

PRODUKTRESUMÉ

1. LÄKEMEDELST NAMN

Entecavir Medical Valley 0,5 mg filmdragerade tabletter

2. KVALITATIV OCH KVANTITATIV SAMMANSÄTTNING

Varje tablett innehåller entekavirmonohydrat motsvarande 0,5 mg entekavir.

Hjälpämne med känd effekt:

Entecavir Medical Valley 0,5 mg filmdragerade tabletter innehåller 16 mg soja (som sojapolysackarider)

För fullständig förteckning över hjälpämnena, se avsnitt 6.1.

3. LÄKEMEDELFORM

Filmdragerad tablett

Vita till benvita, triangulära, cirka 8,70 x 8,40 mm stora, bikonvexa filmdragerade tabletter som är märkta med "J" på ena sidan och "110" på den andra sidan.

4. KLINISKA UPPGIFTER

4.1 Terapeutiska indikationer

Entecavir Medical Valley är indicerat för behandling av kronisk infektion med hepatit B virus (HBV) (se avsnitt 5.1) hos vuxna med:

- kompenserad leversjukdom med tecken på aktiv virusreplikation, kvarstående förhöjd alaninaminotransferasnivå (ALAT) i serum och histologiskt verifierad aktiv leverinflammation och/eller fibros.
- dekompenenserad leversjukdom (se avsnitt 4.4).

För både kompenserad och dekompenenserad leversjukdom är denna indikation baserad på data från kliniska studier på nukleosidnaiva patienter med HBeAg-positiv och HBeAg-negativ HBV-infektion. Beträffande patienter med lamivudinrefraktär hepatit B se avsnitt 4.2, 4.4 och 5.1.

Entecavir Medical Valley är även indicerat för behandling av kronisk HBV-infektion hos nukleosidnaiva pediatrika patienter i åldern 2 till < 18 år med kompenserad leversjukdom som visar tecken på aktiv viral replikation och bibehållet förhöjd ALAT-nivå i serum, eller histologisk evidens på måttlig till svår leverinflammation och/eller fibros. Vid beslut att påbörja behandling hos pediatrika patienter, se avsnitt 4.2, 4.4, och 5.1.

4.2 Dosering och administreringsätt

Behandlingen ska inledas av läkare med erfarenhet av behandling av kronisk hepatit B-infektion.

Dosering

Kompenserad leversjukdom

Nukleosidnaiva patienter: Rekommenderad dos för vuxna är 0,5 mg en gång dagligen med eller utan föda.

Lamivudinrefraktära patienter (dvs. med tecken på viremi medan de står på lamivudin eller vid förekomst av resistensmutationer [LVDr] för lamivudin) (se avsnitt 4.4 och 5.1): Den rekommenderade dosen för vuxna är 1 mg en gång dagligen, vilken måste tas på fastande mage (mer än 2 timmar före och mer än 2 timmar efter måltid) (se avsnitt 5.2). Vid förekomst av LVDr-mutationer ska kombinationsanvändning av entecavir plus ett andra antiviralt medel (som inte delar korsresistens med varken lamivudin eller entecavir) övervägas istället för monoterapi med entecavir (se avsnitt 4.4).

Dekompenserad leversjukdom

Rekommenderad dos för vuxna patienter med dekompenenserad leversjukdom är 1 mg en gång dagligen, vilken måste tas på fastande mage (mer än 2 timmar före och mer än 2 timmar efter måltid) (se avsnitt 5.2). För lamivudinrefraktära patienter med hepatit B, se avsnitt 4.4 och 5.1.

Behandlingsduration

Den optimala behandlingstiden är ej känd. Avbrytande av behandlingen kan övervägas enligt följande:

- Hos HBeAg-positiva vuxna patienter ska behandlingen fortgå åtminstone tills 12 månader efter serokonversion av HBe uppnås (HBeAg- och HBV-DNA-förlust med påvisande av anti-HBe i två på varandra följande serumprover tagna med minst 3–6 månaders intervall), eller tills HBs-serokonversion uppnås, eller vid behandlingssvikt (se avsnitt 4.4).
- Hos HBeAg-negativa vuxna patienter ska behandlingen fortsätta åtminstone tills HBs-serokonversion uppnås, eller tills tecken på behandlingssvikt föreligger. Vid långtidsbehandling under mer än 2 år rekommenderas regelbunden utvärdering för att bekräfta att fortsatt behandling med den valda terapin fortfarande är lämplig för patienten.

Hos patienter med dekompenenserad leversjukdom eller cirrhos rekommenderas inte behandlingsavbrott.

Pediatrisk population

För lämplig dosering hos den pediatriiska populationen finns Entecavir Medical Valley 0,5 mg filmdragerade tabletter tillgängliga.

Beslutet att behandla pediatriiska patienter ska baseras på en noggrann genomgång av den enskilda patientens behov och hänsyn ska tas till aktuella pediatriiska behandlingsriktlinjer, inklusive betydelsen av aktuell histologisk information. Fördelarna med långvarig virologisk suppression vid fortsatt terapi måste vägas mot risken med långvarig behandling, inklusive uppkomsten av resistent hepatit B-virus.

Serum-ALAT ska vara konstant förhöjt i minst 6 månader före behandling av pediatriiska patienter med kompenserad leversjukdom, orsakad av HBeAg-positiv kronisk hepatit B, och i minst 12 månader hos patienter med HBeAg-negativ sjukdom.

Pediatriiska patienter med en kroppsvikt på minst 32,6 kg ska administreras en daglig dos på en 0,5 mg tablett eller 10 ml (0,5 mg) oral lösning, med eller utan måltid. Den orala lösningen ska användas hos patienter som väger mindre än 32,6 kg.

Behandlingsduration för pediatriiska patienter

Den optimala behandlingstiden är inte känd. Enligt nuvarande pediatriiska behandlingsriktlinjer kan avbrytande av behandlingen övervägas vid följande situationer:

- Hos HBeAg-positiva pediatriiska patienter ska behandlingen administreras i minst 12 månader efter att odetekterbar HBV-DNA- och HBeAg-serokonversion (HBeAg-förlust och anti-HBe detekterbart vid två efterföljande serumprover minst 3–6 månader ifrån varandra) uppnåtts, eller tills HBs-serokonversion eller tills effekten av behandlingen försvunnit. Serum-ALAT och HBV-DNA-nivåer ska följas regelbundet efter behandlingsavbrott (se avsnitt 4.4).
- Hos HBeAg-negativa pediatriiska patienter ska behandlingen administreras tills HBs-serokonversion eller tills effekten av behandlingen försvunnit.

Farmakokinetiken hos pediatrika patienter med njur- eller leversjukdom har inte studerats.

Äldre: Ingen åldersrelaterad dosjustering erfordras. Dosen ska justeras med avseende på patientens njurfunktion (se doseringsrekommendationer vid nedsatt njurfunktion och avsnitt 5.2).

Kön och etnicitet: Ingen dosjustering med avseende på kön eller etnicitet erfordras.

Nedsatt njurfunktion: Utsöndringen av entecavir minskar med sjunkande kreatininclearance (se avsnitt 5.2). Dosjustering rekommenderas för patienter med kreatininclearance < 50 ml/min, inklusive patienter på hemodialys eller kontinuerlig peritonealdialys (CAPD). Reduktion av dygnsdosen med hjälp av en oral lösning innehållandes entecavir rekommenderas enligt tabellen. Alternativt kan dosen justeras genom att öka doseringsintervallet enligt tabellen om inte den orala lösningen finns tillgänglig. De föreslagna dosjusteringarna är baserade på extrapolering av begränsade data. Säkerhet och effekt av dessa dosjusteringar har inte blivit kliniskt utvärderade. Virologiskt svar ska därför övervakas noggrant.

Kreatininclearance(ml/min)	Entecavir-dos*	
	Nukleosidnaiva patienter	Lamivudinrefraktära eller dekompenenserad leversjukdom
≥ 50	0,5 mg en gång dagligen	1 mg en gång dagligen
30–49	0,25 mg en gång dagligen* ELLER 0,5 mg var 48:e timme	0,5 mg en gång dagligen
10–29	0,15 mg en gång dagligen* ELLER 0,5 mg var 72:e timme	0,3 mg en gång dagligen* ELLER 0,5 mg var 48:e timme
< 10 Hemodialys eller CAPD**	0,05 mg en gång dagligen* ELLER 0,5 mg var 5–7 dag	0,1 mg en gång dagligen* ELLER 0,5 mg var 72:e timme

* För doser < 0,5 mg Entecavir Medical Valley rekommenderas oral lösning.

** På hemodialys-dagar, administreras entecavir efter hemodialysen.

Nedsatt leverfunktion: Ingen dosjustering erfordras hos patienter med nedsatt leverfunktion.

Administreringssätt

Oral användning.

4.3 Kontraindikationer

Entecavir Medical Valley innehåller soja (som sojapolysackarider). Om du är allergisk mot jordnötter eller soja ska du inte använda detta läkemedel.

Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1.

4.4 Varningar och försiktighet

Nedsatt njurfunktion: Dosjustering rekommenderas för patienter med nedsatt njurfunktion (se avsnitt 4.2). De föreslagna dosjusteringarna är baserade på extrapolering av begränsade data. Säkerhet och effekt av dessa dosjusteringar har inte blivit kliniskt utvärderade. Virologiskt svar ska därför övervakas noggrant.

