



ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES

Carolina Rutkowski
06 de outubro de 2020

CRONOGRAMA ONCOMEDCONNECT 2020

- ❖ 16/06- INTRODUÇÃO AO CURSO
- ❖ 30/06- TRATAMENTO NEOADJUVANTE: TUMORES TRIPLO NEGATIVOS
- ❖ 14/07- TRATAMENTO NEOADJUVANTE: TUMORES HER2 3+
- ❖ 28/07- TRATAMENTO NEOADJUVANTE: TUMORES RH +
- ❖ 11/08- TRATAMENTO ADJUVANTE- TUMORES TRIPLO NEGATIVOS
- ❖ 25/08- TRATAMENTO ADJUVANTE- TUMORES HER2 3+
- ❖ 08/09- TRATAMENTO ADJUVANTE- TUMORES RH +
- ❖ 22/09- HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE
- ❖ **06/10- DOENÇA METASTÁTICA 1 – TUMORES TRIPLO NEGATIVOS**
- ❖ 20/10- DOENÇA METASTÁTICA 2 - TUMORES HER2 3+
- ❖ 3 /11 – DOENÇA METASTÁTICA 3 - TUMORES LUMINAIS

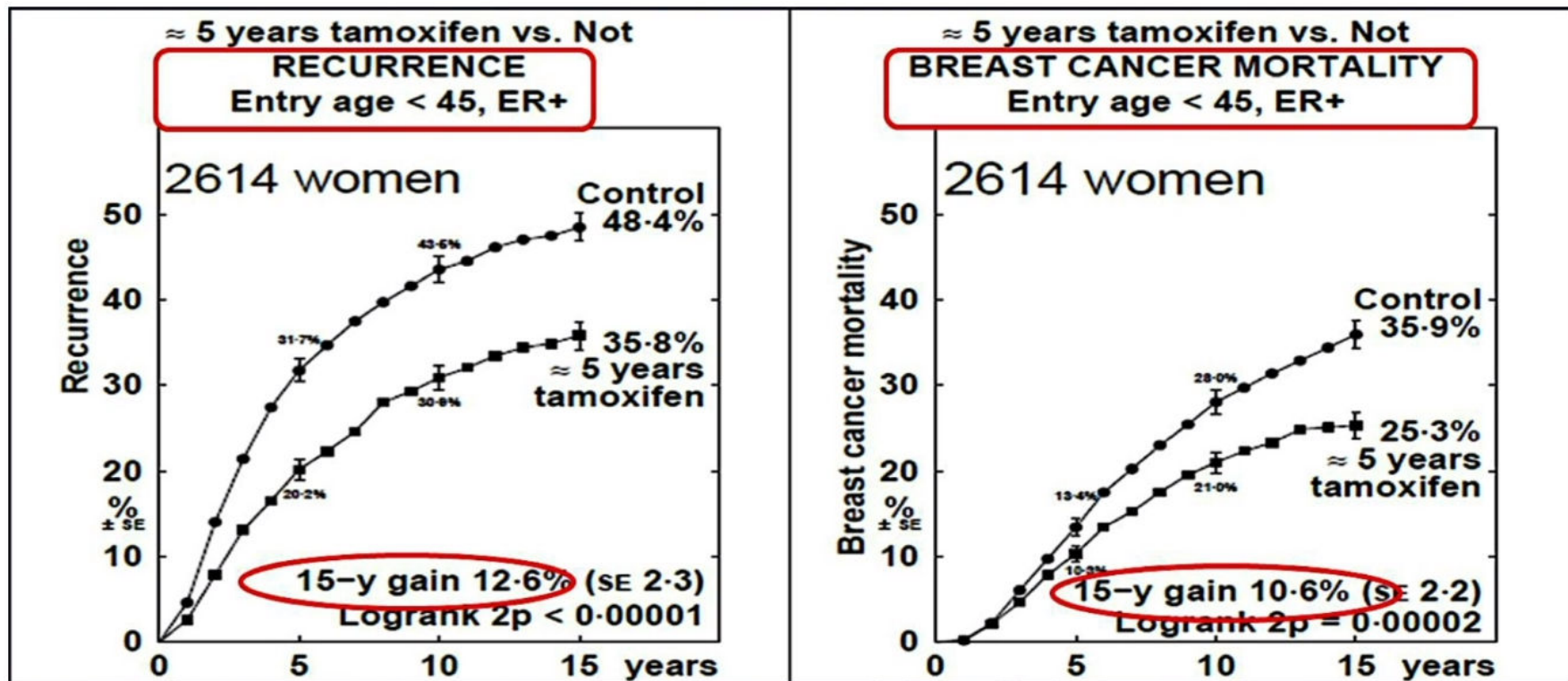
ORIENTAÇÕES

- MANTENHA SEU MICROFONE DESLIGADO DURANTE A APRESENTAÇÃO .
- O CHAT ESTARÁ ABERTO PARA PERGUNTAS E COMENTÁRIOS, FIQUE À VONTADE.

REVIEW EM 5 MINUTOS

PRÉ MENOPAUSA

BENEFÍCIO DO TAMOXIFENO ADJUVANTE EM PACIENTES COM RH+ É INQUESTIONÁVEL!



REVIEW EM 5 MINUTOS

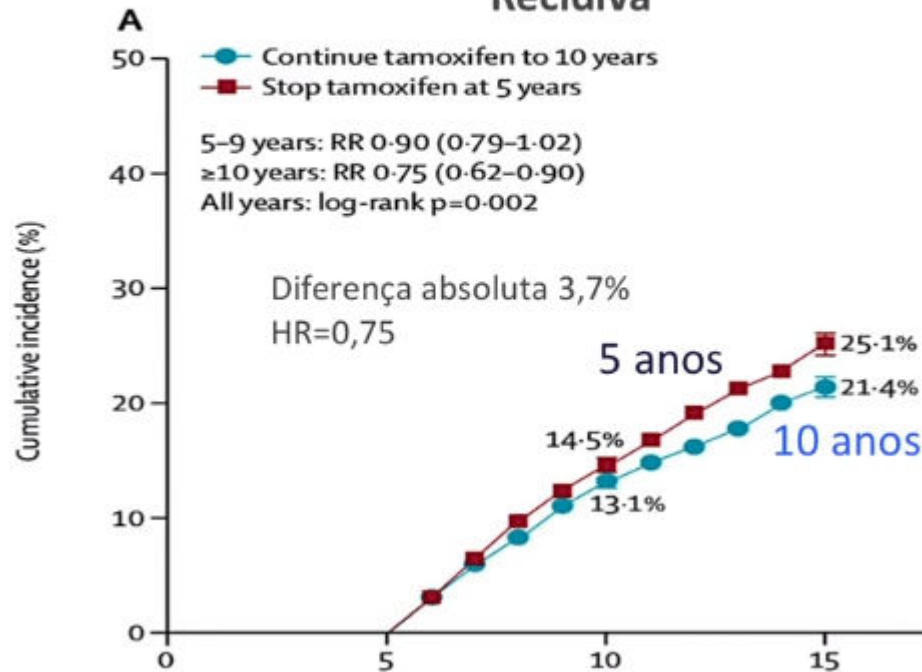
ATLAS: 10 ANOS SUPERIOR A 5 ANOS, COM AUMENTO DE TOXICIDADE.

INDIVIDUALIZAR INDICAÇÃO

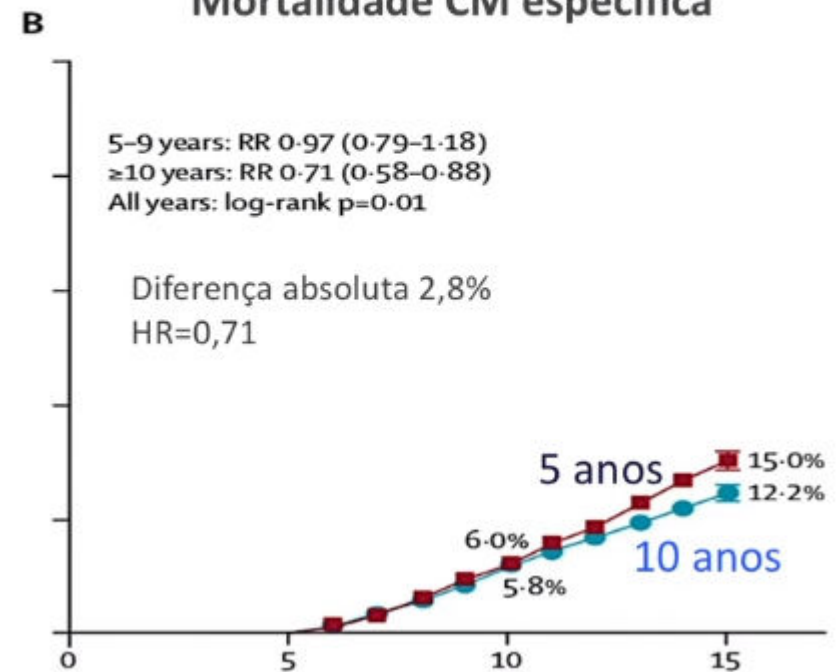
Tamoxifeno 5 anos
Total: 10 anos tamoxi

Suspender tamoxifeno
Total: 5 anos tamoxi

Recidiva



Mortalidade CM específica



REVIEW EM 5 MINUTOS

ADICIONAR SUPRESSÃO OVARIANA?

TEXT Tamoxifen and Exemestane Trial (N=2672)

- Pré-menopausa
- ≤ 12 sem da cirurgia

R
A
N
D
O
M
I
Z
E

Tamoxifeno + SO x 5a

Exemestano + SO x 5a

SOFT Suppression of Ovarian Function Trial (N=3066)

- Pré-menopausa
- ≤ 12 sem da cirurgia
- Sem QT
OU
- Permanece pré-menopausa ≤ 8 meses depois de QT

R
A
N
D
O
M
I
Z
E

Tamoxifeno x 5a

Tamoxifeno + SO x 5a

Exemestano + SO x 5a

**MAIOR BENEFÍCIO PARA
PACIENTES QUE FIZERAM QT
ADJUVANTE E PARA
MULHERES < 35 ANOS**

Análise conjunta
(N=4690)

Tamoxifeno + SO x 5a

Exemestano + SO x 5a

**TOXICIDADE NÃO
DESPREZIVEL, DEVE SER
DISCUTIDA!**

ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES

REVIEW EM 5 MINUTOS

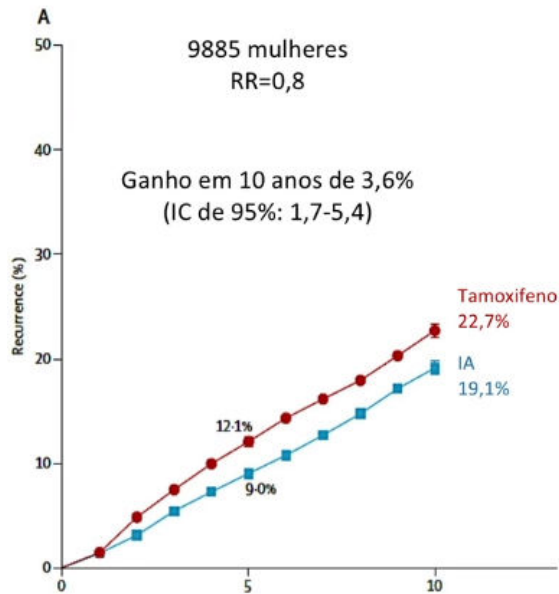
PRÉ MENOPAUSA

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS

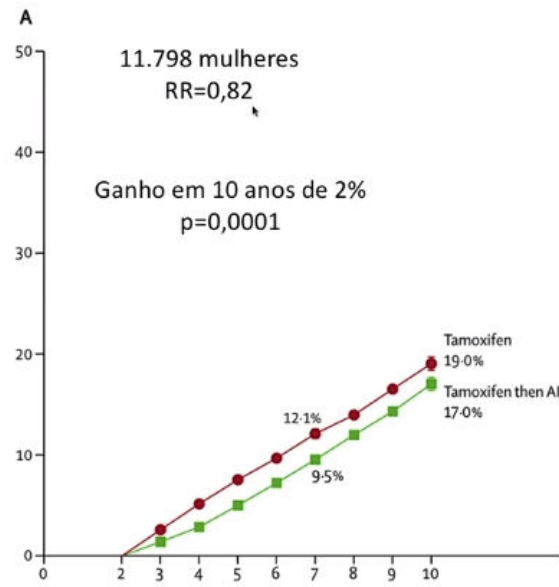
- Abordagem da paciente - alto risco - amenorréia pela QT
- Pacientes com recuperação da menstruação - supressão eficaz ? Ooforectomia ?
- < 35 anos - sem indicação de QT - baixo risco ? Alto risco ?
- Duração da supressão ovariana - 5 anos ?

