



**Proyecto de PROSPECTO DE INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN**

**KEVZARA®**

**SARILUMAB 150 y 200 mg**

**Solución para inyección – vía subcutánea**

*Autoinyector con Sarilumab 150 mg / 1,14mL*

*Autoinyector con Sarilumab 200 mg / 1,14 mL*

**INDUSTRIA FRANCESA**

**VENTA BAJO RECETA**

**FÓRMULA**

Cada autoinyector de KEVZARA® 150 contiene: Sarilumab 150 mg

Excipientes: histidina; arginina; polisorbato 20; sacarosa y agua para inyección c.s.p. 1,14 mL.

Cada autoinyector de KEVZARA® 200 contiene: Sarilumab 200 mg

Excipientes: histidina; arginina; polisorbato 20; sacarosa y agua para inyección c.s.p. 1,14 mL.

**ACCION TERAPÉUTICA**

Inmunosupresor, inhibidor de la interleucina

Código ATC: L04AC14

Sarilumab ha demostrado inhibir la progresión del daño de la articulación y mejorar la función física.

**INDICACIONES**

KEVZARA® está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoidea (AR) de actividad moderada a severa que presentaron respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FARME) o a inhibidores del factor de necrosis tumoral, administrado en combinación con FARME o como monoterapia.

**CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS/PROPIEDADES**

**Acción farmacológica**

Sarilumab se une específicamente a los receptores de la interleucina-6 (IL-6), tanto solubles como los ligados a membrana (sIL-6R $\alpha$  y mIL-6R $\alpha$ ), e inhibe la señal mediada por la IL-6. La IL-6 es una citoquina pleiotrópica que estimula diversas respuestas celulares como la proliferación, diferenciación, supervivencia y apoptosis y puede activar los hepatocitos para liberar proteínas de fase aguda, incluyendo la proteína C reactiva (PCR) y el amiloide A sérico. En el líquido sinovial de pacientes con artritis reumatoidea se encontraron niveles elevados de IL-6, la que desempeña un papel importante en la inflamación patológica y la destrucción articular, características distintivas de la artritis reumatoidea. La IL-6 está involucrada en diversos procesos fisiológicos como la migración y la activación de células T, células B, monocitos y osteoclastos, causando en pacientes con artritis reumatoidea inflamación sistémica, inflamación sinovial y erosión ósea.

La reducción de la inflamación por el bloqueo del receptor de la IL-6, se asocia con alteraciones de laboratorio como disminución del recuento absoluto de neutrófilos (RAN) y elevación de los lípidos.

**POSOLOGÍA/DOSIFICACIÓN – MODO DE ADMINISTRACIÓN**

Página 1 de 18

Cynthia Testolin

Apoderada / Co-Directora Técnica  
Genzyme de Argentina S.A.

**General**

KEVZARA® puede utilizarse como monoterapia o en combinación con metotrexato (MTX) u otros FARME tradicionales.

La dosis recomendada de KEVZARA® es de 200 mg una vez cada 2 semanas, administrados por inyección subcutánea.

En caso de que un paciente desarrolle neutropenia, trombocitopenia, o aumento de las enzimas hepáticas, se recomienda reducir la dosis de 200 mg una vez cada 2 semanas a 150 mg una vez cada 2 semanas.

Si un paciente desarrolla una infección seria, interrumpa el tratamiento con KEVZARA® hasta que la infección esté controlada.

Las modificaciones de dosificación recomendadas en caso de neutropenia, trombocitopenia o enzimas hepáticas elevadas son:

<b>Recuento Absoluto de Neutrófilos bajo (RAN) (Ver Advertencias y Farmacodinamia)</b>	
Valor de Laboratorio (células/mm <sup>3</sup> )	Recomendación
RAN superior a 1000 ( $> 1 \times 10^9/L$ )	Mantener la dosis actual de KEVZARA®
RAN 500-1000 ( $0.5-1 \times 10^9/L$ )	Interrumpir el tratamiento con "KEVZARA®" hasta RAN $>1000/mm^3$ . Se puede reanudar KEVZARA® con 150 mg cada 2 semanas y aumentar hasta 200 mg cada 2 semanas según criterio clínico.
RAN inferior a 500 ( $< 0.5 \times 10^9/L$ )	Discontinuar KEVZARA®

<b>Recuento de Plaquetas Bajo (Ver Advertencias)</b>	
Valor de Laboratorio (células/mm <sup>3</sup> )	Recomendación
50.000-100.000 ( $50-100 \times 10^3/\mu L$ )	Interrumpir el tratamiento con KEVZARA® hasta recuento plaquetario $>100.000/mm^3$ . Se puede reanudar KEVZARA® con 150 mg cada 2 semanas y aumentar hasta 200 mg cada 2 semanas según criterio clínico.
Inferior a 50.000 ( $< 50 \times 10^3/\mu L$ )	Si se confirma repitiendo la prueba, discontinuar KEVZARA®

<b>Alteraciones en las Enzimas Hepáticas (ver Advertencias)</b>	
Valor de Laboratorio	Recomendación
TGO $> 1$ a $<3$ x LSN (límite superior a la normal)	Considerar la modificación de dosis de los FARME concomitantes según criterio clínico.
TGO $>3$ a $\leq 5$ x LSN	Interrumpir el tratamiento con KEVZARA® hasta $< 3$ x LSN. Se puede reanudar KEVZARA® con 150 mg cada 2 semanas y aumentar hasta 200 mg cada 2 semanas según sea clínicamente apropiado.



TGO>5 x LSN	Discontinuar KEVZARA®
-------------	-----------------------

#### **Dosis omitida**

Si se ha omitido la administración de una dosis de Kevzara y han pasado 3 días o menos desde la dicha omisión, la siguiente dosis debe administrarse tan pronto como sea posible. La siguiente dosis debe ser administrada en el momento programado. Si han pasado 4 días o más desde la omisión de la dosis, la siguiente dosis debe administrarse en la próxima fecha programada, la dosis no debe ser duplicada.

#### **Poblaciones especiales**

##### *Pacientes pediátricos*

La seguridad y eficacia de KEVZARA® en niños menores de 18 años de edad, no ha sido establecida.

##### *Ancianos*

No es necesario ajustar la dosis en pacientes de más de 65 años de edad (ver Advertencias).

##### *Insuficiencia hepática*

No se ha estudiado la seguridad y la eficacia de KEVZARA® en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo a los pacientes con serología positiva para el virus de hepatitis B (VHB) o para el virus de hepatitis C (VHC).

##### *Insuficiencia renal*

No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. No se ha estudiado KEVZARA® en pacientes con insuficiencia renal grave.

#### **Administración**

##### **Consideraciones Generales para Administración**

No iniciar el tratamiento con KEVZARA® en pacientes con un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) inferior a 2000 por mm<sup>3</sup>, recuento de plaquetas inferior a 150.000 por mm<sup>3</sup> o con TGO o TGP mayor a 1,5 veces el límite superior de la normal (LSN).

No se ha estudiado el uso concomitante de KEVZARA® con FARME biológicos como son los antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF), los antagonistas de IL-1R, anticuerpos monoclonales anti-CD20 y moduladores selectivos de la coestimulación. **Evitar el uso de KEVZARA® con FARME biológicos.**

##### **Instrucciones de preparación y manipuleo**

La inyección subcutánea de KEVZARA® no es apta para la administración intravenosa.

El uso de KEVZARA® debe ser orientado por un profesional de la salud. KEVZARA® puede ser administrado por el mismo paciente o por otra persona. Antes de utilizar se debe proporcionar la capacitación adecuada al paciente y/o persona que realice la aplicación, sobre la preparación y administración de KEVZARA®, siguiendo detalladamente las Instrucciones de Uso.

