

DARZALEX 1800 mg solution injectable. Flacon de 15 ml. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** : Daratumumab. Excipients : Hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20) L-histidine ; Chlorhydrate de L-histidine monohydraté ; L-méthionine ; Polysorbate 20 ; Sorbitol ; Eau pour préparations injectables. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Solution injectable. La solution est limpide à opalescente, incolore à jaune. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES** : Myélome multiple : DARZALEX est indiqué : En association avec le lénalidomide et la dexaméthasone ou avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. En association avec le bortézomib, le thalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué et éligibles à une autogreffe de cellules souches. En association avec le lénalidomide et la dexaméthasone, ou le bortézomib et la dexaméthasone, pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur. En association avec le pomalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple ayant reçu un traitement antérieur incluant un inhibiteur du protéasome et du lénalidomide et qui étaient réfractaire au lénalidomide, ou ayant reçu au moins deux traitements antérieurs incluant un inhibiteur du protéasome et du lénalidomide et dont la maladie a progressé au cours ou après le dernier traitement (voir rubrique 5.1). En monothérapie, pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple en rechute et réfractaire, pour lesquels les traitements antérieurs incluaient un inhibiteur du protéasome et un agent immunomodulateur et dont la maladie a progressé lors du dernier traitement. Amylose à chaînes légères (AL) : DARZALEX est indiqué en association avec le cyclophosphamide, le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints d'amylose systémique à chaînes légères (AL) nouvellement diagnostiquée. **Posologie et mode d'administration** : DARZALEX en formulation sous-cutanée n'est pas destiné à une administration par voie intraveineuse et doit être administré par voie sous-cutanée uniquement, en utilisant les doses indiquées. DARZALEX doit être administré par un professionnel de santé, et la première dose doit être administrée dans un environnement où l'ensemble des moyens de réanimation est disponible. Il est important de vérifier les étiquettes du flacon pour s'assurer que la formulation (intraveineuse ou sous-cutanée) et la dose appropriées sont administrées au patient conformément à la prescription. Pour les patients recevant actuellement la formulation intraveineuse de daratumumab, DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée peut être utilisée comme alternative à la formulation intraveineuse de daratumumab à compter de la dose suivante programmée. Une médication pré et post-injection doit être administrée afin de réduire le risque de réactions liées à la perfusion (RLP) associé au daratumumab. Voir « Traitements concomitants recommandés », et la rubrique 4.4 ci-dessous. Posologie : Myélome multiple : Schéma posologique en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone ou le pomalidomide et la dexaméthasone (traitement par cycles de 4 semaines) et en monothérapie : La dose recommandée est de 1 800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, administrée pendant environ 3 à 5 minutes selon le calendrier d'administration suivant présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Calendrier d'administration de DARZALEX en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone (Rd), le pomalidomide et la dexaméthasone (Pd) (traitement par cycles de 4 semaines) et en monothérapie

Semaines	Fréquence d'administration
Semaines 1 à 8	Hebdomadaire (8 doses au total)
Semaines 9 à 24 ^a	Toutes les 2 semaines (8 doses au total)
À partir de la semaine 25, jusqu'à progression de la maladie ^b	Toutes les 4 semaines

^a La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 2 semaines est administrée en Semaine 9.

^b La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 4 semaines est administrée en Semaine 25.

La dexaméthasone doit être administrée à 40 mg/semaine (ou une dose réduite de 20 mg/ semaine pour les patients > 75 ans). Pour connaître la dose et la fréquence d'administration des médicaments associés à DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, voir rubrique 5.1 et se reporter au Résumé

des Caractéristiques du Produit correspondant. Schéma posologique en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone (traitement par cycles de 6 semaines) :

La dose recommandée est de 1 800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, administrée pendant environ 3 à 5 minutes, selon le calendrier d'administration suivant présenté dans le tableau 2.

Tableau 2 : Calendrier d'administration de DARZALEX en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone [VMP] (traitement par cycles de 6 semaines)

Semaines	Fréquence d'administration
Semaines 1 à 6	Hebdomadaire (6 doses au total)
Semaines 7 à 54 ^a	Toutes les 3 semaines (16 doses au total)
À partir de la semaine 55, jusqu'à progression de la maladie ^b	Toutes les 4 semaines

^a La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 3 semaines est administrée en Semaine 7.

^b La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 4 semaines est administrée en Semaine 55.

Le bortézomib est administré deux fois par semaine aux semaines 1, 2, 4 et 5 pendant le premier cycle de 6 semaines, puis 1 fois par semaine aux semaines 1, 2, 4 et 5 au cours des 8 cycles de 6 semaines suivants. Pour plus d'informations sur la dose et le schéma posologique de VMP en association avec DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, voir rubrique 5.1. Schéma posologique en association avec le bortézomib, le thalidomide et la dexaméthasone (traitement par cycles de 4 semaines) pour le traitement des patients nouvellement diagnostiqués et éligibles à une autogreffe de cellules souches. La dose recommandée est de 1 800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, administrée pendant environ 3 à 5 minutes, selon le calendrier d'administration suivant présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Calendrier d'administration de DARZALEX en association avec le bortézomib, le thalidomide et la dexaméthasone [VTd] (traitement par cycles de 4 semaines)

Phase de traitement	Semaines	Fréquence d'administration
Induction	Semaines 1 à 8	Hebdomadaire (8 doses au total)
	Semaines 9 à 16 ^a	Toutes les 2 semaines (4 doses au total)
Interruption dans le but de démarrer la chimiothérapie haute dose suivie de l'autogreffe de cellules souches		
Consolidation	Semaines 1 à 8 ^b	Toutes les 2 semaines (4 doses au total)

^a La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 2 semaines est administrée en Semaine 9.

^b La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 2 semaines est administrée en Semaine 1, lors de la reprise du traitement consécutive à une autogreffe de cellules souches.

La dexaméthasone doit être administrée à 40 mg les jours 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 et 23 des cycles 1 et 2, et à 40 mg les jours 1-2 et à 20 mg les jours d'administration suivants (jours 8, 9, 15, 16) des Cycles 3-4. La dexaméthasone 20 mg doit être administrée les jours 1, 2, 8, 9, 15, 16 des cycles 5 et 6. Pour connaître la dose et la fréquence d'administration des médicaments associés à DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, voir rubrique 5.1 et se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit correspondant. Calendrier d'administration en association avec le bortézomib et la dexaméthasone (traitement par cycles de 3 semaines) : La dose recommandée est de 1 800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, administrée pendant environ 3 à 5 minutes, selon le calendrier d'administration suivant présenté dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Calendrier d'administration de DARZALEX en association avec le bortézomib et la dexaméthasone (Vd) (traitement par cycles de 3 semaines)

Semaines	Fréquence d'administration
Semaines 1 à 9	Hebdomadaire (9 doses au total)
Semaines 10 à 24 ^a	Toutes les 3 semaines (5 doses au total)
À partir de la semaine 25, jusqu'à progression de la maladie ^b	Toutes les 4 semaines

^a La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 3 semaines est administrée en Semaine 10

^b La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 4 semaines est administrée en Semaine 25

La dexaméthasone doit être administrée à 20 mg les jours 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 et 12 des 8 premiers cycles de traitement par bortézomib, ou à une dose réduite de 20 mg/ semaine pour les patients > 75 ans, en insuffisance pondérale (IMC < 18,5), atteints d'un diabète mal contrôlé ou présentant des antécédents d'intolérance aux corticoïdes. Pour connaître la dose et la fréquence d'administration des médicaments associés à DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, voir rubrique 5.1 et se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit correspondant. *Amylose AL : Calendrier d'administration en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone (traitement par cycles de 4 semaines)*. La dose recommandée est de 1 800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, administrée pendant environ 3 à 5 minutes, selon le calendrier d'administration suivant présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Calendrier d'administration de DARZALEX pour l'amylose AL en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone ([VCd] ; traitement par cycles de 4 semaines)^a

Semaines	Fréquence d'administration
Semaines 1 à 8	Hebdomadaire (8 doses au total)
Semaines 9 à 24 ^b	Toutes les 2 semaines (8 doses au total)
À partir de la semaine 25, jusqu'à progression de la maladie ^c	Toutes les 4 semaines

^a Dans l'étude clinique, DARZALEX a été administré jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à un maximum de 24 cycles (~ 2 ans) à partir de la première dose du traitement à l'étude

^b La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 2 semaines est administrée en semaine 9

^c La première dose selon le calendrier d'administration toutes les 4 semaines est administrée en semaine 25

Pour connaître la dose et la fréquence d'administration des médicaments associés à DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, voir rubrique 5.1 et se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit correspondant. *Dose(s) oubliée(s)* : Si une dose prévue de DARZALEX a été oubliée, la dose doit être administrée dès que possible et le calendrier d'administration doit être ajusté en conséquence, en maintenant l'intervalle sans traitement. *Modifications de la dose* : Il n'est pas recommandé de réduire les doses de DARZALEX. Il peut être nécessaire de reporter une administration afin de permettre une récupération des valeurs de numérations sanguines en cas de toxicité hématologique (voir rubrique 4.4). Pour les informations relatives aux médicaments administrés en association avec DARZALEX, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit correspondant. Dans les études cliniques, aucune modification du débit ou de la dose de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée n'a été nécessaire pour prendre en charge les RLP. Médicaments concomitants recommandés. *Pré-médication* : Afin de réduire le risque de RLP, une prémédication (par voie orale ou intraveineuse) doit être administrée à tous les patients 1 à 3 heures avant chaque administration de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, comme suit : Corticoïdes (à durée d'action prolongée ou intermédiaire) Monothérapie : 100 mg de méthylprednisolone ou équivalent. Après la deuxième injection, la dose de corticoïde peut être réduite à 60 mg de méthylprednisolone. En association : 20 mg de dexaméthasone (ou équivalent) avant chaque administration de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée. Si la dexaméthasone fait partie du traitement de l'association, alors la dose de dexaméthasone de l'association servira également de prémédication les jours d'administration de DARZALEX (voir rubrique 5.1). D'autres schémas spécifiques de corticothérapies de fond (par ex. prednisone) ne doivent pas être pris les jours d'administration de DARZALEX lorsque les patients reçoivent de la dexaméthasone (ou équivalent) en prémédication. Antipyrétiques (650 à 1000 mg de paracétamol). Antihistaminique (25 à 50 mg de diphenhydramine ou équivalent, par voie orale ou intraveineuse). *Post-médication* : Afin de réduire le risque de RLP retardées, une médication post-injection doit être administrée comme suit : Monothérapie : Un corticoïde oral (20 mg de méthylprednisolone ou dose équivalente d'un corticoïde à durée d'action intermédiaire ou prolongée, selon les pratiques locales) doit être administré le premier et le deuxième jour suivant chaque injection (en débutant le lendemain de l'injection). En association : Envisager l'administration d'une faible dose de méthylprednisolone orale (≤ 20 mg) ou équivalent, le lendemain de l'injection de DARZALEX. Cependant, si un corticoïde spécifique du traitement de fond est administré (par exemple : dexaméthasone, prednisone) le lendemain de l'injection de DARZALEX, une médication post-injection supplémentaire peut ne pas être nécessaire (voir rubrique 5.1). Si le patient n'a présenté aucune RLP majeure après les trois premières injections, les corticoïdes post-injection peuvent être interrompus (à l'exclusion de tous les corticoïdes faisant partie

d'un traitement de fond). Par ailleurs, en cas d'antécédents de bronchopneumopathie chronique obstructive, l'administration de traitements post-injection incluant des bronchodilatateurs à courte et longue durée d'action, ainsi que des corticoïdes inhalés devra être envisagée. Après les quatre premières injections, si le patient n'a présenté aucune RLP majeure, ces traitements post-injection inhalés pourront être interrompues à la discrétion du médecin.

Prophylaxie de la réactivation du virus du zona
Une prophylaxie anti-virale doit être envisagée pour prévenir la réactivation du virus du zona.

Populations particulières :
Insuffisance rénale : Aucune étude spécifique n'a été réalisée avec daratumumab chez les patients atteints d'insuffisance rénale. D'après les analyses pharmacocinétiques (PK) de population, aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients ayant une insuffisance rénale (voir rubrique 5.2).
Insuffisance hépatique : Aucune étude spécifique n'a été réalisée avec daratumumab chez les patients atteints d'insuffisance hépatique. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients ayant une insuffisance hépatique (voir rubrique 5.2).
Sujets âgés : Aucun ajustement posologique n'est jugé nécessaire (voir rubrique 5.2).
Population pédiatrique : La sécurité et l'efficacité de DARZALEX chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible.
Poids corporel (> 120 kg) : Un nombre limité de patients ayant un poids corporel >120 kg ont été inclus dans les études avec la formulation à dose fixe (1 800 mg) de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée et l'efficacité chez ces patients n'a pas été évaluée. Aucun ajustement posologique en fonction du poids corporel ne peut être actuellement recommandé (voir rubrique 4.4 et 5.2).

Mode d'administration : La formulation de DARZALEX sous cutanée n'est pas destinée à une administration intraveineuse et doit être administrée uniquement par injection sous-cutanée, aux doses indiquées. Pour les précautions particulières à prendre avant l'administration, voir la rubrique 6.6. Pour éviter le colmatage de l'aiguille, fixer l'aiguille d'injection hypodermique ou le kit de perfusion sous-cutanée à la seringue immédiatement avant l'injection.

Injecter 15 ml de DARZALEX par voie sous-cutanée dans le tissu sous-cutané de l'abdomen à environ 7,5 cm à droite ou à gauche du nombril, pendant environ 3 à 5 minutes. Ne pas injecter DARZALEX par voie sous-cutanée sur d'autres sites du corps, car aucune donnée n'est disponible. Les sites d'injection doivent être alternés lors des injections suivantes. DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée ne doit jamais être injecté dans des zones où la peau est rouge, contusionnée, sensible, indurée, ou dans les zones portant des cicatrices. Arrêter ou ralentir le débit si le patient ressent de la douleur. Si la douleur n'est pas atténuée en ralentissant l'injection, un deuxième site d'injection peut être choisi de l'autre côté de l'abdomen pour administrer le reste de la dose. Pendant le traitement par DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, ne pas administrer d'autres médicaments par voie sous-cutanée sur le même site que celui utilisé pour DARZALEX.

Contre-indications : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :
Tracabilité : Afin d'améliorer la tracabilité des médicaments biologiques, le nom et le numéro de lot du produit administré doivent être clairement enregistrés.
Réactions liées à la perfusion : DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée peut causer des réactions liées à la perfusion (RLP) graves et/ou sévères, y compris des réactions anaphylactiques. Dans les études cliniques, environ 9 % des patients (74/832) ont présenté une RLP. La plupart des RLP sont survenues après la première injection et étaient de grade 1 à 2. Des RLP survenant lors des injections suivantes ont été observées chez 1% des patients (voir rubrique 4.8). Le délai médian d'apparition des RLP après l'injection de DARZALEX était de 3,2 heures (intervalle : 0,15 à 83 heures). La plupart des RLP s'est produite le jour du traitement. Des RLP retardées sont survenues chez 1% des patients. Les signes et symptômes des RLP peuvent inclure des symptômes respiratoires, tels que congestion nasale, toux, irritation de la gorge, rhinite allergique, respiration sifflante, ainsi que fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, nausées, hypotension et vision trouble. Des réactions sévères sont survenues, notamment bronchospasme, hypoxie, dyspnée, hypertension, tachycardie et des effets indésirables oculaires (notamment épanchement choroïdien, myopie aiguë et glaucome aigu à angle fermé) (voir rubrique 4.8). Les patients doivent recevoir une prémédication à base d'antihistaminiques, d'antipyrétiques et de corticoïdes et être surveillés et conseillés concernant les RLP, en particulier pendant et après les première et deuxième injections. Si une réaction anaphylactique ou des réactions mettant en jeu le pronostic vital (grade 4) se produisent, des soins d'urgence appropriés doivent être instaurés immédiatement. Le traitement par DARZALEX doit être immédiatement et définitivement interrompu (voir rubriques 4.2 et 4.3). Afin de réduire le risque de RLP retardées, des corticoïdes oraux doivent être administrés à tous les patients

après l'injection de DARZALEX (voir rubrique 4.2). Les patients présentant des antécédents de bronchopneumopathie chronique obstructive peuvent nécessiter une médication post-injection supplémentaire pour prendre en charge les complications respiratoires. L'utilisation d'une médication post-injection (par exemple, bronchodilatateurs à courte et longue durée d'action et corticoïdes inhalés) doit être envisagée pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive. Si des symptômes oculaires apparaissent, interrompre la perfusion de DARZALEX et demander une évaluation ophtalmologique immédiate avant de reprendre DARZALEX (voir rubrique 4.2).

Neutropénie/thrombopénie :DARZALEX peut amplifier la neutropénie et la thrombopénie induites par les traitements associés (voir rubrique 4.8).La numération formule sanguine doit être surveillée régulièrement au cours du traitement, selon les informations posologiques du fabricant relatives aux traitements de fond. Les signes d'infection doivent être surveillés chez les patients présentant une neutropénie. Il peut être nécessaire de reporter l'administration de DARZALEX pour permettre une récupération des valeurs de numérations sanguines. Chez les patients de faible poids corporel recevant la formulation sous-cutanée de DARZALEX, une neutropénie plus importante a été observée sans toutefois être associée à des taux plus élevés d'infections graves. Il n'est pas recommandé de réduire les doses de DARZALEX. Envisager une prise en charge symptomatique par transfusions ou facteurs de croissance.

Interférence avec le test indirect à l'antiglobuline (test de Coombs indirect) : Daratumumab se lie aux CD38 présents à de faibles taux sur les globules rouges, ce qui peut aboutir à un résultat positif au test de Coombs indirect. Le résultat positif au test de Coombs indirect induit par daratumumab peut persister jusqu'à 6 mois après la dernière administration de daratumumab. Il a été démontré que la liaison du daratumumab aux globules rouges peut masquer la détection des anticorps irréguliers présents dans le sérum du patient. La détermination du groupe ABO et du rhésus du patient n'est pas affectée.Le groupe sanguin doit être défini et une recherche d'anticorps irréguliers doit être réalisée chez les patients avant l'instauration du traitement par daratumumab. Le phénotypage peut être envisagé avant l'instauration du traitement par daratumumab conformément à la pratique locale. Le génotypage des globules rouges n'est pas impacté par daratumumab et peut être réalisé à tout moment.

