

STELARA[®]
(ustequinumabe)

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

Solução injetável

45 mg / 0,5 mL

90 mg / 1,0 mL

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Stelara[®]
ustequinumabe

Solução Injetável

APRESENTAÇÕES

Solução injetável de **Stelara**[®] 45 mg/0,5 mL em embalagem com 1 frasco-ampola ou 1 seringa preenchida.

Solução injetável de **Stelara**[®] 90 mg/1,0 mL em embalagem com 1 seringa preenchida.

As seringas preenchidas possuem um dispositivo de proteção da agulha.

USO SUBCUTÂNEO

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada mL de solução injetável de **Stelara**[®] contém 90 mg de ustequinumabe.

- 45 mg/0,5 mL.
- 90 mg/1,0 mL.

Excipientes: água para injetáveis, L-histidina, cloridrato de L-histidina monoidratado, polissorbato 80 e sacarose.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INDICAÇÕES

Psoríase em Placa

Stelara[®] é indicado no tratamento da psoríase em placa, moderada a grave, em adultos que não responderam, ou que têm uma contraindicação, ou que são intolerantes a outras terapêuticas sistêmicas, incluindo ciclosporina, metotrexato e radiação ultravioleta A associada à administração de psoraleno (PUVA).

Artrite Psoriásica

Stelara[®], isolado ou em combinação com metotrexato, é indicado para reduzir os sinais e sintomas e melhorar a função física em adultos com artrite psoriásica ativa, incluindo aqueles tratados previamente com agentes anti-fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), quando a resposta ao tratamento com drogas antirreumáticas modificadoras da doença (DMARD) não-biológicas foi inadequada.

RESULTADOS DE EFICÁCIA

▪ Eficácia Clínica em Adultos com Psoríase em Placa

A segurança e a eficácia de **Stelara**[®] foram avaliadas em 2 estudos de Fase 3, multicêntricos, randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo em pacientes com psoríase em placa de intensidade moderada a grave (PHOENIX 1 e PHOENIX 2). No total, 1.996 pacientes foram incluídos nesses estudos.

Os estudos incluíram adultos (≥ 18 anos) com psoríase em placas crônica (> 6 meses) com envolvimento mínimo da área de superfície corpórea (BSA) de 10% e pontuação do PASI ≥ 12 e que eram candidatas à terapia sistêmica ou fototerapia. Os pacientes com psoríase gutata, eritrodérmica ou pustular foram excluídos dos estudos. Não foram permitidas terapias antipsoriásicas concomitantes durante o estudo, exceto corticosteroides tópicos de baixa potência na face e na virilha após a semana 12.

O PASI é uma pontuação composta que avalia a fração da área de superfície corpórea envolvida com psoríase e a gravidade das alterações psoriásicas nas regiões afetadas (espessura/infiltração da placa, eritema e descamação). As pontuações numéricas do PASI variam de 0 a 72, com as pontuações mais altas representando doença mais grave.

Os pacientes que atingiram melhora $\geq 75\%$ no PASI em relação à fase basal (PASI 75) foram considerados respondedores PASI 75. Os pacientes randomizados originalmente para **Stelara**[®] que eram respondedores PASI 75 nas semanas 28 e 40 foram considerados respondedores PASI 75 de longo prazo. Os pacientes que atingiram melhora $\geq 90\%$ no PASI em relação à fase basal (PASI 90) foram considerados respondedores PASI 90 e os pacientes com melhora $\geq 50\%$ no PASI em relação à fase basal (PASI 50) foram considerados respondedores PASI 50. Os pacientes que atingiram melhora $\geq 50\%$ mas menor que 75% no PASI em relação à fase basal foram considerados respondedores parciais. Os pacientes com melhora $< 50\%$ no PASI em relação à fase basal foram considerados não-respondedores.

Outras avaliações importantes de eficácia incluíram:

- Avaliação Médica Global (PGA), escala de 6 categorias: 0 = sem psoríase (clareamento completo), 1 = doença mínima, 2 = leve, 3 = moderada, 4 = acentuada e 5 = grave, que indica a

avaliação global pelo médico da psoríase com foco na espessura/infiltração da placa, eritema e descamação. A PGA foi realizada nos estudos PHOENIX 1 e 2.

- Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), um instrumento de qualidade de vida específico para dermatologia desenhado para avaliar o impacto da doença sobre a qualidade de vida do paciente. As pontuações do DLQI variam de 0 a 30, com pontuação menor representando melhor qualidade de vida. Diminuição de 5 na pontuação do DLQI em relação à fase basal é considerada melhora clinicamente significativa. O DLQI foi realizado nos estudos PHOENIX 1 e 2.
- SF-36, um questionário de saúde que consiste em escala de múltiplos itens que medem 8 conceitos de saúde. O SF-36 resulta em pontuações compostas que fornecem uma medida do impacto da doença sobre o status de saúde física e mental. Pontuações do SF-36 mais altas indicam uma qualidade de vida melhor. O SF-36 foi realizado no PHOENIX 1.
- Índice de Gravidade de Psoríase Ungueal (NAPSI), uma pontuação utilizada pelo médico para avaliar a gravidade do envolvimento ungueal. A escala consiste em 4 componentes de doença da matriz ungueal e 4 componentes de doença do leito ungueal com pontuações de 0 a 8, com pontuações menores representando doença mais leve. O NAPSI foi realizado no PHOENIX 1.
- A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) é um instrumento de auto-avaliação desenvolvido para avaliar as medidas psicológicas em pacientes com doenças físicas. Consiste em 2 subescalas, uma que mede Ansiedade (escala A) e uma que mede Depressão (escala D), que são pontuadas separadamente. Pontuações mais baixas na HADS correspondem a um comprometimento psicológico menor. A HADS foi realizada no PHOENIX 2.
- Questionário de Limitações no Trabalho (WLQ), um questionário de 25 itens, auto-aplicado que foi usado para medir o impacto das condições crônicas de saúde sobre o desempenho ocupacional e a produtividade no trabalho nas populações que possuem emprego. O WLQ avalia quatro aspectos do trabalho e da produtividade: Demandas Físicas, Gerenciamento do Tempo, Demanda Mental Interpessoal e Demanda de Produção. As quatro subescalas variam de 0 -100 com a pontuação mais baixa indicando menos limitações no trabalho. O WLQ foi aplicado no PHOENIX 2.
- A Escala Visual Analógica para Prurido, usada para avaliar a gravidade do prurido na ocasião da avaliação. O prurido é avaliado usando uma linha horizontal de 10 cm ou uma Escala Visual Analógica (VAS), representando o intervalo de gravidade do prurido, de 0 (sem nenhum prurido) a 10 (prurido intenso). A VAS para prurido foi aplicada no PHOENIX 1.

PHOENIX 1

O estudo PHOENIX 1 avaliou a segurança e a eficácia de **Stelara**[®] versus placebo em 766 pacientes com psoríase em placa e a eficácia da administração a cada 12 semanas em pacientes que eram respondedores PASI 75.

Os pacientes randomizados para **Stelara**[®] receberam doses de 45 mg ou 90 mg nas semanas 0 e 4 seguidas pelas mesmas doses a cada 12 semanas. Os pacientes randomizados para receber placebo nas semanas 0 e 4 foram cruzados para receber **Stelara**[®] (45 mg ou 90 mg) nas semanas 12 e 16 seguido pela mesma dose a cada 12 semanas.

Dose de manutenção (a cada 12 semanas)

Para avaliar o benefício terapêutico da dose de manutenção com **Stelara**[®], pacientes originalmente randomizados para **Stelara**[®] que eram respondedores PASI 75 em ambas as semanas 28 e 40 foram randomizados novamente para a dose de manutenção de **Stelara**[®] a cada 12 semanas ou para placebo (isto é, descontinuação da terapia). Os pacientes que foram randomizados novamente para placebo na semana 40 reiniciaram **Stelara**[®] no esquema posológico original de quando apresentaram perda de no mínimo 50% da melhora do PASI obtida na semana 40.

Ajuste de dose (a cada 8 semanas)

Na semana 28, os pacientes que foram não-respondedores descontinuaram o tratamento e a dose dos pacientes que foram respondedores parciais tiveram a dose ajustada para cada 8 semanas.

Os respondedores PASI 75 na semana 28 que se tornaram respondedores parciais ou não-respondedores na semana 40 tiveram a dose ajustada para a cada 8 semanas.

Todos os pacientes foram acompanhados por até 76 semanas após a primeira administração do tratamento em estudo.

PHOENIX 2

O PHOENIX 2 avaliou a segurança e a eficácia de **Stelara**[®] versus placebo em 1.230 pacientes com psoríase em placa. Os pacientes randomizados para **Stelara**[®] receberam doses de 45 mg ou 90 mg nas semanas 0 e 4 seguidas de uma dose adicional na semana 16. Os pacientes randomizados para receber placebo nas semanas 0 e 4 foram cruzados para receber **Stelara**[®] (45 mg ou 90 mg) nas semanas 12 e 16 seguidos pela mesma dose a cada 12 semanas.

Ajuste de dose (a cada 8 semanas)

Na semana 28, os pacientes não-respondedores descontinuaram o tratamento e os pacientes que eram respondedores parciais foram randomizados novamente para continuar a receber as doses a cada 12 semanas ou trocar para a cada 8 semanas.

Os respondedores PASI 75, na semana 28, que se tornaram respondedores parciais ou não respondedores na semana 40 tiveram o intervalo entre dose ajustado para a cada 8 semanas.

Todos os pacientes foram seguidos por até 52 semanas após a primeira administração do agente do estudo.

Características da doença na fase basal: PHOENIX 1 e 2

As características da doença na fase basal nos Estudos PHOENIX 1 e 2 foram semelhantes (Tabela 1).

Tabela 1: Características da doença na fase basal

	PHOENIX 1		PHOENIX 2	
	Placebo	Stelara [®]	Placebo	Stelara [®]
Pacientes randomizados na Semana 0	n= 255	n= 511	n= 410	n= 820
BSA mediana	22,0	21,0	20,0	21,0
BSA \geq 20%	145 (57%)	276 (54%)	217 (53%)	445 (54%)
PASI mediano	17,80	17,40	16,90	17,60
PASI \geq 20	91 (36%)	169 (33%)	133 (32%)	300 (37%)
PGA acentuado ou grave	112 (44%)	223 (44%)	160 (39%)	328 (40%)
História de artrite psoriásica	90 (35%)	168 (33%)	105 (26%)	200 (24%)
Fototerapia anterior	150 (59%)	342 (67%)	276 (67%)	553 (67%)
Terapia sistêmica convencional anterior, excluindo produtos biológicos	142 (56%)	282 (55%)	241 (59%)	447 (55%)
Terapia sistêmica convencional ou biológica anterior	189 (74%)	364 (71%)	287 (70%)	536 (65%)
Não respondeu, tinha contraindicação ou era intolerante a \geq 1 terapia convencional	139 (55%)	270 (53%)	254 (62%)	490 (60%)
Não respondeu, tinha contraindicação ou era intolerante a \geq 3 terapias convencionais	30 (12%)	54 (11%)	66 (16%)	134 (16%)

Eficácia no desfecho primário, PHOENIX 1 e 2

Em ambos os estudos PHOENIX 1 e PHOENIX 2, uma proporção significativamente maior de pacientes randomizados para o tratamento com **Stelara**[®] foi respondedor PASI 75 em comparação ao placebo na semana 12 (Tabela 2). No estudo PHOENIX 1, 67% e 66% dos pacientes que receberam **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente, atingiram resposta PASI 75 na semana 12 em comparação a 3% dos pacientes do grupo placebo. No estudo PHOENIX 2, 67% e 76% dos pacientes que receberam **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente, atingiram resposta PASI 75 na semana 12 em comparação a 4% dos pacientes que receberam placebo.

Os 3 componentes do PASI (espessura/infiltração da placa, eritema e descamação) contribuíram de modo equivalente para a melhora do PASI.

A eficácia de **Stelara**[®] foi significativamente superior ($p < 0,001$) à do placebo em todos os subgrupos definidos pelos dados demográficos da fase basal, características clínicas da doença (incluindo pacientes com história de artrite psoriásica) e uso prévio de medicamentos. Embora o modelo de farmacocinética tivesse sugerido uma tendência a uma depuração aparente (CL/F) maior em pacientes com diabetes, não foi observado um efeito consistente sobre a eficácia.

Outras medidas de eficácia na semana 12

Em ambos os estudos PHOENIX 1 e PHOENIX 2, em comparação ao placebo, proporções significativamente maiores de pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg atingiram pontuação PGA indicativa de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima, e proporções significativamente maiores de pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg foram respondedores PASI 90 e PASI 50 na semana 12 (Tabela 2). No estudo PHOENIX 1, 59% e 61% dos pacientes tratados com **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente, atingiram pontuações PGA indicativa de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima em comparação a 4% dos pacientes tratados com o placebo. No estudo PHOENIX 2, 68% e 73% dos pacientes que receberam **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg, respectivamente, apresentaram pontuações na PGA de sem psoríase ou doença mínima em comparação a 4% dos pacientes do grupo placebo. No PHOENIX 1, PASI 90 foi atingido por 42% e 37% dos pacientes tratados com **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente, em comparação a 2% dos pacientes tratados com o placebo. No estudo PHOENIX 2, a porcentagem dos pacientes que atingiu PASI 90 foi de 42% no grupo **Stelara**[®] 45 mg, 51% no grupo **Stelara**[®] 90 mg e 1% no grupo placebo. A porcentagem de pacientes que atingiu PASI 50 no PHOENIX 1 foi de 84% e 86% nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente, em comparação a 10% no grupo placebo. Da mesma forma, 84% dos pacientes tratados com **Stelara**[®] 45 mg, 89% dos pacientes tratados com **Stelara**[®] 90 mg e 10% dos pacientes tratados com o placebo atingiram PASI 50 no PHOENIX 2 (Tabela 2).