Para garantizar el uso adecuado, se debe mantener el autoinyector a temperatura ambiente antes de la inyección subcutánea de acuerdo con las Instrucciones de Uso. No se debe calentar KEVZARA® de ninguna otra manera.

Los medicamentos de uso parenteral deben inspeccionarse visualmente para verificar si hay material particulado y decoloración antes de la administración. La solución de KEVZARA® para administración subcutánea debe ser clara y de incolora a amarillo pálido. **No se debe utilizar la medicación si está turbia, coloreada o si contiene partículas, o si alguna parte del autoinyector aparenta estar dañado.**



Los pacientes deben ser entrenados en las instrucciones de uso, para inyectar la cantidad completa del autoinyector (1,14 mL), que corresponde a 200 mg o 150 mg de KEVZARA®.

El lugar de administración debe alternarse en cada inyección. **No inyectar en piel que esté sensible, dañada, o que presenta moretones o cicatrices.**

#### **CONTRAINDICACIONES**

KEVZARA® está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al Sarilumab o a cualquiera de los excipientes.

#### **ADVERTENCIAS**

##### ***Infecciones serias***

En pacientes que recibieron agentes inmunosupresores para artritis reumatoidea (AR) han sido informadas infecciones serias y a veces fatales a causa de bacterias, micobacterias, micosis invasivas, virus u otros patógenos oportunistas.

Las infecciones serias observadas con mayor frecuencia con KEVZARA® incluyeron neumonía y celulitis (ver *Reacciones Adversas*). Entre las infecciones oportunistas con KEVZARA® se reportaron tuberculosis, candidiasis y neumocistosis. Algunos pacientes que presentaron enfermedad diseminada en lugar de localizada, frecuentemente utilizaban inmunosupresores concomitantes como metotrexato o corticosteroides, que junto a la AR puede predisponerlos a infecciones. Aunque no se informaron en los estudios clínicos de KEVZARA®, en pacientes que recibían otros agentes inmunosupresores para el tratamiento de AR fueron reportadas otras infecciones serias (ej. histoplasmosis, criptococosis, aspergilosis).

No administre KEVZARA® a los pacientes con infección activa, incluyendo las infecciones localizadas. Considere los riesgos y beneficios del tratamiento antes de iniciar KEVZARA® en los pacientes con:

- infección crónica o recurrente
- antecedentes de infecciones serias u oportunistas
- condiciones subyacentes que pueden predisponerlos a infección
- exposición a tuberculosis
- estadía o viaje a lugares con tuberculosis o micosis endémica.

Monitorear estrechamente a los pacientes por el desarrollo de signos y síntomas de infección durante el tratamiento con KEVZARA® (ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración y Reacciones Adversas*). Ya que, en general hay una mayor incidencia de infecciones en la población de edad avanzada, se debe tener precaución al tratar a los ancianos.

Interrumpir el tratamiento con KEVZARA® si un paciente desarrolla una infección seria o una infección oportunista.

El paciente que desarrolla una nueva infección durante el tratamiento con KEVZARA® debe someterse a pruebas de diagnóstico inmediatas y completas, apropiadas para los pacientes inmunocomprometidos; se debe iniciar la terapia antimicrobiana apropiada y se debe monitorear estrechamente al paciente.

##### ***Tuberculosis***

Antes de iniciar el tratamiento con KEVZARA®, deben evaluarse los factores de riesgo de tuberculosis y los pacientes deben someterse a la prueba de infección latente. Aquellos pacientes con tuberculosis latente deben tratarse con terapia antimicobacteriana estándar antes de iniciar KEVZARA®. Antes de iniciar KEVZARA® considere la terapia antituberculosa, en los pacientes con antecedentes de tuberculosis latente o activa, en pacientes donde no es posible confirmar un curso de tratamiento adecuado y en los pacientes con prueba negativa de



tuberculosis latente, pero que presentan factores de riesgo para infección por tuberculosis. Al considerar la terapia antituberculosa, es conveniente consultar con un médico experto en tuberculosis.

Antes del inicio de la terapia los pacientes deben ser monitoreados de cerca por desarrollo de signos y síntomas de tuberculosis, incluyendo aquellos con prueba negativa de infección por tuberculosis latente.

#### **Reactivación Viral**

Se han reportado casos de reactivación viral con terapias inmunosupresoras biológicas. En los estudios clínicos con KEVZARA® se observaron casos de herpes zoster. En los estudios clínicos no se informaron casos de reactivación de Hepatitis B. De todos modos, los pacientes con riesgo de reactivación fueron excluidos.

#### **Parámetros de Laboratorio**

##### **Neutrófilos**

El tratamiento con KEVZARA® fue asociado con una mayor incidencia de ocurrencia de disminución en el recuento absoluto de neutrófilos (RAN). La disminución en el RAN no estuvo asociada con mayor incidencia de infecciones, incluyendo infecciones serias.

- No se recomienda iniciar el tratamiento con KEVZARA® en pacientes con un recuento absoluto de neutrófilos bajo, es decir RAN inferior a 2000 por  $\text{mm}^3$ . En los pacientes que desarrollan un RAN inferior a 500 por  $\text{mm}^3$ , debe discontinuarse el tratamiento con KEVZARA®.
- Se debe monitorear el recuento de neutrófilos 4 a 8 semanas después del inicio de la terapia y, posteriormente, de acuerdo con el criterio clínico. Para las modificaciones de dosis recomendadas basadas en los resultados del RAN ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*.
- Basado en la farmacodinamia de las alteraciones en el RAN, al considerar modificaciones de dosis deben usarse los resultados de la última determinación obtenida más cercana a la dosis siguiente (ver *Reacciones Adversas*).

##### **Recuento de Plaquetas**

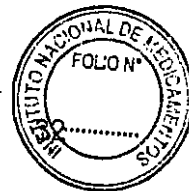
En los estudios clínicos el tratamiento con KEVZARA® fue asociado con la reducción en el recuento de plaquetas. La reducción de plaquetas no estuvo asociada con eventos de sangrado (ver *Reacciones Adversas*).

- No se recomienda iniciar el tratamiento con KEVZARA® en pacientes con un recuento de plaquetas inferior a 150.000 por  $\text{mm}^3$ . En los pacientes que desarrollan un recuento de plaquetas inferior a 50.000 por  $\text{mm}^3$ , discontinuar el tratamiento con KEVZARA®.
- Se debe monitorear el recuento de plaquetas 4 a 8 semanas después del inicio de la terapia y, posteriormente, de acuerdo con el criterio clínico. Para las recomendaciones de ajuste de dosis con base en los recuentos de plaquetas, ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*.

##### **Enzimas Hepáticas**

En los estudios clínicos el tratamiento con KEVZARA® estuvo asociado con mayor incidencia de aumento de las transaminasas. Los aumentos fueron transitorios y no provocaron ninguna lesión hepática clínicamente evidente (ver *Reacciones Adversas*). Se observó aumento de la frecuencia y de la magnitud del aumento cuando se combinaron KEVZARA y fármacos potencialmente hepatotóxicos (ej. MTX) con KEVZARA®.

- No se recomienda iniciar el tratamiento con KEVZARA® en pacientes con transaminasas elevadas, TGO o TGP superiores a 1,5 x LSN. En los pacientes que desarrollan TGO elevada por encima de 5 x LSN, discontinuar el tratamiento con KEVZARA® (ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*).



