

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8.

## 1. NOME DO MEDICAMENTO

Talzenna 0,25 mg cápsulas

Talzenna 1 mg cápsulas

## 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Talzenna 0,25 mg cápsulas

Cada cápsula contém tosilato de talazoparib equivalente a 0,25 mg de talazoparib.

Talzenna 1 mg cápsulas

Cada cápsula contém tosilato de talazoparib equivalente a 1 mg de talazoparib.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

## 3. FORMA FARMACÊUTICA

Cápsula

Talzenna 0,25 mg cápsulas

Cápsula opaca de aproximadamente 14,30 mm x 5,32 mm com uma cabeça de cor marfim (impressa com “Pfizer” a preto) e um corpo branco (impresso com “TLZ 0,25” a preto).

Talzenna 1 mg cápsulas

Cápsula opaca de aproximadamente 14,30 mm x 5,32 mm com uma cabeça vermelha clara (impressa com “Pfizer” a preto) e um corpo branco (impresso com “TLZ 1” a preto).

## 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

### 4.1 Indicações terapêuticas

Talzenna em monoterapia é indicado no tratamento de doentes adultos com mutações germinativas BRCA1/2, que têm cancro da mama localmente avançado ou metastático e recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2) negativo. Os doentes devem ter sido tratados previamente com antraciclina e/ou taxano num contexto (neo)adjuvante, localmente avançado ou metastático, exceto os doentes que não tenham sido elegíveis para estes tratamentos (ver secção 5.1). Os doentes com cancro da mama positivo para recetores hormonais (HR) devem ter sido tratados com uma terapêutica endócrina prévia ou ser considerados não elegíveis para a terapêutica endócrina.

### 4.2 Posologia e modo de administração

O tratamento com Talzenna deve ser iniciado e supervisionado por um médico com experiência na utilização de medicamentos anticancerígenos.

Os doentes devem ser selecionados para o tratamento do cancro da mama com Talzenna com base na presença de mutações germinativas BRCA deletérias ou suspeitas de serem deletérias, determinadas por um laboratório experiente utilizando um método de teste validado.

Deve ser dado aconselhamento genético aos doentes com mutações BRCA de acordo com os regulamentos locais, conforme aplicável.

### Posologia

A dose recomendada é de 1 mg de talazoparib uma vez por dia. Os doentes devem ser tratados até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

#### *Omissão de dose*

Se o doente vomitar ou se esquecer de tomar uma dose, não deve tomar uma dose adicional. Deve tomar a próxima dose prescrita à hora habitual.

#### *Ajustes posológicos*

Para controlar as reações adversas medicamentosas, deve considerar-se interrupção do tratamento ou redução de dose com base na gravidade e na apresentação clínica (Tabela 2). As reduções de dose recomendadas estão indicadas na Tabela 1.

**Tabela 1. Ajustes posológicos devido a toxicidade**

	<b>Nível de dose</b>
Dose inicial recomendada	1 mg (uma cápsula de 1 mg) uma vez por dia
Primeira redução de dose	0,75 mg (três cápsulas de 0,25 mg) uma vez por dia
Segunda redução de dose	0,5 mg (duas cápsulas de 0,25 mg) uma vez por dia
Terceira redução de dose	0,25 mg (uma cápsula de 0,25 mg) uma vez por dia

Antes de se iniciar a terapêutica com Talzenna deve ser realizado um hemograma completo, devendo ser monitorizado mensalmente e conforme clinicamente indicado (ver Tabela 2 e secção 4.4).

**Tabela 2. Alteração e gestão de dose**

	<b>Suspender Talzenna até os níveis alcançarem</b>	<b>Retomar Talzenna</b>
Hemoglobina < 8 g/dl	≥ 9 g/dl	Retomar Talzenna com a dose seguinte mais baixa
Contagem de plaquetas < 50.000/ $\mu$ l	≥ 75.000/ $\mu$ l	
Contagem de neutrófilos < 1.000/ $\mu$ l	≥ 1.500/ $\mu$ l	
Reação adversa não hematológica de grau 3 ou grau 4	≤ Grau 1	Considerar retomar Talzenna com a dose seguinte mais baixa ou descontinuar

#### *Tratamento concomitante com inibidores da glicoproteína-P (P-gp)*

Inibidores potentes da P-gp podem resultar num aumento da exposição ao talazoparib. Deve ser evitada a utilização concomitante de inibidores potentes da P-gp durante o tratamento com talazoparib. A administração concomitante apenas deve ser considerada após uma avaliação cuidadosa dos potenciais benefícios e riscos. Se a administração concomitante com um inibidor potente da P-gp for inevitável, a dose de Talzenna deve ser reduzida para a dose inferior seguinte. Quando o inibidor potente da P-gp for descontinuado, a dose de Talzenna deve ser aumentada (após 3–5 semividas do inibidor da P-gp) para a dose utilizada antes do início tratamento com o inibidor potente da P-gp (ver secção 4.5).

### Populações especiais

#### *Compromisso hepático*

Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso hepático ligeiro (bilirrubina total  $\leq 1 \times$  limite superior do normal [LSN] e aspartato aminotransferase (AST)  $>$  LSN, ou bilirrubina total

> 1,0 a  $1,5 \times$  LSN e qualquer AST), compromisso hepático moderado (bilirrubina total > 1,5 a  $3,0 \times$  LSN e qualquer AST) ou grave (bilirrubina total >  $3,0 \times$  LSN e qualquer AST) (ver secção 5.2).

#### *Compromisso renal*

Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso renal ligeiro ( $60 \text{ ml/min} \leq$  depuração da creatinina  $[\text{CrCl}] < 90 \text{ ml/min}$ ). Nos doentes com compromisso renal moderado ( $30 \text{ ml/min} \leq \text{CrCl} < 60 \text{ ml/min}$ ), a dose inicial recomendada de Talzenna é de 0,75 mg uma vez por dia. Nos doentes com compromisso renal grave ( $15 \text{ ml/min} \leq \text{CrCl} < 30 \text{ ml/min}$ ), a dose inicial recomendada de Talzenna é de 0,5 mg uma vez por dia. Talzenna não foi estudado em doentes com  $\text{CrCl} < 15 \text{ ml/min}$  ou em doentes que necessitam de hemodiálise (ver secção 5.2).

#### *Idosos*

Não é necessário ajuste posológico em doentes idosos ( $\geq 65$  anos) (ver secção 5.2).

#### *População pediátrica*

A segurança e eficácia de Talzenna em crianças e adolescentes < 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis.

#### Modo de administração

Talzenna é administrado por via oral. Para evitar o contacto com o conteúdo da cápsula, as cápsulas devem ser engolidas inteiras e não devem ser abertas nem dissolvidas. Podem ser tomadas com ou sem alimentos (ver secção 5.2).

### **4.3 Contraindicações**

Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

Amamentação (ver secção 4.6).

