

## SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie rubriek 4.8 voor het rapporteren van bijwerkingen.

### 1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Enhertu 100 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie

### 2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Eén injectieflacon met poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie bevat 100 mg trastuzumab-deruxtecan. Na reconstitutie bevat één injectieflacon van 5 ml oplossing 20 mg/ml trastuzumab-deruxtecan (zie rubriek 6.6).

Trastuzumab-deruxtecan is een antilichaam-geneesmiddelconjugaat (*antibody-drug conjugate*, ADC) dat een gehumaniseerd monoklonaal anti-HER2-IgG1-antilichaam (mAb) bevat met dezelfde aminozuursequentie als trastuzumab, geproduceerd uit zoogdiercellen (ovariumcellen van Chinese hamsters), covalent gebonden aan DXd, een exatecanderivaat en een topo-isomerase I-remmer, via een op tetrapeptide gebaseerde splitsbare linker. Op elk molecuul van het antilichaam zijn ongeveer 8 moleculen deruxtecan vastgehecht.

#### Hulpstof met bekend effect

Elke injectieflacon van 100 mg bevat 1,5 mg polysorbaat 80 (E433).

Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

### 3. FARMACEUTISCHE VORM

Poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie.

Wit tot gelig-wit gelyofiliseerd poeder.

### 4. KLINISCHE GEGEVENS

#### 4.1 Therapeutische indicaties

##### Borstkanker

##### *HER2-positieve borstkanker*

Enhertu als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met niet-reseceerbare of gemetastaseerde HER2-positieve borstkanker die voorafgaand één of meer behandelingschema's op basis van anti-HER2-therapieën hebben gekregen.

*HER2-low en HER2-ultralow borstkanker*

Enhertu als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met niet-reseceerbare of gemetastaseerde

- hormoonreceptor (HR)-positieve, HER2-low of HER2-ultralow borstkanker die ten minste één endocriene therapie hebben gekregen voor gemetastaseerde ziekte en die niet in aanmerking komen voor behandeling met endocriene therapie in de volgende lijn (zie rubriek 4.2 en 5.1).
- HER2-low borstkanker die voorafgaand chemotherapie hebben gekregen voor gemetastaseerde ziekte of die recidief van de ziekte hebben ontwikkeld tijdens of binnen 6 maanden na voltooiing van een adjuvante chemotherapie (zie rubriek 4.2).

Niet-kleincellige longkanker (NSCLC)

Enhertu als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met gevorderde niet-kleincellige longkanker (non-small-cell lung cancer - NSCLC) van wie de tumoren een activerende HER2 (ERBB2)-mutatie bevatten en die systemische therapie nodig hebben na chemotherapie op basis van platina met of zonder immunotherapie.

Maagkanker

Enhertu als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met gevorderd HER2-positief adenocarcinoom van de maag of gastro-oesofageale overgang die voorafgaand een behandelingschema op basis van trastuzumab hebben gekregen.

**4.2 Dosering en wijze van toediening**

Enhertu moet worden voorgeschreven door een arts en toegediend onder het toezicht van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg met ervaring in het gebruik van antikankergeneesmiddelen. Om medicatiefouten te voorkomen, is het belangrijk dat de etiketten van de injectieflacons worden gecontroleerd om zeker te zijn dat het geneesmiddel dat wordt bereid en toegediend Enhertu (trastuzumab-deruxtecan) is en niet trastuzumab of trastuzumab-emtansine.

Enhertu mag niet worden vervangen door trastuzumab of trastuzumab-emtansine.

Selectie van patiënten*HER2-positieve borstkanker*

Patiënten die behandeld worden met trastuzumab-deruxtecan voor borstkanker moeten een gedocumenteerde HER2-positieve tumorstatus hebben, gedefinieerd als een score van 3+ bij immunohistochemie (IHC) of een ratio  $\geq 2,0$  bij *in situ* hybridisatie (ISH) of fluorescentie *in situ* hybridisatie (FISH), beoordeeld met behulp van een medisch hulpmiddel voor in-vitrodiagnostiek (IVD) met CE-keurmerk. Indien geen medisch hulpmiddel voor IVD met CE-keurmerk beschikbaar is, moet de HER2-status worden beoordeeld met behulp van een andere, gevalideerde test.

*HER2-low of HER2-ultralow borstkanker*

Patiënten die behandeld worden met trastuzumab-deruxtecan moeten een gedocumenteerde HER2-low tumorstatus hebben, gedefinieerd als een score van IHC 1+ of IHC 2+/ISH-, of een HER2-ultralow tumorstatus, beschreven als IHC 0 met aankleuring van het membraan (IHC  $> 0 < 1+$ ), zoals beoordeeld met behulp van een medisch hulpmiddel voor IVD met CE-keurmerk. Indien geen medisch hulpmiddel voor IVD met CE-keurmerk beschikbaar is, moet de HER2-status worden beoordeeld met behulp van een andere, gevalideerde test (zie rubriek 5.1).

*NSCLC*

Patiënten die behandeld worden met trastuzumab-deruxtecan voor gevorderde NSCLC moeten een activerende HER2 (ERBB2)-mutatie hebben die is vastgesteld met behulp van een medisch

hulpmiddel voor in-vitrodiagnostiek (IVD) met CE-keurmerk. Indien geen medisch hulpmiddel voor IVD met CE-keurmerk beschikbaar is, moet de HER2-mutatiestatus worden beoordeeld met behulp van een andere gevalideerde test.

#### *Maagkanker*

Patiënten die behandeld worden met trastuzumab-deruxtecan voor maagkanker of kanker van de gastro-oesofageale overgang moeten een gedocumenteerde HER2-positieve tumorstatus hebben, gedefinieerd als een score van 3+ bij immunohistochemie (IHC) of een ratio  $\geq 2$  bij *in situ* hybridisatie (ISH) of fluorescentie *in situ* hybridisatie (FISH), beoordeeld met behulp van een medisch hulpmiddel voor in-vitrodiagnostiek (IVD) met CE-keurmerk. Indien geen medisch hulpmiddel voor IVD met CE-keurmerk beschikbaar is, moet de HER2-status worden beoordeeld met behulp van een andere, gevalideerde test.

#### Dosering

##### *Borstkanker*

De aanbevolen dosis Enhertu is 5,4 mg/kg lichaamsgewicht, eenmaal om de 3 weken (cyclus van 21 dagen) toegediend als een intraveneuze infusie tot ziekteprogressie of onaanvaardbare toxiciteit.

##### *NSCLC*

De aanbevolen dosis Enhertu is 5,4 mg/kg lichaamsgewicht, eenmaal om de 3 weken (cyclus van 21 dagen) toegediend als een intraveneuze infusie tot ziekteprogressie of onaanvaardbare toxiciteit.

##### *Maagkanker*

De aanbevolen dosis Enhertu is 6,4 mg/kg lichaamsgewicht, eenmaal om de 3 weken (cyclus van 21 dagen) toegediend als een intraveneuze infusie tot ziekteprogressie of onaanvaardbare toxiciteit.

De initiële dosis moet worden toegediend als een intraveneuze infusie over een periode van 90 minuten. Als de vorige infusie goed werd verdragen, mogen daaropvolgende doses Enhertu worden toegediend als een infusie over een periode van 30 minuten.

De infusiesnelheid van Enhertu moet worden verlaagd of de infusie moet worden onderbroken als de patiënt infusiegerelateerde symptomen ontwikkelt (zie rubriek 4.8). Enhertu moet definitief worden gestaakt in geval van ernstige reacties op de infusie.

#### Premedicatie

Enhertu is emetogeen (zie rubriek 4.8), wat laattijdige nausea en/of braken omvat. Vóór elke dosis Enhertu dienen patiënten premedicatie te krijgen, bestaande uit combinatietherapie met twee of drie geneesmiddelen (bijv. dexamethason met ofwel een 5-HT<sub>3</sub>-receptorantagonist en/of een NK1-receptorantagonist ofwel andere geneesmiddelen, indien geïndiceerd) voor de preventie van door chemotherapie geïnduceerde nausea en braken.

#### Dosisaanpassingen

De behandeling van bijwerkingen kan een dosisverlaging of een tijdelijke onderbreking of stopzetting van de behandeling met Enhertu vereisen volgens de richtlijnen die in tabel 1 en 2 zijn gegeven.

Na een dosisverlaging mag de dosis Enhertu niet opnieuw worden verhoogd.

**Tabel 1: Schema voor dosisverlaging**

Schema voor dosisverlaging	Borstkanker en NSCLC	Maagkanker
Aanbevolen startdosis	5,4 mg/kg	6,4 mg/kg
Eerste dosisverlaging	4,4 mg/kg	5,4 mg/kg
Tweede dosisverlaging	3,2 mg/kg	4,4 mg/kg
Verdere dosisverlaging vereist	Behandeling stopzetten	Behandeling stopzetten

**Tabel 2: Dosisaanpassingen bij bijwerkingen**

Bijwerking	Ernst	Aanpassing van de behandeling
Interstitiële longziekte (ILD)/pneumonitis	Asymptomatische ILD/pneumonitis (graad 1)	Behandeling met Enhertu onderbreken tot vermindering tot graad 0, daarna: <ul style="list-style-type: none"> <li>indien verdwenen binnen 28 dagen of minder vanaf de datum van optreden, de dosis handhaven.</li> <li>indien verdwenen binnen meer dan 28 dagen vanaf de datum van optreden, de dosis met één niveau verlagen (zie tabel 1).</li> <li>behandeling met corticosteroiden overwegen zodra ILD/pneumonitis wordt vermoed (zie rubriek 4.4).</li> </ul>
	Symptomatische ILD/pneumonitis (graad 2 of hoger)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandeling met Enhertu definitief stopzetten.</li> <li>Onmiddellijk een behandeling met corticosteroiden instellen zodra ILD/pneumonitis wordt vermoed (zie rubriek 4.4).</li> </ul>
Neutropenie	Graad 3 (minder dan $1,0 \cdot 10^9/l$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandeling met Enhertu onderbreken tot vermindering tot graad 2 of lager, daarna de dosis handhaven.</li> </ul>
	Graad 4 (minder dan $0,5 \cdot 10^9/l$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandeling met Enhertu onderbreken tot vermindering tot graad 2 of lager.</li> <li>Dosis verlagen met één niveau (zie tabel 1).</li> </ul>
Febriele neutropenie	Absolute neutrofielentelling lager dan $1,0 \cdot 10^9/l$ en temperatuur hoger dan $38,3 \text{ }^\circ\text{C}$ of een aanhoudende temperatuur van $38 \text{ }^\circ\text{C}$ of hoger gedurende meer dan één uur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandeling met Enhertu onderbreken tot deze bijwerkingen zijn verdwenen.</li> <li>Dosis verlagen met één niveau (zie tabel 1).</li> </ul>
Linkerventrieklejectiefractionie (LVEF) verlaagd	LVEF hoger dan 45% en absolute verlaging t.o.v. de uitgangswaarde is 10% tot 20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandeling met Enhertu voortzetten.</li> </ul>

Bijwerking	Ernst		Aanpassing van de behandeling
	LVEF 40% tot 45%	En absolute verlaging t.o.v. de uitgangswaarde is minder dan 10%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling met Enhertu voortzetten.</li> <li>• Beoordeling van LVEF binnen 3 weken herhalen.</li> </ul>
		En absolute verlaging t.o.v. de uitgangswaarde is 10% tot 20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling met Enhertu onderbreken.</li> <li>• Beoordeling van LVEF binnen 3 weken herhalen.</li> <li>• Als LVEF niet is hersteld tot binnen 10% van de uitgangswaarde, dan de behandeling met Enhertu definitief stopzetten.</li> <li>• Als LVEF herstelt tot binnen 10% van de uitgangswaarde, dan de behandeling met Enhertu hervatten met dezelfde dosis.</li> </ul>
	LVEF lager dan 40% of absolute verlaging t.o.v. de uitgangswaarde is meer dan 20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling met Enhertu onderbreken.</li> <li>• Beoordeling van LVEF binnen 3 weken herhalen.</li> <li>• Als een LVEF lager dan 40% of een absolute verlaging van meer dan 20% t.o.v. de uitgangswaarde wordt bevestigd, dan de behandeling met Enhertu definitief stopzetten.</li> </ul>	
	Symptomatisch congestief hartfalen (CHF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling met Enhertu definitief stopzetten.</li> </ul>	

De graden van toxiciteit zijn in overeenstemming met de National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events versie 5.0 (NCI-CTCAE v.5.0).

#### Uitgestelde of overgeslagen dosis

Als een geplande dosis is uitgesteld of overgeslagen, moet die zo snel mogelijk worden toegediend zonder te wachten tot de volgende geplande cyclus. Het toedieningsschema moet worden aangepast om een tussenperiode van 3 weken tussen de doses te handhaven. De infusie moet worden toegediend met de dosis en de infusiesnelheid die de patiënt bij de meest recente infusie goed heeft verdragen.

#### Speciale populaties

##### *Ouderen*

Een dosisaanpassing van Enhertu is niet noodzakelijk bij patiënten van 65 jaar of ouder. Er zijn beperkte gegevens beschikbaar over patiënten van  $\geq 75$  jaar.

##### *Nierfunctiestoornis*

Een dosisaanpassing is niet noodzakelijk bij patiënten met een lichte (creatinineklaring [CLcr]  $\geq 60$  ml/min en  $< 90$  ml/min) of matige (CLcr  $\geq 30$  ml/min en  $< 60$  ml/min) nierfunctiestoornis

(zie rubriek 5.2). De potentiële noodzaak van dosisaanpassing bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis of terminale nierziekte kan niet worden bepaald aangezien ernstige nierfunctiestoornis een exclusiecriteria was in de klinische onderzoeken. Een hogere incidentie van ILD/pneumonitis graad 1 en 2 die leidde tot meer stopzettingen van de therapie, is waargenomen bij patiënten met een matige nierfunctiestoornis. Bij patiënten met een matige nierfunctiestoornis bij aanvang van het onderzoek die 6,4 mg/kg Enhertu hadden gekregen, is een hogere incidentie van ernstige bijwerkingen waargenomen in vergelijking met patiënten met een normale nierfunctie. Patiënten met een matige of ernstige nierfunctiestoornis moeten zorgvuldig worden gemonitord op bijwerkingen, waaronder ILD/pneumonitis (zie rubriek 4.4).

#### *Leverfunctiestoornis*

Een dosisaanpassing is niet noodzakelijk bij patiënten met een totaalbilirubine  $\leq 1,5$  maal de bovengrens van normaal (ULN), ongeacht de waarde voor aspartaataminotransferase (ASAT). Vanwege beperkte gegevens kan de potentiële noodzaak van dosisaanpassing niet worden bepaald bij patiënten met een totaalbilirubine  $> 1,5$  maal ULN, ongeacht de ASAT-waarde. Daarom moeten die patiënten zorgvuldig worden gemonitord (zie rubriek 4.4 en 5.2).

#### *Pediatrie patiënten*

De veiligheid en werkzaamheid van Enhertu bij kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar.

#### Wijze van toediening

Enhertu is bestemd voor intraveneus gebruik. Het moet worden gereconstitueerd en verdund door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en toegediend als een intraveneuze infusie. Enhertu mag niet worden toegediend als een intraveneuze push- of bolusinfusie.

Voor instructies over reconstitutie en verdunding van het geneesmiddel voorafgaand aan toediening, zie rubriek 6.6.

### **4.3 Contra-indicaties**

Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen.

### **4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik**

Om medicatiefouten te voorkomen, is het belangrijk dat de etiketten van de injectieflacons worden gecontroleerd om zeker te zijn dat het geneesmiddel dat wordt bereid en toegediend Enhertu (trastuzumab-deruxtecan) is en niet trastuzumab of trastuzumab-emtansine.

#### Terugvinden herkomst

Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren, moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden.

#### Interstitiële longziekte/pneumonitis

Gevallen van interstitiële longziekte (ILD), en/of pneumonitis, zijn gemeld met Enhertu (zie rubriek 4.8). Gevallen met fatale afloop zijn waargenomen. Patiënten moeten worden geadviseerd dat ze onmiddellijk melding moeten maken van hoesten, dyspneu, koorts en/of nieuwe of ergere ademhalings symptomen. Patiënten moeten worden gemonitord op tekenen en symptomen van ILD/pneumonitis. Aanwijzingen voor ILD/pneumonitis moeten onmiddellijk worden onderzocht. Patiënten bij wie ILD/pneumonitis wordt vermoed, moeten worden geëvalueerd met behulp van radiologische beeldvorming, bij voorkeur een CT-scan (computertomografie). Raadpleging van een longarts moet worden overwogen. Voor asymptomatische (graad 1) ILD/pneumonitis moet een

behandeling met corticosteroiden (bijv.  $\geq 0,5$  mg/kg prednisolon of equivalent per dag) worden overwogen. De behandeling met Enhertu moet worden onderbroken tot herstel tot graad 0 en kan worden hervat volgens de instructies in tabel 2 (zie rubriek 4.2). Voor symptomatische ILD/pneumonitis (graad 2 of hoger) moet onmiddellijk een behandeling met corticosteroiden worden ingesteld (bijv.  $\geq 1$  mg/kg prednisolon of equivalent per dag) en voortgezet gedurende ten minste 14 dagen, waarna de behandeling over ten minste 4 weken geleidelijk moet worden afgebouwd. De behandeling met Enhertu moet definitief worden stopgezet bij patiënten met een diagnose van symptomatische (graad 2 of hoger) ILD/pneumonitis (zie rubriek 4.2). Patiënten met een voorgeschiedenis van ILD/pneumonitis of patiënten met een matige of ernstige nierfunctiestoornis hebben mogelijk een verhoogd risico op het ontwikkelen van ILD/pneumonitis en moeten zorgvuldig worden gemonitord (zie rubriek 4.2).

### Neutropenie

In klinisch onderzoek met Enhertu zijn gevallen van neutropenie met fatale afloop, waaronder febriele neutropenie, gemeld. Vóór het instellen van een behandeling met Enhertu en vóór elke toediening, en wanneer dit klinisch is aangewezen, moet er een volledige bloedbeeld worden bepaald. Afhankelijk van de ernst van de neutropenie kan het nodig zijn de toediening van Enhertu te onderbreken of de dosis ervan te verlagen (zie rubriek 4.2).

### Linkerventrikeldisfunctie

Een verlaging van de linkerventrieklejectiefractie (LVEF) is waargenomen met anti-HER2-therapieën. Standaardhartfunctietests (echocardiogram of MUGA [*multigated acquisition*]-scan) moeten plaatsvinden voor de beoordeling van de LVEF voordat een behandeling met Enhertu wordt ingesteld en met regelmatige tussenpozen tijdens de behandeling, zoals klinisch geïndiceerd. Een verlaging van de LVEF moet worden aangepakt door onderbreking van de behandeling. De behandeling met Enhertu moet definitief worden stopgezet als een LVEF lager dan 40% of een absolute verlaging van meer dan 20% t.o.v. de uitgangswaarde wordt bevestigd. De behandeling met Enhertu moet definitief worden stopgezet bij patiënten met symptomatisch congestief hartfalen (CHF) (zie tabel 2 in rubriek 4.2).