- Monitorear los niveles de TGO y TGP, 4 a 8 semanas después del inicio de la terapia y luego cada 3 meses. Si se indica clínicamente, considerar otras pruebas de la función hepática como ser bilirrubina. Para las recomendaciones de ajuste de dosis con base en los aumentos de transaminasas, ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*.

#### *Alteraciones de Lípidos*

Los niveles de lípidos pueden estar descendidos en pacientes con inflamación crónica. El tratamiento con KEVZARA® fue asociado con aumento de los parámetros lipídicos como colesterol LDL, colesterol HDL y/o triglicéridos (ver *Reacciones Adversas*).

- Evaluar los parámetros lipídicos, aproximadamente 4 a 8 semanas después del inicio del tratamiento con KEVZARA® y luego aproximadamente cada 6 meses.
- Si corresponde, tratar a los pacientes de acuerdo con las guías de manejo de la hiperlipidemia.

#### **Perforación Gastrointestinal**

En los estudios clínicos se informaron eventos de perforaciones gastrointestinales, principalmente como complicaciones de la diverticulitis. Usar KEVZARA® con cautela en pacientes con mayor riesgo de perforación gastrointestinal. Evaluar inmediatamente a los pacientes con síntomas abdominales nuevos (ver *Reacciones Adversas*).

### **PRECAUCIONES**

#### **Malignidades**

El tratamiento con inmunosupresores puede resultar en un mayor riesgo de malignidades. Se desconoce el impacto del tratamiento con KEVZARA® en el desarrollo de malignidades, pero en los estudios clínicos se informaron malignidades (ver *Reacciones Adversas*).

#### **Insuficiencia Hepática**

No se recomienda el tratamiento con KEVZARA® en pacientes con enfermedad hepática activa o insuficiencia hepática (ver *Reacciones Adversas*).

#### **Vacunaciones**

Evitar el uso concomitante de vacunas vivas durante el tratamiento con KEVZARA®, ya que no se ha establecido la seguridad clínica. No hay datos disponibles sobre la transmisión secundaria de infección de personas que recibieron vacunas vivas a pacientes que recibieron KEVZARA®. El intervalo entre la vacunación viva y el inicio de la terapia con KEVZARA® debe estar acorde con las guías de vacunación actuales respecto de los agentes inmunosupresores (ver *Interacciones*)

#### **Interacciones**

##### **Uso con Otros Fármacos para el Tratamiento de Artritis Reumatoidea**

La exposición a Sarilumab no fue afectada por la administración concomitante de metotrexato (MTX). No se investigó KEVZARA® en combinación con inhibidores de las proteínas cinasas Janus (JAK) o con FARME biológicos como ser los antagonistas de TNF (ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*)

##### **Interacciones con Sustratos de CYP450**

Estudios in vitro e in vivo en humanos demostraron que las citocinas y los moduladores de citocinas pueden influenciar la expresión y la actividad de las enzimas específicas del citocromo P450 (CYP) y por lo tanto pueden cambiar la farmacocinética de los fármacos que son sustratos de estas enzimas cuando administrados concomitantemente. Una concentración elevada de interleucina 6 (IL-6) puede inhibir la actividad del CYP, como es el caso en los pacientes con AR y por consiguiente aumentaría los niveles de los fármacos en comparación con los sujetos sin AR. El bloqueo de la señalización de IL-6 por antagonistas de IL-6R $\alpha$  como Sarilumab puede revertir el efecto inhibitorio de IL-6 y restaurar la actividad de CYP, provocando la alteración de la concentración del fármaco.



La modulación del efecto de IL-6 en las enzimas de CYP por Sarilumab, puede ser clínicamente relevante para los sustratos del CYP con índice terapéutico estrecho, donde la dosis se ajusta individualmente. Al iniciar o discontinuar KEVZARA® en los pacientes tratados con medicamentos que son sustratos de CYP, realizar el monitoreo del efecto terapéutico (ej. warfarina) o de la concentración del fármaco (ej. teofilina) y ajustar la dosis individual del medicamento según sea necesario.

Debe tomarse precaución cuando se administra concomitantemente KEVZARA® con sustratos del CYP3A4 (ej. anticonceptivos orales o estatinas), ya que puede disminuir la exposición, lo que puede reducir la actividad del sustrato del CYP3A4 (ver *Farmacocinética*).

#### **Vacunas vivas**

Evite el uso concomitante de vacunas vivas durante el tratamiento con KEVZARA®.

#### **Embarazo**

No se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas con KEVZARA®. Generalmente los anticuerpos monoclonales son transportados a través de la placenta, principalmente durante el tercer trimestre. En estudios de reproducción en animales, la administración intravenosa de Sarilumab a monos cynomolgus desde el inicio de la gestación hasta el alumbramiento natural (aproximadamente 21 semanas), con dosis semanales hasta 50 mg/kg/semana (aproximadamente 84 veces la exposición humana con base en el ABC después de dosis subcutáneas de 200 mg cada dos semanas), no afectó el desarrollo embrionario ni el mantenimiento de la preñez. No se estableció la incidencia de malformaciones ni la pérdida de embarazo en gestaciones humanas para KEVZARA®. Sin embargo todos los embarazos, independientemente de la exposición al fármaco, tienen una tasa histórica de malformaciones graves del 2 al 4% aproximadamente y del 15 al 20% para pérdida de embarazo. KEVZARA® debe utilizarse durante el embarazo sólo si el beneficio potencial justifica el posible riesgo para el feto.

#### **Lactancia**

No hay información relacionada con la presencia de Sarilumab en leche humana, los efectos sobre niños lactantes o los efectos en la producción de la leche. Considerando que los anticuerpos monoclonales pueden excretarse en pequeñas cantidades en leche humana, se debe decidir si se interrumpe la lactancia o se discontinúa el KEVZARA®, teniendo en cuenta la importancia del fármaco para la madre.

#### **Conducción de vehículos o realización de otras tareas peligrosas**

KEVZARA® tiene un efecto nulo o insignificante sobre la capacidad para conducir vehículos o manejar maquinaria.

Sin embargo, no se han realizado estudios sobre los efectos de la administración de Sarilumab sobre la capacidad de conducir y operar maquinaria.

#### **REACCIONES ADVERSAS**

Se utiliza la siguiente clasificación de frecuencia de CIOMS, cuando sea aplicable:

Muy común  $\geq 10\%$ ; Común  $\geq 1$  y  $< 10\%$ ; Poco común  $\geq 0,1$  y  $< 1\%$ ; Rara  $\geq 0,01$  y  $< 0,1\%$ ; Muy rara  $< 0,01\%$ ; Desconocida (no se puede estimar a partir de los datos disponibles).

Los estudios clínicos se llevan a cabo bajo condiciones muy diversas, así que la frecuencia de las reacciones adversas observadas en los estudios clínicos de un fármaco no puede compararse directamente con la frecuencia de los estudios clínicos de otro fármaco y no reflejan las frecuencias observadas en la práctica.

Todos los pacientes descritos en la información de seguridad presentaban artritis reumatoidea activa de moderada a severa.



La seguridad de KEVZARA® se evaluó en combinación con FARMES considerando la información de siete estudios, dos de los cuales fueron estudios controlados con placebo, con 2887 pacientes (población de seguridad a largo plazo). 2170 pacientes recibieron KEVZARA® por al menos 24 semanas, 1546 por al menos 48 semanas, 1020 por al menos 96 semanas y 624 por al menos 144 semanas.

