

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 1ª Vara Criminal da Infância e Juventude

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005350

IDADE: 8 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 L50.1

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento OMALIZUMABE (XOLAIR) 300mg (duas ampolas ao mês), uso contínuo, conforme indicação médica.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: O Autor foi diagnosticado como portador de UCE – Urticária Crônica Espontânea CID L.50.1.1, convivendo com lesões em placas eritematosas, muito pruriginosas, difusas por todo o corpo, sem descamação, com frequência diária há mais de 3 anos. A médica especialista afirma ainda que todo o arsenal possível para o tratamento da UCE já foi utilizado no Autor e o controle permanece inadequado e as crises são diárias. Uma vez que o Autor já passou por vários tratamentos, todos sem sucesso, a médica indicou o medicamento Omalizumabe para uso contínuo na dosagem de 300 mg (2 ampolas de 150 mg) a cada 4 semanas, devendo a paciente ser reavaliada após 6 meses (total de 12 ampolas), tempo mínimo de tratamento para avaliação de resposta.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 69.596

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

- 1) O tratamento recomendado é reconhecido pela ANVISA/ANS?
- 2) O tratamento é eficaz e recomendado para o caso do(a) paciente?
- 3) O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora do(a) paciente?
- 4) Quais são os riscos ou consequências em caso de ausência ou retardamento do tratamento indicado à paciente.
- 5) Existem outros tratamentos considerados mais eficazes para o(a) paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação médica, datada de 03/03/2024, trata-se de paciente LCJ, **8 anos, apresentando** diagnóstico de Urticária Crônica Espontânea (**UCE**) em tratamento com alergologista **desde 15/12/2022**. Cursa **lesões em placas eritematosas, muito pruriginosas, difusas por todo o corpo, sem descamação, com frequência diária há mais de 3 anos. Fez uso contínuo de antihistamínicos segunda geração** como Loratadina, Bilastina, Fexofenadina **em doses máximas para a idade** (dose quadruplicada) e em alguns momentos sendo necessário **associação com antihistamínicos de primeira geração** sedantes como Hidroxizine **para o paciente conseguir dormir a noite** devido ao prurido intenso, além de **ciclos de corticoide oral, sem resultados satisfatórios, com os sintomas diário da doença. Excluídas outras situações clínicas** como: doenças autoimunes, associação com alimentos, medicamentos ou estímulos físicos. **Avaliada a atividade da doença, sua gravidade e sua influência na qualidade de vida** a partir de **escores** mundialmente usados - **UAS7=29, UCT=8 e CUQ2ol=29 (UCE grave, não controlada, com baixa qualidade de vida)**. Cursa com **refratariedade ao tratamento, em virtude da dificuldade de controle da doença com a terapêutica habitual recomendada, inclusive com a recorrência de crises graves de Urticária e, pela destacada associação com autoimunidade e mais importante pelo comprometimento da qualidade de vida deste paciente. Indica-se o uso do Anticorpo Monoclonal Humanizado Anti-IgE - Omalizumabe** a ser aplicado via **subcutânea na dose 300 mg** (2 ampolas de 150 mg) **a cada 4 semanas, com reavaliação em 6 meses** (total de 12 ampolas), tempo mínimo de tratamento para avaliação de resposta, **com urgência**. Este medicamento encontra-se sob o **nome comercial XOLAIR possuindo seu devido registro na ANVISA**, não havendo genéricos disponíveis no mercado.

A **urticária crônica (UC)** é uma condição frequente causada por mastócitos, na qual o paciente apresenta aparecimento de urticária (máculas-pápulas eritematosas), angioedema ou ambos, durante um

período superior a 6 semanas. Pode ser **classificada** em dois tipos **de acordo com os fatores precipitantes se conhecidos é a UC indutível ou desconhecidos UC espontâneo (UCE).** A forma indutível possui diferentes agentes desencadeantes, que definem os seus vários subtipos (urticária ao frio, calor, pressão, solar, aquagénica, colinérgica, de contacto, angioedema vibratório e dermatografismo sintomático). Independente da classificação, **a UCE é incapacitante, prejudica a qualidade de vida e afeta o desempenho laboral e escolar.** Tem diagnóstico diferencial com condições médicas em que pústulas e/ou angioedema podem ocorrer, como anafilaxia, síndromes auto-inflamatórias, vasculite urticária ou angioedema mediada por bradicinina, angioedema hereditário. **O espectro de manifestações clínicas da UCE é muito amplo e sua evolução natural imprevisível.**

