

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

## 1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

RINVOQ® 15 mg Retardtabletten  
RINVOQ® 30 mg Retardtabletten  
RINVOQ® 45 mg Retardtabletten

## 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

### RINVOQ 15 mg Retardtabletten

Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H<sub>2</sub>O, entsprechend 15 mg Upadacitinib.

### RINVOQ 30 mg Retardtabletten

Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H<sub>2</sub>O, entsprechend 30 mg Upadacitinib.

### RINVOQ 45 mg Retardtabletten

Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H<sub>2</sub>O, entsprechend 45 mg Upadacitinib.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

## 3. DARREICHUNGSFORM

Retardtablette

### RINVOQ 15 mg Retardtabletten

Purpurfarbene längliche, bikonvexe Retardtabletten mit den Abmessungen 14 × 8 mm und der Prägung „a15“ auf einer Seite.

### RINVOQ 30 mg Retardtabletten

Rote längliche, bikonvexe Retardtabletten mit den Abmessungen 14 × 8 mm und der Prägung „a30“ auf einer Seite.

### RINVOQ 45 mg Retardtabletten

Gelbe bis gelb gesprenkelte, längliche, bikonvexe Retardtabletten mit den Abmessungen 14 × 8 mm und der Prägung „a45“ auf einer Seite.

## 4. KLINISCHE ANGABEN

### 4.1 Anwendungsgebiete

#### Rheumatoide Arthritis

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden.

#### Psoriasis-Arthritis

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden.

#### Axiale Spondyloarthritis

#### Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA)

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven nicht röntgenologischen axialen Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie (MRT), die unzureichend auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben.

#### Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis)

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben.

#### Atopische Dermatitis

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen.

#### Colitis ulcerosa

RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben.

### 4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Die Behandlung mit Upadacitinib sollte von einem Arzt eingeleitet und überwacht werden, der über Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen verfügt, für die Upadacitinib indiziert ist.

#### Dosierung

#### Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis und axiale Spondyloarthritis

Die empfohlene Dosis von Upadacitinib beträgt 15 mg einmal täglich.

Bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis, die nach 16 Wochen der Behandlung kein klinisches Ansprechen zeigen, ist ein Absetzen der Behandlung in Erwägung zu ziehen. Bei einigen Patienten mit anfänglich partiellem Ansprechen kann es im Verlauf der Weiterbehandlung über 16 Wochen hinaus zu Verbesserungen kommen.

#### Atopische Dermatitis

##### Erwachsene

Die empfohlene Dosis von Upadacitinib beträgt 15 mg oder 30 mg einmal täglich, je nach individuellem Krankheitsbild.

- Eine Dosis von 30 mg einmal täglich kann bei Patienten mit hoher Krankheitslast angemessen sein.
- Eine Dosis von 30 mg einmal täglich kann bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf 15 mg einmal täglich angemessen sein.
- Es sollte die niedrigste wirksame Erhaltungsdosis in Erwägung gezogen werden.

Bei Patienten ≥ 65 Jahre beträgt die empfohlene Dosis 15 mg einmal täglich.

#### Jugendliche (von 12 bis 17 Jahren)

Bei Jugendlichen mit einem Körpergewicht von mindestens 30 kg beträgt die empfohlene Dosis von Upadacitinib 15 mg einmal täglich.

#### Begleitende topische Therapien

Upadacitinib kann mit oder ohne topische Kortikosteroide angewendet werden. Topische Calcineurininhibitoren können für empfindliche Bereiche wie Gesicht, Hals, intertriginöse und Genitalbereiche verwendet werden.

Bei Patienten, die nach 12 Behandlungswochen keine Anzeichen für einen therapeutischen Nutzen zeigen, ist ein Absetzen von Upadacitinib in Erwägung zu ziehen.

#### Colitis ulcerosa

##### Einleitung der Therapie

Die empfohlene Anfangsdosis von Upadacitinib beträgt 45 mg einmal täglich über 8 Wochen. Bei Patienten, die bis Woche 8 keinen ausreichenden therapeutischen Nutzen erzielen, können 45 mg Upadacitinib einmal täglich für weitere 8 Wochen angewendet werden (siehe Abschnitte 4.8 und 5.1). Bei Patienten, die bis Woche 16 keine Anzeichen für einen therapeutischen Nutzen zeigen, sollte Upadacitinib abgesetzt werden.

##### Erhaltungstherapie

Die empfohlene Erhaltungsdosis von Upadacitinib beträgt 15 mg oder 30 mg einmal täglich, je nach individuellem Krankheitsbild des Patienten:

- Eine Dosis von 30 mg einmal täglich kann bei einigen Patienten, z.B. bei Patienten mit hoher Krankheitslast oder denjenigen, die eine 16-wöchige Einleitungstherapie benötigen, angemessen sein.
- Eine Dosis von 30 mg einmal täglich kann bei Patienten, die mit einer Dosis von 15 mg einmal täglich keinen ausreichenden therapeutischen Nutzen erzielen, angemessen sein.
- Es sollte die niedrigste wirksame Erhaltungsdosis in Erwägung gezogen werden.

Bei Patienten ≥ 65 Jahre beträgt die empfohlene Dosis 15 mg einmal täglich.

Bei Patienten, die auf die Behandlung mit Upadacitinib angesprochen haben, können Kortikosteroide entsprechend dem Versorgungsstandard reduziert und/oder abgesetzt werden.

#### Wechselwirkungen

Bei Patienten mit Colitis ulcerosa, die starke Inhibitoren des Cytochroms P450 (CYP) 3A4 erhalten (z.B. Ketoconazol, Clarithromycin), beträgt die empfohlene Anfangsdosis 30 mg einmal täglich und die empfohlene Erhaltungsdosis 15 mg einmal täglich (siehe Abschnitt 4.5).

#### Behandlungsbeginn

Die Behandlung sollte bei Patienten mit einer absoluten Lymphozytenzahl (ALC) von weniger als 0,5 × 10<sup>9</sup> Zellen/l, einer absoluten Neutrophilenzahl (ANC) von weniger als 1 × 10<sup>9</sup> Zellen/l oder einem Hämoglobinwert (Hb) von weniger als 8 g/dl nicht begonnen werden (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8).

Behandlungsunterbrechung

Wenn bei einem Patienten eine schwere Infektion auftritt, sollte die Behandlung unterbrochen werden, bis die Infektion unter Kontrolle ist.

Eine Unterbrechung der Behandlung kann erforderlich sein, bis die in Tabelle 1 beschriebenen Laborwertabweichungen entsprechend normalisiert sind.

Besondere Patientengruppen

**Ältere Patienten**

**Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axiale Spondyloarthritis**

Bisher liegen nur begrenzte Erfahrungen bei Patienten ab 75 Jahren vor.

**Atopische Dermatitis**

Bei atopischer Dermatitis werden Dosen über 15 mg einmal täglich bei Patienten ab 65 Jahren nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.8).

**Colitis ulcerosa**

Bei Colitis ulcerosa werden Dosen über 15 mg einmal täglich als Erhaltungstherapie bei Patienten ab 65 Jahren nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.8). Die Sicherheit und Wirksamkeit von Upadacitinib bei Patienten ab 75 Jahren sind bisher noch nicht erwiesen.

**Niereninsuffizienz**

Bei Patienten mit leichter oder mittelschwerer Niereninsuffizienz ist keine Dosisanpassung erforderlich. Bisher liegen nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung von Upadacitinib bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz vor (siehe Abschnitt 5.2). Upadacitinib ist bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz mit Vorsicht anzuwenden (siehe Tabelle 2). Upadacitinib wurde bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz nicht untersucht und wird daher zur Behandlung dieser Patienten nicht empfohlen.

Siehe Tabelle 2

**Leberinsuffizienz**

Bei Patienten mit leichter (Child-Pugh A) oder mittelschwerer (Child-Pugh B) Leberinsuffizienz ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2). Upadacitinib darf bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz (Child-Pugh C) nicht angewendet werden (siehe Abschnitt 4.3).

**Kinder und Jugendliche**

Die Sicherheit und Wirksamkeit von RINVOQ bei Kindern unter 12 Jahren mit atopischer Dermatitis sind nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor. Es liegen keine klinischen Daten zur Exposition bei Jugendlichen mit einem Körpergewicht < 40 kg vor (siehe Abschnitt 5.2).

Die Sicherheit und Wirksamkeit von RINVOQ bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis unter 18 Jahren mit rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis und Colitis ulcerosa sind bisher noch nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

Art der Anwendung

RINVOQ ist einmal täglich mit oder unabhängig von einer Mahlzeit zu einer beliebigen Uhrzeit einzunehmen. Die Tabletten sind im Ganzen zu schlucken und dürfen nicht

**Tabelle 1 Überwachung der Laborparameter**

Laborparameter	Maßnahme	Überwachung
Absolute Neutrophilenzahl (ANC)	Die Behandlung sollte bei einer ANC von < 1 × 10 <sup>9</sup> Zellen/l unterbrochen werden und nach Anstieg der ANC über diesen Wert wieder begonnen werden.	Bestimmung der Werte vor Beginn und dann spätestens zwölf Wochen nach Beginn der Behandlung. Anschließend entsprechend der individuellen Behandlung des Patienten.
Absolute Lymphozytenzahl (ALC)	Die Behandlung sollte bei einer ALC von < 0,5 × 10 <sup>9</sup> Zellen/l unterbrochen werden und nach Anstieg der ALC über diesen Wert wieder begonnen werden.	
Hämoglobin (Hb)	Die Behandlung sollte bei einem Hb-Wert von < 8 g/dl unterbrochen werden und darf erst nach Anstieg des Hb über diesen Wert wieder begonnen werden.	
Lebertransaminasen	Bei Verdacht auf arzneimittelinduzierte Leberschäden sollte die Behandlung vorübergehend unterbrochen werden.	Bestimmung der Werte vor Beginn und während der Behandlung entsprechend der routinemäßigen Behandlung des Patienten.
Lipide	Die Patienten sollten entsprechend den internationalen klinischen Leitlinien für Hyperlipidämie behandelt werden.	Bestimmung der Werte zwölf Wochen nach Beginn der Behandlung, danach entsprechend den internationalen klinischen Leitlinien für Hyperlipidämie

**Tabelle 2 Empfohlene Dosis bei schwerer Niereninsuffizienz<sup>a</sup>**

Anwendungsgebiet	Empfohlene Dosis (einmal täglich)
Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axiale Spondyloarthritis, atopische Dermatitis	15 mg
Colitis ulcerosa	Anfangsdosis: 30 mg
	Erhaltungsdosis: 15 mg

<sup>a</sup> Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) 15 bis < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

geteilt, zerdrückt oder zerkaut werden, damit sichergestellt ist, dass die gesamte Dosis korrekt eingenommen wird.

**4.3 Gegenanzeigen**

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.
- Aktive Tuberkulose (TB) oder aktive schwerwiegende Infektionen (siehe Abschnitt 4.4).
- Schwere Leberinsuffizienz (siehe Abschnitt 4.2).
- Schwangerschaft (siehe Abschnitt 4.6).

**4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung**

Immunsuppressiva

Die Kombination mit anderen potenten Immunsuppressiva wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Ciclosporin, Tacrolimus und biologischen DMARDs oder anderen Januskinase(JAK)-Inhibitoren wurde in klinischen Studien nicht untersucht und wird nicht empfohlen, da das Risiko einer zusätzlichen immunsuppressiven Wirkung nicht ausgeschlossen werden kann.

Schwerwiegende Infektionen

Bei Patienten, die Upadacitinib erhielten, wurden schwere Infektionen, darunter auch solche mit tödlichem Ausgang, berichtet.

Die am häufigsten berichteten schwerwiegenden Infektionen, die unter Upadacitinib berichtet wurden, umfassten Pneumonie und Cellulitis (siehe Abschnitt 4.8). Bei Patienten, die Upadacitinib erhalten haben, wurden Fälle von bakterieller Meningitis berichtet. Als opportunistische Infektionen wurden Tuberkulose, multidermatomaler Herpes zoster, orale/ösophageale Candidose und Kryptokokkose unter Upadacitinib-Behandlung berichtet.

Bei Patienten mit aktiver, schwerwiegender Infektion, einschließlich lokaler Infektionen, darf mit der Behandlung mit Upadacitinib nicht begonnen werden.

Bei folgenden Patienten sollte Upadacitinib nur nach Nutzen-Risiko-Abwägung angewendet werden:

- bei Patienten mit chronischen oder wiederkehrenden Infektionen
- bei Patienten mit Exposition gegenüber Tuberkulose
- bei Patienten mit einer schweren oder opportunistischen Infektion in der Anamnese
- bei Patienten, die in Gebieten mit endemischer Tuberkulose oder endemischen Mykosen gelebt oder solche Gebiete be-reist haben, oder

- bei Patienten mit Grunderkrankungen, aufgrund derer sie anfällig für Infektionen sind.

Patienten sollten während und nach Behandlung mit Upadacitinib engmaschig auf Anzeichen und Symptome einer Infektion überwacht werden. Entwickelt ein Patient eine schwerwiegende oder opportunistische Infektion, muss die Behandlung mit Upadacitinib unterbrochen werden. Patienten, bei denen unter Behandlung mit Upadacitinib eine neue Infektion auftritt, sind unverzüglich einer für immungeschwächte Patienten angemessenen, vollständigen diagnostischen Abklärung zu unterziehen; eine entsprechende Antibiotikatherapie ist einzuleiten, die Patienten sind engmaschig zu überwachen und die Behandlung mit Upadacitinib ist zu unterbrechen, falls der Patient nicht auf die Antibiotikatherapie anspricht. Sobald die Infektion unter Kontrolle ist, kann die Behandlung mit Upadacitinib fortgesetzt werden.

Da Infektionen bei Patienten ab einem Alter von 65 Jahren häufiger auftreten, sollte Upadacitinib bei dieser Patientenpopulation mit Vorsicht angewendet werden.

#### **Tuberkulose**

Vor Therapiebeginn mit Upadacitinib ist ein Tuberkulose(TB)-Screening durchzuführen. Upadacitinib darf nicht bei Patienten mit aktiver TB angewendet werden (siehe Abschnitt 4.3). Bei Patienten mit unbehandeltem latenter TB oder bei Patienten mit Risikofaktoren für eine TB-Infektion ist vor Einleitung der Behandlung mit Upadacitinib eine Anti-TB-Therapie in Erwägung zu ziehen.

Die Konsultation eines in der Tuberkulosebehandlung erfahrenen Arztes ist empfehlenswert, wenn entschieden werden soll, ob eine Anti-TB-Therapie im Einzelfall geeignet ist.

Die Patienten müssen auf die Entwicklung von Anzeichen und Symptomen einer TB überwacht werden; dies gilt auch für Patienten mit negativem Befund auf eine latente TB-Infektion vor Therapiebeginn.

#### **Virusreaktivierung**

In klinischen Studien wurden Virusreaktivierungen, einschließlich Fällen der Reaktivierung von Herpesviren (z. B. Herpes zoster), berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Das Risiko für Herpes zoster scheint bei Patienten japanischer Herkunft, die mit Upadacitinib behandelt werden, erhöht zu sein. Tritt bei einem Patienten Herpes zoster auf, sollte eine Unterbrechung der Behandlung mit Upadacitinib bis zum Abklingen der Infektion in Erwägung gezogen werden.

Vor Beginn und während einer Therapie mit Upadacitinib sollte ein Screening auf eine virale Hepatitis und die Überwachung einer möglichen Reaktivierung durchgeführt werden. Patienten mit positivem Ergebnis beim Test auf Hepatitis-C-Antikörper und Hepatitis-C-Virus-RNA waren von den klinischen Studien ausgeschlossen. Patienten mit positivem Ergebnis beim Test auf Hepatitis-B-Oberflächen-Antigen oder Hepatitis-B-Virus-DNA waren von den klinischen Studien ausgeschlossen. Falls während der Behandlung mit Upadacitinib Hepatitis-B-Virus-DNA

festgestellt wird, ist ein Hepatologe zu konsultieren.

#### **Impfung**

Es liegen keine Daten zum Ansprechen auf Impfungen mit Lebendimpfstoffen bei Patienten unter Upadacitinib-Behandlung vor. Die Anwendung von attenuierten Lebendimpfstoffen während oder unmittelbar vor einer Behandlung mit Upadacitinib wird nicht empfohlen. Vor Einleitung der Therapie mit Upadacitinib wird empfohlen, den Impfstatus der Patienten entsprechend den aktuellen Impfleitlinien zu überprüfen und alle erforderlichen Impfungen nachzuholen; dazu zählt auch die prophylaktische Impfung gegen Herpes zoster (siehe Abschnitt 5.1 bezüglich Daten zum inaktivierten Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (13-valent, adsorbiert) und gleichzeitiger Anwendung von Upadacitinib).

#### **Maligne Erkrankungen**

Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis ist das Risiko für maligne Erkrankungen einschließlich Lymphomen erhöht. Immunmodulatorische Arzneimittel könnten das Risiko für maligne Erkrankungen einschließlich Lymphomen erhöhen. Es liegen derzeit nur begrenzte klinische Daten vor und Langzeitstudien laufen noch.

Maligne Erkrankungen wurden in klinischen Studien mit Upadacitinib beobachtet. Eine Nutzen-Risiko-Abschätzung ist vor Therapiebeginn mit Upadacitinib bei Patienten mit bekannter maligner Erkrankung (außer erfolgreich behandeltem nichtmelanozytärem Hautkrebs [non-melanoma skin cancer, NMSC]) oder bei Patienten, die eine maligne Erkrankung entwickeln und bei denen die Weiterführung der Behandlung mit Upadacitinib in Erwägung gezogen wird, vorzunehmen.

#### **Nichtmelanozytärer Hautkrebs (NMSC)**

NMSCs wurden bei Patienten berichtet, die mit Upadacitinib behandelt wurden. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Hautkrebs wird eine regelmäßige Hautuntersuchung empfohlen.

#### **Hämatologische Anomalien**

In klinischen Studien wurde bei  $\leq 1\%$  der Patienten eine absolute Neutrophilenzahl (ANC) von  $< 1 \times 10^9$  Zellen/l, eine absolute Lymphozytenzahl (ALC) von  $< 0,5 \times 10^9$  Zellen/l und ein Hämoglobinwert von  $< 8$  g/dl berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Bei Patienten, bei denen im Rahmen routinemäßiger Untersuchungen eine ANC von  $< 1 \times 10^9$  Zellen/l, eine ALC von  $< 0,5 \times 10^9$  Zellen/l oder ein Hämoglobinwert von  $< 8$  g/dl beobachtet wird, sollte mit der Behandlung nicht begonnen werden bzw. sollte die Behandlung vorübergehend unterbrochen werden (siehe Abschnitt 4.2).

