

# BAVENCIO

---

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé doivent déclarer tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

Bavencio 20 mg/mL solution à diluer pour perfusion

## 2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Chaque mL de solution à diluer contient 20 mg d'avélumab.  
Un flacon de 10 mL contient 200 mg d'avélumab.

Avélumab est un anticorps monoclonal IgG1 humain dirigé contre la protéine de surface immunomodulatrice PD-L1, ligand du récepteur PD-1. Il est produit dans des cellules ovariennes de hamster chinois par la technique de l'ADN recombinant.

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.

## 3. FORME PHARMACEUTIQUE

Solution à diluer pour perfusion (solution à diluer stérile).

Solution limpide, incolore à légèrement jaune. Le pH de la solution est compris entre 5,0 et 5,6 et son osmolalité se situe entre 285 et 350 mOsm/kg.

## 4. DONNEES CLINIQUES

## 4.1 Indications thérapeutiques

Bavencio est indiqué en monothérapie pour le traitement de patients atteints de carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique de l'adulte.

Bavencio est indiqué en monothérapie pour le traitement d'entretien de première ligne des patients adultes atteints de carcinome urothélial (CU) à un stade localement avancé ou métastatique, dont la maladie n'a pas progressé après la chimiothérapie à base de sel de platine.

Bavencio, en association avec axitinib, est indiqué dans le traitement de première ligne des patients adultes atteints de carcinome à cellules rénales (CCR) à un stade avancé (voir rubrique 5.1).

## 4.2 Posologie et mode d'administration

Le traitement doit être instauré et supervisé par un médecin expérimenté en matière de traitement du cancer.

### Posologie

La dose recommandée de Bavencio en monothérapie est de 800 mg à administrer par voie intraveineuse pendant 60 minutes toutes les 2 semaines.

L'administration de Bavencio doit être poursuivie selon le schéma recommandé jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable.

La dose recommandée de Bavencio en association avec axitinib est de 800 mg à administrer par voie intraveineuse pendant 60 minutes toutes les 2 semaines avec la prise concomitante de 5 mg d'axitinib à prendre par voie orale deux fois par jour (à 12 heures d'intervalle) avec ou sans nourriture jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable.

Pour toute information relative à la posologie d'axitinib, veuillez vous reporter aux informations sur le produit axitinib.

### Prémédication

Les patients doivent recevoir une prémédication composée d'un antihistaminique et de paracétamol avant les 4 premières perfusions de Bavencio. Si la quatrième perfusion a pu être réalisée sans que survienne de réaction liée à la perfusion, l'administration de la prémédication avant les doses suivantes sera laissée à l'appréciation du médecin.

### Modifications du traitement

Les augmentations ou réductions de dose ne sont pas recommandées. Un report ou une interruption du traitement peuvent être nécessaires au cas par cas en fonction de la sécurité d'emploi et de la tolérance ; voir le Tableau 1.

Les recommandations précises pour la prise en charge des effets indésirables d'origine immunologique sont présentées dans la rubrique 4.4.

**Tableau 1 : Recommandations pour la suspension ou l'arrêt de Bavencio**

Effet indésirable lié au traitement	Sévérité*	Modification du traitement
Réaction liée à la perfusion	Réaction liée à la perfusion de grade 1	Réduire le débit de perfusion de 50 %
	Réaction liée à la perfusion de grade 2	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1 ; reprendre la perfusion à un débit réduit de 50 %
	Réaction liée à la perfusion de grade 3 ou de grade 4	Arrêter définitivement le traitement
Pneumopathie	Pneumopathie de grade 2	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
	Pneumopathie de grade 3 ou de grade 4, ou pneumopathie récurrente de grade 2	Arrêter définitivement le traitement
Hépatite	Aspartate aminotransférases (ASAT) ou alanine aminotransférases (ALAT) supérieures à 3 fois et inférieures ou égales à 5 fois la limite normale supérieure (LNS) ou bilirubine totale supérieure à 1,5 fois et inférieure ou égale à 3 fois la LNS	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
Pour les recommandations pour Bavencio en association avec axitinib, voir ci-dessous		

	ASAT ou ALAT supérieures à 5 fois la LNS ou bilirubine totale supérieure à 3 fois la LNS	Arrêter définitivement le traitement
Colite	Colite ou diarrhée de grade 2 ou de grade 3	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
	Colite ou diarrhée de grade 4 ou colite récurrente de grade 3	Arrêter définitivement le traitement
Pancréatite	Pancréatite suspectée	Suspendre le traitement
	Pancréatite confirmée	Arrêter définitivement le traitement
Myocardite	Myocardite suspectée	Suspendre le traitement
	Myocardite confirmée	Arrêter définitivement le traitement
Endocrinopathies (hypothyroïdie, hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne, hyperglycémie)	Endocrinopathies de grade 3 ou de grade 4	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
Néphrite et dysfonction rénale	Taux de créatinine sérique compris entre 1,5 fois et 6 fois la LNS	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
	Taux de créatinine sérique supérieur à 6 fois la LNS	Arrêter définitivement le traitement
Réactions cutanées	Éruption cutanée de grade 3	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
	Éruption cutanée de grade 4 ou récurrente de grade 3 ou syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) ou nécrolyse épidermique toxique (NET) confirmés	Arrêter définitivement le traitement
Autres effets indésirables d'origine immunologique (dont myosite, hypopituitarisme, uvéite, myasthénie grave, syndrome myasthénique, syndrome de Guillain-Barré)	Pour les effets suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes ou symptômes cliniques de grade 2 ou de grade 3 d'un effet indésirable d'origine immunologique non décrit ci-dessus</li> </ul>	Suspendre le traitement jusqu'à régression des effets indésirables à un grade 0-1
	Pour les effets suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet indésirable de grade 4 ou engageant le pronostic vital (à l'exception des endocrinopathies contrôlées par un traitement hormonal substitutif)</li> <li>• Effet indésirable d'origine immunologique récurrent de grade 3</li> <li>• Nécessité d'administrer 10 mg/jour ou plus de prednisone ou équivalent pendant plus de 12 semaines</li> <li>• Effets indésirables à médiation immunitaire de grade 2 ou de grade 3 persistants pendant 12 semaines ou plus</li> </ul>	Arrêter définitivement le traitement

\* Toxicité évaluée selon les Critères Communs de Terminologie pour les Effets Indésirables du National Cancer Institute, version 4.0 (NCI-CTCAE v4.03)

*Modifications du traitement lorsque Bavencio est utilisé en association avec axitinib*

Si le taux d'ALAT ou d'ASAT est  $\geq 3$  fois la LNS mais  $< 5$  fois la LNS ou si la bilirubine totale est  $\geq 1,5$  fois la LNS mais  $< 3$  fois la LNS, Bavencio et axitinib doivent tous deux être suspendus jusqu'à ce que ces effets indésirables régressent à un grade 0-1. S'ils persistent (plus de 5 jours), une corticothérapie par prednisone ou un équivalent, suivie d'une réduction progressive, doit être envisagée. Après rétablissement, une reprise du traitement par Bavencio ou axitinib, ou une reprise séquentielle par Bavencio et axitinib doit être envisagée. Une réduction de la dose selon les informations sur le produit axitinib doit être envisagée en cas de reprise du traitement par axitinib.

Si le taux d'ALAT ou d'ASAT est  $\geq 5$  fois la LNS ou  $> 3$  fois la LNS avec en parallèle un taux de bilirubine totale  $\geq 2$  fois la LNS, ou si le taux de bilirubine totale est  $\geq 3$  fois la LNS, Bavencio et axitinib doivent tous deux être arrêtés définitivement et une corticothérapie doit être envisagée.

*Conseils concernant la modification de la dose d'axitinib lorsqu'il est utilisé avec Bavencio*

Lorsque Bavencio est administré en association avec axitinib, veuillez vous reporter aux informations sur le produit axitinib pour connaître les modifications de dose recommandées pour axitinib.

#### Populations particulières

##### Personnes âgées

Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients âgés ( $\geq 65$  ans) (voir rubriques 5.1 et 5.2).

##### Population pédiatrique

La sécurité et l'efficacité de Bavencio chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Les données actuellement disponibles concernant Bavencio sont décrites à la rubrique 5.1 mais aucune recommandation sur la posologie ne peut être donnée.

##### Insuffisance rénale

Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère ou modérée (voir rubrique 5.2). Les données concernant les patients atteints d'insuffisance rénale sévère sont insuffisantes pour donner des recommandations posologiques.

##### Insuffisance hépatique

Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance hépatique légère (voir rubrique 5.2). Les données concernant les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée ou sévère sont insuffisantes pour donner des recommandations posologiques.

#### Mode d'administration

Bavencio est destiné à être utilisé en perfusion intraveineuse exclusivement. Il ne doit pas être administré en injection intraveineuse rapide ni en bolus intraveineux.

Bavencio doit être dilué dans une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/mL (0,9 %) ou une solution injectable de chlorure de sodium à 4,5 mg/mL (0,45 %). Il sera ensuite administré en perfusion intraveineuse pendant 60 minutes en utilisant un filtre intégré ou additionnel stérile, apyrogène, à faible liaison aux protéines, de 0,2 micromètre.

Pour les instructions concernant la préparation et l'administration du médicament, voir la rubrique 6.6.

### 4.3 Contre-indications

Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1.

### 4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

#### Traçabilité

Afin d'améliorer la traçabilité des médicaments biologiques, le nom et le numéro de lot du produit administré doivent être clairement enregistrés.

#### Réactions liées à la perfusion

Des réactions liées à la perfusion, pouvant être sévères, ont été signalées chez des patients traités par avélumab (voir rubrique 4.8).

Les patients doivent être surveillés afin de détecter des signes et symptômes de réactions liées à la perfusion, notamment fièvre, frissons, bouffées vasomotrices, hypotension, dyspnée, sifflement respiratoire, dorsalgie, douleur abdominale et urticaire.

En cas de réaction liée à la perfusion de grade 3 ou de grade 4, la perfusion doit être interrompue et le traitement par avélumab doit être définitivement arrêté (voir rubrique 4.2).

Pour les réactions liées à la perfusion de grade 1, le débit de perfusion doit être réduit de 50 % pour la perfusion en cours. En cas de réaction liée à la perfusion de grade 2, la perfusion doit être provisoirement arrêtée jusqu'au retour à un grade 1 ou jusqu'à la disparition de la réaction, et elle sera reprise ensuite à un débit de perfusion réduit de 50 % (voir rubrique 4.2).

En cas de réapparition d'une réaction liée à la perfusion de grade 1 ou de grade 2, le patient pourra continuer à recevoir avélumab sous étroite surveillance, après ajustement adéquat du débit de perfusion et administration d'une prémédication par paracétamol et antihistaminique (voir rubrique 4.2).

Chez 98,6 % (433/439) des patients ayant présenté des réactions liées à la perfusion au cours des essais cliniques, la première réaction s'est produite lors des 4 premières perfusions dont 2,7 % (12/439) étaient de grade  $\geq 3$ . Chez les 1,4 % (6/439) de patients restants, les réactions liées à la perfusion se sont produites après les 4 premières perfusions et étaient toutes de grade 1 ou de grade 2.

#### Effets indésirables d'origine immunologique

La plupart des effets indésirables d'origine immunologique survenus avec avélumab ont été réversibles et ont pu être gérés au moyen d'interruptions temporaires ou définitives du traitement par avélumab, de l'administration de corticoïdes et/ou de soins de support.

Lorsqu'un effet indésirable d'origine immunologique est suspecté, une évaluation adéquate doit être réalisée afin de confirmer l'étiologie ou d'exclure les autres causes. Selon la sévérité de l'effet indésirable, le traitement par avélumab devra être suspendu et une corticothérapie administrée. Si des corticoïdes sont utilisés pour traiter un effet indésirable, une réduction progressive de leurs doses doit être initiée sur une période d'au moins 1 mois à partir de l'amélioration.

Lorsque les effets indésirables d'origine immunologique n'ont pas pu être contrôlés par la corticothérapie, l'administration d'autres immunosuppresseurs systémiques pourra être envisagée.

Chez les patients présentant une maladie auto-immune (MAI) préexistante, les données issues des études observationnelles indiquent que le risque d'effets indésirables d'origine immunologique à la suite d'un traitement par inhibiteur de points de contrôle immunitaires pourrait être accru, en comparaison avec les patients ne présentant pas de MAI préexistante. De plus, les poussées de la MAI sous-jacente étaient fréquentes, mais la majorité étaient d'intensité légère et étaient gérables.

#### Pneumopathie d'origine immunologique

Des cas de pneumopathie d'origine immunologique ont été observés chez des patients traités par avélumab. Un cas avec une issue fatale a été signalé chez des patients traités par avélumab (voir rubrique 4.8).

L'apparition de signes et symptômes de pneumopathie d'origine immunologique doit être surveillée chez les patients et les causes de pneumopathie autres qu'une origine immunologique doivent être exclues. En cas de suspicion, la pneumopathie doit être confirmée par un examen radiographique.

Une corticothérapie doit être administrée en cas d'événement de grade  $\geq 2$  (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, suivie d'une réduction progressive du corticoïde).

Le traitement par avélumab doit être suspendu jusqu'à disparition de la réaction en cas de pneumopathie d'origine immunologique de grade 2 et définitivement arrêté en cas de pneumopathie d'origine immunologique de grade 3, de grade 4, ou de grade 2 si elle est récurrente (voir rubrique 4.2).

#### Hépatite d'origine immunologique

Des cas d'hépatite d'origine immunologique ont été observés chez des patients traités par avélumab. Deux cas avec une issue fatale ont été signalés chez des patients traités par avélumab (voir rubrique 4.8).

Les altérations de la fonction hépatique et les symptômes d'hépatite d'origine immunologique doivent être surveillés chez les patients et les causes d'hépatite autres que l'origine immunologique doivent être exclues.

Une corticothérapie doit être administrée en cas d'événements de grade  $\geq 2$  (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, suivie d'une réduction progressive du corticoïde).

Le traitement par avélumab doit être suspendu jusqu'à disparition de la réaction en cas d'hépatite d'origine immunologique de grade 2 et définitivement arrêté en cas d'hépatite d'origine immunologique de grade 3 ou de grade 4 (voir rubrique 4.2).