### Embryofoetale toxiciteit

Enhertu kan schadelijke effecten hebben op een foetus wanneer het wordt toegediend aan een zwangere vrouw. In postmarketingmeldingen leidde het gebruik van trastuzumab, een HER2-receptorantagonist, tijdens de zwangerschap tot gevallen van oligohydramnie, wat zich manifesteerde als fatale pulmonale hypoplasie, skeletafwijkingen en neonataal overlijden. Op basis van bevindingen bij dieren en het werkingsmechanisme van de topo-isomerase I-remmer in Enhertu, DXd, kan deze component ook schadelijke effecten hebben op het embryo/de foetus bij toediening aan een zwangere vrouw (zie rubriek 4.6).

De zwangerschapsstatus van vrouwen die zwanger kunnen worden, moet worden gecontroleerd alvorens een behandeling met Enhertu in te stellen. De patiënt moet worden geïnformeerd over de potentiële risico's voor de foetus. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten worden geadviseerd dat zij effectieve anticonceptie moeten gebruiken tijdens de behandeling en gedurende ten minste 7 maanden na de laatste dosis Enhertu. Mannelijke patiënten met een vrouwelijke partner die zwanger kan worden, moeten worden geadviseerd dat zij effectieve anticonceptie moeten gebruiken tijdens de behandeling met Enhertu en gedurende ten minste 4 maanden na de laatste dosis Enhertu (zie rubriek 4.6).

### Patiënten met een matige of ernstige leverfunctiestoornis

Er zijn beperkte gegevens over patiënten met een matige leverfunctiestoornis en er zijn geen gegevens over patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. Omdat het metabolisme en de uitscheiding via de gal de belangrijkste routes zijn voor uitscheiding van de topo-isomerase I-remmer, DXd, moet Enhertu

met voorzichtigheid worden toegediend bij patiënten met een matige en ernstige leverfunctiestoornis (zie rubriek 4.2 en 5.2).

#### **4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie**

Gelijktijdige toediening met ritonavir, een remmer van OATP1B, CYP3A en P-gp, of met itraconazol, een sterke remmer van CYP3A en P-gp, leidde niet tot een klinisch betekenisvolle stijging (ongeveer 10-20%) van de blootstelling aan trastuzumab-deruxtecan of de afgegeven topo-isomerase I-remmer, DXd. Een dosisaanpassing is niet noodzakelijk bij gelijktijdige toediening van trastuzumab-deruxtecan met geneesmiddelen die remmers zijn van de transporteiwitten CYP3A, OATP1B of P-gp (zie rubriek 5.2).

#### **4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding**

##### Vrouwen die zwanger kunnen worden/anticonceptie bij mannen en vrouwen

De zwangerschapsstatus van vrouwen die zwanger kunnen worden, moet worden gecontroleerd alvorens een behandeling met Enhertu in te stellen.

Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten effectieve anticonceptie gebruiken tijdens de behandeling met Enhertu en gedurende ten minste 7 maanden na de laatste dosis.

Mannen met een vrouwelijke partner die zwanger kan worden, moeten effectieve anticonceptie gebruiken tijdens de behandeling met Enhertu en gedurende ten minste 4 maanden na de laatste dosis.

##### Zwangerschap

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het gebruik van Enhertu bij zwangere vrouwen. Trastuzumab, een HER2-receptorantagonist, kan echter schadelijke effecten hebben op een foetus wanneer het wordt toegediend aan een zwangere vrouw. In postmarketingmeldingen leidde het gebruik van trastuzumab tijdens de zwangerschap tot gevallen van oligohydramniet, wat zich bij enkele gevallen manifesteerde als fatale pulmonale hypoplasie, skeletafwijkingen en neonataal overlijden. Op basis van bevindingen bij dieren en het werkingsmechanisme van de topo-isomerase I-remmer in Enhertu, DXd, kan worden verwacht dat deze component schadelijke effecten heeft op het embryo/de foetus bij toediening aan een zwangere vrouw (zie rubriek 5.3).

Toediening van Enhertu aan zwangere vrouwen wordt niet aanbevolen en patiënten moeten worden geïnformeerd over de potentiële risico's voor de foetus voordat ze zwanger worden. Vrouwen die zwanger worden, moeten onmiddellijk contact opnemen met hun arts. Als een vrouw zwanger wordt tijdens de behandeling met Enhertu of binnen 7 maanden na de laatste dosis Enhertu, is nauwlettende monitoring aanbevolen.

##### Borstvoeding

Het is niet bekend of trastuzumab-deruxtecan in de moedermelk wordt uitgescheiden. Humaan IgG wordt uitgescheiden in de moedermelk; de kans op absorptie en ernstige bijwerkingen voor de zuigeling is niet bekend. Daarom mogen vrouwen geen borstvoeding geven tijdens de behandeling met Enhertu of gedurende 7 maanden na de laatste dosis. Er moet worden besloten of borstvoeding moet worden gestaakt of dat behandeling moet worden gestaakt, waarbij het voordeel van borstvoeding voor het kind en/of het voordeel van behandeling met Enhertu voor de moeder in overweging moeten worden genomen.



## Vruchtbaarheid

Er zijn met trastuzumab-deruxtecan geen specifieke onderzoeken naar de vruchtbaarheid uitgevoerd. Op basis van resultaten van dieronderzoek naar de toxiciteit kan Enhertu een negatieve invloed hebben op de mannelijke voortplantingsfunctie en vruchtbaarheid. Het is niet bekend of trastuzumab-deruxtecan of de metabolieten ervan in sperma worden teruggevonden. Alvorens met een behandeling te starten, moeten mannelijke patiënten worden geadviseerd om advies in te winnen over de bewaring van sperma. Mannelijke patiënten mogen geen sperma invriezen of doneren gedurende de gehele behandelingsperiode en gedurende ten minste 4 maanden na de laatste dosis Enhertu.

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

Enhertu heeft geringe invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen. Patiënten moeten worden geadviseerd dat ze voorzichtig moeten zijn bij het besturen van een voertuig of het bedienen van machines als ze tijdens de behandeling met Enhertu last hebben van vermoeidheid, hoofdpijn of duizeligheid (zie rubriek 4.8).

### **4.8 Bijwerkingen**

#### Samenvatting van het veiligheidsprofiel

##### *5,4 mg/kg Enhertu*

De gepoolde veiligheidspopulatie is geëvalueerd voor patiënten die in klinische onderzoeken ten minste één dosis van 5,4 mg/kg Enhertu hadden gekregen (n = 2.335) voor meerdere tumortypes. De mediane duur van behandeling in deze pool was 9,0 maanden (bereik: 0,7 tot 45,1 maanden).

De meest voorkomende bijwerkingen waren nausea (71,1%), vermoeidheid (55,3%), braken (37,3%), alopecia (36,1%), anemie (35,9%), neutropenie (35,1%), constipatie (31,7%), verminderde eetlust (30,6%), diarree (30,1%), transaminasen verhoogd (26,6%), skeletspierstelselpijn (23,6%), trombocytopenie (23,1%) en leukopenie (21,5%).

De meest voorkomende bijwerkingen van graad 3 of 4 conform de National Cancer Institute – Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE v.5.0) waren neutropenie (18,0%), anemie (10,5%), vermoeidheid (7,8%), leukopenie (6,0%), trombocytopenie (5,4%), nausea (4,9%), lymfopenie (3,9%), hypokaliëmie (3,8%), transaminasen verhoogd (3,5%), diarree (2,5%), braken (2,4%), verminderde eetlust (1,8%), pneumonie (1,3%) en ejection fractie verlaagd (1,0%). Bijwerkingen van graad 5 kwamen voor bij 1,4% van de patiënten, waaronder ILD/pneumonitis (1,1%).

De behandeling werd als gevolg van bijwerkingen onderbroken bij 32,6% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerkingen die gepaard gingen met een onderbreking van de behandeling waren neutropenie (12,4%), vermoeidheid (4,7%), anemie (4,6%), leukopenie (3,2%), bovenste-luchtweginfectie (3,0%), ILD/pneumonitis (2,6%), trombocytopenie (2,4%) en pneumonie (2,0%). Dosisverlagingen kwamen voor bij 20,3% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerkingen die gepaard gingen met een dosisverlaging, waren vermoeidheid (5,1%), nausea (4,8%), neutropenie (3,5%) en trombocytopenie (2,3%). Stopzetting van de behandeling als gevolg van een bijwerking kwam voor bij 11,7% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerking die gepaard ging met definitieve stopzetting van de behandeling, was ILD/pneumonitis (8,4%).

##### *6,4 mg/kg Enhertu*

De gepoolde veiligheidspopulatie is geëvalueerd voor patiënten die in klinische onderzoeken ten minste één dosis van 6,4 mg/kg Enhertu hadden gekregen (n = 669) voor meerdere tumortypes. De mediane duur van behandeling in deze pool was 5,7 maanden (bereik: 0,7 tot 41,0 maanden).

De meest voorkomende bijwerkingen waren nausea (72,2%), vermoeidheid (58,4%), verminderde eetlust (53,5%), anemie (44,7%), neutropenie (43,5%), braken (40,1%), diarree (35,9%), alopecia (35,4%), constipatie (32,3%), trombocytopenie (30,8%), leukopenie (29,3%) en transaminasen verhoogd (24,2%).

De meest voorkomende bijwerkingen van graad 3 of 4 conform de National Cancer Institute – Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE v.5.0) waren neutropenie (28,7%), anemie (22,6%), leukopenie (13,3%), trombocytopenie (9,1%), vermoeidheid (8,4%), verminderde eetlust (7,8%), lymfopenie (6,9%), nausea (5,8%), transaminasen verhoogd (4,3%), hypokaliëmie (4,3%), pneumonie (3,1%), febrile neutropenie (2,8%), braken (2,4%), diarree (2,2%), gewicht verlaagd (1,9%), bloed alkalische fosfatase verhoogd (1,6%), interstitiële longziekte (ILD; 1,5%), dyspneu (1,2%), ejectionfractie verlaagd (1,2%) en bloed bilirubine verhoogd (1,2%). Bijwerkingen van graad 5 kwamen voor bij 2,7% van de patiënten, waaronder ILD (2,1%).

De behandeling werd als gevolg van bijwerkingen onderbroken bij 40,7% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerkingen die gepaard gingen met een onderbreking van de behandeling waren neutropenie (16,6%), anemie (7,8%), vermoeidheid (5,7%), ILD (4,8%), leukopenie (4,2%), verminderde eetlust (3,7%), pneumonie (3,6%), bovenste-luchtweginfectie (3,4%) en trombocytopenie (3,1%). Dosisverlagingen kwamen voor bij 31,1% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerkingen die gepaard gingen met een dosisverlaging, waren vermoeidheid (10,6%), neutropenie (6,6%), nausea (6,4%), verminderde eetlust (5,4%) en trombocytopenie (3,0%). Stopzetting van de behandeling als gevolg van een bijwerking kwam voor bij 17,6% van de patiënten die met Enhertu werden behandeld. De vaakst voorkomende bijwerking die gepaard ging met definitieve stopzetting van de behandeling, was ILD (12,9%).

Bij patiënten met maagkanker die werden behandeld met 6,4 mg/kg Enhertu (n = 229) kreeg 25,3% binnen 28 dagen na het optreden van anemie of trombocytopenie een transfusie. Transfusies waren voornamelijk voor anemie.

#### Lijst van bijwerkingen in tabelvorm

De bijwerkingen bij patiënten die in klinische onderzoeken ten minste één dosis Enhertu kregen, zijn weergegeven in tabel 3. De bijwerkingen zijn vermeld volgens systeem/orgaanklasse (SOC) van MedDRA en volgens categorieën van frequentie. De frequentie categorieën zijn als volgt gedefinieerd: zeer vaak ( $\geq 1/10$ ), vaak ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), soms ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ), zelden ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), zeer zelden ( $< 1/10.000$ ) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen elke frequentiegroep zijn de bijwerkingen weergegeven volgens afnemende ernst.

**Tabel 3: Bijwerkingen bij patiënten behandeld met 5,4 mg/kg en 6,4 mg/kg trastuzumab-deruxtecan bij meerdere tumortypes**

Systeem/orgaanklasse Frequentie categorie	5,4 mg/kg Bijwerking	6,4 mg/kg Bijwerking
<b>Infecties en parasitaire aandoeningen</b>		
Zeer vaak	Bovenste-luchtweginfectie <sup>a</sup>	Pneumonie, bovenste-luchtweginfectie <sup>a</sup>
Vaak	Pneumonie	

<b>Systeem/orgaanklasse</b> Frequentiecategorie	<b>5,4 mg/kg</b> Bijwerking	<b>6,4 mg/kg</b> Bijwerking
<b>Bloed- en lymfestelselaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Anemie <sup>b</sup> , neutropenie <sup>c</sup> , trombocytopenie <sup>d</sup> , leukopenie <sup>e</sup>	Anemie <sup>b</sup> , neutropenie <sup>c</sup> , trombocytopenie <sup>d</sup> , leukopenie <sup>e</sup> , lymfopenie <sup>f</sup>
Vaak	Lymfopenie <sup>f</sup> , febriële neutropenie, pancytopenie <sup>g</sup>	Febriële neutropenie, pancytopenie <sup>g</sup>
<b>Voedings- en stofwisselingsstoornissen</b>		
Zeer vaak	Hypokaliëmie <sup>h</sup> , verminderde eetlust	Hypokaliëmie <sup>h</sup> , verminderde eetlust
Vaak	Dehydratie	Dehydratie
<b>Zenuwstelselaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Hoofdpijn <sup>i</sup> , duizeligheid	Hoofdpijn <sup>i</sup> , dysgeusie
Vaak	Duizeligheid, dysgeusie	Duizeligheid
<b>Oogaandoeningen</b>		
Vaak	Droge ogen, gezichtsvermogen wazig <sup>j</sup>	Droge ogen, gezichtsvermogen wazig <sup>j</sup>
<b>Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Interstitiële longziekte <sup>k</sup> , hoesten	Interstitiële longziekte <sup>k</sup> , dyspneu, hoesten
Vaak	Dyspneu, bloedneus	Bloedneus
<b>Maagdarmsstelselaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Nausea, braken, constipatie, diarree, abdominale pijn <sup>l</sup> , stomatitis <sup>m</sup> , dyspepsie	Nausea, braken, diarree, constipatie, abdominale pijn <sup>l</sup> , stomatitis <sup>m</sup>
Vaak	Abdominale distensie, gastritis, flatulentie	Dyspepsie, abdominale distensie, gastritis, flatulentie
<b>Lever- en galaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Transaminasen verhoogd <sup>n</sup>	Transaminasen verhoogd <sup>n</sup>
<b>Huid- en onderhuidaandoeningen</b>		
Zeer vaak	Alopecia	Alopecia
Vaak	Rash <sup>o</sup> , pruritus, huidhyperpigmentatie <sup>p</sup>	Rash <sup>o</sup> , pruritus, huidhyperpigmentatie <sup>p</sup>
<b>Skeletspierstelsel- en bindweefselstoornissen</b>		
Zeer vaak	Skeletspierstelselpijn <sup>q</sup>	Skeletspierstelselpijn <sup>q</sup>

<b>Systeem/orgaanklasse</b> Frequentiecategorie	<b>5,4 mg/kg</b> Bijwerking	<b>6,4 mg/kg</b> Bijwerking
<b>Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen</b>		
Zeer vaak	Vermoeidheid <sup>f</sup> , pyrexie	Vermoeidheid <sup>f</sup> , pyrexie, perifeer oedeem
Vaak	Perifeer oedeem	
<b>Onderzoeken</b>		
Zeer vaak	Ejectiefractie verlaagd <sup>g</sup> , gewicht verlaagd	Ejectiefractie verlaagd <sup>g</sup> , gewicht verlaagd
Vaak	Bloed alkalische fosfatase verhoogd, bloed bilirubine verhoogd <sup>t</sup> , bloed creatinine verhoogd	Bloed alkalische fosfatase verhoogd, bloed bilirubine verhoogd <sup>t</sup> , bloed creatinine verhoogd
<b>Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties</b>		
Vaak	Infusiegerelateerde bijwerkingen <sup>u</sup>	Infusiegerelateerde bijwerkingen <sup>u</sup>

<sup>a</sup> Omvat griep, influenza-achtige ziekte, nasofaryngitis, faryngitis, sinusitis, rinitis, laryngitis en bovenste-luchtweginfectie.

<sup>b</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat anemie, hemoglobine verlaagd, rodebloedceltelling verlaagd en hematocriet verlaagd. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat anemie, hemoglobine verlaagd en rodebloedceltelling verlaagd.

<sup>c</sup> Omvat neutropenie en neutrofielentelling verlaagd.

<sup>d</sup> Omvat trombocytopenie en plaatjestelling verlaagd.

<sup>e</sup> Omvat leukopenie en wittebloedceltelling verlaagd.

<sup>f</sup> Omvat lymfopenie en lymfocytentelling verlaagd.

<sup>g</sup> Pancytopenie werd gedefinieerd als een proefpersoon die op basis van een labmonster met dezelfde afnamedatum en/of de voorkeursterm pancytopenie voldeed aan alle 3 criteria: hemoglobine < 100 g/l en CTCAE-graad 2 of hoger, neutrofielen <  $1,5 \times 10^9/l$  en CTCAE-graad 1 of hoger en trombocyten <  $100 \times 10^9/l$  met een gegeven (niet-ontbrekende) CTCAE-graad.

<sup>h</sup> Omvat hypokaliëmie en bloed kalium verlaagd.

<sup>i</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat hoofdpijn, sinus hoofdpijn en migraine. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat hoofdpijn en migraine.

<sup>j</sup> Omvat gezichtsvermogen wazig en gezichtsvermogen afgenomen.

<sup>k</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: interstitiële longziekte omvat voorvallen die beoordeeld werden als ILD: acute ademstilstand (n = 2), longblaasjesontsteking (n = 2), bronchiëctasie (n = 1), ziekteprogressie (n = 1), overgevoeligheids pneumonitis (n = 1), idiopathische interstitiële pneumonie (n = 1), interstitiële longziekte (n = 109), onderste-luchtweginfectie (n = 1), longaandoening (n = 1), longinfiltraat (n = 1), longopaciteit (n = 4), lymfangitis (n = 1), organiserende pneumonie (n = 9), pneumonie (n = 9), bacteriële pneumonie (n = 2), fungale pneumonie (n = 1), pneumonitis (n = 136), longfibrose (n = 2), pulmonaal gezwel (n = 1), longvergiftiging (n = 3), bestralingspneumonitis (n = 4), respiratoir falen (n = 5). Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: interstitiële longziekte omvat voorvallen die werden beoordeeld als geneesmiddelgerelateerde ILD: pneumonitis (n = 75), interstitiële longziekte (n = 39), organiserende pneumonie (n = 4), respiratoir falen (n = 4), longopaciteit (n = 2), pneumonie (n = 1) en bestralingspneumonitis (n = 1).