Clinicamente se manifesta como pápulas e/ou placas que aparecem de forma súbita de coloração clara ou avermelhada, tamanhos variados, quase sempre circundadas por um eritema reflexo, associadas a intenso prurido ou, algumas vezes, sensação de ardência. As lesões costumam apresentar aumento de temperatura local. Essas lesões têm natureza transitória e a pele retoma ao seu aspecto normal geralmente dentro de 1 a 24 horas. **O angioedema é um edema localizado, de origem na derme profunda ou tecido subcutâneo/submucoso, que geralmente afeta a mucosa e pele mais fina, preferencialmente da junção mucocutânea incluindo pálpebras e lábios, pronunciado, repentino, não uniforme, acompanhado ou não de eritema.** O angioedema **em geral é mais doloroso do que eritematoso e/ou pruriginoso.** Sua resolução se dá de forma mais lenta, podendo persistir por até 72 horas. O angioedema acompanha as lesões de urticária em cerca de 40-50% dos casos. Na suspeita de obstrução das vias aéreas associada, caracterizada por inchaço e dor na garganta, náuseas, vômitos e hipotensão arterial, recomenda-se tratamento adequado de emergência, diminuindo o risco de consequências mais graves. **Na UCE ocorre remissão espontânea com recidivas na maioria dos casos.** Poucos estudos epidemiológicos avaliaram a duração

dos sintomas.

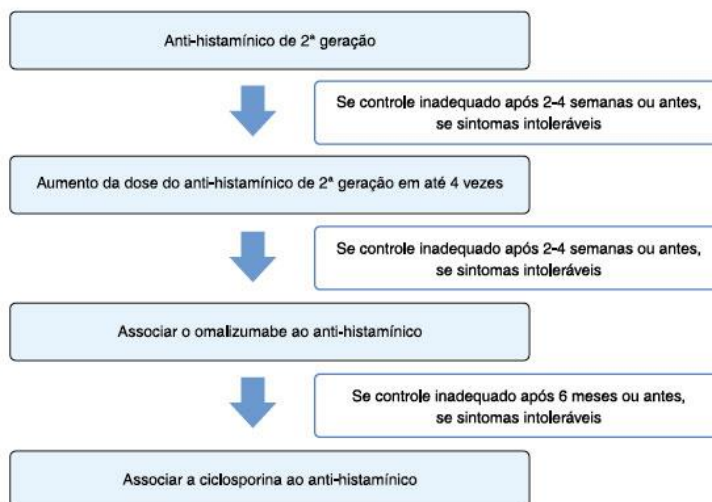
A fisiopatologia da UCE ainda não é bem conhecida, porém é sabido que o mastócito é a célula mais importante na fisiopatologia da urticária e do angioedema. Por mecanismos imunológicos e não imunológicos ela degranula liberando substâncias pró-inflamatórias e inflamatórias, tais como histamina, prostaglandinas e leucotrienos que atuam junto as arteríolas e vênulas terminais. Ocorre o aumento abrupto e maciço da permeabilidade local dos capilares cutâneos e vênulas pós-capilares levando ao edema central da pápula e ao angioedema; a vasodilatação das vênulas pós-capilares pela histamina com eritema e o reflexo axônico gerando o eritema circundante.

