

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

SOTYKTU® 6 mg Filmtabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Jede Filmtablette enthält 6 mg Deucravacitinib.

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung

Jede Filmtablette enthält 44 mg Lactose (siehe Abschnitt 4.4).

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Filmtablette (Tablette)

Rosafarbene, runde, bikonvexe Filmtablette mit einem Durchmesser von 8 mm und dem Aufdruck „BMS 895“ und „6 mg“ auf einer Seite in zwei Zeilen und ohne Aufdruck auf der anderen Seite.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

SOTYKTU wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen.

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Die Behandlung sollte unter der Anleitung und Überwachung eines Arztes eingeleitet werden, der Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von Psoriasis hat.

Dosierung

Die empfohlene Dosis ist 6 mg zum Einnehmen einmal täglich.

Wenn ein Patient nach 24 Wochen keine Anzeichen für einen therapeutischen Nutzen aufweist, sollte ein Abbruch der Behandlung in Erwägung gezogen werden. Das Ansprechen des Patienten auf die Behandlung sollte regelmäßig beurteilt werden.

Besondere Patientengruppen

Ältere Patienten

Bei älteren Patienten ab einem Alter von 65 Jahren ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2). Die klinische Erfahrung bei Patienten \geq 75 Jahre ist sehr begrenzt und Deucravacitinib sollte in dieser Patientengruppe mit Vorsicht angewendet werden.

Nierenfunktionsstörung

Bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung, einschließlich dialysepflichtiger Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz (*end-stage renal disease*, ESRD), ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2).

Leberfunktionsstörung

Bei Patienten mit leichter oder mittelschwerer Leberfunktionsstörung ist keine Dosis-

anpassung erforderlich. Die Anwendung von Deucravacitinib wird bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung nicht empfohlen (siehe Abschnitt 5.2).

Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Deucravacitinib bei Kindern und Jugendlichen unter einem Alter von 18 Jahren ist bisher noch nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

Art der Anwendung

Zum Einnehmen.

Die Tabletten können unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden. Die Tabletten sollten im Ganzen geschluckt werden und nicht zerstoßen, zerschnitten oder gekaut werden.

4.3 Gegenanzeigen

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.

Klinisch bedeutsame aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Abschnitt 4.4).

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Infektionen

Deucravacitinib kann das Infektionsrisiko erhöhen (siehe Abschnitt 4.8).

Die Behandlung mit Deucravacitinib sollte bei Patienten mit jeglichen klinisch bedeutsamen aktiven Infektionen erst nach Abklingen oder angemessener Behandlung der Infektion eingeleitet werden (siehe Abschnitt 4.3). Vorsicht ist geboten, wenn die Anwendung von Deucravacitinib bei Patienten mit chronischen Infektionen oder rezidivierenden Infektionen in der Vorgeschichte in Erwägung gezogen wird.

Mit Deucravacitinib behandelte Patienten sollten angewiesen werden, ärztlichen Rat einzuholen, wenn Anzeichen oder Symptome auftreten, die auf eine Infektion hindeuten. Wenn bei einem Patienten eine klinisch bedeutsame Infektion auftritt oder der Patient auf die Standardtherapie nicht anspricht, sollte der Patient sorgfältig überwacht werden, und Deucravacitinib sollte erst nach Abklingen der Infektion gegeben werden.

Untersuchung auf Tuberkulose vor der Behandlung

Vor Einleitung der Behandlung mit Deucravacitinib sollten die Patienten auf Tuberkulose (TB)-Infektionen untersucht werden. Deucravacitinib darf Patienten mit aktiver TB nicht gegeben werden (siehe Abschnitt 4.3). Die Behandlung einer latenten TB sollte vor der Gabe von Deucravacitinib begonnen werden. Bei Patienten mit latenter oder aktiver TB in der Anamnese, bei denen kein angemessener Behandlungszyklus bestätigt werden kann, sollte vor der Einleitung der Deucravacitinib-Therapie eine Anti-TB-Therapie in Erwägung gezogen werden. Patienten, die Deucravacitinib erhalten, sollten auf Anzeichen und Symptome einer aktiven TB überwacht werden.

Bösartige Erkrankungen

In klinischen Studien zu Deucravacitinib wurden bösartige Erkrankungen, einschließ-

lich Lymphome und nicht-melanozytärer Hautkrebs (NMSC), beobachtet.

Es ist nicht bekannt, ob die Hemmung der Tyrosinkinase 2 (TYK2) mit den Nebenwirkungen, die bei einer Hemmung der Januskinasen (JAK) beobachtet wurden, in Zusammenhang steht. In einer großangelegten, randomisierten, aktiv kontrollierten Studie zu einem JAK-Hemmer bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) im Alter von 50 Jahren und älter mit mindestens einem zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor wurde bei der Behandlung mit einem JAK-Hemmer im Vergleich zu Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern eine höhere Rate bösartiger Erkrankungen, insbesondere Lungenkrebs, Lymphome und NMSC, beobachtet.

Es liegen nur begrenzte klinische Daten für die Beurteilung eines potenziellen Zusammenhangs zwischen der Exposition gegenüber Deucravacitinib und der Entstehung von bösartigen Erkrankungen vor. Derzeit werden Untersuchungen zur Langzeitsicherheit durchgeführt. Die Risiken und der Nutzen einer Deucravacitinib-Behandlung sollten vor Einleitung der Therapie bei Patienten abgewogen werden.