**Tabla 1: Reacciones adversas que se presentaron en 2% o más de los pacientes tratados con 150 mg o 200 mg KEVZARA® + FARME y superiores que los observados en pacientes con placebo + FARME \***

Término preferido	Placebo + FARME (N = 579)	KEVZARA® 150 mg + FARME (N = 579)	KEVZARA® 200 mg + FARME (N = 582)
Neutropenia	0,2%	6,2%	9,5%
Aumento de Alanino aminotransferasa	1,6%	3,8%	4,5%
Eritema en el sitio de inyección	0,7%	3,5%	3,3%
Infección del tracto respiratorio superior	2,2%	2,9%	3,1%
Infección del tracto urinario	1,9%	2,6%	2,6%
Nasofaringitis	2,1%	2,8%	2,4%
Hipertrigliceridemia	0,5%	2,6%	0,9%

\* La única reacción adversa poco frecuente y clínicamente relevante que puede producirse con una incidencia inferior al 2% en los pacientes con artritis reumatoidea tratados con KEVZARA® en estudios controlados fue el herpes oral.  
No se identificaron reacciones adversas adicionales la población en monoterapia-ni en la población de seguridad a largo plazo.

#### Descripción de reacciones adversas relevantes

##### Infecciones

En la población controlada con placebo, las tasas de infecciones fueron 84,5, 81,0 y 75,1 eventos por 100 pacientes-año, en los grupos KEVZARA® 200 mg + FARME, KEVZARA 150 mg + FARME y placebo + FARME respectivamente. Las infecciones más frecuentes (del 5% al 7% de los pacientes) fueron infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones del tracto urinario y nasofaringitis. Las tasas de infecciones serias fueron 4,3, 3,0 y 3,1 eventos por 100 pacientes-año, en los grupos KEVZARA 200 mg + FARME, KEVZARA 150 mg + FARME, y el grupo placebo + FARME, respectivamente,

En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA® + FARME, las tasas de infecciones y de infecciones serias fueron de 57,3 y 3,4 eventos por 100 pacientes-años, respectivamente.

Las infecciones serias observadas con mayor frecuencia incluyen la neumonía y la celulitis, Se han reportado casos de infecciones oportunistas (ver Advertencias),

Las tasas generales de infecciones e infecciones serias en la población KEVZARA® en monoterapia fueron consistentes con las de la población de KEVZARA® + FARME,

##### Perforación Gastrointestinal

En la población controlada con placebo, un paciente en terapia con KEVZARA® presentó una perforación gastrointestinal (GI) (0,11 eventos por 100 pacientes-años), En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA® + FARME, la tasa de perforaciones gastrointestinales fue de 0,14 eventos por 100 pacientes-año,

En la población de seguridad de los estudios a largo plazo, la tasa general de perforación GI fue consistente con las tasas en los períodos controlados. Se reportaron casos de perforación GI principalmente como complicación de diverticulitis, incluyendo perforación GI baja y absceso. La





mayoría de los pacientes que presentaron perforación GI estaban tomando concomitantemente antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticosteroides o metotrexato. Se desconoce la contribución de estos medicamentos concomitantes respecto a KEVZARA® en el desarrollo de perforaciones GI (ver *Advertencias*).

#### **Reacciones de Hipersensibilidad**

En la población controlada con placebo, la proporción de pacientes que discontinuó el tratamiento a causa de reacciones de hipersensibilidad fue mayor en los pacientes del grupo tratado con KEVZARA® (0,9% con 200 mg, 0,5% con 150 mg) que en el grupo de aquellos tratados con placebo (0,2%).

Las tasas de discontinuación debido a hipersensibilidad en la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA® + FARME y en la población KEVZARA® monoterapia fueron consistentes con la población controlada con placebo.

No se observaron casos de anafilaxia en los estudios clínicos.

#### **Reacciones en el sitio de inyección**

En la población controlada con placebo, se notificaron reacciones en el sitio de inyección en 9,5%, 8% y 1,4% de los pacientes que recibieron KEVZARA® 200 mg, 150 mg, y placebo, respectivamente. Estas reacciones en el lugar de inyección (incluyendo eritema y prurito) fueron leves para la mayoría de los pacientes. Dos pacientes con KEVZARA® (0,2%) abandonaron el tratamiento debido a reacciones en el sitio de inyección.

#### **Alteraciones de Laboratorio**

Para permitir una comparación directa de la frecuencia de las anomalías de laboratorio entre el placebo y el tratamiento activo, los datos de las semanas 0-12 se utilizaron antes de que a los pacientes que se les permitiera cambiar de placebo a KEVZARA®.

#### **Neutrófilos**

El recuento de neutrófilos disminuyó por debajo de 1000 por mm<sup>3</sup> en el 6,4% y el 3,6% de los pacientes del grupo de KEVZARA® 200 mg + FARME y KEVZARA 150 mg + FARME respectivamente, en comparación con ningún paciente del grupo de placebo + FARME. La disminución en el recuento de neutrófilos por debajo de 500 por mm<sup>3</sup> se presentó en el 0,8% y 0,6% de los pacientes de ambos grupos KEVZARA® 200 mg y 150 mg + FARME. En los pacientes que presentaron disminución en el recuento absoluto de neutrófilos (RAN), la modificación del régimen de tratamiento, ya sea la interrupción o reducción de la dosis de KEVZARA®, resultó en el aumento o normalización del RAN (ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*). La disminución del RAN no estuvo asociada con mayor incidencia de infecciones, incluyendo las infecciones serias.

En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA® + FARME y la población KEVZARA® monoterapia, las observaciones sobre el recuento de neutrófilos fueron consistentes con las observadas en la población controlada con placebo (ver *Advertencias*).

#### **Recuento de Plaquetas**

El recuento de plaquetas se redujo por debajo de 100.000 por mm<sup>3</sup> en el 1,2% y el 0,6% de los pacientes del grupo KEVZARA® 200 mg + FARME y KEVZARA 150 mg + FARME respectivamente, en comparación con ningún paciente en el grupo de placebo + FARME, sin eventos de sangrado asociados.

En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA® + FARME y la población con KEVZARA® como monoterapia, las observaciones sobre el recuento de plaquetas fueron consistentes con las observados en la población controlada con placebo (ver *Advertencias*).

No hubo episodios de hemorragia asociados con una disminución del recuento de plaquetas.

#### **Enzimas Hepáticas**

Las alteraciones de las enzimas hepáticas se resumen en la Tabla 2. En los pacientes que experimentaron elevación de las enzimas hepáticas, la modificación del régimen de tratamiento, tal como la interrupción de KEVZARA® o la reducción de la dosis, resultó en una disminución o normalización de las enzimas hepáticas (ver *Posología/Dosificación – Modo de Administración*). Estas elevaciones no estaban asociadas con un aumento de la bilirrubina directa clínicamente relevante, ni estaban asociadas con evidencia clínica de hepatitis o insuficiencia hepática (ver *Advertencias*).

**Tabla 2: Incidencia de alteraciones de las enzimas hepáticas en estudios clínicos controlados**

	Placebo + FARME N = 661	KEVZARA® 150 mg + FARME N = 660	KEVZARA® 200 mg + FARME N = 661	KEVZARA® monoterapia, ambas dosis N = 467
<b>TGP</b>				
>3x LSN – 5 x LSN	0%	1,2%	1,1%	1,1%
>5 x LSN	0%	0,6%	0,2%	0%
<b>TGO</b>				
>3 x LSN – 5 x LSN	0,6%	3,2%	2,4%	1,9%
>5 x LSN	0%	1,1%	0,8%	0,2%

LSN = Límite Superior de la Normal

#### Lípidos

Los parámetros lipídicos (LDL, HDL y triglicéridos) se evaluaron por primera vez 4 semanas después del inicio de KEVZARA® + FARME en la población controlada con placebo. En la semana 4 el LDL promedio aumentó 14 mg/dL; el promedio de triglicéridos aumentó 23 mg/dL y el HDL promedio aumentó 3 mg/dL. Después de la semana 4, no se observaron incrementos adicionales. No hubo diferencias significativas entre las dosis.