Exacerbation av kronisk hepatit: Spontana exacerbationer vid kronisk hepatit B är relativt vanligt och kännetecknas av övergående öknings av ALAT i serum. Efter inledande av antiviral behandling kan serum-ALAT stiga hos vissa patienter allt eftersom HBV-DNA-nivån i serum sjunker (se avsnitt 4.8).

Bland entecavirbehandlade patienter hade exacerbationer en mediantid till debut på 4–5 veckor under pågående behandling. Hos patienter med kompenserad leversjukdom åtföljs vanligen inte dessa öknings i serum-ALAT av förhöjd bilirubinkoncentration i serum eller leverdekompensation. Patienter med avancerad leversjukdom eller cirrhos kan ha en högre risk för leverdekompensation efter exacerbation av hepatit och ska därför övervakas noggrant under behandling.

Akut exacerbation av hepatit har även rapporterats hos patienter efter utsättande av hepatit B-behandlingen (se avsnitt 4.2). Exacerbationer efter behandlingen är vanligen förenade med öknings av HBV-DNA, och de flesta tycks vara självbegränsande. Allvarliga exacerbationer inklusive dödsfall har dock rapporterats.

Bland entecavirbehandlade nukleosidnaiva patienter, hade exacerbationer efter behandlingens avslutande en mediantid till debut på 23–24 veckor och de flesta rapporterades hos HBeAg-negativa patienter (se avsnitt 4.8). Leverfunktionen ska därför kontrolleras vid upprepade tillfällen med både klinisk uppföljning och laboratorieuppföljning under åtminstone 6 månader efter avslutad hepatit B-behandling. Om så är lämpligt kan återinsättande av hepatit B-behandling vara berättigat.

Patienter med dekompenenserad leversjukdom: En högre förekomst av allvarliga leverbiverkningar (oavsett orsakssamband) har observerats hos patienter med dekompenenserad leversjukdom, särskilt hos de med Child-Turcotte-Pugh (CTP) klass C-sjukdom, jämfört med förekomst hos patienter med kompenserad leverfunktion. Dessutom kan patienter med dekompenenserad leversjukdom ha en högre risk för laktacidosis och för specifika njurbiverkningar såsom hepatorenalt syndrom. Därför ska kliniska och laboratorieparametrar övervakas noggrant hos denna patientpopulation (se även avsnitt 4.8 och 5.1).

Laktacidosis och allvarlig hepatomegali med steatos: Förekomst av laktacidosis (utan hypoxemi), ibland med dödlig utgång, vanligen associerad med allvarlig hepatomegali och leversteatos, har rapporterats vid användning av nukleosidanaloger. Eftersom entecavir är en nukleosidanalog kan denna risk inte uteslutas. Behandling med nukleosidanaloger ska utsättas när snabbt stigande aminotransferasnivåer, progressiv hepatomegali eller metabolisk acidosis/laktacidosis med okänd etiologi inträffar. Godartade gastrointestinala symtom såsom illamående, kräkningar och buksmärta kan tyda på utveckling av laktacidosis. Svåra fall, ibland med dödlig utgång, har associerats med pankreatit, leversvikt/leversteatos, njursvikt och högre nivåer av serumlaktat. Försiktighet ska iaktas vid förskrivning av nukleosidanaloger till varje patient (i synnerhet överviktiga kvinnor) med hepatomegali, hepatit eller andra kända riskfaktorer för leversjukdom. Dessa patienter ska följas noggrant.

För att skilja på transaminasökningar som är svar på terapin och öknings som eventuellt är relaterade till laktacidosis, ska läkaren kontrollera att förändringarna i ALAT åtföljs av förbättringar av andra laboriemarkörer för kronisk hepatit B.

Resistens och särskild försiktighet för lamivudinrefraktära patienter: Mutationer i HBV-polymeras, som kodar för lamivudinresistenta substitutioner, kan leda till senare uppkomst av sekundära substitutioner inklusive sådana som är associerade med entecavirresistens (ETVr). Hos en liten andel av lamivudinrefraktära patienter förekom ETVr-substitutioner vid positionerna rtT184, rtS202 eller rtM250 initialt. Patienter med lamivudinresistent HBV löper större risk att utveckla senare entecavirresistens än patienter som saknar lamivudinresistens. Den kumulativa sannolikheten för utveckling av genotypisk entecavirresistens efter behandling under 1, 2, 3, 4 respektive 5 år i de lamivudinrefraktära studierna var 6 %, 15 %, 36 %, 47 % respektive 51 %. Virologiskt svar ska kontrolleras ofta i den lamivudinrefraktära populationen och lämplig resistenstestning ska utföras. Hos patienter med ett suboptimalt virologiskt svar efter entecavirbehandling under 24 veckor ska en behandlingsmodifikation övervägas (se avsnitt 4.5 och 5.1). När behandling startas hos patienter med en dokumenterad anamnes på lamivudinresistent HBV ska kombinationsanvändning av entecavir plus ett andra antiviralt medel (som inte delar korsresistens med varken lamivudin eller entecavir) övervägas i stället för monoterapi med entecavir.

Redan existerande lamivudinresistent HBV är associerat med en ökad risk för senare uppkomst av entecavirresistens oavsett grad av leversjukdom. Hos patienter med dekompenenserad leversjukdom kan virologiskt genombrott vara associerat med allvarliga kliniska komplikationer av den underliggande leversjukdomen. Hos patienter med både dekompenenserad leversjukdom och lamivudinresistent HBV ska därför användning av en kombination av entecavir och ett annat antiviralt medel (som inte delar korsresistens med varken lamivudin eller entecavir) övervägas istället för monoterapi med entecavir.

Pediatrisk population: En lägre andel virologiskt svar ($\text{HBV-DNA} < 50 \text{ IE/ml}$) observerades hos pediatrika patienter med baseline- $\text{HBV-DNA} \geq 8,0 \log_{10} \text{ IE/ml}$ (se avsnitt 5.1). Entecavir ska endast ges till dessa patienter om den potentiella nyttan överväger den potentiella risken för barnet (såsom resistens). Eftersom några pediatrika patienter kräver långtids- eller livslång hantering av kronisk aktiv hepatit B, ska entecavirs påverkan på framtida behandlingsalternativ övervägas.

Levertransplanterade patienter: Njurfunktionen ska noggrant utvärderas före och under entecavirbehandling hos levertransplanterade patienter, som samtidigt får ciklosporin eller takrolimus (se avsnitt 5.2).

Samtidig infektion med hepatit C eller D: Det finns inga data om effekten av entecavir hos patienter med samtidig infektion med hepatit C- eller D-virus.

Patienter med samtidig infektion med humant immunbristvirus (HIV)/HBV och som inte samtidigt får antiretroviral behandling: Entecavir har inte utvärderats hos patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som inte samtidigt behandlas för HIV. Uppkomst av HIV-resistens har observerats när entecavir användes för att behandla kronisk hepatit B-infektion hos patienter med HIV-infektion, som inte fick antiretroviral behandling (HAART) (se avsnitt 5.1). Entecavirbehandling ska därför inte ges till patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som inte får HAART. Entecavir har inte studerats som en behandling av HIV-infektion och rekommenderas inte för detta ändamål.

Patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som samtidigt får antiretroviral behandling: Entecavir har studerats hos 68 vuxna med samtidig HIV/HBV-infektion som samtidigt behandlades med en HAART-regim innehållande lamivudin (se avsnitt 5.1). Inga data finns tillgängliga om effekten av entecavir hos HBeAg-negativa patienter med samtidig HIV. Begränsade data föreligger på patienter med samtidig HIV som har lågt antal CD4-celler ($< 200 \text{ celler/mm}^3$).

Allmänt: Patienterna ska upplysas om att behandling med entecavir inte har visats minska risken för överföring av HBV och att lämpliga försiktighetsåtgärder fortfarande måste vidtas.

Innehåller natrium

Detta läkemedel innehåller mindre än 1 mmol natrium (23 mg) per filmdragerad tablett, dvs. är näst intill "natriumfritt".

4.5 Interaktioner med andra läkemedel och övriga interaktioner

Då entecavir huvudsakligen utsöndras genom njurarna (se avsnitt 5.2), kan samtidig administrering av läkemedel som minskar njurfunktionen eller konkurrerar om aktiv tubulär sekretion öka serumkoncentrationerna av något av läkemedlen. Förutom för lamivudin, adefovirdipivoxil och tenofoviridisoproxilfumarat har effekterna av samtidig administrering av entecavir med läkemedel som utsöndras genom njurarna eller påverkar njurarna ej utvärderats. Patienterna ska noga övervakas med avseende på biverkningar när entecavir administreras tillsammans med sådana läkemedel.

Inga farmakokinetiska interaktioner mellan entecavir och lamivudin, adefovir eller tenofovir observerades.

Entecavir är varken substrat för, eller inducerare eller hämmare av cytokrom P450(CYP450)-enzymssystemet (se avsnitt 5.2). Därför är CYP450-medierade läkemedelsinteraktioner osannolika med entecavir.

