

Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

## 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Xospata 40 mg compresse rivestite con film

## 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ciascuna compressa rivestita con film contiene 40 mg di gilteritinib (come fumarato).

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

## 3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film (compressa).  
Compressa rotonda, rivestita con film, di colore giallo chiaro, con inciso il logo dell'azienda e '235' sullo stesso lato.

## 4. INFORMAZIONI CLINICHE

### 4.1 Indicazioni terapeutiche

Xospata è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3 (vedere paragrafi 4.2 e 5.1).

### 4.2 Posologia e modo di somministrazione

Il trattamento con Xospata deve essere iniziato e controllato da un medico con esperienza nell'uso di terapie antineoplastiche.

Prima di iniziare il trattamento con gilteritinib, in pazienti con LMA recidivante o refrattaria è necessario confermare mediante test validato la presenza della mutazione della tirosin chinasi 3 FMS-simile (FLT3) (duplicazione interna in tandem [internal tandem duplication, ITD] o dominio tirosin chinasi [tyrosine kinase domain, TKD]).

Xospata può essere ripreso in pazienti che hanno subito un trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) (vedere Tabella 1).

#### Posologia

La dose iniziale raccomandata è 120 mg di gilteritinib (tre compresse da 40 mg) una volta al giorno.

È necessario valutare il profilo ematochimico, compresi i valori di creatinofosfochinasi, prima di iniziare il trattamento, al giorno 15 e con cadenza mensile per l'intera durata del trattamento.

Deve essere eseguito un elettrocardiogramma (ECG) prima di iniziare il trattamento con gilteritinib, al giorno 8 e 15 del ciclo 1 e prima di iniziare i tre mesi successivi di trattamento (vedere paragrafi 4.4 e 4.8).

Il trattamento deve continuare fino a quando il paziente non riceve più alcun beneficio clinico da Xospata o finché non si verifica una tossicità inaccettabile. La risposta potrebbe essere ritardata; pertanto, si deve considerare di continuare il trattamento alla dose prescritta per un periodo massimo di 6 mesi per consentire il tempo per una risposta clinica.

In assenza di una risposta [pazienti che non raggiungono una remissione com-

pleta composita (CRc)] dopo 4 settimane di trattamento, la dose può essere aumentata a 200 mg (cinque compresse da 40 mg) una volta al giorno, se tollerata o clinicamente giustificata.

#### Modifiche della dose

**Tabella 1. Raccomandazioni relative a sospensione temporanea, riduzione della dose e interruzione definitiva di Xospata in pazienti con LMA recidivante o refrattaria**

Criteri	Dosaggio di Xospata
<b>Sindrome da differenziazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualora si sospetti la presenza di sindrome da differenziazione, somministrare corticosteroidi e iniziare il monitoraggio emodinamico (vedere paragrafo 4.4).</li> <li>Sospendere gilteritinib se i segni e/o sintomi gravi persistono per oltre 48 ore dall'inizio del trattamento con corticosteroidi.</li> <li>Riprendere gilteritinib alla stessa dose quando segni e sintomi migliorano fino a un grado pari o inferiore al Grado 2<sup>a</sup>.</li> </ul>
<b>Encefalopatia posteriore reversibile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompere definitivamente gilteritinib.</li> </ul>
<b>Intervallo QTcF &gt;500 msec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospendere gilteritinib.</li> <li>Riprendere gilteritinib a una dose ridotta (80 mg o 120 mg<sup>b</sup>) quando l'intervallo QTcF ritorna entro 30 msec del valore basale oppure ≤480 msec.</li> </ul>
<b>Aumento dell'intervallo QTcF &gt;30 msec nell'ECG al giorno 8 del ciclo 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confermare con ECG al giorno 9.</li> <li>Se confermato, considerare la riduzione della dose a 80 mg.</li> </ul>
<b>Pancreatite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospendere gilteritinib fino alla risoluzione della pancreatite.</li> <li>Riprendere gilteritinib a una dose ridotta (80 mg o 120 mg<sup>b</sup>).</li> </ul>
<b>Altra tossicità di grado pari o superiore a Grado 3<sup>a</sup> considerata correlata al trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospendere gilteritinib fino alla risoluzione della tossicità o fino a quando la tossicità migliora fino al Grado 1<sup>a</sup>.</li> <li>Riprendere il trattamento con gilteritinib a una dose ridotta (80 mg o 120 mg<sup>b</sup>).</li> </ul>
<b>HSCT programmato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospendere gilteritinib una settimana prima della somministrazione del regime di condizionamento per HSCT.</li> <li>Il trattamento può essere ripreso 30 giorni dopo HSCT in caso di avvenuto attecchimento, se il paziente non presentava una malattia del trapianto contro l'ospite (Graft Versus Host Disease - GVHD) di grado ≥2 ed era in CRc.<sup>c</sup></li> </ul>

- Il Grado 1 è lieve, il Grado 2 è moderato, il Grado 3 è grave, il Grado 4 è potenzialmente fatale.
- La dose giornaliera può essere ridotta da 120 mg a 80 mg oppure da 200 mg a 120 mg.
- La CRc è definita come il tasso di remissione di tutti i CR (vedere paragrafo 5.1 per la definizione di CR), CRp [CR raggiunto tranne per il recupero incompleto piastrinico (<100 x 10<sup>9</sup>/L)] e CRi (raggiunti tutti i criteri per CR ad eccezione del recupero ematologico incompleto con neutropenia residua <1 x 10<sup>9</sup>/L con o senza recupero piastrinico completo).

Xospata deve essere somministrato all'incirca alla stessa ora tutti i giorni. Qualora una dose venga dimenticata oppure non venga assunta all'orario abituale, la dose deve essere somministrata appena possibile nella stessa giornata, riprendendo l'abituale orario il giorno successivo. In caso di vomito dopo avere assunto la dose, i pazienti non devono assumere un'altra dose ma devono riprenderla all'orario abituale il giorno successivo.

#### Anziani

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose in pazienti di età  $\geq 65$  anni (vedere paragrafo 5.2).

#### Compromissione epatica

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose per i pazienti con compromissione epatica lieve (Classe Child-Pugh A) o moderata (Classe Child-Pugh B). Xospata non è raccomandato per l'uso in pazienti con compromissione epatica grave (Classe Child-Pugh C), poiché la sicurezza e l'efficacia non sono state valutate in questa popolazione (vedere paragrafo 5.2).

#### Compromissione renale

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose in pazienti con compromissione renale lieve o moderata. Non vi è esperienza clinica in pazienti con compromissione renale grave (vedere paragrafo 5.2).

