Nota Técnica 386889

Data de conclusão: 07/08/2025 16:11:07

Paciente

Idade: 72 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Porto Alegre/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 386889-A

CID: C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas

Diagnóstico: C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas.

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: TREMELIMUMABE

Via de administração: EV

Posologia: Tremelimumabe, na dosagem de 300 mg ev dose única;

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: TREMELIMUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: quimioterapia paliativa com outros medicamentos, tratamento não medicamentoso (por exemplo, radioterapia) e tratamento de suporte.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: TREMELIMUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: TREMELIMUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: TREMELIMUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
O durvalumabe é um anticorpo monoclonal humano que atua como um inibidor do ligante do receptor de morte programada 1 (PD-L1). Ele se liga ao PD-L1 presente nas células tumorais, impedindo sua interação com o T ativadas, impedindo sua interação com o receptor PD-1 nas células T ativadas. Isso resulta na ativação contínua das células T, promovendo uma resposta imunológica antitumoral mais eficaz. Ao bloquear a via de sinalização PD-1/PD-L1, o durvalumabe ajuda a restaurar a capacidade do sistema imunológico de reconhecer e destruir as células cancerígenas, oferecendo potencialmente benefícios terapêuticos para pacientes com diferentes tipos de câncer. Já o tremelimumabe é uma IgG2 humano que bloqueia o antígeno 4 associado a linfócitos T citotóxicos (CTLA-4) (15). CTLA-4 é um regulador negativo da atividade das células T. O tremelimumabe se liga ao CTLA-4 e bloqueia a interação com seus ligantes CD80 e CD86, liberando a inibição da ativação das células T mediada pelo CTLA-4. Em modelos de tumores animais, o bloqueio da atividade de CTLA-4 resultou na diminuição do crescimento tumoral e no aumento da proliferação de células T em tumores.
Não existem estudos que avaliaram a eficácia do tratamento do hepatocarcinoma com durvalumabe e tremelimumabe em segunda ou terceira linha.
Existe, no entanto, estudo randomizado, aberto, multicêntrico que avaliou a eficácia desse tratamento para pacientes com carcinoma hepatocelular que não receberam tratamento anterior sistêmico (primeira linha) (16). O estudo incluiu pacientes com câncer de fígado nos estágios BCLC B (não elegíveis para terapia locorregional) e BCLC C, seguindo critérios de Barcelona e classificação Child-Pugh Classe A. O estudo excluiu pacientes com coinfecção de hepatite viral B e C, sangramento gastrointestinal ativo ou documentado nos últimos 12 meses, ascite necessitando de intervenção não farmacológica nos últimos 6 meses, encefalopatia hepática nos últimos 12 meses antes do início do tratamento, e distúrbios autoimunes ou inflamatórios ativos ou anteriormente documentados. Pacientes com varizes esofágicas foram incluídos, exceto aqueles com sangramento GI ativo ou documentado nos últimos 12 meses antes da admissão ao estudo. A randomização foi estratificada por invasão macrovascular (IMV), etiologia da hepatopatia (vírus da hepatite B confirmado, vírus da hepatite C confirmado ou outros) e escala de performance ECOG (0 vs. 1). Foram randomizados 1171 pacientes na razão de 1:1:1 para receber: durvalumabe 1500 mg a cada 4 semanas (D), tremelimumabe 300 mg e durvalumabe 1500 mg, seguida da administração de durvalumabe 1500 mg a cada 4 semanas (STRIDE) ou sorafenibe 400 mg duas vezes ao dia (S). O desfecho primário foi sobrevida global (SG) para a comparação de tremelimumabe 300 mg em dose única em combinação com durvalumabe versus sorafenibe. Os desfechos secundários principais foram sobrevida livre de progressão (SLP), taxa de resposta objetiva (TRO) e duração da resposta (DoR) avaliadas pelo Investigador de acordo com RECIST v1.1. O estudo demonstrou uma melhora estatística significativa na SG no braço STRIDE quando comparado ao braço S [HR=0,78 [IC de 95% 0,66, 0,92]; p=0,0035].
A mediana de sobrevida global do grupo tratado com durvalumabe associada a uma única dose inicial de tremelimumabe foi de 16,4 meses versus 13,8 meses para o grupo randomizado para o tratamento com sorafenibe (HR 0,78, intervalo de confiança de 95% 0,65 a 0,93). A

terapia combinada também esteve associada a uma TRO mais alta (20 versus 5%) e uma SG de três anos (31 versus 20 por cento), embora tenha sido observada uma mediana de SLP semelhante (3,8 versus 4,1 meses).

