



LEIA ATENTAMENTE ESTA BULA ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

**Zejula**

tosilato de niraparibe monoidratado

APRESENTAÇÃO

Cápsulas duras, contendo 100 mg de niraparibe, é apresentado em embalagens contendo 28 ou 56 cápsulas.

USO ORAL

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada cápsula de **Zejula** contém:

niraparibe.....100 mg (equivalentes a 159,4 mg de tosilato de niraparibe monoidratado)

excipientes\*.....q.s.p.....1 cápsula

\*lactose monoidratada, estearato de magnésio, cápsula gelatinosa dura (dióxido de titânio, gelatina, FD&C azul, FD&C vermelho e FD&C amarelo), tinta de impressão preta (goma laca, álcool etílico, álcool isopropílico, álcool butílico, propilenoglicol, água purificada, solução de amônia concentrada, hidróxido de potássio, óxido de ferro preto) e tinta de impressão branca (goma laca, álcool etílico, álcool isopropílico, álcool butílico, propilenoglicol, hidróxido de sódio, povidona e dióxido de titânio).

II - INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

**Zejula** cápsulas é indicado para:

- terapia de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário da trompa de Falópio ou peritoneal primário avançado (Estágios III e IV – FIGO) de alto grau, que responderam completamente ou em parte, após a conclusão da quimioterapia de primeira linha à base de platina.
- terapia de manutenção de pacientes adultas com carcinoma epitelial de ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário seroso de alto grau, recorrente e sensível à platina. A paciente deve ter respondido completamente ou em parte à quimioterapia à base de platina.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

**Terapia de manutenção de primeira linha para câncer de ovário**

O estudo PRIMA foi um estudo duplo-cego, controlado por placebo, no qual as pacientes (n = 733) com carcinoma de ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário avançado de alto grau com resposta completa ou parcial à quimioterapia de primeira linha à base de platina foram randomizadas na proporção de 2:1 para o tratamento com **Zejula** ou foram atribuídas a um placebo correspondente.

Após a conclusão da quimioterapia de primeira linha à base de platina, com ou sem cirurgia, as pacientes foram randomizadas. O bevacizumabe foi permitido juntamente com a quimioterapia. Pacientes que tinham recebido bevacizumabe com a quimioterapia, mas não podiam receber bevacizumabe como tratamento manutenção foram permitidas (n=6). As pacientes não poderiam ter recebido outro inibidor da PARP. As pacientes foram randomizadas dentro de 12 semanas do primeiro dia do último ciclo de quimioterapia. As pacientes receberam entre 6 e 9 ciclos de quimioterapia à base de platina. Após a cirurgia de citorredução com intervalo (IDS) as pacientes tiveram 2 ciclos ou mais de quimioterapia à base de platina pós-operatória. As pacientes que receberam quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia de citorredução com intervalo (IDS) poderiam ter um tumor residual visível ou nenhum tumor residual. As pacientes com doença estágio III que tiveram citorredução completa (isto é, sem doença residual visível) após cirurgia primária de citorredução (PDS) foram excluídas.

As pacientes deveriam ter CA-125 na faixa normal ou CA-125 reduzida em mais de 90% durante a quimioterapia de primeira linha à base de platina que é estável por, pelo menos, 7 dias (por exemplo, nenhum aumento >15% do nadir).

A randomização foi estratificada com base na melhor resposta durante regime de primeira linha à base de platina (resposta completa vs. parcial), quimioterapia neoadjuvante (NACT; sim vs. não) e status de deficiência de recombinação homóloga (HDR; positivo vs. negativo ou indeterminado). O teste de HDR foi realizado usando um teste de HDR no tecido tumoral, que foi retirado do diagnóstico inicial.

Em alguns casos, outros critérios além do RECIST, como sinais clínicos e sintomas e aumento do CA-125 foram empregados.

O estudo PRIMA foi iniciado com uma dose inicial de 300 mg uma vez ao dia em ciclos contínuos de 28 dias (a seguir denominada dose inicial fixa ou FSD). Com base na análise retrospectiva do estudo NOVA, a dose inicial no estudo PRIMA foi alterada pela Emenda 2 do protocolo. A partir desse momento, as pacientes com peso corporal  $\geq 77$  kg e contagem plaquetária  $\geq 150.000/\mu\text{L}$  receberam **Zejula** 300 mg (cápsulas 3 x 100 mg) ou placebo (3 cápsulas) diariamente no início do estudo. As pacientes com peso corporal  $< 77$  kg ou contagem de plaquetas  $< 150.000/\mu\text{L}$  no início do estudo receberam **Zejula** 200 mg (cápsulas 2 x 100 mg) ou placebo (2 cápsulas) diariamente (a seguir denominada dose inicial ajustada individualmente ou ISD).

Antes da Emenda 2, os 475 pacientes receberam a dose inicial fixa de 300 mg (317- niraparibe, 158-placebo). Após a Emenda, 258 pacientes receberam ISD (44-300mg, 125-200mg, 86-placebo, 3-não dosados após randomização).

O parâmetro decisivo para o resultado da eficácia, PFS (sobrevida livre de progressão), foi determinado com base nos critérios RECIST (versão 1.1.) por revisão central independente cega (BICR). A sobrevida global foi um importante objetivo secundário. Os testes de PFS foram realizados de forma hierárquica: primeiro na população positiva para deficiência da recombinação homóloga e depois na população total. A idade média de 62 anos foi resultado de uma faixa etária de 32 a 85 anos em pacientes randomizadas para **Zejula** e uma faixa etária de 33 a 88 anos em pacientes randomizadas para placebo. 89% de todas as pacientes eram caucasianas. 69% das pacientes randomizadas para **Zejula** e 71% daquelas randomizadas para placebo tiveram um ECOG de 0 no início do estudo. Na população total, 65% das pacientes apresentavam doença em estágio III e 35% em estágio IV. 67% das pacientes receberam quimioterapia neoadjuvante. 69% das pacientes apresentaram resposta completa à quimioterapia de primeira linha à base de platina.

O estudo PRIMA mostrou uma melhora estatisticamente significativa na PFS em pacientes randomizadas para **Zejula** em comparação com o placebo na população positiva para deficiência da recombinação homóloga e na população total (Tabela 1; Figuras 1 e 2).

Tabela 1: Resultados de eficácia - estudo PRIMA (determinado pelo BICR)

	População HDR pos		População total	
	Zejula (N=247)	Placebo (N=126)	Zejula (N=487)	Placebo (N=246)



<b>PFS médio (IC 95%)<sup>b</sup></b>	21,9 (19,3; NE)	10,4 (8,1; 12,1)	13,8 (11,5; 14,9)	8,2 (7,3; 8,5)
<b>Relação de risco (HR) (IC 95%)</b>	0,43 (0,31; 0,59)		0,62 (0,50; 0,76)	
<b>Valor de p</b>	<0,0001		<0,0001	

Em uma análise de subgrupo exploratória das pacientes que receberam as doses de 200mg ou 300mg de niraparibe com base no seu peso corporal basal ou contagem plaquetária basal (grupo ISD), eficácia comparável (PFS avaliada pelo investigador) foi observada para o grupo com a dose fixa inicial de 300mg (FSD), com RR de 0,54 (IC 95% 0,33; 0,91) na população HDR pos e RR de 0,68 (IC 95% 0,49; 0,94) na população total. No subgrupo HDR neg, a dose de 200 mg pareceu produzir um efeito de tratamento inferior em comparação com a dose de 300 mg.

**Figura 1: Sobrevida livre de progressão em pacientes com tumores positivos para deficiência da recombinação homóloga (população- ITT, N = 373)**

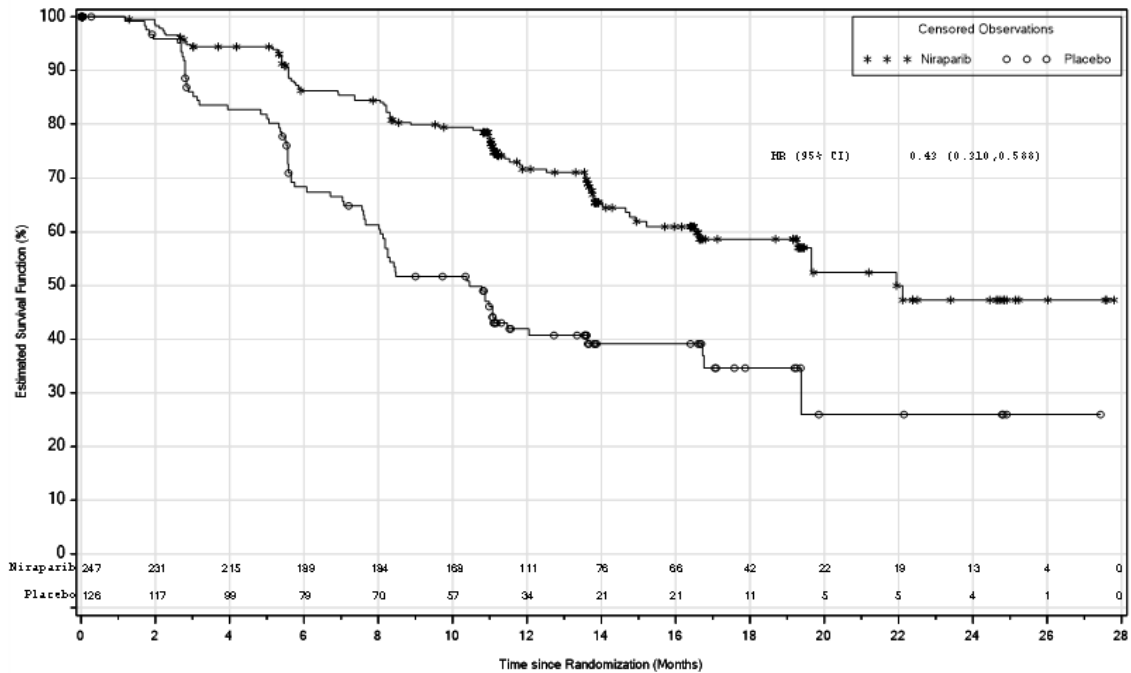
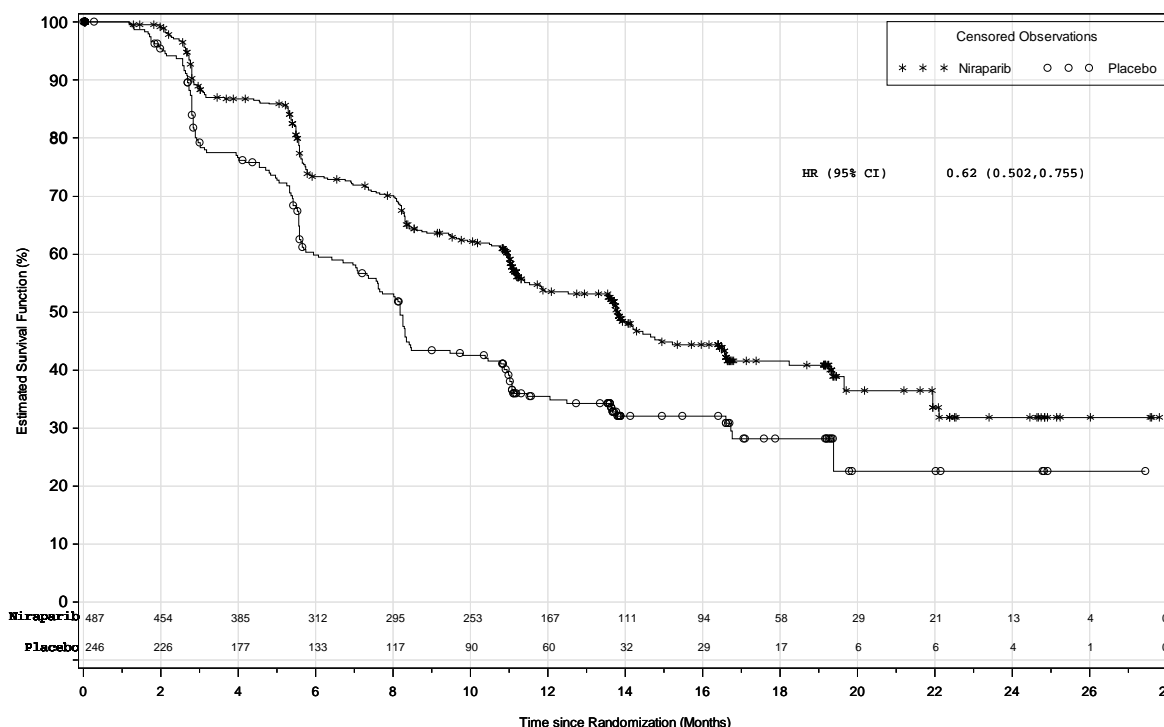


