

Mini-MTV skema til brug for vurdering af et lægemiddel i Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS)

Mini-MTV skemaet er til brug for vurdering af lægemidler med markedsføringsgodkendelse, og der skal som udgangspunkt foreligge videnskabelige peer reviewede studier.

Mini-MTV skal medvirke til at sikre et alsidigt og systematisk beslutningsgrundlag. Generelt anbefales det, at besvarelsen af de enkelte spørgsmål i mini-MTV'en følger principperne for medicinsk teknologivurdering jf. Sundhedsstyrelsens publikation 'Introduktion til mini-MTV – et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj til sygehusvæsnet' på http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/Mini_MTV/Mini_MTV.pdf.

Skemaet er opdelt i en kort indledning og spørgsmål vedrørende teknologi, patientforhold, organisatoriske konsekvenser og økonomiske konsekvenser. Under hvert spørgsmål er en kort vejledning til besvarelse af spørgsmålet. Appendiks 1 er en vejledning i litteratursøgning- og vurdering. Appendiks 2 indeholder en oversigt med beskrivelse af evidensniveauer baseret på "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations". Appendiks 3 indeholder en evidens tabel, som skal udfyldes for at give en skematisk oversigt over inkluderede studier i mini-MTV'en.

Et beslutningsgrundlag i form af mini-MTV er mindre omfattende end traditionelle MTV-beskrivelser af nye teknologier. Derfor har de, der besvarer spørgsmålene, en særlig forpligtigelse til at synliggøre usikkerheden og eventuelle svagheder i beskrivelsen af forslagets konsekvenser.

Det gælder for samtlige spørgsmål i mini-MTV'en, at besvarelsen bør skrives i et letforståeligt sprog, og at det ikke er tilstrækkeligt at svare ja eller nej.

Dato: 190814

Lægemidlets navn: Cometric (cabozantinib)

Kontaktperson:

Navn: Lars Bastholt

Institution: Onkologisk afd R, OUH

Stilling: Overlæge

Adresse: Sdr Boulevard 29, DK-5000 Odense C

Telefonnummer: 6541 2999

E-mailadresse: lars.bastholt@rsyd.dk

Spørgsmål 1-2: Indledning

1: Hvem er mini-MTV'en udarbejdet af og hvornår? Og hvilke relevante parter repræsenterer vedkommende?

Udarbejdet af Lars Bastholt, på vegne af Dansk Thyroidea Cancer gruppe, repræsenteret ved overlæge Jens Bentzen, Onkologisk Afd, Herlev Hospital, Afd-læge Nicolai Andreasen, Onkologisk afd, Århus Sygehus, samt overlæge Lars Bastholt, Odense Universitets Hospital

2: Hvem har været medinddraget i udarbejdelsen af mini-MTV'en?

Mini-MTV udarbejdet af de tre ovenfor anførte personer, som repræsenterer de tre danske afdelinger hvor patienter med medullær thyroideacancer, der kan tilbydes denne behandling er i follow-up

