ANNEXE I

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

IRINOTECAN MEDAC 20 mg/mL, solution à diluer pour perfusion

2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

chlorhydrate d'irinotécan trihydraté 20 mg
équivalent à irinotécan..... 17,33 mg

Pour 1 mL de solution à diluer pour perfusion.

Chaque flacon de 2 mL contient 40 mg de chlorhydrate d'irinotécan trihydraté (40 mg/2 mL).

Chaque flacon de 5 mL contient 100 mg de chlorhydrate d'irinotécan trihydraté (100 mg/5 mL).

Chaque flacon de 15 mL contient 300 mg de chlorhydrate d'irinotécan trihydraté (300 mg/15 mL).

Chaque flacon de 25 mL contient 500 mg de chlorhydrate d'irinotécan trihydraté (500 mg/25 mL).

Chaque flacon de 50 mL contient 1000 mg de chlorhydrate d'irinotécan trihydraté (1000 mg/50 mL).

Excipient à effet notoire : Sorbitol (E420)

Ce médicament contient 45 mg de sorbitol par mL.

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.

3. FORME PHARMACEUTIQUE

Solution à diluer pour perfusion.

Solution limpide de couleur jaune.

pH 3,0 - 3,8.

4. DONNEES CLINIQUES

4.1. Indications thérapeutiques

IRINOTECAN MEDAC est indiqué dans le traitement des patients présentant un cancer colorectal avancé :

- en association avec le 5-fluorouracile (5-FU) et l'acide folinique (AF) chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie antérieure pour le stade avancé de leur maladie,
- en monothérapie, après échec d'un traitement ayant comporté du 5-fluorouracile.

IRINOTECAN MEDAC en association avec le cétuximab est indiqué dans le traitement des patients présentant un cancer colorectal métastatique avec gène KRAS de type sauvage exprimant le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) n'ayant pas reçu de traitement antérieur pour une maladie métastatique ou après échec d'une chimiothérapie incluant de l'irinotécan (voir rubrique 5.1).

IRINOTECAN MEDAC en association avec le 5-fluorouracile, l'acide folinique et le bévacicumab est indiqué en traitement de première ligne chez des patients présentant un carcinome métastatique du côlon ou du rectum.

IRINOTECAN MEDAC en association avec la capécitabine avec ou sans bévacicumab est indiqué en traitement de première ligne chez les patients présentant un carcinome colorectal métastatique.

4.2. Posologie et mode d'administration

Posologie

Réservé à l'adulte. Après dilution, la solution d'irinotécan doit être perfusée dans une veine périphérique ou centrale.

Posologie recommandée :

En monothérapie (chez les patients traités précédemment)

La posologie recommandée est de 350 mg/m² d'irinotécan administrés en perfusion intraveineuse de 30 à 90 minutes toutes les 3 semaines (voir rubriques 4.4 et 6.6).

En association (chez les patients non traités précédemment)

L'efficacité et la tolérance de l'irinotécan en association avec le 5-fluorouracile (5-FU) et l'acide folinique (AF) ont été évaluées selon le schéma suivant (voir rubrique 5.1).

- Irinotécan et 5-FU/AF, schéma toutes les 2 semaines.

La dose recommandée est de 180 mg/m² d'irinotécan une fois toutes les 2 semaines en perfusion intraveineuse de 30 à 90 minutes, suivie d'une perfusion d'acide folinique et de 5-fluorouracile.

Concernant la posologie et le mode d'administration du cétuximab administré concomitamment, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit de ce médicament.

En général, la dose d'irinotécan utilisée est la même que celle administrée au cours des derniers cycles du précédent traitement à base d'irinotécan. L'irinotécan doit être administré au moins une heure après la fin de la perfusion du cétuximab.

Concernant la posologie et le mode d'administration du bévacizumab, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit de ce médicament.

Concernant la posologie et le mode d'administration de la capécitabine en association, se reporter à la rubrique 5.1 et se référer aux rubriques appropriées du Résumé des Caractéristiques du Produit de ce médicament.

Ajustements posologiques :

L'irinotécan doit être administré après récupération convenable de tous les effets indésirables, c'est à dire grade 0 ou 1 selon les critères du NCI CTC (*National Cancer Institute Common Toxicity Criteria*), et après disparition complète d'une diarrhée liée au traitement.

Avant chaque administration de traitement en perfusion, la dose d'irinotécan, et de 5-FU si nécessaire, devra être réduite en tenant compte des effets indésirables de plus haut grade observés lors de la perfusion précédente. Le traitement doit être retardé de 1 ou 2 semaines afin de permettre une récupération des effets indésirables liés au traitement.

La posologie de l'irinotécan, et/ou du 5-FU si nécessaire, devra être réduite de 15 à 20 % en cas de survenue des effets indésirables suivants :

- toxicité hématologique (neutropénie grade 4, neutropénie fébrile [neutropénie grade 3 – 4 et fièvre grade 2 – 4], thrombocytopénie et leucocytopénie [grade 4]).
- toxicité non hématologique (grade 3 – 4).

Les recommandations de modification de posologie du cétuximab administré en association avec l'irinotécan doivent être en accord avec le Résumé des Caractéristiques du Produit de ce médicament.

En association avec la capécitabine chez les patients âgés de 65 ans ou plus, une réduction de la posologie initiale de la capécitabine à 800 mg/m² deux fois par jour est recommandée, conformément au Résumé des Caractéristiques du Produit de la capécitabine. Se référer également aux recommandations concernant les modifications de posologie dans les associations thérapeutiques figurant dans le Résumé des Caractéristiques du Produit de la capécitabine.

Durée du traitement :

Le traitement par irinotécan doit être poursuivi jusqu'à progression objective de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

Populations à risque :

Patients présentant une insuffisance hépatique

En monothérapie : la bilirubinémie (jusqu'à 3 fois la limite supérieure de la normale [LSN]), chez les patients ayant un indice de performance OMS ≤ 2 , conditionne la posologie initiale d'irinotécan. Chez ces patients ayant une hyperbilirubinémie et un taux de prothrombine supérieur à 50 %, la clairance d'irinotécan est diminuée (voir rubrique 5.2), et le risque de toxicité hématologique est donc augmenté. Une surveillance hebdomadaire de la numération de la formule sanguine doit donc être réalisée chez ces patients.

- Chez les patients ayant une bilirubinémie inférieure ou égale à 1,5 fois la LSN, la dose recommandée d'irinotécan est de 350 mg/m².
- Chez les patients ayant une bilirubinémie comprise entre 1,5 et 3 fois la LSN, la dose recommandée d'irinotécan est de 200 mg/m².
- Les patients ayant une bilirubinémie supérieure à 3 fois la LSN ne doivent pas être traités avec l'irinotécan (voir rubriques 4.3 et 4.4).

Il n'existe pas de données disponibles chez les patients présentant une insuffisance hépatique traités par irinotécan en association.

Patients présentant une insuffisance rénale

Aucune étude n'ayant été réalisée dans cette population, l'utilisation de l'irinotécan n'est pas recommandée chez les patients présentant une insuffisance rénale (voir rubriques 4.4 et 5.2).

Sujets âgés

Aucune étude pharmacocinétique spécifique n'a été réalisée chez le sujet âgé. Toutefois, la dose doit être choisie avec prudence dans cette population, en raison de la fréquence plus importante d'altération des fonctions biologiques. Cette population demande une surveillance plus étroite (voir rubrique 4.4).

Population pédiatrique

La sécurité et l'efficacité de l'irinotécan chez les enfants n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible.

Mode d'administration

Précautions à prendre avant la manipulation ou l'administration du médicament

Pour les instructions concernant la dilution du médicament avant administration, voir la rubrique 6.6.

4.3. Contre-indications

- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin et/ou occlusion intestinale (voir rubrique 4.4).
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1.
- Allaitement (voir rubriques 4.4 et 4.6).
- Bilirubinémie > 3 fois la LSN (voir rubrique 4.4).
- Insuffisance médullaire sévère.
- Indice de performance de grade OMS > 2.
- Association avec le millepertuis (voir rubrique 4.5).
- Vaccins vivants atténués (voir rubrique 4.5).

Pour les contre-indications supplémentaires du cétuximab, du bévacizumab ou de la capécitabine, se référer aux Résumés des Caractéristiques du Produit de ces médicaments.

4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

L'utilisation de l'irinotécan doit être réservée aux unités spécialisées dans l'administration de cytotoxiques et doit être uniquement administré sous le contrôle d'un médecin qualifié dans l'utilisation des chimiothérapies anticancéreuses.

Etant donné la nature et la fréquence des effets indésirables, l'irinotécan ne sera prescrit dans les cas suivants qu'après avoir pesé les bénéfices attendus par rapport aux éventuels risques thérapeutiques:

- chez les patients présentant un facteur de risque, en particulier ceux dont l'indice de performance de grade OMS = 2.

- dans les rares cas où il est prévisible que le patient n'observera pas les recommandations de prise en charge des effets indésirables (nécessité d'un traitement antidiarrhéique immédiat et prolongé associé à une prise abondante de liquide dès la survenue de diarrhée tardive). Une surveillance stricte à l'hôpital est recommandée pour de tels patients.

Lorsque l'irinotécan est utilisé en monothérapie, il est habituellement prescrit selon un schéma d'administration toutes les 3 semaines. Cependant, un schéma d'administration hebdomadaire (voir rubrique 5) peut être envisagé chez des patients nécessitant un suivi plus rapproché ou qui ont un risque particulier de neutropénie sévère.