Schwere kardiovaskuläre Ereignisse (Major adverse cardiovascular events, MACE), tiefe Venenthrombose (TVT) und Lungenembolie (LE)

Es ist nicht bekannt, ob die TYK2-Hemmung mit den Nebenwirkungen, die bei einer JAK-Hemmung beobachtet wurden, in Zusammenhang steht. In einer großangelegten, randomisierten, aktiv kontrollierten Studie zu einem JAK-Hemmer bei Patienten mit RA im Alter von 50 Jahren und älter mit mindestens einem zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor wurden eine höhere MACE-Rate, definiert als kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt und nicht-tödlicher Schlaganfall, sowie eine dosisabhängige höhere Rate einer tiefen Venenthrombose, einschließlich TVT und LE, bei der Behandlung mit einem JAK-Hemmer im Vergleich zu TNF-Hemmern beobachtet.

In klinischen Studien mit Deucravacitinib wurde kein erhöhtes Risiko für MACE, TVT und LE beobachtet. Untersuchungen zur Langzeitsicherheit von Deucravacitinib werden derzeit noch durchgeführt. Die Risiken und der Nutzen einer Deucravacitinib-Behandlung sollten vor Einleitung der Therapie bei Patienten abgewogen werden.

Impfungen

Vor Einleitung der Therapie mit Deucravacitinib ist eine Vervollständigung aller altersangemessenen Impfungen gemäß den aktuellen Impfeempfehlungen zu erwägen. Die Anwendung von Lebendimpfstoffen bei mit Deucravacitinib behandelten Patienten sollte vermieden werden. Das Ansprechen auf Lebend- oder Totimpfstoffe wurde nicht untersucht.

Sonstige Bestandteile

Lactose

Dieses Arzneimittel enthält Lactose. Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, völligem Lactasemangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption dürfen dieses Arzneimittel nicht anwenden.

Natrium

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro Tablette, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Klinische Studien deuten darauf hin, dass Deucravacitinib bei gleichzeitiger Verabreichung mit den folgenden anderen Arzneimitteln keine klinisch relevanten Arzneimittelwechselwirkungen aufweist und daher keine Dosisanpassungen notwendig sind.

Wirkung von Deucravacitinib auf andere Arzneimittel

Deucravacitinib hat keine bedeutsamen Auswirkungen auf die Plasmaexposition von Rosuvastatin (Substrat von BCRP und OATP), Methotrexat (Substrat von BCRP und renalen Transportern), Mycophenolat-Mofetil (MMF) (Substrat von CES1 und CES2) oder oralen Kontrazeptiva (Norethisteronacetat und Ethinylestradiol).

Wirkung anderer Arzneimittel auf Deucravacitinib

Arzneimittel, die Inhibitoren oder Induktoren von CYP-Enzymen oder -Transportern sind, wie Ciclosporin (dualer Inhibitor von P-gp/Breast Cancer Resistance Protein [BCRP]), Fluvoxamin (starker CYP1A2-Inhibitor), Ritonavir (mittelstarker CYP1A2-Induktor), Diflunisal (UGT1A9-Inhibitor), Pyrimethamin (OCT1-Inhibitor), Famotidin (H2-Rezeptor-Antagonist) oder Rabeprazol (Protonenpumpeninhibitor) haben keine bedeutsamen Auswirkungen auf die Deucravacitinib-Plasmaexposition (siehe Abschnitt 5.2).

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

Bisher liegen nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung von Deucravacitinib bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien ergaben keine Hinweise auf direkte oder indirekte gesundheitsschädliche Wirkungen in Bezug auf eine Reproduktionstoxizität (siehe Abschnitt 5.3). Aus Vorsichtsgründen soll eine Anwendung von Deucravacitinib während der Schwangerschaft vermieden werden.

Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Deucravacitinib/Metabolite in die Muttermilch übergehen. Die zur Verfügung stehenden Daten vom Tier zeigten, dass Deucravacitinib in die Milch übergeht (siehe Abschnitt 5.3).

Ein Risiko für das Neugeborene/Kind durch das Stillen kann nicht ausgeschlossen werden. Es muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob das Stillen zu unterbrechen ist oder ob auf die Behandlung mit Deucravacitinib verzichtet werden soll/die Behandlung zu unterbrechen ist. Dabei ist sowohl der Nutzen des Stillens für das Kind als auch der Nutzen der Therapie für die Frau zu berücksichtigen.

Fertilität

Die Auswirkungen von Deucravacitinib auf die Fertilität des Menschen wurden nicht untersucht. Tierexperimentelle Studien deu-

ten nicht auf direkte oder indirekte schädliche Wirkungen in Bezug auf die Fertilität hin (siehe Abschnitt 5.3).

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Deucravacitinib hat keinen oder einen zu vernachlässigenden Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

4.8 Nebenwirkungen

Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

Die am häufigsten berichtete Nebenwirkung sind Infektionen der oberen Atemwege (18,9%), am häufigsten Nasopharyngitis. Das über einen längeren Zeitraum erfasste Sicherheitsprofil von Deucravacitinib war mit den vorangegangenen Erfahrungen vergleichbar und stimmte mit diesen überein.

Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Die folgende Liste der Nebenwirkungen für Deucravacitinib stammt aus klinischen Studien zu Plaque-Psoriasis (Tabelle 1). Diese Nebenwirkungen sind nach MedDRA-Systemorganklasse und Häufigkeit aufgeführt.

Die Häufigkeiten sind wie folgt definiert: sehr häufig (≥ 1/10); häufig (≥ 1/100, < 1/10); gelegentlich (≥ 1/1 000, < 1/100); selten (≥ 1/10 000, < 1/1 000); sehr selten (< 1/10 000); nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar).

Siehe Tabelle 1

Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

Infektionen

In POETYK PSO-1 und POETYK PSO-2 (siehe Abschnitt 5.1) traten in den ersten 16 Wochen bei 29,1% der Patienten in der Deucravacitinib-Gruppe Infektionen auf (116,0 Ereignisse pro 100 Patientenjahre), verglichen mit 21,5% der Patienten in der Placebogruppe (83,7 Ereignisse pro 100 Patientenjahre). Der Großteil der Infektionen war nicht schwerwiegend und leicht bis mittelschwer ausgeprägt und führte nicht zum Absetzen von Deucravacitinib. Die In-

zidenz schwerwiegender Infektionen betrug in der Deucravacitinib-Gruppe 0,6% (2,0 Ereignisse pro 100 Patientenjahre) und in der Placebogruppe 0,5% (1,6 Ereignisse pro 100 Patientenjahre).