Figura 2: Sobrevida livre de progressão na população total (população ITT, N = 733)



Dentro da população positiva para deficiência da recombinação homóloga, uma taxa de risco de 0,40 (IC 95% [0,27; 0,62]) foi encontrada no subgrupo de pacientes com câncer de ovário mutado *BRCA* (N = 223). No subgrupo de pacientes sem uma mutação *BRCA* (N = 150), a taxa de risco foi de 0,50 (IC 95% [0,31; 0,83]).

Para a população negativa para deficiência da recombinação homóloga (HDR negativa) (N = 249), a taxa de risco foi de 0,68 (IC 95% [0,49, 0,94]).

No momento da análise da PFS, os dados de sobrevida global eram limitados com 11% de mortes na população total.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre **Zejula** e placebo em termos de sintomas relatados pelas pacientes ou QVRS (qualidade de vida relacionada à saúde) devido às taxas de melhora e deterioração medidas com FOSI, EQ-5D-5L e EORTC-QLQ.

O tratamento com **Zejula** não teve um impacto negativo nos resultados relatados pelas pacientes ou na qualidade de vida relacionada à saúde, conforme avaliado por FOSI e EQ-5D-5L. Exceções foram observadas nos resultados gastrointestinais do EORTC-QLQ-C30 nas pacientes tratadas com niraparibe [constipação, náusea/vômito, perda de apetite, dispneia] e nas pacientes com placebo [diarreia]. Além disso, nenhuma diferença relacionadas à piora abdominal/GI foi observada conforme medido pelo EORTC-QLQ-OV28, entre as pacientes tratadas com niraparibe e placebo.

### Terapia de manutenção para câncer de ovário recorrente

A segurança e a eficácia do niraparibe como terapia de manutenção foram investigadas em um estudo internacional de fase 3, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo (NOVA) em pacientes com carcinoma de ovário epitelial seroso, das trompas de Falópio ou peritoneal primário, principalmente de alto grau, anteriormente sensíveis à platina. As pacientes deveriam ter uma histologia serosa de alto grau (ou Grau 3), uma histologia predominantemente serosa ou uma *gBRCA* mut conhecida. No entanto, nos dados clínicos, o grau numérico do câncer de ovário, das trompas de Falópio ou peritoneal primário não foram coletados.

A sensibilidade à platina foi definida pela resposta completa (RC) ou resposta parcial (RP) por mais de seis meses ao penúltimo regime terapêutico à base de platina.

Todas as pacientes haviam recebido anteriormente pelo menos dois regimes terapêuticos à base de platina e mostraram uma resposta (completa ou parcial) ao seu último regime terapêutico à base de platina. As concentrações de CA-125 deveriam estar na faixa normal ou terem tido uma redução maior que 90% durante seu último tratamento à base de platina e deveriam estar estáveis por pelo menos 7 dias. As pacientes não haviam recebido tratamento anterior com um inibidor da PARP, incluindo o niraparibe.

As pacientes elegíveis para o estudo foram designadas para uma das duas coortes, dependendo dos resultados de um teste de mutação da linha germinativa *BRCA* (coorte *gBRCA* mut e coorte não *gBRCA* mut). Em cada coorte, as pacientes foram aleatoriamente designadas para o tratamento com niraparibe ou placebo na proporção de 2:1.

As pacientes foram designadas para a coorte *gBRCA* mut com base no resultado de teste em amostras de sangue para análise *gBRCA* realizadas antes da randomização. Nesta coorte, a eficácia foi avaliada na população *gBRCA* mut global. O estudo atendeu ao objetivo primário de uma melhoria na PFS estatisticamente significativa para o tratamento de manutenção com niraparibe quando comparado ao placebo na coorte *gBRCA* mut (HR 0,27; IC 95 % 0,173; 0,410; p < 0,0001).

Na coorte não-*gBRCA* mut, testes exploratórios para tumor com mutação *BRCA* e HRD realizados antes do estudo foram não-cegos usando tecido obtido no momento do diagnóstico inicial ou no momento da recorrência. A eficácia na coorte não *gBRCA* mut foi realizada de maneira hierárquica com o teste de subconjunto de HRD positivo (*BRCA* mut somático e HRD positivo/*BRCA* wt) realizado inicialmente, seguido por um teste da coorte não-*gBRCA* mut global caso o primeiro teste fosse estatisticamente significativo.

O estudo atendeu ao desfecho primário na coorte não-*gBRCA* mut global (RH 0,45; IC95 % 0,338; 0,607; p < 0,0001). O teste experimental HRD avaliou a presença do tumor *BRCA* mut e três medidas indiretas de instabilidade do genoma do tumor: perda de heterozigidade, desequilíbrio alélico telomérico (TAI) e transições de forma em grande escala. No grupo positivo para deficiência da recombinação homóloga (HDR positiva), a razão de risco foi de 0,38 (IC 95%, 0,243; 0,586; p < 0,0001). No grupo negativo para deficiência da recombinação homóloga (HDR negativa), a razão de risco foi de 0,58 (IC95% 0,361; 0,922; p = 0,0226). O teste experimental não foi capaz de discriminar quais as pacientes se beneficiariam ou não com a terapia de manutenção com niraparibe.

Dentro de cada coorte, a randomização foi estratificada com base em três critérios: tempo para progressão após o penúltimo tratamento à base de platina antes do recrutamento para o estudo (6 a <12 meses ou ≥ 12 meses); uso de bevacizumabe com o penúltimo ou último regime terapêutico à base de platina (sim/não); melhor resposta durante o último regime terapêutico à base de platina (resposta total ou parcial).

As pacientes iniciaram o tratamento no ciclo 1/dia 1 com 300 mg de niraparibe ou o placebo correspondente, com administração diária em ciclos contínuos de 28 dias. As visitas à clínica foram realizadas em cada ciclo (4 semanas ± 3 dias).

Durante o estudo NOVA, 48% das pacientes necessitaram de interrupção do tratamento no ciclo 1. Aproximadamente 47% das pacientes retomaram o tratamento com uma dose reduzida no ciclo 2.

A dose mais comum usada em pacientes tratadas com niraparibe no estudo NOVA foi de 200 mg.

A sobrevida livre de progressão como desfecho primário foi determinada por uma avaliação central, independente e cega, de acordo com os critérios RECIST (Critérios de Avaliação de Resposta em Tumores Sólidos, Versão 1.1) ou de acordo com os achados clínicos, os sintomas e o aumento no antígeno CA-125. A sobrevida livre de progressão foi medida entre o tempo de randomização (até 8 semanas após o término do regime de quimioterapia) e a progressão da doença ou óbito.

A análise de eficácia primária para sobrevida livre de progressão foi definida e avaliada prospectivamente e separadamente para a coorte gBRCAmut e a coorte não gBRCAmut. O desfecho primário de eficácia, sobrevida livre de progressão, foi analisado para a coorte não-gBRCAmut usando um esquema de teste hierárquico. Durante a primeira etapa do teste, a PFS foi avaliada no grupo de pacientes com tumores HDR pos; se o resultado fosse significativo, a PFS seria avaliada na coorte não-gBRCAmut completa (BRCAmut somática, HDR pos/BRCA selvagem, HDR neg).

Os dados demográficos, as características basais da doença e a história do tratamento foram geralmente bem equilibrados entre os grupos niraparibe e placebo nas coortes gBRCAmut (n = 203) e não-gBRCAmut (n = 350). A idade mediana, entre tratamentos e coortes, variou de 57 a 63 anos. O tumor primário estava localizado, na maioria das pacientes (> 80%) em cada coorte, no ovário; na maioria das pacientes (> 88%), a histologia do tumor mostrou características serosas. Nos dois grupos de tratamento e nas duas coortes, uma alta proporção de pacientes recebeu 3 ou mais linhas de tratamento antes da quimioterapia, incluindo 49% e 34% das pacientes tratadas com niraparibe nas coortes gBRCAmut e não-gBRCAmut, respectivamente. A maioria das pacientes tinha entre 18 e 64 anos (65%), branca (87%) e apresentava um desempenho ECOG de 0 (68%).

