



APRESENTAÇÃO

DAKLINZA (daclatasvir) é apresentado em comprimidos revestidos contendo 30 ou 60 mg de daclatasvir em embalagem com 28 comprimidos.

USO ORAL

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido de DAKLINZA (daclatasvir) contém 30 mg de daclatasvir (equivalente a 33 mg de dicloridrato de daclatasvir) ou 60 mg de daclatasvir (equivalente a 66 mg de dicloridrato de daclatasvir).

Excipientes: lactose, celulose microcristalina, croscarmellose sódica, dióxido de silício, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio, macrogol, , azul de indigotina 132 laca de alumínio e óxido de ferro amarelo.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

DAKLINZA (daclatasvir) é indicado em combinação com outros agentes para o tratamento da infecção crônica pelo vírus da Hepatite C (HCV)¹ em pacientes adultos com infecção por HCV de genótipos 1, 2, 3 ou 4, virgens de tratamento ou experimentados, incluindo pacientes com cirrose compensada e descompensada, recorrência de HCV pós-transplante hepático e pacientes coinfectados com HCV/HIV. (veja **2. RESULTADOS DE EFICÁCIA**, **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**).

O tratamento e sua duração dependem do genótipo do vírus e da população de paciente (veja **8. POSOLOGIA E MODO DE USAR**). DAKLINZA não deve ser administrado como monoterapia.

¹CID B18.2 Hepatite viral crônica C.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

A eficácia e segurança de DAKLINZA para o tratamento da infecção crônica pelo HCV foram avaliadas em combinação com alfapeginterferona e ribavirina e em combinação com sofosbuvir com ou sem ribavirina. Os valores de RNA de HCV foram medidos durante os estudos clínicos usando o teste de *COBAS TaqMan HCV* (versão 2.0) para uso com o *High Pure System*. O ensaio apresentou um limite inferior de quantificação (LLOQ) de 25 UI por mL. A resposta virológica sustentada (RVS) foi estabelecida como desfecho primário para determinar a taxa de cura virológica do HCV, que foi definida como RNA de HCV abaixo do LLOQ na Semana 12 pós-tratamento.

DAKLINZA em combinação com alfapecinterferona e ribavirina

O tratamento com DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina (pegIFN/RBV) foi avaliado em dois estudos clínicos randomizados, duplo-cegos, controlados em adultos virgens de tratamento com infecção crônica pelo HCV e doença hepática compensada (incluindo cirrose). O estudo AI444052 recrutou pacientes com infecção por HCV do genótipo 1 e o estudo AI444042 recrutou pacientes com infecção por HCV do genótipo 4.

Estudo AI444052: Os pacientes receberam DAKLINZA 60 mg uma vez ao dia (n=402) ou telaprevir 750 mg três vezes ao dia (n=200) com pegIFN/RBV. Os pacientes receberam por 24 semanas DAKLINZA/pegIFN/RBV ou 12 semanas de telaprevir/pegIFN/RBV seguido de 12 semanas de pegIFN/RBV. Os pacientes em qualquer um dos grupos que apresentaram RNA de HCV indetectável nas Semanas 4 e 12 de tratamento (eRVR) completaram o tratamento na Semana 24.

Pacientes que não obtiveram RNA de HCV indetectável nas Semanas 4 e 12 receberam 24 semanas adicionais de pegIFN/RBV.

Os 602 pacientes tratados tinham mediana de idade de 48 anos (faixa: 18 a 71 anos); 92% dos pacientes eram brancos; 5% eram negros/afroamericanos; 1% eram asiáticos; 7% eram hispânicos ou latinos. Trinta e três por cento tinham HCV do genótipo 1a e 67% tinham HCV do genótipo 1b; 11% dos pacientes apresentavam cirrose compensada e 76% apresentavam os genótipos não-CC rs12979860 de IL-28B. A resposta antiviral foi rápida (RNA de HCV menor que o LLOQ na Semana 4 para 93% do grupo tratado com daclatasvir e 97% do grupo tratado com telaprevir que apresentava genótipo 1b; e 78% dos pacientes do grupo tratado com daclatasvir e 83% do grupo tratado com telaprevir que apresentava genótipo 1a). Entre os pacientes com genótipo 1b de HCV, o valor de RVS12 foi consistentemente maior para os pacientes tratados com DAKLINZA/pegIFN/RBV do que para o grupo tratado com telaprevir/pegIFN/RBV em todos os subgrupos, incluindo idade, sexo, carga viral basal, estado cirrótico e genótipo de IL28B. O estudo alcançou seu objetivo primário, demonstrando não-inferioridade para o valor de RVS12 entre os pacientes com genótipo 1b para o tratamento com DAKLINZA/pegIFN/RBV quando comparado ao tratamento com telaprevir/pegIFN/RBV (veja Tabela 1).

Tabela 1: Desfechos do Tratamento no Estudo AI444052, DAKLINZA comparado com telaprevir em combinação com pegIFN/RBV, em pacientes virgens de tratamento com HCV de genótipo 1

Parâmetro	HCV Genótipo 1b		HCV Genótipo 1a	
	DAKLINZA + pegIFN/RBV N=268	Telaprevir + pegIFN/RBV N=134	DAKLINZA + pegIFN/RBV N=134	Telaprevir + pegIFN/RBV N=66
RVS ^a	230 (86%)	110 (82%)	87 (65%)	47 (71%)
RVS ^b	228 (85%)	109 (81%)	87 (65%)	46 (70%)
Sem cirrose	208/242 (86%)	99/119 (83%)	78/118 (66%)	41/57 (72%)
Com cirrose	20/26 (77%)	10/15 (67%)	9/16 (56%)	5/9 (56%)
eRVR ^c atingido	189/201 (94%)	86/98 (88%)	65/72 (90%)	31/36 (86%)
eRVR não atingido	39/67 (58%)	23/36 (64%)	22/62 (36%)	15/30 (50%)
Falha Viroológica^d				
Insucesso virológico durante o tratamento	21 (8%)	3 (2%)	29 (22%)	10 (15%)
Recidiva	12/244 (5%)	20/131 (15%)	9/102 (9%)	3/53 (6%)

Dados da Semana 12 pós-tratamento ausentes	7/244 (3%)	2/131 (2%)	9/102 (9%)	7/53 (13%)
--	------------	------------	------------	------------

- ^a Pacientes que tinham dados ausentes na Semana 12 pós-tratamento foram considerados como respondedores se o próximo valor disponível de RNA de HCV foi menor que o LLOQ.
- ^b Análise modificada da intenção-de-tratar (pacientes com dados ausentes na Semana 12 pós-tratamento foram considerados como falhados). Diferença (DAKLINZA/pegIFN/RBV - telaprevir/pegIFN/RBV) no valor de RVS (IC de 95 %) para HCV de genótipo 1b (desfecho primário): 4,3% (-3,3; 11,9). Um limite inferior do intervalo de confiança de 95% para a diferença maior do que -12% indica não-inferioridade.
- ^c eRVR = HCV-RNA indetectável nas Semanas 4 e 12.
- ^d Insucesso virológico durante o tratamento inclui pacientes com escape virológico para DAKLINZA + pegIFN/RBV (aumento confirmado de RNA de HCV $>1 \log_{10}$ em relação ao nadir ou RNA de HCV \geq LLOQ confirmado após resultado indetectável durante o tratamento) e pacientes de qualquer um dos grupos de tratamento que preencheram os critérios de futilidade do tratamento definidos no protocolo, ou com RNA de HCV ausente ou detectável ao final do tratamento. Recidiva foi definida como RNA de HCV \geq LLOQ detectável confirmado durante o acompanhamento entre pacientes com HCV indetectável ao final do tratamento.

Estudo AI444042: Os pacientes receberam DAKLINZA 60 mg uma vez ao dia (n=82) ou placebo (n=42) com pegIFN/RBV por 24 semanas. Pacientes no grupo de tratamento de DAKLINZA que não apresentaram RNA de HCV indetectável nas Semanas 4 e 12 e todos os pacientes do grupo que receberam placebo também receberam pegIFN/RBV por 24 semanas adicionais. Os pacientes tratados apresentaram mediana de idade de 49 anos (faixa: 20 a 71 anos); 77% dos pacientes eram brancos; 19% eram negros/afroamericanos; 4% eram hispânicos ou latinos. Dez por cento dos pacientes apresentavam cirrose compensada e 75% apresentavam genótipos não-CC rs12979860 de IL-28B. Os desfechos do estudo AI444042 são apresentados na Tabela 2.

A resposta antiviral foi rápida (na Semana 4, 91% dos pacientes tratados com DAKLINZA apresentaram RNA de HCV $<$ LLOQ). Os valores de RVS12 foram maiores em pacientes com genótipo CC de IL-28B em relação àqueles com genótipos não-CC e para pacientes com RNA de HCV basal menor que 800.000 UI/mL, mas consistentemente maiores no grupo tratado com DAKLINZA em relação ao grupo tratado com placebo dentre todos os subgrupos.

Tabela 2: Desfechos do Tratamento, Estudo AI444042, DAKLINZA em combinação com pegIFN/RBV em pacientes virgens de tratamento com HCV Genótipo 4

Parâmetro	DAKLINZA + pegIFN/RBV N=82	placebo + pegIFN/RBV N=42
RVS ^a	67 (82%)	18 (43%)
Sem cirrose	56/69 (81%) ^b	17/38 (45%)
Com cirrose	7/9 (78%) ^b	1/4 (25%)
eRVR ^c atingido	52/55 (95%)	NA
eRVR não atingido	15/27 (56%)	NA
Falha virológica^d		
Falha virológica durante o tratamento	8 (10%)	15 (36%)

Tabela 2: Desfechos do Tratamento, Estudo AI444042, DAKLINZA em combinação com pegIFN/RBV em pacientes virgens de tratamento com HCV Genótipo 4

Recidiva	2/74 (3%)	8/27 (30%)
----------	-----------	------------

- ^a Pacientes que apresentaram dados ausentes na Semana 12 de acompanhamento foram considerados respondedores se o próximo valor de HCV de RNA disponível foi <LLOQ.
- ^b O estado cirrótico não foi reportado para quatro pacientes no grupo de tratamento com daclatasvir + pegIFN/RBV.
- ^c eRVR = RNA de HCV indetectável nas Semanas 4 e 12. A abordagem de tratamento orientada pela resposta não foi utilizada no grupo tratado com placebo + pegIFN/RBV.
- ^d Falha virológica durante o tratamento inclui escape virológico (aumento confirmado da carga viral >1log₁₀ em relação ao nadir ou qualquer valor confirmado de RNA de HCV ≥ LLOQ após valor confirmado <LLOQ durante o tratamento), os pacientes que preencheram os critérios de futilidade do tratamento definidos no protocolo e os pacientes com dados ausentes ou RNA de HCV detectável ao final do tratamento. A recidiva foi definida como RNA de HCV detectável confirmado ≥LLOQ durante o acompanhamento entre os pacientes com HCV indetectável ao final do tratamento.

DAKLINZA em combinação com sofosbuvir em pacientes com HCV de genótipo 1, 2 ou 3

A segurança e eficácia de DAKLINZA 60 mg uma vez ao dia em combinação com sofosbuvir 400 mg uma vez ao dia no tratamento de pacientes com infecção crônica por HCV foram avaliadas em dois estudos abertos (AI444040 e ALLY-3). No estudo AI444040, 211 adultos com infecção por HCV genótipo 1, 2 ou 3 e sem cirrose receberam daclatasvir e sofosbuvir, com ou sem ribavirina. Entre os 167 pacientes com infecção por HCV do genótipo 1, 126 eram virgens de tratamento e 41 haviam falhado em terapia anterior com tratamento com inibidor de protease (IP), boceprevir ou telaprevir. Todos os 44 pacientes com infecção por HCV do genótipo 2 (n=26) ou 3 (n=18) eram virgens de tratamento. A duração do tratamento foi de 12 semanas para os 82 pacientes virgens de tratamento com HCV de genótipo 1 e de 24 semanas para todos os outros pacientes. Os 211 pacientes apresentavam mediana de idade de 54 anos (faixa: 20 a 70 anos); 53% dos pacientes eram homens, 83% eram brancos, 12% eram negros, 2% asiáticos e 20% eram hispânicos/latinos. A pontuação média do FibroTest (um ensaio diagnóstico não-invasivo validado para estado de fibrose hepática) foi 0,460 (variação de 0,03 a 0,89). A conversão da pontuação do FibroTest para a pontuação METAVIR correspondente sugere que 15 % de todos os pacientes (22% dos pacientes falhados anteriormente com IP, 14% dos pacientes com genótipos 2 e 3) apresentavam fibrose hepática F3/F4 ou F4. A maior parte dos pacientes (71%, incluindo 98% de falhados anteriormente com IP) apresentou genótipos não-CC rs12979860 de IL-28B.

A resposta foi rápida (mais de 97% dos pacientes apresentaram RNA de HCV <LLOQ na Semana 4), e não foi influenciada pelo subtipo do HCV (1a/1b), pelo genótipo IL28B ou pelo uso de ribavirina. Enquanto o uso da ribavirina não resultou em aumento da eficácia, a frequência de reações adversas comumente associadas ao uso de terapia com ribavirina (erupção cutânea, tosse, anemia, dispnéia, insônia e ansiedade) foi maior entre os pacientes neste estudo que receberam ribavirina em relação ao grupo que não recebeu. Pacientes virgens de tratamento com HCV do genótipo 1 que receberam 12 semanas de tratamento apresentaram resposta similar aos pacientes tratados por 24 semanas.