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
DURVALUMABE	500 MG/10 ML39 SOL INJ CT FA VD TRANS X 10 ML		R$13.168,51	R$ 513.571,89
TREMELIMUMABE	300 MG / 15 ML1 SOL DIL INFUS CT FA VD TRANS X 15 ML		R$ 112.665,38	R$ 112.665,38
TOTAL	R$ 626.237,27			

* 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 durvalumabe é um medicamento produzido pela empresa AstraZeneca e comercializado sob o nome de Imfinzi®. Já o tremelimumabe também é produzido pela empresa AstraZeneca e é comercializado sob o nome de Imjudo®. A partir de consulta à tabela da CMED no site da ANVISA, em julho de 2025, e considerando os dados de prescrição médica, elaborou-se a tabela acima estimando o custo anual do tratamento pleiteado.
Não foram identificadas análises de custo-efetividade ou de impacto orçamentário para o contexto nacional para esse tratamento tanto em primeira linha quanto em linhas subsequentes.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), agência de avaliação de tecnologias do sistema de saúde do Reino Unido possui avaliação em andamento do tratamento do hepatocarcinoma avançado ou metastático com durvalumabe e tremelimumabe. A avaliação possui data provável de publicação em junho de 2025.
O grupo responsável por avaliações de fármacos oncológicos da agência canadense de avaliação de tecnologias (Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health [CADTH]) avaliou o tratamento em primeira linha do hepatocarcinoma com durvalumambe e tremelimumabe com relatório final publicado em janeiro de 2024, e condicionou o uso dos medicamentos à melhora da relação de custo-efetividade estimada (17). Segundo o relatório, o comitê de especialistas considerou que há um benefício clínico do uso de durvalumabe em combinação com tremelimumabe em comparação com sorafenibe, com melhora estatisticamente significativa e clinicamente significativa na sobrevida global. A razão de custo-

efetividade incremental (RCEI) encontrada para esse tratamento em comparação com sorafenibe foi de US$ 265.036 por anos de vida ajustados para a qualidade (QALY) ganho. Seria necessária uma redução de preço de 50% para tremelimumabe em combinação com durvalumabe alcançar uma RCEI de US$ 50.000 por QALY ganho em comparação com sorafenibe. O comitê também concluiu que o impacto orçamentário do uso de atezolizumabe mais bevacizumabe ao preço submetido seria substancial.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: incerto para a segunda linha de tratamento do hepatocarcinoma.