<sup>l</sup> Omvat abdominaal ongemak, gastro-intestinale pijn, abdominale pijn, pijn laag in de onderbuik en bovenbuikpijn.

<sup>m</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat stomatitis, afte, mondulceratie, erosie van mondslijmvlies en orale mucose eruptie. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat alleen stomatitis.

<sup>n</sup> Omvat transaminasen verhoogd, alanineaminotransferase verhoogd, aspartaataminotransferase verhoogd, gammaglutamyltransferase verhoogd, leverfunctie afwijkend, leverfunctietests abnormaal, leverfunctietest verhoogd en hypertransaminasemie.

- <sup>o</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat rash, pustuleuze rash, maculo-papulaire rash, papulaire rash, vlekkerige rash en jeukende rash. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat rash, pustuleuze rash, maculo-papulaire rash en jeukende rash.
- <sup>p</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat huidhyperpigmentatie, huidverkleuring en pigmentatieaandoening. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat huidhyperpigmentatie en pigmentatieaandoening.
- <sup>q</sup> Omvat rugpijn, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspierstelselpijn, spierspasmen, botpijn, nekpijn, skeletspierstelsel borstpijn en ledematenongemak.
- <sup>r</sup> Omvat asthenie, vermoeidheid, malaise en lethargie.
- <sup>s</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: ejectiefractie verlaagd omvat laboratoriumparameters van LVEF-verlaging (n = 312) en/of de voorkeurstermen ejectiefractie verlaagd (n = 99), hartfalen (n = 5), hartfalen acuut (n = 1), hartfalen chronisch (n = 1), hartfalen congestief (n = 1) en linkerventrikeldisfunctie (n = 3). Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: ejectiefractie verlaagd omvat laboratoriumparameters van LVEF-verlaging (n = 97) en/of de voorkeurstermen ejectiefractie verlaagd (n = 11) en linkerventrikeldisfunctie (n = 1).
- <sup>t</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg: omvat bilirubine in het bloed verhoogd, hyperbilirubinemie, bilirubine geconjugeerd verhoogd en bloed bilirubine niet-geconjugeerd verhoogd. Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg: omvat bilirubine in het bloed verhoogd, hyperbilirubinemie en bilirubine geconjugeerd verhoogd.
- <sup>u</sup> Voor alle tumortypes bij 5,4 mg/kg, gevallen van infusiegerelateerde bijwerkingen omvatten: infusiegerelateerde bijwerking (n = 23), overgevoeligheid (n = 2). Voor alle tumortypes bij 6,4 mg/kg, gevallen van infusiegerelateerde bijwerkingen omvatten infusiegerelateerde bijwerking (n = 6) en overgevoeligheid (n = 1). Alle gevallen van infusiegerelateerde bijwerkingen waren graad 1 of graad 2.

### Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen

#### *Interstitiële longziekte/pneumonitis*

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 5,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 2.335) werd ILD, pneumonitis, organiserende pneumonie en acute interstitiële pneumonitis gemeld door de onderzoeker bij 13,3% van de patiënten. Na beoordeling werd ILD/pneumonitis bevestigd bij 12,2% van de patiënten, wat leidde tot stopzetting van het geneesmiddel bij 8,4% van de patiënten en een onderbreking van de behandeling met het geneesmiddel bij 2,6% van de patiënten. De meeste gevallen van ILD/pneumonitis waren graad 1 (2,9%) en graad 2 (7,5%). Gevallen van graad 3 kwamen voor bij 0,7% en er kwam één geval van graad 4 voor. Graad 5 (fatale) ILD kwam voor bij 1,1% van de patiënten. De mediane tijd tot het eerste optreden bedroeg 5,5 maanden (bereik: -0,3 tot 31,5), inclusief twee patiënten bij wie pre-existente ILD werd vastgesteld. Van 30,8% van de patiënten bij wie ILD/pneumonitis was vastgesteld, was geen herstel gemeld bij een mediane follow-up van 280 dagen (zie rubriek 4.2 en 4.4).

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 6,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 669) kwam ILD voor bij 17,9% van de patiënten. De meeste gevallen van ILD waren graad 1 (4,9%) en graad 2 (9,4%). Gevallen van graad 3 kwamen voor bij 1,3% en gevallen van graad 4 bij 0,1% van de patiënten. Graad 5 (fatale) ILD kwam voor bij 2,1% van de patiënten. Eén patiënt had pre-existente ILD die na de behandeling verergerde en tot graad 5 (fatale) ILD leidde. De mediane tijd tot het eerste optreden bedroeg 4,2 maanden (bereik: -0,5 tot 21,0) (zie rubriek 4.2 en 4.4).

#### *Neutropenie*

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 5,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 2.335) werd neutropenie gemeld bij 35,1% van de patiënten en 18,0% had een voorval van graad 3 of 4. De mediane tijd tot het eerste optreden bedroeg 42 dagen (bereik: 1 dag tot 31,9 maanden) en de mediane duur van het eerste voorval bedroeg 21 dagen (bereik: 1 dag tot 17,1 maanden). Febriële neutropenie werd gemeld bij 1,0% van de patiënten en < 0,1% was graad 5 (zie rubriek 4.2).

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 6,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 669) werd neutropenie gemeld bij 43,5% van de patiënten en 28,7% had een voorval van graad 3 of 4. De mediane tijd tot het eerste optreden bedroeg 16 dagen (bereik: 1 dag tot 24,8 maanden) en de mediane duur van het eerste voorval bedroeg 9 dagen (bereik: 2 dagen tot

17,2 maanden). Febriele neutropenie werd gemeld bij 3,0% van de patiënten en 0,1% was graad 5 (zie rubriek 4.2).

#### *Linkerventrikeldisfunctie*

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 5,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 2.335) werd een verlaging van de LVEF gemeld bij 108 patiënten (4,6%), waarvan er 14 (0,6%) graad 1 waren, 80 (3,4%) graad 2, 13 (0,6%) graad 3 en 1 (< 0,1%) graad 4 was. De waargenomen frequentie van LVEF-verlaging op basis van laboratoriumparameters (echocardiogram of MUGA-scan) bedroeg 296/2.075 (14,3%) voor graad 2 en 15/2.075 (0,7%) voor graad 3. De behandeling met Enhertu is niet onderzocht bij patiënten met een LVEF lager dan 50% voorafgaand aan het instellen van de behandeling (zie rubriek 4.2).

Linkerventrikeldisfunctie leidde bij 27/2.335 patiënten (1,2%) tot onderbreking van de behandeling. De mediane tijd tot LVEF van de ernstigste graad bedroeg 4,8 maanden en de mediane tijd tot herstel ( $\geq 90\%$  van de uitgangswaarde) van LVEF van de ernstigste graad bedroeg 6,3 maanden.

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 6,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 669) werd een verlaging van de LVEF gemeld bij 12 patiënten (1,8%), waarvan er 1 (0,1%) graad 1 was, 8 (1,2%) graad 2 en 3 (0,4%) graad 3 waren. De waargenomen frequentie van LVEF-verlaging op basis van laboratoriumparameters (echocardiogram of MUGA-scan) bedroeg 89/597 (14,9%) voor graad 2 en 8/597 (1,3%) voor graad 3.

#### Infusiegerelateerde bijwerkingen

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 5,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 2.335) werden infusiegerelateerde bijwerkingen gemeld bij 25 patiënten (1,1%), waarvan de ernst bij het merendeel graad 1 of graad 2 was. Vijf gevallen (0,2%) van infusiegerelateerde bijwerkingen leidden tot onderbreking van de behandeling en 1 geval (< 0,1%) leidde tot stopzetting van de behandeling.

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 6,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 669) werden infusiegerelateerde bijwerkingen gemeld bij 7 patiënten (1,0%), waarvan de ernst bij allemaal graad 1 of graad 2 was. Er werden geen gevallen van graad 3 gemeld. Eén geval (0,1%) van infusiegerelateerde bijwerking leidde tot onderbreking van de behandeling en er waren geen gevallen die leidden tot stopzetting van de behandeling.

#### Immunogeniciteit

Zoals bij alle therapeutische eiwitten bestaat er een kans op immunogeniciteit. Voor doses van 5,4 mg/kg en 6,4 mg/kg die in klinische onderzoeken zijn geëvalueerd, ontwikkelde 2,2% (70/3.124) van de evalueerbare patiënten na behandeling met Enhertu antilichamen tegen trastuzumab-deruxtecan. De incidentie van tijdens de behandeling ontstane neutraliserende antilichamen tegen trastuzumab-deruxtecan bedroeg 0,1% (3/3.124). Er was geen aanwijsbaar effect van de ontwikkeling van antilichamen op de farmacokinetiek, veiligheid en/of effectiviteit van Enhertu.

#### Pediatrische patiënten

Bij deze patiënten is de veiligheid niet vastgesteld.

#### Ouderen

Bij patiënten die in klinische onderzoeken met 5,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes (n = 2.335), was 28,9% 65 jaar of ouder en was 6,3% 75 jaar of ouder. Er werd een hogere incidentie van graad 3-4 bijwerkingen waargenomen bij patiënten van 65 jaar of ouder (48,4%) in vergelijking met patiënten jonger dan 65 jaar (43,2%), waardoor de behandeling vaker werd stopgezet

als gevolg van bijwerkingen. De incidentie van bijwerkingen met fatale afloop was 2,4% bij patiënten van 65 jaar of ouder en 1% bij patiënten jonger dan 65 jaar.

Van de 669 patiënten die in klinische onderzoeken met 6,4 mg/kg Enhertu werden behandeld voor meerdere tumortypes was 39,2% 65 jaar of ouder en was 7,6% 75 jaar of ouder. De incidentie van graad 3-4 bijwerkingen waargenomen bij patiënten van 65 jaar of ouder bedroeg 59,9% en bij jongere patiënten 62,9%. Er werd een hogere incidentie van graad 3-4 bijwerkingen waargenomen bij patiënten van 75 jaar of ouder (64,7%) in vergelijking met patiënten jonger dan 75 jaar (61,5%). Bij patiënten van 75 jaar of ouder was er een hogere incidentie van ernstige bijwerkingen (37,3%) en voorvallen met fatale afloop (7,8%) dan bij patiënten jonger dan 75 jaar (20,7% en 2,3%). De gegevens zijn beperkt om de veiligheid bij patiënten van 75 jaar of ouder vast te stellen.

### Etnische verschillen

In klinische onderzoeken zijn geen relevante verschillen in blootstelling of werkzaamheid waargenomen tussen patiënten van verschillende etnische groepen. Aziatische patiënten die 6,4 mg/kg Enhertu kregen, hadden een hogere incidentie (verschil van  $\geq 10\%$ ) van neutropenie (58,1% vs. 18,6%), anemie (51,1% vs. 32,4%), leukopenie (42,7% vs. 6,9%), trombocytopenie (40,5% vs. 15,4%) en lymfopenie (17,6% vs. 7,3%) in vergelijking met niet-Aziatische patiënten. Bij Aziatische patiënten had 4,3% binnen 14 dagen na het optreden van trombocytopenie een bloeding, vergeleken met 1,6% bij niet-Aziatische patiënten.

### Melding van vermoedelijke bijwerkingen

Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, website: [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl).

## **4.9 Overdosering**

De maximaal getolereerde dosis trastuzumab-deruxtecan is niet bepaald. In klinische onderzoeken zijn enkelvoudige doses hoger dan 8,0 mg/kg niet getest. In geval van overdosering moeten patiënten nauwlettend worden gemonitord op tekenen of symptomen van bijwerkingen en moet een passende symptomatische behandeling worden ingesteld.

## **5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN**

### **5.1 Farmacodynamische eigenschappen**

Farmacotherapeutische categorie: antineoplastische middelen, remmers van humane epidermale groeifactorreceptor 2 (HER2-remmers), ATC-code: L01FD04

### Werkingsmechanisme

Enhertu, trastuzumab-deruxtecan, is een antilichaam-geneesmiddelconjugaat gericht tegen HER2. Het antilichaam is een gehumaniseerd anti-HER2-IgG1 dat is vastgehecht op deruxtecan, een topoisomerase I-remmer (DXd) gebonden door een splitsbare linker op basis van een tetrapeptide. Het antilichaam-geneesmiddelconjugaat is stabiel in het plasma. Het antilichaamdeel werkt door binding aan HER2, dat tot expressie komt op het oppervlak van bepaalde tumorcellen. Na binding ondergaat het trastuzumab-deruxtecan-complex internalisatie en intracellulaire splitsing van de linker door lysosomale enzymen die opgereguleerd zijn in kankercellen. Bij afgifte veroorzaakt het

membraandoorlaatbare DXd DNA-schade en apoptotische celdood. DXd, een exatecanderivaat, is ongeveer 10 maal krachtiger dan SN-38, de actieve metaboliet van irinotecan.

In-vitro-onderzoek toont aan dat het antilichaamdeel van trastuzumab-deruxtecan, dat dezelfde aminozuursequentie heeft als trastuzumab, ook een binding aangaat met FcγRIIIa en complement C1q. Het antilichaam medieert de antilichaamafhankelijke cellulaire cytotoxiciteit (*antibody-dependent cellular cytotoxicity*, ADCC) in humane borstkankercellen die HER2 tot overexpressie brengen. Daarnaast remt het antilichaam de signalisering via fosfatidylinositol-3-kinase (PI3-K) in humane borstkankercellen die HER2 tot overexpressie brengen.

### Klinische werkzaamheid

#### *HER2-positieve borstkanker*

##### *DESTINY-Breast03 (NCT03529110)*

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Breast03, een multicenter, open-label, gerandomiseerd fase 3-onderzoek met werkzame controle en twee groepen, waarin patiënten met HER2-positieve, niet-reseceerbare of gemetastaseerde borstkanker werden opgenomen die voorafgaand een behandeling met trastuzumab en taxanen hadden gekregen voor gemetastaseerde ziekte of die recidief van de ziekte ontwikkelden tijdens of binnen 6 maanden na voltooiing van een adjuvante therapie.

Gearchiveerde borsttumorbiopten moesten HER2-positiviteit vertonen, gedefinieerd als HER2-IHC 3+ of ISH-positief. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden of ILD/pneumonitis bij de screening, patiënten met niet-behandelde en symptomatische hersenmetastasen, patiënten met een voorgeschiedenis van een klinisch significante hartaandoening en patiënten met metastasen die eerder waren behandeld met een antilichaam-geneesmiddelconjugaat gericht tegen HER2. Patiënten werden 1:1 gerandomiseerd naar behandeling met ofwel 5,4 mg/kg Enhertu (N = 261) ofwel 3,6 mg/kg trastuzumab-emtansine (N = 263), eenmaal om de drie weken toegediend met een intraveneuze infusie. De randomisatie was gestratificeerd volgens hormoonreceptorstatus, eerdere behandeling met pertuzumab en voorgeschiedenis van viscerale ziekte. De behandeling werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit.

De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was progressievrije overleving (*progression-free survival*, PFS), zoals geëvalueerd met een geblindeerde, onafhankelijke, centrale beoordeling (*blinded independent central review*, BICR) volgens de evaluatiecriteria voor respons bij solide tumoren (*response evaluation criteria in solid tumours*, RECIST v1.1). Algehele overleving (*overall survival*, OS) was een belangrijke secundaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid. PFS op basis van de beoordeling door de onderzoeker, bevestigd objectief-responspercentage (*objective response rate*, ORR) en duur van respons (*duration of response*, DOR) waren secundaire eindpunten.

De demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek waren evenwichtig verdeeld tussen beide groepen. Van de 524 patiënten die werden gerandomiseerd, waren de demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek als volgt: mediane leeftijd 54 jaar (bereik: 20 tot 83 jaar); 65 jaar of ouder (20,2%); vrouw (99,6%); Aziatisch (59,9%), wit (27,3%), zwart of Afro-Amerikaans (3,6%); Eastern Cooperative Oncology Group-prestatiestatus (ECOG-prestatiestatus) 0 (62,8%) of 1 (36,8%); hormoonreceptorstatus (positief: 51,9%); aanwezigheid van viscerale ziekte (73,3%); aanwezigheid van hersenmetastasen bij aanvang (15,6%) en 48,3% van de patiënten met metastasen had één eerdere systemische behandeling gekregen. Het percentage patiënten die geen eerdere behandeling hadden gekregen voor gemetastaseerde ziekte was 9,5%. Het percentage patiënten die eerder waren behandeld met pertuzumab was 61,1%.

Bij de vooraf gespecificeerde tussentijdse analyse voor PFS op basis van 245 voorvallen (73% van het totale aantal voorvallen, gepland voor de eindanalyse) werd in het onderzoek, in vergelijking met



trastuzumab-emtansine, een statistisch significante verbetering gezien voor PFS volgens BICR bij patiënten die waren gerandomiseerd naar Enhertu. Gegevens over PFS volgens BICR uit de primaire analyse (stopzetting van de gegevensverzameling op 21 mei 2021) en bijgewerkte OS-, ORR- en DOR-resultaten op de datum van stopzetting van de gegevensverzameling op 25 juli 2022 worden weergegeven in tabel 4.