### **4.4 Advertências e precauções especiais de utilização**

#### Mielossupressão

Foi notificada mielossupressão consistindo em anemia, leucopenia/neutropenia e/ou trombocitopenia em doentes tratados com talazoparib (ver secção 4.8). Talazoparib não deve ser iniciado até que os doentes tenham recuperado da toxicidade hematológica causada pela terapêutica anterior ( $\leq$  grau 1).

Devem ser tomadas precauções para monitorizar periodicamente os parâmetros hematológicos e os sinais e sintomas associados a anemia, leucopenia/neutropenia e/ou trombocitopenia em doentes tratados com talazoparib. Se tais acontecimentos ocorrerem, são recomendadas alterações da dose (redução ou interrupção) (ver secção 4.2). Cuidados de suporte com ou sem transfusões de sangue e/ou plaquetas e/ou a administração de fatores de estimulação do crescimento de colónias podem ser utilizados conforme apropriado.

#### Síndrome mielodisplásico/leucemia mieloide aguda

Foi notificado síndrome mielodisplásico/leucemia mieloide aguda (SMD/LMA) em doentes que receberam inibidores da poli (adenosina difosfato-ribose) polimerase (PARP), incluindo talazoparib. De um modo geral, foi notificado SMD/LMA em 2 de 584 (0,3%) doentes com tumores sólidos tratados com talazoparib em estudos clínicos. Os potenciais fatores que contribuem para o desenvolvimento de SMD/LMA incluem quimioterapia anterior com compostos de platina, outros agentes que causam danos no ADN ou radioterapia. Deve ser realizado hemograma completo no início do tratamento e monitorizado mensalmente para avaliar potencial toxicidade hematológica durante o tratamento. Se for confirmado SMD/LMA, talazoparib deve ser descontinuado.

## Contraceção em mulheres com potencial para engravidar

Talazoparib foi clastogénico num teste de aberração cromossómica *in vitro* em linfócitos de sangue periférico humano e num teste *in vivo* de micronúcleos em medula óssea de ratos mas não foi mutagénico no teste de Ames (ver secção 5.3) e pode provocar danos fetais quando administrado a mulheres grávidas. As mulheres grávidas devem ser informadas sobre o potencial risco para o feto (ver secção 4.6). As mulheres com potencial para engravidar não devem engravidar enquanto estiverem a receber Talzenna e não devem estar grávidas no início do tratamento. Antes do tratamento, deve ser realizado um teste de gravidez a todas as mulheres com potencial para engravidar.

É necessário um método de contraceção altamente eficaz para as doentes durante o tratamento com Talzenna e durante, pelo menos, 7 meses após a conclusão da terapêutica. Uma vez que não é recomendada a utilização de métodos contraceptivos hormonais em doentes com cancro da mama, devem ser utilizados dois métodos de contraceção complementares e não-hormonais (ver secção 4.6).

Os doentes do sexo masculino com parceiras com potencial para engravidar ou com parceiras grávidas devem ser aconselhados a utilizar uma contraceção eficaz (mesmo após vasectomia) durante o tratamento com Talzenna e durante, pelo menos, 4 meses após a última dose.

### **4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação**

Talazoparib é um substrato da P-gp e da proteína resistente ao cancro da mama (BCRP), que são transportadoras de fármacos, e é eliminado principalmente por depuração renal sob a forma de composto inalterado.

#### Agentes que podem afetar as concentrações plasmáticas de talazoparib

##### *Inibidores da P-gp*

Os dados de um estudo de interação medicamentosa em doentes com tumores sólidos avançados indicaram que a administração concomitante de doses múltiplas diárias de um inibidor da P-gp, itraconazol 100 mg duas vezes por dia com uma dose única de 0,5 mg de talazoparib aumentou a exposição total ao talazoparib ( $AUC_{inf}$ ) e a concentração máxima ( $C_{max}$ ) em aproximadamente 56% e 40%, respetivamente, comparativamente a uma dose única de 0,5 mg de talazoparib administrada em monoterapia. A análise farmacocinética (FC) populacional também demonstrou que a utilização concomitante de inibidores potentes da P-gp aumentou a exposição a talazoparib em 45% comparativamente ao talazoparib administrado em monoterapia.

A utilização concomitante de inibidores potentes da P-gp (incluindo, mas não limitado a amiodarona, carvedilol, claritromicina, cobicistate, darunavir, dronedarona, eritromicina, indinavir, itraconazol, cetoconazol, lapatinib, lopinavir, propafenona, quinidina, ranolazina, ritonavir, saquinavir, telaprevir, tipranavir e verapamilo) deve ser evitada. Se a administração concomitante com um inibidor potente da P-gp for inevitável, a dose de Talzenna deve ser reduzida (ver secção 4.2).

##### *Indutores da P-gp*

Os dados de um estudo de interação medicamentosa em doentes com tumores sólidos avançados indicaram que a administração concomitante de uma dose única de 1 mg de talazoparib com doses múltiplas diárias de um indutor da P-gp, rifampicina 600 mg, com rifampicina administrada concomitante 30 minutos antes de talazoparib no dia da dosagem de talazoparib, aumentou a  $C_{max}$  de talazoparib em aproximadamente 37%, ao passo que a  $AUC_{inf}$  não foi afetada em relação a uma dose única de 1 mg de talazoparib administrada em monoterapia. Este é provavelmente o efeito concreto da indução e inibição da P-gp pela rifampicina nas condições testadas no estudo de interação medicamentosa. Não são necessários ajustes posológicos de talazoparib quando administrado concomitantemente com rifampicina. No entanto, o efeito de outros indutores da P-gp na exposição ao talazoparib não foi estudado. Outros indutores da P-gp (incluindo, mas não limitados a carbamazepina, fenitoína e hipericão) podem diminuir a exposição a talazoparib.

### *Inibidores da BCRP*

O efeito dos inibidores da BCRP na FC do talazoparib não foi estudado *in vivo*. A administração concomitante de talazoparib com inibidores da BCRP pode aumentar a exposição a talazoparib. A utilização concomitante de inibidores potentes da BCRP (incluindo, mas não limitado a curcumina e ciclosporina) deve ser evitada. Se a administração concomitante de inibidores potentes da BCRP for inevitável, o doente deve ser monitorizado quanto a potenciais reações adversas aumentadas.

### *Efeito de agentes redutores de acidez*

A análise FC populacional indica que a administração concomitante de agentes redutores de acidez, incluindo inibidores da bomba de prótons e antagonistas do recetor H2 da histamina (H2RA), ou outros agentes redutores de acidez, não teve um impacto significativo na absorção de talazoparib.

### *Contraceção hormonal sistémica*

Não foram realizados estudos de interação medicamentosa entre talazoparib e contraceptivos orais.

## **4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento**

### Mulheres com potencial para engravidar/Contraceção feminina e masculina

As mulheres com potencial para engravidar não devem engravidar enquanto estiverem a receber Talzenna e não devem estar grávidas no início do tratamento. Antes do tratamento, deve ser realizado um teste de gravidez a todas as mulheres com potencial para engravidar (ver secção 4.4).