Die Infektionsrate in der Deucravacitinib-Gruppe stieg bis einschließlich Woche 52 nicht an (95,4 Ereignisse pro 100 Patientenjahre). Die Rate schwerwiegender Infektionen in der Deucravacitinib-Gruppe stieg bis einschließlich Woche 52 nicht an (1,7 Ereignisse pro 100 Patientenjahre).

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung anzuzeigen am:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Abt. Pharmakovigilanz
Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3
D-53175 Bonn
Website: <http://www.bfarm.de>

4.9 Überdosierung

Deucravacitinib wurde gesunden Probanden in Einzeldosen von bis 40 mg (> das 6-Fache der für den Menschen empfohlenen Dosis von 6 mg/Tag) und in mehreren Dosen von bis zu 24 mg/Tag (12 mg zweimal täglich) über einen Zeitraum von 14 Tagen gegeben, ohne dass eine dosislimitierende Toxizität aufgetreten ist.

Im Falle einer Überdosierung wird empfohlen, den Patienten auf Anzeichen und Symptome von Nebenwirkungen zu überwachen und unverzüglich eine geeignete symptomatische Behandlung einzuleiten. Durch eine Dialyse wird Deucravacitinib nicht in wesentlichem Umfang aus dem systemischen Kreislauf entfernt (siehe Abschnitt 5.2).

Tabelle 1: Liste der Nebenwirkungen

Systemorganklasse	Häufigkeit	Nebenwirkung
Infektionen und parasitäre Erkrankungen	Sehr häufig	Infektionen der oberen Atemwege ^a
	Häufig	Herpes simplex Infektionen ^b
	Gelegentlich	Herpes zoster
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	Häufig	Orale Ulzerationen ^c
Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes	Häufig	Akneiformer Ausschlag ^d Follikulitis
Untersuchungen	Häufig	Kreatinphosphokinase im Blut erhöht

^a Infektionen der oberen Atemwege umfassen Nasopharyngitis, Infektion der oberen Atemwege, virale Infektion der oberen Atemwege, Pharyngitis, Sinusitis, akute Sinusitis, Rhinitis, Tonsillitis, Peritonsillarabszess, Laryngitis, Tracheitis und Rhinotracheitis.

^b Herpes simplex Infektionen umfassen oralen Herpes, Herpes simplex, genitalen Herpes und Herpesvirus-Infektion.

^c Orale Ulzerationen umfassen aphthöses Ulkus, Mundulzeration, Zungenulzeration und Stomatitis.

^d Akneiformer Ausschlag umfasst Akne, akneiforme Dermatitis, Hautausschlag, Rosazea, Pusteln, pustulösen Hautausschlag und Papeln.

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AF07

Wirkmechanismus

Deucravacitinib hemmt selektiv das Enzym TYK2 (TYK2 gehört zur JAK-Familie). Deucravacitinib bindet an die regulatorische Domäne von TYK2 und bewirkt die Stabilisierung einer hemmenden Wechselwirkung zwischen der regulatorischen und der katalytischen Domäne des Enzyms. Dies führt zu einer allosterischen Hemmung der rezeptorvermittelten Aktivierung von TYK2 und der Zellfunktionen, die dieser nachgelagert sind. TYK2 vermittelt die Signaltransduktion von Interleukin-23 (IL-23), Interleukin-12 (IL-12) und Typ-I-Interferonen (IFN). Bei diesen handelt es sich um natürlich vorkommende Zytokine, die an Entzündungs- und Immunreaktionen beteiligt sind. Deucravacitinib hemmt die Freisetzung von proinflammatorischen Zytokinen und Chemokinen.

Pharmakodynamische Wirkungen

Bei Patienten mit Psoriasis reduzierte Deucravacitinib die mit Psoriasis assoziierte Genexpression in psoriatischer Haut; dies schloss die Genexpression von durch den IL-23-Signalweg und den Typ-1-IFN-Signalweg regulierten Genen ein. Nach 16 Wochen einmal täglicher Behandlung reduzierte Deucravacitinib IL-17A, IL-19 und β-Defensin um 47–50 %, 72 % bzw. 81–84 %.

Klinische Wirksamkeit und Sicherheit

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Deucravacitinib wurden in zwei multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, Placebo- und Apremilast-kontrollierten klinischen Studien (POETYK PSO-1 und POETYK PSO-2) bei Patienten untersucht, die mindestens 18 Jahre alt waren, an mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis litten und für eine systemische Therapie oder Phototherapie infrage kamen. Bei den Patienten waren ≥ 10 % der Körperoberfläche (KOF) betroffen, sie hatten einen Psoriasis Area and Severity Index (PASI)-Score von ≥ 12 und einen Wert für die static Physician's Global Assessment (sPGA) ≥ 3 (mittelschwer oder schwer) auf einer 5-Punkte-Skala für den allgemeinen Schweregrad der Erkrankung.

In POETYK PSO-1 und POETYK PSO-2 wurden insgesamt 1 686 Patienten untersucht, von denen 843 nach der Randomisierung Deucravacitinib 6 mg einmal täglich, 422 Apremilast 30 mg zweimal täglich und 421 Placebo erhielten.