**Tabel 4: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Breast03**

Werkzaamheidsparameter	Enhertu N = 261	trastuzumab-emtansine N = 263
<b>Progressievrije overleving (PFS) volgens BICR<sup>a</sup></b>		
Aantal voorvallen (%)	87 (33,3)	158 (60,1)
Mediaan, maanden (95%-BI)	NB (18,5; NS)	6,8 (5,6; 8,2)
Hazardratio (95%-BI)	0,28 (0,22; 0,37)	
p-waarde	p < 0,000001 <sup>†</sup>	
<b>Algehele overleving (OS)<sup>b</sup></b>		
Aantal voorvallen (%)	72 (27,6)	97 (36,9)
Mediaan, maanden (95%-BI)	NB (40,5; NS)	NB (34,0; NS)
Hazardratio (95%-BI)	0,64 (0,47; 0,87)	
p-waarde <sup>c</sup>	p = 0,0037	
<b>PFS volgens BICR (bijgewerkt)<sup>b</sup></b>		
Aantal voorvallen (%)	117 (44,8)	171 (65,0)
Mediaan, maanden (95%-BI)	28,8 (22,4; 37,9)	6,8 (5,6; 8,2)
Hazardratio (95%-BI)	0,33 (0,26; 0,43)	
<b>Bevestigd objectief-responspercentage (ORR) volgens BICR<sup>b</sup></b>		
n (%)	205 (78,5)	92 (35,0)
95%-BI	(73,1; 83,4)	(29,2; 41,1)
Complete respons n (%)	55 (21,1)	25 (9,5)
Partiële respons n (%)	150 (57,5)	67 (25,5)
<b>Duur van respons volgens BICR<sup>b</sup></b>		
Mediaan, maanden (95%-BI)	36,6 (22,4; NS)	23,8 (12,6; 34,7)

BI = betrouwbaarheidsinterval; NS = niet schatbaar; NB = niet bereikt

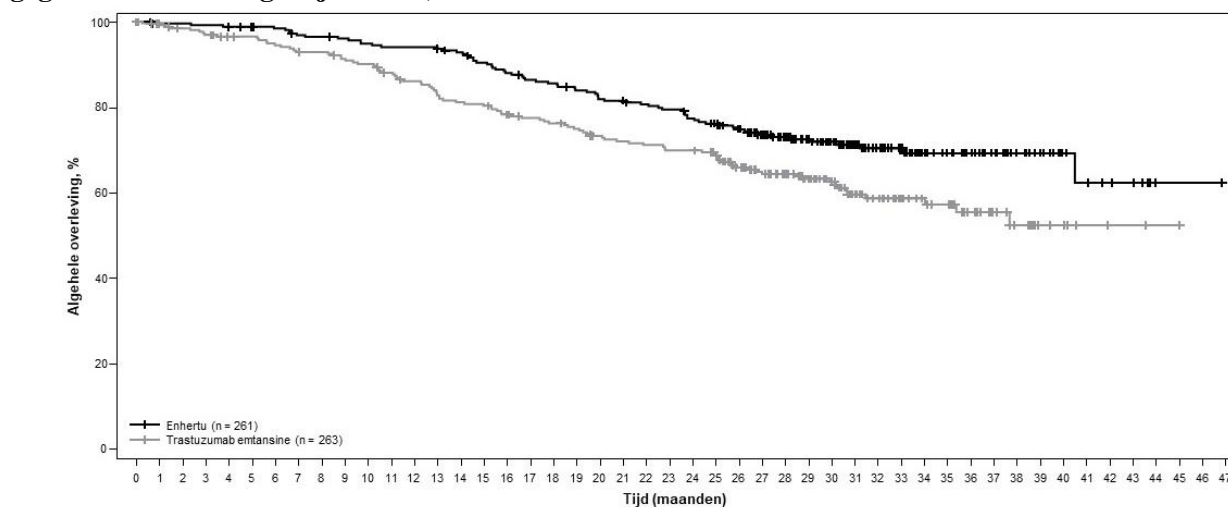
<sup>†</sup>Weergegeven als 6 decimalen

<sup>a</sup> Stopzetting van de gegevensverzameling op 21 mei 2021

<sup>b</sup> Stopzetting van de gegevensverzameling op 25 juli 2022 voor een vooraf geplande OS-interimanalyse

<sup>c</sup> De p-waarde is gebaseerd op een gestratificeerde logrank-test; overschreed de werkzaamheidsgrens van 0,013.

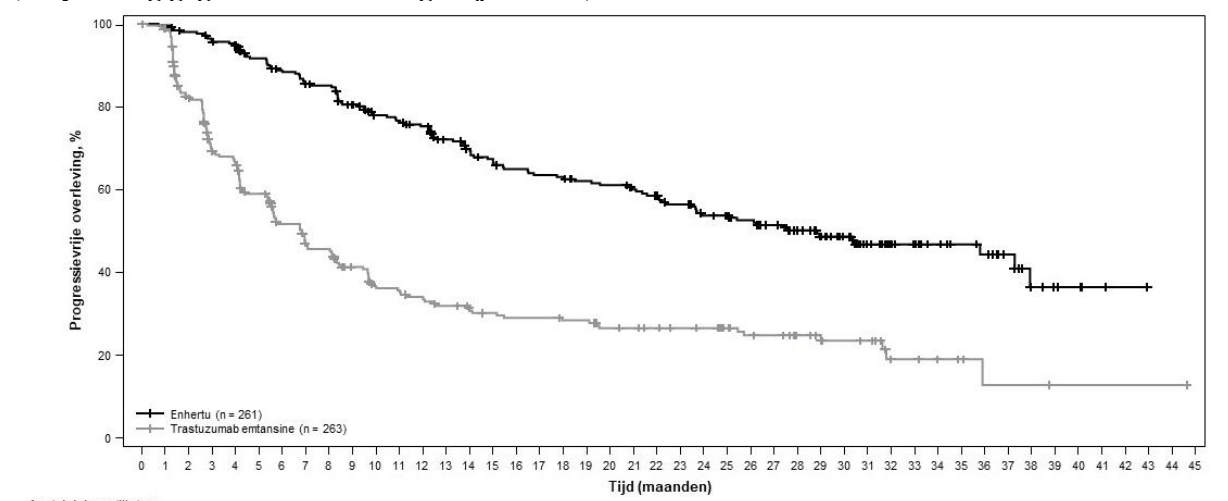
**Figuur 1: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor algehele overleving (Stopzetting gegevensverzameling 25 juli 2022)**



Aantal risicopatiënten:

Tijd (maanden)	Enhertu (261)	Trastuzumab emtansine (263)
0	261	263
1	256	252
2	255	248
3	254	243
4	251	237
5	249	233
6	244	227
7	243	224
8	241	217
9	238	211
10	236	203
11	236	199
12	231	197
13	224	191
14	218	186
15	213	183
16	211	179
17	206	172
18	201	169
19	200	167
20	196	164
21	193	164
22	187	158
23	182	154
24	173	140
25	156	129
26	142	117
27	124	106
28	109	90
29	91	70
30	73	59
31	73	45
32	64	41
33	51	38
34	44	27
35	44	20
36	30	15
37	22	8
38	18	7
39	11	4
40	9	3
41	7	3
42	6	1
43	1	1
44	1	1
45	1	0
46	1	0
47	0	0

**Figuur 2: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor progressievrije overleving volgens BICR (Stopzetting gegevensverzameling 25 juli 2022)**



Aantal risicopatiënten:

Tijd (maanden)	Enhertu (261)	Trastuzumab emtansine (263)
0	261	263
1	256	250
2	255	244
3	254	225
4	251	216
5	249	207
6	244	205
7	243	191
8	241	176
9	238	173
10	236	167
11	236	154
12	231	146
13	224	140
14	218	134
15	213	130
16	211	125
17	206	117
18	201	113
19	200	107
20	196	99
21	193	96
22	187	90
23	182	82
24	173	73
25	156	64
26	142	55
27	124	41
28	109	32
29	91	28
30	73	23
31	73	20
32	64	18
33	51	13
34	44	7
35	44	5
36	30	4
37	22	2
38	18	2
39	11	1
40	9	1
41	7	1
42	6	1
43	1	1
44	1	1
45	0	0

Vergelijkbare resultaten voor PFS zijn waargenomen voor vooraf gespecificeerde subgroepen, waaronder eerdere behandeling met pertuzumab, hormoonreceptorstatus en aanwezigheid van viscerale ziekte.

DESTINY-Breast02 (NCT03523585)

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Breast02, een gerandomiseerd, multicenter, open-label actief gecontroleerd fase 3-onderzoek. In dit onderzoek werden patiënten opgenomen met niet-reseceerbare of gemetastaseerde HER2-positieve borstkanker die resistent of ongevoelig waren voor eerdere T-DM1-behandelingen. Gearchiveerde borsttumorbiopten moesten HER2-positiviteit vertonen, gedefinieerd als HER2-IHC 3+ of ISH-positief. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden of ILD/pneumonitis bij de screening,

patiënten met niet-behandelde en symptomatische hersenmetastasen, en patiënten met een voorgeschiedenis van een klinisch significante hartaandoening. Patiënten werden 2:1 gerandomiseerd naar behandeling met ofwel 5,4 mg/kg Enhertu (N = 406), eenmaal om de drie weken toegediend met een intraveneuze infusie, of naar behandeling volgens keuze van de arts (N = 202; trastuzumab plus capecitabine of lapatinib plus capecitabine). De randomisatie was gestratificeerd volgens hormoonreceptorstatus, eerdere behandeling met pertuzumab en voorgeschiedenis van viscerale ziekte. De behandeling werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit.

De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was progressievrije overleving (PFS), zoals geëvalueerd met een geblindeerde, onafhankelijke, centrale beoordeling (BICR) op basis van RECIST v1.1. Algehele overleving (OS) was een belangrijke secundaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid. PFS, op basis van een beoordeling door een onderzoeker, bevestigd objectief-responspercentage (ORR) en duur van de respons (DOR) waren secundaire doelstellingen.

De demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek waren vergelijkbaar voor beide behandelingsgroepen. Van de 608 patiënten die werden gerandomiseerd, was de mediane leeftijd 54 jaar (bereik: 22 tot 88 jaar); 99,2% was vrouw; 63,2% was blank, 29,3% was Aziatisch en 2,8% was zwart of Afro-Amerikaans. Patiënten hadden bij aanvang van het onderzoek een ECOG-prestatiestatus van 0 (57,4%) of 1 (42,4%); 58,6% met hormoonreceptorstatus positief; 78,3% had viscerale ziekte, 18,1% had hersenmetastasen bij aanvang en 4,9% van de patiënten met metastasen had één voorafgaande systemische behandeling gekregen.

De werkzaamheidsresultaten zijn samengevat in tabel 5 en figuur 3 en 4.

**Tabel 5: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Breast02**

Werkzaamheidsparameter	Enhertu N = 406	Behandeling naar keuze van de arts N = 202
<b>PFS volgens BICR</b>		
Aantal voorvallen (%)	200 (49,3)	125 (61,9)
Mediaan, maanden (95%-BI)	17,8 (14,3; 20,8)	6,9 (5,5; 8,4)
Hazardratio (95%-BI)	0,36 (0,28; 0,45)	
p-waarde	p < 0,000001 <sup>†</sup>	
<b>Algehele overleving (OS)</b>		
Aantal voorvallen (%)	143 (35,2)	86 (42,6)
Mediaan, maanden (95%-BI)	39,2 (32,7; NS)	26,5 (21,0; NS)
Hazardratio (95%-BI)	0,66 (0,50; 0,86)	
p-waarde <sup>a</sup>	p = 0,0021	
<b>PFS volgens beoordeling onderzoeker</b>		
Aantal voorvallen (%)	206 (50,7)	152 (75,2)
Mediaan, maanden (95%-BI)	16,7 (14,3; 19,6)	5,5 (4,4; 7,0)
Hazardratio (95%-BI)	0,28 (0,23; 0,35)	

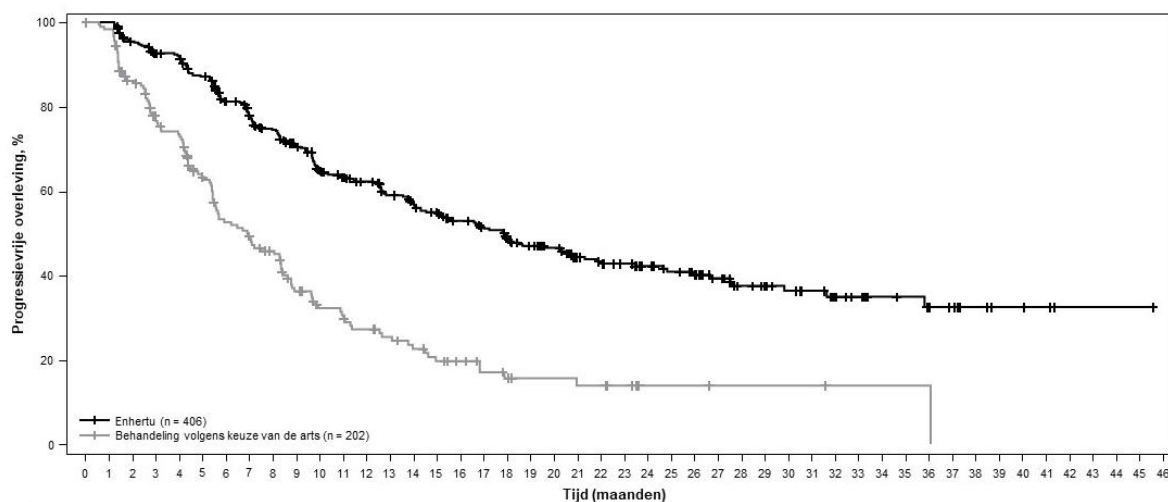
Werkzaamheidsparameter	Enhertu N = 406	Behandeling naar keuze van de arts N = 202
<b>Bevestigd objectief-responspercentage (ORR) volgens BICR</b>		
n (%)	283 (69,7)	59 (29,2)
95%-BI	(65,0; 74,1)	(23,0; 36,0)
Complete respons n (%)	57 (14,0)	10 (5,0)
Partiële respons n (%)	226 (55,7)	49 (24,3)
<b>Duur van respons volgens BICR</b>		
Mediaan, maanden (95%-BI)	19,6 (15,9; NS)	8,3 (5,8; 9,5)

BI = betrouwbaarheidsinterval; NS = niet schatbaar

† Weergegeven als 6 decimalen

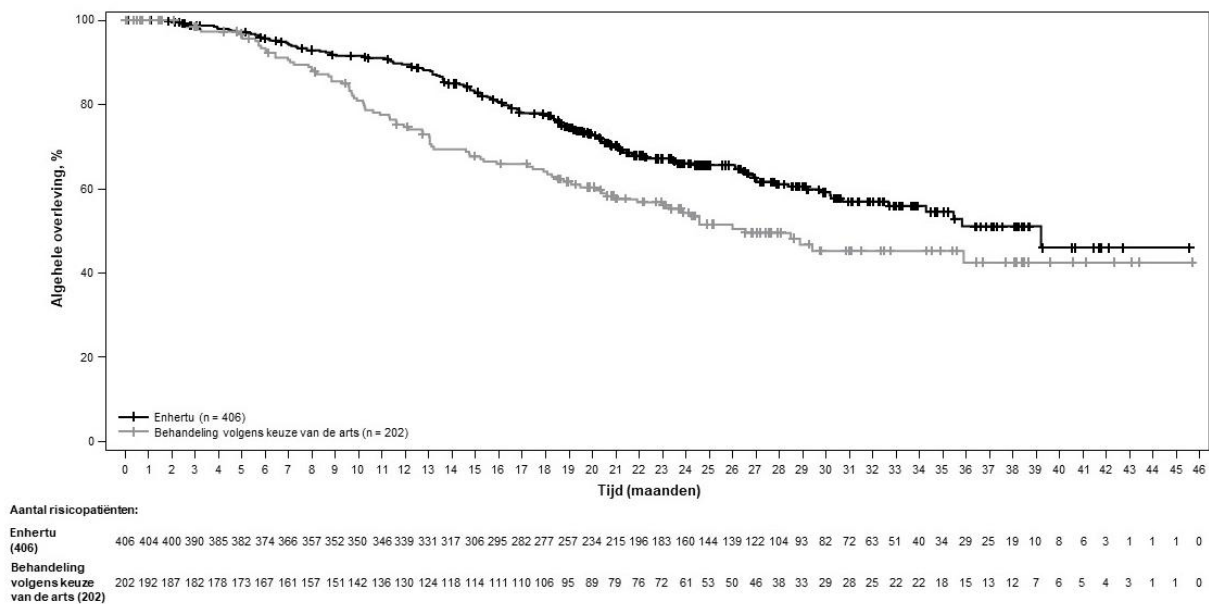
<sup>a</sup> De p-waarde is gebaseerd op een gestratificeerde logrank-test; overschreed de werkzaamheidsgrens van 0,004.

**Figuur 3: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor progressievrije overleving volgens BICR**



Aantal risicopatiënten:

Enhertu (406)	406	400	374	359	355	330	296	278	260	239	213	203	194	179	170	161	149	141	132	119	109	88	83	76	65	60	55	47	38	35	31	27	23	19	15	14	12	10	6	4	4	3	1	1	1	0					
Behandeling volgens keuze van de arts (202)	202	180	148	126	118	95	78	72	64	48	39	37	32	28	24	20	17	13	11	9	9	8	8	6	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Figuur 4: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor algehele overleving****DESTINY-Breast01 (NCT03248492)**

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Breast01, een multicenter, open-label fase 2-onderzoek zonder controlegroep waarin patiënten met HER2-positieve, niet-reseceerbare en/of gemetastaseerde borstkanker werden opgenomen die voorafgaand twee of meer op anti-HER2 gebaseerde behandelingschema's hadden gekregen, waaronder trastuzumab-emtansine (100%), trastuzumab (100%) en pertuzumab (65,8%). Gearchiveerde borsttumorbiopten moesten HER2-positiviteit vertonen, gedefinieerd als HER2-IHC 3+ of ISH-positief. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van behandelde ILD of ILD bij de screening, patiënten met niet-behandelde of symptomatische hersenmetastasen en patiënten met een voorgeschiedenis van een klinisch significante hartaandoening. Patiënten die in het onderzoek werden opgenomen, hadden ten minste 1 meetbare laesie volgens RECIST v1.1. Enhertu werd toegediend met een intraveneuze infusie van 5,4 mg/kg, eenmaal om de drie weken, tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit. De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was het bevestigde objectieve-responspercentage (*objective response rate*, ORR) volgens RECIST v1.1 in de intent-to-treat-populatie (ITT-populatie), zoals geëvalueerd met een onafhankelijke centrale beoordeling (*independent central review*, ICR). De secundaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was de duur van respons (*duration of response*, DOR).

Van de 184 patiënten die werden opgenomen in DESTINY-Breast01, waren de demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek als volgt: mediane leeftijd 55 jaar (bereik: 28 tot 96 jaar); 65 jaar of ouder (23,9%); vrouw (100%); wit (54,9%), Aziatisch (38,0%), zwart of Afro-Amerikaans (2,2%); Eastern Cooperative Oncology Group-prestatiestatus (ECOG-prestatiestatus) 0 (55,4%) of 1 (44,0%); hormoonreceptorstatus (positief: 52,7%); aanwezigheid van viscerale ziekte (91,8%); eerder behandelde en stabiele hersenmetastasen (13,0%); mediane aantal voorafgaande behandelingen van metastasen: 5 (bereik: 2 tot 17); som van de diameters van doellaesies (< 5 cm: 42,4%, ≥ 5 cm: 50,0%).

Uit een eerdere analyse (mediane duur van follow-up 11,1 maanden [bereik: 0,7 tot 19,9 maanden]) bleek een bevestigd objectief-responspercentage van 60,9% (95%-BI: 53,4; 68,0) waarvan 6,0% complete responders en 54,9% partiële responders; 36,4% had stabiele ziekte, 1,6% had progressieve ziekte en 1,1% was niet evalueerbaar. De mediane duur van de respons was op dat moment 14,8 maanden (95%-BI: 13,8; 16,9) en 81,3% van de responders had een respons die ≥ 6 maanden duurde (95%-BI: 71,9; 87,8). De werkzaamheidsresultaten op basis van een nieuwe einddatum van de

gegevensverzameling met een mediane duur van follow-up van 20,5 maanden (bereik: 0,7 tot 31,4 maanden) zijn weergegeven in tabel 6.