Diarrhée tardive

Les patients doivent être avertis du risque de diarrhée tardive survenant plus de 24 heures après l'administration de l'irinotécan et à tout moment avant le cycle suivant. En monothérapie, le délai médian d'apparition de la première selle liquide est de 5 jours après la perfusion d'irinotécan. En cas d'apparition de cet effet indésirable, les patients doivent prévenir rapidement leur médecin et débiter immédiatement un traitement adapté.

Le risque de diarrhée est augmenté chez les patients ayant reçu une radiothérapie abdomino-pelvienne antérieure, ceux ayant une hyperleucocytose initiale, ceux ayant un indice de performance de grade OMS ≥ 2 et chez les femmes. Si la diarrhée n'est pas traitée correctement, elle peut menacer le pronostic vital, particulièrement en cas de neutropénie concomitante.

Dès la première selle liquide, le patient doit boire abondamment des boissons contenant des électrolytes et débiter immédiatement un traitement antidiarrhéique approprié. Le traitement antidiarrhéique sera prescrit par le service irinotécan a été administré. A sa sortie de l'hôpital, le patient devra se procurer les médicaments prescrits afin de pouvoir traiter la diarrhée dès sa survenue. De plus, le patient doit informer son médecin ou le service ayant administré l'irinotécan de l'apparition de la diarrhée.

Le traitement antidiarrhéique actuellement recommandé consiste en de fortes doses de lopéramide (4 mg lors de la première prise puis 2 mg toutes les 2 heures). Ce traitement doit être poursuivi pendant 12 heures après la dernière selle liquide et ne doit pas être modifiée. En aucun cas le lopéramide ne doit être administré à cette posologie plus de 48 heures consécutives, en raison du risque d'iléus paralytique, ni pendant moins de 12 heures.

En plus du traitement antidiarrhéique, une antibiothérapie prophylactique à large spectre doit être administrée quand la diarrhée est associée à une neutropénie sévère (nombre de neutrophiles < 500 cellules/mm³).

En plus du traitement antibiotique, une hospitalisation est recommandée dans les cas suivants afin de contrôler la diarrhée :

- diarrhée accompagnée de fièvre,
- diarrhée sévère (demandant une réhydratation intraveineuse),
- diarrhée persistante 48 heures après l'initiation du traitement à forte dose de lopéramide.

Le lopéramide ne doit pas être administré à titre prophylactique, même chez des patients ayant présenté une diarrhée tardive lors des cures précédentes.

Chez les patients ayant présenté une diarrhée sévère, une réduction de la posologie est recommandée pour les cycles suivants (voir rubrique 4.2).

Hématologie

Au cours des essais cliniques, la fréquence des neutropénies de grades 3 et 4 du NCI CTC était significativement plus élevée chez les patients ayant reçu une radiothérapie pelvienne/abdominale antérieure que chez ceux qui n'en avaient pas reçu. Le risque de neutropénie de grade 3 ou 4 lors du premier cycle était également significativement plus élevé chez les patients dont le taux de bilirubine totale sérique à l'inclusion était supérieur ou égal à 1,0 mg/dL que chez les patients dont les taux étaient inférieurs à 1,0 mg/dL.

Une surveillance hebdomadaire de la formule sanguine est recommandée pendant le traitement par irinotécan. Les patients doivent être avertis du risque de neutropénie et de l'importance de la présence d'une fièvre. Une neutropénie fébrile (température $> 38^{\circ}\text{C}$ et nombre de neutrophiles $\leq 1\ 000$ cellules/mm³) doit être traitée en urgence en milieu hospitalier par des antibiotiques à large spectre par voie intraveineuse.

Chez les patients ayant eu une toxicité hématologique sévère, une réduction de posologie est recommandée pour les administrations suivantes (voir rubrique 4.2).

Chez les patients ayant une diarrhée sévère, le risque d'infections et de toxicité hématologique est augmenté. Un hémogramme doit être réalisé en cas de diarrhées sévères.

Patients présentant une activité réduite de l'UGT1A1 (Uridine diphosphate GlucuronosylTransférase 1A1)

Les patients présentant une activité réduite de l'UGT1A1, tels que les patients atteints du syndrome de Gilbert (par ex., homozygotes pour les variants UGT1A1*28 ou *6) ont un risque accru de neutropénie sévère et de diarrhée après un traitement par irinotécan. Ce risque s'accroît avec l'augmentation des doses d'irinotécan administrées.

Bien qu'aucune réduction précise de la dose initiale n'ait été établie, une dose d'irinotécan réduite à l'instauration du traitement doit être envisagée pour les patients ayant une activité réduite de l'UGT1A1, en particulier les patients auxquels des doses > 180 mg/m² sont administrées ou les patients fragiles. Il convient de tenir compte des recommandations cliniques applicables pour la posologie recommandée dans cette population de patients. Les doses suivantes pourront être augmentées en fonction de la tolérance individuelle des patients au traitement.

Le génotypage de l'UGT1A1 peut être utilisé pour identifier les individus présentant un risque accru de neutropénie sévère et de diarrhée. L'utilité clinique du génotypage en pré-traitement est cependant incertaine dans la mesure où le polymorphisme d'UGT1A1 n'explique pas toutes les toxicités constatées avec le traitement par irinotécan (voir rubrique 5.2).

Insuffisance hépatique

Un bilan hépatique doit être réalisé avant la première administration et avant chaque cycle.

Une surveillance hebdomadaire de la numération sanguine doit être réalisée chez les patients ayant une bilirubinémie comprise entre 1,5 et 3 fois la LSN, en raison de la diminution de la clairance de l'irinotécan (voir rubrique 5.2) et donc de l'augmentation du risque d'hématotoxicité dans cette population. Chez les patients ayant une bilirubinémie > 3 fois la LSN, voir rubrique 4.3.

Nausées et vomissements

Un traitement antiémétique prophylactique est recommandé avant chaque administration d'irinotécan. Des nausées et vomissements ont été fréquemment rapportés. Les patients chez lesquels des vomissements sont associés à une diarrhée tardive doivent être hospitalisés le plus rapidement possible pour être traités.

Syndrome cholinergique aigu

En cas d'apparition d'un syndrome cholinergique aigu (défini par une diarrhée précoce et différents autres signes et symptômes tels que hypersudation, crampes abdominales, myosis et salivation), du sulfate d'atropine (0,25 mg par voie sous cutanée) doit être administré en dehors de ses contre-indications cliniques (voir rubrique 4.8).

Ces symptômes peuvent être observés pendant la perfusion d'irinotécan ou juste après ; ils seraient liés à l'activité anticholinestérasique de la molécule mère irinotécan. Ils devraient être plus fréquents aux fortes doses d'irinotécan.

Des précautions doivent être prises chez les patients asthmatiques. Chez les patients présentant un syndrome cholinergique aigu et sévère, l'utilisation du sulfate d'atropine à titre prophylactique est recommandée lors des administrations ultérieures d'irinotécan.

Troubles respiratoires

Les cas de pathologie pulmonaire interstitielle avec infiltrats pulmonaires sont peu fréquents durant le traitement avec l'irinotécan. La pathologie pulmonaire interstitielle peut être fatale. Le risque de développement de pathologie pulmonaire interstitielle peut être favorisé par l'administration de médicaments pneumotoxiques, d'une radiothérapie et l'administration de facteurs de croissance. Chez les patients présentant des facteurs de risque, la survenue de symptômes respiratoires devra être étroitement surveillée avant et pendant le traitement par irinotécan.

Extravasation

Bien que l'irinotécan ne soit pas un vésicant connu, il convient de veiller à éviter toute extravasation et de surveiller le point de perfusion afin de déceler d'éventuels signes d'inflammation. En cas de survenue d'une extravasation, il est recommandé de nettoyer le site et d'appliquer de la glace.

Sujets âgés

En raison de la fréquence plus élevée d'altération des fonctions biologiques, en particulier de la fonction hépatique chez les personnes âgées, le choix de la posologie d'irinotécan doit être déterminé avec précaution dans cette population (voir rubrique 4.2).

Maladie inflammatoire chronique intestinale et/ou occlusion intestinale

Ces patients ne doivent pas être traités par irinotécan avant la résolution de l'occlusion intestinale (voir rubrique 4.3).

Fonction rénale

Des augmentations de la créatininémie et de l'azote uréique sanguin ont été observées. Des cas d'insuffisance rénale aiguë se sont produits. Ces événements ont généralement été attribués à des complications d'infection ou à la déshydratation associée aux nausées, vomissements ou diarrhées. De rares cas de dysfonctionnement rénal dû au syndrome de lyse tumorale ont également été rapportés.

Radiothérapie

Les patients ayant reçu une radiothérapie pelvienne/abdominale antérieure sont exposés à un risque plus élevé d'aplasie médullaire à la suite de l'administration d'irinotécan. Les médecins doivent se montrer prudents lors du traitement de patients ayant reçu une radiothérapie antérieure étendue (notamment lorsque > 25 % de la moelle osseuse ont été irradiés et dans les six semaines précédant le début du traitement par l'irinotécan). Un ajustement de la posologie peut être justifié dans cette population (voir rubrique 4.2).