In beiden Studien wurden Patienten, die Placebo erhielten, in Woche 16 auf Deucravacitinib umgestellt; diese Behandlung wurde dann bis Woche 52 fortgesetzt. Patienten, die nach der Randomisierung Apremilast erhielten und in Woche 24 kein PASI 50-(POETYK PSO-1) oder PASI 75-Ansprechen (POETYK PSO-2) erreichten, wurden auf Deucravacitinib umgestellt und setzten die Behandlung bis Woche 52 fort. In POETYK PSO-1 wurden Patienten, die nach der Randomisierung Deucravacitinib erhielten, bis Woche 52 behandelt. In POETYK PSO-2 wurden mit Deucravacitinib behandelte

Patienten, die in Woche 24 PASI 75 erreichten, im Verhältnis 1:1 erneut randomisiert, um Deucravacitinib zu erhalten (Erhaltungstherapie), oder wurden auf Placebo umgestellt (Absetzen).

Die Ausgangsmerkmale der Krankheit zu Studienbeginn waren bei der Studienpopulation in beiden Studien gleich: Die meisten Patienten waren männlich (67 %), das mittlere Alter betrug ca. 47 Jahre, wobei die meisten Patienten 40 bis 64 Jahre alt waren. 10 % der Patienten waren ≥ 65 Jahre alt. Insgesamt war der mediane PASI-Score 18,7 und die mediane betroffene KOF betrug 20 %. Der sPGA-Score zu Studienbeginn war bei 79,8 % der Patienten 3 (mittelschwer) und bei 20,2 % 4 (schwer). Der mediane Dermatology Life Quality Index (DLQI)-Score war 11. Insgesamt 18,4 % der Patienten der Studie hatten Psoriasis-Arthritis in der Anamnese.

In beiden Studien hatten 40 % der Patienten zuvor eine Phototherapie erhalten, 42,4 % waren mit keinerlei systemischer Therapie vorbehandelt worden (einschließlich Behandlungen mit Biologika und/oder Nicht-Biologika), 41 % hatten zuvor eine systemische Behandlung mit Nicht-Biologika erhalten, und 34,8 % hatten zuvor eine Biologika-Therapie erhalten (16,1 % TNF-, 4,9 % IL-12/23-, 16,6 % IL-17- und 4,4 % IL-23-Inhibitoren).

Die co-primären Endpunkte in den zwei Studien waren die Anteile von Patienten, die Folgendes erreichten: 1) mindestens eine 75%ige Verbesserung der PASI-Scores (PASI 75) gegenüber dem Studienbeginn und 2) einen sPGA-Score von klar oder fast klar (0 oder 1) in Woche 16 im Vergleich zu Placebo.

In der Studie POETYK PSO-1 wurde in Woche 16 ein PASI 75 in der Deucravacitinib-Gruppe bei 58,4 %, in der Apremilast-Gruppe bei 35,1 % und in der Placebo-Gruppe bei 12,7 % der Patienten erreicht. Ein sPGA von klar oder fast klar in Woche 16 wurde bei 53,6 %, 32,1 % bzw. 7,2 % der Patienten in der Deucravacitinib-, Apremilast- bzw. Placebo-Gruppe erreicht. Für diese co-primären Endpunkte wurde die Überlegenheit von Deucravacitinib gegenüber Placebo nachgewiesen. In der Studie POETYK PSO-2 wurden damit übereinstimmende Ergebnisse beobachtet.

In Tabelle 2 sind die Hauptwirksamkeitsergebnisse für die co-primären Endpunkte und andere Endpunkte aufgeführt.

Siehe Tabelle 2

Bei der Untersuchung der Faktoren Alter, Geschlecht, Abstammung, Körpergewicht, Dauer der Erkrankung, Schweregrad der Erkrankung bei Studienbeginn und vorherige Behandlung mit biologisch oder nicht biologisch hergestellten Wirkstoffen wurden

Tabelle 2: Hauptwirksamkeitsergebnisse bei Erwachsenen mit Plaque-Psoriasis

Endpunkt	POETYK PSO-1			POETYK PSO-2		
	Deucravacitinib (N = 332) n (%)	Apremilast (N = 168) n (%)	Placebo (N = 166) n (%)	Deucravacitinib (N = 511) n (%)	Apremilast (N = 254) n (%)	Placebo (N = 255) n (%)
sPGA 0/1						
Woche 16	178 (53,6)	54 (32,1) ^d	12 (7,2) ^{a,d}	253 (49,5)	86 (33,9) ^d	22 (8,6) ^{a,d}
Woche 24	195 (58,7)	52 (31,0) ^d	-	251 (49,8) ^b	75 (29,5) ^d	-
sPGA 0						
Woche 16	58 (17,5)	8 (4,8) ^d	1 (0,6) ^d	80 (15,7)	16 (6,3) ^e	3 (1,2) ^d
PASI 75						
Woche 16	194 (58,4)	59 (35,1) ^d	21 (12,7) ^{a,d}	271 (53,0)	101 (39,8) ^e	24 (9,4) ^{a,d}
Woche 24	230 (69,3)	64 (38,1) ^d	-	296 (58,7) ^b	96 (37,8) ^d	-
PASI 90						
Woche 16	118 (35,5)	33 (19,6) ^e	7 (4,2) ^d	138 (27,0)	46 (18,1) ^f	7 (2,7) ^d
Woche 24	140 (42,2)	37 (22,0) ^d	-	164 (32,5) ^b	50 (19,7) ^d	-
PASI 100						
Woche 16	47 (14,2)	5 (3,0) ^d	1 (0,6) ^d	52 (10,2)	11 (4,3) ^f	3 (1,2) ^d
Kopfhautspezifischer PGA 0/1^c						
Woche 16	147 (70,3)	43 (39,1) ^d	21 (17,4) ^d	182 (59,7)	61 (36,7) ^d	30 (17,3) ^d
Es wurde eine Imputation für Non-Responder (<i>Non-Responder Imputation</i> , NRI) angewendet; Patienten, die die Behandlung oder die Studie vor dem Endpunkt abbrachen oder deren Daten fehlten, wurden als Non-Responder gewertet.						
^a Co-primärer Endpunkt zum Vergleich von Deucravacitinib mit Placebo						
^b N = 504 unter Berücksichtigung fehlender Untersuchungen aufgrund der COVID-19-Pandemie						
^c Umfasst Patienten mit einem kopfhautspezifischen PGA-Score bei Studienbeginn von ≥ 3						
^d p ≤ 0,0001 für den Vergleich zwischen Deucravacitinib und Placebo oder Deucravacitinib und Apremilast						
^e p < 0,001 für den Vergleich zwischen Deucravacitinib und Apremilast						
^f p < 0,01 für den Vergleich zwischen Deucravacitinib und Apremilast						