#### Popolazione pediatrica

La sicurezza e l'efficacia di Xospata nei bambini di età inferiore a 18 anni non sono state ancora stabilite.

Non ci sono dati disponibili. A causa del legame *in vitro* a  $5HT_{2B}$  (vedere paragrafo 4.5) esiste un potenziale impatto sullo sviluppo cardiaco in pazienti di età inferiore a 6 mesi.

#### Modo di somministrazione

Xospata è per uso orale.

Le compresse possono essere assunte con o senza cibo. Devono essere ingoiate intere con acqua e non devono essere rotte o schiacciate.

### 4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1

### 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

#### Sindrome da differenziazione

Gilteritinib è stato associato alla sindrome da differenziazione (vedere paragrafo 4.8). La sindrome da differenziazione si associa a una rapida proliferazione e differenziazione delle cellule mieloidi, e in assenza di trattamento può mettere in pericolo di vita il paziente o essere fatale. I sintomi e le manifestazioni cliniche della sindrome da differenziazione includono febbre, dispnea, versamento pleurico, versamento pericardico, edema polmonare, ipotensione, aumento rapido del peso corporeo, edema periferico, eruzione cutanea e disfunzione renale.

Qualora si sospetti la sindrome da differenziazione, deve essere iniziata la terapia con corticosteroidi con monitoraggio emodinamico fino alla risoluzione dei sintomi.

Se i segni e/o i sintomi gravi persistono per oltre 48 ore dopo l'inizio del trattamento con corticosteroidi, Xospata deve essere sospeso fino al momento in cui i segni e i sintomi non siano più gravi (vedere paragrafi 4.2 e 4.8).

I corticosteroidi possono essere ridotti gradualmente a seguito della risoluzione dei sintomi, e devono essere somministrati per un minimo di 3 giorni. È possibile che i sintomi della sindrome da differenziazione si ripresentino nel caso in cui il trattamento con corticosteroidi venga interrotto prematuramente.

#### Sindrome da encefalopatia posteriore reversibile

Sono stati segnalati casi di sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (PRES) in pazienti trattati con Xospata (vedere paragrafo 4.8). La PRES è un disturbo neurologico raro e reversibile, che si può manifestare con sintomi che evolvono rapidamente fra cui convulsioni, mal di testa, stato confusionale, disturbi visivi e neurologici, con o senza ipertensione as-

sociata e alterazione dello stato mentale. Qualora si sospetti la PRES, la sindrome va confermata mediante scansione cerebrale, preferibilmente una risonanza magnetica (RM). Si raccomanda di interrompere definitivamente Xospata nei pazienti che sviluppano PRES (vedere paragrafi 4.2 e 4.8).

#### Prolungamento dell'intervallo QT

Gilteritinib è stato associato a un prolungamento della ripolarizzazione ventricolare cardiaca (intervallo QT) (vedere paragrafi 4.8 e 5.1). Il prolungamento dell'intervallo QT può manifestarsi nel corso dei primi tre mesi di trattamento con gilteritinib. Pertanto, deve essere eseguito un elettrocardiogramma (ECG) prima di iniziare il trattamento, al giorno 8 e 15 del ciclo 1 e prima di iniziare i successivi tre mesi di trattamento. Si raccomanda cautela nei pazienti con una anamnesi cardiaca rilevante. La presenza di ipopotassiemia e di ipomagnesiemia può aumentare il rischio di prolungamento dell'intervallo QT. Pertanto, prima di iniziare e durante il trattamento con Xospata, è necessario correggere una eventuale ipopotassiemia o ipomagnesiemia.

Xospata deve essere interrotto in pazienti che presentano un valore  $QTcF > 500$  msec (vedere paragrafo 4.2).

La decisione di riprendere il trattamento con gilteritinib dopo un evento di prolungamento del tratto QT deve essere basata su un'attenta considerazione dei benefici e dei rischi. Se Xospata viene reintrodotta a dose ridotta, l'ECG deve essere eseguito dopo 15 giorni di dosaggio, e prima dell'inizio dei successivi tre mesi di trattamento. Negli studi clinici, 12 pazienti avevano  $QTcF > 500$  msec. Tre pazienti hanno interrotto e ripreso il trattamento senza recidiva del prolungamento dell'intervallo QT.

#### Pancreatite

Sono stati segnalati casi di pancreatite. I pazienti che sviluppano segni e sintomi indicativi di pancreatite devono essere sottoposti a valutazione e monitoraggio. Xospata deve essere sospeso, e può essere ripreso a dose ridotta dopo la risoluzione di segni e sintomi di pancreatite (vedere paragrafo 4.2).

#### Interazioni

La co-somministrazione di induttori del CYP3A/P-gp può ridurre l'esposizione a gilteritinib, e di conseguenza associarsi a un rischio di mancanza di efficacia. Pertanto, deve essere evitato l'uso di gilteritinib in concomitanza con potenti induttori del CYP3A4/P-gp (vedere paragrafo 4.5).

È richiesta cautela nel prescrivere gilteritinib in concomitanza con prodotti medicinali che sono inibitori potenti del CYP3A, di P-gp e/o della proteina resistente al carcinoma della mammella (BCRP) (quali, ma non solo, voriconazolo, itraconazolo, posaconazolo e claritromicina) poiché possono aumentare l'esposizione a gilteritinib. Devono essere presi in considerazione prodotti medicinali alternativi che non si associno a una potente inibizione dell'attività di CYP3A, P-gp e/o BCRP. Nel caso in cui non esistano alternative terapeutiche soddisfacenti, i pazienti devono essere attentamente monitorati per rilevare l'insorgenza di tossicità durante la somministrazione di gilteritinib (vedere paragrafo 4.5).

Gilteritinib può ridurre gli effetti dei prodotti medicinali che hanno come target il recettore  $5HT_{2B}$  o recettori sigma non specifici. Pertanto, l'uso concomitante di gilteritinib insieme a questi prodotti deve essere evitato, eccetto nel caso in cui l'uso sia considerato essenziale per la cura del paziente (vedere paragrafo 4.5).

#### Tossicità embrio-fetale e contraccezione

Le donne in stato di gravidanza devono essere informate del potenziale rischio per il feto (vedere paragrafi 4.6 e 5.3). Le donne in età fertile devono essere avvisate di sottoporsi a un test di gravidanza nei sette giorni precedenti l'inizio del trattamento con Xospata, e di utilizzare una contraccezione efficace durante il trattamento con Xospata e per almeno 6 mesi dopo aver interrotto il trattamento. Le donne che usano contraccettivi ormonali devono aggiungere un metodo di contraccezione a barriera. Gli

uomini con partner di sesso femminile in età fertile devono essere avvisati di utilizzare una contraccezione efficace nel corso del trattamento e per almeno 4 mesi dopo l'ultima dose di Xospata.

