demonstreret hos patienter med scorer på den udvidede skala over invaliditetsstatus (*Expanded Disability Status Scale* - EDSS) på mellem 0 og 5, begge inklusive, som havde oplevet mindst 1 attak i året inden randomiseringen eller inden for 6 uger før randomiseringen fik foretaget en MR-scanning, der viste mindst en gadolinium-forstærket (Gd+) læsion. Studiet CONFIRM inkluderede glatirameracetat som undersøgelsesblindet (dvs. at den studieansvarlige læge/investigatoren, der vurderede responsen på studiebehandlingen, var blindet) referencekomparator.

I DEFINE havde patienterne følgende mediane *baseline*-værdier: Alder 39 år, sygdomsvarighed 7,0 år, EDSS-score 2,0. Yderligere havde 16 % af patienterne en EDSS-score > 3,5, 28 % havde haft ≥ 2 attakker i det forudgående år, og 42 % havde tidligere fået anden godkendt behandling for MS. I MR-kohorten havde 36 % af patienterne gadolinium-forstærkede (Gd+) læsioner ved *baseline* (gennemsnitligt 1,4 Gd+-læsioner).

I CONFIRM havde patienterne følgende mediane *baseline*-værdier: Alder 37 år, sygdomsvarighed 6,0 år, EDSS-score 2,5. Yderligere havde 17 % af patienterne en EDSS-score > 3,5, 32 % havde haft ≥ 2 attakker i det forudgående år, og 30 % havde tidligere fået anden godkendt behandling for MS. I MR-kohorten havde 45 % af patienterne gadolinium-forstærkede (Gd+) læsioner ved *baseline* (gennemsnitligt 2,4 Gd+-læsioner).

Sammenlignet med placebo havde patienter behandlet med dimethylfumarat en klinisk relevant og statistisk signifikant reduktion i det primære endepunkt i studiet DEFINE - andel patienter med attakker efter 2 år - og i det primære endepunkt i studiet CONFIRM - årlig attakrate (*annualised relapse rate* - ARR) efter 2 år.

ARR for glatirameracetat og placebo var henholdsvis 0,286 og 0,401 i studiet CONFIRM svarende til en reduktion på 29 % (p=0,013), hvilket er i overensstemmelse med de godkendte registreringsstudier.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEFINE** | **CONFIRM** |
|  | **Placebo** | **Dimethylfumarat****240 mg to gange daglig** | **Placebo** | **Dimethylfumarat****240 mg to gange daglig** | **Glatirameracetat** |
| **Kliniske endepunktera** |
| Antal patienter | 408 | 410 | 363 | 359 | 350 |
| Årlig attakrate | 0,364 | 0,172\*\*\* | 0,401 | 0,224\*\*\* | 0,286\* |
| Rate-ratio(95 % CI) |  | 0,47(0,37; 0,61) |  | 0,56(0,42; 0,74) | 0,71(0,55; 0,93) |
| Andel med attakker | 0,461 | 0,270\*\*\* | 0,410 | 0,291\*\* | 0,321\*\* |
| Risiko-ratio(95 % CI) |  | 0,51(0,40; 0,66) |  | 0,66(0,51; 0,86) | 0,71(0,55; 0,92) |
| Andel med 12-ugers bekræftet  | 0,271 | 0,164\*\* | 0,169 | 0,128# | 0,156# |
| Risiko-ratio(95 % CI) |  | 0,62(0,44; 0,87) |  | 0,79(0,52; 1,19) | 0,93(0,63; 1,37) |
| Andel med 24-ugers bekræftet invaliditetsprogression | 0,169 | 0,128# | 0,125 | 0,078# | 0,108# |
| Risiko-ratio(95 % CI) |  | 0,77(0,52; 1,14) |  | 0,62(0,37; 1,03) | 0,87(0,55; 1,38) |
| **Endepunkter ved MR-skanningb** |
| Antal patienter | 165 | 152 | 144 | 147 | 161 |
| Gennemsnitligt antal (medianværdi) af nye eller nyligt forstørrede T2-læsioner over 2 år | 16,5(7,0) | 3,2(1,0)\*\*\* | 19,9(11,0) | 5,7(2,0)\*\*\* | 9,6(3,0)\*\*\* |
| Middel læsionsratio (95 % CI) |  | 0,15(0,10; 0,23) |  | 0,29(0,21; 0,41) | 0,46(0,33; 0,63) |
| Gennemsnitligt antal (medianværdi) Gd-læsioner efter 2 år | 1,8(0) | 0,1(0)\*\*\* | 2,0(0,0) | 0,5(0,0)\*\*\* | 0,7(0,0)\*\* |
| Odds-ratio(95 % CI) |  | 0,10(0,05; 0,22) |  | 0,26(0,15; 0,46) | 0,39(0,24; 0,65) |
| Gennemsnitligt antal (medianværdi) nye hypointense T1-læsioner over 2 år | 5,7(2,0) | 2,0(1,0)\*\*\* | 8,1(4,0) | 3,8(1,0)\*\*\* | 4,5(2,0)\*\* |
| Middel læsionsratio (95 % CI) |  | 0,28(0,20; 0,39) |  | 0,43(0,30; 0,61) | 0,59(0,42; 0,82) |