Tabela 2: Principais desfechos de psoríase - PHOENIX 1 e PHOENIX 2

Semana 12						
	PHOENIX 1			PHOENIX 2		
	Placebo	Stelara [®]		Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	n = 255	n = 255	n = 256	n = 410	n = 409	n = 411
Resposta PASI						
Resposta PASI 50 ^a	26 (10%)	213 (84%)	220 (86%)	41 (10%)	342 (84%)	367 (89%)
Resposta PASI 75 ^a	8 (3%)	171 (67%)	170 (66%)	15 (4%)	273 (67%)	311 (76%)
Resposta PASI 90 ^a	5 (2%)	106 (42%)	94 (37%)	3 (1%)	173 (42%)	209 (51%)
PGA de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima ^{a,b}	10 (4%)	151 (59%)	156 (61%)	18 (4%)	277 (68%)	300 (73%)
Resposta PASI 75 por peso						
≤ 100 kg						
N	166	168	164	290	297	289
Resposta PASI 75	6 (4%)	124 (74%)	107 (65%)	12 (4%)	218 (73%)	225 (78%)
>100 kg						
N	89	87	92	120	112	121
Resposta PASI 75	2 (2%)	47 (54%)	63 (68%)	3 (3%)	55 (49%)	86 (71%)
PGA de sem psoríase ou doença mínima por peso						
≤ 100 kg						
N	166	168	164	290	297	289
Resposta PGA ^b	7 (4%)	108 (64%)	103 (63%)	14 (5%)	220 (74%)	216 (75%)
>100 kg						

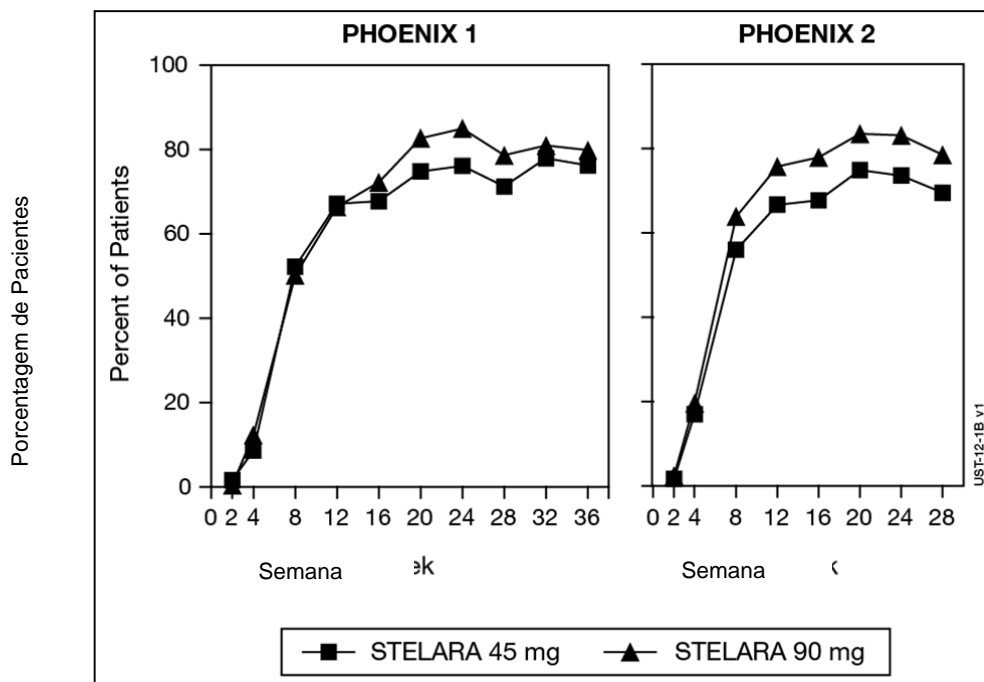
N	89	87	92	120	112	121
Resposta PGA ^b	3 (3%)	43 (49%)	53 (58%)	4 (3%)	57 (51%)	84 (69%)
Semana 28						
	PHOENIX 1		PHOENIX 2			
	Stelara [®]		Stelara [®]			
	45 mg	90 mg	45 mg	90 mg		
N	250	243	397	400		
Resposta PASI						
Resposta PASI 50	228 (91%)	234 (96%)	369 (93%)	380 (95%)		
Resposta PASI 75	178 (71%)	191 (79%)	276 (70%)	314 (79%)		
Resposta PASI 90	123 (49%)	135 (56%)	178 (45%)	217 (54%)		
PGA de sem psoríase ou doença mínima ^b	146 (58%)	160 (66%)	241 (61%)	279 (70%)		
Resposta PASI 75 por peso						
≤ 100 kg						
N	164	153	287	280		
Resposta PASI 75	130 (79%)	124 (81%)	217 (76%)	226 (81%)		
> 100 kg						
N	86	90	110	119		
Resposta PASI 75	48 (56%)	67 (74%)	59 (54%)	88 (74%)		
PGA de sem psoríase ou doença mínima por peso						
≤ 100 kg						
N	164	153	287	280		
Resposta PGA ^b	106 (65%)	106 (69%)	192 (67%)	207 (74%)		
> 100 kg						
N	86	90	110	119		
Resposta PGA	40 (47%)	54 (60%)	49 (45%)	71 (60%)		
^a p < 0,001 para comparação de 45 mg ou 90 mg com o placebo.						
^b dados corrigidos após inspeção do EMEA.						

Resposta ao longo do tempo

No estudo PHOENIX 1, proporções significativamente maiores de pacientes tratados com **Stelara**[®] apresentaram respostas PASI 50 (9% e 10% para os grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente) em comparação ao placebo (2%) na semana 2 ($p < 0,001$). Proporções significativamente maiores de pacientes tratados com **Stelara**[®] atingiram respostas PASI 75 (9% e 12% para os grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, respectivamente) em comparação ao placebo (0,4%) na semana 4 ($p < 0,001$). A resposta máxima foi em geral atingida na semana 24 nos grupos de tratamento com **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg e as taxas de resposta foram em geral mantidas até a semana 36 (Figura 1). No PHOENIX 1, as taxas de PASI 75 na semana 24 foram 76% para o grupo 45 mg e 85% para o grupo 90 mg. As taxas de resposta observadas nos pacientes que receberam **Stelara**[®] 90 mg foram maiores do que as observadas nos que receberam **Stelara**[®] 45 mg na semana 16 e essas taxas de resposta maiores foram mantidas até a semana 36 (Figura 1). Resultados semelhantes foram observados no estudo PHOENIX 2 até a semana 28.

Nas análises pré-especificadas de eficácia pelo peso corpóreo nos estudos PHOENIX 1 e PHOENIX 2, nenhum padrão consistente de resposta à dose foi observado nos pacientes ≤ 100 kg. Nos pacientes com peso > 100 kg, maiores taxas de resposta PASI 75 foram observadas com a dose de 90 mg em comparação às observadas com 45 mg e uma proporção maior de pacientes do grupo **Stelara**[®] 90 mg apresentou pontuações na PGA de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima em comparação aos pacientes que receberam a dose de 45 mg (Tabela 2).

A Figura 1 mostra a Resposta PASI 75 ao longo do tempo nos estudos PHOENIX 1 e 2:



Benefício terapêutico do uso contínuo em longo prazo

Na semana 40 do PHOENIX 1, 162 pacientes foram randomizados para receber **Stelara**[®] (manutenção) e 160 foram randomizados para receber placebo (descontinuação do tratamento). A manutenção do PASI 75 foi significativamente superior com o tratamento contínuo em comparação à descontinuação do tratamento ($p < 0,001$). Resultados semelhantes foram observados com cada dose de **Stelara**[®] (Figura 2). Em 1 ano (semana 52), 89% dos pacientes randomizados novamente para o tratamento de manutenção foram respondedores PASI 75 em comparação a 63% dos pacientes randomizados novamente para placebo (descontinuação do tratamento) ($p < 0,001$). Aos 18 meses (semana 76), 84% dos pacientes randomizados novamente para o tratamento de manutenção eram respondedores PASI 75 comparados a 19% dos pacientes randomizados novamente para placebo (descontinuação do tratamento). Aos 3 anos (semana 148), 82% dos pacientes randomizados novamente para o tratamento de manutenção eram respondedores PASI 75. Em 5 anos (semana 244), 80% dos pacientes randomizados novamente para o tratamento de manutenção eram respondedores PASI 75.

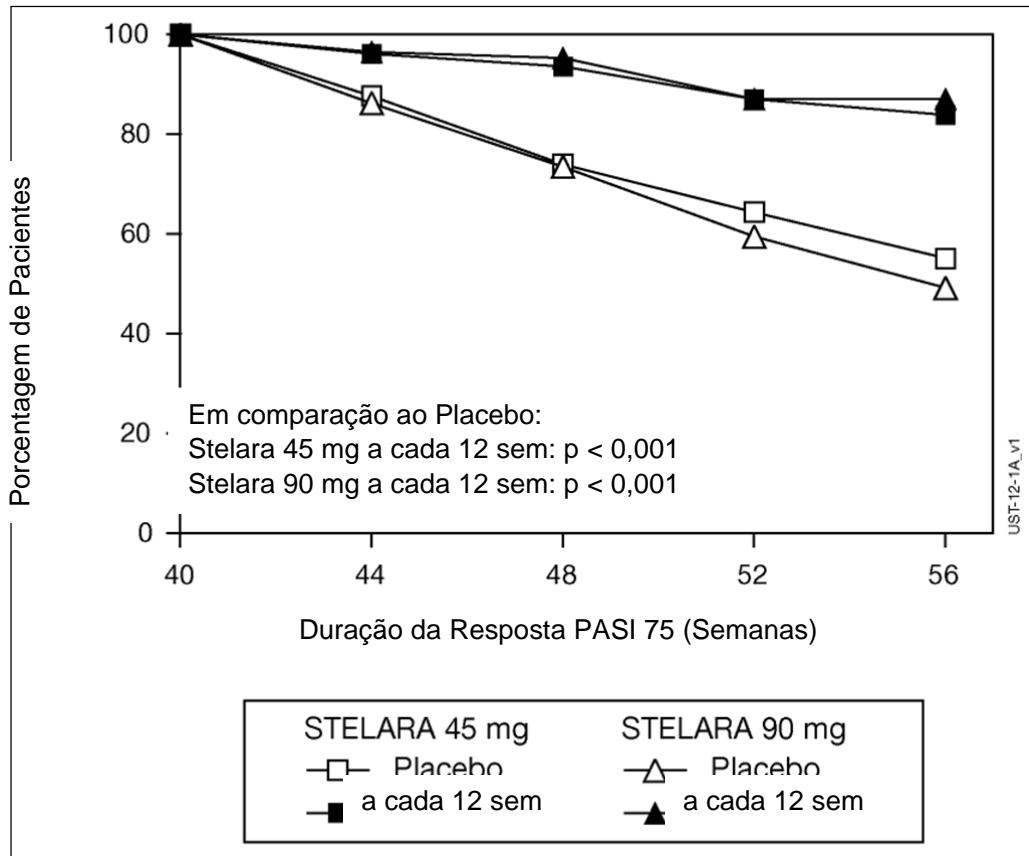


Figura 2 Estimativa de tabela de vida da porcentagem de pacientes que mantiveram Resposta PASI 75; pacientes randomizados na semana 40 (PHOENIX 1)

Eficácia do retratamento

No estudo PHOENIX 1, após a descontinuação da terapia, os pacientes reiniciaram o seu tratamento original com **Stelara**® após perda de $\geq 50\%$ da melhora do PASI. O retratamento com **Stelara**® resultou em recuperação da resposta PASI 75 em até 8 semanas após o reinício da terapia por 71% dos pacientes avaliados em até 8 semanas após o reinício da terapia e 85% dos pacientes avaliados em 12 semanas após o reinício da terapia.

Ajuste do intervalo de administração

No PHOENIX 1, o intervalo de administração para os respondedores parciais na semana 28 e na semana 40 e para os não-respondedores na semana 40 foi ajustado de a cada 12 semanas para a cada 8 semanas. Aproximadamente 40%-50% dos respondedores parciais na semana 28 à posologia a cada 12 semanas atingiram resposta PASI 75 após ajuste para a posologia a cada 8 semanas e essa proporção de respondedores PASI 75 foi mantida até a semana 52. Uma proporção semelhante de pacientes que foram respondedores PASI 75 na semana 28 e subsequentemente tornaram-se

respondedores parciais ou não-respondedores na semana 40, atingiriam resposta PASI 75 após ajuste do intervalo de administração para a cada 8 semanas.

Qualidade de vida

Nos estudos PHOENIX 1 e 2, as pontuações médias do DLQI na fase basal variaram de 11 a 12. No PHOENIX 1, a média do componente físico do SF-36 na fase basal variou entre 47 e 49 e a do componente mental do SF-36 na fase basal foi de aproximadamente 50. A qualidade de vida melhorou significativamente nos pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg em comparação aos pacientes randomizados para placebo, conforme avaliado pelo DLQI nos estudos PHOENIX 1 e 2 e pelo SF-36 no estudo PHOENIX 1 (Tabelas 3 e 4). As melhoras de qualidade de vida foram significativas já em 2 semanas nos pacientes tratados com **Stelara**[®] e essas melhoras foram mantidas ao longo do tempo com a continuação da administração.

Tabela 3: Resultados de qualidade de vida até a semana 40 - PHOENIX 1.

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	255	255	256
DLQI			
Fase basal			
N	254	255	255
Média ± DP	11,8 ± 7,41	11,1 ± 7,09	11,6 ± 6,92
Mediana	10,0	10,0	11,0
Mudança em relação à fase basal			
Semana 2 ^a			
N	253	255	254
Média ± DP	-0,9 ± 4,88	-3,6 ± 4,51	-4,5 ± 5,31
Mediana	-1,0	-3,0	-4,0
Semana 12 ^a			
N	252	254	249
Média ± DP	-0,6 ± 5,97	-8,0 ± 6,87	-8,7 ± 6,47
Mediana	0,0	-6,0	-7,0
Semana 28			
N	NA	249	241

	Placebo	Stelara®	
		45 mg	90 mg
Média ± DP	NA	-8,1 ± 7,23	-9,6 ± 7,17
Mediana	NA	-7,0	-8,0
Semana 40			
N	NA	246	236
Média ± DP	NA	-8,2 ± 7,23	-9,5 ± 6,96
Mediana	NA	-7,0	-9,0
SF-36			
Resumo do componente físico			
Fase basal			
N	254	255	255
Média ± DP	47,22 ± 10,240	48,90 ± 9,555	47,51 ± 9,224
Mediana	50,70	51,60	49,60
Mudança em relação à fase basal			
Semana 12 ^a			
N	250	255	249
Média ± DP	-0,53 ± 7,457	1,97 ± 7,422	3,23 ± 7,590
Mediana	-0,25	1,30	1,50
Semana 28			
N	NA	250	239
Média ± DP	NA	1,86 ± 8,301	3,17 ± 7,855
Mediana	NA	1,00	1,90
Semana 40			
N	NA	246	236
Média ± DP	NA	1,77 ± 8,402	2,96 ± 8,027
Mediana	NA	0,80	2,10
Resumo do componente mental			
Fase basal			
N	254	255	255
Média ± DP	49,62 ± 10,582	50,02 ± 10,425	49,86 ± 10,175
Mediana	53,35	52,90	53,10
Mudança em relação à fase basal			

	Placebo	Stelara®	
		45 mg	90 mg
Semana 12 ^a			
N	250	255	249
Média ± DP	-1,33 ± 7,473	2,12 ± 9,308	2,54 ± 9,506
Mediana	-0,60	0,80	1,50
Semana 28			
N	NA	250	239
Média ± DP	NA	1,80 ± 9,578	3,47 ± 9,587
Mediana	NA	0,40	1,50
Semana 40			
N	NA	246	236
Média ± DP	NA	2,17 ± 9,137	2,91 ± 9,418
Mediana	NA	0,95	1,10

^ap < 0,001 para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.
NA = não se aplica.