#### **Divertikulitis**

Fälle von Divertikulitis wurden in klinischen Studien sowie nach der Markteinführung berichtet. Divertikulitis kann eine gastrointestinale Perforation verursachen. Upadacitinib ist bei Patienten mit divertikulärer Erkrankung und insbesondere bei Patienten, die dauerhaft mit Begleitmedikationen behandelt werden, die mit einem erhöhten Risiko für eine Divertikulitis einhergehen –

nichtsteroidale Antiphlogistika, Kortikosteroide und Opiode – mit Vorsicht anzuwenden. Patienten mit neu auftretenden abdominalen Anzeichen und Symptomen sind zur frühzeitigen Erkennung einer Divertikulitis umgehend zu untersuchen, um eine gastrointestinale Perforation zu verhindern.

#### **Kardiovaskuläres Risiko**

Patienten mit rheumatoider Arthritis haben ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Bei Patienten, die mit Upadacitinib behandelt werden, sollten im Rahmen der Routinebehandlung Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Hyperlipidämie) beachtet werden.

#### **Lipide**

Die Behandlung mit Upadacitinib war mit einem dosisabhängigen Anstieg der Lipidwerte verbunden. Es wurde ein Anstieg des Gesamtcholesterins, des Low-Density-Lipoproteins (LDL) und des High-Density-Lipoproteins (HDL) beobachtet (siehe Abschnitt 4.8). Erhöhungen des LDL-Cholesterins ließen sich mit einer Statintherapie wieder auf die Werte vor Behandlungsbeginn senken, wobei die Evidenzlage begrenzt ist. Die Auswirkungen dieser Lipidwerterhöhungen auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität wurden nicht untersucht (zur Überwachung siehe Abschnitt 4.2).

#### **Anstieg der Lebertransaminasen**

Die Behandlung mit Upadacitinib war im Vergleich zu Placebo mit einer höheren Inzidenz für erhöhte Leberwerte verbunden.

Die Werte sind vor Beginn und während der Behandlung entsprechend der routinemäßigen Untersuchung des Patienten zu bestimmen. Es wird empfohlen, unverzüglich die Ursache der Leberwerterhöhungen zu ermitteln, um eine mögliche arzneimittelinduzierte Leberschädigung zu erkennen.

Falls im Rahmen von routinemäßigen Untersuchungen des Patienten ein ALT- oder AST-Anstieg beobachtet und eine arzneimittelinduzierte Leberschädigung vermutet wird, sollte Upadacitinib abgesetzt werden, bis eine solche Diagnose ausgeschlossen werden kann.

#### **Venöse Thromboembolie**

Fälle von tiefer Venenthrombose (TVT) und Lungenembolie (LE) wurden bei Patienten berichtet, die JAK-Inhibitoren, darunter Upadacitinib, erhielten. Upadacitinib sollte bei Patienten mit hohem Risiko für TVT/LE mit Vorsicht angewendet werden. Risikofaktoren, die beachtet werden sollten, um das TVT- und LE-Risiko eines Patienten einzuschätzen, beinhalten höheres Alter, Adipositas, TVT/LE in der Anamnese, größere Operationen und längere Immobilisierung. Wenn klinische Symptome einer TVT/LE auftreten, sollte die Behandlung mit Upadacitinib beendet und die Patienten umgehend untersucht und entsprechend behandelt werden.

#### **Ältere Patienten**

Bei Patienten ab 65 Jahren besteht unter 30 mg Upadacitinib einmal täglich ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen. Die empfohlene Dosis für die Langzeitanwendung beträgt für diese Patientengruppe

15 mg einmal täglich (siehe Abschnitte 4.2 und 4.8).

**4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen**

Potenzielle Auswirkungen anderer Arzneimittel auf die Pharmakokinetik von Upadacitinib

Upadacitinib wird hauptsächlich durch CYP3A4 metabolisiert. Daher kann die Plasmaexposition von Upadacitinib durch Arzneimittel beeinflusst werden, die CYP3A4 stark hemmen oder induzieren.

**Gleichzeitige Anwendung mit CYP3A4-Inhibitoren**

Die Upadacitinib-Exposition ist bei gleichzeitiger Anwendung mit starken CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Ketoconazol, Itraconazol, Posaconazol, Voriconazol, Clarithromycin und Grapefruit) erhöht. In einer klinischen Studie führte die gleichzeitige Anwendung von Upadacitinib und Ketoconazol zu einem Anstieg der C<sub>max</sub> von Upadacitinib um 70 % und der AUC um 75 %. 15 mg Upadacitinib einmal täglich ist bei Patienten unter Langzeitbehandlung mit starken CYP3A4-Inhibitoren mit Vorsicht anzuwenden. 30 mg Upadacitinib wird bei Patienten mit atopischer Dermatitis, die eine dauerhafte Behandlung mit starken CYP3A4-Inhibitoren erhalten, nicht empfohlen. Bei Patienten mit Colitis ulcerosa, die starke CYP3A4-Inhibitoren anwenden, beträgt die empfohlene Anfangsdosis 30 mg einmal täglich (für bis zu 16 Wochen) und die empfohlene Erhaltungsdosis 15 mg einmal täglich (siehe Abschnitt 4.2). Bei langfristiger Anwendung sind Alternativen zu starken CYP3A4-Inhibitoren in Betracht zu ziehen. Nahrungsmittel oder Getränke, die Grapefruit enthalten, müssen während der Behandlung mit Upadacitinib vermieden werden.

**Gleichzeitige Anwendung mit CYP3A4-Induktoren**

Die Upadacitinib-Exposition ist bei gleichzeitiger Anwendung mit starken CYP3A4-Induktoren (z. B. Rifampicin und Phenytoin) verringert, was zu einer abgeschwächten Wirkung von Upadacitinib führen kann. In einer klinischen Prüfung führte die Anwendung von Upadacitinib zusammen mit mehrfacher Gabe von Rifampicin (einem starken CYP3A4-Induktor) zu einer Abnahme der C<sub>max</sub> von Upadacitinib um ca. 50 % und der AUC um ca. 60 %. Veränderungen der Krankheitsaktivität von Patienten sollten überwacht werden, wenn Upadacitinib gleichzeitig mit starken CYP3A4-Induktoren angewendet wird.

Methotrexat und den pH-Wert modifizierende Arzneimittel (z. B. Antacida oder Protonenpumpeninhibitoren) haben keinen Einfluss auf die Plasmaexposition von Upadacitinib.

Potenzielle Auswirkungen von Upadacitinib auf die Pharmakokinetik anderer Arzneimittel

Die mehrfache Anwendung von 30 mg oder 45 mg Upadacitinib einmal täglich bei gesunden Probanden hatte eine eingeschränkte Auswirkung auf die Plasmaexposition von Midazolam (sensitives CYP3A-

Substrat) (Abnahme der AUC und C<sub>max</sub> von Midazolam um 24–26 %), was darauf hindeutet, dass 30 mg oder 45 mg Upadacitinib einmal täglich einen schwachen induzierenden Effekt auf CYP3A haben kann. In einer klinischen Studie führte die mehrfache Anwendung von 30 mg Upadacitinib einmal täglich bei gesunden Probanden zu einer Abnahme der AUC von Rosuvastatin um 33 % und von Atorvastatin um 23 % sowie einer Abnahme der C<sub>max</sub> von Rosuvastatin um 23 %. Upadacitinib hatte keine relevante Auswirkung auf die C<sub>max</sub> von Atorvastatin oder auf die Plasmaexposition von ortho-Hydroxy-Atorvastatin (hauptsächlich aktiver Metabolit von Atorvastatin). Die mehrfache Anwendung von 45 mg Upadacitinib einmal täglich bei gesunden Probanden hatte eine begrenzte Zunahme der AUC und C<sub>max</sub> von Dextromethorphan (sensitives CYP2D6-Substrat) um 30 % bzw. 35 % zur Folge, was darauf hindeutet, dass 45 mg Upadacitinib einmal täglich einen schwachen inhibitorischen Effekt auf CYP2D6 hat. Bei gleichzeitiger Anwendung von Upadacitinib wird keine Dosisanpassung von CYP3A-Substraten, CYP2D6-Substraten, Rosuvastatin oder Atorvastatin empfohlen.

Upadacitinib hat keine relevanten Auswirkungen auf die Plasmaexposition von Ethinylestradiol, Levonorgestrel, Methotrexat oder Arzneimitteln, die als Substrate von CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9 oder CYP2C19 metabolisiert werden.

**4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit**

Frauen im gebärfähigen Alter

Frauen im gebärfähigen Alter sollten dazu aufgefordert werden, während der Behandlung und für 4 Wochen nach der letzten Dosis von Upadacitinib eine zuverlässige Verhütungsmethode anzuwenden. Mädchen und/oder ihre Eltern/betreuenden Personen sind zu informieren, dass sie sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen müssen, sobald bei der Patientin unter der Behandlung mit Upadacitinib die Menarche stattfindet.

Schwangerschaft

Bisher liegen keine oder nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung von Upadacitinib bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt (siehe Abschnitt 5.3). Upadacitinib war bei Ratten und Kaninchen teratogen und hatte bei Exposition *in utero* bei Rattenföten Auswirkungen auf die Knochen und bei Kaninchenföten Auswirkungen auf das Herz.

Upadacitinib ist während der Schwangerschaft kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Falls eine Patientin während der Behandlung mit Upadacitinib schwanger wird, sollten die Eltern über das potenzielle Risiko für den Fötus informiert werden.

Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Upadacitinib oder dessen Metaboliten in die menschliche Muttermilch übergehen. Die zur Verfügung stehenden pharmakodynamischen/toxikologischen Daten aus tierexperimentellen

Studien haben gezeigt, dass Upadacitinib in die Milch übergeht (siehe Abschnitt 5.3).

Ein Risiko für das Neugeborene/Kind kann nicht ausgeschlossen werden.

Upadacitinib sollte während der Stillzeit nicht angewendet werden.

Es muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob das Stillen zu unterbrechen ist oder ob auf die Behandlung mit Upadacitinib verzichtet werden soll/die Behandlung mit Upadacitinib zu unterbrechen ist. Dabei soll sowohl der Nutzen des Stillens für das Kind als auch der Nutzen der Therapie für die Frau berücksichtigt werden.

Fertilität

Die Wirkung von Upadacitinib auf die Fertilität des Menschen wurde nicht untersucht. Tierexperimentelle Studien ergaben keine Hinweise auf Auswirkungen auf die Fertilität (siehe Abschnitt 5.3).

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

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

**4.8 Nebenwirkungen**

Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

In den placebokontrollierten klinischen Studien zu rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis und axialer Spondyloarthritis waren die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen unter 15 mg Upadacitinib (≥ 2 % der Patienten in mindestens einer der Indikationen mit der höchsten Rate der vorgestellten Indikationen) Infektionen der oberen Atemwege (19,5 %), Erhöhungen der Kreatinphosphokinase (CPK) im Blut (8,6 %), erhöhte Alanintransaminase (4,3 %), Bronchitis (3,9 %), Übelkeit (3,5 %), Neutropenie (2,8 %), Husten (2,2 %), erhöhte Aspartattransaminase (2,2 %) und Hypercholesterinämie (2,2 %).

In den placebokontrollierten klinischen Studien zur atopischen Dermatitis waren die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen (≥ 2 % der Patienten) unter 15 mg oder 30 mg Upadacitinib Infektionen der oberen Atemwege (25,4 %), Akne (15,1 %), Herpes simplex (8,4 %), Kopfschmerzen (6,3 %), eine Erhöhung der CPK im Blut (5,5 %), Husten (3,2 %), Follikulitis (3,2 %), Bauchschmerzen (2,9 %), Übelkeit (2,7 %), Neutropenie (2,3 %), Fieber (2,1 %) und Influenza (2,1 %).

Die häufigsten schwerwiegenden Nebenwirkungen waren schwerwiegende Infektionen (siehe Abschnitt 4.4).

Das Sicherheitsprofil von Upadacitinib bei langfristiger Behandlung war bei allen Indikationen im Allgemeinen vergleichbar mit dem Sicherheitsprofil in der placebokontrollierten Phase.

In den placebokontrollierten klinischen Studien zur Einleitungs- und Erhaltungstherapie bei Colitis ulcerosa waren die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen (≥ 3 % der Patienten) unter 45 mg, 30 mg oder

15 mg Upadacitinib Infektionen der oberen Atemwege (19,9%), eine Erhöhung der CPK im Blut (7,6%), Akne (6,3%), Neutropenie (6,0%), Ausschlag (5,2%), Herpes zoster (4,4%), Hypercholesterinämie (4,0%), Follikulitis (3,6%), Herpes simplex (3,2%) und Influenza (3,2%).

Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Die folgende Auflistung der Nebenwirkungen basiert auf Erfahrungen aus klinischen Studien. Die Häufigkeit der unten aufgeführten Nebenwirkungen ist wie folgt definiert:

sehr häufig (≥ 1/10), häufig (≥ 1/100, < 1/10), gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100). Die Häufigkeiten in Tabelle 3 basieren auf der jeweils höheren Rate der Nebenwirkungen, die in klinischen Studien mit RINVOQ zu rheumatischen Erkrankungen (15 mg), zu atopischer Dermatitis (15 mg und 30 mg) oder zu Colitis ulcerosa (15 mg, 30 mg und 45 mg) berichtet wurden. Wenn zwischen den Indikationen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit beobachtet wurden, sind diese in den Fußnoten unter der Tabelle aufgeführt.

Siehe Tabelle 3

Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

**Rheumatoide Arthritis**

**Infektionen**

In placebokontrollierten klinischen Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, betrug die Infektionsrate über einen Zeitraum von 12/14 Wochen im Upadacitinib-15 mg-Behandlungsarm 27,4% gegenüber 20,9% im Placeboarm. In Methotrexat(MTX)-kontrollierten Studien betrug die Infektionsrate über einen Zeitraum von 12/14 Wochen im Behandlungsarm mit 15 mg Upadacitinib als Monotherapie 19,5% gegenüber 24,0% unter MTX. Insgesamt betrug die Langzeit-Infektionsrate unter 15 mg Upadacitinib in allen fünf klinischen Phase-III-Studien (2630 Patienten) 93,7 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

In placebokontrollierten klinischen Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, betrug die Rate schwerwiegender Infektionen über einen Zeitraum von 12/14 Wochen im Upadacitinib-15 mg-Behandlungsarm 1,2% gegenüber 0,6% im Placeboarm. In MTX-kontrollierten Studien betrug die Rate schwerwiegender Infektionen über einen Zeitraum von 12/14 Wochen im Behandlungsarm mit 15 mg Upadacitinib als Monotherapie 0,6% gegenüber 0,4% unter MTX. Insgesamt betrug die Langzeitrate schwerwiegender Infektionen unter 15 mg Upadacitinib in allen fünf klinischen Phase-III-Studien 3,8 Ereignisse pro 100 Patientenjahre. Die häufigste schwerwiegende Infektion war Pneumonie. Die Rate an schwerwiegenden Infektionen blieb unter Langzeitanwendung stabil.

**Opportunistische Infektionen (außer Tuberkulose)**

In placebokontrollierten klinischen Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, betrug die Rate opportunistischer Infektionen über einen Zeitraum von 12/14 Wochen im Upadacitinib-15 mg-Behandlungsarm 0,5% gegenüber 0,3% im

**Tabelle 3 Nebenwirkungen**

Systemorganklasse	Sehr häufig	Häufig	Gelegentlich
Infektionen und parasitäre Erkrankungen	Infektionen der oberen Atemwege <sup>a</sup>	Bronchitis <sup>a,b</sup> Herpes zoster Herpes simplex <sup>a</sup> Follikulitis Influenza Harnwegsinfektion	Pneumonie Orale Candidose Divertikulitis
Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems		Anämie Neutropenie Lymphopenie	
Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen		Hypercholesterinämie <sup>b</sup> Hyperlipidämie <sup>a,b</sup>	Hypertriglyzeridämie
Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums		Husten	
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts		Bauchschmerzen <sup>a,d</sup> Übelkeit	
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes	Akne <sup>c,d</sup>	Urtikaria <sup>c</sup> Ausschlag <sup>a</sup>	
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort		Fatigue Fieber	
Untersuchungen		CPK im Blut erhöht ALT erhöht <sup>b</sup> AST erhöht <sup>b</sup> Gewicht erhöht	
Erkrankungen des Nervensystems		Kopfschmerzen	

<sup>a</sup> Dargestellt als gruppierter Begriff

<sup>b</sup> In Studien zu atopischer Dermatitis traten Bronchitis, Hypercholesterinämie, Hyperlipidämie, erhöhte ALT- und erhöhte AST-Werte gelegentlich auf.

<sup>c</sup> In Studien zu rheumatologischen Erkrankungen traten Akne häufig und Urtikaria gelegentlich auf.

<sup>d</sup> In Studien zu Colitis ulcerosa trat Akne häufig auf; Bauchschmerzen traten unter Upadacitinib seltener auf als unter Placebo.

Placeboarm. In MTX-kontrollierten Studien gab es über einen Zeitraum von 12/14 Wochen unter 15 mg Upadacitinib als Monotherapie keine Fälle opportunistischer Infektionen; im MTX-Kontrollarm lag die Rate opportunistischer Infektionen bei 0,2%. Insgesamt betrug die Langzeitrate opportunistischer Infektionen unter 15 mg Upadacitinib in allen fünf klinischen Phase-III-Studien 0,6 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

Die Langzeitrate von Herpes zoster unter 15 mg Upadacitinib betrug in allen fünf klinischen Phase-III-Studien 3,7 Ereignisse pro 100 Patientenjahre. Die meisten Herpes-zoster-Ereignisse betrafen ein einzelnes Dermatom und waren nicht schwerwiegend.

**Anstieg der Lebertransaminasen**

In placebokontrollierten Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, wurden über einen Zeitraum von bis zu 12/14 Wochen bei 2,1% bzw. 1,5% der mit 15 mg Upadacitinib behandelten Patienten bei mindestens einer Bestimmung ein Anstieg der Alanintransaminase (ALT) und Aspartattransaminase (AST) von ≥ 3 x des oberen normalen Grenzwerts (upper limit of normal, ULN) beobachtet, verglichen mit 1,5% bzw. 0,7% bei den mit Placebo behandelten Patienten. Die meisten Fälle eines Anstiegs der Lebertransaminasen waren asymptomatisch und vorübergehend.

In MTX-kontrollierten Studien wurden über einen Zeitraum von bis zu 12/14 Wochen bei 0,8% bzw. 0,4% der mit 15 mg Upadacitinib behandelten Patienten bei mindestens einer Bestimmung ein ALT- und AST-Anstieg von ≥ 3 x des ULN beobachtet, verglichen mit 1,9% bzw. 0,9% bei den mit MTX behandelten Patienten.

Das Muster und die Inzidenz der ALT-/AST-Anstiege blieben im zeitlichen Verlauf stabil; dies gilt auch für die Langzeit-Fortsetzungsstudien.

