

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Ejulir, 6 mg/mL, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY

1 mL roztworu zawiera 6 mg liraglutynu. Jeden wstrzykiwacz półautomatyczny napełniony zawiera 18 mg liraglutynu w 3 mL.

Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Roztwór do wstrzykiwań

Przezroczysty, bezbarwny roztwór; pH od 8,0 do 8,3; osmolalność od 250 do 320 mOsm/kg.

4. SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

Dorośli

Produkt leczniczy Ejulir jest wskazany do stosowania wraz z dietą o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonym wysiłkiem fizycznym w celu kontroli masy ciała u dorosłych pacjentów, u których początkowa wartość wskaźnika masy ciała (ang. BMI, *Body Mass Index*) wynosi:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (otyłość), lub
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ do $< 30 \text{ kg/m}^2$ (nadwaga) z przynajmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała, taką jak zaburzenia gospodarki węglowodanowej (stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia lub obturacyjny bezdech senny.

Należy przerwać leczenie, jeżeli po 12 tygodniach stosowania produktu leczniczego Ejulir w dawce 3,0 mg na dobę nie stwierdzono u pacjenta zmniejszenia początkowej masy ciała o co najmniej 5%.

Młodzież (w wieku ≥ 12 lat)

Produkt leczniczy Ejulir może być stosowany jako uzupełnienie zdrowego sposobu odżywiania i zwiększonego wysiłku fizycznego w celu kontroli masy ciała u młodzieży w wieku 12 lat i powyżej z:

- otyłością (wskaźnik masy ciała BMI odpowiadający $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ u dorosłych z uwzględnieniem punktów odcięcia określonych w standardzie międzynarodowym)* i
- masą ciała powyżej 60 kg.

Należy przerwać stosowanie produktu leczniczego Ejulir i poddać ponownej ocenie wynik leczenia, jeżeli nie stwierdzono zmniejszenia wartości wskaźnika BMI lub BMI z jednym odchyleniem standardowym o co najmniej 4% po 12 tygodniach stosowania produktu leczniczego Ejulir w dawce 3,0 mg na dobę lub w maksymalnej dawce tolerowanej przez pacjenta.

*Punkty odcięcia BMI określone przez międzynarodowy standard IOTF (ang. *International Obesity Task Force*) dla otyłości według płci w przedziale wiekowym 12-18 lat (patrz tabela 1), zgodnie z projektem badania klinicznego 4180, patrz punkt 5.1:

Tabela 1 Punkty odcięcia BMI określone przez międzynarodowy standard IOTF dla otyłości według płci w przedziale wiekowym 12–18 lat

| Wiek (lata) | BMI odpowiadający 30 kg/m ² u dorosłych z uwzględnieniem punktów odcięcia określonych w standardzie międzynarodowym. | |
|-------------|---|-------------|
| | Płeć męska | Płeć żeńska |
| 12 | 26,02 | 26,67 |
| 12,5 | 26,43 | 27,24 |
| 13 | 26,84 | 27,76 |
| 13,5 | 27,25 | 28,20 |
| 14 | 27,63 | 28,57 |
| 14,5 | 27,98 | 28,87 |
| 15 | 28,30 | 29,11 |
| 15,5 | 28,60 | 29,29 |
| 16 | 28,88 | 29,43 |
| 16,5 | 29,14 | 29,56 |
| 17 | 29,41 | 29,69 |
| 17,5 | 29,70 | 29,84 |
| 18 | 30,00 | 30,00 |

Dzieci (w wieku od 6 do < 12 lat)

Produkt leczniczy Ejulir jest wskazany jako uzupełnienie zdrowego sposobu odżywiania i zwiększonego wysiłku fizycznego w celu kontroli masy ciała u dzieci w wieku od 6 do < 12 lat z:

- otyłością (BMI \geq 95 percentyla)* i
- masą ciała \geq 45 kg.

Należy przerwać stosowanie produktu leczniczego Ejulir i poddać ponownej ocenie wynik leczenia, jeżeli u pacjentów nie stwierdzono zmniejszenia wartości wskaźnika BMI lub BMI z jednym odchyleniem standardowym o co najmniej 4% po 12 tygodniach stosowania produktu leczniczego w dawce 3,0 mg na dobę lub w maksymalnej dawce tolerowanej przez pacjenta.

*Punkty odcięcia BMI określone przez CDC (ang. *Centers for Disease Control and Prevention*) dla otyłości (\geq 95 percentyla) według płci w przedziale wiekowym 6 do < 12 lat (patrz tabela 2) zgodnie z projektem badania klinicznego 4392, patrz punkt 5.1.

Tabela 2 Punkty odcięcia BMI (masa ciała w kg/wzrost w m²) dla otyłości (\geq 95 percentyla) według płci u dzieci w wieku od 6 do < 12 lat

| Wiek (lata) | Otyłość BMI \geq 95 percentyla | |
|-------------|----------------------------------|-------------|
| | Płeć męska | Płeć żeńska |
| 6 | 18,41 | 18,84 |
| 6,5 | 18,76 | 19,23 |
| 7 | 19,15 | 19,68 |
| 7,5 | 19,59 | 20,17 |
| 8 | 20,07 | 20,70 |

| Wiek (lata) | Otyłość BMI \geq 95 percentyla | |
|-------------|-------------------------------------|-------------|
| | Płeć męska | Płeć żeńska |
| 8,5 | 20,57 | 21,25 |
| 9 | 21,09 | 21,82 |
| 9,5 | 21,62 | 22,40 |
| 10 | 22,15 | 22,98 |
| 10,5 | 22,69 | 23,57 |
| 11 | 23,21 | 24,14 |
| 11,5 | 23,73 | 24,71 |

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Dawkowanie

Dorośli

Dawka początkowa wynosi 0,6 mg raz na dobę. W celu poprawy tolerancji produktu leczniczego przez przewód pokarmowy, dawkę należy zwiększać stopniowo o 0,6 mg na dobę w odstępach wynoszących co najmniej jeden tydzień, aż do dawki wynoszącej 3,0 mg raz na dobę (patrz tabela 3). Jeśli przez kolejne dwa tygodnie po zwiększeniu dawki produkt leczniczy nie jest tolerowany, należy rozważyć zakończenie podawania produktu leczniczego. Dawki dobowe większe niż 3,0 mg nie są zalecane.

Tabela 3 Harmonogram zwiększania dawki

| | Dawka | Tygodnie |
|---|---------------|----------|
| Zwiększanie dawki 4 tygodnie | 0,6 mg | 1 |
| | 1,2 mg | 1 |
| | 1,8 mg | 1 |
| | 2,4 mg | 1 |
| Dawka podtrzymująca | 3,0 mg | |

Młodzież (w wieku \geq 12 lat)

U młodzieży w wieku od 12 do 18 lat należy stosować podobny harmonogram zwiększania dawki, jak dla osób dorosłych (patrz tabela 3). Dawkę należy zwiększać stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 3,0 mg (dawka podtrzymująca) lub do maksymalnej dawki tolerowanej przez pacjenta. Dawki dobowe większe niż 3,0 mg nie są zalecane.

Dzieci (w wieku od 6 do < 12 lat)

U dzieci w wieku od 6 do 12 lat należy stosować podobny harmonogram zwiększania dawki, jak dla osób dorosłych (patrz tabela 3). Dawkę należy zwiększać stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 3,0 mg (dawka podtrzymująca) lub do maksymalnej dawki tolerowanej przez pacjenta. Dawki dobowe większe niż 3,0 mg nie są zalecane. Leczenie liraglutylem u dzieci powinno być rozpoczynane przez lekarza doświadczonego w leczeniu otyłości u dzieci.

Pominięcie dawki

Jeśli dawka została pominięta i nie upłynęło jeszcze 12 godzin od ustalonej pory podawania produktu leczniczego, dawkę należy przyjąć możliwie jak najszybciej. Jeśli do podania następczej dawki pozostało mniej niż 12 godzin, należy opuścić pominiętą dawkę i następczą dawkę przyjąć zgodnie

z wcześniej ustalonym schematem dawkowania raz na dobę. Nie należy przyjmować dodatkowej dawki ani zwiększać dawki następnego dnia w celu uzupełnienia dawki pominiętej.

Pacjenci z cukrzycą typu 2

Produktu leczniczego Ejulir nie należy stosować w skojarzeniu z innym agonistą receptora GLP-1.

Rozpoczynając stosowanie produktu leczniczego Ejulir, należy rozważyć zmniejszenie dawki podawanej jednocześnie insuliny lub substancji zwiększających wydzielanie insuliny (takich jak pochodne sulfonilomocznika), aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia hipoglikemii. Konieczne jest samodzielne kontrolowanie przez pacjenta stężenia glukozy we krwi w celu skorygowania dawki insuliny lub substancji zwiększających wydzielanie insuliny (patrz punkt 4.4).

Szczególne grupy pacjentów

Pacjenci w podeszłym wieku (65 lat i więcej)

Nie ma konieczności dostosowywania dawki w związku z wiekiem pacjenta. Dane dotyczące stosowania u pacjentów w wieku 75 lat i powyżej są ograniczone, dlatego nie zaleca się stosowania produktu leczniczego u tych pacjentów (patrz punkty 4.4 i 5.2).

Zaburzenia czynności nerek

Nie ma konieczności dostosowywania dawki u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności nerek (klirens kreatyniny ≥ 30 mL/min.). Produkt leczniczy Ejulir nie jest zalecany do stosowania u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (klirens kreatyniny < 30 mL/min.), w tym u osób w końcowym stadium choroby nerek (patrz punkty 4.4, 4.8 i 5.2).

Zaburzenia czynności wątroby

Nie zaleca się dostosowywania dawki u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby. Produkt leczniczy Ejulir nie jest zalecany do stosowania u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby i należy zachować ostrożność stosując go u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (patrz punkty 4.4 i 5.2).

Dzieci i młodzież

Nie ma konieczności dostosowywania dawki u młodzieży i dzieci w wieku 6 lat i powyżej. Bezpieczeństwo stosowania i skuteczność liraglutylu u dzieci w wieku poniżej 6 lat nie zostały określone (patrz punkt 5.1).

Sposób podawania

Produkt leczniczy Ejulir należy podawać wyłącznie podskórnie. Produktu leczniczego Ejulir nie wolno podawać dożylnie ani domięśniowo.

Produkt leczniczy Ejulir podawany jest raz na dobę o dowolnej porze, niezależnie od posiłków. Wstrzyknięcia należy wykonywać w powłoki jamy brzusznej, udo lub górną część ramienia. Miejsce wstrzyknięcia i porę podania można zmienić bez dostosowywania dawki. Jednakże, lepiej jest wstrzykiwać produkt leczniczy Ejulir w przybliżeniu o tej samej porze dnia, po wybraniu najbardziej dogodnej pory. Należy zawsze zmieniać miejsca wstrzyknięć w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia złogów amyloidu w miejscu wstrzyknięcia (patrz punkt 4.8).

Dalsze wskazówki dotyczące podawania, patrz punkt 6.6.