**Tabel 6: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Breast01 (intent-to-treat-analyseset)**

	<b>DESTINY-Breast01 N = 184</b>
<b>Bevestigd objectief-responspercentage (95%-BI)*†</b>	61,4% (54,0; 68,5)
Complete respons (CR)	6,5%
Partiële respons (PR)	54,9%
<b>Duur van respons‡</b>	
Mediaan, maanden (95%-BI)	20,8 (15,0; NB)
% met duur van respons ≥ 6 maanden (95%-BI)§	81,5% (72,2; 88,0)

ORR 95%-BI berekend met behulp van de Clopper-Pearson-methode

BI = betrouwbaarheidsinterval

95%-BI's berekend met behulp van de Brookmeyer-Crowley-methode

\* Bevestigde responsen (met behulp van een geblindeerde onafhankelijke centrale beoordeling) werden gedefinieerd als een geregistreerde respons van CR of PR, bevestigd met behulp van herhaald beeldvormend onderzoek uiterlijk 4 weken na het bezoek waarbij de respons voor het eerst werd waargenomen.

† Van de 184 patiënten had 35,9% stabiele ziekte, had 1,6% progressieve ziekte en was 1,1% niet evalueerbaar.

‡ Omvat 73 patiënten met gecensureerde gegevens

§ Gebaseerd op de Kaplan-Meier-schatting

NB = niet bereikt

Een consistente antitumorwerking is waargenomen voor alle vooraf gespecificeerde subgroepen, waaronder voorafgaande behandeling met pertuzumab en hormoonreceptorstatus.

#### *HER2-low en HER2-ultralow borstkanker*

##### DESTINY-Breast06 (NCT04494425)

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Breast06, een gerandomiseerd, multicenter, open-label fase 3-onderzoek waarin 866 volwassen patiënten werden gerandomiseerd met gevorderde of gemetastaseerde HR+ borstkanker met HER2-low (IHC 1+ of IHC 2+/ISH-) of HER2-ultralow expressie, zoals bepaald met behulp van PATHWAY/VENTANA-anti-HER2/neu (4B5), geëvalueerd in een centraal laboratorium. HER2-ultralow (IHC 0 met aankleuring van het membraan, beschreven als IHC > 0 < 1+ in het onderzoek) is gedefinieerd als zwakke en onvolledige HER2-aankleuring van het membraan die bij 10% of minder van de kankercellen wordt waargenomen. Patiënten kwamen in aanmerking als ze ziekteprogressie hadden bij (a) ten minste 2 lijnen endocriene therapie in de gemetastaseerde setting of (b) één lijn endocriene therapie in de gemetastaseerde setting en progressie vertoonden binnen 24 maanden na het starten van een adjuvante endocriene therapie of binnen 6 maanden na het starten van eerstelijns endocriene therapie in combinatie met een CDK4/6-remmer in de gemetastaseerde setting. Patiënten die voorafgaand chemotherapie hadden gekregen als neoadjuvante of adjuvante behandeling kwamen in aanmerking als ze een ziektevrij interval hadden van meer dan 12 maanden. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die eerder chemotherapie hadden gekregen voor gevorderde of gemetastaseerde ziekte, patiënten met een voorgeschiedenis van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden of ILD/pneumonitis bij de screening, ongecontroleerde of significante cardiovasculaire ziekte, niet-behandelde en symptomatische hersenmetastasen of een ECOG-prestatiestatus > 1.

Patiënten werden 1:1 gerandomiseerd naar behandeling met 5,4 mg/kg Enhertu (N=436), om de drie weken toegediend door middel van intraveneuze infusie, of naar chemotherapie met één middel

volgens keuze van de arts (N=430; capecitabine 60%, nab-paclitaxel 24% of paclitaxel 16%). De randomisatie werd gestratificeerd op basis van voorafgaand gebruik van een CDK4/6-remmer (ja of nee), eerder gebruik van taxanen in de niet-gemetastaseerde setting (ja of nee) en HER2-IHC-status van tumorbipten (IHC 2+/ISH-, IHC 1+, IHC > 0 < 1+). De behandeling met Enhertu werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit.

De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was progressievrije overleving (PFS) bij patiënten met HER-low borstkanker, beoordeeld met een BICR op basis van RECIST v1.1. De belangrijkste secundaire uitkomstmaten voor de werkzaamheid waren PFS, beoordeeld met een BICR op basis van RECIST v1.1 bij de totale populatie (HER2-low en HER2-ultralow), algehele overleving (OS) bij HER2-low patiënten en OS bij de totale populatie. ORR en DOR waren secundaire eindpunten.

In de totale populatie waren de demografische gegevens en tumorkenmerken bij aanvang van het onderzoek vergelijkbaar voor beide groepen. Van de 866 patiënten die werden gerandomiseerd, was de mediane leeftijd 57 jaar (bereik: 28 tot 87 jaar); 31% was 65 jaar of ouder; 99,9% was vrouw; 53% was blank; 35% was Aziatisch en 1% was zwart of Afro-Amerikaans. Patiënten hadden bij aanvang van het onderzoek een ECOG-prestatiestatus van 0 (59%) of 1 (39%); 18% was IHC > 0 < 1+; 55% was IHC 1+; 27% was IHC 2+/ISH-; 67% had levermetastasen; 32% had longmetastasen; 8% had hersenmetastasen en 3% had uitsluitend botmetastasen. Patiënten hadden een mediaan van 2 eerdere lijnen endocriene therapie gekregen in de gemetastaseerde setting (bereik: 1 tot 5), waarbij 17% 1 lijn en 68% 2 lijnen had gekregen. Van de patiënten had 89% eerder endocriene therapie in combinatie met een CDK4/6-remmer gekregen in de gemetastaseerde setting, had 47% eerder anthracycline gebruikt en had 41% eerder taxanen gebruikt in de niet-gemetastaseerde setting.

De werkzaamheidsresultaten zijn samengevat in tabel 7 en figuur 5 en 6.

**Tabel 7: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Breast06**

Werkzaamheidsparameter	HER2-low		Totale populatie (HER2-low en HER2-ultralow)	
	Enhertu (N=359)	Chemotherapie (N=354)	Enhertu (N=436)	Chemotherapie (N=430)
<b>Progressievrije overleving volgens BICR</b>				
Aantal voorvallen (%)	225 (62,7)	232 (65,5)	269 (61,7)	271 (63,0)
Mediaan, maanden (95%-BI)	13,2 (11,4; 15,2)	8,1 (7,0; 9,0)	13,2 (12,0; 15,2)	8,1 (7,0; 9,0)
Hazardratio (95%-BI)	0,62 (0,52; 0,75)		0,64 (0,54; 0,76)	
p-waarde	< 0,0001		< 0,0001	
<b>Algehele overleving*</b>				
Aantal voorvallen (%)	136 (37,9)	146 (41,2)	161 (36,9)	174 (40,5)
Mediaan, maanden (95%-BI)	28,9 (25,7; 33,7)	27,1 (23,5; 29,9)	28,9 (26,4; 32,7)	27,4 (23,9; 29,9)
Hazardratio (95%-BI)	0,83 (0,66; 1,05)		0,81 (0,66; 1,01)	
<b>Bevestigd objectief responspercentage volgens BICR<sup>†</sup></b>				

Werkzaamheidsparameter	HER2-low		Totale populatie (HER2-low en HER2-ultralow)	
	Enhertu (N=359)	Chemotherapie (N=354)	Enhertu (N=436)	Chemotherapie (N=430)
n (%)	203 (56,5)	114 (32,2)	250 (57,3)	134 (31,2)
95%-BI	51,2; 61,7	27,4; 37,3	52,5; 62,0	26,8; 35,8
<b>Duur van respons volgens BICR<sup>†</sup></b>				
Mediaan, maanden (95%-BI)	14,1 (11,8; 15,9)	8,6 (6,7; 11,3)	14,3 (12,5; 15,9)	8,6 (6,9; 11,5)

Stopzetting van de gegevensverzameling: 18 maart 2024

BI = betrouwbaarheidsinterval

\* Eerste geplande interimanalyse.

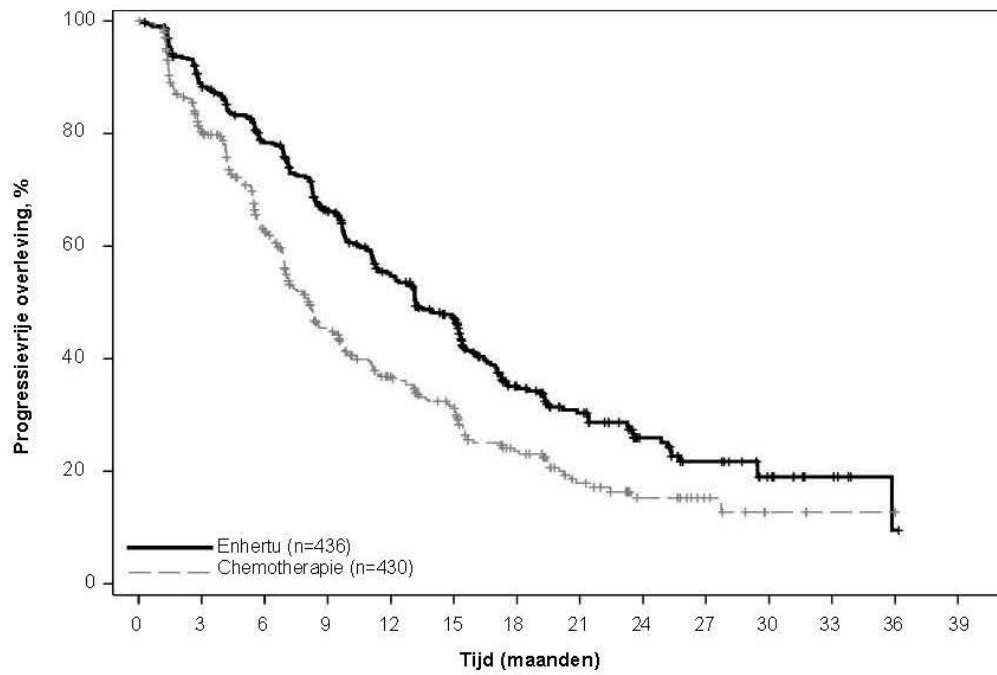
† Controle van het type I-fout heeft niet plaatsgevonden; de resultaten moeten als beschrijvend worden geïnterpreteerd.

Een consistent voordeel voor PFS is waargenomen voor meerdere vooraf gespecificeerde subgroepen, waaronder voor HER2-expressie (IHC > 0 < 1+, IHC 1+, IHC 2+/ISH-), eerder gebruik van een CDK4/6-remmer (ja of nee), eerder gebruik van taxanen in de niet-gemetastaseerde setting (ja of nee) en het aantal eerdere lijnen endocriene therapie in de gemetastaseerde setting.

In de HER2-ultralow subgroep (n=152) bedroeg de mediane PFS 13,2 maanden (95%-BI: 9,8; 17,3) bij patiënten gerandomiseerd naar Enhertu (N=76) en 8,3 maanden (95%-BI: 5,8; 15,2) bij patiënten gerandomiseerd naar chemotherapie, met een hazardratio van 0,78 (95%-BI: 0,50; 1,21). De mediane OS bedroeg 29,5 maanden (95%-BI: 27,9; niet schatbaar) bij patiënten gerandomiseerd naar Enhertu en 27,4 maanden (95%-BI: 19,4; niet schatbaar) bij patiënten gerandomiseerd naar chemotherapie, met een hazardratio van 0,75 (95%-BI: 0,43; 1,29). Het bevestigde objectieve responspercentage was 61,8% (95%-BI: 50,0; 72,8) en 26,3% (95%-BI: 16,9; 37,7) bij patiënten gerandomiseerd naar respectievelijk Enhertu en chemotherapie. De mediane duur van de respons was 14,3 maanden (95%-BI: 9,2; 20,7) en 14,1 maanden (95%-BI: 5,9; niet schatbaar) bij patiënten gerandomiseerd naar respectievelijk Enhertu en chemotherapie.

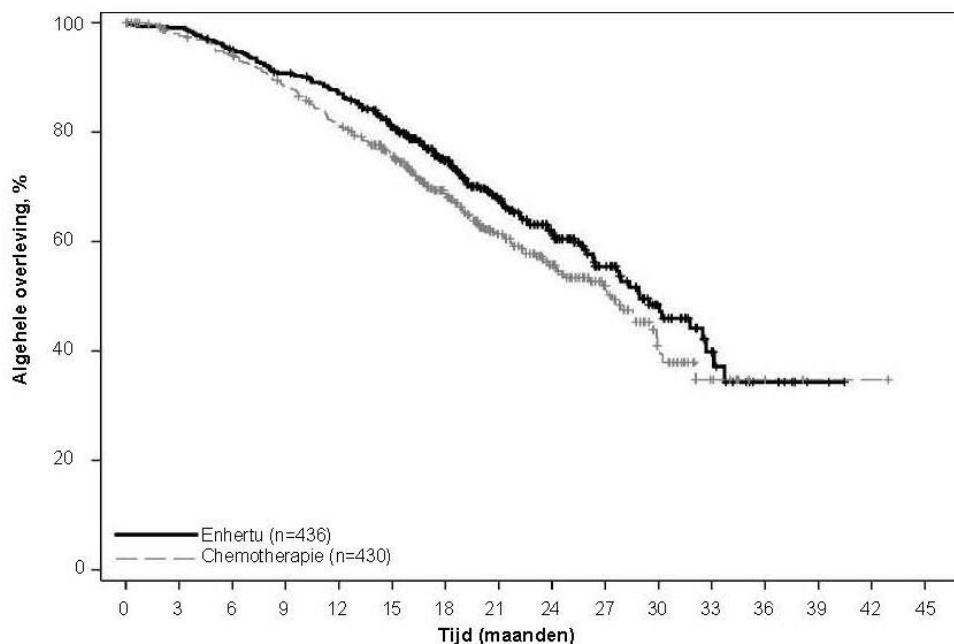


**Figuur 5: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor progressievrije overleving (totale populatie)**



**Aantal risicopatiënten**

Enhertu	436	375	319	258	199	156	82	56	32	21	11	6	1	0
Chemotherapie	430	306	224	142	103	79	44	25	13	7	2	1	1	0

**Figuur 6: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor algehele overleving (totale populatie)****Aantal risicopatiënten**

Enhertu	436	431	412	391	373	329	235	169	120	69	39	16	7	2	0	0
Chemotherapie	430	402	387	360	328	292	210	143	101	62	27	9	3	1	1	0

**DESTINY-Breast04 (NCT03734029)**

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Breast04, een gerandomiseerd, multicenter, open-label fase 3-onderzoek waarin 577 volwassen patiënten met niet-reseceerbare of gemetastaseerde HER2-low borstkanker werden opgenomen. Het onderzoek omvatte 2 groepen: 494 hormoonreceptorpositieve (HR+) patiënten en 63 hormoonreceptornegatieve (HR-) patiënten. Lage expressie van HER2 werd gedefinieerd als IHC 1+ (gedefinieerd als zwakke, gedeeltelijke kleuring van het membraan bij meer dan 10% van de kankercellen) of IHC 2+/ISH-, zoals bepaald met behulp van PATHWAY/VENTANA-anti-HER2/neu (4B5), geëvalueerd in een centraal laboratorium. Patiënten moesten chemotherapie hebben gekregen voor gemetastaseerde ziekte of moesten recidief van de ziekte hebben ontwikkeld tijdens of binnen 6 maanden na voltooiing van een adjuvante chemotherapie. In overeenstemming met de inclusiecriteria moesten patiënten die HR+ waren ten minste één endocriene therapie hebben gekregen en kwamen ze op het moment van randomisatie niet in aanmerking voor verdere endocriene therapie. Patiënten werden 2:1 gerandomiseerd naar behandeling met 5,4 mg/kg Enhertu (N = 373), eenmaal om de drie weken toegediend met een intraveneuze infusie, of naar chemotherapie volgens keuze van de arts (N = 184; eribuline 51,1%, capecitabine 20,1%, gemcitabine 10,3%, nab-paclitaxel 10,3% of paclitaxel 8,2%). De randomisatie was gestratificeerd volgens HER2-IHC-status van tumorbipten (IHC 1+ of IHC 2+/ISH-), aantal voorafgaande behandelingen met chemotherapie voor gemetastaseerde ziekte (1 of 2) en HR-status/voorafgaande behandeling met een CDK4/6i (HR+ met voorafgaande behandeling met een CDK4/6-remmer, HR+ zonder voorafgaande behandeling met een CDK4/6-remmer, of HR-). De behandeling werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden, of ILD/pneumonitis bij de screening en een klinisch significante hartaandoening. Deelname aan het onderzoek was ook uitgesloten voor patiënten met niet-behandelde of symptomatische hersenmetastasen of een ECOG-prestatiestatus > 1.

Het primaire eindpunt voor de werkzaamheid was progressievrije overleving (PFS) bij patiënten met HR+-borstkanker, beoordeeld met een BICR op basis van RECIST v1.1. De belangrijkste secundaire eindpunten voor de werkzaamheid waren PFS, beoordeeld met een BICR op basis van RECIST v1.1 bij de totale populatie (alle gerandomiseerde HR+- en HR--patiënten), algehele overleving (OS) bij HR+-patiënten en OS bij de totale populatie. ORR, DOR en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (*patient-reported outcomes*, PRO's) waren secundaire eindpunten.

De demografische gegevens en tumorkenmerken bij aanvang van het onderzoek waren vergelijkbaar voor beide groepen. Van de 557 patiënten die werden gerandomiseerd, was de mediane leeftijd 57 jaar (bereik: 28 tot 81 jaar); 23,5% was 65 jaar of ouder; 99,6% was vrouw en 0,4% was man; 47,9% was wit, 40,0% was Aziatisch en 1,8% was zwart of Afro-Amerikaans. Patiënten hadden bij aanvang van het onderzoek een ECOG-prestatiestatus van 0 (54,8%) of 1 (45,2%); 57,6% was IHC 1+, 42,4% was IHC 2+/ISH-, 88,7% was HR+ en 11,3% HR-; 69,8% had levermetastasen, 32,9% had longmetastasen en 5,7% had hersenmetastasen. Het percentage patiënten die voorafgaand anthracycline hadden gebruikt als (neo)adjuvante behandeling was 46,3% en 19,4% voor respectievelijk lokaal gevorderde en/of gemetastaseerde ziekte. Voor gemetastaseerde ziekte hadden patiënten een mediaan van 3 voorafgaande systemische behandelingen gekregen (bereik: 1 tot 9), waarbij 57,6% en 40,9% respectievelijk 1 en 2 voorafgaande behandelingen met chemotherapie had gekregen; 3,9% vertoonde vroege progressie (progressie bij de [neo]adjuvante behandeling). Bij HR+-patiënten was het mediane aantal voorafgaande behandelingen met endocriene therapie 2 (bereik: 0 tot 9) en 70% had voorafgaand een behandeling met een CDK4/6-remmer gekregen.

