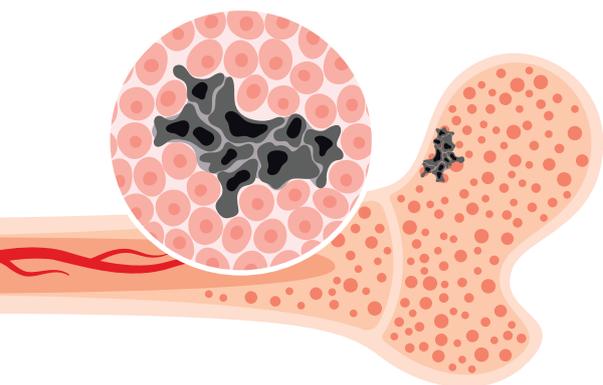


PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM MIELOMA MÚLTIPLO

RECIDIVADOS OU REFRATÁRIOS



O mieloma múltiplo corresponde à 1% de todos os cânceres e aproximadamente 10% dos cânceres hematológicos.²

INCIDÊNCIA

No Brasil não há dados epidemiológicos concretos referentes ao mieloma múltiplo sendo os cálculos estimados de dados oficiais dos EUA.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que o Brasil tenha uma incidência de 9.925 novos casos de mieloma múltiplo em 2040, sendo 53% na faixa etária de 70 anos ou mais.

A incidência e prevalência do mieloma múltiplo aumentam progressivamente com a idade. Portanto quanto maior a taxa de envelhecimento de um país, maior as chances de aumento de incidência do mieloma múltiplo.

ESTIMATIVA DE

9.925

NOVOS CASOS EM 2040, COM

53%

ACIMA DOS 70 ANOS DE IDADE

FAIXA ETÁRIA

O mieloma múltiplo acomete principalmente pessoas idosas (média de 65 a 74 anos de idade) e uma pequena porção (menor de 2%) com menos de 40 anos de idade.¹

FATORES DE RISCO

Idade: o acúmulo de mutações que culminam no mieloma múltiplo requer décadas, tornando a doença clinicamente visível em adultos mais velhos, na ausência de outros fatores de risco predisponentes.³



SEXO 1,5X mais comum em homens do que em mulheres.³



RAÇA 2X mais comuns entre afrodescendentes. Os asiáticos possuem um risco reduzido.³



HÁBITOS Tabagismo, álcool em excesso, excesso de gordura corporal.³

RECIDIVA/REFRATARIEDADE

Recidiva clínica: pacientes sintomáticos com piora da lesão em órgão alvo, surgimento de novas lesões, plasmocitomas, anemia, insuficiência renal ou hipercalemia.⁵

Recidiva bioquímica: aumento assintomático dos níveis séricos do componente monoclonal.⁵

Mieloma múltiplo recidivado e refratário é uma doença não responsiva à linha de terapia escolhida em pacientes que alcançaram uma resposta mínima ou melhor em alguma etapa de tratamento anterior.⁴

O mieloma múltiplo recidivado e refratário é a doença que não responde à terapia ou progride dentro de 60 dias da última linha de tratamento.⁴ Já o mieloma múltiplo recidivado, é a doença previamente tratada que progrediu e requer nova terapia



ABRENFHO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
EM ONCOLOGIA E ONCO-HEMATOLOGIA

janssen Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johson & Johnson**

PROGNÓSTICO

A taxa de sobrevida relativa do paciente diagnosticado com mieloma múltiplo em 5 anos é de 55,6%

Porém os pacientes refratários às classes medicamentosas têm desfechos ruins com sobrevida global mediana de 9 meses.⁶

Essa curva de sobrevida tem aumentado devido ao aparecimento das novas terapias.⁶

Os esquemas de cuidado convencionais tradicionalmente usados para tratamento do mieloma múltiplo recidivado / refratário mostram pouco benefício:⁷

- › taxa de resposta global de 31,3%;
- › mediana de sobrevida global de 9,3 meses;
- › PFS de 3,4 meses.