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

Conclusão

Tecnologia: TREMELIMUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não há evidência da utilização do tremelimumabe em combinação com o durvalumabe para o tratamento do hepatocarcinoma em segunda linha ou linhas subsequentes. Existe, no entanto, apenas um único ensaio clínico, aberto, com número limitado de pacientes, que demonstrou ganho marginal de sobrevida global do tratamento com durvalumabe e tremelimumbae em primeira linha paliativa quando comparado com o tratamento com sorafenibe.
Além da ausência de estudos como tratamento paliativo subsequente a primeira linha, é razoável estimar que o esquema terapêutico pleiteado apresenta perfil de custo-efetividade desfavorável para a realidade brasileira - ou seja, o benefício ganho com a sua incorporação não ultrapassa o benefício perdido pelo deslocamento de outras intervenções em saúde que não mais poderiam ser adquiridas com o mesmo investimento, perfazendo portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema. Agências de avaliação de tecnologias de outros países sequer avaliaram sua incorporação como linha paliativa subsequente. O impacto orçamentário da terapia pleiteada, 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 cuja expectativa de vida é muito baixa na situação clínica apresentada. No entanto, frente ao modesto benefício incremental estimado; à estimativa de perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e a 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. 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. novembro de 2018;68(6):394–424.
2. Chagas AL, Mattos AA de, Carrilho FJ, Bittencourt PL, Members of the Panel of the 2nd Consensus of the Brazilian Society of Hepatology on the Diagnosis and Management of Hepatocellular Carcinoma, Vezozzo DCP, et al. BRAZILIAN SOCIETY OF HEPATOLOGY UPDATED RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA. Arq Gastroenterol. 2020;57(suppl 1):1–20.
3. Okuda H. Hepatocellular carcinoma development in cirrhosis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007;21(1):161–73.
4. Paranaguá-Vezozzo DC, Ono SK, Alvarado-Mora MV, Farias AQ, Cunha-Silva M, França JID, et al. Epidemiology of HCC in Brazil: incidence and risk factors in a ten-year cohort. Ann Hepatol. 2014;13(4):386–93.
5. Carrilho FJ, Kikuchi L, Branco F, Goncalves CS, Mattos AA de, Brazilian HCC Study Group. Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil. Clin Sao Paulo Braz. 2010;65(12):1285–90.
6. Xie L, Guang Y, Ding H, Cai A, Huang Y. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging for focal liver lesions: a meta-analysis. Ultrasound Med Biol. junho de 2011;37(6):854–61.
7. Lee JM, Trevisani F, Vilgrain V, Wald C. Imaging diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma. Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc. outubro de 2011;17 Suppl 2:S34-43.
8. Clavien PA, Lesurtel M, Bossuyt PMM, Gores GJ, Langer B, Perrier A, et al. Recommendations for liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. Lancet Oncol. janeiro de 2012;13(1):e11-22.
9. Outwater EK. Imaging of the liver for hepatocellular cancer. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. abril de 2010;17(2):72–82.
10. Mohanty S, Rajaram R, Bilimoria KY, Salem R, Pawlik TM, Bentrem DJ. Assessment of non-surgical versus surgical therapy for localized hepatocellular carcinoma. J Surg Oncol. fevereiro de 2016;113(2):175–80.
11. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. N Engl J Med. 14 de março de 1996;334(11):693–9.
12. Peng S, Zhao Y, Xu F, Jia C, Xu Y, Dai C. An updated meta-analysis of randomized controlled trials assessing the effect of sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. PloS One. 2014;9(12):e112530.
13. Hsu CY, Lee YH, Hsia CY, Huang YH, Su CW, Lin HC, et al. Performance status in patients with hepatocellular carcinoma: determinants, prognostic impact, and ability to improve the Barcelona Clinic Liver Cancer system. Hepatol Baltim Md. janeiro de 2013;57(1):112–9.
14. Massard C, Gordon MS, Sharma S, Rafii S, Wainberg ZA, Luke J, et al. Safety and Efficacy of Durvalumab (MEDI4736), an Anti-Programmed Cell Death Ligand-1 Immune Checkpoint Inhibitor, in Patients With Advanced Urothelial Bladder Cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 10 de setembro de 2016;34(26):3119–25.
15. Fujiwara Y, Takahashi Y, Okada M, Kishimoto T, Kondo S, Fujikawa K, et al. Phase I Study of Tremelimumab Monotherapy or in Combination With Durvalumab in Japanese Patients With Advanced Solid Tumors or Malignant Mesothelioma. The Oncologist. 2 de setembro de 2022;27(9):e703–22.
16. Abou-Alfa GK, Lau G, Kudo M, Chan SL, Kelley RK, Furuse J, et al. Tremelimumab plus Durvalumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. NEJM Evid. agosto de 2022;1(8):EVIDoa2100070.
17. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Imjudo (tremelimumab

for injection) in combination with durvalumab is indicated for the first-line treatment of adult patients with unresectable hepatocellular carcinoma (uHCC) who require systemic therapy. [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.cadth.ca/tecentriq-avastin-hepatocellular-carcinoma-details

