Nota Técnica 351995

Data de conclusão: 22/05/2025 15:06:39

Paciente

Idade: 29 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Torres/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 351995

CID: C81 - Doença de Hodgkin

Diagnóstico: Doença de Hodgkin

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: NIVOLUMABE

Via de administração: EV

Posologia: nivolumabe 400 mg EV - 1 aplicação a cada 4 semanas, contínuo, por tempo indeterminado.

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? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: NIVOLUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: no caso de LH refratário estão disponíveis medicamentos quimioterápicos, transplante de células tronco hematopoiéticas, anticorpo monoclonal (brentuximabe vedotina), assim como medidas de suporte e terapia paliativa (1).

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: NIVOLUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: NIVOLUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: NIVOLUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
O nivolumabe está indicado para o tratamento de pacientes adultos com LH clássico em recidiva ou refratário após transplante autólogo de células-tronco seguido de tratamento com brentuximabe vedotina (5). Trata-se de um anticorpo monoclonal que age interrompendo especificamente a interação do receptor de morte programada 1 (do inglês, programmed cell death 1 ou PD-1) com seus ligantes (PD-L1 e PD-L2) aumentando a ativação e a proliferação de células imunes e com isso, gerando uma maior resposta do sistema imune as células tumorais (6).
Uma revisão sistemática com metanálise comparou a eficácia dos medicamentos da classe dos inibidores de PD-1 em pacientes com LH refratário ou recidivante (9). A análise incluiu 20 estudos com um total de 1.440 pacientes. Dentre esses estudos, 19 relataram taxa de resposta global (Overall response rate - ORR) como um desfecho clínico de eficácia. A ORR combinada foi de 79% (IC 95%: 73-85). Para o nivolumabe, quando utilizado como monoterapia, a ORR foi de 75% (IC 95%: 67-83). Em contraste, quando o nivolumabe foi combinado com outras terapias, como transplante ou brentuximabe, a ORR aumentou para 85% (IC 95%: 79-90). Em termos de resposta completa , a taxa para a classe dos inibidores de PD-1 foi de 44% (IC 95%: 34-55). Especificamente para o nivolumabe como monoterapia, a resposta completa foi de 32% (IC 95%: 10-59), enquanto a combinação com outras terapias resultou em uma taxa de 65% (IC 95%: 57-72). A taxa de resposta parcial foi de 34% (IC 95%: 26-42) para a classe dos inibidores de PD-1. Para o nivolumabe como monoterapia, a resposta parcial foi de 43% (IC 95%: 16-73), e quando combinado com outras terapias, foi de 19% (IC 95%: 12-28).
Outra revisão sistemática investigou a eficácia do nivolumabe e do brentuximabe vedotina em pacientes com LH refratário ou recidivante (10). Foram incluídos 14 estudos com diferentes abordagens metodológicas. Os resultados para o nivolumabe como monoterapia mostraram uma ORR de 69% a 87,5%, e de 87% quando combinado com quimioterapia. O brentuximabe vedotina como monoterapia, apresentou uma ORR de 64% a 75%, aumentando para 79% a 92,5% quando combinado com quimioterapia. Em três estudos, a combinação de nivolumabe com brentuximabe vedotina resultou em uma ORR de 82% a 89%. Em termos de resposta completa, o nivolumabe em monoterapia teve taxas de 16% a 35,7%, e 57% quando combinado com quimioterapia. O brentuximabe vedotina como monoterapia apresentou resposta completa de 31% a 34%, e entre 49% e 82% quando associado à quimioterapia. Para a combinação de brentuximabe vedotina com nivolumabe, variou de 57% a 73%.
Quanto aos aspectos de segurança, os eventos adversos mais frequentemente relatados com o uso do nivolumabe incluem fadiga (23%), diarreia (15%) e reações à infusão (14%) (6). Outros eventos adversos, como pneumonite, colite, hepatite, disfunção tireoidiana, nefrite e disfunção renal, erupção cutânea, prurido, febre, náusea, diarreia e anormalidades metabólicas também foram observados, mas geralmente são leves. O risco de eventos adversos ao utilizar nivolumabe em combinação com outras terapias é de 99%, enquanto para a monoterapia com nivolumabe é de 93%. Para eventos adversos graves, o risco é de 35% com terapias combinadas envolvendo nivolumabe e de 22% quando utilizado como monoterapia (9).
Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Anual
Nivolumabe	100 MG SOL INJ52 CT 1 FA VD INC X 10 ML		R$ 8.777,29	R$ 456.419,08
Total	R$ 456.419,08			

* 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.

O nivolumabe é produzido e comercializado pela farmacêutica Bristol-Myers Squibb, sob nome comercial Opdivo®, na forma de solução injetável disponível nas concentrações de 40 mg e 100 mg. Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, realizada em abril de 2025 e com os dados de prescrição juntados ao processo, foi elaborada a tabela acima estimando o custo de um ano de tratamento.
A Conitec não dispõe de parecer a respeito do uso de nivolumabe para o tratamento de LH conforme o caso em tela. Da mesma forma, a indicação das outras agências internacionais também se aplicam a uma situação diferente da pleiteada, considerando o tratamento de LH refratário ou recidivante (11, 12).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: possível ganho em sobrevida livre de progressão e discreta superioridade na resposta objetiva quando comparado ao brentuximabe vedotina.