Tabela 4: Resultados de qualidade de vida até a semana 24 - PHOENIX 2.

	Placebo	Stelara®	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	410	409	411
DLQI			
Fase basal			
N	408	406	408
Média ± DP	12,3 ± 6,86	12,2 ± 7,07	12,6 ± 7,29
Mediana	11,0	12,0	12,0
Mudança em relação à fase basal			
Semana 4 ^a			
N	405	404	404
Média ± DP	-1,4 ± 4,68	-6,9 ± 6,07	-7,0 ± 5,86
Mediana	-1,0	-6,0	-6,0
Semana 12 ^a			

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
N	400	401	402
Média ± DP	-0,5 ± 5,66	-9,3 ± 7,12	-10,0 ± 6,67
Mediana	-0,5	-8,0	-9,0
Semana 24			
N	NA	394	399
Média ± DP	NA	-9,5 ± 7,26	-10,3 ± 6,96
Mediana	NA	-8,0	-9,0

^ap < 0,001 para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.

NA = não se aplica.

Psoríase ungueal

No PHOENIX 1, a pontuação mediana do NAPSI na fase basal para psoríase ungueal foi de 4,0 e o número mediano de unhas dos dedos das mãos com psoríase foi de 8,0. A psoríase ungueal melhorou significativamente nos pacientes randomizados para **Stelara[®]** 45 mg ou 90 mg em comparação aos pacientes randomizados para placebo quando avaliada pela pontuação do NAPSI (Tabelas 5 e 6). A psoríase ungueal continuou a melhorar ao longo do tempo até a semana 52 nos pacientes tratados com **Stelara[®]**.

Tabela 5: Resumo da melhora percentual em relação à fase basal no NAPSI na semana 12; pacientes randomizados na semana 0 com psoríase ungueal presente na semana 0 - PHOENIX 1

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0 com psoríase ungueal presente na semana 0			
semana 12 ^a			
N	174	182	184
Média ± DP	11,8 ± 51,09	26,7 ± 56,80	24,9 ± 48,90
Mediana	0,0	25,0	25,0

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg

^a $p \leq 0,001$ para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.

Tabela 6: Resumo da melhora percentual em relação à fase basal no NAPSI na semana 24; pacientes randomizados na semana 0 com psoríase ungueal presente na semana 0 - PHOENIX 1

	Stelara [®]			
	Placebo → 45 mg	Placebo → 90 mg	45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0 com psoríase ungueal presente na semana 0	n = 93	n = 83	n = 182	n = 187
semana 24				
N	89	77	179	181
Média ± DP	29,1 ± 60,83	40,5 ± 43,37	46,5 ± 47,41	48,7 ± 45,58
Mediana	33,3	42,9	50,0	50,0

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Na fase basal no PHOENIX 2, as pontuações médias de ansiedade e depressão na HADS foram 6,9 e 5,1, respectivamente. Ambas as pontuações de ansiedade e depressão foram reduzidas significativamente nos pacientes randomizados para Stelara[®] 45 mg ou 90 mg na semana 12 em comparação aos pacientes randomizados para placebo (Tabela 7). Melhoras de HADS foram mantidas até a semana 24 (Tabela 8).

Tabela 7: Resumo da mudança em relação à fase basal de Ansiedade e Depressão Hospitalar na semana 12; pacientes randomizados na semana 0 – PHOENIX 2

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	410	409	411

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
Pontuação de ansiedade^a			
N	395	399	399
Média ± DP	-0,11 ± 2,689	-1,59 ± 3,570	-1,60 ± 3,351
Mediana	0,00	-1,00	-1,00
Pontuação de depressão^a			
N	398	399	401
Média ± DP	0,21 ± 2,757	-1,71 ± 3,124	-2,06 ± 3,420
Mediana	0,00	-1,00	-1,00

^ap < 0,001 para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.

Tabela 8: Resumo da alteração em relação à fase basal da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar na semana 24; pacientes randomizados na semana 0 - PHOENIX 2

	Stelara [®]			
	Placebo → 45 mg	Placebo → 90 mg	45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	205	205	409	411
Pontuação de ansiedade				
N	183	191	393	395
Média ± DP	-1,52 ± 3,148	-1,76 ± 3,245	-1,80 ± 3,725	-1,99 ± 3,463
Mediana	-1,00	-1,00	-1,00	-1,00
Pontuação de depressão				
N	184	190	391	398
Média ± DP	-1,65 ± 3,207	-1,42 ± 3,013	-1,77 ± 3,449	-2,26 ± 3,490
Mediana	-1,00	-1,00	-1,00	-2,00

Questionário de Limitações no Trabalho

O Questionário de Limitações no Trabalho obtido na fase basal mostrou comprometimento da produtividade no trabalho entre os pacientes com psoríase avaliados no PHOENIX 2 para as

pontuações dos componentes de Demandas Físicas, Gerenciamento do Tempo, Demandas Mental-Interpessoal e de Produção. A produtividade no trabalho melhorou mais significativamente nos pacientes randomizados para **Stelara**[®] na semana 12 em comparação aos pacientes randomizados para o placebo conforme determinado pelas quatro subescalas do WLQ (Demandas Físicas, Gerenciamento do Tempo, Demandas Mental-Interpessoal e de Produção; Tabela 9).

Tabela 9: Resumo da mudança em relação à fase basal no Questionário de Limitações no Trabalho na semana 12; pacientes randomizados na semana 0 - PHOENIX 2

	Placebo	Stelara [®]	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	410	409	411
Pontuação de Demandas Físicas ^a			
N	277	277	281
Média ± DP	-0,20 ± 30,991	-7,61 ± 30,917	-5,05 ± 34,050
Mediana	0,00	0,00	0,00
Pontuação de Gerenciamento de Tempo ^b			
N	259	255	265
Média ± DP	0,74 ± 18,962	-6,58 ± 21,634	-9,06 ± 24,239
Mediana	0,00	-5,00	-3,30
Pontuação Mental - Interpessoal ^b			
N	272	275	276
Média ± DP	1,11 ± 18,881	-7,82 ± 22,684	-7,51 ± 19,366
Mediana	0,00	-2,80	-1,35
Pontuação de Demandas de Produção ^b			
N	276	274	279
Média ± DP	1,08 ± 16,062	-6,82 ± 22,367	-6,98 ± 20,866
Mediana	0,00	0,00	0,00

^a p = 0,001 e 0,060 para 45 mg ou 90 mg em comparação, respectivamente, ao placebo.

^b p < 0,001 para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.

Escala Analógica Visual (VAS) de prurido

O prurido associado à psoríase melhorou significativamente (p<0,001) na semana 12 nos pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg em comparação aos randomizados para placebo, conforme avaliado pela VAS de prurido no PHOENIX 1 (Tabela 10).

Tabela 10: Resumo de alteração em relação à fase basal na VAS de prurido na semana 12; pacientes randomizados na semana 0 - PHOENIX 1

	Placebo	Stelara®	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados na semana 0	255	255	256
Semana 12 ^a			
N	252	253	249
Média ± DP	-0,78 ± 2,538	-4,91 ± 3,142	-5,14 ± 3,020
Mediana	-0,30	-5,50	-5,50

^a p < 0,001 para 45 mg ou 90 mg em comparação ao placebo.

ACCEPT

Um estudo multicêntrico, randomizado, simples-cego, controlado por ativo (ACCEPT) comparou a segurança e a eficácia do ustequinumabe e etanercepte em pacientes com idade a partir de 18 anos, com psoríase crônica em placa (> 6 meses) que tinham um envolvimento de BSA mínimo de 10%, pontuação de PASI ≥ 12, pontuação ≥ 3 da Avaliação Médica Global (PGA), que eram candidatos à fototerapia ou terapia sistêmica, e que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ou contraindicação a ciclosporina, metotrexato ou à terapia PUVA. Um total de 903 pacientes foi incluído no estudo.

O estudo ACCEPT comparou a eficácia do ustequinumabe ao etanercepte e avaliou a segurança do ustequinumabe e etanercepte em pacientes com psoríase moderada a grave. O período do estudo controlado com ativo foi da semana 0 a 12, durante a qual os pacientes foram randomizados para receber etanercepte (50 mg duas vezes por semana), ustequinumabe 45 mg nas semanas 0 e 4, ou ustequinumabe 90 mg nas semanas 0 e 4. Este estudo foi desenhado com poder para testar a superioridade de cada dose de ustequinumabe em relação ao etanercepte no desfecho primário da proporção de pacientes que atingiram resposta PASI 75 na semana 12.

Proporções significativamente maiores de indivíduos tratados com ustequinumabe 45 mg (67%, p = 0,012) ou 90 mg (74%, p < 0,001) foram respondedores PASI 75 na semana 12 comparado com o grupo etanercepte (57%). Uma resposta PASI 90 foi observada em 36% e 45% dos pacientes nos grupos ustequinumabe 45 mg e 90 mg, respectivamente, comparado com 23% dos pacientes tratados com etanercepte (p < 0,001 para cada comparação versus o etanercepte). Uma resposta PASI 100 foi observada em 12% e 21% dos pacientes nos grupos ustequinumabe 45 mg e 90 mg, respectivamente, comparado com 6% dos pacientes tratados com etanercepte (Tabela 11). Além disso, uma maior

proporção de pacientes nos grupos de tratamento ustequinumabe 45 mg e 90 mg obteve pontuação de PGA indicativa de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima (65% e 71%, respectivamente) comparada com os pacientes no grupo tratado com etanercepte (49%) ($p < 0,001$ para cada comparação versus o etanercepte).

Na análise pré-especificada de eficácia pelo peso corpóreo no ACCEPT, a resposta de dose mínima para ustequinumabe foi evidente em pacientes com peso ≤ 100 kg. Em pacientes que pesavam > 100 kg, taxas superiores de resposta PASI 75 foram observadas com a dose de 90 mg em comparação com a dose de 45 mg, e uma maior proporção de pacientes que receberam doses de 90 mg tiveram pontuações de PGA de sem psoríase (clareamento completo) ou doença mínima comparada com pacientes tratados com dose de 45 mg (Tabela 11).

Tabela 11: Desfechos principais de psoríase na semana 12: ACCEPT

	ACCEPT		
	etanercepte (50 mg duas vezes por semana)	ustequinumabe (semana 0 e semana 4)	
		45 mg	90 mg
Pacientes randomizados (n)	347	209	347
Resposta PASI			
Resposta PASI 50	286 (82%)	181 (87%)	320 (92%) ^a
Resposta PASI 75	197 (57%)	141 (67%) ^b	256 (74%) ^a
Resposta PASI 90	80 (23%)	76 (36%) ^a	155 (45%) ^a
Resposta PASI 100	22 (6%)	25 (12%) ^c	74 (21%) ^a
PGA sem psoríase ou doença mínima	170 (49%)	136 (65%) ^a	245 (71%) ^a
Resposta PASI 75 por peso			
≤ 100 kg			
N	251	151	244
Resposta PASI 75	154 (61%)	109 (72%)	189 (77%)
> 100 kg			
N	96	58	103
Resposta PASI 75	43 (45%)	32 (55%)	67 (65%)
PGA sem psoríase ou doença mínima por Peso			

≤ 100 kg			
N	251	151	244
Resposta PGA	131 (52%)	110 (73%)	185 (76%)
> 100 Kg			
N	96	58	103
Resposta PGA	39 (41%)	26 (45%)	60 (58%)
Resposta PASI 75 segundo número de agentes sistêmicos convencionais inadequados			
Pelo menos uma terapia			
N	347	209	346
Resposta PASI 75	197 (57%)	141 (67%) ^b	256 (74%) ^a
Pelo menos duas terapias			
N	186	118	185
Resposta PASI 75	94 (51%)	79 (67%) ^d	137 (74%) ^a
Pelo menos três terapias			
N	52	31	47
Resposta PASI 75	20 (38%)	17 (55%) ^e	34 (72%) ^f

^ap < 0,001 para 45 mg ou 90 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^bp = 0,012 para 45 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^cp = 0,020 para 45 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^dp = 0,004 para 45 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^ep = 0,303 para 45 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^fp = 0,001 para 90 mg de uestequinumabe em comparação ao etanercepte.

^g Agentes sistêmicos convencionais incluem psoraleno mais radiação ultravioleta A, metotrexato e ciclosporina. Agentes sistêmicos convencionais inadequados são definidos como aqueles aos quais os pacientes tiveram uma resposta inadequada, foram intolerantes, ou tiveram uma contraindicação.

▪ Eficácia Clínica em Artrite Psoriásica

A segurança e a eficácia de **Stelara**[®] foram avaliadas em dois estudos de Fase 3, multicêntricos, randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo, PSUMMIT I e PSUMMIT II; em pacientes com artrite psoriásica ativa. Os pacientes foram randomizados para receber tratamento com injeções subcutâneas de **Stelara**[®] 45 mg, 90 mg ou placebo nas semanas 0 e 4, seguido por tratamento a cada

12 semanas. Nestes estudos, o desfecho primário foi a redução dos sinais e sintomas de artrite psoriásica (PsA), determinada pela porcentagem de respondedores ACR 20 na semana 24. Os desfechos secundários incluíram a alteração em relação à fase basal do Índice de Incapacidade do Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ-DI), PASI 75, ACR 50, ACR 70 e alteração em relação ao nível basal nas pontuações radiográficas totais para mãos e pés, na semana 24. Os dados de eficácia foram coletados e analisados até a semana 52.

Estes estudos incluíram 927 (PSUMMIT I, n=615; PSUMMIT II, n=312) pacientes adultos (≥ 18 anos) que tinham artrite psoriásica ativa [≥ 5 articulações edemaciadas e ≥ 5 articulações dolorosas, apesar do tratamento com drogas antirreumáticas modificadores da doença (DMARD) e/ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINE)]. O uso de metotrexato foi permitido durante os estudos, mas não era obrigatório. Aproximadamente 50% dos pacientes continuaram em doses estáveis de metotrexato (≤ 25 mg/semana). Nos estudos PSUMMIT I e PSUMMIT II, 80% e 86% dos pacientes, respectivamente, haviam sido tratados previamente com DMARDs.

No PSUMMIT I, os pacientes que haviam sido tratados anteriormente com agentes anti-TNF-alfa foram excluídos antes da primeira dose do estudo. No PSUMMIT II, a maioria dos pacientes (58%, n = 180) haviam sido tratados previamente com um ou mais agente(s) anti-TNF-alfa durante pelo menos 8 semanas (14 semanas com infliximabe) ou haviam descontinuado o anti-TNF-alfa devido à intolerância em algum momento. Entre os pacientes tratados anteriormente com um agente anti-TNF-alfa, mais de 70% haviam descontinuado o tratamento com anti-TNF-alfa por falta de eficácia ou intolerância.

