Nota Técnica 349503

Data de conclusão: 19/05/2025 11:34:19

Paciente

Idade: 61 anos

Sexo: Masculino

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: 2ª Vara Federal de Pelotas

Tecnologia 349503

CID: C90.0 - Mieloma múltiplo

Diagnóstico: C90.0 Mieloma múltiplo

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: LENALIDOMIDA

Via de administração: Lenalidomida 25 mg - Uso contínuo. Tomar 1 comprimido via oral 1 vez

ao dia, por 21 dias, por 6 cicl

Posologia: Lenalidomida 25 mg - Uso contínuo. Tomar 1 comprimido via oral 1 vez ao dia, por 21 dias, por 6 ciclos (ciclos com duração de 28 dias). Total 21 comprimidos a cada 28 dias

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? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: sim, o SUS dispõe de diversas modalidades de tratamento para a condição do paciente conforme as diretrizes diagnósticas e terapêuticas (DDT) de MM (4,6). Cabe ressaltar que a maioria dos medicamentos oncológicos não estão previstos nos Componentes da Assistência Farmacêutica e não são fornecidos diretamente pelo SUS. Sua dispensação é feita pela rede credenciada habilitada em oncologia, que é ressarcida através da inclusão desses fármacos no 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 aquisição, padronização e prescrição dos medicamentos oncológicos. A talidomida para MM, no entanto, faz parte do Componente Estratégico do MS e é fornecida diretamente aos pacientes que preenchem os critérios da DDT nas farmácias municipais.

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide CMED

Custo da Tecnologia

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
A lenalidomida é um medicamento com ação imunossupressora, possuindo características imunomoduladoras, antiangiogênicas e antineoplásicas por meio de múltiplos mecanismos. Inibe seletivamente a secreção de citocinas pró-inflamatórias, melhora a imunidade mediada por células e inibe o crescimento de células tumorais mielodisplásicas, de MM e de linfoma (7).
O uso da lenalidomida associada à dexametasona foi avaliado em um ensaio clínico randomizado (ECR) de fase 3 que incluiu 351 pacientes com MM recidivante ou refratário (8). Todos os pacientes haviam recebido pelo menos uma terapia anterior e foram randomizados para receber 25 mg de lenalidomida ou placebo nos dias 1 a 21 de um ciclo de 28 dias. Além disso, todos os pacientes receberam 40 mg de dexametasona. Os pacientes continuaram no estudo até a ocorrência de progressão da doença ou efeitos tóxicos inaceitáveis. O desfecho primário foi o tempo para progressão da doença e este foi significativamente maior nos pacientes que receberam lenalidomida vs. grupo placebo: mediana, 11,3 meses vs. 4,7 meses; P<0,001. Resposta completa ou parcial ocorreu em 106 pacientes no grupo lenalidomida (60,2%) vs. 42 pacientes no grupo placebo (24,0%); P<0,001. Além disso, a resposta completa foi observada em 15,9% e 3,4% dos pacientes, respectivamente (P<0,001). A sobrevida geral (SG) também foi maior no grupo lenalidomida (razão de risco para morte, 0,66; P=0,03). Eventos adversos de grau 3 ou 4 que ocorreram em mais de 10% dos pacientes no grupo da lenalidomida foram neutropenia (29,5%, vs. 2,3%), trombocitopenia (11,4% vs. 5,7%) e tromboembolismo venoso (11,4% vs. 4,6%).
Em outro ECR de desenho similar, conduzido na América do Norte (9), a lenalidomida associada à dexametasona foi comparada com placebo e dexametasona. As taxas de resposta geral (61% vs. 19,9%, P<0,001), sobrevida livre de progressão (SLP) (11 meses vs. 4 meses, P<0,001) e SG (29,2 meses vs. 20,2 meses, P<0,001) favoreceram a lenalidomida. Em contrapartida, entre os desfechos de segurança, a lenalidomida apresentou um aumento no índice de neutropenia febril (aumento do risco absoluto de 36,6%) e eventos trombóticos (aumento absoluto do risco de 11,3%).
No seu relatório, a CONITEC realizou ampla revisão da literatura (5). Foram realizadas buscas nas plataformas MEDLINE (via Pubmed), EMBASE, Cochrane Library, Epistemonikos e LILACS. A estratégia de busca localizou 758 publicações e, ao final, foram selecionadas sete

