

1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Aranesp 20, 40, 60, 80, 100, 150, 300 en 500 microgram oplossing voor injectie in een voorgevulde pen (SureClick).

Aranesp 10 microgram oplossing voor injectie in een voorgevulde spuit.

Aranesp 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100, 130, 150, 300 en 500 microgram oplossing voor injectie in een voorgevulde spuit met automatische naaldbeschermer.

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Elke voorgevulde pen (SureClick) bevat:

- 20 microgram darbepoetin alfa in 0,5 ml (40 µg/ml).
- 40 microgram darbepoetin alfa in 0,4 ml (100 µg/ml).
- 60 microgram darbepoetin alfa in 0,3 ml (200 µg/ml).
- 80 microgram darbepoetin alfa in 0,4 ml (200 µg/ml).
- 100 microgram darbepoetin alfa in 0,5 ml (200 µg/ml).
- 150 microgram darbepoetin alfa in 0,3 ml (500 µg/ml).
- 300 microgram darbepoetin alfa in 0,6 ml (500 µg/ml).
- 500 microgram darbepoetin alfa in 1 ml (500 µg/ml).

Elke voorgevulde spuit bevat:

- 10 microgram darbepoetin alfa in 0,4 ml (25 µg/ml).

Elke voorgevulde spuit met automatische naaldbeschermer bevat:

- 20 microgram darbepoetin alfa in 0,5 ml (40 µg/ml).
- 30 microgram darbepoetin alfa in 0,3 ml (100 µg/ml).
- 40 microgram darbepoetin alfa in 0,4 ml (100 µg/ml).
- 50 microgram darbepoetin alfa in 0,5 ml (100 µg/ml).
- 60 microgram darbepoetin alfa in 0,3 ml (200 µg/ml).
- 80 microgram darbepoetin alfa in 0,4 ml (200 µg/ml).
- 100 microgram darbepoetin alfa in 0,5 ml (200 µg/ml).
- 130 microgram darbepoetin alfa in 0,65 ml (200 µg/ml).
- 150 microgram darbepoetin alfa in 0,3 ml (500 µg/ml).
- 300 microgram darbepoetin alfa in 0,6 ml (500 µg/ml).
- 500 microgram darbepoetin alfa in 1 ml (500 µg/ml).

Darbepoetin alfa wordt geproduceerd door gentechnologie in ovariumcellen van de Chinese Hamster (CHO-K1).

Voor een volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

3. FARMACEUTISCHE VORM

Oplossing voor injectie (injectievloeistof) in een voorgevulde pen (SureClick) of een voorgevulde spuit.

4. KLINISCHE GEGEVENS**4.1 Therapeutische indicaties**

Behandeling van symptomatische anemie ten gevolge van chronische nierinsufficiëntie (CRF) bij volwassenen en kinderen.

Behandeling van symptomatische anemie bij volwassen kankerpatiënten met non-myeloïde maligniteiten die chemotherapie toegediend krijgen.

4.2 Dosering en wijze van toediening

De behandeling met Aranesp dient te worden gestart door een arts die is gespecialiseerd in de hierboven vermelde indicatiegebieden.

Aranesp wordt gebruiksklaar afgeleverd in een voorgevulde pen of voorgevulde spuit. De voorgevulde pen mag enkel subcutaan worden toegediend. De speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen worden vermeld in rubriek 6.6.

Behandeling van symptomatische anemie bij volwassenen en kinderen met chronische nierinsufficiëntie

De symptomen en gevolgen van anemie kunnen variëren met leeftijd, geslacht, en algemene belasting ten gevolge van ziekte. Een evaluatie van het klinische verloop en de conditie van de individuele patiënt door een arts is noodzakelijk. Aranesp dient subcutaan of intraveneus te worden toegediend om de hemoglobineconcentratie te verhogen tot maximaal 12 g/dl (7,5 mmol/l). Bij patiënten die geen hemodialyse ondergaan, geniet subcutaan gebruik de voorkeur om punctie van perifere venen te vermijden.

Wegens variatie tussen patiënten kunnen bij een patiënt incidentele individuele hemoglobineconcentraties boven en onder de gewenste streefwaarde van de hemoglobineconcentratie worden waargenomen. Variabiliteit in hemoglobineconcentratie dient onder controle gehouden te worden door aanpassing van de dosering, met inachtneming van een hemoglobineconcentratie tussen 10 g/dl (6,2 mmol/l) en 12 g/dl (7,5 mmol/l). Een continue hemoglobineconcentratie hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient te worden vermeden. Richtlijnen voor juiste dosisaanpassing wanneer de hemoglobineconcentratie de 12 g/dl (7,5 mmol/l) overschrijdt, worden hieronder beschreven. Een stijging van de hemoglobineconcentratie van meer dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) binnen een periode van vier weken dient te worden vermeden. Als dit voorkomt, dient de juiste dosisaanpassing te worden gedaan, zoals beschreven.

De behandeling met Aranesp wordt onderverdeeld in twee fasen: de correctie- en de onderhoudsfase. De richtlijnen worden afzonderlijk vermeld voor volwassenen en kinderen. De behandeling van kinderen jonger dan 1 jaar werd niet bestudeerd:

Volwassen patiënten met chronische nierinsufficiëntie

Correctiefase

De aanvangsdosis bij subcutaan of intraveneus gebruik is 0,45 µg/kg lichaamsgewicht, als één enkele injectie éénmaal per week. Aan patiënten, die geen dialyse ondergaan, kan als alternatief een startdosering van 0,75 µg/kg subcutaan worden toegediend als één enkele injectie per twee weken. Bij onvoldoende stijging van de hemoglobineconcentratie (minder dan 1 g/dl (0,6 mmol/l) in vier weken), dient de dosis met ongeveer 25% te worden verhoogd. Dosisverhogingen mogen niet frequenter dan éénmaal per 4 weken doorgevoerd worden.

Bij een stijging van de hemoglobineconcentratie van meer dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) in vier weken dient de dosis te worden verminderd met ongeveer 25 %. Bij een hemoglobineconcentratie hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient een dosisverlaging te worden overwogen. Indien de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis met ongeveer 25% te worden verlaagd. Indien na dosisverlaging de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis tijdelijk te worden onthouden, totdat de hemoglobineconcentratie begint te dalen, waarna de therapie opnieuw dient te worden geïnitieerd met een ongeveer 25% lagere dosis dan de voorgaande dosis.