4.3 Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na liraglutyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Zachłyśnięcie podczas stosowania znieczulenia ogólnego lub głębokiej sedacji

U pacjentów poddanych znieczuleniu ogólnemu lub głębokiej sedacji i przyjmujących agonistów receptora GLP-1 występowały przypadki zachłystowego zapalenia płuc. Dlatego przed procedurą znieczulenia ogólnego lub głębokiej sedacji należy wziąć pod uwagę zwiększone ryzyko występowania zwiększonej ilości pozostałości treści pokarmowej w żołądku spowodowanej opóźnionym opróżnianiem żołądka (patrz punkt 4.8).

Pacjenci z niewydolnością serca

Nie ma doświadczenia w leczeniu pacjentów z zastoinową niewydolnością serca klasy IV według NYHA (ang. *New York Heart Association*), dlatego też nie zaleca się stosowania liraglutylu w tej grupie pacjentów.

Szczególne grupy pacjentów

Nie określono skuteczności i bezpieczeństwa stosowania liraglutylu w celu kontroli masy ciała u pacjentów:

- w wieku 75 lat lub starszych,
- leczonych innymi produktami leczniczymi w celu kontroli masy ciała,
- z otyłością wtórną spowodowaną zaburzeniami endokrynologicznymi lub zaburzeniami odżywiania, bądź leczonych produktami leczniczymi mogącymi powodować przyrost masy ciała,
- z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek,
- z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby.

Nie zaleca się stosowania tego produktu leczniczego u tych pacjentów (patrz punkt 4.2).

Ponieważ stosowanie liraglutylu w celu kontroli masy ciała nie zostało zbadane u pacjentów z łagodnymi ani umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby, należy zachować ostrożność podczas stosowania u tych pacjentów (patrz punkty 4.2 i 5.2).

Doświadczenia związane ze stosowaniem u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit oraz gastroparą cukrzycową są ograniczone. Stosowanie liraglutylu nie jest zalecane u tych pacjentów, gdyż wiąże się z wystąpieniem przemijających działań niepożądanych ze strony układu pokarmowego, w tym nudności, wymiotów i biegunki.

Zapalenie trzustki

Podczas stosowania agonistów receptora GLP-1 zaobserwowano wystąpienie ostrego zapalenia trzustki. Należy poinformować pacjentów o charakterystycznych objawach ostrego zapalenia trzustki. W przypadku podejrzenia zapalenia trzustki należy zaprzestać stosowania liraglutylu, a po potwierdzeniu ostrego zapalenia trzustki leczenie liraglutylem nie powinno być wznowiane.

Kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego

W badaniach klinicznych dotyczących kontroli masy ciała obserwowano częstsze występowanie kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego u pacjentów stosujących liraglutyl, niż u osób przyjmujących placebo. Możliwość zwiększenia ryzyka wystąpienia kamicy żółciowej, a tym samym zapalenia pęcherzyka żółciowego w wyniku znacznego zmniejszenia masy ciała tylko częściowo tłumaczy wzrost częstości występowania tych zaburzeń podczas stosowania liraglutylu. Kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego mogą wiązać się z koniecznością hospitalizacji i chirurgicznego usunięcia pęcherzyka żółciowego (cholecystektomii). Należy poinformować pacjentów o charakterystycznych objawach kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Choroba tarczycy

W badaniach klinicznych dotyczących leczenia cukrzycy typu 2 obserwowane były działania niepożądane dotyczące tarczycy, takie jak powiększenie tarczycy, w szczególności u pacjentów z istniejącymi wcześniej chorobami tarczycy. W związku z tym, należy zachować ostrożność podczas stosowania liraglutynu u pacjentów z chorobami tarczycy.

Częstość akcji serca

W badaniach klinicznych ze stosowaniem liraglutynu obserwowano zwiększenie częstości akcji serca (patrz punkt 5.1). Częstość akcji serca należy kontrolować w regularnych odstępach, zgodnie z zasadami postępowania przyjętymi w praktyce klinicznej. Należy poinformować pacjentów o objawach zwiększonej częstości akcji serca (kołatanie serca lub uczucie gwałtownego bicia serca w spoczynku). U pacjentów, u których stwierdzono znaczące klinicznie, długotrwałe zwiększenie częstości akcji serca w spoczynku, należy przerwać stosowanie liraglutynu.

Odwodnienie

U pacjentów leczonych agonistami receptora GLP-1 zaobserwowano przedmiotowe i podmiotowe objawy odwodnienia, w tym zaburzenia czynności nerek i ostrą niewydolność nerek. Należy poinformować pacjentów leczonych liraglutynem o ryzyku odwodnienia związanym z działaniami niepożądanymi ze strony żołądka i jelit oraz o konieczności zapobiegania niedoborom płynów.

Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2

U pacjentów z cukrzycą typu 2 przyjmujących liraglutyn w skojarzeniu z insuliną i (lub) pochodnymi sulfonilomocznika ryzyko hipoglikemii może być zwiększone. Ryzyko hipoglikemii może być zmniejszone poprzez zmniejszenie dawki insuliny i (lub) pochodnej sulfonilomocznika.

Dzieci i młodzież

U młodzieży (w wieku ≥ 12 lat) leczonej liraglutynem zgłaszano istotne klinicznie epizody hipoglikemii. Należy poinformować pacjentów o charakterystycznych objawach towarzyszących hipoglikemii oraz odpowiednich działaniach.

Hiperglikemia u pacjentów z cukrzycą leczonych insuliną

Nie stosować produktu leczniczego Ejulir jako zamiennika insuliny u pacjentów z cukrzycą. U pacjentów zależnych od insuliny obserwowano występowanie cukrzycowej kwasicy ketonowej po gwałtownym przerwaniu podawania lub zmniejszeniu dawki insuliny (patrz punkt 4.2).

Substancje pomocnicze

Ten produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, to znaczy produkt leczniczy uznaje się za „wolny od sodu”.

4.5 Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji

W warunkach *in vitro* wykazano bardzo małe prawdopodobieństwo wchodzenia liraglutynu w interakcje farmakokinetyczne z innymi substancjami czynnymi związane z cytochromem P450 (CYP 450) oraz wiązaniem z białkami osocza.

Niewielkie opóźnienie w opróżnianiu żołądka wywołane działaniem liraglutynu może wpłynąć na wchłanianie jednocześnie podawanych doustnie produktów leczniczych. Badania interakcji nie wykazały żadnego klinicznie istotnego opóźnienia wchłaniania, dlatego nie ma konieczności dostosowywania dawki.

Przeprowadzono badania dotyczące interakcji liraglutylu w dawce 1,8 mg. Wpływ liraglutylu na tempo opróżniania żołądka przy stosowaniu dawki wynoszącej 1,8 mg i 3,0 mg był taki sam (wartość $AUC_{0-300 \text{ min}}$ dla paracetamolu). U niewielkiej liczby pacjentów leczonych liraglutylem odnotowano przynajmniej jeden przypadek ostrej biegunki. Biegunka może wpływać na wchłanianie jednocześnie stosowanych produktów leczniczych podawanych doustnie.

Warfaryna i inne pochodne kumaryny

Nie przeprowadzono badań dotyczących interakcji. Nie można wykluczyć klinicznie istotnej interakcji z substancjami czynnymi o słabej rozpuszczalności lub wąskim indeksie terapeutycznym, takimi jak warfaryna. Po rozpoczęciu leczenia liraglutylem u pacjentów przyjmujących warfarynę lub inne pochodne kumaryny zaleca się częstsze monitorowanie wartości międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (ang. INR, *International Normalised Ratio*).

Paracetamol (acetaminofen)

Liraglutyl nie zmienił całkowitej ekspozycji na paracetamol podany w pojedynczej dawce 1 000 mg. Wartość C_{max} paracetamolu zmniejszyła się o 31%, natomiast średnia wartość t_{max} zwiększyła się o 15 min. W przypadku jednoczesnego stosowania paracetamolu nie ma konieczności dostosowywania dawki.

Atorwastatyna

Liraglutyl nie zmienił całkowitej ekspozycji na atorwastatynę po podaniu atorwastatyny w pojedynczej dawce wynoszącej 40 mg. Dlatego też w przypadku stosowania atorwastatyny jednocześnie z liraglutylem nie ma konieczności dostosowywania dawki atorwastatyny. Po zastosowaniu liraglutylu wartość C_{max} atorwastatyny zmniejszyła się o 38%, natomiast średnia wartość t_{max} zwiększyła się z 1 do 3 godzin.

Gryzeofulwina

Liraglutyl nie zmienił całkowitej ekspozycji na gryzeofulwinę po podaniu gryzeofulwiny w pojedynczej dawce wynoszącej 500 mg. Wartość C_{max} gryzeofulwiny zwiększyła się o 37%, natomiast średnia wartość t_{max} nie uległa zmianie. Nie ma konieczności dostosowywania dawki gryzeofulwiny i innych związków o małej rozpuszczalności i dużej przenikalności.

Digoksyna

Podanie digoksyny w pojedynczej dawce wynoszącej 1 mg jednocześnie z liraglutylem powodowało zmniejszenie wartości AUC digoksyny o 16%; wartość C_{max} zmniejszyła się o 31%. Średnia wartość t_{max} dla digoksyny zwiększyła się z 1 do 1,5 godziny. Wyniki te nie wskazują na konieczność dostosowywania dawki digoksyny.

Lizynopryl

Podanie lizynoprylu w pojedynczej dawce wynoszącej 20 mg jednocześnie z liraglutylem powodowało zmniejszenie wartości AUC dla lizynoprylu o 15%; wartość C_{max} zmniejszyła się o 27%. Po zastosowaniu liraglutylu średnia wartość t_{max} dla lizynoprylu zwiększyła się z 6 do 8 godzin. Wyniki te wskazują na brak konieczności dostosowywania dawki lizynoprylu.

Doustne środki antykoncepcyjne

Liraglutyl zmniejszył wartość C_{max} etynyloestradolu i lewonorgestrelu odpowiednio o 12% i 13% po podaniu pojedynczej dawki doustnego środka antykoncepcyjnego. Wartość t_{max} obydwu związków zwiększyła się o 1,5 godziny po zastosowaniu z liraglutylem. Nie stwierdzono klinicznie istotnego wpływu na całkowitą ekspozycję zarówno na etynyloestradol, jak i lewonorgestrel. W związku z tym

ich działanie antykoncepcyjne nie powinno ulec zmianie podczas jednoczesnego stosowania z liraglutydem.

Dzieci i młodzież

Badania dotyczące interakcji przeprowadzono wyłącznie u dorosłych.

4.6 Wpływ na płodność, ciążę i laktację

Ciąża

Istnieją tylko ograniczone dane dotyczące stosowania liraglutylu u kobiet w okresie ciąży. Badania na zwierzętach wykazały szkodliwy wpływ na reprodukcję (patrz punkt 5.3). Zagrożenie dla człowieka nie jest znane.

Liraglutylu nie należy stosować w czasie ciąży. Jeśli pacjentka planuje zajść w ciążę lub jest w ciąży, należy zaprzestać stosowania liraglutylu.