As mulheres com potencial para engravidar têm de utilizar métodos de contraceção altamente eficazes (ver secção 4.4) antes de iniciarem o tratamento com talazoparib, durante o tratamento e durante 7 meses após interromperem o tratamento com talazoparib. Uma vez que não é recomendada a utilização de contraceção hormonal em doentes com cancro da mama, devem ser utilizados dois métodos de contraceção complementares e não-hormonais. Os doentes do sexo masculino com parceiras com potencial para engravidar ou com parceiras grávidas devem ser aconselhados a utilizar uma contraceção eficaz (mesmo após vasectomia) durante o tratamento com Talzenna e durante, pelo menos, 4 meses após a última dose (ver secção 4.4).

### Gravidez

Não existem dados sobre a utilização de Talzenna em mulheres grávidas. Os estudos em animais revelaram toxicidade embriofetal (ver secção 5.3). Talzenna pode causar danos fetais quando administrado a mulheres grávidas. Talzenna não é recomendado durante a gravidez e em mulheres com potencial para engravidar que não utilizam métodos contraceptivos (ver secção 4.4).

### Amamentação

Desconhece-se se talazoparib é excretado no leite humano. Não pode ser excluído um risco para os lactentes e, por conseguinte, a amamentação não é recomendada durante o tratamento com Talzenna e durante, pelo menos, 1 mês após a última dose.

### Fertilidade

Não existem informações sobre a fertilidade em doentes. Com base em resultados não clínicos em testículos (parcialmente reversíveis) e ovários (reversíveis), Talzenna pode comprometer a fertilidade de homens com potencial reprodutivo (ver secção 5.3).

## **4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas**

Os efeitos de Talzenna sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são reduzidos. Pode ocorrer fadiga/astenia ou tonturas após a administração de talazoparib.

## 4.8 Efeitos indesejáveis

### Resumo do perfil de segurança

O perfil de segurança global de Talzenna baseia-se em dados agrupados de 494 doentes que receberam 1 mg de talazoparib por dia em estudos clínicos para tumores sólidos, incluindo 286 doentes de um estudo aleatorizado de fase 3 com cancro da mama localmente avançado ou metastático, HER2-negativo com mutações germinativas BRCA (gBRCAm) e de 83 doentes de um estudo não aleatorizado de fase 2 em doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático com mutações germinativas BRCA.

As reações adversas mais frequentes ( $\geq 25\%$ ) em doentes tratados com talazoparib nestes estudos clínicos foram fadiga (57,1%), anemia (49,6%), náuseas (44,3%), neutropenia (30,2%), trombocitopenia (29,6%) e cefaleias (26,5%). As reações adversas mais frequentes de grau  $\geq 3$  ( $\geq 10\%$ ) de talazoparib foram anemia (35,2%), neutropenia (17,4%) e trombocitopenia (16,8%).

Ocorreram modificações de dose (reduções de dose ou interrupções de dose) devido a reações adversas em 62,3% dos doentes a receber Talzenna. As reações adversas mais frequentes que levaram a modificações de dose foram anemia (33,0%), neutropenia (15,8%) e trombocitopenia (13,4%).

Ocorreu interrupção permanente devido a uma reação adversa em 3,6% dos doentes que receberam Talzenna. A duração mediana da exposição foi de 5,4 meses (intervalo de 0,03 a 61,1).

### Lista tabelada das reações adversas

A Tabela 3 resume as reações adversas com base num conjunto de dados agrupados listadas por classe de sistemas de órgãos e categoria de frequência. As categorias de frequência são definidas como: muito frequentes ( $\geq 1/10$ ) e frequentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ). Dentro de cada categoria de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade.

**Tabela 3. Reações adversas baseadas num conjunto de dados agrupados de 5 estudos (N=494)**

<b>Classe de sistemas de órgãos</b> <b>Frequência</b> <b>Termo preferido</b>	<b>Todos os graus*</b> <b>n (%)</b>	<b>Grau 3</b> <b>n (%)</b>	<b>Grau 4</b> <b>n (%)</b>
<b>Doenças do sangue e do sistema linfático</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Trombocitopenia <sup>a</sup>	146 (29,6)	63 (12,8)	20 (4,0)
Anemia <sup>b</sup>	245 (49,6)	172 (34,8)	2 (0,4)
Neutropenia <sup>c</sup>	149 (30,2)	77 (15,6)	9 (1,8)
Leucopenia <sup>d</sup>	77 (15,6)	24 (4,9)	1 (0,2)
<i>Frequentes</i>			
Linfopenia <sup>e</sup>	30 (6,1)	13 (2,6)	0 (0,0)
<b>Doenças do metabolismo e da nutrição</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Diminuição do apetite	100 (20,2)	2 (0,4)	0 (0,0)
<b>Doenças do sistema nervoso</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Tonturas	69 (14,0)	1 (0,2)	N/A
Cefaleias	131 (26,5)	5 (1,0)	N/A
<i>Frequentes</i>			
Disgeusia	42 (8,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

<b>Classe de sistemas de órgãos</b> <b>Frequência</b> <b>Termo preferido</b>	<b>Todos os graus*</b> <b>n (%)</b>	<b>Grau 3</b> <b>n (%)</b>	<b>Grau 4</b> <b>n (%)</b>
<b>Doenças gastrointestinais</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Vómitos	110 (22,3)	7 (1,4)	0 (0,0)
Diarreia	112 (22,7)	3 (0,6)	0 (0,0)
Náuseas	219 (44,3)	4 (0,8)	N/A
Dor abdominal <sup>f</sup>	105 (21,3)	8 (1,6)	N/A
<i>Frequentes</i>			
Estomatite	32 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dispepsia	41 (8,3)	0 (0,0)	N/A
<b>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Alopecia <sup>g</sup>	110 (22,3)	N/A	N/A
<b>Perturbações gerais e alterações no local de administração</b>			
<i>Muito frequentes</i>			
Fadiga <sup>h</sup>	282 (57,1)	17 (3,4)	1 (0,2)

Abreviaturas: n = número de doentes; N/A = não aplicável.

\* Não ocorreram reações adversas medicamentosas de grau 5.

a. Inclui os termos preferidos: trombocitopenia e diminuição da contagem de plaquetas.

b. Inclui os termos preferidos: anemia, diminuição do hematócrito e diminuição da hemoglobina.

c. Inclui os termos preferidos: neutropenia e diminuição da contagem de neutrófilos.

d. Inclui os termos preferidos: leucopenia e diminuição da contagem de glóbulos brancos.

e. Inclui os termos preferidos: diminuição da contagem de linfócitos e linfopenia.

f. Inclui os termos preferidos: dor abdominal, dor abdominal superior, desconforto abdominal e dor abdominal inferior.

g. Para talazoparib, grau 1 é 21% e grau 2 é 2%.

h. Inclui os termos preferidos: fadiga e astenia.

