

Nota Técnica 80850

Data de conclusão: 15/06/2022 16:00:48

Paciente

Idade: 61 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Bagé/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Bagé

Tecnologia 80850

CID: C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal

Diagnóstico: Neoplasia maligna do rim

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: Caduco/Cancelado

Nome comercial: -

Princípio Ativo: MALATO DE SUNITINIBE

Via de administração: VO

Posologia: sunitinibe 50 mg. Tomar 1 cp via oral 1x/dia, por 2 semanas e 1 semana de descanso.

Uso contínuo? -

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? Sim

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: MALATO DE SUNITINIBE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Contudo, esclarece-se que para o tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde, não há uma lista específica de medicamentos, uma vez que o cuidado ao paciente deve ser feito de forma integral nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Nesses estabelecimentos de saúde, o fornecimento de medicamentos é feito via autorização de procedimento de alta complexidade (APAC), conforme os procedimentos tabelados. Assim, esses hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente, sendo ressarcidos pelo gestor federal quando da realização dessa assistência, inclusive farmacêutica, de acordo com valores pré-estabelecidos na Tabela de Procedimentos do SUS.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: MALATO DE SUNITINIBE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 18.142,81

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: MALATO DE SUNITINIBE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: MALATO DE SUNITINIBE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O sunitinibe inibe múltiplos receptores tirosina quinase que implicam no crescimento tumoral, na angiogênese patológica e na progressão metastática do câncer. Com isso, diminui o crescimento das células neoplásicas (6). Dessa forma, é indicado para o tratamento de tumor estromal gastrointestinal (GIST), de carcinoma metastático de células renais (CCRm) e de tumores neuroendócrinos pancreáticos não ressecáveis.

A segurança e eficácia do medicamento foram avaliadas em estudo multicêntrico, randomizado de fase III, comparando sunitinibe vs. interferon- α (IFN- α). Foram incluídos 750 pacientes com razão de alocação 1:1, com idade maior ou igual a 18 anos, ECOG 0 ou 1, diagnosticados com carcinoma de células renais metastático (CCRm) e caracterizados histologicamente como carcinoma renal de células claras (CRCC) virgens de tratamento. O sunitinibe foi associado a maior sobrevida livre de progressão (SLP) (11 vs. 5 meses; HR 0,53; $P < 0,001$) e taxa de resposta objetiva (47% vs. 12%). A sobrevida global (SG) (26,4 vs. 21,8 meses; HR 0,82; IC95% 0,67 a 1,01; $P = 0,051$) na análise primária (teste log-rank não estratificado) não apresentou diferença estatisticamente significativa. Quando ajustada pelo teste log-rank estratificado, foi observada significância estatística, embora limítrofe (HR 0,818; IC95% 0,67 a 0,99; $P = 0,049$). A proporção de pacientes com fadiga relacionada ao tratamento de grau 3 ou 4 foi significativamente maior no grupo tratado com IFN- α , enquanto a diarreia foi mais frequente no grupo sunitinibe ($P < 0,05$). Os pacientes do grupo sunitinibe relataram uma qualidade de vida significativamente melhor do que os pacientes do grupo IFN- α ($P < 0,001$) (7,8).

Foi realizada metanálise com o objetivo de comparar a eficácia e a segurança dos tratamentos de primeira linha para CCRm. Onze ECRs foram incluídos, com um total de 7.597 pacientes em doze diferentes braços de tratamento. Constatou-se que sunitinibe teve uma SLP significativamente maior do que o IFN- α (diferença média padronizada [DMP] = -5,68; IC95%: -10,76 a -0,86; $P < 0,001$) e placebo (DMP = -6,71; IC95%: -12,65 a -0,79; $P < 0,001$) e uma maior probabilidade de apresentar melhor SLP e de ser mais seguro entre os tratamentos de primeira linha avaliados no estudo (IFN- α , pazopanibe, bevacizumabe + IFN- α , tensirolimo + bevacizumabe, sorafenibe, tivozanibe e axitinibe) (9).

Embora a eficácia do sunitinibe tenha sido validada por inúmeros ECRs, o tratamento crônico com o sunitinibe, como solicitado pelo caso em tela, ainda levanta questões sobre sua segurança. Em estudo de acesso expandido para tratamento do CCRm, os resultados mostraram ausência de toxicidades graves cumulativas e eventos adversos inesperados relacionados ao tratamento a longo prazo com sunitinibe (10).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: aumento de sobrevida livre de progressão com melhora na qualidade de vida em pacientes com boa reserva funcional (ECOG 0-1), quando comparado com interferon- α .

