



1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

ORENCIA® 125 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze.

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Jede Fertigspritze enthält in einem ml 125 mg Abatacept.

Abatacept ist ein Fusionsprotein, das mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen wird.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Injektionslösung in einer Fertigspritze.

Die Lösung ist klar, farblos bis blass-gelb mit einem pH von 6,8 bis 7,4.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Rheumatoide Arthritis

ORENCIA ist in Kombination mit Methotrexat (MTX) indiziert zur Behandlung der mäßigen bis schweren aktiven Rheumatoiden Arthritis bei Erwachsenen, die unzureichend auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs), einschließlich Methotrexat oder eines Tumornekrosefaktor (TNF)-alpha-Inhibitors ansprechen.

Abatacept reduziert in Kombination mit Methotrexat die Progression der Gelenkschädigung und verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit.

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Die Behandlung soll von einem Facharzt eingeleitet und überwacht werden, der über Erfahrung in der Diagnose und Behandlung der Rheumatoiden Arthritis verfügt.

Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, muss die Fortsetzung der Behandlung nochmals sorgfältig geprüft werden (siehe Abschnitt 5.1).

Dosierung

Erwachsene

ORENCIA subkutan (SC) kann mit oder ohne intravenöse (IV) Aufsättigungsdosis (Loading-Dose) begonnen werden. ORENCIA SC sollte einmal wöchentlich mit einer Dosis von 125 mg durch subkutane Injektion verabreicht werden, unabhängig vom Gewicht (siehe Abschnitt 5.1). Falls eine einmalige IV Infusion zum Behandlungsbeginn gegeben wird (IV Aufsättigungsdosis vor SC Verabreichung), sollte die erste subkutane Injektion von 125 mg Abatacept innerhalb eines Tages auf die intravenöse Infusion folgen. Die weiteren subkutanen Injektionen mit 125 mg Abatacept folgen dann in wöchentlichem Abstand (für die Dosierung der intravenösen Aufsättigungsdosis siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation von ORENCIA 250 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung).

Patienten, die von intravenöser ORENCIA Therapie auf die subkutane Anwendung umgestellt werden, sollten die erste subkutane Anwendung zum nächsten geplanten Zeitpunkt der intravenösen Dosis erhalten.

Eine Anpassung der Dosis ist nicht erforderlich bei Anwendung in Kombination mit anderen DMARDs, Glucocorticoiden, Salicylaten, nichtsteroidalen Antirheumatika (NSARs) oder Analgetika.

Verpasste Dosis

Wenn ein Patient eine ORENCIA Injektion verpasst und dies innerhalb von 3 Tagen bemerkt, sollte er/sie angewiesen werden, die verpasste Dosis unverzüglich anzuwenden und den ursprünglichen Zeitplan einzuhalten. Wenn der Injektionstermin um mehr als 3 Tage versäumt wurde, sollte der Patient basierend auf der medizinischen Beurteilung (Zustand des Patienten, Stand der Krankheitsaktivität, etc.) instruiert werden, wann er/sie die Behandlung fortsetzen soll.

Ältere Patienten

Es ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 4.4).

Patienten mit Nieren- und Leberschäden

ORENCIA wurde bei diesen Patientengruppen nicht untersucht. Dosisempfehlungen können nicht gegeben werden.

Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit der subkutanen Injektion von ORENCIA bei Kindern im Alter unter 18 Jahren ist nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

Die Sicherheit und Wirksamkeit von intravenös angewendetem ORENCIA wurde bei Kindern untersucht. Die zur Zeit verfügbaren Daten sind in der Fachinformation für ORENCIA 250 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung beschrieben.

Art der Anwendung

Zur subkutanen Anwendung.

ORENCIA sollte unter der Aufsicht medizinischen Fachpersonals angewandt werden. Nach einer entsprechenden Einweisung in die Technik der subkutanen Injektion kann ein Patient sich die Injektionen selbst verabreichen, falls sein Arzt dies für angemessen hält.

Der gesamte Inhalt der Fertigspritze (1 ml) ist ausschließlich als subkutane Injektion anzuwenden. Für jede neue Injektion sollte eine andere Injektionsstelle ausgewählt werden. Die Injektion sollte niemals in Hautbereiche, die empfindlich, zerschrammt, rot oder hart sind, gegeben werden.

Eine umfassende Anleitung zur Vorbereitung und Anwendung der ORENCIA Fertigspritze findet sich in der Packungsbeilage. Hinweise zur Vorbereitung siehe Abschnitt 6.6.

4.3 Gegenanzeigen

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.

Schwere und unkontrollierte Infektionen wie Sepsis und opportunistische Infektionen (siehe Abschnitt 4.4).

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Kombination mit TNF-Antagonisten

Zur Anwendung von Abatacept in Kombination mit TNF-Antagonisten liegen nur begrenzte Erfahrungen vor (siehe Abschnitt 5.1). In placebokontrollierten klinischen Studien kam es bei Patienten, die eine Kombination aus TNF-Antagonisten und Abatacept erhalten hatten, insgesamt häufiger zu Infektionen und zu schwerwiegenden Infektionen als bei Patienten, die mit TNF-Antagonisten und Placebo behandelt wurden (siehe Abschnitt 4.5). Abatacept wird nicht zur Anwendung in Kombination mit TNF-Antagonisten empfohlen.

Während der Umstellung von einer Therapie mit TNF-Antagonisten auf die Behandlung mit ORENCIA sollten die Patienten auf Anzeichen einer Infektion überwacht werden (siehe Abschnitt 5.1, Studie VII).

Allergische Reaktionen

Gelegentlich wurden in klinischen Studien, in denen die Patienten nicht notwendigerweise prophylaktisch gegen allergische Reaktionen vorbehandelt werden mussten, allergische Reaktionen im Zusammenhang mit der intravenösen Anwendung von Abatacept berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Anaphylaxie oder anaphylaktische Reaktionen können nach der ersten Infusion auftreten und lebensbedrohlich sein. Seit der Markteinführung wurde ein Fall einer tödlichen Anaphylaxie nach der ersten Infusion von ORENCIA beobachtet. Wenn es zu einer schwerwiegenden allergischen oder anaphylaktischen Reaktion kommt, ist die Behandlung mit ORENCIA, intravenös oder subkutan, sofort abbrechen und eine geeignete Therapie einzuleiten. Die Behandlung mit ORENCIA sollte in diesem Fall beendet werden (siehe Abschnitt 4.8).

Auswirkungen auf das Immunsystem

Bei Arzneimitteln, die wie ORENCIA auf das Immunsystem wirken, kann die Immunabwehr gegen Infektionen und Malignome geschwächt und die Impfantwort beeinträchtigt sein.

Die gleichzeitige Anwendung von ORENCIA und immunsuppressiven oder immunmodulatorischen Biologika könnte die Wirkung von Abatacept auf das Immunsystem potenzieren (siehe Abschnitt 4.5).

Infektionen

Schwerwiegende Infektionen, unter anderem Sepsis und Pneumonie, wurden im Zusammenhang mit Abatacept berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Einige dieser Infektionen verliefen tödlich. Viele dieser schwerwiegenden Infektionen sind bei Patienten aufgetreten, die gleichzeitig mit Immunsuppressiva behandelt wurden, was zusätzlich zur Grunderkrankung die Anfälligkeit für Infektionen erhöht haben kann. Die Behandlung mit ORENCIA darf daher bei Patienten mit aktiven Infektionen erst eingeleitet werden, wenn die Infektionen unter Kontrolle sind. Bei Patienten mit rezidivierenden Infekten oder Grunderkrankungen in ihrer Krankengeschichte, die sie für Infektionen prädisponieren könnten, ist besondere Vorsicht angezeigt, wenn der Arzt die Anwendung von ORENCIA erwägt. Patienten, bei denen

ORENCIA® 125 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze



während der Behandlung mit ORENCIA ein neuer Infekt auftritt, müssen engmaschig überwacht werden. Wenn ein Patient eine schwerwiegende Infektion entwickelt, ist die Anwendung von ORENCIA abzubrechen.

In den placebokontrollierten Zulassungsstudien wurde kein vermehrtes Auftreten von Tuberkulose beobachtet, allerdings wurden alle Patienten, die mit ORENCIA behandelt wurden, auf Tuberkulose getestet. Die Sicherheit von ORENCIA bei Patienten mit latenter Tuberkulose ist nicht bekannt. Es gibt Berichte über Tuberkulose bei Patienten, die mit ORENCIA behandelt wurden (siehe Abschnitt 4.8). Patienten sollten vor der Einleitung der ORENCIA-Therapie unbedingt auf latente Tuberkulose untersucht werden. Auch die entsprechenden medizinischen Richtlinien sind hierbei zu berücksichtigen.

Antirheumatische Therapien wurden mit der Reaktivierung von Hepatitis B in Verbindung gebracht. Daher muss vor Beginn der ORENCIA-Therapie eine Untersuchung auf Virushepatitis gemäß den veröffentlichten Richtlinien durchgeführt werden.

Die Behandlung mit einer immunsuppressiven Therapie wie ORENCIA kann mit progressiver multifokaler Leukoenzephalopathie (PML) in Verbindung gebracht werden. Wenn neurologische Symptome, die auf PML schließen lassen, während der Behandlung mit ORENCIA auftreten, müssen die Behandlung mit ORENCIA abgebrochen und geeignete diagnostische Maßnahmen initiiert werden.

