

**Lynparza comprimidos
(olaparibe)**

AstraZeneca do Brasil Ltda.

Comprimidos revestidos

100 mg

150 mg

LYNPARZA® COMPRIMIDOS

olaparibe

I) IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

LYNPARZA® COMPRIMIDOS

olaparibe

APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos de 100 mg em embalagens com 56 comprimidos.

Comprimidos revestidos de 150 mg em embalagens com 56 comprimidos.

VIA ORAL

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido revestido de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** contém 100 mg ou 150 mg de olaparibe.

Excipientes: copovidona, dióxido de silicone coloidal, manitol, fumarato de estearil sódico, hipromelose, macrogol 400, dióxido de titânio, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro preto (apenas comprimido de 150 mg).

II) INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Câncer de ovário

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado como monoterapia para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), recentemente diagnosticado, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado, com mutação BRCA, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina.
- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário seroso (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) ou endometrióide, de alto grau (grau 2 ou maior), recidivado, sensível à platina e que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia baseada em platina.

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado em combinação com bevacizumabe para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma epitelial avançado (estágio FIGO III-IV) de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) e que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina, em combinação com bevacizumabe.

As pacientes devem ter recebido no mínimo 2 ciclos de bevacizumabe (nos casos de cirurgia de debulking de intervalo) ou 3 ciclos de bevacizumabe em combinação com os últimos 3 ciclos de quimioterapia baseada em platina.

Câncer de mama

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado como monoterapia para:

- tratamento adjuvante de pacientes adultos com câncer de mama inicial de alto risco do Fator do crescimento epidérmico humano-tipo 2 (HER2) negativo, com mutação BRCA, que foram previamente tratados com quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante.
- tratamento de pacientes adultos com câncer de mama metastático HER2 negativo, com mutação germinativa no gene BRCA (patogênica ou suspeitamente patogênica), previamente tratados com quimioterapia. Estes pacientes podem ter recebido quimioterapia em um cenário neoadjuvante, adjuvante ou metastático. Pacientes com câncer de mama receptor hormonal positivo, devem ter sido tratados com uma terapia endócrina prévia ou serem considerados inadequados para terapia endócrina.

Adenocarcinoma de pâncreas

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado como monoterapia para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultos com adenocarcinoma de pâncreas metastático com mutação germinativa no gene BRCA, cuja doença não progrediu com quimioterapia em primeira linha baseada em platina.

Câncer de próstata

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado como monoterapia para:

- tratamento de pacientes adultos com câncer de próstata metastático resistente à castração e com mutação de genes BRCA1/2 e/ou ATM envolvidos na recombinação homóloga (germinativa e/ou somática), cuja doença progrediu após tratamento prévio com novo agente hormonal.

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado em combinação com abiraterona e prednisona ou prednisolona para:

- tratamento de pacientes adultos com câncer de próstata metastático resistente à castração.

Câncer de endométrio

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado em combinação com durvalumabe para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultas com câncer de endométrio avançado ou recorrente, proficiente na expressão de enzimas de reparo (pMMR), cuja doença não progrediu no tratamento de primeira linha com durvalumabe em combinação com paclitaxel e carboplatina.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Tratamento de manutenção de carcinoma de ovário avançado recentemente diagnosticado

O SOLO1 foi um estudo Fase III, randomizado, duplo-cego, placebo controlado, multicêntrico, que comparou a eficácia de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (300 mg [2 comprimidos x 150 mg], duas vezes ao dia) com placebo no tratamento de manutenção de câncer de ovário avançado (estágio FIGO III-IV), seroso ou endometrióide, de alto grau, com mutação BRCA (*BRCAm*). O estudo randomizou 391 pacientes (randomização 2:1: 260 olaparibe e 131 placebo) que estavam em resposta (RC [resposta completa] ou RP [resposta parcial]) após o término da primeira linha de quimioterapia contendo platina. As pacientes foram estratificadas pela resposta à primeira linha de quimioterapia com platina (RC ou RP). O tratamento foi mantido por 2 anos ou até a progressão da doença de base. Para pacientes que permaneceram em resposta clínica completa (isto é, sem evidência radiológica da doença), a duração máxima do tratamento foi de 2 anos, no entanto, as pacientes que continuavam sem evidência de progressão da doença, isto é, a doença se mantinha estável, puderam continuar a receber LYNPARZA além dos 2 anos.

Pacientes com mutações BRCA foram identificadas tanto por meio de teste germinativo no sangue, via teste local ou central (isto é, testes Myriad Integrated *BRACAnalysis*[®], Myriad *BRACAnalysis* CDx[®], China BGI) ou por meio de teste em amostras do tumor usando um teste local. O status *BRCAm* de todas as pacientes foi confirmado, quando possível, usando o teste Myriad Integrated *BRACAnalysis*[®], o teste Myriad *BRACAnalysis* CDx[®] ou o teste do Estudo Clínico da Foundation Medicine, FoundationOne CDx[™].

No SOLO1, 389 pacientes eram *BRCAm* germinativo e 2 pacientes *BRCAm* somático.

Características demográficas e de base foram geralmente bem balanceadas entre os braços de tratamento com olaparibe e placebo. A idade mediana foi de 53 anos em ambos os braços. Câncer de ovário foi o tumor primário em 85% das pacientes. O tipo histológico mais comum foi seroso (96%) e a histologia endometriode foi reportada em 2% das pacientes. A maioria das pacientes apresentavam status de desempenho ECOG 0 (78%). Todas as pacientes tinham recebido terapia baseada em platina em primeira linha; resposta a quimioterapia prévia com platina foi completa em 82% e parcial em 18% das pacientes. 93% das pacientes foram randomizadas dentro de 8 semanas após a última dose de quimioterapia com base em platina.

O desfecho primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP), definida como o tempo desde a randomização até a progressão, determinada pela avaliação do investigador usando os Critérios de Avaliação de Resposta em Tumores Sólidos (RECIST) 1.1. ou morte. Desfechos secundários de eficácia incluíram tempo da randomização até segunda progressão ou morte (SLP2); sobrevida global (SG), tempo da randomização até primeira terapia antineoplásica subsequente ou morte (TFST) e qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL). As pacientes tiveram avaliação do tumor no início e a cada 12 semanas por 3 anos e então, a cada 24 semanas em relação à data de randomização, até a progressão radiológica objetiva da doença.

O estudo demonstrou uma melhora clinicamente relevante e estatisticamente significativa na SLP avaliada pelo investigador para o olaparibe comparado ao placebo, com uma razão de risco (HR) de 0,30 (95% IC 0,23 – 0,41; $p < 0,0001$; a mediana não foi alcançada para olaparibe vs. 13,8 meses para placebo). Com base nas estimativas Kaplan-Meier, a proporção de pacientes que estavam livres de progressão aos 12, 24 e 36 meses foram 88%, 74% e 60% para olaparibe vs. 51%, 35% e 27% para placebo; a mediana do tempo de acompanhamento foi de 41 meses para ambos os braços de tratamento. A avaliação da SLP pelo investigador foi suportada por uma revisão radiológica cega central e independente (BIRC) da SLP (HR 0,28; 95% IC 0,20-0,39; $p < 0,0001$; mediana não alcançada para olaparibe vs. 14,1 meses para placebo). Uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa na SLP2 foi também observada com uma HR de 0,50 (95% IC 0,35-0,72; $p = 0,0002$; mediana não alcançada para olaparibe vs. 41,9 meses para placebo), indicando que o benefício observado com o olaparibe continuou a ser evidente mesmo com o uso de terapias subsequentes (veja Tabela 1).

No momento da análise de SLP, uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa no TFST foi observado nas pacientes tratadas com olaparibe. Uma análise descritiva realizada sete anos após o último

paciente ter sido randomizado demonstrou um benefício clinicamente significativo na SG que favoreceu numericamente o braço do olaparibe (Tabela 1 e Figura 2).

Tabela 1 **Resumo dos principais achados de eficácia para pacientes com câncer de ovário avançado, *BRCA* mutado, recentemente diagnosticado no SOLO1**

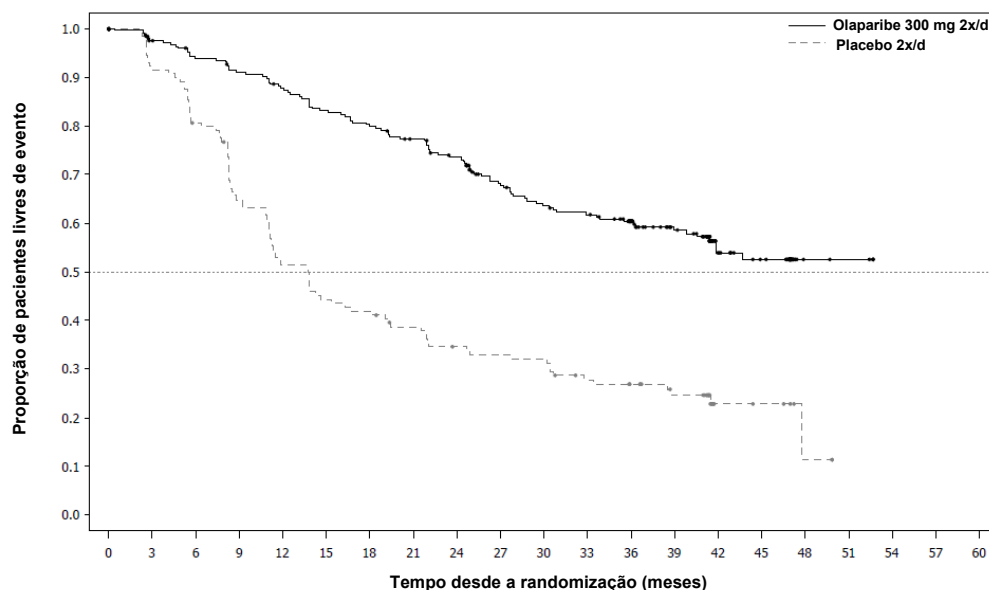
	Olaparibe 300 mg 2x/d	Placebo
SLP (51% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	102:260 (39)	96:131 (73)
Tempo mediano (meses)	NR	13,8
Livre de progressão aos 12 meses (%) ^a	88	51
Livre de progressão aos 24 meses (%) ^a	74	35
Livre de progressão aos 36 meses (%) ^a	60	27
HR (IC 95%) ^b	0,30 (0,23-0,41)	
Valor de p (bilateral)	p<0,0001	
SLP2 (31% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	69:260 (27)	52:131 (40)
Tempo mediano (meses)	NR	41,9
HR (IC 95%) ^b	0,50 (0,35-0,72)	
Valor de p (bilateral)	p=0,0002	
SG (38% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	84:260 (32)	65:131 (50) ^c
Tempo mediano (meses)	NR	75,2
Vivo em 36 meses (%) ^a	84	81
Vivo em 60 meses (%) ^a	73	63
Vivo em 84 meses (%) ^a	67	47
HR (IC 95%) ^b	0,55 (0,40-0,76)	
TFST (60% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	135:260 (52)	98:131 (75)
Tempo mediano (meses)	64,0	15,1
HR (IC 95%) ^c	0,37 (0,28-0,48)	

^a Estimativas Kaplan-Meier.

^b Valor <1 é favorável ao olaparibe. A análise foi realizada usando modelo de riscos proporcionais de Cox, incluindo resposta (RC ou RP) à quimioterapia prévia com platina como uma covariante.

^c De 97 pacientes no braço placebo que receberam terapia subsequente, 58 (60%) receberam um inibidor da PARP 2x/d Duas vezes ao dia; NR não alcançado; IC Intervalo de confiança; SLP sobrevida livre de progressão; SLP2 tempo até segunda progressão ou morte; SG sobrevida global; TFST tempo da randomização até início da primeira terapia subsequente ou morte.

Figura 1 SOLO1: Gráfico de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com câncer de ovário avançado, *BRCA* mutado, recentemente diagnosticado (51% maturidade – avaliação pelo investigador)



Número de pacientes sob risco:

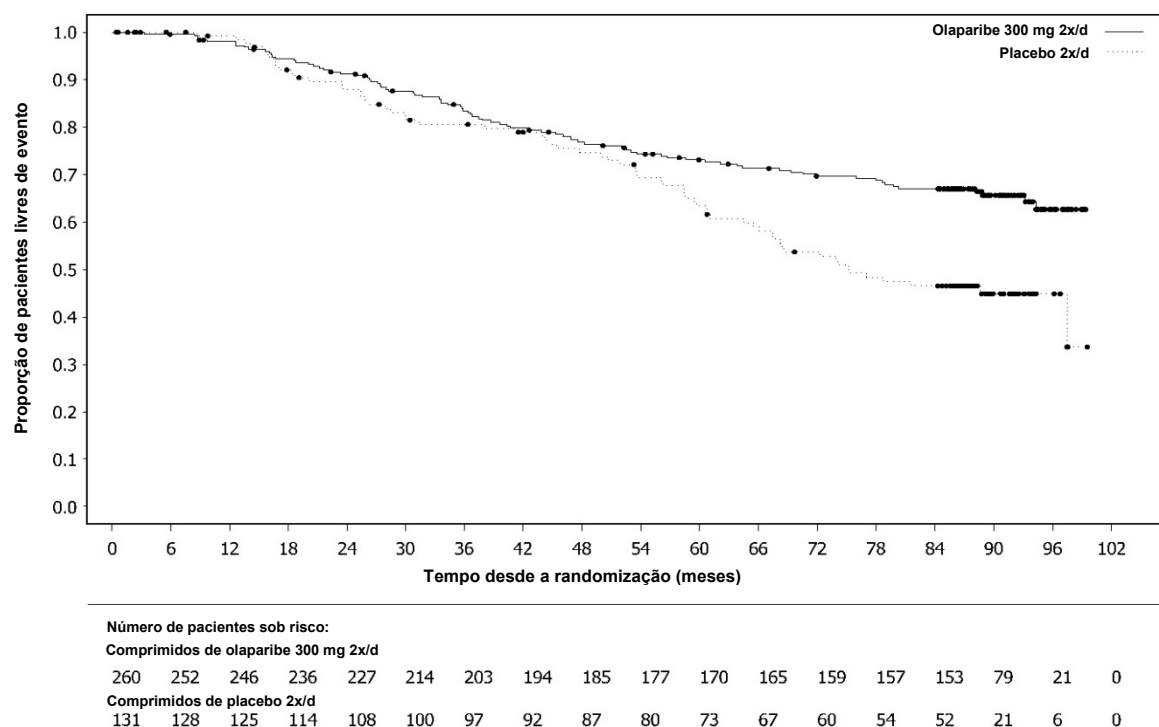
Comprimidos de olaparibe 300 mg 2x/d

260 240 229 221 212 201 194 184 172 149 138 133 111 88 45 36 4 3 0 0 0

Comprimidos de placebo 2x/d

131 118 103 82 65 56 53 47 41 39 38 31 28 22 6 5 1 0 0 0 0

Figura 2 SOLO1: Gráfico de Kaplan-Meier de SG em pacientes recém-diagnosticadas com câncer de ovário avançado *BRCA1/2m* (38% maturidade).



Não houve diminuição na HRQoL em relação ao início, para as pacientes tratadas com olaparibe durante o período de tratamento de 24 meses, e não houve diferenças clinicamente relevantes na HRQoL comparado com as pacientes tratadas com placebo, conforme avaliado pela alteração do basal no *Trial Outcome Index* (TOI) do *Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovarian* (FACT-O).

Carcinoma de ovário recidivado sensível à platina (PSR)

A eficácia de **LYNPARZA** no contexto do tratamento de manutenção em carcinoma de ovário recidivado, de trompa de Falópio ou peritoneal primário, sensível à platina (PSR) é corroborada por 2 estudos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo, em pacientes com carcinoma PSR e *BRCA*-mutadas (SOLO2) e em pacientes com carcinoma PSR, mutadas e não mutadas para *BRCA* (Estudo 19). Em ambos os estudos, foram recrutadas pacientes PSR que demonstravam resposta após o término da quimioterapia à base de platina, e cuja

doença recidivou > 6 meses após o término da penúltima quimioterapia à base de platina. As pacientes não poderiam ter recebido tratamento anterior com olaparibe ou outro inibidor da PARP. Pacientes poderiam ter recebido bevacizumabe anteriormente, exceto em regimes que imediatamente antecederam à randomização. Pacientes com mutações *BRCA* foram identificadas por teste germinativo em sangue via teste local, ou pelo teste Myriad CLIA Integrated BRCA^{Analysis}[®], ou por teste de uma amostra tumoral usando um teste local ou um teste realizado pela Foundation Medicine.

Além disso, a eficácia de **LYNPARZA** no tratamento de manutenção em câncer de ovário PSR não-gBRCAm, trompa de falópio ou câncer peritoneal primário também foi avaliada em um estudo multicêntrico de braço único (OPINION).

Estudo SOLO2 em pacientes PSR com mutação no BRCA

O estudo comparou a eficácia do tratamento de manutenção de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (300 mg [2 comprimidos de 150 mg] duas vezes ao dia), versus o tratamento com placebo administrado até a progressão, em 295 pacientes com câncer de ovário seroso de alto grau ou endometrióide e PSR (randomização 2:1: 196 olaparibe e 99 placebo) que demonstravam resposta (RC ou RP) após o término da quimioterapia contendo platina. Todas as pacientes tinham evidência de mutação *BRCA* germinativa (*gBRCAm*) no basal.

O desfecho primário foi a SLP determinada pela avaliação do investigador usando RECIST 1.1. Desfechos secundários de eficácia incluíram SLP2; SG; tempo da randomização até descontinuação do tratamento ou morte (TDT); TFST; tempo da randomização até o início da segunda terapia antineoplásica subsequente ou morte (TSST); e HRQoL.

O estudo atingiu o objetivo primário, demonstrando uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa na SLP avaliada pelo investigador para olaparibe em comparação com placebo com uma HR de 0,30 (IC 95% 0,22-0,41; $p < 0,0001$; mediana de 19,1 meses para olaparibe vs. 5,5 meses para placebo). A avaliação pelo investigador de SLP foi corroborada com uma revisão radiológica cega central e independente de SLP (HR 0,25; IC 95% 0,18-0,35; $p < 0,0001$; mediana de 30,2 meses para olaparibe vs. 5,5 meses para placebo). Em 2 anos, 43% das pacientes tratadas com olaparibe permaneceram livres de progressão em comparação com apenas 15% das pacientes tratadas com placebo. Uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa na SLP2 também foi observada com um HR de 0,50 (IC 95% 0,34-0,72; $p = 0,0002$; mediana não atingida para olaparibe vs. 18,4 meses para placebo),

indicando que o benefício observado continuou a ser evidente mesmo com o uso de terapias subsequentes. Na análise final da SG (61% de maturidade), a HR foi de 0,74 (IC 95% 0,54-1,00; $p=0,0537$; mediana de 51,7 meses para o olaparibe vs 38,8 meses para o placebo), a qual não atingiu significância estatística. Melhoras clinicamente e estatisticamente significativas na TDT, TFST e TSST também foram observadas em pacientes tratadas com olaparibe (Tabela 2).

Um resumo dos principais achados de eficácia para pacientes com câncer de ovário PSR *gBRCAm* no SOLO2 é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 **Resumo dos principais achados de eficácia para pacientes com câncer de ovário PSR *gBRCAm* no SOLO2**

	Olaparibe 300 mg comprimido 2x/d	Placebo
SLP (63% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	107:196 (55)	80:99 (81)
Tempo mediano (meses)	19,1	5,5
HR (IC 95%) ^a		0,30 (0,22-0,41)
Valor de p (bilateral)		$p<0,0001$
SLP2 (40% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	70:196 (36)	49:99 (50)
Tempo mediano (meses)	NR	18,4
HR (IC 95%) ^a		0,50 (0,34-0,72)
Valor de p (bilateral)		$p=0,0002$
SG (61% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	116:196 (59)	65:99 (66) ^b
Tempo mediano (IC 95%), meses	51,7 (41,5; 59,1)	38,8 (31,4; 48,6)
HR (IC 95%) ^a		0,74 (0,54-1,00)
Valor de p (bilateral)		$p=0,0537$
TFST		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	92:196 (47)	79:99 (80)
Tempo mediano (meses)	27,9	7,1
HR (IC 95%) ^a		0,28 (0,21-0,38)
Valor de p* (bilateral)		$p<0,0001$

	Olaparibe 300 mg comprimido 2x/d	Placebo
TDT		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	112:196 (57)	86:99 (87)
Tempo mediano (meses)	19,4	5,6
HR (IC 95%) ^a		0,31 (0,23-0,42)
Valor de p* (bilateral)		p<0,0001
TSST		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	68:196 (35)	60:99 (61)
Tempo mediano (meses)	NR	18,2
HR (IC 95%) ^a		0,37 (0,26-0,53)
Valor de p* (bilateral)		p<0,0001

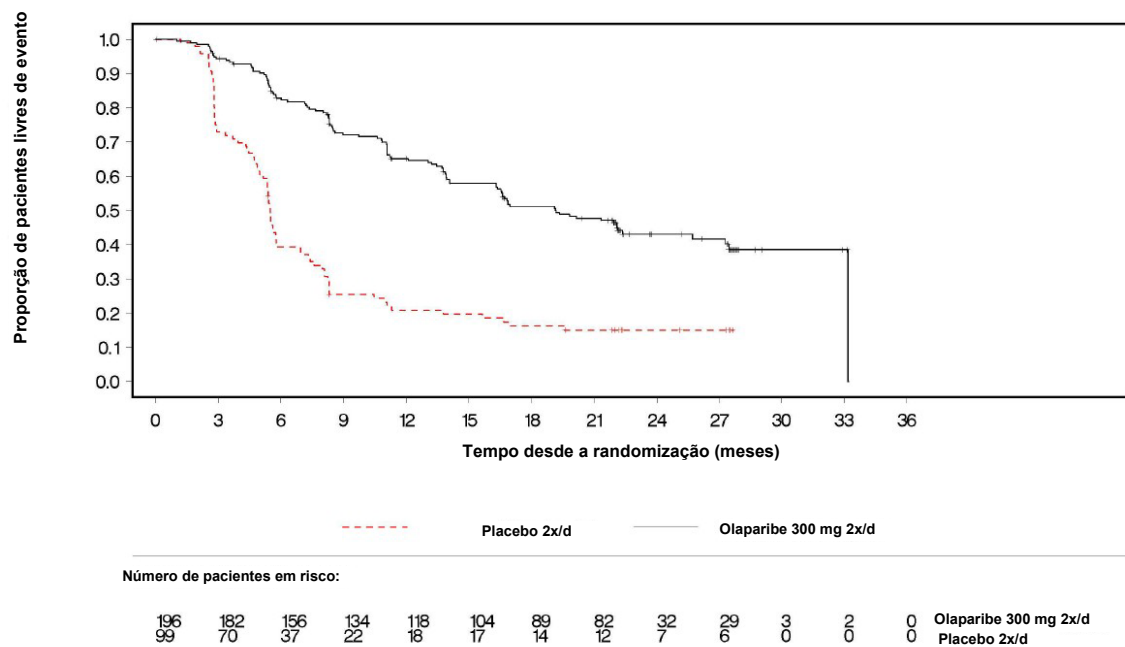
* Não controlado para multiplicidade

^a Valor <1 é favorável ao olaparibe. A análise foi realizada usando um modelo de riscos proporcionais de Cox incluindo resposta à quimioterapia prévia contendo platina (RC ou RP) e o tempo para progressão da doença (>6-12 meses e >12 meses) na penúltima quimioterapia à base de platina como covariantes.

^b Aproximadamente um terço das pacientes tratadas com placebo (28/99; 28,3%) recebeu um inibidor de PARP subsequente.

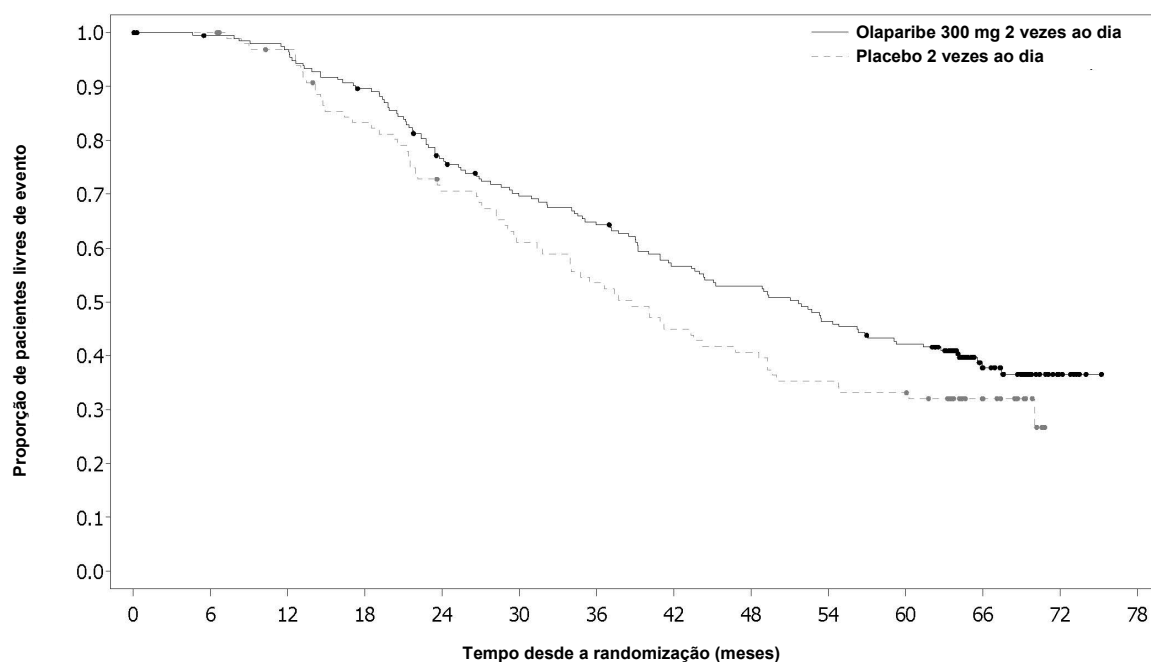
2x/d Duas vezes ao dia; NR= Não alcançado; SG= sobrevida global; SLP= sobrevida livre de progressão; IC= intervalo de confiança; TDT= Tempo da randomização até descontinuação do tratamento ou morte; TFST=Tempo da randomização até início da primeira terapia subsequente ou morte; SLP2= tempo da randomização até segunda progressão; TSST=Tempo da randomização até início da segunda terapia subsequente ou morte.

