



Oncologia para todas as especialidades

# Jornal Diário

## VIII CONGRESSO FRANCO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA



# SFBO

Sociedade Franco Brasileira de Oncologia

1ª Edição, Sexta-feira, 10 Outubro de 2014

[www.sfbo.com.br](http://www.sfbo.com.br)

### Destaques do Dia

Confira os destaques da programação científica desta sexta-feira

3

### Aconteceu

Acompanhe a síntese das apresentações que marcaram a programação de ontem

4

### Holofotes

As imagens do VIII Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia

5

### Cerimônia de Abertura

Os prêmios entregues durante a abertura do Congresso

6

### Indústria

Os simpósios satélites e as novidades da indústria

6

## Disseminar o conhecimento

Em sua oitava edição, o Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia se consolida como um fórum relevante para o debate dos avanços globais de todos os setores da oncologia



Mesa da cerimônia de abertura

**B**em-vindos ao VIII Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia! O evento, que já se consolida como referência nas discussões dos temas ligados à oncologia, vem se constituindo como um fórum relevante para o debate sobre progressos terapêuticos e científicos, cujos avanços globais são marcados pela velocidade. Nossa proposta, reforçada ao longo das sete edições anteriores, é abrir as portas dessas inovações e novas perspectivas em todos os setores do câncer. E esta edição não é diferente. Ontem, discussões sobre temas variados como câncer gastrointestinal, oncologia molecular, câncer ginecológico e

de pulmão contaram com a presença de especialistas como Benjamin Besse, Eduardo Vieira da Motta e Rui Weschenfelder, o que contribui para uma visão mais atualizada dos novos caminhos terapêuticos para tratamento do câncer. E ainda temos mais dois dias de troca de conhecimentos, movimento sempre pautado pela abordagem multidisciplinar, marca dos Congressos organizados pela SFBO. Paralelamente, também foram realizados o IV Fórum de Oncologia Molecular e o SIM RIO 2014.

**Dra. Carla Ismael**  
**Dr. Christian Domenge**



# Astellas Brasil.

Iluminando o amanhã do paciente oncológico.

 **astellas**  
ONCOLOGIA

# SIMPÓSIO BRISTOL NO VIII CONGRESSO FRANCO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA

## Moderador:

**Dr. Rafael Aron Schmerling**

Oncologista Clínico (SBC/SBOC - AMB)

COAEM - Hospital S. José e Hospital S. Joaquim

## Palestrante:

**Dr. Antonio M. Grimaldi, MD**

Melanoma. Cancer Immunotherapy and Innovative Therapy Unit

Instituto Nazionale Tumori Fondazione "G. Pascale"

- 12h30 às 12h35** Welcome & Opening Meeting | **Dr. Rafael Aron Schmerling**
- 12h35 às 12h55** Translating Expanded Access program Experience into Clinical Practice: Brazilian Experience | **Dr. Rafael Aron Schmerling**
- 12h55 às 13h25** Translating Expanded Access program Experience into Clinical Practice: Italian Experience | **Dr. Antonio Grimaldi**
- 13h25 às 14h00** Experience Discussion | **Dr. Rafael Aron Schmerling and Dr. Antonio Grimaldi**

Data: **10 de outubro de 2014**

Horário: **12h30 às 14h00**

Local: **Sala II**



**CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à substância ativa ou a quaisquer dos excipientes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** o uso contínuo de corticosteroides sistêmicos, antes do início de YERVOY (ipilimumabe), deve ser evitado. Entretanto, eles podem ser usados após iniciar YERVOY (ipilimumabe) para tratar as reações adversas relacionadas ao sistema imunológico. Pacientes que necessitarem de terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorados cuidadosamente.