De hemoglobineconcentratie dient eens per week of per twee weken gemeten te worden tot stabiele waarden zijn bereikt. Daarna kan de hemoglobineconcentratie met langere intervallen gemeten worden.

Onderhoudsfase

Tijdens de onderhoudsfase kan de toediening van Aranesp als éénmalige injectie eens per week of eens per twee weken worden voortgezet. Dialysepatiënten die converteren van een toediening met Aranesp eens per week naar een toediening eens per twee weken dienen initieel een dosis te ontvangen die gelijk is aan tweemaal de voorgaande éénwekelijkse dosis. Als de streefwaarde voor het hemoglobine met een dosering eens per twee weken is bereikt, kan Aranesp aan patiënten die geen dialyse ondergaan, eens per maand subcutaan worden toegediend in een startdosering die gelijk is aan twee maal de voorafgaande dosis die eens per twee weken werd gegeven.

De dosering dient te worden getitreerd zoals vereist om de hemoglobineconcentratie op de streefwaarde te houden.

Indien een dosisaanpassing vereist is om de hemoglobineconcentratie op het gewenste niveau te handhaven, wordt aanbevolen de dosis met ongeveer 25% te wijzigen.

Bij een stijging van de hemoglobineconcentratie van meer dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) in vier weken dient de dosis te worden verminderd met ongeveer 25% afhankelijk van de graad van stijging. Bij een hemoglobineconcentratie van hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient een dosisverlaging te worden overwogen. Indien de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis met ongeveer 25% te worden verlaagd. Indien na dosisverlaging de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis tijdelijk te worden onthouden, totdat de hemoglobineconcentratie begint te dalen, waarna de therapie opnieuw dient te worden geïnitieerd met een ongeveer 25% lagere dosis dan de voorgaande dosis.

Patiënten dienen nauwlettend gevolgd te worden, zodat de laagste goedgekeurde dosis Aranesp wordt gebruikt om adequate controle over de symptomen van anemie te bereiken.

Na elke aanpassing van de dosis of van het schema dient de hemoglobineconcentratie eens per week of per twee weken gecontroleerd te worden. Tijdens de onderhoudsfase mag de dosis niet frequenter dan eens per twee weken gewijzigd worden.

Bij wijziging van de toedieningsweg dient dezelfde dosis gehandhaafd te worden. De hemoglobineconcentratie dient eens per week of per twee weken te worden gecontroleerd om zo de gewenste dosisaanpassingen te kunnen doorvoeren en de hemoglobineconcentratie op de streefwaarde te houden.

Klinische onderzoeken toonden aan dat volwassen patiënten die r-HuEPO één, twee- of driemaal per week toegediend krijgen, kunnen converteren naar Aranesp éénmaal per week of éénmaal per twee weken. De wekelijkse aanvangsdosis van Aranesp ($\mu\text{g}/\text{week}$) kan bepaald worden door de totale wekelijkse dosis van r-HuEPO (IE/week) te delen door 200. De aanvangsdosis van Aranesp per twee weken kan bepaald worden door de totale cumulatieve dosis van r-HuEPO toegediend per twee weken te delen door 200. Vanwege individuele variabiliteit is titratie tot de optimale therapeutische dosis voor de individuele patiënt te verwachten. Bij vervanging van r-HuEPO door Aranesp dient de hemoglobineconcentratie eens per week of per twee weken gecontroleerd te worden, en dient dezelfde toedieningsweg gebruikt te worden.

Kinderen met chronische nierinsufficiëntie***Correctiefase***

Bij patiënten ≥ 11 jaar is de aanvangsdosis bij subcutaan of intraveneus gebruik 0,45 $\mu\text{g}/\text{kg}$ lichaamsgewicht, als één enkele injectie éénmaal per week. Aan patiënten die geen dialyse ondergaan, kan als alternatief een startdosering van 0,75 $\mu\text{g}/\text{kg}$ subcutaan worden toegediend als één enkele injectie per twee weken. Bij onvoldoende stijging van de hemoglobineconcentratie (minder dan 1 g/dl (0,6 mmol/l) in vier weken), dient de dosis met ongeveer 25% te worden verhoogd. Dosisverhogingen mogen niet frequenter dan éénmaal per 4 weken doorgevoerd worden.

Bij een stijging van de hemoglobineconcentratie van meer dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) in vier weken dient de dosis te worden verminderd met ongeveer 25 %, afhankelijk van de snelheid van toename. Bij een hemoglobineconcentratie hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient een dosisverlaging te worden overwogen. Indien de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis met ongeveer 25% te worden verlaagd. Indien na dosisverlaging de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis tijdelijk te worden onthouden, totdat de

hemoglobineconcentratie begint te dalen, waarna de therapie opnieuw dient te worden geïnitieerd met een ongeveer 25% lagere dosis dan de voorgaande dosis.

De hemoglobineconcentratie dient eens per week of per twee weken gemeten te worden tot stabiele waarden zijn bereikt. Daarna kan de hemoglobineconcentratie met langere intervallen gemeten worden.

Er bestaan geen richtlijnen over de correctie van hemoglobine bij kinderen van 1 tot 10 jaar oud.

Onderhoudsfase

Bij kinderen ≥ 11 jaar kan tijdens de onderhoudsfase de toediening van Aranesp als éénmalige injectie eens per week of eens per twee weken worden voortgezet. Dialysepatiënten die converteren van een toediening met Aranesp eens per week naar een toediening eens per twee weken dienen initieel een dosis te ontvangen die gelijk is aan tweemaal de voorgaande éénwekelijkse dosis. Als de streefwaarde voor het hemoglobine met een dosering eens per twee weken is bereikt, kan Aranesp aan patiënten die geen dialyse ondergaan, eens per maand subcutaan worden toegediend in een startdosering die gelijk is aan twee maal de voorafgaande dosis die eens per twee weken werd gegeven.

Bij kinderen tussen 1 en 18 jaar, hebben klinische gegevens aangetoond dat kinderen die r-HuEPO twee- of driemaal per week toegediend krijgen, kunnen converteren naar Aranesp éénmaal per week, en dat kinderen die r-HuEPO éénmaal per week toegediend krijgen, kunnen converteren naar Aranesp éénmaal per twee weken. De wekelijkse aanvangsdosis van Aranesp bij kinderen ($\mu\text{g}/\text{week}$) kan bepaald worden door de totale wekelijkse dosis van r-HuEPO (IE/week) te delen door 240. De aanvangsdosis bij éénmaal per twee weken dosering van Aranesp bij kinderen ($\mu\text{g}/\text{éénmaal per twee weken}$) kan bepaald worden door de totale cumulatieve dosis per twee weken van r-HuEPO te delen door 240. Vanwege individuele variabiliteit is titratie tot de optimale therapeutische dosis voor de individuele patiënt te verwachten. Bij vervanging van r-HuEPO door Aranesp dient de hemoglobineconcentratie eens per week of per twee weken gecontroleerd te worden, en dient dezelfde toedieningsweg gebruikt te worden.