aAlle analyser af kliniske endepunkter var *intent-to-treat*;b MR-kohorte anvendt ved MR-analyser

\*p-værdi < 0,05; \*\* p-værdi < 0,01; \*\*\* p-værdi < 0,0001; # ikke statistik signifikant

Et åbent, ikke-kontrolleret, 8-årigt forlængelsesstudie (ENDORSE) inkluderede 1.736 egnede RRMS-patienter fra de pivotale studier (DEFINE og CONFIRM). Det primære formål med studiet var at vurdere sikkerheden ved langtidsbehandling med dimethylfumarat hos patienter med RRMS. Ud af de 1.736 patienter blev ca. halvdelen (909, 52 %) behandlet i 6 år eller længere. 501 patienter blev kontinuerligt behandlet med dimethylfumarat 240 mg to gange daglig på tværs af alle 3 studier, og 249 patienter, som tidligere var behandlet med placebo i studierne DEFINE og CONFIRM, fik behandling med 240 mg to gange daglig i studiet ENDORSE. Patienter, der fik behandling to gange daglig kontinuerligt, blev behandlet i op til 12 år.

I løbet af studiet ENDORSE havde mere end halvdelen af alle patienter behandlet med dimethylfumarat 240 mg to gange daglig ikke noget attak. For patienter, der blev behandlet kontinuerligt to gange daglig på tværs af alle 3 studier, var den justerede ARR 0,187 (95 % CI: 0,156; 0,224) i studierne DEFINE og CONFIRM og 0,141 (95 % CI: 0,119; 0,167) i studiet ENDORSE. For patienter, der tidligere var behandlet med placebo, faldt den justerede ARR fra 0,330 (95 % CI: 0,266; 0,408) i studierne DEFINE og CONFIRM til 0,149 (95 % CI: 0,116; 0,190) i studiet ENDORSE.

I studiet ENDORSE havde størstedelen af patienterne (> 75 %) ikke bekræftet invaliditetsprogression (målt som 6 måneders vedvarende invaliditetsprogression). Puljede resultater fra de tre studier viste, at dimethylfumarat-behandlede patienter, havde konsekvente og lave rater af bekræftet invaliditetsprogression med en let stigning i gennemsnitlige EDSS-scorer på tværs af ENDORSE. MR-scanningsvurderinger op til år 6, som inkluderede 752 patienter, der tidligere havde været inkluderet i MR-scanningskohorten i studierne DEFINE og CONFIRM, viste, at størstedelen af patienterne (ca. 90 %) ikke havde nogen Gd-forstærkede læsioner. I løbet af de 6 år forblev det årlige justerede gennemsnitlige antal af nye eller nyligt forstørrede T2- og nye T1-læsioner lavt.

Effekt hos patienter med høj sygdomsaktivitet:

Der blev i studierne DEFINE og CONFIRM observeret en konsistent behandlingseffekt på attaker i en undergruppe af patienter med høj sygdomsaktivitet, mens effekten på tiden til 3 måneders vedvarende sygdomsprogression blev ikke klart fastlagt. På grund af studiedesignet blev høj sygdomsaktivitet defineret som følger:

* Patienter med 2 eller flere attakker i løbet af ét år og med en eller flere Gd-forstærkede læsioner på MRI (n=42 i DEFINE, n=51 i CONFIRM) eller,
* Patienter, der ikke har responderet på et fuldstændigt og tilstrækkeligt behandlingsforløb (af mindst et års varighed) af beta-interferon, og som har haft mindst 1 attak i det forudgående år, mens de var i behandling, og mindst 9 T2-hyperintense læsioner påvist ved kraniel MR-scanning eller mindst 1 Gd-forstærket læsion, eller patienter, der har haft en uændret eller øget attakrate i det forudgående år sammenlignet med de foregående 2 år (n=177 i DEFINE, n=141 i CONFIRM).

