

ANEXO I

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

Medicamento já não autorizado

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8.

1. NOME DO MEDICAMENTO

Equidacent 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão.

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Cada ml de concentrado contém 25 mg de bevacizumab*.

Cada frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100 mg de bevacizumab.

Cada frasco para injetáveis de 16 ml de concentrado contém 400 mg de bevacizumab.

Para diluição e outras recomendações de manuseamento, ver secção 6.6.

*Bevacizumab é um anticorpo monoclonal recombinante humanizado produzido por tecnologia de ADN em células de ovário de hamster chinês.

Excipiente(s) com efeito conhecido

Cada frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 191 mg de sorbitol (E420).

Cada frasco para injetáveis de 16 ml de concentrado contém 764 mg de sorbitol (E420).

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Concentrado para solução para perfusão.

Solução clara a opalescente, incolor a castanha clara-amarelada.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Bevacizumab, em associação com quimioterapia contendo fluoropirimidinas, está indicado no tratamento de doentes adultos com carcinoma metastizado do cólon ou do reto.

Bevacizumab, em associação com paclitaxel, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro da mama metastizado. Para informação adicional acerca da determinação do recetor-2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2) por favor consulte a secção 5.1.

Bevacizumab, em associação com capecitabina, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro da mama metastizado, para os quais o tratamento com outras opções de quimioterapia, incluindo taxanos ou antraciclina, não é considerado apropriado. Doentes tratados com regimes contendo taxanos e antraciclina em contexto adjuvante nos últimos 12 meses devem ser excluídos do tratamento com Equidacent em associação com capecitabina. Para informação adicional acerca da determinação do HER2, consulte a secção 5.1.

Bevacizumab, em associação com quimioterapia contendo compostos de platina, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro do pulmão de células não pequenas, irrissecável, avançado, metastizado ou recidivado, excluindo histologia com predomínio pavimentocelular.

Bevacizumab, em associação com erlotinib, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro do pulmão de células não pequenas não escamoso, avançado irressecável, metastizado ou recidivado, com mutações ativadoras do Recetor do Fator de Crescimento Epidérmico (EGFR) (ver secção 5.1).

Bevacizumab, em associação com interferão alfa-2a, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro de células renais avançado e/ou metastizado.

Bevacizumab, em associação com carboplatina e paclitaxel, está indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, avançados (estadios International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) III B, III C e IV) (ver secção 5.1).

Bevacizumab, em associação com carboplatina e gemcitabina ou em associação com carboplatina e paclitaxel, está indicado no tratamento de doentes adultos com uma primeira recorrência de cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, sensíveis a platina, que não receberam terapêutica prévia com bevacizumab ou outros inibidores do VEGF ou agentes dirigidos ao recetor do VEGF.

Bevacizumab em associação com paclitaxel e cisplatina ou, em alternativa, paclitaxel e topotecano em doentes que não podem receber terapêutica com platina, está indicado para o tratamento de doentes adultas com carcinoma do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (ver secção 5.1).

4.2 Posologia e modo de administração

Equidacent tem de ser administrado sob supervisão de um médico com experiência na utilização de terapêuticas antineoplásicas.

Posologia

Carcinoma metastizado do cólon ou do reto (mCRC)

A dose recomendada de Equidacent, administrada sob a forma de perfusão intravenosa, é de 5 mg/kg ou 10 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez de 2 em 2 semanas, ou 7,5 mg/kg ou 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez de 3 em 3 semanas.

Recomenda-se a continuação da terapêutica até à progressão da doença subjacente ou até a toxicidade ser inaceitável.

Cancro da mama metastizado (CMm)

A dose recomendada de Equidacent é de 10 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez a cada 2 semanas, ou 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

Recomenda-se a continuação da terapêutica até à progressão da doença subjacente ou até a toxicidade ser inaceitável.

Cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP)

Tratamento de primeira linha de CPCNP não escamoso em associação com quimioterapia baseada em platina

Equidacent é administrado em associação com quimioterapia com base em platina, em até 6 ciclos de tratamento, seguidos de Equidacent em monoterapia até progressão da doença.

A dose recomendada de Equidacent é de 7,5 mg/kg ou 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

O benefício clínico em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas foi demonstrado com ambas as doses de 7,5 mg/kg e 15 mg/kg (ver secção 5.1).

Recomenda-se a continuação da terapêutica até à progressão da doença subjacente ou até a toxicidade ser inaceitável.

Tratamento de primeira linha de CPCNP não escamoso com mutações ativadoras do EGFR em associação com erlotinib

Deverá realizar-se o teste da mutação do EGFR antes do início do tratamento com a combinação de Equidacent e erlotinib. É importante escolher uma metodologia robusta e bem validada para evitar determinações de falsos negativos e falsos positivos.

A dose recomendada de Equidacent, quando utilizado em associação com erlotinib, é de 15 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

Recomenda-se a continuação do tratamento de Equidacent, em associação com erlotinib, até à progressão da doença.

Consultar o resumo das características do medicamento de erlotinib para a posologia e modo de administração de erlotinib.

Cancro de células renais avançado e/ou metastizado (mRCC)

A dose recomendada de Equidacent é de 10 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 2 semanas, por perfusão intravenosa.

Recomenda-se a continuação da terapêutica até à progressão da doença subjacente ou até a toxicidade ser inaceitável.

Cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio e cancro peritoneal primário

Tratamento de primeira linha: Equidacent é administrado em associação com carboplatina e paclitaxel, até 6 ciclos de tratamento, seguidos do uso continuado de Equidacent como agente único até progressão da doença ou durante o máximo de 15 meses ou até a toxicidade ser inaceitável, consoante o que ocorrer primeiro.

A dose recomendada de Equidacent é de 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 3 semanas, sob a forma de perfusão intravenosa.

Tratamento da doença recorrente sensível a platina: Equidacent é administrado em associação com carboplatina e gencitabina durante 6 ciclos e até 10 ciclos ou em associação com carboplatina e paclitaxel durante 6 ciclos e até 8 ciclos, seguidos do uso continuado de Equidacent como agente único até progressão da doença. A dose recomendada de Equidacent é de 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

Cancro do colo do útero

Equidacent é administrado em associação com um dos seguintes regimes de quimioterapia: paclitaxel e cisplatina ou paclitaxel e topotecano.

A dose recomendada de Equidacent é de 15 mg/kg de peso corporal administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

Recomenda-se a continuação do tratamento até progressão da doença subjacente ou até toxicidade inaceitável (ver secção 5.1).

Populações especiais

Idosos: Não é necessário ajuste da dose em idosos

Compromisso renal: A segurança e a eficácia não foram estudadas em doentes com compromisso renal (ver secção 5.2).

Compromisso hepático: A segurança e a eficácia não foram estudadas em doentes com compromisso hepático (ver secção 5.2).

População pediátrica

A segurança e eficácia de bevacizumab em crianças com idade inferior a 18 anos de idade não foram estabelecidas. Os dados atualmente disponíveis encontram-se descritos nas secções 4.8, 5.1 e 5.2, mas não pode ser feita qualquer recomendação posológica.

Não há utilização relevante de bevacizumab na população pediátrica nas indicações para o tratamento de cancro do cólon, do reto, da mama, do pulmão, do ovário, da trompa de Falópio, do peritoneu, do colo do útero e do rim.

Modo de administração

Equidacent destina-se a utilização intravenosa. A dose inicial deve ser administrada durante 90 minutos sob a forma de perfusão intravenosa. Se a primeira perfusão for bem tolerada, a administração da segunda perfusão pode ser feita durante 60 minutos. Se a perfusão com duração de 60 minutos for bem tolerada, todas as perfusões seguintes poderão ser administradas durante 30 minutos.

Não deve ser administrado sob a forma de injeção intravenosa rápida ou bólus.

A redução de dose devido a reações adversas não é recomendada. Se indicado, a terapêutica deverá ser temporariamente suspensa ou permanentemente descontinuada, tal como descrito na secção 4.4.

Precauções a ter em conta antes de manusear ou administrar o medicamento

Para instruções acerca da diluição do medicamento antes da administração, ver secção 6.6. A perfusão de Equidacent não deve ser misturada nem administrada juntamente com soluções de glucose. Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos, exceto os mencionados na secção 6.6.

4.3 Contraindicações

- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.
- Hipersensibilidade a produtos derivados de células de ovário de hamster chinês (CHO) ou a outros anticorpos recombinantes humanos ou humanizados.
- Gravidez (ver secção 4.6).

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

De modo a melhorar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, o nome e o número do lote do medicamento administrado devem ser registados de forma clara.

Perfuração gastrointestinal (GI) e fístulas (ver secção 4.8)

Os doentes tratados com bevacizumab podem estar em risco aumentado de desenvolver perfuração gastrointestinal e perfuração da vesícula biliar. Em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto, um processo inflamatório intra-abdominal pode ser um fator de risco para ocorrência de

perfuração gastrointestinal, por conseguinte, deve ter-se cuidado ao tratar estes doentes. A radiação prévia é um fator de risco para perfuração GI em doentes tratadas com Equidacent para o cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada e todos os doentes com perfuração GI tinham história de radioterapia prévia. A terapêutica deve ser interrompida definitivamente nos doentes que desenvolvam perfuração gastrointestinal.

Fístulas entre o trato GI e a vagina no estudo GOG-0240

As doentes tratadas com bevacizumab para o cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada apresentam um risco aumentado de desenvolver fístulas entre a vagina e qualquer região do trato GI (fístula entre o trato GI e a vagina). A radiação prévia é um fator de risco muito importante para o desenvolvimento de fístulas entre o trato GI e a vagina e todas as doentes com fístulas entre o trato GI e a vagina tinham antecedentes de radiação prévia. A recorrência do cancro na área previamente irradiada é um fator de risco adicional importante para o desenvolvimento de fístulas entre o trato GI e a vagina.

Fístulas não-GI (ver secção 4.8)

Quando tratados com bevacizumab, os doentes podem apresentar um risco aumentado de desenvolver fístulas. Descontinuar permanentemente o tratamento com Equidacent em doentes com fístula traqueoesofágica (TE) ou qualquer fístula de grau 4 [*US National Cancer Institute-Common Terminology Criteria for Adverse Events* (NCI-CTCAE v.3)]. A informação disponível relativa ao uso continuado de bevacizumab em doentes com outras fístulas é limitada. Deve considerar-se a descontinuação do tratamento com Equidacent em casos de fístula interna não originada no trato gastrointestinal.

Complicações na cicatrização das feridas (ver secção 4.8)

O bevacizumab pode influenciar adversamente o processo de cicatrização das feridas. Foram notificadas complicações graves na cicatrização de feridas com consequências fatais, incluindo complicações anastomóticas. A terapêutica não pode ser iniciada antes de decorridos, pelo menos, 28 dias depois de uma grande cirurgia ou até cicatrização completa da ferida cirúrgica. Nos doentes que apresentarem complicações da cicatrização de feridas durante o tratamento, este deve ser suspenso até cicatrização completa da ferida. A terapêutica deve ser suspensa antes da cirurgia eletiva.

Foram notificados casos raros de fasciite necrotizante, incluindo casos fatais, em doentes tratados com bevacizumab. Esta é normalmente secundária a complicações na cicatrização de feridas, perfuração gastrointestinal ou formação de fístulas. A terapêutica com Equidacent deve ser interrompida nos doentes que desenvolvem fasciite necrotizante e deve ser rapidamente iniciado um tratamento apropriado.

Hipertensão arterial (ver secção 4.8)

Observou-se uma incidência aumentada de hipertensão arterial em doentes submetidos a tratamento com bevacizumab. Os dados de segurança clínica sugerem que a incidência de hipertensão arterial está provavelmente relacionada com a dose. A hipertensão arterial pré-existente deve ser adequadamente controlada antes do início do tratamento com Equidacent. Não existem informações acerca do efeito do bevacizumab em doentes com hipertensão arterial não controlada à data de início da terapêutica. É geralmente recomendada a monitorização da tensão arterial durante a terapêutica. Na maioria dos casos a hipertensão arterial foi controlada adequadamente através de tratamento anti-hipertensor recomendado, apropriado à situação individual do doente. Não se aconselha a utilização de diuréticos para controlo da hipertensão arterial em doentes que estejam a fazer regimes de quimioterapia com base em cisplatina. Caso a hipertensão arterial seja clinicamente significativa e não possa ser adequadamente controlada com terapêutica anti-hipertensor ou caso o doente desenvolva uma crise hipertensiva ou encefalopatia hipertensiva, deve suspender-se definitivamente o tratamento com Equidacent.

Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR) (ver secção 4.8)

Têm sido notificados casos raros de doentes tratados com bevacizumab que desenvolveram sinais e sintomas consistentes com SEPR, uma doença neurológica rara, que pode apresentar, entre outros, os seguintes sinais e sintomas: convulsões, cefaleia, alterações do estado mental, perturbações visuais ou cegueira cortical, com ou sem hipertensão associada. O diagnóstico de SEPR requer confirmação por imagiologia cerebral, preferencialmente imagiologia por ressonância magnética (RM). Nos doentes que desenvolvam SEPR, recomenda-se o tratamento de sintomas específicos, incluindo o controlo da hipertensão arterial, juntamente com a interrupção do Equidacent. Desconhece-se a segurança de reiniciar a terapêutica com bevacizumab em doentes que tenham sofrido de SEPR.

Proteinúria (ver secção 4.8)

Os doentes com história clínica de hipertensão arterial podem estar em risco aumentado de desenvolver proteinúria quando submetidos a tratamento com bevacizumab. Há indícios que apontam para a possibilidade de a proteinúria de qualquer grau [US National Cancer Institute-Common Terminology Criteria for Adverse Events [NCI-CTCAE v.3] poder estar relacionada com a dose.. Recomenda-se a monitorização da proteinúria por meio de análise da urina com fitas reativas antes do início e durante a terapêutica. Foi observada proteinúria de grau 4 (síndrome nefrótico) em até 1,4% dos doentes tratados com bevacizumab. O tratamento deve ser interrompido definitivamente nos doentes que desenvolvam síndrome nefrótico (NCI-CTCAE v.3).

Tromboembolismo arterial (ver secção 4.8)

Em ensaios clínicos, a incidência de reações tromboembólicas arteriais, incluindo acidente vascular cerebral (AVC), acidente isquémico transitório (AIT) e enfarte do miocárdio (EM), foi maior nos doentes submetidos a tratamento com bevacizumab em associação com quimioterapia do que nos doentes a fazer apenas quimioterapia.

Doentes em tratamento com bevacizumab mais quimioterapia e com história clínica de tromboembolismo arterial, diabetes ou idade superior a 65 anos apresentam um risco aumentado de desenvolvimento de reações tromboembólicas arteriais durante a terapêutica. Deve ter-se precaução ao tratar estes doentes com Equidacent.

A terapêutica deve ser interrompida definitivamente nos doentes que desenvolvam reações tromboembólicas arteriais.

Tromboembolismo venoso (ver secção 4.8)

Doentes em tratamento com bevacizumab podem estar em risco de desenvolverem reações tromboembólicas venosas, incluindo embolia pulmonar.

Doentes tratadas com bevacizumab em associação com paclitaxel e cisplatina para o cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada podem ter um risco aumentado de acontecimentos tromboembólicos.

O Equidacent deve ser interrompido em doentes com reações tromboembólicas potencialmente fatais (grau 4), incluindo embolia pulmonar (NCI-CTCAE v.3). Os doentes com reações tromboembólicas de grau ≤ 3 devem ser monitorizados de perto (NCI-CTCAE v.3).

Hemorragia

Os doentes tratados com bevacizumab apresentam um risco aumentado de hemorragia, principalmente hemorragia relacionada com o tumor. O Equidacent deve ser interrompido definitivamente nos doentes em que surjam hemorragias de grau 3 ou 4 no decurso da terapêutica com bevacizumab (NCI-CTCAE v.3) (ver secção 4.8).

Os doentes com metástases do SNC não tratadas foram excluídos dos ensaios clínicos com bevacizumab por rotina, com base em procedimentos imagiológicos ou sinais e sintomas. Assim, o risco de hemorragia do SNC nestes doentes não foi avaliado prospetivamente em ensaios clínicos aleatorizados (ver secção 4.8). Os doentes devem ser monitorizados quanto a sinais e sintomas de hemorragia do SNC, e o tratamento com Equidacent deve ser descontinuado em casos de hemorragia intracraniana.

Não existem informações sobre o perfil de segurança do bevacizumab em doentes com diátese hemorrágica congénita, com coagulopatia adquirida ou que estejam em tratamento com anticoagulantes (na dose máxima) para terapêutica do tromboembolismo antes da instituição do bevacizumab, uma vez que esses doentes foram excluídos dos ensaios clínicos. Por conseguinte, a decisão de instituir a terapêutica nestes doentes deve ser bem ponderada. No entanto, aparentemente, os doentes que desenvolvem trombose venosa ao receber o tratamento não apresentam uma incidência mais elevada de hemorragias de grau igual ou superior a 3 quando submetidos a tratamento concomitante com bevacizumab e varfarina (NCI-CTCAE v.3) na dose máxima.

Hemorragia pulmonar/hemoptise

Doentes com cancro do pulmão de células não pequenas tratados com bevacizumab podem estar em risco de desenvolver hemorragia pulmonar/hemoptise grave e, em alguns casos, fatal. Doentes com hemorragia pulmonar/hemoptise recente (volume de sangue > 2,5 ml) não devem ser tratados com bevacizumab.

Aneurismas e dissecções das artérias

A utilização de inibidores do VEGF em doentes que sofram ou não de hipertensão poderá promover a formação de aneurismas e/ou dissecções das artérias. Antes de iniciar o Equidacent, este risco deve ser cuidadosamente considerado em doentes com fatores de risco, como hipertensão ou historial de aneurisma.

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (ver secção 4.8)

Em ensaios clínicos foram notificadas reações consistentes com ICC. As ocorrências variaram desde diminuição assintomática na fração de ejeção ventricular esquerda até ICC sintomática que necessitou de tratamento ou hospitalização. Deve ter-se precaução ao tratar com bevacizumab doentes com patologia cardiovascular clinicamente significativa, tal como doença arterial coronária preexistente ou insuficiência cardíaca congestiva.

A maioria das doentes que teve ICC tinham cancro da mama metastizado e tinha sido anteriormente tratada com antraciclina, tinha feito radioterapia à parede torácica esquerda ou tinha outro fator de risco para a ICC.

Em doentes no ensaio AVF3694g que receberam tratamento com antraciclina e que não tinham recebido antraciclina anteriormente, não foi observada incidência aumentada de ICC de qualquer grau no grupo bevacizumab + antraciclina comparativamente ao tratamento apenas com antraciclina. Reações de ICC de grau 3 ou superior foram de certa forma mais frequentes em doentes a receber bevacizumab em associação com quimioterapia do que em doentes a receber apenas quimioterapia. Tal facto é consistente com os resultados obtidos em doentes de outros estudos em cancro da mama metastizado que não receberam tratamento concomitante com antraciclina (NCI-CTCAE v.3) (ver secção 4.8).

Neutropenia e infeções (ver secção 4.8)

Em doentes tratados com alguns regimes de quimioterapia mielotóxica + bevacizumab observou-se uma taxa aumentada de neutropenia grave, neutropenia febril ou infeção com ou sem neutropenia grave (incluindo alguns casos fatais), comparativamente com a observada com regimes contendo apenas quimioterapia. Tal foi observado principalmente no tratamento do cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP) e do cancro da mama metastizado (CMm), em associação com terapêuticas

contendo compostos de platina ou com taxanos e no tratamento do cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada em associação com paclitaxel e topotecano.

Reações de hipersensibilidade/reações à perfusão (ver secção 4.8)

Os doentes podem estar em risco de desenvolver reações de hipersensibilidade/reações à perfusão. É recomendada uma monitorização contínua do doente durante e após a administração de bevacizumab, tal como esperado para a perfusão de qualquer terapêutica com um anticorpo monoclonal humanizado. Se ocorrer uma reação à perfusão, esta deverá ser interrompida e deverão ser administradas as terapêuticas medicamentosas apropriadas. Não é necessária pré-medicação sistemática.

Osteonecrose da mandíbula (ONM) (ver secção 4.8)

Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula (ONM) em doentes oncológicos tratados com bevacizumab, a maioria dos quais tinha recebido tratamento intravenoso prévio ou concomitante com bifosfonatos, para o qual a ONM é um risco identificado. Deve ter-se precaução quando o bevacizumab e bifosfonatos intravenosos são administrados simultaneamente ou sequencialmente.

Procedimentos dentários invasivos são também um fator de risco identificado. Deve considerar-se a realização de um exame dentário e acompanhamento dentário preventivo apropriado antes de iniciar tratamento com Equidacent. Se possível devem ser evitados procedimentos dentários invasivos em doentes que receberam anteriormente ou que estão a receber bifosfonatos intravenosos.

Utilização intravítrea

O Equidacent não é formulado para utilização intravítrea.

Afeções oculares

Foram notificados casos individuais e conjuntos de reações adversas oculares graves após a utilização intravítrea não aprovada de bevacizumab manipulado a partir de frascos para injetáveis aprovados para administração intravenosa em doentes oncológicos. Estas reações incluíam endoftalmite infecciosa, inflamação intraocular tal como endoftalmite estéril, uveíte e vitrite, descolamento da retina, rutura epitelial da pigmentação da retina, pressão intraocular aumentada, hemorragia intraocular tal como hemorragia no vítreo ou hemorragia retiniana e hemorragia da conjuntiva. Algumas destas reações resultaram em perda de visão de vários graus, incluindo cegueira permanente.

Efeitos sistémicos após utilização intravítrea

Foi demonstrada uma diminuição da concentração do VEGF circulante após terapêutica anti-VEGF intravítrea. Foram notificadas reações adversas sistémicas após injeção intravítrea de inibidores do VEGF, incluindo hemorragias não oculares e reações tromboembólicas arteriais.

Insuficiência ovárica/fertilidade

O bevacizumab pode comprometer a fertilidade feminina (ver secção 4.6 e 4.8). Por esse motivo, estratégias de preservação da fertilidade devem ser discutidas com as mulheres com potencial para engravidar antes do início do tratamento com bevacizumab.

Excipientes com efeito conhecido

Sorbitol

Este medicamento contém sorbitol (E420). Os doentes com intolerância hereditária à frutose (IHF) não deverão tomar/receber este medicamento.

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Efeito de fármacos antineoplásicos na farmacocinética do bevacizumab

Com base nos resultados da análise farmacocinética populacional, não foram observadas interações clinicamente relevantes para a farmacocinética do bevacizumab, decorrentes da coadministração com quimioterapia. Não houve diferenças estatisticamente significativas ou clinicamente relevantes na depuração de bevacizumab em doentes tratados com bevacizumab em monoterapia comparativamente com doentes tratados com bevacizumab em associação com interferão alfa-2a, erlotinib ou quimioterapias (IFL, 5-FU/LV, carboplatina/paclitaxel, capecitabina doxorrubicina ou cisplatina/gemcitabina).