De dosering dient te worden getitreerd zoals vereist om de hemoglobineconcentratie op de streefwaarde te houden.

Indien een dosisaanpassing vereist is om de hemoglobineconcentratie op het gewenste niveau te handhaven, wordt aanbevolen de dosis met ongeveer 25% te wijzigen.

Bij een stijging van de hemoglobineconcentratie van meer dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) in vier weken dient de dosis te worden verminderd met ongeveer 25% afhankelijk van de graad van stijging. Bij een hemoglobineconcentratie van hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient een dosisverlaging te worden overwogen. Indien de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis met ongeveer 25% te worden verlaagd. Indien na dosisverlaging de hemoglobineconcentratie blijft stijgen, dient de dosis tijdelijk te worden onthouden, totdat de hemoglobineconcentratie begint te dalen, waarna de therapie opnieuw dient te worden geïnitieerd met een ongeveer 25% lagere dosis dan de voorgaande dosis.

Patiënten dienen nauwlettend gevolgd te worden, zodat de laagste goedgekeurde dosis Aranesp wordt gebruikt om adequate controle over de symptomen van anemie te bereiken.

Na elke aanpassing van de dosis of van het schema dient de hemoglobineconcentratie eens per week of per twee weken gecontroleerd te worden. Tijdens de onderhoudsfase mag de dosis niet frequenter dan eens per twee weken gewijzigd worden.

Bij wijziging van de toedieningsweg dient dezelfde dosis gehandhaafd te worden. De hemoglobineconcentratie dient eens per week of per twee weken te worden gecontroleerd om zo de gewenste dosisaanpassingen te kunnen doorvoeren en de hemoglobineconcentratie op de streefwaarde te houden.

Behandeling van symptomatische door chemotherapie geïnduceerde anemie bij patiënten met kanker

Aranesp dient via de subcutane toedieningsweg te worden toegediend aan patiënten met anemie (bijv. hemoglobineconcentratie ≤ 10 g/dl (6,2 mmol/l)) om de hemoglobineconcentratie te verhogen tot maximaal 12 g/dl (7,5 mmol/l). De symptomen en gevolgen van anemie kunnen variëren met leeftijd, geslacht, en algemene belasting ten gevolge van de ziekte. Een evaluatie van het klinische verloop en de conditie van de individuele patiënt door een arts is noodzakelijk.

Wegens variaties tussen patiënten kunnen bij een patiënt incidentele individuele hemoglobineconcentraties boven en onder de gewenste streefwaarde van de hemoglobineconcentratie worden waargenomen. Variabiliteit in hemoglobineconcentratie dient onder controle gehouden te worden door aanpassing van de dosering, met inachtneming van een hemoglobinstreefwaarde tussen 10 g/dl (6,2 mmol/l) en 12 g/dl (7,5 mmol/l). Een continue hemoglobineconcentratie hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l) dient te worden vermeden. Richtlijnen voor juiste dosisaanpassing wanneer de hemoglobineconcentratie de 12 g/dl (7,5 mmol/l) overschrijdt, worden hieronder beschreven.

De aanbevolen aanvangsdosering is 500 µg (6,75 µg/kg) toegediend eens per drie weken of eens per week een dosis van 2,25 µg/kg lichaamsgewicht. Indien de klinische respons van de patiënt (vermoeidheid, stabilisering van de hemoglobineconcentratie) onvoldoende is na negen weken, is het mogelijk dat verdere therapie niet effectief is.

De therapie dient ongeveer 4 weken na de chemotherapie te worden beëindigd.

Wanneer het therapeutische doel voor een individuele patiënt bereikt is, dient de dosis met 25 tot 50% te worden verlaagd zodat de laagste goedgekeurde dosis Aranesp wordt gebruikt om een hemoglobineconcentratie te behouden waarbij de symptomen van anemie onder controle blijven. Dosistitratie tussen 500 µg, 300 µg en 150 µg dient te worden overwogen.

Patiënten dienen nauwlettend te worden gevolgd. Indien de hemoglobineconcentratie 12 g/dl (7,5 mmol/l) overschrijdt, dient de dosis met 25 tot 50% te worden verlaagd. Behandeling met Aranesp dient tijdelijk te worden onderbroken als de hemoglobineconcentratie 13 g/dl (8,1 mmol/l) overschrijdt. De behandeling dient opnieuw te worden geïnitieerd met een ongeveer 25% lagere dosis dan de voorgaande dosis nadat de hemoglobineconcentratie is gedaald tot 12 g/dl (7,5 mmol/l) of lager.

Wanneer de stijging van de hemoglobineconcentratie groter is dan 2 g/dl (1,25 mmol/l) binnen 4 weken, dient de dosis met 25 tot 50% te worden verlaagd.

4.3 Contra-indicaties

Overgevoeligheid voor darbepoetin alfa, r-HuEPO of voor één van de hulpstoffen.

Slecht gecontroleerde hypertensie.

4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik

Algemeen

De bloeddruk dient te worden gecontroleerd bij alle patiënten, vooral bij aanvang van de behandeling met Aranesp. Indien met behulp van geschikte maatregelen de bloeddruk moeilijk onder controle te krijgen is, mag de hemoglobineconcentratie worden verminderd door het verlagen of uitstellen van de dosis Aranesp (zie rubriek 4.2).

Om een effectieve erytropoëse te verzekeren, dient de ijzerstatus geëvalueerd te worden bij alle patiënten voor en tijdens de behandeling en kan supplementaire ijzertherapie noodzakelijk zijn.

