

רופא/ה נכבד/ה, רוקח/ת נכבד/ה,

שלום רב,

הנדון :

עדכוני עלוני התכשירPiqray 50 mg film coated tablets  
פיקריי 50 מ"ג טבליות מצופותPiqray 150 mg film coated tablets  
פיקריי 150 מ"ג טבליות מצופותPiqray 200 mg film coated tablets  
פיקריי 200 מ"ג טבליות מצופות

חברת נוברטיס ישראל בע"מ מבקשת להודיע על עדכון בעלון לצרכן ועלון לרופא של התכשירים שבנדון. העלונים לרופא ולצרכן עודכנו ביוני 2022. עקב עידכונים רבים, העלונים מצורפים במלואם.

העלונים נשלחו לפרסום במאגר התרופות שבאתר משרד הבריאות וניתן לקבלם מודפסים על-ידי פניה לבעל הרישום: נוברטיס ישראל בע"מ, תוצרת הארץ 6, ת"ד 7126, תל אביב

התווית התכשיר:

**PIQRAY is indicated in combination with fulvestrant for the treatment of postmenopausal women, and men, with hormone receptor (HR)-positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-negative, PIK3CAmutated, advanced or metastatic breast cancer following progression on or after an endocrine-based regimen**

חומר פעיל:

alpelisib 50/150/200 mg  
אלפליסיב 50/150/200 מ"ג

בברכה,  
נוברטיס ישראל בע"מ

## **FULL PRESCRIBING INFORMATION**

### **1 NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT**

**PIQRAY 50 mg**  
**PIQRAY 150 mg**  
**PIQRAY 200 mg**

### **2 QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION**

**Each film-coated tablet contains:**

Piqray 50 mg: apelisib 50 mg  
Piqray 150 mg: apelisib 150 mg  
Piqray 200 mg: apelisib 200 mg

For the full list of excipients, see section 12.

### **3 PHARMACEUTICAL FORM**

Film-Coated Tablets

50 mg: light pink, round, curved film-coated tablet with bevelled edges, imprinted with “L7” on one side and “NVR” on the other side.

150 mg: pale red, ovaloid, curved film-coated tablet with bevelled edges, imprinted with “UL7” on one side and “NVR” on the other side.

Piqray 200 mg: light red, ovaloid, curved film-coated tablet with bevelled edges, imprinted with “YL7” on one side and “NVR” on the other side.

### **4 THERAPEUTIC INDICATIONS**

PIQRAY is indicated in combination with fulvestrant for the treatment of postmenopausal women, and men, with hormone receptor (HR)-positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-negative, PIK3CA- mutated, advanced or metastatic breast cancer following progression on or after an endocrine-based regimen.

### **5 DOSAGE AND ADMINISTRATION**

#### **5.1 Patient Selection**

Select patients for the treatment of HR-positive, HER2-negative advanced or metastatic breast cancer with PIQRAY, based on the presence of one or more PIK3CA mutations in tumor tissue or plasma specimens [see *Clinical Studies (15)*]. If no mutation is detected in a plasma specimen, test tumor tissue.

## 5.2 Dosage and Administration

The recommended dose of PIQRAY is 300 mg (two 150 mg film-coated tablets) taken orally, once daily, with food [*see Clinical Pharmacology (13.3)*].

Continue treatment until disease progression or unacceptable toxicity occurs [*see Dosage and Administration (5.3)*].

Patients should take their dose of PIQRAY at approximately the same time each day.

Swallow PIQRAY tablets whole (tablets should not be chewed, crushed or split prior to swallowing). No tablet should be ingested if it is broken, cracked, or otherwise not intact.

If a dose of PIQRAY is missed, it can be taken with food within 9 hours after the time it is usually taken. After more than 9 hours, skip the dose for that day. The next day, take PIQRAY at the usual time.

If the patient vomits after taking the dose, advise the patient not to take an additional dose on that day, and to resume the dosing schedule the next day at the usual time.

When given with PIQRAY, the recommended dose of fulvestrant is 500 mg administered on Days 1, 15, and 29, and once monthly thereafter. Refer to the Full Prescribing Information for fulvestrant.

## 5.3 Dose Modifications for Adverse Reactions

The recommended dose modifications for adverse reactions (ARs) are listed in Table 1.

**Table 1: PIQRAY Dose Reduction Guidelines for Adverse Reactions<sup>1</sup>**

PIQRAY Dose Level	Dose and Schedule	Number and Strength of Tablets
Starting dose	300 mg once daily	Two 150 mg tablets
First-dose reduction	250 mg once daily	One 200 mg tablet and one 50 mg tablet
Second-dose reduction	200 mg once daily <sup>2</sup>	One 200 mg tablet

<sup>1</sup>Only one dose reduction is permitted for pancreatitis.  
<sup>2</sup>If further dose reduction below 200 mg once daily is required, discontinue PIQRAY.

Tables 2, 3, 4, and 5 summarize recommendations for dose interruption, reduction, or discontinuation of PIQRAY in the management of specific ARs.

### Cutaneous Adverse Reactions

If a severe cutaneous adverse reaction (SCAR) is confirmed, permanently discontinue PIQRAY. Do not reintroduce PIQRAY in patients who have experienced previous SCAR during PIQRAY treatment [*see Warnings and Precautions (7.2)*].

**Table 2: Dose Modification and Management for Rash and Severe Cutaneous Adverse Reactions (SCARs)**

*[see Warnings and Precautions (7.1, 7.2)]*

<b>Grade<sup>1,2</sup></b>	<b>Recommendation<sup>3</sup></b>
Grade 1 (< 10% body surface area (BSA) with active skin toxicity)	No PIQRAY dose adjustment required. Initiate topical corticosteroid treatment. Consider adding oral antihistamine to manage symptoms. If the etiology is SCAR, permanently discontinue PIQRAY.
Grade 2 (10%-30% BSA with active skin toxicity)	No PIQRAY dose adjustment required. Initiate or intensify topical corticosteroid and oral antihistamine treatment. Consider low dose systemic corticosteroid treatment. If the etiology is SCAR, permanently discontinue PIQRAY.
Grade 3 (e.g., severe rash not responsive to medical management) (> 30% BSA with active skin toxicity)	Interrupt PIQRAY. Initiate or intensify topical/systemic corticosteroid and oral antihistamine treatment. If the etiology is SCAR, permanently discontinue PIQRAY. If the etiology is not a SCAR, interrupt dose until recovery to Grade ≤ 1, then resume PIQRAY at same dose level for first occurrence of rash, or at next lower dose level in case of second occurrence.
Grade 4 (e.g., severe bullous, blistering or exfoliating skin conditions) (any % BSA associated with extensive superinfection, with IV antibiotics indicated; life-threatening consequences)	Permanently discontinue PIQRAY.
<sup>1</sup> Grading according to Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0. <sup>2</sup> For all grades of rash, consider consultation with a dermatologist. <sup>3</sup> Antihistamines administered prior to rash onset may decrease incidence and severity of rash based on the SOLAR-1 trial.	

Hyperglycemia

**Table 3: Dose Modification and Management for Hyperglycemia**

*[see Warnings and Precautions (7.3)]*

<b>Fasting Plasma Glucose (FPG)/Fasting Blood Glucose Values<sup>1</sup></b>	<b>Recommendation</b>
<b>Dose modifications and management should only be based on fasting glucose values (FPG or fasting blood glucose).</b>	

<p>Grade 1</p> <p>Fasting glucose &gt; ULN -160 mg/dL or &gt; ULN -8.9 mmol/L</p>	<p>No PIQRAY dose adjustment required. Initiate or intensify anti-diabetic treatment<sup>2</sup>.</p>
<p>Grade 2</p> <p>Fasting glucose &gt; 160-250 mg/dL or &gt; 8.9-13.9 mmol/L</p>	<p>No PIQRAY dose adjustment required.</p> <p>Initiate or further intensify anti-diabetic treatment<sup>2</sup>.</p> <p>If fasting glucose does not decrease to ≤ 160 mg/dL or 8.9 mmol/L within 21 days under appropriate anti-diabetic treatment, reduce PIQRAY dose by 1 dose level and follow fasting glucose value specific recommendations.</p>
<p>Grade 3</p> <p>&gt; 250-500 mg/dL or &gt; 13.9-27.8 mmol/L</p>	<p>Interrupt PIQRAY.</p> <p>Initiate or intensify oral anti-diabetic treatment<sup>2</sup> and consider additional anti-diabetic medications<sup>3</sup> for 1-2 days until hyperglycemia improves.</p> <p>Administer intravenous hydration and consider appropriate treatment (e.g., intervention for electrolyte/ketoacidosis/hyperosmolar disturbances).</p> <p>If fasting glucose decreases to ≤ 160 mg/dL or 8.9 mmol/L within 3 to 5 days under appropriate anti-diabetic treatment, resume PIQRAY at 1 lower dose level.</p> <p>If fasting glucose does not decrease to ≤ 160 mg/dL or 8.9 mmol/L within 3 to 5 days under appropriate anti-diabetic treatment, consultation with a physician with expertise in the treatment of hyperglycemia is recommended.</p> <p>If fasting glucose does not decrease to ≤ 160 mg/dL or 8.9 mmol/L within 21 days following appropriate anti-diabetic treatment<sup>2</sup>, permanently discontinue PIQRAY treatment.</p>
<p>Grade 4</p> <p>&gt; 500 mg/dL or ≥ 27.8 mmol/L</p>	<p>Interrupt PIQRAY.</p> <p>Initiate or intensify appropriate anti-diabetic treatment<sup>2</sup> (administer intravenous hydration and consider appropriate treatment (e.g., intervention for electrolyte/ketoacidosis/hyperosmolar disturbances)), re-check fasting glucose within 24 hours and as clinically indicated.</p> <p>If fasting glucose decreases to ≤ 500 mg/dL or 27.8 mmol/L, follow fasting glucose value specific recommendations for Grade 3.</p> <p>If fasting glucose is confirmed at &gt; 500 mg/dL or 27.8 mmol/L, permanently discontinue PIQRAY treatment.</p>
<p>Abbreviation: ULN, upper limit of normal.</p> <p><sup>1</sup>FPG/Fasting Blood Glucose/Grade levels reflect hyperglycemia grading according to Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.03.</p> <p><sup>2</sup>Initiate applicable anti-diabetic medications, including metformin and insulin sensitizers (such as thiazolidinediones or dipeptidyl peptidase-4 inhibitors), and review respective prescribing information for dosing and dose titration recommendations, including local diabetic treatment guidelines. Metformin was recommended in the SOLAR-1 trial with the following guidance: <i>Initiate metformin 500 mg once daily. Based on tolerability, metformin dose may be increased to 500 mg twice daily, followed by 500 mg with breakfast, and 1000 mg with dinner, followed by further increase to 1000 mg twice daily if needed [see Warnings and Precautions (7.3)].</i></p> <p><sup>3</sup>As recommended in the SOLAR-1 trial, insulin may be used for 1-2 days until hyperglycemia resolves. However, this may not be necessary in the majority of PIQRAY-induced hyperglycemia, given the short half-life of PIQRAY and the expectation of glucose levels normalizing after interruption of PIQRAY.</p>	