En cas de transfusion planifiée, le centre de transfusion sanguine doit être informé de cette interférence avec le test indirect à l'antiglobuline (voir rubrique 4.5). En cas de transfusion urgente, des concentrés de globules rouges ABO/RhD compatibles, sans épreuve directe de compatibilité, peuvent être administrés, conformément aux pratiques locales des établissements de transfusion sanguine.

Interférence avec l'évaluation de la réponse complète : Daratumumab est un anticorps monoclonal humain de type IgG kappa pouvant être détecté à la fois sur l'électrophorèse des protéines sériques (EPS) et l'immunofixation (IFE) utilisées pour le contrôle clinique de la protéine M endogène (voir rubrique 4.5). Cette interférence peut impacter l'évaluation de la réponse complète et de la progression de la maladie chez certains patients ayant un myélome à IgG kappa.

Réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) : Des cas de réactivation du virus de l'hépatite B dont certains d'issue fatale ont été rapportés chez les patients traités par DARZALEX. Un dépistage du VHB doit être réalisé chez tous les patients avant l'initiation du traitement par DARZALEX. Pour les patients ayant une sérologie positive confirmée au VHB, une surveillance clinique et biologique des signes de réactivation du VHB doit être réalisée pendant le traitement et dans les 6 mois suivant la fin du traitement par DARZALEX. Les patients doivent être pris en charge conformément aux recommandations médicales en vigueur. Une consultation par un médecin spécialisé en hépatologie doit être envisagée lorsque cela est cliniquement indiqué. Chez les patients qui développent une réactivation du VHB sous DARZALEX, le traitement par DARZALEX doit être suspendu et un traitement approprié doit être instauré. La reprise du traitement par DARZALEX chez les patients dont la réactivation du VHB est correctement contrôlée doit être discutée avec les médecins spécialisés dans la prise en charge du VHB.

Poids corporel (>120 kg) : L'efficacité de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée est potentiellement réduite chez les patients de poids corporel >120 kg (voir rubrique 4.2 et 5.2).

Excipients : Ce médicament contient du sorbitol (E420). Les patients présentant une intolérance héréditaire au fructose (IHF) ne doivent pas recevoir ce médicament. Par ailleurs, ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, il peut être considéré essentiellement « sans sodium ».

Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : Aucune étude d'interaction n'a été réalisée. Il est peu probable que l'excrétion rénale et la métabolisation par les enzymes hépatiques constituent des voies d'élimination principales du daratumumab intact du fait qu'il s'agit d'un anticorps monoclonal IgG1 κ. Ainsi, il n'est pas attendu qu'une variation des enzymes métabolisant les médicaments affecte l'élimination du daratumumab. En raison de l'affinité élevée à un épitope unique sur le CD38, il n'est pas attendu que daratumumab altère les enzymes métabolisant les médicaments. Les évaluations pharmacocinétiques cliniques portant sur le daratumumab en formulation intraveineuse ou sous-cutanée, en association avec le lénalidomide, le pomalidomide, le thalidomide, le bortézomib, le melphalan, la prednisone, le carfilzomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone n'ont révélé aucune interaction médicamenteuse cliniquement pertinente entre daratumumab et ces médicaments qui sont de petites molécules.

Interférence avec le test indirect à l'antiglobuline (test de Coombs indirect) : Daratumumab se lie aux CD38 sur les globules rouges et interfère avec les examens de compatibilité, incluant la recherche des anticorps et l'épreuve de compatibilité directe (voir rubrique 4.4). Les méthodes permettant d'atténuer l'interférence du daratumumab incluent le traitement des panels de globules rouges par du dithiothréitol (DTT) afin d'empêcher la liaison du daratumumab aux globules rouges, ou toute autre méthode validée localement. Le système Kell étant également sensible au traitement par le DTT, des concentrés de globules rouges Kell négatifs doivent être utilisés après avoir exclu la présence d'allo-anticorps ou les avoir identifiés en utilisant un panel de globules rouges traité par le DTT. Alternativement, le phénotypage ou le génotypage peut être également envisagé (voir rubrique 4.4).

Interférence avec l'électrophorèse des protéines sériques et l'immunofixation : Daratumumab peut être détecté sur l'électrophorèse des protéines sériques (EPS) et l'immunofixation (IFE) utilisées pour contrôler l'immunoglobuline monoclonale du myélome (protéine M). Cela peut conduire à des résultats faussement positifs de l'EPS et de l'IFE chez les patients ayant un myélome de type IgG kappa, impactant l'évaluation initiale des réponses complètes selon les critères de l'« International Myeloma Working Group » (IMWG). Chez les patients ayant une très bonne réponse partielle persistante, lorsqu'une interférence avec daratumumab est suspectée, considérer le recours à une méthode validée de dosage d'IFE spécifique au daratumumab pour distinguer ce dernier de toute protéine M endogène présente dans le sérum du patient afin de faciliter la détermination d'une réponse complète.

Fertilité, grossesse et allaitement :

Femmes en âge de procréer/contraception : Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une contraception efficace pendant et jusqu'à 3 mois après l'arrêt du traitement par

daratumumab. **Grossesse** : Il n'existe pas ou une quantité limitée de données sur l'utilisation du daratumumab chez les femmes enceintes. Les études menées sur les animaux sont insuffisantes en ce qui concerne la toxicité reproductive (voir section 5.3). DARZALEX n'est pas recommandé pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception. **Allaitement** : Il n'a pas été établi si le daratumumab est excrété dans le lait maternel humain. Un risque pour les nouveaux nés/nourrissons ne peut pas être exclu. Une décision doit être prise d'interrompre l'allaitement ou d'arrêter/s'abstenir du traitement par DARZALEX, en prenant en compte le bénéfice de l'allaitement pour l'enfant au regard du bénéfice du traitement pour la femme. **Fertilité** : Aucune donnée n'est disponible pour déterminer les effets potentiels du daratumumab sur la fertilité masculine ou féminine (voir rubrique 5.3). **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines** : DARZALEX n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Cependant, une fatigue a été rapportée chez des patients recevant daratumumab et ceci doit être pris en compte en cas de conduite ou d'utilisation de machines. **Effets indésirables** : **Résumé du profil de sécurité** : Les effets indésirables les plus fréquents tous grades confondus (≥ 20 % des patients) observés avec le daratumumab (soit en formulation pour administration intraveineuse, soit en formulation sous-cutanée) lorsqu'il est administré en monothérapie ou en association, ont été les RLP, la fatigue, les nausées, la diarrhée, la constipation, la fièvre, la toux, la neutropénie, la thrombopénie, l'anémie, l'œdème périphérique, la neuropathie sensitive périphérique et les infections des voies respiratoires supérieures. Les effets indésirables graves ont été la pneumonie, la bronchite, les infections des voies respiratoires supérieures, le sepsis, l'œdème pulmonaire, la grippe, la fièvre, la déshydratation, la diarrhée, la fibrillation auriculaire et la syncope. Le profil de sécurité de la formulation sous-cutanée de DARZALEX était similaire à celui de la formulation intraveineuse, à l'exception d'un taux inférieur de RLP. Dans l'étude de phase III MMY3012, la neutropénie était le seul effet indésirable signalé à une fréquence ≥ 5 % plus élevée pour la formulation sous-cutanée de DARZALEX, par rapport au daratumumab administré par voie intraveineuse (grade 3 ou 4 : 13% vs 8%, respectivement). **Tableau récapitulatif des effets indésirables** : Le Tableau 6 résume les effets indésirables survenus chez les patients recevant une formulation sous-cutanée de DARZALEX ou une formulation intraveineuse de daratumumab. Les données reflètent l'exposition à la formulation sous-cutanée de DARZALEX (1 800 mg) chez 639 patients atteints d'un myélome multiple (MM). Les données comprennent 260 patients issus d'une étude de phase III contrôlée versus comparateur actif (étude MMY3012) ayant reçu DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée en monothérapie et 149 patients d'une étude de phase III contrôlée versus comparateur actif (MMY3013) qui ont reçu la formulation sous-cutanée de DARZALEX en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone (D-Pd). Les données reflètent également trois études cliniques en ouvert dans lesquelles les patients ont reçu DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée soit en monothérapie (N = 31, MMY1004 et MMY1008), soit en association avec bortézomib, melphalan et prednisone dans l'étude MMY2040 (D-VMP, n = 67), avec lénalidomide et dexaméthasone (D-Rd, n = 65) ou avec bortézomib, lénalidomide et dexaméthasone (D-VRd, n = 67). De plus, les données reflètent l'exposition de 193 patients atteints d'amylose AL nouvellement diagnostiquée, issues d'une étude de phase III contrôlée versus comparateur actif (étude AMY3001) au cours de laquelle les patients ont reçu la formulation sous-cutanée de DARZALEX en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone (D-VCd). Les données de sécurité reflètent également l'exposition au daratumumab administré par voie intraveineuse (16 mg/kg) chez 2324 patients atteints d'un myélome multiple, y compris 1910 patients ayant reçu du daratumumab par voie intraveineuse en association avec des traitements de fond et 414 patients ayant reçu du daratumumab par voie intraveineuse en monothérapie. Les effets indésirables rapportés après la commercialisation du produit sont également inclus. 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 $< 1/1\ 000$) et très rare ($< 1/10\ 000$). Au sein de chaque catégorie de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité.

Tableau 6 : Effets indésirables chez les patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL traités par daratumumab administré par voie intraveineuse ou par voie sous-cutanée

Classe de système d'organes	Effet indésirable	Fréquence	Fréquence (%)	
			Tout grade	Grade 3-4
Infections et infestations	Infection des voies respiratoires supérieures ^a	Très fréquent	37	2
	Pneumonie ^a		17	10
	Bronchite ^a		14	1
	Infection des voies urinaires	Fréquent	6	1
	Grippe		4	1 [#]
	Sepsis ^a		4	3
	Covid-19 ^g		7	4
	Infection à Cytomégalovirus ^a	Peu fréquent	< 1	< 1 [#]
Réactivation du virus de l'hépatite B ^a		< 1	< 1	
Affections hématologiques et du système lymphatique	Neutropénie ^a	Très fréquent	39	33
	Thrombopénie ^a		29	17
	Anémie ^a		27	12
	Lymphopénie ^a		14	11
	Leucopénie ^a		11	6
Affections du système immunitaire	Hypogammaglobulinémie ^a	Fréquent	2	<1 [#]
	Réaction anaphylactique ^b	Rare	-	-
Troubles du métabolisme et de la nutrition	Appétit diminué	Très fréquent	10	1
	Hyperglycémie	Fréquent	6	3
	Hypocalcémie		5	1
	Déshydratation		2	1 [#]
Affections psychiatriques	Insomnie	Très fréquent	15	1 [#]
Affections du système nerveux	Neuropathie périphérique sensitive	Très fréquent	26	3
	Céphalée		10	<1 [#]
	Sensation vertigineuse	Fréquent	9	< 1 [#]
	Paresthésie		9	< 1
	Syncope		3	2 [#]
Affections cardiaques	Fibrillation auriculaire	Fréquent	3	1
Affections vasculaires	Hypertension ^a	Fréquent	9	4
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	Toux ^a	Très fréquent	21	< 1 [#]
	Dyspnée ^a		18	2
	Cedème pulmonaire ^a	Fréquent	1	< 1
Affections gastro-intestinales	Diarrhée	Très fréquent	29	4
	Constipation		28	1
	Nausées		22	1 [#]
	Vomissements		14	1 [#]
	Pancréatite ^a	Fréquent	1	< 1
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Rash	Très fréquent	10	< 1 [#]
	Prurit	Fréquent	6	< 1 [#]
Affections musculosquelettiques et du tissu conjonctif	Dorsalgies	Très fréquent	16	2
	Spasmes musculaires		11	< 1 [#]
	Arthralgie		10	1 [#]

	Douleur musculosquelettique du thorax	Fréquent	6	< 1 [#]
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Fatigue	Très fréquent	23	4
	Cedème périphérique ^a		22	1
	Fièvre		21	1
	Asthénie		18	2
	Frissons	Fréquent	8	< 1 [#]
	Réactions au site d'injection ^{d,e}		8	0
Lésions, intoxications et complications d'interventions	Réaction liée à la perfusion ^c			
	Daratumumab par voie intraveineuse ^f	Très fréquent	39	5
	Daratumumab par voie sous-cutanée ^e	Fréquent	9	1 [#]

[#] Aucun cas de grade 4

^a Signale un regroupement de termes

^b Sur la base des effets indésirables rapportés après la commercialisation du produit

^c La désignation « Réaction liée à la perfusion » inclut les réactions considérées par les investigateurs comme liées à la perfusion/l'injection de daratumumab.

^d La désignation « Réaction au site d'injection » inclut les réactions considérées par les investigateurs comme liées à la l'injection de daratumumab.

^e Fréquence basée sur des études portant sur le daratumumab par voie sous-cutanée uniquement (N = 832).

^f Fréquence basée sur des études portant sur le daratumumab par voie intraveineuse uniquement (N = 2 324).

Remarque : basé sur 3156 patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL traités par daratumumab par voie intraveineuse ou daratumumab par voie sous-cutanée.

^g L'incidence est basée sur un sous-ensemble de patients ayant reçu au moins une dose du traitement de l'étude le ou après le 1^{er} février 2020 (début de la pandémie de COVID-19) des études MMY3003, MMY3006, MMY3008 et MMY3013.

Description d'une sélection d'effets indésirables : Réactions liées à la perfusion (RLP) Au cours des études cliniques (en monothérapie et en association ; N = 832) avec la formulation sous-cutanée de DARZALEX, la fréquence des RLP tous grades confondus a été de 8,2% lors de la première injection de DARZALEX (1800 mg, semaine 1), de 0,4% lors de l'injection de la semaine 2 et de 1,1% lors des injections suivantes. Des RLP de grade 3 ont été observées chez 0,8% des patients. Aucun patient n'a présenté de RLP de grade 4. Les signes et symptômes de RLP peuvent inclure des symptômes respiratoires, tels que congestion nasale, toux, irritation de la gorge, rhinite allergique, respiration sifflante, ainsi que fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, nausées, vision trouble et hypotension. Des réactions sévères sont survenues, notamment bronchospasme, hypoxie, dyspnée, hypertension, tachycardie et des effets indésirables oculaires (notamment épanchement choroidien, myopie aiguë et glaucome aigu à angle fermé) (voir rubrique 4.4). **Réactions au site d'injection (RSI)** Dans les études cliniques (N = 832) portant sur la formulation sous-cutanée de DARZALEX, l'incidence des réactions au site d'injection tous grades confondus était de 7,7%. Aucune RSI de grade 3 ou 4 n'a été observée. La RSI la plus fréquente (>1%) était l'érythème. **Infections :** Chez les patients atteints de myélome multiple recevant le daratumumab en monothérapie, l'incidence générale des infections était similaire entre la formulation sous-cutanée de DARZALEX (52,9%) et la formulation intraveineuse de daratumumab (50%). Des infections de grade 3 ou 4 se sont également produites à des fréquences similaires entre la formulation sous-cutanée de DARZALEX (11,7%) et la formulation intraveineuse de daratumumab (14,3%). La plupart des infections ont pu être prises en charge et elles ont rarement conduit à l'arrêt du traitement. La pneumonie était l'infection de grade 3 ou 4 la plus fréquemment rapportée dans les études. Dans les études contrôlées versus comparateur actif, des interruptions de traitement dues à des infections sont survenues chez 1 à 4% des patients. Les infections conduisant au décès étaient principalement dues à une pneumonie et à un sepsis. Chez les patients atteints de myélome multiple recevant un traitement d'association comprenant daratumumab administré par voie intraveineuse, les infections suivantes ont été rapportées : Infections de grade 3 ou 4. Etudes menées chez les patients en rechute/réfractaire : DVd : 21%, Vd : 19%; DRd : 28%, Rd : 23%; DPd : 28%

Etudes menées chez les patients nouvellement diagnostiqués : D-VMP: 23%, VMP: 15%; DRd: 32%, Rd: 23%; D-VTd: 22%, VTd: 20%. Infections (fatales) de grade 5. Etudes menées chez les patients en rechute/réfractaire : DVd: 1%, Vd: 2%; DRd: 2%, Rd: 1%; DPd: 2%. Etudes menées chez les patients nouvellement diagnostiqués : D-VMP: 1%, VMP: 1%; DRd: 2%, Rd: 2%; DVTd: 0%, VTd: 0%.

Chez les patients atteints de myélome multiple recevant un traitement associant plusieurs molécules dont la formulation sous-cutanée de DARZALEX les infections suivantes ont été rapportées :

Infections de grade 3 ou 4 : DPd : 28% ; Pd : 23%. Infections de grade 5 (fatales) : DPd : 5% ; Pd : 3%

Abréviations : D = daratumumab ; Vd = bortézomib-dexaméthasone ; Rd = lénalidomide-dexaméthasone ;

Pd = pomalidomide-dexaméthasone ; VMP = bortézomib-melphalan-prednisone, VTd=bortézomib-thalidomide-dexaméthasone.

