

# Nota Técnica 68318

Data de conclusão: 16/03/2022 17:12:05

## Paciente

---

**Idade:** 67 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** Gravataí/RS

## Dados do Advogado do Autor

---

**Nome do Advogado:** -

**Número OAB:** -

**Autor está representado por:** -

## Dados do Processo

---

**Esfera/Órgão:** Justiça Federal

**Vara/Serventia:** Juízo Substituto da 2ª Vara Federal de Porto Alegre

## Tecnologia 68318

---

**CID:** C94.5 - Mielofibrose aguda

**Diagnóstico:** Mielofibrose aguda

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** laudo médico e exames complementares.

## Descrição da Tecnologia

---

**Tipo da Tecnologia:** Medicamento

**Registro na ANVISA?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Nome comercial:** -

**Princípio Ativo:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Via de administração:** VO

**Posologia:** ruxolitinibe 20mg, tomar 1 cp VO 2x ao dia, uso contínuo.

**Uso contínuo?** Sim

**Duração do tratamento:** (Indeterminado)

**Indicação em conformidade com a aprovada no registro?** Sim

**Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante?** Não

**O medicamento está inserido no SUS?** Não

**Oncológico?** Sim

### **Outras Tecnologias Disponíveis**

---

**Tecnologia:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** estão disponíveis para o tratamento de mielofibrose primária prednisona, hidroxiureia, talidomida, radioterapia, esplenectomia, transplante alogênico de medula óssea, transfusões, terapia de suporte e terapia paliativa.

**Existe Genérico?** Não

**Existe Similar?** Não

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** 37.023,49

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

### **Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal**

---

**Tecnologia:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Dose Diária Recomendada:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** -

**Preço Máximo ao Consumidor: -**

**Fonte do custo da tecnologia: -**

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O ruxolitinibe é um inibidor seletivo da janus quinase 1 e 2. Essas enzimas estão envolvidas na sinalização de citocinas e fatores de crescimento, com efeito sobre o sistema imune e hematopoiético. Está indicado para o tratamento da mielofibrose de risco intermediário à alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial (4). Pode aumentar o risco de infecções (em particular por herpes vírus e citomegalovírus) e não deve ser administrado a pacientes com infecção ativa, trombocitopenia e alteração da função hepática ou renal. A descontinuação deve ser lenta para evitar recidiva dos sintomas/síndrome de liberação de citocinas ou síndrome de lise tumoral (4). Entre outros efeitos adversos comuns estão anemia e trombocitopenia, por vezes, com demanda de transfusões, além de neutropenia.

Uma revisão sistemática foi conduzida com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança do ruxolitinibe em pacientes com mielofibrose (5). Foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados de pacientes com mielofibrose que tivessem comparado o ruxolitinibe contra placebo ou melhor terapia disponível. Os desfechos primários foram sobrevida global, sobrevida livre de doença e segurança; os secundários foram qualidade de vida, sobrevida livre de leucemia, redução no tamanho do baço e melhora da anemia. Foi realizada uma ampla busca na literatura que incluiu, além das bases de dados mais usuais, os sites das principais sociedades médicas internacionais de oncologia e hematologia. O risco de viés dos estudos foi avaliado de maneira independente por três autores e a qualidade da evidência foi graduada de acordo com as recomendações do GRADE. Foi planejada metanálise que, ao cabo, não foi conduzida devido aos dois únicos estudos incluídos apresentarem grupos controles diferentes. Foram incluídos dois estudos (COMFORT-1 e COMFORT-2), um deles comparando ruxolitinibe contra placebo e o outro contra a melhor terapia disponível (MTD), totalizando 528 pacientes. A confiança nas estimativas de resultados desses ensaios foi considerada baixa, devido aos vieses de desenho de estudo (destaca-se a avaliação não cega de diversos desfechos, resultando em um alto risco de viés de aferição) e aos seus tamanhos de amostra limitados, que resultaram em resultados imprecisos.