Foram admitidos nos estudos pacientes com cada subtipo de artrite psoriásica, incluindo artrite poliarticular sem nenhuma evidência de nódulos reumatóides (39%, n=362), espondilite com artrite periférica (28%, n=255), artrite periférica assimétrica (21%, n=193), artrite interfalangeana distal (DIP) (12%, n=112) e artrite mutilante (0,5%, n=5). Mais de 70% e 40% dos pacientes em ambos os estudos tinham entesite e dactilite na fase basal, respectivamente.

Em ambos os estudos, uma proporção significativamente maior de pacientes alcançou respostas ACR 20 e ACR 50 na semana 24 nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparado ao placebo (Tabela 12). Uma proporção significativamente maior de pacientes no PSUMMIT I e uma proporção numericamente maior de pacientes (p=NS) no PSUMMIT II, alcançaram respostas ACR 70 nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, comparado ao placebo (Tabela 12).

Em ambos os estudos, a proporção de pacientes que alcançou um critério de resposta PsA modificado (PsARC) ou uma pontuação de 28 do Índice de Atividade de Doença (28 articulações) usando a resposta da proteína C-reativa (DAS28-CRP), foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, comparado ao placebo. No PSUMMIT I, a proporção de pacientes que alcançou

remissão no DSA28-CRP foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg ou 90 mg, comparado ao placebo. No PSUMMIT II, a proporção de pacientes que alcançou remissão no DSA28-CRP foi significativamente maior no grupo **Stelara**[®] 90 mg comparado ao placebo (Tabela 12). As respostas DAS28-CRP e PsARC foram mantidas até semana 52.

Tabela 12: Número de pacientes que alcançaram ACR 20, ACR 50, ACR 70, PsACR, resposta no DAS28-CRP e remissão no DAS28-CRP, na semana 24

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
ACR 20	47 (23%)	87 (42%) ^a	101 (50%) ^a	21 (20%)	45 (44%) ^a	46 (44%) ^a
ACR 50	18 (9%)	51 (25%) ^a	57 (28%) ^a	7 (7%)	18 (17%) ^b	24 (23%) ^a
ACR 70	5 (2%)	25 (12%) ^a	29 (14%) ^a	3 (3%)	7 (7%) ^c	9 (9%) ^c
PsARC	77 (37%)	115 (56%) ^a	132 (65%) ^a	32 (31%)	57 (55%) ^a	54 (51%) ^b
DAS28-CRP*	71 (34%)	135 (66%) ^a	138 (68%) ^a	31 (30%)	56 (54%) ^a	56 (53%) ^a
Remissão no DAS28 **	17 (8%)	42 (20%) ^a	40 (20%) ^a	4 (4%)	11 (11%) ^c	16 (15%) ^b

^a p<0,001.

^b p<0,05.

^c p=NS.

* Combinação de articulações dolorosas (28 articulações), edemaciadas (28 articulações), PCR (proteína C-reativa) e Avaliação Global do Paciente da atividade da doença usando o PCR.

Respondedores na DAS 28 inclui pacientes com resposta moderada ou boa.

** Remetentes na DAS 28 inclui pacientes com DAS28 < 2,6 em uma visita.

Uma resposta ACR 20 (Felson et al, 1995) foi definida como:

1. ≥ 20% de melhora na contagem de articulações edemaciadas (66 articulações) e na contagem de articulações dolorosas (68 articulações); e
2. ≥ 20% de melhora em 3 das cinco avaliações a seguir:
 - Avaliação da dor pelo paciente [Escala Analógica Visual (VAS)];
 - Avaliação global da atividade da doença pelo paciente (VAS);
 - Avaliação global da atividade da doença pelo médico (VAS);
 - Avaliação da função física pelo paciente através da HAQ-DI;
 - CRP.

ACR 50 ou ACR 70 são definidas de maneira semelhante.

O curso de tempo para as taxas de resposta ACR 20 durante as primeiras 24 semanas em ambos os estudos para os pacientes tratados com **Stelara**[®] ou placebo está resumido na Figura 3. As respostas ACR 20 demonstraram melhora na primeira avaliação (semana 4). As respostas ACR20, ACR50 e ACR70 continuaram a melhorar ou foram mantidas até a semana 52 (Tabela 13).

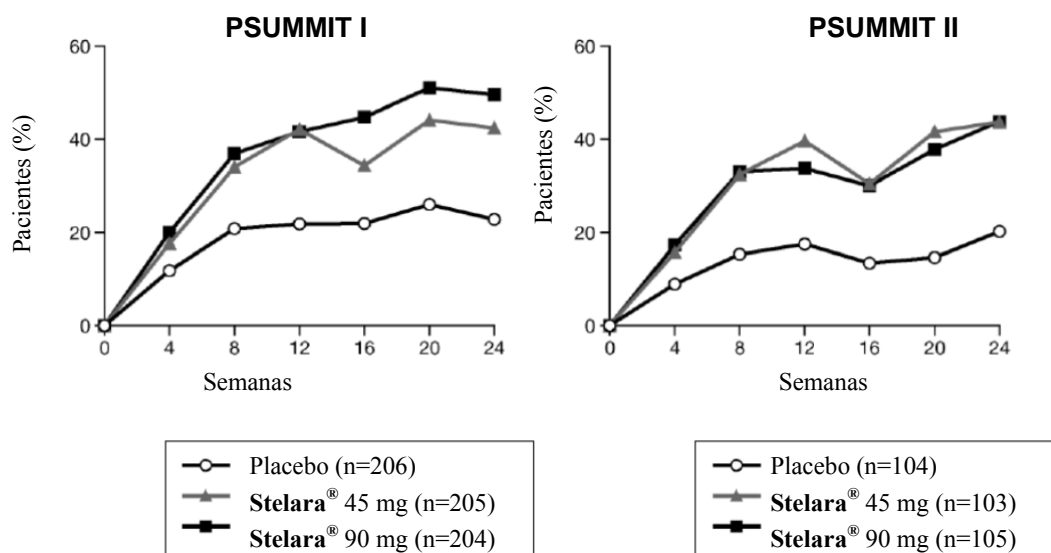


Figura 3: Percentual de pacientes com resposta ACR 20 até a Semana 24

Tabela 13: Proporção de pacientes que atingiu respostas ACR 20, ACR 50, ACR 70 na semana 52.

	PSUMMIT I		PSUMMIT II	
	Stelara®		Stelara®	
	45 mg	90 mg	45 mg	90 mg
n	194	189	94	95
Resposta ACR				
ACR 20	55,7%	60,3%	46,8%	48,4%
ACR 50	31,4%	37,0%	27,7%	26,3%
ACR 70	18,0%	21,2%	12,8%	17,9%

No PSUMMIT I, de 205 pacientes randomizados para **Stelara**® 45 mg, 153 continuaram na mesma dose e estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 foram atingidas por 99 (64,7%), 57 (37,3%) e 34 (22,2%) dos pacientes, respectivamente. De 204 pacientes randomizados para **Stelara**® 90 mg, 185 estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 foram atingidas por 120 (64,9%), 74 (40%) e 41 (22,2%) dos pacientes, respectivamente.

No PSUMMIT II, dos 103 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg, 68 continuaram na mesma dose e estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 foram atingidas por 41 (60,3%), 23 (33,8%) e 11 (16,2%) dos pacientes, respectivamente. De 105 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 90 mg, 83 estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 foram atingidas por 49 (59%), 26 (31,3%) e 17 (20,5%) dos pacientes, respectivamente.

Adicionalmente, dentro de cada grupo de peso (≤ 100 kg e > 100 kg), as respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 foram consistentemente maiores nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados aos grupos placebo (Tabela 14).

Tabela 14: Número de pacientes que alcançaram resposta ACR 20, ACR 50, ACR 70, por peso, até a semana 24

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes randomizados com peso basal ≤ 100 kg	154	153	154	74	74	73
ACR 20	39 (25%)	67 (44%)	78 (51%)	17 (23%)	32 (43%)	34 (47%)
ACR 50	14 (9%)	38 (25%)	48 (31%)	6 (8%)	15 (20%)	21 (29%)
ACR 70	5 (3%)	20 (13%)	26 (17%)	3 (4%)	6 (8%)	8 (11%)
Pacientes randomizados com peso basal > 100 kg	52	52	50	30	29	31
ACR 20	8 (15%)	20 (38%)	23 (46%)	4 (13%)	13 (45%)	12 (39%)
ACR 50	4 (8%)	13 (25%)	9 (18%)	1 (3%)	3 (10%)	3 (10%)
ACR 70	0	5 (10%)	3 (6%)	0	1 (3%)	1 (3%)

O tratamento com **Stelara**[®] resultou em melhora significativamente maior comparado com placebo para cada componente da ACR (Tabela 15).

Tabela 15: Resumo do percentual de melhora em componentes do ACR em relação à fase basal, na semana 24

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Número de articulações edemaciadas^d						
Mediana	21,54	58,82 ^a	60,00 ^a	0,00	52,94 ^b	50,00 ^c
Número de articulações dolorosas^c						
Mediana	13,61	45,45 ^a	51,51 ^a	0,00	33,33 ^a	35,00 ^c

Avaliação da dor pelo paciente ^f						
Mediana	0,00	31,33 ^a	42,58 ^a	0,00	24,19 ^a	24,29 ^a
Avaliação global do paciente ^f						
Mediana	4,11	32,84 ^a	42,44 ^a	0,00	21,25 ^a	22,54 ^a
Avaliação médica global ^f						
Mediana	17,64	48,39 ^a	55,91 ^a	0,83	36,67 ^a	36,11 ^a
Índice de incapacidade (HAQ-DI) ^g						
Mediana	0,00	22,22 ^a	32,46 ^a	0,00	12,50 ^a	14,29 ^a
PCR (mg/dL) ^h						
Mediana	0,00	38,56 ^a	48,30 ^a	0,00	25,61 ^c	33,69 ^a
^a p<0,001. ^b p<0,05. ^c p<0,01. ^d Número de articulações edemaciadas contadas (0-66). ^e Número de articulações dolorosas contadas (0-68). ^f Escala Visual Analógica; 0=melhor; 10=pior. ^g Índice de Incapacidade do Questionário de Avaliação da Saúde; 0=melhor, 3=pior; mede a capacidade do paciente para se vestir/pentear, levantar, comer, andar, alcançar, agarrar, manter a higiene e manter as atividades diárias. ^h PCR – proteína C-reativa (Intervalo Normal 0,0 -1,0 mg/dL).						

Uso de metotrexato

A proporção de pacientes que alcançou respostas ACR foi consistentemente maior em pacientes tratados com **Stelara**[®] do que naqueles tratados com placebo, independente do uso concomitante de metotrexato (Tabela 16). As respostas observadas nos grupos **Stelara**[®] foram semelhantes em pacientes que receberam ou não metotrexato concomitantemente. As respostas ACR foram mantidas até a semana 52.

Tabela 16: Resumo de pacientes que alcançaram respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 até a semana 24, por uso de metotrexato

PSUMMIT I						
	Recebendo metotrexato na fase basal			Não recebendo metotrexato na fase basal		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=206)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)
Pacientes randomizados	96	99	101	110	106	103
ACR 20	25 (26%)	43 (43%)	46 (46%)	22 (20%)	44 (42%)	55 (53%)
ACR 50	8 (8%)	23 (23%)	27 (27%)	10 (9%)	28 (26%)	30 (29%)
ACR 70	2 (2%)	11 (11%)	13 (13%)	3 (3%)	14 (13%)	16 (16%)
PSUMMIT II						

	Recebendo metotrexato na fase basal			Não recebendo metotrexato na fase basal		
	Placebo (n=104)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes randomizados	49	54	52	55	49	53
ACR 20	14 (29%)	27 (50%)	21 (40%)	7 (13%)	18 (37%)	25 (47%)
ACR 50	4 (8%)	10 (19%)	12 (23%)	3 (5%)	8 (16%)	12 (23%)
ACR 70	2 (4%)	4 (7%)	3 (6%)	1 (2%)	3 (6%)	6 (11%)

Uso prévio de terapia anti-TNF-alfa

O estudo PSUMMIT II avaliou 180 pacientes tratados previamente com um ou mais agentes anti-TNF-alfa durante pelo menos oito semanas (14 semanas com infliximabe) ou que apresentaram intolerância documentada ao tratamento com anti-TNF-alfa em algum momento no passado.

Entre os pacientes tratados previamente com agentes anti-TNF-alfa, uma proporção significativamente maior daqueles tratados com **Stelara[®]** alcançou uma resposta ACR 20 na semana 24, comparado ao placebo (Tabela 17). As respostas ACR 20, 50 e 70 foram geralmente mantidas até a semana 52.

Tabela 17: Número de pacientes previamente tratados com agente(s) anti-TNF-alfa que alcançaram respostas ACR 20, ACR 50 e ACR 70 até a semana 24

PSUMMIT II	Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes randomizados	62	60	58
ACR 20	9 (15%)	22 (37%) ^a	20 (34%) ^b
ACR 50	4 (6%)	9 (15%) ^c	9 (16%) ^c
ACR 70	1 (2%)	3 (5%) ^c	3 (5%) ^c

^a p<0,01.
^b p<0,05.
^c p=NS.

Entesite e dactilite

No estudo PSUMMIT I, para os pacientes com entesite e/ou dactilite na fase basal foi observada melhora significativa na pontuação de entesite e dactilite nos grupos **Stelara[®]** 45 mg e 90 mg, comparados ao placebo. No PSUMMIT II foi observada melhora significativa na pontuação de entesite e melhora numérica na pontuação de dactilite no grupo 90 mg (p=NS), comparado ao grupo placebo (Tabela 18). Em ambos estudos, a melhora na pontuação de entesite e de dactilite foi mantida até a semana 52.

Tabela 18: Resumo da variação percentual nas pontuações de entesite e dactilite, na semana 24

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pontuação de entesite^d						
Pacientes randomizados com entesite na fase basal	145	142	154	73	72	76
N	137	140	148	68	70	70
Mediana	0,00	-42,86 ^a	-50,00 ^b	0,00	-33,33 ^c	-48,33 ^a
Pontuação de dactilite						
Pacientes randomizados com dactilite na fase basal	96	101	99	38	48	41
N	92	99	95	33	46	38
Mediana	0,00	-75,00 ^b	-70,83 ^b	0,00	0,00 ^c	-64,58 ^c
^a p<0,01. ^b p<0,001. ^c p=NS. ^d A entesite foi avaliada com base no índice da Pontuação de Êntese da Espondilite Anquilosante de Maastricht (MASES) modificado para PSA (um instrumento que conta 15 locais no corpo). ^e A dactilite foi avaliada em ambas as mãos e pés usando um sistema de pontuação de 0 a 60.						