Pediatrisk population

Interaktionsstudier har endast utförts på vuxna.

4.6 Fertilitet, graviditet och amning

Fertila kvinnor: Eftersom den eventuella risken för ett växande foster inte är känd, rekommenderas kvinnor i fertil ålder att använda en effektiv preventivmetod.

Graviditet: Adekvata data från behandling av gravida kvinnor med entecavir saknas. Djurstudier har visat på reproduktionstoxikologiska effekter vid höga doser (se avsnitt 5.3). Risken för människa är okänd. Entecavir Medical Valley ska användas under graviditet endast då det är absolut nödvändigt. Data saknas om effekten av entecavir på överföring av HBV från modern till det nyfödda barnet. Därför ska lämpliga försiktighetsåtgärder vidtas för att förebygga neonatal överföring av HBV.

Amning: Det är okänt om entecavir utsöndras i bröstmjolk. Tillgängliga toxikologiska djurdata har visat att entecavir utsöndras i mjölk (angående detaljer se avsnitt 5.3). En risk för spädbarnet kan inte uteslutas. Amning ska avbrytas under behandling med Entecavir Medical Valley.

Fertilitet: Inga tecken på nedsatt fertilitet uppvisades efter toxikologistudier på djur som administrerats entecavir (se avsnitt 5.3).

4.7 Effekter på förmågan att framföra fordon och använda maskiner

Inga studier har utförts. Yrsel, trötthet och sömnhet är vanliga biverkningar som kan försämra förmågan att framföra fordon och använda maskiner.

4.8 Biverkningar

a. Sammanfattad säkerhetsprofil

I kliniska studier med patienter med kompenserad leversjukdom var de vanligaste biverkningarna, oavsett svårighetsgrad, med möjlig relation till entecavir, huvudvärk (9 %), trötthet (6 %), yrsel (4 %) och illamående (3 %). Exacerbation av hepatit under och efter avslutad entecavirbehandling har också rapporterats (se avsnitt 4.4 samt c. *Beskrivning av utvalda biverkningar*).

Tabell över biverkningar

Bedömning av biverkningar baseras på biverkningar som rapporterats efter marknadsföringen samt fyra kliniska studier i vilka 1 720 patienter med kronisk hepatit B-infektion och kompenserad leversjukdom fick dubbelblindad behandling med entecavir (n = 862) eller lamivudin (n = 858) i upp till 107 veckor (se avsnitt 5.1). Säkerhetsprofilerna, inklusive laboratorieavvikelser, i dessa studier var jämförbara för entecavir 0,5 mg dagligen (679 nukleosidnaiva HBeAg-positiva eller -negativa patienter behandlade under en medianduration av 53 veckor), entecavir 1 mg dagligen (183 lamivudinrefraktära patienter behandlade under en medianduration av 69 veckor), och lamivudin.

Biverkningar som betraktades som möjligen relaterade till behandling med entecavir listas enligt organsystem. Frekvensen definieras som mycket vanliga ($\geq 1/10$); vanliga ($\geq 1/100$ till $< 1/10$); mindre vanliga ($\geq 1/1\ 000$ till $< 1/100$) och sällsynta ($\geq 1/10\ 000$ till $< 1/1\ 000$). Biverkningarna presenteras inom varje frekvensområde efter fallande allvarlighetsgrad.

Immunsystemet:

sällsynta : anafylaktoid reaktion

Psykiska störningar:

vanliga : sömnlöshet

Centrala och perifera nervsystemet:

vanliga : huvudvärk, yrsel, somnolens

Magtarmkanalen:

vanliga : kräkningar, diarré, illamående, dyspepsi

Lever och gallvägar:

vanliga : ökning av transaminaser
Hud och subkutan vävnad:
mindre vanliga : utslag, alopeci
Allmänna symtom och/eller symtom vid administreringsstället:
vanliga : trötthet

Fall av laktacidosis har rapporterats, ofta i samband med leverdekomensation, andra allvarliga medicinska tillstånd eller exponering för droger (se avsnitt 4.4).

Behandling under mer än 48 veckor: Fortsatt behandling med entecavir under en medianduration av 96 veckor visade ej några nya säkerhetssignaler.

c. Beskrivning av utvalda biverkningar

Avvikande laboratorievärden: I kliniska provningar med nukleosidnaiva patienter hade 5 % ALAT-ökningar > 3 gånger baseline och < 1 % hade ALAT-ökningar > 2 gånger baseline tillsammans med totalbilirubin > 2 gånger övre normala gränsvärdet (ULN) och > 2 gånger baseline. Albuminnivåer < 2,5 g/dl förekom hos < 1 % av patienterna, amylasnivåer > 3 gånger baseline hos 2 %, lipasnivåer > 3 gånger baseline hos 11 % och trombocyter < 50 000/mm³ hos < 1 %.

I kliniska studier med lamivudinrefraktära patienter, hade 4 % ALAT-ökningar > 3 gånger baseline och < 1 % hade ALAT-ökningar > 2 gånger baseline tillsammans med totalbilirubin > 2 gånger ULN och > 2 gånger baseline. Amylasnivåer > 3 gånger baseline hos 2 %, lipasnivåer > 3 gånger baseline hos 18 % och trombocyter < 50 000/mm³ hos < 1 %.

Exacerbationer under behandlingen: I studier med nukleosidnaiva patienter förekom ALAT-ökningar > 10 gånger ULN och > 2 gånger baseline hos 2 % av patienter behandlade med entecavir mot hos 4 % av patienter behandlade med lamivudin. I studier med lamivudinrefraktära patienter förekom ALAT-ökningar > 10 gånger ULN och > 2 gånger baseline hos 2 % av patienter behandlade med entecavir mot hos 11 % av patienter behandlade med lamivudin. ALAT-ökningar hos entecavirbehandlade patienter hade en mediantid till debut på 4–5 veckor och försvann vanligen under fortsatt behandling. I de flesta fall observerades en reduktion av virusmängden med $\geq 2 \log_{10}/\text{ml}$, vilket föregick eller förekom samtidigt med ALAT-ökningen. Periodisk kontroll av leverfunktionen rekommenderas under behandling.

Exacerbationer efter avslutad behandling: Akuta exacerbationer av hepatit har rapporterats hos patienter som har avslutat antiviral hepatit B-terapi, inklusive terapi med entecavir (se avsnitt 4.4). I studier på nukleosidnaiva patienter fick 6 % av entecavirbehandlade patienter och 10 % av lamivudinbehandlade patienter ALAT-ökningar (> 10 gånger ULN och > 2 gånger referensvärdet [det lägsta av antingen baseline eller sista "end of dosing"-mätningen]) vid uppföljning efter avslutad behandling. Hos entecavirbehandlade nukleosidnaiva patienter hade ALAT-ökningarna en mediantid till debut på 23–24 veckor och 86 % (24/28) av ALAT-ökningarna förekom hos HBeAg-negativa patienter. I studier på lamivudinrefraktära patienter med bara ett begränsat antal uppföljda patienter hade 11 % av entecavirbehandlade och inga lamivudinbehandlade patienter utvecklat ALAT-ökningar under uppföljningen efter avslutad behandling.

I de kliniska studierna avslutades behandlingen med entecavir om patienten uppnådde ett fördefinierat behandlingssvar. Om behandlingen avslutas utan hänsyn till behandlingssvar kan frekvensen av ALAT-ökningar bli högre.

d. Pediatrisk population

Säkerheten med entecavir hos pediatriska patienter från 2 till < 18 års ålder baseras på två kliniska studier med försökspersoner med kronisk HBV-infektion; en fas 2 farmakokinetisk studie (studie 028) och en fas 3-studie (studie 189). Dessa studier tillhandahåller erfarenhet från 195 HBeAg-positiva nukleosid-behandlingsnaiva försökspersoner behandlade med entecavir i en medianduration på 99 veckor. Biverkningarna som observerats hos pediatriska försökspersoner som fick behandling med

entecavir motsvarade dem som sågs i kliniska studier med entecavir hos vuxna (se a. Sammanfattning av säkerhetsprofilen och avsnitt 5.1) med följande undantag för pediatrika patienter:

- Mycket vanliga biverkningar: neutropeni.

e. Andra specialpopulationer

Erfarenheter från patienter med dekompenenserad leversjukdom: Säkerhetsprofilen för entecavir hos patienter med dekompenenserad leversjukdom utvärderades i en randomiserad, öppen jämförande studie där patienterna behandlades med entecavir 1 mg/dag (n = 102) eller adefovirdipivoxil 10 mg/dag (n = 89) (studie 048). I förhållande till biverkningarna beskrivna i avsnitt b. Tabell över biverkningar, observerades ytterligare en biverkning [minskning av bikarbonat i blodet (2 %)] hos entecavirbehandlade patienter fram till och med vecka 48. Den kumulativa andelen dödsfall under studien var 23 % (23/102). Som förväntat i denna population var dödsorsaken generellt leverrelaterad. Den kumulativa andelen av hepatocellulärt karcinom (HCC) under studien var 12 % (12/102). Allvarliga biverkningar var generellt leverrelaterade, med en kumulativ frekvens under studien på 69 %. Patienter med hög CTP-score vid baseline hade högre risk att utveckla allvarliga biverkningar (se avsnitt 4.4).