Karmienie piersią

Nie wiadomo czy liraglutyl przenika do mleka ludzkiego. Badania na zwierzętach wykazały małe przenikanie do mleka liraglutylu i metabolitów o dużym podobieństwie strukturalnym. W badaniach nieklinicznych wykazano zmniejszenie wzrostu ośsków szczurzych pod wpływem leczenia (patrz punkt 5.3). Z powodu braku danych nie należy stosować produktu leczniczego Ejulir w okresie karmienia piersią.

Płodność

Oprócz nieznacznego zmniejszenia liczby zagnieżdżonych zarodków w badaniach na zwierzętach nie wykazano szkodliwego wpływu na płodność (patrz punkt 5.3).

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn

Liraglutyl nie ma wpływu lub wywiera nieistotny wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. Jednak, głównie podczas pierwszych 3 miesięcy stosowania produktu leczniczego Ejulir, mogą pojawić się zawroty głowy. W przypadku występowania zawrotów głowy należy zachować ostrożność podczas prowadzenia pojazdów lub obsługiwanie maszyn.

4.8 Działania niepożądane

Podsumowanie profilu bezpieczeństwa:

Bezpieczeństwo stosowania liraglutylu było oceniane w pięciu podwójnie zaślepionych, kontrolowanych placebo badaniach klinicznych, do których włączono 5 813 dorosłych pacjentów z nadwagą lub otyłością i co najmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała. Najczęściej zgłaszanymi podczas leczenia działaniami niepożądanymi (67,9%), były objawy ze strony przewodu pokarmowego (patrz punkt „Opis wybranych działań niepożądanych”).

Tabelaryczne zestawienie działań niepożądanych

Działania niepożądane zgłoszone u dorosłych wymieniono w tabeli 4. Działania niepożądane zostały wymienione według klasyfikacji układów i narządów oraz częstości występowania. Częstość występowania definiuje się w następujący sposób: bardzo często ($\geq 1/10$); często (od $\geq 1/100$ do $< 1/10$); niezbyt często (od $\geq 1/1\ 000$ do $< 1/100$); rzadko (od $\geq 1/10\ 000$ do $< 1/1\ 000$); bardzo rzadko ($< 1/10\ 000$) oraz częstość nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). W obrębie każdej grupy częstości, działania niepożądane są przedstawione według zmniejszającej się ciężkości tych zdarzeń.

Tabela 4 Działania niepożądane zgłoszone u dorosłych

| Klasyfikacja układów i narządów MedDRA | Bardzo często | Często | Niezbyt często | Rzadko | Częstość nieznana |
|---|---|--|--|--|--------------------|
| Zaburzenia układu immunologicznego | | | | reakcja anafilaktyczna | |
| Zaburzenia metabolizmu i odżywiania | | hipoglikemia* | odwodnienie | | |
| Zaburzenia psychiczne | | bezsenność** | | | |
| Zaburzenia układu nerwowego | ból głowy | zawroty głowy zaburzenia smaku | | | |
| Zaburzenia serca | | | tachykardia | | |
| Zaburzenia żołądka i jelit | nudności wymioty biegunka zaparcie | suchość w jamie ustnej dyspepsja zapalenie żołądka refluks żołądkowo-przłykowy ból w nadbrzuszu nadmierna produkcja gazów jelitowych odbijanie się wzdęcie brzucha | zapalenie trzustki*** opóźnione opróżnianie żołądka**** | | niedrożność jelit† |
| Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych | | kamica żółciowa*** | zapalenie pęcherzyka żółciowego*** | | |
| Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej | | wysypka | pokrzywka | | amyloidozą skórną |
| Zaburzenia nerek i dróg moczowych | | | | ostra niewydolność nerek zaburzenia czynności nerek | |
| Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania | | reakcje w miejscu wstrzyknięcia astenia zmęczenie | złe samopoczucie | | |
| Badania diagnostyczne | | zwiększona aktywność lipazy zwiększona aktywność amylazy | | | |

*hipoglikemia (na podstawie objawów podawanych przez pacjentów, ale niepotwierdzonych w wynikach oznaczeń stężenia glukozy we krwi) zgłaszana przez pacjentów bez cukrzycy typu 2 leczonych liraglutylem w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym. Dodatkowe informacje podano w punkcie „Opis wybranych działań niepożądanych”.

**bezsenność obserwowano głównie w okresie pierwszych 3 miesięcy leczenia.

***patrz punkt 4.4.

****z kontrolowanych badań klinicznych fazy II, IIIa i IIIb.

†na podstawie informacji uzyskanych po wprowadzeniu produktu leczniczego do obrotu.

Opis wybranych działań niepożądanych

Hipoglikemia u pacjentów bez cukrzycy typu 2

W badaniach klinicznych z udziałem osób z nadwagą lub otyłością bez cukrzycy typu 2, leczonych liraglutylem w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, nie odnotowano żadnego przypadku ciężkiej hipoglikemii (wymagającej pomocy osób trzecich). Objawy hipoglikemii zgłosiło 1,6% pacjentów leczonych liraglutylem i 1,1% pacjentów przyjmujących placebo; jednak zdarzeń tych nie potwierdzono pomiarami stężenia glukozy we krwi. W większości przypadków hipoglikemia miała łagodne nasilenie.

Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2

W badaniu klinicznym z udziałem osób z nadwagą lub otyłością i cukrzycą typu 2 leczonych liraglutylem w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, ciężką hipoglikemię (wymagającą pomocy osób trzecich) zgłosiło 0,7% pacjentów leczonych liraglutylem i tylko u pacjentów, którzy stosowali jednocześnie pochodne sulfonilomocznika. W tej grupie pacjentów, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii zgłosiło 43,6% osób leczonych liraglutylem i 27,3% osób przyjmujących placebo. W grupie pacjentów niestosujących jednocześnie pochodnych sulfonilomocznika udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii (zdefiniowanej jako stężenie glukozy w osoczu wynoszące $\leq 3,9$ mmol/L z towarzyszącymi objawami) zgłosiło 15,7% osób leczonych liraglutylem i 7,6% osób przyjmujących placebo.

Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną

W badaniu klinicznym z udziałem osób z nadwagą lub otyłością i cukrzycą typu 2 leczonych insuliną i liraglutylem 3,0 mg/dobę w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, ciężką hipoglikemię (wymagającą pomocy osób trzecich) zgłosiło 1,5% pacjentów leczonych liraglutylem 3,0 mg/dobę, którzy stosowali jednocześnie 1-2 doustne leki przeciwcukrzycowe. W badaniu tym udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii (zdefiniowanej jako stężenie glukozy w osoczu $\leq 3,9$ mmol/L z towarzyszącymi objawami) zgłosiło 47,2% osób leczonych liraglutylem 3,0 mg/dobę i 51,8% osób przyjmujących placebo. W grupie pacjentów stosujących jednocześnie pochodne sulfonilomocznika, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii zgłosiło 60,9% osób leczonych liraglutylem 3,0 mg/dobę i 60,0% osób przyjmujących placebo.

Działania niepożądane ze strony układu pokarmowego

W większości przypadków objawy ze strony przewodu pokarmowego były przemijające, łagodne lub umiarkowanie nasilone i nie prowadziły do rezygnacji z leczenia. Występowały zazwyczaj w pierwszych tygodniach leczenia i zmniejszały się w ciągu kilku dni lub tygodni nieprzerwanej terapii.

U pacjentów w wieku 65 lat lub starszych leczonych liraglutylem może wystąpić więcej dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

U pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności nerek (klirens kreatyniny ≥ 30 mL/min.) leczonych liraglutylem może wystąpić więcej dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Ostra niewydolność nerek

Istnieją doniesienia o występowaniu ostrej niewydolności nerek u pacjentów leczonych agonistami receptora GLP-1. Większość przypadków odnotowano u pacjentów, u których występowały nudności, wymioty lub biegunka, powodujące zmniejszenie objętości płynów w organizmie (patrz punkt 4.4).

Reakcje alergiczne

Po wprowadzeniu liraglutylu do obrotu zgłoszono kilka przypadków reakcji anafilaktycznych z objawami takimi jak: niedociśnienie tętnicze, kołatanie serca, duszność i obrzęk. Potencjalnie reakcje alergiczne mogą stanowić zagrożenie życia. W przypadku podejrzenia reakcji anafilaktycznej, należy zaprzestać stosowania liraglutylu i nie wznowiać podawania produktu leczniczego (patrz punkt 4.3).

Reakcje w miejscu wstrzyknięcia

U pacjentów leczonych liraglutylem zgłaszano występowanie reakcji w miejscu wstrzyknięcia. Reakcje te zwykle były łagodne, miały przemijający charakter i w większości przypadków ustępowały w czasie dalszego leczenia.

Tachykardia

W badaniach klinicznych u 0,6% pacjentów leczonych liraglutylem i u 0,1% pacjentów przyjmujących placebo odnotowano przypadki tachykardii. Większość z nich miała łagodne lub umiarkowane nasilenie. Były to przypadki odosobnione, które w większości ustępowały w czasie dalszego leczenia liraglutylem.

Amyloidoza skórna

W miejscu wstrzyknięcia może wystąpić amyloidoza skórna (patrz punkt 4.2).

Dzieci i młodzież

W badaniu klinicznym przeprowadzonym z udziałem młodzieży z otyłością w wieku od 12 do 18 lat 125 pacjentów otrzymywało liraglutyl przez 56 tygodni.

W ogólnym podsumowaniu częstość, rodzaj i ciężkość działań niepożądanych u młodzieży z otyłością były porównywalne z tymi, które obserwowano u osób dorosłych. Wymioty występowały z 2-krotnie większą częstością u młodzieży niż u osób dorosłych.

Odsetek pacjentów, którzy zgłosili co najmniej jeden epizod hipoglikemii istotnej klinicznie był większy w grupie leczonej liraglutylem (1,6%) w porównaniu z placebo (0,8%). W trakcie badania nie wystąpiły epizody ciężkiej hipoglikemii.

W badaniu klinicznym przeprowadzonym z udziałem dzieci z otyłością w wieku od 6 do 12 lat (badanie 4392) 56 pacjentów otrzymywało liraglutyl przez 56 tygodni.

W ogólnym podsumowaniu częstość, rodzaj i ciężkość działań niepożądanych u dzieci z otyłością były porównywalne z tymi, które obserwowano u młodzieży i osób dorosłych.

Odnotowano więcej działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego u dzieci, zarówno w grupie przyjmującej liraglutyl, jak i w grupie przyjmującej placebo, w porównaniu z młodzieżą i osobami dorosłymi, z dwukrotnym zwiększeniem częstości występowania wymiotów u dzieci w porównaniu z młodzieżą.

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl> Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.

4.9 Przedawkowanie

W badaniach klinicznych i po wprowadzeniu liraglutynu do obrotu zgłoszono przypadki przyjęcia dawek dochodzących do 72 mg (24 razy większych niż dawka zalecana w celu kontroli masy ciała). Zgłaszane zdarzenia obejmowały silne nudności, ciężkie wymioty i ciężką hipoglikemię.