revisões sistemáticas (RS) que satisfizeram a pergunta de pesquisa de maneira indireta, por meio de meta-análise em rede. Ainda, foi realizada uma busca adicional por ECR posteriores à publicação das RS incluídas. Os resultados foram divididos em duas comparações principais: esquemas de dois medicamentos, lenalidomida e dexametasona até progressão da doença (RDc) vs. talidomida e dexametasona até progressão da doença (TDc), e esquemas de três medicamentos, melfalano, prednisona e lenalidomida, seguido de manutenção com lenalidomida (MPR-R) vs. melfalano, prednisona e talidomida, seguido de manutenção com talidomida (MPT-T). Três RS apresentaram resultados de SG e SLP para a combinação RDc vs. TDc. Em relação à SG, as três RS mostraram uma superioridade para o esquema de RDc quando comparado ao TDc. Entretanto, para SLP houve divergência entre os resultados, uma RS não apresentou diferença entre os esquemas, enquanto outras duas RS mostraram superioridade ao esquema RDc quando comparado ao TDc. Na análise de eventos adversos (EA), uma RS mostrou que não houve diferença entre os dois esquemas em relação à descontinuação de tratamento por EA; outra RS mostrou que pacientes tratados com RDc apresentam menor risco para EA neurológicos e hematológicos. Três e cinco RS compararam esquemas MPR-R e MPT-T em relação à SG e SLP, respectivamente. Em nenhuma delas houve diferença entre os dois esquemas. Duas RS apresentaram resultados de EA cujos achados foram que pacientes tratados com MPR-R apresentam menor risco para EA graves, polineuropatia e EA gastrointestinais e maior risco para EA hematológicos (anemia, neutropenia e trombocitopenia). Ao final, a CONITEC considerou que a lenalidomida proporcionou aumento da SG e da SLP (RDc vs. TDc). Quanto aos EA, a lenalidomida apresentou menor risco para eventos neurológicos (RDc vs.TDc) e para polineuropatia (MPR-R vs. MPT-T) graus 3 e 4. Entretanto, a lenalidomida não foi superior à talidomida na taxa de descontinuação de tratamento por EA. A avaliação deve considerar a qualidade da evidência para os desfechos avaliados, que variou de muito baixa a moderada, bem como as evidências apresentadas, as quais são provenientes de revisões sistemáticas com meta-análise em rede para comparações entre lenalidomida e talidomida.

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Anual
LENALIDOMIDA	25 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 21	13	R$ 13.749,87	R$ 178.748,31

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.

A lenalidomida é produzida por diversas empresas na forma farmacêutica de cápsulas duras de 5, 10, 15, 20 e 25 mg. Em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA em julho de 2024 e com os dados de prescrição juntados ao processo, foi elaborada a tabela acima.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do sistema de saúde britânico publicou em 2019 uma avaliação do uso da lenalidomida associada à dexametasona em

pacientes com MM que já haviam recebido pelo menos um tratamento com bortezomibe (10). Neste documento, a lenalidomida com dexametasona é recomendada como uma opção para o tratamento de MM em adultos apenas se: 1- o paciente tiver sido tratado com apenas uma terapia anterior, que inclua bortezomibe, e; 2- a empresa fornecer o medicamento conforme o acordo comercial.
Já o Scottish Medicines Consortium (SMC) recomenda a incorporação da lenalidomida entre pacientes com MM tratados previamente com esquema de quimioterapia baseado em bortezomibe e que tenham intolerância inaceitável ou contraindicação ao uso de talidomida (11).
A CONITEC realizou avaliação econômica da lenalidomida (5) e a efetividade incremental variou de 2,65 anos de vida ganhos (LY) e de 1,66 anos ajustados pela qualidade (QALY) para a comparação RDc vs. TDc, com razão de custo-efetividade incremental (RCEI) de R$ 482.008,72/QALY, e de 0,24 LY e de 0,15 QALY para a comparação MPR-R vs. MPT-T, com RCEI de R$ 2.418.782,83/QALY. O impacto orçamentário incremental acumulado para o período de 2022-2026 teria variação de R$ 176.358.208,00 a R$ 529.074.624,02 para o esquema RDc vs TDc e de R$ 144.447.343,16 a R$ 433.342.029,46 nos diferentes cenários para MPR-R vs. MPT-T.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: aumento da sobrevida geral quando comparado com corticoides em monoterapia.