### Descrição das reações adversas selecionadas

#### *Mielossupressão*

Foram notificadas muito frequentemente reações adversas relacionadas com mielossupressão como anemia, neutropenia e trombocitopenia em doentes tratados com talazoparib 1 mg/dia. Foram notificados eventos de grau 3 e grau 4 relacionados com a mielossupressão: anemia 34,8% e 0,4%, neutropenia 15,6% e 1,8% e trombocitopenia 12,8% e 4,0%. Não foram notificados casos de morte devidos a reações adversas relacionadas com mielossupressão. Foram notificados eventos adversos relacionados com mielossupressão associados a modificações de dose em aproximadamente 30% dos doentes na população tratada com talazoparib 1 mg/dia e os eventos adversos associados à descontinuação permanente do medicamento do estudo foram notificados em menos de 1% dos doentes.

#### Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do:

Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram> (preferencialmente)

ou através dos seguintes contactos:

Direção de Gestão do Risco de Medicamentos

Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53

1749-004 Lisboa

Tel: +351 21 798 73 73

Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita)

E-mail: [farmacovigilancia@infarmed.pt](mailto:farmacovigilancia@infarmed.pt)

## 4.9 Sobredosagem

A experiência relacionada com a sobredosagem com talazoparib é limitada. Não foi notificada qualquer reação adversa num doente que acidentalmente autoadministrou trinta cápsulas de 1 mg de talazoparib no Dia 1 e que foi imediatamente tratado com lavagem gástrica. Os sintomas de sobredosagem não estão estabelecidos. No caso de sobredosagem, o tratamento com talazoparib deve ser interrompido e os médicos devem considerar a lavagem gástrica, seguir as medidas de suporte gerais e tratar sintomaticamente.

## 5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

### 5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: outros agentes antineoplásicos, Código ATC: L01XX60

#### Mecanismo de ação

Talazoparib é um inibidor das enzimas PARP, PARP1 e PARP2. As enzimas PARP estão envolvidas nas vias de sinalização de resposta a danos no ADN celular, tais como reparação do ADN, transcrição genética e morte celular. Os inibidores das PARP (PARPi) exercem efeitos citotóxicos nas células cancerígenas através de 2 mecanismos, inibição da atividade catalítica das PARP e aprisionamento das PARP, pelo qual a proteína PARP ligada a um PARPi não se dissocia facilmente de uma lesão do ADN, impedindo assim a reparação, a replicação e a transcrição do ADN resultando na apoptose e/ou morte celular. O tratamento de linhas de células cancerígenas com defeitos nos genes de reparação do ADN com o agente único talazoparib resulta num aumento dos níveis de  $\gamma$ H2AX, um marcador de ruturas de cadeias duplas do ADN e resulta numa diminuição da proliferação das células e num aumento da apoptose. A atividade antitumoral de talazoparib foi também observada num modelo de xenoinxerto de doente (PDX) com cancro da mama com mutação BRCA, tendo o doente sido tratado previamente com um regime à base de platina. Neste modelo de PDX, talazoparib diminuiu o crescimento tumoral e aumentou o nível de  $\gamma$ H2AX e a apoptose nos tumores.

#### Eletrofisiologia cardíaca

O efeito de talazoparib na repolarização cardíaca foi avaliado utilizando eletrocardiogramas (ECG) com tempo combinado na avaliação da relação entre a alteração do intervalo QT corrigido para a frequência cardíaca (QTc) comparativamente ao momento basal e as correspondentes concentrações plasmáticas de talazoparib em 37 doentes com tumores sólidos avançados. Talazoparib não teve um efeito clinicamente relevante no prolongamento do QTc com a dose máxima clinicamente recomendada de 1 mg uma vez por dia.

#### Eficácia e segurança clínicas

##### *Estudo aleatorizado de fase 3 EMBRACA*

EMBRACA foi um estudo multicêntrico, aberto, aleatorizado, paralelo, com 2 braços de Talzenna *versus* quimioterapia (capecitabina, eribulina, gemcitabina, vinorelbina) em doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático, HER2-negativo com mutações germinativas no BRCA, que não receberam mais de 3 regimes prévios de quimioterapia com citotóxicos para a sua doença metastática ou localmente avançada. Os doentes tinham que ter recebido tratamento com antraciclina e/ou taxano (exceto se contraindicado) num cenário neoadjuvante, adjuvante e/ou metastático. Os doentes com terapêutica prévia com platina para a doença avançada não poderiam apresentar evidências de progressão da doença durante a terapêutica com platina. Não foi permitido qualquer tratamento prévio com um inibidor PARP.

Dos 431 doentes aleatorizados no estudo EMBRACA, 408 (95%) foram confirmados centralmente como tendo uma mutação germinativa BRCAm deletéria ou suspeita de ser deletéria, utilizando um



ensaio do estudo clínico; dos quais 354 (82%) foram confirmados utilizando o teste BRCAanalysis CDx<sup>®</sup>. O estado da mutação BRCA (gene 1 da suscetibilidade do cancro da mama [BRCA1] positivo ou gene 2 da suscetibilidade do cancro da mama [BRCA2] positivo) foi idêntico entre ambos os braços de tratamento.

Um total de 431 doentes foram aleatorizados na proporção de 2:1 para receberem cápsulas de 1 mg de Talzenna uma vez por dia ou quimioterapia nas doses padrão até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Dos 431 doentes aleatorizados no EMBRACA, 287 foram aleatorizados para o braço do Talzenna e 144 para o braço da quimioterapia. A aleatorização foi estratificada por quimioterapia prévia para doença metastática (0 *versus* 1, 2 ou 3), pelo estado triplo-negativo da doença (cancro da mama triplo-negativo [TNBC] *versus* não-TNBC) e história de metástases no sistema nervoso central (sim *versus* não).

As características demográficas, basais e da doença do doente foram, em geral, semelhantes entre os braços de tratamento do estudo (ver Tabela 4).

**Tabela 4. Características demográficas, basais e da doença – Estudo EMBRACA**

	<b>Talazoparib (N=287)</b>	<b>Quimioterapia (N=144)</b>
Mediana da idade (anos [intervalo])	45,0 (27,0; 84,0)	50,0 (24,0; 88,0)
Faixa etária (anos), n (%)		
< 50	182 (63,4%)	67 (46,5%)
50 a < 65	78 (27,2%)	67 (46,5%)
≥ 65	27 (9,4%)	10 (6,9%)
Género, n (%)		
Feminino	283 (98,6%)	141 (97,9%)
Masculino	4 (1,4%)	3 (2,1%)
Raça, n (%)		
Asiáticos	31 (10,8%)	16 (11,1%)
Negros ou Afro-Americanos	12 (4,2%)	1 (0,7%)
Caucasianos	192 (66,9%)	108 (75,0%)
Outros	5 (1,7%)	1 (0,7%)
Não reportado	47 (16,4%)	18 (12,5%)
Estado de desempenho do ECOG, n (%)		
0	153 (53,3%)	84 (58,3%)
1	127 (44,3%)	57 (39,6%)
2	6 (2,1%)	2 (1,4%)
Em falta	1 (0,3%)	1 (0,7%)
Estado dos recetores hormonais, n (%)		
HER2-positivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Triplo negativo	130 (45,3%)	60 (41,7%)
Recetores hormonais positivos (ER positivo ou PgR positivo)	157 (54,7%)	84 (58,3%)
Estado do BRCA por avaliação de laboratório central ou local, n (%)	287 (100,0%)	144 (100,0%)
Mutação BRCA1 positiva	133 (46,3%)	63 (43,8%)
Mutação BRCA2 positiva	154 (53,7%)	81 (56,3%)
Tempo desde o diagnóstico inicial de cancro de mama até ao diagnóstico de cancro da mama avançado (anos)		
N	286	144
Mediana	1,9	2,7
Mínimo, máximo	0; 22	0; 24
Categorias para o tempo desde o diagnóstico inicial de cancro de mama até ao diagnóstico de cancro da mama avançado		
< 12 meses	108 (37,6%)	42 (29,2%)
≥ 12 meses	178 (62,0%)	102 (70,8%)

