

NOTA TÉCNICA 3588**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****SOLICITANTE:** MM. JUIZ de Direito Dra. SIMONE TORRES PEDROSO**PROCESSO Nº.:**50355472920228130027**CÂMARA/VARA:** Vara da Infância e da Juventude e VEP**COMARCA:** Betim**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****REQUERENTE:** JMOM**IDADE:** 06 anos**PEDIDO DA AÇÃO:** DUPILUMABE-300MG**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** dermatite atópica, rinosinusite crônica**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** controle dos sintomas**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG-53063**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0003588**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

informações técnicas acerca dos procedimentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos, encaminhando resposta no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica de etiologia multifatorial que se manifesta clinicamente sob a forma de eczema. As pessoas afetadas apresentam, em geral, antecedente pessoal ou familiar de atopia. O eczema é caracterizado por eritema mal definido, edema e vesículas no estágio agudo e, no estágio crônico, por placa eritematosa bem definida, descamativa e com grau variável de liquenifica-

ção. O termo eczema atópico é aceito como sinônimo de DA. Os pacientes com DA compartilham as características de xerodermia (pele seca) e limiar diminuído para prurido. O eczema ocorre de maneira cíclica durante a infância, podendo prolongar-se até a fase adulta. Em alguns pacientes, o prurido é constante e incontrolável, sendo um dos fatores responsáveis pela diminuição da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Os indivíduos atópicos apresentam predisposição hereditária para desenvolver resposta de hipersensibilidade imediata mediada por anticorpos da classe IgE. Neste contexto, a presença de eczemas em topografia característica, o prurido, a história pessoal ou familiar de asma, rinite alérgica e conjuntivite, e/ou DA e o caráter recidivante das lesões durante a infância são os critérios maiores para o diagnóstico de DA. Epidemiologia A prevalência da DA aumentou nas últimas três décadas. Embora possa se manifestar em qualquer período etário, 60% dos casos de DA ocorrem no primeiro ano de vida. A DA assume forma leve em 80% das crianças acometidas, e em 70% dos casos há melhora gradual até o final da infância. No primeiro ano de vida, a prevalência de diagnóstico médico de DA, em países da Europa e América Central, foi avaliada como parte do International Study of Wheezing in Infants (Estudio Internacional de Sibilancia en el Lactente, EISL). Observou-se variação ampla das taxas encontradas: 10,6% (Valência, Espanha) a 28,2% (San Pedro Sula, Honduras). Os valores médios obtidos na América Central foram significativamente mais elevados quando comparados aos da Europa: 18,2% e 14,2%, respectivamente. A história familiar de DA foi o principal fator associado à expressão da doença. Dados mundiais sobre a prevalência da DA foram obtidos pela primeira vez pelo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Neste estudo foram avaliados escolares (6 e 7 anos de idade) e adolescentes (13 e 14 anos) de 153 centros localizados em 56 países. A resposta afirmativa à questão sobre presença de lesões eczematosas, pruriginosas e que acometiam áreas específicas do corpo caracterizou o diagnóstico de eczema flexural, quesito com elevada especificidade para o diagnóstico de DA. Os re-

sultados observados mostraram-se variáveis, oscilando entre 1,5% (Irã) e 20,9% (Suécia) para os escolares, e entre 1,3% (China) e 19,4% (Etiópia) para os adolescentes. Na América Latina e no Brasil, os valores foram intermediários. No Brasil, a prevalência média de eczema flexural foi 6,8% para os escolares, e 4,7% para os adolescentes. Em todas as localidades a prevalência de DA foi maior entre os escolares. O diagnóstico de DA é essencialmente clínico. O principal sintoma da doença é o prurido que associado às características clínicas, determinam o diagnóstico. A cronicidade, as recidivas, o aspecto de distribuição das lesões conforme a idade e o comprometimento da qualidade de vida do paciente são importantes tanto para o diagnóstico quanto para a classificação da gravidade da doença, que apresenta vários métodos de classificação. O prurido causa distúrbios de sono e irritabilidade, e pode ser agravado por vários fatores, como calor, suor, banhos, atividades físicas, mudanças de temperatura ambiente, alterações de humor ou atividades que ocasionem estresse na criança, e uso de roupas de lã ou sintéticas. O diagnóstico de DA é clínico e baseado na história completa e detalhada e nos sinais observados no exame físico. A biópsia cutânea é de pouca utilidade, e realizada eventualmente se houver dúvida diagnóstica. As características observadas são espongirose, formação de vesículas, exocitose de linfócitos, paraceratose, e, eventualmente, acantose. A derme apresenta infiltrado linfocitário, e a eosinofilia tissular é variável. O avanço nos conhecimentos sobre a etiopatogenia da dermatite atópica (DA) proporcionou a aquisição de novos compostos, assim como o fortalecimento de outros mais antigos usados na abordagem terapêutica de pacientes com DA.