**Anstiege der Lipidwerte**

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib war mit einem Anstieg der Lipidwerte assoziiert, einschließlich eines Anstiegs des Gesamtcholesterins, der Triglyzeride, des LDL- und HDL-Cholesterins. Es gab keine Veränderung beim LDL/HDL-Quotienten. Der Anstieg wurde nach zwei bis vier Wochen Behandlung beobachtet und blieb unter Langzeittherapie stabil. Bei den Patienten in den kontrollierten Studien, deren Baselinewerte unterhalb der festgelegten Grenzen lagen, wurde in folgender Häufigkeit beobachtet, dass die Werte mindestens einmal innerhalb von 12/14 Wochen über den festgelegten Grenzen lagen (einschließlich Patienten mit einem einzelnen erhöhten Wert):

- Gesamtcholesterin  $\geq 5,17$  mmol/l (200 mg/dl): 62 % unter 15 mg Upadacitinib vs. 31 % unter Placebo
- LDL-Cholesterin  $\geq 3,36$  mmol/l (130 mg/dl): 42 % unter 15 mg Upadacitinib vs. 19 % unter Placebo
- HDL-Cholesterin  $\geq 1,03$  mmol/l (40 mg/dl): 89 % unter 15 mg Upadacitinib vs. 61 % unter Placebo
- Triglyzeride  $> 2,26$  mmol/l (200 mg/dl): 25 % unter 15 mg Upadacitinib vs. 15 % unter Placebo

#### **Kreatinphosphokinase**

In placebokontrollierten Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, wurden über einen Zeitraum von bis zu 12/14 Wochen Anstiege der CPK-Werte beobachtet. CPK-Anstiege von  $> 5 \times$  des ULN wurden über einen Zeitraum von 12/14 Wochen bei 1,0% der Patienten im Upadacitinib-15 mg-Behandlungsarm und bei 0,3% im Placeboarm beobachtet. Die meisten Anstiege von  $> 5 \times$  des ULN waren vorübergehend und erforderten keinen Behandlungsabbruch. Die mittleren CPK-Werte stiegen bis Woche 4 an, der mittlere Anstieg lag in Woche 12 bei 60 U/l und die Werte blieben danach, auch unter Langzeittherapie, auf dem höheren Wert stabil.

#### **Neutropenie**

In placebokontrollierten Studien, in denen Upadacitinib mit csDMARDs kombiniert wurde, kam es über einen Zeitraum von bis zu 12/14 Wochen bei 1,1% der Patienten im Upadacitinib-15 mg-Behandlungsarm und bei  $< 0,1\%$  im Placeboarm bei mindestens einer Bestimmung zu einem Rückgang der Neutrophilenzahl unter  $1 \times 10^9$  Zellen/l. In klinischen Studien wurde die Behandlung bei einer ANC von  $< 1 \times 10^9$  Zellen/l unterbrochen (siehe Abschnitt 4.2). Die mittlere Neutrophilenzahl nahm über 4 bis 8 Wochen ab. Der Rückgang der Neutrophilenzahl blieb im Zeitverlauf auch unter Langzeittherapie stabil auf einem niedrigeren Wert als bei Baseline.

#### **Psoriasis-Arthritis**

Insgesamt entsprach das Sicherheitsprofil bei Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis unter 15 mg Upadacitinib dem Sicherheitsprofil bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Bei Patienten, die mit Upadacitinib in Kombination mit MTX behandelt wurden, wurde im Vergleich zu Patienten unter Monotherapie eine höhere Rate an schwerwiegenden Infektionen (2,6 Ereignisse pro 100 Patientenjahre bzw. 1,3 Ereignisse pro 100 Patientenjahre) und an erhöhten Lebertransaminasewerten (ALT-Anstieg Grad 3 und höher bei 1,4% bzw. 0,4%) beobachtet.

#### **Axiale Spondyloarthritis**

Insgesamt entsprach das Sicherheitsprofil bei Patienten mit aktiver axialer Spondyloarthritis unter 15 mg Upadacitinib dem Sicherheitsprofil bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Es wurden keine neuen Ergebnisse zur Sicherheit beobachtet.

#### **Atopische Dermatitis**

##### **Infektionen**

In der placebokontrollierten Phase der klinischen Studien betrug die Infektionsrate über einen Zeitraum von 16 Wochen in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 39% bzw. 43% gegenüber 30% unter Placebo. Die Langzeitraten von Infektionen betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 98,5 bzw. 109,6 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

In placebokontrollierten klinischen Studien betrug die Häufigkeit schwerwiegender Infektionen über einen Zeitraum von 16 Wochen in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 0,8% bzw. 0,4% gegenüber 0,6% unter Placebo. Die Langzeitraten schwerwiegender Infektionen betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 2,3 bzw. 2,8 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

##### **Opportunistische Infektionen (außer Tuberkulose)**

In der placebokontrollierten Phase der klinischen Studien handelte es sich bei allen opportunistischen Infektionen (mit Ausnahme von TB und Herpes zoster) um ein Ekzema herpeticum. Die Häufigkeit von Ekzema herpeticum über 16 Wochen betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 0,7% bzw. 0,8% gegenüber 0,4% unter Placebo. Die Langzeitraten von Ekzema herpeticum betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 1,6 bzw. 1,8 Ereignisse pro 100 Patientenjahre. Unter 30 mg Upadacitinib wurde ein Fall einer ösophagealen Candidiasis berichtet.

Die Langzeitraten von Herpes zoster betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 3,5 bzw. 5,2 Ereignisse pro 100 Patientenjahre. Die meisten Herpes-zoster-Ereignisse betrafen ein einzelnes Dermatom und waren nicht schwerwiegend.

##### **Auffällige Laborwerte**

Die dosisabhängigen Erhöhungen der ALT- und/oder AST-Werte ( $\geq 3 \times$  ULN), Veränderungen der Lipidparameter, der CPK-Werte ( $> 5 \times$  ULN) und der Neutropenie (ANC  $< 1 \times 10^9$  Zellen/l) im Zusammenhang mit der Upadacitinib-Behandlung waren vergleichbar mit den Beobachtungen in den klinischen Studien zu rheumatischen Erkrankungen.

In Studien zu atopischer Dermatitis wurde nach Woche 16 ein geringer Anstieg des LDL-Cholesterins beobachtet.

##### **Colitis ulcerosa**

Das allgemeine Sicherheitsprofil bei Patienten mit Colitis ulcerosa entsprach im Allgemeinen dem Sicherheitsprofil von Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Im Vergleich zur 8-wöchigen Einleitungsphase wurde bei einer 16-wöchigen Induktionsphase eine höhere Rate an Herpes zoster beobachtet.

##### **Infektionen**

In den placebokontrollierten Einleitungsstudien betrug die Infektionsrate über einen

Zeitraum von 8 Wochen im Behandlungsarm mit 45 mg Upadacitinib 20,7% gegenüber 17,5% unter Placebo. In der placebokontrollierten Erhaltungsstudie betrug die Infektionsrate über einen Zeitraum von 52 Wochen in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 38,4% bzw. 40,6% gegenüber 37,6% unter Placebo. Die Langzeitraten von Infektionen betrug unter 15 mg und 30 mg Upadacitinib 73,8 bzw. 82,6 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

In den placebokontrollierten Einleitungsstudien betrug die Häufigkeit schwerwiegender Infektionen über einen Zeitraum von 8 Wochen sowohl im Behandlungsarm mit 45 mg Upadacitinib als auch unter Placebo 1,3%. In einer um 8 Wochen verlängerten Behandlung mit 45 mg Upadacitinib wurden keine weiteren schwerwiegenden Infektionen beobachtet. In der placebokontrollierten Erhaltungsstudie betrug die Häufigkeit schwerwiegender Infektionen über einen Zeitraum von 52 Wochen in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 3,2% bzw. 2,4% gegenüber 3,3% unter Placebo. Die Langzeitraten schwerwiegender Infektionen betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 4,1 bzw. 3,9 Ereignisse pro 100 Patientenjahre. Die am häufigsten berichtete schwerwiegende Infektion in den Einleitungs- und Erhaltungsphasen war eine COVID-19-Pneumonie.

##### **Opportunistische Infektionen (außer Tuberkulose)**

In den placebokontrollierten Einleitungsstudien über einen Zeitraum von 8 Wochen betrug die Häufigkeit der opportunistischen Infektionen (außer Tuberkulose und Herpes zoster) im Behandlungsarm mit 45 mg Upadacitinib 0,4% gegenüber 0,3% unter Placebo. In einer um 8 Wochen verlängerten Behandlung mit 45 mg Upadacitinib wurden keine weiteren opportunistischen Infektionen (außer Tuberkulose und Herpes zoster) beobachtet. In der placebokontrollierten Erhaltungsstudie über einen Zeitraum von 52 Wochen betrug die Häufigkeit opportunistischer Infektionen (außer Tuberkulose und Herpes zoster) in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 0,8% bzw. 0,4% gegenüber 0,8% unter Placebo. Die Langzeitraten der opportunistischen Infektionen (außer Tuberkulose und Herpes zoster) betrug in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 0,6 bzw. 0,3 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

In den placebokontrollierten Einleitungsstudien über einen Zeitraum von 8 Wochen betrug die Häufigkeit von Herpes zoster im Behandlungsarm mit 45 mg Upadacitinib 0,6% gegenüber 0% unter Placebo. Die Rate von Herpes zoster betrug über einen 16-wöchigen Behandlungszeitraum mit 45 mg Upadacitinib 3,9%. In der placebokontrollierten Erhaltungsstudie über einen Zeitraum von 52 Wochen betrug die Häufigkeit von Herpes zoster in den Behandlungsarmen mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 4,4% bzw. 4,0% gegenüber 0% unter Placebo. Die Langzeitraten von Herpes zoster betrug in den Behandlungsarmen

mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib 5,7 bzw. 6,3 Ereignisse pro 100 Patientenjahre.

**Auffällige Laborwerte**

In den klinischen Einleitungs- und Erhaltungsstudien waren Laborwertveränderungen in Form einer Erhöhung der ALT- und/oder AST-Werte ( $\geq 3 \times$  ULN), Veränderungen der CPK-Werte ( $> 5 \times$  ULN) und Neutropenie ( $ANC < 1 \times 10^9$  Zellen/l) im Zusammenhang mit der Upadacitinib-Behandlung generell vergleichbar mit den Beobachtungen in den klinischen Studien zu rheumatischen Erkrankungen und atopischer Dermatitis. Dosisabhängige Veränderungen dieser Laborparameter im Zusammenhang mit einer Behandlung mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib wurden beobachtet.

In den placebokontrollierten Einleitungsstudien über einen Zeitraum von bis zu 8 Wochen kam es bei 2,0% der Patienten im Behandlungsarm mit 45 mg Upadacitinib und bei 0,8% unter Placebo bei mindestens einer Messung zu einem Rückgang der Lymphozytenzahl unter  $0,5 \times 10^9$  Zellen/l. In der placebokontrollierten Erhaltungsstudie über einen Zeitraum von bis zu 52 Wochen kam es bei 1,6% bzw. 0,8% der Patienten im Behandlungsarm mit 15 mg bzw. 30 mg Upadacitinib und bei 0,8% unter Placebo bei mindestens einer Messung zu einem Rückgang der Lymphozytenzahl unter  $0,5 \times 10^9$  Zellen/l. In klinischen Studien wurde die Behandlung bei einer ALC  $< 0,5 \times 10^9$  Zellen/l unterbrochen (siehe Abschnitt 4.2). Während der Behandlung mit Upadacitinib wurden keine nennenswerten mittleren Veränderungen der Lymphozytenzahl beobachtet.

Nach 8 Wochen unter 45 mg Upadacitinib wurden Anstiege der Lipidwerte beobachtet, die unter der Langzeittherapie mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib im Allgemeinen stabil blieben. Bei den Patienten in den placebokontrollierten Einleitungsstudien, deren Baselinewerte unterhalb der festgelegten Grenzen lagen, wurde in folgender Häufigkeit beobachtet, dass die Werte mindestens einmal innerhalb von 8 Wochen über den festgelegten Grenzen lagen (einschließlich Patienten mit einem einzelnen erhöhten Wert):

- Gesamtcholesterin  $\geq 5,17$  mmol/l (200 mg/dl): 49% unter 45 mg Upadacitinib vs. 11% unter Placebo
- LDL-Cholesterin  $\geq 3,36$  mmol/l (130 mg/dl): 27% unter 45 mg Upadacitinib vs. 9% unter Placebo
- HDL-Cholesterin  $\geq 1,03$  mmol/l (40 mg/dl): 79% unter 45 mg Upadacitinib vs. 36% unter Placebo
- Triglyzeride  $\geq 2,26$  mmol/l (200 mg/dl): 6% unter 45 mg Upadacitinib vs. 4% unter Placebo

Ältere Patienten

Basierend auf begrenzten Daten bei Patienten mit atopischer Dermatitis im Alter ab 65 Jahren war die Rate der Nebenwirkungen insgesamt unter der 30-mg-Dosis von Upadacitinib höher als unter der 15-mg-Dosis.

Basierend auf den begrenzten Daten bei Patienten mit Colitis ulcerosa im Alter ab

65 Jahren war die Rate der Nebenwirkungen insgesamt bei der Erhaltungstherapie unter der 30-mg-Dosis von Upadacitinib höher als unter der 15-mg-Dosis (siehe Abschnitt 4.4).

Kinder und Jugendliche

In den Phase-III-Studien wurden insgesamt 343 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit atopischer Dermatitis behandelt; davon erhielten 167 die 15-mg-Dosis. Das Sicherheitsprofil von 15 mg Upadacitinib bei Jugendlichen war vergleichbar mit dem bei Erwachsenen. Die Sicherheit und Wirksamkeit der 30-mg-Dosis bei Jugendlichen werden noch untersucht.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

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

**Deutschland**

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

**4.9 Überdosierung**

Upadacitinib wurde in klinischen Studien in Dosierungen eingesetzt, die in Bezug auf die AUC Dosis äquivalent zu einer Dosierung von bis zu 60 mg einmal täglich als Retardtablette sind. Die Nebenwirkungen waren vergleichbar mit solchen bei niedrigerer Dosierung, und es wurden keine spezifischen Toxizitäten erkannt. Etwa 90% von Upadacitinib im systemischen Kreislauf werden innerhalb von 24 Stunden nach Anwendung ausgeschieden (innerhalb des in klinischen Studien untersuchten Dosisbereichs). Im Falle einer Überdosierung wird empfohlen, Patienten auf Anzeichen und Symptome von Nebenwirkungen zu überwachen. Bei Patienten, bei denen es zu Nebenwirkungen kommt, muss eine adäquate Behandlung eingeleitet werden.

**5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN**

**5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften**

Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AA44

Wirkmechanismus

Upadacitinib ist ein selektiver und reversibler Januskinase(JAK)-Inhibitor. JAKs sind intrazelluläre Enzyme, die Signale von Zytokinen und Wachstumsfaktoren weiterleiten, die an einer Vielzahl von zellulären Prozessen, wie Entzündungsreaktionen, Hämatopoese und Immunüberwachung, beteiligt sind. Die JAK-Enzymfamilie umfasst vier Mitglieder – JAK1, JAK2, JAK3 und TYK2 –, die paarweise Signaltransduktoren und Aktivatoren der Transkription (signal transducers and activators of transcription, STATs) phosphorylieren und dadurch aktivieren.

Diese Phosphorylierung moduliert wiederum die Genexpression und Zellfunktion. JAK1 ist für Signalwege von inflammatorischen Zytokinen von Bedeutung, während JAK2 für die Reifung von Erythrozyten wichtig ist und JAK3-Signale eine Rolle im Rahmen der Immunüberwachung und Lymphozytenfunktion spielen.

In humanzellbasierten Assays inhibiert Upadacitinib bevorzugt JAK1- oder JAK1/3-Signalwege im Vergleich zu anderen Zytokin-Signalwegen, die über JAK2-Paare vermittelt werden. Atopische Dermatitis wird durch proinflammatorische Zytokine (darunter IL-4, IL-13, IL-22, TSLP, IL-31 und IFN- $\gamma$ ) gesteuert, die Signale über den JAK1-Signalweg übertragen. Die Hemmung von JAK1 durch Upadacitinib verringert die Signalübertragung vieler Mediatoren, die die Anzeichen und Symptome der atopischen Dermatitis, beispielsweise ekzematöse Hautläsionen und Pruritus, auslösen.

Proinflammatorische Zytokine (hauptsächlich IL-6, IL-7, IL-15 und IFN $\gamma$ ) übertragen Signale über den JAK1-Signalweg und sind an der Pathogenese der Colitis ulcerosa beteiligt. Die JAK1-Hemmung durch Upadacitinib moduliert die Signalgebung der JAK-abhängigen Zytokine, die der Entzündungslast und den Anzeichen und Symptomen der Colitis ulcerosa zugrunde liegen.

Pharmakodynamische Wirkungen

**Hemmung der durch IL-6 induzierten STAT3-Phosphorylierung und durch IL-7 induzierten STAT5-Phosphorylierung**

Bei gesunden Probanden führte die Anwendung von Upadacitinib (Formulierung mit sofortiger Freisetzung) zu einer dosis- und konzentrationsabhängigen Hemmung der durch IL-6 (JAK1/JAK2) induzierten STAT3-Phosphorylierung und der durch IL-7 (JAK1/JAK3) induzierten STAT5-Phosphorylierung im Vollblut. Die maximale Hemmung wurde 1 Stunde nach Anwendung beobachtet und fiel bis zum Ende des Anwendungsintervalls wieder nahezu auf Baselinewerte ab.

Lymphozyten

Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis ging die Behandlung mit Upadacitinib mit einem geringen, vorübergehenden Anstieg der mittleren ALC-Werte von Baseline bis zu Woche 36 einher, der unter weiterer Behandlung allmählich auf Baseline- oder nahezu Baselinewerte zurückging.

hsCRP

Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis war die Behandlung mit Upadacitinib bereits nach Woche 1 mit einer Abnahme des mittleren hsCRP-Spiegels gegenüber Baseline verbunden und diese Abnahme hielt unter weiterer Behandlung an.

Impfstoffstudie

Der Einfluss von Upadacitinib auf die humorale Antwort nach Verabreichung eines inaktivierten Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoffs (13-valent, adsorbiert) wurde bei 111 Patienten mit rheumatoider Arthritis unter stabiler Behandlung mit 15 mg Upadacitinib (n = 87) oder 30 mg (n = 24) untersucht. 97% der Patienten (n = 108) erhielten gleichzeitig Methotrexat.