**Tabela 4. Características demográficas, basais e da doença – Estudo EMBRACA**

	<b>Talazoparib (N=287)</b>	<b>Quimioterapia (N=144)</b>
Número de regimes citotóxicos prévios para doença localmente avançada ou metastática		
Média (desvio padrão)	0,9 (1,01)	0,9 (0,89)
Mediana	1	1
Mínimo, máximo	0; 4	0; 3
Número de doentes que receberam regimes citotóxicos prévios para doença localmente avançada ou metastática, n (%)		
0	111 (38,7%)	54 (37,5%)
1	107 (37,3%)	54 (37,5%)
2	57 (19,9%)	28 (19,4%)
3	11 (3,8%)	8 (5,6%)
≥ 4	1 (0,3%)	0 (0,0%)
Número de doentes que receberam as seguintes terapêuticas prévias, n (%)		
Taxano	262 (91,3%)	130 (90,3%)
Antraciclina	243 (84,7%)	115 (79,9%)
Platina	46 (16,0%)	30 (20,8%)

Abreviaturas: BRCA = gene da suscetibilidade do cancro da mama; ER = recetor de estrogênio; HER2 = recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2; N = número de doentes; n = número de doentes na categoria; PgR = recetor da progesterona.

O parâmetro de avaliação de eficácia primário foi a sobrevivência livre de progressão (PFS – Progression Free Survival) avaliada de acordo com os critérios de avaliação de resposta em tumores sólidos (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*, RECIST) versão 1.1, conforme avaliado pela revisão central independente em ocultação (BICR – *Blinded independent central review*). Os objetivos secundários foram a taxa de resposta objetiva (ORR – Objective Response Rate), a sobrevivência global (OS – Overall survival), a segurança e a FC.

O estudo demonstrou uma melhoria estatisticamente significativa na PFS, o *endpoint* primário de eficácia, com Talzenna comparativamente à quimioterapia. Não se verificou um efeito estatisticamente significativo na OS aquando a análise final da OS. Os dados da eficácia do estudo EMBRACA estão resumidos na Tabela 5. As curvas de Kaplan-Meier para a PFS e a OS são apresentadas na Figura 1 e na Figura 3, respetivamente.

**Tabela 5. Resumo dos resultados da eficácia – Estudo EMBRACA\***

	<b>Talazoparib</b>	<b>Quimioterapia</b>
PFS pela BICR	N=287	N=144
Acontecimentos, número (%)	186 (65%)	83 (58%)
Mediana (IC 95%), meses	8,6 (7,2; 9,3)	5,6 (4,2; 6,7)
<i>Hazard Ratio</i> <sup>a</sup> (IC 95%)	0,54 (0,41; 0,71)	
Valor p bilateral <sup>b</sup>	p < 0,0001	
OS (análise final) <sup>c</sup>	N=287	N=144
Acontecimentos, número (%)	216 (75,3%)	108 (75%)
Mediana (IC 95%), meses	19,3 (16,6; 22,5)	19,5 (17,4; 22,4)
<i>Hazard Ratio</i> <sup>a</sup> [IC 95%]	0,85 (0,67; 1,07) <sup>c</sup>	
Valor p bilateral <sup>b</sup>	p = 0,1693	
Resposta objetiva pelo investigador <sup>d,e</sup>	N=219	N=114
ORR, % (IC 95%)	62,6 (55,8; 69,0)	27,2 (19,3; 36,3)
<i>Odds ratio</i> (IC 95%)	4,99 (2,93; 8,83)	
Valor p bilateral <sup>f</sup>	p < 0,0001	
Duração da resposta pelo investigador <sup>d</sup>	N=137	N=31
Mediana (AIQ), meses	5,4 (2,8; 11,2)	3,1 (2,4; 6,7)

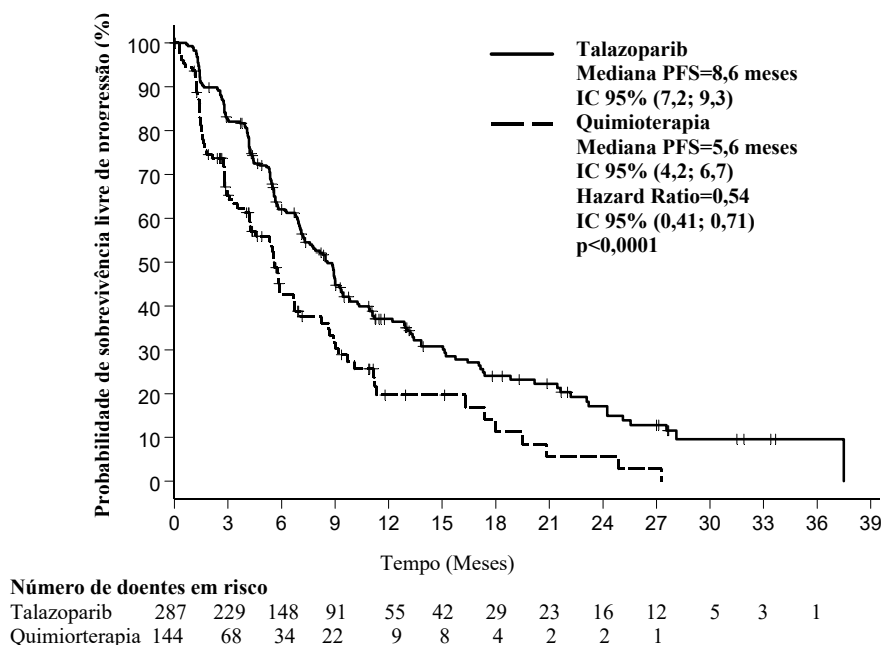
Abreviaturas: BICR = revisão central independente em ocultação; IC = intervalo de confiança; CMH = Cochran-Mantel-Haenszel; RC = resposta completa; AIQ = amplitude interquartil; ITT = intenção de tratar; ORR = taxa de resposta objetiva; OS = sobrevivência global; PARP = poli (adenosina difosfato-ribose) polimerase; PFS =

sobrevivência livre de progressão; RP = resposta parcial; RECIST 1.1 = Critérios de Avaliação de Resposta em Tumores Sólidos versão 1.1.