De werkzaamheidsresultaten zijn samengevat in tabel 8 en figuur 7 en 8.

**Tabel 8: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Breast04**

Werkzaamheidsparameter	HR+-groep		Totale populatie (HR+- en HR--groep)	
	Enhertu (N = 331)	Chemotherapie (N = 163)	Enhertu (N = 373)	Chemotherapie (N = 184)
<b>Algehele overleving</b>				
Aantal voorvallen (%)	126 (38,1)	73 (44,8)	149 (39,9)	90 (48,9)
Mediaan, maanden (95%-BI)	23,9 (20,8; 24,8)	17,5 (15,2; 22,4)	23,4 (20,0; 24,8)	16,8 (14,5; 20,0)
Hazardratio (95%-BI)	0,64 (0,48; 0,86)		0,64 (0,49; 0,84)	
p-waarde	0,0028		0,001	
<b>Progressievrije overleving volgens BICR</b>				
Aantal voorvallen (%)	211 (63,7)	110 (67,5)	243 (65,1)	127 (69,0)
Mediaan, maanden (95%-BI)	10,1 (9,5; 11,5)	5,4 (4,4; 7,1)	9,9 (9,0; 11,3)	5,1 (4,2; 6,8)
Hazardratio (95%-BI)	0,51 (0,40; 0,64)		0,50 (0,40; 0,63)	
p-waarde	< 0,0001		< 0,0001	
<b>Bevestigd objectief responspercentage volgens BICR*</b>				
n (%)	175 (52,6)	27 (16,3)	195 (52,3)	30 (16,3)
95%-BI	47,0; 58,0	11,0; 22,8	47,1; 57,4	11,3; 22,5
Complete respons n (%)	12 (3,6)	1 (0,6)	13 (3,5)	2 (1,1)
Partiële respons n (%)	164 (49,2)	26 (15,7)	183 (49,1)	28 (15,2)
<b>Duur van respons volgens BICR*</b>				
Mediaan, maanden (95%-BI)	10,7 (8,5; 13,7)	6,8 (6,5; 9,9)	10,7 (8,5; 13,2)	6,8 (6,0; 9,9)

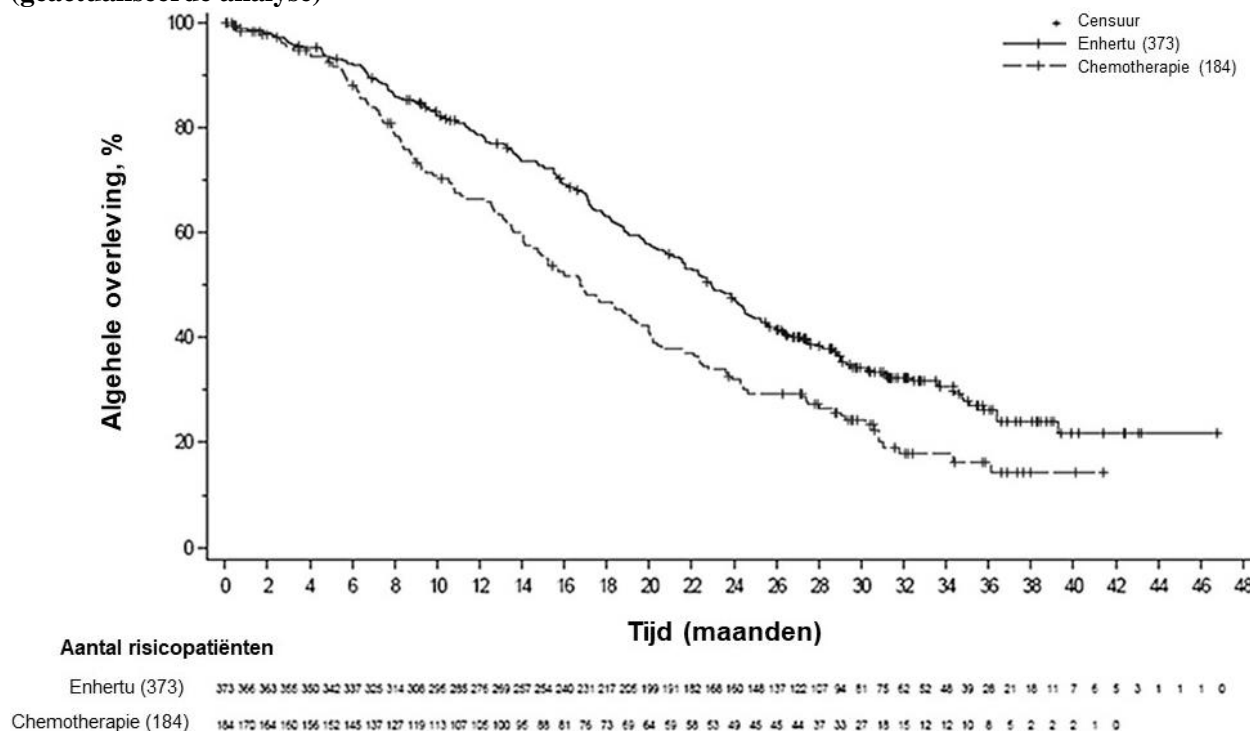
BI = betrouwbaarheidsinterval

\*Op basis van gegevens van elektronische *Case Report Forms* voor de HR+-groep: N = 333 voor de Enhertu-groep en N = 166 voor de groep met chemotherapie.

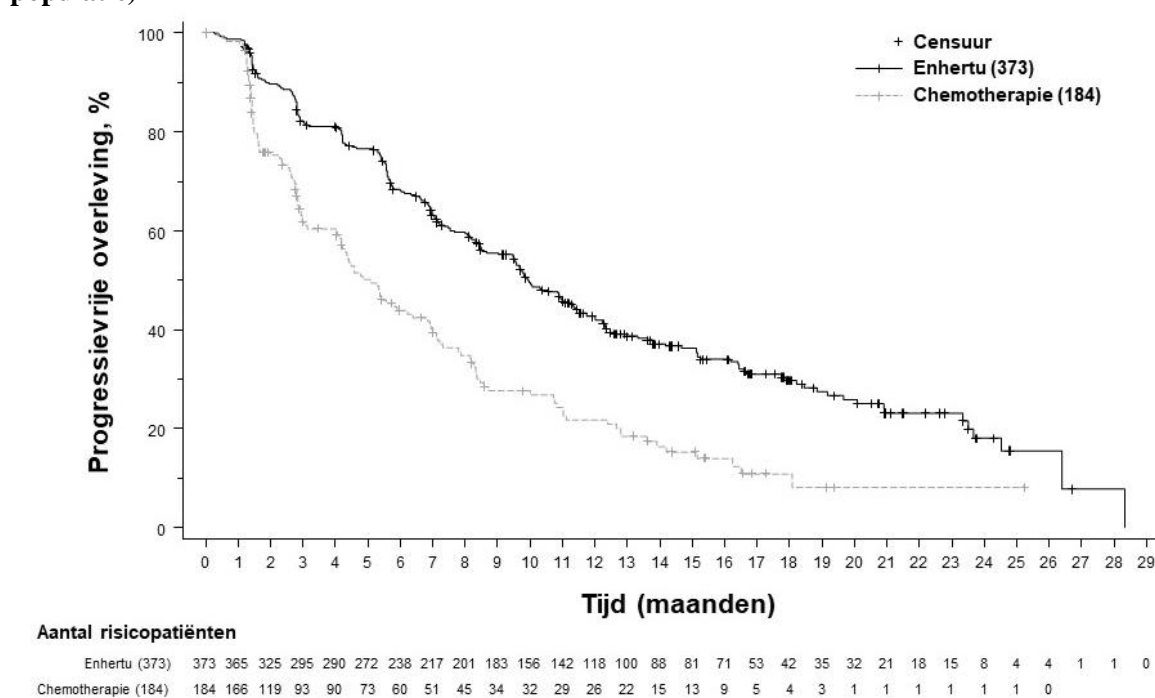
Een consistent voordeel voor OS en PFS is waargenomen voor alle vooraf gespecificeerde subgroepen, waaronder HR-status, voorafgaande behandeling met een CDK4/6i, aantal voorafgaande behandelingen met chemotherapie, en IHC 1+- en IHC 2+/ISH--status. In de HR--subgroep bedroeg de mediane OS 18,2 maanden (95%-BI: 13,6; niet schatbaar) bij patiënten gerandomiseerd naar Enhertu ten opzichte van 8,3 maanden (95%-BI: 5,6; 20,6) bij patiënten gerandomiseerd naar chemotherapie, met een hazardratio van 0,48 (95%-BI: 0,24; 0,95). De mediane PFS bedroeg 8,5 maanden (95%-BI: 4,3; 11,7) bij patiënten gerandomiseerd naar Enhertu en 2,9 maanden (95%-BI: 1,4; 5,1) bij patiënten gerandomiseerd naar chemotherapie, met een hazardratio van 0,46 (95%-BI: 0,24; 0,89).

Bij een geactualiseerde descriptieve analyse met een mediane opvolging van 32 maanden waren de verbeteringen in de OS in overeenstemming met de primaire analyse. De HR in de totale populatie was 0,69 (95%-BI: 0,55; 0,86) met een mediane OS van 22,9 maanden (95%-BI: 21,2; 24,5) in de groep die Enhertu kreeg, tegenover 16,8 maanden (95%-BI: 14,1; 19,5) in de groep die chemotherapie kreeg. De Kaplan-Meier-curve voor de geactualiseerde OS-analyse is weergegeven in figuur 7.

**Figuur 7: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor algehele overleving (totale populatie) (geactualiseerde analyse)**



**Figuur 8: Grafiek volgens Kaplan-Meier voor progressievrije overleving volgens BICR (totale populatie)**



NSCLC

DESTINY-Lung02 (NCT04644237)

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Lung02, een gerandomiseerd fase 2-onderzoek ter evaluatie van twee dosisniveaus. De toewijzing van de behandelingsdosering was geblindeerd voor patiënten en onderzoekers. In het onderzoek werden volwassen patiënten met gemetastaseerde NSCLC met een HER2-mutatie opgenomen die ten minste één regime met chemotherapie op basis van platina hadden gekregen. Identificatie van een activerende HER2 (ERBB2)-mutatie was prospectief bepaald in tumorweefsel door plaatselijke laboratoria met behulp van een gevalideerde test zoals *next generation sequencing*, polymerasekettingreactie of massaspectrometrie. Patiënten werden 2:1 gerandomiseerd naar respectievelijk Enhertu 5,4 mg/kg of 6,4 mg/kg om de 3 weken. De randomisatie was gestratificeerd volgens eerdere behandeling met anti-geprogrammeerde-celdoodreceptor-1 (PD-1) en/of anti-geprogrammeerde-celdoodligand-1 (PD-L1) (ja versus nee). De behandeling werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moesten worden met steroïden, of ILD/pneumonitis bij de screening en een klinisch significante hartaandoening. Deelname aan het onderzoek was ook uitgesloten voor patiënten met niet-behandelde en symptomatische hersenmetastasen of een ECOG-prestatiestatus > 1.

De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was bevestigd ORR, beoordeeld met een BICR op basis van RECIST v1.1. De secundaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was DOR.

De demografische kenmerken en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek van de 102 patiënten die werden opgenomen in de groep met 5,4 mg/kg waren: mediane leeftijd 59,4 jaar (bereik 31 tot 84), vrouwelijk (63,7%); Aziatisch (63,7%), wit (22,5%) of overige (13,7%); ECOG-prestatiestatus 0 (28,4%) of 1 (71,6%); 97,1% had een mutatie in het ERBB2-kinasedomein, 2,9% in het extracellulaire domein; 96,1% had een HER2-mutatie in exon 19 of exon 20; 34,3% had stabiele hersenmetastasen; 46,1% was voormalig roker, geen van hen waren huidige rokers; 21,6% had eerder een longresectie gehad. In de gemetastaseerde setting had 32,4% meer dan 2 eerdere systemische therapieën gekregen, had 100% chemotherapie op basis van platina gekregen, had 73,5% anti-PD-1-/PD-L1-therapie gekregen en had 50,0% een eerdere behandeling met chemotherapie op basis van platina gekregen in combinatie met anti-PD-1-/PD-L1-therapie.

De werkzaamheidsresultaten zijn samengevat in tabel 9. De mediane duur van de follow-up was 11,5 maanden (datum van stopzetting van de gegevensverzameling: 23 december 2022).

**Tabel 9: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Lung02**

Werkzaamheidsparameter	DESTINY-Lung02 5,4 mg/kg N = 102
<b>Bevestigd objectief-responspercentage (ORR) volgens BICR</b>	
n (%)	50 (49,0)
(95%-BI)*	(39,0; 59,1)
Complete respons (CR) n (%)	1 (1,0)
Partiële respons (PR) n (%)	49 (48,0)
<b>Duur van respons</b>	
Mediaan, maanden (95%-BI) †	16,8 (6,4; NS)

\*95%-BI berekend met behulp van de Clopper-Pearson-methode

BI = betrouwbaarheidsinterval, NS = niet schatbaar

†95%-BI berekend met behulp van de Brookmeyer-Crowley-methode

*Maagkanker**DESTINY-Gastric02 (NCT04014075)*

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Gastric02, een multicenter, open-label, fase 2-onderzoek met één groep uitgevoerd in onderzoekscentra in Europa en de Verenigde Staten. In dit onderzoek werden patiënten opgenomen met lokaal gevorderd of gemetastaseerd HER2-positief adenocarcinoom van de maag of gastro-oesofageale overgang die ziekteprogressie hadden vertoond na een eerder behandelingschema op basis van trastuzumab. Patiënten moesten centraal bevestigde HER2-positiviteit vertonen, gedefinieerd als IHC 3+ of IHC 2+/ISH-positief. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden of ILD/pneumonitis bij de screening, patiënten met een voorgeschiedenis van een klinisch significante hartaandoening en patiënten met actieve hersenmetastasen. Enhertu werd om de drie weken toegediend als een intraveneuze infusie van 6,4 mg/kg tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit. De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was bevestigd ORR op basis van ICR volgens RECIST v1.1. De DOR en OS waren secundaire eindpunten.

Van de 79 patiënten die werden opgenomen in DESTINY-Gastric02, waren de demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek als volgt: mediane leeftijd 61 jaar (bereik 20 tot 78 jaar); 72% was man; 87% was wit, 5,0% was Aziatisch en 1,0% was zwart of Afro-Amerikaans. De patiënten hadden een ECOG-prestatiestatus van 0 (37%) of 1 (63%); 34% had een adenocarcinoom van de maag en 66% had een adenocarcinoom van de gastro-oesofageale overgang; 86% was IHC 3+ en 13% was IHC 2+/ISH-positief; en 63% had levermetastasen.

De werkzaamheidsresultaten voor ORR en DOR zijn samengevat in tabel 10.

**Tabel 10: Werkzaamheidsresultaten in DESTINY-Gastric02 (volledige analyseset\*)**

Werkzaamheidsparameter	DESTINY-Gastric02 N = 79
<i>Einddatum van gegevensverzameling 08 november 2021</i>	
<b>Bevestigd objectieve-responspercentage<sup>†</sup></b> % (95%-BI) <sup>‡</sup>	41,8 (30,8; 53,4)
Complete respons n (%)	4 (5,1)
Partiële respons n (%)	29 (36,7)
<b>Duur van respons</b> Mediaan <sup>§</sup> , maanden (95%-BI) <sup>¶</sup>	8,1 (5,9; NS)

NS = niet schatbaar

\* Omvat alle patiënten die ten minste één dosis Enhertu hebben gekregen

<sup>†</sup> Geëvalueerd met onafhankelijke centrale beoordeling

<sup>‡</sup> Berekend met behulp van de Clopper-Pearson-methode

<sup>§</sup> Gebaseerd op de Kaplan-Meier-schatting

<sup>¶</sup> Berekend met behulp van de Brookmeyer-Crowley-methode

*DESTINY-Gastric01 (NCT03329690)*

De werkzaamheid en veiligheid van Enhertu zijn onderzocht in DESTINY-Gastric01, een multicenter, open-label, gerandomiseerd fase 2-onderzoek uitgevoerd in onderzoekscentra in Japan en Zuid-Korea. In dit ondersteunende onderzoek werden volwassen patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd HER2-positief adenocarcinoom van de maag of gastro-oesofageale overgang opgenomen die ziekteprogressie hadden vertoond na ten minste twee eerdere behandelingschema's met trastuzumab, een fluoropyrimidine en een platinaverbinding. Patiënten werden 2:1 gerandomiseerd naar behandeling met ofwel Enhertu (N = 126) ofwel een door de arts gekozen chemotherapie: hetzij

irinotecan (N = 55) hetzij paclitaxel (N = 7). Tumorbipten moesten op basis van centrale beoordeling HER2-positiviteit vertonen, gedefinieerd als IHC 3+ of IHC 2+/ISH-positief. Deelname aan het onderzoek was uitgesloten voor patiënten die een voorgeschiedenis hadden van ILD/pneumonitis die behandeld moest worden met steroïden of ILD/pneumonitis bij de screening, patiënten met een voorgeschiedenis van een klinisch significante hartaandoening en patiënten met actieve hersenmetastasen. De behandeling werd toegediend tot ziekteprogressie, overlijden, intrekking van de toestemming of onaanvaardbare toxiciteit. De primaire uitkomstmaat voor de werkzaamheid was niet-bevestigd objectief-responspercentage (ORR) op basis van een ICR volgens RECIST v1.1. Algehele overleving (OS), progressievrije overleving (PFS), duur van respons (DOR) en bevestigd ORR waren secundaire uitkomstmaten.

De demografische gegevens en ziektekenmerken bij aanvang van het onderzoek waren vergelijkbaar tussen de behandelingsgroepen. Van de 188 patiënten was de mediane leeftijd 66 jaar (bereik: 28 tot 82 jaar); 76% was man; 100% was Aziatisch. De patiënten hadden een ECOG-prestatiestatus 0 (49%) of 1 (51%); 87% had een adenocarcinoom van de maag en 13% had een adenocarcinoom van de gastro-oesofageale overgang; 76% was IHC 3+ en 23% was IHC 2+/ISH-positief; 54% had levermetastasen; 29% had longmetastasen; de som van de diameters van doellaesies was < 5 cm bij 47%, ≥ 5 cm tot < 10 cm bij 30% en ≥ 10 cm bij 17%; 55% had twee en 45% had drie of meer eerdere behandelingen gekregen voor lokaal gevorderde of gemetastaseerde ziekte.