REVIEW EM 5 MINUTOS

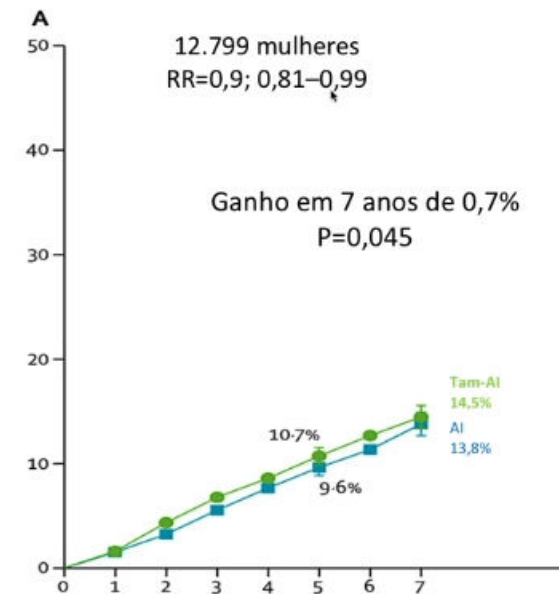
PÓS MENOPAUSA



IA MELHOR QUE TMF



SWITCH MELHOR QUE TMF



IA discretamente superior ao SWITCH

REVIEW EM 5 MINUTOS

HT ESTENDIDA

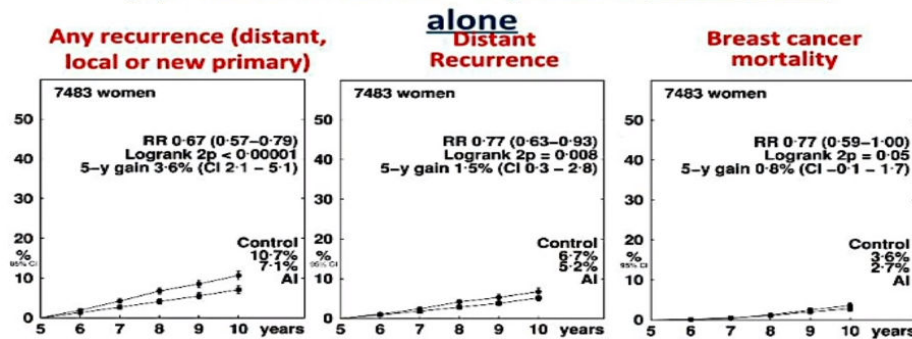


REVIEW EM 5 MINUTOS

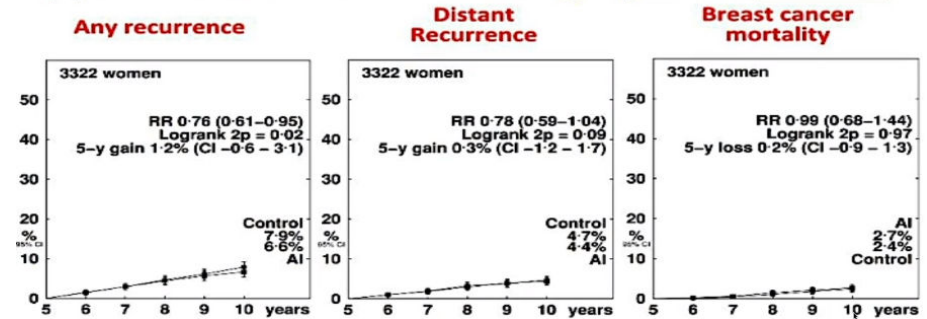
MAIOR GANHO DA HT ESTENDIDA COM IA PARA QUEM INICIOU COM TMF E AXILA +

Extended Aromatase Inhibitor treatment following 5 or more years of endocrine therapy: a meta-analysis of 22,192 women in 11 randomised trials

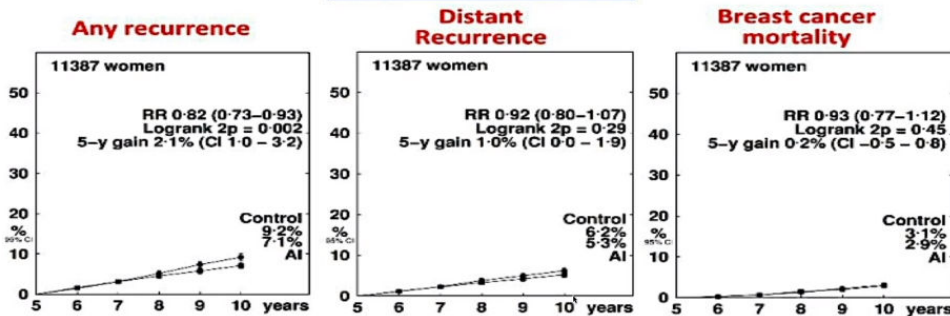
(a) Trials of AI after ≈5 years of Tamoxifen



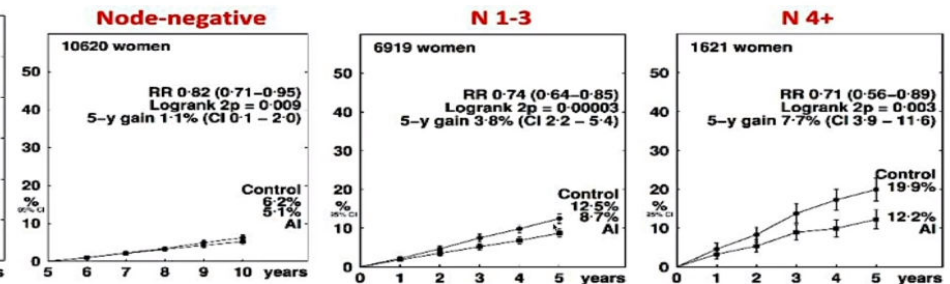
(c) Trials of Extended AI following 5 years of AI alone



(b) Trials of Extended AI following 5-10 years of Tamoxifen then AI

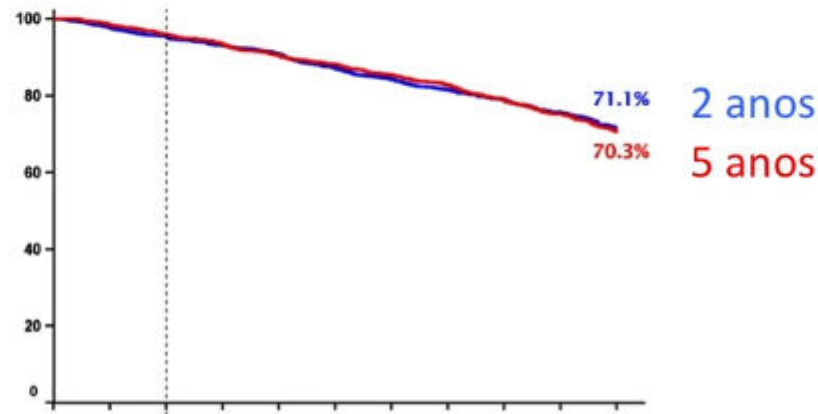
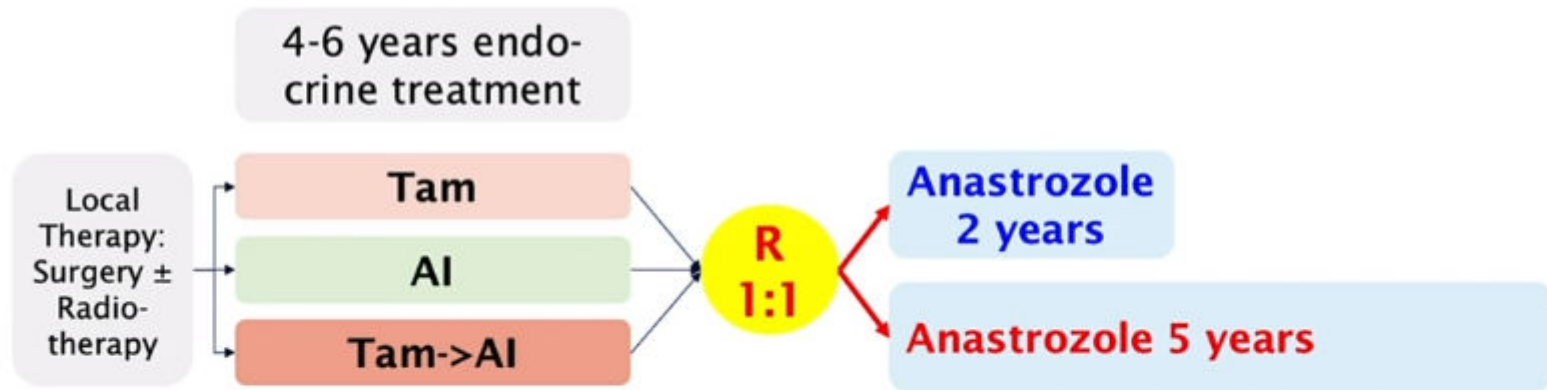


