

**ANEXO I**

**RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO**

▼ 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**

Oyavas 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 contém 100 mg de bevacizumab.  
Cada frasco para injetáveis de 16 ml 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.

Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

## **3. FORMA FARMACÊUTICA**

Concentrado para solução para perfusão (concentrado estéril).

Líquido incolor a amarelado ou acastanhado com opalescência.

## **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS**

### **4.1 Indicações terapêuticas**

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

Oyavas, 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.

Oyavas, em associação com capecitabina, está indicado na primeira linha do tratamento de doentes adultos com cancro da mama metastizado, nos quais o tratamento com outras opções de quimioterapia, incluindo taxanos ou antraciclinas, não é considerado apropriado. Doentes tratados com taxanos e regimes contendo antraciclinas em contexto adjuvante nos últimos 12 meses devem ser excluídos do tratamento com Oyavas em associação com capecitabina. Para informação adicional acerca da determinação do HER2, por favor, consulte a secção 5.1.

Oyavas, 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, irressecável, avançado, metastizado ou recidivado, excluindo histologia com predomínio pavimento celular.

Oyavas, 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).

Oyavas, 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.

Oyavas, 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 (estádios International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) III B, III C e IV). (ver secção 5.1).

Oyavas, 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.

Oyavas, em associação com paclitaxel, topotecano ou doxorubicina lipossómica peguilada está indicado no tratamento de doentes adultos com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário recorrentes, resistentes a platina, que receberam previamente não mais do que dois regimes de quimioterapia e que não receberam terapêutica prévia com bevacizumab ou outros inibidores do VEGF ou agentes dirigidos ao recetor do VEGF (ver secção 5.1).

Oyavas, 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**

Não agitar o frasco para injetáveis.

O Oyavas tem de ser administrado sob a supervisão de um médico com experiência na utilização de medicamentos antineoplásicos.

### Posologia

#### *Carcinoma metastizado do cólon ou do reto (mCRC)*

A dose recomendada de Oyavas, 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 (mBC)*

A dose recomendada de Oyavas 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, sob a forma de 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 (NSCLC)

#### *Tratamento de primeira linha de NSCLC não escamoso em associação com quimioterapia baseada em platina*

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

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

O benefício clínico em doentes com NSCLC 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 NSCLC 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 Oyavas e erlotinib. É importante escolher uma metodologia robusta e bem validada para evitar determinações de falsos negativos e falsos positivos.

A dose recomendada de Oyavas, quanto 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 Oyavas, 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 Oyavas 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*

Oyavas é administrado em associação com carboplatina e paclitaxel, até 6 ciclos de tratamento, seguidos do uso continuado de Oyavas como agente único até à 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 Oyavas é de 15 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

#### *Tratamento da doença recorrente sensível a platina*

Oyavas é administrado em associação com carboplatina e gemcitabina 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 Oyavas como agente único até à progressão da doença. A dose recomendada de Oyavas é de 15 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez a cada 3 semanas, por perfusão intravenosa.

### *Tratamento da doença recorrente resistente a platina*

Oyavas é administrado em associação com um dos seguintes agentes – paclitaxel, topotecano (administrado semanalmente) ou doxorrubicina lipossómica peguilada. A dose recomendada de Oyavas é de 10 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez a cada 2 semanas, por perfusão intravenosa. Quando Oyavas é administrado em associação com topotecano (administrado nos dias 1-5, a cada 3 semanas), a dose recomendada de Oyavas é de 15 mg/kg de peso corporal administrado uma vez em cada 3 semanas, por perfusão intravenosa. Recomenda-se a continuação do tratamento até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável (ver secção 5.1, estudo MO22224).

### *Cancro do colo do útero*

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

A dose recomendada de Oyavas 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 à progressão da doença subjacente ou até toxicidade inaceitável (ver secção 5.1).

### *Populações especiais*

#### *Idosos*

Não é necessário ajuste da dose em doentes com idade superior ou igual a 65 anos.

#### *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 a 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*

Oyavas destina-se a utilização intravenosa. A dose inicial deve ser administrada sob a forma de perfusão intravenosa durante 90 minutos. 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. As perfusões de Oyavas não devem ser misturadas nem administradas juntamente com soluções de glucose. Não pode 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**

##### Rastreabilidade

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

##### Perfurações gastrointestinais (GI) e fistulas (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-se ter cuidado ao tratar estes doentes. A radiação prévia é um fator de risco para perfuração GI em doentes tratadas para o cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada e todos os doentes com perfuração GI tinham antecedentes 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 do trato GI para a vagina). A radiação prévia é um fator de risco major para o desenvolvimento de fístulas do trato GI para a vagina e todas as doentes com fístulas entre o trato GI e a vagina tinham histórico 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)

As doentes podem estar em risco acrescido de desenvolver fístulas quando tratadas com bevacizumab. Descontinuar permanentemente o tratamento com Oyavas 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-se considerar a descontinuação do tratamento com Oyavas em casos de fístula interna não originada no trato gastrointestinal.

##### Complicações na cicatrização das feridas (ver secção 4.8)

Bevacizumab pode afetar adversamente o processo de cicatrização de 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 fascíte necrosante, incluindo casos fatais, em doentes tratados com bevacizumab. Esta é normalmente secundária a complicações na cicatrização de feridas, perfuração gastrointestinal ou formação de fistulas. A terapêutica com Oyavas deve ser interrompida nos doentes que desenvolvem fascíte necrosante 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 Oyavas. Não existe informação sobre o efeito de bevacizumab em doentes com hipertensão não controlada no início da terapêutica.

A monitorização da tensão arterial é geralmente recomendada 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-hipertensora ou caso o doente desenvolva uma crise hipertensiva ou encefalopatia hipertensiva, deve-se suspender definitivamente o tratamento com Oyavas.

#### 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 de ressonância magnética (MRI). Nos doentes que desenvolvam SEPR, recomenda-se o tratamento de sintomas específicos incluindo o controlo da hipertensão arterial, juntamente com a interrupção do Oyavas. Desconhece-se a segurança de reiniciar a terapêutica com bevacizumab em doentes que tiveram SEPR anteriormente.

#### Proteinúria (ver secção 4.8)

Os doentes com antecedentes de hipertensão podem estar em risco acrescido de desenvolver proteinúria quando tratados com bevacizumab. Existem evidências que sugerem que a proteinúria de todos os graus (NCI-CTCAE v.3) pode 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 nefrótica) em até 1,4% dos doentes tratados com bevacizumab. A terapêutica deve ser interrompida definitivamente nos doentes que desenvolvam síndrome nefrótica (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.

Os doentes que recebem bevacizumab mais quimioterapia, com antecedentes de tromboembolismo arterial, diabetes ou idade superior a 65 anos têm um risco aumentado de desenvolver reações tromboembólicas arteriais durante a terapêutica. Deve-se ter precaução ao tratar estes doentes com Oyavas.

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

#### Tromboembolismo venoso (ver secção 4.8)

Os doentes podem estar em risco de desenvolver reações tromboembólicas venosas, incluindo embolia pulmonar durante o tratamento com bevacizumab.

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

Oyavas 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  $\leq 3$  devem ser monitorizados de perto (NCI-CTCAE v.3).

#### Hemorragia

Os doentes tratados com bevacizumab têm um risco aumentado de hemorragia, especialmente de hemorragia associada ao tumor. Oyavas 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 no SNC não tratadas foram rotineiramente excluídos dos ensaios clínicos com bevacizumab, com base em procedimentos imagiológicos ou em 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 Oyavas deve ser descontinuado em casos de hemorragia intracraniana.

Não existe informação sobre o perfil de segurança de bevacizumab em doentes com diátese hemorrágica congénita, coagulopatia adquirida ou em doentes que recebem doses máximas de anticoagulantes para o tratamento de tromboembolia antes de iniciarem o tratamento com bevacizumab, pois esses doentes foram excluídos dos ensaios clínicos. Por conseguinte, a decisão de instituir a terapêutica nestes doentes deve ser bem ponderada. Contudo, os doentes que desenvolvam trombose venosa enquanto recebem a terapêutica não parecem ter um risco aumentado de hemorragia de grau 3 ou superior quando tratados concomitantemente com a dose máxima de varfarina e bevacizumab (NCI-CTCAE v.3).

#### Hemorragia pulmonar/Hemoptise

Os doentes com cancro do pulmão de células não pequenas tratados com bevacizumab podem ter um risco aumentado de desenvolver hemorragia pulmonar/ hemoptise grave e em alguns casos fatal. Os doentes com hemorragia pulmonar/ hemoptise (volume de sangue  $> 2,5$  ml) não devem ser tratados com Oyavas.

#### Aneurismas e dissecções das artérias

A utilização de inibidores do VEGF em doentes que sofram ou não de hipertensão arterial poderá promover a formação de aneurismas e/ou dissecções das artérias. Este risco deve ser cuidadosamente considerado em doentes com fatores de risco, como por exemplo, hipertensão arterial ou historial de aneurisma, antes de se iniciar a terapêutica com Oyavas.



### 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-se ter precaução ao tratar com Oyavas doentes com patologia cardiovascular clinicamente significativa, tal como doença arterial coronária pré-existente ou insuficiência cardíaca congestiva.

A maioria dos doentes que teve ICC tinha 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 com antraciclina apenas. 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 mais bevacizumab, observaram-se taxas aumentadas de neutropenia grave, neutropenia febril ou infeção com ou sem neutropenia grave (incluindo alguns casos fatais), em comparação com as observadas com regimes de apenas quimioterapia. Tal foi observado principalmente no tratamento do cancro do pulmão de células não pequenas e do cancro da mama metastizado, 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 (incluindo choque anafilático)/reações à perfusão (ver secção 4.8)

Os doentes podem estar em risco de desenvolver reações à perfusão/reações de hipersensibilidade (incluindo choque anafilático). 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 comunicados casos de ONM em doentes oncológicos tratados com bevacizumab, a maioria dos quais tinha recebido tratamento anterior ou concomitante com bifosfonatos intravenosos, para os quais a ONM é um risco identificado. Deve-se ter precaução quando Oyavas e bifosfonatos intravenosos são administrados simultaneamente ou sequencialmente.

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

### Uso intravítreo

Oyavas não é formulado para uso intravítreo.

## Afeções oculares

Foram notificados casos individuais e conjuntos de reações adversas oculares graves após o uso intravítreo não aprovado de bevacizumab manipulado a partir de frascos para injetáveis aprovados para administração intravenosa em doentes oncológicos. Estas reações incluíram 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 uso intravítreo

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

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

## Excipientes

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

## **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 de 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 a doentes tratados com bevacizumab em associação com interferão alfa-2a, erlotinib ou quimioterapias (IFL, 5-FU/LV, carboplatina/paclitaxel, capecitabina, doxorubicina 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 com irinotecano (e o seu metabolito ativo SN38), capecitabina, oxaliplatina (determinado pela medição de platina livre e total) e cisplatina, quando coadministrados. 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 se pode apresentar 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 baseadas em compostos de platina ou em taxanos (ver secções 4.4 e 4.8)

Foram observadas taxas aumentadas de neutropenia grave, neutropenia febril, ou infecção 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 com quimioterapia sozinho.