keine Unterschiede hinsichtlich des Ansprechens auf Deucravacitinib zwischen diesen Untergruppen festgestellt.

Ansprechen im Zeitverlauf

Deucravacitinib zeigte einen schnellen Wirkeintritt, wobei das maximale PASI 75-Ansprechen bis Woche 24 erreicht (POETYK PSO-1 und POETYK PSO-2) und bis Woche 52 aufrechterhalten (POETYK PSO-1) wurde (siehe Abbildung 1).

Siehe Abbildung 1

Aufrechterhaltung und Beständigkeit des Ansprechens

Um die Aufrechterhaltung und Beständigkeit des Ansprechens in POETYK PSO-2 zu bewerten, wurden Patienten, die nach der ursprünglichen Randomisierung Deucravacitinib erhielten und in Woche 24 ein PASI 75-Ansprechen erreicht hatten, erneut randomisiert, um entweder die Behandlung mit Deucravacitinib fortzusetzen oder Placebo zu erhalten. Bei Patienten, die in Woche 24 Responder waren und nach der erneuten Randomisierung Placebo erhielten, betrug die mediane Zeit bis zum Verlust des PASI 75-Ansprechens ca. 12 Wochen. Abbildung 2 zeigt das PASI 75-Ansprechen in den zwei Studienarmen von Woche 24 bis 52.

Siehe Abbildung 2

Von den Patienten berichtete Ergebnisse

Bei den mit Deucravacitinib behandelten Patienten wurden im Vergleich zu Placebo in Woche 16 und im Vergleich zu Apremilast in Woche 16 und Woche 24 signifikant größere Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen anhand des Dermatology Life Quality Index (DLQI), sowie der von den Patienten berichteten Psoriasis-Symptome (Juckreiz, Schmerzen, brennendes Gefühl, stechendes Gefühl und Spannen der Haut) und -Anzeichen (Trockenheit, Rissbildung, Schuppung, Ablösen oder Abblättern der Haut, Rötung und Blutung), gemessen anhand des Psoriasis Symptoms

Abbildung 1: PASI 75-Ansprechen (NRI) bis Woche 52 nach Besuchstermin in POETYK PSO-1

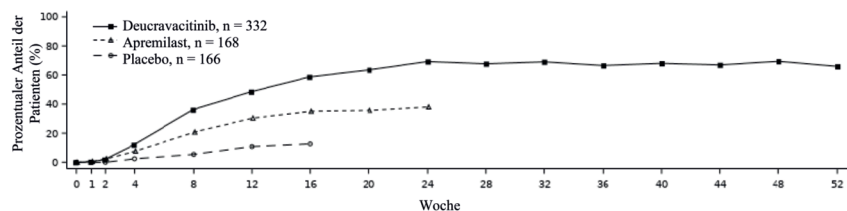
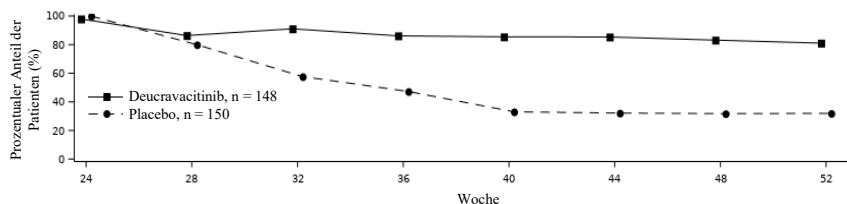


Abbildung 2: PASI 75-Ansprechen (NRI) nach erneuter Randomisierung in Woche 24 in POETYK PSO-2



and Signs Diary (PSSD), beobachtet. Die Verbesserung dieser Arten von Ansprechen bei Patienten, die eine kontinuierliche Behandlung mit Deucravacitinib erhielten, wurde in POETYK PSO-1 bis Woche 52 aufrechterhalten.

Siehe Tabelle 3

Ältere Menschen

Von den 1 519 Patienten mit Plaque-Psoriasis, die in klinischen Studien mit Deucravacitinib behandelt wurden, waren 152 Patienten mindestens 65 Jahre alt, darunter 21 Patienten, die mindestens 75 Jahre alt waren (siehe Abschnitt 4.2). Hinsichtlich Exposition, Sicherheit oder Wirksamkeit wurden zwischen älteren und jüngeren Patienten, die Deucravacitinib erhielten, insgesamt keine Unterschiede beobachtet.

Kinder und Jugendliche

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat für SOTYKTU eine Zurückstellung von der Verpflichtung zur Vorlage der Ergebnisse von Studien in einer oder mehreren pädiatrischen Altersklassen zur Behandlung von Psoriasis gewährt (siehe Abschnitt 4.2 bzgl. Informationen zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen).

5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften

Deucravacitinib zeigte eine fast vollständige orale Resorption, einen dosisabhängigen Anstieg der Exposition und keine offensichtliche zeitabhängige Pharmakokinetik.