Spørgsmål 3-12: Teknologi

3: På hvilken indikation anvendes behandling med lægemidlet?
Til patienter med symptomgivende metastaserende Medullær Thyroideacancer (MTC), som ikke kan behandles med kirurgi eller strålebehandling. EMA SPC vedlagt.
4: Hvor stort et antal patienter på landsplan forventes at kunne modtage behandlingen?
Der henvises hvert år i Danmark ca. 10-12 patienter med metastaserende MTC til onkologisk behandling. Det vil være relevant at vurdere denne patientgruppe mhp evt at tilbyde Cometric eller Caprelsa. De små forskelle i bivirkningsprofil, hvilket af disse præparater der vil blive valgt som 1. linje præparat.. På grund af det lille antal patienter tilbydes denne vurdering og behandling i DK kun på Onkologisk afd R, OUH
5: På hvilken måde er behandling med lægemidlet ny i forhold til gængs praksis? (se også spørgsmål 8)
Caprelsa er efter godkendelse i 2012 i dag det naturlige første valg til denne patientgruppe og her vil Cometric være naturligt 2. linje behandling. 80% af patienterne der tilbydes 1. linje vil også få tilbudt 2. linje behandling. En mindre gruppe vil også tilbydes Cometric som 1. linje pga en anden bivirkningsprofil, specielt mindre indflydelse på QTc
6: Beskriv processen for litteratursøgning og -vurdering.
Det udvalgte studie repræsenterer et publiceret fase III studie fundet ved søgning på pubmed, der findes ikke øvrige publicerede fase III studier omhandlende effekten af Cometric. Metaanalyser foreligger ikke
7: Angiv den samlede vurderede styrke af evidensen.
Evidensniveau 1b
8: Beskriv i hvilket omfang studierne behandlingsregimer er lig med eller sammenlignelige med dansk behandlingsregime (se også spørgsmål 5)
Det pågældende fase III studie har inkluderet danske ptt. Inklusionskriterierne i dette studie vil være identiske med de kriterier vi vil opstille for at behandle disse patienter fremover
9: Hvilke inklusions- og eksklusionskriterier opstiller de inkluderede studier?
<ul style="list-style-type: none">• Ptt med symptomgivende, metastaserende MTC, målbar sygdom i progression• Performance status 0-2•
10: Hvad er effekten, herunder effektstørrelsen, af behandling med lægemidlet?
I dette dobbeltblinde placebo-kontrollerede randomiserede (2:1 randomisering) studie indgik 330 ptt, heraf 1 pt fra Danmark. Studiet var opbygget med cross-over ved PD, hvilket vanskeliggør vurdering af effekten på overlevelsen. 40% havde fået tidl medicinsk antineoplastisk behandling, med 21% tidl behandlet med TKIs. Efter median follow-up på 13.9 mdr kunne man konstatere en signifikant forlængelse af den progressionsfrie overlevelse (PFS), med en hazard ratio på 0.28 ($p < 0.001$). Median PFS var hos Cometric-behandlede patienter 11.2 mdr, sammenlignet med PFS i placebo-gruppen på 4.0 mdr. Blandt de sekundære endpoints kan nævnes en signifikant højere responserate i den behandlede arm (28% vs 0%, $p < 0.001$)

11: Hvilke risici, bivirkninger eller andre uønskede konsekvenser er der ved behandling med lægemidlet?
Safety analysen inkluderede alle patienter som indgik i studiet. I Cometric gruppen oplevede 69% grad 3 el 4 bivirkninger versus 33% i placebo-gruppen. Hyppigste bivirkninger >= grad 3: <ul style="list-style-type: none"> •Diare 15% •PPE: 12.6% •Træthed 9.3% •Hypertension 8.4% •Abdominalsmerter 2.8% •Dysfagi: 4.2% •Blødning 3.3%
12: Kendes der til eventuelle igangværende undersøgelser af lægemidlets effekt?
Ingen igangværende undersøgelser af Cometric til behandling af metastaserende MTC

Spørgsmål 13-14: Patient

13: Medfører behandling med lægemidlet særlige etiske eller psykologiske overvejelser?
Nej
14: Angiv om patienternes livskvalitet, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af behandling med lægemidlet?
Det drejer sig om en gruppe af patienter med en metastaserende kræftsygdom som i mange tilfælde er langsomt voksende. Udvælgelsen af patienter der bør tilbydes behandling skal baseres på en vurdering af aggressivitet: <ul style="list-style-type: none"> • væksthastighed vurderet på tumorstørrelse på flere sæt af CT-scanninger • fordoblingstid af Calcitonin koncentration • symptomer relateret til sygdommen

Spørgsmål 15-20: Organisation

15: Har behandling med lægemidlet konsekvenser for personalet, hvad angår information, uddannelse og arbejdsmiljø?
Personalet (læger og sygeplejersker) i ambulatoriet på behandlingsstedet på OUH har erfaring i at informere og administrere behandlingen
16: Kræves der særlige fysiske rammer for at varetage behandling med lægemidlet?
Behandlingen kræver ikke særlige fysiske rammer og kan varetages i eksisterende onkologiske behandlingsafsnit.
17: Hvilke afledte konsekvenser kan varetagelse af behandling med lægemidlet få for den konkrete afdeling?
Behandlingen er som tidligere anført allerede etableret på den onkologiske afdeling på OUH..
18: Hvilke afledte konsekvenser kan varetagelse af behandling med lægemidlet få for andre afdelinger?

Ingen.
19: Hvordan påvirker varetagelse af behandling med lægemidlet samarbejdet med andre sygehuse, regioner, primærsektoren m.v. (for eksempel som følge af ændringer i patientforløbet pga. den nye behandling)?
Der er aftalt centralisering af behandlingen af denne patientgruppe på et behandlingssted i DK De afdelinger der varetager den primære behandling af ptt med MTC henviser ptt med metastaserende sygdom.

