

# Nota Técnica 95424

Data de conclusão: 14/09/2022 16:50:28

## Paciente

---

**Idade:** 87 anos

**Sexo:** Masculino

**Cidade:** Butiá/RS

## Dados do Advogado do Autor

---

**Nome do Advogado:** -

**Número OAB:** -

**Autor está representado por:** -

## Dados do Processo

---

**Esfera/Órgão:** Justiça Federal

**Vara/Serventia:** 4ª Vara Federal de Porto Alegre

## Tecnologia 95424-A

---

**CID:** C61 - Neoplasia maligna da próstata

**Diagnóstico:** Neoplasia maligna da próstata

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** laudo médico, tomografia computadorizada de abdômen e cintilografia óssea

## Descrição da Tecnologia

---

**Tipo da Tecnologia:** Medicamento

**Registro na ANVISA?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Nome comercial:** -

**Princípio Ativo:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Via de administração:** IV

**Posologia:** ácido zoledrônico 4 mg, IV, mensal

**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:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** Cabe destacar que os medicamentos oncológicos não estão previstos nos Componentes da Assistência Farmacêutica. Sua dispensação é feita pela rede credenciada habilitada em oncologia, que é ressarcida através do pagamento por 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 padronização, aquisição e prescrição dos medicamentos oncológicos.

**Existe Genérico?** Sim

**Existe Similar?** Sim

**Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar:** Vide a tabela CMED

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

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

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

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

---

**Tecnologia:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Dose Diária Recomendada:** -

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

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O ácido zoledrônico é um fármaco pertencente à classe de medicamentos bifosfonatos que atuam especificamente no osso. É um potente inibidor da reabsorção óssea osteoclástica. A ação seletiva dos bisfosfonatos é baseada na sua elevada afinidade por osso mineralizado, mas o mecanismo molecular preciso que conduz à inibição da atividade osteoclástica ainda não é totalmente conhecido (5).

O ácido zoledrônico (4 mg) foi comparado ao placebo em um estudo randomizado de fase 3, envolvendo 422 homens com câncer de próstata e metástase óssea. De acordo com os resultados, o ácido zoledrônico demonstrou uma vantagem significativa sobre o placebo para o tempo médio até o primeiro evento relacionado ao esqueleto (mediana não alcançada para ácido zoledrônico vs. 321 dias para o placebo;  $P=0,011$ ), a proporção de pacientes com um evento relacionado ao esqueleto (SRE, na sigla em inglês) ao longo de 15 meses (33% vs. 44% para placebo;  $P=0,021$ ) e taxa média de morbidade esquelética (número de SREs / tempo, 0,08 vs. 1,49 para placebo;  $P=0,006$ ). Além disso, os efeitos do ácido zoledrônico foram já percebidos após 3 meses, com apenas 12% dos pacientes tratados apresentando um SRE vs. 23% para o grupo placebo ( $P=0,003$ ). Aos 6 meses, as proporções eram 21% vs. 31% para o placebo ( $P=0,025$ ). Os escores de dor e uso de analgésicos foram maiores em pacientes que receberam placebo do que em pacientes que receberam ácido zoledrônico, mas não houve diferenças na progressão da doença, status de desempenho ou escores de qualidade de vida entre os grupos. Neste estudo, o ácido zoledrônico foi bem tolerado com um perfil de segurança semelhante a outros bifosfonatos IV (6).

Em contraste, de acordo com os resultados de uma análise combinada de dois estudos multicêntricos, duplo-cegos, randomizados e controlados por placebo em pacientes com câncer de próstata metastático, o pamidronato não foi mais efetivo que o placebo para reduzir proporção de pacientes com SRE (semana 9 de tratamento: 12% vs. 11% para placebo; semana 27: 25% vs. 25% para placebo). Também não houve diferença significativa entre os grupos de pamidronato e placebo na redução de dor e uso de analgésico (7).

O ácido zoledrônico é comercializado por cinco diferentes laboratórios farmacêuticos no Brasil. Em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA realizada em maio de 2021, considerando a alternativa mais econômica e a posologia prescrita no processo, foi elaborada a tabela acima. Não encontramos estudos de custo-efetividade para o uso de ácido zoledrônico na condição em questão para a realidade brasileira e de outros países como o Canadá pela Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) e Reino Unido pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** diminuição de eventos relacionados a metástases ósseas e melhora da dor relacionada às metástases.