Uma proporção maior de pacientes tratados com **Stelara[®]**, que tinham espondilite com artrite periférica na primeira apresentação, demonstrou melhora percentual na pontuação do Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante (BASDAI) 50 e 70, na semana 24 comparado ao placebo (Tabela 19).

Tabela 19: Número de pacientes com melhora na semana 24, em relação à fase basal

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes randomizados com espondilite e envolvimento periférico da articulação na fase basal	70	52	64	22	26	22
N	61	51	60	18	25	21
BASDAI 20	16 (26%)	25 (49%) ^a	35 (58%) ^b	10 (56%)	15 (60%) ^c	11 (52%) ^c
BASDAI 50	8 (13%)	12 (24%) ^c	19 (32%) ^a	1 (6%)	7 (28%) ^c	8 (38%) ^a
BASDAI 70	0	7 (14%) ^d	9 (15%) ^d	0	3 (12%)*	5 (24%)*
^a p<0,05. ^b p<0,001. ^c p=NS. ^d p<0,01. *valor de p não calculado.						

Resposta PASI

Nos estudos PSUMMIT I e PSUMMIT II, a proporção de pacientes com envolvimento de psoríase $\geq 3\%$ da área de superfície corpórea (BSA) na fase basal que alcançaram melhora $\geq 75\%$ na avaliação da PASI na semana 24, foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, comparado com o grupo placebo (Tabela 20). Em ambos estudos, a proporção de pacientes que atingiu tanto a reposta PASI 75 foi mantida até a semana 52 (PSUMMIT I, **Stelara**[®] 45 mg – 70,1% e 90 mg – 68,1%; PSUMMIT II, **Stelara**[®] 45 mg – 56,5% e 90 mg – 64,4%).

A proporção de pacientes que alcançou resposta PASI 75 e resposta ACR 20 foi avaliada para aqueles pacientes com envolvimento da pele com psoríase $\geq 3\%$ da BSA, na fase basal. Uma proporção significativamente maior de pacientes alcançou a resposta combinada nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparada ao grupo placebo, na semana 24 (Tabela 20). Em ambos estudos a proporção de pacientes que atingiu tanto a reposta PASI 75 e a reposta ACR 20 foi mantida até a semana 52 (PSUMMIT I, **Stelara**[®] 45 mg – 44,8% e 90 mg – 44,3%; PSUMMIT II, **Stelara**[®] 45 mg – 36,8% e 90 mg – 43,1%).

Tabela 20: Número de pacientes que atingiram respostas PASI 75, PASI 90 e PASI 100, assim como uma combinação de respostas de pele e articulação, na semana 24.

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®] ^a		Placebo (n=104)	Stelara [®] ^a	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes com envolvimento da pele com psoríase $\geq 3\%$ da BSA na fase basal	146	145	149	80	80	81
PASI 75	16 (11%)	83 (57%)	93 (62%)	4 (5%)	41 (51%)	45 (56%)
PASI 90	4 (3%)	60 (41%)	65 (44%)	3 (4%)	24 (30%)	36 (44%)
PASI 100	2 (1%)	29 (20%)	41 (28%)	1 (1%)	13 (16%)	17 (21%)
Combinação de respostas de pele e articulação						
PASI 75 e ACR 20	8 (5%)	40 (28%)	62 (42%)	2 (3%)	24 (30%)	31 (38%)

^a p<0,001 para a comparação de 45 mg ou 90 mg com placebo.

Adicionalmente, dentro de cada grupo de peso (≤ 100 kg e > 100 kg), respostas PASI 75, 90 e 100 foram consistentemente maiores nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, comparado ao grupo placebo (Tabela 21).

Tabela 21: Resumo de pacientes que atingiram respostas PASI 75, PASI 90 e PASI 100, por peso até a semana 24

	PSUMMIT I	PSUMMIT II
--	-----------	------------

	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pacientes randomizados com peso ≤ 100 kg na fase basal*	105	105	111	54	58	57
PASI 75	14 (13%)	64 (61%)	73 (66%)	4 (7%)	31 (53%)	32 (56%)
PASI 90	4 (4%)	46 (44%)	48 (43%)	3 (6%)	20 (34%)	27 (47%)
PASI 100	2 (2%)	21 (20%)	30 (27%)	1 (2%)	11 (19%)	13 (23%)
Pacientes randomizados com peso > 100 kg na fase basal*	41	40	38	26	22	24
PASI 75	2 (5%)	19 (48%)	20 (53%)	0	10 (45%)	13 (54%)
PASI 90	0	14 (35%)	17 (45%)	0	4 (18%)	9 (38%)
PASI 100	0	8 (20%)	11 (29%)	0	2 (9%)	4 (17%)

^a Pacientes randomizados com envolvimento da pele com psoríase ≥ 3% da BSA.

Uso de metotrexato:

Em ambos os estudos, a proporção de pacientes que alcançaram resposta PASI 75 na semana 24 foi consistentemente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados ao placebo, independente do uso concomitante de metotrexato. As respostas PASI 75 foram mantidas até a semana 52.

Terapia prévia com anti-TNF-alfa:

No estudo PSUMMIT II, a proporção de pacientes que alcançou uma resposta PASI 75 na semana 24 foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparado ao placebo, em pacientes previamente tratados com um agente anti-TNF-alfa.

Função física e qualidade de vida relacionada à saúde

Nos estudos PSUMMIT I e PSUMMIT II, a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde foram avaliadas usando o Índice de Incapacidade do Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ-DI), Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e a pesquisa de saúde SF-36.

Os pacientes tratados com **Stelara**[®] demonstraram melhora significativa na função física pela avaliação do HAQ-DI na semana 24. A proporção de pacientes que alcançou melhora clinicamente significativa ≥ 0,3 na pontuação do HAQ-DI na semana 24, em relação à fase basal também foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] comparados ao placebo (Tabela 22). Uma melhora foi observada na primeira avaliação (semana 4), atingiu o máximo na semana 12 e foi mantida até a semana 24. A melhora na pontuação HAQ-DI em relação à fase basal foi mantida na semana 52.

Em ambos os estudos, a melhora do HAQ-DI na semana 24 foi consistentemente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados ao placebo, independente do uso concomitante de metotrexato.

No estudo PSUMMIT II, a melhora do HAQ-DI na semana 24 foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados com placebo, em pacientes previamente tratados com agentes anti-TNF-alfa.

Tabela 22: Melhora na função física avaliada pelo HAQ-DI, na semana 24

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
Pontuação basal do HAQ-DI						
N	204	205	204	104	103	104
Média (DP)	1,24 (0,647)	1,22 (0,610)	1,22 (0,634)	1,25 (0,723)	1,34 (0,704)	1,29 (0,666)
Mediana	1,25	1,25	1,25	1,25	1,38	1,25
Melhora do HAQ-DI						
N	206	205	204	104	103	105
Média (DP)	0,10 (0,390)	0,31 (0,521)	0,40 (0,514)	0,03 (0,380)	0,21 (0,461)	0,22 (0,436)
Mediana	0,00	0,25 ^a	0,25 ^a	0,00	0,13 ^b	0,25 ^a
Respondedores do HAQ-DI*	58 (28%)	98 (48%) ^a	97 (48%) ^a	17 (16%)	35 (34%) ^b	40 (38%) ^a
^a p<0,001. ^b p<0,01. * Atingindo melhora ≥0,3 em relação à fase basal.						

No PSUMMIT I, de 205 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg, 153 continuaram na mesma dose e estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, a reposta HAQ-DI foi atingida por 83 (54,2%) dos pacientes. Dos 204 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 90 mg, 185 estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, a reposta HAQ-DI foi atingida por 102 (55,1%) dos pacientes.

No PSUMMIT II, de 103 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 45 mg, 68 continuaram na mesma dose e estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, a reposta HAQ-DI foi atingida por 29 (42,6%) dos pacientes. Dos 105 pacientes randomizados para **Stelara**[®] 90 mg, 83 estavam disponíveis para avaliação na semana 52. Entre estes pacientes, a reposta HAQ-DI foi atingida por 44 (53%) dos pacientes.

O DLQI foi avaliado pela comparação da variação na pontuação do DLQI em relação à fase basal, para aqueles pacientes com ≥ 3% de BSA na fase basal. Em ambos os estudos houve melhora significativa na pontuação do DLQI na semana 24, em relação ao valor basal, nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados ao placebo (Tabela 23).

Na semana 24 dos estudos PSUMMIT I e PSUMMIT II, a variação nas pontuações do componente físico (PCS) do SF-36 em relação à fase basal foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg, comparados ao placebo. Na semana 24 de ambos estudos, a mudança nas pontuações do componente mental (MCS) do SF-36 em relação à fase basal, também foi maior em ambos os grupos **Stelara**[®] comparados ao grupo placebo ($p < 0,001$ para PSUMMIT I – grupo 90 mg, $p = \text{NS}$ para os demais grupos) (Tabela 23). Em ambos estudos, a mudança em relação a fase basal nas pontuações PCS do SF-36 e MCS do SF-36 foi mantida na semana 52.

No estudo PSUMMIT II, uma variação significativa foi observada em relação à fase basal na pontuação da “Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue” (FACIT-F) na semana 24, nos grupos **Stelara**[®] 45 mg e 90 mg comparados ao grupo placebo (melhora mediana, todos 3,0 versus 0,0; $p < 0,007$). Da mesma forma, a porcentagem de pacientes com melhora clinicamente significativa na fadiga em relação à fase basal (4 pontos na FACIT-F) foi significativamente maior nos grupos **Stelara**[®] 45 mg [49% ($p < 0,001$)] e 90 mg [49% ($p < 0,001$)] comparados ao grupo placebo (25,8%). A alteração em relação ao basal nas pontuações FACIT-F foi mantida na semana 52.

Tabela 23: Resumo da variação nas pontuações basais do DLQI e SF-36, na semana 24.

	PSUMMIT I			PSUMMIT II		
	Placebo (n=206)	Stelara [®]		Placebo (n=104)	Stelara [®]	
		45 mg (n=205)	90 mg (n=204)		45 mg (n=103)	90 mg (n=105)
DLQI						
Pacientes randomizados com envolvimento da pele com psoríase BSA \geq 3% na fase basal	146	145	149	80	80	81
Fase basal						
N	145	145	149	80	80	81
Média (DP)	11,68 (7,705)	11,02 (7,308)	10,54 (7,179)	11,93 (7,622)	12,09 (7,667)	11,98 (7,754)
Mediana	11,00	10,00	9,00	11,00	11,00	10,00
Variação em relação à fase basal						
N	140	142	146	73	77	75
Média (DP)	-1,40 (6,177)	-6,63 (6,776)	-7,54 (6,524)	-0,75 (5,666)	-6,95 (7,719)	-7,16 (6,748)
Mediana	-1,00	-6,00 ^a	-6,00 ^a	0,00	-6,00 ^a	-6,00 ^a
SF-36						
Componente físico						
Fase basal						
N	203	203	204	104	102	104
Média (DP)	31,39 (8,785)	31,16 (8,511)	31,45 (8,152)	30,28 (9,361)	28,69 (8,501)	28,93 (8,480)
Mediana	30,40	29,80	29,70	29,35	27,95	28,15

Variação em relação à fase basal						
N	196	200	197	97	99	97
Média (DP)	1,4 (7,094)	4,89 (9,333)	6,22 (8,747)	1,09 (5,892)	4,29 (8,594)	4,67 (8,758)
Mediana	1,15	3,90 ^a	5,80 ^a	0,00	2,70 ^c	3,50 ^a
Componente mental						
Fase basal						
N	203	203	204	104	102	104
Media (DP)	43,51 (10,848)	42,77 (10,908)	43,48 (11,608)	42,11 (12,507)	43,27 (12,911)	42,81 (11,953)
Mediana	43,90	42,00	41,65	41,80	43,70	41,40
Variação em relação à fase basal						
N	196	200	197	97	99	97
Média (DP)	1,53 (9,582)	3,35 (10,016)	4,79 (10,054)	0,63 (8,238)	3,01 (11,144)	3,52 (11,274)
Mediana	0,25	2,65 ^b	4,40 ^c	0,00	0,70 ^b	2,20 ^b
^a p<0,001. ^b p=NS. ^c p<0,05.						

Referências bibliográficas:

Kimball AB, Papp KA, et al. PHOENIX 1 Investigators. Long-term efficacy of ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis treated for up to 5 years in the PHOENIX 1 study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Dec;27(12):1535-45.

Langley RG, Lebwohl M, et al. PHOENIX 2 Investigators. Long-term efficacy and safety of ustekinumab, with and without dosing adjustment, in patients with moderate-to-severe psoriasis: results from the PHOENIX 2 study through 5 years of follow-up. *Br J Dermatol.* 2015 May;172(5):1371-83.

Griffiths CE, Strober BE, van de Kerkhof P, et al. ACCEPT Study Group. Comparison of ustekinumab and etanercept for moderate-to-severe psoriasis. *N Engl J Med.* 2010 Jan 14;362(2):118-28.

Kavanaugh A, Puig L, Gottlieb AB, et al. Maintenance of clinical efficacy and radiographic benefit through 2 years of ustekinumab therapy in patients with active psoriatic arthritis: Results from the PSUMMIT 1 trial. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015 Jun 19.

Ritchlin C, Rahman P, Kavanaugh A, et al. Efficacy and safety of the anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, ustekinumab, in patients with active psoriatic arthritis despite conventional non-biological and biological anti-

tumour necrosis factor therapy: 6-month and 1-year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised PSUMMIT 2 trial. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jun;73(6):990-9.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Propriedades Farmacodinâmicas

Mecanismo de ação

Stelara[®] é um anticorpo monoclonal IgG1_{kappa} completamente humano que se liga com especificidade à subunidade compartilhada proteica p40 das citocinas humanas interleucina (IL)-12 e IL-23. **Stelara**[®] inibe a bioatividade da IL-12 e da IL-23 humanas impedindo que a p40 se ligue ao receptor proteico IL-12Rbeta1 expresso na superfície das células do sistema imunológico. **Stelara**[®] não se liga à IL-12 nem à IL-23 já ligadas aos receptores de superfície celular IL-12Rbeta1. Assim, não é provável que **Stelara**[®] contribua para a citotoxicidade mediada por complemento ou anticorpo das células expressando receptores de IL-12 e/ou IL-23.