Pædiatrisk population

Dimethylfumarats sikkerhed og virkning ved pædiatrisk RRMS blev evalueret i et randomiseret, åbent parallelgruppestudie med aktiv kontrol (interferon beta-1a) hos patienter med RRMS i alderen 10 til under 18 år. 150 patienter blev randomiseret til dimethylfumarat (240 mg to gange daglig oralt) eller interferon beta-1a (30 μg i.m. én gang ugentligt) i 96 uger. Det primære endepunkt var andelen af patienter uden nye eller nyligt forstørrede hyperintense T2-læsioner på MR-scanninger af hjernen ved uge 96. Det vigtigste sekundære endepunkt var antallet af nye eller nyligt forstørrede hyperintense T2-læsioner på MR-scanninger af hjernen ved uge 96. Der fremlægges deskriptiv statistik, da der ikke på forhånd var planlagt en bekræftende hypotese for det primære endepunkt.

Andelen af patienter i ITT-populationen uden nye eller nyligt forstørrede T2-læsioner på MR-scanningen ved uge 96 i forhold til *baseline* var 12,8 % for dimethylfumarat-gruppen *versus* 2,8 % i interferon beta-1a-gruppen. Det gennemsnitlige antal nye eller nyligt forstørrede T2-læsioner ved uge 96 i forhold til *baseline* justeret for *baseline*-antallet af T2-læsioner og alder (ITT-population fraregnet patienter uden MR-scanningsmålinger) var 12,4 for dimethylfumarat og 32,6 for interferon beta-1a.

Sandsynligheden for klinisk recidiv var 34 % i dimethylfumarat-gruppen og 48 % i interferon beta-1a-gruppen ved afslutningen af den 96 uger lange åbne studieperiode.

Sikkerhedsprofilen for pædiatriske patienter (i alderen 13 til under 18 år), der fik dimethylfumarat, stemte kvalitativt overens med den, der tidligere er observeret for voksne patienter (se pkt. 4.8).

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Oralt administreret dimethylfumarat undergår en hurtig præsystemisk hydrolyse ved hjælp af esteraser og omdannes til dets primære metabolit, monomethylfumarat, som også er aktivt. Dimethylfumarat kan ikke kvantificeres i plasma efter oral administration af dimethylfumarat. Derfor blev alle farmakokinetiske analyser i relation til dimethylfumarat udført med monomethylfumarat-koncentrationer i plasma. Farmakokinetiske data er bestemt hos patienter med multipel sklerose og hos raske frivillige.

Absorption

Monomethylfumarats Tmax er 2 til 2,5 timer. Idet Dimethyl fumarate "Glenmark" hårde enterokapsler indeholder minitabletter, som er beskyttede af et syreresistent overtræk, absorberes de først, når de forlader maven (generelt under 1 time). Efter administration af 240 mg to gange daglig sammen med mad var den mediane *peak*-værdi (Cmax) 1,72 mg/l, og det totale areal under kurven (AUC) for eksponering var 8,02 timer∙mg/l hos patienter med multipel sklerose. Samlet set steg Cmax og AUC nogenlunde proportionalt med dosis i det undersøgte dosisinterval (120 mg til 360 mg). Patienter med multipel sklerose fik to doser på 240 mg med 4 timers mellemrum som en del af et tre gange daglig dosisregime. Dette resulterede i en minimal eksponeringsakkumulation, som gav en stigning i den mediane Cmax på 12 % sammenlignet med dosering to gange daglig (1,72 mg/l for dosering to gange daglig sammenlignet med 1,93 mg/l for dosering tre gange daglig) uden sikkerhedsimplikationer.

Mad har ingen klinisk signifikant virkning på eksponeringen for dimethylfumarat. Dimethyl fumarate "Glenmark" bør dog tages sammen med mad, da det giver en bedre tolerance i forhold til rødme og gastrointestinale bivirkninger (se pkt. 4.2).

Fordeling

Det tilsyneladende distributionsvolumen efter oral administration af 240 mg dimethylfumarat varierer mellem 60 l og 90 l. Plasmaproteinbindingen af monomethylfumarat hos mennesker ligger generelt mellem 27 % og 40 %.