Chez les patients atteints d'amylose AL recevant un traitement associant plusieurs molécules dont la formulation sous-cutanée de DARZALEX les infections suivantes ont été rapportées : Infections de grade 3 ou 4 : D-VCd : 17% ; VCd : 10%. Infections de grade 5 : D-VCd : 1% ; VCd : 1%

Abréviation : D = daratumumab ; VCd = bortézomib-cyclophosphamide-déxaméthasone. **Hémolyse** : Il existe un risque théorique d'hémolyse. Une surveillance continue de ce signal de sécurité sera effectuée dans les études cliniques et avec les données de sécurité post-commercialisation. **Troubles cardiaques et cardiomyopathie liée à l'amylose AL** : La majorité des patients dans AMY3001 était atteinte de cardiomyopathie liée à l'amylose AL à l'inclusion (D-VCd 72% vs VCd 71%). Des troubles cardiaques de grade 3 ou 4 sont survenus chez 11% des patients du bras D-VCd comparé à 10% des patients du bras VCd, tandis que des troubles cardiaques graves sont survenus chez 16% vs 13% des bras D-VCd et VCd, respectivement. Les troubles cardiaques graves survenant chez $\geq 2\%$ des patients comprenaient l'insuffisance cardiaque (D-VCd 6,2% vs VCd 4,3%), l'arrêt cardiaque (D-VCd 3,6% vs VCd 1,6%) et la fibrillation auriculaire (D-VCd 2,1% vs VCd 1,1%). Tous les patients du bras D-VCd qui ont présenté des troubles cardiaques graves ou d'issue fatale étaient atteints d'une cardiomyopathie liée à l'amylose AL à l'inclusion. La durée médiane de traitement la plus longue dans le bras D-VCd comparée au bras VCd (9,6 mois vs 5,3 mois, respectivement) doit être prise en compte dans la comparaison de la fréquence des troubles cardiaques entre les deux groupes de traitement. Les taux d'incidence ajustés à l'exposition (nombre de patients présentant l'événement pour 100 patients-mois à risque) de l'ensemble des troubles cardiaques de grade 3 ou 4 (1,2 vs 2,3), d'insuffisance cardiaque (0,5 vs 0,6), d'arrêt cardiaque (0,1 vs 0,0), et de fibrillation auriculaire (0,2 vs 0,1), étaient comparables dans le bras D-VCd et dans le bras VCd, respectivement. Avec un suivi médian de 11,4 mois, l'ensemble des décès (D-VCd 14% vs VCd 15%) dans l'étude AMY3001 était principalement dû à une cardiomyopathie liée à l'amylose AL dans les deux bras de traitement.

Autres populations particulières : Dans l'étude de phase III MMY3007, qui comparait le traitement D-VMP au traitement VMP chez les patients atteints de myélome multiple nouvellement diagnostiqués et non éligibles à l'autogreffe de cellules souches, l'analyse de sécurité du sous-groupe de patients avec un score de performance ECOG de 2 (D-VMP : n=89, VMP : n=84) était cohérente avec l'ensemble de la population de l'étude (voir rubrique 5.1). **Sujets âgés** : Parmi les 3549 patients ayant reçu du daratumumab (n=832 en sous-cutanée ; n=2717 en intraveineux) à la dose recommandée, 38 % avait entre 65 et moins de 75 ans, et 16 % étaient âgés de 75 ans ou plus. Dans l'ensemble, aucune différence au niveau de l'efficacité n'a été observée en lien avec l'âge. L'incidence des effets indésirables graves était plus élevée chez les patients plus âgés que chez les patients plus jeunes. Parmi les patients atteints d'un myélome en rechute/réfractaire (n=1976), les effets indésirables graves majoritaires qui apparaissaient le plus fréquemment chez les sujets âgés (≥ 65 ans) étaient la pneumonie et le sepsis. Parmi les patients atteints d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué et non éligibles à une autogreffe de cellules souches (n=777), l'effet indésirable grave majoritaire qui apparaissait le plus fréquemment chez les sujets âgés (≥ 75 ans) était la pneumonie. Parmi les patients atteints d'amylose AL nouvellement diagnostiquée (n = 193), la réaction indésirable grave la plus fréquente observée chez les personnes âgées (> 65 ans) était la pneumonie. **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration. **Surdosage, Signes et symptômes** : Aucun cas de surdosage n'est survenu dans les études cliniques. **Traitement** : Il n'existe aucun antidote spécifique connu pour un surdosage de daratumumab. En cas de surdosage, le patient doit être surveillé pour déceler tout signe ou symptôme d'effets indésirables et un traitement

symptomatique approprié doit être immédiatement instauré. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES. Propriétés pharmacodynamiques.** Classe pharmacothérapeutique : Antinéoplasiques, anticorps monoclonaux et anticorps-médicaments conjugués, inhibiteurs de CD38 (Clusters de Différenciation 38), Code ATC : L01FC01. DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée contient de la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20). La rHuPH20 agit localement et de manière transitoire pour dégrader le hyaluronane ([HA], un glycoaminoglycane naturel présent dans tout le corps) dans la matrice extracellulaire de l'espace sous-cutané en clivant la liaison entre les deux sucres (N-acétylglucosamine et acide glucuronique) qui composent le HA. La rHuPH20 a une demi-vie dans la peau de moins de 30 minutes. Les niveaux de hyaluronane dans le tissu sous-cutané reviennent à la normale dans les 24 à 48 heures en raison de la biosynthèse rapide du hyaluronane. **Mécanisme d'action :** Daratumumab est un anticorps monoclonal (AcM) humain de type IgG1 κ qui se lie à la protéine CD38 exprimée à la surface des cellules dans diverses hémopathies malignes, y compris les plasmocytes clonaux dans le myélome multiple et l'amylose AL, ainsi qu'à la surface d'autres types de cellules et de tissus. La protéine CD38 a de multiples fonctions, telles que l'adhésion médiée par des récepteurs, la signalisation et l'activité enzymatique. Il a été montré que le daratumumab est un puissant inhibiteur de la croissance *in vivo* des cellules tumorales exprimant le CD38. D'après les études *in vitro*, le daratumumab pourrait utiliser de multiples fonctions effectrices conduisant à la mort de la cellule tumorale par médiation immunitaire. Ces études suggèrent que le daratumumab peut induire la lyse des cellules tumorales par le biais d'une cytotoxicité dépendante du complément, d'une cytotoxicité cellulaire dépendante des anticorps et d'une phagocytose cellulaire dépendante des anticorps au sein des tumeurs malignes exprimant le CD38. Un sous-ensemble de cellules myéloïdes suppressives (CD38+MDSC), de lymphocytes T régulateurs (CD38+T_{regs}) et de lymphocytes B régulateurs (CD38+B_{regs}) est réduit par la lyse cellulaire induite par daratumumab. Les lymphocytes T (CD3+, CD4+ et CD8+) sont également connus pour exprimer le CD38, en fonction de leur stade de développement et de leur niveau d'activation. Des augmentations significatives de la numération absolue des lymphocytes T CD4+ et CD8+ et du pourcentage de lymphocytes ont été observées avec le traitement par le daratumumab dans le sang périphérique total et la moelle osseuse. De plus, le séquençage ADN des récepteurs des lymphocytes T a confirmé que la clonalité des lymphocytes T augmentait avec le traitement par le daratumumab, indiquant des effets immunomodulateurs qui pourraient contribuer à la réponse clinique. Daratumumab induit l'apoptose *in vitro* par le mécanisme de « cross-linking » médié par le fragment Fc. De plus, daratumumab module l'activité enzymatique du CD38, en inhibant l'activité enzymatique de la cyclase et en stimulant l'activité de l'hydrolase. La pertinence de ces effets observés *in vitro* dans la pratique clinique et leurs implications vis-à-vis de la croissance tumorale ne sont pas clairement connues. **Effets pharmacodynamiques :** *Numération des cellules NK (Natural Killer) et des lymphocytes T.* Les cellules NK sont connues pour exprimer des taux élevés de CD38 et sont sensibles à la lyse cellulaire induite par daratumumab. Des diminutions de la numération absolue et du pourcentage des cellules NK totales (CD16+ CD56+) et des cellules NK activées (CD16+ CD56^{dim}) dans le sang périphérique total et la moelle osseuse ont été observées lors du traitement par daratumumab. Cependant, aucune association n'a été mise en évidence entre les taux initiaux de cellules NK et la réponse clinique. **Immunogénicité :** Chez les patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL traités par le daratumumab par voie sous-cutanée en monothérapie et en association dans les études cliniques, moins de 1% des patients ont développé des anticorps anti-daratumumab apparus sous traitement. Chez les patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL, l'incidence des anticorps anti-rHuPH20 non neutralisants apparus sous traitement était de 7,3 % (55/750), chez les patients ayant reçu soit DARZALEX en formulation sous cutanée en monothérapie soit DARZALEX en formulation sous cutanée en association. Les anticorps anti-rHuPH20 ne semblaient pas avoir d'impact sur les expositions au daratumumab. La pertinence clinique du développement d'anticorps anti-daratumumab ou anti-rHuPH20 après un traitement par DARZALEX en formulation sous-cutanée n'est pas connue. **Expérience clinique avec DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée (formulation sous-cutanée) :** *Monothérapie – myélome multiple en rechute / réfractaire :* L'étude MMY3012, une étude de non-infériorité, de phase III, randomisée, en ouvert, a comparé l'efficacité et la sécurité du traitement par DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée (1 800 mg) par rapport au daratumumab par voie intraveineuse (16 mg/kg) chez des patients atteints de myélome multiple en rechute ou réfractaire qui avaient reçu au moins 3 lignes de traitement antérieures, comprenant un

inhibiteur du protéasome et un agent immunomodulateur, ou qui étaient doublement réfractaires à un IP et à un IMiD. Le traitement a été poursuivi jusqu'à survenue d'une toxicité inacceptable ou progression de la maladie. Au total, 522 patients ont été randomisés : 263 dans le bras DARZALEX en formulation sous-cutanée et 259 dans le bras daratumumab en formulation intraveineuse. Les caractéristiques démographiques et pathologiques de référence étaient similaires entre les deux groupes de traitement. L'âge médian des patients était de 67 ans (intervalle : 33 à 92 ans), 55 % étaient des hommes et 78 % étaient de type caucasien. Le poids médian des patients était de 73 kg (intervalle : 29 à 138 kg). Les patients avaient reçu une médiane de 4 lignes de traitement antérieures. Au total, 51% des patients avaient déjà reçu une autogreffe de cellules souches ; 100 % des patients avaient déjà été traités avec des IP et des IMiD ; et la plupart des patients étaient réfractaires à un traitement systémique antérieur, comprenant à la fois des IP et des IMiD (49%). L'étude a atteint ses co-critères principaux d'évaluation du taux de réponse globale (TRG) selon les critères de réponse de l'IMWG (Tableau 7) et de C_{min} maximum avant la dose au jour 1 du cycle 3 (voir rubrique 5.2).

Tableau 7: Résultats principaux de l'étude MMY3012

	Daratumumab par voie sous-cutanée (N = 263)	Daratumumab par voie intraveineuse (N = 259)
Critère d'évaluation principal		
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP), n (%) ^a	108 (41,1 %)	96 (37,1 %)
IC à 95% (%)	(35,1 % ; 47,3 %)	(31,2 % ; 43,3 %)
Ratio des taux de réponse (IC à 95 %) ^b		1,11 (0,89, 1,37)
RC ou mieux, n (%)	5 (1,9 %)	7 (2,7 %)
Très bonne réponse partielle (TBRP)	45 (17,1 %)	37 (14,3 %)
Réponse partielle (RP)	58 (22,1 %)	52 (20,1 %)
Critère d'évaluation secondaire		
Taux de réaction liée à la perfusion, n (%) ^c	33 (12,7 %)	89 (34,5 %)
Survie sans progression, mois		
Médiane (IC à 95 %)	5,59 (4,67 ; 7,56)	6,08 (4,67 ; 8,31)
Rapport de risque (IC à 95 %)		0,99 (0,78 ; 1,26)

^a Basé sur la population en intention de traiter.

^b Valeur de p < 0,0001 du test de Farrington-Manning pour l'hypothèse de non-infériorité.

^c Basé sur la population d'analyse de la sécurité. Valeur de p < 0,0001 du test du χ^2 de Cochran-Mantel-Haenszel.

Après un suivi médian de 29,3 mois, La médiane de SG était de 28,2 mois (IC 95% : 22,8, NA) dans le bras DARZALEX en formulation sous cutanée et était de 25,6 mois (IC 95% : 22,1, NA) dans le bras daratumumab en intraveineux.

Les résultats de sécurité et de tolérance, y compris chez les patients de faible poids, étaient conformes au profil de sécurité connu pour la formulation sous-cutanée de DARZALEX et pour la formulation intraveineuse de daratumumab. Les résultats du CTSQ modifié, un questionnaire sur les résultats rapportés par les patients qui évalue leur satisfaction à l'égard de leur traitement, ont démontré que les patients recevant DARZALEX par voie sous-cutanée étaient plus satisfaits de leur traitement que les patients recevant du daratumumab par voie intraveineuse. Cependant, les études en ouvert sont sujettes à des biais. *Thérapies combinées dans le myélome multiple* : L'étude MMY2040 est une étude en ouvert évaluant l'efficacité et la sécurité de DARZALEX en formulation sous-cutanée à la dose de 1 800 mg : en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone (D-VMP) chez des patients atteints d'un myélome multiple (MM) nouvellement diagnostiqué qui ne sont pas éligibles à une greffe. Le bortézomib était administré par injection sous-cutanée à une dose de 1,3 mg/m² de surface corporelle deux fois par semaine aux semaines 1, 2, 4 et 5 pour le premier cycle de 6 semaines (cycle 1 ; 8 doses), suivi d'une administration hebdomadaire aux semaines 1, 2, 4 et 5 pour huit autres cycles de 6 semaines (cycles 2 à 9 ; 4 doses par cycle). Le melphalan à 9 mg/m² et la prednisone à 60 mg/m² étaient administrés par voie orale aux jours 1 à 4 des neuf cycles de 6 semaines (cycles 1 à 9). Le traitement par DARZALEX, administré par voie sous-cutanée, a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable. En association avec le lénalidomide et la dexaméthasone (D-Rd) chez des patients atteints de MM en rechute ou réfractaire. Le lénalidomide (25 mg une fois par jour par

voie orale les jours 1 à 21 de cycles répétés de 28 jours [4 semaines]) a été administré avec une faible dose de dexaméthasone à 40 mg/semaine (ou une dose réduite de 20 mg/semaine pour les patients âgés de > 75 ans ou ayant un IMC < 18,5). Le traitement par DARZALEX, administré par voie sous-cutanée, a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable. En association avec le bortézomib, le lénalidomide et la dexaméthasone (D-VRd) chez des patients atteints d'un MM nouvellement diagnostiqué et éligibles à une greffe. Le bortézomib a été administré par injection sous-cutanée à une dose de 1,3 mg/m² de surface corporelle deux fois par semaine aux semaines 1 et 2. Le lénalidomide a été administré par voie orale à la dose de 25 mg une fois par jour les jours 1 à 14 ; de la dexaméthasone à faible dose a été administrée à 40 mg/semaine en cycles de 3 semaines. La durée totale du traitement était de 4 cycles. Au total, 199 patients ont été inclus (D-VMP : 67 ; D-Rd : 65 ; D-VRd : 67). Les résultats d'efficacité ont été déterminés par un algorithme informatique utilisant les critères de l'IMWG. L'étude a atteint son critère principal d'évaluation du TRG pour D-VMP et D-Rd et son critère principal d'évaluation de TBRP ou mieux pour D-VRd (voir le tableau 8).

Tableau 8: Résultats d'efficacité de l'étude MMY2040

	D-VMP (n = 67)	D-Rd (n = 65)	D-VRd (n = 67)
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP), n (%) ^a	60 (89,6%)	61 (93,8 %)	65 (97,0 %)
IC à 90 % (%)	(81,3 % ; 95,0 %)	(86,5 % ; 97,9 %)	(90,9 % ; 99,5 %)
Réponse complète stricte (RCs)	13 (19,4 %)	12 (18,5 %)	6 (9,0 %)
Réponse complète (RC)	19 (28,4 %)	13 (20,0 %)	5 (7,5 %)
Très bonne réponse partielle (TBRP)	20 (29,9 %)	26 (40,0 %)	37 (55,2 %)
Réponse partielle (RP)	8 (11,9 %)	10 (15,4 %)	17 (25,4 %)
TBRP ou mieux (RCs + RC + TBRP)	52 (77,6 %)	51 (78,5 %)	48 (71,6 %)
IC à 90 % (%)	(67,6 % ; 85,7 %)	(68,4 % ; 86,5 %)	(61,2 % ; 80,6 %)

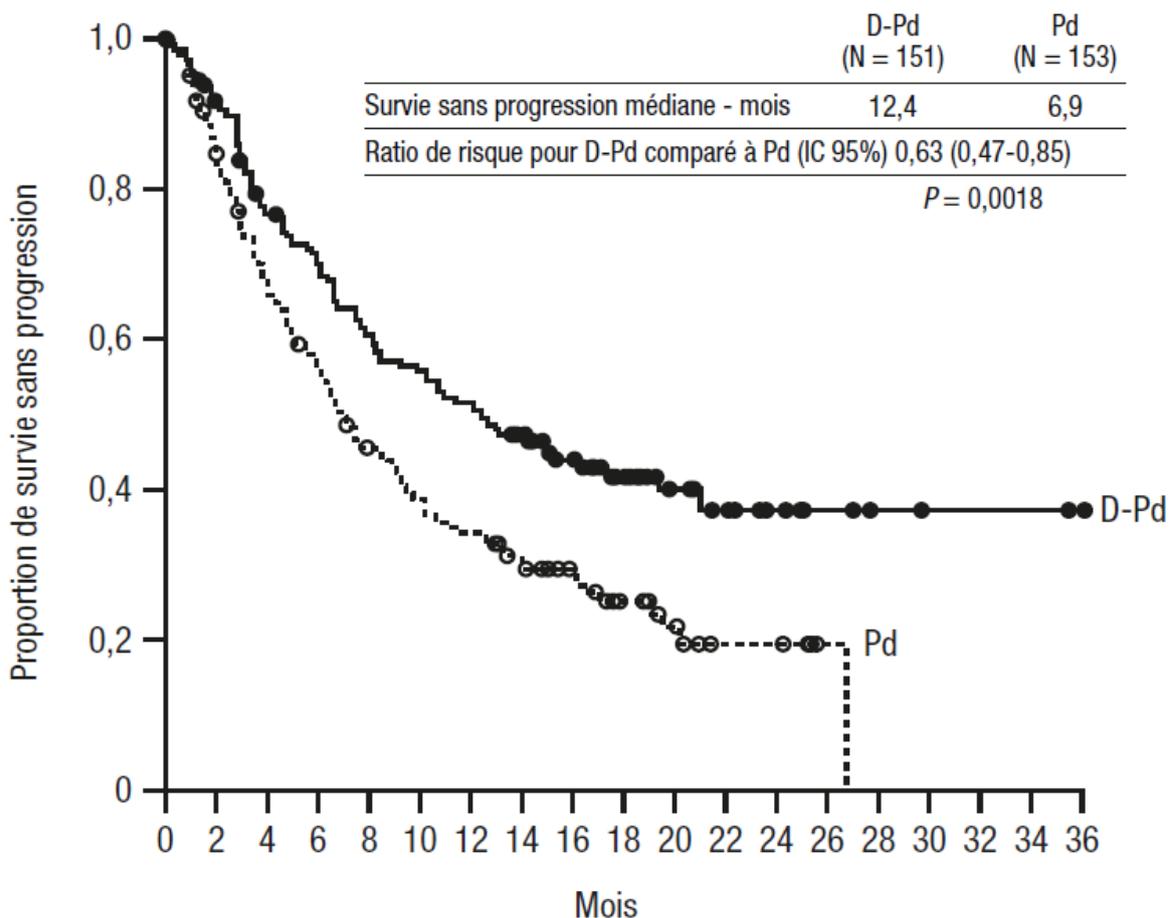
D-VMP = Daratumumab-bortézomib-melphalan-prednisone ; D-Rd = Daratumumab-lénalidomide-dexaméthasone ; D-VRd = Daratumumab-bortézomib-lénalidomide-dexaméthasone ; Daratumumab = DARZALEX en formulation par voie sous-cutanée ; IC = intervalle de confiance.