**YERVOY (ipilimumabe) SOLUÇÃO INJETÁVEL PARA INFUSÃO IV - USO ADULTO. Reg. MS – 1.0180.0402 - INDICAÇÕES:** tratamento de melanoma metastático ou inoperável em pacientes adultos que receberam terapia anterior. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à substância ativa ou a quaisquer dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** YERVOY (ipilimumabe) está associado a reações adversas inflamatórias resultantes de atividade imunológica elevada ou excessiva (relacionadas ao sistema imunológico) provavelmente devido a seu mecanismo de ação. Essas reações podem envolver os sistemas gastrointestinal, hepático, cutâneo, nervoso, endócrino ou outros órgãos e sistemas, podendo ser graves ou fatais. Salvo se uma etiologia alternativa tiver sido identificada, a ocorrência de diarreia, aumento na frequência de evacuações, fezes com sangue, elevações nos testes de função hepática (LFT), erupções cutâneas (rash) e endocrinopatia deve ser considerada inflamatória e relacionada a YERVOY (ipilimumabe). O diagnóstico precoce e o tratamento apropriado são essenciais para minimizar as complicações de ameaça à vida. Corticosteroides sistêmicos em altas doses com ou sem terapia imunossupressora adicional podem ser necessários para o tratamento de reações adversas graves relacionadas ao sistema imunológico. A administração concomitante de YERVOY (ipilimumabe) e vemurafenibe não é recomendada devido ao relato de elevações em teste de função do fígado grau 3 assintomáticas em um estudo clínico. YERVOY (ipilimumabe) não é recomendado durante a gestação ou em mulheres com potencial para engravidar que não usam contracepção eficaz, salvo se o benefício clínico superar o risco potencial. Deve-se decidir sobre descontinuar a amamentação ou a terapia com YERVOY (ipilimumabe), levando em consideração o benefício da amamentação para a criança e o benefício da terapia para a mulher. YERVOY (ipilimumabe) contém 2,30 mg de sódio. Esta informação deve ser considerada quando YERVOY (ipilimumabe) for utilizado em pacientes com dieta controlada de sódio. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** o uso contínuo de corticosteroides sistêmicos, antes do início de YERVOY (ipilimumabe), deve ser evitado. Entretanto, eles podem ser usados após o início do uso de YERVOY (ipilimumabe) para tratar as reações adversas relacionadas ao sistema imunológico. Pacientes que necessitarem de terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorados cuidadosamente. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações adversas relatadas em estudos clínicos foram: muito comuns: apetite reduzido, diarreia, vômito, náusea, erupção cutânea, prurido, fadiga, dor abdominal, reação no local da injeção, pirexia; comuns: dor tumoral, anemia, linfopenia, hipopituitarismo (incluindo hipofisite), hipotireoidismo, desidratação, hipocalcemia, estado de confusional, neuropatia sensorial periférica, tontura, cefaleia, letargia, visão turva, dor no olho, hipotensão, rubor, fogacho, dispnéia, tosse, hemorragia gastrointestinal, colite, constipação, doença de refluxo gastroesofágico, dor abdominal, função hepática anormal, dermatite, eritema, vitiligo, urticária, alopecia, sudorese noturna, pele seca, artralgia, mialgia, dor musculoesquelética, espasmos musculares, calafrios, astenia, edema, dor, ALT elevada, AST elevado, bilirrubina sanguínea elevada, redução de peso; incomuns: sepse, choque séptico, infecção no trato urinário, infecção no trato respiratório, síndrome paraneoplásica, anemia hemolítica, trombocitopenia, eosinofilia, neutropenia, hipersensibilidade, insuficiência adrenal, hipertireoidismo, hipogonadismo, hiponatremia, alcalose, hipofosfatemia, síndrome de lise tumoral, alterações no estado mental, depressão, redução de libido, síndrome de Guillain-Barré, meningite, síncope, neuropatia craniana, edema cerebral, neuropatia periférica, ataxia, tremor, mioclonia, disartria, uveíte, hemorragia vítrea, irite, acuidade visual reduzida, sensação de corpo estranho nos olhos, conjuntivite, arritmia, fibrilação atrial, vasculite, angiopatia, isquemia periférica, hipotensão ortostática, insuficiência respiratória, síndrome da angústia respiratória aguda, infiltração pulmonar, edema pulmonar, pneumonite, rinite alérgica, perfuração gastrointestinal, perfuração no intestino grosso, perfuração intestinal, peritonite, gastroenterite, diverticulite, pancreatite, enterocolite, úlcera gástrica, úlcera no intestino grosso, esofagite, íleo, insuficiência hepática, hepatite, hepatomegalia, icterícia, necrólise epidérmica tóxica a, b, vasculite leucocitoclástica, esfoliação cutânea, polimialgia reumática, artrite, insuficiência renal, glomerulonefrite, acidose tubular renal, amenorreia, insuficiência múltipla de órgãos, reação infusional, teste de função hepática anormal, creatinina sanguínea elevada, hormônio estimulante da tireoide sanguínea elevado, cortisol sanguíneo reduzido, corticotrofina sanguínea reduzida, lipase elevada, amilase sanguínea elevada, testosterona sanguínea reduzida; muito rara: reação anafilática (choque); outras: meningismo, miocardite, cardiomiopatia, hepatite autoimune, eritema multiforme, nefrite autoimune, sintomas semelhantes à miastenia grave, tireoidismo autoimune, hiperpituitarismo, insuficiência adrenocortical secundária, hipoparatiroidismo, tireoidite, episclerite, blefarite, edema no olho, esclerite, arterite temporal, fenômeno de Raynaud, proctite, síndrome de eritrodismestesia palmo-plantar, psoríase, hematúria, proteinúria, hormônio estimulante da tireoide reduzido no sangue, gonadotrofina sanguínea reduzida, tiroxina reduzida, leucopenia, policitemia, sarcoidose, hipacusia neurosensorial, neuropatia central autoimune (encefalite), miosite, polimiosite e miosite ocular. **POSOLOGIA:** o regime de indução recomendado é 3 mg/kg administrado por via endovenosa durante um período de 90 minutos a cada 3 semanas em um total de 4 doses. Os pacientes devem receber todo o regime de indução (4 doses) conforme tolerado, independentemente do aparecimento de novas lesões ou crescimento das lesões existentes. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. USO RESTRITO A HOSPITAIS. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Rev1113