Como resultados, há evidências de baixa qualidade para o efeito de ruxolitinibe na sobrevida quando comparado com placebo em 51 semanas de acompanhamento (HR 0,51, IC95% de 0,27 a 0,98); quando comparado a MTD a análise não foi estatisticamente significativa (HR em 48 semanas de acompanhamento de 0,70, IC95% 0,20 a 2,47). Da mesma forma, não houve diferença estatisticamente significativa para o efeito de ruxolitinibe na sobrevida livre de progressão em comparação com MTD (HR 0,81, IC 95% 0,47 a 1,39). Houve melhora dos sintomas e redução da esplenomegalia com o uso da intervenção nos dois estudos. Em relação à segurança, ocorreu maior incidência de anemia, neutropenia e trombocitopenia com o uso de ruxolitinibe.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** incerto, mas possível melhora de

controle de sintomas constitucionais.

**Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:** Não Recomendada

## Conclusão

---

**Tecnologia:** FOSFATO DE RUXOLITINIBE

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** Existe evidência que demonstra benefício sintomático com o uso de ruxolitinibe em pacientes com mielofibrose e sugestão de aumento de sobrevida em análise combinada de dois trials conduzidos pela fabricante da medicação. Entretanto, essas afirmações são baseadas em estudos de qualidade metodológica baixa, parte deles avaliado contra placebo, ausência de cegamento inclusive para a mensuração de alguns desfechos, viés de atrito e corporativo. Por conta disso, a certeza em relação às afirmações previamente enunciadas é baixa e a força de recomendação, fraca. Ressalta-se também que o tratamento com ruxolitinibe não evita progressão da doença para leucemia aguda.

Mesmo que nossa apreciação da qualidade da evidência fosse menos criteriosa, a questão da custo-efetividade da intervenção é basilar para a formação da conclusão técnica aqui apresentada. Agências de países de alta renda, como o Canadá e o Reino Unido, chegaram à mesma conclusão e só aprovaram seu uso mediante acordo comercial de redução de preço. As razões incrementais de custo-efetividade calculadas para realidade brasileira excedem muito o limiar de disponibilidade a pagar da sociedade estipulado em 3 vezes o PIB per capita.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:** [1. Clinical manifestations and diagnosis of primary myelofibrosis - UpToDate \[Internet\]. \[citado 21 de novembro de 2021\]. Disponível em: \[https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-primary-myelofibrosis?search=primary%20myelofibrosis&source=search\\\_result&selectedTitle=1~64&usage\\\_type=default&display\\\_rank=1\]\(https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-primary-myelofibrosis?search=primary%20myelofibrosis&source=search\_result&selectedTitle=1~64&usage\_type=default&display\_rank=1\)](#)  
[2. Tefferi A. Primary myelofibrosis: 2021 update on diagnosis, risk-stratification and management. Am J Hematol. janeiro de 2021;96\(1\):145–62.](#)  
[3. Ruxolitinibe mielofibrose 531 2020 FINAL.pdf \[Internet\]. \[citado 21 de novembro de 2021\]. Disponível em: \[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Ruxolitinibe\\\_mielofibrose\\\_531\\\_2020\\\_FINAL.pdf\]\(http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Ruxolitinibe\_mielofibrose\_531\_2020\_FINAL.pdf\)](#)  
[4. Ruxolitinib \(systemic\): Drug information - UpToDate \[Internet\]. \[citado 21 de novembro de 2021\]. Disponível em: \[https://www.uptodate.com/contents/ruxolitinib-systemic-drug-information?search=ruxolitinib&source=panel\\\_search\\\_result&selectedTitle=1~43&usage\\\_type=panel&display\\\_rank=1&showDrugLabel=true\]\(https://www.uptodate.com/contents/ruxolitinib-systemic-drug-information?search=ruxolitinib&source=panel\_search\_result&selectedTitle=1~43&usage\_type=panel&display\_rank=1&showDrugLabel=true\)](#)  
[5. Martí-Carvajal AJ, Anand V, Solà I. Janus kinase-1 and Janus kinase-2 inhibitors for treating myelofibrosis. Cochrane Database Syst Rev. 10 de abril de 2015;\(4\):CD010298.](#)  
[6. Marchetti M. Cost-effectiveness of kinase inhibitors for hematologic malignancies: a systematic and critical review. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. outubro de 2017;17\(5\):469–80.](#)  
[7. Wade R, Rose M, Neilson AR, Stirk L, Rodriguez-Lopez R, Bowen D, et al. Ruxolitinib for the treatment of myelofibrosis: a NICE single technology appraisal. Pharmacoeconomics. outubro](#)