#### Colite d'origine immunologique

Des cas de colite d'origine immunologique ont été signalés chez des patients traités par avélumab (voir rubrique 4.8).

L'apparition de signes et symptômes de colite d'origine immunologique doit être surveillée chez les patients et les causes de colite autres qu'une origine immunologique doivent être exclues. Une corticothérapie doit être administrée en cas d'événements de grade  $\geq 2$  (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, suivie d'une réduction progressive du corticoïde).

Le traitement par avélumab doit être suspendu jusqu'à disparition de la réaction en cas de colite d'origine immunologique de grade 2 ou de grade 3 et définitivement arrêté en cas de colite d'origine immunologique de grade 4, ou de grade 3 si elle est récurrente (voir rubrique 4.2).

#### Pancréatite d'origine immunologique

Des cas de pancréatite d'origine immunologique ont été signalés chez des patients traités par avélumab. Deux cas avec une issue fatale ont été signalés chez des patients traités par avélumab en association avec axitinib (voir rubrique 4.8).

L'apparition de signes et symptômes de pancréatite d'origine immunologique doit être surveillée chez les patients. Chez les patients symptomatiques, une consultation en gastroentérologie et des examens de laboratoire (y compris des examens d'imagerie médicale) sont indiqués pour assurer l'instauration précoce de mesures appropriées. Une corticothérapie doit être administrée en cas de pancréatite d'origine immunologique (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, suivie d'une réduction progressive du corticoïde).

Le traitement par avélumab doit être suspendu en cas de suspicion de pancréatite d'origine immunologique et définitivement arrêté en cas de confirmation de la pancréatite d'origine immunologique (voir rubrique 4.2).

#### Myocardite d'origine immunologique

Des cas de myocardite d'origine immunologique ont été signalés chez des patients traités par avélumab. Deux cas avec une issue fatale ont été signalés chez des patients traités par avélumab en association avec axitinib (voir rubrique 4.8).

L'apparition de signes et symptômes de myocardite d'origine immunologique doit être surveillée chez les patients. Chez les patients symptomatiques, une consultation en cardiologie et des examens de laboratoire sont indiqués pour assurer l'instauration précoce des mesures appropriées. Une corticothérapie doit être administrée en cas de myocardite d'origine immunologique (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, suivie d'une réduction progressive du corticoïde). En l'absence d'amélioration après 24 heures de corticothérapie, une immunosuppression supplémentaire (par ex. par mycophénolate, infliximab ou globuline anti-thymocyte) doit être envisagée.

Le traitement par avélumab doit être suspendu en cas de suspicion de myocardite d'origine immunologique et définitivement arrêté en cas de confirmation de la myocardite d'origine immunologique (voir rubrique 4.2).

#### Endocrinopathies d'origine immunologique

Des cas de troubles thyroïdiens d'origine immunologique, d'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique et de diabète de type 1 ont été rapportés chez des patients traités par avélumab (voir rubrique 4.8). Les patients doivent être surveillés afin de détecter des signes et symptômes cliniques d'endocrinopathies. Le traitement par avélumab doit être suspendu jusqu'à disparition de la réaction en cas d'endocrinopathies de grade 3 ou de grade 4 (voir rubrique 4.2).

#### Troubles thyroïdiens (hypothyroïdie/hyperthyroïdie)

Des troubles thyroïdiens peuvent survenir à tout moment pendant le traitement (voir rubrique 4.8).

Les altérations de la fonction thyroïdienne doivent être surveillées chez les patients (en début de traitement, régulièrement au cours du traitement et dès lors qu'un suivi est indiqué en fonction de l'évaluation clinique), ainsi que les signes cliniques et les symptômes de troubles thyroïdiens. L'hypothyroïdie doit être prise en charge au moyen d'un traitement hormonal substitutif et l'hyperthyroïdie, au moyen d'un médicament antithyroïdien, selon les besoins.

Le traitement par avélumab doit être suspendu en cas de troubles thyroïdiens de grade 3 ou de grade 4 (voir rubrique 4.2).

#### Insuffisance surrénalienne

L'apparition de signes et symptômes d'insuffisance surrénalienne doit être surveillée chez les patients pendant et après le traitement. Une corticothérapie doit être administrée (1 à 2 mg/kg/jour de prednisone par voie intraveineuse ou équivalent oral) en cas d'insuffisance surrénalienne de grade  $\geq 3$ , suivie d'une réduction progressive de la dose jusqu'à  $\leq 10$  mg/jour.

Le traitement par avélumab doit être suspendu en cas d'insuffisance surrénalienne symptomatique de grade 3 ou de grade 4 (voir rubrique 4.2).

#### Diabète de type 1

Avélumab peut provoquer un diabète de type 1, y compris une acidocétose diabétique (voir rubrique 4.8).

Les patients doivent être surveillés pour rechercher une hyperglycémie ou d'autres signes et symptômes du diabète. Un traitement par insuline doit être instauré pour le diabète de type 1. En cas d'hyperglycémie de grade  $\geq 3$ , le traitement par avélumab doit être suspendu et des anti-hyperglycémifiants doivent être administrés. Le traitement par avélumab pourra être repris après obtention du contrôle métabolique sous insulinothérapie.

#### Néphrite et dysfonction rénale d'origine immunologique

Avélumab peut provoquer une néphrite d'origine immunologique (voir rubrique 4.8).

Les patients doivent être surveillés pour rechercher des taux sériques élevés de créatinine avant le traitement et, à intervalles réguliers, pendant le traitement. En cas de néphrite de grade  $\geq 2$ , des corticoïdes doivent être administrés (dose initiale de 1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent, puis diminution progressive). En cas de néphrite de grade 2 ou de grade 3, le traitement par avélumab doit être suspendu jusqu'au retour à un grade  $\leq 1$ . En cas de néphrite de grade 4, le traitement par avélumab doit être arrêté définitivement.

#### Autres effets indésirables d'origine immunologique

D'autres effets indésirables d'origine immunologique cliniquement importants ont été rapportés chez moins de 1 % des patients : myosite, hypopituitarisme, uvéite, myasthénie grave, syndrome myasthénique, cystite non infectieuse, sarcoïdose et syndrome de Guillain-Barré (voir rubrique 4.8).

Lorsqu'un effet indésirable d'origine immunologique est suspecté, une évaluation adéquate doit être réalisée afin de confirmer l'étiologie ou d'exclure d'autres causes. Selon la sévérité de l'effet indésirable, le traitement par avélumab devra être suspendu et une corticothérapie devra être administrée. Le traitement par avélumab devra être repris une fois que l'effet indésirable d'origine immunologique sera revenu à un grade 1 ou inférieur, après réduction progressive du corticoïde. Le traitement par avélumab doit être définitivement arrêté en cas de récurrence d'un effet indésirable d'origine immunologique de grade 3 et en cas d'effet indésirable d'origine immunologique de grade 4 (voir rubrique 4.2).

#### Hépatotoxicité (en association avec axitinib)

Des cas d'hépatotoxicité ont été signalés chez des patients traités par avélumab en association avec axitinib et la fréquence d'élévation des taux d'ALAT ou d'ASAT de grade 3 et de grade 4 était plus élevée que celle observée avec avélumab seul (voir rubrique 4.8).

Les modifications de la fonction hépatique et les symptômes hépatiques doivent être surveillés plus fréquemment chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib que chez les patients traités par avélumab en monothérapie.

Le traitement par avélumab doit être suspendu en cas d'hépatotoxicité de grade 2 jusqu'à résolution de la toxicité et définitivement arrêté en cas d'hépatotoxicité de grade 3 ou de grade 4. Une corticothérapie doit être envisagée en cas d'événements de grade  $\geq 2$  (voir rubrique 4.2).

#### Patients exclus des études cliniques

Les patients atteints des affections suivantes ont été exclus des essais cliniques : métastases actives du système nerveux central (SNC), maladie auto-immune active ou antérieure, antécédents d'autres tumeurs malignes au cours des 5 années précédentes, greffe d'organe, affection nécessitant un traitement immunosuppresseur ou infection active par le VIH, ou hépatite B ou C.

L'avélumab devra être utilisé avec précaution chez ces populations, après avoir soigneusement évalué le rapport bénéfice/risque théorique au cas par cas.

#### Teneur en sodium

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

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

Aucune étude d'interaction n'a été réalisée avec avélumab.

Avélumab étant principalement métabolisé par des voies du catabolisme, aucune interaction pharmacocinétique entre avélumab et d'autres médicaments n'est attendue.

## 4.6 Fertilité, grossesse et allaitement

### Femmes en âge de procréer/contraception

Il doit être conseillé aux femmes en âge de procréer d'éviter de débiter une grossesse pendant qu'elles reçoivent avélumab. Elles doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement par avélumab et pendant au moins 1 mois après la dernière dose d'avélumab.

### Grossesse

Il n'existe pas de données ou il existe des données limitées sur l'utilisation d'avélumab chez la femme enceinte.

Aucune étude des effets d'avélumab sur la reproduction animale n'a été effectuée. Cependant, il a été démontré chez les modèles murins gravides que le blocage de la voie de signalisation PD-L1 entraînait une perturbation de la tolérance fœto-maternelle, aboutissant à une augmentation des pertes fœtales (voir rubrique 5.3). Ces résultats indiquent que l'administration d'avélumab pendant la grossesse, étant donné son mécanisme d'action, expose à un risque potentiel d'effets délétères sur le fœtus, notamment à des taux plus élevés d'avortement ou de mort-né.

Les immunoglobulines IgG1 humaines sont connues pour traverser la barrière placentaire. Avélumab est donc susceptible de passer de la mère au fœtus en cours de développement. Il n'est pas recommandé d'utiliser avélumab pendant la grossesse à moins que la situation clinique de la femme ne justifie le traitement par avélumab.

### Allaitement

On ne sait pas si avélumab est excrété dans le lait maternel. Dans la mesure où l'on sait que les anticorps peuvent être sécrétés dans le lait maternel, un risque pour les nouveau-nés/nourrissons ne peut être exclu.

Il doit être conseillé aux femmes de ne pas allaiter pendant le traitement et pendant au moins 1 mois après la dernière dose en raison du risque potentiel d'effets indésirables graves chez les nourrissons allaités.

### Fertilité

Les effets d'avélumab sur la fertilité masculine et féminine ne sont pas connus.

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée pour évaluer les effets d'avélumab sur la fertilité, il n'a été constaté aucun effet notable sur les organes reproducteurs des singes femelles lors des études de toxicologie en administration répétée sur 1 mois et 3 mois (voir rubrique 5.3).

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

Avélumab a un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Des cas de fatigue ont été signalés après l'administration d'avélumab (voir rubrique 4.8). Il doit être conseillé aux patients d'être prudents lorsqu'ils conduisent des véhicules ou utilisent des machines tant qu'ils ne sont pas certains que le traitement par avélumab n'altère pas leur vigilance.

## 4.8 Effets indésirables

### Résumé du profil de sécurité

Avélumab est associé à des effets indésirables d'origine immunologique. La plupart d'entre eux, y compris les réactions sévères, se sont résolus après instauration d'un traitement médical approprié ou arrêt d'avélumab (voir « Description de certains effets indésirables particuliers » ci-dessous).

Les effets indésirables les plus fréquents avec avélumab étaient des cas de fatigue (30,0 %), des nausées (23,6 %), des diarrhées (18,5 %), une constipation (18,1 %), une diminution de l'appétit (17,6 %), des réactions liées à la perfusion (15,9 %), des vomissements (15,6 %) et une perte de poids (14,5 %).

Les effets indésirables de grade  $\geq 3$  les plus fréquents étaient une anémie (5,6 %), une hypertension (3,9 %), une hyponatrémie (3,6 %), une dyspnée (3,5 %) et des douleurs abdominales (2,6 %). Les effets indésirables graves étaient des effets indésirables d'origine immunologique et des réactions liées à la perfusion (voir rubrique 4.4).

### Tableau récapitulatif des effets indésirables

La sécurité de l'avélumab en monothérapie a été évaluée chez 2 082 patients atteints de tumeurs solides, dont le CCM métastatique ou le CU localement avancé ou métastatique, ayant reçu 10 mg/kg d'avélumab toutes les 2 semaines dans le cadre des études cliniques (voir Tableau 2).

Ces réactions sont présentées par classe de système d'organe et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit : très fréquent ( $\geq 1/10$ ) ; fréquent ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) ; peu fréquent ( $\geq 1/1\ 000$ ,  $< 1/100$ ) ; rare ( $\geq 1/10\ 000$ ,  $< 1/1\ 000$ ) ; très rare ( $< 1/10\ 000$ ). Au sein de chaque catégorie de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante.

