

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

▼ 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 déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

JEMPERLI 500 mg solution à diluer pour perfusion

2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Un flacon de 10 ml de solution à diluer pour perfusion contient 500 mg de dostarlimab.

Chaque ml de solution à diluer pour perfusion contient 50 mg de dostarlimab.

Le dostarlimab est un anticorps monoclonal (AcM) humanisé (immunoglobuline G4 [IgG4]) anti-PD-1 (programmed cell death protein-1), produit par la technique de l'ADN recombinant dans des cellules de mammifères, d'ovaire de hamster chinois (CHO).

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.

3. FORME PHARMACEUTIQUE

Solution à diluer pour perfusion (stérile).

Solution transparente à légèrement opalescente, incolore à jaune, essentiellement sans particules visibles.

La solution à diluer pour perfusion a un pH d'environ 6,0 et une osmolalité d'environ 300 mOsm/kg.

4. DONNEES CLINIQUES

4.1. Indications thérapeutiques

JEMPERLI est indiqué en combinaison avec une chimiothérapie à base de platine pour le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer de l'endomètre avancé nouvellement diagnostiqué ou récidivant et candidates à un traitement systémique.

4.2. Posologie et mode d'administration

Le traitement doit être initié et supervisé par des médecins spécialistes qualifiés et expérimentés dans le traitement du cancer.

Posologie

JEMPERLI en association avec la chimiothérapie

Lorsque JEMPERLI est administré en association avec la chimiothérapie, se référer aux informations de prescriptions complètes des produits individuels (voir aussi la rubrique 5.1).

La dose recommandée est de 500 mg de dostarlimab toutes les 3 semaines en association avec une chimiothérapie à base de platine toutes les 3 semaines pendant 6 cycles suivi de 1000 mg de dostarlimab en monothérapie toutes les 6 semaines pour tous les cycles suivants.

Le schéma posologique en association avec la chimiothérapie est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1. Schéma posologique pour JEMPERLI en association avec la chimiothérapie

	500 mg une fois toutes les 3 semaines en association avec la chimiothérapie à base de platine ^a (1 Cycle = 3 semaines)							1000 mg une fois toutes les 6 semaines en monothérapie jusqu'à progression de la maladie ou toxicité inacceptable (1 Cycle = 6 semaines)		
Cycle	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Cycle 6	Cycle 7	Cycle 8	Cycle 9	Continuer à administrer toutes les 6 semaines
Semaine	1	4	7	10	13	16	19	25	31	

3 semaines entre le Cycle 6 et le Cycle 7

^a Administrer le dostarlimab avant la chimiothérapie le même jour.

L'administration de dostarlimab doit se poursuivre selon le calendrier recommandé jusqu'à progression de la maladie ou toxicité inacceptable, ou pour une durée allant jusqu'à 3 ans (voir rubrique 5.1).

Modifications de la dose

Réduire la dose n'est pas recommandé. Il peut être nécessaire de retarder l'administration ou d'arrêter le traitement si le profil de sécurité et de tolérance observé individuellement le requiert. Les modifications recommandées pour la gestion des effets indésirables sont précisées dans le tableau 2.

Les recommandations détaillées pour la prise en charge des effets indésirables d'origine immunologique et des réactions liées à la perfusion sont décrites à la rubrique 4.4.

Tableau 2. Recommandations pour la suspension ou l'arrêt de JEMPERLI

Effets indésirables d'origine immunologique	Grade de sévérité ^a	Modification de traitement
Colite	2 ou 3	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes de toxicité sont revenus aux grades 0 ou 1.
	4	Arrêter définitivement le traitement.
Hépatite	Grade 2 avec ASAT ^b ou ALAT ^c > 3 et jusqu'à 5 x LSN ^d ou bilirubine totale > 1,5 et jusqu'à 3 x LSN	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes de toxicité sont revenus aux grades 0 ou 1.
	Grade ≥ 3 avec ASAT ou ALAT > 5x LSN ou bilirubine totale > 3 x LSN	Arrêter définitivement le traitement (voir exception ci-dessous) ^e

Tableau 2. Recommandations pour la suspension ou l'arrêt de JEMPERLI

Effets indésirables d'origine immunologique	Grade de sévérité ^a	Modification de traitement
Diabète sucré de type 1 (DT1)	3 ou 4 (hyperglycémie)	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque la patiente est stabilisée sur le plan clinique et métabolique après une prise en charge adéquate.
Hypophysite ou insuffisance surrénalienne	2, 3 ou 4	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes sont revenus au grade 0 ou 1. Arrêter définitivement le traitement en cas de récurrence ou d'aggravation malgré une hormonothérapie adéquate.
Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie	3 ou 4	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes sont revenus au grade 0 ou 1.
Pneumopathie inflammatoire	2	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes sont revenus aux grades 0 ou 1. Arrêter définitivement le traitement si la patiente revient à une sévérité de grade 2.
	3 ou 4	Arrêter définitivement le traitement.
Néphrite	2	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes sont revenus au grade 0 ou 1.
	3 ou 4	Arrêter définitivement le traitement.
Réactions dermatologiques exfoliatives (par exemple syndrome de Stevens-Johnson, de Lyell, DRESS)	Suspecté	Suspendre le traitement pour tout grade. Reprendre l'administration du traitement si réaction non confirmée et lorsque les symptômes sont revenus au grade 0 ou 1.
	Confirmé	Arrêter définitivement le traitement.
Myocardite	2,3 ou 4	Arrêter définitivement le traitement.
Toxicités neurologiques sévères (syndrome myasthénique/myasthénie grave, syndrome de Guillain-Barré, encéphalite, myélite transverse)	2,3 ou 4	Arrêter définitivement le traitement.
Autres effets indésirables d'origine immunologique (y compris mais sans s'y	3	Suspendre le traitement. Reprendre l'administration du traitement lorsque les symptômes sont revenus au grade 0 ou 1.

Tableau 2. Recommandations pour la suspension ou l'arrêt de JEMPERLI			
Effets indésirables d'origine immunologique	Grade de sévérité^a	de	Modification de traitement
limiter : myosites, sarcoïdoses, anémies hémolytiques auto-immunes, pancréatites, iridocyclites, uvéites, cétoacidoses diabétiques, arthralgie, rejets de greffes d'organes solides, réaction du greffon contre l'hôte	4		Arrêter définitivement le traitement.
Récidive d'effets indésirables d'origine immunologique après leur retour à un grade de sévérité ≤ 1 (excepté pour la pneumopathie inflammatoire, voir ci-dessus)	3 ou 4		Arrêter définitivement le traitement.
Autres effets indésirables	Grade de sévérité^a	de	Modification de traitement
Réactions liées à la perfusion	2		Suspendre le traitement. Si la réaction disparaît dans l'heure qui suit l'arrêt de la perfusion, celle-ci pourra être reprise à 50 % du débit de perfusion initial ; sinon, recommencer la perfusion si les symptômes disparaissent avec une prémédication. Si les symptômes reviennent à un grade 2 avec une prémédication adéquate, arrêter définitivement le traitement.
	3 ou 4		Arrêter définitivement le traitement.

^a Les grades de toxicité correspondent à la classification du National Cancer Institute : Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), version 5.0.

^b ASAT = aspartate aminotransférase

^c ALAT = alanine aminotransférase

^d LSN = limite supérieure à la normale

^e Chez les patientes présentant des métastases hépatiques et une augmentation du taux d'ASAT ou d'ALAT de grade 2 à l'initiation du traitement, si une augmentation des taux d'ASAT ou l'ALAT de ≥ 50 % par rapport à l'inclusion est observée pendant au moins 1 semaine, le traitement doit être arrêté.

Carte patiente

Tous les prescripteurs de JEMPERLI doivent informer les patientes de la « Carte Patiente », qui explique la démarche à suivre en cas de survenue de tout symptôme évocateur d'un effet indésirable d'origine immunologique. Le médecin doit remettre la « Carte Patiente » à chaque patiente.