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com documentos médicos (Evento 1, ATESTMED6, Página 1, Evento 1, ATESTMED7, Evento 13, LAUDO2, Página 1 e Evento 16, OUT2, Página 1), o paciente apresenta diagnóstico de hepatocarcinoma multifocal, LI-RADS 5, comprovado por exame de imagem (Evento 1, LAUDO9, Página 1). É também portador de cirrose hepática, classificação Child-Pugh A e BCLC C. Relata toxicidade após realização de quimioterapia com o esquema CAPOX (capecitabina e oxaliplatina), com última sessão em 20/06/2025, sendo suspensa devido a sintomas de trato urinário inferior. Neste contexto, pleiteia tratamento paliativo com tremelimumabe e durvalumabe.
As neoplasias malignas hepáticas primárias são o sexto tipo mais comum de neoplasia maligna e a quarta principal causa de morte relacionada ao câncer em todo o mundo. O carcinoma hepatocelular (CHC) representa 75 a 85% das neoplasias primárias do fígado. Sua incidência global anual é estimada entre 500.000 e 1.000.000 novos casos, levando a 700.000 mortes por ano (1,2). A grande maioria dos casos (90%) está associada ao desenvolvimento de cirrose. As infecções crônicas pelos vírus da hepatite B e vírus da hepatite C estão envolvidas em mais de 80% dos casos de CHC (3).
O Brasil é considerado um país com baixa incidência de CHC, com incidência anual de 3,5% em pacientes cirróticos (4). A cirrose hepática está presente em 98% dos casos e as etiologias mais comuns foram infecção crônica por hepatite C (54%), hepatite B (16%) e alcoolismo (14%) (5). A cirrose, independentemente da etiologia, é o mais frequente fator de risco para o desenvolvimento de CHC, principalmente nos pacientes portadores de hepatite C.
O diagnóstico do CHC deve ser realizado, preferencialmente, por exames de imagem não invasivos, tais como a ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), as quais também podem ser utilizadas para o estadiamento, conforme o método proposto pelo “Barcelona Clinic Liver Cancer Group” (BCLC) (6). Já o diagnóstico anatomopatológico deve ser reservado para pacientes não cirróticos e para aquelas situações em que os exames de imagem sejam inconclusivos. Nestes casos, deve-se realizar o exame citopatológico ou histopatológico de espécime tumoral obtido por punção com agulha fina ou biópsia hepática percutânea, laparoscópica ou a céu aberto (7).
Para avaliar a extensão da doença, TC do tórax e TC ou RM do abdome e pelve devem ser realizadas (8). Além disso, o potencial de ressecção da lesão deve ser definido por estudo angiográfico hepático, podendo ser realizado por via convencional, por TC helicoidal (angioTC) ou por angioressonância magnética (angioRM) (9).
A ressecção é a principal opção terapêutica curativa para o paciente com CHC e com fígado não cirrótico (10). No entanto, a minoria dos pacientes (10% a 15%) apresentam condições clínicas e extensão tumoral compatíveis com realização deste procedimento cirúrgico no momento do diagnóstico. Portanto, o procedimento cirúrgico de ressecção hepática será indicada conforme o estado clínico do paciente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, a qual deve ser de aproximadamente 10% do peso corporal. Já nos pacientes com CHC associado à cirrose, o transplante de fígado (TxH) é considerado o

tratamento curativo quando o paciente possui boa função hepática (classificação Child-Pugh A, bilirrubinas normais e ausência de hipertensão portal) (11).

A quimioterapia sistêmica paliativa pode resultar em benefício clínico (aumento de sobrevida de 2 a 3 meses) e está indicada para pacientes com doença avançada ou metastática e com boa capacidade funcional. Nessa situação o sorafenibe é o medicamento atual mais estudado (12). Para o tratamento em segunda linha pode ser empregado o regorafenibe, quando os pacientes apresentarem boa capacidade funcional (escores ECOG 0 ou 1) e tiverem apresentado falha terapêutica ao uso de sorafenibe. Os pacientes com capacidade funcional comprometida (escore ECOG 3 ou 4) ou que apresentem grande extensão de doença não devem receber terapia antineoplásica (13).