Figura 3 SOLO2: Gráfico de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com câncer de ovário PSR *gBRCAm* (63% maturidade – avaliação pelo investigador)



2x/d= Duas vezes ao dia; SLP= Sobrevida livre de progressão

Figura 4 SOLO2: Gráfico de Kaplan-Meier de SG em pacientes com câncer de ovário PSR *gBRCAm* (61% de maturidade)



Número de pacientes em risco:

Olaparibe 300 mg 2 vezes ao dia

196 192 187 172 145 130 120 105 98 86 77 39 7 0

Placebo 2 vezes ao dia

99 99 93 79 66 57 50 42 38 33 31 16 0 0

Não houve diferença na HRQoL entre os grupos tratados com olaparibe e placebo, conforme avaliado pela alteração do basal no *Trial Outcome Index* (TOI) do *Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovarian* (FACT-O) ao longo de 12 meses (diferença estimada - 0,03; IC 95%: -2,191; 2,2126; $p=0,9765$).

Estudo 19 em pacientes PSR

O estudo comparou a eficácia do tratamento de manutenção com **LYNPARZA** cápsulas (400 mg [8 cápsulas de 50 mg] duas vezes ao dia), versus tratamento com placebo administrados até a progressão em 265 pacientes (136 olaparibe e 129 placebo) PSR, que demonstraram resposta (RC ou RP) após o término da quimioterapia contendo platina. O desfecho primário foi SLP com base na avaliação pelo investigador usando RECIST 1.0. Os desfechos

secundários de eficácia incluíram SG, taxa de controle da doença (DCR), HRQoL e sintomas relacionados à doença. Análises exploratórias TFST e TSST também foram realizadas.

O estudo atingiu o objetivo primário, demonstrando uma melhora estatisticamente significativa e clinicamente relevante em SLP para olaparibe em comparação com placebo com um HR de 0,35 (IC 95% 0,25-0,49; $p < 0,00001$; mediana de 8,4 meses para olaparibe vs. 4,8 meses para placebo). Na análise final [data cut off (DCO) 9 de maio de 2016] para SG com 79% de maturidade, a HR comparando o olaparibe com placebo foi 0,73 (95% IC 0,55-0,95; $p = 0,02138$ (não atingiu o nível pré-estabelecido de significância de $< 0,0095$); mediana de 29,8 meses com olaparibe versus 27,8 meses com placebo. TFST e TSST também foram mais longos para pacientes tratadas com olaparibe (Tabela 3).

Uma análise de subgrupo pré-planejada identificou as pacientes com carcinoma de ovário com mutação no gene BRCA (N=136; 51,3%), como o subgrupo de pacientes que apresentou maior benefício clínico com o tratamento de manutenção em monoterapia com olaparibe. Não foram aplicadas abordagens de multiplicidade para as análises de subgrupos. Em pacientes *BRCAm*, a HR para a melhora em SLP foi 0,18 (IC 95% 0,10-0,31; $p < 0,00001$; mediana de 11,2 meses para olaparibe vs. 4,3 meses para placebo). Para desfecho secundário de SG, a HR para olaparibe vs. placebo foi 0,62 (IC 95% 0,42-0,93; $p = 0,02140$; mediana de 34,9 meses para olaparibe vs. 30,2 meses para placebo). No grupo tratado com olaparibe, 28,4% das pacientes permaneceram no tratamento durante ≥ 2 anos e 14,9% durante ≥ 5 anos. No grupo tratado com placebo, 8,1% das pacientes permaneceram no tratamento durante ≥ 2 anos e 1,6% durante ≥ 5 anos. TFST e TSST também foram mais longos para pacientes tratadas com olaparibe (Tabela 3).

Um resumo dos principais achados de eficácia no Estudo 19 para todas as pacientes e pacientes com câncer de ovário PSR *BRCAm* é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 **Resumo dos principais achados de eficácia no Estudo 19 para todas as pacientes e pacientes com câncer de ovário PSR *BRCAm***

	Todas as pacientes		<i>BRCA</i> -mutada	
	Olaparibe 400 mg comprimido 2x/d	Placebo	Olaparibe 400 mg comprimido 2x/d	Placebo
SLP – DCO 30 de junho de 2010				
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	60:136 (44)	94:129 (73)	26:74 (35)	46:62 (74)
Tempo mediano (meses)	8,4	4,8	11,2	4,3
HR (IC 95%) ^a		0,35 (0,25–0,49)		0,18 (0,10–0,31)
Valor de p* (bilateral)		p<0,00001		p<0,00001
SG - DCO 09 de maio de 2016				
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	98:136 (72)	112:129 (87)	49:74 (66)	50:62 (81) ^b
Tempo mediano (meses)	29,8	27,8	34,9	30,2
HR (IC 95%) ^a		0,73 (0,55–0,95)		0,62 (0,42–0,93)
Valor de p* (bilateral)		p=0,02138		p=0,02140
TFST – DCO 09 de maio de 2016				
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	106:136 (78)	124:128 (97)	55:74 (74)	59:62 (95)
Tempo mediano (meses)	13,3	6,7	15,6	6,2
HR (IC 95%) ^a		0,39 (0,30–0,52)		0,33 (0,22–0,49)
Valor de p* (bilateral)		p<0,00001		p<0,00001
TSST – DCO 09 de maio de 2016				
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	104:136 (77)	119:128 (93)	53:74 (72)	56:62 (90)
Tempo mediano (meses)	19,1	14,8	21,4	15,3
HR (IC 95%) ^a		0,53 (0,40–0,69)		0,43 (0,29–0,64)
Valor de p* (bilateral)		p<0,00001		p= 0,00003

* Não foram aplicadas estratégias de multiplicidade para análises de subgrupo ou para Todas as pacientes TFST e TSST.

- ^a HR= razão de risco. Valor <1 é favorável ao olaparibe. A análise foi realizada utilizando um modelo de riscos proporcionais de Cox com fatores para o tratamento, descendência étnica, sensibilidade à platina e resposta à terapia final de platina como covariantes.
- ^b Aproximadamente um quarto das pacientes tratadas com placebo do subgrupo *BRCA*-mutado (14/62; 22,6%) recebeu um inibidor da PARP subsequente.
- 2x/d Duas vezes ao dia; SG= Sobrevida global; SLP= Sobrevida livre de progressão; DCO= Corte de dados; IC= Intervalo de confiança; TFST=Tempo da randomização até início da primeira terapia subsequente ou morte; TSST= Tempo da randomização até início da segunda terapia subsequente ou morte.

Na população geral, a DCR em 24 semanas foi de 53% e 25% para pacientes nos grupos olaparibe e placebo, respectivamente e na população *BRCAm* foi de 57% e 24% para pacientes nos grupos olaparibe e placebo, respectivamente.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas de sintomas relatados por pacientes ou qualidade de vida entre os grupos de tratamento.

Estudo OPINION em pacientes com câncer de ovário PSR não-gBRCAm

OPINION foi um estudo multicêntrico de braço único que investigou o olaparibe [300 mg (2 x 150 mg comprimidos) duas vezes ao dia] como tratamento de manutenção em pacientes com câncer de ovário seroso ou endometrióide de alto grau PSR após 2 ou mais linhas de quimioterapia à base de platina e que não tinha uma mutação gBRCA deletéria conhecida ou suspeita de ser deletéria. Pacientes cuja doença estava em resposta (CR ou PR) após a conclusão da quimioterapia à base de platina foram incluídos. Um total de 279 pacientes foram incluídos e receberam tratamento com olaparibe até a progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

O desfecho primário foi SLP avaliado pelo investigador de acordo com RECIST v1.1 modificado. Os desfechos secundários incluíam SG.

O olaparibe, quando usado como terapia de manutenção, demonstrou atividade clínica em pacientes com câncer de ovário PSR não-gBRCAm. Na análise final de sobrevida global (DCO 17 de setembro de 2021), os dados de SG estavam 52,3% maduros.

Um resumo dos principais achados de eficácia em pacientes com câncer de ovário PSR não-gBRCAm no OPINION é apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Resumo dos principais achados de eficácia para pacientes não-gBRCAm com câncer de ovário PSR no OPINION

	Olaparibe 300 mg 2x/d
SLP (75% de maturidade) (DCO 2 de outubro de 2020)	
Número de eventos: número total de pacientes (%)	210: 279 (75,3)
SLP mediano (95% IC), mês ^a	9,2 (7,6, 10,9)
SG (52,3% de maturidade) (DCO 17 de setembro de 2021)	
Número de eventos: número total de pacientes (%)	146: 279 (52,3)
SG mediana (95% CI), mês ^a	32,7 (29,5, 35,3)

^a Calculado pela técnica de Kaplan-Meier.

Os intervalos de confiança para SLP e SG medianos foram derivados com base no método Brookmeyer Crowley.

2x/d: Duas vezes ao dia; SLP: Sobrevida livre de progressão; SG Sobrevida global; DCO: Corte de dados; IC: Intervalo de confiança.

Tratamento de manutenção de câncer de ovário avançado em primeira linha

O PAOLA-1 foi um estudo clínico multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, de fase III que comparou a eficácia de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (300 mg [2 comprimidos de 150 mg] duas vezes ao dia) em combinação com bevacizumabe (15 mg/kg por peso corpóreo administrado uma vez a cada 3 semanas por infusão intravenosa) comparado com placebo e bevacizumabe para o tratamento de manutenção do carcinoma de ovário avançado (estágio FIGO III-IV) de alto grau (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) recentemente diagnosticado.

As pacientes deviam ter recebido no mínimo 2 ciclos de bevacizumabe (nos casos de cirurgia de debulking de intervalo) ou 3 ciclos de bevacizumabe em combinação com os últimos 3 ciclos de quimioterapia baseada em platina.

O estudo randomizou 806 pacientes (randomização 2:1: 537 olaparibe/bevacizumabe: 269 placebo/bevacizumabe) sem evidência de doença (SED) devido a ressecção cirúrgica completa, ou que estavam em resposta completa ou parcial a partir da quimioterapia de primeira linha com platina e bevacizumabe. As pacientes deviam ter as funções dos órgãos (fígado, rim, pressão arterial, coagulação) e de medula óssea normais. As pacientes foram estratificadas pelo resultado do tratamento de primeira linha (tempo e resultado de cirurgia citorrédutora e resposta à quimioterapia baseada em platina) e status da mutação BRCA avaliada no tumor, determinada pelo teste local prospectivo. As pacientes continuaram o bevacizumabe como tratamento de manutenção e iniciaram o tratamento

com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** após pelo menos 3 semanas e no máximo de 9 semanas a partir da última dose de quimioterapia. O tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** foi continuado por até 2 anos ou até progressão da doença subjacente. As pacientes, as quais na opinião do médico responsável pelo tratamento podem obter mais benefícios com o tratamento contínuo, podem ser tratadas além dos 2 anos. O tratamento total com bevacizumabe foi até 15 meses, incluindo o período em que foi administrado com quimioterapia e administrado como tratamento de manutenção.

Características demográficas e de base foram bem balanceadas entre os dois braços. Em geral, a idade mediana das pacientes era de 61 anos. A maioria das pacientes em ambos os braços apresentavam status de desempenho ECOG 0 (70%). Câncer de ovário era o tumor primário em 86% das pacientes. O tipo histológico mais comum foi o seroso (96%) e a histologia endometriode foi reportada em 2% das pacientes. A maioria das pacientes foi diagnosticada no estágio IIIC da FIGO (63%). Todas as pacientes tinham recebido terapia de primeira linha baseada em platina e bevacizumabe. As pacientes não foram restringidas pelo resultado cirúrgico, sendo que 65% tinha no início citorredução completa ou cirurgia de debulking de intervalo e 35% tinha doença macroscópica residual.

A duração mediana do tratamento foi de 17,3 meses com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e de 15,6 meses com placebo. A duração mediana de bevacizumabe pós-randomização foi de 11 meses no braço de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e de 10,4 meses no braço de placebo.

Tabela 5 Características demográficas e de base das pacientes no PAOLA-1

	Olaparibe/bevacizumabe (n=537)	Placebo/bevacizumabe (n=269)
Características do tumor		
Localização do tumor primário, n (%)		
Ovário	456 (85)	238 (88)
Trompa de Falópio	39 (7)	11 (4)
Peritoneal primário	42 (8)	20 (7)
Estágio FIGO, n (%)		
III	378 (70)	186 (69)
IV	159 (30)	83 (31)
Tipo histológico, n (n°)		
Seroso	519 (97)	253 (94)
Endometriode	12 (2)	8 (3)

	Olaparibe/bevacizumabe (n=537)	Placebo/bevacizumabe (n=269)
Células claras	2 (0,4)	0
Indiferenciável	1 (0,2)	6 (2)
Outros	3 (0,6)	2 (0,7)
Desfecho de primeira linha de tratamento na triagem (obtido no agendamento da randomização)		
SED com ressecção macroscópica completa na cirurgia inicial de debulking	170 (32)	86 (32)
SED/RC com ressecção macroscópica completa na cirurgia inicial de debulking	166 (31)	84 (31)
SED/RC na triagem, em paciente com ressecção incompleta (cirurgia de início ou cirurgia de debulking no intervalo) ou sem cirurgia de debulking	82 (15)	40 (15)
Resposta parcial	119 (22)	59 (22)
Status da triagem de tBRCA laboratorial (obtido no agendamento da randomização)		
Mutação deletéria	161 (30)	80 (30)
Ausência de mutação deletéria ^a	376 (70)	189 (70)

^a inclui testes cancelados ou que falharam em pacientes.

RC: Resposta completa; SED: Sem evidência de doença

O desfecho primário foi Sobrevida Livre de Progressão (SLP), definida como o tempo da randomização até a progressão, determinada pela avaliação do investigador usando os Critérios de Avaliação em Tumores Sólidos (RECIST) 1.1 ou morte. Desfechos secundários de eficácia incluíram o tempo da randomização até segunda progressão ou morte (SLP2); sobrevida global (SG), tempo da randomização até primeira terapia antineoplásica subsequente ou morte (TFST) e qualidade de vida relacionada a saúde (HRQoL). As pacientes tiveram avaliação de tumor por RECIST 1.1 no início e a cada 24 semanas (CT/MRI em 12 semanas se progressão clínica ou do CA 125) até 42 meses ou até progressão objetiva radiológica da doença.

O estudo demonstrou uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa na avaliação do investigador na SLP para olaparibe/bevacizumabe comparada ao placebo/bevacizumabe. A avaliação de SLP pelo investigador foi suportada pela avaliação de SLP pelo BIRC (HR 0,63%; 95% IC 0,51-0,77, $p < 0,0001$ com a mediana de 26,1 meses para olaparibe/bevacizumabe vs 18,3 meses para placebo/bevacizumabe).

A análise final da SLP2 foi estatisticamente significativa. Embora não controlada por multiplicidade, houve um atraso clinicamente significativo na TFST observada para as pacientes tratadas com olaparibe.

A análise final de sobrevida global (SG) (DCO 22 de março de 2022, 55,6% de maturidade) na população geral demonstrou uma HR de 0,92 (95% IC 0,76 para 1,12; $p=0,3947$; mediana de 56,4 meses para olaparibe/bevacizumabe versus de 51,6 meses para placebo/bevacizumabe) que favoreceu numericamente o braço olaparibe/bevacizumabe, mas não foi estatisticamente significativo. O gráfico de Kaplan Meier de Sobrevida Global Final (SG) (FAS; DCO 22 de março de 2022) (55,6% maturidade) é apresentado na figura 6.

Tabela 6 Resumo dos principais achados de eficácia para pacientes com câncer de ovário avançado recentemente diagnosticados no PAOLA-1

	Olaparibe/bevacizumabe	Placebo/bevacizumabe
SLP (59% de maturidade) (DCO 22 de março de 2019)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	280:537 (52)	194:269 (72)
Tempo mediano (meses)	22,1	16,6
Livre de progressão em 12 meses (%) ^a	78	66
Livre de progressão em 24 meses (%) ^a	46	28
HR (95% IC) ^b	0,59 (0,49-0,72)	
Valor de P (bilateral)	p<0,0001	
SLP2 (53% de maturidade) (DCO 22 de março de 2020)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	260:537 (48)	164:269 (61)
Tempo mediano (meses)	36,5	32,6
HR (95% IC) ^b	0,78 (0,64-0,95)	
Valor de P (bilateral)	p=0,0125	
SG Final (55,6% de maturidade) (DCO 22 de março de 2022)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	289:537 (54)	159:269 (59) ^b
Tempo mediano (meses)	56,4	51,6
HR (95% IC) ^b	0,92 (0,76-1,12)	
TFST (DCO 22 de março de 2022)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	385:537 (72)	226:269 (84)
Tempo mediano (meses)	24,9	18,3

	Olaparibe/bevacizumabe	Placebo/bevacizumabe
HR (95% IC) ^b	0,64 (0,54-0,75)	
Valor de P* (bilateral)	p<0,0001	
TSST (DCO 22 de março de 2022)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	336:537 (63)	198:269 (74)
Tempo mediano (meses)	38,5	32,0
HR (95% CI) ^b	0,77 (0,65-0,92)	
Valor de P* (bilateral)	0,0041	
TDT (DCO 22 março 2022)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	537:537 (100)	267:269 (99)
Tempo mediano (meses)	17,4	16,3
HR (95% CI) ^b	0,87 (0,75-1,01)	
Valor de P* (bilateral)	0,0582	

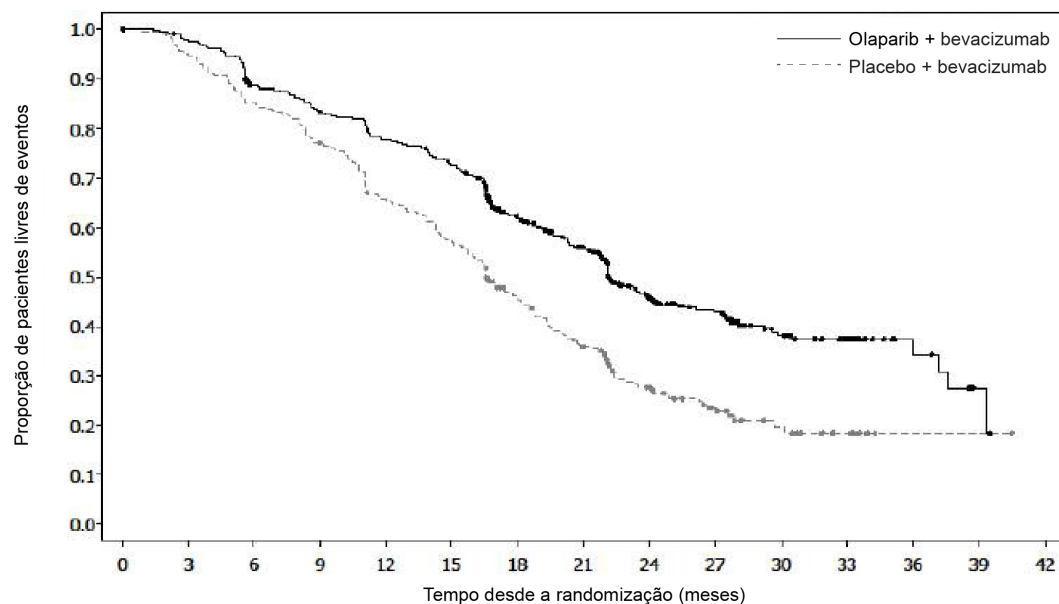
^a Estimativa Kaplan-Meier

^b Um valor < 1 favorece olaparibe. A análise foi feita usando o modelo de riscos proporcionais de Cox estratificado pelo desfecho da primeira linha de tratamento na triagem e na triagem do status laboratorial de BRCA.

* Não controlado por multiplicidade.

IC: Intervalo de confiança; HR: Razão de Risco; NC: Não calculado; DCO: Corte de dados.

Figura 5 PAOLA-1: Gráfico de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com câncer avançado de ovário recém diagnosticado (59% de maturidade – avaliação pelo investigador)



Número de pacientes em risco

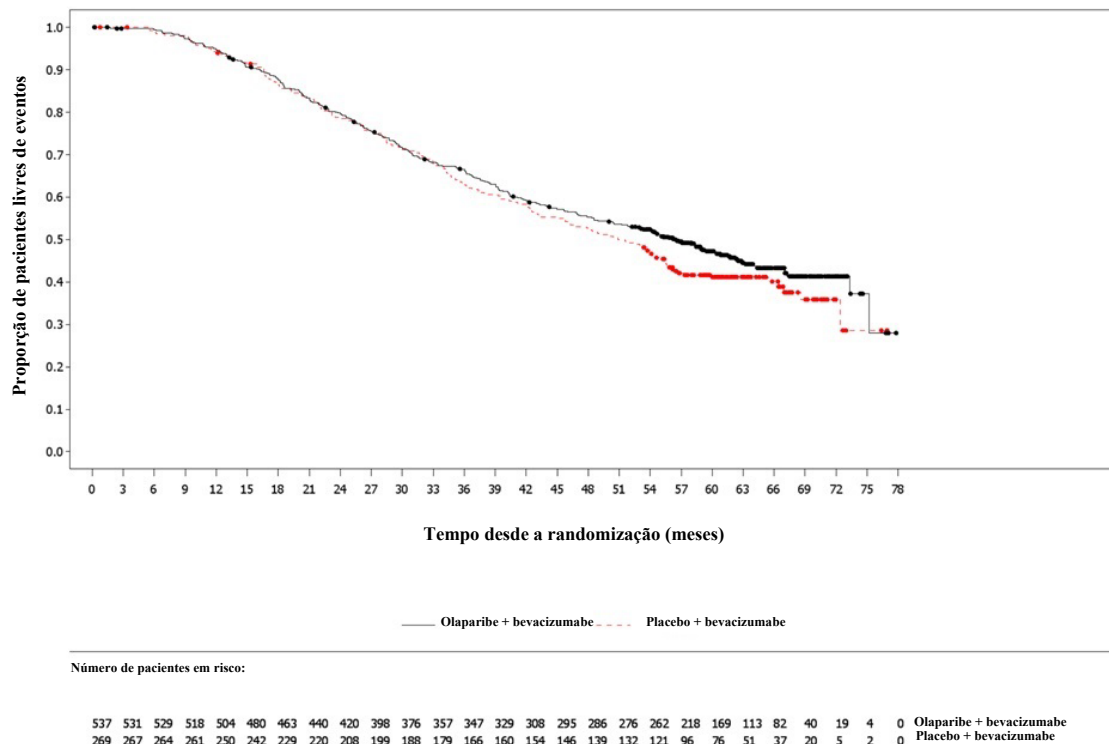
Olaparib + bevacizumab

537 513 461 433 403 374 279 240 141 112 55 37 12 3 0

Placebo + bevacizumab

269 252 226 205 172 151 109 83 50 35 15 9 1 1 0

Figura 6 PAOLA-1: Gráfico de Kaplan Meier de Sobrevida Global Final (SG), (FAS); DCO 22 de março de 2022) (55,6% de maturidade)



DCO = corte de dados; FAS = Conjunto Completo da Análise.

Análise exploratória de subgrupo por biomarcador por Myriad myChoice® HRD Plus

Baseados em testes pós randomização utilizando o teste Myriad myChoice® HRD Plus, análises exploratórias de subgrupo foram conduzidas (subgrupo com status HRD conhecido N=664/806, 82% do conjunto completo da análise (FAS)). Os resultados de desfechos primários de sobrevida livre de progressão (SLP) e sobrevida global final (SG) estão apresentados na Tabela 7. Houve uma melhora clinicamente significativa no subgrupo de status positivo no Myriad HRD (incluindo e excluindo tBRCAm). Para pacientes classificados como Myriad HRD negativo, não foi observado benefício com a adição de olaparibe ao bevacizumabe.

Tabela 7 Resumo de análises exploratórias de subgrupo de sobrevida livre de progressão (SLP) primária (DCO 22 de março de 2019) e sobrevida global final (SG) (DCO 22 de março de 2022)

	SLP (DCO 22 de março de 2019)		SG final (DCO 22 de março de 2022)	
	Lynparza/ bevacizumabe	Placebo/ bevacizumabe	Lynparza/ bevacizumabe	Placebo/ bevacizumabe
HRD positivo (incluindo tBRCAm) (N = 387)				
Número de eventos (%)	87/255 (34,1)	92/132 (69,7)	93/255 (36,5)	69/132 (52,3)
Tempo mediano (meses)	37,2	17,7	75,2	57,3
HR (95% IC)	0,33 (0,25; 0,45)		0,62 (0,45; 0,85)	
HRD positivo (excluindo tBRCAm) (N = 152)				
Número de eventos (%)	43/97 (44,3)	40/55 (72,7)	44/97 (45,4)	32/55 (58,2)
Tempo mediano (meses)	28,1	16,6	NR	52,0
HR (95% IC)	0,43 (0,28; 0,66)		0,71 (0,45; 1,13)	
HRD negativo (N = 277)				
Número de eventos (%)	145/192 (75,5)	66/85 (77,6)	141/192 (73,4)	59/85 (69,4)
Tempo mediano (meses)	16,6	16,2	36,6	40,4
HR (95% IC)	1,00 (0,75; 1,35)		1,18 (0,87; 1,61)	

SLP = tempo entre a randomização até a primeira progressão ou morte; HRD = deficiência de recombinação homóloga; tBRCAm = tumor BRCA mutado; IC: Intervalo de confiança; DCO: Corte de dados; HR: Razão de Risco; NR: Não alcançado.