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

Conclusão

Tecnologia: NIVOLUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Inicialmente, cabe contar que a avaliação de manutenção de tratamento já em uso configura uma decisão particularmente complexa. Apesar de avaliarmos o caso individual, entendemos que a conclusão da avaliação técnica deve alicerçar-se fundamentalmente na avaliação de benefícios a partir da literatura médica para pacientes de mesmo cenário clínico candidatos ao tratamento, tanto para questões de efetividade, custo-efetividade, e impacto orçamentário. No caso em tela, temos que a parte autora potencialmente obteve benefícios com uso deste medicamento. No entanto, a evidência disponível sobre o uso de nivolumabe no LH pré-transplante ainda é frágil, oriunda de estudos não comparados, tratando-se, portanto, de prescrição off-label, ou seja, a indicação em registro não compreende a situação específica

que acomete a parte autora. É importante ressaltar, que, assim como para o seu uso, não existem evidências descrevendo os efeitos esperados de sua suspensão.
Também é importante que na avaliação inicial de um tratamento, o potencial benefício de prolongá-lo deve ser contraposto aos altos custos elevados das medicações - o custo do tratamento pleiteado até o momento soma mais de R$ 2,2 milhões, e o custo anual estimado ultrapassa R$ 400.000,00, indicando que, mesmo que se mantenha a resposta completa, o perfil de custo-efetividade da terapia permaneceria acima dos limiares propostos ao sistema público nacional.
Dito isso, o fármaco pleiteado apresenta um perfil de custo-efetividade muito desfavorável - ou seja, o benefício ganho com a sua incorporação não ultrapassa o benefício perdido pelo deslocamento de outras intervenções em saúde que poderiam ser adquiridas com o mesmo investimento, perfazendo portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema. Dessa forma, o impacto orçamentário da terapia pleiteado, mesmo em decisão isolada, é elevado, com potencial de comprometimento de recursos públicos extraídos da coletividade - recursos públicos que são escassos e que possuem destinações orçamentárias com pouca margem de realocação, e cujo uso inadequado pode acarretar prejuízos a toda a população assistida pelo SUS.
Compreende-se o desejo do paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para uma doença grave como o linfoma de Hodgkin. No entanto, frente à estimativa de perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e na ausência de avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, entendemos que se impõe o presente parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Linfoma de Hodgkin no adulto. Brasília, DF; 2020 p. 71.
2. Townsend W, Linch D. Hodgkin's lymphoma in adults. Lancet Lond Engl. 1 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 Off J Eur Soc Med Oncol. novembro de 2014;25(11):2218–23.
5. Divino RV, Antônio CS, Paulo S. Bristol Myers Squibb.
6. Younes A, Santoro A, Shipp M, Zinzani PL, Timmerman JM, Ansell S, et al. Nivolumab for classical Hodgkin's lymphoma after failure of both autologous stem-cell transplantation and brentuximab vedotin: a multicentre, multicohort, single-arm phase 2 trial. Lancet Oncol. setembro de 2016;17(9):1283–94.
7. Ansell SM, Bröckelmann PJ, Von Keudell G, Lee HJ, Santoro A, Zinzani PL, et al. Nivolumab for relapsed/refractory classical Hodgkin lymphoma: 5-year survival from the pivotal phase 2 CheckMate 205 study. Blood Adv. 24 de outubro de 2023;7(20):6266–74.
8. Ansell SM, Lesokhin AM, Borrello I, Halwani A, Scott EC, Gutierrez M, et al. PD-1 Blockade with Nivolumab in Relapsed or Refractory Hodgkin's Lymphoma. N Engl J Med. 22 de janeiro de 2015;372(4):311–9.
9. Sun C, Chen H, Wang Y, Zheng C. Safety and efficacy of PD-1 and PD-L1 inhibitors in

relapsed and refractory Hodgkin's lymphoma: a systematic review and meta-analysis of 20 prospective studies. Hematology. 31 de dezembro de 2023;28(1):2181749.
10. Macapagal SC, Lee H, Abdul Jabbar J, Fjorden AC, Joseph IT, Kaur R, et al. Efficacy of Brentuximab Vedotin and Nivolumab in Refractory or Relapsed Hodgkin Lymphoma: A Systematic Review. Cureus [Internet]. 24 de março de 2022 [citado 25 de julho de 2024]; Disponível em: https://www.cureus.com/articles/87701-efficacy-of-brentuximab-vedotin-and-nivolumab-in-refractory-or-relapsed-hodgkin-lymphoma-a-systematic-review
11. National Institute for Health and Care Excellence. Nivolumab for treating relapsed or refractory classical Hodgkin lymphoma. 2017.
12. PAN-CANADIAN ONCOLOGY DRUG REVIEW. Final Recommendation for Nivolumab (Opdivo) for classical Hodgkin lymphoma (cHL). 2019.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A parte autora apresenta atestado médico (Evento 82, LAUDO2, Página 1) descrevendo ter diagnóstico de linfoma de Hodgkin (CID10: C81.2) estágio IIIA em 2017. Já recebeu tratamento com três esquemas de quimioterapia e não obteve resposta. Em 2019 realizou tratamento com brentuximabe sem atingir remissão da doença. Em agosto de 2019, iniciou tratamento com nivolumabe, obtendo resposta completa na avaliação após 7 ciclos. Nesse contexto, pleiteia continuidade do tratamento com nivolumabe para manutenção da resposta e realização de transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH).
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 (vinorelbine, 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).
O tratamento para LH refratário ou recidivante estão previstos em protocolo do SUS (1), onde são disponibilizados esquemas ICE ou DHAP seguidos por transplante de células-tronco hematopoiéticas, e no caso do paciente apresentar recidiva após o transplante deve-se utilizar brentuximabe vedotina.