Efeito do bevacizumab na farmacocinética de outros fármacos antineoplásicos

Não foi observada interação clinicamente relevante de bevacizumab na farmacocinética de interferão alfa-2a, erlotinib (e o seu metabolito ativo OSI-420), ou das quimioterapias irinotecano (e o seu metabolito ativo SN38), capecitabina, oxaliplatina (conforme determinado por medição da platina livre e total) e cisplatina, quando administrados concomitantemente. Não podem ser tiradas conclusões acerca do impacto de bevacizumab na farmacocinética da gemcitabina.

Associação de bevacizumab e malato de sunitinib

Em dois ensaios clínicos no carcinoma de células renais metastizado foi notificada anemia hemolítica microangiopática (MAHA), em 7 de 19 doentes tratados com a associação de bevacizumab (10 mg/kg a cada duas semanas) e malato de sunitinib (50 mg uma vez por dia).

A MAHA é uma alteração hemolítica que pode apresentar-se com fragmentação de glóbulos vermelhos, anemia e trombocitopenia. Adicionalmente, foi observada em alguns destes doentes hipertensão (incluindo crise hipertensiva), aumento nos níveis de creatinina e sintomas neurológicos. Todos estes efeitos foram reversíveis após a descontinuação do bevacizumab e malato de sunitinib (ver Hipertensão, Proteinúria, SEPR na secção 4.4).

Associação com terapêuticas à base de platina ou taxanos (ver secções 4.4 e 4.8)

Foram observadas taxas aumentadas de neutropenia grave, neutropenia febril, ou infeção com ou sem neutropenia grave (incluindo algumas mortes) principalmente em doentes com CPCNP e CMm tratados com terapêuticas baseadas em compostos de platina ou em taxanos.

Radioterapia

A segurança e a eficácia da administração concomitante de radioterapia e bevacizumab não foram estabelecidas.

Anticorpos monoclonais EGFR em associação com regimes de quimioterapia com bevacizumab

Não foram realizados estudos de interação. Os anticorpos monoclonais EGFR não devem ser administrados para o tratamento do carcinoma metastizado do cólon ou do reto em associação com quimioterapia contendo bevacizumab. Os resultados dos estudos aleatorizados de fase III PACCE e CAIRO-2, em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto sugerem que a utilização dos anticorpos monoclonais anti-EGFR panitumumab e cetuximab, respetivamente, em combinação com bevacizumab mais quimioterapia, está associada a uma PFS e/ou OS diminuídas, e a toxicidade aumentada, comparativamente a bevacizumab sozinho com quimioterapia.

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Mulheres com potencial para engravidar

As mulheres com potencial para engravidar têm de utilizar métodos contraceptivos eficazes durante (e até 6 meses após) o tratamento.

Gravidez

Não existem dados de ensaios clínicos sobre a utilização de bevacizumab na mulher grávida. Os estudos em animais revelaram toxicidade reprodutiva incluindo malformações (ver secção 5.3). Sabe-se que as IgG atravessam a placenta e calcula-se que bevacizumab iniba a angiogénese no feto, podendo provocar graves anomalias congénitas em caso de administração durante a gravidez. Após comercialização, foram observados casos de anomalias fetais em mulheres tratadas com bevacizumab em monoterapia ou em associação com quimioterapias com efeitos embriotóxicos conhecidos (ver secção 4.8). Equidacent é contra-indicado durante a gravidez (ver secção 4.3).

Amamentação

Desconhece-se se o bevacizumab é excretado no leite humano. Uma vez que a IgG materna é excretada no leite e que o bevacizumab pode ter efeitos nefastos sobre o crescimento e desenvolvimento do lactente (ver secção 5.3), as mulheres devem suspender a amamentação durante a terapêutica e não amamentar durante, pelo menos, seis meses após a administração da última dose de bevacizumab.

Fertilidade

Os estudos de toxicidade de dose repetida em animais revelaram que o bevacizumab pode ter um efeito adverso sobre a fertilidade feminina (ver secção 5.3). Num ensaio de Fase III no tratamento adjuvante de doentes com cancro do cólon, um subestudo em mulheres pré-menopáusicas demonstrou uma maior incidência de novos casos de insuficiência ovárica no grupo do bevacizumab comparativamente com o grupo de controlo. Após descontinuação do tratamento com bevacizumab, a função ovárica foi recuperada na maioria das doentes. Os efeitos a longo prazo do tratamento com bevacizumab sobre a fertilidade são desconhecidos.

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os efeitos de bevacizumab sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são nulos ou influência insignificante. No entanto, foram notificadas sonolência e síncope com o uso de bevacizumab (ver tabela 1 na secção 4.8). Se os doentes apresentarem sintomas que afetam a visão ou a concentração, ou a sua capacidade de reagir, devem ser aconselhados a não conduzir e não utilizar máquinas até resolução da sintomatologia.

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

O perfil global de segurança do bevacizumab baseia-se em dados referentes a mais de 5700 doentes com várias malignidades, predominantemente tratados com bevacizumab em associação com quimioterapia, no âmbito dos ensaios clínicos.

As reações adversas mais graves foram:

- Perfuração gastrointestinal (ver secção 4.4).
- Hemorragia, incluindo hemorragia pulmonar/hemoptise, que é mais frequente em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas (ver secção 4.4).
- Tromboembolismo arterial (ver secção 4.4).

No âmbito de ensaios clínicos, as reações adversas mais frequentemente observadas em doentes em tratamento com bevacizumab foram hipertensão, fadiga ou astenia, diarreia e dor abdominal.

A análise dos dados de segurança clínica sugere que a ocorrência de hipertensão arterial e proteinúria com a terapêutica com o bevacizumab está, provavelmente, relacionada com a dose.

Lista tabelada de reações adversas

As reações adversas listadas nesta secção pertencem às seguintes categorias de frequência: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$); raros ($\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1000$); muito raros ($< 1/10\ 000$); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis).

As tabelas 1 e 2 listam as reações adversas relacionadas com a utilização de bevacizumab em associação com diferentes regimes de quimioterapia, em várias indicações.

A tabela 1 apresenta todas as reações adversas por frequência que foram determinadas como tendo uma relação causal com o bevacizumab, através de:

- incidências comparativas observadas entre braços de tratamento de ensaios clínicos (com uma diferença de pelo menos 10% para reações de grau 1-5 do NCI-CTCAE em comparação com o braço de controlo ou uma diferença de, pelo menos, 2% para reações de grau 3-5 do NCI-CTCAE em comparação com o braço de controlo);
- estudos de segurança pós-autorização;
- notificações espontâneas;
- estudos epidemiológicos/não interventivos ou estudos observacionais;
- ou através de uma avaliação de casos individuais notificados.

A tabela 2 apresenta a frequência das reações adversas graves. As reações graves são definidas como acontecimentos adversos em estudos clínicos com uma diferença de pelo menos 2% para reações de grau 3-5 do NCI-CTCAE em comparação com o braço de controlo. A tabela 2 também inclui reações adversas que são consideradas pelo titular de AIM como sendo clinicamente significativas ou graves. As reações adversas pós-comercialização são incluídas nas tabelas 1 e 2, quando aplicável. Informação detalhada sobre estas reações pós-comercialização é apresentada na tabela 3.

Nas tabelas seguintes, as reações adversas são incluídas na categoria de frequência apropriada de acordo com a incidência mais elevada, observada em qualquer indicação.

Dentro de cada categoria de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade.

Algumas das reações adversas são reações frequentemente observadas com quimioterapia; no entanto, o bevacizumab poderá exacerbar estas reações quando associado a agentes de quimioterapia. Exemplos incluem síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar com doxorubicina lipossómica peguilada ou capecitabina, neuropatia sensorial periférica com paclitaxel ou oxaliplatina, anomalia das unhas ou alopecia com paclitaxel e paroníquia com erlotinib.

Tabela 1. Reações Adversas por Frequência

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Muito raros	Desconhecido
Infeções e infestações		Sépsis, abscessos ^{b, d} , celulite, infecção, infecção do trato urinário		Fascite necrotizante ^a		
Doenças do sangue e do sistema linfático	Neutropenia febril, leucopenia, neutropenia ^b , trombocitopenia	Anemia, linfopenia				
Doenças do sistema imunitário		Reações de hipersensibilidade à perfusão ^{a, b, d}				
Doenças do metabolismo e da nutrição	Anorexia, hipomagnesemia, hiponatremia	Desidratação				
Doenças do sistema nervoso	Neuropatia periférica sensorial ^b , disartria, cefaleia, disgeusia	Acidente vascular cerebral, síncope, sonolência		Síndrome de encefalopatia posterior reversível ^{a, b, d}	Encefalopatia hipertensiva ^a	
Afeções oculares	Afeção ocular, hipersecreção lacrimal					
Cardiopatias		Insuficiência cardíaca congestiva ^{b, d} , taquicardia supraventricular				
Vasculopatias	Hipertensão ^{b, d} , tromboembolismo (venoso) ^{b, d}	tromboembolismo (arterial) ^{b, d} , hemorragia ^{b, d} , trombose venosa profunda				Microangiopatia trombótica renal ^{a, b} , aneurismas e dissecções das artérias
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Dispneia, rinite, epistaxe, tosse	Hemorragia pulmonar/hemoptise ^{b, d} , embolia pulmonar, hipoxia, disfonia ^a				Hipertensão pulmonar ^a , perfuração do septo nasal ^a
Doenças gastrointestinais	Hemorragia do reto, estomatite, obstipação, diarreia,	Perfuração gastrointestinal ^{b, d} , perfuração intestinal, ileus, obstrução				Úlcera gastrointestinal ^a

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Muito raros	Desconhecido
	náusea, vômitos, dor abdominal	intestinal, fístula retovaginal ^{d,e} , afeção gastrointestinal, proctalgia				
Afeções hepatobiliares						Perfuração da vesícula biliar ^{a,b}
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Complicações na cicatrização de feridas ^{b,d} , dermatite exfoliativa, pele seca, descoloração da pele	Síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar				
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Artralgia, mialgia	Fístula ^{b,d} , fraqueza muscular, dorsalgia				Osteonecrose da mandíbula ^{a,b} , osteonecrose não mandibular ^{a,f}
Doenças renais e urinárias	Proteinúria ^{b,d}					
Doenças dos órgãos genitais e da mama	Insuficiência ovárica ^{b,c,d}	Dor pélvica				
Afeções congénitas, familiares e genéticas						Anomalias fetais ^{a,b}
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Astenia, fadiga, pirexia, dor, inflamação da mucosa	Letargia				
Exames complementares de diagnóstico	Perda de peso					

Quando os acontecimentos em ensaios clínicos foram observados tanto como reações adversas medicamentosas de todos os Graus e de Grau 3-5, foi notificada a frequência mais elevada. Os dados não estão ajustados à diferente duração do tratamento.

^a Para mais informação, ver tabela 3 “Reações adversas notificadas em ambiente pós-comercialização”.

^b Os termos representam um grupo de acontecimentos que descrevem um conceito médico em vez de uma condição única ou o termo preferido do MedDRA (Dicionário Médico para Atividades Regulamentares). Este grupo de termos médicos pode envolver a mesma fisiopatologia subjacente (p. ex., reações tromboembólicas arteriais incluem acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, acidente isquémico transitório e outras reações tromboembólicas arteriais).

- ^c Com base num subestudo do NSABP C-08 com 295 doentes.
- ^d Para mais informação, ver abaixo a secção “Descrição das reações adversas graves seleccionadas”.
- ^e As fístulas retovaginais são as fístulas mais frequentes da categoria das fistulas entre o trato GI e a vagina.
- ^f Observada apenas na população pediátrica.

Tabela 2. Reações adversas graves por frequência

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Muito raros	Desconhecido
Infeções e infestações		Sépsis, celulite, abscesso ^{a, b} , infeção, infeção do trato urinário				Fascite necrotizante ^c
Doenças do sangue e do sistema linfático	Neutropenia febril, leucopenia, neutropenia ^a , trombocitopenia ^a	Anemia, linfopenia				
Doenças do sistema imunitário						Hipersensibilidade, reações à perfusão ^{a, b, c}
Doenças do metabolismo e da nutrição		Desidratação, hiponatremia				
Doenças do sistema nervoso	Neuropatia sensorial periférica ^a	Acidente vascular cerebral, síncope, sonolência, cefaleia				Síndrome de encefalopatia posterior reversível ^{a, b, c} , encefalopatia hipertensiva ^c
Cardiopatias		Insuficiência cardíaca congestiva ^{a, b} , taquicardia supraventricular				
Vasculopatias	Hipertensão ^{a, b}	Tromboembolismo arterial ^{a, b} , hemorragia ^{a, b} , tromboembolismo (venoso) ^{a, b} , trombose venosa profunda				Microangiopatia trombótica renal ^{b, c} , aneurismas e dissecções das artérias
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino		Hemorragia pulmonar/hemoptise ^{a, b} , embolia pulmonar, epistaxe, dispneia, hipoxia				Hipertensão pulmonar ^c , perfuração do septo nasal ^c
Doenças gastrointestinais	Diarreia, náusea, vómitos, dor abdominal	Perfuração intestinal, ileus, obstrução intestinal, fístula				Perfuração gastrointestinal ^{a, b} , úlcera

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes	Raros	Muito raros	Desconhecido
		retovaginal ^{c, d} , afeção gastrointestinal, estomatite, proctalgia				gastrointestinal ^c , hemorragia retal
Afeções hepatobiliares						Perfuração da vesícula biliar ^{b, c}
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos		Complicações na cicatrização de feridas ^{a, b} , síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar				
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Fístula ^{a, b} , mialgia, artralgia, fraqueza muscular, dorsalgia				Osteonecrose da mandíbula ^{b, c}
Doenças renais e urinárias		Proteinúria ^{a, b}				
Doenças dos órgãos genitais e da mama		Dor pélvica				Insuficiência ovárica ^{a, b}
Afeções congênitas, familiares e genéticas						Anomalias fetais ^{a, c}
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Astenia, fadiga	Dor, letargia, inflamação da mucosa				

A tabela 2 apresenta a frequência das reações adversas graves. As reações graves são definidas como acontecimentos adversos em estudos clínicos com uma diferença de pelo menos 2% para reações de grau 3-5 do NCI-CTCAE em comparação com o braço de controlo. A tabela 2 também inclui reações adversas que são consideradas pelo titular de AIM como sendo clinicamente significativas ou graves. Estas reações adversas clinicamente significativas foram notificadas em ensaios clínicos mas as reações de grau 3-5 não alcançaram uma diferença limite de pelo menos 2% comparadas com o braço de controlo. A tabela 2 também inclui reações adversas clinicamente significativas que foram apenas observadas no contexto pós-comercialização, portanto, a frequência e o grau NCI-CTCAE é desconhecido. Estas reações clinicamente significativas foram, por isso, incluídas na tabela 2, na coluna designada “Frequência desconhecida”.

^a Os termos representam um grupo de acontecimentos que descrevem um conceito médico em vez de uma condição única ou o termo preferido do MedDRA (Dicionário Médico para Atividades Regulamentares). Este grupo de termos médicos pode envolver a mesma fisiopatologia subjacente (p. ex. reações tromboembólicas arteriais incluem acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, acidente isquémico transitório e outras reações tromboembólicas arteriais).

^b Para mais informação, ver abaixo a secção “Descrição das reações adversas graves selecionadas”.

^c Para mais informação, consultar a tabela 3 “Reações adversas notificadas no contexto pós-comercialização”.

- ^d As fístulas retovaginais são as fístulas mais frequentes da categoria das fístulas entre o trato GI e a vagina.

Descrição das reações adversas graves selecionadas

Perfuração gastrointestinal (GI) e fístulas (ver secção 4.4)

O bevacizumab tem sido associado a casos graves de perfuração gastrointestinal.

No âmbito de ensaios clínicos, as perfurações gastrointestinais foram notificadas com uma incidência inferior a 1% em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas e não escamosas, até 1,3% em doentes com cancro da mama metastizado, até 2,0% em doentes com cancro de células renais metastático ou em doentes com cancro do ovário, e até 2,7% (incluindo fístula gastrointestinal e abscesso) em doentes com cancro colo-rectal metastizado. Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (estudo GOG-0240), foram notificadas perfurações GI (todos os graus) em 3,2% das doentes, todas com história prévia de radiação pélvica.

A ocorrência destes acontecimentos variou no tipo e gravidade, desde a observação de ar por raios-X simples do abdómen, que se resolveu sem qualquer tratamento, até uma perfuração intestinal com abscesso abdominal e morte. Em alguns casos existia inflamação intra-abdominal subjacente resultante ou de doença ulcerativa gástrica, necrose tumoral, diverticulite ou de colite associada a quimioterapia.

Foram notificados casos fatais em aproximadamente um terço dos casos de perfuração gastrointestinal grave, o que representa entre 0,2% a 1% de todos os doentes tratados com bevacizumab.

Em ensaios clínicos com o bevacizumab, as fístulas gastrointestinais (todos os graus) têm sido notificadas com uma incidência de até 2% em doentes com cancro colorretal metastizado e cancro do ovário, mas foram também notificadas menos frequentemente em doentes com outros tipos de cancro.

Fístulas entre o trato GI e a vagina no estudo GOG-0240

Num ensaio com doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada, a incidência de fístulas entre o trato GI e a vagina foi 8,3% em doentes tratadas com bevacizumab e 0,9% nas doentes de controlo, todas com história prévia de radiação pélvica. A frequência de fístulas entre o trato GI e a vagina no grupo tratado com bevacizumab + quimioterapia foi superior nas doentes com recorrência na área irradiada previamente (16,7%) comparativamente às doentes sem radiação prévia e/ou sem recorrência dentro da área irradiada previamente (3,6%). As frequências correspondentes no grupo de controlo tratado apenas com quimioterapia foram de 1,1% vs. 0,8%, respetivamente. As doentes que desenvolvem fístulas entre o trato GI e a vagina podem também apresentar obstrução intestinal e necessitar de intervenção cirúrgica, assim como de ostomias de derivação.

Fístulas não-GI (ver secção 4.4)

A utilização de bevacizumab tem sido associada a casos graves de fístulas, incluindo reações resultando em morte.

Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (GOG-240) foram notificadas fístulas vaginais, vesiculares ou do trato genital feminino, fora do trato GI, em 1,8% das doentes tratadas com bevacizumab e 1,4% das doentes de controlo.

Em outras indicações foram observadas notificações pouco frequentes ($\geq 0,1\%$ a $< 1\%$) de fístulas envolvendo áreas do corpo que não o trato gastrointestinal (p. ex., broncopleurais e fístulas biliares). Foram também notificadas fístulas na experiência pós-comercialização.

Foram notificadas reações em várias alturas durante o tratamento, desde uma semana a mais de 1 ano após o início do bevacizumab, com a maioria das reações a ocorrer durante os primeiros 6 meses de terapêutica.

Cicatrização de feridas (ver secção 4.4)

Uma vez que o bevacizumab pode ter um impacto negativo na cicatrização de feridas, excluíram-se da participação em ensaios de Fase III os doentes submetidos a grande cirurgia nos 28 dias anteriores ao início do ensaio.

Nos ensaios clínicos no cancro metastizado do cólon ou do reto, não se observou risco aumentado de hemorragia pós-operatória ou de complicações na cicatrização de feridas em doentes submetidos a grande cirurgia 28-60 dias antes do início do tratamento com bevacizumab. Nos doentes tratados com bevacizumab na altura da cirurgia, observou-se incidência aumentada de casos de hemorragia pós-operatória ou complicações na cicatrização nos 60 dias após a grande cirurgia. A incidência variou entre 10% (4/40) e 20% (3/15).

Foram notificadas complicações graves na cicatrização de feridas, incluindo complicações de anastomoses, algumas das quais tiveram consequências fatais.

Em ensaios do cancro da mama localmente avançado e metastizado, observaram-se complicações na cicatrização de feridas de grau 3-5 em até 1,1% dos doentes tratados com bevacizumab comparativamente com até 0,9% dos doentes nos braços de controlo (NCI-CTCAE v.3).

Nos ensaios clínicos no cancro do ovário, foram observadas complicações de grau 3-5 na cicatrização de feridas em até 1,8% das doentes no braço do bevacizumab versus 0,1% no braço de controlo (NCI-CTCAE v.3).

Hipertensão arterial (ver secção 4.4)

Em ensaios clínicos, com exceção do estudo JO25567, a incidência global de hipertensão arterial (todos os graus) variou até 42,1% nos braços com bevacizumab comparativamente a uma incidência de até 14% nos braços de controlo. A incidência global de hipertensão de grau 3 e 4 do NCI-CTC em doentes tratados com bevacizumab variou de 0,4% a 17,9%. Em doentes tratados com bevacizumab e quimioterapia, a hipertensão de grau 4 (crise hipertensiva) observou-se em até 1,0% dos doentes, comparativamente com até 0,2% nos doentes tratados só com o mesmo regime de quimioterapia.

No estudo JO25567, foi observada hipertensão de todos os graus em 77,3% dos doentes que receberam bevacizumab em associação com erlotinib como tratamento de primeira linha de CPCNP não escamoso com mutações ativadoras do EGFR, comparativamente a 14,3% de doentes tratados com erlotinib isoladamente. A hipertensão de grau 3 foi de 60,0% nos doentes tratados com bevacizumab em associação com erlotinib comparativamente a 11,7% nos doentes tratados com erlotinib isoladamente. Não se observaram eventos de hipertensão de grau 4 ou 5.

A hipertensão arterial foi, em geral, adequadamente controlada com anti-hipertensores orais, tais como inibidores da enzima de conversão da angiotensina, diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio. A hipertensão arterial raramente conduziu à descontinuação do tratamento com bevacizumab ou à hospitalização.

Foram notificados casos muito raros de encefalopatia hipertensiva, alguns dos quais fatais.

O risco de hipertensão arterial associada ao bevacizumab não esteve relacionado com as características iniciais do doente, com doença subjacente ou com terapêutica concomitante.

Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR) (ver secção 4.4)

Têm sido notificados casos raros de doentes tratados com bevacizumab que desenvolveram sinais e sintomas consistentes com Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR), uma doença

nerológica rara. A sua apresentação pode incluir convulsões, cefaleia, alterações do estado mental, perturbações visuais ou cegueira cortical, com ou sem hipertensão arterial associada. A apresentação clínica da SEPR é normalmente inespecífica, pelo que o diagnóstico de SEPR requer confirmação por imagiologia cerebral, preferencialmente RM.