Recurrence by nodal status – all trials



REVIEW EM 5 MINUTOS

ABCSG16



SLD

REVIEW EM 5 MINUTOS

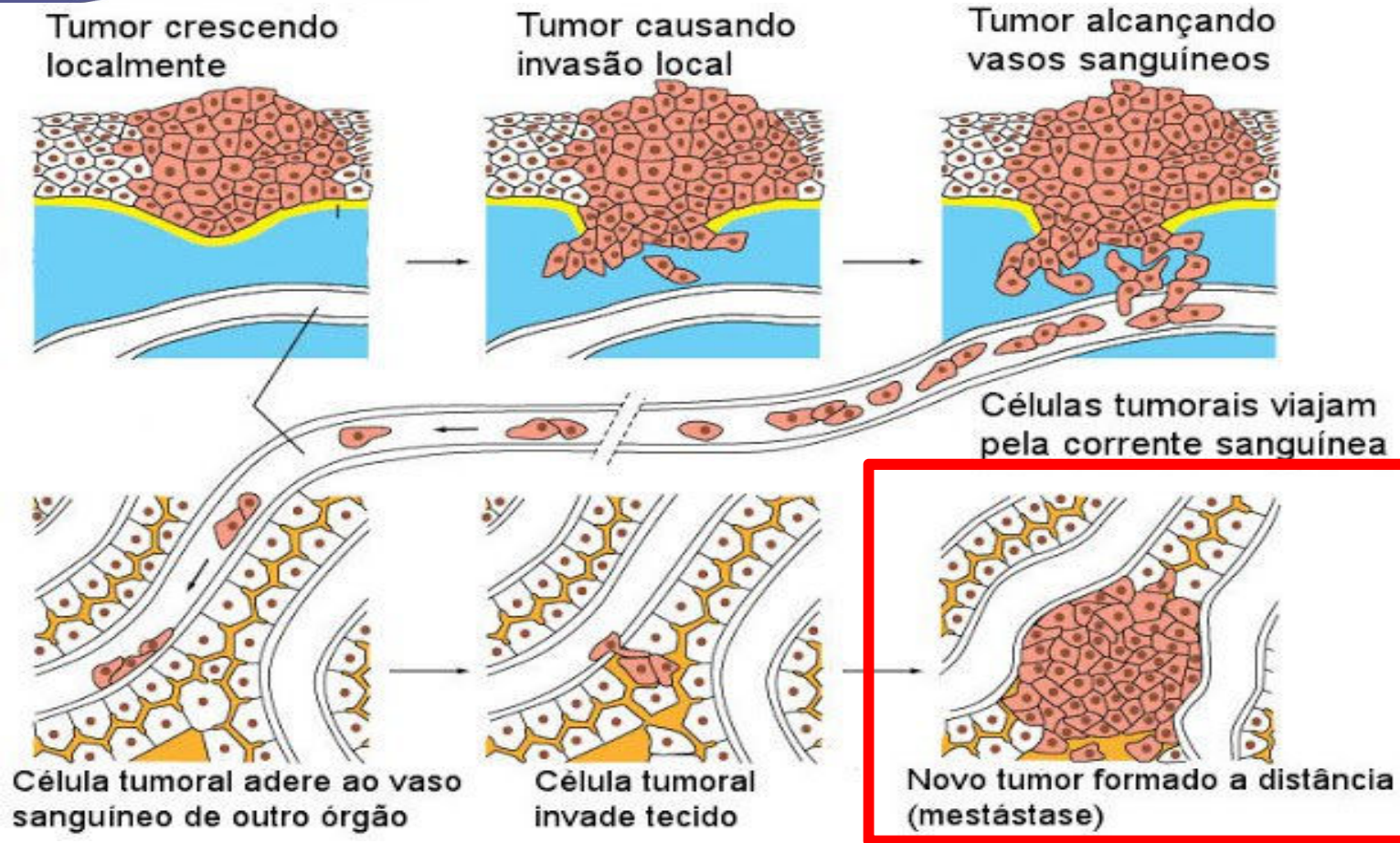
GUIDELINE ASCO

1. Mulheres com LND negativo não devem receber HT estendida de rotina (considerar fatores prognósticos relacionados ao risco de recidiva).
2. Mulheres com LND positivo devem receber terapia estendida com IA, por um total de até 10 anos de HT estendida.
3. Pacientes recebendo HT estendida não devem ultrapassar 10 anos de tratamento.
4. Maior benefício da HT estendida: recidiva contralateral ou segundo primário. O risco de um segundo CA de mama baseado no tratamento prévio deve nortear a decisão quanto à HT estendida.
5. HT estendida possui riscos e efeitos colaterais que devem ser considerados em relação aos potenciais benefícios de um tratamento mais longo, em uma decisão compartilhada.

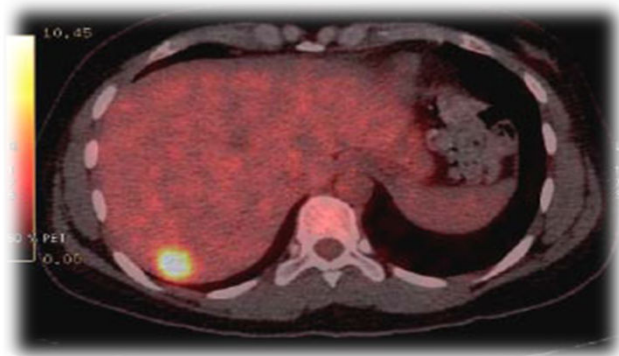
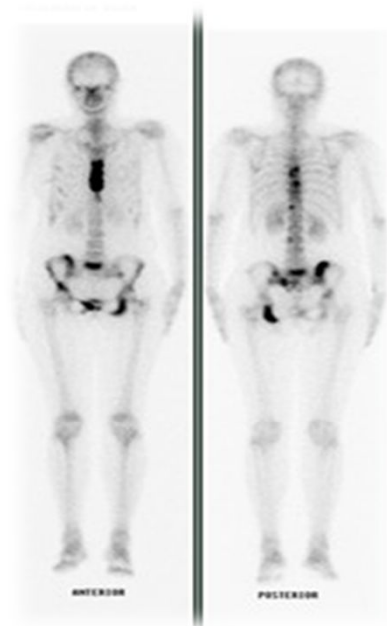
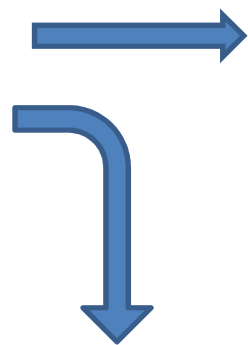


**DOENÇA
METASTÁTICA**

Doença Metastática



Doença metastática



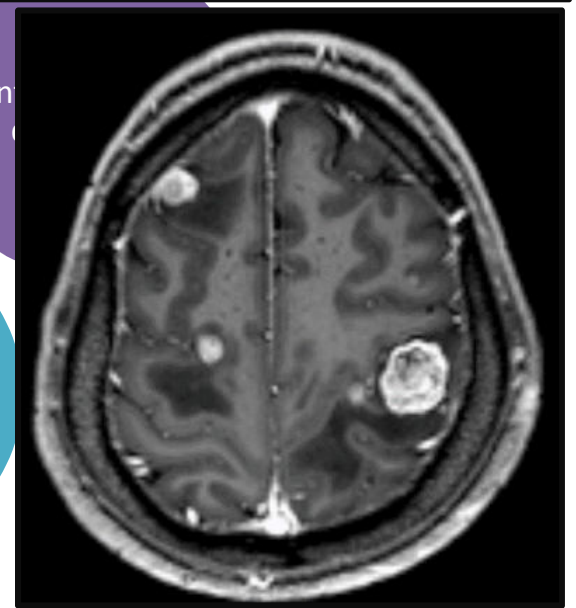
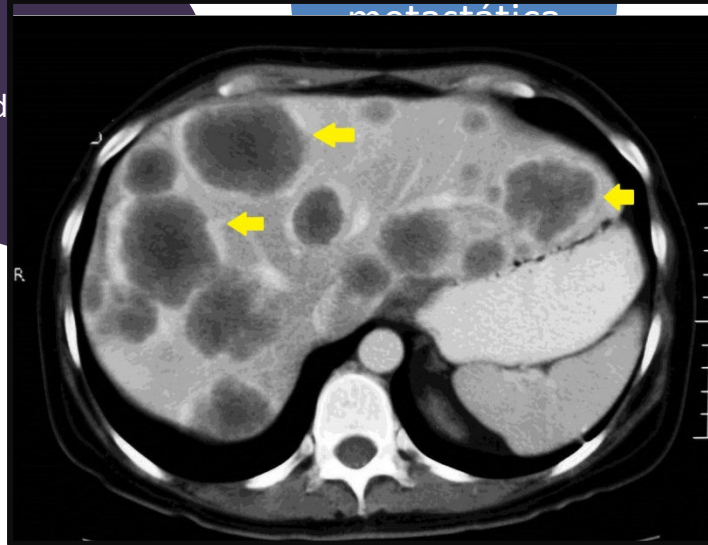
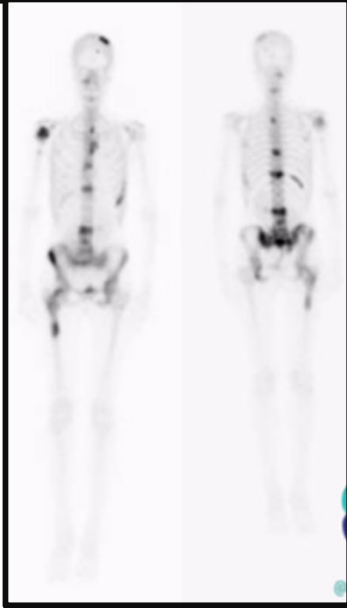
TX NX M1

ESTADIO IV

DOENÇA AVANÇADA

DOENÇA INCURÁVEL

TRATAMENTO
PALIATIVO



Doença
metastática

In

TRATAMENTO PALIATIVO

“ Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”

OMS,2002

TRATAMENTO PALIATIVO - OBJETIVOS



Ganho de
Sobrevida

Controlar
progressão da
doença

Alívio de
sintomas

Melhora da
qualidade de
vida

Conceitos

Sobrevida global: Tempo de vida após o diagnóstico ou início do tratamento.

Sobrevida livre de doença: Período em que não se detectam sinais nem sintomas da doença após um tratamento curativo.

Sobrevida livre de progressão: Período após um tratamento que não conseguiu eliminar a doença durante o qual o câncer permanece estável, não progride.

Sobrevida livre de eventos: Período de tempo após um tratamento durante o qual o paciente permanece sem apresentar complicações que a terapia almejava evitar. EX: recidivas e dores ósseas por metástases.

Crise visceral: Disfunção orgânica severa – sinais e sintomas + alterações em exames que indicam rápida progressão da doença com risco de morte e urgente necessidade de resposta clínica

CLINICAL
TRIALS



ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES

Conceitos

Diagnóstico

Recidiva

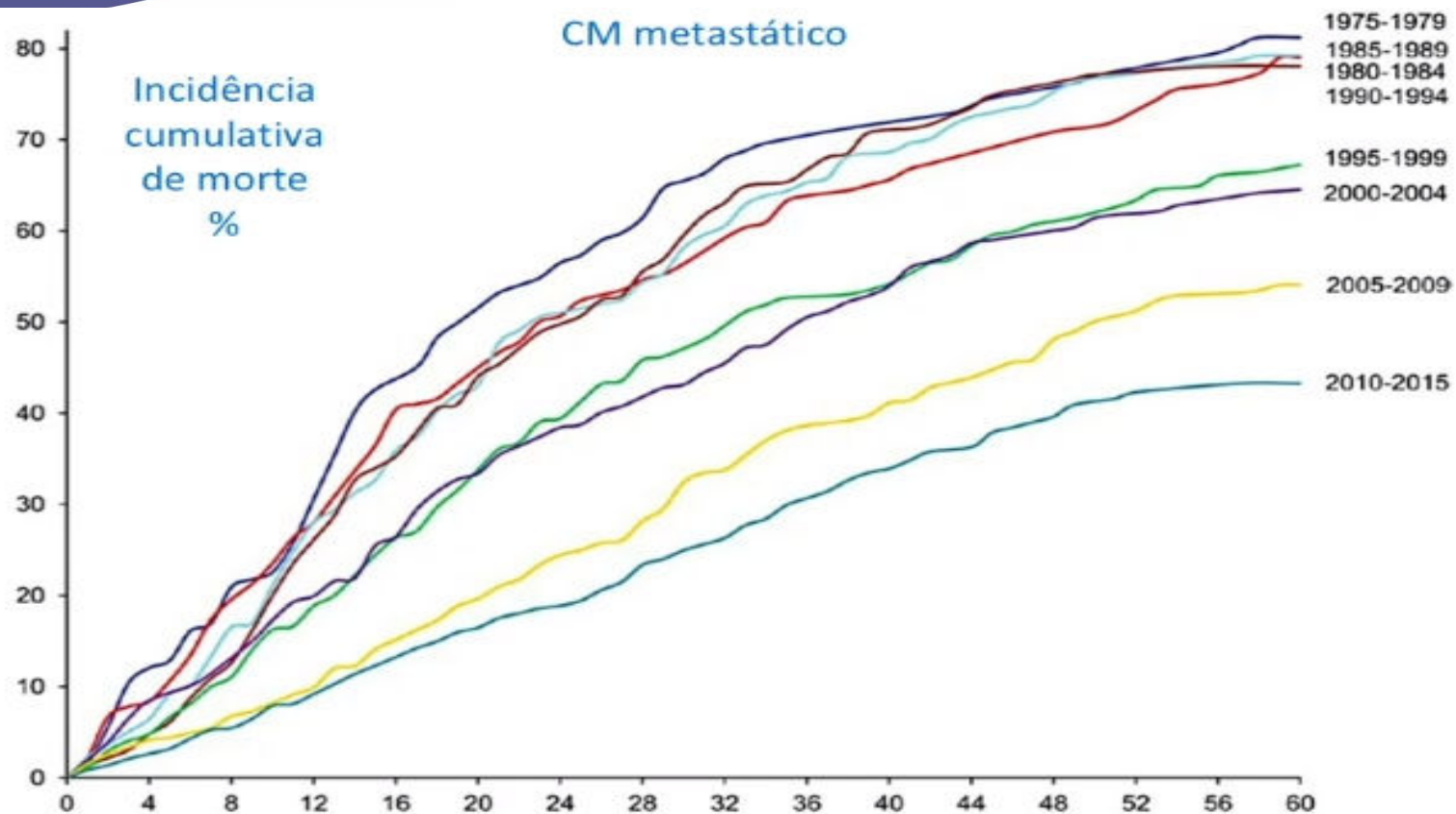
Progressão

Óbito

Sobrevida livre de doença

Sobrevida livre de progressão

Sobrevida global



Diante de uma paciente com câncer de mama metastático...