## Câncer de mama

### Novas tecnologias de diagnóstico e tratamento personalizado

Os avanços no tratamento têm aumentado expressivamente os índices de cura do câncer de mama e possibilitado que pacientes sejam menos submetidos a procedimentos agressivos

Deteção cada vez mais precoce, técnicas inovadoras para caracterizar o subtipo do tumor e, principalmente, a adoção de um tratamento personalizado serão os temas debatidos hoje no painel coordenado por Gilberto Schwartzmann, sócio fundador do Instituto de Oncologia Kaplan e professor de Oncologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os tratamentos personalizados, além de aumentar os índices de cura do câncer de mama, têm diminuído a necessidade de procedimentos mais agressivos e mutiladores. O avanço na subclassificação dos tumores atrelado à disponibilidade de tratamentos mais personalizados está desenhando horizontes muito mais promissores para as pacientes com câncer de mama, tema central do debate hoje na sala II, das 8:30 às 12:30. Nos últimos anos, surgiram exames de perfil molecular que

analisam até dezenas de genes no tumor, possibilitando prever o prognóstico e a chance de resposta a determinados tratamentos. Isso permite tratar de forma mais individualizada tumores que antes eram tratados de maneira homogênea. Além das já tradicionais hormonoterapia e quimioterapia, vem aumentando o número de terapias-alvo, que conseguiram revolucionar o tratamento para HER-2 em excesso. A individualização do tratamento também vem se tornando possível graças às informações obtidas pela biópsia de lesões metastáticas. O debate terá como destaques internacionais o médico polonês especialista em terapias individualizadas e professor na Faculdade de Medicina de Paris, Thomas Tursz, a belga Martine Piccart-Gebahrt e o francês Marc Spielmann, do Institut Gustave Roussy que falará sobre hormonoterapia adjuvante.



Gilberto Schwartzmann

## Cirurgia Oncológica

### Melhores técnicas para câncer de vesícula e pâncreas

Debate em torno dos procedimentos mais indicados para obter os melhores resultados possíveis com o menor desconforto ao paciente será realizado hoje na parte da tarde

Alguns dos principais avanços das técnicas de oncologia cirúrgica serão tema de debate hoje, entre 14 e 18 horas, na sala V. A mesa, coordenada pelo dr. Flávio Antônio de Sá Ribeiro e moderada pelo dr. André Maciel da Silveira, contará com debates sobre o tratamento cirúrgico em casos de câncer de vesícula e de pâncreas. Ainda nessa mesa, destaque para o debate sobre o uso de expansores vasculares na ressecção de tumores e sobre as relações entre nutrição e câncer. O debate sobre oncologia cirúrgica vem ganhando importância fundamental com o avanço das técnicas nos últimos anos. A discussão em torno da indicação de cirurgia e qual o melhor tipo de procedimento a ser adotado em cada caso é sempre

alvo de bastante polêmica entre os especialistas devido ao impacto que essas opções podem trazer à vida do paciente. Técnicas mais radicais ou mais conservadoras precisam ser sempre muito bem estudadas pelos médicos envolvidos no tratamento do paciente, para que se garanta o melhor resultado com o menor desconforto possível. A palestra sobre câncer de pâncreas, por exemplo, irá debater quando a pancreatômia total é a melhor opção de tratamento e o que há de melhor nessa técnica nos dias de hoje. Além do coordenador e do moderador, participarão dessa seção, os médicos Alexandre Ferreira Oliveira, Alexandre Queiroz Franco Henriques, Baltazar de Araujo Fernandes, Lia Roque Asumção e Robson Freitas de Moura.