A RVS e desfechos para pacientes sem RVS no estudo AI444040 são mostrados por população de pacientes na Tabela 3.

Tabela 3: Desfechos do tratamento, Estudo AI444040, DAKLINZA em combinação com sofosbuvir (± ribavirina) em pacientes com HCV dos genótipos 1, 2 ou 3

Desfechos do tratamento	Genótipo 1		Genótipo 2	Genótipo 3
	Virgens de tratamento n=126	Falha prévia com telaprevir ou boceprevir n=41	Virgens de tratamento n=26	Virgens de tratamento n=18
RVS^{a, b}	125 (99%)	41 (100%)	25 (96%)	16 (89%)

F3/F4 ou fibrose F4 ^c	17/17 (100%)	9/9 (100%)	4/4 (100%)	2/2 (100%)
Desfechos para indivíduos sem RVS				
Escape virológico ^d	0	0	0	1 (6%)
Recidiva ^d	0	0	0	1/16 (6%)
Dados pós-tratamento ausentes	1/126 (1%)	0	1/126 (4%)	0

^a No estudo AI444040, 31 indivíduos receberam uma introdução de 7 dias de monoterapia com sofosbuvir. Com a exclusão desses indivíduos, as taxas de RVS em indivíduos virgens de tratamento corresponderam a 99% (110/111) para o HCV do genótipo 1, 94% (16/17) para HCV de genótipo 2 e 100% (11/11) para o HCV do genótipo 3.

^b Pacientes com dados ausentes na Semana 12 de acompanhamento foram considerados como respondedores se a próxima quantificação de RNA de HCV foi <LLOQ. Um paciente virgem de tratamento apresentou dados ausentes para a Semana 12 e Semana 24 pós-tratamento.

^c Calculado utilizando a pontuação FibroTest.

^d Escape virológico foi definido como aumento confirmado da carga viral de pelo menos 1 log₁₀ em relação ao nadir ou qualquer RNA de HCV confirmado ≥ LLOQ durante ou após a Semana 8 de tratamento. Recidiva foi definida como RNA de HCV ≥ LLOQ durante o acompanhamento após RNA de HCV < LLOQ no final do tratamento.

No estudo ALLY-3 (AI444218), a combinação de daclatasvir e sofosbuvir administrados por 12 semanas foi avaliada em 152 adultos infectados com HCV genótipo 3, 101 pacientes eram virgens de tratamento e 51 pacientes eram falhados com terapia antiviral prévia. A mediana de idade foi de 55 anos (faixa: 24 a 73), 90% dos pacientes eram brancos, 4% eram negros/afroamericanos, 5% eram asiáticos, 16% eram hispânicos ou latinos. A maioria dos pacientes (71%) tinha uma carga viral inicial alta (nível de HCV RNA ≥ 800,000 IU/mL). Vinte e um por cento dos pacientes tinham cirrose compensada. A maioria dos pacientes (61%) tinha IL-28B rs 12979860 genótipo não-CC.

RVS12 foi atingida por 90% dos pacientes virgens de tratamento e por 86% dos pacientes previamente tratados com genótipo 3. A resposta foi rápida (carga viral na Semana 4 mostrou que mais de 95% dos pacientes responderam à terapia) e não foi influenciada pelo genótipo IL28B. As taxas de RVS12 foram menores entre os pacientes infectados por HCV de genótipo 3 com cirrose em comparação com pacientes sem cirrose (veja Tabela 4).

Tabela 4: Desfechos do tratamento de DAKLINZA em combinação com sofosbuvir por 12 semanas em pacientes com HCV genótipo 3^a no estudo ALLY 3

	Virgens tratamento N=101	Previamente tratados^b N=51	Total N=152
Final do tratamento RNA de HCV indetectável	100 (99%)	51 (100%)	151 (99%)
RVS12 ^c	91 (90%)	44 (86%)	135 (89%)
Sem cirrose ^d	73/75 (97%)	32/34 (94%)	105/109 (96%)
Com cirrose ^d	11/19 (58%)	9/13 (69%)	20/32 (63%)
Falha Virológica			
Escape virológico	0	0	0
RNA de HCV detectável no final do tratamento	1 (1%)	0	1 (0.7%)
Recidiva ^c	9/100 (9%)	7/51 (14%)	16/151 (11%)

^a Todos os pacientes tinham infecção por HCV genótipo 3a.

- ^b A maioria dos pacientes previamente tratados tinham recebido terapia baseada em interferon, mas 7 pacientes receberam sofosbuvir + ribavirina e 2 pacientes receberam inibidor de ciclofilina.
- ^c Pacientes com dados ausentes na Semana 12 de acompanhamento foram considerados respondedores se o próximo valor disponível de RNA de HCV foi < LLOQ. Para as taxas de RVS pela presença ou ausência de polimorfismos, ver **3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS, Resistência, Em Estudos Clínicos**.
- ^d Cirrose foi determinada pela biópsia do fígado para 14 pacientes, FibroScan >14.6 kPa para 11 pacientes ou valor do FibroTest ≥ 0.75 e aspartato aminotransferase (AST): índice da relação aspartato aminotransferase sobre plaquetas (APRI) > 2 para 7 pacientes. Para 11 pacientes, o estado cirrótico foi perdido ou inconclusivo (valor de FibroTest >0.48 a <0.75 ou APRI >1 para ≤ 2).
- ^e Recidiva foi definida como RNA de HCV \geq LLOQ durante o acompanhamento após RNA de HCV indetectável no final do tratamento.

DAKLINZA em combinação com sofosbuvir em pacientes coinfectados com HCV/HIV

A eficácia e segurança de DAKLINZA para o tratamento de 12 semanas em combinação com sofosbuvir foram avaliadas em um estudo aberto (ALLY-2, A1444216) em pacientes virgens de tratamento e em pacientes previamente tratados com infecção crônica por hepatite C e coinfectados com HIV. A dose de DAKLINZA foi de 60 mg uma vez ao dia [dose ajustada para o uso concomitante com antiretroviral: 30 mg uma vez ao dia para regimes com inibidores de protease (IP) potencializados com ritonavir e 90 mg uma vez ao dia para regimes com inibidores de transcriptase reversa não-nucleosídeos (ITRNN)] e a dose de sofosbuvir foi de 400 mg uma vez ao dia.

Os 153 pacientes tratados apresentavam uma mediana de idade de 53 anos (faixa: 24 a 71); 63% dos pacientes eram brancos; 33% eram negros/afroamericanos; 1% era asiático, e 18% eram hispânicos ou latinos. Sessenta e oito por cento dos pacientes apresentavam HCV genótipo 1a, 15% apresentavam HCV genótipo 1b, 8% apresentavam genótipo 2, 7% apresentavam genótipo 3 e 2% apresentavam genótipo 4. Dezesesseis por cento dos pacientes apresentavam cirrose compensada e 45% dos pacientes apresentavam fibrose hepática F3 e F4 (calculado usando a pontuação do Fibrotest); 73% dos pacientes apresentavam IL-28B rs 12979860 genótipo não-CC. Terapia concomitante para HIV incluiu regimes baseados em IPs para 46% dos pacientes, regimes baseados em ITRNNs para 26% dos pacientes e outros regimes para 27% dos pacientes.

A taxa de RVS foi de 96% (68/71) para pacientes virgens de tratamento com HCV genótipo 1a, 97% (32/33) para pacientes previamente tratados com genótipo 1a e 100% para os 23 pacientes com genótipo 1b. Taxa de 100% de RVS foi também alcançada em 13 pacientes com genótipo 2, 10 pacientes com genótipo 3 e 3 pacientes com genótipo 4. Para os pacientes que apresentavam fibrose hepática F3 e F4, o tratamento de 12 semanas de DAKLINZA com sofosbuvir resultou em um RVS de 98% (40/41) para os pacientes virgens de tratamento e 96% (27/28) para os pacientes previamente tratados. As taxas de RVS em negros/afroamericanos foi de 98% (49/50). Os resultados do tratamento são apresentados na Tabela 5:

Tabela 5: Resultados do tratamento, estudo ALLY-2, DAKLINZA em combinação com sofosbuvir por 12 semanas em pacientes coinfectados com HCV/HIV

Parâmetro	Virgens de tratamento N=101	Previamente tratados N=52
RVS^a	98 (97%)	51 (98%)
Resultado para pacientes sem RVS		
Escape virológico ^b	0	0
Detectável no final do tratamento	1 (1%)	0

Recidiva ^b	1/100 (1%)	1/52 (2%)
Dados pós-tratamento ausentes	1/100 (1%)	0

^a Pacientes com dados ausentes na Semana 12 de acompanhamento foram considerados como respondedores se a próxima quantificação disponível de RNA de HCV foi <LLOQ.

^b Escape virológico foi definido como aumento confirmado da carga viral de pelo menos 1 log₁₀ em relação ao nadir ou qualquer RNA de HCV confirmado ≥ LLOQ após declínio prévio para <LLOQ. Recidiva foi definida como RNA de HCV ≥ LLOQ durante o acompanhamento após RNA de HCV indetectável no final do tratamento.

DAKLINZA em combinação com sofosbuvir e ribavirina em pacientes com cirrose avançada ou com recorrência de HCV pós-transplante hepático

A eficácia e segurança de DAKLINZA em pacientes com cirrose avançada (classes Child-Pugh A, B ou C) ou com recorrência de HCV pós-transplante hepático foram avaliadas em um estudo aberto com sofosbuvir e ribavirina (ALLY-1, AI44215) que incluiu 113 pacientes com infecção crônica por HCV e cirrose avançada (n=60) ou recorrência de HCV pós-transplante hepático (n=53). Pacientes com infecção por HCV genótipo 1, 2, 3, 4, 5, ou 6 foram elegíveis para o estudo. Pacientes receberam DAKLINZA 60 mg uma vez ao dia, sofosbuvir 400 mg uma vez ao dia e ribavirina por 12 semanas e foram monitorados por 24 semanas após o tratamento. A dose inicial recomendada de ribavirina foi de 600 mg uma vez ao dia com alimentação, podendo ser modificada baseada nos valores de hemoglobina e clearance de creatinina. Se tolerada, a dose de ribavirina poderia ser titulada até 1000 mg/dia.

Os 113 pacientes tratados no ALLY-1 tinham uma mediana de idade de 59 anos (faixa: 19-82); 67% dos pacientes eram homens, 96% eram brancos, 4% eram negros e 1% era asiático. A maioria dos pacientes (60%) era previamente tratada e a maioria (71%) tinha um nível de RNA de HCV inicial maior ou igual a 800.000 IU/mL. Cinquenta e oito por cento dos pacientes tinham HCV genótipo 1a, 19% tinham HCV genótipo 1b, 4% tinham genótipo 2, 15% tinham genótipo 3, 4% tinham genótipo 4 e 1% tinha genótipo 6. Dentre os 60 pacientes participantes do coorte de cirróticos, 20% eram Child-Pugh A, 53% eram Child-Pugh B e 27% eram Child-Pugh C. A maioria (55%) dos 53 pacientes no coorte de pós-transplante tinham fibrose F3 ou F4 (baseado nos resultados do FibroTest). Dos 113 pacientes, 23% tinham IL-28B rs 12979860 genótipo CC.

Os resultados de RVS bem como os desfechos em pacientes sem RVS do estudo ALLY-1 estão demonstrados por população na Tabela 6:

Tabela 6: Desfechos do tratamento no ALLY-1: DAKLINZA em combinação com sofosbuvir e ribavirina em pacientes com cirrose avançada ou com recorrência de HCV pós-transplante hepático

Desfechos do tratamento	Cirrose avançada n=60	Pós-transplante n=53
RVS		
Todos	50 (83%) Child-Pugh A: 11/12 (92%) Child-Pugh B: 30/32 (94%) Child-Pugh C: 9/16 (56%)	50 (94%)
Desfechos para pacientes sem RVS		
HCV de RNA detectável no final do tratamento	1 (2%)	0
Recorrência ^a	9/58 (16%)	3 (6%)

^a Taxas de recorrência são calculadas com denominador de pacientes com RNA de HCV não detectável no final do tratamento.

As taxas de RVS foram 82% (37/45) para pacientes com cirrose avançada com genótipo 1; 91% (10/11) Child-Pugh A, 92% (22/24) Child-Pugh B e 50% (5/10) Child-Pugh C. Para os pacientes pós-transplantados com genótipo 1, RVS foi 95% (39/41). Para o genótipo 3, taxas de RVS foram de 83% (5/6) para os pacientes com cirrose avançada e 91% (10/11) para os pacientes pós-transplantados. Para os genótipos 2, 4 e 6, as taxas de RVS foram 89% (8/9) para os pacientes com cirrose avançada e 100% (1/1, genótipo 6) para o paciente pós-transplantado.

As taxas de RVS foram comparáveis independentemente da idade, raça, sexo, estado do alelo IL28B ou nível basal de RNA de HCV. No coorte de cirróticos, 4 pacientes com carcinoma hepatocelular foram submetidos a transplante hepático após 1-71 dias de tratamento; 3 de 4 pacientes receberam 12 semanas de extensão de tratamento pós-transplante com DAKLINZA/sofosbuvir/ribavirina e 1 paciente tratado por 23 dias antes do transplante, não recebeu extensão de tratamento. Todos os 4 pacientes atingiram RVS12.