Resorption

Nach oraler Einnahme der Tabletten wurde Deucravacitinib schnell und fast vollständig resorbiert. Der mediane T_{max}-Wert lag im Bereich von 2 bis 3 Stunden, und die ab-

Tabelle 3: Von den Patienten berichtete Ergebnisse in POETYK PSO-1 und POETYK PSO-2

	POETYK PSO-1			POETYK PSO-2		
	Deucravacitinib	Apremilast	Placebo	Deucravacitinib	Apremilast	Placebo
DLQI Patienten, die 0 oder 1 erreichten (NRI)*	N = 322	N = 161	N = 160	N = 495	N = 247	N = 246
Woche 16, n (%)	132 (41,0)	46 (28,6) ^a	17 (10,6) ^b	186 (37,6)	57 (23,1) ^b	24 (9,8) ^b
Woche 24, n (%)	155 (48,1)	39 (24,2) ^b	-	205 (41,4)	53 (21,5) ^b	-
PSSD-Symptom-Score Veränderung gegenüber Studienbeginn (mBOCF)**	N = 306	N = 158	N = 151	N = 466	N = 233	N = 239
Woche 16, Mittelwert (SF)	-26,7 (1,8)	-17,8 (2,2) ^b	-3,6 (2,1) ^b	-28,3 (1,1)	-21,1 (1,4) ^b	-4,7 (1,4) ^b
Woche 24, Mittelwert (SF)	-31,9 (2,0)	-20,7 (2,4) ^b	-	-29,1 (1,1)	-21,4 (1,5) ^b	-
PSSD-Anzeichen-Score Veränderung gegenüber Studienbeginn (mBOCF)*	N = 306	N = 158	N = 151	N = 466	N = 233	N = 239
Woche 16, Mittelwert (SF)	-28,9 (1,8)	-20,0 (2,2) ^b	-5,3 (2,1) ^a	-31,9 (1)	-23,8 (1,4) ^b	-7,1 (1,4) ^b
Woche 24, Mittelwert (SF)	-33,8 (2,0)	-22,5 (2,4) ^b	-	-32,4 (1,1)	-24,2 (1,5) ^b	-

* Patienten mit einem Score von ≥ 2 bei Studienbeginn
 ** Angepasste mittlere Veränderung; mBOCF – modifizierter Ansatz der Fortschreibung der Beobachtung bei Studienbeginn (modified Baseline Observation Carried Forward); Standardfehler (SF)
^a p < 0,01 für den Vergleich zwischen Deucravacitinib und Placebo oder Deucravacitinib und Apremilast
^b p < 0,0001 für den Vergleich zwischen Deucravacitinib und Placebo oder Deucravacitinib und Apremilast

solute orale Bioverfügbarkeit betrug bei gesunden Probanden 99 %. Nach einmal täglicher Gabe wurde eine mäßige Akkumulation (< 1,4-fach im Steady-State) beobachtet.

Mahlzeiten

Deucravacitinib kann ohne Rücksicht auf Mahlzeiten oder Arzneimittel, die den pH-Wert im Magen regulieren (H₂-Rezeptor-Blocker und Protonenpumpeninhibitoren), angewendet werden. Die gleichzeitige Einnahme von Nahrung oder Arzneimitteln, die den pH-Wert im Magen regulieren, hatte keine Auswirkungen auf die Gesamtexposition ($AUC_{(INF)}$) von Deucravacitinib.

Verteilung

Das Verteilungsvolumen im Steady-State (V_{ss}) beträgt 140 l; das ist mehr als das Gesamtkörperwasser [42 l] und deutet auf eine extravaskuläre Verteilung hin. Deucravacitinib ist zu 81,6 % an menschliche Plasmaproteine gebunden, und zwar hauptsächlich an humanes Serumalbumin.

Deucravacitinib wird zwischen Plasma und Bestandteilen roter Blutkörperchen verteilt, mit einem Konzentrationsverhältnis von Blut zu Plasma von 1,26.

Biotransformation

Beim Menschen wird Deucravacitinib über vier primäre Stoffwechselwege metabolisiert: N-Demethylierung an der Triazol-Gruppe durch Cytochrom P-450 (CYP) 1A2 unter Bildung des Hauptmetaboliten BMT-153261, Cyclopropylcarboxamid-Hydrolyse durch Carboxylesterase 2 (CSE2) unter Bildung des Hauptmetaboliten BMT-158170, N-Glucuronidierung durch Uridin-Glucuronyl-Transferase (UGT) unter Bildung von BMT-334616 und Monooxidation durch CYP2B6/2D6 an der deuterierten Methylgruppe unter Bildung von M11.

Im Steady-State macht Deucravacitinib den größten zirkulierenden Anteil aus, und zwar 49 % der gemessenen, verbindungsbezogenen Komponenten. Es wurden zwei zirkulierende Hauptmetaboliten, BMT-153261 und BMT-158170, identifiziert, die mit der Muttersubstanz Deucravacitinib vergleichbare Halbwertszeiten aufweisen. BMT-153261 hat eine mit der Mutterverbindung vergleichbare Wirkstärke, und BMT-158170 ist nicht pharmakologisch wirksam. Die Exposition gegenüber zirkulierendem BMT-153261 ist deutlich geringer als die Exposition gegenüber der Mutterverbindung. Daher wird die überwiegende pharmakologische Aktivität der Mutterverbindung Deucravacitinib zugeschrieben.

Außerdem wurden keine Metaboliten, die nur beim Menschen auftreten, und keine langlebigen zirkulierenden Metaboliten identifiziert.

Elimination

Deucravacitinib wird über mehrere Wege eliminiert, darunter Phase-I- und Phase-II-Metabolismus, sowie durch direkte renale und fäkale Ausscheidung. Darüber hinaus trug kein einzelnes Enzym zu mehr als 26 % der Gesamt-Clearance bei. Deucravacitinib wird extensiv metabolisiert: 59 % der oral angewendeten [¹⁴C]-Deucravacitinib-Dosis werden als Metaboliten im Urin

(37 % der Dosis) und im Stuhl (22 % der Dosis) ausgeschieden. Unverändertes Deucravacitinib in Urin und Stuhl machte 13 % bzw. 26 % der Dosis aus.

