



DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS  
E TERAPÊUTICAS DE TUMOR  
CEREBRAL NO ADULTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde

# DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS DE TUMOR CEREBRAL NO ADULTO

BRASÍLIA – DF  
2020



2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:  
<http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde  
Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-2848  
Site: <http://conitec.gov.br/>  
E-mail: [conitec@saude.gov.br](mailto:conitec@saude.gov.br)

*Elaboração:*

Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS

*Comitê gestor:*

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde – DGITIS  
Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES

*Grupo elaborador:*

Anna Maria Buehler – HAOC  
Félix Hendrik Pahl – HAOC  
Sandro José Martins – HAOC  
Sérgio Vicente Serrano – HAOC  
Haliton Alves de Oliveira Junior – HAOC  
Camila Araújo da Silva – HAOC  
Camila Francisca Tavares Chacarolli – CPCDT/DGITIS  
Eduardo Carneiro Resende – CPCDT/DGITIS

*Revisão:*

Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT  
Subcomissão Técnica de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas  
Jorgiany Souza Emerick Ebeidalla – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS  
Sarah Nascimento Silva – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS

*Projeto gráfico:*

Gustavo Veiga e Lins

*Projeto de Diagramação:*

Fiocruz Brasília – Projeto ‘Apoio ao aprimoramento da gestão de tecnologias no SUS por meio da plataforma de tradução, intercâmbio e apropriação social do conhecimento’, financiado pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), através do Termo de Execução Descentralizada nº 43/2016.

*Coordenação-geral do projeto de diagramação:*

Jorge Otávio Maia Barreto

*Coordenação dos subprojetos de diagramação:*

Everton Nunes da Silva  
Maria Sharmila Aline de Sousa  
Viviane Cássia Pereira

*Supervisão:*

Clementina Corah Lucas Prado – CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS  
Maria Inez Pordeus Gadelha – SAES/MS  
Vania Cristina Canuto Santos – DGITIS/SCTIE

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI  
Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde.

Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral no Adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

222 p. : il.

Este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas compreende o conteúdo da Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 13, de 11 de setembro de 2019.

Modo de acesso: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_terapeuticas\\_tumor\\_cerebral\\_adulto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_terapeuticas_tumor_cerebral_adulto.pdf)

ISBN 978-85-334-2845-4

1. Protocolos clínicos. 2. Diretrizes terapêuticas. 3. Tumor cerebral. I. Título.

CDU 616-006:616.831

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0265

*Título para indexação:*

Diagnostic and Therapeutic Guidelines for Adult Brain Tumor

# SUMÁRIO

---

1 INTRODUÇÃO -----	4
2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10) -----	5
3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO -----	6
4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO -----	6
5 DIAGNÓSTICO -----	7
6 TRATAMENTO -----	10
6.1 Cuidados gerais -----	10
6.2 Gliomas graus I e II -----	10
6.2.1 Tratamento cirúrgico -----	10
6.2.2 Radioterapia -----	10
6.2.3 Quimioterapia -----	11
6.3 Gliomas graus III e IV – Gliomas de alto grau -----	12
6.3.1 Tratamento cirúrgico -----	13
6.3.2 Radioterapia -----	13
6.3.3 Quimioterapia -----	14
6.4 Gliomas em localizações especiais -----	15
6.4.1 Gliomas de tronco cerebral em adultos -----	15
6.4.2 Gliomas do trato óptico -----	16
7 MONITORIZAÇÃO -----	16
7.1 Avaliação da resposta terapêutica -----	17
7.2 Critérios de interrupção do tratamento -----	17
8 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO -----	17
9 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR -----	17
REFERÊNCIAS -----	19
APÊNDICE – METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA -----	27

# 1 INTRODUÇÃO

Os tumores cerebrais primários são um conjunto de neoplasias malignas originárias de células de sustentação do tecido nervoso (a glia). São tumores raros, correspondendo a 2% de todos os cânceres conhecidos. A sua evolução varia com a célula original e comportamento biológico tumoral, e alguns tipos mais agressivos ainda mantêm elevada mortalidade em adultos – condição pouco modificada pelo emprego das modalidades terapêuticas disponíveis (1-3).

Vários são os fatores normalmente relacionados com o risco de glioma, mas suas definições são comprometidas devido à qualidade metodológica dos estudos, e mesmo os resultados significantes são limitados.

Estudos demonstraram que alergias em geral, asma, eczema (4, 5), presença de diabetes e o consumo de vegetais (6, 7) e fatores genéticos, como os polimorfismos rs273600 e XRCC1-rs25487 (8, 9), são fatores protetores de glioma. No entanto, outros estudos evidenciaram que fatores alimentares e metabólicos, como o consumo de carne vermelha ou processada, chá, café, álcool, tabagismo, sobrepeso e prática de atividade física, não são fatores de risco para gliomas (10-16).

A associação entre outras formas de radiação, como a radiação eletromagnética e radiação de radiofrequência, e câncer é menos clara, e os dados não suportam um papel relevante para esses tipos de radiação como fatores de risco para tumores cerebrais. Números estudos epidemiológicos têm procurado uma possível relação entre o uso do telefone celular e o desenvolvimento de tumores cerebrais (17, 18). Uma meta-análise inconclusiva, que incluiu dados de 22 estudos do tipo caso-controle, apontou um ligeiro aumento no risco associado ao uso do telefone celular (18). Além disso, o risco pareceu estar associado a um período de indução de 10 anos ou mais.

A / Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) da Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os campos eletromagnéticos de radiofrequência como possivelmente cancerígenos para os seres humanos (Grupo 2B)(19). No entanto, análises que consideram mudanças nas taxas de incidência ao longo do tempo, prevalência do uso do telefone celular e período de latência não fornecem suporte para associações causais (20, 21). O uso de hormonioterapia também não está relacionado ao risco de glioma (22, 23). A radiação ionizante é o único fator de risco ambiental firmemente estabelecido para tumores cerebrais (24-29).

Uma pequena proporção de tumores cerebrais acontece devido a síndromes genéticas que estão correlacionadas com um maior risco de desenvolver tumores do sistema nervoso, como a neurofibromatose tipo 1, neurofibromatose tipo 2, síndrome de von Hippel-Lindau, síndrome de Li-Fraumeni, síndrome de Turcot e síndrome do nevo basocelular. A susceptibilidade genética também desempenha um papel na determinação do risco de tumores cerebrais, embora coletivamente essas variantes não representem uma grande proporção de risco (30-62).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Estas Diretrizes visam a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos do tumor cerebral no adulto, com o objetivo de orientar o que é válido e não válido técnico-cientificamente, com base em evidências que garantam a segurança, a efetividade e a reprodutibilidade, para orientar condutas e protocolos assistenciais. A metodologia de busca e avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice**.

## 2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID-10)

**C71.0**

Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos (neoplasia maligna supratentorial SOE)

**C71.1**

Neoplasia maligna do lobo frontal

**C71.2**

Neoplasia maligna do lobo temporal

**C71.3**

Neoplasia maligna do lobo parietal

**C71.4**

Neoplasia maligna do lobo occipital

**C71.5**

Neoplasia maligna do ventrículo cerebral (exclui quarto ventrículo, C 71.7)

**C71.6**

Neoplasia maligna do cerebelo

**C71.7**

Neoplasia maligna do tronco cerebral (neoplasia maligna infratentorial SOE)

**C71.8**

Neoplasia maligna do encéfalo com lesão invasiva (neoplasia maligna que comprometa dois ou mais locais contíguos dentro desta categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado)

**C71.9**

Neoplasia maligna do encéfalo, não especificado

## 3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estas Diretrizes orientam condutas diagnósticas e terapêuticas institucionais para pacientes que se enquadram no seguintes critérios:

**Idade  $\geq$  18 anos; e**

**diagnóstico morfológico ou presuntivo de glioma.**

## 4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ficam excluídos da abrangência destas Diretrizes os casos de:

**Tumor com elementos embrionários (meduloepitelioma, tumor neuroectodérmico primitivo, meduloblastoma, neuroblastoma, retinoblastoma e ependimoma);**

**tumor da região selar (adenoma hipofisário, carcinoma hipofisário e craniofaringioma);**

**tumor de origem linfo-hematopoética (linfomas, plasmocitoma e sarcoma granulocítico);**

**tumor de células germinativas (germinoma, carcinoma embrionário, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma, teratoma e tumores germinativos mistos);**

**tumor de meninge (meningioma, sarcomas e tumores melanocíticos);**

**tumores dos nervos cranianos e espinhais (neurofibroma, neurinoma e Schwannoma maligno); e**

**metástase(s) cerebral(ais).**

## 5 DIAGNÓSTICO

A avaliação inicial compreende o exame físico e neurológico detalhados e exames de neuroimagem. A extensão da doença é diagnosticada minimamente por tomografia computadorizada contrastada (TC), complementada, se disponíveis, por ressonância magnética (RM) e espectroscopia/perfusão (63, 64).

O diagnóstico definitivo é firmado pelo estudo histopatológico. Nos pacientes candidatos à cirurgia, recomenda-se que o diagnóstico seja realizado pelo procedimento cirúrgico definitivo. Nos pacientes que não são candidatos à cirurgia como primeiro tratamento (por condições clínicas do paciente desfavoráveis ou localização do tumor em áreas críticas), o diagnóstico poderá ser obtido por intermédio de biópsia estereotáxica ou a céu aberto. Preferencialmente, o patologista deve ser informado sobre o quadro clínico do doente e os achados ao exame de neuroimagem. A graduação dos tumores é baseada em aspectos histopatológicos, quais sejam: atipias nucleares, índice mitótico, proliferação endotelial e grau de necrose (65).

Embora se proceda à biópsia para o diagnóstico histopatológico nos tumores cerebrais, as lesões de tronco cerebral são uma exceção, dado o potencial de complicações relacionado ao procedimento. Nesse sentido, o diagnóstico se ancora, iminentemente, na RM, sendo ela o guia da conduta terapêutica. Embora estudos que avaliaram o diagnóstico de gliomas de tronco cerebral tenham mostrado resultados favoráveis para a biópsia, esta resultou em maior risco de complicações que a RM (66, 67). Sendo assim, a biópsia estereotáxica pode

ser indicada, considerando os critérios clínicos e a avaliação dos seus riscos e benefícios para o paciente.

De acordo com o número de achados histopatológicos, os gliomas são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)(65) em:

- Grau I: Lesões não infiltrativas, com baixo potencial proliferativo, sem atipias nucleares, mitoses, proliferação endotelial ou necrose;
- Grau II: Lesões em geral infiltrativas, com atipias nucleares e baixo índice mitótico, sem proliferação endotelial ou necrose;
- Grau III: Lesões infiltrativas, com dois critérios presentes, em geral atipias nucleares e alto índice mitótico; e
- Grau IV: Lesões infiltrativas, com três ou quatro critérios presentes.

### Fatores genético-moleculares de diagnóstico

Os principais marcadores genético-moleculares relacionados ao diagnóstico de gliomas são a codeleção 1p/19q, mutações no gene da isocitrato desidrogenase (IDH) 1 e 2 e metilação de MGMT(68). Mutações no gene da IDH 1 e 2 são marcadores de gliomas de baixo grau. Quando identificadas em indivíduos com grau III indicam prognóstico favorável (30). A metilação do MGMT apresenta valor prognóstico e preditivo de resposta à quimioterapia.

A realização desses exames não é condição sine qua non para o diagnóstico e tratamento, cabendo, quando disponível, a avaliação do status de mutação do gene IDH por imuno-histoquímica ou métodos moleculares.



## Classificação morfológica

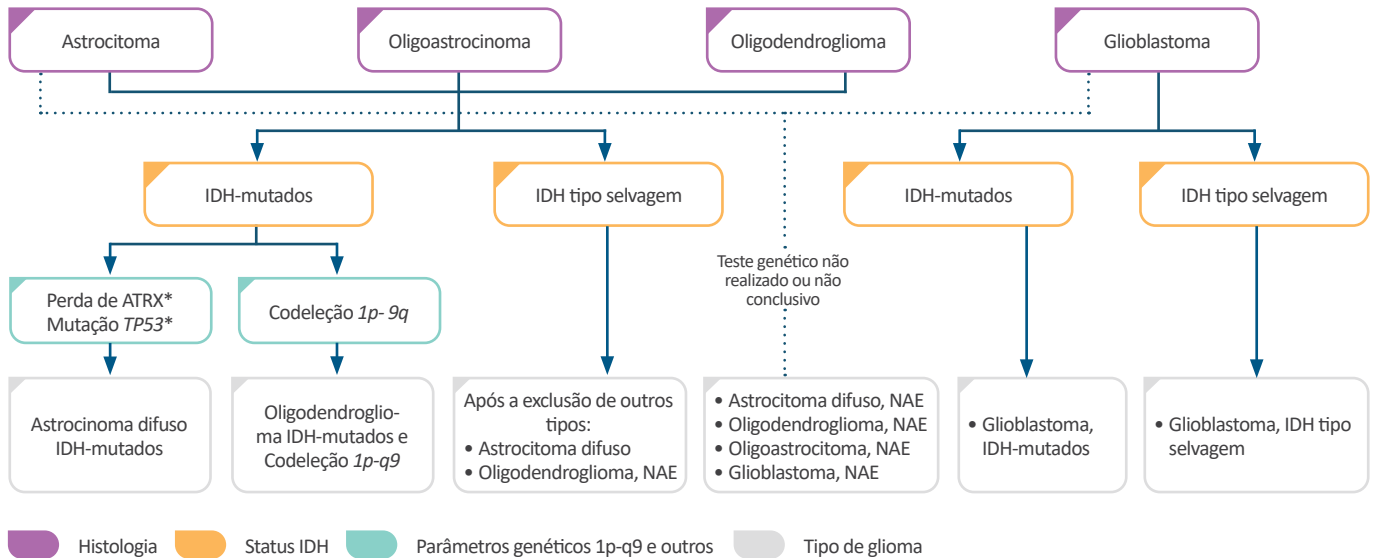
A morfologia (M) das neoplasias correspondente aos gliomas malignos (/3) primários do cérebro (C71.-) encontra-se especificada ao final do Volume 1 da CID-10:

M9380/3	Glioma maligno (C71.-)
M9381/3	Gliomatose cerebral (C71.-)
M9382/3	Glioma misto (C71.-)
M9400/3	Glioma misto (C71.-)
M9401/3	Astrocitoma anaplástico (C71.-)
M9410/3	Astrocitoma protoplásmico (C71.-)
M9411/3	Astrocitoma gemistocítico (C71.-)
M9420/3	Astrocitoma fibrilar (C71.-)
M9421/3	Astrocitoma pilocítico (C71.-)
M9424/3	Xantoastrocitoma pleomórfico (C71.-)
M9440/3	Glioblastoma SOE (C71.-)
M9441/3	Glioblastoma de células gigantes (C71.-)
M9442/3	Gliossarcoma (C71.-)
M9443/3	Espongioblastoma polar primitivo (C71.--)
M9450/3	Oligodendroglioma SOE (C71.-)
M9451/3	Oligodendroglioma anaplástico (C71.-)
M9460/3	Oligodendroblastoma (C71.-)

## Classificação patológica segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

Com base na OMS (65,68), a classificação patológica dos gliomas cerebrais encontra-se na Figura 1 e no Quadro 1.

**Figura 1 – Classificação da Organização Mundial da Saúde de glioma difuso**



Fonte: Autoria própria.

\* Característica, mas não necessária para o diagnóstico; IDH: fosfato-desidrogenase; ATRX: síndrome alfa talassemia/retardo mental ligada ao X; NAE: não anteriormente especificados.

**Quadro 1 – Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de gliomas astrocíticos e oligodendrogliais**

Classificação do Tumor	Grau do Tumor	Definição * ou aspectos característicos genéticos moleculares
<b>Tumores astrocíticos</b>		
Astrocitoma difuso, IDH-mutados	II	Mutação IDH1/2 *, mutação TP53, mutação ATRX
Astrocitoma difuso, IDH tipo selvagem	II	Sem mutação IDH1/2
Astrocitoma anaplásico, IDH-mutados	III	Mutação IDH1/2 *, mutação TP53, mutação ATRX
Astrocitoma anaplásico, IDH tipo selvagem	III	Sem mutação IDH1/2
Glioblastoma, IDH-mutados	IV	Mutação IDH1/2 *, mutação TP53, mutação ATRX
Glioblastoma, IDH tipo selvagem	IV	Sem mutação IDH1/2, mutação promotora TERT
Glioblastoma, NAE	IV	Teste genético não realizado ou não conclusivo
Glioma difuso da linha mediana, H3 K27M mutado	IV	Mutação H3 K27M *
<b>Tumores oligodendrogliais</b>		
Oligodendrogloma, IDH-mutados e codeleção 1p/19q	II	Mutação IDH1/2 *, codeleção 1p/19q*, sem mutação ATRX, mutação promotora TERT
Oligodendrogloma, NAE	II	Teste genético não realizado ou não conclusivo
Oligoastrocitoma, NAE	II	Teste genético não realizado ou não conclusivo
Oligodendrogloma anaplásico, IDH-mutados e codeleção 1p/19q	III	Mutação IDH1/2 *, codeleção 1p/19q*, sem mutação ATRX, mutação promotora TERT
Oligodendrogloma anaplásico, NAE	III	Teste genético não realizado ou não conclusivo
Oligoastrocitoma anaplásico, NAE	III	Teste genético não realizado ou não conclusivo

Fonte: Autoria própria.

\* Alterações que definem a entidade de classificação da OMS são marcadas por um asterisco; IDH: fosfato-desidrogenase; ATRX: síndrome alfa talassemia / retardo mental ligada ao X; NAE: não anteriormente especificados.

## 6 TRATAMENTO

Os pacientes devem ser avaliados e o plano de tratamento determinado por uma equipe multidisciplinar especializada, incluindo neurocirurgião, oncologista clínico, radioterapeuta, patologista e neuroradiologista(69).

### 6.1 Cuidados gerais

De modo geral, são medicamentos utilizados nos cuidados clínicos dos pacientes:

**Corticosteroides:** O uso de corticosteroide (geralmente dexametasona 8-16 mg/dia) permite uma redução rápida do edema cerebral associado ao tumor e melhora os sintomas. Os níveis de glicose dos pacientes precisam ser monitorados. Os esteroides não são necessários em pacientes sem aumento da pressão intracraniana ou na ausência de déficits neurológicos associados ao edema. Não há necessidade de terapia prolongada com esteroide após ressecção tumoral ou profilaxia durante a radioterapia em pacientes assintomáticos. É possível reduzir rapidamente e suspender o corticosteroide, para evitar os efeitos tóxicos associados à exposição prolongada, como miopatia e fraqueza, linfopenia e risco de infecção, osteoporose e síndrome de Cushing (69).

**Antiepilépticos:** São indicados em pacientes com convulsões; no entanto, o uso profilático de anticonvulsivantes fora da fase perioperatória não é indicado. Após a ressecção do tumor, a indicação de terapia anti-convulsiva só deve ser utilizada se ocorrer convulsão (70, 71). Necessita-se cautela e vigilância com o uso de fenitoína durante a radioterapia, pelo risco de síndrome de Steven-Johnson. Igualmente, necessita-se vigilância com o uso de ácido valproico por ele potencializar a fadiga e plaquetopenia, se em uso concomitante com a quimioterapia. Estudos que compararam a eficácia entre os anticonvulsivantes, em pa-

cientes com gliomas, não foram capazes de demonstrar superioridade de um em detrimento ao outro (72-77).

**Anticoagulantes:** Os pacientes com glioma apresentam risco aumentado de eventos tromboembólicos devido a um estado pró-trombótico induzido pelo próprio tumor, pela quimioterapia, pela imobilização e pelo uso de esteroides (78). A anticoagulação profilática não é recomendada, porém a investigação ativa faz-se necessária diante de suspeita de tromboembolismo e, se confirmado, este deverá ser tratado. A presença de um tumor cerebral não é uma contraindicação para o uso de anticoagulantes padrão em pacientes com trombose comprovada (69).

### 6.2 Gliomas graus I e II

Para o tratamento dos gliomas de baixo grau são utilizadas várias modalidades terapêuticas, de forma isolada ou combinada.

#### 6.2.1 Tratamento cirúrgico

A cirurgia é o tratamento de escolha para os casos de tumores primários do cérebro. A ressecção tumoral deve ser máxima, desde que a função neurológica não seja comprometida pela extensão da ressecção, já que esta confere valor prognóstico(79). Quando a ressecção microcirúrgica não é segura (por exemplo, devido à localização do tumor ou condição clínica desfavorável do paciente), uma biópsia deve ser procedida(69)

#### 6.2.2 Radioterapia

Os fatores relacionados ao paciente, ao tumor e ao tipo de ressecção procedida interferem no prognóstico e na terapia adjuvante,

pós-operatória. A sobrevivência mediana de pacientes com astrocitoma, glioma misto e oligodendroglioma foi, respectivamente, de 5,2, 5,6 e 7,2 anos nos EUA entre 2001 e 2011(80). Além de existir uma correlação entre idade e histologia tumoral, pacientes jovens tendem a apresentar lesões de baixo grau associadas à localização de acesso cirúrgico mais favorável e se apresentarem oligossintomáticos. Com esses fatores, uma conduta conservadora após a cirurgia pode ser levada em conta. Pacientes idosos, com lesão residual após a cirurgia e com sintomas progressivos geralmente necessitam de uma terapia imediata mais agressiva, como radioterapia adjuvante ou mesmo sua associação com quimioterapia.

### 6.2.2.1 Radioterapia adjuvante de gliomas de baixo grau

A radioterapia é, historicamente, utilizada como tratamento adjuvante à cirurgia, para tratar doença residual em pacientes com astrocitoma difuso. Pode também ser utilizada como “resgate”, quando comprovada evolução da doença radiológica, piora neurológica ou mesmo na documentação de transformação maligna.

Controvérsias em relação à radioterapia em casos de glioma de baixo grau envolvem o momento ideal de sua aplicação e sua dose. O estudo EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*) 22845(81) demonstrou que a radioterapia imediata prolongou o tempo livre de progressão tumoral quando comparada à radioterapia aplicada somente no momento da progressão tumoral, sem afetar a sobrevida global dos pacientes. Porém, esse estudo não considerou o tipo de cirurgia e idade dos pacientes, fatores de grande importância no prognóstico, bem como a qualidade de vida dos pacientes tratados.

Recomenda-se a radioterapia adjuvante, imediatamente após a cirurgia, nos pacientes

com gliomas de baixo grau operados com as seguintes características:

- Idade maior que 40 anos;
- doença recorrente ou em progressão;
- tumores com diâmetro maior que 6 cm;
- persistência ou progressão de sintomas ou sinais neurológicos;
- lesões que crescem na região da linha média.

A dose de radiação utilizada normalmente é de 50,4 Gy a 54 Gy com frações de 1,8Gy/dia, 5 dias/semana. Estudos que avaliaram doses de radiação mais elevadas como tratamento inicial não demonstraram aumento na sobrevida dos pacientes (82, 83), que aumentam os efeitos tóxicos das doses elevadas de radiação.

Quanto às técnicas de radioterapia utilizadas, a tridimensional é de fundamental importância para localização correta da área irradiada de interesse, permitindo alcançar a dose terapêutica adequada enquanto se tenta preservar as estruturas sadias adjacentes (84). A técnica IMRT (Radioterapia de Intensidade Modulada) melhora significativamente a distribuição de dose com melhor preservação dos tecidos adjacentes em lesões próximas a estruturas eloquentes, como o tronco cerebral e trato óptico.

A definição adequada do volume de tratamento requer o uso da RM associada à tomografia computadorizada (TC) de planejamento, chamado de fusão de imagens, e acessórios de imobilização que permitam a melhor reprodutibilidade diária (p.ex., apoio de cabeça e máscara termoplástica). Baseado em dados do protocolo RTOG 9802 (83) e padrão de recidivas em variantes mais agressivas (85), a definição dos volumes segue os seguintes critérios:

- GTV (*Gross Tumor Volume*) deve contemplar a cavidade cirúrgica vista na TC de planejamento somado à imagem de realce ao contraste paramagnético na ressonância após cirurgia e áreas com alteração de sinal nas sequências T2/FLAIR.

- CTV (*Clinical Target Volume*) adicionar margens de 1 cm ao GTV.
- PTV (*Planning Target Volume*), adicionar margens de 0,5 cm ao CTV.

### 6.2.2.2 Radioterapia adjuvante concomitante à quimioterapia – Gliomas de baixo grau

As evidências científicas disponíveis não demonstram benefício para radioterapia em uso concomitante à quimioterapia no tratamento adjuvante de adultos com glioma de baixo grau (5). Desta forma, não se recomenda radioterapia adjuvante concomitante à quimioterapia em gliomas graus I e II.

### 6.2.2.3 Radioterapia exclusiva de gliomas de baixo grau

Pacientes com lesões não ressecadas devido à sua localização em áreas eloquentes ou pacientes com sintomas progressivos devem ter seu tratamento discutido individualmente, considerando os fatores prognósticos relacionados à doença (histologia, grau e, se disponível, perfil molecular) e ao paciente, para a definição quanto à finalidade curativa ou paliativa da radioterapia. Dessa forma, procede-se com escolha da técnica, dose e utilização ou não de quimioterapia concomitante. Cuidados paliativos devem ser considerados para os pacientes sintomáticos com lesões irresssecáveis que acumulam mais de dois fatores prognósticos desfavoráveis.

### 6.2.2.4 Radioterapia nas recidivas de gliomas de baixo grau

Apesar do prognóstico reservado em caso de lesões recidivadas, quando uma nova ressecção cirúrgica não pode ser procedida, a radioterapia com técnicas que permitem uma melhor localização da(s) lesão(ões) e elevadas doses de radiação por fração, como a radio-

cirurgia (dose única) ou radioterapia estereotáxica fracionada, podem ser utilizadas, quando disponíveis (86). Porém, tais casos devem ser avaliados para conduta individualizada de acordo com os riscos de nova aplicação de radioterapia e os benefícios que essa conduta trará ao paciente.

### 6.2.3 Quimioterapia

Os pacientes selecionados para terapia pós-operatória imediata devem receber radiação e quimioterapia sequencial.

Estudos que avaliaram a combinação de radioterapia, na dose de 54 Gy em 30 frações, e quimioterapia com procarbazina, lomustina e vincristina (PCV) em seis ciclos, mostraram maior sobrevida global após dois anos e maior sobrevida livre de progressão tumoral em 2, 5 e 10 anos (87-89). Dessa forma, recomenda-se o uso da combinação de radioterapia 54 Gy em 30 frações associado a quimioterapia com PCV (6 ciclos (8 semanas cada ciclo) pós-radioterapia com procarbazina 60 mg/m<sup>2</sup>, lomustina (CCNU) 110 mg/m<sup>2</sup> e vincristina 1,4 mg/m<sup>2</sup>).

Ainda não está claro o papel da temozolomida (TMZ) na quimioterapia de gliomas de baixo grau e não existem estudos que comparem diretamente a TMZ com o esquema PCV. Estudos de longo prazo não evidenciaram aumento de sobrevida nem da qualidade de vida dos pacientes tratados com radioquimioterapia com TMZ em relação àqueles somente submetidos à radioterapia (5, 90). No entanto, a TMZ tem sido prescrita, mormente por seu perfil de segurança ou impossibilidade de uso do esquema PVC.

### 6.3 Gliomas graus III e IV – Gliomas de alto grau

Para o tratamento dos gliomas de alto grau são utilizadas as mesmas modalidades terapêuticas que se utilizam para tratar os gliomas de baixo grau.

### 6.3.1 Tratamento cirúrgico

A cirurgia é sempre o tratamento de escolha para os casos de tumores primários do cérebro. A ressecção tumoral deve ser máxima, desde que a função neurológica não seja comprometida pela extensão da ressecção, já que esta confere valor prognóstico (78). Quando a ressecção microcirúrgica não é segura (por exemplo, devido à localização do tumor ou condição clínica desfavorável do paciente), uma biópsia deve ser realizada (69).

### 6.3.2 Radioterapia

Para a decisão terapêutica, fatores prognósticos devem ser considerados (91), como a condição clínica (capacidade funcional) do paciente, avaliada por meio da escala de KPS (*Karnofsky Performance status*) - variável de 100 (sem sinais ou queixas, sem evidência de doença) a  $\leq 10$  (paciente agônico), e da chamada RPA (*Recursive Partitioning analysis*) (92, 93).

Os fatores abaixo estão intimamente ligados à piora da mediana de sobrevida dos pacientes:

- Idade  $\geq 50$  anos.
- KPS  $< 70$
- Diagnóstico histopatológico de astrocitoma anaplásico ou glioblastoma.
- Sintomas e sinais neurológicos presentes e de rápida progressão ( $< 3$  meses)
- Ressecção cirúrgica parcial ou apenas biópsia.

#### 6.3.2.1 Radioterapia adjuvante de gliomas de alto grau

Entre as principais condutas adjuvantes à cirurgia em pacientes com gliomas de alto grau, a radioterapia é comprovadamente a mais eficaz. Um estudo do BTCCG (*Brain Tumor Cooperative Group*) (94) demonstrou aumento da sobrevida dos pacientes tratados com

radioterapia pós-operatória quando comparada aos pacientes tratados exclusivamente com cirurgia. Quando comparada à quimioterapia adjuvante exclusiva, a radioterapia também foi mais efetiva. Quanto à dose de radiação a ser utilizada, o aumento da dose de 50 Gy para 60 Gy trouxe melhoras no tempo de sobrevida. Pacientes que receberam além dessa dose apresentaram aumento nas possibilidades de efeitos colaterais (95).

Estudos que compararam o uso de temozolamida na dose de 75 mg/m<sup>2</sup> concomitante à radioterapia e temozolamida 200mg/m<sup>2</sup> adjuvante à radioterapia, 5 dias na semana durante 6 meses, versus somente a radioterapia (sem placebo ou outro esquema quimioterápico) demonstraram ganho de sobrevida global (96, 97). Pacientes que apresentaram metilação da enzima MGMT evidenciaram benefício maior com a utilização da temozolamida.

O uso da radioterapia tridimensional permite o adequado controle das doses de radiação liberadas no volume-alvo e estruturas normais adjacentes, fazendo do seu uso indispensável no tratamento de gliomas de alto grau. A técnica de radioterapia com feixe de intensidade modulada (IMRT) pode ser utilizada em situação em que a área a ser irradiada está adjacente às áreas eloquentes, como o tronco cerebral ou vias ópticas. Assim como nos gliomas de baixo grau, a fusão de imagens da tomografia computadorizada (TC) de planejamento com a RM pós-operatória apresenta particular interesse por fornecer informações precisas sobre o volume tumoral remanescente, áreas de edemas peri-tumorais e estruturas normais de interesse. Os acessórios de imobilização devem ser customizados, buscando a reprodutibilidade e o máximo conforto do paciente por meio de apoios para cabeça e máscaras termoplásticas.

Quanto à definição dos volumes de interesse, um estudo do RTOG (*Radiation Therapy Oncology Group*) dividiu o tratamento em duas fases, sendo:

- **Fase 1**

GTV1: Cavidade cirúrgica vista à TC de planejamento + áreas de captação ao contraste paramagnético nas sequências ponderadas em T1 + áreas de alteração de sinal nas adjacências à cavidade cirúrgica nas sequências ponderadas em T2/FLAIR. (RM pós-operatória)

CTV1: GTV1 + 1 a 2 cm. Excluindo áreas sabidamente não acometidas pela doença que podem apresentar barreiras anatômicas à disseminação tumoral como ventrículos e ossos.

PTV1: CTV1 + 3 a 5 mm.

Dose: 46 a 50 Gy (1,8 a 2 Gy / dia – 5 dias / semana)

- **Fase 2**

GTV2: Cavidade cirúrgica vista à TC de planejamento + áreas de captação ao contraste paramagnético nas sequências ponderadas em T1 (RNM pós-operatória).

CTV2: GTV2 + 1 a 2 cm. Excluindo áreas sabidamente não acometidas pela doença que podem apresentar barreiras anatômicas à disseminação tumoral como ventrículos e ossos.

PTV2: CTV2 + 3 a 5 mm.

Dose: 60 Gy (1,8 a 2 Gy / dia – 5 dias/semana)

### 6.3.2.2 Radioterapia de gliomas de alto grau não ressecados

Assim como em casos de glioma de baixo grau, pacientes com lesões de alto grau não ressecadas devido à localização da lesão em áreas eloquentes ou pacientes com sintomas progressivos devem ter seu tratamento discutido individualmente, considerando-se os fatores prognósticos para definir a finalidade curativa ou paliativa da radioterapia. Dessa forma, procede-se à escolha da técnica e dose da radioterapia e sua combinação, ou não, com a quimioterapia. Cuidados paliativos devem ser considerados para os pacientes sinto-

máticos que acumulam fatores prognósticos desfavoráveis.

### 6.3.3 Quimioterapia

Estudos demonstraram que a quimioterapia com TMZ concomitante à radioterapia e adjuvante à radioterapia foi superior em termos de eficácia quando comparada à radioterapia isolada, ou seja sem placebo ou outro esquema quimioterápico (79, 96, 98-108). A TMZ é administrada diariamente (7 dias por semana) durante a radioterapia (concomitante) e, durante a fase de manutenção, durante 5 dias a cada 4 semanas por 6 meses, podendo este tempo ser estendido por 12 meses, de acordo com o protocolo institucional (99, 109).

Com pacientes idosos, os estudos que avaliaram esquemas com TMZ em monoterapia ou concomitante e adjuvante à radioterapia mostraram benefícios significantes, principalmente nos grupos de pacientes com metilação do MGMT (105, 110, 111). A metilação do promotor MGMT é fortemente preditiva para o benefício da quimioterapia TMZ, sugerindo que os pacientes com MGMT metilado obtêm melhores resultados com quimioterapia do que aqueles pacientes sem a metilação.

#### 6.3.3.1 Glioma de alto grau após a recidiva

No caso de recidiva de glioma de alto grau, se indicado tratamento, pode ser realizada nova ressecção cirúrgica. Quando esta não for possível, a radioterapia com técnicas de radiocirurgia (fração única) ou radioterapia estereotáxica fracionada podem ser utilizadas. Esquemas de quimioterapia de segunda linha podem ser indicados. Muitas vezes, cuidados paliativos exclusivos representam uma opção melhor para pacientes em tais condições.

A quimioterapia paliativa do glioma de alto grau recorrente pode ser feita com nitrosureia (carmustina ou temozolomida), inclusive re-

-exposição a TMZ em dose protraída (50mg/m<sup>2</sup>), ou com lomustina ou irinotecano associada a bevacizumabe (112-114). Porém, muitos esquemas quimioterápicos são possíveis, em monoterapia ou em poliquimioterapia, utilizando carmustina, lomustina, irinotecano, temozolamida, bevacizumabe, procarbazina, carboplatina e vincristina.

## 6.4 Gliomas em localizações especiais

### 6.4.1 Gliomas de tronco cerebral em adultos

São gliomas de comportamento e localização específicos, originando-se no tronco cerebral, ponte ou medula oblonga, podendo estender-se para o cerebelo, pedúnculo cerebelar ou terço superior da medula espinhal em sua região cervical. Ao contrário do que se observa em crianças, em que o glioma de tronco é frequente (cerca de 20% dos tumores cerebrais) e possui um comportamento mais agressivo, o glioma de tronco em adultos representa de 1% a 2% dos gliomas em adultos e apresenta um comportamento favorável.

Os gliomas de tronco cerebral apresentam um curso heterogêneo relacionado à sua extensão (focal ou difuso) e padrão radiológico ou, quando a biópsia e o exame patológico foram viáveis, padrão histopatológico. Com isso, são classificados em difusamente infiltrativo, focal, exofítico e glioma tectal.

O glioma de tronco cerebral difusamente infiltrativo é o mais comum entre as outras variantes dessa localização e, em adultos, normalmente apresenta-se como lesão de baixo grau e de comportamento indolente, assim como as variantes exofítica e tectal. Já o glioma focal com captação do contraste paramagnético visto nas sequências em ponderação T1 na ressonância magnética (RM), normalmente é de alto grau e de comportamento mais agressivo.

Exceto as lesões focais exofíticas de localização posterior com protrusão para o quarto

ventrículo, as demais lesões não são operáveis, sendo a radioterapia a principal modalidade terapêutica. A cirurgia normalmente é realizada para diagnóstico histopatológico ou para derivações ventriculares em pacientes sintomáticos ou potencialmente sintomáticos.

A radioterapia representa a principal modalidade terapêutica para os gliomas de tronco cerebral, podendo levar a uma diminuição ou mesmo estabilização nas suas dimensões. Devido ao comportamento variável de grande parte dessas lesões, o momento ideal para iniciar-se a radioterapia é tema de grande debate, visto que alguns pacientes podem passar anos com a lesão estável e sem manifestar qualquer sintoma, podendo alguns deles até serem conduzidos com derivação ventricular e seguimento. O diagnóstico histopatológico ou as características clínicas e radiológicas podem auxiliar no momento ideal para o início da radioterapia, que deve ser imediata em lesões com características desfavoráveis.

Assim como nas lesões supratentoriais, a técnica minimamente aceitável é a tridimensional conformada com o uso adequado dos acessórios de imobilização. A radiocirurgia ou a radioterapia estereotáxica fracionada pode ser utilizada, com resultados promissores, em lesões focais que captam contraste paramagnético à RM.

A dose de radioterapia pode variar de 54 a 59,4 Gy com frações de 1,8 Gy/dia, 5 dias na semana, não havendo evidência de superioridade para fracionamentos alternativos (hiperfracionamento ou hipofracionamento)(43).

Para o planejamento da radioterapia, a fusão das imagens da TC de planejamento com RM é utilizada para a delimitação precisa da lesão a ser irradiada e das estruturas normais adjacentes.

A definição dos volumes de tratamento segue os mesmos princípios dos gliomas supratentoriais:



- GTV: Lesão vista à TC de planejamento + áreas de alteração de sinal nas sequências T2/FLAIR da RNM + áreas de captação ao contraste paramagnético nas sequências ponderadas em T1 da RM.
- CTV: GTV + 1 cm. Em lesões infiltrativas difusas com grande alteração de sinal nas sequências ponderadas em T2/FLAIR todo tronco cerebral deve ser incluído no CTV. O CTV deve ser editado excluindo-se áreas que representam potencial barreira anatômica para disseminação tumoral local, como os ventrículos cerebrais.
- PTV: CTV + 3 a 5 mm.

Inexiste evidência de que a quimioterapia agregue benefícios quando associada à radioterapia.

#### 6.4.2 Gliomas do trato óptico

Glioma do trato óptico ocorre no trajeto dos nervos ópticos e frequentemente acomete crianças menores que 10 anos (75% dos casos). Quando ocorre em adultos, o que é raro, é tipicamente associado uma lesão de baixo grau, em sua maioria astrocitoma pilocítico. Tem forte associação com neurofibromatose do tipo 1 e sua localização é classificada como pré-quiasmática, quiasmática ou hipotalâmica. Cursa comumente com alteração da

acuidade visual e protusão do globo ocular (proptose). A RM mostra, normalmente, lesão circunscrita e homogênea iso- ou hiperintensa nas sequências ponderadas em T2/FLAIR e isoíntensa em T1. A biópsia para o diagnóstico histopatológico usualmente não é realizada, e o diagnóstico é feito com base nos achados clínicos e de imagem.

Tipicamente, devido ao seu comportamento indolente, os casos de glioma do trato óptico são mantidos com observação, sendo tratados quando as lesões são progressivas ou sintomáticas. A radioterapia, apesar de oferecer um bom controle local, deve ser postergada o máximo possível devido à sua toxicidade local aguda e tardia, que leva à perda da acuidade visual, vasculopatias e disfunções endócrinas.

A radioterapia normalmente é indicada em lesões progressivas ou refratárias a despeito do tratamento com quimioterapia ou então em lesões com extensão intracraniana. A dose de radiação utilizada tipicamente é entre 45 e 54 Gy com frações de 1,8 Gy/dia, 5 dias na semana, por técnica de radioterapia estereotáxica fracionada. A fusão de imagens com a RNM é mandatória para localização da lesão e estruturas adjacentes, assim como a técnica tridimensional é a mínima aceitável (115).

A vincristina e a carboplatina continuam sendo os antineoplásicos utilizados na quimioterapia de glioma do tronco cerebral.

## 7 MONITORIZAÇÃO

- Exames laboratoriais prévios à quimioterapia: hemograma, creatinina sérica, aminotransferases/transaminases (ALT/TGP e AST/TGO), gama-glutamiltransferase (gamaGT) e glicemia.
- Exames laboratoriais durante a radioquimioterapia: hemograma semanal.
- Exames de neuroimagem: pré-tratamento, 45-90 dias após a radioquimioterapia e ao término da quimioterapia pós-operatória.

### 7.1 Avaliação da resposta terapêutica

A avaliação da resposta ao tratamento anti-neoplásico paliativo é baseada na observação clínica e não pode ser feita exclusivamente por achados a exaure de neuroimagem.

Alguns estudos observacionais avaliaram a monitorização do indivíduo com glioma, comparando os critérios de Mc Donald, RECIST e RANO (116-120). No entanto, devido à baixa qualidade desses estudos e ao fato de avaliarem desfechos e intervenções diferentes, não é possível recomendar um critério em detrimento de outro.

### 7.2 Critérios de interrupção do tratamento

A radioterapia paliativa deve ser suspensa na evidência clínico-neurológica progressão de doença.

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de:

- Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos pelo National Cancer Institute (EUA), de uso internacional;
- redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 (confinado ao leito mais de 50% do dia; corresponde ao KPS = 30%-40%) ou 4 (totalmente confinado ao leito; corresponde ao KPS < 30%) da escala de Zubrod;
- após seis ciclos de quimioterapia, nos doentes que recebem tratamento pós-operatório e não apresentam lesão residual;
- a qualquer tempo, na evidência clínico-neurológica de progressão de doença;
- falta de adesão ao tratamento;
- manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos.

## 8 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

- Consulta e exame físico, no mínimo a cada três meses no primeiro ano; quadrimestral no segundo ano; semestral no terceiro ano; e anual após, por toda a vida do doente.
- Exames laboratoriais e de neuroimagem devem ser solicitados em bases individuais, de acordo com os sintomas e sinais notados durante o acompanhamento.

## 9 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

É fundamental a observância aos protocolos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, todos disponíveis em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Na ausência de protocolos publicados por este Ministério, os hospitais habilitados para a assistência de alta complexidade em oncologia no SUS devem estabelecer seus protocolos assistenciais, inclusive utilizando estas Diretrizes como orientadoras (121).

Doentes adultos com diagnóstico de neoplasia maligna cerebral devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de radioterapia e minimamente naqueles com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e acompanhar.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com a avaliação da extensão da doença, o tratamento, a prescrição das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras:

- manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- autorização prévia dos procedimentos;
- monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos);
- verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica).

Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do

procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Com poucas exceções, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS, sem necessariamente indicar quais são esses medicamentos. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e cirúrgicos (Grupo 04, Subgrupo 03) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento dessa Tabela, com versão mensalmente atualizada e disponibilizada em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp?first=10>).

## REFERÊNCIAS

1. CHEMOTHERAPY for high-grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 4, p. Cd003913, 2002.
2. BLOMGREN, H. Brain tumors. **Actaoncologica**, Stockholm, Sweden, v. 35, p. 16-21, 1996. Suppl. 7.
3. GUTIN, P. H.; POSNER, J. B. Neuro-oncology: diagnosis and management of cerebral gliomas - past, present, and future. **Neurosurgery**, v. 47, n. 1, p. 1-8, 2000.
4. CHEN, C. *et al.* Allergy and risk of glioma: a meta-analysis. **European journal of neurology**, v. 18, n. 3, p. 387-395, 2011.
5. BAUMERT, B. G. *et al.* Temozolomide chemotherapy versus radiotherapy in high-risk low-grade glioma (EORTC22033-26033): a randomised, open-label, phase 3 intergroup study. **The Lancet Oncology**, v. 17, n. 11, p. 1521-1532, 2016.
6. LI, Y. Association between fruit and vegetable intake and risk for glioma: A meta-analysis. **Nutrition**, 30, n. 11/12, p. 1272-1278, 2014.
7. ZHAO, L.; ZHENG, Z.; HUANG, P. Diabetes mellitus and the risk of glioma: a meta-analysis. **Oncotarget**, v. 7, n. 4, p. 4483-4489, 2016.
8. ADEL FAHMIDEH, M. *et al.* Association between DNA repair gene polymorphisms and risk of glioma: a systematic review and meta-analysis. **Neuro-oncology**, v. 16, n. 6, p. 807-814, 2014.
9. ZHOU, P. Association between telomerase reverse transcriptase rs2736100 polymorphism and risk of glioma. **The Journal of surgical research**, v. 191, n. 1, p. 156-160, 2014.
10. GALEONE, C. *et al.* A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of brain tumours. **Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology**, v. 24, n. 2, p. 514-523, 2013.
11. MALERBA, S. *et al.* A meta-analysis of coffee and tea consumption and the risk of glioma in adults. **Cancer causes & control: CCC**, v. 24, n. 2, p. 267-276, 2013.
12. MANDELZWEIG, L.; NOVIKOV, I.; SADETZKI, S. Smoking and risk of glioma: a meta-analysis. **Cancer causes & control: CCC**, v. 20, n. 10, p. 1927-1938, 2009.
13. NIEDERMAIER, T. *et al.* Body mass index, physical activity, and risk of adult meningioma and glioma: A meta-analysis. **Neurology**, v. 85, n. 15, p. 1342-1350, 2015.
14. SANEEI, P.; WILLETT, W.; ESMAILZADEH, A. Red and processed meat consumption and risk of glioma in adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Research in Medical Sciences**, v. 20, n. 6, p. 602-612, 2015.
15. SERGENTANIS, T. N. *et al.* Obesity and Risk for Brain/CNS Tumors, Gliomas and Meningiomas: A Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 10, n. 9, p. e0136974, 2015.
16. WEI, Y. *et al.* Association between processed meat and red meat consumption and risk for glioma: a meta-analysis from 14 articles. **Nutrition**, v. 31, n. 1, p. 45-50, 2015.
17. MYUNG, S. K. *et al.* Mobile phone use and risk of tumors: a meta-analysis. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 27, n. 33, p. 5565-5572, 2009.
18. CORLE, C.; MAKALE, M.; KESARI, S. Cell phones and glioma risk: a review of the evidence. **Journal of neuro-oncology**, v. 106, n. 1, p. 1-13, 2012.

19. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Non-Ionizing Radiation, Part 2: Radiofrequency Electromagnetic Fields**. Lyon: IARC, 2013.(IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 102).
20. LITTLE, M.P. *et al.* Mobile phone use and glioma risk: comparison of epidemiological study results with incidence trends in the United States. **BMJ (Clinical research ed)**, v. 344, p. e1147, 2012.
21. DELTOUR, I. *et al.* Mobile phone use and incidence of glioma in the Nordic countries 1979-2008: consistency check. **Epidemiology** (Cambridge, Mass), v. 23, n. 2, p. 301-307, 2012.
22. BENSON, V. S. *et al.* Menopausal hormone therapy and central nervous system tumor risk: large UK prospective study and meta-analysis. **International journal of cancer**, v. 136, n. 10, p. 2369-2377, 2015.
23. REPACHOLI, M. H. *et al.* Systematic review of wireless phone use and brain cancer and other head tumors. **Bioelectromagnetics**, v. 33, n. 3, p. 187-206, 2012.
24. BRAGANZA, M. Z. *et al.* Ionizing radiation and the risk of brain and central nervous system tumors: a systematic review. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 11, p. 1316-1324, 2012.
25. BOWERS, D. C. *et al.* Subsequent neoplasms of the CNS among survivors of childhood cancer: a systematic review. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 8, p. e321-e328, 2013.
26. NEGLIA, J. P. *et al.* New primary neoplasms of the central nervous system in survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 98, n. 21, p. 1528-1537, 2006.
27. RELLING, M. V. *et al.* High incidence of secondary brain tumours after radiotherapy and antimetabolites. **Lancet**, London, England, v. 354, n. 9172, p. 34-39, 1999.
28. PEARCE, M. S. *et al.* Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. **Lancet**, London, England, v. 380, n. 9840, p. 499-505, 2012.
29. DAVIS, F. *et al.* Medical diagnostic radiation exposures and risk of gliomas. **Radiation research**, v. 175, n. 6, p. 790-796, 2011.
30. COLMAN, S. D.; WILLIAMS, C. A.; WALLACE, M. R. Benign neurofibromas in type 1 neurofibromatosis (NF1) show somatic deletions of the NF1 gene. **Nature genetics**, v. 11, n. 1, p. 90-92, 1995.
31. CICHOWSKI, K. *et al.* Mouse models of tumor development in neurofibromatosis type 1. **Science**, New York, NY, v. 286, n. 5447, p. 2172-2176, 1999.
32. VOGEL, K. S. *et al.* Mouse tumor model for neurofibromatosis type 1. **Science**, New York, NY, v. 286, n. 5447, p. 2176-2179, 1999.
33. ROULEAU, G. A. *et al.* Alteration in a new gene encoding a putative membrane-organizing protein causes neuro-fibromatosis type 2. **Nature**, v. 363, n. 6429, p. 515-521, 1993.
34. SCOLES, D. R. *et al.* Neurofibromatosis 2 tumour suppressor schwannomin interacts with beta1-spectrin. **Nature genetics**, v. 18, n. 4, p. 354-359, 1998.
35. BRUDER, C. E. *et al.* Severe phenotype of neurofibromatosis type 2 in a patient with a 7.4-MB constitutional deletion on chromosome 22: possible localization of a neurofibromatosis type 2 modifier gene? **Genes, chromosomes & cancer**, v. 25, n. 2, p. 184-190, 1999.
36. GOUTAGNY, S.; KALAMARIDES, M. Meningiomas and neurofibromatosis. **Journal of neurooncology**, v. 99, n. 3, p. 341-347, 2010.