Indien de patiënt niet reageert op een behandeling met Aranesp, dient naar causale factoren te worden gezocht. Tekort aan ijzer, foliumzuur of vitamine B12 vermindert de werkzaamheid van stoffen die de erytropoëse stimuleren (ESA's) en dient dan ook te worden gecorrigeerd. Bijkomende infecties, inflammatoire of traumatische episodes, occult bloedverlies, hemolyse, ernstige aluminiumintoxicatie, onderliggende hematologische aandoeningen of beenmergfibrose kunnen de erytropoëtische respons verstoren. Het aantal reticulocyten dient onderdeel te zijn van de evaluatie. Indien de typische oorzaken van een non-respons werden uitgesloten en de patiënt een reticulocytopenie heeft, dient een beenmergonderzoek te worden overwogen. Als het beenmerg consistent is met erythrocytaire aplasie (PRCA), dient te worden getest op de aanwezigheid van anti-erytropoëtine antilichamen.

Erythrocytaire aplasie (PRCA) veroorzaakt door neutraliserende anti-erytropoëtine antilichamen is gerapporteerd in samenhang met ESA's, inclusief darbepoetin alfa. Dit werd voornamelijk gerapporteerd bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie die subcutaan werden behandeld. Aangetoond is dat deze antilichamen kruisreacties

vertonen met alle erythropoëtische eiwitten. Patiënten bij wie vermoed wordt of bevestigd is dat zij neutraliserende antilichamen hebben ten gevolge van de erythropoëtine dienen niet op darbepoetin alfa te worden overgezet (zie rubriek 4.8).

Een paradoxale daling in hemoglobine en ontwikkeling van ernstige anemie gepaard gaande met een laag aantal reticulocyten dient aanleiding te zijn de behandeling met epoëtine te staken en een test uit te voeren om antilichamen tegen erythropoëtine op te sporen. Er zijn gevallen gemeld bij patiënten met hepatitis C die werden behandeld met interferon en ribavirine bij gelijktijdig gebruik van epoëtines. Epoëtines zijn niet goedgekeurd als behandeling van anemie geassocieerd met hepatitis C.

Actieve leveraandoening was een exclusiecriteria in alle onderzoeken met Aranesp, waardoor er geen gegevens beschikbaar zijn van patiënten met gestoorde leverfunctie. Aangezien de lever als de voornaamste eliminatieweg van Aranesp en r-HuEPO beschouwd wordt, dient Aranesp met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met een leveraandoening.

Voorzichtigheid is ook geboden indien Aranesp gebruikt wordt bij patiënten met sikkelcelanemie.

Misbruik van Aranesp bij gezonde personen kan leiden tot een excessieve toename van de hematocriet. Dit kan samengaan met levensbedreigende cardiovasculaire complicaties.

De naaldbeschermer van de voorgevulde pen of voorgevulde spuit bevat droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex), dat allergische reacties kan veroorzaken.

Bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie dient de hemoglobineconcentratie in de onderhoudsfase de bovenste limiet van de streefwaarde van de hemoglobineconcentratie, zoals aanbevolen in rubriek 4.2, niet te overschrijden. Tijdens klinische onderzoeken werd een verhoogd risico op overlijden, ernstige cardiovasculaire voorvallen en trombose ter hoogte van de veneuze toegangsweg waargenomen wanneer ESA's werden toegediend met streefwaarden van de hemoglobineconcentratie hoger dan 12 g/dl (7,5 mmol/l).

Wanneer de hemoglobineconcentratie wordt verhoogd tot boven de waarde die nodig is om de symptomen van anemie onder controle te houden en een bloedtransfusie te voorkomen, hebben gecontroleerde klinische onderzoeken geen significante voordelen aangetoond die toe te schrijven zijn aan de toediening van epoëtines.

Voorzichtigheid is geboden indien Aranesp gebruikt wordt bij patiënten met epilepsie. Convulsies zijn gerapporteerd bij patiënten die Aranesp kregen.

Patiënten met chronische nierinsufficiëntie

IJzersuppletie is aanbevolen bij alle patiënten met een serumferritinespiegel beneden 100 µg/l of een transferrinesaturatie beneden 20%.

Bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie en klinische aanwijzingen van ischemische hartziekten of congestief hartfalen, dient de streefwaarde van de hemoglobineconcentratie individueel bepaald te worden. Bij deze patiënten dient een bovengrens van 12 g/dl (7,5 mmol/l) nagestreefd te worden, tenzij ernstige symptomen (bv. angina pectoris) het anders bepalen.

De kaliumspiegels dienen regelmatig te worden gecontroleerd tijdens de behandeling met Aranesp. Een stijging van de kaliumspiegels werd gerapporteerd bij een aantal patiënten die Aranesp kregen, hoewel er geen causaal verband werd aangetoond. Indien een gestegen of stijgende kaliumspiegel wordt waargenomen, dient men te overwegen om de toediening van Aranesp stop te zetten tot de spiegels genormaliseerd zijn.

Patiënten met kanker

Effect op tumorgroei

Erythropoëtine is een groeifactor die hoofdzakelijk de productie van rode bloedcellen stimuleert. Erythropoëtine-receptoren kunnen tot expressie komen op het oppervlak van diverse soorten tumorcellen. Zoals bij alle groeifactoren bestaat de zorg dat epoëtines de groei van tumoren zou kunnen stimuleren. Tijdens enkele gecontroleerde onderzoeken is niet aangetoond dat epoëtines de algehele overlevingskans verbeteren of het risico op tumorprogressie bij patiënten met anemie die in verband wordt gebracht met kanker verminderen.

Tijdens gecontroleerde klinische onderzoeken heeft het gebruik van Aranesp en andere ESA's aangetoond:

- een verkorte tijd tot tumorprogressie bij patiënten met gevorderde hoofd- en halskanker die radiotherapie ondergaan wanneer het middel wordt toegediend met als doel een hemoglobineconcentratie hoger dan 14 g/dl (8,7 mmol/l) te bereiken. ESA's zijn niet geïndiceerd voor gebruik in deze patiëntengroep.
- een verkorte algehele overlevingstijd en toename van mortaliteit toegeschreven aan ziekteprogressie na 4 maanden bij patiënten met gemetastaseerde borstkanker die chemotherapie ontvangen, wanneer het middel wordt toegediend met als doel een hemoglobineconcentratie van 12 -14 g/dl (7,5 – 8,7 mmol/l) te bereiken.
- een verhoogd risico op overlijden wanneer het middel wordt toegediend om een hemoglobineconcentratie van 12 g/dl (7,5 mmol/l) te bereiken bij patiënten met actieve maligniteit die chemotherapie noch radiotherapie ontvangen. ESA's zijn niet geïndiceerd voor gebruik in deze patiëntengroep.