Populations particulières

Personnes âgées

Aucune adaptation posologique n'est recommandée chez les patientes âgées de 65 ans et plus.

Les données cliniques sur l'utilisation de dostarlimab chez des patientes âgées de 75 ans et plus sont limitées (voir section 5.1).

Insuffisance rénale

Aucune adaptation posologique n'est recommandée chez les patientes présentant une insuffisance rénale légère ou modérée. Les données chez les patientes présentant une insuffisance rénale sévère ou une maladie rénale à un stade terminal et sous dialyse sont limitées (voir section 5.2).

Insuffisance hépatique

Aucune adaptation posologique n'est recommandée chez les patientes présentant une insuffisance hépatique légère. Les données chez les patientes présentant une insuffisance hépatique modérée sont limitées et aucune donnée n'est disponible chez les patientes présentant une insuffisance hépatique sévère (voir section 5.2).

Population pédiatrique

La sécurité et l'efficacité de JEMPERLI chez l'enfant et l'adolescente âgées de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible.

Mode d'administration

JEMPERLI doit être utilisé exclusivement en perfusion intraveineuse. JEMPERLI doit être administré en perfusion intraveineuse à l'aide d'une pompe à perfusion intraveineuse pendant 30 minutes.

JEMPERLI ne doit pas être administré par injection rapide ou en bolus intraveineux.

Pour les instructions sur la dilution du médicament avant administration, 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 commercial et le numéro de lot du produit administré doivent être clairement enregistrés.

Effets indésirables d'origine immunologique

Des effets indésirables d'origine immunologique, potentiellement sévères voire fatals, peuvent survenir chez les patients recevant des anticorps qui bloquent la voie de signalisation PD-1/PD-L1 (programmed cell death protein-1/programmed death-ligand 1), dont le dostarlimab fait partie. Bien que les effets indésirables d'origine immunologique se produisent habituellement pendant le traitement par anti-PD-1/PD-L1, les symptômes peuvent également se manifester après l'arrêt du traitement. Les effets indésirables d'origine immunologique peuvent survenir au niveau de tous types d'organe ou tissu et affecter plus d'un système d'organe simultanément. La liste des effets indésirables importants d'origine immunologique mentionnée dans cette rubrique ne mentionne pas tous les effets indésirables d'origine immunologiques graves et fatals possibles.

La détection et la prise en charge précoce des effets indésirables d'origine immunologique sont essentielles afin de garantir la sécurité de l'utilisation des anticorps anti-PD-1/PD-L1. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter les signes et symptômes évocateurs d'effets indésirables d'origine immunologique. Les tests hématologiques et biologiques, notamment les tests hépatiques, rénaux et de la fonction thyroïdienne, doivent être réalisés avant l'instauration du traitement et régulièrement pendant le traitement. Toute suspicion d'effets indésirables d'origine immunologique devra faire l'objet d'une évaluation adéquate, incluant une consultation auprès d'un spécialiste.

En fonction de la sévérité de l'effet indésirable, le traitement par dostarlimab devra être suspendu ou définitivement arrêté et un traitement par corticoïdes (1 à 2 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent) ou tout autre traitement approprié devra être instauré (voir ci-dessous et rubrique 4.2). Lorsque l'effet indésirable revient à un grade de sévérité ≤ 1 , le traitement par corticoïde doit être progressivement diminué et poursuivi pendant 1 mois ou plus. Sur la base des données limitées issues des études cliniques réalisées chez des patientes pour lesquelles les effets indésirables d'origine immunologique ne pouvaient pas être contrôlés par un corticoïde, l'administration d'autres immunosuppresseurs systémiques peut être envisagée. Un traitement hormonal substitutif doit être instauré pour les endocrinopathies le cas échéant.

Le traitement par dostarlimab doit être définitivement arrêté en cas de récurrence d'un effet indésirable d'origine immunologique d'une sévérité de grade 3 et de tout effet indésirable d'origine immunologique d'une sévérité de grade 4, à l'exception des endocrinopathies qui sont contrôlées par une hormonothérapie de substitution et sauf indication contraire précisée dans le Tableau 3.

Pneumopathie inflammatoire d'origine immunologique

Des cas de pneumopathie inflammatoire ont été rapportés chez des patientes traitées par dostarlimab (voir rubrique 4.8). Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe ou symptôme évocateur d'une pneumopathie inflammatoire. Toute suspicion de pneumopathie inflammatoire doit être confirmée par radiographie ; les autres causes doivent être éliminées. La prise en charge des patientes consistera en des modifications du traitement par dostarlimab et l'administration de corticoïdes (voir rubrique 4.2).

Colite d'origine immunologique

Le dostarlimab peut provoquer une colite d'origine immunologique (voir rubrique 4.8). Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe et symptôme évocateur de colite. La prise en charge des patientes consistera en une modification du traitement par dostarlimab et l'administration d'agents anti-diarrhéiques et de corticoïdes (voir rubrique 4.2).

Hépatite d'origine immunologique

Le dostarlimab peut provoquer une hépatite d'origine immunologique (voir rubrique 4.8). La fonction hépatique doit faire l'objet d'une surveillance régulière en fonction de l'évaluation clinique et tout changement détecté conduira à une modification du traitement par dostarlimab et l'administration de corticoïdes (voir rubrique 4.2).

Endocrinopathies d'origine immunologique

Des endocrinopathies d'origine immunologique, parmi lesquelles une hypothyroïdie, une hyperthyroïdie, une thyroïdite, une hypophysite, un diabète sucré de type 1, une acidocétose diabétique et une insuffisance surrénalienne, ont été rapportées chez des patientes traitées par dostarlimab (voir rubrique 4.8).

Hypothyroïdie et hyperthyroïdie

Des cas d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie d'origine immunologique (y compris une thyroïdite) ont été rapportés chez des patientes recevant dostarlimab, et une hypothyroïdie peut être consécutive à une hyperthyroïdie. Des tests de la fonction thyroïdienne doivent être effectués avant le traitement, puis régulièrement pendant le traitement, ainsi qu'en fonction de l'évaluation clinique, afin de détecter toute anomalie de la fonction thyroïdienne. Les cas d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie d'origine immunologique (y compris une thyroïdite) doivent être pris en charge comme recommandé à la rubrique 4.2.

Insuffisance surrénalienne

Des cas d'insuffisance surrénalienne d'origine immunologique ont été rapportés chez des patientes traitées par dostarlimab. Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe ou symptômes cliniques évoquant une insuffisance surrénalienne. Les cas d'insuffisance surrénalienne symptomatique doivent être pris en charge comme recommandé à la rubrique 4.2.

Néphrite d'origine immunologique

Le dostarlimab peut provoquer une néphrite d'origine immunologique (voir rubrique 4.8). Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter une éventuelle modification de la fonction rénale. La prise en charge des patientes consistera en une modification du traitement par dostarlimab et l'administration de corticoïdes (voir rubrique 4.2).

Eruption cutanée d'origine immunologique

Des réactions cutanées d'origine immunologique, incluant des lésions de type pemphigoïde (voir rubrique 4.8), ont été rapportées chez des patients recevant du dostarlimab. Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe et symptôme évocateur d'une éruption cutanée d'origine immunologique. Les réactions dermatologiques exfoliatives doivent être prises en charge comme recommandé à la rubrique 4.2. Des cas de syndrome de Stevens-Johnson et de nécrolyse épidermique toxique ont été rapportés chez des patients traités avec des inhibiteurs de PD-1.

Le dostarlimab doit être utilisé avec prudence chez toute patiente ayant déjà développé une réaction indésirable cutanée sévère ou menaçant le pronostic vital lors d'un traitement antérieur par d'autres agents anticancéreux immuno-stimulants.

Arthralgie d'origine immunologique

Des cas d'arthralgie d'origine immunologique ont été rapportés chez des patientes recevant du dostarlimab (voir rubrique 4.8). Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe ou symptôme évocateur d'une arthralgie. Les cas suspectés d'arthralgie d'origine immunologique doivent être confirmés et les autres causes doivent être exclues. La prise en charge des patientes consistera en une modification du traitement par dostarlimab et l'administration de corticoïdes (voir rubrique 4.2).