37. EVANS, D. G. *et al.* A clinical study of type 2 neurofibromatosis. **The Quarterly journal of medicine**, v. 84, n. 304, p. 603-618, 1992.
  38. PERRY, A. *et al.* Aggressive phenotypic and genotypic features in pediatric and NF2-associated meningiomas: a clinicopathologic study of 53 cases. **Journal of neuropathology and experimental neurology**, v. 60, n. 10, p. 994-1003, 2001.
  39. LARSON, J. J. *et al.* Evidence of meningioma infiltration into cranial nerves: clinical implications for cavernous sinus meningiomas. **Journal of neurosurgery**, v. 83, n. 4, p. 596-599, 1995.
  40. HAMILTON, S. R. *et al.* The molecular basis of Turcot's syndrome. **The New England journal of medicine**, v. 332, n. 13, p. 839-847, 1995.
  41. STARK, Z. *et al.* Clinical problem solving. Spot diagnosis. **The New England journal of medicine**, v. 370, n. 23, p. 2229-2236, 2014.
  42. BRUWER, Z. *et al.* Predictive genetic testing in children: constitutional mismatch repair deficiency cancer predisposing syndrome. **Journal of genetic counseling**, v. 23, n. 2, p. 147-155, 2014.
  43. BOUFFET, E. *et al.* Immune Checkpoint Inhibition for Hypermutant Glioblastoma Multiforme Resulting From Germline Biallelic Mismatch Repair Deficiency. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 34, n. 19, p. 2206-2211, 2016.
  44. WRENSCH, M. *et al.* Familial and personal medical history of cancer and nervous system conditions among adults with glioma and controls. **American journal of epidemiology**, v. 145, n. 7, p. 581-589, 1997.
  45. MALMER, B. *et al.* Familial aggregation of astrocytoma in northern Sweden: an epidemiological cohort study. **International journal of cancer**, v. 81, n. 3, p. 366-370, 1999.
  46. BLUMENTHAL, D. T.; CANNON-ALBRIGHT, L. A. Familiality in brain tumors. **Neurology**, v. 71, n. 13, p. 1015-1020, 2008.
  47. MALMER, B. *et al.* Genetic epidemiology of glioma. **British journal of cancer**, v. 84, n. 3, p. 429-434, 2001.
  48. SADETZKI, S. *et al.* Description of selected characteristics of familial glioma patients - results from the Gliogene Consortium. **European journal of cancer**, Oxford, England, v. 49, n. 6, p. 1335-1345, 2013.
  49. BAINBRIDGE, M. N. *et al.* Germline mutations in shelterin complex genes are associated with familial glioma. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 107, n. 1, p. 384, 2015.
  50. ROBLES-ESPINOZA, C. D. *et al.* POT1 loss-of-function variants predispose to familial melanoma. **Nature genetics**, v. 46, n. 5, p. 478-481, 2014.
  51. SHI, J. *et al.* Rare missense variants in POT1 predispose to familial cutaneous malignant melanoma. **Nature genetics**, v. 46, n. 5, p. 482-486, 2014.
  52. SHETE, S. *et al.* Genomewide association study identifies five susceptibility loci for glioma. **Nature genetics**, v. 41, n. 8, p. 899-904, 2009.
  53. WRENSCH, M. *et al.* Variants in the CDKN2B and RTEL1 regions are associated with high-grade glioma susceptibility. **Nature genetics**, v. 41, n. 8, p. 905-908, 2009.
  54. SANSON, M. *et al.* Chromosome 7p11.2 (EGFR) variation influences glioma risk. **Human molecular genetics**, v. 20, n. 14, p. 2897-2904, 2011.
  55. DOBBINS, S. E. *et al.* Common variation at 10p12.31 near MLLT10 influences meningioma risk. **Nature genetics**, v. 43, n. 9, p. 825-827, 2011.
-

56. GU, J.*et al.* Molecular epidemiology of primary braintumors. **Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics**, v. 6, n. 3, p. 427-435, 2009.
57. JIANG, J.*et al.* The XRCC3 Thr241Met polymorphism influences glioma risk - a meta-analysis. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 14, n. 5, p. 3169-3173, 2013.
58. BACKES, D. M.*et al.* Single-nucleotide polymorphisms of allergy-related genes and risk of adult glioma. **Journal of neuro-oncology**, v. 113, n. 2, p. 229-238, 2013.
59. SCHWARTZBAUM, J.*et al.* Polymorphisms associated with asthma are inversely related to glioblastoma multiforme. **Cancer research**, v. 65, n. 14, p. 6459-6465, 2005.
60. AMIRIAN, E.*et al.* Genetic variants in inflammation pathway genes and asthma in glioma susceptibility. **Neuro-oncology**, v. 12, n. 5, p. 444-452, 2010.
61. WIEMELS, J. L.*et al.* Allergy-related polymorphisms influence glioma status and serum IgE levels. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology**, v. 16, n. 6, p. 1229-1235, 2007.
62. MICHAUD, D. S.*et al.* Mannose-binding lectin 2 gene and risk of adult glioma. **PLoS One**, v. 8, n. 4, p. e61117, 2013.
63. FERRAZ-FILHO, J. R. *et al.* Application of magnetic resonance spectroscopy in the differentiation of high-grade brain neoplasm and inflammatory brain lesions. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 67, n. 2a, p. 250-253, 2009.
64. HUTTER, A.*et al.* Brain neoplasms: epidemiology, diagnosis, and prospects for cost-effective imaging. **Neuroimaging clinics of North America**, v. 13, n. 2, p. 237-50, x-xi, 2003.
65. LOUIS, D. N.*et al.* The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. **Acta neuropathologica**, v. 131, n. 6, p. 803-820, 2016.
66. DELLARETTI, M.*et al.* Correlation between magnetic resonance imaging findings and histological diagnosis of intrinsic brainstem lesions in adults. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 3, p. 381-385, 2012.
67. RACHINGER, W.*et al.* Serial stereotactic biopsy of brainstem lesions in adults improves diagnostic accuracy compared with MRI only. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 80, n. 10, p. 1134-1139, 2009.
68. STUPP, R.*et al.* High-grade malignant glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology** : official journal of the European Society for Medical Oncology, v. 21, p. v190-v193, 2010. Suppl. 5.
69. STUPP, R.*et al.* High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology**: official journal of the European Society for Medical Oncology, v. 25, p. iii93-iii101, 2014. Suppl. 3.
70. ROSSETTI, A. O.; STUPP, R. Epilepsy in brain tumor patients. **Current opinion in neurology**, v. 23, n. 6, p. 603-609, 2010.
71. WELLER, M.; STUPP, R.; WICK, W. Epilepsy meets cancer: when, why, and what to do about it? **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 9, p. e375-e382, 2012.
72. DE GROOT, M. *et al.* Efficacy and tolerability of levetiracetam monotherapy in patients with primary brain tumors and epilepsy. **Epilepsia**, v. 50, p. 101, 2009.
73. KIM, Y. H. *et al.* Survival benefit of levetiracetam in patients treated with concomitant chemoradiotherapy and adjuvant chemotherapy with temozolomide for glioblastoma multiforme. **Cancer**, v. 121, n. 17, p. 2926-2932, 2015.

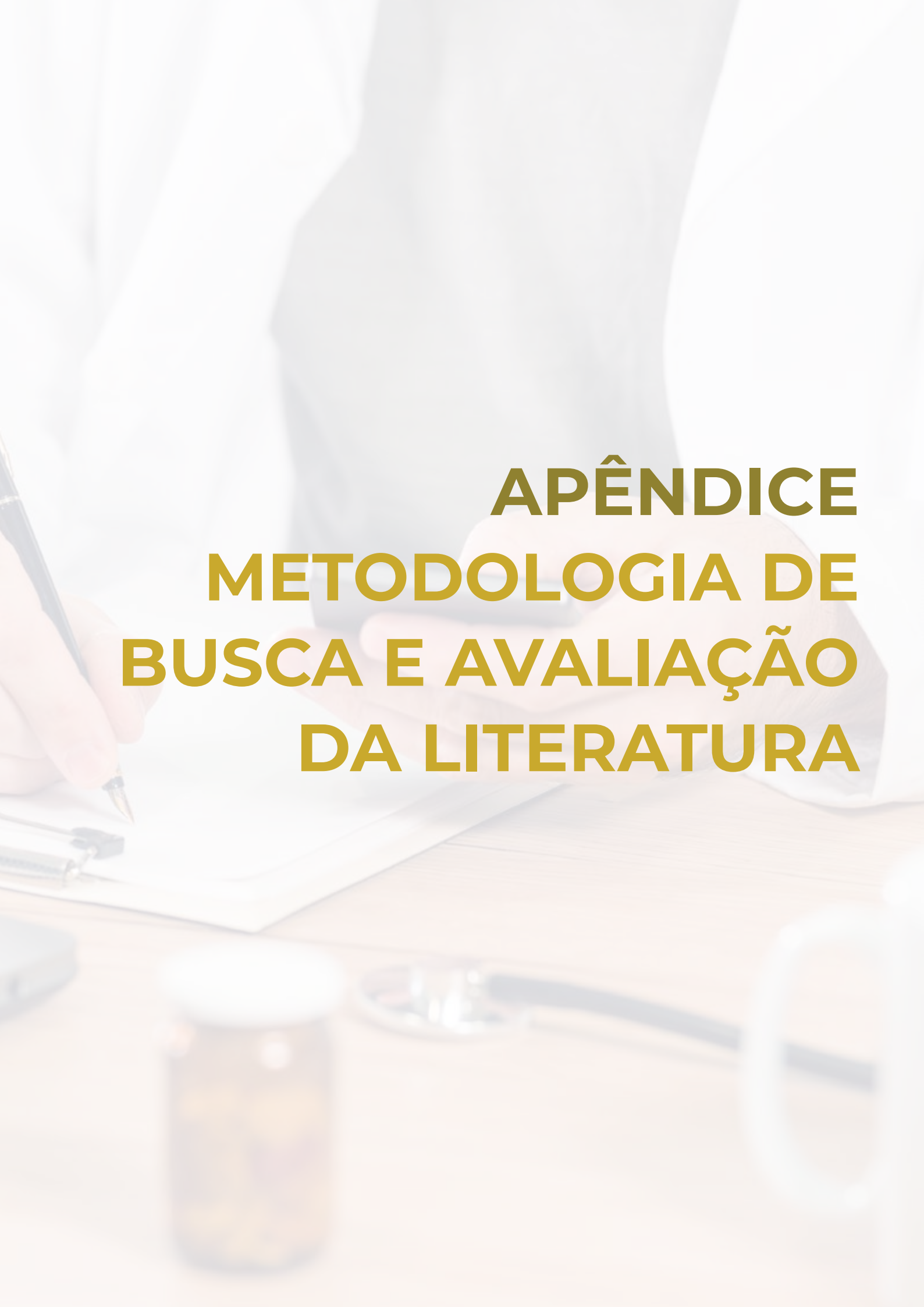
74. LIM, D. A.*et al.* Safety and feasibility of switching from phenytoin to levetiracetam monotherapy for glioma-related seizure control following craniotomy: a randomized phase II pilot study. **Journal of neuro-oncology**, v. 93, n. 3, p. 349-354, 2009.
  75. MERRELL, R. T.*et al.* Seizures in patients with glioma treated with phenytoin and levetiracetam. **Journal of neurosurgery**, v. 113, n. 6, p. 1176-1181, 2010.
  76. ROSATI, A.*et al.* Efficacy and safety of levetiracetam in patients with glioma: a clinical prospective study. **Archives of neurology**, v. 67, n. 3, p. 343-346, 2010.
  77. ROSSETTI, A. O.*et al.* Levetiracetam and pregabalin for antiepileptic monotherapy in patients with primary brain tumors. A phase II randomized study. **Neuro-oncology**, v. 16, n. 4, p. 584-588, 2014.
  78. LACROIX, M.*et al.* A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection, and survival. **Journal of neurosurgery**, v. 95, n. 2, p. 190-198, 2001.
  79. GABER, M.; SELIM, H.; EL-NAHAS, T. Prospective study evaluating the radiosensitizing effect of reduced doses of temozolomide in the treatment of Egyptian patients with glioblastoma multiforme. **Cancer management and research**, v. 5, p. 349-356, 2013.
  80. CLAUS, E. B. *et al.* Survival and low-grade glioma: the emergence of genetic information. **Neurosurgical focus**, v. 38, n. 1, p. E6, 2015.
  81. VAN DEN BENT, M. J.*et al.* Long-term efficacy of early versus delayed radiotherapy for low-grade astrocytoma and oligodendroglioma in adults: the EORTC 22845 randomised trial. **Lancet**, London, England, v. 366, n. 9490, p. 985-990, 2005.
  82. KARIM, A. B.*et al.* A randomized trial on dose-response in radiation therapy of low-grade cerebral glioma: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Study 22844. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 36, n. 3, p. 549-556, 1996.
  83. SHAW, E.*et al.* Prospective randomized trial of low- versus high-dose radiation therapy in adults with supratentorial low-grade glioma: initial report of a North Central Cancer Treatment Group/Radiation Therapy Oncology Group/Eastern Cooperative Oncology Group study. **Journal of clinical oncology** : official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 20, n. 9, p. 2267-2276, 2002.
  84. MARSH, J. C.*et al.* Sparing of the hippocampus, limbic circuit and neural stem cell compartment during partial brain radiotherapy for glioma: a dosimetric feasibility study. **Journal of medical imaging and radiation oncology**, v. 55, n. 4, p. 442-449, 2011.
  85. MCDONALD, M. W.*et al.* Pattern of failure after limited margin radiotherapy and temozolomide for glioblastoma. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 79, n. 1, p. 130-136, 2011.
  86. SUTERA, P. A.*et al.* Salvage stereotactic radiosurgery for recurrent gliomas with prior radiation therapy. **Future oncology**, v. 13, n. 29, p. 2681-2690, 2017.
  87. BUCKNER, J. C.*et al.* Radiation plus Procarbazine, CCNU, and Vincristine in Low-Grade Glioma. **The New England journal of medicine**, v. 374, n. 14, p. 1344-1355, 2016.
  88. PRABHU, R. S.*et al.* Effect of the addition of chemotherapy to radiotherapy on cognitive function in patients with low-grade glioma: secondary analysis of RTOG 98-02. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 32, n. 6, p. 535-541, 2014.
-



89. SHAW, E. G. *et al.* Randomized trial of radiation therapy plus procarbazine, lomustine, and vincristine chemotherapy for supratentorial adult low-grade glioma: initial results of RTOG 9802. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 30, n. 25, p. 3065-3070, 2012.
  90. REIJNEVELD, J. C. *et al.* Health-related quality of life in patients with high-risk low-grade glioma (EORTC 22033-26033): a randomised, open-label, phase 3 intergroup study. **The Lancet Oncology**, v. 17, n. 11, p. 1533-1542, 2016.
  91. MIRIMANOFF, R. O. *et al.* Radiotherapy and temozolomide for newly diagnosed glioblastoma: recursive partitioning analysis of the EORTC 26981/22981-NCIC CE3 phase III randomized trial. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 24, n. 16, p. 2563-2569, 2006.
  92. CHAKRAVARTI, A. *et al.* A revised RTOG recursive partitioning analysis (RPA) model for glioblastoma based upon multiplatform biomarker profiles. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 15, 2012. Suppl.
  93. YANG, F. *et al.* Stratification according to recursive partitioning analysis predicts outcome in newly diagnosed glioblastomas. **Oncotarget**, v. 8, n. 26, p. 42974-42982, 2017.
  94. SELKER, R. G. *et al.* The Brain Tumor Cooperative Group NIH Trial 87-01: a randomized comparison of surgery, external radiotherapy, and carmustine versus surgery, interstitial radiotherapy boost, external radiation therapy, and carmustine. **Neurosurgery**, v. 51, n. 2, p. 343-355, 2002. Discussion 55-57.
  95. KHAN, L. *et al.* External beam radiation dose escalation for high grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 8, p. Cd011475, 2016.
  96. STUPP, R. *et al.* Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. **The Lancet Oncology**, v. 10, n. 5, p. 459-466, 2009.
  97. LAM, N.; CHAMBERS, C. R. Temozolomide plus radiotherapy for glioblastoma in a Canadian province: efficacy versus effectiveness and the impact of O6-methylguanine-DNA methyltransferase promoter methylation. **Journal of oncology pharmacy practice**: official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, v. 18, n. 2, p. 229-238, 2012.
  98. ATHANASSIOU, H. *et al.* Randomized phase II study of temozolomide and radiotherapy compared with radiotherapy alone in newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 23, n. 10, p. 2372-2377, 2005.
  99. BHANDARI, M. *et al.* Comparative study of adjuvant temozolomide six cycles versus extended 12 cycles in newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 5, p. XC04-XC8, 2017.
  100. FENG, E. *et al.* Temozolomide with or without Radiotherapy in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma Multiforme: a Meta-Analysis. **European Neurology**, v. 77, n. 3/4, p. 201-210, 2017.
  101. HART, M. G. *et al.* Temozolomide for high grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 4, p. Cd007415, 2013.
  102. KARACETIN, D. *et al.* Concomitant temozolomide and radiotherapy versus radiotherapy alone for treatment of newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of BUON**: official journal of the Balkan Union of Oncology, v. 16, n. 1, p. 133-137, 2011.
-

103. KOCHER, M. *et al.* Randomized study of postoperative radiotherapy and simultaneous temozolomide without adjuvant chemotherapy for glioblastoma. **Strahlentherapie und Onkologie: Organ der Deutschen Röntgengesellschaft [et al.]**, v. 184, n. 11, p. 572-579, 2008.
  104. MAO, Y. *et al.* Does Early Postsurgical Temozolomide Plus Concomitant Radiochemotherapy Regimen Have Any Benefit in Newly Diagnosed Glioblastoma Patients? A Multi-center, Randomized, Parallel, Open-label, Phase II Clinical Trial. **Chinese medical journal**, v. 128, n. 20, p. 2751-2758, 2015.
  105. PERRY, J. R. *et al.* Short-Course Radiation plus Temozolomide in Elderly Patients with Glioblastoma. **The New England journal of medicine**, v. 376, n. 11, p. 1027-1037, 2017.
  106. STUPP, R. *et al.* Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. **The New England journal of medicine**, v. 352, n. 10, p. 987-996, 2005.
  107. SZCZEPANEK, D. *et al.* Efficacy of concomitant and adjuvant temozolomide in glioblastoma treatment. A multicenter randomized study. **Neurologia i Neurochirurgia Polska**, v. 47, n. 2, p. 101-108, 2013.
  108. VAN DEN BENT, M. J. *et al.* Results of the interim analysis of the EORTC randomized phase III CATNON trial on concurrent and adjuvant temozolomide in anaplastic glioma without 1p/19q codeletion: an intergroup trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 18, 2016. Suppl.
  109. BLUMENTHAL, D. T. *et al.* Is more better? the impact of extended adjuvant temozolomide in newly diagnosed glioblastoma: A secondary analysis of EORTC and NRG Oncology/RTOG. **Neuro-oncology**, v. 19, n. 8, p. 1119-1126, 2017.
  110. MALMSTROM, A. *et al.* Temozolomide versus standard 6-week radiotherapy versus hypofractionated radiotherapy in patients older than 60 years with glioblastoma: the Nordic randomised, phase 3 trial. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 9, p. 916-926, 2012.
  111. WICK, W. *et al.* Temozolomide chemotherapy alone versus radiotherapy alone for malignant astrocytoma in the elderly: The NOA-08 randomised, phase 3 trial. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 7, p. 707-715, 2012.
  112. FRIEDMAN, H. S. *et al.* Bevacizumab alone and in combination with irinotecan in recurrent glioblastoma. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 27, n. 28, p. 4733-4740, 2009.
  113. WICK, W. *et al.* Sequence of bevacizumab and lomustine in patients with first progression of a glioblastoma: Phase II EORTC study 26101. **Neuro-oncology**, v. 18, p. iv11, 2016.
  114. WICK, W. *et al.* EORTC 26101 phase III trial exploring the combination of bevacizumab and lomustine in patients with first progression of a glioblastoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, 2016.
  115. COMBS, S. E. *et al.* Fractionated stereotactic radiotherapy of optic pathway gliomas: tolerance and long-term outcome. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 62, n. 3, p. 814-819, 2005.
  116. DARLIX, A. *et al.* Evaluating the response to bevacizumab in high grade gliomas: The importance of clinical assessment. **Neurooncology**, v. 17, p. v158, 2015.
  117. FABBRO, M. *et al.* Antiangiogenic treatment (AT) in glioblastoma multiform tumors (GBM): Imaging but also clinical assessment: Correlation between McDonald, Rano and RECIST 1.1 criteria. **Neuro-oncology**, v. 14, p. iii60, 2012.
  118. GALLEGO PEREZ-LARRAYA, J. *et al.* Response assessment in recurrent glioblastoma treated with irinotecan bevacizumab: comparative analysis of the McDonald, RECIST, RANO, and RECIST + F criteria. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 5, p. 667-673, 2012.
-

119. HASHIMOTO, N. *et al.* A direct comparison of response assessments in a phase II clinical trial of wt1 peptide vaccination; macdonald, recist and rano criteria. **Neuro-oncology**, v. 15, p. iii111, 2013.
  120. KUCHARCZYK, M. J. *et al.* Evaluation of pseudoprogression in patients with glioblastoma. **Neuro-Oncology Practice**, v. 4, n. 2, p. 128-134, 2017.
  121. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Oncologia: MANUAL** de bases técnicas. 26. ed. Brasília: MS, nov. 2019. SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: [ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual\\_Oncologia\\_26a\\_edicao\\_Novembro\\_2019\\_03\\_12\\_2019.pdf](ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Oncologia_26a_edicao_Novembro_2019_03_12_2019.pdf). Acesso em: 27 out. 2020.
-



**APÊNDICE  
METODOLOGIA DE  
BUSCA E AVALIAÇÃO  
DA LITERATURA**

## A) Metodologia

Com a presença de seis membros do Grupo Elaborador, sendo quatro especialistas e dois metodologistas, e um representante do Comitê Gestor, uma reunião presencial para definição do escopo das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) de Tumor Cerebral no Adulto foi conduzida. Todos os componentes do Grupo Elaborador preencheram o formulário de Declaração de Conflito de Interesses, que foram enviados ao Ministério da Saúde como parte dos resultados.

Inicialmente, a macroestrutura do PCDT foi estabelecida considerando a Portaria N° 375/SAS, de 10 de novembro de 2009 (122), como roteiro para elaboração dos PCDT, e as seções do documento foram definidas.

Após essa definição, cada seção foi detalhada e discutida entre o Grupo Elaborador, com o objetivo de identificar as tecnologias que seriam consideradas nas recomendações.

Os médicos especialistas no tema das presentes DDT foram, então, orientados a elencar questões de pesquisa, estruturadas de acordo com o acrônimo PICO (**Quadro 1**), para cada nova tecnologia ou em casos de quaisquer incertezas clínicas. Não houve restrição do número de questões de pesquisa a serem elencadas pelos especialistas durante a condução dessa dinâmica.

Foi estabelecido que as recomendações diagnósticas, de tratamento ou de acompanhamento que utilizassem tecnologias previamente disponibilizadas no SUS não teriam questão de pesquisa definidas, por se tratar de prática clínica estabelecida, exceto em casos de incertezas atuais sobre seu uso, casos de desuso ou oportunidades de desinvestimento.

### Quadro 1 – Definição da questão de pesquisa estruturada de acordo com o acrônimo PICO

<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>População ou condição clínica</li> </ul>
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção, no caso de estudos experimentais</li> <li>Fator de exposição, em caso de estudos observacionais</li> <li>Teste índice, nos casos de estudos de acurácia diagnóstica</li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle, de acordo com tratamento/níveis de exposição do fator/exames disponíveis no SUS</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desfechos: sempre que possível, definidos a priori, de acordo com sua importância</li> </ul>

Fonte: Autoria própria.

Ao final dessa dinâmica, treze questões de pesquisa foram definidas para as presentes DDT (Quadro 2).

## Quadro 2 – Questões de pesquisa elencadas pelo Grupo Elaborador das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas

Número	Descrição	Seção
1	Quais os fatores de risco para a ocorrência de gliomas?	Introdução
2	Qual o desempenho dos testes diagnósticos inclusos nos critérios da OMS?	Diagnóstico
3	Qual o papel/aplicação/utilidade da biópsia em gliomas de tronco (difuso captável x não captável)?	Diagnóstico
4	Qual a eficácia e segurança da temozolomida e quais são os esquemas de uso (concomitante, adjuvante, etc)?	Tratamento
5	Qual a eficácia e segurança do Keppra® (levetiracetam) no tratamento da convulsão em pacientes com glioma?	Tratamento
6	Qual a eficácia e segurança da Fenitoína (i.v.) no tratamento da convulsão no pré-operatório?	Tratamento
7	Qual a eficácia e segurança do bevacizumabe para pacientes com glioma?	Tratamento
8	Quais os tratamentos preconizados no período pós-operatório em pacientes com Glioma grau I?	Tratamento
9	Quais os tratamentos preconizados no período pós-operatório em pacientes com Glioma grau II?	Tratamento
10	Qual a melhor duração de adjuvância com quimioterapia para glioma grau II (6 meses x 12 meses)?	Tratamento
11	Qual a eficácia e segurança da temozolomida em pacientes idosos grau IV com ou sem metilação MGMT?	Tratamento
12	Qual a melhor duração de adjuvância com quimioterapia para gliomas grau III e IV (6 meses x 12 meses)?	Tratamento
13	Qual o critério de monitorização do paciente com glioma (todos os graus) (RANO x Mc Donald X RECIST)?	Monitoramento

Fonte: Autoria própria.

As seções foram distribuídas entre os médicos especialistas (chamados relatores da seção), responsáveis pela redação da primeira versão da seção. A seção poderia ou não ter uma ou mais questões de pesquisa elencadas. Na ausência de questão de pesquisa (recomendações pautadas em prática assistencial estabelecidas e apenas com tecnologias já disponíveis no SUS), os especialistas foram orientados a referenciar a recomendação com base nos estudos pivotais que consolidaram aquela prática. Quando a seção continha uma ou mais questões de pesquisa, os relatores, após atuação dos metodologistas (ver descrição a seguir), interpretavam as evidências e redigiam uma primeira versão da recomendação, para ser discutida entre o painel de especialistas à reunião de consenso.

Coube aos metodologistas do Grupo Elaborador atuarem na elaboração das estratégias e busca nas bases de dados MEDLINE via Pubmed e Embase, para cada questão de pesquisa definida. As bases de dados Epistemonikos e Google acadêmico também foram utilizadas para validar os achados das buscas nas bases primárias de dados.

O fluxo de seleção dos artigos foi descritivo, por questão de pesquisa. A seleção das evidências foi realizada por um metodologista e respeitou o conceito da hierarquia das evidências. Dessa forma, na etapa de triagem das referências por meio da leitura do título e resumo, os estudos que potencialmente preenchessem os critérios PICO foram mantidos, independentemente do delineamento do estudo. Havendo ensaios clínicos randomizados, preconizou-se a utilização de revisões sistemáticas com meta-análise. Havendo mais de uma revisão sistemática com meta-análise, a mais completa, atual e com menor risco de viés foi selecionada. Se a sobreposição dos estudos nas revisões sistemáticas com meta-análise era pequena, mais de uma revisão sistemática com meta-análise foi considerada. Quando a revisão sistemática não tinha meta-análise, preferiu-se

considerar os estudos originais, por serem mais completos em relação às descrições das variáveis clínico-demográficas e desfechos de eficácia e segurança. Adicionalmente, checkou-se a identificação de ensaios clínicos randomizados adicionais, para complementar o corpo das evidências, que poderiam não ter sido incluídos nas revisões sistemáticas com meta-análises selecionadas por conta de limitações na estratégia de busca da revisão ou por terem sido publicados após a data de publicação da revisão sistemática considerada. Na ausência de ensaios clínicos randomizados, priorizaram-se os estudos comparativos não randomizados e, por fim, as séries de casos. Quando apenas séries de casos foram identificadas e estavam presentes em número significativo, definiu-se um tamanho de amostra mínimo para a inclusão. Mesmo quando ensaios clínicos randomizados eram identificados, mas séries de casos de amostras significativas também fossem encontradas, essas também eram incluídas, principalmente para compor o perfil de segurança da tecnologia. Quando, durante o processo de triagem, era percebida a escassez de evidências, estudos similares, que atuassem como provedores de evidência indireta para a questão de pesquisa, também foram mantidos, para posterior discussão para definir a inclusão ou não ao corpo da evidência. Os estudos excluídos tiveram suas razões de exclusão relatadas, mas não referenciadas, por conta da extensão do documento. Entretanto, suas respectivas cópias em formato PDF, correspondentes ao quantitativo descrito no fluxo de seleção, foram enviadas ao Ministério da Saúde como parte dos resultados do trabalho de elaboração das DDT. O detalhamento desse processo de seleção é descrito por questão de pesquisa correspondente, ao longo do Anexo.

Com o corpo das evidências identificado, procedeu-se à extração dos dados quantitativos dos estudos. Essa extração dos dados foi feita por um metodologista e revisado por um segundo, em uma única planilha de Excel. As características dos participantes nos estudos foram definidas com base na importância para interpretação dos achados e com o auxílio do especialista relator da questão. As características dos estudos também foram extraídas, bem como os desfechos de importância definidos na questão de pesquisa.

O risco de viés dos estudos foi avaliado de acordo com o delineamento de pesquisa e ferramenta específica. Apenas a conclusão desta avaliação foi reportada. Se o estudo apresentasse baixo risco de viés, significaria que não havia nenhum comprometimento do domínio avaliado pela respectiva ferramenta. Se o estudo apresentasse alto risco de viés, os domínios da ferramenta que estavam comprometidos eram explicitados. Desta forma, o risco de viés de revisões sistemáticas foi avaliado pela ferramenta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews 2* (AMSTAR-2) (123), os ensaios clínicos randomizados pela ferramenta de risco de viés da Cochrane (124), os estudos observacionais pela ferramenta Newcastle-Ottawa (125) e os estudos de acurácia diagnóstica pelo *Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies 2* (QUADAS-2) (126). Séries de casos que respondiam à questão de pesquisa com o objetivo de se estimar eficácia foram definidas a priori como alto risco de viés.

Após a finalização da extração dos dados, as tabelas foram editadas de modo a auxiliar na interpretação dos achados pelos especialistas. Para a redação da primeira versão da recomendação, essas tabelas foram detalhadas por questão de pesquisa ao longo do Anexo.

A qualidade das evidências e a força da recomendação foram julgadas de acordo com os critérios GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*) (127), de forma qualitativa, durante a reunião de consenso das recomendações. Os metodologistas mediarão as discussões apresentando cada um dos critérios GRADE para os dois objetivos do sistema GRADE, e as conclusões do painel de especialistas foram apresentadas ao final do parágrafo do texto correspondente à recomendação.

## B) Questões de Pesquisa

**Questão de Pesquisa 1:** Quais os fatores de risco para a ocorrência de gliomas?

### 1) Estratégia de Busca

#### MEDLINE via Pubmed:

(((((“Glioblastoma”[Mesh] OR glioblastoma\*)) OR (“Glioma”[Mesh] OR glial cell tumor\*))) AND (“Risk Factors”[Mesh] OR risk factor\*)) AND ((“Epidemiology”[Mesh] OR “epidemiology” [Subheading] OR epidemiology OR descriptive epidemiology OR incidence OR prevalence)

Total: 787 referências

Data de acesso: 04/07/2017

#### EMBASE

‘epidemiology’/exp OR ‘epidemiology’ OR ‘incidence’/exp OR ‘incidence’ OR ‘prevalence’/exp OR ‘prevalence’ AND (‘risk factor’/exp OR ‘risk factor’) AND [embase]/lim AND (‘glioblastoma’/exp OR ‘glioblastoma’ AND [embase]/lim OR (‘glioma’/exp OR ‘glioma’ OR ‘glial cell tumor’ AND [embase]/lim))

Total: 722 referências

Data de acesso: 04/07/2017

### 2) Seleção das evidências

Foram encontradas 1509 referências através das estratégias de busca acima. Após a exclusão de 154 duplicatas, 1355 referências foram triadas por título e resumo. Dessas, 25 revisões sistemáticas foram selecionadas para a leitura completa. Assim, cinco referências foram excluídas por se tratarem de revisões sistemáticas de estudos observacionais, para as quais já havia outra publicação mais atual e/ou com maior número de estudos. Ao final, 20 referências foram incluídas (4, 6-9, 11-16, 22, 23, 128-133).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

A Tabela 1 exhibe as características dos estudos incluídos, bem como os principais fatores de risco para a ocorrência de gliomas.



Tabela 1 – Características dos estudos incluídos e principais fatores de risco para a ocorrência de gliomas

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Wang <i>et al.</i> 2016 (128)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre eczema e risco de glioma	13 estudos, sendo 1 coorte e 12 caso-controles, com um total de 10897 casos de glioma	Histórico de Eczema	Eczema	Não eczema	Baixo	Histórico de eczema vs. Não eczema: OR = 0,69 (0,61; 0,78) p<0,0001
Zhao <i>et al.</i> 2016 (7)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar o risco de glioma em população com diabetes mellitus.	11 estudos (7 caso-controles e 4 coortes) compreendendo 5.898.251 participantes	Presença de diabetes mellitus	Diabetes	Não diabetes	Alto (Sem registro prévio, não mostra a estratégia de sumarização dos dados (pooled), estratégia de avaliação da heterogeneidade inadequada)	Diabetes vs. sem diabetes Geral: OR = 0,79 (0,67; 0,93) Sig. Subgrupos: Caucasiano: OR = 0,81 (0,69; 0,94) Sig. Caso-controle: OR = 0,68 (0,53; 0,87) Coorte: OR = 0,97 (0,83; 1,13) NS Homens: OR = 0,83 (0,70; 0,99) Sig. Mulheres: OR = 0,97 (0,78; 1,21) NS
Benson <i>et al.</i> 2015 (22)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre o uso de terapia hormonal na menopausa e o risco de glioma	6 estudos com 912 participantes com gliomas	Exposição à hormonioterapia na menopausa	Expostos a hormônios	Não expostos à hormônios	Alto (Não vasculhou literatura cinzenta; não mostra estudos excluídos, não avalia a qualidade dos estudos incluídos; não avalia viés de publicação e não declara conflitos de interesse.	Hormonioterapia vs. sem hormonioterapia: RR = 0,96 (0,86; 1,06) NS Hormonioterapia (só estrogênio) vs. Sem hormonioterapia: RR = 1,23 (1,06; 1,42) Sig. Hormonioterapia (estrogênio + progestogênio) vs. Sem hormonioterapia: RR = 0,92 (0,78; 1,08) NS
Niedermeier <i>et al.</i> 2015 (13)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre obesidade, sobrepeso e prática de exercício físico com a incidência ou mortalidade por gliomas	8 estudos (5 coortes e 3 caso-controles) com um total de 3057 casos de gliomas	Baixo peso (IMC <18,5 Kg/m <sup>2</sup> ) Sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 Kg/m <sup>2</sup> ) Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m <sup>2</sup> ) Atividade física	Baixo peso Sobrepeso Obesos Estratos maiores de prática de atividade física	IMC >18,5 a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> IMC < 25 Kg/m <sup>2</sup> IMC < 25 Kg/m <sup>2</sup> Menor estrato de prática de atividade física	Baixo	Baixo peso vs. Peso normal: RR = 1,29 (0,67; 2,51) NS Sobrepeso vs. peso normal: RR = 1,06 (0,94; 1,20) NS Obesidade vs. peso normal: RR = 1,11 (0,98; 1,27) NS Atividade física (maior estrato vs. menor estrato): RR (coortes e caso-controles) = 0,86 (0,76; 0,97) sig.; Só coortes: RR = 0,91 (0,77; 1,07) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Sannei <i>et al.</i> 2015 (14)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o consumo de carne vermelha e/ou processada e o risco de glioma	18 estudos, sendo 14 caso-controles, 3 coorte e 1 caso-controle aninhado à coorte, totalizando 4441 casos de glioma	Exposição à carne vermelha e ou processada	Maior estrato/ consumo de carne vermelha	Menor estrato/ consumo de carne vermelha	Baixo*	Carne vermelha não processada Maior vs. menor categoria de consumo: RR = 1,30 (1,08; 1,58) Sig Carne processada Maior vs. menor categoria de consumo: RR = 1,14 (0,98; 1,33) NS Subgrupos: Estudos de base populacional: RR = 1,26 (1,05; 1,51) Sig Estudos de base hospitalar: RR = 0,79 (0,65; 0,97) Sig. Estudos prospectivos: RR = 1,08 (0,84; 1,37) NS Ajuste por consumo calórico: RR = 0,98 (0,85; 1,13) NS Consumo total de carne vermelha (não processada + processada) Maior vs. menor categoria de consumo: RR = 1,05 (0,89; 1,25) NS
Sergentanis <i>et al.</i> 2015 (15)**	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre obesidade/ sobrepeso com o risco de glioma	9 estudos (6 coortes e 3 caso-controles) com um total de 3683 casos de glioma	Obesidade/ sobrepeso (IMC de 25 a $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> ) Sobrepeso (IMC 25 a 29,9 Kg/m <sup>2</sup> ) Obesidade (IMC $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> )	Obesos e com sobrepeso Sobrepeso Obesos	Peso normal	Baixo	<u>Mulheres</u> Sobre peso/obeso vs. peso normal: RR = 1,17 (1,03; 1,32) Sig. Sobrepeso vs. peso normal: RR = 1,19 (1,02; 1,38) Sig. Obeso vs. peso normal: RR = 1,13 (0,92; 1,38) NS <u>Homens</u> Sobre peso/obeso vs. peso normal: RR = 0,96 (0,76; 1,23) NS Sobrepeso vs. peso normal: RR = 1,03 (0,84; 1,28) NS Obeso vs. peso normal: RR = 0,81 (0,42; 1,57) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Wei <i>et al.</i> 2015 (16)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o consumo de carne vermelha e/ou processada (Bacon, hot dog, salsicha, presunto e salame) e o risco de glioma	14 estudos, sendo 3 coortes e 11 caso-controles, com total de 3896 casos de glioma	Exposição à carne vermelha e ou processada	Maior estrato/ consumo de consumo de carne vermelha	Menor estrato/ consumo de consumo de carne vermelha	Alto (Não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos; não acrescentou literatura cinzenta)	Carne processada Maior consumo vs. menor consumo: RR = 1,25 (1,08; 1,45) Sig. Subgrupos: Caso-controles: RR = 1,33 (1,09; 1,62) Sig. Coorte: RR = 1,10 (0,88; 1,37) NS Bacon: RR = 1,54 (0,94; 2,53) NS Hot dogs: RR = 1,09 (0,77; 1,54) NS Presunto: RR = 1,08 (0,78; 1,45) NS Salsicha: RR = 0,91 (0,35; 2,38) NS Salame: RR = 0,90 (0,65; 1,25) NS  Carne vermelha não processada Maior consumo vs. menor consumo: RR = 0,89 (0,71; 1,12) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Adel Fahmideh <i>et al.</i> 2014(8)£	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre a presença de polimorfismos nos genes de reparo do DNA e o risco de glioma	27 estudos de caso-controle com 13584 casos de glioma	Presença de polimorfismo nos genes de reparo do DNA	ERCC1 - rs3212986 ERCC2 (XPD) - rs13181 MGMT - rs12917 PARP1 - rs1136410 XRCC1 -rs25487 (em várias combinações de modelos genéticos	ERCC1 - rs3212986 ERCC2 (XPD) - rs13181 MGMT - rs12917 PARP1 - rs1136410 XRCC1 -rs25487 (em várias combinações de modelos genéticos	Alto (Não fez seleção independente; não avaliou a qualidade dos estudos; não incluiu literatura cinzenta)	ERCC1 - rs3212986 CA vs. AA: OR = 0,966 (0,852; 1,095) NS AA vs. CC: OR = 0,929 (0,801; 1,078) NS Dominante (CA/AA vs. CC): OR = 1,006 (0,892; 1,136) NS Recessivo (AA vs. CA/CC): OR = 1,349 (1,083; 1,680) Sig.  ERCC2 (XPD) - rs13181 AC vs. AA: OR = 1,142 (1,015; 1,285) Sig. CC vs. AA: OR = 1,239 (1,044; 1,471) Sig. Dominate (AC/CC vs. AA): OR = 1,180 (1,063; 1,310) Sig. Recessivo (CC vs. AC/AA): OR = 1,150 (0,983; 1,346) NS  MGMT - rs12917 CT vs. CC: OR = 0,929 (0,801; 1,078) NS TT vs. CC: OR = 1,087 (0,702; 1,684) NS Dominante (CT/TT vs. CC): OR = 0,838 (0,728; 0,964) Sig. Recessivo (TT vs. CT/CC): OR = 1,113 (0,721; 1,718)  PARP1 - rs1136410 TC vs. TT: OR = 0,778 (0,664; 0,911) Sig. dominante (TC/CC vs. TT): OR = 0,779 (0,684; 0,888) Sig.  XRCC1 -rs25487 AG vs. GG: OR = 1,104 (1,011; 1,206) Sig. AA vs. GG: OR = 1,223 (1,005; 1,487) sig. Dominante (GA/AA vs GG): OR = 1,143 (1,019; 1,283) Sig. Recessivo (AA vs. AG/GG): OR = 1,148 (1,014; 1,301) Sig.

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Li <i>et al.</i> 2014 (6)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre o consumo de frutas e vegetais e o risco de gliomas	15 estudos (5562 casos de glioma) avaliando a ingestão de vegetais e 17 (3994 casos de glioma) avaliando a ingestão de frutas)	Exposição à frutas e vegetais	Maior consumo	Menor consumo	Alto (Não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos; não acrescentou literatura cinzenta)	Consumo de vegetais Consumo alto vs. baixo: RR = 0,775 (0,688; 0,872) Sig. Consumo de frutas Consumo alto vs. baixo: RR = 0,828 (0,659; 1,039) NS subgrupos: estudos de base hospitalar: RR = 0,586 (0,398; 0,863) Sig. Asiáticos: RR = 0,573 (0,346; 0,947) Sig.
Xin <i>et al.</i> 2014 (129)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a relação entre os polimorfismos ERCC1 C8092A e ERCC2 Lys751Gln e o risco de glioma	7 estudos de caso-controle sobre ERCC1 C8092A, com 2936 casos de glioma e outros sete sobre ERCC2 Lys751Gln, com 2758 casos de glioma	Presença de polimorfismos ERCC1 C8092A e ERCC2 Lys751Gln	ERCC1 C8092A A CA AA Dominante A Recessivo AA ERCC2 Lys751Gln T GT TT Dominante T Recessivo TT	ERCC1 C8092A C CC CC C ERCC2 Lys751Gln G GG GG GG G	Baixo	ERCC1 C8092A A vs. C: OR = 1,06 (0,95; 1,19) NS CA vs. CC: OR = 0,99 (0,89; 1,09) NS AA vs. CC: OR = 1,29 (1,07; 1,55) Sig. A dominante vs. CC: OR = 1,03 (0,93; 1,13) NS AA recessivo vs. C: OR = 1,29 (1,07; 1,55) Sig.  ERCC2 Lys751Gln T vs. G: OR = 0,93 (0,84; 1,03) NS GT vs. GG: OR = 1,00 (0,87; 1,16) NS TT vs. GG: OR = 0,88 (0,75; 1,03) NS T dominante vs. GG: OR = 0,97 (0,84; 1,11) NS TT recessivo vs. G: OR = 0,91 (0,76; 1,10) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Zhou <i>et al.</i> 2014 (9)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o polimorfismo rs2736100 da transcriptase reversa da telomerase e o risco de glioma	9 estudos, todos caso-controle, com um total de 9411 casos de glioma	Presença de polimorfismo rs2736100	Presença	Ausência	Alto (Não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos; não acrescentou literatura cinzenta)	Presença vs. ausência de polimorfismo Global: OR = 1,29 (1,24; 1,34) p< 0,001 Caucasianos: OR = 1,29 (1,24; 1,34) p< 0,001 Glioblastoma: OR = 1,45 (1,32; 1,60) p< 0,001 Astrocitoma: OR = 1,41 (1,26; 1,58) p< 0,001 Oligodendroglioma: OR = 1,20 (1,05; 1,37) p = 0,008
Malerba <i>et al.</i> 2013 (11)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Verificar a associação entre o consumo de café e chá e o risco de glioma	6 estudos, sendo 4 de coorte e 2 de caso-controle, totalizando 2075 casos de glioma	Exposição a café e chá	Maior consumo	Consumidores ocasionais/ não consumidores	Alto (Não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos; não acrescentou literatura cinzenta) e não declarou conflitos de interesse)	Consumidores vs. não/ eventualmente consumidores Café: RR = 0,96 (0,81; 1,13) NS Chá: RR = 0,86 (0,78; 0,94) Sig.  Consumo elevado vs. baixo Café: RR = 1,01 (0,83; 1,22) NS Chá: RR = 0,88 (0,69; 1,12) NS Café e chá: RR = 0,75 (0,54; 1,05) NS  Incremento de RR para cada xícara/ dia de café: RR = 1,00 (0,96; 1,05) NS
Xu <i>et al.</i> 2013 (130)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Verificar a associação entre o polimorfismo de gene do metileno tetrahydrofolato redutase (MTHFR) e o risco de glioma.	4 estudos de caso-controle, com um total de 1401 casos de glioma	Presença do polimorfismo no gene do metileno tetrahydrofolato redutase (MTHFR)	T TT TC TT+TC TT	C CC CC CC CC+TC	Alto (Não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos; não acrescentou literatura cinzenta)	T vs. C: OR = 1,01 (0,91; 1,13) NS TT vs. CC: OR = 1,09 (0,84; 1,40) NS TC vs. CC: OR = 0,96 (0,83; 1,12) NS TT+TC vs. CC: OR = 0,99 (0,85; 1,14) NS TT vs. CC+TC: OR = 1,11 (0,87; 1,41) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Galeone <i>et al.</i> 2012 (11)€	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o risco de câncer cerebral	9 estudos, sendo 5 caso-controles e 4 coortes, totalizando 2870 casos de glioma	Exposição à bebidas alcoólicas	Consumo de álcool	Nunca ter consumido álcool	Alto (Não avalia a qualidade metodológica dos estudos incluídos, não inclui literatura cinzenta)	Exposição ao álcool vs. Nunca ter consumido álcool Caso-controles: RR = 0,82 (0,69; 0,97) Sig. Coortes: 1,03 (0,89; 1,20) NS Ambos estudos: RR = 0,93 (0,81; 1,07) NS
Yao <i>et al.</i> 2012 (131)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre os polimorfismos no genótipo da glutathione-S-transferase e o risco de glioma	12 estudos, todos de caso-controle, com 2325 casos de glioma	Presença do polimorfismo do genótipo da Glutathione-S-Transferase	GSTM1 GSTT1 GSTP1 (ile105val)	Ausência de polimorfismo	Alto (Não avalia a qualidade metodológica dos estudos incluídos, não inclui literatura cinzenta; não declara conflitos de interesse)	GSTM1: OR = 1,008 (0,901; 1,129) NS GSTT1: OR = 1,246 (0,963; 1,611) NS GSTP1 (ile105val): OR = 1,061 (0,653; 1,724) NS
Zhang <i>et al.</i> 2012 (132)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação dos polimorfismos em p53 Arg72Pro e MDM2 com o risco de glioma	13 estudos de caso-controle, com 3193 casos de glioma	Presença de polimorfismos em p53 Arg72Pro e MDM2	Presença de polimorfismo Arg/Pro; Pro/Pro, Dominante; Recessivo, T/T; G/G e G/T	Arg/Arg	Alto (Avaliou apenas o PUBMED; não avaliou a qualidade dos estudos incluídos, não avalia a literatura cinzenta; não declara conflito de interesse)	Variante p53 Arg72Pro Arg/Pro vs. Arg/Arg: OR = 1.08 (0.85-1.37) NS Pro/Pro Vs. Arg/Arg: OR = 1.08 (0.85-1.36) NS Dominated vs. Arg/Arg: OR = 1.11 (0.90-1.38) NS Recessivo Vs. Arg/Arg: OR = 1.17 (0.85-1.61) NS  Variante MDM2 SNP309 G/T vs. T/T: OR = 1.95 (1.00-3.81) NS G/G vs. T/T: OR = 2.14 (0.71-6.45) NS Dominante Vs. T/T: OR = 1.86 (0.94-3.67) NS Recessivo vs. T/T: OR = 1.25 (0.62-2.56) NS

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Repacholi <i>et al.</i> 2011 (23)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o uso de telefone celular e o risco de gliomas	8 estudos de caso-controle, não relata o número de pacientes com glioma	Exposição ao telefone celular	Exposição curta Exposição longa Exposição (geral)	Usuários não regulares de celular + aqueles que não usam	Alto (Não fez seleção independente; não incluiu literatura cinzenta; não avaliou a qualidade dos estudos incluídos; não declarou conflitos de interesse)	Exposição curta vs. Não uso de celular: OR = 1,03 (0,86; 1,24) NS Exposição Longa vs. Não uso de celular: OR = 1,40 (0,84; 2,31) NS Exposição (geral) vs. Não uso de celular: OR: 1,07 (0,89; 1,29) NS
Chen <i>et al.</i> 2011 (4)*	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre condições alérgicas (asma, eczema e rinite) e o risco de glioma	12 estudos, sendo 10 de caso-controle e 2 de coorte, com um total de 6408 pacientes com glioma	Alergias (asma, eczema e rinite)	Histórico de alergia	Condições não alérgicas	Alto (Não declara conflitos de interesse; não busca por literatura cinzenta; incluiu na análise apenas as medidas sumárias sem ajuste o que é preocupante sendo os estudos de natureza observacional)	Alergia (geral) Vs. Não alergia: OR = 0,60 (0,52; 0,69) p < 0,001 Subgrupos: Caso-controles: OR = 0,60 (0,52; 0,69) p < 0,001 Coortes: OR = 0,67 (0,30; 1,48) NS Asma: OR = 0,70 (0,62; 0,79) p < 0,001 Eczema: OR = 0,69 (0,62; 0,78) p < 0,001 Rinite: OR = 0,78 (0,70; 0,87) p < 0,001

Continua



## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Tan <i>et al.</i> 2010 (133)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Avaliar a associação entre o polimorfismo +61A/G e risco de glioma	6 estudos, todos caso-controles, com um total de 1453 casos de glioma	Presença do polimorfismo + 61 A/G	Alelo G GG GA GG + GA GG	Alelo A AA AA AA GA + AA	Alto (Avaliou apenas o PUBMED; não avaliou a qualidade dos estudos incluídos, não avalia a literatura cinzenta; não declara conflito de interesse)	<p>População Geral Alelo G vs. Alelo A: OR = 1,07 (0,85 (1,35) NS GG vs. AA: OR = 1,19 (0,77; 1,85) NS GA vs. AA: OR = 1,01 (0,96; 1,06) NS GG+GA vs. AA: OR = 1,01 (0,98; 1,04) NS GG vs. GA+AA: OR = 1,15 (0,81; 1,61) NS</p> <p>Etnia asiática Alelo G vs. Alelo A: OR = 0,93 (0,89; 0,97) Sig. GG vs. AA: OR = 0,94 (0,89; 0,99) Sig. GA vs. AA: OR = 0,97 (0,92; 1,03) NS GG+GA vs. AA: OR = 0,97 (0,95; 1,00) NS GG vs. GA+AA: OR = 0,86 (0,78; 0,95) Sig.</p> <p>Etnia europeia Alelo G vs. Alelo A: OR = 1,14 (1,04; 1,24) Sig. GG vs. AA: OR = 1,33 (1,12; 1,60) Sig. GA vs. AA: OR = 1,04 (0,94; 1,15) NS GG+GA vs. AA: OR = 1,07 (1,00; 1,15) NS GG vs. GA+AA: OR = 1,38 (1,12; 1,71) Sig.</p> <p>População Brasileira<sup>‡</sup> Alelo G vs. Alelo A: OR = 1,11 (1,03; 1,19) Sig. GG vs. AA: OR = 1,33 (1,12; 1,60) sig. GA vs. AA: OR = 1,14 (0,69; 1,91) NS GG+GA vs. AA: OR = 1,14 (0,70; 1,83) NS GG vs. GA+AA: OR = 1,02 (0,65; 1,62) NS</p>

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Fator de risco avaliado	Casos	Controles	Risco de Viés	Medida sumária (IC 95%)
Mandelzweig <i>et al.</i> 2009 (12)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos observacionais	Verificar a associação entre exposição ao fumo e risco de glioma	17 estudos, sendo 6 coortes e 11 caso-controles, com um total de 4194 casos de glioma	Exposição ao fumo	Ter fumado  Histórico de fumo (presente/passado)  Dose-resposta (cigarros/dia; maços/ano)	Nunca ter fumado	Alto (Sem seleção independente, avaliou apenas o PUBMED, sem literatura cinzenta, não avaliou a qualidade dos estudos incluídos, não declara conflitos de interesse.)	Ter fumado (qualquer categoria) vs. Nunca ter fumado Coortes: RR = 1,10 (1,01; 1,20) Sig. Caso-controle: RR = 1,00 (0,88; 1,15) NS Ambos: RR = 1,06 (0,97; 1,15) NS Fumante atual vs. Nunca ter fumado Coorte: RR = 1,07 (0,92; 1,24) NS Caso-controle: RR = 0,88 (0,73; 1,07) NS Ex-fumante vs. Nunca ter fumado Todos os estudos: RR = 1,10 (0,99; 1,22) NS Coorte: RR = 1,16 (1,04; 1,29) Sig. Caso-controle: RR = 0,90 (0,73; 1,11) NS  Risco adicional por anos de fumo RR = 1,01 (0,94; 1,08) NS Risco adicional por cigarros/dia RR = 1,02 (0,96; 1,08) NS Risco adicional por maços/ano RR = 1,00 (0,96; 1,04)

Fonte: Autoria própria.

\*O estudo considerou que, por ser rara a condição (glioma), os valores individuais de OR e HR de cada artigo incluso, seriam reportados como RR; \* Estudo inclui as mesmas referências que o artigo de Niedermeir et al., 2015. Portanto os resultados para a comparação considerando ambos os sexos não relatada; € somente foram relatados os resultados para pacientes com Gliomas, haja vista que o estudo fornece resultados para outros tipos de câncer cerebral; †Resultado do teste de Egger (p=0,04) e assimetria do funnel plot indicam presença de viés de publicação (os autores acreditam que isso não é capaz de modificar o efeito). No entanto os autores apenas consideraram as medidas de efeito não ajustadas dos estudos individuais, o que pode ter levado a significância do viés de publicação, haja vista que a medida de efeito é considerada no cálculo; ‡Resultados para apenas um estudo (não se trata de meta-análise) conduzido no Brasil; £ apenas foram relatados os resultados para os polimorfismos mais importantes e/ou com resultado estatisticamente significativo. Demais polimorfismos (ERCC2 - rs1799793, OGG1 - rs1052133, XRCC1 - rs25489, XRCC1 - rs1799782, XRCC3 - rs861539) não apresentaram associação com risco de glioma. OR: Odds ratio; RR: Risco Relativo; NS: Não significativo; Sig.: significativo; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; MTHFR: Metiltetraidrofolato redutase.

**Questão de Pesquisa 2:** Qual o desempenho dos testes diagnósticos inclusos nos critérios da OMS?

### 1) Estratégias de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

(((((("Isocitrate Dehydrogenase"[Mesh] OR isocitrate Dehydrogenase)) OR (IDH OR IDH mutation))) OR (((1p19q codeletion) OR 1p19q deletion) OR 1p/19q codeletion) OR 1p/19q deletion))) AND ("Glioma"[Mesh] OR glioma\*) AND ("Immunohistochemistry"[Mesh] OR immunohistochemistry)) AND (((("Polymerase Chain Reaction"[Mesh]) OR "Real-Time Polymerase Chain Reaction"[Mesh] OR PCR)) OR ("Sequence Analysis, DNA"[Mesh] OR DNA Sequencing OR sequencing))

Total: 140 referências

Data de acesso: 21/09/2017

#### EMBASE

((('glioma'/exp OR 'glioma') AND [embase]/lim) AND (('sequencing'/exp OR 'sequencing' OR 'dna sequence'/exp OR 'dna sequence' OR 'sequence analysis'/exp OR 'sequence analysis' OR 'polymerase chain reaction'/exp OR 'polymerase chain reaction' OR 'real time polymerase chain reaction'/exp OR 'real time polymerase chain reaction' OR 'pcr'/exp OR 'pcr') AND [embase]/lim) AND (('immunohistochemistry'/exp OR 'immunohistochemistry') AND [embase]/lim) AND (((('isocitrate dehydrogenase'/exp OR 'isocitrate dehydrogenase' OR 'idh' OR 'idh mutation') AND [embase]/lim) OR (('1p19q codeletion' OR '1p19q deletion' OR '1p/19q codeletion' OR '1p/19q deletion') AND [embase]/lim))

Total: 243 referências

Data de acesso: 21/09/2017

### 2) Seleção das evidências

Apenas foram selecionados estudos que relataram as medidas de acurácia diagnóstica ou aqueles nos quais era possível calculá-las.