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

Conclusão

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: A evidência disponível até o momento, sobre a eficácia e segurança de lenalidomida associada à dexametasona no tratamento do MM recidivado, demonstra que este esquema terapêutico aumenta a SLP e a SG em comparação com o uso de dexametasona associada à placebo. Por sua vez, a superioridade da lenalidomida em relação a talidomida, disponível no SUS, é proveniente de meta-análise em rede (comparação indireta), com qualidade da evidência que varia de muito baixa a moderada. Além disso, a CONITEC avaliou o uso desse medicamento para a condição clínica pleiteada e, após análise dos resultados, consulta pública e debate em plenário, emitiu decisão de recomendação de não incorporação do medicamento no sistema público.
No entanto, a decisão favorável ao medicamento pleiteado encontra lastro na excepcionalidade do paciente ter apresentado reação grave à alternativa disponível no SUS (talidomida), impedindo seu uso.
Ressalta-se que há risco de reação alérgica cruzada com o medicamento pleiteado, portanto sugere-se que a equipe assistente informe, após o primeiro ciclo, se o paciente tolerou o medicamento pleiteado, para que seja mantido o seu fornecimento. Na ausência de reação cruzada, recomendamos relatório médico trimestral quanto a tolerância ao tratamento e controle da doença. Nos casos de intolerância ou progressão o tratamento deverá ser interrompido.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Kumar SK, Rajkumar V, Kyle RA, van Duin M, Sonneveld P, Mateos MV, et al. Multiple myeloma. Nat Rev Dis Primer. 20 de julho de 2017;3(1):1–20.
2. Multiple myeloma: Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 08 de fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-clinical-features-laboratory-manifestations-and-diagnosis?search=%20multiple%20myeloma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
3. Multiple myeloma: Prognosis. Dynamed [Internet]. [Citado em 08 de fevereiro de 2023]. Disponível em https://www.dynamed.com/condition/multiple-myeloma#GUID-8874AF5C-5C5A-4E53-ADCF-CFB826D0EFAE
4. ddt_mieloma-multiplo.pdf [Internet]. [citado 20 de março de 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2023/portaria-conjunta-no-27-ddt-mieloma-multiplo.pdf
5. 0210314_Relatorio_701_lenalidomida_inelegiveis_mieloma_multiplo.pdf [Internet]. [citado 20 de março de 2024]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2022/20210314_Relatorio_701_lenalidomida_inelegiveis_mieloma_multiplo.pdf
6. 20220314_Relatorio_702_daratumumabe_mieloma_multiplo.pdf [Internet]. [citado 20 de março de 2024]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2022/20220314_Relatorio_702_daratumumabe_mieloma_multiplo.pdf
7. Lenalidomide: Drug information - UpToDate [Internet]. [citado 20 de março de 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/lenalidomide-drug-information?search=lenalidomide&source=panel_search_result&selectedTitle=1~138&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1
8. Dimopoulos M, Spencer A, Attal M, Prince HM, Harousseau JL, Dmoszynska A, et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed or refractory multiple myeloma. N Engl J Med. 22 de novembro de 2007;357(21):2123–32.
9. Weber DM, Chen C, Niesvizky R, Wang M, Belch A, Stadtmauer EA, et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed multiple myeloma in North America. N Engl J Med. 22 de novembro de 2007;357(21):2133–42.
10. 1 Recommendations | Lenalidomide plus dexamethasone for multiple myeloma after 1 treatment with bortezomib | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 20 de março de 2024]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta586/chapter/1-Recommendations
11. lenalidomide (Revlimid) [Internet]. Scottish Medicines Consortium. [citado 6 de junho de 2022]. Disponível em: https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/lenalidomide-revlimid-nonsubmission-121116/