O Dupilumabe é um anticorpo monoclonal IgG4 recombinante humano que inibe a sinalização da interleucina-4 e interleucina-13 ligando-se especificamente à subunidade IL-4R α compartilhada pelos complexos de receptores IL-4 e IL-13. DUPIXENT[®] inibe a sinalização da IL-4 através do receptor Tipo I (IL-4R α / γ c), e ambas sinalizações IL-4 e IL13 através do receptor Tipo II (IL-4R α /IL-13R α). IL-4 e IL-13 são citocinas Tipo 2 (incluindo Th2) envolvidas na doença atópica. As principais evidências do

dupilumabe vieram de quatro ensaios clínicos: 2 em monoterapia com dupilumabe (SOLO-1 e SOLO-2) e 2 em dupilumabe mais corticosteróides tópicos, conforme necessário (CAFÉ e CHRONOS). Nenhum contra ciclosporina, a medicação mais eficaz. Todos os pacientes tiveram os melhores cuidados de suporte. Os especialistas clínicos explicaram que é provável que o dupilumab seja oferecido juntamente com corticosteróides tópicos. Portanto, o comitê concordou em se concentrar nas evidências da "terapia combinada" de dupilumabe com corticosteróides tópicos. CAFÉ e CHRONOS foram ensaios randomizados, duplo-cegos, que incluíram um total de 1.065 pacientes com dermatite atópica crônica moderada a grave há pelo menos três anos, que não eram controlados com medicamentos tópicos por pelo menos 6 meses. Os pacientes podem ou não ter recebido terapia imunossupressora. Os ensaios compararam 2 doses de dupilumab (300 mg por semana [sem licença] ou 300 mg a cada duas semanas [licenciado]) com placebo. Os endpoints primários foram avaliados no final do 'período de indução' (ou seja, 16 semanas após o início do tratamento): CHRONOS (pontos finais co-primários): pelo menos uma redução de 75% no escore EASI desde o início do tratamento (EASI 75) e uma classificação de 'clara' (pontuação 0) ou 'quase clara' (pontuação 1) na Avaliação Global dos Investigadores e pelo menos uma melhoria de 2 pontos em relação à linha de base. CAFÉ: EASI 75. Os pacientes em CHRONOS tiveram 36 semanas adicionais de tratamento. As taxas de custo-efetividade incrementais para dupilumabe mais corticosteróides tópicos, conforme necessário, comparadas apenas aos melhores cuidados de suporte no caso base revisado da empresa e nas análises de sensibilidade variaram de £ 27.410 a £ 28.495 por ano de vida ajustado pela qualidade (QALY). **O comitê do NICE concluiu que o dupilumabe mais corticosteróides tópicos é um uso econômico dos recursos do NHS para o tratamento da dermatite atópica que não respondeu a outras terapias sistêmicas, como ciclosporina, metotrexato, azatioprina e micofenolato de mofetil, ou quando essas opções são contra-indicadas ou não são toleradas .** A imunossupressão