HRD positivo excluindo tBRCAm foi definido como Pontuação de instabilidade genômica (GIS) pelo Myriad ≥ 42 (corte pré-especificado)

No geral, a HRQoL se manteve estável durante o período do tratamento de 24 meses em pacientes recebendo olaparibe ou placebo em combinação com bevacizumabe. Não houve diferença clinicamente significativa na mudança média do começo do status global de saúde EORTC QLQ-C30/pontuação QoL para pacientes tratadas com olaparibe/bevacizumabe comparado com pacientes tratadas com placebo/bevacizumabe (diferença estimada 0,59, 95% IC – 1,40 – 2,57, $p=0,5626$).

Tratamento adjuvante de câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com mutação BRCA

Estudo OlympiA em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo e mutação germinativa em BRCA

OlympiA foi um estudo de Fase III randomizado, duplo-cego, de grupo paralelo, controlado por placebo, multicêntrico para avaliar a eficácia e segurança de olaparibe (300 mg [2 x 150 mg comprimidos] duas vezes ao dia) vs placebo como tratamento adjuvante em pacientes com mutação germinativa no gene *BRCA1/2* e câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo que completaram o tratamento local definitivo e quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante. Os pacientes deveriam ter completado pelo menos 6 ciclos de quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante contendo antraciclinas, taxanos ou ambos. Tratamento com platina previamente para câncer anterior (por exemplo, ovário) ou como tratamento adjuvante ou neoadjuvante para câncer de mama era permitido. Pacientes com câncer de mama inicial de alto risco foram definidos da seguinte forma:

- pacientes que receberam quimioterapia neoadjuvante prévia: pacientes com câncer de mama triplo negativo (TNBC) ou câncer de mama positivo para receptor hormonal deveriam ter câncer invasivo residual na mama e/ou nos linfonodos ressecados (sem resposta patológica completa) no momento de cirurgia. Além disso, pacientes com câncer de mama com receptor hormonal positivo deveriam ter uma pontuação ≥ 3 com base no estágio clínico pré-tratamento e estágio patológico pós-tratamento (CPS), status do receptor de estrogênio (ER) e grau histológico, conforme mostrado na Tabela 8.

Tabela 8 - Estágio inicial do câncer de mama, status do receptor e requisitos de pontuação para inclusão no estudo*

estágio/aspecto		Pontos
Estágio Clínico (pré-tratamento)	I/IIA	0
	IIB/IIIA	1
	IIIB/IIIC	2
Estágio Patológico (pós-tratamento)	0/I	0
	IIA/IIB/IIIA/IIIB	1
	IIIC	2
Status do receptor	ER positivo	0
	ER negativo	1
Grau nuclear	Grau nuclear 1-2	0
	Grau nuclear 3	1

- * Pontuação total ≥ 3 necessária para pacientes com câncer de mama com receptor hormonal positivo.
- pacientes que receberam quimioterapia adjuvante previamente: pacientes com câncer de mama triplo negativo (TNBC) deveriam ter doença com linfonodo positivo ou doença com linfonodo negativo com tumor primário ≥ 2 cm; Pacientes com receptor de estrogênio (ER) e/ou receptor de progesterona (PgR) positivos, HER2-negativos deveriam ter ≥ 4 linfonodos positivos confirmados patologicamente.

Os pacientes foram randomizados em uma proporção de 1:1 para olaparibe (n = 921) ou placebo (n = 915). A randomização foi estratificada pelo status do receptor hormonal (ER e/ou PgR positivo/HER2 negativo versus TNBC), por tratamento neoadjuvante anterior versus quimioterapia adjuvante e pelo uso prévio de platina para câncer de mama (sim versus não). O tratamento foi continuado por 1 ano ou até a recorrência da doença ou toxicidade inaceitável. Pacientes com tumores RH positivos (ER e/ou PgR positivos) também receberam terapia endócrina.

O desfecho primário foi a sobrevida livre de doença invasiva (IDFS), definida como o tempo desde a randomização até a data da primeira recorrência, onde a recorrência é definida como loco-regional, recorrência à distância, câncer de mama invasivo contralateral, novo câncer ou morte por qualquer causa. Os objetivos secundários incluíram SG, sobrevida livre de doença à distância [(DDFS, definido como o tempo desde a randomização até a evidência da primeira recorrência distante de câncer de mama), a incidência de novos cânceres de mama contralaterais primários (invasivos e não invasivos), novo câncer de ovário primário, novo câncer primário de trompa de Falópio e novo câncer peritoneal primário] e desfechos relatados pelo paciente usando os questionários FACIT-Fatigue e EORTC QLQ-C30.

O teste central da Myriad BRACAnalysis® ou teste gBRCA local, quando disponível, foi usado para estabelecer a elegibilidade do estudo. Os pacientes inscritos com base nos resultados do teste gBRCA local forneceram uma amostra para teste confirmatório retrospectivo pelo BRACAnalysis® (excluindo pacientes inscritos na China). Dos 1.836 pacientes inscritos no OlympiA, 1.539 foram confirmados como gBRCA pela Myriad BRACAnalysis®, prospectiva ou retrospectivamente.

As características demográficas e basais foram bem equilibradas entre os braços. A idade média foi de 42 anos. Sessenta e sete por cento (67%) dos pacientes eram brancos, 29% asiáticos e 2,6% negros. Dois pacientes (0,2%) no braço do olaparibe e quatro pacientes (0,4%) no braço do placebo eram do sexo masculino. Sessenta e um por

cento (61%) das pacientes estavam na pré-menopausa. Oitenta e nove por cento (89%) dos pacientes tinham status de desempenho ECOG 0 e 11% ECOG PS 1. Oitenta e dois por cento (82%) dos pacientes tinham TNBC e 18% tinham doença positiva para receptor hormonal (definida como ER positivo e/ou PgR positivo). Cinquenta por cento (50%) dos pacientes haviam recebido tratamento neoadjuvante prévio e 50% receberam quimioterapia adjuvante anterior. Noventa e quatro por cento (94%) dos pacientes receberam antraciclina e taxano. Vinte e seis por cento (26%) dos pacientes em geral haviam recebido platina anterior para câncer de mama. Nos braços de olaparibe e placebo, 87% e 92% dos pacientes com doença RH positiva estavam recebendo terapia endócrina concomitante, respectivamente.

O estudo demonstrou uma melhora estatisticamente e clinicamente significativas em IDFS no braço do olaparibe em comparação com o braço do placebo. Duzentos e oitenta e quatro (284) pacientes tiveram eventos de IDFS, isto representou 12% dos pacientes no braço do olaparibe (distante 8%, local / regional 1,4%, câncer de mama invasivo contralateral 0,9%, malignidades primárias não mamárias secundárias 1,2%, morte 0,2%) e 20% das pacientes no braço do placebo (distante 13%, local / regional 2,7%, câncer de mama invasivo contralateral 1,3%, doenças malignas secundárias não mamárias 2,3%, morte 0%). Uma melhora estatisticamente e clinicamente significativas em DDFS no braço do olaparibe em comparação com o braço do placebo também foi observada. Na análise primária de sobrevida global (SG), uma melhora estatisticamente significativa na SG foi observada no braço de olaparibe em comparação com o braço de placebo. Em uma análise pré-especificada realizada aproximadamente cinco anos após o último paciente ter sido randomizado, com um acompanhamento médio de 6,2 anos no braço de olaparibe e 6,1 anos no braço de placebo, o olaparibe continuou a demonstrar melhora da sobrevida global (SG) em comparação com o placebo.

Os resultados de eficácia do FAS são apresentados na Tabela 9 e para os subgrupos por fatores de estratificação na Tabela 10

Tabela 9 - Resumo dos principais achados de eficácia em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com uma mutação BRCA em OlympiA.

	Olaparibe 300 mg 2x/d (N=921)	Placebo (N=915)
IDFS (15% maturidade) DCO 27 de março de 2020		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	106/921 (12)	178/915 (20)
HR (IC 99,5%) ^a	0,58 (0,41; 0,82)	
valor p (bilateral) ^b	0,0000073	

	Olaparibe 300 mg 2x/d (N=921)	Placebo (N=915)
Porcentagem de pacientes livres de doença invasiva em 3 anos ^c	86 (83, 88)	77 (74, 80)
DDFS (13% maturidade) DCO 27 de março de 2020		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	89/921 (10)	152/915 (17)
HR (IC 99,5%) ^a	0,57 (0,39; 0,83)	
valor p (bilateral) ^b	0,0000257	
Porcentagem (IC 95%) de pacientes livres de doença invasiva em 3 anos ^c	88 (85, 90)	80 (77, 83)
SG (10% maturidade) DCO 12 de julho de 2021		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	75/921 (8)	109/915 (12)
HR (IC 99,5%) ^a	0,68 (0,47; 0,97)	
valor p (bilateral) ^b	0,0091	
Porcentagem (IC 95%) de pacientes livres de doença invasiva em 3 anos ^c	93 (91, 94)	89 (87, 91)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivos em 4 anos ^c	90 (87, 92)	86 (84, 89)
SG (14% maturidade) DCO 05 de junho de 2024 [Análise de acompanhamento de 05 anos]		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	107/921 (12)	143/915 (16)
HR (IC 99,5%) ^a	0,72 (0,56; 0,93)	
Porcentagem (IC 95%) de pacientes livres de doença invasiva em 3 anos ^c	93 (91, 94)	89 (87, 91)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes livres de doença invasiva em 4 anos ^c	90 (88, 92)	87 (85, 89)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes livres de doença invasiva em 5 anos ^c	89 (87, 91)	86 (83, 88)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivos em 6 anos ^c	88 (85, 90)	83 (80, 86)

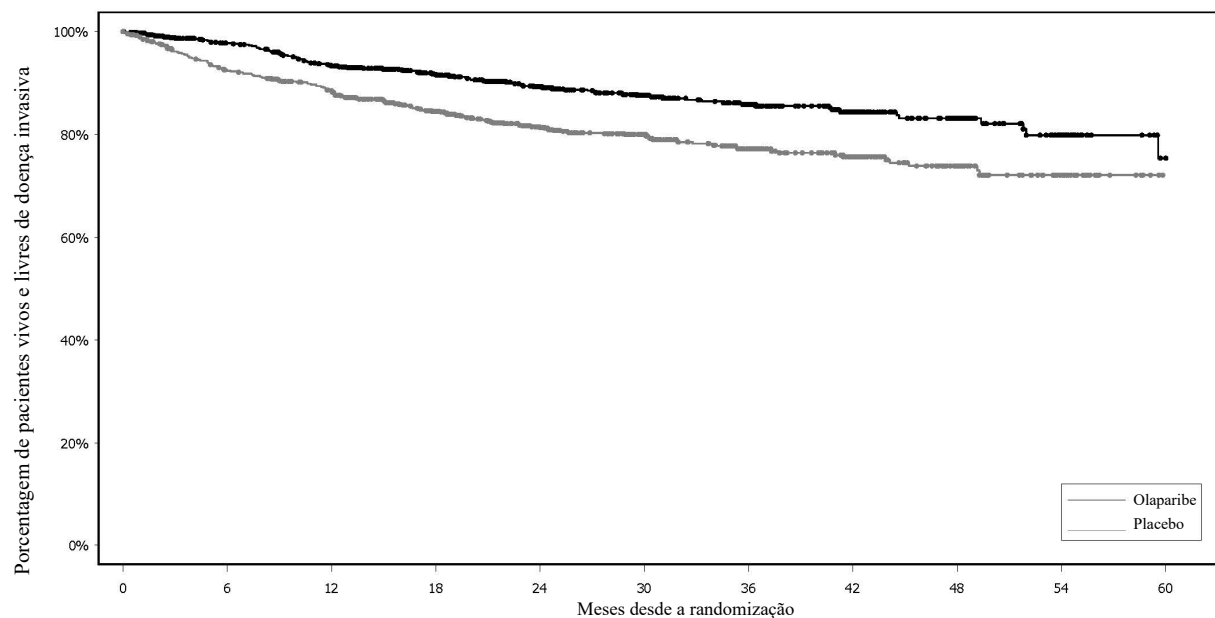
a Com base no modelo estratificado de riscos proporcionais de Cox, <1 indica um risco menor com olaparibe em comparação com o braço de placebo.

b Valor de p de um teste de log-rank estratificado.

c As porcentagens são calculadas usando estimativas KM.

2x/d = duas vezes ao dia; IC = intervalo de confiança; DCO = data de corte, DDFS = sobrevivência livre de doença à distância; HR = taxa de risco, IDFS = sobrevida livre de doença invasiva; KM = Kaplan-Meier; SG = sobrevida global.

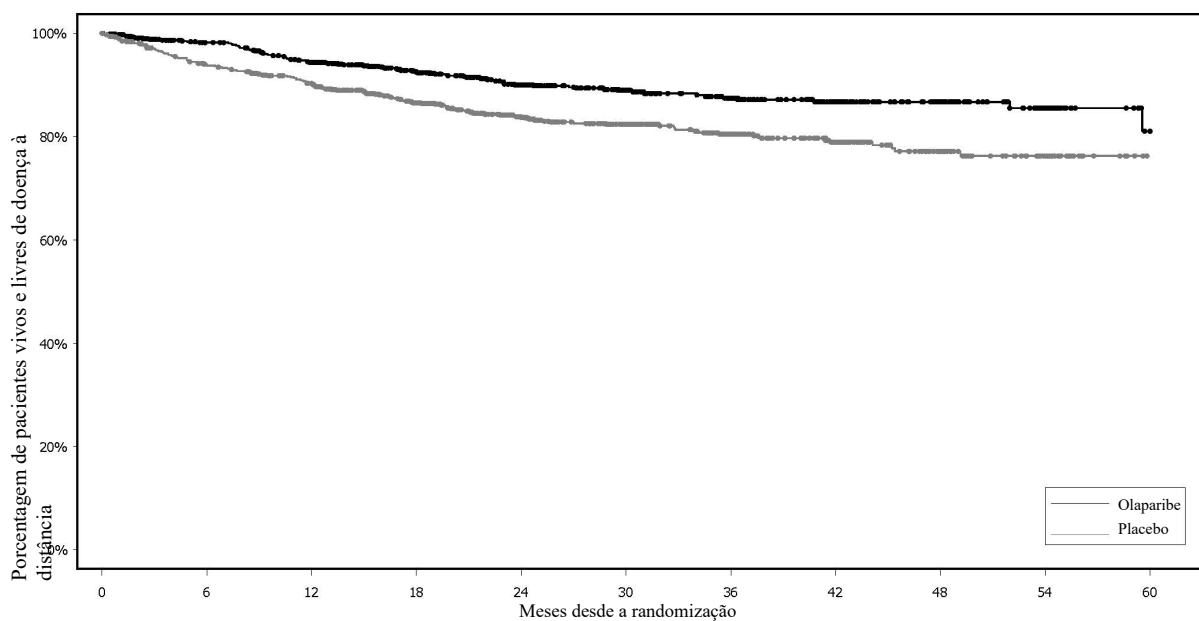
Figura 7 - Gráfico de Kaplan-Meier de IDFS em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com mutação BRCA (DCO 27 de março de 2020)



Número de pacientes em risco:

Olaparibe 300 mg 2x/d	921	820	737	607	477	361	276	183	108	55	15
Placebo	915	807	732	585	452	353	256	173	101	49	12

Figura 8- Gráfico de Kaplan-Meier de DDFS em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com mutação BRCA (DCO 27 de março de 2020)



Número de pacientes em risco:

Olaparibe 300 mg 2x/d										
921	823	744	612	479	364	279	187	110	56	16
Placebo										
915	817	742	594	461	359	263	179	105	52	14

Figura 9 - Gráfico de Kaplan-Meier de SG em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com mutação BRCA (DCO 05 de junho de 2024)

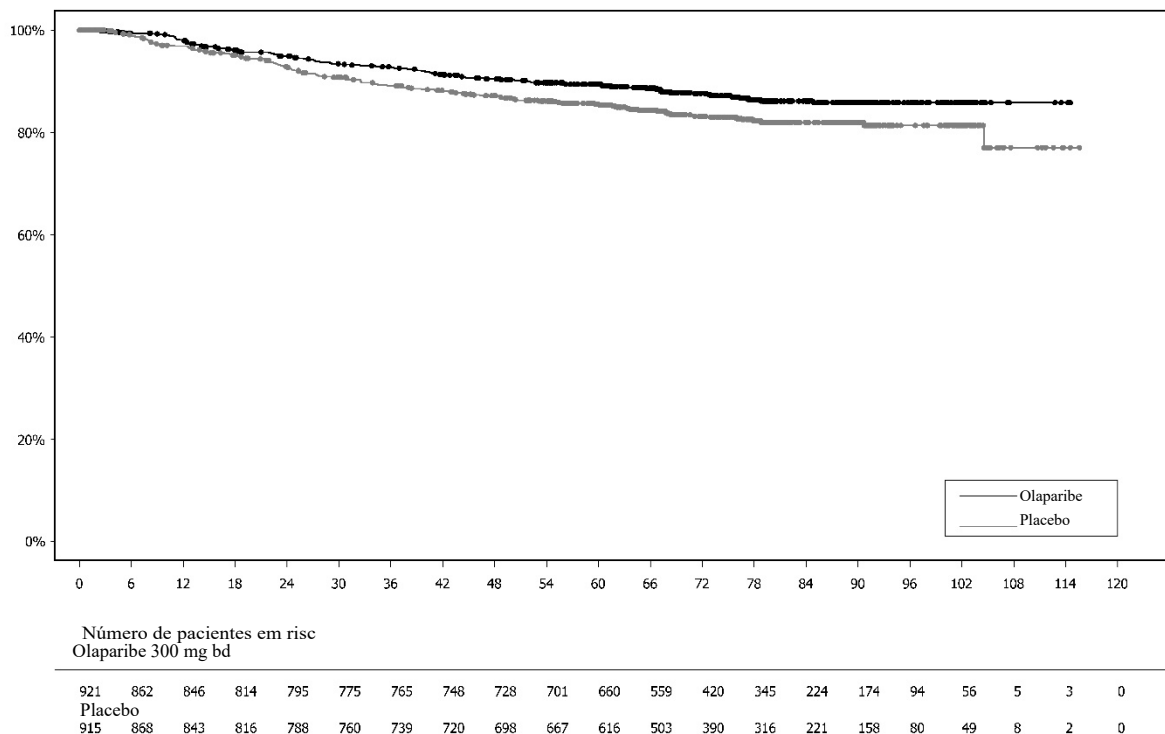


Tabela 10 - IDFS por subgrupo em pacientes com câncer de mama inicial de alto risco HER2-negativo com mutação BRCA no estudo OlympiA

	Número de eventos IDFS/número total de pacientes (%)		HR (IC 95%) ^a	Porcentagem de pacientes livres de doença invasiva em 3 anos ^b	
	Olaparibe 300 mg 2x/d (N=921)	Placebo (N=915)		Olaparib 300 mg bd (N=921)	Placebo (N=915)
Status do receptor hormonal					
HR+/HER2-	19/168 (11)	25/157 (16)	0,70 (0,38; 1,27)	84	77
TNBC	87/751 (12)	153/758 (20)	0,56 (0,43; 0,73)	86	77
Quimioterapia neoadjuvante anterior versus adjuvante					
Adjuvante	36/461 (8)	61/455 (13)	0,60 (0,39; 0,90)	89	85
Neoadjuvante	70/460 (15)	117/460 (25)	0,56 (0,41; 0,75)	83	68
Platina anterior					
Sim	34/247 (14)	43/239 (18)	0,77 (0,49; 1,21)	82	77
Não	72/674 (11)	135/676 (20)	0,52 (0,39; 0,69)	87	77

^a Com base no modelo estratificado de riscos proporcionais de Cox, <1 indica um risco menor com olaparibe em comparação com o braço de placebo.

^b As porcentagens são calculadas usando estimativas KM.

2x/d = duas vezes ao dia; IC = intervalo de confiança; IDFS = sobrevida livre de doença invasiva; KM = Kaplan-Meier.

As avaliações de resultados relatados pelo paciente incluíram o FACIT-fadiga (para avaliar a fadiga e seu impacto sobre as atividades e funções diárias) e o EORTC QLQ-C30 (para avaliar o estado de saúde global/QV, funcionamento e sintomas gastrointestinais) que foram concluídos na consulta inicial antes de randomização e a cada 6 meses após a randomização por um período de 2 anos. A diferença de 3 pontos na pontuação FACIT-fadiga e diferença de 10 pontos nas pontuações EORTC QLQ-C30 foram consideradas clinicamente significativas. Os dados de resultados relatados pelo paciente não indicam diferenças clinicamente significativas entre os pacientes tratados com olaparibe em comparação com o placebo quando avaliados usando o FACIT-Fadiga e o estado de saúde global/QV e escalas de funcionamento do EORTC QLQ-C30. Os pacientes tratados com olaparibe tiveram piores pontuações de náusea / vômito do EORTC QLQ-C30 durante as avaliações iniciais (em 6 e 12 meses), que retornaram aos níveis basais e foram comparáveis aos pacientes tratados com placebo nas avaliações posteriores (18 e 24 meses).

Estudo VIOLETTE em câncer de mama triplo negativo metastático

VIOLETTE foi um estudo de Fase II, aberto, multicêntrico para avaliar a segurança e eficácia de agentes direcionados ao reparo de danos no DNA em combinação com olaparibe versus monoterapia com olaparibe no tratamento de pacientes TNBC metastáticos de segunda ou terceira linha estratificados por alterações em genes relacionados a HRR (incluindo BRCA1/2).

Trinta e seis pacientes com tBRCAm foram inscritos no braço de monoterapia com olaparibe. Respostas confirmadas foram relatadas em 11 de 33 pacientes recebendo monoterapia com olaparibe (ORR, 33% CI 18-52%); SLP mediana foi de 6,1 meses (95% CI, 5,1 a 8,9 meses). Quatro pacientes tinham tumores somáticos de BRCAm e 2 de 4 (50%) tinham respostas confirmadas ao olaparibe.

Câncer de mama metastático HER2 negativo com mutação germinativa no gene BRCA

Estudo OlympiAD em pacientes com câncer de mama metastático HER2 negativo com mutação *gBRCA*

O estudo Fase III randomizado, aberto, controlado, comparou a eficácia de olaparibe (300 mg [2 comprimidos de 150 mg] duas vezes ao dia), administrado até a progressão, com um braço comparador de quimioterapia à escolha do médico (capecitabina, eribulina ou vinorelbina). No estudo, 302 pacientes com câncer de mama metastático HER2 negativo com *gBRCA*m, que receberam previamente até duas linhas de tratamento da doença metastática foram randomizados (randomização 2:1; 205 olaparibe e 97 comparador). Os pacientes foram estratificados com base no recebimento de regimes prévios de quimioterapia para o câncer de mama metastático, receptor de estrogênio (ER) e/ou receptor de progesterona (PgR) positivos vs ER e PgR negativos, platina prévia para câncer de mama. O desfecho primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP), avaliada pelo BICR utilizando RECIST 1.1. Desfechos secundários incluíram SLP2, sobrevida global (SG), taxa de resposta objetiva (ORR) e qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL).

Todos os pacientes tinham recebido tratamento prévio com antraciclina (exceto quando contraindicado) e um taxano nos cenários neoadjuvante, adjuvante ou metastático. Terapia prévia com platina para câncer de mama metastático foi permitida desde que não houvesse evidência de progressão da doença durante o tratamento com platina. Terapia prévia com platina no grupo neoadjuvante foi permitida desde que a última dose tivesse sido recebida pelo menos 12 meses antes da randomização. Pacientes não deveriam ter recebido olaparibe prévio ou outro tratamento com inibidor da PARP. Pacientes com tumor positivo ao ER e/ou PgR deveriam ter recebido e progredido em pelo menos uma terapia endócrina (adjuvante ou metastática), ou ter tido doença para a qual o médico acreditava não ser apropriada a terapia endócrina. Pacientes tinham avaliações do tumor inicial e a cada 6 semanas pelas primeiras 24 semanas e então, a cada 12 semanas em relação à data de randomização, até a progressão objetiva radiológica da doença.

O estudo alcançou seu objetivo primário, demonstrando uma melhora estatística e clinicamente significativa em SLP para os pacientes tratados com olaparibe, em relação àqueles no braço comparador, com HR de 0,58 (IC 95% 0,43-0,80; $p=0,0009$; mediana 7 meses para olaparibe vs. 4,2 meses para comparador) (Tabela 11).

Uma melhora estatística e clinicamente significativa em SLP2 também foi observada com HR de 0,57 (IC 95% 0,40-0,83; $p=0,0033$; mediana 13,2 meses para olaparibe vs. 9,3 meses para comparador), indicando que o benefício observado com olaparibe continua a ser evidente, mesmo com o uso de terapias subsequentes. Na população de pacientes com doença mensurável (77%), a ORR nos pacientes tratados com olaparibe foi 60% (95% IC 52,0-67,4) e nos pacientes que receberam comparador, 29% (95% IC 18,3-41,3). O tempo mediano para início da resposta foi de 47 dias para olaparibe e 45 dias para o comparador. A duração mediana da resposta foi 6,4 meses para olaparibe e 7,1 meses para o comparador. A sobrevida global tinha 64% de maturidade no momento da análise final de SG (DCO 25 setembro 2017). A HR da SG que comparou olaparibe ao comparador foi 0,90 (IC 95% 0,66-1,23; $p=0,5131$; mediana 19,3 meses para olaparibe vs. 17,1 meses para o comparador). A mediana do tempo de acompanhamento nos pacientes censurados foi de 25,3 meses para olaparibe vs. 26,3 meses para o comparador. Resultados consistentes foram observados entre os subgrupos de pacientes.