Nos doentes que desenvolvam SEPR, recomenda-se o reconhecimento precoce dos sintomas com tratamento imediato dos sintomas específicos, incluindo controlo da hipertensão (se associado a grave hipertensão arterial não controlada), juntamente com a descontinuação do tratamento com bevacizumab. Os sintomas normalmente desaparecem ou melhoram em dias após a descontinuação do tratamento, embora alguns doentes tenham sofrido alguma sequela neurológica. Desconhece-se a segurança de reiniciar a terapêutica com bevacizumab em doentes que tenham sofrido de SEPR. Foram notificados 8 casos de SEPR em ensaios clínicos. Dois dos oito casos não tiveram confirmação radiológica por RM.

Proteinúria (ver secção 4.4)

Em ensaios clínicos foram notificados casos de proteinúria no intervalo de 0,7% a 54,7% dos doentes tratados com bevacizumab.

A proteinúria variou em gravidade, desde clinicamente assintomática, transitória e vestigial até síndrome nefrótica, embora a grande maioria dos casos de proteinúria tenha sido de grau 1 (NCI-CTCAE v.3). A proteinúria de grau 3 foi notificada em até 10,9% dos doentes tratados. A proteinúria de grau 4 (síndrome nefrótica) foi observada em até 1,4% dos doentes tratados. Recomenda-se a análise da proteinúria antes do início da terapêutica com Equidacent. Na maioria dos ensaios clínicos, a existência de níveis de proteínas na urina ≥ 2 g/24 horas conduziu à suspensão do tratamento com bevacizumab até à recuperação para valores < 2 g/24 horas.

Hemorragia (ver secção 4.4)

Em ensaios clínicos realizados em várias indicações, a incidência global de reações hemorrágicas de grau 3-5 do NCI-CTCAE v.3 variou de 0,4% a 6,9% nos doentes tratados com bevacizumab, comparativamente com até 4,5% dos doentes no grupo controlo de quimioterapia.

Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (estudo GOG-0240), foram notificadas reações hemorrágicas de grau 3-5 em até 8,3% das doentes tratadas com bevacizumab em associação com paclitaxel e topotecano comparativamente com até 4,6% em doentes tratadas com paclitaxel e topotecano.

As reações hemorrágicas observadas nos ensaios clínicos foram predominantemente hemorragia associada ao tumor (ver a seguir) e hemorragias mucocutâneas ligeiras (por exemplo epistaxe).

Hemorragia associada ao tumor (ver secção 4.4)

Casos de hemorragia pulmonar/hemoptise major ou maciça foram observados principalmente em ensaios realizados com doentes com cancro do pulmão de células não pequenas. Os possíveis fatores de risco incluem histologia celular escamosa, tratamento com medicamentos antirreumáticos/anti-inflamatórios, tratamento com anticoagulantes, radioterapia anterior, terapêutica com bevacizumab, antecedentes médicos de aterosclerose, localização central do tumor e cavitação do tumor antes ou durante a terapêutica. As únicas variáveis que mostraram estar correlacionadas de uma forma estatisticamente significativa com hemorragia foram a terapêutica com bevacizumab e a histologia celular escamosa. Doentes com cancro do pulmão de células não pequenas com histologia celular do tipo escamosa ou mista conhecida com predominância de histologia celular escamosa foram excluídos de estudos de Fase III subsequentes, embora tenham sido incluídos doentes com histologia tumoral desconhecida.

Em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas, excluindo histologia com predomínio de células escamosas, observaram-se reações de todos os graus com uma frequência até 9,3% quando

tratados com bevacizumab e quimioterapia, comparativamente com até 5% nos doentes tratados só com quimioterapia. Observaram-se reações de grau 3-5 em até 2,3% de doentes tratados com bevacizumab e quimioterapia, comparativamente com < 1% em doentes só a fazer quimioterapia (NCI-CTCAE v.3). Podem ocorrer repentinamente casos de hemorragia pulmonar/hemoptise major ou maciça e até dois terços dos casos de hemorragia pulmonar grave foram fatais.

Hemorragias gastrointestinais, incluindo hemorragia retal e melena, foram notificadas em doentes com cancro colorretal e têm sido avaliadas como hemorragias associadas ao tumor.

A hemorragia associada ao tumor foi também observada raramente em outros tipos e localizações tumorais, incluindo casos de hemorragia do sistema nervoso central (SNC), em doentes com metástases no SNC (ver secção 4.4).

A incidência de hemorragia do SNC em doentes com metástases do SNC não tratadas a receber bevacizumab não foi avaliada prospetivamente em ensaios clínicos aleatorizados. Numa análise exploratória retrospectiva de dados de 13 ensaios aleatorizados completos em doentes com vários tipos de tumor, 3 de 91 doentes com metástases cerebrais (3,3%) apresentaram hemorragia do SNC (todas de grau 4) quando tratados com bevacizumab, comparativamente a 1 caso (grau 5) em 96 doentes (1%) que não foram expostos a bevacizumab. Em dois estudos subsequentes em doentes com metástases cerebrais tratadas (que incluíram cerca de 800 doentes), foi notificado um caso de hemorragia do SNC de grau 2 em 83 indivíduos tratados com bevacizumab (1,2%) na altura da análise de segurança interina (NCI-CTCAE v.3).

No âmbito de todos os ensaios clínicos, foi observada hemorragia mucocutânea em até 50% dos doentes tratados com bevacizumab. A maioria destas reações foi epistaxe de grau 1, NCI-CTCAE v.3, com duração inferior a 5 minutos, resolvendo-se sem qualquer intervenção médica e que não implicou alterações no regime de tratamento de bevacizumab. A informação clínica de segurança sugere que a incidência de hemorragia mucocutânea minor (por ex. epistaxe) pode ser dose-dependente.

Também foram observadas reações menos frequentes de hemorragia mucocutânea ligeira em diferentes localizações, tais como hemorragia gengival ou hemorragia vaginal.

Tromboembolismo (ver secção 4.4)

Tromboembolismo arterial: observou-se um aumento da incidência de reações tromboembólicas arteriais em doentes tratados com bevacizumab em várias indicações, incluindo acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio, acidente isquémico transitório e outras reações tromboembólicas arteriais.

Nos ensaios clínicos, a incidência global de reações tromboembólicas arteriais variou até 3,8% nos braços com bevacizumab, comparativamente com até 2,1% nos braços de controlo com quimioterapia. Foram notificados casos com consequência fatal em 0,8% dos doentes tratados com bevacizumab, comparativamente com 0,5% dos doentes tratados apenas com quimioterapia. Acidentes vasculares cerebrais (incluindo acidente isquémico transitório) foram notificados em até 2,7% dos doentes tratados com bevacizumab em associação com quimioterapia, comparativamente com até 0,5% dos doentes tratados apenas com quimioterapia. Foram notificados casos de enfarte do miocárdio em até 1,4% dos doentes tratados com bevacizumab em associação com quimioterapia comparativamente com até 0,7% dos doentes tratados apenas com quimioterapia.

No ensaio clínico AVF2192g, que avaliava o bevacizumab em associação com 5-fluorouracilo/ácido folínico, incluíram-se doentes com cancro colorretal metastizado que não eram candidatos para o tratamento com irinotecano. Neste ensaio observaram-se reações tromboembólicas arteriais em 11% (11/100) dos doentes, comparativamente a 5,8% (6/104) no grupo de controlo com quimioterapia.

Tromboembolismo venoso: a incidência de reações tromboembólicas venosas em ensaios clínicos foi semelhante em doentes tratados com bevacizumab em associação com quimioterapia, comparativamente à verificada em doentes a fazer o tratamento de controlo apenas com

quimioterapia. As reações tromboembólicas venosas incluem trombose venosa profunda, embolia pulmonar e tromboflebite.

Nos ensaios clínicos realizados em várias indicações, a incidência global de reações tromboembólicas venosas variou de 2,8% a 17,3% nos doentes tratados com bevacizumab comparativamente com 3,2% a 15,6% nos doentes tratados nos grupos de controlo.

Foram notificadas reações tromboembólicas venosas de grau 3-5 (NCI-CTCAE v.3) até um máximo de 7,8% dos doentes tratados com quimioterapia e bevacizumab, comparativamente com um máximo de 4,9% dos doentes tratados apenas com quimioterapia (entre as várias indicações, excluindo cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada).

Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (estudo GOG-0240), foram notificados acontecimentos tromboembólicos venosos de grau 3-5 em até 15,6% das doentes tratadas com bevacizumab em associação com paclitaxel e cisplatina, comparativamente com até 7,0% das doentes tratadas com paclitaxel e cisplatina.

Doentes que tenham sofrido reações tromboembólicas venosas podem ter um risco superior de recorrência caso façam tratamento com bevacizumab em associação com quimioterapia, comparativamente a um tratamento apenas com quimioterapia.

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)

Em ensaios clínicos com bevacizumab, observaram-se casos de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em todas as indicações oncológicas estudadas até à data, mas predominantemente em doentes com cancro da mama metastizado. Em quatro ensaios de Fase III (AVF2119g, E2100, BO17708 e AVF3694g) realizados em doentes com cancro da mama metastizado, foi notificada ICC de grau 3 (NCI-CTCAE v.3) ou superior até 3,5% dos doentes tratados com bevacizumab em associação com quimioterapia, comparativamente com até 0,9% nos braços de controlo. Nos doentes do estudo AVF3694g que receberam antraciclina concomitantemente com bevacizumab, as incidências de ICC de grau 3 ou superior nos respetivos braços de controlo e de bevacizumab foram semelhantes aos de outros estudos em cancro da mama metastizado: 2,9% no braço bevacizumab + antraciclina e 0% no braço placebo + antraciclina. Adicionalmente, no estudo AVF3694g as incidências de ICC de qualquer grau foram semelhantes entre os braços de bevacizumab + antraciclina (6,2%) e placebo + antraciclina (6,0%).

A maioria dos doentes que desenvolveu ICC durante os ensaios no cancro da mama metastizado apresentou melhoria dos sintomas e/ou melhoria da função ventricular esquerda no seguimento de tratamento médico adequado.

Na maioria dos ensaios clínicos do bevacizumab, excluíram-se doentes com ICC das classes II-IV da NYHA (New York Heart Association) pré-existente, pelo que não há informação disponível sobre o risco de ICC nesta população.

O tratamento prévio com antraciclina e/ou com radiação da parede torácica podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de ICC.

Foi observado um aumento da incidência de ICC num ensaio clínico em doentes com linfoma difuso de grandes células B, quando recebiam bevacizumab com uma dose cumulativa de doxorubicina superior a 300 mg/m². Este ensaio clínico de Fase III comparou rituximab/ciclofosfamida/doxorubicina/vincristina/prednisona (R-CHOP) + bevacizumab com R-CHOP sem bevacizumab. Embora a incidência de ICC tenha sido, em ambos os braços, superior aquela observada anteriormente para a terapêutica com doxorubicina, a taxa foi superior no braço R-CHOP mais bevacizumab. Estes resultados sugerem que deve ser considerada uma observação clínica atenta, com uma avaliação cardíaca apropriada, nos doentes expostos a doses cumulativas de doxorubicina superiores a 300 mg/m² quando associadas com bevacizumab.

Reações de hipersensibilidade/reações à perfusão (ver secção 4.4 abaixo e *Experiência pós-comercialização*)

Em alguns ensaios clínicos, foram notificadas reações anafiláticas e do tipo anafilactoide mais frequentemente em doentes a receber bevacizumab em associação com quimioterapia do que com quimioterapia isolada. A incidência destas reações em alguns ensaios clínicos do bevacizumab é frequente (até 5% em doentes tratados com bevacizumab).

Infeções

Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (estudo GOG-0240), foram notificadas infeções de grau 3-5 em até 24% das doentes tratadas com bevacizumab em associação com paclitaxel e topotecano comparativamente com até 13,0% em doentes tratadas com paclitaxel e topotecano.

Insuficiência ovárica/fertilidade (ver secções 4.4 e 4.6)

No estudo NSABP C-08, um ensaio de Fase III com bevacizumab no tratamento adjuvante de doentes com cancro do cólon, a incidência de novos casos de insuficiência ovárica, definida como amenorreia de duração igual ou superior a 3 meses, níveis de FSH ≥ 30 mUI/ml e um teste de gravidez β -HCG sérico negativo, foi avaliada em 295 mulheres pré-menopáusicas. Foram notificados novos casos de insuficiência ovárica em 2,6% das doentes no grupo mFOLFOX-6 comparativamente com 39% no grupo mFOLFOX-6 + bevacizumab. Após a descontinuação do tratamento com bevacizumab, a função ovárica foi recuperada em 86,2% destas mulheres avaliáveis. Os efeitos a longo prazo do tratamento com bevacizumab na fertilidade são desconhecidos.

Alterações laboratoriais

A diminuição do número de neutrófilos, diminuição do número de leucócitos e presença de proteínas na urina podem estar associados ao tratamento com Equidacent.

No decurso dos ensaios clínicos ocorreram as seguintes alterações laboratoriais de grau 3 e 4 (NCI-CTCAE v.3) em doentes tratados com bevacizumab, com, pelo menos, uma diferença de 2% comparativamente aos grupos de controlo correspondentes: hiperglicemia, hemoglobina diminuída, hipocaliemia, hiponatremia, diminuição do número de glóbulos brancos, índice normalizado internacional (INR) aumentado.

Os ensaios clínicos demonstraram que aumentos transitórios de creatinina sérica (variando entre 1,5-1,9 vezes o valor na situação basal), com e sem proteinúria, estão associados ao uso de bevacizumab. Em doentes tratados com bevacizumab, o aumento observado de creatinina sérica não foi associado a um aumento da incidência de manifestações clínicas de compromisso renal.

Outras populações especiais

Doentes idosos (geriátricos)

Em ensaios clínicos aleatorizados, o tratamento de doentes com idade > 65 anos com bevacizumab esteve associado a um risco aumentado de desenvolvimento de reações tromboembólicas arteriais, incluindo acidentes vasculares cerebrais (AVC), acidentes isquémicos transitórios (AIT) e enfartes do miocárdio (EM). Outras reações observadas com uma frequência superior em doentes com mais de 65 anos foram: leucopenia e trombocitopenia de grau 3-4 (NCI-CTCAE v.3), neutropenia, diarreia, náuseas, cefaleia e fadiga de todos os graus, comparativamente com as observadas em doentes com idade ≤ 65 anos quando tratados com bevacizumab (ver secções 4.4 e 4.8 em Tromboembolismo). Em um ensaio clínico, a incidência de hipertensão de grau ≥ 3 foi duas vezes maior em doentes > 65 anos de idade do que no grupo de doentes mais jovens (< 65 anos). Num estudo com doentes com cancro do ovário recorrente resistente a platina, foram também notificadas alopecia, inflamação da mucosa, neuropatia sensorial periférica, proteinúria e hipertensão e ocorreram a uma taxa pelo menos 5%

superior no braço de QT + BV para as doentes com idade ≥ 65 anos tratadas com bevacizumab, comparativamente com doentes com idade < 65 anos tratadas com bevacizumab.

Não foi observado um aumento da incidência de outras reações, incluindo perfuração gastrointestinal, complicações na cicatrização de feridas, insuficiência cardíaca congestiva e hemorragia em doentes idosos (> 65 anos) tratados com bevacizumab, comparativamente com doentes com idade ≤ 65 anos tratados com bevacizumab.

População pediátrica

A segurança e eficácia do bevacizumab em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas.

No estudo BO25041 de associação de bevacizumab à radioterapia (RT) pós-operatória com temozolomida concomitante e adjuvante em doentes pediátricos com gliomas de alto grau, supratentoriais, infratentoriais, cerebelosos ou pedunculares, recentemente diagnosticados, o perfil de segurança foi comparável ao observado noutros tipos de tumores em adultos tratados com bevacizumab.

No estudo BO20924 que associou bevacizumab ao atual tratamento padrão no rabdomiossarcoma e sarcoma dos tecidos moles não-rabdomiossarcoma metastizados, o perfil de segurança nas crianças tratadas com bevacizumab foi comparável com o observado nos adultos tratados com bevacizumab.

Equidacent não está aprovado para utilização em doentes com idade inferior a 18 anos. Em casos publicados na literatura, foram observados casos de osteonecrose não mandibular em doentes com idade inferior a 18 anos tratados com bevacizumab.

Experiência pós-comercialização

Tabela 3. Reações adversas notificadas em ambiente pós-comercialização

Classes de sistemas de órgãos (SOC)	Reações (frequência*)
Infeções e infestações	Fasciite necrotizante, normalmente secundária a complicações na cicatrização de feridas, perfuração gastrointestinal ou formação de fístulas (rara) (ver também secção 4.4)
Doenças do sistema imunitário	Reações de hipersensibilidade e reações à perfusão (desconhecido); com as seguintes co-manifestações possíveis: dispneia/dificuldade respiratória, rubor/vermelhidão/erupção cutânea, hipotensão ou hipertensão, dessaturação de oxigénio, dor torácica, arrepios e náuseas/vómitos (ver também secção 4.4 e Reações de hipersensibilidade/reações à perfusão acima)
Doenças do sistema nervoso	Encefalopatia hipertensiva (muito raro) (ver também secção 4.4 e Hipertensão na secção 4.8) Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR), (raro) (ver também a secção 4.4).
Vasculopatias	Microangiopatia trombótica renal, que pode manifestar-se clinicamente por proteinúria (desconhecido) com ou sem utilização concomitante de sunitinib. Para mais informação sobre proteinúria, ver secção 4.4 e Proteinúria na secção 4.8.
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Perfuração do septo nasal (desconhecido) Hipertensão pulmonar (desconhecido) Disfonia (frequente)
Doenças gastrointestinais	Úlcera gastrointestinal (desconhecido)
Afeções hepatobiliares	Perfuração da vesícula biliar (desconhecido)
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula (ONM) em doentes tratados com bevacizumab, a maioria dos quais ocorreu em doentes que tinham fatores de risco identificados para ONM, em particular a exposição a bifosfonatos

Classes de sistemas de órgãos (SOC)	Reações (frequência*)
	intravenosos e/ou história de doença dentária requerendo procedimentos dentários invasivos (ver também secção 4.4)
	Foram observados casos de osteonecrose não mandibular em doentes pediátricos tratados com bevacizumab (ver secção 4.8, População pediátrica)
Afeções congénitas, familiares e genéticas	Foram observados casos de anomalias fetais em mulheres tratadas com bevacizumab em monoterapia ou em associação com citotóxicos com efeito embriotóxico conhecido (ver secção 4.6)

* Se especificada, a frequência foi obtida a partir de dados de ensaios clínicos.

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

A dose mais elevada testada no ser humano (20 mg/kg de peso corporal, a cada 2 semanas, por via intravenosa) foi associada, em diversos doentes, a enxaqueca severa.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: agentes antineoplásicos e imunomoduladores, agentes antineoplásicos, outros agentes antineoplásicos, anticorpos monoclonais, código ATC: L01X C07.

Equidacent é um medicamento biológico similar. Está disponível informação pormenorizada no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>.

Mecanismo de ação

O bevacizumab liga-se ao fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF), o principal fator envolvido na vasculogénese e na angiogénese, inibindo desta forma a ligação do VEGF aos seus recetores, Flt-1 (VEGFR-1) e KDR (VEGFR-2), na superfície das células endoteliais. A neutralização da atividade biológica do VEGF regride a vascularização tumoral, normaliza a vasculatura remanescente do tumor e inibe a formação de novos vasos, inibindo assim o crescimento tumoral.

Efeitos farmacodinâmicos

A administração de bevacizumab ou do seu anticorpo murino homólogo, a modelos de xenotransplante de cancro, no ratinho nu, resultou numa intensa atividade antitumoral contra cancros humanos, incluindo os do cólon, mama, pâncreas e próstata. A progressão das metástases foi inibida e a permeabilidade microvascular foi reduzida.

Eficácia clínica

Carcinoma metastizado do cólon ou reto (mCRC)

Estudou-se a segurança e a eficácia da dose recomendada (5 mg/kg de peso corporal a cada duas semanas) no carcinoma metastizado do cólon ou do reto em três ensaios clínicos aleatorizados,

controlados por substância ativa, em associação com quimioterapia de primeira linha contendo fluoropirimidinas. O bevacizumab foi associado com 2 regimes de quimioterapia:

- AVF2107g: um esquema de administração semanal de irinotecano/bólus de 5-fluorouracilo/ácido folínico (IFL) durante um total de 4 semanas, de cada ciclo de 6 semanas (regime de Saltz).
- AVF0780g: em associação com bólus de 5-fluorouracilo/ácido folínico (5-FU/AF) durante um total de 6 semanas de cada ciclo de 8 semanas (regime de Roswell Park).
- AVF2192g: em associação com bólus de 5-fluorouracilo/ácido folínico (5-FU/AF) durante um total de 6 semanas, de cada ciclo de 8 semanas (regime de Roswell Park), em doentes que não eram candidatos ideais para o tratamento de primeira linha com irinotecano.

Foram realizados três estudos adicionais com bevacizumab em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto: em primeira linha (NO16966), em segunda linha sem tratamento prévio com bevacizumab (E3200) e em segunda linha após progressão da doença, sob tratamento com bevacizumab em primeira linha (ML18147). Nestes estudos, bevacizumab foi administrado nos seguintes regimes posológicos em associação com FOLFOX-4 (5FU/LV/oxaliplatina), XELOX (capecitabina/oxaliplatina), fluoropirimidina/irinotecano e fluoropirimidina/oxaliplatina.

- NO16966: 7,5 mg/kg de peso corporal de bevacizumab a cada 3 semanas em associação com capecitabina por via oral e oxaliplatina intravenosa (XELOX) ou 5 mg/kg de bevacizumab a cada 2 semanas em associação com folinato de cálcio + 5-fluorouracilo em bólus, seguido de perfusão de 5-fluorouracilo com oxaliplatina por via intravenosa (FOLFOX-4).
- E3200: bevacizumab 10 mg/kg de peso corporal a cada 2 semanas em associação com folinato de cálcio e 5-fluorouracilo em bólus, seguido de perfusão de 5-fluorouracilo com oxaliplatina por via intravenosa (FOLFOX-4) em doentes sem tratamento prévio com bevacizumab. (naïve)
- ML18147: bevacizumab 5,0 mg/kg de peso corporal a cada 2 semanas ou bevacizumab 7,5 mg/kg de peso corporal a cada 3 semanas em associação com fluoropirimidina/irinotecano ou fluoropirimidina/oxaliplatina em doentes com progressão de doença, sob tratamento com bevacizumab em primeira linha. A utilização de regimes contendo irinotecano ou oxaliplatina foi substituída por oxaliplatina ou irinotecano, dependendo do regime utilizado em primeira linha.