### **4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento**

#### Mulheres com potencial para engravidar/Contraceção

As mulheres com potencial para engravidar têm de utilizar um método contraceptivo eficaz 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 quando administrado durante a gravidez. Após comercialização, foram observados casos de anomalias fetais em mulheres tratadas com bevacizumab em monoterapia ou em associação com citotóxicos com efeitos embriotóxicos conhecidos (ver secção 4.8). Oyavas 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), a mulher deve 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 bevacizumab pode ter um efeito adverso na fertilidade feminina (ver secção 5.3). Num ensaio de fase III no tratamento adjuvante de doentes com cancro do cólon, um sub-estudo 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 na fertilidade são desconhecidos.

#### 4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

O bevacizumab não tem ou tem influência insignificante na capacidade de conduzir e utilizar máquinas. 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 utilizar máquinas até à 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 arterial, 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 bevacizumab está provavelmente relacionada com a dose.

##### Lista tabular das 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 ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ); raros ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); 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, por classe de sistemas de órgãos MedDRA.

A Tabela 1 apresenta todas as reações adversas por frequência que foram determinadas como tendo uma relação causal com 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. É apresentada informação detalhada sobre estas reações pós-comercialização 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, bevacizumab poderá exacerbar estas reações quando associado a agentes de quimioterapia. Exemplos incluem síndrome de eritrodismetria palmo-plantar com doxorubicina lipossômica 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	Frequência Desconhecida
<b>Infeções e infestações</b>		Sepsis, Abscessos <sup>b, d</sup> , Celulite, Infecção, Infecção do trato urinário		Fasceíte necrosante <sup>a</sup>		
<b>Doenças do sangue e do sistema linfático</b>	Neutropenia febril, Leucopenia, Neutropenia <sup>b</sup> , Trombocitopenia	Anemia, Linfopenia				
<b>Doenças do sistema imunitário</b>		Reações de hipersensibilidade à perfusão <sup>a, b, d</sup>		Choque anafilático		
<b>Doenças do metabolismo e da nutrição</b>	Anorexia, Hipomagnesemia, Hiponatremia	Desidratação				
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	Neuropatia periférica sensorial <sup>b</sup> , Disartria, Cefaleia, Disgeusia	Acidente vascular cerebral, Síncope, Sonolência		Síndrome de encefalopatia posterior reversível <sup>a, b, d</sup>	Encefalopatia hipertensiva <sup>a</sup>	
<b>Afeções oculares</b>	Afeção ocular, Hipersecreção lacrimal					
<b>Cardiopatias</b>		Insuficiência cardíaca congestiva <sup>b, d</sup> , Taquicardia supraventricular				
<b>Vasculopatias</b>	Hipertensão <sup>b, d</sup> , Tromboembolismo (arterial) <sup>b, d</sup> , Tromboembolismo (venoso) <sup>b, d</sup>	Tromboembolismo (arterial) <sup>b, d</sup> , Hemorragia <sup>b, d</sup> , Trombose venosa profunda				Microangiopatia trombótica renal <sup>a, b</sup> , Aneurismas e dissecções das artérias
<b>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</b>	Dispneia, Rinite, Epistaxe, Tosse	Hemorragia pulmonar/ Hemoptise <sup>b, d</sup> , Embolia pulmonar, Hipóxia, Disfonia <sup>a</sup>				Hipertensão pulmonar <sup>a</sup> , Perfuração do septo nasal <sup>a</sup>

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco Frequentes	Raros	Muito raros	Frequência Desconhecida
<b>Doenças gastrointestinais</b>	Hemorragia do reto, Estomatite, Obstipação, Diarreia, Náusea, Vômitos, Dor abdominal	Perfuração gastrointestinal <sup>b, d</sup> , Perfuração intestinal, Ileus, Obstrução intestinal, Fístula reto-vaginal <sup>d, e</sup> , Afeção gastrointestinal, Proctalgia				Úlcera gastrointestinal <sup>a</sup>
<b>Afeções hepatobiliares</b>						Perfuração da vesícula biliar <sup>a, b</sup>
<b>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</b>	Complicações na cicatrização de feridas <sup>b, d</sup> , Dermatite exfoliativa, Pele seca, Descoloração da pele	Síndrome da eritrodisestesia palmo-plantar				
<b>Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos</b>	Artralgia, Mialgia	Fístula <sup>b, d</sup> , Fraqueza muscular, Dorsalgia				Osteonecrose da mandíbula <sup>a, b</sup> , Osteonecrose não mandibular <sup>a, f</sup>
<b>Doenças renais e urinárias</b>	Proteinúria <sup>b, d</sup>					
<b>Doenças dos órgãos genitais e da mama</b>	Insuficiência dos ovários <sup>b, c, d</sup>	Dor pélvica				
<b>Afeções congénitas, familiares e genéticas</b>						Anomalias fetais <sup>a, b</sup>
<b>Perturbações gerais e alterações no local de administração</b>	Astenia, Fadiga, Pirexia, Dor, Inflamação da mucosa	Letargia				
<b>Exames complementares de diagnóstico</b>	Peso diminuído					

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.

<sup>a</sup> Para mais informação, ver Tabela 3 “Reações adversas notificadas em ambiente pós-comercialização”.

<sup>b</sup> 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).

<sup>c</sup> Com base num sub-estudo do NSABP C-08 com 295 doentes.

<sup>d</sup> Para mais informação, ver abaixo a secção “Descrição das reações adversas graves selecionadas”.

<sup>e</sup> As fístulas reto-vaginais são as fístulas mais frequentes da categoria das fístulas entre o trato GI e a vagina.

<sup>f</sup> 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	Frequência Desconhecida
<b>Infeções e infestações</b>		Sepsis, Celulite, Abscesso <sup>a, b</sup> , Infeção, Infeção do trato urinário				Fasceíte necrosante <sup>c</sup>

Classes de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco Frequentes	Raros	Muito raros	Frequência Desconhecida
<b>Doenças do sangue e do sistema linfático</b>	Neutropenia febril, Leucopenia, Neutropenia <sup>a</sup> , Trombocitopenia	Anemia, Linfopenia				
<b>Doenças do sistema imunitário</b>		Hipersensibilidade, Reações à perfusão <sup>a,b,c</sup>		Choque anafilático		
<b>Doenças do metabolismo e da nutrição</b>		Desidratação, Hiponatremia				
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	Neuropatia periférica sensorial <sup>a</sup>	Acidente vascular cerebral, Síncope, Sonolência, Cefaleia				Síndrome de encefalopatia posterior reversível <sup>a, b, c</sup> , Encefalopatia hipertensiva <sup>c</sup>
<b>Cardiopatias</b>		Insuficiência cardíaca congestiva <sup>a,b</sup> , Taquicardia supraventricular				
<b>Vasculopatias</b>	Hipertensão <sup>a, b</sup>	Tromboembolismo arterial <sup>a, b</sup> , Hemorragia <sup>a, b</sup> , Tromboembolismo (venoso) <sup>a, b</sup> , Trombose venosa profunda				Microangiopatia trombótica renal <sup>b,c</sup> , Aneurismas e dissecções das artérias
<b>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</b>		Hemorragia pulmonar/Hemoptise <sup>a, b</sup> , Emboliapulmonar, Epistaxe, Dispneia, Hipoxia				Hipertensão pulmonar <sup>c</sup> , Perfuração do septo nasal <sup>c</sup>
<b>Doenças gastrointestinais</b>	Diarreia, Náusea, Vômitos, Dor Abdominal	Perfuração intestinal, Íleo, Obstrução intestinal, Fístula reto-vaginal <sup>c, d</sup> , Afeção gastrointestinal, Estomatite, Proctalgia				Perfuração gastrointestinal <sup>a, b</sup> , Úlcera gastrointestinal <sup>c</sup> , Hemorragia retal
<b>Afeções hepatobiliares</b>						Perfuração da vesícula biliar <sup>b, c</sup>
<b>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos</b>		Complicações na cicatrização de feridas <sup>a, b</sup> , Síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar				
<b>Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos</b>		Fístula <sup>a, b</sup> , Mialgia, Artralgia, Fraqueza muscular, Dorsalgia				Osteonecrose da mandíbula <sup>b, c</sup>
<b>Doenças renais e urinárias</b>		Proteinúria <sup>a, b</sup>				
<b>Doenças dos órgãos genitais e da mama</b>		Dor pélvica				Insuficiência ovárica <sup>a, b</sup>
<b>Afeções congênitas, familiares e genéticas</b>						Anomalias fetais <sup>a, c</sup>
<b>Perturbações gerais e alterações no local de administração</b>	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 são desconhecidos. Estas reações clinicamente significativas foram, por isso, incluídas na Tabela 2, na coluna designada “Frequência desconhecida”.

<sup>a</sup> 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).

<sup>b</sup> Para informação adicional, consultar abaixo a secção “Descrição das reações adversas graves selecionadas”.

<sup>c</sup> Para mais informação, consultar a Tabela 3 “Reações adversas notificadas no contexto pós-comercialização”.

<sup>d</sup> As fistulas reto-vaginais são as fistulas mais frequentes da categoria das fistulas entre o trato GI e a vagina.

## Descrição das reações adversas graves selecionadas

### Perfurações e fistulas do trato GI (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 fistula 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 histórico prévio de radiação pélvica.

A ocorrência destes acontecimentos variou no tipo e na severidade, 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% - 1% de todos os doentes tratados com bevacizumab.

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

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

Num estudo com doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada, a incidência de fistulas entre o trato GI e a vagina foi 8,3% em doentes tratadas com bevacizumab e 0,9% nas doentes controlo, todas com história prévia de radiação pélvica. A frequência de fistulas 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 controlo tratado com quimioterapia foram de 1,1% vs. 0,8%. As doentes que desenvolvem fistulas entre o trato GI e a vagina podem também apresentar obstrução intestinal e necessitar de intervenção cirúrgica assim como ostomias de derivação.

### Fistulas não-GI (ver secção 4.4)

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



Num ensaio clínico em doentes com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada (GOG-0240) 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 (por ex.: broncopleural e fístulas biliares). Foram também notificadas fístulas em experiência pós-comercialização.

Foram notificadas reações em várias alturas durante o tratamento, desde uma semana a mais de 1 ano após o início de 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 e 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 de cancro da mama localmente avançado ou 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% dos 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 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 arterial de grau 4 (crise hipertensiva) observou-se em até 1,0%, 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 NSCLC 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 pré-existente 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 neurológica 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 do SEPR é normalmente inespecífica pelo que o diagnóstico de SEPR requer confirmação por imagiologia cerebral, preferencialmente MRI.

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 tiveram SEPR anteriormente.

Foram notificados 8 casos de SEPR em ensaios clínicos. Dois dos oito casos não tiveram confirmação radiológica por MRI.