Avvikande laboratorievärden: Fram till och med vecka 48 hade ingen av de entecavirbehandlade patienterna med dekompenenserad leversjukdom förhöjda ALAT-nivåer med både > 10 gånger ULN och > 2 gånger baseline. 1 % av patienterna hade förhöjda ALAT-nivåer > 2 gånger baseline tillsammans med totalbilirubin > 2 gånger baseline. Albuminnivåer < 2,5 g/dl förekom hos 30 % av patienterna, lipasnivåer > 3 gånger baseline hos 10 % och trombocyter < 50 000/mm³ hos 20 %.

Erfarenhet från patienter med samtidig HIV: Säkerhetsprofilen för entecavir hos ett begränsat antal patienter med samtidig HIV/HVB på en HAART-regim (highly active antiretroviral therapy) innehållande lamivudin var liknande den hos mono-infekterade HBV-patienter (se avsnitt 4.4).

Kön/ålder: Det fanns ingen tydlig skillnad i säkerhetsprofilen för entecavir med avseende på kön (cirka 25 % kvinnor i de kliniska studierna) eller ålder (cirka 5 % av patienterna > 65 år).

Rapportering av misstänkta biverkningar

Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala
Webbplats: www.lakemedelsverket.se

4.9 Överdoser

Erfarenhet av överdosering med entecavir hos patienter är begränsad. Friska individer som fick upp till 20 mg/dag i upp till 14 dagar och engångsdoser på upp till 40 mg fick inga oväntade biverkningar. Om överdosering sker måste patienten övervakas med avseende på tecken på toxicitet och ges understödande standardbehandling efter behov.

5. FARMAKOLOGISKA EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiska egenskaper

Farmakoterapeutisk grupp: virushämmande medel för systemiskt bruk, nukleosid- och nukloetidanaloger
ATC-kod: J05AF10

Verkningsmekanism: Entecavir, en guanosin-nukleosidanalog med aktivitet mot HBV-polymeras, fosforyleras effektivt till den aktiva trifosfatformen (TF), som har en intracellulär halveringstid på

15 timmar. Genom att konkurrera med det naturliga substratet deoxiguanosin-TF hämmar entecavir-TF funktionellt de 3 aktiviteterna hos det virala polymeraset: (1) priming av HBV-polymeraset, (2) omvänd transkription av den negativa DNA-strängen från pregenomiskt messenger RNA och (3) syntes av den positiva HBV-DNA-strängen. K_i för HBV-DNA-polymeras är 0,0012 μM för entecavir-TF. Entecavir-TF är en svag hämmare av cellulärt DNA-polymeras α , β och δ med en K_i på 18 till 40 μM . Dessutom har höga exponeringar för entecavir inga negativa effekter på γ -polymeras eller syntes av mitokondrie-DNA i HepG2-celler ($K_i > 160 \mu\text{M}$).

Antiviral aktivitet: Entecavir hämmade HBV-DNA-syntes (50 % reduktion, EC₅₀) vid en koncentration på 0,004 μM hos humana HepG2-celler transfekterade med vildtyp-HBV. Medianvärdet av EC₅₀ för entecavir mot LVDr-HBV (rtL180M och rtM204V) var 0,026 μM (intervall 0,010-0,059 μM). Rekombinanta virus som kodar för adefovirresistenta substitutioner vid antingen rtN236T eller rtA181V förblev fullt känsliga för entecavir.

En analys av entecavirs hämmande aktivitet mot en rad HIV-1 isolat från laboratorium och klinik gav EC₅₀ värden från 0,026 till $> 10 \mu\text{M}$ vid användning av olika celler och testmetoder; de lägre EC₅₀-värdena observerades då lägre virushalter användes vid testet.

Entecavir selekterar fram M184I-substitution i mikromolära koncentrationer i cellkultur, vilket bekräftar hämmande aktivitet vid höga entecavirkoncentrationer. HIV-varianter innehållande M184V-substitution visade minskad känslighet för entecavir (se avsnitt 4.4).

I kombinationstester med HBV i cellkultur var varken abacavir, didanosin, lamivudin, stavudin, tenofovir eller zidovudin antagonister till anti-HBV-effekten av entecavir över ett brett område av koncentrationer. I antivirala HIV-tester var mikromolära koncentrationer av entecavir ej någon antagonist till anti-HIV-aktiviteten i cellkultur för dessa sex NRTI eller emtricitabin.

Resistens i cellodling: I jämförelse med vildtyp-HBV uppvisade LVDr-virus som innehöll rtM204V- och rtL180M-substitutioner i omvänt transkriptas en 8-faldigt minskad känslighet för entecavir. Ytterligare tillägg av ETVr-aminosyreförändringar vid rtT184, rtS202 eller rtM250 minskade känsligheten för entecavir i cellodlingar. Substitutioner som iaktogs i kliniska isolat (rtT184A, C, F, G, I, L, M eller S; rtS202 C, G eller I; och/eller rtM250I, L eller V) minskade ytterligare känsligheten för entecavir 16- till 741-faldigt i jämförelse med vildtyp-virus. Lamivudinresistenta stammar innehållande rtL180M plus rtM204V i kombination med aminosyrasubstitution rtA181C gav 16-122-faldig reduktion i entecavirfenotypisk känslighet. Enbart ETVr-substitutionerna vid positionerna rtT184, rtS202 och rtM250 har var för sig endast en måttlig effekt på entecavirkänslighet och har inte iakttagits i frånvaro av LVDr-substitutioner i mer än 1000 patientprover som har sekvensbestämts. Resistens förmedlas genom minskad bindning av hämmaren till förändrat HBV omvänt transkriptas och resistent HBV uppvisar en minskad replikationsförmåga i cellodlingar.

Klinisk erfarenhet: Demonstrationen av fördelarna med entecavir baseras på histologiska, virologiska, biokemiska och serologiska svar efter 48 veckors behandling i kontrollerade kliniska studier inkluderande 1 633 vuxna patienter med kronisk hepatit B-infektion, tecken på virusreplikation och kompenserad leversjukdom. Säkerheten och effekten av entecavir utvärderades också i en kontrollerad klinisk studie med 191 HBV-infekterade patienter med dekompenenserad leversjukdom samt i en klinisk studie med 68 patienter med samtidig HBV- och HIV-infektion.

I studier på patienter med kompenserad leversjukdom definierades histologisk förbättring som en reduktion med ≥ 2 poäng från baseline på Knodells nekroinflammationsskala utan försämring på Knodells fibrosskala. Terapisvaren hos patienter med ett ingångsvärde på 4 (cirrhos) på Knodells fibrosskala var generellt jämförbara med terapisvaren hos patienter som hade kompenserad leversjukdom. Höga baselinevärden på Knodells nekroinflammationsskala (> 10) associerades med större histologisk förbättring hos nukleosidnaiva patienter. ALAT-nivåer ≥ 2 gånger ULN och HBV-DNA $\leq 9,0 \log_{10}$ -kopior/ml vid baseline var båda associerade med högre virologiskt svar (vecka 48 HBV-DNA < 400 kopior/ml) hos nukleosidnaiva HBeAg-positiva patienter. Oavsett baselinevärden visade majoriteten av patienterna histologiskt och virologiskt behandlingssvar.

Erfarenhet från nukleosidnaiva patienter med kompenserad leversjukdom:

Resultat uppnådda efter 48 veckors behandling i randomiserade dubbelblinda studier som jämförde entecavir (ETV) med lamivudin (LVD) hos HBeAg-positiva (022) och HBeAg-negativa (027) patienter presenteras i tabellen.

	Nukleosidnaiva			
	HBeAg-positiva (studie 022)		HBeAg-negativa (studie 027)	
	ETV 0,5 mg en gång dagligen	LVD 100 mg en gång	ETV 0,5 mg en gång	LVD 100 mg en gång
n	314 ^a	314 ^a	296 ^a	287 ^a
Histologisk förbättring ^b	72 %*	62 %	70 %*	61 %
Ishak fibrosscore förbättring	39 %	35 %	36 %	38 %
Ishak fibrosscore försämring	8 %	10 %	12 %	15 %
n	354	355	325	313
Reduktion av virusmängd (log ₁₀ -kopior/ml) ^c	-6,86*	-5,39	-5,04*	-4,53
HBV-DNA ej påvisbar (< 300 kopior/ml med PCR) ^c	67 %*	36 %	90 %*	72 %
ALAT-normalisering (≤ 1 gång ULN)	68 %*	60 %	78 %*	71 %
HBeAg-serokonversion	21 %	18 %		

* p-värde vs lamivudin < 0,05

^a patienter med evaluerbar histologi vid baseline (ingångsvärde på Knodells nekroinflammationsskala ≥ 2 poäng)

^b en primär endpoint

^c Roche Cobas Amplicor PCR assay (LLOQ = 300 kopior/ml)

Erfaenhet från lamivudinrefraktära patienter med kompenserad leversjukdom:

I en randomiserad dubbelblind studie på HBeAg-positiva lamivudinrefraktära patienter (026), där 85 % av patienterna uppvisade LVDr-mutationer vid baseline, ställdes patienter som fick lamivudin vid studiens början antingen på entecavir 1 mg en gång dagligen, utan varken ”washout”- eller överlappningsperiod (n = 141), eller fortsatte med lamivudin 100 mg en gång dagligen (n = 145). Resultaten efter 48 veckors behandling presenteras i tabellen.