Maligntäten

In den placebokontrollierten klinischen Studien traten Malignome bei 1,4 % der mit Abatacept behandelten Patienten bzw. bei 1,1 % der Patienten unter Placebo auf (siehe Abschnitt 4.8). Patienten mit bekannten Malignomen wurden in diese klinischen Studien nicht aufgenommen. In Studien zur Karzinogenität bei Mäusen wurde ein Anstieg an Lymphomen und Brusttumoren beobachtet. Die klinische Bedeutung dieser Beobachtung ist nicht bekannt (siehe Abschnitt 5.3). Ein möglicher Zusammenhang von Abatacept mit der Entstehung von Malignomen, einschließlich Lymphomen, beim Menschen ist nicht bekannt. Es gibt Berichte von nicht-Melanom Hautkrebs-Fällen bei Patienten, die mit ORENCIA behandelt wurden (siehe Abschnitt 4.8). Regelmäßige Hautuntersuchungen sind für alle Patienten empfohlen, vor allem für diejenigen mit Hautkrebs-Risikofaktoren.

Impfungen

Patienten, die mit ORENCIA behandelt werden, dürfen gleichzeitig Impfungen erhalten. Ausgenommen sind Lebendimpfstoffe. Lebendvakzine sollten nicht gleichzeitig mit Abatacept oder innerhalb von 3 Monaten nach dessen Absetzen gegeben werden. Arzneimittel, die wie Abatacept auf das Immunsystem wirken, können die Wirksamkeit mancher Immunisierungen schwächen (siehe Abschnitt 4.5).

Ältere Patienten

Insgesamt 323 Patienten im Alter ab 65, darunter 53 Patienten mit 75 Jahren oder älter, erhielten intravenös verabreichtes

Abatacept in placebokontrollierten klinischen Studien. Insgesamt 270 Patienten im Alter ab 65, darunter 46 Patienten mit 75 Jahren oder älter, erhielten subkutan verabreichtes Abatacept in placebokontrollierten klinischen Studien. Die Häufigkeit von schwerwiegenden Infekten und Malignomen im Vergleich zu Placebo war bei intravenös mit Abatacept behandelten Patienten über 65 höher als bei denen unter 65. Gleichermaßen war die Häufigkeit von schwerwiegenden Infekten und Malignomen im Vergleich zu Placebo bei subkutan mit Abatacept behandelten Patienten über 65 höher als bei denen unter 65. Da bei älteren Menschen generell eine höhere Inzidenz von Infektionen und Malignomen besteht, ist bei der Behandlung von älteren Patienten Vorsicht geboten (siehe Abschnitt 4.8).

Autoimmunprozesse

Theoretisch könnte die Behandlung mit Abatacept das Risiko von Autoimmunprozessen bei Erwachsenen, z. B. Verschlechterung einer Multiplen Sklerose, erhöhen. In den placebokontrollierten klinischen Studien führte die Behandlung mit Abatacept im Vergleich zur Behandlung mit Placebo nicht zu einer erhöhten Bildung von Autoantikörpern wie antinukleären und Anti-dsDNA-Antikörpern (siehe Abschnitte 4.8 und 5.3).

Patienten unter Natrium kontrollierter Diät
Dieses Arzneimittel enthält 0,014 mmol (0,322 mg) Natrium pro Fertigspritze, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Kombination mit TNF-Antagonisten

Die Erfahrungen in der Anwendung von Abatacept in Kombination mit TNF-Antagonisten sind begrenzt (siehe Abschnitt 5.1). Während TNF-Antagonisten in placebokontrollierten klinischen Studien keinen Einfluss auf die Abatacept-Clearance zeigten, kam es bei Patienten, die gleichzeitig mit Abatacept und mit TNF-Antagonisten behandelt wurden, zu mehr Infektionen und zu mehr schwerwiegenden Infektionen als bei Patienten, die nur mit TNF-Antagonisten behandelt wurden. Daher wird die gleichzeitige Behandlung mit ORENCIA und einem TNF-Antagonisten nicht empfohlen.

Kombination mit anderen Arzneimitteln

Populationspharmakokinetische Untersuchungen zeigten keinen Einfluss von Methotrexat, NSARs und Kortikosteroiden auf die Abatacept-Clearance (siehe Abschnitt 5.2). Bei der Anwendung von Abatacept in Kombination mit Sulfasalazin, Hydroxychloroquin oder Leflunomid gab es keine größeren Sicherheitsbedenken.

Kombination mit anderen Arzneimitteln, die das Immunsystem beeinträchtigen, und mit Impfungen

Die gleichzeitige Anwendung von ORENCIA und immunsuppressiven oder immunmodulatorischen Biologika könnte die Wirkung von Abatacept auf das Immunsystem potenzieren. Es liegen nicht genügend Daten vor, um die Sicherheit und Wirksamkeit von ORENCIA in Kombination mit Anakinra oder Rituximab zu beurteilen (siehe Abschnitt 4.4).

Impfungen

Lebendvakzine sollten nicht gleichzeitig mit Abatacept oder innerhalb von 3 Monaten nach Absetzen gegeben werden. Es sind keine Daten hinsichtlich der Sekundärübertragung von Infektionen von Personen, die Lebendvakzine erhalten, auf Patienten, die mit ORENCIA behandelt werden, vorhanden. Arzneimittel, die wie ORENCIA auf das Immunsystem wirken, können die Wirksamkeit mancher Immunisierungen schwächen (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6).

Klinische Studien, in denen der Einfluss von Abatacept auf die Antikörper-Antwort auf Impfung bei gesunden Probanden bzw. auf die Antikörper-Antwort auf Influenza- oder Pneumokokken-Impfstoff bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) untersucht wurden, legen nahe, dass Abatacept zwar die Effektivität der Immunantwort abschwächen kann, aber die Fähigkeit, eine klinisch signifikante oder positive Immunantwort zu entwickeln, nicht signifikant hemmt.

Abatacept wurde in einer offenen Studie mit RA-Patienten untersucht, die mit dem 23-valenten Pneumokokken-Impfstoff geimpft wurden. Nach der Pneumokokken-Impfung konnten 62 der 112 mit Abatacept behandelten Patienten eine adäquate Immunantwort von mindestens einer 2-fachen Erhöhung des Antikörpertiters auf den Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff aufbauen.

Abatacept wurde in einer weiteren offenen Studie mit RA-Patienten untersucht, die mit dem saisonalen trivalenten Influenza-Impfstoff geimpft wurden. Nach der Influenza-Impfung konnten 73 der 119 mit Abatacept behandelten Patienten, die vor der Impfung keine Schutz-bietenden Antikörper-Spiegel aufwiesen, eine adäquate Immunantwort von mindestens einer 4-fachen Erhöhung des Antikörpertiters auf den trivalenten Influenza-Impfstoff aufbauen.

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft und Frauen im gebärfähigen Alter

Es liegen keine hinreichenden Daten für die Verwendung von Abatacept bei Schwangeren vor. In präklinischen Studien zur embryofetalen Entwicklung wurden bei Dosierungen von bis zum 29-fachen der Humandosis von 10 mg/kg basierend auf der AUC keine unerwünschten Wirkungen beobachtet. In einer Studie zur prä- und postnatalen Entwicklung bei Ratten wurden bei Dosen, die bezogen auf die AUC um das 11-fache höher waren als eine Humandosis von 10 mg/kg, begrenzte Veränderungen der Immunfunktion beobachtet (siehe Abschnitt 5.3). ORENCIA darf nicht während der Schwangerschaft verwendet werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Frauen im gebärfähigen Alter sollten während der Behandlung mit ORENCIA und bis zu 14 Wochen nach der letzten Abatacept-Dosis zuverlässige Verhütungsmethoden anwenden.

Ein Übertritt über die Plazentaschranke von Abatacept in das Serum des Fötus kann bei Frauen, die während der Schwangerschaft mit Abatacept behandelt wurden, nicht ausgeschlossen werden. Infolgedes-



sen kann ein erhöhtes Infektionsrisiko für den Säugling bestehen. Die Sicherheit einer Impfung mit Lebendvakzinen ist für den Säugling, der *in utero* mit Abatacept in Kontakt kam, nicht bekannt. Eine Impfung mit Lebendvakzinen der betreffenden Kinder wird bis zu 14 Wochen nach der letzten Behandlung der Mutter mit Abatacept während der Schwangerschaft nicht empfohlen.

Stillzeit

Abatacept wurde in der Muttermilch von Ratten nachgewiesen. Ob Abatacept beim Menschen in die Muttermilch übergeht, ist nicht bekannt. Frauen sollten während der Behandlung mit ORENCIA und bis zu 14 Wochen nach der letzten Abatacept-Dosis nicht stillen.

Fertilität

Es wurden keine Studien zu den potenziellen Auswirkungen von Abatacept auf die menschliche Fertilität durchgeführt. Bei Ratten zeigte Abatacept keine unerwünschten Wirkungen auf die männliche oder weibliche Fertilität (siehe Abschnitt 5.3).

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Aufgrund des Wirkmechanismus ist zu erwarten, dass Abatacept keinen oder nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen hat. Benommenheit und reduzierte Sehschärfe wurden jedoch als häufige bzw. gelegentliche Neben-

wirkungen bei Patienten, die mit ORENCIA behandelt wurden, berichtet. Wenn Patienten solche Symptome an sich beobachten, sollten sie die aktive Teilnahme am Straßenverkehr oder das Bedienen von Maschinen vermeiden.

4.8 Nebenwirkungen

Zusammenfassung des Sicherheitsprofils
Intravenös verabreichtes Abatacept wurde in placebokontrollierten klinischen Studien an Patienten mit aktiver Rheumatoider Arthritis untersucht (2.111 Patienten mit Abatacept, 1.099 mit Placebo).