AVF2107g

Tratou-se de um ensaio clínico de Fase III, aleatorizado, com dupla ocultação, controlado por substância ativa, para avaliar o bevacizumab em associação com IFL como tratamento de primeira linha do carcinoma colorretal metastizado. Foram aleatorizados 813 doentes para tratamento com IFL + placebo (Braço 1) ou com IFL + bevacizumab (5 mg/kg a cada 2 semanas, Braço 2). Um terceiro grupo de 110 doentes recebeu bólus de 5-FU/AF + bevacizumab (Braço 3). A inclusão de doentes no Braço 3 foi interrompida, tal como previamente especificado, logo que foi estabelecida e considerada aceitável, a segurança do bevacizumab em associação com IFL. Todos os tratamentos prosseguiram até se registar progressão da doença. A idade média dos doentes foi de 59,4 anos; 56,6% dos doentes apresentava um estado de desempenho ECOG de 0,43% tinha um valor de 1 e 0,4% um valor de 2. 15,5% dos doentes tinham sido previamente submetidos a radioterapia e 28,4% a quimioterapia.

Neste ensaio, a principal variável de eficácia foi a sobrevivência global. A adição de bevacizumab a IFL resultou em aumentos estatisticamente significativos da sobrevivência global, sobrevida livre de progressão e taxa de resposta global (ver a tabela 4). O benefício clínico do bevacizumab, determinado pela sobrevivência global, foi observado em todos os subgrupos pré-especificados de doentes, incluindo os definidos pela idade, sexo, estado de desempenho, localização do tumor primário, número de órgãos envolvidos e duração da doença metastizada.

Os resultados de eficácia do bevacizumab em associação com quimioterapia com IFL são apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Resultados de eficácia obtidos no ensaio AVF2107g

	AVF2107g	
	Braço 1 IFL + placebo	Braço 2 IFL + bevacizumab ^a
Número de doentes	411	402
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	15,6	20,3
IC de 95%	14,29-16,99	18,46-24,18
Razão de risco ^b	0,660 (valor de p = 0,00004)	
Sobrevida livre de progressão		
Mediana (meses)	6,2	10,6
Razão de risco	0,54 (valor de p < 0,0001)	
Taxa de resposta global		
Taxa (%)	34,8	44,8
	(valor de p = 0,0036)	

^a 5 mg/kg a cada 2 semanas.

^b Relativamente ao braço de controlo.

Entre os 110 doentes aleatorizados para o Braço 3 (5-FU/AF + bevacizumab), antes da descontinuação deste braço de tratamento, a sobrevivência global mediana foi de 18,3 meses e a mediana da sobrevida livre de progressão foi de 8,8 meses.

AVF2192g

Tratou-se de um ensaio clínico aleatorizado de Fase II, em dupla ocultação, controlado por substância ativa, para avaliar a eficácia e segurança do bevacizumab em associação com 5-FU/AF como tratamento de primeira linha do carcinoma colorretal metastizado em doentes que não eram candidatos ideais ao tratamento de primeira linha com irinotecano. Foram aleatorizados 105 doentes para o braço de 5-FU/AF + placebo e 104 doentes para o braço de 5-FU/AF + bevacizumab (5 mg/kg a cada 2 semanas). Todos os tratamentos prosseguiram até se registar progressão da doença. A adição de 5 mg/kg de bevacizumab, a cada 2 semanas, ao 5-FU/AF resultou em taxas de resposta objetiva mais elevadas, uma sobrevida livre de progressão significativamente mais longa e uma tendência para uma sobrevivência global mais longa, comparativamente com as obtidas com a quimioterapia apenas com 5-FU/AF.

AVF0780g

Tratou-se de um ensaio clínico de Fase II aleatorizado, controlado por substância ativa, em regime aberto, destinado a investigar o bevacizumab em associação com o 5-FU/AF como tratamento de primeira linha do carcinoma colorretal metastizado. A idade mediana foi de 64 anos. 19% dos doentes tinham sido tratados previamente com quimioterapia e 14% com radioterapia. Setenta e um doentes foram aleatorizados para tratamento com 5-FU/AF em bólus ou 5-FU/AF + bevacizumab (5 mg/kg a cada 2 semanas). Um terceiro grupo de 33 doentes recebeu bólus de 5-FU/AF + bevacizumab (10 mg/kg a cada 2 semanas). Os doentes foram tratados até progressão da doença. Os parâmetros de avaliação primários do ensaio foram a taxa de resposta objetiva e a sobrevida livre de progressão. A adição de 5 mg/kg de bevacizumab a cada 2 semanas ao 5-FU/AF resultou em taxas de resposta objetiva mais elevadas, uma sobrevida livre de progressão significativamente mais longa e uma tendência para uma sobrevivência global mais longa, comparativamente com as obtidas com a quimioterapia apenas com 5-FU/AF (ver a tabela 5). Estes resultados de eficácia são consistentes com os resultados obtidos no ensaio AVF2107g.

Os resultados de eficácia obtidos nos ensaios AVF0780g e AVF2192g, destinados a estudar o bevacizumab em associação com a quimioterapia com 5-FU/AF, encontram-se resumidos na tabela 5.

Tabela 5. Resultados de eficácia obtidos nos ensaios AVF0780g e AVF2192g

	AVF0780g			AVF2192g	
	5-FU/AF	5-FU/AF + Bevacizumab a	5-FU/AF + Bevacizumab b	5-FU/AF + placebo	5-FU/AF + bevacizumab
Número de doentes	36	35	33	105	104
Sobrevivência global					
Mediana (meses)	13,6	17,7	15,2	12,9	16,6
IC 95%				10,35 - 16,95	13,63 - 19,32
Razão de risco c	-	0,52	1,01		0,79
Valor de p		0,073	0,978		0,16
Sobrevida livre de progressão					
Mediana (meses)	5,2	9,0	7,2	5,5	9,2
Razão de risco		0,44	0,69		0,5
Valor de p	-	0,0049	0,217		0,0002
Taxa de resposta global					
Taxa (percentagem)	16,7	40,0	24,2	15,2	26
IC 95%	7,0 - 33,5	24,4 - 57,8	11,7 - 42,6	9,2 - 23,9	18,1 - 35,6
Valor de p		0,029	0,43		0,055
Duração da resposta					
Mediana (meses)	NA	9,3	5,0	6,8	9,2
Percentil 25-75 (meses)	5,5 - NA	6,1 - NA	3,8 - 7,8	5,59 - 9,17	5,88 - 13,01

^a 5 mg/kg a cada 2 semanas.

^b 10 mg/kg a cada 2 semanas.

^c Relativamente ao braço de controlo. NA: não alcançado.

NO16966

Este foi um ensaio clínico de Fase III, aleatorizado, em dupla ocultação (para o bevacizumab), para investigação de bevacizumab 7,5 mg/kg em associação com capecitabina por via oral e oxaliplatina por via intravenosa (XELOX), administrado a cada 3 semanas; ou bevacizumab 5 mg/kg em associação com folinato de cálcio e 5-fluorouracilo em bólus, seguido de perfusão de 5-fluorouracilo com oxaliplatina por via intravenosa (FOLFOX-4) administrado a cada 2 semanas. O ensaio conteve duas partes: uma parte inicial, sem ocultação, com 2 braços (Parte I), em que os doentes foram aleatorizados para dois grupos de tratamento diferentes (XELOX e FOLFOX-4) e uma parte subsequente com 4 braços (Parte II) fatorial 2 x 2, em que os doentes foram aleatorizados para quatro grupos de tratamento (XELOX + placebo, FOLFOX-4 + placebo, XELOX + bevacizumab, FOLFOX-4 + bevacizumab). Na Parte II, a determinação do tratamento foi em dupla ocultação relativamente ao bevacizumab.

Foram aleatorizados aproximadamente 350 doentes para cada um dos 4 braços do ensaio na Parte II do ensaio.

Tabela 6. Regimes de tratamento no ensaio NO16966 (CCRm)

	Tratamento	Dose inicial	Regime posológico
FOLFOX-4 ou FOLFOX-4 + bevacizumab	Oxaliplatina Leucovorina 5-Fluorouracilo	85 mg/m ² IV 2 h 200 mg/m ² IV 2 h 400 mg/m ² bólus IV, 600 mg/m ² IV 22 h	Oxaliplatina no dia 1 Leucovorina no dia 1 e 2 5-fluorouracilo bólus IV/perfusão, nos dias 1 e 2
	Placebo ou bevacizumab	5 mg/kg IV 30-90 min	Dia 1, antes de FOLFOX-4, a cada 2 semanas
XELOX ou XELOX + bevacizumab	Oxaliplatina Capecitabina	130 mg/m ² IV 2 h 1000 mg/m ² oral duas vezes/dia	Oxaliplatina no Dia 1 Capecitabina oral duas vezes/dia durante 2 semanas (seguido de 1 semana sem tratamento)
	Placebo ou bevacizumab	7,5 mg/kg IV 30-90 min	Dia 1, antes de XELOX, a cada 3 semanas
5-Fluorouracilo: Injeção em bólus intravenoso imediatamente após a leucovorina			

O parâmetro primário de eficácia do ensaio foi a duração da sobrevida livre de progressão. Neste ensaio houve dois objetivos primários: demonstrar que XELOX não era inferior a FOLFOX-4 e demonstrar também que o bevacizumab em associação com quimioterapia, FOLFOX-4 ou XELOX, era superior à quimioterapia isolada. Ambos os objetivos primários foram atingidos:

- Globalmente, foi demonstrada não inferioridade nos braços com XELOX comparativamente aos braços com FOLFOX-4, em termos de sobrevida livre de progressão e sobrevivência global na população elegível de acordo com o protocolo.
- A superioridade nos braços contendo bevacizumab versus os braços apenas com quimioterapia foi demonstrada na comparação global em termos de sobrevida livre de progressão na população ITT (tabela 7).

A análise secundária da sobrevida livre de progressão (SLP), baseada nas avaliações de resposta “durante o tratamento”, confirmou o benefício clínico significativamente superior nos doentes tratados com bevacizumab (análise demonstrada na tabela 7), consistente com o benefício estatisticamente significativo observado no grupo de análises efetuadas.

Tabela 7. Principais resultados de eficácia na análise de superioridade (população ITT, ensaio NO16966)

Parâmetro de avaliação (meses)	FOLFOX-4 ou XELOX + placebo (n = 701)	FOLFOX-4 ou XELOX + bevacizumab (n = 699)	Valor de p
Parâmetro de avaliação primário			
SLP mediana**	8,0	9,4	0,0023
Razão de risco (IC de 97,5%) ^a	0,83 (0,72 - 0,95)		
Parâmetros de avaliação secundários			
SLP mediana (em tratamento) **	7,9	10,4	< 0,0001
Razão de risco (IC de 97,5%)	0,63 (0,52 - 0,75)		
Taxa de resposta global (avaliação do invest.) **	49,2%	46,5%	
Sobrevivência global mediana*	19,9	21,2	0,0769
Razão de risco (IC de 97,5%)	0,89 (0,76 - 1,03)		

- * Análise de sobrevivência global aquando do cut-off clínico de 31 de janeiro de 2007.
- ** Análise primária aquando do cut-off clínico de 31 de janeiro de 2006.
- ^a Relativamente ao braço de controlo.

No subgrupo de tratamento com FOLFOX, a SLP mediana foi de 8,6 meses nos doentes a receber placebo e de 9,4 meses nos doentes tratados com bevacizumab, RR = 0,89, IC de 97,5% = [0,73; 1,08]; valor de p = 0,1871; os resultados correspondentes no subgrupo de tratamento com XELOX foram de 7,4 vs. 9,3 meses, RR = 0,77, IC de 97,5% = [0,63; 0,94]; valor de p = 0,0026.

No subgrupo de tratamento com FOLFOX, a mediana da sobrevivência global foi de 20,3 meses nos doentes a receber placebo e de 21,2 meses nos doentes tratados com bevacizumab, RR = 0,94, IC de 97,5% = [0,75; 1,16]; valor de p = 0,4937; os resultados correspondentes no subgrupo de tratamento com XELOX foram de 19,2 vs. 21,4 meses, RR = 0,84, IC de 97,5% = [0,68; 1,04]; valor de p = 0,0698.

ECOG E3200

Este foi um ensaio de Fase III, aleatorizado, controlado por substância ativa, aberto, para investigação de bevacizumab 10 mg/kg em associação com leucovorina e 5-fluorouracilo em bólus, seguido de perfusão de 5-fluorouracilo com oxaliplatina por via intravenosa (FOLFOX-4), administrado a cada 2 semanas em doentes previamente tratados (segunda linha) com cancro do cólon ou do reto avançado. Nos braços com quimioterapia, o regime de FOLFOX-4 utilizou as mesmas doses e posologia referidas na tabela 6 para o ensaio NO16966.

O parâmetro primário de eficácia do ensaio foi a sobrevivência global, definida como o tempo desde a aleatorização até à morte por qualquer causa. Foram aleatorizados 829 doentes (292 para FOLFOX-4, 293 para bevacizumab + FOLFOX-4 e 244 para bevacizumab em monoterapia). A adição de bevacizumab a FOLFOX-4 resultou num aumento estatisticamente significativo da sobrevida. Observaram-se também melhorias estatisticamente significativas na sobrevida livre de progressão e na taxa de resposta objetiva (ver tabela 8).

Tabela 8. Resultados de eficácia obtidos no ensaio E3200

	E3200	
	FOLFOX-4	FOLFOX-4 + bevacizumab^a
Número de doentes	292	293
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	10,8	13,0
IC 95%	10,12 - 11,86	12,09 - 14,03
Razão de risco ^b	0,751 (valor de p = 0,0012)	
Sobrevida livre de progressão		
Mediana (meses)	4,5	7,5
Razão de risco	0,518 (valor de p < 0,0001)	
Taxa de resposta objetiva		
Taxa	8,6%	22,2%
	(valor de p < 0,0001)	

^a 10 mg/kg a cada 2 semanas.

^b Relativamente ao braço de controlo.

Não foi observada diferença significativa na duração da sobrevivência global entre doentes que receberam bevacizumab em monoterapia comparativamente com os doentes tratados com FOLFOX-4. A sobrevida livre de progressão e a taxa de resposta objetiva foram inferiores no braço do bevacizumab em monoterapia comparativamente ao braço de FOLFOX-4.

ML18147

Este foi um ensaio de fase III, aleatorizado, controlado, em regime aberto, para investigação de bevacizumab 5,0 mg/kg administrado cada 2 semanas ou bevacizumab 7,5 mg/kg administrado a cada 3 semanas em associação com quimioterapia contendo fluoropirimidinas versus apenas quimioterapia contendo fluoropirimidinas em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto que progrediram durante uma primeira linha com regime contendo bevacizumab.

Doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto confirmado histologicamente e com progressão de doença nos 3 meses após a descontinuação de tratamento em primeira linha com bevacizumab, foram aleatorizados 1:1, para receber quimioterapia contendo fluoropirimidina/oxaliplatina ou fluoropirimidina/irinotecano com ou sem bevacizumab (quimioterapia foi substituída dependendo da quimioterapia de primeira linha). O tratamento foi administrado até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A medida de resultado primária foi a sobrevivência global, definida como o tempo desde a aleatorização até à morte por qualquer causa.

Foi aleatorizado um total de 820 doentes. A adição de bevacizumab a quimioterapia contendo fluoropirimidinas resultou num prolongamento da sobrevida, estatisticamente significativo, em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto que progrediram com um regime contendo bevacizumab, em primeira linha (ITT = 819) (ver tabela 9).

Tabela 9. Resultados de eficácia do estudo ML18147 (população ITT)

	ML18147	
	Quimioterapia contendo fluoropirimidina/irinotecano ou fluoropirimidina/oxaliplatina	Quimioterapia contendo fluoropirimidina/irinotecano ou fluoropirimidina/oxaliplatina + bevacizumab ^a
Número de doentes	410	409
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	9,8	11,2
Razão de risco (IC de 95%)	0,81 (0,69; 0,94) (valor de p = 0,0062)	
Sobrevida livre de progressão		
Mediana (meses)	4,1	5,7
Razão de risco (intervalo de confiança de 95%)	0,68 (0,59; 0,78) (valor de p < 0,0001)	
Taxa de Resposta Objetiva (ORR)		
Doentes incluídos na análise	406	404
Taxa	3,9%	5,4%
	(valor de p = 0,3113)	

^a 5 mg/kg a cada 2 semanas ou 7,5 mg/kg a cada 3 semanas.

Também se observou melhorias estatisticamente significativas na sobrevida livre de progressão. A taxa de resposta objetiva foi baixa em ambos os braços de tratamento e a diferença não foi significativa.

O estudo E3200 utilizou uma dose correspondente de 5 mg/kg/semana de bevacizumab em doentes sem tratamento prévio com bevacizumab (naïve), enquanto o estudo ML18147 utilizou uma dose correspondente de 2,5 mg/kg/semana de bevacizumab em doentes pré-tratados com bevacizumab. Uma comparação entre ensaios de dados de eficácia e segurança está limitada por diferenças entre estes estudos, principalmente ao nível das populações de doentes, exposição prévia a bevacizumab e regimes de quimioterapia. Ambas as doses equivalentes de 5 mg/kg/semana e 2,5 mg/kg/semana de bevacizumab determinaram um benefício estatisticamente significativo em relação à OS (HR de 0,751

no estudo E3200; HR de 0,81 no estudo ML18147) e à PFS (HR de 0,518 no estudo E3200; HR de 0,68 no estudo ML18147). Em termos de segurança houve uma maior incidência global de acontecimentos adversos de grau 3-5 no estudo E3200 do que em relação ao estudo ML18147.

Cancro da mama metastizado (mBC)

Dois extensos ensaios de Fase III foram desenhados para investigar o efeito do tratamento com bevacizumab em associação com dois agentes individuais de quimioterapia, avaliado através da SLP como parâmetro de avaliação primário. Em ambos os ensaios, foi observada uma melhoria clinicamente importante e estatisticamente significativa da SLP.

Os resultados da SLP são resumidos abaixo para os agentes individuais de quimioterapia incluídos na indicação:

- Estudo E2100 (paclitaxel)
 - 5,6 meses de aumento da mediana da SLP, RR de 0,421 ($p < 0,0001$, IC de 95% 0,343; 0,516)
- Estudo AVF3694g (capecitabina)
 - 2,9 meses de aumento da mediana da SLP, RR de 0,69 ($p = 0,0002$, IC de 95% 0,56; 0,84)

Detalhes adicionais de cada estudo e os resultados são apresentados abaixo.

ECOG E2100

O ensaio E2100 foi um ensaio clínico aberto, aleatorizado, controlado por comparador ativo, multicêntrico, para avaliar o bevacizumab em associação com paclitaxel no cancro da mama localmente recorrente ou metastizado em doentes não anteriormente tratados com quimioterapia para a doença metastática ou localmente recorrente. Os doentes foram aleatoriamente distribuídos para o braço de tratamento com paclitaxel em monoterapia (90 mg/m² /IV durante 1 hora, uma vez por semana, durante três semanas em cada quatro) ou no braço de paclitaxel em associação com bevacizumab (10 mg/kg IV por perfusão a cada duas semanas). Foi permitida terapêutica hormonal anterior para tratamento da doença metastática. A terapêutica adjuvante com taxanos foi permitida apenas nos casos em que tivesse sido concluída, pelo menos, 12 meses antes do doente entrar para o ensaio. Dos 722 doentes do ensaio, a maioria (90%) apresentava doença HER-2 negativa e um número pequeno de doentes tinha o estado HER-2 desconhecido (8%) ou positivo confirmado (2%). Neste pequeno número de doentes, incluíam-se doentes anteriormente tratados com trastuzumab ou doentes para os quais este tratamento não foi considerado adequado. Adicionalmente, 65% dos doentes tinham sido anteriormente submetidos a quimioterapia adjuvante, incluindo taxanos (19%) e antraciclina (49%). Foram excluídos doentes com metástases do sistema nervoso central, incluindo doentes com lesões cerebrais anteriormente tratadas ou sujeitas a ressecção.

No ensaio E2100, os doentes foram tratados até progressão de doença. Em situações em que a descontinuação precoce da quimioterapia era necessária, o tratamento com bevacizumab em monoterapia manteve-se até progressão de doença. As características dos doentes eram semelhantes nos braços do ensaio. O parâmetro de avaliação primário deste ensaio clínico era a sobrevida livre de progressão (SLP), baseada na avaliação, pelo investigador, da progressão de doença. Adicionalmente, foi também efetuada uma revisão independente do parâmetro de avaliação primário. Os resultados deste ensaio são apresentados na tabela 10.

Tabela 10. Resultados de eficácia do ensaio E2100

Sobrevida livre de progressão				
	Avaliação do investigador*		Avaliação independente	
	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)
SLP mediana (meses)	5,8	11,4	5,8	11,3

RR (IC de 95%)	0,421 (0,343; 0,516)		0,483 (0,385; 0,607)	
Valor de p	<0,0001		<0,0001	
Taxas de resposta (em doentes com doença mensurável)				
	Avaliação do investigador		Avaliação independente	
	Paclitaxel (n = 273)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 252)	Paclitaxel (n = 243)	Paclitaxel/ bevacizumab (n = 229)
% de doentes com resposta objetiva	23,4	48,0	22,2	49,8
Valor de p	<0,0001		<0,0001	

* Análise primária

Sobrevivência global		
	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)
SG mediana (meses)	24,8	26,5
RR (IC de 95%)	0,869 (0,722; 1,046)	
Valor de p	0,1374	

O benefício clínico do bevacizumab, medido pela SLP, foi observado em todos os subgrupos testados pré-especificados (incluindo intervalo livre de doença, número de locais metastizados, tratamento anterior com quimioterapia adjuvante e estado do recetor de estrogénio).

AVF3694g

O estudo AVF3694g foi um ensaio de Fase III, multicêntrico, aleatorizado, controlado por placebo, desenhado para avaliar a eficácia e a segurança do bevacizumab em associação com quimioterapia, em comparação com placebo mais quimioterapia, como tratamento de primeira linha para doentes com cancro da mama HER2 negativo metastizado ou localmente recorrente.

A quimioterapia foi escolhida de acordo com o critério do investigador antes da aleatorização num rácio de 2:1 para receber bevacizumab mais quimioterapia ou placebo mais quimioterapia. As escolhas da quimioterapia incluíram capecitabina, taxano (docetaxel, paclitaxel com ligação a proteína), regimes com base em antraciclina (doxorubicina/ciclofosfamida, epirubicina/ciclofosfamida, 5-fluorouracilo/doxorubicina/ciclofosfamida, 5-fluorouracilo/epirubicina/ciclofosfamida) administrada a cada 3 semanas (q2w). O bevacizumab ou o placebo foram administrados numa dose de 15 mg/kg q3w.