#### *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 Oyavas. Na maioria dos ensaios clínicos, a existência de níveis de proteínas na urina  $\geq 2$  g/24 horas conduziu à suspensão de 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 massiva 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 anti-reumáticos/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 mais 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 mais quimioterapia, comparativamente com < 1% em doentes só a fazer quimioterapia (NCI-CTCAE v.3). Podem ocorrer repentinamente casos de hemorragia pulmonar/hemoptise major ou massiva 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 colo-retal 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)

##### *Tromboembolia 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.

Em ensaios clínicos, a incidência global de reações tromboembólicas arteriais variou até 3,8% nos grupos contendo bevacizumab em comparação com até 2,1% nos grupos de controlo com quimioterapia. Foram notificados resultados fatais em 0,8% dos doentes a receberem bevacizumab em comparação com 0,5% dos doentes a receberem apenas quimioterapia. Foram comunicados acidentes vasculares cerebrais (incluindo ataques isquémicos transitórios) em até 2,7% dos doentes tratados com

bevacizumab em associação com quimioterapia em comparação com 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.

Num ensaio clínico (AVF2192g) de avaliação de bevacizumab em associação com 5-fluorouracilo/ácido folínico, foram incluídos doentes com cancro colo-retal metastático 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% em 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 bevacizumab, foram semelhantes aos de outros estudos em cancro da mama metastizado: 2,9% no braço de bevacizumab + antraciclina e 0% no braço de 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 de bevacizumab, os doentes com ICC pré-existente da NYHA (New York Heart Association) II-IV foram excluídos. Como tal, não existe informação disponível sobre 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/m<sup>2</sup>. Este ensaio clínico de fase III comparou rituximab/ciclofosfamida/doxorubicina/vincristina/prednisona (R-CHOP) mais bevacizumab a R-CHOP sem bevacizumab. Embora a incidência de ICC tenha sido, em ambos os braços, superior à observada anteriormente para a terapêutica com doxorubicina, a taxa foi superior no braço de R-CHOP mais bevacizumab. Estes resultados sugerem que deve ser considerada uma observação clínica de perto com uma avaliação cardíaca apropriada, nos doentes expostos a doses cumulativas de doxorubicina superiores a 300 mg/m<sup>2</sup> quando associadas com bevacizumab.

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

Em alguns ensaios clínicos foram comunicadas reações anafiláticas e do tipo anafilactóide com mais frequência em doentes que recebem bevacizumab em associação com quimioterapia do que apenas com quimioterapia. A incidência destas reações em alguns ensaios clínicos com 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 FSH  $\geq$  30 mUI/ml e um teste de gravidez  $\beta$ -HCG sérica 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 associadas ao tratamento com bevacizumab.

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 transientes de creatinina sérica (com intervalos entre 1,5-1,9 vezes o valor da linha de base), 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

Em ensaios clínicos aleatorizados o tratamento de doentes com idade > 65 anos esteve associado a um risco aumentado de desenvolvimento de reações tromboembólicas arteriais incluindo acidentes vasculares cerebrais (AVC), acidentes isquêmicos 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 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 os doentes com idade ≥ 65 anos tratados com bevacizumab, comparativamente com doentes com idade < 65 anos tratados 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) a receberem bevacizumab, comparativamente com doentes com idade ≤ 65 anos tratados com bevacizumab.

#### População pediátrica

A segurança e a eficácia de bevacizumab em crianças com idade inferior a 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 em 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 ao observado em adultos tratados com bevacizumab.

Oyavas 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**

<b>Classes de sistemas de órgãos (SOC)</b>	<b>Reações (frequência*)</b>
<b><i>Infeções e infestações</i></b>	Fasciite necrotizante, normalmente secundária a complicações na cicatrização de feridas, perfuração gastrointestinal ou formação de fistulas (rara) (ver também secção 4.4)

<b>Classes de sistemas de órgãos (SOC)</b>	<b>Reações (frequência*)</b>
<b>Doenças do sistema imunitário</b>	Reações de hipersensibilidade e reações à perfusão (frequente); com as seguintes manifestações possíveis: dispneia/dificuldade respiratória, rubor/vermelhidão/erupção cutânea, hipotensão ou hipertensão, dessaturação de oxigênio, dor torácica, arrepios e náuseas/vômitos (ver também secção 4.4 e <i>Reações de hipersensibilidade/reações à perfusão</i> acima) Choque anafilático (raro) (ver também a secção 4.4).
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	Encefalopatia hipertensiva (muito raro) (ver também secção 4.4 e <i>Hipertensão</i> na secção 4.8). Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR), (raro) (ver também a secção 4.4).
<b>Vasculopatias</b>	Microangiopatia trombótica renal, que se pode manifestar clinicamente por proteinúria (desconhecida) com ou sem utilização concomitante de sunitinib. Para mais informação sobre proteinúria, ver secção 4.4 e <i>Proteinúria</i> na secção 4.8.
<b>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</b>	Perfuração do septo nasal (desconhecida) Hipertensão pulmonar (desconhecida) Disfonia (frequente)
<b>Doenças gastrointestinais</b>	Úlcera gastrointestinal (desconhecida)
<b>Afeções hepatobiliares</b>	Perfuração da vesícula biliar (desconhecida)
<b>Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos</b>	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 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, <i>População pediátrica</i> )
<b>Afeções congénitas, familiares e genéticas</b>	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, 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, anticorpos monoclonais e conjugados anticorpo-fármaco, código ATC: L01FG01

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

## Mecanismo de ação

O bevacizumab liga-se ao fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF), o principal fator envolvido na vasculogênese e na angiogênese, 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 e segurança clínicas

### *Carcinoma metastizado do cólon ou do reto (mCRC)*

Estudou-se a segurança e a eficácia da dose recomendada (5 mg/kg de peso corporal, de duas em 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 a dois 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 ensaios 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: bevacizumab 7,5 mg/kg de peso corporal de 3 em 3 semanas em associação com capecitabina por via oral e oxaliplatina por via intravenosa (XELOX) ou bevacizumab 5 mg/kg de 2 em 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).
- E3200: bevacizumab 10 mg/kg de peso corporal de 2 em 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 de 2 em 2 semanas ou bevacizumab 7,5 mg/kg de peso corporal de 3 em 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 metastizado do cólon ou do reto. Foram aleatorizados 813 doentes para tratamento com IFL + placebo (braço 1) ou com IFL + bevacizumab (5 mg/kg de 2 em 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 progressão da doença. A idade média dos doentes foi de 59,4 anos; 56,6% dos doentes apresentava um performance status 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, sobrevivência livre de progressão e taxa de resposta global (ver a Tabela 4). O benefício clínico determinado pela sobrevivência global foi observado em todos os subgrupos pré-especificados de doentes, incluindo os definidos pela idade, sexo, performance status, 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 <sup>a</sup>
Número de doentes	411	402
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	15,6	20,3
IC 95%	14,29-16,99	18,46-24,18
Taxa de risco <sup>b</sup>	0,660 (valor de p = 0,00004)	
Sobrevivência livre de progressão		
Mediana (meses)	6,2	10,6
Taxa de risco	0,54 (valor de p < 0,0001)	
Taxa de resposta global		
Taxa (%)	34,8	44,8
	(valor de p = 0,0036)	

<sup>a</sup>5 mg/kg de 2 em 2 semanas

<sup>b</sup>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 sobrevivência livre de progressão foi de 8,8 meses.

### AVF2192g

Tratou-se de um ensaio clínico aleatorizado de fase II, com dupla ocultação, controlado por substância ativa, para avaliar a eficácia e a segurança do bevacizumab em associação com 5-FU/AF como tratamento de primeira linha do cancro colo-retal metastizado em doentes que não eram candidatos ideais ao tratamento de primeira linha com irinotecano. Foram aleatorizados 105 doentes para o braço 5-FU/AF + placebo e 104 doentes para o braço 5-FU/AF + bevacizumab (5 mg/kg a cada 2 semanas). Todos os tratamentos prosseguiram até 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

sobrevivência 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, aberto, destinado a investigar o bevacizumab em associação com o 5-FU/AF como tratamento de primeira linha do cancro colo-retal metastizado. A idade média 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 de 2 em 2 semanas). Um terceiro grupo de 33 doentes recebeu bólus de 5-FU/AF + bevacizumab (10 mg/kg de 2 em 2 semanas). Os doentes foram tratados até progressão da doença. Os objetivos primários do ensaio foram a taxa de resposta objetiva e a sobrevivência livre de progressão. A adição de 5 mg/kg de bevacizumab, a cada 2 semanas, a 5-FU/AF resultou numa maior taxa de resposta objetiva, numa maior sobrevivência livre de progressão e numa tendência para uma sobrevivência mais prolongada, comparativamente com o observado com quimioterapia apenas com 5-FU/AF (ver a Tabela 5). Estes resultados de eficácia são consistentes com os resultados obtidos no ensaio AVF2107g.

Na Tabela 5, indicam-se, em resumo, os resultados de eficácia obtidos nos ensaios AVF0780g e AVF2192g destinados a estudar o bevacizumab em associação com a quimioterapia com 5-FU/AF.

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

	AVF0780g			AVF2192g	
	5-FU/AF	5-FU/AF + bevacizumab <sup>a</sup>	5-FU/AF + bevacizumab <sup>b</sup>	5-FU/AF + placebo	5-FU/AF + bevacizumab
Número de doentes	36	35	33	105	104
<b>Sobrevivência global</b>					
Mediana (meses)	13,6	17,7	15,2	12,9	16,6
IC 95%				10,35 - 16,95	13,63 - 19,32
Taxa de risco <sup>c</sup>	-	0,52	1,01		0,79
Valor de p		0,073	0,978		0,16
<b>Sobrevivência livre de progressão</b>					
Mediana (meses)	5,2	9,0	7,2	5,5	9,2
Taxa de risco		0,44	0,69		0,5
Valor de p	-	0,0049	0,217		0,0002
<b>Taxa de resposta global</b>					
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
<b>Duração da resposta</b>					
Mediana (meses)	NR	9,3	5,0	6,8	9,2
Percentil 25–75 (meses)	5,5 - NR	6,1 - NR	3,8 - 7,8	5,59 - 9,17	5,88 - 13,01

<sup>a</sup>5 mg/kg de 2 em 2 semanas.

<sup>b</sup>10 mg/kg de 2 em 2 semanas.

<sup>c</sup>Relativamente ao braço de controlo.

NR = não atingida.

Este foi um ensaio clínico de fase III, aleatorizado, em dupla ocultação (para bevacizumab), para investigação de bevacizumab 7,5 mg/kg em associação com capecitabina por via oral e oxaliplatina por via intravenosa (XELOX), administrado de 3 em 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 de 2 em 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 a 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 N016966 (Carcinoma metastizado do cólon ou do reto)**

	<b>Tratamento</b>	<b>Dose inicial</b>	<b>Regime posológico</b>
FOLFOX-4 ou FOLFOX-4 + bevacizumab	Oxaliplatina	85 mg/m <sup>2</sup> por via intravenosa 2 h	Oxaliplatina no dia 1
	Folinato de cálcio	200 mg/m <sup>2</sup> por via intravenosa 2 h	Folinato de cálcio nos dias 1 e 2
	5-Fluorouracilo	400 mg/m <sup>2</sup> bólus IV, 600 mg/m <sup>2</sup> por via IV 22 h	5-fluorouracilo IV bólus/perfusão, cada nos dias 1 e 2
	Placebo ou bevacizumab	5 mg/kg IV 30-90 min	Dia 1, antes de FOLFOX-4, de 2 em 2 semanas
XELOX ou XELOX + bevacizumab	Oxaliplatina	130 mg/m <sup>2</sup> por via intravenosa 2 h	Oxaliplatina no dia 1
	Capecitabina	1000 mg/m <sup>2</sup> por via oral duas vezes/dia	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, de 3 em 3 semanas
5-Fluorouracilo: Injeção em bólus intravenoso imediatamente após folinato de cálcio			

O parâmetro primário de eficácia do ensaio foi a duração da sobrevivência livre de progressão. Neste ensaio, houve dois objetivos primários: demonstrar que XELOX não era inferior a FOLFOX-4 e demonstrar também que 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 sobrevivência livre de progressão e sobrevivência global na população elegível de acordo com o protocolo.
- A superioridade nos braços com bevacizumab versus os braços apenas com quimioterapia foi demonstrada na comparação global em termos de sobrevivência livre de progressão na população ITT (Tabela 7).