Tecnologia 386889-B

CID: C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas

Diagnóstico: C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas.

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: DURVALUMABE

Via de administração: EV

Posologia: durvalumabe, na dosagem de 1500 mg ev a cada 4 semanas, por prazo 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? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: DURVALUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: quimioterapia paliativa com outros medicamentos, tratamento não medicamentoso (por exemplo, radioterapia) e tratamento de suporte.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: DURVALUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: DURVALUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: DURVALUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
O durvalumabe é um anticorpo monoclonal humano que atua como um inibidor do ligante do receptor de morte programada 1 (PD-L1). Ele se liga ao PD-L1 presente nas células tumorais, impedindo sua interação com o T ativadas, impedindo sua interação com o receptor PD-1 nas células T ativadas. Isso resulta na ativação contínua das células T, promovendo uma resposta imunológica antitumoral mais eficaz. Ao bloquear a via de sinalização PD-1/PD-L1, o durvalumabe ajuda a restaurar a capacidade do sistema imunológico de reconhecer e destruir as células cancerígenas, oferecendo potencialmente benefícios terapêuticos para pacientes

com diferentes tipos de câncer. Já o tremelimumabe é uma IgG2 humano que bloqueia o antígeno 4 associado a linfócitos T citotóxicos (CTLA-4) (15). CTLA-4 é um regulador negativo da atividade das células T. O tremelimumabe se liga ao CTLA-4 e bloqueia a interação com seus ligantes CD80 e CD86, liberando a inibição da ativação das células T mediada pelo CTLA-4. Em modelos de tumores animais, o bloqueio da atividade de CTLA-4 resultou na diminuição do crescimento tumoral e no aumento da proliferação de células T em tumores.
Não existem estudos que avaliaram a eficácia do tratamento do hepatocarcinoma com durvalumabe e tremelimumabe em segunda ou terceira linha.
Existe, no entanto, estudo randomizado, aberto, multicêntrico que avaliou a eficácia desse tratamento para pacientes com carcinoma hepatocelular que não receberam tratamento anterior sistêmico (primeira linha) (16). O estudo incluiu pacientes com câncer de fígado nos estágios BCLC B (não elegíveis para terapia locorregional) e BCLC C, seguindo critérios de Barcelona e classificação Child-Pugh Classe A. O estudo excluiu pacientes com coinfecção de hepatite viral B e C, sangramento gastrointestinal ativo ou documentado nos últimos 12 meses, ascite necessitando de intervenção não farmacológica nos últimos 6 meses, encefalopatia hepática nos últimos 12 meses antes do início do tratamento, e distúrbios autoimunes ou inflamatórios ativos ou anteriormente documentados. Pacientes com varizes esofágicas foram incluídos, exceto aqueles com sangramento GI ativo ou documentado nos últimos 12 meses antes da admissão ao estudo. A randomização foi estratificada por invasão macrovascular (IMV), etiologia da hepatopatia (vírus da hepatite B confirmado, vírus da hepatite C confirmado ou outros) e escala de performance ECOG (0 vs. 1). Foram randomizados 1171 pacientes na razão de 1:1:1 para receber: durvalumabe 1500 mg a cada 4 semanas (D), tremelimumabe 300 mg e durvalumabe 1500 mg, seguida da administração de durvalumabe 1500 mg a cada 4 semanas (STRIDE) ou sorafenibe 400 mg duas vezes ao dia (S). O desfecho primário foi sobrevida global (SG) para a comparação de tremelimumabe 300 mg em dose única em combinação com durvalumabe versus sorafenibe. Os desfechos secundários principais foram sobrevida livre de progressão (SLP), taxa de resposta objetiva (TRO) e duração da resposta (DoR) avaliadas pelo Investigador de acordo com RECIST v1.1. O estudo demonstrou uma melhora estatística significativa na SG no braço STRIDE quando comparado ao braço S [HR=0,78 [IC de 95% 0,66, 0,92]; p=0,0035].
A mediana de sobrevida global do grupo tratado com durvalumabe associada a uma única dose inicial de tremelimumabe foi de 16,4 meses versus 13,8 meses para o grupo randomizado para o tratamento com sorafenibe (HR 0,78, intervalo de confiança de 95% 0,65 a 0,93). A terapia combinada também esteve associada a uma TRO mais alta (20 versus 5%) e uma SG de três anos (31 versus 20 por cento), embora tenha sido observada uma mediana de SLP semelhante (3,8 versus 4,1 meses).