W przypadku przedawkowania należy podjąć odpowiednie leczenie wspomagające w zależności od występujących u pacjenta przedmiotowych i podmiotowych objawów klinicznych. Należy obserwować czy u pacjentów nie występują kliniczne objawy odwodnienia oraz monitorować stężenie glukozy we krwi.

5. WŁAŚCIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE

5.1 Właściwości farmakodynamiczne

Grupa farmakoterapeutyczna: leki stosowane w cukrzycy, analogi glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1), kod ATC: A10BJ02

Mechanizm działania

Liraglutyd jest acylovanym analogiem ludzkiego glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1), w którym sekwencja aminokwasów jest w 97% zgodna z sekwencją aminokwasów w cząsteczce endogennego ludzkiego GLP-1. Liraglutyd wiąże się z receptorem GLP-1 (GLP-1R) i aktywuje go.

GLP-1 kontroluje łaknienie i spożycie pokarmu w warunkach fizjologicznych, ale jego pełny mechanizm działania nie został dokładnie poznany. W badaniach na zwierzętach po obwodowym podaniu liraglutynu związek był wychwytywany w konkretnych obszarach mózgowia odpowiedzialnych za kontrolę łaknienia, w których w wyniku swoistej aktywacji GLP-1R powodował wzmocnienie najważniejszych sygnałów sytości i osłabienie najważniejszych sygnałów głodu, prowadząc w ten sposób do zmniejszenia masy ciała.

Receptory GLP-1 występują również w określonych miejscach w sercu, naczyniach układu krążenia, układzie immunologicznym i nerkach. W badaniach nad miażdżycą tętnic prowadzonych z udziałem myszy liraglutyd zapobiegał rozwojowi blaszki miażdżycowej oraz zmniejszał stan zapalny blaszki miażdżycowej. Dodatkowo liraglutyd wywierał korzystny wpływ na lipidy w osoczu. Liraglutyd nie zmniejszał rozmiaru blaszki w stabilnej miażdżycy.

Działanie farmakodynamiczne

Liraglutyd powoduje zmniejszenie masy ciała u ludzi głównie w wyniku utraty tkanki tłuszczowej, przy czym względna ilość trzewnej tkanki tłuszczowej zmniejsza się bardziej niż ilość podskórnej tkanki tłuszczowej. Liraglutyd kontroluje łaknienie zwiększając uczucie sytości i pełności, a jednocześnie zmniejszając uczucie głodu oraz ograniczając potrzebę zjedzenia pożywienia, w wyniku czego zmniejsza się spożycie pokarmu. Liraglutyd nie zwiększa wydatku energetycznego w porównaniu z placebo.

Liraglutyd pobudza wydzielanie insuliny i hamuje wydzielanie glukagonu w sposób zależny od stężenia glukozy, powodując obniżenie stężenia glukozy we krwi na czczo i po posiłku. Efekt zależny od stężenia glukozy jest silniej wyrażony u pacjentów w stanie przedcukrzycowym i z cukrzycą w porównaniu z osobami z normoglikemią. Wyniki badań klinicznych wskazują na to, że liraglutyd poprawia i podtrzymuje czynność komórek beta trzustki, co wykazano na podstawie badań z wykorzystaniem homeostatycznego modelu oceny funkcji komórek beta (HOMA-B) i stosunku proinsuliny do insuliny.

Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo stosowania

Bezpieczeństwo stosowania i skuteczność liraglutylu w odniesieniu do kontroli masy ciała w połączeniu ze zmniejszeniem podaży kalorii i zwiększeniem wysiłku fizycznego oceniano w czterech badaniach III fazy z randomizacją, podwójnie ślełą próbą i grupą kontrolną placebo, w których wzięło udział łącznie 5 358 dorosłych pacjentów.

- **Badanie 1 (SCALE Obesity & Pre-Diabetes — 1839):** 3 731 pacjentów z otyłością (BMI ≥ 30 kg/m²) lub nadwagą (BMI ≥ 27 kg/m²) oraz dyslipidemią i (lub) nadciśnieniem tętniczym podzielono według stwierdzanego w badaniach przesiewowych stanu przedcukrzycowego oraz wyjściowej wartości BMI (≥ 30 kg/m² lub < 30 kg/m²). U wszystkich 3 731 zrandomizowanych pacjentów leczenie trwało 56 tygodni, a u 2 254 pacjentów ze stwierdzonym w badaniach przesiewowych stanem przedcukrzycowym leczenie trwało 160 tygodni. Po każdym z obydwu okresów leczenia następował 12-tygodniowy okres obserwacyjny bez podawania leku/placebo. Leczeniu wszystkich pacjentów towarzyszyła kontrola stylu życia polegająca na stosowaniu diety niskokalorycznej oraz wykonywaniu ćwiczeń fizycznych.
W trwającej 56 tygodni części badania 1 oceniano zmniejszenie masy ciała u 3 731 zrandomizowanych pacjentów (badanie ukończyło 2 590 osób).
W trwającej 160 tygodni części badania 1 oceniano czas do wystąpienia cukrzycy typu 2 u 2 254 zrandomizowanych pacjentów ze stanem przedcukrzycowym (badanie ukończyło 1 128 osób).
- **Badanie 2 (SCALE Diabetes — 1922):** Trwające 56 tygodni badanie, w którym oceniano zmniejszenie masy ciała u 846 zrandomizowanych (badanie ukończyło 628 uczestników) pacjentów z otyłością i nadwagą oraz niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 (wartość HbA_{1c} w zakresie od 7% do 10%). Na początku badania jako leczenie podstawowe stosowano tylko dietę i wysiłek fizyczny, metforminę, pochodną sulfonilomocznika, glitazony w monoterapiach lub dowolne skojarzenie wymienionych metod leczenia.
- **Badanie 3 (SCALE Sleep Apnoea — 3970):** Trwające 32 tygodnie badanie, w którym oceniano stopień ciężkości bezdechu sennego i zmniejszenie masy ciała u 359 zrandomizowanych (badanie ukończyło 276 uczestników) pacjentów z otyłością i umiarkowanie ciężkim lub ciężkim obturacyjnym bezdechem sennym.
- **Badanie 4 (SCALE Maintenance — 1923):** Trwające 56 tygodni badanie, w którym oceniano utrzymanie masy ciała i zmniejszenie masy ciała u 422 zrandomizowanych (badanie ukończyło 305 uczestników) pacjentów z otyłością i nadwagą oraz z nadciśnieniem tętniczym lub dyslipidemią, po wcześniejszym zmniejszeniu masy ciała o $\geq 5\%$ w wyniku stosowania diety niskokalorycznej.

Masa ciała

We wszystkich badanych grupach większe zmniejszenie masy ciała uzyskano u pacjentów z otyłością lub nadwagą stosujących liraglutyl, w porównaniu z pacjentami przyjmującymi placebo. We wszystkich grupach uczestników zmniejszenie masy ciała o $\geq 5\%$ i $> 10\%$ uzyskano u większego odsetka pacjentów stosujących liraglutyl w porównaniu z pacjentami przyjmującymi placebo (tabele 5-7). W trwającej 160 tygodni części badania 1 redukcja masy ciała nastąpiła głównie w pierwszym roku i utrzymywała się przez 160 tygodni. W badaniu 4 zmniejszenie masy ciała uzyskane przed rozpoczęciem leczenia utrzymało się u większej liczby osób stosujących liraglutyl w porównaniu z osobami przyjmującymi placebo (odpowiednio u 81,4% i 48,9%). Dane dotyczące zmniejszenia masy ciała osób odpowiadających na leczenie, zmian masy ciała zachodzących w czasie oraz skumulowanego rozkładu zmian masy ciała (%) w badaniach 1-4 przedstawiono w tabelach 5-9 oraz na rysunkach 1, 2 i 3.

Zmniejszenie masy ciała po 12 tygodniach leczenia liraglutylem (3,0 mg)

Za osoby wcześniej odpowiadające na leczenie uznano pacjentów, u których uzyskano zmniejszenie masy ciała o $\geq 5\%$ po 12 tygodniach leczenia liraglutylem w dawce terapeutycznej (zwiększanie dawki przez 4 tygodnie, a następnie stosowanie dawki terapeutycznej przez 12 tygodni). W trwającej 56 tygodni części badania 1, zmniejszenie masy ciała o $\geq 5\%$ uzyskano po 12 tygodniach u 67,5%

pacjentów. W badaniu 2 zmniejszenie masy ciała o $\geq 5\%$ uzyskano po 12 tygodniach u 50,4% pacjentów. Przewiduje się, że w trakcie dalszego leczenia liraglutydem, po upływie 1 roku zmniejszenie masy ciała o $\geq 5\%$ nastąpi u 86,2%, a o $\geq 10\%$ u 51% osób wcześniej odpowiadających na leczenie. Przewiduje się, że u osób wcześniej odpowiadających na leczenie po upływie 1 roku terapii, masa ciała zmniejszy się średnio o 11,2% w stosunku do masy wyjściowej (o 9,7% u mężczyzn i 11,6% u kobiet). W grupie osób, u których po 12 tygodniach leczenia liraglutydem w dawce terapeutycznej uzyskano zmniejszenie masy ciała o $< 5\%$, odsetek pacjentów, u których po upływie 1 roku masa ciała nie zmniejszyła się o $\geq 10\%$ wynosi 93,4%.

Kontrola glikemii

Leczenie liraglutydem wiązało się z istotną poprawą parametrów kontroli glikemii w podgrupach osób z normoglikemią, w stanie przedcukrzycowym i z cukrzycą typu 2. W trwającej 56 tygodni części badania 1 cukrzyca typu 2 rozwinęła się u mniejszej liczby osób leczonych liraglutydem w porównaniu z pacjentami przyjmującymi placebo (0,2% w porównaniu z 1,1%). Odwrócenie stanu przedcukrzycowego z początku badania wykazano u większej liczby osób w porównaniu z pacjentami przyjmującymi placebo (69,2% w porównaniu z 32,7%). W trwającej 160 tygodni części badania 1 głównym kryterium oceny skuteczności był odsetek pacjentów, u których rozpoznano cukrzycę typu 2 ocenianą jako czas do rozpoznania cukrzycy. W 160 tygodniu leczenia u 3% pacjentów leczonych liraglutydem oraz 11% leczonych placebo zdiagnozowano cukrzycę typu 2. Szacowany czas do wystąpienia cukrzycy typu 2 wśród pacjentów leczonych liraglutydem w dawce 3,0 mg był 2,7 razy dłuższy (przy 95% przedziale ufności [1,9; 3,9]), a współczynnik ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 wynosił 0,2 dla liraglutydu w porównaniu z placebo.

Kardiometaboliczne czynniki ryzyka

W porównaniu z placebo, leczenie liraglutydem powodowało istotne obniżenie skurczowego ciśnienia krwi i zmniejszenie obwodu pasa (tabele 5, 6 i 7).