Spørgsmål 20-24: Økonomi

20: Er der etableringsudgifter til apparatur, ombygning, uddannelse m.v.?
Der er ikke etableringsudgifter
21: Hvad er de aktivitetsmæssige konsekvenser de nærmeste år?
Der skønnes på landsplan at være ca.8 nye patienter per år som kunne være kandidater til behandling med Cometic. Et typisk behandlingsforløb består af et ambulant fremmøde hver 4. uge til ordination af behandling og kontrol for bivirkninger. Gennemsnitlig behandlingstid estimeres til 6 mdr.
22: Hvad er mer-/mindreudgiften pr. patient pr. år?
Medicin: 40.500 kr. pr. patient per mdr, prisen uafhængig af dosis. Hertil kommer udgifter evaluering CT-scanninger hver 3. mdr (5000 per sæt), EKG og blodprøver 500 kr per mdr Ved en gennemsnitlig behandlingsvarighed på 6 mdr og 8 ptt per år vil de samlede udgifter løbe op i 2.088.000 kroner
23: Hvilken mer-/mindreudgift kan ventes for andre sygehuse, sektorer mv.?
Der forventes ikke at være merudgifter for andre sygehuse sektorer da disse patienter ved alvorlige bivirkninger indlægges på de behandlende onkologiske afdelinger til udredning og behandling
24: Hvilke usikkerheder er der ved ovenstående beregninger?
Usikkerheden ved beregningerne er primært på behandlingsvarighed

Øvrige kommentarer

EMA godkendte 210314 Cabozantinib til behandling af patienter med metastaserende medullær thyroideacancer. SPC og ”prescribing information” vedhæftes. Videnskabelig artikel vedhæftes.

Appendiks 1

Litteratursøgning og –vurdering ved mini-MTV af lægemidler

(Links er opdaterede pr. 30. juni 2010)

I Medicinsk Teknologivurdering (MTV) er litteraturvurdering grundlæggende. Dette gælder også for mini-MTV. Det første led er derfor at foretage en litteratursøgning. Derefter foretages en vurdering og sammenfatning af litteraturen.

Litteratursøgning

En kortfattet systematisk litteratursøgning i Mini-MTV skal som minimum indeholde følgende trin:

- 1) Søgning på afsluttede eller igangværende *MTV-projekter og tidlige varsler*, lokalt, nationalt og internationalt, fx:
 - Den Nationale Mini-MTV database <http://www.minimtv.dk>
 - The HTA Database <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
 - MedNytt. Tidlig vurdering - ny diagnostikk og behandling <http://www.mednytt.no/>
 - EuroScan Database <http://www.euroscan.org.uk/technologies/public/search?advance-search=on>
- 2) Søgning på *systematiske oversigtsartikler og meta-analyser*, fx:
 - Database of Systematic Reviews, CDSR (via Cochrane Library) <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME?CRETRY=1&SRETRY=0>
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) The HTA Database <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
 - Medline (PubMed) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> (anvend eventuelt 'Clinical Queries', specifikt ved afgrænsning til 'Systematic Reviews')
 - Embase: adgang via sundhedsfaglige biblioteker
- 3) Søgning efter *igangværende kliniske forsøg*, fx:
 - ClinicalTrials <http://clinicaltrials.gov/>
 - Current Controlled Trials <http://www.controlled-trials.com/>
 - Clinical Trials, The National Cancer Institute <http://www.cancer.gov/clinicaltrials>
 - Medicinalfirmaernes hjemmesider
- 4) Søgning på nyere *randomiserede kontrollerede undersøgelser* indenfor de senere år, fx:
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL (via Cochrane Library – se pkt. 2)
 - Medline (PubMed) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
 - Embase: adgang via sundhedsfaglige biblioteker

En informationsspecialist eller bibliotekar kan med fordel inddrages i valg af informationskilder og søgning deri.