#### 4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Gilteritinib viene principalmente metabolizzato da enzimi CYP3A, che possono essere indotti o inibiti da vari prodotti medicinali concomitanti.

##### Effetti su Xospata di altri prodotti medicinali

###### *Induttori di CYP3A/P-gp*

L'uso concomitante di Xospata con induttori potenti di CYP3A/P-gp (ad esempio, fenitoina, rifampicina e Erba di San Giovanni) deve essere evitato poiché questi prodotti possono ridurre le concentrazioni plasmatiche di gilteritinib. In soggetti sani, la co-somministrazione di rifampicina (600 mg), un potente induttore di CYP3A/P-gp, allo steady state con una singola dose da 20 mg di gilteritinib ha ridotto il valore medio di  $C_{max}$  e il valore medio di  $AUC_{inf}$  di gilteritinib rispettivamente del 27% e del 70%, rispetto ai soggetti a cui era stata somministrata una singola dose di gilteritinib da solo (vedere paragrafo 4.4).

###### *Inibitori di CYP3A, P-gp e/o BCRP*

Gli inibitori potenti di CYP3A, P-gp e/o BCRP (ad esempio, voriconazolo, itraconazolo, posaconazolo, claritromicina, eritromicina, captopril, carvedilolo, ritonavir, azitromicina) possono aumentare le concentrazioni plasmatiche di gilteritinib. Una singola dose da 10 mg di gilteritinib co-somministrato con itraconazolo (200 mg una volta al giorno per 28 giorni), un potente inibitore di CYP3A, P-gp e/o BCRP a soggetti sani ha prodotto rispettivamente un aumento di circa il 20% nel valore medio di  $C_{max}$  e un aumento di 2,2 volte nel valore medio di  $AUC_{inf}$  rispetto ai soggetti a cui era stata somministrata una singola dose di gilteritinib da solo. L'esposizione a gilteritinib è aumentata di circa 1,5 volte in pazienti con LMA recidivante o refrattaria quando co-somministrato con un inibitore potente del CYP3A, P-gp e/o BCRP (vedere paragrafo 4.4).

##### Effetti di Xospata su altri prodotti medicinali

###### *Gilteritinib come inibitore oppure induttore*

Gilteritinib non è un inibitore o induttore di CYP3A4 o un inibitore di MATE1 *in vivo*. La farmacocinetica di midazolam (un substrato sensibile del CYP3A4) non è risultata influenzata in maniera significativa (i valori di  $C_{max}$  e AUC sono aumentati di circa il 10%) dopo la somministrazione di gilteritinib (300 mg) una volta al giorno per 15 giorni in pazienti con LMA recidivante o refrattaria con mutazione FLT3. Inoltre, la farmacocinetica di cefalexina (un substrato sensibile del MATE1) non è risultata influenzata in maniera significativa (i valori di  $C_{max}$  e AUC sono diminuiti di meno del 10%) dopo la somministrazione di gilteritinib (200 mg) una volta al giorno per 15 giorni in pazienti con LMA recidivante o refrattaria con mutazione FLT3.

Gilteritinib è un inibitore *in vitro* di P-gp, BCRP e OCT1. Poiché non sono disponibili dati clinici, non si può escludere che gilteritinib a una dose terapeutica possa inibire questi trasportatori. È consigliata cautela durante la co-somministrazione di gilteritinib con substrati di P-gp (ad esempio, digossina, dabigatran etexilato), BCRP (ad esempio, mitoxantrone, metotrexato, rosuvastatina) e OCT1 (ad esempio, metformina).

###### *Recettore 5HT<sub>2B</sub> o recettore sigma non specifico*

In base ai dati *in vitro*, gilteritinib può ridurre gli effetti dei prodotti medicinali che hanno come target il recettore 5HT<sub>2B</sub> o un recettore sigma non specifico (ad esempio, escitalopram, fluoxetina, sertralina). Va evitato l'uso concomitante di questi prodotti medicinali con Xospata a meno che l'uso sia considerato essenziale per la cura del paziente.

#### 4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

##### Donne in età fertile/Contraccezione negli uomini e nelle donne

Si raccomanda di eseguire un test di gravidanza nelle donne in età fertile sette giorni prima di iniziare il trattamento con Xospata. Si raccomanda alle donne in età fertile di utilizzare una contraccezione efficace (metodi

che si associano a tassi di gravidanza inferiori all'1%) durante e fino a 6 mesi dopo il trattamento. Non è noto se gilteritinib può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali, e di conseguenza le donne che usano contraccettivi ormonali devono aggiungere un metodo di contraccezione a barriera. Gli uomini in grado di procreare devono essere avvisati di utilizzare una contraccezione efficace nel corso del trattamento e per almeno 4 mesi dopo l'ultima dose di Xospata (vedere paragrafo 4.4).

##### Gravidanza

Gilteritinib può provocare danno al feto quando viene somministrato a donne in stato di gravidanza. Non sono disponibili, oppure sono disponibili solo in quantità limitata, dati relativi all'uso di gilteritinib nelle donne in stato di gravidanza. Studi riproduttivi nei ratti hanno dimostrato che gilteritinib provoca soppressione della crescita fetale, decesso embrio-fetale e teratogenicità (vedere paragrafo 5.3). Xospata non è raccomandato durante la gravidanza e in donne in età fertile che non utilizzano una contraccezione efficace.

##### Allattamento

Non è noto se gilteritinib o i suoi metaboliti vengano escreti nel latte umano. I dati disponibili su animali hanno dimostrato l'escrezione di gilteritinib e dei suoi metaboliti nel latte materno di ratti femmina che allattavano e la distribuzione nei tessuti dei piccoli attraverso il latte (vedere paragrafo 5.3).

Non è possibile escludere rischi per i bambini allattati al seno. L'allattamento al seno deve essere interrotto durante il trattamento con Xospata e per almeno due mesi dopo l'ultima dose.

##### Fertilità

Non sono disponibili dati relativi agli effetti di gilteritinib sulla fertilità umana.

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

Gilteritinib altera lievemente la capacità di guidare veicoli e di usare macchinari. Sono stati segnalati capogiri in pazienti trattati con Xospata, e questo deve essere preso in considerazione al momento di valutare la capacità del paziente di guidare veicoli o di usare macchinari (vedere paragrafo 4.8).