sistêmica é recurso adotado em pacientes com DA grave e refratária à terapêutica habitual. Até o momento, entre as drogas habitualmente prescritas para este fim, apenas a ciclosporina é aprovada no Brasil. Deste modo, uma parcela significativa de pacientes com DA moderada/grave está sujeita a prescrições de medicações “off-label” para o controle de sua doença. Na faixa etária pediátrica com tendência evolutiva de melhora, é importante avaliar riscos e benefícios desses medicamentos, que por vezes podem apresentar efeitos colaterais irreversíveis. Apesar da DA ser uma doença frequente, há poucos estudos controlados que avaliaram a eficácia de agentes imunossupressores no seu tratamento. Dados obtidos a partir de rotina clínica mostram que 10% dos pacientes com DA recebem tratamento antiinflamatório sistêmico. Em geral são indicados para pacientes com maior gravidade (SCORAD superior a 40). Entre os fármacos imunossupressores orais mais frequentemente utilizados na DA estão os corticosteroides sistêmicos, a ciclosporina, a azatioprina, o micofenolato de mofetil, metotrexato, entre outros. Corticosteroides sistêmicos Apesar do uso frequente na prática clínica, a corticoterapia sistêmica (CS) no tratamento da DA é limitada pelos conhecidos efeitos colaterais e escassez de estudos controlados em longo prazo em adultos e crianças. Deste modo, seu uso deve ser extremamente cauteloso e restrito a casos excepcionais. Alguns pacientes podem se beneficiar de cursos rápidos de CS nas agudizações graves, entretanto a melhora clínica é frequentemente associada à recorrência dos sintomas após a retirada da medicação, resultando em casos de difícil controle. O uso frequente do corticosteroide oral implica na instituição de outras terapias imunossupressoras poupadoras destas medicações.

Ciclosporina

A ciclosporina A (CyA) é um polipeptídeo cíclico lipofílico que inibe as vias dependentes da calcineurina, resultando em níveis reduzidos de várias citocinas pró-inflamatórias, tais como IL-2 e IFN-g, e promove a inibição da ativação de células T. A CyA é muito eficaz e frequentemente utilizada na DA, tanto em crianças como em adultos, na dose de 3-5 mg/kg/

dia, dividida em duas doses diária (manhã e noite). Após seis semanas, esta dose pode ser reduzida para 2,5-3 mg/kg (fase de manutenção), e a duração de tratamento varia entre três meses e um ano. Estudo de meta-análise demonstrou ter a CyA eficácia relativa de 55% de melhora na gravidade da doença após seis a oito semanas de tratamento, sem diferenças entre adultos e crianças, mas a tolerabilidade mostrou-se melhor em crianças. A CyA é a única substância aprovada para o tratamento sistêmico da DA em adultos em muitos países. Estudo de revisão sistemática recente recomendou a CyA como tratamento de primeira linha e de curto prazo para DA moderada a grave, em que a terapêutica convencional foi ineficaz ou inapropriada. O monitoramento da função renal e da pressão arterial é imprescindível, e havendo alterações laboratoriais ou aumento da pressão arterial, a CyA deve ser interrompida, ou sua dose reduzida. Em crianças, deve considerar-se que as vacinas podem não ser eficazes durante o seu uso, decorrente da imunossupressão.

Metotrexato

O metotrexato (MTX) é um antagonista do ácido fólico que ao interferir na síntese de purinas e pirimidinas reduz a quimiotaxia e produção de citocinas por linfócitos, além de induzir a apoptose destas células. É amplamente utilizado no tratamento da psoríase, porém sua ação no controle da DA refratária é limitada pela escassez de publicações, especialmente na faixa etária pediátrica. Estudos recentes avaliando o MTX em crianças e adolescentes com DA grave demonstraram um bom perfil de segurança, além de eficácia clínica comparável à ciclosporina. As doses iniciais (5 a 10 mg/semana) e de manutenção (7,5 a 25 mg/semana) variam de acordo com a faixa etária e resposta terapêutica. O MTX pode ser administrado por formulação oral ou por via intramuscular, sempre com suplementação semanal de ácido fólico (5 mg) durante o tratamento. Náuseas e elevação das enzimas hepáticas são os efeitos colaterais mais comuns, revertidos com a interrupção do tratamento.

Azatioprina

A azatioprina (AZA) bloqueia a síntese de RNA e DNA e inibe assim a proliferação de células T e B66. Tem sido utilizada no tratamento de DA grave. Há evidências de sua eficácia na redução dos sintomas cutâneos, redução do prurido e perda de sono, diminuindo a colonização por estafilococos. Foi recomendada como opção terapêutica de segunda linha para DA moderada a grave. A AZA pode causar efeitos colaterais graves, incluindo distúrbios gastrintestinais, disfunção hepática e leucopenia. Os efeitos mielossupressores da AZA aparecem por deficiência parcial ou total da atividade da tiopurina metiltransferase (TPMT). Antes da introdução da AZA é importante aferir a concentração de TPMT e/ou genotipagem. A dose recomendada de AZA para indicações dermatológicas é de 1 a 3 mg/kg/ dia, mas o benefício pode não ser aparente até dois a três meses após o início de tratamento. Monitoramento laboratorial é imperioso durante o tratamento com AZA. Em crianças com DA grave e níveis normais de TPMT antes do início do tratamento, não observouse mielossupressão empregando-se a dose de 2,5- 3,5 mg/kg. Pacientes adultos com DA, nos quais a dose de AZA foi adaptada à atividade de TPMT, mostraram melhora semelhante em relação aos pacientes com atividade normal de TPMT recebendo 2,5 mg/kg de azatioprina.