In placebokontrollierten klinischen Studien mit intravenös verabreichtem Abatacept wurden bei 51,8 % der mit Abatacept behandelten Patienten und bei 46,4 % der mit

Tabelle 1: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Infektionen und parasitäre Erkrankungen	Sehr häufig	Infektion der oberen Atemwege (einschließlich Tracheitis, Nasopharyngitis)
	Häufig	Infektion der unteren Atemwege (einschließlich Bronchitis), Harnwegsinfekt, Herpesinfektionen (einschließlich Herpes simplex, oralem Herpes und Herpes zoster), Rhinitis, Pneumonie, Influenza
	Gelegentlich	Zahninfektion, Onychomykose, Sepsis, muskuloskeletale Infektionen, Hautabszesse, Pyelonephritis, Beckenentzündung
	Selten	Tuberkulose, Bakteriämie, gastrointestinale Infektion
Gutartige, bösartige und unspezifische Neubildungen (einschl. Zysten und Polypen)	Gelegentlich	Basalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom, Papillom der Haut
	Selten	Lymphom, bösartige Neubildung der Lunge
Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems	Häufig	Leukopenie
	Gelegentlich	Thrombozytopenie
Erkrankungen des Immunsystems	Gelegentlich	Überempfindlichkeit
Psychiatrische Erkrankungen	Gelegentlich	Depression, Angstgefühl, Schlafstörung (einschließlich Schlaflosigkeit)
Erkrankungen des Nervensystems	Häufig	Kopfschmerzen, Benommenheit, Parästhesie
	Gelegentlich	Migräne
Augenerkrankungen	Häufig	Konjunktivitis
	Gelegentlich	trockene Augen, reduzierte Sehschärfe
Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths	Gelegentlich	Vertigo
Herzerkrankungen	Gelegentlich	Herzklopfen, Tachykardie, Bradykardie
Gefäßerkrankungen	Häufig	Hypertonie, Flush, erhöhter Blutdruck
	Gelegentlich	Hypotonie, Hitzewallungen, Vaskulitis, erniedrigter Blutdruck
Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums	Häufig	Husten
	Gelegentlich	Bronchospasmus, Giemen, Dyspnoe
	Selten	Engegefühl in der Kehle
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	Häufig	Abdominalschmerzen, Diarrhöe, Übelkeit, Dyspepsie, Geschwülbildung im Mundbereich, aphthöse Stomatitis, Erbrechen
	Gelegentlich	Gastritis
Leber- und Gallenerkrankungen	Häufig	Leberfunktionsstörung (einschließlich erhöhter Transaminasen)
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes	Häufig	Hautausschlag (einschließlich Dermatitis), Alopezie, Pruritus
	Gelegentlich	Erhöhte Neigung zu Blutergüssen, trockene Haut, Urtikaria, Psoriasis, Erythem, Hyperhidrosis
Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenerkrankungen	Häufig	Schmerzen in den Gliedmaßen
	Gelegentlich	Arthralgie
Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse	Gelegentlich	Amenorrhoe, Menorrhagie
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort	Häufig	Fatigue, Asthenie, lokale Reaktion an der Injektionsstelle, systemische Reaktionen auf die Injektion*
	Gelegentlich	Grippeähnliche Beschwerden, Gewichtszunahme

* (z.B. Pruritus, Engegefühl des Halses, Dyspnoe)

ORENCIA® 125 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze



Placebo behandelten Patienten unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs) gemeldet. Die am häufigsten gemeldeten unerwünschten Arzneimittelwirkungen ($\geq 5\%$) bei den mit Abatacept behandelten Patienten waren Kopfschmerzen, Übelkeit und Infektionen der oberen Atemwege. Der Anteil der Patienten, die die Behandlung aufgrund von UAWs abbrachen, lag bei 3,3 % der mit Abatacept behandelten Patienten und 2,0 % der mit Placebo behandelten Patienten.

Tabellarische Auflistung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen

In Tabelle 1 werden die unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die in klinischen Studien und seit der Markteinführung beobachtet wurden, nach Organsystem und Häufigkeit sortiert und in die folgenden Kategorien eingeteilt, aufgelistet: sehr häufig ($\geq 1/10$); häufig ($\geq 1/100$ bis $< 1/10$); gelegentlich ($\geq 1/1.000$ bis $< 1/100$); selten ($\geq 1/10.000$ bis $< 1/1.000$); sehr selten ($< 1/10.000$). Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppe werden die Nebenwirkungen nach abnehmendem Schweregrad angegeben.

Siehe Tabelle 1 auf Seite 3

Beschreibung ausgewählter unerwünschter Arzneimittelwirkungen Infektionen

In den placebokontrollierten klinischen Studien wurden bei 23,1 % der intravenös mit Abatacept behandelten Patienten und bei 20,7 % der mit Placebo behandelten Patienten Infektionen gemeldet, die zumindest in einem möglichen Zusammenhang mit der Behandlung stehen.

Schwerwiegende Infektionen, die zumindest in einem möglichen Zusammenhang mit der Behandlung stehen, wurden bei 1,8 % der mit Abatacept behandelten Patienten und bei 1,1 % der mit Placebo behandelten Patienten gemeldet. Zu den schwerwiegenden Infektionen, die bei mindestens einem der mit Abatacept behandelten Patienten (0,05 % der Patienten) auftraten, zählen die folgenden: Pneumonie, Erysipel, lokalisierte Infektion, Harnwegsinfekt, Bronchitis, Divertikulitis, akute Pyelonephritis, Sepsis, Abszess, bakterielle Arthritis, Bakteriämie, Bronchopneumonie, bronchopulmonale Aspergillose, infektiöse Bursitis, Zellgewebsentzündung durch Staphylokokken, Empyem, Gastrointestinalinfektion, Hepatitis E, infiziertes Hautulkus, Peridivertikelabszess, Pneumonie durch Bakterien, Pneumonie durch Haemophilus, Influenza mit Pneumonie, Sinusitis, Streptokokkensepsis, Tuberkulose, Urosepsis (siehe Abschnitt 4.4).

In doppelblinden und in offenen klinischen Studien bei insgesamt 4.149 Patienten, die intravenös mit Abatacept behandelt wurden, lag die Inzidenz von schwerwiegenden Infektionen in 11.584 Patientenjahren bei 2,87 pro 100 Patientenjahre. Die auf das Jahr umgerechnete Inzidenz blieb stabil.

Malignitäten

Malignome wurden in placebokontrollierten klinischen Studien bei 29 von 2.111 intravenös mit Abatacept behandelten Patienten (1.829 Patientenjahre) und bei 12 von 1.099 mit Placebo behandelten Patienten (849 Patientenjahre) berichtet.

In doppelblinden und in offenen klinischen Studien bei insgesamt 4.149 Patienten, die intravenös mit Abatacept behandelt wurden, lag die Inzidenz von Malignomen in 11.932 Patientenjahren (von denen über 1.000 mit Abatacept über 5 Jahre behandelt wurden) bei 1,42 pro 100 Patientenjahre und die auf das Jahr umgerechnete Inzidenz blieb stabil. Die Inzidenz pro 100 Patientenjahre betrug 0,73 für Hautkrebsarten außer Melanomen, 0,59 für solide Tumore und 0,13 für hämatologische Malignome. Der am häufigsten berichtete solide Tumor war Lungenkrebs (0,15 pro 100 Patientenjahre) und der häufigste bösartige hämatologische Tumor war das Lymphom (0,07 pro 100 Patientenjahre). Verglichen mit der doppelblinden Phase, stieg die Inzidenz für bösartige Tumoren in der doppelblinden und offenen Phase nicht an, weder insgesamt, noch bei den Haupttumorgruppen (Hautkrebs außer Melanomen, solide Tumoren und hämatologische Malignome), noch bei einzelnen Tumorarten. Art und Muster der Malignome, die während der offenen Phase der Studien berichtet wurden, waren ähnlich denen, die in der doppelblinden Phase auftraten.

Die Inzidenz der beobachteten Malignome entsprach den Erwartungen in einer hinsichtlich Alter und Geschlecht angepassten Population mit Rheumatoider Arthritis (siehe Abschnitt 4.4).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs) bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

In Studie IV waren im Abatacept-Arm 37 Patienten und im Placebo-Arm 17 Patienten mit COPD eingeschlossen. Bei den COPD-Patienten, die intravenös mit Abatacept behandelt wurden, entwickelten sich häufiger unerwünschte Arzneimittelwirkungen als bei denen, die mit Placebo behandelt wurden (51,4 % im Vergleich zu 47,1 %). Zu Erkrankungen der Atemwege kam es häufiger bei mit Abatacept behandelten Patienten als bei Patienten, die mit Placebo behandelt wurden (10,8 % im Vergleich zu 5,9 %); dazu zählten eine Verschlimmerung der COPD und Dyspnoe. Der Anteil der COPD-Patienten, bei denen sich eine schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkung entwickelte, war höher bei den mit Abatacept behandelten Patienten als bei denen, die Placebo erhielten (5,4 % im Vergleich zu 0 %). Dazu zählten eine Verschlimmerung der COPD (1 von 37 Patienten [2,7 %]) und Bronchitis (1 von 37 Patienten [2,7 %]).

Autoimmunprozesse

Die Abatacept-Therapie führte im Vergleich zu Placebo nicht zu einer erhöhten Bildung von Autoantikörpern, d. h. antinukleären und Anti-dsDNA-Antikörpern.

Die Inzidenz von Autoimmunerkrankungen blieb stabil während der offenen Phase (1,95 pro 100 Patientenjahre) verglichen mit der doppelblinden Phase (2,36 pro 100 Patientenjahre). Die am häufigsten berichteten Autoimmunerkrankungen während der offenen Phase waren Psoriasis, Vaskulitis und Sjögren-Syndrom.