Perguntas relativas a paciente

- Idade?
- Comorbidades?
- Tem condição clínica (PS) para tratar?
- Está sintomática para a doença?

Perguntas relativas a doença

- Qual intervalo livre de doença?
- Qual volume de doença?
- **Qual o perfil molecular da doença?**

Qual o perfil molecular da doença?

LUMINAL

DOENÇA INDOLENTE –
CRÔNICA?
PADRÃO DE RECIDIVAS
TARDIAS
CONSIDERAR SEMPRE
HOMORNIOTERAPIA

TRIPLO
POSITIVO

HER2

DOENÇA AGRESSIVA,
MAS HABITUALMENTE
MUITO RESPONSIVA
AO BLOQUEIO DO HER

TRIPLO
NEGATIVO

TUMORES TRIPLO NEGATIVOS

TRIPLO NEGATIVO = RE NEGATIVO, RP NEGATIVO, HER2 NEGATIVO

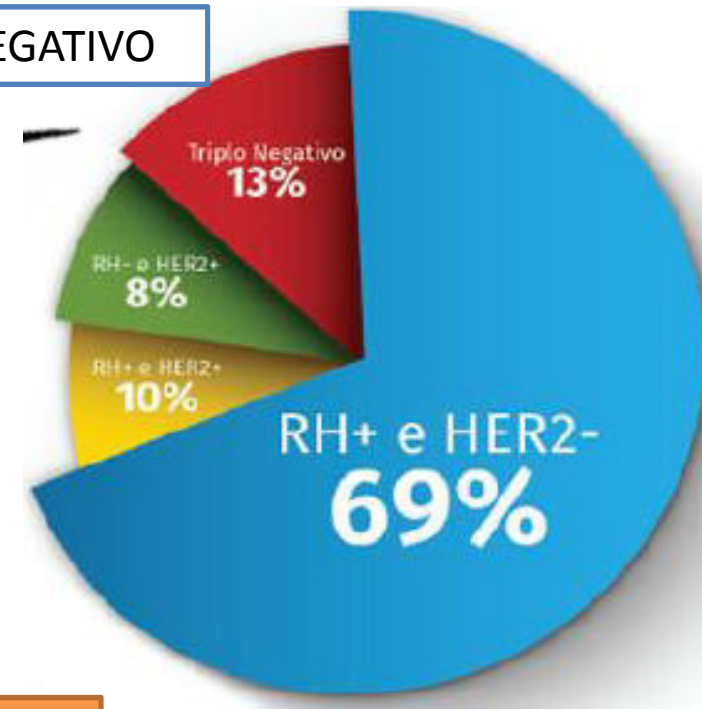
10-17% dos cânceres de mama

Mulheres mais jovens

Afro-americanas

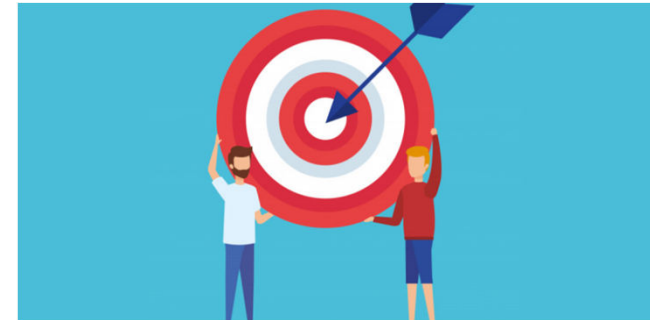
20% apresentam mutação do BRCA

Representa um grupo heterogêneo de doenças, mas habitualmente com fenótipo mais agressivo





REBIÓPSIA



ASCO

- *“This Panel recommends retesting for ER, PR, and HER2 on \geq one metastasis with careful attention”*
- “...use the ER, PR, or HER2 status from the metastasis to direct therapy, if supported by the clinical scenario and the patient's goals for care. **Clinical judgment must be exercised.**”

ESMO

- “Biological markers (especially HR and HER-2) should be reassessed at least once in the metastatic setting”
- “ If the results of tumour biology in the metastatic lesion differ from the primary tumour, **it is currently unknown which result should be used for treatment-decision making.** (...)we recommend considering the use of targeted therapy when receptors are positive in at least one biopsy, regardless of timing.”

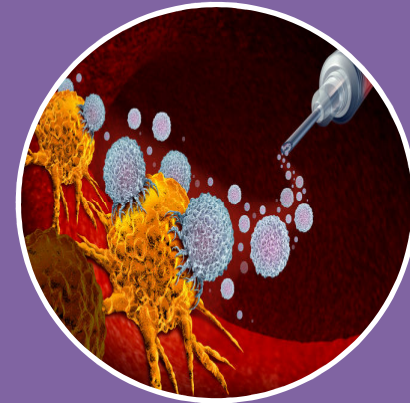
CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO METASTÁTICO



QUIMIOTERAPIA



INIBIDORES DA
PARP



IMUNOTERAPIA

BRCA mutado?

PDL1 $\geq 1\%$?
SP 142 Ventana



QUIMIO TERAPIA

Tratamento que utiliza medicamentos **CITOTÓXICOS** que tem por objetivo destruir, controlar ou inibir o crescimento das células tumorais.

- Quimioterapia combinada x Sequencial
- Drogas ativas
- Duração do tratamento

ONCOMEDCONNECT

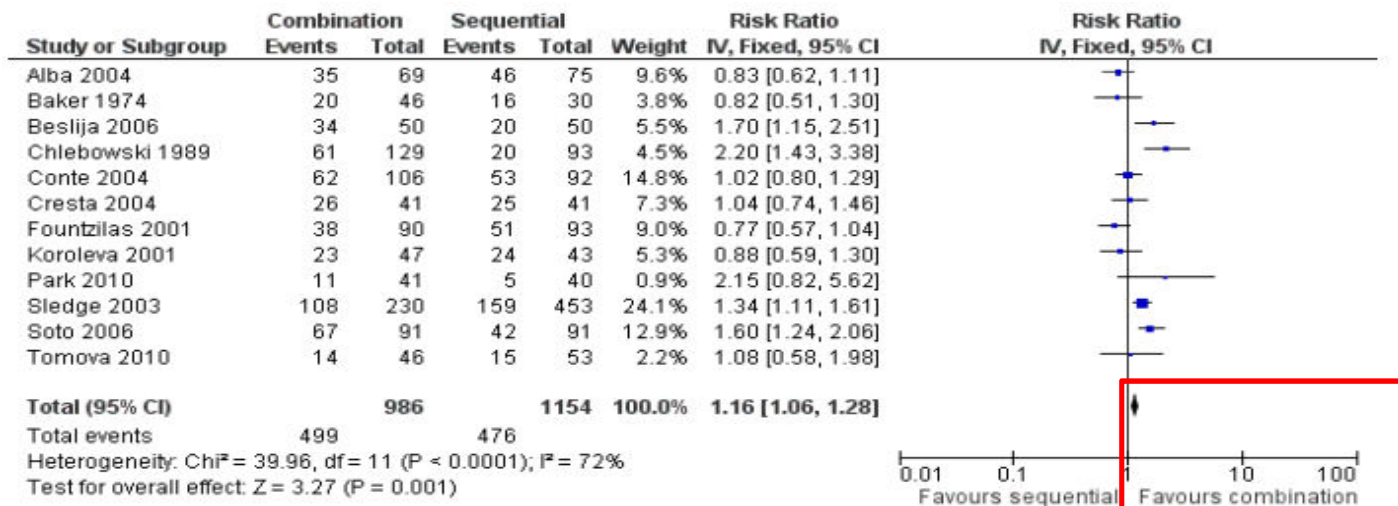
RESIDENTES

Qual a melhor estratégia? Combinar quimioterápicos (poliquimioterapia) ou fazer uso sequencial de quimioterápicos em monoterapia?



12 estudos

Combination versus sequential single agent chemotherapy for metastatic breast cancer (Review)



Taxa de resposta: favorece terapia combinada

Agente único x combinação

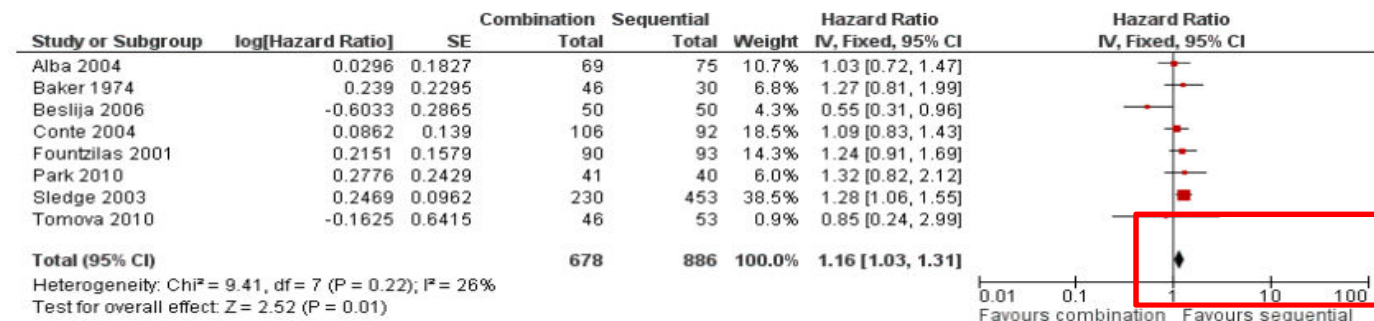
Combination versus sequential single agent chemotherapy for metastatic breast cancer (Review)



12 estudos



SG: sem diferença



SLP: favorece terapia sequencial



ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer – ABC

Both combination and sequential single agent CT are reasonable options. Based on the available data, we recommend **sequential monotherapy as the preferred choice for ABC.**

Combination CT should be reserved for patients with rapid clinical progression, visceral crisis, or need for rapid symptom and/or disease control.

Drogas Ativas

- Taxanos
- Antraciclicos
- Ciclofosfamida
- Platinas
- Gencitabina
- Vinorelbina
- Eribulina
- 5FU / Capecitabina

NÃO EXISTE SEQUÊNCIA IDEAL

Exposição sequencial a diferentes classes, escolha baseada em características da paciente e das drogas



ATENÇÃO

QUESTÃO DE PROVA!

10) Paciente de 52 anos com carcinoma inflamatório (T4d) de mama esquerda, tratada há 1 ano, apresentou recidiva local, com implantes cutâneos no local da progressa cirurgia. Na nova avaliação de metástases foram detectadas múltiplas lesões hepáticas, sugestivas de acometimento secundário, confirmadas por biópsia e com mesmo padrão tumoral. Qual a conduta adequada agora?