Biotransformation

Hos mennesker metaboliseres dimethylfumarat i vidt omfang, og under 0,1 % af dosis udskilles som umetaboliseret dimethylfumarat i urinen. Indledningsvist metaboliseres det af esteraser, som findes alle steder i mave-tarm-kanalen, blod og væv, inden det når systemkredsløbet. Yderligere metabolisering sker gennem tricarboxylsyrecyklussen uden involvering af CYP-systemet. Et enkeltdosis-studie med 240 mg 14C‑dimethylfumarat identificerede glucose som den dominerende metabolit i humant plasma. Andre cirkulerende metabolitter inkluderede fumarsyre, citronsyre og monomethylfumarat. *Downstream*-metaboliseringen af fumarsyre sker gennem tricarboxylsyrecyklussen med CO2-udskillelse som den primære eliminationsvej.

Elimination

CO2-udskillelse er den primære eliminationsvej for dimethylfumarat og redegør for 60 % af dosis. Renal og fækal elimination er sekundære eliminationsveje og står for en udskillelse af henholdsvist 15,5 % og 0,9 % af dosis.

Den terminale halveringstid af monomethylfumarat er kort (cirka 1 time), og der er ingen cirkulerende monomethylfumarat til stede efter 24 timer hos flertallet af individerne. Moderstoffet eller monomethylfumarat akkumuleres ikke ved administration af flere doser dimethylfumarat som del at det terapeutiske regime.

Linearitet

Dimethylfumarat-eksponeringen stiger tilnærmelsesvist proportionalt med dosis (enkeltdoser og flere doser) i det undersøgte dosisinterval mellem 120 mg til 360 mg.

Farmakokinetik i særlige patientgrupper

På basis af resultaterne i variansanalysen (ANOVA) er kropsvægt hovedkovariansen for eksponering (Cmax og AUC) hos patienter med RRMS, men den havde ingen indflydelse på sikkerheden og virkningen i de kliniske studier.

Køn og alder havde ikke nogen klinisk signifikant virkning på dimethylfumarats farmakokinetik. Farmakokinetikken hos patienter fra og med 65 år er ikke blevet undersøgt.

*Pædiatrisk population*

Dimethylfumarats farmakokinetiske profil ved en dosis på 240 mg to gange daglig blev evalueret i et lille, åbent, ikke-kontrolleret studie med patienter i alderen 13 til 17 år med RRMS (n=21). Dimethylfumarats farmakokinetik hos disse unge patienter svarede til den, der tidligere var set hos voksne patienter (Cmax: 2,00 ± 1,29 mg/l; AUC0-12t: 3,62 ± 1,16 timer∙mg/l, hvilket svarer til en samlet daglig AUC på 7,24 timer∙mg/l).

*Nyreinsufficiens*

Da nyrerne er en sekundær eliminationsvej for dimethylfumarat og står for under 16 % af den administrerede dosis, blev der ikke foretaget nogen evaluering af farmakokinetikken hos individer med nedsat nyrefunktion.

*Leverinsufficiens*

Idet dimethylfumarat og monomethylfumarat metaboliseres ved hjælp af esteraser uden involvering af CYP-systemet, blev farmakokinetikken hos individer med nedsat leverfunktion ikke evalueret.

**5.3 Non-kliniske sikkerhedsdata**

Bivirkningerne beskrevet i punkterne om toksikologi og reproduktionstoksicitet herunder er ikke observeret i kliniske studier, men er set i dyreforsøg efter eksponeringsniveauer, der svarer til kliniske eksponeringsniveauer.

Mutagenese

Dimethylfumarat og monomethylfumarat var negative i primærcellen i *in vitro*-analyser (Ames, kromosomafvigelse i pattedyrceller). Dimethylfumarat var negativ i *in vivo*-mikronukleusanalysen hos rotter.

Karcinogenese

Der blev udført karcinogenicitetsstudier med dimethylfumarat i op til 2 år på mus og rotter.

Dimethylfumarat blev administreret oralt i doser på 25, 75, 200 og 400 mg/kg/dag hos mus og i doser på 25, 50, 100 og 150 mg/kg/dag hos rotter.