Micofenolato mofetil

O micofenolato mofetil (MFM) é um inibidor da biossíntese de purinas com atividade imunossupressora utilizado na DA refratária a outros tratamentos. A sua utilidade e bom perfil de segurança têm sido documentados em crianças com DA grave, porém, assim como MTX, permanece como opção terapêutica de terceira linha em razão dos poucos estudos de eficácia em larga escala. Interferon gama (INF-g) Apesar de bons resultados em ensaios não controlados, no contexto atual de tratamento da DA, o IFN-g tem sido cada vez menos indicado em função do surgimento de medicações alternativas com maior eficácia clínica, menor incidência de efeitos colaterais e custo.

Imunoglobulina intravenosa

A administração de doses elevadas de imunoglobulina intravenosa mostrou melhora clínica transitória em crianças com DA refratária à terapia imunossupressora sistêmica. Apesar do bom perfil de segurança e melhora na qualidade de vida, a generalização destes resultados é limitada em função da falta de controles e o pequeno número de pacientes envolvidos nestes estudos. Imunobiológicos Os agentes imunobiológicos (biológicos) representam um grupo terapêutico relativamente novo no tratamento da DA refratária a outros medicamentos sistêmicos.

O medicamento em questão não é disponibilizado pelo SUS. Atualmente não há protocolo Clínico estabelecido no SUS para Dermatite Atópica, e segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia o objetivo do tratamento da dermatite atópica visa o controle da coceira, a redução da inflamação da pele e a prevenção das recorrências. Devido à pele ressecada, a base do tratamento é o uso de emolientes, também chamados de hidratantes. Isso porque a hidratação da pele é necessária para aliviar o eczema. Pacientes devem ser orientados a aplicar esses produtos várias vezes ao dia, ou quando a pele estiver muito seca. Outro fator importante é fortalecer a barreira da pele, evitando o contato com alérgenos ambientais, como poeira, pólen, sabonetes com perfume, produtos de limpeza doméstica e tabaco. Banhos quentes devem ser totalmente evitados. O ideal é tomar duchas frias ou mornas, pois a água quente resseca ainda mais a pele, que já é seca na dermatite atópica. Também se deve usar sabonetes especiais, sintéticos, antirressecamento, respeitando o pH da pele. O uso de anti-histamínicos por via oral pode ajudar com a coceira que acompanha essa doença. Alguns podem causar sonolência, mas ajudam a sedar o paciente e a diminuir a coceira durante o sono. O médico verificará se há opções de medicações que não proporcionem esse efeito colateral, se for do desejo do paciente. A maioria das causas do problema é tratada com medicamentos tópicos, que são colocados diretamente sobre a pele ou no couro cabeludo do paciente. Normalmente, é empregado um creme ou uma pomada de cortisona (ou esteroide). Esse medicamento deve ser de uso restrito, devido aos

seus efeitos colaterais. Em algumas situações, é necessário cremes com diferentes concentrações de esteroide para diferentes áreas da pele. Como poupadores dos corticoides, podem ser empregados os derivados da calcineurina. A fototerapia, tratamento com raios ultravioleta, é bastante eficaz no controle do eczema. Porém, trata-se de uma terapia cara, que aumenta o risco de câncer de pele e provoca envelhecimento precoce, motivo pelo qual costuma ficar restrita apenas aos casos especiais e de difícil controle. Nos casos mais graves, os pacientes poderão precisar de medicações orais, incluindo corticoides, imunossupressores, como ciclosporina e metotrexate orais, entre outros. Já em casos de complicações, como infecções secundárias, é indicado o uso de antibióticos. Algumas destas classes terapêuticas são disponibilizados no SUS mas em alguns casos como ciclosporina e metotrexato para outras indicações:

- Antibióticos
- Anti-histamínicos
- Corticoides
- Imunossupressores: Não há registro de pedido de incorporação na CO-NITEC