Tabela 11 **Resumo dos principais achados de eficácia no Estudo OlympiAD para pacientes com câncer de mama metastático HER2 negativo com *gBRCAm***

	Olaparibe 300 mg 2x/d	Quimioterapia à escolha do médico
SLP (77% maturidade) - DCO 09 dezembro 2016		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	163:205 (80)	71:97 (73)
Tempo mediano (meses)	7,0	4,2
HR (IC 95%) ^a		0,58 (0,43-0,80)
Valor de p^* (bilateral)		$P=0,0009$
SLP2 (52% maturidade) - DCO 09 dezembro 2016		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	104:205 (51)	53:97 (55)
Tempo mediano (meses)	13,2	9,3
HR (IC 95%) ^a		0,57 (0,40-0,83)
Valor de p^* (bilateral)		$P=0,0033$
SG (64% maturidade) - DCO 25 setembro 2017		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	130:205 (63)	62:97 (64) ^b
Tempo mediano (meses)	19,3	17,1
HR (IC 95%) ^a		0,90 (0,66-1,23)
Valor de p^* (bilateral)		$p=0,5131$
ORR - DCO 09 dezembro 2016		
Número de pacientes que apresentaram resposta objetiva:	100/167 (60)	19/66 (29)

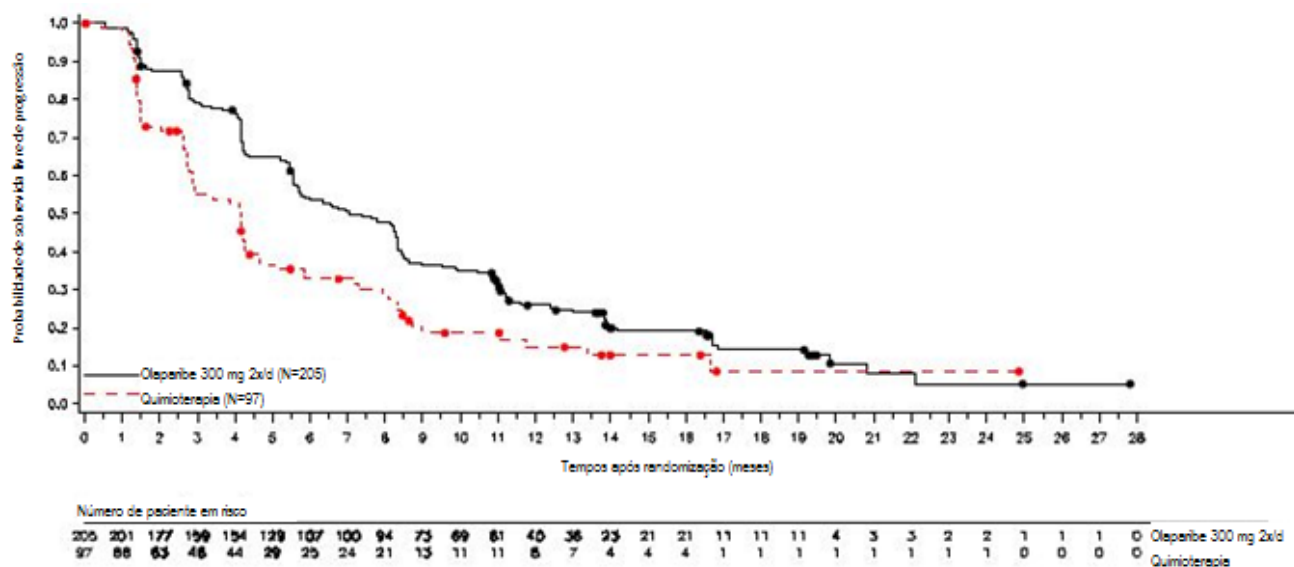
Número total de paciente com doença mensurável (%)		
IC 95%	52,0 to 67,4	18,3 to 41,3
Resposta completa (%)	15:167 (9)	1:66 (2)
Resposta parcial (%)	85:167 (51)	18:66 (27)

^a A quimioterapia de escolha do médico consistia em qualquer uma entre capecitabina, eribulina ou vinorelbina.

^b Aproximadamente um décimo dos pacientes no grupo de escolha do médico (8/97; 8,2%) recebeu um inibidor da PARP subsequente.

2x/d Duas vezes ao dia; IC= Intervalo de confiança; DCO= Corte de dados; HR=Razão de risco; ORR=Taxa de resposta objetiva; SG= Sobrevida global; SLP=Sobrevida livre de progressão; SLP2= Tempo até segunda progressão ou morte.

Figura 10 OlympiAD: Gráfico de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com câncer de mama metastático HER2 negativo com *gBRCAm* (77% maturidade)



Uma diferença significativa no estado de saúde global/QoL (avaliado por meio do questionário EORTC QLQ-C30, o qual utiliza uma escala de pontos de 0-100) a favor de olaparibe foi observada (diferença média ajustada na variação em relação à pontuação inicial foi 7,5 pontos (IC 95%: 2,48-12,44; $p=0,0035$)). Tempo para deterioração (diminuição de ≥ 10 pontos do início) na pontuação do estado de saúde global/QoL foi estatística e significativamente mais longo no braço do olaparibe (HR 0,44; IC 95%: 0,25-0,77, $p=0,0043$; mediana não alcançada para olaparibe vs 15,3 meses para o braço comparador). Durante o período de tratamento, a proporção de pacientes com melhora clinicamente

significativa (aumento de ≥ 10 pontos do início) na pontuação do estado de saúde global/QoL foi de 33,7% (n=69) no braço de olaparibe e 13,4% (n=13) no braço comparador.

Manutenção após tratamento em primeira linha de adenocarcinoma de pâncreas metastático com mutação germinativa no gene BRCA

POLO foi um estudo multicêntrico de fase III, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo que comparou a eficácia do tratamento de manutenção com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (300 mg [2 comprimidos de 150 mg] duas vezes por dia) com placebo em adenocarcinoma de pâncreas metastático com mutação *gBRCA*. O estudo randomizou 154 pacientes (randomização na proporção 3:2: 92 pacientes no braço olaparibe e 62 no braço placebo), cuja doença não tinha progredido após pelo menos 16 semanas de quimioterapia em primeira linha baseada em platina. Não houve limite máximo para a duração da quimioterapia recebida. Após 16 semanas de quimioterapia contínua baseada em platina, esta poderia ser descontinuada a qualquer momento devido à toxicidade e os outros agentes mantidos; os pacientes eram elegíveis para randomização, desde que não houvesse evidência de progressão a qualquer momento durante o tratamento quimioterápico. Todas as toxicidades da terapia antineoplásica anterior deveriam ter sido resolvidas para grau CTCAE 1, exceto para alopecia, neuropatia periférica de grau 3 e Hgb ≥ 9 g/dL. O tratamento com olaparibe foi mantido até a progressão da doença subjacente.

Os pacientes com mutações germinativa no BRCA foram identificados a partir de resultados de testes locais anteriores ou por testes centrais usando o teste Myriad BRCA*Analysis*[®] ou Myriad BRCA*Analysis* CDx[®]. O status *BRCAm* de todos os pacientes identificados usando resultados de testes locais anteriores foi confirmado, quando enviado, usando o teste Myriad BRCA*Analysis*[®] ou Myriad BRCA*Analysis* CDx[®].

As características demográficas e de base foram geralmente bem equilibradas entre os braços olaparibe e placebo. A idade mediana foi de 57 anos em ambos os braços; 30% dos pacientes no braço olaparibe tinham ≥ 65 anos, em comparação com 21% no braço placebo. Cinquenta e oito por cento (58%) dos pacientes eram do sexo masculino. A maioria dos pacientes apresentava status de desempenho ECOG 0 (67%). Noventa e seis por cento (96%) dos pacientes foram randomizados dentro de 8 semanas de sua última dose de quimioterapia baseada em platina. O tempo mediano desde o início da quimioterapia em primeira linha baseada em platina até a randomização foi de 5,8 meses (variação de 3,4 a 33,4 meses) e 49% dos pacientes estavam em resposta completa ou parcial ao seu regime mais recente baseado em platina.

O desfecho primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP), definida como tempo de randomização para progressão determinada pelo BICR usando Critérios de Avaliação de Resposta em Tumores Sólidos (RECIST) 1.1, ou morte. Os desfechos secundários de eficácia incluíram a sobrevida global (SG), tempo desde a randomização até a segunda progressão ou morte (SLP2), tempo desde a randomização até a primeira terapia antineoplásica subsequente ou morte (TFST), tempo desde a randomização até a interrupção do tratamento ou morte (TDT), taxa de resposta objetiva (ORR), duração da resposta (DoR), taxa de resposta, tempo até a resposta e qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL). Os pacientes tinham avaliações de tumores no início e a cada 8 semanas por 40 semanas, e depois a cada 12 semanas em relação à data de randomização, até a progressão da doença radiológica objetiva. No caso da SLP, o tempo mediano de acompanhamento para pacientes censurados foi de 9,1 meses no braço olaparibe e de 3,8 meses no braço placebo. No caso da SG, o tempo mediano de acompanhamento para pacientes censurados foi de 31,3 meses no braço olaparibe e de 23,9 meses no braço placebo.

O estudo demonstrou uma melhoria clinicamente significativa e estatisticamente significativa na SLP do olaparibe em comparação com o placebo, com uma HR de 0,53 (IC 95% 0,35-0,82; $p = 0,0038$; a mediana foi de 7,4 meses para olaparibe vs 3,8 meses para placebo). A análise de sensibilidade da SLP pela avaliação do investigador (HR 0,51; 95% IC 0,34 a 0,78; $p = 0,0017$; mediana 6,3 meses vs 3,7 meses para olaparibe versus placebo, respectivamente) foi consistente com a análise da SLP pelo BICR. Com base nas estimativas de Kaplan-Meier, a proporção de pacientes que estavam vivos e livres de progressão em 12, 24 e 36 meses foi de 34%, 28% e 22% para o olaparibe versus 15%, 10% e 10% para o placebo.

No momento da análise da SLP, a mediana da DoR foi maior no braço olaparibe (24,9 meses) em comparação com o braço placebo (3,7 meses), com uma mediana mais longa do início da resposta (5,4 meses para o olaparibe versus 3,6 meses para o placebo).

Na análise final de SG (70% de maturidade), o HR para SG foi de 0,83 (IC de 95% 0,56 a 1,22; $p = 0,3487$; mediana de 19,0 meses para olaparibe vs 19,2 meses para placebo) que não atingiu significância estatística. A porcentagem de pacientes que estavam vivos e em acompanhamento foi de 28% no braço do olaparibe e 18% no braço do placebo.

No momento da análise final de SG, o HR para SLP2 (60% de maturidade, não controlado para multiplicidade) foi de 0,66 (IC de 95% 0,42 - 1,02; $p = 0,0613$) com uma diferença na mediana de 7,6 meses em favor de olaparibe (mediana 16,9 meses para o olaparibe vs 9,3 meses para o placebo). Uma melhora clinicamente significativa e estatisticamente significativa na TFST e TDT foi observada para os pacientes tratados com olaparibe.

Tabela 12 **Resumo dos principais achados de eficácia para pacientes com adenocarcinoma de pâncreas metastático *gBRCAm* no estudo POLO**

	Olaparibe 300 mg 2x/d	Placebo
SLP (68% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	60:92 (65)	44:62 (71)
Tempo mediano (meses)	7,4	3,8
HR (IC 95%) ^{a,b}	0,53 (0,35-0,82)	
Valor de p (bilateral)	P=0,0038	
SG (70% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	61:92 (66)	47:62 (76) ^c
Tempo mediano (meses)	19,0	19,2
HR (IC 95%) ^{b,c}	0,83 (0,56-1,22)	
Valor de p (bilateral)	p=0,3487	
SLP2 (60% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	52:92 (57)	40:62 (65)
Tempo mediano (meses)	16,9	9,3
HR (IC 95%) ^{a,b}	0,66 (0,43-1,02)	
Valor de p* (bilateral) ^b	p=0,0613	
TFST (82% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	72:92 (78)	55:62 (89)
Tempo mediano (meses)	9,0	5,4
HR (IC 95%) ^{b,c}	0,44 (0,30-0,66)	
Valor de p* (bilateral)	p<0,0001	
TDT (88% maturidade)		
Número de eventos: Número total de pacientes (%)	77:92 (84)	59:62 (95)
Tempo mediano (meses)	7,5	3,8
HR (IC 95%) ^b	0,43 (0,29-0,63)	
Valor de p* (bilateral)	P<0,0001	
ORR		
Número de respostas objetivas: Número total de pacientes com doença mensurável basal (%)	18:78 (23,1)	6:52 (11,5)

Resposta completa (%)	2 (2,6)	0
Resposta parcial (%)	16 (20,5)	6 (11,5)
Razão de possibilidades (IC 95%)	2,30 (0,89; 6,76)	
Valor de p* (bilateral)	p=0,1028	

DoR

Tempo mediano (meses) (IC 95%)	24,9 (14,75; NC)	3,7 (2,10; NC)
--------------------------------	------------------	----------------

- a Um valor <1 é favorável ao olaparibe
- b A análise foi realizada usando um teste de log-rank.
- c Seis (6,5%) pacientes no braço de olaparibe receberam inibidor de PARP subsequente e 16 (26%) pacientes no braço de placebo receberam um inibidor de PARP em qualquer linha subsequente.
- * Não controlado para multiplicidade.

2x/d Duas vezes ao dia; IC= Intervalo de confiança; HR=Razão de risco; NC= Não calculável; ORR=Taxa de resposta objetiva; SG= Sobrevida global; SLP=Sobrevida livre de progressão; SLP2= Tempo até segunda progressão ou morte; TDT= Tempo desde a randomização até à descontinuação do tratamento ou morte; TFST= Tempo da randomização até o início da primeira terapia subsequente ou morte.

Figura 11 POLO: Gráfico de Kaplan-Meier de SLP em pacientes com adenocarcinoma de pâncreas metastático *gBRCAm* (68% maturidade - BICR)

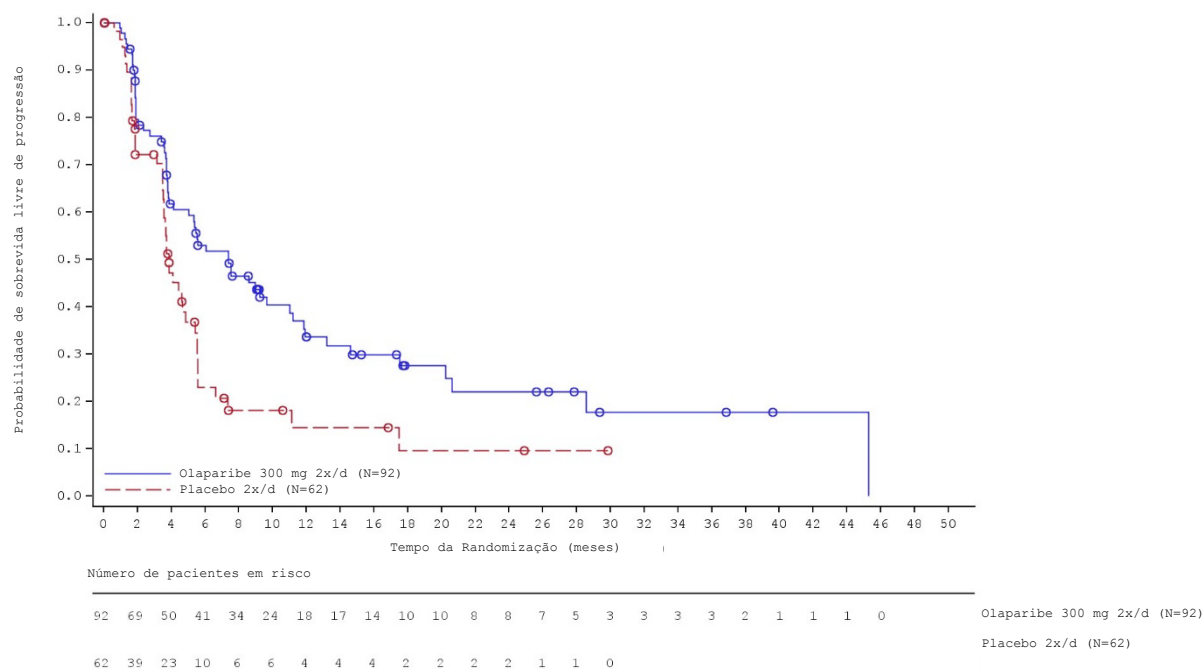
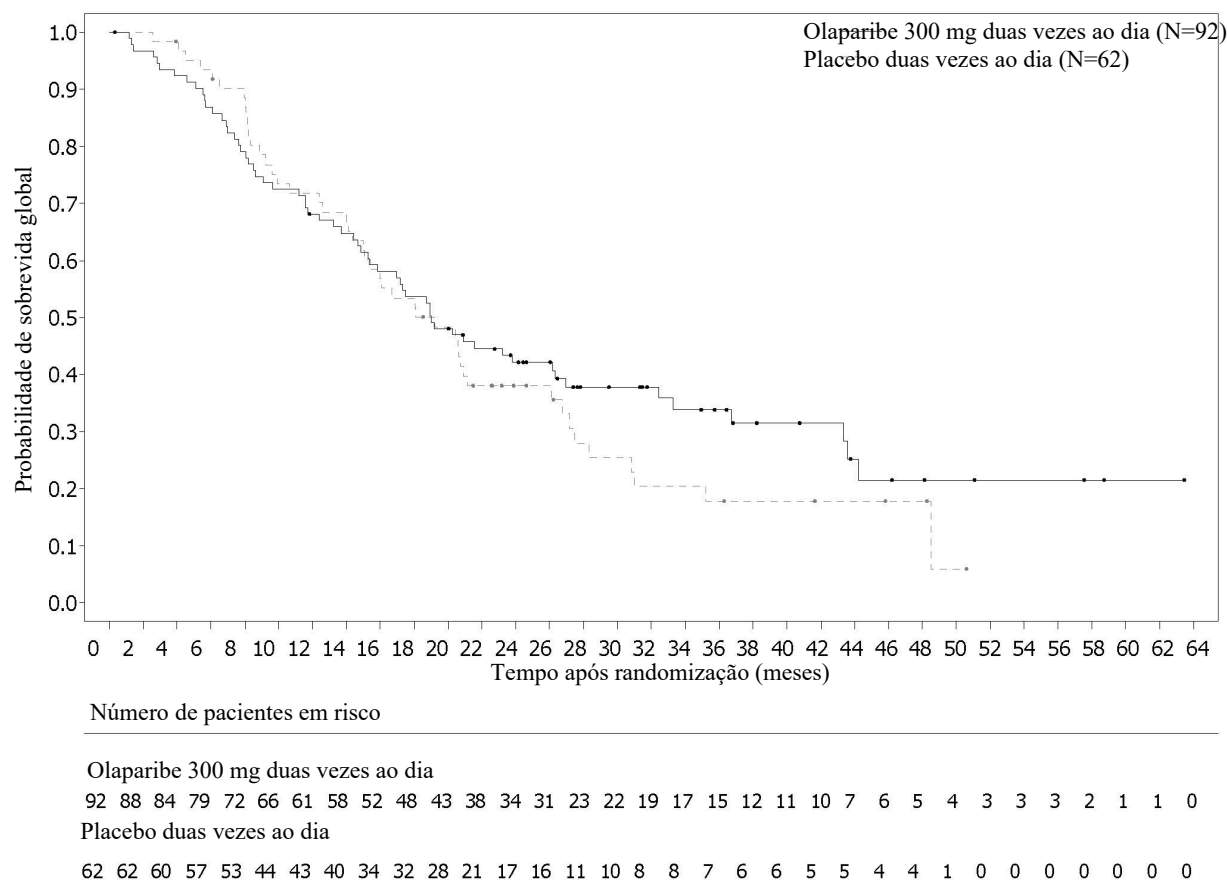


Figura 12 POLO: gráfico de Kaplan-Meier de SG para pacientes com adenocarcinoma metastático gBRCAm do pâncreas (maturidade de 70%)



A HRQoL relatada pelos pacientes foi avaliada usando o EORTC QLQ-C30 e seu módulo de câncer pancreático (EORTC QLQ-PAN26). Uma mudança de 10 pontos foi pré-definida como clinicamente significativa em uma escala global de HRQoL de 0 a 100 pontos. A variação média ajustada desde a avaliação inicial na pontuação global de HRQoL em todos os períodos até 6 meses foi de $-1,20 \pm 1,42$ no grupo olaparibe ($n = 84$) e $1,27 \pm 1,95$ no grupo placebo ($n = 54$), com uma diferença estimada correspondente a $-2,47$ pontos (IC 95%, $-7,27$ a $2,33$), demonstrando ausência de piora nos pacientes tratados com olaparibe e sem diferenças clinicamente significativas na HRQoL global ao longo do período de tratamento entre os grupos. A mediana do tempo para deterioração clinicamente significativa (≥ 10 pontos decrescentes da avaliação inicial mantida no próximo momento de avaliação) no escore global de HRQoL foi numericamente mais longa no braço olaparibe em comparação ao placebo (HR 0,72; IC 95%: 0,41-1,27; medianas: 21,2 meses olaparibe versus 6,0 meses de placebo). Durante o período de tratamento, a proporção de pacientes com melhora clinicamente significativa (aumento de ≥ 10 pontos

em relação ao valor basal) no escore global de HRQoL foi de 29,2% no braço do olaparibe e de 22,4% no braço do placebo.

Câncer de próstata metastático resistente à castração e com mutação em genes envolvidos na via de recombinação homóloga

O PROfound foi um estudo de Fase III, randomizado, aberto, multicêntrico que avaliou a eficácia de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (300 mg [2 comprimidos de 150 mg] duas vezes por dia) com um comparador de escolha do investigador pertencente à classe dos NHA (novos agentes hormonais), dentre eles, a enzalutamida ou acetato de abiraterona, em homens com câncer de próstata metastático resistentes à castração (CPRCm). Todos os pacientes receberam concomitantemente um análogo ao hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) ou tinham cirurgia prévia de orquiectomia bilateral. Os pacientes deveriam apresentar progressão do câncer de próstata metastático e/ou CRPC após tratamento com algum NHA e apresentar mutação em um dos 15 genes envolvidos na via de reparação por recombinação homóloga (HRR).

Os pacientes foram divididos em duas coortes baseados no status de mutação de genes HRR. Os pacientes com mutação nos genes BRCA1, BRCA2 ou ATM foram randomizados na Coorte A; pacientes com mutação nos outros 12 genes envolvidos na via da HRR (BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D ou RAD54L) foram randomizados na Coorte B. Pacientes com comutação (mutação nos genes BRCA1, BRCA2 ou ATM e também nos genes da Coorte B) foram randomizados na Coorte A. O estudo randomizou 387 pacientes na proporção 2:1 (256 no grupo olaparibe e 131 no grupo comparador); a Coorte A teve 245 pacientes (162 do grupo olaparibe e 83 do grupo comparador), e a Coorte B teve 142 pacientes (94 do grupo olaparibe e 48 do grupo comparador). Os pacientes foram estratificados com base no uso prévio de taxano e evidência de doença mensurável. O tratamento continuou até progressão da doença. Os pacientes randomizados no grupo do comparador puderam escolher trocar para o grupo olaparibe após confirmação radiológica de progressão pelo BICR.

Os pacientes com mutação nos genes HRR foram identificados com base no teste de amostras de tecido de câncer de próstata, através de ensaio clínico de HRR feito pela *Foundation Medicine FoundationOne*[®], conduzido em laboratório certificado (*CLIA HRR Clinical Trial Assay*). Os pacientes incluídos com base no resultado prévio do

teste *FoundationOne*[®], tiveram o resultado confirmado através de ensaio clínico (CTA) ou por uma reanálise dos dados existentes usando o algoritmo de classificação de mutação do ensaio clínico.

As características demográficas e basais foram geralmente bem balanceadas entre os grupos olaparibe e comparador na Coorte A. A idade média foi 68 anos no grupo olaparibe e 67 anos no grupo comparador na Coorte A. As terapias prévias no grupo olaparibe foram taxano (65%), enzalutamida (41%), acetato de abiraterona (38%) e combinação de enzalutamida com acetato de abiraterona (20%). As terapias prévias no grupo comparador foram taxano (63%), enzalutamida (48%), acetato de abiraterona (35%) e combinação de enzalutamida com acetato de abiraterona (17%). 59% dos pacientes do grupo olaparibe e 55% do grupo comparador apresentavam doença mensurável ao entrarem no estudo. A proporção de pacientes com metástase nos ossos, nos linfonodos distantes, nos linfonodos locorregionais, no fígado e no trato respiratório foram respectivamente 86%, 36%, 22%, 11% e 19% no grupo olaparibe e 88%, 42%, 21%, 16% e 13% no grupo comparador. A maioria dos pacientes em ambos grupos tinham ECOG de 0 ou 1 (93% no grupo olaparibe e 96% no grupo comparador). A pontuação de dor basal (BPI-SF da pior dor) foi de 0-<2 (51%), 2-3 (11%) ou >3 (35%) no grupo olaparibe e 0-<2 (45%), 2-3 (11%) ou >3 (41%) no grupo comparador. A dosagem do PSA basal média foi 62,18 µg/L no grupo olaparibe e 112,92 µg/L no grupo comparador.

O desfecho primário do estudo foi a sobrevida livre de progressão radiológica (SLPr) na Coorte A, determinada pelo BICR usando RECIST 1.1 (tecidos moles) e o Prostate Cancer Working Group – PCWG3 (ossos). O desfecho secundário incluiu a taxa de resposta objetiva (ORR) confirmada pelo BICR (Coorte A), SLPr pelo BICR (Coorte A+B), tempo de progressão da dor (TTPD) (Coorte A) e sobrevida global (SG) (Coorte A).

Outros desfechos secundários nas Coortes A e Coortes A+B incluíram o tempo para o primeiro evento esquelético sintomático (SSRE), duração da resposta (DoR), tempo para o uso de opioides para dor decorrente do câncer, ORR confirmada no tecido, resposta do antígeno específico da próstata (PSA₅₀), taxa de conversão das células tumorais circulantes (CTC), tempo de segunda progressão ou morte (SLP2), e sintomas relacionados à doença e qualidade de vida relacionada à saúde ([HRQoL] progressão da dor, progressão da dor severa, interferência da dor e paliação da dor). Outros desfechos secundários na Coorte B incluíram SLPr pelo BICR. Adicionalmente, outros desfechos secundários na Coorte B e Coorte A+B incluíram ORR pelo BICR, SG e tempo para progressão da dor.