Gezien het bovenstaande, dient in sommige klinische situaties een bloedtransfusie de voorkeur te genieten voor de behandeling van anemie bij kankerpatiënten. De beslissing om te behandelen met recombinante erythropoëtines dient gebaseerd te zijn op een afweging van de voordelen tegenover de risico's in overleg met de patiënt en dient rekening te houden met de specifieke klinische context. De elementen die in deze evaluatie moeten worden overwogen, dienen het type en het stadium van de tumor, de graad van bloedarmoede, de levensverwachting, de omgeving waarin de patiënt wordt behandeld en de voorkeur van de patiënt (zie rubriek 5.1) te omvatten.

Als bij patiënten met solide tumoren of lymphoproliferatieve maligniteiten het hemoglobinegehalte boven de 12 g/dl (7,5 mmol/l) komt, dient de doseringsaanpassing zoals beschreven in rubriek 4.2 nauwkeurig te worden gevolgd om het potentiële risico op trombo-embolische voorvallen te minimaliseren. Het aantal bloedplaatjes en het hemoglobinegehalte dienen eveneens regelmatig te worden gecontroleerd.

4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie

De tot op heden verkregen klinische resultaten wijzen niet op enige interactie van Aranesp met andere stoffen. Echter, er bestaat een mogelijkheid op een interactie met geneesmiddelen die in hoge mate worden gebonden aan rode bloedcellen bijvoorbeeld cyclosporine, tacrolimus. Indien darbepoetin alfa samen gegeven wordt met een van deze geneesmiddelen, dienen de bloedspiegels van deze geneesmiddelen gecontroleerd te worden en dient de dosering aangepast te worden wanneer de hemoglobineconcentratie stijgt.

4.6 Zwangerschap en borstvoeding

Er zijn geen klinische gegevens beschikbaar met betrekking tot zwangere vrouwen die blootgesteld zijn aan Aranesp.

Dieronderzoeken wijzen niet op directe schadelijke effecten met betrekking tot de zwangerschap, de embryonale/foetale ontwikkeling, de bevalling of de postnatale ontwikkeling.

Voorzichtigheid is geboden bij het voorschrijven aan zwangere vrouwen.

Aangezien er geen klinische ervaring is bij vrouwen die borstvoeding geven dient Aranesp niet te worden toegediend aan vrouwen die borstvoeding geven. Wanneer de behandeling met Aranesp absoluut is aangewezen, dienen vrouwen te stoppen met het geven van borstvoeding.

4.7 Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen

Er zijn met Aranesp geen effecten waargenomen op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen.

4.8 Bijwerkingen

Algemeen

Gerapporteerd zijn ernstige allergische reacties waaronder anafylactische reactie, angioedeem, allergische bronchospasmen, huiduitslag en urticaria samengaand met darbepoetin alfa.

Ervaring in klinisch onderzoek*Patiënten met chronische nierinsufficiëntie*

Gegevens afkomstig van gecontroleerde onderzoeken hadden betrekking op 1357 patiënten, 766 die Aranesp kregen en 591 patiënten die r-HuEPO kregen. In de Aranesp groep onderging 83 % dialyse en 17 % onderging geen dialyse.

De gerapporteerde pijn op de injectieplaats in onderzoeken waar Aranesp subcutaan werd toegediend, werd toegeschreven aan de behandeling. Dit werd vaker vastgesteld dan met r-HuEPO. Ongemak op de injectieplaats was over het algemeen mild en van voorbijgaande aard en kwam voornamelijk voor na de eerste injectie.

Incidentie van bijwerkingen waarvan wordt verondersteld dat deze kunnen worden toegeschreven aan de behandeling met Aranesp in gecontroleerde klinische onderzoeken zijn:

| MedDRA systeem/orgaanklassen | Incidentie | Bijwerkingen |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| Hartaandoeningen | Zeer vaak ($\geq 1/10$) | Hypertensie |
| Huid- en onderhuidaandoeningen | Vaak ($\geq 1/100, < 1/10$) | Huiduitslag, erytheem |
| Bloedvataandoeningen | Soms ($\geq 1/1.000, < 1/100$) | Trombo-embolische voorvallen |
| Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen | Vaak ($\geq 1/100, < 1/10$) | Pijn op de injectieplaats |

Patiënten met kanker

Bijwerkingen werden bepaald gebaseerd op de samengevoegde data van zeven gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde studies met Aranesp met in totaal 2112 patiënten (Aranesp 1200, placebo 912). Patiënten met solide tumoren (b.v. van long, borst, colon of ovarium) en lymfoïde maligniteiten (b.v. lymfoom, multiple myeloom) hebben deelgenomen aan deze klinische studies.

Incidentie van bijwerkingen waarvan wordt verondersteld dat deze kunnen worden toegeschreven aan de behandeling met Aranesp in gecontroleerde klinische onderzoeken zijn:

| MEDdra systeem/orgaanklassen | Incidentie | Bijwerkingen |
|---|-------------------------------|--|
| Huid- en onderhuidaandoeningen | Vaak ($\geq 1/100, < 1/10$) | Huiduitslag, erytheem |
| Bloedvataandoeningen | Vaak ($\geq 1/100, < 1/10$) | Trombo-embolische voorvallen waaronder pulmonair embolisme |
| Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen | Zeer vaak ($\geq 1/10$) | Oedeem |
| | Vaak ($\geq 1/100, < 1/10$) | Pijn op de injectieplaats |

Postmarketing ervaring

De volgende bijwerkingen zijn vastgesteld tijdens het gebruik van Aranesp nadat het in de handel is gebracht:

- Erythrocytaire aplasie (PRCA). In geïsoleerde gevallen is door neutraliserende anti-erytropoëtime antilichamen gemedieerde erythrocytaire aplasie geassocieerd met Aranesp behandeling gerapporteerd, voornamelijk in patiënten met chronische nierinsufficiëntie die subcutaan werden behandeld. In het geval dat de diagnose erythrocytaire aplasie wordt gesteld, moet de behandeling met Aranesp worden gestaakt en dienen de patiënten niet te worden overgezet naar een ander recombinant erytropoëtisch eiwit (zie rubriek 4.4).
- Allergische reacties, waaronder anafylactische reactie, angioedeem, huiduitslag en urticaria.

Convulsies.

4.9 Overdosering

De therapeutische marge van Aranesp is zeer breed. Zelfs bij zeer hoge serumconcentraties werden geen symptomen van overdosis waargenomen.