### Tableau 2 : Effets indésirables survenus chez les patients traités par avélumab en monothérapie

Fréquence	Effets indésirables
<b>Affections hématologiques et du système lymphatique</b>	
Très fréquent	Anémie
Fréquent	Lymphopénie, thrombocytopénie
Peu fréquent	Éosinophilie§
<b>Affections du système immunitaire</b>	
Peu fréquent	Hypersensibilité, hypersensibilité médicamenteuse, sarcoïdose**
Rare	Réaction anaphylactique, hypersensibilité de type I
<b>Affections endocriniennes</b>	
Fréquent	Hypothyroïdie*, hyperthyroïdie*
Peu fréquent	Insuffisance surrénalienne*, thyroïdite auto-immune*, thyroïdite*, hypothyroïdie auto-immune*
Rare	Insuffisance corticosurrénalienne aiguë*, hypopituitarisme*
<b>Troubles du métabolisme et de la nutrition</b>	
Très fréquent	Diminution de l'appétit
Fréquent	Hyponatrémie
Peu fréquent	Hyperglycémie*
Rare	Diabète*, diabète de type I*
<b>Affections du système nerveux</b>	
Fréquent	Céphalée, vertiges, neuropathie périphérique
Peu fréquent	Myasthénie grave†, syndrome myasthénique†
Rare	Syndrome de Guillain-Barré*, syndrome de Miller-Fisher*
<b>Affections oculaires</b>	
Rare	Uvéïte*
<b>Affections cardiaques</b>	
Rare	Myocardite*
<b>Affections vasculaires</b>	
Fréquent	Hypertension
Peu fréquent	Hypotension, bouffées vasomotrices
<b>Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales</b>	
Très fréquent	Toux, dyspnée
Fréquent	Pneumopathie*
Rare	Pneumopathie interstitielle*
<b>Affections gastro-intestinales</b>	
Très fréquent	Nausées, diarrhée, constipation, vomissements, douleur abdominale
Fréquent	Sécheresse buccale

Peu fréquent	Iléus, colite*
Rare	Pancréatite*, colite auto-immune*, entérocolite*, pancréatite auto-immune*, entérite*, rectite*
<b>Affections hépatobiliaires</b>	
Peu fréquent	Hépatite auto-immune*
Rare	Insuffisance hépatique aiguë*, insuffisance hépatique*, hépatite*, hépatotoxicité*
<b>Affections de la peau et du tissu sous-cutané</b>	
Fréquent	Prurit*, éruption cutanée*, sécheresse de la peau, éruption maculo-papuleuse*
Peu fréquent	Eczéma, dermatite, éruption prurigineuse*, psoriasis*, érythème*, éruption érythémateuse*, éruption généralisée*, éruption maculaire*, éruption papuleuse*
Rare	Érythème polymorphe*, purpura*, vitiligo*, prurit généralisé*, dermatite exfoliative*, pemphigoïde*, dermatite psoriasiforme*, éruption médicamenteuse*, lichen plan*
<b>Affections musculo-squelettiques et systémiques</b>	
Très fréquent	Dorsalgie, arthralgie
Fréquent	Myalgie
Peu fréquent	Myosite*, polyarthrite rhumatoïde*
Rare	Arthrite*, polyarthrite*, oligoarthrite*
<b>Affections du rein et des voies urinaires</b>	
Peu fréquent	Insuffisance rénale*, néphrite*
Rare	Néphrite tubulo-interstitielle*, cystite non infectieuse*
<b>Troubles généraux et anomalies au site d'administration</b>	
Très fréquent	Fatigue, fièvre, œdème périphérique
Fréquent	Asthénie, frissons, syndrome pseudo-grippal
Rare	Syndrome de réponse inflammatoire généralisée*
<b>Investigations</b>	
Très fréquent	Perte de poids
Fréquent	Élévation de la créatinine plasmatique, élévation de la phosphatase alcaline plasmatique, élévation de la lipase, élévation des taux de gamma-glutamyltransférase, élévation de l'amylase
Peu fréquent	Élévation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT)*, élévation des taux d'aspartate aminotransférase (ASAT)*, élévation de la créatine phosphokinase plasmatique*
Rare	Élévation des taux de transaminases*, diminution de la thyroxine libre*, augmentation de la thyroestimuline plasmatique*
<b>Lésions, intoxications et complications liées aux procédures</b>	
Très fréquent	Réaction liée à la perfusion

\* Effet indésirable d'origine immunologique d'après la revue médicale

\*\* Une sarcoïdose a été observée au cours des essais cliniques chez des patients ayant reçu l'avélumab en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine

† Effets indésirables survenus chez un nombre estimé de 4 000 patients exposés à l'avélumab en monothérapie en dehors de l'analyse groupée

§ Réaction uniquement observée dans l'étude EMR100070-003 (Partie B) après la date limite de recueil des données, il s'agit donc d'une estimation de la fréquence

*Carcinome à cellules rénales*

### Résumé du profil de sécurité

La sécurité d'emploi d'avélumab en association avec axitinib a été évaluée chez 489 patients atteints de CCR à un stade avancé ayant reçu 10 mg/kg d'avélumab toutes les 2 semaines et 5 mg d'axitinib par voie orale deux fois par jour dans deux études cliniques.

Dans cette population de patients, les effets indésirables les plus fréquents étaient la diarrhée (62,8 %), l'hypertension (49,3 %), la fatigue (42,9 %), les nausées (33,5 %), la dysphonie (32,7 %), la diminution de l'appétit (26,0 %), l'hypothyroïdie (25,2 %), la toux (23,7 %), les céphalées (21,3 %), la dyspnée (20,9 %) et les arthralgies (20,9 %).

### Tableau récapitulatif des effets indésirables

Les effets indésirables rapportés chez les 489 patients atteints de CCR à un stade avancé et traités par avélumab en association avec axitinib au cours de deux études cliniques sont présentés dans le Tableau 3.

Ces réactions sont présentées par classe de système d'organe et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit : très fréquent ( $\geq 1/10$ ) ; fréquent ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) ; peu fréquent ( $\geq 1/1\ 000$ ,  $< 1/100$ ) ; rare ( $\geq 1/10\ 000$ ,  $< 1/1\ 000$ ) ; très rare ( $< 1/10\ 000$ ). Au sein de chaque catégorie de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante.

**Tableau 3 : Effets indésirables survenus chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib au cours des études cliniques B9991002 et B9991003**

Fréquence	Effets indésirables
<b>Infections et infestations</b>	
Peu fréquent	Eruption pustuleuse
<b>Affections hématologiques et du système lymphatique</b>	
Fréquent	Anémie, thrombocytopénie
Peu fréquent	Lymphopénie, éosinophilie
<b>Affections du système immunitaire</b>	
Fréquent	Hypersensibilité
<b>Affections endocriniennes</b>	
Très fréquent	Hypothyroïdie
Fréquent	Hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne, thyroïdite
Peu fréquent	Thyroïdite auto-immune, hypophysite
<b>Troubles du métabolisme et de la nutrition</b>	
Très fréquent	Diminution de l'appétit
Fréquent	Hyperglycémie
Peu fréquent	Diabète, diabète de type I
<b>Affections du système nerveux</b>	
Très fréquent	Céphalée, vertiges
Fréquent	Neuropathie périphérique
Peu fréquent	Myasthénie grave, syndrome myasthénique
<b>Affections cardiaques</b>	
Peu fréquent	Myocardite
<b>Affections vasculaires</b>	
Très fréquent	Hypertension
Fréquent	Hypotension, bouffées vasomotrices
<b>Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales</b>	

Très fréquent	Dysphonie, toux, dyspnée
Fréquent	Pneumopathie
<b>Affections gastro-intestinales</b>	
Très fréquent	Diarrhée, nausées, constipation, vomissements, douleur abdominale
Fréquent	Sécheresse buccale, colite
Peu fréquent	Colite auto-immune, pancréatite auto-immune, entérocolite, iléus, pancréatite nécrosante
<b>Affections hépatobiliaires</b>	
Fréquent	Fonction hépatique anormale
Peu fréquent	Hépatite, hépatotoxicité, hépatite à médiation immunitaire, trouble hépatique
<b>Affections de la peau et du tissu sous-cutané</b>	
Très fréquent	Éruption cutanée, prurit
Fréquent	Éruption prurigineuse, éruption maculo-papuleuse, prurit généralisé, dermatite acnéiforme, érythème, éruption maculaire, éruption papuleuse, éruption érythémateuse, dermatite, eczéma, éruption généralisée
Peu fréquent	Éruption d'origine médicamenteuse, érythème polymorphe, psoriasis
<b>Affections musculo-squelettiques et systémiques</b>	
Très fréquent	Arthralgie, dorsalgie, myalgie
<b>Affections du rein et des voies urinaires</b>	
Fréquent	Insuffisance rénale aiguë
<b>Troubles généraux et anomalies au site d'administration</b>	
Très fréquent	Fatigue, frissons, asthénie, fièvre
Fréquent	Œdème périphérique, syndrome pseudo-grippal
<b>Investigations</b>	
Très fréquent	Perte de poids, élévation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT), élévation des taux d'aspartate aminotransférase (ASAT)
Fréquent	Élévation de la créatinine plasmatique, élévation de l'amylase, élévation de la lipase, élévation de la gamma-glutamyltransférase, élévation de la phosphatase alcaline plasmatique, élévation de la créatine phosphokinase plasmatique, diminution de la thyroestimuline (TSH) plasmatique, élévation des taux de transaminases
Peu fréquent	Augmentation des paramètres biologiques du bilan hépatique
<b>Lésions, intoxications et complications liées aux procédures</b>	
Très fréquent	Réaction liée à la perfusion

#### Description de certains effets indésirables particuliers

Les données relatives aux effets indésirables d'origine immunologique pour avélumab en monothérapie reposent sur 2 082 patients, dont 1 650 patients atteints de tumeurs solides dans l'étude de phase I EMR100070-001, 88 patients dans l'étude EMR100070-003 sur le CCM et 344 patients dans l'étude B9991001 sur le CU et, pour l'avélumab en association avec axitinib, sur les 489 patients des études B9991002 et B9991003 sur le CCR (voir rubrique 5.1).

Les recommandations pour la prise en charge de ces effets indésirables sont décrites dans la rubrique 4.4.

#### Pneumopathie d'origine immunologique

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des pneumopathies d'origine immunologique ont été observées chez 1,3 % (28/2 082) des patients. L'issue a été fatale pour 1 de ces patients (moins de 0,1 %). La pneumopathie d'origine immunologique était de grade 4 chez 1 patient (moins de 0,1 %) et de grade 3 chez 6 patients (0,3 %).

Le délai médian d'apparition de la pneumopathie d'origine immunologique était de 2,5 mois (intervalle : 3 jours à 13,8 mois). La durée médiane de la

réaction était de 8,1 semaines (intervalle : 4 jours à plus de 4,9 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,4 % (9/2 082) des patients en raison d'une pneumopathie d'origine immunologique. Les 28 patients ayant présenté une pneumopathie d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie et 21 (75 %) des 28 patients ont reçu une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 9 jours (intervalle : 1 jour à 2,3 mois). La pneumopathie d'origine immunologique était résolue chez 18 (64,3 %) des 28 patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, des pneumopathies d'origine immunologique ont été observées chez 0,6 % (3/489) des patients. Aucun d'entre eux n'a présenté une pneumopathie d'origine immunologique de grade  $\geq$  3.

Le délai médian d'apparition de la pneumopathie d'origine immunologique était de 3,7 mois (intervalle : 2,7 mois à 8,6 mois). La durée médiane de la réaction était de 2,6 mois (intervalle : 3,3 semaines à plus de 7,9 mois).

L'administration d'avélumab n'a été interrompue chez aucun patient en raison d'une pneumopathie d'origine immunologique. Les 3 patients ayant présenté une pneumopathie d'origine immunologique ont été traités par une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 3,3 mois (intervalle : 3 semaines à 22,3 mois). La pneumopathie d'origine immunologique était résolue chez 2 (66,7 %) des 3 patients à la date limite de recueil des données.

#### Hépatite d'origine immunologique

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des hépatites d'origine immunologique ont été observées chez 1,0 % (21/2 082) des patients. L'issue a été fatale pour 2 de ces patients (0,1 %), et l'hépatite d'origine immunologique était de grade 3 chez 16 patients (0,8 %).

Le délai médian d'apparition de l'hépatite d'origine immunologique était de 3,3 mois (intervalle : 9 jours à 14,8 mois). La durée médiane de la réaction était de 2,5 mois (intervalle : 1 jour à plus de 7,4 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,6 % (13/2 082) des patients en raison d'une hépatite d'origine immunologique. Les 21 patients ayant présenté une hépatite d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie et 20 (95,2 %) des 21 patients ont reçu une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 17 jours (intervalle : 1 jour à 4,1 mois). L'hépatite d'origine immunologique était résolue chez 12 (57,1 %) des 21 patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, des hépatites d'origine immunologique ont été observées chez 6,3 % (31/489) des patients. L'hépatite d'origine immunologique était de grade 3 chez 18 de ces patients (3,7 %) et de grade 4 chez 3 patients (0,6 %).

Le délai médian d'apparition de l'hépatite d'origine immunologique était de 2,3 mois (intervalle : 2,1 semaines à 14,5 mois). La durée médiane de la réaction était de 2,1 semaines (intervalle : 2 jours à 8,9 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 4,7 % (23/489) des patients en raison d'une hépatite d'origine immunologique. Les 31 patients ayant présenté une hépatite d'origine immunologique ont tous été traités : 30 (96,8 %) patients ont reçu une corticothérapie et 1 patient a reçu un immunosuppresseur non stéroïdien. Vingt-huit (90,3 %) des 31 patients ont suivi une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 2,4 semaines (intervalle : 1 jour à 10,2 mois). L'hépatite d'origine immunologique était résolue chez 27 (87,1 %) des 31 patients à la date limite de recueil des données.

#### Colite d'origine immunologique

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des colites d'origine immunologique ont été observées chez 1,5 % (31/2 082) des patients. Chez 10 de ces patients (0,5 %), la colite d'origine immunologique a été de grade 3.

Le délai médian d'apparition de la colite d'origine immunologique était de 2,0 mois (intervalle : 2 jours à 11,5 mois). La durée médiane de la réaction était de 5,9 semaines (intervalle : 1 jour à plus de 14 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,5 % (11/2 082) des patients en raison d'une colite d'origine immunologique. Les 31 patients ayant présenté une colite d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie et 19 (61,3 %) des 31 patients ont reçu une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 19 jours (intervalle : 1 jour à 2,3 mois). La colite d'origine immunologique était résolue chez 22 (71 %) des 31 patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, des colites d'origine immunologique ont été observées chez 2,7 % (13/489) des patients. La colite d'origine immunologique a été de grade 3 chez 9 (1,8 %) de ces patients.

Le délai médian d'apparition de la colite d'origine immunologique était de 5,1 mois (intervalle : 2,3 semaines à 14 mois). La durée médiane de la réaction était de 1,6 semaine (intervalle : 1 jour à plus de 9 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,4 % (2/489) des patients en raison d'une colite d'origine immunologique. Les 13 patients ayant présenté une colite d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie et 12 (92,3 %) des 13 patients ont reçu une corticothérapie à forte dose pendant une durée médiane de 2,3 semaines (intervalle : 5 jours à 4,6 mois). La colite d'origine immunologique était résolue chez 10 (76,9 %) des 13 patients à la date limite de recueil des données.