Este estudo incluiu uma fase de tratamento em ocultação, uma fase pós-progressão em regime aberto opcional e uma fase de seguimento da sobrevida. Durante a fase de tratamento em ocultação os doentes receberam quimioterapia e medicamento (bevacizumab ou placebo) a cada 3 semanas até à progressão da doença, toxicidade limitativa de tratamento ou morte. Face à progressão da doença documentada, os doentes que entraram na fase opcional em regime aberto podiam receber bevacizumab em associação com diversas terapêuticas de segunda linha.

Foram realizadas análises estatísticas independentes para 1) os doentes que receberam capecitabina em associação com bevacizumab ou placebo; 2) os doentes que receberam quimioterapia baseada em taxanos ou baseada em antraciclina em associação com bevacizumab ou placebo. O parâmetro de avaliação primário do estudo foi a SLP baseada na avaliação do investigador. Adicionalmente, foi também realizada uma avaliação do parâmetro de avaliação primário por um comité de avaliação independente (IRC).

Os resultados da análise final definida no protocolo deste estudo para sobrevida livre de progressão e taxas de resposta da coorte de capecitabina do estudo AVF3694g com poder independente são apresentados na tabela 11. São também apresentados os resultados de uma análise exploratória da

sobrevivência global, que inclui 7 meses de seguimento adicional (aproximadamente 46% dos doentes tinha morrido). A percentagem de doentes que recebeu bevacizumab na fase em regime aberto foi de 62,1% no braço de capecitabina + placebo e de 49,9% no braço de capecitabina + bevacizumab.

Tabela 11 Resultados de eficácia do estudo AVF3694g: – Capecitabina^a e bevacizumab/placebo (cap + bevacizumab/PI)

Sobrevida livre de progressão ^b				
	Avaliação pelo investigador		Avaliação pela IRC	
	Cap + PI (n = 206)	Cap + bevacizumab (n = 409)	Cap + PI (n = 206)	Cap + bevacizumab (n = 409)
SLP mediana (meses)	5,7	8,6	6,2	9,8
Razão de risco vs braço placebo (IC de 95%)	0,69 (0,56; 0,84)		0,68 (0,54; 0,86)	
Valor de p	0,0002		0,0011	
Taxa de resposta (para doentes com doença mensurável) ^b				
	Cap + PI (n = 161)		Cap + bevacizumab (n = 325)	
% de doentes com resposta objetiva	23,6		35,4	
Valor de p	0,0097			
Sobrevivência global ^b				
RR (IC de 95%)	0,88 (0,69; 1,13)			
Valor de p (exploratório)	0,33			

^a 1000 mg/m² por via oral duas vezes por dia durante 14 dias, administrados a cada 3 semanas

^b A análise estratificada incluiu todos os acontecimentos de progressão e morte, exceto os relacionados com a terapêutica fora do protocolo (NPT) iniciada antes de progressão documentada; os dados desses doentes foram censurados durante a última avaliação do tumor anterior ao início da NPT.

Foi realizada uma análise não estratificada da SLP (efetuada pelo investigador) que não censurou a terapêutica fora do protocolo (NPT) antes da progressão da doença. Os resultados destas análises foram muito semelhantes aos resultados primários da SLP.

Cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP)

Tratamento de primeira linha de CPCNP não escamoso em associação com quimioterapia baseada em platina

A segurança e eficácia do bevacizumab em associação com quimioterapia com base em platina, no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP) não escamosas, foram investigadas nos ensaios E4599 e BO17704. No estudo E4599 foi demonstrado um benefício em termos de sobrevivência global com uma dose de bevacizumab de 15 mg/kg administrada a cada 3 semanas. O ensaio BO17704 demonstrou o aumento da sobrevida livre de progressão e da taxa de resposta com ambas as doses de bevacizumab, 7,5 mg/kg, administrada a cada 3 semanas e 15 mg/kg, administrada a cada 3 semanas.

E4599

O estudo E4599 foi um estudo aberto, aleatorizado, controlado por substância ativa, multicêntrico, para avaliação do bevacizumab no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de células não pequenas localmente avançado (estádio IIIB com derrame pleural maligno), metastizado ou recidivante, excluindo histologia com predomínio de células escamosas..

Os doentes foram aleatoriamente distribuídos para o braço de quimioterapia à base de platina (200 mg/m² de paclitaxel e carboplatina AUC = 6,0; ambos administrados por perfusão IV) (PC), administrada no dia 1 de cada ciclo de 3 semanas até um total de 6 ciclos, ou para o braço com PC em

associação com bevacizumab na dose de 15 mg/kg, administrado por perfusão IV, no dia 1 de cada ciclo de 3 semanas. Após a conclusão dos seis ciclos de quimioterapia com carboplatina-paclitaxel ou após descontinuação prematura da quimioterapia, os doentes no braço de bevacizumab + carboplatina-paclitaxel continuaram a receber bevacizumab em monoterapia a cada 3 semanas até progressão da doença. Para os dois braços foram aleatorizados 878 doentes.

Durante o ensaio, dos doentes que receberam tratamento do ensaio, 32,2% (136/422) receberam 7-12 administrações de bevacizumab e 21,1% (89/422) receberam 13 ou mais administrações de bevacizumab.

O parâmetro de avaliação primário foi a duração da sobrevida. Os resultados são apresentados na tabela 12.

Tabela 12. Resultados de eficácia obtidos no ensaio E4599

	Braço 1	Braço 2
	Carboplatina/paclitaxel	Carboplatina/paclitaxel + bevacizumab 15 mg/kg cada 3 semanas
Número de doentes	444	434
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	10,3	12,3
Razão de risco	0,80 (p = 0,003) IC 95% (0,69; 0,93)	
Sobrevida livre de progressão		
Mediana (meses)	4,8	6,4
Razão de risco	0,65 (p < 0,0001) IC 95% (0,56; 0,76)	
Taxa de resposta global		
Taxa (percentagem)	12,9	29,0 (p < 0,0001)

Numa análise exploratória, a magnitude do benefício do bevacizumab na sobrevivência global foi menos pronunciada no subgrupo de doentes que não apresentava histologia de adenocarcinoma.

BO17704

O ensaio BO17704 foi um ensaio de Fase III, aleatorizado, em dupla ocultação, com bevacizumab em associação a cisplatina e gemcitabina versus placebo, cisplatina e gemcitabina, em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas não escamosas, localmente avançado (estádio IIIB com metástases no gânglio linfático supraclavicular ou com derrame pleural ou pericárdico maligno), metastizado ou recidivante, que não foram previamente tratados com quimioterapia.

O parâmetro de avaliação primário foi a sobrevida livre de progressão; os parâmetros de avaliação secundários do ensaio incluíram a duração da sobrevivência global.

Os doentes foram aleatoriamente distribuídos para o braço de quimioterapia à base de platina, cisplatina 80 mg/m², administrada por perfusão intravenosa no dia 1 e 1250 mg/m² de gemcitabina, administrada por perfusão intravenosa, nos dias 1 e 8 de cada ciclo de 3 semanas até um total de 6 ciclos (CG) com placebo, ou para o braço de CG com bevacizumab na dose de 7,5 mg/kg ou 15 mg/kg, administrado por perfusão IV no dia 1 de cada ciclo de 3 semanas. Nos braços contendo bevacizumab, os doentes podiam receber bevacizumab em monoterapia a cada 3 semanas até progressão de doença ou toxicidade inaceitável. Os resultados do ensaio mostram que 94% (277/296) dos doentes elegíveis continuaram a receber bevacizumab em monoterapia no ciclo 7. Uma elevada proporção de doentes (aproximadamente 62%) continuou a receber uma variedade de terapêuticas antineoplásicas específicas fora do protocolo do ensaio, o que poderá ter afetado a análise da sobrevivência global.

Os resultados de eficácia são apresentados na tabela 13.

Tabela 13. Resultados de eficácia do ensaio BO17704

	Cisplatina/gemcitabina + placebo	Cisplatina/gemcitabina + bevacizumab 7,5 mg/kg cada 3 semanas	Cisplatina/gemcitabina + bevacizumab 15 mg/kg cada 3 semanas
Número de doentes	347	345	351
Sobrevida livre de progressão			
Mediana (meses)	6,1	6,7 (p = 0,0026)	6,5 (p = 0,0301)
Razão de risco		0,75 [0,62; 0,91]	0,82 [0,68; 0,98]
Melhor taxa de resposta global ^a	20,1%	34,1% (p < 0,0001)	30,4% (p = 0,0023)

^a Doentes com doença mensurável na situação basal

Sobrevivência global			
Mediana (meses)	13,1	13,6 (p = 0,4203)	13,4 (p = 0,7613)
Razão de risco		0,93 [0,78; 1,11]	1,03 [0,86; 1,23]

Tratamento de primeira linha de CPCNP não escamoso com mutações ativadoras do EGFR em associação com erlotinib

JO25567

O estudo JO25567 foi um estudo de fase II, aleatorizado, aberto, multicêntrico, conduzido no Japão para avaliar a eficácia e segurança de bevacizumab utilizado em associação a erlotinib em doentes com CPCNP não escamoso com mutações ativadoras do EGFR (deleção do exão 19 ou mutação L858R do exão 21) que não receberam terapêutica sistémica prévia no estágio IIIB/IV ou na doença recorrente.

O parâmetro de avaliação primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP) baseada na avaliação por entidade independente. Os parâmetros de avaliação secundários incluíram a sobrevivência global, a taxa de resposta, a taxa de controlo da doença, a duração da resposta e a segurança.

O estado da mutação EGFR foi determinado para cada doente antes do rastreio dos doentes e 154 doentes foram aleatorizados para receber ou erlotinib + bevacizumab (erlotinib 150 mg oral diariamente + bevacizumab [15 mg/kg IV a cada 3 semanas]) ou erlotinib em monoterapia (150 mg oral diariamente) até à progressão da doença (PD) ou toxicidade inaceitável. Na ausência da PD, a descontinuação de um componente do tratamento do estudo no braço de erlotinib + bevacizumab não conduziu à descontinuação do outro componente do tratamento do estudo, como especificado pelo protocolo do estudo.

Os resultados de eficácia do estudo são apresentados na tabela 14.

Tabela 14. Resultados de eficácia do estudo JO25567

	Erlotinib N = 77 [#]	Erlotinib + bevacizumab N = 75 [#]
SLP [^] (meses)		
Mediana	9,7	16,0
RR (IC de 95%)	0,54 (0,36; 0,79)	
Valor de p	0,0015	
Taxa de resposta global		
Taxa (n)	63,6% (49)	69,3% (52)
Valor de p	0,4951	
Sobrevivência global* (meses)		
Mediana	47,4	47,0
RR (IC de 95%)	0,81 (0,53; 1,23)	
Valor de p	0,3267	

Um total de 154 doentes foi aleatorizado (Estado de Desempenho ECOG de 0 ou 1). No entanto, dois dos doentes aleatorizados descontinuaram o estudo antes de receberem qualquer tratamento do estudo.

[^] Revisão independente em ocultação (análise primária definida no protocolo).

* Análise exploratória: análise final da SG na data de cut-off clínico de 31 de outubro de 2017, aprox. 59% dos doentes tinham morrido.

IC, intervalo de confiança; RR, razão de risco da análise de regressão Cox não estratificada; NA, não alcançado.

Cancro de células renais avançado e/ou metastizado (mRCC)

Bevacizumab em associação com interferão alfa-2a no tratamento de primeira linha do cancro de células renais avançado e/ou metastizado (BO17705)

Este foi um ensaio de Fase III, aleatorizado, com dupla ocultação, para avaliar a eficácia e a segurança de bevacizumab em associação com interferão (IFN) alfa-2a versus IFN alfa-2a em monoterapia, no tratamento de primeira linha do cancro de células renais avançado e/ou metastizado. Os 649 doentes aleatorizados (641 tratados) apresentavam um Estado de Desempenho de Karnofsky (*Karnofsky Performance Status*, KPS) $\geq 70\%$, não tinham metástases no SNC nem alterações funcionais dos órgãos. Os doentes foram nefrectomizados para carcinoma primário de células renais. Foi administrado bevacizumab 10 mg/kg a cada 2 semanas até à progressão de doença. O INF alfa-2a foi administrado até às 52 semanas ou até à progressão de doença, numa dose inicial recomendada de 9 MUI, três vezes por semana, sendo permitida a redução de dose, em duas etapas, para 3 MUI três vezes por semana. Os doentes foram estratificados de acordo com o país e a pontuação Motzer, e os braços de tratamento demonstraram estar bem equilibrados em relação aos fatores de prognóstico.

O parâmetro de avaliação primário foi a sobrevivência global e os parâmetros de avaliação secundários do ensaio incluíram a sobrevida livre de progressão. A adição de bevacizumab a INF alfa-2a aumentou significativamente a SLP e a taxa de resposta objetiva do tumor. Estes resultados foram confirmados através de uma revisão radiológica independente. No entanto, o aumento de 2 meses no parâmetro de avaliação primário de sobrevivência global não foi significativo (RR = 0,91). Após o ensaio uma elevada proporção de doentes (aproximadamente 63% IFN/placebo; 55% bevacizumab/IFN) recebeu uma variedade de terapêuticas anticancerígenas não específicas, incluindo agentes antineoplásicos, o que pode ter tido impacto na análise da sobrevivência global.

Os resultados de eficácia são apresentados na tabela 15.

Tabela 15. Resultados de eficácia do ensaio BO17705

	BO17705	
	Placebo + IFN^a	BVb + IFN^a
Número de doentes	322	327
Sobrevida livre de progressão		
Mediana (meses)	5,4	10,2
Razão de risco IC de 95%	0,63 0,52, 0,75 (valor de p < 0,0001)	
Taxa de resposta objetiva (%) em doentes com doença mensurável		
N	289	306
Taxa de resposta	12,8%	31,4%
	(valor de p < 0,0001)	

^a Interferão alfa-2a 9 MUI 3x/semana

^b Bevacizumab 10 mg/kg cada 2 semanas

Sobrevivência global		
Mediana (meses)	21,3	23,3
Razão de risco, IC de 95%	0,91 0,76, 1,10 (valor de p = 0,3360)	

Um modelo de regressão de Cox exploratório e multivariado, utilizando uma seleção retrospectiva, indicou que os seguintes fatores de prognóstico na situação basal estavam fortemente associados à sobrevida independente do tratamento: género, contagem de glóbulos brancos, plaquetas, perda de peso corporal nos 6 meses antes da entrada no ensaio, número de locais metastizados, soma do maior diâmetro das lesões-alvo, pontuação de Motzer. O ajuste para estes fatores na situação basal resultou numa razão de risco para o tratamento de 0,78 (IC de 95% [0,63; 0,96], p = 0,0219), indicando uma redução de 22% no risco de morte dos doentes no braço bevacizumab + IFN alfa-2a comparativamente ao braço IFN alfa-2a.

Noventa e sete (97) doentes no braço IFN alfa-2a e 131 doentes no braço bevacizumab reduziram a dose de IFN alfa-2a, administrado três vezes por semana, de 9 MUI para 6 ou 3 MUI tal como pré-especificado no protocolo. Com base nas taxas de PFS livre de acontecimentos ao longo do tempo, a redução de dose de IFN alfa-2a não pareceu afetar a eficácia da associação de bevacizumab e IFN alfa-2a, tal como demonstrado por análise de sub-grupo. Os 131 doentes no braço bevacizumab + IFN alfa-2a que reduziram a dose de IFN alfa-2a e a mantiveram em 6 ou 3 MUI durante o ensaio exibiram taxas de SLP livre de acontecimentos, aos 6, 12 e 18 meses, de 73, 52 e 21% respetivamente, quando comparado com 61, 43 e 17% na população total de doentes tratados com bevacizumab + IFN alfa-2a.

ATF2938

Este foi um ensaio clínico de Fase II, aleatorizado, em dupla ocultação, para investigação de bevacizumab 10 mg/kg, administrado a cada 2 semanas, com a mesma dose de bevacizumab em associação com 150 mg por dia de erlotinib, em doentes com cancro renal de células claras metastizado. Neste ensaio, um total de 104 doentes foi aleatorizado para tratamento, 53 para o braço de bevacizumab 10 mg/kg a cada 2 semanas + placebo, e 51 para o braço de bevacizumab 10 mg/kg a cada 2 semanas + erlotinib 150 mg por dia. A análise do parâmetro de avaliação primário mostrou não haver diferença entre os braços de bevacizumab + placebo e bevacizumab + erlotinib (SLP mediana de 8,5 versus 9,9 meses). Sete doentes em cada braço apresentaram resposta objetiva. A adição de erlotinib ao bevacizumab não resultou na melhoria da SG (RR = 1,764; p = 0,1789), duração da resposta objetiva (6,7 versus 9,1 meses) ou tempo até à progressão de sintomas (RR = 1,172; p = 0,5076).

AVF0890

Este foi um estudo clínico de Fase II, aleatorizado, para comparação da eficácia e segurança de bevacizumab versus placebo. Um total de 116 doentes foi aleatorizado para tratamento com 3 mg/kg de bevacizumab a cada 2 semanas (n = 39), 10 mg/kg a cada 2 semanas (n = 37) ou placebo (n = 40). Uma análise interina demonstrou um prolongamento significativo do tempo até à progressão da doença no grupo a receber 10 mg/kg comparativamente ao grupo placebo (razão de risco de 2,55; $p < 0,001$). Houve uma pequena diferença, de significância marginal, entre o tempo até à progressão da doença no grupo tratado com 3 mg/kg e no grupo placebo (razão de risco = 1,26; $p = 0,053$). Quatro doentes tiveram resposta objetiva (parcial) e todos tinham recebido a dose de 10 mg/kg de bevacizumab; a taxa de resposta global (TRG) da dose de 10 mg/kg foi de 10%.

Cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio e cancro peritoneal primário

Tratamento de primeira linha do cancro do ovário

A segurança e a eficácia do bevacizumab no tratamento de primeira linha de doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário foram estudadas em dois ensaios clínicos de Fase III (GOG-0218 e BO17707), que avaliaram o efeito da adição de bevacizumab a carboplatina e paclitaxel em comparação com o regime de quimioterapia apenas.

GOG-0218

O estudo GOG-0218 foi um ensaio clínico de Fase III multicêntrico, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado por placebo, com três braços, para avaliar o efeito da adição de bevacizumab a um regime de quimioterapia aprovado (carboplatina e paclitaxel) em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário avançados (estádios III B, III C e IV de acordo com a versão de estadiamento FIGO datada de 1988).

Foram excluídos do estudo as doentes que receberam terapêutica prévia com bevacizumab, tratamento sistémico antineoplásico prévio para o cancro do ovário (p. ex., quimioterapia, terapêutica com anticorpos monoclonais, inibidores da tirosina cinase ou terapêutica hormonal) ou que foram previamente sujeitas a radioterapia no abdómen ou pélvis.

Um total de 1873 doentes foi aleatorizado em proporções iguais nos três braços seguintes:

- Braço CPP: cinco ciclos de placebo (iniciado no 2.º ciclo) em associação com carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m²) durante 6 ciclos, seguido de placebo em monoterapia, durante um total de 15 meses de terapêutica
- Braço CPB15: cinco ciclos de bevacizumab (15 mg/kg a cada 3 semanas, iniciado no 2.º ciclo) em associação com carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m²) durante 6 ciclos, seguido de placebo em monoterapia, durante um total de 15 meses de terapêutica
- Braço CPB15+: cinco ciclos de bevacizumab (15 mg/kg a cada 3 semanas, iniciado no 2.º ciclo) em associação com carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m²) durante 6 ciclos, seguido pelo uso continuado de bevacizumab (15 mg/kg a cada 3 semanas) como agente único, durante um total de 15 meses de terapêutica.

A maioria dos doentes incluídos no ensaio era de raça caucasiana (87% nos três braços); a mediana da idade era de 60 anos nos braços CPP e CPB15 e de 59 anos no braço CPB15+; e 29% dos doentes no braço CPP e CPB15 e 26% no CPB15+ tinham mais de 65 anos. De uma forma geral, aproximadamente 50% dos doentes tinham um estado de desempenho GOG na situação basal de 0, 43% tinham um estado de desempenho GOG de 1 e 7% tinham um estado de desempenho GOG de 2. A maioria das doentes tinha cancro epitelial do ovário (82% no CPP e CPB15, 85% no CPB15+), seguido do cancro peritoneal primário (16% no CPP, 15% no CPB15 e 13% no CPB15+) e do cancro da trompa de Falópio (1% no CPP, 3% no CPB15 e 2% no CPB15+). A maioria dos doentes tinha adenocarcinoma histológico do tipo seroso (85% no CPP e CPB15, 86% no CPB15+). No geral, aproximadamente 34% dos doentes estavam no estágio FIGO III otimamente citoreduzido e com doença residual visível, 40% no estágio III com citoredução subótima e 26% eram doentes no estágio IV.

O parâmetro de avaliação primário foi a SLP baseada na avaliação do investigador da progressão da doença, com base nos exames radiológicos ou nos níveis de CA-125, ou na deterioração sintomática de acordo com o protocolo. Adicionalmente, foi também realizada uma análise pré-especificada dos dados censurados para os acontecimentos de progressão CA-125, bem como uma revisão independente da SLP determinada pelos exames radiológicos.

O ensaio atingiu o objetivo primário de melhoria da SLP. Comparativamente com os doentes tratados apenas com quimioterapia em primeira linha (carboplatina e paclitaxel), os doentes que receberam bevacizumab numa dose de 15 mg/kg a cada 3 semanas em associação com quimioterapia e continuaram a receber bevacizumab em monoterapia (CPB15+), tiveram um aumento da SLP clinicamente importante e estatisticamente significativo.

Em doentes que apenas receberam bevacizumab em associação com quimioterapia e que não continuaram a receber bevacizumab em monoterapia (CPB15), não foi observado nenhum benefício clinicamente significativo na SLP.

Os resultados deste estudo são resumidos na tabela 16.

Tabela 16. Resultados de eficácia do estudo GOG-0218

Sobrevida livre de progressão ¹			
	CPP (n = 625)	CPB15 (n = 625)	CPB15+ (n = 623)
SLP mediana (meses)	10,6	11,6	14,7
Razão de risco (IC de 95%) ²		0,89 (0,78, 1,02)	0,70 (0,61, 0,81)
Valor de p ^{3,4}		0,0437	< 0,0001
Taxa de resposta objetiva ⁵			
	CPP (n = 396)	CPB15 (n = 393)	CPB15+ (n = 403)
% de doentes com resposta objetiva	63,4	66,2	66,0
Valor de p		0,2341	0,2041
Sobrevivência global ⁶			
	CPP (n = 625)	CPB15 (n = 625)	CPB15+ (n = 623)
SG mediana (meses)	40,6	38,8	43,8
Razão de risco (IC de 95%) ²		1,07 (0,91, 1,25)	0,88 (0,75; 1,04)
Valor de p ³		0,2197	0,0641

¹ Análise de SLP GOG específica do protocolo avaliada pelo investigador (não censurada para progressões CA-125 ou terapia não-protocolo (TNP) anterior a progressão da doença) com data de cut-off de dados de 25 de fevereiro de 2010.