\* A PFS, a ORR e a duração da resposta baseiam-se nos dados na data de *cutoff* de 15 de setembro de 2017 e com uma mediana de *follow-up* para a PFS de 13,0 meses (IC 95%: 11,1; 18,4) no braço do talazoparib e de 7,2 meses (IC 95%: 4,6; 11,1) no braço da quimioterapia. A OS baseia-se nos dados na data de *cutoff* de 30 de setembro de 2019 e com uma mediana de *follow-up* de 44,9 meses (IC 95%: 37,9; 47,0) no braço do talazoparib e de 36,8 meses (IC 95%: 34,3; 43,0) no braço da quimioterapia.

- A *hazard ratio* baseou-se no modelo de regressão de Cox estratificado com o tratamento como única covariável (fatores de estratificação: número de regimes de quimioterapia citotóxicos prévios, estado triplo negativo, história de sistema nervoso central metastizado) e foi relativa à quimioterapia total com  $< 1$  a favor de talazoparib.
- Teste log-rank estratificado.
- Aquando a análise final da OS, 46,3% *versus* 41,7% dos doentes aleatorizados para os braços de talazoparib e quimioterapia, respetivamente, receberam subsequentemente uma terapêutica com platina e 4,5% *versus* 32,6% receberam subsequentemente um tratamento com um inibidor da PARP.
- Realizada na população ITT com doença mensurável que apresentou uma resposta objetiva. A taxa de resposta completa foi de 5,5% para talazoparib comparativamente a 0% para o braço da quimioterapia.
- De acordo com o RECIST 1.1, a confirmação da RC/RP não foi necessária.
- Teste de CMH estratificado.

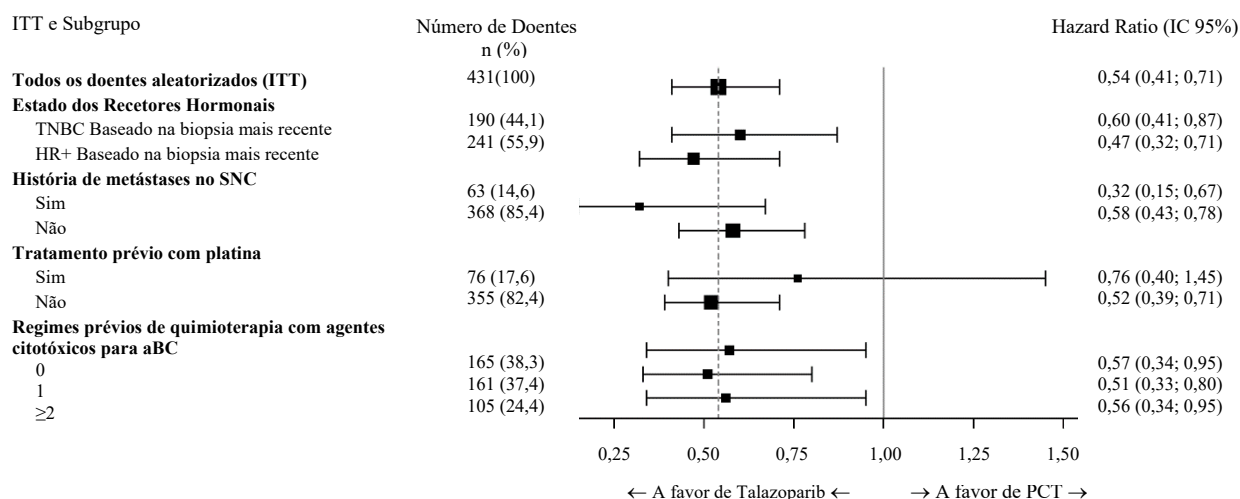
**Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier da PFS - estudo EMBRACA**



Abreviaturas: IC = intervalo de confiança; PFS = sobrevivência livre de progressão;

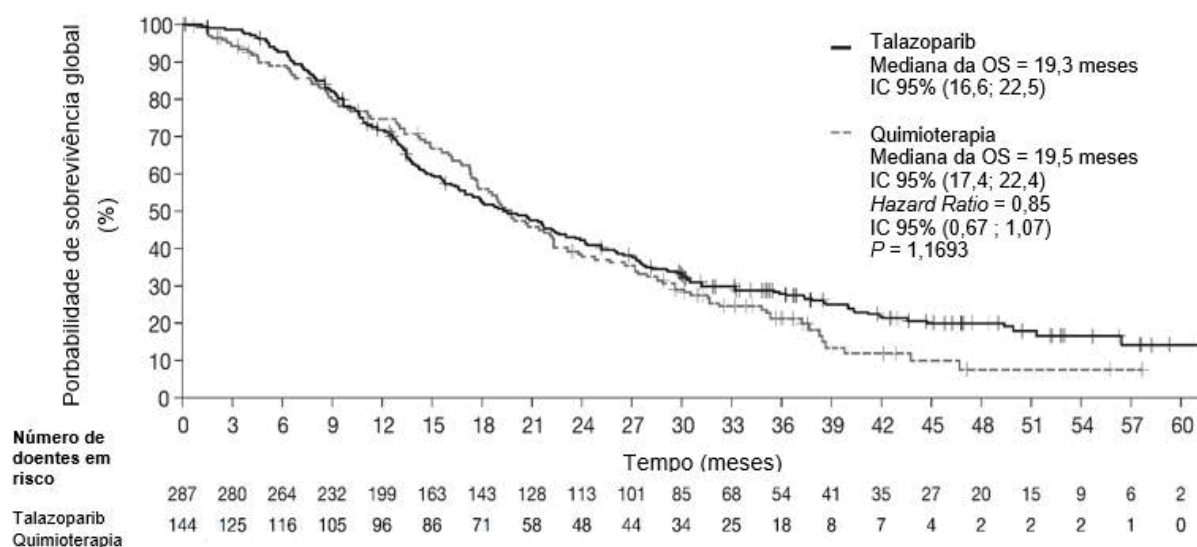
Para investigar a consistência interna do efeito do tratamento foi realizada uma série de análises da PFS de subgrupos pré-especificados com base em fatores prognósticos e nas características no início do tratamento. Em consonância com os resultados globais, foi observada uma redução do risco de progressão da doença ou morte a favor do braço de talazoparib em todos os subgrupos de doentes (Figura 2).

**Figura 2. Gráfico de floresta das análises da PFS em subgrupos chave – Estudo EMBRACA**



Abreviaturas: aBC = cancro da mama avançado; IC = intervalo de confiança; SNC = sistema nervoso central; HR+ = recetor hormonal positivo; ITT = intenção de tratar; PCT = tratamento escolhido pelo médico (quimioterapia); PFS = sobrevivência livre de progressão; TNBC = cancro da mama triplo negativo.

**Figura 3 Curvas de Kaplan-Meier da sobrevivência global – estudo EMBRACA**



Abreviaturas: IC = intervalo de confiança; OS = sobrevivência global.  
O valor p da análise primária baseou-se no teste de log.rank estratificado.