O Jornal Diário do Congresso da Sociedade Franco-Brasileira de Oncologia é uma publicação da Iaso Editora.



www.iasoeditora.com.br • www.revistaonco.com.br  
 SP (11) 2478-6985 • RJ (21) 3798-1437

Publisher:  
 Simone Simon  
 simone@iasoeditora.com.br

Jornalista Responsável:  
 Jiane Carvalho (MTb 23.428)  
 jiane@iasoeditora.com.br

Reportagem:  
 Gabriel Ferreira  
 gabriel@iasoeditora.com.br

Direção de arte/Prepress:  
 Ione Franco  
 ione@iasoeditora.com.br

Fotoimagem:  
 Rodrigo Capote – Trêma

Impressão: ColorSet  
 Tiragem: 1.000



# ONCOLOGIA DOR

*Você, muito bem tratado.*



9 Bandeiras | 32 Clínicas | 200 Médicos

800 Colaboradores | 12 Aceleradores Lineares

Mais de 100 Mil Atendimentos/Ano

[www.oncologiador.com.br](http://www.oncologiador.com.br)

## Câncer gastrointestinal

### Debate sobre pâncreas, estômago e esôfago

As melhores abordagens no tratamento de tumores gastrointestinais



Rui Weschenfelder,  
Antonio Nocchi Kalil e  
Eduardo de Moraes

A seção sobre câncer gastrointestinal, coordenada pelos oncologistas Eduardo Moraes, do Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB), e Rui Weschenfelder, do Hospital Moinho de Vento, de Porto Alegre, trouxe à plateia uma série de temas que fazem parte do dia a dia dos consultórios e salas de cirurgia. Na primeira parte da mesa, discutiu-se as melhores opções de tratamento para o câncer de pâncreas, como a forma correta de se determinar se a doença é potencialmente ressecável e quais as melhores opções de tratamento para a doença avançada. “A decisão sobre a ressecção não é fácil e deve ser feita de forma multidisciplinar”, afirmou o cirurgião oncológico Antonio Nocchi Kalil, de Porto Alegre. Entre os fatores que devem pesar na decisão estão questões como o comprometimento arterial e o tamanho do tumor. Após as apresentações foi aberto espaço para o debate com o público. “O formato de discussão com a plateia é vencedor, pois traz casos do dia a dia para o centro do debate”, afirma o dr. Weschenfelder. Depois foi a vez de se falar sobre as formas mais eficientes de combater os tumores de esôfago e estômago, como em quais casos fazer a opção entre a quimiorradioterapia definitiva ou optar pela trimodalidade. “Nos preocupamos em montar uma programação que fosse útil, para que o colega já pudesse aplicar o que ouviu aqui na segunda-feira, ao voltar para o consultório”, diz Weschenfelder.

## Câncer de Bexiga e Rim

### Alternativas cirúrgicas em debate

Especialistas apontam vantagens da nefrectomia parcial



Álvaro Sadek Sarkis

A palestra do uro-oncologista do Sírio-Libanês Álvaro Sadek Sarkis, no painel sobre Câncer de Bexiga e Rim, apresentou as vantagens e desvantagens da nefrectomia radical e da nefrectomia parcial na neoplasia renal. Sarkis destacou que, embora não haja estudos que comprovem a eficácia maior ou menor de uma das técnicas, na visão dele o procedimento parcial ainda traz mais vantagens ao paciente. O uro-oncologista cita, por exemplo, a possibilidade de manutenção da função renal na nefrectomia parcial. “Conseguimos preservar os nefrons, melhorar a capacidade de preservação das funções do órgão, o que eleva a sobrevida do paciente”, comenta Sarkis. Outro palestrante, o dr. Leopoldo Alves Ribeiro Filho, também do Sírio-Libanês, abordou as alternativas para tratamento de câncer metastático. O uso associado da nefrectomia citoreduzora com terapia-alvo, segundo o especialista, tem se mostrado acertada ao elevar a sobrevida dos pacientes com câncer metastático no rim, na média para algo entre 13 e 19 meses. “Já o uso da terapia-alvo isoladamente mostrou um ganho muito modesto na sobrevida.” Ribeiro Filho chamou a atenção para evoluções esperadas para o tratamento do câncer do rim em metástase, como a promessa de uma imunoterapia específica, lembrando que a terapia-alvo também deu força para o tratamento da neoplasia avançada.