**Tabela 2 Relatório do Estudo Clínico NOVA (dados demográficos)**

Características Basais/Demográficas	Coorte gBRCAmut (N=203)		Coorte Não-gBRCAmut (N=350)		Todos os indivíduos N=553
	niraparibe (N=138)	Placebo (N=65)	niraparibe (N=234)	Placebo (N=116)	
Idade (anos), n (%)					
18-64	110 (79,7)	49 (75,4)	130 (55,6)	69 (59,5)	358 (64,7)
65-74	24 (17,4)	16 (24,6)	85 (36,3)	39 (33,6)	164 (29,7)
≥65	28 (20,3)	16 (24,6)	104 (44,4)	47 (40,5)	195 (35,3)
≥75	4 (2,9)	0	19 (8,1)	8 (6,9)	31 (5,6)
Raça: branca	123 (89,1)	55 (84,6)	201 (85,9)	101 (87,1)	480 (86,8)
Desempenho ECOG de 0 no recrutamento	91 (65,9)	48 (73,8)	160 (68,4)	78 (67,2)	377 (68,2)

Entre as coortes gBRCAmut e não gBRCAmut, 24% a 27% tinham recebido anteriormente bevacizumabe com o penúltimo ou último regime de platina. O estudo alcançou seu objetivo principal de melhorar estatisticamente a sobrevida livre de progressão com niraparibe como monoterapia de manutenção em comparação com o placebo na coorte gBRCAmut (HR 0,27; IC 95% 0,173-0,410; p <0,0001); sobrevida média livre de progressão 21,0 meses (IC 95% 12,9 - não alcançado) com niraparibe e sobrevida média livre de progressão 5,5 meses (IC 95% 3,8 - 7,2) com placebo e nas pacientes não-gBRCAmut (HR 0,45; IC 95% 0,338-0,617, p <0,0001); sobrevida média sem progressão 9,3 meses (IC 95% 7,2 - 11,2) com niraparibe e sobrevida média sem progressão 3,9 meses (IC 95% 3,7 - 5,5) com placebo. A avaliação do pesquisador sobre a sobrevida livre de progressão coincidiu com a do comitê de revisão independente, que realizou a avaliação radiológica central e clínica clínico-oncológica às cegas.

No momento da análise da sobrevida livre de progressão, os dados de sobrevida global disponíveis eram limitados com 17% de mortes entre as duas coortes.

Os desfechos secundários de eficácia, intervalo livre de quimioterapia (CFI), tempo até a primeira terapia subsequente (TFST) e sobrevida livre de progressão 2 (PFS2) mostraram um efeito de tratamento a favor do braço de tratamento com niraparibe na coorte gBRCAmut e em toda a coorte não-gBRCAmut.

Intervalo livre de quimioterapia, definido como o período entre o final do último tratamento à base de platina e o início do tratamento antineoplásico seguinte (com exceção da terapia de manutenção): Na coorte gBRCAmut (HR 0,26, IC95% 0,17 - 0,41); média de 22,8 meses (IC 95% 17,9 - não atingido) para niraparibe e média de 9,4 meses (IC 95% 7,9 - 10,6) para placebo; na coorte não-gBRCAmut (HR 0,50; IC 95% 0,37-0,67); média de 12,7 meses (IC 95% 11,0-14,7) para niraparibe e média de 8,6 meses (IC 95% 6,9-10,0) para placebo.

Duração até o primeiro tratamento subsequente, definido como o período entre a data da randomização e a data do primeiro tratamento antineoplásico subsequente ou morte: Na coorte gBRCAmut (HR 0,31, IC 95% 0,21 - 0,48); média de 21,0 meses (IC 95% 17,5 - não atingido) para niraparibe e média de 8,4 meses (IC 95% 6,6 - 10,6) para placebo; na coorte não-gBRCAmut (HR 0,55; IC 95% 0,41 - 0,72); média de 11,8 meses (IC95% 9,7 - 13,1) para niraparibe e média de 7,2 meses (IC 95% 5,7 - 8,5) para placebo.

Sobrevida livre de progressão 2, definida como o período entre a data da randomização neste estudo e a primeira data da avaliação da progressão no próximo tratamento antineoplásico após o estudo ou a data da morte, independentemente da causa: Na coorte gBRCAmut (HR 0,48, IC 95% 0,28-0,82); média de 25,8 meses (IC 95% 20,3 - não alcançado) com niraparibe e média de 19,5 meses (IC 95% 13,3 - não alcançado) com placebo; na coorte não-gBRCAmut (HR 0,69; IC 95% 0,49-0,96); média de 18,6 meses (IC 95% 16,2-21,7) com niraparibe e média de 15,6 meses (IC 95% 13,2-20,9) com placebo.

Dados de desfechos reportados pelas pacientes a partir de ferramentas validadas (FOSI - Avaliação Funcional da Terapia para Câncer/ Índice de Sintomas Ovarianos e EQ-5D- escala Europeia de Qualidade de Vida, 5-Dimensões) indicam que as pacientes tratadas com niraparibe não reportaram diferenças em relação aquelas tratadas com placebo em medidas associadas à qualidade de vida.

### 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

#### Propriedades Farmacodinâmicas

**Código ATC**  
L01XX54

#### **Mecanismo de ação**

O niraparibe é um inibidor das enzimas poli (ADP-ribose) polimerase (PARP), PARP-1 e PARP-2, que desempenham um papel no reparo do DNA. Estudos *in vitro* mostraram que a citotoxicidade induzida pelo niraparibe pode inibir a atividade enzimática da PARP e aumentar a formação de complexos DNA-PARP, levando a danos no DNA, apoptose e morte celular.

#### **Efeitos Farmacodinâmicos**

Foi observado um aumento na citotoxicidade induzida pelo niraparibe em linhagens celulares de tumor com ou sem deficiência na expressão dos genes BRCA1/2. Demonstrou-se que o niraparibe reduz o crescimento do tumor em diferentes modelos experimentais: xenoinxertos implantados em camundongos de tumores humanos de câncer de ovário seroso de alto grau com mutação BRCA 1 e 2; sem mutação BRCA, mas com deficiência da recombinação homóloga; e sem mutação BRCA e sem deficiência da recombinação homóloga detectável.

#### **Eletrofisiologia Cardíaca**

O niraparibe não demonstrou prolongamento do intervalo QTc clinicamente significativo nos estudos clínicos. O potencial de prolongamento do intervalo QTc com niraparibe foi avaliado em um estudo randomizado e controlado com placebo em pacientes com câncer de ovário (NOVA). A análise QTcF foi conduzida em 58 indivíduos no total (53 com niraparibe, 5 com placebo) derivados do estudo NOVA principal e dois subestudos (Efeito de Alimentos Aberto e QTc Aberto). Nenhuma paciente que foi submetida a monitoramento intensivo de ECG no estudo NOVA principal ou no subestudo QTc apresentou QTcF > 480 ms ou alteração do QTcF do valor basal > 30 ms em qualquer momento pós-administração.

O estudo avaliou os efeitos do niraparibe na repolarização cardíaca após uma dose única de niraparibe (300 mg por via oral) e correlacionou as alterações do valor basal do QTc com as concentrações plasmáticas de niraparibe. Em pacientes que foram submetidas a monitoramento intensivo de ECG no NOVA principal ou subestudo QTc, o maior aumento observado no QTcF desde a linha de base ( $\Delta$ QTcF) foi de  $4,3 \pm 8,8$  ms (média  $\pm$  DP) 3 horas após administração da dose. O limite superior do IC 95% unilateral do  $\Delta$ QTcF foi de 6,7 ms 3 horas após a administração da dose. O maior limite superior do IC 95% unilateral da alteração média da linha de base e do placebo no intervalo QTcF ( $\Delta\Delta$ QTcF) foi de 6,3 ms 4 horas após a administração da dose.

#### **Toxicologia Animal e/ou Farmacologia**

*In vitro*, o niraparibe se ligou ao transportador de dopamina (DAT), transportador de norepinefrina (NET) e transportador de serotonina (SERT) e inibiu a captação de norepinefrina e dopamina em células com valores de IC<sub>50</sub> menores do que C<sub>min</sub> no estado de equilíbrio, em pacientes que receberam a dose recomendada. O niraparibe tem o potencial de causar, em pacientes, efeitos relacionados à inibição desses transportadores (por exemplo, cardiovascular ou SNC).

A administração intravenosa de niraparibe a 1, 3 e 10 mg/kg durante 30 minutos a cães vagotomizados resultou em aumento da faixa de pressão arterial de 13-20, 18-27 e 19-25% e aumento da faixa de frequência cardíaca de 2-11, 4-17 e 12-21% acima dos níveis pré-dose, respectivamente. As concentrações plasmáticas de niraparibe não-ligado em cães a estes níveis de dose foram aproximadamente 0,5, 1,5 e 5,8 vezes a C<sub>max</sub> não ligada no estado de equilíbrio em pacientes recebendo a dose recomendada.

Além disso, o niraparibe atravessou a barreira hematoencefálica em ratos e macacos após administração oral. A razão líquido cefalorraquidiano (LCR): C<sub>max</sub> plasmático de niraparibe administrado a 10 mg/kg por via oral a dois macacos Rhesus foram de 0,10 e 0,52.

#### **Propriedades Farmacocinéticas**

##### **Absorção**

Após uma dose única de 300 mg de niraparibe em jejum, o niraparibe foi mensurável no plasma após 30 minutos. A concentração plasmática máxima média (C<sub>max</sub>) de niraparibe [804 ng/mL (coeficiente de variação de 50,2%)] foi atingida após aproximadamente 3 horas. Após doses orais múltiplas de 30 mg a 400 mg de niraparibe uma vez ao dia, o acúmulo de niraparibe foi de aproximadamente 2-3 vezes.

A exposição sistêmica ao niraparibe (C<sub>max</sub> e AUC) aumentou proporcionalmente à dose quando a dose de niraparibe aumentou de 30 mg para 400 mg. A biodisponibilidade absoluta do niraparibe é de aproximadamente 73%.

Uma refeição concomitante com alto teor de gordura não alterou significativamente os parâmetros farmacocinéticos do niraparibe após administração de 300 mg de niraparibe.

##### **Distribuição**

Em uma análise farmacocinética populacional de niraparibe, o Vd/F foi de 1311 L em pacientes com câncer, consistente com o volume aparente de distribuição de 1220 L observado no estudo ADME (Absorção, Distribuição, Metabolismo e Eliminação).

##### **Metabolismo**

O niraparibe é metabolizado principalmente em M1 por carboxilesterases (CE), esse metabólito não inibe a PARP. Em um estudo de balanço de massa, M1 e M10 (os glicuronídeos de M1 formados posteriormente) foram os principais metabólitos na corrente sanguínea. No plasma, os 3 metabólitos glicuronídeos do M1 juntos representam ~ 55,7% da AUC da radioatividade total, M1 9,3%, niraparibe 2,4% e M1 metilado 2,5%. As isoformas responsáveis da CES e UGT não são totalmente caracterizadas.