- a) Ressecção das lesões cutâneas.
- b) Monoquimioterapia.**
- c) Ressecção das lesões cutâneas e quimioterapia.
- d) Poliquimioterapia com bevacizumabe.
- e) Ressecção das lesões cutâneas e hepáticas.

Crise visceral: Disfunção orgânica severa – sinais e sintomas + alterações em exames que indicam rápida progressão da doença com risco de morte e urgente necessidade de resposta clínica

*Por quanto tempo o tratamento deve ser mantido?
Deve ser feito uso contínuo até progressão de doença ?*

VOLUME 29 · NUMBER 16 · JUNE 1 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Duration of Chemotherapy for Metastatic Breast Cancer: A
Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized
Clinical Trials

- 11 estudos
- 2300 mulheres
- 1ª linha paliativa
- Diversos esquemas de QT
- 3 a 8 ciclos x QT manutenção

QT manutenção:

- > SLP (HR 0,64 IC 95% 0,55 – 0,76)
- > SG (HR 0,91 IC 95% 0,84 – 0,99)

ONCOMEDCONNECT
RESIDENTES

DOENÇA INCURÁVEL!!!

How Long Is Long Enough?

JCO, Vol 29, No 16 (June 1), 2011: pp 2129-2141



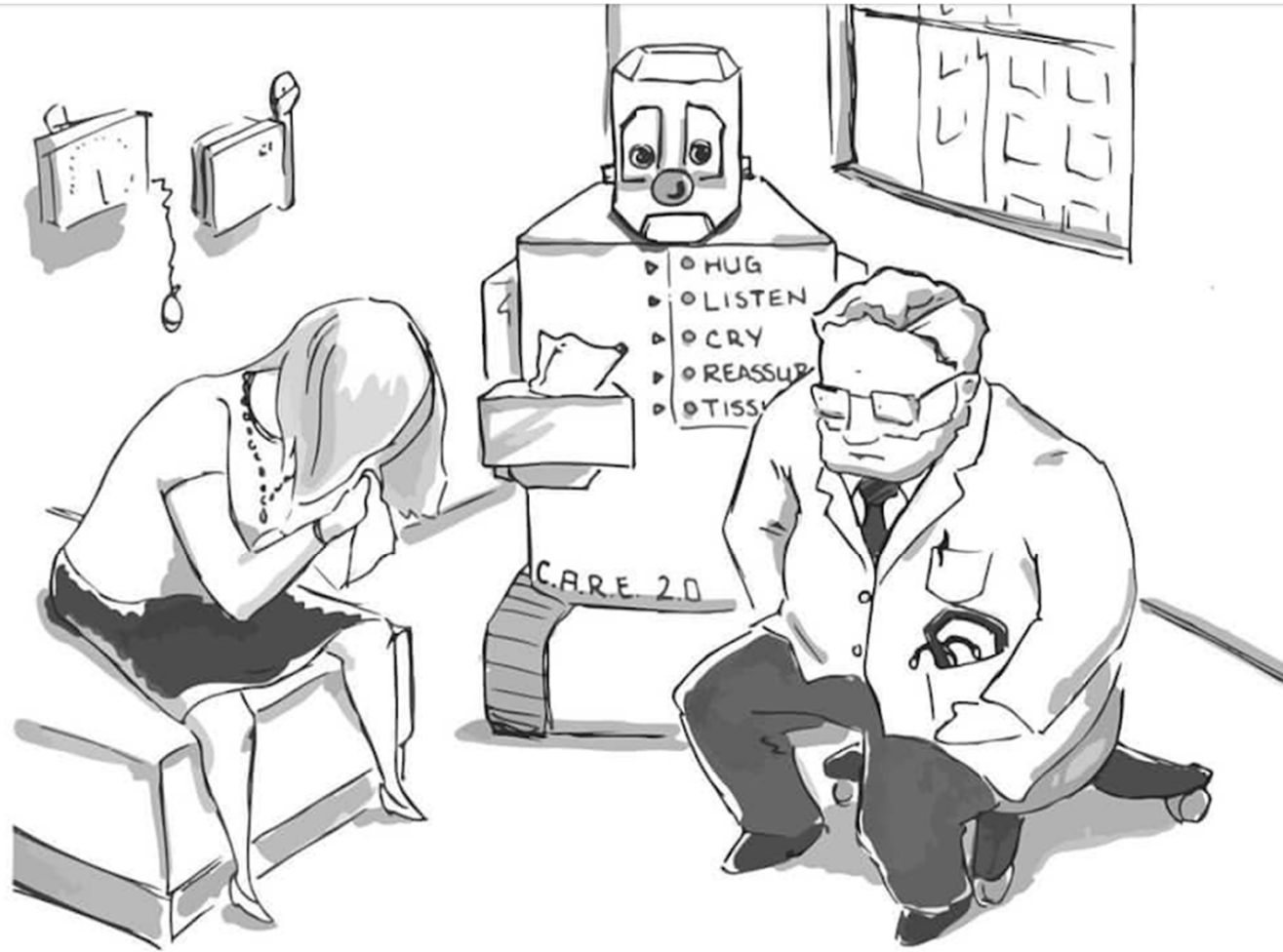
**EFEITOS DETRIMENTAIS DO
TRATAMENTO EM RELAÇÃO A
QUALIDADE DE VIDA**

**BENEFÍCIO DE MANUTENÇÃO DO
TRATAMENTO POR PRAZO
PROLONGADO**

*“The treatment should not be
worse than the disease”*

“The natural history of breast cancer is to progress and ultimately cause death. If we are altering that natural history without unacceptable toxicity, we should keep at it”

ONCOMEDCONNECT
RESIDENTES



“This is the point in the clinic when the art of medicine intersects with the science of medicine”

RAY

Duração do tratamento



ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer – ABC

Usually each regimen (except anthracyclines) should be given until progression of disease or unacceptable toxicity. What is considered unacceptable should be defined together with the patient.

Carboplatin in *BRCA1/2*-mutated and triple-negative breast cancer BRCAness subgroups:
the TNT Trial
Fase 3

TNT trial: *Carboplatina é melhor que docetaxel no tratamento do cancer de mama triplo negativo metastático?*

376 pacientes
Triplo negativo
metastático e
status BRCA
conhecido em
1ª linha de
tratamento

188 Carboplatina

188 Docetaxel

Endpoint primário

Taxa de resposta objetiva

Sem diferença para a população ITT

Para o subgrupo com mutação germinativa
de BRCA, carboplatina foi superior

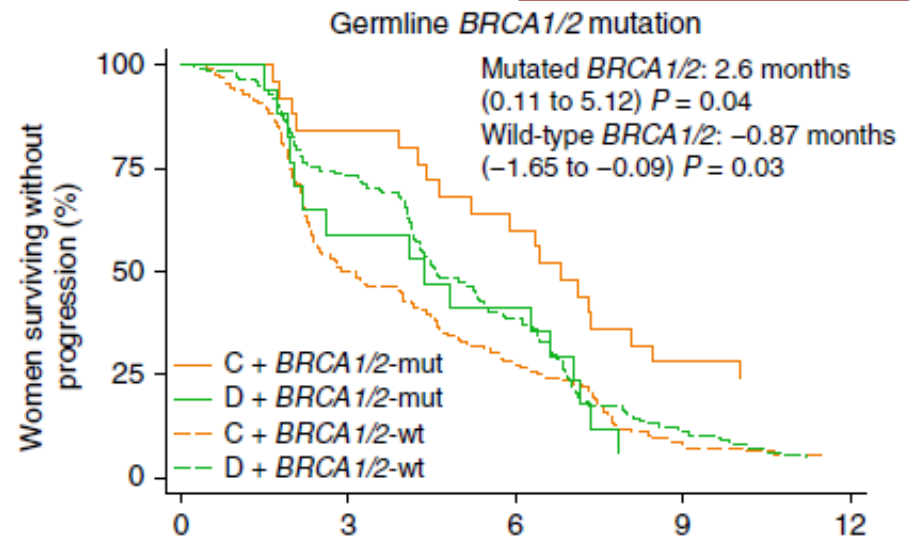
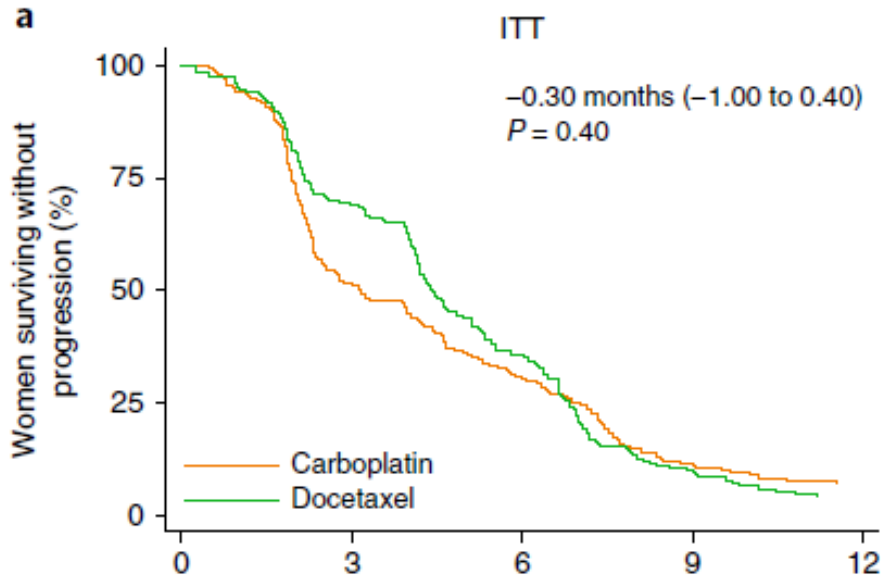
68 % x 33%

ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES

Carboplatin in *BRCA1/2*-mutated and triple-negative breast cancer BRCAness subgroups: the TNT Trial

SLP 6,8m x 4,4m



	Carboplatin		Docetaxel	
	N=188		N=188	
Patient status as per local assessment, n (%)				
TN, no known mutation*	167	88.8%	171	91.0%
Known <i>BRCA1</i>	4	2.1%	1	0.5%
Known <i>BRCA2</i>	6	3.2%	2	1.1%
TN & known <i>BRCA1/2</i>	7	3.7%	9	4.8%
Not TN and no known mutation*	4	2.1%	5	2.7%



QUESTÃO DE PROVA!

2) Os tumores triplo-negativos representam um desafio para terapia sistêmica, pois não dispõem de terapia alvo. Em relação a novas drogas para esse subtipo, podemos afirmar que:

a) As platinas apresentaram aumento das taxas de resposta à quimioterapia, mas ainda não há dados definitivos de sobrevida.

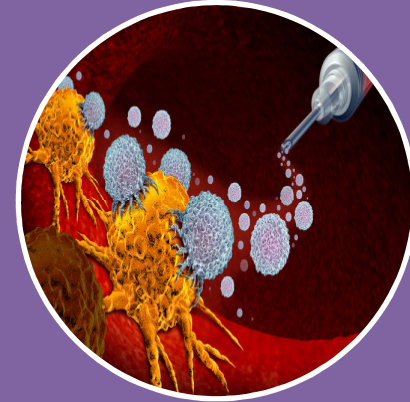
b) Os inibidores da PARP mostraram excelentes resultados, mesmo em pacientes sem mutação no BRCA.

c) O uso do bevacizumabe mostrou vantagem de sobrevida livre de doença e sobrevida global em estudos de neoadjuvância.

d) O pertuzumabe foi testado no tumor triplo negativo no estudo NEOSPHERE e não mostrou vantagem de sobrevida.