De werkzaamheidsresultaten (einddatum van gegevensverzameling: 03 juni 2020) voor Enhertu (n = 126) vergeleken met de door de arts gekozen chemotherapie (n = 62) waren bevestigd ORR 39,7% (95%-BI: 31,1; 48,8) versus 11,3% (95%-BI: 4,7; 21,9). Het complete-responspercentage was 7,9% versus 0% en het partiële-responspercentage was 31,7% versus 11,3%. Aanvullende werkzaamheidsresultaten voor Enhertu vergeleken met de door de arts gekozen chemotherapie waren mediane DOR van 12,5 maanden (95%-BI: 5,6; NS) versus 3,9 maanden (95%-BI: 3,0; 4,9). De mediane PFS bedroeg 5,6 maanden (95%-BI: 4,3; 6,9) versus 3,5 maanden (95%-BI: 2,0; 4,3; hazardratio = 0,47 [95%-BI: 0,31; 0,71]). Een analyse van de algehele overleving, vooraf gespecificeerd bij 133 overlijdens, toonde een overlevingsvoordeel voor behandeling met Enhertu in vergelijking met de groep die een door de arts gekozen behandeling kreeg (hazardratio = 0,60). De mediane algehele overleving bedroeg 12,5 maanden (95%-BI: 10,3; 15,2) in de groep die Enhertu kreeg en 8,9 maanden (95%-BI: 6,4; 10,4) in de groep die een door de arts gekozen behandeling kreeg.

### Pediatriese patiënten

Het Europees Geneesmiddelenbureau heeft besloten af te zien van de verplichting voor de fabrikant om de resultaten in te dienen van onderzoek in alle subgroepen van pediatriese patiënten met borstkanker, NSCLC en maagkanker (zie rubriek 4.2 voor informatie over pediatriesch gebruik).

Dit geneesmiddel is geregistreerd in het kader van een zogeheten 'voorwaardelijke toelating'. Dit betekent dat aanvullend bewijs over de baten van dit geneesmiddel wordt afgewacht.

Het Europees Geneesmiddelenbureau zal nieuwe informatie over dit geneesmiddel op zijn minst eenmaal per jaar beoordelen en zo nodig deze SPC aanpassen.

## **5.2 Farmacokinetische eigenschappen**

### Absorptie

Trastuzumab-deruxtecan wordt intraveneus toegediend. Er is geen onderzoek uitgevoerd met andere toedieningswegen.



### Distributie

Op basis van een farmacokinetische populatieanalyse is het distributievolume van het centrale compartiment ( $V_c$ ) van trastuzumab-deruxtecan en de topo-isomerase I-remmer, DXd, geschat op respectievelijk 2,68 l en 28,0 l.

*In vitro* bedroeg de gemiddelde binding van DXd aan humaan plasma-eiwit ongeveer 97%.

*In vitro* bedroeg de verhouding van de concentratie bloed-tot-plasma van DXd ongeveer 0,6.

### Biotransformatie

Trastuzumab-deruxtecan ondergaat intracellulaire splitsing door lysosomale enzymen waardoor DXd wordt afgegeven.

Het gehumaniseerde, monoklonale anti-HER2-IgG1-antilichaam wordt naar verwachting via katabole routes afgebroken tot kleine peptiden en aminozuren, op dezelfde manier als endogeen IgG.

In-vitro-onderzoeken naar het metabolisme in humane levermicrosomen duiden erop dat DXd voornamelijk wordt gemetaboliseerd door CYP3A4 via oxidatieve routes.

### Eliminatie

Na intraveneuze toediening van trastuzumab-deruxtecan bij patiënten met gemetastaseerde HER2-positieve borstkanker, HER2-low borstkanker of NSCLC met een HER2-mutatie werd de klaring van trastuzumab-deruxtecan bij de farmacokinetische populatieanalyse berekend op 0,4 l/dag en was de klaring van DXd 18,4 l/uur. Bij patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de maag of gastro-oesofageale overgang was de klaring van trastuzumab-deruxtecan 20% hoger dan bij patiënten met gemetastaseerde HER2-positieve borstkanker. In cyclus 3 bedroeg de schijnbare eliminatiehalfwaardetijd ( $t_{1/2}$ ) van trastuzumab-deruxtecan en afgegeven DXd ongeveer 7 dagen. Er is een matige accumulatie (ongeveer 35% in cyclus 3 in vergelijking met cyclus 1) van trastuzumab-deruxtecan waargenomen.

Na intraveneuze toediening van DXd bij ratten was de belangrijkste uitscheidingsroute in feces via de gal. DXd was de component die het veelvuldigst aanwezig was in urine, feces en gal. Na een enkelvoudige intraveneuze toediening van trastuzumab-deruxtecan (6,4 mg/kg) bij apen was ongewijzigd afgegeven DXd de component die het veelvuldigst voorkwam in urine en feces. De uitscheiding van DXd bij de mens is niet onderzocht.

### In-vitro-interacties

#### *Effecten van Enhertu op de farmacokinetiek van andere geneesmiddelen*

In-vitro-onderzoek toont aan dat DXd geen remmend effect heeft op de belangrijkste CYP450-enzymen, waaronder CYP1A2, -2B6, -2C8, -2C9, -2C19, -2D6 en -3A. Uit in-vitro-onderzoek blijkt dat DXd geen remmend effect heeft op de transporteiwitten OAT1, OAT3, OCT1, OCT2, OATP1B1, OATP1B3, MATE1, MATE2-K, P-gp, BCRP of BSEP.

#### *Effecten van andere geneesmiddelen op de farmacokinetiek van Enhertu*

*In vitro* was DXd een substraat van P-gp, OATP1B1, OATP1B3, MATE2-K, MRP1 en BCRP. Er wordt geen klinisch betekenisvolle interactie verwacht met geneesmiddelen die remmers zijn van de transporteiwitten MATE2-K, MRP1, P-gp, OATP1B of BCRP (zie rubriek 4.5).

Lineariteit/non-lineariteit

De blootstelling aan trastuzumab-deruxtecan en afgegeven DXd steeg dosisproportioneel na intraveneuze toediening in het dosisbereik van 3,2 mg/kg tot 8,0 mg/kg (ongeveer 0,6 tot 1,5 maal de aanbevolen dosis), waarbij de variabiliteit tussen proefpersonen gering tot matig was. Op basis van een farmacokinetische populatieanalyse bedroeg de variabiliteit tussen proefpersonen voor de eliminatieklaring van trastuzumab-deruxtecan en DXd respectievelijk 24% en 28% en voor het centrale distributievolume respectievelijk 16% en 55%. De variabiliteit tussen proefpersonen voor de AUC-waarde (gebied onder de serumconcentratie-tijdcurve) van trastuzumab-deruxtecan en DXd bedroeg respectievelijk ongeveer 8% en 14%.

Speciale populaties

Op basis van een farmacokinetische populatieanalyse hadden leeftijd (20-96 jaar), ras, etnische afkomst, geslacht en lichaamsgewicht geen klinisch betekenisvol effect op de blootstelling aan trastuzumab-deruxtecan of afgegeven DXd.

*Ouderen*

Uit de farmacokinetische populatieanalyse bleek dat leeftijd (bereik: 20-96 jaar) geen nadelig effect had op de farmacokinetiek van trastuzumab-deruxtecan.

*Nierfunctiestoornis*

Er is geen specifiek onderzoek voor nierfunctiestoornis uitgevoerd. Op basis van een farmacokinetische populatieanalyse met patiënten met een lichte (creatinineklaring [CLcr]  $\geq 60$  ml/min en  $< 90$  ml/min) of matige (CLcr  $\geq 30$  ml/min en  $< 60$  ml/min) nierfunctiestoornis (geschat met behulp van Cockcroft-Gault) werd de farmacokinetiek van het afgegeven DXd niet nadelig beïnvloed door een lichte of matige nierfunctiestoornis in vergelijking met een normale nierfunctie (CLcr  $\geq 90$  ml/min).

*Leverfunctiestoornis*

Er is geen specifiek onderzoek voor leverfunctiestoornis uitgevoerd. Op basis van een farmacokinetische populatieanalyse is de invloed van wijzigingen op de farmacokinetiek van trastuzumab-deruxtecan bij patiënten met een totaalbilirubine  $\leq 1,5$  maal ULN, ongeacht de ASAT-waarde, klinisch niet betekenisvol. Er zijn beperkte gegevens over patiënten met een totaalbilirubine  $> 1,5$  tot 3 maal ULN, ongeacht de ASAT-waarde, om conclusies te kunnen trekken, en er zijn geen gegevens beschikbaar over patiënten met een totaalbilirubine  $> 3$  maal ULN, ongeacht de ASAT-waarde (zie rubriek 4.2 en 4.4).

*Pediatrie patiënten*

Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de farmacokinetiek van trastuzumab-deruxtecan bij kinderen of adolescenten.

**5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek**

Bij dieren zijn toxiciteiten waargenomen in lymfatische en hematopoëtische organen, darmen, nieren, longen, testes en huid na toediening van trastuzumab-deruxtecan bij blootstellingsniveaus aan de topo-isomerase I-remmer (DXd) die lager waren dan de klinische plasmablootstelling. Bij deze dieren waren de blootstellingsniveaus aan het antilichaam-geneesmiddelconjugaat (ADC) vergelijkbaar met of hoger dan de klinische plasmablootstelling.

DXd was clastogeen in zowel een in-vivo-micronucleustest van beenmerg van ratten als een in-vitrochromosoomaberratietest van de longen van Chinese hamsters en was niet mutageen in een bacteriële reverse-mutatietest *in vitro*.

Er is met trastuzumab-deruxtecan geen onderzoek naar carcinogeniciteit uitgevoerd.

Er is met trastuzumab-deruxtecan geen specifiek onderzoek naar de vruchtbaarheid uitgevoerd. Op basis van resultaten van dieronderzoek naar de algemene toxiciteit kan trastuzumab-deruxtecan een negatieve invloed hebben op de mannelijke voortplantingsfunctie en vruchtbaarheid.

Er is met trastuzumab-deruxtecan geen dieronderzoek naar reproductie- of ontwikkelingstoxiciteit uitgevoerd. Op basis van resultaten van dieronderzoek naar de algemene toxiciteit waren trastuzumab-deruxtecan en DXd toxisch voor snel delende cellen (lymfatische/hematopoëtische organen, darmen of testes) en was DXd genotoxisch, wat duidt op mogelijke embryotoxiciteit en teratogeniciteit.

## 6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

### 6.1 Lijst van hulpstoffen

L-histidine

L-histidinehydrochloridemonohydraat

Sucrose

Polysorbaat 80 (E433)

### 6.2 Gevallen van onverenigbaarheid

Bij gebrek aan onderzoek naar onverenigbaarheden, mag dit geneesmiddel niet met andere geneesmiddelen gemengd worden dan die vermeld zijn in rubriek 6.6.

Natriumchlorideoplossing voor infusie mag niet gebruikt worden voor reconstitutie of verdunning, omdat dit kan leiden tot vorming van vreemde deeltjes.

### 6.3 Houdbaarheid

#### Ongeopende injectieflacon

4 jaar.

#### Gereconstitueerde oplossing

De chemische en fysische stabiliteit tijdens gebruik is aangetoond tot maximaal 48 uur bij 2 °C tot 8 °C.

Vanuit microbiologisch standpunt moet het product onmiddellijk worden gebruikt. Als het niet onmiddellijk wordt gebruikt, zijn bij gebruik de bewaartijden en -omstandigheden voorafgaand aan het gebruik de verantwoordelijkheid van de gebruiker en mogen deze normaliter niet langer zijn dan 24 uur bij 2 °C tot 8 °C, tenzij de reconstitutie heeft plaatsgevonden onder gecontroleerde en gevalideerde aseptische omstandigheden.

#### Verdunde oplossing

Het wordt aanbevolen dat de verdunde oplossing onmiddellijk wordt gebruikt. Als deze niet onmiddellijk wordt gebruikt, kan de gereconstitueerde oplossing die in infuuszakken is verdund met 5% glucoseoplossing, worden bewaard bij kamertemperatuur ( $\leq 30$  °C) gedurende maximaal 4 uur, met inbegrip van bereiding en infusie, of in de koelkast bij 2 °C tot 8 °C gedurende maximaal 24 uur, beschermd tegen licht.

## 6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren

Bewaren in de koelkast (2 °C - 8 °C).

Niet in de vriezer bewaren.

Voor de bewaarcondities van het geneesmiddel na reconstitutie en verdunning, zie rubriek 6.3.

## 6.5 Aard en inhoud van de verpakking

Enhertu wordt geleverd in een amberkleurige injectieflacon van 10 ml van borosilicaatglas type 1, verzegeld met een stop van met fluorhars gelamineerd butylrubber, en een gele flip-off krimpdop van polypropyleen/aluminium.

Elke doos bevat 1 injectieflacon.

## 6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen en andere instructies

Om medicatiefouten te voorkomen, is het belangrijk dat de etiketten van de injectieflacons worden gecontroleerd om zeker te zijn dat het geneesmiddel dat wordt bereid en toegediend Enhertu (trastuzumab-deruxtecan) is en niet trastuzumab of trastuzumab-emtansine.

Er moeten gepaste procedures worden toegepast voor de bereiding van chemotherapeutische geneesmiddelen. Een gepaste aseptische techniek moet worden gehanteerd voor de volgende reconstitutie- en verdunningsprocedures.

### Reconstitutie

- Reconstitutie moet onmiddellijk vóór verdunning plaatsvinden.
- Mogelijk is meer dan één injectieflacon nodig voor een volledige dosis. Bereken de dosis (mg), het totale volume van de benodigde gereconstitueerde Enhertu-oplossing en het benodigde aantal injectieflacons van Enhertu (zie rubriek 4.2).
- Reconstitueer elke injectieflacon van 100 mg met behulp van een steriele spuit en injecteer langzaam 5 ml water voor injectie in elke injectieflacon om een eindconcentratie van 20 mg/ml te verkrijgen.
- Draai voorzichtig met de injectieflacon tot alles is opgelost. Niet schudden.
- Vanuit microbiologisch oogpunt moet het product onmiddellijk worden gebruikt. De chemische en fysische stabiliteit tijdens gebruik is aangetoond tot maximaal 48 uur bij 2 °C tot 8 °C indien niet onmiddellijk gebruikt. Bewaar de gereconstitueerde Enhertu-injectieflacons in de koelkast bij 2 °C tot 8 °C, beschermd tegen licht. Niet in de vriezer bewaren.
- Het gereconstitueerde product bevat geen conserveermiddel en is uitsluitend bestemd voor eenmalig gebruik.

### Verdunning

- Trek het berekende volume op uit de injectieflacon(s) met een steriele spuit. Inspecteer de gereconstitueerde oplossing op vreemde deeltjes en verkleuring. De oplossing moet helder en kleurloos tot lichtgeel zijn. Niet gebruiken als er deeltjes zichtbaar zijn of als de oplossing troebel of verkleurd is.
- Verdun het berekende volume gereconstitueerd Enhertu in een infuuszak die 100 ml 5% glucoseoplossing voor infusie bevat. Gebruik geen natriumchlorideoplossing (zie rubriek 6.2). Een infuuszak vervaardigd van polyvinylchloride of polyolefine (copolymeer van ethyleen en polypropyleen) wordt aanbevolen.
- Keer de infuuszak voorzichtig om om de oplossing goed te mengen. Niet schudden.
- Dek de infuuszak af ter bescherming tegen licht.

- Als de bereide infuusoplossing niet onmiddellijk wordt gebruikt, bewaar deze dan bij kamertemperatuur ( $\leq 30\text{ °C}$ ) gedurende maximaal 4 uur, met inbegrip van bereiding en infusie, of in de koelkast bij  $2\text{ °C}$  tot  $8\text{ °C}$  gedurende maximaal 24 uur, beschermd tegen licht. Niet in de vriezer bewaren.
- Het ongebruikte deel dat in de injectieflacon overblijft, moet worden weggegooid.

### Toediening

- Als de bereide infuusoplossing in de koelkast ( $2\text{ °C}$  tot  $8\text{ °C}$ ) is bewaard, wordt aanbevolen de oplossing vóór toediening op kamertemperatuur te laten komen, beschermd tegen licht.
- Enhertu mag uitsluitend als een intraveneuze infusie worden toegediend met een in-line filter van 0,20 of 0,22 micron van polyethersulfon (PES) of polysulfon (PS).
- De initiële dosis moet worden toegediend als een intraveneuze infusie over een periode van 90 minuten. Als de vorige infusie goed werd verdragen, mogen daaropvolgende doses Enhertu worden toegediend als een infusie over een periode van 30 minuten. Niet toedienen als een intraveneuze push- of bolusinfusie (zie rubriek 4.2).
- De infuuszak moet worden afgedekt ter bescherming tegen licht.
- Enhertu mag niet worden gemengd met andere geneesmiddelen of via dezelfde intraveneuze lijn als andere geneesmiddelen worden toegediend.

### Verwijderen

Al het ongebruikte geneesmiddel of afvalmateriaal dient te worden vernietigd overeenkomstig lokale voorschriften.

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

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Zielstattstrasse 48  
81379 München  
Duitsland

## **8. NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN**

EU/1/20/1508/001

## **9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING**

Datum van eerste verlening van de vergunning: 18 januari 2021

Datum van laatste verlenging: 28 oktober 2024

## **10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST**

03/2025

Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau <https://www.ema.europa.eu>.

## Bijsluiter: informatie voor de patiënt

### Enhertu 100 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie trastuzumab-deruxtecan

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. U kunt hieraan bijdragen door melding te maken van alle bijwerkingen die u eventueel zou ervaren. Aan het einde van rubriek 4 leest u hoe u dat kunt doen.

#### Lees goed de hele bijsluiter voordat u dit geneesmiddel toegediend krijgt want er staat belangrijke informatie in voor u.

- Bewaar deze bijsluiter. Misschien heeft u hem later weer nodig.
- Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met uw arts of verpleegkundige.
- Krijgt u last van een van de bijwerkingen die in rubriek 4 staan? Of krijgt u een bijwerking die niet in deze bijsluiter staat? Neem dan contact op met uw arts of verpleegkundige.

#### Inhoud van deze bijsluiter

1. Wat is Enhertu en waarvoor wordt dit middel gebruikt?
2. Wanneer mag u dit middel niet toegediend krijgen of moet u er extra voorzichtig mee zijn?
3. Hoe krijgt u dit middel toegediend?
4. Mogelijke bijwerkingen
5. Hoe wordt dit middel bewaard?
6. Inhoud van de verpakking en overige informatie

#### 1. Wat is Enhertu en waarvoor wordt dit middel gebruikt?

##### Wat is Enhertu?

Enhertu is een geneesmiddel tegen kanker dat de werkzame stof trastuzumab-deruxtecan bevat. Eén deel van het geneesmiddel is een monoklonaal antilichaam dat zich vasthecht aan bepaalde cellen die het eiwit HER2 op hun oppervlak hebben (HER2-positief), zoals het geval is bij bepaalde kankercellen. Het andere deel van Enhertu is DXd, een stof die kankercellen kan doden. Wanneer het geneesmiddel zich heeft vastgehecht aan de HER2-positieve kankercellen, dringt DXd de cellen binnen en doodt ze.