## Diarrhea

**Table 4: Dose Modification and Management for Diarrhea**

[see Warnings and Precautions (7.5)]

Grade <sup>1</sup>	Recommendation
Grade 1	No PIQRAY dose adjustment is required. Initiate appropriate medical therapy and monitor as clinically indicated.
Grade 2	Initiate or intensify appropriate medical therapy and monitor as clinically indicated. Interrupt PIQRAY dose until recovery to Grade $\leq$ 1, then resume PIQRAY at same dose level.
Grade 3 and 4	Initiate or intensify appropriate medical therapy and monitor as clinically indicated. Interrupt PIQRAY dose until recovery to Grade $\leq$ 1, then resume PIQRAY at the next lower dose level.

<sup>1</sup>Grading according to CTCAE Version 5.0.

## Other Toxicities

**Table 5: Dose Modification and Management for Other Toxicities (Excluding Hyperglycemia, Rash, and Diarrhea)**

Grade <sup>1</sup>	Recommendation
Grade 1 or 2	No PIQRAY dose adjustment is required. Initiate appropriate medical therapy and monitor as clinically indicated <sup>2,3</sup> .
Grade 3	Interrupt PIQRAY dose until recovery to Grade $\leq$ 1, then resume PIQRAY at the next lower dose level.
Grade 4	Permanently discontinue PIQRAY.

<sup>1</sup>Grading according to CTCAE Version 5.0.  
<sup>2</sup>For Grade 2 and 3 pancreatitis, interrupt PIQRAY dose until recovery to Grade  $<$  2 and resume at next lower-dose level. Only one dose reduction is permitted. If toxicity reoccurs, permanently discontinue PIQRAY treatment.  
<sup>3</sup>For Grade 2 total bilirubin elevation, interrupt PIQRAY dose until recovery to Grade  $\leq$  1 and resume at the same dose if resolved in  $\leq$  14 days or resume at the next lower dose level if resolved in  $>$  14 days.

Refer to the Full Prescribing Information of fulvestrant for dose modification guidelines in the event of toxicity and for other relevant safety information.

## 6 CONTRAINDICATIONS

PIQRAY is contraindicated in patients with severe hypersensitivity to it, to the active substance or to any of the excipients listed in section 12 [see Warnings and Precautions (7.1)].

## 7 WARNINGS AND PRECAUTIONS

### 7.1 Severe Hypersensitivity

Severe hypersensitivity reactions, including anaphylaxis and anaphylactic shock, can occur in patients treated with PIQRAY. Severe hypersensitivity reactions were manifested by symptoms including, but not limited to, dyspnea, flushing, rash, fever, or tachycardia.

The incidence of Grade 3 and 4 hypersensitivity reactions was 0.7% [see *Adverse Reactions (8)*].

Angioedema has been reported in the postmarketing setting in patients treated with PIQRAY [see *Adverse Reactions (8.2)*].

Advise patients of the signs and symptoms of severe hypersensitivity reactions. Permanently discontinue PIQRAY in the event of severe hypersensitivity.

## 7.2 Severe Cutaneous Adverse Reactions

Severe cutaneous adverse reactions (SCARs), including Stevens-Johnson Syndrome (SJS), erythema multiforme (EM), toxic epidermal necrolysis (TEN), and drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) can occur in patients treated with PIQRAY.

In the SOLAR-1 study, SJS and EM were reported in 0.4% and 1.1% of the patients, respectively [see *Adverse Reactions (8.1)*]. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) was reported in patients treated with PIQRAY in the postmarketing setting [see *Adverse Reactions (8.2)*].

If signs or symptoms of SCARs occur, interrupt PIQRAY until the etiology of the reaction has been determined. Consultation with a dermatologist is recommended.

If a SCAR is confirmed, permanently discontinue PIQRAY. Do not reintroduce PIQRAY in patients who have experienced previous severe cutaneous adverse reactions during PIQRAY treatment.

If a SCAR is not confirmed, PIQRAY may require dose modifications, topical corticosteroids, or oral antihistamine treatment as described in Table 2 [see *Dosage and Administration (5.3)*].

Advise patients of the signs and symptoms of SCARs (e.g., a prodrome of fever, flu-like symptoms, mucosal lesions, progressive skin rash, or lymphadenopathy).

## 7.3 Hyperglycemia

Severe hyperglycemia, in some cases associated with hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic syndrome (HHNKS) or ketoacidosis has occurred in patients treated with PIQRAY. Some fatal cases of ketoacidosis have occurred in the post marketing setting.

Hyperglycemia was reported in 65% of patients treated with PIQRAY. Grade 3 (FPG > 250 to 500 mg/dL) and Grade 4 (FPG > 500 mg/dL) hyperglycemia was reported in 33% and 3.9% of patients, respectively. Ketoacidosis was reported in 0.7% of patients (n = 2) treated with PIQRAY.

Among the patients who experienced Grade  $\geq 2$  (FPG 160 to 250 mg/dL) hyperglycemia, the median time to first occurrence of hyperglycemia was 15 days (range, 5 to 517 days).

In the 187 patients with hyperglycemia, 87% (163/187) were managed with anti-hyperglycemic medication, and 76% (142/187) reported use of metformin as single agent or in combination with other anti-hyperglycemic medication [i.e., insulin, dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors, and sulfonylureas]. In patients with Grade  $\geq 2$  hyperglycemia with at least 1 grade improvement (n = 153), median time to improvement

from the first event was 8 days (range, 2 to 65 days).

In all patients with elevated FPG who continued fulvestrant treatment after discontinuing PIQRAY (n = 54), 96% (n = 52) of patients had FPG levels that returned to baseline.

Before initiating treatment with PIQRAY, test fasting plasma glucose (FPG), HbA1c, and optimize blood glucose. After initiating treatment with PIQRAY, monitor fasting glucose (FPG or fasting blood glucose) at least once every week for the first 2 weeks, then at least once every 4 weeks, and as clinically indicated.

Monitor HbA1c every 3 months and as clinically indicated. Monitor fasting glucose frequently for the first few weeks during treatment with PIQRAY in patients with risk factors for hyperglycemia such as obesity (BMI  $\geq$  30), elevated FPG, HbA1c at the upper limit of normal or above, use of concomitant systemic corticosteroids, or age  $\geq$  75. [see *Use in Specific Populations* (8.5)].

If a patient experiences hyperglycemia after initiating treatment with PIQRAY, monitor fasting glucose as clinically indicated, and at least twice weekly until fasting glucose decreases to normal levels. During treatment with anti-hyperglycemic medication, continue monitoring fasting glucose at least once a week for 8 weeks, followed by once every 2 weeks and as clinically indicated. Consider consultation with a healthcare practitioner with expertise in the treatment of hyperglycemia and counsel patients on lifestyle changes.

The safety of PIQRAY in patients with Type 1 and uncontrolled Type 2 diabetes has not been established as these patients were excluded from the SOLAR-1 trial. Patients with a medical history of controlled Type 2 diabetes were included. Patients with a history of diabetes mellitus may require intensified hyperglycemic treatment. Closely monitor patients with diabetes.

Based on the severity of the hyperglycemia, PIQRAY may require dose interruption, reduction, or discontinuation as described in Table 3 [see *Dosage and Administration* (5.3)].

Advise patients of the signs and symptoms of hyperglycemia (e.g., excessive thirst, urinating more often than usual or higher amount of urine than usual, or increased appetite with weight loss).

#### **7.4 Pneumonitis**

Severe pneumonitis, including acute interstitial pneumonitis and interstitial lung disease, can occur in patients treated with PIQRAY.

Pneumonitis was reported in 1.8% of patients treated with PIQRAY.

In patients who have new or worsening respiratory symptoms or are suspected to have developed pneumonitis, interrupt PIQRAY immediately and evaluate the patient for pneumonitis. Consider a diagnosis of non-infectious pneumonitis in patients presenting with non-specific respiratory signs and symptoms such as hypoxia, cough, dyspnea, or interstitial infiltrates on radiologic exams and in whom infectious, neoplastic, and other causes have been excluded by means of appropriate investigations.



