

Nota Técnica 75462

Data de conclusão: 09/05/2022 21:00:10

Paciente

Idade: 78 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cerrito/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 Pelotas

Tecnologia 75462

CID: C92.0 - Leucemia mielóide aguda

Diagnóstico: Leucemia mielóide aguda, Leucemia mielóide crônica

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Via de administração: VO

Posologia: ponatinibe 15 mg, tomar 3 comprimidos por via oral 1 vez ao dia, uso contínuo durante tratamento com hematologia.

Uso contínuo? Sim

Duração do tratamento: dia(s)

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: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: os medicamentos imatinibe, dasatinibe, nilotinibe, interferon alfa, o transplante alogênico de medula óssea e a terapia paliativa estão disponíveis no SUS.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 21.387,92

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O ponatinibe é um inibidor de tirosina quinase de terceira geração 500 vezes mais potente que o imatinibe, conforme estudos de inibição fosforilação por ensaio enzimático em linhagens celulares portadoras do gene BCR-ABL1 (8). É indicado para tratamento de LMC em fase crônica, fase acelerada ou crise blástica que sejam intolerantes ou resistentes aos TKI de segunda geração (i.e., nilotinibe e dasatinibe) ou que apresentem a mutação T315I, na dose inicial de 45 mg/dia, entre pacientes que apresentem resposta ótima é recomendada a redução da dose para 15 mg/dia (7,8).

Sua eficácia foi avaliada entre pacientes com LMC ou LLA Ph1+ resistentes a terapia com nilotinibe ou dasatinibe, toxicidade inaceitável aos TKI de segunda geração ou que apresentam a mutação T315I, em ensaio clínico de fase 2, o estudo PACE (9). Entre outros critérios de inclusão estavam ECOG 0 a 2, função renal e hepática adequadas, intervalo QTc normal e ausência de história pessoal de pancreatite (9). Neste estudo aberto, 350 pacientes com LMC receberam ponatinibe na dose de 45 mg uma vez ao dia e foram avaliados para o desfecho primário de resposta citogenética maior em 12 meses (MCyR) e resposta hematológica maior (MaHR) em 6 meses de tratamento (9). A MCyR é definida pela presença de < 35% de cromossomo Philadelphia em 20 metáfases analisadas por cariótipo convencional, já a MaHR é definida por hemograma completo convencional com leucograma normal, < 20% de basófilos e > 100.000 plaquetas (9). Após seguimento mediano de 15 meses, 56% dos pacientes atingiram resposta citogenética maior, enquanto 46% atingiram resposta citogenética completa. Entre os pacientes portadores da mutação T315I, 70% apresentaram resposta citogenética maior e 56% apresentaram resposta citogenética completa (9). Em seguimento publicado 5 anos após a publicação original (10), a sobrevida geral reportada foi 73% (IC95% 66 a 79%) em 5 anos e, entre respondedores, a probabilidade de seguir em MCyR foi de 82% (IC95% 74 a 88%) em 5 anos. Interessantemente, reduções de dose do ponatinibe ocorreram em 55% dos pacientes incluídos no estudo, com mediana para redução de dose ocorrendo em 2,3 meses. Entre pacientes que reduziram a dose, 90% mantiveram a resposta atingida após 40 meses de seguimento (10).

Efeitos adversos comuns deste medicamento são mielossupressão, rash cutâneo, pele seca, dor abdominal geralmente nos primeiros 2 meses de uso do medicamento (8). Pacientes que apresentem sinais de insuficiência cardíaca, hepatopatia, trombozes venosas e oclusões arteriais devem ser monitoradas uma vez que efeitos adversos dessa natureza podem ocorrer entre pacientes tratados com ponatinibe e, inclusive, levar o paciente a óbito (8). Durante a observação do estudo PACE, eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e vasculares periféricos ocorreram em 7%, 3% e 5% dos casos (2,9,10). A ocorrência destes eventos parece ter relação com a dose do medicamento, sua frequência foi 1,75 vezes maior entre pacientes que estavam utilizando doses de 45 mg/dia.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: resposta hematológica maior (MaHR) e resposta citogenética maior (MCyR), e controle da doença a longo prazo.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: CLORIDRATO DE PONATINIBE

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: Apesar de ser terapia onerosa, ela teve sua incorporação recomendada por países com sistema de saúde semelhantes ao brasileiro. A dose de 45 mg/dia solicitada pela parte autora apresenta alto custo diário (aproximadamente R\$ 712,93 /dia), no entanto, a dose de 15 mg, que é, inclusive, recomendada pelo fabricante para respondedores (7), tem custo diário de R\$ 315,93/dia semelhante a terapias já fornecidas ao paciente como o dasatinibe (R\$ 366,40/dia) e nilotinibe (R\$ 466,00/dia). Embora não exista evidência de mutação T315I no caso em tela é pertinente mencionar que alternativas terapêuticas como transplante de medula óssea é inadequada para o caso em tela (tendo em vista ECOG e idade avançada) e outros medicamentos como bosutinibe e asciminib não estão disponíveis atualmente no Brasil.