O diagnóstico da UCE objetiva excluir diagnósticos diferenciais, avaliar a atividade, o impacto e o controle da doença e identificar fatores desencadeantes de exacerbação ou, quando indicado, quaisquer causas subjacentes, sendo **essencialmente clínico. Anamnese minuciosa e exame físico detalhado** são importantes para **descartar** outros **quadros urticariformes, encontrar** um eventual **agente desencadeante** e **avaliar** participação de **fatores agravantes. Avaliação basal da atividade da doença com questionários** Weekly Urticaria Activity Score (**UAS 7**), **de qualidade de vida (QV)**, qualidade de vida para o angioedema (**AE-QoL**) e **de controle da doença** Urticaria Control Test (**UCT**) **são indispensáveis para orientar as decisões de tratamento**, fornecendo melhores informações sobre a carga da doença bem como possibilitando facilitar, melhorar e padronizar a documentação da UCE. **A investigação laboratorial recomendada de rotina é feita com o hemograma, VHS e proteína C-reativa.** Outros exames devem ser solicitados apenas se a anamnese, exame físico, ou os exames de rotina indicarem.

O tratamento da UCE objetiva o controle dos sintomas e a melhor qualidade de vida do paciente. Tem sido sugerida uma **dupla abordagem** sendo a primeira a **tentativa de identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes ou induzir sua tolerância**, e a segunda representada pelo

tratamento farmacológico para prevenir a liberação de mediadores de mastócitos e seus efeitos. Porém o controle da UCE não é fácil em função da dificuldade da identificação da etiologia da doença e pela fraca resposta terapêutica em grande parte dos pacientes. **É consenso que numa primeira linha, devem ser utilizados de modo contínuo até a resolução da UC, anti-histamínicos H1 (AH1) de segunda geração nas doses aprovadas.** Essas drogas são responsáveis pela redução da duração da crise, tamanho das placas de urticária, eritema, e principalmente do prurido. **Os AH1 de primeira geração** (prometazina, difenidramina, cetotifeno e clorfenamina) **já não são recomendados, devido aos seus efeitos adversos.** **Os de segunda geração** (cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, ebastina, rupatadina e **bilastina**) **apresentam potência elevada e maior meia-vida,** podendo ser administrados uma ou duas vezes ao dia, com **maior perfil de segurança e embora não sejam livres de efeitos adversos,** apresentam **menos efeitos anticolinérgicos e sedantes** por não atravessarem a barreira hematoencefálica. Dada a grande variabilidade na resposta individual a AH1 de segunda geração, **caso o controle sintomático não seja alcançado com seu uso, os doentes podem beneficiar da substituição por outro AH1 de segunda geração.** Na falha dessa primeira opção, o que ocorre em quase 50% dos casos, **como segunda linha, poder-se-á aumentar a dose usada até quatro vezes a aprovada, podendo ser trocado até 3 vezes de AH1 e mantido o tratamento por até 4 semanas, antes de avançar para terapêuticas de terceira linha.** Ainda assim, até **um terço dos pacientes permanecem sintomáticos, sem controle adequado dos sintomas.** Embora os estudos sejam concordantes em demonstrar a eficácia do aumento das doses dos AH1 de segunda geração com alto nível de evidência e com ótimo perfil de segurança em pacientes com UCE, esses medicamentos não são licenciados oficialmente para tal aumento. Em caso de necessidade de **avançar para a terceira e quarta linhas há duas opções consensuais** omalizumabe (**OMA**) e ciclosporina (**CX**). **Os consensos**

internacionais recomendam sempre tentar o OMA e antes da CX,

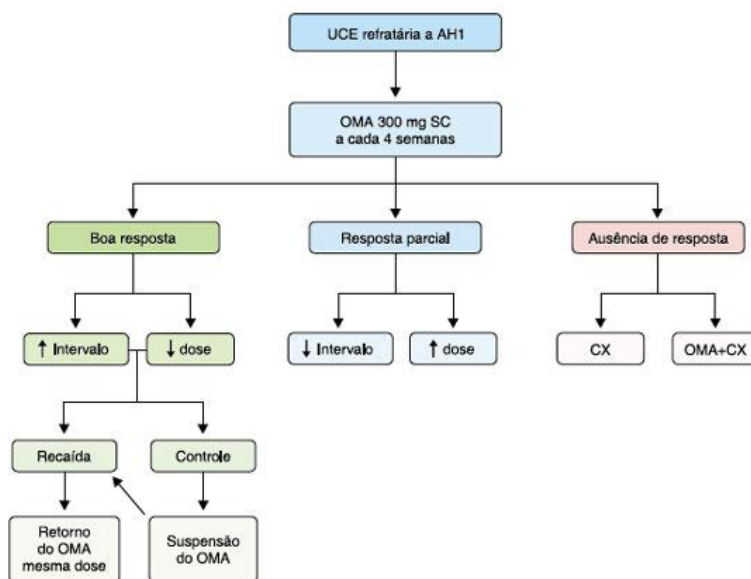


conforme abaixo.