Autres effets indésirables d'origine immunologique

Étant donné le mécanisme d'action du dostarlimab, d'autres effets indésirables d'origine immunologique peuvent survenir, y compris des effets indésirables potentiellement graves (par exemple, myosite, myocardite, encéphalite, neuropathie démyélinisante (y compris le syndrome de Guillain Barré), sarcoïdose). Les effets indésirables d'origine immunologique cliniquement significatifs et rapportés chez moins de 1 % des patientes traitées par dostarlimab en monothérapie dans le cadre des études cliniques incluaient : encéphalite, anémie hémolytique auto-immune, pancréatite, iridocyclite et uvéite. Les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive afin de détecter tout signe et symptôme évocateur d'un effet indésirable d'origine immunologique et le cas échéant, être pris en charge comme recommandé à la rubrique 4.2. Des cas de rejet de greffes d'organes solides ont été rapportés chez des patients traités par des inhibiteurs du PD-1 dans le cadre de la surveillance après la mise sur le marché. Le traitement par dostarlimab peut augmenter le risque de rejet chez les patientes ayant bénéficié d'une greffe d'organe solide. Chez ces patientes, le bénéfice escompté du traitement par dostarlimab devra être évalué par rapport au risque du rejet d'organe encouru.

Des complications graves voire d'issue fatale peuvent survenir chez des patientes ayant bénéficié d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) allogéniques avant ou après traitement par un anticorps anti PD-1 ou PD-L1. Les complications associées à la greffe incluent des formes suraigües, aiguës ou chroniques de réaction du greffon contre l'hôte (GVH), des maladies veino-occlusives hépatiques après avoir réduit l'intensité du traitement de conditionnement et des syndromes fébriles nécessitant la prise de corticoïdes (sans cause infectieuse identifiée). Ces complications peuvent survenir malgré la mise en place d'un traitement médical entre l'administration d'un anti PD-1/PD-L1 et la greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques. Ces patientes requièrent une étroite surveillance afin de détecter tout signe de complication liée à la transplantation et une prise en charge rapide le cas échéant. Le bénéfice attendu d'un traitement par un anticorps bloquant la liaison PD-1/PD-L1 avant ou après une GCSH allogénique devra être évalué par rapport aux risques encourus.

Réactions liées à la perfusion

Le dostarlimab peut provoquer des réactions liées à la perfusion qui peuvent être sévères (voir rubrique 4.8). En cas de réaction liées à la perfusion sévère (grade 3) ou engageant le pronostic vital (grade 4), la perfusion doit être interrompue et le traitement par dostarlimab définitivement arrêté (voir rubrique 4.2).

Patientes exclues des essais cliniques

Les patientes présentant les situations suivantes ont été exclues de l'essai clinique RUBY : score ECOG à l'initiation ≥ 2 , métastases non contrôlées au niveau du système nerveux central ou méningite carcinomateuse ; autres tumeurs malignes concomitantes ; immunodéficience ou patientes recevant un traitement immunosuppresseur dans les 7 jours avant l'inclusion, infection active à VIH, hépatite B ou C, maladie auto-immune active nécessitant un traitement systémique durant les deux dernières années avant l'inclusion hors thérapie de substitution ou bien les patientes ayant reçu un vaccin vivant dans les 30 jours précédant la première dose de traitement.

Teneur en sodium

Ce médicament contient moins de 1 mmol de sodium (23 mg) par dose de 500 mg, c'est-à-dire 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. Les anticorps monoclonaux (AcM) tels que le dostarlimab ne sont pas des substrats des transporteurs de médicaments ni du cytochrome P450. Le dostarlimab n'est pas une cytokine et n'est probablement pas un agent modulateur des cytokines. De plus, aucune

interaction pharmacocinétique (PK) n'est attendue entre le dostarlimab et les petites molécules de substances actives. Aucune interaction médiée par la clairance non spécifique de la dégradation des lysosomes dans le cas des anticorps n'a été mise en évidence.

4.6. Fertilité, grossesse et allaitement

Femme en âge de procréer / Contraception

L'administration de dostarlimab chez la femme en âge de procréer comporte un risque. Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement par dostarlimab et jusqu'à 4 mois après l'administration de la dernière dose de dostarlimab.

Grossesse

Les données sur l'utilisation de dostarlimab chez la femme enceinte sont limitées. D'après son mode d'action, l'administration de dostarlimab pendant la grossesse peut causer des effets pharmacologiques délétères sur le fœtus.

Aucune étude sur la reproduction et le développement chez les animaux n'a été réalisé avec le dostarlimab, cependant l'inhibition de la voie PD-1/PD-L1 peut entraîner une augmentation du risque de rejet immunitaire du fœtus en développement aboutissant à une mort fœtale (voir section 5.3). Il est connu que les immunoglobulines humaines G4 (IgG4) passent la barrière placentaire ; par conséquent, le dostarlimab, étant une IgG4, a la possibilité d'être transmis de la mère au fœtus en développement.

JEMPERLI n'est pas recommandé pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer qui n'utilisent pas de contraception efficace.

Allaitement

L'excrétion du dostarlimab/ses métabolites dans le lait maternel est inconnue.

Un risque pour le nouveau-né/nourrisson ne peut être exclu.

JEMPERLI ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement et l'allaitement doit être évité pendant au moins 4 mois après l'administration de la dernière dose de dostarlimab.

Fertilité

Aucune étude de fertilité n'a été réalisée avec le dostarlimab (voir rubrique 5.3).

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

JEMPERLI n'a aucun effet ou un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

4.8. Effets indésirables

Résumé du profil de sécurité

Les effets indésirables associés le plus fréquemment à dostarlimab sont d'origine immunologique. La plupart de ces effets indésirables, incluant des effets indésirables sévères, se sont résolus après l'initiation d'un traitement médical approprié ou l'arrêt de dostarlimab (voir « Description de certains effets indésirables »).

Dostarlimab en monothérapie

La sécurité du dostarlimab a été évaluée chez 605 patients atteints d'un cancer de l'endomètre ou d'autres tumeurs solides avancées, qui ont reçu du dostarlimab en monothérapie dans le cadre de l'étude GARNET, incluant 153 patientes qui présentaient un cancer de l'endomètre dMMR/MSI-H avancé ou récidivant. Les patients ont reçu 500 mg de dostarlimab toutes les 3 semaines pour les 4 premiers cycles, puis 1 000 mg toutes les 6 semaines pour tous les cycles suivants.

Chez les patients qui présentaient des tumeurs solides avancées ou récidivantes (N = 605), les effets indésirables les plus fréquents (> 10%) étaient : anémie (28,6 %), diarrhées (26,0 %), nausées (25,8 %), vomissements (19,0 %), arthralgie (17,0 %), prurit (14,2 %), éruption cutanée (13,2%), fièvre (12,4%), augmentation de l'aspartate aminotransférase (11,2 %) et hypothyroïdie (11,2 %). JEMPERLI a été arrêté définitivement chez 38 patientes (6,3 %) en raison d'effets indésirables, la plupart d'origine immunologique. Les effets indésirables étaient graves chez 11,2 % des patients ; les effets indésirables les plus graves étaient les effets indésirables d'origine immunologiques (voir rubrique 4.4).

Le profil de sécurité des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre dMMR/MSI-H dans l'étude GARNET (N=153) n'était pas différent de celui de l'ensemble de la population sous monothérapie présenté dans le Tableau 3.

Dostarlimab en association avec la chimiothérapie

La sécurité du dostarlimab a été évaluée chez 241 patientes présentant un cancer de l'endomètre avancé ou récidivant qui ont reçu dostarlimab en association au paclitaxel et au carboplatine dans l'étude RUBY. Les patientes ont reçu des doses de 500 mg de dostarlimab toutes les 3 semaines pendant 6 cycles puis 1000 mg toutes les 6 semaines pour tous les cycles suivants.

