

**ILARIS®**  
**CANAKINUMAB**

Solución inyectable

Venta Bajo Receta

Industria Suiza

**FORMULA**

Cada vial con solución inyectable de Ilaris® contiene:

Canakinumab..... 150 mg

Excipientes: Manitol 49,2 mg; L-Histidina/Clorhidrato de L-Histidina monohidrato 3,10 mg; Polisorbato 80 0,40 mg, Agua para inyectables c.s.p..... 1 ml.

**ACCION TERAPEUTICA**

Grupo farmacoterapéutico: inhibidores de la interleuquina; código ATC: L04AC08.

**INDICACIONES**

Ilaris® (canakinumab) es un inhibidor de la interleuquina 1 beta indicado para el tratamiento de los siguientes síndromes de fiebre periódica autoinflamatorios:

**Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS)**

Ilaris® está indicado en el tratamiento de adultos y niños de 2 años de edad en adelante que padecen síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), tales como:

- El síndrome autoinflamatorio familiar inducido por el frío (FCAS), o urticaria familiar inducida por el frío (FCU).
- El síndrome de Muckle-Wells (MWS).
- La enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal (NOMID), o síndrome neurocutáneo articular crónico de la infancia (CINCA).

**Síndrome Periódico Asociado al Receptor de Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS)**

Ilaris® está indicado para el tratamiento del Síndrome Periódico Asociado al Receptor del Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS) en adultos y en niños de 2 años en adelante.

## **Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato Quinasa (MKD)**

Ilaris® está indicado para el tratamiento del Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato Quinasa (MKD) en adultos y en niños de 2 años en adelante.

## **Fiebre Mediterránea Familiar (FMF)**

Ilaris® está indicado para el tratamiento de la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) en adultos y en niños de 2 años en adelante en los que la colchicina está contraindicada, no se tolera o no provee una respuesta adecuada a pesar de la administración de la dosis tolerable más elevada de colchicina.

Ilaris® se puede administrar en monoterapia o en combinación con colchicina.

Ilaris® también está indicado para el tratamiento de:

## **Enfermedad de Still**

Ilaris® está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Still activa incluyendo la Enfermedad de Still del Adulto (AOSD) y la Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (SJIA) en pacientes de 2 años de edad o mayores que no hayan respondido adecuadamente al tratamiento previo con Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs) y corticosteroides sistémicos. Ilaris® puede ser administrado en monoterapia o en combinación con metotrexato.

## **Artritis Gotosa**

Ilaris® está indicado en el tratamiento sintomático de pacientes con ataques frecuentes de artritis gotosa, en los cuales el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y colchicina está contraindicado, no son tolerados, o no proveen la respuesta adecuada, y para los cuales cursos repetidos de corticoesteroides no son apropiados. Ilaris® también ha demostrado reducir la frecuencia de ataques subsecuentes.

## **CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS/PROPIEDADES**

### **Modo de acción**

Canakinumab es un anticuerpo monoclonal humano, de isotipo IgG1/kappa, dirigido contra la interleuquina-1 beta (IL-1 $\beta$ ) anti-humana. Se une específicamente y con gran afinidad a la IL-1 $\beta$  humana y neutraliza su actividad biológica mediante el bloqueo de su interacción con los receptores de IL-1 $\beta$ , con lo cual impide la activación génica inducida por la IL-1 $\beta$  y la producción de mediadores inflamatorios como la interleuquina-6 o la ciclooxygenasa-2. Por consiguiente, el canakinumab es apto para tratar enfermedades y patologías caracterizadas por la hiperproducción local o sistémica de IL-1 $\beta$ .

### **Farmacodinamia**

La producción excesiva de IL-1 $\beta$  en las enfermedades inflamatorias puede causar una inflamación local o sistémica, un aumento de la producción de los marcadores inflamatorios proteína C-reactiva (PCR) o Amiloide A Sérico (AAS) y fiebre.

## CAPS

Los pacientes con CAPS con una hiperproducción no controlada de IL-1 $\beta$  (manifestada en forma de fiebre, fatiga, exantemas, artritis, leucocitosis intensa, trombocitosis y elevación de las proteínas de la fase aguda) responden rápidamente al canakinumab. Tras el tratamiento con canakinumab, las concentraciones de PCR y AAS, la leucocitosis y la trombocitosis se normalizan rápidamente.

## *Enfermedad de Still (AOSD y SJIA)*

La enfermedad de Still del adulto y la artritis idiopática juvenil sistémica son enfermedades graves autoinflamatorias producidas por el sistema inmune innato a través de citoquinas proinflamatorias, entre las que destaca la interleuquina 1 beta (IL-1 $\beta$ ).

Las manifestaciones características de AOSD y SJIA son fiebre, exantema, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, poliserositis y artritis. El tratamiento con canakinumab produce una mejora rápida y duradera de las manifestaciones articulares y sistémicas de la SJIA, acompañada de una reducción significativa del número de articulaciones inflamadas, la resolución rápida de la fiebre y una disminución de las proteínas de la fase aguda de la inflamación en la mayoría de los pacientes (Ver Estudios clínicos).

## *Artritis Gotosa*

Las crisis de artritis gotsa se originan por la activación de macrófagos residentes y por la sobreproducción concomitante de IL-1 $\beta$ , lo que da lugar a una respuesta inflamatoria aguda y dolorosa. La síntesis de IL-1 $\beta$  por parte de los macrófagos, desencadenada por la presencia de cristales de urato (urato monosódico monohidratado) en la articulación y los tejidos circundantes, activa el complejo «NALP3-inflamósoma». Otros activadores del sistema inmune innato, como los agonistas endógenos de receptores de tipo Toll, pueden contribuir a la activación de la transcripción del gen *IL1B* con la que se inician las crisis de gota. Tras el tratamiento con canakinumab, los marcadores inflamatorios «proteína C-reactiva» (PCR) o «Amiloide A Sérico» (AAS) y los signos de la inflamación aguda (p.ej., el dolor, la tumefacción y el rubor) desaparecen rápidamente en la articulación afectada.

## Farmacocinética

### *Absorción*

En pacientes adultos con CAPS la concentración sérica máxima ( $C_{\text{máx}}$ ) de canakinumab se registró aproximadamente 7 días después de la administración subcutánea de una dosis única de 150 mg. La vida media terminal fue de 26 días. Según los resultados de un análisis farmacocinético poblacional, que incluyó niños a partir de 2 años de edad, la biodisponibilidad absoluta estimada tras la administración subcutánea de canakinumab fue del 66%. Los parámetros que permiten valorar la exposición (como el AUC y la  $C_{\text{máx}}$ ) aumentan de forma proporcional a la dosis en la gama de dosis de entre 0,30 y 10,0 mg/kg, administradas como infusión intravenosa, o de entre 150 y 600 mg, administradas como inyección subcutánea.

### *Distribución*

Canakinumab se fija a la IL-1 $\beta$  sérica. El volumen de distribución ( $V_{\text{ss}}$ ) de canakinumab depende del peso corporal. Se ha estimado en 6,2 litros en los pacientes con CAPS que pesan 70 Kg, en 5,0 litros en un paciente con síndrome de fiebre periódica (TRAPS, HIDS/MKD,

FMF) que pesa 55 Kg y en 3,2 litros en un paciente con SJIA que pesan 33 Kg y en 7,9 litros en un paciente con gota de 93 Kg de peso. El cociente de acumulación previsto fue de 1,3, 1,6 y 1,1 veces tras 6 meses de administración subcutánea de 150 mg de canakinumab cada 8 semanas, de 4 mg/Kg de canakinumab cada 4 semanas y de 150 mg de canakinumab cada 12 semanas, respectivamente (Ver Posología, dosificación/modo de administración).

### *Eliminación*

El *Clearance* de canakinumab varió en función del peso corporal., y su valor estimado para un paciente de 70 Kg con CAPS fue de 0,17 L/día, en un paciente con síndrome de fiebre periódica (TRAPS, HIDS/MKD, FMF) que pesa 55 Kg fue de 0,14 L/día, para un paciente con SJIA de peso corporal 33 Kg fue de 0,11 L/día y el valor estimado para pacientes de 93 Kg con Artritis Gotosa fue 0.23 L. Después de considerar las diferencias de pesos corporales, no se observaron diferencias clínicamente significativas en las propiedades farmacocinéticas de canakinumab entre los pacientes con CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF, SJIA y con artritis gotosa. Tras la administración repetida no se observaron indicios de clearance acelerado ni cambios dependientes del tiempo en las propiedades farmacocinéticas de canakinumab. Después de corregir los datos en función del peso corporal no se observaron diferencias farmacocinéticas relacionadas con el sexo ni la edad.

### *Pacientes pediátricos (menores de 18 años)*

En pacientes pediátricos, las concentraciones máximas de canakinumab se registraron 2-7 días después de la administración subcutánea de una dosis única de 150 mg ó 2 mg/Kg de canakinumab en pacientes de 4 años de edad y mayores. La vida media terminal osciló entre 22,9-25,7 días, y las propiedades farmacocinéticas fueron similares a las observadas en los adultos.

Según el análisis del modelo de farmacocinética poblacional en CAPS, la farmacocinética de canakinumab en niños de 2 a <4 años de edad era similar a la de los pacientes de 4 años en adelante.

Un análisis farmacocinético adicional demostró que la farmacocinética de canakinumab en 6 pacientes con CAPS pediátricos menores de 2 años fue similar a la farmacocinética en pacientes de 2 años y mayores de 2 años de edad.

Las propiedades farmacocinéticas son similares en las poblaciones pediátricas con CAPS, síndromes de fiebre periódica (TRAPS, HIDS/MKD, FMF) y pacientes pediátricos con SJIA.

En la SJIA, los parámetros de exposición (como el AUC y la  $C_{máx}$ ) entre los grupos de 2 a <20 años de edad son comparables tras la administración subcutánea de 4 mg/Kg de canakinumab cada 4 semanas.

### *SJIA en adultos jóvenes y AOSD*

De acuerdo con el análisis del modelo farmacocinético poblacional, la farmacocinética de canakinumab en pacientes adultos jóvenes con SJIA de 16 a 20 años de edad fue similar a la de pacientes menores de 16 años de edad. Las exposiciones predecibles de canakinumab en estado estacionario al nivel de dosis de 4 mg/Kg (máximo 300 mg) en pacientes mayores de 20 años de edad fueron comparables a las observadas en pacientes con SJIA menores de 20 años de edad.

### *TRAPS, HIDS/MKD, FMF*

En los síndromes de fiebre periódica (TRAPS, HIDS/MKD, FMF), las concentraciones mínimas de los parámetros de exposición entre los grupos de 2 a < 18 años de edad fueron comparables tras la administración subcutánea de 2 mg/Kg de canakinumab (peso corporal ≤ 40 kg) o 150 mg (peso corporal > 40 kg) cada 4 semanas.

#### *Pacientes de edad avanzada (65 años de edad y mayores)*

No se observaron cambios en los parámetros farmacocinéticos basados en clearance o volúmenes de distribución entre pacientes geriátricos y pacientes adultos <65 años de edad.

### Estudios Clínicos

#### CAPS

Se ha demostrado la eficacia y la seguridad de Ilaris® en pacientes con diferentes fenotipos de CAPS (FCAS/FCU, MWS y NOMID/CINCA) y distintos grados de gravedad de la enfermedad.

En el estudio de Fase I/II, los efectos del tratamiento con Ilaris® se manifestaron de inmediato, produciendo la desaparición o una mejoría clínica significativa de los síntomas durante el primer día después de la administración. Los parámetros de laboratorio, tales como la PCR y el AAS elevados, la neutrofilia y la trombocitosis, se normalizaron rápidamente unos días después de la inyección de Ilaris®.

El estudio fundamental fue un estudio multicéntrico de 48 semanas de duración, dividido en tres partes: un periodo de 8 semanas de tratamiento sin ciego (parte I), un periodo de 24 semanas de retirada del tratamiento aleatorizada, con doble ciego y controlada con placebo (parte II), y un periodo de 16 semanas de tratamiento sin ciego (parte III). El objetivo del estudio consistió en evaluar la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad del Ilaris® en pacientes con CAPS.

- **Parte I:** en el 97% de los pacientes se observó una respuesta completa a Ilaris®, tanto clínica como de los biomarcadores (definida como una combinación de: la valoración global de la enfermedad autoinflamatoria y cutánea por parte del médico igual o inferior a mínima, y concentraciones de PCR o AAS inferiores a 10 mg/L), dentro de los 7 días tras el inicio del tratamiento. Se observaron mejorías significativas de la valoración clínica de la actividad autoinflamatoria de la enfermedad por parte del médico - valoración global de la actividad autoinflamatoria de la enfermedad, valoración de la actividad cutánea (erupción urticarial), de las artralgias, mialgias, cefaleas/migrañas, conjuntivitis y fatiga/malestar, valoración de otros síntomas conexos- y de la valoración de los síntomas por el paciente.
- **Parte II:** en el periodo de retirada del tratamiento del estudio fundamental, el criterio de valoración principal se definió como la recidiva/rebrote de la enfermedad. En ninguno (0%) de los pacientes asignados al tratamiento con Ilaris® se observó rebrote de la enfermedad, pero sí en el 81% de los asignados al tratamiento con placebo.
- **Parte III:** los pacientes tratados con placebo en la parte II que participaron en la fase de extensión del tratamiento con Ilaris® mostraron una mejoría significativa, tanto clínica como serológica, de la actividad de la enfermedad, similar a la de los pacientes tratados continuamente con Ilaris®.

Se llevaron a cabo dos estudios abiertos de fase III prolongados, y no comparativos. Uno de ellos era un estudio de la seguridad, la tolerabilidad y la eficacia de canakinumab en

pacientes con CAPS. La duración total del tratamiento estuvo comprendida entre 6 meses y 2 años. El otro estudio era un ensayo abierto con canakinumab para evaluar su eficacia y su seguridad en pacientes japoneses con CAPS durante 24 semanas, con una fase de extensión de hasta 48 semanas. El objetivo principal consistió en determinar la proporción de pacientes sin recaídas en la semana 24, incluidos aquellos en los que se había aumentado la dosis.

Según el análisis de los datos combinados de eficacia de estos dos estudios, el 65,6% de los pacientes que no habían sido tratados anteriormente con canakinumab lograron una respuesta completa con dosis de 150 mg o de 2 mg/Kg, mientras que el 85,2% de los pacientes la alcanzaron con cualquiera de las dosis. De los pacientes que recibieron dosis de 600 mg o de 8 mg/Kg (o incluso más altas), el 43,8% lograron una respuesta completa. La proporción de pacientes que lograron una respuesta completa fue más baja entre los que tenían entre 2 y <4 años (57,1%) que entre los pacientes pediátricos de más edad o los adultos. Del total de los pacientes que alcanzaron una respuesta completa, el 89,3% mantuvo la respuesta sin recaídas.

La experiencia adquirida en pacientes individuales que presentaron una respuesta completa tras elevar la dosis hasta 600 mg (8mg/Kg) cada ocho semanas indica que dosis más elevadas pueden ser beneficiosas en pacientes en los que no se alcance una respuesta completa o no se logre mantenerla con las dosis recomendadas (150 mg, ó 2 mg/Kg en pacientes de peso entre 15-40 Kg). Una dosis mayor fue administrada más frecuentemente a los pacientes en el grupo de edad de 2 a <4 años con síntomas de NOMID/CINCA comparados con FCAS o MWS.

### *Pacientes pediátricos*

En los ensayos clínicos sobre Ilaris® en CAPS participaron 80 pacientes pediátricos de 2-17 años. En general no se observaron diferencias clínicamente significativas de la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad de Ilaris® en los pacientes pediátricos en comparación con la población general de pacientes con CAPS (que consta de pacientes adultos y pediátricos, N=211). La mayoría de los pacientes pediátricos alcanzaron mejoría de los síntomas clínicos y de los marcadores de inflamación (p. ej., amiloide sérico A y PCR).

Se realizó un estudio abierto de 56 semanas para evaluar la eficiencia, seguridad y tolerabilidad de Ilaris® en pacientes CAPS ≤ 4 años de edad. Se evaluaron 17 pacientes (incluyendo 6 pacientes menores de 2 años de edad) utilizando dosis iniciales basadas en el peso de 2-8 mg/kg. El estudio también evaluó el efecto de canakinumab en el desarrollo de anticuerpos para vacunas infantiles estándares. No se observaron diferencias en la seguridad y eficiencia en pacientes menores de 2 años en comparación con pacientes de 2 años y mayores de 2 años de edad. Todos los pacientes que recibieron vacunas inactivadas (N=7), según estándar de cuidado para niños, desarrollaron niveles protectores de anticuerpos.