In geval van polycythemie dient Aranesp tijdelijk achterwege te worden gelaten (zie rubriek 4.2). Indien klinisch aangewezen mag flebotomie worden uitgevoerd.

5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN

5.1 Farmacodynamische eigenschappen

Farmacotherapeutische categorie: Geneesmiddel tegen anemie, ATC-code: B03XA02.

Humaan erytropoëtiene is een endogeen glycoproteïne hormoon en de belangrijkste regulator van de erytropoëse via een specifieke interactie met de erytropoëtinereceptor op de erythroïde voorlopercellen in het beenmerg. Erytropoëtiene wordt overwegend geproduceerd en gereguleerd door de nieren onder invloed van veranderingen in de weefseloxygenatie. Bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie is de productie van endogeen erytropoëtiene verminderd en de primaire oorzaak van de anemie is toe te schrijven aan een tekort aan erytropoëtiene. Bij patiënten met kanker die chemotherapie toegediend kregen is de etiologie van anemie multifactorieel. Een tekort aan erytropoëtiene en een afgenomen respons van erythroïde voorlopercellen op endogeen erytropoëtiene dragen beide significant bij tot de anemie van deze patiënten.

Darbepoetin alfa stimuleert de erytropoëse via hetzelfde mechanisme als het endogene hormoon. Darbepoetin alfa heeft vijf N-gebonden koolhydraatketens, terwijl het endogene hormoon en recombinant humaan erytropoëtiene (r-HuEPO) er drie hebben. De toegevoegde koolhydraatresidu's zijn moleculair niet verschillend van deze op het endogene hormoon. Door het hogere koolhydraatgehalte heeft darbepoetin alfa een langere eliminatiehalfwaardetijd dan r-HuEPO resulterend in een grotere *in vivo* activiteit. Ondanks deze moleculaire wijzigingen, behoudt darbepoetin alfa een zeer hoge specificiteit voor de erytropoëtinereceptor.

Patiënten met chronische nierinsufficiëntie

In twee klinische studies werden bij patiënten met CRF grotere risico's op overlijden en ernstige cardiovasculaire gebeurtenissen waargenomen wanneer ESA's toegediend werden om hogere versus lagere hemoglobinewaarden te verkrijgen (13,5 g/dl (8,4 mmol/l) versus 11,3 g/dl (7,1 mmol/l); 14 g/dl (8,7 mmol/l) versus 10 g/dl (6,2 mmol/l)).

Patiënten met kanker die chemotherapie toegediend krijgen

In een prospectieve, gerandomiseerde dubbelblinde, placebo gecontroleerd onderzoek uitgevoerd bij 314 patiënten met longkanker die platinum bevattende chemotherapie toegediend kregen, was er een significante afname van de noodzaak tot transfusie ($p < 0,001$).

Klinische onderzoeken hebben aangetoond dat de effectiviteit van darbepoetin alfa vergelijkbaar is, wanneer toegediend als een enkele injectie eens per 3 weken, eens per 2 weken of eens per week, zonder een toename in de absolute dosisbehoefte.

De veiligheid en effectiviteit van toediening van Aranesp eens per drie weken om de noodzaak van rode bloedceltransfusies te verminderen bij patiënten die chemotherapie toegediend krijgen, werd onderzocht in een gerandomiseerde, dubbelblinde, multinationalaal onderzoek. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij 705 anemische patiënten met niet-myeloïde maligniteiten die multi-cyclische chemotherapie toegediend kregen. De patiënten werden gerandomiseerd om ofwel Aranesp 500 µg eens per drie weken ofwel Aranesp 2,25 µg/kg eens per week toegediend te krijgen. In beide groepen werd de dosis met 40% verminderd ten opzichte van de voorgaande dosis (bijv. tot 300 µg in de groep met toediening eens per drie weken en tot 1,35 µg/kg in de groep met toediening eens per week) wanneer de hemoglobineconcentratie met meer dan 1 g/dl binnen een periode van 14 dagen steeg. In de groep met een toediening van eens per drie weken vereisten 72% van de patiënten een dosisverlaging. In de groep met een toediening van eens per week vereisten 75% van de patiënten een dosisverlaging. Dit onderzoek staft dat toediening van 500 µg eens per drie weken vergelijkbaar is met toediening eens per week wat betreft de incidentie van patiënten die minstens één rode bloedceltransfusie van week 5 tot het einde van de behandelingsfase toegediend kregen.

In een prospectieve, gerandomiseerde dubbelblinde, placebo gecontroleerd onderzoek uitgevoerd bij 344 anemische patiënten met lymfoproliferatieve maligniteiten die chemotherapie toegediend kregen, was er een significante afname van de noodzaak tot transfusie en een verbetering van de hemoglobinerespons ($p <$

0,001). Verbetering van vermoeidheid zoals gemeten via de “functional assessment of cancer therapy-fatigue”(FACT-fatigue) schaal werd eveneens waargenomen.

Erythropoëtine is een groeifactor die hoofdzakelijk de productie van rode bloedcellen stimuleert. Erythropoëtinereceptoren kunnen tot expressie komen op het oppervlak van diverse soorten tumorcellen.

Overleving en tumorprogressie zijn tijdens vijf grote gecontroleerde onderzoeken waarbij in totaal 2833 patiënten betrokken waren, onderzocht. Het betreft vier dubbelblinde placebogecontroleerde onderzoeken en één open-label onderzoek. Twee van de onderzoeken includeerden patiënten die met chemotherapie werden behandeld. Tijdens twee onderzoeken was de streefwaarde van de hemoglobineconcentratie > 13 g/dl; tijdens de drie andere onderzoeken was deze 12-14 g/dl. Tijdens het open-label onderzoek kon geen verschil worden vastgesteld in algehele overleving tussen patiënten behandeld met recombinant humaan erythropoëtine en de controlegroep. Tijdens de vier placebogecontroleerde onderzoeken varieerden de gevarenratio's voor algehele overleving tussen 1,25 en 2,47 in het voordeel van de controlegroep. Deze onderzoeken hebben een consistent onverklaarbare statistisch significante toename van mortaliteit aangetoond bij patiënten met anemie geassocieerd met verschillende veel voorkomende kankertypes die recombinant humaan erythropoëtine kregen, vergeleken met de controlegroep. Het algehele effect op overleving tijdens de onderzoeken kon niet voldoende worden verklaard door verschillen in de incidentie van trombose en hieraan gerelateerde complicaties tussen patiënten die recombinant humaan erythropoëtine kregen en de controlegroep.