A rinossinusite crônica (RSC) é uma síndrome caracterizada pela inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais por pelo menos 12 semanas, acometendo de 5% a 12% da população geral. A síndrome é associada a alta morbidade e considerada um grande problema de saúde pública devido a sua prevalência, seu custo para a sociedade e ao impacto que acarreta na qualidade de vida dos pacientes e em seu desempenho escolar ou profissional. Ademais, a RSC está associada a diversas comorbidades, como dermatite atópica, distúrbios respiratórios do sono, conjuntivite, otite média, asma e problemas emocionais. O dupilu-

mabe é eficaz e seguro no tratamento da RSC com polipose nasal. A eficácia é progressiva no primeiro ano de tratamento, e a posologia de 300 mg a cada duas semanas é superior em relação à de cada quatro semanas. **A interrupção do tratamento com 24 semanas acarreta a perda parcial de seus efeitos benéficos.** O imunobiológico também é eficaz no controle da asma nos pacientes que apresentam essa doença como comorbidade. Alguns pacientes podem apresentar aumento transitório de eosinófilos sanguíneos, e 2,7% desenvolveram conjuntivite como reação adversa nos estudos SINUS-24 e SINUS-52.

Dupixent (dupilumabe): nova indicação

Aprovada indicação para tratamento complementar de manutenção para adultos com rinossinusite crônica grave com polipose nasal, Publicado em 22/06/2020

Dupixent (dupilumabe) Sanofi Medley Farmacêutica Ltda

Tratamento complementar de manutenção para adultos com rinossinusite crônica grave com polipose nasal (RSCcPN), quando o tratamento prévio com corticosteroides sistêmicos e/ou cirurgia falhou, ou quando esses tratamentos são contraindicados, ou quando os pacientes são intolerantes.

O produto já era aprovado para as seguintes indicações:

- Tratamento de pacientes acima de 12 anos com dermatite atópica moderada a grave cuja doença não é adequadamente controlada com tratamentos tópicos ou quando estes tratamentos não são aconselhados.
- Tratamento de manutenção para pacientes com idade igual ou superior a 12 anos como complementar para asma grave com inflamação tipo 2, que estão inadequadamente controlados, apesar de doses elevadas de corticosteroide inalatório, associado a outro medicamento para tratamento de manutenção.

-A rinossinusite crônica (RSC) é uma doença heterogênea caracterizada por inflamação dos seios nasais e paranasais, edema tecidual, obstrução nasal e aumento da produção de muco causando sintomas de congestão/obstrução nasal (CN), perda do olfato e rinorreia persistente por pelo menos 12 semanas. A aprovação da nova indicação foi baseada nos estudos de fase 3 SINUS-24 e SINUS-42.

Não há, até o momento, manifestação da CONITEC quanto a incorporação do medicamento dupilumabe para tratamento da rinossinusite crônica com pólipos nasais.

O dupilumabe é um anticorpo monoclonal humano desenvolvido especificamente para inibir a sinalização de duas citocinas-chave, IL-4 e IL13, que são consideradas as principais perpetuadoras da inflamação tipo 2. O dupilumabe, com nome comercial Dupixent, é um medicamento que deve ser administrado no subcutâneo. **A dose sugerida para rinossinusite crônica é 300 mg a cada duas semanas. O Dupixent promete oferecer uma opção de tratamento importante para pacientes cujos pólipos nasais não são adequadamente controlados com esteroides intranasais.** Também reduziria a necessidade de cirurgia de pólipos nasais e esteroides orais. A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou o Dupixent (dupilumabe) para tratar adultos com doença de difícil controle. O medicamento já era aprovado nos EUA para asma grave e dermatite atópica. No Brasil, o dupilumabe já era aprovado pela Anvisa para o tratamento de pacientes adultos com dermatite atópica moderada a grave, cuja doença não foi adequadamente controlada com tratamentos tópicos ou quando estes tratamentos não são aconselhados. Em julho de 2020, aprovou a indicação também como tratamento complementar para rinossinusite crônica grave com pólipos nasal em adultos que fa-