En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA + FARME y en la población con KEVZARA monoterapia, las observaciones sobre los parámetros lipídicos fueron consistentes con las de los estudios clínicos controlados con placebo.

#### Inmunogenicidad

Como suele ocurrir con todas las proteínas terapéuticas, KEVZARA® presenta potencial de inmunogenicidad.

De la población controlada con placebo, el 4,0% de los pacientes tratados con KEVZARA® 200 mg + FARME, el 5,6% de los pacientes tratados con KEVZARA® 150 mg + FARME y el 2,0% de los pacientes tratados con placebo + FARME, presentaron respuesta positiva del anticuerpo antifármaco (ADA por sus siglas en inglés). Se detectaron anticuerpos neutralizantes (NAb por sus siglas en inglés) en el 1,0% de los pacientes del grupo de KEVZARA® 200 mg, en el 1,6% de los pacientes del KEVZARA® 150 mg y en el 0,2% de los pacientes del grupo de placebo.

En la población en monoterapia con KEVZARA®, las observaciones fueron consistentes con la población con KEVZARA® + FARME.

La formación de ADA podría afectar la farmacocinética de KEVZARA®. No se observó correlación entre el desarrollo de ADA y la pérdida de eficacia o la aparición de eventos adversos.

La detección de una respuesta inmunológica es altamente dependiente de la sensibilidad y de la especificidad de los ensayos utilizados, la manipulación de la muestra, el momento de recolección de muestras, los medicamentos concomitantes y la enfermedad subyacente. Así que la comparación de la incidencia de anticuerpos para KEVZARA® con la incidencia de anticuerpos para otros productos puede ser engañosa.

#### Malignidades



En la población controlada con placebo, la tasa de malignidades en los pacientes que recibieron KEVZARA® + FARME o placebo + FARME fue igual (1,0 evento por 100 pacientes-años).

En la población de seguridad a largo plazo con KEVZARA + FARME y la población en monoterapia con KEVZARA, la tasa de malignidades fue consistente con la tasa observada en la población controlada con placebo (ver *Advertencias*).

#### **SOBREDOSIFICACIÓN**

En los estudios clínicos, el aumento en la frecuencia de administración respecto al régimen recomendado cada 2 semanas no reveló ninguna cuestión de seguridad. No existe un tratamiento específico para la sobredosificación de KEVZARA. En caso de sobredosis, administrar tratamiento sintomático e iniciar medidas de apoyo.

*ANTE LA EVENTUALIDAD DE UNA SOBREDOSIFICACIÓN CONCURRIR AL HOSPITAL MÁS CERCANO O COMUNICARSE CON LOS CENTROS DE TOXICOLOGÍA:*

*HOSPITAL DE PEDIATRÍA RICARDO GUTIÉRREZ: (011) 4962-6666 / 2247*

*HOSPITAL A, POSADAS: (011) 4654-6648 / 4658-7777*

*HOSPITAL FERNÁNDEZ: (011) 4808-2655 / 4801-7767*

*OPATIVAMENTE OTROS CENTROS DE INTOXICACIONES.*

#### **ESTUDIOS CLÍNICOS / ESTUDIOS DE EFICACIA CLÍNICA**

##### **FARMACODINAMIA**

Luego de la administración de una dosis única subcutánea (SC) de Sarilumab 200 mg y 150 mg a pacientes con AR, se observó una rápida reducción de los niveles de PCR. Los niveles se redujeron hasta la normalidad tan tempranamente como a los 4 días del inicio del tratamiento. Después de la administración de una dosis única de Sarilumab a los pacientes con AR, el recuento absoluto de neutrófilos disminuyó a su menor valor a los 3 a 4 días y a partir de ahí regresó al valor basal (ver *Advertencias*). El tratamiento con Sarilumab resultó en la disminución del fibrinógeno y del amiloide A sérico, y en el aumento de la hemoglobina y de la albúmina sérica.

##### **FARMACOCINÉTICA**

La farmacocinética de Sarilumab fue categorizada en 2186 pacientes con artritis reumatoidea (AR) tratados con Sarilumab durante hasta 52 semanas, con dosis subcutáneas de 150 mg en 751 pacientes y de 200 mg en 891 pacientes, administradas cada dos semanas.

##### **Absorción**

La exposición en el intervalo de dosis al estado estacionario, medida con el área bajo la curva (ABC), se duplicó con el incremento de dosis de 150 a 200 mg cada dos semanas.

Para el régimen de dosificación de 150 mg cada dos semanas, el promedio estimado ( $\pm$  DE) del ABC al estado estacionario, la  $C_{min}$  y la  $C_{max}$  del Sarilumab fue  $210 \pm 115$  mg-día/L;  $6,95 \pm 7,60$  mg/L y  $20,4 \pm 8,27$  mg/L, respectivamente.

Para el régimen de dosificación de 200 mg cada dos semanas, el promedio estimado ( $\pm$  DE) del ABC en estado estacionario, la  $C_{min}$  y la  $C_{max}$  del Sarilumab fue  $396 \pm 194$  mg-día/L;  $16,7 \pm 13,5$  mg/L y  $35,4 \pm 13,9$  mg/L, respectivamente.

##### **Distribución**

En los pacientes con AR, el volumen de distribución aparente al estado estacionario fue 8,3 L.

##### **Metabolismo**

La vía metabólica del Sarilumab no ha sido aún caracterizada. Como anticuerpo monoclonal, se espera que Sarilumab sea degradado en pequeños péptidos y aminoácidos por vías catabólicas al igual que la IgG endógena.

#### **Eliminación**

Sarilumab se elimina por vías paralelas lineales y no lineales. A concentraciones más altas, la vía de eliminación predominante es proteolítica no saturable y lineal, mientras que con concentraciones bajas predomina la eliminación saturable y no lineal mediada por células diana. Estas vías de eliminación paralelas resultan en una vida media inicial de 8 a 10 días y una vida media terminal, concentración-dependiente, de 2 a 4 días.

Después de la última dosis de Sarilumab 150 mg y 200 mg al estado de equilibrio, la mediana del tiempo de concentración no detectable fue respectivamente 30 y 49 días. Los anticuerpos monoclonales no se eliminan por la vía renal o hepática.

#### Linealidad / no linealidad

Se observó un incremento proporcional mayor al incremento de dosis en la exposición farmacocinética en pacientes con AR. En el estado estacionario, la exposición en el intervalo de dosificación medido como área bajo la curva, se incrementó aproximadamente 2 veces con un incremento de dosis de 150 mg a 200 mg cada 2 semanas.

#### **Poblaciones especiales**

Los análisis farmacocinéticos de la población en pacientes adultos con artritis reumatoidea, mostraron que la edad, el género y la raza no influyen significativamente en la farmacocinética de Sarilumab. Aunque el peso corporal haya influenciado la farmacocinética de Sarilumab, no se recomienda ajuste de dosis para estos rasgos demográficos.

*Insuficiencia hepática:* No se realizaron estudios formales del efecto de la insuficiencia hepática en la farmacocinética de Sarilumab.

*Insuficiencia renal:* No se realizaron estudios del efecto de la insuficiencia renal en la farmacocinética de Sarilumab. La insuficiencia renal leve a moderada no afectó la farmacocinética del Sarilumab. No se necesita ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia leve a moderada. No se estudiaron pacientes con insuficiencia renal grave.