### **TRAPS, HIDS/MKD y FMF**

La eficacia y la seguridad de Ilaris® para el tratamiento de TRAPS, HIDS/MKD y FMF se demostró en un solo estudio fundamental de 4 partes (N2301) que incluyó tres cohortes independientes según la enfermedad y en el que participaron 185 pacientes >28 días de edad. En la Parte I, los pacientes mayores de 2 años de cada cohorte de enfermedad pasaron a un período de selección de 12 semanas durante el que se evaluó si se encontraban ante el inicio de la reagudización de la enfermedad. En la Parte II, los pacientes que presentaban un inicio de la reagudización fueron asignados aleatoriamente a dos grupos para un período de tratamiento de 16 semanas, con doble enmascaramiento y comparación con placebo, en el que los pacientes recibían cada 4 semanas 150 mg de Ilaris® (2 mg/Kg para los pacientes

≤40 Kg) por vía subcutánea o placebo según el grupo. Los pacientes que completaron 16 semanas de tratamiento, clasificados como respondedores al tratamiento, volvieron a ser asignados aleatoriamente a dos grupos para un período de retirada del medicamento con doble enmascaramiento de 24 semanas (Parte III) en el que, según el grupo al que se les hubiera asignado, recibían o bien 150 mg de Ilaris (2 mg/kg para los pacientes ≤40 Kg) por vía subcutánea o placebo cada 8 semanas. Todos los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris® (2 mg/Kg para los pacientes ≤40 Kg) cada 8 semanas que no presentaron una reagudización pasaron a un período abierto de extensión del tratamiento de 72 semanas (Parte IV), en el que recibieron 150 mg de Ilaris® (2 mg/Kg para los pacientes ≤40 Kg) cada 8 semanas. En los pacientes tratados con Ilaris® que presentaron una reagudización de la enfermedad se permitió que redujeran su intervalo de administración volviendo a los 150 mg cada 4 semanas, y posteriormente aumentaran gradualmente la dosis hasta 300 mg (4 mg/Kg para pacientes ≤40 Kg) cada 4 semanas en caso necesario. Los pacientes que, tras ser asignados al grupo del placebo para la Parte III en la segunda aleatorización, no presentaron una reagudización en dicha parte del estudio, pasaron a la Parte IV, pero no recibieron más tratamiento. Los pacientes que, tras ser asignados al grupo del placebo en la segunda aleatorización, presentaron una reagudización, pasaron al grupo de tratamiento sin enmascaramiento y recibieron 150 mg de Ilaris® (2 mg/Kg para los pacientes ≤40 Kg) cada 8 semanas.

En la Parte II, los pacientes tratados con Ilaris® cuya reagudización de la enfermedad no se resolvió o que presentaban una actividad persistente de la enfermedad desde el día 8 hasta el día 14 (VGM ≥2 o PCR >10 mg/L y sin una reducción de al menos un 40% desde el inicio) recibieron una dosis adicional de 150 mg (o 2 mg/Kg para pacientes ≤40 Kg). Los pacientes tratados con Ilaris® cuya reagudización de la enfermedad no se resolvió o que presentaban una actividad persistente de la enfermedad desde el día 15 hasta el día 28 (VGM ≥2 o PCR >10 mg/L sin una reducción de al menos un 70% desde el inicio) recibieron una dosis adicional de 150 mg (o 2 mg/Kg para pacientes ≤40 Kg). También se les aumentó la dosis gradualmente a los pacientes que recibían Ilaris® en la Parte II y presentaban VGM ≥2 y PCR ≥30 mg/l el día 29 o posteriormente. Todos los pacientes que precisaron un aumento de la dosis continuaron recibiendo la dosis más elevada de 300 mg (o 4 mg/Kg para pacientes ≤40 Kg) cada 4 semanas.

El criterio principal de valoración de la eficacia del período de tratamiento aleatorizado (Parte II) fue el porcentaje de los pacientes respondedores dentro de cada cohorte que el día 15 presentaron una resolución del índice de reagudización de la enfermedad, y que no experimentaron una nueva reagudización durante el resto de las 16 semanas de tratamiento. La resolución del índice de reagudización de la enfermedad se definió como tener una puntuación <2 en la valoración global por parte del médico (VGM) actividad mínima o ausencia de la enfermedad») y valores normales de PCR (≤10 mg/L) o una reducción ≥70% con respecto al inicio. Una nueva reagudización se definió como una puntuación en la VGM ≥2 («enfermedad leve, moderada o grave») y una PCR ≥30 mg/L. Los criterios secundarios de valoración, todos basados en los resultados en la semana 16 (fin de la Parte II), incluyeron el porcentaje de pacientes que alcanzaron una puntuación de la VGM <2, el porcentaje de pacientes con remisión serológica (definida como PCR ≤10 mg/L) y el porcentaje de pacientes con nivel de SAA normalizado (definido como SAA ≤10 mg/L).

En relación con el criterio principal de valoración de la eficacia, Ilaris® fue superior al placebo en las 3 cohortes de enfermedad en cuanto al porcentaje de pacientes en los que se resolvió la reagudización inicial de la enfermedad en el día 15 y que no presentaron ninguna otra reagudización durante el resto de las 16 semanas de tratamiento. Ilaris® también demostró una eficacia superior en comparación con el placebo en las 3 cohortes en cuanto

a los criterios secundarios de valoración de VGM <2 y PCR ≤10 mg/L. Un porcentaje más elevado de pacientes alcanzó una SAA normalizada (≤10 mg/L) en la semana 16 con el tratamiento de Ilaris® en comparación con el placebo en las 3 cohortes. Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes con TRAPS.

#### *Aumento de la dosis*

En un análisis exploratorio del criterio principal de valoración, el porcentaje de pacientes que presentaron respuesta en las 3 cohortes fue mayor si, en el primer mes, la dosis de los pacientes tratados con Ilaris® aumentaba hasta 300 mg (o 4 mg/Kg para pacientes ≤40 Kg de peso) cada 4 semanas.

#### *Evaluación Médica Global (PGA) de la mejora a través del tiempo.*

Se observaron mejoras rápidas y sostenidas en las puntuaciones PGA de actividad de la enfermedad en los pacientes asignados al azar para recibir tratamiento con Ilaris® 150 mg cada 4 semanas en las 3 cohortes de enfermedades. Una alta proporción de pacientes pasó de “moderado” o “grave” (PGA >2) a “sin” o actividad de la enfermedad “mínima” (PGA<2) tempranamente en el día 15, y esta respuesta se mantuvo hasta el final de la parte II.

#### *Puntuación del Índice de Actividad de Enfermedad Autoinflamatoria (AIDAI)*

La Puntuación AIDAI es un índice diario del paciente formada por los 12 componentes siguientes: fiebre, ≥38°C, síntomas generales, dolor abdominal; náusea/vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor en el pecho, nódulos dolorosos, artralgias o mialgias, hinchazón de las articulaciones, manifestaciones oculares y erupciones en la piel. En general, las reducciones en la puntuación media AIDAI se observaron en la semana 2 para los pacientes randomizados a Ilaris® 150 mg cada 4 semanas y continuaron hasta la semana 16 en las 3 cohortes de la enfermedad.

#### *Tiempo de resolución de la fiebre*

El tiempo medio de la primera resolución de la fiebre fue de 1 a 1,5 días más corto en pacientes asignados al azar de Ilaris® 150 mg cada 4 semanas, comparado con placebo, en las 3 cohortes de enfermedad.

#### *Mediciones de salud relacionadas a la calidad de vida*

##### *Cuestionario de Salud (SF-12)*

El cuestionario SF-12 consistió en 12 preguntas sobre 8 sub-escalas (función física, dolor, salud mental y general, vitalidad, función social, salud física y emocional). Las sub-escalas fueron agregadas para obtener una puntuación del resumen del componente-físico (PCS) y una puntuación del resumen del componente-mental (MCS) en pacientes de 18 años de edad y mayores. En general, incrementos en las puntuaciones media PCS y MCS se observaron en la semana 16 en las 3 cohortes de la enfermedad.

#### *Cuestionario de salud infantil- Formulario para padres 50 (CHQ-PF50)*

El CHQ-PF50 consiste en dos puntuaciones agregadas de resúmenes de puntuaciones de componentes físico y psicológico, que fue usado para analizar el impacto de TRAPS, HIDS/MKD y FMF en la calidad de vida de un niño desde la perspectiva de los padres. Los aumentos en ambas puntuaciones fueron observados a la semana 16 en pacientes HIDS/MKD y FMF. En los pacientes TRAPS se observó un incremento en el resumen de la puntuación del componente físico.

## TRAPS

En la cohorte de TRAPS ( $n=46$ ), el 45,5% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris® o 2 mg/Kg alcanzaron una respuesta completa frente al 8,3% de los pacientes que recibían placebo ( $p=0,005$ ). Para los criterios secundarios de valoración, el 45,5% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris® (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso) alcanzaron la VGM <2 («actividad de la enfermedad mínima o ausente») frente a un 4,2% de los pacientes que recibían placebo al final de la Parte II ( $p = 0,0028$ ). Un 36,4% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris® (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso) alcanzaron una remisión serológica (medida como PCR  $\leq 10$  mg/L) frente a un 8,3% de los pacientes que recibían placebo ( $p = 0,0149$ ). El tratamiento con Ilaris® normalizó los niveles de SAA (definidos como  $\leq 10$  mg/L) en un porcentaje significativamente mayor de los pacientes tratados con Ilaris® (27,3%) en comparación con los pacientes que recibían placebo (0%) ( $p = 0,0235$ ).

### *Aumento de la dosis*

El aumento de la dosis mejoró aún más el control de las reagudizaciones en los pacientes con TRAPS. Con el aumento de la dosis hasta 300 mg cada 4 semanas (o 4 mg/Kg) antes del día 29, el 72,7% de los pacientes con TRAPS tratados con Ilaris® resolvieron la reagudización inicial en el día 29 y no presentaron ninguna otra reagudización en 16 semanas.

### *Evaluación Médica Global (PGA) de la mejora a través del tiempo.*

La proporción de pacientes con TRAPS tratados con Ilaris® con actividad de la enfermedad grave o moderada disminuyó de 59,1 % (50% moderado y 9,1% grave) a 4,5% (solo moderada; 0% grave) a la semana 16. La proporción de pacientes con TRAPS tratados con Ilaris® con actividad de la enfermedad nula o mínima se incrementó de 0% a 81,8% (63,3% nula y 18,2% mínima) en la semana 16.

### *Puntuación del índice de actividad de enfermedad Auto-inflamatoria (AIDAI)*

Se observaron mejoras rápidas y sostenidas en la puntuación AIDAI en pacientes con TRAPS tratados con Ilaris®. Reducciones en la media basal de la puntuación AIDAI fueron observadas en la semana 2 y continuaron hasta la semana 16. El valor de mediana de AIDAI al inicio de 3,71 en pacientes con TRAPS tratados con Ilaris® disminuyó a 0,62 en la semana 16 (mediana del cambio -2,13).

### *Tiempo de resolución de la fiebre*

En los pacientes con TRAPS, el tiempo medio de la primera resolución de la fiebre fue de 2,0 días para pacientes recibiendo Ilaris® 150 mg cada 4 semanas comparado a 3,5 días para pacientes recibiendo placebo ( $p=0,0393$ ).

### *Cuestionario de Salud (SF-12)*

Se observaron incrementos en las puntuaciones SF-12 PCS y MCS luego de 16 semanas de tratamiento con Ilaris®. La puntuación media PCS se incrementó de 36,12 al inicio a 50,36 en la semana 16 y la puntuación media del MCS se incrementó de 40,20 al inicio a 49,22 al día 29, pero disminuyó a 43,25 a la semana 16.

### *Cuestionario de salud infantil- Formulario para padres 50 (CHQ-PF50)*

En los pacientes con TRAPS aleatorizados tratados con Ilaris®, la puntuación media del resumen del componente físico se incrementó de 30,8 al inicio a 49,2 al final de la semana 16. La puntuación media del resumen del componente psicológico disminuyó del 48,6 al inicio a 48,2 al final de la semana 16.

### **HIDS/MKD**

En la cohorte de HIDS/MKD ( $n=72$ ), el 35,1% de los pacientes tratados con 150 mg o 2 mg/Kg de Ilaris® alcanzaron una respuesta completa frente al 5,7% de los pacientes que recibían placebo ( $p=0,0020$ ). En cuanto a los criterios secundarios de valoración, al final de la Parte II el 46,0% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso) alcanzaron la VGM <2 («actividad de la enfermedad mínima o ausente») frente a un 5,7% de los pacientes que recibían placebo ( $p = 0,0006$ ). Un 40,5% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso) alcanzaron una remisión serológica (medida como PCR  $\leq 10$  mg/L) frente a un 5,7% de los pacientes que recibían placebo ( $p = 0,0010$ ). El tratamiento con Ilaris® normalizó los niveles de AAS (definidos como  $\leq 10$  mg/L) en un porcentaje significativamente mayor de los pacientes tratados con Ilaris® (13,5%) que de los pacientes que recibían placebo (2,9%) ( $p = 0,0778$ ).

### *Aumento de la dosis*

El aumento de la dosis mejoró aún más el control de las reagudizaciones en los pacientes con HIDS/MKD. Con el aumento de la dosis hasta 300 mg cada 4 semanas (o 4 mg/Kg) antes del día 29, el porcentaje de pacientes con HIDS/MKD tratados con Ilaris® que resolvieron la reagudización inicial en el día 29 y no presentaron ninguna otra reagudización en 16 semanas aumentó hasta el 56,8%.

### *Evaluación Médica Global (PGA) de la mejora a través del tiempo.*

La proporción de pacientes con HIDS/MKD tratados con Ilaris® con actividad de la enfermedad grave o moderada disminuyó de 73% (59,5% moderado y 13,5% grave) a 2,7% (solo moderada; 0% grave) en la semana 16. La proporción de pacientes con HIDS/MKD tratados con Ilaris® con actividad de la enfermedad nula o mínima se incrementó de 0% a 91,9% (67,6% nula y 24,3% mínima) en la semana 16.

### *Puntuación del índice de actividad de enfermedad Auto-inflamatoria (AIDAI)*

Se observaron mejoras rápidas y sostenidas en la puntuación AIDAI en pacientes con HIDS/MKD tratados con Ilaris®. Reducciones en la media basal de la puntuación AIDAI

fueron observadas en la semana 2 y continuaron hasta la semana 16. La puntuación de 2,63 en la media basal AIDAI se redujo a una puntuación media de 0,40 (cambio en la media de -1,55) a la semana 16.

### *Tiempo de resolución de la fiebre*

En los pacientes con HIDS/MKD, el tiempo medio de la primera resolución de la fiebre fue de 2,0 días para pacientes recibiendo Ilaris® 150 mg cada 4 semanas comparado con 3,5 días en pacientes recibiendo placebo ( $p=0,0006$ ).

### *Cuestionario de Salud SF-12*

Se observaron incrementos en las puntuaciones SF-12 PCS y MCS en pacientes con HIDS/MKD luego de la semana 16 de tratamiento con Ilaris. La puntuación media de PCS se incrementó de 30,57 al inicio a 50,02 en la semana 16 y la puntuación media de MCS se incrementó de 46,03 al inicio a 50,06 al día 29, pero disminuyó a 48,08 a la semana 16.

### *Cuestionario de salud infantil- Formulario para padres 50 (CHQ-PF50)*

En los pacientes con HIDS/MKD aleatorizados tratados con Ilaris®, la puntuación del resumen del componente físico se incrementó de 23,6 al inicio a 35,3 al final de la semana 16. La puntuación media del resumen del componente psicológico también se incrementó del 45,0 al inicio a 46,8 al final de la semana 16.

### *Pacientes pediátricos*

Dos pacientes con HIDS/MKD no aleatorizados de entre 28 días y 2 años de edad fueron incluidos en el estudio y recibieron canakinumab. Un paciente obtuvo una resolución de la reagudización inicial el día 15 luego de recibir una única dosis de canakinumab 2 mg/kg, pero discontinuo el tratamiento luego de la primera dosis debido a reacciones adversas serias (pancitopenia y falla hepática). Este paciente presento al ingresar al estudio un antecedente de púrpura trombocitopénica inmune y una condición médica activa de función hepática anormal.

El segundo paciente recibió una dosis de inicio de canakinumab 2 mg/kg, una dosis adicional de 2 mg/kg a la semana 3, y fue incrementada a la semana 5 para recibir una dosis de 4 mg/kg administrado cada 4 semanas hasta el final de la Parte II (semana 16) del estudio. Se alcanzó la resolución de la reagudización de la enfermedad a la semana 5 y el paciente no experimentó ninguna nueva reagudización hacia el final de la Parte II.

Este paciente también alcanzó todos los criterios secundarios de valoración al final de la Parte II.

### **FMF**

En la cohorte de FMF ( $n=46$ ), el 61,3% de los pacientes tratados con 150 mg o 2 mg/Kg de Ilaris® alcanzaron una respuesta completa frente al 6,3% de los pacientes que recibían placebo ( $p=0,0001$ ). En cuanto a los criterios secundarios de valoración, el 64,5% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris® (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso) alcanzaron la VGM <2 («actividad de la enfermedad mínima o ausente frente a un 9,4% de los pacientes que recibían placebo al final de la Parte II ( $p < 0,0001$ ). Un 67,7% de los pacientes tratados con 150 mg de Ilaris (o 2 mg/Kg para pacientes  $\leq 40$  Kg de peso)

alcanzaron una remisión serológica (medida como PCR  $\leq 10$  mg/L) frente a un 6,3% de los pacientes que recibían placebo ( $p <0,0001$ ). El tratamiento con Ilaris normalizó los niveles de AAS (definidos como  $\leq 10$  mg/L) en una proporción significativamente mayor de los pacientes tratados con Ilaris (25,8%) que de los pacientes que recibían placebo (0%) ( $p = 0,0286$ ).