Chez les patientes avec un cancer de l'endomètre avancé ou récurrent (N=241), les effets indésirables les plus fréquents (>10%) étaient : éruption cutanée (22,8%), éruption cutanée maculopapulaire (14,1%), hypothyroïdie (14,1%), augmentation des alanines aminotransférases (12,9%), augmentation des aspartates aminotransférases (12,0%), fièvre (12,0%), et peau sèche (10,4%). JEMPERLI a été arrêté définitivement chez 12 patientes (5%) en raison d'effets indésirables ; la plupart d'origine immunologique. Les effets indésirables étaient graves chez 5,8% des patientes ; les effets indésirables les plus graves étaient les effets indésirables d'origine immunologiques (voir rubrique 4.4).

Le profil de sécurité des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre dMMR/MSI-H dans l'étude RUBY (N=52) n'était pas différent de celui de la population globale traitée par l'association présenté dans le tableau 3.

Liste tabulée des effets indésirables

La liste des effets indésirables rapportés dans les essais cliniques avec dostarlimab en monothérapie ou en combinaison avec la chimiothérapie sont répertoriés dans le tableau 4 par classe de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences des effets indésirables listés dans la colonne « dostarlimab en monothérapie » sont basées sur la fréquence des événements indésirables toutes causes confondues identifiés chez 605 patients atteints de tumeurs solides avancées ou récidivantes issus de l'étude GARNET exposés au dostarlimab en monothérapie pour une durée médiane de traitement de 24 semaines (extrêmes : 1 semaine à 229 semaines). Sauf indication contraire, les fréquences des effets indésirables listés dans la colonne « dostarlimab en association » sont basées sur la fréquence d'événements indésirables toutes causes confondues identifiées chez 241 patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre avancé ou récidivant provenant de l'étude RUBY exposées au dostarlimab en association avec la chimiothérapie pour une durée médiane de traitement de 43 semaines (intervalle allant de 3 à 151 semaines). Pour des informations supplémentaires de sécurité lorsque dostarlimab est administré en association, veuillez-vous référer aux informations de prescription respectives des produits administrés en association.

Les effets indésirables connus pour survenir avec dostarlimab en monothérapie ou avec les composants de l'association donnés seuls peuvent survenir pendant le traitement avec ces médicaments en association, même si ces réactions n'étaient pas rapportées dans les études cliniques en association.

Ces effets sont présentés par classe de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1\ 000$ à $< 1/100$) ; rare ($\geq 1/10\ 000$ à $< 1/1\ 000$) ; très rare ($< 1/10\ 000$) de fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles).

Tableau 3 : Effets indésirables chez les patients traités par dostarlimab

	Dostarlimab en monothérapie	Dostarlimab en association
Affections hématologiques et du système lymphatique		
Très fréquent	Anémie ^a	
Affections endocriniennes		
Très fréquent	Hypothyroïdie* ^b	Hypothyroïdie ^e
Fréquent	Hyperthyroïdie*, insuffisance surrénalienne*	Hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne
Peu fréquent	Thyroïdite* ^c	Thyroïdite

	hypophysite ^d	
Troubles du métabolisme et de la nutrition		
Peu fréquent	Diabète sucré de type I, acidocétose diabétique	Diabète sucré de type I
Troubles du système nerveux		
Peu fréquent	Encéphalite, myasthénie grave, syndrome myasthénique	Syndrôme myasthénique ^f
Affections oculaires		
Peu fréquent	Uvéite ^g	Uvéite
Affections cardiaques		
Peu fréquent		Myocardite ^h
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales		
Fréquent	Pneumopathie inflammatoire ^{*i}	Pneumopathie inflammatoire
Affections gastro-intestinales		
Très fréquent	Diarrhées, vomissements, nausées,	
Fréquent	Colite ^{*j} , pancréatite ^k , gastrite	Colite ^l
Peu fréquent	Œsophagite	Pancréatite, gastrite à médiation immunitaire ^f , vascularite gastro-intestinale ^f
Affections hépatobiliaires		
Fréquent	Hépatite ^{*m}	
Affections de la peau et du tissu sous-cutané		
Très fréquent	Eruption cutanée ^{*n} , prurit	Eruption cutanée ^o , peau sèche
Affections musculosquelettiques et systémiques		
Très fréquent	Arthralgie [*]	
Fréquent	Myalgie	
Peu fréquent	Arthrite à médiation immunitaire, polymyalgie rhumatismale, myosite à médiation immunitaire	Arthrite à médiation immunitaire, myosite ^p
Troubles du rein et des voies urinaires		
Peu fréquent	Néphrite ^{*q}	
Troubles généraux et anomalies au site d'administration		
Très fréquent	Fièvre	Fièvre
Fréquent	Frissons	
Peu fréquent	Syndrome de réponse inflammatoire systémique ^s	Syndrome de réponse inflammatoire systémique ^p
Investigations		
Très fréquent	Augmentation des transaminases ^r	Augmentation des alanines aminotransférases, augmentation des aspartate aminotransférases
Lésions, intoxications et complications liées aux procédures		
Fréquent	Réaction à la perfusion ^{*s}	

***Voir la rubrique « Description de certains effets indésirables »**

^aInclut anémie et anémie hémolytique auto-immune

^bInclut hypothyroïdie et hypothyroïdie auto-immune

^cInclut thyroïdite et thyroïdite auto-immune

^dInclut hypophysite et hypophysite lymphocytaire

^eInclut hypothyroïdie et hypothyroïdie à médiation immunitaire

^fRapporté dans des essais en aveugle en cours avec le dostarlimab en association ; catégorie de fréquence estimée

^gInclut uvéite et iridocyclite

^hInclut myocardite (en combinaison avec la chimiothérapie) et myocardite à médiation immunitaire dans l'essai en aveugle en cours avec le dostarlimab en association ; catégorie de fréquence estimée

ⁱInclut pneumopathie inflammatoire, pneumopathie interstitielle diffuse et pneumopathie à médiation immunitaire

^jInclut colite, entérocrite et entérocolite à médiation immunitaire

^kInclut pancréatite et pancréatite aiguë

^lInclut colite (en association avec la chimiothérapie) et entérite rapportée dans l'essai en cours avec le dostarlimab en association

^mInclut hépatite, hépatite auto-immune et cytolyse hépatique

ⁿInclut éruption cutanée, éruption cutanée maculopapuleuse, érythème, éruption cutanée maculaire, éruption cutanée prurigineuse, éruption cutanée érythémateuse, éruption cutanée papuleuse, érythème polymorphe, toxicité cutanée, éruption cutanée d'origine médicamenteuse, éruption cutanée toxique, éruption cutanée exfoliative et pemphigoïde

^oInclut éruption cutanée et éruption cutanée maculo-papuleuse

^pRapportée dans l'essai en cours avec le dostarlimab en association

^qInclut néphrite et néphrite tubulo-interstitielle

^rInclut augmentation des transaminases, augmentation des alanines aminotransférases, augmentation des aspartate aminotransférases et hypertransaminasémie

^s Inclut réactions liées à la perfusion et hypersensibilité.

Description de certains effets indésirables

Les effets indésirables décrits ci-dessous sont basés sur les données enregistrées dans une base de données de sécurité combinée de 605 patients de l'étude GARNET recevant dostarlimab pour un cancer de l'endomètre ou d'autres tumeurs solides avancées. Les effets indésirables d'origine immunologique ont été définis sur la base des événements de grade 2 et au-delà ; les fréquences indiquées ci-dessous excluent les événements de grade 1. Les recommandations de prise en charge de ces effets indésirables sont décrites à la rubrique 4.2.

Effets indésirables d'origine immunologique (voir rubrique 4.4)

Pneumopathie inflammatoire d'origine immunologique

Une pneumopathie inflammatoire d'origine immunologique est survenue chez 14 (2,3 %) patients recevant dostarlimab, dont des cas de grade 2 (1,3 %), 3 (0,8 %) ou 4 (0,2 %). Une pneumopathie inflammatoire a entraîné l'arrêt du dostarlimab chez 8 patients (1,3 %).

Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 11(78,6 %) patients qui ont présenté une pneumopathie inflammatoire. La pneumopathie inflammatoire s'est résolue chez 11 patients (78,6 %).

Colite d'origine immunologique

Une colite est survenue chez 8 patients (1,3 %), dont des cas de grade 2 (0,7 %) ou 3 (0,7 %). Une colite n'a pas entraîné l'arrêt de dostarlimab chez les patients.

Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 5 patients (62,5 %). La colite s'est résolue chez 5 patients (62,5 %) ayant eu une colite.

Hépatite d'origine immunologique

Une hépatite d'une sévérité de grade 3 est survenue chez 3 patients (0,5 %). Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 2 patients (66,7 %). L'hépatite a entraîné l'arrêt du dostarlimab chez 1 patient (0,2 %) et s'est résolue chez 2 patients sur 3.

Endocrinopathies à médiation immunitaire

Une hypothyroïdie est survenue chez 46 patients (7,6 %), toutes de grade 2. L'hypothyroïdie n'a pas entraîné l'arrêt du dostarlimab et s'est résolue chez 17 patients (37,0 %).

Une hyperthyroïdie est survenue chez 14 patients (2,3 %), dont des cas de grade 2 ou 3 chez 2,1 % et 0,2 % de patients respectivement. L'hyperthyroïdie n'a pas entraîné l'arrêt du dostarlimab et s'est résolue chez 10 patients (71,4 %).

Une thyroïdite est survenue chez 3 patients (0,5 %), toutes étaient des cas de grade 2. La thyroïdite ne s'est pas résolue chez ces patients mais n'a pas nécessité l'arrêt du dostarlimab.

Une insuffisance surrénalienne est survenue chez 7 patients (1,2 %), dont des cas de grade 2 ou 3 chez 0,5 % et 0,7 % de patients respectivement. L'insuffisance surrénalienne a entraîné l'arrêt du dostarlimab chez 1 patient (0,2 %) et s'est résolue chez 4 patients (57,1 %).

Néphrite à médiation immunitaire

Une néphrite, incluant aussi une néphrite tubulo-intersticielle, est survenue chez 3 patients (0,5 %) ; toutes de grade 2. Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 2 patients (66,7 %) ayant présentés une néphrite. La néphrite a entraîné l'arrêt du dostarlimab chez 1 patient (0,2%) et s'est résolue chez les trois patients.

Eruption cutanée d'origine immunologique

Une éruption cutanée d'origine immunologique (éruption cutanée, éruption cutanée maculopapuleuse, éruption cutanée maculaire, éruption cutanée prurigineuse, pemphigoïde, éruption cutanée d'origine médicamenteuse, toxicité cutanée, éruption cutanée toxique) est survenue chez 31 patients (5,1 %), dont des cas de grade 3 chez 9 patients (1,5 %) recevant dostarlimab. Le temps médian de survenue de l'éruption cutanée était de 57 jours (extrêmes de 2 jours à 1485 jours). Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 9 patients (29 %) ayant présentés une éruption cutanée. L'éruption cutanée a nécessité l'arrêt du dostarlimab chez un patient (0,2%) et s'est résolue chez 24 patients (77,4 %).

Arthralgie d'origine immunologique

Une arthralgie d'origine immunologique est survenue chez 34 patients (5,6 %). Une arthralgie d'origine immunologique de grade 3 a été rapporté chez 5 patients (0,8 %) recevant du dostarlimab. Le temps médian de survenue de l'arthralgie était de 94,5 jours (extrêmes de 1 jour à 840 jours). Des corticoïdes systémiques (prednisone \geq 40 mg/jour ou équivalent) ont été nécessaires chez 3 patients (8,8 %) ayant présenté une arthralgie. L'arthralgie a nécessité l'arrêt du dostarlimab chez un patient (0,2%) et s'est résolue chez 19 patients (55,9 %) ayant présenté une arthralgie.

Réactions liées à la perfusion

Des réactions liées à la perfusion, parmi lesquelles des réactions d'hypersensibilité, ont été observées chez 6 patients (1,0 %), dont 0,3 % de grade 2 et 0,2 % de grade 3. Tous ces patients ont guéri de leur réaction à la perfusion.

Immunogénicité

Dans l'étude GARNET, les anticorps anti-médicaments ont été dosés chez 315 patients ayant reçu dostarlimab ; l'incidence des anticorps anti-médicaments apparus sous traitement par dostarlimab était de 2,5 %. Des anticorps neutralisants ont été détectés chez 1,3 % des patientes. La co-administration avec la chimiothérapie n'a pas affecté l'immunogénicité du dostarlimab. Dans l'étude RUBY, parmi les 225 patientes qui étaient traitées avec le dostarlimab en association avec la chimiothérapie et dont la présence d'anticorps anti-médicaments était évaluable, il n'y a eu aucune incidence d'anticorps anti-médicaments apparus sous traitement par dostarlimab ou d'anticorps neutralisants apparus sous traitement. Chez les patientes ayant développé des anticorps anti-dostarlimab, aucune altération de l'efficacité ou de la sécurité du dostarlimab n'a été mise en évidence.

Population âgée

Sur les 605 patientes traitées en monothérapie avec dostarlimab, 51,6% avaient moins de 65 ans, 36,9 % avaient entre 65 et moins de 75 ans et 11,5 % avaient 75 ans ou plus. Globalement, aucune différence du point de vue de la tolérance n'a été signalée entre les patientes âgées (\geq 65 ans) et jeunes (< 65 ans).

Déclaration des effets indésirables suspectés

La déclaration des effets indésirables suspectés est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé doivent déclarer tout effet

indésirable suspecté selon les modalités définies dans le Protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil de données (cf. PUT RD).

4.9. Surdosage

En cas de suspicions d'un surdosage, le patient devra être étroitement surveillé pour détecter tout signe ou symptôme évocateur d'effets ou de réactions indésirables et un traitement symptomatique approprié doit être instauré.

5. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

5.1. Propriétés pharmacodynamiques

Classe pharmacothérapeutique : agents antinéoplasiques, anticorps monoclonaux et anticorps conjugués, Code ATC : L01FF07

Mécanisme d'action

Dostarlimab est un AcM humanisé d'isotype IgG4 qui se lie aux récepteurs PD 1 et bloque la liaison à ses ligands PD-L1 et PD-L2. L'inhibition de la réponse immunitaire médiée par la voie PD-1 entraîne l'inhibition de la fonction des cellules-T telle que la prolifération, la production de cytokines et l'activité cytotoxique. Dostarlimab potentialise la réponse des cellules-T, dont les réponses immunitaires anti-tumorales via le blocage de la liaison du récepteur PD-1 à ses ligands PD-L1 et PD-L2. Dans des modèles tumoraux de souris syngéniques, le blocage de l'activité du récepteur PD-1 a entraîné une diminution de la croissance tumorale.

Efficacité et sécurité clinique

RUBY : Etude contrôlée randomisée du dostarlimab en association avec une chimiothérapie à base de platine dans le traitement des patientes adultes avec un cancer de l'endomètre avancé ou récidivant

L'efficacité et la sécurité du dostarlimab en association avec carboplatine-paclitaxel ont été étudiées dans une étude de phase 3, multicentrique, randomisée, en double aveugle contrôlée contre placebo conduite chez des patientes présentant un cancer de l'endomètre avancé ou récidivant.

Les patientes étaient randomisées (1 :1) pour recevoir 500 mg de dostarlimab toutes les 3 semaines en association au carboplatine ASC 5 mg/mL/min et paclitaxel 175 mg/m² toutes les 3 semaines pendant 6 cycles puis dostarlimab 1000 mg en monothérapie toutes les 6 semaines (n=245) ou placebo plus carboplatine ASC 5 mg/mL/min et paclitaxel 175 mg/m² toutes les 3 semaines pendant 6 cycles puis placebo toutes les 6 semaines (n=249). La randomisation était stratifiée selon le statut MMR/MSI, une radiothérapie pelvienne externe antérieure et le statut de la maladie (récidivante, stade III primitif ou stade IV nouvellement diagnostiqué).