#### 4.8 Effetti indesiderati

##### Riassunto del profilo di sicurezza

La sicurezza di Xospata è stata valutata in 319 pazienti con LMA recidivante o refrattaria che avevano ricevuto almeno una dose da 120 mg di gilteritinib.

Le reazioni avverse più frequenti associate a gilteritinib sono state innalzamento dei valori di alanina aminotransferasi (ALT) (82,1%), innalzamento dei valori di aspartato aminotransferasi (AST) (80,6%), innalzamento dei valori ematici di fosfatasi alcalina (68,7%), innalzamento dei valori ematici di creatinfosfochinasi (53,9%), diarrea (35,1%), affaticamento (30,4%), nausea (29,8%), stipsi (28,2%), tosse (28,2%), edema periferico (24,1%), dispnea (24,1%), capogiri (20,4%), ipotensione (17,2%), dolore alle estremità (14,7%), astenia (13,8%), artralgia (12,5%) e mialgia (12,5%).

Le reazioni avverse gravi più frequenti sono state danno renale acuto (6,6%), diarrea (4,7%), innalzamento dei livelli di ALT (4,1%), dispnea (3,4%), innalzamento dei livelli di AST (3,1%) e ipotensione (2,8%). Altre reazioni avverse gravi clinicamente significative hanno incluso la sindrome da differenziazione (2,2%), prolungamento dell'intervallo QT all'elettrocardiogramma (0,9%) e sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (0,6%).

##### Elenco tabellare delle reazioni avverse

Le reazioni avverse osservate nel corso di studi clinici sono elencate di seguito in base alla categoria di frequenza. Le categorie di frequenza sono definite come segue: molto comune ( $\geq 1/10$ ); comune (da  $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ );

non comune (da  $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ); raro (da  $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); molto raro ( $< 1/10.000$ ); non nota (la frequenza non può essere stimata sulla base dei dati disponibili). All'interno di ciascuna categoria di frequenza, le reazioni avverse sono riportate in ordine decrescente di gravità.

<b>Tabella 2: Reazioni avverse</b>			
<b>Reazioni avverse al farmaco</b>	<b>Tutti i Gradi %</b>	<b>Grado <math>\geq 3</math> %</b>	<b>Categoria di frequenza</b>
<b>Disturbi del sistema immunitario</b>			
Reazione anafilattica	1,3	1,3	Comune
<b>Patologie del sistema nervoso</b>			
Capogiri	20,4	0,3	Molto comune
Sindrome da encefalopatia posteriore reversibile	0,6	0,6	Non comune
<b>Patologie cardiache</b>			
Prolungamento dell'intervallo QT all'elettrocardiogramma	8,8	2,5	Comune
Versamento pericardico	4,1	0,9	Comune
Pericardite	1,6	0	Comune
Insufficienza cardiaca	1,3	1,3	Comune
<b>Patologie vascolari</b>			
Ipotensione	17,2	7,2	Molto comune
<b>Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche</b>			
Tosse	28,2	0,3	Molto comune
Dispnea	24,1	4,4	Molto comune
Sindrome da differenziazione	3,4	2,2	Comune
<b>Patologie gastrointestinali</b>			
Diarrea	35,1	4,1	Molto comune
Nausea	29,8	1,9	Molto comune
Stipsi	28,2	0,6	Molto comune
<b>Patologie epatobiliari</b>			
Innalzamento dei livelli di alanina aminotransferasi*	82,1	12,9	Molto comune
Innalzamento dei livelli di aspartato aminotransferasi*	80,6	10,3	Molto comune
<b>Patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo</b>			
Innalzamento dei livelli ematici di creatinfosfochinasi*	53,9	6,3	Molto comune
Innalzamento dei livelli ematici di fosfatasi alcalina*	68,7	1,6	Molto comune
Dolore alle estremità	14,7	0,6	Molto comune
Artralgia	12,5	1,3	Molto comune
Mialgia	12,5	0,3	Molto comune
Dolore muscolo-scheletrico	4,1	0,3	Comune
<b>Patologie renali ed urinarie</b>			
Danno renale acuto	6,6	2,2	Comune
<b>Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione</b>			
Affaticamento	30,4	3,1	Molto comune
Edema periferico	24,1	0,3	Molto comune
Astenia	13,8	2,5	Molto comune
Malessere generalizzato	4,4	0	Comune

\* La frequenza è basata su valori di laboratorio centrali.

## Descrizione di reazioni avverse selezionate

### Sindrome da differenziazione

Dei 319 pazienti trattati con Xospata nell'ambito degli studi clinici, 11 (3%) hanno presentato la sindrome da differenziazione. La sindrome da differenziazione si associa a una rapida proliferazione e differenziazione delle cellule mieloidi, e può mettere in pericolo di vita o essere fatale in assenza di trattamento. I sintomi e le manifestazioni cliniche della sindrome da differenziazione in pazienti trattati con Xospata hanno incluso febbre, dispnea, versamento pleurico, versamento pericardico, edema polmonare, ipotensione, rapido aumento di peso corporeo, edema periferico, eruzione cutanea e disfunzione renale. In alcuni casi si è manifestata in concomitanza una dermatosi acuta febbrile neutrofila. La sindrome da differenziazione si è manifestata da un giorno e fino a 82 giorni dopo l'inizio del trattamento con Xospata, ed è stata osservata sia con che senza leucocitosi concomitante. Degli 11 pazienti che hanno manifestato la sindrome da differenziazione, 9 (82%) si sono ripresi dopo il trattamento oppure dopo aver sospeso la somministrazione di Xospata. Le raccomandazioni da seguire in caso di sospetta sindrome da differenziazione sono riportate nei paragrafi 4.2 e 4.4.

### PRES

Dei 319 pazienti trattati con Xospata nell'ambito degli studi clinici, lo 0,6% ha presentato la sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (PRES). La PRES è un disturbo neurologico raro e reversibile, che si può manifestare con sintomi in rapida evoluzione che comprendono convulsioni, mal di testa, stato confusionale, disturbi visivi e neurologici con o senza ipertensione associata. I sintomi si sono risolti dopo l'interruzione del trattamento (vedere paragrafi 4.2 e 4.4).