Troubles cardiaques

Des événements ischémiques myocardiques ont été observés après un traitement par l'irinotécan, principalement chez des patients présentant une maladie cardiaque sous-jacente ou d'autres facteurs de risque de maladie cardiaque, ou chez des patients ayant été soumis à une chimiothérapie cytotoxique antérieure (voir rubrique 4.8).

Par conséquent, il conviendra d'exercer une surveillance étroite chez les patients présentant des facteurs de risque connus et de prendre les mesures nécessaires pour minimiser tous les facteurs de risque modifiables (par ex., tabac, hypertension et hyperlipidémie).

Troubles vasculaires

Dans de rares cas, l'irinotécan a été associé à des événements thromboemboliques (embolie pulmonaire, thrombose veineuse et thrombose artérielle) chez des patients présentant plusieurs facteurs de risque en plus de la tumeur sous-jacente.

Autres

L'administration concomitante d'irinotécan avec un puissant inhibiteur (ex. kétoconazole) ou inducteur (ex. rifampicine, carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, apalutamide) du cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) peut altérer le métabolisme de l'irinotécan et doit être évitée (voir rubrique 4.5).

De rares cas d'insuffisance rénale, d'hypotension ou d'hypovolémie ont été observés chez des patients ayant présenté des épisodes de déshydratation associés à une diarrhée et/ou à des vomissements, ou à une septicémie.

Contraception chez les femmes en âge de procréer/les hommes

En raison du potentiel génotoxique, il faut conseiller aux patientes de sexe féminin en âge de procréer d'utiliser une contraception très efficace pendant le traitement et jusqu'à 6 mois après l'administration de la dernière dose d'irinotécan.

En raison du potentiel génotoxique, il faut conseiller aux patients de sexe masculin ayant des partenaires féminines en âge de procréer d'utiliser une contraception efficace pendant le traitement et jusqu'à 3 mois après l'administration de la dernière dose d'irinotécan (voir rubrique 4.6).

Allaitement

En raison du risque d'effets indésirables chez les nourrissons, l'allaitement doit être interrompu pendant la durée du traitement par l'irinotécan (voir rubriques 4.3 et 4.6).

Excipients

Ce médicament contient du sorbitol (voir rubrique 2). Le sorbitol est une source de fructose. Les patients présentant une intolérance héréditaire au fructose (IHF) ne doivent pas recevoir ce médicament, sauf en cas de nécessité uniquement.

Les bébés et les jeunes enfants (moins de 2 ans) peuvent ne pas avoir été diagnostiqués avec une intolérance héréditaire au fructose (IHF). Les médicaments (contenant du sorbitol/fructose) administrés par voie intraveineuse peuvent être mortels et doivent être contre-indiqués dans cette population, sauf nécessité clinique impérieuse et en l'absence de solution alternative.

L'historique détaillé des symptômes d'IHF doit être obtenu pour chaque patient avant de prescrire ce médicament.

Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par flacon, c.-à-d. qu'il est essentiellement « sans sodium ».

4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions

Associations contre-indiquées (voir rubrique 4.3)

Millepertuis : Diminution des taux plasmatiques du SN-38, le métabolite actif de l'irinotécan. Dans une étude pharmacocinétique avec un faible nombre de patients (n = 5) dans laquelle 350 mg/m² d'irinotécan a été co-administré avec 900 mg de millepertuis (*Hypericum perforatum*), une baisse de 42 % des concentrations plasmatiques du SN-38, métabolite actif de l'irinotécan a été observée. En conséquence, le millepertuis ne doit pas être administré avec l'irinotécan.

Vaccins vivants atténués (par ex., vaccin contre la fièvre jaune) : Risque de maladie vaccinale généralisée éventuellement mortelle. L'administration concomitante durant le traitement par irinotécan et pendant 6 mois après l'arrêt du traitement de chimiothérapie est contre-indiquée. Des vaccins tués ou inactivés peuvent être administrés, cependant la réponse à ces vaccins peut être diminuée.

Associations déconseillées (voir rubrique 4.4)

L'administration concomitante d'irinotécan avec un inducteur du cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) peut altérer le métabolisme de l'irinotécan et doit être évitée (voir rubrique 4.4) :

Médicaments inducteurs puissants du CYP3A4 et/ou de l'UGT1A1 : (par ex. rifampicine, carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne ou apalutamide) :

Risque de réduction de l'exposition à l'irinotécan, au SN-38 et au SN-38 glucuronidé et de réduction des effets pharmacodynamiques. Plusieurs études ont montré que l'administration concomitante de médicaments anticonvulsivants inducteurs du CYP3A entraîne une diminution de l'exposition à l'irinotécan, au SN-38 et au SN-38 glucuronidé et réduisait leurs effets pharmacodynamiques. Les effets de ces médicaments anticonvulsivants se traduisent par une diminution de 50 % ou plus des aires sous la courbe (ASC) du SN-38 et du SN-38 glucuronidé. En plus de l'induction des enzymes du cytochrome P450 3A4, l'augmentation de la glucuronidation et de l'excrétion biliaire peut jouer un rôle sur la réduction de l'exposition à l'irinotécan et à ses métabolites. Encore avec phénytoïne : risque d'exacerbation des convulsions en raison de la diminution de l'absorption digestive de la phénytoïne par les médicaments cytotoxiques.

Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : (ex. kétoconazole, itraconazole, voriconazole, posaconazole, inhibiteurs de protéase, clarithromycine, érythromycine, télichromycine)

Une étude a montré que la co-administration de kétoconazole en comparaison avec l'irinotécan administré seul entraînait une diminution de 87 % de l'ASC de l'APC et une élévation de 109 % de l'ASC du SN-38.

Inhibiteurs de l'UGT1A1 : (ex. atazanavir, kétoconazole, régorafénib)

Risque d'augmentation de l'exposition systémique au SN-38, métabolite actif de l'irinotécan. Les médecins doivent en tenir compte si l'association ne peut être évitée.

Autres inhibiteurs du CYP3A4 : (ex. crizotinib, idélalisib)

Risque d'augmentation de la toxicité de l'irinotécan en raison d'une diminution du métabolisme de l'irinotécan par le crizotinib ou l'idélalisib.

Précautions d'emploi

Antagonistes de la vitamine K : Risque accru d'hémorragies et d'événements thrombotiques lors des affections tumorales. Si des antagonistes de la vitamine K sont indiqués, les contrôles de l'INR (rapport international normalisé) devront être pratiqués plus fréquemment.

Associations à prendre en compte

Agents immunosuppresseurs : (ex. ciclosporine, tacrolimus) : immunodépression excessive avec risque de syndrome lymphoprolifératif.

Agents bloquants neuromusculaires : Une interaction entre l'irinotécan et les agents bloquants neuromusculaires ne peut être exclue. Du fait de l'activité anticholinestérase de l'irinotécan, les effets bloquants neuromusculaires du suxaméthonium peuvent être prolongés et le blocage neuromusculaire de substances actives non dépolarisantes peut être antagonisé.

Autre association

5-fluorouracile/acide folinique : L'administration concomitante de 5-fluorouracile/acide folinique dans le schéma d'association ne modifie pas les paramètres pharmacocinétiques de l'irinotécan.

Bévacizumab : Les résultats d'un essai consacré aux interactions médicamenteuses n'ont pas montré d'effet significatif du bévacizumab sur la pharmacocinétique de l'irinotécan et de son métabolite actif, le SN-38. Cependant, cela n'exclut pas la possibilité que leurs toxicités soient accrues en raison de leurs propriétés pharmacologiques.

Cétuximab : L'influence du kétuximab sur le profil de tolérance de l'irinotécan, et vice versa, n'a pas été mise en évidence.

Agents antinéoplasiques (notamment la flucytosine comme promédicament du 5-fluorouracile) : Les effets indésirables de l'irinotécan, tels que la myélosuppression, peuvent être exacerbés par d'autres agents antinéoplasiques ayant un profil d'effets indésirables similaire.

4.6. Fertilité, grossesse et allaitement

Contraception

En raison du potentiel génotoxique, il faut conseiller aux patientes de sexe féminin en âge de procréer d'utiliser une contraception très efficace pendant le traitement et jusqu'à 6 mois après l'administration de la dernière dose d'irinotécan (voir rubrique 4.4).

En raison du potentiel génotoxique, il faut conseiller aux patients de sexe masculin ayant des partenaires féminines en âge de procréer d'utiliser une contraception efficace pendant le traitement et jusqu'à 3 mois après l'administration de la dernière dose d'irinotécan (voir rubrique 4.4).

Grossesse

Il existe des données limitées sur l'utilisation de l'irinotécan chez la femme enceinte. Chez l'animal, des effets embryotoxiques et tératogènes ont été observés (voir rubrique 5.3). Aussi, au vu des résultats des études menées chez l'animal et du mécanisme d'action de l'irinotécan, l'irinotécan ne doit pas être utilisé pendant la grossesse sauf si le traitement s'avère indispensable.

Les femmes en âge de procréer ne doivent pas commencer à prendre de l'irinotécan tant qu'une grossesse n'est pas exclue. La grossesse doit être évitée si l'un des partenaires reçoit de l'irinotécan.

Allaitement

Les données disponibles sont limitées mais suggèrent que l'irinotécan et son métabolite sont excrétés dans le lait maternel humain. En conséquence, en raison du risque potentiel de manifestations indésirables chez le nourrisson, l'allaitement doit être interrompu pendant la durée du traitement par l'irinotécan (voir rubriques 4.3 et 4.4).