Permanently discontinue PIQRAY in all patients with confirmed pneumonitis. Advise patients to immediately report new or worsening respiratory symptoms.

### 7.5 **Diarrhea or Colitis**

Severe diarrhea, ~~including~~ **resulting in** dehydration and **in some cases in** acute kidney injury, can occur in patients treated with PIQRAY. Most patients (58%) experienced diarrhea during treatment with PIQRAY. Grade 3 diarrhea occurred in 7% (n = 19) of patients. Among patients with Grade 2 or 3 diarrhea (n = 71), the median time to onset was 46 days (range, 1 to 442 days).

In clinical trials, 63% of patients who experienced diarrhea required antidiarrheal medications (e.g., loperamide) to manage symptoms.

Dose reductions of PIQRAY were required in 6% of patients and 2.8% of patients permanently discontinued PIQRAY due to diarrhea. ~~In the 164 patients that experienced diarrhea, anti-diarrheal medications~~

~~(e.g., loperamide) were required to manage symptoms in 63% (104/164) of these patients.~~

Colitis has been reported in the postmarketing setting in patients treated with PIQRAY [see Adverse Reactions (8.2)]

Monitor patients for diarrhea and additional symptoms of colitis, such as abdominal pain and mucus or blood in stool.

Based on the severity of the diarrhea **or colitis**, PIQRAY may require dose interruption, reduction, or discontinuation as described in Table 4 [see Dosage and Administration (5.3)].

Advise patients to start anti-diarrheal treatment, increase oral fluids, and notify their healthcare provider if diarrhea occurs while taking PIQRAY.

For patients with colitis, additional treatment, such as enteric-acting and/or systemic steroids, may be required.

### 7.6 **Embryo-Fetal Toxicity**

Based on findings in animals and its mechanism of action, PIQRAY can cause fetal harm when administered to a pregnant woman. In animal reproduction studies, oral administration of alpelisib to pregnant rats and rabbits during organogenesis caused adverse developmental outcomes, including embryo-fetal mortality (post-implantation loss), reduced fetal weights, and increased incidences of fetal malformations at maternal exposures based on area under the curve (AUC) that were  $\geq 0.8$  times the exposure in humans at the recommended dose of 300 mg/day. Advise pregnant women and females of reproductive potential of the potential risk to a fetus.

Advise females of reproductive potential to use effective contraception during treatment with PIQRAY and for 1 week after the last dose. Advise male patients with female partners of reproductive potential to use condoms and effective contraception during treatment with

PIQRAY and for 1 week after the last dose [see *Use in Specific Populations (10.1, 10.3) and Clinical Pharmacology (13.1)*].

Refer to the Full Prescribing Information of fulvestrant for pregnancy and contraception information.

## 8 ADVERSE REACTIONS

The following adverse reactions are discussed in greater detail in other sections of the labeling:

- Severe Hypersensitivity [see *Warnings and Precautions (7.1)*]
- Severe Cutaneous Adverse Reactions [see *Warnings and Precautions (7.2)*]
- Hyperglycemia [see *Warnings and Precautions (7.3)*]
- Pneumonitis [see *Warnings and Precautions (7.4)*]
- Diarrhea **or Colitis** [see *Warnings and Precautions (7.5)*]

### 8.1 Clinical Trial Experience

Because clinical trials are conducted under widely varying conditions, adverse reaction rates observed in the clinical trials of a drug cannot be directly compared to rates in the clinical trials of another drug and may not reflect the rates observed in practice.

The safety of PIQRAY was evaluated in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial (SOLAR-1) in 571 patients with HR-positive, HER2-negative, advanced or metastatic breast cancer enrolled into two cohorts, with or without a PIK3CA mutation [see *Clinical Studies (15)*].

Patients received either PIQRAY 300 mg plus fulvestrant (n = 284) or placebo plus fulvestrant (n = 287). Fulvestrant 500 mg was administered intramuscularly on Cycle 1, Day 1 and 15, and then at Day 1 of each 28-day cycle during treatment phase.

Two patients (0.7%) died while on treatment with PIQRAY plus fulvestrant due to causes other than the underlying malignancy. Causes of death included one cardio-respiratory arrest and one second primary malignancy. Neither was suspected to be related to study treatment.

Serious adverse reactions occurred in 35% of patients receiving PIQRAY plus fulvestrant. Serious adverse reactions in > 2% of patients receiving PIQRAY plus fulvestrant included hyperglycemia (10%), rash (3.5%), diarrhea (2.8%), acute kidney injury (2.5%), abdominal pain (2.1%), and anemia (2.1%).

Osteonecrosis of the jaw (ONJ) was reported in 4.2% of patients (12/284) in the PIQRAY plus fulvestrant arm compared to 1.4% of patients (4/287) in the placebo arm. All patients experiencing ONJ had prior or concomitant bisphosphonates or RANK-ligand inhibitor administration.

Among patients receiving PIQRAY plus fulvestrant, 4.6% permanently discontinued both PIQRAY and fulvestrant and 21% permanently discontinued PIQRAY alone, due to ARs. The most frequent ARs leading to treatment discontinuation of PIQRAY in > 2% patients

receiving PIQRAY plus fulvestrant were hyperglycemia (6%), rash (4.2%), diarrhea (2.8%), and fatigue (2.5%).

Dose reductions due to ARs occurred in 55% of patients receiving PIQRAY plus fulvestrant. The most frequent ARs leading to dose reduction in > 2% patients receiving PIQRAY plus fulvestrant were hyperglycemia (29%), rash (9%), diarrhea (6%), stomatitis (3.5%), and mucosal inflammation (2.1%).

The most common adverse reactions, including laboratory abnormalities (all grades, incidence  $\geq$  20%) were glucose increased, creatinine increased, diarrhea, rash, lymphocyte count decreased, gamma glutamyl transferase (GGT) increased, nausea, alanine aminotransferase (ALT) increased, fatigue, hemoglobin decreased, lipase increased, decreased appetite, stomatitis, vomiting, weight decreased, calcium decreased, glucose decreased, activated partial thromboplastin time (aPTT) prolonged, and alopecia.

Adverse reactions and laboratory abnormalities are listed in Table 6 and Table 7, respectively.

**Table 6: Adverse Reactions Occurring in  $\geq$  10% and  $\geq$  2% Higher than Placebo Arm in SOLAR-1 (All Grades)**

Adverse reactions	PIQRAY plus fulvestrant N = 284		Placebo plus fulvestrant N = 287	
	All Grades %	Grade 3-4 %	All Grades %	Grade 3-4 %
<b>Gastrointestinal disorders</b>				
Diarrhea	58	7*	16	0.3*
Nausea	45	2.5*	22	0.3*
Stomatitis <sup>1</sup>	30	2.5*	6	0*
Vomiting	27	0.7*	10	0.3*
Abdominal pain <sup>2</sup>	17	1.4*	11	1*
Dyspepsia	11	0*	6	0*
<b>General disorders and administration site conditions</b>				
Fatigue <sup>3</sup>	42	5*	29	1*
Mucosal inflammation	19	2.1*	1	0*
Edema peripheral	15	0*	5	0.3*
Pyrexia	14	0.7	4.9	0.3*
Mucosal dryness <sup>4</sup>	12	0.4*	4.2	0*
<b>Infections and infestations</b>				
Urinary tract infection <sup>5</sup>	10	0.7*	5	1*
<b>Investigations</b>				

Weight decreased	27	3.9*	2.1	0*
<b>Metabolism and nutrition disorders</b>				
Decreased appetite	36	0.7*	10	0.3*
<b>Nervous system disorders</b>				
Dysgeusia <sup>6</sup>	18	0.4*	3.5	0*
Headache	18	0.7*	13	0*
<b>Skin and subcutaneous tissue disorders</b>				
Rash <sup>7</sup>	52	20*	7	0.3*
Alopecia	20	0*	2.4	0*
Pruritus	18	0.7*	6	0*
Dry skin <sup>8</sup>	18	0.4*	3.8	0*
Grading according to CTCAE Version 4.03 <sup>1</sup> Stomatitis: including stomatitis, aphthous ulcer and mouth ulceration <sup>2</sup> Abdominal pain: abdominal pain, abdominal pain upper, abdominal pain lower <sup>3</sup> Fatigue: including fatigue, asthenia <sup>4</sup> Mucosal dryness: including dry mouth, mucosal dryness, vulvovaginal dryness <sup>5</sup> Urinary tract infection: including UTI and single case of urosepsis <sup>6</sup> Dysgeusia: including dysgeusia, ageusia, hypogeusia <sup>7</sup> Rash: including rash, rash maculo-papular, rash macular, rash generalized, rash papular, rash pruritic <sup>8</sup> Dry skin: including dry skin, skin fissures, xerosis, xeroderma * No Grade 4 adverse reactions were reported.				

Among the patients with Grade 2 or 3 rash, the median time to first onset of Grade 2 or 3 rash was 12 days. A subgroup of 86 patients received prophylaxis, including antihistamines, prior to onset of rash. In these patients, rash was reported less frequently than in the overall population, for all grades rash (27% vs 54%), Grade 3 rash (12% vs 20%) and rash leading to permanent discontinuation of PIQRAY (3.5% vs 4.2%). Of the 153 patients who experienced rash, 141 had resolution of the rash.