##### **Eliminação**

Após uma dose oral única de 300 mg de niraparibe, sua meia-vida média terminal (t<sub>1/2</sub>) variou de 48 horas a 51 horas (aproximadamente 2 dias). Numa análise farmacocinética populacional, a depuração total aparente (CL/F) do niraparibe em pacientes com câncer foi de 16,5 L/h. O niraparibe é principalmente excretado no fígado e nos rins. Após a administração de uma dose oral única de 300 mg [<sup>14</sup>C]-niraparibe, uma média de 86,2% (variação de 71% a 91%) da dose foi encontrada na urina e nas fezes novamente durante 21 dias. Da radioatividade detectada, 47,5% da dose (intervalo de 33,4% a 60,2%) estava na urina e 38,8% (intervalo de 28,3% a 47,0%) nas fezes. Nas amostras coletadas durante 6 dias, 40,0% da dose foi encontrada na urina, principalmente como M1, e 31,6% da dose nas fezes, principalmente como niraparibe inalterado.

##### **Carcinogênese**

Nenhum estudo de carcinogenicidade foi realizado com niraparibe.

##### **Toxicologia Reprodutiva**

Não foram realizados estudos em animais sobre toxicidade reprodutiva e de desenvolvimento.

#### Toxicidade por dose repetida

Estudos de toxicidade de dose repetida, com administração diária por via oral de niraparibe por até 3 meses, foram realizados em ratos e cães.. O principal órgão alvo de ambas as espécies foi a medula óssea, com alterações correspondentes nos parâmetros hematológicos periféricos. Uma diminuição na espermatogênese também foi encontrada em ambas as espécies. Estes resultados foram observados em exposições mais baixas do que as observadas clinicamente e foram amplamente reversíveis nas 4 semanas após a última administração.

#### Genotoxicidade

O niraparibe não mostrou efeitos mutagênicos no teste de Ames, mas foi clastogênico em um teste *in vitro* de aberrações cromossômicas em mamíferos e em um teste *in vivo* de micronúcleos na medula óssea do rato. Essa clastogênese é consistente com a instabilidade genômica resultante da farmacologia primária do niraparibe e indica potencial genotóxico em humanos.

#### Populações Especiais de Pacientes

##### Insuficiência Renal

Na análise farmacocinética populacional, as pacientes com insuficiência renal leve (*clearance* de creatinina 60-90 mL/min) e moderada (30-60 mL/min) tiveram *clearance* do niraparibe levemente reduzido em comparação com indivíduos com função renal normal (exposição 7-17% maior na insuficiência leve e 17-38% maior na insuficiência renal moderada). A diferença na exposição não é considerada para justificar um ajuste da dose.

##### Insuficiência Hepática

De acordo com a análise farmacocinética da população, os valores iniciais de albumina sérica, AST, bilirrubina total e ALT não tiveram influência clinicamente significativa na farmacocinética do niraparibe em pacientes com insuficiência hepática leve.

Em um estudo clínico em pacientes com câncer usando os critérios NCI-ODWG para classificar o grau de insuficiência hepática, a  $AUC_{inf}$  do niraparibe em pacientes com insuficiência hepática moderada (n = 8) foi 1,56 (IC 90%: 1,06 a 2,30) vezes a  $AUC_{inf}$  do niraparibe em pacientes com função hepática normal (n = 9) após administração de uma dose única de 300 mg. O ajuste da dose de niraparibe é recomendado para pacientes com insuficiência hepática moderada (ver Posologia e Modo de Usar). A insuficiência hepática moderada não teve efeito na  $C_{max}$  do niraparibe ou na ligação do niraparibe às proteínas.

A farmacocinética de **Zejula** em pacientes com insuficiência hepática grave é desconhecida.

##### Idade, peso e raça

Não houve efeito covariável significativo de idade, peso e etnia na farmacocinética do niraparibe; estes parecem não afetar a farmacocinética do niraparibe.

##### População pediátrica

Nenhum estudo farmacocinético pediátrico foi realizado.

#### 4. CONTRAINDICAÇÕES

**Zejula** é contraindicado nos seguintes casos de:

- Hipersensibilidade ao ingrediente ativo ou a qualquer um dos excipientes.
- Amamentação durante o tratamento e até 1 mês após a última dose (ver Advertências e Precauções).

**Este medicamento é contraindicado para uso por mulheres que estejam amamentando.**

#### 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

##### Efeitos adversos hematológicos

Para descobrir quaisquer alterações clinicamente relevantes nos parâmetros hematológicos durante o tratamento, recomenda-se verificar o hemograma uma vez por semana durante o primeiro mês, depois uma vez por mês durante os próximos 11 meses e, em seguida, em intervalos regulares (ver Posologia e Modo de Usar). **Zejula** deve ser descontinuado se a paciente desenvolver um hemograma tóxico persistente grave incluindo pancitopenia, que não normalizou no período de 28 dias após a descontinuação. A paciente deve ser encaminhada a um hematologista para investigações adicionais.

Devido ao risco de trombocitopenia, os anticoagulantes e os medicamentos que diminuem a contagem de plaquetas devem ser usados com cautela (ver Reações Adversas).

Reações adversas hematológicas (trombocitopenia, anemia e neutropenia) foram reportadas em pacientes tratadas com **Zejula** (ver Reações Adversas).

Pacientes com baixo peso corporal ou baixa contagem plaquetária podem estar sob risco aumentado de apresentar trombocitopenia grau 3 ou maior (ver Posologia e Modo de Usar).

Não iniciar o tratamento com **Zejula** até que as pacientes tenham se recuperado de toxicidades hematológicas causadas para quimioterapia prévia.

##### Síndrome mielodisplásica/leucemia mielóide aguda

Síndrome mielodisplásica/leucemia mielóide aguda (MDS/AML), incluindo casos com desfecho fatal, foi relatada em pacientes que receberam **Zejula** em monoterapia em estudos clínicos. Em 1785 das pacientes tratadas com **Zejula** nos estudos clínicos, MDS/AML ocorreu em 15 pacientes. Casos de síndrome mielodisplásica/leucemia mielóide aguda (MDS/AML) foram observados em pacientes recebendo **Zejula** em monoterapia ou em combinação e em relatórios pós-comercialização.

Nas pacientes, a duração do tratamento com **Zejula** antes do aparecimento de uma MDS/AML variou entre 0,5 meses e mais de 4,9 anos. Os casos eram típicos de MDS/AML secundária associada ao tratamento antineoplásico. Todas as pacientes receberam vários esquemas de quimioterapia à base de platina e um grande número delas também recebeu outras substâncias prejudiciais ao DNA e radioterapia. Algumas pacientes tinham histórico de displasia da medula óssea.

Se uma MDS e/ou AML for confirmada durante o tratamento com **Zejula**, este deve ser descontinuado e a paciente tratada adequadamente.

##### Hipertensão, incluindo crise hipertensiva

Foram notificados casos de hipertensão, incluindo crise hipertensiva, durante o tratamento com **Zejula** (ver Reações Adversas).



A hipertensão arterial pré-existente deve ser efetivamente controlada antes do início do tratamento com **Zejula**. A pressão sanguínea deve ser verificadas semanalmente nos primeiros dois meses de tratamento com **Zejula**, depois mensalmente no primeiro ano de tratamento, e posteriormente em intervalos regulares. Pacientes devem ser orientadas a procurar seu médico em caso de aumento da pressão sanguínea. Pacientes com distúrbios cardiovasculares, especialmente insuficiência coronariana, arritmia cardíaca e hipertensão, devem ser cuidadosamente monitoradas. A hipertensão deve ser tratada com medicamentos anti-hipertensivos e a dose de **Zejula** ajustada, se necessário (ver Posologia e Modo de Usar).

#### **Síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES)**

Houve raros relatos (0,09% das pacientes em estudos clínicos) de pacientes tratadas com niraparibe que desenvolveram sinais e sintomas consistentes com Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) (ver Reações Adversas). PRES é um distúrbio neurológico raro que pode se apresentar com os seguintes sinais e sintomas, incluindo convulsões, cefaleia, alteração do estado mental, distúrbio visual ou cegueira cortical, com ou sem hipertensão associada. Um diagnóstico de PRES requer confirmação por imagem do cérebro, de preferência imagem de ressonância magnética (MRI). Em pacientes que desenvolvem PRES, é recomendado o tratamento de sintomas específicos, incluindo controle da hipertensão, junto com a descontinuação do niraparibe. A segurança de reiniciar a terapia com niraparibe em pacientes que já experimentaram PRES não é conhecida.

#### **Lactose**

As cápsulas de **Zejula** contêm lactose monohidratada. Pacientes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento.

#### **Excipientes**

Este medicamento contém tartrazina (E102), que pode causar reações alérgicas.

**Este produto contém o corante amarelo de TARTRAZINA que pode causar reações de natureza alérgica, entre as quais asma brônquica, especialmente em pessoas alérgicas ao ácido acetilsalicílico.**

#### **Gravidez e Lactação**

##### **Fertilidade**

Não existem dados clínicos disponíveis sobre a influência de **Zejula** na fertilidade. Foi observada uma diminuição reversível da espermatogênese em estudos com animais.

##### **Mulheres com potencial para engravidar/contracepção**

Mulheres com potencial para engravidar não devem estar grávidas no início do tratamento e não devem planejar engravidar enquanto estiverem tomando **Zejula**.

Mulheres com potencial para engravidar que não estejam prontas para contracepção confiável durante o tratamento com **Zejula** e até 1 mês após tomar a última dose não devem tomar **Zejula**. Para todas as mulheres em idade fértil, um teste de gravidez deve ser realizado antes do tratamento.

Mulheres com potencial para engravidar devem usar métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento com **Zejula** e por um mês após a última dose.

##### **Gravidez**

Não existem dados disponíveis sobre o uso de **Zejula** em mulheres grávidas. Não foram realizados estudos em animais sobre toxicidade reprodutiva e de desenvolvimento. No entanto, devido ao seu mecanismo de ação, o niraparibe pode prejudicar o embrião ou o feto quando administrado a uma mulher grávida, incluindo efeitos letais e teratogênicos no embrião. **Zejula** não deve ser utilizado durante a gravidez.

##### **Lactação**

Não se sabe se o niraparibe ou seus metabólitos são excretados no leite humano. A amamentação é contraindicada durante o tratamento com **Zejula** e no primeiro mês após a última dose (ver Contraindicações).

##### **Categoria C de risco na gravidez.**

**Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.**

##### **Capacidade de realizar tarefas que requerem habilidades motoras, cognitivas ou de julgamento**

As pacientes podem sentir fraqueza, cansaço e tonturas enquanto estiverem usando **Zejula**. Pacientes com esses sintomas devem ter cuidado ao conduzir veículos e operar máquinas.

##### **Populações especiais**

Ver Populações Especiais de Pacientes, em Características Farmacológicas.