#### Pancréatite d'origine immunologique

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des pancréatites d'origine immunologique ont été observées chez moins de 1 % (1/4 000) des patients dans les études cliniques avec différents types de tumeurs et chez 0,6 % (3/489) des patients ayant reçu avélumab en association avec axitinib, l'issue ayant été fatale pour 2 (0,4 %) de ces 3 patients.

#### Myocardite d'origine immunologique

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des myocardites d'origine immunologique ont été observées chez moins de 1 % (5/4 000) des patients dans les études cliniques avec différents types de tumeurs et chez 0,6 % (3/489) des patients ayant reçu avélumab en association avec axitinib, l'issue ayant été fatale chez 2 (0,4 %) de ces 3 patients.

#### Endocrinopathies d'origine immunologique

##### Troubles thyroïdiens

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, 6,7 % (140/2 082) des patients ont présenté des troubles thyroïdiens d'origine immunologique, incluant 127 patients (6,1 %) avec une hypothyroïdie, 23 patients (1,1 %) avec une hyperthyroïdie et 7 patients (0,3 %) avec une thyroïdite. Les troubles thyroïdiens d'origine immunologique ont été de grade 3 chez 4 patients (0,2 %).

Le délai médian d'apparition des troubles thyroïdiens était de 2,8 mois (intervalle : 2 semaines à 12,8 mois). La durée médiane de la réaction n'a pu être évaluée (intervalle : 3 jours à plus de 27,6 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,2 % (4/2 082) des patients en raison de troubles thyroïdiens d'origine immunologique. Les troubles thyroïdiens étaient résolus chez 14 (10 %) des 140 patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, des troubles thyroïdiens d'origine immunologique ont été observés chez 24,7 % (121/489) des patients, incluant 111 patients (22,7 %) avec une hypothyroïdie, 17 patients (3,5 %) avec une hyperthyroïdie et 7 patients (1,4 %) avec une thyroïdite. Les troubles thyroïdiens d'origine immunologique ont été de grade 3 chez 2 (0,4%) de ces patients.

Le délai médian d'apparition des troubles thyroïdiens était de 2,8 mois (intervalle : 3,6 semaines à 19,3 mois). La durée médiane de la réaction n'a pas pu être évaluée (intervalle : 8 jours à plus de 23,9 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,2 % (1/489) des patients en raison de troubles thyroïdiens d'origine immunologique. Les troubles thyroïdiens étaient résolus chez 15 (12,4 %) des 121 patients à la date limite de recueil des données.

#### *Insuffisance surrénalienne*

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique a été observée chez 0,5 % (1/2 082) des patients. L'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique a été de grade 3 chez 1 patient (moins de 0,1 %).

Le délai médian d'apparition de l'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique était de 3,3 mois (intervalle : 1 jour à 7,6 mois). La durée médiane de la réaction n'a pu être évaluée (intervalle : 2 jours à plus de 10,4 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,1 % (2/2 082) des patients en raison d'une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique. Les 11 patients ayant présenté une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie, et 5 (45,5 %) des 11 patients ont reçu de fortes doses de corticoïdes à action systémique ( $\geq$  40 mg de prednisone ou équivalent) sur une durée médiane de 2 jours (intervalle : 1 jour à 24 jours). L'insuffisance surrénalienne était résolue chez 3 (27,3 %) des patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique a été observée chez 1,8 % (9/489) des patients. L'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique a été de grade 3 chez 2 (0,4 %) de ces patients.

Le délai médian d'apparition de l'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique était de 5,5 mois (intervalle : 3,6 semaines à 8,7 mois). La durée médiane de la réaction était de 2,8 mois (intervalle : 3 jours à 15,5 mois).

L'administration d'avélumab n'a été interrompue chez aucun patient en raison d'une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique. Huit patients (88,9 %) ayant présenté une insuffisance surrénalienne d'origine immunologique ont été traités par corticothérapie et 2 (25 %) des 8 patients ont reçu de fortes doses de corticoïdes ( $\geq$  40 mg de prednisone ou équivalent) pendant une durée médiane de 8 jours (intervalle : 5 jours à 11 jours). L'insuffisance surrénalienne était résolue chez 4 (44,4 %) des 9 patients à la date limite de recueil des données.

#### *Diabète de type 1*

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des cas de diabète de type 1 sans autre étiologie connue ont été observés chez 0,2 % (5/2 082) des patients. Les 5 patients ont tous présenté un diabète de type 1 de grade 3.

Le délai médian d'apparition du diabète de type 1 était de 3,3 mois (intervalle : 1 jour à 18,7 mois). La durée médiane de la réaction n'a pu être évaluée (intervalle : 14 jours à plus de 4,8 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,1 % (2/2 082) des patients en raison d'un diabète de type 1. Le diabète de type 1 était résolu chez 2 (40 %) des patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, un diabète de type 1 sans autre étiologie connue a été observé chez 1,0 % (5/489) des patients. Le diabète de type 1 était de grade 3 chez 1 (0,2 %) de ces patients.

Le délai médian d'apparition du diabète de type 1 était de 1,9 mois (intervalle : 1,1 mois à 7,3 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,2 % (1/489) des patients en raison d'un diabète de type 1. Les 5 patients ayant présenté un diabète de type 1 ont tous été traités par insuline. Le diabète de type 1 n'était résolu chez aucun des patients au moment de la date limite de recueil des données.

#### *Néphrite et dysfonction rénale d'origine immunologique*

Chez les patients traités par avélumab en monothérapie, des cas de néphrite d'origine immunologique ont été observés chez 0,3 % (7/2 082) des patients. La néphrite d'origine immunologique a été de grade 3 chez 1 (moins de 0,1 %) patient.

Le délai médian d'apparition de la néphrite d'origine immunologique était de 2,4 mois (intervalle : 7,1 semaines à 21,9 mois). La durée médiane de la réaction était de 6,1 mois (intervalle : 9 jours à 6,1 mois).

L'administration d'avélumab a été interrompue chez 0,2 % (4/2 082) des patients en raison d'une néphrite d'origine immunologique. Les 7 patients ayant présenté une néphrite d'origine immunologique ont tous été traités par corticothérapie. 6 (85,7 %) des 7 patients ayant présenté une néphrite d'origine immunologique ont reçu de fortes doses de corticoïdes sur une durée médiane de 2,5 semaines (intervalle : 6 jours à 2,8 mois). La néphrite d'origine immunologique était résolue chez 4 (57,1 %) patients à la date limite de recueil des données.

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, une néphrite d'origine immunologique a été observée chez 0,4 % (2/489) des patients. La néphrite d'origine immunologique était de grade 3 chez 2 (0,4 %) de ces patients.

Le délai médian d'apparition de la néphrite d'origine immunologique était de 1,2 mois (intervalle : 2,9 semaines à 1,8 mois). La durée médiane de la réaction était de 1,3 semaine (intervalle : plus de 4 jours à 1,3 semaine).

L'administration d'avélumab n'a été interrompue chez aucun patient en raison d'une néphrite d'origine immunologique. Les 2 patients ayant présenté une néphrite d'origine immunologique ont tous les deux été traités par de fortes doses de corticoïdes pendant une durée médiane de 1,1 semaine (intervalle : 3 jours à 1,9 semaine). La néphrite d'origine immunologique était résolue chez 1 (50 %) des 2 patients au moment de la date limite de recueil des données.

#### *Hépatotoxicité (en association avec axitinib)*

Chez les patients traités par avélumab en association avec axitinib, une augmentation des taux d'ALAT et d'ASAT de grade 3 et de grade 4 a été rapportée chez, respectivement, 9 % et 7 % des patients.

Chez les patients ayant présenté un taux d'ALAT  $\geq 3$  fois la LNS (grades 2-4, n = 82), le taux d'ALAT a régressé à un grade 0-1 dans 92 % des cas.

Parmi les 73 patients traités de nouveau par avélumab (59 %) ou axitinib (85 %) en monothérapie, ou les deux (55 %), 66 % n'ont pas montré de nouvelle augmentation du taux d'ALAT  $\geq 3$  fois la LNS.

#### Immunogénicité

Pour l'étude EMR107000-003, dans la population atteinte de CCM, sur 204 patients (88 issus de la partie A et 116 issus de la partie B) ayant été traités par avélumab à 10 mg/kg en perfusion intraveineuse toutes les 2 semaines et pour lesquels au moins une mesure valide des anticorps anti-médicament (AAM) était disponible à un moment quelconque, 189 (79 issus de la partie A et 110 issus de la partie B) étaient évaluables pour la détection d'AAM apparus sous traitement et le résultat était positif pour 16 (8,5 %) d'entre eux (7 issus de la partie A et 9 issus de la partie B).

Pour l'étude B9991001, dans la population atteinte de CU, sur 344 patients ayant été traités par avélumab à 10 mg/kg en perfusion intraveineuse toutes les 2 semaines en plus des meilleurs soins de support (MSS) et pour lesquels au moins une mesure valide des AAM était disponible à un moment quelconque, 325 étaient évaluables pour la détection d'AAM apparus sous traitement et le résultat était positif pour 62 (19,1 %) d'entre eux.

Pour l'étude B9991002 et l'étude B9991003 dans la population atteinte de CCR, sur 480 patients ayant été traités par avélumab à 10 mg/kg en perfusion intraveineuse toutes les 2 semaines en association avec 5 mg d'axitinib deux fois par jour et pour lesquels au moins une mesure valide des AAM était disponible à un moment quelconque, 453 étaient évaluables pour la détection d'AAM apparus sous traitement et le résultat était positif pour 66 (14,6 %) d'entre eux.

Globalement, aucune modification du profil pharmacocinétique, aucune augmentation de l'incidence des réactions à la perfusion ni d'effets sur l'efficacité en lien avec l'apparition d'anticorps anti-avelumab n'ont été mis en évidence. L'impact des anticorps neutralisants (AcN) n'est pas connu.

#### Déclaration des effets indésirables suspectés

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration :

#### **Belgique**

Agence fédérale des médicaments et des produits de santé  
Division Vigilance  
Boîte Postale 97  
B-1000 BRUXELLES  
Madou  
Site internet: [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be)  
e-mail: [adr@afmps.be](mailto:adr@afmps.be)

#### **Luxembourg**

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé  
Site internet : [www.guichet.lu/pharmacovigilance](http://www.guichet.lu/pharmacovigilance)

## 4.9 Surdosage

Un surdosage a été rapporté chez trois patients qui ont reçu une dose d'avelumab entre 5 % à 10 % supérieure à la dose recommandée. Les patients n'ont présenté aucun symptôme, le surdosage n'a nécessité aucun traitement et l'administration d'avelumab a été poursuivie.

En cas de surdosage, les signes ou symptômes d'effets indésirables doivent être étroitement surveillés chez les patients. Le traitement visera à prendre en charge les symptômes.

## 5. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

### 5.1 Propriétés pharmacodynamiques

Classe pharmacothérapeutique : autres agents antinéoplasiques, anticorps monoclonaux ; Code ATC : L01FF04.

#### Mécanisme d'action

Avélumab est un anticorps monoclonal humain de type immunoglobuline G1 (IgG1) dirigé contre le ligand de la protéine de mort programmée 1 (PD-L1). Avélumab se lie au PD-L1 et bloque l'interaction entre le PD-L1 et ses récepteurs, PD-1 (protéine de mort programmée 1) et B7.1. Cela conduit à la suppression des effets inhibiteurs du PD-L1 sur les lymphocytes T CD8<sup>+</sup> cytotoxiques, rétablissant ainsi les réponses anti-tumorales des lymphocytes T. Il a également été montré qu'avelumab induisait une lyse directe des cellules tumorales par les cellules Natural Killer (NK) via la cytotoxicité à médiation cellulaire dépendante des anticorps (ADCC).

#### Efficacité et sécurité cliniques

##### Carcinome à cellules de Merkel (étude EMR100070-003)

L'efficacité et la sécurité d'avelumab ont été évaluées dans le cadre de l'étude multicentrique monobras EMR100070-003, une étude en deux

parties. La partie A était une étude menée chez des patients atteints de CCM métastatique confirmé histologiquement, dont la maladie avait progressé pendant ou après une chimiothérapie administrée pour traiter les métastases à distance et qui présentaient une espérance de vie de plus de 3 mois. La partie B incluait des patients atteints de CCM métastatique confirmé histologiquement n'ayant jamais reçu de traitement systémique dans le cadre de la maladie métastatique.

Les patients présentant des métastases actives ou des antécédents de métastases dans le système nerveux central (SNC), une maladie auto-immune active ou antérieure, des antécédents d'autres tumeurs malignes dans les 5 années précédentes, une greffe d'organe, une affection nécessitant un traitement immunosuppresseur ou une infection active par le VIH, ou une hépatite B ou C ont été exclus.

Les patients ont reçu avélumab à la dose de 10 mg/kg toutes les 2 semaines jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable. Les patients présentant une progression radiologique de la maladie non associée à une détérioration clinique significative, c'est-à-dire les patients ne présentant pas de nouveaux symptômes ou d'aggravation des symptômes existants, dont l'indice de performance n'a pas évolué depuis plus de deux semaines et ne nécessitant pas de traitement de rattrapage, ont pu poursuivre le traitement.

Des évaluations de la réponse tumorale ont été menées toutes les 6 semaines à l'aide des critères RECIST v 1.1 (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumours*, critères d'évaluation de la réponse dans les tumeurs solides), par un IERC (*Independent Endpoint Review Committee*, comité indépendant de revue des critères d'évaluation).

#### Étude 003, partie A – patients traités précédemment

Le principal critère d'évaluation de l'efficacité était la meilleure réponse globale (MRG) confirmée ; les critères d'évaluation secondaires de l'efficacité comprenaient la durée de réponse (DDR), la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG).

Une analyse de l'efficacité a été réalisée chez l'ensemble des 88 patients après une durée de suivi minimale de 36 mois. Les patients ont reçu un nombre médian de 7 doses d'avélumab (intervalle : 1 dose à 95 doses) et la durée médiane du traitement a été de 17 semaines (intervalle : 2 semaines à 208 semaines).