Hos mus var hyppigheden af renalt tubulært karcinom øget ved 75 mg/kg/dag, svarende til eksponeringen (AUC) ved den anbefalede humane dosis. Hos rotter var hyppigheden af renalt tubulært karcinom og testikulært Leydig-celleadenom øget ved 100 mg/kg/dag, en omtrent 2 gange højere eksponering end ved den anbefalede humane dosis. Relevansen af disse fund for risikoen hos mennesker kendes ikke.

Hyppigheden af planocellulært papillom og karcinom i den ikke-glandulære mave (den forreste del af maven) steg hos mus ved en eksponering, der svarede til den anbefalede humane dosis, og hos rotter ved en eksponering, der svarede til under den anbefalede humane dosis (baseret på AUC). Den forreste del af maven hos gnavere findes ikke tilsvarende hos mennesker.

Toksikologi

Non-kliniske studier hos gnavere, kaniner og aber blev udført med en opløsning af dimethylfumarat (dimethylfumarat i 0,8 % hypromellose) administreret oralt med en sonde. Langtidskroniske studiet hos hunde blev udført med oral administration af dimethylfumarat-kapslen.

Der blev observeret nyreforandringer efter gentagen oral administration af dimethylfumarat hos mus, rotter, hunde og aber. Renal tubulær epitelregeneration, som er tegn på skader, blev observeret hos alle arter. Renal tubulær hyperplasi blev observeret hos rotter med livstidsdosering (2-års studie). Hos hunde, der fik daglige orale doser af dimethylfumarat gennem 11 måneder, blev den beregnede margin for kortikal atrofi observeret ved 3 gange den anbefalede dosis baseret på AUC. Hos aber, der fik daglige orale doser af dimethylfumarat gennem 12 måneder, blev enkeltcelle-nekrose observeret ved 2 gange den anbefalede dosis baseret på AUC. Interstitiel fibrose og kortikal atrofi blev observeret ved 6 gange den anbefalede dosis baseret på AUC. Relevansen af disse fund kendes ikke hos mennesker.

I testis blev der observeret degeneration af det seminiferøse epitel hos rotter og hunde. Fundene blev observeret hos rotter ved omtrent den anbefalede dosis og hos hunde ved 3 gange den anbefalede dosis (baseret på AUC). Relevansen af disse fund kendes ikke hos mennesker.

Fundene i den forreste del af maven hos mus og rotter bestod af pladeepitel-hyperplasi og hyperkeratose, inflammation, og planocellulært papillom og karcinom i studier af 3 måneders varighed eller længere. Den forreste del af maven hos mus og rotter findes ikke tilsvarende hos mennesker.

Reproduktionstoksicitet

Oral administration af dimethylfumarat til hanrotter i doser på 75, 250 og 375 mg/kg/dag før og under parring havde ingen virkning på hannernes fertilitet op til den højeste testede dosis (mindst 2 gange den anbefalede dosis baseret på AUC). Oral administration af dimethylfumarat til hunrotter i doser på 25, 100 og 250 mg/kg/dag før og under parring og fortsat til den 7. gestationsdag, inducerede en reduktion i antallet af østrusstadier efter 14 dage og øgede antallet af dyr med forlænget diøstrus ved den højeste testede dosis (11 gange den anbefalede dosis baseret på AUC). Disse forandringer påvirkede dog ikke fertiliteten eller antallet af producerede levedygtige fostre.

Det er vist, at dimethylfumarat passerer placentamembranen ind i føtalt blod hos rotter og kaniner med ratio af føtal:maternel plasmakoncentration på henholdsvist 0,48-0,64 og 0,1. Der blev ikke observereret misdannelser ved nogen dosis af dimethylfumarat hos rotter eller kaniner. Oral administration af dimethylfumarat i doser på 25, 100 og 250 mg/kg/dag til drægtige rotter under organogenesen resulterede i negative virkninger hos moderdyret ved 4 gange den anbefalede dosis baseret på AUC samt lav fostervægt og forsinket ossifikation (metatarsal og posterior ekstremitet falanks) ved 11 gange den anbefalede dosis baseret på AUC. Den lavere fostervægt og den forsinkede ossifikation blev betragtet som værende sekundært til maternel toksicitet (reduceret kropsvægt og fødeindtagelse).

Oral administration af dimethylfumarat i doser på 25, 75 og 150 mg/kg/dag til drægtige kaniner under organogenesen havde ingen virkning på den embryo-føtale udvikling, men resulterede i reduceret maternel kropsvægt ved 7 gange den anbefalede dosis og øgede antallet af aborter ved 16 gange den anbefalede dosis - baseret på AUC.