Tevens is een systematische analyse uitgevoerd waarbij meer dan 9000 kankerpatiënten deelnamen aan 57 klinische onderzoeken. Meta-analyses van algehele overlevingsdata toonden een schatting van de gevarenratio van 1,08 in het voordeel van de controlegroep aan (95% CI: 0,99; 1,18; 42 onderzoeken en 8167 patiënten).

Bij patiënten behandeld met recombinant humaan erythropoëtine werd een verhoogd relatief risico op trombo-embolische voorvallen (RR 1,67; 95% CI: 1,35; 2,06; 35 onderzoeken en 6769 patiënten) waargenomen. Er is daarom consistent bewijsmateriaal dat suggereert dat bij behandeling van kankerpatiënten met recombinant humaan erythropoëtine significante schadelijke effecten kunnen optreden. De mate waarin deze resultaten van toepassing zijn op het toedienen van recombinant erythropoëtine aan patiënten met kanker die worden behandeld met chemotherapie, om hemoglobineconcentraties van minder dan 13 g/dl te bereiken, is onduidelijk omdat in de bekeken data weinig patiënten met deze kenmerken geïnccludeerd waren.

Er is ook een analyse op patiënten-niveau uitgevoerd waarin meer dan 13900 kankerpatiënten ingesloten zijn (chemotherapie, radiotherapie, chemo-radiotherapie, of geen therapie) die hebben deelgenomen aan 53 gecontroleerde klinische onderzoeken. In deze onderzoeken waren verschillende epoëtines betrokken. Een meta-analyse van algehele overlevingsdata toonde een schatting van de gevarenratio van 1,06 in het voordeel van de controlegroep (95% CI: 1,00; 1,12; 53 onderzoeken en 13933 patiënten). Voor kankerpatiënten die met chemotherapie behandeld werden, was de gevarenratio voor algehele overleving 1,04 (95% CI: 0,97; 1,11; 38 onderzoeken en 10441 patiënten). Meta-analyses lieten tevens consistent een significant verhoogd relatief risico zien op trombo-embolische voorvallen bij kankerpatiënten die werden behandeld met recombinant humaan erythropoëtine (zie rubriek 4.4).

5.2 Farmacokinetische eigenschappen

Door het hogere koolhydraatgehalte blijft de concentratie in het bloed van darbepoetin alfa langer boven de minimale concentratie nodig om de erythropoëse te stimuleren, in vergelijking met de equivalente molaire dosis van r-HuEPO. Darbepoetin alfa kan daardoor minder frequent toegediend worden om dezelfde biologische respons te bereiken.

Patiënten met chronische nierinsufficiëntie

De farmacokinetiek van darbepoetin alfa werd klinisch bestudeerd bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie na intraveneuze en na subcutane toediening. De eliminatiehalfwaardetijd van darbepoetin alfa is 21 uur (Standaarddeviatie (SD) 7,5) bij intraveneuze toediening. De klaring van darbepoetin alfa is 1,9 ml/uur/kg (SD 0,56) en het distributievolumen (V_d) is ongeveer gelijk aan het plasmavolumen (50 ml/kg). De biologische beschikbaarheid is 37% bij subcutane toediening. Na subcutane toediening over een doseringsgebied van 0,6 tot 2,1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ eens per maand was de eliminatiehalfwaardetijd 73 uur (SD 24). De langere eliminatiehalfwaardetijd van darbepoetin alfa bij subcutane toediening vergeleken met deze bij intraveneuze toediening is toe te schrijven aan subcutane absorptiekinetiek. In klinische onderzoeken werd een minimale accumulatie waargenomen bij

beide toedieningswegen. In preklinische onderzoeken bleek dat de renale klaring minimaal is (tot 2% van de totale klaring) en geen invloed heeft op de serumhalfwaardetijd.

Gegevens van 809 patiënten, die Aranesp toegediend hebben gekregen in Europese klinische onderzoeken, werden geanalyseerd om de dosis vast te stellen nodig om de hemoglobineconcentratie op de streefwaarde te houden. Er werd geen verschil waargenomen tussen intraveneuze en subcutane wekelijks toegediende dosis.

De farmacokinetiek van darbepoetin alfa werd bestudeerd bij kinderen (3 tot 16 jaar) met chronische nierinsufficiëntie die al dan niet dialyse ondergingen. Het farmacokinetisch profiel werd bepaald voor periodes van monsterafname tot 1 week (168 uur) na een enkelvoudige subcutane of intraveneuze dosis. Uit een vergelijking met de farmacokinetische gegevens van volwassenen met chronische nierinsufficiëntie over eenzelfde periode van monsterafname is gebleken dat de farmacokinetiek van darbepoetin alfa vergelijkbaar is tussen kinderen en volwassenen. Na intraveneuze toediening werd tussen kinderen en volwassenen een verschil in oppervlakte onder de curve van tijdstip 0 tot oneindig ($AUC[0-\infty]$) van ongeveer 25% vastgesteld. Dit verschil was echter kleiner dan het tweevoudige bereik van $AUC[0-\infty]$ dat bepaald werd bij kinderen. Na subcutane toediening was de $AUC(0-\infty)$ vergelijkbaar bij volwassenen en kinderen. Ook de halfwaardetijd zowel na intraveneuze als na subcutane toediening was vergelijkbaar tussen volwassenen en kinderen met chronische nierinsufficiëntie.

Patiënten met kanker die chemotherapie toegediend krijgen

Na subcutane toediening van 2,25 µg/kg darbepoetin alfa aan volwassen patiënten met kanker, werd gemiddeld na een tijd van 91 uur (SD 19,7) een gemiddelde piekconcentratie bereikt van 10,6 ng/ml (SD 5,9). Deze parameters waren dosislineair over een breed doseringsgebied (0,5 tot 8 µg/kg éénmaal per week en 3 tot 9 µg/kg éénmaal per 2 weken). De farmacokinetische parameters veranderden niet bij veelvoudige toediening gedurende 12 weken (dosering elke week of elke 2 weken). Naarmate de steady state werd genaderd was er een verwachte, matige (< 2 maal) stijging van de serumconcentratie doch geen onverwachte accumulatie na herhaalde toediening. Bij patiënten met een chemotherapie geïnduceerde anemie die behandeld werden met 6,75 µg/kg darbepoetin alfa eens per 3 weken subcutaan toegediend, werd een farmacokinetisch onderzoek uitgevoerd waardoor een volledige karakterisering van de eliminatiehalfwaardetijd van darbepoetin alfa werd toegelaten. In dit onderzoek was de gemiddelde (SD) eliminatiehalfwaardetijd 74 (SD 27) uur.