Le traitement a été poursuivi jusqu'à 3 ans ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, une progression de la maladie ou une décision de l'investigateur. L'évaluation tumorale a été effectuée toutes les 6 semaines jusqu'à la semaine 25, toutes les 9 semaines jusqu'à la semaine 52 et toutes les 12 semaines par la suite.

Les critères d'éligibilité principaux pour l'étude étaient les cancers de l'endomètre nouvellement diagnostiqués de stade III ou stade IV selon la classification FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics), avec un faible potentiel de guérison par radiothérapie ou chirurgie seule ou en association, incluant les maladies de stade IIIA à IIIC1 avec présence d'une maladie évaluable ou mesurable selon les critères RECIST v1.1, les patientes au stade IIIC1 avec un carcinosarcome, histologie à cellule claire, séreuse ou mixte (contenant ≥ 10% de carcinosarcome, à cellule claire ou histologie séreuse) indépendamment de la présence d'une maladie évaluable ou mesurable à l'imagerie, maladie de stade IIIC2 ou IV, indépendamment de la présence d'une maladie évaluable ou mesurable. L'étude a également inclus des patientes avec une première récidive de cancer de l'endomètre qui n'avaient jamais reçu de traitement anticancéreux systémique ou qui avaient déjà reçu un traitement anti-cancéreux systémique néo-adjuvant/adjuvant et avaient une récidive ou une progression de la maladie ≥ 6 mois après la fin du traitement.

Les principaux critères d'évaluation de l'efficacité étaient la survie sans progression (PFS) évaluée par l'investigateur selon les critères RECIST v1.1 chez les patientes atteintes de cancer de l'endomètre dMMR/MSI-H avancé ou récidivant et chez toutes les patientes (population globale en ITT) avec un

cancer de l'endomètre avancé ou récidivant, et la survie globale (OS) chez toutes les patientes (population globale en ITT) avec un cancer de l'endomètre avancé ou récidivant.

Un total de 494 patientes atteintes de cancer de l'endomètre a été évalué dans l'analyse d'efficacité de l'étude RUBY. Les données démographiques et les caractéristiques à l'inclusion de la population globale de l'étude étaient les suivantes : âge médian de 65 ans (51 % âgées de 65 ans ou plus et 26% âgées de plus de 75 ans) ; 77 % de type caucasien, 12 % de type noir, 3 % de type asiatique; indice de performance ECOG Eastern Cooperative Oncology Group de 0 (63 %) ou 1 (37 %) ; histologie au diagnostic la plus fréquente de type endométrioïde (54,7%), suivie du type carcinome séreux (20,6%), et carcinosarcome (8,9%) ; grade 3 le plus fréquent (50,0%) ; stade III primitif 18,6 % ; stade IV primitif 33,6 % ; cancer de l'endomètre récidivant 47,8%. 90,7% des patientes avaient été préalablement traitées par chirurgie pour leur cancer de l'endomètre et 28,3% par radiothérapie. 20,2% des patients avaient reçu un traitement anti-cancéreux préalable, le plus fréquent étant une chimiothérapie à base de carboplatine et paclitaxel (15,2%).

Le statut tumoral MMR/MSI a été déterminé de manière prospective sur la base de tests locaux (IHC, PCR ou NGS) ou de tests centraux (IHC) lorsqu'aucun résultat local n'était disponible.

Les résultats d'efficacité de la première analyse intermédiaire sont présentés dans le tableau 4 et la figures 1. L'étude RUBY a démontré une amélioration statistiquement significative de la PFS évaluée par l'investigateur chez les patientes randomisées pour recevoir le dostarlimab plus carboplatine-paclitaxel par rapport au placebo plus carboplatine-paclitaxel dans les deux populations : globale ITT et dMMR/MSI-H. Lors d'une analyse intermédiaire avec 33% de maturité de l'OS (date de cut-off : 28 septembre 2022) les résultats de l'OS ont indiqué une tendance en faveur du bras dostarlimab plus carboplatine-paclitaxel dans la population globale ITT, avec une réduction de 36% des décès et un hazard ratio de 0,64 (IC à 95% 0,46 ; 0,87 ; p=0,0021), n'atteignant pas la limite fixée de la p-value de 0,00177 pour la significativité statistique.

Tableau 4: Résultats d'efficacité dans l'étude RUBY chez les patientes présentant un cancer de l'endomètre

Critère d'évaluation	Population globale ^a		Population dMMR/MSI-H ^a	
	Dostarlimab + carboplatine-paclitaxel (N=245)	Placebo + carboplatine-paclitaxel (N=249)	Dostarlimab + carboplatine-paclitaxel (N=53)	Placebo + carboplatine-paclitaxel (N=65)
Critères primaires				
Survie sans progression (PFS)				
Médiane en mois (IC à 95%) ^b	11,8 (9,6 ; 17,1)	7,9 (7,6 ; 9,5)	Non atteinte	7,7 (5,6 ; 9,7)
Nombre (%) de patients avec un événement	135 (55,1)	177 (71,1)	19 (35,8)	47 (72,3)
Hazard ratio (IC à 95%) ^c	0,64 (0,51 ; 0,80)		0,28 (0,16; 0,50)	
p-value ^b	<0,0001		<0,0001	
Probabilité de PFS à 12 mois,(%) (IC à 95%) ^d	48,2 (41,3 ; 54,8)	29,0 (23,0 ; 35,2)	63,5 (48,5 ; 75,3)	24,4 (13,9 ; 36,4)
Probabilité de PFS à 24 mois, (%) (IC à 95%) ^d	36,1 (29,3 ; 42,9)	18,1 (13,0 ; 23,9)	61,4 (46,3 ; 73,4)	15,7 (7,2 ; 27,0)
Survie globale (OS)				

Critère d'évaluation	Population globale ^a		Population dMMR/MSI-H ^a	
	Dostarlimab + carboplatine-paclitaxel (N=245)	Placebo + carboplatine-paclitaxel (N=249)	Dostarlimab + carboplatine-paclitaxel (N=53)	Placebo + carboplatine-paclitaxel (N=65)
Critères primaires				
Médiane en mois	Non atteinte	Non atteinte	Non atteinte	Non atteinte
Nombre (%) de patients avec un évènement	65 (26,5)	100 (40,2)	7 (13,2)	24 (36,9)
Hazard ratio (IC à 95%) ^c	0,64 (0,46 ; 0,87)		0,30 (0,13 ; 0,70)	
p-value ^b	NA ^e		0,0021	
Probabilité d'OS à 12 mois, (%) (IC à 95%) ^d	84,6 (79,2 ; 88,7)	81,3 (75,7 ; 85,7)	90,1 (77,8 ; 95,7)	79,6 (67,5 ; 87,6)
Probabilité d'OS à 24 mois, (%) (IC à 95%) ^d	71,3 (64,5 ; 77,1)	56,0 (48,9 ; 62,5)	83,3 (66,8 ; 92,0)	58,7 (43,4 ; 71,2)

IC: Intervalle de confiance; NA = non applicable

^a Donnée d'efficacité avec une médiane de suivi de 25 mois (date de cut-off : 28 Sept 2022).