Oral administration af dimethylfumarat ved doser på 25, 100 og 250 mg/kg/dag til rotter under drægtighed og laktation resulterede i lavere kropsvægt hos F1-afkommet og forsinket kønsmodning hos F1-hanner ved 11 gange den anbefalede dosis baseret på AUC. Der var ingen virkning på fertiliteten hos F1-afkommet. Den lavere kropsvægt hos afkommet blev betragtet som værende sekundær til maternel toksicitet.

To toksicitetsstudier med juvenile rotter med daglig oral administration af dimethylfumarat fra postnataldag (PND) 28 til og med PND 90-93 (svarende til en ca. alder på 3 år og derover hos mennesker) viste tilsvarende målorgantoksiciteter i nyren og formaven som de, der er observeret hos voksne dyr. I det første studie påvirkede dimethylfumarat ikke udvikling, neuroadfærd eller hanlig og hunlig fertilitet op til den højeste dosis på 140 mg/kg/dag (ca. 4,6 gange den anbefalede dosis hos mennesker baseret på begrænsede AUC-data hos pædiatriske patienter). Der blev ligeledes ikke observeret virkninger på hanlige reproduktionsorganer og tilhørende organer op til den højeste dimethylfumarat-dosis på 375 mg/kg/dag i det andet studie med juvenile hanrotter (ca. 15 gange det formodede AUC ved den anbefalede pædiatriske dosis). Der sås dog nedsat knoglemineralindhold og - tæthed i femur og lændehvirvler hos juvenile hanrotter. Der blev endvidere observeret ændringer i knogledensitometri hos juvenile rotter efter oral administration af diroximelfumarat, en anden fumarsyreester, der metaboliseres til den samme aktive metabolit monomethylfumarat *in vivo*. NOAEL-værdien for densitometriændringerne hos juvenile rotter er ca. 1,5 gange den formodede AUC ved den anbefalede pædiatriske dosis. En sammenhæng mellem knoglevirkningerne og lavere kropsvægt er mulig, men det kan ikke udelukkes, at der er tale om en direkte virkning. De knoglerelaterede fund har begrænset relevans for voksne patienter. Relevansen for pædiatriske patienter kendes ikke.

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Kapselindhold (minitabletter med syreresistent overtræk)

Mikrokrystallinsk cellulose

Croscarmellosenatrium

Silica, kolloid vandfri

Magnesiumstearat

Methacrylsyre-methylmethacrylat copolymer (1:1)

Triethylcitrat (E1505)

Methacrylsyre-ethylacrylat copolymer (1:1) dispersion 30 %

Talcum (E553b)

Simeticon (30 % emulsion)

Kapselskal - 120 mg tabletter

*Hætte*

Gelatine, gul jernoxid (E172), titandioxid (E171), brilliant blue FCF (E133), sort jernoxid (E172), renset vand.

*Krop*

Gelatine, titandioxid (E171), renset vand.

Kapselskal – 240 mg tabletter

*Hætte*

Gelatine, gul jernoxid (E172), titandioxid (E171), brilliant blue FCF (E133), sort jernoxid (E172), renset vand.

*Krop*

Gelatine, gul jernoxid (E172), titandioxid (E171), brilliant blue FCF (E133), sort jernoxid (E172), renset vand.

Blæk

Shellac

Propylenglycol

Sort jernoxid (E172)

Kaliumhydroxid

**6.2 Uforligeligheder**

Ikke relevant.

**6.3 Opbevaringstid**

2 år.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

Dette lægemiddel kræver ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

**6.5 Emballagetype og pakningsstørrelser**

PVC/PVDC-Aluminium blisterpakning.

PVC/PVDC-Aluminium perforede enkeltodosisblisterpakning.

Pakningsstørrelser

120 mg:

14, 28 eller 56 kapsler.

14x1, 28x1 eller 56x1 kapsler.

240 mg:

56, 112, 168 eller 196 kapsler.

56x1, 112x1, 168x1 eller 196x1 kapsler.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

**6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering**

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

**7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

Glenmark Arzneimittel GmbH

Industriestrasse 31

82194 Gröbenzell

Tyskland

**Repræsentant**

Glenmark Pharmaceuticals Nordic AB

Propellergatan 2

211 15 Malmö

Sverige

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)**

120 mg: 67538

240 mg: 67539

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

27. juni 2023

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

29. januar 2025