Fertilité

Il n'y a pas de données disponibles sur l'effet de l'irinotécan sur la fertilité chez l'homme. Chez l'animal, des effets indésirables de l'irinotécan sur la fertilité de la progéniture ont été mis en évidence (voir rubrique 5.3). **Avant l'initiation du traitement par IRINOTÉCAN MEDAC, il faut conseiller les patients sur la préservation des gamètes.**

4.7. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines

L'irinotécan a une influence modérée sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Les patients doivent être avertis du risque potentiel de vertiges ou de troubles visuels pouvant se produire dans les 24 heures suivant l'administration d'irinotécan et doivent éviter de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines si de tels symptômes apparaissent.

4.8. Effets indésirables

ESSAIS CLINIQUES

Les données sur les effets indésirables sont principalement issues des essais cliniques dans le cancer colorectal métastatique ; les fréquences sont présentées ci-dessous. Il est attendu que les effets indésirables dans les autres indications soient similaires à ceux décrits dans le cancer colorectal.

Les effets indésirables dose-limitants les plus fréquents (> 1/10) d'irinotécan sont une diarrhée tardive (survenant plus de 24 heures après l'administration) et des anomalies hématologiques notamment une neutropénie, une anémie et une thrombocytopénie.

La neutropénie constitue une toxicité dose-limitante. La neutropénie était réversible et non cumulative; le délai médian d'apparition du nadir était de 8 jours que ce soit en monothérapie ou en association.

Un syndrome cholinergique aigu transitoire sévère a été très fréquemment observé. Les principaux symptômes ont été une diarrhée précoce et d'autres symptômes variés tels que douleur abdominale, sudation, myosis et salivation excessive survenant pendant ou dans les 24 heures suivant l'administration de l'irinotécan. Les symptômes disparaissent à l'administration d'atropine (voir rubrique 4.4).

MONOTHÉRAPIE

Les effets indésirables suivants, considérés comme possiblement ou probablement liés à l'administration d'irinotécan, ont été rapportés chez 765 patients recevant la dose recommandée de 350 mg/m² en monothérapie.

Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de sévérité décroissante. Les fréquences sont définies comme : très fréquent ($\geq 1/10$), fréquent ($\geq 1/100$, < 1/10), peu fréquent ($\geq 1/1\ 000$, < 1/100), rare ($\geq 1/10\ 000$, < 1/1\ 000) et très rare (< 1/10\ 000).

Effets indésirables rapportés avec l'irinotécan en monothérapie (350 mg/m² toutes les 3 semaines)		
Classes de systèmes d'organes MedDRA	Fréquence	Terme préférentiel
Infections et infestations	Fréquent	Infection
Affections hématologiques et du système lymphatique	Très fréquent	Neutropénie
	Très fréquent	Anémie
	Fréquent	Thrombocytopénie
	Fréquent	Neutropénie fébrile
Troubles du métabolisme et de la nutrition	Très fréquent	Diminution de l'appétit
Affections du système nerveux	Très fréquent	Syndrome cholinergique
Affections gastro-intestinales	Très fréquent	Diarrhée
	Très fréquent	Vomissements
	Très fréquent	Nausées
	Très fréquent	Douleur abdominale
	Fréquent	Constipation
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Très fréquent	Alopécie (réversible)

Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Très fréquent	Inflammation des muqueuses
	Très fréquent	Pyrexie
	Très fréquent	Asthénie
Investigations	Fréquent	Augmentation de la créatininémie
	Fréquent	Augmentation des transaminases (ALAT et ASAT)
	Fréquent	Augmentation de la bilirubine sanguine
	Fréquent	Augmentation des phosphatases alcalines sanguines

Description de certains effets indésirables (monothérapie)

Une **diarrhée sévère** est observée chez 20 % des patients qui ont suivi les recommandations de prise en charge de la diarrhée. Une diarrhée sévère est retrouvée dans 14 % des cycles évaluable. Le délai médian d'apparition de la première selle liquide est de 5 jours après la perfusion de l'irinotécan.

Des **nausées et vomissements** sévères sont observés chez environ 10 % des patients ayant reçu un traitement antiémétique.

Une **constipation** a été observée chez moins de 10 % des patients.

La **neutropénie** est observée chez 78,7 % des patients et est sévère (nombre de neutrophiles < 500/mm³) chez 22,6 % des patients. Parmi les cycles évaluable, 18 % se compliquent d'une neutropénie < 1 000/mm³ dont 7,6 % d'une neutropénie < 500/mm³.

La récupération totale est en général atteinte le 22^e jour.

Une **neutropénie fébrile** est rapportée chez 6,2 % des patients et dans 1,7 % des cycles.

Des **infections** sont survenues chez environ 10,3 % des patients (2,5 % des cycles) et ont été associées à une neutropénie sévère chez environ 5,3 % des patients (1,1 % des cycles), et ont entraîné 2 décès.

Une **anémie** a été rapportée chez environ 58,7 % des patients (8 % avec une hémoglobine < 8 g/dL et 0,9 % avec une hémoglobine < 6,5 g/dL).

Une **thrombocytopénie** (< 100 000 cellules/mm³) a été observée chez 7,4 % des patients et 1,8 % des cycles dont 0,9 % des patients avec des plaquettes ≤ 50 000 cellules /mm³, soit 0,2 % des cycles.

Presque tous les patients ont normalisé leur numération plaquettaire le 22^e jour.

Syndrome de type cholinergique aigu

Un syndrome de type cholinergique aigu, transitoire et sévère est observé chez 9 % des patients traités par monothérapie.

L'**asthénie** sévère est observée chez moins de 10 % des patients traités par monothérapie. Le lien de causalité avec l'irinotécan n'est pas clairement établi.

Une **pyrexie** isolée non accompagnée d'infection ou de neutropénie sévère est survenue chez 12 % des patients traités par monothérapie.

Examens biologiques

Une augmentation transitoire légère à modérée des taux sanguins des transaminases, des phosphatases alcalines ou de la bilirubine est observée respectivement chez 9,2 %, 8,1 % et 1,8 % des patients, en l'absence de progression des métastases hépatiques.

Une augmentation transitoire légère à modérée de la créatininémie est observée chez 7,3 % des patients.

EN ASSOCIATION

Les effets indésirables détaillés dans ce paragraphe concernent l'irinotécan.

Aucune influence du cétuximab sur le profil de tolérance de l'irinotécan, et vice versa n'a été mise en évidence. En association avec le cétuximab, d'autres effets indésirables ont été rapportés et étaient ceux attendus avec le cétuximab (comme une dermatite acnéiforme chez 88 % des patients).

Par conséquent, pour les effets indésirables de l'irinotécan en association avec le cétuximab, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit.

Les effets indésirables rapportés chez les patients traités par la capécitabine en association avec l'irinotécan, en plus de ceux observés avec la capécitabine en monothérapie ou observés à une fréquence supérieure comparée à la capécitabine en monothérapie sont :

- Très fréquents, tous grades : thrombose/embolie ;
- Fréquents, tous grades : hypersensibilité, ischémie myocardique/infarctus ;
- Fréquents, grades 3 et 4 : neutropénie fébrile.

Se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit de la capécitabine pour des informations complètes sur les effets indésirables de ce médicament.

Les effets indésirables de grade 3 et de grade 4 rapportés chez les patients traités par la capécitabine en association avec l'irinotécan et le bévacizumab, en plus de ceux observés avec la capécitabine en monothérapie ou observés à une fréquence supérieure comparée à la capécitabine en monothérapie sont :

- Fréquents, grades 3 et 4 : neutropénie, thrombose/embolie, hypertension, et ischémie myocardique/infarctus.

Se référer aux Résumés des Caractéristiques du Produit de la capécitabine et du bévacizumab pour des informations complètes sur les effets indésirables de ces médicaments.

L'hypertension de grade 3 était la principale toxicité significative liée à l'ajout du bévacizumab au bolus irinotécan/5-FU/FA. De plus, il y a eu une légère augmentation des diarrhées et des leucopénies de grade 3/4 avec l'association par rapport aux patients recevant le bolus irinotécan/5-FU/FA seul. Se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit du bévacizumab pour les informations relatives aux effets indésirables en association avec ce médicament.

L'irinotécan a été étudié en association avec le 5-FU et FA dans le cancer colorectal métastatique.

Les données de sécurité issues des essais cliniques démontrent une survenue très fréquente d'effets indésirables de grades 3 ou 4 selon les critères NCI, possiblement ou probablement liés, au sein des classes de systèmes d'organes MedDRA suivants : affections hématologiques et du système lymphatique, affections gastro-intestinales, et affections de la peau et du tissu sous-cutané.

Les effets indésirables suivants sont considérés comme possiblement ou probablement liés à l'administration de l'irinotécan et ont été rapportés chez 145 patients traités par l'irinotécan en association avec 5-FU/FA administré toutes les 2 semaines à la dose recommandée de 180 mg/m².