## **Conclusão**

---

**Tecnologia:** ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

**Conclusão Justificada:** Favorável

**Conclusão:** As evidências disponíveis demonstram benefício clínico do medicamento pleiteado para a condição do caso em tela. Além disso, a recomendação do medicamento ácido zoledrônico está citada pelas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata de Outubro de 2015 (4). Assim, conclui-se que há elementos técnicos para sustentar a indicação de ácido zoledrônico para o caso em análise na presente solicitação.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:**

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage na internet]. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
2. Jonathan L Wright. Prostate cancer in older men. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2019.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424.
4. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT\\_Adenocarcinomadeprostata\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP.pdf)
5. Laboratórios Novartis®. Zometa. Bula do Profissional.
6. Saad F, Gleason D M, Murray R, Tchekmedyian S, Venner P, Lacombe L et al. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone refractory metastatic prostate carcinoma. Jour National Cancer Institute. 2002; 94 (19):1458-68.
7. Small EJ, Smith MR, Seaman JJ et al. Combined analysis of two multicenter, randomized, placebo-controlled studies of pamidronate disodium for the palliation of bone pain in men with metastatic prostate cancer. Journal of Clinical Oncology. 2003; 21(23):4277–4284.

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

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS-UFRGS

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

**Outras Informações:** A parte autora apresenta laudos médicos informando ser portador de neoplasia maligna da próstata com metástases ósseas. Atualmente vem apresentando dor secundária as metástases ósseas. Já foi tratado com bloqueio hormonal (ciproterona e goserrelina) com progressão da doença, sendo considerado, então, refratário à castração. Neste contexto, pleiteia o uso dos fármacos abiraterona e ácido zoledrônico. Esta nota técnica será acerca do pleito de ácido zoledrônico.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata é o mais comum entre homens (1). Em 2020, estima-se que ocorreram 65.840 novos casos (ou seja, 30% do total de neoplasias em homens) e 15.391 óbitos relacionados ao tumor. A maioria dos casos é diagnosticado e tratado enquanto a doença está localizada à próstata; contudo, alguns pacientes evoluirão para metástases à distância (2). De fato, o diagnóstico de câncer de próstata localizado ocorre aos 66 anos de idade em média e o diagnóstico de câncer de próstata metastático dá-se em pacientes mais idosos, culminando com elevada mortalidade em maiores de 80 anos. Pacientes com câncer de próstata metastático apresentam sobrevida estimada entre 24 e 48 meses depois do diagnóstico (3). Metástases ósseas representam 90% do total de metástases e acarretam importante impacto na qualidade de vida, causando dor e aumentando o risco de fraturas e compressão de medula óssea.

De acordo com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) do Adenocarcinoma de Próstata, divulgadas pelo Ministério da Saúde em 2016, recomenda-se o uso de bisfosfonatos (inibidores da osteólise) como o ácido zoledrônico (bisfosfonato mais potente do que o pamidronato) no tratamento do câncer metastático com o objetivo de inibir a reabsorção óssea, oferecendo controle das complicações ósseas e, eventualmente, reduzindo a dor(4).

---

## **Tecnologia 95424-B**

---

**CID:** C61 - Neoplasia maligna da próstata

**Diagnóstico:** Neoplasia maligna da próstata

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** laudo médico, tomografia computadorizada de abdômen e cintilografia óssea

---

## **Descrição da Tecnologia**

---

**Tipo da Tecnologia:** Medicamento

**Registro na ANVISA?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Nome comercial:** -

**Princípio Ativo:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Via de administração:** VO

**Posologia:** abiraterona 250 mg. Tomar 4 cp via oral ao dia, uso contínuo.

**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?** Sim

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

**Oncológico?** Sim

### **Outras Tecnologias Disponíveis**

---

**Tecnologia:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** está disponível o quimioterápico docetaxel (4). Contudo, cabe destacar que os medicamentos oncológicos não estão previstos nos Componentes da Assistência Farmacêutica. Sua dispensação é feita pela rede credenciada habilitada em oncologia, que é ressarcida através do pagamento por 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 padronização, aquisição e prescrição dos medicamentos oncológicos.

**Existe Genérico?** Sim

**Existe Similar?** Sim

**Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar:** Vide a tabela CMED

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

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

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

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

---

**Tecnologia:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Dose Diária Recomendada:** -

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

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** Abiraterona age inibindo a síntese de andrógenos e de corticosteróides nas adrenais por meio da inibição seletiva, potente e irreversível da enzima 17 alfa-hidroxilase (CYP17) (5). Tendo em vista que o câncer de próstata tem seu crescimento dependente de estímulo hormonal, a abiraterona apresenta atividade antitumoral (6,7).