A IL-12 e IL-23 são citocinas heterodiméricas secretadas pelas células apresentadoras de antígeno ativadas, como macrófagos e células dendríticas. A IL-12 estimula as células “natural killer” (NK) e conduz a diferenciação das células T CD4+ para o fenótipo de células auxiliares T1 (Th1) e estimula a produção de gamainterferona (IFN γ). A IL-23 induz a via da célula auxiliar T17 (Th 17) e promove a secreção de IL-17A, IL-21 e IL-22. Os níveis de IL-12 e IL-23 são elevados na pele e no sangue de pacientes com psoríase, e a IL12/23p40 sérica faz a distinção entre pacientes com artrite psoriásica e indivíduos saudáveis, implicando a IL-12 e IL-23 na fisiopatologia de doenças inflamatórias psoriásicas. Polimorfismos genéticos nos genes da IL-23A, IL-23R e IL-12B conferem susceptibilidade a estas doenças. Adicionalmente, a IL-12 e a IL-23 são altamente expressas na pele psoriásica lesionada e a indução de INF γ mediada pela IL-12 está correlacionada com a atividade da doença psoriásica. Células T responsivas para IL-23 foram encontradas na êntese em um modelo de artrite inflamatória de camundongo, onde a IL-23 dirige a inflamação da êntese. Além disso, há evidência pré-clínica implicando a IL-23 e vias descendentes na erosão óssea e destruição óssea através do aumento do ligante do receptor ativador do fator nuclear-kappa B (RANKL), a qual ativa os osteoclastos.

Ao se ligar a subunidade p40 compartilhada da IL-12 e IL-23, **Stelara**[®] pode exercer seus efeitos clínicos tanto na psoríase como na artrite psoriásica através da interrupção das vias das citocinas relacionadas a Th1 e Th17, que são centrais na fisiopatologia destas doenças.

Efeitos farmacodinâmicos

O tratamento com **Stelara**[®] resultou na melhora significativa dos padrões histológicos de psoríase, incluindo hiperplasia epidérmica e proliferação celular. Esses resultados são compatíveis com a eficácia clínica observada.

Em pacientes com psoríase e artrite psoriásica, **Stelara**[®] não teve efeito evidente sobre a porcentagem de populações de células imunológicas circulantes, incluindo os subgrupos de células T de memória e “naives” ou os níveis de citocinas circulantes. Marcadores sistêmicos de inflamação foram mensuráveis no soro na fase basal e 4 marcadores (MDC, VEGF, MCSF-1 e YKL-40) demonstraram diferenças modestas na concentração pós-tratamento em pacientes tratados com **Stelara**[®], comparado ao placebo.

O tratamento com **Stelara**[®] resultou em diminuição da expressão gênica dos seus alvos moleculares, IL-12 e IL-23, conforme demonstrado pelas análises de mRNA obtidas com as biópsias de lesão cutânea dos pacientes portadores de psoríase na fase basal e até 2 semanas pós-tratamento. Além disso, **Stelara**[®] exerceu regulação descendente da expressão gênica das citocinas e quimiocinas inflamatórias, como MCP-1, TNF-alfa, IP-10 e IL-8, nas biópsias de lesão cutânea. Esses resultados são compatíveis com o benefício clínico significativo observado com o tratamento com **Stelara**[®] em psoríase.

Em estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica, a resposta clínica (melhora do PASI ou medidas de ACR, respectivamente) pareceu estar relacionada aos níveis séricos de ustequinumabe. Os pacientes com psoríase com melhor resposta PASI, apresentaram concentrações séricas medianas mais altas de ustequinumabe do que os com respostas clínicas menores. Em estudos de psoríase, a proporção de pacientes que atingiu resposta PASI 75 aumentou com o aumento dos níveis séricos do ustequinumabe. A proporção de pacientes que atingiu resposta PASI 75 na semana 28 aumentou com o aumento dos níveis séricos de ustequinumabe na semana 28. Em estudos clínicos de artrite psoriásica, pacientes que alcançaram uma resposta ACR 20 apresentavam concentrações séricas medianas mais altas de ustequinumabe do que aqueles sem resposta ACR 20. A proporção de pacientes que alcançou resposta ACR 20 e ACR 50 aumentou com níveis séricos crescentes de ustequinumabe.

- Imunização

Durante a extensão de longo prazo de um estudo Fase 3 de psoríase (PHOENIX 2), tanto os pacientes do grupo controle não tratados sistemicamente para psoríase quanto os pacientes tratados com **Stelara**[®] por pelo menos 3,5 anos, apresentaram respostas de anticorpos semelhantes para as vacinas contra tétano e pneumocócica polissacarídica. Proporções similares de pacientes desenvolveram níveis protetores de anticorpos antipneumocócico e antitétano; e os títulos de anticorpos foram similares entre os pacientes tratados com **Stelara**[®] e os pacientes do grupo controle.

Propriedades Farmacocinéticas

Absorção

O tempo mediano para atingir a concentração sérica máxima ($t_{\text{máx}}$) foi de 8,5 dias após administração subcutânea única de 90 mg em indivíduos saudáveis. Os valores medianos de $t_{\text{máx}}$ do ustequinumabe após administração subcutânea única de 45 mg ou 90 mg em pacientes com psoríase foram equivalentes aos observados em indivíduos saudáveis.

A biodisponibilidade absoluta do ustequinumabe após administração subcutânea única foi estimada em 57,2% nos pacientes com psoríase.

Distribuição

O volume de distribuição mediano durante a fase terminal (V_z) após administração intravenosa única em pacientes com psoríase variou de 57 a 83 mL/kg.

Metabolismo

A via metabólica exata do ustequinumabe não é conhecida.

Eliminação

A depuração sistêmica mediana (CL) após administração intravenosa única a pacientes com psoríase variou de 1,99 a 2,34 mL/dia/kg.

A meia-vida mediana ($t_{1/2}$) do ustequinumabe foi de aproximadamente 3 semanas nos pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica, variando de 15 a 32 dias em todos os estudos com psoríase e artrite psoriásica.

Linearidade da dose

A exposição sistêmica do ustequinumabe ($C_{\text{máx}}$ e AUC) aumentou de modo aproximadamente proporcional à dose após administração intravenosa única nas doses de 0,09 mg/kg a 4,5 mg/kg ou após administração subcutânea única nas doses de aproximadamente 24 a 240 mg em pacientes com psoríase.

• Dose Única versus Doses Múltiplas

Os perfis de concentração sérica versus tempo do ustequinumabe foram em geral previsíveis após administrações subcutâneas de dose única ou doses múltiplas. Em pacientes com psoríase, as concentrações séricas do estado de equilíbrio do ustequinumabe foram atingidas na semana 28 após

doses subcutâneas iniciais nas semanas 0 e 4, seguidas de doses a cada 12 semanas. A concentração mínima mediana do estado de equilíbrio variou de 0,21 mcg/mL a 0,26 mcg/mL (45 mg) e de 0,47 mcg/mL a 0,49 mcg/mL (90 mg). Não houve acúmulo aparente na concentração sérica do ustequinumabe ao longo do tempo quando administrado por via subcutânea a cada 12 semanas.

- **Impacto do peso sobre a farmacocinética**

As concentrações séricas do ustequinumabe foram afetadas pelo peso em pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica. Dentro de cada dose (45 mg ou 90 mg), os pacientes de peso maior (> 100 kg) apresentaram concentrações séricas medianas de ustequinumabe menores em comparação às dos pacientes de peso mais baixo (\leq 100 kg). Entretanto, entre as doses, as concentrações séricas mínimas medianas do ustequinumabe nos pacientes de peso maior (> 100 kg) no grupo 90 mg foram equivalentes às observadas nos pacientes de peso mais baixo (\leq 100 kg) no grupo 45 mg.

- **Análise de farmacocinética populacional**

Em uma análise farmacocinética populacional usando dados de pacientes com psoríase, a depuração aparente (CL/F) e o volume de distribuição aparente (V/F) foram 0,465 L/d e 15,7 L, respectivamente, e a $t_{1/2}$ foi de, aproximadamente, 3 semanas em pacientes com psoríase. A CL/F do ustequinumabe não foi impactada pelo sexo, idade ou raça. A CL/F foi impactada pelo peso corpóreo, com tendência a maior CL/F nos pacientes com maior peso corpóreo. A CL/F mediana nos pacientes com peso > 100 kg foi aproximadamente 55% maior em comparação aos pacientes com peso \leq 100 kg. O V/F mediano nos pacientes com peso > 100 kg foi aproximadamente 37% maior em comparação ao dos pacientes com peso \leq 100 kg. Resultados semelhantes foram obtidos de uma análise de confirmação da farmacocinética da população usando dados de pacientes com artrite psoriásica.

O efeito das comorbidades (história progressa e atual de diabetes, hipertensão e hiperlipidemia) na farmacocinética do ustequinumabe foi avaliado na análise farmacocinética populacional, usando dados de pacientes com psoríase. A farmacocinética do ustequinumabe foi impactada pela comorbidade de diabetes, com tendência a CL/F maior em pacientes com diabetes. A CL/F média nos pacientes com diabetes foi aproximadamente 29% maior em comparação aos pacientes sem diabetes.

A análise farmacocinética populacional revelou que houve uma tendência para uma maior depuração de ustequinumabe em pacientes com resposta imunológica positiva.

Não foram conduzidos estudos de interação medicamentosa específicos em indivíduos saudáveis, em pacientes com psoríase ou artrite psoriásica.

Nas análises da farmacocinética populacional, o efeito dos medicamentos concomitantes usados mais frequentemente nos pacientes com psoríase (incluindo paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, metformina, atorvastatina, naproxeno, levotiroxina, hidroclorotiazida e vacina contra gripe) sobre a farmacocinética do ustequinumabe foi avaliado e nenhum medicamento concomitante exerceu impacto significativo. A farmacocinética do ustequinumabe não foi impactada pelo uso prévio do metotrexato, ciclosporina ou outras terapias biológicas para o tratamento da psoríase. A farmacocinética do ustequinumabe não foi impactada pelo uso concomitante de metotrexato, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e corticosteroides orais ou exposição prévia a agentes anti-TNF-alfa em pacientes com artrite psoriásica.

Os efeitos da IL-12 ou IL-23 na regulação das enzimas do CYP450 foram avaliados em um estudo *in vitro* utilizando hepatócitos humanos, o qual demonstrou que a IL-12 e/ou a IL-23 em níveis de 10 ng/mL não alteraram as atividades das enzimas do CYP450 humano (CYP1A2, 2B6, 2C9, 2C19, 2D6, ou 3A4).

Não há dados farmacocinéticos disponíveis em pacientes com insuficiência renal.

Não há dados farmacocinéticos disponíveis em pacientes com comprometimento da função hepática.

Não foram conduzidos estudos específicos em pacientes idosos. A análise farmacocinética populacional indicou que não houve alterações aparentes nas estimativas de CL/F e V/F em pacientes > 65 anos.

A farmacocinética do ustequinumabe foi geralmente comparável entre os pacientes com psoríase asiáticos e não-asiáticos.

A farmacocinética do ustequinumabe não foi impactada pelo uso de tabaco ou álcool.

Dados de segurança pré-clínica

Nos estudos de toxicidade de dose repetida em macacos *cynomolgus juvenis*, o ustequinumabe foi bem tolerado após doses intravenosas de até 45 mg/kg/semana por até 1 mês e após doses subcutâneas duas vezes por semana de até 45 mg/kg por 6 meses. Não houve achados relacionados ao ustequinumabe nas avaliações de imunotoxicidade e segurança farmacológica cardiovascular. Nas avaliações histopatológicas não foram observadas alterações pré-neoplásicas.

Os níveis de doses em estudos com animais foram até aproximadamente 45 vezes mais altas que a maior dose equivalente a ser administrada a pacientes com psoríase e resultou em picos de concentrações séricas em macacos que foram mais de 100 vezes superiores aos observados em humanos.

Toxicologia Reprodutiva

Três estudos de toxicidade ao desenvolvimento foram conduzidos em macacos *cynomolgus*. Não foram observados toxicidade materna, abortos, natimortos, embriotoxicidade, atrasos de desenvolvimento, malformações ou defeitos de nascença relacionados ao uestequinumabe nas doses de até 45 mg/kg após administração do uestequinumabe uma vez ou duas vezes por semana por via intravenosa ou subcutânea, respectivamente. Em neonatos nascidos de macacos tratados com uestequinumabe, nenhum efeito adverso sobre o crescimento ou desenvolvimento funcional foi observado e nenhum déficit foi observado nas avaliações de imunotoxicidade. Em um estudo de fertilidade em machos de macacos *cynomolgus* não foram observados efeitos relacionados ao uestequinumabe sobre o comportamento de acasalamento, parâmetros espermáticos ou concentrações séricas dos hormônios masculinos após administração subcutânea duas vezes por semana do uestequinumabe nas doses de até 45 mg/kg.

Um estudo de toxicidade sobre a fertilidade em fêmeas foi conduzido em camundongos usando um anticorpo análogo que se liga à IL-12 e à IL-23 inibindo sua atividade. A administração subcutânea duas vezes por semana ou dose intravenosa uma vez por semana de anticorpo anti-IL-12/23 de camundongo foi bem-tolerada em doses de até 50 mg/kg e nenhum efeito adverso sobre os parâmetros de fertilidade feminina foi observado.

CONTRAINDICAÇÕES

Hipersensibilidade grave ao uestequinumabe ou a qualquer um dos excipientes.

ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Infecção

Stelara[®] é um imunossupressor seletivo e pode ter o potencial de aumentar o risco de infecções e reativar infecções latentes.

Em estudos clínicos, infecções bacterianas, fúngicas e virais graves têm sido observadas em pacientes que receberam **Stelara**[®].

Stelara[®] não deveria ser administrado a pacientes com infecção ativa clinicamente importante. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de **Stelara**[®] em pacientes com infecção crônica ou história de infecção recorrente.

Antes de iniciar o tratamento com **Stelara**[®], os pacientes devem ser avaliados para infecção por tuberculose. **Stelara**[®] não deve ser administrado a pacientes com tuberculose ativa. O tratamento de infecção de tuberculose latente deve ser iniciado antes da administração do **Stelara**[®]. A terapia antituberculose também deve ser considerada antes do início de **Stelara**[®] em pacientes com história pregressa de tuberculose latente ou ativa nos quais um curso adequado de tratamento não puder ser

confirmado. Os pacientes que recebem **Stelara**[®] devem ser monitorados rigorosamente para sinais e sintomas de tuberculose ativa durante e após o tratamento.

Os pacientes devem ser orientados a procurar ajuda médica se ocorrerem sinais ou sintomas sugestivos de infecção. Se um paciente desenvolver uma infecção grave, deve ser monitorado rigorosamente e **Stelara**[®] não deve ser administrado até a resolução da infecção.

Malignidades

Stelara[®] é um imunossupressor seletivo. Agentes imunossupressores têm o potencial de aumentar o risco de malignidade. Alguns pacientes que receberam **Stelara**[®] em estudos clínicos desenvolveram malignidades cutâneas e não-cutâneas.