#### **Interacciones medicamentosas**

##### *Sustratos del Citocromo P450*

La Simvastatina es un sustrato del CYP3A4. En 17 pacientes con AR, una semana después de la administración SC única de Sarilumab 200 mg, la exposición de simvastatina y simvastatina ácida disminuyeron el 45% y el 36%, respectivamente (ver "Precauciones" / "Interacciones").

Se evaluó la eficacia y la seguridad de KEVZARA® en tres estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados (Estudio 1/MOBILITY y Estudio 2/TARGET controlados con placebo y MONARCH con control activo) en pacientes con más de 18 años de edad con artritis reumatoide activa moderada o severa, diagnosticada según los criterios del American College of Rheumatology (ACR). En el período basal, los pacientes presentaban al menos 8 articulaciones dolorosas y 6 articulaciones inflamadas

#### Estudios controlados con placebo

El estudio 1/MOBILITY evaluó 1197 pacientes con artritis reumatoidea activa moderada o severa con respuestas clínicas inadecuadas a metotrexato (MTX). Los pacientes recibieron KEVZARA® 200 mg, KEVZARA® 150 mg o placebo cada 2 semanas concomitantemente con MTX. Los criterios de valoración primarios fueron la proporción de pacientes en KEVZARA® que lograron una respuesta ACR20 en la semana 24, cambios desde la línea base en la puntuación del Cuestionario de Evaluación de Salud – Índice de Discapacidad (HAQ-DI por sus siglas en inglés) en la semana

16 y cambio desde la línea base en la puntuación total van der Heijde-Sharp modificada (mTSS) en la semana 52. El criterio de valoración secundario más relevante fue una respuesta clínica importante (definida como la respuesta ACR70 sostenida por 24 semanas).

El Estudio 2/TARGET evaluó 546 pacientes con artritis reumatoide activa moderada o severa, que tuvieron una respuesta clínica inadecuada o que eran intolerantes a uno o más antagonistas de TNF- $\alpha$ . Los pacientes recibieron KEVZARA<sup>®</sup> 200 mg, KEVZARA<sup>®</sup> 150 mg subcutáneo o placebo cada 2 semanas concomitantemente con FARME tradicionales. Los criterios de valoración primarios fueron la proporción de pacientes de KEVZARA<sup>®</sup>, que lograron una respuesta ACR20 en la semana 24 y los cambios desde la línea base en la puntuación HAQ-DI en la semana 12.

**Respuesta Clínica**

Los porcentajes de pacientes tratados con KEVZARA<sup>®</sup> + FARME que lograron respuestas ACR20, 50 y 70 en los Estudios 1 y 2 se muestran en la Tabla 3. En ambos estudios, en la semana 24, los pacientes tratados con 200 mg o 150 mg de KEVZARA<sup>®</sup> + FARME cada dos semanas presentaron mayores tasas de respuesta ACR20, ACR50 y ACR70 en comparación con los pacientes tratados con placebo.

En el Estudio1/MOBILITY, una mayor proporción de pacientes tratados con Kevzara 200 mg o 150 mg cada dos semanas concomitantemente con metotrexato alcanzaron la remisión, definida como DAS28-PCR <2,6 en comparación con placebo + MTX en la semana 52. Los resultados a las 24 semanas en el Estudio 2 / TARGET fueron similares a los resultados a los de MOBILITY a las 52 semanas (ver Tabla 4)

**Tabla 3: Respuesta clínica en las semanas 12, 24 y 52 en los Estudios 1 y 2 (MOBILITY y TARGET) controlados con placebo**

	Porcentaje de pacientes					
	MOBILITY Respondedores inadecuados a MTX			TARGET Respondedores inadecuados al inhibidor de TNF		
	Placebo + MTX N = 398	'KEVZARA' 150 mg + MTX N = 400	'KEVZARA' 200 mg + MTX N = 399	Placebo + FARME N = 181	'KEVZARA' 150 mg + FARME N = 181	'KEVZARA' 200 mg + FARME N = 184
<b>Semana 12</b>						
Remisión DAS28-CRP (< 2,6)	4,8%	18,0% <sup>***</sup>	23,1% <sup>***</sup>	3,9%	17,1% <sup>***</sup>	17,9% <sup>***</sup>
ACR20	34,7%	54,0% <sup>***</sup>	64,9% <sup>***</sup>	37,6%	54,1% <sup>***</sup>	62,5% <sup>***</sup>
ACR50	12,3%	26,5% <sup>***</sup>	36,3% <sup>***</sup>	13,3%	30,4% <sup>***</sup>	33,2% <sup>***</sup>
ACR70	4,0%	11,0% <sup>**</sup>	17,5% <sup>***</sup>	2,2%	13,8% <sup>***</sup>	14,7% <sup>***</sup>
<b>Semana 24</b>						
Remisión DAS28-CRP (< 2,6)	10,1%	27,8% <sup>***</sup>	34,1% <sup>***</sup>	7,2%	24,9% <sup>***</sup>	28,8% <sup>***</sup>
ACR20 <sup>†</sup>	33,4%	58,0% <sup>***</sup>	66,4% <sup>***</sup>	33,7%	55,8% <sup>***</sup>	60,9% <sup>***</sup>
ACR50	16,6%	37,0% <sup>***</sup>	45,6% <sup>***</sup>	18,2%	37,0% <sup>***</sup>	40,8% <sup>***</sup>
ACR70	7,3%	19,8% <sup>***</sup>	24,8% <sup>***</sup>	7,2%	19,9% <sup>**</sup>	16,3% <sup>†</sup>
<b>Semana 52</b>						
Remisión DAS28-CRP (< 2,6)	8,5%	31,0% <sup>***</sup>	34,1% <sup>***</sup>	NA <sup>§</sup>	NA <sup>§</sup>	NA <sup>§</sup>
ACR20	31,7%	53,5% <sup>***</sup>	58,6% <sup>***</sup>			
ACR50	18,1%	40,0% <sup>***</sup>	42,9% <sup>***</sup>			
ACR70	9,0%	24,8%	26,8%			

<b>Respuesta clínica mayor</b>	3,0%	12,8% <sup>***</sup>	14,8% <sup>***</sup>		
--------------------------------	------	----------------------	----------------------	--	--

<sup>\*</sup> Los FARME del Estudio 2/TARGET incluyeron: MTX, sulfasalazina, leflunomida e hidroxiquina

<sup>\*\*</sup> valor  $p < 0,01$  por diferencia con placebo

<sup>\*\*\*</sup> valor  $p < 0,001$  por diferencia con placebo

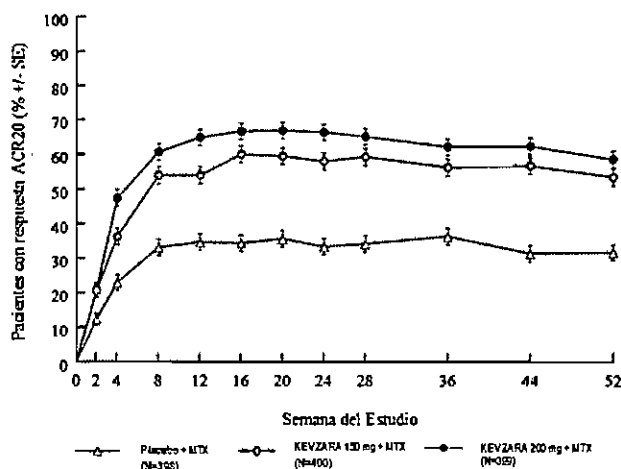
<sup>\*\*\*\*</sup> valor  $p < 0,0001$  por diferencia con placebo