Fortsetzung Tabelle 4

- ° Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf csDMARDs; Patienten mit vorheriger Behandlung mit höchstens einem bDMARD kamen infrage (max. 20 % der Anzahl an Studienteilnehmern insgesamt), wenn sie nur eine begrenzte Zeit (< 3 Monate) behandelt worden waren oder die Behandlung mit dem bDMARD wegen Unverträglichkeit abbrechen mussten.
- ª Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf MTX; Patienten mit vorheriger Behandlung mit höchstens einem bDMARD (außer Adalimumab) kamen infrage (max. 20 % der Anzahl an Studienteilnehmern insgesamt), wenn sie nur eine begrenzte Zeit (< 3 Monate) behandelt worden waren oder die Behandlung mit dem bDMARD wegen Unverträglichkeit abbrechen mussten.
- « Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf oder Unverträglichkeit gegen mindestens ein bDMARD

die ihre ursprünglich zugewiesene Behandlung beibehielten, blieben die niedrige Krankheitsaktivität und die klinische Remission über 3 Jahre erhalten.

**ACR-Ansprechen**

In allen Studien erzielten mehr Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, nach 12 Wochen ein ACR20-, ACR50- und ACR70-Ansprechen als Patienten, die mit Placebo, MTX oder Adalimumab behandelt wurden (Tabelle 5). Bei allen Parametern war die Dauer bis zum Eintreten der Wirkung kurz, wobei höhere ACR20-Ansprechraten bereits nach 1 Woche verzeichnet wurden. Es wurde ein anhaltendes An-

**Tabelle 5 Ansprechen und Remission**

Studie	SELECT-EARLY MTX-naïv		SELECT-MONO MTX-IR		SELECT-NEXT csDMARD-IR		SELECT-COMPARE MTX-IR			SELECT-BEYOND bDMARD-IR	
	MTX	UPA 15 mg	MTX	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg	ADA 40 mg	PBO	UPA 15 mg
N	314	317	216	217	221	221	651	651	327	169	164
Woche											
<b>LDA DAS28-CRP ≤ 3,2 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	28	53ª	19	45ª	17	48ª	14	45ª,h	29	14	43ª
24ª/26ª	32	60ª					18	55ª,h	39		
48	39	59ª						50ª	35		
<b>CR DAS28-CRP &lt; 2,6 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	14	36ª	8	28ª	10	31ª	6	29ª,h	18	9	29ª
24ª/26ª	18	48ª					9	41ª,h	27		
48	29	49ª						38ª	28		
<b>ACR20 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	54	76ª	41	68ª	36	64ª	36	71ª,i	63	28	65ª
24ª/26ª	59	79ª					36	67ª,i	57		
48	57	74ª						65ª	54		
<b>ACR50 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	28	52ª	15	42ª	15	38ª	15	45ª,h	29	12	34ª
24ª/26ª	33	60ª					21	54ª,h	42		
48	43	63ª						49ª	40		
<b>ACR70 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	14	32ª	3	23ª	6	21ª	5	25ª,h	13	7	12
24ª/26ª	18	44ª					10	35ª,h	23		
48	29	51ª						36ª	23		
<b>CDAI ≤ 10 (% der Patienten)</b>											
12ª/14ª	30	46ª	25	35ª	19	40ª	16	40ª,h	30	14	32ª
24ª/26ª	38	56ª					22	53ª,h	38		
48	43	60ª						47ª	34		

Abkürzungen: ACR20 (bzw. 50/70) = Verbesserung um ≥ 20 % (bzw. ≥ 50/70 %) gemäß American College of Rheumatology; ADA = Adalimumab; CDAI = Clinical Disease Activity Index; CR = clinical remission (klinische Remission); CRP = C-reaktives Protein; DAS28 = Disease Activity Score 28 Gelenke; IR = inadequate responder (Patient mit unzureichendem Ansprechen); LDA = low disease activity (niedrige Krankheitsaktivität); MTX = Methotrexat; PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib

ª SELECT-NEXT, SELECT-EARLY, SELECT-COMPARE, SELECT-BEYOND

ª SELECT-MONOTHERAPY

ª SELECT-EARLY

ª SELECT-COMPARE

ª Multiplizitätskontrolliert p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX

ª Multiplizitätskontrolliert p ≤ 0,01 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX

ª nominal p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX

ª nominal p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab

ª nominal p ≤ 0,01 Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab

ª nominal p ≤ 0,05 Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab

ª nominal p ≤ 0,01 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX

ª nominal p ≤ 0,05 Upadacitinib im Vergleich zu MTX

Hinweis: Die 48-Wochen-Daten wurden im Full Analysis Set (FAS) jeweils in der bei Baseline durch Randomisierung zugewiesenen Gruppe analysiert. Fehlende Werte wurden mittels Non-Responder-Imputation (NRI) imputiert.

sprechen beobachtet (mit und ohne MTX) und die ACR20/50/70-Ansprechraten konnten bei den Patienten, die ihre ursprünglich zugewiesene Behandlung beibehielten, bis zu 3 Jahre aufrechterhalten werden.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib als Monotherapie oder in Kombination mit csDMARDs, führte zu einer Verbesserung bei allen ACR-Komponenten, einschließlich der Anzahl druckschmerzhafter und geschwollener Gelenke, der allgemeinen Beurteilung der Krankheitsaktivität durch den Arzt (PhGA) und den Patienten (PGA), des HAQ-DI, der Schmerzen und des hsCRP.

**Radiologisches Ansprechen**

Die Hemmung der radiologischen Progression wurde anhand des modifizierten Total-Sharp-Scores (mTSS) und seiner Komponenten, dem Erosionsscore und dem Score für Gelenkspaltverengung in Woche 24/26 sowie in Woche 48 in den Studien SELECT-EARLY und SELECT-COMPARE untersucht.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib in Kombination mit MTX führte im Vergleich zu Placebo in der Studie SELECT-COMPARE und als Monotherapie im Vergleich zu MTX in der Studie SELECT-EARLY zu einer signifikant größeren Hemmung der radiologischen Progression (Tabelle 6). Die Daten vom Erosionsscore und vom Score für Gelenkspaltverengung waren konsistent mit den Gesamtscores. Der Anteil der Patienten ohne radiologische Progression (mTSS-Veränderung ≤ 0) war in beiden Studien unter 15 mg Upadacitinib signifikant höher. Die Hemmung der radiologischen Progression blieb in beiden Studien bei den Patienten, die ihre ursprünglich zugewiesene Behandlung mit 15 mg Upadacitinib beibehielten, bis zur Woche 96 erhalten (basierend auf den verfügbaren Ergebnissen von 327 Patienten in der Studie SELECT-COMPARE und 238 Patienten in der Studie SELECT-EARLY).

**Tabelle 6 Radiologische Veränderungen**

Studie	SELECT-EARLY MTX-naiv		SELECT-COMPARE MTX-IR		
	MTX	UPA 15 mg	PBO <sup>a</sup>	UPA 15 mg	ADA 40 mg
Behandlungsarm					
<b>Modifizierter Total-Sharp-Score, mittlere Veränderung gegenüber Baseline</b>					
Woche 24 <sup>b</sup> /26 <sup>c</sup>	0,7	0,1 <sup>f</sup>	0,9	0,2 <sup>g</sup>	0,1
Woche 48	1,0	0,03 <sup>e</sup>	1,7	0,3 <sup>e</sup>	0,4
<b>Anteil der Patienten ohne radiologische Progression<sup>d</sup></b>					
Woche 24 <sup>b</sup> /26 <sup>c</sup>	77,7	87,5 <sup>f</sup>	76,0	83,5 <sup>f</sup>	86,8
Woche 48	74,3	89,9 <sup>e</sup>	74,1	86,4 <sup>e</sup>	87,9

Abkürzungen: ADA = Adalimumab; IR = inadequate responder (Patient mit unzureichendem Ansprechen); MTX = Methotrexat; PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib  
<sup>a</sup> Alle Placebodaten in Woche 48 mittels linearer Extrapolation abgeleitet  
<sup>b</sup> SELECT-EARLY  
<sup>c</sup> SELECT-COMPARE  
<sup>d</sup> Keine Progression definiert als mTSS-Veränderung ≤ 0  
<sup>e</sup> nominal p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX  
<sup>f</sup> Multiplizitätskontrolliert p ≤ 0,01 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX  
<sup>g</sup> Multiplizitätskontrolliert p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX

**Ansprechen der körperlichen Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogene Ergebnisse**

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib, in Monotherapie oder in Kombination mit csDMARDs, führte gemessen anhand des HAQ-DI zu einer signifikant größeren Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit im Vergleich zu allen Vergleichspräparaten (siehe Tabelle 7). Die Verbesserung des HAQ-DI blieb bei den Patienten, die ihre ursprünglich zugewiesene Behandlung mit 15 mg Upadacitinib beibehielten, über drei Jahre erhalten, basierend auf den verfügbaren Ergebnissen der Studien SELECT-COMPARE und SELECT-EARLY.

In den Studien SELECT-MONOTHERAPY, SELECT-NEXT und SELECT-COMPARE führte die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib zu einer signifikant größeren Verbes-

serung der mittleren Dauer der Morgensteifigkeit im Vergleich zu Placebo oder MTX.

In den klinischen Studien erzielten die mit Upadacitinib behandelten Patienten im Vergleich zu Placebo und MTX signifikante Verbesserungen der vom Patienten berichteten Lebensqualität, gemessen anhand der körperlichen Domäne des short-form-36-Gesundheitsfragebogens (SF-36). Außerdem berichteten Patienten, die mit Upadacitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Patienten, die mit Placebo behandelt wurden, von einer signifikanten Verbesserung bzgl. der Fatigue, gemessen anhand des Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F).

**Psoriasis-Arthritis**

Die Wirksamkeit und Sicherheit von 15 mg Upadacitinib einmal täglich wurden in zwei randomisierten, doppelblinden, multizentrischen, placebokontrollierten Phase-III-Stu-

**Tabelle 7 Mittlere Veränderung des HAQ-DI gegenüber Baseline<sup>a, b</sup>**

Studie	SELECT-EARLY MTX-naiv		SELECT-MONO MTX-IR		SELECT-NEXT csDMARD-IR		SELECT-COMPARE MTX-IR			SELECT-BEYOND BIO-IR	
	MTX	UPA 15 mg	MTX	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg	ADA 40 mg	PBO	UPA 15 mg
Behandlungsarm											
N	313	317	216	216	220	216	648	644	324	165	163
Score bei Baseline, Mittelwert	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
Woche 12 <sup>c</sup> /14 <sup>d</sup>	-0,5	-0,8 <sup>h</sup>	-0,3	-0,7 <sup>g</sup>	-0,3	-0,6 <sup>g</sup>	-0,3	-0,6 <sup>g, i</sup>	-0,5	-0,2	-0,4 <sup>g</sup>
Woche 24 <sup>e</sup> /26 <sup>f</sup>	-0,6	-0,9 <sup>g</sup>					-0,3	-0,7 <sup>h, i</sup>	-0,6		

Abkürzungen: ADA = Adalimumab; HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index; IR = inadequate responder (Patient mit unzureichendem Ansprechen); MTX = Methotrexat; PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib  
<sup>a</sup> Daten angegeben als Mittelwerte  
<sup>b</sup> Health Assessment Questionnaire-Disability Index: 0 = bester Wert; 3 = schlechtester Wert; 20 Fragen; 8 Kategorien: Ankleiden und Körperpflege, Aufstehen, Essen, Gehen, Hygiene, Greifen, Festhalten und andere Tätigkeiten  
<sup>c</sup> SELECT-EARLY, SELECT-NEXT, SELECT-COMPARE, SELECT-BEYOND  
<sup>d</sup> SELECT-MONOTHERAPY  
<sup>e</sup> SELECT-EARLY  
<sup>f</sup> SELECT-COMPARE  
<sup>g</sup> Multiplizitätskontrolliert p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX  
<sup>h</sup> nominal p ≤ 0,001 Upadacitinib im Vergleich zu Placebo oder MTX  
<sup>i</sup> nominal p ≤ 0,01 Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab

dien bei Patienten ab 18 Jahren mit mittel-schwerer bis schwerer aktiver Psoriasis-Arthritis untersucht. Alle Patienten wiesen seit mindestens 6 Monaten eine aktive Psoriasis-Arthritis gemäß CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis), mindestens 3 druckschmerzhafte Gelenke und mindestens 3 geschwollene Gelenke sowie eine aktive Plaque-Psoriasis oder eine Plaque-Psoriasis in der Anamnese auf. Primärer Endpunkt war in beiden Studien der Anteil der Patienten, die in Woche 12 ein ACR20-Ansprechen erreichten.

SELECT-PsA 1 war eine 24-wöchige Studie mit 1705 Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf oder Unverträglichkeit gegen mindestens ein nicht biologisches DMARD. Bei Baseline erhielten 1393 Patienten (82 %) begleitend mindestens ein nicht biologisches DMARD, 1084 (64 %) nur eine begleitende MTX-Behandlung und 311 (18 %) eine Monotherapie. Die Patienten erhielten einmal täglich 15 mg oder 30 mg Upadacitinib, Adalimumab oder Placebo. In Woche 24 wurden alle zu Placebo randomisierten Patienten verblindet auf 15 mg oder 30 mg Upadacitinib einmal täglich umgestellt. Die Studie SELECT-PsA 1 beinhaltete eine Langzeit-Fortsetzungsphase von bis zu 5 Jahren.

SELECT-PsA 2 war eine 24-wöchige Studie mit 642 Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf oder Unverträglichkeit gegen mindestens ein biologisches DMARD. Bei Baseline erhielten 296 Patienten (46 %) begleitend mindestens ein nicht biologisches DMARD, 222 (35 %) nur eine begleitende MTX-Behandlung und 345 (54 %) eine Monotherapie. Die Patienten erhielten einmal täglich 15 mg oder 30 mg Upadacitinib oder Placebo. In Woche 24 wurden alle zu Placebo randomisierten Patienten verblindet auf 15 mg oder 30 mg Upadacitinib einmal täglich umgestellt. Die Studie SELECT-PsA 2 beinhaltete eine Langzeit-Fortsetzungsphase von bis zu 3 Jahren.

**Klinisches Ansprechen**

In beiden Studien erreichte zu Woche 12 ein statistisch signifikant größerer Anteil an Patienten unter 15 mg Upadacitinib ein ACR20-Ansprechen als unter Placebo (Tabelle 8). Bei allen Parametern war die Dauer bis zum Eintreten der Wirkung kurz, wobei höhere ACR20-Ansprechraten bereits nach 2 Wochen verzeichnet wurden.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib führte im Vergleich zu Placebo zu einer Verbesserung bei allen ACR-Komponenten, einschließlich der Anzahl druckschmerzhafter/schmerzhafter und geschwollener Gelenke, der allgemeinen Beurteilung der Krankheitsaktivität durch den Arzt (PhGA) und den Patienten (PGA), des HAQ-DI, des Schmerzes und des hsCRP.

In der Studie SELECT-PsA 1 zeigte 15 mg Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab eine Nichtunterlegenheit in Bezug auf den Anteil der Patienten, die in Woche 12 ein ACR20-Ansprechen erreichten; eine Überlegenheit gegenüber Adalimumab konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

In beiden Studien wurde hinsichtlich der primären und wichtigsten sekundären End-

punkte bei Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat ein vergleichbares Ansprechen beobachtet.

Die Wirksamkeit von 15 mg Upadacitinib wurde unabhängig von der untersuchten Subgruppe nachgewiesen, u.a. BMI bei Baseline, hsCRP bei Baseline und Anzahl vorheriger nicht biologischer DMARDs ( $\leq 1$  oder  $> 1$ ).

Siehe Tabelle 8

**Radiologisches Ansprechen**

In der Studie SELECT-PsA 1 wurde die Hemmung der Progression struktureller Schäden radiologisch gemessen und als Veränderung des modifizierten Total-Sharp-Scores (mTSS) und seiner Komponenten, des Erosionscores und des Scores für Gelenkspaltverengung in Woche 24 gegenüber Baseline ausgedrückt.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib führte im Vergleich zu Placebo in Woche 24 zu einer statistisch signifikant größeren Hemmung der radiologischen Progression (Tabelle 9 auf Seite 12). Die Erosionscores und die Scores für Gelenkspaltverengung waren konsistent mit den Gesamtscores. Der Anteil der Patienten ohne radiologische Progression (mTSS-Verände-

rung  $\leq 0,5$ ) war in Woche 24 unter 15 mg Upadacitinib im Vergleich zu Placebo höher.

Siehe Tabelle 9 auf Seite 12

**Ansprechen der körperlichen Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogene Ergebnisse**

In der Studie SELECT-PsA 1 zeigten mit 15 mg Upadacitinib behandelte Patienten in Woche 12 gegenüber Baseline mittels HAQ-DI bewertet eine statistisch signifikante Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit ( $-0,42$  [95 %-CI:  $-0,47, -0,37$ ]) im Vergleich zu Patienten, die Placebo erhielten ( $-0,14$  [95 %-CI:  $-0,18, -0,09$ ]). Die Verbesserung bei Patienten unter Adalimumab betrug  $-0,34$  (95 %-CI:  $-0,38, -0,29$ ). In der Studie SELECT-PsA 2 zeigten mit 15 mg Upadacitinib behandelte Patienten in Woche 12 gegenüber Baseline eine statistisch signifikante Verbesserung des HAQ-DI ( $-0,30$  [95 %-CI:  $-0,37, -0,24$ ]) im Vergleich zu Patienten, die Placebo erhielten ( $-0,10$  [95 %-CI:  $-0,16, -0,03$ ]). In beiden Studien wurde die Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit bis Woche 56 aufrechterhalten.