Effets indésirables rapportés avec l'irinotécan en association (schéma de 180 mg/m² toutes les 2 semaines)		
Classes de systèmes d'organes MedDRA	Fréquence	Terme préférentiel
Infections et infestations	Fréquent	Infection
Affections hématologiques et du système lymphatique	Très fréquent	Thrombocytopénie
	Très fréquent	Neutropénie
	Très fréquent	Anémie
	Fréquent	Neutropénie fébrile
Troubles du métabolisme et de la nutrition	Très fréquent	Diminution de l'appétit
Affections du système nerveux	Très fréquent	Syndrome cholinergique
Affections gastro-intestinales	Très fréquent	Diarrhée
	Très fréquent	Vomissements

	Très fréquent	Nausées
	Fréquent	Douleur abdominale
	Fréquent	Constipation
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Très fréquent	Alopécie (réversible)
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Très fréquent	Inflammation des muqueuses
	Très fréquent	Asthénie
	Fréquent	Pyrexie
Investigations	Très fréquent	Augmentation des transaminases (ALAT et ASAT)
	Très fréquent	Augmentation de la bilirubine sanguine
	Très fréquent	Augmentation des phosphatases alcalines sanguines

Description de certains effets indésirables (en association)

Une **diarrhée sévère** est observée chez 13,1 % des patients qui ont suivi les recommandations de prise en charge de la diarrhée. Une diarrhée sévère est retrouvée dans 3,9 % des cycles évaluable.

Une incidence moindre des **nausées et vomissements** sévères est observée (respectivement 2,1 % et 2,8 % des patients).

Une **constipation** relative à l'irinotécan et/ou au loperamide est observée chez 3,4 % des patients traités.

Une **neutropénie** est observée chez 82,5 % des patients et est sévère (nombre de neutrophiles < 500/mm³) dans 9,8 % des cas. Parmi les cycles évaluable, 67,3 % se compliquent d'une neutropénie < 1 000 cellules /mm³ dont 2,7 % d'une neutropénie < 500 cellules /mm³. La récupération totale est en général atteinte dans les 7 à 8 jours.

Une **neutropénie fébrile** est rapportée chez 3,4 % des patients et dans 0,9 % des cycles.

Des **infections** sont survenues chez environ 2 % des patients (0,5 % des cycles), ont été associées à une neutropénie sévère chez environ 2,1 % des patients (0,5 % des cycles), et ont entraîné 1 décès.

Une **anémie** a été rapportée chez environ 97,2 % des patients (2,1 % avec une hémoglobine < 8 g/dL).

Une **thrombocytopénie** (< 100 000 cellules /mm³) a été observée chez 32,6 % des patients et 21,8 % des cycles. Aucune thrombocytopénie sévère n'a été observée (< 50 000 cellules /mm³).

Un **syndrome de type cholinergique aigu**, transitoire et sévère est observé chez 1,4 % des patients traités par association.

L'**asthénie** sévère est observée chez 6,2 % des patients traités par association. Le lien de causalité avec l'irinotécan n'est pas clairement établi.

Une **pyrexie isolée non accompagnée d'infection** ou de neutropénie sévère est survenue chez 6,2 % des patients traités par association.

Examens biologiques

Une élévation sérique transitoire (grades 1 et 2) des ALAT, ASAT, phosphatases alcalines ou de la bilirubine a été observée chez 15 %, 11 %, 11 % et 10 % des patients respectivement, en l'absence de progression des métastases hépatiques. Des grades 3 transitoires ont été observés chez 0 %, 0 %, 0 % et 1 % des patients respectivement. Aucun grade 4 n'a été observé.

Dans de très rares cas, une élévation de l'amylase sérique et/ou de la lipase sérique a été rapportée.

De rares cas d'hypokaliémie et d'hyponatrémie principalement liées à une diarrhée et des vomissements ont été rapportés.

AUTRES EFFETS INDÉSIRABLES RAPPORTÉS DANS LES ESSAIS CLINIQUES AVEC L'IRINOTÉCAN EN SCHÉMA HEBDOMADAIRE

Les effets additionnels suivants liés au médicament ont été rapportés dans les essais cliniques avec l'irinotécan : douleur, sepsis, trouble anorectal, candidose gastro-intestinale, hypomagnésémie, rash, signes cutanés, troubles de la démarche, confusion, céphalée, syncope, rougeur, bradycardie, infection du tractus urinaire, douleur à la poitrine, gamma-glutamyltransférase augmentée, extravasation, syndrome de lyse tumorale, affections cardiovasculaires (angor, arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, ischémie myocardique, trouble vasculaire périphérique, trouble vasculaire) et événements thromboemboliques (thrombose artérielle, infarctus cérébral, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse profonde, embolie artérielle périphérique, embolie pulmonaire, thrombophlébite, thrombose et mort soudaine) (voir rubrique 4.4).

SURVEILLANCE APRÈS COMMERCIALISATION

Les fréquences issues de la surveillance après commercialisation sont indéterminées (ne peuvent être estimées sur la base des données disponibles).

Classes de systèmes d'organes MedDRA	Terme préférentiel
Infections et infestations	<ul style="list-style-type: none"> • Colite pseudomembraneuse dont un cas documenté au niveau bactériologique (<i>Clostridium difficile</i>) • Sepsis • Infections fongiques* • Infections virales†
Affections hématologiques et du système lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> • Thrombocytopénie avec anticorps anti-plaquettaires
Affections du système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité • Réaction anaphylactique
Troubles du métabolisme et de la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation (en raison de la diarrhée et des vomissements) • Hypovolémie
Affections du système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la parole généralement de nature transitoire ; dans certains cas, l'événement a été attribué au syndrome cholinergique observé pendant ou peu de temps après la perfusion d'irinotécan • Paresthésie • Contractions musculaires involontaires
Affections cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension (pendant ou après la perfusion) • Collapsus cardio-vasculaire‡
Affections vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension‡
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie interstitielle diffuse se présentant comme une infiltration pulmonaire, peu fréquente pendant la thérapie avec l'irinotécan ; des effets précoces tels que des dyspnées ont été rapportés (voir rubrique 4.4). • Dyspnée (voir rubrique 4.4) • Hoquets

Affections gastro-intestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruction intestinale • Iléus : des cas d'iléus sans colite préalable ont aussi été rapportés • Mégacôlon • Hémorragie gastro-intestinale • Colite ; dans certains cas, la colite est compliquée d'ulcération, de saignement, d'un iléus ou d'une infection. • Typhlite • Colite ischémique • Colite ulcéreuse • Enzymes pancréatiques augmentées symptomatiques ou asymptomatiques • Perforation intestinale
Affections hépatobiliaires	<ul style="list-style-type: none"> • Stéatohépatite • Stéatose hépatique
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction cutanée
Affections musculosquelettiques et du tissu conjonctif	<ul style="list-style-type: none"> • Crampes
Affections du rein et des voies urinaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement rénal et insuffisance rénale aiguë généralement chez les patients chez qui survient une infection et/ou une déplétion volémique en raison de toxicités gastro-intestinales sévères[‡] • Insuffisance rénale[‡]
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction au site de perfusion
Investigations	<ul style="list-style-type: none"> • Amylase augmentée • Augmentation de la lipase • Hypokaliémie • Hyponatrémie principalement liée à la diarrhée et aux vomissements • Transaminases augmentées (i.e. ASAT et ALAT) en l'absence de métastases hépatiques progressives très rarement rapportées

* Par exemple, pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, aspergillose bronchopulmonaire, candidose systémique.

† Par exemple, zona, grippe, réactivation de l'hépatite B, colite à cytomégalovirus.

‡ De rares cas d'insuffisance rénale, d'hypotension ou de collapsus cardio-vasculaire ont été observés chez des patients ayant présenté des épisodes de déshydratation associés à une diarrhée et/ou des vomissements, ou un sepsis.

Déclaration des effets indésirables suspectés

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

4.9. Surdosage

Symptômes

Des cas de surdosage pouvant être fatals à des doses supérieures approximativement à deux fois la dose thérapeutique recommandée, ont été rapportés. Les effets indésirables les plus significatifs rapportés étaient une neutropénie sévère et une diarrhée sévère.

Prise en charge

Il n'existe aucun antidote connu à l'irinotécan. Un traitement symptomatique de soutien intensif doit être mis en place pour prévenir la déshydratation causée par la diarrhée et pour traiter les éventuelles complications infectieuses.

5. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

5.1. Propriétés pharmacodynamiques

Classe pharmacothérapeutique : agents antinéoplasiques, inhibiteurs topoisomérase 1 (TOP1), code ATC : L01CE02.

Mécanisme d'action

L'irinotécan est un dérivé hémisynthétique de la camptothécine. Il s'agit d'un agent antinéoplasique qui agit comme inhibiteur spécifique de l'ADN topoisomérase I. Il est métabolisé par la carboxylestérase dans la plupart des tissus en SN-38, qui s'est révélé plus actif que l'irinotécan sur la topoisomérase I purifiée et plus cytotoxique sur plusieurs lignées de cellules tumorales murines et humaines. L'inhibition de l'ADN topoisomérase I par l'irinotécan ou le SN-38 induit des lésions simple brin de l'ADN qui bloquent la fourche de réplication de l'ADN et qui sont responsables de l'activité cytotoxique. Cette activité cytotoxique est fonction du temps et elle est spécifique de la phase S.

In vitro, l'irinotécan et le SN-38 ne sont pas significativement reconnus par la P-glycoprotéine MDR et exercent des effets cytotoxiques sur des lignées cellulaires résistantes à la doxorubicine et à la vinblastine.