O estudo demonstrou uma melhora clinicamente e estatisticamente significativa da SLPr avaliada pelo BIRC para o olaparibe em relação ao comparador na Coorte A.

Na Coorte A houve melhora estatisticamente e clinicamente significativa na ORR radiológica confirmada pelo BICR em pacientes com doença mensurável basal no grupo olaparibe em comparação ao grupo comparador e houve um atraso estatisticamente e clinicamente significativo no tempo de progressão da dor (TTPP) no grupo olaparibe em comparação ao grupo de NHA de escolha do investigador.

A análise final da sobrevida global (SG) demonstrou uma melhora estatisticamente significativa na SG em pacientes randomizados para o braço **LYNPARZA** em comparação com o braço de NHA de escolha do investigador na Coorte A.

Tabela 13 **Resumo de achados de eficácia chave na Coorte A no estudo PROfound**

	Coorte A Olaparibe 300mg 2x dia (N=162)	Coorte A NHA de escolha do investigador (N=83)
SLPr pelo BICR ^{a,b}		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	106/162 (65) ^c	68/83 (82) ^c
SLPr média (IC 95%) [meses]	7,4 (6,2, 9,3)	3,6 (1,9, 3,7)
HR (IC 95%) ^d	0,34 (0,25, 0,47)	
Valor de p (bilateral) ^e	<0,0001	
ORR confirmada pelo BICR		
Número de respostas objetivas/número total de pacientes com doença mensurável na linha de base (%)	28/84 (33)	1/43(2)
Razão de possibilidades (IC 95%)	20,86 (4,18, 379,18)	
Valor de p (bilateral)	<0,0001	
DoR (em pacientes com resposta objetiva confirmada) ^f		
N	28	1
Tempo mediano (IC 95%) [meses]	5,9 (5,5, 9,0)	7,4 (NR, NR)
SG		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	91/162 (56)	57/83 (69)
SG média (IC 95%) [meses]	19,1 (17,4, 23,4)	14,7 (11,9, 18,8)
HR (IC 95%)	0,69 (0,50, 0,97)	

Valor de p (bilateral) [nominal] ^h	0,0175	
Tempo para progressão da dor^g		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	21/162 (13)	14/83 (17)
Média (IC 95%) [meses]	NR (NR, NR)	9,9 (5,4, NR)
HR (IC 95%)	0,44 (0,22, 0,91)	
Valor de p (bilateral) ^h	0,0192	

^a A SLPr (Coorte A), ORR (Coorte A), TTPP (Coorte A) e SG (Coorte A) foram testados para multiplicidade. A estratégia para multiplicidade para o desfecho primário e desfechos secundários chave foi que após o alcance da significância estatística do desfecho primário de SLPr na Coorte A, os outros testes de cada desfecho secundário seriam testados na sequência, dentre eles ORR (Coorte A), , TTPP (Coorte A) e SG (Coorte A).

^b Na Coorte A, a sensibilidade da análise da SLPr pela avaliação do investigador (Razão de risco=0,24, 95% CI, 0,17, 0,34, p<0,0001 [nominal]; SLPr média de 9,8 meses para o grupo olaparibe vs 3,6 meses para o grupo NHA escolha do investigador) foi consistente com a análise da SLPr na avaliação pelo BICR.

^c SLPr 71% de maturidade (Coorte A).

^d A HR e o CI foram calculados usando o modelo de risco proporcional de Cox, ajustado para uso prévio de taxano e doença mensurável. A abordagem Efron foi usada para manuseio de vínculos. Razão de risco <1 a favor do olaparibe.

^e A análise foi conduzida usando o teste log-rank estratificado, pelo uso prévio de taxano e doença mensurável, usando o método Breslow para manuseio de vínculos.

^f Não controlado para multiplicidade.

^g O tempo para progressão da dor foi definido como o tempo desde a randomização até a data da primeira piora clinicamente significativa (>2 pontos aumentados da linha basal em uma escala de 0-10), em média a pontuação basal da pior dor [item 3] e/ou aumento ou início do uso de opioides analgésicos.

^h Valor de p [nominal] significa não controlado por alfa

BICR=revisão central independente cega; CI=intervalo de confiança; CTC=células tumorais circulantes; DoR=duração da resposta; HR=Razão de risco; NHA=novo agente hormonal; ORR=taxa de resposta objetiva; SG=sobrevida global; SLP2=tempo desde a randomização até a segunda progressão da doença ou morte; PSA=antígeno específico da próstata; SLPr=sobrevida livre de progressão radiológica; SSRE= evento esquelético sintomático; TTPP=tempo para progressão da dor.

Tabela 14 Resumo de outros achados de eficácia (exploratórios) na Coorte A no estudo PROfound

	Coorte A Olaparibe 300mg 2x dia (N=162)	Coorte A NHA de escolha do investigador (N=83)
Tempo para o primeiro SSRE		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	25/162 (15)	19/83 (23)
Tempo mediano (IC 95%) [meses]	NR (NR, NR)	NR (NR, NR)
HR (IC 95%)	0,37 (0,20, 0,70)	
Valor de p (bilateral) [nominal] ⁱ	0,0013	
Tempo para uso de opioide relacionado à dor causada pelo câncer		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	42/113 (37)	29/58 (50)
Média (IC 95%) [meses]	18,0 (12,7, NR)	7,5 (3,2, NR)
Sem uso de opioide até o mês 6 (%)	75,6	56,7
Sem uso de opioide até o mês 12 (%)	61,5	45,6
HR (IC 95%)	0,61 (0,38, 0,99)	
Valor de p (bilateral) [nominal] ^b	0,0443	
Resposta à PSA ₅₀		
Número de pacientes com resposta à visita única (n)	69	9
Resposta à visita única (%) [IC 95%]	42,6 (34,87, 50,59)	10,8 (5,08, 19,59)
Número de pacientes com resposta confirmada (n)	66	6
Resposta confirmada (%) [IC 95%]	40,7 (33,10, 48,73)	7,2 (2,70, 15,07)
Razão de conversão das CTC ^a		
Número de pacientes com conversão CTC (n)	29	5
Conversão CTC (%) [IC 95%]	17,9 (12,33, 24,69)	6,0 (1,98, 13,50)
SLP2 (pelo investigador)		
Número de eventos/número total de pacientes (%)	61/162 (38)	44/83 (53)
SLP2 média (IC 95%) [meses]	17,2 (12,7, 18,3)	10,6 (9,1, 11,2)
HR (IC 95%)	0,53 (0,36, 0,79)	
Valor de p (bilateral) [nominal] ^b	p=0,0003	

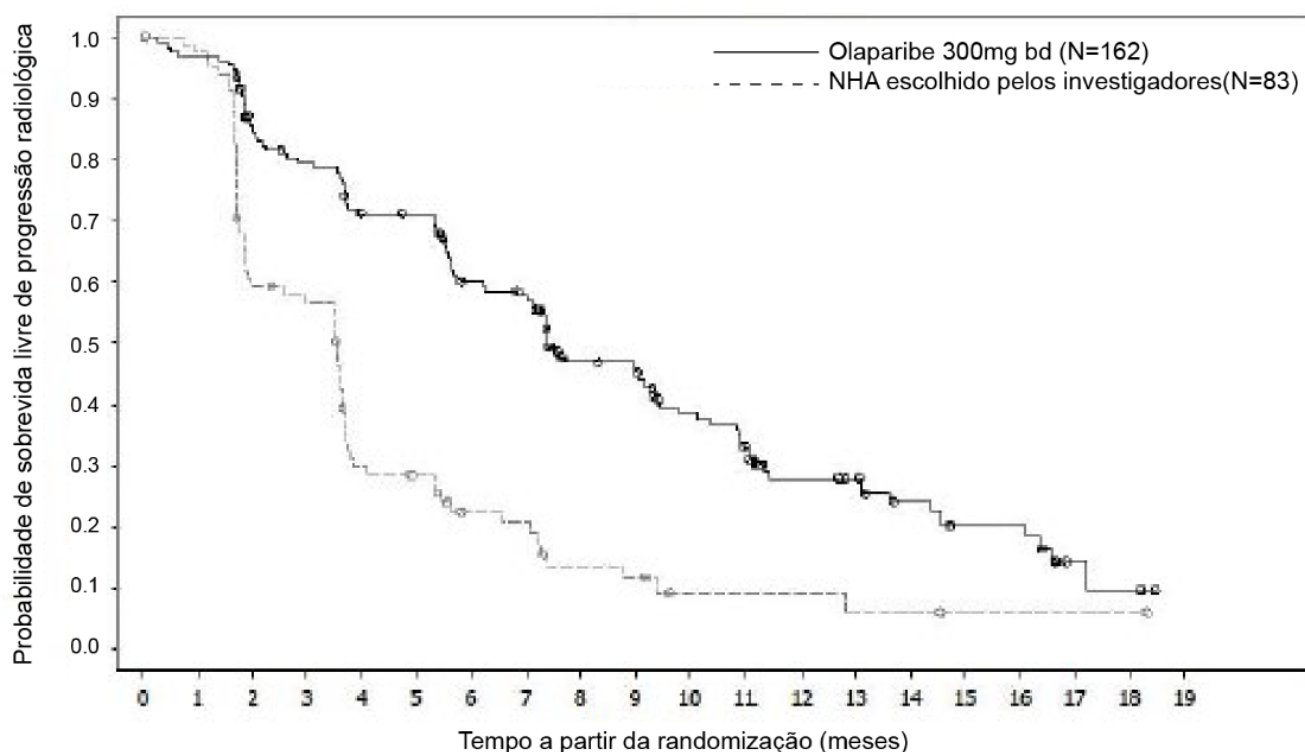
^a Conversão de células tumorais circulantes foi definida como a proporção de pacientes que alcançaram uma diminuição do número de células tumorais circulantes de > 5 células/7,5 mL na linha basal para < 5 células/7,5 mL em qualquer ponto de visita na linha basal.

^b Valor de p [nominal] significa não controlado por alfa

BICR=revisão central independente cega; CI=intervalo de confiança; CTC=células tumorais circulantes; HR=Razão de risco; NHA=novo agente hormonal; SLP2=tempo desde a randomização até a segunda progressão da doença ou morte; PSA=antígeno específico da próstata; SSRE= evento esquelético sintomático;

Todas as análises descritas na Tabela 14 eram exploratórias.

Figura 13 **Coorte A: Gráfico de Kaplan-Meier para SLPr (pelo BICR)**



Número de pacientes em risco

Olaparibe 300mg bd

162 149 126 116 102 101 82 77 56 53 42 37 26 24 18 11 11 3 2 0

NHA escolhido pelos investigadores

83 79 47 44 22 20 13 12 7 6 3 3 3 2 2 1 1 1 1 0

O benefício do olaparibe sobre o NHA de escolha do investigador foi mantido sobre todos os subgrupos pré especificados, com reduções clinicamente significativas no risco de progressão da doença ou morte nos pacientes tratados com olaparibe (variando de 39% a 75% na Coorte A).

O olaparibe favoreceu a diferença média ajustada na variação em relação à pontuação inicial (baseada em modelo misto de análises de mensuração repetidas) da HRQoL (pontuação total da avaliação funcional da terapia para câncer de próstata [FACT-P], pontuação total da avaliação funcional da terapia para câncer em geral [FACT-Geral], índice dos resultados do estudo), e funcionamento (bem estar físico e bem estar funcional) e sintomas do câncer de próstata (Subescala do câncer de próstata [PCS], avaliação funcional da terapia para sintomas do câncer de próstata avançado – Índice 6), comparado ao NHA de escolha do investigador durante o tratamento, demonstrando que pacientes do grupo olaparibe vivenciaram melhora na HRQoL, no funcionamento e sintomas do câncer de próstata comparados aos pacientes do grupo de tratamento com NHA de escolha do investigador na Coorte A.

A diferença na média ajustada dos níveis basais (baseada em modelo misto de análises de mensuração repetidas) para o olaparibe comparado ao NHA de escolha dos investigadores foi: HRQoL geral (avaliados usando a pontuação FACT-P Total; diferença média entre os grupos: 6,21; IC 95%: 0,12–12,30), funcionamento (usando a pontuação FACT-P de bem-estar físico [PWB]; diferença média entre os braços: 1,50; IC 95%: -0,39–3,38) e sintomas de câncer de próstata (usando a avaliação funcional da terapia para sintomas do câncer de próstata avançado – Índice 6 [FAPSI-6]; 1,95; IC 95%: 0,50 –3,40) na Coorte A.

Durante o período de tratamento, uma proporção maior de pacientes apresentou melhora clinicamente significativa (≥ 10 , ≥ 3 e ≥ 3 pontos aumentados do basal para FACT-P total, PWB e FAPSI-6, respectivamente) no braço do olaparibe do que no o braço comparador para HRQoL geral (9,9% vs 1,3%; OR: 8,32, IC 95% 1,64-151,84), funcionalidade (bem estar físico e bem estar funcional - 8,6% vs 2,6%; OR: 3,51, IC 95% 0,94-22,80) e sintomas do câncer de próstata (15,1% vs 3,9%; OR: 4,40, IC 95% 1,47-18,98) na Coorte A.

Câncer de próstata metastático resistente à castração

A eficácia do **LYNPARZA** no tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático resistente à castração (CPRCm) foi investigada em dois estudos clínicos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo em

primeira linha de tratamento (PROpel) e em pacientes que receberam terapia prévia com taxano (Estudo 8). Em ambos estudos, **LYNPARZA** foi administrado em combinação com abiraterona e prednisona ou prednisolona.

Estudo PROpel em primeira linha para CPRCm

O PROpel foi um estudo de Fase III, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, multicêntrico que comparou a eficácia do tratamento com **LYNPARZA** [300 mg (2 x 150 mg comprimidos) duas vezes ao dia] em combinação com abiraterona [1000 mg (2 x 500 mg comprimidos) uma vez ao dia] com a eficácia do tratamento de placebo em combinação com abiraterona em pacientes com CPRCm. Os pacientes em ambos os braços também receberam prednisona ou prednisolona 5 mg duas vezes ao dia. Antes do estágio CPRCm, foi permitido o tratamento com NHAs (exceto abiraterona) sem que houvesse progressão (clínica ou radiológica) do antígeno específico da próstata (PSA) durante o tratamento, e desde que o tratamento fosse interrompido pelo menos 12 meses antes da randomização. Também foi permitido o tratamento com agentes antiandrogênicos de primeira geração (por exemplo, bicalutamida, nilutamida, flutamida), desde que houvesse um período de 4 semanas sem uso destas medicações antes da entrada no estudo (período de *washout*). O uso de docetaxel foi permitido durante o tratamento neoadjuvante/adjuvante para câncer de próstata localizado e no estágio de câncer de próstata metastático hormônio-sensível (HSPCm), desde que não ocorressem sinais de progressão da doença durante ou imediatamente após esse tratamento. Todos os pacientes continuaram com o uso de um análogo do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) ou tiveram orquiectomia bilateral prévia.

O estudo randomizou 796 pacientes (randomização 1:1; 399 olaparibe/abiraterona: 397 placebo/abiraterona) que apresentavam evidência de adenocarcinoma de próstata histologicamente confirmado e status metastático definido como pelo menos uma lesão metastática documentada óssea ou tomografia computadorizada/ressonância magnética (TC/RM). Os pacientes foram estratificados por metástases (somente metástases ósseas, viscerais ou outras) e tratamento com docetaxel no estágio HSPCm (sim ou não). O tratamento foi continuado até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

As características demográficas e basais foram bem equilibradas entre os dois braços de tratamento. A idade mediana dos pacientes foi de 69 anos, e a maioria (71%) dos pacientes estava na faixa etária ≥ 65 anos. Vinte e um (21) (3%) pacientes receberam tratamento prévio com docetaxel durante o tratamento neoadjuvante/adjuvante para câncer de próstata localizado e 189 (24%) pacientes receberam tratamento prévio com docetaxel no estágio HSPCm. No total, 434 (55%) dos pacientes tiveram metástase óssea (metástase no osso e em nenhum outro local

à distância), 105 (13%) pacientes tiveram metástase visceral (metástase em órgãos de tecidos moles distantes, por exemplo, fígado e pulmão) e 257 (32%) pacientes tiveram outras metástases (que podem incluir, por exemplo, pacientes com metástase no osso e linfonodos distantes ou pacientes com a doença presente apenas nos linfonodos distantes). A maioria dos pacientes em ambos os braços tinha status de desempenho ECOG 0 (70%)

O status da mutação do gene HRR foi avaliado retrospectivamente por ctDNA e testes de tecido tumoral. Dos pacientes testados, 198 e 118 eram HRRm, conforme determinado por ctDNA e tecido tumoral, respectivamente. A distribuição dos pacientes HRRm foi bem equilibrada entre os dois braços.

O desfecho primário do estudo foi a sobrevida livre de progressão radiológica (SLPr), definido como o tempo desde a randomização até a progressão determinado pela avaliação do investigador com base nos critérios RECIST 1.1 e PCWG-3 (osso). O desfecho secundário de eficácia foi a sobrevida global (SG). Os desfechos secundários adicionais incluíram tempo desde a randomização até a segunda progressão ou óbito (SLP2), tempo desde a randomização até o início da terapia subsequente ou óbito (TFST) e qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL).

No momento da análise interina da SLPr, houve uma melhora estatisticamente e clinicamente significativa no risco de progressão radiológica da doença ou morte no grupo olaparibe/abiraterona em comparação com o grupo placebo/abiraterona, conforme avaliado pelo investigador. A análise de sensibilidade da SLPr pelo BICR foi consistente com a análise baseada no investigador com HR 0,61; 95% CI 0,49, 0,74; $p < 0,0001$; SLPr mediana 27,6 meses no grupo olaparibe/abiraterona vs 16,4 meses no grupo placebo/abiraterona, respectivamente.

A análise de subgrupo mostrou melhora da SLPr no grupo olaparibe/abiraterona em comparação com o grupo placebo/abiraterona em todos os subgrupos pré-definidos, incluindo pacientes com ou sem taxano prévio no HSPCm, pacientes com doença metastática diferente no início do estudo (somente óssea vs visceral vs outros) e pacientes com ou sem HRRm.

Houve melhoras na SLP2 e TFST no grupo olaparibe/abiraterona em comparação ao grupo placebo/abiraterona.

Na análise pré-especificada final, a porcentagem de pacientes vivos no tempo de 36 meses no grupo olaparibe/abiraterona e no braço placebo/abiraterona foi de 57% e 50%, respectivamente.

Tabela 15 **Resumo dos principais achados de eficácia em CPRCm em primeira linha no estudo PROpel**

	Olaparibe/abiraterona N = 399	Placebo/abiraterona N = 397
SLPr (avaliada pelo investigador) (50% de maturidade) (30/Julho/2021)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	168/399 (42,1)	226/397 (56,9)
Mediana (95% CI) (meses) ^d	24.8 (20.5, 27,6)	16.6 (13.9, 19,2)
HR (95% CI) ^a	0,66 (0,54, 0,81)	
Valor de p ^b	<0,0001	
SG final (48% de maturidade) (12/Outubro/2022)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	176/399 (44,1)	205/397 (51,6)
Mediana (95% CI) (meses) ^d	42,1 (38,4, NC)	34,7 (31,0, 39,3)
HR (95% CI) ^a	0,81 (0,67, 1,00)	
Valor de p ^b	p=0,0544	
SLP2 (21% de maturidade) (30/Julho/2021)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	70/399 (17,5)	94/397 (23,7)
Mediana (95% CI) (meses) ^d	NC (NC, NC)	NC (NC,NC)
HR (95% CI) ^a	0,69 (0,51, 0,94)	
Valor de p ^{b,c}	p=0,0184	
TFST (51% de maturidade) (30/Julho/2021)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	183/399 (45,9)	221/397 (55,7)
Mediana (95% CI) (meses) ^d	25,0 (22,2, NC)	19,9 (17,1, 22,0)
HR (95% CI) ^a	0,74 (0,61, 0,90)	
Valor de p ^{b,c}	p=0,0040	

^a O HR e o CI foram calculados usando um modelo de risco proporcional de Cox ajustado para as variáveis selecionadas na estratégia de agrupamento primário: metástases, tratamento com docetaxel no estágio HSPCm. A abordagem Efron foi usada por questão do tempo. Um HR <1 favorece olaparibe 300 mg bd + abiraterona 1000 mg qd.

^b O valor de p bilateral foi calculado usando o teste log-rank estratificado pelas mesmas variáveis selecionadas na estratégia de agrupamento primário.

^c O valor de p apresentado é nominal, pois o desfecho não é controlado por alfa.

^d Calculado pela técnica de Kaplan-Meier.

NC = não calculável

Figura 14 PROpel: gráfico de Kaplan-Meier da SLPr

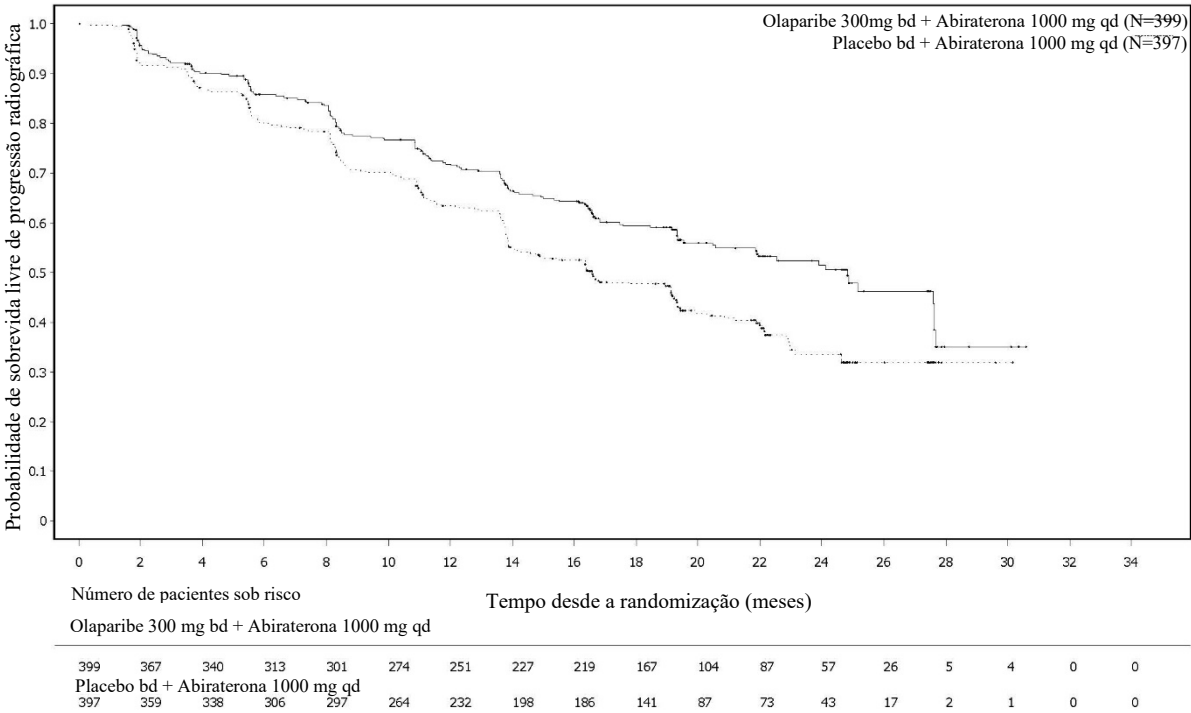
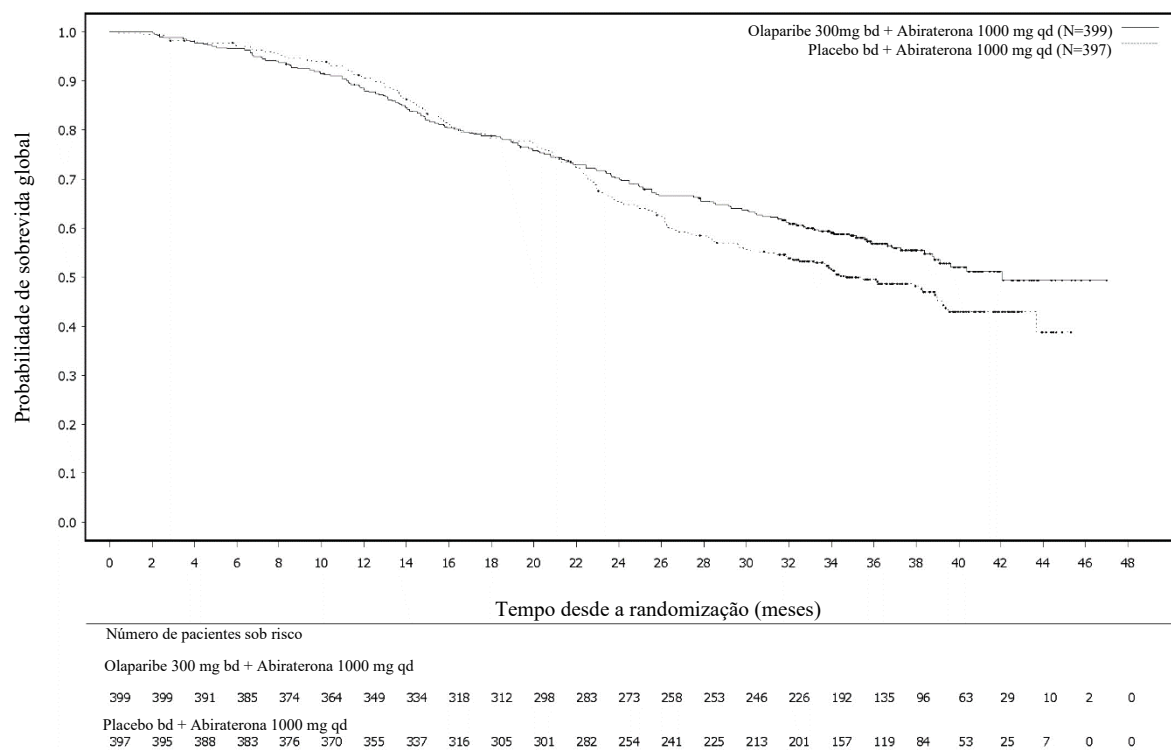


Figura 15 PROpel: gráfico de Kaplan-Meier da SG



Os resultados das medidas de análises PRO, incluindo a alteração do basal para a pontuação total FACT-P, a gravidade da dor BPI-SF e as pontuações de interferência da dor, não mostraram nenhum prejuízo geral no grupo olaparibe/abiraterona em comparação com o grupo placebo/abiraterona. Achados semelhantes foram geralmente observados com pontuações da subescala FACT-P.