^a Basé sur des sujets traités

Traitement en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone (Pd) : L'étude MMY3013 était une étude de phase III, ouverte, randomisée, contrôlée versus comparateur actif, comparant le traitement par DARZALEX (1800 mg) en formulation sous-cutanée en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone à faible dose (D-Pd) au traitement par pomalidomide et dexaméthasone à faible dose (Pd) chez des patients atteints de myélome multiple ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure par lénalidomide et un inhibiteur du protéasome (IP). Le pomalidomide (4 mg une fois par jour par voie orale les jours 1 à 21 des cycles répétés de 28 jours [4 semaines]) était administré avec la dexaméthasone par voie orale ou intraveineuse à faible dose de 40 mg/semaine (ou une dose réduite de 20 mg/semaine pour les patients > 75 ans). Lors des jours d'administration de DARZALEX en formulation sous-cutanée, 20 mg de dexaméthasone étaient administrés comme prémédication, le reste étant donné le lendemain de l'administration. Pour les patients recevant une dose réduite de dexaméthasone, la totalité de la dose de 20 mg était administrée comme prémédication avant l'administration de DARZALEX en formulation sous-cutanée. Les ajustements de dose pour le pomalidomide et la dexaméthasone étaient appliqués conformément aux RCP du fabricant. Le traitement était poursuivi dans les deux bras jusqu'à la progression de la maladie ou une toxicité inacceptable. Un total de 304 patients a été randomisé : 151 dans le bras D-Pd et 153 dans le bras Pd. Les patients présentant des signes documentés de progression de la maladie au cours ou après le dernier traitement ont été inclus dans l'étude. Les patients présentant une éruption cutanée ≥ grade 3 pendant le traitement antérieur étaient exclus, conformément au Résumé des Caractéristiques du Produit du pomalidomide. Les données démographiques et les caractéristiques de la maladie à l'inclusion étaient similaires entre les deux groupes de traitement. L'âge médian des patients était de 67 ans (intervalle de 35 à 90 ans), 18% étaient âgés de 75 ans ou plus, 53% étaient des hommes et 89% étaient caucasiens. Les patients avaient reçu une médiane de deux lignes de traitement antérieures. Tous les patients avaient reçu un traitement antérieur par un inhibiteur du protéasome (IP) et par lénalidomide, et 56% des patients avaient reçu une autogreffe antérieure des cellules souches. Quatre vingt seize

pourcent (96%) de patients avaient reçu un traitement antérieur avec bortézomib. La majorité des patients étaient réfractaires au lénalidomide (80%), à un IP (48%) ou à la fois à un immunomodulateur et à un IP (42%). Onze pour cent des patients avaient reçu une ligne de traitement antérieure ; tous étaient réfractaires au lénalidomide et 32,4% étaient réfractaires à la fois au lénalidomide et à un IP. L'efficacité a été évaluée par la survie sans progression (SSP) basée sur les critères de l'International Myeloma Working Group (IMWG). Avec un suivi médian de 16,9 mois, l'analyse principale de la SSP dans l'étude MMY3013 a démontré une amélioration statistiquement significative dans le bras D-Pd comparé au bras Pd ; la SSP médiane était de 12,4 mois dans le bras D-Pd et de 6,9 mois dans le bras Pd (HR [IC 95%]: 0,63 [0,47, 0,85]; valeur de p = 0,0018), représentant une réduction de 37% du risque de progression de la maladie ou de décès chez les patients traités par D-Pd comparativement à Pd. La SG médiane n'a été atteinte pour aucun des groupes de traitement.

Figure 1: Courbe de Kaplan-Meier de la SSP dans l'étude MMY3013



Patients à risque

Pd	153	121	93	79	61	52	46	36	27	17	12	5	5	1	0	0	0	0	
D-Pd	151	135	111	100	87	80	74	66	48	30	20	12	8	5	3	2	2	2	1

Des résultats d'efficacité supplémentaires provenant de l'étude MMY3013 sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 : Résultats d'efficacité de l'étude MMY3013^a

	D-Pd (n=151)	Pd (n=153)
Réponse globale (RCs+RC+TBRP+RP) n(%) ^a	104 (68,9%)	71 (46,4%)
Valeur de p ^b	<0,0001	
Réponse complète stringente (RCs)	14 (9,3%)	2 (1,3%)
Réponse complète (RC)	23 (15,2%)	4 (2,6%)

Très bonne réponse partielle (TBRP)	40 (26,5%)	24 (15,7%)
Réponse partielle (RP)	27 (17,9%)	41 (26,8%)
Taux de patients avec MRD négative^c n(%)	13 (8,7%)	3 (2,0%)
IC 95% (%)	(4.7%, 14.3%)	(0.4%, 5.6%)
Valeur de p ^d	0,0102	

D-Pd = daratumumab-pomalidomide-dexaméthasone ; Pd = pomalidomide-dexaméthasone ; MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance

^a Basée sur la population en intention de traiter

^b Valeur de p extraite du test de χ^2 de Cochran Mantel-Haenszel, ajusté pour les facteurs de stratification

^c Le taux de MRD négative se base sur la population en intention de traiter et un seuil de 10^{-5}

^d Valeur de p extraite du test exact de Fisher.

Chez les répondeurs, le délai médian jusqu'à la réponse était de 1 mois (intervalle : de 0,9 à 9,1 mois) dans le groupe D-Pd, et de 1,9 mois (intervalle : 0,9 à 17,3 mois) dans le groupe Pd. La durée médiane de réponse n'a pas été atteinte dans le groupe D-Pd (intervalle : 1 à plus de 34,9 mois) et était de 15,9 mois (intervalle : 1 à 24,8 mois) dans le groupe Pd. *Traitement en association au bortézomib, cyclophosphamide et dexaméthasone chez les patients atteints d'amylose AL* : L'étude AMY3001, une étude de phase III, ouverte, randomisée, contrôlée versus comparateur actif, comparait le traitement par DARZALEX en formulation sous-cutanée (1 800 mg) en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone (D-VCd) au traitement par bortézomib, cyclophosphamide et dexaméthasone (VCd) seuls, chez des patients atteints d'amylose AL systémique nouvellement diagnostiquée. La randomisation était stratifiée par le Système de stadification cardiaque de l'amylose AL, par pays proposant généralement une autogreffe de cellules souches pour les patients atteints d'amylose AL, et par la fonction rénale. Tous les patients inclus dans l'étude AMY3001 avaient une amylose AL nouvellement diagnostiquée avec au moins un organe affecté, une maladie hématologique mesurable, une atteinte cardiaque de stade I-IIIa (basée sur la Modification Européenne des Stades cardiaques Mayo 2004) et NYHA de classe I-IIIa. Les patients atteints de NYHA de classe IIIB et IV étaient exclus. Le bortézomib (SC ; 1,3 mg/m² de surface corporelle), le cyclophosphamide (par voie orale ou IV ; 300 mg/m² de surface corporelle ; dose maximale 500 mg) et la dexaméthasone (par voie orale ou IV ; 40 mg ou une dose réduite de 20 mg pour les patients > 70 ans ou présentant un indice de masse corporelle [IMC] < 18,5 ou ceux atteints d'hypervolémie, d'un diabète mal contrôlé ou présentant des antécédents d'intolérance au traitement par corticoïdes) ont reçu une administration hebdomadaire les jours 1, 8, 15 et 22 des cycles répétés de 28 jours [4 semaines]. Les jours de l'administration de DARZALEX, 20 mg de la dose de dexaméthasone étaient administrés comme prémédication et le reste était administré le lendemain de l'administration de DARZALEX. Le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone ont été administrés pendant six cycles de 28 jours [4 semaines] dans les deux bras de traitement, tandis que le traitement par DARZALEX était poursuivi jusqu'à la progression de la maladie, l'instauration d'un traitement ultérieur, ou un maximum de 24 cycles (~ 2 ans) à partir de la première dose de traitement. Des ajustements de dose pour le bortézomib, le cyclophosphamide, et la dexaméthasone ont été appliqués conformément aux RCP du fabricant. Un total de 388 patients a été randomisé : 195 dans le bras D-VCd et 193 dans le bras VCd. Les données démographiques et caractéristiques de la maladie à l'inclusion étaient similaires entre les deux groupes de traitement. La majorité (79%) des patients étaient atteints d'amylose à chaînes légères lambda. L'âge médian des patients était de 64 ans (intervalle: 34 à 87) ; 47% avaient ≥ 65 ans ; 58% étaient des hommes; 76% étaient caucasiens, 17% asiatiques, et 3% afro-américains ; 23% étaient atteints d'amylose AL de stade cardiaque clinique I, 40% de stade II, 35% de stade IIIa, et 2% de stade IIIB. Tous les patients présentaient une atteinte d'un ou plusieurs organes, et le nombre médian d'organes atteints était de 2 (intervalle : 1 à 6) et 66% des patients avaient au moins 2 organes atteints. L'atteinte des organes vitaux était la suivante : 71% cardiaque, 59% rénale, 8% hépatique. Les patients atteints de neuropathie périphérique sensorielle de grade 2 ou douloureuse de grade 1 étaient exclus. Le critère d'évaluation principal de l'efficacité était le taux de réponse complète hématologique (RC-Hém), tel que déterminé par le Comité de revue indépendant, sur la base des Critères de consensus international. L'étude AMY3001 a démontré une amélioration de la RC-Hém dans le bras D-VCd comparée au bras VCd. Les résultats d'efficacité sont résumés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Résultats d'efficacité de l'étude AMY3001^a

	D-VCd (n=195)	VCd (n=193)	Valeur de P
Réponse complète hématologique (RC-Hém), n (%)	104 (53,3%)	35 (18,1%)	<0,0001 ^b
Très bonne bonne réponse partielle (TBRP), n (%)	49 (25,1%)	60 (31,1%)	
Réponse partielle (RP), n (%)	26 (13,3%)	53 (27,5%)	
TBRP hématologique ou mieux (RC-Hém + TBRP), n (%)	153 (78,5%)	95 (49,2%)	<0,0001 ^b
Survie sans progression de la détérioration d'un organe majeur (SSP-DOM), Hazard Ratio avec IC 95 % ^c	0,58 (0,36, 0,93)		0,0211 ^d

D-VCd = daratumumab-bortézomib-cyclophosphamide-dexaméthasone ; VCd = bortézomib-cyclophosphamide-dexaméthasone

^a Basée sur la population en intention de traiter

^b valeur de p issue du test du χ^2 de Cochran Mantel-Haenszel.

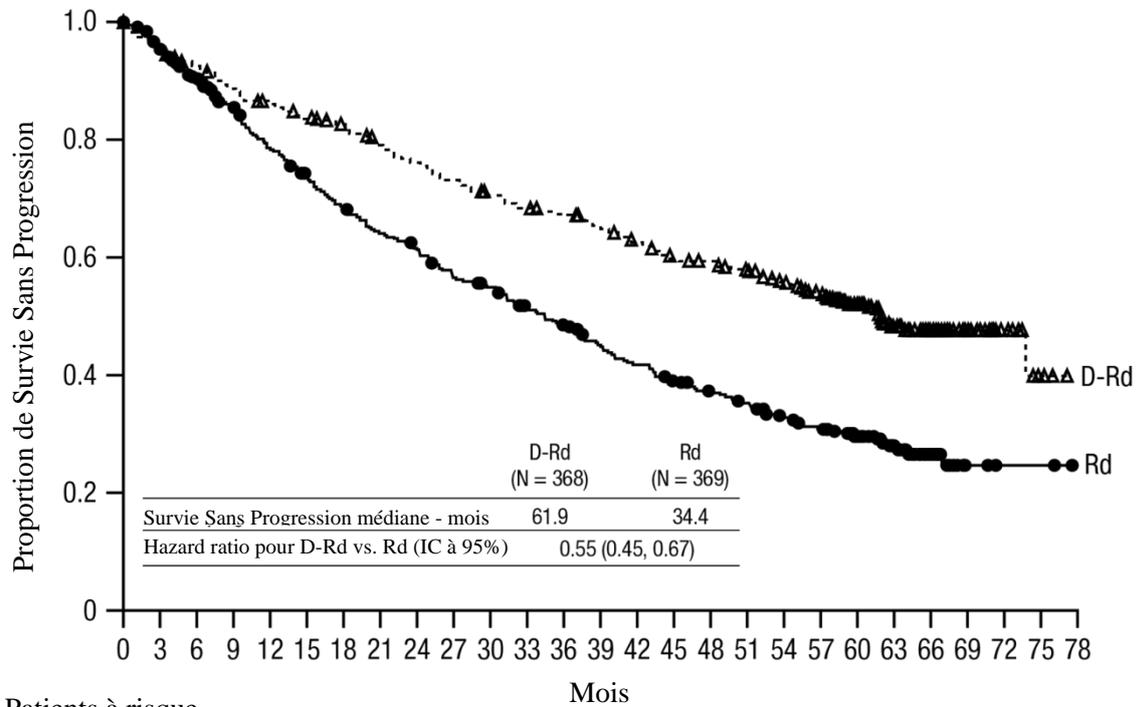
^c SSP-DOM définie comme une progression hématologique, une détérioration d'un organe majeur (cardiaque ou rénal) ou le décès

^d Valeur nominale de p issue de la probabilité inverse censurant le test du log-rank pondéré

Chez les répondeurs, le délai médian jusqu'à la RC-Hém était de 60 jours (intervalle : 8 à 299 jours) dans le groupe D-VCd et de 85 jours (intervalle : 14 à 340 jours) dans le groupe VCd. Le délai médian jusqu'à une TBRP ou mieux était de 17 jours (intervalle : 5 à 336 jours) dans le groupe D-VCd et 25 jours (intervalle : 8 à 171 jours) dans le groupe VCd. La durée médiane de la RC-Hém n'a été atteinte dans aucun des deux bras. Le suivi médian pour l'étude est de 11,4 mois. La médiane de la survie sans progression de la détérioration d'un organe majeur (SSP-DOM) n'a été atteinte dans aucun des deux bras. Les données de la survie globale (SG) n'étaient pas matures. Un total de 56 décès a été observé [n = 27 (13,8%) dans le groupe D-VCd contre n = 29 (15%) dans le groupe VCd]. Expérience clinique avec la solution à diluer pour perfusion de daratumumab (formulation intraveineuse). Myélome multiple nouvellement diagnostiqué : Traitement en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour les patients non éligibles à une autogreffe de cellules souches : L'étude MMY3008, une étude de phase III en ouvert, randomisée, contrôlée versus comparateur actif, a évalué le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse à la dose de 16 mg/kg en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone à faible dose (DRd) par rapport au traitement par le lénalidomide et la dexaméthasone à faible dose (Rd) chez des patients atteints d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué. Le lénalidomide (à 25 mg une fois par jour, par voie orale, de J1 à J21 au cours des cycles répétés de 28 jours [4 semaines]) a été administré avec une faible dose de dexaméthasone de 40 mg/semaine par voie orale ou par voie intraveineuse (ou une dose réduite à 20 mg/semaine chez les patients âgés de > 75 ans ou présentant un indice de masse corporelle [IMC] < 18,5). Les jours de la perfusion de daratumumab par voie intraveineuse, la dose de dexaméthasone a été administrée en prémédication. Les ajustements posologiques du lénalidomide et de la dexaméthasone ont été réalisés selon les informations des Résumés des Caractéristiques du Produit. Dans les deux bras, le traitement a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable. Au total, 737 patients ont été randomisés, dont 368 dans le bras DRd et 369 dans le bras Rd. À l'inclusion, les données démographiques et les caractéristiques de la maladie étaient similaires dans les deux groupes de traitement. L'âge médian des patients était de 73 ans (intervalle : 45 à 90 ans) et 44 % étaient âgés de ≥ 75 ans. La majorité des patients était de type caucasien (92 %) et était des hommes (52 %) ; 34 % des patients avaient un score de performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de 0, 49,5 % avaient un score ECOG de 1, et 17 % avaient un score ECOG ≥ 2. Vingt-sept pour cent des patients avaient une maladie de stade ISS (International Staging System) I, 43 % de stade ISS II, 29 % de stade ISS III. L'efficacité a été évaluée par la survie sans progression (SSP) d'après les critères IMWG (International Myeloma Working Group) et la survie globale (SG). Avec un suivi médian de 28 mois, l'analyse primaire de la SSP dans l'étude MMY3008 a montré une amélioration dans le bras DRd en comparaison au bras Rd ; la SSP médiane n'a pas été atteinte dans le bras DRd et a été de 31,9 mois dans le bras Rd (hazard ratio [HR] = 0,56 ; IC à 95 % : 0,43 - 0,73 ; p < 0,0001), représentant 44 % de diminution du risque de progression de la maladie ou de décès chez les patients

traités par DRd. Les résultats d'une analyse de la SSP après un suivi médian de 64 mois continuent de montrer une amélioration de la SSP pour les patients du bras DRd en comparaison avec le bras Rd. La SSP médiane était de 61,9 mois dans le bras DRd et de 34,4 mois dans le bras Rd (HR = 0,55 ; IC à 95% : 0,45 – 0,67).