Acompanhamento em longo prazo

Existem dados limitados disponíveis de um estudo de acompanhamento em andamento para avaliar a durabilidade da resposta até 3 anos após o tratamento com DAKLINZA nos estudos de Fase 2 e 3. Entre os 287 pacientes que obtiveram RVS12 com DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina com uma duração mediana do acompanhamento pós-RVS12 de aproximadamente 22 meses, 1% (4) dos pacientes apresentou recidiva. Não houve recidiva entre os 28 pacientes que obtiveram RVS12 com DAKLINZA e sofosbuvir (\pm ribavirina) com uma duração mediana de acompanhamento pós-RVS12 de aproximadamente 14,5 meses.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Farmacodinâmica

O efeito de 60 mg e 180 mg de daclatasvir sobre o intervalo QTc foi avaliado em um estudo QT completo, randomizado, parcialmente cego, controlado por placebo e com controle positivo em 56 indivíduos saudáveis. Doses únicas de 60 mg ou 180 mg de daclatasvir não tiveram um efeito clinicamente relevante sobre o intervalo QTc corrigido pelo método de Fridericia (QTcF). Não houve uma relação importante entre o aumento da concentração plasmática de daclatasvir e a alteração do intervalo QTc, QRS ou PR. Espera-se que uma dose de 180 mg de daclatasvir inclua as maiores concentrações plasmáticas esperadas do ponto de vista clínico.

Mecanismo de Ação

Daclatasvir é um inibidor altamente seletivo do complexo de replicação NS5A do HCV (ver **Microbiologia**).

Farmacocinética

As propriedades farmacocinéticas de daclatasvir foram avaliadas em indivíduos adultos saudáveis e em indivíduos com infecção crônica por HCV. Após doses orais múltiplas de 60 mg de daclatasvir uma vez ao dia em combinação com alfapecinterferona e ribavirina em indivíduos infectados por HCV, a média geométrica do C_{\max} (CV%) de daclatasvir correspondeu a 1.534 (58) ng/mL, a AUC_{0-24h} foi de 14.122 (70) ng•h/mL e C_{\min} correspondeu a 232 (83) ng/mL.

Absorção e biodisponibilidade

Daclatasvir administrado como comprimido foi rapidamente absorvido após múltiplas doses orais, com as concentrações plasmáticas máximas ocorrendo entre 1 e 2 horas. A $C_{\text{máx}}$, a AUC e a $C_{\text{mín}}$ de daclatasvir aumentaram de um modo proporcional à dose. O estado de equilíbrio foi alcançado após 4 dias de administração uma vez ao dia. Com a dose de 60 mg, a exposição a daclatasvir foi semelhante entre indivíduos saudáveis e infectados por HCV.

Estudos *in vitro* com células Caco-2 humanas indicaram que daclatasvir é um substrato de P-gp. A biodisponibilidade absoluta da formulação em comprimido corresponde a 67%.

Efeito de alimentos sobre a absorção oral

Em indivíduos saudáveis, a administração de um comprimido de 60 mg de daclatasvir após uma refeição rica em gordura (aproximadamente 1.000 kcal, aproximadamente 50% derivados de gordura) diminuiu a $C_{\text{máx}}$ e a AUC de daclatasvir em 28% e 23%, respectivamente, em comparação com a administração em condições de jejum. A administração do comprimido de 60 mg de daclatasvir após uma refeição leve (aproximadamente 275 kcal, aproximadamente 15% derivado de gordura) não reduziu a exposição a daclatasvir.

Distribuição

Em estado de equilíbrio, a ligação a proteínas de daclatasvir em indivíduos infectados por HCV correspondeu a aproximadamente 99% e foi independente da dose na faixa posológica estudada (1 mg a 100 mg). Em indivíduos que receberam o comprimido de 60 mg de daclatasvir por via oral seguido de uma dose intravenosa de 100 µg de [^{13}C , ^{15}N] de daclatasvir, o volume de distribuição estimado no estado de equilíbrio correspondeu a 47 L. O daclatasvir é um inibidor de P-gp, OATP 1B1 e BCRP. O daclatasvir *in vitro* é um inibidor dos transportadores de captação renal, transportadores de ânions orgânicos (OAT) 1 e 3, e OCT2, mas não é esperado que tenha um efeito clínico na farmacocinética dos substratos destes transportadores.

Metabolismo

Estudos *in vitro* demonstraram que daclatasvir é um substrato de CYP3A, sendo que CYP3A4 é a principal isoforma de CYP responsável pelo metabolismo. Nenhum metabólito circulou em níveis acima de 5% da concentração original.

Eliminação

Após a administração oral de uma dose única de ^{14}C -daclatasvir a indivíduos saudáveis, 88% da radioatividade total foi recuperada nas fezes (53% como medicamento inalterado) e 6,6% foram excretados na urina (principalmente como medicamento inalterado). Após a administração de doses múltiplas de daclatasvir a indivíduos infectados por HCV, a meia-vida de eliminação terminal de daclatasvir variou de 12 a 15 horas. Em indivíduos que receberam o comprimido de 60 mg de daclatasvir por via oral seguido de uma dose intravenosa de 100 µg de [^{13}C , ^{15}N]-daclatasvir, o clearance total correspondeu a 4,24 L/h.

Populações especiais**Insuficiência renal**

Em comparação com indivíduos não infectados por HCV com função renal normal [clearance de creatinina (CLcr) de 90 mL/min, definido usando a fórmula de Cockcroft-Gault para CLcr], foi estimado que a AUC de daclatasvir seria 26%, 60% e 80% mais alta em indivíduos com valores de CLcr de 60, 30 e 15 mL/min, respectivamente. Foi estimado que a AUC de daclatasvir não ligado seria 18%, 39% e 51% maior em indivíduos com valores de CLcr de 60, 30 e 15 mL/min,

respectivamente, em relação a indivíduos com função renal normal). Indivíduos com doença renal em estágio terminal que necessitam de hemodiálise apresentaram um aumento de 27% na AUC de daclatasvir e um aumento de 20% na AUC não ligada em comparação com indivíduos com função renal normal. Em uma análise farmacocinética populacional em indivíduos infectados por HCV com insuficiência renal leve a moderada, CL_{cr} foi identificado como uma covariável estatisticamente significativa, com exposições mais altas em indivíduos com insuficiência renal moderada; contudo, é improvável que a magnitude do efeito influencie os parâmetros farmacocinéticos de daclatasvir de um modo clinicamente expressivo (ver e 8. **Posologia e Modo de Usar, Insuficiência Renal**).

Insuficiência hepática

As propriedades farmacocinéticas de daclatasvir após uma dose única de 30 mg foram estudadas em indivíduos não infectados por HCV com insuficiência hepática leve (Child-Pugh A), moderada (Child-Pugh B) e grave (Child-Pugh C) em comparação com indivíduos sem insuficiência hepática. A C_{máx} e a AUC de daclatasvir total (medicamento livre e ligado a proteínas) foram menores em indivíduos com insuficiência hepática; contudo, a insuficiência hepática não apresentou um efeito clinicamente significativo sobre as concentrações de daclatasvir como medicamento livre (ver 5. **Advertências e Precauções, Insuficiência Hepática/Cirrose**).

População geriátrica

A análise farmacocinética populacional de dados dos estudos clínicos indicou que a idade não teve um efeito aparente sobre a farmacocinética de daclatasvir.

População pediátrica e adolescente

A farmacocinética de DAKLINZA não foi avaliada em pacientes pediátricos.

Sexo

A análise farmacocinética populacional de dados dos estudos clínicos identificou sexo como uma covariável estatisticamente significativa para o clearance oral aparente de daclatasvir (CL/F), em indivíduos do sexo feminino que apresentam CL/F mais baixo, porém a magnitude do efeito sobre a exposição a daclatasvir não é clinicamente importante.

Raça

A análise farmacocinética populacional dos dados dos estudos clínicos identificou raça como uma covariável estatisticamente significativa para o clearance oral aparente de daclatasvir (CL/F) e o volume de distribuição aparente (V_c/F), resultando em exposições ligeiramente mais altas em indivíduos negros em comparação com indivíduos caucasianos, porém a magnitude do efeito sobre a exposição a daclatasvir não é clinicamente importante.

Microbiologia

Mecanismo de Ação

Daclatasvir é um inibidor de NS5A, uma proteína multifuncional que é um componente essencial do complexo de replicação do HCV. Daclatasvir inibe a replicação do RNA viral e a montagem do vírion. Dados *in vitro* e de modelagem computadorizada indicam que daclatasvir interage com a terminação N no Domínio 1 da proteína, o que pode causar distorções estruturais que interferem nas funções de NS5A.

Atividade antiviral

Daclatasvir é um inibidor de comprimento total e replicons quiméricos que codificam sequências NS5A de isolados clínicos representando os genótipos de 1-6 do HCV. Daclatasvir teve mediana de valores de EC50 de 0,008nM (intervalo de 0,002-0,03 nM, n=35); 0,002 nM (intervalo de 0,0007-0,006 nM, n=30); 0,008 nM (intervalo de 0,005 a 0,02 nM, n=5); 0,2 nM (intervalo de 0,006-3,2 nM, n=17); e 0,003 nM (intervalo de 0,001-0,007 nM, n=4); contra os replicons híbridos contendo sequências de NS5A derivadas do indivíduo de genótipos 1a, 1b, 2, 3 e 4, respectivamente, sem polimorfismos associados à resistência a daclatasvir em NS5A detectáveis nas posições dos aminoácidos 28, 30, 31 ou 93. A atividade de daclatasvir foi reduzida contra os replicons derivados do indivíduo dos genótipos 1a, 1b, 2, 3 e 4 com polimorfismos associados à resistência nas posições 28, 30, 31 ou 93, com valores medianos de EC50 de 76 nM (intervalo de 4,6-2409 nM, n=5); 0,05 nM (intervalo de 0,002-10 nM, n=12); 17,5 nM (intervalo de 0,3-60 nM, n=16), 1835 nM (intervalo de 1,3->5000 nM, n=8); 0,035 nM (intervalo de 0,007-158 nM, n=10). A mediana dos valores de EC50 de replicons híbridos de NS5A derivados do indivíduo de daclatasvir de genótipo 5 foi de 0,004 nM (intervalo de 0,003-0,0019 nM, n=3) enquanto os valores de EC50 contra um único replicon derivado de HCV de genótipo 6 foi 0.054 nM.

Daclatasvir exibiu interações aditivas a sinérgicas com interferon alfa, inibidores da protease NS3 do HCV, inibidores dos análogos nucleosídeos de NS5B de HCV e inibidores não nucleosídeos de NS5B de HCV em estudos de atividade viral em cultura de células combinados usando o sistema de replicon celular para HCV.

Resistência

Em cultura celular

Substituições conferindo resistência a daclatasvir nos genótipos 1-6 de HCV foram selecionadas no sistema de replicon celular e observadas na região do aminoácido N-terminal 100 de NS5A. A análise fenotípica de linhas de células de replicons estáveis do genótipo 1a mostrou que replicons variantes contendo substituições identificadas no genótipo 1a em M28T, Q30H, Q30R, L31V, e Y93C exibiram redução de susceptibilidade ao daclatasvir ≥ 500 -vezes. Para o genótipo 1b, as combinações de L31M/Y93H e L31V/Y93H exibiram redução de susceptibilidade ao daclatasvir ≥ 8000 -vezes. Para o genótipo 2a, substituições em F28S, C92R e Y93H exibiram redução da susceptibilidade ao daclatasvir ≥ 470 vezes, enquanto para o genótipo 3a, Y93H exibiu redução da susceptibilidade ao daclatasvir em 2738 vezes. Para o genótipo 4a, R30G/S ou L30H/R ou Y93H/R identificados nos replicons de genótipo 4a exibiram susceptibilidade ao daclatasvir ≥ 143 vezes. Para o genótipo 5a, as combinações de L31F/K56R e L31V/K56R exibiram redução da susceptibilidade ao daclatasvir > 6000 vezes. Para o genótipo 6a, L31M, P32L, P32S e T58N exibiram redução da susceptibilidade ao daclatasvir ≥ 382 vezes.

Resistência cruzada

Replicons de HCV expressando substituições de resistência associadas a daclatasvir permaneceram completamente sensíveis a alfainterferona e a outros agentes anti-HCV com mecanismos de ação diferentes, como inibidores da protease de NS3 e da polimerase NS5B (nucleosídeos e não nucleosídeos).

Em estudos clínicos

Efeito de polimorfismos na linha basal de HCV sobre a resposta ao tratamento

Foram conduzidas análises para explorar a associação entre substituições na linha basal de aminoácidos NS5A de ocorrência natural (polimorfismos) e o resultado terapêutico. O impacto do polimorfismo de NS5A é específico para o regime.

DAKLINZA, alfapeginterferona e ribavirina: Polimorfismos de NS5A pré-tratamento que sabidamente conferem perda da susceptibilidade a daclatasvir *in vitro* (genótipo 1a: M28T, Q30H/R, L31M/V, Y93H/N; genótipo 1b: L31M, Y93C/H; genótipo 4: L28M, L30R, M31V) foram observados em 9/125 (7%) dos pacientes virgens de tratamento com genótipo 1a de HCV, 8/50 (16%) com genótipo 1b de HCV e 57/94 (61%) de genótipo 4. A maioria dos pacientes [5/9 (56%) para o genótipo 1a, 6/8 (75%) para o genótipo 1b e 52/57 (91%) para genótipo 4] com esses polimorfismos associados à resistência em NS5A antes do tratamento obteve RVS.