#### *Aumento de la dosis*

El aumento de la dosis mejoró aún más el control de las reagudizaciones en los pacientes con FMF. Con el aumento de la dosis hasta 300 mg cada 4 semanas (o 4 mg/Kg) antes del día 29, el porcentaje de pacientes con FMF tratados con Ilaris que resolvieron la reagudización inicial en el día 29, y no presentaron ninguna otra reagudización en 16 semanas, aumentó hasta el 71,0%.

#### *Evaluación Médica Global (PGA) de la mejora a través del tiempo.*

La proporción de pacientes con FMF tratados con Ilaris® con actividad de la enfermedad grave o moderada disminuyó de 90,3 % (54,8% moderado y 35,5% grave) a 3,2% (solo moderada; 0% grave) en la semana 16. La proporción de pacientes tratados con Ilaris® para FMF con actividad de la enfermedad nula o mínima se incrementó de 0% a 93,6% (74,2% nula y 19,4% mínima) a la semana 16.

#### *Puntuación del índice de actividad de enfermedad Auto-inflamatoria (AIDAI)*

Se observaron mejoras rápidas y sostenidas en la puntuación AIDAI en pacientes tratados con Ilaris® para FMF. Reducciones en la media basal de la puntuación AIDAI fueron observadas en la semana 2 y continuaron a través de la semana 16. La puntuación de 2,38 en la media basal AIDAI se redujo a una puntuación media de 0,43 (cambio en la media de -1,71) a la semana 16.

#### *Tiempo de resolución de la fiebre*

En pacientes con FMF, el tiempo medio de la primera resolución de la fiebre fue de 2,0 días para pacientes recibiendo Ilaris 150 mg cada 4 semanas comparado a 3,5 días en pacientes recibiendo placebo ( $p=0,0589$ ).

#### *Cuestionario de Salud (SF-12)*

Se observaron incrementos en las puntuaciones SF-12 PCS y MCS de pacientes con FMF 16 semanas de tratamiento con Ilaris®. La puntuación media de PCS se incrementó de 38,74 al inicio a 47,76 en la semana 16 y la puntuación media de MCS se incrementó de 40,27 al inicio a 48,95 al día 29, y 49,21 a la semana 16.

#### *Cuestionario de salud infantil- Formulario para padres 50 (CHQ-PF50)*

En los pacientes con FMF aleatorizados tratados con Ilaris®, la puntuación del resumen del componente físico se incrementó de 24,48 al inicio a 43,1 al final de la semana 16. La puntuación media del resumen del componente psicológico también se incrementó del 41,2 al inicio a 45,7 al final de la semana 16.

## ENFERMEDAD DE STILL

### Artritis Idiopática Juvenil de Inicio Sistémico (SJIA)

La eficacia de Ilaris® como tratamiento de la SJIA activa se evaluó en dos estudios fundamentales de Fase III (G2305 y G2301). Participaron en dichos estudios pacientes de entre 2 y <20 años de edad (edad media al inicio: 8,5 años) con diagnóstico confirmado de SJIA al menos dos meses antes de su enrolamiento en el estudio (duración media de la enfermedad al inicio: 3,5 años). Los pacientes padecían de enfermedad activa definida como ≥2 articulaciones con artritis activa (número medio de articulaciones activas al inicio: 15,4), fiebre intermitente en picos (temperatura corporal >38°C) documentada durante por lo menos 1 día en la semana anterior a la administración del medicamento de estudio, y PCR >30 mg/L (intervalo normal de valores <10 mg/L) (PCR media al inicio: 200,5 mg/L). Se dejó que los pacientes continuaran recibiendo su dosis estable de metotrexato, corticoesteroide o AINE como antes, salvo cuando se evaluó la disminución progresiva de la dosis de corticoesteroide según el diseño del estudio G2301 (Ver a continuación).

#### *Estudio G2305*

El estudio G2305 fue un ensayo clínico aleatorizado, con doble ciego, comparado con placebo, de administración de dosis única y de 4 semanas de duración, en el que se evaluó la eficacia a corto plazo de Ilaris® en 84 pacientes aleatorizados para recibir una dosis subcutánea única de 4 mg/kg de Ilaris® o el placebo (43 pacientes recibieron Ilaris® y 41 pacientes, el placebo). El objetivo principal del estudio fue demostrar la superioridad de Ilaris® con respecto al placebo en la proporción de pacientes que obtenían como mínimo una mejora del 30% en los criterios de respuesta terapéutica del *American College of Rheumatology* (ACR) adaptados a la población pediátrica, que incluían tanto los criterios básicos de respuesta pediátrica del ACR (ACR30) como la ausencia de fiebre (temperatura ≤38°C en los 7 días precedentes) al día 15. Además, se evaluó la «enfermedad inactiva» (definida como la «ausencia de artritis activa, de fiebre, de exantema, de serositis y de hepatomegalia o linfadenopatía atribuibles a la SJIA; PCR normal; y una evaluación global del médico que indique la ausencia de actividad de la enfermedad»).

Las respuestas ACR pediátricas se definen como la mejora porcentual (del 30%, 50%, 70%, 90% y del 100%), con respecto al inicio, en 3 de cualquiera de las 6 criterios de respuesta principales, con un agravamiento ≥30% en no más de uno de los criterios restantes. Entre los criterios de respuesta principales figuraban una evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del médico, una evaluación global del bienestar por parte del paciente o de sus padres, el número de articulaciones con artritis activa, el número de articulaciones con amplitud limitada de movimiento, la PCR y la capacidad funcional (Cuestionario de evaluación de la salud infantil o CHAQ).

Se satisficieron todos los criterios de valoración principales y secundarios. En la Tabla 1 se indica el porcentaje de pacientes que cumplían los criterios de respuesta ACR pediátrica y de enfermedad inactiva.

**Tabla 1** Respuesta ACR pediátrica y estado de la enfermedad a los 15 y 29 días

	Día 15		Día 29	
	Ilaris® N=43	Placebo N=41	Ilaris® N=43	Placebo N=41
ACR30	84%	10%	81%	10%
ACR50	67%	5%	79%	5%
ACR70	61%	2%	67%	2%
ACR90	42%	0%	47%	2%
ACR100	33%	0%	33%	2%
Enfermedad inactiva	33%	0%	30%	0%

*La diferencia entre tratamientos fue de  $p \leq 0,0001$  en todas las puntuaciones del ACR; no se dispone de este dato en el caso de la enfermedad inactiva.*

A los 15 y 29 días, el tratamiento con Ilaris® mejoró los valores de los criterios de respuesta principales del ACR pediátrico en comparación con el placebo (Tabla 2). Ninguno de los pacientes tratados con Ilaris® tenía fiebre al tercer día (día 3), pero el 86,8% de los pacientes tratados con placebo la padecían ( $p=0,0098$ ).

**Tabla 2** Valor mediano (mediana de la diferencia porcentual con respecto al inicio) en los criterios de respuesta principales del ACR pediátrico y del dolor al cabo de 15 y 29 días

Criterio de respuesta pediátrica del ACR	Al inicio		Día 15		Día 29	
	Ilaris N=43	Placebo N=41	Ilaris N=43	Placebo N=25	Ilaris N=38*	Placebo N=7
Articulaciones con artritis activa	10	7	2 (-67%)	9 (0%)	1 (-86%)	4 (-32%)
Articulaciones con amplitud limitada de movimiento	8	6	2 (-73%)	8 (0%)	2 (-83%)	2 (-33%)
PCR (mg/l)	141	137	10 (-91%)	99 (5%)	12 (-91%)	81 (-13%)
Puntuación de discapacidad del CHAQ	1,63	1,50	0,63 (-68%)	1,63 (-11%)	0,19 (-85%)	1,5 (20%)
Evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del médico, EAV (mm)	67	66	20 (-69%)	56 (-5%)	11 (-83%)	28 (-38%)
Evaluación global del bienestar general por parte del paciente o de sus padres, EAV (mm)	63	61	15 (-73%)	65 (1%)	7 (-91%)	60 (-17%)
Puntuación del dolor del paciente, EAV (mm)	73	67	8 (-87%)	66 (15%)	7 (-89%)	56 (-12%)

EAV – Escala Visual Analógica (0-100 mm).

*Un valor negativo significa que hubo mejoría con respecto al inicio.*

*\*Se han tomado en cuenta únicamente los pacientes de los que se disponía de valores iniciales y de los valores de los días 15 y 29.*

### Estudio G2301

El estudio G2301 fue un estudio de retiro randomizado, con doble ciego y comparado con placebo, de la prevención de las reagudizaciones con Ilaris® en pacientes con SJIA activa. El estudio se dividió en dos partes con sendos criterios de valoración principales independientes. Participaron en el estudio 177 pacientes que, en la Parte I, recibieron 4 mg

de Ilaris®/Kg por vía subcutánea (s.c.) cada 4 semanas y, en la Parte II, 4 mg de Ilaris®/Kg por vía subcutánea (s.c.) cada 4 semanas o el placebo cada 4 semanas.

#### *Disminución progresiva de la dosis de corticoesteroide*

La Parte I (del estudio G2301) tuvo un diseño abierto para determinar si Ilaris® permitía disminuir progresivamente la dosis de corticoesteroide en al menos el 25% de los pacientes que, en el momento de su ingreso en el estudio, utilizaban un corticoesteroide. El criterio principal de valoración de la Parte I fue satisfactorio. De los 128 pacientes que a su ingreso en el estudio tomaban corticoesteroideos, 57 (el 45%) lograron disminuir progresivamente la dosis de corticoesteroide ( $p<0,0001$ ) y 42 (el 33%) suspendieron definitivamente su tratamiento corticoesteroideo. De los 92 pacientes que intentaron disminuir progresivamente la dosis de corticoesteroide, 57 (el 62%) lo lograron, 42 (el 46%) suspendieron definitivamente el tratamiento corticoesteroideo y 24 (el 26%) de los pacientes que siguieron tomando corticoesteroideos redujeron la dosis del mismo a  $\leq 0,2$  mg/Kg/día (expresada en equivalentes de prednisona). En los pacientes que lograron reducir progresivamente la dosis de corticoesteroide, la dosis media inicial de corticoesteroide de 0,34 mg/Kg/día (expresada en equivalentes de prednisona) se redujo a 0,05 mg/kg/día, lo cual representa una reducción media del 90%. De los pacientes que intentaron reducir la dosis de corticoesteroide tras ingresar en el estudio con una dosis equivalente de prednisona  $\geq 0,5$  mg/Kg/día ( $N=28$ ), 15 (el 54%) redujeron la dosis en por lo menos 0,3 mg/kg, dando por resultado una dosis equivalente de prednisona de  $\leq 0,5$  mg/Kg/día, de los cuales 7 (el 25%) suspendieron definitivamente el tratamiento corticoesteroideo.

#### *Tiempo transcurrido hasta la reagudización*

La Parte II (del estudio G2301) tuvo un diseño de retiro para demostrar que el tiempo transcurrido hasta la reagudización era mayor con Ilaris® que con el placebo. El criterio principal de valoración de la Parte II se satisfizo. La probabilidad de padecer una reagudización en la Parte II fue estadísticamente menor con Ilaris® que con el placebo.

El tiempo mediano transcurrido hasta la reagudización fue de 236 días con el placebo y no pudo determinarse en el grupo de Ilaris® debido a que menos del 50% de los pacientes tratados con Ilaris® padecieron una reagudización durante el período de observación (máximo de >80 semanas). Ello significa que los pacientes del grupo de Ilaris® presentaban una reducción estadísticamente significativa del 64% del riesgo relativo de padecer una reagudización en comparación con los del grupo del placebo (cociente de riesgos instantáneos de 0,36; IC del 95%: 0,17 a 0,75;  $p=0,0032$ ).

#### *Respuesta ACR pediátrica adaptada y componentes principales de ACR pediátrico*

Las mejoras observadas en las respuestas ACR pediátricas y en cada uno de los *componentes principales de ACR pediátrico* durante el estudio G2305 (Tablas 1 y 2) también se observaron en la Parte I del estudio abierto G2301 en la que se administró Ilaris®.

Casi todos los pacientes tratados con Ilaris® (139/141, el 98,6%) no tuvieron fiebre al tercer día (día 3).

En 46 de los 120 pacientes (el 38,3%) que ingresaron al estudio con cifras bajas de hemoglobina, la cifra había aumentado hasta un valor normal en la última consulta de la Parte I del estudio.

#### *Calidad de vida y otros criterios relacionados con la salud en los estudios G2305 y G2301*

El tratamiento con Ilaris® produjo mejoras rápidas, duraderas y clínicamente importantes en la calidad de vida y el desempeño diario de los pacientes.

En el estudio G2305, se observó una mejora estadísticamente significativa con respecto al inicio en la puntuación del CHAQ en los pacientes tratados con Ilaris® en comparación con el placebo ( $p=0,0002$ ), con una diferencia estimada de medias minimocuadráticas entre los grupos terapéuticos de -0,69, que es 3,6 veces mayor que la diferencia mínima clínicamente importante de -0,19. También se observaron mejoras estadísticamente significativas con Ilaris® en la puntuación de la salud física del CHQ-PF50 y en la puntuación de la salud psicosocial del CHQ-PF50, con una diferencia estimada de medias calculadas por cuadrados mínimos entre los grupos de Ilaris® y del placebo de 12,1 ( $p=0,0012$ ) y 7,3 ( $p=0,0017$ ), respectivamente.

En la Parte I (de administración de Ilaris®) del estudio G2301 abierto se observaron mejoras similares en la puntuación del CHAQ y en cada una de las puntuaciones de la salud del Cuestionario de Salud Infantil de 50 ítems (CHQ-PF50). Desde el inicio hasta el final de la Parte I del estudio G2301 se obtuvo una mejora mediana de -0,88 (-79%) en la puntuación del CHAQ, de 21,8 (+74%) en la puntuación de la salud física del CHQ-PF50 y de 8,2 (+22%) en la puntuación de la salud psicosocial del CHQ-PF50.

#### *Datos de las primeras 12 semanas de tratamiento del conjunto de estudios*

Se agruparon los datos obtenidos durante las primeras 12 semanas de tratamiento con Ilaris® en los estudios G2305 y G2301 y en los estudios de extensión a fin de evaluar si la eficacia se mantenía. Se eligió un período de 12 semanas para minimizar cualquier efecto de reducción progresiva de la dosis de corticoesteroide y excluir la Parte II (de retiro aleatorizado) del estudio G2301. Tales datos revelaron que las mejoras observadas en las respuestas ACR pediátricas y en cada uno de los *componentes principales de ACR pediátrico* eran similares a las que se observaron en los estudios individuales (Tabla 3). Los datos de eficacia resultaron consistentes entre grupos de diferente edad (2-<20 años), género, duración de la enfermedad, dosis inicial de corticoesteroide y exposición previa a otras sustancias terapéuticas, como los anticuerpos monoclonales anti-IL-1ra o anti-IL-6r.

**Tabla 3** **Respuesta ACR pediátrica adaptada y valor mediano (mediana de la diferencia porcentual con respecto al inicio) en los componentes principales de ACR pediátrico al cabo de 12 semanas de tratamiento con Ilaris® (datos conjuntos)**

Criterios de respuesta ACR pediátrica adaptada Ilaris (N=178)	Componentes principales de ACR pediátrico	Al inicio Ilaris (N=178)	12 Semanas Ilaris (N=134)*
--	---	-----------------------------	-------------------------------

ACR30	70%	Articulaciones con artritis activa	10	0 (-100%)
ACR50	69%	Articulaciones con amplitud limitada de movimiento	9	1 (-86%)
ACR70	61%	Proteína C-reactiva (mg/l)	158	10 (-94%)
ACR90	49%	Puntuación de discapacidad del CHAQ	1,75	0,25 (-85%)
ACR100	30%	Evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del médico, EAV (mm)	70	3 (-96%)
Enfermedad inactiva	28%	Evaluación global del bienestar general por parte del paciente o de sus padres, EAV (mm)	63	5 (-92%)

EAV – Escala Visual Analógica (0-100 mm).

Un valor negativo significa que hubo mejoría con respecto al inicio.

\*Se han tomado en cuenta únicamente los pacientes de los que se disponía de valores iniciales y de los valores de la semana 12.

### *Datos de uso a largo plazo*

Ciento cuarenta y siete (147) pacientes participaron en el ensayo abierto de extensión a largo plazo y recibieron 4 mg de canakinumab (Ilaris®) /Kg administrados cada 4 semanas. A los pacientes que respondían bien y que no necesitaban corticoesteroides simultáneos se les permitió reducir la dosis de Ilaris® a 2 mg/Kg administrados cada 4 semanas.