Figure 2 : Courbe de Kaplan-Meier de la SSP dans l'étude MMY3008

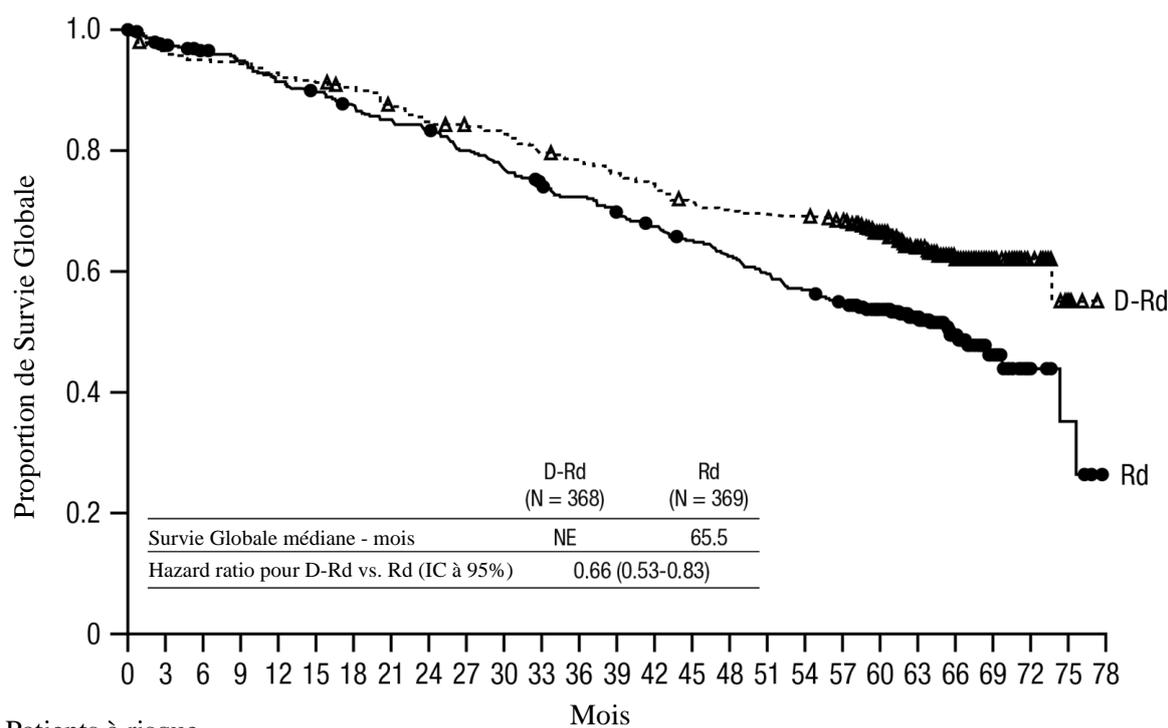


Patients à risque

Rd	369	333	307	280	255	237	220	205	196	179	172	156	147	134	124	114	106	99	88	81	64	47	20	4	2	2	0
D-Rd	368	347	335	320	309	300	290	276	266	256	246	237	232	223	211	200	197	188	177	165	132	88	65	28	11	3	0

Avec un suivi médian de 56 mois, le bras DRd a montré un avantage de SG par rapport au bras Rd (HR = 0,68 ; IC à 95% : 0,53 - 0,86 ; p = 0,0013). Les résultats d'une analyse de la SG mise à jour après un suivi médian de 64 mois continuent de montrer une amélioration de la SG pour les patients du bras DRd en comparaison au bras Rd. La SG médiane n'a pas été atteinte dans le bras DRd et était de 65,5 mois dans le bas Rd (HR= 0,66 ; IC à 95% : 0,53 - 0,83).

Figure 3 : Courbe de Kaplan-Meier de la SG dans l'étude MMY3008



Patients à risque

Rd	369	351	343	336	324	317	308	300	294	281	270	258	251	241	232	223	214	204	195	186	157	117	65	26	8	4	0
D-Rd	368	350	346	344	338	334	328	316	305	302	297	286	280	273	266	255	249	248	246	240	200	148	103	42	16	5	0

Les autres résultats d'efficacité de l'étude MMY3008 sont présentés dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 : Autres résultats d'efficacité de l'étude MMY3008^a

	DRd (n = 368)	Rd (n = 369)
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP) n (%) ^a	342 (92,9 %)	300 (81,3 %)
Valeur de p ^b	<0,0001	
Réponse complète stringente (RCs)	112 (30,4 %)	46 (12,5 %)
Réponse complète (RC)	63 (17,1 %)	46 (12,5 %)
Très bonne réponse partielle (TBRP)	117 (31,8 %)	104 (28,2 %)
Réponse partielle (RP)	50 (13,6 %)	104 (28,2 %)
RC ou mieux (RCs + RC)	175 (47,6 %)	92 (24,9 %)
Valeur de p ^b	<0,0001	
TBRP ou mieux (RCs + RC + TBRP)	292 (79,3 %)	196 (53,1 %)
Valeur de p ^b	< 0,0001	
Taux de sujets avec MRD négative ^{a,c} n (%)	89 (24,2 %)	27 (7,3 %)
IC à 95 % (%)	(19,9 % - 28,9 %)	(4,9 % - 10,5 %)
Odds ratio avec IC à 95 % ^d	4,04 (2,55 - 6,39)	
Valeur de p ^e	<0,0001	

DRd = daratumumab-lénalidomide-dexaméthasone ; Rd = lénalidomide-dexaméthasone ; MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance.

^a Basé sur la population en intention de traiter.

^b Valeur de p issue du test du χ^2 de Cochran Mantel-Haenszel.

^c Basé sur le seuil de 10^{-5} .

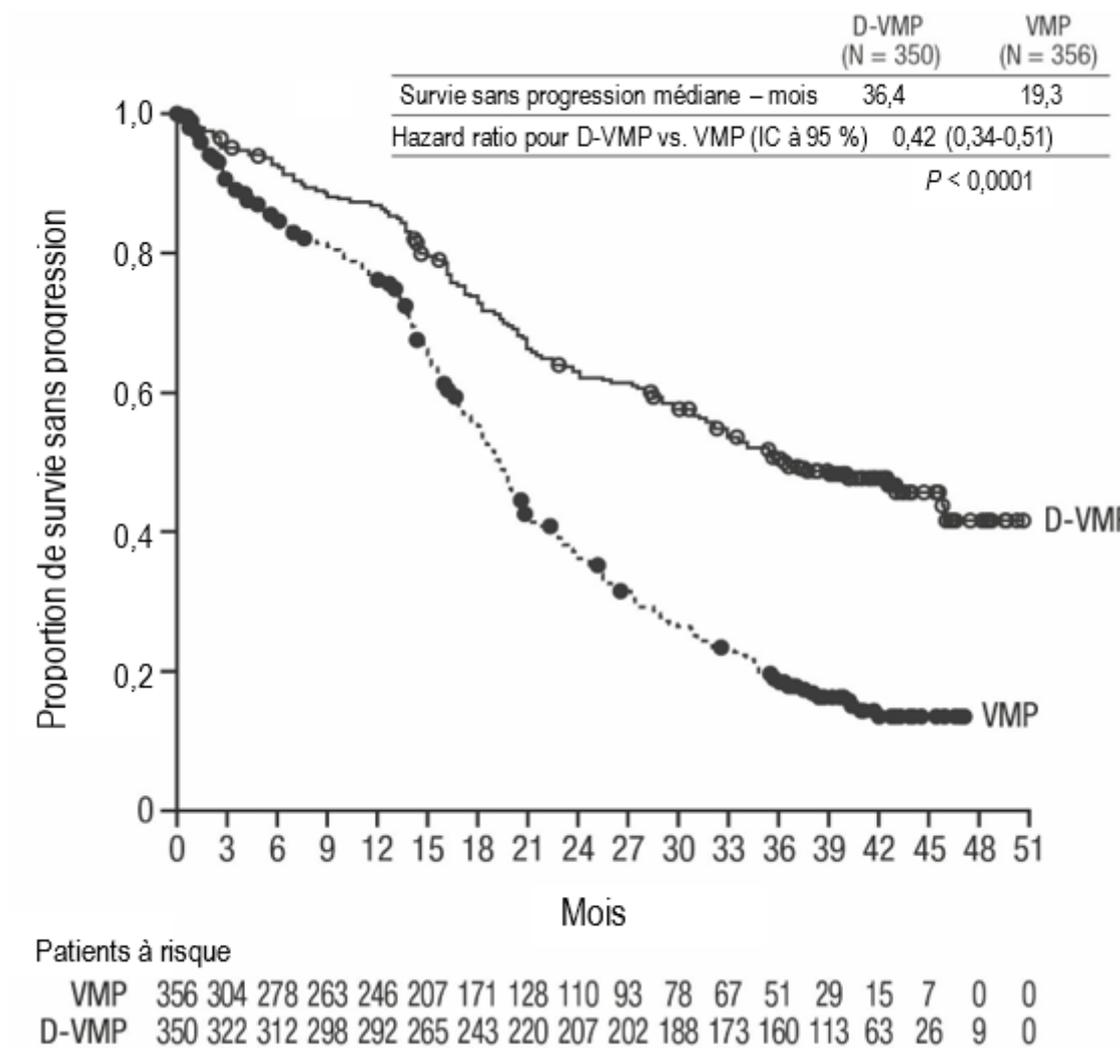
^d Une estimation de Mantel-Haenszel est utilisée pour l'Odds ratio commun pour les tableaux stratifiés. Un Odds ratio >1 indique un avantage en faveur du traitement par DRd.

^e Valeur de p issue du test exact de Fisher.

Chez les répondeurs, le délai médian de réponse était de 1,05 mois (intervalle : 0,2 à 12,1 mois) dans le groupe DRd et de 1,05 mois (intervalle : 0,3 à 15,3 mois) dans le groupe Rd. La durée médiane de réponse n'a pas été atteinte dans le groupe DRd et était de 34,7 mois (IC à 95 % :30,8 - non évaluable) dans le groupe Rd.

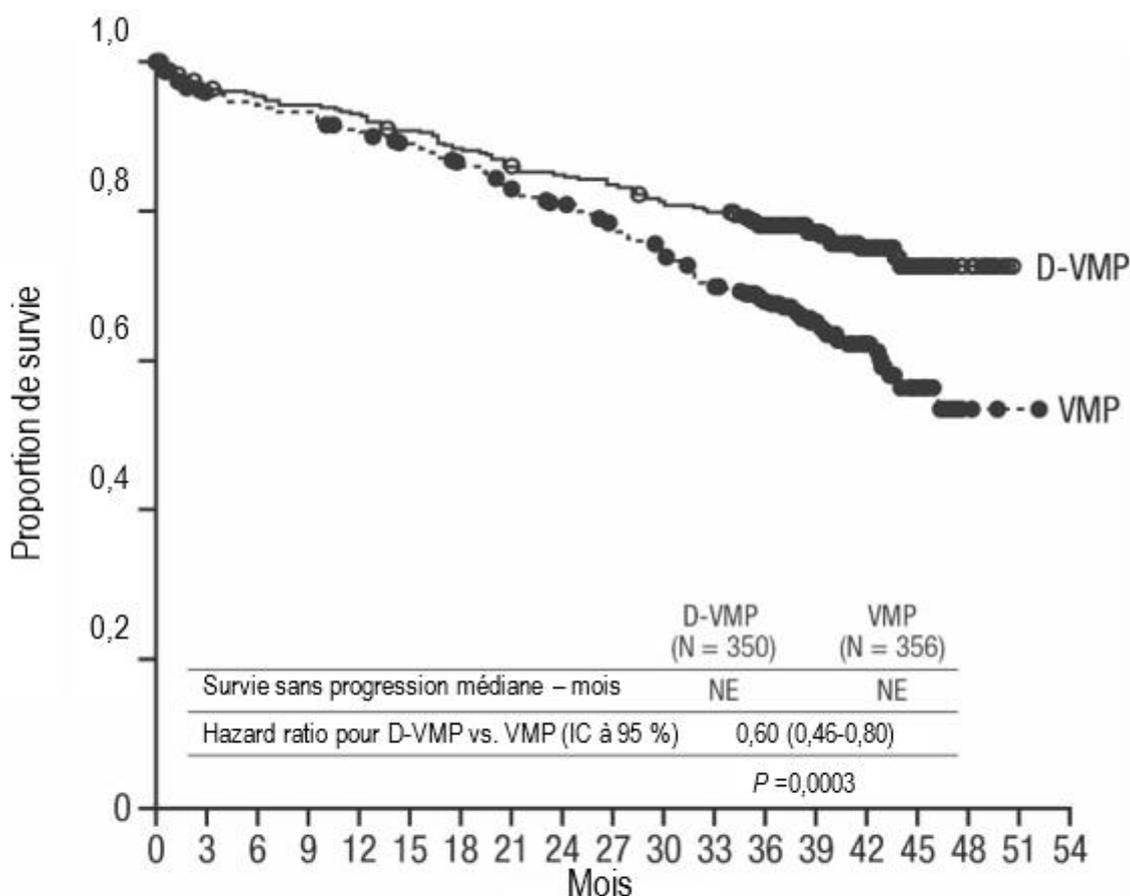
Traitement en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone (VMP) pour les patients non éligibles à une autogreffe de cellules souches : L'étude MMY3007, étude de phase III, randomisée, en ouvert, contrôlée versus comparateur actif, a évalué le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse 16 mg/kg en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone (D-VMP), par rapport au traitement par VMP chez des patients atteints de myélome multiple nouvellement diagnostiqué. Le bortézomib a été administré par injection sous-cutanée (SC) à la dose de 1,3 mg/m² de surface corporelle, deux fois par semaine aux semaines 1, 2, 4 et 5 pendant le premier cycle de 6 semaines (cycle 1 ; 8 doses), puis une fois par semaine aux semaines 1, 2, 4 et 5 pour les 8 cycles de 6 semaines suivants (cycles 2-9 ; 4 doses par cycle). Le melphalan à la dose de 9 mg/m² et la prednisone à la dose de 60 mg/m², ont été administrés par voie orale aux jours 1 à 4 des 9 cycles de 6 semaines (cycles 1-9). Le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable. Au total, 706 patients ont été randomisés : 350 dans le bras D-VMP et 356 dans le bras VMP. Les caractéristiques initiales des patients étaient similaires entre les deux groupes de traitement. L'âge médian était de 71 ans (intervalle : 40-93), dont 30 % des patients âgés de ≥ 75 ans. La majorité était de type caucasien (85 %) et était des femmes (54 %), 25 % avaient un score de performance ECOG de 0, 50 % avaient un score ECOG de 1, et 25 % avaient un score ECOG de 2. Les patients avaient un myélome à IgG/IgA/chaînes légères dans 64 %/22 %/10 % des cas, 19 % avaient une maladie de stade ISS I, 42 % de stade ISS II, 38 % de stade ISS III, et 84 % avaient un risque cytogénétique standard. L'efficacité a été évaluée par la SSP d'après les critères IMWG et la survie globale (SG). Avec un suivi médian de 16,5 mois, l'analyse primaire de la SSP dans l'étude MMY3007 a montré une amélioration dans le bras D-VMP par rapport au bras VMP ; la SSP médiane n'a pas été atteinte dans le bras D-VMP et était de 18,1 mois dans le bras VMP (HR = 0,5 ; IC à 95 % : 0,38 - 0,65 ; p<0,0001). Les résultats d'une analyse de la SSP actualisée réalisée après un suivi médian de 40 mois ont continué à montrer une amélioration de la SSP pour les patients du bras D-VMP en comparaison avec le bras VMP. La SSP médiane était de 36,4 mois dans le bras D-VMP et de 19,3 mois dans le bras VMP (HR = 0,42 ; IC à 95 % : 0,34 - 0,51 ; p< 0,0001), ce qui représente une diminution de 58 % du risque de progression de la maladie ou de décès chez les patients traités par D-VMP.

Figure 4 : Courbe de Kaplan-Meier de la SSP dans l'étude MMY3007



Après un suivi médian de 40 mois, D-VMP a montré un avantage de SG par rapport au bras VMP (HR = 0,60 ; IC à 95 % : 0,46 - 0,80; p = 0,0003), ce qui représente une réduction de 40 % du risque de décès chez les patients traités dans le bras D-VMP. La SG médiane n'a pas été atteinte dans les deux bras.

Figure 5 : Courbe de Kaplan-Meier de la SG dans l'étude MMY3007



Patients à risque

VMP	356	331	325	322	312	302	292	278	269	257	242	226	198	132	73	27	3	1	0
D-VMP	350	330	327	322	318	309	301	292	288	283	275	270	248	171	97	40	12	0	0

Les autres résultats d'efficacité de l'étude MMY3007 sont présentés dans le Tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 : Autres résultats d'efficacité de l'étude MMY3007^a

	D-VMP (n = 350)	VMP (n = 356)
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP) [n (%)]	318 (90,9)	263 (73,9)
Valeur de p ^b	< 0,0001	
Réponse complète stringente (RCs) [n(%)]	63 (18,0)	25 (7,0)
Réponse complète (RC) [n (%)]	86 (24,6)	62 (17,4)
Très bonne réponse partielle (TBRP) [n(%)]	100 (28,6)	90 (25,3)
Réponse partielle (RP) [n(%)]	69 (19,7)	86 (24,2)
Taux de sujets avec MRD négative (IC à 95 %) ^c (%)	22,3 (18,0 - 27,0)	6,2 (3,9 - 9,2)
Odds ratio avec IC à 95 % ^d	4,36 (2,64 - 7,21)	
Valeur de p ^e	< 0,0001	

D-VMP = daratumumab-bortézomib-melphalan-prednisone ; VMP = bortézomib-melphalan-prednisone ; MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance

^a Basé sur la population en intention de traiter

^b Valeur de p issue du test du χ^2 de Cochran Mantel-Haenszel.

^c Basé sur le seuil de 10^{-5}

^d Une estimation de Mantel-Haenszel est utilisée pour l'Odds ratio commun pour les tableaux stratifiés. Un Odds ratio >1 indique un avantage en faveur du traitement par D-VMP.

^e Valeur de p issue du test exact de Fisher.