5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek

In alle onderzoeken bij ratten en honden induceerde Aranesp een uitgesproken toename van de hemoglobineconcentratie, de hematocriet, het aantal rode bloedcellen en reticulocyten, hetgeen overeenkwam met de te verwachten farmacologische effecten. Bijwerkingen bij zeer hoge doses werden alle beschouwd als zijnde gerelateerd aan een toegenomen farmacologisch effect (gedaalde weefselperfusie door een verhoogde bloedviscositeit). Deze omvatten myelofibrose en milthypertrofie als ook een verbreding van het ECG-QRS complex bij honden maar er werd geen dysritmie en geen effect op het QT interval geobserveerd.

Aranesp vertoonde geen enkel genotoxisch potentieel, noch had het enig effect op de proliferatie van niet hematologische cellen *in vitro* of *in vivo*. In de chronische toxiciteitsonderzoeken werden in geen enkel weefseltype carcinogene of onverwachte mitogene reacties waargenomen. Het carcinogeen potentieel van darbepoetin alfa werd niet geëvalueerd in lange-termijn dieronderzoeken.

Onderzoeken uitgevoerd bij ratten en konijnen toonden geen klinisch relevante aanwijzingen voor schadelijke effecten met betrekking tot zwangerschap, de embryonale/foetale ontwikkeling, de bevalling of de postnatale ontwikkeling aan. Placentaire overdracht was minimaal. Geen verandering van fertiliteit werd waargenomen.

6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

6.1 Lijst van hulpstoffen

Monobasisch natriumfosfaat
Dibasisch natriumfosfaat
Natriumchloride
Polysorbaat 80
Water voor injectie

6.2 Gevallen van onverenigbaarheid

In verband met het ontbreken van onderzoek naar onverenigbaarheden, dient Aranesp niet gemengd of tezamen met andere geneesmiddelen via een infuus te worden toegediend.

6.3 Houdbaarheid

2 jaar.

6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren

Bewaren in de koelkast (2 °C – 8 °C).

Niet in de vriezer bewaren.

Bewaar container in de buitenverpakking ter bescherming tegen licht.

Voor ambulante gebruik mag Aranesp éénmaal uit de koelkast gehaald worden voor een éénmalige periode van maximaal zeven dagen bij kamertemperatuur (tot 25°C). Wanneer een pen of spuit eenmaal uit de koelkast is gehaald en kamertemperatuur (tot 25°C) heeft bereikt, dient deze ofwel binnen zeven dagen te worden gebruikt ofwel te worden vernietigd.

6.5 Aard en inhoud van de verpakking

Verpakking met een voorgevulde pen (SureClick) van:

20 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,5 ml (40 µg/ml)

40 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,4 ml (100 µg/ml)

60 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,3 ml (200 µg/ml)

80 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,4 ml (200 µg/ml)

100 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,5 ml (200 µg/ml)

150 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,3 ml (500 µg/ml)

300 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,6 ml (500 µg/ml)

500 µg Aranesp oplossing voor injectie in 1 ml (500 µg/ml)

De pen zal verkrijgbaar zijn in een enkelvoudige verpakking. De spuiten die zich in de pen bevinden zijn gemaakt van type 1 glas met roestvrijstalen 27 gauge naalden. De naaldbeschermer van de voorgevulde pen bevat droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex). Zie 4.4.

Verpakking met vier voorgevulde spuiten van:

10 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,4 ml (25 µg/ml).

Verpakking met vier voorgevulde spuiten met automatische naaldbeschermer van:

20 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,5 ml (40 µg/ml)

30 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,3 ml (100 µg/ml)

40 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,4 ml (100 µg/ml)

50 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,5 ml (100 µg/ml)

60 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,3 ml (200 µg/ml)

80 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,4 ml (200 µg/ml)

100 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,5 ml (200 µg/ml)

130 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,65 ml (200 µg/ml)

150 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,3 ml (500 µg/ml)

Verpakking met één voorgevulde spuit met automatische naaldbeschermer van:

300 µg Aranesp oplossing voor injectie in 0,6 ml (500 µg/ml)

500 µg Aranesp oplossing voor injectie in 1 ml (500 µg/ml)

De voorgevulde spuiten zijn verkrijgbaar in blisterverpakking (1 resp. 4 stuks) met of zonder een automatische naaldbeschermer. De spuiten zijn gemaakt van type 1 glas met roestvrijstalen 27 gauge naalden. De naaldbeschermer van de voorgevulde spuit bevat droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex). Zie 4.4.

6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen

Het karton bevat een bijsluiter met de volledige instructies voor gebruik en hantering.

De Aranesp (SureClick) voorgevulde pen levert de volledige dosis van elke presentatie af.

Aranesp is een steriel product zonder conserveermiddel. Dien niet meer dan één dosis per pen of spuit toe. Elke pen of spuit dient éénmalig gebruikt te worden. Enig resterend geneesmiddel in de voorgevulde pen of voorgevulde spuit dient te worden weggegooid.

Vóór toediening dient de Aranesp oplossing onderzocht te worden op zichtbare deeltjes. Alleen oplossingen die kleurloos, helder of licht opaalachtig zijn mogen geïnjecteerd worden. Niet schudden. Laat de voorgevulde pen of voorgevulde spuit op kamertemperatuur komen alvorens te injecteren.

Wissel de injectieplaatsen af om ongemak op de plaats van injectie te vermijden.

Alle ongebruikte producten of afvalmaterialen dienen te worden vernietigd overeenkomstig lokale voorschriften.

7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Amgen Europe B.V.
Minervum 7061
NL-4817 ZK Breda
Nederland

8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

EU/1/01/185/002, 045, 047, 048, 049, 050, 051, 052, 053, 054, 055, 056, 079, 081, 083, 085, 087, 089, 091, 093, 095, 096 & 098.

9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING

Datum van eerste verlening van de vergunning: 8 juni 2001
Datum van hernieuwing: 19 mei 2006

10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST

23 maart 2010

Gedetailleerde informatie over dit product is beschikbaar op de website van het Europese Geneesmiddelen Bureau (EMA) <http://www.emea.europa.eu/>.