Hiram Silveira Lucas



Karine Damasceno, Gabriela Prior e Jonas Motta (GSK)



Ruff de Freitas Jr, Alice Brandão, Roberto Viera e Maria Helena Vermot



Roberto Viera



Luiz Antonio Santini



Christian Domenge e Carla Ismael



Antonio Grimaldi



Regiane Vidal e Fernando Kanayama (Merck)



Equipe Progenetica - Hermes Pardini



Equipe Astellas



Clarissa Mathias



Equipe Bristol Myers Squibb



Teresa Serpa



Equipe TEVA



Flavia Ferrari (Eisai)



Carla Ismael



Andreia Melo e Angelica Nogueira



Fernando Coitat Maluf



Leopoldo Ribeiro Filho



Maria Claudia Ismael, Carla Ismael, Clarissa Mathias e Luiz Fernando Lima Reis



Equipe Janssen



Célia Viegas



Beatriz Mello (Astellas)



Rodrigo Lima



Laila Daibes Rachid, Moise Namer, Carla Ismael, Maria Helena Vermot, Roger Grossman e Christian Domenge



Eduardo Viera Motta



Mariano Zalis (Progenética - Hermes Pardini)



Leonardo Maurity, Aline Mayrink, Carla Ismael, Christian Domenge e Omar Akl



Monica Padoan, Rafaela Tentempo e Juliana Fernandes



Raphaella Farias (Boehringer Ingelheim)



Rui Haddad e João Pantoja



Heddy Lamarca e Demetrius Mendonça (Bayer)



Felipe Erlich



Equipe Merck



Adriana Madeira



Equipe da GSK



Thomas Tursz e Moise Namer



Luiz Fernando Reis de Lima, Carla Ismael e Christian Domenge



Pedro Wilson



Christian Domenge, Carla Ismael, Marc Spielmann, Ivo Pitanguy e Maria Helena R. R. Rabay Vermot

Maurício Moreno



## Trabalho de pesquisadores é reconhecido no primeiro dia de Congresso

O primeiro dia do Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia foi marcado pelo reconhecimento do trabalho de médicos que têm se dedicado ao estudo do câncer tanto no Brasil como na França, com a entrega dos prêmios Gustave Roussy e Xavier Sigaud.

O Prêmio Gustave Roussy foi entregue ao oncologista francês Moise Namer. O professor Namer atua principalmente nos assuntos relacionados ao câncer de mama, sendo peça fundamental na definição de importantes protocolos para o combate a essa doença. Ao longo da história do Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia, o professor Namer marcou presença por diversas vezes, trazendo aos participantes contribuições relevantes para a definição das melhores estratégias de tratamento oncológico.

Desde que foi instituído, em 2006, o Prêmio Gustave Roussy já foi concedido a nomes como Martine Piccart-Gebahrt, chefe do departamento de quimioterapia no Jules Bordet Institute, em Bruxelas, na Bélgica, e Aimery de Gramont, um dos mais reconhecidos pesquisadores no campo do câncer de cólon.

A premiação leva o nome de Gustave Roussy por conta da importância deste pesquisador para a oncologia mundial. Roussy foi um dos pioneiros no estudo do câncer, tendo sido o primeiro a identificar a capacidade da doença de invadir outros órgãos, mesmo que à distância. Ele foi o fun-

dador do mais importante instituto de pesquisa e tratamento de câncer da Europa, que hoje leva seu nome.

### Prêmio Xavier Sigaud

Já o prêmio Xavier Sigaud foi entregue a Luís Fernando Reis, chefe de pesquisa no Hospital Sírio-Libanês. Criado em 2008 pela Sociedade Franco-Brasileira de Oncologia, o prêmio visa homenagear profissionais que atuam com pesquisa na área oncológica. O vencedor desta edição é bioquímico formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (RJ), doutor em Microbiologia e Imunologia pela New York University School of Medicine e pós-doutorado em biologia Molecular pela Universidade de Zurich. Luís Fernando Reis tem se dedicado a estudo de marcadores moleculares em câncer, com ênfase em métodos de diagnóstico precoce e definição de marcadores de resposta e comportamento do tumor.

O médico franco-brasileiro José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856) – que dá nome ao prêmio – foi um dos principais organizadores da medicina no Brasil. Formado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo, na Alemanha, chegou ao Brasil em 1825 e logo se fixou no Rio. Foi um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e acumulou a atividade de médico e editor de publicações voltadas à área.



**Moise Namer**



**Luiz Fernando Reis de Lima**

## Indústria

### Avanços no diagnóstico da LMA



**Maria de Lourdes Chauffaille**

O Linfoma Mieloide Agudo (LMA) foi o tema da palestra da hematologista e presidente do Instituto Fleury, Maria de Lourdes Chauffaille, no Simpósio Satélite LABS A+ Medicina Diagnóstica. Representando 10% dos cânceres no Brasil, com a previsão de 9.000 casos novos em 2014, a LMA acomete pacientes com, na média, mais de 60 anos. Maria de Lourdes destacou os avanços no diagnóstico da neoplasia nas últimas décadas, passando de apenas critérios morfológicos para a imunofenotipagem. Por outro lado, afirma a hematologista, os resultados da indução da remissão da doença praticamente não avançaram, estando no mesmo nível dos anos 70. Também destacou recentes avanços no diagnóstico e no tratamento do LMA, como os marcadores citogenéticos e moleculares. “Dá para avaliar melhor o risco de cada paciente e, portanto, escolher a terapia mais adequada.”

