

Nota Técnica 6942

Data de criação: 28/07/2020 09:34:03

Data de conclusão: 28/07/2020 09:37:08

Paciente

Idade:

56 anos

Sexo:

Masculino

Cidade:

Segredo/RS

Dados do Processo

Vara/Serventia:

1ª Vara Federal de Cachoeira do Sul

Diagnóstico

Diagnóstico:

Melanoma maligno de pele, não especificado

CID:

C43.9 - Melanoma maligno de pele, não especificado

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):

Exame histopatológico de março de 2018 revelando melanoma cutâneo, novo exame histopatológico em abril de 2019 evidenciando satelitose microscópica de melanoma e metástase de melanoma em linfonodo axilar direito, exame de imuno-histoquímica do mesmo material informando melanoma metastático, tomografia de crânio demonstrando duas metástases em sistema nervoso central, exame histopatológico de setembro e novembro de 2019 confirmando novas metástases de melanoma.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia:

Medicamento

Princípio Ativo:

IPILIMUMABE e NIVOLUMABE

Via de administração:

INTRAVENOSA

Posologia:

1º ciclo de tratamento: 180 mg de IPILIMUMABE associado a 60 mg de NIVOLUMABE, 1 (uma) vez a cada 3(três) semanas (21 dias), em um total de 4 (quatro) aplicações (4 ciclos).

2º ciclo de tratamento: 180 mg de NIVOLUMABE a cada 2 (duas) semanas (14 dias), por tempo indeterminado.

Uso contínuo?

Sim

Duração do tratamento:

(Indeterminado)

Registro na ANVISA?

Sim

Situação do registro:

Ativo

Indicação em conformidade com a aprovada no registro?

Sim

Oncológico?

Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para a situação clínica do demandante?

Não

O medicamento está disponível no SUS?

Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia:

IPILIMUMABE e NIVOLUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS/Saúde Suplementar:

Em Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), não há recomendação específica de alternativa quimioterápica de segunda linha [\(6\)](#). No entanto, cabe recordar que os medicamentos oncológicos não estão previstos nos Componentes da Assistência Farmacêutica e não são fornecidos diretamente pelo SUS. Sua dispensação é feita pela rede credenciada habilitada em oncologia, que é ressarcida através da inclusão desses fármacos no procedimento de quimioterapia, registrado no sistema APAC-SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial). Dessa forma, cada prestador é responsável pela aquisição, padronização e prescrição dos medicamentos oncológicos.

Em caso de medicamento, descrever se existe Genérico ou Similar:

Não existem genéricos e similares previstos na Lista de Preços de Medicamentos da ANVISA.

Custo da Tecnologia

Tecnologia:

IPILIMUMABE e NIVOLUMABE

Laboratório:

BRISTOL-MYERS SQUIBB FARMACÊUTICA LTDA

Marca Comercial:

IPILIMUMABE - Yervoy® / NIVOLUMABE - Opdivo®

Apresentação:

IPILIMUMABE 200 MG SOL INJ CT 1 FA VD TRANS x 40 ML / NIVOLUMABE 40 MG SOL INJ CT 1 FA VD INC X 4 ML / NIVOLUMABE 100 MG SOL INJ CT 1 FA VD INC X 10 L

Preço de Fábrica:

-

Preço Máximo de Venda ao Governo:

68.306,73

Preço Máximo ao Consumidor:

-

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia:

IPILIMUMABE e NIVOLUMABE

Dose Diária Recomendada:

VER POSOLOGIA*

Preço Máximo de Venda ao Governo:

68.306,73

Preço Máximo ao Consumidor:

-

Fonte do custo da tecnologia:

LISTA DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS - ANVISA

Evidências e resultados esperados

Tecnologia:

IPILIMUMABE e NIVOLUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

Para tratamento do melanoma em estágio avançado, atualmente, tenta-se regular a imunidade anti-tumoral do paciente (9). Para isso, foram desenvolvidos medicamentos que agem bloqueando duas moléculas imunossupressoras: a proteína 4 citotóxica associada a linfócitos T (do inglês, cytotoxic T lymphocyte associated protein 4 ou CTLA-4) e a proteína 1 programada

para morte celular (do inglês, programmed cell death protein 1 ou PD-1). Nessa linha, o ipilimumabe é um anticorpo monoclonal que bloqueia a via CTLA-4 e, com isso, melhora a resposta das células imunes (10). Enquanto que o nivolumabe é um anticorpo monoclonal que age interrompendo especificamente a interação do receptor PD-1 com seus ligantes (PD-L1 e PD-L2) e, dessa forma, aumentando a ativação e a proliferação de células imune (11).