Immunogenität bei Erwachsenen, die intravenös mit Abatacept behandelt wurden

Die Bestimmung von Antikörpern gegen das Abatacept-Molekül wurde mit Hilfe von ELISA-Tests bei 3.985 Patienten mit Rheumatoider Arthritis durchgeführt, die bis zu 8 Jahre lang mit Abatacept behandelt wurden. Einhundertsiebenundachtzig von 3.877 (4,8 %) Patienten entwickelten während der Behandlung Anti-Abatacept Antikörper. Bei Patienten, die nach Absetzen von Abatacept (> 42 Tage nach der letzten Dosis) auf Anti-Abatacept Antikörper getestet wurden, waren 103 von 1.888 (5,5 %) seropositiv.

Proben mit nachgewiesener Bindungsaktivität an CTLA-4 wurden auf neutralisierende Antikörper untersucht. Bei zweiundzwanzig von 48 auswertbaren Patienten zeigte sich signifikante neutralisierende Aktivität. Die potenzielle klinische Bedeutung der Bildung von neutralisierenden Antikörpern ist nicht bekannt.

Insgesamt gab es keine offensichtliche Korrelation zwischen der Entwicklung von Antikörpern und dem klinischen Ansprechen oder unerwünschten Ereignissen. Allerdings war die Anzahl der Patienten, die Antikörper entwickelten, zu begrenzt für eine abschließende Bewertung. Da Untersuchungen der Immunogenität produktspezifisch sind, sind Vergleiche von Antikörper-Raten mit denen von anderen Produkten nicht aussagekräftig.

Immunogenität bei Erwachsenen, die subkutan mit Abatacept behandelt wurden

In Studie SC-1 wurde mittels ELISA die Immunogenität gegen Abatacept nach subkutaner und intravenöser Anwendung verglichen. Während der initialen 6-monatigen Doppelblind-Phase (short-term Periode) war das Gesamtaufreten von Immunogenitätsreaktionen gegen Abatacept 1,1 % (8/725) für die subkutan und 2,3 % (16/710) für die intravenös behandelte Gruppe. Diese Rate deckt sich mit früheren Erfahrungen und es gab keinen Effekt der Immunogenität auf die Pharmakokinetik, die Sicherheit oder die Wirksamkeit.

Die Immunogenität gegen Abatacept nach subkutaner Langzeitgabe wurde mit Hilfe eines neuen ECL-Tests gemessen. Ein Vergleich von Inzidenzraten, die mittels unterschiedlicher Tests ermittelt wurden, ist nicht möglich, da der ECL-Test so entwickelt wurde, dass er sensibler und toleranter gegen Wirkstoffe ist als der vorher verwendete ELISA-Test. Das kumulative Auftreten von Immunogenitätsreaktionen gegen Abatacept, welche mittels des ECL-Tests mit mindestens einer positiven Probe in der short-term und long-term Periode zusammen ermittelt wurde, war 15,7 % (215/1.369) während der Abatacept-Therapie (mit einer durchschnittlichen Expositionsdauer von 48,8 Monaten) und 17,3 % (194/1.121) nach Beendigung der Behandlung (> 21 Tage bis zu 168 Tage nach Gabe der letzten Dosis). Die an die Exposition angepasste Inzidenzrate (ausgedrückt pro 100 Patientenjahre) blieb während der Behandlungsdauer stabil.



Übereinstimmend mit früheren Erfahrungen waren die Titer und die Persistenz der Antikörperantworten generell niedrig und stiegen mit fortlaufender Dosierung nicht an (6,8% der Patienten waren seropositiv an 2 aufeinanderfolgenden Untersuchungsterminen). Es gab keine offensichtliche Korrelation zwischen der Entwicklung von Antikörpern einerseits und dem klinischen Ansprechen, von unerwünschten Ereignissen oder PK andererseits.

Immunogenität und Sicherheit von Abatacept nach Absetzen (drei Monate) und Wiederaufnahme der Behandlung

Eine Studie im subkutanen Programm wurde durchgeführt, um die Auswirkung einer Unterbrechung (3 Monate) und einer Wiederaufnahme der subkutanen Behandlung mit Abatacept auf die Immunogenität zu untersuchen. Nach Absetzen der Behandlung mit subkutan verabreichtem Abatacept stimmte die erhöhte Immunogenitätsrate mit der Immunogenitätsrate nach Absetzen der Behandlung mit intravenös verabreichtem Abatacept überein. Nach Wiederaufnahme der Therapie gab es keine injektionsbedingten Reaktionen und keine anderen Sicherheitsbedenken bei Patienten deren Behandlung mit subkutan verabreichtem Abatacept bis zu 3 Monaten unterbrochen wurde verglichen mit Patienten, die durchgehend mit subkutan verabreichtem Abatacept therapiert wurden. Dies war unabhängig davon, ob die Wiederaufnahme der Therapie mit oder ohne Aufsattdosis (Loading-Dose) durchgeführt wurde. Das Sicherheitsprofil im Behandlungsarm, bei dem die Wiederaufnahme der Therapie ohne intravenöse Aufsattdosis durchgeführt wurde, war auch konsistent mit dem Profil in anderen Studien.

Reaktionen auf die Injektion bei subkutan mit Abatacept behandelten Erwachsenen

In Studie SC I wurde das Sicherheitsprofil von Abatacept einschließlich Reaktionen an der Injektionsstelle nach subkutaner oder intravenöser Verabreichung verglichen. Das Gesamtaufreten von Reaktionen an der Injektionsstelle war 2,6% (19/736) im subkutanen Abatacept-Regime und 2,5% (18/721) im subkutanen Placebo-Regime (intravenös verabreichtes Abatacept). Alle Reaktionen an der Injektionsstelle wurden als leicht bis moderat beschrieben (Hämatom, Pruritus oder Erythem) und bedingten im Allgemeinen keinen Abbruch der Behandlung. Seit der Markteinführung wurde von systemischen Reaktionen (z.B. Pruritus, Engegefühl des Halses, Dyspnoe) auf die Injektion von subkutanem ORENCIA berichtet.

Sicherheitshinweis in Bezug auf die pharmakologische Klasse

Abatacept ist der erste selektive Costimulationsmodulator. Informationen zur relativen Sicherheit in einer klinischen Studie im Vergleich zu Infliximab sind in Abschnitt 5.1 zusammengefasst.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige

von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung anzuzeigen am:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Abt. Pharmakovigilanz
Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3
D-53175 Bonn
Website: <http://www.bfarm.de>

4.9 Überdosierung

Dosierungen von bis zu 50 mg/kg wurden intravenös ohne eine offensichtliche toxische Wirkung angewendet. Im Fall einer Überdosierung wird empfohlen, den Patienten auf Zeichen oder Symptome von Nebenwirkungen zu überwachen und eine geeignete symptomatische Therapie einzuleiten.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AA24

Abatacept ist ein Fusionsprotein aus der extrazellulären Domäne des humanen zytotoxischen T-Lymphozyten-Antigens-4 (CTLA-4) gebunden an einen modifizierten Fc-Teil des humanen Immunglobulins G1 (IgG1). Abatacept wird durch rekombinante DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen.

Wirkmechanismus

Abatacept moduliert selektiv ein wichtiges costimulatorisches Signal, das für die volle Aktivierung der CD28 exprimierenden T-Lymphozyten benötigt wird. Für die volle Aktivierung von T-Lymphozyten braucht es zwei Signale, die von antigenpräsentierenden Zellen ausgehen: Das Erkennen eines spezifischen Antigens durch einen T-Zell-Rezeptor (Signal 1) und ein zweites, das costimulatorische Signal. Ein wichtiger costimulatorischer Signalweg beinhaltet die Bindung von CD80- und CD86-Molekülen auf der Oberfläche der antigenpräsentierenden Zellen an den CD28-Rezeptor auf den T-Lymphozyten (Signal 2). Abatacept hemmt diesen costimulatorischen Signalweg selektiv, indem es spezifisch an CD80 und CD86 bindet. Studien haben gezeigt, dass Abatacept die Antwort von naiven T-Lymphozyten stärker beeinträchtigt als die von T-Gedächtniszellen.

Im Rahmen von *in-vitro*-Studien und Tierversuchen wurde nachgewiesen, dass Abatacept die T-Lymphozyten-abhängige Immunantwort und Entzündung moduliert. *In vitro* schwächt Abatacept die Aktivierung von humanen T-Lymphozyten, messbar als verminderte Proliferation und Zytokin-Produktion. Abatacept verringert die antigenspezifische Produktion von TNF α , Interferon- γ und Interleukin-2 durch T-Lymphozyten.

Pharmakodynamische Wirkungen

Unter Abatacept kam es zu einer dosisabhängigen Reduktion der Serumspiegel von löslichem Interleukin-2-Rezeptor (einem Marker für die T-Lymphozyten-Aktivierung), von Serum-Interleukin-6 (einem Produkt von aktivierten synovialen Makrophagen und fibroblastenähnlichen Synoviozyten bei der Rheumatoiden Arthritis), von Rheumafaktor

(einem durch Plasmazellen gebildeten Autoantikörper) und von C-reaktivem Protein (einem akute-Phase-Reaktanten bei Entzündungen). Darüber hinaus verringerten sich die Serumspiegel von Matrixmetalloproteinase-3, die Knorpelabbau und Gewebeveränderungen verursacht. Ebenfalls wurden verringerte Serumspiegel von TNF α beobachtet.