NOVAS TERAPIAS

Embora tenha havido muitos avanços no tratamento com o mieloma múltiplo ainda é inicialmente realizado com o uso dos inibidores de proteossoma, drogas imunomoduladoras, anticorpos monoclonais (anti-CD38).⁸

Várias abordagens para o tratamento com esses agentes têm sido desenvolvidas, porém há um crescimento de pacientes refratários de classe tripla (refratários a agentes imunomoduladores, inibidores de proteossoma, anticorpos monoclonais – classe tripla). Esses pacientes necessitam de terapias novas diante da diversidade clonal e multirefratariedade gerando uma necessidade médica não atendida de pacientes recidivados/refratários.⁶

Devido essas necessidades surgiram novas estratégias incluindo quimioterapia convencional, TCTH de resgate, novo inibidor de exportação nuclear, e abordagens novas como a terapia celular com células CAR-T e anticorpos biespecíficos.⁹

A terapia com células T modificadas com receptor de antígeno quimérico (CAR) direcionado ao antígeno de maturação de células B (BCMA) também é uma terapia promissora.¹²

Os anticorpos biespecíficos, uma nova modalidade terapêutica efetiva e segura no cenário do Mieloma Múltiplo recidivado ou refratário já comercializado no Brasil. São drogas alvo terapêuticos específicos e ligam-se a diferentes receptores como o BCMA e GPRC5D11 trazendo um novo caminho para a remissão robusta e duradoura. São produtos “de prateleira” com boas respostas e incidência limitada de eventos adversos ≥ 3 .¹⁰

A reutilização ou reciclagem de tratamentos anteriores pode ser considerada devido aos efeitos sinérgicos das combinações medicamentosas ou presença de evolução clonal que pode significar uma nova sensibilidade aos fármacos, porém essa opção tem demonstrando baixas taxas de resposta.⁹

1. URBAN VS, CEGLEDI A, MIKALAV G. Multiple myeloma, a quintessential malignant disease of aging: a geroscience perspective on pathogenesis and treatment. *Geroscience* 2023 Apr;45(2):727-746 | 2. SWERDLOW SH, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Revised 4th edition. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017. p585 | 3. PADALA SA, BARSOUK A, BARSOUK A, RAWLA P, VAKITI A, KOLHE R, KOTA V, AJEBO GH. Epidemiology, staging and management of multiple myeloma. *Med Sci (Basel)* 2021 Mar; 9(1):3 | 4. BHATT P, KLOOCK C, COMENZO R. Relapsed/refractory multiple myeloma: a review of available therapies and clinical scenarios encountered in myeloma relapse. *Curr Oncol* 2023 Feb 15;30(2):2322-2347 | 5. MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONITEC. Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do mieloma múltiplo. Coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas – CPCDT/CGTS/DGITIS/SCTIE/MS. Brasília, DF, 2022. | 6. CORNELL R et al. Overall survival of patients with triple-class refractory multiple myeloma treated with selinexor plus dexamethasone vs standard of care in MAMMOTH. *Am J Hematol* 2021 Jan;96(1): E5-E8. | 7. SHAH N, MOJEBI A, AYERS D,

COPE S, DHANASIRI S, DAVIES FE, HARI P, PATEL P, HEGE K, DHANDA D. Indirect treatment comparison of idacabtagene vicleucel versus conventional care in triple-class exposed multiple myeloma. *J. Comp. Eff. Res.* (2022) 11 (10) ,737-749 | 8. MIKHAEL J, BHUTANI M, COLE CE. Multiple myeloma for the primary care provider: A practical review to promote earlier diagnosis among diverse populations. *The American Journal of Medicine*, vol 136, n1, January 2023 | 9. LACMAN G, SASTOW DL, CHO HJ, JAGANNATH SM MADDURI D, PAREKH SS, RICHARD S, RICHTER J, SANCHEZ L, CHARI A. Bispecific antibodies in multiple myeloma: presente and future. *Blood Cancer Discov.* 2021 Aug 17;2(5):423-433 | 10. MIKHAEL J. Treatment Options for triple-class refractory multiple myeloma. *Clinical Lymphoma, Myeloma & Leukemia*, vol 20, n1, 1-7, 2019 | 11. CHARI A et al. Talquetamab, a T-cell-redirecting GPRC5D bispecific antibody for multiple myeloma. *N Engl J Med*, 387:24, December, 2022 | 12. LAKSHMAN A, KUMAR SK. Chimeric antigen receptor T-cells, bispecific antibodies, and antibody-drug conjugates for multiple myeloma: na update. *Am J Hematol* 2022 Jan 1;97(1): 99-118.