Chez les répondeurs, le délai médian de réponse était de 0,79 mois (intervalle : 0,4 à 15,5 mois) dans le groupe D-VMP et de 0,82 mois (intervalle : 0,7 à 12,6 mois) dans le groupe VMP. La durée médiane de réponse n'a pas été atteinte dans le groupe D-VMP et était de 21,3 mois (intervalle : 18,4, non estimable) dans le groupe VMP. Une analyse en sous-groupes a été réalisée chez les patients âgés de 70 ans et plus, les patients âgés de 65 à 69 ans avec un score de performance ECOG de 2, et les patients âgés de moins de 65 ans avec des comorbidités significatives ou un statut de performance ECOG de 2 (D-VMP : n=273, VMP : n=270). Les résultats d'efficacité dans ce dernier sous-groupe étaient cohérents avec l'ensemble de la population de l'étude. Dans ce sous-groupe, la médiane de SSP n'a pas été atteinte dans le groupe D-VMP et était de 17,9 mois dans le groupe VMP (HR = 0,56 ; IC 95% : 0,42 - 0,75 ; p< 0,0001). Le taux de réponse globale était de 90 % dans le groupe D-VMP et de 74 % dans le groupe VMP (taux de TBRP : 29 % dans le groupe D-VMP et 26 % dans le groupe VMP ; RC : 22% dans le groupe D-VMP et 18% dans le groupe VMP ; Taux de RCs : 20% dans le groupe D-VMP et 7% dans le groupe VMP). Les résultats de tolérance de ce sous-groupe étaient également cohérents avec l'ensemble de la population de l'étude. De plus, des analyses de tolérance du sous-groupe de patient présentant un score de performance ECOG de 2 (D-VMP : n=89, VMP n=84), étaient aussi cohérentes avec l'ensemble de la population de l'étude. *Traitement en association avec le bortézomib, le thalidomide et la dexaméthasone (VTd) pour les patients éligibles à une autogreffe de cellules souches* : L'étude MMY3006 est une étude de phase III, en deux parties, en ouvert, randomisée, contrôlée versus comparateur actif. La première partie a évalué le traitement d'induction et de consolidation par daratumumab administré par voie intraveineuse à la dose de 16 mg/kg en association avec le bortézomib, le thalidomide et la dexaméthasone (D-VTd) par rapport au traitement par bortézomib, thalidomide et dexaméthasone (VTd) chez des patients atteints d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué et éligibles à une autogreffe de cellules souches. La phase de consolidation du traitement a commencé au minimum 30 jours après l'autogreffe de cellules souches, une fois le patient suffisamment rétabli et la prise de greffe complète. Dans la seconde partie de l'étude, les patients ayant obtenu au moins une réponse partielle (RP) au jour 100 après la greffe faisaient l'objet d'une seconde randomisation avec un ratio 1 : 1 entre daratumumab en entretien et observation seule. Seuls les résultats de la première partie sont détaillés ici. Le bortézomib a été administré par injection sous-cutanée ou injection intraveineuse à la dose de 1,3 mg/m² de surface corporelle deux fois par semaine pendant deux semaines (jours 1, 4, 8 et 11) lors de cycles répétés de 28 jours (4 semaines) de traitement avec quatre cycles d'induction (cycles 1-4) et deux cycles de consolidation (cycles 5 et 6) après une autogreffe de cellules souches suivant le cycle 4. Le thalidomide a été administré par voie orale à la dose de 100 mg par jour pendant les six cycles de traitement par bortézomib. La dexaméthasone (par voie orale ou intraveineuse) a été administrée à la dose de 40 mg aux jours 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 et 23 des cycles 1 et 2, et à la dose de 40 mg aux jours 1-2 et de 20 mg aux jours d'administration suivants (Jours 8, 9, 15 et 16) des cycles 3-4. La dexaméthasone 20 mg a été administrée aux jours 1, 2, 8, 9, 15, 16 des cycles 5 et 6. Les jours de la perfusion de daratumumab par voie intraveineuse, la dose de dexaméthasone a été administrée par voie intraveineuse en prémédication. Les adaptations posologiques du bortézomib, du thalidomide et de la dexaméthasone ont été réalisés selon les RCP du fabricant. Au total, 1085 patients ont été randomisés, dont 543 dans le bras D-VTd et 542 dans le bras VTd. À l'inclusion, les données démographiques et les caractéristiques de la maladie étaient similaires dans les deux groupes de traitement. L'âge médian des patients était de 58 ans (intervalle : 22 à 65 ans). Tous les patients avaient ≤ 65 ans : 43 % appartenaient au groupe d'âge ≥ 60-65 ans, 41 % appartenaient au groupe d'âge ≥ 50-60 ans et 16 % avaient moins de 50 ans. La majorité des patients étaient des hommes (59 %) ; 48 % avaient un indice de performance ECOG de 0, 42 % avaient un indice de performance ECOG de 1 et 10 % avaient un indice de performance ECOG de 2. Quarante pour cent des patients avaient une maladie de stade ISS (International Staging System) I, 45 % de stade ISS II et 15 % de stade ISS III. L'efficacité a été évaluée par le taux de réponse complète stringente (RCs) au jour 100 après la greffe et la SSP.

Tableau 13 : Résultats d'efficacité de l'étude MMY3006^a

	D-VTd (n = 543)	VTd (n = 542)	Valeur de p ^b
Évaluation de la réponse au jour 100 après la greffe			
Réponse complète stringente (RCs)	157 (28,9 %)	110 (20,3 %)	0,0010

RC ou mieux (RCs + RC)	211 (38,9 %)	141 (26,0 %)	< 0,0001
Très bonne réponse partielle ou mieux (RCs + RC + TBRP)	453 (83,4 %)	423 (78,0 %)	
n patients avec MRD négative ^{c, d} (%)	346 (63,7 %)	236 (43,5 %)	< 0,0001
IC à 95 % (%)	(59,5 % - 67,8 %)	(39,3 % - 47,8 %)	
Odds ratio avec IC à 95 % ^e	2,27 (1,78 ; 2,90)		
n patients avec MRD négative et ayant atteint une RC ou mieux ^c (%)	183 (33,7 %)	108 (19,9 %)	< 0,0001
IC à 95 % (%)	(29,7 % - 37,9 %)	(16,6 % - 23,5 %)	
Odds ratio avec IC à 95 % ^e	2,06 (1,56 - 2,72)		

D-VTd = daratumumab-bortézomib-thalidomide-dexaméthasone ; VTd = bortézomib-thalidomide-dexaméthasone ;
MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance

^a Basé sur la population en intention de traiter

^b Valeur de *P* issue du test du χ^2 de Cochran Mantel-Haenszel.

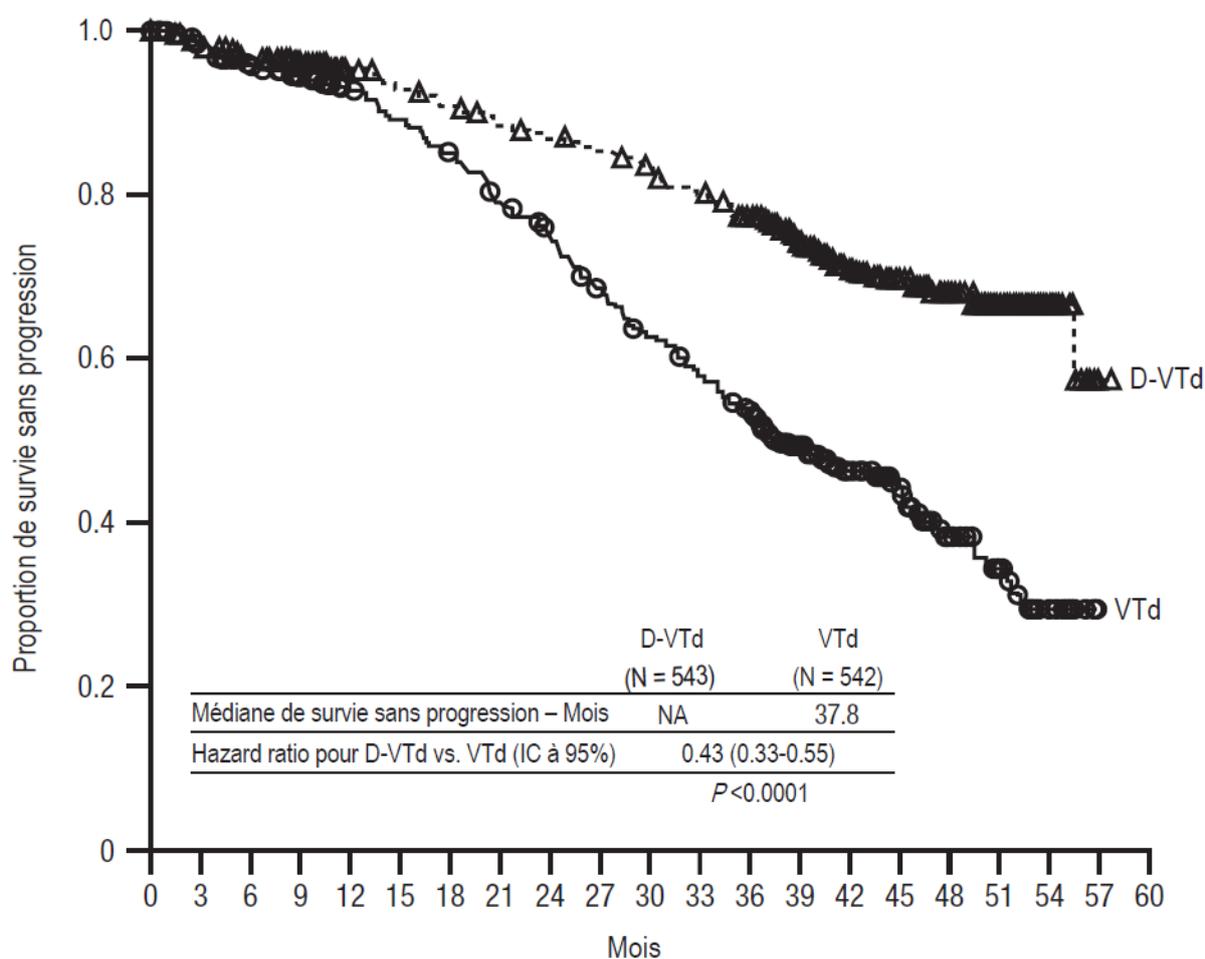
^c Basé sur le seuil de 10^{-5}

^d Peu importe la réponse selon l'IMWG

^e Une estimation de Mantel-Haenszel est utilisée pour l'Odds ratio commun pour les tableaux stratifiés.

Avec un suivi médian de 18,8 mois, l'analyse primaire de la PFS en censurant les patients qui étaient randomisés pour daratumumab en entretien lors de la seconde randomisation montrent un HR = 0,50 ; IC à 95% : 0,34 - 0,75 ; $p = 0,0005$. Les résultats mis à jour de la PFS avec un suivi médian de 44,5 mois, en censurant les patients qui étaient randomisés pour daratumumab en entretien lors de la seconde randomisation, montrent un HR=0,43 ; IC à 95% : 0,33, 0,55 ; $p < 0,0001$. La médiane de PFS n'était pas atteinte dans le bras D-VTd et était de 37,8 mois dans le bras VTd.

Figure 6 : Courbe de Kaplan-Meier de la PFS dans l'étude MMY3006



Patients à risque

VTd	542	522	499	433	261	250	238	220	206	186	169	156	142	106	80	59	34	24	13	0	0
D-VTd	543	524	507	454	268	259	252	244	239	233	224	216	203	164	121	90	67	45	16	1	0

Myélome multiple en rechute/réfractaire. Monothérapie : L'efficacité et la sécurité cliniques du daratumumab administré par voie intraveineuse utilisé en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple en rechute et réfractaire dont le traitement antérieur incluait un inhibiteur du protéasome et un agent immunomodulateur et dont la maladie a progressé lors du dernier traitement ont été démontrées dans deux études en ouvert. Dans l'étude MMY2002, 106 patients atteints de myélome multiple en rechute et réfractaire ont reçu 16 mg/kg de daratumumab par voie intraveineuse jusqu'à progression de la maladie. L'âge médian des patients était de 63,5 ans (intervalle : 31 à 84 ans) ; 11 % des patients étaient âgés de 75 ans et plus ; 49 % étaient de sexe masculin et 79 % étaient caucasiens. Les patients avaient reçu un nombre médian de 5 lignes de traitement antérieures. Au total, 80 % des patients avaient reçu précédemment une autogreffe de cellules souches. Les traitements antérieurs incluaient le bortézomib (99 %), le lénalidomide (99 %), le pomalidomide (63 %) et le carfilzomib (50 %). À l'inclusion, 97 % des patients étaient réfractaires à la dernière ligne de traitement reçue ; 95 % étaient réfractaires à la fois à un inhibiteur du protéasome (IP) et à un agent immunomodulateur (IMiD) ; 77 % étaient réfractaires aux agents alkylants ; 63 % étaient réfractaires au pomalidomide et 48 % étaient réfractaires au carfilzomib. Les données d'efficacité issues de l'analyse intermédiaire programmée, basée sur l'évaluation d'un comité de revue indépendant, sont présentées dans le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14 : Données d'efficacité de l'étude MMY2002 évaluées par le comité d'examen indépendant

Critère d'efficacité	Daratumumab par voie intraveineuse 16 mg/kg N = 106
Taux de réponse globale ¹ (ORR : RCs + RC + TBRP + RP) [n (%)] IC à 95 % (%)	31 (29,2) (20,8 à 38,9)
Réponse complète stringente (RCs) [n (%)]	3 (2,8)
Réponse complète (RC) [n]	0
Très bonne réponse partielle (TBRP) [n (%)]	10 (9,4)
Réponse partielle (RP) [n (%)]	18 (17,0)
Taux de bénéfice clinique (ORR + RM) [n (%)]	36 (34,0)
Durée médiane de réponse [mois (IC à 95 %)]	7,4 (5,5 à NE)
Délai médian d'obtention de la réponse [mois (intervalle)]	1 (0,9 à 5,6)

¹ Critère principal d'évaluation de l'efficacité (critères de l'International Myeloma Working Group)

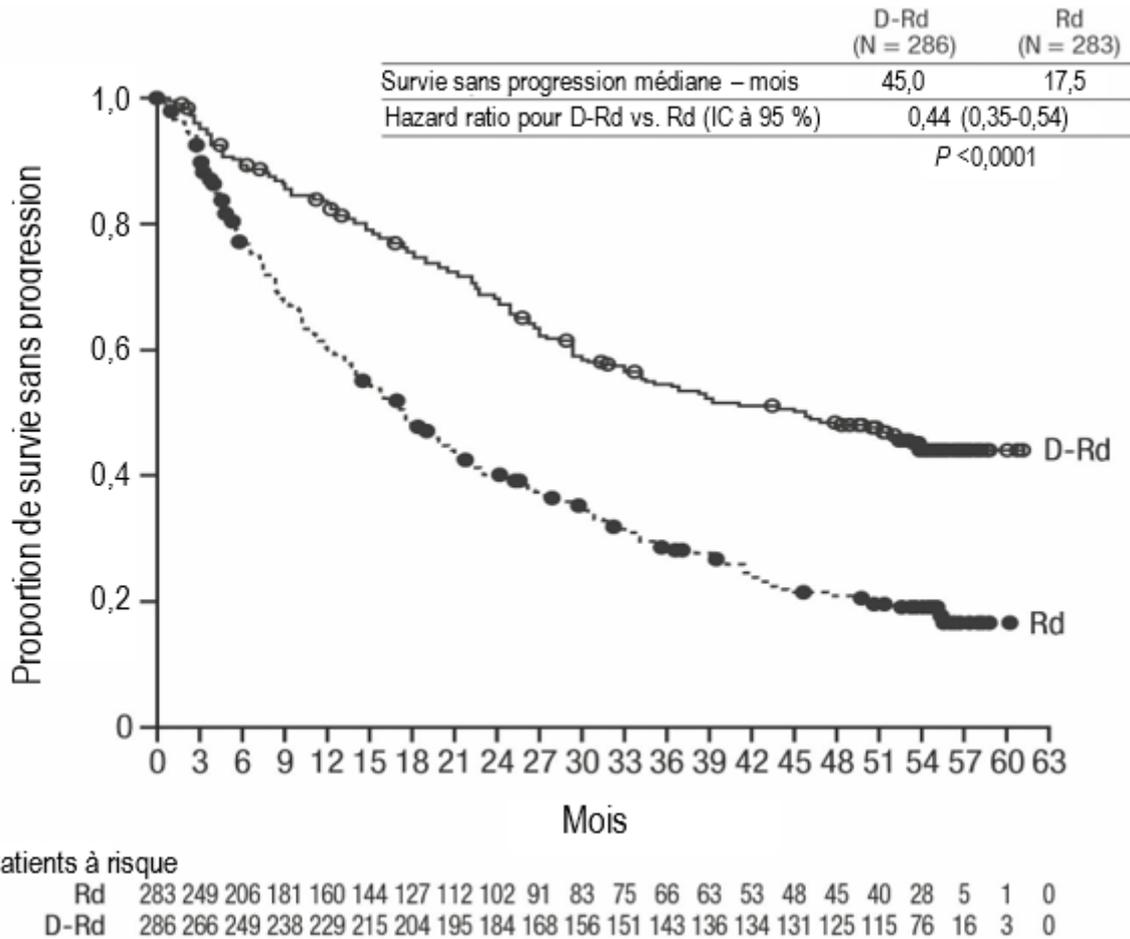
IC = intervalle de confiance ; NE = non évaluable ; RM = réponse mineure

Le taux de réponse globale (ORR) de l'étude MMY2002 était similaire quel que soit le type de traitement antérieur reçu contre le myélome.