### População pediátrica

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com talazoparib em todos subgrupos da população pediátrica para a indicação de cancro da mama (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

### 5.2 Propriedades farmacocinéticas

De um modo geral, a exposição a talazoparib aumentou proporcionalmente com a dose ao longo do intervalo de 0,025 mg a 2 mg após a administração diária de doses múltiplas. Após a administração diária repetida da dose de 1 mg de talazoparib aos doentes, a média geométrica (% coeficiente de variação [CV%]), a área sob a curva da concentração plasmática-tempo (AUC) e a concentração plasmática máxima observada ( $C_{max}$ ) de talazoparib no estado estacionário situava-se no intervalo de 126 (107) ng•h/ml a 208 (37) ng•h/ml e 11 (90) ng/ml a 19 (27) ng/ml, respetivamente. Após a

administração diária repetida da dose, as concentrações plasmáticas de talazoparib alcançaram o estado estacionário no período de 2 a 3 semanas. A mediana da taxa de acumulação de talazoparib após administração oral repetida de 1 mg uma vez por dia situou-se no intervalo de 2,3 a 5,2. Talazoparib é um substrato dos transportadores P-gp e BCRP.

### Absorção

Após a administração oral de talazoparib, a mediana do tempo para a  $C_{max}$  ( $T_{max}$ ) foi, de um modo geral, entre 1 a 2 horas após a administração. O estudo da biodisponibilidade absoluta não foi realizado em humanos. No entanto, com base nos dados de excreção urinária, a biodisponibilidade absoluta é de, pelo menos, 41% com uma fração absorvida de, pelo menos, 69% (ver Eliminação). Não é esperado qualquer efeito significativo dos agentes redutores de acidez na exposição a talazoparib, dada a solubilidade suficiente de talazoparib em todos os pH entre 1 e 6,8. Vinte e oito por cento (28%) dos doentes no estudo principal estavam a tomar agentes redutores de acidez, principalmente inibidores da bomba de prótons.

#### *Efeito dos alimentos*

A ingestão de alimentos diminuiu a taxa, mas não a extensão da absorção de talazoparib. Após uma dose única oral de talazoparib com alimentos ricos em gorduras e altamente calóricos (aproximadamente 827 calorias, 57% de gordura), a  $C_{max}$  média de talazoparib diminuiu aproximadamente 46%, a  $T_{max}$  mediana foi atrasada de 1 para 4 horas, enquanto que a  $AUC_{inf}$  não sofreu qualquer alteração. Com base nestes resultados, Talzenna pode ser administrado com ou sem alimentos (ver secção 4.2).

### Distribuição

O volume de distribuição aparente médio da população ( $V_{ss}/F$ ) de talazoparib foi de 420 l. *In vitro*, aproximadamente 74% de talazoparib liga-se às proteínas plasmáticas sem qualquer dependência da concentração ao longo do intervalo de concentração de 0,01  $\mu$ M a 1  $\mu$ M. O compromisso renal ou hepático não parece ter impacto na ligação de talazoparib às proteínas, uma vez que não se observou uma tendência óbvia na fração média de talazoparib de fármaco não ligado ( $f_u$ ) no plasma humano *in vivo* com a deterioração da função renal ou da função hepática.

### Biotransformação

Em humanos, talazoparib é sujeito a metabolismo hepático mínimo. Após administração oral de uma dose única de 1 mg de [ $^{14}$ C]talazoparib em humanos, não foram identificados metabolitos *major* circulantes no plasma, e talazoparib foi a única entidade derivada do fármaco identificada em circulação. Não foram recuperados na urina ou nas fezes, metabolitos que representassem individualmente mais de 10% da dose administrada.

*In vitro*, talazoparib não é inibidor dos citocromos (CYP)1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 ou CYP3A4/5 nem indutor dos CYP1A2, CYP2B6, ou CYP3A4 em concentrações clinicamente relevantes.

*In vitro*, talazoparib não inibiu qualquer dos principais transportadores de membrana intestinais, hepáticos ou renais (P-gp, BCRP, polipeptídeo transportador de aniões orgânicos [OATP]1B1, OATP1B3, transportadores de catiões orgânicos [OCT]1, OCT2, transportadores de aniões orgânicos [OAT]1, OAT3, bomba exportadora de sais biliares [BSEP], transportadores de extrusão de múltiplos fármacos e toxinas [MATE]1 e MATE2-K) em concentrações clinicamente relevantes.

*In vitro*, talazoparib não inibiu qualquer das principais isoformas da uridina-difosfato glucuronosiltransferase (UGT) (1A1, 1A4, 1A6, 1A9, 2B7 e 2B15) em concentrações clinicamente relevantes.

## Eliminação

A eliminação renal do fármaco inalterado (filtração passiva e secreção ativa) é a principal via de eliminação de talazoparib. É provável que a P-gp esteja envolvida na secreção renal ativa de talazoparib. A semivida plasmática terminal média ( $\pm$  desvio-padrão) de talazoparib foi de 90 ( $\pm 58$ ) horas e a depuração oral aparente (CL/F) média da população (variabilidade interindividual) foi de 6,5 (31%) l/h em doentes com cancro. Em 6 doentes do sexo feminino que receberam uma dose oral única de [ $^{14}\text{C}$ ]talazoparib, foi recuperada na urina e nas fezes, uma média de 69% ( $\pm 8,6\%$ ) e 20% ( $\pm 5,5\%$ ) da dose radioativa total administrada, respetivamente. A excreção de talazoparib inalterado na urina foi a principal via de eliminação, representando 55% da dose administrada, enquanto que talazoparib inalterado recuperado nas fezes representou 14%.

## Idade, género e peso corporal

Foi realizada uma análise FC populacional utilizando os dados de 490 doentes com cancro para avaliar o impacto da idade (entre 18 e 88 anos), do género (53 doentes do sexo masculino e 437 doentes do sexo feminino) e do peso corporal (entre 35,7 kg e 162 kg) na FC de talazoparib. Os resultados demonstraram que a idade, o género e o peso corporal não tiveram qualquer efeito clinicamente relevante na FC de talazoparib.

## Raça

Com base numa análise FC populacional que incluiu 490 doentes, dos quais 41 doentes eram asiáticos e 449 doentes eram não asiáticos (361 caucasianos, 16 negros, 9 outros e 63 não relatados), a CL/F de talazoparib foi superior nos doentes asiáticos comparativamente aos doentes não asiáticos, correspondendo a uma exposição (AUC) 19% mais baixa nos doentes asiáticos.

## População pediátrica

A farmacocinética de talazoparib não foi avaliada em doentes com idade < 18 anos.