[de 2013;31\(10\):841–52.](#)

8. [Wade R, Hodgson R, Biswas M, Harden M, Woolacott N. A Review of Ruxolitinib for the Treatment of Myelofibrosis: A Critique of the Evidence. Pharmacoeconomics. fevereiro de 2017;35\(2\):203–13.](#)

9. [pcodr-jakavi-myelofibro-fn-cgr.pdf \[Internet\]. \[citado 21 de novembro de 2021\]. Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pcodr/pcodr-jakavi-myelofibro-fn-cgr.pdf>](#)

**NatJus Responsável:** RS - Rio Grande do Sul

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS-UFRGS

**Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?** Não

**Outras Informações:** A parte autora é paciente de 65 anos do sexo feminino, diagnosticada com mielofibrose em março de 2021, conforme laudo médico datado de 25/03/2021. Neste mesmo relatório, o prescritor alega que a paciente tem histórico de úlcera varicosa de membros inferiores o que contraindicaria o uso da hidroxiureia, alternativa disponível no SUS, e nesse contexto pleiteia uso de Ruxolitinibe.

A mielofibrose primária é um enfermidade que cursa com proliferação clonal de células progenitoras mielóides, megacariócitos atípicos e fibrose da medula óssea, o que leva à diminuição da hematopoiese medular com o consequente aumento da hematopoiese extramedular (1). O paciente pode apresentar anemia, leucopenia ou leucocitose, trombocitopenia ou trombocitose e além de hepatoesplenomegalia. A principal manifestação clínica é a fadiga intensa, seguida dos sintomas oriundos da esplenomegalia, como dor, saciedade precoce, hipertensão portal, dispneia e infarto esplênico. Outros sintomas sistêmicos comuns à mielofibrose são prurido, febre, perda de peso/caquexia, ainda assim 15-30% dos pacientes são assintomáticos ao diagnóstico (1). Em estudo americano de base populacional estimou a sua incidência em 1,5 casos para cada 100.000 habitantes ao ano, com mediana de idade ao diagnóstico aos 67 anos, sendo muito comum antes dos 40 anos (até 5% dos casos) (1). O quadro clínico pode iniciar-se já como mielofibrose primária ou ocorrer por evolução clonal após quadro inicial de policitemia vera ou trombocitemia essencial (2). Entre as complicações comuns da doença estão infecções, ascite, infarto esplênico, eventos trombóticos, anemia e trombocitopenia com necessidade de transfusões além de evolução para leucemia mieloide aguda secundária (2).

Trata-se de doença com prognóstico variável e entre as ferramentas atualmente disponíveis para estimá-lo estão a International Prognostic Scoring System, IPSS, (que leva em consideração idade, hemoglobina, leucometria e presença de blastos circulantes) e a Dynamic International Prognostic Scoring System, DIPSS (que leva em consideração os mesmos parâmetros, ainda que com pesos diferentes). A sobrevida mediana estimada para classificados como risco baixo, intermediário-1, intermediário-2 e alto risco é de 11,3, 7,9, 4 e 2,3 anos respectivamente (2). Para pacientes com doença de risco baixo ou intermediário-1 preconiza-se tratamento para controle de sintomas e prevenção de trombose, já para pacientes com doença de risco intermediário-2 ou alto, além de medidas para controle sintomático, é possível, em casos selecionados, realizar transplante alogênico de medula óssea com intenção curativa.