### Prolungamento dell'intervallo QT

Dei 317 pazienti trattati con gilteritinib alla dose di 120 mg, con un valore post-basale di QTc nell'ambito degli studi clinici, 4 pazienti (1%) hanno presentato un valore di QTcF  $> 500$  msec. Inoltre, in maniera trasversale per tutte le dosi, 12 pazienti (2,3%) con LMA recidivante/refrattaria hanno presentato un valore massimo di intervallo QTcF post-basale  $> 500$  msec (vedere paragrafi 4.2, 4.4 e 5.1).

### Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione:

<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>.

## 4.9 Sovradosaggio

Non esiste alcun antidoto conosciuto specifico per Xospata. In caso di sovradosaggio, il trattamento con Xospata deve essere interrotto. I pazienti devono essere monitorati attentamente per rilevare segni o sintomi di reazioni avverse, e deve essere istituito un appropriato trattamento sintomatico e di supporto, tenendo in considerazione la lunga emivita che si stima essere pari a 113 ore.

## 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

### 5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: agenti antineoplastici, inibitori delle protein chinasi, codice ATC: L01XE54

### Meccanismo d'azione

Gilteritinib fumarato è un inibitore di FLT3 e AXL.

Gilteritinib inibisce il segnale del recettore FLT3 e la proliferazione nelle cellule con espressione esogena di FLT3, fra cui FLT3-ITD, FLT3-D835Y e FLT3-ITD-D835Y, e induce l'apoptosi delle cellule leucemiche che esprimono FLT3-ITD.

## Effetti farmacodinamici

In pazienti con LMA recidivante o refrattaria trattati con gilteritinib 120 mg, una marcata inibizione della fosforilazione di FLT3 (>90%) è stata rapida (entro 24 ore dalla prima dose) e prolungata, come caratterizzato da un saggio di attività inibitoria sul plasma (PIA) *ex vivo*.

## Prolungamento dell'intervallo QT

È stato osservato un aumento correlato alla concentrazione della variazione rispetto al basale del parametro QTcF, in maniera trasversale per le dosi di gilteritinib comprese fra 20 e 450 mg. La prevista variazione media rispetto al baseline del parametro QTcF nel valore medio allo steady state di  $C_{max}$  (282,0 ng/mL) alla dose giornaliera da 120 mg è risultata pari a 4,96 msec con il margine superiore dell'intervallo di confidenza al 95% a una coda = 6,20 msec.

## Efficacia e sicurezza clinica

### LMA recidivante o refrattaria

L'efficacia e la sicurezza sono state valutate nell'ambito dello studio di fase 3 controllato verso comparatore attivo (2215-CL-0301).

### Studio ADMIRAL (2215-CL-0301)

Lo studio ADMIRAL è uno studio clinico multicentrico di Fase 3, randomizzato e in aperto condotto su pazienti adulti con LMA recidivante o refrattaria con mutazione del gene FLT3 confermata mediante LeukoStrat® CDx FLT3 Mutation Assay. Nell'ambito di questo studio, 371 pazienti sono stati randomizzati in base al rapporto di 2:1 a ricevere gilteritinib oppure una delle seguenti chemioterapie di salvataggio (247 nel braccio gilteritinib e 124 nel braccio della chemioterapia di salvataggio):

- citarabina 20 mg due volte al giorno per iniezione sottocutanea (SC) o infusione endovenosa (EV) per 10 giorni (dal giorno 1 fino al giorno 10) (citarabina a basso dosaggio, LoDAC)
- azacitidina 75 mg/m<sup>2</sup> una volta al giorno SC oppure EV per 7 giorni (dal giorno 1 al giorno 7)
- mitoxantrone 8 mg/m<sup>2</sup>, etoposide 100 mg/m<sup>2</sup> e citarabina 1000 mg/m<sup>2</sup> una volta al giorno EV per 5 giorni (dal giorno 1 al giorno 5) (MEC)
- fattore stimolante le colonie granulocitarie 300 mcg/m<sup>2</sup> una volta al giorno SC per 5 giorni (dal giorno 1 al giorno 5), fludarabina 30 mg/m<sup>2</sup> una volta al giorno EV per 5 giorni (dal giorno 2 al giorno 6), citarabina 2000 mg/m<sup>2</sup> una volta al giorno EV per 5 giorni (dal giorno 2 al giorno 6), idarubicina 10 mg/m<sup>2</sup> una volta al giorno EV per 3 giorni (dal giorno 2 al giorno 4) (FLAG-Ida).

I pazienti inclusi erano recidivanti o refrattari dopo la terapia di prima linea per LMA e sono stati stratificati in base alla risposta al precedente trattamento per LMA e alla chemioterapia preselezionata, ovvero ad alta o bassa intensità. Mentre lo studio ha incluso pazienti con varie anomalie citogenetiche correlate alla LMA, i pazienti con leucemia promielocitica acuta (LPA) o LMA correlata alla terapia sono stati esclusi.

Sedici pazienti sono stati randomizzati ma non sono stati trattati nello studio (1 paziente nel braccio gilteritinib e 15 pazienti nel braccio della chemioterapia). Gilteritinib è stato somministrato per via orale alla dose iniziale di 120 mg al giorno fino al manifestarsi di tossicità inaccettabile oppure di mancanza di beneficio clinico. Era permesso ridurre la dose per gestire le reazioni avverse, ed era permesso aumentare la dose per i pazienti che non rispondevano alla dose iniziale di 120 mg.

Dei pazienti pre-selezionati per ricevere chemioterapia di salvataggio, il 60,5% era stato randomizzato per l'alta intensità e il 39,5% per la bassa intensità. MEC e FLAG-Ida venivano somministrati per un massimo di due cicli, in base alla risposta al primo ciclo. LoDAC e azacitidina venivano somministrati a cicli continuativi della durata di quattro settimane fino al manifestarsi di tossicità inaccettabile o mancanza di beneficio clinico.

Le caratteristiche demografiche e basali erano ben bilanciate fra i due bracci di trattamento. L'età mediana alla randomizzazione era di 62 anni

(con range da 20 a 84 anni) nel braccio di trattamento con gilteritinib e 62 anni (range da 19 a 85 anni) nel braccio di chemioterapia di salvataggio. Nello studio il 42% dei pazienti aveva 65 anni o più e il 12% aveva 75 anni o più. Il 54% dei pazienti era di sesso femminile. La maggior parte dei pazienti nello studio era di popolazione caucasica (59,3%); il 27,5% di popolazione asiatica, il 5,7% di popolazione nera, il 4% altre popolazioni e il 3,5% popolazione non conosciuta. La maggior parte dei pazienti (83,8%) aveva un punteggio ECOG pari a 0 oppure 1. Nei pazienti era stata confermata la presenza delle seguenti mutazioni: solo FLT3-ITD (88,4%), solo FLT3-TKD (8,4%) oppure FLT3-ITD e FLT3-TKD insieme (1,9%). Il 12% dei pazienti aveva ricevuto un trattamento precedente con un altro inibitore FLT3. La maggior parte dei pazienti aveva LMA con rischio citogenetico intermedio (73%), il 10% aveva rischio citogenetico sfavorevole, l'1,3% favorevole e il 15,6% non classificato.