² Relativo ao braço de controlo; razão de risco estratificada.

³ Valor de p no teste log-rank unilateral.

⁴ Sujeito a um limite de valor de p = 0,0116.

⁵ Doentes com doença mensurável na situação basal.

⁶ Análise final da sobrevivência global realizada quando tinham morrido aproximadamente 46,9% dos doentes.

Foram realizadas análises pré-especificadas da SLP, todas com data de cut-off de 29 de setembro de 2009. Os resultados destas análises pré-especificadas são os seguintes:

- A análise especificada pelo protocolo da SLP avaliada pelo investigador (sem censura para progressão CA-125 ou terapêutica não-protocolo [TNP]) mostra uma razão de risco

estratificada de 0,71 (IC de 95%: 0,61-0,83, valor de p no teste log-rank unilateral < 0,0001) quando CPB15+ é comparado com CPP, com uma SLP mediana de 10,4 meses no braço CPP e 14,1 meses no braço CPB15+.

- A análise primária da SLP avaliada pelo investigador (censurada para progressão CA-125 e TNP) mostra uma razão de risco estratificada de 0,62 (IC de 95%: 0,52-0,75, valor de p no teste log-rank unilateral < 0,0001) quando CPB15+ é comparado com CPP, com uma SLP mediana de 12,0 meses no braço CPP e 18,2 meses no braço CPB15+.
- A análise da SLP conforme determinada pelo comité de revisão independente (censurada para TNP) mostra uma razão de risco estratificada de 0,62 (IC de 95%: 0,50-0,77, valor de p no teste log-rank unilateral < 0,0001) quando CPB15+ é comparado com CPP, com uma SLP mediana de 13,1 no braço CPP e 19,1 meses no braço CPP15+.

Na tabela 17 estão resumidas as análises da SLP por subgrupos tendo em conta o estádio da doença e o estádio após citorredução. Estes resultados demonstram a robustez das análises da SLP apresentada na tabela 16.

Tabela 17. Resultados da SLP ¹ do ensaio GOG-0218 por estádio da doença e estádio após citorredução

Doentes aleatorizados de estádio III com citorredução ótima ^{2,3}			
	CPP (n = 219)	CPB15 (n = 204)	CPB15+ (n = 216)
SLP mediana (meses)	12,4	14,3	17,5
Razão de risco (IC de 95%) ⁴		0,81 (0,62, 1,05)	0,66 (0,50, 0,86)
Doentes aleatorizados de estádio III com citorredução subótima ³			
	CPP (n = 253)	CPB15 (n = 256)	CPB15+ (n = 242)
SLP mediana (meses)	10,1	10,9	13,9
Razão de risco (IC de 95%) ⁴		0,93 (0,77, 1,14)	0,78 (0,63, 0,96)
Doentes aleatorizados com doença de estádio IV			
	CPP (n = 153)	CPB15 (n = 165)	CPB15+ (n = 165)
SLP mediana (meses)	9,5	10,4	12,8
Razão de risco (IC de 95%) ⁴		0,90 (0,70, 1,16)	0,64 (0,49, 0,82)

¹ Análise de SLP GOG específica do protocolo avaliada pelo investigador (não censurada para progressões CA-125 ou terapia não-protocolo (TNP) anterior a progressão da doença) com data de cut-off de dados de 25 de fevereiro de 2010.

² Com doença residual visível.

³ 3,7% da população global dos doentes aleatorizados tinha doença de estádio IIIB.

⁴ Em relação ao braço controlo.

BO17707 (ICON7)

O BO17707 foi um estudo de fase III, com dois braços, multicêntrico, aleatorizado, controlado, aberto, para comparação dos efeitos da adição de bevacizumab a carboplatina e paclitaxel em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário após cirurgia de estádio FIGO I ou IIA (grau 3 ou histologia de células claras apenas; n = 142), ou estádio FIGO IIB-IV (todos os graus e todos os tipos histológicos; n = 1386) (NCI-CTCAE v.3). Neste ensaio foi utilizada a versão de estadiamento FIGO datada de 1988.

Foram excluídos do estudo as doentes que receberam terapêutica prévia com bevacizumab, tratamento sistémico antineoplásico prévio para o cancro do ovário (p. ex., quimioterapia, terapêutica com anticorpos monoclonais, inibidores da tirosina cinase ou terapêutica hormonal) ou que foram previamente sujeitas a radioterapia no abdómen ou pélvis.

Um total de 1528 doentes foi aleatorizado em proporções iguais para os dois braços seguintes:

- Braço CP: carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m²) durante 6 ciclos de 3 semanas de duração.
- Braço CPB7.5+: carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m²) durante 6 ciclos de 3 semanas mais bevacizumab (7,5 mg/kg a cada 3 semanas) durante até 12 meses (o bevacizumab foi iniciado no 2.º ciclo de quimioterapia se o tratamento tivesse sido iniciado a menos de 4 semanas da cirurgia ou no 1.º ciclo se o tratamento tivesse sido iniciado mais de 4 semanas após a cirurgia).

A maioria dos doentes incluídos no estudo era de raça caucasiana (96%), a mediana da idade era de 57 anos em ambos os braços de tratamento, 25% dos doentes em cada braço tinha idade igual ou superior a 65 anos e aproximadamente 50% dos doentes tinha um estado de desempenho ECOG de 1; 7% dos doentes em cada braço de tratamento tinha um estado de desempenho ECOG de 2. A maioria das doentes tinha cancro epitelial do ovário (87,7%), seguido do cancro peritoneal primário (6,9%) e do cancro da trompa de Falópio (3,7%) ou uma mistura das três origens (1,7%). A maioria dos doentes estavam no estadio FIGO III (ambos 68%), seguido do estadio FIGO IV (13% e 14%), estadio FIGO II (10% e 11%) e estadio FIGO I (9% e 7%). A maioria dos doentes em cada braço de tratamento (74% e 71%) tinha tumores primários pouco diferenciados (grau 3) na situação basal. A incidência de cada subtipo histológico EOC era semelhante entre os braços de tratamento; 69% dos doentes em cada braço tinha adenocarcinoma histológico do tipo seroso.

O parâmetro de avaliação primário foi a SLP avaliada pelo investigador usando os critérios RECIST.

O ensaio atingiu o objetivo primário de melhoria da SLP. Comparativamente com os doentes tratados apenas com quimioterapia em primeira linha (carboplatina e paclitaxel), os doentes que receberam bevacizumab numa dose de 7,5 mg/kg a cada 3 semanas em associação com quimioterapia e continuaram a receber bevacizumab durante até 18 ciclos tiveram um aumento estatisticamente significativo da SLP.

Os resultados deste estudo são resumidos na tabela 18.

Tabela 18. Resultados de eficácia do estudo BO17707 (ICON7)

Sobrevida livre de progressão		
	CP (n = 764)	CPB7.5+ (n = 764)
SLP mediana (meses) ²	16,9	19,3
Razão de risco [IC de 95%] ²	0,86 [0,75; 0,98] (valor de p = 0.0185)	
Taxa de resposta objetiva ¹		
	CP (n = 277)	CPB7.5+ (n = 272)
Taxa de resposta	54,9%	64,7%
	(valor de p = 0,0188)	
Sobrevivência global ³		
	CP (n = 764)	CPB7.5+ (n = 764)
Mediana (meses)	58,0	57,4
Razão de risco [IC de 95%]	0,99 [0,85; 1,15] (valor de p = 0,8910)	

¹ Em doentes com doença mensurável na situação basal.

² Análise da SLP avaliada pelo investigador com data de cut-off de dados de 30 de novembro de 2010.

³ Análise final da sobrevivência global realizada quando tinham morrido 46,7% dos doentes com data de cut-off de dados de 31 de março de 2013.

A análise primária da SLP avaliada pelo investigador com uma data de cut-off de dados de 28 de fevereiro de 2010, mostra uma razão de risco não estratificada de 0,79 (IC de 95%: 0,68-0,91, valor de p no teste log-rank bilateral = 0,0010), com uma SLP mediana de 16,0 meses no braço CP e 18,3 meses no braço CPB7.5+.

Na tabela 19 está resumida a análise da SLP por subgrupos tendo em conta o estágio da doença e o estágio após citorredução. Estes resultados demonstram a robustez da análise primária da SLP apresentada na tabela 18.

Tabela 19. Resultados da SLP 1 do estudo BO17707 (ICON7) por estágio da doença e estágio após citorredução

Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução ótima ^{2,3}		
	CP (n = 368)	CPB7.5+ (n = 383)
SLP mediana (meses)	17,7	19,3
Razão de risco (IC 95%) ⁴		0,89 (0,74, 1,07)
Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução subótima ³		
	CP (n = 154)	CPB7.5+ (n = 140)
SLP mediana (meses)	10,1	16,9
Razão de risco (IC 95%) ⁴		0,67 (0,52, 0,87)
Doentes aleatorizados com doença de estágio IV		
	CP (n = 97)	CPB7.5+ (n = 104)
SLP mediana (meses)	10,1	13,5
Razão de risco (IC 95%) ⁴		0,74 (0,55, 1,01)

¹ Análise da SLP avaliada pelo investigador com data de cut-off de dados de 30 de novembro de 2010.

² Com ou sem doença residual visível.

³ 5,8% da população de doentes global aleatorizada tinha doença de estadio IIIB.

⁴ Em relação ao braço de controlo.

Cancro do ovário recorrente

A segurança e eficácia do bevacizumab no tratamento de cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, recorrente, foram estudadas em ensaios de Fase III (AVF4095g e GOG-0213) com diferentes populações de doentes e regimes de quimioterapia.

- O ensaio AVF4095g avaliou a eficácia e segurança de bevacizumab em associação com carboplatina e gemcitabina, seguido de bevacizumab em monoterapia em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, recorrente, sensível a platina.
- O ensaio GOG-0213 avaliou a eficácia e a segurança do bevacizumab em associação com carboplatina e paclitaxel, seguido de bevacizumab em monoterapia em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, recorrente, sensível a platina.

AVF4095g

A segurança e eficácia do bevacizumab no tratamento de doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, recorrente, sensível a platina, que não receberam quimioterapia anterior no contexto recorrente, ou tratamento prévio com bevacizumab, foram estudadas num ensaio de Fase III, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado com placebo (AVF4095g). O estudo comparou o efeito da adição de bevacizumab à quimioterapia com carboplatina e gemcitabina, com continuação do bevacizumab em monoterapia até à progressão, para carboplatina e gemcitabina isoladamente.

Apenas foram incluídos no estudo doentes com cancro do ovário, peritoneal primário ou carcinoma da trompa de Falópio, histologicamente documentados, que tenham recorrido há mais de 6 meses após quimioterapia com base em platina, que não tinham recebido quimioterapia no contexto recorrente e que não tinham recebido tratamento prévio com bevacizumab ou outros inibidores do VEGF ou agentes dirigidos ao recetor do VEGF.

Um total de 484 doentes com doença mensurável foi aleatorizado segundo um rácio de 1:1 para:

- Carboplatina (AUC 4, dia 1) e gemcitabina (1000 mg/m² nos dias 1 e 8) e placebo concomitante a cada 3 semanas durante 6 e até 10 ciclos, seguido de placebo (a cada 3 semanas) isoladamente até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.
- Carboplatina (AUC 4, dia 1) e gemcitabina (1000 mg/m² nos dias 1 e 8) e bevacizumab concomitante (15 mg/kg, Dia 1) a cada 3 semanas durante 6 e até 10 ciclos, seguido de bevacizumab (15 mg/kg a cada 3 semanas) isoladamente até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

O parâmetro de avaliação primário foi a sobrevida livre de progressão, com base na avaliação do investigador, usando os critérios RECIST 1.0 modificados. Os parâmetros de avaliação adicionais incluíram a resposta objetiva, duração da resposta, sobrevivência global e segurança. Foi também realizada uma revisão independente do parâmetro de avaliação primário.

Os resultados deste estudo são resumidos na tabela 20.

Tabela 20. Resultados de eficácia do estudo AVF4095g

Sobrevida livre de progressão				
	Avaliação do investigador		Avaliação da IRC	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
<i>Não censurada para TNP</i>				
SLP mediana (meses)	8,4	12,4	8,6	12,3
Razão de risco (IC 95%)	0,524 [0,425; 0,645]		0,480 [0,377; 0,613]	
Valor de p	< 0,0001		< 0,0001	
<i>Censurada para TNP</i>				
SLP mediana (meses)	8,4	12,4	8,6	12,3
Razão de risco (IC 95%)	0,484 [0,388; 0,605]		0,451 [0,351; 0,580]	
Valor de p	< 0,0001		< 0,0001	
Taxa de resposta objetiva				
	Avaliação do investigador		Avaliação da IRC	

	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
% de doentes com resposta objetiva	57,4%	78,5%	53,7%	74,8%
Valor de p	< 0,0001		< 0,0001	
Sobrevivência global				
	Placebo + C/G (n = 242)		Bevacizumab + C/G (n = 242)	
SG mediana (meses)	32,9		33,6	
Razão de risco (IC 95%)	0,952 [0,771; 1,176]			
Valor de p	0,6479			

As análises de subgrupos de SLP dependendo da recorrência desde a última terapêutica com platina são resumidas na tabela 21.

Tabela 21. Sobrevida livre de progressão por tempo desde a última terapêutica com platina até à recorrência

Tempo desde a última terapêutica com platina até à recorrência	Avaliação do investigador	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
6 - 12 meses (n = 202)		
Mediana	8,0	11,9
Razão de risco (IC 95%)	0,41 (0,29-0,58)	
> 12 meses (n = 282)		
Mediana	9,7	12,4
Razão de risco (IC 95%)	0,55 (0,41-0,73)	

GOG-0213

O GOG-0213, um ensaio de Fase III em regime aberto, aleatorizado, controlado, estudou a segurança e a eficácia do bevacizumab no tratamento de doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, recorrente, sensível a platina, que não receberam quimioterapia anterior no contexto da recorrência. Não houve critério de exclusão para terapêutica prévia com antiangiogénicos. O estudo avaliou o efeito de associar bevacizumab a carboplatina + paclitaxel e continuar o bevacizumab em monoterapia até progressão da doença ou toxicidade inaceitável, comparativamente a apenas carboplatina + paclitaxel.

Um total de 673 doentes foram aleatorizadas em proporções iguais para os dois braços de tratamento seguintes:

- Braço CP: carboplatina (AUC 5) e paclitaxel (175 mg/m² IV) a cada 3 semanas durante 6 e até 8 ciclos.
- Braço CPB: carboplatina (AUC 5) e gemcitabina (paclitaxel (175 mg/m² IV) e bevacizumab concomitante (15 mg/kg) a cada 3 semanas durante 6 e até 8 ciclos, seguido de bevacizumab (15 mg/kg a cada 3 semanas) em monoterapia até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

A maioria das doentes em ambos os braços, braço CP (80,4%) e braço CPB (78,9%), eram caucasianas. A idade mediana foi de 60,0 anos no braço CP e 59,0 anos no braço CPB. A maioria das doentes (CP: 64,6%; CPB: 68,8%) estavam na categoria etária < 65 anos. Na situação basal, a maioria das doentes tinha um estado de desempenho GOG de 0 (CP: 82,4%; CPB: 80,7%) ou de 1 (CP:

16,7%; CPB: 18,1%), nos dois braços de tratamento. Na situação basal, foi notificado um estado de desempenho GOG de 2 em 0,9% das doentes no braço CP e em 1,2% das doentes no braço CPB.

O parâmetro de avaliação primário de eficácia foi a sobrevivência global (OS). O principal parâmetro de avaliação secundário de eficácia foi a sobrevida livre de progressão (SLP). Os resultados são apresentados na tabela 22.

Tabela 22. Resultados de eficácia ^{1,2} do estudo GOG-0213

Parâmetro de avaliação primário		
Sobrevivência global (OS)	CP (n = 336)	CPB (n = 337)
SG mediana (meses)	37,3	42,6
Razão de risco (IC 95%) (eCRF) ^a	0,823 [IC: 0,680; 0,996]	
Valor de p	0,0447	
Razão de risco (IC 95%) (caderno de registo) ^b	0,838 [IC: 0,693; 1,014]	
Valor de p	0,0683	
Parâmetro de avaliação secundário		
Sobrevida livre de progressão (SLP)	CP (n = 336)	CPB (n = 337)
SLP mediana (meses)	10,2	13,8
Razão de risco (IC 95%)	0,613 [IC: 0,521; 0,721]	
Valor de p	< 0,0001	

¹ Análise final

² As avaliações dos tumores e das respostas foram determinadas pelos investigadores utilizando os critérios GOG RECIST (orientações RECIST revistas (versão 1.1). Eur J Cancer. 2009; 45: 228Y247).

^a A razão de risco foi estimada a partir de modelos de risco proporcional de Cox estratificados pela duração do intervalo livre de platina antes da inclusão neste estudo de acordo com o eCRF (caderno de registo de dados eletrónico), e estado de cirurgia de citorredução secundária Sim/Não (Sim = aleatorizadas para serem submetidas a citorredução ou aleatorizadas para não serem submetidas a citorredução; Não = não é uma candidata ou não autorizou a citorredução).

^b Estratificados pela duração do intervalo livre de tratamento antes da inclusão neste estudo por caderno de registo, e estado de cirurgia de citorredução secundária Sim/Não.

O ensaio atingiu o seu objetivo primário de melhoria da SG. O tratamento com bevacizumab na dose de 15 mg/kg a cada 3 semanas em associação com quimioterapia (carboplatina e paclitaxel) durante 6 e até 8 ciclos, seguido de bevacizumab até progressão da doença ou toxicidade inaceitável resultou, quando os dados tiveram origem no eCRF, numa melhoria clinicamente importante e estatisticamente significativa da SG comparativamente ao tratamento com apenas carboplatina e paclitaxel.

Cancro do colo do útero

GOG-0240

A eficácia e segurança do bevacizumab em associação com quimioterapia (paclitaxel e cisplatina ou paclitaxel e topotecano) no tratamento de doentes com carcinoma do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada foram avaliadas no estudo GOG-0240, um ensaio clínico de Fase III aleatorizado, de quatro braços, em regime aberto e multicêntrico.

Foram aleatorizadas um total de 452 doentes para receber:

- Paclitaxel 135 mg/m² IV durante 24 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 2, a cada 3 semanas (q3w); ou
Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 2 (q3w); ou
Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 1 (q3w)
- Paclitaxel 135 mg/m² IV durante 24 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 2 mais bevacizumab 15 mg/kg IV no dia 2 (q3w); ou
Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 2 mais bevacizumab 15 mg/kg IV no dia 2 (q3w); ou
Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m² IV no dia 1 mais bevacizumab 15 mg/kg IV no dia 1 (q3w)
- Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e topotecano 0,75 mg/m² IV durante 30 minutos nos dias 1-3 (q3w)
- Paclitaxel 175 mg/m² IV durante 3 horas no dia 1 e topotecano 0,75 mg/m² IV durante 30 minutos nos dias 1-3 mais bevacizumab 15 mg/kg IV no dia 1 (q3w)

As doentes elegíveis tinham carcinoma pavimentocelular persistente, recorrente ou metastizado, carcinoma adenoescamoso, ou adenocarcinoma do colo do útero não passível de tratamento com cirurgia e/ou radioterapia e que não tivessem recebido terapêutica prévia com bevacizumab ou outros inibidores do VEGF ou agentes dirigidos ao recetor do VEGF.

A idade mediana era de 46,0 anos (intervalo: 20-83) no grupo de apenas quimioterapia e de 48,0 anos (intervalo: 22-85) no grupo de quimioterapia + bevacizumab; com 9,3% das doentes do grupo de apenas quimioterapia e 7,5% das doentes no grupo de quimioterapia + bevacizumab com idade superior a 65 anos.

Das 452 doentes aleatorizadas na situação basal, a maioria das doentes eram de raça caucasiana (80,0% no grupo de apenas quimioterapia e 75,3% no grupo de quimioterapia + bevacizumab), tinham carcinoma pavimentocelular (67,1% no grupo de quimioterapia em monoterapia e 69,6% no grupo de quimioterapia + bevacizumab), tinham doença persistente/recorrente (83,6% no grupo de quimioterapia em monoterapia e 82,8% no grupo de quimioterapia + bevacizumab), tinham 1-2 locais metastáticos (72,0% no grupo de quimioterapia em monoterapia e 76,2% no grupo de quimioterapia + bevacizumab), tinham envolvimento dos nódulos linfáticos (50,2% no grupo de quimioterapia em monoterapia e 56,4% no grupo de quimioterapia + bevacizumab) e tinham um intervalo livre de platina ≥ 6 meses (72,5% no grupo de quimioterapia em monoterapia e 64,4% no grupo de quimioterapia + bevacizumab).

O parâmetro de avaliação primário de eficácia foi a sobrevivência global. Os parâmetros de avaliação secundários de eficácia incluíram a sobrevida livre de progressão e a taxa de resposta objetiva. Os resultados da análise primária e da análise de seguimento são apresentados por tratamento com bevacizumab e por tratamento do ensaio na tabela 23 e na tabela 24, respetivamente.

Tabela 23. Resultados de eficácia no estudo GOG-0240 por tratamento com bevacizumab

	Quimioterapia (n = 225)	quimioterapia + bevacizumab (n = 227)
Parâmetro de avaliação primário		
Sobrevivência global - Análise primária ⁶		
Mediana (meses) ¹	12,9	16,8
Razão de risco [IC de 95%]	0,74 [0,58, 0,94] (valor de p ⁵ = 0,0132)	
Sobrevivência global - Análise de seguimento ⁷		
Mediana (meses) ¹	13,3	16,8
Razão de risco [IC de 95%]	0,76 [0,62, 0,94] (valor de p ^{5,8} = 0,0126)	
Parâmetros de avaliação secundários		
Sobrevivência livre de progressão - Análise primária ⁶		
SLP mediana (meses) ¹	6,0	8,3
Razão de risco [IC de 95%]	0,66 [0,54, 0,81] (valor de p ⁵ < 0,0001)	
Melhor resposta global - Análise primária ⁶		
Respondedores (taxa de resposta ²)	76 (33,8%)	103 (45,4%)
IC de 95% para taxas de resposta ³	[27,6%, 40,4%]	[38,8%, 52,1%]
Diferença nas taxas de resposta	11,60%	
IC de 95% para diferença nas taxas de resposta ⁴	[2,4%, 20,8%]	
Valor de p (teste Qui-quadrado)	0,0117	

¹ Estimativas de Kaplan-Meier.