Klinische Wirksamkeit und Sicherheit bei Erwachsenen mit Rheumatoider Arthritis

Die Wirksamkeit und Sicherheit von intravenös verabreichtem Abatacept wurde in randomisierten, doppelblinden, placebo-kontrollierten klinischen Studien mit erwachsenen Patienten mit aktiver Rheumatoider Arthritis untersucht, die gemäß den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) diagnostiziert worden war. In den Studien I, II, III, V und VI mussten die Patienten bei der Randomisierung mindestens 12 druckschmerzhafte und 10 geschwollene Gelenke aufweisen. Bei Studie IV war keine bestimmte Anzahl an druckschmerzhaften oder geschwollenen Gelenken vorgegeben. Studie SC-1 war eine randomisierte, doppelblinde, Double-Dummy, auf Nicht-Unterlegenheit angelegte Studie, in welcher die Patienten nach Körpergewicht (< 60 kg, 60 bis 100 kg, > 100 kg) stratifiziert waren. Die Studie verglich die Wirksamkeit und Sicherheit von subkutan und intravenös verabreichtem Abatacept bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis, die zusätzlich Methotrexat (MTX) erhielten und die unzureichend auf MTX (MTX-IR) angesprochen hatten.

In den Studien I, II und V wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Abatacept im Vergleich zu Placebo bei Patienten beurteilt, die auf Methotrexat unzureichend ansprachen und weiterhin ihre stabile Dosis Methotrexat erhielten. In Studie V wurden zusätzlich die Sicherheit und die Wirksamkeit von Abatacept oder Infliximab im Vergleich zu Placebo untersucht. In Studie III wurden die Sicherheit und die Wirksamkeit von Abatacept bei Patienten beurteilt, die unzureichend auf einen TNF-Antagonisten ansprachen, wobei der TNF-Antagonist vor der Randomisierung abgesetzt wurde; andere DMARDs waren zugelassen. In Studie IV wurde in erster Linie die Sicherheit bei Patienten mit aktiver Rheumatoider Arthritis beurteilt, bei denen trotz einer aktuellen Behandlung mit DMARDs und/oder Biologika eine zusätzliche Intervention erforderlich war; alle zum Zeitpunkt des Studieneintritts angewendeten DMARDs/Biologika wurden weiterhin gegeben. In Studie VI wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Abatacept an Methotrexat-naiven, Rheumafaktor (RF)- und/oder antizyklischen Citrullin-Peptid 2 (Anti-CCP2)-positiven Patienten untersucht. Diese Patienten hatten eine frühzeitige, erosive Rheumatoide Arthritis (≤ 2 Jahre Krankheitsdauer) und erhielten randomisiert Abatacept und Methotrexat oder Methotrexat und Placebo. Das Ziel in Studie SC-1 war der Nachweis der Nichtunterlegenheit in der Wirksamkeit und der Vergleichbarkeit in der Sicherheit von subkutan verabreichtem Abatacept im Vergleich zu intravenös verabreichtem Abatacept bei Patienten mit mäßiger bis schwerer aktiver RA, die unzu-

Tabelle 2: Klinische Ansprechraten in kontrollierten Studien

	Prozent Patienten							
	Intravenöse Anwendung						subkutane Anwendung	
	MTX-Naiv		Unzureichendes Ansprechen auf MTX		Unzureichendes Ansprechen auf einen TNF-Antagonisten		Unzureichendes Ansprechen auf MTX	
	Studie VI		Studie II		Studie III		Studie SC-I	
Ansprechrate	Abatacept ^a +MTX n = 256	Placebo +MTX n = 253	Abatacept ^a +MTX n = 424	Placebo +MTX n = 214	Abatacept ^a +DMARDs ^b n = 256	Placebo +DMARDs ^b n = 133	Abatacept ^f SC +MTX n = 693	Abatacept ^f IV +MTX n = 678
ACR 20								
Tag 15	24 %	18 %	23 %*	14 %	18 %**	5 %	25 %	25 %
Monat 3	64 % ^{††}	53 %	62 %***	37 %	46 %***	18 %	68 %	69 %
Monat 6	75 % [†]	62 %	68 %***	40 %	50 %***	20 %	76 %§	76 %
Monat 12	76 % [‡]	62 %	73 %***	40 %	NA ^d	NA ^d	NA	NA
ACR 50								
Monat 3	40 % [‡]	23 %	32 %***	8 %	18 %**	6 %	33 %	39 %
Monat 6	53 % [‡]	38 %	40 %***	17 %	20 %***	4 %	52 %	50 %
Monat 12	57 % [‡]	42 %	48 %***	18 %	NA ^d	NA ^d	NA	NA
ACR 70								
Monat 3	19 % [†]	10 %	13 %***	3 %	6 % ^{††}	1 %	13 %	16 %
Monat 6	32 % [†]	20 %	20 %***	7 %	10 %**	2 %	26 %	25 %
Monat 12	43 % [‡]	27 %	29 %***	6 %	NA ^d	NA ^d	NA	NA
Bedeutames klinisches Ansprechen^c								
	27 % [‡]	12 %	14 %***	2 %	NA ^d	NA ^d	NA	NA
DAS28-CRP Remission^e								
Monat 6	28 % [‡]	15 %	NA	NA	NA	NA	24 %§§	25 %
Monat 12	41 % [‡]	23 %	NA	NA	NA	NA	NA	NA

* p < 0,05, Abatacept vs. Placebo.

** p < 0,01, Abatacept vs. Placebo.

***p < 0,001, Abatacept vs. Placebo.

† p < 0,01, Abatacept und MTX vs. MTX und Placebo

‡ p < 0,001, Abatacept und MTX vs. MTX und Placebo

†† p < 0,05, Abatacept und MTX vs. MTX und Placebo

§ 95 % CI: -4,2, 4,8 (basierend auf der präspezifizierten Nicht-Unterlegenheits-Grenze von -7,5 %)

§§ ITT Daten sind in der Tabelle dargestellt

^a Feste Dosis von etwa 10 mg/kg (siehe Abschnitt 4.2).

^b Zu den begleitend angewendeten DMARDs/Biologika zählten eines oder mehrere der Folgenden: Methotrexat, Chloroquin/Hydroxychloroquin, Sulfasalazin, Leflunomid, Azathioprin, Gold und Anakinra.

^c Bedeutames klinisches Ansprechen ist definiert als Erreichen einer ACR₇₀-Response über einen kontinuierlichen Zeitraum von 6 Monaten.

^d Nach 6 Monaten erhielten die Patienten die Gelegenheit, an einer offenen Studie teilzunehmen.

^e DAS28-CRP Remission ist definiert als ein DAS28-CRP Score < 2,6

^f Per-Protocol Daten sind in der Tabelle dargestellt. Für ITT ist n = 736 für Abatacept subkutan (SC) und n = 721 für Abatacept intravenös (IV)

reichend auf eine vorangegangene Behandlung mit MTX angesprochen hatten. In Studie SC-II wurden die relative Wirksamkeit und Sicherheit von Abatacept und Adalimumab untersucht, die beide subkutan verabreicht wurden, ohne intravenöse Aufsattdosis (Loading-Dose) und mit MTX als Begleitmedikation bei Patienten mit mäßiger bis schwerer aktiver Rheumatoider Arthritis und einem nicht ausreichendem Ansprechen auf eine vorangegangene Behandlung mit MTX.

Die Patienten der Studie I erhielten randomisiert 12 Monate lang entweder 2 mg/kg Abatacept oder 10 mg/kg Abatacept, oder Placebo. Die Patienten der Studien II, III, IV und VI erhielten randomisiert über 12 Monate (Studien II, IV und VI) oder 6 Monate (Studie III) eine feste Dosis von etwa 10 mg/kg Abatacept, oder Placebo. Die Abatacept-

Dosis betrug 500 mg bei Patienten mit einem Körpergewicht unter 60 kg, 750 mg bei Patienten mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg, und 1.000 mg bei Patienten mit einem Körpergewicht über 100 kg. In Studie SC-I wurde den Patienten nach einer intravenösen Abatacept Loading-Dose wöchentlich subkutan Abatacept gegeben. Die Patienten erhielten im Studienverlauf weiter die Dosis MTX, die sie am Tag der Randomisierung erhalten hatten. Die Patienten der Studie V erhielten 6 Monate lang randomisiert entweder genau diese stabile Dosis Abatacept oder 3 mg/kg Infliximab, oder Placebo. Studie V wurde nur mit der Abatacept- und der Infliximab-Gruppe noch 6 Monate lang weitergeführt.

In den Studien I, II, III, IV, V, VI, SC-I und SC-II wurden 339, 638, 389, 1.441, 431,

509, 1.371 und 646 erwachsene Patienten untersucht.

Klinisches Ansprechen

ACR-Response

Der prozentuale Anteil der mit Abatacept behandelten Patienten, die eine ACR20-, ACR50- oder ACR70-Response in Studie II (Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf Methotrexat), Studie III (Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf TNF-Antagonisten), Studie VI (Methotrexat-naive Patienten) und Studie SC-I (subkutane Injektion) erreichten, ist in Tabelle 2 dargestellt.

Bei den mit Abatacept behandelten Patienten wurde in den Studien II und III nach der ersten Dosis (Tag 15) eine statistisch signifikante Verbesserung der ACR20-Response im Vergleich zu Placebo beobachtet und diese Verbesserung blieb über den Verlauf



der Studien hinweg signifikant. In Studie VI wurde nach 29 Tagen eine statistisch signifikante Verbesserung der ACR20-Response bei mit Abatacept und Methotrexat behandelten Patienten gegenüber mit Methotrexat und Placebo behandelten Patienten beobachtet und während der Studiendauer beibehalten. In Studie II entwickelten 43 % der Patienten, bei denen nach 6 Monaten keine ACR20-Response erreicht worden war, nach 12 Monaten eine ACR20-Response.

In Studie SC-1 war das subkutane Abatacept (SC)-Regime dem intravenösen Abatacept (IV)-Regime in Bezug auf die ACR 20-Response nach 6 Monaten Behandlung nicht unterlegen. Patienten, die Abatacept subkutan erhielten, erreichten auch ACR 50 und ACR 70-Ansprechraten, die denen der Patienten im intravenösen Abatacept-Regime ähnlich waren.