Parmi les 88 patients, 65 (74 %) étaient de sexe masculin ; l'âge médian était de 73 ans (intervalle : 33 ans à 88 ans) ; 81 patients (92 %) étaient caucasiens ; 49 patients (56 %) et 39 patients (44 %) présentaient un indice de performance ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) de 0 et 1, respectivement.

Globalement, 52 (59 %) patients avaient reçu au préalable 1 traitement anticancéreux pour leur CCM, 26 (30 %) avaient reçu 2 traitements et 10 (11 %) avaient reçu 3 traitements ou plus. Quarante-sept (53 %) patients présentaient des métastases viscérales.

Le Tableau 4 résume les résultats de l'évaluation des critères d'efficacité chez les patients traités par avélumab à la dose recommandée dans la partie A de l'étude EMR100070-003, après une durée de suivi minimale de 36 mois. La survie globale a été évaluée dans une analyse avec une durée de suivi minimale de 44 mois. La SG médiane a été de 12,6 mois (IC à 95 % : 7,5 ; 17,1).

**Tableau 4 : Réponse au traitement par avélumab à 10 mg/kg toutes les 2 semaines chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (partie A)\***

Critères d'efficacité (partie A) (critères RECIST v1.1, évalués par l'IERC)	Résultats (N = 88)
<b>Taux de réponse objective (TRO)</b> Taux de réponse, RC + RP** n (%) (IC à 95 %)	29 (33,0 %) (23,3 ; 43,8)
<b>Meilleure réponse globale (MRG) confirmée</b> Réponse complète (RC)** n (%) Réponse partielle (RP)** n (%)	10 (11,4 %) 19 (21,6 %)
<b>Durée de réponse (DDR)<sup>a</sup></b> Médiane, mois (IC à 95 %) Minimale, maximale (mois) ≥ 6 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 12 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 24 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 36 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)	40,5 (18 ; non évaluable) 2,8 ; 41,5+ 93 % (75 ; 98) 71 % (51 ; 85) 67 % (47 ; 82) 52 % (26 ; 73)
<b>Survie sans progression (SSP)</b> SSP médiane, mois (IC à 95 %) Taux de SSP à 6 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 12 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 24 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 36 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)	2,7 (1,4 ; 6,9) 40 % (29 ; 50) 29 % (19 ; 39) 26 % (17 ; 36) 21 % (12 ; 32)

IC : intervalle de confiance ; RECIST : *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (critères d'évaluation de la réponse dans les tumeurs solides) ; IERC : *Independent Endpoint Review Committee* (comité indépendant de revue des critères d'évaluation) ; K-M : Kaplan-Meier ; le signe + signale une valeur censurée

\* Données d'efficacité après une durée de suivi minimale de 36 mois (date limite de prise en compte des données : 14 septembre 2018)

\*\* La RC ou la RP a été confirmée lors d'une évaluation ultérieure de la tumeur.

<sup>a</sup> Basée sur le nombre de patients ayant présenté une réponse confirmée (RC ou RP)

Le délai médian d'apparition de la réponse a été de 6 semaines (intervalle : 6 semaines à 36 semaines) après la première dose d'avélumab. Chez 22 des 29 patients (76 %) ayant répondu au traitement, la réponse a été obtenue dans les 7 semaines après la première dose d'avélumab.

Les estimations de Kaplan-Meier correspondant à la SSP chez les 88 patients (partie A) atteints de CCM métastatique sont présentées dans la Figure 1.

**Figure 1 : Estimations de Kaplan-Meier de la survie sans progression (SSP) selon les critères RECIST v1.1, évalués par l'IERC (partie A, durée de suivi minimale de 36 mois)**

**Estimation de la survie (N = 88)**

Estimation par la méthode de Kaplan-Meier

liste de patients à risque

**Survie sans progression, déterminée par l'IERC (mois)**

Des échantillons tumoraux ont été analysés afin d'évaluer l'expression de PD-L1 dans les cellules tumorales ainsi que la présence du polyomavirus de Merkel (MCV) en utilisant un test d'immunohistochimie (IHC) expérimental. Le Tableau 5 résume les taux de réponse objective selon l'expression de PD-L1 et le statut du MCV chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (Partie A).

**Tableau 5 : Taux de réponse objective selon l'expression de PD-L1 et le statut tumoral du MCV chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (Partie A)**

	<b>Avélumab TRO (IC à 95 %)*</b>
<b>Expression de PD-L1, seuil de ≥ 1 %</b>	N = 74 <sup>a</sup>
Positive (n = 58)	36,2 % (24,0 ; 49,9)
Négative (n = 16)	18,8 % (4,0 ; 45,6)
<b>Statut tumoral du MCV par IHC</b>	N = 77 <sup>b</sup>
Positif (n = 46)	28,3 % (16,0 ; 43,5)
Négatif (n = 31)	35,5 % (19,2 ; 54,6)

IHC : immunohistochimie ; MCV : polyomavirus de Merkel ; TRO : taux de réponse objective

\* TRO (date limite de prise en compte des données : 14 septembre 2018)

<sup>a</sup> Basé sur les données des patients évaluables pour l'expression de PD-L1

<sup>b</sup> Basé sur les données des patients évaluables pour la recherche de MCV par immunohistochimie (IHC)

*Étude 003, partie B – patients n'ayant pas reçu de traitement systémique dans le cadre de la maladie métastatique*

Le critère d'évaluation principal de l'efficacité était l'obtention d'une réponse durable, définie comme une réponse objective (réponse complète [RC] ou réponse partielle [RP]) d'une durée d'au moins 6 mois ; les critères d'évaluation secondaires comprenaient la MRG, la DDR, la SSP et la SG.

L'analyse primaire pour la Partie B a porté sur 116 patients ayant reçu au moins une dose d'avélumab suivis sur une durée minimale de 15 mois à la date limite de prise en compte des données (2 mai 2019).

Parmi les 116 patients, 81 (70 %) étaient de sexe masculin, leur âge médian était de 74 ans (intervalle : 41 à 93 ans), 75 (65 %) étaient caucasiens, et 72 (62 %) et 44 (38 %) présentaient un indice de performance ECOG de 0 et 1, respectivement.

Le Tableau 6 résume les résultats de l'analyse primaire des critères d'efficacité, y compris l'estimation des taux à 24 mois selon la méthode de

**Tableau 6 : Analyse primaire de la réponse au traitement par avélumab à 10 mg/kg toutes les 2 semaines chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (Partie B)\***

<b>Critères d'efficacité (partie B) (critères RECIST v1.1, évalués par l'IERC)</b>	<b>Résultats (N = 116)</b>
<b>Réponse durable</b> ≥ 6 mois (IC à 95 %)	30,2 % (22,0 ; 39,4)
<b>Taux de réponse objective (TRO)</b> Taux de réponse, RC + RP** n (%) (IC à 95 %)	46 (39,7 %) (30,7 ; 49,2)
<b>Meilleure réponse globale (MRG) confirmée</b> Réponse complète (RC)** n (%) Réponse partielle (RP)** n (%)	19 (16,4 %) 27 (23,3 %)
<b>Durée de réponse (DDR)<sup>a</sup></b> Médiane, mois (IC à 95 %) Minimale, maximale (mois) ≥ 3 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 6 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 12 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 18 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) ≥ 24 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)	18,2 (11,3 ; non évaluable) 1,2 ; 28,3 89 % (75 ; 95) 78 % (63 ; 87) 66 % (50 ; 78) 52 % (34 ; 67) 45 % (25 ; 63)
<b>Survie sans progression (SSP)</b> SSP médiane, mois (IC à 95 %) Taux de SSP à 3 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 6 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 12 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %) Taux de SSP à 24 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)	4,1 (1,4 ; 6,1) 51 % (42 ; 60) 41 % (32 ; 50) 31 % (23 ; 40) 20 % (12 ; 30)

IC : intervalle de confiance ; RECIST : *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (critères d'évaluation de la réponse dans les tumeurs solides) ; IERC : *Independent Endpoint Review Committee* (comité indépendant de revue des critères d'évaluation) ; K-M : Kaplan-Meier

\* Données d'efficacité après une durée de suivi minimale de 15 mois (date limite de prise en compte : 2 mai 2019)

\*\* La RC ou la RP a été confirmée lors d'une évaluation ultérieure de la tumeur.

<sup>a</sup> Basée sur le nombre de patients ayant présenté une réponse confirmée (RC ou RP)

La Figure 2 présente les estimations de Kaplan-Meier correspondant à la SSP d'après l'analyse primaire pour les 116 patients inclus dans la partie B, après une durée de suivi minimale de 15 mois.

**Figure 2 : Estimations de Kaplan-Meier de la survie sans progression (SSP) selon les critères RECIST v1.1, évalués par l'IERC (Partie B, N = 116)**

**Estimation de la survie (N = 116)**

**Survie sans progression, déterminée par l'IERC (mois)**

**base de patients**  
**ue**

Des échantillons tumoraux ont été analysés afin d'évaluer l'expression de PD-L1 dans les cellules tumorales ainsi que la présence du MCV en utilisant un test de IHC expérimental. Le Tableau 7 résume les taux de réponse objective selon l'expression de PD-L1 et le statut du MCV chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (Partie B).

**Tableau 7 : Taux de réponse objective selon l'expression de PD-L1 et le statut tumoral du MCV chez les patients atteints de CCM métastatique dans l'étude EMR100070-003 (Partie B)**

	<b>Avélumab TRO (IC à 95 %)*</b>
<b>Expression de PD-L1, seuil de ≥ 1 %</b>	N = 108 <sup>a</sup>
Positive (n = 21)	61,9 % (38,4 ; 81,9)
Négative (n = 87)	33,3 % (23,6 ; 44,3)
<b>Statut tumoral du MCV par IHC</b>	N = 107 <sup>b</sup>
Positif (n = 70)	34,3 % (23,3 ; 46,6)
Négatif (n = 37)	48,6 % (31,9 ; 65,6)

IHC : immunohistochimie ; MCV : polyomavirus de Merkel ; TRO : taux de réponse objective

\* TRO (date limite de prise en compte des données : 2 mai 2019)

<sup>a</sup> Basé sur les données des patients évaluable pour l'expression de PD-L1

<sup>b</sup> Basé sur les données des patients évaluable pour la recherche de MCV par IHC

**Carcinome urothélial localement avancé ou métastatique (étude B9991001)**

L'efficacité et la sécurité d'avélumab ont été démontrées dans le cadre de l'étude B9991001, une étude randomisée, multicentrique, ouverte, menée chez 700 patients atteints de carcinome urothélial localement avancé ou métastatique non résecable, dont la maladie n'avait pas progressé sous 4-6 cycles de chimiothérapie d'induction de première ligne à base de platine. Les patients souffrant d'une maladie auto-immune ou présentant une affection nécessitant une immunosuppression étaient exclus de l'étude.

La randomisation a été stratifiée en fonction de la meilleure réponse à la chimiothérapie (RC/RP versus maladie stable [MS]) et de la localisation des métastases (viscérales versus non-viscérales) au moment de l'instauration de la chimiothérapie d'induction de première ligne. Les patients ont été randomisés (1:1) en vue de recevoir soit une perfusion intraveineuse d'avélumab à 10 mg/kg toutes les 2 semaines en plus des meilleurs soins de support (MSS), soit les MSS seuls.

L'administration d'avélumab était autorisée au-delà de la progression de la maladie, telle que définie par les critères RECIST v1.1 (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*) d'après la revue centralisée indépendante réalisée en aveugle (BICR, pour *Blinded Independent Central Review*), si le patient était cliniquement stable et considéré comme tirant un bénéfice clinique, selon l'investigateur. L'évaluation du statut de la tumeur a été réalisée à l'inclusion, 8 semaines après la randomisation, puis toutes les 8 semaines jusqu'à 12 mois après la randomisation et toutes les 12 semaines par la suite, jusqu'à la progression documentée de la maladie confirmée par le BICR sur la base des critères RECIST v1.1.

Les caractéristiques démographiques et les caractéristiques à l'inclusion étaient généralement bien équilibrées entre le bras avélumab plus MSS et le bras MSS seuls. Caractéristiques initiales : âge médian de 69 ans (intervalle : 32 à 90), 66 % des patients étaient âgés de 65 ans ou plus, 77 % étaient de sexe masculin, 67 % étaient de type caucasien et l'indice de performance ECOG était de 0 (61 %) ou 1 (39 %) pour les deux bras.

Pour la chimiothérapie d'induction de première ligne, 56 % des patients ont reçu du cisplatine plus de la gemcitabine, 38 % des patients ont reçu du

carboplatine plus de la gemcitabine et 6 % des patients ont reçu du cisplatine plus de la gemcitabine et du carboplatine plus de la gemcitabine (c.-à-d. que ces patients ont reçu un ou plusieurs cycles de chaque association). La meilleure réponse à la chimiothérapie d'induction de première ligne était une RC ou une RP (72 %) ou une MS (28 %). La localisation des métastases avant la chimiothérapie était viscérale (55 %) ou non viscérale (45 %). Cinquante-et-un pour cent des patients présentaient une tumeur PD-L1-positif. Six pour cent des patients du bras avélumab plus MSS et 44 % des patients du bras MSS seuls ont reçu un autre inhibiteur du point de contrôle PD-1/PD-L1 après l'arrêt du traitement.

Le critère d'efficacité principal était la survie globale (SG) pour l'ensemble des patients randomisés et chez les patients présentant une tumeur PD-L1-positif. La survie sans progression (SSP), calculée sur base de l'examen BICR selon les critères RECIST v1.1, constituait un autre critère d'évaluation de l'efficacité. Les critères d'efficacité ont été mesurés à partir de la randomisation après 4 à 6 cycles de chimiothérapie d'induction à base de platine.

Le statut PD-L1 de la tumeur a été évalué à l'aide du test Ventana PD-L1 (SP263). Un statut PD-L1 positif était établi lorsque  $\geq 25$  % des cellules tumorales présentaient une coloration des protéines PD-L1 ;  $\geq 25$  % des cellules immunitaires présentaient une coloration des protéines PD-L1 si  $> 1$  % de la zone tumorale contenait des cellules immunitaires ; ou 100 % des cellules immunitaires présentaient une coloration des protéines PD-L1 si  $= 1$  % de la zone tumorale contenait des cellules immunitaires.