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: MALATO DE SUNITINIBE

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: O uso de sunitinibe como terapia sistêmica em pacientes com carcinoma renal de células claras metastático mostra aumento do tempo de sobrevida livre de progressão quando comparado ao uso de interferon- α , estando esta associada com a melhora da qualidade de vida destes pacientes. Em função disso e também do fato de ter sido considerado custo-efetivo há recomendação favorável da CONITEC à sua incorporação ao SUS. Sugerimos que seu uso seja condicionado ao informe regular quanto à progressão da doença, bem como quanto à toxicidade do tratamento, no 28º dia dos ciclos 1 a 4 e, após, a cada dois ciclos.

Entretanto, cabe ressaltar que o pazopanibe encontra-se na mesma condição do sunitinibe, com eficácia semelhante e custo menor, resultando em menor razão de custo-efetividade incremental e, conseqüentemente, menor impacto orçamentário.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Renal Cell Carcinoma [Internet]. DynaMed [acesso em fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/renal-cell-carcinoma>.
2. Wünsch-Filho V. Insights on diagnosis, prognosis and screening of renal cell carcinoma. São Paulo Medical Journal. 2002; 120(6).
3. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Kidney Cancer. Version 2. 2020 [acesso em fevereiro de 2021]. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PD.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.440, de 16 de dezembro de 2014. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Células Renais [acesso em 15 de novembro de 2020]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/ddt_Carcinoma-CelRenais_2014.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Conitec no 406: Sunitinibe ou pazopanibe para o tratamento de pacientes portadores de carcinoma renal de células claras metastático.

2018 [acesso em fevereiro de 2021]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_SunitinibeePazopanibe_CarcinomaRenal.pdf.

6. Laboratórios Pfizer. Sutent. Bula do Profissional [acesso em fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inli>.
7. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson D, Bukowski RM, Rixe O, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2007.356:115-124.
8. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Oudard S, et al. Overall survival and updated results for sunitinib compared with interferon alfa in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 2009.27(22): 3584–3590.
9. Chang X, Zhang F, Liu T, Yang R, Ji C, Zhao X, et al. Comparative efficacy and safety of first-line treatments in patients with metastatic renal cell cancer: a network meta-analysis based on phase 3 RCTs. *Oncotarget*. 2016.7(13):15801-10.
10. Gore ME, Szczylik C, Porta C, Bracarda S, Bjarnason GA, Oudard S et al. Final results from the large sunitinib global expanded-access trial in metastatic renal cell carcinoma. *Br J Cancer*. 2015. 113, 12–19.
11. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Sunitinib for the first-line treatment of advanced and/or metastatic renal cell carcinoma. [acesso em 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta169>.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico, a parte autora possui diagnóstico de neoplasia maligna de rim metastático para pulmões e fígado (estágio IV), diagnosticada em agosto de 2020. Para seu tratamento pleiteia, como tratamento quimioterápico de primeira linha, o medicamento sunitinibe.

O carcinoma de células renais (CCR) é o tipo mais comum de neoplasia de rim, correspondendo a cerca de 90% dos casos. Entre estes, o tipo histológico mais comum é o carcinoma de células claras (CRCC). Representa 2 a 3% das neoplasias malignas do adulto e sua incidência anual tem aumentado mundialmente. No Brasil, a incidência é de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes nas regiões mais desenvolvidas. Os fatores de risco mais comuns incluem tabagismo, hipertensão, obesidade e fatores de risco genéticos, como a doença de von Hippel-Lindau. Atualmente, a maioria dos CCRs são descobertos incidentalmente em exames de imagem realizados por razões urológicas ou não e os principais sintomas são dor lombar, hematúria e massa abdominal (1–3). A sobrevida em 5 anos para doença metastática é de 12% e a sobrevida global pode chegar a 29 meses com tratamentos mais recentes.

O tratamento sistêmico de pacientes com recidivas e metástase pode envolver medicamentos como citocinas (IFN- α e IL-2), sunitinibe e pazopanibe, entre outros agentes antiangiogênicos e

inibidores da via de sinalização mTOR (3,4,5).