Por meio das buscas acima foram recuperadas 383 referências das bases de dados Medline e Embase. Foram excluídas 74 duplicatas, restando, portanto, um total de 309 referências a serem avaliadas por títulos e resumos. Vinte e uma referências foram avaliadas por meio da leitura completa dos textos. Cinco estudos foram excluídos, sendo quatro por estarem contidos em uma revisão sistemática inclusa e um por ser uma série de casos, com pacientes consecutivos, na qual os testes foram aplicados a grupos heterogêneos, sendo que apenas uma parcela recebeu os dois testes. Dessa forma, foram incluídos 16 estudos de acurácia diagnóstica, sendo uma revisão sistemática (134) e 15 estudos transversais de acurácia diagnóstica (15, 135-148).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

A Tabela 2 exibe as principais características dos estudos incluídos. Na Tabela 3 são mostrados os resultados dos testes de acurácia diagnóstica e, quando relatadas, as características dos participantes de cada estudo.

**Tabela 2 – Principais características dos estudos incluídos**

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Teste índice	Teste padrão	Risco de viés
Ballester <i>et al.</i> 2017 (135)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Investigar as alterações genéticas mais comuns detectadas por NGS (sequenciamento de próxima geração)	161 casos de tumor cerebral avaliados para a mutação IDH1 R132H	Imuno-histoquímica (pR312 H)	Sequenciamento DNA	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito sem o conhecimento dos resultados do outro).
Gondim <i>et al.</i> 2017(136)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Avaliar a acurácia diagnóstica da imuno-histoquímica vs. PCR em pacientes com gliomas difusos ou não	63 pacientes com gliomas	Imuno-histoquímica (Dianiva-clone H09)	PCR	Alto (Não é possível obter as informações necessárias para avaliar o risco de viés do estudo (resumo de congresso)
Carter <i>et al.</i> 2016(137)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar as técnicas de sequenciamento (SNG) e imuno-histoquímica para a detecção de mutação IDH R132H e, também, comparar SNG com FISH para a detecção de codeleção 1p/19q	50 amostras de gliomas de baixo grau, advindas de 50 pacientes	Imuno-histoquímica FISH	Sequenciamento de DNA	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito sem o conhecimento dos resultados do outro).
Pyo <i>et al.</i> 2016 (134)	Revisão sistemática com meta-análise de estudos de acurácia diagnóstica	Avaliar a acurácia diagnóstica da imuno-histoquímica vs. sequenciamento em pacientes amostra de glioblastoma	303 pacientes com glioblastoma	Imuno-histoquímica	Sequenciamento de DNA	Alto (Os estudos inclusos na meta-análise são heterogêneos, nem todos analisam todos os pacientes e não é possível saber se os resultados de um teste foram obtidos sem o conhecimento do outro)
Li <i>et al.</i> 2015 (15)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar a concordância de três testes: HRM, sequenciamento e imuno-histoquímica	51 amostras de glioma não identificadas para a mutação IDH	Sequenciamento*	Imuno-histoquímica e HRM	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito com desconhecimento dos demais)
Takano <i>et al.</i> 2015 (138)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Avaliar a acurácia diagnóstica da imuno-histoquímica dupla (HMab-1 e MsMab-1) vs. sequenciamento genético	54 pacientes com gliomas grau III	Imuno-histoquímica dupla (HMab-1 e MsMab-1)	Sequenciamento de DNA	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito com desconhecimento dos demais)

Continua

## Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Teste índice	Teste padrão	Risco de viés
Catteau <i>et al.</i> 2014 (139)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar três métodos diagnósticos para a detecção de mutações IDH1/2: IDH1/2 one-step quantitative PCR assay; sequenciamento Sanger e imuno-histoquímica	171 amostras clínicas de gliomas	Imuno-histoquímica (DIA clone H09-Dianova, Germany)  Sequenciamento de DNA	IDH1/2 one-step quantitative PCR assay	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito com desconhecimento dos demais; os testes não foram aplicados a todas as amostras)
Agarwal <i>et al.</i> 2013 (140)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar a concordância entre os testes de imuno-histoquímica e sequenciamento genético	50 amostras de gliomas difusos	Imuno-histoquímica (antígeno DIA H09)	Sequenciamento de DNA (foi considerado o re-teste)	Incerto (Não foi definido um padrão de referência)
Choi <i>et al.</i> 2013 (141)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar a concordância entre imuno-histoquímica, Multiplex-PCR, Sequenciamento e PNA Clamping	127 sub-blocos de amostras avindas de 5 pacientes (1 astrocitoma difuso, 2 oligodendrogliomas e 2 astrocitomas mistos).	Multiplex PCR Sequenciamento PNA-clamping	Imuno-histoquímica (dianova - H09L)	Incerto (Amostra pequena de participantes não consecutivos ou aleatórios)
Egoavil <i>et al.</i> 2013 (142)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Validar técnica de imuno-histoquímica para a detecção de mutação IDH1	171 amostras de gliomas	Imuno-histoquímica (R132H Clone H09, Histonova)	Sequenciamento de DNA	Alto (Resumo de congresso sem as informações necessárias para o julgamento do risco de viés; os testes não foram aplicados a todos os pacientes)
Perrech <i>et al.</i> 2013 (143)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar RT-PCR vs. Sequenciamento + imuno-histoquímica para a detecção de mutação IDH1	71 amostras de tumores de baixo e alto grau	RT-PCR	Imuno-histoquímica e sequenciamento genético	Alto (Não é possível obter as informações necessárias para avaliar o risco de viés do estudo (resumo de congresso))
Lee <i>et al.</i> 2012 (144)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Avaliar a concordância entre PNA clamp PCR, Sequenciamento direto, Piro-sequenciamento e imuno-histoquímica, para a detecção de mutação IDH1	141 amostras de Oligodendrogliomas	Sequenciamento direto Piro-sequenciamento Imuno-histoquímica	PNA clamp PCR	Alto (Não é possível saber se um teste foi feito com desconhecimento dos demais)

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo	População	Teste índice	Teste padrão	Risco de viés
Loussouarn <i>et al.</i> 2012 (145)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar os resultados de acurácia, para a detecção da mutação IDH1R132H entre imuno-histoquímica vs. PCR e sequenciamento	91 pacientes com Oligodendrogliomas graus II e III	Imuno-histoquímica	PCR e sequenciamento genético	Baixo
Preusser <i>et al.</i> 2011 (146)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Avaliar o desempenho diagnóstico da imuno-histoquímica e do sequenciamento na detecção de mutação IDH1 R132H	95 amostras de biópsias de gliomas difusos	Imuno-histoquímica (DIA-H09 e IMab-1)	PCR e sequenciamento genético	Baixo
Boisselier <i>et al.</i> 2010 (147)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar três técnicas de PCR mais a imuno-histoquímica (versus sequenciamento) para a detecção de mutação IDH1 R132H	10 amostras de glioma contendo, sabidamente, a mutação e que tinham sido avaliadas por sequenciamento genético	PCR HRM Cold PCR HRM Double cold PCR HRM Imuno-histoquímica	Sequenciamento genético	Alto (não é possível saber se um teste foi feito sem o conhecimento dos resultados do outro; As amostras testadas continham sabidamente a mutação sob investigação)
Capper <i>et al.</i> 2010 (148)	Estudo transversal de acurácia diagnóstica	Comparar imuno-histoquímica para mutação IDH1 R132H com o sequenciamento genético	186 amostras de gliomas de vários graus	Imuno-histoquímica (mIDH1R132H)	Sequenciamento genético	Alto (Nem todos os pacientes passaram por sequenciamento (186/345), foi feito re-sequenciamento para confirmar os resultados)

Fonte: Autoria própria.

\*O sequenciamento foi escolhido com índice pois foi inferior aos outros dois testes, os quais forneceram resultados idênticos; HRM: High Resolution Melt; IDH: isocitratro desidrogenase; PCR: Reação em Cadeia da Polimerase; RT-PCR: Real Time PCR.

**Tabela 3 – Principais características dos participantes e resultados de acurácia diagnóstica para os estudos incluídos**

Autor, ano	Idade teste índice, média anos (DP)	Idade teste padrão, média anos (DP)	Sexo masc. Índice, n (%)	Sexo masc. Padrão, n (%)	Resultados de acurácia/comparação entre testes
Ballester <i>et al.</i> 2017 (135)	NR	NR	NR	NR	Sensibilidade p/ R132H: 100%
Gondim <i>et al.</i> 2017 (136)	NR	NR	31 (50%)	Sensibilidade: 100% Especificidade: 80% VPP: 100%	
Carter <i>et al.</i> 2016 (137)	42,2 (variação 5 a 69 anos)	38 (76%)	Imuno-histoquímica vs. sequenciamento (IDH 1 R132H) Sensibilidade: 100% Especificidade: 100% FISH vs. Sequenciamento (codeleção 1p/19q) Sensibilidade: 100%		
Pyo <i>et al.</i> 2016 (134)	NR	NR	NR	NR	Sensibilidade sumária: 1 (0,2; 1,0) Especificidade sumária: 0,99 (0,96; 1,0) AUC: 0,8508 OR diagnóstico: 274,86 (46,70; 1617,59)
Li <i>et al.</i> 2015* (15)	NR	NR	NR	NR	Sequenciamento vs. HRM/Imuno-histoquímica (IDH1 132 H): Sensibilidade: 91 % Especificidade: 100%
Takano <i>et al.</i> 2015 (138)	48,7 (14,5)	NR	NR	Sensibilidade: 100% Especificidade: 100%	
Catteau <i>et al.</i> 2014 (139)	NR	NR	NR	NR	Imuno-histoquímica vs. PCR one-step Sensibilidade (IC95%): 100% (91,3; 99,7) Especificidade (IC95%): 100% (94,9; 100) Sequenciamento vs. PCR one-step Sensibilidade (IC95%): 100% (94,6; 100) Especificidade (IC95%): 92% (83,5; 96,7)

Continua

## Continuação

Autor, ano	Idade teste índice, média anos (DP)	Idade teste padrão, média anos (DP)	Sexo masc. Índice, n (%)	Sexo masc. Padrão, n (%)	Resultados de acurácia/comparação entre testes
Agarwal <i>et al.</i> 2013* (140)	NR	NR	NR	NR	Mutação R132H Sensibilidade: 100% Especificidade: 100% Mutação R132L Sensibilidade: 75% Especificidade: 100% Mutação 132C Sensibilidade: 0,0% Especificidade: 100% Nenhuma mutação IDH1 Sensibilidade: 14,3% Especificidade: 100%
Choi <i>et al.</i> 2013 (141)	32,6	2 (40%)	Sequenciamento vs. imuno-histoquímica: Sensibilidade (IC95%): 78,7 (73; 82,3) Especificidade (IC95%): 81,8 (68,7; 95) Multiplex PCR vs. imuno-histoquímica: Sensibilidade (IC95%): 86,2 (80,4; 90,1) Especificidade (IC95%): 75,8 (61,1; 90,4) PNA vs. Imuno-histoquímica: Sensibilidade (IC95%): 96,8 (91,9; 99,1) Especificidade (IC95%): 66,7 (50,6; 82,8)		
Egoavil <i>et al.</i> 2013 (142)	NR	NR	NR	NR	Imuno-histoquímica vs. Sequenciamento Sensibilidade: 100% Especificidade: 100%
Perrech <i>et al.</i> 2013 (143)	NR	NR	NR	NR	Sensibilidade: 96% Especificidade: 95% Acima de um cut-off de 0,111, sensibilidade e especificidade são iguais a 100%

Continua



## Continuação

Autor, ano	Idade teste índice, média anos (DP)	Idade teste padrão, média anos (DP)	Sexo masc. Índice, n (%)	Sexo masc. Padrão, n (%)	Resultados de acurácia/comparação entre testes
Lee <i>et al.</i> 2012* (144)	NR	NR	NR	NR	Sequenciamento vs. PNA Sensibilidade: 76,1% Especificidade: 100% Pirosequenciamento VS. PNA Sensibilidade: 76,8% Especificidade: 100% Imuno-histoquímica vs. PNA Sensibilidade: 77,5% Especificidade: 100%
Loussouarn <i>et al.</i> 2012(145)	Grau II: 40,6 Grau III: 50	Grau II: 25 (58) Grau III: 32 (67)	Imuno-histoquímica vs. PCR e sequenciamento (R132H): Sensibilidade: 100% Especificidade: 100%		
Preusser <i>et al.</i> 2011* (146)	NR	NR	NR	NR	Imuno-histoquímica vs. sequenciamento** Sensibilidade: 100% Especificidade: 100%
Boisselier <i>et al.</i> 2010 (147)	NR	NR	NR	NR	IDH1R132H Sensibilidade (%): Imuno-histoquímica: 30% PCR HRM: 80% Double/Cold PCR HRM: 100%

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Idade teste índice, média anos (DP)	Idade teste padrão, média anos (DP)	Sexo masc. Índice, n (%)	Sexo masc. Padrão, n (%)	Resultados de acurácia/comparação entre testes
Capper <i>et al.</i> 2010 (148)	NR	NR	186/345	Detecção de R132H: Sensibilidade: 100 % Especificidade: 100% Qualquer mutação IDH1: Sensibilidade: 94% Especificidade: 100% Diagnóstico astrocitoma III: Sensibilidade: 81% Especificidade: 96% Diferenciação entre GBM primário e secundário: Sensibilidade: 71% Especificidade: 96% Astrocitoma II e astrocitoma pilócítico I: Sensibilidade: 83% Especificidade: 100% Ependimoma: Sensibilidade: 83% Especificidade: 100% Diferenciação entre ependimoma III e astrocitoma III: Sensibilidade: 81% Especificidade: 100%	

Fonte: Autoria própria.

GBM: glioblastoma; PCR: Reação em Cadeia da Polimerase; NR: não reportado; \*Dados não fornecidos e calculados durante a coleta de dados dos artigos; \*\*Positividade foi considerada quando se tinha imunocoloração total ou parcial das células avaliadas. VPP; valor preditivo positivo; AUC: Área sob a curva (indica acurácia do teste); OR: Odds ratio; IC95% (Intervalo de confiança 95%).

**Pergunta de Pesquisa 3:** Qual o papel/aplicação/utilidade da biópsia em gliomas de tronco (difuso captável x não captável)?

### 1) Estratégia de busca

#### **MEDLINE via Pubmed:**

((((("Stereotaxic Techniques"[Mesh] OR stereotactic)) AND (("Biopsy"[Mesh] OR biopsy))) AND ("Brain Stem Neoplasms"[Mesh] OR Brain Stem Neoplasm OR brainstem glioma)))) AND ("Adult"[Mesh] OR adult)

Total: 206 referências

Data de acesso: 01/08/2017

**EMBASE** (('brainstem glioma'/exp OR 'brainstem glioma' OR 'brain stem tumor'/exp OR 'brain stem tumor') AND [embase]/lim) AND (('stereotactic biopsy'/exp OR 'stereotactic biopsy') AND [embase]/lim) AND (('adult'/exp OR 'adult') AND [embase]/lim)

Total: 32 referências

Data de acesso: 01/08/2017

### 2) Seleção das evidências

Foram encontradas 238 referências nas bases de dados Embase e Medline, de acordo com as estratégias de busca detalhadas acima. Foram excluídas 14 duplicatas. Dessa forma, 224 referências foram avaliadas por título e resumo, sendo 13 elegíveis para a leitura completa. Após a leitura completa, cinco referências foram excluídas, sendo três por se tratar de série de casos sem descrição de gliomas de tronco difusos ou sobre a captação desse glioma por técnica de imagem; uma por avaliar apenas crianças; e outra por avaliar tumor cerebral geral e não apenas de tronco. Sendo assim, oito referências foram incluídas, três estudos transversais de acurácia diagnóstica (66, 67, 149) e cinco séries de casos (150-154).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

A Tabela 4 exibe as características principais dos estudos incluídos. A Tabela 5 mostra as principais aplicações e resultados do uso da biópsia estereotática para gliomas de tronco encefálico.

Tabela 4 – Características dos estudos incluídos para a questão de pesquisa 3 do PCDT de Gliomas

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo	População	Intervenção	Risco de viés
Marques <i>et al.</i> 2015 (150)	Série de casos	Descrever características clínicas, demográficas, de tratamento e sobrevida de pacientes com gliomas de tronco	22 pacientes adultos com glioma de tronco encefálico	Biópsia (estereotática ou aberta) e RMN	Alto (Resumo de congresso sem o detalhamento necessário; série de casos)
Manoj <i>et al.</i> 2014 (151)	Série de casos	Analisar as características das lesões através de biópsia em pacientes com lesão de tronco encefálico	41 adultos com lesão de tronco encefálico**	Biópsia estereotática guiada por TC ou RMN (via frontal, suboccipital e parietal)	Alto (Série de casos descritiva)
Dellaretti <i>et al.</i> 2012 (66)	Transversal (acurácia diagnóstica)	Comparar os resultados de RMN com os dados histopatológicos obtidos por biópsia em pacientes com lesões no tronco encefálico	Pacientes adultos (18 a 75 anos) com lesões de tronco encefálico intrínsecas	Biópsia estereoscópica (Tailarach frame e robótica) e RMN	Alto (Não fala a respeito da temporalidade da aplicação de RMN e Biópsia; não há relato de amostra consecutiva ou randomizada)
Rachinger <i>et al.</i> 2009 (67)	Transversal (acurácia diagnóstica)	Comparar os resultados de RMN com os dados histopatológicos obtidos por biópsia em pacientes com lesões no tronco encefálico	Pacientes adultos (18 a 78 anos) com suspeita radiológica de glioma de tronco encefálico	Biópsia estereoscópica (frontal extra ventricular e suboccipital transpeduncular) e RMN Lesão focal (suspeita de baixo grau) e Lesão difusa (suspeita de alto grau)	Baixo
Shad <i>et al.</i> 2004 (152)	Série de casos	Avaliar a segurança e as vantagens da biópsia de tronco encefálico estando o paciente acordado	13 pacientes adultos consecutivos, com lesões de tronco encefálico	Biópsia estereotática guiada por TC	Alto (Série de casos)
Boviatsis <i>et al.</i> 2003 (153)	Série de casos	Reportar os desfechos de pacientes com lesão de tronco encefálico e que passaram por biópsia estereotática guiada por TC	11 pacientes adultos, com lesão de tronco encefálico	Biópsia estereotática guiada por TC (transfrontal e transcerebelar)	Alto (Série de casos)
Boviatsis <i>et al.</i> 2001 (154)	Série de casos	Reportar os desfechos de pacientes com lesão de tronco encefálico e que passaram por biópsia estereotática guiada por TC	5 pacientes adultos com lesão de tronco encefálico	Biópsia estereotática guiada por TC (transfrontal e transcerebelar)	Alto (Série de casos)
Rajshekhhar <i>et al.</i> 1995* (149)	Transversal (acurácia diagnóstica)	Comparar os resultados da biópsia estereotática guiada por TC com os achados de imagem da TC	71 pacientes consecutivos (25% adultos) com massa isolada intrínseca no tronco encefálico	Biópsia estereotática guiada por TC (transfrontal e transcerebelar); e TC por contraste	Alto (Não fala a respeito da temporalidade da aplicação de TC e Biópsia)

Fonte: Autoria própria.

\*Resultados obtidos de população mista, com apenas 25% de adultos; \*\* Para a maioria dos desfechos apenas foi considerada a população adulta (n = 41), pois o estudo também inclui população pediátrica; RMN: imagem por ressonância magnética nuclear; TC: Tomografia computadorizada.

Tabela 5 – Principais resultados clínicos e aplicações da biópsia estereotáctica de glioma de tronco

Autor, ano	N	Homem, n (%)	Idade, média (DP) ou (faixa) Anos	Resultados clínicos	Resultados de Segurança	Conclusão do estudo
Marques <i>et al.</i> 2015 (150)	22	12 (54,5)	33,5 (9,4)	<p>Resultados de imagem por RMN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Difuso intrínseco (n = 17)</li> <li>cístico/necrótico (n = 2)</li> <li>exofítico (n = 3)</li> <li>Captável (n = 7)</li> </ul> <p>Resultados de biópsia (n = 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Difuso (n = 6)</li> <li>cístico/necrótico (n = 2)</li> <li>exofítico (n = 2)</li> <li>Astrocitoma pilocítico (n = 1)</li> <li>Astrocitoma Grau II (n = 3)</li> <li>Astrocitoma Grau III (n = 3)</li> <li>Glioblastoma (n = 1)</li> <li>Oligodendroglioma grau II (n = 1)</li> <li>Oligodendroglioma grau III (n = 1)</li> </ul>	NR	O estudo realça a importância do uso de biópsia nesse tipo raro de tumor
Manoj <i>et al.</i> 2014 (151)	41	29 (70,7)	Mediana de 34 anos	<p>Características radiológicas das lesões de tronco encefálico**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão bem definida: 12 (35,3%)</li> <li>Bem definida com componente exofítico: 3 (8,8%)</li> <li>Difusa: 19 (55,9)</li> <li>Difusa não captável: n = 5 (todas identificadas como astrocitoma anaplásico pela biópsia)</li> </ul> <p>Fatores contribuindo para uma biópsia inconclusiva†</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Localização da lesão (p = 0,545)</li> <li>Ser bem definida ou difusa (0,14)</li> <li>Local da biópsia (0,513)</li> <li>Captação (0,842)</li> <li>Adulto vs. pediátrico (0,349)</li> <li>TC vs. RMN (0,620)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 (2,4%) Deterioração de nervo craniano</li> <li>5 tiveram perda de senso.</li> <li>2 tiveram hematoma pós-biópsia</li> </ul>	A biópsia tem um papel importante: o tratamento de gliomas de tronco encefálico, principalmente em adultos, devido à grande variedade de lesões apresentadas nesse grupo de pacientes

Continua

### Continuação

Autor, ano	N	Homem, n (%)	Idade, média (DP) ou (faixa) Anos	Resultados clínicos	Resultados de Segurança	Conclusão do estudo
Dellaretti <i>et al.</i> 2012 (66)	96	54 (56,2)	41 (18-75) anos	<p>Achados Radiológicos: Lesão difusa não captável (n=32) Lesão difusa captável (n=31) Lesão focal não captável (n=10) Lesão focal captável (23)</p> <p>Diagnóstico histológico preciso: 92 (95,8%) pacientes (sendo identificados todos os 63 casos de lesão difusa)</p> <p>Avaliação histológica: 25 (89,3%) dos pacientes com lesão difusa não captável e 21 (68%) dos pacientes com lesão difusa captável tinham glioma difuso</p> <p>9 pacientes com lesão focal não captável e 23 pacientes com lesão focal captável tinham glioma difuso</p>	<p>Aumento da morbidade por condições pré-existentes: 9% (9 pacientes)</p> <p>Morte durante procedimento de biópsia: 1 paciente (lesão pontínica captável e piora de hemiparesia)</p>	<p>O efeito diagnóstico da biópsia estereotáctica foi maior em pacientes com lesões focais ou captáveis (<math>p &lt; 0,05</math>), nas quais o diagnóstico de glioma difuso não é frequente.</p>
Rachinger <i>et al.</i> 2009 (67)	46	25 (54)	Mediana (faixa): 43 (18-78)	<p>Avaliação histológica Astrocitoma pilocítico (2); Glioma grau II (14); Glioma maligno (12); metástase (7); linfoma (5); cavernoma (1); abscesso inflamatório (1); e doença desmielinizante inflamatória (1).</p> <p>Acurácia da RMN em relação à biópsia estereotáctica: Baixo grau: especificidade (46,6%), sensibilidade (62,5%) Alto grau: especificidade (61,7%) e sensibilidade (58,3%)</p>	<p>Duas complicações (4%) relacionadas à biópsia: 1) Complicação de cicatrização; e 2) agravamento de ataxia</p>	<p>A biópsia estereotáctica é um método seguro de obter um diagnóstico histológico válido e indispensável para a decisão do diagnóstico</p>

Continua

### Conclusão

Autor, ano	N	Homem, n (%)	Idade, média (DP) ou (faixa) Anos	Resultados clínicos	Resultados de Segurança	Conclusão do estudo
Shad <i>et al.</i> 2004 (152)	13	7 (54)	47 anos	<p>Lesões difusas 3 astrocitomas 1 linfoma de células B</p> <p>Demais lesões 2 astrocitomas anaplásicos grau III 1 Tumor glio-epitelial de baixo grau 1 Encefalite (sugestivo) 1 sem diagnóstico 1 glioma de baixo grau 1 linfoma 1 glioma/hematoma 1 adenocarcinoma metastático</p> <p>Taxa de diagnóstico com a biópsia: 92%</p>	3 sequelas neurológicas temporárias	A biópsia é segura, efetiva e confiável. A técnica utilizada pode ajudar a minimizar a morbidade do procedimento.
Boviatsis <i>et al.</i> 2003 (153)	11	4 (36,4)	49,9	<p>Resultados histológicos por Biópsia Gliose difusa (n = 2) Astrocitoma anaplásico (n = 5) Astrocitoma (n = 3) meduloblastoma (n = 1)</p> <p>% de diagnóstico correto: 100</p>	Paresia de nervo facial (1) Hematoma com deterioração (1) Disfunção cerebelar (1)	A biópsia de tronco é um método seguro de obter amostra de tecido e permite que o paciente tenha o direcionamento para o tratamento adequado
Boviatsis <i>et al.</i> 2001 (154)	5	1 (20,0)	46,2 anos	<p>Resultados de Biópsia e TC Astrocitoma Não captável Astrocitoma captável Astrocitoma anaplásico captável Astrocitoma anaplásico não captável Meduloblastoma não captável</p>	1 paresia de nervo facial 1 cefaleia grave	Através da biópsia foi feita a classificação histológica correta o que possibilitou a escolha do melhor tratamento para cada caso
Rajshkhar <i>et al.</i> 1995* (149)	71	37 (52)	Mediana (faixa): 9 (2,5 a 67)	<p>Morfologia na TC Lesão não captável hipodensa: n = 25 Lesão não captável isodensa: n = 2 Lesão captável em anel: n=19 Localização da lesão Difusa: n = 60 Focal: n = 11</p> <p>Resultado TC vs. Biópsia Um diagnóstico positivo com a biópsia foi obtido em 98,5% das amostras. 10 resultados obtidos pela biópsia, para lesões benignas, foram diferentes daqueles obtidos pela TC</p>	<p>Um paciente teve paralisia ocular, facial; hemihipalgesia; paralisia retal e diferenças de temperatura corporal.</p> <p>Outros 4 pacientes (5,6%) experimentaram alguma morbidade</p>	<p>Os autores concluem que a Biópsia guiada por TC é segura e confiável</p> <p>É importante de ser realizada em lesões captáveis e focais para a detecção de lesões benignas</p> <p>Alguns pacientes com lesões difusas não captáveis podem se beneficiar da biópsia. E a falta de captação, juntamente com a localização difusa da lesão indica glioma maligno</p>

Fonte: Autoria própria.

TC: Tomografia computadorizada; RMN: imagem por ressonância magnética nuclear; \*Resultados obtidos de população mista, com apenas 25% de adultos; \*\* Lesão bem definida foi aquela com margem bem definida pelo contraste na TC ou RMN, Lesão difusa foi aquela sem limites bem definidos pelo contraste na TC ou RMN; \*Resultados considerando 41 pacientes pediátricos; NR: Não relatado; DP: Desvio padrão.

**Questão de Pesquisa 4:** Qual a eficácia e segurança da temozolomida e quais são os esquemas de uso (concomitante, adjuvante, etc)?

## 1) Estratégia de Busca

No dia 07/06/2017 foram realizadas as buscas por evidência nos sítios eletrônicos das bases de dados Medline e Embase. Como forma de fazer da busca a mais precisa possível, foram utilizados filtros validados para ensaios clínicos, nas duas bases de dados citadas acima, para a redução do quantitativo de bibliografia encontrada.

### MEDLINE via Pubmed:

```
(((((("temozolomide" [Supplementary Concept]) OR "temozolomide hexyl ester" [Supplementary Concept] OR temodal OR temozolomide OR schering plough brand of temozolomide)) AND ("Glioma"[Mesh] OR glioma OR glial cell tumor)) AND ("Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols"[Mesh] OR Drug Combinations, Antineoplastic OR adjuvant OR concomitant))) AND ((randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomized controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR single-blind method [mh] OR clinical trial [pt] OR clinical trials[mh] OR ("clinical trial"[tw]) OR ((singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND (mask*[tw] OR blind*[tw]))) OR (placebos [mh] OR placebo* [tw] OR random* [tw] OR research design [mh:noexp] OR comparative study [pt] OR evaluation studies as topic [mh] OR follow-up studies [mh] OR prospective studies [mh] OR control* [tw] OR prospective* [tw] OR volunteer* [tw]) NOT (animals [mh] NOT humans [mh])))
```

Total: 765 referências

Data de acesso: 07/16/2017

### EMBASE

```
'glioma'/exp OR 'glioma' OR 'glioma cell'/exp OR 'glioma cell' AND ('temozolomide'/exp OR 'temozolomide') AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR (cross NEXT/1 over*):de,ab,ti OR placebo*:de,ab,ti OR (doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti OR (singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) AND [embase]/lim AND ('adjuvant'/exp OR 'adjuvant' OR 'adjuvant chemotherapy'/exp OR 'adjuvant chemotherapy' OR 'concomitant' OR 'concomitant chemotherapy' AND [embase]/lim OR ('combination chemotherapy'/exp OR 'combination chemotherapy' AND [embase]/lim))
```

Total: 697 referências

Data de acesso: 07/16/2017

## 2) Seleção das evidências

Devido ao grande volume de referências encontradas foram considerados apenas os estudos de intervenção randomizados e revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados. Demais estudos observacionais, prospectivos e retrospectivos foram excluídos.



Foram encontradas 1462 referências através das estratégias de busca acima. Após a exclusão de 151 duplicatas, 1311 referências foram triadas por título e resumo. Dessas, 98 foram selecionadas para a leitura completa. Assim, 52 referências foram excluídas por se tratarem de estudos observacionais; oito eram revisões sistemáticas metodologicamente comprometidas; quatro artigos foram excluídos pois os desfechos estavam descritos em revisão sistemática; dois artigos post-hoc cuja publicação original foi inclusa; um estudo por avaliar desfecho não elegível; 3 estudos por avaliarem tecnologia não aprovada no Brasil; sete resumos de congresso sem informação relevante ou cujo artigo original foi incluso; dois estudos clínicos eram comprometidos metodologicamente; e um se tratava de artigo de opinião (*letter*). Ao final, foram incluídas duas revisões sistemáticas com meta-análise (100, 101) e 25 ensaios clínicos randomizados (79, 96, 98, 99, 102-108, 155-164), sendo um deles, por busca manual (98).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

Os desfechos primários reportados a seguir incluem sobrevida geral, sobrevida livre de progressão, desfechos relacionados à qualidade de vida dos pacientes e eventos adversos.

As Tabelas 6-11 exibem as características dos estudos incluídos, bem como resultados de eficácia e segurança para a comparação temozolomida + radioterapia versus radioterapia; as Tabelas 12-15 exibem os mesmos desfechos para a comparação temozolomida + radioterapia + bevacizumabe versus temozolomida + radioterapia; as Tabelas 16-19 mostram os desfechos para a comparação temozolomida + radioterapia + nitrosureias versus temozolomida + radioterapia; as tabelas 20-23 relatam os resultados para diferentes dosagens de temozolomida (metronômica versus densa); e as Tabelas 24-26 exibem os resultados para comparação temozolomida + radioterapia + INF $\beta$  versus temozolomida + radioterapia.

#### 3.1) Resultados para os estudos incluídos para a comparação Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia

**Tabela 6 – Características dos estudos incluídos para a comparação Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia**

Autor, ano	Desenho de estudo	População e objetivo	Tipo de glioma	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Revisões sistemáticas						
Feng <i>et al.</i> 2017 (100)	Revisão sistemática com meta-análise	Seis ensaios clínicos randomizados (450 pacientes recebendo TMZ + radio (concomitante) e 449 recebendo radio apenas)	Glioblastoma multiforme recém diagnosticado	TMZ + Radio (+ TMZ adjuvante em cinco dos seis estudos)	Radioterapia padrão	Baixo
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	Revisão sistemática com meta-análise	Oito ensaios clínicos randomizados (em 11 publicações) incluindo 2220 participantes.	Glioblastoma multiforme (7 estudos) e glioblastoma ou astrocitoma anaplásico (1 estudo)	1) TMZ (adjuvante e concomitante) + radio 2) TMZ (concomitante apenas) + radio 3) TMZ (em pacientes idosos) 4) TMZ (primeiro concomitante e depois adjuvante (metronômico ou dose-dense))	Radio	Baixo*
Ensaios Clínicos Randomizados						
Bhandari <i>et al.</i> 2017(99)	Ensaio clínico randomizado	40 pacientes adultos com Glioblastoma multiforme (pós-operatório)	Glioblastoma multiforme	Radio + TMZ concomitante + TMZ adjuvante (6 ciclos) [C-TMZ]	Radio + TMZ concomitante + TMZ adjuvante (12 ciclos) [E-TMZ]	Alto (amostra pequena e não calculada; não há detalhes sobre o sigilo de alocação)
Perry <i>et al.</i> 2017(105)	Ensaio clínico randomizado	562 pacientes com idade ≥ 65 anos com Glioblastoma multiforme recém diagnosticado	Glioblastoma multiforme recém diagnosticado	Radio (Curso de curta duração)	Radio (Curso de curta duração) + TMZ	Baixo
Van der bent <i>et al.</i> 2016 (108)	Ensaio clínico randomizado	748 pacientes adultos com glioblastoma recém diagnosticado sem codeleção 1p/19q	Glioblastoma recém diagnosticado sem codeleção 1p/19q	1) Radio + TMZ (concomitante) 2) Radio + TMZ (Adjuvante) 3) Radio + TMZ (comcomitante e adjuvante)	Radio	Alto (Resumo de congresso sem informação sobre randomização, alocação e cegamento)
Mao <i>et al.</i> 2015 (104)	Ensaio clínico randomizado	99 pacientes adultos (18-70 anos) com glioblastoma primário recém diagnosticado	Glioblastoma primário recém diagnosticado	Regime radioquimioterápico + TMZ precoce pós-cirurgia (Grupo TMZ)	Regime radioquimioterápico + radio padrão pós-cirurgia (Grupo Radio)	Baixo
Gaber <i>et al.</i> 2013 (79)	Ensaio clínico randomizado	60 pacientes entre 18-70 anos com glioblastoma multiforme	Glioblastoma multiforme	TMZ + radio concomitante por 42 semanas (TMZ + Radio conc)	TMZ + radio apenas no início e após o uso do TMZ nas últimas semanas (TMZ + Radio interv)	Baixo

Fonte: Autoria própria.

\*O risco de viés na condução da revisão sistemática é baixo, porém o risco de viés dos ensaios clínicos randomizados incluídos é muito alto; TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia.

**Tabela 7 – Características de base dos estudos incluídos para a comparação Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Idade intervenção, média (DP) anos	Idade comparador, média (DP) anos	Homens intervenção (%)	Homens comparador, n (%)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Tempo de seguimento, mês média (DP)
Feng <i>et al.</i> 2017 (100)	450	449	Medianas variando de 52,5 a 59 anos	Variando de 31% a 66%	NR	NA		
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	2220	Médias descritas variando de 51 a 72 anos	Variando de 47% a 66%	NR	NA			
Bhandari <i>et al.</i> 2017 (99)	20	20	Mediana (variação): 49 (19-65)	Mediana (variação): 44 (19-62)	50%	30%	NR	Mediana (variação): 17,25 (5,31; 36,03)
Perry <i>et al.</i> 2017 (105)	281	281	Mediana (variação): 73 (65; 90)	172 (61,2)	171 (60,9)	NR	Mediana de 17 meses	
Van der bent <i>et al.</i> 2016 (108)	748 pacientes foram randomizados	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
Mao <i>et al.</i> 2015 (104)	52	47	48,5 (13,0)	52,1 (10,1)	32 (62)	34 (72)	NR	24 meses
Gaber <i>et al.</i> 2013 (79)	30	30	47,4 (9,7)	48,3 (8,4)	24 (80)	10 (33,3)	NR	Mediana 11 (6; 24) meses

Fonte: Autoria própria.

\*As escalas de qualidade de vida variam de 0-100. Para os desfechos de disfunção motora e déficit de comunicação, quanto menor, pior. Para os demais, quanto maior, melhor; NR: não relatado; DP: desvio padrão.

**Tabela 8 – Resultados de sobrevida global e sobrevida livre de progressão para as revisões sistemáticas incluídas para a comparação Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia**

Autor, ano	Sobrevida global	SLP
Feng <i>et al.</i> 2017 (100)	Em 6 meses: OR = 0,690 (IC 95% 0,471; 1,011) p = 0,057; I2 = 0% Em 1 ano: OR = 0,469 (IC 95% 0,237; 0,928) p = 0,030; I2 = 66,88% (p = 0,017) - Favorece TMZ + Radio	Em 6 meses: OR = 0,429 (IC 95% 0,183; 1,009) p = 0,052; I2 = 77,15% (p=0,004) Em 1 ano: OR = 0,245 (IC 95% 0,162; 0,369) p < 0,001; I2 = 17,56 % (p = 0,303) - Favorece TMZ + Radio
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	TMZ (concomitante e adjuvante) + Radio vs. Radio: HR = 0,56 (IC 95% 0,42; 0,74) [favorece TMZ + radio] p<0,001	TMZ (concomitante e adjuvante) + Radio vs. Radio: HR = 0,54 (IC 95% 0,46; 0,64) [favorece TMZ + radio] p<0,001
	TMZ (concomitante apenas) vs. Radio: HR = 0,89 (IC95% 0,49; 1,61)	TMZ (concomitante apenas) vs. Radio: HR = 1,06 (IC95% 0,65; 1,75)
	TMZ (geral) vs. Radio: HR = 0,60 (IC95% 0,46; 0,79) [favorece TMZ + radio] p<0,001	TMZ (geral) vs. Radio: HR = 0,63 (IC95% 0,43; 0,92) [favorece TMZ + radio] p=0,01
	Resultados na população Idosa: TMZ vs. Radio hipofracionada: HR = 0,82 (IC 95% 0,63; 1,07)  TMZ vs. Radio padrão: HR = 0,88 (IC95% 0,57; 1,36)	Resultados na população idosa: TMZ vs. Radio padrão: HR = 1,15 (IC95% 0,92; 1,44)

Fonte: Autoria própria.

SLP: Sobrevida Livre de progressão; OR: odds ratio; TMZ: temozolomida; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confiança; NR: não relatado.

**Tabela 9 – Resultados de eficácia para os ensaios clínicos incluídos para a comparação temozolomida + radioterapia vs. Radioterapia**

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Resposta RECIST, n (%)
Bhandari <i>et al.</i> 2017 (99)	C-TMZ	Mediana: 15,4 Em dois anos: 12,9%	Mediana: 12,8 Em 2 anos: 16,4%	NR
	E-TMZ	Mediana: 23,8 Em dois anos: 35,5% (p=0,044 entre grupos)	Mediana: 16,8 Em dois anos: 18,7% (p=0,069 entre grupos)	NR
Perry <i>et al.</i> 2017 (105)	Radio	Mediana (IC95%): 7,6 (7,0; 8,4)	Mediana (IC95%): 3,9 (3,5; 4,3)	NR
	Radio + TMZ	Mediana (IC95%): 9,3 (8,3; 10,3)	Mediana (IC95%): 5,3 (4,6; 6,2)	NR
	HR (IC95%) entre grupos	0,67 (0,56; 0,80) p<0,001 [favorece Radio + TMZ]	0,50 (0,41; 0,60) p<0,001 [favorece Radio + TMZ]	
Van der Bent <i>et al.</i> 2016 (108)	Não adjuvante (somente Radio ou Radio concomitante com TMZ)	Mediana: 41,1 meses Em 5 anos: 44,1 %	Mediana: 19 meses	NR
	Adjuvante (TMZ Adjuvante ou concomitante + adjuvante)	Em 5 anos: 55,9%	Mediana: 42,8 meses	NR
	HR (IC95%) entre grupos	0,645 (0,450; 0,926) p=0,0014 [favorece adjuvância]	0,586 (0,472; 0,727) p<0,001 [favorece adjuvância]	
Mao <i>et al.</i> 2015 (104)	TMZ	Mediana (IC95%): 17,6 (15,2; 23,0)  % em meses: 6: 93,6 (81,4; 97,9) 12: 83,4 (68,1; 91,7) 18: 48,5 (31,3; 63,8) 24: 24,0 (8,8; 43,2)	Mediana (IC95%): 8,74 (6,4; 14,8)	NR
	Radio	Mediana (IC95%): 13,2 (11,1; 18,8) p = 0,021 em relação a TMZ  % em meses: 6: 86,9 (71,3; 94,3) 12: 60,4 (41,1; 75,1) 18: 38,6 (20,1; 56,9) 24: NR	Mediana (IC95%): 10,4 (8,2; 15,4) p = 0,695 em relação a TMZ	NR

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Resposta RECIST, n (%)
Gaber <i>et al.</i> 2013 (79)	TMZ + Radio conc	Mediana (IC95%): 12,3 (7,7; 16,9)	Mediana (IC95%): 8,8 (5,9; 11,7) 12 meses: 32%	Remissão completa: 4 (13,3) Remissão parcial: 8 (26,7) Doença estável: 16 (53,3) Progressão: 2 (6,7)
	TMZ + radio interv	Mediana (IC95%): 14,3 (14; 14,7) p=0,83 entre grupos	Mediana (IC95%): 11,5 (8,9; 14,2) p = 0,571 entre grupos 12 meses: 30%	Remissão completa: 2 (6,7) Remissão parcial: 8 (26,7) Doença estável: 20 (66) Progressão: 0

Fonte: Autoria própria.

IC: intervalo de confiança; TMZ: temozolomida; C-TMZ: TMZ adjuvante (6 ciclos); E-TMZ: TMZ adjuvante (12 ciclos); Radio: radioterapia; Radio interv.: radio apenas no início e após o uso do TMZ nas últimas semanas; TMZ + Radio conc: radio concomitante por 42 semanas; HR: Hazard ratio; DP: Desvio padrão; IC 95%: intervalo de confiança; NR: não relatado.

**Tabela 10 – Eventos adversos para as revisões sistemáticas (e estudos inclusos em revisões sistemáticas) incluídas para a comparação entre Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia**

Evento adverso	Szczepanek et al. 2013* (107)		Karacetin et al. 2011** (102)	Stupp et al, 2005/2009* (96, 106)		Kocher et al, 2008* (103)		Athanassiou et al. 2005* (98)		Hart et al. 2013 (101)		Hart et al. 2013** (101)		Hart et al. 2013 <sup>†</sup> (101)		Hart et al. 2013* (101)	
	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ	Radio	TMZ (dose-dense)	TMZ (metronómica)	TMZ	nitrosu- rêia
Anemia, n (%)	NR	NR	NR	4 (1)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Fadiga, n (%)	NR	NR	NR	Grau 2: 108 (38) Grau 3 e 4: 38 (13)	Grau 2: 65 (23) Grau 3 e 4: 20 (7)	NR	NR	NR	NR	OR = 1,98 (1,15; 3,41) [favorece radio]	OR = 1,22 (IC95% 0,67; 2,20)	OR = 2,59 (IC95% 0,34; 19,40)	OR = 1,50 (IC95% 0,26; 8,82)		z		
Rash/eventos cutâneos, n (%)	NR	NR	NR	Grau 2: 35 (12) Grau 3 e 4: 9 (3)	Grau 2: 17 (6) Grau 3 e 4: 3 (1)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 0,75 (IC95% 0,37; 1,50)	NR	NR	NR	NR	
Infecção, n (%)	NR	NR	NR	Grau 2: 7 (2) Grau 3 e 4: 20 (7)	Grau 2: 5 (2) Grau 3 e 4: 8 (3)	NR	NR	NR	NR	OR = 2,45 (IC95% 1,15; 5,23) [favorece radio]	OR = 1,64 (IC95% 1,14; 2,34) [favorece radio]	NR	NR	NR	NR	NR	
Toxicidade grave, n (%)	NR	NR	NR	n=3	n=1	NR	NR	NR	NR	NR		NR		NR	NR	NR	
Eventos tromboembólicos, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 0,74 (IC95% 0,35; 1,58)	OR = 2,12 (IC95% 1,25; 3,58) [favorece radio]	NR	NR	NR	NR		

Continua

## Continuação

Evento adverso	Szczepanek et al. 2013* (107)		Karacetin et al. 2011** (102)	Stupp et al, 2005/2009* (96, 106)		Kocher et al, 2008* (103)		Athanassiou et al. 2005* (98)		Hart et al. 2013 (101)		Hart et al. 2013** (101)		Hart et al. 2013 <sup>†</sup> (101)		Hart et al. 2013* (101)	
	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ	Radio	TMZ (dose-dense)	TMZ (metronômica)	TMZ	nitrosu- reia
Trombocitopenia, n(%)	Graus 3 e 4: 1 (3)	Graus 3 e 4: 0	Graus 3 e 4: 15%	Graus 3 e 4: 33 (12)	NR	NR	NR	Graus 3 e 4: 3 (5,2)	NR	NR	NR	OR = 19,06 (IC95% 1,14; 317,61)	OR = 0,45 (IC95% 0,04; 4,52)	NR	NR		
Complicações hematológicas, n (%)	1 (3)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 8,09 (IC95% 4,69; 13,97) [favorece radio]	NR	NR	NR	NR	OR = 1,01 (IC95% 0,61; 1,65)		
Convulsão, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 1,03 (IC95% 0,51; 2,05)	NR	NR	NR	NR	
Náusea, n (%)	8 (29)	10 (33)	NR	Grau 2: 79 (28) Grau 3 e 4: 6 (2)	Grau 2: 9 (3) Grau 3 e 4: 3 (1)	Grau 2: 28% Grau 3 e 4: 4%	Grau 2: 0 Grau 3 e 4: 3%	NR	NR	NR	NR	OR = 4,03 (IC95% 1,74; 9,32) [favorece radio]	NR	NR	NR	NR	
Linfopenia, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	Grau 2: 35% Grau 3 e 4: 33%	Grau 2: 15% Grau 3 e 4: 6%	NR	NR	NR	NR	OR = 41,21 (IC95% 16,22; 104,73) [favorece radio]	OR = 5,09 (IC95% 2,12; 12,18) [favorece metronômico]	NR	NR		

Continua



## Conclusão

Autor, ano	Szczepanek et al. 2013* (107)		Karacetin et al. 2011**‡ (102)	Stupp et al, 2005/2009* (96, 106)			Kocher et al, 2008* (103)		Athanassiou et al. 2005* (98)		Hart et al. 2013 (101)		Hart et al. 2013** (101)		Hart et al. 2013 <sup>φ</sup> (101)		Hart et al. 2013* (101)	
Evento adverso	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ + Radio	Radio	TMZ	Radio	TMZ (dose-dense)	TMZ (metronômica)	TMZ	nitrosúria	
Neutropenia, n (%)	NR	NR	NR	Graus 3 e 4: 21 (7)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 52,21 (IC95% 14,62; 186,51) [favorece radio]	OR = 1,38 (IC95% 0,22; 8,50)	NR	NR			
Pancitopenia, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 5,11 (IC95% 0,24; 108,1)	NR	NR	NR	NR		
Leucopenia, n (%)	NR	NR	Graus 3 e 4: 15%	Graus 3 e 4: 20 (7)	NR	NR	NR	Graus 3 e 4: 2 (3,5)	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 2,59 (IC95% 0,34; 19,40)	NR	NR		
Qualquer evento adverso/toxicidade, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OR = 2,76 (IC 95% 2,02; 3,77) [favorece radio]	OR = 3,18 (IC95% 1,81; 5,58) [favorece Radio]	OR = 2,12 (IC95% 1,15; 3,91) [favorece metronômico]	OR = 1,19 (IC95% 0,81; 1,75)					

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; OR: Odds ratio; NR: não relatado; IC: Intervalo de confiança; \*Estudos contidos na revisão sistemática de Feng et al, 2017; ‡ Estudo não relata desfechos de segurança para o grupo que usou apenas radioterapia; \*\*Resultados para população idosa; <sup>φ</sup>Resultados para diferentes regimes de TMZ; \*Resultados para pacientes com doença recorrente tratados com TMZ vs. Nitrosúria.

**Tabela 11 – Eventos adversos para os ensaios clínicos randomizados incluídos para a comparação entre Temozolomida + Radioterapia vs. Radioterapia**

Autor, ano	Bhandari <i>et al.</i> 2017(99)		Perry <i>et al.</i> 2017 (105)		Mao <i>et al.</i> 2015 (104)		Valor p	Gaber <i>et al.</i> 2013 (79)	
Evento adverso	C-TMZ	E-TMZ	Radio	Radio + TMZ	TMZ	Radio		TMZ + radio conc	TMZ + radio interv
Mal-estar, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	14 (46,7)	14 (46,7)
Alopecia, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	8 (26,7)	4 (13,3)
Déficit neurológico, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	2 (6,7)	0
Anemia, n(%)	NR	NR	Graus 3 e 4: 0	Graus 3 e 4: 3 (1,1)	NR	NR	NR	NR	NR
Anorexia, n (%)	2 (10)	2 (10)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Insônia, n (%)	1 (5)	2 (10)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cefaléia, n (%)	3 (15)	2 (10)	NR	NR	2 (3,8)	10 (23,8)	0,004	2 (6,7)	0
Febre, n (%)	NR	NR	NR	NR	4 (7,7)	5 (11,9)	0,507	NR	NR
Fadiga, n(%)	10 (50)	9 (45)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Trombocitopenia, n(%)			Graus 3 e 4: 1 (0,4)	Graus 3 e 4: 30 (11,1)	12 (23)	14 (35)			
Complicações hematológicas, n (%)	5%	15%	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Convulsão, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4 (13,3)	0
Náusea, n (%)	4 (20)	3 (15)	NR	NR	8 (15,4)	14 (33,3)	0,041	2 (6,7)	4 (13,3)
Vômito, n (%)	2 (10)	3 (15)	NR	NR	4 (7,7)	12 (28,6)	0,012	NR	NR
Linfopenia, n (%)	NR	NR	Graus 3 e 4: 26 (10,3)	Graus 3 e 4: 73 (27,3)	NR	NR	NR	NR	NR
Neutropenia, n (%)	NR	NR	Graus 3 e 4: 2 (0,8)	Graus 3 e 4: 22 (8,3)	19 (36)	6 (14)	NR	NR	NR
Leucopenia, n (%)	NR	NR	Graus 3 e 4: 1 (0,4)	Graus 3 e 4: 19 (7,0)	32 (62)	19 (45)	NR	NR	NR
Qualquer evento adverso/toxicidade, n (%)	NR	NR	NR	NR	29 (55,8)	31 (73,8)	NR	26 (86,7)	16 (53,3)

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; C-TMZ: TMZ adjuvante (6 ciclos); E-TMZ: TMZ adjuvante (12 ciclos); Radio: radioterapia; Radio interv.: radio apenas no início e após o uso do TMZ nas últimas semanas; TMZ + Radio conc: radio concomitante por 42 semanas; NR: não relatado.

### 3.2) Resultados para os estudos incluídos para a comparação Temozolomida + Radioterapia vs. Temozolomida + Radioterapia + Bevacizumabe

**Tabela 12 – Características dos estudos incluídos para a comparação temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + bevacizumabe**

Autor, ano	Desenho de estudo	População e objetivo	Tipo de glioma	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Balana <i>et al.</i> 2016 (156)	Ensaio clínico randomizado	93 pacientes adultos com glioblastoma (não resectado)	Glioblastoma não resectado	TMZ (neoadjuvante, concomitante com Radio e adjuvante)	TMZ + Bevacizumabe (TMZ+BEV) (neoadjuvante e concomitante com radio)	Alto (Desfecho incompleto, viés de detecção - nem todos os desfechos tiveram a confirmação por avaliador cego)
Chauffert <i>et al.</i> 2014 (157)	Ensaio clínico randomizado	120 pacientes adultos (18-70 anos) com glioblastoma supratentorial de novo	Glioblastoma supratentorial de novo	1) Neo-adjuvante BEV + IRI; 2) Radio + BEV + IRI 3) Adjuvante BEV + IRI (GRUPO BEV)	1) Radio + TMZ 2) Adjuvante TMZ (GRUPO TMZ)	Alto (Estudo fase II sem detalhamento da metodologia de randomização e cegamento dos avaliadores de dado).
Chinot <i>et al.</i> 2014/ Taphoorn <i>et al.</i> 2015 (158, 159)	Ensaio clínico randomizado	921 pacientes adultos com glioblastoma supratentorial	Glioblastoma supratentorial	1) Radio + TMZ + BEV (fase concomitante) 2) TMZ + BEV (manutenção) 3) BEV (monoterapia) (GRUPO BEV)	1) Radio + TMZ + placebo (fase concomitante) 2) TMZ + placebo (manutenção) 3) placebo (monoterapia) (GRUPO PLA)	Baixo
Hofland <i>et al.</i> 2014 (160)	Ensaio clínico randomizado	65 pacientes adultos com Glioblastoma multiforme histologicamente identificado	Glioblastoma multiforme	1) BEV + IRI (Neoadjuvante) 2) BEV + IRI + Radio 3) BEV + IRI (Adjuvante) (Grupo BEV + IRI)	1) BEV + TMZ (Neoadjuvante) 2) BEV + TMZ + Radio 3) BEV + Radio (Adjuvante) (Grupo BEV + TMZ)	Baixo

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; IRI: irinotecano; BEV: bevacizumabe.