Stelara[®] não foi estudado em pacientes com história de malignidade. Deve-se ter cautela quando se considerar o uso de **Stelara**[®] em pacientes com história de malignidade ou continuar o tratamento em pacientes que desenvolverem uma malignidade.

Todos os pacientes, em particular aqueles com idade superior a 60 anos, com histórico de tratamento prolongado com imunossupressores ou aqueles com um histórico de tratamento PUVA, devem ser monitorados para o aparecimento de câncer de pele que não-melanoma.

Reações de hipersensibilidade

Na experiência de pós-comercialização, foram reportadas reações de hipersensibilidade graves, incluindo anafilaxia e angioedema. Se ocorrer reação anafilática ou outra reação de hipersensibilidade grave, deve ser instituída terapia adequada e a administração de **Stelara**[®] deve ser descontinuada.

Imunizações

Recomenda-se que as vacinas bacterianas ou virais de microrganismos vivos não sejam administradas concomitantemente com **Stelara**[®].

Não existem dados disponíveis sobre a transmissão secundária de infecção por vacinas vivas em pacientes recebendo **Stelara**[®]. Aconselha-se precaução ao administrar algumas vacinas de microrganismos vivos para contatos domiciliares dos pacientes que recebem **Stelara**[®] devido ao risco potencial a partir do contato familiar e transmissão para o paciente.

Os pacientes que recebem **Stelara**[®] podem receber vacinas inativadas ou de microrganismos não-vivos.

O tratamento em longo prazo com **Stelara**[®] não suprime a resposta imune humoral para as vacinas contra tétano ou pneumocócica polissacarídica.

Imunossupressão

Nos estudos em psoríase, a segurança e a eficácia de **Stelara**[®] em combinação aos agentes imunossupressores ou fototerapia não foram avaliadas. Em estudos em artrite psoriásica, o uso concomitante de metotrexato não pareceu influenciar a segurança ou a eficácia de **Stelara**[®]. Deve-se ter cautela ao se considerar o uso concomitante de agentes imunossupressores e **Stelara**[®] ou quando há transição a partir de outros agentes biológicos.

Imunoterapia

Stelara[®] não foi avaliado em pacientes que foram submetidos à imunoterapia para alergia. **Stelara**[®] pode afetar a imunoterapia para alergia. Recomenda-se precaução em pacientes recebendo ou que tenham recebido imunoterapia para doenças alérgicas especialmente para anafilaxia.

Geral

A tampa da agulha da seringa preenchida contém borracha natural seca (um derivado do látex), a qual pode causar reações alérgicas em indivíduos sensíveis ao látex.

Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco

Pacientes pediátricos

Não foram conduzidos estudos específicos de **Stelara**[®] em pacientes pediátricos.

Pacientes idosos

Entre os 4135 pacientes expostos ao **Stelara**[®] havia 252 com idade igual ou superior a 65 anos (183 pacientes com psoríase e 69 pacientes com artrite psoriásica). Não foram observadas diferenças importantes relacionadas à idade na depuração ou no volume de distribuição em estudos clínicos. Embora não tenham sido observadas diferenças na segurança ou eficácia entre pacientes mais jovens e idosos, o número de pacientes com 65 anos ou mais não é suficiente para determinar se eles respondem diferentemente dos pacientes mais jovens.

Deve-se ter precaução no tratamento dos idosos, porque no geral há uma maior incidência de infecções nesta população de pacientes.

Insuficiência hepática

Não foram conduzidos estudos específicos em pacientes com insuficiência hepática.

Insuficiência renal

Não foram conduzidos estudos específicos em pacientes com insuficiência renal.

Gravidez e Lactação

Gravidez

Não há evidências de estudos com animais de teratogenicidade, malformações congênitas ou atrasos de desenvolvimento com níveis de dose de até aproximadamente 45 vezes maiores do que a dose equivalente mais alta que se pretende administrar a pacientes com psoríase. Entretanto, os estudos de reprodução e desenvolvimento animal não são sempre preditivos da resposta em humanos.

Como medida de precaução é preferível evitar a utilização de **Stelara**[®] durante a gravidez. As mulheres em risco de engravidar deverão utilizar um método contraceptivo durante o tratamento e até 15 semanas após o tratamento.

Lactação

Stelara[®] foi excretado no leite de macacas lactantes que receberam este medicamento. Não se sabe se **Stelara**[®] é absorvido sistemicamente após a ingestão. Como muitos medicamentos e imunoglobulinas são excretados no leite humano e devido ao potencial de reações adversas de **Stelara**[®] em bebês em fase de amamentação, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o medicamento.

Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas

Nenhum estudo dos efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas foi realizado.

Atenção diabéticos: contém açúcar.

Medicamentos imunossupressores podem ativar focos primários de tuberculose. Os médicos que acompanham pacientes sob imunossupressão devem estar alertas quanto à possibilidade de surgimento de doença ativa, tomando, assim, todos os cuidados para o diagnóstico precoce e tratamento.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Não foram conduzidos estudos de interações medicamentosas com **Stelara**[®] em humanos.

Os efeitos da IL-12 ou IL-23 na regulação das enzimas do CYP450 foram avaliados em um estudo *in vitro* utilizando hepatócitos humanos, o qual demonstrou que a IL-12 e/ou a IL-23 em níveis de 10 ng/mL não alteraram as atividades das enzimas do CYP450 humano (CYP1A2, 2B6, 2C9, 2C19,

2D6, ou 3A4). Estes resultados não sugerem haver necessidade de ajustes de dose em pacientes que estejam recebendo substratos de CYP450 concomitantemente.

Vacinas de microrganismos vivos não devem ser administradas concomitantemente ao **Stelara**[®].

CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

As embalagens de **Stelara**[®] devem ser mantidas sob refrigeração (2°C a 8°C), protegidas da luz e não devem ser congeladas. Não agitar.

O produto deve ser mantido na embalagem secundária para proteger da luz.

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.

Aspecto físico

Stelara[®] é fornecido como solução estéril em frasco-ampola de vidro e em seringa de vidro preenchida, ambos para uso único. **Stelara**[®] não contém conservantes. O frasco-ampola é fechado com um batoque revestido. A solução é límpida a levemente opalescente, incolor a amarelo claro com pH de aproximadamente 6,0.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

POSOLOGIA E MODO DE USAR

Stelara[®] é administrado por injeção subcutânea.

Psoríase em placa - Adultos

A dose recomendada de **Stelara**[®] é 45 mg administrada nas semanas 0 e 4 e, depois, a cada 12 semanas. A interrupção do tratamento deve ser considerada em pacientes que não apresentem qualquer resposta ao tratamento até as 28 semanas. Alternativamente, a dose de 90 mg pode ser usada em pacientes com peso corpóreo maior que 100 kg.

- Ajuste de dose

Para pacientes que respondem inadequadamente a 45 mg a cada 12 semanas, pode-se considerar a possibilidade de tratamento com 90 mg a cada 12 semanas. Além disso, para pacientes que

responderam inadequadamente à posologia de 90 mg a cada 12 semanas, uma dose de 90 mg a cada 8 semanas pode ser considerada.

- Retratamento

O retratamento com um esquema posológico nas semanas 0 e 4 após interrupção da terapia mostrou ser seguro e eficaz.

Artrite psoriásica - Adultos

A dose recomendada de **Stelara**[®] é 45 mg, administrada nas semanas 0 e 4 e, depois, a cada 12 semanas. Alternativamente, a dose de 90 mg pode ser usada em pacientes com peso corpóreo maior que 100 kg.

Instruções para uso, manipulação e descarte

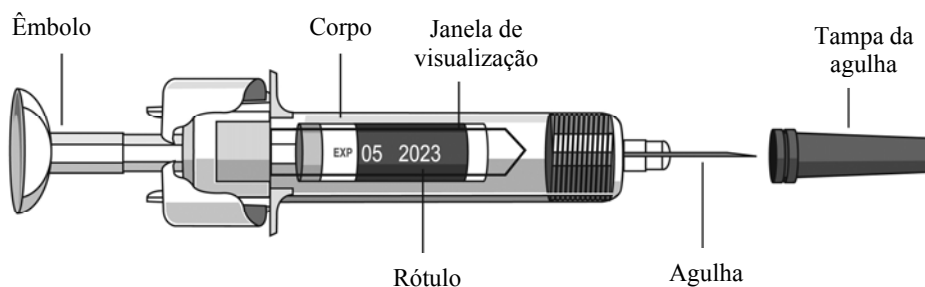
Stelara[®] deve ser utilizado sob supervisão e orientação médica. **Stelara**[®] pode ser autoaplicado pelo paciente, se o médico considerar apropriado, após treinamento adequado na técnica de administração subcutânea. Durante o tratamento recomenda-se o acompanhamento médico, conforme necessário.

A) Instruções para o uso da seringa preenchida

Para reduzir o risco de perfurações acidentais com a agulha, cada seringa preenchida é equipada com um dispositivo de proteção da agulha que é ativado automaticamente para cobrir a agulha após a liberação completa do conteúdo da seringa.

Não agite a seringa preenchida de **Stelara**[®] em nenhum momento. A agitação vigorosa e prolongada pode danificar o produto. Não use o produto, caso tenha sido agitado vigorosamente.

1. Preparação para o uso da seringa preenchida



Retirar a seringa de **Stelara**[®] da geladeira

Verifique na embalagem se a dose está correta de acordo com a prescrição médica.

Verificação da data de validade de Stelara®

Abra a embalagem e retire a seringa preenchida. Verifique o prazo de validade na seringa preenchida e no cartucho. Não use o medicamento se o prazo de validade estiver vencido.

Preparação de materiais necessários para a aplicação

Prepare o material que será necessário para a aplicação (compressa com álcool, bola de algodão ou gaze e recipiente para o descarte de seringas).

Verificação da solução do interior da seringa

Mantenha a seringa preenchida com a agulha coberta apontando para cima. Certifique-se de que a seringa não está danificada. Também se certifique de que a solução ou o líquido em seu interior é límpido a ligeiramente opalescente e incolor a levemente amarelada. **NÃO USE** se o produto estiver congelado, com coloração diferente da original, turvo ou se contiver partículas grandes.

NÃO REMOVA a tampa da agulha da seringa preenchida.

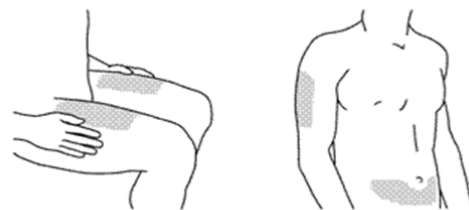
NÃO PUXE o êmbolo da seringa para trás em nenhum momento.

2. Escolha e preparação do local de aplicação

Escolha do local de aplicação*

Os locais recomendados para a aplicação da injeção são a parte superior da coxa e na barriga, mas cerca de 5 cm abaixo do umbigo.

Se possível, evite as áreas envolvidas com psoríase. A parte superior e posterior do braço também pode ser utilizada.



* As áreas em cinza são os locais recomendados para a aplicação

Preparação do local da injeção

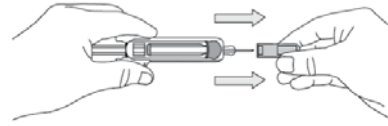
Lave bem as mãos com sabão e água morna. Passe uma compressa com álcool no local da injeção.

NÃO TOQUE nesta área novamente antes de aplicar a injeção.

3. Aplicação do medicamento

Remoção da tampa da agulha

Segure o corpo da seringa preenchida com uma mão e com a outra retire a tampa da agulha. Jogue a tampa no lixo. **Pode haver uma pequena bolha de ar na seringa, mas não é necessário removê-la.** Pode haver, também, uma gota de líquido na ponta da agulha, mas isto é normal. Não toque na agulha. Não deixe que a agulha toque em nada.



Nota: a tampa da agulha **NÃO** deve ser removida até você estar pronto para aplicar a dose. Não use a seringa se ela cair sem a tampa da agulha.

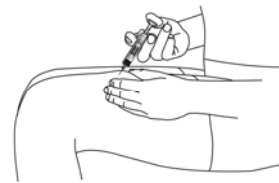
Aplicação da injeção

Gentilmente, segure uma prega de pele entre o dedão e o indicador. Não aperte.

Introduza a agulha da seringa na prega de pele.

Mantendo a prega de pele entre os dedos, **empurre o êmbolo com o polegar até o final**, lentamente e de forma uniforme, para injetar o produto.

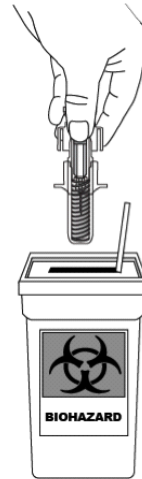
Quando o êmbolo atingir o final do corpo da seringa e todo o medicamento tiver sido injetado, solte a prega de pele e remova gentilmente a agulha. Após o término da injeção, o dispositivo de proteção da agulha irá automaticamente se estender sobre a agulha e travar à medida que você soltar o êmbolo.



4. Após a aplicação da injeção

Descarte da seringa vazia

Descarte imediatamente a seringa vazia em um recipiente apropriado. Para a sua segurança e a segurança de outras pessoas, agulhas e seringas **NUNCA** devem ser reutilizadas.



Use uma bola de algodão ou gaze

Pode haver uma pequena quantidade de sangue ou de líquido no local da injeção, o que é normal. Você pode pressionar uma bola de algodão ou uma gaze sobre o local da injeção e manter pressionado por 10 segundos. Não esfregue o local da injeção. Se necessário, pode-se colocar um curativo adesivo pequeno sobre o local da injeção.

B) Instruções para o uso do frasco-ampola

Os pacientes deverão ser instruídos a injetar a quantidade total de **Stelara**[®] do frasco-ampola, de acordo com as orientações a seguir:

Não agite o frasco-ampola de **Stelara**[®] em nenhum momento. A agitação vigorosa e prolongada pode danificar o produto. Não use o produto, caso tenha sido agitado vigorosamente. **Stelara**[®] não deve ser misturado com outros líquidos para injeção.

1. Verificação do frasco-ampola e preparação dos materiais necessários para aplicação

Retirar o frasco-ampola da geladeira

Verifique na embalagem se a dose está correta de acordo com a prescrição médica. Se a dose é de 90 mg, você poderá administrar 2 frascos-ampola de 45 mg. Se você for aplicar 2 frascos-ampola de 45 mg para a dose de 90 mg, será necessário aplicar 2 injeções, sendo 1 injeção após a outra.