De plus, l'irinotécan possède un large spectre d'activité antitumorale *in vivo* sur des modèles tumoraux murins (adénocarcinome du canal pancréatique P03, adénocarcinome mammaire MA16/C, adénocarcinomes coliques C38 et C51), et sur des xénogreffes humaines (adénocarcinome colique Co-4, adénocarcinome mammaire Mx-1, adénocarcinomes gastriques ST-15 et SC-16). L'irinotécan est également actif sur des tumeurs exprimant la P-glycoprotéine MDR (leucémies P388 résistantes à la vincristine et à la doxorubicine).

Effets pharmacodynamiques

Le principal effet pharmacologique de l'irinotécan non lié à son activité antitumorale, est l'inhibition de l'acétylcholinestérase.

Efficacité et sécurité clinique

Traitement associé en première ligne du cancer colorectal métastatique

En association avec l'acide folinique et le 5-fluorouracile

Une étude de phase III a été menée chez 385 patients atteints de cancer colorectal métastatique non préalablement traités et recevant soit un schéma d'administration toutes les 2 semaines (voir rubrique 4.2), soit un schéma d'administration hebdomadaire. Dans le schéma toutes les 2 semaines, au jour 1, l'administration d'irinotécan à 180 mg/m² une fois toutes les 2 semaines est suivie d'une perfusion d'acide folinique (200 mg/m² en perfusion intraveineuse de 2 heures) et de 5-fluorouracile (400 mg/m² en bolus intraveineux suivi par 600 mg/m² en perfusion intraveineuse de 22 heures). Au jour 2, l'acide folinique et le 5-fluorouracile sont administrés aux mêmes doses et selon le même schéma. Dans le schéma hebdomadaire, l'administration d'irinotécan à 80 mg/m² est suivie d'une perfusion d'acide folinique (500 mg/m² en perfusion intraveineuse de 2 heures) puis de 5-fluorouracile (2 300 mg/m² en perfusion intraveineuse de 24 heures) pendant 6 semaines.

Dans l'étude de traitement en association avec les 2 schémas décrits ci-dessus, l'efficacité de l'irinotécan a été évaluée chez 198 patients traités :

	Régime d'association (n = 198)		Schéma hebdomadaire (n = 50)		Schéma toutes les 2 semaines (n = 148)	
	Irinotécan + 5-FU/AF	5-FU/AF	Irinotécan + 5-FU/AF	5-FU/AF	Irinotécan + 5-FU/AF	5-FU/AF
Taux de réponse (%)	40,8*	23,1*	51,2*	28,6*	37,5*	21,6*
valeur de p	< 0,001		0,045		0,005	
Temps médian jusqu'à progression (mois)	6,7	4,4	7,2	6,5	6,5	3,7
valeur de p	< 0,001		NS		0,001	
Durée médiane de réponse (mois)	9,3	8,8	8,9	6,7	9,3	9,5
valeur de p	NS		0,043		NS	
Durée médiane de réponse et de stabilisation (mois)	8,6	6,2	8,3	6,7	8,5	5,6
valeur de p	< 0,001		NS		0,003	
Temps médian jusqu'à échec du traitement (mois)	5,3	3,8	5,4	5,0	5,1	3,0
valeur de p	0,0014		NS		< 0,001	
Survie médiane (mois)	16,8	14,0	19,2	14,1	15,6	13,0
valeur de p	0,028		NS		0,041	
* analyse de la population <i>per protocol</i> : 5-FU = 5-fluorouracile ; AF = acide folinique ; NS = non significatif						

Dans le schéma hebdomadaire, l'incidence des diarrhées sévères était de 44,4 % chez les patients traités par irinotécan en association avec 5-FU/AF et de 25,6 % chez les patients traités par 5-FU/AF seul. L'incidence des neutropénies sévères (nombre de neutrophiles < 500 cellules/mm³) était de 5,8 % chez les patients traités par irinotécan en association avec 5-FU/AF et 2,4 % chez les patients traités par 5-FU/AF seul.

De plus, le temps médian de détérioration définitive de l'indice de performance était significativement plus long dans le groupe irinotécan en association que dans le groupe 5-FU/AF seul (p = 0,046).

La qualité de vie a été évaluée dans cette étude de phase III à l'aide du questionnaire EORTC QLQ-C30. Le délai jusqu'à la détérioration définitive a été constamment plus long dans les groupes irinotécan. L'évolution du score global de Qualité de vie a été légèrement meilleure dans le groupe irinotécan en association, bien que non significative, montrant que l'irinotécan en association est efficace sans affecter la qualité de vie.

En association avec le bévacizumab

Une étude de phase III randomisée en double aveugle, activement contrôlé, a évalué le bévacizumab en association avec irinotécan/5-FU/AF comme traitement de première ligne pour le carcinome métastatique du côlon ou du rectum (étude AVF2107g). L'addition du bévacizumab à l'association irinotécan/5-FU/AF a résulté en une augmentation statistiquement significative de la survie globale. Le bénéfice clinique, tel que mesuré par la survie globale, a été observé dans tous les sous-groupes de patients prédéfinis, incluant ceux définis par l'âge, le sexe, l'indice de performance, la localisation de la tumeur primaire, le nombre d'organes impliqués et la durée de la maladie métastatique. Se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit du bévacizumab. Les résultats d'efficacité de l'étude AVF2107g sont résumés dans le tableau suivant :

	AVF2107g	
	Groupe 1 Irinotécan/5-FU/AF + placebo	Groupe 2 Irinotécan/5-FU/AF + bévacicumab ^a
Nombre de patients	411	402
Survie globale		
Temps médian (mois)	15,6	20,3
Intervalle de confiance à 95 %	14,29 – 16,99	18,46 – 24,18
Hazard ratio ^b		0,660
valeur de p		0,00004
Survie sans progression		
Temps médian (mois)	6,2	10,6
Hazard ratio ^b		0,54
valeur de p		< 0,0001
Taux de réponse globale		
Taux (%)	34,8	44,8
Intervalle de confiance à 95 %	30,2 – 39,6	39,9 – 49,8
valeur de p		0,0036
Durée de réponse		
Temps médian (mois)	7,1	10,4
25-75 ^e percentile (mois)	4,7 – 11,8	6,7 – 15,0
^a 5 mg/kg toutes les 2 semaines ; ^b Par rapport au groupe témoin.		

En association avec le cétuximab

EMR 62 202-013 : cette étude randomisée, menée chez des patients atteints de cancer colorectal métastatique n'ayant pas reçu de traitement préalable pour leur maladie métastatique, a comparé l'association du cétuximab et de l'irinotécan plus une perfusion de 5-fluorouracile/acide folinique (5-FU/AF) (599 patients) avec cette même chimiothérapie en monothérapie (599 patients). Sur l'ensemble de la population des patients pour lesquels le statut du gène KRAS était évaluable, 64 % présentaient des tumeurs avec gène KRAS de type sauvage.

Les données d'efficacité générées par ces études sont résumées dans le tableau suivant :

Variable/statistique	Population totale		Population avec gène KRAS de type sauvage	
	Cétuximab plus FOLFIRI (N = 599)	FOLFIRI (N = 599)	Cétuximab plus FOLFIRI (N = 172)	FOLFIRI (N = 176)
ORR				
% (IC 95 %)	46,9 (42,9-51,0)	38,7 (34,8-42,8)	59,3 (51,6-66,7)	43,2 (35,8-50,9)
Valeur de p	0,0038		0,0025	
PFS				
Hazard ratio (IC 95 %)	0,85 (0,726-0,998)		0,68 (0,501-0,934)	
Valeur de p	0,0479		0,0167	
IC = intervalle de confiance ; FOLFIRI = irinotécan plus perfusion de 5-FU/AF ; ORR = objective response rate, taux de réponses objectives (patients avec réponse complète ou réponse partielle) ; PFS = progression-free survival time, durée de survie sans progression				

En association avec la capécitabine

Les données d'une étude clinique de phase III (CAIRO) randomisée et contrôlée supportent l'utilisation de la capécitabine à la dose initiale de 1 000 mg/m² pendant 2 semaines toutes les 3 semaines en association à l'irinotécan dans le traitement de première ligne de patients atteints de cancer colorectal métastatique. Huit cent-vingt (820) patients ont été randomisés pour recevoir soit un traitement séquentiel (n = 410), soit une association de traitement (n = 410). Le traitement séquentiel se composait d'un traitement de première ligne par la capécitabine (1 250 mg/m² deux fois par jour pendant 14 jours), de deuxième ligne par l'irinotécan (350 mg/m² au jour 1) et de troisième ligne par l'association de la capécitabine (1 000 mg/m² deux fois par jour pendant 14 jours) à l'oxaliplatine (130 mg/m² au jour 1). Le traitement en association se composait d'un traitement de première ligne par la capécitabine (1 000 mg/m² deux fois par jour pendant 14 jours) associé à l'irinotécan (250 mg/m² au jour 1) (XELIRI) et de seconde ligne par la capécitabine (1 000 mg/m² deux fois par jour pendant 14 jours) plus oxaliplatine (130 mg/m² au jour 1). Tous les cycles de traitement étaient administrés à des intervalles de 3 semaines. En traitement de première ligne, la survie médiane sans progression dans la population en intention de traiter était de 5,8 mois (IC 95 % : 5,1-6,2 mois) pour la capécitabine en monothérapie et de 7,8 mois (IC 95 % : 7,0-8,3 mois) pour XELIRI (p = 0,0002).