Não foram encontrados estudos avaliando a utilização de ipilimumabe e nivolumabe, tanto combinados quanto em monoterapia, em pacientes diagnosticados com melanoma metastático previamente tratados com dacarbazina, como o caso em tela (12). Além disso, a combinação ipilimumabe e nivolumabe não foi comparada diretamente com a quimioterapia padrão dacarbazina, nem mesmo em pacientes sem tratamentos prévios.

Há evidências sugerindo eficácia do uso de ipilimumabe e de nivolumabe em monoterapia no manejo de pacientes diagnosticados com melanoma metastático sem tratamentos prévios (10,11). Nessa linha, uma revisão sistemática com metanálise investigou a eficácia e segurança de nivolumabe, em monoterapia ou combinado com ipilimumabe, para o tratamento de melanoma avançado irressecável, em estágios III ou IV, tendo como comparador ipilimumabe ou qualquer outra forma de quimioterapia (13). Foram incluídos apenas ensaios clínicos controlados e randomizados e o risco de viés foi avaliado pela ferramenta colaborativa da Cochrane. De um inicial de 1.283 citações, foram incluídos 4 ensaios clínicos, com risco de viés variando de baixo a moderado. Desses, dois compararam monoterapia com nivolumabe versus dacarbazina ou outros esquemas quimioterápicos. Como resultados, todos os desfechos foram favoráveis ao nivolumabe ($P < 0,001$), com NNT de 9 para sobrevida livre de progressão e de 18 para resposta completa. O perfil de segurança também foi favorável. Ademais, o ipilimumabe também foi avaliado em combinação e em monoterapia para manejo de pacientes com diagnóstico de melanoma avançado ou metastático, como primeira ou segunda linha, por revisão sistemática e metanálise (14). Foram incluídos ensaios clínicos de fase 2 e 3, controlados e randomizados. A combinação de quimioterapia diversas com ipilimumabe mostrou-se superior a quimioterapia diversas (entre elas, dacarbazina), sem impacto relevante na toxicidade ou no aumento de sobrevida global. Contudo, quando comparado a inibidores de PD-1 (como o nivolumabe), o ipilimumabe em monoterapia mostrou-se inferior no que tange sobrevida global e sobrevida livre de progressão da doença.

Em acréscimo, existe estudo comparativo da combinação de ipilimumabe e nivolumabe com ambas as medicações em monoterapia, também em pacientes diagnosticados com melanoma metastático sem tratamentos prévios (15). Pacientes com quadro similar ao caso em tela - ou seja, previamente tratados com dacarbazina - foram excluídos dos ensaios clínicos randomizados citados. Trata-se de um ensaio clínico randomizado e duplo-cego que avaliou a sobrevida global em pacientes com melanoma estágio III e estágio IV (16). Foram randomizados 1.296 pacientes em três braços paralelos com razão de alocação 1:1:1 para receber nivolumabe isolado, nivolumabe em combinação com ipilimumabe ou ipilimumabe isolado. Em um seguimento mínimo de três anos, a mediana da sobrevida no grupo combinado não foi atingida. No grupo nivolumabe isolado foi de 37,6 meses contra 19,9 no grupo ipilimumabe isolado ($P < 0,001$). A taxa de sobrevida global em três anos foi de 52% contra 34% nesses dois grupos, respectivamente. Calcula-se um número necessário a tratar de 6. Uma nova análise do mesmo estudo (17) avaliou a sobrevida livre de progressão e sobrevida geral em cinco anos. A mediana de sobrevida geral no grupo combinado foi maior do que 60 meses; no grupo nivolumabe isolado foi de 36,9 meses e no grupo ipilimumabe isolado foi de 19,9 meses. A razão de risco para morte foi de 0,52 (intervalo de confiança entre 0,42 e 0,64) entre os grupos combinação e ipilimumabe isolado, 0,63 (intervalo de confiança entre 0,52 e 0,76 entre nivolumabe e ipilimumabe isolados); e 0,83 (intervalo de confiança entre 0,67 e 1,03) para nivolumab isolado contra o grupo combinação. Não houve diferença estatisticamente