Lors de l'analyse intermédiaire prédéfinie (date limite de recueil des données : 21 octobre 2019), le critère principal de l'étude B9991001 pour la SG était rempli dans les deux populations co-primaires : chez l'ensemble des patients randomisés avec une SG médiane de 21,4 mois (IC à 95 % : 18,9 ; 26,1 ; HR : 0,69 ; IC à 95 % : 0,556 ; 0,863) dans le bras avélumab plus MSS et avec une SG médiane de 14,3 mois (IC à 95 % : 12,9 ; 17,8) dans le bras MSS seuls. Pour les patients présentant des tumeurs PD-L1-positives, la SG médiane n'a pas été atteinte (IC à 95 % : 20,3 ; non atteinte ; HR : 0,56 ; IC à 95 % : 0,404 ; 0,787) dans le bras avélumab plus MSS et la SG médiane dans le bras MSS seuls était de 17,1 mois (IC à 95 % : 13,5 ; 23,7). Les données de SG actualisées à la date limite du 19 janvier 2020 et les données de SSP à la date limite du 21 octobre 2019 sont présentées ci-dessous dans le tableau 8 et sur la figure 3 et la figure 4.

**Tableau 8 : Résultats d'efficacité en fonction de l'expression de PD-L1 dans l'étude B9991001**

Critères d'efficacité	Avélumab plus MSS	MSS	Avélumab plus MSS	MSS	Avélumab plus MSS	MSS
	(N = 350)	(N = 350)	(N = 189)	(N = 169)	(N = 139)	(N = 131)
	Tous les patients randomisés		Tumeurs PD-L1-positives		Tumeurs PD-L1-négatives <sup>c</sup>	
<b>Survie globale (SG)<sup>a</sup></b>						
Événements (%)	156 (44,6)	190 (54,3)	68 (36,0)	85 (50,3)	80 (57,6)	80 (61,1)
Médiane en mois	22,1	14,6	NÉ	17,5	18,9	13,4
(IC à 95 %)	(19,0 ; 26,1)	(12,8 ; 17,8)	(20,6 ; NÉ)	(13,5 ; 31,6)	(13,3 ; 22,1)	(10,4 ; 17,3)
Hazard ratio	0,70		0,60		0,83	
(IC à 95 %)	(0,564 ; 0,862)		(0,439 ; 0,833)		(0,603 ; 1,131)	
Valeur bilatérale de p <sup>d</sup>	0,0008		0,0019		-	
<b>Survie sans progression (SSP)<sup>b, e, f</sup></b>						
Événements (%)	225 (64,3)	260 (74,3)	109 (57,7)	130 (76,9)	103 (74,1)	99 (75,6)
Médiane en mois	3,7	2,0	5,7	2,1	3,0	1,9
(IC à 95 %)	(3,5 ; 5,5)	(1,9 ; 2,7)	(3,7 ; 7,4)	(1,9 ; 3,5)	(2,0 ; 3,7)	(1,9 ; 2,1)
Hazard ratio	0,62		0,56		0,63	
(IC à 95 %)	(0,519 ; 0,751)		(0,431 ; 0,728)		(0,474 ; 0,847)	
Valeur bilatérale de p <sup>d</sup>	< 0,0001		< 0,0001		-	

IC : intervalle de confiance ; K-M : Kaplan-Meier ; NÉ : non évaluable

Remarque : 72 patients (22 patients du groupe avélumab plus MSS et 50 patients du groupe MSS seuls) présentaient une tumeur dont le statut PD-L1 était inconnu.

<sup>a</sup> La date limite de recueil des données pour la SG était le 19 janvier 2020

<sup>b</sup> La date limite de recueil des données pour la SSP était le 21 octobre 2019

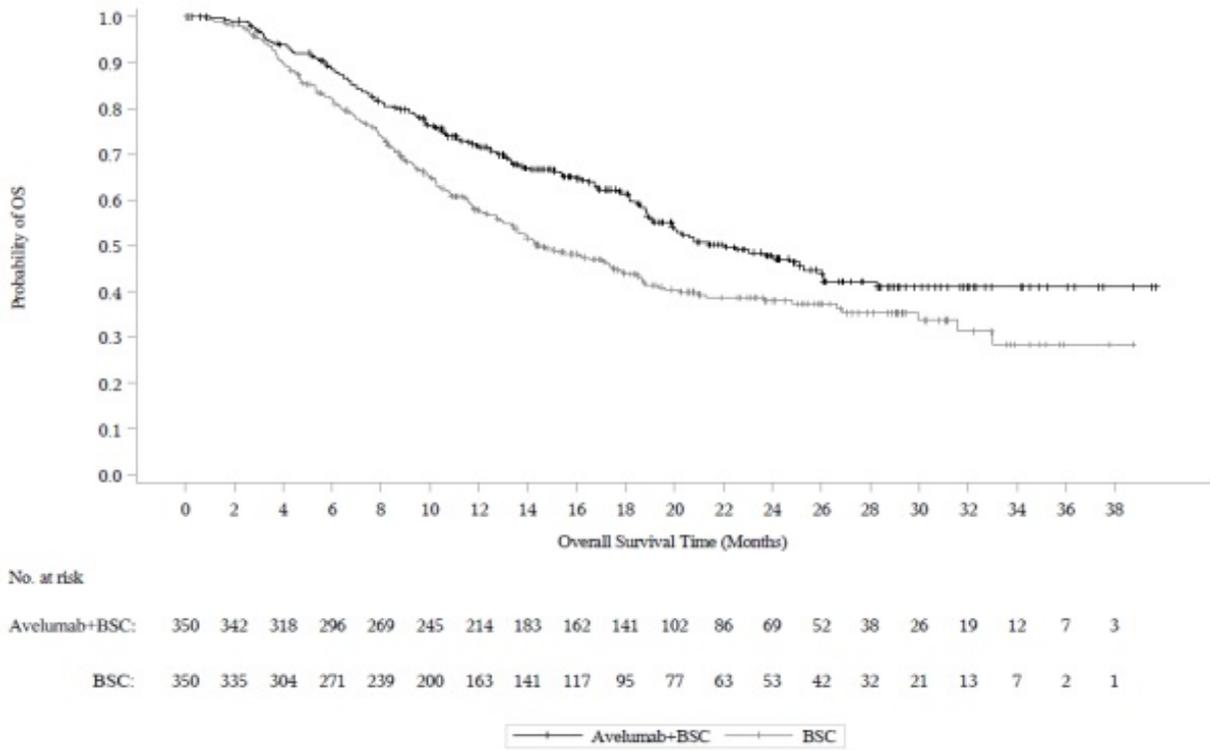
<sup>c</sup> Les analyses des populations PD-L1-négatives étaient exploratoires et aucun test formel n'a été réalisé

<sup>d</sup> Valeur de p basée sur le log-rank stratifié

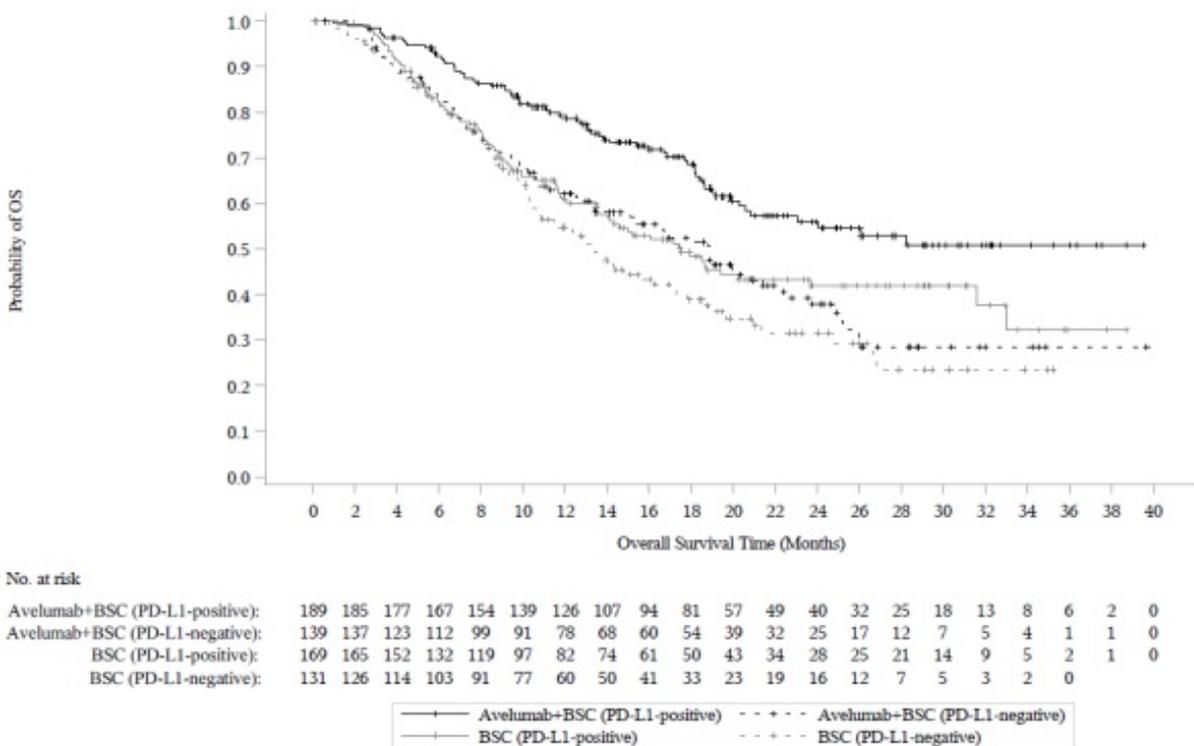
<sup>e</sup> Basée sur l'examen BICR selon les critères RECIST v1.1

<sup>f</sup> Les motifs de censure de la SSP suivent un ordre hiérarchique séquentiel : aucune évaluation adéquate à l'inclusion, instauration d'un nouveau traitement contre le cancer, événement après 2 ou plusieurs évaluations manquantes, retrait du consentement, perdu de vue, aucune évaluation tumorale adéquate après l'inclusion, en cours sans événement

Figure 3 : Estimations de Kaplan-Meier de la survie globale (SG) en fonction de l'expression de PD-L1 (date limite de recueil des données : 19 janvier 2020) – population d'analyse complète

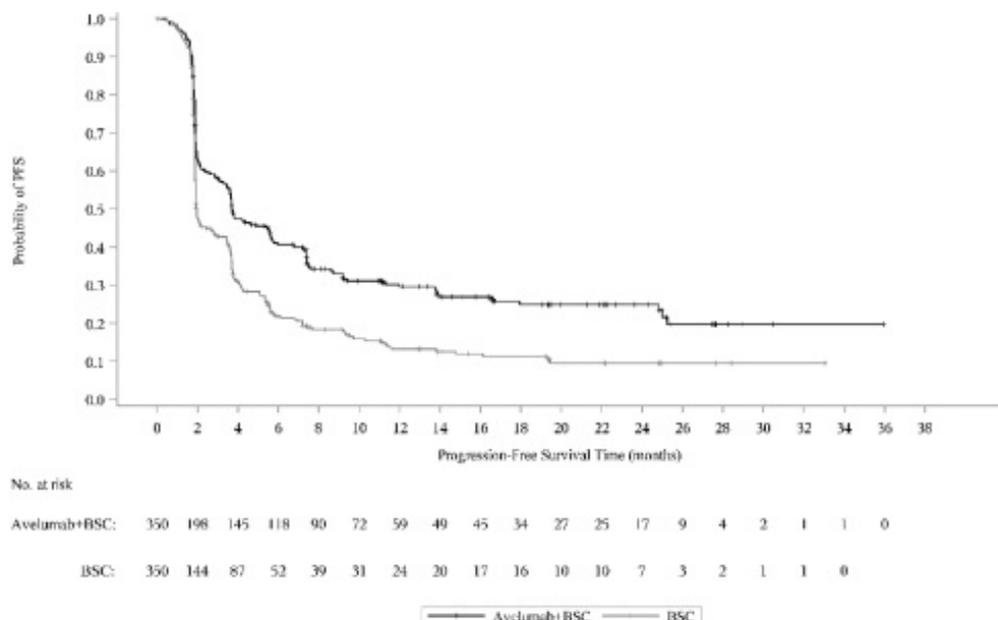


(A) : Tous les patients randomisés

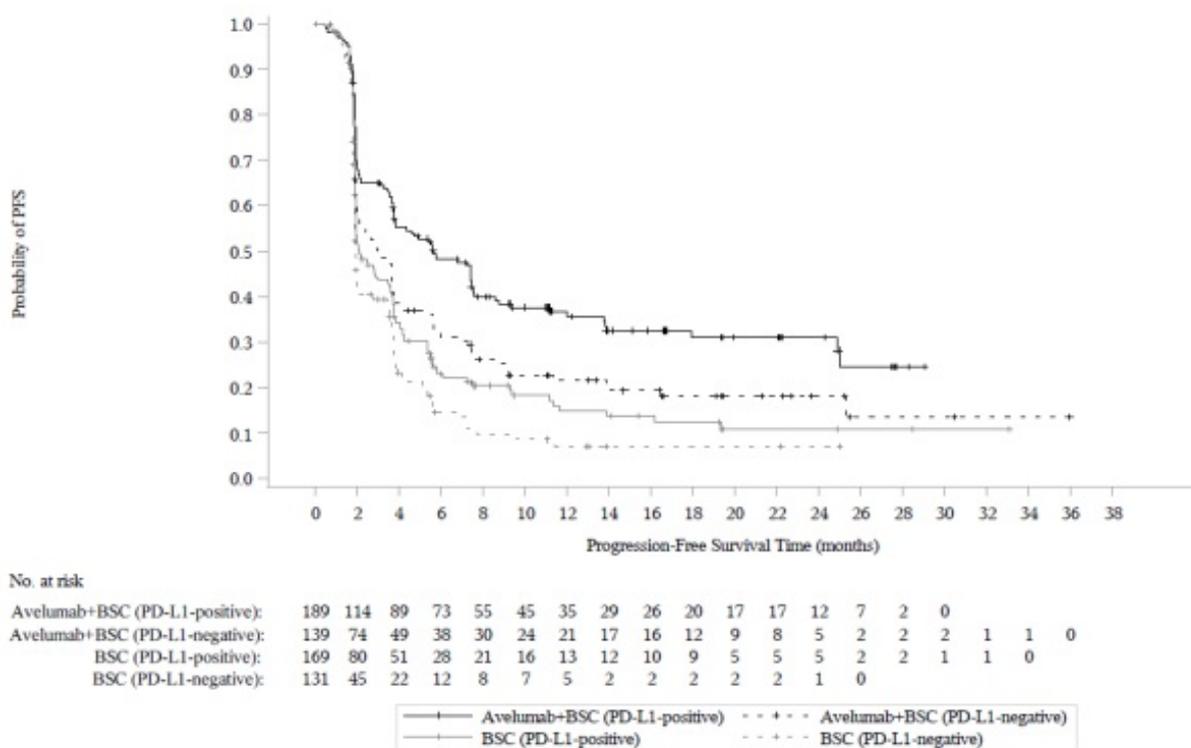


(B) : Patients en fonction de l'expression de PD-L1

Figure 4 : Estimations de Kaplan-Meier de la survie sans progression (SSP) en fonction de l'expression de PD-L1, selon l'examen BICR (RECIST v1.1) (date limite de recueil des données : 21 octobre 2019) – population d'analyse complète



(A) : Tous les patients randomisés



(B) : Patients en fonction de l'expression de PD-L1

#### Carcinome à cellules rénales (étude B9991003)

L'efficacité et la sécurité d'avélumab en association avec axitinib ont été démontrées dans le cadre de l'étude B9991003, une étude randomisée, multicentrique, en ouvert, évaluant avélumab en association avec axitinib chez 886 patients atteints de CCR à cellules claires à un stade avancé ou métastatique non traité.