Les données issues d'une analyse intermédiaire d'une étude de phase II (AIO KRK 0604) multicentrique, randomisée et contrôlée supportent l'utilisation de la capécitabine à la posologie initiale de 800 mg/m² pendant 2 semaines toutes les 3 semaines en association à l'irinotécan et au bévacizumab dans le traitement de première ligne de patients atteints de cancer colorectal métastatique.

Cent quinze (115) patients ont été randomisés pour recevoir la capécitabine associée à l'irinotécan (XELIRI) et au bévacizumab : capécitabine (800 mg/m² deux fois par jour pendant 2 semaines suivies d'une période sans traitement de 7 jours), irinotécan (200 mg/m² en perfusion de 30 minutes le jour 1 toutes les 3 semaines) et bévacizumab (7,5 mg/kg en perfusion de 30 à 90 minutes le jour 1 toutes les 3 semaines). Un total de 118 patients a été randomisé pour recevoir un traitement par capécitabine associée à l'oxaliplatine et au bévacizumab : capécitabine (1 000 mg/m² deux fois par jour pendant 2 semaines suivies d'une période sans traitement de 7 jours), oxaliplatine (130 mg/m² en perfusion de 2 heures au jour 1 toutes les 3 semaines) et bévacizumab (7,5 mg/kg en perfusion de 30 à 90 minutes le jour 1 toutes les 3 semaines). La survie sans progression à 6 mois dans la population en intention de traiter était de 80 % (XELIRI plus bévacizumab) *versus* 74 % (XELOX plus bévacizumab). Le taux de réponse globale (réponses complète et partielle) était de 45 % (XELOX plus bévacizumab) *versus* 47 % (XELIRI plus bévacizumab).

En monothérapie dans le traitement de deuxième ligne du cancer colorectal métastatique

Des essais cliniques de phase II/III ont été conduits chez plus de 980 patients atteints d'un cancer colorectal métastatique en échec d'un traitement antérieur par 5-FU et traités toutes les 3 semaines.

L'efficacité antitumorale de l'irinotécan a été évaluée chez 765 patients en progression documentée sous 5-FU à l'entrée dans l'essai.

Essais de phase III	Irinotécan versus soins palliatifs			Irinotécan versus 5-FU		
	Irinotécan n = 183	Soins palliatifs n = 90	Valeur de p	Irinotécan n = 127	5-FU n = 129	Valeur de p
Survie sans progression à 6 mois (%)	NA	NA		33,5*	26,7	0,03
Survie à 1 an (%)	36,2*	13,8	0,0001	44,8*	32,4	0,0351
Survie médiane (mois)	9,2*	6,5	0,0001	10,8*	8,5	0,0351
* Différence statistiquement significative ; NA = non applicable						

Dans les essais de phase II, réalisés chez 455 patients traités par le schéma d'administration toutes les 3 semaines, la survie sans progression à 6 mois a été de 30 % et la survie médiane de 9 mois. Le temps médian jusqu'à progression était de 18 semaines.

De plus, des essais de phase II, non comparatifs, ont été réalisés chez 304 patients traités avec un schéma d'administration hebdomadaire, à la dose de 125 mg/m², en perfusion intraveineuse de 90 minutes, pendant 4 semaines consécutives suivies de 2 semaines de repos. Dans ces essais, le temps médian jusqu'à progression était de 17 semaines et la survie médiane était de 10 mois. Un profil de sécurité similaire à celui du schéma toutes les 3 semaines a été observé avec le schéma hebdomadaire chez les 193 patients ayant débuté le traitement à la dose de 125 mg/m². Le délai médian d'apparition de la première selle liquide était de 11 jours.

En association avec le cétuximab après échec d'une chimiothérapie à base d'irinotécan

L'efficacité du cétuximab en association avec l'irinotécan a été étudiée dans deux études cliniques. Au total, 356 patients atteints d'un cancer colorectal métastatique exprimant l'EGFR, après échec récent d'un traitement cytotoxique à base d'irinotécan et ayant un indice de performance de Karnofsky d'au moins 60 %, mais dont la majorité avait un indice de performance de Karnofsky $\geq$ 80 %, ont reçu l'association.

EMR 62 202-007 : cette étude randomisée a comparé l'association du cétuximab et de l'irinotécan (218 patients) avec le cétuximab en monothérapie (111 patients).

IMCL CP02-9923 : cette étude à un bras, ouverte, a étudié l'association chez 138 patients.

Les données d'efficacité générées par ces études sont résumées dans le tableau suivant :

Étude	n	ORR		DCR		PFS (mois)		OS (mois)	
		n (%)	IC 95 %	n (%)	IC 95 %	Médiane	IC 95 %	Médiane	IC 95 %
Cétuximab + irinotécan									
EMR 62 202-007	218	50 (22,9)	17,5-29,1	121 (55,5)	48,6-62,2	4,1	2,8-4,3	8,6	7,6-9,6
IMCL CP02-9923	138	21 (15,2)	9,7-22,3	84 (60,9)	52,2-69,1	2,9	2,6-4,1	8,4	7,2-10,3
Cétuximab									
EMR 62 202-007	111	12 (10,8)	5,7-18,1	36 (32,4)	23,9-42,0	1,5	1,4-2,0	6,9	5,6-9,1
DCR = <i>disease control rate</i> , taux de contrôle de la maladie (patients avec réponse complète, réponse partielle ou stabilisation de la maladie pendant au moins 6 semaines), IC = intervalle de confiance, ORR = <i>objective response rate</i> , taux de réponses objectives (patients avec réponse complète ou réponse partielle), OS = <i>overall survival time</i> , durée de survie globale, PFS = <i>progression-free survival</i> , durée de survie sans progression									

L'efficacité de l'association du cétuximab et de l'irinotécan était supérieure à celle du cétuximab en monothérapie en termes de taux de réponses objectives (ORR), de taux de contrôle de la maladie (DCR) et de survie sans progression (PFS). Dans l'essai clinique randomisé, aucun effet sur la durée de survie globale n'a été démontré (*Hazard ratio* 0,91 ; $p = 0,48$).

5.2. Propriétés pharmacocinétiques

Absorption

Les moyennes des concentrations des pics plasmatiques de l'irinotécan et du SN-38, obtenues à la fin de la perfusion, à la dose recommandée de 350 mg/m² étaient respectivement de 7,7 µg/mL et 56 ng/mL, et les valeurs moyennes de l'aire sous la courbe (ASC) étaient respectivement de 34 µg·h/mL et 451 ng·h/mL. Une large variabilité interindividuelle des paramètres pharmacocinétiques est observée principalement pour le métabolite SN-38.

Distribution

Au cours d'une étude de phase I menée chez 60 patients traités avec un schéma d'administration recommandé (perfusion intraveineuse de 30 minutes à raison de 100 à 750 mg/m², toutes les 3 semaines), le volume de distribution à l'état d'équilibre (V_{ss}) était de 157 L/m².

In vitro, la liaison aux protéines plasmatiques de l'irinotécan et du SN-38 était d'environ 65 % et 95 %, respectivement.

Biotransformation

L'équilibre de masse et les études de métabolisme avec le médicament marqué au C¹⁴ ont montré que plus de 50 % de la dose d'irinotécan administrée par voie intraveineuse est excrétée sous forme inchangée, dont 33 % principalement dans les fèces via la bile et 22 % dans les urines.

Deux voies métabolisent chacune au moins 12 % de la dose :

- l'hydrolyse par carboxylestérase avec formation du métabolite actif SN-38. Le SN-38 étant principalement éliminé par glucuronidation, puis par excrétion biliaire et rénale (moins de 0,5 % de la dose d'irinotécan). Le SN-38 glucuronidé est par la suite probablement hydrolysé dans l'intestin.
- Les oxydations dépendantes des enzymes du cytochrome P450 3A aboutissant à l'ouverture extérieure du noyau pipéridine avec formation d'APC (dérivé de l'acide aminopentanoïque) et de NPC (dérivé de l'amine primaire) (voir rubrique 4.5).

L'irinotécan inchangé est l'entité principale retrouvée dans le plasma, suivie par l'APC, le SN-38 glucuroconjugué et le SN-38. Seul le SN-38 possède une activité cytotoxique significative.

Élimination

Au cours d'une étude de phase I chez 60 patients traités par perfusion intraveineuse de 30 minutes à raison de 100 à 750 mg/m² toutes les 3 semaines, l'irinotécan a montré un profil d'élimination biphasique ou triphasique. La clairance plasmatique moyenne était de 15 L/h/m². La demi-vie

plasmatique moyenne de la première phase du modèle triphasique était de 12 minutes, celle de la seconde phase était de 2,5 heures et la demi-vie terminale de 14,2 heures. Le SN-38 a montré un profil d'élimination biphasique avec une demi-vie d'élimination terminale moyenne de 13,8 heures.

La clairance de l'irinotécan est diminuée d'environ 40 % chez les patients ayant une bilirubinémie comprise entre 1,5 et 3 fois la limite supérieure de la normale. Chez ces patients, la posologie de 200 mg/m² d'irinotécan entraîne une exposition plasmatique comparable à celle observée chez les patients atteints de cancer ayant des paramètres hépatiques normaux et recevant la posologie de 350 mg/m².

Linéarité/non-linéarité

Une étude pharmacocinétique de population de l'irinotécan a été réalisée chez 148 patients atteints d'un cancer colorectal métastatique, traités avec des doses et des schémas thérapeutiques différents au cours d'essais de phase I. Les paramètres pharmacocinétiques estimés avec un modèle à trois compartiments étaient similaires à ceux observés dans les études de phase I. Toutes les études ont montré que l'exposition à l'irinotécan et au SN-38 augmente proportionnellement avec la dose d'irinotécan administrée ; leur pharmacocinétique étant indépendante du nombre de cycles antérieurs et du schéma d'administration.

