

Nota Técnica 90297

Data de conclusão: 16/08/2022 15:19:58

Paciente

Idade: 37 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Sapiranga/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 Novo Hamburgo

Tecnologia 90297

CID: C81.1 - Doença de Hodgkin, esclerose nodular

Diagnóstico: Linfoma de Hodgkin, Esclerose Nodular

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico, exame anatomopatológico (de 2019 e 2021 - recaída) além de PET-CT Oncológico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: PEMBROLIZUMABE

Via de administração: IV

Posologia: pembrolizumabe 25 mg/mL - aplicar 400 mg (4 ampolas) a cada 6 semanas por 24 meses

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: 24 mês(es)

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: PEMBROLIZUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: o SUS tem disponíveis diversos fármacos quimioterápicos que podem ser utilizados no tratamento do LH, como radioterapia, também o transplante de medula óssea alogênico [\(1\)](#), assim como medidas de suporte e terapia paliativa

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 12.911,04

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O pembrolizumabe é um anticorpo monoclonal, que é um tipo de proteína concebida para reconhecer e ligar-se a uma estrutura específica (chamada antígeno), que se encontra em determinadas células do organismo. O pembrolizumabe bloqueia a ligação entre PDL-1 (programmed cell death 1) e seus ligantes, ativando linfócitos T citotóxicos e exercendo efeito terapêutico ao facilitar a imunidade antitumoral.

Em ensaio clínico de fase 2 (denominado Keynote-087), Chen e colaboradores avaliaram a eficácia do pembrolizumabe no tratamento de LH refratário ou recorrente [\(5,6\)](#). A maioria dos participantes era refratária a três ou mais linhas de tratamento quimioterápico (não se esclarece a quais esquemas especificamente) e apresentava boa reserva funcional (ECOG 0-2). Foi critério de exclusão o uso prévio de medicamentos anti-PD-1. Os 210 participantes foram tratados com pembrolizumabe 200 mg ao dia a cada três semanas por até 24 meses. Não houve grupo controle, ou comparador. Após 2 anos de seguimento do estudo [\(6\)](#), 79% dos pacientes descontinuaram o tratamento do estudo, sendo as causas mais comuns progressão da doença (n=81, 44%), resposta completa (n=28, 13,3%) e eventos adversos (n=18, 8,6%). Entre todos os pacientes arrolados no estudo a taxa de resposta geral foi 71% e a taxa de resposta completa foi 27,6%. A sobrevida livre de progressão mediana foi 13,7 meses (IC95% 11,1 a 17 meses) e a sobrevida geral em 2 anos de seguimento estimada foi 90,9%. O evento adverso imunomediado mais frequente foi hipotireoidismo (15,7%). Dentre os eventos adversos graves, destaca-se neutropenia (grau 1 ou 2, 2,9% e grau 3, 2,4%), rash cutâneo (grau 1 a 2, 11%) e diarreia (grau 1 a 2, 7,1% e grau 3, 1,4%) [\(6\)](#). Avaliação concomitante a qualidade de vida dos participantes do estudo foi realizada [\(7\)](#) através das escalas EQ-5D e EORTC QLQ C30, durante recrutamento, a 3 semanas, 6 semanas, 9 semanas, 12 semanas e posteriormente a cada 3 meses até descontinuação do tratamento. Na coorte geral (n=206) de pacientes avaliados, em 12 semanas de seguimento ocorreu uma melhora na impressão de saúde global médio de 10,9 pontos (10 é considerado um ponto de coorte clinicamente relevante). No entanto 10-25% dos pacientes avaliados apresentaram piora da qualidade de vida pela escala 5Q-5D VAS [\(7\)](#).