² Doentes e percentagem de doentes com melhor resposta global de respostas completa (RC) ou parcial (RP) confirmadas; percentagem calculada em doentes com doença mensurável na situação basal.

³ IC de 95% para uma amostra binomial utilizando o método de Pearson-Clopper.

⁴ IC de aproximadamente 95% para a diferença entre as duas taxas utilizando o método de Hauck-Anderson.

⁵ Teste log-rank (estratificado).

⁶ A análise primária foi efetuada com uma data de cut-off de dados de 12 de dezembro de 2012 e é considerada a análise final.

⁷ A análise de seguimento foi efetuada com uma data de cut-off de dados de 07 de março de 2014.

⁸ Valor de p exibido apenas para fins descritivos.

Tabela 24. Resultados de sobrevivência global no estudo GOG-0240 por tratamento do ensaio

Tratamento comparação	Outro fator	Sobrevivência global - Análise primária ¹ Razão de risco (IC de 95%)	Sobrevivência global - Análise de seguimento ² Razão de risco (IC de 95%)
Bevacizumab vs. sem bevacizumab	Cisplatina + paclitaxel	0,72 (0,51, 1,02) (17,5 vs. 14,3 meses; p = 0,0609)	0,75 (0,55, 1,01) (17,5 vs. 15,0 meses; p = 0,0584)
	Topotecano + paclitaxel	0,76 (0,55, 1,06) (14,9 vs. 11,9 meses; p = 0,1061)	0,79 (0,59, 1,07) (16,2 vs. 12,0 meses; p = 0,1342)
Topotecano + paclitaxel vs. cisplatina + paclitaxel	Bevacizumab	1,15 (0,82, 1,61) (14,9 vs. 17,5 meses; p = 0,4146)	1,15 (0,85, 1,56) (16,2 vs. 17,5 meses; p = 0,3769)
	Sem bevacizumab	1,13 (0,81, 1,57)	1,08 (0,80, 1,45)

		(11,9 vs. 14,3 meses; p = 0,4825)	(12,0 vs. 15,0 meses; p = 0,6267)
--	--	-----------------------------------	-----------------------------------

¹ A análise primária foi efetuada com uma data de cut-off de dados de 12 de dezembro de 2012 e é considerada a análise final.

² A análise de seguimento foi efetuada com uma data de cut-off de dados de 07 de março de 2014; todos os valores de p são exibidos apenas para fins descritivos.

População pediátrica

A Agência Europeia de Medicamentos dispensou a obrigação de submissão dos resultados dos estudos com bevacizumab, em todos os subgrupos da população pediátrica, em carcinoma da mama, adenocarcinoma do cólon e do reto, carcinoma do pulmão (carcinoma de pequenas células e carcinoma de células não pequenas), carcinoma do rim e do bacinete renal (excluindo nefroblastoma, nefroblastomatose, sarcoma de células claras, nefroma mesoblástico, carcinoma medular do rim e tumor rabdoide do rim), carcinoma do ovário (excluindo rabiomiossarcoma e tumor das células germinativas), carcinoma da trompa de Falópio (excluindo rabiomiossarcoma e tumor das células germinativas), carcinoma peritoneal (excluindo blastomas e sarcomas) e carcinoma do colo e do corpo do útero.

Gliomas de alto grau

Não foi observada atividade antitumoral em dois estudos anteriores num total de 30 crianças com idade > 3 anos com glioma de alto grau recorrente ou progressivo quando tratadas com bevacizumab e irinotecano (CPT-11). A informação existente é insuficiente para determinar a segurança e eficácia de bevacizumab em crianças com glioma de alto grau recém-diagnosticado.

- Num estudo de braço único (PBTC-022), 18 crianças com glioma não pênico de alto grau sem ponte recorrente ou progressivo (incluindo 8 com glioblastoma [grau IV da OMS], 9 com astrocitoma anaplásico [grau III] e 1 com oligodendroglioma anaplásico [grau III]), foram tratadas com bevacizumab (10 mg/kg) com duas semanas de intervalo e, depois, com bevacizumab em associação com CPT-11 (125-350 mg/m²) uma vez a cada duas semanas até à progressão. Não houve respostas radiológicas (critérios de MacDonald) objetivas (parciais ou completas). A toxicidade e reações adversas incluíram hipertensão arterial e fadiga, bem como isquémia do SNC com défice neurológico agudo.
- Numa série retrospectiva de uma única instituição, 12 crianças consecutivas (2005 a 2008) com glioma de alto grau recorrente ou progressivo (3 com grau IV da OMS, 9 com grau III) foram tratadas com bevacizumab (10 mg/kg) e irinotecano (125 mg/m²) a cada 2 semanas. Houve 2 respostas parciais e não houve respostas completas (critérios de MacDonald).

Num estudo de Fase II aleatorizado (BO25041), um total de 121 doentes com idades ≥ 3 anos até < 18 anos com gliomas de alto grau (GAG) supratentoriais, infratentoriais, cerebelosos ou pedunculares, recentemente diagnosticados, foram tratados com radioterapia (RT) pós-operatória e temozolomida (T) adjuvante, com e sem bevacizumab: 10 mg/kg IV de duas em duas semanas.

O estudo não atingiu o seu parâmetro de avaliação primário de demonstrar uma melhoria significativa da sobrevida livre de acontecimentos (SLA) (avaliado pela Comissão Central de Revisão de Radiologia [CCRR]) quando o bevacizumab foi associado ao braço RT/T em comparação com RT/T (RR = 1,44; IC de 95%: 0,90, 2,30). Estes resultados foram consistentes com os resultados de várias análises de sensibilidade e em subgrupos clinicamente relevantes. Os resultados para todos os parâmetros de avaliação secundários (SLA, TRG e SG avaliados pelo investigador) foram coerentes ao demonstrar que não houve melhoria associada à associação do bevacizumab ao braço RT/T em comparação com o braço de RT/T em monoterapia.

A associação de bevacizumab à RT/T não demonstrou benefício clínico no estudo BO25041, em 60 doentes pediátricos avaliáveis com gliomas de alto grau (GAG), supratentoriais, infratentoriais,

cerbelosos ou pedunculares, recentemente diagnosticados (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica).

Sarcoma dos tecidos moles

Num estudo de Fase II aleatorizado (BO20924), um total de 154 doentes com idades ≥ 6 meses até <18 anos, com rabdmiossarcoma e sarcoma dos tecidos moles não-rabdmiossarcoma metastizados, recentemente diagnosticado, foram tratados com o tratamento padrão (terapêutica de indução IVADO/IVA+/- terapêutica local, seguida de manutenção com vinorelbina e ciclofosfamida) com ou sem bevacizumab (2,5 mg/kg/semana) durante um período total de tratamento de aproximadamente 18 meses. À data da análise primária final, o parâmetro de avaliação primário de SLA (sobrevida livre de acontecimentos) por revisão central independente não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois braços de tratamento, com um RR de 0,93% (IC de 95%: 0,61, 1,41; valor de $p = 0,72$). A diferença na TRG por revisão central independente entre os dois braços de tratamento nos poucos doentes que tinham tumores avaliáveis na situação basal e que tinham uma resposta confirmada antes de receberem qualquer terapêutica local foi de 18% (IC: 0,6%, 35,3%): 27/75 doentes (36,0%, IC de 95%: 25,2%, 47,9%) no braço de quimioterapia e 34/63 doentes (54,0%, IC de 95%: 40,9%, 66,6%) no braço de quimioterapia + bevacizumab. As análises finais de sobrevivência global (OS) não mostraram benefício clínico significativo na adição de bevacizumab à quimioterapia nesta população de doentes.

A associação de bevacizumab ao tratamento padrão não demonstrou benefício clínico no ensaio BO20924, em 71 doentes pediátricos avaliáveis (com idades entre os 6 meses e inferior a 18 anos) com rabdmiossarcoma e sarcoma dos tecidos moles não-rabdmiossarcoma metastizados (ver secção 4.2 para informações na utilização pediátrica).

A incidência de acontecimentos adversos, incluindo acontecimentos adversos de grau ≥ 3 e acontecimentos adversos graves, foi semelhante entre os dois braços de tratamento. Não ocorreram acontecimentos adversos que levassem à morte em nenhum dos braços de tratamento; todas as mortes foram associadas à progressão da doença. A adição de bevacizumab ao tratamento padrão multimodal pareceu ser tolerada nesta população pediátrica.

5.2 Propriedades farmacocinéticas

Os dados farmacocinéticos do bevacizumab foram obtidos em dez ensaios clínicos realizados em doentes com tumores sólidos. Em todos os ensaios clínicos, o bevacizumab foi administrado sob a forma de perfusão intravenosa. A velocidade de perfusão foi determinada pela tolerabilidade, tendo a perfusão inicial durado 90 minutos. A farmacocinética do bevacizumab revelou ser linear para doses entre 1 e 10 mg/kg.

Distribuição

O valor usual de volume central (V_c) foi de 2,73 l e 3,28 l para doentes do sexo feminino e masculino, respetivamente, o qual se situa dentro do intervalo descrito para IgG e outros anticorpos monoclonais. O valor usual de volume periférico (V_p) foi de 1,69 l e 2,35 l para doentes do sexo feminino e masculino, respetivamente, quando o bevacizumab é coadministrado com agentes antineoplásicos. Após correção para o peso corporal, os doentes do sexo masculino apresentaram um maior V_c (+ 20%) que os doentes do sexo feminino.

Biotransformação

A avaliação do metabolismo do bevacizumab em coelhos, após administração de uma dose única intravenosa de ¹²⁵I-bevacizumab, indicou que o perfil metabólico era similar ao esperado para uma molécula de IgG nativa que não se ligue ao VEGF. O metabolismo e eliminação do bevacizumab são semelhantes aos da IgG endógena, isto é, primariamente catabolismo via proteolítica em todo o organismo, incluindo células endoteliais, e não assenta primariamente na eliminação através dos rins

ou do fígado. A ligação da IgG ao recetor FcRN resulta na proteção do metabolismo celular e na semivida terminal longa.

Eliminação

O valor de depuração é, em média, igual a 0,188 e 0,220 l/dia para doentes do sexo feminino e masculino, respetivamente. Após correção para o peso corporal, os doentes do sexo masculino apresentaram uma maior depuração (+ 17%) que os doentes do sexo feminino. De acordo com o modelo bicompartimental, a semivida de eliminação é de 18 dias para um doente típico do sexo feminino e de 20 dias para um doente típico do sexo masculino.

A baixa albumina e a elevada carga tumoral são, geralmente, indicativas da gravidade da doença. A depuração do bevacizumab foi aproximadamente 30% mais rápida em doentes com baixos níveis de albumina sérica e 7% mais rápida em indivíduos com maior carga tumoral, quando comparado com um doente típico com valores medianos de albumina e carga tumoral.

Farmacocinética em populações especiais

Os parâmetros farmacocinéticos populacionais foram analisados em adultos e doentes pediátricos de forma a avaliar os efeitos das características demográficas. Nos adultos, os resultados mostraram não haver diferenças significativas na farmacocinética do bevacizumab relativamente à idade.

Compromisso renal

Não se realizaram ensaios para determinar a farmacocinética do bevacizumab em doentes com compromisso renal, uma vez que os rins não são um órgão principal para metabolismo ou eliminação do bevacizumab.

Compromisso hepático

Não se realizaram ensaios para determinar a farmacocinética do bevacizumab em doentes com compromisso hepático, uma vez que o fígado não é um órgão principal para metabolismo ou eliminação do bevacizumab.

População pediátrica

A farmacocinética do bevacizumab foi avaliada em 152 crianças, adolescentes e adultos jovens (dos 7 meses aos 21 anos; de 5,9 a 125 kg), através de 4 estudos clínicos, utilizando um modelo farmacocinético populacional. Os resultados farmacocinéticos mostram que a depuração e o volume de distribuição de bevacizumab foram comparáveis entre os doentes pediátricos e os doentes adultos jovens, quando normalizados pelo peso corporal, com exposição tendencialmente menor à medida que o peso corporal diminuiu. A idade não foi associada à farmacocinética de bevacizumab quando o peso corporal foi tido em consideração.

A farmacocinética de bevacizumab foi bem caracterizada pelo modelo farmacocinético para a população pediátrica em 70 doentes no estudo BO20924 (dos 1,4 aos 17,6 anos; de 11,6 a 77,5 kg), e em 59 doentes no estudo BO25041 (dos 1 aos 17 anos; de 11,2 a 82,3 kg). No estudo BO20924, a exposição ao bevacizumab foi geralmente inferior em comparação com um doente adulto típico na mesma dose. No estudo BO25041, a exposição ao bevacizumab foi semelhante em comparação com um doente adulto típico na mesma dose. Nos dois estudos, a exposição ao bevacizumab foi tendencialmente menor à medida que o peso corporal diminuiu.

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Em estudos com duração até 26 semanas, realizados no macaco cinomolgo, observou-se displasia fiseal em animais jovens, com cartilagens epifisárias não encerradas, para concentrações séricas médias de bevacizumab inferiores ao valor médio das concentrações séricas terapêuticas no ser

humano. No coelho, o bevacizumab revelou inibir a cicatrização de feridas com doses inferiores à dose clínica proposta. Os efeitos na cicatrização das feridas revelaram ser completamente reversíveis.

Não se realizaram estudos de avaliação do potencial mutagénico e carcinogénico do bevacizumab.

Não se realizaram estudos específicos em animais para avaliação do efeito na fertilidade. No entanto, podem ser esperados efeitos adversos na fertilidade feminina, uma vez que os estudos de toxicidade de dose repetida, realizados em animais, mostraram a inibição da maturação dos folículos do ovário e uma diminuição/ausência de corpos lúteos, com a correspondente diminuição do peso dos ovários e útero, bem como da diminuição no número de ciclos menstruais.

O bevacizumab mostrou ser embriotóxico e teratogénico quando administrado em coelhos. Os efeitos observados incluíram diminuição do peso corporal materno e fetal, aumento do número de reabsorções fetais e aumento da incidência de malformações fetais específicas, macroscópicas e a nível do esqueleto. Observaram-se efeitos adversos nos fetos com qualquer uma das doses testadas. A dose mais baixa testada resultou num valor médio das concentrações séricas aproximadamente 3 vezes maior do que o observado em indivíduos tratados com 5 mg/kg a cada 2 semanas. Nas secções 4.6 e 4.8 é dada informação sobre malformações fetais observadas durante a pós-comercialização.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1 Lista dos excipientes

L-glutamato de sódio
Sorbitol (E420)
Polissorbato 80
Ácido clorídrico (para ajuste do pH)
Água para preparações injetáveis

6.2 Incompatibilidades

Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos, exceto os mencionados na secção 6.6.

Observou-se um perfil de degradação do bevacizumab, dependente da concentração, quando este foi diluído com soluções de glucose (5%).

6.3 Prazo de validade

Frasco para injetáveis por abrir

3 anos

Medicamento diluído

A estabilidade química e física durante a utilização foi demonstrada durante 32 dias a 2°C-8°C, mais um período adicional de 48 horas a 2°C-30°C, em solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%). Do ponto de vista microbiológico, o produto deve ser utilizado imediatamente. Se não for utilizado imediatamente, a duração e as condições de conservação após a preparação são da responsabilidade do utilizador, não devendo ser superiores a 24 horas entre 2°C e 8°C, exceto se a diluição ocorrer em condições de assepsia, controladas e validadas.

6.4 Precauções especiais de conservação

Conservar no frigorífico (2°C-8°C).
Não congelar.

Manter o frasco para injetáveis dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

Condições de conservação do medicamento após diluição, ver secção 6.3.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

4 ml de solução num frasco para injetáveis (vidro Tipo I) com tampa (borracha butílica), contendo 100 mg de bevacizumab.

16 ml de solução num frasco para injetáveis (vidro Tipo I) com tampa (borracha butílica), contendo 400 mg de bevacizumab.

Embalagens de 1 frasco para injetáveis.

6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento

Equidacent deve ser preparado por um profissional de saúde, por meio de técnica asséptica, para assegurar a esterilidade da solução preparada. Deve ser utilizada uma seringa e agulha estéreis na preparação de Equidacent.

A quantidade necessária de bevacizumab deve ser retirada e diluída até ao volume de administração necessário com solução injetável de cloreto de sódio de 9 mg/ml (0,9%). A concentração final da solução de bevacizumab deve ser mantida dentro do intervalo de 1,4 mg/ml a 16,5 mg/ml. Na maioria dos casos, a quantidade necessária de Equidacent pode ser diluída com solução injetável de cloreto de sódio a 0,9% para preparações injetáveis até um volume total de 100 ml.

Antes da administração, os medicamentos para administração parentérica devem ser inspecionados visualmente quanto à presença de partículas ou coloração.

Não foram observadas incompatibilidades entre Equidacent e sacos ou conjuntos de perfusão de cloreto de polivinilo ou poliolefine.

Equidacent é apenas para utilização única, dado que o medicamento não contém conservantes. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/20/1472/001

EU/1/20/1472/002

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 24 de Setembro de 2020

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>.

Medicamento já não autorizado

ANEXO II

- A. FABRICANTE DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**
- B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO**
- C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**
- D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO**

A. FABRICANTE DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE

Nome e endereço do fabricante da substância ativa de origem biológica

Kyowa Kirin Co., Ltd.
Takasaki Plant, 100-1 Hagiwara-machi,
Takasaki, Gunma, 370-0013,
Japão

Nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote

PNR Pharma Services Limited
Skybridge House, Corballis Road North, Dublin Airport,
Swords, Co. Dublin, K67 P6K2,
Irlanda

B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados (ver Anexo I: Resumo das Características do Medicamento, secção 4.2).

C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

• **Relatórios periódicos de segurança (RPS)**

Os requisitos para a apresentação de RPS para este medicamento estão estabelecidos na lista Europeia de datas de referência (lista EURD), tal como previsto nos termos do n.º 7 do artigo 107.º-C da Diretiva 2001/83/CE e quaisquer atualizações subsequentes publicadas no portal europeu de medicamentos.

D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO

• **Plano de gestão do risco (PGR)**

O Titular da AIM deve efetuar as atividades e as intervenções de farmacovigilância requeridas e detalhadas no PGR apresentado no Módulo 1.8.2. da autorização de introdução no mercado, e quaisquer atualizações subsequentes do PGR que sejam acordadas.

Deve ser apresentado um PGR atualizado:

- A pedido da Agência Europeia de Medicamentos;
- Sempre que o sistema de gestão do risco for modificado, especialmente como resultado da receção de nova informação que possa levar a alterações significativas no perfil benefício-risco ou como resultado de ter sido atingido um objetivo importante (farmacovigilância ou minimização do risco).

Medicamento já não autorizado

ANEXO III
ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO

Medicamento já não autorizado

A. ROTULAGEM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**CARTONAGEM****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Equidacent 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão
bevacizumab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada frasco para injetáveis contém 100 mg de bevacizumab.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Contém: L-glutamato de sódio, sorbitol (E420), polissorbato 80, ácido clorídrico, água para
preparações injetáveis.

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Concentrado para solução para perfusão 1 frasco para injetáveis de 4 ml

100 mg/4 ml

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Via intravenosa, após diluição
Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRA(S) ADVERTÊNCIA(S) ESPECIAL(AIS), SE NECESSÁRIO**8. PRAZO DE VALIDADE**

VAL.

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico. Não congelar.
Conservar na embalagem de origem para proteger da luz.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/20/1472/001

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Foi aceite a justificação para não incluir a informação em Braille.

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO PARA INJETÁVEIS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Equidacent 25 mg/ml concentrado estéril
bevacizumab
IV

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

IV após diluição

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL.

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

100 mg/4 ml

6. OUTROS

Medicamento já não autorizado

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**CARTONAGEM****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Equidacent 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão
bevacizumab

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada frasco para injetáveis contém 400 mg de bevacizumab.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Contém: L-glutamato de sódio, sorbitol (E420), polissorbato 80, ácido clorídrico, água para preparações injetáveis.

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

Concentrado para solução para perfusão. 1 frasco para injetáveis de 16 ml

400 mg/16 ml

5. MODO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Via intravenosa, após diluição
Consultar o folheto informativo antes de utilizar.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO**8. PRAZO DE VALIDADE**

VAL.

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Conservar no frigorífico. Não congelar.
Conservar na embalagem de origem para proteger da luz

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/20/1472/002

13. NÚMERO DO LOTE

Lote

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

Foi aceite a justificação para não incluir a informação em Braille.

17. IDENTIFICADOR ÚNICO - CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC
SN
NN

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR EM PEQUENAS UNIDADES DE
ACONDICIONAMENTO PRIMÁRIO**

FRASCO PARA INJETÁVEIS

1. NOME DO MEDICAMENTO E VIA(S) DE ADMINISTRAÇÃO

Equidacent 25 mg/ml concentrado estéril
bevacizumab
IV

2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO

IV após diluição

3. PRAZO DE VALIDADE

VAL.

4. NÚMERO DO LOTE

Lote

5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE

400 mg/16 ml

6. OUTROS

Medicamento já não autorizado

Medicamento já não autorizado

B. FOLHETO INFORMATIVO

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Equidacent 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão bevacizumab

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Poderá ajudar, comunicando quaisquer efeitos indesejáveis que tenha. Para saber como comunicar efeitos indesejáveis, veja o final da secção 4.

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a utilizar este medicamento, pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.
- Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados neste folheto, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro. Ver secção 4.

O que contém este folheto

1. O que é Equidacent e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Equidacent
3. Como utilizar Equidacent
4. Efeitos indesejáveis possíveis
5. Como conservar Equidacent
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Equidacent e para que é utilizado

Equidacent contém a substância ativa bevacizumab, que é um anticorpo monoclonal humanizado (um tipo de proteína que é normalmente produzido pelo sistema imunitário para ajudar a defender o organismo de infeção e cancro).

- O bevacizumab liga-se seletivamente a uma proteína designada por fator de crescimento do endotélio vascular humano (VEGF), que se encontra no revestimento dos vasos sanguíneos e linfáticos do organismo.
- A proteína VEGF causa o crescimento dos vasos sanguíneos nos tumores, estes vasos sanguíneos abastecem o tumor de nutrientes e oxigénio.
- Quando o bevacizumab se liga ao VEGF, impede o crescimento do tumor através do bloqueio do crescimento dos vasos sanguíneos que fornecem nutrientes e oxigénio ao tumor.

Cancro avançado do intestino grosso

Equidacent é um medicamento utilizado para o tratamento de doentes adultos com cancro avançado do intestino grosso, ou seja, do cólon ou reto. Equidacent será administrado em associação com tratamento de quimioterapia que contém medicamentos com fluoropirimidinas.

Cancro da mama que se tenha disseminado (metastizado)

Equidacent também é utilizado para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama metastizado. Quando utilizado em doentes com cancro da mama, será administrado com um medicamento para quimioterapia denominado paclitaxel ou capecitabina.