Ensaio clínico randomizado (ECR), de fase 3, duplo-cego, multicêntrico, internacional incluiu 1.088 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata não expostos à quimioterapia prévia, como o caso em tela (8,9). Em função dos efeitos adversos importantes da abiraterona, apenas pacientes com boa capacidade funcional foram incluídos: ECOG Performance Status 0 e 1. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: abiraterona+prednisona (n=546) e placebo+prednisona (n=542). Depois do seguimento médio de mais de quatro anos, 96% dos pacientes faleceram. A sobrevida global mediana foi mais longa no grupo manejado com abiraterona do que no grupo que fez uso de placebo (34,7 meses vs. 30,3 meses; RR=0,81, IC95% 0,70-0,93; P=0,0033). A utilização de abiraterona foi associada a maior frequência de efeitos adversos moderados a graves e, conseqüentemente, a descontinuação do tratamento (7% vs. 4%). Entre eles, destacam-se distúrbios cardíacos (8% vs. 4%) e hipertensão (5% vs. 3%).

Revisão sistemática e metanálise de rede avaliou ECRs de fase 3 acerca da combinação de abiraterona ou de docetaxel com terapia de privação hormonal (THP) (10). A partir de 591 referências, foram selecionados cinco ECRs. Ao todo 6.067 pacientes foram incluídos na análise. Dentre eles, 1.181 receberam a combinação docetaxel-THP, 1.557 fizeram uso de abiraterona-THP e 3.329 utilizaram apenas THP. A comparação indireta dos grupos docetaxel-THP e abiraterona-THP não demonstrou benefício estatisticamente significativo em sobrevida global (OR=0,84, IC95% 0,67–1,06). Em função de diferenças substanciais entre perfil de eventos adversos descritos nos ECR incluídos, julgou-se inapropriada a comparação. Dessa forma, segue inconclusivo qual alternativa quimioterápica apresenta maior toxicidade.

Estudos recentes destacam a associação entre abiraterona e eventos cardíacos importantes, como falência cardíaca e taquiarritmias (11). A vigilância farmacêutica francesa divulgou que falência cardíaca e taquiarritmias ocorreram mais rapidamente em pacientes utilizando abiraterona quando comparado a outras terapias de deprivação androgênica: 5,2±0,8 meses e 4,5±0,6 meses vs. 13,3±3,2 meses e 9,2±1,1 meses respectivamente (P<0,05 em ambas comparações) (11). Achados similares foram encontrados pela vigilância farmacêutica europeia: entre janeiro de 2013 e janeiro de 2019, foram reportados 13.562 efeitos adversos decorrentes do uso de abiraterona, dentre eles, 90% foram considerados graves e 14%, fatais (12).

Em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA realizada em maio de 2021 e com os dados de prescrição juntados ao processo, foi elaborada a tabela acima.

Análise de custo-efetividade, adequada ao contexto brasileiro, avaliou o impacto da adição de

quimioterapia ou de abiraterona à terapia de privação hormonal (TPH) (13). Constatou-se que a adição de docetaxel à TPH, em comparação à TPH isolada, representa um custo incremental de R\$ 133.649,22 por QALY, enquanto o uso de abiraterona, combinada à TPH, traz um custo incremental por QALY de R\$ 330.827,70. Concluiu-se que o uso de abiraterona, diferentemente do docetaxel, não é custo-efetivo. Conforme publicado em revisão sistemática, trata-se de uma conclusão alinhada com diferentes análises de custo-efetividade disponíveis na literatura internacional (14).

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** aumento da sobrevida livre de progressão em relação ao placebo, porém sem aparentemente benefício em relação a terapia disponível no SUS (docetaxel).

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

---

## Conclusão

---

**Tecnologia:** ACETATO DE ABIRATERONA

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** Para o caso em tela, há alternativa disponível pelo SUS e recomendada nas DDT, cujo benefício clínico foi evidenciado em ensaios clínicos de elevado grau de evidência (15–17). Além de eficácia comprovada, a quimioterapia paliativa com docetaxel mostrou-se, em estudo adequado à realidade brasileira, custo-efetiva (13).

O paciente é descrito como idoso e frágil na petição inicial. Por esse motivo, foi indicada a abiraterona em detrimento da quimioterapia com docetaxel. Contudo, mesmo envolvendo pacientes com boa reserva funcional, a abiraterona foi associada a importantes efeitos adversos, sugerindo que qualquer restrição ao uso de docetaxel possa estender-se à utilização de abiraterona.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:**

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage na internet]. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
2. Jonathan L Wright. Prostate cancer in older men. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2019.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424.
4. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. 2015 Disponível em:

5. De Bono J, Attard G, Reid A, Parker C, Dowsett M, Mollife R, et al. Anti-tumor activity of abiraterone acetate (AA), a CYP17 inhibitor of androgen synthesis, in chemotherapy naive and docetaxel pre-treated castration resistant prostate cancer (CRPC). *J Clin Oncol*. 2008;26(15):5005–5005.
6. De Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, Fizazi K, North S, Chu L, et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011;364(21):1995–2005.
7. Attard G, Reid A, Yap T. Re: Phase I Clinical Trial of a Selective Inhibitor of CYP17, Abiraterone Acetate, Confirms that Castration-Resistant Prostate Cancer Commonly Remains Hor-mone Driven. *J Clin Oncol*. 2008;26:4563–71.
8. Ryan CJ, Smith MR, Fizazi K, Saad F, Mulders PF, Sternberg CN, et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naive men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol*. 2015;16(2):152–60.
9. Ryan CJ, Smith MR, De Bono JS, Molina A, Logothetis CJ, De Souza P, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med*. 2013;368(2):138–48.
10. Wallis CJ, Klaassen Z, Bhindi B, Goldberg H, Chandrasekar T, Farrell AM, et al. Comparison of abiraterone acetate and docetaxel with androgen deprivation therapy in high-risk and metastatic hormone-naive prostate cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Eur Urol*. 2018;73(6):834–44.
11. Bretagne M, Lebrun-Vignes B, Pariente A, Shaffer CM, Malouf GG, Dureau P, et al. Heart failure and atrial tachyarrhythmia on abiraterone: A pharmacovigilance study. *Arch Cardiovasc Dis*. 2020;113(1):9–21.
12. De Nunzio C, Lombardo R, Tema G, Voglino O, Sica A, Baldassarri V, et al. Adverse events related to abiraterone and enzalutamide treatment: analysis of the EudraVigilance database and meta-analysis of registrational phase III studies. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2019;1–8.
13. Tan PS, Simko S, Barreto CMN, Gutierrez B de S, Giglio A del. Análise de custo-efetividade da adição de abiraterona ou quimioterapia ao tratamento do câncer de próstata metastático hormônio-sensível. *Einstein São Paulo*. 2019;17(2).
14. Norum J, Nieder C. Treatments for metastatic prostate cancer (mPC): a review of costing evidence. *Pharmacoeconomics*. 2017;35(12):1223–36.
15. Kyriakopoulos CE, Chen Y-H, Carducci MA, Liu G, Jarrard DF, Hahn NM, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer: long-term

survival analysis of the randomized phase III E3805 CHAARTED trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(11):1080.

16. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med*. 2015;373(8):737–46.
17. James ND, Sydes MR, Clarke NW, Mason MD, Dearnaley DP, Spears MR, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *The Lancet*. 2016;387(10024):1163–77.

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

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS-UFRGS

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

**Outras Informações:** A parte autora apresenta laudos médicos informando ser portador de neoplasia maligna da próstata com metástases ósseas. Atualmente vem apresentando dor secundária as metástases ósseas. Já foi tratado com bloqueio hormonal (ciproterona e goserrelina) com progressão da doença, sendo considerado, então, refratário à castração. Neste contexto, pleiteia o uso dos fármacos abiraterona e ácido zoledrônico. Esta nota técnica será acerca do pleito da abiraterona.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata é o mais comum entre homens (1). Em 2020, estima-se que ocorreram 65.840 novos casos (ou seja, 30% do total de neoplasias em homens) e 15.391 óbitos relacionados ao tumor. A maioria dos casos é diagnosticado e tratado enquanto a doença está localizada à próstata; contudo, alguns pacientes evoluirão para metástases à distância (2). De fato, o diagnóstico de câncer de próstata localizado ocorre aos 66 anos de idade em média e o diagnóstico de câncer de próstata metastático dá-se em pacientes mais idosos, culminando com elevada mortalidade em maiores de 80 anos. Pacientes com câncer de próstata metastático apresentam sobrevida estimada entre 24 e 48 meses depois do diagnóstico (3). Metástases ósseas representam 90% do total de metástases e acarretam importante impacto na qualidade de vida, causando dor e aumentando o risco de fraturas e compressão de medula óssea.

De acordo com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) do Adenocarcinoma de Próstata, divulgadas pelo Ministério da Saúde em 2016, opções terapêuticas para pacientes com câncer de próstata metastático englobam a hormonioterapia medicamentosa associada ao bloqueio hormonal cirúrgico (4). Embora a hormonioterapia apresente resultados iniciais satisfatórios, trata-se de uma medida paliativa (5). Em pacientes refratários a esses tratamentos e sintomáticos, as diretrizes brasileiras recomendam quimioterapia paliativa com docetaxel associado à prednisona (4). Aos pacientes cuja doença progride em uso de docetaxel, as DDT do Adenocarcinoma de Próstata discorrem sobre alternativas terapêuticas (cabazitaxel associado a prednisona, mitoxantrona, cetocozonazol, abiraterona, enzalutamida, bisfosfonatos e denosumabe) sem recomendações específicas.