Es war kein Unterschied im klinischen Ansprechen zwischen dem subkutanen und intravenösen Abatacept-Regime über alle 3 Gewichtsklassen feststellbar. In Studie SC-1 betrugen die ACR 20-Ansprechraten am Tag 169 für das subkutane bzw. intravenöse Abatacept-Regime 78,3 % (472/603 SC) bzw. 76,0 % (456/600 IV) bei Patienten < 65 Jahren und 61,1 % (55/90 SC) bzw. 74,4 % (58/78 IV) bei Patienten ≥ 65 Jahren.

In der offenen Fortsetzung der Studien I, II, III, VI und SC-I wurde eine dauerhafte und anhaltende ACR20-, ACR50- und ACR70-Response über 7 Jahre, 5 Jahre, 5 Jahre, 2 Jahre bzw. 5 Jahre der Abatacept-Therapie beobachtet. In Studie I hatten nach 7 Jahren 43 Patienten eine ACR-Response mit 72 % ACR20-, 58 % ACR50- und 44 % ACR70-Response. In Studie II wurde eine ACR-Response nach 5 Jahren bei 270 Patienten ermittelt, mit 84 % ACR20-, 61 % ACR50- und 40 % ACR70-Response. In Studie III wurde eine ACR-Response nach 5 Jahren bei 91 Patienten ermittelt, mit 74 % ACR20-, 51 % ACR50- und 23 % ACR70-Response. In Studie VI wurde eine ACR-Response nach 2 Jahren bei 232 Patienten erreicht mit 85 % ACR20-, 74 % ACR50- und 54 % ACR70-Response. In Studie SC-I wurde eine ACR-Response nach 5 Jahren ermittelt, mit 85 % (356/421) ACR20-Response, 66 % (277/423) ACR50-Response und 45 % (191/425) ACR70-Response.

Bei anderen klinischen Kriterien zur Beurteilung der Krankheitsaktivität der Rheumatoiden Arthritis, die nicht in den ACR-Kriterien enthalten sind, z. B. Morgensteifigkeit wurden größere Verbesserungen mit Abatacept als mit Placebo beobachtet.

DAS28-Response

Die Krankheitsaktivität wurde außerdem mit dem Disease Activity Score 28 beurteilt. In den Studien II, III, V und VI wurde eine signifikante Verbesserung des DAS28 im Vergleich zu Placebo oder der Vergleichssubstanz beobachtet.

In Studie VI, in welche ausschließlich Erwachsene eingeschlossen worden sind, erreichte ein signifikant höherer Anteil der Patienten in der Abatacept und Methotrexat Gruppe (41 %) eine DAS28 (CRP)-definierte Remission (Score < 2,6) gegenüber der

Methotrexat und Placebo Gruppe (23 %) nach Jahr 1. Das Ansprechen nach Jahr 1 in der Abatacept Gruppe wurde in Jahr 2 beibehalten.

Studie V: Abatacept oder Infliximab versus Placebo

Eine randomisierte, doppelblinde Studie wurde durchgeführt, um die Sicherheit und Wirksamkeit von intravenös verabreichtem Abatacept oder Infliximab im Vergleich zu Placebo bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf Methotrexat zu beurteilen (Studie V). Der primäre Zielparameter war die mittlere Veränderung der Krankheitsaktivität bei den mit Abatacept behandelten Patienten im Vergleich zu den mit Placebo behandelten Patienten nach 6 Monaten, mit einer anschließenden doppelblinden Beurteilung der Sicherheit und Wirksamkeit von Abatacept und Infliximab nach 12 Monaten. Im placebokontrollierten Teil der Studie wurde nach sechs Monaten eine größere Verbesserung ($p < 0,001$) im DAS28 mit Abatacept und mit Infliximab als mit Placebo festgestellt; die Ergebnisse der Abatacept- und der Infliximab-Gruppe waren vergleichbar. Die ACR-Response-Raten in Studie V waren konsistent mit dem DAS28-Index. Eine weitere Verbesserung wurde nach 12 Monaten mit Abatacept beobachtet. Nach 6 Monaten waren bei 48,1 % (75) der Patienten in der Abatacept-Gruppe, bei 52,1 % (86) in der Infliximab-Gruppe und bei 51,8 % (57) in der Placebo-Gruppe Infektionen als Nebenwirkungen aufgetreten. Die Häufigkeit von schwerwiegenden Infektionen betrug 1,3 % (2) in der Abatacept-Gruppe, 4,2 % (7) in der Infliximab-Gruppe und 2,7 % (3) in der Placebo-Gruppe. Nach 12 Monaten lag die Rate der Infektionen bei 59,6 % (93) in der Abatacept-Gruppe und bei 68,5 % (113) in der Infliximab-Gruppe und die Rate der schwerwiegenden Infektionen bei 1,9 % (3) in der Abatacept-Gruppe und 8,5 % (14) in der Infliximab-Gruppe. Die offene Phase der Studie ermöglichte eine Beurteilung der Fähigkeit von Abatacept, die Wirksamkeit beizubehalten bei Patienten, die ursprünglich auf Abatacept randomisiert wurden und der Wirksamkeit bei denjenigen Patienten, die nach einer Behandlung mit Infliximab auf Abatacept umgestellt wurden. Die Verringerung vom Ausgangswert beim mittleren DAS28 Score bei Tag 365 (-3,06) wurde bis Tag 729 (-3,34) bei den Patienten beibehalten, die mit Abatacept weiterbehandelt wurden. Bei den Patienten, die zuerst Infliximab erhielten und dann auf Abatacept umgestellt wurden, war die Verringerung im mittleren DAS28 Score vom Ausgangswert 3,29 bei Tag 729 und 2,48 bei Tag 365.

Studie SC-II: Abatacept versus Adalimumab

Eine randomisierte, einfach verblindete (Prüfart) Nicht-Unterlegenheitsstudie wurde durchgeführt, um die Sicherheit und Wirksamkeit von 1-mal wöchentlich subkutan (SC) verabreichtem Abatacept – ohne intravenöse (IV) Aufwärtigungsdosis (Loading-Dose) – mit einer alle zwei Wochen subkutan verabreichtem Adalimumab-Gabe zu vergleichen, jeweils mit MTX als Begleitmedikation, bei Patienten mit einem nicht ausreichendem Ansprechen auf eine vorange-

gangene Behandlung mit MTX (Studie SC-II). Der primäre Endpunkt zeigte die Nicht-Unterlegenheit (vordefinierte Grenze von 12 %) der ACR20-Response nach 12 Monaten Behandlung, 64,8 % (206/318) für die Abatacept SC-Gruppe und 63,4 % (208/328) für die Adalimumab SC-Gruppe; der Unterschied zwischen den Studienarmen der Behandlungen betrug 1,8 % [95 % Konfidenzintervall (confidence interval, CI): -5,6; 9,2]. Die Ansprechraten waren über die gesamten 24-Monate vergleichbar. Die entsprechenden Werte für den ACR 20 nach 24 Monaten Behandlung betrugen 59,7 % (190/318) für die Abatacept SC-Gruppe und 60,1 % (197/328) für die Adalimumab SC-Gruppe. Die entsprechenden Werte für ACR 50 und ACR 70 nach 12 Monaten und 24 Monaten waren konsistent und für Abatacept und Adalimumab vergleichbar. Die angepassten mittleren Änderungen (Standardfehler, engl. standard error; SE) vom DAS28-CRP Ausgangswert waren nach 24 Monaten -2,35 (SE 0,08) [95 % CI: -2,51; -2,19] und -2,33 (SE 0,08) [95 % CI: -2,50; -2,17] in der Abatacept SC-Gruppe und in der Adalimumab SC-Gruppe, mit vergleichbarer Veränderung über die Zeit. Nach 24 Monaten, erreichten 50,6 % (127/251) [95 % CI: 44,4; 56,8] der Patienten in der Abatacept-Gruppe und 53,3 % (130/244) [95 % CI: 47,0; 59,5] der Patienten in der Adalimumab-Gruppe einen DAS 28 < 2,6. Die Verbesserung vom Ausgangswert, gemessen anhand der Ergebnisse des HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire Disability Index) nach 24 Monaten und über die Zeit war vergleichbar zwischen Abatacept SC und Adalimumab SC.

Die Beurteilung von Sicherheit und strukturellen Schäden wurde nach einem und nach zwei Jahren vorgenommen. Das Gesamt-Sicherheitsprofil in Hinblick auf unerwünschte Ereignisse war über den Zeitraum von 24 Monaten in beiden Gruppen vergleichbar. Nach 24 Monaten wurde von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei 41,5 % (132/318) der mit Abatacept behandelten Patienten und bei 50 % (164/328) der mit Adalimumab behandelten Patienten berichtet. Schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden von 3,5 % (11/318) und 6,1 % (20/328) der jeweiligen Gruppe gemeldet. 20,8 % (66/318) der Abatacept-Patienten und 25,3 % (83/328) der Adalimumab-Patienten haben die Studie vor Monat 24 beendet.

In der Studie SC-II wurde in 3,8 % (12/318) der wöchentlich mit Abatacept SC behandelten Patienten von schwerwiegenden Infektionen berichtet, wovon keine zum Abbruch der Studie führte, und bei 5,8 % (19/328) der Patienten, die alle zwei Wochen mit Adalimumab behandelt wurden, was in 9 Fällen zum Abbruch der Studie während der 24-Monats-Periode führte.