Algoritmo de tratamento da urticária crônica espontânea recomendado por consenso mundial. Modificado de Zuberbier et al

O OMA é a única opção de terceira linha com autorização de introdução no mercado para a UCE a partir dos 12 anos de idade. É um anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE desenvolvido inicialmente para o tratamento da asma alérgica de difícil controle, que posteriormente mostrou-se útil também para o tratamento da UC autoimune, conforme em estudos de prova de conceito, ECR. Demonstrou ser muito eficaz e seguro no tratamento de UC e também previne o desenvolvimento de angioedema, melhorando acentuadamente a qualidade de vida. Se mostra adequado para tratamento a longo prazo e trata eficazmente a recidiva após a descontinuação. Apresenta boa resposta para tratamento da UCE em mais de 80% dos casos, com remissão completa em 43% a 81% dos casos, com bom perfil de segurança. Tem poucos efeitos colaterais e, geralmente, são leves e autolimitados (reação no sítio de aplicação do omalizumabe, dor, astenia, prurido, urticária, angioedema, cefaleia, febre e faringite). Atualmente, os consensos recomendam o OMA em seus algoritmos de tratamento como terceira ou quarta etapas de tratamento, juntamente com a ciclosporina, quando não há resposta ao

uso de AH1 em doses elevadas. Ainda existem dúvidas a respeito de quando suspendê-la em pacientes que respondem completamente e não há consenso sobre a definição do não respondedor e quando suspender a medicação para considerar outros tratamentos, ou ainda como manejar pacientes com retorno dos sintomas após descontinuação da medicação. Conforme a Consenso Brasileiro, está indicado na dose de 300 mg, a cada 4 semanas para UC refratária aos AH1 em doses elevadas podendo ser mantido por longos períodos, sem comprometer sua eficácia ou segurança. Se não houver resposta após seis meses do início do tratamento, o consenso mundial aconselha considerar o paciente como um não respondedor, descontinuar o OMA e ponderar uma opção de tratamento alternativa. Para os pacientes que não respondam totalmente, pode-se aumentar a dose de OMA, até chegar a 450 ou 600mg a cada 4 semanas, ou diminuir o intervalo de tempo da aplicação para a cada 3 ou 2 semanas. A escolha em aumentar a dose do OMA nos pacientes com UCE com resposta parcial pode ser avaliada após a aplicação da terceira dose, levando-se em conta o controle adequado nos respondedores lentos. O consenso mundial, portanto, recomenda que se mantenha o OMA por pelo menos 6 meses antes de se considerar outros tratamentos. As principais sugestões do manejo da UCE após 6



meses de tratamento com OMA estão representadas abaixo.

O OMA teve recentemente sua **incorporação ao SUS recomendada para para o tratamento de asma alérgica grave** não controlada apesar do uso de corticoide inalatório associado a um beta-2 agonista de longa ação, **estando disponível para esta condição, por meio do** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), **procedimento de alto custo**. O OMA foi considerado **custo-efetivo para os sistemas de saúde britânico, holandês, francês e turco**, e para o sistema de saúde **suplementar brasileiro**, no tratamento da UCE, porém **promove aumento de custos para esses sistemas**. No Brasil, ainda não foi incorporado ao SUS, para esta finalidade, sendo necessários estudos de avaliação econômica para avaliar esta incorporação.