Lors de l'actualisation des données de survie après une durée médiane de suivi de 14,7 mois, la SG médiane était de 17,5 mois (IC à 95 % : 13,7 – non évaluable). Dans l'étude GEN501, 42 patients atteints d'un myélome multiple en rechute et réfractaire ont reçu 16 mg/kg de daratumumab par voie intraveineuse jusqu'à progression de la maladie. L'âge médian des patients était de 64 ans (intervalle : 44 à 76 ans) ; 64 % étaient de sexe masculin et 76 % étaient caucasiens. Les patients de l'étude avaient reçu un nombre médian de 4 lignes de traitement antérieures. 74 % des patients avaient reçu précédemment une autogreffe de cellules souches. Les traitements antérieurs incluaient le bortézomib (100 %), le lénalidomide (95 %), le pomalidomide (36 %) et le carfilzomib (19 %). À l'inclusion, 76 % des patients étaient réfractaires à la dernière ligne de traitement reçue ; 64 % étaient réfractaires à la fois à un IP et à un IMiD ; 60 % étaient réfractaires aux agents alkylants ; 36 % étaient réfractaires au pomalidomide et 17 % étaient réfractaires au carfilzomib. L'analyse intermédiaire programmée a montré que le traitement par daratumumab à la dose de 16 mg/kg a conduit à une ORR de 36 %, avec 5 % de RC et 5 % de TBRP. Le délai médian de réponse a été de 1 mois (intervalle : 0,5 à 3,2). La durée médiane de réponse n'a pas été atteinte (IC à 95 % : 5,6 mois – non évaluable). Lors de l'actualisation des données de survie après une durée médiane de suivi de 15,2 mois, la survie globale médiane n'a pas été atteinte (IC à 95 % : 19,9 mois – non évaluable), 74 % des sujets étant toujours en vie. *Traitement en association avec le lénalidomide* : L'étude MMY3003, une étude de phase III en ouvert, randomisé, contrôlé versus comparateur actif, a évalué le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse à la dose de 16 mg/kg associé au lénalidomide et à la dexaméthasone à faible dose (DRd) en comparaison au traitement par le lénalidomide et la dexaméthasone à faible dose (Rd) chez des patients atteints de myélome multiple en rechute ou réfractaires, ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure. Le lénalidomide (à 25 mg une fois par jour, par voie orale, de J1 à J21 au cours des cycles répétés de 28 jours [4 semaines]) a été administré en association avec une faible dose de dexaméthasone de 40 mg/semaine (ou une dose réduite à 20 mg/semaine chez les patients âgés de > 75 ans ou présentant un IMC < 18,5). Le jour de la perfusion de daratumumab par voie intraveineuse, 20 mg de dexaméthasone ont été administrés en prémédication et le reste de la dose a été administré le lendemain de la perfusion. Dans les deux groupes, le traitement a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable. Au total, 569 patients ont été randomisés, dont 286 dans le groupe DRd et 283 dans le groupe Rd. À l'inclusion, les données démographiques et les caractéristiques de la maladie étaient similaires dans le groupe daratumumab administré par voie intraveineuse et dans le groupe comparateur. L'âge médian des patients était de 65 ans (intervalle : 34 à 89 ans) et 11 % étaient âgés de ≥ 75 ans. La majorité des patients (86 %) avaient reçu précédemment un IP ; 55 % des patients avaient reçu précédemment un IMiD, dont 18 % ayant reçu précédemment du lénalidomide, et 44 % des patients avaient reçu précédemment à la fois un IP et un IMiD. À l'inclusion, 27 % des patients étaient réfractaires à la dernière ligne de traitement reçue. Dans 18 % des cas, les patients étaient réfractaires à un IP uniquement et 21 % étaient réfractaires au bortézomib. Les patients réfractaires au lénalidomide n'ont

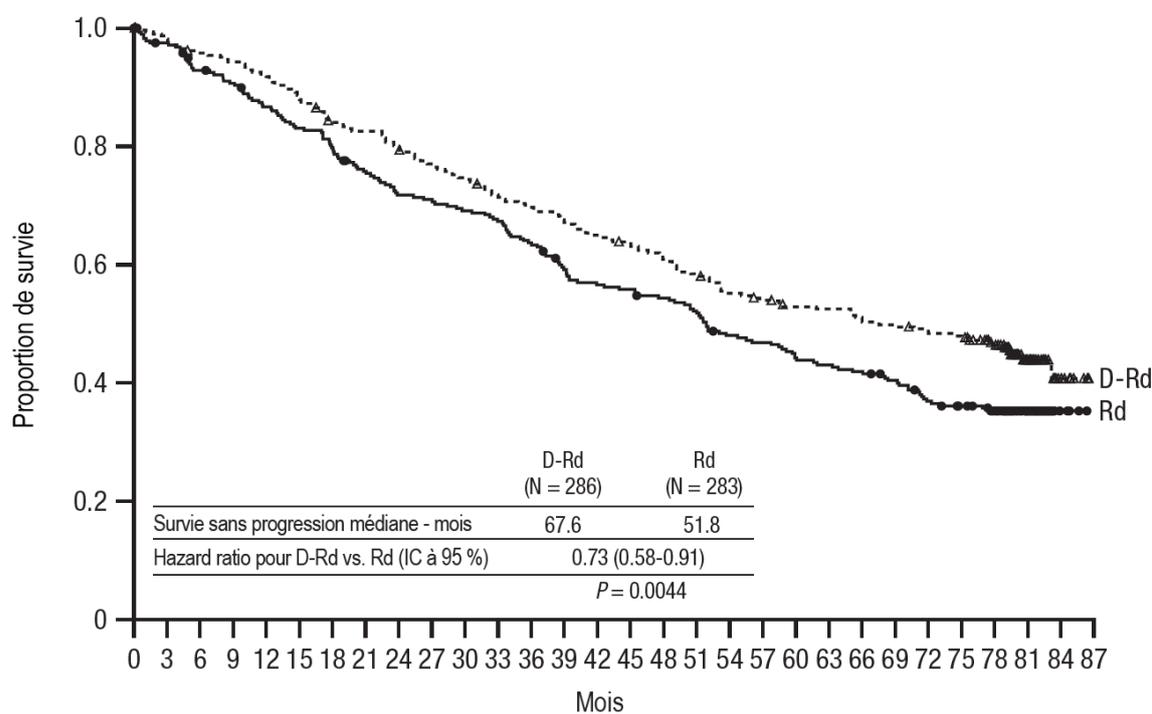
pas été inclus dans l'étude. Avec un suivi médian de 13,5 mois, l'analyse primaire de la SSP dans l'étude MMY3003 a démontré une amélioration dans le groupe DRd en comparaison au groupe Rd ; la SSP médiane n'a pas été atteinte dans le groupe DRd et a été de 18,4 mois dans le groupe Rd (HR = 0,37 ; IC à 95 % : 0,27 - 0,52 ; p<0,0001). Les résultats d'une analyse de la SSP actualisée réalisée après un suivi médian de 55 mois ont continué à montrer une amélioration de la SSP pour les patients du bras DRd en comparaison avec le bras Rd. La SSP médiane était de 45,0 mois dans le bras DRd et de 17,5 mois dans le bras Rd (HR = 0,44 ; IC à 95 % : 0,35 - 0,54 ; p< 0,0001), ce qui représente une diminution de 56 % du risque de progression de la maladie ou de décès chez les patients traités par DRd (voir la figure 7).

Figure 7 : Courbe de Kaplan-Meier de la survie sans progression dans l'étude MMY3003



Après un suivi médian de 80 mois, le groupe DRd a montré un avantage en termes de survie globale par rapport au groupe Rd (HR = 0,73 ; IC à 95 % : 0,58 à 0,91 ; p = 0,0044). La SG médiane était de 67,6 mois dans le groupe DRd et de 51,8 mois dans le groupe Rd.

Figure 8 : Courbe de Kaplan-Meier de la survie globale dans l'étude MMY3003



Patients à risque

Rd	283	273	258	251	239	229	220	206	196	194	189	184	174	160	153	151	145	138	127	124	117	114	111	105	95	90	81	31	4	0
D-Rd	286	277	271	266	260	250	236	231	222	215	207	198	193	186	180	175	168	160	151	147	141	140	136	133	130	127	111	40	8	0

Les autres données d'efficacité issues de l'étude MMY3003 sont présentées dans le tableau 15 ci-dessous.

Tableau 15 : Autres données d'efficacité issues de l'étude MMY3003

Nombre de patients chez lesquels la réponse était évaluable	DRd (n = 281)	Rd (n = 276)
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP) n(%)	261 (92,9)	211 (76,4)
Valeur de p ^a	<0,0001	
Réponse complète stringente (RCs)	51 (18,1)	20 (7,2)
Réponse complète (RC)	70 (24,9)	33 (12,0)
Très bonne réponse partielle (TBRP)	92 (32,7)	69 (25,0)
Réponse partielle (RP)	48 (17,1)	89 (32,2)
Délai médian d'obtention de la réponse [mois (IC à 95 %)]	1,0 (1,0 à 1,1)	1,3 (1,1 à 1,9)
Durée médiane de réponse [mois (IC à 95 %)]	NE (NE à NE)	17,4 (17,4 à NE)
Taux de sujets avec MRD négative (IC à 95 %) ^b (%)	21,0 (16,4 à 26,2)	2,8 (1,2 à 5,5)
Odds ratio avec IC à 95 % ^c	9,31 (4,31 à 20,09)	
Valeur de p ^d	<0,0001	

DRd = daratumumab-lénalidomide-dexaméthasone ; Rd = lénalidomide-dexaméthasone ; MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance ; NE = non évaluable.

^a Valeur de p issue du test du χ^2 de Cochran-Mantel-Haenszel.

^b Sur la base de la population en intention de traiter, avec un seuil de 10^{-5}

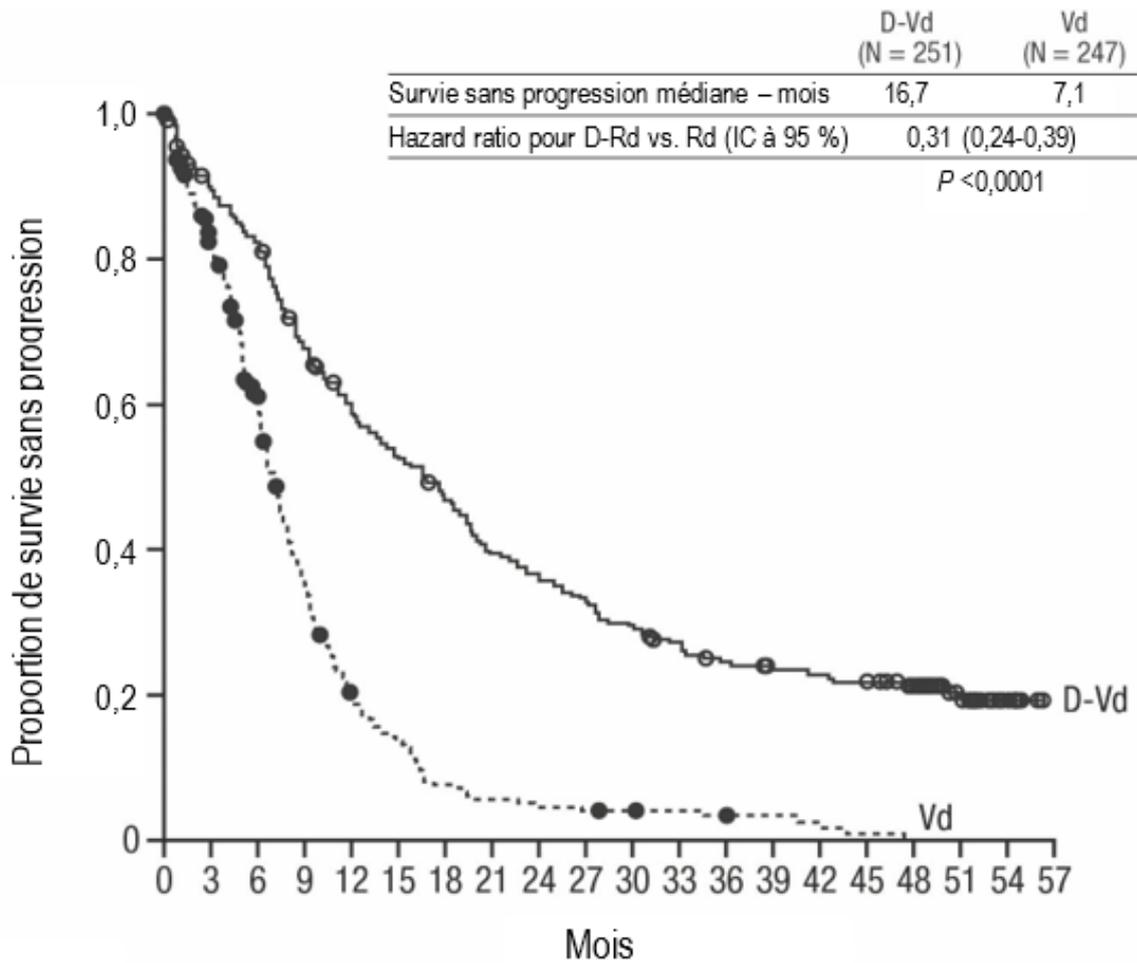
^c Une estimation de Mantel-Haenszel est utilisée pour l'Odds ratio commun. Un Odds ratio > 1 indique un avantage en faveur du traitement par DRd.

^d La valeur de p est issue d'un test exact de Fisher.

Traitement en association avec le bortézomib :

L'étude MMY3004, une étude de phase III en ouvert, randomisé, contrôlé versus comparateur actif, a évalué le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse à la dose de 16 mg/kg associé au bortézomib et à la dexaméthasone (DVd) en comparaison au traitement par le bortézomib et la dexaméthasone (Vd) chez des patients atteints de myélome multiple en rechute ou réfractaire ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure. Le bortézomib a été administré par injection sous-cutanée ou injection intraveineuse à la dose de 1,3 mg/m² de surface corporelle deux fois par semaine pendant les deux premières semaines (J1, 4, 8 et 11) des cycles de traitement répétés de 21 jours (3 semaines), pour un total de 8 cycles. La dexaméthasone a été administrée par voie orale à la dose de 20 mg à J1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 et 12 de chacun des 8 cycles de traitement par le bortézomib (80 mg/semaine sur deux des trois semaines du cycle de traitement par le bortézomib) ou à une dose réduite à 20 mg/semaine chez les patients âgés de > 75 ans et ceux présentant un IMC < 18,5, un diabète mal contrôlé ou des antécédents d'intolérance aux corticoïdes. Le jour de la perfusion de daratumumab par voie intraveineuse, 20 mg de dexaméthasone ont été administrés à titre de prémédication. Le traitement par daratumumab administré par voie intraveineuse a été poursuivi jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable. Au total, 498 patients ont été randomisés, dont 251 dans le groupe DVd et 247 dans le groupe Vd. À l'inclusion, les données démographiques et les caractéristiques de la maladie étaient similaires dans le groupe daratumumab administré par voie intraveineuse et dans le groupe comparateur. L'âge médian des patients était de 64 ans (intervalle : 30 à 88 ans) et 12 % étaient âgés de ≥ 75 ans. Au total, 69 % des patients avaient reçu précédemment un IP (66 % avaient reçu du bortézomib) et 76 % des patients avaient reçu un IMiD (42 % avaient reçu du lénalidomide). À l'inclusion, 32 % des patients étaient réfractaires à la dernière ligne de traitement reçue. Dans 33 % des cas, les patients étaient réfractaires à un IMiD uniquement et 28 % étaient réfractaires au lénalidomide. Les patients réfractaires au bortézomib n'ont pas été inclus dans l'étude. Avec un suivi médian de 7,4 mois, l'analyse primaire de la SSP dans l'étude MMY3004 a démontré une amélioration de la survie sans progression dans le groupe DVd en comparaison au groupe Vd ; la SSP médiane n'a pas été atteinte dans le groupe DVd et a été de 7,2 mois dans le groupe Vd (hazard ratio [HR] = 0,39 ; IC à 95 % : 0,28 - 0,53 ; p<0,0001). Les résultats d'une analyse de la SSP actualisée réalisée après un suivi médian de 50 mois ont continué à montrer une amélioration de la SSP chez les patients du bras DVd en comparaison avec le bras Vd. La médiane de SSP était de 16,7 mois dans le bras DVd et de 7,1 mois dans le bras Vd (HR [IC à 95 %] : 0,31 [0,24 ; 0,39] ; p < 0,0001), ce qui représente une diminution de 69 % du risque de progression de la maladie ou de décès chez les patients traités par DVd par rapport aux patients traités par Vd (voir la figure 9).

Figure 9 : Courbe de Kaplan-Meier de la survie sans progression dans l'étude MMY3004

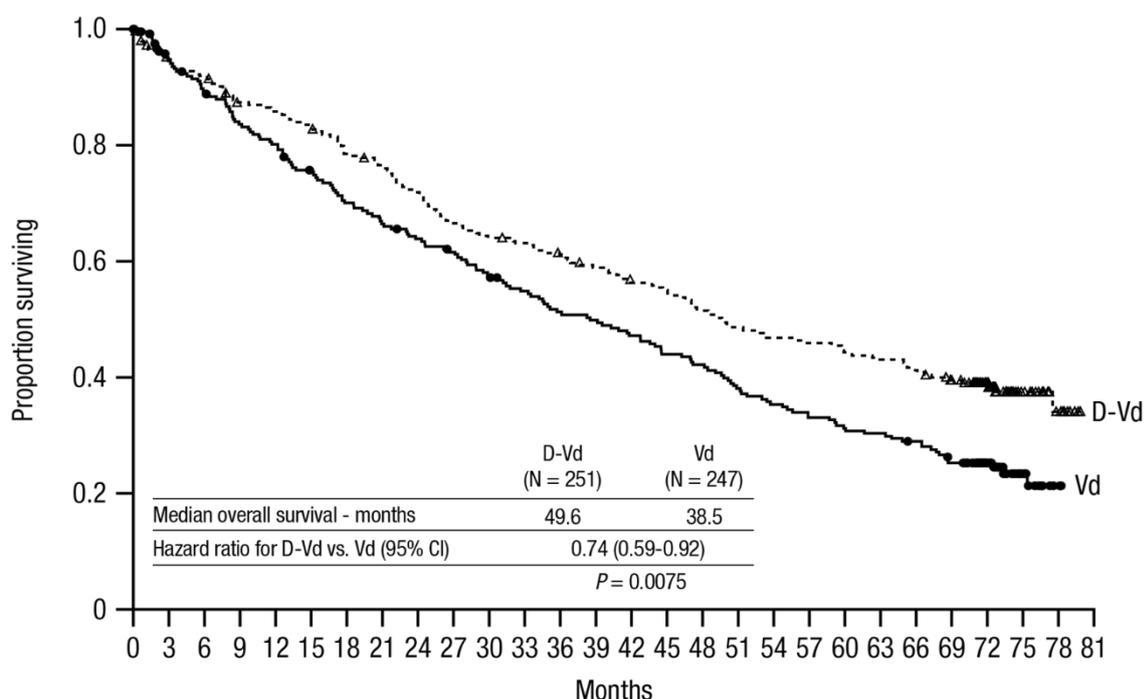


Patients à risque

Vd	247	182	129	74	39	27	15	11	9	8	7	6	5	4	2	1	0	0	0	0
D-Vd	251	215	198	161	138	123	109	92	85	77	68	61	54	50	48	46	38	20	7	0

Après un suivi médian de 73 mois, le groupe DVd a montré un avantage en termes de survie globale par rapport au groupe Vd (HR = 0,74 ; IC à 95 % : 0,59 à 0,92 ; $p = 0,0075$). La SG médiane était de 49,6 mois dans le groupe DVd et de 38,5 mois dans le groupe Vd.