	Lamivudinrefraktära	
	HBeAg-positiva (studie 026)	
	ETV 1,0 mg en gång dagligen	LVD 100 mg en gång dagligen
n	124 ^a	116 ^a
Histologisk förbättring ^b	55 %*	28
Ishak fibrosscore förbättring	34 %*	16 %
Ishak fibrosscore försämring	11 %	26 %
n	141	145
Reduktion av virusmängd (log ₁₀ -kopior/ml) ^c	-5,11*	-0,48
HBV-DNA ej påvisbar (< 300 kopior/ml med PCR) ^c	19 %*	1 %
ALAT-normalisering (≤ 1 gång ULN)	61 %*	15 %
HBeAg-serokonversion	8 %	3 %

* p-värde vs lamivudin < 0,05

^a patienter med evaluerbar histologi vid baseline (ingångsvärde på Knodells nekroinflammationsskala ≥ 2 poäng)

^b en primär endpoint

^c Roche Cobas Amplicor PCR assay (LLOQ = 300 kopior/ml)

Resultat efter mer än 48 veckors behandling:

Behandlingen avslutades när fördefinierade svarskriterier uppnåddes antingen vid 48 veckor eller under andra behandlingsåret. Svarskriterier var reduktion av HBV (HBV-DNA < 0,7 MEq/ml av bDNA) och förlust av HBeAg (hos HBeAg-positiva patienter) eller ALAT < 1,25 gång ULN (hos HBeAg-negativa patienter). Patienter som uppvisade terapi-svar följdes i ytterligare 24 veckor utan

behandling. Patienter som uppnådde virologiska, men ej serologiska eller biokemiska, svarskriterier fortsatte på blindad behandling. Patienter som ej svarade virologiskt erbjöds alternativ terapi.

Nukleosidnaiva:

HBeAg-positiva (studie 022): Behandling med entecavir i upp till 96 veckor (n = 354) resulterade i en kumulativ svarsfrekvens på 80 % för HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR, 87 % för normalisering av ALAT, 31 % för HBeAg-serokonversion och 2 % för HBsAg-serokonversion (5 % för HBsAg-förlust). För lamivudin (n = 355) var de kumulativa svarsfrekvenserna 39 % för HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR, 79 % för normalisering av ALAT, 26 % för HBeAg-serokonversion och 2 % för HBsAg-serokonversion (3 % för HBsAg-förlust).

Vid behandlingens avslutande efter mer än 52 veckor (medianduration 96 veckor) hade 81 % av 243 entecavirbehandlade och 39 % av 164 lamivudinbehandlade patienter HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR, medan ALAT-normalisering (≤ 1 gång ULN) observerades hos 79 % av entecavirbehandlade och 68 % lamivudinbehandlade patienter.

HBeAg-negativa (studie 027): Behandling med entecavir i upp till 96 veckor (n = 325) resulterade i kumulativa svarsfrekvenser på 94 % för HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR och 89 % för normalisering av ALAT jämfört med 77 % för HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR och 84 % för normalisering av ALAT hos lamivudinbehandlade patienter (n = 313).

Av 26 entecavirbehandlade och 28 lamivudinbehandlade patienter som fortsatte behandlingen under mer än 52 veckor (medianduration 96 veckor) hade 96 % respektive 64 % HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR vid behandlingens slut. ALAT-normalisering (≤ 1 gång ULN) hade skett hos 27 % av entecavirbehandlade och 21 % av lamivudinbehandlade patienter vid behandlingens slut.

Hos patienter som uppnådde protokolldefinierade svarskriterier kvarstod behandlingssvaret vid uppföljningen 24 veckor efter avslutad behandling hos 75 % (83/111) av patienterna som svarade på entecavir jämfört med 73 % (68/93) av patienterna som svarade på lamivudin i studie 022 och hos 46 % (131/286) av patienterna som svarade på entecavir jämfört med 31 % (79/253) av patienterna som svarade på lamivudin i studie 027. Vid uppföljning 48 veckor efter avslutad behandling hade en betydande andel av HBeAg-negativa patienter förlorat sitt behandlingssvar.

Leverbiopsiresultat: 57 patienter från registreringsstudierna 022 (HBeAg-positiva) och 027 (HBeAg-negativa) på nukleosidnaiva patienter, ingick i en långsiktig rollover-studie och utvärderades för långsiktigt leverhistologiskt behandlingssvar. Entecavirdoseringen var 0,5 mg dagligen i registreringsstudierna (medelempoering 85 veckor) och 1 mg dagligen i rollover-studien (medelempoering 177 veckor), och 51 patienter i rollover-studien fick initialt även lamivudin (medianbehandlingstid 29 veckor). I denna patientgrupp hade 55/57 (96 %) en histologisk förbättring såsom tidigare definierats (se ovan), och 50/57 (88 %) hade en minskning ≥ 1 poäng av Ishak fibrosscore. Av patienterna med ett Ishak fibrosscore ingångsvärde på ≥ 2 hade 58 % (25/43) en minskning med ≥ 2 poäng. Alla patienter (10/10) med avancerad fibros eller cirrhos vid start (Ishak fibrosscore 4, 5 eller 6) hade en minskning med ≥ 1 poäng (medianminskning från behandlingsstart var 1,5 poäng). Vid tidpunkten för långtidsbiopsin hade alla patienter HBV-DNA < 300 kopior/ml och 49/57 (86 %) hade serum-ALAT ≤ 1 gång ULN. Alla 57 patienter förblev HBsAg-positiva.

Lamivudinrefraktära:

HBeAg-positiva (studie 026): behandling med entecavir i upp till 96 veckor (n = 141) resulterade i en kumulativ svarsfrekvens på 30 % för HBV-DNA < 300 kopior/ml med PCR och 85 % för normalisering av ALAT och 17 % för HBeAg-serokonversion.

Av de 77 patienter som fortsatte behandlingen längre än 52 veckor (medianduration 96 veckor), hade 40 % HBV-DNA < 300 kopior/ml och 81 % ALAT-normalisering (≤ 1 gång ULN) vid behandlingens slut.

Ålder/kön:

Det fanns ingen tydlig skillnad i effekt för entecavir baserat på kön (cirka 25 % kvinnor i de kliniska studierna) eller ålder (cirka 5 % patienter > 65 år).

Långsiktig uppföljningsstudie

Studie 080 var en randomiserad, observerande öppen fas 4-studie för att bedöma långsiktiga risker med entecavirbehandling (ETV, n = 6216) eller annan standardbehandling, HBV-nukleosid (syra) (icke-ETV), (n = 6162) i upp till 10 år hos personer med kronisk HBV-infektion. De huvudsakliga kliniska utfallshändelserna utvärderade i studien var övergripande maligna neoplasmer (sammansatta händelser av HCC och icke-HCC maligna neoplasmer), leverrelaterad progredierande HBV, ickeHCC-maligna neoplasmer, HCC och dödsfall, inklusive leverrelaterade dödsfall. I denna studie var ETV inte förknippat med en ökad risk för maligna neoplasmer i jämförelse med användning av ickeETV, vilket utvärderades av antingen den sammansatta endpointen för övergripande maligna neoplasmer (ETV n = 331, icke-ETV n = 337; HR = 0,93 [0,8-1,1]), eller den individuella endpointen för icke-HCC malignt neoplasm (ETV n = 95, icke-ETV n = 81; HR = 1,1 [0,82-1,5]). De rapporterade händelserna för leverrelaterad progredierande HBV och HCC var jämförbara i både ETV och ickeETV-grupperna. Den vanligaste rapporterade maligniteten i både ETV- och icke-ETV-grupperna var HCC följt av gastrointestinala maligniteter.

Specialpopulationer

Patienter med dekompenenserad leversjukdom: I studie 048 fick 191 patienter med HBeAg-positiv eller negativ kronisk HBV-infektion och tecken på hepatisk dekomensation, definierad som CTP-score ≥ 7 , entecavir 1 mg en gång dagligen eller adefovirdipivoxil 10 mg en gång dagligen. Patienterna var antingen HBV-behandlingsnaiva eller hade fått tidigare behandling (dock ej behandling med entecavir, adefovirdipivoxil eller tenofoviridisoproxilfumarat). Vid baseline hade patienterna ett CTP-score-medelvärde på 8,59 och 26 % av patienterna klassificerades som CTP-klass C. Medelvärdet vid baseline för *Model for End Stage Liver Disease* (MELD) score var 16,23. Medelvärdet för HBV-DNA mätt med PCR i serum var 7,83 log₁₀-kopior/ml och medelvärdet för ALAT i serum var 100 E/L. Vid baseline var 54 % av patienterna HBeAg-positiva och 35 % av patienterna hade LVDr-substitutioner. Entecavir överträffade adefovirdipivoxil i den primära effektparametern medelförändring från baseline av HBV-DNA, mätt med PCR i serum vecka 24. Resultat från utvalda studie-endpoints vid vecka 24 och 48 redovisas i tabellen nedan.