Die terminale Eliminationshalbwertszeit von Deucravacitinib 6 mg bei gesunden erwachsenen Menschen beträgt 10 Stunden, mit einer Gesamt-Clearance von 15,3 l/h (VK 27 %). Deucravacitinib ist ein Substrat von Efflux-Transportern, P-Glykoprotein (P-gp) und Breast Cancer Resistance Protein (BCRP) und vom Aufnahmetransporter OCT1. Aufgrund der hohen passiven Permeabilität, der hohen oralen Bioverfügbarkeit und der niedrigen Affinität zu diesen Transportern ist der Beitrag dieser Transporter zur Pharmakokinetik von Deucravacitinib minimal.

Deucravacitinib ist kein Substrat der Transporter OATP, NTCP, OAT1, OAT3, OCT2, MATE1 oder MATE2K.

Linearität/Nicht-Linearität

Die Pharmakokinetik von als Tabletten angewendeten Deucravacitinib-Einzeldosen war über den Dosisbereich von 3 mg bis 36 mg hinweg linear.

Wechselwirkungen

Wirkung von Deucravacitinib auf andere Arzneimittel

In-vitro-Studien haben keine Hinweise dafür geliefert, dass Deucravacitinib und seine zirkulierenden Hauptmetaboliten bei klinisch relevanten Expositionen die wichtigsten CYP-Enzyme (1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4), UGT (1A1, 1A4, 1A6, 1A9, 2B7), CES2 und Arzneimitteltransporter (P-gp, BCRP, OATP1B1, OATP1B3, BSEP, MRP2, OAT1, OAT3, OCT1, OCT2, MATE1 und MATE2K) hemmen. Darüber hinaus ist Deucravacitinib kein Induktor von CYP1A2, CYP2B6 und CYP3A4 (siehe Abschnitt 4.5).

Besondere Patientengruppen

Ältere Patienten

Die mittlere Exposition gegenüber Deucravacitinib im Steady-State ($C_{avg,ss}$), welche auf einer populationspharmakokinetischen Analyse basiert, war bei Patienten im Alter von 65–74 Jahren [$n = 87$ von 1 387 (6,3 %)] um 31 % und bei Patienten im Alter von 75–84 Jahren [$n = 13$ von 1 387 (0,94 %)] um 53 % erhöht. Daten zur Exposition bei Patienten im Alter von ≥ 85 Jahren liegen nicht vor.

Patienten mit Nierenfunktionsstörung

Eine Nierenfunktionsstörung hat keine klinisch bedeutsamen Auswirkungen auf die Exposition gegenüber Deucravacitinib (siehe Abschnitt 4.2). Dies basiert auf einer dedizierten Studie, bei der die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mithilfe einer Gleichung für die Änderung der Ernährung bei Nierenerkrankungen (*Modification of Diet in Renal Disease*, MDRD) bestimmt wurde. Im Vergleich zur Gruppe mit normaler Nierenfunktion war über die Gruppen mit Nierenfunktionsstörung (leicht [eGFR: ≥ 60 bis < 90 ml/min], mittelschwer [eGFR: ≥ 30 bis < 60 ml/min], schwer [eGFR: < 30 ml/min] und ESRD [eGFR: < 15 ml/min]) hinweg C_{max} von Deucravacitinib um bis zu 15 % verändert und $AUC_{(INF)}$ um bis zu 48 % erhöht. Im Vergleich zur Gruppe mit normaler Nierenfunktion war C_{max} von BMT-153261 über die

Gruppen mit Nierenfunktionsstörung hinweg um bis zu 34 % erhöht und $AUC_{(INF)}$ um bis zu 84 % erhöht.

Durch eine Dialyse wird Deucravacitinib nicht in wesentlichem Umfang aus dem systemischen Kreislauf entfernt (5,4 % der Dosis pro Dialyse entfernt).

Patienten mit Leberfunktionsstörung

Eine leichte (Child-Pugh-Klasse A) und mittelschwere (Child-Pugh-Klasse B) Leberfunktionsstörung hat keine klinisch bedeutsamen Auswirkungen auf die Exposition gegenüber Deucravacitinib (siehe Abschnitt 4.2). Im Vergleich zur Gruppe mit normaler Leberfunktion waren Gesamt- C_{max} und - $AUC_{(INF)}$ von Deucravacitinib in den Gruppen mit leichter und mittelschwerer Leberfunktionsstörung um bis zu 10 % bzw. 40 % erhöht, während C_{max} und $AUC_{(INF)}$ von ungebundenem Deucravacitinib um bis zu 26 % bzw. 60 % erhöht waren. Bei Erwachsenen mit schwerer (Child-Pugh-Klasse C) Leberfunktionsstörung war Gesamt- C_{max} von Deucravacitinib mit entsprechenden gesunden Erwachsenen vergleichbar, während Gesamt-AUC um 43 % höher war. Bei diesen Erwachsenen waren C_{max} und $AUC_{(INF)}$ von ungebundenem Deucravacitinib um 62 % bzw. 131 % erhöht. Die Anwendung von Deucravacitinib wird bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.2).

Der $AUC_{(0-T)}$ -Wert von BMT-153261 war bei Patienten mit leichter, mittelschwerer und schwerer Leberfunktionsstörung im Vergleich zu Patienten mit normaler Leberfunktion um 19 %, 53 % bzw. 76 % verringert, während der C_{max} -Wert von BMT-153261 bei Patienten mit leichter, mittelschwerer und schwerer Leberfunktionsstörung um 25 %, 59 % bzw. 79 % verringert war.