Figure 10 : Courbe de Kaplan-Meier de la survie globale dans l'étude MMY3004



No. at risk

Vd	247	219	206	192	184	172	159	151	144	138	129	121	113	110	104	97	93	84	78	73	68	67	63	54	34	13	2	0
D-Vd	251	231	225	211	207	201	189	182	172	159	154	150	144	138	132	128	120	113	109	107	103	100	96	88	54	24	9	0

Les autres données d'efficacité issues de l'étude MMY3004 sont présentées dans le tableau 16 ci-dessous.

Tableau 16 : Autres données d'efficacité issues de l'étude MMY3004

Nombre de patients chez lesquels la réponse était évaluable	DVd (n = 240)	Vd (n = 234)
Réponse globale (RCs + RC + TBRP + RP) n(%)	199 (82,9)	148 (63,2)
Valeur de p ^a	<0,0001	
Réponse complète stringente (RCs)	11 (4,6)	5 (2,1)
Réponse complète (RC)	35 (14,6)	16 (6,8)
Très bonne réponse partielle (TBRP)	96 (40,0)	47 (20,1)
Réponse partielle (RP)	57 (23,8)	80 (34,2)
Délai médian d'obtention de la réponse [mois (intervalle)]	0,9 (0,8 à 1,4)	1,6 (1,5 à 2,1)
Durée médiane de réponse [mois (IC à 95 %)]	NE (11,5 à NE)	7,9 (6,7 à 11,3)
Taux de sujets avec MRD négative (IC à 95 %) ^b	8,8 % (5,6 % à 13,0 %)	1,2 % (0,3 % à 3,5 %)
Odds ratio avec IC à 95 % ^c	9,04 (2,53 à 32,21)	
Valeur de p ^d	0,0001	

DVd = daratumumab-bortézomib-dexaméthasone ; Vd = bortézomib-dexaméthasone ; MRD = maladie résiduelle minimale ; IC = intervalle de confiance ; NE = non évaluable.

^a Valeur de p issue du test du χ^2 de Cochran-Mantel-Haenszel.

^b Sur la base de la population en intention de traiter, avec un seuil de 10^{-5}

^c Une estimation de Mantel-Haenszel est utilisée pour le Odds ratio commun. Un Odds ratio > 1 indique un avantage en faveur du traitement par DVd.

^d La valeur de p est issue d'un test exact de Fisher.

Électrophysiologie cardiaque : Daratumumab, étant une grande protéine, a une faible probabilité d'interagir directement avec les canaux ioniques. L'effet du daratumumab sur l'intervalle QTc a été évalué après la perfusion de daratumumab (4 à 24 mg/kg) dans une étude en ouvert (GEN501) conduite chez 83 patients atteints d'un myélome multiple en rechute et réfractaire. Les analyses des modèles

PK/PD linéaires mixtes n'ont indiqué aucune augmentation majeure dans l'intervalle QTcF moyen (c.-à-d. supérieure à 20 ms) à la C_{max} de daratumumab. **Population pédiatrique** : L'Agence européenne des médicaments a accordé une dérogation à l'obligation de soumettre les résultats d'études réalisées avec DARZALEX dans tous les sous-groupes de la population pédiatrique dans l'indication du myélome multiple (voir rubrique 4.2 pour les informations concernant l'usage pédiatrique). **Propriétés pharmacocinétiques**. Chez les patients atteints de myélome multiple, l'exposition au daratumumab dans une étude en monothérapie suite à l'administration recommandée de 1800 mg de DARZALEX par voie sous-cutanée (une fois par semaine pendant 8 semaines, toutes les deux semaines pendant 16 semaines, mensuellement par la suite) par rapport à 16 mg/kg de daratumumab par voie intraveineuse selon le même schéma posologique, a montré une non-infériorité pour le co-critère principaux d'évaluation de la C_{min} maximum (cycle 3 jour 1 avant la dose), avec une moyenne \pm ET de 593 ± 306 $\mu\text{g/mL}$ par rapport à 522 ± 226 $\mu\text{g/mL}$ pour le daratumumab administré par voie intraveineuse, avec un rapport de moyennes géométriques de 107,93 % (IC à 90 % : 95,74-121,67). Dans une étude en association, AMY3001, chez les patients atteints d'amylose AL, la C_{min} maximum (cycle 3, jour 1 avant la dose), était similaire à celle du myélome multiple avec une moyenne \pm ET de 597 ± 232 $\mu\text{g/mL}$ suivant l'administration recommandée de 1800 mg de DARZALEX en formulation sous-cutanée (administration hebdomadaire pendant 8 semaines, bihebdomadaire pendant 16 semaines, et mensuelle par la suite). Suite à la dose recommandée de 1800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, les concentrations maximales (C_{max}) ont augmenté de 4,8 fois et l'exposition totale ($ASC_{0-7 \text{ jours}}$) a augmenté de 5,4 fois entre la première dose et la dernière dose hebdomadaire (8^e dose). Les concentrations minimales les plus élevées pour DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée sont généralement observées à la fin des schémas posologiques hebdomadaires en monothérapie et en association. Chez les patients atteints de myélome multiple, les concentrations minimales simulées après 6 doses hebdomadaires de 1800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée en traitement d'association étaient similaires à celles observées avec 1800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée en monothérapie. Chez les patients atteints de myélome multiple, l'exposition au daratumumab dans une étude en association au pomalidomide et à la dexaméthasone (étude MMY3013), était similaire à celle en monothérapie, la C_{min} maximum (cycle 3, jour 1 avant la dose) moyenne \pm ET de 537 ± 277 $\mu\text{g/mL}$ suivant l'administration recommandée de 1800 mg de DARZALEX en solution pour injection sous-cutanée (administration hebdomadaire pendant 8 semaines, bihebdomadaire pendant 16 semaines, et mensuelle par la suite). **Absorption et distribution** : À la dose recommandée de 1800 mg chez les patients atteints de myélome multiple, la biodisponibilité absolue de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée est de 69 %, avec une vitesse d'absorption de $0,012 \text{ heure}^{-1}$, avec des concentrations maximales survenant entre 70 et 72 h (T_{max}). À la dose recommandée de 1800 mg chez les patients atteints d'amylose AL, la biodisponibilité absolue n'a pas été estimée, la constante du taux d'absorption était de $0,77 \text{ jour}^{-1}$ (8,31% CV) et les pics de concentration sont survenus à 3 jours. Le modèle prévoyait une estimation moyenne du volume de distribution pour le compartiment central de 5,25 L (36,9 % CV) et pour le compartiment périphérique (V_2) de 3,78 L pour le daratumumab en monothérapie, et l'estimation moyenne modélisée du volume de distribution pour V_1 était de 4,36 L (28,0% CV) et pour V_2 de 2,80 L, lorsque le daratumumab était administré en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple. Chez les patients atteints d'amylose AL, le volume de distribution apparent estimé du modèle, après une administration sous-cutanée est de 10,8 L (3,1% CV). Ces résultats suggèrent que le daratumumab est principalement localisé dans le système vasculaire avec une distribution tissulaire extravasculaire limitée. **Biotransformation et élimination** : Le daratumumab présente une pharmacocinétique dépendante à la fois de la concentration et du temps avec une élimination linéaire et non linéaire (saturable) parallèle, ce qui est caractéristique d'une clairance médiée par la cible. Le modèle PK de population a estimé la valeur de clairance moyenne du daratumumab à 4,96 mL/h (CV de 58,7 %) pour le daratumumab en monothérapie et 4,32 mL/h (43,5 CV) lorsque le daratumumab est administré en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple. Chez les patients atteints d'amylose AL, la clairance apparente après l'administration sous-cutanée est de 210 mL/jour (4,1% CV). La moyenne géométrique basée sur le modèle pour la demi-vie associée à l'élimination linéaire est de 20,4 jours (22,4 % CV) pour le daratumumab en monothérapie, de 19,7 jours (15,3% CV) lorsque le daratumumab était administré en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple et de 27,5 jours

(74,0% CV) chez les patients atteints d'amyloïdose AL. Pour les schémas de monothérapie et d'association, l'état d'équilibre est atteint à environ 5 mois dans l'administration toutes les 4 semaines à la dose et selon le calendrier recommandés (1 800 mg ; une fois par semaine pendant 8 semaines, toutes les 2 semaines pendant 16 semaines, puis toutes les 4 semaines par la suite). Une analyse de la PK de population a été réalisée à l'aide des données sur le myélome multiple étudiant DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée, en monothérapie ou en association, et les expositions PK attendues sont résumées dans le tableau 17.

Tableau 17: Exposition au daratumumab suite à l'administration de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée (1 800 mg) ou de daratumumab par voie intraveineuse (16 mg/kg) en monothérapie chez les patients atteints de myélome multiple

Paramètres PK	Cycles	Daratumumab par voie sous-cutanée Médiane (5 ^e ; 95 ^e percentile)	Daratumumab par voie intraveineuse Médiane (5 ^e ; 95 ^e percentile)
C _{min} (µg/mL)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	123 (36 ; 220)	112 (43 ; 168)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire (C _{min} au Cycle 3 jour 1)	563 (177 ; 1 063)	472 (144 ; 809)
C _{max} (µg/mL)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	132 (54 ; 228)	256 (173 ; 327)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire	592 (234 ; 1 114)	688 (369 ; 1 061)
ASC _{0-7 jours} (µg/mL•jour)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	720 (293 ; 1 274)	1187 (773 ; 1 619)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire	4 017 (1 515 ; 7 564)	4019 (1 740 ; 6 370)

Une analyse PK de la population, utilisant les données issues du traitement par DARZALEX en solution pour injection sous-cutanée en association chez des patients atteints d'amylose AL, a été menée avec les données de 211 patients. À la dose recommandée de 1800 mg, les concentrations prévues de daratumumab étaient légèrement supérieures, bien que généralement dans le même intervalle, en comparaison avec les patients atteints de myélome multiple.

Tableau 18: Exposition au daratumumab suite à l'administration de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée (1 800 mg) chez les patients atteints d'amylose AL

Paramètres PK	Cycles	Daratumumab par voie sous-cutanée Médiane (5 ^{ème} ; 95 ^{ème} percentile)
C _{min} (µg/mL)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	138 (86 ; 195)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire (Cycle 3 jour 1 C _{min})	662 (315 ; 1037)
C _{max} (µg/mL)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	151 (88 ; 226)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire	729 (390 ; 1105)
ASC _{0-7 jours} (µg/mL•jour)	Cycle 1, 1 ^{ère} dose hebdomadaire	908 (482 ; 1365)
	Cycle 2, dernière dose hebdomadaire	4855 (2 562 ; 7 522)

Populations particulières

Âge et sexe

D'après les analyses PK de population réalisées chez des patients (âgés de 33 à 92 ans) traités par daratumumab en monothérapie ou dans diverses associations, l'âge n'a eu aucun effet cliniquement significatif sur la PK du daratumumab. Aucune individualisation n'est nécessaire pour les patients en fonction de leur âge. Le sexe a eu un effet statistiquement significatif sur le paramètre PK chez les

patients atteints de myélome multiple, mais pas chez les patients atteints d'amylose AL. Une exposition légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes était observée, mais la différence d'exposition n'est pas considérée comme cliniquement significative. Aucune individualisation n'est nécessaire pour les patients en fonction de leur sexe.

Insuffisance rénale : Aucune étude formelle n'a été réalisée avec DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Des analyses PK de population ont été effectuées à partir des données préexistantes sur la fonction rénale de patients atteints de myélome multiple traités par DARZALEX administré par voie sous-cutanée en monothérapie ou dans diverses associations chez des patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL. Aucune différence clinique importante concernant l'exposition au daratumumab n'a été observée entre les patients ayant une insuffisance rénale et ceux ayant une fonction rénale normale.

Insuffisance hépatique : Aucune étude formelle n'a été réalisée avec DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique. Des analyses PK de population ont été effectuées chez des patients atteints de myélome multiple traités par DARZALEX administré par voie sous-cutanée en monothérapie ou dans diverses associations chez des patients atteints de myélome multiple et d'amylose AL. Aucune différence cliniquement importante en termes d'exposition au daratumumab n'a été observée entre les patients ayant une fonction hépatique normale et ceux atteints d'insuffisance hépatique légère. Les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée à sévère étaient trop peu nombreux pour permettre de tirer des conclusions significatives pour ces populations.

Origine ethnique : D'après les analyses PK de population menées chez des patients traités par DARZALEX administré par voie sous-cutanée en monothérapie ou dans diverses associations, l'exposition au daratumumab a été similaire parmi les diverses origines ethniques.

Poids corporel : L'administration d'une dose fixe de 1800 mg de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée en monothérapie a permis une exposition adéquate pour tous les sous-groupes de poids corporel. Chez les patients atteints de myélome multiple, la C_{\min} au cycle 3-jour 1 dans le sous-groupe de poids corporel inférieur (≤ 65 kg) était 60 % plus élevée, et dans le sous-groupe de poids corporel supérieur (> 85 kg) de 12% inférieure, par rapport à celles du sous-groupe de daratumumab par voie intraveineuse. Chez certains patients ayant un poids corporel > 120 kg, une exposition plus faible a été observée, ce qui peut entraîner une efficacité réduite. Cependant, cette observation est basée sur un nombre limité de patients. Chez les patients atteints d'amylose AL, aucune différence significative n'a été observée dans la C_{\min} en fonction du poids corporel.

Données de sécurité préclinique : Les données de toxicologie sont issues d'études effectuées avec le daratumumab chez des chimpanzés et d'études effectuées avec un anticorps anti-CD38 analogue chez des singes cynomolgus. Aucun test de toxicité chronique n'a été réalisé. Aucune étude n'a été effectuée chez l'animal pour évaluer le potentiel carcinogène du daratumumab. Aucune étude n'a été effectuée chez l'animal pour évaluer les effets potentiels du daratumumab sur les fonctions de reproduction ou le développement, ou pour déterminer les effets potentiels du médicament sur la fertilité masculine ou féminine. Aucune étude de carcinogénicité, de génotoxicité ou de fertilité n'a été menée sur la hyaluronidase humaine recombinante. Aucun effet sur les tissus reproducteurs et la fonction de reproduction et aucune exposition systémique à la hyaluronidase n'a été observé chez des singes ayant reçu 22000 U/kg/semaine par voie sous-cutanée (dose 12 fois plus élevée que la dose humaine) pendant 39 semaines. La hyaluronidase étant une forme recombinante de la hyaluronidase humaine endogène, aucune carcinogénicité, aucune mutagénèse ou aucun effet sur la fertilité n'est attendu.

Incompatibilités : Ce médicament ne doit pas être utilisé avec d'autres substances à l'exception de celles mentionnées dans la rubrique 6.6.

Durée de conservation : Flacons non ouverts : 2 ans. Pendant la durée de conservation, le produit contenu dans des flacons non perforés peut être conservé à température ambiante ($\leq 30^{\circ}\text{C}$) pendant une seule période pouvant aller jusqu'à 24 heures. Une fois le produit sorti du réfrigérateur, il ne doit pas être remis au réfrigérateur (voir rubrique 6.6).

Seringue préparée : La stabilité chimique et physique en cours d'utilisation dans la seringue a été démontrée pendant 24 heures au réfrigérateur (2°C - 8°C), suivi d'un maximum de 12 heures à 15°C - 25°C et à la lumière ambiante. D'un point de vue microbiologique, à moins que la méthode d'ouverture n'empêche le risque de contamination microbienne, le produit doit être utilisé immédiatement. Si la seringue n'est pas utilisée immédiatement, les durées et conditions de conservation en cours d'utilisation sont sous la responsabilité de l'utilisateur.

Précautions particulières de conservation : À 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 ouverture, voir la rubrique 6.3.

Nature et contenu

de l'emballage extérieur :15 mL de solution dans un flacon en verre de type I muni d'une fermeture en élastomère et d'un opercule en aluminium avec capsule amovible contenant 1800 mg de daratumumab. Boîte de 1 flacon.**Précautions particulières d'élimination et manipulation** :DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée est à usage unique strict et est prêt à l'emploi.DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée doit être une solution limpide à opalescente, incolore à jaune. Ne pas utiliser en présence de particules opaques, de changement de couleur ou d'autres particules étrangères.DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée est compatible avec le matériel de seringues en polypropylène ou en polyéthylène ; les kits de perfusion sous-cutanée en polypropylène, polyéthylène ou polychlorure de vinyle (PVC) ; et les aiguilles de transfert et d'injection en acier inoxydable.**Flacon non ouvert** : Sortir le flacon de DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée du lieu de conservation réfrigéré (2°C – 8°C) et atteindre à température ambiante ($\leq 30^\circ\text{C}$). Le flacon non perforé peut être conservé à température ambiante et à la lumière ambiante pendant un maximum de 24 heures dans l'emballage d'origine à l'abri de la lumière. Ne pas exposer à la lumière directe du soleil. Ne pas secouer.**Seringue préparée** :Préparer la seringue d'administration dans des conditions aseptiques contrôlées et validées. Une fois transféré du flacon dans la seringue, conserver DARZALEX en solution injectable par voie sous-cutanée pendant une durée maximale de 24 heures au réfrigérateur suivi d'un maximum de 12 heures à 15°C-25°C et à la lumière ambiante (voir la rubrique 6.3). Si la seringue préparée est conservée au réfrigérateur, laisser la solution revenir à température ambiante avant l'administration.Tout médicament non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur. Tableau A (Liste I). **TITULAIRE D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** : Maphar sous licence des Laboratoires Janssen-Cilag International NV, Belgique. **Sur la base du RCP EMA du 09/02/2023.**