DAKLINZA e sofosbuvir:

Em uma análise dos estudos de Fase 2 e 3 em que os pacientes receberam daclatasvir e sofosbuvir com ou sem ribavirina por 12 ou 24 semanas, os polimorfismos basais em NS5A em posições de aminoácidos relacionadas com a resistência ao daclatasvir (28, 30, 31 ou 93) foram detectados em 19% dos pacientes (116/605) (32/295 de genótipo 1a, 15/75 de genótipo 1b, 33/36 de genótipo 2, 31/192 de genótipo 3, 4/6 de genótipo 4 e 1/1 de genótipo 6) com sequência basal de NS5A disponível. Este polimorfismos em NS5A incluíram M28T/V, Q30E/H/L/R, L31M ou Y93C/H/L/N/S em pacientes com genótipo 1a; R30K/M/Q, L31M ou Y93H e pacientes com genótipo 1b, F28L ou L31M em pacientes com genótipo 2; M28V, A30E/K/S/T/V, L31 ou Y93H em pacientes com genótipo 3; L28M ou L30R em pacientes com genótipo 4; e F28M/V e R30S em pacientes com genótipo 6.

No geral, as taxas de RVS12 para pacientes com ou sem polimorfismo basal em NS5A em 28, 30, 31 ou 93 foram 88% (102/116) e 96% (469/189), respectivamente (veja Tabela 7). Em pacientes sem cirrose, as taxas de SVR12 em pacientes com e sem polimorfismos basais de NS5A foram altas: 95% (83/87) e 99% (350/353), respectivamente. Em pacientes com cirrose, as taxas de RVS12 com e sem polimorfismos basais em NS5A foram 53% (11/21) e 85% (77/91), respectivamente. Polimorfismos em NS5A específicos para 10 pacientes com cirrose que falharam foram: M28T (n = 1), L31M (n = 2, ambos Child-Pugh B) e Y93N (n = 1) em pacientes com genótipo 1a; A30K (n = 1), Y93H (n = 3) e A30T (n = 1) em pacientes com genótipo 3; e L31M (n = 1, Child-Pugh C) em um paciente com genótipo 2. Todas as substituições em NS5A descritas em genótipo 1a, genótipo 2 e genótipo 3 conferiram uma redução maior que 100 vezes na atividade do daclatasvir *in vitro*, exceto para A30T o qual foi detectado somente no basal e não na falha. Para os 14 pacientes com cirrose que falharam sem polimorfismos em NS5A no basal, 6 pacientes tinham doença hepática Child-Pugh C.

A substituição em S282T associada à resistência ao sofosbuvir não foi detectada na sequência basal de NS5B de nenhum dos pacientes dos estudos de Fase 2 e 3 por sequenciamento baseado na população.

Tabela 7: Impacto dos polimorfismos em NS5A basais (nas posições 28, 30, 31 ou 93 dos aminoácidos) na Resposta de RVS12 em Pacientes Com/Sem cirrose no período basal tratados com daclatasvir e sofosbuvir com/sem ribavirina por 12 ou 24 semanas

Taxas de RVS12 em Pacientes com Sequências de NS5A		
	Com Polimorfismos em NS5A Percebidos no Período Basal ^a	Sem Polimorfismos em NS5A Percebidos no Período Basal
Geral^b	102/116 (88%)	469/489 (96%)
Pacientes com Cirrose	11/21 (52%)	77/91 (85%)
Genótipo 1a	2/6 (33%)	42/48 (88%)
Genótipo 1b	0	12/12 (100%)
Genótipo 2	5/6 (83%)	0
Genótipo 3	2/7 (29%) ^a	22/30 (73%)
Genótipo 4	2/2 (100%) ^a	1/1 (100%)
Pacientes sem Cirrose	83/87 (95%)	350/353 (99%)
Genótipo 1a	24/24 (100%)	186/186 (100%)
Genótipo 1b	11/11 (100%)	42/42 (100%)
Genótipo 2	27/27 (100%)	3/3 (100%)
Genótipo 3	19/23 (83%)	118/121 (98%)

Tabela 7: Impacto dos polimorfismos em NS5A basais (nas posições 28, 30, 31 ou 93 dos aminoácidos) na Resposta de RVS12 em Pacientes Com/Sem cirrose no período basal tratados com daclatasvir e sofosbuvir com/sem ribavirina por 12 ou 24 semanas

Taxas de RVS12 em Pacientes com Sequências de NS5A		
	Com Polimorfismos em NS5A Percebidos no Período Basal ^a	Sem Polimorfismos em NS5A Percebidos no Período Basal
Genótipo 4	2/2 (100%)	1/1 (100%)

^a Dois pacientes com cirrose (1 de genótipo 3 e 1 de genótipo 4) cada um com cirrose Child-Pugh C que receberam daclatasvir e sofosbuvir com ribavirina foram classificados como falhas não-viológicas devido aos dados não estarem disponíveis para a análise integrada embora eles tenham atingido RVS12; ambos os pacientes tinham polimorfismos em NS5A no período basal (genótipo 3: A30K; genótipo 4: L28M) e não foram incluídos nesta análise;

^b Para 53 pacientes após transplante hepático tratados com daclatasvir e sofosbuvir ± ribavirina por 12 semanas, a presença de polimorfismos em NS5A no período basal (em 28, 30, 31 ou 93) não pareceu impactar as taxas de resposta já que todos os pacientes (n=8) com estes polimorfismos atingiram RVS12. A linha de geral total da tabela inclui esta população de pacientes, mas eles não foram incluídos nas linhas para pacientes com e sem cirrose.

Substituições de resistência em pacientes que não obtiveram RVS

Daclatasvir, alfapéginterferona e ribavirina: Entre os 210 pacientes (153 com genótipo 1a e 57 com genótipo 1b) virgens de tratamento e sem resposta anterior que apresentaram insucesso terapêutico, em geral emergiram variantes associadas à resistência em NS5A (139/153 para genótipo 1a e 49/57 para genótipo 1b).

As variantes de NS5A detectadas com mais frequência incluíram Q30E ou Q30R em combinação com L31M. A maioria dos insucessos com o genótipo 1a apresentou variantes de NS5A emergentes, detectadas em Q30 (127/139 [91%] dos pacientes) e a maioria de insucessos com o genótipo 1b apresentou variantes de NS5A emergentes detectadas em L31 (37/49 [76%]) e/ou Y93H (34/49 [69%]). Essas variantes NS5A foram detectadas juntas em 36/49 (74%) dos pacientes no momento do insucesso e surgiram juntas (25/36 [69%] dos pacientes com L31M/V-Y93H) ou, se uma surgisse, a outra era preexistente (11/36 [31%] dos pacientes).

Daclatasvir e sofosbuvir:

Em uma análise de 629 pacientes que receberam daclatasvir/sofosbuvir com ou sem ribavirina em estudos de Fase 2 e 3, 44 pacientes (19 com genótipo 1a, dois com genótipo 1b, dois com genótipo 2 e 21 com genótipo 3) foram qualificados para análise de resistência devido à falha virológica ou descontinuação do estudo e possuíam RNA de HCV maior que 1000 UI/mL. O sequenciamento após o período basal em NS5A e NS5B (*cut-off* do ensaio de 20%) foram disponíveis para 44/44 e 39/44 pacientes, respectivamente.

As variantes associadas à resistência a NS5A (RAVs) foram observadas em isolados após o período basal de 37/44 pacientes (13/19 com genótipo 1a, 1/2 com genótipo 1b, 2/2 com genótipo 2 e 21/21 com genótipo 3) não atingiram RVS.

Treze (68%) dos 19 pacientes com HCV de genótipo 1a que foram qualificados para os testes de resistência abrigavam 1 ou mais RAVs de NS5A nas posições M28, Q30, L31, H58 ou Y93. Cinco dos pacientes com genótipo 1a, também tinham doença hepática Child-Pugh C. Dois pacientes apresentavam as mesmas RAVs de NS5A no período basal e após o período basal (M28T ou Y93N). As substituições em Q30 foram mais frequentemente observadas (Q30/H/K/R; 10/19 [52,6%]). Dos dois pacientes com genótipo 1b que foram qualificados para testes de resistência, a deleção de NS5A-P32 foi observada em um paciente. Os dois pacientes com genótipo 2 que foram qualificados para testes de resistência apresentavam a mesma RAVs em NS5A no período basal e no período pós-basal (L31M). Dos 21 pacientes de genótipo 3 que foram qualificados para os testes de resistência, 21(100%) abrigavam um ou mais RAVs de NS5A nas posições 30, 31, 62 ou 93. As substituições em Y93 foram mais frequentemente observadas (17/21 [81%]) e foram observadas no período basal em 6 pacientes e somente após o período basal em 11 pacientes.

Entre os 7 pacientes que apresentavam RAVs de NS5A na falha, todos receberam daclatasvir/sofosbuvir por 8 semanas. Todas

as substituições em Q30 de genótipo 1a descritas, a deleção de P32 em genótipo 1b, L31M de genótipo 2 e Y93H de genótipo 3 conferiram redução da suscetibilidade ao daclatasvir *in vitro* (mudança nos valores de EC50 de 900 ou mais).

Persistência de substituições associadas à resistência

A persistência de substituições emergentes associadas à resistência em NS5A foi monitorada após o tratamento em pacientes que apresentaram insucesso terapêutico nos estudos clínicos de fase 2/3 com regimes contendo daclatasvir. Em 133 pacientes virgens de tratamento e sem resposta anterior (103 de genótipo 1a e 30 de genótipo 1b) que não atingiram RVS24 e que foram monitorados por 48 semanas após o tratamento, as variantes associadas à resistência em NS5A genótipos 1a e 1b geralmente persistiram; a substituição por sequência selvagem foi detectada em 2/133 (2%, 2/103 de genótipo 1a e 0/30 de pacientes genótipo 1b) dos insucessos virológicos. Dados limitados sobre persistência de substituições associadas à resistência estão disponíveis no estudo ALLY-3.

Segurança não-clínica

Carcinogênese, mutagênese, prejuízo da fertilidade

Daclatasvir não foi carcinogênico em camundongos com valores de AUC de 8,7 vezes a AUC da RHD ou em ratos com 4,7 vezes a AUC da RHD. Não foram observadas evidências de atividade mutagênica ou clastogênica em testes de mutagênese *in vitro* (Ames), ensaios de mutação em mamíferos usando células de ovário de hamster chinês ou um estudo de micronúcleo oral *in vivo* em ratos.

Daclatasvir não teve efeito sobre a fertilidade em ratos machos ou fêmeas em qualquer dose testada. O valor mais alto de AUC em fêmeas não afetadas correspondeu a 18 vezes a AUC da RHD. Em ratos machos, os efeitos sobre desfechos reprodutivos foram limitados à redução dos pesos da próstata/vesículas seminais e a um aumento mínimo de espermatozoides dismórficos com 200 mg/kg/dia; contudo, nenhum achado afetou negativamente a fertilidade ou o número de conceitos viáveis gerados. A AUC associada a essa dose em machos correspondeu a 19 vezes a AUC da RHD.

Toxicologia animal

Em ratos jovens tratados com daclatasvir por 10 semanas, não houve novas toxicidades em relação às observadas em ratos adultos. A maior dose testada estava associada à hipertrofia da glândula adrenal, com valores de AUC correspondentes a 7,8 vezes a AUC da RHD. O valor de AUC no nível sem observação de efeito adverso (NOAEL) para toxicidade juvenil correspondeu a 3,1 vezes a AUC da RHD.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Consulte a bula dos outros medicamentos do regime para suas contraindicações.

DAKLINZA é contraindicado para uso em pacientes com hipersensibilidade demonstrada anteriormente a daclatasvir ou a qualquer componente do produto.

DAKLINZA é contraindicado quando combinado com medicamentos que induzem de forma potente a CYP3A4 e, consequentemente, possam provocar menor exposição e perda de eficácia de DAKLINZA. Os medicamentos contraindicados incluem, mas não estão limitados a estes, os relacionados na Tabela 8 (veja também **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**).

Tabela 8: Medicamentos contraindicados com DAKLINZA

Mecanismo de interação	Comentário clínico	Medicamentos contraindicados ^a
Indução potente de CYP3A4 pelo medicamento coadministrado	Pode provocar a perda da resposta virológica a DAKLINZA	<p><i>Anticonvulsivantes</i> fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina, fenobarbital</p> <p><i>Agentes antimicrobianos</i> rifampicina, rifabutina, rifapentina</p> <p><i>Glicocorticoides</i> dexametasona sistêmica</p> <p><i>Produtos fitoterápicos</i> erva-de-são-jão (<i>Hypericum perforatum</i>)</p>

^a Esta tabela não constitui uma lista completa de todos os medicamentos que induzem CYP3A4 de forma potente.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

DAKLINZA não deve ser administrado como monoterapia. Veja **8. POSOLOGIA E MODO DE USAR, Posologia recomendada**. As advertências e precauções para outros agentes no regime também são aplicáveis quando coadministrados com DAKLINZA.

Advertências e precauções específicas para a classe do produto

Potencial para aumento da replicação do vírus da hepatite B

Casos de aumento da replicação do vírus da hepatite B (HBV), incluindo casos fatais, foram reportados durante e depois do tratamento com agentes antivirais de ação direta. A triagem para presença do HBV deve ser realizada em todos os pacientes antes do início do tratamento. Pacientes com sorologia positiva para HBV devem ser monitorados e tratados de acordo com as práticas clínicas dos guias atuais para evitar a replicação potencial do HBV. Em caso de aumento da replicação do HBV, tratamento apropriado para a hepatite B deve ser iniciado.