significativa entre o grupo que recebeu a combinação de ipilimumabe e nivolumabe e o grupo que recebeu nivolumabe isolado.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:

Ver benefícios no item anterior.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:

Não avaliado

Conclusão

Conclusão Justificada:

Não favorável

Conclusão:

Atualmente, existe evidência de boa qualidade metodológica demonstrando que a combinação nivolumabe e ipilimumabe é eficaz em vários desfechos, incluindo sobrevida global, quando utilizada como terapia inicial em pacientes com diagnóstico de melanoma metastático. Não há, entretanto, evidência clara de que a combinação nivolumabe e ipilimumabe seja superior ao uso de nivolumabe isoladamente para aumentar a sobrevida geral em cinco anos. Ademais, não foram encontrados estudos avaliando a utilização de nivolumabe e ipilimumabe em pacientes recidivados e previamente tratados com dacarbazina, como o caso em tela. Por fim, a combinação possui um custo excessivo e seu impacto orçamentário, mesmo em uma decisão isolada, é elevado, tendo a CONITEC se manifestado contrária a incorporação no SUS por essa razão.

Há evidências científicas?

Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?

Não

Referências bibliográficas:

1. Susan Swetter, Alan C Geller, Hensin Tsao, Rosamaria Corona. Melanoma: Clinical features and diagnosis. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Terapia-alvo (vemurafenibe, dabrafenibe, cobimetinibe, trametinibe) e imunoterapia (ipilimumabe, nivolumabe, pembrolizumabe) para o tratamento de primeira linha do melanoma avançado não-cirúrgico e metastático. [Internet]. 2019 [citado 27 de março de 2020]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_TerapiaAlvoImunoterapia_CP_85_2019.pdf
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
4. Instituto Nacional de Câncer /Coordenação de Prevenção e Vigilância/Divisão de Informação. Atlas de Mortalidade por Câncer. [Internet]. [citado 27 de março de 2020]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>
5. Garbe C, Eigentler TK, Keilholz U, Hauschild A, Kirkwood JM. Systematic review of medical treatment in melanoma: current status and future prospects. The oncologist. 2011;16(1):5.

6. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS no 357, de 8 de abril de 2013: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. [Internet]. Brasília – DF; 2014 [citado 27 de março de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Cutaneous Melanoma [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf
8. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Ipilimumabe para tratamento de pacientes com melanoma metastático [Internet]. 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio_Ipilimumabe_MelanomaMetastatico_CP39_2018.pdf
9. Zhang B, Zhou YL, Chen X, Wang Z, Wang Q, Ju F, et al. Efficacy and safety of CTLA-4 inhibitors combined with PD-1 inhibitors or chemotherapy in patients with advanced melanoma. *Int Immunopharmacol*. 2019;68:131–6.
10. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2010;363(8):711–23.
11. Robert C, Long GV, Brady B, Dutriaux C, Maio M, Mortier L, et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. *N Engl J Med*. 2015;372(4):320–30.
12. Franken MG, Leeneman B, Gheorghe M, Uyl-de Groot CA, Haanen JB, van Baal PH. A systematic literature review and network meta-analysis of effectiveness and safety outcomes in advanced melanoma. *Eur J Cancer*. 2019;123:58–71.
13. Menshawy A, Eltonob AA, Barkat SA, Ghanem A, Mniesy MM, Mohamed I, et al. Nivolumab monotherapy or in combination with ipilimumab for metastatic melanoma: systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Melanoma Res*. 2018;28(5):371–9.
14. Li J, Gu J. Efficacy and safety of ipilimumab for treating advanced melanoma: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. 2019;44(3):420–9.
15. Hodi FS, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob J-J, Rutkowski P, Cowey CL, et al. Nivolumab plus ipilimumab or nivolumab alone versus ipilimumab alone in advanced melanoma (CheckMate 067): 4-year outcomes of a multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2018;19(11):1480–92.
16. Wolchok JD, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Rutkowski P, Grob J-J, Cowey CL, et al. Overall survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1345–56.
17. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob J. J., Rutkowski P., Lao C. D., ... & Ferrucci, P. F. Five-year survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(16): 1535-1546.
18. National Institute for Health and Care Excellence. Nivolumab in combination with ipilimumab for treating advanced melanoma. Technology appraisal guidance. Publicado em 27 de julho de 2016. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ta400/resources/nivolumab-in-combination-with-ipilimumab-for-treating-advanced-melanoma-pdf-82604536041157>
19. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. pCODR Expert Review Committee Final Recommendation. Nivolumab plus Ipilimumab. Publicado em 30 de novembro de 2017. Disponível em https://www.cadth.ca/sites/default/files/pcodr/pcodr_opdivo_yervoy_metmela_fn_rec.pdf
20. Oh, A., Tran, D. M., McDowell, L. C., Keyvani, D., Barcelon, J. A., Merino, O., & Wilson, L. Cost-effectiveness of nivolumab-ipilimumab combination therapy compared with monotherapy for first-line treatment of metastatic melanoma in the United States. *Journal of managed care & specialty pharmacy*. 2017;23(6), 653-664.

NATS/NAT-Jus Responsável:

NAT-jus/JFRS

Instituição Responsável:

TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?

Não

Outras Informações:

Em março de 2018 foi feita ressecção de lesão de pele do dorso com diagnóstico de melanoma cutâneo. Subsequentemente foi feita cintilografia e revisão da lâmina que definiu necessidade de ampliação das margens da ressecção e excisão de linfonodo axilar comprometido. Além do comprometimento linfonodal, foi determinado em exames de estadiamento que o caso em tela tinha lesões suspeitas de metástase hepática e duas lesões em sistema nervoso central, sendo então indicada radioterapia entre agosto e setembro de 2019, além de tratamento quimioterápico com dacarbazina. A partir daí foi necessária fazer nova ressecção de lesão de pele, subcutâneo e linfonodo na axila direita, além de ter sido detectada e retirada nova lesão em parede abdominal. Trata-se, portanto, de um caso de melanoma maligno cutâneo com metástase em sistema nervoso central recidivado após quimioterapia paliativa com dacarbazina.

Embora menos frequente, o melanoma é a forma mais grave de câncer de pele (1). Em 2018, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), um total de 6.260 casos novos de melanoma maligno de pele ocorreram no Brasil com, aproximadamente, 78% dos casos nas regiões Sul e Sudeste (2). Sabe-se que a prevalência da doença está aumentando. Espera-se, então, em 2020, 4.200 novos casos em homens, o que corresponde a um risco estimado de 4,03 casos novos a cada 100 mil homens (3). Em função do seu potencial de disseminação à distância, o melanoma é considerado o tipo mais agressivo de tumor de pele, com alta letalidade: entre homens, em 2017, foi responsável pelo total de 2.067 óbitos, resultando em 16,01 anos de vida perdidos (4).

O estadiamento é o principal preditor de prognóstico. Pacientes diagnosticados com metástases à distância, conforme ocorrido no caso em tela, possuem prognóstico mais reservado com menor sobrevida (1). De fato, apenas entre 10 e 25% deles estarão vivos em cinco anos, sendo a sobrevida global média de oito meses (5,6). A quimioterapia padrão, indicada pelas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia, dá-se mais comumente com dacarbazina e não altera a sobrevida global (6). Indica-se apenas com a finalidade de palição de sintomas e aumento do tempo para recorrência. Em diretrizes internacionais, nivolumabe em monoterapia está listado entre opções de quimioterapia (7). A combinação pleiteada não está prevista nessas diretrizes, dentre as alternativas preferidas.