**Tabela 13 – Características de base dos estudos incluídos para a comparação temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radio + bevacizumabe**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Idade intervenção, média (DP) anos	Idade comparador, média (DP) anos	Homens intervenção (%)	Homens comparador, n (%)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Tempo de seguimento, mês média (DP)
Balana <i>et al.</i> 2016 (156)	45	48	Mediana: 62	Mediana: 62,9	55,60%	64,60%	NR	Completo (25 semanas)
Chauffert <i>et al.</i> 2014 (157)	60	60	Mediana (variação): 60,2 (43; 69)	Mediana (variação): 60,9 (43; 71)	34 (56,7)	37 (61,7)	NR	24 meses
Chinot <i>et al.</i> 2014; Taphoorn <i>et al.</i> 2015 (158, 159)	458 (450 para qualidade de vida)	463 (452 para Qualidade de vida)	Mediana (variação): 57 (20; 84)	Mediana (variação): 56 (18; 79)	282 (61,6)	298 (64,4)	Saúde global: BEV: 64.6 (22.4) PLA: 67.4 (21.0) Função física: BEV: 82.9 (20.1) PLA: 81.4 (22.4) Função Social: BEV: 71.7 (29.0) PLA: 71.6 (28.6) Disfunção motora: BEV: 16.8 (23.2) PLA: 14.8 (20.8) Déficit de comunicação: BEV: 16.9 (24.8) PLA: 17.6 (25.2) Atividades cotidianas: BEV: 66.6 (32.7) PLA: 66.8 (32.4) Função emocional: BEV: 73.5 (23.1) PLA: 74.3 (23.6) Função cognitiva: BEV: 74.4 (26.7) PLA: 74.5 (26.4)	17 meses
Hofland <i>et al.</i> 2014 (160)	31	32	Mediana (variação): 59 (36; 77)	Mediana (variação): 62 (30; 73)	18 (58)	21 (65,6)	NR	Mediana 31 (19; 43) meses

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; BEV: bavacizumabe; IRI: Irinotecano; \*As escalas de qualidade de vida variam de 0-100. Para os desfechos de disfunção motora e déficit de comunicação, quanto menor, pior. Para os demais, quanto maior, melhor.

Tabela 14 – Resultados de eficácia para a comparação temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + bevacizumabe

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Resposta (RANO) /Mc Donald, n (%)
Balana <i>et al.</i> 2016 (156)	TMZ	7,7 meses (IC95% 5,4; 10,0)  Em 1 ano: 29,6% Em 2 anos: 8,9% Em 3 anos: 4,4%	2,2 meses (IC95% 2,0; 2,5)	NR	RANO: Parcial: 3 (6,7) Doença estável: 8 (17,8) Benefício clínico: 11 (24,5) Progressão: 32 (71,1)
	TMZ+BEV	10,6 meses (IC95% 6,9; 14,3)  Em 1 ano: 48,9% Em 2 anos: 20,5% Em 3 anos: 10,9%	4,8 meses (IC95% 4,0; 5,6)	NR	RANO: Parcial: 11 (22,9) Doença estável: 18 (35,7) Benefício clínico: 29 (60,4) Progressão: 15 (31,3)
	HR (IC95%) entre grupos	0,68 (0,44; 1,04) p=0,07	0,70 (0,46; 1,07) p=0,10	NR	NR
Chauffert <i>et al.</i> 2014 (157)	BEV	Mediana (IC95%): 11,1 (9,0; 15,0)	Mediana (IC95%): 7,1 (5,5; 9,2)  % em 6 meses: 61,7 (48,2; 72,6)	NR	NR
	TMZ	Mediana (IC95%): 11,1 (9,0; 15,0)	Mediana (IC95%): 5,2 (4,3; 6,8)  % em 6 meses: 41,7 (29,2; 53,7)	NR	NR
	HR (IC95%) entre grupos		0,82 (0,56; 1,19)	NR	NR

Continua

## Continuação

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Resposta (RANO) /Mc Donald, n (%)
Chinot <i>et al.</i> 2014/ Taphoorn <i>et al.</i> 2015 (158, 159)	Radio + TMZ + BEV	Mediana: 16,8 meses  Em 1 ano: 72,4% Em 2 anos: 33,9%	Mediana: 10,6 meses	<p>Δ em relação ao basal (saúde global): 10 semanas: -3,8; 18 semanas: -0,9; 26 semanas: -1,2; 34 semanas: -0,6; 43 semanas: +0,3; 52 semanas: 0; 61 semanas: +0,7; 70 semanas: +2,3 Função física: 10 semanas: -5,3; 18 semanas: -4,5; 26 semanas: -4,9; 34 semanas: -5,0; 43 semanas: -3,4; 52 semanas: -3,7; 61 semanas: -2,1; 70 semanas: +0,7 Função social: 10 semanas: +0,3; 18 semanas: +0,5; 26 semanas: +1,3; 34 semanas: +3,8; 43 semanas: +6,4; 52 semanas: +7,7; 61 semanas: +7,3; 70 semanas: +3,4 Disfunção motora: 10 semanas: +1,1; 18 semanas: +0,6; 26 semanas: +1,1; 34 semanas: +0,6; 43 semanas: +3,0; 52 semanas: +2,2; 61 semanas: +0,9; 70 semanas: -1,4 Déficit de comunicação: 10 semanas: -1,2; 18 semanas: +0,4; 26 semanas: 0; 34 semanas: +2,2; 43 semanas: +2,3; 52 semanas: +1,2; 61 semanas: +2,3; 70 semanas: -1,0</p>	NR

Continua

## Continuação

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Resposta (RANO) /Mc Donald, n (%)
	Radio + TMZ + PLA	Mediana: 16,7 meses  Em 1 ano: 66,3% (p = 0,049 em relação à intervenção) Em 2 anos: 30,1% (p = 0,24 em relação à intervenção)	Mediana: 6,2 meses	<p>Δ em relação ao basal (saúde global): 10 semanas: -6,6; 18 semanas: -5,0; 26 semanas: -2,8; 34 semanas: -2,9; 43 semanas: -2,7; 52 semanas: +0,7; 61 semanas: -1,8; 70 semanas: -1,3 Função física: 10 semanas: -5,2; 18 semanas: -4,8; 26 semanas: -4,0 34 semanas: -2,1; 43 semanas: -1,0; 52 semanas: +0,4; 61 semanas: -1,6; 70 semanas: -3,0 Função social: 10 semanas: -2,5; 18 semanas: -4,8; 26 semanas: +0,9; 34 semanas: +2,8; 43 semanas: +2,9; 52 semanas: +2,9; 61 semanas: -2,7; 70 semanas: -0,3 Disfunção motora: 10 semanas: +4,2; 18 semanas: +3,4; 26 semanas: +2,9; 34 semanas: +2,9; 43 semanas: +2,5; 52 semanas: -0,2; 61 semanas: +0,6; 70 semanas: +2,8 Déficit de comunicação: 10 semanas: +1,6; 18 semanas: +2,2; 26 semanas: +1,5; 34 semanas: +4,0; 43 semanas: +2,6; 52 semanas: +0,6; 61 semanas: -0,7; 70 semanas: +0,8</p>	NR
	HR (IC95%) entre grupos)	0,88 (0,76; 1,02) p=0,10	0,64 (0,55; 0,74) p<0,001 [a favor do BEV]	<p>Estado de saúde geral: 0,64 (0,56; 0,74) p&lt;0,001 [a favor do BEV] Função física: 0,70 (0,61; 0,81) p&lt;0,001 [a favor do BEV] Função social: 0,63 (0,55; 0,73) p&lt;0,001 [a favor do BEV] Disfunção motora: 0,67 (0,58; 0,78) p&lt;0,001 [a favor do BEV] Déficit de comunicação: 0,67 (0,58; 0,77) p&lt;0,001 [a favor do BEV]</p>	NR

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)	Qualidade de vida (escalas EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20), média (DP) *	Resposta (RANO) /Mc Donald, n (%)
Hofland <i>et al.</i> 2014 (160)	BEV + TMZ	Mediana (IC95%): 11,8 (8,2; 15,3)	Mediana (IC95%): 7,7 (5,1; 10,2)  Em 6 meses: 53% Em 12 meses: 6%	NR	Mc Donald: Parcial: 32% (17; 51%) Resposta menor: 35,5% (19; 55%) Progressão: 13% (4; 29%)
	BEV + IRI	Mediana (IC95%): 15,1 (9,6; 20,6)	(Mediana (IC95%): 7,3 (5,0; 9,3) p=0,79 em relação a BEV + TMZ  Em 6 meses: 52% Em 12 meses: 10%	NR	Mc Donald: Parcial: 23% (9; 44%) (p=0,56 em relação a Bev + TMZ) Resposta menor: 27% (12; 48%) (p=0,57 em relação a BEV + TMZ) Progressão: 19% (8; 38%) (p=0,73 em relação a BEV + TMZ)

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; BEV: bavacizumabe; IRI: Irinotecano; IC: intervalo de confiança; NR: Não relatado; DP: desvio padrão; HR: Hazard ratio.



**Tabela 15 – Eventos adversos para os ensaios clínicos randomizados incluídos para a comparação entre temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + bevacizumabe**

Autor, ano	Balana <i>et al.</i> 2016* (156)		Valor p	Chauffert <i>et al.</i> 2014 (157)		Chinot <i>et al.</i> 2014 (158)		Valor p	Hofland <i>et al.</i> 2014 (160)	
	TMZ	TMZ+BEV		BEV	TMZ	Radio + TMZ + BEV	Radio + TMZ + PLA		BEV + TEM	BEV + IRI
Evento adverso	TMZ	TMZ+BEV		BEV	TMZ	Radio + TMZ + BEV	Radio + TMZ + PLA		BEV + TEM	BEV + IRI
Déficit neurológico, n (%)	24 (53,3)	12 (25)	0,005	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Anemia, n (%)	1 (2,2)	1 (2,1)	NR	0	0	NR	NR	NR	NR	NR
Proteinúria, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	72 (15,6)	19 (4,2)	p<0,001	NR	NR
HAS, n (%)	0	2 (4,2)	NR	0	0	181 (39,3)	57 (12,7)	p<0,001	15 (46,8)	10 (32,3)
Hemorragia, n (%)	0	1 (1,21)	NR	NR	NR	171 (37,1)	88 (19,6)	NR	NR	NR
Hemorragia Intracranial, n (%)	0	2 (4,2)	NR	3 (5,3)	1 (1,8)	15 (3,3)	9 (2,0)	NR	NR	NR
Fadiga, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	24 (75)	23 (74)
Infecção, n (%)	3 (6,6)	5 (10,4)	NR	5 (8,8)	2 (3,6)	NR	NR	NR	NR	NR
Toxicidade grave, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	179 (38,8)	115 (25,6)	p<0,001	NR	NR
Perfuração gastrointestinal, n (%)	0	1 (2,1)	NR	3 (5,3)	2 (3,6)	8 (1,7)	2 (0,4)	NR	NR	NR
Eventos tromboembólicos, n (%)	3 (6,6)	2 (4,2)	NR	5 (8,8)	0	Arterial: 27 (5,9) Venoso: 38 (8,2)	Arterial: 7 (1,6) Venoso: 43 (9,6)	p=0,001	0	1 (3,2)
Trombocitopenia, n(%)	5 (11,1)	1 (2,1)	NR	2 (3,5)	8 (14,3)	Grau 3: 69 (15)	Grau 3: 44 (9,8)	p=0,02	NR	NR
Náusea, n (%)	0	1 (2,1)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	12 (37,5)	13 (42)
Vômito, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	8 (25)	3 (9,7)
Linfopenia, n (%)	1 (2,2)	1 (2,1)	NR	7 (12,3)	7 (12,5)	NR	NR	NR	NR	NR
Neutropenia, n (%)	3 (6,7)	1 (2,1)	NR	4 (7,0)	5 (9,0)	NR	NR	NR	NR	NR
Neutropenia febril, n (%)	2 (4,4)	1 (2,1)	NR	1 (1,7)	0	NR	NR	NR	NR	NR
Leucopenia, n (%)	2 (4,4)	1 (2,1)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Morte durante tratamento, n (%)	4 (8,9)	4 (8,3)	NR	4 (7,0)	2 (3,5)	20 (4,3)	12 (2,7)	NR	NR	NR
Qualquer evento adverso/toxicidade, n (%)	29 (64,4)	39 (81,3)	NR	NR	NR	454 (98,5)	432 (96)	<0,001	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

\*Resultados de segurança (eventos graus 3-4) relatados apenas para o período neoadjuvante; TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; BEV: bevacizumabe; IRI: Irinotecano; NR: Não relatado.

### 3.3) Resultados para os estudos incluídos para a comparação entre temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + nitrosoureas

**Tabela 16 – Características dos estudos incluídos para a comparação entre temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + nitrosoureas**

Autor, ano	Desenho de estudo	População e objetivo	Tipo de glioma	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	Revisão sistemática com meta-análise	Oito ensaios clínicos randomizados (em 11 publicações) incluindo 2220 participantes.	Glioblastoma multiforme (7 estudos) e glioblastoma ou astrocitoma anaplásico (1 estudo)	TMZ (primeiro concomitante e depois adjuvante a radio (metronômico))	TMZ (primeiro concomitante e depois adjuvante a radio (dose-dense))	Baixo*
Chang <i>et al.</i> 2015 (161)	Ensaio clínico randomizado	196 pacientes adultos, com confirmação histológica de astrocitoma anaplásico	Astrocitoma anaplásico	Radio + TMZ (Grupo TMZ)	Radio + Nitrosoureas (BCNU ou CCNU) (Grupo NU)	Alto (Resumo de congresso sem informação sobre randomização, alocação e cegamento)
Kim <i>et al.</i> 2011 (162)	Ensaio clínico randomizado	76 pacientes adultos com glioblastoma recém diagnosticado	Glioblastoma recém diagnosticado	Nimustina/cisplatina (neoadjuvante) + Radio + TMZ adjuvante (ACNU-CDDP)	Radio + TMZ adjuvante (TMZ)	Alto (Estudo interrompido com apenas 49% do recrutamento completado, devido a toxicidade; Análise estatística com pouco poder (IC90%))

Fonte: Autoria própria.

\*Alto risco de viés dos estudos individuais incluídos; NU: nitrosoureas; ACNU: nimustina; BCNU: carmustina; CCNU: lomustina; CDDP: cisplatina; TMZ: Temozolomida; Radio: radioterapia.

**Tabela 17 – Características de base dos estudos incluídos para a comparação entre temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + nitrosoureas**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Idade intervenção, média (DP) anos	Idade comparador, média (DP) anos	Homens intervenção (%)	Homens comparador, n (%)	Tempo de seguimento, mês média (DP)
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	2220	Médias descritas variando de 51 a 72 anos	Variando de 47% a 66%	NR			
Chang <i>et al.</i> 2015 (161)	97	99	NR	NR	NR	NR	NR
Kim <i>et al.</i> 2011** (162)	38	38	51,4 (12,4)	51,1 (11,8)	11 (27,5)	15 (35,7)	Não foi informado o tempo médio/ mediano de seguimento

Fonte: Autoria própria.

\*\*Resultados descritos para a população inicialmente elegível de 82 pacientes; DP: desvio padrão; NR: não relatado.

**Tabela 18 – Resultados de sobrevida para os estudos incluídos para comparação entre temozolamida+ radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + nitrosoureas**

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	TMZ vs. nitrosoureas	HR global = 0,90 (IC95% 0,76; 1,06) Doença recorrente: HR = 0,79 (IC95% 0,61; 1,03)	NR
Chang <i>et al.</i> 2015 (161)	TMZ	Mediana (IC95%): 3,9 (3,0; 7,0) anos	NR
	NU	Mediana (IC95%): 3,8 (2,2; 7,0) anos	NR
	HR (IC95%) entre grupos	0,94 (0,67; 1,33)	
Kim <i>et al.</i> 2011 (162)	ACNU-CDDP	Mediana (IC90%): 28,4 (2,1; NA) *	Mediana (IC90%): 6,6 (3,5; 9,5)
	TMZ	Mediana (IC90%): 18,9 (17,1; 27,4) p = 0,2 entre grupos	Mediana (IC90%): 5,1 (3,8; 8,8) p = 0,8 entre grupos

Fonte: Autoria própria.

\*De acordo com o os autores, não foi possível obter o intervalo de confiança superior; NU: nitrosoureas; ACNU: nimustina; CDDP: cisplatina; TMZ: Temozolamida; Radio: radioterapia; IC: Intervalo de confiança.

**Tabela 19 – Eventos adversos para a comparação entre temozolomida + radioterapia vs. temozolomida + radioterapia + nitrosoureas**

Autor, ano	Chang <i>et al.</i> 2015 (161)		Valor p	Kim <i>et al.</i> 2011 (162)	
Evento adverso	TMZ	NU		ACNU-CDDP	TMZ
Cefaleia, n (%)	NR	NR	NR	1 (2,6)	2 (5,2)
Toxicidade grave, n (%)	47,90%	75,80%	p < 0,001	NR	NR
Trombocitopenia, n (%)	NR	NR	NR	6 (15,8)	0
Complicações hematológicas, n (%)	NR	NR	NR	12 (31,6)	0
Neutropenia, n (%)	NR	NR	NR	5 (13,2)	0
Morte durante tratamento, n (%)	NR	NR	NR	1(2,6)	0

Fonte: Autoria própria.

NU: nitrosoureas; ACNU: nimustina; CDDP: cisplatina; TMZ: Temozolamida; Radio: radioterapia; NR: Não relatado.

### 3.4) Resultados para os dos estudos incluídos para a comparação entre dose metronômica e densa de temozolomida

**Tabela 20 – Características dos estudos incluídos para a comparação entre dose metronômica e densa de temozolomida**

Autor, ano	Desenho de estudo	População e objetivo	Tipo de glioma	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	Revisão sistemática com meta-análise	Oito ensaios clínicos randomizados (em 11 publicações) incluindo 2220 participantes.	Glioblastoma multiforme (7 estudos) e glioblastoma ou astrocitoma anaplásico (1 estudo)	TMZ (primeiro concomitante e depois adjuvante a radio (metronômico)	TMZ (primeiro concomitante e depois adjuvante a radio (dose-dense)	Baixo*
Gilbert <i>et al.</i> 2013; Armstrong <i>et al.</i> 2013 (155, 163)	Ensaio clínico randomizado	833 pacientes adultos com glioblastoma. Para a análise de deterioração foram considerados apenas 182 pacientes (Armstrong <i>et al.</i> 2013)	Glioblastoma	TMZ + radio (fase concomitante + TMZ dose padrão inicial de 150mg/m <sup>2</sup> (fase de manutenção) (TMZ padrão)	TMZ + radio (fase concomitante) + TMZ dose densa inicial 75 mg/m <sup>2</sup> (fase de manutenção) (TMZ dose-densa)	Alto (Não dá detalhes sobre o cegamento; desfechos incompletos - mITT)

Fonte: Autoria própria.

\*O risco de viés na condução da revisão sistemática é baixo, porém o risco de viés dos ECR incluídos é muito alto; TMZ: temozolomida; Radio: radioterapia; mITT: modified Intention to Treat;

**Tabela 21 – Características de Base para a comparação entre doses metronômica e densa de temozolomida**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Idade intervenção, média (DP) anos	Idade comparador, média (DP) anos	Homens intervenção (%)	Homens comparador, n (%)	Tempo de seguimento, mês média (DP)
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	2220		Médias descritas variando de 51 a 72 anos		Variando de 47% a 66%		NA
Gilbert <i>et al.</i> 2013; Armstrong <i>et al.</i> 2013 (155, 163)	411 Deterioração: 92	422 Deterioração: 90	≥50 anos: 73%	≥50 anos: 74%	239 (58)	237 (56)	Mediana de 31,5 meses

Fonte: Autoria própria.

NA: Não se aplica; DP: desvio padrão.

**Tabela 22 – Resultados de sobrevida para a comparação entre temozolomida metronômica e densa**

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)
Hart <i>et al.</i> 2013 (101)	TMZ padrão x densa	HR = 0,84 (IC95% 0,51; 1,40)	NR
Gilbert <i>et al.</i> 2013; Armstrong <i>et al.</i> 2013 (155, 163)	TMZ padrão	Mediana (IC95%): 16,6 (14,9; 18,0)	Mediana (IC95%): 5,5 (4,7; 6,1)
	TMZ dose-densa	Mediana (IC95%): 14,9 (13,7; 16,5)	Mediana (IC95%): 6,7 (6,2; 7,7)
	HR (IC95%) entre grupos	1,03 (0,88; 1,20)	0,87 (0,75; 1,0)

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; HR: hazard ratio; NR: não relatado; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 23 – Principais eventos adversos para a comparação entre temozolomida metronômica e densa**

Autor, ano	Hart <i>et al.</i> 2013 (101)		Gilbert <i>et al.</i> 2013; Armstrong <i>et al.</i> 2013 (155, 163)	
Evento adverso	TMZ (dose-dense)	TMZ (metronômica)	TMZ padrão	TMZ dose-densa
Anemia, n (%)	NR	NR	4 (1)	4 (1)
Fadiga, n (%)	OR = 2,59 (IC95% 0,34; 19,40)	12 (3,0)	33 (9,0)	
Toxicidade grave, n (%)	NR	NR	194 (52,6)	120 (34,2)
Trombocitopenia, n (%)	OR = 0,45 (IC95% 0,04; 4,52)	33 (10,0)	26 (7,0)	
Náusea, n (%)	NR	NR	5 (1,0)	8 (2,0)
Linfopenia, n (%)	OR = 5,09 (IC95% 2,12; 12,18) [favorece metronômico]	61 (22,0)	107 (39,0)	
Neutropenia, n (%)	OR = 1,38 (IC95% 0,22; 8,50)	24 (7,0)	36 (10,0)	
Leucopenia, n (%)	OR = 2,59 (IC95% 0,34; 19,40)	20 (6,0)	36 (10,0)	
Qualquer evento adverso/toxicidade, n (%)	OR = 2,12 (IC95% 1,15; 3,91) [favorece metronômico]	NR	NR	

Fonte: Autoria própria.

NR: Não relatado; OR: Odds ratio; TMZ: temozolomida.

### 3.5) Resultados para a comparação Radioterapia + temozolomida + INF- $\beta$ vs. Radioterapia + temozolomida

**Tabela 24 – Características do estudo e da linha de base para a comparação radioterapia + temozolomida + INF- $\beta$  vs. radioterapia + temozolomida**

Autor, ano	Desenho de estudo	População e objetivo	Tipo de glioma	Intervenção	Comparador	N intervenção	N comparador	Tempo de seguimento, mês média (DP)	Risco de viés
Wakabayashi <i>et al.</i> 2014 (164)	Ensaio clínico randomizado	122 pacientes com glioblastoma recém diagnosticado	Glioblastoma recém diagnosticado	Radio + TMZ	Radio + TMZ + INF $\beta$	63	59	2 anos	Alto (Resumo de congresso sem informação sobre randomização, alocação e cegamento)

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; INF $\beta$ : Interferon beta; Radio: radioterapia; DP: desvio padrão.

**Tabela 25 – Resultados de sobrevida para a comparação radioterapia + temozolomida + INF vs. radioterapia + temozolomida**

Autor, ano	Grupos	Sobrevida (meses), média (DP)	Sobrevida livre de progressão (meses), média (DP)
Wakabayashi <i>et al.</i> 2014 (164)	Radio + TMZ	Mediana: 20,3	Mediana: 10,1
	Radio + TMZ + INF $\beta$	Mediana: 24,0	Mediana: 8,5
	HR (IC95%)	1,00 (0,65; 1,55) p=0,51	1,25 (0,85; 1,84) p=0,25

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; INF $\beta$ : Interferon beta; Radio: radioterapia; DP: desvio padrão; HR: Hazard ratio; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 26 – Principais eventos adversos para a comparação radioterapia + temozolomida + INF vs. radioterapia + temozolomida**

Autor, ano	Wakabayashi <i>et al.</i> 2014 (164)	
Evento adverso	Radio + TMZ	Radio + TMZ + INF
Linfopenia, n (%)	Indução: 54% (grau $\geq$ 3) Adjuvante: 34,5%	Indução: 63,8 (grau $\geq$ 3) Adjuvante: 41,9%
Neutropenia, n (%)	Indução: 12,7% (grau $\geq$ 3) Adjuvante: 3,6%	Indução: 20,7% (grau $\geq$ 3) Adjuvante: 9,3%

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; INF $\beta$ : Interferon beta; Radio: radioterapia.

**Questão de Pesquisa 5:** Qual a eficácia e segurança do levetiracetam no tratamento da convulsão em pacientes com glioma?

### 1) Estratégia de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

(((((“glioma”[MeSH Terms] OR “glioma”[All Fields]) AND (“seizures”[MeSH Terms] OR “seizures”[All Fields] OR “seizure”[All Fields])) OR (“levetiracetam”[Supplementary Concept] OR “levetiracetam”[All Fields] OR “keppra”[All Fields]))

Total: 51 referências:

Data de acesso: 11/05/2017

#### EMBASE:

(‘glioma’/exp OR glioma AND [embase]/lim)

AND

(‘levetiracetam’/exp OR levetiracetam OR ‘keppra’/exp OR keppra AND [embase]/lim)

AND

(‘seizure’/exp OR ‘seizure’ AND [embase]/lim)

Total: 176 referências

Data de acesso: 11/05/2017

### 2) Seleção das evidências

A busca das evidências na base MEDLINE (via PubMed) e Embase resultou em 227 referências (51 no MEDLINE e 176 no Embase). Destas, 24 foram excluídas por estarem duplicadas. Foi realizada uma busca manual que resultou em 04 (quatro) referências. Duzentos e sete referências foram triadas por meio da leitura de título e resumos, das quais 22 tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade.

Quinze estudos foram excluídos: uma revisão sistemática por incluir somente um estudo para a análise (o estudo dessa revisão foi incluído para análise); seis estudos foram excluídos por analisar eficácia do Keppra® (levetiracetam) associados a todos os tipos de tumor; cinco resumos de congresso foram excluídos por não apresentar dados suficientes; três estudos foram excluídos por não estratificar os desfechos em relação aos grupos intervenção e controle. Cinco estudos observacionais (165-169) e dois ensaios clínicos randomizados foram incluídos (170, 171).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

Os estudos serão apresentados de acordo com as comparações realizadas. A descrição sumária dos estudos para eficácia estratificados por risco encontra-se na Tabela 27. As características dos pacientes para esses estudos encontram-se na Tabela 28 e os dados de desfechos nas Tabelas 29-30.



Tabela 27 – Características dos estudos incluídos para eficácia do Keppra®

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do controle	Risco de viés
Groot <i>et al.</i> 2015 (165) (resumo)	Estudo observacional (série de casos)	Determinar a eficácia e tolerabilidade da monoterapia do LEV	Pacientes com glioma e epilepsia com até 06 (seis) semanas de pós-operatório	LEV (dose/posologia não relatada)	Sem grupo comparador	Alto (Estudo não randomizado, sem esquema de cegamento e sem grupo controle)
Kim <i>et al.</i> 2015 (166)	Estudo coorte retrospectiva	Avaliar o benefício de sobrevida do LEV em comparação com outros anticonvulsivantes como um quimiosensibilizador para a temozolamida em pacientes com glioblastoma.	Pacientes com diagnóstico de glioblastoma primário submetidos à ressecção do tumor tratados com quimiorradioterapia e quimioterapia adjuvante com temozolamida conforme o protocolo descrito por Stupp	LEV ≤1000mg/ dia LEV >1000 mg/ dia	Ácido valpróico Topiramato Pregabalina Oxcarbazepina (As dosagens não foram relatadas)	Alto (Natureza retrospectiva dos dados, diferença na proporção de participantes que completaram o tratamento entre os grupos e tratamento interrompido na progressão da doença; grupo tratamento continha 28 pacientes usando as terapias controle associadas)
Rosseti <i>et al.</i> 2013 (170)	Ensaio clínico pragmático randomizado, aberto	Investigar a efetividade do LEV e da Pregabalina em pacientes com tumor primário (gliomas)	Pacientes com tumor primário (glioma) submetidos à ressecção do tumor e epilepsia	LEV 500 mg/ dia - dose inicial Aumento diário da dose em 500 mg/ dia Dosagem máxima: LEV 1500 mg/ 2x dia	Pregabalina 150mg/ dia - dose inicial Aumento diário da dose em 150mg/dia Dosagem máxima 300mg/ 2x ao dia	Alto (Esquema de cegamento e randomização não detalhados; sem comparação; Desfecho incompleto (ITT apenas se tiver recebido uma dose); 50% dos participantes de cada grupo estavam usando outros antiepilépticos)
Merrell <i>et al.</i> 20107 (167)	Estudo observacional retrospectivo (série de casos)	Avaliar a eficácia e a tolerabilidade da monoterapia do LEV e PHT no tratamento das convulsões	Pacientes com diagnóstico de glioma e histórico prévio de 01 (uma) crise convulsiva	LEV (Dose/posologia não relatada)	Fenitoína (Dose/posologia não relatada)	Alto (Natureza retrospectiva dos dados; houve grande alternância entre grupos comparados (troca de braços))

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do controle	Risco de viés
Rosati <i>et al.</i> 2010 (168)	Estudo observacional prospectivo (série de casos)	Avaliar a eficácia e segurança do LEV em pacientes com diagnóstico recente de Glioma.	Pacientes hospitalizados com diagnóstico recente de glioma,	LEV 500 mg/ 2x ao dia LEV 250 mg/ 2x ao dia em pacientes acima de 70 anos LEV 3000mg a 4000 mg/ dia se necessário	NR	Alto (Série de casos, sem comparador)
Lim <i>et al.</i> 2009 (171)	Ensaio clínico prospectivo randomizado, aberto, fase II	Avaliar a segurança e a viabilidade na mudança da monoterapia da PHT para o LEV (Keppra <sup>®</sup> ) no controle das convulsões em pacientes no pós-operatório de ressecção do glioma.	Pacientes com história de convulsões associadas ao glioma tratados em monoterapia da PHT, recrutados por 13 meses, estratificados para iniciarem a monoterapia com LEV dentro de 24h após a craniotomia, ou a continuar com a PHT.	LEV 500 mg / 2x dia LEV 1000 mg/ 2x dia LEV 1500 mg/ 2x dia	PHT 300 a 400 mg/ dia	Alto (Estudo descritivo (sem ajuste e análise das variáveis), sem cegamento; randomização inadequada (participantes mulheres foram alocadas no grupo intervenção); amostra menor que a planejada)
Wagner <i>et al.</i> 2003 (169)	Estudo observacional prospectivo (série de casos)	Avaliar a segurança e a eficácia do LEV em pacientes com gliomas.	Pacientes com convulsão persistente, reação adversa a outros anticonvulsivantes e/ ou potencial interação medicamentosa com quimioterápicos ou glicocorticoides.	LEV 2000mg/dia LEV 3000 a 4000mg/dia	Sem grupo comparador	Alto (Estudo sem grupo controle; efeito devido à combinação com outros antiepilépticos)

Fonte: Autoria própria.

LEV: levetiracetam; PHT: fenitoína; NR: não relatado.

Tabela 28 – Características dos pacientes incluídos nos estudos eficácia do Kepra®

Autor, ano	N intervenção	N controle	Idade em anos, média (DP) intervenção	Idade em anos, média (DP) controle	Sexo masculino intervenção n (%)	Sexo masculino controle n (%)	Tempo de tratamento, mediana (mín-máx.)	Descontinuação n (%)	Razão para descontinuação (n pacientes)	Tempo de seguimento (mín-máx)
Groot <i>et al.</i> 2015 (resumo) (165)	40	NA	NR		NR		NR	3 (7,5)	Progressão da doença (3)	6 meses (3-6)
Kim <i>et al.</i> 2015 (166)	LEV: 30 LEV + outros anticonvulsivantes (NR): 09 LEV + ácido valpróico: 05 LEV + topiramato: 14	Ácido valpróico: 17 Topiramato: 12 Pregabalina: 2 Oxcarbamazepina: 1 Politerapia sem LEV: 5 Não receberam anticonvulsivantes: 8	59 (19-84) *	61 (18-76) *	29 (50)	23 (51)	Intervenção: 16,9 meses (4,6-49,5)  Controle: 15,5 (2,7-71,5) p=0.932	NR	NR	Clínico: 17 (3 - 72)  Radiológico: 13 (1 - 68)
Rosseti <i>et al.</i> 2013 (170)	25	27	54.5 (± 12.7)	52,7 (± 10,9)	16 (64)	15 (56)	≥ 12 meses (NR)	7 (28)	Efeitos colaterais (Intervenção: 6/ controle: 3) Progressão da doença (Controle: 2) Falta de eficácia no controle da convulsão (Intervenção: 1/ controle: 2)	12 meses
Merrell <i>et al.</i> 20107 (167)	51	25	50.5 (± 12,39)	52.3 (± 12,72)	26 (51)	16 (64)		NR	NR	Low grade glioma: 38 meses (9-78) High grade glioma: 18 meses (6-96)

Continua

## Conclusão

Autor, ano	N intervenção	N controle	Idade em anos, média (DP) intervenção	Idade em anos, média (DP) controle	Sexo masculino intervenção n (%)	Sexo masculino controle n (%)	Tempo de tratamento, mediana (mín-máx.)	Descontinuação n (%)	Razão para descontinuação (n pacientes)	Tempo de seguimento (mín-máx)
Rosati <i>et al.</i> 2010 (168)	176 (47% com epilepsia)	NA	Epilepsia: 50 (± 16) Sem epilepsia: 62 (± 13.2)	NA	Epilepsia: 52 (63) Sem Epilepsia: 49 (52)	NA	NR	2 (2)	Reação adversa ao LEV: (2)	13.1 meses (10 meses-2.9 anos)
Lim <i>et al.</i> 2009 (171)	20	9	46 (20–56) *	39 (32–83) *	14 (70)	9 (100)	06 meses (NR)	06 (21)	Mudança de tratamento: 3 Óbito: 1 Participação em outro ensaio clínico: 1	≥ 06 meses
Wagner <i>et al.</i> 2003 (169)	26 (18 alto-grau e 8 baixo grau) LEV + outros anticonvulsivantes (NR): 25		NR		NR		12,8 (3,5 - 20)	NR	NR	9,3

Fonte: Autoria própria.

N: total de pacientes; mg: miligrama; \* mediana (valor mínimo – valor máximo); n: número de pacientes; LEV: levetiracetam; PHT: fenitoína; DP: desvio padrão; mín-máx.: mínimo e máximo; NR: não relatado; NA: não se aplica.

**Tabela 29 – Desfechos de eficácia do Kepra® pelos estudos incluídos**

Autor, ano	Ausência de convulsão, n (%) Intervenção	Ausência de convulsão, n (%) Controle	Presença de convulsão, n (%) Intervenção	Presença de convulsão, n (%) Controle	Convulsões, média (DP) Intervenção	Convulsões, média (DP) Controle	Seguimento
Groot <i>et al.</i> 2015 (resumo) (165)	21 (57) Redução 50%: 6 (16) Sem alteração: 2 (5)	NR	NR	NR	NR	NR	6 meses
Kim <i>et al.</i> 2015 (166)	45 (77)	34 (76)	13 (23)	11 (24) p=1,0 (entre grupos)	NR	NR	17 meses
Rosseti <i>et al.</i> 2013 (170)	17 (65)	18 (75)	NR	NR	NR	NR	12 meses
Merrell <i>et al.</i> 20107 (167)	NR	NR	NR	NR	0,075 (0,142) / mês mediana (dias) 2ª convulsão: 882	0,076 (0,135) / mês (p=0,776 entre grupos) mediana (dias) 2ª convulsão: 730 (p=0,54 entre grupos)	18 a 38 meses
Rosati <i>et al.</i> 2010 (168)	75 (91)	NR	NR	NR	NR	NR	12 meses
Lim <i>et al.</i> 2009 (171)	13 (87)	6 (75)	Raras: 2 (12)	Raras: 2 (25)	NR	NR	>6 meses
Wagner <i>et al.</i> 2003 (169)	10 (38) Redução de até 50%: 9 de 20 (35) Redução > 50%: 13 de 20 (65)	NR	NR	NR	NR	NR	9,3 meses

Fonte: Autoria própria.

n: número de pacientes; (%): proporção de pacientes; DP: desvio padrão; NR: não reportado.

Tabela 30 – Eventos adversos reportados pelos estudos incluídos

Autor, ano	Groot <i>et al.</i> 2015 (resumo) (165)	Rosseti <i>et al.</i> 2013 (170)	Merrell <i>et al.</i> 2010 <sup>7</sup> (167)	Valor p	Rosati <i>et al.</i> 2010 (168)	Lim <i>et al.</i> 2009 (171)	Wagner <i>et al.</i> 2003 (169)			
Eventos adversos	LEV	LEV	Pregabalina	LEV	Fenitoína	LEV	LEV	Fenitoína	LEV	
Qualquer EA	3	NR	NR	5,9	20	0,106	NR	2 (13)	2 (29)	5 de 20 (25)
Baixa de leucócitos (%)	NR	14,3	23,5	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Baixa de hemoglobina (%)	NR	35,7	21,1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Baixa de plaquetas (%)	NR	80,8	22,2	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Agravo (Epworth) ≥ 5 (%)	NR	44,4	21,7	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Ansiedade (%)	NR	25	23,1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Insônia, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	6 (40)	3 (43)	NR
Irritabilidade (%)	NR	12,5	15,4	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Instabilidade emocional, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1 (7)	0	NR
Dificuldade de fala, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	2 (13)	0	NR
Depressão (%)	NR	37,5	26,9	NR	NR	NR	NR	1 (7)	1 (14)	NR
Psicose (%)	NR	4,2	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Fraqueza, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3 (20)	3 (43)	NR
Capacidade de concentração baixa (%)	NR	37,5	30,8	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Infecção com necessidade de antimicrobiano (%)	NR	12,5	19,2	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cefaleia (%)	NR	16,7	11,5	NR	NR	NR	NR	1 (7)	1 (14)	NR
Tontura (%)	NR	16,7	30,8	NR	NR	NR	NR	0	1 (14)	NR

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Groot <i>et al.</i> 2015 (resumo) (165)	Rosseti <i>et al.</i> 2013 (170)	Merrell <i>et al.</i> 2010 <sup>7</sup> (167)	Valor p	Rosati <i>et al.</i> 2010 (168)	Lim <i>et al.</i> 2009 (171)	Wagner <i>et al.</i> 2003 (169)
Diplopia, visão borrada (%)	NR	8,3	11,5	NR	NR	NR	NR
Rash cutâneo (%)	NR	0	7,7	NR	NR	NR	NR
Ganho de peso > 10% (%)	NR	4,2	7,7	NR	NR	NR	NR
Arritmia cardíaca (%)	NR	12,5	19,2	NR	NR	NR	NR
Disfunção erétil (%)	NR	8,3	0	NR	NR	NR	NR
Disfunção de libido (%)	NR	20,8	23,1	NR	NR	NR	NR
Sonolência, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	4 (2,3)	3 (20)
Dificuldade de coordenação, n (%)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
							2 (29)
							NR

Fonte: Autoria própria.

\* desfechos após 6 meses de seguimento; EA: eventos adversos; LEV: levetiracetam; NR: não reportado.

**Questão de Pesquisa 6:** Qual a eficácia e segurança da Fenitoína (i.v.) no tratamento da convulsão no pré-operatório?

### 1) Estratégia de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

((("glioma"[MeSH Terms] OR "glioma"[All Fields]) AND ("seizures"[MeSH Terms] OR "seizures"[All Fields] OR "seizure"[All Fields])) AND ("phenytoin"[MeSH Terms] OR "phenytoin"[All Fields]) OR hydantal[All Fields]

Total de referências: 48 referências

Data de acesso: 02/06/2017

#### EMBASE:

(glioma AND [embase]/lim) OR ('glioma'/exp OR glioma AND [embase]/lim)

AND

('seizure'/exp OR 'seizure' AND [embase]/lim)

AND

('phenytoin'/exp OR 'phenytoin' AND [embase]/lim) AND ('hydantal'/exp OR hydantal AND [embase]/lim)

Total: 398 referências

Data de acesso: 02/06/2017

### 2) Seleção das evidências

A busca das evidências na base MEDLINE (via PubMed) e Embase resultou em 446 referências (48 no MEDLINE e 398 no Embase). Destas, 14 foram excluídas por estarem duplicadas. Foi realizada uma busca manual que resultou em 01 (uma) referência. Quatrocentos e trinta e três referências foram triadas por meio da leitura de título e resumos, das quais 16 tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade.

Onze estudos foram excluídos: uma meta análise por não descrever a eficácia e segurança dos anticonvulsivantes no período pré-operatório; uma revisão sistemática por incluir todos os tipos de tumores e não estratificar os dados do período pré-operatório; oito estudos observacionais foram excluídos por analisar eficácia do Hidantal (Fenitoína) associados somente aos períodos intra e pós-operatórios e um estudo por descrever os desfechos incompletos. No total, cinco estudos observacionais foram incluídos (172-176).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

Os estudos serão apresentados de acordo com as comparações realizadas. A descrição sumária dos estudos para eficácia da fenitoína estratificados por risco encontra-se na Tabela 31. As características dos pacientes para esses estudos encontram-se na Tabela 32, os dados de desfechos de eficácia nas Tabelas 33-35 e os eventos adversos reportados pelos estudos foram descritos na Tabela 36.



Tabela 31 – Características dos estudos incluídos para eficácia da Fenitoína

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Risco de viés
Huang <i>et al.</i> 2017 (172)	Estudo observacional retrospectivo (série de casos)	Elucidar os resultados do tratamento e a epidemiologia da epilepsia relacionada ao glioma.	Pacientes adultos com diagnóstico confirmado por meio do anatomopatológico para glioma.	Fenitoína Ácido Valpróico Fenobarbital (dose/ posologia não relatadas) 2 a 3 dias antes da cirurgia até 6 dias após a cirurgia	Alto (Série de casos, descrição incompleta da intervenção e dos desfechos)
Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Esclarecer a epidemiologia e os resultados do tratamento da epilepsia relatada em pacientes com glioma	Pacientes adultos com diagnóstico confirmado histologicamente para glioma.	Fenitoína Ácido Valpróico Fenobarbital (dose/ posologia não relatadas) administrado 2 a 3 dias antes da cirurgia até 6 dias após a cirurgia	Alto (Série de casos, descrição incompleta da intervenção e desfechos)
Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Determinar a frequência, os fatores de risco para convulsão e os efeitos adversos associados aos anticonvulsivantes entre os pacientes com Glioma.	Pacientes adultos com diagnóstico confirmado para Glioma.	Fenitoína Ácido valpróico Fenobarbital Carbamazepina (dose/ posologia não relatadas)	Alto (Série de casos, sem controle, sem descrição da intervenção e dos desfechos)
Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Identificar a prevalência e as características das convulsões em pacientes submetidos a ressecção primária de astrocitoma; entender os fatores associados com as convulsões no pré-operatório; avaliar os efeitos que a cirurgia tem no controle da convulsão e discernir os fatores associados com o controle prolongado das convulsões	Pacientes adultos com diagnóstico de glioma	Fenitoína Levetiracetam Divalproato de sódio Carbamazepina Ácido Valpróico Lamotrigina Fenobarbital (dose/ posologia não relatadas)	Alto (Série de casos, desfechos incompletos)
Chang <i>et al.</i> 2008 (176)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Identificar a prevalência e as características das convulsões em pacientes com Glioma; determinar a taxa de controle e preditores para o controle da convulsão após a ressecção cirúrgica e avaliar se a convulsão recorrente é um marcador confiável da progressão do tumor (doença).	Pacientes adultos com diagnóstico de glioma => sem convulsão antes da cirurgia, pacientes com convulsão controlada e não controlada com AED antes da cirurgia.	Fenitoína Carbamazepina Divalproato de sódio Ácido Valpróico Lamotrigina Fenobarbital (dose/ posologia não relatadas)	Alto (Série de casos, desfechos incompletos)

Fonte: Autoria própria.

**Tabela 32 – Características dos participantes incluídos nos estudos eficácia da Fenitoína**

Autor, ano	Sexo masculino intervenção N (%)	Idade em anos, média (min-máx)	Tempo de seguimento Mediana (min-máx)	Tempo de tratamento, mediana (mín-máx)	Tempo de sobrevida, mediana (mín-máx)
Huang <i>et al.</i> 2017 (172)	73 (61)	57 (NR)	39.6 meses (3.7 – 84.2 meses)	NR	20.2 meses (NR)
Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)	74 (61)	58 (NR)	39.7 meses (3.6 – 84.4 meses)	NR	20.4 meses (NR)
Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	124 (63)	55 (± 15)	Glioma Grau III 11 meses (1-69)  Glioma Grau IV 8 meses (1-36)	12 meses (5 dias - 182 meses)	15 meses
Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	102 (67)	55 (± 17)	12 meses (NR)	13.7 meses (8.9 - 20.3)	NR
Chang <i>et al.</i> 2008 (176)	194 (28)	39.3 (16–95)	12 meses (NR)	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

N: número de pacientes; \* mediana (valor mínimo – valor máximo); n/N (%): proporção do número de pacientes; NR: não relatado; AED: anticonvulsivante; Mín: mínimo; Máx: máxima.

**Tabela 33 – Distribuição dos participantes incluídos nos estudos de eficácia da Fenitoína e uso de anti-convulsivantes nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório**

Autor, ano	Intervenção N população total	Ocorrência de convulsão (pré-operatório) n (%)		Ausência de convulsão (pré-operatório) n (%)	Intra-operatório (PHT + outros AED conjugados) n (%)	Pós-operatório (PHT + outros AED conjugados) n (%)
		Prevalência	Incidência			
Huang <i>et al.</i> 2017 (172)	119	NA	19 (48.2) PHT 9 (24.1) VPA 8 (20.7) PB 3 (7) NR	18 (22.5) PHT 6 (7.5) PB 4(5) VPA 21(26.3) AED (NR) 31 (38.7) sem AED	102 (85.8) PHT 14 (11.8) PB 2 (1.6) VPA 1 (0.8) ZN	60 (56) PHT 58 (49) PB 56 (47) VPA 20 (17) LEV 4 (3) GB 14 (12) CBZ 13 (11) AED (NR) 12 (10) sem AED
Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)	121	NA	19 (46.7) PHT 10 (23.3) VP 8 (20) PB 4 (10) NR	18 (22.5) PHT 6 (7.5) PB 4 (5) VPA 22 (27.5) AED (NR) 30 (37.5) sem AED	103 (85.1) PHT 15 (12.4) PB 2 (1.7) VPA 1 (0.8) ZN	61 (50) PHT 59 (49) PB 57 (47) VPA 14 (12) CBZ 21(17) LEV 4 (3) GB
Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	198	NA	NR	91 (55) PHT 69 (42) VPA 3 (2) PB 2 (1) CBZ 33 sem AED	NR	NR

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Intervenção N população total	Ocorrência de convulsão (pré-operatório) n (%)		Ausência de convulsão (pré-operatório) n (%)	Intra-operatório (PHT + outros AED conjugados) n (%)	Pós-operatório (PHT + outros AED conjugados) n (%)
		Prevalência	Incidência			
Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	648	<u>Controlada: (**)</u> 86 (68) PHT 9 (7) LEV 9 (7) DS 4 (3) CBZ 6 (5) VPA 3 (2) LM 1 (1) PB  <u>Não controlada:</u> 16 (62) PHT 4 (15) LEV 3 (12) DS 1 (4) CBZ 1 (4) VPA 1 (4) LM 2 (8) PB	NA	36 (7) PHT 6 (1.2) LEV 5 (1) DS 3 (0.6) CBZ 1 (0.02) VPA 444 (90) sem AED	216 (44) PHT 70 (14) LEV 17 (3.5) DS 13 (2.5) CBZ 13 (2.5) VPA 166 (33.5) sem AED	94 (61) PHT 23 (15) LEV 10 (7) LM 8 (5) CBZ 4 (3) DS 3 (2) VPA
Chang <i>et al.</i> 2008 (176)	332	<u>Controlada:</u> 84 (61.3) PHT 22 (16) CBZ 14 (10.2) DS 4 (2.9) VPA 2 (1.4) LM 11(8) PB  <u>Não controlada:</u> 64 (48.4) PHT 36 (27.3) CBZ 14 (10.6) DS 2 (1.5) VPA 6 (4.5) LM 14 (10.6) PB	NA	11 (17.5) PHT 1 (1.6) CBZ 1 (1.6) DS 1 (1.6) LM 1 (1.6) PB 48 (76) sem AED	159 (47) PHT 59 (17) CBZ 29 (9) DS 6 (2) VPA 9 (3) LM 26 (8) PB 48 (14) sem AED	NR

Fonte: Autoria própria.

LEV: levetiracetam; PHT: fenitoína; VPA: Ácido Valpróico; PB: Fenobarbital; GB: Gabapentina; ZN: Zonisamida; DS: Divalproato de Sódio; LM: Lamotrigina; AED: anticonvulsivante; mg: miligrama; NR: não relatado;; NA: não se aplica; Mín: mínimo; Máx: máxima; (\*\*): autor citou o mesmo número de pacientes no momento pré-operatório e intra-operatório.