Wskaźnik bezdechów i sptyceń oddychania (ang. AHI, Apnoea-Hypopnoea Index)

Leczenie liraglutydem wiązało się z istotnym zmniejszeniem w porównaniu z placebo (tabela 8) stopnia ciężkości obturacyjnego bezdechu sennego, ocenianego na podstawie zmiany wskaźnika AHI w stosunku z wartością wyjściową.

Tabela 5 Badanie 1: Zmiany masy ciała, stężenia glukozy we krwi i parametrów kardiometabolicznych po 56 tygodniach w porównaniu z wartościami wyjściowymi

| | Liraglutyd (N = 2437) | Placebo (N = 1225) | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Masa ciała | | | |
| Wyjściowa, kg (SD) | 106,3 (21,2) | 106,3 (21,7) | - |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, % (95% CI) | -8,0 | -2,6 | -5,4** (-5,8; -5,0) |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, kg (95% CI) | -8,4 | -2,8 | -5,6** (-6,0; -5,1) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 63,5 | 26,6 | 4,8** (4,1; 5,6) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $> 10\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 32,8 | 10,1 | 4,3** (3,5; 5,3) |

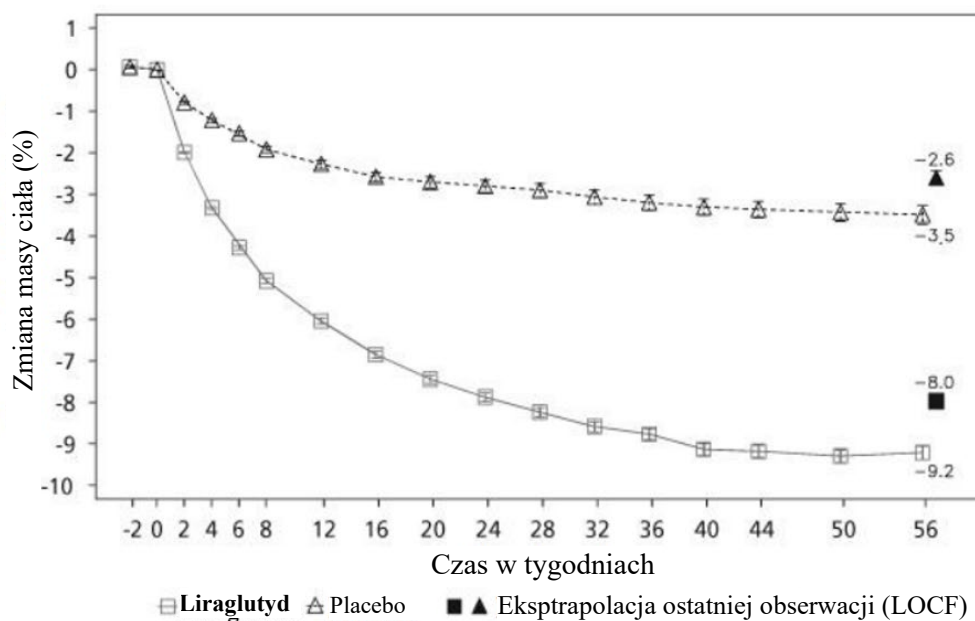
| | Liraglutyd (N = 2437) | | Placebo (N = 1225) | | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|-----------------------|--------|--------------------|--------|---|
| Stężenie glukozy we krwi i czynniki kardiometaboliczne | Wartość wyjściowa | Zmiana | Wartość wyjściowa | Zmiana | |
| HbA _{1c} , % | 5,6 | -0,3 | 5,6 | -0,1 | -0,23** (-0,25; -0,21) |
| Stężenie glukozy w osoczu na czczo, mmol/L | 5,3 | -0,4 | 5,3 | -0,01 | -0,38** (-0,42; -0,35) |
| Skurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 123,0 | -4,3 | 123,3 | -1,5 | -2,8** (-3,6; -2,1) |
| Rozkurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 78,7 | -2,7 | 78,9 | -1,8 | -0,9* (-1,4; -0,4) |
| Obwód pasa, cm | 115,0 | -8,2 | 114,5 | -4,0 | -4,2** (-4,7; -3,7) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe masy ciała, HbA_{1c}, stężenia glukozy w osoczu na czczo, ciśnienia tętniczego krwi i obwodu pasa wyrażone są jako średnie, zmiany względem wartości wyjściowych odnotowane w 56. tygodniu są średnimi estymowanymi (metoda najmniejszych kwadratów), a porównania stosowanych terapii w 56. tygodniu są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5/ > 10\%$, przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wartości uzyskane po rozpoczęciu badania zostały wyznaczone metodą ekstrapolacji ostatniej obserwacji (ang. LOCF, *Last observation carried forward*). * $p < 0,05$. ** $p < 0,0001$. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). FPG = stężenie glukozy w osoczu na czczo (ang. *Fasting plasma glucose*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).

Tabela 6 Badanie 1: Zmiany masy ciała, stężenia glukozy we krwi i parametrów kardiometabolicznych po 160 tygodniach w porównaniu z wartościami wyjściowymi

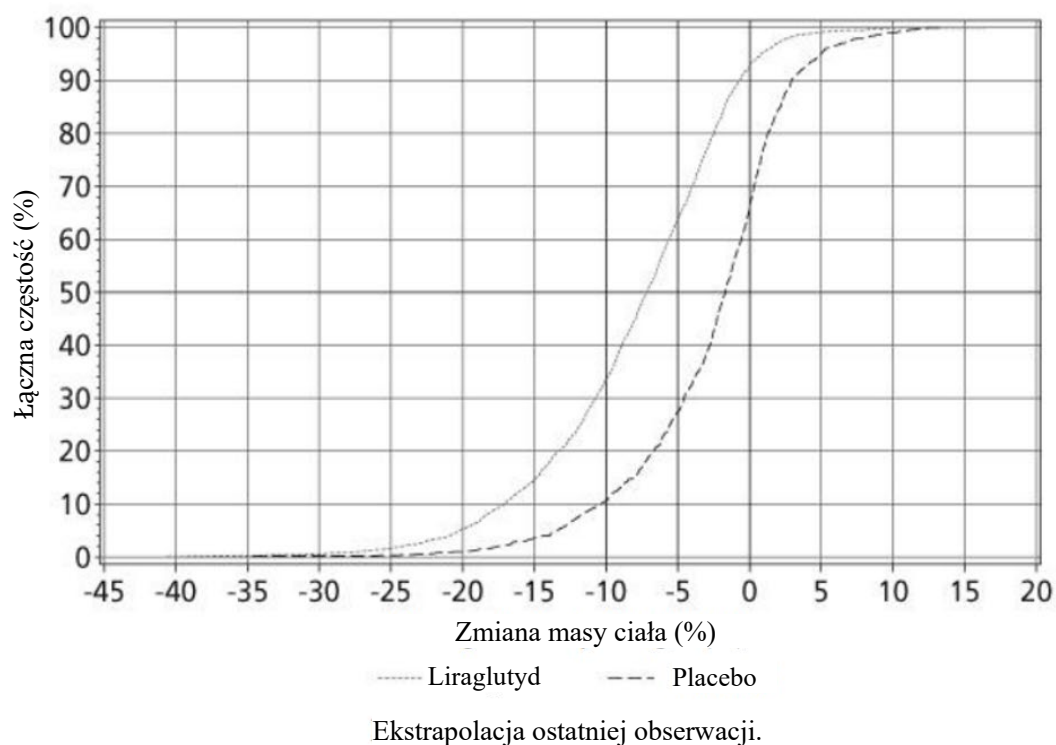
| | Liraglutyd (N = 1472) | Placebo (N = 738) | Liraglutyd w porównaniu z placebo | | |
|--|--------------------------|----------------------|---|------|------------------------|
| Masa ciała | | | | | |
| Wyjściowa, kg (SD) | 107,6 (21,6) | 108,0 (21,8) | | | |
| Średnia zmiana w 160. tygodniu, % (95% CI) | -6,2 | -1,8 | -4,3** (-4,9; -3,7) | | |
| Średnia zmiana w 160. tygodniu, kg (95% CI) | -6,5 | -2,0 | -4,6** (-5,3; -3,9) | | |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ w 160. tygodniu, % (95% CI) | 49,6 | 23,4 | 3,2** (2,6; 3,9) | | |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $> 10\%$ w 160. tygodniu, % (95% CI) | 24,4 | 9,5 | 3,1** (2,3; 4,1) | | |
| Stężenie glukozy we krwi i czynniki kardiometaboliczne | | | | | |
| | Wartość wyjściowa | Zmiana | Wartość wyjściowa | | |
| | | | Zmiana | | |
| HbA _{1c} , % | 5,8 | -0,4 | 5,7 | -0,1 | -0,21** (-0,24; -0,18) |
| Stężenie glukozy w osoczu na czczo, mmol/L | 5,5 | -0,4 | 5,5 | 0,04 | -0,4** (-0,5; -0,4) |
| Skurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 124,8 | -3,2 | 125,0 | -0,4 | -2,8** (-3,8; -1,8) |
| Rozkurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 79,4 | -2,4 | 79,8 | -1,7 | -0,6 (-1,3; 0,1) |
| Obwód pasa, cm | 116,6 | -6,9 | 116,7 | -3,4 | -3,5** (-4,2; -2,8) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe masy ciała, HbA_{1c}, stężenia glukozy w osoczu na czczo, ciśnienia tętniczego krwi i obwodu pasa wyrażone są jako średnie, zmiany względem wartości wyjściowych odnotowane w 160. tygodniu są średnimi estymowanymi (metoda najmniejszych kwadratów), a porównania stosowanych terapii w 160. tygodniu są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5/ > 10\%$, przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wartości uzyskane po rozpoczęciu badania zostały wyznaczone metodą ekstrapolacji ostatniej obserwacji (ang. LOCF, *Last observation carried forward*). ** $p < 0,0001$. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). FPG = stężenie glukozy w osoczu na czczo (ang. *fasting plasma glucose*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).