##### Waarvoor wordt dit middel gebruikt?

Enhertu wordt gebruikt voor de behandeling van volwassenen die:

- **HER2-positieve borstkanker** hebben die is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam (gemetastaseerde ziekte) of die niet met een operatie kan worden verwijderd, en één of meer andere behandelingen hebben geprobeerd die specifiek bedoeld zijn tegen HER2-positieve borstkanker.
- **HER2-low of HER2-ultralow borstkanker** hebben die is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam (gemetastaseerde ziekte) of die niet met een operatie kan worden verwijderd en eerder een behandeling hebben gekregen. Er wordt een test gedaan om zeker te zijn dat Enhertu voor u geschikt is.
- **Niet-kleincellige longkanker met een HER2-mutatie** hebben die is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam of die niet met een operatie kan worden verwijderd en eerder een behandeling hebben geprobeerd. Er wordt een test gedaan om zeker te zijn dat Enhertu voor u geschikt is.

- **HER2-positieve maagkanker** hebben die is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam of naar gebieden in de buurt van de maag die niet met een operatie kan worden verwijderd, en ook een andere behandeling hebben geprobeerd die specifiek bedoeld is tegen HER2-positieve maagkanker.

## 2. Wanneer mag u dit middel niet toegediend krijgen of moet u er extra voorzichtig mee zijn?

### Wanneer mag u dit middel niet toegediend krijgen?

- U bent allergisch voor een van de stoffen in dit geneesmiddel. Deze stoffen kunt u vinden in rubriek 6.

Als u twijfelt of u allergisch bent, neem dan contact op met uw arts of verpleegkundige voordat u Enhertu toegediend krijgt.

### Wanneer moet u extra voorzichtig zijn met dit middel?

Neem contact op met uw arts of verpleegkundige voordat u dit middel toegediend krijgt, of tijdens de behandeling, als u last heeft van:

- hoesten, kortademigheid, koorts, of andere nieuwe of ergere ademhalingsproblemen. Dit kunnen verschijnselen zijn van een ernstige longziekte die tot de dood kan leiden, interstitiële longziekte genaamd. Als u eerder een longziekte of problemen met de nieren heeft gehad, kan dit een groter risico inhouden voor het krijgen van interstitiële longziekte. Het kan zijn dat uw arts uw longen moet controleren terwijl u dit middel gebruikt.
- koude rillingen, koorts, zweertjes in uw mond, buikpijn of pijn tijdens het plassen. Dit kunnen verschijnselen zijn van een infectie als gevolg van een verminderd aantal witte bloedcellen, neutrofielen genaamd.
- nieuwe of verergerende kortademigheid, hoesten, moeheid, zwelling van enkels of benen, onregelmatige hartslag, plotselinge gewichtstoename, duizeligheid of verlies van bewustzijn. Dit kunnen verschijnselen zijn van een aandoening waarbij uw hart het bloed niet goed genoeg kan rondpompen (verlaagde linkerventrieklejectiefractie).
- leverproblemen. Het is mogelijk dat uw arts uw lever moet controleren tijdens uw behandeling met dit geneesmiddel.

Uw arts voert tests uit vóór en tijdens de behandeling met dit middel.

### Kinderen en jongeren tot 18 jaar

Enhertu wordt niet aanbevolen voor gebruik bij personen jonger dan 18 jaar. De reden daarvoor is dat er geen informatie is over hoe goed het werkt bij deze leeftijdsgroep.

### Gebruikt u nog andere geneesmiddelen?

Gebruikt u naast Enhertu nog andere geneesmiddelen, heeft u dat kort geleden gedaan of bestaat de mogelijkheid dat u binnenkort andere geneesmiddelen gaat gebruiken? Vertel dat dan uw arts of verpleegkundige.

### Zwangerschap, borstvoeding, anticonceptie en vruchtbaarheid

- **Zwangerschap**  
Enhertu wordt **niet aanbevolen** tijdens de zwangerschap, omdat dit geneesmiddel schadelijk kan zijn voor een ongeboren baby.

Neem onmiddellijk contact op met uw arts als u zwanger bent, denkt dat u zwanger bent of zwanger wilt worden vóór of tijdens de behandeling.

- **Borstvoeding**

U mag geen borstvoeding geven tijdens de behandeling met dit middel en tot ten minste 7 maanden na uw laatste dosis. De reden daarvoor is dat niet bekend is of dit middel in de moedermelk terechtkomt. Bespreek dit met uw arts.

- **Anticonceptie**

U moet effectieve anticonceptie (voorbehoedsmiddelen) gebruiken om te voorkomen dat u zwanger wordt tijdens uw behandeling met dit middel.

Vrouwen die Enhertu gebruiken, moeten anticonceptie blijven gebruiken tot ten minste 7 maanden na de laatste dosis van dit middel.

Mannen die Enhertu gebruiken van wie de partner zwanger kan worden, moeten effectieve anticonceptie gebruiken:

- tijdens de behandeling, en
- tot ten minste 4 maanden na de laatste dosis van dit middel.

Bespreek met uw arts welke anticonceptie voor u het beste is. Neem ook contact op met uw arts voordat u met uw anticonceptie stopt.

- **Vruchtbaarheid**

Als u een man bent die wordt behandeld met dit middel, mag u geen kind verwekken tot 4 maanden na de behandeling en moet u advies inwinnen over het bewaren van sperma vóór de behandeling, omdat het geneesmiddel uw vruchtbaarheid kan verminderen. Daarom moet u dit met uw arts bespreken voordat u met de behandeling start.

## Rijvaardigheid en het gebruik van machines

Dit middel zal uw rijvaardigheid of vermogen om machines te gebruiken waarschijnlijk niet verminderen. U moet voorzichtig zijn als u zich moe of duizelig voelt of als u hoofdpijn heeft.

## Enhertu bevat polysorbaat 80

Dit medicijn bevat 1,5 mg polysorbaat 80 in elke injectieflacon van 100 mg.

Polysorbaten kunnen allergische reacties veroorzaken. Heeft u bekende allergieën? Vertel dit aan uw arts.

## 3. Hoe krijgt u dit middel toegediend?

U krijgt dit middel in een ziekenhuis of kliniek toegediend.

- De aanbevolen dosering van Enhertu voor de behandeling van:
  - HER2-positieve, HER2-low of HER2-ultralow borstkanker is 5,4 mg per kilogram van uw gewicht, om de 3 weken.
  - niet-kleincellige longkanker met een HER2-mutatie is 5,4 mg per kilogram van uw gewicht, om de 3 weken.
  - HER2-positieve maagkanker is 6,4 mg per kilogram van uw gewicht, om de 3 weken.
- Uw arts of verpleegkundige geeft u dit middel door middel van een infusie (druppelinfuus) in uw ader.
- Uw eerste infusie wordt toegediend over een periode van 90 minuten. Als dit goed verloopt, kan de infusie tijdens uw volgende bezoeken over een periode van 30 minuten worden toegediend.
- Uw arts bepaalt hoeveel behandelingen u nodig heeft.



- Vóór elke infusie met Enhertu is het mogelijk dat uw arts u geneesmiddelen geeft om misselijkheid en braken te helpen voorkomen.
- Als u klachten krijgt die verband houden met de infusie, kan uw arts of verpleegkundige uw infusie langzamer toedienen of de behandeling onderbreken of stopzetten.
- Vóór en tijdens de behandeling met dit middel zal uw arts tests uitvoeren, zoals:
  - bloedonderzoeken om uw bloedcellen, lever en nieren te controleren.
  - tests om uw hart en longen te controleren.
- Afhankelijk van uw bijwerkingen kan uw arts uw dosis verlagen, of uw behandeling tijdelijk of definitief stopzetten.

### **Bent u een afspraak voor toediening van dit middel vergeten?**

Neem onmiddellijk contact op met uw arts om een nieuwe afspraak te plannen.

Het is erg belangrijk dat u geen enkele dosis van dit geneesmiddel overslaat.

### **Als u stopt met het gebruik van dit middel**

U mag de behandeling met dit middel niet stopzetten zonder dit eerst met uw arts te bespreken.

Heeft u nog andere vragen over het gebruik van dit geneesmiddel? Neem dan contact op met uw arts of verpleegkundige.

## **4. Mogelijke bijwerkingen**

Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben, al krijgt niet iedereen daarmee te maken. Vertel uw arts als u last heeft van bijwerkingen, met inbegrip van bijwerkingen die niet in deze bijsluiter staan.

**Neem onmiddellijk contact op met uw arts** als u een van de volgende klachten opmerkt. Ze kunnen duiden op een ernstige, mogelijk dodelijke, aandoening. Als u onmiddellijk wordt behandeld, kan dit voorkomen dat deze klachten ernstiger worden.

**Zeer vaak** (komen voor bij meer dan 1 op de 10 gebruikers)

- Een longziekte die interstitiële longziekte wordt genoemd en die gepaard kan gaan met klachten zoals hoesten, kortademigheid, koorts, of andere nieuwe of verergerende ademhalingsproblemen
- Een infectie als gevolg van een verminderd aantal neutrofielen (een soort witte bloedcellen) met klachten zoals koude rillingen, koorts, zweertjes in uw mond, buikpijn of pijn tijdens het plassen
- Een hartprobleem dat 'linkerventrikeldisfunctie' wordt genoemd en dat gepaard kan gaan met klachten zoals nieuwe of verergerende kortademigheid, hoesten, moeheid, zwelling van enkels of benen, onregelmatige hartslag, plotselinge gewichtstoename, duizeligheid of bewusteloosheid

### **Andere bijwerkingen**

De frequentie en ernst van bijwerkingen kunnen variëren afhankelijk van de dosis die u heeft gekregen. Neem contact op met uw arts of verpleegkundige als u een van de volgende bijwerkingen opmerkt:

**Zeer vaak** (komen voor bij meer dan 1 op de 10 gebruikers)

- misselijkheid, braken
- moeheid
- verminderde eetlust
- bloedonderzoeken die wijzen op een lager aantal rode of witte bloedcellen, of bloedplaatjes
- haaruitval
- diarree

- verstopping (obstipatie)
- bloedonderzoeken die wijzen op hogere waarden voor de leverenzymen zoals transaminasen
- pijn in spieren en botten
- buikpijn
- koorts
- gewichtsverlies
- infectie van de longen
- infecties van de neus en keel, met inbegrip van klachten die op griep gelijken
- hoofdpijn
- blaren in of rondom uw mond
- hoesten
- bloedonderzoeken die wijzen op een lage kaliumwaarde in het bloed
- zwelling van enkels en voeten
- problemen met de spijsvertering
- ademhalingsproblemen
- gewijzigde/slechte smaak in de mond

**Vaak** (komen voor bij maximaal 1 op de 10 gebruikers)

- bloedneus
- duizeligheid
- huiduitslag
- bloedonderzoeken die wijzen op hogere waarden voor een afvalstof die in uw bloed komt als rode bloedcellen kapot gaan (bilirubine), een leverenzym (alkalische fosfatase) of een afvalstof die in uw urine terecht komt (creatinine)
- bloedonderzoeken die wijzen op lagere aantallen rode bloedcellen, witte bloedcellen en bloedplaatjes (pancytopenie)
- jeuk
- droge ogen
- verkleuring van de huid
- wazig zien
- dorstig gevoel, droge mond
- opgeblazen gevoel
- koorts in combinatie met een lager aantal witte bloedcellen, neutrofielen genoemd
- ontsteking van de maag
- te veel gas in de maag of darmen
- bijwerkingen die verband houden met de infusie van het geneesmiddel, zoals koorts, koude rillingen, overmatig blozen, jeuk of huiduitslag

### Het melden van bijwerkingen

Krijgt u last van bijwerkingen, neem dan contact op met uw arts of verpleegkundige. Dit geldt ook voor mogelijke bijwerkingen die niet in deze bijsluiter staan. U kunt bijwerkingen ook rechtstreeks melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, website: [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl). Door bijwerkingen te melden, kunt u ons helpen meer informatie te verkrijgen over de veiligheid van dit geneesmiddel.

### 5. Hoe wordt dit middel bewaard?

Enhertu wordt bewaard door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in het ziekenhuis of de kliniek waar u de behandeling krijgt. De gegevens over bewaring zijn de volgende:

- Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.
- Gebruik dit geneesmiddel niet meer na de uiterste houdbaarheidsdatum. Die vindt u op de omdoos en de injectieflacon na EXP. Daar staat een maand en een jaar. De laatste dag van die maand is de uiterste houdbaarheidsdatum.

- Bewaren in de koelkast (2 °C - 8 °C). Niet in de vriezer bewaren.
- De bereide oplossing voor infusie is stabiel gedurende maximaal 24 uur bij 2 °C - 8 °C, beschermd tegen licht, en moet daarna worden weggegooid.

Spoel geneesmiddelen niet door de gootsteen of de WC en gooi ze niet in de vuilnisbak. Vraag uw apotheker wat u met geneesmiddelen moet doen die u niet meer gebruikt. Als u geneesmiddelen op de juiste manier afvoert, worden ze op een verantwoorde manier vernietigd en komen ze niet in het milieu terecht.

## 6. Inhoud van de verpakking en overige informatie

### Welke stoffen zitten er in dit middel?

- De werkzame stof in dit middel is trastuzumab-deruxtecan.  
Eén injectieflacon met poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie bevat 100 mg trastuzumab-deruxtecan. Na reconstitutie bevat één injectieflacon van 5 ml oplossing 20 mg/ml trastuzumab-deruxtecan.
- De andere stoffen in dit middel zijn L-histidine, L-histidinehydrochloridemonohydraat, sucrose, polysorbaat 80.

### Hoe ziet Enhertu eruit en hoeveel zit er in een verpakking?

Enhertu is een wit tot gelig-wit gevriesdroogd poeder. Het wordt geleverd in een transparante amberkleurige injectieflacon met een rubber stop, aluminium afsluiting en plastic flip-off dop. Elke doos bevat 1 injectieflacon.

### Houder van de vergunning voor het in de handel brengen

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Zielstattstrasse 48  
81379 München  
Duitsland

### Fabrikant

Daiichi Sankyo Europe GmbH  
Luitpoldstrasse 1  
85276 Pfaffenhofen  
Duitsland

Neem voor alle informatie over dit geneesmiddel contact op met de lokale vertegenwoordiger van de houder van de vergunning voor het in de handel brengen:

#### Nederland

Daiichi Sankyo Nederland B.V.  
Tel: +31-(0) 20 4 07 20 72

### Deze bijsluiter is voor het laatst goedgekeurd in maart 2025.

Dit geneesmiddel is voorwaardelijk toegelaten. Dit betekent dat er in de toekomst meer definitieve gegevens worden verwacht over dit geneesmiddel. Het Europees Geneesmiddelenbureau zal op zijn minst ieder jaar nieuwe informatie over het geneesmiddel beoordelen. Als dat nodig is, zal deze bijsluiter worden aangepast.

**Andere informatiebronnen**

Meer informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau: <https://www.ema.europa.eu>.

**De volgende informatie is alleen bestemd voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg:**

Om medicatiefouten te voorkomen, moeten de etiketten van de injectieflacons worden gecontroleerd om zeker te zijn dat het geneesmiddel dat wordt bereid en toegediend Enhertu (trastuzumab-deruxtecan) is en niet trastuzumab of trastuzumab-emtansine.

Er moeten gepaste procedures worden toegepast voor de bereiding van chemotherapeutische geneesmiddelen. Een gepaste aseptische techniek moet worden gehanteerd voor de volgende reconstitutie- en verdunningsprocedures.

**Reconstitutie**

- Reconstitutie moet onmiddellijk vóór verdunning plaatsvinden.
- Mogelijk is meer dan één injectieflacon nodig voor een volledige dosis. Bereken de dosis (mg), het totale volume van de benodigde gereconstitueerde Enhertu-oplossing en het benodigde aantal injectieflacons van Enhertu.
- Reconstitueer elke injectieflacon van 100 mg met behulp van een steriele spuit en injecteer 5 ml water voor injectie langzaam in elke injectieflacon om een eindconcentratie van 20 mg/ml te verkrijgen.
- Draai voorzichtig met de injectieflacon tot alles is opgelost. Niet schudden.
- Vanuit microbiologisch oogpunt moet het product onmiddellijk worden gebruikt. De chemische en fysische stabiliteit tijdens gebruik is aangetoond tot maximaal 48 uur bij 2 °C tot 8 °C indien niet onmiddellijk gebruikt. Bewaar de gereconstitueerde Enhertu-injectieflacons in de koelkast bij 2 °C tot 8 °C, beschermd tegen licht. Niet in de vriezer bewaren.
- Het gereconstitueerde product bevat geen conserveermiddel en is uitsluitend bestemd voor eenmalig gebruik.

**Verdunning**

- Trek het berekende volume op uit de injectieflacon(s) met een steriele spuit. Inspecteer de gereconstitueerde oplossing op vreemde deeltjes en verkleuring. De oplossing moet helder en kleurloos tot lichtgeel zijn. Niet gebruiken als er deeltjes zichtbaar zijn of als de oplossing troebel of verkleurd is.
- Verdun het berekende volume gereconstitueerd Enhertu in een infuuszak die 100 ml 5% glucoseoplossing voor infusie bevat. Gebruik geen natriumchlorideoplossing. Een infuuszak vervaardigd van polyvinylchloride of polyolefine (copolymeer van ethyleen en polypropyleen) wordt aanbevolen.
- Keer de infuuszak voorzichtig om de oplossing goed te mengen. Niet schudden.
- Dek de infuuszak af ter bescherming tegen licht.
- Als de bereide infuusoplossing niet onmiddellijk wordt gebruikt, bewaar deze dan bij kamertemperatuur ( $\leq 30$  °C) gedurende maximaal 4 uur, met inbegrip van bereiding en infusie, of in de koelkast bij 2 °C tot 8 °C gedurende maximaal 24 uur, beschermd tegen licht. Niet in de vriezer bewaren.
- Het ongebruikte deel dat in de injectieflacon overblijft, moet worden weggegooid.

**Toediening**

- Als de bereide infuusoplossing in de koelkast (2 °C tot 8 °C) is bewaard, wordt aanbevolen de oplossing vóór toediening op kamertemperatuur te laten komen, beschermd tegen licht.
- Enhertu mag uitsluitend als een intraveneuze infusie worden toegediend met een in-line filter van 0,20 of 0,22 micron van polyethersulfon (PES) of polysulfon (PS).

- De initiële dosis moet worden toegediend als een intraveneuze infusie over een periode van 90 minuten. Als de vorige infusie goed werd verdragen, mogen daaropvolgende doses Enhertu worden toegediend als een infusie over een periode van 30 minuten. Niet toedienen als een intraveneuze push- of bolusinfusie.
- De infuuszak moet worden afgedekt ter bescherming tegen licht.
- Enhertu mag niet worden gemengd met andere geneesmiddelen of via dezelfde intraveneuze lijn als andere geneesmiddelen worden toegediend.

### **Verwijderen**

Al het ongebruikte geneesmiddel of afvalmateriaal dient te worden vernietigd overeenkomstig lokale voorschriften.