A CX também tem efeito direto moderado na liberação do mediador de mastócitos, sendo **considerada droga de terceira/quarta linha no tratamento da UCE**, indicada apenas na doença grave refratária a qualquer dose de AH1 e OMA, apresentando **recomendação fraca na UCE refratária às terapêuticas convencionais**. A associação de dose baixa de CX para os pacientes que respondem parcialmente ao OMA pode ser uma alternativa terapêutica para a remissão dos sintomas. Seu

uso na UCE é off-label, e além de não ser licenciado para urticária tem perfil superior de efeitos adversos em relação as outras drogas. No entanto, **tem uma relação risco/benefício muito melhor em comparação ao uso crônico de esteróides**. Recomenda-se não ultrapassar 8 à 12 meses de uso ininterrupto, mas há situações em que se deve continuar. **Os principais possíveis eventos adversos são hipertensão arterial e nefrotoxicidade.**

Conclusão: conforme relatório, trata-se de paciente **8 anos, com UCE** em tratamento com alergologista **desde 15/12/2022**. Cursa **lesões em placas eritematosas, muito pruriginosas, difusas por todo o corpo, sem descamação, com frequência diária há mais de 3 anos. Fez uso contínuo de antihistamínicos segunda geração** como Loratadina, Bilastina, Fexofenadina **em doses máximas para a idade** (dose quadruplicada) e em alguns momentos **associação com antihistamínicos de primeira geração** sedantes como Hidroxizine, devido ao prurido intenso noturno, além de **ciclos de corticoide oral, sem resultados satisfatórios, com os sintomas diário da doença. Excluídas outras situações clínicas de doença. Avaliada a atividade da doença, sua gravidade e sua influência na qualidade de vida a partir de escores - UAS7=29, UCT=8 e CUQ2ol=29 (UCE grave, não controlada, com baixa qualidade de vida). Cursa com refratariedade ao tratamento, em virtude da dificuldade de controle da doença com a terapêutica habitual recomendada, inclusive com a recorrência de crises graves e, pela destacada associação com autoimunidade e mais importantemente pelo comprometimento da qualidade de vida deste paciente. Indica-se o uso do Anticorpo Monoclonal Humanizado Anti-IgE - Omalizumabe subcutâneo 300 mg a cada 4 semanas, com reavaliação em 6 meses), tempo mínimo de tratamento para avaliação de resposta, com urgência. Este medicamento encontra-se sob o nome comercial XOLAIR devidamenteo registrado na ANVISA, não havendo genéricos disponíveis no mercado.**

A UCE é condição frequente **causada por mastócitos**, caracterizada

por urticária e/ou angioedema, durante um período superior a 6 semanas. É incapacitante, prejudica a qualidade de vida e afeta o desempenho no trabalho e na escola. Seu tratamento objetiva o controle dos sintomas e a melhor qualidade de vida do paciente, porém não é fácil. Tem sido sugerida **dupla abordagem** no seu manejo: **identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes ou induzir sua tolerância**, e **tratamento farmacológico para prevenir a liberação de mediadores de mastócitos e seus efeitos**.

De acordo com **diretrizes internacionais o tratamento padrão é de primeira linha, é uso dos AH1 de 2ª geração, a otimização da dose até 4 vezes a dose padrão do AH1 como de segunda linha, etapas realizadas no caso em tela. Se os sintomas não desaparecem após 2 à 4 semanas, apesar da adesão adequada ao tratamento, deve-se lançar mão do uso da terceira e quarta linha de tratamento com a CX e o OMA. A CX droga de terceira/quarta linha no tratamento da UCE, indicada apenas na doença grave refratária a qualquer dose de AH1 e OMA, apresentando recomendação fraca na UCE refratária às terapêuticas convencionais. A associação de dose baixa de CX para os pacientes que respondem parcialmente ao OMA pode ser uma alternativa terapêutica para a remissão dos sintomas. Seu uso na UCE é off-label, e além de não ser licenciado para urticária tem perfil superior de efeitos adversos em relação as outras drogas, entretanto, com relação risco/benefício muito melhor em comparação ao uso crônico de esteróides.**