Geschlecht

Basierend auf pharmakokinetischen Populationsmodellen und Simulationen wird erwartet, dass bei Frauen im Vergleich zu Männern die mittlere Steady-State-Exposition gegenüber Deucravacitinib ($C_{max,ss}$ und $C_{avg,ss}$) etwa 30 % höher ist.

Körpergewicht

Basierend auf pharmakokinetischen Populationsmodellen und Simulationen wird erwartet, dass bei Patienten mit geringerem Körpergewicht (< 60 kg) das geometrische Mittel der Steady-State-Exposition gegenüber Deucravacitinib ($C_{max,ss}$) 37,4 % und ($C_{avg,ss}$) 24,8 % höher ist. Bei Patienten mit höherem Körpergewicht (> 90 kg) wird ein geringeres geometrisches Mittel der Steady-State-Exposition gegenüber Deucravacitinib von 24,8 % ($C_{max,ss}$) und 19,6 % ($C_{avg,ss}$) (im Vergleich zu Patienten mit einem Körpergewicht von 60–90 kg) erwartet.

Intrinsische Faktoren

Abstammung und ethnische Zugehörigkeit hatten keine klinisch bedeutsamen Auswirkungen auf die Exposition gegenüber Deucravacitinib.

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Basierend auf den konventionellen Studien zur Sicherheitspharmakologie, Toxizität bei wiederholter Gabe, Reproduktions- und Entwicklungstoxizität, Genotoxizität und zum kanzerogenen Potential lassen die präklini-

schen Daten keine besonderen Gefahren für den Menschen erkennen.

Toxizität bei wiederholter Gabe

In der Studie zur chronischen Toxizität bei Ratten wurden bei Expositionen (AUC) auf dem Lowest Observed Effect Level (LOEL), die etwa dem 9-Fachen der für den Menschen empfohlenen Dosis (Recommended Human Dose, RHD) entsprachen, geringere Lymphozytenzahlen, eine Abnahme der Zellularität des Knochenmarks sowie der Zellularität des Lymphgewebes in Geweben des Immunsystems festgestellt. Diese Wirkungen waren nicht mit klinischen Anzeichen einer Immunsuppression (z. B. Infektionen) assoziiert. Bei Expositionen (AUC) auf dem Lowest Observed Effect Level (LOEL) von etwa dem 42-Fachen der RHD wurden reduzierte Thrombozytenzahlen und verringerte Parameter der Erythrozytenmasse beobachtet. In der Studie zur chronischen Toxizität bei Affen wurden bei Expositionen (AUC) auf dem Lowest Observed Effect Level (LOEL) von etwa dem 7-Fachen der RHD klinische und mikroskopische Hautveränderungen und verringerte Parameter der Erythrozytenmasse festgestellt.

Entwicklungs- und Reproduktionstoxizität

Bei männlichen und weiblichen Ratten hatte Deucravacitinib bei Expositionen (AUC) von bis zu ca. dem 247- und 171-Fachen der RHD keine Auswirkungen auf die Fertilität bzw. die frühe Embryonalentwicklung. Deucravacitinib war bei Expositionen des Muttertieres (AUC) von bis zu ca. dem 266-Fachen der RHD bei Ratten oder dem 91-/20-Fachen (gesamt/ungebunden) der RHD bei Kaninchen weder für den Embryo tödlich noch hatte es teratogene Wirkungen.

In einer Studie zur prä- und postnatalen Entwicklung bei Ratten wurden während des Zeitraums vor dem Absetzen bei Expositionen des Muttertieres (AUC) von etwa dem 110-Fachen der RHD vorübergehend niedrigere Körpergewichte der Jungtiere festgestellt. Dieser Effekt wurde im Zeitraum nach dem Absetzen vollständig wieder aufgehoben.

Nach Verabreichung von radioaktiv markiertem Deucravacitinib an laktierende Ratten waren Deucravacitinib und/oder seine Metaboliten in der Milch vorhanden, mit Konzentrationsverhältnissen von Milch zu Plasma von 2,7 bis 30,9.

6. PHARMEZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Tablettenkern

Hypromelloseacetatsuccinat
Lactose
Mikrokristalline Cellulose
Croscarmellose-Natrium
Siliciumdioxid-Hydrat
Magnesiumstearat

Filmüberzug

Poly(vinylalkohol)
Titandioxid (E 171)
Macrogol
Talkum
Eisen(III)-oxid (E 172)
Eisen(III)-hydroxid-oxid × H₂O (E 172)

6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

3 Jahre.

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Aufbewahrungsbedingungen erforderlich.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Durchsichtige Blisterpackung aus Polyvinylchlorid/Polychlorotrifluorethylen (PVC/PCTFE) mit durchdrückbarer Aluminiumfolie mit 7 oder 14 Filmtabletten pro Blisterpackung (Kalender- oder Nicht-Kalender-Blisterpackung).

Packungsgrößen: 7, 14, 28 und 84 Filmtabletten.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

7. INHABER DER ZULASSUNG

Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Irland

8. ZULASSUNGSNUMMERN

EU/1/23/1718/001
EU/1/23/1718/002
EU/1/23/1718/003
EU/1/23/1718/004
EU/1/23/1718/005
EU/1/23/1718/006
EU/1/23/1718/007
EU/1/23/1718/008

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung:
24. März 2023

10. STAND DER INFORMATION

Juli 2024

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar.

11. VERKAUFSABGRENZUNG

Verschreibungspflichtig

12. KONTAKTADRESSE IN DEUTSCHLAND

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Arnulfstraße 29
80636 München
Medizinische Information
Telefon: 0800 0752002

e-Mail: medwiss.info@bms.com
www.bmsmedinfo.de

Rote Liste Service GmbH

www.fachinfo.de

Mainzer Landstraße 55
60329 Frankfurt