## **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**

### **Interações Farmacodinâmicas**

A administração simultânea de niraparibe e vacinas ou agentes imunossupressores não foi investigada.

Também existem dados limitados sobre a combinação de niraparibe com medicamentos citotóxicos. Como resultado, deve-se ter cautela quando o niraparibe é coadministrado com vacinas, agentes imunossupressores ou outros medicamentos citotóxicos.

### **Interações Farmacocinéticas**

Nenhum estudo clínico foi realizado sobre interações medicamentosas com **Zejula**.

O niraparibe inibe o MATE1 (transportador de extrusão de múltiplos medicamentos e toxinas) e o MATE2-K *in vitro*. O niraparibe pode aumentar a concentração de medicamentos no plasma e nas células tubulares dos rins que são excretados principalmente pelo MATE1 e MATE2-K (por exemplo, metformina).

O niraparibe inibe a proteína de resistência ao câncer de mama (BCRP) em pequena extensão *in vitro*. A relevância clínica é desconhecida e o niraparibe pode aumentar os níveis plasmáticos de medicamentos cuja distribuição ou eliminação depende do BCRP.

### **Resumo dos resultados de estudos *in vitro***



Inibição das UDP-glucuronosiltransferases (UGTs): O niraparibe não apresentou efeito inibitório contra as isoformas da UGT (UGT1A1, UGT1A4, UGT1A9 e UGT2B7) até 200 µM *in vitro*. Portanto, o potencial de inibição clinicamente relevante das UGTs pelo niraparibe é mínimo.

Inibição do CYP: O niraparibe e seu principal metabólito M1 não são inibidores das enzimas CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 e CYP3A4.

O niraparibe induz ligeiramente o CYP1A2 *in vitro*; a relevância clínica não é excluída. Logo, deve-se cautela ao coadministrar niraparibe com substratos da CYP1A2, em especial, aqueles com faixa terapêutica estreita como clozapina, teofilina e ropinirol.

Indução do CYP: O niraparibe e seu principal metabólito M1 não são indutores do CYP3A4.

O niraparibe é um provável substrato da carboxilesterase 1. O papel de outras isoformas da carboxilesterase no metabolismo do niraparibe é desconhecido.

Inibição de sistemas de transporte: O niraparibe é um inibidor do MATE1 e MATE2-K. O metabólito M1 não é um inibidor da P-gp, BCRP ou BSEP. O niraparibe e o M1 não são inibidores dos polipeptídeos de transporte de ânions orgânicos 1B1 (OATP1B1), 1B3 (OATP1B3) ou do transportador de ânions orgânicos 1 (OAT1) e 3 (OAT3) ou do transportador de cátions orgânicos 2 (OCT2).

O niraparibe não é um inibidor de BSEP. *In vitro*, niraparibe inibe a P-gp muito fracamente e BCRP com um IC<sub>50</sub> = 161 µM e 5.8 µM, respectivamente. Portanto, uma interação clinicamente significativa relacionada a uma inibição desses transportadores de efluxo, embora improvável, não pode ser excluída. Deve-se ter cautela quando niraparibe é administrado com substratos do BCRP (irinotecano, rosuvastatina, sinvastatina, atorvastatina e metotrexato). Substrato do sistema de transporte: O niraparibe é um substrato da glicoproteína P (P-gp) e da proteína de resistência ao câncer de mama (BCRP). O niraparibe não é um substrato da bomba de exportação de sal biliar (BSEP). O metabólito M1 não é um substrato de P-gp, BCRP ou BSEP. Nem niraparibe nem M1 são substratos dos polipeptídeos de transporte de ânions orgânicos 1B1 (OATP1B1), 1B3 (OATP1B3) ou do transportador de cátions orgânicos 1 (OCT1), do transportador de ânions orgânicos 1 (OAT1) e 3 (OAT3) ou o transportador de cátions orgânicos 2 (OCT2). *In vitro*, niraparibe causou inibição fraca do transportador de cátions orgânicos 1 (OCT1), cuja relevância clínica não foi estudada.

## 7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

### Cuidados de Armazenamento

Mantenha o produto na embalagem original e em temperatura abaixo de 25°C. O prazo de validade é de 36 meses a partir da data de fabricação.

**Número do lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.**

**Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.**

### Aspectos físicos / Características organolépticas

Cápsulas gelatinosas dura, tamanho 0 com corpo branco gravado '100mg' em preto e tampa roxa gravado 'niraparibe' em branco contendo um pó branco a quase branco.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

## 8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

### Modo de Uso

O tratamento com **Zejula** deve ser iniciado e monitorado por um médico com experiência no uso de medicamentos antineoplásicos.

**Zejula** é administrado por via oral. A cápsula deve ser engolida sem necessidade de considerar as refeições.

A administração no momento de dormir pode ser um método em potencial para o manejo da náusea.

### Posologia

#### Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário de Primeira Linha

A dose inicial recomendada de **Zejula** é de 200 mg (duas cápsulas de 100 mg) uma vez ao dia. No entanto, para pacientes com peso ≥ 77 kg e uma contagem plaquetária basal ≥ 150.000/µL, a dose inicial recomendada é de 300 mg (três cápsulas de 100 mg) uma vez ao dia.

#### Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário Recorrente

A dose é de três cápsulas de 100 mg uma vez ao dia, equivalente a uma dose diária total de 300 mg.

As pacientes devem ser orientadas a usar as cápsulas de **Zejula** aproximadamente no mesmo horário todos os dias.

O tratamento com **Zejula** deve continuar até que seja observada a progressão da doença ou aparecimento de eventos adversos, que não podem ser controlados.

Se a paciente se esquecer de tomar uma dose de **Zejula**, ela deve tomar a próxima dose no horário normal.

#### Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário de Primeira Linha

Para o tratamento de manutenção de câncer de ovário avançado, as pacientes devem iniciar o tratamento com **Zejula** não mais que 12 semanas após a quimioterapia à base de platina mais recente.

#### Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário Recorrente

Para o tratamento de manutenção de câncer de ovário avançado, as pacientes devem iniciar o tratamento com **Zejula** não mais que 8 semanas após a quimioterapia à base de platina mais recente.

### Ajuste da dose em caso eventos adversos aos medicamentos

Os ajustes de dose recomendados para eventos adversos estão listados nas Tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3: Ajustes recomendados para eventos adversos		
Dose inicial	200 mg/dia (duas cápsulas de 100 mg)	300 mg/dia (três cápsulas de 100 mg)
Primeira redução de dose	100 mg/dia * (uma cápsula de 100 mg)	200 mg/dia (duas cápsulas de 100 mg)



Segunda redução de dose	Interrupção do tratamento	100 mg/dia * (uma cápsula de 100 mg)
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------

\*Se for necessária uma redução adicional da dose para menos de 100 mg/dia, o tratamento com Zejula deve ser interrompido.

Tabela 4: Ajustes de dose para eventos adversos não hematológicos	
Eventos adversos não hematológicos de gravidade relacionados ao tratamento $\geq 3$ , de acordo com o CTCAE*, para os quais a profilaxia não é considerada possível, ou eventos adversos persistirem apesar do tratamento.	Primeira ocorrência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> por um período máximo de 28 dias ou até que os eventos adversos desapareçam.</li> <li>• Reinicie <b>Zejula</b> novamente com uma dose reduzida de acordo com a Tabela 1. São permitidas até duas reduções de dose para a dose de 300 mg; é permitida uma redução de dose única para a dose de 200 mg.</li> </ul>
Os eventos adversos de gravidade relacionados ao tratamento $\geq 3$ , de acordo com a CTCAE que duram mais de 28 dias.	Interromper o tratamento.

\*CTCAE = Critérios comuns de terminologia para eventos adversos

Tabela 5: Ajustes de dose para efeitos adversos hematológicos	
Efeitos adversos hematológicos foram observados durante o tratamento com <b>Zejula</b> , particularmente no início do tratamento. Portanto, recomenda-se verificar o hemograma semanalmente no primeiro mês de tratamento e ajustar a dose individualmente, se necessário. Após o primeiro mês, recomenda-se verificar o hemograma uma vez por mês e depois a intervalos regulares (ver Advertências e Precauções).	
Efeitos adversos hematológicos que requerem transfusão ou suporte de um fator de crescimento hematopoiético.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma transfusão de plaquetas deve ser considerada em pacientes com uma contagem de plaquetas <math>\leq 10.000/\mu\text{L}</math>. Se houver outros fatores de risco para hemorragias, como a administração simultânea de anticoagulantes ou inibidores da agregação plaquetária, a interrupção desses medicamentos e/ou uma transfusão deve ser considerada mesmo com uma contagem plaquetária mais alta.</li> <li>• Reinicie <b>Zejula</b> novamente com uma dose reduzida.</li> </ul>
Contagem de plaquetas $<100.000/\mu\text{L}$	Primeira ocorrência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> por no máximo 28 dias e verifique o hemograma uma vez por semana até que a contagem de plaquetas suba novamente para <math>\geq 100.000/\mu\text{L}</math>.</li> <li>• Dependendo da avaliação clínica, <b>Zejula</b> deve ser tomado novamente com a mesma dose ou com uma dose reduzida, conforme a Tabela 3.</li> <li>• Se a contagem de plaquetas, em qualquer momento, for <math>&lt;75.000/\mu\text{L}</math>, o tratamento com uma dose reduzida deve ser retomado de acordo com a Tabela 3.</li> </ul>
	Segunda ocorrência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> por no máximo 28 dias e verifique o hemograma uma vez por semana até que a contagem de plaquetas suba novamente para <math>\geq 100.000/\mu\text{L}</math>.</li> <li>• Reinicie <b>Zejula</b> novamente com uma dose reduzida de acordo com a Tabela 3.</li> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> se a contagem de plaquetas não retornar a um nível aceitável dentro de 28 dias após a descontinuação ou se a paciente já tiver reduzido a dose para 100 mg por dia.</li> </ul>
Neutrófilos $<1.000/\mu\text{L}$ ou hemoglobina $<8 \text{ g/dL}$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> por no máximo 28 dias e verifique o hemograma uma vez por semana até que a contagem de neutrófilos suba novamente para <math>\geq 1.500/\mu\text{L}</math> ou a hemoglobina suba novamente para <math>\geq 9 \text{ g/dL}</math>.</li> <li>• Reinicie <b>Zejula</b> novamente com uma dose reduzida de acordo com a Tabela 3.</li> <li>• Interrompa <b>Zejula</b> se a contagem de neutrófilos e/ou hemoglobina não retornar a um nível aceitável dentro de 28 dias após a descontinuação ou se a paciente já tiver reduzido a dose para 100 mg por dia.</li> </ul>
Diagnóstico confirmado de síndrome mielodisplásica (SMD) ou leucemia mieloblástica aguda (LMA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pare definitivamente com o uso de <b>Zejula</b>.</li> </ul>

#### Populações especiais

##### Idosas (65 anos ou mais)

Não é necessário ajuste da dose em pacientes idosas ( $\geq 65$  anos). Dados clínicos limitados estão disponíveis para pacientes  $> 75$  anos.