## Compromisso renal

Dados de um ensaio de FC em doentes com cancro avançado com graus variáveis de compromisso renal indicaram que a exposição total ( $\text{AUC}_{0-24}$ ) a talazoparib após múltiplas doses de talazoparib uma vez por dia aumentou em 92% e 169% em doentes com compromisso renal moderado ( $\text{TFGe } 30 < 60 \text{ ml/min}$ ) e grave ( $\text{TFGe} < 30 \text{ ml/min}$ ), respetivamente, em relação aos doentes com função renal normal ( $\text{TFGe} \geq 90 \text{ ml/min}$ ). A  $C_{\text{max}}$  de talazoparib aumentou em 90% e 107% em doentes com compromisso renal moderado e grave, respetivamente, comparativamente aos doentes com função renal normal. A exposição a talazoparib foi semelhante nos doentes com compromisso renal ligeiro ( $\text{TFGe } 60 - < 90 \text{ ml/min}$ ) e nos doentes com função renal normal. Além disso, com base numa análise FC populacional que incluiu 490 doentes, dos quais 132 doentes apresentavam compromisso renal ligeiro ( $60 \text{ ml/min} \leq \text{CrCL} < 90 \text{ ml/min}$ ), 33 doentes apresentavam compromisso renal moderado ( $30 \text{ ml/min} \leq \text{CrCL} < 60 \text{ ml/min}$ ) e 1 doente apresentava compromisso renal grave ( $\text{CrCL} < 30 \text{ ml/min}$ ), a CL/F de talazoparib diminuiu 14% e 37% nos doentes com compromisso renal ligeiro e moderado, correspondendo a aumentos de 17% e 59% na AUC respetivamente, comparativamente aos doentes com função renal normal ( $\text{CrCL} \geq 90 \text{ ml/min}$ ). A FC de talazoparib não foi estudada em doentes que necessitam de hemodiálise (ver secção 4.2).

## Compromisso hepático

Com base numa análise FC populacional que incluiu 490 doentes, dos quais 118 doentes apresentavam compromisso hepático ligeiro (bilirrubina total  $\leq 1,0 \times \text{LSN}$  e  $\text{AST} > \text{LSN}$ , ou bilirrubina total  $> 1,0$  a  $1,5 \times \text{LSN}$  e qualquer AST), o compromisso hepático ligeiro não teve qualquer efeito na FC de talazoparib. A FC de talazoparib em doentes com função hepática normal, compromisso hepático ligeiro, compromisso hepático moderado (bilirrubina total  $> 1,5$  a  $3,0 \times \text{LSN}$  e qualquer AST) ou compromisso hepático grave (bilirrubina total  $> 3,0 \times \text{LSN}$  e qualquer AST) foi estudada num ensaio

de FC. A análise FC populacional utilizando os dados deste ensaio de FC indicou que o compromisso hepático ligeiro, moderado ou grave não tinha um impacto significativo na FC de talazoparib (ver secção 4.2).

### **5.3 Dados de segurança pré-clínica**

#### Carcinogenicidade

Não foram realizados estudos de carcinogenicidade com talazoparib.

#### Genotoxicidade

Talazoparib não foi mutagénico num teste de mutação reversa em bactérias (Teste de Ames). Talazoparib foi clastogénico num teste de aberração cromossómica *in vitro* em linfócitos de sangue periférico humano e num teste *in vivo* de micronúcleos de ratos em exposições semelhantes às doses clínicas relevantes. Esta clastogenicidade é consistente com a instabilidade genómica resultante da farmacologia primária de talazoparib, indicando o potencial de genotoxicidade em humanos.

#### Toxicidade de dose repetida

Em estudos de toxicidade de dose repetida em ratos e cães, os principais resultados em exposições subterapêuticas incluíram hipocelularidade da medula óssea com diminuição das células hematopoiéticas dependente da dose, depleção do tecido linfóide em múltiplos órgãos e atrofia e/ou alterações degenerativas nos testículos, epidídimo e túbulos seminíferos. Os resultados adicionais com exposições mais elevadas incluíram um aumento da apoptose/necrose dependente da dose no trato gastrointestinal (GI), no fígado e nos ovários. A maioria dos resultados histopatológicos foram geralmente reversíveis ao passo que os resultados dos testículos foram parcialmente reversíveis 4 semanas após a cessação da dose. Estes resultados de toxicidade são consistentes com a farmacologia de talazoparib e com o seu padrão de distribuição tecidual.

#### Toxicologia no desenvolvimento

Num estudo de desenvolvimento embriofetal em ratos, talazoparib resultou em morte embriofetal, malformação fetal (microftalmia, olho pequeno, deformação estérnebra, fusão do arco vertebral cervical) e variações estruturais nos ossos com uma exposição sistémica materna AUC<sub>24</sub> aproximadamente 0,09 vezes a exposição humana relevante com a dose recomendada.

## **6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS**

### **6.1 Lista dos excipientes**

#### Conteúdo da cápsula

Celulose microcristalina silicificada (sMCC) (celulose microcristalina e dióxido de silicone)

#### Invólucro da cápsula de 0,25 mg

Hipromelose (HPMC)  
Óxido de ferro amarelo (E172)  
Dióxido de titânio (E171)

#### Invólucro da cápsula de 1 mg

Hipromelose (HPMC)  
Óxido de ferro vermelho (E172)  
Óxido de ferro amarelo (E172)

Dióxido de titânio (E171)

#### Tinta de impressão

Shellac (E904)

Propilenoglicol (E1520)

Hidróxido de amónio (E527)

Óxido de ferro negro (E172)

Hidróxido de potássio (E525)

### **6.2 Incompatibilidades**

Não aplicável.

### **6.3 Prazo de validade**

3 anos.

### **6.4 Precauções especiais de conservação**

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

### **6.5 Natureza e conteúdo do recipiente**

#### Talzenna 0,25 mg cápsulas

Frasco de polietileno de alta densidade (HDPE) e tampa de polipropileno (PP) com revestimento de isolamento termosselado. Apresentação: embalagem com 30 cápsulas num frasco de HDPE.

Blister perfurado para dose unitária de cloreto de polivinilo/cloreto de polivinilideno (PVC/PVdC) com uma película destacável de alumínio. Apresentações: embalagens com 30 × 1 cápsula, ou 60 × 1 cápsula, ou 90 × 1 cápsula em blisters de dose unitária.

#### Talzenna 1 mg cápsulas

Frasco de polietileno de alta densidade (HDPE) e tampa de polipropileno (PP) com revestimento de isolamento termosselado. Apresentação: embalagem com 30 cápsulas num frasco de HDPE.

Blister perfurado para dose unitária de cloreto de polivinilo/cloreto de polivinilideno (PVC/PVdC) com uma película destacável de alumínio. Apresentação: embalagem com 30 × 1 cápsula em blisters de dose unitária.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

### **6.6 Precauções especiais de eliminação**

Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

## **7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Pfizer Europe MA EEIG  
Boulevard de la Plaine 17  
1050 Bruxelles  
Bélgica



## **8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

### Talzenna 0,25 mg cápsulas

EU/1/19/1377/001

EU/1/19/1377/002

EU/1/19/1377/003

EU/1/19/1377/004

### Talzenna 1 mg cápsulas

EU/1/19/1377/005

EU/1/19/1377/006

## **9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**

Data da primeira autorização: 20 de junho de 2019

## **10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO**

05/2021

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>.