	Vecka 24		Vecka 48	
	ETV 1 mg en gång dagligen	Adefovir- dipivoxil 10 mg en gång dagligen	ETV 1 mg en gång dagligen	Adefovir- dipivoxil 10 mg en gång dagligen
n	100	91	100	91
HBV-DNA ^a				
Andel ej påvisbar (< 300 kopior/ml) ^b	49 %*	16 %	57 %*	20 %
Medelförändring från baseline (log ₁₀ -kopior/ml) ^c	-4,8*	-3,40	-4,66	-3,90
Stabil eller förbättrad CTP-score ^{b,d}	66 %	71 %	61 %	67 %
MELD-score Medelförändring från baseline ^{c,e}	-2,0	-0,9	-2,6	-1,7
HBsAg-förlust ^b	1 %	0	5 %	0
Normalisering av: ^f				
ALAT (≤ 1 gånger ULN) ^b	46/78 (59%)*	28/71 (39 %)	49/78 (63 %)*	33/71 (46 %)
Albumin (≥ 1 gånger LLN) ^b	20/82 (24 %)	14/69 (20 %)	32/82 (39 %)	20/69 (29 %)
Bilirubin (≤ 1 gånger ULN) ^b	12/75 (16 %)	10/65 (15 %)	15/75 (20 %)	18/65 (28 %)
Protrombintime (≤ 1 gånger ULN) ^b	9/95 (9 %)	6/82 (7 %)	8/95 (8 %)	7/82 (9 %)

^c Roche COBAS Amplicor PCR assay (LLOQ = 300 kopior/ml).

^b NC=F (noncompleter=failure), betyder att behandlingsavbrott före analysveckan, inklusive anledningar såsom dödsfall, avsaknad av effekt, biverkningar, icke-följsamhet/avsaknad av uppföljning, räknas som misslyckande (t.ex. HBV-DNA ≥ 300 kopior/ml)

^c NC=M (noncompleters=missing)

- ^d Definieras som minskning eller ingen förändring av CTP-score från baseline.
^e Medelvärde av MELD-score vid baseline var 17,1 för ETV och 15,3 för adefovirdipivoxil.
^f Nämnaren är patienter med onormala värden vid baseline.
* $p < 0,05$
ULN = övre normala gränsvärdet, LLN = nedre normala gränsvärdet.

Tid till debut av HCC eller dödsfall (vilket som än inträffar först) var jämförbar mellan de två behandlingsgrupperna. Andelen kumulativa dödsfall under studien var 23 % (23/102) och 33 % (29/89) för patienter som behandlades med entecavir respektive adefovirdipivoxil. Den kumulativa andelen HCC under studien var 12 % (12/102) för entecavir och 20 % (18/89) för adefovirdipivoxil.

För patienter med LVDr-substitutioner vid baseline var den procentuella andelen patienter med HBV-DNA < 300 kopior/ml 44 % för entecavir och 20 % för adefovir vid vecka 24 och 50 % för entecavir och 17 % för adefovir vid vecka 48.

Patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som samtidigt behandlas med HAART: Studie 038 inkluderade 67 HBeAg-positiva patienter och 1 HBeAg-negativ patient med samtidig HIV-infektion. Patienterna hade en stabil kontrollerad HIV-infektion (HIV-RNA < 400 kopior/ml) med återfall i HBV-viremi på en HAART-regim som innehöll lamivudin. HAART-regimerna innehöll inte emtricitabin eller tenofoviridisoproxilfumarat. Vid start hade entecavirbehandlade patienter en medianduration av tidigare lamivudinbehandling på 4,8 år och ett medianvärde för antalet CD4-celler på 494 celler/mm³ (endast 5 patienter med CD4-antal < 200 celler/mm³). Patienterna fortsatte sin lamivudin-regim och fick tillägg av antingen entecavir 1 mg en gång dagligen (n = 51) eller placebo (n = 17) under 24 veckor följt av ytterligare 24 veckor när alla fick entecavir. Vid 24 veckor var minskningen i virusmängd signifikant större med entecavir (-3,65 jämfört med en ökning på 0,11 log₁₀-kopior/ml). För patienter som ursprungligen fick entecavirbehandling var minskningen i HBV-DNA vid 48 veckor -4,20 log₁₀-kopior/ml, ALAT-normalisering hade skett hos 37 % av patienter med förhöjda ALAT vid baseline och ingen av patienterna uppnådde HBeAg-serokonversion.

Patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som inte samtidigt behandlas med HAART: Entecavir har inte utvärderats hos patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som inte samtidigt behandlas för HIV. Minskning i HIV RNA har rapporterats hos patienter med samtidig HIV/HBV-infektion som behandlades med entecavir-monoterapi utan HAART. I vissa fall har selektion av HIV-variant M184V observerats, vilket har konsekvenser för valet av HAART-regimer som patienten kan behandlas med i framtiden. Entecavir ska därför inte användas till denna patientpopulation på grund av risken för att utveckla HIV-resistens (se avsnitt 4.4).

Levertransplanterade patienter: Säkerhet och effekt av entecavir 1 mg en gång dagligen bedömdes i en enarmad studie på 65 patienter som genomgick levertransplantation för komplikationer av kronisk HBV-infektion, och som hade HBV-DNA < 172 IE/ml (cirka 1 000 kopior/ml) vid transplantationstillfället. Studiepopulationen bestod av 82 % män, 39 % kaukasier och 37 % asiater, med en medelålder på 49 år. 89 % av patienterna hade HBeAg-negativ sjukdom vid transplantationstillfället. Av de 61 patienter som kunde utvärderas för effektivitet (behandlades med entecavir i minst 1 månad), mottog 60 patienter även hepatit B-immunoglobulin (HBIG) som en del av den profylaktiska behandlingsregimen efter transplantationen. Av dessa 60 patienter mottog 49 HBIG-behandling i mer än 6 månader. Vid vecka 72 efter transplantation hade ingen av de 55 studerade patienterna drabbats av virologiskt återfall av HBV [definierat som HBV-DNA ≥ 50 IE/ml (cirka 300 kopior/ml)] och inget virologiskt återfall rapporterades vid tid för censur hos de övriga 6 patienterna. Samtliga 61 patienter hade HBsAg-förlust efter transplantationen och 2 av dessa blev senare HBsAg-positiva trots upprätthållande av odetekterbara nivåer av HBV-DNA (< 6 IE/ml). I studien var frekvenser och typer av biverkningar i enlighet med vad som förväntas hos patienter som har genomgått en levertransplantation och för den kända säkerhetsprofilen av entecavir.

Pediatrisk population: Studie 189 är en studie av effekten och säkerheten med entecavir bland 180 nukleosid-behandlingsnaiva barn och ungdomar från 2 till < 18 års ålder med HBeAg-positiv kronisk hepatit B-infektion, kompenserad leversjukdom och förhöjt ALAT. Patienterna randomiserades (2:1) till att få blindad behandling med antingen entecavir 0,015 mg/kg upp till

0,5 mg/dag (N = 120) eller placebo (N = 60). Randomiseringen baserades på åldersgrupp (2 till 6 år; > 6 till 12 år; och > 12 till < 18 år). Baseline-demografier och HBV-sjukdomskaraktäristika var jämförbara mellan de 2 behandlingsarmarna och mellan åldersgrupperna. Vid studiestart var medelvärdet på HBV-DNA 8,1 log₁₀ IE/ml och medelvärdet på ALAT var 103 E/l inom studiepopulationen. Resultaten för de primära effektmåten vid vecka 48 och vecka 96 presenteras i tabellen nedan.

	Entecavir		Placebo
	Vecka 48	Vecka 96	Vecka 48
n	120	120	60
HBV-DNA < 50 IE/ml och HBeAg-serokonversion ^a	24,2 %	35,8 %	3,3 %
HBV-DNA < 50 IE/ml ^a	49,2 %	64,2 %	3,3 %
HBeAg-serokonversion ^a	24,2 %	36,7 %	10,0 %
ALAT-normalisering ^a	67,5 %	81,7 %	23,3 %
HBV-DNA < 50 IE/ml ^a	82,6 % (38/46)	82,6 % (38/46)	6,5 % (2/31)
Baseline-HBV DNA < 8 log ₁₀ IE/ml			
Baseline-HBV-DNA ≥ 8 log ₁₀ IE/ml	28,4 % (21/74)	52,7 % (39/74)	0 % (0/29)

^aNC=F (noncompleter=failure)

* Patienter som randomiserats till placebo och som inte har HBe-serokonversion vid vecka 48 flyttades över till oblatat entecavir i andra året av studien; därför är randomiserade jämförelsedata endast tillgängliga till och med vecka 48.

Den pediatrika resistensbedömningen grundar sig på data från nukleosid-behandlingsnaiva pediatrika patienter med HBeAg-positiv kronisk HBV-infektion i två kliniska prövningar (028 och 189). De två studierna ger resistensdata hos 183 patienter som behandlats och övervakats under år 1 och 180 patienter som behandlats och övervakats under år 2. Genotypiska utvärderingar utfördes för alla patienter med tillgängliga prover som hade virologiskt genombrott till och med vecka 96 eller HBV-DNA ≥ 50 IE/ml vid vecka 48 eller vecka 96. Under år 2 upptäcktes genotypisk resistens mot ETV hos 2 patienter (1,1 % kumulativ sannolikhet för resistens till och med år 2).