A análise secundária da sobrevivência livre de progressão (PFS), baseadas 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)**

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

\* Análise de sobrevivência global ao cut-off clínico de 31 de janeiro de 2007.

\*\* Análise primária ao cut-off clínico de 31 de janeiro de 2006.

<sup>a</sup>Relativamente ao braço de controlo

No subgrupo de tratamento com FOLFOX, a PFS mediana foi de 8,6 meses nos doentes a receber placebo e de 9,4 meses nos doentes tratados com bevacizumab, Hazard Ratio (HR) = 0,89, IC 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, HR = 0,77, IC 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, HR = 0,94, IC 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, HR = 0,84, IC 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 folinato de cálcio e 5-fluorouracilo em bôlus, 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 à morte por qualquer causa. Foram aleatorizados 829 doentes (292 FOLFOX-4, 293 bevacizumab + FOLFOX-4 e 244 para bevacizumab em monoterapia). A adição de bevacizumab a FOLFOX-4 resultou num aumento estatisticamente significativo da sobrevivência. Observaram-se também melhorias estatisticamente significativas na sobrevivência livre de progressão e na taxa de resposta objetiva (ver Tabela 8).

**Tabela 8. Resultados de eficácia obtidos no ensaio E3200**

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

<sup>a</sup>10 mg/kg de 2 em 2 semanas

<sup>b</sup>Relativamente ao braço de controlo

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

#### *ML18147*

Este foi um ensaio de fase III, aleatorizado, controlado, aberto, para investigação de bevacizumab 5,0 mg/kg administrado a cada 2 semanas ou bevacizumab 7,5 mg/kg administrado a cada 3 semanas em associação com quimioterapia contendo fluoropirimidinas versus apenas quimioterapia com fluoropirimidinas em doentes com carcinoma metastizado do cólon ou do reto que progrediram durante uma primeira linha com regime com 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 com fluoropirimidina/oxaliplatina ou fluoropirimidina/irinotecano com ou sem bevacizumab (quimioterapia foi substituída dependendo da quimioterapia de primeira linha). O tratamento foi administrado até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O objetivo primário 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 com fluoropirimidinas resultou num prolongamento da sobrevivência, 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)**

	<b>ML18147</b>	
	<b>Quimioterapia com fluoropirimidina/irinotecano ou fluoropirimidina/oxaliplatina</b>	<b>Quimioterapia com fluoropirimidina/irinotecano ou fluoropirimidina/oxaliplatina + bevacizumab<sup>a</sup></b>
Número de doentes	410	409
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	9,8	11,2
Taxa de risco (Intervalo de confiança de 95%)	0,81 (0,69; 0,94) (valor de p = 0,0062)	
Sobrevivência livre de progressão		
Mediana (meses)	4,1	5,7
Taxa 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)	

<sup>a</sup>5,0 mg/kg de 2 em 2 semanas ou 7,5 mg/kg de 3 em 3 semanas

Também se observou melhorias estatisticamente significativas na sobrevivência 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 de bevacizumab em associação com dois agentes individuais de quimioterapia, avaliado através da PFS como objetivo primário. Em ambos os ensaios, foi observada uma melhoria clinicamente importante e estatisticamente significativa da PFS.

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

- Estudo E2100 (paclitaxel)
  - 5,6 meses de aumento da mediana da PFS, HR 0,421 (p < 0,0001, IC 95% 0,343 ; 0,516)

- Estudo AVF3694g (capecitabina)
  - 2,9 meses de aumento da mediana da PFS, HR 0,69 (p = 0,0002, IC 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 avançado ou metastizado em doentes não anteriormente tratados com quimioterapia para a doença metastática ou localmente avançada. Os doentes foram aleatoriamente distribuídos para o braço de tratamento com paclitaxel sozinho (90 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 1 hora, uma vez por semana, durante três semanas em cada quatro) ou no braço em associação com bevacizumab (10 mg/kg intravenoso por perfusão, administrado de duas em 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 de o 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 estado HER-2 desconhecido (8%) ou positivo confirmado (2%). Neste pequeno número de doentes, incluíam-se doentes anteriormente tratados com trastuzumab e 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 antraciclinas (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 à progressão de doença. As características dos doentes eram semelhantes nos braços do ensaio. O objetivo primário deste ensaio clínico era a sobrevivência livre de progressão, baseada na avaliação, pelo investigador, da progressão de doença. Adicionalmente, foi também efetuada uma revisão independente do objetivo primário. Os resultados deste ensaio são apresentados na Tabela 10.

**Tabela 10. Resultados de eficácia do ensaio E2100**

Sobrevivência livre de progressão				
	Avaliação do investigador*		Avaliação independente	
	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)	Paclitaxel (n = 354)	Paclitaxel/bevacizumab (n = 368)
PFS mediana (meses)	5,8	11,4	5,8	11,3
Taxa de risco (IC 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)
% 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)
OS mediana (meses)	24,8	26,5
Taxa de risco (IC 95%)	0,869 (0,722 ; 1,046)	
valor de p	0,1374	

O benefício clínico do bevacizumab, medido pela sobrevivência livre de progressão, 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 de 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 avançado.

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, epirrubicina/ciclofosfamida, 5-fluorouracilo/doxorubicina/ciclofosfamida, 5-fluorouracilo/epirrubicina/ciclofosfamida) administrada a cada 3 semanas (q3w). O bevacizumab ou o placebo foram administrados numa dose de 15 mg/kg a cada 3 semanas.

Este estudo incluiu uma fase cega de tratamento, uma fase pós-progressão em regime aberto opcional e uma fase de acompanhamento da sobrevivência. Durante a fase cega de tratamento, 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 aberta podiam receber bevacizumab em regime aberto 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 combinação com bevacizumab ou placebo. O objetivo primário do estudo foi a PFS baseada na avaliação do investigador. Adicionalmente, foi também realizada uma avaliação do objetivo primário por um comité de avaliação independente (IRC).

Os resultados da análise final definida no protocolo deste estudo para sobrevivência 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 acompanhamento adicional (aproximadamente 46% dos doentes tinham morrido). A percentagem de doentes que receberam bevacizumab na fase em regime aberto foi de 62,1% no braço capecitabina + placebo e 49,9% no braço de capecitabina + bevacizumab.



**Tabela 11. Resultados de eficácia do estudo AVF3694g: Capecitabina<sup>a</sup> e bevacizumab/Placebo (Cap + bevacizumab/PI)**

Sobrevivência livre de progressão <sup>b</sup>				
	Avaliação do investigador		Avaliação do IRC	
	Cap + PI (n = 206)	Cap + bevacizumab (n = 409)	Cap + PI (n = 206)	Cap + bevacizumab (n = 409)
PFS mediana (meses)	5,7	8,6	6,2	9,8
Taxa de risco vs braço placebo (IC 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) <sup>b</sup>				
	Cap + PI (n = 161)		Cap + bevacizumab (n = 325)	
% doentes com resposta objetiva	23,6		35,4	
valor de p	0,0097			
Sobrevivência global <sup>b</sup>				
Taxa de risco (IC 95%)	0,88 (0,69; 1,13)			
valor de p (exploratório)	0,33			

<sup>a</sup> 1000 mg/m<sup>2</sup> oral duas vezes por dia durante 14 dias, administrados a cada 3 semanas

<sup>b</sup> 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 PFS (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 PFS.

### Cancro do pulmão de células não pequenas (NSCLC)

#### *Tratamento de primeira linha de NSCLC não escamoso em associação com quimioterapia baseada em platina*

A segurança e eficácia de bevacizumab em associação a quimioterapia com base em platina, no tratamento em primeira linha de doentes com cancro do pulmão de células não pequenas não escamosas (NSCLC), foram estudadas 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 sobrevivência 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, de controlo ativo, multicêntrico para avaliação de 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/m<sup>2</sup> 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 cada 3 semanas até à progressão da doença. Foram randomizados para os dois braços de tratamento 878 doentes.

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

O objetivo primário foi a duração da sobrevivência. Os resultados são apresentados na Tabela 12.

**Tabela 12. Resultados de eficácia do ensaio E4599**

	<b>Braço 1 Carboplatina/Paclitaxel</b>	<b>Braço 2 Carboplatina/Paclitaxel + bevacizumab 15 mg/kg a cada 3 semanas</b>
Número de doentes	444	434
Sobrevivência global		
Mediana (meses)	10,3	12,3
Taxa de risco	0,80 (p = 0,003) IC 95% (0,69; 0,93)	
Sobrevivência livre de progressão		
Mediana (meses)	4,8	6,4
Taxa 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 de bevacizumab na sobrevivência global foi menos pronunciada no subgrupo de doentes que não apresentavam 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 objetivo primário foi a sobrevivência livre de progressão; os objetivos 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/m<sup>2</sup>, administrada por perfusão intravenosa no dia 1 e 1250 mg/m<sup>2</sup> 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 com bevacizumab, os doentes podiam receber bevacizumab em monoterapia a cada 3 semanas até à 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 maior 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**

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

<sup>a</sup>doentes com doença mensurável na linha de base

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

*Tratamento de primeira linha de NSCLC 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 a segurança de bevacizumab utilizado em associação a erlotinib em doentes com NSCLC não escamoso com mutações ativadoras do EGFR (deleção do exão 19 ou mutação L858R do exão 21) que não receberam terapêutica sistêmica prévia no estágio IIIB/IV ou na doença recorrente.

O objetivo primário foi a sobrevivência livre de progressão (PFS) baseada na avaliação por entidade independente. Os objetivos 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 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**

	<b>Erlotinib</b> N = 77 <sup>#</sup>	<b>Erlotinib + bevacizumab</b> N = 75 <sup>#</sup>
PFS ^ (meses)		
Mediana	9,7	16,0
Taxa de risco (IC 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
Taxa de risco (IC 95%)	0,81 (0,53; 1,23)	
Valor de p	0,3267	

<sup>#</sup> Um total de 154 doentes foi aleatorizado (Performance Status ECOG 0 ou 1). No entanto, dois dos doentes aleatorizados descontinuaram o estudo antes de receberem qualquer tratamento do estudo.

<sup>^</sup> Revisão cega independente (análise primária definida no protocolo).