**Table 7: Laboratory Abnormalities Occurring in  $\geq 10\%$  of Patients in SOLAR-1**

Laboratory Abnormality	PIQRAY plus fulvestrant N = 284		Placebo plus fulvestrant N = 287	
	All Grades %	Grade 3-4 %	All Grades %	Grade 3-4 %
<b>Hematological parameters</b>				
Lymphocyte count decreased	52	8	40	4.5*
Hemoglobin decreased	42	4.2*	29	1*
Activated Partial Thromboplastin Time (aPTT) prolonged	21	0.7*	16	0.3*
Platelet count decreased	14	1.1	6	0*
<b>Biochemical parameters</b>				
Glucose increased <sup>1</sup>	79	39	34	1

Creatinine increased	67	2.8*	25	0.7*
Gamma Glutamyl Transferase (GGT) increased	52	11	44	10
Alanine Aminotransferase (ALT) increased	44	3.5	34	2.4*
Lipase increased	42	7	25	6
Calcium (corrected) decreased	27	2.1	20	1.4
Glucose decreased	26	0.4	14	0*
Potassium decreased	14	6	2.8	0.7*
Albumin decreased	14	0*	8	0*
Magnesium decreased	11	0.4*	4.2	0*
<sup>1</sup> Glucose increase is an expected laboratory abnormality of PI3K inhibition. <sup>*</sup> No Grade 4 laboratory abnormalities were reported.				

## 8.2 Postmarketing Experience

The following adverse reactions have been identified during post-approval use of PIQRAY. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is not always possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure.

### **Gastrointestinal disorders: Colitis**

*Metabolism and nutrition disorders:* Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic syndrome (HHNKS).

*Skin and sub-cutaneous tissue disorders:* **Angioedema**, Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS).

### Reporting of suspected adverse reactions

Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product.

Any suspected adverse events should be reported to the Ministry of Health according to the National Regulation by using an online form

<https://sideeffects.health.gov.il/>

## 9 DRUG INTERACTIONS

### 9.1 Effect of Other Drugs on PIQRAY

### CYP3A4 Inducer

Coadministration of PIQRAY with a strong CYP3A4 inducer may decrease alpelisib concentration [see *Clinical Pharmacology (13.3)*], which may decrease alpelisib activity. Avoid coadministration of PIQRAY with strong CYP3A4 inducers.

### Breast Cancer Resistance Protein Inhibitors

Coadministration of PIQRAY with a breast cancer resistance protein (BCRP) inhibitor may increase alpelisib concentration [see *Clinical Pharmacology (13.3)*], which may increase the risk of toxicities. Avoid the use of BCRP inhibitors in patients treated with PIQRAY. If unable to use alternative drugs, when PIQRAY is used in combination with BCRP inhibitors, closely monitor for increased adverse reactions.

## **9.2 Effect of PIQRAY on Other Drugs**

### CYP2C9 Substrates

Coadministration of PIQRAY with CYP2C9 substrates (e.g., warfarin) may reduce plasma concentration of these drugs [see *Clinical Pharmacology (13.3)*]. Closely monitor when PIQRAY is used in combination with CYP2C9 substrates where decreases in the plasma concentration of CYP2C9 substrates may reduce activity of these drugs.

## **10 USE IN SPECIFIC POPULATIONS**

### **10.1 Pregnancy**

#### Risk Summary

PIQRAY is used in combination with fulvestrant. Refer to the Full Prescribing Information of fulvestrant for pregnancy information.

Based on animal data and mechanism of action, PIQRAY can cause fetal harm when administered to a pregnant woman [see *Clinical Pharmacology (13.1)*]. There are no available data in pregnant women to inform the drug-associated risk. In animal reproduction studies, oral administration of alpelisib to pregnant rats and rabbits during organogenesis caused adverse developmental outcomes, including embryo-fetal mortality (post-implantation loss), reduced fetal weights, and increased incidences of fetal malformations at maternal exposures  $\geq 0.8$  times the exposure in humans based on AUC at the recommended dose of 300 mg/day (*see Data*). Advise pregnant women and females of reproductive potential of the potential risk to a fetus.

The estimated background risk of major birth defects and miscarriage for the indicated population is unknown. However, the estimated background risk of major birth defects is 2% to 4% and of miscarriage is 15% to 20% of clinically recognized pregnancies in the U.S. general population.

#### Data

##### *Animal Data*

In embryo-fetal development studies in rats and rabbits, pregnant animals received oral doses of alpelisib up to 30 mg/kg/day during the period of organogenesis.

In rats, oral administration of alpelisib resulted in maternal toxicity (body weight loss, low food consumption) and no viable fetuses (post-implantation loss) at 30 mg/kg/day (approximately 3

times the exposure in humans at the recommended dose of 300 mg/day based on AUC). At a dose of 10 mg/kg/day (approximately 0.8 times the exposure in humans at the recommended dose of 300 mg/day based on AUC), toxicities included reduced fetal weight and increased incidences of skeletal malformations (bent scapula and thickened or bent long bones) and fetal variations (enlarged brain ventricle, decreased bone ossification).

In a pilot embryo-fetal development study in rabbits, a dose of 30 mg/kg/day resulted in no viable fetuses (post-implantation loss). Doses  $\geq$  15 mg/kg/day resulted in increased embryo-fetal deaths, reduced fetal weights, and malformations, mostly related to the tail and head. At 15 mg/kg/day in rabbits, the maternal exposure was approximately 5 times the exposure achieved at the recommended human dose of 300 mg/day based on AUC.

## **10.2 Lactation**

PIQRAY is used in combination with fulvestrant. Refer to the Full Prescribing Information of fulvestrant for lactation information.

There is no data on the presence of alpelisib in human milk, its effects on milk production, or the breastfed child. Because of the potential for serious adverse reactions in the breastfed child, advise lactating women to not breastfeed during treatment with PIQRAY and for 1 week after the last dose.

## **10.3- Females and Males of Reproductive Potential**

PIQRAY is used in combination with fulvestrant. Refer to the Full Prescribing Information of fulvestrant for contraception and infertility information.

### Pregnancy Testing

Verify the pregnancy status in females of reproductive potential prior to initiating PIQRAY.

### Contraception

#### *Females*

PIQRAY can cause fetal harm when administered to a pregnant woman [*see Use in Specific Populations (10.1)*]. Advise females of reproductive potential to use effective contraception during treatment with PIQRAY and for 1 week after the last dose.

#### *Males*

Advise male patients with female partners of reproductive potential to use condoms and effective contraception during treatment with PIQRAY and for 1 week after the last dose.

### Infertility

Based on findings from animal studies, PIQRAY may impair fertility in males and females of reproductive potential [*see Nonclinical Toxicology (14.1)*].

## **10.4 -Pediatric Use**

The safety and efficacy of PIQRAY in pediatric patients have not been established.

## **10.5 -Geriatric Use**

Of 284 patients who received PIQRAY in the SOLAR-1 trial, 117 patients were  $\geq 65$  years of age and 34 patients were  $\geq 75$  years of age. In patients treated with PIQRAY plus fulvestrant, there was a higher incidence of Grade 3-4 hyperglycemia in patients  $\geq 65$  years of age (44%) compared to patients  $< 65$  years of age (32%). No overall differences in effectiveness of PIQRAY were observed between patients  $\geq 65$  years of age compared to younger patients. There are an insufficient number of patients  $\geq 75$  years of age to assess whether there are differences in safety or effectiveness. However, in the SOLAR-1 trial, an increase in the hyperglycemia adverse reactions (74% vs 66%) and Grade 3-4 (56% vs 36%) hyperglycemia were observed in patients  $\geq 75$  years of age compared to patients  $< 75$  years of age, respectively [see *Warnings and Precautions (5.3)*].

## 10.6 Renal Impairment

The effect of severe renal impairment ( $\text{CLcr} < 30 \text{ mL/min}$ ) on alpelisib pharmacokinetics is unknown [see *Clinical Pharmacology (13.3)*].

No dose adjustment is recommended for patients with mild to moderate renal impairment ( $\text{CLcr} 30$  to  $< 90 \text{ mL/min}$ ).

## 11 OVERDOSAGE

There is limited experience of overdose with PIQRAY in clinical trials. In the clinical studies, PIQRAY was administered at doses up to 450 mg once daily.

In cases where accidental overdosage of PIQRAY was reported in the clinical studies, the adverse reactions associated with the overdose were consistent with the known safety profile of PIQRAY and included hyperglycemia, nausea, asthenia, and rash.

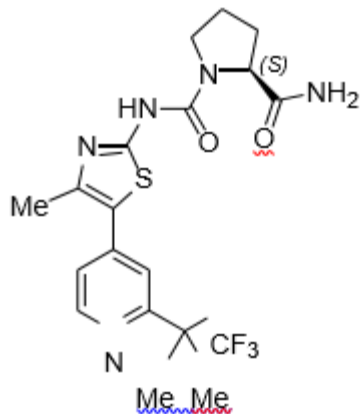
Initiate general symptomatic and supportive measures in all cases of overdosage where necessary. There is no known antidote for PIQRAY.

## 12 DESCRIPTION

PIQRAY (alpelisib) is a kinase inhibitor. The chemical name of alpelisib is (2S)-N<sup>1</sup>-[4-Methyl-5-[2-(2,2,2-trifluoro-1,1-dimethylethyl)-4-pyridinyl]-2-thiazolyl]-1,2-pyrrolidinedicarboxamide.