Verificação da data de validade de Stelara[®]

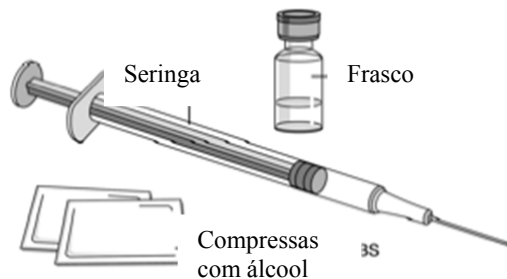
Abra a embalagem e remova o frasco-ampola. Verifique o prazo de validade no frasco-ampola e no cartucho. Não use o medicamento se o prazo de validade estiver vencido.

Verificação da solução do interior do frasco

Verifique se o frasco-ampola não está danificado e se a solução ou o líquido em seu interior é límpida a ligeiramente opalescente e incolor a levemente amarelada. **NÃO USE** se o produto estiver congelado, com coloração diferente da original, turvo ou se contiver partículas grandes.

Preparação de materiais necessários para a aplicação

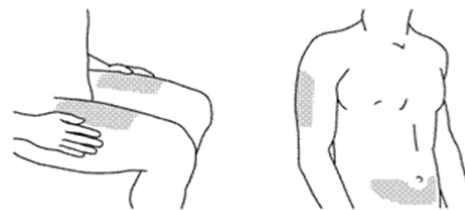
Prepare o material que será necessário para a aplicação (compressa com álcool, bola de algodão ou gaze e recipiente para o descarte de seringas).



2. Escolha e Preparação do Local de Aplicação

Escolha do local de aplicação*

Os locais recomendados para a aplicação da injeção são a parte superior da coxa e na barriga, mas cerca de 5 cm abaixo do umbigo. Se possível, evite as áreas envolvidas com psoríase. A parte superior do braço também pode ser utilizada.



* As áreas em cinza são os locais recomendados para a aplicação

Preparação do local de aplicação

Lave bem as mãos com sabão e água morna. Passe uma compressa com álcool no local da injeção. **NÃO TOQUE** nesta área novamente antes de aplicar a injeção.

3. Preparação da dose

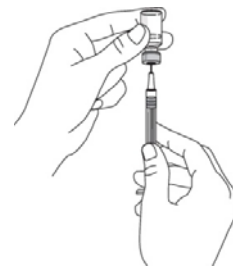
Remova a tampa da parte superior do frasco-ampola, mas não remova a tampa de borracha. Limpe a tampa de borracha com uma compressa com álcool.

Remova a tampa da agulha da seringa. Não toque na agulha. Não deixe a agulha tocar em nada.



Coloque o frasco-ampola sobre uma superfície plana e introduza a agulha da seringa na tampa de borracha.

Vire o frasco-ampola e a seringa de cabeça para baixo, puxe o êmbolo da seringa para enchê-la com a quantidade de líquido prescrita (0,5 mL). É importante que a agulha esteja sempre dentro do líquido para evitar a formação de bolhas no interior da seringa.



Remova a agulha do frasco-ampola. Mantenha a seringa e a agulha apontadas para cima para checar se há bolhas de ar no seu interior. Se houver bolhas de ar, bata gentilmente na lateral da seringa até que as bolhas de ar se desloquem para a parte superior da seringa e pressione o êmbolo até que todo o ar (mas não o líquido) seja removido. Não deite a seringa e não deixe a agulha tocar em nada.



4. Aplicação do medicamento

Gentilmente, segure uma prega de pele entre o polegar e o indicador. Não aperte.

Introduza a agulha da seringa na prega de pele.

Mantendo a prega de pele entre os dedos, **empurre o êmbolo com o polegar até o final,** lentamente e de forma uniforme, para injetar o produto. Em seguida, retire a agulha e solte a pele.



Descarte da seringa vazia

Descarte imediatamente a seringa vazia em um recipiente apropriado. Para a sua segurança e a de outras pessoas, agulhas e seringas **NUNCA** devem ser reutilizadas.

Use uma bola de algodão ou gaze

Pode haver uma pequena quantidade de sangue ou líquido no local da injeção, o que é normal. Você pode pressionar uma bola de algodão ou gaze sobre o local da injeção e manter pressionado por 10 segundos. Não esfregue o local da injeção. Se necessário, pode-se colocar um curativo adesivo pequeno sobre o local da injeção.

Para a dose de 90 mg utilizando dois frascos de 45 mg será necessário aplicar uma segunda injeção logo após a primeira injeção. Use uma nova agulha e seringa. Escolha um local diferente para a aplicação da segunda injeção.

Após a administração de **Stelara**[®], a seringa deve ser descartada de acordo com as práticas médicas para seringas usadas.

Incompatibilidades: como não há estudos de compatibilidade, este medicamento não deve ser misturado a outros medicamentos.

REAÇÕES ADVERSAS

Experiência dos estudos clínicos em pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica

Os dados de segurança descritos a seguir refletem a exposição ao **Stelara**[®], em 7 estudos de fase 2 e 3 controlados, conduzidos com 4135 pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica, incluindo 3256 expostos por no mínimo 6 meses, 1482 expostos por no mínimo 4 anos e 838 por, pelo menos, 5 anos.

As reações adversas mais comuns (> 5%) em períodos controlados e dos estudos clínicos de **Stelara**[®] em psoríase e artrite psoriásica foram nasofaringite, cefaleia e infecção do trato respiratório superior. A maioria foi considerada leve e não necessitou descontinuação do medicamento.

A seguir é apresentado um resumo das reações adversas dos estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica. A frequência destas reações adversas foi baseada naquelas que ocorreram durante os períodos controlados iniciais dos estudos clínicos. As reações adversas são classificadas por frequência, conforme apresentado a seguir:

Reação comum ($\geq 1/100$ e $< 1/10$):

Infecções e infestações: infecções dentárias, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite.

Distúrbios do sistema nervoso: tontura, cefaleia.

Distúrbios respiratórios, torácicos e do mediastino: dor na orofaringe.

Distúrbios gastrintestinais: diarreia, náusea.

Distúrbios do tecido cutâneo e subcutâneo: prurido.

Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo: lombalgia, mialgia, artralgia.

Distúrbios gerais e condições no local da administração: fadiga, eritema no local da aplicação, dor no local da aplicação.

Reação incomum ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$):

Infecções e infestações: celulite, herpes zoster, infecção viral do trato respiratório superior.

Distúrbios psiquiátricos: depressão.

Distúrbios respiratórios, torácicos e do mediastino: congestão nasal.

Distúrbios gerais e condições no local da administração: reações no local da aplicação (incluindo hemorragia, hematoma, infiltração, inchaço e prurido).

Infecções

Em estudos controlados por placebo em pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica, as taxas de infecção ou infecção grave foram semelhantes entre os pacientes tratados com o **Stelara**[®] e os tratados com o placebo. No período controlado por placebo dos estudos clínicos de pacientes com psoríase e pacientes com artrite psoriásica, a taxa de infecção foi de 1,27 por paciente/ano de acompanhamento nos pacientes tratados com o **Stelara**[®] e 1,17 por paciente/ano de acompanhamento nos pacientes tratados com o placebo. Infecções graves ocorreram em 0,01 por paciente/ano de acompanhamento nos pacientes tratados com o **Stelara**[®] (5 infecções graves em 616 paciente-anos de acompanhamento) e 0,01 por paciente/ano de acompanhamento em pacientes tratados com o placebo (4 infecções graves em 287 pacientes/ano de acompanhamento).

Nos períodos controlado e não-controlado dos estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica, representando 9848 pacientes/ano de exposição em 4135 pacientes, a mediana de acompanhamento foi 1,1 anos; 3,2 anos para os estudos de psoríase e 1,0 ano para os estudos de artrite psoriásica. A taxa de infecção foi de 0,86 por paciente/ano de acompanhamento nos pacientes tratados com **Stelara**[®]. A taxa de infecções graves foi de 0,01 por paciente/ano de acompanhamento em pacientes tratados com **Stelara**[®] (107 infecções graves em 9848 pacientes/ano de acompanhamento) e incluiu diverticulite, celulite, pneumonia, sepse, apendicite e colecistite.

Em estudos clínicos, os pacientes com tuberculose latente que foram tratados concomitantemente com a isoniazida não desenvolveram tuberculose.

Malignidade

No período controlado por placebo dos estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica, a incidência de malignidades, exceto câncer de pele não-melanoma, foi de 0,16 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para os pacientes tratados com **Stelara**[®] (1 paciente em 615 pacientes/ano de acompanhamento) em comparação a 0,35 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para os pacientes tratados com placebo (1 paciente em 287 pacientes/ano de acompanhamento). A incidência de câncer de pele não-melanoma foi de 0,65 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para os pacientes tratados com **Stelara**[®] (4 pacientes em 615 pacientes/ano de acompanhamento) em comparação a 0,70 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para os pacientes tratados com placebo (2 pacientes em 287 pacientes/ano de acompanhamento).

Nos períodos controlados e não controlados dos estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica representando 9848 pacientes/ano de exposição em 4135 pacientes, a mediana de acompanhamento foi de 1,1 anos; 3,2 anos para os estudos de psoríase e 1,0 ano para os estudos de artrite psoriásica. Malignidades, excluindo cânceres de pele não-melanoma, foram relatadas em 55 pacientes de 9830 pacientes/ano de acompanhamento (incidência de 0,56 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para pacientes tratados com **Stelara**[®]). Esta incidência de malignidades reportada em pacientes tratados com **Stelara**[®] foi comparável à incidência esperada na população geral [taxa de incidência padronizada = 0,92 (intervalo de confiança de 95%: 0,69; 1,20), ajustado para idade, sexo e raça]. As malignidades mais frequentemente observadas, além de câncer de pele não-melanoma, foram de próstata, melanoma, colo-retal e de mama. A incidência de câncer de pele não-melanoma foi de 0,50 por 100 pacientes/ano de acompanhamento para pacientes tratados com **Stelara**[®] (49 pacientes de 9815 pacientes/ano de acompanhamento). A proporção de pacientes com câncer de pele de células basais versus escamosas (4:1) é comparável à proporção esperada na população geral.

Reações de hipersensibilidade

Durante os períodos controlados dos estudos clínicos de **Stelara**[®] em psoríase e artrite psoriásica, erupção cutânea e urticária foram observadas cada uma em < 1% dos pacientes.

Imunogenicidade

Nos estudos clínicos de psoríase e artrite psoriásica, menos de 8% dos pacientes tratados com **Stelara**[®] desenvolveram anticorpos contra o ustequinumabe. Nenhuma associação aparente entre o desenvolvimento de anticorpos ao ustequinumabe e o desenvolvimento de reações no local da aplicação foi observada. Os pacientes positivos para anticorpos contra o ustequinumabe tenderam a ter eficácia menor, entretanto, a positividade para anticorpos não impediu a resposta clínica. Nos

estudos de psoríase, a maioria dos pacientes que eram positivos para anticorpos contra o ustequinumabe apresentava anticorpos neutralizantes. A maioria dos pacientes que eram positivos para anticorpos contra o ustequinumabe apresentava anticorpos neutralizantes.

Experiência pós-comercialização

As reações adversas descritas a seguir estão agrupadas por frequência*.

Reação incomum ($\geq 1/1000$ e $< 1/100$):

Distúrbios do sistema imune: reações de hipersensibilidade (incluindo erupção cutânea, urticária).

Distúrbios do tecido cutâneo e subcutâneo: psoríase pustular.

Reação rara ($\geq 1/10000$ e $< 1/1000$):

Distúrbios do sistema imune: reações graves de hipersensibilidade (incluindo anafilaxia e angioedema).

Distúrbios do tecido cutâneo e subcutâneo: psoríase eritrodérmica.

* A frequência de reação adversa pós-comercialização é derivada de 7 estudos clínicos se as mesmas fossem observadas nesses estudos. Em contrapartida, estimou-se que seriam mais baixas do que certa frequência considerando a exposição nos 7 estudos clínicos nos quais a reação adversa não foi observada.

Atenção: este produto é um medicamento novo 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 de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA, disponível em www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

SUPERDOSE

Doses únicas de até 6 mg/kg por via intravenosa foram administradas em estudos clínicos sem toxicidade dose-limitante. No caso de superdosagem, recomenda-se que o paciente seja monitorado para quaisquer sinais ou sintomas de efeitos ou reações adversas e que o tratamento sintomático adequado seja instituído imediatamente.

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

DIZERES LEGAIS

MS- 1.1236.3394

Farm. Resp.: Marcos R. Pereira - CRF-SP nº 12.304

Registrado por:

JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA LTDA.

Rua Gerivatiba, 207, São Paulo – SP

CNPJ 51.780.468/0001-87

Fabricado por:

Cilag AG

Schaffhausen - Suíça

Importado por:

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

Rodovia Presidente Dutra, km 154 São José dos Campos – SP

CNPJ 51.780.468/0002-68

® Marca Registrada

SAC 0800 7011851

www.janssen.com.br (logo)

Venda sob prescrição médica.

CCDS 1501

VPS_V04



Histórico de alteração para a bula

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	No. expediente	Assunto	Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
05/04/2016	N/A	10456- PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	10/06/2013	0459134/13- 8	Inclusão de Nova Indicação Terapêutica no País	21/03/2016	COMPOSIÇÃO INDICAÇÕES/PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO? RESULTADOS DE EFICÁCIA CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS/ COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA? POSOLOGIA E MODO DE USAR/COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO? REAÇÕES ADVERSAS/QUAIS	VP/VPS	45 mg ou 90 mg em embalagem com 1 seringa preenchida com dispositivo de segurança e 45 mg em embalagem com 1 frasco-ampola.

							OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?		
05/04/2016	1459830/16-2	10456-PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	28/12/2012	0005497/13-6/ 0410413/13-7	Inclusão de Acondicionamento Primário e Inclusão de Local de Fabricação de Princípio Ativo	25/08/2014 e 22/06/2015	POSOLOGIA E MODO DE USAR/COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?	VP/VPS	45 mg ou 90 mg em embalagem com 1 seringa preenchida com dispositivo de segurança e 45 mg em embalagem com 1 frasco-ampola.
27/02/2015	0179069/15-2	10456-PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	27/02/2015	N/A	10456-PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	27/02/2015	REAÇÕES ADVERSAS/ QUAIS OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?	VP/VPS	45 mg em embalagem com 1 frasco-ampola.

23/06/2014	0491681146	10456- PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	30/04/2014	0338576/14- 1	10279- PRODUTO BIOLÓGICO – Alteração de Texto de Bula	16/06/2014	POSOLOGIA E MODO DE USAR / COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO? / DIZERES LEGAIS (Nova Destinação)	VP/VPS	45 mg em embalagem com 1 frasco-ampola.
26/03/2014	0227847/13- 2	10463 - PRODUTO BIOLÓGICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	20/03/2013	0211748/13- 7.	1512 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula	25/03/2013	Inclusão Inicial de Texto	VP/VPS	45 mg em embalagem com 1 frasco-ampola.