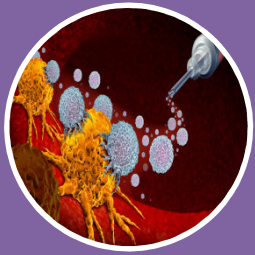
e) O carcinoma metaplásico foi um tipo de triplo negativo que experimentou maiores taxas de resposta a novas drogas.

CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO METASTÁTICO



IMUNOTERAPIA

PDL1 \geq 1%?
SP 142 Ventana



IMUNO
TERAPIA

How is Immunotherapy Used to Fight Cancer?

https://www.youtube.com/watch?v=AbmEt_E8kfo&list=PLPLXayOtubE0Yerx3ImI_b1ndPOobokrC&index=1

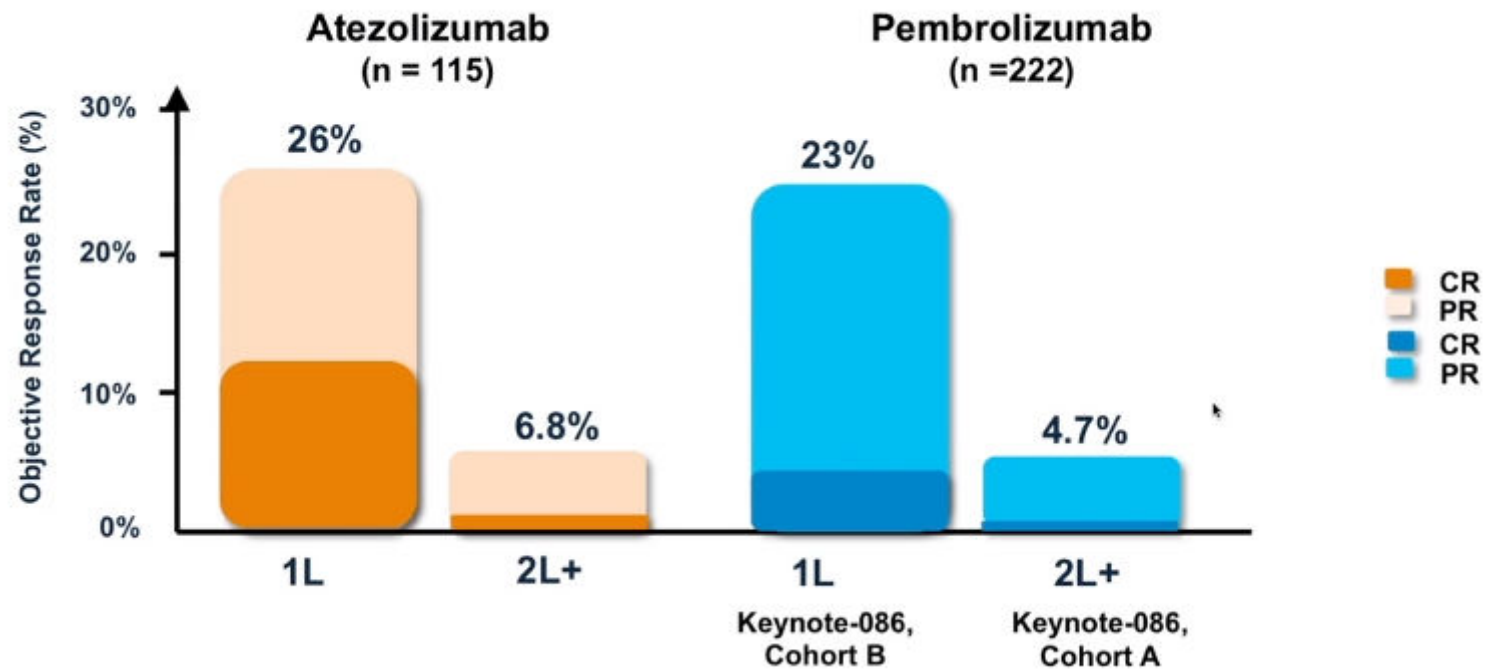
ONCOMEDCONNECT
RESIDENTES

Imunoterapia em câncer de mama

Agente	Subtipo	N	TRG	TRG (PD-L1+)*
Pembrolizumabe				
• Agente único (Keynote-012)	TN	32	18,5%	18,5%
• Agente único (Keynote-028)	RE+	25	12,0%	12,0%
• Agente único (Keynote-086-A)	TN	170	4,7%	4,8%
• Agente único (Keynote-086-B)	TN	84	23,0%	23,0%
• Com trastuzumabe (PANACEA)	HER-2+	58		15,0%
Atezolizumabe				
• Agente único	TN	115	10,0%	13,0%
Avelumabe				
• Agente único (Javelin)	Todos	168	4,8%	33,3%
	RE+/HER-2 neg	72	2,8%	NA
	HER-2+	38	3,8%	NA
	TN	58	8,6%	44,4%

Monoterapia: Taxas de resposta muito ruins...

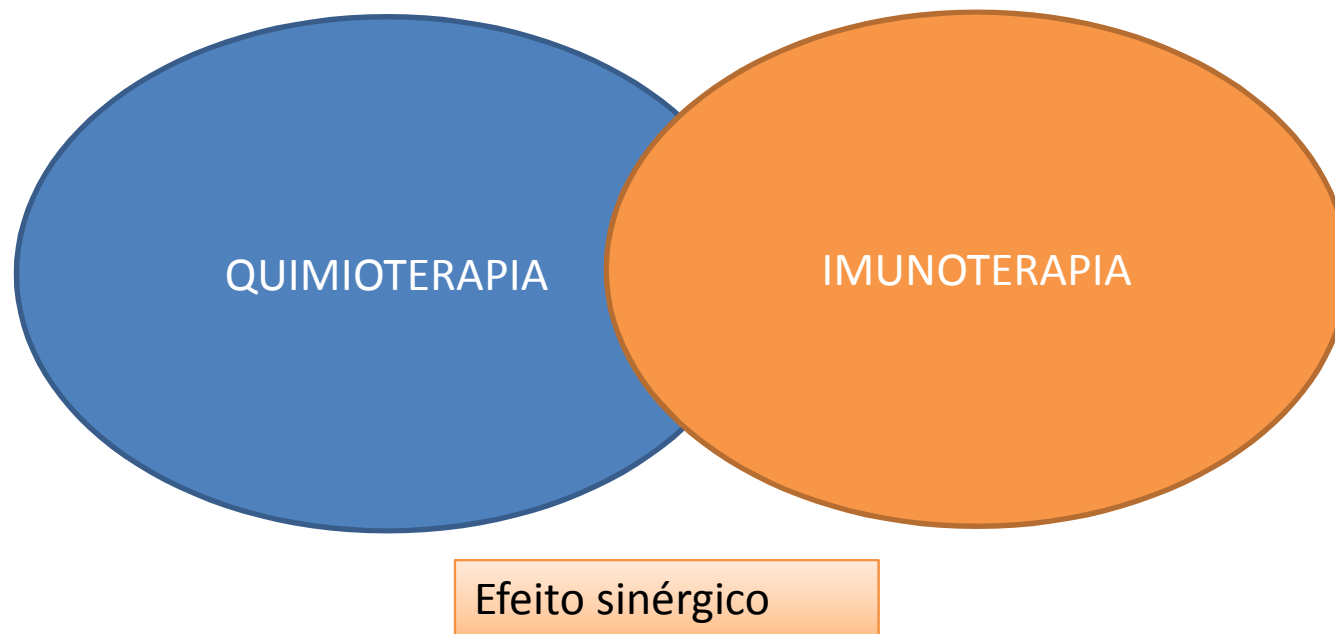
A linha de tratamento é importante...



Melhor em primeira linha que em linhas subsequentes...

Resultados mais robustos na neoadjuvância...

Combinar com quimioterapia?



IMPASSION 130

Atezolizumab and Nab-Paclitaxel
in Advanced Triple-Negative Breast Cancer

Fase 3

Existe papel para Imunoterapia combinada a quimioterapia no tratamento do câncer de mama triplo negativo metastático?

Endpoints

902 pac Triplo negativo metastático em 1ª linha de tratamento

451 Atezo + Nab Paclitaxel

451 Placebo + Nab Paclitaxel

SLP

Positivo para a população ITT e subgrupo PDL1 \geq 1%

SG

Benefício para subgrupo com PDL1 \geq 1%

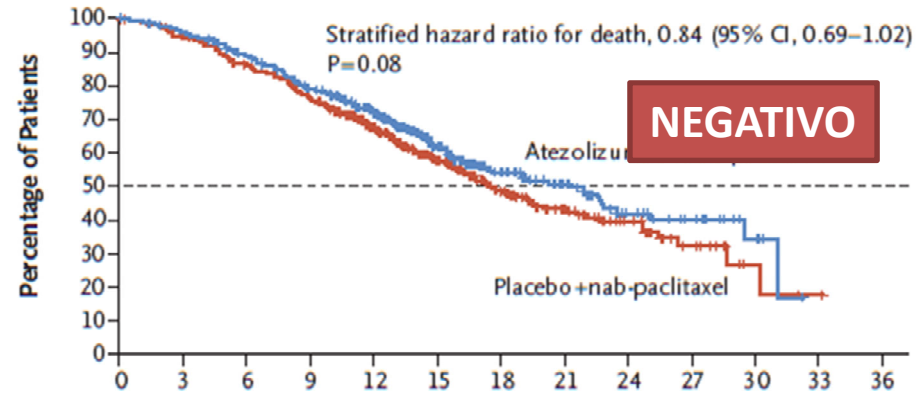
40% de pacs com PDL1 + no estudo – SP 142 Ventana



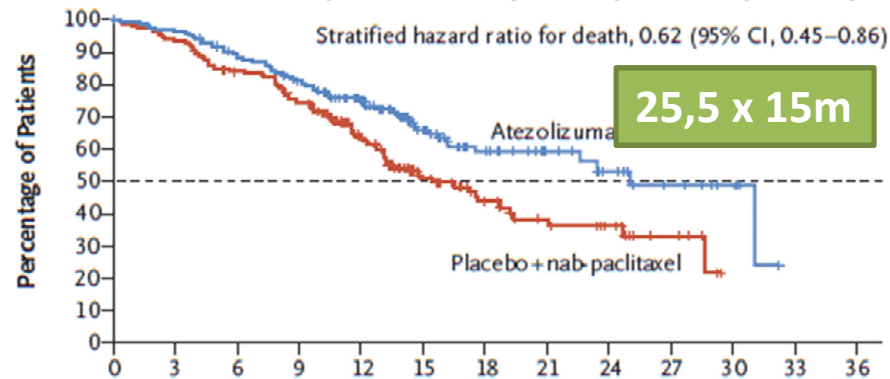
ONCOMEDCONNECT
RESIDENTES

C Overall Survival in the Intention-to-Treat Population

	No. of Events/ No. of Patients	Median Overall Survival (95% CI) <i>mo</i>	2-Yr Rate of Overall Survival (95% CI) <i>%</i>
Atezolizumab+ Nab-Paclitaxel	181/451	21.3 (17.3–23.4)	42.1 (34.3–49.9)
Placebo+ Nab-Paclitaxel	208/451	17.6 (15.9–20.0)	39.7 (33.2–46.3)



	No. of Events/ No. of Patients	Median Overall Survival (95% CI) <i>mo</i>	2-Yr Rate of Overall Survival (95% CI) <i>%</i>
Atezolizumab+ Nab-Paclitaxel	64/185	25.0 (22.6–NE)	53.5 (42.3–64.6)
Placebo+ Nab-Paclitaxel	88/184	15.5 (13.1–19.4)	36.6 (26.4–46.7)