### Astellas lança aplicativo 3D



A farmacêutica Astellas aproveitou o Congresso Franco-Brasileiro de Oncologia para apresentar à comunidade médica seu novo aplicativo, o Atlas 3D do Câncer de Próstata. Com um banco de imagens em alta qualidade, a ideia da aplicação é otimizar a comunicação entre médico e paciente, além de facilitar apresentações. O aplicativo está em exposição no stand da Astellas.

### Eisai traça perspectivas para mama metastático



**Maria de Fátima D. Gai e  
Gilberto Amorim**

A farmacêutica japonesa trouxe, em seu simpósio satélite, um panorama do tratamento do câncer de mama metastático. Na apresentação da oncologista Maria de Fátima Gai, do Grupo COI, foi traçado o cenário da doença, com os tratamentos mais indicados segundo os guidelines da ASCO e da ESMO. Gilberto Amorim, da Oncologia D'Or, falou sobre os resultados do estudo Embrace, que apontou os ganhos de sobrevida com o uso da eribulina.

NO CÂNCER DE PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO (CPRCm)...

## PENSE DIFERENTE. REDUZA AINDA MAIS A TESTOSTERONA.<sup>1,2</sup>

No CPRCm, estudos mostram que a redução da testosterona a níveis indetectáveis traz benefícios\* importantes para o paciente.<sup>3-10</sup>



\* Aumento de sobrevida global, aumento de sobrevida livre de progressão radiológica e melhora na qualidade de vida de acordo com estudo de fase 3 randomizado.

\*\* O tratamento com acetato de abiraterona reduz a testosterona circulante a níveis indetectáveis (utilizando ensaios disponíveis comercialmente) quando administrado com análogos do LHRH ou orquiectomia.<sup>7</sup>