Les patients ont été inclus indépendamment de leur groupe de risque pronostique et de l'expression tumorale de PD-L1, et devaient présenter au moins une lésion mesurable (comme définie dans la version 1.1 des critères RECIST [*Response Evaluation Criteria in Solid Tumours*]) n'ayant pas été irradiée auparavant. Les patients ayant reçu un traitement systémique antérieur dirigé contre le CCR avancé ou métastatique, une immunothérapie systémique antérieure à base d'IL-2, d'IFN- $\alpha$ , ou d'anticorps anti-PD-1, anti-PD-L1 ou anti-CTLA-4, ceux présentant des métastases cérébrales actives, une maladie auto-immune active susceptible de s'aggraver en cas de traitement par des agents immunostimulants ou des antécédents d'autres tumeurs malignes dans les 5 dernières années, et ceux ayant reçu une greffe d'organe n'ont pas été admis dans l'étude.

La randomisation a été stratifiée en fonction de l'indice de performance ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) (0 ou 1) et de la région (États-Unis, Canada/Europe occidentale ou le reste du monde). Les patients ont été randomisés (1:1) dans l'un des groupes de traitement suivants :

- Avélumab 10 mg/kg en perfusion intraveineuse toutes les 2 semaines en association avec axitinib 5 mg deux fois par jour par voie orale (N = 442). Les patients qui avaient toléré axitinib 5 mg deux fois par jour sans événement indésirable de grade 2 ou plus dû à axitinib pendant 2 semaines consécutives pouvaient passer à 7 mg puis à 10 mg deux fois par jour. Axitinib pouvait être interrompu ou réduit à 3 mg deux fois par jour puis à 2 mg deux fois par jour pour gérer sa toxicité.
- Sunitinib 50 mg une fois par jour par voie orale pendant 4 semaines suivi par 2 semaines sans traitement (N = 444) jusqu'à la progression radiologique ou clinique, ou l'apparition d'une toxicité inacceptable.

Le traitement par avélumab et axitinib a été poursuivi jusqu'à la progression de la maladie telle que définie par les critères RECIST v1.1 et constatée par un examen centralisé indépendant réalisé en aveugle (BICR, pour *Blinded Independent Central Review*), ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable. L'administration d'avelumab et axitinib était permise au-delà de la progression de la maladie définie par les critères RECIST sur la base de l'évaluation, par l'investigateur, des risques et bénéfices pour le patient ainsi que de la situation clinique de ce dernier, notamment l'indice de performance, les symptômes cliniques, les événements indésirables et les données de laboratoire. La majorité (n = 160, 71,4 %) des patients dont la maladie avait évolué ont poursuivi le traitement par les deux médicaments après la progression. L'évaluation du statut tumoral a été réalisée à l'inclusion, après la randomisation à 6 semaines puis toutes les 6 semaines jusqu'à 18 mois après la randomisation, puis toutes les 12 semaines jusqu'à la progression de la maladie confirmée par le BICR.

Les critères d'efficacité primaires étaient la survie sans progression (SSP), telle qu'évaluée par le BICR à partir des critères RECIST v 1.1, et la survie globale (SG) dans le cadre du traitement de première intention des patients atteints de CCR à un stade avancé dont les tumeurs étaient PD-L1-positives (niveau d'expression de PD-L1  $\geq 1$  %). Les principaux critères d'évaluation secondaires étaient la SSP basée sur le BICR d'après les critères RECIST v 1.1 et la SG indépendamment de l'expression de PD-L1. Le statut PD-L1 a été déterminé par immunohistochimie. Les autres critères d'évaluation secondaires comprenaient la réponse objective (RO), le délai d'apparition de la réponse (DAR) et la durée de réponse (DDR).

Caractéristiques de la population de l'étude : âge médian de 61 ans (intervalle : 27,0 à 88,0), 38 % des patients étaient âgés de 65 ans ou plus, 75 % étaient de sexe masculin, 75 % étaient caucasiens et leur indice de performance ECOG était de 0 (63 %) ou 1 (37 %).

La répartition des patients par groupe de risque selon la classification de l'IMDC (*International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium*) était la suivante : 21 % favorable, 62 % intermédiaire et 16 % défavorable. La répartition des patients par groupe de risque selon la classification du MSKCC (*Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*) était la suivante : 22 % favorable, 65 % intermédiaire et 11 % défavorable.

Les résultats d'efficacité sont présentés dans le Tableau 9 et la Figure 5, à la date de recueil des données du 28 janvier 2019. Avec un suivi médian de la SG de 19 mois, les données concernant la SG étaient immatures avec 27 % de décès. Le rapport de risque observé pour la SG était de 0,80 (IC à 95 % : 0,616 ; 1,027) pour avélumab en association avec axitinib par rapport au sunitinib.

**Tableau 9 : Résultats d'efficacité de l'étude B9991003 chez les patients indépendamment de l'expression de PD-L1.**

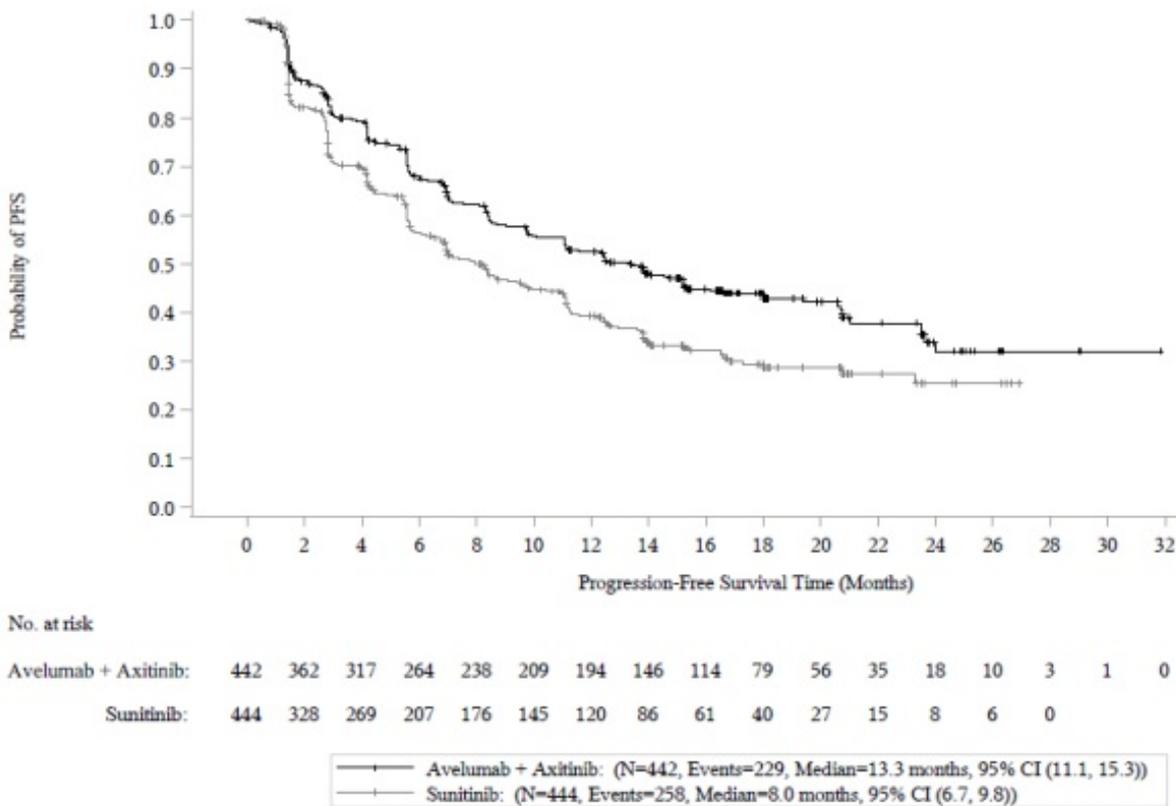
Critères d'efficacité (basés sur le BICR)	Avélumab plus axitinib (N = 442)	Sunitinib (N = 444)
<b>Survie sans progression (SSP)</b>		
Événements (%)	229 (52)	258 (58)
Médiane en mois (IC à 95 %)	13,3 (11,1 ; 15,3)	8,0 (6,7 ; 9,8)
Rapport de risque (IC à 95 %)	0,69 (0,574 ; 0,825)	
Valeur de p*	< 0,0001	
Taux de SSP à 12 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)**	52,4 % (47,4 ; 57,2)	39,2 % (34,1 ; 44,2)
Taux de SSP à 18 mois selon la méthode de K-M (IC à 95 %)**	43,9 % (38,8 ; 49,0)	29,3 % (24,2 ; 34,6)
<b>Taux de réponse objective (TRO) confirmée</b>		
Taux de réponse objective (TRO) n (%)	232 (52,5)	121 (27,3)
(IC à 95 %)	47,7 ; 57,2	23,2 ; 31,6
Réponse complète (RC) n (%)	17 (3,8)	9 (2,0)
Réponse partielle (RP) n (%)	215 (48,6)	112 (25,2)
<b>Délai d'apparition de la réponse (DAR)</b>		
Médiane, mois (intervalle)	2,7 (1,2 ; 20,7)	4,0 (1,2 ; 18,0)
<b>Durée de réponse (DDR)</b>		
Médiane, mois (IC à 95 %)	18,5 (17,8 ; NÉ)	NÉ (16,4 ; NÉ)

BICR : *Blinded Independent Central Review* (examen centralisé indépendant réalisé en aveugle) ; IC : intervalle de confiance ; K-M : Kaplan-Meier ; NÉ : non évaluable

\* Valeur de p (test unilatéral) basée sur le log-rank stratifié

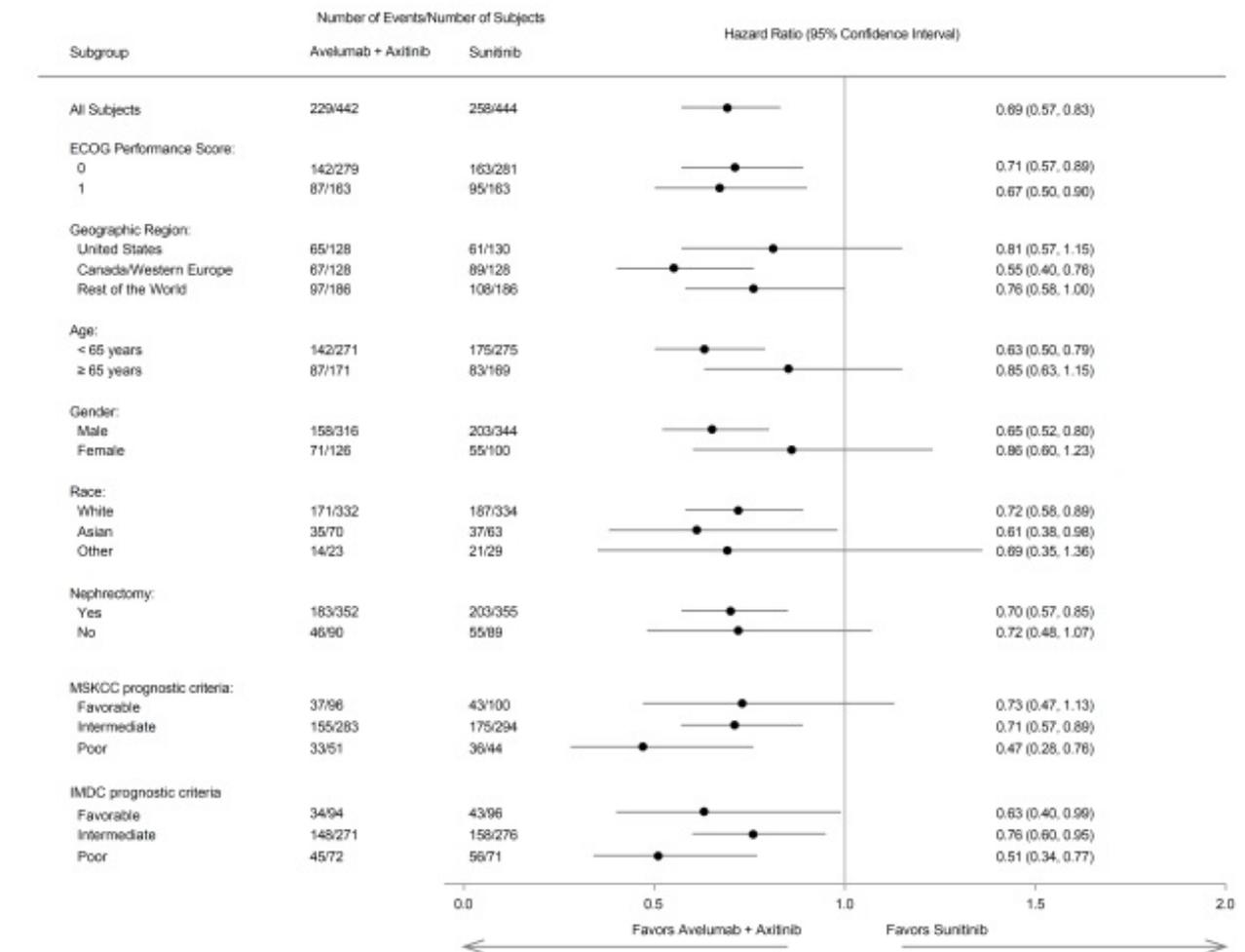
\*\* Les IC sont dérivés de la transformation log-log avec rétro-transformation vers l'échelle non transformée

**Figure 5 : Courbes de Kaplan-Meier pour la survie sans progression basée sur le BICR chez les patients indépendamment de l'expression**



L'amélioration de la SSP a été observée dans les sous-groupes prédéfinis.