Alpelisib is a white to almost white powder. The molecular formula for alpelisib is  $\text{C}_{19}\text{H}_{22}\text{F}_3\text{N}_5\text{O}_2\text{S}$  and the relative molecular mass is 441.47 g/mol. The chemical structure of alpelisib is shown below:





PIQRAY film-coated tablets are supplied for oral administration with three strengths that contain 50 mg, 150 mg and 200 mg of alpelisib. The tablets also contain cellulose microcrystalline, mannitol, sodium starch glycolate, hypromellose, magnesium stearate. The film-coating contains hypromellose, iron oxide black, iron oxide red, titanium dioxide, macrogol, talc.

## 13 CLINICAL PHARMACOLOGY

### 13.1 -Mechanism of Action

Alpelisib is an inhibitor of phosphatidylinositol-3-kinase (PI3K) with inhibitory activity predominantly against PI3K $\alpha$ . Gain-of-function mutations in the gene encoding the catalytic  $\alpha$ -subunit of PI3K (PIK3CA) lead to activation of PI3K $\alpha$  and Akt-signaling, cellular transformation and the generation of tumors in *in vitro* and *in vivo* models.

In breast cancer cell lines, alpelisib inhibited the phosphorylation of PI3K downstream targets, including Akt and showed activity in cell lines harboring a PIK3CA mutation. *In vivo*, alpelisib inhibited the PI3K/Akt signaling pathway and reduced tumor growth in xenograft models, including models of breast cancer.

PI3K inhibition by alpelisib treatment has been shown to induce an increase in estrogen receptor (ER) transcription in breast cancer cells. The combination of alpelisib and fulvestrant demonstrated increased anti-tumor activity compared to either treatment alone in xenograft models derived from ER-positive, PIK3CA mutated breast cancer cell lines.

### 13.2 -Pharmacodynamics

#### Cardiac Electrophysiology

Serial ECGs were collected following a single dose and at steady-state to evaluate the effect of alpelisib on the QTcF interval in patients with advanced cancer. An analysis of clinical ECG data demonstrates the absence of a large effect (i.e., > 20 ms) on QTcF prolongation at the recommended 300 mg dose with or without fulvestrant.

### 13.3 -Pharmacokinetics

The pharmacokinetics of alpelisib has been studied in healthy subjects and adult patients with solid tumors. Steady-state alpelisib maximum plasma concentration ( $C_{max}$ ) and AUC increased proportionally over the dose range of 30 mg to 450 mg (0.1 to 1.5 times the approved recommended dosage) under fed conditions. The mean accumulation of alpelisib is 1.3 to 1.5 and

steady-state plasma concentrations are reached within 3 days following daily dosage. In adult patients who received PIQRAY 300 mg once daily in the SOLAR-1 trial, population approach derived mean steady-state alpelisib [coefficient of variation (CV%)] for  $C_{\max}$  was 2480 (23%) ng/mL and  $AUC_{0-24hr}$  was 33224 (21%) ng\*h/mL.

### Absorption

The median time to reach peak plasma concentration ( $T_{\max}$ ) ranged between 2.0 to 4.0 hours.

### *Effect of food*

A high-fat high-calorie meal (985 calories with 58.1 g of fat) increased alpelisib AUC by 73% and  $C_{\max}$  by 84%, and a low-fat low-calorie meal (334 calories with 8.7 g of fat) increased alpelisib AUC by 77% and  $C_{\max}$  by 145% following a single dose of PIQRAY. No clinically significant differences in alpelisib AUC were observed between low-fat low-calorie and high-fat high-calorie meals.

### Distribution

The mean (% CV) apparent volume of distribution of alpelisib at steady-state is predicted to be 114 L (46%). Protein binding of alpelisib is 89% and is independent of concentration.

### Elimination

The half-life of alpelisib is predicted to be 8 to 9 hours. The mean (% CV) clearance of alpelisib is predicted to be 9.2 L/hr (21%) under fed conditions.

### *Metabolism*

Alpelisib is primarily metabolized by chemical and enzymatic hydrolysis to form its metabolite BZG791 and to a lesser extent by CYP3A4, *in vitro*.

### *Excretion*

Following a single oral dose of 400 mg radiolabeled alpelisib under fasted condition, 81% of the administered dose was recovered in feces (36% unchanged, 32% BZG791) and 14% (2% unchanged, 7.1% BZG791) in urine. CYP3A4-mediated metabolites (12%) and glucuronides amounted to approximately 15% of the dose.

### Specific Populations

No clinically significant differences in the pharmacokinetics of alpelisib were predicted based on age (21 to 87 years), sex, race/ethnicity (Japanese or Caucasian), body weight (37 to 181 kg), mild to moderate renal impairment (CLcr 30 to < 90 mL/min based on the Cockcroft-Gault formula), or mild to severe hepatic impairment (Child-Pugh Class A, B, and C). The effect of severe renal impairment (CLcr < 30 mL/min) on the pharmacokinetics of alpelisib is unknown.

### Drug Interaction Studies

#### *Clinical Studies*

*Acid Reducing Agents:* PIQRAY can be coadministered with acid reducing agents, since PIQRAY should be taken with food. Food exhibited a more pronounced effect on the solubility of alpelisib than the effect of gastric pH value.

Coadministration of the H<sub>2</sub> receptor antagonist ranitidine in combination with a single 300 mg oral dose of alpelisib decreased the absorption and overall exposure of alpelisib. In the presence of a low-fat low-calorie meal, AUC was decreased on average by 21% and C<sub>max</sub> by 36% with ranitidine. Under the fasted state, AUC was decreased on average by 30% and C<sub>max</sub> by 51% with ranitidine.

*CYP3A4 Substrates:* No clinically significant differences in pharmacokinetics of everolimus (a substrate of CYP3A4 and P-gp) were observed when coadministered with alpelisib.

### *In Vitro Studies*

*Effect of Alpelisib on CYP Enzymes:* Alpelisib inhibits CYP3A4 in a time-dependent manner and induces CYP2B6, CYP2C9 and CYP3A4.

*Effect of Transporter on Alpelisib:* Alpelisib is a substrate of BCRP.

*Effect of Alpelisib on Transporters:* Alpelisib is an inhibitor of P-gp. Alpelisib has a low potential to inhibit BCRP, MRP2, BSEP, OATP1B1, OATP1B3, OCT1, OAT1, OAT3, OCT2, MATE1, and MATE2K at clinically relevant concentrations.

## **14 NONCLINICAL TOXICOLOGY**

### **14.1 -Carcinogenesis, Mutagenesis, Impairment of Fertility**

Carcinogenicity studies have not been conducted with alpelisib.

Alpelisib was not mutagenic in an *in vitro* bacterial reverse mutation (Ames) assay, or aneugenic or clastogenic in human cell micronucleus and chromosome aberration tests *in vitro*. Alpelisib was not genotoxic in an *in vivo* rat micronucleus test.

Fertility studies in animals have not been conducted. In repeated-dose toxicity studies up to 13 weeks duration, adverse effects were observed in reproductive organs, including vaginal atrophy and estrous cycle variations in rats at doses  $\geq$  6 mg/kg/day (approximately 0.6 times the exposure in humans at the recommended dose of 300 mg/day based on AUC), and prostate atrophy in dogs at doses  $\geq$  15 mg/kg/day (approximately 2.6 times the exposure in humans at the recommended dose of 300 mg/day based on AUC).

## **15 CLINICAL STUDIES**

SOLAR-1 (NCT02437318) was a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of PIQRAY plus fulvestrant versus placebo plus fulvestrant in 572 patients with HR-positive, HER2-negative, advanced or metastatic breast cancer whose disease had progressed or recurred on or after an aromatase inhibitor-based treatment (with or without CDK4/6 combination). Patients were excluded if they had inflammatory breast cancer, diabetes mellitus Type 1 or uncontrolled Type 2, or pneumonitis. Randomization was stratified by presence of lung and/or liver metastasis and previous treatment with CDK4/6 inhibitor(s). Overall, 60% of enrolled patients had tumors with one or more PIK3CA mutations in tissue, 50% had liver/lung metastases, and 6% had previously been treated with a CDK4/6 inhibitor.

There were 341 patients enrolled by tumor tissue in the cohort with a PIK3CA mutation and 231 enrolled in the cohort without a PIK3CA mutation. Of the 341 patients in the cohort with a PIK3CA mutation, 336 (99%) patients had one or more PIK3CA mutations confirmed in tumor tissue. Out of the 336 patients with PIK3CA mutations confirmed in tumor tissue, 19 patients had no plasma specimen available for testing. Of the remaining 317 patients with PIK3CA mutations confirmed in tumor tissue, 177 patients (56%) had PIK3CA mutations identified in plasma specimen, and 140 patients (44%) did not have PIK3CA mutations identified in plasma specimen.

Patients received either PIQRAY (300 mg) or placebo orally once daily on a continuous basis, plus fulvestrant (500 mg) administered intramuscularly on Cycle 1, Days 1 and 15, and then on Day 1 of every 28-day cycle.

Patients received treatment until radiographic disease progression or unacceptable toxicity. Tumor assessments were performed every 8 weeks for the first 18 months and every 12 weeks thereafter.

The median age of patients was 63 years (range, 25 to 92). Most patients were women (99.8%) and most patients were white (66%), followed by Asian (22%), Other/Unknown (10%), black or African American (1.4%), and American Indian or Alaskan Native (0.9%). Baseline ECOG performance status was 0 (68%) or 1 (32%).

Patient demographics for those with PIK3CA-mutated tumors were generally representative of the broader study population. The median duration of exposure to PIQRAY plus fulvestrant was 8.2 months with 59% of patients exposed for > 6 months.