<sup>\*</sup> Análise exploratória: análise final da OS na data de cut-off clínico de 31 de outubro de 2017, aprox. 59% dos doentes tinham morrido

IC, intervalo de confiança; HR, Taxa de risco da análise de regressão Cox não estratificada; NR, 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, em 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 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 da 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 objetivo primário foi a sobrevivência global e os objetivos secundários do ensaio incluíram a sobrevivência livre de progressão. A adição de bevacizumab a INF alfa-2a aumentou significativamente a PFS 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 do objetivo primário sobrevivência global não foi significativo (HR = 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**

	<b>BO17705</b>	
	<b>Placebo + IFN<sup>a</sup></b>	<b>Bv<sup>b</sup> + IFN<sup>a</sup></b>
Número de doentes	322	327
Sobrevivência livre de progressão		
Mediana (meses)	5,4	10,2
Taxa de risco IC 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)	

<sup>a</sup>Interferão alfa-2a, 9 MUI 3x/semana

<sup>b</sup>Bevacizumab 10 mg/kg a cada 2 semanas

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

Um modelo exploratório de regressão de Cox multivariada, utilizando uma seleção retrospectiva, indicou que os seguintes fatores de prognóstico iniciais estavam fortemente associados a sobrevivência 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 iniciais resultou numa taxa de risco para o tratamento de 0,78 (IC 95% [0,63;0,96], p = 0,0219), indicando uma redução de 22% no risco de morte dos doentes no braço de bevacizumab + IFN alfa-2a comparativamente ao braço de IFN alfa-2a.

Noventa e sete (97) doentes no braço de IFN alfa-2a e 131 doentes no braço de 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 ao sub-grupo. Os 131 doentes no braço de 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 PFS 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.

#### *AVF2938*

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 e placebo, e 51 para o braço de bevacizumab 10 mg/kg a cada 2 semanas e erlotinib 150 mg por dia. A análise do objetivo primário mostrou não haver diferença entre os braços de bevacizumab + placebo e bevacizumab + erlotinib (mediana da PFS 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 Sobrevivência Global (Hazard Ratio = 1,764; p = 0,1789), duração da resposta objetiva (6,7 versus 9,1 meses) ou tempo até à progressão dos sintomas (Hazard Ratio = 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 de placebo (taxa 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 (taxa 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 (ORR) 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 de 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 os doentes que receberam terapêutica prévia com bevacizumab, tratamento sistémico antineoplásico prévio para o cancro do ovário (ex: quimioterapia, terapêutica com anticorpos monoclonais, inibidores da tirosina cinase ou terapêutica hormonal) ou que foram previamente sujeitos a radioterapia no abdómen ou na 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/m<sup>2</sup>) 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/m<sup>2</sup>) 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 2º ciclo) em associação com carboplatina (AUC 6) e paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>) durante 6 ciclos, seguido do 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 branca (87% nos três braços); a mediana da idade era de 60 anos nos braços CPP e CPB15 e de 59 anos no braço CPB15+; 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 performance status (PS) GOG inicial de 0, 43% tinham PS GOG de 1, e 7% tinham PS GOG de 2. A maioria dos 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+). Aproximadamente 34% dos doentes estavam no estágio FIGO III otimamente citorreduzido e com doença residual visível, 40% no estágio III com citorredução subótima, e 26% eram doentes de estágio IV.

O objetivo primário foi a PFS baseada na avaliação do investigador da progressão da doença, com base nos exames radiológicos e nos níveis CA-125, ou na deterioração sintomática por 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 PFS determinada por exames radiológicos.

O ensaio atingiu o objetivo primário de melhoria da PFS. 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 PFS 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 benefício clinicamente significativo na PFS.

Os resultados deste estudo são resumidos na Tabela 16.

**Tabela 16. Resultados de eficácia do estudo GOG-0218**

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

<sup>1</sup>Análise PFS GOG específica por protocolo avaliada pelo investigador (não censurada para progressões CA-125 ou terapia não-protocolo (NPT) anterior à progressão da doença) com data cut-off de dados a 25 de fevereiro de 2010.

<sup>2</sup>Relativo ao braço de controlo; taxa de risco estratificada

<sup>3</sup>Valor de p no teste log-rank unilateral

<sup>4</sup>Sujeito a um limite de valor de p 0,0116

<sup>5</sup>Doentes com doença mensurável à entrada no estudo

<sup>6</sup>Análise final da sobrevivência global realizada quando tinham falecido aproximadamente 46,9% dos doentes

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

- A análise especificada por protocolo da PFS avaliada pelo investigador (sem censura para progressão CA-125 ou terapia não-protocolo [NPT]) mostra uma taxa de risco estratificada de 0,71 (IC 95%: 0,61-0,83, valor de p no teste log-rank unilateral < 0,0001) quando CPB15+ é

comparado com CPP, com uma PFS mediana de 10,4 meses no braço CPP e 14,1 meses no braço CPB15+.

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

Na Tabela 17, estão resumidas as análises da PFS por subgrupos tendo em conta o estágio da doença e o estágio após citorredução. Estes resultados demonstram a robustez das análises da PFS apresentada na Tabela 16.

**Tabela 17. Resultados da PFS<sup>1</sup> do ensaio GOG-0218 por estágio da doença e estágio após citorredução**

Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução ótima <sup>2,3</sup>			
	CPP (n = 219)	CPB15 (n = 204)	CPB15+ (n = 216)
PFS mediana (meses)	12,4	14,3	17,5
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,81 (0,62; 1,05)	0,66 (0,50; 0,86)
Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução sub-ótima <sup>3</sup>			
	CPP (n = 253)	CPB15 (n = 256)	CPB15+ (n = 242)
PFS mediana (meses)	10,1	10,9	13,9
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,93 (0,77; 1,14)	0,78 (0,63; 0,96)
Doentes aleatorizados de estágio IV			
	CPP (n = 153)	CPB15 (n = 165)	CPB15+ (n = 165)
PFS mediana (meses)	9,5	10,4	12,8
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,90 (0,70; 1,16)	0,64 (0,49; 0,82)

<sup>1</sup>Análise PFS GOG específica por protocolo avaliada pelo investigador (não censurada para progressões CA-125 ou terapia não-protocolo (NPT) anterior à progressão da doença) com data cut-off de dados a 25 de fevereiro de 2010.

<sup>2</sup>Com doença residual visível.

<sup>3</sup>3,7% da população global dos doentes aleatorizados tinha doença de estágio IIIB.

<sup>4</sup>Em relação ao braço de controlo.

#### *BO17707 (ICON7)*

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 estágio FIGO I ou IIA (grau 3 ou histologia de células claras apenas; n=142), ou estágio 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 os doentes que receberam terapêutica prévia com bevacizumab, tratamento sistémico antineoplásico prévio para o cancro do ovário (ex: quimioterapia, terapêutica com anticorpos monoclonais, inibidores da tirosina cinase ou terapêutica hormonal) ou que foram previamente sujeitos a radioterapia no abdómén ou na pélvis.



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

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

A maioria dos doentes incluídos no ensaio era de raça branca (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 PS ECOG de 1; 7% dos doentes em cada braço de tratamento tinha PS ECOG de 2. A maioria dos 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 estava no estágio FIGO III (ambos 68%), seguido do estágio FIGO IV (13% e 14%), estágio FIGO II (10% e 11%) e estágio FIGO I (9% e 7%). A maioria dos doentes em cada braço de tratamento (74% e 71%) tinha tumores primários pouco diferenciados (grau 3) à entrada no ensaio. A incidência de cada sub-tipo histológico EOC era semelhante entre os braços de tratamento; 69% dos doentes em cada braço tinham adenocarcinoma histológico do tipo seroso.

O objetivo primário foi a PFS avaliada pelo investigador usando os RECIST.

O ensaio atingiu o objetivo primário de melhoria da PFS. 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 PFS.

Os resultados deste estudo são resumidos na Tabela 18.

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

Sobrevivência livre de progressão		
	CP (n = 764)	CPB7,5+ (n = 764)
PFS mediana (meses) <sup>2</sup>	16,9	19,3
Taxa de risco [IC 95%] <sup>2</sup>	0,86 [0,75; 0,98] (valor de p = 0,0185)	
Taxa de resposta objetiva <sup>1</sup>		
	CP (n = 277)	CPB7,5+ (n = 272)
Taxa de resposta	54,9%	64,7%
	(valor de p = 0,0188)	
Sobrevivência Global <sup>3</sup>		
	CP (n = 764)	CPB7,5+ (n = 764)
Mediana (meses)	58,0	57,4
Taxa de risco [IC 95%]	0,99 [0,85; 1,15] (valor de p = 0,8910)	

<sup>1</sup>Em doentes com doença mensurável à entrada no estudo

<sup>2</sup>Análise da PFS avaliada pelo investigador com data cut-off de dados a 30 de novembro de 2010

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

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

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

**Tabela 19. Resultados da PFS<sup>1</sup> do ensaio BO17707 (ICON7) por estágio da doença e estágio após citorredução**

Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução ótima <sup>2,3</sup>		
	CP (n = 368)	CPB7,5+ (n = 383)
PFS mediana (meses)	17,7	19,3
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,89 (0,74; 1,07)
Doentes aleatorizados de estágio III com citorredução sub-ótima <sup>3</sup>		
	CP (n = 154)	CPB7,5+ (n = 140)
PFS mediana (meses)	10,1	16,9
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,67 (0,52; 0,87)
Doentes aleatorizados de estágio IV		
	CP (n = 97)	CPB7,5+ (n = 104)
PFS mediana (meses)	10,1	13,5
Taxa de risco (IC 95%) <sup>4</sup>		0,74 (0,55; 1,01)

<sup>1</sup>Análise PFS avaliada pelo investigador com data cut-off de dados a 30 de novembro de 2010.

<sup>2</sup>Com ou sem doença residual visível.

<sup>3</sup>5,8% da população de doentes global aleatorizada tinha doença de estágio IIIB.

<sup>4</sup>Em relação ao braço de controlo.

#### *Cancro do ovário recorrente*

A segurança e a eficácia de bevacizumab no tratamento de cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, recorrentes, foram estudadas em três ensaios de fase III (AVF4095g, MO22224 e GOG-0213) com diferentes populações de doentes e regimes de quimioterapia.

- AVF4095g avaliou a eficácia e a segurança de bevacizumab em associação com carboplatina e gemcitabina, seguido de bevacizumab como agente único em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, recorrentes, sensíveis a platina.
- GOG-0213 avaliou a eficácia e a segurança de bevacizumab em associação com carboplatina e paclitaxel, seguido de bevacizumab como agente único em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, recorrentes, sensíveis a platina.
- MO22224 avaliou a eficácia e a segurança de bevacizumab em associação com paclitaxel, topotecano, ou doxorubicina lipossómica peguila em doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, recorrentes, resistentes a platina.

#### *AVF4095g*

A segurança e a eficácia de bevacizumab no tratamento de doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário, sensíveis 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 de bevacizumab como agente único até à progressão, a 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 foram aleatorizados 1:1 para:

- Carboplatina (AUC 4, dia 1) e gemcitabina (1000 mg/m<sup>2</sup> 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 à progressão da doença ou toxicidade inaceitável.
- Carboplatina (AUC 4, dia 1) e gemcitabina (1000 mg/m<sup>2</sup> 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) como agente único até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

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

Os resultados deste estudo são resumidos na Tabela 20.