Die Häufigkeit des Auftretens von Reaktionen an der Injektionsstelle betrug 3,8 % (12/318) und 9,1 % (30/328) nach 12 Monaten ($p = 0,006$) und 4,1 % (13/318) und 10,4 % (34/328) nach 24 Monaten jeweils für Abatacept SC und Adalimumab SC. Über den Studien-Zeitraum von zwei Jahren berichteten 3,8 % (12/318) und 1,5 % (5/328) von den jeweils mit Abatacept SC und Adalimumab SC behandelten Patienten von

leichten bis mäßig schweren Autoimmunerkrankungen (z.B. Psoriasis, Raynaud Syndrom, Erythema nodosum).

Radiologische Untersuchungen

Die strukturelle Gelenkschädigung wurde in den Studien II, VI und SC-II radiologisch über einen Zeitraum von zwei Jahren beurteilt. Die Ergebnisse wurden unter Verwendung des von Genant modifizierten TSS (*Total-Sharp-Score*) und seiner Komponenten „Ausmaß der Erosionen“ und „Ausmaß der Verkleinerung des Gelenkspaltes (*Joint space narrowing score*, JSN)“ ermittelt.

In Studie II war der mediane TSS zu Studienbeginn 31,7 bei den mit Abatacept behandelten Patienten und 33,4 bei den mit Placebo behandelten Patienten. Die Kombination Abatacept/Methotrexat verhinderte die Progression struktureller Schäden im Vergleich zu Placebo/Methotrexat nach 12-monatiger Behandlung (siehe Tabelle 3). Die Progressionsrate struktureller Schäden in Jahr 2 war bei den Patienten, die randomisiert Abatacept erhalten hatten, signifikant geringer als die in Jahr 1 ($p < 0,0001$). Patienten, die nach einem Jahr Behandlung in der doppelblinden Phase in die Langzeitverlängerung aufgenommen wurden, wurden alle mit Abatacept behandelt und die radiologische Progression wurde bis zum Jahr 5 untersucht. Die Daten wurden in einer „as-observed“-Auswertung analysiert unter Verwendung der mittleren Änderung beim Gesamt-Score der Untersuchung aus dem Vorjahr. Die mittlere Änderung war 0,41 und 0,74 von Jahr 1 zu Jahr 2 ($n = 290, 130$), 0,37 und 0,68 von Jahr 2 zu Jahr 3 ($n = 293, 130$), 0,34 und 0,43 von Jahr 3 zu Jahr 4 ($n = 290, 128$) und die Änderung war 0,26 und 0,29 ($n = 233, 114$) von Jahr 4 zu Jahr 5 für Patienten, die ursprünglich auf Abatacept plus MTX bzw. Placebo plus MTX randomisiert wurden.

Tabelle 3: Mittlere radiologische Veränderungen im Verlauf von 12 Monaten in Studie II

Parameter	Abatacept/MTX n = 391	Placebo/MTX n = 195	P-Wert ^a
Total-Sharp-Score	1,21	2,32	0,012
Ausmaß der Erosionen	0,63	1,14	0,029
JSN-Score	0,58	1,18	0,009

^a gemäß nicht-parametrischer Analyse.

In Studie VI war die mittlere Änderung des TSS nach 12 Monaten signifikant niedriger bei Patienten die mit Abatacept und Methotrexat behandelt wurden im Vergleich zu denen, die mit Methotrexat und Placebo behandelt wurden. Nach 12 Monaten hatten 61 % (148/242) der Patienten, die mit Abatacept und Methotrexat behandelt wurden und 53 % (128/242) der Patienten, die mit Methotrexat und Placebo behandelt wurden, keine Progression ($TSS \leq 0$). Die radiologische Progression war geringer bei Patienten, die kontinuierlich mit Abatacept und Methotrexat behandelt wurden (über 24 Monate), verglichen mit Patienten, die zuerst Methotrexat und Placebo (über 12 Monate) erhielten und danach für die nächsten 12 Monate auf Abatacept und Methotrexat umgestellt wurden. Unter den Patienten, die in die offene 12-monatige Phase aufgenommen wurden, hatten 59 % (125/213) der Patienten, die kontinuierlich mit Abatacept und Methotrexat behandelt wurden und 48 % (92/192) der Patienten die zuerst Methotrexat erhielten und dann auf die Kombination mit Abatacept umgestellt wurden, keine Progression.

In Studie SC-II wurden strukturelle Gelenkschädigungen radiologisch untersucht und formuliert als Änderung des von van der Heijde modifizierten Total Sharp Score (mTSS) und seiner Komponenten vom Ausgangswert. In beiden Behandlungs-Gruppen

wurden bis zu 24 Monate vergleichbare Hemmungen (mTSS [Mittelwert \pm Standardabweichung] = $0,89 \pm 4,13$ im Vergleich zu $1,13 \pm 8,66$), Erosionsscore ($0,41 \pm 2,57$ im Vergleich zu $0,41 \pm 5,04$), und Gelenkspaltverschmälerungsscore ($0,48 \pm 2,18$ im Vergleich zu $0,72 \pm 3,81$) für die Abatacept-Gruppe ($n = 257$) und die Adalimumab-Gruppe ($n = 260$) beobachtet.

Auswirkungen auf körperliche Funktionsfähigkeit

Die Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit wurde anhand eines Fragebogens zur Bewertung des Gesundheitsstatus [Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)] in den Studien II, III, IV, V und VI und eines modifizierten HAQ-DI in Studie I ermittelt. In der Studie SC-I war die Verbesserung vom Ausgangswert (gemessen mit HAQ-DI) nach 6 Monaten und über die Zeit vergleichbar zwischen dem subkutanen und dem intravenösen Abatacept-Regime. Die Ergebnisse aus den Studien II, III und VI sind in Tabelle 4 dargestellt.

In der Studie II hielt bei 88 % der Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Verbesserung in Monat 12 die Wirkung in Monat 18 und bei 85 % auch in Monat 24 an. Während der offenen Phasen der Studien I, II, III und VI blieb die Verbesserung der körperlichen

Tabelle 4: Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit in kontrollierten Studien

	Methotrexat-Naiv		Unzureichendes Ansprechen auf Methotrexat		Unzureichendes Ansprechen auf einen TNF-Antagonisten	
	Studie VI		Studie II		Studie III	
	Abatacept ^a +MTX	Placebo +MTX	Abatacept ^a +MTX	Placebo +MTX	Abatacept ^a +DMARDs ^b	Placebo +DMARDs ^b
HAQ ^c DI						
Studienbeginn (Mittel)	1,7 ($n = 254$)	1,7 ($n = 251$)	1,69 ($n = 422$)	1,69 ($n = 212$)	1,83 ($n = 249$)	1,82 ($n = 130$)
Mittlere Verbesserung im Vergleich zu Studienbeginn						
Monat 6	0,85 ($n = 250$)	0,68 ($n = 249$)	0,59*** ($n = 420$)	0,40 ($n = 211$)	0,45*** ($n = 249$)	0,11 ($n = 130$)
Monat 12	0,96 ($n = 254$)	0,76 ($n = 251$)	0,66*** ($n = 422$)	0,37 ($n = 212$)	NA ^e	NA ^e
Anteil der Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Verbesserung ^d						
Monat 6	72 % [†]	63 %	61 %***	45 %	47 %***	23 %
Monat 12	72 % [†]	62 %	64 %***	39 %	NA ^e	NA ^e

*** $p < 0,001$, Abatacept vs. Placebo.

[†] $p < 0,05$, Abatacept und MTX vs. MTX und Placebo

^a Feste Dosis von etwa 10 mg/kg (siehe Abschnitt 4.2).

^b Zu den begleitend angewendeten DMARDs/Biologika zählten eines oder mehrere der Folgenden: Methotrexat, Chloroquin/Hydroxychloroquin, Sulfasalazin, Leflunomid, Azathioprin, Gold und Anakinra.

^c Fragebogen zur Bewertung des Gesundheitszustand (*Health Assessment Questionnaire*); 0 = bester Gesundheitszustand 3 = schlechtester Gesundheitszustand; 20 Fragen; 8 Domänen: Anziehen und Körperpflege, Aufstehen, Essen + Trinken, Gehen, Hygiene, Erreichen von Gegenständen, Greifen und andere Tätigkeiten.

^d Verringerung im HAQ-DI von $\geq 0,3$ Einheiten im Vergleich zu Studienbeginn.

^e Nach 6 Monaten erhielten die Patienten die Gelegenheit, an einer unverblindeten Studie teilzunehmen.



lichen Funktionsfähigkeit über 7 Jahre, 5 Jahre, 5 Jahre bzw. 2 Jahre bestehen.

Gesundheitszustand und Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde anhand des SF-36-Fragebogens nach 6 Monaten in den Studien I, II und III und nach 12 Monaten in den Studien I und II bewertet. In diesen Studien wurde in der Abatacept-Gruppe im Vergleich zur Placebo-Gruppe in allen 8 Domänen des SF-36 (4 physische Domänen: körperliche Funktion, körperliche Rollenerfüllung, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung und 4 mentale Domänen: Vitalität, soziale Funktion, emotionale Rollenerfüllung, psychisches Wohlbefinden) sowie in der Zusammenfassung der physischen Domänen (Physical Component Summary (PCS)) und in der Zusammenfassung der mentalen Domänen (Mental Component Summary (MCS)) eine klinisch bedeutsame und statistisch signifikante Verbesserung festgestellt. In Studie VI wurde nach 12 Monaten in der Abatacept und Methotrexat Gruppe eine Verbesserung sowohl bei PCS und MCS beobachtet und über 2 Jahre aufrechterhalten.