En el momento en que se obtuvieron los resultados interinos, 26 pacientes habían recibido al menos tres dosis consecutivas de 2 mg/kg (mediana de 9 dosis) durante una mediana de 224 días de exposición a la dosis reducida. Durante el período de administración de la dosis reducida los 26 pacientes mostraron una respuesta ACR 100 pediátrica.

Los resultados interinos de 49 semanas de seguimiento (mediana de duración) indicaron que, de los 40 pacientes (el 27%) que ingresaron en el estudio como «no respondedores» (<ACR30 pediátrico), el 58% (23/40) fueron capaces de alcanzar y mantener una respuesta pediátrica mínima (ACR30). De los 107 pacientes restantes (el 73%) que ingresaron en el estudio como «respondedores» ( $\geq$ ACR30 pediátrico), el 94% (101/107) seguían respondiendo y el 6% (6/107) habían dejado de responder (<ACR30 pediátrico) en el momento en que se efectuó el análisis interino. En setenta y seis (el 52%) de los 147 pacientes que ingresaron en el estudio la enfermedad era inactiva en el momento en que se realizó el análisis interino. Además, el 43% (17/40) de los pacientes del estudio G2301 que no habían logrado progresivamente la dosis de corticoesteroide pudieron hacerlo en este estudio, y diez de ellos (10/40, el 25%) lograron suspender definitivamente su tratamiento corticoesteroideo.

### *Enfermedad de Still en inicio de edad adulta (AOSD)*

La eficacia de ILARIS 4 mg/kg (hasta un máximo de 300 mg) administrado cada 4 semanas en un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en 36 pacientes con AOSD (de 22 a 70 años) fue comparable a la observada en pacientes con AIJS. En el estudio GDE01T, una mayor proporción de pacientes con AOSD tratados con Ilaris® (12/18, 66,7 %) en comparación con el placebo (7/17, 41,2 %) demostraron una mejora desde el inicio en la actividad de la enfermedad en la Semana 12, medida por la Puntuación de actividad de la enfermedad 28 Mejora de la tasa de sedimentación de eritrocitos (DAS28-ESR) de >

1,2, aunque no se demostró significación estadística ( $p = 0,1202$ ). En la Semana 4, 7 de 18 pacientes (38,9 %) tratados con Ilaris® ya habían logrado la remisión de DAS28-ESR frente a 2 de 17 pacientes (11,8 %) tratados con placebo. Estos datos son consistentes con los resultados del análisis agrupado de 418 pacientes con SJIA, el cual mostró que la eficacia de Ilaris® en un subgrupo de pacientes de 16 a 20 años de edad (n=34) fue consistente con la eficacia observada en pacientes menores de 16 años de edad (n=384).

## ARTRITIS GOTOSA

En dos estudios idénticos, multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, comparado con tratamiento activo, se demostró la eficacia de Ilaris® para el tratamiento del ataque agudo de artritis gótica en pacientes con ataques de gota frecuentes (por lo menos tres ataques en el año anterior). Los estudios principales tuvieron 12 semanas de duración, seguidos de extensiones doble ciego de 12 semanas adicionales. Los pacientes que se enrolaron en estos estudios habían tenido evidencia de contraindicación, o intolerancia, o falta de eficacia con los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o colchicina. Pacientes adultos (18 a 85 años de edad) fueron aleatorizados dentro de 5 días del inicio de un ataque agudo y era requerido que tuvieran una intensidad de dolor base en la articulación más afectada de  $\geq 50$  mm en la escala visual analógica (EAV 0 a 100 mm). Un total de 225 pacientes fueron tratados con 150 mg de Ilaris® por vía subcutánea y 229 pacientes fueron tratados con 40 mg de triamcinolona acetónico al comienzo del estudio, y luego de experimentar un nuevo ataque.

Más del 85% de los pacientes tuvieron al menos una comorbilidad reportada por el investigador, incluyendo hipertensión (60%), obesidad (53%), diabetes (15%), enfermedad cardíaca isquémica (12%). El veinticinco por ciento de los pacientes habían tenido enfermedad renal crónica (etapa  $\geq 3$ ), basado en filtrado glomerular estimado eGFR.

El tratamiento concomitante con allopurinol u otras terapias de descenso de uratos (TDUs) fueron reportados por el 42% de pacientes al comienzo.

La mayoría de los pacientes (73%) informaron entre 3 a 6 ataques en el año anterior al comienzo del estudio y el resto informó 7 a más ataques. Aproximadamente un tercio de los pacientes reportaron [76 en el grupo de Ilaris® (33,8) y 84 en el grupo de triamcinolona acetónico (36,7%)] que tenían incapacidad (intolerancia, contraindicación o falta de respuesta) para usar AINEs y colchicina. El resto tuvo intolerancia, contraindicación o falta de respuesta tanto para AINEs o para colchicina.

En ambos estudios, los puntos de corte co-primarios fueron: i) la evaluación del paciente sobre la intensidad del dolor en la articulación más afectada medido en una escala EAV (Escala analógica visual) de 0 a 100 mm y ii) el tiempo hasta el primer ataque de artritis gótica. Los estudios fueron designados para determinar si 150 mg de Ilaris® es superior a 40 mg de triamcinolona acetónico para ambos puntos de corte co-primarios.

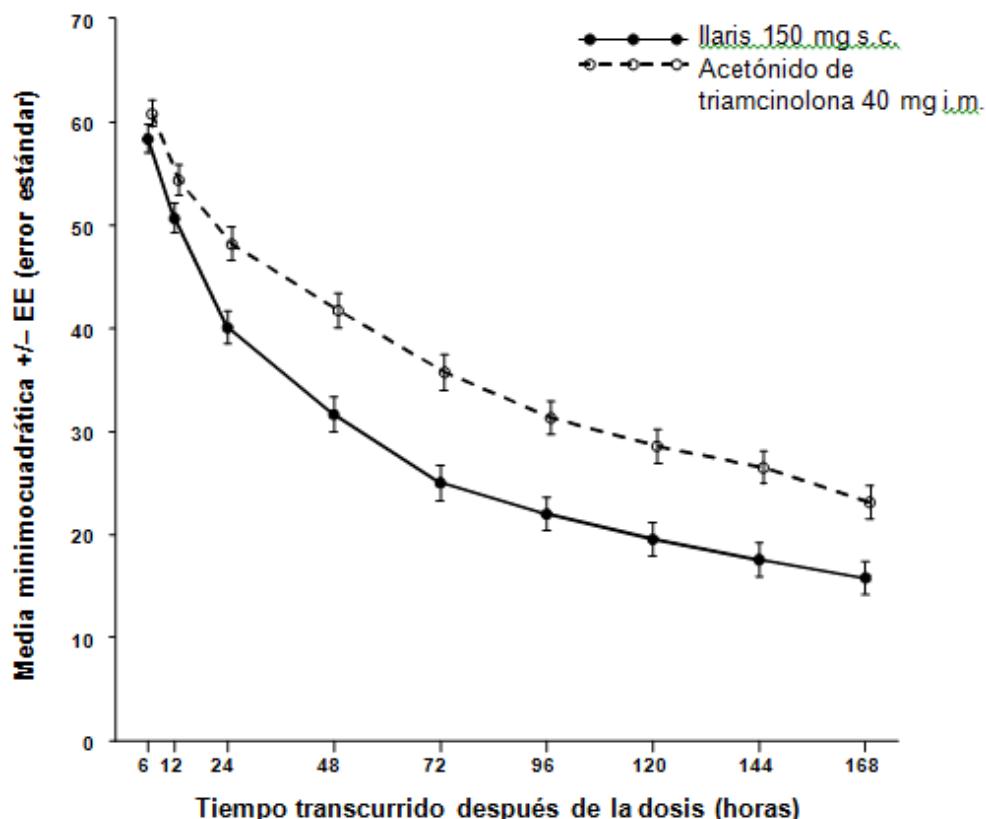
La intensidad del dolor, medido de 0 a 100 mm EAV, fue estadísticamente significativa más baja para el grupo con Ilaris® 150 mg comparado con el grupo con triamcinolona acetónico a las 72hs post-dosis (-10.7 mm,  $p<0.0001$ , en el conjunto de resultados del estudio en el estudio de datos conjuntos) con un descenso en la media absoluta en el puntaje EAV de aproximadamente -50mm. La figura 1 muestra los resultados en la intensidad del dolor (0 a 100 mm EAV), según los tiempos y grupo de tratamiento (valor al inicio 74 mm en ambos grupos). Se observó la reducción del dolor tan pronto como 6 hs después de la administración de la dosis en ambos grupos de tratamiento. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos de 24 horas a siete días.

En el punto de corte de 72 horas en el estudio primario, aproximadamente el 60 al 80% de los pacientes en el grupo con Ilaris® tuvo al menos un 50% de reducción en el valor basal

del dolor según EAV comparado con el 45% al 60% de los pacientes en el grupo con triamcinolona acetónico.

Se asoció la reducción de la intensidad del dolor con mejoras del eritema, hinchazón, sensibilidad, y el rango de motilidad en ambos grupos de tratamiento.

**Figura 1** Intensidad del dolor en artritis gotosa (0-100 mm EAV) (en el conjunto de resultados de los estudios H2356 y H2357 como pre-definidos)

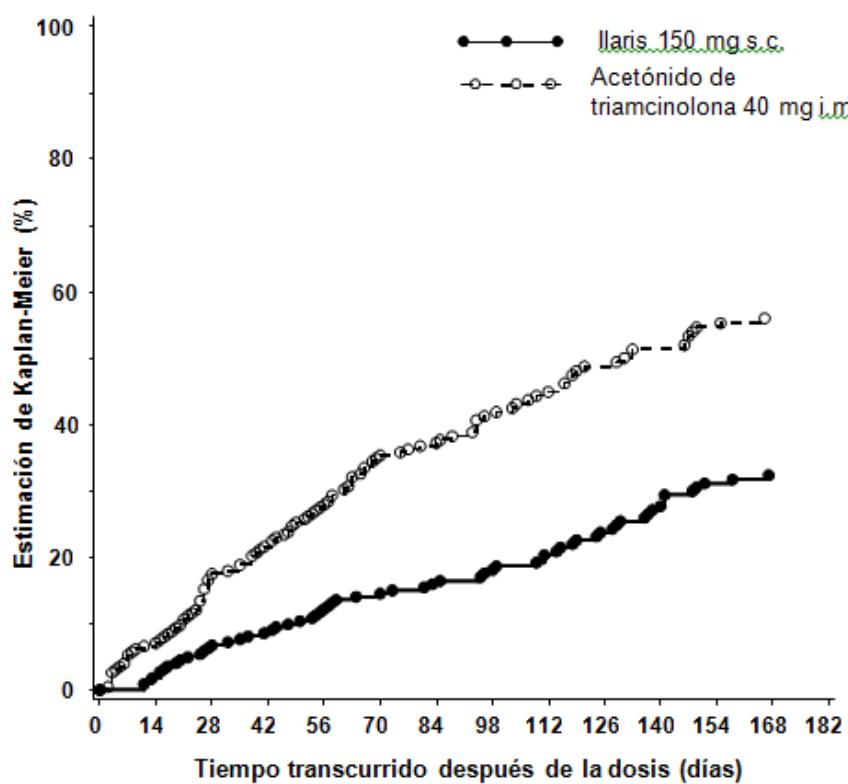


#### *Tiempo hasta el primer nuevo ataque*

El tiempo para el análisis de eventos para el primer nuevo ataque tanto en el período inicial de 12 semanas como la posterior extensión de 12 semanas (24 semanas totales) demostró una eficacia sostenida con una reducción significativa (62% para el período inicial de 12 semanas y 56% para todo el período de 24 semanas) en el riesgo de sufrir un nuevo ataque durante el tratamiento con Ilaris® en comparación con triamcinolona acetónico, con una tasa de riesgo de 0.38 [p<0.0001 ; 95% CI 0.26-0.56] y 0.44 [p<0.0001 ; 95% CI 0.32-0.60] para 12 y 24 semanas respectivamente.

La incidencia de pacientes que sufrieron un ataque posterior de artritis gotosa durante el período de 24 semanas fue significativamente menor durante el tratamiento con Ilaris® (28.4%) que con triamcinolona acetónico (48.9%). Durante las primeras 12 semanas, el 84% de los pacientes tratados con Ilaris® no sufrieron un nuevo ataque comparado con el 62% con triamcinolona acetónico. A las 24 semanas, el 72% de los pacientes tratados con Ilaris® permaneció sin ataques comparado con el 51% de los pacientes tratados con triamcinolona acetónico.

Figura 2 Tiempo hasta el primer nuevo ataque: Estimación de Kaplan Meier para el tratamiento luego de 24 semanas (el conjunto de resultados de los estudios H2356 E1 y H2357 E1 como pre-definidos)



*Pacientes en los cuales los AINEs y la colchicina están contraindicados, no son tolerados o no proveen una respuesta adecuada*

Los resultados de eficacia para este subgrupo de pacientes fueron consistentes con los resultados observados en la población general del estudio. (Ver Tabla 4)

**Tabla 4 Eficacia para la población indicada de pacientes (el conjunto de los estudios H2356 E1 y H2357 E1, 24 semanas)**

Punto de corte de la Eficacia	Incapaz de usar ambos AINEs y colchicina
Intensidad del dolor (EAV) a las 72 hs post dosis(diferencia de la Media estimada CM para Triam acet, IC)	-12.6 (-20.8, -4.3) p=0.0015
Tiempo hasta el primer nuevo ataque (12 semanas) (Análisis de supervivencia; tasa de riesgo, IC)	0,249 (0.123, 0.504) p<0.0001
Tiempo hasta el primer nuevo brote (24 semanas) Análisis de supervivencia; tasa de riesgo, IC)	0.315 (0.184, 0.541) p<0.0001

#### *Pacientes de edad avanzada*

El perfil de seguridad, eficacia y tolerabilidad de Ilaris® en pacientes de edad avanzada  $\geq$  a 65 años de edad fue comparable con el de pacientes < a 65 años de edad.

#### *Pacientes en terapia de descenso de uratos (TDU)*

En los estudios clínicos, Ilaris® fue administrado de manera segura con la terapia de descenso de uratos. En un estudio de 16 semanas de pacientes con artritis gotosa iniciando terapia de descenso de urato (H2251), una sola dosis de Ilaris® ( $>50$  mg) redujo los brotes paradójicos inducidos por TDU en aproximadamente un 50% en comparación con colchicina 0,5 mg por día.

La eficacia de Ilaris® se mantuvo en el tratamiento de ataques agudos independientemente del uso de TDU. Tantos en pacientes en TDU como no en TDU, un porcentaje similar de pacientes sufrió un nuevo ataque con Ilaris® (21% vs 14% luego de 12 semanas, y 33% vs 32% luego de 24 semanas, respectivamente). En general, más pacientes tienen un ataque con triamcinolona acetónido, menos tuvieron un nuevo ataque en TDU (26% luego de 12 semanas, y 48% luego de 24 semanas, respectivamente.) comparado con los pacientes no en TDU (47% luego de 12 semanas y 63% luego de 24 semanas, respectivamente.)

#### *Estudios a largo plazo/ re-tratamiento*

Después de las 12 semanas de estudios de extensión aleatorios doble ciego, se les permitió a los pacientes continuar en un estudio de extensión abierto de 48 semanas y tratados con canakinumab no cegado a demanda en un nuevo ataque. Para estos estudios el objetivo primario fue evaluar la eficacia y tolerabilidad de canakinumab 150 mg sc. administrado ante el ataque de gota. El perfil de seguridad general de Ilaris® fue consistente con estudios previos.

#### *Inmunogenicidad*

En pacientes tratados con Ilaris® no se observaron reacciones anafilácticas. Se observaron anticuerpos contra Ilaris® en aproximadamente 1,5%, 3% y 2% de los pacientes tratados con CAPS, SJIA y Artritis Gotosa respectivamente. En la mayoría de los estudios clínicos de la SJIA se usó un ensayo de doble antígeno (*bridging assay*) extremadamente sensible.

No se detectaron anticuerpos neutralizantes. No se observó una correlación clara entre la formación de anticuerpos y la respuesta clínica o la manifestación de acontecimientos adversos.

No se detectaron anticuerpos anticanakinumábicos en los pacientes con TRAPS, HIDS/MKD y FMF tratados con dosis de 150 mg y 300mg durante 16 semanas de tratamiento.

## DATOS SOBRE TOXICIDAD PRECLÍNICA

Los datos de los estudios preclínicos sobre reactividad cruzada, administración repetida, inmunotoxicidad, toxicidad reproductiva y toxicidad en animales jóvenes realizados con canakinumab o con un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina no han revelado peligros especiales para el ser humano.

Como canakinumab se une a la IL-1 $\beta$  humana y del mono tití (*C. jacchus*) con una afinidad similar, la seguridad del fármaco se ha estudiado en el mono tití. No se han observado efectos indeseables del canakinumab tras su administración al mono tití 2 veces por semana durante períodos de hasta 26 semanas. Las concentraciones plasmáticas que fueron bien toleradas en animales, eran al menos 42 veces superiores ( $C_{\text{máx}}$ ) y 78 veces superiores ( $AUC_{\text{promedio}}$ ) a las alcanzadas en los pacientes pediátricos con CAPS, que recibieron dosis clínicas de hasta 8 mg de canakinumab/kg por vía subcutánea cada ocho semanas.