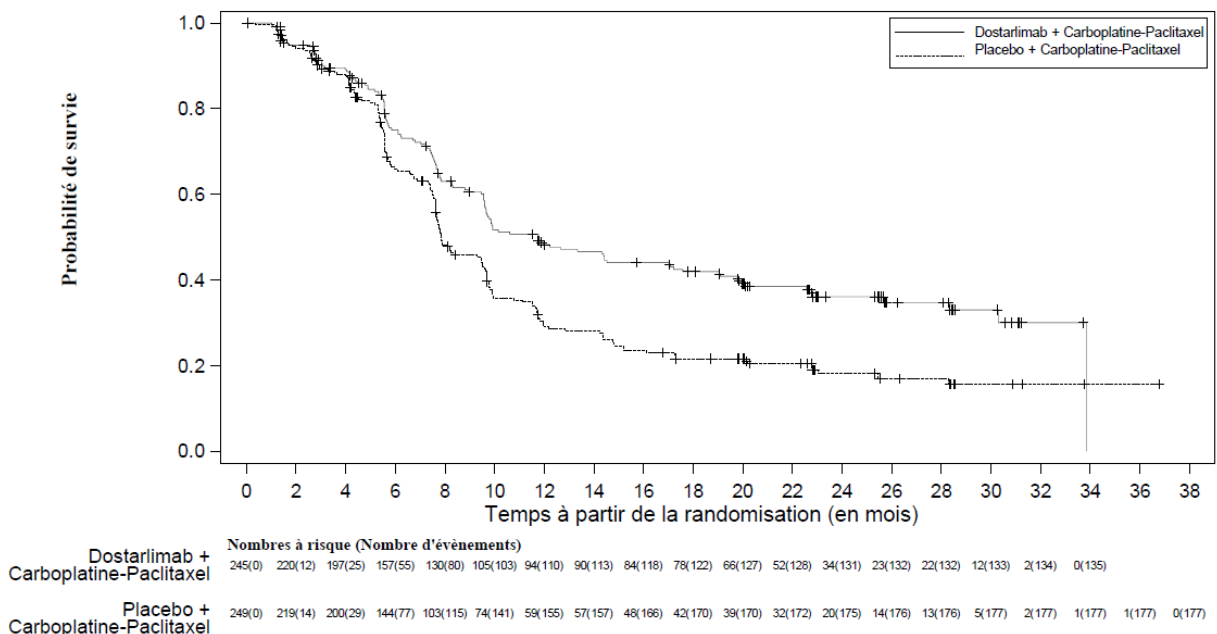
^b p-value unilatérale basée sur un test du log-rank stratifié.

^c Basé sur le modèle de régression de Cox stratifié.

^d Par la méthode de Kaplan-Meier.

Une analyse exploratoire pré-spécifiée de la PFS a été réalisé chez les patientes avec un cancer de l'endomètre MMRp/MSS (n=192). Le hazard ratio de la PFS était de 0,76 (IC à 95% : 0,59 :0,98) avec une médiane de PFS de 9,9 mois pour le dostarlimab plus carboplatine-paclitaxel versus 7,9 mois pour le placebo plus carboplatine-paclitaxel.

Figure 1 : Courbe de Kaplan-Meier de survie sans progression selon l'évaluation de l'investigateur chez toutes les patientes (population ITT globale) avec un cancer de l'endomètre (étude RUBY)



Population pédiatrique

L'Agence européenne des médicaments a différé l'obligation de soumettre les résultats d'études réalisées avec dostarlimab, dans tous les sous-groupes de la population pédiatrique, pour le traitement de toutes les pathologies incluses dans la catégorie des néoplasmes malins, à l'exception des tumeurs des tissus lymphoïde et hématopoïétique (voir rubrique 4.2 pour les informations concernant l'usage pédiatrique).

Autorisation conditionnelle

Une autorisation de mise sur le marché « conditionnelle » a été délivrée pour ce médicament. Cela signifie que des preuves supplémentaires concernant ce médicament sont attendues.

L'Agence européenne des médicaments réévaluera toute nouvelle information sur ce médicament au moins chaque année et, si nécessaire, ce RCP sera mis à jour.

5.2. Propriétés pharmacocinétiques

Les propriétés pharmacocinétiques du dostarlimab ont été évaluées en monothérapie et lors de l'administration en association avec une chimiothérapie.

Les propriétés du dostarlimab en monothérapie ou en association avec une chimiothérapie ont été caractérisées en utilisant une analyse PK de population effectuée sur 869 patients présentant diverses tumeurs solides, parmi lesquelles 546 patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre. Lorsqu'il est administré à la dose thérapeutique recommandée en monothérapie (500 mg par voie intraveineuse toutes les 3 semaines pour les 4 premières doses, puis 1 000 mg toutes les 6 semaines), ou à la dose thérapeutique recommandée en combinaison avec une chimiothérapie (500 mg administré en intraveineuse toutes les 3 semaines pour les 6 premières doses, puis 1000 mg toutes les 6 semaines), le dostarlimab présente approximativement un doublement de l'accumulation (C_{min}), cohérent avec la demi-vie terminale ($t_{1/2}$). L'exposition du dostarlimab en monothérapie et/ou en association avec une chimiothérapie était similaire.

Absorption

Le dostarlimab étant administré par voie intraveineuse, les estimations du taux d'absorption ne sont pas pertinentes.

Distribution

D'après l'analyse PK de population, le volume moyen de distribution du dostarlimab à l'état d'équilibre est approximativement de 5,8 L (% de CV de 14,9 %).

Biotransformation

Le dostarlimab est un anticorps monoclonal IgG4 thérapeutique qui est théoriquement catabolisé par les lysosomes en petits peptides, acides aminés et petits hydrates de carbone selon le mécanisme de l'endocytose en phase liquide ou par récepteur interposé. Les produits de dégradation sont éliminés par excrétion rénale ou rejoignent les nutriments sans effet biologique.

Élimination

D'après l'analyse PK de population, la clairance moyenne est de 0,007 L/h (% de CV de 30,2 %) à l'état d'équilibre. La $t_{1/2}$ à l'état d'équilibre est de 23,2 jours (% de CV de 20,8 %).

Il a été estimé que la clairance du dostarlimab est 7,8% plus faible quand dostarlimab est donné en association avec la chimiothérapie. Il n'y a pas eu d'impact significatif sur l'exposition du dostarlimab.

Linéarité/non-linéarité

L'exposition (à la fois la concentration maximale [C_{max}] et l'aire sous la courbe concentration/temps, [ASC_{0-tau}] et [ASC_{0-inf}]) était approximativement proportionnelle à la dose.

Relations pharmacocinétique/pharmacodynamique

Si l'on se base sur la relation entre l'exposition et l'efficacité et la tolérance, aucune différence cliniquement significative n'a été observée en termes d'efficacité et de sécurité lorsque l'exposition au

dostarlimab était doublée. L'occupation totale du récepteur, mesurée par le dosage fonctionnel à la fois de la liaison directe à PD-1 et de la production d'IL-2, s'est maintenue pendant tout l'intervalle de temps entre les administrations, au schéma posologique thérapeutique recommandé.

Populations particulières

Une analyse PK de population effectuée à partir des données issues des patients n'indique pas d'effet cliniquement important de l'âge (extrêmes : 24 à 86 ans), du genre, de la race, de l'origine ethnique ou du type de la tumeur sur la clairance du dostarlimab.

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale a été évaluée sur la base de la clairance estimée de la créatinine [CLCR en mL/min] (CLCR normale ≥ 90 mL/min, n = 305 ; légère : CLCR = 60-89 mL/min, n = 397 ; modérée : CLCR = 30-59 mL/min, n = 164 ; grave: CLCR = 15-29 mL/min, n= 3, et insuffisance rénale terminale: CLCR < 15 mL/min, n = 1). L'effet de l'insuffisance rénale sur la clairance du dostarlimab a été évaluée par des analyses pharmacocinétiques de population chez des patients avec une insuffisance rénale légère ou modérée par rapport à des patients avec une fonction rénale normale. Aucune différence cliniquement importante dans la clairance du dostarlimab n'a été constatée entre les patients atteints d'insuffisance rénale légère ou modérée et les patients avec une fonction rénale normale. Le dostarlimab a des données limitées chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave.