Recomendamos revisão do caso em tela conforme descrito a seguir para que a terapia não se prolongue de maneira inapropriada. Primeira revisão, em 3 meses do início do tratamento, com Hemograma Completo, uma vez que pacientes que não apresentem critérios para Resposta Hematológica Completa em 3 meses devem ter o tratamento descontinuado por falta de eficácia. Do contrário o tratamento deve ser mantido e reavaliado em 6 meses de tratamento, para ajuste de dose (redução para 15 mg/dia) caso apresenta resposta objetiva ao cariótipo ou PCR quantitativo para BCR-ABL1 compatível com resposta citogenética maior ou resposta mais profunda.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. [Chronic Myeloid Leukemia | Rüdiger Hehlmann | Springer \[Internet\]. \[citado 20 de outubro de 2021\]. Disponível em: https://www.springer.com/gp/book/9783030719128](https://www.springer.com/gp/book/9783030719128)
2. [Jabbour E, Kantarjian H. Chronic myeloid leukemia: 2020 update on diagnosis, therapy and monitoring. Am J Hematol. junho de 2020;95\(6\):691–709.](#)
3. [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT \[Internet\]. Ministério da Saúde. \[citado 26 de agosto de 2021\]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt)
4. [Hochhaus A, Baccarani M, Silver RT, Schiffer C, Apperley JF, Cervantes F, et al. European LeukemiaNet 2020 recommendations for treating chronic myeloid leukemia. Leukemia. abril de 2020;34\(4\):966–84.](#)
5. [Cortes J, Jabbour E, Kantarjian H, Yin CC, Shan J, O'Brien S, et al. Dynamics of BCR-ABL kinase domain mutations in chronic myeloid leukemia after sequential treatment with multiple tyrosine kinase inhibitors. Blood. 1o de dezembro de 2007;110\(12\):4005–11.](#)
6. [O'Hare T, Walters DK, Stoffregen EP, Jia T, Manley PW, Mestan J, et al. In vitro activity of Bcr-Abl inhibitors AMN107 and BMS-354825 against clinically relevant imatinib-resistant Abl kinase domain mutants. Cancer Res. 1o de junho de 2005;65\(11\):4500–5.](#)
7. [Bula Profissional da Saude Iclusig.pdf \[Internet\]. \[citado 16 de janeiro de 2022\]. Disponível em: https://www.pint-pharma.com/images/pint/Bula_Profissional_da_Saude_Iclusig.pdf](https://www.pint-pharma.com/images/pint/Bula_Profissional_da_Saude_Iclusig.pdf)
8. [Ponatinib: Drug information - UpToDate \[Internet\]. \[citado 23 de outubro de 2021\]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ponatinib-drug-information?search=clusig&source=panel_search_result&selectedTitle=1~25&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ponatinib-drug-information?search=clusig&source=panel_search_result&selectedTitle=1~25&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1)