Klinisk resistens hos vuxna: Patienter i kliniska prövningar som behandlades initialt med entecavir 0,5 mg (nukleosidnaiva) eller 1,0 mg (lamivudinrefraktära) och med PCR-mätning av HBV-DNA under pågående behandling vid eller efter vecka 24 undersöktes för resistens.

I de nukleosidnaiva studierna till och med vecka 240 iaktogs genotypiska data som talar för ETVr-substitutioner vid rtT184, rtS202, eller rtM250 hos tre patienter som behandlades med entecavir. Två av dessa patienter upplevde virologisk manifestering (se tabell). Dessa substitutioner observerades endast i närvaro av LVDr-substitutioner (rtM204V och rtL180M).

Utveckling av genotypisk entecavirresistens till och med år 5, nukleosidnaiva studier					
	År 1	År 2	År 3a	År 4a	År 5a
Patienter som behandlats och undersökts för resistens ^b	663	278	149	121	108
Patienter under specificerat år med:					
- utveckling av genotypisk ETVr ^c	1	1	1	0	0
- genotypisk ETVr ^c med virologisk manifestering ^d	1	0	1	0	0
Kumulativ sannolikhet för:					
- utveckling av genotypisk ETVr ^c	0,2 %	0,5 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
- genotypisk ETVr ^c med virologisk manifestering ^d	0,2 %	0,2 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %

^a Resultaten avspeglar bruket av en dos entecavir 1 mg för 147 av 149 patienter under år 3 och för samtliga patienter under år 4 och 5, och en kombinationsbehandling med entecavir-lamivudin (därefter långtidsbehandling med entecavir) under en mediantid på 20 veckor för 130 av 149 patienter under år 3 och under 1 vecka för 1 av 121 patienter under år 4 i en förlängningsstudie.

^b Inkluderar patienter med minst en HBV-DNA-mätning med PCR under pågående behandling vid eller efter vecka 24 till och med vecka 58 (år 1), efter vecka 58 till och med vecka 102 (år 2), efter vecka 102 till och med vecka 156 (år 3), efter vecka 156 till och med vecka 204 (år 4) eller efter vecka 204 till och med vecka 252 (år 5).

^c Patienter har även LVDr-substitutioner.

^d $\geq 1 \log_{10}$ -ökning över minimivärdet i HBV-DNA mätt med PCR, bekräftad med successiva mätningar eller vid slutet av det utvalda tidsintervallet.

ETVr-substitutioner (utöver LVDr-substitutioner rtM204V/I $\pm$ rtL180M) observerades vid baseline i isolat från 10/187 (5 %) lamivudinrefraktära patienter som behandlades med entecavir och undersöktes för resistens. Detta tyder på att föregående lamivudinbehandling kan selektera dessa resistenssubstitutioner och att de kan förekomma med låg frekvens före entecavirbehandling. Fram till och med vecka 240, utvecklade 3 av 10 patienter virologisk manifestering ($\geq 1 \log_{10}$ -ökning över minimivärdet). Utvecklingen av entecavirresistens i lamivudinrefraktära studier till och med vecka 240 sammanfattas i tabellen.

Genotypisk entecavirresistens till och med år 5, lamivudinrefraktära studier					
	År 1	År 2	År 3a	År 4a	År 5a
Patienter som behandlats och undersökts för resistens ^b	187	146	80	52	33
Patienter under specificerat år med:					
- utveckling av genotypisk ETVr ^c	11	12	16	6	2
- genotypisk ETVr ^c med virologisk manifestering ^d	2 ^e	14 ^e	13 ^e	9 ^e	1 ^e
Kumulativ sannolikhet för:					
- utveckling av genotypisk ETVr ^c	6,2 %	15 %	36,3 %	46,6 %	51,45 %
- genotypisk ETVr ^c med virologisk manifestering ^d	1,1 % ^e	10,7 % ^e	27 % ^e	41,3 % ^e	43,6% ^e

^a Resultaten avspeglar bruket av kombinationsbehandling med entecavir-lamivudin (därefter långtidsbehandling med entecavir) under en mediantid på 13 veckor för 48 av 80 patienter under år 3, under en mediantid på 38 veckor för 10 av 52 patienter under år 4 och under 16 veckor för 1 av 33 patienter under år 5 i en förlängningsstudie.

^b Inkluderar patienter med minst en HBV-DNA-mätning med PCR under pågående behandling vid eller efter vecka 24 till och med vecka 58 (år 1), efter vecka 58 till och med vecka 102 (år 2), eller efter vecka 102 till och med vecka 156 (år 3), efter vecka 156 till och med vecka 204 (år 4), eller efter vecka 204 till och med vecka 252 (år 5).

^c Patienter har även LVDr-substitutioner.

^d $\geq 1 \log_{10}$ -ökning över minimivärdet i HBV-DNA mätt med PCR, bekräftad med successiva mätningar eller vid slutet av det utvalda tidsintervallet.

^e ETVr som förekommer vilket år som helst; virologisk manifestering under specificerat år.

Bland lamivudinrefraktära patienter med baseline på HBV-DNA $< 10^7 \log_{10}$ -kopior/ml, uppnådde 64 % (9/14) HBV-DNA < 300 kopior/ml vid vecka 48. Dessa 14 patienter hade en lägre frekvens av genotypisk entecavirresistens (kumulativ sannolikhet 18,8 % till och med 5 års uppföljning) än den totala studiepopulationen (se tabell). Dessutom hade lamivudinrefraktära patienter som uppnådde HBV-DNA $< 10^4 \log_{10}$ kopior/ml med PCR vid vecka 24 en lägre frekvens av resistens än de som inte gjorde det (5 års kumulativ sannolikhet 17,6 % [n = 50] jämfört med 60,5 % [n = 135]).

Integrerad analys av fas 2 och 3 kliniska studier: I en integrerad analys, efter godkännande för försäljning, av entecavirresistensdata från 17 kliniska fas 2 och fas 3-studier, upptäcktes en framväxande entecavirresistensassocierad substitution rtA181C hos 5 av 1 461 patienter under behandling med entecavir. Denna substitution upptäcktes endast i närvaro av lamivudinresistensassocierade substitutioner rtL180M plus rtM204V.

5.2 Farmakokinetiska egenskaper

Absorption: Entecavir absorberas snabbt med maximala plasmakoncentrationer efter 0,5–1,5 timmar. Den absoluta biotillgängligheten har ej bestämts. Baserat på utsöndring i urinen av oförändrad substans har biotillgängligheten uppskattats till minst 70 %. Det föreligger dosproportionella ökningar i $C_{\max}$ - och AUC-värden efter multipla doser varierande från 0,1–1 mg. Steady-state uppnås mellan 6–10 dagar efter dosering en gång dagligen med cirka 2-faldig ackumulering. $C_{\max}$ och $C_{\min}$ vid steady-state är 4,2 respektive 0,3 ng/ml vid en dos av 0,5 mg, och 8,2 respektive 0,5 ng/ml vid 1 mg. Tabletten och den orala lösningen var bioekvivalenta hos friska individer; därför är båda beredningsformerna utbytbara mot varandra.

Administrering av 0,5 mg entecavir tillsammans med en fettrik måltid (945 kcal, 54,6 g fett) eller en lätt måltid (379 kcal, 8,2 g fett) orsakade minimal fördröjning av absorptionen. (1–1,5 timmar efter föda jämfört med 0,75 timmar fastande), en minskning i $C_{\max}$ med 44–46 %, och en minskning i AUC

med 18–20 %. De lägre $C_{\max}$ - och AUC-värdena vid intag tillsammans med föda anses inte ha klinisk betydelse hos nukleosidnaiva patienter men skulle kunna påverka effekten hos lamivudinrefraktära patienter (se avsnitt 4.2).

Distribution: Den uppskattade distributionsvolymen för entecavir överskrider totala volymen kroppsvätska. Proteinbindningen till humana serumproteiner *in vitro* är cirka 13 %.

Metabolism: Entecavir är ej ett substrat för, en inducerare eller en hämmare av CYP450-enzymsystemet. Efter administrering av ^{14}C -entecavir observerades inga oxidativa eller acetylerade metaboliter och minimala mängder av fas-2-metaboliter, glukuronider och sulfatkonjugat.

Eliminering: Entecavir elimineras huvudsakligen genom njurarna och 75 % av dosen återfinns som oförändrad substans i urinen vid steady-state. Renala clearance är oberoende av dos och varierar mellan 360–471 ml/min vilket tyder på att entecavir undergår både glomerulär filtration och tubulär sekretion. Sedan maximala nivåer uppnåtts minskar plasmakoncentrationerna av entecavir biexponentiellt, med en terminal halveringstid på cirka 128–149 timmar. Observerat ackumulationsindex är cirka 2 gånger vid dosering en gång dagligen vilket tyder på en effektiv ackumuleringshalveringstid på omkring 24 timmar.

Nedsatt leverfunktion: Farmakokinetiska parametrar hos patienter med måttlig eller allvarlig nedsättning av leverfunktionen var liknande dem hos patienter med normal leverfunktion.