**Tabela 34 – Desfechos de eficácia da Fenitoína e outros anticonvulsivantes nos pacientes com presença de convulsão no período pré-operatório**

Autor, ano	Fatores de risco relacionados à ocorrência de convulsão		
	Pré-operatório	Intra-operatório	Pós-operatório
Huang <i>et al.</i> 2017(172)	<p>Grau II: 19 (47.2)            Grau III: 12 (28.4)            Grau IV: 8 (19.6)</p> <p>Astrocitoma (22.7) / Oligodendroglioma (40.9)            (p 0.145)</p> <p>Grau II / Grau IV (p = 0.026)</p> <p>(&lt;50 anos) (≥ 50, p &lt; 0.001)</p>	<p>10 (8.4) desenvolveram convulsões</p> <p>4 (37) dia da cirurgia</p> <p>PB (21.4) / PHT (6.9) (p=0.226)</p>	<p>Pré-operatório com convulsão (17.2), maior risco, (5.2, p = 0.045)</p> <p>(&lt;50 anos - 84.1) (≥ 50 - 52.6): p &lt;0.003</p> <p>Região associada: lobo frontal (p = 0.035)</p>
Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)	<p>Grau II: 20 (47.7)            Grau III: 12 (28.6)            Grau IV: 9 (19.8)</p> <p>Astrocitoma (23.2) / Oligodendroglioma (36.4)            (p 0.157)</p> <p>Grau II/ Grau IV (p = 0.017)</p> <p>(&lt;50 anos) (≥ 50, p &lt; 0.0001)</p> <p>Lobo frontal: (p = 0.096)</p> <p>Lobo temporal: (p = 0.751)</p> <p>Primário/ Múltiplos: (p = 0.794)</p>	<p>11 (9.1) desenvolveram convulsões</p> <p>4 (36.8) dia da cirurgia</p> <p>PB (20) / PHT (7.8) (p = 0.146)</p>	<p>Pacientes com convulsões pré-operatório: (17.1%)</p> <p>Demais pacientes: 5.0%, (p = 0.035, entre grupos)</p> <p>(&lt;50 anos) (≥ 50 anos): p = 0.002</p> <p>Região associada: lobo frontal (p = 0.025)</p>
Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	NA	NA	NA

Continua

## Continuação

Autor, ano	Fatores de risco relacionados à ocorrência de convulsão		
	Pré-operatório	Intra-operatório	Pós-operatório
Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	<p><u>Variáveis associadas à ocorrência de convulsão:</u></p> <p>Masculino: (p = 0.01)</p> <p>(&lt;50 anos): (p = 0.001)</p> <p>Tumor pequeno: (p = 0.001)</p> <p>Superfície córtex: (p &lt; 0.001)</p> <p>Pouca cefaleia: (p = 0.01)</p> <p>Pouco déficit sensorial: (p = 0.004)</p> <p>Déficit linguagem: (p = 0.05)</p> <p>Déficit visual: (p = 0.03)</p> <p><u>Convulsões controlada:</u></p> <p>Astrocitoma (OR 1.988, 95% IC 1.070–3.695, p = 0.03)</p> <p>Lobo temporal (OR 1.775, 95% IC 1.027–3.695, p = 0.04)</p> <p><u>Convulsões não controladas:</u></p> <p>Pacientes com baixo KPS: (p = 0.05)</p> <p>Convulsões parciais complexas (OR 5.801, 95% IC 1.056–13.893, p = 0.03)</p> <p>Componente hemorrágico (OR 12.857, 95% IC 1.867–18.537, p = 0.01)</p> <p>Tumor &gt; 3 cm (OR 2.750 IC 1.011-7.9160, p = 0.01)</p>	NR	<p><u>Convulsões controlada:</u></p> <p>Alto KPS (RR 0.944, 95% IC 0.914–0.977, p = 0.002)</p> <p>KPS ≥ 80 (RR 0.097, 95% IC 0.028–0.388) aumento do controle em mais de dez vezes</p> <p>Engel: 6 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 86</p> <p>Classe II: 11</p> <p>Classe III: 3</p> <p>Classe IV: 0</p> <p>Engel: 12 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 84</p> <p>Classe II: 12</p> <p>Classe III: 2</p> <p>Classe IV: 2</p> <p><u>Convulsões não controladas:</u></p> <p>Convulsões não controladas no pré-operatório (RR 2.748, 95% IC 1.131–6.368, p = 0.03)</p> <p>Lobo parietal (RR 4.236, 95% IC 1.582–11.012, p = 0.005)</p> <p>Engel: 6 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 88</p> <p>Classe II: 6</p> <p>Classe III: 6</p> <p>Classe IV: 0</p> <p>Engel: 12 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 56</p> <p>Classe II: 13</p> <p>Classe III: 19</p> <p>Classe IV: 13</p>

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Fatores de risco relacionados à ocorrência de convulsão		
	Pré-operatório	Intra-operatório	Pós-operatório
Chang <i>et al.</i> 2008 (176)	<p>Lobo frontal (p = 0.0012)</p> <p>Subtipo histológico (p = 0.0001)</p> <p>Oligoastrocitoma (p = 0.0007)</p> <p>Oligodendroglioma (p = 0.001)</p> <p><u>Convulsões controlada</u></p> <p>Convulsões generalizadas (p = 0.0005)</p> <p><u>Convulsões não controladas:</u></p> <p>Glioma Grau I e II envolvendo o lobo temporal (p = 0.017)</p> <p>Tipo de convulsão (p = 0.001)</p> <p>Convulsões parciais simples (p = 0.0005)</p> <p>Duração da convulsão (p = 0.006)</p> <p>Lobo temporal (p = 0.0089)</p>	NR	<p><u>Convulsões controlada:</u></p> <p>Ressecção total: (OR 16, 95% IC 2.2–124, p = 0.0064)</p> <p>Engel: 6 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 80.3</p> <p>Classe II: 10.2</p> <p>Classe III: 5.1</p> <p>Classe IV: 4.4</p> <p>Engel: 12 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 78.9</p> <p>Classe II: 11.4</p> <p>Classe III: 4.4</p> <p>Classe IV: 5.3</p> <p><u>Convulsões não controladas:</u></p> <p>Convulsão parcial simples (OR 0.36, 95% IC 0.18–0.72, p = 0.0042)</p> <p>Pré-operatório convulsões não controladas (p, 0,001)</p> <p>Crises &gt; 1 ano (OR 0.285, 95% IC 0.145–0.558, p = 0.0003)</p> <p>Convulsões não controladas no pré-operatório mais propensas as Classes II e IV (6 e 12 meses), respectivamente (p &lt; 0.02)</p> <p>Engel: 6 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 50.9;</p> <p>Classe II: 25.9</p> <p>Classe III: 10.3;</p> <p>Classe IV: 12.9</p> <p>Engel: 12 meses após cirurgia (%)</p> <p>Classe I: 53.8;</p> <p>Classe II: 22.6</p> <p>Classe III: 11.3;</p> <p>Classe IV: 12.3</p>

Fonte: Autoria própria.

N: número de pacientes; N/ n (%); OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança em 95%; PB: Fenobarbital; PHT: Fenitoína; AED: anticonvulsivantes; Engel: classe I (sem convulsões), classe II (raras convulsões), classe III (melhora significativa), classe IV (sem melhora); RR: risco relativo.

**Tabela 35 – Desfechos de eficácia da Fenitoína e outros anticonvulsivantes nos pacientes sem história de convulsão no pré-operatório**

Autor, ano	Pré-operatório	Pós-operatório
Huang <i>et al.</i> 2017(172)	NR	14 (18) desenvolveram convulsões 40 (50) não desenvolveram convulsões: Mediana 7.2 (1.4 – 69.1 meses) AED/ sem AED pré-operatório (long rank p = 0.584)
Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)	NR	15 (19) desenvolveram convulsões 41 (51) não desenvolveram convulsões: mediana 7.3 (1.3 – 68.9 meses) AED/ sem AED pré-operatório (long rank p = 0.574)
Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	NR	93 (83) apresentaram convulsões Tempo de ocorrência médio das convulsões: 8 meses após operação (1 – 75 meses) <u>Fatores relacionados ao risco de convulsão:</u> Glioblastoma (OR adj: 2.33, P = 0.012) Radioterapia adjuvante (OR adj: 2.87, P = 0.001)
Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	<u>Fatores associadas à ausência de convulsão:</u> (≥ 50 anos) - (OR 0.983, 95% IC 0.968–0.998, p = 0.03) Tumor grande (OR 0.763, 95% IC 0.653–0.872, p < 0.001) Córtex cerebral (OR 1.646, 95% IC 1.014– 2.672, p = 0.04)	20 (4) relataram convulsões 2 (1) convulsões significativas
Chang <i>et al.</i> 2008 (176)	<u>Fatores associadas à ausência convulsão:</u> Córtex cerebral (p = 0.001) Glioma I e II envolvendo linha média, independente dos lobos envolvidos (p = 0.0175)	Controle das crises após cirurgia (94%, p. 0.005)

Fonte: Autoria própria.

OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança em 95%; AED: anticonvulsivantes.



**Tabela 36 – Eventos adversos reportados pelos estudos incluídos**

Autor, ano	Huang 2017 (172)				Iuchi <i>et al.</i> 2015 (173)				Woo <i>et al.</i> 2014 (174)	Chaichana <i>et al.</i> 2009 (175)	Chang <i>et al.</i> 2008 (176)
Evento adverso, n (%)	PHT	CBZ	PB	LEV	PHT	CBZ	PB	LEV			
Sonolência/ Déficit cognitivo	NR	NR	NR	01(?)	NR	NR	NR	01 (4.8)	3 (2)	NR	NR
Reação cutânea	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	17 (9)	NR	NR
Hepatotoxicidade	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	17 (9)	NR	NR
Mielossupressão	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4 (2)	NR	NR
Síndrome Steve Johson	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	2 (1)	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

N: número de pacientes; N/ n (%); PHT: fenitoína; CBZ: carbamazepina; PB: fenobarbital; LEV: levetiracetam;?: eventos citados pelo autor, entretanto; não relatada a prevalência dos efeitos adversos por medicamento.

**Questão de Pesquisa 7:** Qual a eficácia e segurança do bevacizumabe para pacientes com glioma?

### 1) Estratégia de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

(((((“Glioma”[Mesh] OR gliomas OR Glial Cell Tumor\*)))) AND (((“Bevacizumab”[Mesh] OR Avastin))) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

Data de acesso: 30/05/2017

Total: 177 referências

#### EMBASE:

‘glioma’/exp OR ‘glioma’ AND [embase]/lim OR (gliomas AND [embase]/lim) AND (‘bevacizumab’/mj AND [embase]/lim OR (‘avastin’/mj AND [embase]/lim)) AND (‘crossover procedure’:de OR ‘double-blind procedure’:de OR ‘randomized controlled trial’:de OR ‘single-blind procedure’:de OR random\*:de,ab,ti OR factorial\*:de,ab,ti OR crossover\*:de,ab,ti OR (cross NEXT/1 over\*):de,ab,ti OR placebo\*:de,ab,ti OR (doubl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti OR (singl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti OR assign\*:de,ab,ti OR allocat\*:de,ab,ti OR volunteer\*:de,ab,ti)

Data de acesso: 30/05/2017

Total: 347 referências

### 2) Seleção das evidências

A busca das evidências resultou em 524 referências (177 no MEDLINE e 347 no EMBASE). Destas, 90 foram excluídas por estarem duplicadas. Quatrocentos e trinta e quatro referências foram triadas por meio da leitura de título e resumos, das quais cento e sessenta e uma referências tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade.

Como critério de inclusão, para gliomas do tipo IV (glioblastomas) foram priorizadas revisões sistemáticas com meta-análise de ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos randomizados. Devido à escassez de evidência para estudos que analisavam gliomas de grau III (astrocitoma anaplásico, oligodendroglioma anaplásico, oligoastrocitoma anaplásico, ependimoma anaplásico) foram incluídos estudos que analisavam em conjunto gliomas do tipo IV e III do tipo observacionais comparativos. No caso de estudos que analisavam somente gliomas do tipo III foram incluídos estudos experimentais comparativos e não comparativos (série de casos) e observacionais comparativos. Gliomas mistos e secundários foram excluídos não foram considerados.

No total, 135 estudos foram excluídos: 1) 51 estudos completos: 1.1) observacionais: cinco observacionais não comparativos; dois relatos de casos; três séries de casos e um caso-controle que analisaram populações e desfechos que não eram de interesse; 1.2) 13 séries de casos experimentais que analisaram glioma do tipo IV ou em conjunto III e IV; 1.3) ensaios clínicos randomizados: 1.3.1) três incluídos em revisões sistemáticas; 1.3.2) quatro tratavam de uma condição de não interesse; 1.3.3) dois não eram a intervenção de interesse; 1.3.4) quatro não tratavam do desfecho de interesse; 1.3.4) quatro análises exploratórias que não tratavam dos objetivos principais dos estudos; 1.4) revisões sistemáticas: 1.4.1) três incluíram estudos que não eram randomizados;

1.4.2) um não atende aos requisitos essenciais de uma revisão sistemática; 1.4.3) três tratavam de uma condição de não interesse; 1.4.4) uma abordava uma intervenção de não interesse; 1.4.5) uma não tratava do desfecho de interesse; 1.4.6) uma continha os mesmo artigos, desfechos e qualidade comparáveis aos de uma publicação mais nova;

2) 84 resumos de congressos: 2.1) um relato de casos e nove séries de casos experimentais do tipo IV ou em conjunto III e IV; 2.2) dois relatos de casos e nove séries de casos observacionais do tipo IV ou em conjunto III e IV; 2.3) ensaios clínicos: 2.3.1) seis incluídos em revisões sistemáticas; 2.3.2) 35 com artigos completos disponíveis; 2.3.3) cinco análises exploratórias que não tratavam dos objetivos principais dos estudos; 2.3.4) quatro que não abordavam os desfechos de interesse; 2.3.5) 13 que continham desfechos incompletos ou não relevantes.

Em relação aos estudos que abordavam glioblastomas (IV), três revisões sistemáticas(177-179) e 12 ensaios clínicos randomizados de 18 referências foram incluídas (114, 157, 180-194), sendo cinco resumos de congressos (114, 186, 189, 192). Quanto aos estudos que analisaram em conjunto gliomas do tipo III e IV, três estudos observacionais comparativos (195-197) foram incluídos. Em relação aos estudos que analisavam somente os gliomas do tipo III, devido à limitada evidência, cinco séries de casos experimentais (fase II, não comparativo) (198-202) foram incluídas, sendo três por busca manual (200-202). Totalizando, 23 estudos de 29 referências incluídas.

### **3) Descrição dos estudos e seus resultados**

Os estudos incluídos serão apresentados de acordo com o grau de gliomas. Primeiramente serão descritas as características dos estudos, seguidas das características dos participantes, dos desfechos de eficácia e, por fim, dos desfechos de segurança. A descrição sumária dos estudos que abordaram o glioblastoma (grau IV) encontram-se nas Tabelas 37-52. Os estudos que analisaram em conjunto gliomas de grau III e IV estão apresentados nas Tabelas 53-56. A descrição dos estudos que analisaram somente os gliomas de grau III encontram nas Tabelas 57-60.

## 1 Glioblastomas (Grau IV)

### 1.1 Glioblastoma (IV): BEVA em monoterapia ou em combinação com radioterapia e temozolamida

**Tabela 37 – Características dos estudos que compararam bevacizumabe monoterapia ou em combinação com radioterapia e temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Lombardi <i>et al.</i> 2017(177)	Revisão Sistemática com meta-análise (Busca realizada de janeiro de 2006 até janeiro de 2016)	Avaliar a eficácia de anti-VEGF em pacientes com glioblastoma	Glioblastoma	7 ECR (4 na fase II e 3 na fase III), 2449 participantes (informações referentes somente do BEVA)	BEVA monoterapia BEVA em combinação com outras drogas citotóxicas ((RT+ TMZ); (IRI+ RT); (RT+ IRI +TMZ); LOM)	Tratamentos citotóxicos ((RT+ TMZ), LOM, FOT)	Alto risco de viés, restrição de data e língua, não foi avaliado o risco de viés dos estudos incluídos, lista de excluídos não foi fornecida)
Khasraw <i>et al.</i> 2014 (178)	Revisão Sistemática com meta-análise (Busca realizada de 2000 até abril de 2014)	Avaliar a eficácia e toxicidade do BEVA e outros anti-VEGF no tratamento de gliomas de alto grau	Glioblastoma	1852 participantes, 4 ECR	BEVA monoterapia ou em combinação (desde que essa combinação também fosse fornecida no grupo controle)  (BEVA)	Placebo, melhor tratamento de suporte ou quimioterapia)  (Controle)	Baixo Risco de viés
Li <i>et al.</i> 2016 (179)	Revisão Sistemática com meta-análise (Busca realizada de janeiro de 1966 até agosto de 2016)	Avaliar a eficácia clínica e segurança do BEVA comparado com terapia padrão ou outras quimioterapias	Recém diagnosticados com glioblastomas	8 ECR, 2.185 participantes	BEVA	Tratamento padrão (RT+ TMZ); (IRI -RT+TMZ; TMZ)	Alto risco de viés (não foi feito uma busca na literatura cinzenta, não foi avaliado o risco de viés dos estudos incluídos, lista de excluídos não fornecida)

Continua

### Conclusão

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Wick <i>et al.</i> 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2015 (180-182)	ECR (AVAglio), fase III (Análise exploratória)	Wick, et al 2016b: Detalhar a pseudoprogredão e pseudorespostas e os padrões de crescimento dos tumores  Saran et al. 2016: reportar em detalhe os desfechos de segurança  Taphoorn et al. 2015: Avaliar a QVRS	Recém diagnosticados com glioblastomas	921 participantes - população da análise ITT (BEVA: 458; Placebo: 463)  População da análise de segurança: (BEVA: 461; Placebo: 450)	RT+TMZ+BEVA (6s-concomitante); TMZ+BEVA (6 ciclos de 4s - manutenção) e BEVA até PD (monoterapia)  (BEVA+ RT/TMZ)	RT+TMZ+Placebo (6s - concomitante), TMZ+Placebo (6 ciclos de 4s - manutenção) e Placebo até PD (monoterapia)  (Placebo+ RT/TMZ)	Baixo Risco de viés
Balana <i>et al.</i> 2016 (183)	ECR (GENOM 009), fase II	Comparar a monoterapia de TMZ versus TMZ + BEVA como terapia neoadjuvante ou concorrente	Glioblastomas não ressecados.	102 participantes randomizados, mas somente 93 iniciou o tratamento (BEVA + TMZ: 48; TMZ: 45)  Imagens disponíveis para 40 participantes: BEVA + TMZ: 17; TMZ: 23)	TMZ/RT (Estágio neoadjuvante: 85 mg/m <sup>2</sup> , 1-21 dias, 2 ciclos de 28 dias; estágio concorrente: radiação 60 Gy em 2 frações de Gy mais TMZ 75 mg/m <sup>2</sup> /dia por um máximo de 49 dias; estágio concorrente foi seguido de um intervalo de 28 dias e então o tratamento com TMZ neoadjuvante por 6 ciclos) + BEVA (10mg/ kg nos dias 1 e 15 em cada ciclo adjuvante e nos dias 1,15 e 30 no tratamento concorrente)  (BEVA + TMZ/RT)	TMZ/RT (tratamento neoadjuvante: 85 mg/m <sup>2</sup> , 1-21 dias, 2 ciclos de 28 dias; tratamento concorrente: radiação 60 Gy em 2 frações de Gy mais TMZ 75 mg/m <sup>2</sup> /dia por um máximo de 49 dias; estágio concorrente foi seguido de um intervalo de 28 dias e então o tratamento com TMZ neoadjuvante por 6 ciclos)  (TMZ/RT)	Alto risco de viés, (Desfechos incompletos: análise foi por intenção de tratar modificada)

Fonte: Autoria própria.

ECR: ensaio clínico randomizado; BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; VEGF: fator de crescimento endotelial vascular; PD: progressão da doença; s: semanas; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; ITT: análise com intenção de tratar, ou seja, a população randomizada inicialmente.

**Tabela 38 – Características dos participantes dos estudos que compararam bevacizumabe monoterapia ou em combinação com radioterapia e temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Lombardi <i>et al.</i> 2017	BEVA BEVA + drogas citotóxicas	Tratamentos citotóxicos	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Khasraw <i>et al.</i> 2014	BEVA	Controle	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Li <i>et al.</i> 2016	BEVA	Tratamento padrão	Variação: 62-53.9	Variação: 60.9- 54.7	NR	BR	NR	NR	24-60 meses

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Wick <i>et al.</i> 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2015  (AVAglio)	(BEVA+ RT/ TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	57.0 (20–84)	56.0 (18–79)	285 (61.8%)	290 (64.4%)	KPS, n (%): 50-80: 290 (64.4) 90-100: 313 (68.0)  EP da OMS, n(%): 0: 231 (50.1) 1-2: 230 (49.9)  Uso de corticoides na linha de base: Sim: 189 (41.0) Não: 270 (58.6) Não disponível: 2 (0.4)  QVRS EORTC QLQ-C30 média (DP); mediana: 1) Status da saúde global: 64.6 (22.4); 66.7 2) FF: 82.9 (20.1); 86.7 3) FS: 71.7 (29.0); 83.3 4) Disfunção motora: 16.8 (23.2); 11.1 5) Défice de comunicação: 16.9 (24.8); 0.0	KPS, n (%): 50-80: 138 (30.7) 90-100: 138 (30.7)  EP da OMS, n(%): 0: 231 (51.3) 1-2: 219 (48.7)  Uso de corticoides na linha de base: Sim: 204 (45.3) Não: 244 (54.2) Não disponível: 2 (0.4)  QVRS EORTC QLQ-C30 média (DP): 1) Status da saúde global: 67.4 (21.0); 66.7 2) FF: 81.4 (22.4); 86.7 3) FS: 71.6 (28.6); 83.3 4) Disfunção motora: 14.8 (20.8); 11.1 5) Défice de comunicação: 17.6 (25.2); 0.0	NR  Segurança: 12.3-8.5 meses
Balana <i>et al.</i> 2016  (GENOM 009)	TMZ/RT	BEVA + TMZ/ RT	62.9 (43–75)	62 (36–75)	31 (64.6 %)	25 (55.6 %)	EP ECOG n (%): 0: 8 (17.8) 1: 24 (53.3) 2: 13 (28.9)	EP ECOG n (%): 0: 10 (20.8) 1: 25 (52.1) 2: 13 (27.1)	Mínimo: 18 meses

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; min-max: mínimo e máximo; EP OMS: estado de performance da Organização Mundial da Saúde; EP ECOG: estado de performance do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; EORTC QLQ-C30: Questionário de qualidade de vida the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30; FF: funcionamento físico; FE: funcionamento emocional; FS: funcionamento social; TMS: tempo máximo de sobrevivência, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo; NR: não reportado.

**Tabela 39 – Desfechos de eficácia dos estudos que compararam bevacizumabe monoterapia ou em combinação com radioterapia e temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Lombardi <i>et al.</i> 2017 (Revisão Sistemática com meta-análise)	BEVA	Trat. Citotóxicos	SG HR: 1.09 (IC 95%:0.69, 1.70); 2 ECR, 164 participantes	0.7	SLP HR: 0.63 (IC 95%:0.47, 0.85); I2: NR; 2 ECR, 164 participantes	0.003	NR	NR
	BEVA + Trat. Citotóxicos		HR: 0.96 (IC 95%:0.86, 1.06); 6 ECR, 2.352 participantes	0.3	HR: 0.63 (IC 95%:0.52, 0.75); I2: NR; 6 ECR, 2.352 participantes	<0.001		
	BEVA 1° linha de tratamento		HR: 0.98 (IC 95%:0.84, 1.13); 4 ECR, 1.848 participantes	0.7	HR: 0.70 (IC 95%:0.60, 0.81); I2: NR; 4 ECR, 1.848 participantes	<0.001		
	BEVA 2° linha de tratamento		HR: 0.95 (IC 95%:0.77, 1.17); 4 ECR, 668 participantes	0.6	HR: 0.52 (IC 95%:0.44, 0.62); I2: NR; 4 ECR, 668 participantes	<0.001		
Khasraw <i>et al.</i> 2014 (Revisão Sistemática com meta-análise)	BEVA	Controle	SG (tempo da randomização até a morte) HR: 0.92 (IC 95% 0.83, 1.02), I2: 71% (significativo); 4 ECR; 1852 participantes	0.12	SLP (tempo da randomização até a morte até a morte por qualquer causa ou progressão da doença) HR: 0.66 (IC 95% 0.59, 0.74), I2: 87% (significativo); 4 ECR; 1712 participantes	<0.00001		

Continua



## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Li <i>et al.</i> 2016  (Revisão Sistemática com meta-análise)	BEVA	Tratamento padrão	SG mediano: HR: 1.01 (IC 95%:0.83, 1.23); I2: 66% (significativo); 5 ECR, 2012 participantes	0.95	SLP mediano: HR: 0.73 (IC 95%:0.62, 0.86); I2: 52% (significativo); 5 ECR, 2012 participantes	0.0001	NR	NR
			Taxa de SO aos 6 meses: OR: 1.41 (IC 95%: 1.09, 1.84); I2: 12%; 7 ECR; 2152 participantes	0.01	Taxa de SLP aos 6 meses: OR: 3.33 (IC 95%: 2.73, 4.06); I2: 3%; 8 ECR; 2205 participantes	<0.00001		
			Taxa de SO aos 12 meses: OR: 1.23 (IC 95%: 1.02, 1.48); I2: 0%; 7 ECR; 2122 participantes	0.03	Taxa de SLP aos 12 meses: OR: 2.10 (IC 95%: 1.74, 2.54); I2: 0%; 7 ECR; 2117 participantes	<0.00001		
			Taxa de SO aos 24 meses: OR: 1.09 (IC 95%: 0.89, 1.35); I2: 44%; 6 ECR; 2068 participantes	0.40	Taxa de SLP aos 24 meses: OR: 0.85 (IC 95%: 0.53, 1.36); I2: 23%; 6 ECR; 2067 participantes	0.48		
			Taxa de SO aos 36 meses: OR: 0.57 (IC 95%: 0.32, 0.98); I2: 0%; 3 ECR; 1291 participantes	0.04	Taxa de SLP aos 36 meses: OR: 0.53 (IC 95%: 0.21, 1.34); I2: NA; 1 ECR; 180 participantes	0.18		

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2015  (AVAglio)	(BEVA+ RT/ TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	SG mediana final: HR: 0.88 (IC 95%: 0.76, 1.02)	>0.05	SLP final avaliada pelos investigadores: HR: 0.64 (IC 95%: 0.55, 0.74)	<0.05	QVRS EORTC QLQ-C30 1) Status de saúde global: a) SLD: HR: 0.64 (IC 95%: 0.56, 0.74) b) TD: HR: 0.76 (IC 95%: 0.63, 0.92)	<0.001 0.0041
			SG de pacientes que tiveram mudanças do padrão de tumor de não difuso na linha de fase para difuso na progressão: 17.4 vs. 15 meses HR: 0.85 (IC 95%: 0.51, 1.42)	0.5355	SLP final avaliada por empresa independente: HR: 0.61 (IC 95%: 0.53, 0.71)	<0.05	2) FF: a) SLD: HR: 0.70 (IC 95%: 0.61, 0.81) b) TD: HR: 0.90 (IC 95%: 0.75, 1.08)	<0.001 0.0113
			SG de pacientes com tumor difuso na linha de base: HR: 0.99 (IC 95% 0.82, 1.19)	0.882	SLP de pacientes com tumor difuso na linha de base: HR: 0.69 (IC 95% 0.58, 0.83)	<0.0001	3) FS: a) SLD: HR: 0.63 (IC 95%: 0.55, 0.73) b) TD: HR: 0.78 (IC 95%: 0.64, 0.95)	<0.001 0.2747
			SG de pacientes com tumor não difuso na linha de base: HR: 0.76 (IC 95% 0.59, 0.98)	0.0303	SLP de pacientes com tumor não difuso na linha de base: HR: 0.57 (IC 95% 0.45, 0.73)	<0.0001	4) Disfunção motora: a) SLD: HR: 0.67 (IC 95%: 0.58, 0.78) b) TD: HR: 0.87 (IC 95%: 0.68, 1.11)	<0.001 0.0295
							5) Déficit de comunicação: a) SLD: HR: 0.67 (IC 95%: 0.58, 0.77) b) TD: HR: 0.80 (IC 95%: 0.66, 0.98)	<0.05
							KPS: HR: 0.65 (IC 95%: 0.56, 0.75)	<0.05
						Tempo para iniciação de corticoides em pacientes não tomavam corticoides na linha		

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
							<p>de base: HR: 0.71 (IC 95%:0.57, 0.88)</p> <p>Tempo para descontinuação de corticoides em pacientes que tomavam corticoides na linha de base: HR: 0.69 (IC 95%:0.55, 0.87)</p> <p>Padrões do Tumor</p> <p>1) Tumor focal</p> <p>% Pacientes sem mudanças da linha de base (BEVA+ RT/TMZ) vs. Placebo+ RT/TMZ), n/N total (%):</p> <p>a) Tumor local na linha de base e tumor local na progressão: 198/299 (66.2%) vs. 215/333 (64.6%)</p> <p>b) Tumor multifocal na linha de base e tumor multifocal na progressão: 57/299 (19.1%) vs. 63/333 (18.9%)</p> <p>% Pacientes com mudanças da linha de base (BEVA+ RT/TMZ) vs. Placebo+ RT/TMZ), n/N total (%):</p> <p>a) Tumor local na linha de base e tumor multifocal na progressão: 19/299 (6.4) vs. 30/333 (9.0)</p> <p>b) Tumor local na linha de base e tumor distante na progressão: 11/299 (3.7) vs. 15/333 (4.5)</p> <p>c) Tumor multifocal na linha de base e tumor local na progressão: 9/299 (3.01) vs. 2/333 (2.4)</p> <p>d) Tumor multifocal na linha de base e tumor distante na progressão: 4/299 (1.3) vs. 2/333 (2.4)</p> <p>e) Tumor sem padrão na linha de base e tumor local na progressão: 1/299 (0.3) vs. 0/0 (0.0)</p>	

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
							2) Infiltração tumoral % Pacientes sem mudanças da linha de base (BEVA+ RT/TMZ) vs. Placebo+ RT/TMZ), n/N total (%): a) Tumor não difuso na linha de base e tumor não difuso na progressão: 64/299 (21.4) vs. 104/333 (31.2)  b) Tumor difuso na linha de base e tumor difuso na progressão: 197/299 (65.9) vs. 194/333 (58.3) % Pacientes com mudanças da linha de base (BEVA+ RT/TMZ) vs. Placebo+ RT/TMZ), n/N total (%): a) Tumor não difuso na linha de base e tumor difuso na progressão: 36/299 (12.0) vs. 34/333 (10.2) b) Tumor difuso na linha de base e tumor não difuso na progressão: 2/299 (0.7) vs. 1/333 (0.3)	
Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)	TMZ	BEVA + TMZ	SG mediana: BEVA + TMZ: 4.8 meses (IC 95 %: 4.0, 5.6) TMZ: 10.6 meses (IC 95 %: 6.9, 14.3) HR: 0.68 (IC 95 %: 0.44, 1.04)  Taxa de SO em A) 1 ano; B) 2 anos e C) 3 anos: BEVA + TMZ: A) 48.9%; B) 20.5%; C) 10.9 % TMZ: A) 29.6; B) 8.9; C) 4.4 %  Análise multivariada identificou apenas TMZ + BEVA como marcador independente de SG: HR: 1.68 (IC 95 %: 1.07, 2.63)	0.07   NR   0.02	SLP mediano: BEVA + TMZ: 4.8 meses (IC 95 %: 4.0, 5.6) TMZ: 2.2 meses (IC 95 %: 2.0, 2.5) HR: 0.70 (IC 95 %: 0.46, 1.07)  Análise multivariada identificou apenas TMZ + BEVA como marcador independente de SLP: HR: 1.58 (IC 95%: 1.0, 2.5)	0.10   0.05	(TMZ + BEVA vs. TMZ) Taxa de resposta (critério RANO), n (%); OR (IC 95%): 1) Resposta completa: 0 vs. 0 2) Resposta parcial: 11 (22.9) vs. 3 (6.7); OR: 4.2 (1.1, 16.1) 3) Doença estável: 18 (37.5) vs. 8 (17.8); OR: 2.8 (1.1, 7.1) 4) Benefício clínico (item 2+3): 29 (60.4) vs. 11 (24.5); OR: 4.7 (1.9, 11.5) 3) PD: 15 (31.3) vs. 32 (71.1) OR: 5.4 (2.2, 13.2)	0.04   0.03   <0.001 <0.001

Fonte: Autoria própria.

SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global; SO: taxa de sobrevivência; BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; min-max: mínimo e máximo; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; EORTC QLQ-C30: Questionário de qualidade de vida the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30; FF: funcionamento físico; FE: funcionamento emocional; FS: funcionamento social; SLD: sobrevida livre de deterioração; TD: tempo de deterioração; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; critério RANO: Response Assessment in Neuro-Oncology; NR: não reportado; OR: odds ratio ou razão de chances; RR: risco relativo; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; I2: estatística I2 para a avaliação da heterogeneidade dos estudos incluídos nas meta-análises.

**Tabela 40 – Desfechos de segurança dos estudos que compararam bevacizumabe monoterapia ou em combinação com radioterapia e temozolamida em gliomas de grau IV**

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Isquemia Cerebral	n (total): 7 de 127 OR:3.21 (IC 95% 0.39, 26.71), 2 ECR	n (total): 1 de 56 0.28		NR	NR	NR	NR		
Hemorragia Cerebral	n (total): 9 de 848 OR: 2.30 (IC 95% 0.96, 5.54), 4 ECR	n (total): 7 de 750 0.06	RR:1.85 (0.57; 6.02)	Todos os graus n (%)♦: 15 (3.3) vs. 9 (2.0); (morte*: 0); Grau ≥3♦: 9 (2.0) (morte*: 0)	1) Todos os graus n (%)♦: 9 (2.0); (morte*: 1); 2) Grau ≥3♦: 4 (0.9); (morte*: 1)		n (%)▲: A) EN grau 3-4: 2 (4.2) EN grau 5: 2 (4.2)	n (%)▲: A) EN grau 3-4: 0 EN grau 5: 0	0.24
Sangramento/hemorragias (outros)	NR		NR	Todos os graus n (%)♦: 171 (37.1) (morte*: 1 (0.6%); Grau ≥3♦: 6 (1.3%) (morte*: 1 (16.7%))	Todos os graus n (%)♦: 88 (19.6%); (morte*:1 (1.1%)); Grau ≥3♦: 4 (0.9%); (morte*: 1 (25.0%))		NR	NR	
				RR: 1.23 (0.35, 4.37)	>0.05				
				Epistaxe Todos os graus n (%): 98 (21.3%)	Epistaxe Todos os graus n (%): 22 (4.9%)				

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Eventos tromboembólicos	n (total): 56 de 805	n (total): 55 de 766		Arterial: Todos os graus n (%)♦: 27 (5.9) vs. 7 (1.6); (morte*: 1 (3.7));  Grau ≥3 ♦: 23 (5.0); (morte*: 1 (4.3))  Venoso: 1) Todos os graus n (%)♦: 38 (8.2) vs. 43 (9.6); (morte*: 3 (7.9) vs. 1 (2.3));  2) Grau ≥3 ♦: 35 (7.6); (morte*: 3 (8.6))	Arterial: 1) Todos os graus n (%)♦: 7 (1.6); (morte*: 1 (14.3));  Grau ≥3 ♦: 6 (1.3); (morte*: 1 (16.7))  Venoso: 1) Todos os graus n (%)♦: 38 (8.2) vs. 43 (9.6); (morte*: 3 (7.9) vs. 1 (2.3)); 2) Grau ≥3 ♦: 36 (8.0); (morte*: 1 (2.8))		n (%)▲: A) EN grau 3-4: 2 (4.2)  EC grau 3-4: 0	n (%)▲: A) EN grau 3-4: 3 (6.6);  EC grau 3-4: 3 (6.7)	NR
	OR: 0.97 (IC 95% 0.66, 1.42), 4 ECR	0.86	Venoso: RR: 0.79 (0.50, 1.26)	>0.05					
Diarréia	n (total): 5 de 154	n (total): 0 de 83		n (%): 96 (20.8)	n (%): 70 (15.6)	NR	NR	NR	
	OR: 6.14 (IC 95% 0.34, 112.49), 3 ECR	0.22							

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Constipação	NR	NR	n (%): 178 (38.6)	n (%):137 (30.4)	NR	n (%) Grau 3:0 Grau 4: 0	n (%) Grau 3: 0 Grau 4: 0	NR	
Anemia	n (total): 9 de 344	n (total): 7 de 317		NR	NR	n (%) EN grau 3-4:1 (2.1)	n (%) EN grau 3-4: 1 (2.1)	NR	
	OR: 1.19 (IC 95% 0.44, 3.23), 3 ECR	0.73							
Leucopenia	NR	NR	n (%): 56 (12.1)	n (%):41 (9.1)	NR	n (%) EN grau 3-4:1 (2.1) EC grau 3- 4: 1 (2.1)	n (%) EN grau 3- 4: 2 (4.4); EC grau 3-4: 0	NR	
Neutropenia	n (total): 31 de 344	n (total): 19 de 316		n (%): 66 (14.3)	n (%):55 (12.2)	NR	n (%) Febril: EN grau 3- 4: 1 (2.1) n (%) EN grau 3- 4: 1 (2.1) EC grau 3-4: 2 (4.2)	n (%) Febril: EN grau 3- 4: 2 (4.4) n (%) EN grau 3-4: 3 (6.7); EC grau 3- 4: 0;	NR
	OR: 1.55 (IC 95% 0.86, 2.80), 3 ECR	0.15							
Trombocitopenia	NR	NR	n (%): 157 (34.1)	n (%):123 (27.3)	NR	n (%) EN grau 3-4: 1 (2.1) EC grau 3- 4: 3 (6.1)	n (%) EN grau 3- 4: 5 (11.1); EC grau 3- 4: 0;	NR	

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Li et al. 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran et al. 2016 (AVAglio)			Balana et al. 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Linfopenia/ Linfocitopenia	NR	NR	NR	NR	n (%) EN grau 3- 4: 1 (2.1) EC grau 3- 4: 8 (16.7)	n (%) EN grau 3- 4: 1 (2.1); EC grau 3- 4: 3 (6.7);	NR		
Náusea e vômito	n (total): 11 de 287	n (total): 5 de 260		1) Náusea n (%): 223 (48.4) 2) Vômito: 149 (32.3)	1) Náusea n (%): 191 (42.4); 2) Vômito: 102 (22.7)	NR	n (%) EN grau 3- 4: 1 (2.1)	n (%) EN grau 3- 4: vs. 0;	NR
	OR: 2.03 (IC 95% 0.70, 5.93), 2 ECR	0.19							
Fadiga	n (total): 48 de 330	n (total): 21 de 233		n (%): 191 (41.4)	n (%):178 (39.6)	NR	n (%) EN grau 3- 4: 2 (4.2) EC grau 3- 4: 3 (6.7)	n (%) A) EN grau 3- 4: 1 (2.2); EC grau 3- 4: 0;	NR
	OR: 1.72 (IC 95% 1.00, 2.96), 2 ECR	0.05							
Hipertensão	n (total): 71 de 848	n (total): 12 de 739		n (%): 178 (38.6) ♦ Todos os graus n (%): 181 (39.3); (morte*: 0); Grau ≥3 ♦: 52 (11.3) (morte*: 0)	n (%): 51 (11.3) ♦ Todos os graus n (%): 57 (12.7); (morte*: 0); Grau ≥3 ♦: 10 (2.2); (morte*: 0)		n (%) ▲: EN: 2 (4.2) EC: 1 (2.1)	n (%) ▲: EN: 0; B) EC: 0	NR
	OR: 5.54 (IC 95% 2.98, 10.29), 4 ECR	<0.00001	RR: 4.64 (2.36, 9.13)	<0.05					

Continua



## Continuação

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Cicatrização com complicações	NR		Todos os graus n (%)♦: 32 (6.9); (morte*: 1 (3.1)); Grau ≥3♦: 15 (3.3); (morte*: 1 (6.7))	Todos os graus n (%)♦: 21 (4.7); (morte*); Grau ≥3♦: 7 (1.6); (morte*: 0)		NR	NR		
				RR: 1.77 (0.72, 4.33)					
Infecções	n (total): 16 de 154	n (total): 4 de 83		Nasofaringite n (%): 63 (13.7); Infecção do trato urinário: 50 (10.8)		NR	n (%) EN grau 3-4: 5 (10.4)	n (%) EN grau 3-4: (6.6);	NR
			OR: 2.29 (IC 95% 0.74, 7.09), 3 ECR	0.15					
Proteinúria	n (total): 33 de 431	n (total): 0 de 560		n (%): 72 (15.6) ♦ Todos os graus n (%)♦: 72 (15.6); (morte*: 0); Grau ≥3♦: 25 (5.4); (morte*: 0)	n (%): 72 (15.6) vs. 19 (4.2) ♦ a) Todos os graus n (%)♦: 19 (4.2); (morte*: 0); b) Grau ≥3♦: 0; (morte*: 0)		n (%)▲ EN grau 3-4: 0	n (%)▲ EN grau 3-4: 0	NR
			OR: 94.24 (IC 95% 5.76, 1542.53), 2 ECR	<0.001					

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Perfuração Intestinal	NR	NR	Todos os graus n (%)♦: 8 (1.7); (morte*: 2 (0.4))	Todos os graus n (%)♦: 2 (0.4); (morte*: 3 (0.7));	>0.05		n (%)▲ A) EN: 1 (2.1) vs. 0; B) EC: 1 (2.1) vs. 0	NR	
			Grau ≥3♦: 5 (1.1); (morte*: 2 (0.4))	Grau ≥3♦: 1 (0.2); (morte*: 3 (0.7))					

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
Quaisquer EA	NR	NR	Todos os graus I n (%): 454 (98.5)	Todos os graus I n (%): 432 (96.0);			n (%) EN: 39 (81.3) EC: 23 (47.9)	n (%) EN: 29 (64.4); EC: 15 (33.3)	0.06; 0.15
			Todos os graus♦ n (%): 349 (75.7)	Todos os graus♦ n (%): 204 (45.3);					
				Grau ≥3: RR: 3.18 (1.30; 7.81)	<0.05				
				Grau 5: RR: 1.3 (0.63, 2.65)	>0.05				
EA severos/sérios	Gráfico não permitiu reportar com precisão	0.033	n (%): 179 (38.8)	n (%): 115 (25.6)			NR	NR	
			RR: 1.29 (1.02, 1.63)	<0.05					

Continua

## Conclusão

Eventos Adversos	Li <i>et al.</i> 2016 (Revisão Sistemática com Meta-análise)			Wick, 2016b; Saran <i>et al.</i> 2016 (AVAglio)			Balana <i>et al.</i> 2016 (GENOM 009)		
	BEVA	Tratamento Padrão	Valor p	(BEVA+ RT/TMZ)	(Placebo+ RT/TMZ)	Valor p	BEVA + TMZ	TMZ	Valor p
A) Descontinuação B) interrupção ou ajuste devido à EA sérios	NR		NR	a) Descontinuo qualquer tratamento n (%): 122 (26.5)  b) Descontinuo BEVA/ Placebo: 114 (24.7)	a) Descontinuo qualquer tratamento n (%): 61 (13.6);  b) Descontinuo BEVA/ Placebo: 46 (10.2)	NR	n:9	n:6	NR
Morte devido ao tratamento	NR	NR	Especificado em cada coluna do EA	NA	n (%): EN: 4 (8.3)	n (%): EN: vs.0	NR		

Fonte: Autoria própria.

EA: eventos adversos; ECR: ensaios clínicos randomizados; BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; ♦ EA com especial interesse para o BEVA; EA: estágio neoadjuvante; EC: estágio concorrente; ▲ EA relacionados ao BEVA; OR: odds ratio ou razão de chances; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

## 1.2 Glioblastoma (IV): Bevacizumabe com irinotecano ou bevacizumabe com temozolamida

**Tabela 41 – Características dos estudos que compararam bevacizumabe com irinotecano ou bevacizumabe com temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Gilbert <i>et al.</i> 2016 (184)	ECR (RTOG 0625) fase II, não comparativo	Avaliar a eficácia e segurança dos regimes BEVA + TMZ e BEVA + IRI	Glioblastoma ou gliosarcoma recorrente ou progressivo após quimiorradioterapia padrão	123 participantes (BEVA + TMZ: 63; BEVA + IRI: 60; (BEVA + TMZ: 59; BEVA + IRI:57; população por intenção de tratar modificada)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s) TMZ (75-100 mg/m2 nos dias 1 a 21 dias a cada ciclo de 28 dias)  (BEVA + TMZ)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s) IRI (125 mg/m2a cada 2s)  (BEVA + IRI)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação não reportado; não cegamentos dos profissionais, participantes ou investigadores; desfechos incompletos: análise não foi por intenção de tratar (modificada);
Hofland <i>et al.</i> 2014 (185)	ECR, fase II	Avaliar a eficácia do BEVA neoadjuvante combinado com IRI (BEVA + IRI) versus BEVA + TMZ antes, durante e depois de radioterapia	Recém diagnosticados com glioblastomas	63 participantes, sendo essa a população por protocolo (BEVA + IRI: 31; BEVA + TMZ: 32)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s, antes, durante e depois da radioterapia) + IRI (A cada 2s antes, durante e depois da radioterapia, 340 mg/m2 e 125 mg/m2 para aqueles que utilizavam e não utilizavam drogas antiepilépticas indutoras enzimáticas, respectivamente).  (BEVA + IRI)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s, antes, durante e depois da radioterapia) + TMZ (200 mg/m2 diariamente por 5 dias e então 23 dias sem ser administrado, antes e depois da radioterapia. Durante a radioterapia foi dado uma dose de 75 mg/m2 diariamente).  (BEVA + TMZ)	Alto risco de viés (Não cegamento dos participantes; desfechos incompletos: análise com a população por protocolo)

Continua

## Conclusão

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (157, 186)	ECR (TEMAVIR study), fase II, não comparativo	Avaliar o BEVA e IRI como tratamento neoadjuvante e adjuvante combinado com a quimiorradioterapia (TMZ).  Bonnetain et al. 2015: avaliar a QVRS	Glioblastoma não ressecados	120 participantes ((BEVA+IRI/ RT+TMZ): 60; (RT/TMZ): 60))	Tratamento neoadjuvante: BEVA (10mg/ kg) +IRI (125 mg/m <sup>2</sup> ) a cada 2s por 4 ciclos antes da RT (60Gy), concomitante oral TMZ (75 mg/m <sup>2</sup> /dia) e BEVA a cada 2s; tratamento adjuvante: BEVA + IRI a cada 2s por 6 meses  (BEVA+IRI/ RT+TMZ)	Concomitante TMZ (75 mg/m <sup>2</sup> /dia) durante RT e 150-200mg/m <sup>2</sup> por 5 dias a cada 28 dias por 6 meses  (RT/TMZ)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação não reportados; não foi relatado se os participantes, profissionais ou investigadores foram mascarados)  Bonnetain et al. 2015: resumo de congresso (informações importantes insuficientes para julgamento)
Friedman <i>et al.</i> 2009 (187)	ECR, fase II (BRAIN study), não comparativo	Avaliar a eficácia do BEVA, sozinho ou em combinação com IRI	Glioblastoma recorrente após primeira linha de terapia RT/TMZ	167 participantes (BEVA: 85; BEVA + IRI:82)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s) + IRI (a cada 2s, 340 mg/m <sup>2</sup> e 125 mg/m <sup>2</sup> para aqueles que utilizavam e não utilizavam drogas antiepilépticas indutoras enzimáticas, respectivamente).  (BEVA + IRI)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s)  (BEVA)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação não reportados; não cegamentos dos participantes; desfechos incompletos: não realizou análises estatísticas para comparação da eficácia)

Fonte: Autoria própria.

ECR: ensaio clínico randomizado; BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; IRI: irinotecano; PD: progressão da doença; s: semanas; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde;

**Tabela 42 – Características dos participantes dos estudos que compararam bevacizumabe com irinotecano ou bevacizumabe com temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Gilbert <i>et al.</i> 2016	BEVA + TMZ	BEVA + IRI	58 (24–82)	55 (23–78)	34 (57 %)	34 (57 %)	KPS n (%): 90–100: 30 (50 %) 70–80: 30 (50 %)	KPS n (%): 90–100: 26 (46 %) 70–80: 31 (54 %)	NR
Hofland <i>et al.</i> 2014	BEVA + IRI	BEVA + TMZ	59 (36 – 77)	62 (30 – 73)	18 (58%)	21 (65.62%)	EP ECOG (n): 0: 20 1: 10 2: 1	EP ECOG (n): 0: 13 1: 17 2: 2	31 meses (19 – 43)
Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)	(BEVA+IRI/ RT+TMZ)	(RT/TMZ)	60.2 (43–69)	60.2 (43–69)	34 (56.7)	37 (61.7)	KPS, n (%): 50%: 8 (13.5); 60%: 4 (6.8) 70%: 11 (18.6); 80%: 17 (28.8) 90%: 10 (17.0); 100%: 9 (15.3)	KPS, n (%): 50%: 4 (6.6); 60%: 10 (16.7) 70%: 16 (26.7) ; 80%: 13 (21.7) 90%: 14 (23.3); 100%: 3 (5.0)	NR
Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)	BEVA + IRI	BEVA	57 (23-79)	54 (23-78)	69.5%	68.2%	KPS (%): 90–100: 37.8% 70–80: 62.2%	KPS (%): 90–100: 44.7% 70–80: 55.3%	NR

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; IRI: irinotecano; EP ECOG: estado de performance do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; min-max: mínimo e máximo; TMS: tempo máximo de sobrevida, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo; NR: não reportado.

**Tabela 43 – Desfechos de eficácia dos estudos que compararam bevacizumabe com irinotecano ou bevacizumabe com temozolamida em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Gilbert <i>et al.</i> 2016	BEVA + TMZ	BEVA + TMZ	SG mediana BEVA + TMZ: 9.4 meses (IC 95 %: 6.7, 10.7) BEVA + IRI: 7.7 meses (IC 95 %: 6.7, 9.1)	NR	SLP mediana: BEVA + TMZ: 4.7 meses (IC 95 %: 3.5, 6.3) BEVA + IRI: 4.1 meses (IC 95 %: 3.4, 6.1)  Taxa de SLP aos 6 meses BEVA + TMZ: 39 % (23/59) BEVA + IRI: 38.6 % (22/57)  Pré-determinada taxa de SLP aos 6 meses para determinar eficácia: ≥ 35%	NR	Taxa de resposta (critério MacDonald) Completa ou parcial: BEVA + TMZ: 19% de 59 BEVA + IRI: 27.8% de 57 Não avaliados: 5 Completa: BEVA + TMZ: 2 (3 %) BEVA + IRI: 2 (4 %) Parcial: BEVA + TMZ: 9 (16 %) BEVA + IRI: 13 (24 %)	NR
Hofland <i>et al.</i> 2014	BEVA + IRI	BEVA + TMZ	SG mediana: BEVA + IRI: 15.1 meses (IC 95%: 9.6, 20.6) BEVA + TMZ: 11.8 meses (IC 95%: 8.2, 15.3)	NR	SLP mediana: BEVA + IRI: 7.3 meses (IC 95%: 5.0, 9.3) BEVA + TMZ: 7.7 meses (IC 95%: 5.1, 10.2)  Taxa de SLP aos A) 6 meses e B) 12 meses: BEVA + IRI: A) 52%; B) 10% BEVA + TMZ: A) 53%; B) 6%	0.79*	Taxa de resposta (critério MacDonald modificado) Completa: BEVA + IRI: 0 BEVA + TMZ: 0 Não avaliados (excluídos): 6 Parcial: BEVA + IRI: 23% (IC 95%: 9, 44%) BEVA + TMZ: 32% (IC 95%: 17, 51%) Resposta marginal: BEVA + IRI: 27% (IC 95%: 12, 48%) BEVA + TMZ: 35.5% (IC 95% CI 19, 55%) Parcial + Resposta marginal: BEVA + IRI: 50% (IC 95%: 29, 70%) BEVA + TMZ: 68% (IC 95%: 49, 83%) PD: BEVA + IRI: 19% (IC 95%: 8, 38%) BEVA + TMZ: 13% (IC 95%: 4, 29%)	0.56*  0.57*  0.19*  0.73*

Continua





**Tabela 44 – Desfechos de segurança dos estudos que compararam bevacizumabe com irinotecano ou bevacizumabe com temozolamida em gliomas de grau IV**

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Hematológico	Grau 2 (n): 5 Grau 3 (n): 21 Grau 4 (n): 9 Grau 5 (n): 0	Grau 2 (n): 14 Grau 3 (n): 13 Grau 4 (n): 3 Grau 5 (n): 0	NR	Grau I/II (n): Granulocitopenia: 0 Linfocitopenia: 2 Trombocitopenia: 0 Grau III/IV (n): Granulocitopenia: 1 Linfocitopenia: 2 Trombocitopenia: 0 Graus III/IV (Fase neoadjuvante): 3 Graus III/IV (Todos os 6 ciclos): 8 Grau 5 (fatal): 0	Grau I/II (n): Granulocitopenia: 0 Linfocitopenia: 1 Trombocitopenia: 4 Grau III/IV (n): Granulocitopenia: 3 Linfocitopenia: 2 Trombocitopenia: 3 Graus III/IV (Fase neoadjuvante): 8 Graus III/IV (Todos os 6 ciclos): 22 Grau 5 (fatal): 1	NR	Grau III-V (n/N): Neutropenia: 4/57 Neutropenia febril: 1/57 Linfocitopenia: 7/57 Trombocitopenia: 2/57 Aplasia: 1/57 Anemia: 0/57	Grau III-V (n/N): Neutropenia: 5/56 Neutropenia febril: 0/56 Linfocitopenia: 7/56 Trombocitopenia: 8/56 Aplasia: 0/56 Anemia: 0/56	NR	Leucopenia: Grau ≥3 n (%): 5 (6.3 %) Neutropenia: Grau ≥3 n (%): 6 (7.6 %) Linfocitopenia: Grau ≥3 n (%): 6 (7.6%) Cicatrização com complicações: A) Todos os graus: 2 (2.5) Grau ≥3: 1 (1.3 %)	Leucopenia: Grau ≥3 n (%): 0 (0%) b) Neutropenia: Grau ≥3 n (%): 2 (2.4%) Linfocitopenia: Grau ≥3 n (%): 2 (2.4%) Cicatrização com complicações: Todos os graus: 5 (6.0%); Grau ≥3: 2 (2.4%)	NR
Cardíaco	Grau 2 (n): 0 Grau 3 (n): 4 Grau 4 (n): 1	Grau 2 (n): 4 Grau 3 (n): 3 Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR	NR	NR	Hipertensão: Todos os graus: 21 (26.6) Grau ≥3: 1 (1.3%)	Hipertensão: Todos os graus: 30 (35.7%); Grau ≥3: 7 (8.3%)	NR		

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Vascular	Trombose/ Coagulopatia Grau 2 (n): 0  Grau 3 (n): 3  Grau 4 (n): 2	Trombose/ Coagulopatia Grau 2 (n): 2  Grau 3 (n): 3  Grau 4 (n): 4	NR	NR	NR	Grau III-V (n/N): Hipertensão: 0/57 Embolismo pulmonar/ venoso: 5/57 Isquemia arterial: 1/57	Grau III-V (n/N): Hipertensão: 0/56 b) Embolismo pulmonar/venoso: 5/57 vs. 0/56 c) Isquemia arterial: 1/57 vs. 1/56		Venoso Todos os graus: 8 (10.1); Grau ≥3: 7 (8.9%)  Arterial Todos os graus: 5 (6.3); Grau ≥3: 2 (2.5%)	Venoso Todos os graus: 3 (3.6%); Grau ≥3: 3 (3.6%)  Arterial Todos os graus: 4 (4.8%); Grau ≥3: 2 (2.4%)	NR	
Sintomas constitucionais	Grau 2 (n): 20  Grau 3 (n): 7  Grau 4 (n): 0	Grau 2 (n): 14  Grau 3 (n): 10  Grau 4 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR		
Pele	Grau 2 (n): 1  Grau 3 (n): 1	Grau 2 (n): 4  Grau 3 (n): 0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Digestivo/ Gastrointes- tinal	1) Grau 2 (n): 16 vs. 20 2) Grau 3 (n): 2 vs. 5 3) Grau 4 (n): 2 vs. 0		NR	NR	NR	Grau III-V (n/N): Estomati- te: 1/57 Diarreia: 4/57 Perfu- ração digesti- va/ Infec- ções: 3/57 (1 morte)	Grau III-V (n/N): Estomatite: 0/56 Diarreia: 0/56 Perfuração digestiva/ Infecções: 2/56 (1 morte)	NR	Diarreia Grau ≥3 n (%): 4 (5.1%) Perfuração Intestinal: n (%)▲: Quaisquer graus: 1 (2%) vs. 0; Grau ≥3: 1 (2%)	Diarreia Grau ≥3 n (%): 4 (5.1%) vs. 1 (1.2%) Perfuração Intestinal: n (%)▲: Quaisquer graus: 0 (0%); Grau ≥3: 0 (0%)	NR	
Hemorragia	Outros: Grau 2 (n): 7 Grau 3 (n): 4 Grau 4 (n): 0 Grau 5 (n): 0	Outros: Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 0 Grau 5 (n): 1	NR	NR	NR	Intracra- nial: Grau III-V (n/N): 3/57 (3 mortes)	Intracranial: Grau III-V (n/N): 1/56 (1 morte)	NR	Cerebral Todos os graus: 21 (26.6) Grau ≥3: 1 (1.3 %) Outros Todos os graus: 21 (26.6) Grau ≥3: 1 (1.3 %)	Cerebral Todos os graus: 30 (35.7%); Grau ≥3: 0 (0%) Outros Todos os graus: 30 (35.7%); Grau ≥3: 0	NR	

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Infecções	Grau 2 (n): 9 Grau 3 (n): 3 Grau 4 (n): 1 Grau 5 (n): 0	Grau 2 (n): 7 Grau 3 (n): 5 Grau 4 (n): 1 Grau 5 (n): 1	NR	NR	NR	Grau III-V (n/N): 5/57	Grau III-V (n/N): 2/56	NR	NR	NR		
Metabólico/ Eletrólito	Grau 2 (n): 17 Grau 3 (n): 5 Grau 4 (n): 1	Grau 2 (n): 11 Grau 3 (n): 8 Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR	NR	NR	Proteinúria: n (%)▲: Quaisquer graus: 7 (12%); Grau ≥3: 0	Proteinúria: n (%)▲: Quaisquer graus: 4 (6%); Grau ≥3: 2 (3%)	NR		
Neurológico	Grau 2 (n): 6 Grau 3 (n): 6 Grau 4 (n): 0	Grau 2 (n): 7 Grau 3 (n): 2 Grau 4 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			
Dor	Grau 2 (n): 7 Grau 3 (n): 3	Grau 2 (n): 6 Grau 3 (n): 0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Respiratório	Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 1	Grau 2 (n): 3 Grau 3 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			
Toxicidade não-hematológica	Piores: Grau 2, n (%): 21 (35%) Grau 3, n (%): 23 (38%) Grau 4, n (%): 5 (8%) Grau 5, n (%): 1 (2%)	Piores: Grau 2, n (%): 23 (40%) Grau 3, n (%): 17 (30%) Grau 4, n (%): 5 (9%) Grau 5, n (%): 3 (5%)	NR	Grau I/II (n): Náusea: 13 Vômito: 3 Diarreia: 8 Alopecia: 7 Hipertensão: 10 Fadiga: 23 Grau III/IV (n): Náusea: 0 Vômito: 0 Diarreia: 0 Alopecia: 0 Hipertensão: 0 Fadiga: 0 Graus I/II (Todos os 6 ciclos): 135 Graus III/IV (Todos os 6 ciclos): 11	Grau I/II (n): Náusea: 12 Vômito: 8 Diarreia: 6 Alopecia: 0 Hipertensão: 12 Fadiga: 22 Grau III/IV (n): Náusea: 0 Vômito: 0 Diarreia: 0 Alopecia: 0 Hipertensão: 3 Fadiga: 2 Graus I/II (Todos os 6 ciclos): 128 Graus III/IV (Todos os 6 ciclos): 12	NR	NR	NR	Fadiga: Grau ≥3 n (%): 7 (8.9%)	Fadiga: Grau ≥3 n (%): 3 (3.6%)	NR	

Continua

### Conclusão

Eventos Adversos	Gilbert <i>et al.</i> 2016			Hofland <i>et al.</i> 2014			Bonnetain <i>et al.</i> 2015; Chauffert <i>et al.</i> 2014 (TEMAVIR study)			Friedman <i>et al.</i> 2009 (BRAIN study)		
	BEVA+ TMZ	BEVA+IRI	Valor p	BEVA+IRI	BEVA+ TMZ	Valor p	(BEVA+IRI/ RT+ TMZ)	RT + TMZ	Valor p	BEVA+ IRI	BEVA	Valor p
Pior toxicidade global	Grau 2, n (%): 9 (15%) Grau 3, n (%): 33 (55%) Grau 4, n (%): 11 (18%) Grau 5 (fatal), n (%): 1 (2%)	Grau 2, n (%): 20 (35%) Grau 3, n (%): 22(39%) Grau 4, n (%): 7 (12%) Grau 5 (fatal), n (%): 3 (5%)	NR	NR	NR	NR	NR	Quaisquer EA: Grau ≥3: 37 (64%)	Quaisquer EA: Grau ≥3: 36 (58%)	NR		
Descontinuação devido ao tratamento	n: 5	n: 0	NR	NR	NR	%: 8.3	%: 5.0	NR	n: 5	n: 4	NR	
Morte devido ao tratamento	n: 1	n: 3	NR	n: 0	n: 1	NR	Especificado em cada coluna do EA	NR	n (%): 2 (3%) vs. 0 (0%)	NR		

Fonte: Autoria própria.