Relations pharmacocinétique/pharmacodynamique

L'intensité des toxicités majeures rencontrées avec l'irinotécan (ex. leuconéutropénie et diarrhée) est liée à l'exposition (ASC) à la molécule mère et au métabolite SN-38. Des corrélations significatives ont été observées entre l'apparition de la toxicité hématologique (diminution du taux de globules blancs et de polynucléaires neutrophiles au nadir) ou l'intensité de la diarrhée et les valeurs de l'ASC de l'irinotécan et du métabolite SN-38 en monothérapie.

Patients présentant une activité réduite de l'UGT1A1

L'UDP glucuronosyltransférase 1 polypeptide A1 (UGT1A1) est impliquée dans la désactivation métabolique du SN-38, le métabolite actif de l'irinotécan, en SN-38 glucuronide (SN-38 G) inactif. Le gène UGT1A1 est extrêmement polymorphe, ce qui se traduit par des capacités métaboliques variables selon les individus. Les variants génétiques les mieux caractérisés d'UGT1A1 sont UGT1A1*28 et UGT1A1*6. Ces variants et d'autres déficits congénitaux de l'expression d'UGT1A1 (comme les syndromes de Gilbert et Crigler-Najjar) sont associés à une activité réduite de cette enzyme. Les patients ayant une activité réduite de l'UGT1A1 (par exemple, homozygotes pour les variants UGT1A1*28 ou *6) présentent un risque accru d'effets indésirables graves tels que la neutropénie et la diarrhée après l'administration d'irinotécan, lié à l'accumulation de SN-38. Selon les données issues de plusieurs méta-analyses, le risque est plus élevé pour les patients recevant des doses d'irinotécan supérieures à 180 mg/m² (voir rubrique 4.4).

Pour identifier les patients présentant un risque accru de neutropénie sévère ou de diarrhée, le génotypage UGT1A1 peut être utilisé. Le caractère homozygote UGT1A1*28 se produit à une fréquence de 8 à 20 % dans la population européenne, africaine, proche-orientale et latino-américaine. Le variant *6 est quasiment absent dans ces populations. Dans la population d'Asie de l'Est, la fréquence de *28/*28 est d'environ 1 à 4 %, elle est de 3 à 8 % pour *6/*28 et de 2 à 6 % pour *6/*6. Dans la population d'Asie Centrale et du Sud, la fréquence de *28/*28 est d'environ 17 %, de 4 % pour *6/*28 et de 0,2 % pour *6/*6.

5.3. Données de sécurité préclinique

L'irinotécan et le SN-38 se sont révélés mutagènes dans le test d'aberration chromosomique *in vitro* sur des cellules CHO, ainsi que dans le test du micronoyau *in vivo* chez la souris. Toutefois, aucun effet mutagène de ces substances n'a été mis en évidence dans le test d'Ames.

Chez les rats traités une fois par semaine pendant 13 semaines à la dose maximale de 150 mg/m² (ce qui est moins de la moitié de la dose recommandée chez l'homme), aucune tumeur imputable au traitement n'a été rapportée 91 semaines après la fin du traitement.

Des études de toxicité à dose unique ou à dose répétée avec l'irinotécan ont été réalisées chez la souris, le rat et le chien. Les principaux effets toxiques ont été relevés dans les systèmes hématopoïétique et lymphatique. Chez le chien, une diarrhée tardive associée à une atrophie et une nécrose localisée de la muqueuse intestinale a été rapportée. Une alopecie a également été observée chez le chien. La sévérité de ces effets était dose dépendante et réversible.

Reproduction

L'irinotécan a montré des effets tératogènes chez le rat et le lapin à des doses inférieures à la dose thérapeutique administrée chez l'homme. Chez le rat, les petits, nés d'animaux traités, ayant des anomalies externes ont montré une diminution de la fertilité. Cela n'a pas été relevé chez les petits morphologiquement normaux. Chez les rates pleines, une diminution du poids du placenta ainsi qu'une diminution de la viabilité foetale et une augmentation des anomalies de comportement de la progéniture ont été notés.

6. DONNEES PHARMACEUTIQUES

6.1. Liste des excipients

Sorbitol (E420)

Acide lactique

Hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH 3,5)

Eau pour préparations injectables

6.2. Incompatibilités

Ce médicament ne doit pas être mélangé avec d'autres médicaments à l'exception de ceux mentionnés dans la rubrique 6.6.

6.3. Durée de conservation

3 ans.

Médicament dilué (solution pour perfusion)

Après dilution dans une solution de chlorure de sodium à 0,9 % ou une solution de glucose à 5 %, la stabilité physico-chimique en cours d'utilisation a été démontrée jusqu'à 6 heures à température ambiante (environ 25 °C) et éclairage ambiant ou pendant 48 heures en cas de conservation au réfrigérateur (environ 2 °C - 8 °C).

Toutefois, du point de vue microbiologique, la solution pour perfusion doit être utilisée immédiatement. En cas d'utilisation non immédiate, les durées et les conditions de conservation après dilution et avant utilisation relèvent de la responsabilité de l'utilisateur et ne devraient normalement pas dépasser 6 heures à température ambiante ou 24 heures si la température est comprise entre 2 °C et 8 °C.

6.4. Précautions particulières de conservation

Ne pas congeler.

Conserver le flacon dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

Pour les conditions de conservation du médicament après dilution, voir la rubrique 6.3.

6.5. Nature et contenu de l'emballage extérieur

IRINOTECAN MEDAC 40 mg :

Flacon en verre brun de 2 mL avec un bouchon en caoutchouc halobutyle revêtu d'un fluoropolymère inerte sur la surface interne. Boîte de un flacon.

IRINOTECAN MEDAC 100 mg :

Flacon en verre brun de 5 mL avec un bouchon en caoutchouc halobutyle revêtu d'un fluoropolymère inerte sur la surface interne. Boîte de un flacon.

IRINOTECAN MEDAC 300 mg :

Flacon en verre brun de 15 mL avec un bouchon en caoutchouc halobutyle revêtu d'un fluoropolymère inerte sur la surface interne. Boîte de un flacon.

IRINOTECAN MEDAC 500 mg :

Flacon en verre brun de 25 mL avec un bouchon en caoutchouc halobutyle revêtu d'un fluoropolymère inerte sur la surface interne. Boîte de un flacon.

IRINOTECAN MEDAC 1000 mg :

Flacon en verre brun de 50 mL avec un bouchon en caoutchouc halobutyle revêtu d'un fluoropolymère inerte sur la surface interne. Boîte de un flacon.

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

6.6. Précautions particulières d'élimination et de manipulation

Comme avec les autres agents antinéoplasiques, IRINOTECAN MEDAC doit être préparé et manipulé avec précaution.

Le port de lunettes, d'un masque et de gants de protection est obligatoire.

En cas de contact de la peau avec IRINOTECAN MEDAC, solution à diluer pour perfusion ou de la solution reconstituée pour perfusion, laver immédiatement et soigneusement avec de l'eau et du savon.

En cas de contact des muqueuses avec IRINOTECAN MEDAC solution à diluer pour perfusion ou de la solution reconstituée pour perfusion, laver immédiatement avec de l'eau.

Préparation de la perfusion intraveineuse

Comme tous les autres médicaments injectables, la solution pour perfusion IRINOTECAN MEDAC doit être préparée en conditions aseptiques (voir rubrique 6.3).

En présence d'un précipité dans les flacons ou dans la solution diluée, le produit doit être éliminé conformément aux procédures habituelles d'élimination des agents cytotoxiques.

A l'aide d'une seringue graduée, prélever dans le flacon la quantité voulue de la solution à diluer pour perfusion IRINOTECAN MEDAC, en veillant à respecter les conditions d'asepsie, et l'injecter dans une poche ou un flacon de perfusion de 250 mL contenant soit une solution de chlorure de sodium à 0,9 %, soit une solution de glucose à 5 %. Mélanger ensuite soigneusement la solution à perfuser par rotation manuelle.

Élimination

Tout médicament non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur.

A usage unique exclusivement.

7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

MEDAC GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE SPEZIALPRÄPARATE MBH
THEATERSTR. 6
22880 WEDEL
ALLEMAGNE

8. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

- 34009 575 636 9 1 : flacon (verre brun) de 2 mL. Boîte de 1.
- 34009 575 637 5 2 : flacon (verre brun) de 5 mL. Boîte de 1.
- 34009 575 638 1 3 : flacon (verre brun) de 15 mL. Boîte de 1.
- 34009 550 339 9 8 : flacon (verre brun) de 25 mL. Boîte de 1.
- 34009 550 340 0 1 : flacon (verre brun) de 50 mL. Boîte de 1.

9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION

Date de première autorisation: 12 Août 2009

Date de renouvellement de l'autorisation: 12 Janvier 2018

10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE

05/2024

11. DOSIMETRIE

Sans objet.

12. INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DES RADIOPHARMACEUTIQUES

Sans objet.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE

Liste I

Médicament soumis à prescription hospitalière. Prescription réservée aux spécialistes en oncologie ou en hématologie ou aux médecins compétents en cancérologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.