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
DURVALUMABE	500 MG/10 ML39 SOL INJ CT FA VD TRANS X 10 ML		R$13.168,51	R$ 513.571,89
TREMELIMUMABE	300 MG / 15 ML1 SOL DIL INFUS CT FA VD TRANS X 15 ML		R$ 112.665,38	R$ 112.665,38

TOTAL R$ 626.237,27

* 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 durvalumabe é um medicamento produzido pela empresa AstraZeneca e comercializado sob o nome de Imfinzi®. Já o tremelimumabe também é produzido pela empresa AstraZeneca e é comercializado sob o nome de Imjudo®. A partir de consulta à tabela da CMED no site da ANVISA, em julho de 2025, e considerando os dados de prescrição médica, elaborou-se a tabela acima estimando o custo anual do tratamento pleiteado.
Não foram identificadas análises de custo-efetividade ou de impacto orçamentário para o contexto nacional para esse tratamento tanto em primeira linha quanto em linhas subsequentes.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), agência de avaliação de tecnologias do sistema de saúde do Reino Unido possui avaliação em andamento do tratamento do hepatocarcinoma avançado ou metastático com durvalumabe e tremelimumabe. A avaliação possui data provável de publicação em junho de 2025.
O grupo responsável por avaliações de fármacos oncológicos da agência canadense de avaliação de tecnologias (Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health [CADTH]) avaliou o tratamento em primeira linha do hepatocarcinoma com durvalumambe e tremelimumabe com relatório final publicado em janeiro de 2024, e condicionou o uso dos medicamentos à melhora da relação de custo-efetividade estimada (17). Segundo o relatório, o comitê de especialistas considerou que há um benefício clínico do uso de durvalumabe em combinação com tremelimumabe em comparação com sorafenibe, com melhora estatisticamente significativa e clinicamente significativa na sobrevida global. A razão de custo-efetividade incremental (RCEI) encontrada para esse tratamento em comparação com sorafenibe foi de US$ 265.036 por anos de vida ajustados para a qualidade (QALY) ganho. Seria necessária uma redução de preço de 50% para tremelimumabe em combinação com durvalumabe alcançar uma RCEI de US$ 50.000 por QALY ganho em comparação com sorafenibe. O comitê também concluiu que o impacto orçamentário do uso de atezolizumabe mais bevacizumabe ao preço submetido seria substancial.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: incerto para a segunda linha de tratamento do hepatocarcinoma.