Potencial para alteração no nível glicêmico em pacientes com diabetes

Os pacientes diabéticos podem apresentar alteração no nível glicêmico, incluindo hipoglicemia sintomática, durante ou após o tratamento direto com antivirais de ação direta (DAA). Isto pode acontecer devido a uma melhora na função hepática após tratamento com DAA que pode alterar o controle da glicose no sangue. É recomendado um monitoramento cuidadoso do nível glicêmico durante o tratamento com Daklinza (daclatasvir).

Advertências e Precauções específicas para o produto

Interações Medicamentosas

Ver **4. CONTRAINDICAÇÕES** para medicamentos cujo uso com DAKLINZA (daclatasvir) é contraindicado devido a uma possível perda da atividade virológica. Consultar **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS** para interações medicamentosas estabelecidas ou possivelmente importantes. Consultar a respectiva bula para obter informações sobre interações medicamentosas de outros medicamentos no regime. A recomendação mais conservadora deve ser seguida.

Foi reportada bradicardia severa e bloqueio cardíaco em pacientes recebendo amiodarona com DAKLINZA e sofosbuvir, com ou sem outros medicamentos que reduzem a frequência cardíaca. No geral, ocorreu bradicardia após horas a dias.

A bradicardia foi, em geral, solucionada após descontinuação do tratamento de HCV. O mecanismo do efeito da bradicardia não foi estabelecido.

A amiodarona deve ser coadministrada com DAKLINZA e sofosbuvir somente nos casos em que antiarrítmicos alternativos sejam contraindicados ou não sejam tolerados. Para pacientes sem alternativa de tratamento, é recomendado monitoramento. Os pacientes devem ser monitorados continuamente em ambientes hospitalar pelas primeiras 48 horas de coadministração, após as quais deve ocorrer, diariamente, monitoramento ambulatorial ou auto-monitoramento da frequência cardíaca durante ao menos as primeiras duas semanas de tratamento.

Devido ao longo período de meia-vida da amiodarona, pacientes que tenham descontinuado a amiodarona imediatamente antes de iniciar o tratamento com DAKLINZA e sofosbuvir devem também passar por monitoramento cardíaco conforme descrito acima.

Todos os pacientes recebendo DAKLINZA e sofosbuvir em combinação com amiodarona devem ser advertidos sobre os sintomas de bradicardia e bloqueio cardíaco e devem ser aconselhados a buscar auxílio médico com urgência no caso de experimentarem tais sintomas. Consulte a bula da amiodarona e do sofosbuvir. Veja **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS** e **9. REAÇÕES ADVERSAS**.

Retratamento com DAKLINZA (daclatasvir)

A eficácia de DAKLINZA como parte de um retratamento em pacientes com exposição prévia a um inibidor de NS5A não foi estabelecida.

Gravidez e lactação

Uso com alfapecinterferona e ribavirina: As contraindicações e advertências aplicáveis a alfapecinterferona e ribavirina são aplicáveis quando DAKLINZA for usado em combinação com esses medicamentos. A ribavirina pode causar defeitos congênitos e/ou morte do feto exposto e estudos em animais mostraram que os interferons possuem efeitos abortivos. É necessário ter extremo cuidado para evitar a gravidez em pacientes e em parceiras de pacientes do sexo masculino. A terapia com ribavirina não deve ser iniciada se um exame de gravidez negativo não tiver sido obtido imediatamente antes do início da terapia. Para recomendações detalhadas sobre contracepção, consultar a bula da ribavirina.

Uso sem alfapecinterferona e ribavirina: Não há dados sobre o uso de DAKLINZA em gestantes. Estudos com daclatasvir em animais mostraram toxicidade materna e no desenvolvimento embriofetal com níveis de AUC acima da dose humana recomendada (RHD) (ver **Dados de estudos em animais sobre daclatasvir**, a seguir). DAKLINZA não deve ser usado durante a gravidez ou em mulheres com potencial para engravidar que não estejam usando método contraceptivo. O uso de método contraceptivo eficaz deve ser mantido por 5 semanas após o final da terapia com DAKLINZA.

Dados de estudos em animais sobre daclatasvir: daclatasvir não foi um produto tóxico seletivo para o desenvolvimento quando administrado em fêmeas de rato ou coelho prenhes durante a organogênese. Não foi observada toxicidade materna ou do desenvolvimento com doses maternas de daclatasvir associadas a valores de AUC correspondentes a 4,6 vezes (ratos) e 16 vezes (coelhos) a AUC da RHD. Com doses mais altas, foram observadas toxicidades maternas e do desenvolvimento concomitantes nas duas espécies; os valores de AUC associados a essas doses corresponderam a 25 vezes (ratos) e 72 vezes (coelhos) os valores de AUC da RHD. A toxicidade materna incluiu mortalidade, sinais clínicos adversos e reduções do peso corporal e no consumo de alimentos. A toxicidade do desenvolvimento consistiu em aumento da letalidade embriofetal, redução do peso corporal fetal e aumento da incidência de malformações fetais das costelas e variações, notavelmente afetando o desenvolvimento da cabeça e do crânio. Em um estudo do desenvolvimento pré e pós-natal em ratos, não houve toxicidade materna nem do desenvolvimento em doses de até 50 mg/kg/dia, associadas a valores de AUC de 2,6 vezes da AUC da RHD.

Na dose mais alta (100 mg/kg/dia), a toxicidade materna incluiu mortalidade e distócia; a toxicidade do desenvolvimento incluiu discretas reduções da viabilidade da prole nos períodos peri e neonatal e reduções do peso ao nascer, que persistiram na vida adulta. O valor de AUC associado a essa dose correspondeu a 4,7 vezes a AUC da RHD.

Categoria de risco na gravidez: C.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Lactação

Não se sabe se daclatasvir é excretado no leite humano. Daclatasvir foi excretado no leite de ratas lactantes em concentrações de 1,7 a 2 vezes os níveis plasmáticos maternos. As mães devem ser orientadas a não amamentar se estiverem recebendo DAKLINZA. Consultar também a bula de outros medicamentos do regime

Uso Pediátrico

A segurança e eficácia de DAKLINZA não foram estabelecidas em pacientes pediátricos.

Uso Geriátrico

Entre mais de 2.000 pacientes nos 12 estudos clínicos sobre a terapia combinada com DAKLINZA, 310 tinham 65 anos de idade ou mais. Não foram observadas diferenças gerais na segurança ou na eficácia entre esses pacientes e pacientes mais jovens.

Insuficiência hepática/cirrose

Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA em pacientes com insuficiência hepática. Em um estudo com indivíduos não infectados por HCV com insuficiência hepática leve (Child-Pugh A, pontuação 5-6), moderada (Child-Pugh B, pontuação 7-9) ou grave (Child-Pugh C, pontuação ≥ 10), não foram observados efeitos clinicamente significativos sobre as propriedades farmacocinéticas de daclatasvir.

Entre mais de 3.500 pacientes em 19 estudos clínicos sobre terapia combinada com DAKLINZA, mais de 600 pacientes tinham cirrose, incluindo 60 pacientes com cirrose avançada ou doença hepática descompensada. Não foram observadas diferenças gerais na segurança entre pacientes com cirrose e pacientes sem cirrose (ver 2. **RESULTADOS DE EFICÁCIA**). Em um estudo clínico com DAKLINZA e sofosbuvir por 12 semanas em pacientes com infecção por HCV de genótipo 3, os pacientes com cirrose tiveram taxas de RVS mais baixas do que aqueles sem cirrose, e em um estudo clínico com DAKLINZA, sofosbuvir e ribavirina por 12 semanas em pacientes com cirrose Child-Pugh A, B ou C, pacientes com doença hepática descompensada (Child-Pugh C) tiveram taxas de RVS mais baixas do que aqueles com doença hepática classes Child-Pugh A ou B.

Coinfecção por HCV/HBV (vírus da hepatite B)

A segurança e a eficácia de DAKLINZA no tratamento de infecção crônica por HCV não foram estudadas em pacientes coinfectados por HBV (vide **Advertências e precauções específicas para a classe do produto: Potencial para aumento da replicação do vírus da hepatite B**).

Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas

Não foram realizados estudos sobre os efeitos de DAKLINZA sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Potencial de que outros medicamentos afetem DAKLINZA

Daclatasvir é um substrato de CYP3A4. Indutores moderados ou potentes de CYP3A4 podem diminuir os níveis plasmáticos e o efeito terapêutico de daclatasvir (ver **4. CONTRAINDICAÇÕES**). Inibidores potentes de CYP3A4 (por exemplo: claritromicina, eritromicina, itraconazol, cetoconazol, ritonavir) podem aumentar os níveis plasmáticos de daclatasvir (ver Tabela 8). Daclatasvir também é um substrato do transportador glicoproteína-P (P-gp) e do transportador 1 de cátions orgânicos (OCT 1), porém a coadministração de agentes que modifiquem apenas as atividades de P-gp ou OCT1 (sem efeito concomitante sobre CYP3A4) tem pouca probabilidade de apresentar um efeito clinicamente expressivo sobre a exposição a daclatasvir.

Potencial de que DAKLINZA afete outros medicamentos

Daclatasvir é um inibidor de P-gp, do polipeptídeo transportador de ânions orgânicos (OATP) 1B1 e 1B3 e da proteína de resistência ao câncer de mama (BCRP). A administração de DAKLINZA pode aumentar a exposição sistêmica a medicamentos que sejam substratos de P-gp, OATP 1B1 ou 1B3 ou BCRP, o que poderia aumentar ou prolongar seu efeito terapêutico e as reações adversas. Deve-se ter cautela se o medicamento apresentar uma faixa terapêutica estreita. Daclatasvir, *in vitro*, não inibiu ($IC_{50} > 40 \mu M$) as enzimas CYP 1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19 ou 2D6. Daclatasvir não apresentou um efeito clinicamente expressivo sobre a farmacocinética de midazolam, um substrato de CYP3A4 sensível. *In vitro*, daclatasvir é um inibidor dos transportadores de captação renal, transportadores de ânions orgânicos (OAT) 1 e 3 e do OCT 2, mas não se espera que tenha um efeito clínico sobre a farmacocinética dos substratos desses transportadores.

Resumo tabular de informações sobre interações medicamentosas

Consultar as respectivas bulas para obter informações sobre interações medicamentosas de outros medicamentos do regime. A recomendação mais conservadora deve ser seguida.

A Tabela 8 apresenta informações dos estudos de interações medicamentosas com DAKLINZA, incluindo as recomendações clínicas para interações medicamentosas estabelecidas ou possivelmente significativas. Um aumento clinicamente relevante da concentração é indicado como “↑”, uma diminuição clinicamente relevante como “↓” e a ausência de alteração clinicamente relevante como “↔”. Se disponíveis, as razões das médias geométricas para AUC, C_{max} e C_{min} são mostradas com intervalos de confiança (CI) de 90% entre parênteses. Os estudos apresentados na Tabela 9 foram conduzidos em adultos saudáveis, exceto quando indicado de outro modo.

Tabela 9: Informações sobre interações medicamentosas de DAKLINZA com outros medicamentos

Medicamentos por área terapêutica	Interação	Recomendações sobre a coadministração
ANTIVIRAIS, HCV		
sofosbuvir 400 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia) Estudo conduzido em pacientes com infecção crônica pelo HCV.	↔ daclatasvir* AUC: 0,95 (0,82; 1,10) C_{max} : 0,88 (0,78; 0,99) C_{min} : 0,91 (0,71; 1,16) ↔ GS-331007** AUC: 1,0 (0,95; 1,08) C_{max} : 0,8 (0,77; 0,90) C_{min} : 1,4 (1,35; 1,53) *A comparação para daclatasvir foi efetuada	Nenhum ajuste da dose de DAKLINZA ou sofosbuvir é necessário.

	com uma referência histórica (dados de três estudos com 60 mg de daclatasvir uma vez ao dia mais alfapecinterferona e ribavirina).	
	**GS-331007 é o principal metabólito circulante do pró-medimento sofosbuvir.	
<i>Inibidores de Protease</i>		
boceprevir	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição da CYP3A4 por boceprevir:</i> ↑ daclatasvir	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com boceprevir ou outro potente inibidor de CYP3A4.
simeprevir 150 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 1,96 (1,84; 2,10) C _{máx} : 1,50 (1,39; 1,62) C _{mín} : 2,68 (2,42; 2,98) ↔ simeprevir AUC: 1,44 (1,32; 1,56) C _{máx} : 1,39 (1,27; 1,52) C _{mín} : 1,49 (1,33; 1,67)	Nenhum ajuste da dose de DAKLINZA ou simeprevir é necessário.
telaprevir, 500 mg a cada 12 h (daclatasvir 20 mg uma vez ao dia)	↑ daclatasvir AUC: 2,32 (2,06; 2,62) C _{máx} : 1,46 (1,28; 1,66) ↔ telaprevir AUC: 0,94 (0,84; 1,04) C _{máx} : 1,01 (0,89; 1,14)	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com telaprevir ou outro potente inibidor de CYP3A4.
telaprevir, 750 mg a cada 8 h (daclatasvir 20 mg uma vez ao dia)	↑ daclatasvir AUC: 2,15 (1,87; 2,48) C _{máx} : 1,22 (1,04; 1,44) ↔ telaprevir AUC: 0,99 (0,95; 1,03) C _{máx} : 1,02 (0,95; 1,09) Inibição de CYP3A4 por telaprevir.	