Ensaio clínico randomizado de fase 3 comparou pembrolizumabe (anti-PD1, 200 mg a cada 3 semanas por até 35 ciclos) com brentuximabe vedotina (BV, anti-CD30 conjugado a caliqueamicina, 1,8 mg/Kg a cada 3 semanas por até 35 ciclos) entre pacientes com LH recaído ou refratário não candidatos a TATCH ou que apresentaram recaída após o TATCH [\(8\)](#). Trezentos e trinta e oito pacientes foram submetidos a randomização, aproximadamente 40% dos pacientes eram refratários (i.e. persistiam com doença detectável ao término na 1ª linha) e ~28% apresentavam recaída da doença menos de 12 meses do término da terapia, sendo que a maioria dos pacientes receberam pelo menos 2 linhas prévias de tratamento (~80%) [\(8\)](#). Resposta clínica objetiva foi observada em 68,2% (IC95% 60,1 a 75,5%) dos pacientes que receberam pembrolizumabe e 60,1% (IC95% 51,9 a 67,9%) que receberam BV. A mediana de sobrevida livre de progressão no grupo PD-1 foi 13,2 meses e 8,3 meses no grupo BV, HR 0,65

(IC95% 0,48 a 0,88, P=0,0027), o desfecho sobrevida geral não foi reportado.

Com base na prescrição médica e após pesquisa à tabela CMED em junho de 2022, foi elaborada a tabela acima com o custo de um ano de tratamento.

A incorporação do pembrolizumabe ao National Institute of Health Care and Excellence (NICE) britânico para o tratamento de LH é restrita às seguintes condições: pacientes em recaída após TMO autólogo que não receberam brentuximabe vedotina ou para pacientes submetidos a duas linhas de tratamento prévio e não podem receber TATCH e obtenção de pembrolizumabe mediante acordo comercial (patient access scheme, PAS) com redução do preço do medicamento (9). O Scottish Medical Consortium e o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (10,11) apresentam restrições semelhantes e da mesma forma requerem negociação do custo do medicamento para melhora da razão de custo efetividade incremental apresentada para incorporação da medicação ao sistema de saúde.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: maior controle da doença de base, benefício incerto frente a sobrevida livre de progressão quando comparado com opções disponíveis no SUS.

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

Conclusão

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Justifica-se parecer desfavorável por dois motivos principais:

1. Apesar da limitação dos dados atualmente disponíveis (dados disponíveis de estudos de fase 2 ou comparação em fase 3 com BV apenas), é razoável supor que pembrolizumabe apresente benefício clínico para casos refratários a duas linhas de terapia. Todavia, não há estudo comparando diretamente a eficácia da tecnologia com quimioterapia padrão (paciente não foi exposto a gemcitabina ou avaliado para transplante alogênico de medula óssea) e a magnitude do seu efeito é, portanto, incerta.
2. Na ausência de descontos acordados com a empresa, o fármaco possui um custo excessivo e seu impacto orçamentário, mesmo em uma decisão isolada, é elevado. Em países de alta renda (Reino Unido e Canadá) sua incorporação só foi possível mediante desconto no preço do medicamento para melhora da relação de custo efetividade incremental.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: [1. 20201230_pcdt_linfoma-de-hodgkin.pdf \[Internet\]. \[citado 1o de](#)