Studie VII: Sicherheit von Abatacept bei Patienten mit oder ohne Auswaschphase der vorherigen Therapie mit TNF-blockierendem Wirkstoff

Eine Studie mit offen verabreichtem intravenös gegebenem Abatacept und einer Begleitmedikation mit traditionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika wurde bei Patienten mit aktiver RA durchgeführt, die unzureichend auf die vorherige (Auswaschphase über mindestens 2 Monate; n = 449) oder aktuelle (keine Auswaschphase; n = 597) Therapie mit TNF-Antagonisten (Studie VII) ansprachen. Der primäre Zielparame-ter, das Auftreten von unerwünschten Ereignissen, schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen und Therapieabbrüchen aufgrund von unerwünschten Ereignissen während der 6-monatigen Behandlung wie auch die Häufigkeit schwerwiegender Infektionen war ähnlich zwischen denen, die bei Studienbeginn bereits mit TNF-Antagonisten behandelt worden waren oder aktuell noch behandelt wurden.

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat für ORENCIA subkutan eine Zurückstellung von der Verpflichtung zur Vorlage von Ergebnissen zu Studien in einer oder mehreren pädiatrischen Altersklassen in der chronischen idiopathischen Arthritis (einschließlich Rheumatoider Arthritis, Spondylitis ankylosa, Psoriasis Arthritis und juveniler idiopathischer Arthritis) gewährt (siehe Abschnitt 4.2 bzgl. Informationen zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen).

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Das geometrische Mittel (90 % Konfidenzintervall) für die Abschätzung der relativen Bioverfügbarkeit (subkutan vs. intravenös) beträgt 78,6 % (64,7 %, 95,6 %). Im Steady State nach 85 Tagen betrug C_{min} im Mittel 32,5 mcg/ml (Spanne 6,6 bis 113,8 mcg/ml) und C_{max} 48,1 mcg/ml (Spanne 9,8 bis 132,4 mcg/ml). Die mittleren Schätzwerte für die systemische Clearance (0,28 ml/h/kg), Verteilungsvolumen (0,11 l/kg) und termi-

nale Halbwertszeit (14,3 Tage) waren vergleichbar zwischen der subkutanen und der intravenösen Anwendung.

Es wurde eine Studie durchgeführt, um den Einfluss einer Abatacept Monotherapie auf die Immunogenität nach einer subkutanen Anwendung ohne intravenöse Loading-Dose zu untersuchen. Wenn keine intravenöse Loading-Dose gegeben wurde, wurde die mittlere Trough-Konzentration (12,6 mcg/ml) nach 2 Wochen Therapie erreicht. Die Wirksamkeit über die Zeit in dieser Studie schien vergleichbar zu sein, mit der Wirksamkeit, die in Studien mit intravenöser Loading-Dose beobachtet wurde. Der Einfluss der fehlenden intravenösen Loading-Dose auf den Wirkeintritt wurde jedoch nicht systematisch untersucht.

Analog den Daten zu intravenös verabreichtem Abatacept, zeigten populationspharmakokinetische Untersuchungen bei subkutaner Anwendung eine Tendenz zu einer höheren Abatacept-Clearance mit steigendem Körpergewicht. Alter und Geschlecht (nach Korrektur für Körpergewicht) hatten keine Auswirkungen auf die apparente Clearance. Gleichzeitig gegebenes MTX, NSARs, Kortikosteroide und TNF-Antagonisten zeigten keinen Einfluss auf die apparente Abatacept-Clearance.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

In einer Reihe von *in-vitro*-Studien wurde keine Mutagenität oder Klastogenität von Abatacept beobachtet. In einer Karzinogenitätsstudie an Mäusen kam es zu einer erhöhten Inzidenz von malignen Lymphomen und Tumoren der Brustdrüse (bei Weibchen). Die erhöhte Inzidenz von Lymphomen und Brusttumoren bei mit Abatacept behandelten Mäusen hängt möglicherweise mit der geringeren Kontrolle über das murine Leukämievirus bzw. das murine Mammakarzinomvirus bei einer langfristigen Immunmodulation zusammen. In einer einjährigen Toxizitätsstudie an Cynomolgusaffen wurde Abatacept nicht mit einer signifikanten Toxizität in Zusammenhang gebracht. Die reversiblen pharmakologischen Auswirkungen bestanden aus einer minimalen vorübergehenden Senkung des Serum-IgG und einer minimalen bis schweren lymphatischen Depletion der Keimzentren in der Milz und/oder den Lymphknoten. Es wurden keine Hinweise auf Lymphome oder präneoplastische morphologische Veränderungen beobachtet, obwohl das Lymphocryptovirus nachgewiesen wurde, ein Virus, von dem man weiß, dass es bei immunsupprimierten Affen innerhalb des Zeitrahmens dieser Studie solche Läsionen hervorruft. Die Relevanz dieser Ergebnisse für die klinische Anwendung von Abatacept ist nicht bekannt.

Bei Ratten zeigte Abatacept keine unerwünschten Wirkungen auf die männliche oder weibliche Fertilität. Studien mit Abatacept zur embryofetalen Entwicklung wurden bei Mäusen, Ratten und Kaninchen mit Dosierungen von bis zum 20- bis 30-fachen der Humandosis von 10 mg/kg durchgeführt, und es wurden beim Nachwuchs keine unerwünschten Wirkungen beobachtet. Bei Ratten und Kaninchen entsprach

die Abatacept-Exposition bis zu 29 Mal der Humanexposition von 10 mg/kg basierend auf der AUC. Abatacept erwies sich bei Ratten und Kaninchen als plazentagängig. In einer Studie mit Abatacept zur prä- und postnatalen Entwicklung von Ratten wurden bei den Jungtieren von Muttertieren, die Abatacept in Dosen von bis zu 45 mg/kg, entsprechend dem 3-fachen der Humanexposition bei 10 mg/kg basierend auf der AUC, erhalten hatten, keine unerwünschten Wirkungen beobachtet. Bei einer Dosis von 200 mg/kg, entsprechend dem 11-fachen der Humanexposition bei 10 mg/kg basierend auf der AUC, wurden begrenzte Veränderungen der Immunfunktion beobachtet (ein Anstieg um das 9-fache der mittleren T-Zell-abhängigen Antikörperantwort bei weiblichen Jungtieren und eine Entzündung der Schilddrüse bei einem weiblichen Jungtier von den 10 männlichen und 10 weiblichen Jungtieren, die bei dieser Dosis beurteilt wurden).

Präklinische relevante Studien für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen

Studien an Ratten, denen Abatacept verabreicht wurde, haben Anomalien des Immunsystems gezeigt, einschließlich einer niedrigen Inzidenz von Infektionen mit Todesfolge (juvenile Ratten). Außerdem wurde häufig eine Entzündung der Schild- und Bauchspeicheldrüse sowohl bei juvenilen als auch erwachsenen Ratten beobachtet, denen Abatacept verabreicht wurde. Juvenile Ratten schienen bezüglich der lymphozytären Entzündung der Schilddrüse empfindlicher zu sein. Studien bei erwachsenen Mäusen und Affen haben keine ähnlichen Ergebnisse gezeigt. Es ist wahrscheinlich, dass die erhöhte Empfänglichkeit für opportunistische Infektionen, die bei juvenilen Ratten beobachtet wurde, mit der Verabreichung von Abatacept vor Entstehung der „Memory-Immunantwort“ assoziiert ist. Die Relevanz dieser Ergebnisse für Menschen, die älter als 6 Jahre sind, ist nicht bekannt.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Sucrose
Poloxamer 188
Natriumdihydrogenphosphat × 1 H₂O
Dinatriumhydrogenphosphat
Wasser für Injektionszwecke.

6.2 Inkompatibilitäten

Da keine Kompatibilitätsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

2 Jahre

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Im Kühlschrank lagern (2 °C–8 °C). Nicht einfrieren.
In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen.



6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

1 ml Fertigspritzen (Glas Typ 1) mit Spritzenflügel oder 1 ml Fertigspritzen (Glas Typ 1) mit Spritzenflügel und einem passiven Stichschutz-System. Die Fertigspritze (Glas Typ 1) hat einen beschichteten Stopfen und eine befestigte Kanüle aus rostfreiem Stahl mit einem festen Kanülenschutz.

Packungen mit 1 oder 4 Fertigspritzen und Mehrfachpackung mit 12 Fertigspritzen (3 Packungen mit je 4 Fertigspritzen)

Packungen mit 1, 3 oder 4 Fertigspritzen mit Stichschutz-System und Mehrfachpackung mit 12 Fertigspritzen mit Stichschutz-System (3 Packungen mit je 4 Fertigspritzen)

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung

Dieses Arzneimittel ist nur zur Einmalanwendung vorgesehen. Nachdem die Fertigspritze aus dem Kühlschrank entnommen wurde, sollte 30 Minuten gewartet werden bis die Spritze Raumtemperatur erreicht hat, bevor ORENCIA injiziert wird. Die Spritze darf nicht geschüttelt werden.

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu entsorgen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG
Uxbridge Business Park
Sanderson Road
Uxbridge UB8 1DH
Vereinigtes Königreich

8. ZULASSUNGSNUMMERN

EU/1/07/389/004-010

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung:
21. Mai 2007

Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 21. Mai 2012

10. STAND DER INFORMATION

April 2016

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar.

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

12. PACKUNGSGRÖSSE

Packungen mit 4 Fertigspritzen mit Stichschutz-System
Mehrfachpackung mit 12 Fertigspritzen mit Stichschutz-System (3 Packungen mit je 4 Fertigspritzen)

13. KONTAKTADRESSE IN DEUTSCHLAND

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Arnulfstraße 29
80636 München
Telefon: (089) 1 21 42-0
Telefax: (089) 1 21 42-392

Medical Information

Telefon: 0800 0752002

E-Mail: medwiss.info@bms.com

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

Fachinfo-Service

Mainzer Landstraße 55

60329 Frankfurt