Estudo 8 feito em pacientes com CPRCm que receberam terapia prévia com taxano

O estudo 8 foi um estudo feito em duas partes. A Parte A foi um estudo aberto de segurança para avaliar a segurança, tolerabilidade e farmacocinética do olaparibe quando administrado em adição a 1.000 mg de abiraterona uma vez ao dia. A Parte B foi um estudo multicêntrico de Fase II, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, que comparou a eficácia do tratamento com **LYNPARZA** (300 mg [2 x 150 mg comprimidos] duas vezes ao dia) em combinação com abiraterona (1000 mg [2 x 500 mg comprimidos] uma vez ao dia) com a eficácia do tratamento com placebo em combinação com abiraterona em pacientes com CPRCm que receberam até duas linhas de quimioterapia prévia, incluindo docetaxel, mas sem exposição prévia ao NHA. Os pacientes em ambos os

grupos também receberam prednisona ou prednisolona 5 mg duas vezes ao dia. Os pacientes que descontinuaram o docetaxel por motivos de toxicidade ou que não completaram o ciclo completo ainda eram elegíveis para entrar neste estudo, desde que recebessem pelo menos 2 ciclos de quimioterapia. Todos os pacientes continuaram com um análogo de GnRH ou tiveram orquiectomia bilateral. Dos 171 pacientes inscritos na Parte B do estudo, 142 foram randomizados (randomização 1:1; 71 olaparibe/abiraterona: 71 placebo/abiraterona). Todos os pacientes randomizados receberam pelo menos uma dose de tratamento do estudo.

O desfecho primário do estudo (Parte B) foi SLPr determinada pelo investigador usando RECIST 1.1 (tecido mole) e PCWG-2 (osso). Os desfechos secundários incluíam SLP2, SG e TFST.

O estudo demonstrou uma melhora estatisticamente e clinicamente significativa na SLPr no grupo olaparibe/abiraterona avaliado pelo investigador em comparação ao grupo placebo/abiraterona.

As análises de subgrupo para subgrupos de pacientes com base em características demográficas, basais e subgrupos de biomarcadores pré-definidos mostraram reduções geralmente consistentes no risco de progressão radiológica ou morte em pacientes tratados com olaparibe/abiraterona em todos os subgrupos, em pacientes com ou sem HRRm.

Os resultados dos desfechos secundários, incluindo SLP2, TFST e SG também favoreceram o braço olaparibe/abiraterona.

Tabela 16 **Resumo dos principais achados de eficácia em pacientes mCRPC que receberam terapia prévia com taxano no Estudo 8**

	Olaparibe/abiraterona N=71	Placebo/abiraterona N=71
SLPr (avaliada pelo investigador)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	47/71 (65)	54/71 (76.1)
Mediana (meses)	14	8,2
HR (95% CI)	0,65 (0,44, 0,97)	
Valor de p (bilateral)	p=0,034	
SG (62% de maturidade)		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	43/71 (60,6)	45/71 (63,4)
Mediana (meses)	23	21

Tabela 16 **Resumo dos principais achados de eficácia em pacientes mCRPC que receberam terapia prévia com taxano no Estudo 8**

	Olaparibe/abiraterona N=71	Placebo/abiraterona N=71
HR (95% CI)	0,91 (0,60, 1,38)	
Valor de p (bilateral)	p=0,662	
SLP2		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	37/71 (52,1)	45/71 (63,4)
Mediana (meses)	23,3	18,5
HR (95% CI)	0,79 (0,51, 1,22)	
Valor de p (bilateral)	p=0,280	
TFST		
Número de eventos/Número total de pacientes (%)	57/71 (80,3)	58/71 (81,7)
Mediana (meses)	13,5	9,7
HR (95% CI)	0,78 (0,54, 1,13)	
Valor de p (bilateral)	p=0,189	

A alteração média do basal nas análises das medidas PRO (pontuação total FACT-P, pontuação da pior dor e pior dor óssea BPI-SF) não mostrou prejuízo no grupo olaparibe/abiraterona em comparação ao grupo placebo/abiraterona.

Tratamento de manutenção de primeira linha de câncer de endométrio avançado ou recorrente em combinação com durvalumabe

Estudo DUO-E em câncer de endométrio avançado ou recorrente

DUO-E foi um estudo de Fase 3 randomizado, multicêntrico, duplo-cego, controlado por placebo, de quimioterapia com paclitaxel e carboplatina em primeira linha em combinação com durvalumabe, seguido de manutenção com durvalumabe com ou sem olaparibe em pacientes com câncer de endométrio avançado ou recorrente. Para pacientes com doença recorrente, a quimioterapia prévia foi permitida apenas se fosse administrada no contexto adjuvante e houvesse pelo menos 12 meses desde a data da última dose de quimioterapia administrada até a data da recaída subsequente. O estudo incluiu pacientes com carcinomas epiteliais do endométrio de todas as histologias, incluindo carcinossarcomas. Pacientes com sarcoma endometrial foram excluídas.

A randomização foi estratificada pelo status de MMR [proficiente (pMMR) *versus* deficiente (dMMR)], estágio da doença (recorrente *versus* recém-diagnosticada) e região geográfica (Ásia *versus* resto do mundo). As pacientes foram randomizadas 1:1:1 para um dos seguintes braços:

- Paclitaxel e carboplatina: paclitaxel e carboplatina com placebo de durvalumabe a cada 3 semanas por um máximo de 6 ciclos. Após a conclusão do tratamento quimioterápico, pacientes sem progressão objetiva da doença receberam durvalumabe placebo a cada 4 semanas e comprimidos de placebo de olaparibe duas vezes ao dia como tratamento de manutenção até a progressão da doença.
- Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe: paclitaxel e carboplatina com 1120 mg de durvalumabe a cada 3 semanas por um máximo de 6 ciclos. Após a conclusão do tratamento quimioterápico, as pacientes sem progressão objetiva da doença receberam 1.500 mg de durvalumabe a cada 4 semanas com comprimidos placebo de olaparibe duas vezes ao dia como tratamento de manutenção até a progressão da doença.
- Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe: paclitaxel e carboplatina com 1120 mg de durvalumabe a cada 3 semanas por um máximo de 6 ciclos. Após a conclusão do tratamento com quimioterapia, as pacientes sem progressão objetiva da doença receberam 1.500 mg de durvalumabe a cada 4 semanas com 300 mg de olaparibe em comprimidos duas vezes ao dia como tratamento de manutenção até a progressão da doença.

As pacientes que descontinuaram qualquer um dos produtos (olaparibe/placebo ou durvalumabe/placebo) por razões diferentes da progressão da doença poderiam continuar o tratamento com o outro produto, se apropriado, com base em considerações de toxicidade e critério do investigador.

O tratamento continuou até progressão da doença definida pelo RECIST v1.1 ou toxicidade inaceitável. A avaliação do status do tumor foi realizada a cada 9 semanas durante as primeiras 18 semanas em relação à randomização e a cada 12 semanas a partir de então.

Um total de 718 pacientes foram incluídas e randomizadas. As características demográficas e iniciais foram bem equilibradas entre os braços de tratamento. Os dados demográficos de base foram: idade mediana de 64 anos (intervalo: 22 a 86); 47% tinham 65 anos ou mais; 57% brancas, 30% asiáticas e 5% negras ou afro-americanas. As características da doença foram as seguintes: ECOG PS de 0 (67%) ou 1 (33%); 47% de doença recém-diagnosticada e 53% de doença recorrente; 80% com status tumoral pMMR e 20% com status tumoral dMMR. Os

subtipos histológicos foram endometrióide (60%), seroso (21%), carcinosarcoma (7%), epitelial misto (4%), células claras (3%), indiferenciado (2%), mucinoso (<1%) e outros (3%).

O desfecho primário foi sobrevida livre de progressão (SLP), definido como o tempo desde a randomização até à progressão determinada pela avaliação do investigador utilizando RECIST 1.1, ou morte. Os desfechos secundários de eficácia incluíram sobrevida global (SG), tempo até segunda progressão ou morte (SLP2), tempo até primeira terapia antineoplásica subsequente ou morte (TFST), tempo até descontinuação do tratamento ou morte (TDT), tempo até o início da segunda terapia antineoplásica subsequente ou morte (TSST), taxa de resposta objetiva (ORR) e duração da resposta (DoR).

O estudo demonstrou uma melhora estatisticamente significativa na SLP para pacientes tratadas com paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe em comparação com paclitaxel e carboplatina isoladamente (vide Tabela 17, Figuras 16 e 17). Os resultados da SLP de acordo com a avaliação do BICR foram consistentes. O tempo médio de acompanhamento das pacientes censuradas foi de 15,4 meses no braço de paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe, e 12,6 meses no braço de paclitaxel e carboplatina. No momento da análise de SLP, os dados provisórios de SG estavam 28% maduros com eventos em 199 de 718 pacientes.

Tabela 17 Resumo dos resultados de eficácia em pacientes com câncer de endométrio avançado ou recorrente no estudo DUO-E

	Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe N= 239	Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe N= 238	Paclitaxel e carboplatina N= 241
SLP (pela avaliação do investigador) (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	126/239 (52,7)	139/238 (58,4)	173/241 (71,8)
Mediana ^a (IC 95%), meses	15,1 (12,6; 20,7)	10,2 (9,7; 14,7)	9,6 (9,0; 9,9)
Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 12 meses, %	61,5 (54,9; 67,4)	48,5 (41,8; 54,9)	41,1 (34,6; 47,5)

Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 18 meses, %	46,3 (39,2; 53,0)	37,8 (31,0; 44,5)	21,7 (16,0; 27,9)
Razão de risco (HR) ^b (IC 95%)	0,55 (0,43; 0,69)	0,71 (0,57; 0,89)	-
Valor de p ^c	<0,0001	0,003	-
SG (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	52/239 (21,8)	65/238 (27,3)	82/241 (34,0)
Mediana ^a (IC 95%), meses	NR (NR; NR)	NR (NR; NR)	25,9 (23,9; NR)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 12 meses, %	87,7 (82,7; 91,3)	84,2 (78,9; 88,3)	79,7 (74,0; 84,3)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 18 meses, %	79,4 (73,2; 84,3)	74,6 (68,0; 80,1)	69,0 (62,3; 74,8)
HR ^b (IC 95%)	0,59 (0,42; 0,83)	0,77 (0,56; 1,07)	-
Valor de p ^{c,d}	0,003 (NS)	0,120 (NS)	-
SLP2 (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	64/239 (26,8)	85/238 (35,7)	96/241 (39,8)
Mediana ^a (IC 95%), meses	NR (NR; NR)	22,2 (18,7; NR)	19,1 (16,4; 22,9)
HR ^b (IC 95%)	0,55 (0,40; 0,76)	0,80 (0,59; 1,07)	-
TFST (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	105/239 (43,9)	128/238 (53,8)	160/241 (66,4)
Mediana ^a (IC 95%), meses	21,4 (18,1; NR)	14,0 (11,5; 19,8)	11,1 (10,2; 12,7)
HR ^b (IC 95%)	0,50 (0,39; 0,64)	0,72 (0,57; 0,91)	-
TDI (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	139/239 (58,2)	163/238 (68,5)	198/241 (82,2)
Mediana ^a (IC 95%), meses	15,1 (12,5; 18,6)	9,9 (8,8; 11,2)	8,8 (7,6; 9,7)

HR ^b (IC 95%)	0,51 (0,41; 0,63)	0,74 (0,60; 0,91)	-
TSST (12 de abril de 2023)			
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	57/239 (23,8)	75/238 (31,5)	93/241 (38,6)
Mediana ^a (IC 95%), meses	NR (NR; NR)	NR (NR; NR)	23,9 (21,6; NR)
HR ^b (IC 95%)	0,57 (0,40; 0,78)	0,77 (0,57; 1,05)	-
Taxa de resposta objetiva (ORR) (12 de abril de 2023)			
ORR ^c %	117/184 (63,6)	125/202 (61,9)	109/198 (55,1)
Resposta completa (%)	30 (16,3)	26 (12,9)	19 (9,6)
Resposta parcial (%)	87 (47,3)	99 (49,0)	90 (45,5)
Duração da Resposta (12 de abril de 2023)			
Mediana ^a (IC 95%), meses	21,3 (12,9; NR)	13,1 (10,4; NR)	7,7 (7,4; 10,3)

Em uma comparação exploratória pré-planejada de paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe com paclitaxel e carboplatina + durvalumabe, a HR foi de 0,78 (IC 95% 0,61; 0,99).

^a Calculado pela técnica de Kaplan-Meier.

^b Uma HR menor que 1 favorece o braço de paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe ou paclitaxel e carboplatina + durvalumabe vs. paclitaxel e carboplatina isoladamente.

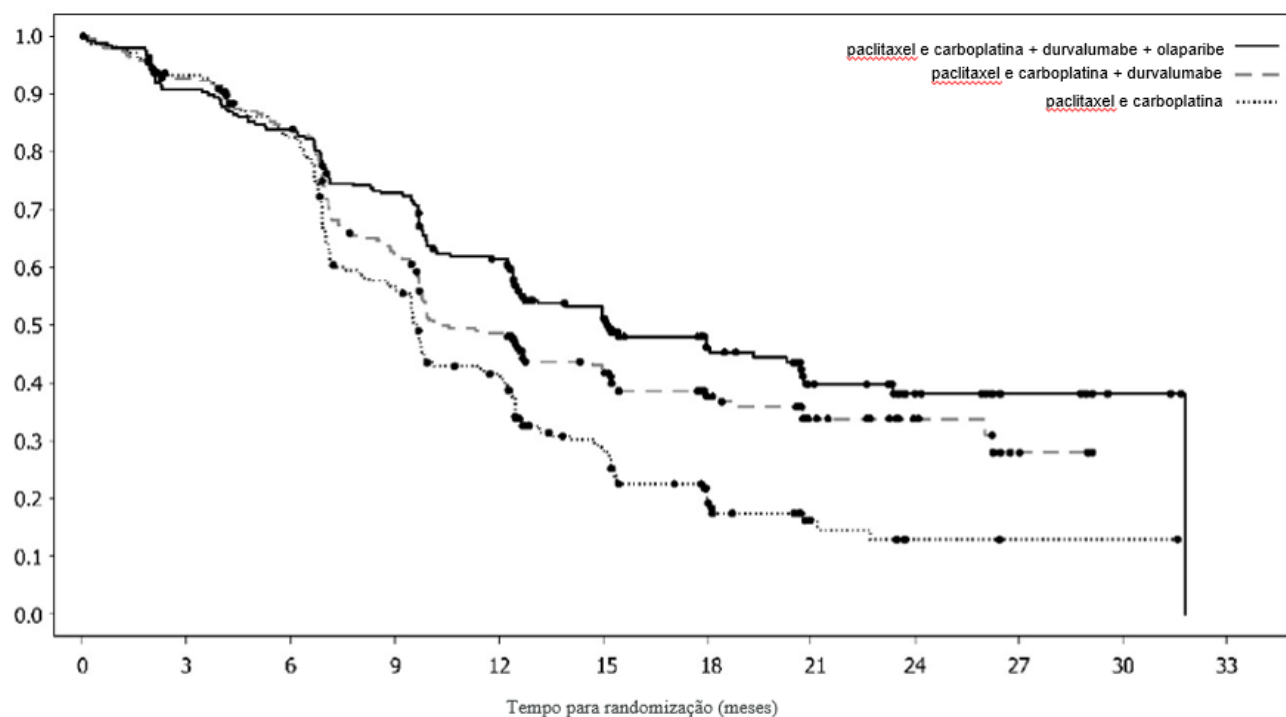
^c Valor de p foi calculado usando um teste log-rank.

^d Não significativo a um nível de significância bilateral de 0,0006 para paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe vs. paclitaxel e carboplatina vs. e 0,0011 para o braço de paclitaxel e carboplatina + durvalumabe vs. paclitaxel e carboplatina isoladamente.

^e Resposta: Melhor resposta objetiva como resposta completa confirmada ou resposta parcial.

IC: Intervalo de confiança; HR: Razão de risco; NR: Não alcançado; NS: Não significativo; ORR: Taxa de resposta objetiva; SG: Sobrevida global; SLP: Sobrevida livre de progressão; SLP2: Tempo desde a randomização até a segunda progressão ou morte; TDT: Tempo desde a randomização até a descontinuação do tratamento ou morte; TFST: Tempo desde a randomização até o início da primeira terapia subsequente ou morte; TSST: Tempo desde a randomização até o início da segunda terapia subsequente ou morte.

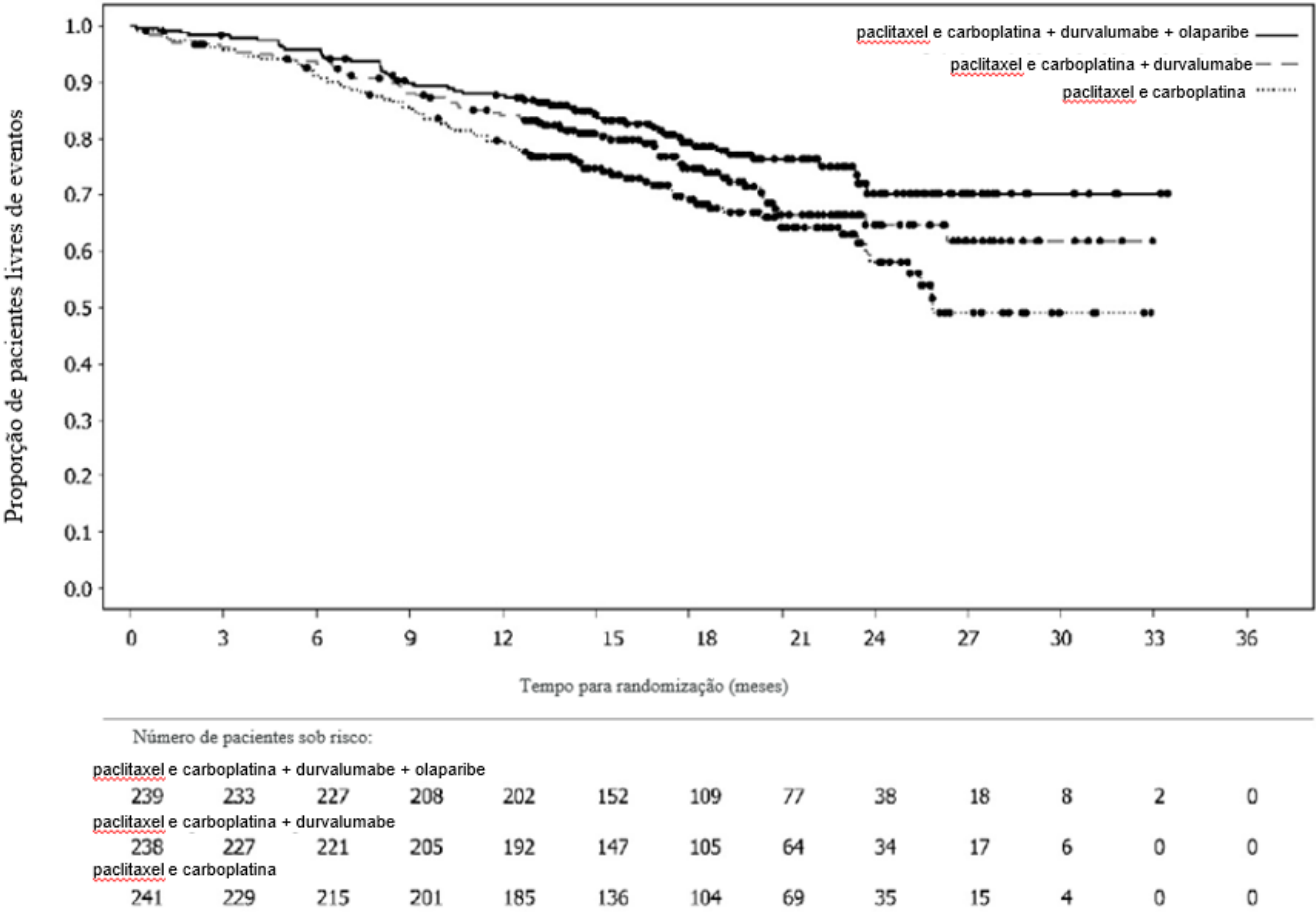
Figura 16 DUO-E: Gráfico de Kaplan-Meier para SLP



Número de pacientes sob risco:

paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe											
239	214	198	169	139	95	51	30	16	7	3	0
paclitaxel e carboplatina + durvalumabe											
238	211	188	138	105	69	45	26	13	5	0	0
paclitaxel e carboplatina											
241	213	184	125	86	45	26	10	3	1	1	0

Figura 17 DUO-E: Gráfico de Kaplan-Meier SG



As análises de eficácia por status MMR são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 Análises de subgrupos de eficácia por status MMR em pacientes com câncer de endométrio avançado ou recorrente no estudo DUO-E

	Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe	Paclitaxel e carboplatina + durvalumabe	Paclitaxel e carboplatina
SLP (pela avaliação do investigador) (12 de abril de 2023)			
pMMR	N= 191	N= 192	N= 192
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	108/191 (56,5)	124/192 (64,6)	148/192 (77,1)
Mediana ^a (IC 95%), meses	15,0 (12,4; 18,0)	9,9 (9,44; 12,5)	9,7 (9,2; 10,1)
Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 12 meses, %	59,4 (52,0; 66,0)	44,4 (37,1; 51,4)	40,8 (33,6; 47,8)
Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 18 meses, %	42,0 (34,1; 49,6)	31,3 (24,2; 38,6)	20,0 (14,1; 26,7)
HR ^b (IC 95%)	0,57 (0,44; 0,73)	0,77 (0,60; 0,97)	-
dMMR	N=48	N=46	N=49
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	18/48 (37,5)	15/46 (32,6)	25/49 (51,0)
Mediana ^a (IC 95%), meses	31,8 (12,4; NR)	NR (NR; NR)	7,0 (6,7; 14,8)
Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 12 meses, %	70,0 (54,7; 81,0)	67,9 (51,1; 80,0)	43,3 (27,3; 58,3)
Porcentagem (IC 95%) sem progressão aos 18 meses, %	62,7 (46,9; 75,0)	67,9 (51,1; 80,0)	31,7 (16,7; 47,9)
HR ^b (IC 95%)	0,,41 (0,,21; 0,,75)	0,,42 (0,,22;; 0,,80)	-
SG (12 de abril de 2023)			
pMMR	N= 191	N= 192	N= 192
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	46/191 (24,1)	58/192 (30,2)	64/192 (33,3)
Mediana ^a (IC 95%), meses	NR (NR, NR)	NR (NR, NR)	25,9 (25,1; NR)

Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 12 meses, %	87,3 (81,7; 91,3)	82,5 (76,3; 87,2)	81,0 (74,6; 85,9)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 18 meses, %	76,9 (69,5; 82,7)	71,7 (64,0; 78,1)	69,9 (62,3; 76,2)
HR ^b (IC 95%)	0,69 (0,47; 1,00)	0,91 (0,64; 1,30)	-
dMMR	N= 48	N= 46	N= 49
Número de eventos /Número total de pacientes (%)	6/48 (12,5)	7/46 (15,2)	18/49 (36,7)
Mediana ^a (IC 95%), meses	NR (NR; NR)	NR (NR; NR)	23,7 (16,9; NR)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 12 meses, %	89,2 (76,0; 95,4)	91,2 (78,2; 96,6)	74,4 (59,4; 84,6)
Porcentagem (IC 95%) de pacientes vivas aos 18 meses, %	89,2 (76,0; 95,4)	86,1 (71,5; 93,6)	65,8 (49,4; 78,0)
HR ^b (IC 95%)	0,28 (0,10; 0,68)	0,34 (0,13; 0,79)	-

^a Calculado pela técnica de Kaplan-Meier.

^b Uma HR menor que 1 favorece o braço de paclitaxel e carboplatina + durvalumabe + olaparibe ou paclitaxel e carboplatina + durvalumabe vs paclitaxel e carboplatina isoladamente.

IC: Intervalo de confiança; HR: Razão de risco; NR: Não alcançado; SG: Sobrevida global; SLP: Sobrevida livre de progressão; pMMR: Status proficiente; dMMR: Status deficiente.

Durvalumabe em combinação com paclitaxel e carboplatina seguido de tratamento de manutenção com durvalumabe, em monoterapia ou em combinação com olaparibe, não teve efeito prejudicial sobre o câncer de endométrio ou os sintomas da doença, quando comparado com paclitaxel e carboplatina. As alterações dos sintomas, funções e estado de saúde global/Qualidade de vida relatados pelas pacientes desde o início do estudo foram semelhantes entre os braços.

Efeito no intervalo QT

Não há efeito clinicamente relevante de olaparibe na repolarização cardíaca (conforme avaliado por um efeito no intervalo QT), após administração múltipla de 300 mg de olaparibe, duas vezes ao dia.

Referências bibliográficas

Pujade-Lauraine E, Ledermann JA, Selle F, Gebiski V, Penson RT, Oza AM, et al. Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive, relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9):1274-1284. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30469-2. Epub 2017 Jul 25.

Ledermann J, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G, et al. Olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2012 Apr 12;366(15):1382-92. doi: 10.1056/NEJMoa1105535. Epub 2012 Mar 27.

Ledermann J, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G, et al. Olaparib maintenance therapy in patients with platinum-sensitive relapsed serous ovarian cancer: a preplanned retrospective analysis of outcomes by BRCA status in a randomised phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2014 Jul;15(8):852-61. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70228-1. Epub 2014 May 31.