<sup>†</sup> Criterio de valoración primario

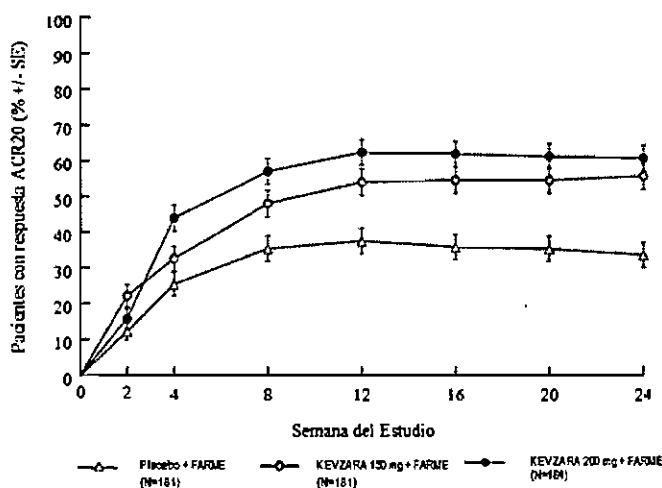
<sup>‡</sup> NA=No Aplica porque el Estudio 2 fue de 24 semanas

Tanto en el Estudio 1/MOBILITY y el Estudio 2/TARGET, las tasas de respuesta ACR20 más altas se observaron dentro de las 2 semanas en comparación con el placebo y se mantuvieron durante la duración de los estudios (véanse las Figuras 1 y 2)

**Figura 1: Porcentaje de Respuesta ACR20 por Visita para el Estudio 1/MOBILITY**



**Figura 2: Porcentaje de Respuesta ACR20 por Visita para el Estudio 2/TARGET**



**Tabla 4: Proporción de Pacientes con DAS28-PCR < 2,6 con Número de Articulaciones Activas Remanentes en la Semana S2 del Estudio 1/MOBILITY**

Cynthia Testolin  
 Apoderada / Co-Directora Técnica  
 Genzyme de Argentina S.A.

DAS28-PCR < 2,6	Placebo + MTX N = 398	KEVZARA® 150 mg + MTX N = 400	KEVZARA® 200 mg + MTX N = 399
Proporción de pacientes con respuesta en la Semana 52 (n) Cociente de Probabilidad (Intervalo de confianza del 95%)*	8,5% (34)	31% (124) 4,866 (3,218; 7,357)	34,1% (136) 5,525 (3,673; 8,310)
De los pacientes con respuesta, proporción con 0 articulación activa (n)	61,8% (21)	34,7% (43)	50,7% (69)
De los pacientes con respuesta, proporción con 1 articulación activa (n)	23,5% (8)	21,8% (27)	12,5% (17)
De los pacientes con respuesta, proporción con 2 articulaciones activas (n)	5,9% (2)	15,3% (19)	14,7% (20)
De los pacientes con respuesta, proporción con 3 o más articulaciones activas (n)	8,8% (3)	28,2% (35)	22,1% (30)

\* Intervalo de confianza  $\geq 1,0$  indica que la diferencia estadística favorece a KEVZARA® versus placebo/FARME.

Los resultados de los componentes de los criterios de respuesta ACR en la Semana 24 para los Estudios 1/MOBILITY y 2/TARGET se muestran en la Tabla 5. Los resultados en la semana 52 del Estudio 1/MOBILITY fueron similares a los resultados en la semana 24 para el Estudio 2/TARGET.

**Tabla 5: Cambio promedio desde el valor de base de los componentes de puntuación de ACR en la Semana 24**

Componente (rango)	MOBILITY			TARGET		
	Placebo + MTX (N = 398)	KEVZARA® 150 mg c2s* + MTX (N = 400)	KEVZARA® 200 mg c2s* + MTX (N = 399)	Placebo + MTX (N = 181)	KEVZARA® 150 mg c2s* + MTX (N = 181)	KEVZARA® 200 mg c2s* + MTX (N = 184)
Articulaciones dolorosas (0-68)	-14.38	-19.25 <sup>†††</sup>	-19.00 <sup>†††</sup>	-17.18	-17.30 <sup>†</sup>	-20.58 <sup>†††</sup>
Articulaciones inflamadas (0-66)	-8.70	-11.84 <sup>†††</sup>	-12.43 <sup>†††</sup>	-12.12	-13.04 <sup>††</sup>	-14.03 <sup>†††</sup>
VAS de dolor <sup>†</sup> (0-100 mm)	-19.43	-30.75 <sup>†††</sup>	-34.35 <sup>†††</sup>	-27.65	-36.28 <sup>††</sup>	-39.60 <sup>†††</sup>
VAS global del médico <sup>‡</sup> (0-100 mm)	-32.04	-40.69 <sup>†††</sup>	-42.65 <sup>†††</sup>	-39.44	-45.09 <sup>†††</sup>	-48.08 <sup>†††</sup>
VAS global del paciente <sup>‡</sup> (0-100 mm)	-19.55	-30.41 <sup>†††</sup>	-35.07 <sup>†††</sup>	-28.06	-33.88 <sup>††</sup>	-37.36 <sup>†††</sup>
HAQ-DI (0-3)	-0.43	-0.62 <sup>†††</sup>	-0.64 <sup>†††</sup>	-0.52	-0.60 <sup>†</sup>	-0.69 <sup>††</sup>
CRP	-0.14	-13.63 <sup>†††</sup>	-18.04 <sup>†††</sup>	-5.21	-13.11 <sup>†††</sup>	-29.06 <sup>†††</sup>

\* c2s=cada dos semanas

<sup>†</sup>VAS=escala visual analógica

<sup>†</sup>valor p <0.01 para diferencia de placebo

<sup>††</sup> valorp <0.001 para diferencia de placebo

<sup>†††</sup>valor p <0.0001 para diferencia de placebo



**Respuesta Radiográfica**

En el Estudio 1/MOBILITY se evaluó radiográficamente el daño articular estructural, expresado como cambio en la Puntuación Total van der Heijde-Sharp modificada (mTSS) y sus componentes, el puntaje de erosión y la disminución de los espacios articulares en la semana S2. Las radiografías de las manos y pies se obtuvieron en el período inicial, a las 24 y 52 semanas, y fueron clasificadas de manera independiente al menos por dos lectores bien entrenados, ciegos respecto al grupo de tratamiento y número de visita.

Ambas dosis de KEVZARA® + MTX fueron superiores al placebo + MTX en el cambio de la mTSS desde el período inicial hasta las semanas 24 y 52 (ver Tabla 6). Se informó menos progresión del puntaje de erosión y de disminución del espacio articular en las semanas 24 y 52, en los grupos de tratamiento con Sarilumab en comparación con el grupo placebo.

El tratamiento con KEVZARA® + MTX fue asociado con una progresión radiográfica menos significativa del daño estructural en comparación con placebo. En la semana 52, el 55,6% de los pacientes que recibieron KEVZARA® 200 mg y el 47,8% de los pacientes que recibieron KEVZARA® 150 mg, no presentaron progresión del daño estructural (definido como un cambio en la Puntuación Total de Sharp de cero o menos) en comparación con el 38,7% de los pacientes que recibieron placebo.

El tratamiento con KEVZARA® 200 mg y 150 mg + MTX inhibió la progresión del daño estructural en el 91% y el 68% respectivamente, en comparación con placebo + MTX en la semana 52.