lharam à tratamentos prévios, ou que são intolerantes ou com contraindicação à corticosteroides sistêmicos e/ou cirurgia. A nova indicação do medicamento é uma opção para os pacientes minimizarem o uso de corticoides e a necessidade de realização de mais cirurgias, que constituem a terapia padrão para a doença. Além disso, dupilumabe é o primeiro medicamento biológico focado no tratamento da inflamação tipo 2, processo inflamatório relacionado à maioria dos casos de rinosinusite crônica. A aprovação da indicação de dupilumabe para rinosinusite alérgica crônica com polipose nasal baseia-se em dois estudos clínicos de fase 3 (SINUS-24 e SINUS-52), que avaliaram o medicamento complementar a corticosteroides intranasais de tratamento padrão em comparação com placebo e corticosteroides intranasais. Nestes estudos, dupilumabe demonstrou melhora na gravidade da congestão/obstrução nasal, na perda de olfato, na função pulmonar e no controle da asma; diminuição dos pólipos nasais, além da redução de 74% da necessidade de utilização de corticosteroides sistêmicos e de 83% das cirurgias. Os estudos multicêntricos e controlados SINUS-24 e SINUS-52 reuniram 724 doentes com 18 anos ou mais de idade com utilização prévia de corticosteroides intranasais. Estes estudos incluíram doentes com RNScPN grave, apesar da cirurgia sino-nasal prévia ao tratamento com/ou que não eram elegíveis para receber corticosteroides sistêmicos nos últimos 2 anos. O uso de corticosteroides sistêmicos ou cirurgia foi permitido durante os estudos, a critério do investigador. No SINUS-24, um total de 276 doentes foram aleatorizados para receber 300mg de dupilumabe (N = 143) ou placebo (N = 133) a cada duas semanas durante 24 semanas. No SINUS-52, 448 doentes foram aleatorizados para receber 300mg de dupilumabe (N = 150) a cada duas semanas por 52 semanas, 300 mg de dupilumabe (N = 145) a cada duas semanas até à semana 24, seguidos por 300 mg de

dupilumabe a cada 4 semanas, até à semana 52 ou placebo (N = 153). Todos os doentes apresentaram evidência de opacificação sinusal na tomografia computadorizada de seios Lund MacKay (LMK) e 73 % a 90 % dos doentes apresentaram opacificação de todos os seios. 11 Em ambos os estudos, os principais objetivos secundários na semana 24 incluíram alteração da linha de base em: resultado da tomografia computadorizada de seios LMK, resultado total de sintomas (TSS), teste de identificação de odores da Universidade da Pensilvânia (UPSIT), perda diária de olfato e o Questionário Sino-Nasal 22 (SNOT-22). No conjunto dos dois estudos, foi avaliada a redução da proporção de doentes auxiliados com corticosteroides sistêmicos e/ou cirurgia sino-nasal, bem como a melhoria no FEV1 no subgrupo da asma. Os desfechos secundários adicionais incluíram o Questionário de Controle da Asma de 6 itens (ACQ-6) no subgrupo asma comorbidade. O dupilumabe melhorou significativamente os desfechos coprimários em ambos os estudos. Em 24 semanas, a diferença média de quadrados mínimos em NPS de tratamento com dupilumabe versus placebo foi de $-2,06$ (IC de 95% $-2,43$ a $-1,69$; $p < 0,0001$) em SINUS-24 e $-1,80$ ($-2,10$ a $-1,51$; $p < 0,0001$) no SINUS-52; a diferença na pontuação de congestão ou obstrução nasal foi de $-0,89$ ($-1,07$ a $-0,71$; $p < 0,0001$) no SINUS-24 e $-0,87$ ($-1,03$ a $-0,71$; $p < 0,0001$) em SINUS-52; e a diferença nas pontuações de Lund-Mackay CT foi de $-7,44$ ($-8,35$ a $-6,53$; $p < 0,0001$) no SINUS-24 e $-5,13$ ($-5,80$ a $-4,46$ $p < 0,0001$) no SINUS-52. **Os eventos adversos mais comuns (nasofaringite, agravamento dos pólipos nasais e asma, cefaleia, epistaxe e eritema no local da injeção) foram mais frequentes com o placebo. Alguns cuidados devem ser tomados com relação ao uso da medicação. Segundo a bula, o dupilumabe pode causar reações alérgicas graves e problemas oculares, como conjuntivite e ceratite. Os efeitos colate-**

rais mais comuns relatados incluem reações no local da injeção e inflamação ocular e palpebral, que incluem vermelhidão, inchaço e prurido. **Recomendações das Agências Internacionais de Avaliação de Tecnologias em Saúde** A agência canadense, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) não avaliou o Dupilumabe para o tratamento da rinosinusite crônica com pólipos nasais. A National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ainda não avaliou o uso do dupilumabe para tratamento da rinosinusite crônica. Melhora dos sintomas relacionados à rinosinusite alérgica crônica, reduzindo a necessidade de cirurgia de pólipos nasais e esteroides orais, conseqüentemente melhora na qualidade de vida.