EA: eventos adversos; BEVA: bevacizumabe; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; ▲ EA relacionados ao BEVA; OR: odds ratio ou razão de chances; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

### 1.3 Glioblastoma (IV): Bevacizumabe em combinação com lomustina

**Tabela 45 – Características dos estudos que compararam bevacizumabe em combinação com lomustina em gliomas de grau IV**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Weathers <i>et al.</i> 2016 (188)	ECR, fase II	Avaliar a eficácia da dose baixa de BEVA em combinação com LOM comparado com dose padrão de BEVA.	Glioblastoma recorrente após primeira linha de terapia RT/TMZ	71 participantes (BEVA+ LOM: 35; BEVA: 36)	Dose baixa de BEVA (5 mg/kg a cada 3s) + LOM (inicial de 90 mg/m <sup>2</sup> a cada 6s, mas depois foi reduzido para 75 mg/m <sup>2</sup> devido a eventos adversos, LOM foi dada no dia 3 de cada ciclo de 6s)  (BEVA + LOM)	Monoterapia com dose padrão de BEVA (10mg/ kg a cada 2s)  (BEVA)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação não reportado; não foi calculado o tamanho e a representatividade da amostra; Desfechos incompletos: análise não foi por intenção de tratar (modificada))
Wick <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2016; Wick <i>et al.</i> 2016c (114, 189)	ECR, fase II e III (EORTC 26101), resumos de congressos	Wick <i>et al.</i> 2016: Investigar se a combinação BEVA + LOM melhora a SG comparado com a monoterapia de LOM na fase III do estudo.  Taphoorn <i>et al.</i> 2016: Avaliar a QVRS  Wick <i>et al.</i> 2016c: Avaliar a sequência de tratamento ideal (agente único vs sequencial versus combinação) da LOM e BEVA na fase II do estudo.	Glioblastoma progressivo após terapia padrão RT/TMZ com pelo menos 3 meses após a parte concomitante	Fase III: 437 participantes (BEVA + LOM: 288; LOM: 149)  Fase II: 1) LOM + BEVA (escolha): 70 2) LOM, (BEVA: 73 3) (BEVA, (LOM+BEVA): 70 4) (LOM, (escolha): 36	Fase III: BEVA (10mg/ kg a cada 2s) + LOM (90 mg/m <sup>2</sup> a cada 6s)  (BEVA + LOM)  Fase II: 1) LOM (90 mg/m <sup>2</sup> a cada 6s) + BEVA (10 mg/kg a cada 2s) até na progressão, com subsequente tratamento conservador de acordo com a escolha do investigador (LOM + BEVA (escolha)); 2) LOM 110 mg/m <sup>2</sup> (máx. 200 mg) a cada 6s e na progressão transitar para BEVA a cada 2s) (LOM, (escolha)); 3) BEVA a cada 2s e na progressão adicionar LOM 90 mg/m <sup>2</sup> (máx. 160 mg) a cada 6s e continuar BEVA (BEVA, (escolha)); 4) Monoterapia de LOM 110 mg/m <sup>2</sup> (máx. 200 mg) a cada 6s e na progressão de acordo com a escolha do investigador (LOM, (escolha));	Fase III: LOM (110 mg/m <sup>2</sup> a cada 6s)  (LOM)	Alto risco de viés (Resumo de congresso: informações importantes insuficientes para julgamento);  Wick <i>et al.</i> 2016c: desfechos incompletos, análise com a população por protocolo na fase II

Continua



### Conclusão

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Taal <i>et al.</i> 2014 (190)	ECR (BELOB trial), fase II (Incluído na RS de Lombardi <i>et al.</i> 2017)	Avaliar a atividade do BEVA em monoterapia ou em combinação com LOM	Primeira recorrência de glioblastoma após tratamento com RT/TMZ	1) BEVA/ LOM 110: 8 (análise de segurança) 2) BEVA/LOM 90: 47 3) LOM: 47 4) BEVA: 50	1) BEVA (10mg/ kg a cada 2s) + LOM 110 mg/m <sup>2</sup> (a cada 6s, máx. de 200mg) (BEVA + LOM 110) 2) BEVA (10mg/ kg a cada 2s) + LOM 90mg/m <sup>2</sup> (a cada 6s, máx. de 160mg) (BEVA + LOM 90)	3) LOM 110 mg/m <sup>2</sup> (a cada 6s) (LOM); 4) BEVA (10mg/ kg a cada 2s) (BEVA)	Alto risco de viés (Método de sigilo de alocação não reportados; não cegamentos dos investigadores; desfechos incompletos: análise não foi por intenção de tratar (modificada).

Fonte: Autoria própria.

ECR: ensaio clínico randomizado; BEVA: bevacizumabe; LOM: lomustina; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; SG: sobrevida global; s: semanas; máx.: máximo.

**Tabela 46 – Características dos participantes dos estudos que compararam bevacizumabe em combinação com lomustina em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Weathers <i>et al.</i> 2016	BEVA + LOM	BEVA	n (%) ≤ 50: 13 (37.1) >50: 22 (62.9)	n (%) ≤ 50: 13 (36.1) >50: 23 (63.9)	11 (31.4%)	12 (33.3%)	KPS n (%): 60–80: 11 (31.4%) 90–100: 24 (68.6%) Tumor Primeira recorrência n (%): 25 (71.4) Segunda recorrência n (%): 10 (28.7)	KPS n (%): 60–80: 13 (36.1%) 90–100: 23 (63.9%) Tumor Primeira recorrência n (%): 24 (66.7) Segunda recorrência n (%): 12 (33.3)	NR
Wick <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2016; Wick <i>et al.</i> 2016c (EORTC 26101)	BEVA + LOM	LOM	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Taal <i>et al.</i> 2014 (BELOB trial)	1) BEVA/ LOM 110 2) BEVA/LOM 90	3) LOM 4) BEVA	1) 53 (29–62) 2) 58 (24–73)	3) 56 (28–73) 4) 58 (37–77)	1) 3 (38%) 2) 30 (68%)	3) 26 (57%); 4) 32 (64%)	EP OMS 0: 1) 3 (38%); 2) 11 (25%); 1: 1) 4 (50%); 2) 28 (64%); 2 :1) 1 (13%); 2) 5 (11%);	EP OMS 0: 3) 15 (33%); 4) 13 (26%) 1: 3) 25 (54%); 4) 32 (64%) 2: 3) 6 (13%); 4) 5 (10%)	NR

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; LOM: lomustina; LOM + BEVA  $\hat{=}$  escolha: LOM + BEVA até PD, com subsequente tratamento conservador de acordo com a escolha do investigador; EP OMS: estado de performance da Organização Mundial da Saúde; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; TMS: tempo máximo de sobrevida, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo; min-max.: mínimo e máximo; NR: não reportado.

Tabela 47 – Desfechos de eficácia dos estudos que compararam bevacizumabe em combinação com lomustina em gliomas de grau IV

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Weathers <i>et al.</i> 2016	BEVA + LOM	BEVA	<p>SG mediana: BEVA + LOM: 9.6 meses (IC 95% 6.26, 16.73) BEVA: 8.3 meses (IC 95% 6.42, 11.58)</p>	0.75*	<p>SLP mediana: BEVA + LOM: 4.3 meses (IC 95% 2.96, 8.34) BEVA: 4.1 meses (IC 95% 2.69, 5.55) HR: 0.71 (IC 95%: 0.43, 1.18)</p> <p>Taxa de SLP aos 6 meses: BEVA + LOM: 36.4 % (IC 95% 23.3, 57.1) BEVA: 23.6% (IC 95% 12.9, 43.3)</p>	0.19	<p>Taxa de resposta (critério RANO): BEVA + LOM 90 mg/m<sup>2</sup>: 2/12 (17 %) BEVA + LOM 75 mg/m<sup>2</sup>: 8/21 (38 %) BEVA: 7/36 (19 %)</p>	NR
			<p>SG mediana para pacientes tratados na primeira recorrência: BEVA + LOM: 13.05 meses (IC 95% 7.08, 17.82) BEVA: 8.8 meses (IC 95% 6.42, 20.22)</p>	0.98*	<p>SLP mediana para pacientes tratados na primeira recorrência: BEVA + LOM: 5.0 meses (IC 95% 4.17, 13.44) BEVA: 3.2 meses (IC 95% 2.5, 6.01) HR: 0.58 (IC 95% 0.31, 1.07)</p> <p>Taxa de SLP aos 6 meses para pacientes tratados na primeira recorrência: BEVA + LOM: 45.8% (IC 95% 29.7, 70.8) BEVA: 27.6% (IC 95% 14.0, 54.5)</p>	0.08		

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Wick <i>et al.</i> 2016; Taphoorn <i>et al.</i> 2016; Wick <i>et al.</i> 2016c  (EORTC 26101)	BEVA + LOM	LOM	<p>Fase III: SG mediana: BEVA + LOM: 9.1 meses (IC 95%: 8.1, 10.1) LOM: 8.6 meses (IC 95%: 7.6, 10.4) HR: 0.95 (IC 95%: 0.74, 1.21)</p> <p>Fase II: Taxa de SO aos 12 meses: 1) LOM + BEVA <math>\diamond</math> escolha): 32.9% (IC 95%: 25.4, 41.1) 2) LOM, <math>\diamond</math> BEVA: 27.4% (IC 95%: 20.6, 35.2) 3) (BEVA, <math>\diamond</math> LOM+BEVA): 32.9% (IC 95%: 25.4, 41.1) 4) (LOM, <math>\diamond</math> escolha): 41.7% (IC 95%: 30.4, 53.7)</p> <p>SG mediana: 1) LOM + BEVA <math>\diamond</math> escolha: 9.1 meses 2) LOM, <math>\diamond</math> BEVA: 7.8 meses 3) (BEVA, <math>\diamond</math> LOM+BEVA): 7.9 meses 4) (LOM, <math>\diamond</math> escolha): 9.3 meses</p>	0.650	<p>SLP mediana: BEVA + LOM: 4.2 meses (IC 95%: 3.7, 4.3) LOM: 1.5 meses (IC 95%: 1.5, 2.5)</p> <p>Fase II: SG mediana 1) LOM + BEVA <math>\diamond</math> escolha: 4.2 meses 2) LOM, <math>\diamond</math> BEVA: 1.5 meses 3) (BEVA, <math>\diamond</math> LOM+BEVA): 2.8 meses 4) (LOM, <math>\diamond</math> escolha): 1.6 meses</p>	NR	<p>QVRS EORTC-QLQ-C30 (intervenção vs. controle) FS média: 66 vs. 81</p> <p>TD da QVRS (não foi incluído tempo de PD): 13 vs. 13.1 semanas</p> <p>SLD: 12.4 vs. 6.7 semanas</p>	0.001  0.648  <0.001

Continua



Tabela 48 – Desfechos de segurança dos estudos que compararam bevacizumabe em combinação com lomustina em gliomas de grau IV

Eventos Adversos	Weathers <i>et al.</i> 2016				Taal <i>et al.</i> 2014 (BELOB trial)				
	BEVA + LOM 90mg/m <sup>2</sup>	BEVA + LOM 75 mg/m <sup>2</sup>	BEVA	Valor p	BEVA/LOM 110	BEVA/LOM 90	LOM	BEVA	Valor p
Isquemia Cerebral	Grau 3 (n): 0; Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0; Grau 4(n): 0	Grau 3 (n): 0; Grau 4 (n): 2	NR	NR	NR			
Hemorragia Cerebral	Grau 3 (n): 0; Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0; Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0; Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR			
Eventos tromboembólicos	NR	NR	Grau 3, n (%): 0	Grau 3, n (%): 3 (7%)	Grau 3, n (%): 0	Grau 3, n (%): 0	NR		
Trato respiratório/ Pulmonar	NR	NR	Grau 1-2, n (%): 1 (13%) Grau 2, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 15 (34%) Grau 2, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 1 (2%) Grau 2, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 5 (10%) Grau 2, n (%): 2 (4%)	NR		
Leucopenia	Grau 3 (n): 4 Grau 4 (n): 1	Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0 Grau 4 (n): 0	NR	Grau 0-1, n (%): 2 (25%) Grau 2, n (%): 3 (38%) Grau 3, n (%): 3 (38%) Grau 4, n (%): 0	Grau 0-1, n (%): 31 (70%) Grau 2, n (%): 10 (23%) Grau 3, n (%): 3 (7%) Grau 4, n (%): 0	Grau 0-1, n (%): 30 (65%) Grau 2, n (%): 8 (17%) Grau 3, n (%): 7 (15%) Grau 4, n (%): 1 (2%)	Grau 0-1, n (%): 48 (96%) Grau 2, n (%): 2 (4%) Grau 3, n (%): 0 Grau 4, n (%): 0	NR

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Weathers <i>et al.</i> 2016				Taal <i>et al.</i> 2014 (BELOB trial)				
	BEVA + LOM 90mg/m <sup>2</sup>	BEVA + LOM 75 mg/m <sup>2</sup>	BEVA	Valor p	BEVA/LOM 110	BEVA/LOM 90	LOM	BEVA	Valor p
Neutropenia	Grau 3 (n): 3 Grau 4 (n):1	Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR			
Trombocitopenia	Grau 3 (n): 4 Grau 4 (n): 2	Grau 3 (n): 2 Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0 Grau 4 (n): 0	NR	Grau 0-1, n (%): 2 (25%) Grau 2, n (%): 1 (13%) Grau 3, n (%):3 (38%) Grau 4, n (%): 2 (25%)	Grau 0-1, n (%):33 (75%) Grau 2, n (%): 7 (16%) Grau 3, n (%):3 (7%) Grau 4, n (%): 1 (2%)	Grau 0-1, n (%):27 (59%) Grau 2, n (%):10 (22%) Grau 3, n (%):7 (15%) Grau 4, n (%): 2 (4%)	Grau 0-1, n (%): 48 (96%) Grau 2, n (%): 1 (2%) Grau 3, n (%):0 Grau 4, n (%): 1 (2%)	NR
Linfopenia/ Linfocitopenia	Grau 3 (n): 6 Grau 4 (n): 3	Grau 3 (n): 6 Grau 4 (n): 1	Grau 3 (n): 8 Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR			
Náusea e vômito	NR	NR	Grau 1-2, n (%): 4 (50%) Grau 3, n (%): 1 (13%)	Grau 1-2, n (%): 10 (23%) Grau 3, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 7 (15%) Grau 3, n (%): 2 (4%)	Grau 1-2, n (%): 5 (10%) Grau 3, n (%): 1 (2%)	NR		

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Weathers <i>et al.</i> 2016				Taal <i>et al.</i> 2014 (BELOB trial)				
	BEVA + LOM 90mg/m <sup>2</sup>	BEVA + LOM 75 mg/m <sup>2</sup>	BEVA	Valor p	BEVA/LOM 110	BEVA/LOM 90	LOM	BEVA	Valor p
Fadiga	NR	NR	Grau 1-2, n (%): 7 (88%) Grau 3, n (%): 0 Grau 4, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 31 (70%) Grau 3, n (%): 8 (18%) Grau 4, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 21 (46%) Grau 3, n (%): 3 (7%) Grau 4, n (%): 1 (2%)	Grau 1-2, n (%): 30 (60%) Grau 3, n (%): 2 (4%) Grau 4, n (%): 0	NR		
Hipertensão	NR	NR	Grau 1-2, n (%): 1 (13%) Grau 3, n (%): 3 (38%)	Grau 1-2, n (%): 15 (34%) Grau 3, n (%): 11 (25%)	Grau 1-2, n (%): 8 (17%) Grau 3, n (%): 3 (7%)	Grau 1-2, n (%): 15 (30%) Grau 3, n (%): 13 (26%)	NR		
Infecções	NR	NR	Grau 1-2, n (%): 2 (25%) Grau 3, n (%): 0 Grau 4, n (%): 0 Grau 5, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 13 (30%) Grau 3, n (%): 4 (9%) Grau 4, n (%): 0 Grau 5, n (%): 1 (2%)	Grau 1-2, n (%): 5 (11%) Grau 3, n (%): 1 (2%) Grau 4, n (%): 1 (2%) Grau 5, n (%): 0	Grau 1-2, n (%): 7 (14%) Grau 3, n (%): 3 (6%) Grau 4, n (%): 0 Grau 5, n (%): 0	NR		
Proteinúria	NR	NR	Grau 1, n (%): 0 Grau 2, n (%): 2 (25%) Grau 3, n (%): 2 (25%)	Grau 1, n (%): 16 (36%) Grau 2, n (%): 9 (20%) Grau 3, n (%): 1 (2%)	Grau 1, n (%): 10 (22%) Grau 2, n (%): 1 (2%) Grau 3, n (%): 0	Grau 1, n (%): 12 (24%) Grau 2, n (%): 3 (6%) Grau 3, n (%): 0	NR		

Continua



### Conclusão

Eventos Adversos	Weathers <i>et al.</i> 2016				Taal <i>et al.</i> 2014 (BELOB trial)				
	BEVA + LOM 90mg/m <sup>2</sup>	BEVA + LOM 75 mg/ m <sup>2</sup>	BEVA	Valor p	BEVA/LOM 110	BEVA/LOM 90	LOM	BEVA	Valor p
Perfuração Intestinal	Grau 3 (n): 0 Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 0 Grau 4 (n): 0	Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR			
A) Descontinuação B) interrupção ou ajuste devido à EA	NR	NR	n: 3 (não especificou o grupo)	NR					
Morte devido ao tratamento	n: 0	n: 0	n: 0	NR	n: 2 (1 BEVA +LOM 90 e 1 não especificou o grupo)	NR			

Fonte: Autoria própria.

EA: eventos adversos; BEVA: bevacizumabe; LOM: lomustina; LOM 110: lomustina 110 mg/m<sup>2</sup>; LOM 90: lomustina 90 mg/m<sup>2</sup>; NR: não reportado.

## 1.4 Glioblastoma (IV): Bevacizumabe com diferentes combinações

**Tabela 49 – Características dos estudos que compararam bevacizumabe com diferentes combinações em gliomas de grau IV**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Field <i>et al.</i> 2015; Hovey <i>et al.</i> 2015 (191, 192)	ECR (CABARET), fase II, dividido em 2 partes	Comparar a monoterapia de BEVA versus a combinação de BEVA + CARBO  Hovey <i>et al.</i> 2015: analisou o benefício do BEVA utilizado após da PD (parte 2)	Glioblastoma recorrente após primeira linha de terapia RT/TMZ	Parte 1: 122 participantes (BEVA + CARBO: 60; BEVA: 62)  Parte 2: 48 participantes (continuou BEVA: 23; cessou BEVA: 25)	<u>Parte 1:</u> BEVA (10mg/ kg a cada 2s) + CARBO (5 a cada 4 s)  (BEVA + CARBO)  <u>Parte 2:</u> participantes que tiveram PD e aceitaram continuar o ECR foram randomizados:  1) continuaram BEVA	<u>Parte 1:</u> BEVA (10mg/ kg a cada 2s)  (BEVA)  <u>Parte 2:</u> participantes que tiveram PD e aceitaram continuar o ECR foram randomizados: 2) cessou o tratamento com BEVA  (Sem BEVA)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação não reportado; não cegamentos dos profissionais ou participantes)  Parte 2: resumo de congresso (informações importantes insuficientes para julgamento);
Brandes <i>et al.</i> 2016 (193)	ECR (AVAREG), fase II	Examinar a eficácia do BEVA ou FOT	Glioblastoma recorrente após primeira linha de terapia RT/TMZ	91 participantes (BEVA: 59; FOT: 32)	BEVA (10mg/ kg a cada 2s)  (BEVA)	FOT (75 mg/m <sup>2</sup> nos dias 1, 8 e 15; então 100 mg/m <sup>2</sup> a cada 3s depois de um intervalo de 35 dias)  (FOT)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação e; não cegamentos dos profissionais, participantes ou investigadores)
Reardon <i>et al.</i> 2011 (194)	ECR, fase II	Avaliar a eficácia do etoposídeo em dose metronômica (ETO) ou TMZ em dose metronômica administrados com BEVA	Glioblastoma recorrente com progressão à terapia anterior com BEVA	23 participantes (TMZ+ BEVA: 10; ETO + BEVA; 13)	TMZ (50 mg/m <sup>2</sup> /dia oral) + BEVA (10mg/ kg a cada 14 dias)  (TMZ +BEVA)	ETO (50 mg/m <sup>2</sup> diariamente por 21 dias consecutivos a cada ciclo de 28 dias) + BEVA (10mg/ kg a cada 14 dias)  (ETO + BEVA)	Alto risco de viés (Sigilo de alocação e método de randomização não reportados; não cegamentos dos profissionais, participantes ou investigadores)

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; FOT: fotemustina; CARBO: carboplatina; ETO: etoposídeo; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; ECR: ensaio clínico randomizado; PD: progressão da doença; s.: semanas.

**Tabela 50 – Características dos participantes dos estudos que compararam bevacizumabe com diferentes combinações em gliomas de grau IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Field <i>et al.</i> 2015; Hovey <i>et al.</i> 2015 (CABARET)	BEVA + CARBO	BEVA	55 (32–79)	55 (25–82)	34 (57%)	33 (53%)	EP ECOG n (%): 0: 7 (12%) 1: 35 (58%) 2: 18 (30%)  KPS n (%): 90–100: 21 (35) 70–80: 28 (47) <70: 11 (18) Não feito: 0 (0)	EP ECOG n (%): 0: 11 (18%) 1: 35 (56%) 2: 16 (26%)  KPS n (%): 90–100: 22 (35%) 70–80: 28 (45%) <70: 10 (16%) Não feito: 2 (3%)	Parte 1: 32 meses  Parte 2: 1.2 meses
Brandes <i>et al.</i> 2016 (AVAREG)	BEVA	FOT	59 (37- 74)	56 (28- 78)	39 (66%)	23 (72%)	EP ECOG n (%): 0: 29 (49%) 1:19 (32%) 2: 11 (19%)  EORTC QLQ-C30 média (DP): 8.05 (26.40) FF: 71.95 (25.65) FE: 73.56 (23.47) FS: 72.99 (28.07)  Uso de esteroides: (n:42)	EP ECOG n (%): 0:13 (41%) 1:16 (50%) 2:3 (9%)  EORTC QLQ-C30 média (DP): 66.13 (24.90) FF: 78.92 (25.07) FE: 73.56+23.47 FS: 81.18+24.24  Uso de esteroides: (n:20)	NR
Reardon <i>et al.</i> 2011	TMZ +BEVA	ETO + BEVA	Mediana: 50.8	Mediana: 52.4	7 (70%)	11 (85%)	KPS n (%): 90–100: 6 (60) 70–80: 4 (40)	KPS n (%): 90–100: 7 (54) 70–80: 6 (46)	NR

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; FOT: fotemustina; CARBO: carboplatina; ETO: etoposídeo; min-max: mínimo e máximo; EP ECOG: estado de performance do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; EORTC QLQ-C30: Questionário de qualidade de vida the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30; FF: funcionamento físico; FE: funcionamento emocional; FS: funcionamento social; TMS: tempo máximo de sobrevida, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo.

Tabela 51 – Desfechos de eficácia dos estudos que compararam bevacizumabe com diferentes combinações em gliomas de grau IV

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p	
Field <i>et al.</i> 2015; Hovey <i>et al.</i> 2015 (CABARET)	BEVA + CARBO	BEVA	<p><u>Parte 1:</u> SG mediana: BEVA + CARBO: 6.9 meses BEVA: 7.5 meses HR: 1.18 (95%: 0.82, 1.69)</p> <p><u>Parte 2:</u> SG mediana: com BEVA: 3.4 meses sem BEVA: 3.0 meses HR: 0.84 (95%: 0.47, 1.50)</p>	0.38	<p><u>Parte 1:</u> Taxa SLP aos 6 meses: BEVA + CARBO: 15% BEVA: 18%</p>	NR	<p><u>Parte 1:</u> Taxa de resposta (critério RANO), n (%) (intervenção vs. controle): Objetivo de resposta: 1) Resposta completa: 0 vs. 0 2) Resposta parcial: 8 (14%) vs. 4 (6%)</p>	0.18*	
					<p>SLP mediana: BEVA + CARBO: 3.5 meses (IC 95%: 2.2, 3.7) BEVA: 3.5 meses (IC 95%: 1.9, 3.7) HR: 0.92 (IC 95% CI: 0.64, 1.33)</p>		<p>Melhor resposta: 1) Resposta parcial: 8 (14%) vs. 4 (6%) 2) Doença estável: 36 (62%) vs. 36 (58%) 3) PD: 14 (24%) vs. 22 (35%)</p>		0.23*
					<p><u>Parte 2:</u> SLP mediana: com BEVA: 1.8 meses sem BEVA: 2.0 meses HR: 1.08 (IC 95% CI: 0.59, 1.96)</p>		<p>Mudança média EORTC QLQ-C30: BEVA + CARBO: -0.2 BEVA: -5.2 Δ (BEVA + CARBO) - BEVA: -5.0 (-14.1, 4.1)</p>		

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p	
Brandes <i>et al.</i> 2016 (AVAREG)	BEVA	FOT	SG mediana: BEVA: 7.3 meses (IC 95%: 5.8, 9.2) FOT: 8.7 meses (IC 95%: 6.3, 15.4)	NR	SLP mediana: BEVA: 3.38 meses (IC 95%: 3.15, 4.37) FOT: 3.45 meses (IC 95%: 1.87, 3.84)	NR	Taxa de resposta (critério RANO): BEVA: 29%; FOT: 9%	NR	
			Taxas de SO aos A) 6 meses; B) 9 meses; C) 12 meses: BEVA % (IC 95%): A) 62.1 (48.4, 74.5); B) 37.9 (25.5, 51.6); C) 25.9 (15.3, 39.0).	% de pacientes que receberam outras terapias após PD: BEVA: 32 (54%) FOT: 18 (58%)					
			FOT % (IC 95%): A) 73.3 ( 54.1, 87.7); B) 46.7% ( 28.3, 65.7); C) 40.0 (22.7, 59.4);	QVRS EORTC QLQ-C30 no dia 46 ±3, DM (DP): -Aumento: FF BEVA: +10.37 (19.07) FF FOT: +7.08 (12.76) -Diminuição:					
			Taxas de SO aos A) 6 meses e B) 9 meses, por idade: BEVA ≥ 55 anos: A) 77.8%; B) 59.3 %; BEVA <55 anos: A) 48.4 %; B) 19.3%; FOT ≥ 55 anos: A) 66.7 %; B) 33 %; FOT <55 anos: A) 80 %; B) 60%	Análises exploratórias de SG: BEVA ≥ 55 anos vs. BEVA <55 anos: HR: 2.02 ( IC 95%: 0.99, 4.11)			Taxa SLP aos 6 meses: BEVA: 26.3 % (IC 95%:15.5, 39.7) FOT:10.7% (IC 95% 2.3, 28.3)		FOT fadiga; náusea; insônia; perda de apetite: -13.19 (25.73); -8.33 (14.91); -8.33 (33.33); -10.42 (23.47). BEVA FM: -8.02 (3.62)
			BEVA Mulheres vs. BEVA homens: HR: 0.22 (IC 95%: 0.10, 0.49)	0.0002			Taxas de SLP aos 6 meses, por idade: BEVA ≥ 55 anos: 40.7% BEVA <55 anos: 13.3% FOT ≥ 55 anos: 7.7% FOT <55 anos: 13.3%		Uso de esteroides depois de 8s de tratamento: BEVA: 59.62% sem mudança na dose de dexametasona; 23.08% diminuiu a dosagem; 17.32% aumentou-se >2mg de dexametasona. FOT: NR
			BEVA ECOG OS=0 vs. BEVA ECOG OS=1: HR 3.70 (IC 95%: 1.55, 8.83)	0.0031					
			BEVA ECOG OS=0 vs. BEVA ECOG OS=2: HR: 7.71 (IC 95% CI: 2.39, 24.93)	0.0006					
			FOT ECOG OS=0 vs. FOT ECOG OS=2: HR: 3.10 (IC 95% CI: 2.02, 24.58)	0.011					
			SG mediana daqueles que receberam vs. que não receberam terapia pós PD: BEVA: 11.2 vs. 4.6 meses FOT: 13.1 vs. 5.5 meses	NR					

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Reardon <i>et al.</i> 2011	TMZ +BEVA	ETO + BEVA	<p>SG mediana:            BEVA + TMZ: 12.6 semanas (IC 95 %: 4.6, 23.3)            BEVA + ETO: 19.0 semanas (IC 95 %: 11.0, 25.7)</p>	NR	<p>SLP mediano:            BEVA + TMZ: 4.1 semanas (IC 95 %: 3.0, 7.9)            BEVA + ETO: 8.1 semanas (IC 95 %: 4.1, 12.0)</p> <p>Taxa de SLP aos 6 meses, mediana:            BEVA + TMZ: 0            BEVA + ETO: 7.7% (IC 95 %: 4.8, 29.2)</p>	NR	<p>Taxa de resposta radiográfica- critérios definidos pelos autores (BEVA +TMZ vs. BEVA +ETO):            1) Completa (%): 0 vs. 0            2) Parcial (%): 0 vs. 0            3) Doença estável(%): 4 (40) vs. 8 (62)            4) PD (%): 6 (60) VS. 4 (31)            5) Não avaliado (%): 0 vs. 1 (8)</p> <p>Padrões de progressão do tumor A) antes e B) durante a terapia com BEVA</p> <p>1) Local:            Captável e Não captável            BEVA + TMZ (n): A)7; B)9;            BEVA + ETO (n): A) 7; B) 9            Não captável:            BEVA + TMZ (n): A) 0; B) 0;            BEVA + ETO (n): A) 0; B) 0;</p> <p>2) Difuso            Captável e Não captável:            BEVA + TMZ (n): A) 2; B) 0;            BEVA + ETO (n): A) 3; B) 1;            Não captável:            BEVA + TMZ (n): A) 1; B) 0;            BEVA + ETO (n): A) 2; B) 2;</p> <p>3) Distante            Captável e não captável/ não captável:            BEVA + TMZ (n): 0;            BEVA + ETO (n): 1            Declínio clínico:            BEVA + TMZ (n): A)0; B) 1; BEVA + ETO: A) 0; B) 0            Não PD até a data do estudo: BEVA + TMZ (n): A)0; B) 1; BEVA + ETO: A) 0; B) 1</p>	NR

Fonte: Autoria própria.

Valor de p Intervenção versus Controle \*; BEVA: bevacizumabe; FOT: fotemustina; CARBO: carboplatina; ETO: etoposídeo; SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global; SO: taxa de sobrevivência; PD: progressão da doença; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; EP ECOG: estado de performance do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; EORTC QLQ-C30: Questionário de qualidade de vida the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30; FF: funcionamento físico; FE: funcionamento emocional; FS: funcionamento social; FM: função motora; Δ: diferença; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

Tabela 52 – Desfechos de segurança dos estudos que compararam bevacizumabe com diferentes combinações em gliomas de grau IV

Eventos Adversos	Field et al. 2015; Hovey et al. 2015 (CABARET)			Brandes et al. 2016 (AVAREG)			Reardon et al. 2011		
	BEVA+ CARBO	BEVA	Valor p	BEVA	FOT	Valor p	BEVA+ TMZ	BEVA+ETO	Valor p
Isquemia Cerebral	NR	NR	n (%): Grau 3: 1 (1.7%) Grau 4: 0	n (%): Grau 3: 0; Grau 4: 0	NR	NR	NR		
Hemorragia Cerebral	n (%)▲: Quaisquer graus: 3 (5%) Grau ≥3: 1 (2%)	n (%)▲: Quaisquer graus: 3 (5%) Grau ≥3: 0 (0%)	NR	n (%): Grau 3: 0 Grau 4: 1 (1.7%)	n (%): Grau 3: 0 Grau 4: 0	NR	NR	NR	
Sangramento/hemorragias (outros)	n (%)▲: Quaisquer graus: 17 (29%) Grau ≥3: 1 (2%)	n (%)▲: Quaisquer graus: 16 (26%); Grau ≥3: 1 (2%)	NR	NR	NR	NR	NR		
Eventos tromboembólicos	n (%)▲: 1) Trombose Venosa Profunda: Quaisquer graus: 4 (7%); Grau ≥3: 2 (3%) 2) outros: Quaisquer graus: 1 (2%); Grau ≥3: 0 3) Embolismo pulmonar: n (%)▲: Quaisquer graus: 2 (3%); Grau ≥3: 2 (3%)	n (%)▲: 1) Trombose Venosa Profunda: Quaisquer graus: 6 (10%); Grau ≥3: 0 2) outros: Quaisquer graus: 1 (2%); Grau ≥3: 0 3) Embolismo pulmonar: n (%)▲: Quaisquer graus: 0; Grau ≥3: 0	NR	Embolismo pulmonar: n (%) A) Grau 3: 1 (1.7%) vs. 0; B) Grau 4: 0 vs. 0		NR	NR	NR	

Continua

## Continuação

Eventos Adversos	Field et al. 2015; Hovey et al. 2015 (CABARET)			Brandes et al. 2016 (AVAREG)			Reardon et al. 2011		
	BEVA+ CARBO	BEVA	Valor p	BEVA	FOT	Valor p	BEVA+ TMZ	BEVA+ETO	Valor p
Infarto agudo do miocárdio	NR	NR	n (%) grau 3: 1 (1.7%) Grau 4 (n): 0	n (%) grau 3: 0; Grau 4 (n): 0	NR	NR	NR		
Diarreia	Todos os graus: 15 (26%) Grau ≥3: 1 (2%) (0%)	Todos os graus: 15 (24%); Grau ≥3: 0	NR	NR	NR	NR	NR		
Constipação	Todos os graus: 26 (45%); Grau ≥3: 0 (0%)	Todos os graus: 18 (29%); Grau ≥3: 0 (0%)	NR	NR	NR	Grau 2 (n): 0	Grau 2 (n): 1	NR	
Anemia	n (%): Todos os graus: 16 (28%); Grau ≥3: 0 (0%)	n (%): Todos os graus: 6 (10%); Grau ≥3: 0 (0%)	NR	n (%): 49 (83.1%)	n (%): 27 (84.4%)	NR	NR	NR	
Leucopenia	NR	NR	n (%) grau 3: 1 (1.7%); Grau 4: 0 vs. 0	n (%) grau 3: 1 (3.1%); Grau 4: 0	NR	NR	NR		
Neutropenia	n (%) 1) Febril: Todos os graus: 0 (0%); Grau ≥3: 0 (0%) 2) Sem febre: Todos os graus: 14 (24%); Grau ≥3: 4 (7%)	n (%) 1) Febril: Todos os graus: 0 (0%); Grau ≥3: 0 (0%) 2) Sem febre: Todos os graus: 4 (6%); Grau ≥3: 0 (0%)	NR	n (%) grau 3: 0; Grau 4: 1 (1.7%)	n (%) grau 3: 3 (9.4%); Grau 4: 1 (3.1%)	NR	Grau 4 (n): 0	Grau 4 (n): 1	NR

Continua



## Continuação

Eventos Adversos	Field et al. 2015; Hovey et al. 2015 (CABARET)			Brandes et al. 2016 (AVAREG)			Reardon et al. 2011		
	BEVA+ CARBO	BEVA	Valor p	BEVA	FOT	Valor p	BEVA+ TMZ	BEVA+ETO	Valor p
Pancitopenia	NR	NR	n (%) grau 3: 0 vs. 1 (3.1%); Grau 4: 0 vs.1 (3.1%)	n (%) grau 3: 0 vs. 1 (3.1%); Grau 4: 0 vs.1 (3.1%)	NR	NR	NR		
Trombocitopenia	Todos os graus: 32 (55%); Grau ≥3: 9 (16%)	Todos os graus: 14 (23%); Grau ≥3: 2 (3%)	NR	n (%) grau 3: 0; Grau 4: 0	n (%) grau 3: 5 (15.6 %); Grau 4: 2 (6.3%)	NR	NR	NR	
Náusea e vômito	Todos os graus: 29 (50%); Grau ≥3: 0 (0%)	Todos os graus: 24 (39%); Grau ≥3: 2 (3%)	NR	NR	NR	Grau 2 (n): 0	Grau 2 (n): 1	NR	
Fadiga	Todos os graus: 50 (86%); Grau ≥3: 5 (9%)	Todos os graus: 52 (84%); Grau ≥3: 4 (6%)	NR	NR	NR	Grau 2 (n): 1 Grau 3 (n): 0	Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 2	NR	
Hipertensão	n (%)▲: Quaisquer graus: 36 (62%); Grau ≥3: 10 (17%)	n (%)▲: Quaisquer graus: 51 (82%); Grau ≥3: 10 (16%)	NR	n (%) grau 3: 1 (1.7%); Grau 4: 0	n (%) grau 3: 0; Grau 4: 0	NR	NR	NR	
Cicatrização com complicações	n (%)▲:Quaisquer graus: 1 (2%)	n (%)▲:Quaisquer graus: 1 (2%)	NR	NR	NR	NR	NR		
Infecções	NR	NR	NR	NR	Grau 3 (n): 1 vs. 0	NR	NR		
Proteinúria	n (%)▲: Quaisquer graus: 7 (12%); Grau ≥3: 0	n (%)▲: Quaisquer graus: 4 (6%); Grau ≥3: 2 (3%)	NR	NR	NR	NR	NR		
Perfuração Intestinal	n (%)▲: Quaisquer graus: 1 (2%); Grau ≥3: 1 (2%)	n (%)▲: Quaisquer graus: 0 (0%); Grau ≥3: 0 (0%)	NR	n (%) A) grau 3: 0 B) grau 4: 2(3.4%)	n (%) A) grau 3: 0 B) grau 4: 0	NR	NR	NR	

Continua

### Conclusão

Eventos Adversos	Field et al. 2015; Hovey et al. 2015 (CABARET)			Brandes et al. 2016 (AVAREG)			Reardon et al. 2011		
	BEVA+ CARBO	BEVA	Valor p	BEVA	FOT	Valor p	BEVA+ TMZ	BEVA+ETO	Valor p
Quaisquer EA	n (%): Grau ≥3: 37 (64%); Causaram morte: 2 (3%)	n (%): Grau ≥3: 36 (58%); Causaram morte: 0 (0%)	NR	NR	NR	NR	NR		
A) Descontinuação B) interrupção ou ajuste devido à EA sérios	A) n: 5	A) n: 4	NR	n (%): A) 11 (18.6%); B) 2 (3.4%)	n (%): A) 3 (9.4%); B) 2 (6.4%)	NR	NR	NR	
Morte devido ao tratamento	n: 2	n: 0	NR	n:1	n:0	NR	NR	NR	

Fonte: Autoria própria.

EA: eventos adversos; BEVA: bevacizumabe; FOT: fotemustina; CARBO: carboplatina; ETO: etoposídeo; ▲ EA relacionados ao BEVA; NR: não reportado.

## 2 Glioblastomas (Grau IV) e Astrocitoma Anaplásico, Oligodendroglioma Anaplásico, Oligoastrocitoma Anaplásico, Ependimoma Anaplásico (Grau III)

### 2.1 Gliomas Grau III e IV: bevacizumabe em diferentes combinações

**Tabela 53 – Características dos estudos que compararam bevacizumabe em diferentes combinações em gliomas de grau III e IV**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Yonezawa <i>et al.</i> 2017 (195)	Observacional, retrospectivo, comparativo	Elucidar o efeito do BEVA na sobrevida global	Gliomas malignos não ressecados (Grau III (n): 28; astrocitoma anaplásico (n): 19; oligodendroglioma anaplásico: 9; glioblastoma (grau IV), (n): 60	Os pacientes foram divididos em 3 grupos: 1) Grupo 1: 88 pacientes com gliomas malignos não ressecados (BEVA n: 24; não BEVA: 64); 2) Grupo 2: 41 pacientes com gliomas malignos não ressecados que receberam quimiorradioterapia baseada em TMZ (BEVA: 22; não BEVA: 19); 3) Grupo 3: 31 pacientes com glioblastomas não ressecados que receberam quimiorradioterapia baseada em TMZ (BEVA: 20; não BEVA: 11)	Grupo 1: receberam BEVA Grupo 2: receberam BEVA Grupo 3: receberam BEVA	Grupo 1: não utilizaram BEVA Grupo 2: não utilizaram BEVA Grupo 3: não utilizaram BEVA	Alto risco de viés (Não representativo da população; não houve controle de confundidores; coleta de dados retrospectiva)
Wiestler <i>et al.</i> 2014 (196)	Observacional, retrospectivo, comparativo	Avaliar a sequência ótima do uso de BEVA e NU	Gliomas recorrentes primários (Grau III: BEVA → NU, (n): 4; NU → BEVA, (n):5; grau IV: BEVA → NU, (n): 11; NU → BEVA, (n): 22)	42 pacientes (BEVA → NU, (n): 15; NU → BEVA, (n): 27)	Sequencialmente BEVA → NU (carmustina ou nimustina)  (BEVA → NU)	Sequencialmente NU (carmustina ou nimustina) → BEVA  (NU → BEVA)	Alto risco de viés (Não representativo da população; não houve controle de confundidores; coleta de dados retrospectiva)
Niyazi <i>et al.</i> 2012 (197)	Observacional, retrospectivo, comparativo	Comparar os desfechos dos pacientes que receberam re-irradiação baseados em BEVA com aqueles sendo retratados sem o BEVA	Gliomas recorrentes malignos tratados com re-irradiação e BEVA (grau III:5; grau IV: 15) e sem BEVA (grau III: 3; grau IV:7)	30 pacientes (BEVA: 20; sem BEVA: 10 (7 sem substância adicional e 3 com TMZ))	Pacientes em retratamento com RT + BEVA  (RE-RT + BEVA)	Pacientes em retratamento com RT sem substância adicional ou em combinação com RT  (RE- RT)	Alto risco de viés (Não representativo da população; não houve controle de confundidores; coleta de dados retrospectiva)

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; NU: nitrosoureas; RT: radioterapia Re- RT: re- irradiação; TMZ: temozolamida.

**Tabela 54 – Características dos participantes estudos que compararam bevacizumabe em diferentes combinações em gliomas de grau III e IV**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Yonezawa <i>et al.</i> 2017	Grupo 1 BEVA; Grupo 2 BEVA; Grupo 3 BEVA	Grupo 1 não BEVA; Grupo 2 não BEVA; Grupo 3 não BEVA	Média (DP): Grupo 1 BEVA: 65.3 (21.2) Grupo 2 BEVA: 64.9 (21.8) Grupo 3 BEVA: 67.9 (20.4)	Média (DP): Grupo 1 não BEVA: 67.9 (17.5) Grupo 2 não BEVA: 69.5 (18.3) Grupo 3 não BEVA: 67.2 (21.9)	(n): Grupo 1 BEVA: 10; Grupo 2 BEVA: 9 Grupo 3 BEVA: 8	(n): Grupo 1 não BEVA: 34; Grupo 2 não BEVA: 10; Grupo 3 não BEVA: 4	EP 0,2 (n): Grupo 1 BEVA (13); Grupo 2 BEVA (13); Grupo 3 BEVA (12);  EP 3,4 (n): Grupo 1 BEVA (11); Grupo 2 BEVA (9); Grupo 3 BEVA (8)	EP 0,2 (n): Grupo 1 não BEVA (30); Grupo 2 não BEVA (10); Grupo 3 não BEVA (3);  EP 3,4 (n): Grupo 1 não BEVA (34); Grupo 2 não BEVA (9); Grupo 3 não BEVA (8);	Mediana (min-max): 263 dias (10-2417 dias)
Wiestler <i>et al.</i> 2014	BEVA → NU	NU → BEVA	Média (mín-max): 51.4 (30–69)	Média (mín-max): 49.2 (21–69)	NR	NR	KPI, mediana (min-max): 80 (70–90)	KPI, mediana (min-max): 80 (70–100)	NR
Niyazi <i>et al.</i> 2012	RE-RT + BEVA	RE- RT	50.0	61.5	n:12	n: 5	KPS <70, (n): 6 KPS ≥ 70, (n): 14	KPS <70, (n): 5 KPS ≥ 70, (n): 5	Mediana (min-max):137 dias (5-464 dias)

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; NU: nitrosoureas; RT: radioterapia Re- RT: re- irradiação; TMZ: temozolamida; min-max: mínimo e máximo; EP ECOG: estado de performance do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental; KPS: Escore de performance de Karnofsky, varia de 0 a 100 sendo que números maiores indicam melhor função; KPI: índice de performance de Karnofsky; TMS: tempo máximo de sobrevivida, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo; EP: estado de performance; DP: desvio padrão.

Tabela 55 – Desfechos de eficácia dos estudos que compararam bevacizumabe em diferentes combinações em gliomas de grau III e IV

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Yonezawa et al. 2017	Grupo 1 BEVA;	Grupo 1 não BEVA;	SG do Grupo 1 (BEVA vs. Não BEVA) Tempo de sobrevivência mediana (TSM): 566 vs. 243 dias HR: 0.413 (IC 95%: 0.216, 0.787)	0.003	NR	NR	Fatores de prognósticos para sobrevivência - modelo multivariado de COX (A) n:72, receberam terapia adjuvante depois da biópsia; B) n:41, que receberam quimioterapia baseada em TMZ depois da biópsia): Grau III= A) HR: 0.453; B) HR: 0.207  EP (0,1,2): A) HR: 0.201; B) 0.135  BEVA: A) HR: 0.199; B) 0.101	A) 0.0110; B) 0.03  A) <0.0001; B) 0.0017  A) 0.0002; B) 0.0002
	Grupo 2 BEVA ;	Grupo 2 não BEVA;	SG do Grupo 2 (BEVA vs. Não BEVA) TSM: 568 vs. 334 dias HR: 0.404 (IC 95%: 0.175, 0.933)	0.016				
	Grupo 3 BEVA	Grupo 3 não BEVA	SG do Grupo 3 (BEVA vs. Não BEVA) TSM: 566 vs.160 dias HR: 0.253 (IC 95%: 0.099, 0.646)	0.001				

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p		
Wiestler <i>et al.</i> 2014	BEVA → NU	NU → BEVA	<p>SG mediana: BEVA → NU: 11.1 meses (IC 95%: 8.4, 14.7) NU → BEVA: 11.1 meses IC 95%: 8.6, 14.6)</p> <p>SG mediana de todos os participantes (n: 42), por grau do glioma OMS: Grau III (n:9): 12.1 meses (IC 95%: 5.5, 20.9) Grau IV (n:33): 11.2 meses (IC 95%: 9.1, 13.3)</p>	0.88*	<p>SLP mediana no primeiro tratamento: BEVA no grupo BEVA → NU: 5.3 meses (IC 95%: 4.1, 8.3) NU no grupo NU → BEVA: 2.8 meses (IC 95%: 2.7, 4)</p>	0.02*	<p>Taxa de resposta (critério RANO), (%): 1) Com o primeiro tratamento: BEVA → NU: 27% NU → BEVA: 0%</p>	0.4216*		
					<p>SLP mediana no segundo tratamento: NU no grupo BEVA → NU: 2.9 meses (IC 95%: 1.9, 3.2) BEVA no grupo NU → BEVA: 4.1 meses (IC 95%: 2.7, 4.9)</p>		0.19*		<p>2) Com o segundo tratamento: BEVA → NU: 0% NU → BEVA: 26%</p>	
					<p>Tempo mediano para PD com o uso do BEVA foi maior quando o BEVA foi usado primeiro: (5.3 vs. 4.1 meses)</p>		0.03		<p>TTF: BEVA → NU: 9.6 meses (IC 95%: 7.0, 13.3) NU → BEVA :9.2 meses (IC 95%: 7.1, 10.5)</p>	
					<p>Tempo mediano para PD com o uso das NU foi similares para ambos os grupos: (2.9 vs. 2.8 meses)</p>		0.5816		<p>TFS: BEVA → NU: 9.6 meses (IC 95%: 7.0, 13.3) NU → BEVA :9.2 meses (IC 95%: 7.1, 10.5)</p>	0.09*
					<p>SLP do BEVA por tipo de progressão: Progressão T1 (contraste aumentado) vs. Progressão T2 (contraste não aumentado): BEVA → NU: 5.75 (4.2 – 11.0) vs. 4.1 (2.3 – NA)</p>		T1 vs. T2: 0.0469		<p>TTF de todos os participantes (n:42), por grau do glioma OMS: Grau III (n:9): 9.6 meses (IC 95%:4.1, 14.6) Grau IV (n:33): 8.6 meses (IC 95%: 7.6, 10.7)</p>	Grau III vs. Grau IV: 0.934
					<p>NU → BEVA: 4.6 (2.5 – 5.0) vs. 4.0 (1.5 – NA)</p>		T1 vs. T2: 0.2486		<p>TFS de todos os participantes (n:42), por grau do glioma OMS: Grau III (n:9): 2.0 meses (IC 95%: 0.5, 4.1) Grau IV (n:33): 1.7 meses (IC 95%:1.2, 2.5)</p>	Grau III vs. Grau IV: 0.6984

Continua

### Conclusão

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Niyazi <i>et al.</i> 2012	RE-RT + BEVA	RE- RT	<p>SG mediana RE-RT + BEVA: NR♦ RE-RT: 175 dias</p> <p>Média de sobrevivência: RE-RT + BEVA: 367.6 dias RE-RT: 187.4 dias</p>	<p>NR</p> <p>0.03*</p>	<p>SLP mediana RE-RT + BEVA: 243 dias RE-RT: 143 dias</p> <p>SLP aos 6 meses: RE-RT + BEVA: 72% RE-RT: 24%</p>	0.045*	<p>Fatores de prognósticos e/ou preditivos para sobrevivência - modelo multivariado de COX (n:30):</p> <p>KPS&lt;70; KPS ≥ 70= HR: 0.051</p> <p>BEVA (sim/ não) = HR: 0.139</p> <p>Grau na recorrência (III/ IV) = HR: 0.029</p>	<p>0.011</p> <p>0.025</p> <p>0.007</p>

Fonte: Autoria própria.