The majority of patients (98%) received prior hormonal therapy as the last treatment (48% metastatic setting, 52% adjuvant setting). Primary endocrine resistance, defined as relapsed within 24 months on adjuvant endocrine therapy or progression within 6 months on endocrine therapy for advanced disease, was observed in 13% of patients and secondary endocrine resistance, defined as relapsed after 24 months on adjuvant endocrine therapy, relapsed within 12 months of the end of adjuvant endocrine therapy, or progression after 6 months on endocrine therapy for advanced disease, was observed in 72% of patients.

The major efficacy outcome was investigator-assessed progression-free survival (PFS) in the cohort with a PIK3CA mutation per Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) v1.1. Additional efficacy outcome measures were overall response rate (ORR) and overall survival (OS) in the cohort with a PIK3CA mutation.

Efficacy results for the cohort with a PIK3CA mutation in tumor tissue are presented in Table 8 and Figure 1. PFS results for the cohort with a PIK3CA mutation by investigator assessment were supported by consistent results from a blinded independent review committee (BIRC) assessment. Consistent results were seen in patients with tissue or plasma PIK3CA mutations. At the time of final PFS analysis, 27% (92/341) of patients had died, and overall survival follow-up was immature.

No PFS benefit was observed in patients whose tumors did not have a PIK3CA tissue mutation (HR = 0.85; 95% CI: 0.58, 1.25).

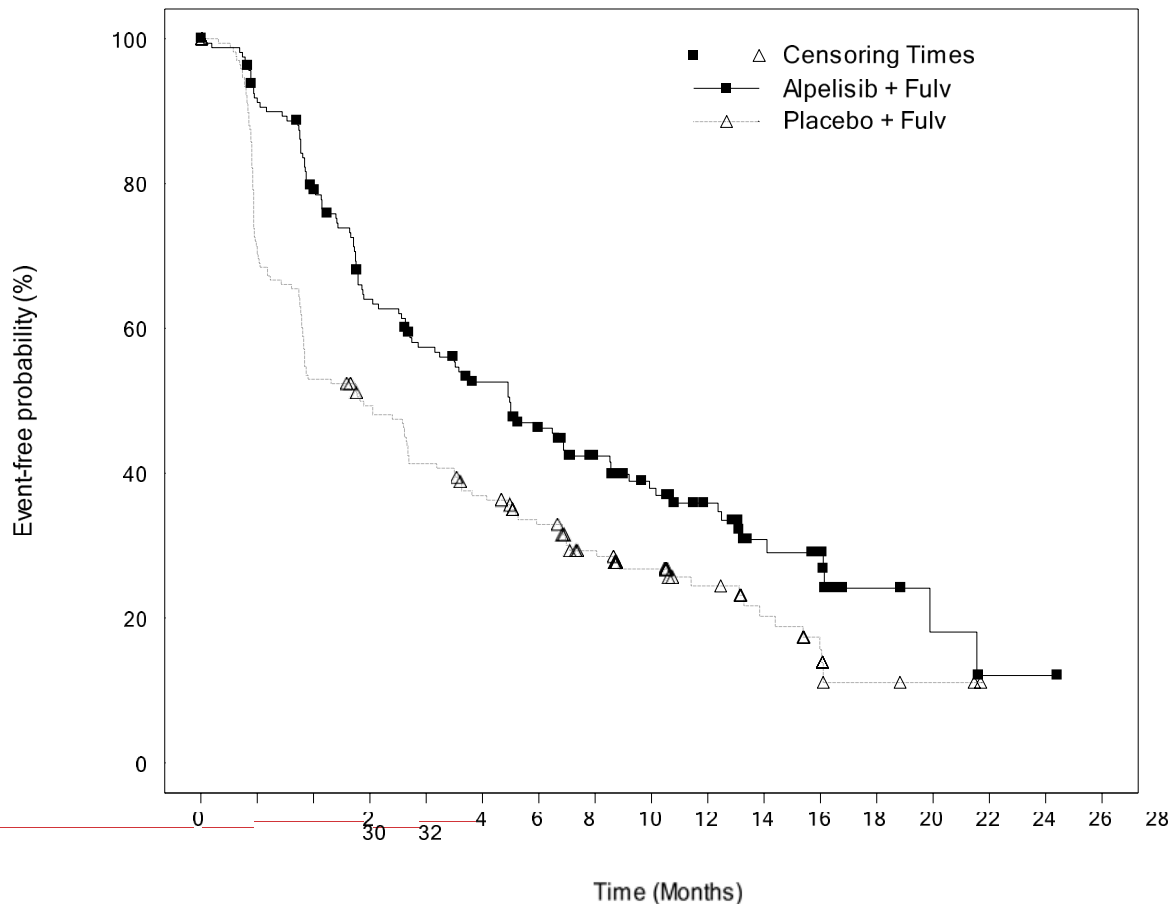
**Table 8: Efficacy Results in SOLAR-1 (Per Investigator Assessment of Patients with a PIK3CA Tumor Mutation)**

	PIQRAY plus fulvestrant	Placebo plus fulvestrant
<b>Progression-free survival</b>	<b>N = 169</b>	<b>N = 172</b>
Number of PFS events – n (%)	103 (61)	129 (75)
Median PFS months (95% CI)	11.0 (7.5, 14.5)	5.7 (3.7, 7.4)
Hazard ratio (95% CI)	0.65 (0.50, 0.85)	
p-value <sup>1</sup>	0.0013	
<b>Overall Response Rate</b>	<b>N = 126</b>	<b>N = 136</b>
ORR <sup>2</sup> (95% CI)	35.7 (27.4, 44.7)	16.2 (10.4, 23.5)

<sup>1</sup> Both log-rank test and Cox proportional hazards model are stratified by prior CDK4/6 inhibitor usage and presence of lung/liver metastases. P-value was compared to prespecified Haybittle-Peto stopping boundary (two-sided  $p \leq 0.0398$ ).

<sup>2</sup> ORR = percentage of patients with confirmed Complete Response or Partial Response with measurable disease at baseline

**Figure 1: Progression Free Survival in SOLAR-1 (Per Investigator Assessment of Patients with a PIK3CA Tumor Mutation)**



Time (Months)	Number of subjects still at risk																
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32
Alpelisib + Fulv	169	145	123	97	85	75	62	50	39	30	17	14	5	3	1	1	0
Placebo + Fulv	172	120	89	80	67	58	48	37	29	20	14	9	3	2	0	0	0

## 16 HOW SUPPLIED/STORAGE AND HANDLING

PIQRAY (alpelisib) 50 mg, 150 mg, and 200 mg film-coated tablets [see *Pharmaceutical Form (3)*].

Piqray 50 mg and 200 mg film-coated tablets: packs containing 56 film-coated tablets (28 tablets of 50 mg and 28 tablets of 200 mg).

Piqray 150 mg film-coated tablets: packs containing 56 film-coated tablets.

Piqray 200 mg film-coated tablets: packs containing 28 film-coated tablets.

Do not store above 30°C, protect from moisture.

The expiry date of the product is indicated on the packaging materials.

## **17 LICENSE HOLDER AND IMPORTER**

Novartis Israel Ltd., P.O.B 7126, Tel Aviv.

## **18 REGISTRATION NUMBERS:**

Piqray 50 mg: 166-20-36150

Piqray 150 mg: 166-18-36148

Piqray 200 mg: 166-19-36149

Revised in ~~September~~ June 2021-2022 according to MOH guidelines

**עלון לצרכן לפי תקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו-1986**  
התרופה משווקת על פי מרשם רופא בלבד

**פיקריי 50 מ"ג**  
**פיקריי 150 מ"ג**  
**פיקריי 200 מ"ג**  
**טבליות מצופות**

כל טבליה מצופה מכילה:

alpelisib 50 mg  
alpelisib 150 mg  
alpelisib 200 mg

פיקריי 50 מ"ג: אלפליסיב 50 מ"ג  
פיקריי 150 מ"ג: אלפליסיב 150 מ"ג  
פיקריי 200 מ"ג: אלפליסיב 200 מ"ג

**חומרים בלתי פעילים ואלרגנים:** ראה [פירוק 2](#) **סעיף** "מידע חשוב על חלק מהמרכיבים של התרופה" [פירוק 6](#) "מידע נוסף".

**קרא בעיון את העלון עד סופו בטרם תשתמש בתרופה.** עלון זה מכיל מידע תמציתי על התרופה. אם יש לך שאלות נוספות, פנה אל הרופא או אל הרוקח.  
תרופה זו נרשמה לטיפול במחלתך. אל תעביר אותה לאחרים. היא עלולה להזיק להם אפילו אם נראה לך כי מחלתם דומה.

**1. למה מיועדת התרופה?**

פיקריי בשילוב עם התרופה פולבסטרנט מיועדת לטיפול בנשים לאחר מנופאזה (הפסקת הווסת), ובגברים עם סרטן שד מתקדם או גרורתי שהינו חיובי לקולטני הורמונים (HR), שלילי לקולטני גורם גדילה אפידרמלי אנזי 2 (HER2), עם מוטציה ב-PIK3CA, ושמחלתם התקדמה במהלך או לאחר משטר טיפול המבוסס על טיפול אנדוקריני.

הרופא יבדוק את הסרטן שלך לקיומו של גן "PIK3CA" לא תקין, על מנת לוודא כי טיפול בפיקריי מתאים עבורך.

**קבוצה תרפויטית:** מעכב פוספאטידיל-אינוזיטול-3-קינאז (PI3K).

**2. לפני השימוש בתרופה**

**אין להשתמש בתרופה אם:**

- אתה רגיש (אלרגי) למרכיב הפעיל אלפליסיב או לכל אחד מהמרכיבים הנוספים אשר מכילה התרופה. לרשימת המרכיבים הלא פעילים, ראה [פירוק 6](#) "מידע נוסף".