9. Cortes JE, Kim D-W, Pinilla-Ibarz J, le Coutre P, Paquette R, Chuah C, et al. A phase 2 trial of ponatinib in Philadelphia chromosome-positive leukemias. *N Engl J Med*. 7 de novembro de 2013;369(19):1783–96.
10. Cortes JE, Kim D-W, Pinilla-Ibarz J, le Coutre PD, Paquette R, Chuah C, et al. Ponatinib efficacy and safety in Philadelphia chromosome-positive leukemia: final 5-year results of the phase 2 PACE trial. *Blood*. 26 de julho de 2018;132(4):393–404.
11. Hirt C, Iannazzo S, Chirolu S, McGarry LJ, le Coutre P, Stenke L, et al. Cost Effectiveness of the Third-Generation Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) Ponatinib, vs. Second-Generation TKIs or Stem Cell Transplant, as Third-Line Treatment for Chronic-Phase Chronic Myeloid Leukemia. *Appl Health Econ Health Policy*. agosto de 2019;17(4):555–67.
12. Pandor A, Stevenson M, Stevens J, James MM-S, Hamilton J, Byrne J, et al. Ponatinib for Treating Chronic Myeloid Leukaemia: An Evidence Review Group Perspective of a NICE Single Technology Appraisal. *PharmacoEconomics*. agosto de 2018;36(8):903–15.
13. ponatinib (Iclusig) [Internet]. Scottish Medicines Consortium. [citado 24 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/ponatinib-iclusig-fullsubmission-103215/>
14. pcodr ponatinib iclusig cml all in rec.pdf [Internet]. [citado 24 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pcodr/pcodr_ponatinib_iclusig_cml_all_in_rec.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 portador de Leucemia Mieloide Crônica, diagnosticada em 2014, tendo sido submetido a tratamento com imatinibe, conforme prontuário médico fornecido, apenas em julho de 2019. Apresentou resposta adequada ao tratamento com Resposta Hematológica Completa em aproximadamente 1 mês de terapia, no entanto teve o tratamento suspenso ao apresentar citopenia e cromossomo Philadelphia adicional, o que caracteriza falha terapêutica. Foi iniciado então tratamento de segunda linha com nilotinibe, em dezembro de 2019, porém apresentou recaída citogenética documentada em março de 2021. Houve então troca do TKI de segunda geração com introdução do tratamento com dasatinibe em julho de 2021, na dose de 140 mg/dia, que foi suspenso também por citopenias em agosto do mesmo ano. Atualmente encontra-se em crise blástica da doença com > 20% de blastos em sangue periférico e apresentando demanda de transfusão de concentrados de hemácias. A LMC é neoplasia de células tronco hematopoiéticas resultante da translocação dos braços longos dos cromossomos 9 e 22, a t(9;22)(q34;q11), também conhecido como cromossomo Philadelphia, que resulta na formação do gene de fusão BCR-ABL1 que apresenta atividade de tirosino quinase de maneira continuada (1). Entre os achados clínicos sugestivos desta patologia estão leucocitose acompanhada de eosinofilia e basofilia, presença de “desvio à esquerda” na leucometria, que pode incluir blastos e as formas “intermediárias” da série granulocítica neutrofílica (pró-mielócitos, mielócitos, metamielócitos, bastonados e segmentados), esplenomegalia, anemia em graus variados, plaquetose e plaquetopenia. A maioria (90%) dos pacientes recebem diagnóstico na chamada fase crônica (LMC-FC), e 40% destes pacientes descobrem a doença ao realizar um hemograma fortuitamente. A incidência anual estimada desta patologia é de 1-2 casos por 100.000 adultos segundo estimativas internacionais (2), afetando homens com maior frequência que mulheres, e a mediana de idade

ao diagnóstico é de 57-59 anos (3,4). No Brasil, no ano de 2019, foram registrados 127.134 procedimentos de quimioterapia para LMC em adultos, de maneira que se estimou uma prevalência de cerca de 15.892 casos no país naquele ano (3).

A história natural da progressão da doença é sabida. A duração da fase crônica pode ser longa e de curso indolente (3), a fase acelerada da LMC (LMC-FA) e a crise blástica (LMC-CB) são formas mais agressivas e apresentam risco para desfechos negativos, inclusive óbito. A duração mediana da LMC-FA é de 1-1,5 anos até progressão ou óbito e da LMC-CB é de 6 meses até progressão ou óbito. O advento dos inibidores de tirosino quinase (imatinibe, dasatinibe, nilotinibe, bosutinibe) revolucionou o tratamento da LMC. Pacientes que, até o final do século passado, apresentavam uma expectativa de vida de 20% em 10 anos, passaram a apresentar uma expectativa de vida de 80-90% em 10 anos (2).

Entre os pacientes tratados em primeira linha com imatinibe, 10-15% terão tratamento suspenso por intolerância e 20-25%, por não atingirem critérios de resposta ótimos, conforme consenso do European Leukemia Net (ELN) (1,4). A monitorização de resposta ao tratamento, se dá por hemogramas seriados, análise de cariótipo e quantificação de transcritos BCR-ABL1 por método de reação em cadeia de polimerase quantitativa (PCR) avaliados conforme a escala internacional (IS). Defini-se como falha de tratamento, para pacientes em fase crônica, > 10% de transcritos BCR-ABL1 após 6 meses de tratamento, > 1% de transcritos BCR-ABL1 após 12 meses de tratamento e a qualquer momento após isso se > 1% de transcritos BCR-ABL1, surgimento de mutações que conferem resistência ao inibidor de tirosino quinase em uso ou surgimento de alterações citogenéticas adicionais de alto risco para progressão (a saber cromossomo Philadelphia adicional, +8, i(17p), abn(3q26), +19, -7/7q-, 11q23).

Em caso de falha terapêutica, definida pelos critérios acima, é conduta recomendada que a escolha do TKI subsequente seja baseada no perfil de efeitos adversos e no perfil de mutações do domínio quinase (KD) do gene BCR-ABL1 (1,2,4,5). A maioria das mutações do BCR-ABL1 KD são tratáveis com ITKs de segunda geração, com exceção da mutação do T315I, sensível apenas ao ponatinibe (2,4). A identificação desta mutação é evento raro; em estudo que seguiu 112 pacientes com histórico de LMC com critério para resistência para pelo menos 1 TKI, 59% apresentavam mutações do sítio BCR-ABL1 KD, sendo destes 15% eram mutação do gene T315I (5).