Prima del trattamento con gilteritinib, il 39,4% dei pazienti presentava LMA primaria refrattaria e la maggior parte di questi pazienti è stata classificata come refrattaria dopo il ciclo 1 di trattamento di induzione della chemioterapia, il 19,7% aveva LMA recidivante dopo un trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche (HSCT) e il 41% aveva LMA recidivante in assenza di HSCT allogenico.

L'endpoint primario di efficacia per l'analisi finale era rappresentato dalla sopravvivenza globale (OS) nella popolazione intent-to-treat (ITT), misurato dalla data della randomizzazione fino al decesso per qualsiasi causa (il numero di eventi analizzati era pari a 261). I pazienti randomizzati al braccio di trattamento con gilteritinib hanno presentato una sopravvivenza significativamente più lunga rispetto al braccio di trattamento con chemioterapia (HR 0,637; IC 95% 0,490 - 0,830; valore p a una coda: 0,0004). Il valore mediano di OS era pari a 9,3 mesi per i pazienti trattati con gilteritinib e 5,6 mesi per coloro che avevano ricevuto chemioterapia. L'efficacia è inoltre stata supportata dal tasso di remissione completa (CR)/remissione completa con recupero ematologico parziale (CRh) (Tabella 3, Figura 1).

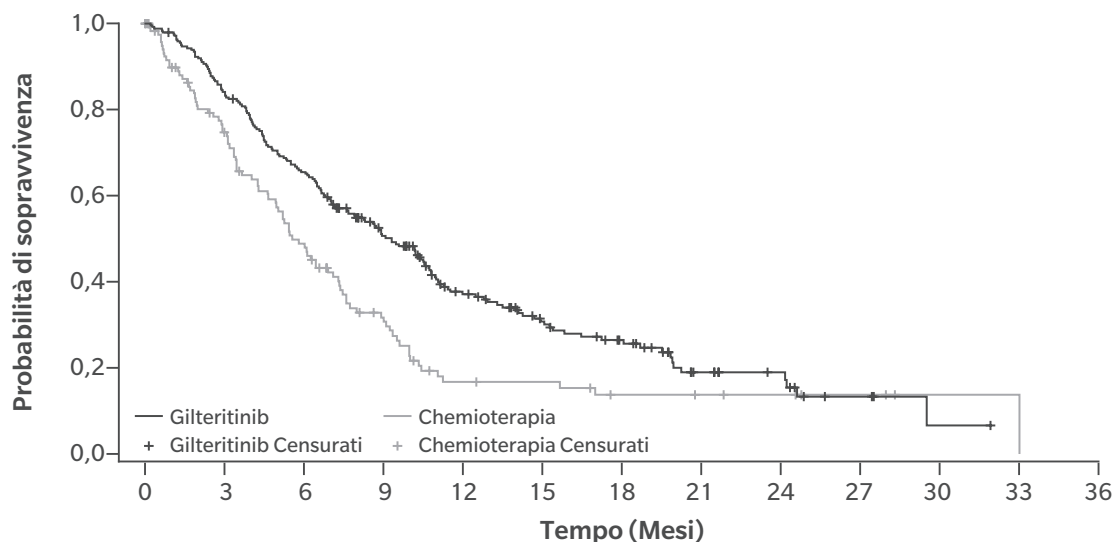
**Tabella 3: Sopravvivenza globale e remissione completa in pazienti con LMA recidivante o refrattaria nell'ambito dello studio ADMIRAL**

	<b>Gilteritinib (N=247)</b>	<b>Chemioterapia (N=124)</b>
<b>Sopravvivenza globale</b>		
Decessi, n (%)	171 (69,2)	90 (72,6)
Valore mediano espresso in mesi (IC 95%)	9,3 (7,7; 10,7)	5,6 (4,7; 7,3)
Hazard Ratio (IC 95%)	0,637 (0,490; 0,830)	
Valore p (a una coda) <sup>a</sup>	0,0004	
Tasso di sopravvivenza a un anno, % (IC 95%)	37,1 (30,7; 43,6)	16,7 (9,9; 25)
<b>Remissione completa (CR)</b>		
CR <sup>a</sup> (IC 95% <sup>b</sup> )	21,1% (16,1; 26,7)	10,5% (5,7; 17,3)
CRh <sup>c</sup> (IC 95% <sup>b</sup> )	13% (9; 17,8)	4,8% (1,8; 10,2)
CR/CRh (IC 95% <sup>b</sup> )	34% (28,1; 40,3)	15,3% (9,5; 22,9)

IC: intervallo di confidenza

- CR era definita come conta assoluta dei neutrofili  $\geq 1,0 \times 10^9/L$ , piastrine  $\geq 100 \times 10^9/L$ , differenziale di cellule del midollo osseo normali con blasti <5%, indipendenza da trasfusione di piastrine e globuli rossi e nessuna evidenza di leucemia extramidollare.
- Il tasso dell'IC al 95% è stato calcolato utilizzando il metodo esatto basato sulla distribuzione binomiale.
- CRh era definita come presenza di blasti midollari <5%, recupero ematologico parziale con conta assoluta dei neutrofili  $\geq 0,5 \times 10^9/L$  e le piastrine  $\geq 50 \times 10^9/L$ , nessuna evidenza di leucemia extramidollare, e impossibilità a essere classificata come CR.

**Figura 1: Curve di Kaplan-Meier della sopravvivenza globale nello studio ADMIRAL**



**Numero di soggetti a rischio**

Gilteritinib	247	206	157	106	64	44	31	14	11	4	1	0	0
Chemioterapia	124	84	52	29	13	12	8	7	5	3	1	0	0

Per i pazienti che hanno ottenuto CR/CRh, il tempo mediano alla prima risposta è stata pari a 3,7 mesi (con un range da 0,9 a 10,6 mesi) nel braccio gilteritinib e 1,2 mesi (range: da 1 a 2,6 mesi) nel braccio di chemioterapia di salvataggio. Il tempo mediano alla migliore risposta di CR/CRh è stato pari a 3,8 mesi (range, da 0,9 a 16 mesi) nel braccio gilteritinib e 1,2 mesi (range: da 1 a 2,6 mesi) nel braccio di chemioterapia di salvataggio.