Nedsatt njurfunktion: Clearance av entecavir minskar med minskande kreatininclearance. En 4-timmarsperiod med hemodialys avlägsnade cirka 13 % av dosen och 0,3 % avlägsnades genom CAPD. Farmakokinetiken av entecavir efter en engångsdos av 1 mg hos patienter (utan kronisk hepatit B-infektion) visas i tabellen nedan.

	Baselinevärde för kreatininclearance (ml/min)					
	Ej nedsatt > 80 (n = 6)	Mild > 50; ≤ 80 (n = 6)	Måttlig 30–50 (n = 6)	Svår 20– < 30 (n = 6)	Svår hanterad med hemodialys (n = 6)	Svår hanterad med CAPD (n = 4)
$C_{\max}$ (ng/ml)	8,1	10,4	10,5	15,3	15,4	16,6
(CV %)	(30,7)	(37,2)	(22,7)	(33,8)	(56,4)	(29,7)
AUC _(0-T)	27,9	51,5	69,5	145,7	233,9	221,8
(ng·h/ml) (CV)	(25,6)	(22,8)	(22,7)	(31,5)	(28,4)	(11,6)
CLR (ml/min) (SD)	383,2 (101,8)	197,9 (78,1)	135,6 (31,6)	40,3 (10,1)	NA	NA
CLT/F (ml/min) (SD)	588,1 (153,7)	309,2 (62,6)	226,3 (60,1)	100,6 (29,1)	50,6 (16,5)	35,7 (19,6)

Efter levertransplantation: Exponering för entecavir hos HBV-infekterade, levertransplanterade patienter på en stabil dos av ciklosporin A eller tacrolimus (n = 9) var cirka 2 gånger exponeringen hos friska individer med normal njurfunktion. Förändrad njurfunktion bidrog till ökningen av exponeringen för entecavir hos dessa patienter (se avsnitt 4.4).

Kön: AUC var 14 % högre hos kvinnor än hos män på grund av skillnader i njurfunktion och vikt. Efter justering för skillnader i kreatininclearance och kroppsvikt var det ingen skillnad i exponering mellan manliga och kvinnliga individer.

Äldre: Effekten av ålder på farmakokinetiken av entecavir utvärderades genom att jämföra äldre individer i åldrarna 65–83 år (medelålder för kvinnor 69 år, män 74 år) med unga individer i åldrarna

20–40 år (medelålder kvinnor 29 år, män 25 år). AUC var 29 % högre hos äldre än hos unga, huvudsakligen beroende på skillnader i njurfunktion och kroppsvikt. Efter justering för skillnader i kreatininclearance och kroppsvikt hade äldre en 12,5 % högre AUC än unga. I en populationsfarmakokinetisk analys avseende patienter i åldrarna 16–75 år identifierades inte ålder som en faktor som signifikant påverkar farmakokinetiken av entecavir.

Ras: I en populationsfarmakokinetisk analys identifierades inte ras som en faktor som signifikant påverkar farmakokinetiken av entecavir. En slutsats kunde dock endast dras för de kaukasiska och asiatiska grupperna eftersom det var för få individer i de andra kategorierna.

Pediatrisk population: Entecavirs farmakokinetik vid steady-state utvärderades (studie 028) hos 24 nukleosidnaiva, HBeAg-positiva pediatrika försökspersoner i åldrarna 2 till < 18 år, med kompenserad leversjukdom. Exponeringen för entecavir bland nukleosidnaiva försökspersoner som fick entecavirdoser på 0,015 mg/kg upp till högst 0,5 mg, en gång dagligen, motsvarade exponeringen som uppnåddes hos vuxna som fick doser på 0,5 mg en gång dagligen. C_{max} , $AUC_{(0-24)}$ och C_{min} för dessa försökspersoner var respektive 6,31 ng/ml, 18,33 ng h/ml och 0,28 ng/ml.

5.3 Prekliniska säkerhetsuppgifter

I toxicitetsstudier med upprepade doser på hund, sågs reversibel perivaskulär inflammation i centrala nervsystemet för vilken no-effect-doser motsvarade exponeringar 19 och 10 gånger de hos människa (vid 0,5 mg respektive 1 mg). Dessa fynd observerades inte i toxicitetsstudier på andra arter, inklusive apa, med upprepade doser av entecavir dagligen under 1 år vid exponeringar ≥ 100 gånger de hos människa.

I reproduktionstoxikologistudier där djur administrerats entecavir i upp till 4 veckor, sågs inget tecken på nedsatt fertilitet hos han- eller honråtta vid höga exponeringar. Testikelförändringar (degeneration av sädesledare) noterades i toxicitetsstudier med upprepade doser på gnagare och hund vid exponeringar ≥ 26 gånger de hos människa. Inga testikulära förändringar sågs i en 1-års-studie på apa.

Icke-effekt-nivå (NOEL) för embryotoxicitet eller modertoxicitet hos dräktig råtta och kanin som administrerats entecavir motsvarade exponeringar ≥ 21 gånger de hos människa. Hos råtta observerades modertoxicitet, embryofetal toxicitet (resorptioner), lägre fetal kroppsvikt, missbildning av svans och kota, minskad förbening (kota, revben och falang), samt extra lumbalkotor och revben vid höga exponeringar. Hos kanin observerades embryo-fetal toxicitet (resorptioner), minskad förbening (hyoid) och en ökad förekomst av ett 13:e revben vid höga exponeringar. I en peri-postnatal studie på råtta observerades inga oönskade effekter på avkomma. I en separat studie där entecavir 10 mg/kg administrerades till dräktiga, digivande råttor visades både fetal exponering för entecavir och utsöndring av entecavir i mjölk. Hos juvenila råttor som administrerades entecavir från dag 4 till 80 efter födseln, noterades en måttligt reducerad akustisk reaktion på plötsliga ljud under återhämtningsfasen (dag 110 till 114 efter födseln) men inte under doseringsperioden, vid AUC -värden ≥ 92 gånger de humana, vid dosering 0,5 mg eller motsvarande pediatrik dos. Med tanke på exponeringsmarginalen anses detta fynd sannolikt inte ha någon klinisk betydelse.

Inga tecken på gentoxicitet sågs i Ames mikrobiella mutationstest, i ett genmutationstest på däggdjursceller, eller i ett transformationstest med embryoceller från syrisk hamster. En mikrokärnstudie och en DNA-reparationsstudie på råtta var också negativa. Entecavir hade klastogen effekt på humana lymfocytkulturer vid koncentrationer avsevärt högre än de som erhålles kliniskt.

Två års cancerstudier: Hos mus observerades öknings i förekomsten av lungtumörer i handjur vid exponeringar ≥ 4 och ≥ 2 gånger de hos människa vid 0,5 mg respektive 1 mg. Tumörutveckling föregicks av pneumocyt-proliferation i lunga vilket ej sågs hos råtta, hund eller apa, vilket tyder på att en nyckelhändelse i utveckling av lungtumör observerad hos mus sannolikt var artspecifik. Ökad förekomst av andra tumörer inklusive hjärngliom hos han- och honråttor, leverkarcinom hos hanmöss, godartade kärltumörer hos honmöss och leveradenom samt leverkarcinom hos honråttor sågs endast vid höga livstidsexponeringar. Icke-effekt-nivån kunde dock inte fastställas med noggrannhet. Fyndens relevans för människa är okänd. För klinisk data, se avsnitt 5.1.

6. FARMACEUTISKA UPPGIFTER

6.1 Förteckning över hjälpämnen

Tablettkärna:

Kalciumkarbonat
Pregelatiniserad stärkelse
Karmellosnatrium
Sojapolysackarider
Citronsyramonohydrat
Natriumstearyl fumarat

Tabletthölje:

Hypromellos
Titandioxid (E171)
Makrogol
Polysorbat 80

6.2 Inkompatibiliteter

Ej relevant.

6.3 Hållbarhet

3 år

6.4 Särskilda förvaringsanvisningar

Inga särskilda förvaringsanvisningar.

6.5 Förpackningstyp och innehåll

Varje kartong innehåller antingen:

- Al/al-bliester med 30 eller 90 filmdragerade tabletter eller
- Al/al-bliester med 30 x 1 eller 90 x 1 filmdragerade tabletter.

Burk av högdensitetspolyeten (HDPE) med barnskyddande förslutning av polypropen innehållande 30 eller 90 filmdragerade tabletter och en förpackning med silikagel. Varje kartong innehåller en burk.

Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar och typer av behållare att marknadsföras.

6.6 Särskilda anvisningar för destruktion

Ej använt läkemedel och avfall ska kasseras enligt gällande anvisningar.

7. INNEHAVARE AV GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

Medical Valley Invest AB
Brädgårdsvägen 28
236 32 Höllviken

8. NUMMER PÅ GODKÄNNANDE FÖR FÖRSÄLJNING

57818

9. DATUM FÖR FÖRSTA GODKÄNNANDE / FÖRNYAT GODKÄNNANDE

Datum för det första godkännandet: 2019-06-26

Datum för förnyat godkännande: 2024-05-15

10. DATUM FÖR ÖVERSYN AV PRODUKTRESUMÉN

2024-02-14