**Tabelle 8 Klinisches Ansprechen in den Studien SELECT-PsA 1 und SELECT-PsA 2**

Studie	SELECT-PsA 1 DMARD-IR (nicht biologisch)			SELECT-PsA 2 bDMARD-IR	
	PBO	UPA 15 mg	ADA 40 mg	PBO	UPA 15 mg
Behandlungsarm					
N	423	429	429	212	211
<b>ACR20, % der Patienten (95 %-CI)</b>					
Woche 12	36 (32, 41)	71 (66, 75) <sup>f</sup>	65 (61, 70)	24 (18, 30)	57 (50, 64)
Unterschied gegenüber Placebo (95 %-CI)	35 (28, 41) <sup>d,e</sup>		-	33 (24, 42) <sup>d,e</sup>	
Woche 24	45 (40, 50)	73 (69, 78)	67 (63, 72)	20 (15, 26)	59 (53, 66)
Woche 56		74 (70, 79)	69 (64, 73)		60 (53, 66)
<b>ACR50, % der Patienten (95 %-CI)</b>					
Woche 12	13 (10, 17)	38 (33, 42)	38 (33, 42)	5 (2, 8)	32 (26, 38)
Woche 24	19 (15, 23)	52 (48, 57)	44 (40, 49)	9 (6, 13)	38 (32, 45)
Woche 56		60 (55, 64)	51 (47, 56)		41 (34, 47)
<b>ACR70, % der Patienten (95 %-CI)</b>					
Woche 12	2 (1, 4)	16 (12, 19)	14 (11, 17)	1 (0, 1)	9 (5, 12)
Woche 24	5 (3, 7)	29 (24, 33)	23 (19, 27)	1 (0, 2)	19 (14, 25)
Woche 56		41 (36, 45)	31 (27, 36)		24 (18, 30)
<b>MDA, % der Patienten (95 %-CI)</b>					
Woche 12	6 (4, 9)	25 (21, 29)	25 (21, 29)	4 (2, 7)	17 (12, 22)
Woche 24	12 (9, 15)	37 (32, 41) <sup>e</sup>	33 (29, 38)	3 (1, 5)	25 (19, 31) <sup>e</sup>
Woche 56		45 (40, 50)	40 (35, 44)		29 (23, 36)
<b>Abklingen der Enthesitis (LEI = 0), % der Patienten (95 %-CI)<sup>a</sup></b>					
Woche 12	33 (27, 39)	47 (42, 53)	47 (41, 53)	20 (14, 27)	39 (31, 47)
Woche 24	32 (27, 39)	54 (48, 60) <sup>e</sup>	47 (42, 53)	15 (9, 21)	43 (34, 51)
Woche 56		59 (53, 65)	54 (48, 60)		43 (34, 51)
<b>Abklingen der Daktylitis (LDI = 0), % der Patienten (95 %-CI)<sup>b</sup></b>					
Woche 12	42 (33, 51)	74 (66, 81)	72 (64, 80)	36 (24, 48)	64 (51, 76)
Woche 24	40 (31, 48)	77 (69, 84)	74 (66, 82)	28 (17, 39)	58 (45, 71)
Woche 56		75 (68, 82)	74 (66, 82)		51 (38, 64)

Fortsetzung der Tabelle auf Seite 12

Fortsetzung der Tabelle

Studie	SELECT-PsA 1 DMARD-IR (nicht biologisch)			SELECT-PsA 2 bDMARD-IR	
	PASI75, % der Patienten (95 %-CI) <sup>c</sup>				
Woche 16	21 (16, 27)	63 (56, 69) <sup>e</sup>	53 (46, 60)	16 (10, 22)	52 (44, 61) <sup>e</sup>
Woche 24	27 (21, 33)	64 (58, 70)	59 (52, 65)	19 (12, 26)	54 (45, 62)
Woche 56		65 (59, 72)	61 (55, 68)		52 (44, 61)
PASI90, % der Patienten (95 %-CI) <sup>c</sup>					
Woche 16	12 (8, 17)	38 (32, 45)	39 (32, 45)	8 (4, 13)	35 (26, 43)
Woche 24	17 (12, 22)	42 (35, 48)	45 (38, 52)	7 (3, 11)	36 (28, 44)
Woche 56		49 (42, 56)	47 (40, 54)		41 (32, 49)

Abkürzungen: ACR20 (bzw. 50/70) = Verbesserung um  $\geq 20\%$  (bzw.  $\geq 50/70\%$ ) gemäß American College of Rheumatology; ADA = Adalimumab; bDMARD = biologisches krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum (biologic disease-modifying anti-rheumatic drug); IR = inadequate responder (Patient mit unzureichendem Ansprechen); MDA = minimal disease activity (minimale Krankheitsaktivität); PASI75 (bzw. 90) = Verbesserung des Psoriasis Area and Severity Index um  $\geq 75\%$  (bzw.  $\geq 90\%$ ); PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib

Patients, die die randomisierte Behandlung abbrachen oder bei denen in der Auswertungswoche Daten fehlten, wurden in den Auswertungen als Non-Responder gewertet. Bei MDA, Abklingen der Enthesitis und Abklingen der Daktylitis in Woche 24/56 wurden die Patienten, die in Woche 16 eine Anpassung der Hintergrundtherapie (Rescue) erhielten, in den Auswertungen als Non-Responder gewertet.

<sup>a</sup> Bei Patienten mit Enthesitis bei Baseline (n = 241, 270 bzw. 265 in der Studie SELECT-PsA 1 und n = 144 bzw. 133 in der Studie SELECT-PsA 2)

<sup>b</sup> Bei Patienten mit Daktylitis bei Baseline (n = 126, 136 bzw. 127 in der Studie SELECT-PsA 1 und n = 64 bzw. 55 in der Studie SELECT-PsA 2)

<sup>c</sup> Bei Patienten mit einer Hautbeteiligung der Psoriasis von  $\geq 3\%$  BSA bei Baseline (n = 211, 214 bzw. 211 in der Studie SELECT-PsA 1 und n = 131 bzw. 130 in der Studie SELECT-PsA 2)

<sup>d</sup> Primärer Endpunkt

<sup>e</sup> Multiplizitätskontrolliert  $p \leq 0,001$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

<sup>f</sup> Multiplizitätskontrolliert  $p \leq 0,001$  Upadacitinib im Vergleich zu Adalimumab (Test auf Nichtunterlegenheit)

Tabelle 9 Radiologische Veränderungen in der Studie SELECT-PsA 1

Behandlungsarm	PBO	UPA 15 mg	ADA 40 mg
Modifizierter Total-Sharp-Score, mittlere Veränderung gegenüber Baseline (95 %-CI)			
Woche 24	0,25 (0,13; 0,36)	-0,04 (-0,16; 0,07) <sup>c</sup>	0,01 (-0,11; 0,13)
Woche 56 <sup>a</sup>	0,44 (0,29; 0,59)	-0,05 (-0,20; 0,09)	-0,06 (-0,20; 0,09)
Anteil der Patienten ohne radiologische Progression <sup>b</sup> , % (95 %-CI)			
Woche 24	92 (89; 95)	96 (94; 98)	95 (93; 97)
Woche 56 <sup>a</sup>	89 (86; 92)	97 (96; 99)	94 (92; 97)

Abkürzungen: ADA = Adalimumab; PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib

<sup>a</sup> Alle Placebodaten in Woche 56 mittels linearer Extrapolation abgeleitet

<sup>b</sup> Keine Progression definiert als mTSS-Veränderung  $\leq 0,5$

<sup>c</sup> Multiplizitätskontrolliert  $p \leq 0,001$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels SF-36 Version 2 beurteilt. In beiden Studien verzeichneten Patienten, die 15 mg Upadacitinib erhielten, in Woche 12 eine statistisch signifikant größere Verbesserung bei der körperlichen Domäne des SF-36 gegenüber Baseline als Patienten, die Placebo erhielten. Die Verbesserungen gegenüber Baseline wurden in beiden Studien bis Woche 56 aufrechterhalten.

Patients, die 15 mg Upadacitinib erhielten, verzeichneten in Woche 12 im Vergleich zu Placebo in beiden Studien eine statistisch signifikante Verbesserung der Fatigue gegenüber Baseline, gemessen anhand des FACIT-F-Scores. Die Verbesserungen gegenüber Baseline wurden in beiden Studien bis Woche 56 aufrechterhalten.

gegenüber Baseline wurden in beiden Studien bis Woche 56 aufrechterhalten.

Bei Baseline der Studie SELECT-PsA 1 hatten 31 % der Patienten eine Psoriasis-Spondylitis, in der Studie SELECT-PsA 2 waren es 34 % Patienten mit Psoriasis-Spondylitis. Patienten mit Psoriasis-Spondylitis, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, zeigten in Woche 24 im Vergleich zu Placebo Verbesserungen beim Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) gegenüber Baseline. Die Verbesserungen gegenüber Baseline wurden in beiden Studien bis Woche 56 aufrechterhalten.

Axiale Spondyloarthritis

Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis

Die Wirksamkeit und Sicherheit von 15 mg Upadacitinib einmal täglich wurden in einer randomisierten, doppelblinden, multizentrischen, placebokontrollierten Studie bei Patienten ab 18 Jahren mit aktiver nicht röntgenologischer axialer Spondyloarthritis untersucht. Bei der Studie SELECT-AXIS 2 (nr-axSpA) handelte es sich um eine 52-wöchige placebokontrollierte Studie mit 314 Patienten mit aktiver nicht röntgenologischer axialer Spondyloarthritis und unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSARs oder Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegen NSARs. Patienten müssen objektive Anzeichen von Entzündungen aufgewiesen haben, die durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) (definiert als  $> \text{ULN}$ ) und/oder in der Magnetresonanztomografie (MRT) als Sakroiliitis angezeigt wurden, und durften keine eindeutigen radiologischen Hinweise auf strukturelle Schäden an den Iliosakralgelenken haben. Patienten wiesen eine aktive Erkrankung auf, definiert als ein Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) von  $\geq 4$  und ein Patient's Assessment of Total Back Pain Score von  $\geq 4$ , basierend auf einer numerischen Ratingskala (NRS) von 0 bis 10, bei dem Screening- und Baselinebesuch. Bei Baseline hatten die Patienten durchschnittlich 9,1 Jahre lang Symptome einer nicht röntgenologischen axialen Spondyloarthritis und 29,1 % der Patienten erhielten begleitend ein csDMARD. 32,9 % der Patienten wiesen ein unzureichendes Ansprechen oder eine Unverträglichkeit gegen eine bDMARD-Therapie auf. Die Patienten erhielten einmal täglich 15 mg Upadacitinib oder Placebo. In Woche 52 wurden alle zu Placebo randomisierten Patienten auf 15 mg Upadacitinib einmal täglich umgestellt. Der primäre Endpunkt war der Anteil der Patienten, die in Woche 14 ein ASAS40-Ansprechen gemäß der Assessment of SpondyloArthritis International Society erreichten. Die Studie beinhaltet eine langfristige Fortsetzung um bis zu 2 Jahre. Bislang liegen lediglich Wirksamkeitsdaten bis Woche 14 vor, die vorgestellt werden.

Klinisches Ansprechen

In der Studie SELECT-AXIS 2 (nr-axSpA) erreichte in Woche 14 ein signifikant größerer Anteil an Patienten unter 15 mg Upadacitinib ein ASAS40-Ansprechen als unter Placebo (Tabelle 10 auf Seite 13). Ein numerischer Unterschied zwischen den Behandlungsarmen wurde zu allen Zeitpunkten von Woche 2 bis Woche 14 beobachtet.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib führte in Woche 14 im Vergleich zu Placebo zu einer Verbesserung bei den einzelnen ASAS-Komponenten (allgemeine Beurteilung der Krankheitsaktivität durch den Patienten, Beurteilung der Rückenschmerzen insgesamt, Entzündung und Funktionsfähigkeit) und anderen Messungen der Krankheitsaktivität, einschließlich des hsCRP.

Die Wirksamkeit von 15 mg Upadacitinib zeigte sich unabhängig von den Untergruppen, einschließlich Geschlecht, BMI bei Baseline, Dauer der Symptome der nicht röntgenologischen axialen Spondyloarthritis, hsCRP bei Baseline, Sakroiliitis auf dem MRT und vorherige Anwendung von bDMARDs.

Siehe Tabelle 10

**Ansprechen der körperlichen Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogene Ergebnisse**

Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu Placebo in Woche 14 gegenüber Baseline eine signifikante Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit gemäß Beurteilung anhand BASFI.

Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu Placebo in Woche 14 signifikante Verbesserungen der Rückenschmerzen insgesamt und der nächtlichen Rückenschmerzen.

Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu Placebo in Woche 14 signifikante Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der allgemeinen Gesundheit, gemessen anhand des ASQoL-Fragebogens und des ASAS-Gesundheitsindex.

**Objektive Entzündungsparameter**

Die Anzeichen einer Entzündung wurden mittels MRT beurteilt und als Veränderung des Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) Score für die Iliosakralgelenke gegenüber Baseline ausgedrückt. In Woche 14 wurde bei Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, eine signifikante Verbesserung der Entzündungsanzeichen in den Iliosakralgelenken im Vergleich zu Placebo beobachtet.

**Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis)**

Die Wirksamkeit und Sicherheit von 15 mg Upadacitinib einmal täglich wurden in zwei randomisierten, doppelblinden, multizentrischen, placebokontrollierten Studien bei Patienten ab 18 Jahren mit aktiver ankylosierender Spondylitis, definiert als ein Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) Score von  $\geq 4$  und ein Patient's Assessment of Total Back Pain Score von  $\geq 4$ , untersucht. Beide Studien beinhalteten eine Langzeit-Fortsetzungsphase von bis zu 2 Jahren.

SELECT-AXIS 1 war eine 14-wöchige, placebokontrollierte Studie mit 187 Patienten mit ankylosierender Spondylitis und unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSARs oder Unverträglichkeit oder

Kontraindikation gegenüber NSAR, die bisher nicht mit biologischen DMARDs behandelt worden waren. Bei Baseline hatten die Patienten durchschnittlich 14,4 Jahre lang Symptome einer ankylosierenden Spondylitis und etwa 16% der Patienten erhielten begleitend ein csDMARD. Die Patienten erhielten einmal täglich 15 mg Upadacitinib oder Placebo. In Woche 14 wurden alle zu Placebo randomisierten Patienten auf 15 mg Upadacitinib einmal täglich umgestellt. Der primäre Endpunkt war der Anteil der Patienten, die in Woche 14 ein ASAS40-Ansprechen gemäß der Assessment of SpondyloArthritis International Society erreichten.

SELECT-AXIS 2 (AS) war eine 14-wöchige, placebokontrollierte Studie mit 420 Patienten mit ankylosierender Spondylitis, die zuvor mit bDMARDs behandelt worden waren (bei 77,4% war entweder ein Tumornekrosefaktor(TNF)-Blocker oder ein Interleukin-17-Inhibitor (IL-17i) unwirksam; bei 30,2% lag eine Unverträglichkeit vor; bei 12,9% waren zuvor zwei bDMARDs verabreicht worden, zeigten jedoch keine mangelnde Wirksamkeit gegenüber diesen). Bei Baseline hatten die Patienten durchschnittlich 12,8 Jahre lang Symptome einer ankylosierenden Spondylitis und etwa 31% der Patienten erhielten begleitend ein csDMARD. Die Patienten erhielten einmal täglich 15 mg Upadacitinib oder Placebo. In Woche 14 wurden alle zu Placebo randomisierten Patienten auf 15 mg Upadacitinib einmal täglich umgestellt. Der primäre Endpunkt war der Anteil der Patienten, die in Woche 14 ein ASAS40-Ansprechen gemäß der Assessment of SpondyloArthritis International Society erreichten.

**Klinisches Ansprechen**

In beiden Studien erreichte in Woche 14 ein signifikant größerer Anteil an Patienten unter 15 mg Upadacitinib ein ASAS40-Ansprechen als unter Placebo (Tabelle 11 auf Seite 14). Ein numerischer Unterschied zwischen den Behandlungsarmen hinsichtlich ASAS40 wurde ab Woche 2 in SELECT-AXIS 1 und ab Woche 4 in SELECT-AXIS 2 (AS) beobachtet.

Die Behandlung mit 15 mg Upadacitinib führte in Woche 14 im Vergleich zu Placebo zu Verbesserungen in den einzelnen ASAS-Domänen (allgemeine Beurteilung der Krankheitsaktivität durch den Patienten, Beurteilung der Rückenschmerzen insgesamt, Entzündung und Funktionsfähigkeit) und anderer Parameter der Krankheitsaktivität, darunter auch hsCRP.

Die Wirksamkeit von 15 mg Upadacitinib wurde unabhängig von der untersuchten Subgruppe nachgewiesen, u.a. Geschlecht, BMI bei Baseline, Dauer der AS-Symptome, hsCRP bei Baseline sowie vorherige Anwendung von bDMARDs.

Siehe Tabelle 11 auf Seite 14

In der Studie SELECT-AXIS 1 blieb die Wirksamkeit über 2 Jahre erhalten, wie anhand der in Tabelle 11 auf Seite 14 dargestellten Endpunkte beurteilt wurde.

**Tabelle 10. Klinisches Ansprechen in der Studie SELECT-AXIS 2 (nr-axSpA)**

Behandlungsarm	PBO	UPA 15 mg
N	157	156
<b>ASAS40, % der Patienten (95%-CI)<sup>a</sup></b>		
Woche 14	22,5 (16,0; 29,1)	44,9 (37,1; 52,7)
Unterschied gegenüber Placebo (95 %-CI)	22,2 (12,1; 32,3) <sup>b</sup>	
<b>ASAS20, % der Patienten (95%-CI)<sup>a</sup></b>		
Woche 14	43,8 (36,0; 51,5)	66,7 (59,3; 74,1) <sup>b</sup>
<b>Partielle Remission gemäß ASAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>		
Woche 14	7,6 (3,5; 11,8)	18,6 (12,5; 24,7) <sup>c</sup>
<b>BASDAI50, % der Patienten (95%-CI)</b>		
Woche 14	22,1 (15,5; 28,6)	42,3 (34,6; 50,1) <sup>b</sup>
<b>Veränderung des ASDAS-CRP gegenüber Baseline (95 %-CI)</b>		
Woche 14	-0,71 (-0,85; -0,56)	-1,36 (-1,50; -1,21) <sup>b</sup>
<b>Inaktive Erkrankung gemäß ASDAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>		
Woche 14	5,2 (1,7; 8,7)	14,1 (8,6; 19,6) <sup>c</sup>
<b>Niedrige Krankheitsaktivität gemäß ASDAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>		
Woche 14	18,3 (12,2; 24,4)	42,3 (34,6; 50,1) <sup>b</sup>

Abkürzungen: ASAS20 (bzw. ASAS40) = Verbesserung gemäß den Kriterien der Assessment of SpondyloArthritis International Society um  $\geq 20\%$  (bzw.  $\geq 40\%$ ); ASDAS-CRP = C-reaktives Protein im Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib

<sup>a</sup> Ein ASAS20 (ASAS40)-Ansprechen ist definiert als eine Verbesserung um  $\geq 20\%$  ( $\geq 40\%$ ) und eine absolute Verbesserung gegenüber Baseline um  $\geq 1$  ( $\geq 2$ ) Einheit(en) (Spannweite 0 bis 10) in  $\geq 3$  von 4 Domänen (allgemeine Beurteilung durch den Patienten, Rückenschmerzen insgesamt, Funktionsfähigkeit und Entzündung) und keine Verschlechterung in der potenziell verbleibenden Domäne (definiert als Verschlechterung um  $\geq 20\%$  und  $\geq 1$  Einheit für ASAS20 bzw. um  $> 0$  Einheiten für ASAS40).

<sup>b</sup> Multiplizitätstest kontrolliert  $p \leq 0,001$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

<sup>c</sup> Multiplizitätstest kontrolliert  $p \leq 0,01$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

Für binäre Endpunkte basieren die Ergebnisse auf der Non-Responder-Imputation in Verbindung mit der multiplen Imputation. Für kontinuierliche Endpunkte basieren die Ergebnisse auf der mittleren Veränderung nach der Methode der kleinsten Quadrate gegenüber Baseline unter Verwendung gemischter Effekt-Modelle für die Analyse wiederholter Messungen.