**Studio CHRYSALIS (2215-CL-0101)**

Lo studio di supporto 2215-CL-0101 di Fase 1/2 di aumento della dose includeva 157 pazienti con LMA con mutazione FLT3 trattati con 1 o >1 linee di trattamento precedenti nel gruppo di dose combinata (cioè 80 mg, 120 mg o 200 mg); il 31,2% ha ricevuto 1 linea di trattamento precedente e il 68,8% ha ricevuto >1 linea di trattamento precedente.

Il tasso di risposta (CR/CRh) osservato nello Studio 2215-CL-0101 nei pazienti che hanno ricevuto più di 1 linea di terapia precedente era rispettivamente del 21,4% e del 15,7% per la dose di 120 mg e per i livelli di dose combinata. L'OS mediana era rispettivamente di 7,2 mesi e 7,1 mesi per la dose di 120 mg e per i livelli di dose combinata.

**Popolazione pediatrica**

L'Agenzia Europea dei Medicinali ha rinviato l'obbligo di presentare i risultati degli studi con Xospata in uno o più sottogruppi della popolazione pediatrica per il trattamento della leucemia mieloide acuta. Vedere paragrafo 4.2 per informazioni sull'uso pediatrico.

**5.2 Proprietà farmacocinetiche**

**Assorbimento**

Dopo la somministrazione orale, il picco della concentrazione plasmatica di gilteritinib è stato osservato a un tempo mediano  $t_{max}$  compreso fra circa 4 e 6 ore in volontari sani e in pazienti con LMA recidivante o refrattaria. Gilteritinib subisce assorbimento di primo ordine con un tasso stimato di assorbimento ( $k_a$ ) di  $0,43 \text{ h}^{-1}$  con un tempo di latenza pari a 0,34 ore in base a un modello PK di popolazione. Il valore mediano della concentrazione massima allo steady state ( $C_{max}$ ) è di  $282,0 \text{ ng/mL}$  ( $CV\% = 50,8$ ), e l'area sotto la curva della concentrazione plasmatica nel corso di un intervallo di somministrazione di 24 ore ( $AUC_{0-24}$ ) è pari a  $6180 \text{ ng}\cdot\text{h/mL}$  ( $CV\% = 46,4$ ) dopo la somministrazione una volta al giorno di 120 mg di gilteritinib. I livelli plasmatici allo steady state sono stati raggiunti entro 15 giorni con una somministrazione al giorno, e un accumulo di circa 10 volte.

**Effetti del cibo**

In soggetti adulti, i valori  $C_{max}$  e AUC di gilteritinib sono diminuiti rispettivamente di circa il 26% e di meno del 10% quando una singola dose da 40 mg di gilteritinib è stata somministrata insieme a un pasto ad elevato contenuto di grassi, rispetto all'esposizione a gilteritinib in fase di digiuno. Il  $t_{max}$  mediano è stato ritardato di 2 ore quando gilteritinib è stato somministrato insieme a un pasto ad elevato contenuto di grassi.

**Distribuzione**

Le stime di popolazione del volume di distribuzione centrale e periferico sono risultate essere rispettivamente 1092 L e 1100 L. Tali dati sono indicativi di una ampia distribuzione di gilteritinib extraplasmatica che potrebbe indicare una distribuzione ampia nei tessuti. Il legame *in vivo* alle proteine plasmatiche nell'uomo è pari a circa il 90%, e gilteritinib si lega principalmente all'albumina.

**Biotrasformazione**

Sulla base di dati *in vitro*, gilteritinib viene metabolizzato principalmente mediante il CYP3A4. I metaboliti primari nell'uomo includono M17 (formato mediante N-dealchilazione e ossidazione), M16 e M10 (entrambi formati mediante N-dealchilazione) e sono stati osservati in animali. Nessuno di questi tre metaboliti ha superato il 10% dell'esposizione globale al composto progenitore. Non è nota l'attività farmacologica dei metaboliti verso i recettori FLT3 e AXL.

**Interazioni farmacologiche trasportatore-mediate**

Esperimenti *in vitro* hanno dimostrato che gilteritinib è un substrato di P-gp e BCRP. Gilteritinib può potenzialmente inibire BCRP, P-gp, e OCT1 a concentrazioni clinicamente rilevanti (vedere paragrafo 4.5).

**Eliminazione**

Dopo una singola dose di [ $^{14}\text{C}$ ]-gilteritinib, l'escrezione di gilteritinib avviene principalmente attraverso le feci con il 64,5% della dose totale somministrata recuperato nelle feci. Approssimativamente il 16,4% della dose totale veniva escreto nelle urine in forma di farmaco non modificato e metaboliti. Le concentrazioni plasmatiche di gilteritinib hanno esibito una riduzione bi-esponenziale con emivita media di popolazione stimata pari a 113 ore. La clearance apparente stimata (CL/F) sulla base del modello PK di popolazione è pari a  $14,85 \text{ L/h}$ .

## Linearità/Non linearità

In via generale, gilteritinib ha esibito un profilo di farmacocinetica lineare e proporzionale rispetto alla dose dopo una somministrazione singola e dopo somministrazioni multiple di dosi comprese fra 20 e 450 mg in pazienti affetti da LMA recidivante o refrattaria.

## Popolazioni speciali

È stata effettuata un'analisi farmacocinetica di popolazione per valutare l'impatto delle covariate intrinseche ed estrinseche sull'esposizione prevista a gilteritinib in pazienti con LMA recidivante o refrattaria. L'analisi delle covariate indicava che l'età (da 20 anni a 90 anni), e il peso corporeo (da 36 kg a 157 kg) erano statisticamente significativi; tuttavia, la variazione prevista sull'esposizione a gilteritinib era meno del doppio.

### Compromissione epatica

L'effetto della compromissione epatica sulla farmacocinetica di gilteritinib è stato studiato in soggetti con compromissione epatica di grado lieve (Classe Child-Pugh A) e moderato (Classe Child-Pugh B). I risultati indicano che l'esposizione a gilteritinib non legato alle proteine plasmatiche in soggetti affetti da compromissione epatica di grado lieve o moderato è paragonabile a quella osservata in pazienti con una normale funzionalità epatica. L'effetto di una compromissione epatica lieve [secondo la definizione NCI-ODWG] sull'esposizione a gilteritinib è stato inoltre valutato utilizzando il modello PK di popolazione, e i risultati hanno dimostrato una scarsa differenza per quanto riguarda la prevista esposizione a gilteritinib allo steady state rispetto a un paziente tipico affetto da LMA recidivante o refrattaria con normale funzionalità epatica.