Wartości obserwowane u pacjentów, którzy zgłosili się na każdą wyznaczoną wizytę

Rysunek 1 Zmiana masy ciała (%) w czasie w stosunku do wartości wyjściowych w badaniu 1 (tygodnie 0-56)



Rysunek 2 Skumulowany rozkład zmian masy ciała (%) po 56 tygodniach leczenia w badaniu 1

Tabela 7 Badanie 2: Zmiany masy ciała, stężenia glukozy we krwi i parametrów kardiometabolicznych po 56 tygodniach w porównaniu z wartościami wyjściowymi

| | Liraglutyd (N = 412) | | Placebo (N = 211) | | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|----------------------|--------|-------------------|--------|-----------------------------------|
| Masa ciała | | | | | |
| Wyjściowa, kg (SD) | 105,6 (21,9) | | 106,7 (21,2) | | - |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, % (95% CI) | -5,9 | | -2,0 | | -4,0** (-4,8; -3,1) |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, kg (95% CI) | -6,2 | | -2,2 | | -4,1** (-5,0; -3,1) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 49,8 | | 13,5 | | 6,4** (4,1; 10,0) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $> 10\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 22,9 | | 4,2 | | 6,8** (3,4; 13,8) |
| Stężenie glukozy we krwi i czynniki kardiometaboliczne | | | | | |
| | Wartość wyjściowa | Zmiana | Wartość wyjściowa | Zmiana | |
| HbA _{1c} , % | 7,9 | -1,3 | 7,9 | -0,4 | -0,9** (-1,1; -0,8) |
| Stężenie glukozy w osoczu na czczo, mmol/l | 8,8 | -1,9 | 8,6 | -0,1 | -1,8** (-2,1; -1,4) |
| Skurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 128,9 | -3,0 | 129,2 | -0,4 | -2,6* (-4,6; -0,6) |
| Rozkurczowe ciśnienie krwi, mmHg | 79,0 | -1,0 | 79,3 | -0,6 | -0,4 (-1,7; 1,0) |
| Obwód pasa, cm | 118,1 | -6,0 | 117,3 | -2,8 | -3,2** (-4,2; -2,2) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe masy ciała, HbA_{1c}, stężenia glukozy w osoczu na czczo, ciśnienia tętniczego krwi i obwodu pasa wyrażone są jako średnie, zmiany względem wartości wyjściowych odnotowane w 56. tygodniu są średnimi estymowanymi (metoda najmniejszych kwadratów), a porównania stosowanych terapii w 56. tygodniu są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ / $> 10\%$ przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wartości uzyskane po rozpoczęciu badania zostały wyznaczone metodą ekstrapolacji ostatniej obserwacji (ang. LOCF, *Last observation carried forward*). * p < 0,05. ** p < 0,0001. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). FPG = stężenie glukozy w osoczu na czczo (ang. *fasting plasma glucose*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).

Tabela 8 Badanie 3: Zmiany masy ciała i wartości wskaźnika AHI po 32 tygodniach w porównaniu z wartościami wyjściowymi

| | Liraglutyd (N = 180) | | Placebo (N = 179) | | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|----------------------|--|-------------------|--|-----------------------------------|
| Masa ciała | | | | | |
| Wyjściowa, kg (SD) | 116,5 (23,0) | | 118,7 (25,4) | | - |
| Średnia zmiana w 32. tygodniu, % (95% CI) | -5,7 | | -1,6 | | -4,2** (-5,2; -3,1) |
| Średnia zmiana w 32. tygodniu, kg (95% CI) | -6,8 | | -1,8 | | -4,9** (-6,2; -3,7) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ w 32. tygodniu, % (95% CI) | 46,4 | | 18,1 | | 3,9** (2,4; 6,4) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $> 10\%$ w 32. tygodniu, % (95% CI) | 22,4 | | 1,5 | | 19,0** (5,7; 63,1) |

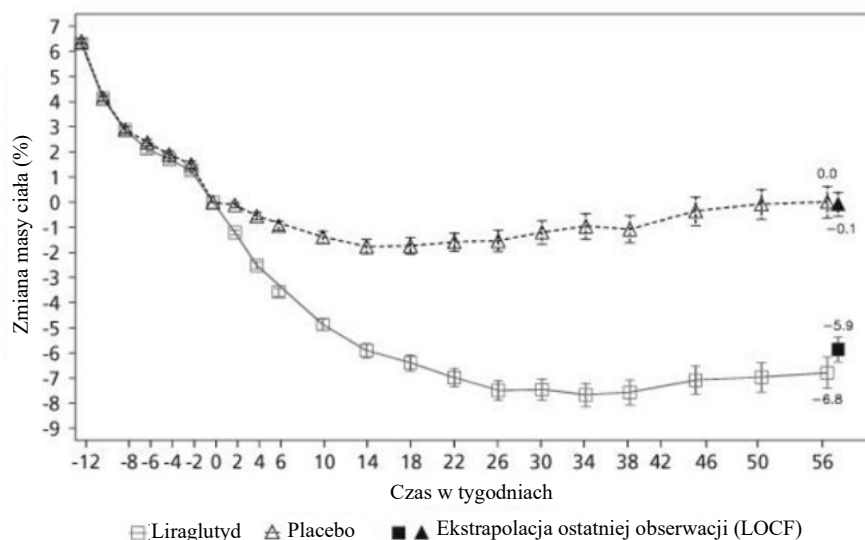
| | Liraglutyd (N = 180) | | Placebo (N = 179) | | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|--|----------------------|--------|-------------------|--------|-----------------------------------|
| | Wartość wyjściowa | Zmiana | Wartość wyjściowa | Zmiana | |
| Wskaźnik bezdechów i spłyceń oddychania (AHI), liczba przypadków na godzinę | 49,0 | -12,2 | 49,3 | -6,1 | -6,1* (-11,0; -1,2) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe wyrażone są jako średnie, zmiany względem wartości wyjściowych w 32. tygodniu są estymowanymi średnimi (metoda najmniejszych kwadratów) a porównania stosowanych terapii w 32. tygodniu są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi (95% CI). Dla odsetka pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o ≥ 5 / $> 10\%$ przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wartości uzyskane po rozpoczęciu badania zostały wyznaczone metodą ekstrapolacji ostatniej obserwacji (ang. LOCF, *Last observation carried forward*). * $p < 0,05$. ** $p < 0,0001$. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).

Tabela 9 Badanie 4: Zmiany masy ciała względem wartości wyjściowej w tygodniu 56

| | Liraglutyd (N = 207) | Placebo (N = 206) | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|----------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Wyjściowa, kg (SD) | 100,7 (20,8) | 98,9 (21,2) | - |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, % (95% CI) | -6,3 | -0,2 | -6,1** (-7,5; -4,6) |
| Średnia zmiana w 56. tygodniu, kg (95% CI) | -6,0 | -0,2 | -5,9** (-7,3; -4,4) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $\geq 5\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 50,7 | 21,3 | 3,8** (2,4; 6,0) |
| Odsetek pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o $> 10\%$ w 56. tygodniu, % (95% CI) | 27,4 | 6,8 | 5,1** (2,7; 9,7) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe wyrażone są jako średnie, zmiany względem wartości wyjściowych w tygodniu 56 są estymowanymi średnimi (metoda najmniejszych kwadratów ML), a kontrasty między grupami w tygodniu 56 są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których masa ciała zmniejszyła się o ≥ 5 / $> 10\%$ przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wartości uzyskane po rozpoczęciu badania zostały wyznaczone metodą ekstrapolacji ostatniej obserwacji (ang. LOCF, *Last observation carried forward*). ** $p < 0,0001$. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).



Wartości obserwowane u pacjentów, którzy zgłosili się na każdą wyznaczoną wizytę

Rysunek 3 Zmiana masy ciała (%) w czasie względem okresu randomizacji (tydzień 0) w badaniu 4

W okresie poprzedzającym tydzień 0 pacjenci byli leczeni wyłącznie z zastosowaniem niskokalorycznej diety oraz ćwiczeń fizycznych. W tygodniu 0 pacjenci zostali zrandomizowani do grup otrzymujących liraglutyd lub placebo.

Immunogenność

W związku z potencjalnymi właściwościami immunogennymi produktów leczniczych zawierających białka lub peptydy, u osób stosujących liraglutyd może dojść do wytworzenia przeciwciał przeciwko liraglutydowi. W badaniach klinicznych u 2,5% pacjentów otrzymujących liraglutyd doszło do wytworzenia przeciwciał przeciwko liraglutydowi. Nie powiązano tworzenia przeciwciał ze zmniejszoną skutecznością liraglutylu.

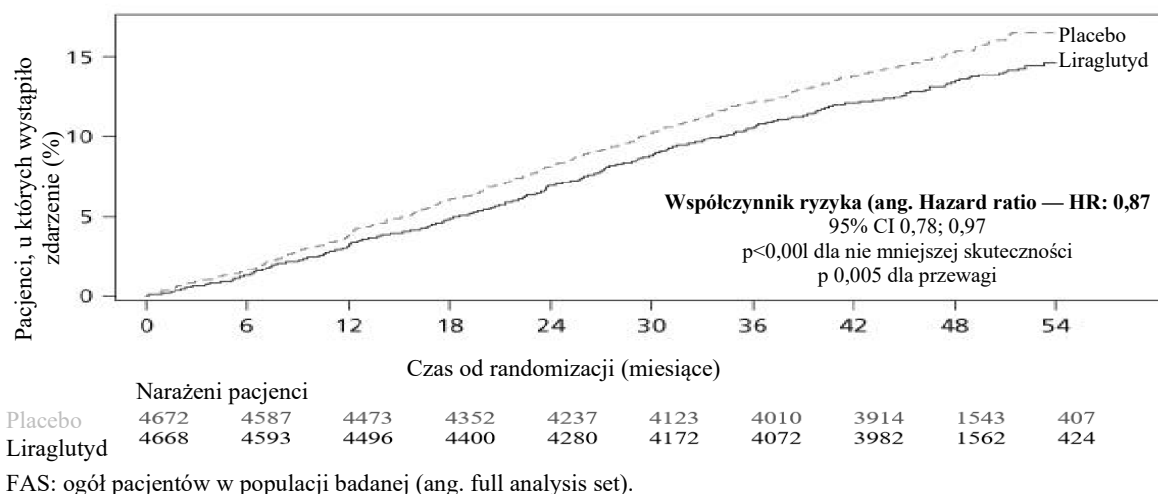
Ocena parametrów układu sercowo-naczyniowego

Ciężkie zdarzenia niepożądane sercowo-naczyniowe (ang. *Major adverse cardiovascular events*, MACE) zostały ocenione przez zewnętrzną niezależną grupę ekspertów i zdefiniowane jako zawał mięśnia sercowego niezakończony zgonem, udar mózgu niezakończony zgonem oraz zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych. We wszystkich długoterminowych badaniach klinicznych z zastosowaniem liraglutylu stwierdzono 6 przypadków MACE u pacjentów leczonych liraglutylidem oraz 10 przypadków MACE u pacjentów otrzymujących placebo. Ryzyko względne i 95% CI dla liraglutylu w porównaniu z placebo wynosi 0,33 [0,12; 0,90]. W badaniach klinicznych III fazy z zastosowaniem liraglutylu obserwowano przyspieszenie akcji serca średnio o 2,5 uderzeń na minutę (od 1,6 do 3,6 uderzeń na minutę w zależności od badania) w stosunku do wartości wyjściowej. Częstość akcji serca osiągnęła szczytowe wartości po około 6 tygodniach. Nie ustalono długoterminowego wpływu klinicznego tego średniego wzrostu częstości akcji serca. Zmiana częstości akcji serca była odwracalna i ustępowała po przerwaniu terapii liraglutylidem (patrz punkt 4.4).

Badanie LEADER (ang. *The Liraglutide Effect and Action in Diabetes Evaluation of Cardiovascular Outcomes Results*): Skuteczność i działanie liraglutylu w cukrzycy: Ocena zdarzeń sercowo-naczyniowych to badanie prowadzone z udziałem 9 340 pacjentów z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2. U zdecydowanej większości pacjentów występowała choroba sercowo-naczyniowa. Pacjenci zostali zrandomizowani albo do grupy, której raz na dobę podawano liraglutyd w dawce do 1,8 mg (4 668) albo do grupy placebo (4 672); w obu przypadkach leczenie prowadzono jako uzupełnienie standardowego leczenia.