IV – CONCLUSÃO

- O uso dupilumabe mais corticosteróides tópicos para o tratamento de dermatite atópica grave é recomendável somente em casos em que o paciente não respondeu a outras terapias sistêmicas, como ciclosporina, metotrexato, azatioprina e micofenolato de mofetil.
- No caso em tela, segundo relatório médico, outras terapêuticas indicadas/descritas não foram utilizadas
- Na bula da medicação (anexada aos autos) está descrito :

~1.1 Dermatite atópica DUPIXENT é indicado para o tratamento de pacientes acima de 12 anos com dermatite atópica moderada a grave (doença que causa inflamação, lesões e coceira da pele) cuja doença não é adequadamente controlada com tratamentos tópicos (que se aplicam sobre a pele) ou quando estes tratamentos não são aconselhados.
- **Desta forma o tratamento pleiteado está contraindicado pela**

própria fabricante do medicamento

- DUPIXENT pode ser utilizado com ou sem tratamento tópico”A incorporação do medicamento dupilumabe ainda não foi avaliada pela CONITEC, ou pelas agências internacionais de avaliação de tecnologias em saúde, como NICE ou CADTH;
- O dupilumabe não tem efeito curativo, atuando apenas tem efeito c atuando apenas na melhora dos sintomas crônicos, portanto, não muda a história natural da doença;
- O uso do dupilumabe ainda não se encontra bem estabelecido nos guidelines, bem como dos demais medicamentos biológicos, tratando-se de tecnologia promissora, porém de elevado custo
- De acordo com as evidências disponíveis, não é possível, até o momento, determinar a superioridade do dupilumabe em relação aos demais tratamentos já existentes, pois não existem estudos comparativos
- O dupilumabe, apresenta custo elevado, ainda não tendo sido avaliado quanto a sua relação de custo-efetividade.
- Não existem elementos para indicação do medicamento na solicitação apresentada

V - REFERÊNCIA:

1. Langdon C, Mullol J. Nasal polyps in patients with asthma: prevalence, impact, and management challenges. J Asthma Allergy. 2016;9:45-53
2. Chaaban MR, Walsh EM, Woodworth BA. Epidemiology and differential diagnosis of nasal polyps. Am J Rhinol Allergy. 2013;27(6):473-78.

3. Holmström M, Holmberg K, Lundblad L, Norlander T, Stierna P. Current perspectives on the treatment of nasal polyposis: a Swedish opinion report. *Acta Otolaryngol* 2002; 122: 736 – 744 4. Rand, R. Wright and M. Cabana, “Mediators of asthma outcomes,” *J Allergy Clin Immunol*, vol. 129, no. 301, pp. 136-141, 2012.

5. Meggitt, J. Gray and N. Reynolds, “Azathioprine dosed by thiopurine methyltransferase activity for moderate to severe atopic eczema: a double-blind, randomised controlled trial,” *Lancet*, vol. 367, no. 9513, pp. 839-846, 2006.

6. Lee RU, Stevenson DD. Aspirin-exacerbated respiratory disease: evaluation and management. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2011;3:3-10. 7. Rudmik and Z. Soler, “Medical Therapies for Adult Chronic Sinusitis: A Systematic Review,” *JAMA Dermatology*, vol. 314, no.

9, pp. 926-939, 2015. 8. Bachert C, Pawankar R, Zhang L, et al. ICON: chronic rhinosinusitis. *World Allergy Organ J.* 2014 Oct 27;7(1):25.

9. Bachert C, Zhang L, Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136:1431-40.

10. ANVISA. Dupilumabe, Bula, 2020 Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11809822018&pIdAnexo=10899421) ?
pNuTransacao=11809822018&pIdAnexo=10899421

11- NATJUS TJDTF TÉCNICA DUPILUMABE /RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL

VI – DATA: 13/04/2023

NATS JUS TJMG