Insuffisance hépatique

L'insuffisance hépatique a été évaluée selon les critères de dysfonctionnement hépatique définis par le US NCI (National Cancer Institute) par bilirubine totale et aspartate aminotransférase (AST) (normal : bilirubine totale (BT) et AST \leq à la limite supérieure de la normale [LSN], n=772 ; légère : BT > LSN à 1,5xLSN ou AST > LSN, n = 92 ; et modérée : BT > 1,5x à 3xLSN, quel que soit l'AST, n = 5). L'effet de l'insuffisance hépatique sur la clairance du dostarlimab a été évaluée par des analyses pharmacocinétiques de population chez des patients présentant une insuffisance hépatique légère comparé à des patients avec une fonction hépatique normale. Aucune différence cliniquement importante dans la clairance du dostarlimab n'a été constatée entre les patients présentant une insuffisance hépatique légère et les patients avec une fonction hépatique normale. Le dostarlimab a des données limitées chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée et ne dispose d'aucune donnée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère.

5.3. Données de sécurité préclinique

Les données non cliniques ne révèlent aucun risque particulier pour l'Homme sur la base d'études de toxicité à doses répétées d'une durée allant jusqu'à 3 mois chez le singe cynomolgus. Aucune étude n'a été réalisée pour évaluer le risque potentiel du dostarlimab en termes de carcinogénicité ou de génotoxicité.

Aucune étude de reproduction chez l'animal ni d'étude toxicologique sur le développement n'ont été réalisées avec le dostarlimab. Des modèles murins de gestation ont montré que le blocage de la signalisation du PD-L1 perturbait la tolérance vis-à-vis du fœtus et entraînait une augmentation de la mort fœtale. Ces résultats indiquent un risque potentiel selon lequel l'administration de dostarlimab pendant la grossesse pourrait nuire au fœtus, notamment en entraînant une augmentation du taux d'avortement ou de mortinatalité.

Aucun effet notable sur les organes reproducteurs mâles et femelles n'a été observé chez les singes dans les études de toxicologie à doses répétées de 1 mois et 3 mois ; cependant ces résultats peuvent ne pas être représentatifs de tous les risques cliniques potentiels en raison de l'immaturité du système reproducteur des animaux utilisés dans les études. Par conséquent, la toxicité sur la fertilité reste inconnue.

6. DONNEES PHARMACEUTIQUES

6.1. Liste des excipients

Citrate trisodique dihydraté
Acide citrique monohydraté
Chlorhydrate de L-arginine
Chlorure de sodium
Polysorbate 80
Eau pour préparations injectables

6.2. Incompatibilités

En l'absence d'études de compatibilité, ce médicament ne doit pas être mélangé avec d'autres médicaments.

6.3. Durée de conservation

Avant ouverture du flacon

3 ans

Après dilution

En cas d'utilisation non immédiate, la stabilité physico-chimique a été démontrée pendant une durée de 24 heures à une température comprise entre 2 °C et 8 °C, et pendant 6 heures à température ambiante (ne dépassant pas 25 °C) entre le moment de la préparation/dilution et la fin de l'administration.

6.4. Précautions particulières de conservation

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

Ne pas congeler.

À conserver dans l'emballage 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

Flacon en verre transparent borosilicaté de type I de 10 ml avec un bouchon gris en élastomère chlorobutyle, laminé avec du fluoropolymère et scellé par un opercule en aluminium, contenant 500 mg de dostarlimab.

Chaque boîte contient un flacon.

6.6. Précautions particulières d'élimination et de manipulation

Préparation/dilution

Les médicaments administrés par voie parentérale doivent être contrôlés visuellement avant administration afin de détecter d'éventuelles particules ou une coloration anormale. JEMPERLI est une solution légèrement opalescente, incolore à jaune. Jeter le flacon si des particules sont visibles.

JEMPERLI est compatible avec une poche pour perfusion intraveineuse (IV) en polychlorure de vinyle (PVC) avec ou sans di(2-ethylhexyl) phtalate (DEHP), éthylène-acétate de vinyle, polyéthylène (PE), polypropylène (PP) ou mélange de polyoléfines (PP+PE), et une seringue en PP.

Pour la dose de 500 mg, prélever 10 ml de JEMPERLI d'un flacon et les transférer dans une poche pour perfusion intraveineuse contenant une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/ml (0,9 %), ou une solution injectable de glucose à 50 mg/ml (5 %). La concentration finale de la solution diluée doit être comprise entre 2 mg/ml et 10 mg/ml. Cela peut nécessiter de retirer un volume de diluant de la poche pour perfusion intraveineuse avant d'ajouter un volume de JEMPERLI dans la poche pour perfusion IV.

Par exemple, pour la préparation d'une dose de 500 mg dans une poche pour perfusion intraveineuse de 250 ml de diluant, pour obtenir une concentration de 2 mg/ml, il faudra retirer 10 ml de diluant de la poche pour perfusion intraveineuse de 250 ml. Ensuite, 10 ml de JEMPERLI seront prélevés du flacon et transférés dans la poche pour perfusion intraveineuse.

Pour la dose de 1 000 mg, prélever 10 ml de JEMPERLI de deux flacons (prélever 20 ml au total) et les transférer dans une poche pour perfusion intraveineuse contenant une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/ml (0,9 %), ou une solution injectable de glucose à 50 mg/ml (5 %). La concentration finale de la solution diluée doit être comprise entre 2 mg/ml et 10 mg/ml. Cela peut nécessiter de retirer un volume de diluant de la poche pour perfusion intraveineuse avant d'ajouter un volume de JEMPERLI dans la poche pour perfusion intraveineuse.

Par exemple, pour la préparation d'une dose de 1 000 mg dans une poche pour perfusion intraveineuse de 500 ml de diluant, pour obtenir une concentration de 2 mg/ml, il faudra retirer 20 ml de diluant de la poche pour perfusion intraveineuse de 500 ml. Ensuite, 10 ml de JEMPERLI seront prélevés de chacun des deux flacons, pour un total de 20 ml, et transférés dans la poche pour perfusion intraveineuse.

Mélanger la solution diluée en la retournant délicatement. Ne pas secouer la poche pour perfusion finale. Jeter tout liquide non utilisé restant dans le flacon.

Conservation

À conserver dans l'emballage d'origine jusqu'à la préparation, à l'abri de la lumière. La dose préparée peut être conservée :

- Soit à température ambiante ne dépassant pas 25 °C pendant une durée maximale de 6 heures entre le moment de la dilution et la fin de la perfusion.
- Soit au réfrigérateur à une température comprise entre 2 °C et 8 °C pendant une durée maximale de 24 heures entre le moment de la dilution et la fin de la perfusion. Si la solution diluée est conservée au réfrigérateur, la laisser revenir à température ambiante avant de l'administrer.

Administration

JEMPERLI doit être administré en perfusion intraveineuse par un professionnel de santé à l'aide d'une pompe à perfusion intraveineuse pendant 30 minutes. Les tubulures doivent être en PVC, en silicone durci au platine ou en PP ; les raccords en PVC ou en polycarbonate et les aiguilles en acier inoxydable. Un filtre en ligne en polyéther sulfone (PES) de 0,2 ou 0,22 micron doit être utilisé pendant l'administration de JEMPERLI.

JEMPERLI ne doit pas être administré par injection rapide ou en bolus intraveineux.

Ne pas co-administrer avec d'autres médicaments dans la même ligne de perfusion.

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

7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION D'ACCES PRECOCE

LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE

23 RUE FRANCOIS JACOB
92500 RUEIL-MALMAISON

8. NUMERO(S) D'AUTORISATION D'ACCES PRECOCE

34009 550 808 6 2 : JEMPERLI 500 mg, solution pour perfusion - Flacon (verre) - 10 ml (50 mg/ml) - Boîte de 1 flacon

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

Date de première autorisation:{JJ mois AAAA}

Date de dernier renouvellement:{JJ mois AAAA}

10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE

[à compléter ultérieurement par le titulaire]

<{JJ mois AAAA}>

11. DOSIMETRIE

Sans objet.

12. INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DES RADIOPHARMACEUTIQUES

Sans objet.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE

Médicament réservé à l'usage hospitalier.

Prescription réservée aux spécialistes en oncologie ou aux médecins compétents en cancérologie.

Médicament nécessitant une surveillance particulière au cours du traitement.