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

Conclusão

Tecnologia: DURVALUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não há evidência da utilização do tremelimumabe em combinação com o durvalumabe para o tratamento do hepatocarcinoma em segunda linha ou linhas subsequentes. Existe, no entanto, apenas um único ensaio clínico, aberto, com número limitado de pacientes, que demonstrou ganho marginal de sobrevida global do tratamento com durvalumabe e tremelimumbae em primeira linha paliativa quando comparado com o tratamento com sorafenibe.
Além da ausência de estudos como tratamento paliativo subsequente a primeira linha, é razoável estimar que o esquema terapêutico pleiteado apresenta perfil de custo-efetividade desfavorável para a realidade brasileira - ou seja, o benefício ganho com a sua incorporação não ultrapassa o benefício perdido pelo deslocamento de outras intervenções em saúde que não mais poderiam ser adquiridas com o mesmo investimento, perfazendo portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema. Agências de avaliação de tecnologias de outros países sequer avaliaram sua incorporação como linha paliativa subsequente. O impacto orçamentário da terapia pleiteada, 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 cuja expectativa de vida é muito baixa na situação clínica apresentada. No entanto, frente ao modesto benefício incremental estimado; à estimativa de perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e a 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. 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. novembro de 2018;68(6):394–424.
2. Chagas AL, Mattos AA de, Carrilho FJ, Bittencourt PL, Members of the Panel of the 2nd Consensus of the Brazilian Society of Hepatology on the Diagnosis and Management of Hepatocellular Carcinoma, Vezozzo DCP, et al. BRAZILIAN SOCIETY OF HEPATOLOGY UPDATED RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA. Arq Gastroenterol. 2020;57(suppl 1):1–20.
3. Okuda H. Hepatocellular carcinoma development in cirrhosis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007;21(1):161–73.
4. Paranaguá-Vezozzo DC, Ono SK, Alvarado-Mora MV, Farias AQ, Cunha-Silva M, França JID, et al. Epidemiology of HCC in Brazil: incidence and risk factors in a ten-year cohort. Ann Hepatol. 2014;13(4):386–93.
5. Carrilho FJ, Kikuchi L, Branco F, Goncalves CS, Mattos AA de, Brazilian HCC Study Group. Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil. Clin Sao Paulo Braz. 2010;65(12):1285–90.
6. Xie L, Guang Y, Ding H, Cai A, Huang Y. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging for focal liver lesions: a meta-analysis. Ultrasound Med Biol. junho de 2011;37(6):854–61.
7. Lee JM, Trevisani F, Vilgrain V, Wald C. Imaging diagnosis and staging of hepatocellular

carcinoma. Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc. outubro de 2011;17 Suppl 2:S34-43.
8. Clavien PA, Lesurtel M, Bossuyt PMM, Gores GJ, Langer B, Perrier A, et al. Recommendations for liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. Lancet Oncol. janeiro de 2012;13(1):e11-22.
9. Outwater EK. Imaging of the liver for hepatocellular cancer. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. abril de 2010;17(2):72–82.
10. Mohanty S, Rajaram R, Bilimoria KY, Salem R, Pawlik TM, Bentrem DJ. Assessment of non-surgical versus surgical therapy for localized hepatocellular carcinoma. J Surg Oncol. fevereiro de 2016;113(2):175–80.
11. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. N Engl J Med. 14 de março de 1996;334(11):693–9.
12. Peng S, Zhao Y, Xu F, Jia C, Xu Y, Dai C. An updated meta-analysis of randomized controlled trials assessing the effect of sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. PloS One. 2014;9(12):e112530.
13. Hsu CY, Lee YH, Hsia CY, Huang YH, Su CW, Lin HC, et al. Performance status in patients with hepatocellular carcinoma: determinants, prognostic impact, and ability to improve the Barcelona Clinic Liver Cancer system. Hepatol Baltim Md. janeiro de 2013;57(1):112–9.
14. Massard C, Gordon MS, Sharma S, Rafii S, Wainberg ZA, Luke J, et al. Safety and Efficacy of Durvalumab (MEDI4736), an Anti-Programmed Cell Death Ligand-1 Immune Checkpoint Inhibitor, in Patients With Advanced Urothelial Bladder Cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 10 de setembro de 2016;34(26):3119–25.
15. Fujiwara Y, Takahashi Y, Okada M, Kishimoto T, Kondo S, Fujikawa K, et al. Phase I Study of Tremelimumab Monotherapy or in Combination With Durvalumab in Japanese Patients With Advanced Solid Tumors or Malignant Mesothelioma. The Oncologist. 2 de setembro de 2022;27(9):e703–22.
16. Abou-Alfa GK, Lau G, Kudo M, Chan SL, Kelley RK, Furuse J, et al. Tremelimumab plus Durvalumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. NEJM Evid. agosto de 2022;1(8):EVIDoa2100070.
17. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Imjudo (tremelimumab for injection) in combination with durvalumab is indicated for the first-line treatment of adult patients with unresectable hepatocellular carcinoma (uHCC) who require systemic therapy. [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.cadth.ca/tecentriq-avastin-hepatocellular-carcinoma-details