Las concentraciones plasmáticas que fueron bien toleradas en animales, eran al menos 62 veces superiores ( $C_{\text{máx}}$ ) y 104 veces superiores ( $AUC_{\text{promedio}}$ ) a las alcanzadas en los pacientes pediátricos con SJIA, que recibieron dosis clínicas de canakinumab de hasta 4 mg/kg por vía subcutánea cada ocho semanas.

Además, en estos estudios no se detectaron anticuerpos frente a canakinumab, y tampoco se observó reactividad cruzada tisular inespecífica cuando se aplicó canakinumab a tejidos humanos normales.

No se han realizado estudios formales sobre el potencial cancerígeno de canakinumab.

Para información sobre la toxicidad reproductiva ver sección “Embarazo, lactancia, mujeres y hombres con capacidad reproductiva”.

No se observaron efectos indeseables de un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina en un estudio juvenil realizado en el ratón. La alta dosis utilizada en este estudio fue superior a la dosis de máxima eficacia con respecto a la supresión y a la actividad de la IL-1 $\beta$ .

En un estudio inmunotoxicológico con un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina se observó que la neutralización de la IL-1 $\beta$  no altera los parámetros inmunológicos ni causa deterioro de la función inmunitaria en el ratón.

## POSOLOGIA/DOSIFICACION - MODO DE ADMINISTRACION

### Posología en CAPS

La dosis inicial recomendada de Ilaris® en los pacientes con CAPS es:

#### **Adultos y niños $\geq 4$ años:**

- 150 mg si el paciente pesa  $>40$  Kg;
- 2 mg/Kg si el paciente pesa  $\geq 15$  Kg y  $\leq 40$  Kg;
- 4 mg/Kg si el paciente pesa  $\geq 7,5$  Kg y  $<15$  Kg.

#### **Niños de entre 2 y $<4$ años:**

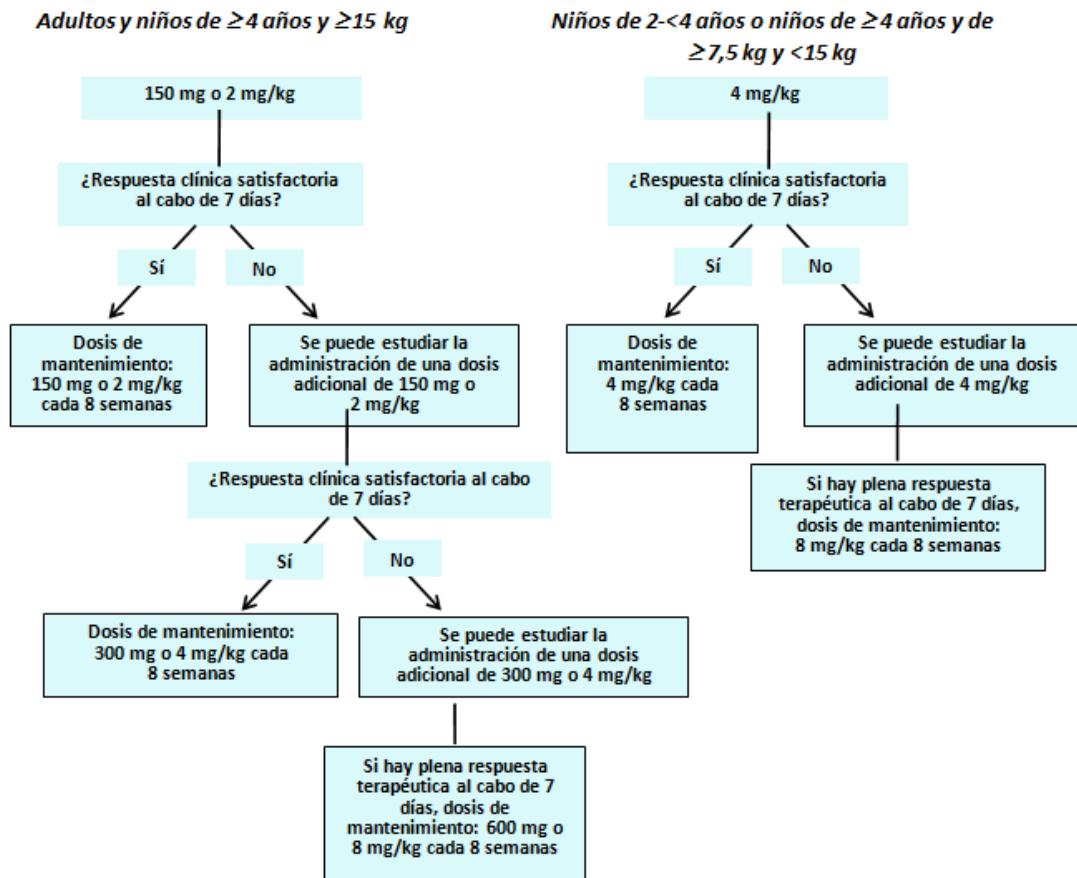
- 4 mg/Kg si el paciente pesa  $\geq 7,5$  Kg.

Se administra cada 8 semanas como dosis única por vía subcutánea.

**En el caso de los pacientes que reciban una dosis inicial de 150 mg o de 2 mg/Kg, si no se obtiene una respuesta clínica satisfactoria (resolución del rash u otros síntomas de inflamación generalizada) en el plazo de los 7 días posteriores al comienzo del tratamiento, se puede considerar una segunda dosis de Ilaris® de 150 mg o 2mg/Kg. Si entonces se alcanza respuesta completa al tratamiento se debe mantener la dosis intensificada de 300 mg ó 4 mg/Kg cada 8 semanas. Si 7 días después de esta segunda dosis no se ha obtenido una respuesta clínica satisfactoria, se podrá pensar en administrar una tercera dosis de Ilaris® de 300 mg o de 4 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 600 mg o de 8 mg/Kg cada 8 semanas.**

En el caso de los pacientes que reciban una dosis inicial de 4 mg/Kg, si a los 7 días de administrarla no se ha logrado una respuesta clínica satisfactoria, se podrá pensar en administrar una segunda dosis de Ilaris® de 4 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 8 mg/Kg cada 8 semanas.

La experiencia clínica con intervalos de menos de 4 semanas o con dosis mayores a 600 mg u 8 mg/kg es limitada.



## Posología en TRAPS

En los pacientes con TRAPS, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación.

### **Adultos y niños mayores de 2 años:**

- 150 mg si el paciente pesa >40 Kg
- 2 mg/Kg si el paciente pesa ≤40 Kg

Esta dosis se administra cada cuatro semanas en forma de una única inyección por vía subcutánea.

Si 7 días después de la primera dosis no se ha obtenido una respuesta clínica satisfactoria, se puede administrar una segunda dosis de Ilaris® de 150 mg o de 2 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 300 mg o de 4 mg/Kg cada 4 semanas.

## Posología en HIDS/MKD

En los pacientes con HIDS/MKD, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación.

#### **Adultos y niños mayores de 2 años:**

- 150 mg si el paciente pesa >40 Kg
- 2 mg/Kg si el paciente pesa ≤40 Kg

Esta dosis se administra cada cuatro semanas en forma de una única inyección por vía subcutánea.

Si 7 días después de la primera dosis no se ha obtenido una respuesta clínica satisfactoria, se puede administrar una segunda dosis de Ilaris® de 150 mg o de 2 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 300 mg o de 4 mg/Kg cada 4 semanas.

#### **Posología en FMF**

En los pacientes con FMF, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación.

#### **Adultos y niños mayores de 2 años:**

- 150 mg si el paciente pesa >40 Kg
- 2 mg/Kg si el paciente pesa ≤40 Kg

Esta dosis se administra cada cuatro semanas en forma de una única inyección por vía subcutánea.

Si 7 días después de la primera dosis no se ha obtenido una respuesta clínica satisfactoria, se puede administrar una segunda dosis de Ilaris® de 150 mg o de 2 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 300 mg o de 4 mg/Kg cada 4 semanas.

#### **Posología en Enfermedad de Still (AOSD y SJIA)**

En los pacientes con enfermedad de Still (AOSD y SJIA que pesen ≥7,5 Kg, la dosis recomendada de Ilaris® es de 4 mg/Kg (hasta 300 mg como máximo) administrada cada cuatro semanas por inyección subcutánea.

#### **Posología en Artritis Gotosa**

La dosis recomendada de Ilaris® en pacientes adultos con artritis gotosa es de 150 mg administrados por vía subcutánea en una dosis única durante una crisis. Para lograr un efecto máximo, Ilaris® debe administrarse lo antes posible una vez iniciada la crisis de artritis gotosa.

Los pacientes que no respondan a un tratamiento inicial no deben ser tratados de nuevo con Ilaris®. En el caso de los pacientes que respondan y necesiten que se repita el tratamiento, hay que esperar al menos 12 semanas antes de administrar una nueva dosis de Ilaris® ver “CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS/PROPIEDADES”.

Ilaris® deberá ser usado como terapia a demanda para tratar los ataques de artritis gotosa. El manejo de la hiperuricemia con una terapia apropiada de descenso de uratos (TDU) deberá instaurarse u optimizarse.

## **Poblaciones especiales**

### *Disfunción renal*

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con disfunción renal.

### *Disfunción hepática*

No se ha estudiado específicamente el uso de Ilaris® en pacientes con disfunción hepática. Dado que Ilaris® es una inmunoglobulina G humana, no es de esperar que la disfunción hepática modifique su farmacocinética.

### *Pacientes pediátricos (menores de 18 años de edad)*

#### **CAPS, TRAPS, HIDS/MKD y FMF**

No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de Ilaris® en pacientes con CAPS, TRAPS, HIDS/MKD y FMF menores de 2 años de edad. Se encuentran disponibles datos limitados en pacientes con CAPS y HIDS/MKD en menores de 2 años (ver “Estudios clínicos, pacientes pediátricos”).

#### **SJIA**

No han sido establecidas la seguridad y eficacia de Ilaris® en pacientes con SJIA menores de 2 años de edad.

#### **Artritis Gotosa**

El uso de Ilaris® para la artritis gotosa no es aplicable a la población pediátrica.

### *Pacientes de edad avanzada (65 años de edad o mayores)*

No es necesario ajustar la dosis en pacientes geriátricos en pacientes de 65 años de edad o mayores.

## **Método de administración**

Inyección subcutánea.

### *CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF y Enfermedad de Still (AOSD y SJIA)*

Tras recibir las instrucciones pertinentes sobre la técnica de inyección, los pacientes o los cuidadores de los mismos, pueden inyectar Ilaris® si el médico lo considera conveniente y con seguimiento médico de ser necesario (ver “Instrucciones de uso y manipulación”).

### *Artritis Gotosa*

El tratamiento debería ser iniciado y supervisado por médicos con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la artritis gotosa y en el uso de biológicos. Ilaris® debería ser administrado por un profesional de la salud.

## Instrucciones de uso y manipulación

### **Solución Inyectable**

Ilaris®, 150 mg/1 ml solución inyectable, se suministra en un vial para uso único e individual. Cualquier producto no utilizado o material de desecho debe eliminarse de acuerdo con la normativa local.

Permita que el vial se atempere. La solución debe estar prácticamente exenta de partículas visibles y ser entre límpida y opalescente. Debe ser incolora o puede tener un ligero tinte amarillo parduzco. No utilice la solución si contiene partículas. Extraiga con cuidado el volumen necesario según la dosis que se vaya a administrar usando una aguja del calibre adecuado y una jeringuilla de 1 ml e inyéctelo por vía subcutánea con una aguja de 27 G x 13 mm (0,5 pulgadas). Una vez que se perfora el vial, se debe usar la solución inmediatamente.

Evite la inyección en zonas de tejido cicatricial, que podría dar lugar a una exposición insuficiente a Ilaris®.

### **CONTRAINDICACIONES**

Hipersensibilidad confirmada a la sustancia activa o alguno de sus excipientes, (ver “ADVERTENCIAS” y “REACCIONES ADVERSAS”).

### **ADVERTENCIAS**

#### **Infecciones**

Ilaris® se asocia a una mayor incidencia de infecciones graves. Los médicos deben ser cautelosos al administrar Ilaris® a pacientes con infecciones, antecedentes de infecciones recurrentes o trastornos subyacentes que puedan predisponerlos a sufrir infecciones.

En pacientes con CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF y Enfermedad de Still (AOSD y SJIA) no se debería iniciar o continuar el tratamiento con Ilaris® en pacientes con infección activa y que requieren intervención médica.

#### *Tratamiento de Artritis Gotosa*

No se debería administrar Ilaris® durante una infección activa.

Durante el tratamiento con Ilaris® se han registrado casos aislados de infecciones oportunistas o inusuales (incluyendo aspergilosis, infecciones atípicas micobacterianas, herpes zoster). La relación causal de Ilaris® con estos eventos no puede ser excluida.

No se recomienda la co-administración de Ilaris® con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) porque ello puede aumentar el riesgo de infecciones graves (ver “Interacciones”).

En aproximadamente el 12% de los pacientes con CAPS testeados con la prueba de piel de PPD en los estudios clínicos, el seguimiento de la prueba dio un resultado positivo mientras estaban tratados con Ilaris® sin evidencia clínica de infección latente o activa por tuberculosis (TBC).

Se desconoce si el uso de inhibidores IL-1 como Ilaris® puede incrementar el riesgo de reactivación de tuberculosis. Antes de la iniciación del tratamiento todos los pacientes deben ser evaluados para infección por TBC latente o activa. Particularmente en los pacientes adultos, esta evaluación debe incluir una historia clínica detallada. Evaluaciones de monitoreo apropiadas por ej., prueba de tuberculina en piel, Evaluación de liberación de interferón Gamma (IGRA) o radiografía de tórax deben realizarse en todos los pacientes (pueden aplicar recomendaciones locales). Durante y después del tratamiento con Ilaris® los pacientes deben ser monitoreados muy cercanamente para signos y síntomas de TBC. Debe instruirse a los pacientes para que busquen ayuda médica si signos o síntomas sugestivos de tuberculosis aparecen (por ej., tos persistente, pérdida de peso, temperatura subfebril) durante el tratamiento con Ilaris®. En el caso de conversión de una prueba negativa a una positiva para PPD, especialmente en los pacientes de alto riesgo, deben considerarse medios alternativos de monitoreo para infección por tuberculosis.

### **Malignidades**

Se han reportado eventos de neoplasias malignas en pacientes tratados con Ilaris®. El riesgo de desarrollar neoplasias malignas con el tratamiento con antagonistas de la interleuquina-1 (IL-1) es desconocido.

### **Reacciones de hipersensibilidad**

Reacciones de hipersensibilidad han sido informadas durante el tratamiento con Ilaris®. La mayoría de estos eventos fueron clasificados como de severidad leve.

Durante el desarrollo clínico de Ilaris® no se han reportado reacciones anafilácticas o anafilactoides atribuidas al tratamiento con canakinumab en más de 2500 pacientes. De todos modos, el riesgo de reacciones severas de hipersensibilidad, que no es infrecuente para proteínas inyectables, no puede ser excluido (Ver “CONTRAINDICACIONES” y “REACCIONES ADVERSAS”).

### **Vacunaciones**

No deben administrarse vacunas atenuadas junto con Ilaris® (ver “Interacciones, embarazo, lactancia, mujeres y hombres con capacidad reproductiva”).

### **Neutropenia**

Se ha observado Neutropenia con especialidades medicinales que inhiben IL-1, incluyendo Ilaris®.

No se debe iniciar el tratamiento con Ilaris® en pacientes con neutropenia. Se recomienda hacer una evaluación del recuento de neutrófilos antes de empezar con el tratamiento. (Ver Reacciones adversas).

### **Síndrome de Activación Macrofágica (en pacientes con Enfermedad de Still)**

El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es un trastorno conocido y potencialmente mortal, que puede manifestarse en pacientes con afecciones reumáticas, especialmente en

enfermedad de Still, y deberá ser tratada agresivamente. Si se produce SAM, o si se sospecha, debe evaluarse y tratarse lo antes posible. Los médicos han de estar atentos a los síntomas de infección o empeoramiento de la enfermedad de Still, ya que éstos, se sabe que desencadenan SAM. La experiencia de uso en los ensayos clínicos indica que Ilaris® no parece aumentar la incidencia de SAM, si bien no se puede sacar ninguna conclusión definitiva.

## PRECAUCIONES

### Interacciones

No se han efectuado estudios formales para investigar las interacciones entre Ilaris® y otros medicamentos.

La expresión de las enzimas hepáticas CYP450 puede ser suprimida por las citoquinas que estimulan la inflamación crónica, tales como la IL-1 $\beta$ . Así, la expresión de CYP450 puede normalizarse cuando se introduce una potente terapia inhibidora de la citoquina, como canakinumab. Esto es clínicamente relevante para sustratos de CYP450 con índice terapéutico estrecho donde la dosis es ajustada en forma individual. Cuando se inicia tratamiento de canakinumab en pacientes tratados con este tipo de productos, se debe hacer el monitoreo terapéutico del efecto o de la concentración de la sustancia activa y ajustar la dosis del producto según sea necesario.