**Tabela 20. Resultados de eficácia do estudo AVF4095g**

Sobrevivência livre de progressão				
	Avaliação do investigador		Avaliação do 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>				
PFS Mediana (meses)	8,4	12,4	8,6	12,3
Taxa 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>				
PFS Mediana (meses)	8,4	12,4	8,6	12,3
Taxa 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 do IRC	
	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)	Placebo + C/G (n = 242)	Bevacizumab + C/G (n = 242)
% 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)
OS mediana (meses)	32,9	33,6
Taxa de risco (IC 95%)	0,952 [0,771; 1,176]	
Valor de p	0,6479	

A análise de subgrupo da PFS dependendo da recorrência desde a última terapêutica com platina é resumida na Tabela 21.

**Tabela 21. Sobrevivência 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 months (n = 202)		
Mediana	8,0	11,9
Taxa de risco (IC 95%)	0,41 (0,29 - 0,58)	
> 12 meses (n = 282)		
Mediana	9,7	12,4
Taxa de risco (IC 95%)	0,55 (0,41 – 0,73)	

#### GOG-0213

O GOG-0213, um ensaio de fase III aberto, aleatorizado, controlado, estudou a segurança e a eficácia de bevacizumab no tratamento de doentes com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro 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 bevacizumab como agente único até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável, comparativamente a apenas carboplatina + paclitaxel.

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

- Braço CP: Carboplatina (AUC5) e paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso) a cada 3 semanas durante 6 e até 8 ciclos.
- Braço CPB: Carboplatina (AUC5) e paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso) 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) isoladamente até à 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%) estava na categoria de idade < 65 anos. Na linha de base, a maioria das doentes tinha uma PS GOG de 0 (CP: 82,4%; CPB: 80,7%) ou de 1 (CP: 16,7%; CPB: 18,1%), nos dois braços de tratamento. Na linha de base, foi notificada uma PS GOG de 2 em 0,9% das doentes no braço CP e em 1,2% das doentes no braço CPB.

O objetivo primário de eficácia foi a sobrevivência global (OS). O principal objetivo secundário de eficácia foi a sobrevivência livre de progressão (PFS). Os resultados são apresentados na Tabela 22.

**Tabela 22. Resultados de eficácia<sup>1,2</sup> do estudo GOG-0213**

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

<sup>1</sup>Análise final

<sup>2</sup>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).

<sup>a</sup>A taxa de risco foi estimada a partir de modelos de risco proporcional Cox estratificados pela duração do intervalo livre de platina antes da inclusão neste estudo por 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).

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

O ensaio atingiu o seu objetivo primário de melhoria da OS. O tratamento com bevacizumab a 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 OS comparativamente ao tratamento com apenas carboplatina e paclitaxel.

#### MO22224

O estudo MO22224 avaliou a eficácia e a segurança de bevacizumab em associação com quimioterapia no cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, recorrentes, resistentes a platina. Este estudo foi desenhado como aberto, aleatorizado, de Fase III de dois braços para avaliação de bevacizumab mais quimioterapia (QT+BV) versus quimioterapia isolada (QT).

Para este estudo, foi recrutado um total de 361 doentes e foi-lhes administrada quimioterapia isolada (paclitaxel, topotecano, ou doxorrubicina lipossómica peguilada (PLD)) ou em associação com bevacizumab:

Braço de QT (quimioterapia isolada):

- Paclitaxel 80 mg/m<sup>2</sup> como perfusão IV de 1 hora nos dias 1, 8, 15 e 22 a cada 4 semanas.
- Topotecano 4 mg/m<sup>2</sup> como perfusão IV de 30 minutos nos dias 1, 8 e 15 a cada 4 semanas. Como alternativa, uma dose de 1,25 mg/m<sup>2</sup> poderia ser administrada durante 30 minutos nos dias 1-5 a cada 3 semanas.
- PLD 40 mg/m<sup>2</sup> como perfusão IV a 1 mg/min apenas no dia 1 a cada 4 semanas. Após o Ciclo 1, o fármaco poderia ser administrado como perfusão de 1 hora.

Braço de QT+BV (quimioterapia mais bevacizumab):

- A quimioterapia selecionada foi associada com bevacizumab intravenoso a 10 mg/kg a cada 2 semanas (ou bevacizumab a 15 mg/kg a cada 3 semanas, se usado em associação com o topotecano a 1,25 mg/m<sup>2</sup> nos Dias 1-5, a cada 3 semanas).

Os doentes elegíveis tinham cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário que progrediram em <6 meses com a terapêutica prévia de platina que consistia, no mínimo, em 4 ciclos de terapêutica com platina. Os doentes devem ter uma esperança de vida de  $\geq 12$  semanas e sem radioterapia prévia à pélvis ou ao abdómen. A maioria dos doentes encontrava-se no estágio FIGO IIIC ou no estágio IV. A maioria dos doentes em ambos os braços apresentava um performance status ECOG (PS) de 0 (QT: 56,4% vs. QT + BV: 61,2%). A percentagem de doentes com um ECOG PS de 1 ou  $\geq 2$  foi de 38,7% e de 5,0% no braço de QT, e de 29,8% e de 9,0% no braço de QT+BV. A informação sobre a raça existe para 29,3% dos doentes e quase todos os doentes eram brancos. A idade mediana dos doentes foi de 61,0 anos (intervalo: 25-84). Um total de 16 doentes (4,4%) tinham > 75 anos de idade. As taxas globais de descontinuação devido a acontecimentos adversos foi de 8,8% no braço de QT e de 43,6% no braço de QT+BV (a maioria devido a acontecimentos adversos de grau 2-3) e o tempo mediano de descontinuação no braço de QT+BV foi de 5,2 meses comparativamente a 2,4 meses no braço de QT. As taxas de descontinuação devido a acontecimentos adversos no subgrupo de doentes > 65 anos de idade foi de 8,8% no braço de QT e de 50,0% no braço de QT + BV. A taxa de risco (HR) da PFS foi de 0,47 (IC 95%: 0,35; 0,62) e de 0,45 (IC 95%: 0,31; 0,67) para os subgrupos < 65 e  $\geq 65$ , respetivamente.

O objetivo primário foi a sobrevivência livre de progressão, e os objetivos secundários incluíam a taxa de resposta objetiva e a sobrevivência global. Os resultados estão apresentados na Tabela 23.

**Tabela 23. Resultados de Eficácia do Estudo MO22224**

Objetivo Primário		
Sobrevivência Livre de Progressão*		
	QT (n = 182)	QT + BV (n = 179)
Mediana (meses)	3,4	6,7
Taxa de risco (IC 95%)	0,379 [0,296; 0,485]	
Valor de p	< 0,0001	
Objetivos Secundários		
Taxa de Resposta Objetiva**		
	QT (n=144)	QT + BV (n=142)
% de doentes com resposta objetiva	18 (12,5%)	40 (28,2%)
Valor de p	0,0007	
Sobrevivência Global (análise final)***		
	QT (n = 182)	QT + BV (n = 179)
OS mediana (meses)	13,3	16,6
Taxa de risco (IC 95%)	0,870 [0,678; 1,116]	
Valor de p	0,2711	

Todas as análises apresentadas nesta tabela são análises estratificadas.

\*A análise primária foi realizada com cut-off de dados a 14 de novembro de 2011.

\*\* doentes aleatorizados com Doença Mensurável à entrada no estudo.

\*\*\*A análise final da sobrevivência global foi realizada quando tinham sido observadas 266 mortes, que representavam 73,7% dos doentes recrutados.

O ensaio atingiu o objetivo primário de melhoria da PFS. Em comparação com os doentes tratados apenas com quimioterapia (paclitaxel, topotecano ou PLD), no contexto de doença recorrente resistente a platina, as doentes que receberam bevacizumab numa dose de 10 mg/kg a cada 2 semanas (ou de 15 mg/kg a cada 3 semanas, se usado em associação com o topotecano a 1,25 mg/m<sup>2</sup>, nos dias 1–5, a cada 3 semanas) em associação com quimioterapia e que continuaram a receber

bevacizumab até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável, tiveram uma melhoria estatisticamente significativa da PFS. As análises exploratórias da PFS e da OS por coorte de quimioterapia (paclitaxel, topotecano e PLD) estão resumidos na Tabela 24.

**Tabela 24. Análises exploratórias da PFS e da OS por coorte de quimioterapia**

	QT	QT + BV
<b>Paclitaxel</b>	n = 115	
PFS mediana (meses)	3,9	9,2
Taxa de risco (IC 95%)	0,47 [0,31; 0,72]	
OS mediana (meses)	13,2	22,4
Taxa de risco (IC 95%)	0,64 [0,41; 0,99]	
<b>Topotecano</b>	n = 120	
PFS mediana (meses)	2,1	6,2
Taxa de risco (IC 95%)	0,28 [0,18; 0,44]	
OS mediana (meses)	13,3	13,8
Taxa de risco (IC 95%)	1,07 [0,70; 1,63]	
<b>PLD</b>	n = 126	
PFS mediana (meses)	3,5	5,1
Taxa de risco (IC 95%)	0,53 [0,36; 0,77]	
OS mediana (meses)	14,1	13,7
Taxa de risco (IC 95%)	0,91 [0,61; 1,35]	

#### Cancro do colo do útero

##### *GOG-0240*

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

Foram aleatorizadas um total de 452 doentes para receber:

- Paclitaxel 135 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 24 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 2, a cada 3 semanas (q3w); ou  
Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 2, a cada 3 semanas (q3w); ou  
Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 2, a cada 3 semanas (q3w);
- Paclitaxel 135 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 24 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 2 mais bevacizumab 15 mg/kg intravenoso no dia 2 (q3w); ou  
Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 2 mais bevacizumab 15 mg/kg intravenoso no dia 2 (q3w); ou  
Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e cisplatina 50 mg/m<sup>2</sup> intravenoso no dia 1 mais bevacizumab 15 mg/kg intravenoso no dia 1 (q3w)
- Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e topotecano 0,75 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 30 minutos no dias 1-3 (q3w)
- Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 3 horas no dia 1 e topotecano 0,75 mg/m<sup>2</sup> intravenoso durante 30 minutos no dias 1-3 mais bevacizumab 15 mg/kg intravenoso 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 46,0 anos (intervalo: 20-83) no grupo da quimioterapia e 48,0 anos (intervalo 22-85) no grupo quimioterapia+bevacizumab; com 9,3% das doentes do grupo da quimioterapia e 7,5% das doentes no grupo quimioterapia+bevacizumab com idade superior a 65 anos.

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

O objetivo primário de eficácia foi a sobrevivência global. Os objetivos secundários de eficácia incluíram a sobrevivência livre de progressão e a taxa de resposta objetiva. Os resultados da análise primária e da análise de follow-up são apresentados por Tratamento com bevacizumab e por Tratamento do Ensaio na Tabela 25 e Tabela 26, respetivamente.