Czas obserwacji wynosił od 3,5 roku do 5 lat. Średni wiek pacjenta wynosił 64 lata, a średni współczynnik BMI 32,5 kg/m². Średnia wartość wyjściowa HbA1c wynosiła 8,7 i uległa poprawie po 3 latach o 1,2 % w grupie pacjentów leczonych liraglutylidem i o 0,8% u pacjentów otrzymujących placebo. Głównym punktem końcowym był czas od randomizacji do wystąpienia jakiegokolwiek z ciężkich niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych (ang. *Major Adverse Cardiovascular Event* (MACE): zgon sercowo-naczyniowy, zawał serca niezakończony zgonem lub udar mózgu niezakończony zgonem).

Liraglutyd znacząco zmniejszył wskaźnik występowania ciężkich niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych (główny punkt końcowy, MACE) w porównaniu z placebo (3,41 w porównaniu z 3,90 na 100 pacjento-lat obserwacji odpowiednio w grupie pacjentów leczonych liraglutylidem i otrzymujących placebo) ze zmniejszeniem ryzyka o 13%, współczynnik ryzyka (HR) 0,87, [0,78; 0,97] [95% CI] (p = 0,005) (patrz Rysunek 4).



Rysunek 4: Wykres Kaplana-Meiera uwzględniający czas do wystąpienia pierwszego zdarzenia MACE – populacja FAS

Dzieci i młodzież

W podwójnie zaślepionym badaniu klinicznym, w którym skuteczność w zakresie redukcji masy ciała oraz bezpieczeństwo stosowania liraglutylu były porównywane z placebo u młodzieży z otyłością w wieku 12 lat i powyżej, po 56 tygodniach leczenia wykazano większą skuteczność liraglutylu w porównaniu z placebo w zakresie redukcji masy ciała (obliczoną jako standardowe odchylenie wskaźnika masy ciała (BMI SDS, ang. *body mass index standard deviation score*)) (tabela 10). U większego odsetka pacjentów osiągnięto zmniejszenie BMI $\geq 5\%$ oraz $\geq 10\%$ podczas stosowania liraglutylu niż w przypadku stosowania placebo, a także większą redukcję średniej wartości BMI i masy ciała (tabela 10). Po dodatkowych 26 tygodniach obserwacji prowadzonej po zakończeniu aktywnej fazy badania zaobserwowano przyrost masy ciała pacjentów podczas stosowania liraglutylu w porównaniu z placebo (tabela 10).

Tabela 10 Badanie 4180: Zmiany masy ciała i BMI względem wartości wyjściowej w tygodniu 56 oraz zmiana BMI SDS od tygodnia 56 do tygodnia 82

| | Liraglutyd (N = 125) | Placebo (N = 126) | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|-------------------------|----------------------|---|
| BMI SDS | | | |
| Wyjściowe, BMI SDS (SD) | 3,14 (0,65) | 3,20 (0,77) | |
| Średnia zmiana w 56 tygodniu (95% CI) | -0,23 | 0,00 | -0,22* (-0,37; -0,08) |
| Tydzień 56, BMI SDS (SD) | 2,88 (0,94) | 3,14 (0,98) | |
| Średnia zmiana od 56 do 82 tygodnia, BMI SDS (95% CI) | 0,22 | 0,07 | 0,15** (0,07; 0,23) |
| Masa ciała | | | |
| Wyjściowa, kg (SD) | 99,3 (19,7) | 102,2 (21,6) | - |
| Średnia zmiana w 56 tygodniu, % (95% CI) | -2,65 | 2,37 | -5,01** (-7,63; -2,39) |
| Średnia zmiana w 56 tygodniu, kg (95% CI) | -2,26 | 2,25 | -4,50** (-7,17; -1,84) |

| | Liraglutyd (N = 125) | Placebo (N = 126) | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|---------------------------------|------------------------------|--|
| BMI | | | |
| Wyjściowe, kg/m ² (SD) | 35,3 (5,1) | 35,8 (5,7) | - |
| Średnia zmiana w 56 tygodniu, kg/m ² (95% CI) | -1,39 | 0,19 | -1,58** (-2,47; -0,69) |
| Odsetek pacjentów z $\geq 5\%$ zmniejszeniem wyjściowej wartości BMI w 56 tygodniu, % (95% CI) | 43,25 | 18,73 | 3,31** (1,78; 6,16) |
| Odsetek pacjentów z $\geq 10\%$ zmniejszeniem wyjściowej wartości BMI w 56 tygodniu, % (95% CI) | 26,08 | 8,11 | 4,00** (1,81; 8,83) |

Pełna analiza. Wartości wyjściowe BMI SDS, masy ciała i BMI, wartości wyjściowe wyrażone jako średnie zmiany względem wartości wyjściowych w tygodniu 56 są estymowanymi średnimi (metoda najmniejszych kwadratów), a różnice między grupami w tygodniu 56 są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. W przypadku BMI SDS, wartości w tygodniu 56 wyrażone jako średnie zmiany od tygodnia 56 do tygodnia 82 są estymowanymi średnimi (metoda najmniejszych kwadratów), a różnice między grupami w tygodniu 82 są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których wyjściowa wartość BMI zmniejszyła się o $\geq 5/ > 10\%$ przedstawiono oszacowane ilorazy szans. Brakujące wyniki uzyskano z ramienia placebo wykorzystując rekomendowaną metodę imputacji wielokrotnych (x100). *p < 0,01, **p < 0,001. CI = przedział ufności (ang. *confidence interval*). SD = odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*).

Biorąc pod uwagę tolerancję, 103 pacjentów (82,4%) stosowało dawki zwiększane stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 3,0 mg; 11 pacjentów (8,8%) stosowało dawki zwiększane stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 2,4 mg, na której poprzestali; 4 pacjentów (3,2%) stosowało dawki zwiększane stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 1,8 mg, na której poprzestali; 4 pacjentów (3,2%) stosowało dawki zwiększane stopniowo aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 1,2 mg, na której poprzestali; natomiast 3 pacjentów (2,4%) pozostało przy dawce 0,6 mg. Po 56 tygodniach leczenia nie stwierdzono wpływu produktu leczniczego na wzrost ani na dojrzewanie płciowe.

Skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania liraglutynu w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży z zespołem Pradera-Williego oceniono w badaniu klinicznym prowadzonym metodą podwójnie ślepej próby przez 16 tygodni oraz metodą otwartej próby przez 36 tygodni. Do badania włączono 32 pacjentów w wieku od 12 do < 18 lat (grupa A) i 24 pacjentów w wieku od 6 do < 12 lat (grupa B). Pacjentów zrandomizowano w stosunku 2:1 do grup otrzymujących liraglutyn lub placebo. Leczenie pacjentów o masie ciała poniżej 45 kg rozpoczęto od najmniejszej dawki, 0,3 mg zamiast 0,6 mg; dawka była zwiększana do maksymalnej dawki wynoszącej 2,4 mg. Estymowane średnie wartości BMI SDS w 16. tygodniu (grupa A: -0,20 w porównaniu do -0,13, grupa B: -0,50 w porównaniu do -0,44) i w 52. tygodniu (grupa A: -0,31 w porównaniu do -0,17, grupa B: -0,73 w porównaniu do -0,67) były podobne w odniesieniu do stosowania liraglutynu, jak i placebo. W badaniu nie zaobserwowano żadnych dodatkowych zagrożeń dotyczących bezpieczeństwa stosowania.

W 56-tygodniowym podwójnie zaślepienym badaniu klinicznym 82 dzieci z otyłością w wieku od 6 do < 12 lat zrandomizowano w stosunku 2:1 do grup otrzymujących liraglutyn w dawce 3,0 mg lub placebo raz na dobę. W trakcie badania wszyscy pacjenci otrzymali porady odnośnie zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. Pod koniec leczenia (tydzień 56.) poprawa BMI w grupie otrzymującej liraglutyn była większa i klinicznie istotna w porównaniu z placebo (patrz tabela 11). Ponadto, u większego odsetka pacjentów osiągnięto zmniejszenie BMI $\geq 5\%$ podczas stosowania liraglutynu niż w przypadku stosowania placebo (patrz tabela 11).

Tabela 11 Badanie SCALE KIDS 4392: Wyniki w tygodniu 56

| | Liraglutyd (N = 56) | Placebo (N = 26) | Liraglutyd w porównaniu z placebo |
|---|--------------------------------|-------------------------|--|
| BMI | | | |
| Średnie wyjściowe BMI, kg/m ² (SD) | 30,9 (4,7) | 31,3 (7,0) | |
| Średnia zmiana w porównaniu z wartością wyjściową, % (95% CI) | -5,80 | 1,60 | -7,40 (-11,56, -3,24) |
| Odsetek pacjentów z $\geq 5\%$ zmniejszeniem wyjściowej wartości BMI w tygodniu 56, OR (95% CI) | 46,2% | 8,7% | 6,27 (1,36, 28,79) |
| Masa ciała | | | |
| Średnia wyjściowa masa ciała, kg (SD) | 69,8 (17,7) | 71,0 (23,2) | |
| Średnia zmiana w porównaniu z wartością wyjściową, % (95% CI) | 1,59 | 9,96 | -8,37 (-13,39, -3,34) |

BMI: wskaźnik masy ciała (ang. *Body Mass Index*), SD: odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*), CI: przedział ufności (ang. *confidence interval*).

Wartości wyjściowe BMI i masy ciała, wartości wyjściowe wyrażone jako średnie zmiany względem wartości wyjściowych w tygodniu 56 są estymowanymi średnimi (metoda najmniejszych kwadratów), a różnice między grupami w tygodniu 56 są estymowanymi różnicami między grupami terapeutycznymi. Dla odsetka pacjentów, u których wyjściowa wartość BMI zmniejszyła się o $\geq 5\%$ przedstawiono oszacowane ilorazy szans.

ANCOVA: Wyniki z tygodnia 56 zostały przeanalizowane przy użyciu modelu analizy kowariancji, w którym uwzględniono zrandomizowane leczenie, grupy stratyfikowane (płeć i stadium według skali Tannera na początku badania) i interakcję między grupami stratyfikowanymi jako czynniki oraz wartości wyjściowe odpowiednich punktów końcowych jako kowariaty. RD-MI: Brakujące obserwacje zostały wielokrotnie ($\times 1000$) imputowane na podstawie danych zgromadzonych od uczestników, niezależnie od zrandomizowanego ramienia leczenia.

5.2 Właściwości farmakokinetyczne

Wchłanianie

Wchłanianie liraglutynu po podaniu podskórnym było powolne, a stężenie maksymalne osiągnięte było po około 11 godzinach od podania. Średnie stężenie liraglutynu po osiągnięciu stanu równowagi ($AUC_{\tau/24}$) wynosiło w przybliżeniu 31 nmol/L u pacjentów otyłych (BMI 30-40 kg/m²) po podaniu 3 mg liraglutynu. Ekspozycja na liraglutynę zwiększała się proporcjonalnie do dawki. Całkowita biodostępność liraglutynu po podaniu podskórnym wynosi około 55%.