Ledermann J, Harter P, Gourley C. Correction to *Lancet Oncol* 2014; 15: 856. Olaparib maintenance therapy in patients with platinum-sensitive relapsed serous ovarian cancer: a preplanned retrospective analysis of outcomes by BRCA status in a randomised phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2015 Apr;16(4):e158. doi: 10.1016/S1470-2045(15)70153-1.

Ledermann J, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G, et al. Quality of life during olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed serous ovarian cancer. *Br J Cancer.* 2016 Nov 22;115(11):1313-1320. doi: 10.1038/bjc.2016.348. Epub 2016 Nov 8.

Robson M, Im S-A, Senkus E, Xu B, Domchek S, Masuda N, Delaloge S, Li W, Tung N, Armstrong A, Wu W, Goessl C, Runswick S, Conte PF. Olaparib for metastatic germline BRCA-mutated breast cancer (OlympiAD). *N Engl J Med.* 2017 Aug 10;377(6):523-533. doi: 10.1056/NEJMoa1706450. Epub 2017 Jun 4

Robson M, et al. OlympiAD final overall survival: Olaparib versus chemotherapy treatment of physician's choice (TPC) in patients with HER2-negative metastatic breast cancer (mBC) and a germline *BRCA* mutation (g*BRCA*m). AACR 2018, 2018 Apr 18; <http://www.abstractsonline.com/pp8/#!/4562/presentation/11138>.

Moore K, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. *N Engl J Med*. 2018 Oct 21; DOI: 10.1056/NEJMoa1810858.

Ray-Coquard I, et al. Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer. *N Engl J Med*. 2019 Dec 19; DOI: 10.1056/NEJMoa1911361.

Ray-Coquard, I. L. et al. Phase III PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial: Olaparib plus bevacizumab (bev) as maintenance therapy in patients (pts) with newly diagnosed, advanced ovarian cancer (OC) treated with platinum-based chemotherapy (PCh) plus bev. *Annals of Oncology*, v. 30, p. v894-v895, 2019.

M. Hussain, et al PROfound: Phase III study of olaparib versus enzalutamide or abiraterone for metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) with homologous recombination repair (HRR) gene alterations. *Annals of Oncology*, V. 30, Supplement 5, 2019, p. v881-v882, ISSN 0923-7534.

Johann S, et al. PROfound: A randomized Phase III trial evaluating olaparib in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer and a deleterious homologous recombination DNA repair aberration. *Journal of Clinical Oncology* 2017 35:15_suppl, TPS5091-TPS5091

Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, Viale G, Fumagalli D, Rastogi P, et al. Adjuvant olaparib for patients with BRCA1 or BRCA2 mutated breast cancer. *N Eng J Med* 2021;384:2394-405.

Clarke NW, Armstrong AJ, Thiery-Vuillemin A, Oya M, Shore N, Lored E, et al. Abiraterone and Olaparib for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *NEJM Evidence* 2022:1-16 CRA.

Ray-Coquard I, Leary A, Pignata S, Cropet C, Gonzalez-Martin A, Bogner G, Yoshida H, Vergote I, Colombo N, Maenpaa J, Selle F, Schmalfeldt B, Scambia G, Guerra Alia EM, Lefeuvre-Plesse C, Belau A, Lorthary A, Gropp-Meier M, Pujade-Lauraine E, Harter P. Maintenance olaparib plus bevacizumab (bev) in patients (pts) with newly

diagnosed advanced ovarian cancer (OC): final overall survival (OS) results from the Phase III PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial. *Ann Oncol* 2022;33(suppl_7):abstr LBA29.

Westin SN, Moore K, Chon HS, Lee J-Y, Pepin JT, Sundborg M, Shai A, et al. Durvalumab Plus Carboplatin/Paclitaxel Followed by Maintenance Durvalumab With or Without Olaparib as First-Line Treatment for Advanced Endometrial Cancer: The Phase III DUO-E Trial. *Journal of Clinical Oncology*; DOI: 10.1200/JCO.23.02132, 2023.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Propriedades Farmacodinâmicas

O olaparibe é um potente inibidor das enzimas poli (ADP-ribose) polimerase humanas (PARP-1, PARP-2 e PARP-3) e demonstrou inibir o crescimento de linhagens celulares tumorais selecionadas *in vitro* e também do crescimento tumoral *in vivo*, seja administrado como monoterapia ou em combinação com quimioterapias estabelecidas ou novos agentes hormonais (NHA).

As PARP são enzimas importantes para o reparo eficiente da quebra de cadeia simples do DNA e um dos aspectos importantes da reparação induzida pelas PARP requer que, após a modificação da cromatina, a PARP se auto modifique e se dissocie do DNA para facilitar o acesso de enzimas de reparo por excisão de bases. Quando olaparibe está ligado ao sítio ativo da PARP associado ao DNA, esse impede a dissociação da PARP e a prende ao DNA, bloqueando desta maneira o reparo. Nas células em replicação, isto leva à quebra da fita dupla de DNA, quando a forquilha de replicação encontra a ligação PARP-DNA. Em células normais, a via de reparo por recombinação homóloga é efetiva no reparo desta quebra da fita dupla de DNA. Em células cancerosas com deficiência de reparação por recombinação homóloga, a reparação da fita dupla de DNA é prejudicada. As células cancerosas podem se tornar deficientes na reparação por recombinação devido à inativação de genes com papel direto ou indireto na reparação por recombinação homóloga, como por exemplo o BRCA1 ou 2. Em vez disso, vias alternativas e propensas a erros são ativadas, como a via clássica de reparo por junção de extremidades não homólogas, originando o aumento da instabilidade genômica. Após vários ciclos de replicação, a instabilidade genômica atinge níveis intoleráveis e resulta na morte das células cancerosas. Isso se dá

pelo fato das células cancerosas possuírem maior acúmulo de dano no DNA quando comparado às células normais. Na ausência de mutações de deleção nos genes de reparação por recombinação homóloga, a via de reparo por recombinação homóloga pode estar comprometida por outros mecanismos, apesar da aberração causal e penetrância não terem sido completamente elucidadas. A ausência total da via de reparo por recombinação homóloga funcional é um dos principais determinantes da sensibilidade à platina no câncer de ovário e outros cânceres.

Em modelos *in vivo* BRCA-deficientes, o olaparibe administrado, após o tratamento com platina, resultou em atraso da progressão do tumor e um aumento da sobrevida global quando comparado ao tratamento apenas com platina, o que se correlaciona com o período do tratamento de manutenção com olaparibe.

Estudos pré-clínicos em modelos de câncer de próstata demonstraram um efeito antitumoral quando os inibidores da PARP são administrados em combinação com novos agentes hormonais (NHA). A PARP está envolvida na correção positiva da sinalização de receptor de androgênio (RA), que leva ao aumento da supressão do gene alvo de receptor de androgênio quando a sinalização PARP/RA é co-inibida. Outros estudos pré-clínicos demonstraram que o tratamento com NHA inibe a transcrição de alguns genes HRR, portanto, induzem a deficiência de HRR e aumentam a sensibilidade aos inibidores da PARP via mecanismos não genéticos.

Propriedades Farmacocinéticas

Geral

A farmacocinética de olaparibe na dose de 300 mg em comprimidos é caracterizada por uma depuração plasmática aparente de aproximadamente 7 L/h, um volume de distribuição aparente de aproximadamente 158 L e uma meia-vida terminal de 15 horas. Com administração múltipla, uma razão de acúmulo de AUC de 1,8 foi observada e o PK pareceu ser dependente do tempo em pequena extensão.

Absorção

Após a administração oral de olaparibe via formulação em comprimido (2 x 150 mg), a absorção é rápida com pico de concentrações plasmáticas tipicamente obtido 1,5 horas após a administração.

A administração concomitante com alimento diminuiu a taxa ($t_{\max}$ com atraso em 2,5 horas e $C_{\max}$ reduzida em aproximadamente 21%), mas não afetou significativamente a extensão da absorção de olaparibe (razão de AUC do tratamento 1,08; IC 90%: 1,01, 1,16). Consequentemente, pacientes devem tomar **LYNPARZA COMPRIMIDOS** independente da refeição (ver seção Posologia e Modo de Usar).

Distribuição

A ligação *in vitro* de olaparibe às proteínas plasmáticas é de aproximadamente 82% em 10 µg/mL, a qual é aproximadamente a $C_{\max}$.

In vitro, a ligação às proteínas plasmáticas em humanos de olaparibe foi dependente da dose; a fração ligada foi de aproximadamente 91% em 1 µg/mL, reduzindo para 82% em 10 µg/mL e para 70% em 40 µg/mL. Em soluções de proteínas purificadas, a fração de olaparibe ligado à albumina foi aproximadamente 56%, independentemente das concentrações de olaparibe. Usando o mesmo ensaio, a fração ligada à glicoproteína ácida alfa-1 foi 29% em 10 µg/mL, com uma tendência de ligação diminuída em concentrações maiores.

Metabolismo

In vitro, foi demonstrado que as CYP3A4/5 são as principais enzimas responsáveis pelo metabolismo de olaparibe.

Após a administração de ^{14}C -olaparibe em pacientes do sexo feminino, o olaparibe na forma inalterada demonstrou ser responsável pela maior parte da radioatividade circulante no plasma (70%) e foi o principal componente encontrado na urina e nas fezes (15% e 6% da dose, respectivamente). O metabolismo do olaparibe ocorre extensivamente pela estrutura do anel fluorobenzilo e piperazina, sendo este o principal local de metabolismo. Grande parte do metabolismo é atribuído a reações de oxidação com uma série de componentes produzidos submetidos à subsequente glucuronidação ou conjugação com sulfato. Cerca de 20, 37 e 20 metabólitos foram detectados no plasma, urina e fezes, respectivamente, e a maioria deles representa <1% do material dosado. Uma

fração do anel piperazin-3-ol aberto e dois metabólitos mono-oxigenados (aproximadamente 10% cada) foram os principais componentes circulantes, com um dos metabólitos mono-oxigenados também sendo o principal metabólito excretado (6% e 5% da radioatividade urinária e fecal, respectivamente).

Eliminação

Após uma única dose de ^{14}C -olaparibe, aproximadamente 86% da radioatividade dosada foi recuperada dentro de um período de coleta de 7 dias, cerca de 44% pela urina e 42% pelas fezes. A maior parte do material foi excretada na forma de metabólitos.

Populações especiais

Em análises de farmacocinética baseadas na população, idade, gênero, peso corporal ou etnia (incluindo pacientes brancos e japoneses) dos pacientes não foram covariáveis significativas.

Efeito na insuficiência renal

Após uma dose oral única de 300 mg de olaparibe à pacientes com insuficiência renal leve (depuração de creatinina: 51 a 80 mL/min), estas apresentaram um aumento da AUC de 24% e da Cmax de 15%, em comparação com pacientes com função renal normal.

Não é necessário ajuste da dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** para pacientes com insuficiência renal leve.

Após uma dose oral única de 300 mg de olaparibe à pacientes com insuficiência renal moderada (depuração de creatinina: 31 a 50 mL/min), estas apresentaram um aumento da AUC de 44% e da Cmax de 26% em comparação com as pacientes com função renal normal. Recomenda-se o ajuste da dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em pacientes com insuficiência renal moderada (ver seção Posologia e Modo de Usar).

Olaparibe não foi estudado em pacientes com insuficiência renal grave ou doença renal terminal (depuração de creatinina ≤ 30 mL/min).

Efeito na insuficiência hepática

Após uma dose oral única de 300 mg de olaparibe, pacientes com insuficiência hepática leve (classificação de Child-Pugh A), apresentaram um aumento da AUC de 15% e da Cmax de 13% e pacientes com insuficiência hepática moderada (classificação de Child-Pugh B) apresentaram um aumento da AUC de 8% e diminuição da Cmax de 13%, em comparação com pacientes com função hepática normal. Não é necessário ajuste da dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em pacientes com insuficiência hepática leve ou moderada (ver seção Posologia e Modo de Usar).

Olaparibe não foi estudado em pacientes com insuficiência hepática grave (classificação de Child-Pugh C).

Dados de segurança pré-clínica

Mutagenicidade

O olaparibe não demonstrou potencial mutagênico *in vitro*, mas foi clastogênico em células mamíferas. Quando administrado oralmente em ratos, o olaparibe induziu micronúcleos na medula óssea. Esta clastogenicidade é consistente com a farmacologia conhecida do olaparibe e pode ser potencialmente genotóxico em humanos.

Toxicidade em doses repetidas

Em estudos de toxicidade de doses repetidas em ratos e cachorros por até 6 meses de duração, doses orais de olaparibe foram bem toleradas. O principal órgão alvo da toxicidade em ambas as espécies foi a medula óssea, associada com alterações de parâmetros hematológicos periféricos. Estes achados ocorreram com exposições inferiores às observadas clinicamente e foram em maior parte reversíveis dentro de 4 semanas após a interrupção da administração. Estudos *ex vivo* utilizando células de medula óssea humana também confirmaram que olaparibe é citotóxico para células de medula óssea humana.

Toxicologia reprodutiva

O olaparibe não teve efeito sobre a fertilidade de ratos machos. Em um estudo de fertilidade em fêmeas, embora tenha sido observado estro prolongado em alguns animais, o acasalamento e a fertilidade não foram afetados. A sobrevivência embrionária foi reduzida neste estudo.

Em estudos de desenvolvimento embriofetal em ratos, o olaparibe reduziu a sobrevivência embriofetal, reduziu o peso do feto e levou ao desenvolvimento de anomalias fetais (incluindo alterações em vísceras, anormalidades esqueléticas e malformações graves dos olhos e vértebra/costela) em níveis de dose que não induziram toxicidade materna significativa.

Carcinogenicidade

Não foram conduzidos estudos de carcinogenicidade com olaparibe.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Hipersensibilidade ao olaparibe ou a qualquer um dos componentes da fórmula.

Uso contraindicado no aleitamento ou na doação de leite humano. Este medicamento é contraindicado durante a amamentação ou doação de leite pois é possível que seja excretado no leite humano e não se sabe se pode causar reações indesejáveis no bebê. Seu médico ou cirurgião-dentista deve apresentar alternativas para o seu tratamento ou para a alimentação do bebê. Ver seção Advertências e Precauções.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Toxicidade hematológica

Foi relatada toxicidade hematológica em pacientes tratados com **LYNPARZA**, incluindo diagnósticos clínicos e/ou achados laboratoriais, em geral, anemia, neutropenia, trombocitopenia e linfopenia de forma leve a moderada (CTCAE grau 1 ou 2). Aplasia pura da série vermelha (APSV) (ver seção Reações Adversas) e/ou anemia hemolítica autoimune (AHAI) foram notificadas quando **LYNPARZA COMPRIMIDOS** foi usado em combinação com durvalumabe.

Pacientes não devem iniciar o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** até que tenham se recuperado da toxicidade hematológica causada pela terapia antineoplásica prévia (os níveis de hemoglobina, plaqueta e neutrófilos devem ser $\leq$ CTCAE grau 1). Recomenda-se exames iniciais, acompanhados de monitoramento mensal da contagem sanguínea completa durante os primeiros 12 meses de tratamento e periodicamente após este tempo, para monitorar alterações clinicamente significativas em qualquer parâmetro durante o tratamento (ver seção Reações Adversas).

Se o paciente desenvolver toxicidade hematológica grave ou necessitar de transfusão de sangue, o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser interrompido, e um exame hematológico apropriado deve ser realizado. Se os parâmetros sanguíneos continuarem clinicamente anormais por até 4 semanas após a interrupção da administração de **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, é recomendada a análise da medula óssea e/ou análise citogenética do sangue. Se houver confirmação de APSV ou AHAI, o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e durvalumabe deve ser descontinuado.

Síndrome mielodisplásica/Leucemia mieloide aguda

A incidência de Síndrome mielodisplásica/Leucemia mieloide aguda (SMD/LMA) foi $<1,5\%$ em pacientes tratados em monoterapia com **LYNPARZA** nos estudos clínicos, incluindo o acompanhamento da sobrevida a longo prazo, com incidência mais elevada em pacientes com câncer de ovário recidivado sensível à platina *BRCAm* que receberam pelo menos duas linhas anteriores de quimioterapia com platina e foram acompanhadas durante 5 anos (ver seção Reações Adversas). A maioria dos eventos teve desfecho fatal. A duração da terapia com **LYNPARZA** em pacientes que desenvolveram SMD/LMA variou de < 6 meses a > 4 anos. Todos os pacientes tinham fatores potenciais de contribuição para o desenvolvimento de SMD/LMA e receberam quimioterapias prévias à base de platina. Muitos receberam também outros tratamentos que danificam o DNA. A maioria dos relatos foram em pacientes com mutação germinativa do gene BRCA (*gBRCAm*) e alguns dos pacientes tinham histórico de mais de uma malignidade primária ou de displasia de medula óssea. Se a SMD e/ou LMA forem confirmadas durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, é recomendado que **LYNPARZA COMPRIMIDOS** seja descontinuado e que os pacientes sejam tratados adequadamente.

Pneumonite

Pneumonite foi relatada em pacientes tratados em monoterapia com **LYNPARZA** nos estudos clínicos (vide seção 9. Reações adversas). Ocorreram eventos com desfecho fatal quando **LYNPARZA** foi usado em combinação com outras terapias nos estudos clínicos. Se os pacientes apresentarem um novo sintoma respiratório como dispneia, tosse e febre, ou piora dos mesmos ou se for observado um achado anormal na radiologia peitoral, o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser interrompido e uma investigação deve ser iniciada imediatamente. Se a pneumonite for confirmada, o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser descontinuado e o paciente deve ser tratado adequadamente.

Tromboembolismo venoso (TEV)

O tromboembolismo venoso, incluindo a embolia pulmonar, ocorreu em pacientes com CPRCm tratados com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, sem padrão clínico consistente observado. Foi observada uma incidência maior de TEV em pacientes com CPRCm que receberam tratamento combinado com terapia de privação androgênica, em comparação às outras indicações aprovadas (ver seção Reações Adversas). É recomendado monitorar os pacientes quanto a sinais e sintomas de tromboembolismo venoso e embolia pulmonar e tratá-los de maneira clinicamente apropriada.

Lesão hepática induzida por medicamento (DILI)

Casos raros de lesão hepática induzida por medicamento (DILI) foram relatados em pacientes tratados com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** no contexto pós-comercialização (ver seção Reações Adversas). Se houver suspeita de DILI, o tratamento deve ser interrompido. Se houver confirmação de DILI, o tratamento deve ser descontinuado.

Interação com outros medicamentos

A coadministração de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** com inibidores fortes ou moderados da CYP3A não é recomendada (ver seção Interações Medicamentosas). Se for necessário coadministrar um inibidor forte ou moderado da CYP3A, a dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser reduzida (ver seção Posologia e Modo de Usar).

A coadministração de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** com indutores fortes ou moderados da CYP3A não é recomendada. No caso de uma paciente que já recebe **LYNPARZA COMPRIMIDOS** necessitar de tratamento com um indutor forte ou moderado da CYP3A, o médico deve estar ciente de que a eficácia de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** pode ser substancialmente reduzida (ver seção Interações Medicamentosas).

Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas: não foram conduzidos estudos para estabelecer os efeitos do olaparibe sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas. No entanto, durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** foram relatadas astenia, fadiga e tontura e os pacientes que apresentarem estes sintomas devem ter cuidado ao dirigir e operar máquinas.

Uso durante a gravidez e a lactação

Categoria de risco na gravidez: D

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez.

O olaparibe não deve ser utilizado durante a gravidez devido ao seu potencial papel teratogênico e genotóxico. As parceiras de pacientes do sexo masculino que estejam tomando **LYNPARZA COMPRIMIDOS** também devem evitar a gravidez. Não foram conduzidos estudos em mulheres grávidas.

Se uma paciente ou uma parceira de paciente do sexo masculino que esteja recebendo **LYNPARZA COMPRIMIDOS** engravidar, ela deve ser informada do potencial risco ao feto ou potencial risco de perda da gravidez.

Toxicidade Embrionfetal

Com base no mecanismo de ação (inibição de PARP), **LYNPARZA COMPRIMIDOS** pode causar dano ao feto quando administrado em mulheres grávidas. Estudos não-clínicos em ratos demonstraram que olaparibe causa efeitos adversos sobre a sobrevivência embrionfetal e induz expressivas malformações do feto quando exposto a doses abaixo da dose humana de 300 mg duas vezes ao dia.

LYNPARZA COMPRIMIDOS não deve ser utilizado durante a gravidez. Se a paciente engravidar durante o tratamento, ela deve ser informada do potencial risco ao feto. Mulheres com potencial para engravidar devem ser orientadas para o uso de contraceptivo efetivo durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e por até 6 meses após receberem a última dose do medicamento. Pacientes do sexo masculino e suas parceiras com potencial para engravidar, devem ser aconselhados a sempre utilizar métodos contraceptivos efetivos durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e por até 3 meses após receber a última dose do medicamento.

Contracepção e teste de gravidez

Mulheres com potencial para engravidar devem utilizar contraceptivo efetivo durante a terapia com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e por até 6 meses após receber a última dose do medicamento. Um teste de gravidez deve ser realizado antes do tratamento em todas as mulheres com potencial para engravidar, e testes de gravidez devem ser realizados em intervalos regulares durante o tratamento e por até 6 meses após receber a última dose do medicamento.

Não é conhecido se o olaparibe ou seus metabólitos são encontrados no líquido seminal. Pacientes do sexo masculino devem usar preservativos durante o tratamento e por 3 meses após receberem a última dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, quando tiverem relações sexuais com mulheres grávidas ou com potencial para engravidar. Parceiras de pacientes do sexo masculino também devem utilizar métodos contraceptivos efetivos se tiverem potencial para engravidar. Pacientes do sexo masculino não devem doar esperma durante o tratamento e por 3 meses após receberem a última dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS**.

Amamentação

Não há dados sobre o uso de **LYNPARZA** em mulheres durante a amamentação. A excreção de olaparibe no leite não foi estudada em animais ou em mães que estivessem amamentando. O risco aos recém-nascidos em amamentação não deve ser excluído. Aconselha-se que as mães em período de amamentação, não amamentem durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e por até um mês após receberem a última dose do medicamento.

LYNPARZA COMPRIMIDOS 100 mg

Atenção: Contém os corantes dióxido de titânio e óxido de ferro amarelo.

LYNPARZA COMPRIMIDOS 150 mg

Atenção: Contém os corantes dióxido de titânio, óxido de ferro amarelo e óxido de ferro preto.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Estudos clínicos de olaparibe em combinação com outros medicamentos antineoplásicos, incluindo agentes que danificam o DNA, indicam uma potencialização e prolongamento da toxicidade mielossupressiva. A dose recomendada para monoterapia com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é adequada para a associação com medicamentos antineoplásicos mielossupressores.

Efeito de outros medicamentos no olaparibe

Inibidores fortes e moderados da CYP3A

As CYP3A4/5 são as isoenzimas predominantemente responsáveis pela depuração metabólica do olaparibe. A coadministração de olaparibe com um inibidor forte da CYP3A (itraconazol) aumentou a C_{max} de olaparibe em 42% e aumentou a AUC em 170%. Portanto, a utilização concomitante de itraconazol, bem como outros inibidores fortes da CYP3A, tais como, mas não limitados a telitromicina, claritromicina, inibidores da protease potenciados com ritonavir ou cobicistat, indinavir, saquinavir, nelfinavir, boceprevir e telaprevir com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é recomendada (ver seção Advertências e Precauções).

O modelo farmacocinético de base fisiológica (PBPK) mostrou que os inibidores moderados irão alterar a depuração do olaparibe e, portanto, o uso concomitante de inibidores moderados da CYP3A, tais como, mas não limitados a ciprofloxacino, eritromicina, diltiazem, fluconazol e verapamil com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, não é recomendado (ver seção Advertências e Precauções).

Se inibidores fortes ou moderados da CYP3A tiverem de ser coadministrados, a dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser reduzida.

Também não é recomendado o consumo de suco de toranja (*grapefruit*) durante o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, uma vez que o mesmo é um inibidor da CYP3A.

Indutores fortes e moderados da CYP3A

A coadministração de olaparibe com um indutor forte da CYP3A (rifampicina) diminuiu a C_{max} de olaparibe em 71% e a AUC em 87%. Portanto, é possível que os indutores da CYP3A possam diminuir substancialmente a eficácia clínica de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e, portanto, a utilização concomitante de indutores fortes, tais como, mas não limitados a fenitoína, rifabutina, rifampicina, rifapentina, carbamazepina, nevirapina, fenobarbital e Erva de São João (*Hypericum perforatum*) com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é recomendada (ver seção Advertências e Precauções).

O modelo farmacocinético de base fisiológica (PBPK) demonstrou que os indutores moderados da CYP3A diminuem a AUC do olaparibe em aproximadamente 60% e, portanto, não é recomendado o uso concomitante de indutores moderados da CYP3A, tais como, mas não limitados a bosentana, efavirenz, etravirina, modafinila e nafcilina com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**. Se for necessário coadministrar um indutor moderado da CYP3A, o médico deve estar ciente de uma potencial diminuição da eficácia do **LYNPARZA COMPRIMIDOS** (ver seção Advertências e Precauções).

Efeito de olaparibe em outros medicamentos

Interações CYP

Tanto a indução como a inibição da CYP3A4 foram demonstradas *in vitro*, no entanto, as simulações de PBPK e os dados clínicos sugerem que o efeito conclusivo do olaparibe *in vivo* é a fraca inibição da CYP3A. Portanto, deve-se ter cautela quando substratos sensíveis da CYP3A ou substratos com uma estreita faixa terapêutica (por exemplo, sinvastatina, cisaprida, ciclosporina, alcaloides de ergot, fentanila, pimozida, sirolimus, tacrolimus e quetiapina), são combinados com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**. É recomendado o monitoramento clínico adequado para as pacientes que recebem

substratos da CYP3A com uma faixa terapêutica estreita concomitantemente com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**.

A indução da CYP1A2 e 2B6 foi demonstrada *in vitro* sendo a CYP2B6 mais provável de ser induzida a uma extensão clinicamente relevante. Dessa forma, a coadministração com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** pode reduzir a exposição a substratos destas enzimas metabólicas.