O OMA, anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE, é a única opção de terceira linha com autorização de introdução no mercado para a UCE a partir dos 12 anos de idade, conforme bula pela ANVISA, sem menção do seu uso [para UCE aos 8 anos de idade. Considerado eficaz e seguro para promover controle sintomático de UCE moderada a severa. É recomendado pelos consensos como terceira ou quarta etapas de tratamento, juntamente com a CX, na ausência de resposta a doses elevadas de AH1, sendo custo-efetivo para os sistemas de saúde

britânico, holandês, francês e turco, e de saúde suplementar brasileiro, porém promove aumento de custos para esses sistemas. **Tem poucos efeitos colaterais e,** geralmente, **são leves e autolimitados** (reação no sítio de aplicação do omalizumabe, dor, astenia, prurido, urticária, angioedema, cefaleia, febre e faringite). **No Brasil, está disponível para uso no SUS em caso de asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório associado a um beta-2 agonista de longa ação, porém ainda não foi incorporado ao SUS, para tratamento da UCE,** sendo necessários estudos de avaliação econômica para avaliar esta incorporação.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, Bernstein JA, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Buense Bedrikow R, Canonica GW, Igreja MK, Craig T, Danilycheva IV, Dressler C, Ensina LF, Giménez-Arnau A, Godse K, Gonçalo M, Grattan C, hebert J, Esconder M, kaplan A, Kapp A, katelaris CH, Kocatürk E, Kulthanan K, Larenas-Linnemann D Leslie TA, Magerl M, Mathelier-Fusade P, Meshkova RY, metz M, Nast A, Nettis E, Oude Elberink H, Rosumeck S, Saini SS, Sanchez-Borges M, Scmid-Grendelmeier P, Staubach P, Sussman G, Toubi E, Vena GA, Vestergaard C, Wedi B, Werner RN, Zhao Z, Maurrer M. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy.** 2018;73:1393–414. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/all.13397>.

2. Costa C, Gonçalo M em nome do GPEU – Grupo Português de Estudos de Urticária. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Urticária Crónica Espontânea: Recomendações em Portugal. **Acta Med Port.** 2016;29(11): 763-81. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/download/670/454/>.

3. Zhao ZT, Ji CM, Yu WJ, Meng L, Pharm M, Hawro T, Wei JF, Maurer M. Omalizumab for the treatment of chronic spontaneous urticaria: A meta-analysis of randomized clinical trials. **J Allergy Clin Immunol.** 2016; 137(6): 1742-50. Disponível em: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(16\)0](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(16)0)

[0295-5/pdf](#).

4. Urgert MC, van den Elzen MT, Knulst AC, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and GRADE assessment. **Br J Dermatol**. 2015;173(2):404-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25891046>.

5. Berard F, Ferrier Le Bouedec MC, Bouillet L, Reguiat Z, Barbaud A, Cambazard F, Milpied B, Pelvet B, Kasujee I, Gharbi H, Lacour JP. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria nonresponsive to H1-antihistamine treatment: results of the phase IV open-label SUNRISE study. **BJD**. 2019;180:56-66. Disponível em: file:///C:/Users/f0206128/Downloads/B-rard_et_al-2019-British_Journal_of_Dermatology.pdf.

6. Argolo PN, Gehlen B, Mousinho-Fernandes M, Kalil J, Motta AA, Agondi RC. Uso do omalizumabe na urticária crônica espontânea: o que fazer após 6 meses? **Arq Asma Alerg Imunol**. 2020;4(2):157-164. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1080.

7. Barbosa AM, Araújo FM, Vieira L. Eficácia, segurança e custo-efetividade do omalizumabe para urticária crônica espontânea em pacientes maiores de 12 anos refratários aos anti-histamínicos: revisão rápida de evidências. **Rev Cient Esc Saúde Goiás**. 2019;5(2):64-82. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2019-08/artigo_revisao_omalizumabe-para-urticaria-cronica-espontane_revisao-rapida-de-evidencias2.pdf.

8. Argolo PN, gehlen B, Mousinho-Fernandes M, Kalil J, Motta AA, Agongi RC. Uso do omalizumabe na urticária crônica espontânea: o que fazer após 6 meses? **Arq Asma Alerg Imunol**. 2020;4(2):157-62. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1080

9. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Relatório de recomendação nº 499 Dezembro/2019. Omalizumabe para o tratamento de asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório associado a um beta-2 agonista de longa ação. Brasília, 2019. 110p. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Omalizumabe_asma_grave_499_2019_FINAL.pdf.

V – DATA:

29/04/2024

NATJUS - TJMG