Dystrybucja

Średnia pozorna objętość dystrybucji po podaniu podskórnym wynosi 20-25 L (u osoby o masie około 100 kg). Liraglutynę jest w znacznym stopniu wiązany przez białka osocza ($> 98\%$).

Metabolizm

W ciągu 24 godzin po podaniu pojedynczej dawki [³H]-liraglutynu zdrowym osobom, liraglutynę występował w osoczu głównie w postaci niezmienionej. Wykryto również w osoczu dwa mniej istotne metabolity ($\leq 9\%$ i $\leq 5\%$ całkowitej radioaktywności osocza).

Eliminacja

Liraglutynę jest endogennie metabolizowany w podobny sposób jak wielkocząsteczkowe białka, bez możliwości wskazania konkretnego narządu jako głównej drogi eliminacji. Po podaniu dawki [³H]-liraglutynu nie wykryto w moczu ani w kale liraglutynu w niezmienionej postaci. Tylko niewielka część radioaktywnego związku została wydalona jako metabolity pochodne liraglutynu w moczu lub kale (odpowiednio 6% i 5%). Radioaktywny związek w moczu i kale został wydany głównie w ciągu pierwszych 6-8 dni i odpowiada trzem mniej istotnym metabolitom.

Średni klirens po podaniu podskórnym liraglutynu wynosi w przybliżeniu 0,9-1,4 L/h z okresem półtrwania w fazie eliminacji wynoszącym około 13 godzin.

Szczególne grupy pacjentów

Osoby w podeszłym wieku

Z wyników badań farmakokinetycznych u osób z nadwagą i otyłych (w wieku od 18 do 82 lat) wynika, że wiek nie ma klinicznie istotnego wpływu na farmakokinetykę liraglutynu. Nie ma konieczności dostosowywania dawkowania w związku z wiekiem pacjenta.

Płeć

Z analizy danych farmakokinetycznych wynika, że klirens liraglutynu, skorygowany względem masy ciała, jest o 24% mniejszy u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Analiza zależności ekspozycja-odpowiedź wykazała, że nie ma konieczności dostosowywania dawki zależnie od płci pacjenta.

Pochodzenie etniczne

Z populacyjnej analizy danych farmakokinetycznych pacjentów, wśród których były osoby z nadwagą i otyłością rasy białej, czarnej, Azjatów i Latynosów/nie-Latynosów wynika, że pochodzenie etniczne nie ma klinicznie istotnego wpływu na farmakokinetykę liraglutynu.

Masa ciała

Ekspozycja na liraglutynę zmniejsza się wraz ze wzrostem wyjściowej masy ciała. Dobowa dawka liraglutynu wynosząca 3,0 mg zapewniła odpowiednią ogólnoustrojową ekspozycję na lek u pacjentów o masie ciała w zakresie 60-234 kg, ocenioną w badaniach klinicznych na podstawie zależności ekspozycja-odpowiedź. U pacjentów o masie ciała > 234 kg nie badano ekspozycji na liraglutynę.

Zaburzenia czynności wątroby

Dokonano oceny farmakokinetyki liraglutynu u pacjentów z różnym stopniem zaburzeń czynności wątroby w badaniu z użyciem pojedynczej dawki (0,75 mg). Ekspozycja na liraglutynę zmniejszyła się o 13-23% u pacjentów z łagodnymi do umiarkowanych zaburzeń czynności wątroby, w porównaniu ze zdrowymi osobami. Ekspozycja była znacząco mniejsza (44%) u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby (> 9 według skali Child-Pugh).

Zaburzenia czynności nerek

W badaniu z użyciem pojedynczej dawki (0,75 mg) stwierdzono, że ekspozycja na liraglutynę była mniejsza u pacjentów z niewydolnością nerek niż u osób z normalną czynnością nerek. Ekspozycja na liraglutynę zmniejszyła się odpowiednio o 33%, 14%, 27% i 26% u pacjentów z łagodną (klirens kreatyniny, CrCl 50-80 mL/min.), umiarkowaną (CrCl 30-50 mL/min.) oraz ciężką (CrCl < 30 mL/min.) niewydolnością nerek i w końcowym stadium choroby nerek wymagającym dializy.

Dzieci i młodzież

Właściwości farmakokinetyczne liraglutynu w dawce 3,0 mg były oceniane w badaniach klinicznych z udziałem młodzieży z otyłością w wieku od 12 do 18 lat (134 pacjentów, masa ciała 62-178 kg). Ekspozycja na liraglutynę u młodzieży (w wieku od 12 do 18 lat) była porównywalna do ekspozycji u dorosłych z otyłością.

Właściwości farmakokinetyczne dla liraglutynu w dawce 3,0 mg były także oceniane w badaniach klinicznych u dzieci z otyłością w wieku od 6 do 12 lat (59 pacjentów, masa ciała 35-114 kg). Ekspozycja na liraglutynę u dzieci (w wieku od 6 do 12 lat) była większa niż u dorosłych i młodzieży. Po uwzględnieniu korekty masy ciała, ekspozycja była porównywalna do tej u dorosłych i młodzieży.

5.3 Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie

Dane niekliniczne wynikające z konwencjonalnych badań farmakologicznych dotyczących bezpieczeństwa, badań toksyczności po podaniu wielokrotnym lub genotoksyczności nie ujawniają szczególnego zagrożenia dla człowieka.

W dwuletnich badaniach nad rakotwórczością u szczurów i myszy wykryto niestanowiące zagrożenia dla życia guzy tarczycy wywodzące się z komórek C. U szczurów poziom dawkowania bez obserwowanego szkodliwego skutku (ang. NOAEL – *No Observed Adverse Effect Level*) nie został

określony. Guzów tych nie zaobserwowano u małp, którym podawano lek przez 20 miesięcy. Wyniki otrzymane u gryzoni są skutkiem niegenotoksycznego, specyficznego mechanizmu, w którym pośredniczy receptor GLP-1, a na który gryzonie są szczególnie wrażliwe. Znaczenie tego związku w odniesieniu do ludzi jest niewielkie, ale nie można wykluczyć go całkowicie. Nie wykryto żadnych innych guzów związanych z leczeniem.

Badania na zwierzętach nie wykazały bezpośredniego szkodliwego wpływu na płodność, choć ujawniły nieco zwiększoną śmiertelność na wczesnym etapie życia płodowego przy podawaniu największej dawki. Podawanie liraglutynu w środkowym okresie ciąży powodowało zmniejszenie masy ciała matki i spowalniało wzrost płodu z niejednoznacznym wpływem na żebra u szczurów i zmienność kośćca u królików. Ekspozycja na liraglutynę powodowała spowolnienie wzrostu szczurów w okresie noworodkowym, a w grupie, której podano dużą dawkę, efekt ten utrzymywał się po zakończeniu okresu karmienia mlekiem. Nie wiadomo, czy spowolnienie wzrostu młodych szczurów wynika ze zmniejszonego spożycia mleka związanego z bezpośrednim wpływem GLP-1, czy ze zmniejszonego wytwarzania mleka przez matkę, spowodowanego mniejszą podażą kalorii.

U młodych szczurów, przy klinicznie znaczącej ekspozycji, liraglutynę powodował opóźnienie dojrzewania płciowego zarówno samców, jak i samic. Opóźnienie to nie miało wpływu na płodność i zdolność reprodukcyjną obu płci, ani na zdolność samic do utrzymania ciąży.

6. DANE FARMACEUTYCZNE

6.1 Wykaz substancji pomocniczych

Disodu fosforan dwuwodny
Glikol propylenowy
Fenol
Kwas solny stężony (do ustalenia pH)
Sodu wodorotlenek (do ustalenia pH)
Woda do wstrzykiwań

6.2 Niezgodności farmaceutyczne

Substancje dodawane do produktu leczniczego Ejulir mogą spowodować degradację liraglutynu. Nie wolno mieszać tego produktu leczniczego z innymi produktami leczniczymi, ponieważ nie wykonywano badań dotyczących zgodności.

6.3 Okres ważności

2 lata

Po pierwszym użyciu:

1 miesiąc

6.4 Specjalne środki ostrożności podczas przechowywania

Przechowywać w lodówce (2°C – 8°C).

Nie zamrażać.

Po pierwszym użyciu:

Przechowywać w temperaturze poniżej 30°C lub w lodówce (2°C – 8°C). W celu ochrony przed światłem nakładać wieczko na wstrzykiwacz. Nie zamrażać.

6.5 Rodzaj i zawartość opakowania

Wkład (bezbarwne szkło typu I) wyposażony w tłok (bromobutyl) i laminowaną gumową osłonkę (bromobutyl/poliizopren) w wielodawkowym, jednorazowym wstrzykiwaczu, składającym się z korpusu wstrzykiwacza wykonanego z polipropylenu, poliacetalu i kopolimeru akrylonitryl-butadien-styren, politereftalanu butylenu i poliuretanu oraz wieczka wstrzykiwacza wykonanej z polipropylenu.

Każdy wstrzykiwacz zawiera 3 mL roztworu i umożliwia podanie 30 dawek po 0,6 mg, 15 dawek po 1,2 mg, 10 dawek po 1,8 mg, 7 dawek po 2,4 mg i 6 dawek po 3,0 mg.

Wielkość opakowania to 1, 3, 5 lub 10 wstrzykiwaczy, w tekturowym pudełku.

Nie wszystkie wielkości opakowań muszą znajdować się w obrocie.

6.6 Specjalne środki ostrożności dotyczące usuwania i przygotowania produktu leczniczego do stosowania

Nie należy stosować jeśli roztwór nie jest przezroczysty i bezbarwny.

Produktu leczniczego Ejulir nie należy stosować, jeśli był on zamrożony.

Wstrzykiwacz jest przeznaczony do stosowania z jednorazowymi igłami o długości do 8 mm i grubości 32G.

Opakowanie nie zawiera igieł.

Należy poinformować pacjenta, aby usuwał igłę do wstrzykiwań po każdym wstrzyknięciu i przechowywał wstrzykiwacz bez nałożonej igły. Zapobiega to zanieczyszczeniu, zakażeniu i wyciekowi produktu leczniczego. Zapewnia to także precyzyjne dawkowanie.

Wszelkie niewykorzystane resztki produktu leczniczego lub jego odpady należy usunąć zgodnie z lokalnymi przepisami.

7. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Viatris Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart, Dublin 15
DUBLIN,
Irlandia

8. NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Pozwolenie nr 29415

9. DATA WYDANIA PIERWSZEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU I DATA PRZEDŁUŻENIA POZWOLENIA

Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: 24.03.2026

**10. DATA ZATWIERDZENIA LUB CZĘŚCIOWEJ ZMIANY TEKSTU
CHARAKTERYSTYKI PRODUKTU LECZNICZEGO**

26.03.2026