LHRH = hormônio liberador do hormônio luteinizante

Bula resumida: **ZYTIGA™** (acetato de abiraterona). **FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO:** comprimidos de 250 mg de acetato de abiraterona em frasco com 120 comprimidos. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** ZYTIGA™ em combinação com prednisona ou prednisolona, é indicado para o tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático resistente à castração que são assintomáticos ou levemente sintomáticos, após falha à terapia de privação androgênica e para o tratamento de pacientes com câncer de próstata avançado metastático resistente à castração e que receberam quimioterapia prévia com docetaxel. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** a dose recomendada de ZYTIGA™ é 1000 mg (quatro comprimidos de 250 mg) em uma única tomada diária, que não deve ser realizada durante a refeição. Deve ser tomado pelo menos 2 horas depois de uma refeição e nenhum alimento deve ser ingerido durante pelo menos 1 hora após a tomada do medicamento. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros, com água. A dose máxima diária de 1000 mg não deve ser excedida. ZYTIGA™ é usado com dose baixa de prednisona ou prednisolona. A dose recomendada de prednisona ou prednisolona é 5 mg duas vezes ao dia. Os níveis de transaminases séricas e bilirrubina devem ser avaliados antes de iniciar o tratamento com ZYTIGA™, a cada duas semanas durante os três primeiros meses de tratamento e após este período, mensalmente. A pressão arterial, o potássio sérico e a retenção hídrica devem ser monitorados mensalmente. Recomenda-se que os pacientes sejam mantidos em tratamento até que haja a progressão dos níveis de PSA associada à progressão radiográfica e sintomática ou clínica. Não é necessário ajustar a dose para pacientes com insuficiência hepática leve pré-existente. ZYTIGA™ não deve ser usado em pacientes com insuficiência hepática moderada ou grave pré-existente. Para pacientes que desenvolvem hepatotoxicidade durante o tratamento com ZYTIGA™ [aumentos da alanina aminotransferase (ALT) ou aspartato aminotransferase (AST) 5 vezes acima do limite superior da normalidade ou aumento da bilirrubina 3 vezes acima do limite superior da normalidade], este deve ser suspenso imediatamente até a normalização dos testes de função hepática. O tratamento pode ser reiniciado com redução da dose para 500 mg uma vez ao dia, após os testes de função hepática retornarem aos níveis basais. Para os pacientes nos quais o tratamento está sendo reintroduzido, as transaminases séricas e a bilirrubina devem ser monitoradas no mínimo a cada duas semanas durante 3 meses e depois disso mensalmente. Se ocorrer hepatotoxicidade com a dose de 500 mg/dia, descontinuar o tratamento com ZYTIGA™. As doses reduzidas não devem ser tomadas com alimentos. Se os pacientes desenvolverem hepatotoxicidade grave a qualquer momento durante o tratamento (aumentos da ALT ou AST 20 vezes acima do limite superior da normalidade), ZYTIGA™ deve ser descontinuado e eles não devem ser tratados novamente com o medicamento. Não é necessário ajustar a dose para pacientes com insuficiência renal. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. **CONTRAINDICAÇÕES:** é contraindicado em mulheres grávidas ou que potencialmente possam estar grávidas. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** hipertensão, hipotensão, hipotensão e retenção hídrica devido ao excesso de mineralocorticoides - deve ser usado com cautela em pacientes com histórico de doença cardiovascular. A hipertensão deve ser controlada e a hipotensão corrigida antes de iniciar o tratamento. ZYTIGA™ pode causar hipertensão, hipotensão e retenção hídrica. Hepatotoxicidade: vide posologia. Retirada dos corticosteroides e cobertura de situações de estresse: recomenda-se cautela e, se houver necessidade de suspender o tratamento com prednisona ou prednisolona, os pacientes devem ser monitorados quanto a sinais de insuficiência adrenocortical. Em pacientes recebendo prednisona ou prednisolona que estão sujeitos a estresse fora do comum, uma dose aumentada de um corticosteroide pode ser indicada antes, durante ou depois da situação de estresse. A segurança e a eficácia do uso concomitante de ZYTIGA™ e quimioterapia citotóxica não foi estabelecida. É contraindicado em mulheres grávidas ou que potencialmente possam estar grávidas. Para evitar exposição inadvertida, mulheres grávidas ou que possam estar grávidas não devem manusear ZYTIGA™ sem luvas. Uso durante a lactação não é indicado. Não é esperado que ZYTIGA™ afete a capacidade de dirigir ou operar máquinas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** não deve ser tomado com alimentos. Recomenda-se cautela quando ZYTIGA™ é administrado com fármacos ativados ou metabolizados pela CYP2D6, particularmente com fármacos que têm índice terapêutico estreito. A redução da dose de fármacos com índice terapêutico estreito metabolizados pela CYP2D6 deve ser considerada. Indutores fortes da CYP3A4 devem ser evitados durante o tratamento com ZYTIGA™ ou usados com uma avaliação cuidadosa da eficácia clínica. Em um estudo clínico a coadministração de cetozonazol, um forte inibidor da CYP3A4, não teve efeito clínico significativo na farmacocinética da abiraterona. Não existem dados clínicos sobre o uso de ZYTIGA™ com medicamentos que são substratos da CYP2C8. Não há dados disponíveis sobre a interação de acetato de abiraterona e álcool ou nicotina. **REAÇÕES ADVERSAS:** as mais comuns são - edema periférico, hipotensão, infecção do trato urinário, aumentos nos níveis de alanina aminotransferase, aumentos nos níveis de aspartato aminotransferase, diarreia, hematuria, hipertensão e fraturas. ZYTIGA™ pode causar hipertensão, hipotensão e retenção hídrica como consequência farmacodinâmica de seu mecanismo de ação. Hepatotoxicidade medicamentosa com níveis elevados de ALT, AST e bilirrubina total foram relatadas em pacientes tratados com ZYTIGA™. O mecanismo para hepatotoxicidade associado com ZYTIGA™ não é compreendido. **CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO ZYTIGA™:** deve ser conservado em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C). **SUPERDOSE:** em caso de superdosagem, a administração deve ser interrompida e medidas gerais de suporte devem ser adotadas, incluindo o monitoramento para arritmias. A função hepática também deve ser avaliada. **Venda sob prescrição médica. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Janssen-Cilag Farmacêutica.** MS- 1.1236.3401. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. **INFC 0800.7013017** - www.janssen.com.br - Cód. CCDS 0313 + 0713.

**CONTRAINDICAÇÃO:** ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM MULHERES GRÁVIDAS OU QUE POTENCIALMENTE POSSAM ESTAR GRÁVIDAS. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** RECOMENDA-SE CAUTELA QUANDO ZYTIGA™ É ADMINISTRADO COM FÁRMACOS ATIVADOS OU METABOLIZADOS PELA CYP2D6, PARTICULARMENTE COM FÁRMACOS QUE TÊM ÍNDICE TERAPÊUTICO ESTREITO. A REDUÇÃO DA DOSE DE FÁRMACOS COM ÍNDICE TERAPÊUTICO ESTREITO METABOLIZADO PELA CYP2D6 DEVE SER CONSIDERADA.