IMPASSION 130

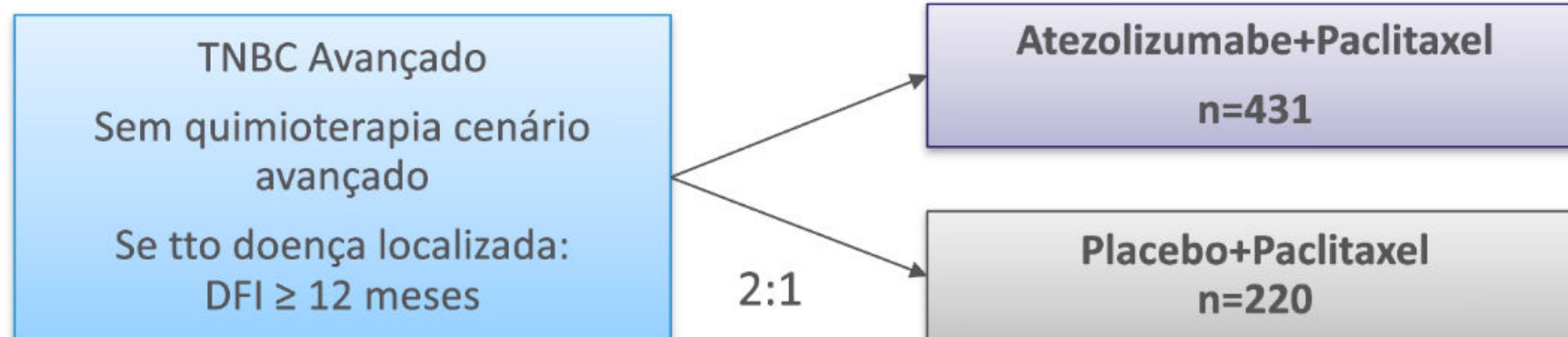
Dados finais de SG

	Atezo+Nab	Placebo+Nab	HR
SG final	25,4 meses	17,9 meses	0,67 (0,5-0,8)

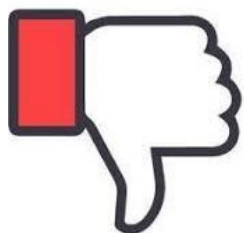
Pacientes com PDL1 \geq 1%

IMPASSION 131

Fase 3



Desfecho primário: SLP



	Atezo+Paclitaxel	Placebo+Paclitaxel	HR
SLP PDL-1 positivo	6 meses	5,7 meses	0,82 (0,6-1,12)
SG PDL-1 positivo	22,1 meses	28,3 meses	1,12 (0,7-1,6)

Perguntas e dúvidas...

PDL-1 positivo subsets	IMpassion131	IMpassion130	KEYNOTE 355
N	292	369	323 (2:1)
<i>Minimum DFI</i>	12m	12m	6m (20% < 12m)
<i>> 3 involved sites</i>	15%	20%	43% (≥ 3)
<i>Chemo backbone</i>	paclitaxel	nab-paclitaxel	nab-paclitaxel, paclitaxel, gem/carbo
<i>Prior chemo for EBC</i>	52% taxane	51% taxane	22% prior same class
<i>No prior chemo</i>	29% de novo	35% chemo-naive	32% de novo
<i>PDL-1 positivo rate</i>	45% (SP142, IC ≥ 1%)	41% (SP142, IC ≥ 1%)	38% (22C, CPS ≥ 10)
	PFS 6x 5,7m	PFS 7,5 X 5m HR 0,62	PFS 9,7 X 5,6m HR 0,65





ATENÇÃO

QUESTÃO DE PROVA!

84) Paciente com 35 anos recém diagnosticada com câncer de mama esquerda triplo negativo estadio clínico inicial IV - T2N1M1 (metástases hepáticas e ósseas) sem crise visceral. Dentre as opções abaixo assinale a alternativa mais adequada em relação ao tratamento:

- a) Inicialmente a cirurgia mamária pode ser realizada baseando-se em dados do estudo turco em que este tipo de paciente apresentou boa resposta a esta proposta.
- b) Inicialmente a paciente deve receber quimioterapia baseada em antracíclicos e taxanos e, caso haja boa resposta local, a cirurgia é a melhor opção.
- c) Inicialmente a utilização de quimioterapia (nab-paclitaxel) associada a atezolizumabe é a melhor opção uma vez que estudo recente publicado no *New England Journal of Medicine* demonstrou intervalo livre de doença maior para quem recebeu esta combinação de tratamento.
- d) Inicialmente a melhor conduta seria quimioterapia baseada em platina (cisplatina ou carboplatina) e a seguir apenas radioterapia uma vez que a presença de tumor triplo negativo nesta idade sempre é relacionada à mutação de gene BRCA 1 ou 2.
- e) A melhor opção nestes casos é a utilização de olaparibe pois é uma medicação com poucos efeitos colaterais e que funciona particularmente bem em tumores triplo-negativos.

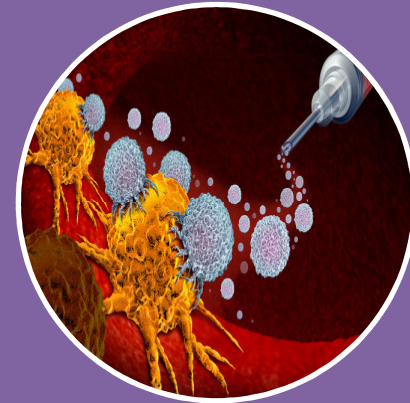
TEMA 2019

CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO METASTÁTICO



INIBIDORES
DA PARP

BRCA mutado?





INIBIDORES
DA PARP

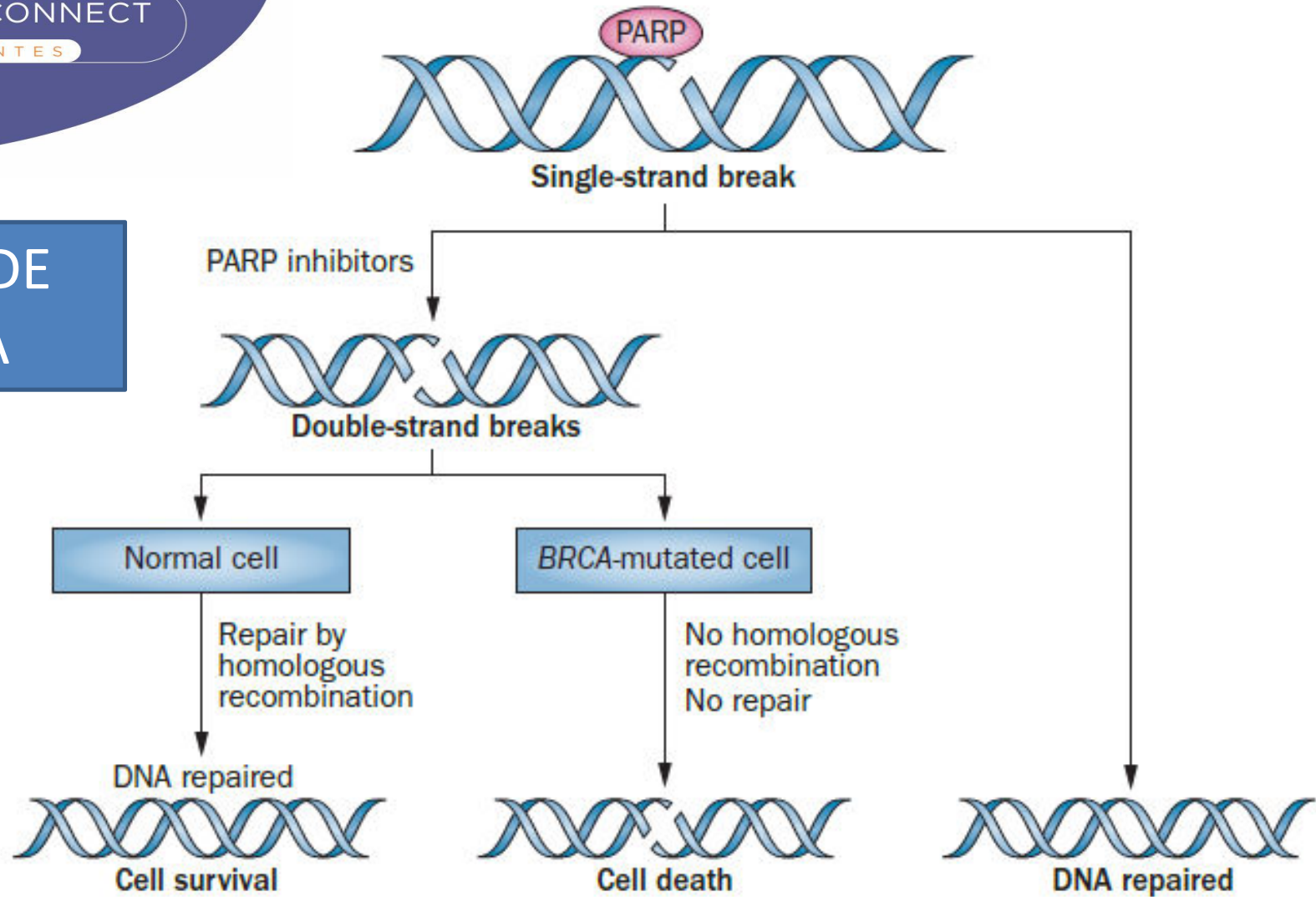
What is a PARP Inhibitor?

https://www.youtube.com/watch?v=vwZ07CX7ZKU&list=PLPLXayOtubE0Yerx3ImI_b1ndPOobokrC&index=3&t=0s

ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES

LETALIDADE
SINTÉTICA



OlimpyAD

Olaparib for Metastatic Breast Cancer in Patients with a Germline BRCA Mutation

Em pacientes com BRCA mutado, Inibidor de PARP é superior a quimioterapia convencional?