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Justificativa para a prescrição:
A parte autora apresenta laudo médico informando ser portadora de mieloma múltiplo (MM) IgG kappa em dezembro de 2021, diagnosticado por meio de biópsia e imunofenotipagem de medula óssea. Foi inicialmente tratada com quimioterapia, esquema VCD (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona) de dezembro de 2021 a setembro de 2022, Após, iniciou

manutenção com bortezomibe e, em outubro de 2022, foi então submetida a transplante autólogo de medula óssea. Após o transplante, ficou em remissão clínica até fevereiro de 2024, quando houve o surgimento de novas lesões líticas e aumento do componente monoclonal. Foi iniciado o esquema VTD (bortezomibe, talidomida e dexametasona) no mesmo mês, até abril de 2024, quando foi suspenso devido ao surgimento de reação adversa grave - neuropatia autonômica grau 3. Neste contexto, foi indicado tratamento com lenalidomida.

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de plasmócitos clonais e tipicamente acompanhada pela secreção de imunoglobulinas monoclonais detectáveis no soro ou na urina (1). Os plasmócitos proliferam dentro da medula óssea e provocam lesões específicas em órgãos alvo, como lesões ósseas osteolíticas, fraturas patológicas, anemia ou outras citopenias, hipercalcemia (pela destruição óssea) e insuficiência renal. Pode ser considerada uma doença rara, correspondendo de 1% a 2% de todos os cânceres e aproximadamente 17% das neoplasias hematológicas. Dados epidemiológicos estadunidenses apontam uma incidência de aproximadamente 7 casos a cada 100.000 pessoas/ano. É uma doença mais característica da população idosa, com mediana de idade ao diagnóstico de 65 a 74 anos (2).

O diagnóstico se dá pela suspeita clínica aliada à critérios diagnósticos como evidência de dano em órgãos-alvo que possa ser atribuído à doença proliferativa de plasmócitos acrescido de um ou mais biomarcadores de malignidade - plasmócitos monoclonais na medula óssea ? 60%, relação da cadeia leve afetada versus não afetada ? 100 (desde que a concentração absoluta da cadeia leve afetada seja ? 100 mg/L) e mais de uma lesão focal ?5 mm em exame de ressonância magnética (2). O MM é uma doença heterogênea; alguns pacientes apresentam sintomas rapidamente progressivos e disfunção orgânica, enquanto outros apresentam uma apresentação clínica mais indolente. O prognóstico depende de diversos fatores como o estadiamento da doença, fatores biológicos como anormalidades citogenéticas, fatores clínicos como idade, comorbidades e resposta ao tratamento (3).

Diversos esquemas terapêuticos estão disponíveis para o tratamento específico do MM (1). Como primeira linha, preconiza-se a realização de 3 a 4 ciclos de algum esquema quimioterápico e a realização de Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoéticas (TACTH) para aqueles pacientes elegíveis para o procedimento. No caso de pacientes sem condições clínicas ou muito idosos para tal, a quimioterapia, associada ou não à radioterapia, é a alternativa indicada. Por ocasião da recidiva, estão disponíveis diversas classes de medicamentos que podem ser utilizadas em muitos esquemas terapêuticos.

No Brasil, não existe um esquema preconizado como padrão para a primeira linha de tratamento do MM, mas uma orientação geral de tratamento com uma combinação de medicamentos por 3 a 4 ciclos, com ou sem radioterapia, seguida pela realização do TACTH, para aqueles pacientes elegíveis para tal (4). Dentre os medicamentos disponíveis, hoje se sabe que esquemas que contenham os inibidores de proteassomas (bortezomibe) e imunomoduladores (talidomida) alcançam melhores resultados terapêuticos e sobrevida livre de doença. Para a segunda, terceira ou demais linhas de tratamento, da mesma maneira, inexiste um esquema formalmente indicado, mas sugerem-se combinações de medicamentos que não tenham sido usados em protocolos anteriores.