Figure 6 : Graphique en forêt de la survie sans progression basée sur le BICR chez les patients indépendamment de l'expression de PD-L1



#### Population pédiatrique

L'étude MS100070-0306 est une étude multicentrique de phase I/II, en ouvert, visant à évaluer la dose, la sécurité et la tolérance, l'activité antitumorale, la pharmacocinétique et la pharmacodynamie de l'avélumab chez des patients pédiatriques, de la naissance à moins de 18 ans, atteints de tumeurs solides réfractaires ou en rechute, y compris des tumeurs du système nerveux central (SNC) et des lymphomes, pour lesquels aucun traitement de référence n'est disponible ou en cas d'inéligibilité du patient au traitement existant.

L'étude a inclus 21 patients pédiatriques âgés de 3 à 17 ans (11 patients de  $\leq 12$  ans et 10 patients de  $> 12$  ans) qui ont reçu l'avélumab à la dose de 10 mg/kg (N = 6) ou 20 mg/kg (N = 15) par voie intraveineuse toutes les 2 semaines jusqu'à progression confirmée de la maladie, décès ou apparition d'une toxicité inacceptable.

Les types de tumeurs primitives étaient le sarcome des tissus mous/ostéosarcome (N = 12), les tumeurs malignes du SNC (N = 8) et le carcinome gastro-intestinal (N = 1).

Aucune réponse complète (RC) ni réponse partielle (RP) évaluée selon les critères RECIST 1.1 n'a été observée durant cette étude.

L'Agence européenne des médicaments a accordé une dérogation à l'obligation de soumettre les résultats d'études réalisées avec Bavencio dans tous les sous-groupes de la population pédiatrique pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel, du carcinome urothélial et du carcinome à cellules rénales (voir rubrique 4.2 pour les informations concernant l'usage pédiatrique).

## 5.2 Propriétés pharmacocinétiques

La pharmacocinétique (PK) d'avélumab a été évaluée suivant une approche PK de population pour avélumab en monothérapie et avélumab en association avec axitinib.

D'après l'analyse PK de population pour avélumab en monothérapie et en association avec axitinib, aucune différence cliniquement significative n'est attendue au niveau de l'exposition à avélumab entre les schémas d'administration toutes les 2 semaines à 800 mg ou à 10 mg/kg.

### Distribution

Une distribution d'avélumab dans la circulation générale est escomptée et, dans une moindre mesure, dans le compartiment extracellulaire. Le volume de distribution à l'état d'équilibre est de 4,72 L.

En cohérence avec la distribution extravasculaire limitée, le volume de distribution d'avélumab à l'état d'équilibre est faible. Comme attendu pour un anticorps, avélumab ne se lie pas de façon spécifique aux protéines plasmatiques.

### Élimination

D'après l'analyse pharmacocinétique de population effectuée chez 1 629 patients, la clairance systémique totale (CL) est de 0,59 L/jour. Lors de l'analyse complémentaire, il a été observé que la CL d'avélumab diminuait avec le temps : la réduction maximale moyenne la plus importante (coefficient de variation [CV%]) par rapport à la valeur initiale avec différents types de tumeurs a été d'environ 32,1 % (CV de 36,2 %).

Les concentrations d'avélumab ont atteint l'état d'équilibre au bout d'environ 4 à 6 semaines (2 à 3 cycles) d'administration répétée à 10 mg/kg toutes les 2 semaines et une accumulation systémique d'un facteur 1,25 environ a été observée.

À la dose recommandée, la demi-vie d'élimination ( $t_{1/2}$ ) est de 6,1 jours, d'après l'analyse PK de population.

### Linéarité/non-linéarité

L'exposition à avélumab augmente de façon proportionnelle à la dose dans l'intervalle posologique de 10 mg/kg à 20 mg/kg toutes les 2 semaines.

Lorsque avélumab à 10 mg/kg a été administré en association avec axitinib à 5 mg, les expositions respectives à avélumab et à axitinib sont restées inchangées par comparaison avec l'administration de chaque agent seul. Aucun élément indiquant une modification cliniquement pertinente de la clairance d'avélumab au fil du temps n'a été observé chez les patients atteints de CCR à un stade avancé.

### Populations particulières

L'analyse pharmacocinétique de population n'a révélé aucune différence au niveau de la clairance systémique totale d'avélumab en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du statut PD-L1, de la charge tumorale, de la présence d'une insuffisance rénale ou d'une insuffisance hépatique légère ou modérée.

La clairance systémique totale augmente avec le poids corporel. L'exposition à l'état d'équilibre était approximativement uniforme sur un large intervalle de poids corporels (30 à 204 kg) pour une dose normalisée au poids corporel.

### Insuffisance rénale

Aucune différence cliniquement notable n'a été constatée au niveau de la clairance d'avélumab entre les patients présentant une insuffisance rénale légère (débit de filtration glomérulaire [DFG] de 60 à 89 mL/min, clairance de la créatinine [ClCr] selon la formule de Cockcroft-Gault ; n = 623), modérée (DFG de 30 à 59 mL/min, n = 320) et les patients présentant une fonction rénale normale (DFG ≥ 90 mL/min, n = 671).

Avélumab n'a pas été évalué chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (DFG de 15 à 29 mL/min).

### Insuffisance hépatique

Aucune différence cliniquement notable n'a été constatée au niveau de la clairance d'avélumab entre les patients présentant une insuffisance hépatique légère (bilirubine ≤ LNS et ASAT > LNS ou bilirubine comprise entre 1 et 1,5 fois la LNS, n = 217) et ceux présentant une fonction hépatique normale (bilirubine et ASAT ≤ LNS, n = 1 388) lors de l'analyse PK de population. L'insuffisance hépatique était définie selon les critères du *National Cancer Institute* (NCI) pour l'évaluation de la dysfonction hépatique.

Avélumab n'a pas été évalué chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée (bilirubine comprise entre 1,5 et 3 fois la LNS) ou d'insuffisance hépatique sévère (bilirubine > 3 fois la LNS).

### Population pédiatrique

La pharmacocinétique de l'avélumab a été étudiée chez 21 enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans inclus dans l'étude MS100070-0306, qui ont reçu l'avélumab à la dose de 10 mg/kg (N = 6) ou 20 mg/kg (N = 15) par voie intraveineuse toutes les 2 semaines jusqu'à progression confirmée de la maladie, décès ou apparition d'une toxicité inacceptable.

Les paramètres PK pédiatriques et les profils PK correspondants pour l'ensemble des patients ont été évalués en fonction de la dose et stratifiés par poids corporel.

Chez les patients pédiatriques traités par l'avélumab à la dose de 20 mg/kg, l'exposition a été similaire ou supérieure à celle des adultes traités à la dose de 10 mg/kg ou de 800 mg d'avélumab. Chez les patients pédiatriques traités à la dose de 10 mg/kg, l'exposition à l'avélumab a été inférieure à celle des adultes.

### 5.3 Données de sécurité préclinique

Les données non cliniques issues des études conventionnelles de toxicologie en administration répétée chez des singes cynomolgus traités par voie intraveineuse à des doses de 20, 60 ou 140 mg/kg une fois par semaine pendant 1 mois et 3 mois, avec une période de récupération de 2 mois après la période d'administration de 3 mois, n'ont pas révélé de risque particulier pour l'homme. Une infiltration périvasculaire de cellules mononucléées a été observée dans le cerveau et la moelle épinière des singes traités par avélumab à une dose  $\geq$  20 mg/kg pendant 3 mois. Bien qu'aucune relation dose-réponse claire n'ait été mise en évidence, un lien entre cette observation et le traitement par avélumab ne peut être exclu.

Aucune étude des effets d'avélumab sur la reproduction animale n'a été effectuée. La voie PD-1/PD-L1 pourrait être impliquée dans le maintien de la tolérance au fœtus tout au long de la grossesse. Il a été montré, chez les modèles murins gravides, que le blocage de la voie de signalisation du PD-L1 perturbait la tolérance au fœtus, entraînant une augmentation des pertes fœtales. Ces résultats indiquent que l'administration d'avélumab pendant la grossesse expose à un risque potentiel d'effets délétères sur le fœtus, notamment à des taux plus élevés d'avortement ou de mort-né.

Aucune étude n'a été réalisée pour évaluer le potentiel cancérigène ou génotoxique d'avélumab.

Les effets d'avélumab sur la fertilité n'ont pas été étudiés. Les études de toxicologie en administration répétée sur 1 mois et 3 mois chez le singe n'ont révélé aucun effet notable sur les organes reproducteurs femelles. Un grand nombre des singes mâles utilisés au cours de ces études étaient sexuellement immatures ; par conséquent, aucune conclusion explicite ne peut être tirée concernant les effets sur les organes reproducteurs mâles.

## 6. DONNEES PHARMACEUTIQUES

### 6.1 Liste des excipients

Mannitol  
Acide acétique glacial  
Polysorbate 20  
Hydroxyde de sodium  
Eau pour préparations injectables

### 6.2 Incompatibilités

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

### 6.3 Durée de conservation

#### Flacon non ouvert

3 ans

#### Après ouverture

D'un point de vue microbiologique, après ouverture, le médicament doit être dilué et perfusé immédiatement.

#### Après préparation de la solution pour perfusion

La stabilité chimique et physique de la solution diluée a été démontrée comme suit :

<b>Solution pour perfusion</b>	<b>Conservation entre 2°C et 8°C à l'abri de la lumière</b>	<b>Conservation entre 20°C et 25°C sous éclairage intérieur</b>
Solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/mL (0,9 %)	96 heures	72 heures
Solution injectable de chlorure de sodium à 4,5 mg/mL (0,45 %)	24 heures	24 heures

D'un point de vue microbiologique, à moins que la méthode de dilution utilisée ne permette d'exclure tout risque de contamination microbienne, la solution diluée doit être perfusée immédiatement. Si la solution n'est pas utilisée immédiatement, la durée et les conditions de conservation avant utilisation sont de la responsabilité de l'utilisateur.

### 6.4 Précautions particulières de conservation

À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C).

Ne pas congeler.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

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

### 6.5 Nature et contenu de l'emballage extérieur

10 mL de solution à diluer dans un flacon (en verre de type I) fermé par un bouchon en caoutchouc halo butyle et un opercule scellé en aluminium avec capuchon amovible en plastique.

Boîte de 1 flacon.

## 6.6 Précautions particulières d'élimination et manipulation

Bavencio est compatible avec les poches de perfusion en polyéthylène, en polypropylène et en éthylène-acétate de vinyle, avec les flacons en verre, le matériel de perfusion en polychlorure de vinyle et les filtres intégrés avec membranes en polyéther sulfone dotées de pores d'un diamètre de 0,2 micromètre.

### Instructions de manipulation

La solution pour perfusion doit être préparée en respectant les règles d'asepsie.

- Le flacon doit être inspecté visuellement afin de rechercher les possibles particules ou changements de coloration. Bavencio est une solution limpide, incolore à légèrement jaune. Si la solution est trouble, a changé de couleur ou contient des particules, le flacon doit être éliminé.
- Une poche de perfusion de dimension appropriée (de préférence 250 mL) contenant une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/mL (0,9 %) ou une solution injectable de chlorure de sodium à 4,5 mg/mL (0,45 %) doit être utilisée. Le volume nécessaire de Bavencio doit être prélevé dans le(s) flacon(s) et transféré dans la poche de perfusion. Tout flacon entamé ou vide doit être éliminé.
- La solution diluée doit être mélangée en retournant délicatement la poche de façon à éviter de faire mousser la solution ou de la soumettre à une force de cisaillement trop importante.
- La solution doit être inspectée afin de vérifier qu'elle est limpide, incolore et exempte de particules visibles. Une fois préparée, la solution diluée doit être utilisée immédiatement.
- Les autres médicaments ne doivent pas être coadministrés dans la même ligne de perfusion intraveineuse. La perfusion doit être administrée en utilisant un filtre intégré à la ligne de perfusion ou additionnel stérile, apyrogène, à faible liaison aux protéines, de 0,2 micromètre comme indiqué dans la rubrique 4.2.

Après l'administration de Bavencio, la ligne de perfusion doit être purgée à l'aide d'une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/mL (0,9 %) ou d'une solution injectable de chlorure de sodium à 4,5 mg/mL (0,45 %).

Ne pas congeler ni agiter la solution diluée. En cas de réfrigération, laisser la solution diluée dans les poches de perfusion intraveineuse revenir à température ambiante avant utilisation.

### Élimination

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

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

Merck Europe B.V.  
Gustav Mahlerplein 102  
1082 MA Amsterdam  
Pays-Bas

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

EU/1/17/1214/001

## 9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION

Date de première autorisation : 18 septembre 2017  
Date du dernier renouvellement : 23 juillet 2020

## 10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE

01/2024

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu>.