**Tabela 25. Resultados de eficácia no estudo GOG-0240 por tratamento com bevacizumab**

	<b>Quimioterapia (n = 225)</b>	<b>Quimioterapia + bevacizumab (n = 227)</b>
<b>Objetivo primário</b>		
<b>Sobrevivência Global – Análise primária<sup>6</sup></b>		
Mediana (meses) <sup>1</sup>	12,9	16,8
Taxa de risco [IC 95%]	0,74 [0,58; 0,94] (valor de p <sup>5</sup> = 0,0132)	
<b>Sobrevivência Global – Análise de follow-up<sup>7</sup></b>		
Mediana (meses) <sup>1</sup>	13,3	16,8
Taxa de risco [IC 95%]	0,76 [0,62; 0,94] (valor de p <sup>5,8</sup> = 0,0126)	
<b>Objetivos secundários</b>		
<b>Sobrevivência livre de progressão - Análise primária<sup>6</sup></b>		
PFS mediana (meses) <sup>1</sup>	6,0	8,3
Taxa de risco [IC 95%]	0,66 [0,54; 0,81] (valor de p <sup>5</sup> <0,0001)	
<b>Melhor Resposta Global - Análise primária<sup>6</sup></b>		
Respondentes (Taxa de resposta <sup>2</sup> )	76 (33,8%)	103 (45,4%)
IC 95% para Taxas de Resposta <sup>3</sup>	[27,6%; 40,4%]	[38,8%; 52,1%]
Diferença nas Taxas de Resposta	11,60%	
IC 95% para Diferença nas Taxas de Resposta <sup>4</sup>	[2,4%; 20,8%]	
Valor de p (Teste Qui-quadrado)	0,0117	

<sup>1</sup>Estimativas Kaplan-Meier

<sup>2</sup>Doentes e percentagem de doentes com melhor resposta global das respostas completa ou parcial confirmadas; percentagem calculada em doentes com doença mensurável na linha de base.

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

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

<sup>5</sup>teste log-rank (estratificado)

<sup>6</sup>A análise primária foi efetuada com uma data de cut-off de 12 de dezembro de 2012 e é considerada a análise final

<sup>7</sup>A análise de follow-up foi efetuada com uma data de cut-off de 07 de março de 2014



<sup>8</sup>Valor de p exibido apenas para fins descritivos

**Tabela 26. Resultados de sobrevivência global no estudo GOG-0240 por Tratamento do Ensaio**

Tratamento comparação	Outro fator	Sobrevivência Global – Análise primária <sup>1</sup> Taxa de risco (IC 95%)	Sobrevivência Global – Análise de follow-up <sup>2</sup> Taxa de risco (IC 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) (11,9 vs. 14,3 meses; p = 0,4825)	1,08 (0,80; 1,45) (12,0 vs. 15,0 meses; p = 0,6267)

<sup>1</sup>A análise primária foi efetuada com uma data de cut-off de 12 de dezembro de 2012 e é considerada a análise final

<sup>2</sup>A análise de follow-up foi efetuada com uma data de cut-off 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 sub-grupos 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 rabdóide 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.

### *Glioma 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 tratados com bevacizumab e irinotecano (CPT-11). A informação existente é insuficiente para determinar a segurança e a eficácia de bevacizumab em crianças com glioma de alto grau recém-diagnosticado.

- Num estudo de braço único (PBTC-022), 18 crianças com glioma de alto grau não pênico recorrente ou progressivo (incluindo 8 com glioblastoma [grau IV 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/m<sup>2</sup>) uma vez a cada duas semanas até à progressão. Não houve respostas radiológicas (critério MacDonald) objetivas (parciais ou completas). A toxicidade e reações adversas incluíram hipertensão arterial e fadiga, bem como isquemia do SNS 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 OMS, 9 com grau III) foram tratadas com bevacizumab (10 mg/kg) e irinotecano (125 mg/m<sup>2</sup>) a cada 2 semanas. Houve 2 respostas parciais e não houve respostas completas (critério MacDonald).

Num estudo de fase II aleatorizado (BO25041), um total de 121 doentes com idades  $\geq 3$  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 2 em 2 semanas.

O estudo não atingiu o seu objetivo primário de demonstrar uma melhoria significativa da EFS (avaliado pela Comissão Central de Radiologia de Revisão (CCR)) quando bevacizumab foi associado ao braço RT/T em comparação com RT/T (HR=1,44; 95% IC: 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 objetivos secundários (EFS avaliada pelo investigador, ORR e OS) foram coerentes ao demonstrar que não houve melhoria associada à associação de bevacizumab ao braço RT/T em comparação com o braço de RT/T.

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, cerebelosos 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  $\geq 6$  meses até  $<18$  anos, com rabiomiossarcoma e sarcoma dos tecidos moles não-rabiomiossarcoma 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 (2,5mg/kg/semana) durante um período total de tratamento de aproximadamente 18 meses. À data da análise primária final, o objetivo primário de EFS (sobrevivência livre de eventos) por revisão central independente não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois braços de tratamento, com HR de 0,93% (95% IC: 0.61, 1.41; valor de  $p = 0,72$ ). A diferença na taxa de resposta global por revisão central independente entre os dois braços de tratamento nos poucos doentes que tinham tumores avaliáveis na linha de base 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%, 95% IC: 25,2%, 47,9%) no braço de quimioterapia e 34/63 doentes (54,0%, 95% IC: 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 a 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 rabiomiossarcoma e sarcoma dos tecidos moles não-rabiomiossarcoma metastizados (ver secção 4.2 para informações em utilização pediátrica).

A incidência de acontecimentos adversos, incluindo acontecimentos adversos de grau  $\geq 3$  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 (Vc) 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 (Vp) foi de 1,69 L e 2,35 L para doentes do sexo feminino e masculino respetivamente, quando bevacizumab é coadministrado com agentes anti-neoplásicos. Após correção para o peso corporal, os doentes do sexo masculino apresentaram um Vc maior (+ 20%) do 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 a eliminação do bevacizumab são semelhantes ao 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 semi-vida 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%) do que os doentes do sexo feminino. De acordo com o modelo bi-compartimental, a semi-vida 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% maior em doentes com baixos níveis de albumina sérica e 7% maior 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.

### *Doentes com 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 metabolização ou eliminação do bevacizumab.

### *Doentes com 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 metabolização 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 a bevacizumab foi geralmente inferior em comparação com um doente adulto típico na mesma dose. No estudo BO25041, a exposição a bevacizumab foi semelhante em comparação com um doente adulto típico na mesma dose. Nos dois estudos, a exposição a 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 cynomolgus, 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 de 2 em 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**

Trealose di-hidratada  
Fosfato de sódio monobásico mono-hidratado  
Fosfato dissódico  
Polissorbatato 20  
Água para preparações injetáveis

### **6.2 Incompatibilidades**

Este medicamento não deve 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 fechado

36 meses

#### Medicamento diluído

A estabilidade química e física durante a utilização foi demonstrada durante 30 dias a 2°C-8°C, mais um período adicional de 48 horas a temperaturas não superiores a 30°C, em solução para injetáveis 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 a 2°C-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 na 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.

Embalagem de 1 frasco para injetáveis.

### **6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento**

Não agitar o frasco para injetáveis.

Oyavas 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 Oyavas.

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

Não foram observadas incompatibilidades entre Oyavas e sacos ou dispositivos de perfusão de cloreto de polivinilo ou poliolefina.

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

Oyavas é 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**

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

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

EU/1/20/1510/001 – 100 mg/4 ml  
EU/1/20/1510/002 – 400 mg/16 ml

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

Data da primeira autorização: 26 de março de 2021

**10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO**

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

## **ANEXO II**

- A. FABRICANTE(S) DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E FABRICANTE(S) RESPONSÁVEL(VEIS) 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(S) DA SUBSTÂNCIA ATIVA DE ORIGEM BIOLÓGICA E FABRICANTE(S) RESPONSÁVEL(VEIS) PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**

Nome e endereço dos fabricantes da substância ativa de origem biológica

GH GENHELIX S.A.  
Parque Tecnológico de León  
Edifício GENHELIX  
C/Julia Morros, s/n  
Armunia, 24009 León  
Espanha

mAbxience S.A.U.  
Calle Jose Zabala 1040  
Garin, B1619JNA  
Buenos Aires  
Argentina

Nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote

GH GENHELIX S.A.  
Parque Tecnológico de León  
Edifício GENHELIX  
C/Julia Morros, s/n  
Armunia, 24009 León  
Espanha

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2–18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

**B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO**

Medicamento sujeito a receita médica especial e restrita (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 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 ser tido atingido um objetivo importante (farmacovigilância ou minimização do risco).

**ANEXO III**  
**ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO**

## **A. ROTULAGEM**

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

Oyavas 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**

Trealose dihidratada, fosfato de sódio monobásico mono-hidratado, fosfato dissódico, polissorbato 20, 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**

Para administração 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**

EXP

**9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO**

Conservar no frigorífico.  
Não congelar.  
Manter o frasco para injetáveis na embalagem exterior 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**

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

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

EU/1/20/1510/001

**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**

Oyavas 25 mg/ml concentrado estéril  
bevacizumab  
IV após diluição

**2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO**

**3. PRAZO DE VALIDADE**

EXP

**4. NÚMERO DO LOTE**

Lote

**5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE**

100 mg/4 ml

**6. OUTRAS**

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

Oyavas 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**

Trealose dihidratada, fosfato de sódio monobásico mono-hidratado, fosfato dissódico, polissorbato 20, 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**

Para administração 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**

EXP

**9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO**

Conservar no frigorífico.  
Não congelar.  
Manter o frasco para injetáveis na embalagem exterior 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**

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

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

EU/1/20/1510/002

**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**

Oyavas 25 mg/ml concentrado estéril  
bevacizumab  
IV após diluição

**2. MODO DE ADMINISTRAÇÃO**

**3. PRAZO DE VALIDADE**

EXP

**4. NÚMERO DO LOTE**

Lote

**5. CONTEÚDO EM PESO, VOLUME OU UNIDADE**

400 mg/16 ml

**6. OUTRAS**

## **B. FOLHETO INFORMATIVO**

## Folheto informativo: Informação para o utilizador

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

#### **1. O que é Oyavas e para que é utilizado**

Oyavas 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.

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

Oyavas 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.

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

Oyavas 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). Oyavas será administrado em associação com erlotinib.

Oyavas 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.

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

Quando usado nos doentes adultos com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, avançados, em que a doença reapareceu, pelo menos, 6 meses após a última vez que foram tratados com um regime de quimioterapia com um agente de platina, o Oyavas será administrado em associação com carboplatina e gemcitabina ou com carboplatina e paclitaxel.

Quando usado nos doentes adultos com cancro epitelial do ovário, da trompa de Falópio ou cancro peritoneal primário, avançados, em que a doença reapareceu até 6 meses após a última vez que foram tratados com um regime de quimioterapia com um agente de platina, o Oyavas será administrado em associação com paclitaxel, topotecano, ou doxorubicina lipossômica peguilada.

Oyavas também é utilizado no tratamento de doentes adultos com cancro do colo do útero com doença persistente, recorrente ou metastizada. Oyavas 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 Oyavas**

### **Não use Oyavas se:**

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

### **Advertências e precauções**

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

- É possível que Oyavas aumente o risco de desenvolvimento de orifícios na parede do intestino. Se tiver doenças que causem inflamação no interior do abdómen (ex. diverticulite, úlceras no estômago, colite associada à quimioterapia), fale com o seu médico sobre o assunto.
- Oyavas 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.
- Oyavas 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.
- Oyavas 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.
- Oyavas pode aumentar a incidência de tensão arterial elevada. Se tem tensão arterial elevada que não é controlada com anti-hipertensores, contacte por favor o seu médico dado que é importante certificar que a sua tensão arterial está controlada antes de iniciar o tratamento com Oyavas.