- novembro de 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2020/20201230_pcdt_linfoma-de-hodgkin.pdf
2. Townsend W, Linch D. Hodgkin's lymphoma in adults. *Lancet Lond Engl*. 1o de setembro de 2012;380(9844):836–47.
 3. Alinari L, Blum KA. How I treat relapsed classical Hodgkin lymphoma after autologous stem cell transplant. *Blood*. 21 de janeiro de 2016;127(3):287–95.
 4. Gerrie AS, Power MM, Shepherd JD, Savage KJ, Sehn LH, Connors JM. Chemoresistance can be overcome with high-dose chemotherapy and autologous stem-cell transplantation for relapsed and refractory Hodgkin lymphoma†. *Ann Oncol*. 1o de novembro de 2014;25(11):2218–23.
 5. Chen R, Zinzani PL, Fanale MA, Armand P, Johnson NA, Brice P, et al. Phase II Study of the Efficacy and Safety of Pembrolizumab for Relapsed/Refractory Classic Hodgkin Lymphoma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1o de julho de 2017;35(19):2125–32.
 6. Chen R, Zinzani PL, Lee HJ, Armand P, Johnson NA, Brice P, et al. Pembrolizumab in relapsed or refractory Hodgkin lymphoma: 2-year follow-up of KEYNOTE-087. *Blood*. 3 de outubro de 2019;134(14):1144–53.
 7. von Tresckow B, Fanale M, Ardeschna KM, Chen R, Meissner J, Morschhauser F, et al. Patient-reported outcomes in KEYNOTE-087, a phase 2 study of pembrolizumab in patients with classical Hodgkin lymphoma. *Leuk Lymphoma*. novembro de 2019;60(11):2705–11.
 8. Kuruvilla J, Ramchandren R, Santoro A, Paszkiewicz-Kozik E, Gasiorowski R, Johnson NA, et al. Pembrolizumab versus brentuximab vedotin in relapsed or refractory classical Hodgkin lymphoma (KEYNOTE-204): an interim analysis of a multicentre, randomised, open-label, phase 3 study. *Lancet Oncol*. abril de 2021;22(4):512–24.
 9. 1 Recommendations | Pembrolizumab for treating relapsed or refractory classical Hodgkin lymphoma after stem cell transplant or at least 2 previous therapies | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 5 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta772/chapter/1-Recommendations>
 10. Pembrolizumab (Keytruda) [Internet]. Scottish Medicines Consortium. [citado 5 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/pembrolizumab-keytruda-fullsubmission-129618/>
 11. Pembrolizumab (Keytruda) classical Hodgkin Lymphoma – Details | CADTH [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.cadth.ca/pembrolizumab-keytruda-classical-hodgkin-lymphoma-details>

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 portadora de Linfoma de Hodgkin diagnosticado em 2019, sendo submetida a tratamento em primeira linha com o protocolo ABVD (doxorubicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina), que se encerrou em fevereiro de 2020. Apresentou critérios para refratariedade e recebeu poliquimioterapia ICE (ifosfamida, carboplatina e etoposídeo) por dois ciclos, atingiu remissão e foi submetida a um transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (TACTH) em setembro de 2020. Em maio de 2021 apresentou nova recidiva, desta vez recebeu modalidade de terapia combinada com radioterapia e brentuximabe vedotina. Ainda assim, em janeiro de 2022 apresentou nova progressão da doença com lesões neoplásicas identificadas em linfonodos abdominais, parênquima pulmonar e estruturas ósseas. Pleiteia no presente momento o medicamento pembrolizumabe.

O Linfoma de Hodgkin (LH) é um câncer raro do sistema linfático. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o Brasil, foram estimados 1.480 casos novos em homens e 1.050 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019 [\(1\)](#). O LH origina-se por acumulação de linfócitos malignos nos gânglios linfáticos, podendo também atingir o sangue ou infiltrar outros órgãos, para além do tecido linfóide.

Trata-se de uma neoplasia considerada curável na maioria dos casos [\(2,3\)](#). Apesar de uma alta probabilidade de sucesso com o tratamento de primeira linha, cerca de 10-20% dos pacientes com LH desenvolvem recaída ou doença refratária. As opções de tratamento com maior taxa de sobrevida para estes pacientes são altas doses de quimioterapia (do inglês, High Dose ChemoTherapy ou HDCT), utilizando esquemas de poliquimioterapia (como ICE, DHAP, IGEV) seguidos por um transplante autólogo ou alogênico de células-tronco, inclusive no cenário de doença refratária [\(3,4\)](#). Entre pacientes não candidatos a terapias intensivas, quimioterápicos em monoterapia (vinorelbina, doxorrubicina lipossomal, gencitabina, etc) apresentam resultado modesto conforme diversos estudos de braço único (taxas de resposta completa de 14 a 51% e sobrevida livre de progressão mediana de 5-8 meses) [\(3\)](#).