Tabelle 11 Klinisches Ansprechen

Studie	SELECT-AXIS 1 bDMARD-naiv		SELECT-AXIS 2 (AS) bDMARD-IR	
	PBO	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg
Behandlungsarm				
N	94	93	209	211
<b>ASAS40, % der Patienten (95 %-CI)<sup>a,b</sup></b>				
Woche 14	25,5 (16,7; 34,3)	51,6 (41,5; 61,8)	18,2 (13,0; 23,4)	44,5 (37,8; 51,3)
Unterschied gegenüber Placebo (95 %-CI)	26,1 (12,6; 39,5) <sup>c</sup>		26,4 (17,9; 34,9) <sup>c</sup>	
<b>ASAS20, % der Patienten (95 %-CI)<sup>a</sup></b>				
Woche 14	40,4 (30,5; 50,3)	64,5 (54,8; 74,2) <sup>e</sup>	38,3 (31,7; 44,9)	65,4 (59,0; 71,8) <sup>c</sup>
<b>Partielle Remission gemäß ASAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>				
Woche 14	1,1 (0,0; 3,1)	19,4 (11,3; 27,4) <sup>c</sup>	4,3 (1,6; 7,1)	17,5 (12,4; 22,7) <sup>c</sup>
<b>BASDAI50, % der Patienten (95 %-CI)</b>				
Woche 14	23,4 (14,8; 32,0)	45,2 (35,0; 55,3) <sup>d</sup>	16,7 (11,7; 21,8)	43,1 (36,4; 49,8) <sup>c</sup>
<b>Veränderung des ASDAS-CRP gegenüber Baseline (95 %-CI)</b>				
Woche 14	-0,54 (-0,71; -0,37)	-1,45 (-1,62; -1,28) <sup>c</sup>	-0,49 (-0,62; -0,37)	-1,52 (-1,64; -1,39) <sup>c</sup>
<b>Inaktive Erkrankung gemäß ASDAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>				
Woche 14	0	16,1 (8,7; 23,6) <sup>e</sup>	1,9 (0,1; 3,8)	12,8 (8,3; 17,3) <sup>c</sup>
<b>Niedrige Krankheitsaktivität gemäß ASDAS, % der Patienten (95 %-CI)<sup>f</sup></b>				
Woche 14	10,6 (4,4; 16,9)	49,5 (39,3; 59,6) <sup>f</sup>	10,1 (6,0; 14,2)	44,1 (37,4; 50,8) <sup>c</sup>
<b>Bedeutende Verbesserung gemäß ASDAS, % der Patienten (95 %-CI)</b>				
Woche 14	5,3 (0,8; 9,9)	32,3 (22,8; 41,8) <sup>e</sup>	4,8 (1,9; 7,7)	30,3 (24,1; 36,5) <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Ein ASAS20 (ASAS40)-Ansprechen ist definiert als eine Verbesserung um  $\geq 20\%$  ( $\geq 40\%$ ) und eine absolute Verbesserung gegenüber Baseline um  $\geq 1$  ( $\geq 2$ ) Einheit(en) (Spannweite 0 bis 10) in  $\geq 3$  von 4 Bereichen (allgemeine Beurteilung durch den Patienten, Rückenschmerzen insgesamt, Funktionsfähigkeit und Entzündung) und keine Verschlechterung in der potenziell verbleibenden Domäne (definiert als Verschlechterung um  $\geq 20\%$  und  $\geq 1$  Einheit für ASAS20 bzw. um  $> 0$  Einheiten für ASAS40).

<sup>b</sup> Primärer Endpunkt

<sup>c</sup> Multiplizitätskontrolliert  $p \leq 0,001$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

<sup>d</sup> Multiplizitätskontrolliert  $p \leq 0,01$  Upadacitinib im Vergleich zu Placebo

<sup>e</sup> Vergleich nicht multiplizitätskontrolliert

<sup>f</sup> Post-hoc-Analyse für SELECT-AXIS 1, nicht multiplizitätskontrolliert

Für binäre Endpunkte basieren die Ergebnisse in Woche 14 auf einer Auswertung mit Non-Responder-Imputation (SELECT-AXIS 1) bzw. mit Non-Responder-Imputation in Verbindung mit multipler Imputation (SELECT-AXIS 2 [AS]). Für kontinuierliche Endpunkte basieren die Ergebnisse in Woche 14 auf der mittleren Veränderung nach der Methode der kleinsten Quadrate gegenüber Baseline unter Verwendung gemischter Modelle für die Auswertung wiederholter Messungen.

**Ansprechen der körperlichen Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogene Ergebnisse**

In beiden Studien zeigten Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo in Woche 14 gegenüber Baseline eine signifikante Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit gemäß Beurteilung anhand des Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). In der Studie SELECT-AXIS 1 konnte die Verbesserung des BASFI über 2 Jahre aufrechterhalten werden.

In der Studie SELECT-AXIS 2 (AS) zeigten Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo in Woche 14 signifikante Verbesserungen der Rückenschmerzen insgesamt und der nächtlichen Rückenschmerzen.

In der Studie SELECT-AXIS 2 (AS) zeigten Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo in Woche 14 signifikante Verbesserungen der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des allgemeinen Gesundheitszustands, gemessen anhand des ASQoL bzw. des ASAS Health Index.

**Enthesitis**

In der Studie SELECT-AXIS 2 (AS) zeigten Patienten mit vorbestehender Enthesitis ( $n = 310$ ), die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, eine signifikante Verbesserung der Enthesitis im Vergleich zu Placebo, gemessen anhand der Veränderung des Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASSES) in Woche 14 gegenüber Baseline.

**Beweglichkeit der Wirbelsäule**

In der Studie SELECT-AXIS 2 (AS) zeigten Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule, gemessen anhand der Veränderung des Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) in Woche 14 gegenüber Baseline.

**Objektive Entzündungsparameter**

Die Anzeichen einer Entzündung wurden mittels MRT beurteilt und als Veränderung des SPARCC-Scores für die Wirbelsäule gegenüber Baseline ausgedrückt. In beiden Studien wurde in Woche 14 bei Patienten, die mit 15 mg Upadacitinib behandelt wurden, eine signifikante Verbesserung der Entzündungszeichen der Wirbelsäule im Vergleich zu Placebo beobachtet. In der Studie SELECT-AXIS 1 blieb die mittels MRT beurteilte Verbesserung der Entzündung über 2 Jahre erhalten.

**Atopische Dermatitis**

Die Wirksamkeit und Sicherheit von 15 mg und 30 mg Upadacitinib einmal täglich wurden in drei randomisierten, doppelblinden, multizentrischen Phase-III-Studien (MEASURE UP 1, MEASURE UP 2 und AD UP) mit insgesamt 2 584 Patienten (ab 12 Jahren) untersucht. Upadacitinib wurde bei 344 Jugendlichen und 2 240 Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) untersucht, die mit topischen Arzneimitteln nicht ausreichend kontrolliert werden konnten. Bei Baseline mussten die Patienten alle der folgenden Kriterien erfüllen: einen Score von  $\geq 3$  auf einer Skala von 0 bis 4 mit ansteigendem Schweregrad des Investigator's Global Assessment (vIGA-AD, allgemeine Beurteilung der AD durch den Prüfer) (anhand von Erythem, Induration/Papeln sowie Nässen/Verkrusten), einen EASI-Score (Eczema Area and Severity Index, Index zu Schwere und Ausbreitung eines Ekzems) von  $\geq 16$  (zusammengefasster Score zur Beurteilung von Ausmaß und Schweregrad von Erythem, Ödem/Papeln, Kratzen und Lichenifikation an 4 verschiedenen Körperstellen), eine Beteiligung der Körperoberfläche (BSA) von  $\geq 10\%$  und einen wöchentlichen Durchschnittswert des schlimmsten Pruritus auf einer numerischen Ratingskala (NRS) von  $\geq 4$ .

In allen drei Studien erhielten die Patienten 16 Wochen lang einmal täglich 15 mg bzw. 30 mg Upadacitinib oder ein entsprechendes Placebo. In der Studie AD UP erhielten die Patienten zusätzlich topische Kortikosteroide (TCS). Nach Beendigung der doppelblinden Phase erhielten die Patienten, die ursprünglich zu Upadacitinib randomisiert worden waren, weiterhin bis Woche 260 die gleiche Dosis. Die Patienten im Behandlungsarm mit Placebo wurden im Verhältnis 1:1 neu randomisiert und erhielten bis Woche 260 15 mg oder 30 mg Upadacitinib.

**Merkmale bei Baseline**

In den Monotherapiestudien (MEASURE UP 1 und 2) hatten 50,0% der Patienten bei Baseline einen vIGA-AD-Score von 3 (mittelschwer) und 50,0% von 4 (schwer). Der mittlere EASI-Score bei Baseline betrug 29,3, der mittlere wöchentliche Durchschnittswert auf der NRS zum schlimmsten Pruritus war 7,3. In der Studie mit begleitenden TCS (AD UP) hatten 47,1% der Patienten bei Baseline einen vIGA-AD-Score von 3 (mittelschwer) und 52,9% von 4 (schwer). Der mittlere EASI-Score bei Baseline betrug 29,7, der mittlere wöchent-

liche Durchschnittswert auf der NRS zum schlimmsten Pruritus 7,2.

**Klinisches Ansprechen**

**Studien mit Monotherapie (MEASURE UP 1 und MEASURE UP 2) und mit gleichzeitiger Anwendung von TCS (AD UP)**

Ein signifikant größerer Anteil der mit 15 mg oder 30 mg Upadacitinib behandelten Patienten erreichte in Woche 16 einen vIGA-AD-Score von 0 oder 1, EASI75 oder eine Verbesserung des NRS-Scores zum schlimmsten Pruritus um  $\geq 4$  Punkte. Auch wurden schnelle Verbesserungen des Erscheinungsbilds der Haut und des Juckreizs erreicht (siehe Tabelle 12).

Abbildung 1 zeigt den Anteil der Patienten in MEASURE UP 1 und 2, die bis Woche 16 ein EASI75-Ansprechen bzw. eine mittlere prozentuale Veränderung des NRS-Scores zum schlimmsten Pruritus gegenüber Baseline erreichten.

Siehe Tabelle 12 und Abbildung 1 auf Seite 16

Die Behandlungseffekte in Untergruppen (Gewicht, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und vorherige systemische Behandlung mit Immunsuppressiva) entsprachen den Ergebnissen in der gesamten Studienpopulation.

Die Ergebnisse in Woche 16 wurden bei Patienten, die mit 15 mg oder 30 mg Upadacitinib behandelt wurden, bis Woche 52 beibehalten.

**Lebensqualität/Patientenfragebögen (patient-reported outcomes, PROs)**

Siehe Tabelle 13 auf Seite 16

**Colitis ulcerosa**

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Upadacitinib wurden in drei multizentrischen, doppelblinden, placebokontrollierten klinischen Phase-III-Studien untersucht: zwei Replikationstudien – UC-1 (U-ACHIEVE Induction) und UC-2 (U-ACCOMPLISH) – und eine Erhaltungstudie UC-3 (U-ACHIEVE Maintenance).

Die Aktivität der Erkrankung basierte auf dem adaptierten Mayo-Score (aMS, Mayo-Scoring-System ohne die allgemeine Beur-

teilung durch den Arzt), der zwischen 0 und 9 lag und drei Subscores mit jeweils einem Wert von 0 (normal) bis 3 (äußerst schwer) umfasst: Subscore zur Stuhlfrequenz (SFS), Subscore zu rektalen Blutungen (RBS) und einen zentral überprüften endoskopischen Subscore (ES).

**Einleitungsstudien (UC-1 und UC-2)**

In den Studien UC-1 und UC-2 wurden 988 Patienten (473 bzw. 515 Patienten) im Verhältnis 2:1 randomisiert und 8 Wochen lang mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich oder Placebo behandelt und in die Auswertung zur Wirksamkeit eingeschlossen. Alle in die Studie aufgenommenen Patienten hatten eine mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa, definiert als aMS von 5 bis 9 mit einem ES von 2 oder 3, und ein vorheriges Therapieversagen, einschließlich unzureichendem Ansprechen, Verlust des Ansprechens oder Unverträglichkeit gegenüber einer vorherigen konventionellen und/oder Biologikatherapie. Bei 52 % (246/473) bzw. 51 % (262/515) der Patienten wurde ein vorheriges Versagen mindestens einer Biologikatherapie (vorheriges Versagen der Biologikatherapie)

**Tabelle 12 Ergebnisse zur Wirksamkeit von Upadacitinib**

Studie	MEASURE UP 1			MEASURE UP 2			AD UP		
	PBO	UPA 15 mg	UPA 30 mg	PBO	UPA 15 mg	UPA 30 mg	PBO + TCS	UPA 15 mg + TCS	UPA 30 mg + TCS
Anzahl randomisierter Studienteilnehmer	281	281	285	278	276	282	304	300	297
<b>Endpunkte Woche 16, % Responder (95 %-CI)</b>									
vIGA-AD-Score von 0/1 <sup>a,b</sup> (koprimär)	8 (5,12)	48 <sup>d</sup> (42,54)	62 <sup>d</sup> (56,68)	5 (2,7)	39 <sup>d</sup> (33,45)	52 <sup>d</sup> (46,58)	11 (7,14)	40 <sup>d</sup> (34,45)	59 <sup>d</sup> (53,64)
EASI75 <sup>a</sup> (koprimär)	16 (12,21)	70 <sup>d</sup> (64,75)	80 <sup>d</sup> (75,84)	13 (9,17)	60 <sup>d</sup> (54,66)	73 <sup>d</sup> (68,78)	26 (21,31)	65 <sup>d</sup> (59,70)	77 <sup>d</sup> (72,82)
EASI90 <sup>a</sup>	8 (5,11)	53 <sup>d</sup> (47,59)	66 <sup>d</sup> (60,71)	5 (3,8)	42 <sup>d</sup> (37,48)	58 <sup>d</sup> (53,64)	13 (9,17)	43 <sup>d</sup> (37,48)	63 <sup>d</sup> (58,69)
EASI100 <sup>a</sup>	2 (0,3)	17 <sup>d</sup> (12,21)	27 <sup>d</sup> (22,32)	1 (0,2)	14 <sup>d</sup> (10,18)	19 <sup>d</sup> (14,23)	1 (0,3)	12 <sup>e</sup> (8,16)	23 <sup>d</sup> (18,27)
NRS-Score zum schlimmsten Pruritus <sup>c</sup> (Verbesserung um $\geq 4$ Punkte)	12 (8,16)	52 <sup>d</sup> (46,58)	60 <sup>d</sup> (54,66)	9 (6,13)	42 <sup>d</sup> (36,48)	60 <sup>d</sup> (54,65)	15 (11,19)	52 <sup>d</sup> (46,58)	64 <sup>d</sup> (58,69)
<b>Frühe Endpunkte, % Responder (95 %-CI)</b>									
EASI75 <sup>a</sup> (Woche 2)	4 (1,6)	38 <sup>d</sup> (32,44)	47 <sup>d</sup> (42,53)	4 (1,6)	33 <sup>d</sup> (27,39)	44 <sup>d</sup> (38,50)	7 (4,10)	31 <sup>d</sup> (26,36)	44 <sup>d</sup> (38,50)
NRS-Score zum schlimmsten Pruritus (Verbesserung um $\geq 4$ Punkte in Woche 1) <sup>c,f</sup>	0 (0,1)	15 <sup>d</sup> (11,19)	20 <sup>d</sup> (15,24)	1 (0,2)	7 <sup>d</sup> (4,11)	16 <sup>d</sup> (11,20)	3 (1,5)	12 <sup>d</sup> (8,16)	19 <sup>d</sup> (15,24)

Abkürzungen: UPA = Upadacitinib (RINVOQ); PBO = Placebo

Studienteilnehmer mit Notfallmedikation oder fehlenden Daten wurden als Non-Responder gezählt. Die Anzahl und der Prozentsatz an Studienteilnehmern, die für EASI75 und vIGA-AD 0/1 in Woche 16 aufgrund der Anwendung von Notfallmedizin den Non-Respondern zugeordnet wurden, betrug in der Studie MEASURE UP 1 bei Placebo 132 (47,0 %), bei 15 mg Upadacitinib 31 (11,0 %) und bei 30 mg Upadacitinib 16 (5,6 %), in der Studie MEASURE UP 2 bei Placebo 119 (42,8 %), bei 15 mg Upadacitinib 24 (8,7 %) und bei 30 mg Upadacitinib 16 (5,7 %) und in der Studie AD UP bei Placebo 78 (25,7 %), bei 15 mg Upadacitinib 15 (5,0 %) und bei 30 mg Upadacitinib 14 (4,7 %).

<sup>a</sup> Basierend auf der Anzahl randomisierter Studienteilnehmer

<sup>b</sup> Responder wurde definiert als Patient mit einem vIGA-AD-Score von 0 oder 1 („erscheinungsfrei“ oder „nahezu erscheinungsfrei“) mit einer Verringerung um  $\geq 2$  Punkte auf einer Ordinalskala von 0 bis 4.

<sup>c</sup> Ergebnisse aus einer Untergruppe von Patienten, die für eine Beurteilung infrage kamen (Patienten mit einem NRS-Score zum schlimmsten Pruritus von  $\geq 4$  bei Baseline)

<sup>d</sup> Statistisch signifikant im Vergleich zu Placebo mit  $p < 0,001$

<sup>e</sup>  $p < 0,001$  im Vergleich zu Placebo (nicht multiplizitätskontrolliert)

<sup>f</sup> In MEASURE UP 1 und 2 wurden bereits einen Tag nach Beginn der Behandlung mit 30 mg Upadacitinib und 2 Tage nach Beginn der Behandlung mit 15 mg Upadacitinib statistisch signifikante Verbesserungen gegenüber Placebo beobachtet.