##### Crianças e adolescentes

A segurança e eficácia de **Zejula** em crianças e adolescentes com menos de 18 anos ainda não foram estabelecidas. Não há dados disponíveis (ver Características Farmacológicas).

##### Insuficiência Renal

Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência renal leve ou moderada. A segurança de **Zejula** em pacientes com insuficiência renal grave ou com nefropatia na fase terminal tratada com hemodiálise não é conhecida.

### Insuficiência Hepática

Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência hepática leve. Em pacientes com insuficiência hepática moderada, a dose inicial recomendada é de 200mg uma vez ao dia (ver Características Farmacológicas). A segurança de **Zejula** em pacientes com insuficiência hepática grave não é conhecida.

### Pacientes com status de desempenho de ECOG de 2 a 4 (ECOG = Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental)

Não há estudo clínico para pacientes com status de desempenho de ECOG 2 a 4.

**Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.**

## 9. REAÇÕES ADVERSAS

### Dados de Estudos Clínicos

#### Resultado da população e do perfil de segurança

Os efeitos adversos de todos os graus de gravidade, que ocorreram em  $\geq 10\%$  das 851 pacientes que receberam **Zejula** em monoterapia no estudo PRIMA agrupado (dose inicial de 200 mg ou 300 mg) e no estudo NOVA, foram náusea e anemia, trombocitopenia, cansaço, constipação, vômito, dor de cabeça, insônia, contagem reduzida de plaquetas, neutropenia, perda de apetite, dor abdominal, diarreia, dispnéia, hipertensão, astenia, tontura, tosse, artralgia, dor nas costas, leucopenia e ondas de calor.

As reações adversas graves mais comuns em  $> 1\%$  das pacientes (frequência de reações durante o tratamento) foram: trombocitopenia e anemia.

#### Reações adversas tabuladas

As seguintes reações adversas foram identificadas com base em dados agrupados obtidos nos estudos clínicos PRIMA e NOVA em pacientes recebendo niraparibe em monoterapia e durante experiência pós-comercialização. As frequências das reações adversas listadas são: muito comum ( $\geq 1/10$ ); comum ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ); incomum ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ); rara ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); muito rara ( $< 1/10.000$ ). Dentro de cada grupo de frequência, os efeitos indesejáveis são apresentados em ordem decrescente de gravidade.

**Tabela 6: Reações adversas ao fármaco relatadas em pacientes tratadas com uma dose fixa inicial de 300 mg/dia de niraparibe (estudos PRIMA e NOVA agrupados)**

Classe do Sistema de Órgãos	Frequência de todos os graus CTCAE*	Frequência de CTCAE* grau 3 ou 4
Infecções e infestações	<b>Muito comum</b> Infecção do trato urinário <b>Comum</b> Bronquite, conjuntivite	<b>Incomum</b> Infecção do trato urinário, bronquite
Desordens do sistema circulatório e linfático	<b>Muito comum</b> Trombocitopenia, anemia, neutropenia, leucopenia <b>Comum</b> Infecção neutropênica <b>Incomum</b> Neutropenia febril, pancitopenia <b>Rara</b> Sepse neutropênica	<b>Muito comum</b> Trombocitopenia, anemia, neutropenia <b>Comum</b> Leucopenia <b>Incomum</b> Infecção neutropênica, neutropenia febril, seps neutropênica, pancitopenia
Desordens do metabolismo e nutrição	<b>Muito comum</b> Diminuição do apetite <b>Comum</b> Hipocalemia	<b>Comum</b> Hipocalemia <b>Incomum</b> Diminuição do apetite
Desordens psiquiátricas	<b>Muito comum</b> Insônia <b>Common</b> Ansiedade, depressão	<b>Incomum</b> Insônia, ansiedade, depressão
Desordens do sistema nervoso	<b>Muito comum</b> Cefaleia, tontura <b>Comum</b> Disgeusia <b>Rara</b> Síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES)**	<b>Incomum</b> Cefaleia <b>Rara</b> Síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES)**
Desordens cardíacas	<b>Muito comum</b> Palpitações <b>Comum</b> Taquicardia	
Desordens vasculares	<b>Muito comum</b> Hipertensão arterial <b>Rara</b> Crise hipertensiva	<b>Comum</b> Hipertensão arterial <b>Rara</b> Crise hipertensiva
Desordens respiratórias, torácicas e mediastinais	<b>Muito comum</b> Dispneia, tosse, nasofaringite <b>Comum</b> Epistaxe	<b>Incomum</b> Dispneia, epistaxe



Desordens gastrointestinais	<b>Muito comum</b> Náusea, constipação, vômito, dor abdominal, diarreia, dispepsia <b>Comum</b> Boca seca, mucosite e estomatite.	<b>Comum</b> Náusea, vômito, dor abdominal <b>Incomum</b> Diarreia, constipação, mucosite, estomatite, boca seca
Desordens da pele e do tecido subcutâneo	<b>Comum</b> Fotosensibilização, erupção cutânea	<b>Incomum</b> Fotosensibilização, erupção cutânea
Desordens musculoesqueléticas e de tecido conectivo	<b>Muito comum</b> Dor nas costas, artralgia <b>Comum</b> Mialgia	<b>Incomum</b> Dor nas costas, artralgia, mialgia
Desordens gerais e condições ao local de administração	<b>Muito comum</b> Fadiga, astenia <b>Comum</b> Edema periférico	<b>Comum</b> Fadiga, astenia
Investigações	<b>Comum</b> Aumento da gama-glutamil transferase, aumento de AST, aumento da creatinina sérica, aumento de ALT, aumento da fosfatase alcalina no sangue, perda de peso	<b>Comum</b> Aumento da gama-glutamil transferase, aumento de ALT, aumento de AST, aumento da fosfatase alcalina no sangue

\*CTCAE = Critérios comuns de terminologia para eventos adversos versão 4.02

\*\* Com base em dados de ensaios clínicos com niraparibe. Não limitado ao estudo principal NOVA em monoterapia.

No grupo de pacientes que receberam uma dose inicial de 200 mg de **Zejula** no início do estudo devido ao seu peso ou contagem de plaquetas, a frequência de reações adversas observadas foi semelhante ou menor que a frequência no grupo que recebeu 300 mg (Tabela 6). Ver abaixo para informações específicas sobre a frequência de trombocitopenia, anemia e neutropenia.

#### Descrição de reações adversas selecionadas

##### Reações adversas hematológicas

Nos estudos NOVA e PRIMA, as pacientes elegíveis para terapia com **Zejula** apresentaram os seguintes parâmetros hematológicos basais: contagem absoluta de neutrófilos (CPN)  $\geq 1.500$  células/ $\mu\text{L}$ , plaquetas  $\geq 100.000/\mu\text{L}$  e hemoglobina  $\geq 9$  g/dL (NOVA) ou  $\geq 10$  g/dL (PRIMA) antes da terapia. No programa clínico, as reações adversas hematológicas foram gerenciadas com monitoramento laboratorial e modificações de dose (ver Posologia e Modo de Usar).

No estudo PRIMA, as pacientes que receberam uma dose inicial de **Zejula** com base no seu peso ou contagem de plaquetas no início do estudo apresentaram uma redução de trombocitopenia, anemia e neutropenia de gravidade  $\geq 3$  de 39% para 21%, 31% para 23%, e 21% para 15%, respectivamente, quando comparadas ao grupo que recebeu uma dose inicial fixa de 300 mg. A descontinuação do tratamento devido a trombocitopenia, anemia e neutropenia ocorreu em 4%, 2% e 2% das pacientes, respectivamente.

Os efeitos adversos hematológicos (trombocitopenia, anemia, neutropenia), incluindo diagnósticos clínicos e/ou resultados laboratoriais, geralmente ocorreram após o tratamento com niraparibe e sua incidência diminuiu ao longo do tempo.

##### Trombocitopenia

No estudo PRIMA, 39% das pacientes tratadas com **Zejula** apresentaram trombocitopenia grau 3-4, em comparação com 0,4% das pacientes tratadas com placebo, com um período médio de 22 dias desde a primeira dose até a primeira ocorrência (intervalo: 15 a 335 dias) e uma duração média de 6 dias (intervalo: 1 a 374 dias). A descontinuação devido à trombocitopenia ocorreu em 4% das pacientes.

No estudo NOVA, aproximadamente 60% das pacientes que receberam niraparibe apresentaram trombocitopenia de qualquer grau, e 34% das pacientes apresentaram trombocitopenia de grau 3/4. O tempo médio para o início da trombocitopenia de todas as gravidades foi de 22 dias. A incidência geral de eventos de trombocitopenia foi de 49% durante o primeiro mês de tratamento com niraparibe; diminuiu por 9% durante o segundo mês. A taxa de novas incidências de trombocitopenia foi de 1,2% após modificações intensivas de dose realizadas durante os primeiros dois meses de tratamento do Ciclo 4. A duração média de eventos de trombocitopenia de qualquer grau foi de 23 dias e a duração média de eventos de trombocitopenia grau 3/4 foi de 10 dias. As pacientes tratadas com **Zejula** podem ter um risco aumentado de sangramento, especialmente no caso de trombocitopenia simultânea. No programa clínico, a trombocitopenia foi gerenciada por meio de controles laboratoriais, modificação da dose e possivelmente transfusão de plaquetas (ver Posologia e Modo de Usar). O tratamento foi interrompido em 3% das pacientes devido à trombocitopenia.

##### Anemia

No estudo PRIMA, 31% das pacientes tratadas com **Zejula** apresentaram anemia grau 3-4, em comparação com 2% das pacientes tratadas com placebo, com um período médio de 80 dias desde a primeira dose até a primeira ocorrência (intervalo: 15 a 533 dias) e uma duração média de 7 dias (intervalo: 1 a 119 dias). A interrupção devido à anemia ocorreu em 2% das pacientes.

No estudo NOVA, aproximadamente 50% das pacientes que receberam niraparibe apresentaram anemia de qualquer grau, e 25% apresentaram anemia de grau 3/4. O tempo médio de aparecimento de anemia de qualquer gravidade foi de 42 dias e 85 dias para anemia grau 3-4. A duração média da anemia de todos os graus de gravidade foi de 63 dias, mas consideravelmente mais curta para a anemia de grau 3-4, ou seja, 8 dias. Pode ocorrer anemia de qualquer gravidade durante o tratamento com **Zejula**. No programa clínico, as anemias foram gerenciadas usando controles laboratoriais, modificação da dose (ver Posologia e Modo de Usar) e, se necessário, transfusão de eritrócitos. 1% das pacientes interromperam o tratamento devido a anemia.