En estudios clínicos, Ilaris® ha sido administrado de forma segura con tratamientos para disminuir el urato (TDU).

La administración de otro bloqueante de la IL-1 junto con inhibidores del TNF se ha asociado a una mayor incidencia de infecciones graves. No se recomienda la administración simultánea de Ilaris® e inhibidores del TNF porque ello puede incrementar el riesgo de infecciones graves.

No hay datos acerca de los efectos de las vacunas atenuadas ni de la transmisión secundaria de infecciones por dichas vacunas en pacientes tratados con Ilaris®. Por consiguiente, no se deben administrar vacunas atenuadas junto con Ilaris®. Se recomienda que, en la medida de lo posible, los pacientes, tanto pediátricos como adultos, completen todas las vacunaciones recomendadas por las directrices actuales antes de iniciar el tratamiento con Ilaris® (Ver: “Embarazo, lactancia, mujeres y hombres con capacidad reproductiva”).

Los resultados de un estudio en adultos sanos demostraron que una única dosis de Ilaris® de 300 mg no afectó la inducción y persistencia de respuestas de anticuerpos después de la vacunación con influenza y vacunas a base de proteína glicosilada de meningococos.

Los resultados de un estudio sin enmascaramiento de 56 semanas en pacientes CAPS de 4 años y menores de 4 años de edad demostraron que todos los pacientes que recibieron vacunas inactivadas, según estándar de cuidado para niños, desarrollaron niveles protectores de anticuerpos.

### Embarazo, lactancia, mujeres y hombres con capacidad reproductiva

#### Embarazo

##### Resumen del riesgo

Los datos sobre el uso de canakinumab de la literatura e informes post-comercialización en mujeres embarazadas son escasos. Los estudios realizados en animales no indican que ejerza efectos reproductivos nocivos directos ni indirectos (ver “Datos en animales”). Se

desconocen los riesgos para el feto y la madre. Como los estudios sobre la reproducción en animales no siempre permiten predecir la respuesta en el ser humano, canakinumab debe administrarse a mujeres embarazadas solamente si es estrictamente necesario.

### Consideraciones clínicas

Los anticuerpos monoclonales como Canakinumab atraviesan activamente la placenta y son detectables en el feto, predominantemente en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Basado en la limitada información en humanos, los niveles de canakinumab fueron detectados en el cordón y sangre neonatal. El impacto clínico de esto es desconocido. Sin embargo, no se recomienda la administración de vacunas vivas a los recién nacidos expuestos a Canakinumab *in utero* por 16 semanas siguientes a la última dosis de la madre a Ilaris® antes del parto.

### Datos en animales

En un estudio sobre el desarrollo embriofetal realizado en monos tití, canakinumab no presentó toxicidad materna, embriotoxicidad ni efectos teratógenos cuando se administró a lo largo del periodo organogénico. Además, Canakinumab no produjo efectos adversos sobre el crecimiento fetal ni neonatal cuando se administró a lo largo de la fase final de la gestación.

No se observaron efectos indeseables de un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina en un estudio juvenil realizado en el ratón. Además, no se observaron efectos en el parto y nacimiento.

La alta dosis utilizada en estos estudios fue superior a la dosis de máxima eficacia con respecto a la supresión y a la actividad de la IL-1 $\beta$ .

### Lactancia

#### Análisis de riesgo

No se sabe si canakinumab se transfiere a la leche materna. No hay información sobre los efectos de Ilaris® en los lactantes o efectos de Ilaris® en la producción de leche. Los estudios realizados en animales han demostrado que un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina no tuvo efectos indeseables en el desarrollo de las crías murinas lactantes.

No se recomienda la lactancia materna durante el tratamiento con Ilaris®.

### Mujeres y hombres en edad fértil

Hay limitada información sobre el uso de Canakinumab en mujeres con capacidad reproductiva.

### Infertilidad

No se han realizado estudios formales sobre los potenciales efectos de Ilaris® en la fertilidad humana.

Canakinumab no tuvo efectos en la fertilidad del mono tití (*C. jacchus*) macho. Un anticuerpo murino anti-IL-1 $\beta$  murina no tuvo efectos indeseables en la fecundidad de los ratones machos o hembras.

## REACCIONES ADVERSAS

### Resumen del perfil de seguridad

En estudios intervencionales se han tratado con Ilaris® más de 2600 pacientes, incluyendo 480 niños (entre 2 y 17 años) con CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF, SJIA, Artritis Gotosa, u otra enfermedad mediada por IL-1 $\beta$ , así como voluntarios sanos.

Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia han sido las infecciones predominantemente del tracto respiratorio superior. La mayoría de las reacciones fueron leves a moderadas aunque infecciones serias han sido observadas. El tratamiento a largo plazo no ha tenido repercusiones en el tipo ni en la frecuencia de las reacciones adversas.

Se han notificado reacciones de hipersensibilidad en pacientes tratados con Ilaris®. (Ver CONTRAINDICACIONES, ADVERTENCIAS)

Se han notificado infecciones oportunistas en pacientes tratados con Ilaris® (Ver ADVERTENCIAS).

## CAPS

Un total de 211 pacientes adultos y pediátricos con CAPS (FCAS/FCU, MWS y NOMID/CINCA) han recibido Ilaris® en ensayos clínicos. La seguridad de Ilaris® en comparación con el placebo se ha investigado en un ensayo clínico fundamental de Fase III consistente en un periodo abierto de 8 semanas (parte I), seguido de un periodo de 24 semanas aleatorizado, con doble ciego, controlado con placebo (parte II) y con 16 semanas de estudio abierto en tratamiento con Ilaris® (parte III). Todos los pacientes fueron tratados con 150 mg de Ilaris® por vía subcutánea, o 2 mg/Kg si tenían un peso corporal entre 15 Kg y 40 Kg (Ver Estudios clínicos).

**Tabla 5 Resumen tabulado de las reacciones adversas notificadas en el ensayo clínico fundamental en pacientes con CAPS**

Ensayo clínico de fase III	Parte I		Parte II		Parte III	
	Ilaris®	Ilaris®	Placebo	Ilaris®	Ilaris®	Ilaris®
	N=35	N=15	n=16	n=31	n (%)	n (%)
<b>Infecciones e infestaciones</b>						
Nasofaringitis	4 (11,4%)	5 (33,3%)	3 (18,8%)	4 (12,9%)		
Infecciones urinarias	0	2 (13,3%)	0	1 (3,2%)		
Infecciones de las vías respiratorias superiores	1 (2,9%)	1 (6,7%)	1 (6,3%)	1 (3,2%)		
Infecciones víricas	3 (8,6%)	2 (13,3%)	3 (18,7%)	1 (3,2%)		
<b>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración</b>						
Reacciones en el sitio de la inyección	3 (8,6%)	2 (13,4%)	1 (6,3%)	1 (3,2%)		
<b>Trastornos del sistema nervioso</b>						
Mareo/vértigo	3 (8,6%)	0	0	3 (9,7%)		

En los estudios abiertos a largo plazo con escalamiento de la dosis se notificaron con más frecuencia infecciones (gastroenteritis, infección de las vías respiratorias e infección del tracto respiratorio superior), vómitos y mareos en el grupo que recibió la dosis de 600 mg o de 8 mg/Kg que en los otros grupos posológicos.

## Anormalidades de laboratorio (CAPS)

### *Hematología*

Durante los estudios clínicos con Ilaris® en pacientes con CAPS los valores medios de hemoglobina incrementaron, los valores de recuento de glóbulos blancos, neutrófilos y los valores de plaquetas descendieron.

### *Transaminasas hepáticas*

Las elevaciones de transaminasas se observaron raramente en los pacientes con CAPS.

### *Bilirrubina*

Hubo elevaciones asintomáticas y leves de la bilirrubina sérica en los pacientes con CAPS tratados con Ilaris® sin elevación concomitante de las transaminasas.

## Pacientes pediátricos (menores de 18 años)

Había 80 pacientes pediátricos con CAPS en un rango de edad de entre 2-17 años. Concretamente, no se observaron diferencias clínicamente significativas del perfil de toxicidad y tolerabilidad de Ilaris® entre los pacientes pediátricos, comparados con el conjunto de la población con CAPS (constituida por pacientes adultos y pediátricos, N = 211) incluidas la frecuencia y la gravedad globales de los episodios infecciosos. Las infecciones notificadas con más frecuencia fueron las de las vías respiratorias superiores.

Además, 6 pacientes pediátricos menores de 2 años de edad se evaluaron en un pequeño estudio clínico abierto. El perfil de seguridad de Ilaris® es similar en pacientes de 2 años y en mayores de 2 años de edad.

## TRAPS, HIDS/MKD y FMF

Un total de 169 pacientes adultos y pediátricos con TRAPS, HIDS/MKD y FMF recibieron Ilaris® en un ensayo clínico pivotal de fase III que consistió en un período de selección de 12 semanas (Parte I) y un período de tratamiento randomizado, doble ciego, comparado con placebo de 16 semanas (Parte II). Los pacientes tratados con Ilaris® recibieron 150 mg por vía subcutánea o 2 mg/Kg si pesaban  $\leq 40$  Kg. En la Tabla 6 se muestran los datos de toxicidad de Ilaris® comparándolos con los de los pacientes que recibieron placebo desde el período de tratamiento de 16 semanas (Parte II). Las categorías de frecuencia se definen según la siguiente convención: Muy Frecuente ( $\geq 1/10$ ); Frecuente ( $\geq 1/100, < 1/10$ ); Poco frecuente ( $\geq 1/1000, < 1/100$ ); Rara ( $\geq 1/10\,000, < 1/1000$ ); Muy Rara ( $< 1/10\,000$ ).

Tabla 6 Resumen tabulado de las reacciones adversas notificadas procedentes del ensayo clínico pivotal sobre síndromes de fiebre periódica (TRAPS, HIDS/MKD, FMF)

Reacciones adversas (COAS)	TRAPS, HIDS/MKD, FMF		Frecuencia combinada
	Ilaris N=169 n (%)	Placebo N=91 n (%)	
<b>Infecções e infestaciones</b>			
Infecções (p. ej., rinofaringitis, sinusitis, infección (vírica) de las vías respiratorias altas, amigdalitis, rinitis, bronquitis, infección de las vías urinarias, infección ótica, gastroenteritis, faringitis, neumonía, candidiasis vulvovaginal, etc.).	72 (42,6%)	14 (15,4%)	Muy frecuente
<b>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración</b>			
Reacciones en el sitio de inyección <sup>1</sup>	17 (10,1%)	2 (2,2%)	Muy frecuente
<b>Pruebas complementarias</b>			
Disminución del recuento neutrofílico ( $\geq$ Grado 2) <sup>2</sup>	11 (6,5%)	3 (3,8%)	Frecuente
Disminución del recuento de plaquetas ( $\geq$ Grado 2) <sup>3</sup>	1 (0,6%)	0 (0,0%)	Poco Frecuente

<sup>1</sup> Ninguna reacción en el sitio de inyección condujo a la interrupción del estudio.

<sup>2</sup> Basado en 168 pacientes tratados con Ilaris® y 79 pacientes que recibían placebo. Un paciente tuvo una infección de las vías respiratorias altas leve.

<sup>3</sup> Basado en 169 pacientes tratados con Ilaris® y 80 pacientes que recibían placebo. No se asoció con hemorragia.

### ***Infecções e infestaciones***

Las infecciones de las vías respiratorias altas (24,9%) abarcaron más de la mitad de los eventos notificados, seguidas de las infecciones óticas y las infecciones pulmonares y de las vías respiratorias bajas (4,1% respectivamente).

### **Pacientes pediátricos (menores de 18 años)**

Entre los pacientes tratados con Ilaris®, había 102 pacientes pediátricos, de edades comprendidas entre los 2 y los 17 años. En general, no se observaron diferencias clínicamente significativas en la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad de Ilaris® entre los pacientes pediátricos y la población general.

### **ENFERMEDAD DE STILL (AOSD y SJIA)**

#### **SJIA**

. La seguridad de Ilaris® en comparación con el placebo se investigó en dos estudios pivotales de Fase III en pacientes con SJIA (Ver Estudios clínicos).

Las reacciones adversas se enumeran de acuerdo a la clase de órgano, aparato o sistema del MedDRA. Dentro de cada clase de órgano, aparato o sistema, las reacciones adversas se clasifican por orden decreciente de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen según la siguiente convención: muy frecuentes ( $\geq$ 1/10); frecuentes ( $\geq$ 1/100 a <1/10); infrecuentes ( $\geq$ 1/1000 a <1/100); raras ( $\geq$ 1/10 000 a < 1/10 000); muy raras (<1/10 000); de frecuencia

desconocida (no se puede calcular con los datos disponibles). En cada grupo de frecuencia las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad.

**Tabla 7 Resumen tabulado de reacciones adversas registradas en los ensayos clínicos fundamentales de pacientes con SJIA**

	G2301			G2305		Categoría de frecuencia
	Parte I	Parte II		Ilaris® N=43 n (%)	Placebo N=41 n (%)	
	Ilaris® N=177 n (%)	Ilaris® N=50 n (%)	Placebo N=50 n (%)	Ilaris® N=43 n (%)	Placebo N=41 n (%)	
<b>Infecciones e infestaciones</b>						
Infección (p. ej., rinofaringitis, infección [vírica] de las vías respiratorias altas, neumonía, rinitis, faringitis, amigdalitis, sinusitis, infección de las vías urinarias, gastroenteritis, virosis)	97 (54,8%)	27 (54%)	19 (38%)	13 (30,2%)	5 (12,2%)	Muy frecuente
<b>Trastornos gastrointestinales</b>						
Dolor abdominal (parte superior del abdomen)	25 (14,1%)	8 (16%)	6 (12%)	3 (7%)	1 (2,4%)	Muy frecuente
<b>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración</b>						
Reacción en el sitio de inyección*						
Leve	19 (10,7%)	6 (12,0%)	2 (4,0%)	0	3 (7,3%)	Muy frecuente
Moderada	2 (1,1%)	1 (2,0%)	0	0	0	Frecuente

\* Ninguna reacción en el sitio de inyección condujo a la interrupción del estudio

## SJIA y AOSD

### Análisis conjunto de SJIA y AOSD

Un análisis conjunto de todos los pacientes con SJIA mostró una seguridad similar en todos los grupos de edad. Un total de 445 pacientes con SJIA de 2 a <20 años de edad han recibido Ilaris® en ensayos clínicos, incluyendo 321 pacientes de 2 a <12 años de edad, 88 pacientes de 12 a <16 años de edad y 36 pacientes de 16 a <20 años de edad. En el subgrupo de pacientes con SJIA de adultos jóvenes de 16 < 20 años de edad, el perfil de seguridad de Ilaris® fue consistente con el observado en pacientes con SJIA menores de 16 años de edad. El perfil de seguridad de Ilaris® en pacientes con AOSD en un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo (GDE01T) en 36 pacientes adultos (de 22 a 70 años de edad) fue similar al observado en pacientes con SJIA.

### Anomalías de laboratorio (SJIA)

#### Hematología

Se notificaron cifras reducidas de leucocitos  $\leq 0,8 \times$  límite inferior del intervalo normal de valores (LIN) en 5 pacientes (el 10,4%) del grupo de Ilaris® y en 2 (el 4,0%) del grupo del placebo.

Se notificaron disminuciones transitorias de la Cifra Absoluta de Neutrófilos (CAN) de hasta por debajo de  $1 \times 10^9/l$  en 3 pacientes (el 6,0%) del grupo de Ilaris® y en 1 paciente del grupo del placebo (el 2,0%). Se apreció un caso de CAN  $<0,5 \times 10^9/l$  en el grupo de Ilaris®, pero ningún caso similar en el del placebo (ver Advertencias y precauciones).

Se observaron reducciones leves y pasajeras ( $< LIN$  y  $> 75 \times 10^9/l$ ) de la cifra de trombocitos en 3 (el 6,3%) pacientes tratados con Ilaris® y en 1 (el 2,0%) paciente del grupo del placebo.

### Transaminasas hepáticas

#### ALAT/ASAT

Se registraron elevaciones de alanina-aminotransferasa (ALAT) y aspartato-aminotransferasa (ASAT)  $>3 \times$  límite superior del intervalo normal de valores (LSN) en 2 pacientes tratados con Ilaris® (el 4,1%) y 1 paciente de grupo del placebo (el 2,0%). A la siguiente consulta, todos los pacientes tenían valores normales.

### ARTRITIS GOTOSA

En ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, y comparados con tratamiento activo de hasta 24 semanas de duración, se han tratado más de 700 pacientes con Ilaris® en dosis de 10 mg a 300 mg. Se han tratado más de 250 pacientes con la dosis recomendada de 150 mg en ensayos de Fase II y III (Ver sección de Estudios clínicos).