Cancro do pulmão de células não pequenas avançado

Equidacent também é utilizado para o tratamento de doentes adultos com cancro do pulmão de células não pequenas avançado. Equidacent será administrado em associação com um regime de quimioterapia contendo platina.

Equidacent também é utilizado para o tratamento de doentes adultos com cancro do pulmão de células não pequenas avançado quando as células cancerígenas têm mutações específicas de uma proteína

chamada recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR). Equidacent será administrado em associação com erlotinib.

Cancro renal avançado

Equidacent também é utilizado para o tratamento de doentes adultos com cancro renal avançado. Quando utilizado em doentes com cancro renal, será administrado com outro tipo de medicamento denominado interferão.

Cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, avançado

Equidacent é também utilizado no tratamento de doentes adultas com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, avançado. Quando utilizado em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, será administrado em associação com carboplatina e paclitaxel.

Quando usado nas doentes adultas com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, avançado, em que a doença reapareceu, pelo menos, 6 meses após a última vez que foram tratadas com um regime de quimioterapia contendo um agente de platina, o Equidacent será administrado em associação com carboplatina e gemcitabina ou com carboplatina e paclitaxel.

Cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada

Equidacent também é utilizado no tratamento de doentes adultas com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada. Equidacent será administrado em associação com paclitaxel e cisplatina, ou, alternativamente, paclitaxel e topotecano em doentes que não podem receber tratamento com platina.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Equidacent

Não utilize Equidacent se:

- tem alergia (hipersensibilidade) ao bevacizumab ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6)
- tem alergia (hipersensibilidade) a derivados de células de ovário de hamster Chinês (CHO) ou a outros anticorpos recombinantes humanos ou humanizados.
- está grávida.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro antes de utilizar Equidacent:

- É possível que Equidacent aumente o risco de desenvolvimento de perfurações na parede do intestino. Se tiver doenças que causem inflamação no interior do abdómen (p. ex., diverticulite, úlceras no estômago, colite associada à quimioterapia), fale com o seu médico sobre o assunto.
- Equidacent pode aumentar o risco de desenvolvimento de uma ligação anormal ou passagem entre dois órgãos ou vasos. O risco de desenvolvimento de ligações entre a vagina e quaisquer partes do intestino pode aumentar caso tenha cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada.
- Equidacent pode aumentar o risco de hemorragia ou aumentar o risco de problemas com a cicatrização após cirurgia. Se vai ser submetido a uma operação cirúrgica, se tiver sido submetido a uma grande intervenção cirúrgica nos 28 dias anteriores ou se tiver uma ferida cirúrgica não cicatrizada, não deve ser tratado com este medicamento.
- Equidacent pode aumentar o risco de desenvolvimento de infeções graves da pele ou em camadas profundas debaixo da pele, especialmente se teve perfurações na parede do intestino ou problemas com a cicatrização de feridas.

- Equidacent pode aumentar a incidência de tensão arterial elevada. Se tem tensão arterial elevada que não é controlada com anti-hipertensores, contacte o seu médico dado que é importante certificar que a sua tensão arterial está controlada antes de iniciar o tratamento com Equidacent.
- Se tiver ou tiver tido um aneurisma (dilatação ou enfraquecimento da parede de um vaso sanguíneo) ou uma rotura na parede de um vaso sanguíneo.
- Equidacent aumenta o risco de ter proteínas na sua urina, em especial se já tem tensão arterial elevada.
- O risco de desenvolver coágulos sanguíneos nas suas artérias (um tipo de vaso sanguíneo) pode aumentar se tem mais de 65 anos de idade, se tem diabetes, ou se teve uma situação prévia de coágulos sanguíneos nas suas artérias. Fale com o seu médico dado que os coágulos sanguíneos podem resultar em ataque cardíaco e acidente vascular cerebral (AVC).
- Equidacent pode também aumentar o risco de desenvolver coágulos sanguíneos nas suas veias (um tipo de vaso sanguíneo).
- Este medicamento pode causar hemorragia, especialmente hemorragia relacionada com o tumor. Por favor consulte o seu médico se tiver, ou alguém da sua família tiver, tendência para ter problemas de hemorragias ou se, por qualquer razão, estiver a tomar medicamentos que tornam o sangue menos espesso.
- É possível que Equidacent cause hemorragia dentro ou à volta do seu cérebro. Por favor discuta o assunto com o seu médico se tiver cancro metastizado que afete o seu cérebro.
- É possível que Equidacent aumente o risco de hemorragia nos seus pulmões, incluindo tosse ou expetoração com sangue. Por favor discuta o assunto com o seu médico se tiver notado esta situação antes.
- Equidacent pode aumentar o risco de desenvolvimento de problemas de coração. É importante que o seu médico saiba se foi alguma vez submetido a tratamento com antraciclinas (por exemplo, doxorubicina, um tipo específico de quimioterapia utilizada para o tratamento de alguns cancros) ou foi submetido a radioterapia no tórax ou se tem alguma doença cardíaca.
- Este medicamento pode causar infeções e uma diminuição do número de neutrófilos (um tipo de célula sanguínea importante na sua proteção contra bactérias).
- É possível que Equidacent possa causar reações de hipersensibilidade e/ou reações à perfusão (reações relacionadas com a injeção do medicamento). Por favor informe o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro se tiver tido problemas após injeções, tais como tonturas/sensação de desmaio, falta de ar, inchaço (edema) ou erupção da pele.
- Foi associado ao tratamento com Equidacent umefeito secundário neurológico raro denominado síndrome de encefalopatia posterior reversível (SEPR). Se tiver dor de cabeça, alterações na visão, confusão ou convulsão, com ou sem aumento da tensão arterial, contacte o seu médico.

Não deixe de informar o médico, mesmo que algum dos problemas descritos acima tenha ocorrido no passado.

Antes de ser tratado com Equidacent ou enquanto estiver a ser tratado com Equidacent:

- se tiver ou tiver tido dor na boca, dentes e/ou maxilar, inchaço ou feridas no interior da boca, dormência ou sensação de peso no maxilar ou desprendimento de um dente, informe o seu médico e o dentista imediatamente.

- se precisar de ser submetido a um tratamento dentário invasivo ou cirurgia dentária, informe o seu dentista de que está a ser tratado com Equidacent, particularmente quando está também a receber ou se recebeu uma injeção de bifosfonato no sangue.

Poderá ser aconselhado a fazer uma consulta de revisão do estado dentário antes de iniciar o tratamento com Equidacent.

Crianças e adolescentes

O uso de Equidacent em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos não é recomendado porque a segurança e o benefício não foram estabelecidos nestas populações de doentes.

Foi notificada, em doentes com idade inferior a 18 anos quando tratados com bevacizumab, a morte do tecido ósseo (osteonecrose) em ossos que não a mandíbula.

Outros medicamentos e Equidacent

Informe o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro se estiver a tomar, tiver tomado recentemente, ou se vier a tomar outros medicamentos.

A associação de Equidacent com outro medicamento chamado malato de sunitinib (prescrito para o cancro renal e gastrointestinal) pode causar graves efeitos secundários. Fale com o seu médico para se certificar que não há associação destes medicamentos.

Informe o seu médico se estiver a utilizar terapêuticas com base em platina ou taxanos para o cancro do pulmão ou o cancro da mama metastizado. Estas terapêuticas em associação com Equidacent podem aumentar o risco de efeitos secundários graves.

Informe o seu médico se fez recentemente ou está a fazer radioterapia.

Gravidez, amamentação e fertilidade

Não pode usar este medicamento se estiver grávida. Equidacent pode afetar o bebé que se está a desenvolver no útero, uma vez que pode parar a formação de novos vasos sanguíneos.

- O seu médico deve aconselhá-la a utilizar contraceção durante o tratamento com Equidacent e durante, pelo menos, 6 meses após a última dose de Equidacent.

Informe de imediato o seu médico se estiver grávida, se engravidar durante o tratamento com este medicamento ou se pretende engravidar num futuro próximo.

Não pode amamentar o seu filho durante o tratamento com Equidacent e durante, pelo menos, 6 meses após a última dose de Equidacent, uma vez que este medicamento pode interferir com o crescimento e desenvolvimento do seu bebé.

Equidacent pode prejudicar a fertilidade feminina. Para obter mais informação, consulte o seu médico.

Consulte o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro antes de tomar qualquer medicamento.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Equidacent não mostrou reduzir a sua capacidade de conduzir ou utilizar quaisquer ferramentas ou máquinas. No entanto, foram notificados casos de sonolência e desmaio com o uso de Equidacent. Se tiver sintomas que afetem a sua visão ou concentração, ou a sua capacidade de reação, não conduza nem utilize máquinas até que os sintomas desapareçam.

Equidacent contém sorbitol

Cada frasco para injetáveis de Equidacent de 4 ml de concentrado contém 191 mg de sorbitol e cada frasco para injetáveis de Equidacent de 16 ml de concentrado contém 764 mg de sorbitol. O sorbitol é uma fonte de frutose. Se tiver intolerância hereditária à frutose (IHF), uma doença genética rara, não pode receber este medicamento. Os doentes com IHF não conseguem digerir a frutose deste medicamento, o que pode causar efeitos secundários graves. Se tem IHF, tem de informar o seu médico antes de receber este medicamento.

Informações importantes sobre alguns dos componentes de Equidacent

Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por frasco para injetáveis, ou seja, é praticamente “isento de sódio”.

3. Como utilizar Equidacent

Dosagem e frequência de administração

A dose necessária de Equidacent depende do seu peso corporal e do tipo de cancro a ser tratado.

- A dose recomendada é de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg ou 15 mg por quilograma de peso corporal. O seu médico vai prescrever a dose de Equidacent adequada ao seu caso.
- A administração de Equidacent vai ser feita uma vez, a cada 2 ou 3 semanas.
- O número de perfusões vai depender da forma como responder ao tratamento - deve prosseguir o tratamento até o Equidacent deixar de conseguir impedir o crescimento do tumor. O seu médico irá discutir este assunto consigo.

Modo e via de administração

Equidacent é um concentrado para solução para perfusão. Consoante a dose que lhe foi prescrita, uma parte ou a totalidade do conteúdo do frasco para injetáveis de Equidacent será diluída com uma solução de cloreto de sódio antes da utilização. Um médico ou enfermeiro irá administrar-lhe a solução diluída de Equidacent por meio de perfusão intravenosa (administração gota a gota numa veia).

- A primeira perfusão ser-lhe-á administrada durante 90 minutos.
- Se esta for bem tolerada, a segunda perfusão pode ser administrada durante 60 minutos.
- As perfusões seguintes podem ser administradas durante 30 minutos.

A administração de Equidacent deve ser temporariamente interrompida

- se desenvolver tensão arterial elevada grave, que necessite de tratamento com anti-hipertensores,
- se tiver problemas de cicatrização depois de uma cirurgia,
- se for submetido a uma cirurgia.

A administração de Equidacent deve ser permanentemente interrompida se desenvolver

- tensão arterial elevada grave não controlada por medicamentos anti-hipertensores; ou uma subida grave, súbita, da tensão arterial,
- presença de proteínas na urina, acompanhada por inchaço no corpo,
- uma perfuração na parede do intestino,
- uma ligação ou passagem anormal, em forma de tubo, entre a traqueia e o esófago, entre órgãos internos e a pele, entre a vagina e quaisquer partes do intestino ou entre outros tecidos que não estão normalmente ligados (fístula), e que seja considerada grave pelo seu médico,
- infeção grave da pele ou em camadas profundas debaixo da pele,
- um coágulo de sangue nas suas artérias,
- um coágulo nos vasos sanguíneos dos pulmões,
- uma hemorragia grave.

Se lhe for administrado mais Equidacent do que deveria

- pode ter uma enxaqueca muito forte. Se isto acontecer, contacte imediatamente o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.

Se não for administrada uma dose de Equidacent

- o seu médico decidirá quando deve receber a próxima dose de Equidacent. Deve falar disso com o seu médico.

Se parar de tomar Equidacent

Interromper o tratamento com Equidacent pode parar o seu efeito sobre o crescimento do tumor. Não pare o tratamento com Equidacent exceto se o assunto tiver sido discutido com o seu médico.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.

4. Efeitos indesejáveis possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas.

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro.

Os efeitos indesejáveis abaixo descritos foram observados quando Equidacent foi administrado juntamente com quimioterapia. Isto não significa necessariamente que estes efeitos secundários tenham sido causados unicamente pelo Equidacent.

Reações alérgicas

Se tiver uma reação alérgica, informe de imediato o seu médico ou um elemento da equipa médica. Os sinais podem incluir: dificuldade em respirar ou dor no peito. Poderá também ter vermelhidão ou rubor da pele ou erupção cutânea, arrepios e calafrios, mau estar (náuseas) ou má disposição (vómitos).

Deve procurar ajuda imediatamente se tiver algum dos efeitos secundários abaixo descritos.

Os efeitos indesejáveis graves que podem ser **muito frequentes** (podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas) incluem:

- tensão arterial elevada,
- sensação de adormecimento ou formigueiro das mãos ou pés,
- diminuição do número de células sanguíneas, incluindo glóbulos brancos, que ajudam a combater infeções (pode ser acompanhado de febre) e células que ajudam na coagulação do sangue,
- sentir-se fraco ou sem energia,
- cansaço,
- diarreia, náusea, vómito e dor abdominal.

Os efeitos indesejáveis graves que podem ser **frequentes** (podem afetar até 1 em cada 10 pessoas) incluem:

- perfuração intestinal,
- hemorragia, incluindo hemorragia dos pulmões em doentes com cancro do pulmão de células não pequenas,
- bloqueio de artérias por um coágulo sanguíneo,
- bloqueio das veias por um coágulo sanguíneo,

- bloqueio dos vasos sanguíneos dos pulmões por um coágulo sanguíneo,
- bloqueio das veias das pernas por um coágulo sanguíneo,
- insuficiência cardíaca,
- problemas de cicatrização de feridas após cirurgia,
- vermelhidão, descamação, sensibilidade ao toque, dor ou formação de bolhas nos dedos ou pés,
- diminuição do número de glóbulos vermelhos no sangue,
- falta de energia,
- afeções intestinais e do estômago,
- dor muscular e nas articulações, fraqueza muscular,
- boca seca associada a sede e/ou diminuição do volume ou escurecimento da urina,
- inflamação do revestimento húmido interior da boca e do intestino, pulmões e passagens de ar, tratos reprodutor e urinário,
- feridas na boca e no tubo da boca até ao estômago, que poderão ser dolorosas e causar dificuldade em engolir,
- dor, incluindo dor de cabeça, dor de costas e dor na pélvis e região anal,
- acumulação localizada de pus,
- infeção, em particular infeção no sangue ou na bexiga,
- redução da circulação de sangue no cérebro ou acidente vascular cerebral,
- sonolência,
- hemorragia nasal,
- aumento do ritmo cardíaco (pulsação),
- obstrução no intestino,
- resultados anormais no teste da urina (proteínas na urina),
- dificuldades respiratórias ou baixos níveis de oxigénio no sangue,
- infeções da pele ou camadas mais profundas debaixo da pele,
- fístula: uma ligação anormal, em forma de tubo, entre órgãos internos e a pele ou outros tecidos que não estão normalmente ligados, incluindo ligações entre a vagina e o intestino em doentes com cancro do colo do útero.

Os efeitos secundários graves de frequência **desconhecida** (a frequência não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis) incluem:

- infeções graves da pele ou em camadas profundas debaixo da pele, especialmente se tinha perfurações na parede do intestino ou problemas de cicatrização de feridas,
- reações alérgicas (os sinais podem incluir dificuldade em respirar, vermelhidão da face, erupção da pele, tensão arterial baixa ou tensão arterial elevada, baixo oxigénio no seu sangue, dor no peito, ou náusea/vómitos),
- um efeito negativo na capacidade das mulheres em ter filhos (ver nos parágrafos abaixo a lista de recomendações adicionais),
- uma condição no cérebro com sintomas que incluem convulsões (ataques), dor de cabeça, confusão e alterações na visão (Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível ou SEPR),
- sintomas que sugerem alterações na função normal do cérebro (dores de cabeça, alterações da visão, confusão ou convulsões) e tensão arterial elevada,
- uma dilatação ou enfraquecimento da parede de um vaso sanguíneo ou uma rotura da parede de um vaso sanguíneo (aneurismas e dissecções das artérias),
- bloqueio de vasos sanguíneos muito pequenos no rim,
- tensão arterial anormalmente elevada nos vasos sanguíneos dos pulmões, que faz com que o lado direito do coração trabalhe mais do que o normal,
- uma perfuração na parede de cartilagem que separa as narinas,
- uma perfuração no estômago ou nos intestinos,
- uma ferida aberta ou perfuração no revestimento do estômago ou intestino delgado (os sinais podem incluir dor abdominal, sensação de enfartamento, fezes negras cor de alcatrão ou sangue nas fezes ou sangue no seu vómito),
- hemorragia na parte inferior do intestino grosso,
- lesões nas gengivas com exposição do osso da mandíbula que não cicatrizam e podem estar associadas a dor e inflamação do tecido circundante (ver nos parágrafos abaixo a lista de efeitos secundários para recomendações adicionais),

- perfuração na vesícula biliar (os sintomas e sinais podem incluir dor abdominal, febre e náusea/vómitos).

Deve procurar ajuda imediatamente se tiver algum dos efeitos secundários abaixo descritos.

Os efeitos secundários, não graves, que podem ser **muito frequentes** (podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas) incluem:

- obstipação (prisão de ventre),
- perda do apetite,
- febre,
- problemas nos olhos (incluindo aumento da produção de lágrimas),
- distúrbios na fala,
- alteração do paladar,
- corrimento nasal,
- pele seca, descamação e inflamação da pele, alteração da cor da pele,
- perda de peso corporal,
- hemorragia nasal.

Os efeitos secundários, não graves, que podem ser **frequentes** (podem afetar até 1 em cada 10 pessoas) incluem:

- alterações da voz e rouquidão.

Os doentes com mais de 65 anos têm um risco aumentado de sofrerem dos seguintes efeitos secundários:

- coágulos sanguíneos nas artérias, que podem levar a um AVC (acidente vascular cerebral) ou a um ataque cardíaco,
- diminuição no número de glóbulos brancos no sangue e de células que ajudam na coagulação do sangue,
- diarreia,
- enjojo,
- cefaleia,
- fadiga,
- tensão arterial elevada.

Equidacent pode ainda causar alterações nas análises pedidas pelo seu médico. Estas incluem a diminuição do número de glóbulos brancos, em particular de neutrófilos (um tipo de glóbulo branco que ajuda na proteção contra infeções) no sangue; presença de proteínas na urina; diminuição dos níveis de potássio, sódio ou fósforo (um mineral) no sangue; aumento do nível de açúcar no sangue; aumento do nível de fosfatase alcalina (uma enzima) no sangue; aumento da creatinina sérica (uma proteína medida por um teste de sangue para ver se os seus rins estão a funcionar); e diminuição do nível da hemoglobina (presente nos glóbulos vermelhos, que transportam oxigénio), que pode ser grave.

Dor na boca, dentes e/ou maxilar, inchaço ou feridas no interior da boca, dormência ou sensação de peso no maxilar ou desprendimento de um dente. Estes podem ser sinais e sintomas de lesão no osso do maxilar (osteonecrose). Se apresentar qualquer um deles informe imediatamente o seu médico e o dentista.

Mulheres pré-menopáusicas (mulheres que têm ciclo menstrual) podem notar que a menstruação se torna irregular ou que têm faltas, e podem ter problemas de fertilidade. Se está a considerar ter filhos, deverá discuti-lo com o seu médico antes do início do tratamento.

Equidacent foi desenvolvido e é produzido para tratar o cancro através de injeção na corrente sanguínea. Não foi desenvolvido nem é produzido para ser injetado no olho. Como tal, não está autorizado para ser utilizado deste modo. Quando Equidacent é injetado diretamente no olho (utilização não aprovada), podem ocorrer os seguintes efeitos secundários:

- Infecção ou inflamação do globo ocular,
- Vermelhidão do olho, pequenas partículas ou manchas na sua visão (“moscas volantes”), dor no olho,
- Ver raios de luz com “moscas volantes”, progredindo para alguma perda da sua visão,
- Pressão ocular aumentada,
- Hemorragia no olho.

Comunicação de efeitos indesejáveis

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, neste folheto, fale com o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos indesejáveis diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos secundários, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

5. Como conservar Equidacent

Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.

Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso na embalagem exterior e no rótulo do frasco para injetáveis após VAL.. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.

Conservar no frigorífico (2 °C – 8 °C).

Não congelar.

Manter o frasco para injetáveis na embalagem exterior para proteger da luz.

As soluções para perfusão devem ser utilizadas imediatamente após a diluição. Se não forem utilizadas imediatamente, a duração e as condições de conservação após a preparação são da responsabilidade do utilizador, não devendo ser superiores a 24 horas a 2°C-8°C, exceto se as soluções para perfusão tenham sido preparadas num ambiente estéril. Quando a diluição é efetuada num ambiente estéril, Equidacent é estável durante 32 dias a 2°C-8°C, mais um período adicional de 48 horas a 2°C-30°C.

Não utilize Equidacent se notar qualquer partícula sólida ou descoloração antes da administração.

Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Equidacent

- A substância ativa é bevacizumab. Cada ml de concentrado contém 25 mg de bevacizumab, correspondendo a 1,4 a 16,5 mg/ml quando diluído conforme recomendado.
Cada frasco para injetáveis de 4 ml contém 100 mg de bevacizumab, correspondendo a 1,4 mg/ml quando diluído conforme recomendado.
Cada frasco para injetáveis de 16 ml contém 400 mg de bevacizumab, correspondendo a 16,5 mg/ml quando diluído conforme recomendado.
- Os outros componentes são L-glutamato de sódio, sorbitol (E420), polissorbato 80, ácido clorídrico e água para preparações injetáveis.

Qual o aspeto de Equidacent e conteúdo da embalagem

Equidacent é um concentrado para solução para perfusão. O concentrado é uma solução clara a opalescente, incolor a castanha clara-amarelada, contida num frasco para injetáveis de vidro com uma tampa de borracha. Cada frasco para injetáveis contém 100 mg de bevacizumab em 4 ml de solução

ou 400 mg de bevacizumab em 16 ml de solução. Cada embalagem de Equidacent contém um frasco para injetáveis.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado

Centus Biotherapeutics Europe Limited
South Bank House, Barrow Street
Dublin 4
Irlanda

Fabricante

PNR Pharma Services Limited
Skybridge House, Corballis Road North, Dublin Airport,
Swords, Co. Dublin, K67 P6K2,
Irlanda

Este folheto foi revisto pela última vez em

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da Internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.

Medicamento já não autorizado