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com documentos médicos (Evento 1, ATESTMED6, Página 1, Evento 1, ATESTMED7, Evento 13, LAUDO2, Página 1 e Evento 16, OUT2, Página 1), o paciente apresenta diagnóstico de hepatocarcinoma multifocal, LI-RADS 5, comprovado por exame de imagem (Evento 1, LAUDO9, Página 1). É também portador de cirrose hepática, classificação Child-Pugh A e BCLC C. Relata toxicidade após realização de quimioterapia com o esquema CAPOX (capecitabina e oxaliplatina), com última sessão em 20/06/2025, sendo suspensa devido a sintomas de trato urinário inferior. Neste contexto, pleiteia tratamento paliativo com tremelimumabe e durvalumabe.

As neoplasias malignas hepáticas primárias são o sexto tipo mais comum de neoplasia maligna e a quarta principal causa de morte relacionada ao câncer em todo o mundo. O carcinoma hepatocelular (CHC) representa 75 a 85% das neoplasias primárias do fígado. Sua incidência global anual é estimada entre 500.000 e 1.000.000 novos casos, levando a 700.000 mortes por ano (1,2). A grande maioria dos casos (90%) está associada ao desenvolvimento de cirrose. As infecções crônicas pelos vírus da hepatite B e vírus da hepatite C estão envolvidas em mais de 80% dos casos de CHC (3).

O Brasil é considerado um país com baixa incidência de CHC, com incidência anual de 3,5% em pacientes cirróticos (4). A cirrose hepática está presente em 98% dos casos e as etiologias mais comuns foram infecção crônica por hepatite C (54%), hepatite B (16%) e alcoolismo (14%) (5). A cirrose, independentemente da etiologia, é o mais frequente fator de risco para o desenvolvimento de CHC, principalmente nos pacientes portadores de hepatite C.

O diagnóstico do CHC deve ser realizado, preferencialmente, por exames de imagem não invasivos, tais como a ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), as quais também podem ser utilizadas para o estadiamento, conforme o método proposto pelo “Barcelona Clinic Liver Cancer Group” (BCLC) (6). Já o diagnóstico anatomopatológico deve ser reservado para pacientes não cirróticos e para aquelas situações em que os exames de imagem sejam inconclusivos. Nestes casos, deve-se realizar o exame citopatológico ou histopatológico de espécime tumoral obtido por punção com agulha fina ou biópsia hepática percutânea, laparoscópica ou a céu aberto (7).

Para avaliar a extensão da doença, TC do tórax e TC ou RM do abdome e pelve devem ser realizadas (8). Além disso, o potencial de ressecção da lesão deve ser definido por estudo angiográfico hepático, podendo ser realizado por via convencional, por TC helicoidal (angioTC) ou por angioressonância magnética (angioRM) (9).

A ressecção é a principal opção terapêutica curativa para o paciente com CHC e com fígado não cirrótico (10). No entanto, a minoria dos pacientes (10% a 15%) apresentam condições clínicas e extensão tumoral compatíveis com realização deste procedimento cirúrgico no momento do diagnóstico. Portanto, o procedimento cirúrgico de ressecção hepática será indicada conforme o estado clínico do paciente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, a qual deve ser de aproximadamente 10% do peso corporal. Já nos pacientes com CHC associado à cirrose, o transplante de fígado (TxH) é considerado o tratamento curativo quando o paciente possui boa função hepática (classificação Child-Pugh A, bilirrubinas normais e ausência de hipertensão portal) (11).

A quimioterapia sistêmica paliativa pode resultar em benefício clínico (aumento de sobrevida de 2 a 3 meses) e está indicada para pacientes com doença avançada ou metastática e com boa capacidade funcional. Nessa situação o sorafenibe é o medicamento atual mais estudado (12). Para o tratamento em segunda linha pode ser empregado o regorafenibe, quando os pacientes apresentarem boa capacidade funcional (escores ECOG 0 ou 1) e tiverem apresentado falha terapêutica ao uso de sorafenibe. Os pacientes com capacidade funcional comprometida (escore ECOG 3 ou 4) ou que apresentem grande extensão de doença não devem receber terapia antineoplásica (13).