Las reacciones adversas se enumeran de acuerdo a la clase de órgano, aparato o sistema del MedDRA. Dentro de cada clase de órgano, aparato o sistema, las reacciones adversas se clasifican por orden decreciente de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen según la siguiente convención: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ); frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ); infrecuentes ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/100$ ); raras ( $\geq 1/10\,000$  a  $< 1/1000$ ); muy raras ( $< 1/10\,000$ ); de frecuencia desconocida (no se puede calcular con los datos disponibles). En cada grupo de frecuencia las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad.

**Tabla 8** Resumen de las reacciones adversas en los estudios de Artritis Gotosa.

	Canakinumab 150 mg N=253 n (%)	Triamcinolona acetónico N=286 n (%)	Frecuencia de Categoría
<b>Infecciones e infestaciones</b> Infecciones (por ej. nasofaringitis, sinusitis (viral) Infecciones de las vías respiratorias superiores, bronquitis, infecciones del tracto urinario, infecciones auditivas, celulitis, gastroenteritis, influenza, faringitis, neumonía.	49 (19.4)	37 (12.9)	Muy frecuente
<b>Desórdenes Gastrointestinales</b> Enfermedad de reflujo gastrointestinal	2 (0.8)	0	Poco Frecuente
<b>Desórdenes del Músculo Esquelético</b> Dolor de espalda	13 (5.1)	2 (0.7)	Frecuente

Desórdenes generales y condiciones en el sitio de administración Fatiga/Astenia	7 (2.8)	2 (0.7)	Frecuente
Desórdenes del Sistema Nervioso Central Mareos/Vértigo	6 (2.4)	2(0.7)	Frecuente

### *Reacciones del sitio de inyección*

Se reportaron reacciones del sitio de inyección en 1.2% de los pacientes con gota tratados con Ilaris® en estudios clínicos.

### **Anormalidades de laboratorio (Artritis Gotosa)**

#### *Hematología*

Se notificó el descenso del recuento en los leucocitos (WBC)  $\leq 0.8 \times \text{LLN}$  en 6,7% de los pacientes tratados con Ilaris® comparados al 1.4% tratados con triamcinolona acetonido. Se observó disminución del recuento de Neutrófilos Absolutos (RNA) a menos de  $1 \times 10^9 / \text{L}$  en el 2% de los pacientes en los estudios comparativos. Se observaron también casos aislados de recuento de neutrófilos absolutos  $< 0.5 \times 10^9 / \text{L}$ . (Ver ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES)

Se observó un leve descenso transitorio ( $< \text{LLN}$  y  $> 75 \times 10^9 / \text{L}$ ) en el recuento de plaquetas en una incidencia más alta (12.7%) con Ilaris® que con el tratamiento comparado (7.7%) en los estudios comparados con tratamiento activo en pacientes con artritis gotosa.

#### *Ácido úrico*

Se observaron aumentos transitorios en los niveles de ácido úrico (0,7 mg /dL en 12 semanas y 0,5 mg/dL en 24 semanas) después del tratamiento con Ilaris® en los estudios comparativos en artritis gotosa. Ilaris® no alteró la habilidad de la terapia de descenso de urato (TDU) para disminuir el ácido úrico. En otro estudio, entre pacientes que comenzaron TDU, no se observaron aumentos de ácido úrico. No fueron observados aumento de ácido úrico en poblaciones sin artritis gotosa.

#### *Transaminasas hepáticas*

#### *ALAT/ASAT*

Se observaron leves aumentos de la media y mediana en alanina transaminasa o aspartato transaminasa desde el nivel basal al fin del estudio en los pacientes tratados con Ilaris® vs el grupo tratado con triamcinolona acetonido. De todas formas, la incidencia de los cambios clínicos significativos ( $\geq 3 \times$  límite superior del intervalo normal de valores) fue mayor en pacientes tratados con triamcinolona acetonido (2,5% para ambas ASAT y ALAT) comparada con pacientes tratados con Ilaris® (1,6% para ALAT y 0,8 para ASAT)

#### *Triglicéridos*

En los ensayos clínicos comparados con tratamiento activo para artritis gotosa, hubo un aumento de la media en triglicéridos de  $+33.5 \text{ mg/dL}$  en pacientes tratados con Ilaris® en comparación con un leve descenso de  $-3.1 \text{ mg /dL}$  con triamcinolona acetonido. La

incidencia de pacientes con aumentos en triglicéridos  $> 5 \times$  ULN fue 2.4% con Ilaris® y 0.7% con triamcinolona acetonido. La trascendencia clínica de esta observación es desconocida.

#### **Pacientes de edad avanzada (65 años o más)**

El perfil de toxicidad observado en los pacientes  $\geq 65$  años de edad no mostró diferencias significativas.

#### **Información para profesionales médicos**

El producto Ilaris® cuenta con un Plan de Gestión de Riesgos cuya finalidad es garantizar la seguridad y protección de los pacientes, promoviendo el uso del producto de acuerdo a las recomendaciones de Novartis.

#### **SOBREDOSIFICACION**

Hay limitada experiencia de sobredosificación. En estudios clínicos tempranos, pacientes y voluntarios sanos recibieron dosis más altas que 10 mg/Kg administrados por vía intravenosa o subcutánea sin evidencia de toxicidad aguda. En caso de sospecha de sobredosis, se recomienda que el paciente sea monitoreado ante cualquier signo o síntoma de reacción adversa o efecto y se establezca un tratamiento sintomático adecuado según sea necesario.

**Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:**

**Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247**  
**Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777**

#### **CONDICIONES DE CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO**

Conservar refrigerado de 2 a 8°C. No congelar. Proteger de la luz.

**Mantener fuera del alcance y de la vista de los niños.**

#### **PRESENTACION**

Solución inyectable: cada envase contiene 1 vial de dosis única.

**Elaborado en:** Novartis Pharma Stein AG. Stein, Suiza.

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud - Certificado N° 55.518  
®Marca Registrada

**Novartis Argentina S.A.**

Ramallo 1851 - C1429DUC - Buenos Aires, Argentina.  
Director Técnico: Dr. Lucio Jeroncic – Químico, Farmacéutico.

Centro de Atención de Consultas Individuales (CACI): 0800-777-1111  
[www.novartis.com.ar](http://www.novartis.com.ar)

CDS: 17/Feb/2022  
Tracking Number: N/A

## INFORMACION PARA EL PACIENTE

### ILARIS® CANAKINUMAB

Solución inyectable

Venta bajo receta

Industria Suiza

Lea este prospecto detenidamente antes de administrar Ilaris®

Conserve este prospecto. Es posible que lo deba volver a leer.

Si tiene alguna duda, pregunte a su médico o al farmacéutico.

Este medicamento ha sido prescrito sólo para usted. No se lo dé a otras personas o utilice para otras enfermedades.

Si alguno de los efectos secundarios lo afecta de forma severa o si usted nota algún efecto secundario no indicado en este prospecto, por favor, dígaselo a su médico o farmacéutico.

### Fórmula

Cada vial de Ilaris® con solución inyectable contiene:

Canakinumab..... 150 mg

Excipientes: Manitol 49,2 mg; L-Histidina/Clorhidrato de L-Histidina monohidrato 3,10 mg; Polisorbato 80 0,40 mg, Agua para inyectables c.s.p..... 1 ml.

### En este prospecto

¿Qué es Ilaris® y para qué se utiliza?

Antes y durante la administración de Ilaris®

Forma de utilizar Ilaris®

Posibles efectos adversos.

Instrucciones de uso de Ilaris®

¿Cómo conservar Ilaris®?

Presentación

## ¿Qué es Ilaris® y para qué se utiliza?

### ¿Qué es Ilaris®?

Ilaris® se usa para el tratamiento de Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS), el Síndrome Periódico Asociado al Receptor del Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS), el Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato Quinasa (MKD), la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF), la enfermedad de Still incluyendo la Enfermedad de Still del Adulto (AOSD) y la Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (SJIA) y Artritis Gotosa. Pertenece a un grupo de medicamentos llamados inhibidores de las interleuquinas. La sustancia activa en Ilaris® es canakinumab, un anticuerpo monoclonal completamente humano. Este bloquea la actividad de una sustancia llamada interleuquina 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), la cual está presente en niveles elevados en enfermedades inflamatorias tales como CAPS, TRAPS, HIDS / MKD, FMF, la enfermedad de Still (AOSD y SJIA) y Artritis Gotosa.

### ¿Para qué se usa Ilaris®?

#### *Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS)*

Ilaris® está indicado en el tratamiento de adultos y niños  $\geq 2$  años de edad y con un peso  $\geq 7,5$  Kg que padecen síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), tales como:

- El síndrome autoinflamatorio familiar inducido por el frío (FCAS), o urticaria familiar inducida por el frío (FCU).
- El síndrome de Muckle-Wells (MWS).
- La enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal (NOMID), o síndrome neurocutáneo articular crónico de la infancia (CINCA).

#### *Síndrome Periódico Asociado al Receptor del Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS)*

Ilaris® está indicado para el tratamiento del Síndrome Periódico Asociado al Receptor del Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS) en adultos y en niños de 2 años en adelante.

#### *Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato Quinasa (MKD)*

Ilaris® está indicado para el tratamiento del Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato Quinasa (MKD) en adultos y en niños de 2 años en adelante.

#### *Fiebre Mediterránea Familiar (FMF)*

Ilaris® está indicado para el tratamiento de la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) en adultos y en niños de 2 años en adelante en los que la colchicina está contraindicada, no se tolera o no da lugar a una respuesta adecuada.

Ilaris® se puede administrar en monoterapia o en combinación con colchicina.

En los pacientes con CAPS, TRAPS, HIDS/MKD y FMF, el organismo produce cantidades excesivas de una sustancia química llamada IL-1 $\beta$  que puede causar síntomas tales como fiebre, dolor de cabeza, cansancio, erupciones cutáneas o dolores articulares y musculares. En algunos pacientes tiene consecuencias más graves, tales como pérdida de audición.

Ilaris® se une selectivamente a IL-1 $\beta$ , bloqueando su actividad y llevando a la mejora de los síntomas.

Ilaris® también está indicado para el tratamiento de:

*Enfermedad de Still incluyendo Enfermedad de Still del Adulto (AOSD) y la Atritis Idiopática Juvenil Sistémica (SJIA)*

Ilaris® está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Still activa incluyendo la Enfermedad de Still del Adulto (AOSD) y la Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (SJIA) en pacientes de 2 años de edad o mayores que no hayan respondido adecuadamente al tratamiento previo con Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs) y corticosteroides sistémicos. Ilaris® puede ser administrado en monoterapia o en combinación con metotrexato.

La enfermedad de Still que incluye AOSD y SJIA es una enfermedad autoinflamatoria que puede causar dolor, hinchazón e inflamación de una o más articulaciones, así como también erupción, síntomas sistémicos recurrentes como fiebre, nódulos linfáticos agrandados, incremento del tamaño del hígado y bazo e inflamación de los órganos internos corporales. Como se trata de una enfermedad autoinflamatoria, los signos y síntomas de AOSD y SJIA son causados por el aumento de la producción o la sensibilidad aumentada de los mensajeros de la inflamación (citoquinas) liberadas por las células de la inmunidad. Estudios clínicos muestran que los mensajeros pro inflamatorios llamados IL1- $\beta$  juegan un rol importante en la inflamación de la enfermedad de Still.

Ilaris® puede mejorar los signos y síntomas de la enfermedad de Still bloqueando la actividad de IL1- $\beta$

*Artritis Gotosa*

Ilaris® se usa en adultos para tratar los ataques frecuentes de artritis gotosa, si otros tratamientos no han funcionado lo suficientemente bien. Se ha demostrado que Ilaris® reduce la frecuencia de los ataques subsecuentes.

La artritis gotosa es causada por el depósito de un químico llamado cristales de urato en el cuerpo. Estos cristales pueden causar producción excesiva de IL-1 $\beta$ , lo cual puede llevar a un dolor severo repentino, enrojecimiento, calor e hinchazón de una articulación (conocido como ataque de artritis gotosa). Al bloquear la actividad de IL-1 $\beta$ , canakinumab mejora estos síntomas.

Si tiene alguna duda sobre cómo actúa Ilaris® o por qué se le ha prescripto, consulte al médico, farmacéutico o profesional de la salud.

**Antes y durante la administración de Ilaris®**

Siga cuidadosamente todas las instrucciones del médico, que pueden diferir de la información que contiene este prospecto.

*No se aplique Ilaris®*

- Si usted es alérgico (hipersensible) a canakinumab o a algún otro de los excipientes de Ilaris®.

Si usted piensa que puede ser alérgico o tiene una infección, no se aplique Ilaris® y consulte con su médico.

### *Tenga especial cuidado con Ilaris®*

Antes de empezar a utilizar Ilaris®, ponga en conocimiento del médico si lo siguiente aplica a usted o su hijo:

- Si padece alguna infección actual, ha tenido infecciones repetidas o padece alguna afección tal como niveles bajos de glóbulos blancos que lo predisponga a padecer infecciones.
- Si tiene o ha tenido tuberculosis o contacto directo con una persona con una infección activa por tuberculosis. Su médico puede averiguar si se ha contagiado con tuberculosis mediante un ensayo específico.
- Si necesita vacunarse. Mientras esté en tratamiento con Ilaris® no debe recibir determinados tipos de vacunas que se caracterizan por contener microorganismos atenuados (ver “Uso de otros medicamentos y vacunas”).

*Durante el tratamiento con Ilaris®, consulte inmediatamente al médico en caso de que sufra cualquiera de los siguientes síntomas:*

- Fiebre que dure más de 3 días o cualquier otro síntoma posiblemente relacionado con infecciones (incluyendo infecciones serias), tales como tos prolongada, flema, dolor de pecho, dificultad para respirar, dolor de oído, dolores de cabeza prolongados o enrojecimiento localizado, calor o hinchazón de la piel.
- Tos persistente, pérdida de peso y fiebre baja, que podrían ser los signos de una infección por tuberculosis.
- Signos de reacción alérgica, tales como dificultad para respirar o tragar, náuseas, mareos, erupciones cutáneas, prurito, urticaria, palpitaciones o presión arterial baja.

### *Para Pacientes con Enfermedad de Still*

Los pacientes con enfermedad de Still u otra condición reumática pueden desarrollar una condición llamada SAM o Síndrome de Activación de Macrófagos (un tipo de glóbulos blancos), la cual puede poner en peligro la vida. Su doctor lo estará monitoreando ante cualquier factor disparador de SAM, que incluyen infecciones y empeoramiento de la enfermedad de Still.

### *Niños y adolescentes (de 2 años de edad y mayores)*

**CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF y SJIA:** Ilaris® puede ser utilizado en niños de 2 años de edad y mayores.

**Artritis gotosa:** Ilaris® no está recomendado para niños o adolescentes menores de 18 años de edad.

### *Uso de otros medicamentos y vacunas*

- **Vacunas atenuadas:** Mientras esté en tratamiento con Ilaris® no debe recibir determinados tipos de vacunas que se caracterizan por contener microorganismos atenuados. Es posible que antes de iniciar el tratamiento con Ilaris® si necesita recibir una vacuna atenuada antes de empezar el tratamiento con Ilaris®, se recomienda que espere al menos 3 meses después de la última inyección de Ilaris® y antes de la próxima inyección el médico quiera comprobar las vacunas que ha recibido y administrarle las que le falten.
- Los medicamentos llamados inhibidores del TNF (etanercept, adalimumab o infliximab), no deben utilizarse junto con Ilaris® porque ello puede incrementar el riesgo

de infecciones. Los inhibidores del TNF son utilizados principalmente en enfermedades reumáticas y autoinmunes.

Si está tomando o ha tomado recientemente otros medicamentos, incluidos los que se compran sin receta, comuníquese al médico o farmacéutico.

### *Embarazo y lactancia*

- No se ha estudiado el uso de Ilaris® en mujeres embarazadas, por lo que solo debe utilizarse durante el embarazo en caso de que sea claramente necesario. Si está embarazada, cree que puede estarlo o tiene previsto quedar embarazada. Su médico examinará con usted los riesgos del tratamiento con Ilaris® durante el embarazo. Si usted recibió Ilaris® durante el embarazo, informe a su médico o pediatra ya que esto puede afectar cuando administre vacunas vivas al recién nacido.
- No se sabe si Ilaris® se transfiere a la leche humana. Por consiguiente, no se recomienda la lactancia materna en mujeres que estén siendo tratadas con Ilaris®.

### **Forma de utilizar Ilaris®**

Ilaris® se administra por vía subcutánea. Esto significa que se inyecta con una aguja corta en el tejido graso situado inmediatamente por debajo de la piel.

Si tiene artritis gótica, su tratamiento será revisado por un médico con entrenamiento especial. Ilaris® debería ser inyectado por un profesional de la salud solamente.

Si tiene CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF o enfermedad de Still (AOSD o SJIA), puede inyectárselo usted mismo o la persona a cargo de su cuidado después de un entrenamiento apropiado. Utilice siempre Ilaris® exactamente como se lo haya dicho el médico. Si tiene alguna duda, consulte al médico, enfermero o farmacéutico.

Mantenga a su médico informado de su condición y de cualquier síntoma, antes del uso de Ilaris®. Su médico puede decidir si demora o interrumpe su tratamiento, pero solo si es necesario.