**Referências:** 1. Mostaghel EA. Abiraterone in the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer. *Cancer Manag Res.* 2014 Jan 28;6:39-51. **INFC N° 24501545.** 2. Hoy SM. Abiraterone acetate: a review of its use in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer. *Drugs.* 2013 Dec;73(18):2077-91. **INFC N° 24271422.** 3. Morote J et al. Redefining clinically significant castration levels in patients with prostate cancer receiving continuous androgen deprivation therapy. *J Urol* 2007; 178: p1290-1295 **INFC N° 17698136.** 4. Zlotta A, Debruyne FMJ. Expert opinion on optimal testosterone control in prostate cancer. *Eur Urol Suppl* 2005; 4: p37-41. **INFCART 4420.** 5. Oefelein MG et al. Reassessment of the definition of castrate levels of testosterone: implications for clinical decision making. *Urology* 2000; 56 (6): p1021-1024 **INFC N° 1113751.** 6. Perachino M et al. Testosterone levels in patients with metastatic prostate cancer treated with luteinizing hormone-releasing hormone therapy: prognostic significance? *BJU Int* 2009; 105: p648-651 **INFC N° 19747358.** 7. Pezaro CJ, Mukherji D, De Bono JS. Abiraterone acetate: redefining hormone treatment for advanced prostate cancer. *Drug Discov Today.* 2012;17(5-6):221-6. **INFC N° 22198164.** 8. Attard G, Reid AH, Yap TA, Raynaud F, Dowsett M, Sattarree S, Barrett M, Parker C, Martins V, Folkler E, Clark J, Cooper CS, Kaye SB, Dearnaley D, Lee G, de Bono JS. Phase I clinical trial of a selective inhibitor of CYP17, abiraterone acetate, confirms that castration-resistant prostate cancer commonly remains hormone driven. *J Clin Oncol.* 2008;26(28):4563-71. **INFC N° 18645193.** 9. Bula de ZYTIGA™ (acetato de abiraterona). 10. de Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, Fizazi K, North S, Chu L, Chi KN, Jones RJ, Goodman OB Jr, Saad F, Staffurijn JN, Mainwaring P, Harland S, Flaig TW, Hutson TE, Cheng T, Patterson H, Hainsworth JD, Ryan CJ, Sternberg CN, Ellard SL, Fléchon A, Saleh M, Scholz M, Efstathiou E, Zivi A, Bianchini D, Loriot Y, Chieffo N, Kheoh T, Haqq CM, Scher HI; COU-AA-301 Investigators. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011; 364(21):1995-2005. **INFC N° 21612468.**

Material destinado exclusivamente à classe médica.  
Material impresso e distribuído em outubro de 2014. - código: 167650

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

**INFC**  
Informações Científicas  
**0800 7013017**  
www.janssen.com.br

UM COMPROMISSO JANSSEN-CILAG  
**SAFE**  
Serviço de Atendimento em Farmaco-segurança Especializado  
**0800.7013017**

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson



# ATENÇÃO CADA VEZ MAIS COMPLETA À SAÚDE DOS SEUS PACIENTES.

A **Progenética** e **Diagnóstika**, especialistas em Patologia Molecular, fazem parte do **Grupo Hermes Pardini**. É a qualidade de centros de referência em investigação científica, biotecnologia e diagnóstico aliada à experiência e ao profissionalismo de um dos maiores centros de Medicina Diagnóstica e Preventiva do país.

- 🧬 Painéis genéticos completos por Next Generation Sequence (NGS)
- 🧬 Painéis genéticos completos para tumores hereditários
- 🧬 Painéis genéticos completos para tumores sólidos (NSCLC, colorretal e melanoma)
- 🧬 Painel Lung Scan para câncer de pulmão
- 🧬 Análise dos genes EGFR, KRAS e BRAF
- 🧬 Sequenciamento de BRCA 1 e 2
- 🧬 BCR/ABL qualitativo e quantitativo
- 🧬 FISH - Pesquisa de amplificação de HER-2
- 🧬 FISH - Pesquisa de amplificação de MET
- 🧬 Patologia Molecular e Imunohistoquímica Geral

**Estamos em todo o Brasil. Consulte  
nosso menu de exames nos sites:**

[hermespardini.com.br](http://hermespardini.com.br)

[progenetica.com.br](http://progenetica.com.br)

[diagnostika.med.br](http://diagnostika.med.br)

(21) 2540-5529

## HERMES PARDINI

Medicina Diagnóstica e Preventiva



**PROXENETICA**  
HERMES PARDINI  
Medicina Diagnóstica e Preventiva