Abbildung 1 Anteil der Patienten in MEASURE UP 1 und MEASURE UP 2, die ein EASI75-Ansprechen und eine mittlere prozentuale Veränderung des NRS zum schlimmsten Pruritus gegenüber Baseline erreichten

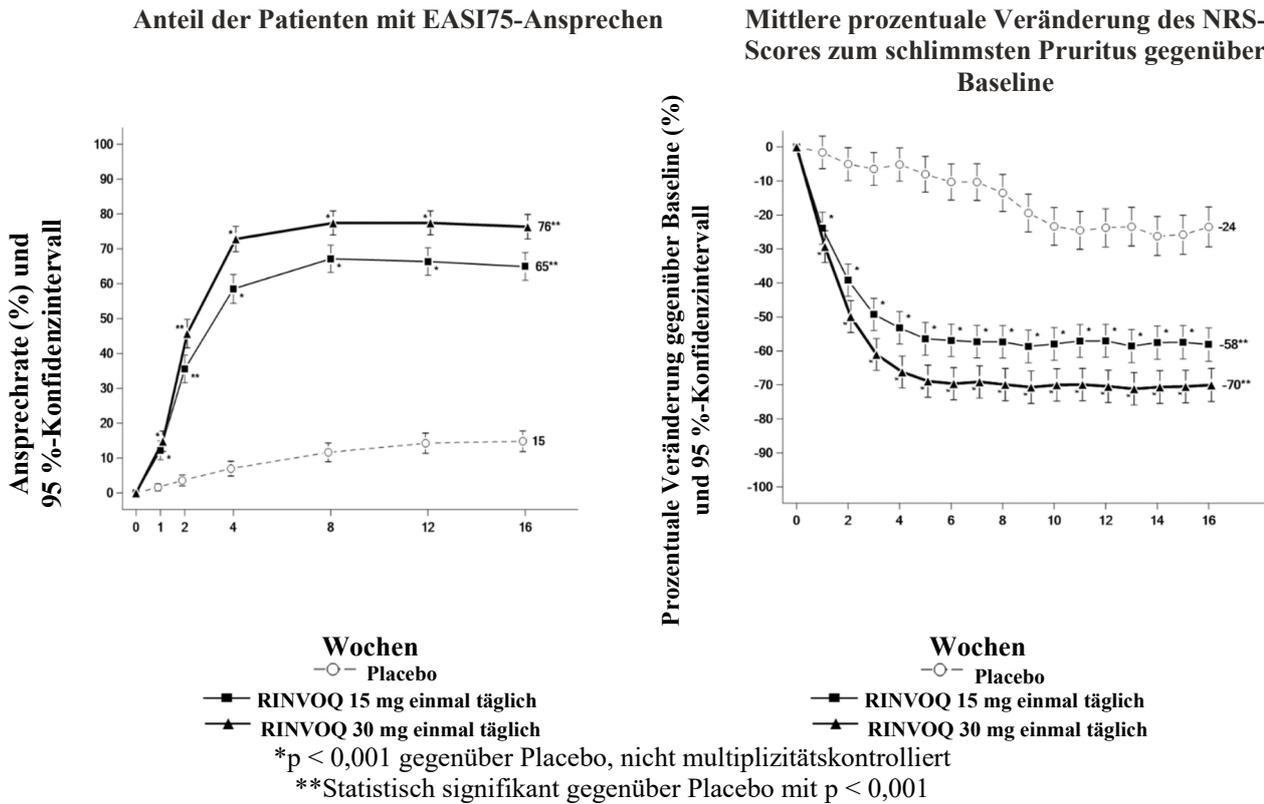


Tabelle 13 Ergebnisse der Patientenfragebögen zu Upadacitinib in Woche 16

Studie	MEASURE UP 1			MEASURE UP 2		
	PBO	UPA 15 mg	UPA 30 mg	PBO	UPA 15 mg	UPA 30 mg
Behandlungsarm						
Anzahl randomisierter Studienteilnehmer	281	281	285	278	276	282
<b>% Responder (95 %-CI)</b>						
ADerm-SS Skin Pain (Verbesserung um ≥ 4 Punkte) <sup>a</sup>	15 (10,20)	54 <sup>e</sup> (47,60)	63 <sup>e</sup> (57,69)	13 (9,18)	49 <sup>e</sup> (43,56)	65 <sup>e</sup> (59,71)
ADerm-IS Sleep (Verbesserung um ≥ 12 Punkte) <sup>a,b</sup>	13 (9,18)	55 <sup>e</sup> (48,62)	66 <sup>e</sup> (60,72)	12 (8,17)	50 <sup>e</sup> (44,57)	62 <sup>e</sup> (56,69)
DLQI 0/1 <sup>c</sup>	4 (2,7)	30 <sup>e</sup> (25,36)	41 <sup>e</sup> (35,47)	5 (2,7)	24 <sup>e</sup> (19,29)	38 <sup>e</sup> (32,44)
HADS Anxiety < 8 und HADS Depression < 8 <sup>d</sup>	14 (8,20)	46 <sup>e</sup> (37,54)	49 <sup>e</sup> (41,57)	11 (6,17)	46 <sup>e</sup> (38,54)	56 <sup>e</sup> (48,64)

Abkürzungen: UPA = Upadacitinib (RINVOQ); PBO = Placebo; DLQI = Dermatology Life Quality Index (Index zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen); HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (Skala für Angstzustände und Depression)

Studienteilnehmer mit Notfallmedikation oder fehlenden Daten wurden als Non-Responder gezählt.

Die angegebenen Grenzwerte entsprechen der minimalen klinisch relevanten Differenz (minimal clinically important difference, MCID) und wurden zur Bestimmung des Ansprechens herangezogen.

<sup>a</sup> Ergebnisse aus einer Untergruppe von Patienten, die für eine Beurteilung infrage kamen (Patienten mit einem Beurteilungsscore > MCID bei Baseline)

<sup>b</sup> ADerm-IS Sleep beurteilt Einschlafschwierigkeiten, Auswirkung der AD auf den Schlaf und nächtliches Aufwachen aufgrund der AD.

<sup>c</sup> Ergebnisse aus einer Untergruppe von Patienten, die für eine Beurteilung infrage kamen (Patienten mit einem DLQI-Score von > 1 bei Baseline)

<sup>d</sup> Ergebnisse aus einer Untergruppe von Patienten, die für eine Beurteilung infrage kamen (Patienten mit HADS Anxiety ≥ 8 oder HADS Depression ≥ 8 bei Baseline)

<sup>e</sup> Statistisch signifikant im Vergleich zu Placebo mit p < 0,001

beobachtet. Ein vorheriges Versagen einer konventionellen Therapie, aber nicht einer Biologikatherapie (kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie), wurde bei 48 % (227/473) bzw. 49 % (253/515) der Patienten beobachtet.

Bei Baseline erhielten in UC-1 und UC-2 39 % bzw. 37 % der Patienten Kortikosteroide, 1,1 % bzw. 0,6 % Methotrexat und 68 % bzw. 69 % Aminosalicylate. Eine gleichzeitige Behandlung mit Thiopurin war während der Studien nicht erlaubt. Die Aktivität der Erkrankung war bei 61 % bzw.

60 % der Patienten mittelschwer (aMS ≥ 5, ≤ 7) und bei 39 % bzw. 40 % schwer (aMS > 7).

Der primäre Endpunkt war die klinische Remission gemäß aMS in Woche 8. Tabelle 14 zeigt den primären Endpunkt sowie

die wichtigsten sekundären Endpunkte, darunter klinisches Ansprechen, Mukosaheilung, histologisch-endoskopische Mukosaheilung und tiefe Mukosaheilung.

Siehe Tabelle 14

**Krankheitsaktivität und Symptome**

Der partielle adaptierte Mayo-Score (paMS) setzt sich aus SFS und RBS zusammen. Symptomatisches Ansprechen gemäß paMS wird definiert als Verringerung um  $\geq 1$  Punkt und  $\geq 30\%$  gegenüber Baseline und eine Verringerung des RBS um  $\geq 1$  oder ein absoluter RBS-Wert von  $\leq 1$ . Eine statistisch signifikante Verbesserung gemäß paMS gegenüber Placebo zeigte sich bereits in Woche 2 (UC-1: 60,1% gegenüber 27,3% und UC-2: 63,3% gegenüber 25,9%).

**Verlängerte Einleitungsphase**

Insgesamt 125 Patienten in UC-1 und UC-2, die nach 8-wöchiger Behandlung mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich kein klinisches Ansprechen erreichten, traten in

eine 8-wöchige, offene, verlängerte Einleitungsphase ein. Nach weiteren 8 Wochen der Behandlung (insgesamt 16 Wochen) mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich erreichten 48,3% der Patienten ein klinisches Ansprechen gemäß aMS. Von den Patienten, die auf die Behandlung mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich über 16 Wochen ansprachen, behielten 35,7% bzw. 66,7% der Patienten das klinische Ansprechen gemäß aMS bis Woche 52 unter einer Erhaltungstherapie mit 15 mg bzw. 30 mg Upadacitinib einmal täglich bei und 19,0% bzw. 33,3% erreichten eine klinische Remission gemäß aMS.

**Erhaltungstudie (UC-3)**

Die Auswertung zur Wirksamkeit von UC-3 wurde bei 451 Patienten durchgeführt, die mit einer 8-wöchigen Einleitungstherapie mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich ein klinisches Ansprechen gemäß aMS erreichten. Die Patienten wurden randomisiert und erhielten bis zu 52 Wochen lang einmal

täglich 15 mg Upadacitinib, 30 mg Upadacitinib oder Placebo.

Der primäre Endpunkt war die klinische Remission gemäß aMS in Woche 52. Tabelle 15 zeigt die wichtigsten sekundären Endpunkte, darunter die Aufrechterhaltung der klinischen Remission, kortikosteroidfreie klinische Remission, Mukosaheilung, histologisch-endoskopische Mukosaheilung und tiefe Mukosaheilung.

Siehe Tabelle 15 auf Seite 18

**Krankheitssymptome**

Eine symptomatische Remission gemäß paMS, definiert als SFS  $\leq 1$  und RBS = 0, erreichten im Zeitverlauf bis Woche 52 mehr Patienten, die mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib einmal täglich behandelt wurden, als unter Placebo (Abbildung 2).

Siehe Abbildung 2 auf Seite 18

**Endoskopische Beurteilung**

Die endoskopische Remission (Normalisierung des endoskopischen Erscheinungsbilds)

**Tabelle 14 Anteil der Patienten, die in Woche 8 in den Einleitungsstudien UC-1 und UC-2 die primären und die wichtigsten sekundären Endpunkte zur Wirksamkeit erreichten**

Endpunkt	UC-1 (U-ACHIEVE)			UC-2 (U-ACCOMPLISH)		
	PBO N = 154	UPA 45 mg N = 319	Behandlungs- unterschied (95 %-CI)	PBO N = 174	UPA 45 mg N = 341	Behandlungs- unterschied (95 %-CI)
<b>Klinische Remission<sup>a</sup></b>	4,8 %	26,1 %	21,6%* (15,8; 27,4)	4,1 %	33,5 %	29,0%* (23,2; 34,7)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	0,4 %	17,9 %	17,5 %	2,4 %	29,6 %	27,1 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	9,2 %	35,2 %	26,0 %	5,9 %	37,5 %	31,6 %
<b>Klinisches Ansprechen<sup>b</sup></b>	27,3 %	72,6 %	46,3%* (38,4; 54,2)	25,4 %	74,5 %	49,4%* (41,7; 57,1)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	12,8 %	64,4 %	51,6 %	19,3 %	69,4 %	50,1 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	42,1 %	81,8 %	39,7 %	31,8 %	79,8 %	48,0 %
<b>Mukosaheilung<sup>c</sup></b>	7,4 %	36,3 %	29,3%* (22,6; 35,9)	8,3 %	44,0 %	35,1%* (28,6; 41,6)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	1,7 %	27,0 %	25,3 %	4,8 %	37,1 %	32,3 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	13,2 %	46,8 %	33,6 %	12,0 %	51,2 %	39,2 %
<b>Histologisch-endoskopische Mukosaheilung<sup>d</sup></b>	6,6 %	30,1 %	23,7%* (17,5; 30,0)	5,9 %	36,7 %	30,1%* (24,1; 36,2)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	1,4 %	22,7 %	21,3 %	4,6 %	30,7 %	26,1 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	11,8 %	38,2 %	26,4 %	7,2 %	42,9 %	35,7 %
<b>Tiefe Mukosaheilung<sup>e</sup></b>	1,3 %	10,7 %	9,7%* (5,7; 13,7)	1,7 %	13,5 %	11,3%* (7,2; 15,3)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	0	6,5 %	6,5 %	1,1 %	9,2 %	8,1 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	2,6 %	15,4 %	12,8 %	2,4 %	17,9 %	15,5 %

Abkürzungen: PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib; aMS = adaptierter Mayo-Score, basierend auf dem Mayo Scoring System ohne Physician's Global Assessment), mit Werten von 0 bis 9 und drei Subscores, die jeweils mit 0 (normal) bis 3 (schwerste Ausprägung) bewertet wurden: Subscore zur Stuhlhäufigkeit (SFS), Subscore zur rektalen Blutungen (RBS) und ein zentral bewerteter endoskopischer Subscore (ES).

<sup>+</sup> Die Anzahl der Patienten mit „vorherigem Versagen der Biologikatherapie“ in UC-1 und UC-2 war unter Placebo 78 bzw. 89 und im Behandlungsarm mit Upadacitinib 45 mg 168 bzw. 173; die Anzahl der Patienten „ohne vorheriges Versagen der Biologikatherapie“ in UC-1 und UC-2 war unter Placebo 76 bzw. 85 und im Behandlungsarm mit Upadacitinib 45 mg 151 bzw. 168.

\*  $p < 0,001$ , angepasster Behandlungsunterschied (95 %-CI)

<sup>a</sup> Gemäß aMS: SFS  $\leq 1$  und nicht größer als bei Baseline, RBS = 0, ES  $\leq 1$  ohne Friabilität

<sup>b</sup> Gemäß aMS: Verringerung um  $\geq 2$  Punkte und  $\geq 30\%$  gegenüber Baseline und Verringerung des RBS um  $\geq 1$  gegenüber Baseline oder ein absoluter RBS-Wert von  $\leq 1$

<sup>c</sup> ES  $\leq 1$  ohne Friabilität

<sup>d</sup> ES  $\leq 1$  ohne Friabilität und Geboes-Score  $\leq 3,1$  (weist auf eine Neutrophileninfiltration in  $< 5\%$  der Krypten hin, keine Zerstörung der Krypten und keine Erosionen, Ulzerationen oder Granulationsgewebe)

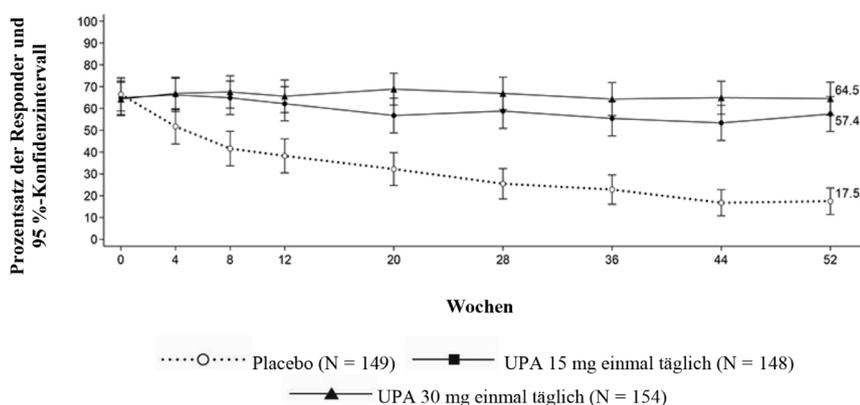
<sup>e</sup> ES = 0, Geboes-Score  $< 2$  (weist darauf hin, dass keine Neutrophile in Krypten oder der Lamina propria vorliegen und die Eosinophilen nicht erhöht sind, keine Zerstörung der Krypten und keine Erosionen, Ulzerationen oder Granulationsgewebe)

Tabelle 15 Anteil der Patienten, die in Woche 52 die primären und die wichtigsten sekundären Endpunkte in der Erhaltungsstudie UC-3 erreichten

	PBO N = 149	UPA 15 mg N = 148	UPA 30 mg N = 154	Behandlungs- unterschied 15 mg vs. PBO (95 %-CI)	Behandlungs- unterschied 30 mg vs. PBO (95 %-CI)
<b>Klinische Remission<sup>a</sup></b>	12,1 %	42,3 %	51,7 %	30,7 %* (21,7; 39,8)	39,0 %* (29,7; 48,2)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	7,5 %	40,5 %	49,1 %	33,0 %	41,6 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	17,6 %	43,9 %	54,0 %	26,3 %	36,3 %
<b>Aufrechterhaltung der klinischen Remission<sup>b</sup></b>	N = 54 (22,2 %)	N = 47 (59,2 %)	N = 58 (69,7 %)	37,4 %* (20,3; 54,6)	47,0 %* (30,7; 63,3)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie	N = 22 (13,6 %)	N = 17 (76,5 %)	N = 20 (73,0 %)	62,8 %	59,4 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie	N = 32 (28,1 %)	N = 30 (49,4 %)	N = 38 (68,0 %)	21,3 %	39,9 %
<b>Kortikosteroidfreie klinische Remission<sup>c</sup></b>	N = 54 22,2 %	N = 47 57,1 %	N = 58 68,0 %	35,4 %* (18,2; 52,7)	45,1 %* (28,7; 61,6)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie	N = 22 13,6 %	N = 17 70,6 %	N = 20 73,0 %	57,0 %	59,4 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie	N = 32 28,1 %	N = 30 49,4 %	N = 38 65,4 %	21,3 %	37,2 %
<b>Mukosaheilung<sup>d</sup></b>	14,5 %	48,7 %	61,6 %	34,4 %* (25,1; 43,7)	46,3 %* (36,7; 55,8)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	7,8 %	43,3 %	56,1 %	35,5 %	48,3 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	22,5 %	53,6 %	66,6 %	31,1 %	44,1 %
<b>Histologisch-endoskopische Mukosaheilung<sup>e</sup></b>	11,9 %	35,0 %	49,8 %	23,8 %* (14,8; 32,8)	37,3 %* (27,8; 46,8)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	5,2 %	32,9 %	47,6 %	27,7 %	42,4 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	20,0 %	36,9 %	51,8 %	16,9 %	31,8 %
<b>Tiefe Mukosaheilung<sup>f</sup></b>	4,7 %	17,6 %	19,0 %	13,0 %* (6,0; 20,0)	13,6 %* (6,6; 20,6)
Vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	2,5 %	17,2 %	16,1 %	14,7 %	13,6 %
Kein vorheriges Versagen der Biologikatherapie <sup>+</sup>	7,5 %	18,0 %	21,6 %	10,6 %	14,2 %

Abkürzungen: PBO = Placebo; UPA = Upadacitinib; aMS = adaptierter Mayo-Score, basierend auf dem Mayo Scoring System (ohne Physician's Global Assessment), mit Werten von 0 bis 9 und drei Subscores, die jeweils mit 0 (normal) bis 3 (schwerste Ausprägung) bewertet wurden: Subscore zur Stuhlhäufigkeit (SFS), Subscore zu rektalen Blutungen (RBS) und ein zentral bewerteter endoskopischer Subscore (ES).  
<sup>+</sup> Die Anzahl der Patienten mit „vorherigem Versagen der Biologikatherapie“ war in den Gruppen mit Placebo, 15 mg Upadacitinib bzw. 30 mg Upadacitinib 81, 71 bzw. 73. Die Anzahl der Patienten „ohne vorheriges Versagen der Biologikatherapie“ war in den Gruppen mit Placebo, 15 mg Upadacitinib bzw. 30 mg Upadacitinib 68, 77 bzw. 81.  
<sup>\*</sup> p < 0,001, adjustierter Behandlungsunterschied (95 %-CI)  
<sup>a</sup> Gemäß aMS: SFS ≤ 1 und nicht größer als bei Baseline, RBS = 0, ES ≤ 1 ohne Friabilität  
<sup>b</sup> Klinische Remission gemäß aMS in Woche 52 bei Patienten mit klinischer Remission am Ende der Einleitungstherapie  
<sup>c</sup> Klinische Remission gemäß aMS in Woche 52 und Kortikosteroidfreiheit für ≥ 90 Tage unmittelbar vor Woche 52 bei Patienten mit klinischer Remission am Ende der Einleitungstherapie  
<sup>d</sup> ES ≤ 1 ohne Friabilität  
<sup>e</sup> ES ≤ 1 ohne Friabilität und Geboes-Score ≤ 3,1 (weist auf eine Neutrophileninfiltration in < 5 % der Krypten hin, keine Zerstörung der Krypten und keine Erosionen, Ulzerationen oder Granulationsgewebe)  
<sup>f</sup> ES = 0, Geboes-Score < 2 (weist darauf hin, dass keine Neutrophile in Krypten oder der Lamina propria vorliegen und die Eosinophilen nicht erhöht sind, keine Zerstörung der Krypten und keine Erosionen, Ulzerationen oder Granulationsgewebe)

Abbildung 2 Anteil der Patienten mit symptomatischer Remission gemäß partiellem adaptierten Mayo-Score im Zeitverlauf der Erhaltungsstudie UC-3



bildes der Schleimhaut) wurde als ES von 0 definiert. In Woche 8 erreichte ein signifikant größerer Anteil der Patienten, die mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich behandelt wurden, eine endoskopische Remission im Vergleich zu Placebo (UC-1: 13,7 % gegenüber 1,3 %, UC-2: 18,2 % gegenüber 1,7 %). In UC-3 erreichte ein signifikant größerer Anteil der Patienten, die mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib einmal täglich behandelt wurden, im Vergleich zu Placebo in Woche 52 eine endoskopische Remission (24,2 % und 25,9 % vs. 5,6 %). Die Aufrechterhaltung der Muskosaheilung in Woche 52 (ES ≤ 1 ohne Friabilität) wurde unter denjenigen Patienten, die am Ende der Einleitungstherapie eine Muskosaheilung erreichten, im Vergleich zu Placebo bei einem

signifikant größeren Anteil der Patienten beobachtet, die mit 15 mg und 30 mg Upadacitinib einmal täglich behandelt wurden (61,6 % und 69,5 % vs. 19,2 %).