- 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.
- Oyavas 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 tiver mais de 65 anos de idade, se tiver diabetes, ou se teve uma situação prévia de coágulos sanguíneos nas suas artérias. Por favor, fale com o seu médico dado que os coágulos sanguíneos podem resultar em enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) e acidente vascular cerebral.
- Oyavas pode também aumentar o risco de desenvolver coágulos sanguíneos nas suas veias (um tipo de vaso sanguíneo).
- Oyavas 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.
- Oyavas pode provocar hemorragia dentro ou à volta do cérebro. Por favor, discuta o assunto com o seu médico se tiver cancro metastizado que afete o seu cérebro.
- É possível que Oyavas aumente o risco de hemorragia nos seus pulmões, incluindo tosse ou expectoração com sangue. Por favor, discuta o assunto com o seu médico se tiver notado esta situação antes.
- Oyavas 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 antraciclina (por exemplo, doxorrubicina, um tipo específico de quimioterapia utilizada para o tratamento de alguns cânceros) ou tiver sido submetido a radioterapia no tórax ou se tiver alguma doença de coração.
- Oyavas pode causar infeções e uma diminuição do número de neutrófilos (um tipo de célula sanguínea importante na sua proteção contra bactérias).
- É possível que Oyavas possa causar reações de hipersensibilidade (incluindo choque anafilático) e/ou 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 Oyavas um efeito indesejável 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, por favor, contacte o seu médico.
- Foi notificada, em doentes com idade inferior a 18 anos quando tratados com Oyavas, a morte do tecido do osso (osteonecrose) em ossos que não a mandíbula. Dor na boca, dentes e/ou maxilar, inchaço ou feridas no interior da boca, adormecimento ou sensação de peso no maxilar ou perda de um dente podem ser sinais e sintomas de danos na mandíbula (osteonecrose). Se apresentar qualquer um deles, informe imediatamente o seu médico e o dentista.

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

Antes de ser tratado com bevacizumab ou enquanto estiver a ser tratado com Oyavas:

- se tiver ou tiver tido dor na boca, dentes e/ou maxilar, inchaço ou feridas no interior da boca, adormecimento 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 Oyavas, particularmente quando está também a receber ou se recebeu uma injeção de bifosfonato no seu sangue.

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

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

- 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 flutuantes, progredindo para alguma perda da sua visão,
- Pressão ocular aumentada,
- Hemorragia no olho.

### **Crianças e adolescentes**

O uso de Oyavas 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.

### **Outros medicamentos e Oyavas**

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

A combinação de Oyavas com outro medicamento chamado malato de sunitinib (prescrito para o cancro renal e gastrointestinal) pode causar graves efeitos indesejáveis. Fale com o seu médico para se certificar que não combina estes medicamentos.

Informe o seu médico se estiver a usar terapêuticas com base em platina ou taxanos para o cancro do pulmão ou o cancro da mama metastizado. Estas terapêuticas em combinação com Oyavas podem aumentar o risco de efeitos indesejáveis 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. Oyavas 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 Oyavase durante, pelo menos, 6 meses após a última dose de Oyavas.

Se está grávida, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico ou farmacêutico antes de tomar este medicamento.

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

Oyavas pode comprometer a fertilidade feminina. Para mais informação, por favor, consulte o seu médico.

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.

### **Condução de veículos e utilização de máquinas**

Oyavas não mostrou reduzir os efeitos na sua capacidade de conduzir ou utilizar quaisquer ferramentas ou máquinas. No entanto, foram notificados sonolência e desmaios com o uso de Oyavas. Se teve sintomas que afetam a sua visão ou de concentração, ou a sua capacidade de reagir, não conduza ou utilize máquinas até que os sintomas desapareçam.

### **Oyavas contém sódio**

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

## **3. Como utilizar Oyavas**

### **Dose e frequência de administração**

A dose necessária de Oyavas depende do seu peso corporal e do tipo de cancro que está a ser tratado. A dose recomendada é de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg ou 15 mg por quilograma do seu peso corporal. O seu médico vai prescrever a dose de Oyavas adequada ao seu caso. A administração de Oyavas vai ser feita 1 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 Oyavas deixar de conseguir impedir o crescimento do tumor. O seu médico irá discutir este assunto consigo.

### **Modo e via de administração**

Não agitar o frasco para injetáveis. Oyavas é um concentrado para solução para perfusão. Antes da utilização, uma parte ou a totalidade, consoante a dose que lhe foi prescrita, do conteúdo do frasco para injetáveis de Oyavas será diluída com uma solução de cloreto de sódio. Um médico ou enfermeiro irá administrar-lhe a solução diluída de Oyavas por meio de perfusão intravenosa (um gotejamento para a sua 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 Oyavas 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 Oyavas deve ser permanentemente interrompida se tiver**

- tensão arterial elevada grave não controlada pelos medicamentos anti-hipertensores; ou uma subida grave, súbita, da tensão arterial,
- presença de proteínas na urina, acompanhada por inchaço no seu corpo,
- um orifício na parede do seu 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 são normalmente conectados (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 for administrada uma quantidade excessiva de Oyavas**

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

### **Se não for administrada uma dose de Oyavas,**

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

### **Se parar de tomar Oyavas,**

Interromper o tratamento com Oyavas pode parar o seu efeito no crescimento do tumor. Não pare o tratamento com Oyavas 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.

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

### **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), tumefação, atordoamento, batimento cardíaco rápido e perda de consciência.

### **Deve procurar ajuda imediatamente se tiver algum dos efeitos indesejáveis abaixo descritos.**

Efeitos indesejáveis graves, que podem ser **muito frequentes** (pode 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.

Efeitos indesejáveis graves, que podem ser **frequentes** (pode afetar até 1 em cada 10 pessoas), incluem:

- reações alérgicas (os sinais podem incluir dificuldade em respirar, vermelhidão da face, erupção da pele, tensão arterial baixa ou tensão arterial elevada, oxigénio baixo no seu sangue, dor torácica, ou náuseas/vómitos),
- 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 (pulso),
- 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.

Efeitos indesejáveis graves, que podem ser **raros** (podem afetar até 1 em cada 1000 pessoas), incluem:

- reação alérgica grave e súbita, com dificuldade em respirar, tumefação, atordoamento, batimento cardíaco rápido, sudorese e perda de consciência (choque anafilático).

Efeitos indesejáveis 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,
- 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 enfiamento, 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 indesejáveis para recomendações adicionais),

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

**Deve procurar ajuda logo que possível se tiver algum dos efeitos indesejáveis abaixo descritos.**

**Efeitos indesejáveis muito frequentes** (pode afetar mais de 1 em cada 10 pessoas), que não foram graves incluem:

- obstipação,
- 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,
- hemorragias nasais.

**Efeitos indesejáveis frequentes** (pode afetar até 1 em cada 10 pessoas), que não foram graves incluem:

- alterações da voz e rouquidão.

Doentes com mais de 65 anos têm um risco aumentado de sofrerem dos seguintes efeitos indesejáveis:

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

Oyavas 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.

### **Comunicação de efeitos indesejáveis**

Se tiver quaisquer efeitos indesejáveis, incluindo possíveis efeitos indesejáveis não indicados 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 indesejáveis, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

## **5. Como conservar Oyavas**

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 EXP. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.

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

Conservar 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 normalmente ser superiores a 24 horas a 2°C-8°C, exceto se as soluções para perfusão tiverem sido preparadas num ambiente estéril. Quando a diluição é efetuada num ambiente estéril, Oyavas é estável durante até 30 dias a 2°C-8°C após a diluição, e durante um período de até 48 horas a temperaturas que não ultrapassem os 30°C.

Não utilize Oyavas 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 Oyavas**

- 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 a trealose dihidratada, fosfato de sódio monobásico monohidratado, fosfato dissódico, polissorbato 20 e água para preparações injetáveis (ver secção 2 "Oyavas contém sódio").

### **Qual o aspeto de Oyavas e conteúdo da embalagem**

Oyavas é um concentrado para solução para perfusão (concentrado estéril). O concentrado é um líquido transparente, incolor a amarelado ou acastanhado claro 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 Oyavas contém um frasco para injetáveis.

### **Titular da Autorização de Introdução no Mercado**

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

### **Fabricante**

GH GENHELIX S.A.  
Parque Tecnológico de León  
Edifício GENHELIX  
C/Julia Morros, s/n  
Armunia, 24009 León  
Espanha

STADA Arzneimittel AG  
Stadastrasse 2-18  
61118 Bad Vilbel  
Alemanha

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

**België/Belgique/Belgien**

EG (Eurogenerics) NV  
Tél/Tel: +32 4797878

**България**

STADA Bulgaria EOOD  
Тел.: +359 29624626

**Česká republika**

STADA PHARMA CZ s.r.o.  
Tel: +420 257888111

**Danmark**

STADA Nordic ApS  
Tlf.: +45 44859999

**Deutschland**

STADAPHARM GmbH  
Tel: +49 61016030

**Eesti**

UAB „STADA Baltics“  
Tel: +370 52603926

**Ελλάδα**

DEMO S.A. Pharmaceutical Industry  
Τηλ: +30 2108161802

**España**

Laboratorio STADA, S.L.  
Tel: +34 934738889

**France**

EG Labo - Laboratoires EuroGenerics  
Tél: +33 146948686

**Hrvatska**

STADA d.o.o.  
Tel: +385 13764111

**Ireland**

Clonmel Healthcare Ltd.  
Tel: +353 526177777

**Ísland**

STADA Arzneimittel AG  
Sími: +49 61016030

**Italia**

EG SpA  
Tel: +39 028310371

**Lietuva**

UAB „STADA Baltics“  
Tel: +370 52603926

**Luxembourg/Luxemburg**

EG (Eurogenerics) NV  
Tél/Tel: +32 4797878

**Magyarország**

STADA Hungary Kft  
Tel.: +36 18009747

**Malta**

Pharma.MT Ltd.  
Tel: +356 21337008

**Nederland**

Centrafarm B.V.  
Tel.: +31 765081000

**Norge**

STADA Nordic ApS  
Tlf: +45 44859999

**Österreich**

STADA Arzneimittel GmbH  
Tel: +43 136785850

**Polska**

STADA Poland Sp. z.o.o.  
Tel: +48 227377920

**Portugal**

Stada, Lda.  
Tel: +351 211209870

**România**

STADA M&D SRL  
Tel: +40 213160640

**Slovenija**

Stada d.o.o.  
Tel: +386 15896710

**Slovenská republika**

STADA PHARMA Slovakia, s.r.o.  
Tel: +421 252621933

**Suomi/Finland**

STADA Nordic ApS, Suomen sivuliike  
Puh/Tel: +358 207416888

**Κύπρος**  
STADA Arzneimittel AG  
Τηλ: +49 61016030

**Sverige**  
STADA Nordic ApS  
Tel: +45 44859999

**Latvija**  
UAB „STADA Baltics“  
Tel: +370 52603926

**Este folheto foi revisto pela última vez em <{MM/AAA}><{mês YYYY}>.**

**Outras fontes de informação**

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