O olaparibe produziu pouca/nenhuma inibição das UGT1A4, UGT1A9, UGT2B7, ou das CYP 1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 *in vitro*, e não é esperado que seja um inibidor tempo dependente clinicamente significativo de qualquer uma dessas enzimas CYP. O olaparibe inibiu UGT1A1 *in vitro*, no entanto, simulações de modelo farmacocinético de base fisiológica (PBPK) sugerem que isso não é de importância clínica. Com base na avaliação usando atividade enzimática, o olaparibe não foi um indutor da CYP2C9 ou 2C19.

Interações com transportador de fármacos

O olaparibe também demonstrou ser um inibidor de OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 e MATE2K *in vitro*. A relevância clínica destes achados é desconhecida, entretanto, não pode ser excluída a possibilidade de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** aumentar a exposição aos substratos de OATP1B1 (por exemplo, bosentana, glibenclamida, repaglinida, estatinas e valsartana), OCT1 (por exemplo metformina), OCT2 (por exemplo creatinina sérica), OAT3 (por exemplo, furosemida e metotrexato), MATE1 (por exemplo, metformina e cisplatina) e MATE2K (por exemplo metformina). Em particular, devem ser tomadas precauções se **LYNPARZA COMPRIMIDOS** for administrado em combinação com qualquer estatina.

O olaparibe *in vitro* é um substrato e inibe o transportador de efluxo P-gp ($IC_{50} = 76 \mu M$), no entanto, é pouco provável que seja de significância clínica. Os dados *in vitro* também mostram que o olaparibe não é um substrato para OATP1B1, OATP1B3, OCT1, BCRP ou MRP2, é um inibidor fraco de BCRP e não é um inibidor de OATP1B3, OAT1 ou MRP2.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

LYNPARZA COMPRIMIDOS deve ser conservado em temperatura ambiente (temperatura entre 15°C a 30°C). Manter na embalagem original para proteger da umidade.

LYNPARZA COMPRIMIDOS tem validade de 48 meses a partir da data de fabricação.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Os comprimidos de **LYNPARZA COMPRIMIDOS 150 mg** são verdes a verdes acinzentados, ovais, biconvexos, gravados com “OP150” em um lado e plano no outro lado.

Os comprimidos de **LYNPARZA COMPRIMIDOS 100 mg** são amarelos a amarelos escuros, ovais, biconvexos, gravados com “OP100” em um lado e plano no outro lado.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

O tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** deve ser iniciado sob o acompanhamento de um médico experiente no uso de medicamentos antineoplásicos.

Deteção de mutações no gene BRCA

O status da mutação no gene BRCA deve ser determinado por um laboratório experiente, utilizando um método validado.

Tratamento de manutenção em monoterapia de câncer de ovário avançado com mutação no gene BRCA recentemente diagnosticado

As pacientes devem ter a confirmação da mutação (identificada por um teste germinativo ou tumoral) no gene de susceptibilidade ao câncer de mama (BRCA), antes do tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** ser iniciado.

Tratamento adjuvante de câncer de mama inicial de alto risco HER2 negativo com mutação BRCA

Os pacientes devem ter a confirmação de uma mutação BRCA (identificada por teste de linha germinativa ou tumor) antes de iniciar o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**

Câncer de mama metastático HER2 negativo

Os pacientes devem ter a confirmação (identificada por um teste germinativo) da mutação no gene BRCA, antes de iniciar o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**.

Tratamento de manutenção de adenocarcinoma de pâncreas metastático em primeira linha

Os pacientes devem ter a confirmação da mutação no gene BRCA (identificada por um teste germinativo), antes de iniciar o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**.

Tratamento em monoterapia para câncer de próstata metastático resistente à castração (CRPCm) e com mutação de genes envolvidos na via de recombinação homóloga (HRR) do DNA

Os pacientes devem ter a confirmação da mutação nos genes de reparo por recombinação homóloga do DNA (HRR) BRCA1/2 e/ou ATM (usando DNA do tumor obtido de amostra do tecido, DNA do tumor circulante (ctDNA) obtido de amostra plasmática ou DNA germinativo obtido do sangue ou outra amostra não tumoral) antes de iniciar o tratamento com **LYNPARZA COMPRIMIDOS**.

Os pacientes com CPRCm que receberam **LYNPARZA COMPRIMIDOS** também receberam concomitantemente um análogo ao hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) ou tinham cirurgia prévia de orquiectomia bilateral.

Modo de usar

VIA ORAL

Este medicamento deve ser engolido inteiro, não deve ser partido, aberto ou mastigado.

LYNPARZA COMPRIMIDOS pode ser ingerido com ou sem alimentos.

Posologia

Adultos

LYNPARZA COMPRIMIDOS está disponível como comprimidos de 100 mg e 150 mg.

A dose recomendada de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em monoterapia e em combinação com outros agentes é 300 mg (dois comprimidos de 150 mg) administrada duas vezes ao dia, equivalente a uma dose diária total de 600 mg. Os comprimidos de 100 mg estão disponíveis para redução de dose.

Duração do tratamento

Tratamento de manutenção em monoterapia de câncer de ovário com mutação no gene BRCA avançado recentemente diagnosticado:

Pacientes podem manter o tratamento por 2 anos ou até a progressão da doença. Pacientes com uma resposta completa (sem evidência radiológica da doença) aos 2 anos devem parar o tratamento. Pacientes com evidência da doença aos 2 anos, as quais, na opinião do médico responsável pelo tratamento, podem obter mais benefícios com o tratamento contínuo, podem ser tratadas além dos 2 anos.

Câncer de ovário recorrente sensível à platina:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base.

Tratamento de manutenção em combinação com bevacizumabe de câncer de ovário avançado recém diagnosticado:

Pacientes podem manter o tratamento por 2 anos ou até a progressão da doença. Pacientes com uma resposta completa (sem evidência radiológica da doença) aos 2 anos devem parar o tratamento. Pacientes com evidência da doença aos 2 anos e que na opinião do médico responsável pelo tratamento, podem obter mais benefícios com o tratamento contínuo de **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, podem ser tratadas além dos 2 anos. Quando o **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é usado em combinação com bevacizumabe, consulte a bula de bevacizumabe para informações da dose recomendada.

Câncer de mama metastático HER2 negativo:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base.

Tratamento adjuvante do câncer de mama inicial de alto risco HER2 negativo com mutação de BRCA

É recomendado que os pacientes sejam tratados por um total de 1 ano ou até a recorrência da doença, o que ocorrer primeiro. Pacientes com câncer de mama com receptor hormonal positivo devem continuar o tratamento concomitante com terapia endócrina de acordo com as diretrizes locais.

Tratamento de manutenção de adenocarcinoma de pâncreas metastático em primeira linha:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base.

Tratamento em monoterapia para câncer de próstata metastático resistente à castração e com mutação de genes:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base.

Tratamento em combinação com abiraterona e prednisona ou prednisolona para câncer de próstata metastático resistente à castração:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base. Quando o **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é usado em combinação com abiraterona, consulte a bula da abiraterona para informações da dose recomendada.

Tratamento de manutenção de primeira linha em combinação com durvalumabe para câncer de endométrio avançado ou recorrente:

É recomendado que o tratamento continue até a progressão da doença de base ou toxicidade inaceitável. Quando **LYNPARZA COMPRIMIDOS** for usado em combinação com durvalumabe, consulte a bula de durvalumabe para informações da dose recomendada.

Dose esquecida

Se o paciente se esquecer de tomar uma dose de **LYNPARZA COMPRIMIDOS**, deve tomar a próxima dose normalmente, dentro do horário programado.

Ajuste de dose

Relacionado à Reações Adversas

O tratamento pode ser interrompido para tratar reações adversas e uma redução da dose pode ser considerada.

A redução de dose recomendada é de 250 mg (um comprimido de 150 mg e um comprimido de 100 mg), duas vezes ao dia (equivalente a um total diário de 500 mg).

Se uma redução adicional de dose for necessária, recomenda-se uma redução para 200 mg (dois comprimidos de 100 mg), duas vezes ao dia (equivalente a um total diário de 400 mg).

Coadministração com inibidores da CYP3A

A utilização concomitante de inibidores fortes ou moderados da CYP3A não é recomendada, e o uso de agentes alternativos deve ser considerado. Se for necessário coadministrar um inibidor forte da CYP3A,

a redução de dose recomendada de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é de 100 mg (um comprimido de 100 mg), duas vezes por dia (equivalente a uma dose diária total de 200 mg). Se for necessário coadministrar um inibidor moderado da CYP3A, a redução de dose recomendada de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é de 150 mg (um comprimido de 150 mg), duas vezes por dia (equivalente a uma dose diária total de 300 mg) (ver seções Interações Medicamentosas e Advertências e Precauções).

Populações especiais

Crianças ou adolescentes: **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é indicado para uso em pacientes pediátricos, pois a segurança e a eficácia de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em crianças e adolescentes não foram estabelecidas.

Idosos (> 65 anos): não é requerido ajuste da dose inicial para pacientes idosos. Os dados clínicos em pacientes com 75 anos ou mais são limitados.

Insuficiência Renal: para pacientes com insuficiência renal moderada (depuração da creatinina 31 - 50 mL/min), a dose recomendada de **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é de 200 mg (dois comprimidos de 100 mg), duas vezes ao dia (equivalente a uma dose diária total de 400 mg). **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é recomendado para uso em pacientes com insuficiência renal grave ou doença renal terminal (depuração da creatinina $\leq$ 30 mL/min), pois a segurança e farmacocinética não foram estudadas nesses pacientes. **LYNPARZA COMPRIMIDOS** pode ser administrado em pacientes com insuficiência renal leve (depuração da creatinina 51 - 80 mL/min) sem ajuste de dose (ver seção Propriedades Farmacocinéticas).

Insuficiência Hepática: **LYNPARZA COMPRIMIDOS** pode ser administrado em pacientes com insuficiência hepática leve ou moderada (classificação de Child-Pugh A ou B) sem ajuste de dose (ver seção Propriedades Farmacocinéticas). **LYNPARZA COMPRIMIDOS** não é recomendado para uso em pacientes com insuficiência hepática grave (classificação de Child-Pugh C), pois a segurança e farmacocinética não foram estudadas nesses pacientes.

9. REAÇÕES ADVERSAS

Resumo geral das reações adversas ao medicamento

LYNPARZA foi associado com achados laboratoriais e/ou diagnósticos clínicos de gravidade geralmente leve ou moderada (grau CTCAE 1 ou 2) e de um modo geral, a descontinuação do tratamento não foi necessária.

Lista tabulada de reações adversas ao medicamento durante os estudos clínicos

O perfil de segurança é baseado em dados agrupados de 4499 pacientes com tumores sólidos tratados em monoterapia com **LYNPARZA**.

As seguintes reações adversas foram identificadas nos estudos clínicos completos em pacientes recebendo monoterapia com **LYNPARZA**, onde a exposição dos pacientes é conhecida. As Reações Adversas ao Medicamento estão organizadas de acordo com as classes de sistemas de órgãos MedDRA (CSO MedDRA) e então pelo seu termo MedDRA preferencial, na **Tabela 19**. Dentro de cada classe de sistema de órgãos, os termos preferencias são classificados em ordem decrescente de frequência, e então, em ordem decrescente de gravidade. As frequências da ocorrência de reações adversas são definidas como: muito comum ($\geq 1/10$); comum ($\geq 1/100$ e $< 1/10$); incomum ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$); raro ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$); muito raro ($< 1/10.000$), incluindo relatos isolados.

Tabela 19. Reações Adversas ao Medicamento reportadas nos estudos clínicos com Lynparza em monoterapia

Sistema de Classificação de Órgãos MedDRA (SOC MedDRA)	Termo MedDRA	Descrição CIOMS / Frequência Geral (todos os graus CTCAE)	Frequência CTCAE de grau 3 e acima
Neoplasias benignas, malignas e não especificadas (incluindo cistos e pólipos)	Síndrome mielodisplásica/ Leucemia mieloide aguda ^a	Incomum	Incomum

Sistema de Classificação de Órgãos MedDRA (SOC MedDRA)	Termo MedDRA	Descrição CIOMS / Frequência Geral (todos os graus CTCAE)	Frequência CTCAE de grau 3 e acima
Doenças do sangue e do sistema linfático	Anemia ^a	Muito comum	Muito comum
	Neutropenia ^a	Muito comum	Comum
	Leucopenia ^a	Muito comum	Comum
	Trombocitopenia ^a	Comum	Comum
	Linfopenia ^a	Comum	Comum
Doenças do sistema imune	Hipersensibilidade ^a	Incomum	Rara
	Angioedema [*]	Rara	-
Doenças do metabolismo e da nutrição	Diminuição do apetite	Muito comum	Incomum
Doenças do sistema nervoso	Tontura	Muito comum	Incomum
	Cefaleia	Muito comum	Incomum
	Disgeusia ^a	Muito comum	-
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Tosse ^a	Muito comum	Incomum
	Dispneia ^a	Muito comum	Comum
	Pneumonite ^a	Incomum	Incomum
Doenças gastrointestinais	Vômito	Muito comum	Comum
	Diarreia	Muito comum	Incomum
	Náuseas	Muito comum	Comum
	Dispepsia	Muito comum	Rara
	Estomatite ^a	Comum	Incomum
	Dor abdominal superior	Comum	Rara
Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Erupção cutânea ^a	Comum	Incomum
	Dermatite ^a	Incomum	Rara
	Eritema nodoso	Rara	-

Sistema de Classificação de Órgãos MedDRA (SOC MedDRA)	Termo MedDRA	Descrição CIOMS / Frequência Geral (todos os graus CTCAE)	Frequência CTCAE de grau 3 e acima
Doenças gerais	Fadiga (incluindo astenia)	Muito comum	Comum
Doenças hepatobiliares	Lesão hepática induzida por medicamento	Rara	-
Investigações	Creatinina sanguínea aumentada	Comum	Rara
		Incomum	-
	Volume celular médio aumentado		
Doenças vasculares	Tromboembolismo venoso ^a	Comum	Comum

^a SDM/AML inclui termos preferenciais (TPs) de leucemia mieloide aguda, síndrome mielodisplásica e leucemia mieloide. Anemia inclui TPs de anemia, anemia macrocítica, eritropenia, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, anemia normocítica e diminuição da contagem de glóbulos vermelhos, Neutropenia inclui TPs de neutropenia febril, neutropenia, infecção neutropênica, sepse neutropênica e contagem de neutrófilos diminuída,; Leucopenia inclui TPs de leucopenia e diminuição da contagem de glóbulos brancos; Trombocitopenia inclui TPs de diminuição da contagem de plaquetas e trombocitopenia. Linfopenia inclui TPs de contagem de linfócito diminuída e linfopenia. Hipersensibilidade inclui TPs de hipersensibilidade a fármacos e hipersensibilidade. Tosse inclui TPs de tosse e tosse produtiva; Dispneia inclui TPs de dispneia e dispneia de esforço. Disgeusia inclui TPs de disgeusia e distúrbio do paladar. Estomatite inclui TPs de úlcera aftosa, ulceração bucal e estomatite. Erupção cutânea inclui TPs de eritema, erupção cutânea exfoliativa, erupção cutânea, erupção cutânea eritematosa, erupção cutânea macular, erupção cutânea maculopapular, erupção cutânea papular e erupção cutânea pruriginosa. Dermatite inclui TPs de dermatite e dermatite alérgica. Pneumonite inclui PTs de pneumonite, doença pulmonar intersticial, pneumonite intersticial aguda, pneumonia eosinofílica, pneumonia eosinofílica aguda e pneumonite de hipersensibilidade. Tromboembolismo (venoso) inclui TP de embolismo, embolia pulmonar, trombose, trombose venosa profunda, trombose na veia cava e trombose venosa.

* Conforme observado no ambiente pós-comercialização.

Quando **LYNPARZA COMPRIMIDOS** é usado em combinação com bevacizumabe para câncer de ovário (n = 535), em combinação com abiraterona e prednisona ou prednisolona para câncer de próstata (n = 469), ou em combinação com durvalumabe após o tratamento com durvalumabe em combinação com paclitaxel e carboplatina para câncer de endométrio (n = 238), o perfil de segurança é, de modo geral, consistente com o das terapias individuais quando usado em estudos clínicos na dose recomendada.

A reação adversa adicional foi identificada em estudo clínico com pacientes recebendo **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em combinação com durvalumabe:

Tabela 20. Reação adversa adicional reportada no estudo clínico com Lynparza em combinação com durvalumabe

Sistema de Classificação de Órgãos MedDRA (SOC MedDRA)	Termo MedDRA	Descrição CIOMS / Frequência Geral (todos os graus CTCAE)	Frequência CTCAE de grau 3 e acima
Distúrbios sanguíneos e do sistema linfático	Aplasia pura de série vermelha	Comum	Comum

Descrição de reações adversas selecionadas

Síndrome mielodisplásica/Leucemia mieloide aguda

Em estudos clínicos, em todas as indicações, SDM/AML ocorreu incomumente em pacientes em tratamento e durante o acompanhamento de segurança de 30 dias, e < 1,5% em qualquer momento após o início do olaparibe, incluindo casos ativamente solicitados durante o acompanhamento a longo prazo para a sobrevida global.

Em pacientes com câncer de ovário recidivado sensível à platina *BRCAm*, que receberam pelo menos duas linhas anteriores de quimioterapia com platina e receberam tratamento em estudo até à progressão da doença (estudo SOLO2, com tratamento com olaparibe por ≥ 2 anos em 45% dos pacientes), a incidência de SDM/AML foi de 8% nos pacientes tratados com olaparibe e 4% nos pacientes tratados com placebo no acompanhamento de 5 anos. No braço do olaparibe, 9 dos 16 casos de SDM/AML ocorreram após a interrupção do olaparibe durante o acompanhamento da sobrevida. A incidência de SDM/AML foi observada no contexto da sobrevida global prolongada no braço do olaparibe e do início tardio da SDM/AML. O risco de SDM/AML permanece < 1, 5% nos 5 anos de acompanhamento no contexto da primeira linha quando o tratamento de manutenção do olaparibe é administrado após uma linha de quimioterapia com platina durante uma duração de 2 anos.

Toxicidade hematológica

Anemia e outras toxicidades hematológicas são geralmente de baixo grau (grau 1 ou 2 CTCAE), entretanto, há relatos de eventos grau 3 CTCAE e superiores. A anemia foi a reação adversa de grau ≥ 3 CTCAE mais comumente relatada nos estudos clínicos com o primeiro aparecimento geralmente relatado nos primeiros 3 meses de tratamento. Foi demonstrada uma relação exposição-resposta entre olaparibe e diminuição de hemoglobina. Em estudos clínicos com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em monoterapia, a incidência de deslocamentos de graus ≥ 2 CTCAE (diminuição) em relação à linha de base em hemoglobina foi 21%, neutrófilos absolutos 17%, plaquetas 5%, linfócitos 26% e leucócitos 19% (todas % aproximadas).

A incidência de elevações no volume corpuscular médio de baixo para normal na linha de base para acima do limite superior normal foi de aproximadamente 51%. Os níveis pareciam voltar ao normal após a interrupção do tratamento e não pareceram ter quaisquer consequências clínicas.

É recomendado o teste basal, seguido pelo monitoramento mensal da contagem sanguínea completa durante os primeiros 12 meses de tratamento e periodicamente após este período, para monitorar as alterações clinicamente significativas em qualquer parâmetro durante o tratamento que possam exigir interrupção ou redução da dose e/ou tratamento posterior (ver seções Advertências e Precauções e Posologia).

Outros Achados laboratoriais

Nos estudos clínicos com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** em monoterapia, a incidência de deslocamentos de grau ≥ 2 CTCAE (elevações) em relação à linha de base foi de aproximadamente 11% para a creatinina sanguínea. Os dados de um estudo duplo-cego controlado por placebo mostraram um aumento médio de até 23% em relação à linha de base, permanecendo consistente ao longo do tempo e voltando à linha de base após a descontinuação do tratamento, sem sequelas clínicas aparentes. 90% das pacientes tinham valores de creatinina com grau 0 CTCAE na linha de base e 10% com grau 1 CTCAE na linha de base.

Náusea e vômito

A náusea foi relatada geralmente muito cedo, iniciando dentro do primeiro mês do tratamento com **LYNPARZA** na maioria das pacientes. O vômito foi relatado cedo, com início nos primeiros dois meses do tratamento com **LYNPARZA** na maioria das pacientes. Ambos náuseas e vômitos foram relatados como intermitentes para a maioria das pacientes.

Atenção: este produto é um medicamento que possui nova indicação terapêutica no país e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

Não há tratamento específico para casos de superdosagem com **LYNPARZA COMPRIMIDOS** e os seus sintomas não foram estabelecidos. No caso de superdosagem, os médicos devem seguir as medidas gerais de suporte e tratamento dos sintomas.

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.



III) DIZERES LEGAIS

Registro: 1.1618. 0268

Produzido por: AbbVie Ltd. – Barceloneta – Porto Rico

Ou

Produzido por: AstraZeneca AB (Gärtunavägen) – Södertälje – Suécia

Importado e Registrado por: **AstraZeneca do Brasil Ltda.**

Rod. Raposo Tavares, km 26,9 - Cotia - SP - CEP 06707-000

CNPJ 60.318.797/0001-00

VENDA SOB PRESCRIÇÃO

LYN_COM032

Esta bula foi aprovada pela ANVISA em 26/09/2025.



Histórico de Alteração da Bula

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Número do expediente	Assunto	Data do expediente	Número do expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
13/03/2019	0222265/19-5	10458- MEDICAMENTO NOVO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	27/09/2017	2033147/17-9	1456 - MEDICAMENTO NOVO - Registro de Forma Farmacêutica Nova no País	29/10/2018	Bula inicial	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
			30/11/2018	1135435/18-6	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de nova indicação terapêutica	18/02/2019	1. INDICAÇÕES 2. RESULTADOS DE EFICÁCIA 8. POSOLOGIA E MODO DE USAR 9. REAÇÕES ADVERSAS	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
11/06/2019	0518083/19-0	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	16/05/2019	0437915/19-2	11023 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de local de fabricação de medicamento de liberação convencional	16/05/2019	Dizeres legais	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg

03/12/2020	4276998/20-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/12/2020	4276998/20-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/12/2020	6. Interações medicamentosas	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
21/01/2021	0273413/21-3	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	13/02/2020	0466781/20- 6	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de Nova Indicação Terapêutica	04/01/2021	1. Indicações 2. Resultados de eficácia 3. Características farmacológicas 5. Advertências e Precauções 8. Posologia e modo de usar	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
08/04/2021	1345392/21-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	08/04/2021	1345392/21-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	08/04/2021	2. Resultados de eficácia 9. Reações Adversas	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
11/06/2021	2255751/21-6	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	23/04/2021	1555260/21-8	11132 - RDC 73/2016 - NOVO - Exclusão de local de fabricação do medicamento	23/04/2021	Dizeres legais	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg

			06/03/2020	0711056/20-1	11107 – RDC 73/2016 - NOVO - Ampliação do prazo de validade do medicamento	17/05/2021	7. Cuidados de Armazenamento do Medicamento	VPS	
25/08/2021	3345082/21-7	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	25/08/2021	3345082/21-7	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	25/08/2021	2. Resultados de eficácia	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
26/08/2021	3367382/21-3	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	26/08/2021	3367382/21-3	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	26/08/2021	2. Resultados de eficácia - retificação de conteúdo	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
03/09/2021	478034/21-3	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/09/2021	478034/21-3	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/09/2021	2. Resultados de eficácia	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg

17/02;2022	0579823/22-9	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	21/01/2022	0274441/22-4	11023 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de local de fabricação de medicamento de liberação convencional	21/01/2022	6. Como devo usar este medicamento? Dizeres legais	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
20/07/2022	4452360/22-0	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	30/11/2021	4724560/21-3	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de Nova Indicação Terapêutica	18/07/2022	1. Indicação/1. Para que este medicamento é indicado? 2. Resultados de eficácia 8. Posologia e modo de usar/6. Como devo usar este medicamento? 9. Reações Adversas/8. Quais os males que este medicamento pode me causar?	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
03/08/2022	4502058/22-0	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/08/2022	4502058/22-0	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	03/08/2022	2. Resultados de eficácia	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg

12/12/2022	5043063/22-0	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	12/12/2022	5043063220	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	12/12/2022	2. Resultados de eficácia	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
23/01/2023	0068989/23-7	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	24/02/2022	0698495/22- 9	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de Nova Indicação Terapêutica	23/01/2023	1. Indicação/1. Para que este medicamento é indicado? 2. Resultados de eficácia 3. Características Farmacológicas 5. Advertências e Precauções/4. O que devo saber antes de usar este medicamento? 8. Posologia e modo de usar/6. Como devo usar este medicamento? 9. Reações Adversas/8. Quais os males que este medicamento pode me causar?	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
30/03/2023	0321335/23-6	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	30/03/2023	0321335/23- 6	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	30/03/2023	2. Resultados de eficácia	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg

27/07/2023	0785056/23-8	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	27/07/2023	0785056/23- 8	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	27/07/2023	2. Resultados de eficácia	VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
19/12/2024	1733482/24-5	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	19/12/2024	1733482/24- 5	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	19/12/2024	5. Advertências e Precauções 9. Reações Adversas/8. Quais os males que este medicamento pode me causar?	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
10/01/2025	0039676/25-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	08/11/2023	1228238/23- 3	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de nova indicação terapêutica	30/12/2024	1. Indicações 2. Resultados de Eficácia 5. Advertências e Precauções 8. Posologia e Modo de Usar 9. Reações Adversas	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
			16/11/2023	1270381/23- 8	1118 – RDC 73/2016 – NOVO – Alteração de Posologia				

27/02/2025	0282031/25-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	27/02/2025	0282031/25-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	27/02/2025	Contraindicações Advertências e Precauções Reações Adversas Dizeres Legais	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg
--	--	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	--	--	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	--	Contraindicações Advertências e Precauções	VP e VPS	Comprimidos revestidos de 100 mg e 150 mg