**Lebensqualität**

Patienten, die mit Upadacitinib behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu Placebo eine signifikant größere und klinisch bedeutsame Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen anhand des Inflammatory-Bowel-Disease-Questionnaire (IBDQ)-Gesamtscores. Verbesserungen zeigten sich in allen 4 Domänen-Scores: systemische Symptome (einschließlich Fatigue), soziale Funktion, emotionale Funktion und Darmsymptome (einschließlich Bauchschmerzen und Stuhldrang). Die Veränderungen des IBDQ-Gesamtscores in Woche 8 gegenüber dem Ausgangswert betrugen mit 45 mg Upadacitinib einmal täglich im Vergleich zu Placebo 55,3 bzw. 21,7 in der Studie UC-1 und 52,2 bzw. 21,1 in der Studie UC-2. Veränderungen des IBDQ-Gesamtscores gegenüber Baseline betrugen in Woche 52 bei Patienten unter 15 mg Upadacitinib und 30 mg Upadacitinib einmal täglich 49,2 und 58,9 und unter Placebo 17,9.

Kinder und Jugendliche

Insgesamt 344 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis wurden in den drei Phase-III-Studien randomisiert und erhielten entweder 15 mg (n = 114) bzw. 30 mg (n = 114) Upadacitinib oder ein entsprechendes Placebo (n = 116) als Monotherapie oder in Kombination mit topischen Kortikosteroiden. Die Wirksamkeit war bei Jugendlichen und Erwachsenen vergleichbar. Das Sicherheitsprofil bei Jugendlichen war in der Regel mit dem bei Erwachsenen vergleichbar, wobei die Raten einiger unerwünschter Ereignisse, u. a. Neutropenie und Herpes zoster, dosisabhängig höher waren. Unter beiden Dosierungen war die Neutropenierate bei Jugendlichen etwas höher als bei Erwachsenen. Die Herpes-zoster-Rate bei Jugendlichen war unter der 30-mg-Dosis vergleichbar mit der bei Erwachsenen. Die Sicherheit und Wirksamkeit der 30-mg-

Dosis bei Jugendlichen werden noch untersucht.

Siehe Tabelle 16

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat für RINVOQ eine Zurückstellung von der Verpflichtung zur Vorlage von Ergebnissen zu Studien in einer oder mehreren pädiatrischen Altersklassen in der Behandlung der chronischen idiopathischen Arthritis (einschließlich rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Spondyloarthritis und juveniler idiopathischer Arthritis), der atopischen Dermatitis und Colitis ulcerosa gewährt (siehe Abschnitt 4.2 bzgl. Informationen zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen).

**5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften**

Die Plasmaexposition von Upadacitinib ist im gesamten therapeutischen Dosisbereich proportional zur Dosis. Innerhalb von 4 Tagen werden *Steady-State*-Konzentrationen im Plasma erreicht, wobei es nach mehrfacher Anwendung einmal täglich zu einer minimalen Akkumulation kommt.

Resorption

Nach oraler Anwendung der Upadacitinib-Retardformulierung wird Upadacitinib mit einer mittleren  $T_{max}$  von 2 bis 4 Stunden resorbiert. Die Einnahme von Upadacitinib zusammen mit einer fettreichen Mahlzeit hatte keine klinisch relevante Auswirkung auf die Upadacitinib-Exposition (AUC um 29 % und  $C_{max}$  um 39 % auf 60 % erhöht). In klinischen Studien wurde Upadacitinib unabhängig von den Mahlzeiten angewendet (siehe Abschnitt 4.2). *In vitro* ist Upadacitinib ein Substrat für die Effluxtransporter P-gp und BCRP.

Verteilung

Upadacitinib wird zu 52 % an Plasmaproteine gebunden. Upadacitinib verteilt sich gleichermaßen auf Zellbestandteile von Plasma und Blut, wie das Blut-Plasma-Verhältnis von 1,0 zeigt.

Metabolismus

Der Metabolismus von Upadacitinib wird durch CYP3A4 und möglicherweise in ge-

ringem Maße auch durch CYP2D6 vermittelt. Die pharmakologische Wirkung von Upadacitinib wird dem Grundmolekül zugeschrieben. In einer Humanstudie mit radioaktiv markiertem Wirkstoff entfielen 79 % der gesamten Radioaktivität im Plasma auf unverändertes Upadacitinib, während der Hauptmetabolit (Produkt aus Monooxidation und nachfolgender Glucuronidierung) 13 % der gesamten Radioaktivität im Plasma ausmachte. Für Upadacitinib wurden keine aktiven Metaboliten identifiziert.

Elimination

Nach Anwendung einer Einzeldosis von [<sup>14</sup>C]-Upadacitinib-Lösung mit sofortiger Freisetzung wurde Upadacitinib vorwiegend als unverändertes Grundmolekül im Urin (24 %) und im Stuhl (38 %) ausgeschieden. Etwa 34 % der Upadacitinib-Dosis wurden als Metaboliten ausgeschieden. Die mittlere terminale Eliminationshalbwertszeit von Upadacitinib lag im Bereich von 9 bis 14 Stunden.

Besondere Patientengruppen

**Niereninsuffizienz**

Die AUC von Upadacitinib war im Vergleich zu Studienteilnehmern mit normaler Nierenfunktion bei Studienteilnehmern mit leichter Niereninsuffizienz (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate 60–89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) um 18 %, mit mittelschwerer Niereninsuffizienz (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate 30–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) um 33 % und mit schwerer Niereninsuffizienz (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate 15–29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) um 44 % höher. Die  $C_{max}$  von Upadacitinib war bei Studienteilnehmern mit normaler und beeinträchtigter Nierenfunktion vergleichbar. Eine leichte oder mittelschwere Niereninsuffizienz hat keine klinisch relevante Auswirkung auf die Upadacitinib-Exposition (siehe Abschnitt 4.2).

**Leberinsuffizienz**

Eine leichte (Child-Pugh A) und mittelschwere (Child-Pugh B) Leberinsuffizienz hat keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Exposition von Upadacitinib. Die AUC von Upadacitinib war bei Studienteilnehmern mit leichter und mittelschwerer Leberinsuffizienz im Vergleich zu Studienteilnehmern mit norma-

**Tabelle 16 Ergebnisse zur Wirksamkeit von Upadacitinib bei Jugendlichen in Woche 16**

Studie	MEASURE UP 1		MEASURE UP 2		AD UP	
	PBO	UPA 15 mg	PBO	UPA 15 mg	PBO + TCS	UPA 15 mg + TCS
Anzahl randomisierter jugendlicher Studienteilnehmer	40	42	36	33	40	39
<b>% Responder (95 %-CI)</b>						
vIGA-AD 0/1 <sup>a,b</sup>	8 (0,16)	38 (23,53)	3 (0,8)	42 (26,59)	8 (0,16)	31 (16,45)
EASI75 <sup>a</sup>	8 (0,17)	71 (58,85)	14 (3,25)	67 (51,83)	30 (16,44)	56 (41,72)
NRS-Score zum schlimmsten Pruritus <sup>c</sup> (Verbesserung um ≥ 4 Punkte)	15 (4,27)	45 (30,60)	3 (0,8)	33 (16,50)	13 (2,24)	42 (26,58)

Abkürzungen: UPA = Upadacitinib (RINVOQ); PBO = Placebo

Studienteilnehmer mit Notfallmedikation oder fehlenden Daten wurden als Non-Responder gezählt.

<sup>a</sup> Basierend auf der Anzahl randomisierter Studienteilnehmer

<sup>b</sup> Responder wurde definiert als Patient mit einem vIGA-AD-Score von 0 oder 1 („nicht betroffen“ oder „wenig betroffen“) mit einer Verringerung um ≥ 2 Punkte auf einer Skala von 0 bis 4.

<sup>c</sup> Ergebnisse aus einer Untergruppe von Patienten, die für eine Beurteilung infrage kamen (Patienten mit einem NRS-Score zum schlimmsten Pruritus von ≥ 4 bei Baseline)

ler Leberfunktion um 28 % bzw. 24 % höher. Die  $C_{max}$  von Upadacitinib war im Vergleich zu Studienteilnehmern mit normaler Leberfunktion bei Studienteilnehmern mit leichter Leberinsuffizienz unverändert und bei Studienteilnehmern mit mittelschwerer Leberinsuffizienz um 43 % höher. Upadacitinib wurde bei Patienten mit schwerer (Child-Pugh C) Leberinsuffizienz nicht untersucht.

#### Kinder und Jugendliche

Die Pharmakokinetik von Upadacitinib wurde bei Kindern und Jugendlichen mit rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis und Colitis ulcerosa noch nicht untersucht (siehe Abschnitt 4.2).

Die Pharmakokinetik und *Steady-State*-Konzentrationen von Upadacitinib sind bei Erwachsenen und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mit atopischer Dermatitis vergleichbar. Die Dosierungsempfehlung bei Jugendlichen von 30 kg bis < 40 kg wurde mittels pharmakokinetischer Modellierung und Simulation von Populationen bestimmt.

Die Pharmakokinetik von Upadacitinib bei Kindern (< 12 Jahre alt) mit atopischer Dermatitis ist nicht erwiesen.

#### Intrinsische Faktoren

Alter, Geschlecht, Körpergewicht und ethnische Zugehörigkeit hatten keine klinisch relevante Auswirkung auf die Exposition von Upadacitinib. Die Pharmakokinetik von Upadacitinib ist bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis, atopischer Dermatitis und Colitis ulcerosa vergleichbar.

### 5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Basierend auf den konventionellen Studien zur Sicherheitspharmakologie lassen die präklinischen Daten keine besonderen Gefahren für den Menschen erkennen.

Bei Expositionen (basierend auf AUC), die bei männlichen und weiblichen Sprague-Dawley-Ratten etwa 4- bzw. 10-mal höher waren als die klinische Dosis von 15 mg, 2- bzw. 5-mal höher als die klinische Dosis von 30 mg und 1,6- bzw. 4-mal höher als die klinische Dosis von 45 mg, war Upadacitinib in einer 2-jährigen Karzinogenitätsstudie an Sprague-Dawley-Ratten nicht karzinogen. Upadacitinib war in einer 26-wöchigen Karzinogenitätsstudie an transgenen CByB6F1-Tg(HRAS)2Jic-Mäusen nicht karzinogen.

Upadacitinib war auf Grundlage der Ergebnisse von *In-vitro*- und *In-vivo*-Tests für Genmutationen und Chromosomenaberrationen weder mutagen noch genotoxisch.

In einer Studie zur Fertilität und frühen embryonalen Entwicklung hatte Upadacitinib bei Expositionen (basierend auf AUC) von bis zu etwa dem 16- bzw. 31-fachen der empfohlenen Höchstdosis für Menschen (maximum recommended human dose, MRHD) von 45 mg bei männlichen bzw. weiblichen Ratten keine Auswirkungen auf die Fertilität.

In dieser Fertilitätsstudie mit Ratten wurden dosisabhängige Zunahmen der fetalen Resorptionen verbunden mit Postimplantationsverlusten auf die entwicklungsstoxi-

schen/teratogenen Wirkungen von Upadacitinib zurückgeführt. Bei Expositionen unter der klinischen Exposition (basierend auf der AUC) wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Postimplantationsverluste wurden bei einer Exposition, die das 8-Fache der klinischen Exposition bei der MRHD von 45 mg (basierend auf der AUC) betrug, beobachtet.

In Tierstudien zur embryonalen und fetalen Entwicklung war Upadacitinib sowohl bei Ratten als auch bei Kaninchen teratogen. Upadacitinib führte bei Ratten zu Anstiegen von Skelettmisbildungen beim 1,6-, 0,8- bzw. 0,6-Fachen der klinischen Exposition (basierend auf AUC) bei den 15-, 30- bzw. 45-mg-Dosen (MRHD). Bei Kaninchen wurde eine erhöhte Inzidenz von kardiovaskulären Missbildungen beim 15-, 7,6- bzw. 5,6-Fachen der klinischen Exposition bei den 15-, 30- bzw. 45-mg-Dosen (basierend auf AUC) beobachtet.

Nach Verabreichung von Upadacitinib an laktierende Ratten war der zeitliche Verlauf der Konzentrationen von Upadacitinib in der Milch in der Regel parallel zu denjenigen im Plasma, wobei die Exposition in der Milch im Verhältnis zum mütterlichen Plasma etwa 30-fach höher war. Bei etwa 97 % des Upadacitinib-bezogenen Substanzmaterials in der Milch handelte es sich um das Grundmolekül Upadacitinib.

## 6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

### 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

#### Tablettenkern

Mikrokristalline Cellulose  
Hypromellose  
Mannitol (Ph. Eur.)  
Weinsäure (Ph. Eur.)  
Hochdisperses Siliciumdioxid  
Magnesiumstearat (Ph. Eur.)

#### Filmüberzug

Poly(vinylalkohol)  
Macrogol  
Talkum  
Titandioxid (E171)  
Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur RINVOQ 15 mg Retardtabletten)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Eisen(III)-hydroxid-oxid × H<sub>2</sub>O (E172) (nur RINVOQ 45 mg Retardtabletten)

### 6.2 Inkompatibilitäten

Nicht zutreffend.

### 6.3 Dauer der Haltbarkeit

RINVOQ 15 mg Retardtabletten  
Retardtabletten in Blisterpackungen: 2 Jahre  
Retardtabletten in Flaschen: 3 Jahre

RINVOQ 30 mg Retardtabletten  
Retardtabletten in Blisterpackungen: 2 Jahre  
Retardtabletten in Flaschen: 3 Jahre

RINVOQ 45 mg Retardtabletten  
2 Jahre

### 6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Für dieses Arzneimittel sind bezüglich der Temperatur keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

In der Original-Blisterpackung oder -Flasche aufbewahren, um den Inhalt vor Feuchtigkeit zu schützen.  
Flasche fest verschlossen halten.

### 6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

#### RINVOQ 15 mg Retardtabletten

Polyvinylchlorid/Polyethylen/Poly(chlortrifluoräthylen)/Aluminium-Blisterpackungen (Kalenderpackungen) in Packungen, die 28 oder 98 Retardtabletten enthalten, oder in Mehrfachpackungen, die 84 (3 Packungen mit 28) Retardtabletten enthalten.

HDPE-Flaschen mit Trockenmittel und Polypropylenverschluss im Umkarton, die 30 Retardtabletten enthalten.

Packungsgrößen: 1 Flasche (30 Retardtabletten) oder 3 Flaschen (90 Retardtabletten)

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

#### RINVOQ 30 mg Retardtabletten

Polyvinylchlorid/Polyethylen/Poly(chlortrifluoräthylen)/Aluminium-Blisterpackungen (Kalenderpackungen) in Packungen, die 28 oder 98 Retardtabletten enthalten.

HDPE-Flaschen mit Trockenmittel und Polypropylenverschluss im Umkarton, die 30 Retardtabletten enthalten.

Packungsgrößen: 1 Flasche (30 Retardtabletten) oder 3 Flaschen (90 Retardtabletten)

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

#### RINVOQ 45 mg Retardtabletten

Polyvinylchlorid/Polyethylen/Poly(chlortrifluoräthylen)/Aluminium-Blisterpackungen (Kalenderpackungen) in Packungen, die 28 Retardtabletten enthalten.

HDPE-Flaschen mit Trockenmittel und Polypropylenverschluss im Umkarton, die 28 Retardtabletten enthalten.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

### 6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung

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

## 7. INHABER DER ZULASSUNG

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG  
Knollstraße  
67061 Ludwigshafen  
Deutschland

## 8. ZULASSUNGSNUMMER(N)

EU/1/19/1404/001  
EU/1/19/1404/002  
EU/1/19/1404/003  
EU/1/19/1404/004  
EU/1/19/1404/005  
EU/1/19/1404/006  
EU/1/19/1404/007  
EU/1/19/1404/008  
EU/1/19/1404/009  
EU/1/19/1404/010  
EU/1/19/1404/011

**9. DATUM DER ERTEILUNG DER  
ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG  
DER ZULASSUNG**

Datum der Erteilung der Zulassung:  
16. Dezember 2019

**10. STAND DER INFORMATION**

Juli 2022

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

Zentrale Anforderung an:

Rote Liste Service GmbH

Fachinfo-Service

Mainzer Landstraße 55  
60329 Frankfurt