Valor de p Intervenção versus Controle\*; BEVA: bevacizumabe; NU: nitrosoureas; RT: radioterapia Re- RT: re- irradiação; TMZ: temozolamida; SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global; SO: taxa de sobrevivência; PD: progressão da doença; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; ♦Não foi possível calcular SG mediana porque muitos desses pacientes foram censurados e a curva de sobrevivência ficou a níveis inferiores de 50 %; TTF: Tempo para falha no tratamento, engloba o tempo desde o início de um tratamento até a data de falha do outro; TFS: Sobrevivência na falha do tratamento, variou desde a data da progressão no segundo tratamento até a morte; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

**Tabela 56 – Desfechos de segurança dos estudos que compararam bevacizumabe em diferentes combinações em gliomas de grau III e IV**

Eventos Adversos	Wiestler <i>et al.</i> 2014			Niyazi <i>et al.</i> 2012		
	BEVA → NU vs.	NU → BEVA	Valor p	RE-RT + BEVA v	BEVA	Valor p
Hemorragia Cerebral	n: 0	n: 1	NR	n (%): 0 (0%)	NR	NR
Eventos tromboembólicos	NR	NR	Grau 3, n (%): 1 (5%)	NR	NR	
Trombocitopenia	Grau 3 (n), leuco- trombopenia: 1	Grau 3 (n), leuco- trombopenia: 0	NR	NR	NR	
Fadiga	NR	NR	Grau 2, n (%): 1 (5%)	NR	NR	
Hipertensão	NR	NR	Grau 2, n (%): 1 (5%)	NR	NR	
Cicatrização com complicações	NR	NR	Grau 4, n (%): 1 (5%)	NR	NR	
Quaisquer EA	NR	NR	Grau 2, (n): 2	NR	NR	
			Grau 3, (n): 1			
			Grau 4, (n): 1			
A) Descontinuação B) interrupção ou ajuste devido à EA sérios	n: 1 (devido ao NU)	n: 1 (devido ao NU)	NR	NR	NR	
Morte devido ao tratamento	n: 0	n: 0	NR	NR	NR	

Fonte: Autoria própria.

EA: eventos adversos; BEVA: bevacizumabe; NU: nitrosoureas; Re- RT: re- irradiação; NR: não reportado.



### 3 Astrocitoma Anaplásico, Oligodendroglioma Anaplásico, Oligoastrocitoma Anaplásico, Ependimoma Anaplásico (Grau III)

#### 3.1 Glioma de grau III: estudos de fase II que analisaram o uso do bevacizumabe monoterapia ou em combinação com irinotecano

**Tabela 57 – Características dos estudos que analisaram bevacizumabe monoterapia ou em combinação com irinotecano em gliomas de grau III**

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/ estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Reardon <i>et al.</i> 2012 (198)	Análise combinada de três série de casos (um braço), fase II	Performar uma análise combinada de pacientes de três ensaios clínicos de fase II do BEVA e combinações específicas para avaliar os desfechos gerais após a descontinuação do BEVA devido à PD e receberam terapia adicional com ou sem BEVA	Pacientes com Glioma recorrente maligno de grau III que descontinuaram o BEVA devido à PD e receberam adicional terapia	96 participantes de 3 ensaios clínicos de fase II. Desses, 49 receberam terapia adicional (BEVA: 23 (47%); não BEVA: 26 (53%))	Após PD, receberam terapia adicional: continuaram a receber BEVA  (BEVA)	Após PD, receberam terapia adicional não BEVA (somente quimioterapia)  (não BEVA)	Alto risco de viés Série de casos para avaliar eficácia;
Kreisl <i>et al.</i> 2011 (199)	Série de casos (um braço), fase II	Avaliar a atividade do BEVA como agente único e analisar sua correlação com parâmetros de imagens	Gliomas anaplásicos (astrocitoma anaplásico: 68%; oligoastrocitoma anaplásico: 19%; oligodendroglioma anaplásico: 13%)	31 participantes	BEVA (10mg/ kg a cada 14 dias)	NA	Alto risco de viés Série de casos para avaliar eficácia;
Chamberlain e Johnston, 2009 (200)	Série de casos (um braço), fase II	Determinar a eficácia do BEVA	Grau III do tipo Oligodendrogliomas anaplásicos (codeleção 1p19q) recorrentes refratários com RT/TMZ	22 participantes	BEVA (10mg/ kg a cada 14 dias)	NA	Alto risco de viés Série de casos para avaliar eficácia;
Chamberlain e Johnston, 2009b (201)	Série de casos (um braço), fase II	Determinar a eficácia do BEVA	Grau III do tipo Astrocitoma anaplásico recorrentes refratários com RT/TMZ/ NU	25 participantes	BEVA (10mg/ kg a cada 14 dias)	NA	Alto risco de viés Série de casos para avaliar eficácia;

Continua

## Continuação

Autor	Desenho do estudo	Objetivo	População (Tipo/estágio de glioma)	Número de estudos e participantes incluídos	Intervenção	Controle	Risco de Viés
Desjardins <i>et al.</i> 2008 (202)	Série de casos (um braço), fase II	Reportar a eficácia e segurança do BEVA + IRI	Gliomas grau III (astrocitoma anaplásico: 25 (76%); oligodendroglioma anaplásico: 8 (24%)) recorrentes após terapia padrão RT/TMZ	33 participantes (1ª Coorte:9; 2ª Coorte:24)	1ª Coorte: BEVA (10mg/ kg + IRI a cada 14 dias), coorte de segurança; 2ª Coorte: BEVA (15mg/ kg + IRI nos dias 1,8, 22 e 29 em um ciclo de 42 dias). Ambas coortes a dosagem de IRI foi de 340 mg/m <sup>2</sup> e 125 mg/ m <sup>2</sup> para aqueles que utilizavam e não utilizavam drogas antiepilépticas indutoras enzimáticas, respectivamente	NA	Alto risco de viés Série de casos para avaliar eficácia;

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; IRI: irinotecano; NU: nitrosoureias; RT: radioterapia; TMZ: temozolamida; PD: progressão da doença.

**Tabela 58 – Características dos participantes dos estudos que analisaram bevacizumabe monoterapia ou em combinação com irinotecano em gliomas de grau III**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Idade Intervenção Mediana (min-max)	Idade Controle Mediana (min-max)	n (%) sexo masculino Intervenção	n (%) sexo masculino Controle	Variáveis clínicas relevantes Intervenção	Variáveis clínicas relevantes Controle	Tempo de seguimento
Reardon <i>et al.</i> 2012	BEVA	Não BEVA	Idade que iniciou terapia subsequente: 46 (24–68)	Idade que iniciou terapia subsequente: 46 (25–62)	17 (74%)	16 (62%)	KPS <90, n (%): 16 (70%) KPS ≥ 90, n (%): 7 (30%)	KPS <90, n (%): 19 (73%) KPS ≥ 90, n (%): 7 (27%)	NR
Kreisl <i>et al.</i> 2011	BEVA	NA	44 (24-66)	NA	n: 21	NA	KPS mediano: 90% (mín- max: 60–100) 58% dos pacientes utilizavam esteroides	NA	NR
Chamberlain e Johnston, 2009	BEVA	NA	51 (24-60)	NA	13 (59%)	NA	KPS mediano: 80 (mín- max: 60–100)	NA	NR
Chamberlain e Johnston, 2009b	BEVA	NA	50 (26–63)	NA	15 (60%)	NA	KPS mediano: 80 (mín- max: 70–100)	NA	NR
Desjardins <i>et al.</i> 2008	BEVA + IRI	NA	43 (22–62)	NA	22 (67%)		KPS, n (%): 100: 3 (9%) 90: 15 (46%) 80: 12 (36%) 70: 3 (9%)  Uso de corticosteroides (n): 12	NA	Mediana: 106 semanas

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; IRI: irinotecano; min-max.: mínimo e máximo; NA: não se aplica; TMS: tempo máximo de sobrevida, obtido no gráfico de Kaplan-Meier do estudo.

**Tabela 59 – Desfechos de eficácia dos estudos que analisaram bevacizumabe monoterapia ou em combinação com irinotecano em gliomas de grau III**

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Reardon <i>et al.</i> 2012	BEVA	Não BEVA	A) SG mediana; taxa de SO B) aos 6 meses; C) aos 12 meses; D) aos 24 meses após o início da terapia adicional com: BEVA: A) 9.2 meses (IC 95%: 5.2, 13.6); B) 69.6 (IC 95%: 46.6, 84.2); C) 31.4 (IC 95%:13.4, 51.3); D) 15.7 (IC 95%: 4, 34.5)  Não BEVA: A) 10.3 meses (IC 95%: 2.5, 14.4); B) 57.7 (IC 95%: 36.8, 73.9); C) 38.5 (IC 95%: 20.4, 56.3); D) 26.9 (IC 95%: 11.9, 44.5)	0.9103*	A) SLP mediana; taxa de SLP B) aos 6 meses; C) aos 12 meses; D) aos 24 meses após o início da terapia adicional com: BEVA: A) 3.8 meses (IC 95%:2.1, 6.9); B) 39.1% (IC 95%:19.9%, 58%); C) 17.4 (IC 95%: 5.4, 35); D). Não disponível  Não BEVA: A) 1.9 (IC 95%:1.2, 4.1); B) 23.1 (IC 95%: 9.4, 40.3); C) 11.5 (IC 95%:2.9, 26.7); D) 11.5 (IC 95%: 2.9, 26.7)	0.5082*	Fatores de prognósticos para sobrevivência - modelo multivariado de COX: Uso de dexametasona nos ensaios clínicos com BEVA (sim/não) = HR: 3.83 (C 95%:1.87, 7.86)	0.0002

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Kreisl <i>et al.</i> 2011	BEVA	NA	<p>SG mediana: 12 meses (IC 95%: 6.08-22.8)</p> <p>SG mediana para aqueles com:            A) Média VTA acima de -48.9%: 6.25 meses            B) Média VTA abaixo de -48.9%: 28.04 meses</p>	A vs. B: 0.0008	<p>SLP mediana: 2.93 meses (IC 95%: 2.01, 4.93)</p> <p>Taxa de SLP aos 6 meses: 20.9% (IC 95%: 10.3, 42.5%)</p> <p>SLP mediana para aqueles com:            A) Média VTA acima de -48.9%: 1.84 meses            B) Média VTA abaixo de -48.9%: 4.12 meses</p>	A vs. B: 0.0296	<p>Taxa de resposta (critério MacDonald), (n=30):            Geral: a) 67% (20 respostas parciais); b) 43% (13 respostas parciais)            Média de duração de resposta: 9.07 meses (DP: 7.27)            Doença estável por &gt; 2 meses, n(%): 8 (26%)</p> <p>Parâmetros de imagens de ressonância magnética medidos em a) 4 dias e b) 4 semanas</p> <p>1) Diminuição da Média VTA:            a) 43.5%; b) 56.6% e</p> <p>2) Diminuição da Média de K trans:            a) 30.8%; b) 51.9%</p> <p>3) Diminuição de fpv:            a) 21.4%; b) 45.9%</p> <p>1) Parâmetros relacionados com risco de morte- Modelo univariado de COX:            a) VTA em 4 dias após a linha de base= HR: 1.82            b) VTA em 4 semanas após a linha de base=HR: 1.44            c) Δ VTA entre a linha de base e 4 dias= HR:1.89</p> <p>2) Parâmetros relacionados com risco de PD- Modelo univariado de COX:            a) Δ VTA entre a linha de base e 4 dias= HR:2.22            b) Δ VTA entre a linha de base e 4 dias= HR: 1.28            - Modelo multivariado de COX: Δ VTA entre a linha de base e 4 dias</p>	<p>a) &lt;0.001; b) &lt;0.001</p> <p>a) 0.001; b) &lt;0.001</p> <p>a) 0.0082; b) &lt;0.001</p> <p>a) 0.031 b) 0.0455 c) &lt;0.0001</p> <p>a) &lt;0.0001 b) 0.0047 &lt;0.01</p>

Continua

## Continuação

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevida (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Chamberlain e Johnston, 2009	BEVA	NA	SG mediana: 8 meses (IC 95%: 6.28, 9.72) Probabilidade de SO aos a) 6 meses; b) 12 meses: a) 68%; b) 23%	NR	SLP mediana: 8 meses (IC 95%: 7.03, 8.97)	NR	KPS, mediana (mín-max): 60 (40-70) Taxa de resposta (critério MacDonald), n (%): Resposta completa: 0 (0%) Resposta parcial: 14 (64%); (IC 95%: 44-84%) Doença estável: 1 (5%); (IC 95%: -4, 13%)  Tempo para progressão do tumor em pacientes com resposta parcial ou doença estável (n=16): 8 meses (IC 95%: 7.02, 8.97)  Uso de corticosteroides (dexametasona), n (%): Redução de dose: 15 (68%) Descontinuação: 10 (45%)	NR
Chamberlain e Johnston, 2009b	BEVA	NA	SG mediana: 9 meses (IC 95%: 6.6, 11.4) Probabilidade de SO aos a) 6 meses; b) 12 meses: a) 76%; b) 36%		SLP mediana: 7 meses (IC 95%: 4.5, 9.45)  SLP aos a) 6 meses; b) 12 meses: a) 60%; b) 20%		KPS, mediana (mín-max): 60 (40-70) Taxa de resposta (critério MacDonald), n (%): Resposta completa: 0 (0%) Resposta parcial: 16 (64%); (IC 95%: 45-83%) Doença estável: 2 (8%); (IC 95%: 3, 19%)  Tempo para progressão do tumor em pacientes com resposta parcial ou doença estável (n=16): 8 meses (IC 95%: 5, 20 meses)  Uso de corticosteroides (dexametasona), n (%): Redução de dose: 16 (68%) Descontinuação: 11 (44%)	

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Intervenção	Controle	Sobrevida global (SG) / taxa de Sobrevivência (SO)	Valor p	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Valor p	Outros desfechos	Valor p
Desjardins <i>et al.</i> 2008	BEVA + IRI	NA	<p>SG mediana: AA + AO: 65 semanas AO: 61 semanas AA: 65 semanas</p> <p>Taxa de SO aos 6 meses: AA + AO: 79% (IC 95%: 61, 89%) AO: 88% AA: 76%</p> <p>Taxa de SO em a) 1 ano e b) 2 anos AA + AO: a) 55%; b) 32%</p> <p>Resposta do tumor versus SG a) SG mediana; b) SO aos 6 meses; c) SO em um ano; d) SO em dois anos: 1) Resposta completa/ parcial (n=20) a) 80 semanas; b) 90%; c) 65% d) 38% 2) Doença estável/PD (n:13) a) 31 semanas; b) 62%; c) 39% d) 23%</p>	NR	<p>SLP mediana: AA + AO: 30 semanas (IC 95%: 21- 60 semanas) AO: 50 semanas (IC 95%: 21, não determinado) AA: 28 semanas (95% CI, 17-60 semanas)</p> <p>Taxa de SLP aos 6 meses AA + AO: 55% (IC 95%: 36-70 semanas) AO: 62% (IC 95%: 23, 86%) AA: 52% (IC 95%: 31, 69%)</p> <p>Taxa de SLP em a) 1 ano e b) 2 anos AA + AO: a) 39%; b) 11%</p> <p>Resposta do tumor versus SLP a) SLP mediana; b) SLP aos 6 meses; c) SLP em um ano; d) SLP em dois anos: 1) Resposta completa/ parcial (n=20) a) 50 semanas; b) 70%; c) 50% d) 15% 2) Doença estável/PD (n:13) a) 18 semanas; b) 31%; c) 23% d) não disponível</p>	NR	<p>Taxa de resposta (critério MacDonald) Completa ou parcial: 20 (61%) Completa (n): 3 Parcial (n): 17 Doença estável (n): 11 PD em 6 semanas (n): 2</p> <p>Uso de corticoides Redução de dose: 8 (67%) Descontinuação: 5 (42%)</p>	NR

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; IRI: irinotecano; min-max.: mínimo e máximo; NA: não se aplica; SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global; SO: taxa de sobrevivência; PD: progressão da doença; SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global; SO: taxa de sobrevivência; VTA: volume de tumor aumentado; Mapas paramétricos de K-trans: constante de transferência do vaso para o tecido; fpv: volume plasmático fracionado; AA: astrocitoma anaplásico; AO: oligodendroglioma anaplásico; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

**Tabela 60 – Desfechos de segurança dos estudos que analisaram bevacizumabe monoterapia ou em combinação com irinotecano em gliomas de grau III**

Eventos Adversos	Kreisl <i>et al.</i> 2012 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009b BEVA	Valor p	Desjardins <i>et al.</i> 2008 BEVA + IRI	Valor p
Isquemia Cerebral	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1ºcoorte: Grau 4 (n): 1	NR
Hemorragia Cerebral	NR	NR	Grau 2 (n): 2	NR	NR	NR	2ºcoorte: Grau 4 (n): 1	NR
Sangramento/ hemorragias (outros)	Epistaxe: Grau 1 (n): 8; Grau 3 (n): 1  Hemorragia retal: Grau 1 (n): 2; Grau 2 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Eventos tromboembólicos	Grau 4 (n): 2	NR	Tromboflebite Grau 2 (n): 3 Grau 3 (n): 1	NR	Tromboflebite Grau 2 (n): 3 Grau 3 (n): 2	NR	Trombose venosa profunda 2ºcoorte: Grau 3 (n): 3 Grau 4 (n): 1	NR
Diarréia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1ºcoorte: Grau 1 (n): 1 Grau 2 (n): 3  2ºcoorte: Grau 1 (n): 6	NR
Constipação	NR	NR	Grade 2 (n): 4	NR	Grade 2 (n): 4	NR	1ºcoorte: Grau 1 (n): 2 Grau 2 (n): 2  2ºcoorte: Grau 1 (n): 8 Grau 2 (n): 5 Grau 3 (n): 7	NR

Continua



## Continuação

Eventos Adversos	Kreisl <i>et al.</i> 2012 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009b BEVA	Valor p	Desjardins <i>et al.</i> 2008 BEVA + IRI	Valor p
Anemia	Grau 1 (n): 4	NR	Grade 2 (n): 5	NR	Grade 2 (n): 4	NR	NR	NR
Leucopenia	NR	NR	Grau 2 (n): 8; Grau 3 (n): 1	NR	Grau 2 (n): 6; Grau 3 (n): 1	NR	NR	NR
Neutropenia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1ºcoorte: Grau 4 (n): 1  2ºcoorte: Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 2	NR
Trombocitopenia	Grau 1 (n): 6 Grau 2 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	2ºcoorte: Grau 4 (n): 1	NR
Linfopenia/ Linfocitopenia	Grau 1 (n): 1 Grau 2 (n): 1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Náusea e vômito	Náusea: Grau 1 (n): 2  Vômito: Grau 1 (n): 1	NR	Náusea Grau 2 (n): 2	NR	Náusea Grau 2 (n): 2	NR	Náusea: 1ºcoorte: Grau 1 (n): 3 Grau 3 (n): 1  2ºcoorte: Grau 1 (n): 5 Grau 2 (n): 5 Grau 3 (n): 1  Vômitos 2ºcoorte: Grau 1 (n): 5 Grau 2 (n): 3 Grau 3 (n): 2	NR
Fadiga	Grau 1 (n):3; Grau 2 (n): 3	NR	Grau 2 (n): 10; Grau 3 (n):4	NR	Grau 2 (n): 12; Grau 3 (n):2	NR	1ºcoorte: Grau 1 (n): 4 Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 1  2ºcoorte: Grau 1 (n): 8 Grau 2 (n): 5 Grau 3 (n): 2	NR

Continua

## Conclusão

Eventos Adversos	Kreisl <i>et al.</i> 2012 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009 BEVA	Valor p	Chamberlain e Johnston, 2009b BEVA	Valor p	Desjardins <i>et al.</i> 2008 BEVA + IRI	Valor p
Hipertensão	Grau 1 (n): 1; Grau 2 (n): 4; Grau 3 (n): 5	NR	Grau 2 (n): 4 Grau 3 (n): 1	NR	Grau 2 (n): 4; Grau 3 (n): 1	NR	1º coorte: Grau 2 (n): 1  2º coorte: Grau 2 (n): 1	NR
Cicatrização com complicações	Grau 1 (n): 1	NR	Ferida pós- cirúrgica: Grau 2 (n): 1 Grau 3 (n): 1	NR	Ferida pós- cirúrgica: Grau 3 (n): 1	NR	NR	NR
Infecções	NR	NR	Infecções sem neutropenia Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 1	NR	Infecções sem neutropenia Grau 2 (n): 2 Grau 3 (n): 0	NR	Infecções normais com contagem absoluta de neutrófilos 1º coorte: Grau 2 (n): 1 Grau 3 (n): 1  2º coorte: Grau 1 (n): 2 Grau 2 (n): 6 Grau 3 (n): 1 Grau 4 (n): 1	NR
Proteinúria	Grau 1 (n): 8; Grau 3 (n): 1	NR	Grau 2 (n): 4	NR	Grau 2 (n): 4	NR	2º coorte: Grau 3 (n): 1	NR
Quaisquer EA	NR	NR	Todos os graus (n): 57  Grau 2 (n): 48; Grau 3 (n): 9	NR	Todos os graus (n): 50  Grau 2 (n): 43; Grau 3 (n): 7	NR	NR	NR
A) Descontinuação B) interrupção ou ajuste devido à EA sérios	NR	NR	n: 1	NR		NR	A) (n): 2; B) 2º coorte (n): 9	NR
Morte devido ao tratamento	NR	NR	n: 0	NR	n: 0	NR	n: 0	NR

Fonte: Autoria própria.

BEVA: bevacizumabe; IRI: irinotecano; NR: não reportado.

**Questão de Pesquisa 8:** Quais os tratamentos preconizados no período pós-operatório em pacientes com Glioma grau I?

### 1) Estratégia de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

((((( (((((( "glioma"[MeSH Terms] OR "glioma"[All Fields]) AND (low[All Fields] AND grade[All Fields])) OR grade[All Fields]) OR ("astrocytoma"[MeSH Terms] OR "astrocytoma"[All Fields])) OR pilocytic[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields])) AND ("postoperative period"[MeSH Terms] OR "postoperative"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postoperative period"[All Fields] OR "postoperative"[All Fields]))) AND (("drug therapy"[Subheading] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "drug therapy"[All Fields] OR "chemotherapy"[All Fields] OR "drug therapy"[MeSH Terms] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "chemotherapy"[All Fields]) OR ("radiotherapy"[Subheading] OR "radiotherapy"[All Fields] OR "radiotherapy"[MeSH Terms])) AND (randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms]))

Total: 750 referências

Data de acesso: 03/08/2017

#### EMBASE:

('glioma'/exp OR 'glioma') AND [embase]/lim AND low AND grade AND [embase]/lim OR ('glioma'/exp OR 'glioma') AND [embase]/lim AND grade AND i AND [embase]/lim [embase]/lim)  
OR  
( 'astrocytoma'/exp OR astrocytoma) OR ('pilocytic astrocytoma'/exp OR 'pilocytic astrocytoma') AND [embase]/lim  
AND  
( 'chemotherapy'/exp OR 'chemotherapy') AND [embase]/lim OR ('radiotherapy'/exp OR 'radiotherapy') AND [embase]/lim  
AND  
postoperative AND [embase]/lim  
AND  
( 'adult'/exp OR 'adult') AND [embase]/lim

Total: 438 referências

Data de acesso: 03/08/2017

### 2) Seleção das evidências

Com o intuito de fazer a busca mais específica, utilizou-se filtros validados para os ensaios clínicos nas duas bases de dados citadas acima, visando a redução do quantitativo de bibliografia encontrada.

A busca das evidências nas bases MEDLINE (via PubMed) e Embase resultou em 1188 referências (750 no MEDLINE e 438 no Embase). Destas, 11 foram excluídas por estarem duplicadas. Foi realizada busca manual que resultou em 03 (três) referências.

Mil cento e oitenta e oito referências foram triadas por meio da leitura de título e resumos, das quais 31 tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade.

Vinte e quatro estudos foram excluídos: três ensaios clínicos por selecionar pacientes com glioma grau II; dezessete estudos observacionais por conter em sua população e resultados pacientes com glioma grau I, II e III; e quatro estudos observacionais que selecionaram pacientes com glioma grau I, entretanto, incluíram em sua população adultos e crianças e não estratificaram os resultados por faixa etária.

Cinco estudos foram incluídos: estudos retrospectivos observacionais (203-207).

### **3) Descrição dos estudos e seus resultados**

Os estudos serão apresentados de acordo com as comparações realizadas. A descrição sumária dos estudos, para os tratamentos preconizados no pós-operatório, em pacientes com glioma grau I, se encontra na Tabela 61. As características dos pacientes para esses estudos encontram-se na Tabela 62, os dados de desfechos de eficácia na Tabela 63.

---

**Tabela 61 – Características dos estudos incluídos para tratamentos preconizados no pós-operatório em pacientes com glioma grau I**

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes do tratamento	Risco de viés
Ye <i>et al.</i> 2014 (203)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Estudar os resultados da cirurgia em adultos $\geq 17$ anos com astrocitoma pilocítico, bem como identificar os fatores que podem influenciar os resultados	Pacientes adultos com astrocitoma pilocítico	Quimioterapia (Carboplatina) Radioterapia (54 Gray) em 30 frações	Alto Série de casos, descrição incompleta dos desfechos.
Johnson <i>et al.</i> 2011 (204)	Estudo coorte retrospectiva	Construir uma perspectiva de base populacional de adultos portadores astrocitoma pilocítico	Pacientes adultos com astrocitoma pilocítico	Radioterapia	Alto Natureza retrospectiva dos dados, descrição incompleta dos desfechos.
Ishkanian <i>et al.</i> 2011 (205)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Analisar o impacto da observação no pós-operatório versus a radioterapia adjuvante e reportar os resultados dos que desenvolveram a progressão da doença.	Pacientes adultos com astrocitoma pilocítico	Radioterapia (50 Gray) em 25 frações até seis meses do pós-operatório Terapia adjuvante	Alto Série de casos.
Ellis <i>et al.</i> 2009 (206)	Estudo retrospectivo observacional (série de casos)	Avaliar a frequência da recorrência e a transformação para a malignidade do astrocitoma pilocítico em adultos.	Pacientes adultos com astrocitoma pilocítico	Radioterapia (54–60 Gray) em 30 – 33 frações Radiocirurgia Gamma Knife 22.7 Gray	Alto Série de casos, perda de seguimento não relatada.
Brown <i>et al.</i> 2004 (207)	Ensaio clínico multicêntrico (série de casos)	Obter dados clínicos e resultados dos pacientes	Pacientes adultos com astrocitoma pilocítico	Radioterapia (50.4 Gray) em 28 frações Progressão: Radioterapia (55.8 Gray)	Alto Série de casos prospectiva, estudo sem cegamento e randomização, descrição incompleta dos desfechos.

Fonte: Autoria própria.

Tabela 62 – Características dos pacientes incluídos nos estudos para tratamentos preconizados no pós-operatório em pacientes com glioma grau I

Autor, ano	População N (%)	QT/ RT + terapia adjuvante n (%)	Pacientes em Observação n (%)	Idade em anos, média (DP) Intervenção	Sexo masculino n (%)	Recorrência QT/ RT + terapia adjuvante n	Recorrência Observação n (%)	Tempo de recorrência, (DP)	Tempo de seguimento, Mediana (Mín-Máx.)
Ye <i>et al.</i> 2014 (203)	STR: 10 (50) GTR: 7 (35) Biópsia: 1 (5) ND: 2 (10)	QT: 2 RT: 1	NA	27 (Min-máx.: 17 - 52)	9 (45)	STR: 6 Cirurgia: 5	NA	4 - 36 Meses (NR)	39 meses (1 - 117)
Johnson <i>et al.</i> 2011 (204)	STR: 199 (23) GTR: 343 (39.8) Biópsia: 164 (19) Outros/ desconhecido: 90 (10.4) Sem procedimento: 69 (18)	191 (22.1)	674 (77.9)	31 (19)	450 (52)	NR	NR	NR	66 meses (NR)
Ishkanian <i>et al.</i> 2011 (205)	STR: 17 (57) GTR: 10 (33) Biópsia: 3 (10)	RT: 11 (37)	16 (63) Biópsia: 3 (10)	Mediana (mín-máx.): 30 (18 - 64)	20 (67)	QT: 2 Cirurgia + QT: 1	<u>1ª Progressão:</u> Cirurgia: 3 (27) RT: 5 (45) QT: 1 (9) Cirurgia + RT: 1 (9) Cirurgia + QT: 1 (9) <u>2ª Progressão:</u> Cirurgia: 2 (29) RT: 1 (14) QT: 3 (43) Cirurgia + RT: 1 (14)	<u>OBS:</u> Mediana (mín-máx.): 4 anos (NR)	87 meses (16-420)

Continua

## Conclusão

Autor, ano	População N (%)	QT/ RT + terapia adjuvante n (%)	Pacientes em Observação n (%)	Idade em anos, média (DP) Intervenção	Sexo masculino n (%)	Recorrência QT/ RT + terapia adjuvante n	Recorrência Observação n (%)	Tempo de recorrência, (DP)	Tempo de seguimento, Mediana (Mín- Máx.)
Ellis <i>et al.</i> 2009 (206)	STR: 5 (25) GTR: 15 (75)	0	20 (100)	Mediana (mín- máx.): 38 (21 - 62)	11 (55)	NA	<u>Recorrência inicial:</u> RT fracionada: 2 (33) Radiocirurgia: 3 (50) Reoperação: 1 (17)  <u>Recorrência tardia:</u> Reoperação: 4 (67) Radiocirurgia: 2 (75) RT fracionada: 1 (25)	<u>Recorrência inicial:</u> Mediana (mín- máx.): 16.5 (11-46)  <u>Recorrência tardia:</u> 17 (NR) * mediana	NR
Brown <i>et al.</i> 2004 (207)	STR: 6 (30) GTR: 11 (55) Biópsia: 3 (15)	Biópsia: 3 (15)	STR: 6 (30) GTR: 11 (55)	Mediana (mín- máx.): 32 (20 - 47)	7 (35)	0	STR: 1 (17)	18 meses (NR)	10 anos (6.1 -14.8)

Fonte: Autoria própria.

STR: ressecção subtotal; GTR: ressecção total; RT: radioterapia; QT: quimioterapia; OBS: grupo observação; N: total de pacientes; Mín-máx: valor mínimo – valor máximo; n: número de pacientes; (%): proporção de pacientes; NA: não se aplica; NR: não relatado; ND: não definido.

Tabela 63 – Desfechos de eficácia dos estudos para tratamentos preconizados no pós-operatório em pacientes com glioma grau I

Autor, ano	Sobrevida global (IC 95%)	Sobrevida livre de progressão (IC 95%)	Outros Desfechos de Sobrevida (IC 95%)
Ye <i>et al.</i> 2014** (203)	Sobrevida: 14 (70) OS: 87% Média: 104 meses (87 - 121)	PFS: 60% Média: 68 meses (47 - 90)	NR
Johnson <i>et al.</i> 2011** (204)	2 anos: 89.5% (87.2 – 91.4) 5 anos: 83.8% (81.0 – 86.3)	NR	<p><u>Sobrevida Observada (%):</u></p> <p><u>20 a 39 anos:</u> 2 anos: 93.0 (90.5–94.8) 5 anos: 89.5 (86.5–91.8)</p> <p><u>40 a 59 anos:</u> 2 anos: 86.5 (81.0–90.5) 5 anos: 77.0 (70.3–82.4)</p> <p><u>60 ou mais:</u> 2 anos: 65.9 (51.8–76.8) 5 anos: 52.9 (38.4–65.5)</p> <p><u>Sobrevida relativa (%):</u></p> <p><u>20 a 39 anos:</u> 2 anos: 93.2 ( 90.7–95.0) 5 anos: 89.9 ( 86.9–92.3)</p> <p><u>40 a 59 anos:</u> 2 anos: 87.2 (81.6–91.2) 5 anos: 78.5 (71.6–84.0)</p> <p><u>60 ou mais:</u> 2 anos: 69.7 (54.3–80.8) 5 anos: 59.6 (42.5–73.1)</p> <p><u>Cancer specific survival (CSS) (%):</u></p> <p><u>20 a 39 anos:</u> 2 anos: 94.1 (91.8–95.8) 5 anos: 92.3 (89.6–94.3)</p> <p><u>40 a 59 anos:</u> 2 anos: 87.7 (82.3–91.5) 5 anos: 78.6 (71.9–83.9)</p> <p><u>60 ou mais:</u> 2 anos: 70.9 (56.9–81.1) 5 anos: 63.7 (48.8–75.3)</p> <p><u>Risco de morte:</u> Idade: (HR 1.5 [1.4–1.7] cada 10 anos; p &lt; 0.0001)</p> <p>GTR em relação a STR/ biópsia: (HR 0.6 [ 0.3–0.9]; p = 0.0230)</p> <p>GTR em relação a pacientes que não fizeram cirurgia/ ou cirurgia não especificada: (HR 0.3 (0.1–0.4); p = 0.0230)</p> <p>Pacientes que receberam radiação: (HR 2.7 [1.9–4.0]; p &lt; 0.0001)</p>

Continua



## Continuação

Autor, ano	Sobrevida global (IC 95%)	Sobrevida livre de progressão (IC 95%)	Outros Desfechos de Sobrevida (IC 95%)
Ishkanian <i>et al.</i> 2011 (205)	<p>10 anos: 80% (mediana - NR)</p> <p>5 anos: (RT: 100%) (OBS: 91%)</p> <p>10 anos: (RT: 81%) (OBS: 91%) (P = 0.94)</p> <p><u>1ª Progressão:</u></p> <p>OBS vs. terapia adjuvante (p = 0.43)</p> <p><u>Resultado para pacientes que receberam tratamento para a progressão:</u></p> <p>RT (após observação) (n=5) vs. cirurgia + terapia adjuvante (n=5) (p = 1.0)</p> <p>Cirurgia (n=3) vs. RT + terapia adjuvante (n=6) (p = 1.0)</p> <p><u>2ª Progressão:</u></p> <p>5 anos: 63%</p>	<p>Mediana: 8.4 anos (NR)</p> <p>5 anos (população total): 37% (mediana - 3.7 anos)</p> <p>5 anos: (RT: 91%) (OBS: 42%)</p> <p>10 anos: (RT: 60%) (OBS: 17%) (p = 0.005)</p> <p>RT adjuvante pós-operatório: 5 e 10 anos (p = 0.005)</p> <p>OBS vs. terapia adjuvante (p = 0.17)</p> <p><u>1ª Progressão:</u></p> <p>OBS vs. terapia adjuvante (p = 0.17)</p> <p><u>Resultado para pacientes que receberam tratamento para a progressão:</u></p> <p>RT (n=5) vs. reoperação + terapia adjuvante (n=5) (p = 0.70)</p> <p>Cirurgia (n=3) vs. RT + terapia adjuvante (n=6) (p = 0.55)</p>	NR
Ellis <i>et al.</i> 2009 (206)	NR	Evolução: 3 (50) grau III	<p><u>Recorrência grupo observação:</u></p> <p>12 meses: 94% (± 5%)</p> <p>24 meses: 76% (± 10%)</p>

## Continua

### Conclusão

Autor, ano	Sobrevida global (IC 95%)	Sobrevida livre de progressão (IC 95%)	Outros Desfechos de Sobrevida (IC 95%)
Brown <i>et al.</i> 2004** (207)	<p>Sobrevida: 19 (95)</p> <p>5 anos: 95% (75.13 - 99.87%)</p> <p><u>GTR + STR (%)</u>: 5 anos: 100% (30 - 100%)</p> <p><u>Biópsia (%)</u>: 5 anos: 67% (30 - 100%)</p>	<p>5 anos: 95% (75.13 - 99.87%)</p> <p><u>GTR + STR (%)</u>: 5 anos: 94% (84 - 100)</p> <p><u>Biópsia (%)</u>: 5 anos: 100% (84 - 100)</p>	<p><u>Mini-Mental State Examination: (%)</u></p> <p>0 – 26 Meses: 01(5) cirúrgico</p> <p>27 – 30 Meses: 09 (45) cirúrgico; 03 (15) biópsia</p> <p>Desconhecido: 7 (41)</p> <p><u>Neurologic Function Score (%)</u>:</p> <p>0: 06 (30) cirúrgico; 01 (5) biópsia</p> <p>1: 06 (30) cirúrgico; 01 (5) biópsia</p> <p>2: 01 (5) biópsia</p> <p>Desconhecido: 5 (25)</p>

Fonte: Autoria própria.

STR: ressecção subtotal; GTR: ressecção total; OBS: pacientes em observação; RT: radioterapia; OS: overall survival; PFS: progression free survival; CSS: cancer specific survival: porcentagem de pessoas em um grupo de estudo ou tratamento que não morreram de uma doença específica em um determinado período de tempo. O período de tempo, geralmente, começa no momento do diagnóstico ou no início do tratamento e termina no momento da morte. Pacientes que morreram de causas que não seja a doença que está sendo estudada não são contados nesta medição; Mini-Mental State Examination: o teste de exame de estado de Mini-Mental (MEEM) ou Folstein é um questionário de 30 pontos que é amplamente utilizado na clínica e pesquisa configurações para medir o comprometimento cognitivo; \*\* - desfechos relacionados a toda população (tratada e não tratada) participante do estudo; NR: não relatado; IC95%: intervalo de confiança de 95%; HR: Hazard ratio.

**Questão de Pesquisa 9:** Quais os tratamentos preconizados no período pós-operatório em pacientes com Glioma grau II?

## 1) Estratégia de busca

### MEDLINE via Pubmed:

(((((("Glioma"[Mesh] OR glioma)) OR (glioma AND low AND grade)) OR ("Astrocytoma"[Mesh] OR astrocytoma)) OR (astrocytoma AND grade AND ii)) OR (astrocytomas AND grade AND ii)) OR ("Oligodendroglioma"[Mesh] OR oligodendroglioma)) OR ("Ganglioglioma"[Mesh] OR ganglioglioma) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND (((("postoperative period"[MeSH Terms] OR ("postoperative"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postoperative period"[All Fields] OR "postoperative"[All Fields]))) AND (((("drug therapy"[Subheading] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "drug therapy"[All Fields] OR "chemotherapy"[All Fields] OR "drug therapy"[MeSH Terms] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "chemotherapy"[All Fields]) OR ("radiotherapy"[Subheading] OR "radiotherapy"[All Fields] OR "radiotherapy"[MeSH Terms]))) AND (randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms]))

Total: 137 referências

Data do acesso: 02/08/2017

### EMBASE:

(((((glioma'/exp OR glioma') AND [embase]/lim) OR ((astrocytoma'/exp OR astrocytoma') AND [embase]/lim) OR ((oligodendroglioma'/exp OR oligodendroglioma') AND [embase]/lim) OR ((ganglioglioma'/exp OR ganglioglioma') AND [embase]/lim) OR ((oligoastrocytoma'/exp OR oligoastrocytoma') AND [embase]/lim)) AND (((('postoperative period'/exp OR 'postoperative period') AND [embase]/lim) OR (('postoperative care'/exp OR 'postoperative care') AND [embase]/lim) OR ('postsurg\*' AND [embase]/lim))) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random\*:de,ab,ti OR factorial\*:de,ab,ti OR crossover\*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over\*):de,ab,ti) OR placebo\*:de,ab,ti OR ((doubl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR ((singl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR assign\*:de,ab,ti OR allocat\*:de,ab,ti OR volunteer\*:de,ab,ti)

Total: 265 referências

Data do acesso: 02/08/2017

## 2) Seleção das Evidências

A busca das evidências na base MEDLINE (via PubMed) e Embase resultou em 402 referências (137 MEDLINE e 265 no EMBASE). Destas, 33 foram excluídas por estarem duplicadas. Trezentos e sessenta e nove referências foram triadas por meio da leitura de título e resumos, das quais 18 tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade e 15 publicações foram excluídas: seis por não incluírem glioma grau II (não especificado no título/resumo); cinco por não apresentarem resultados separados para glioma grau II; um por não se tratar de um ensaio clínico randomizado; um por não se tratar de tratamento pós-operatório; um por não relatar os graus de

glioma dos pacientes incluídos; um por se tratar de revisão sistemática de estudos observacionais. Nove estudos foram identificados por meio da leitura das referências de outros estudos (5, 82, 83, 87, 88, 208-211). Por fim, doze estudos foram incluídos (5, 82, 83, 87-90, 208-212).

### **3) Descrição dos Estudos e seus Resultados**

A descrição sumária dos estudos encontra-se dividida em cinco seções, de acordo com cada comparação realizada nos estudos: comparação 1: Radioterapia versus Temozolomida (1,2) (Tabelas 64-68); comparação 2: Radioterapia versus Radioterapia + PCV (procarbazina, lomustina e vincristina) (3-5) (Tabelas 68-71); comparação 3: Radioterapia versus Radioterapia + Lomustina (6) (Tabelas 72-75); comparação 4: Radioterapia em dose alta versus Radioterapia em dose baixa (7-10) (Tabelas 76-79); e comparação 5: Radioterapia precoce versus Tratamento da progressão da doença (11,12) (Tabelas 80-83).

### 3.1) Comparação 1: Radioterapia versus Temozolomida

**Tabela 64 – Características dos estudos**

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do Comparador	Risco de viés
Baumert <i>et al.</i> 2016 (1); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (2)	EORTC 22033-26033: Ensaio clínico randomizado, multicêntrico (78 centros em 19 países)	Avaliar os efeitos da quimioterapia com temozolomida, comparado à radioterapia, na sobrevida e segurança (Baumert <i>et al.</i> 2016) e na qualidade de vida e função cognitiva (Reijneveld <i>et al.</i> 2016) em pacientes com glioma grau II de alto risco	477 pacientes com gliomas grau II, idade $\geq$ 40 anos	Grupo TMZ: Temozolomida oral 75 mg/m <sup>2</sup> por 21 dias, repetidos a cada 28 dias (1 ciclo) por até 12 ciclos ou até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Antieméticos foram administrados de acordo com a avaliação de cada centro	Grupo RT: Radioterapia: dose total de 50,4 Gy em 28 sessões fracionadas de 1,8 Gy cada, 5 dias por semana durante 5 à 6 semanas	Baixo

Fonte: Autoria própria.

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; TMZ: temozolomida; RT: radioterapia.

**Tabela 65 – Características dos pacientes**

Autor, ano	Tamanho amostral (n)		Idade (anos), mediana		Sexo masculino, (n (%))		Tempo de seguimento para sobreviventes
	TMZ	RT	TMZ	RT	TMZ	RT	
Baumert <i>et al.</i> 2016 (1); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (2)	237	240	45 (IQR 37 – 53)	43 (IQR 36 – 52)	137 (58%)	138 (58%)	Mediana: 4,0 anos (IQR 31 – 56)

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; RT: radioterapia; IQR: intervalo interquartil.

Tabela 66 – Desfechos de eficácia

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Qualidade de vida <sup>a</sup>	Função cognitiva
Baumert <i>et al.</i> 2016 (1); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (2)	Baumert <i>et al.</i> 2016 Os autores reportam que não foi possível realizar análises significativas de SG	<p>Baumert <i>et al.</i> 2016 TMZ: 39 meses (IC95% 35; 44) RT: 46 meses (IC95% 40; 56) HR: 1,16 (IC95% 0,92; 1,50), p=0,22</p> <p>- Resultados por subtipo molecular: - Mediana da SLP, em meses (IC95%): Todos (n=318): TMZ: 40,48 (35,25; 46,95); RT: 50,99 (39,79; 61,63) IDHmt/codel (n=104): TMZ: 55,03 (37,95; não alcançado); RT: 61,63 (42,32; não alcançado) IDHmt/non-codel (n=165): TMZ: 36,01 (28,42; 46,95); RT: 55,36 (47,87; 65,87) IDHwt (n=49): TMZ: 23,69 (5,55; 42,25); RT: 19,09 (11,27; 25,69)</p> <p>- Taxa de SLP em 5 anos, em % (IC95%): Todos (n=318): TMZ: 28,92 (19,78; 38,69); RT: 40,18 (29,94; 50,19) IDHmt/codel (n=104): TMZ: 47,39 (30,71; 62,35); RT: 58,49 (39,43; 73,41) IDHmt/non-codel (n=165): TMZ: 19,43 (8,87; 33,00); RT: 42,50 (27,38; 56,83) IDHwt (n=49): TMZ: 17,78 (3,69; 40,48); RT: 0 (0,00; 0,00)</p> <p>- HR da SLP, para TMZ vs. RT (IC95%): Todos (n=318): 1,18 (0,87; 1,60) IDHmt/codel (n=104): 1,04 (0,56; 1,93) IDHmt/non-codel (n=165): 1,86 (1,21; 2,87) IDHwt (n=49): 0,67 (0,34; 1,32)</p>	<p>Reijneveld <i>et al.</i> 2016 - Qualidade de vida relacionada à saúde, média ± desvio padrão: Basal (n<sub>TMZ</sub>=217, n<sub>RT</sub>= 214): TMZ: 69,1 ± 1,42; RT: 68,4 ± 1,42 Δ: 0,7 (IC95% -3,3; 4,6), p=0,74 3 meses (n<sub>TMZ</sub>=196, n<sub>RT</sub>= 173): TMZ: 68,6 ± 1,47; RT: 61,9 ± 1,54 Δ: 6,7 (IC95% 2,5; 10,9), p=0,0017 6 meses (n<sub>TMZ</sub>=182, n<sub>RT</sub>= 158): TMZ: 68,7 ± 1,5; RT: 70,5 ± 1,62 Δ: -1,8 (IC95% 6,1; 2,5), p=0,42 9 meses (n<sub>TMZ</sub>=162, n<sub>RT</sub>= 146): TMZ: 71,5 ± 1,57; RT: 71 ± 1,65 Δ: 0,5 (IC95% -4,0; 4,9), p=0,83 12 meses (n<sub>TMZ</sub>=154, n<sub>RT</sub>= 136): TMZ: 70 ± 1,61; RT: 73 ± 1,7 Δ: -3,0 (IC95% -7,6; 1,6), p=0,20 15 meses (n<sub>TMZ</sub>=139, n<sub>RT</sub>= 120): TMZ: 69,9 ± 1,67; RT: 70,9 ± 1,74 Δ: -1,0 (IC95% -5,7; 3,8), p=0,69 18 meses (n<sub>TMZ</sub>=121, n<sub>RT</sub>= 121): TMZ: 71,6 ± 1,75; RT: 70,3 ± 1,77 Δ: 1,3 (IC95% -3,5; 6,2), p=0,59 21 meses (n<sub>TMZ</sub>=104, n<sub>RT</sub>= 112): TMZ: 71,6 ± 1,84; RT: 70,8 ± 1,83 Δ: 0,8 (IC95% -4,3; 5,9), p=0,76 24 meses (n<sub>TMZ</sub>=105, n<sub>RT</sub>= 100): TMZ: 72,4 ± 1,86; RT: 73,3 ± 1,89 Δ: -0,9 (IC95% -6,1; 4,3), p=0,73 27 meses (n<sub>TMZ</sub>=90, n<sub>RT</sub>= 86): TMZ: 69,6 ± 1,93; RT: 68,8 ± 2,02 Δ: 0,8 (IC95% -4,7; 6,3), p=0,78 30 meses (n<sub>TMZ</sub>=88, n<sub>RT</sub>= 83): TMZ: 68,4 ± 1,95; RT: 72 ± 1,97 Δ: -3,6 (IC95% -9,0; 1,8), p=0,20 33 meses (n<sub>TMZ</sub>=79, n<sub>RT</sub>= 73): TMZ: 70,2 ± 2,08; RT: 70,1 ± 2,09 Δ: 0,1 (IC95% -5,7; 5,9), p=0,96 36 meses (n<sub>TMZ</sub>=57, n<sub>RT</sub>= 63): TMZ: 71,6 ± 2,26; RT: 71,1 ± 2,18 Δ: 0,5 (IC95% -5,6; 6,7), p=0,86</p>	<p>Reijneveld <i>et al.</i> 2016 - Escore no MMSE, média ± desvio padrão: Basal (n<sub>TMZ</sub>=236, n<sub>RT</sub>= 239): TMZ: 28,5 ± 0,15; RT: 28,5 ± 0,14 Δ: 0 (IC95% -0,4; 0,4), p&gt;0,05 3 meses (n<sub>TMZ</sub>=184, n<sub>RT</sub>= 158): TMZ: 28,7 ± 0,15; RT: 28,5 ± 0,16 Δ: 0 (IC95% -0,5; 0,6), p&gt;0,05 6 meses (n<sub>TMZ</sub>=160, n<sub>RT</sub>= 134): TMZ: 28,6 ± 0,18; RT: 28,6 ± 0,19 Δ: 0,1 (IC95% -0,4; 0,6), p&gt;0,05 9 meses (n<sub>TMZ</sub>=148, n<sub>RT</sub>= 129): TMZ: 28,8 ± 0,20; RT: 28,9 ± 0,21 Δ: 0,2 (IC95% -0,2; 0,6), p&gt;0,05 12 meses (n<sub>TMZ</sub>=137, n<sub>RT</sub>= 116): TMZ: 29,0 ± 0,15; RT: 28,7 ± 0,16 Δ: -0,1 (IC95% -0,7; 0,4), p&gt;0,05 15 meses (n<sub>TMZ</sub>=127, n<sub>RT</sub>= 115): TMZ: 28,9 ± 0,17; RT: 28,8 ± 0,18 Δ: 0,3 (IC95% -0,1; 0,7), p&gt;0,05 18 meses (n<sub>TMZ</sub>=102, n<sub>RT</sub>= 96): TMZ: 29,0 ± 0,15; RT: 28,9 ± 0,15 Δ: 0,1 (IC95% -0,3; 0,5), p&gt;0,05 21 meses (n<sub>TMZ</sub>=94, n<sub>RT</sub>= 88): TMZ: 28,9 ± 0,16; RT: 28,9 ± 0,16 Δ: 0 (IC95% -0,5; 0,4), p&gt;0,05 24 meses (n<sub>TMZ</sub>=88, n<sub>RT</sub>= 84): TMZ: 29,1 ± 0,14; RT: 28,9 ± 0,14 Δ: 0,2 (IC95% -0,2; 0,6), p&gt;0,05 27 meses (n<sub>TMZ</sub>=76, n<sub>RT</sub>= 80): TMZ: 28,9 ± 0,19; RT: 28,7 ± 0,19 Δ: 0,2 (IC95% -0,2; 0,7), p&gt;0,05 30 meses (n<sub>TMZ</sub>=73, n<sub>RT</sub>= 70): TMZ: 29,0 ± 0,16; RT: 28,7 ± 0,16 Δ: 0,2 (IC95% -0,3; 0,7), p&gt;0,05 33 meses (n<sub>TMZ</sub>=62, n<sub>RT</sub>= 58): TMZ: 29,0 ± 0,16; RT: 28,7 ± 0,16 Δ: 0,3 (IC95% -0,1; 0,7), p&gt;0,05 36 meses (n<sub>TMZ</sub>=54, n<sub>RT</sub>= 63): TMZ: 29,0 ± 0,21; RT: 28,9 ± 0,20 Δ: 0,1 (IC95% -0,4; 0,6), p&gt;0,05</p> <p>- Função cognitiva prejudicada de acordo com o MMSE, n (%): Basal (n<sub>TMZ</sub>=236, n<sub>RT</sub>= 239): TMZ: 32 (14%); RT: 32 (13%) 36 meses (n<sub>TMZ</sub>=54, n<sub>RT</sub>= 63): TMZ: 3 (6%); RT: 5 (8%)</p>

Fonte: Autoria própria.