**אזהרות מיוחדות הנוגעות לשימוש בתרופה**

**לפני הטיפול בפיקריי, ספר לרופא אם:**

- יש לך היסטוריה של סוכרת.
- יש לך היסטוריה של פריחה בעור, אדמומיות בעור, שלפוחיות בשפתיים, בעיניים או בפה או קילוף בעור.
- את בהיריון, מתכננת היריון או מניקה (ראי גם בהמשך בסעיף "היריון, הנקה ופוריות").
- אתה **גבר** ויש לך בת זוג שיכולה להיכנס להיריון (ראה גם בהמשך בסעיף "היריון, הנקה ופוריות").

**דווח לרופא או קבל עזרה רפואית באופן מיידי** אם אחד המצבים הבאים חל עליך במהלך הטיפול בפיקריי:  
יש לך קושי בנשימה, **התנפחות של הפנים או הגרון**, הסמקה, פריחה, חום או קצב לב מהיר במהלך הטיפול בפיקריי (סימנים אפשריים של תגובות אלרגיות חמורות).



יש לך פריחה חמורה או פריחה שממשיכה להחמיר, עור אדמדם, תסמינים דמויי-שפעת, שלפוחיות בשפתיים, בעיניים או בפה, שלפוחיות בעור או קילוף של העור, עם או בלי חום (סימנים אפשריים של תגובות עוריות חמורות).

### ספר לרופא מיד אם:

- אתה מפתח תסמינים של היפרגליקמיה, **או סיבוכים של היפרגליקמיה** – כולל צמא מוגזם, פה יבש, השתנה תכופה מהרגיל או כמות שתן גדולה מהרגיל, תיאבון מוגבר עם ירידה במשקל, בלבול, בחילה, הקאה, ריח פירותי מהפה, קשיים נשימה, עור יבש או סמוק.
- אתה מפתח תסמינים חדשים או החמרה של תסמינים של בעיות בריאות, כולל קוצר נשימה או בעיה לנשום, שיעול, כאב בחזה (סימנים אפשריים של דלקת ריאות).
- אתה מפתח שלשול, **כאב באיזור הקיבה (בטני), או שאתה רואה ריר או דם בצואה שלך (סימנים אפשריים של קוליטיס).** **במהלך** הטיפול בפיקריי. ייתכן שהרופא יאמר לך לשתות יותר נוזלים או לקחת תרופות לטיפול בשלשול **או קוליטיס**.

### אינטראקציות/תגובות בין תרופתיות

**אם אתה לוקח או לקחת לאחרונה תרופות אחרות, כולל תרופות ללא מרשם ותוספי תזונה, ספר על כך לרופא או לרוקח.**

פיקריי ותרופות אחרות עשויות להשפיע זו על זו ולגרם לתופעות לוואי.

### משפעי ציטוכרום CYP3A4

מתן משולב של פיקריי עם משפעים חזקים של ציטוכרום CYP3A4 עלול להוריד את הריכוז של אלפליסיב בדם, דבר העלול להפחית את פעילותו של המרכיב הפעיל אלפליסיב. יש להימנע מנטילת פיקריי עם משפעים חזקים של ציטוכרום CYP3A4 ( לדוגמה, ריפאמפיצין).

### מעכבי (Breast Cancer Resistance Protein Inhibitors) BCRP

מתן משולב של פיקריי עם מעכב BCRP עלול להעלות את הריכוז של אלפליסיב, דבר העלול להעלות את הסיכון לרעילות. יש להימנע מנטילת מעכבי BCRP בזמן טיפול בפיקריי. אם אין באפשרותך להשתמש בתרופות חלופיות, כאשר פיקריי ניתן בשילוב עם מעכבי BCRP, הרופא יפקח עליך מקרוב אחר תופעות לוואי מוגברות.

### סובסטרטים של ציטוכרום CYP2C9

מתן משולב של פיקריי עם סובסטרטים של ציטוכרום CYP2C9 (לדוגמה וארפרין) עלול להפחית את ריכוזן של תרופות אלה בפלסמה. הרופא יפקח עליך מקרוב כאשר פיקריי ניתן בשילוב עם סובסטרטים של ציטוכרום CYP2C9, מכיוון שירידה בריכוז הסובסטרטים של ציטוכרום CYP2C9 בפלסמה עלולה להפחית את הפעילות של תרופות אלה.

הכר את התרופות שאתה נוטל. שמור רשימה שלהן על מנת להראות לרופא או לרוקח כאשר אתה מקבל תרופה חדשה.

### ילדים ומתבגרים

פיקריי אינה מיועדת לשימוש בילדים ובמתבגרים מתחת לגיל 18 שנים.

### שימוש בתרופה ומזון

יש ליטול פיקריי עם אוכל.

### בדיקות ומעקב

הרופא יבצע בדיקות דם על מנת לנטר את הסוכר שלך בדם, לפני ובמהלך הטיפול בפיקריי. בהסתמך על התוצאות, הרופא יחליט אם יש להשהות את הטיפול בפיקריי באופן זמני, להוריד את המינון שלו או להפסיקו.

### היריון, הנקה ופוריות

#### היריון

אם את בהיריון, חושבת שאת בהיריון או מתכננת היריון, יש להיוועץ ברופא טרם תחילת טיפול בפיקריי. פיקריי עלולה לפגוע בעובר שלך.

אם את אישה המסוגלת להרות, הרופא יבדוק אם את בהיריון לפני תחילת הטיפול בפיקריי. עליך להשתמש באמצעי יעיל למניעת היריון במהלך הטיפול בפיקריי ובמשך שבוע לאחר המנה האחרונה. דברי עם הרופא על שיטות למניעת היריון שעשויות להיות מתאימות עבורך במהלך תקופה זו.

אם נכנסת להיריון או שאת חושבת כי את בהיריון במהלך הטיפול עם פיקריי, ספרי לרופא מייד. **גברים** שיש להם בת זוג - שמסוגלת להיכנס להיריון צריכים להשתמש בקונדומים ובאמצעי מניעת היריון יעילים במהלך הטיפול בפיקריי ובמשך שבוע לאחר המנה האחרונה. אם בת הזוג שלך נכנסה להיריון, ספר מייד על כך לרופא.

## הנקה

אין להניק במהלך הטיפול בפיקריי ובמשך שבוע לאחר המנה האחרונה. לא ידוע האם פיקריי עוברת לחלב האם.

## פוריות

פיקריי עלולה להשפיע על הפוריות בגברים ובנשים שיכולות להיכנס להיריון. דבר עם הרופא אם נושא זה מטריד אותך.

פיקריי ניתנת בשילוב עם פולבסטרנט. עליך לקרוא גם את העלון לצרכן של פולבסטרנט בנוגע למידע חשוב על היריון, אמצעי מניעה, הנקה ופוריות.

## נהיגה ושימוש במכונות

טיפול בפיקריי עלול להוביל לעייפות. לפיכך, עליך להיות זהיר בעת נהיגה או שימוש במכונות במהלך הטיפול בפיקריי.

## מידע חשוב על חלק מהמרכיבים של התרופה

תרופה זו מכילה פחות מ- 1 מילימול נטרן (23 מ"ג) לטבליה מצופה, כלומר היא למעשה "נטולת נטרן".

## 3. כיצד תשתמש בתרופה?

יש להשתמש בתכשיר תמיד בהתאם להוראות הרופא. עליך לבדוק עם הרופא או הרוקח אם אינך בטוח בנוגע למינון ואופן הטיפול בתכשיר. המינון ואופן הטיפול יקבעו על-ידי הרופא בלבד.

**המינון המקובל בדרך-כלל הוא 300 מ"ג (שתי טבליות של 150 מ"ג) דרך הפה, פעם אחת ביום.**

אם הקאת לאחר נטילת המנה של פיקריי, אל תיטול מנה נוספת באותו יום. קח את המנה הבאה בזמן הרגיל שלך.

הרופא יקבע את המינון של פולבסטרנט אותה אמור לקבל ומתי תקבל אותו.

בהתאם לאופן התגובה של גופך לטיפול בפיקריי, ייתכן כי הרופא ירצה להתאים את המינון של פיקריי.

אין לשנות את המינון, אלא אם הרופא אמר לך לעשות זאת.

## אין לעבור על המנה המומלצת.

### • משך הטיפול

אין להפסיק נטילת פיקריי, אלא אם הרופא אמר לך לעשות זאת.

### • צורת הנטילה

- יש ליטול פיקריי פעם אחת ביום, בערך באותה השעה בכל יום.
- יש ליטול פיקריי עם אוכל.
- יש לבלוע את טבליות פיקריי בשלמותן. אין ללעוס, לכתוש או לחצות את הטבליות.
- אין ליטול טבליות פיקריי שבורות, סדוקות או שנראות פגומות.

**אם נטלת בטעות מינון גבוה יותר, או אם בטעות בלע ילד מן התרופה, פנה מייד לרופא או לחדר מיון של בית חולים והבא את אריזת התרופה איתך.**

**אם שכחת ליטול את התרופה** בזמן הנדרש, אתה עדיין יכול ליטול אותה עם אוכל, עד 9 שעות אחרי השעה בה אתה בדרך-כלל נוטל אותה. אם חלפו מעל 9 שעות מהשעה בה אתה בדרך-כלל נוטל את המנה שלך, דלג על המנה של יום זה. למוחרת, קח את המנה בשעה הרגילה. אין ליטול 2 מנות על מנת לפצות על המנה שנשכחה.