<i>Outros antivirais</i>		
alfapeginterferona 180 µg uma vez por semana e ribavirina 1.000 ou 1.200 mg/dia divididos em duas doses (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia) Estudo conduzido em pacientes com infecção crônica por HCV	<p>↔ daclatasvir AUC: ↔* C_{máx}: ↔* C_{mín}: ↔*</p> <p>↔ alfapeginterferona C_{mín}: ↔*</p> <p>↔ ribavirina AUC: 0,94 (0,80; 1,11) C_{máx}: 0,94 (0,79; 1,11) C_{mín}: 0,98 (0,82; 1,17)</p> <p>*Os parâmetros de PK para daclatasvir quando administrado com alfapeginterferona e ribavirina neste estudo foram semelhantes aos observados em um estudo com indivíduos infectados por HCV no qual foi administrado daclatasvir em monoterapia por 14 dias. Os níveis de vale (mínimos) de PK de alfapeginterferona em pacientes que receberam alfapeginterferona, ribavirina e daclatasvir foram semelhantes aos observados em pacientes que receberam peginterferon alfa, ribavirina e placebo.</p>	<p>Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA, alfapeginterferona e ribavirina.</p>
ANTIVIRAIS, HIV ou HBV		

atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg uma vez ao dia (daclatasvir 20 mg uma vez ao dia)	↑ daclatasvir AUC*: 2,10 (1,95; 2,26) C _{máx} *: 1,35 (1,24; 1,47) C _{mín} *: 3,65 (3,25; 4,11) Inibição de CYP3A4 por ritonavir. * os resultados são normalizados para a dose de 60 mg.	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com atazanavir/ritonavir ou atazanavir/cobicistate.
atazanavir/cobicistate	Interação não estudada <i>Esperada inibição do CYP3A4 por atazanavir/cobicistate:</i> ↑ daclatasvir	
darunavir 800 mg/ritonavir 100 mg uma vez ao dia (daclatasvir 30 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC*: 1,41 (1,32; 1,50) C _{max} *: 0,77 (0,70; 0,85)	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir ou darunavir/cobicistate.
darunavir 600 mg/ritonavir 100 mg uma vez ao dia (daclatasvir 30 mg uma vez ao dia)	↔ Darunavir AUC: 0,90 (0,73, 1,11) C _{max} : 0,97 (0,80; 1,17) C _{min} : 0,98 (0,67;1,44) * os resultados são normalizados para a dose de 60 mg.	
lopinavir 400 mg/ritonavir 100 mg duas vezes ao dia (daclatasvir 30 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC*: 1,15 (1,07; 1.24) C _{max} *: 0,67 (0,61; 0,74) * os resultados são normalizados para a dose de 60 mg.	
darunavir/cobicistate	Interação não estudada <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir	
<i>Inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos/nucleotídeos (NRTIs)</i>		
fumarato de tenofovir desoproxila 300 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 1,10 (1,01; 1,21) C _{máx} : 1,06 (0,98; 1,15) C _{mín} : 1,15 (1,02; 1,30) ↔tenofovir AUC: 1,10 (1,05; 1,15) C _{máx} : 0,95 (0,89; 1,02)	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou tenofovir.

	C_{min} : 1,17 (1,10; 1,24)	
lamivudina zidovudina emtricitabina abacavir didanosina estavudina	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ NRTI	Não é necessário ajuste da dose de DAKLINZA ou do NRTI.
<i>Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (NNRTIs)</i>		
efavirenz 600 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia por 9 dias/120 mg uma vez ao dia por 5 dias)	↓ daclatasvir AUC*: 0,68 (0,60; 0,78) C_{max} *: 0,83 (0,76; 0,92) C_{min} *: 0,41 (0,34; 0,50) Indução de CYP3A4 por efavirenz * os resultados são normalizados para a dose de 60 mg.	A dose de DAKLINZA deve ser aumentada para 90 mg uma vez ao dia quando coadministrado com efavirenz ou outro indutor moderado de CYP3A4.
etravirina nevirapina	Interação não estudada. <i>Esperado devido à indução da CYP3A4 pela etravirina e nevirapina:</i> ↓ daclatasvir	A dose de DAKLINZA deve ser aumentada para 90 mg uma vez ao dia quando coadministrado com etravirina, nevirapina ou outro indutor moderado de CYP3A4.
rilpivirina	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ rilpivirina	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou de rilpivirina.
<i>Inibidores de integrase</i>		
dolutegravir 50 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 0.98 (0.83, 1.15) C_{max} : 1.03 (0.84, 1.25) C_{min} : 1.06 (0.88, 1.29) ↑ dolutegravir AUC: 1.33 (1.11, 1.59) C_{max} : 1.29 (1.07, 1.57) C_{min} : 1.45 (1.25, 1.68) Inibição de P-gp e BCRP por daclatasvir	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou de dolutegravir.
raltegravir	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ inibidor de integrase	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou de raltegravir.

elvitegravir, cobicistate, entricitabina, tenofovir, fumarato de disoproxilo	Interação não estudada para esta combinação de dose fixa. <i>Esperado devido à inibição da CYP3A4 pelo cobicistate:</i> ↑ daclatasvir	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com cobicistate ou com outros inibidores potentes de CYP3A4.
<i>Inibidores da fusão</i>		
enfuvirtida	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ enfuvirtida	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou enfuvirtida.
<i>Antagonistas do receptor de CCR5</i>		
maraviroque	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ maraviroque	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou maraviroque.
AGENTES REDUTORES DE ÁCIDO		
<i>Antagonistas do receptor H_2</i>		
famotidina 40 mg em dose única (daclatasvir 60 mg em dose única)	↔ daclatasvir AUC: 0,82 (0,70; 0,96) $C_{\text{máx}}$: 0,56 (0,46; 0,67) C_{min} : 0,89 (0,75; 1,06) Aumento do pH gástrico	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA.
<i>Inibidores da bomba de prótons</i>		
omeprazol 40 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg em dose única)	↔ daclatasvir AUC: 0,84 (0,73; 0,96) $C_{\text{máx}}$: 0,64 (0,54; 0,77) C_{min} : 0,92 (0,80; 1,05) Aumento do pH gástrico	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA.
ANTIBACTERIANOS		
claritromicina telitromicina	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição da CYP3A4 pelo antibacteriano:</i> ↑ daclatasvir	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com claritromicina, telitromicina ou outro potente inibidor de CYP3A4.

eritromicina	Interação não estudada. <i>Esperado pela inibição da CYP3A4 pelo antibacteriano:</i> ↑ daclatasvir	A administração de DAKLINZA com eritromicina pode resultar no aumento da concentração de daclatasvir. É recomendado tomar precaução.
azitromicina ciprofloxacino	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ azitromicina ou ciprofloxacino	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA, azitromicina ou ciprofloxacino.
ANTICOAGULANTES		
etexilato de dabigatrana	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de P-gp por daclatasvir:</i> ↑ etexilato de dabigatrana	É recomendado o monitoramento de segurança quando é iniciado o tratamento com DAKLINZA em pacientes recebendo etexilato de dabigatrana ou outros substratos de P-gp intestinal que tenham faixa terapêutica estreita.
varfarina	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ varfarina	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou varfarina.
ANTICONVULSIVANTES		
carbamazepina oxcarbazepina fenobarbital fenitoína	Interação não estudada. <i>Esperado devido à indução da CYP3A4 pelo anticonvulsivante:</i> ↓ daclatasvir	A coadministração de DAKLINZA com carbamazepina, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína ou outros indutores potentes de CYP3A4 é contraindicada. (ver 4. CONTRAINDICAÇÕES).
ANTIDEPRESSIVOS		
<i>Inibidores seletivos da recaptação de serotonina</i>		
escitalopram 10 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 1,12 (1,01; 1,26) C _{máx} : 1,14 (0,98; 1,32) C _{mín} : 1,23 (1,09; 1,38) ↔ escitalopram AUC: 1,05 (1,02; 1,08) C _{máx} : 1,00 (0,92; 1,08) C _{mín} : 1,10 (1,04; 1,16)	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou escitalopram.
ANTIFÚNGICOS		

cetoconazol 400 mg uma vez ao dia (daclatasvir 10 mg em dose única)	↑ daclatasvir AUC: 3,00 (2,62; 3,44) C _{máx} : 1,57 (1,31; 1,88) Inibição de CYP3A4 por cetoconazol	A dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrado com inibidores potentes de CYP3A4.
itraconazol posaconazol voriconazol	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de CYP3A4 pelo antifúngico:</i> ↑ daclatasvir	
fluconazol	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de CYP3A4 pelo antifúngico:</i> ↑ daclatasvir ↔ fluconazol	
ANTIMICOBACTERIANOS		
rifampicina 600 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg em dose única)	↓ daclatasvir AUC: 0,21 (0,19; 0,23) C _{máx} : 0,44 (0,40; 0,48) Indução de CYP3A4 por rifampicina	A coadministração de DAKLINZA com rifampicina, rifabutina, rifapentina ou outros indutores potentes de CYP3A4 é contraindicada (ver 4. CONTRAINDICAÇÕES)
rifabutina rifapentina	Interação não estudada. <i>Esperado devido à indução de CYP3A4 pelo antimicobacteriano:</i> ↓ daclatasvir	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
<i>Antiarrítmicos</i>		
amiodarona	Interação não estudada.	Para pacientes que não tenham alternativa de antiarrítmico, é recomendado monitoramento se a amiodarona for administrada com DAKLINZA + sofosbuvir. Consulte a bula da amiodarona e do sofosbuvir. (veja 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES e 9. REAÇÕES ADVERSAS).
digoxina 0,125 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↑ digoxina AUC: 1,27 (1,20; 1,34) C _{máx} : 1,65 (1,52; 1,80) C _{mín} : 1,18 (1,09; 1,28)	Digoxina e outros substratos de P-gp com uma faixa terapêutica estreita devem ser usados com cautela quando coadministrados com DAKLINZA. A dose mais

	Inibição de P-gp por daclatasvir	baixa de digoxina deve ser prescrita inicialmente. As concentrações séricas de digoxina devem ser monitoradas e usadas para titulação da dose de digoxina visando obter o efeito clínico desejado.
Bloqueadores do canal de cálcio		
diltiazem nifedipina anlodipino	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de CYP3A4 pelo bloqueador do canal de cálcio:</i> ↑ daclatasvir	A administração de DAKLINZA com qualquer um destes bloqueadores do canal de cálcio pode resultar no aumento da concentração de daclatasvir. É recomendado uso com cautela.
verapamil	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de CYP3A4 e P-gp pelo verapamil:</i> ↑ daclatasvir	A administração de DAKLINZA com verapamil pode resultar em concentração aumentada de daclatasvir. É recomendado uso com cautela.
CORTICOESTEROIDES		
dexametasona sistêmica	Interação não estudada. <i>Esperado devido à indução de CYP3A4 por dexametasona:</i> ↓ daclatasvir	A coadministração de DAKLINZA com dexametasona sistêmica ou outros indutores potentes de CYP3A4 é contraindicado (ver 4. CONTRAINDICAÇÕES).
SUPLEMENTOS FITOTERÁPICOS		
Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>)	Interação não estudada. <i>Esperado devido à indução de CYP3A4 pela erva-de-são-joão:</i> ↓ daclatasvir	A coadministração de DAKLINZA com erva-de-são-joão ou outros indutores potentes de CYP3A4 é contraindicada (ver 4. CONTRAINDICAÇÕES).
CONTRACEPTIVOS HORMONAIS		
etinilestradiol 35 µg uma vez ao dia por 21 dias + norgestimato 0,180/0,215/0,250 mg uma vez ao dia por 7/7/7 dias (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ etinilestradiol AUC: 1,01 (0,95; 1,07) C _{máx} : 1,11 (1,02; 1,20) ↔ norelgestromina AUC: 1,12 (1,06; 1,17) C _{máx} : 1,06 (0,99; 1,14)	Não há um efeito clinicamente expressivo sobre a farmacocinética de contraceptivos orais. Com base nas vias de clearance de daclatasvir e no perfil farmacocinético conhecido de contraceptivos orais, a coadministração não deve ter efeitos clinicamente expressivos

	↔ norgestrel AUC: 1,12 (1,02; 1,23) C _{máx} : 1,07 (0,99; 1,16)	sobre a farmacocinética de daclatasvir.
IMUNOSSUPRESSORES		
ciclosporina 400 mg em dose única (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 1,40 (1,29; 1,53) C _{máx} : 1,04 (0,94; 1,15) C _{mín} : 1,56 (1,41; 1,71) ↔ ciclosporina AUC: 1,03 (0,97; 1,09) C _{máx} : 0,96 (0,91; 1,02)	Não é necessário ajuste de dose de dose do produto medicinal quando DAKLINZA é coadministrado com ciclosporina, tacrolimo, sirolimo ou mofetil micofenolato.
tacrolimo 5 mg em dose única (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: 1,05 (1,03; 1,07) C _{máx} : 1,07 (1,02; 1,12) C _{mín} : 1,10 (1,03; 1,19) ↔ tacrolimo AUC: 1,00 (0,88; 1,13) C _{máx} : 1,05 (0,90; 1,23)	
sirolimo mofetil micofenolato	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ daclatasvir ↔ imunossupressor	
AGENTES REDUTORES DE LÍPIDEOS		
Inibidores da HMG-CoA redutase		
rosuvastatina 10 mg em dose única (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↑ rosuvastatina AUC: 1,58 (1,44; 1,74) C _{máx} : 2,04 (1,83; 2,26) Inibição de OATP 1B1, OATP 1B3 e BCRP por daclatasvir	Deve-se ter cautela quando DAKLINZA for coadministrado com rosuvastatina ou outros substratos de OATP 1B1, OATP 1B3 ou BCRP.
atorvastatina fluvastatina sinvastatina pitavastatina pravastatina	Interação não estudada. <i>Esperado devido à inibição de OATP 1B1 e/ou BCRP por daclatasvir:</i> ↑ concentração da estatina	