Gilteritinib non è stato studiato in pazienti con compromissione epatica grave (Classe Child-Pugh C).

### Compromissione renale

Non è stato realizzato uno studio specifico per valutare gli effetti della compromissione renale sulla farmacocinetica di gilteritinib. L'effetto di una compromissione renale lieve o moderata è stato valutato utilizzando un modello di farmacocinetica di popolazione. La creatinina sierica, un marcatore della funzionalità renale, è stata identificata come covariabile statisticamente significativa. Tuttavia, il previsto incremento nell'esposizione a gilteritinib è risultato essere meno del doppio. L'effetto di una compromissione renale grave sull'esposizione a gilteritinib non è stato studiato (vedere paragrafo 4.2).

## **5.3 Dati preclinici di sicurezza**

Le reazioni avverse non osservate negli studi clinici, ma riscontrate in animali (farmacologia di sicurezza/tossicità per dosi ripetute) a livelli di esposizione analoghi a quelli dell'esposizione clinica e con possibile rilevanza clinica, sono le seguenti:

### Farmacologia di sicurezza

Nei ratti sono state osservate una riduzione della minzione alla dose pari o superiore a 30 mg/kg e una ridotta evacuazione intestinale a 100 mg/kg. Nei cani sono stati osservati risultati positivi al test di ricerca di sangue occulto nelle feci a una dose pari o superiore a 10 mg/kg, una riduzione della concentrazione ematica di calcio a 30 mg/kg, e salivazione e un aumento seguito da una riduzione delle concentrazioni ematiche di calcio a 100 mg/kg. Questi cambiamenti sono stati osservati a livelli di esposizione plasmatica simili o inferiori ai livelli di esposizione clinica. Una possibile rilevanza clinica di questi risultati non è nota.

### Tossicità per dosi ripetute

Nell'ambito di studi di tossicità per dosi ripetute condotti su ratti e cani, gli organi bersaglio della tossicità sono risultati essere il tratto gastrointestinale (emorragia nei cani), sistema linfemopoietico (necrosi dei linfociti e ipocellularità midollare associata ad alterazioni dei parametri ematologici), occhi (infiammazione e opacità del cristallino nei ratti,

alterazione del colore del fundus oculi nei cani, formazioni di vacuoli retinici), polmoni (polmonite interstiziale nei ratti e infiammazione nei cani), reni (alterazione dei tubuli renali con positività al test per rilevare sangue occulto nelle urine) e fegato (formazione di vacuoli negli epatociti), vescica urinaria (formazione di vacuoli epiteliali), tessuto epiteliale (ulcerazione e infiammazione) e fosfolipidosi (polmonare e renale nei ratti). Questi cambiamenti sono stati osservati a livelli di esposizione plasmatica simili o inferiori ai livelli di esposizione clinica. La maggior parte delle alterazioni è stata reversibile entro la fine del periodo di recupero della durata di 4 settimane. Una possibile rilevanza clinica di questi risultati non è nota.

### Genotossicità

Gilteritinib non ha indotto mutazioni genetiche o aberrazioni cromosomiche *in vitro*. Il test del micronucleo *in vivo* ha dimostrato la potenziale capacità di gilteritinib di indurre la formazione di micronuclei nei topi.

### Tossicità riproduttiva

È stato dimostrato che gilteritinib sopprime la crescita fetale, provoca decesso embrio-fetale ed è teratogeno nell'ambito di studi sullo sviluppo embrio-fetale nei ratti a livelli di esposizione simili ai livelli di esposizione clinica. Il trasferimento placentare di gilteritinib è stato mostrato nel ratto con conseguente trasferimento della radioattività al feto simile a quella osservata nel plasma materno.

Gilteritinib è stato escreto nel latte dei ratti in allattamento con concentrazioni di latte superiori a quelle nel plasma materno. Gilteritinib è stato distribuito attraverso il latte materno a diversi tessuti dei ratti allattati, ad eccezione del cervello.

### Studi di tossicità su animali giovani

Nell'ambito di studi di tossicità condotti nei ratti giovani il livello della dose letale minima (2,5 mg/kg/die) era molto inferiore a quella dei ratti adulti (20 mg/kg/die). Il tratto gastrointestinale è stato identificato come uno degli organi bersaglio come nei ratti adulti.

## **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE**

### **6.1 Elenco degli eccipienti**

#### Nucleo della compressa

Mannitolo (E421)  
Idrossipropilcellulosa  
Idrossipropilcellulosa a bassa sostituzione  
Magnesio stearato

#### Rivestimento della compressa

Ipromellosa  
Talco  
Macrogol  
Titanio diossido  
Ossido di ferro giallo (E172)

### **6.2 Incompatibilità**

Non pertinente

### **6.3 Periodo di validità**

4 anni.

### **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione**

Non sono richieste particolari condizioni di temperatura per la conservazione di questo medicinale. Conservare nella confezione originale per proteggere dalla luce.

#### 6.5 Natura e contenuto del contenitore

Blister di OPA/alluminio/PVC/alluminio contenenti 21 compresse rivestite con film.

Ogni confezione contiene 84 compresse rivestite con film.

#### 6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento

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

#### 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Astellas Pharma Europe B.V.  
Sylviusweg 62  
2333 BE Leiden  
Paesi Bassi

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

EU/1/19/1399/001 40 mg compresse rivestite con film – 84 compresse rivestite con film – AIC 048312019/E

#### 9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data di prima autorizzazione: 24 Ottobre 2019

#### 10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

3 Dicembre 2020

Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web dell'Agenzia europea dei medicinali <http://www.ema.europa.eu>.

<b>Xospata 40 mg compresse rivestite con film</b>	Prezzo al pubblico: € 28.344,83	Classe: H	Classificazione ai fini della fornitura: RNRL (oncologo, ematologo)
---	------------------------------------	-----------	--

L'indicazione ammessa alla rimborsabilità e in monitoraggio è la seguente:

monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3, con rischio citogenetico non sfavorevole.

Non è rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale la terapia con Xospata:

- post allotrapianto di cellule staminali emopoietiche
- nei pazienti con rischio citogenetico sfavorevole.



Materiale promozionale destinato ai medici/farmacisti ospedalieri.  
Vietata la distribuzione o esposizione al pubblico.

Cod. XOS\_2021\_0065\_IT

**XOSPATA**<sup>TM</sup>  
gilteritinib 40mg compresse  
rivestite con film