##### Neutropenia

No estudo PRIMA, 21% das pacientes tratadas com **Zejula** apresentaram neutropenia grau 3-4, em comparação com 1% das pacientes tratadas com placebo, com um período médio de 29 dias desde a primeira dose até a primeira ocorrência (intervalo: 15 a 421 dias) e uma duração média de 8 dias (intervalo: 1 a 42 dias). A interrupção por neutropenia ocorreu em 2% das pacientes.



No estudo NOVA, aproximadamente 30% das pacientes que receberam niraparibe apresentaram neutropenia de qualquer grau, e 20% apresentaram neutropenia de grau 3/4. O tempo médio para o início da neutropenia em todos os níveis de gravidade foi de 27 dias e 29 dias nos níveis de gravidade 3-4. A duração média da neutropenia de todos os níveis de gravidade foi de 26 dias e 13 dias para os níveis de gravidade 3-4. No programa clínico, as neutropenias foram tratadas usando controles laboratoriais e modificação da dose (ver Posologia e Modo de Usar). A maioria das pacientes não recebeu tratamento para os eventos de neutropenia. O tratamento foi interrompido em 2% das pacientes devido a neutropenia. O fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF) foi administrado a aproximadamente 6% das pacientes tratadas com niraparibe.

#### Hipertensão

No estudo PRIMA, 6% das pacientes tratadas com **Zejula** apresentaram hipertensão grau 3-4, em comparação com 1% das pacientes tratadas com placebo, com um período médio de 50 dias desde a primeira dose até a primeira ocorrência (intervalo: 1 a 589 dias) e uma duração média de 12 dias (intervalo: 1 a 61 dias). A interrupção devido a hipertensão ocorreu em 0% das pacientes.

No estudo NOVA, hipertensão de todas as gravidades ocorreu em 19,3% das pacientes tratadas com **Zejula** e hipertensão de gravidade 3-4 em <8,2% das pacientes. A hipertensão foi rapidamente tratada com terapia anti-hipertensiva. O tratamento foi interrompido devido à hipertensão em <1% das pacientes.

#### População pediátrica

Nenhum estudo foi realizado em pacientes pediátricos.

#### Dados pós-comercialização

Além das reações adversas identificadas a partir de dados de estudos clínicos, as reações adversas apresentadas na Tabela 7 foram identificadas no uso de niraparibe pós-aprovação.

<b>Tabela 7. Reações adversas identificadas de dados pós-comercialização</b>
<b>Desordens do Sistema imune</b>
Hipersensibilidade (incluindo anafilaxia)
<b>Desordens psiquiátricas</b>
estado confusional/desorientação, alucinação, comprometimento cognitivo (por exemplo, comprometimento da memória, comprometimento da concentração)
<b>Desordens respiratórias, torácicas e mediastinais</b>
pneumonite não infecciosa

**Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.**

## 10. SUPERDOSE

#### Sinais e sintomas

Os sintomas de uma superdose são desconhecidos.

#### Tratamento

Não há tratamento específico para superdose com **Zejula**. Em caso de superdose, são indicadas medidas gerais de apoio médico e tratamento sintomático.

**Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.**

### III - DIZERES LEGAIS

M.S: 1.0107.0349

Farm. Resp.: Lydia Christina Calcanho Leite

CRF-RJ N° 16435

Fabricado por: Quotient Sciences – Philadelphia, LLC

3 Chelsea Parkway, Suite 305

Boothwyn, PA 19061

EUA

Embalado por: Sharp Corporation

22-23 Carland Road

Conshohocken, PA 19428

EUA

Registrado e Importado por: **GlaxoSmithKline Brasil Ltda.**

Estrada dos Bandeirantes, 8464 – Rio de Janeiro – RJ

CNPJ: 33.247.743/0001-10

#### VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### USO RESTRITO A HOSPITAIS

L1402\_Zejula\_cap\_dura\_GDS02

**Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 08/03/2021.**

**Modelo de texto de bula – Profissionais de Saúde  
Zejula**





**LEIA ATENTAMENTE ESTA BULA ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO**

**Zejula**

tosilato de niraparibe monoidratado

**APRESENTAÇÃO**

Cápsulas duras, contendo 100 mg de niraparibe, é apresentado em embalagens contendo 28 ou 56 cápsulas.

**USO ORAL**

**USO ADULTO**

**COMPOSIÇÃO**

Cada cápsula de **Zejula** contém:

niraparibe.....100 mg (equivalentes a 159,4 mg de tosilato de niraparibe monoidratado)  
excipientes\*.....q.s.p.....1 cápsula

\*lactose monoidratada, estearato de magnésio, cápsula gelatinosa dura (dióxido de titânio, gelatina, FD&C azul, FD&C vermelho e FD&C amarelo), tinta de impressão preta (goma laca, álcool etílico, álcool isopropílico, álcool butílico, propilenoglicol, água purificada, solução de amônia concentrada, hidróxido de potássio, óxido de ferro preto) e tinta de impressão branca (goma laca, álcool etílico, álcool isopropílico, álcool butílico, propilenoglicol, hidróxido de sódio, povidona e dióxido de titânio).

**II - INFORMAÇÕES AO PACIENTE**

**1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?**

**Zejula** é utilizado no tratamento do câncer do ovário, câncer das trompas de Falópio ou câncer peritoneal primário em mulheres adultas:

- que responderam ao primeiro tratamento com quimioterapia à base de platina, ou
- se tiver uma recidiva (recaída) do tumor após responder a um tratamento anterior com quimioterapia à base de platina.

**2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?**

**Zejula** contém a substância ativa niraparibe. O niraparibe pertence a um grupo de medicamentos usados no tratamento do câncer, os chamados inibidores da PARP (poli adenosina difosfato ribose polimerase). O PARP ajuda a reparar o DNA danificado; se esta enzima estiver bloqueada, o DNA das células cancerígenas não poderá ser reparado. Isso faz com que as células tumorais morram e, assim, ajuda a manter o câncer sob controle. O câncer epitelial de ovário, câncer das trompas de Falópio e câncer peritoneal primário são doenças nas quais as células malignas (câncer) se formam no tecido da parede do tubo ovariano ou nas trompas de Falópio ou no peritônio.

**3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?**

Não tome **Zejula** se:

- você é alérgica ao niraparibe ou a qualquer outro componente deste medicamento.
- estiver amamentando (ver Gravidez e Amamentação, em O que devo saber antes de usar este medicamento?).

**Este medicamento é contraindicado para uso por mulheres que estejam amamentando.**

**4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?**

Fale com o seu médico antes ou enquanto estiver usando este medicamento, se alguma das seguintes situações se aplicar a você:

**Contagem baixa de células sanguíneas**

**Zejula** pode diminuir o número de células sanguíneas. Isso pode afetar os glóbulos vermelhos (anemia), glóbulos brancos (neutropenia) ou plaquetas (trombocitopenia). Os sinais e sintomas a serem observados incluem fadiga (cansaço), hematomas ou sangramento anormal e febre ou infecção (ver Quais os males que este medicamento



pode me causar?). O seu médico irá monitorar regularmente os seus níveis sanguíneos durante o tratamento e poderá encaminhá-la para consulta com um hematologista.

Pacientes com baixo peso corporal ou baixa contagem de plaquetas podem estar sob risco aumentado de apresentar uma forma mais severa de trombocitopenia (diminuição do número de plaquetas).

O tratamento com **Zejula** não deve ser iniciado até que as pacientes tenham se recuperado de alterações nas células sanguíneas causadas por quimioterapia prévia.

#### **Síndrome mielodisplásica/leucemia mielóide aguda**

Em casos raros, a baixa contagem de células sanguíneas pode ser sinais de uma doença grave da medula óssea, como a síndrome mielodisplásica (SMD) ou leucemia mielóide aguda (AML). O seu médico pode querer examinar sua medula óssea para verificar essas condições.

Ocasionalmente, foi observada febre associada à baixa contagem de glóbulos brancos durante o tratamento com **Zejula**.

#### **Pressão alta (hipertensão)**

**Zejula** pode causar pressão alta, o que pode ser grave em alguns casos. O seu médico irá medir a sua pressão arterial regularmente durante o tratamento. Se necessário, ele também irá prescrever medicamentos para tratar a pressão alta e ajustar a dose de **Zejula**.

#### **Síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES)**

Um distúrbio neurológico raro chamado Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) tem sido associado ao tratamento com **Zejula**. Se você apresentar dor de cabeça, alterações da visão, confusão mental ou convulsões, com ou sem aumento da pressão sanguínea, converse com seu médico.

Informe o seu médico ou farmacêutico se você sofre de outras doenças ou tem alergias.

#### **Zejula contém lactose**

Use **Zejula** apenas após consultar o seu médico se sofrer de intolerância a certos tipos de açúcar.

#### **Zejula contém tartrazina (E102)**

**Zejula** não deve ser utilizado em pacientes hipersensíveis a corantes azo, ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios e analgésicos (inibidores da prostaglandina). Isso pode causar reações alérgicas.

**Este produto contém o corante amarelo de TARTRAZINA que pode causar reações de natureza alérgica, entre as quais asma brônquica, especialmente em pessoas alérgicas ao ácido acetilsalicílico.**

#### **Gravidez e Amamentação**

**Zejula** não deve ser utilizado durante a gravidez, pois pode prejudicar o seu feto. Se você estiver grávida, desconfiar que está grávida ou planeja engravidar, consulte o seu médico antes de tomar este medicamento.

Se você é uma mulher que pode engravidar, deve usar métodos contraceptivos confiáveis ao tomar **Zejula**. Deve continuar este método contraceptivo durante 1 mês após tomar a última dose. O seu médico irá solicitar que você faça um teste de gravidez antes do tratamento. Informe imediatamente o seu médico se engravidar enquanto estiver utilizando **Zejula**.

**Zejula** não deve ser utilizado durante a amamentação. Não se sabe se o medicamento é excretado no leite materno. Se estiver amamentando, deve parar de amamentar antes de iniciar o **Zejula** e não deve amamentar pelo menos durante 1 mês após tomar a última dose de **Zejula**.

Consulte o seu médico antes de tomar este medicamento.

**Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.**

#### **Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas**

As pacientes que utilizam **Zejula** podem se sentir fracas, cansadas ou com tonturas. Recomenda-se precaução na condução de veículos ou ao operar máquinas.

#### **Populações especiais**

Ver Populações Especiais em Como devo usar este medicamento?

#### **Interações Medicamentosas**



Informe ao seu médico ou farmacêutico se você faz uso de outros medicamentos (incluindo os que você usa sem receita médica).

**Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento. Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde.**

## **5. ONDE, COMO E POR QUANTO TEMPO POSSO GUARDAR ESTE MEDICAMENTO?**

### **Cuidados de armazenamento**

Mantenha o produto na embalagem original, em temperatura abaixo de 25°C.

**Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.**

**Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.**

### **Aspectos físicos / Características organolépticas**

Cápsulas gelatinosa dura, tamanho 0 com corpo branco gravado '100mg' em preto e tampa roxa gravado 'niraparibe' em branco, contendo um pó branco a quase branco.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

## **6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?**

### **Modo de uso**

**Zejula** pode ser tomado independentemente da refeição.

Tome as cápsulas inteiras com um pouco de água. Não mastigue ou esmague as cápsulas.

Tome **Zejula** no mesmo horário todos os dias.

A administração no momento de dormir pode ser um método em potencial para a melhora do enjoo.

### **Posologia**

#### **Adultos**

#### **Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário de Primeira Linha**

A dose inicial recomendada de **Zejula** é de 200 mg (duas cápsulas de 100 mg) tomadas uma vez ao dia. Dependendo do seu peso e da sua contagem de plaquetas, o seu médico pode prescrever 3 cápsulas a serem tomadas uma vez por dia (dose diária total de 300 mg).

#### **Terapia de Manutenção de Câncer de Ovário Recorrente**

A dose é de três cápsulas de 100 mg tomadas uma vez ao dia, equivalente a uma dose diária total de 300 mg.

Se sentir algum efeito colateral (como vômitos, cansaço, hematomas/sangramento incomum e anemia), seu médico poderá recomendar uma dose mais baixa ou interromper o seu tratamento.

O seu médico irá lhe examinar regularmente e normalmente irá manter o uso de **Zejula**, desde que o mesmo funcione bem e não haja eventos adversos.

Caso ainda tenha dúvidas sobre o uso deste medicamento, fale com o seu médico.

Não altere a dose prescrita por conta própria. Se você acha que o medicamento é muito fraco ou muito forte, fale com seu médico.

### **Populações especiais**

#### **Idosas (65 anos ou mais)**

Não é necessário ajuste da dose em pacientes idosas ( $\geq 65$  anos). Dados clínicos limitados estão disponíveis para pacientes  $> 75$  anos.

#### **Crianças e adolescentes**

O uso e segurança de **Zejula** em crianças e adolescentes com menos de 18 anos ainda não foram estabelecidos.

#### **Comprometimento Renal (dos rins)**





Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência renal leve ou moderada. A segurança de **Zejula** em pacientes com insuficiência renal grave ou com nefropatia na fase terminal tratada com hemodiálise não é conhecida.

**Comprometimento Hepático (do fígado)**

Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência hepática leve. Em pacientes com insuficiência hepática moderada, seu médico poderá recomendar um ajuste de dose. A segurança de **Zejula** em pacientes com insuficiência hepática grave não é conhecida.

**Pacientes com status de desempenho de ECOG de 2 a 4 (ECOG = Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental)**

Não há estudo clínico para pacientes com status de desempenho de ECOG 2 a 4.

**Siga a orientação de seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Não interrompa o tratamento sem o conhecimento de seu médico.**

**Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.**

**7. O QUE DEVO FAZER QUANDO EU ME ESQUECER DE USAR ESTE MEDICAMENTO?**

Não tome uma dose extra se você esqueceu uma dose ou se vomitou após tomar **Zejula**. Tome a sua próxima dose no horário previsto. Não tome uma dose dobrada para compensar a dose que você se esqueceu de tomar.

Não altere a dose prescrita por conta própria. Se você acha que o medicamento é muito fraco ou muito forte, fale com seu médico.

**Em caso de dúvidas, procure orientação do farmacêutico ou de seu médico, ou cirurgião-dentista.**

**8. QUAIS OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?**

**Possíveis efeitos colaterais**

Informe imediatamente o seu médico se detectar algum dos seguintes eventos adversos graves. Você pode precisar de tratamento médico urgente.

**Reações muito comuns (ocorrem em mais de 10% das pacientes que utilizam este medicamento):**

- hematomas ou sangramentos que duram mais que o normal quando você se machuca podem ser sinais de plaquetas baixas (trombocitopenia);
- falta de ar, cansaço, palidez ou batimento cardíaco acelerado podem ser sinais de uma baixa contagem de glóbulos vermelhos (anemia);
- febre ou infecção: uma baixa contagem de glóbulos brancos (neutropenia) pode aumentar o risco de infecção. Os sinais podem incluir febre, calafrios, sensação de fraqueza ou confusão, tosse, dor ou sensação de queimação ao urinar. Algumas infecções podem ser graves e podem levar à morte. Baixas contagens de neutrófilos podem estar associadas à infecção neutropênica (ver efeitos colaterais comuns abaixo), neutropenia febril (ver efeitos colaterais incomuns abaixo) ou sepse neutropênica (ver efeitos colaterais com frequência desconhecida abaixo);
- diminuição do número de glóbulos brancos chamados leucócitos que atuam nas infecções (leucopenia). Baixas contagens de leucócitos podem diminuir sua capacidade de combater infecções.

**Reações comuns (ocorrem entre 1% e 10% das pacientes que utilizam este medicamento):** infecção devido à baixa contagem de glóbulos brancos (infecção neutropênica).

**Reações incomuns (ocorrem entre 0,1% e 1% das pacientes que utilizam este medicamento):**

- febre com baixa contagem de leucócitos (neutropenia febril);
- diminuição do número de todas as células sanguíneas (pancitopenia).

**Reações raras (ocorrem entre 0,1% e 0,01% das pacientes que utilizam este medicamento):**

- um aumento súbito da pressão sanguínea, que pode ser uma emergência médica e pode causar lesões em órgãos ou pode ser fatal (crise hipertensiva);
- infecção grave com risco à vida associada a uma baixa pressão sanguínea e possível falência de órgãos (por exemplo, coração, rim e/ou fígado) devido à baixa pressão sanguínea (sepse neutropênica). Os



sintomas podem incluir: febre, sensação de pressão sanguínea baixa (delírio, tontura), diminuição da micção, pulso rápido, respiração rápida (sinais de sepse neutropênica);

- uma doença cerebral com sintomas que incluem convulsões, dor de cabeça, confusão e alterações na visão (síndrome de encefalopatia posterior reversível [PRES]).

**Efeitos colaterais com frequência desconhecida**

- reação alérgica (hipersensibilidade, incluindo anafilaxia);
- reação alérgica com risco à vida (como dificuldade em respirar, pressão sanguínea baixa e/ou falência de órgãos) (anafilaxia);
- confusão (estado confusional/desorientação);
- ver ou ouvir coisas que realmente não existem (alucinação);
- diminuição da concentração, compreensão, memória e pensamento (deficiência cognitiva);
- inflamação dos pulmões que pode causar falta de ar e dificuldade em respirar (pneumonite não infecciosa).

Como todos os medicamentos, **Zejula** pode causar outros eventos adversos, no entanto estes não se manifestam em todas as pessoas.

**Reações muito comuns (ocorrem em mais de 10% das pacientes que utilizam este medicamento):** dor abdominal (dor no estômago), indigestão (dispepsia), tosse, aumento da frequência e dor ao urinar, dor de cabeça, sensação de fraqueza (astenia), falta de energia (fadiga), tontura, dor nas articulações (artralgia), dor nas costas, dificuldade para evacuar (constipação), sensação de enjoo (náusea), vômito, fezes líquidas frequentes (diarreia), falta de ar (dispneia), nariz escorrendo ou entupido (nasofaringite), dificuldade para dormir (insônia), diminuição do apetite, batimentos cardíacos rápidos ou irregulares (palpitações), pressão sanguínea alta.

**Reações comuns (ocorrem entre 1% e 10% das pacientes que utilizam este medicamento):** inflamação do olho (conjuntivite); secura na boca; inchaço das pernas e pés (edema periférico); sangramento nasal (epistaxe); sentimentos tristes e deprimidos (depressão); dor muscular (mialgia); perda de peso; diminuição do potássio no sangue, o que pode causar batimento cardíaco irregular (hipocalemia); inflamação ou inchaço das passagens de ar entre a boca e o nariz e os pulmões (bronquite); boca dolorida e avermelhada (mucosite/estomatite); erupção na pele; maior sensibilidade da pele à luz solar (fotosensibilidade); sentimentos de preocupação, nervosismo ou mal-estar (ansiedade); batimento cardíaco acelerado (taquicardia), que pode causar tonturas, dor no peito ou falta de ar; aumento do nível de creatinina no sangue, que pode ser um sinal de lesão renal; gosto anormal na boca (disgeusia); níveis anormalmente elevados de enzimas produzidas pelo fígado no sangue, o que significa que seu fígado pode não estar funcionando corretamente e podem causar fadiga, náuseas e dor abdominal. Embora estes eventos sejam, geralmente, leves e reversíveis, podem ser sérios ou potencialmente fatais. Enzimas específicas são: aspartato transaminase (AST), alanina aminotransferase (ALT), gama glutamil transferase aumentada (GGT) e/ou fosfatase alcalina (ALP).

Se detectar quaisquer eventos adversos não descritos aqui ou se qualquer um dos eventos listados se tornar grave ou preocupantes, você deve informar o seu médico ou farmacêutico.

**Atenção: este produto é um medicamento novo, e embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, informe seu médico ou cirurgião-dentista.**

**9. O QUE FAZER SE ALGUÉM USAR UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE A INDICADA DESTES MEDICAMENTOS?**

**Sinais e sintomas**

Os sintomas de uma superdose são desconhecidos.

**Tratamento**

Não há tratamento específico para superdose de **Zejula**. Em caso de superdose, o médico irá indicar o melhor tratamento.

**Em caso de uso de grande quantidade deste medicamento, procure rapidamente socorro médico e leve a embalagem ou bula do medicamento se possível. Ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.**



**III - DIZERES LEGAIS**

M.S: 1.0107.0349

Farm. Resp.: Lydia Christina Calcanho Leite

CRF-RJ N° 16435

Fabricado por: Quotient Sciences – Philadelphia, LLC

3 Chelsea Parkway, Suite 305

Boothwyn, PA 19061

EUA

Embalado por: Sharp Corporation

22-23 Carland Road

Conshohocken, PA 19428

EUA

Registrado e Importado por: **GlaxoSmithKline Brasil Ltda.**

Estrada dos Bandeirantes, 8464 – Rio de Janeiro – RJ

CNPJ: 33.247.743/0001-10

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**USO RESTRITO A HOSPITAIS**

L1402\_Zejula\_cap\_dura\_GDS02

**Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 08/03/2021.**