### *¿Cuánto Ilaris® ha de usar?*

#### *Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS)*

La dosis inicial de Ilaris® recomendada para pacientes con CAPS es de:

- Adultos y niños de 4 años de edad en adelante:
  - 150 mg si tienen un peso corporal superior a 40 Kg.
  - 2 mg/Kg si tienen un peso corporal entre 15 Kg y 40 Kg.  
(Por ejemplo: un niño de 25 Kg debe recibir una inyección de 50 mg).
  - 4 mg/Kg con peso corporal desde 7,5 Kg hasta menos de 15 Kg.
- Niños de entre 2 y menos de 4 años:
  - 4 mg/Kg si el paciente pesa 7,5 kilogramos o más.
  - Cada 8 semanas se inyecta una dosis única de Ilaris® bajo la piel.

Si el prurito u otros síntomas de inflamación no se resolvieron 7 días después del comienzo del tratamiento, su médico puede considerar una segunda dosis de 150 mg (para pacientes con peso superior a 40 Kg) ó 2 mg/Kg (para pacientes que pesan entre 15 y 40 Kg). Dependiendo del efecto alcanzado, su médico tratante puede decidir incrementar su dosis

regular a 300 mg (paciente que pesa más de 40 Kg) ó 4 mg/Kg (paciente que pesa entre 15 y 40 Kg) cada 8 semanas. Si 7 días después de esta segunda dosis no se ha obtenido una respuesta clínica satisfactoria, se podrá pensar en administrar una tercera dosis de Ilaris® de 300 mg (peso corporal más de 40 Kg) o de 4 mg/Kg (peso corporal entre 15 Kg y 40 Kg). Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 600 mg o de 8 mg/Kg cada 8 semanas.

En el caso de los pacientes que reciban una dosis inicial de 4 mg/Kg, si a los 7 días de administrarla no se ha logrado una respuesta clínica satisfactoria, se podrá pensar en administrar una segunda dosis de Ilaris® de 4 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse el régimen posológico intensificado de 8 mg/Kg cada 8 semanas.

No sobrepase la dosis recomendada.

#### *Síndrome Periódico Asociado al Receptor del Factor de Necrosis Tumoral (TRAPS)*

En los pacientes con TRAPS, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación:

- Adultos y niños a partir de los 2 años de edad
  - 150 mg si el paciente pesa más de 40 Kg.
  - 2 mg/Kg si el paciente no supera los 40 Kg.

Con una dosis inicial de 150 mg o de 2 mg/Kg, si a los 7 días de iniciar el tratamiento no se ha logrado una respuesta terapéutica satisfactoria, el médico puede plantearse administrar una segunda dosis de 150 mg o de 2 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse la dosis superior de 300 mg o de 4 mg/Kg cada 4 semanas.

No supere la dosis recomendada.

#### *Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D (HIDS) o Deficiencia de Mevalonato-Quinasa (MKD)*

En los pacientes con HIDS o MKD, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación:

##### **Adultos y niños a partir de los 2 años de edad**

- 150 mg si el paciente pesa más de 40 kg.
- 2 mg/kg si el paciente no supera los 40 kg.

Con una dosis inicial de 150 mg o de 2 mg/kg, si a los 7 días de iniciar el tratamiento no se ha logrado una respuesta terapéutica satisfactoria, el médico puede plantearse administrar una segunda dosis de 150 mg o de 2 mg/kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse la dosis superior de 300 mg o de 4 mg/kg cada 4 semanas.

No supere la dosis recomendada.

#### *Fiebre Mediterránea Familiar (FMF)*

En los pacientes con FMF, la dosis inicial recomendada de Ilaris® es la que se indica a continuación:

##### **Adultos y niños a partir de los 2 años de edad**

- 150 mg si el paciente pesa más de 40 Kg.
- 2 mg/Kg si el paciente no supera los 40 Kg.

Con una dosis inicial de 150 mg o de 2 mg/Kg, si a los 7 días de iniciar el tratamiento no se ha logrado una respuesta terapéutica satisfactoria, el médico puede plantearse administrar una segunda dosis de 150 mg o de 2 mg/Kg. Si con ella se logra una respuesta completa al tratamiento, deberá mantenerse la dosis superior de 300 mg o de 4 mg/Kg cada 4 semanas.

No sobrepase la dosis recomendada.

### *Enfermedad de Still (AOSD y SJIA)*

La dosis recomendada de Ilaris® para enfermedad de Still (AOSD o SJIA) en pacientes con peso corporal de 7,5 Kg o superior es 4mg/Kg (hasta un máximo de 300 mg) Ilaris® se inyecta cada 4 semanas bajo la piel.

### *Artritis Gotosa*

La dosis recomendada de Ilaris® para Artritis Gotosa en adultos es de 150 mg, administrada como dosis única al momento del ataque de artritis gotosa.

Si necesita otro tratamiento con Ilaris®, y tuvo alivio con la última dosis, debe esperar al menos 12 semanas antes de la próxima dosis.

Su médico verá si usted necesita empezar o ajustar la terapia de descenso de uratos para disminuir el nivel de ácido úrico en sangre.

### *¿Cómo utilizar Ilaris®?*

Si usted está tratándose por CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF o enfermedad de Still (AOSD o SJIA), tras recibir las instrucciones pertinentes sobre la técnica de inyección, puede inyectarse Ilaris® usted mismo o usted puede inyectárselo a su hijo como su cuidador.

- La decisión de si será usted mismo quien se inyecte Ilaris® deben tomarla conjuntamente usted y el médico.
- El médico o enfermero le enseñarán cómo inyectarse Ilaris®.
- No intente inyectarse Ilaris® usted mismo si no ha recibido instrucción adecuada para ello o si no está seguro de cómo hacerlo.
- Ilaris® 150 mg solución inyectable es para uso individual solamente.
- Nunca reutilice la solución restante.

Las instrucciones sobre cómo inyectarse Ilaris® usted mismo figuran en el apartado “Instrucciones de uso”. Si tiene dudas consulte al médico, enfermero o farmacéutico.

### *¿Durante cuánto tiempo ha de usar Ilaris®?*

Si usted tiene un ataque artrítico de gota, se le administrará una dosis única de Ilaris®. Si usted sufre un nuevo ataque, su doctor puede considerar darle otra nueva dosis de Ilaris® pero no antes de 12 semanas de la última dosis.

Si tiene CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF o enfermedad de Still (AOSD o SJIA), debe seguir usando Ilaris® el tiempo que le diga el médico.

### *En caso de que haya usado más Ilaris® del debido*

- Si usted tiene CAPS, no debe inyectarse Ilaris® antes de 8 semanas después de la última dosis, a no ser que así se lo indique el médico.
- Si usted tiene TRAPS, HIDS/MKD o FMF, no debe inyectarse Ilaris® hasta que hayan pasado al menos 4 semanas desde la última dosis, salvo que el médico le indique que lo haga.
- Si tiene enfermedad de Still (AOSD o SJIA) no debería inyectarse Ilaris® antes de 4 semanas después de la última dosis.
- Si accidentalmente inyecta más Ilaris® del debido o antes de lo debido informe a su médico.

*Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:*

*Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962 6666 / 2247  
Hospital A. Posadas: (011) 4654 6648 / 4658 7777*

*Si olvidara inyectarse Ilaris®*

Si tiene CAPS, TRAPS, HIDS/MKD, FMF o enfermedad de Still (AOSD o SJIA) y olvidara inyectarse una dosis de Ilaris®, inyéctese la dosis siguiente lo antes posible y póngase en contacto con el médico para que le diga cuándo debe administrarse la dosis siguiente. Despues debe seguir inyectándose en los intervalos recomendados, como antes.

Si tiene alguna duda sobre el uso de este producto, consulte con el médico, enfermero o farmacéutico.

### **Posibles Efectos Adversos**

Como cualquier otro medicamento, Ilaris® puede causar efectos secundarios, aunque no todos los pacientes los padecen. En su mayoría, dichos efectos son leves o moderados y generalmente desaparecen pocos días o semanas después del tratamiento, pero algunos efectos colaterales pueden ser graves con medicamentos como Ilaris® y requieren especial atención buscando el cuidado del médico.

#### Algunos efectos adversos pueden ser graves:

*Muy frecuentes: (pueden afectar a más de 1 en 10 pacientes)*

- Fiebre que dure más de 3 días o cualquier otro síntoma posiblemente relacionado con infecciones (por ejemplo, han sido informados infecciones virales, bronquitis, e infección del oído). Estas incluyen escalofríos, temblores, malestar, pérdida del apetito, dolores corporales, típicamente en conexión con aparición repentina de la enfermedad, tos, flema, dolor de pecho, dificultad al respirar, dolor de oído, dolores de cabeza prolongados o enrojecimiento localizado, calor o hinchazón de la piel o inflamación en el tejido conectivo (celulitis).
- Sangrado espontáneo, o moretones, los cuales podrían estar relacionados con el descenso de plaquetas (trombocitopenia)

*Comunes (pueden afectar 1 en 10 de cada 100 pacientes)*

- Fiebre, dolor de garganta, úlceras en la boca debido a infecciones, los cuales podrían ser síntomas de bajos niveles de glóbulos blancos (leucopenia, neutropenia). Su médico debería chequear sus glóbulos blancos regularmente si es necesario.
- Mareo, Vértigo.
- Fiebre, tos, dificultad para respirar, sibilancias, dolor en el pecho al respirar (Neumonía), reportados con menos frecuencia en pacientes con artritis gotosa.
- Infección vaginal por hongos.

*Desconocidos (la frecuencia no puede ser estimada de la información disponible)*

- Reacciones alérgicas con exantema y picazón y posiblemente urticaria, dificultad para respirar o para tragar, mareos, palpitaciones y baja presión sanguínea.
- Tos persistente, pérdida de peso y fiebre de bajo grado, lo cual puede ser signos de infección por Tuberculosis.
- Aumentos de ácido úrico en sangre si tiene artritis gotosa, los cuales no interfieren con ninguna terapia para disminuir el ácido úrico en la sangre.
- Fiebre con duración mayor a tres días o cualquier otro síntoma posiblemente relacionado a una infección, como tos prolongada, flema, dolor de pecho, sangre en el esputo, dificultad para respirar, dolor de oído, dolor de cabeza prolongado o enrojecimiento localizado, calor o inflamación de la piel. Estos pueden ser los síntomas de una infección típica o de alguna que puede ser más grave (infección oportunista).

Si sufre alguno de estos síntomas, **comuníquesele inmediatamente al médico.**

Otros posibles efectos adversos son:

*Muy frecuentes: (pueden afectar a más de 1 en 10 pacientes)*

- Combinación de dolor de garganta, secreción acuosa por la nariz, congestión nasal, estornudos, sensación de presión o dolor en las mejillas y/o frente con o sin fiebre (nasofaringitis, faringitis, rinitis, sinusitis).
- Frecuencia miccional aumentada y dolorosa con o sin fiebre (infección urinaria).
- Dolor de estómago y malestar (gastroenteritis).
- Dolor abdominal.
- Reacciones de la piel como enrojecimiento o hinchazón en el sitio de inyección (reacción del sitio de inyección).

*Frecuentes (pueden afectar a 1 de 10 en 100 pacientes)*

- Malestar (vómitos).
- Niveles anormales de triglicéridos en sangre (desorden en el metabolismo lipídico).
- Resultados anormales de función hepática (aumento de transaminasas).
- Niveles altos de bilirrubina en sangre con o sin piel amarilla y ojos amarillos (hiperbilirrubinemia).
- Sensación de debilidad (astenia), cansancio.
- Dolores de espalda.
- Combinación de dolor de garganta, fiebre, hinchazón de las amígdalas o enrojecimiento de las amígdalas, tos, dificultad para tragar y dolor de cabeza (amigdalitis), informados con menos frecuencia en pacientes con artritis gotosa.

*Infrecuentes (pueden afectar a 1 de cada 10 en 1,000 usuarios)*

- Ardor de estómago (reflujo gastro-esofágico).

Si sufre alguno de estos efectos o cualquier otro efecto secundario que no esté mencionado en este prospecto, comuníquese tan pronto sea posible al médico, enfermero o farmacéutico.

## **Instrucciones de uso de Ilaris® Solución Inyectable**

### *Antes de empezar*

- Busque un lugar cómodo y limpio.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Despues de retirar el vial de la heladera, compruebe las fechas de caducidad del mismo. No utilice el medicamento pasada la fecha de caducidad.
- Deje el vial en reposo y sin abrir durante 10 minutos para que el contenido alcance la temperatura ambiente. No lo exponga al calor.
- Utilice siempre agujas y jeringuillas nuevas y no desprecintadas. Evite tocar las agujas y la parte superior del vial.

Lea íntegramente las presentes instrucciones antes de empezar.

### *Reúna los elementos necesarios*

	A. Un vial de solución inyectable Ilaris® (debe mantenerse refrigerado a una temperatura de entre 2°C y 8°C).
	B. Una jeringa de 1,0 ml.
	C. Una aguja del calibre adecuado (p.ej. 21G o superior) con una longitud apropiada para retirar la solución («aguja para extracción»).

	<p>D. Una aguja de 27 G × 13 mm (0,5 pulgadas) para la inyección («aguja de inyección»).</p>
	<p>E. Toallitas embebidas en alcohol.</p>
	<p>F. Toallitas de algodón limpias y secas.</p>
	<p>G. Un apósito, tirla o curita adhesiva.</p>
	<p>H. Un recipiente adecuado donde desechar las agujas, las jeringas y los viales usados (recipiente para objetos punzantes).</p>

### *Preparación de la inyección*

1. Quite la tapa protectora del vial (A). No toque el tapón del vial. Limpie el tapón con la toallita embebida en alcohol (E).

2. Abra los envoltorios que contienen la jeringuilla (B) y la aguja de extracción (C) (la mayor) y acople la aguja a la jeringuilla.



2

3. Retire con cuidado el capuchón de la aguja de extracción y déjelo a un lado. Inserte la aguja de la jeringuilla en el centro del tapón de goma del vial de la solución de Ilaris® (Figura 1).

4. Incline el vial de modo que pueda usted aspirar la cantidad de solución necesaria al interior de la jeringuilla (Figura 2). Tire lentamente del émbolo hacia arriba y llene la jeringuilla con la solución de Ilaris® hasta la marca que corresponda. Si hay burbujas de aire en la jeringuilla, elimínelas como le ha explicado el profesional sanitario. Asegúrese de que la jeringuilla contenga la cantidad correcta de solución.

**NOTA:** La cantidad necesaria dependerá de la dosis que haya que administrar. El profesional sanitario que le atiende le indicará cuál es la cantidad que usted necesita.

5. Retire la aguja y la jeringuilla del vial y vuelva a tapar la aguja de extracción. Retire la aguja de extracción de la jeringuilla y depositela en el recipiente para objetos punzantes. Abra el envoltorio de la aguja de inyección y acople la aguja a la jeringuilla. Administre la inyección inmediatamente después.



3

6. Elija una zona en la parte superior del brazo, la parte superior del muslo, el abdomen o las nalgas para poner la inyección. No elija zonas de piel que presenten erupciones, laceraciones, hematomas o bultos. Evite inyectar en zonas de cicatrices, ya que esto podría dar lugar a una exposición insuficiente a la sustancia activa del medicamento (canakinumab). No inyecte en el interior de una vena.

7. Limpie el lugar de la inyección con una nueva toallita embebida en alcohol. Deje secar la zona. Quite el capuchón de la aguja de inyección.

8. Pellizque suavemente la piel de la zona de la inyección. Sostenga la jeringuilla perpendicular a la piel (en un ángulo de 90 grados) y, con un único movimiento suave, intodúzcala por completo en la piel (Figura 3).

 4	<p>9. Mantenga toda la aguja dentro de la piel mientras presiona lentamente el émbolo de la jeringuilla hasta vaciar el contenido de esta (Figura 4). Suelte la piel pellizcada y extraiga la aguja. Deseche la aguja y la jeringuilla dentro del recipiente para objetos punzantes sin retirar la aguja ni volver a colocarle el capuchón.</p>
--	---

### ¿Cómo conservar Ilaris®?

Conservar refrigerado de 2 a 8°C. Proteger de la luz. No congelar.

No utilice Ilaris® si observa que la solución no es transparente o contiene partículas. La solución debe ser transparente y no contener partículas visibles.

**Mantener fuera del alcance y de la vista de los niños.**

### Presentación

Solución inyectable: cada envase contiene 1 vial de dosis única.

**Ante cualquier inconveniente con el producto  
el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:  
<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp>  
 o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234**

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud - Certificado N°: 55.518.

®Marca Registrada

Elaborado en: Novartis Pharma Stein AG - Stein, Suiza.

**Novartis Argentina S.A.**

Ramallo 1851 - C1429DUC - Buenos Aires, Argentina.

Director Técnico: Dr. Lucio Jeroncic – Químico, Farmacéutico.

**Centro de Atención de Consultas Individuales (CACI): 0800-777-1111**

[www.novartis.com.ar](http://www.novartis.com.ar)

**BPL: 17/Feb/2022**

Tracking Number: N/A