302 pac
metastático
HER2 neg,
BRCA mut,
<= 2 linhas
previas de
tratamento

205 Olaparibe

97 QT a escolha do
examinador
(Capecitabina,
Navelbine ou
Eribulina)

Endpoint primário
SLP

7m

HR 0,58 p: 0,0009

4,2m



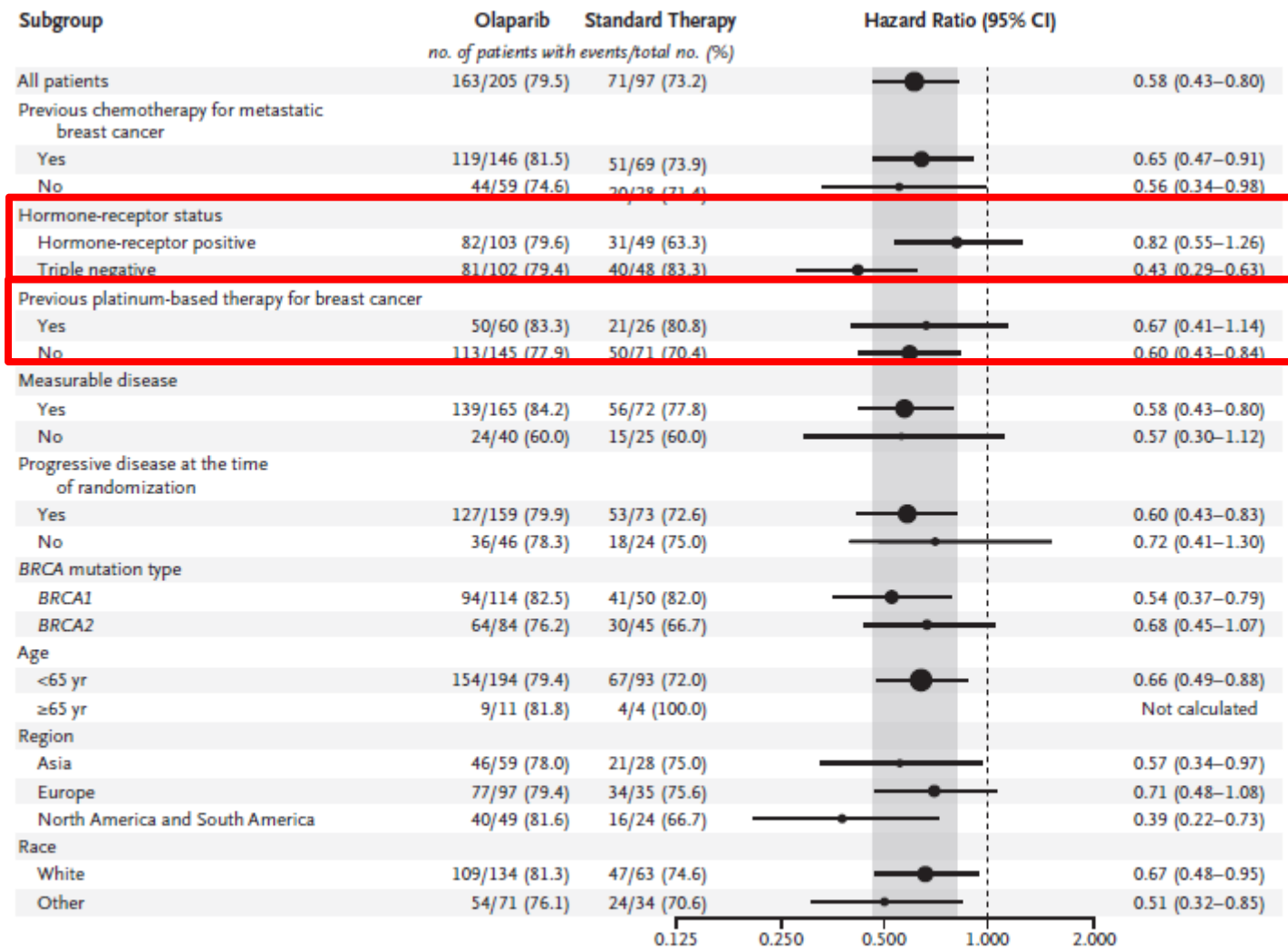
Endpoint Secundário
SG

19,3m

HR 0,9 p: 0,5

17,1m





50,5% RH+
49,5 % RH -

TX RESPOSTA 59,5%

0.125 0.250 0.500 1.000 2.000
 ← Olaparib Better Standard Therapy Better →



EMBRACA

Talazoparib in Patients with Advanced Breast Cancer and a Germline BRCA Mutation

Em pacientes com BRCA mutado, Inibidor de PARP é superior a quimioterapia convencional?

431 pac
metastático
HER2 neg,
BRCA mut,
<=3linhas
previas de
tratamento

287 Talozaparibe

144 QT a escolha
do examinador
(Capecitabina,
Gemzar, Navelbine
ou Eribulina)

Endpoint primário
SLP

8,6m

HR 0,54 p<0,001

5,6m



Endpoint Secundário
SG

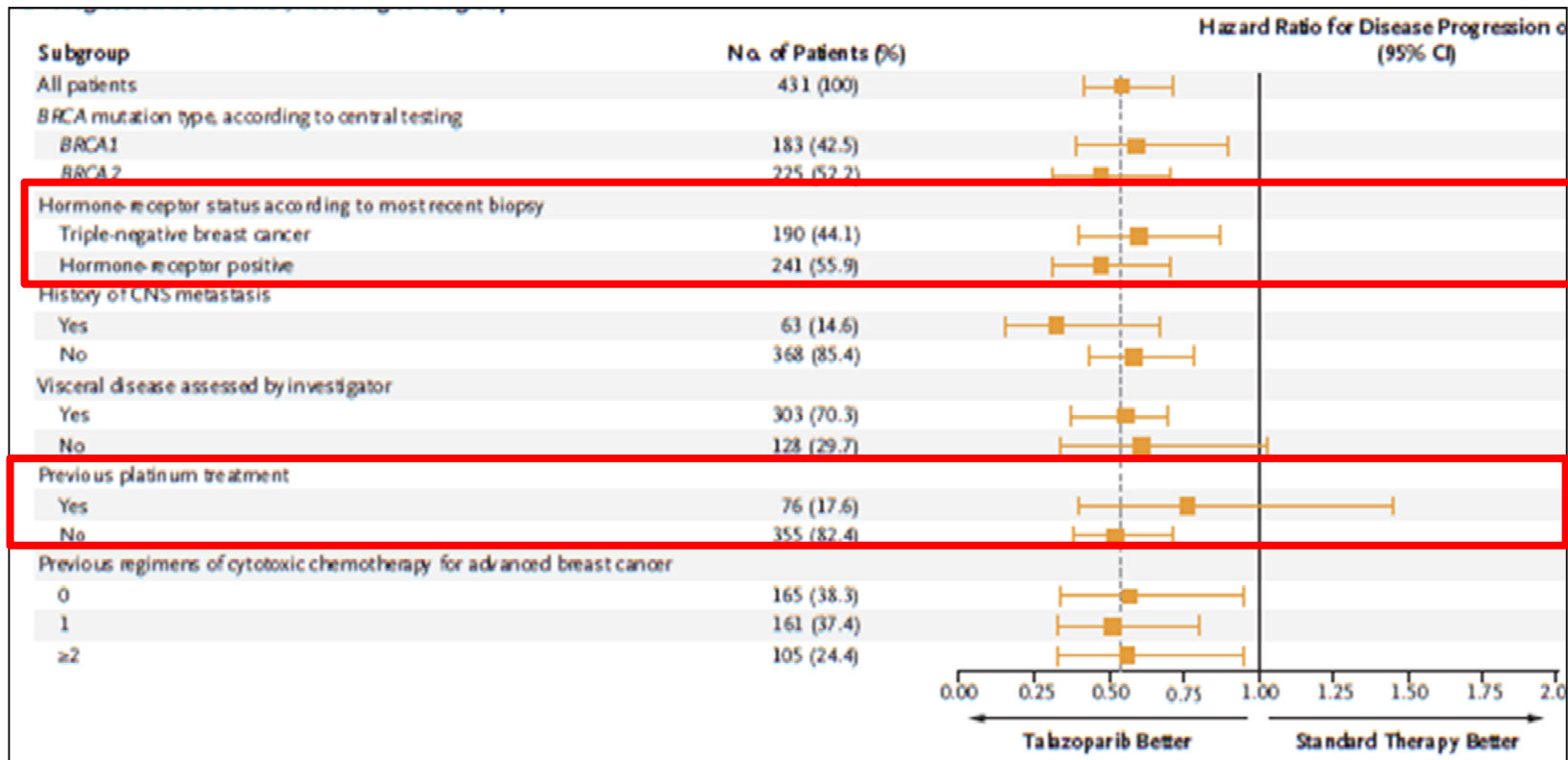
22,3m

HR 0,76 p: 0,11

19,5m



EMBRACA



54% RH+
45,5 % RH -

TX RESPOSTA 62,6%



ATENÇÃO

QUESTÃO DE PROVA!

79) Em relação a indicação de testagem molecular dos genes *BRCA1* E *BRCA2*, segundo o *NCCN* 2018, marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) Paciente com câncer de mama bilateral em qualquer idade.
- b) Paciente com câncer de mama abaixo dos 60 anos e triplo negativo.
- c) Paciente com câncer de mama e familiar de até terceiro grau com câncer de ovário.
- d) Paciente com câncer de mama e história familiar paterna desconhecida.
- e) Paciente com câncer de mama e mais que dois familiares de até terceiro grau com câncer pancreático.

TEMA 2018

ONCOMEDCONNECT

RESIDENTES



ORIGINAL ARTICLE

Sacituzumab Govitecan-hziy in Refractory Metastatic Triple-Negative Breast Cancer

- Estudo fase1 / 2
- Braço único
- 108 pacientes, maioria em 4ª linha de tratamento
- 33,3 % taxa de resposta
- Mediana de duração 7,7m

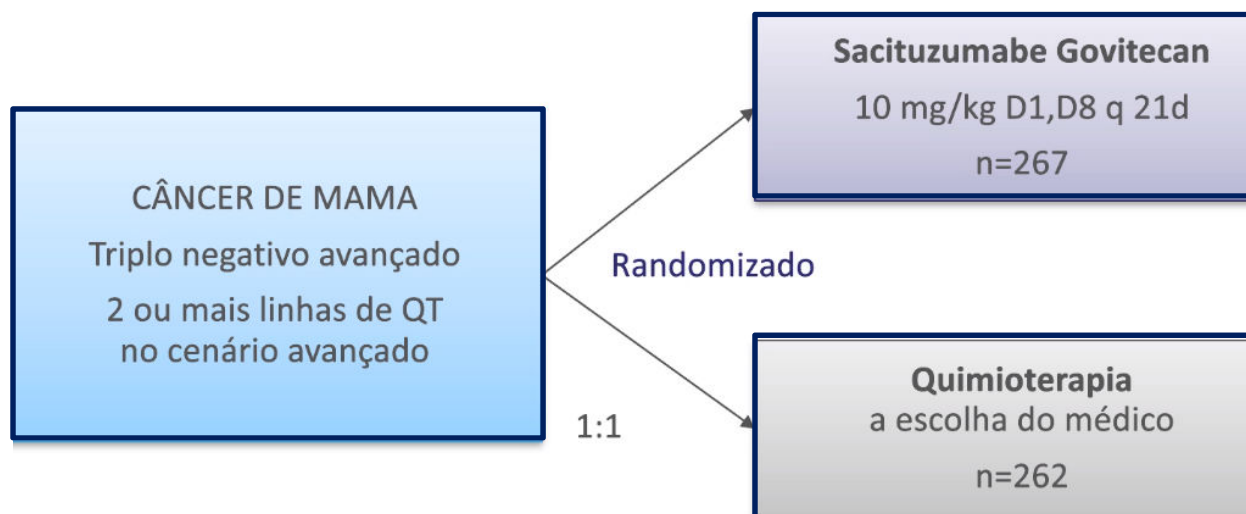
Anticorpo conjugado ao anti-TROP2 – presente em mais de 90% dos tumores triplo negativos

TRODELVY is a Trop-2-directed antibody and topoisomerase inhibitor conjugate indicated for the treatment of adult patients with metastatic triple-negative breast cancer (mTNBC) who have received at least two prior therapies for metastatic disease. (1)

This indication is approved under accelerated approval based on tumor response rate and duration of response. Continued approval for this indication may be contingent upon verification and description of clinical benefit in confirmatory trials. (1, 14)

ASCENT

Fase 3



	Sacituzumabe	TPC	HR
SLP	5,6 meses	1,7 meses	0,41 (0,32-0,52)
SG	12,1 meses	6,7 meses	0,48 (0,38-0,59)
ORR	35%	5%	

Câncer de mama metastático triplo negativo

Crise visceral?

SIM

POLIQUIMIOTERAPIA

NAO

BRCA MUTADO

SIM

QUIMIOTERAPIA PREVIA?

SIM

PDL1 >= 1%

SIM

IPARP OU
ATEZO+
NAB
PACLITAXEL

NAO

IPARP

NAO

PDL1 >= 1%

SIM

ATEZO + NAB
PACLITAXEL

NAO

MONO QT

NAO

PDL1 >= 1%?

SIM

ATEZO+NAB
PACLITAXEL

NAO

MONO QT

Conclusões

- Falando de doença metastática, importante cuidar da qualidade de vida!!
- Checar sempre em primeira linha mutação de BRCA germinativa e PDL1 (SP 142 - Ventana)
- Se QUIMIOTERAPIA - Priorizar droga única
- Entre as drogas ativas, escolha baseada em volume de doença e perfil de efeitos colaterais
- Não há tempo definido de duração de tratamento, decisão deve ser individualizada





OBRIGADA!!