**Tabla 6: Media del Cambio Radiográfico desde el Período Inicial en la Semana 24 y en la Semana 52 del Estudio 1/MOBILITY**

	MOBILITY Respondedores inadecuados al MTX		
	Placebo + MTX (N = 398)	KEVZARA® 150 mg c2s* + MTX (N = 400)	KEVZARA® 200 mg c2s* + MTX (N = 399)
<b>Cambio promedio en la Semana 24</b>			
Puntuación total de Sharp modificada (mTSS)	1,22	0,54 <sup>††</sup>	0,13 <sup>†††</sup>
Puntaje de Erosión (0-280)	0,68	0,26 <sup>††</sup>	0,02 <sup>†††</sup>
Puntaje de disminución del espacio articular	0,54	0,28	0,12 <sup>††</sup>
<b>Cambio promedio en la Semana 52</b>			
Puntuación total de Sharp modificada (mTSS) ‡	2,78	0,90 <sup>†††</sup>	0,25 <sup>†††</sup>
Puntaje de Erosión (0-280)	1,46	0,42 <sup>†††</sup>	0,05 <sup>†††</sup>
Puntaje de disminución del espacio articular	1,32	0,47 <sup>††</sup>	0,20 <sup>†††</sup>

\* c2s = cada dos semanas

† valor p <0,01

†† valor p <0,001

††† valor p <0,0001

‡ Criterio de valoración primario

**Respuesta de la Función Física**

En los Estudios 1/MOBILITY y 2/TARGET se evaluaron la función física y la discapacidad por el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ-DI). Los pacientes que recibieron KEVZARA® 200 mg y 150 mg + FARME cada dos semanas demostraron mayor mejoría en la función física desde el período inicial, en comparación con el placebo en la Semana 16 y en la Semana 12 en los Estudios 1 y 2 respectivamente.

Cynthia Testolin  
Apoderada / Co-Directora Técnica  
Genzyme de Argentina S.A.





El estudio 1/MOBILITY demostró mejoría significativa en la función física, según la puntuación del HAQ-DI en la semana 16 en comparación con placebo (-0,58; -0,54 y -0,30 para KEVZARA® 200 mg + MTX, KEVZARA® 150 mg + MTX y placebo + MTX, cada dos semanas, respectivamente). El estudio 2/TARGET demostró mejoría significativa en la puntuación del HAQ-DI en la semana 12 en comparación con placebo (-0,49; -0,50 y -0,29 para KEVZARA® 200 mg + FARME, KEVZARA® 150 mg + FARME y placebo + FARME, cada dos semanas, respectivamente).

En el estudio 1/MOBILITY la mejoría en la función física según la puntuación del HAQ-DI, se mantuvo hasta la semana 52 (-0,75; -0,71 y -0,46 para los grupos de tratamiento con KEVZARA® 200 mg + MTX, KEVZARA® 150 mg + MTX y placebo + MTX, respectivamente).

Los pacientes tratados con KEVZARA® + MTX (47,6% en el grupo de tratamiento con 200 mg y el 47,0% en el grupo de tratamiento con 150 mg) lograron una mejoría clínicamente relevante en el HAQ-DI (cambio desde el período inicial  $\geq 0,3$  unidades) en la semana 52 en comparación con el 26,1% en el grupo de tratamiento con placebo + MTX.

#### **Resultados informados por los pacientes**

Se evaluó el estatus de salud general con el formulario corto de Encuesta de Salud (SF-36). En los Estudios 1/MOBILITY y 2/TARGET los pacientes que recibieron KEVZARA® 200 mg + FARME cada dos semanas o KEVZARA® 150 mg + FARME cada dos semanas, demostraron mayor mejoría en el resumen del componente físico (PCS) desde el período inicial en la semana 24, en comparación con placebo + FARME y ninguna desmejora en el resumen del componente mental (MCS). Los pacientes que recibieron KEVZARA® 200 mg + FARME informaron mayor mejoría con respecto al placebo en los dominios de funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, percepción general de salud, vitalidad, función social y salud mental.

La fatiga se evaluó mediante la escala FACIT-Fatiga. En MOBILITY y TARGET, los pacientes que recibieron Sarilumab 200 mg + FARME cada dos semanas o Sarilumab 150 mg + FARME cada dos semanas, demostraron una mejoría respecto al valor basal en comparación con el placebo + FARME.

#### **Estudio controlado con Comparador activo**

El estudio MONARCH fue un estudio aleatorizado de 24 semanas, doble ciego, con doble simulación que, comparó KEVZARA® 200 mg como monoterapia con adalimumab 40 mg como monoterapia administrado por vía subcutánea cada dos semanas en 369 pacientes con AR moderada a severa que no eran adecuados para el tratamiento con MTX, incluyendo aquellos con intolerancia o respondedores inadecuados a MTX.

KEVZARA® 200 mg fue superior a adalimumab 40 mg en la reducción de la actividad de la enfermedad y en la mejoría de la función física, con mayor número de pacientes alcanzando la remisión clínica de más de 24 semanas (ver Tabla 7).

**Tabla 7: Resultados de eficacia del estudio MONARCH**

	Adalimumab 40 mg q2w* (N=185)	KEVZARA® 200 mg q2w (N=184)
<b>DAS28-ESR (criterio primario)</b> Valor p versus adalimumab	-2,20 (0,106)	-3,28 (0,105) < 0,0001



Remisión DAS28-ESR (< 2.6), n (%) Valor p versus adalimumab	13 (7,0%)	49 (26,6%) < 0,0001
Cociente de probabilidad (vs adalimumab)		4,879**
Respuesta ACR20, n (%) Valor p versus adalimumab	108 (58,4%)	132 (71,7%) 0,0074
Respuesta ACR50, n (%) Valor p versus adalimumab	55 (29,7%)	84 (45,7%) 0,0017
Respuesta ACR70, n (%) Valor p versus adalimumab*	22 (11,9%)	43 (23,4%) 0,0036
HAQ-DI Valor p versus adalimumab	-0,43(0,045)	-0,61 (0,045) 0,0037

\* Incluye pacientes que aumentaron la frecuencia de la administración de adalimumab 40 mg a 1 vez por semana debido a una respuesta inadecuada

\*\* Los pacientes tratados con Sarilumab tuvieron aproximadamente cinco veces más probabilidades de lograr la remisión DAS-28 ESR (<2,6)

#### PRESENTACIONES

1 caja con 2 autoinyectores.

#### CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Conservar en heladera entre 2°C y 8°C. No congelar.

Proteger de la luz manteniéndolo en su envase original hasta el momento de su uso.

No debe utilizarse después de la fecha de vencimiento indicada en el envase. El medicamento vence el último día del mes indicado en el envase.

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas al laboratorio a través del número de teléfono (11) 47086900 o a la ANMAT a través de la página web: <http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamando a ANMAT responde 0800-333-1234

#### MANTENER TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

##### Elaborado por:

Sanofi Winthrop Industrie  
1051 Boulevard Industriel  
76580 LeTrait, Francia

##### Importado y Distribuido en Argentina por:

Genzyme de Argentina S.A.  
Fondo de La Legua 161 (B1609JEB),  
Boulogne, Buenos Aires - Argentina  
Tel: 011-4708-6900

Dir.Técnica: Liliana Otero, Farmacéutica

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud, Certificado N° 58.665

Última revisión: CCDS V2\_KEVZARA\_PI\_27 Jun 2018 – Aprobado por Disposición N° 2033

Cynthia Testolin  
Apoderada / Co-Directora Técnica  
Genzyme de Argentina S.A.