## יש להתמיד בטיפול כפי שהומלץ על-ידי הרופא.

גם אם חל שיפור במצב בריאותך, אין להפסיק את הטיפול בתרופה ללא התייעצות עם הרופא.

אין ליטול תרופות בחושך! בדוק התווית והמנה בכל פעם שהינך נוטל תרופה. הרכב משקפיים אם הינך זקוק להם.

אם יש לך שאלות נוספות בנוגע לשימוש בתרופה, היוועץ ברופא או ברוקח.

## 4. תופעות לוואי

כמו בכל תרופה, השימוש בפיקריי עלול לגרום לתופעות לוואי בחלק מהמשתמשים. אל תיבהל למקרא רשימת תופעות הלוואי. ייתכן שלא תסבול מאף אחת מהן.

פנה לרופא מייד אם אתה חווה כל אחת **אחת** מתופעות הלוואי הרציניות הבאות. הרופא עשוי להגיד לך להקטין את המנה שלך, להפסיק זמנית את הטיפול שלך, או להפסיק לחלוטין את הטיפול שלך בפיקריי אם אתה סובל מתופעות לוואי רציניות מסויימות.

### פיקריי עלולה לגרום לתופעות לוואי רציניות, כולל:

- **תגובות אלרגיות חמורות.** ספר לרופא או קבל עזרה רפואית מייד, אם יש לך קושי בנשימה, **התנפחות של הפנים או הגרון**, הסמקה, פריחה, חום, או קצב לב מהיר במהלך הטיפול בפיקריי.
- **תגובות עוריות חמורות.** ספר לרופא או קבל עזרה רפואית מייד, אם יש לך פריחה חמורה או פריחה שממשיכה להחמיר, עור אדמדם, תסמינים דמויי-שפעת, שלפוחיות בשפתיים, בעיניים או בפה, שלפוחיות בעור או קילוף של העור, עם או בלי חום.
- **רמות גבוהות של סוכר בדם (היפרגליקמיה).** היפרגליקמיה שכיחה עם פיקריי **הסיכונים שלה עלולים להיות ועלולה להיות אמצעים חמורה.** הרופא ינטר את רמות הסוכר שלך בדם לפני התחלת הטיפול בפיקריי ובמהלכו. הרופא עשוי לנטר את רמות הסוכר שלך בדם לעיתים קרובות יותר אם יש לך היסטוריה של סוכרת מסוג 2. ספר לרופא מייד אם אתה מפתח תסמינים של היפרגליקמיה **או סיכונים של היפרגליקמיה, כולל:**
  - צמא מוגזם
  - פה יבש
  - השתנה תכופה מהרגיל או כמות שתן גדולה מהרגיל
  - תיאבון מוגבר עם ירידה במשקל
  - בלבול
  - בחילות
  - הקאות
  - ריח פירותי מהפה
  - קשיי נשימה
  - עור יבש או סמוק
- **בעיות בריאות (פנאומוניטיס – דלקת ברקמת הריאה).** ספר לרופא מייד אם אתה מפתח תסמינים חדשים או החמרה של תסמינים של בעיות בריאות, כולל:
  - קוצר נשימה או בעיה לנשום
  - שיעול
  - כאב בחזה
- **שלשול או קוליטיס (דלקת של המעיין שלך).** שלשול הינו שכיח עם פיקריי ועלול להיות חמור. שלשול חמור עלול לגרום לאיבוד יתר של מים מהגוף (דהידרציה, התייבשות) **זלבעיות ולפגיעה** בכליות. ספר לרופא מייד, אם אתה מפתח שלשול, **כאב באיזור הקיבה (בטני), או שאתה רואה ריר או דם בצואה שלך**. במהלך הטיפול בפיקריי. ייתכן שהרופא יאמר לך לשתות יותר נוזלים או לקחת תרופות לטיפול בשלשול **או קוליטיס-**

### תופעות לוואי רציניות שכיחות נוספות של פיקריי בשימוש עם פולבסטרנט כוללות:

- פגיעה חריפה בכליות
- כאב בטן
- אנמיה
- נמק של עצם הלסת

### תופעות לוואי נוספות:

**תופעות לוואי שכיחות מאוד (very common)** (עשויות להשפיע על יותר ממשתמש אחד מתוך 10 משתמשים):

- פריחה
- בחילה
- עייפות וחולשה
- ירידה בתיאבון
- **פצעים בפה**
- הקאה
- ירידה במשקל
- נשירת שיער
- סטומטיטיס (דלקת בריריות הפה, **כולל פצעים בפה-פולל**, אפטות וכיבים בפה)
- קשיי עיכול
- דלקת בריריות
- בצקת היקפית

- חום גבוה
- יובש בריריות (כולל יובש בפה, יובש בנרתיק ובפות)
- הפרעות בחוש הטעם (כולל אובדן חוש הטעם וירידה ברגישות לטעמים)
- כאב ראש
- גרד
- עור יבש
- **כאב בטן**

- שינויים בבדיקות דם מסוימות:

- רמות גבוהות של האנזימים הבאים בדם: גאמא-גלוטמיל טרנספראז, אלנין אמינוטרנספראז, ליפאז
- רמת קריאטינין גבוהה בדם
- רמה נמוכה של לימפוציטים, טסיות, **אצרגלוקוז**, המוגלובין ו/או אלבומין בדם
- עלייה בזמן תרומבופלסטין חלקי (activated partial thromboplastin time - מדד לתפקוד קרישת הדם)
- ירידה ברמת הסיידן בדם
- ירידה ברמת האשלגן בדם
- ירידה ברמת המגנזיום בדם

**תופעות לוואי שכיחות (common)** (עשויות להשפיע על 1-10 משתמשים מתוך 100 משתמשים):  
- דלקת בדרכי השתן

**אם הופיעה תופעת לוואי, אם אחת מתופעות הלוואי מחמירה, או כאשר אתה סובל מתופעת לוואי שלא צוינה בעלון, עליך להתייעץ עם הרופא.**

ניתן לדווח על תופעות לוואי למשרד הבריאות באמצעות לחיצה על הקישור "דיווח על תופעות לוואי עקב טיפול תרופתי" שנמצא בדף הבית של אתר משרד הבריאות ([www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)) המפנה לטופס המקוון לדיווח על תופעות לוואי, או ע"י כניסה לקישור:

<https://sideeffects.health.gov.il/>

## 5. איך לאחסן את התרופה?

מנע הרעלה! תרופה זו וכל תרופה אחרת יש לשמור במקום סגור מחוץ להישג ידם וטווח ראייתם של ילדים ו/או תינוקות ועל-ידי כך תמנע הרעלה. אל תגרום להקאה ללא הוראה מפורשת מהרופא. אין להשתמש בתרופה אחרי תאריך התפוגה (exp. date) המופיע על-גבי האריזה. תאריך התפוגה מתייחס ליום האחרון של אותו החודש. **תנאי אחסון:** אין לאחסן מעל 30°C, יש להגן מלחות.

## 6. מידע נוסף

נוסף על המרכיב הפעיל התרופה מכילה גם:

ליבת הטבליה:

Microcrystalline cellulose, mannitol, sodium starch glycolate, hypromellose, magnesium stearate

חומר ציפוי:

Hypromellose, iron oxide black, iron oxide red, titanium dioxide, macrogol 4000, talc

**כיצד נראית התרופה ומה תוכן האריזה:**

פיקריי 50 מ"ג טבליות מצופות הן טבליות עגולות בצבע ורוד בהיר, עם הדפסת "L7" על צד אחד ו-"NVR" על הצד השני.

פיקריי 150 מ"ג טבליות מצופות הן טבליות אובליות בצבע אדום בהיר, עם הדפסת "UL7" על צד אחד ו-"NVR" על הצד השני.

פיקריי 200 מ"ג טבליות מצופות הן טבליות אובליות בצבע אדום בהיר, עם הדפסת "YL7" על צד אחד ו-"NVR" על הצד השני.

פיקר"י מסופקת כטבליות מצופות במגשיות. פיקר"י זמינה בגודלי האריזות הבאים:

- אריזות משולבת המכילות טבליות מצופות 50 מ"ג ו- 200 מ"ג (עבור מטופלים הנוטלים מינון יומי של 250 מ"ג): אריזות המכילות אספקה ל- 28 ימים: 56 טבליות מצופות (28 של 50 מ"ג ו- 28 של 200 מ"ג).
- אריזות המכילות טבליות מצופות 150 מ"ג (עבור מטופלים הנוטלים מינון יומי של 300 מ"ג): אריזות המכילות אספקה ל- 28 ימים: 56 טבליות מצופות.
- אריזות המכילות טבליות מצופות 200 מ"ג (עבור מטופלים הנוטלים מינון יומי של 200 מ"ג): אריזות המכילות אספקה ל- 28 ימים: 28 טבליות מצופות.

ייתכן שלא כל גודלי האריזות משווקים.

**בעל הרישום והיבואן וכתובתו:** נוברטיס ישראל בע"מ, ת"ד 7126, תל אביב.

~~נערך בספטמבר 2021 בהתאם להנחיות משרד הבריאות~~

**מס' רישום התרופה בפנקס התרופות הממלכתי במשרד הבריאות:**

פיקר"י 50 מ"ג: 166-20-36150

פיקר"י 150 מ"ג: 166-18-36148

פיקר"י 200 מ"ג: 166-19-36149

לשם הפשטות ולהקלת הקריאה עלון זה נוסח בלשון זכר. על אף זאת, התרופה מיועדת לבני שני המינים.

נערך ביוני 2022 בהתאם להנחיות משרד הבריאות.