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
buprenorfina/naloxona, manutenção estável com 8/2 mg a 24/6 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: ↔* C _{max} : ↔* C _{min} : ↔* ↔ buprenorfina AUC: 1,37 (1,24; 1,52) C _{max} : 1,30 (1,03 ; 1,64) C _{min} : 1,17 (1,03; 1,32) ↔ norbuprenorfina AUC: 1,62 (1,30; 2,02) C _{max} : 1,65 (1,38 ; 1,99) C _{min} : 1,46 (1,12; 1,89) *Comparado a dados históricos.	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou de buprenorfina.
metadona, manutenção estável com 40-120 mg uma vez ao dia (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ daclatasvir AUC: ↔* C _{máx} : ↔* C _{min} : ↔* ↔ R-methadone AUC: 1,08 (0,94; 1,24) C _{max} : 1,07 (0,97; 1,18) C _{min} : 1,08 (0,93; 1,26) *Comparado a dados históricos.	Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA ou metadona.
SEDATIVOS		
<i>Benzodiazepínicos</i>		
midazolam 5 mg em dose única (daclatasvir 60 mg uma vez ao dia)	↔ midazolam AUC: 0,87 (0,83; 0,92) C _{máx} : 0,95 (0,88; 1,04)	Não é necessário ajuste de dose de midazolam ou outros substratos de CYP3A4.
triazolam alprazolam	Interação não estudada. <i>Esperado:</i> ↔ triazolam ↔ alprazolam	

Não são esperados efeitos clinicamente relevantes na farmacocinética dos medicamentos quando DAKLINZA é coadministrado com qualquer um dos seguintes produtos: inibidores de PDE-5, medicamentos da classe dos inibidores de ACE (exemplo: enalapril), medicamentos da classe dos antagonistas de receptores de angiotensina II (exemplos: losartana, irbesartana, olmesartana, candesartana, valsartana), disopirâmida, propafenona, flecainida, mexilitina, quinidina ou antiácidos.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

DAKLINZA deve ser mantido em sua embalagem original, armazenado a temperatura ambiente (entre 15 e 30°C).

DAKLINZA é válido por 24 meses após a data de fabricação.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Características físicas e organolépticas:

DAKLINZA 30 mg: comprimido revestido é verde, biconvexo, formato pentagonal com “BMS” gravado de um lado de “213” do outro lado

DAKLINZA 60 mg: comprimido revestido é verde, biconvexo, formato pentagonal com “BMS” gravado de um lado de “215” do outro lado.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

As bulas de outros medicamentos no regime terapêutico também devem ser consultadas antes do início do tratamento com DAKLINZA (daclatasvir).

Posologia recomendada

A posologia recomendada de DAKLINZA é de 60 mg uma vez ao dia administrado via oral com ou sem alimentos.

DAKLINZA deve ser administrado em combinação com outros agentes (veja Tabelas 10 e 110 e **2. RESULTADOS DE EFICÁCIA**). Para recomendações de dose específicas para outros agentes no tratamento, consulte a bula correspondente.

Tabela 10: Regime recomendado, DAKLINZA uma vez ao dia em combinação com alfapecinterferona e ribavirina nos genótipos 1 e 4

População de pacientes	Tratamento	Duração
Pacientes com ou sem cirrose compensada ^a	DAKLINZA + alfapecinterferona + ribavirina	24 semanas de DAKLINZA em combinação com 24-48 semanas de alfapecinterferona e ribavirina ^b

^a Genótipo 4: dados com DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina estão disponíveis apenas para pacientes virgens de tratamento.

^b RNA de HCV deve ser monitorado nas Semanas 4 e 12 de tratamento. Se o paciente atingir resposta virológica, definida como RNA de HCV indetectável em ambas as Semanas 4 e 12, todos os três componentes do regime devem ser descontinuados após 24 semanas. Se o paciente atingir RNA de HCV indetectável, mas não em ambas as Semanas 4 e 12, DAKLINZA deve ser descontinuado na Semana 24 e a alfapecinterferona + ribavirina devem ser mantidos por um total de 48 semanas

Tabela 11: Regime recomendado, DAKLINZA uma vez ao dia em combinação com sofosbuvir ± ribavirina para pacientes com genótipos 1, 2, 3 ou 4, incluindo pacientes monoinfectados por HCV e coinfectados por HCV/HIV, virgens de tratamento ou experimentados^a

População de Pacientes	Tratamento	Duração
Pacientes sem cirrose	Daklinza + sofosbuvir	12 semanas
Pacientes com recorrência de infecção por HCV pós-transplante hepático	Daklinza + sofosbuvir + ribavirina	12 semanas
Pacientes com cirrose (Child-Pugh A ou B)	Daklinza + sofosbuvir ± ribavirina	12 semanas ou 24 semanas O uso de ribavirina e a duração do tratamento devem ser avaliados com base na avaliação clínica do paciente. Pacientes com Genótipo 3 devem ser tratados por 24 semanas.
Pacientes com cirrose (Child-Pugh C)	Daklinza + sofosbuvir + ribavirina	24 semanas

^a O Programa Clínico de DAKLINZA incluiu pacientes experimentados com inibidores de protease, pegIFN/RBV, e sofosbuvir. Para recomendação de dose com agentes antivirais anti-HIV, veja **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**.

Dose recomendada para medicações concomitantes

Inibidores potentes do citocromo P450 e enzima 3A4 (CYP3A4): a dose de DAKLINZA deve ser reduzida para 30 mg uma vez ao dia quando coadministrada com inibidores potentes de CYP3A4 (usar comprimido de 30 mg; DAKLINZA não deve ser quebrado). Ver **6. Interações Medicamentosas**.

Indutores moderados de CYP3A4: a dose de DAKLINZA deve ser aumentada para 90 mg uma vez ao dia (três comprimidos de 30 mg ou um comprimido de 60 mg e um comprimido de 30 mg) quando coadministrada com indutores moderados de CYP3A4. Ver **6. Interações Medicamentosas**.

Modificação e interrupção da dose

Uma vez iniciada a terapia, não é recomendada modificação da dose de DAKLINZA. Consulte as respectivas bulas para modificação da dose de outros medicamentos do regime. A interrupção do tratamento deve ser evitada; contudo, se a interrupção do tratamento com qualquer componente do regime for necessária devido a reações adversas, DAKLINZA não deve ser administrado como monoterapia ou com ribavirina somente.

Descontinuação da terapia em pacientes com resposta virológica inadequada durante o tratamento com DAKLINZA, alfapeginterferona e ribavirina

É improvável que pacientes com resposta virológica inadequada durante o tratamento atinjam resposta virológica sustentada (RVS); portanto, a descontinuação do tratamento é recomendada nestes pacientes. Os valores de RNA de HCV que orientam a descontinuação do tratamento (isto é, as regras de parada) são apresentados na Tabela 12. Não há regras de parada de tratamento que se apliquem à combinação de Daklinza com sofosbuvir.

Tabela 12: Regras de parada de tratamento em pacientes recebendo DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina com resposta virológica inadequada durante o tratamento

RNA de HCV	Ação
Semana 4 de Tratamento: >1000 UI/ml	Descontinue DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina
Semana 12 de Tratamento: \geq 25 UI/ml	Descontinue DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina
Semana 24 de Tratamento: \geq 25 UI/ml	Descontinue alfapecinterferona e ribavirina (tratamento com DAKLINZA completo na Semana 24)

Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.

Esquecimento de dose

Os pacientes devem ser orientados para no caso de esquecerem-se de tomar uma dose de DAKLINZA, tomarem a dose esquecida assim que lembrado caso tenham passado menos de 20 horas do horário correto da dose. No entanto, se a dose esquecida for lembrada mais de 20 horas após o horário correto, esta dose deve ser pulada e a próxima dose deve ser tomada no horário correto.

Insuficiência renal

Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA em pacientes com qualquer grau de insuficiência renal (ver 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS, Farmacocinética: Insuficiência renal).

Insuficiência hepática

Não é necessário ajuste de dose de DAKLINZA em pacientes com insuficiência hepática (ver 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS, Farmacocinética: Insuficiência hepática).

9. REAÇÕES ADVERSAS

O perfil de segurança global de DAKLINZA tem base nos dados de 1668 pacientes com infecção crônica por HCV que receberam DAKLINZA uma vez ao dia em combinação com alfapecinterferona e ribavirina, ou em combinação com sofosbuvir, com ou sem ribavirina, em 12 estudos clínicos. A experiência de segurança é apresentada por regime. Consulte também a bula de outros medicamentos do regime.

DAKLINZA em combinação com alfapecinterferona e ribavirina

A segurança de 60 mg de DAKLINZA uma vez ao dia em combinação com alfapecinterferona e ribavirina foi avaliada em 989 pacientes com infecção crônica por HCV em oito estudos clínicos controlados. Em dados agrupados de sete desses oito estudos clínicos (n=587), o perfil de segurança de DAKLINZA em combinação com alfapecinterferona e ribavirina foi comparável ao observado com alfapecinterferona e ribavirina isoladamente (n=216), inclusive entre pacientes com cirrose. Astenia, pele ressecada e sintomas gripais foram as únicas reações adversas que ocorreram com frequência ao menos 5% maior entre o grupo de pacientes tratados com DAKLINZA em comparação ao grupo tratado com placebo, alfapecinterferona e ribavirina.

Nestes sete estudos controlados, as reações adversas com severidade de no mínimo Grau 3 reportadas com maior frequência (frequência de 1% ou maior) entre os pacientes tratados com DAKLINZA foram neutropenia, anemia e linfopenia.

A frequência de reações adversas sérias e descontinuação do tratamento devido às reações adversas foram semelhantes entre os grupos tratado com DAKLINZA e com placebo.

Reações adversas tabuladas

As reações adversas observadas de dados agrupados de sete estudos clínicos de Fase 2 e 3 são apresentadas na Tabela 13 por sistema e frequência. As categorias de frequência são muito comum (>1/10) e comum (>1/100 e <1/10).

Tabela 13: Reações Adversas em Estudos Clínicos com DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina

Classe de Sistema de Órgãos	Reações Adversas ^a	
	DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina n = 587	placebo, alfapecinterferona e ribavirina n = 216
Infecções e infestações		
comum	influenza, herpes oral, sinusite, nasofaringite	nasofaringite, faringite
Distúrbios do sistema sanguíneo e linfático		
muito comum	anemia, neutropenia	anemia, neutropenia
comum	leucopenia, linfopenia, trombocitopenia	leucopenia, linfopenia, trombocitopenia
Distúrbios endócrinos		
comum		hipertireoidismo, hipotireoidismo
Distúrbios do metabolismo e nutrição		
muito comum	apetite reduzido	apetite reduzido
Distúrbios psiquiátricos		
muito comum	insônia	depressão, insônia
comum	depressão, ansiedade, humor deprimido, humor alterado, distúrbios do sono, labilidade emocional, falta de emoção, variações de humor, diminuição da libido.	ansiedade, humor deprimido, distúrbios do sono, labilidade emocional, variações de humor, diminuição da libido.
Distúrbios do sistema nervoso		
muito comum	dor de cabeça	dor de cabeça
comum	tontura, distúrbios de atenção, prejuízo da memória, hipoestesia, letargia, disgeusia.	tontura, distúrbio de atenção, prejuízo da memória, hipoestesia, letargia, amnésia, parosmia, disgeusia

Classe de Sistema de Órgãos	Reações Adversas ^a	
	DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina n = 587	placebo, alfapecinterferona e ribavirina n = 216
Distúrbios oculares		
comum	coceira no olho, visão embaçada, olho seco, dor nos olhos, acuidade visual reduzida	visão embaçada, olho seco, retinopatia
Distúrbios do ouvido e labirinto		
comum	vertigem, zumbido	vertigem
Distúrbios cardíacos		
comum		palpitações, taquicardia
Distúrbios respiratórios, torácicos e mediastinais		
muito comum	tosse, dispneia	tosse, dispneia
comum	dispneia de esforço, congestão nasal, dor orofaríngea, epistaxe, tosse produtiva	dispneia de esforço, dor orofaríngea, epistaxe, tosse produtiva
Distúrbios gastrointestinais		
muito comum	náusea, diarreia	náusea, diarreia
comum	dor abdominal alta, constipação, doença do refluxo gastroesofágico, boca seca, vômitos, desconforto abdominal, dispepsia, estomatite, distensão abdominal, dor abdominal, ulceração na boca, estomatite aftosa, queilite	dor abdominal alta, constipação, doença do refluxo gastroesofágico, boca seca, vômitos, desconforto abdominal, dispepsia, estomatite, distensão abdominal, ulceração na boca, queilite, hemorroida
Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo		
muito comum	prurido, pele seca, alopecia, erupção cutânea	prurido, pele seca, alopecia, erupção cutânea
comum	eritema, hiperidrose, prurido generalizado, dermatite, eczema, sudorese noturna, fissuras na pele, psoríase	eritema, hiperidrose, eczema, erupção cutânea maculopapulosa, exantema pruriginoso, erupção eritematosa
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo		
muito comum	artralgia, mialgia	artralgia, mialgia
comum	dor nas costas, espasmos musculares, dor nas extremidades	dor nas costas, espasmos musculares, dor nas extremidades, fraqueza muscular, dor musculoesquelética
Distúrbios gerais e condições no local da administração		
muito comum	fadiga, estado gripal, irritabilidade, astenia, pirexia	fadiga, estado gripal, irritabilidade, astenia, pirexia, calafrios
comum	calafrio, dor, sensação de estranheza, mal estar, mucosa ressecada	dor, mal estar, mucosa ressecada
Investigações		
comum	diminuição de peso	diminuição de peso, aumento do hormônio estimulador da tireóide no sangue

a Eventos com relação pelo menos possível com o regime de estudo (atribuição pelo investigador) e que tenham ocorrido em pelo menos 1% dos pacientes em dados agrupados de 6 estudos Fase 2 e do estudo AI444042.