Dokumentation af litteratursøgning

Med henblik på at dokumentere hvor og hvordan litteraturen er søgt identificeret er det vigtigt, at der ved hver enkelt søgning gemmes oplysninger om

- Hvilke kilder, der er benyttet (databaser, hjemmesider osv.)
- Hvilken periode søgningen dækker
- Hvordan søgningen er gennemført (hvilke søgeord er anvendt, i hvilke felter, hvordan søgeordene er kombinerede)
- Dato for gennemførelse af søgningen

Udvælgelse og vurdering af den fundne litteratur

1. Gennemgang og udvælgelse af de identificerede studier ud fra inklusions- og eksklusionskriterier
2. Vurdering af de inkluderede studier. Først vurderes relevansen, derefter validiteten. Her kan med fordel anvendes tjeklister
3. Angivelse af evidensniveau baseret på "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations" fra 2001 (Appendiks 2). Oplysningerne for de inkluderede studier anføres i evidenstabellen (Appendiks 3)

Appendiks 2

Evidensniveauer

Anbefaling	Evidens-niveau	Behandling/forebyggelse	Prognose	Diagnose	Sundhedsøkonomisk analyse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af prospektive kohorte studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier.
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg.	Prospektivt kohortestudie med > 80% follow-up.	Uafhængig blind sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og reference testen.	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	1c	Absolut effekt. ("Alt eller intet")	Absolut effekt ("Alt eller intet")	"Patognomoniske" testresultater.	Klart god eller bedre, men billigere. Klart dårlig eller værre, men dyrere. Klart bedre eller værre, men til samme pris.
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier.	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier.
	2b	Kohortestudie.	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	2c	Databasestudier.	Databasestudier.		
	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser.			
	3b	Case-control undersøgelse.		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
C	4	Opgørelser, kasuistikker.	Opgørelser, kasuistikker.	Referencetesten er ikke anvendt blindt og uafhængigt.	Analyse uden sensitivitetsanalyse.
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorie forskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret økonomisk teori.

Udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations" (May 2001). Sundhedsstyrelsen overvejer pt. ibrugtagning af den nyeste version fra 2010.

Appendiks 3

Evidenstabel over inkluderede studier i mini-MTV'en

Studie (forfatter, forfattetitel, år, land, ref. nr.)	Formål	Studiedesign	Studieperiode	Population	Resultater (effektstørrelse og 95% konfidensinterval)	Kommentarer (centrale bias, styrker og svagheder ved studiet)	Evidensniveau (Oxford) ¹
<p>Angiv reference: Forfatter(e), titel, tidsskrifttitel, år, volume, sidetal.</p>	<p>Beskriv formålet med studiet, herunder effektmål.</p> <p>For eksempel at vurdere effekten af lægemiddel 1 sammenlignet med lægemiddel 2 ved behandling af personer med indikation X målt på mortalitet, QALY etc.</p>	<p>Angiv studiets design.</p> <p>For eksempel systematisk review, randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), kohortestudie, case- kontrol studie etc.</p> <p>Såfremt det er et multicenterstudie angives dette.</p>	<p>Angiv periode hvor data er indsamlet med måned og årstal.</p>	<p>Beskriv patientgruppe, herunder antal patienter i interventionsgruppe og evt. kontrolgruppe etc.</p>	<p>Angiv resultater inkl. konfidensintervaller.</p>	<p>Beskriv forhold som kan have betydning for vurdering af studiets resultater.</p> <p>For eksempel omfanget af frafald, studiepopulationens størrelse, follow up-periodens længde, overførbarhed til dansk behandlingsregime etc.</p>	<p>Angiv evidensniveau ifølge Appendix 2.</p> <p>Vurder studiets interne validitet.</p>
<p>Elisei et al: Cabozantinib in Progressive Medullary Thyroid Cancer J Clin Oncol 31:3639-3646. 2013</p>	<p>The primary objective of the trial was to determine whether Cabozantinib would prolong PFS, compared against placebo, in pts with metastatic MTC</p>	<p>Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled. No cross-over at progression</p>	<p>From September 2008 through February 2011, 330 patients from 23 countries were randomly assigned 2:1 to receive cabozantinib (219 patients) or placebo (111 patients);</p>	<p>1st or 2nd line treatment in patients with metastatic MTC in documented (central review) progression</p>	<p>Statistically significant improvements were observed in the primary endpoint of PFS. Median PFS was 11.2 months in the Cabozantinib group and 4.0 months in the placebo group. The HR for tumor progression in the Cabozantinib group was 0.28 (95% CI, 0.19 to 0.40; p<0.001).</p>		<p>Level 1b</p>

¹ Se appendiks 2 "Evidensniveauer"