No estudo AI444052 DAKLINZA, alfapecinterferona e ribavirina (n=402) foram comparados a telaprevir, alfapecinterferona e ribavirina (n=200). As reações adversas entre os pacientes tratados com DAKLINZA foram comparáveis às listadas na Tabela 12. Durante as primeiras 12 semanas de tratamento, proporções significativamente menores de pacientes do grupo tratado com DAKLINZA apresentaram níveis de hemoglobina menores que 10 g/dL e uma proporção numérica menor dos pacientes do grupo tratado com DAKLINZA apresentou erupções cutâneas ou eventos relacionados a erupções cutâneas em comparação ao grupo de tratamento com telaprevir. No grupo de tratamento com DAKLINZA foram observados menos eventos adversos sérios e descontinuações devido a eventos adversos em comparação ao grupo de tratamento com telaprevir. As únicas reações adversas que ocorreram com frequência ao menos 5% maior entre os pacientes do grupo tratado com DAKLINZA em relação ao grupo tratado com telaprevir foram alopecia, neutropenia e artralgia.

DAKLINZA em combinação com sofosbuvir

A segurança de DAKLINZA uma vez ao dia em combinação com sofosbuvir (com ou sem ribavirina) foi avaliada em 4 estudos clínicos abertos, randomizados (AI444040, ALLY-1, ALLY-2, and ALLY-3), em 679 pacientes com infecção por HCV de genótipo 1, 2, 3, 4 ou 6 incluindo pacientes com coinfeção por HIV, pacientes com cirrose avançada e pacientes com recorrência de HCV pós-transplante hepático. Os pacientes foram tratados por 12 ou 24 semanas. A maioria das reações adversas apresentou severidade branda ou moderada. Cinco por cento dos pacientes experimentaram eventos adversos sérios. Três por cento dos pacientes descontinuaram o tratamento com DAKLINZA devido a eventos adversos, somente um foi considerado relacionado à terapia.

Reações adversas tabuladas

As reações adversas observadas em 4 estudos com DAKLINZA e sofosbuvir (com ou sem ribavirina) são apresentadas na Tabela 14 por sistema e frequência.

As categorias de frequência são: muito comum (>1/10), comum (>1/100 e <1/10) e incomum (>1/100 e <1/1000).

Tabela 14: Reações Adversas em Estudos Clínicos com DAKLINZA em combinação com sofosbuvir com ou sem ribavirina

Sistema Órgão Classe	Reações Adversas	
Frequência	DAKLINZA em combinação com sofosbuvir + ribavirina N = 203	DAKLINZA em combinação com sofosbuvir N = 476
Distúrbios do sistema sanguíneo e linfático		
muito comum	anemia	
Distúrbios do metabolismo e nutrição		
comum	apetite reduzido	
Distúrbios psiquiátricos		
comum	insônia, irritabilidade	insônia
Distúrbios do sistema nervoso		
muito comum	dor de cabeça	dor de cabeça
comum	tontura, enxaqueca	tontura, enxaqueca
Distúrbios vasculares		
comum	rubor quente	
Distúrbios respiratórios, torácicos e mediastinais		
comum	dispneia, dispneia de esforço, tosse, congestão nasal	

Tabela 14: Reações Adversas em Estudos Clínicos com DAKLINZA em combinação com sofosbuvir com ou sem ribavirina

Sistema Órgão Classe	Reações Adversas	
Frequência	DAKLINZA em combinação com sofosbuvir + ribavirina N = 203	DAKLINZA em combinação com sofosbuvir N = 476
Distúrbios gastrointestinais		
muito comum	náusea	
comum	diarreia, vômito, dor abdominal, refluxo gastroesofágico, constipação, boca seca, flatulência	náusea, diarreia, dor abdominal
Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo		
comum	erupção cutânea, alopecia, prurido, pele seca	
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo		
comum	artralgia, mialgia	artralgia, mialgia
Distúrbios gerais e condições no local da aplicação		
muito comum	fadiga	fadiga

As anormalidades laboratoriais entre os pacientes tratados com DAKLINZA/alfapecinterferona/ribavirina foram semelhantes as do grupo tratado com placebo/alfapecinterferona/ribavirina. Nos estudos clínicos de DAKLINZA em combinação com sofosbuvir, com ou sem ribavirina, 1% dos pacientes apresentaram diminuição dos níveis de hemoglobina de Grau 3 durante o tratamento; todos estes pacientes receberam DAKLINZA/sofosbuvir/ribavirina. O aumento de ALT e AST de Grau 3/4 durante o tratamento foi observado em < 1% dos pacientes. Aumento de Grau 3/4 na bilirrubina total foi observada em 3% dos pacientes (em pacientes com coinfeção por HIV que receberam concomitantemente atazanavir, com cirrose avançada ou pós-transplantados)

Experiência pós-comercialização

Foram observadas arritmias cardíacas, incluindo bradicardia severa e bloqueio cardíaco, em pacientes recebendo amiodarona com DAKLINZA + sofosbuvir. Um antiarrítmico alternativo deve ser considerado. Veja **5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES** e **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**.

Eritema multiforme foi reportado com DAKLINZA quando utilizado em combinação com inibidor de protease NS3 do HCV indisponível comercialmente.

Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Neste caso, notifique os eventos adversos pelo sistema da Anvisa para notificação de reações inesperadas a medicamentos e vacinas – Vigimed, disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/vigimed>, ou para Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

10. SUPERDOSE

A experiência clínica relacionada à superdosagem de daclatasvir é limitada. Em estudos clínicos de fase 1, indivíduos saudáveis que receberam até 100 mg por até 14 dias ou doses únicas de até 200 mg não apresentaram reações adversas inesperadas.

Não existe um antídoto conhecido para superdosagem de DAKLINZA. O tratamento da superdosagem de DAKLINZA deve consistir em medidas de suporte gerais, incluindo monitoramento de sinais vitais e observação do estado clínico do paciente. Uma vez que daclatasvir apresenta elevada ligação a proteínas (99%) e tem um peso molecular maior que 500, é improvável que a diálise reduza as concentrações plasmáticas do medicamento de modo significativo.

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

11. REFERÊNCIAS

1. Kumada H, Suzuki Y, Ikeda K, Toyota J, Karino Y, Chayama K, Kawakami Y, Ido A, Yamamoto K, Takaguchi K, Izumi N, Koike K, Takehara T, Kawada N, Sata M, Miyagoshi H, Eley T, McPhee F, Damokosh A, Ishikawa H, Hughes E. Daclatasvir plus asunaprevir for chronic HCV genotype 1b infection. *Hepatology*. 2014 Jun;59(6):2083-91. doi: 10.1002/hep.27113. Epub 2014 Apr 1. PubMed PMID:24604476; PubMed Central PMCID: PMC4315868.
2. Sulkowski MS, Gardiner DF, Rodriguez-Torres M, Reddy KR, Hassanein T, Jacobson I, Lawitz E, Lok AS, Hinestrosa F, Thuluvath PJ, Schwartz H, Nelson DR, Everson GT, Eley T, Wind-Rotolo M, Huang SP, Gao M, Hernandez D, McPhee F, Sherman D, Hindes R, Symonds W, Pasquinelli C, Grasela DM; AI444040 Study Group. Daclatasvir plus sofosbuvir for previously treated or untreated chronic HCV infection. *N Engl J Med*. 2014 Jan 16;370(3):211-21. doi: 10.1056/NEJMoa1306218. Erratum in: *N Engl J Med*. 2014 Apr 10;370(15):1469. PubMed PMID: 24428467.
3. Nelson DR, Cooper JN, Lalezari JP, Lawitz E, Pockros PJ, Gitlin N, Freilich BF, Younes ZH, Harlan W, Ghalib R, Oguchi G, Thuluvath PJ, Ortiz-Lasanta G, Rabinovitz M, Bernstein D, Bennett M, Hawkins T, Ravendhran N, Sheikh AM, Varunok P, Kowdley KV, Hennicken D, McPhee F, Rana K, Hughes EA; ALLY-3 Study Team. All-oral 12-week treatment with daclatasvir plus sofosbuvir in patients with hepatitis C virus genotype 3 infection: ALLY-3 phase III study. *Hepatology*. 2015 Apr;61(4):1127-35. doi: 10.1002/hep.27726. Epub 2015 Mar 10. PubMed PMID: 25614962; PubMed Central PMCID: PMC4409820
4. Suzuki Y, Ikeda K, Suzuki F, Toyota J, Karino Y, Chayama K, Kawakami Y, Ishikawa H, Watanabe H, Hu W, Eley T, McPhee F, Hughes E, Kumada H. Dual oral therapy with daclatasvir and asunaprevir for patients with HCV genotype 1b infection and limited treatment options. *J Hepatol*. 2013 Apr;58(4):655-62. doi: 10.1016/j.jhep.2012.09.037. Epub 2012 Nov 23. PubMed PMID: 23183526.
5. Lok AS, Gardiner DF, Lawitz E, Martorell C, Everson GT, Ghalib R, Reindollar R, Rustgi V, McPhee F, Wind-Rotolo M, Persson A, Zhu K, Dimitrova DI, Eley T, Guo T, Grasela DM, Pasquinelli C. Preliminary study of two antiviral agents for hepatitis C genotype 1. *N Engl J Med*. 2012 Jan 19;366(3):216-24. doi:10.1056/NEJMoa1104430. PubMed PMID: 22256805.
6. O'Boyle DR, Sun JH, Nower PT, Lemm JA, Fridell RA, Wang C, Romine JL, Belema M, Nguyen VN, Laurent DR, Serrano-Wu M, Snyder LB, Meanwell NA, Langley DR, Gao M. Characterizations of HCV NS5A replication complex inhibitors. *Virology*. 2013 Sep;444(1-2):343-54. doi: 10.1016/j.virol.2013.06.032. Epub 2013 Jul 27. PubMed PMID: 23896639.
7. Gao M, Nettles RE, Belema M, Snyder LB, Nguyen VN, Fridell RA, Serrano-Wu MH, Langley DR, Sun JH, O'Boyle DR 2nd, Lemm JA, Wang C, Knipe JO, Chien C, Colonno RJ, Grasela DM, Meanwell NA, Hamann LG. Chemical genetics strategy identifies an HCV NS5A inhibitor with a potent clinical effect. *Nature*. 2010 May 6;465(7294):96-100. doi: 10.1038/nature08960. Epub 2010 Apr 21. PubMed PMID: 20410884.

8. Chayama Kazuaki, Takahashi Shoichi, Toyota Joji et al. Dual Therapy with the Nonstructural Protein 5A Inhibitor, Daclatasvir, and the Nonstructural Protein 3 Protease Inhibitor, Asunaprevir, in Hepatitis C Virus Genotype 1b Infected Null Responders. *Hepatology* 2012; 55:742-748.
9. Poordad F et al. A phase 3 evaluation of daclatasvir, sofosbuvir and ribavirin in genotype 1-6 chronic HCV infection subjects with cirrhosis who may require future liver transplant and subjects post liver transplant. Abstract at EASL, 2015.
9. Wyles DL, Ruane PJ, Sulkowski MS, Dieterich D, Luetkemeyer A, Morgan TR, Sherman KE, Dretler R, Fishbein D, Gathe JC Jr, Henn S, Hinestrosa F, Huynh C, McDonald C, Mills A, Overton ET, Ramgopal M, Rashbaum B, Ray G, Scarsella A, Yozviak J, McPhee F, Liu Z, Hughes E, Yin PD, Noviello S, Ackerman P; ALLY-2 Investigators. Daclatasvir plus Sofosbuvir for HCV in Patients Coinfected with HIV-1. *N Engl J Med*. 2015 Jul 21. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26196502.

Reg. MS – 1.0180. 0406

Responsável Técnico:

Dra. Elizabeth M. Oliveira

CRF-SP nº 12.529

Fabricado por:

AstraZeneca Pharmaceuticals LP

4601 Highway 62 East, Mount Vernon, Indiana – EUA

Ou por:

Bristol-Myers Squibb Manufacturing Company

State Road 3, Km 77,5

Humacao – Porto Rico

Embalado por:

Andersonbrecon Incorporated

4545 Assembly Drive, Rockford, IL - EUA

Importado por:

Bristol-Myers Squibb Farmacêutica LTDA.

Rua Verbo Divino, 1711 – Chácara Santo Antônio – São Paulo – SP

CNPJ 56.998.982/0001-07

Venda sob prescrição médica

Esta bula foi aprovada pela ANVISA em 13/02/2019.



DAKLINZA_VPS_v01_15012019