SG: sobrevida global; SLP: sobrevida livre de progressão; TMZ: Temozolomida; RT: Radioterapia; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IDHmt/codel: mutação do gene IDH (isocitrate dehydrogenase) com codeleção cromossômica 1p19q; IDHmt/non-codel: mutação do gene IDH (isocitrate dehydrogenase) sem codeleção cromossômica 1p19q; IDHwt: gene IDH (isocitrate dehydrogenase) do tipo selvagem (wild type); Δ: média da diferença entre grupos TMZ e RT; MMSE: mini-mental state examination. <sup>a</sup> Pontuação do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, quanto maior a pontuação, melhor é a qualidade de vida do paciente.

Tabela 67 – Eventos adversos

Evento adverso	Baumert <i>et al.</i> 2016 (1); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (2)	
	TMZ	RT
Alergia/imunologia	grau 1-2: 11 (5%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0	grau 1-2: 3 (1%); grau 3: 0; grau 4: 0
Linfático	grau 1-2: 9 (4%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0
Cardiovascular	grau 1-2: 11 (5%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0	grau 1-2: 10 (4%); grau 3: 0; grau 4: 0
Vascular	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0	grau 1-2: 2 (1%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0
Dermatológico	grau 1-2: 73 (31%); grau 3: 4 (2%); grau 4: 0	grau 1-2: 112 (49%); grau 3: 0; grau 4: 0
Dor	grau 1-2: 121 (51%); grau 3: 7 (3%); grau 4: 0	grau 1-2: 107 (47%); grau 3: 6 (3%); grau 4: 0
Endócrino/ metabólico	grau 1-2: 12 (5%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 9 (4%); grau 3: 0; grau 4: 0
Metabólico	grau 1-2: 4 (2%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0
Gastrointestinal/ hepático	grau 1-2: 158 (67%); grau 3: 10 (4%); grau 4: 0	grau 1-2: 66 (29%); grau 3: 4 (2%); grau 4: 0
Hepatobiliar	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 2 (1%); grau 4: 0
Leucopenia	grau 1-2: 120 (51%); grau 3: 8 (3%); grau 4: 1 (<1%)	grau 1-2: 12 (5%); grau 3: 0; grau 4: 0
Neutropenia	grau 1-2: 80 (34%); grau 3: 6 (3%); grau 4: 4 (2%)	grau 1-2: 6 (3%); grau 3: 0; grau 4: 0
Trombocitopenia	grau 1-2: 8 (3%); grau 3: 4 (2%); grau 4: 7 (3%)	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0
Anemia	grau 1-2: 58 (25%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 1 (<1%)	grau 1-2: 7 (3%); grau 3: 0; grau 4: 0
Hemorragia	grau 1-2: 8 (3%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0
Infecção	grau 1-2: 66 (28%); grau 3: 7 (3%); grau 4: 1 (<1%)	grau 1-2: 23 (10%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0
Musculoesquelético	grau 1-2: 21 (9%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0	grau 1-2: 20 (9%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0
Oftalmológica	grau 1-2: 46 (20%); grau 3: 0; grau 4: 0;	grau 1-2: 36 (16%); grau 3: 0; grau 4: 0
Renal/genitourinário	grau 1-2: 16 (7%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 4 (2%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0;
Respiratório	grau 1-2: 42 (18%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0;	grau 1-2: 13 (6%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0;
Sintomas constitucionais	grau 1-2: 159 (68%); grau 3: 15 (6%); grau 4: 1 (<1%)	grau 1-2: 141 (62%); grau 3: 8 (4%); grau 4: 0;

Continua

### Conclusão

Evento adverso	Baumert <i>et al.</i> 2016 (1); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (2)	
	TMZ	RT
Neurológico	grau 1-2: 125 (53%); grau 3: 36 (15%); grau 4: 5 (2%)	grau 1-2: 134 (59%); grau 3: 25 (11%); grau 4: 3 (1%)
Sistema reprodutivo	grau 1-2: 11 (5%); grau 3: 4 (2%); grau 4: 0;	grau 1-2: 7 (3%); grau 3: 0; grau 4: 0
Dano intra-operatório	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 2 (1%); grau 3: 0; grau 4: 0
Síndromas (gripe, sonolência)	grau 1-2: 12 (5%); grau 3: 0; grau 4: 0	grau 1-2: 3 (1%); grau 3: 0; grau 4: 0
Interrupção do tratamento	NR	NR
Óbito	2	2

Fonte: Autoria própria.

Resultados expressos em n (%). TMZ: temozolomida; RT: radioterapia; NR: não reportado.

### 3.2) Comparação 2: Radioterapia versus Radioterapia + PCV (procarbazina, lomustina e vincristina)

#### Tabela 68 – Características dos estudos

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do Comparador	Risco de viés
Buckner <i>et al.</i> 2016 (3); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (4); Shaw <i>et al.</i> 2012 (5)	RTOG 98-02: ensaio clínico randomizado, multicêntrico	Avaliar os efeitos da quimioterapia com PCV associada à radioterapia em pacientes adultos com glioma grau II na sobrevida (Buckner <i>et al.</i> 2016) e na função cognitiva (Prabhu <i>et al.</i> 2014)	251 pacientes com gliomas grau II, idade entre 18 e 39 anos com ressecção parcial ou idade >39 com ressecção total ou parcial, KPS $\geq$ 60	Grupo RT+PCV: Radioterapia: dose total de 54 Gy em 30 sessões fracionadas de 1,8 Gy cada, durante 6 semanas + quimioterapia: 6 ciclos (8 semanas cada ciclo) pós-radioterapia com procarbazina 60 mg/m <sup>2</sup> , lomustina (CCNU) 110 mg/m <sup>2</sup> e vincristina 1,4 mg/m <sup>2</sup>	Grupo RT: Radioterapia: dose total de 54 Gy em 30 sessões fracionadas de 1,8 Gy cada, durante 6 semanas	Incerto: sem cegamento

Fonte: Autoria própria.

RTOG: Radiation Therapy Oncology Group; PCV: procarbazina, lomustina e vincristina; KPS: Karnofsky performance scale; RT: radioterapia; CCNU: lomustina.



**Tabela 69 – Características dos pacientes**

Autor, ano	Tamanho amostral (n)	Idade (anos), mediana	Sexo masculino, (n (%))	Tempo de seguimento para sobreviventes			
	RT+PCV	RT	RT+PCV	RT	RT+PCV	RT	
Buckner <i>et al.</i> 2016 (3); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (4); Shaw <i>et al.</i> 2012 (5)	126	128	41 (min 18 – max 82)	40 (min 22 – max 79)	65 (52%)	77 (61%)	Mediana: 11,9 anos

Fonte: Autoria própria.

RT: radioterapia; PCV: procarbazina, lomustina e vincristina; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Tabela 70 – Desfechos de eficácia

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Desfechos secundários
Shaw et al. 2012 (curto prazo)	RT+PCV: não alcançado (mais de 8,5 anos) RT: 7,5 anos (IC95% 6,0; não alcançado)	Shaw et al. 2012 (curto prazo) RT+PCV: não alcançado (mais de 6,1 anos) RT: 4,4 anos (IC95% 3,6; 5,9)	Shaw et al. 2012 (curto prazo) HR para óbito: 0,52 (IC95% 0,30; 0,91), p=0,02 HR para progressão: 0,45 (IC95% 0,29; 0,70), p<0,001
	- Taxa de SG em 2 anos: RT+PCV: 85% RT: 87% - Taxa de SG em 5 anos: RT+PCV: 72% RT: 63% HR: 0,72 (IC95% 0,47; 1,10), p=0,33	- Taxa de SG em 2 anos: RT+PCV: 74% RT: 75% - Taxa de SG em 5 anos: RT+PCV: 63% RT: 46% HR: 0,60 (IC95% 0,41; 0,86), p=0,005	
Buckner et al. 2016 (3); Prabhu et al. 2014 (4); Shaw et al. 2012 (5)	Probabilidade de SG por mais 3 anos, após 2 anos do início do estudo e exclusão dos casos de óbito: RT+PCV: 84% RT: 72% Probabilidade de SG por mais 3 anos, após 2 anos do início do estudo e exclusão dos casos de óbito: RT+PCV: 74% RT: 59% HR: 0,52 (IC95% 0,30; 0,90), p=0,02	Probabilidade de SG por mais 3 anos, após 2 anos do início do estudo e exclusão dos casos de óbito: RT+PCV: 74% RT: 52% Probabilidade de SG por mais 3 anos, após 2 anos do início do estudo e exclusão dos casos de óbito: RT+PCV: 66% RT: 37% HR: 0,44 (IC95% 0,28; 0,69), p<0,001	Prabhu et al. 2014 - Alterações na função cognitiva de acordo com o MMSE, n (%): 1 ano de seguimento: RT+PCV (n=51): Declínio: 2 (4%); Sem alteração: 44 (86%); Ganho: 5 (10%) RT (n=74): Declínio: 5 (7%); Sem alteração: 66 (89%); Ganho: 3 (4%) p=0,99 2 anos de seguimento: RT+PCV (n=50): Declínio: 0 (0%); Sem alteração: 43 (86%); Ganho: 7 (14%) RT (n=60): Declínio: 1 (2%); Sem alteração: 58 (97%); Ganho: 1 (2%) p=0,50 3 anos de seguimento: RT+PCV (n=43): Declínio: 0 (0%); Sem alteração: 38 (88%); Ganho: 5 (12%) RT (n=48): Declínio: 1 (2%); Sem alteração: 45 (94%); Ganho: 2 (4%) p=0,50 5 anos de seguimento: RT+PCV (n=25): Declínio: 2 (8%); Sem alteração: 20 (80%); Ganho: 3 (12%) RT (n=22): Declínio: 0 (0%); Sem alteração: 21 (96%); Ganho: 1 (5%) p=0,99
	Buckner et al. 2016 (longo prazo) RT+PCV: 13,3 anos (IC95% 10,6; não alcançado) RT: 7,8 anos (IC95% 6,1; 9,8) HR: 0,59 (IC95% 0,42; 0,83), p=0,003	Buckner et al. 2016 (longo prazo) RT+PCV: 10,4 anos (IC95% 6,1; não alcançado) RT: 4,0 anos (IC95% 3,1; 5,5) HR: 0,50 (IC95% 0,36; 0,68), p<0,001	
	- Taxa de SG em 5 anos: RT+PCV: 72% (IC95% 64; 80) RT: 63% (IC95% 55; 72) - Taxa de SG em 10 anos: RT+PCV: 60% (IC95% 51; 69) RT: 40% (IC95% 31; 49)	- Taxa de SLP em 5 anos: RT+PCV: 61% (IC95% 53; 70) RT: 44% (IC95% 35; 53) - Taxa de SLP em 10 anos: RT+PCV: 51% (IC95% 42; 59) RT: 21% (IC95% 14; 28)	
	- Oligodendroglioma grau 2: HR para RT+PCV: 0,43 (IC95% 0,23; 0,82), p=0,009 - Oligoastrocitoma grau 2: HR para RT+PCV: 0,56 (IC95% 0,32; 1,00), p=0,05 - Astrocitoma grau 2: HR para RT+PCV: 0,73 (IC95% 0,40; 1,34), p=0,31 - Mutação no gene IDH1 R132H: HR para RT+PCV: 0,42 (IC95% 0,20; 0,86), p=0,02	- Oligodendroglioma grau 2: HR para RT+PCV: 0,36 (IC95% 0,21; 0,62), p<0,001 - Oligoastrocitoma grau 2: HR para RT+PCV: 0,52 (IC95% 0,30; 0,89), p=0,02 - Astrocitoma grau 2: HR para RT+PCV: 0,58 (IC95% 0,33; 1,03), p=0,06 - Mutação no gene IDH1 R132H: HR para RT+PCV: 0,32 (IC95% 0,17; 0,62), p<0,001	

Fonte: Autoria própria.

SG: sobrevida global; SLP: sobrevida livre de progressão; RT: radioterapia; PCV: procarbazona, lomustina e vincristina; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; MMSE: mini-mental state examination.

Tabela 71 – Eventos adversos

Evento adverso	Buckner <i>et al.</i> 2016 (3); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (4); Shaw <i>et al.</i> 2012 (5)	
	RT + PCV	RT
Anorexia	grau 1-2: 31 (24%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 9 (7%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Constipação	grau 1-2: 29 (23%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 3 (2%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Náusea	grau 1-2: 75 (60%); grau 3: 3 (2%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 24 (19%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0; grau 5: 0
Vômito	grau 1-2: 37 (29%); grau 3: 4 (3%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 5 (3%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0; grau 5: 0
Aumento de ALT	grau 1-2: 12 (9%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 1 (<1%); grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Aumento de AST	grau 1-2: 12 (9%); grau 3: 0; grau 4: 1 (<1%); grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Neutropenia	grau 1-2: 18 (14%); grau 3: 44 (35%); grau 4: 11 (8%); grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 1 (<1%) ; grau 4: 0; grau 5: 0
Neutropenia febril	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Linfocitopenia	grau 1-2: 3 (2%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Hemoglobina reduzida	grau 1-2: 43 (34%); grau 3: 5 (4%); grau 4: 1 (<1%); grau 5: 0	grau 1-2: 2 (1%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Necessidade de transfusão de eritrócitos	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Trombocitopenia	grau 1-2: 32 (25%); grau 3: 23 (18%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 2 (1%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Necessidade de transfusão de plaquetas	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 1 (<1%); grau 5: 0	grau 1-2: 0; grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Infecção	grau 1-2: 26 (20%); grau 3: 2 (1%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 1 (<1%); grau 3: 0; grau 4: 0; grau 5: 0
Fadiga	grau 1-2: 72 (57%); grau 3: 7 (5%); grau 4: 1 (<1%) ; grau 5: 0	grau 1-2: 62 (49%); grau 3: 3 (2%); grau 4: 1 (<1%) ; grau 5: 0
Perda de peso	grau 1-2: 24 (19%); grau 3: 4 (3%); grau 4: 0; grau 5: 0	grau 1-2: 8 (6%); grau 3: 1 (<1%); grau 4: 0; grau 5: 0
Interrupção do tratamento	NR	NR
Óbito	0	0

Fonte: Autoria própria.

Resultados expressos em n (%). RT: radioterapia; PCV: procarbazina, lomustina e vincristina; NR: não reportado.

### 3.3) Comparação 3: Radioterapia versus Radioterapia + Lomustina

**Tabela 72 – Características dos estudos**

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do Comparador	Risco de viés
Eyre <i>et al.</i> 1993 (6)	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico	Avaliar o efeito da adição de lomustina (CCNU) à radioterapia no tempo de sobrevida mediana de pacientes com glioma de grau baixo	54 pacientes com glioma grau I ou II, com ressecção cirúrgica incompleta	Grupo RT+CCNU: Radioterapia + quimioterapia com lomustina (CCNU) até 6 semanas após a cirurgia: dose total de 55 Gy dividida em 32 frações, administradas em 5 dias por semana durante 7 semanas. Quimioterapia com lomustina 100 mg/m <sup>2</sup> a cada 6 semanas, iniciado 2 dias antes da radioterapia. A dose foi ajustada posteriormente para cada paciente.	Grupo RT: Radioterapia até 6 semanas após a cirurgia: dose total de 55 Gy dividida em 32 frações, administradas em 5 dias por semana durante 7 semanas	Alto (Não relata método de randomização, não relata sigilo de alocação, sem cegamento)

Fonte: Autoria própria.  
CCNU: lomustina; RT: radioterapia.

**Tabela 73 – Características dos pacientes**

Autor, ano	Tamanho amostral (n)		Idade (anos), mediana		Sexo masculino, (n (%))		Tempo de seguimento para sobreviventes
	RT+CCNU	RT	RT+CCNU	RT	RT+CCNU	RT	
Eyre <i>et al.</i> 1993 (6)	35	19	39 (min 17 – max 72)	36 (min 22 – max 73)	15 (43%)	13 (68%)	Até óbito do paciente

Fonte: Autoria própria.  
CCNU: lomustina; RT: radioterapia; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Tabela 74 – Desfechos de eficácia

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)
Eyre <i>et al.</i> 1993 (6)	RT+CCNU: 7,4 anos RT: 4,5 anos  - Resultados por faixa etária (mediana): <30 anos: >8 anos Entre 30 e 50: 5,5 anos >50 anos: 1,6 anos p=0,001  - Taxa de remissão: RT+CCNU: 54% RT: 79%	NR

Fonte: Autoria própria.

RT: Radioterapia; CCNU: lomustina; HR: hazard ratio; NR: não reportado.

Tabela 75 – Eventos adversos

Evento adverso	Eyre <i>et al.</i> 1993 (6)	
	RT+CCNU	RT
Gastrointestinal/hepático	grau 1-2: 14 (41%); grau 3-4: 1 (3%)	grau 1-2: 3 (17%); grau 3-4: 0
Hematológico	grau 1-2: 20 (59%); grau 3-4: 4 (12%)	grau 1-2: 3 (17%); grau 3-4: 0
Infecção	grau 1-2: 1 (3%); grau 3-4: 0	grau 1-2: 1 (6%); grau 3-4: 0
Perda de peso	grau 1-2: 1 (3%); grau 3-4: 1 (3%)	grau 1-2: 0; grau 3-4: 0
Alopecia	grau 1-2: 33 (97%); grau 3-4: 0	grau 1-2: 15 (83%); grau 3-4: 2 (11%)
Interrupção do tratamento	NR	NR
Óbito	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

Resultados expressos em n (%). RT: Radioterapia; CCNU: lomustina; NR: não reportado.

### 3.4) Comparação 4: Radioterapia em dose alta versus Radioterapia em dose baixa

**Tabela 76 – Características dos estudos**

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do Comparador	Risco de viés
Brown <i>et al.</i> 2003 (7) Shaw <i>et al.</i> 2002 (8)	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia e segurança (Shaw <i>et al.</i> , 2002) e os efeitos na função cognitiva (Brown <i>et al.</i> , 2003) da radioterapia em dose baixa versus radioterapia em dose alta, em pacientes adultos com glioma de grau baixo	211 pacientes com gliomas grau II, idade > 18 anos	Grupo RT dose alta (64,8Gy): Radioterapia: dose total de 64,8 Gy em 36 sessões fracionadas	Grupo RT dose baixa (50,4Gy): Radioterapia: dose total de 50,4 Gy em 28 sessões fracionadas	Alto: não relata método de randomização, não relata sigilo de alocação, sem cegamento
Kiebert <i>et al.</i> 1998 (9); Karim <i>et al.</i> 1996 (10)	EORTC 22844: ensaio clínico randomizado, multicêntrico (27 centros)	Avaliar dose-resposta de duas doses diferentes de radioterapia pós-operatória	379 pacientes com glioma grau baixo KPS $\geq$ 60, sem doenças graves cardiovasculares, renais ou hepáticas	Grupo RT dose alta (59,4Gy): Radioterapia até 8 semanas após a cirurgia: dose total de 59,4 Gy dividida em 33 frações durante 6,6 semanas	Grupo RT dose baixa (45Gy): Radioterapia até 8 semanas após a cirurgia: dose total de 45 Gy dividida em 25 frações durante 5 semanas	Baixo

Fonte: Autoria própria.

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; RT: radioterapia; KPS: Karnofsky performance scale.

**Tabela 77 – Características dos pacientes**

Autor, ano	Tamanho amostral (n)		Idade (anos), mediana		Sexo masculino, (n (%))		Tempo de seguimento para sobreviventes
	RT dose alta	RT dose baixa	RT dose alta	RT dose baixa	RT dose alta	RT dose baixa	
Brown <i>et al.</i> 2003 (7); Shaw <i>et al.</i> 2002 (8)	103	108	50% < 40 anos	49% < 40 anos	60 (59%)	57 (56%)	Mediana: 7,4 anos (Brown <i>et al.</i> 2003) 6,4 anos (Shaw <i>et al.</i> 2002)
Kiebert <i>et al.</i> 1998 (9); Karim <i>et al.</i> 1996 (10)	172	171	39	38	91 (53%)	105 (61%)	Mediana: 6,2 anos

Fonte: Autoria própria.

RT: radioterapia.

Tabela 78 – Desfechos de eficácia

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Qualidade de vida	Função cognitiva
Brown <i>et al.</i> 2003 (7); Shaw <i>et al.</i> 2002 (8)	8,4 anos (Brown <i>et al.</i> , 2003) 9,25 anos (Shaw <i>et al.</i> , 2002)  - Taxa de SG em 2 anos: RT64,8Gy: 85% (IC95% 78; 92) RT50,4Gy: 94% (IC95% 90; 99) - Taxa de SG em 5 anos: RT64,8Gy: 65% (IC95% 56; 75) RT50,4Gy: 72% (IC95% 63; 81) p=0,48	5,5 anos (Brown <i>et al.</i> , 2003) 5,5 anos (Shaw <i>et al.</i> , 2002)  - Taxa de SLP em 2 anos: RT64,8Gy: 74% (IC95% 66; 83) RT50,4Gy: 83% (IC95% 76; 91) - Taxa de SLP em 5 anos: RT64,8Gy: 52% (IC95% 43; 64) RT50,4Gy: 55% (IC95% 46; 66) p=0,65	NR	Brown <i>et al.</i> 2003 - Pontuação no MMSE: - Após 1 ano de seguimento: Redução significativa (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 6 pacientes de 43 vivos RT50,4Gy: 4 pacientes de 54 vivos Pontuação estável: RT64,8Gy: 33 pacientes de 43 vivos RT50,4Gy: 46 pacientes de 54 vivos Aumento significativo (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 4 pacientes de 43 vivos RT50,4Gy: 4 pacientes de 54 vivos - Após 2 anos de seguimento: Redução significativa (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 1 paciente de 25 vivos RT50,4Gy: 3 pacientes de 40 vivos Pontuação estável: RT64,8Gy: 23 pacientes de 25 vivos RT50,4Gy: 35 pacientes de 40 vivos Aumento significativo (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 1 pacientes de 25 vivos RT50,4Gy: 2 pacientes de 40 vivos - Após 5 anos de seguimento: Redução significativa (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 0 de 21 vivos RT50,4Gy: 2 pacientes de 17 vivos Pontuação estável: RT64,8Gy: 19 pacientes de 21 vivos RT50,4Gy: 15 pacientes de 17 vivos Aumento significativo (3 ou mais pontos): RT64,8Gy: 2 pacientes de 21 vivos RT50,4Gy: 0 de 17 vivos

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)	Qualidade de vida	Função cognitiva
Kiebert <i>et al.</i> 1998 (9); Karim <i>et al.</i> 1996 (10)	p=0,73	Karim <i>et al.</i> , 1996 Taxa de SLP em 5 anos: RT45Gy: 47% de 37 pacientes RT59,4Gy: 50% de 35 pacientes p=0,94	Kiebert <i>et al.</i> , 1998 180 participantes (47% da amostra) completaram ao menos uma pergunta do questionário de qualidade de vida  Qualidade de vida dividido por domínios (valor de p da comparação entre os grupos): Funcionamento físico: Imediatamente após RT: p=0,067 7-15 meses após RT: p=0,086 Tempo de lazer: Imediatamente após RT: p=0,288 7-15 meses após RT: p=0,017 Memória e concentração: Imediatamente após RT: p=0,143 7-15 meses após RT: p=0,521 Interação social: Imediatamente após RT: p=0,139 7-15 meses após RT: p=0,101 Funcionamento sexual: Imediatamente após RT: p=0,129 7-15 meses após RT: p=0,124 Funcionamento emocional: Imediatamente após RT: p=0,385 7-15 meses após RT: p=0,009 Bem-estar geral: Imediatamente após RT: p=0,183 7-15 meses após RT: p=0,061 Fadiga/mal-estar: Imediatamente após RT: p=0,031 7-15 meses após RT: p=0,419 Problemas de sono: Imediatamente após a RT: RT45Gy: 81%; RT59,4Gy: 64%; p=0,05	NR

Fonte: Autoria própria.

RT: radioterapia; SG: sobrevida global; SLP: sobrevida livre de progressão; MMSE: mini-mental state examination.



Tabela 79 – Eventos adversos

Evento adverso	Brown et al. 2003 (7); Shaw et al. 2002 (8)	Kiebert et al. 1998 (9); Karim et al. 1996 (10)	
	Todos	RT45Gy	RT59,4Gy
Dermatite	grau 1-2: 65 (31%)	NR	NR
Náusea	grau 1-2: 6 (3%)	NR	NR
Letargia	grau 1-2: 14 (7%)	NR	NR
Neurológico não especificado	grau 1-2: 6 (3%)	NR	NR
Alopecia	grau 1-2: 50 (24%)	NR	NR
Otite	grau 1-2: 12 (6%)	NR	NR
Toxicidade grau 3 ou maior	grau 3-4-5: 27 (13%)	NR	NR
Cefaleia	NR	leve: 48 (28%); moderado: 24 (14%); grave: 7 (4%)	leve: 50 (29%); moderado: 20 (12%); grave: 3 (2%)
Epilepsia	NR	leve: 55 (32%); moderado: 26 (15%); grave: 15 (9%)	leve: 45 (26%); moderado: 36 (21%); grave: 7 (4%)
Distúrbio psíquico	NR	leve: 55 (32%); moderado: 22 (13%); grave: 7 (4%)	leve: 41 (24%); moderado: 28 (16%); grave: 11 (6%)
Distúrbio motor	NR	leve: 39 (22%); moderado: 20 (11%); grave: 11 (6%)	leve: 36 (21%); moderado: 23 (13%); grave: 11 (6%)
Déficit sensorial	NR	leve: 25 (14%); moderado: 4 (2%); grave: 2 (1%)	leve: 18 (11%); moderado: 7 (4%); grave: 1 (1%)
Afasia	NR	leve: 23 (13%); moderado: 10 (6%); grave: 4 (2%)	leve: 20 (12%); moderado: 13 (8%); grave: 3 (2%)
Anormalidade do nervo craniano	NR	leve: 19 (11%); moderado: 4 (2%); grave: 1 (1%)	leve: 14 (8%); moderado: 9 (5%); grave: 0 (0%)
Interrupção do tratamento	NR	0	9
Óbito	NR	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

Resultados expressos em n (%). RT: radioterapia; NR: não reportado.

### 3.5) Comparação 5: Radioterapia precoce versus Tratamento da progressão da doença

**Tabela 80 – Características dos estudos**

Autor, ano	Desenho do estudo	Objetivo do estudo	População	Detalhes da intervenção	Detalhes do Comparador	Risco de viés
van den Bent <i>et al.</i> 2005 (11); Karim <i>et al.</i> 2002 (12)	EORTC 22845: Ensaio clínico randomizado, multicêntrico (24 centros na Europa)	Comparar a eficácia do tratamento pós-operatório de radioterapia precoce versus abordagem conservadora (tratamento na progressão da doença)	311 pacientes com glioma grau II KPS $\geq$ 60, sem outras doenças sistêmicas significantes	Grupo RT precoce: Radioterapia até 8 semanas após a cirurgia: dose total de 54 Gy, sendo 5 sessões fracionadas de 1,8 Gy por semana, durante 6 semanas	Grupo Tto tardio: Tratamento na progressão da doença: combinação de cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia	Incerto: apresenta desvio de alocação de intervenção (3 participantes foram alocados no grupo controle mas receberam a intervenção, sem citar os motivos)

Fonte: Autoria própria.

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; KPS: Karnofsky performance scale; RT: radioterapia TMZ: temozolomida.

**Tabela 81 – Características dos pacientes**

Autor, ano	Tamanho amostral (n)		Idade (anos), mediana		Sexo masculino, (n (%))		Tempo de seguimento para sobreviventes
	RT precoce	Tto tardio	RT precoce	Tto tardio	RT precoce	Tto tardio	
van den Bent <i>et al.</i> 2005 (11); Karim <i>et al.</i> 2002 (12)	154	157	36,5 (min 15 – max 69)	41,0 (min 17 – max 68)	91 (59%)	100 (64%)	Mediana: 7,8 anos

Fonte: Autoria própria.

RT: radioterapia; Tto: tratamento; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Tabela 82 – Desfechos de eficácia

Autor, ano	Sobrevida global (SG)	Sobrevida livre de progressão (SLP)
van den Bent <i>et al.</i> 2005 (11); Karim <i>et al.</i> 2002 (12)	<p>Karim <i>et al.</i>, 2002 (12) RR para SG: 1,15 (IC95% 0,67; 1,74), p=0,49</p> <p>Taxa de SG em 5 anos: RT precoce: 63% Tto tardio: 66%</p> <p>van den Bent <i>et al.</i>, 2005(11) RT precoce: 7,2 anos (IC95% 6,4; 8,6) Tto tardio: 7,4 anos (IC95% 6,1; 8,9) HR: 0,97 (IC95% 0,71; 1,34), p=0,872</p> <p>Taxa de SG em 5 anos: RT precoce: 68,4% (IC95% 60,7; 76,2) Tto tardio: 65,7% (IC95% 57,8; 73,5)</p>	<p>Karim <i>et al.</i> 2002 (12) RT precoce: 4,8 anos Tto tardio: 3,4 anos RR para SG: 0,68 (IC95% 0,50; 0,94), p=0,02</p> <p>Taxa de SG em 5 anos: RT precoce: 44% Tto tardio: 37%</p> <p>van den Bent <i>et al.</i>, 2005(11) RT precoce: 5,3 anos (IC95% 4,6; 6,3) Tto tardio: 3,4 anos (IC95% 2,9; 4,4) HR: 0,59 (IC95% 0,45; 0,77), p&lt;0,0001</p> <p>Taxa de SLP em 5 anos: RT precoce: 55,0% (IC95% 46,7; 63,3) Tto tardio: 34,6% (IC95% 26,7; 42,5)</p>

Fonte: Autoria própria.

RR: risco relativo; SG: sobrevida global; SLP: sobrevida livre de progressão; RT: Radioterapia; Tto: tratamento; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; NR: não reportado.

Tabela 83 – Eventos adversos

Classificação dos eventos adversos em sistemas orgânicos	van den Bent <i>et al.</i> 2005 (11); Karim <i>et al.</i> 2002 (12)	
	RT precoce	Tto tardio
Eritema	grau 1: 34%; grau 2: 6%; grau 3: 1%; grau 4: 1%	NR
Otite	grau 1: 5%; grau 2: 1%; grau 3: 0%	NR
Vômito	grau 1: 8%; grau 2: 1%; grau 3: 0%	NR
Cefaleia	grau 1: 25%; grau 2: 8%; grau 3: 1%	NR
Alopecia	< 10%	NR
Interrupção do tratamento	6	0
Óbito	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

Legenda: Resultados expressos em número absoluto. RT: Radioterapia; Tto: tratamento; NR: não reportado.

**Questão de Pesquisa 10:** Qual a melhor duração de adjuvância com quimioterapia para glioma grau II (6 meses x 12 meses)?

## 1) Estratégias de busca

### MEDLINE via Pubmed:

(((((low-grade glioma OR WHO grade 2 glioma\* OR Diffuse astrocytomas OR Pilocytic astrocytomas OR Oligodendrogliomas OR Gangliogliomas OR Mixed gliomas OR grade II glioma\* OR grade II astrocytoma\*))) AND (“Chemotherapy, Adjuvant”[Mesh] OR Adjuvant Chemotherapy))) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[-tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

Data de acesso: 16/08/2017

Total: 343 referências

### EMBASE

(‘grade ii glioma’ OR ‘low-grade glioma’/exp OR ‘low-grade glioma’ OR ‘diffuse astrocytoma’/exp OR ‘diffuse astrocytoma’ OR ‘pilocytic astrocytoma’/exp OR ‘pilocytic astrocytoma’ OR ‘oligodendroglioma’/exp OR ‘oligodendroglioma’ OR ‘ganglioglioma’/exp OR ‘ganglioglioma’ OR ‘mixed glioma’ OR ‘grade ii astrocytoma’) AND ((‘cancer adjuvant therapy’/exp OR ‘cancer adjuvant therapy’ OR ‘adjuvant chemotherapy’/exp OR ‘adjuvant chemotherapy’ OR ‘adjuvant chemoradiotherapy’/exp OR ‘adjuvant chemoradiotherapy’) AND [embase]/lim) AND ((‘crossover procedure’:de OR ‘double-blind procedure’:de OR ‘randomized controlled trial’:de OR ‘single-blind procedure’:de OR random\*:de,ab,ti OR factorial\*:de,ab,ti OR crossover\*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over\*):de,ab,ti) OR placebo\*:de,ab,ti OR ((doubl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR ((singl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR assign\*:de,ab,ti OR allocat\*:de,ab,ti OR volunteer\*:de,ab,ti) AND [embase]/lim)

Data de acesso: 16/08/2017

Total: 367 referências

## 2) Seleção das evidências

Somente foram selecionados ensaios clínicos randomizados que comparassem os esquemas de tratamento (em monoterapia ou associados) temozolomida; procarbazina, lomustina e vincristina (PCV) e radioterapia. Para gliomas grau II (oligoastrocitoma, astrocitoma grau II e oligodendroglioma), apenas foram identificados estudos que utilizavam 12 ciclos de 28 dias para a quimioterapia.

Foram encontradas 710 referências por meio das estratégias de busca acima. Após a retirada de 92 duplicatas, 618 referências foram avaliadas pela leitura de títulos e resumos. Dessas, 4 foram selecionadas para a leitura na íntegra. Duas referências foram excluídas, por avaliarem conjuntamente outros graus de glioma, que não o II, restando assim dois ensaios clínicos randomizados (88, 89). Ademais, foram incluídos, manualmente, mais três ensaios clínicos randomizados (5, 87, 90). Sendo assim, temos três ECR que compõem o grande estudo RTOG-9802(87-89) (PCV + radioterapia vs. radioterapia) e outros dois ECR que compõem o estudo EORTC 22033-26033 (5, 90) (radioterapia vs. temozolomida).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

As Tabelas 84-87 apresentam as características do estudo, dados basais e resultados de eficácia e segurança para a comparação entre PCV + radioterapia vs. radioterapia. As Tabelas 88-91 exibem o mesmo conteúdo, porém para a comparação radioterapia vs. temozolomida.

## 1 Radioterapia + PCV vs. Radioterapia

**Tabela 84 – Característica dos estudos incluídos para a questão 10 do PCDT de gliomas, para a comparação PCV + Radio vs. Radio**

Autor, ano	Desenho de estudo	População	Objetivo	Intervenção	Comparador	Duração da adjuvância	Risco de viés
Buckner <i>et al.</i> 2016 (87); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (88); Shaw <i>et al.</i> 2012 (89)	ECR	Pacientes adultos, escore de Karnofsky > 60, apresentando astrocitoma grau II, oligoastrocitoma e oligodendroglioma	Avaliar os resultados de sobrevida e segurança, a curto prazo (Shaw <i>et al.</i> 2012), longo prazo (Buckner <i>et al.</i> 2016), da Radio vs. radio + quimioterapia e a função cognitiva (Prabhu <i>et al.</i> 2014)	Radio 54 Gy (6 semanas) + PCV (procarbazina 60 mg/m <sup>2</sup> ; CCNU 110 mg/m <sup>2</sup> ; e vincristina 1,4 mg/m <sup>2</sup> )	Radio 54 Gy (6 semanas)	6 ciclos de 8 semanas cada (12 meses de adjuvância)	Incerto (O protocolo não descreve, detalhadamente, o meio do sigilo de alocação, nem randomização; Desfechos incompletos (mITT))

Fonte: Autoria própria.

ECR: Ensaio clínico randomizado; Radio: radioterapia; PCV: procarbazina + lomustina + vincristina; mITT: modified Intention-to-Treat.

**Tabela 85 – Características basais dos estudos incluídos para a comparação PCV + Radio vs. Radio**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Sexo masc., n (%) intervenção	Sexo masc., n (%) comparador	Idade, mediana (variação) anos - intervenção	Idade, mediana (variação) anos - comparador	Seguimento, mediana (anos)
Buckner <i>et al.</i> 2016 (87); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (88); Shaw <i>et al.</i> 2012 (89)	125	126	65 (52)	77 (61)	41 (18; 82)	40 (22; 79)	Buckner <i>et al.</i> , 2016: 11,9 (para sobreviventes) Prabhu <i>et al.</i> , 2014: 9,7 (para sobreviventes) Shaw <i>et al.</i> , 2012: 5,9 (para sobreviventes)

Fonte: Autoria própria.

N: frequência absoluta.

Tabela 86 – Principais resultados de sobrevida, qualidade de vida e função cognitiva para a comparação PCV + Radio vs. Radio

Autor, ano	Sobrevida livre de progressão (SLP), mediana (IC95%) anos	Sobrevida global (SG)	Função cognitiva (MMSE), %
Buckner <i>et al.</i> 2016 (87); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (88); Shaw <i>et al.</i> 2012 (89)	<p><u>Curto Prazo (Shaw 2012)</u> Radio+PCV: Não alcançado Radio: 4,4 (3,6; 5,9) Taxa de SLP, % (2 anos) Radio+PCV: 74 Radio: 75 Taxa de SLP, % (5 anos) Radio+PCV: 63 Radio: 46 HR: 0,60 (0,41; 0,86), p = 0,005</p>	<p><u>Curto Prazo (Shaw 2012)</u> Radio+PCV: Não alcançado Radio: 7,5 (6,0; NR) Taxa de SG, % (2 anos) Radio+PCV: 85 Radio: 85 Taxa de SG, % (5 anos) Radio+PCV: 72 Radio: 63 HR: 0,72 (0,47; 1,10), p = 0,13</p>	<p><u>Ano 1</u> Radio: Declínio: 7 Sem mudança: 89 Ganho: 4 Radio+PCV Declínio: 4 Sem mudança: 86 Ganho: 10</p> <p><u>Ano 2</u> Radio: Declínio: 2 Sem mudança: 97 Ganho: 2 Radio+PCV Declínio: 0 Sem mudança: 86 Ganho: 14</p> <p><u>Ano 3</u> Radio: Declínio: 2 Sem mudança: 94 Ganho: 4 Radio+PCV Declínio: 0 Sem mudança: 88 Ganho: 12</p> <p><u>Ano 5</u> Radio: Declínio: 0 Sem mudança: 96 Ganho: 5 Radio+PCV Declínio: 8 Sem mudança: 80 Ganho: 12</p> <p>Variáveis influenciando no escore MMSE: Tempo: (p&lt;0,001) aumenta com tempo Boa função neurológica (p=0,01) e lateralização direita (p=0,04) estão associados com melhores resultados.</p>
	<p><u>Longo Prazo (Buckner 2016)</u> Radio+PCV: 10,4 (6,1; NR) Radio: 4,0 (3,1; 5,5) HR: 0,5 (0,36; 0,68) p&lt;0,001 Taxa de SLP, % (5 anos) Radio+PCV: 61 (53; 70) Radio: 44 (35; 53) Taxa de SLP, % (10 anos) Radio+PCV: 51 (42; 59) Radio: 21 (14; 28) SLP (por tipo histológico) <u>Oligodendroglioma grau II</u> HR: 0,36 (0,21; 0,62), p &lt; 0,001 <u>Oligoastrocitoma grau II</u> HR: 0,52 (0,30; 0,89), p = 0,02 <u>Astrocitoma grau II</u> HR: 0,58 (0,33; 1,03) p = 0,06 Mutação IDH1 R132H HR: 0,32 (0,17; 0,62) p&lt;0,001</p>	<p><u>Longo Prazo (Buckner 2016)</u> Radio+PCV: 13,3 (10,6; NR) Radio: 7,8 (6,1; 9,8) HR: 0,59 (0,42; 0,83) p=0,003 Taxa de SG, % (5 anos) Radio+PCV: 72 (64; 80) Radio: 63 (55; 72) Taxa de SG, % (10 anos) Radio+PCV: 60 (51; 69) Radio: 40 (31; 49) SG (por tipo histológico) <u>Oligodendroglioma grau II</u> HR: 0,43 (0,23; 0,82), p = 0,009 <u>Oligoastrocitoma grau II</u> HR: 0,56 (0,32; 1,0) p = 0,05 <u>Astrocitoma grau II</u> HR: 0,73 (0,40; 1,34), p = 0,31 Mutação IDH1 R132H HR: 0,42 (0,20; 0,86), p = 0,02</p>	

Fonte: Autoria própria.

MMSE: Mini-exame de estado mental; Radio: radioterapia; PCV: procarbazona + lomustina + vincristina; HR: Hazard ratio; NR: não relatado/não alcançado; SLP: Sobrevida livre de progressão; SG: Sobrevida global.

**Tabela 87 – Principais eventos adversos para a comparação PCV + Radio vs. Radio**

Evento adverso	Buckner <i>et al.</i> 2016 (87); Prabhu <i>et al.</i> 2014 (88); Shaw <i>et al.</i> 2012*(89)	
	Radio	Radio+PCV
Fadiga, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 42, 20, 3, 1, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 47, 25, 7, 1, 0
Perda de peso, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 8, 0, 1, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 14, 10, 4, 0, 0
Baixa de hemoglobina, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 2, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 32, 11, 5, 1, 0
Queda de plaquetas, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 1, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 20, 12, 23, 0, 0
Neutropenia, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 0, 1, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 7, 11, 44, 11, 0
Neutropenia febril, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 0, 1, 0, 0
Infecção, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 1, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 11, 15, 2, 0, 0
Linfopenia, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 1, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 3, 1, 0, 0
Anorexia, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 8, 1, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 23, 8, 1, 0, 0
Constipação, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 3, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 18, 11, 0, 0, 0
Náusea, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 20, 4, 2, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 46, 29, 3, 0, 0
Vômito, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 3, 2, 2, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 22, 15, 4, 0, 0
ALT aumentada, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 11, 1, 1, 1, 0
AST aumentada, n (%)	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 0, 0, 0, 0, 0	Respectivamente para Graus 1, 2, 3, 4 e 5: 11, 1, 0, 1, 0

Fonte: Autoria própria.

ALT: Alanina aminotransferase; AST: Aspartato aminotransferase; \*Estudo de Shaw *et al.* 2012 apenas reportou os eventos adversos por nível (graus 3 e 4) sem defini-los, portanto, os desfechos de eventos adversos relatados aqui são apenas os de Buckner *et al.* 2016.



## 2 Temozolomida vs. radioterapia

**Tabela 88 – Características dos estudos incluídos para a questão 10 do PCDT de gliomas, para a comparação Temozolomida vs. Radioterapia**

Autor, ano	Desenho de estudo	População	Objetivo	Intervenção	Comparador	Duração da adjuvância	Risco de viés
Baumert <i>et al.</i> 2016 (5); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (90)	ECR	Pacientes adultos com astrocitoma grau II, oligoastrocitoma e oligodendroglioma	Avaliar desfechos de sobrevida e segurança em pacientes com glioma grau II em uso de radioterapia vs. temozolomida	Temozolomida (dose-densa) 75 mg/m <sup>2</sup> , diariamente por 21 dias, e repetido a cada 28 dias (1 ciclo), por no máximo 12 ciclos	Radioterapia 50,4Gy	12 ciclos de 28 dias cada (12 meses de adjuvância)	Incerto (Não informa sobre o sigilo de alocação).

Fonte: Autoria própria.  
ECR: ensaio clínico randomizado.

**Tabela 89 – Características basais dos estudos incluídos para a comparação Temozolomida vs. Radioterapia**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Sexo masc., n (%) intervenção	Sexo masc., n (%) comparador	Idade, mediana (IQR) anos - intervenção	Idade, mediana (IQR) anos - comparador	Seguimento, mediana [IQR]
Baumert <i>et al.</i> 2016 (5); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (90)	237	240	137 (58)	138 (58)	45 (37-53)	43 (36-52)	4 anos (48 meses [31-56])

Fonte: Autoria própria.  
N: frequência absoluta; IQR: intervalo interquartil.

Tabela 90 – Principais resultados de sobrevida, qualidade de vida e função cognitiva para a comparação entre Temozolomida e Radioterapia

Autor, ano	Sobrevida livre de progressão (SLP), mediana (IC95%) anos	Sobrevida global (SG)	Qualidade de vida, média (DP)	Função cognitiva (MMSE), média (DP)	
Baumert <i>et al.</i> 2016 (5); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (90)	Radioterapia (meses): 46 (40; 56) TMZ: 39 (35; 44) HR: 1,16 (0,9; 1,5), p = 0,22	Nenhuma análise significativa foi possível, com os dados obtidos	Basal TMZ: 69,1 (1,42) Radio: 68,4 (1,42) $\Delta$ (IC95%): 0,7 (-3,3; 4,6), p = 0,74	Basal TMZ: 28,5 (0,15) Radio: 28,5 (0,14) $\Delta$ (IC95%): 0 (-0,4; 0,4)	
	3 meses		3 meses		
	6 meses		6 meses		
	9 meses		9 meses		
	12 meses		12 meses		
	15 meses		15 meses		
	18 meses		18 meses		
	21 meses		21 meses		
	24 meses		24 meses		
	27 meses		27 meses		
	30 meses		30 meses		
	33 meses		33 meses		
	36 meses		36 meses		
	Resultados por subtipo molecular (IDH e 1p-19q) SLP mediana (meses)		Nenhuma análise significativa foi possível, com os dados obtidos	Basal TMZ: 68,6 (1,47) Radio: 61,9 (1,54) $\Delta$ (IC95%): 6,7 (2,5; 10,9), p = 0,0017	Basal TMZ: 28,7 (0,15) Radio: 28,5 (0,16) $\Delta$ (IC95%): 0 (-0,5; 0,6)
	TMZ:			3 meses	
	Todos: 40,48 (35,25; 46,95)			6 meses	
	IDHmt/codel: 55,03 (37,95; NR)			9 meses	
IDHmt/non-codel: 36,01 (28,42; 46,95)	12 meses				
IDHwt: 23,69 (5,55; 42,25)	15 meses				
Radioterapia:	18 meses				
Todos: 50,99 (39,79; 61,63)	21 meses				
IDHmt/codel: 61,63 (42,32; NR)	24 meses				
IDHmt/non-codel: 55,36 (47,87; 65,87)	27 meses				
IDHwt: 19,09 (11,27; 25,69)	30 meses				
p=0,013 (TMZ vs. Radio)	33 meses				
SLP mediana em 5 anos, % (meses)	36 meses				
TMZ:	39 meses				
Todos: 28,92 (19,78; 38,69)	42 meses				
IDHmt/codel: 47,39 (30,71; 62,35)	45 meses				
IDHmt/non-codel: 19,43 (8,87; 33,00)	48 meses				
IDHwt: 17,78 (3,69; 40,48)	51 meses				
Radioterapia:	54 meses				
Todos: 40,18 (29,94; 50,19)	57 meses				
IDHmt/codel: 58,49 (39,43; 73,41)	60 meses				
IDHmt/non-codel: 42,50 (27,38; 56,83)	63 meses				
IDHwt: 17,78 (0,0; 0,0)	66 meses				
p=0,013 (TMZ vs. Radio)	69 meses				
HR para SLP global (TMz vs. radio):	72 meses				
Todos: 1,18 (0,87; 1,60), p = 0,30	75 meses				
IDHmt/codel: 1,04 (0,56; 1,93), p = 0,91	78 meses				
IDHmt/non-codel: 1,86 (1,21; 2,87), p = 0,004	81 meses				
IDHwt: 0,67 (0,34; 1,32), p = 0,24	84 meses				

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; Radio: Radioterapia; HR: Hazard ratio; SLP: sobrevida livre de progressão; SG: sobrevida global;  $\Delta$ : diferença média em relação ao basal; MMSE: Mini exame de estado mental.

**Tabela 91 – Principais eventos adversos para a comparação entre temozolomida e radioterapia**

Evento adverso	Baumert <i>et al.</i> 2016 (5); Reijneveld <i>et al.</i> 2016 (90)	
	Radioterapia	Temozolomida
Eventos neurológicos, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 134 (59), 25 (11), 3 (1)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 125 (53), 36 (15), 5 (2)
Eventos oculares, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 36 (16), 0,0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 46 (20), 0, 0
Evento respiratório, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 13 (6), 1 (<1), 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 42 (18), 1 (<1), 4 (2)
Hemorragia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 0, 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 8 (3), 0, 0
Eventos gastrintestinais, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 66 (29), 4 (2), 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 158 (67), 10 (4), 0
Eventos endócrinos, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 9 (4), 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 12 (5), 0, 0
Eventos dermatológicos, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 112 (49), 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 73 (31), 4 (2), 0
Eventos cardíacos, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 10 (4), 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 11 (5), 2 (1), 0
Dano na audição, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 37 (16), 4 (2), 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 35 (15), 1 (<1), 0
Alergia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 3 (1), 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 11 (5), 1 (<1), 0
Anemia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 7 (3), 0, 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 58 (25), 1 (<1), 1 (<1)
Trombocitopenia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 0 para todos os graus	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 8 (3), 4 (2), 7 (3)
Neutropenia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 6 (3), 1 (<1), 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 80 (34), 6 (3) e 4 (2)
Leucopenia, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 12 (5), 0,0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 120 (51), 8 (3), 1 (<1)
Infecção, n (%)	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 23 (10), 2 (1), 0	Respectivamente para graus 1/2, 3 e 4: 66 (28), 7 (3), 1 (<1)

Fonte: Autoria própria.

**Questão de Pesquisa 11:** Qual a eficácia e segurança da temozolomida em pacientes idosos grau IV com ou sem metilação MGMT?

## 1) Estratégias de busca

### MEDLINE via Pubmed:

(((((“temozolomide” [Supplementary Concept] OR temozolomide OR temodal OR temodar)) AND (“Aged”[Mesh] OR “Frail Elderly”[Mesh] OR elderly OR frail elderly)) AND (“Glioblastoma”[Mesh] OR glioblastoma\* OR grade IV glioma OR Grade IV Astrocytoma))) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

Data de acesso: 09/08/2017

Total: 225 referências

### EMBASE

((('glioblastoma'/exp OR 'glioblastoma') AND [embase]/lim) AND (('temozolomide'/exp OR 'temozolomide' OR 'temodal'/exp OR 'temodal' OR 'temodar'/exp OR 'temodar') AND [embase]/lim) AND (('aged'/exp OR 'aged' OR 'elderly'/exp OR 'elderly' OR 'frail elderly'/exp OR 'frail elderly') AND [embase]/lim)) AND (('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random\*:de,ab,ti OR factorial\*:de,ab,ti OR crossover\*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over\*):de,ab,ti) OR placebo\*:de,ab,ti OR ((doubl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR ((singl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR assign\*:de,ab,ti OR allocat\*:de,ab,ti OR volunteer\*:de,ab,ti) AND [embase]/lim)

Data de acesso: 09/08/2017

Total: 348 referências

## 2) Seleção das evidências

Foram identificadas 573 referências utilizando as estratégias de buscas relatadas acima. Para ambas as bases de dados foram utilizados filtros validados para a busca de ensaios clínicos randomizados. Foram retiradas 118 duplicatas. Dessa forma, 455 referências tiveram elegibilidade avaliada através da leitura de títulos e resumos. Dessas, 10 referências foram avaliadas através da leitura do texto completo. Foram excluídas sete referências, sendo quatro revisões sistemáticas (uma sem meta-análise, portanto optamos pela inclusão dos estudos originais; uma por agregar diferentes desenhos de estudo na mesma meta-análise; uma por não estratificar os resultados por estado de metilação MGMT; e uma pois o resultado do estudo individual, incluído na meta-análise, não correspondia ao relatado pelo estudo original) e três ensaios clínicos randomizados, na forma de resumo de congresso, para os quais textos completos estão disponíveis e foram inclusos. Sendo assim, três ensaios clínicos randomizados, fase III (110, 111, 213) foram incluídos.

Somente foram selecionados ensaios clínicos randomizados ou revisões sistemáticas com pacientes idosos (> 60 anos); em uso de temozolomida, em monoterapia ou combinada a radioterapia, e que avaliaram desfechos estratificados por estado de metilação de MGMT. Resultados de segurança não foram relatados, pois os estudos não mostram essa informação estratificada por metilação de MGMT, apenas para a população total, de acordo com as intervenções.

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

A Tabela 92 a seguir exibe as principais características dos estudos incluídos. Na Tabela 93 estão descritas as características basais de cada um dos estudos. A Tabela 94 exibe os desfechos de sobrevida, de acordo com o estado de metilação MGMT, para a população idosa com glioblastoma.

Tabela 92 – Características principais dos estudos incluídos

Autor, ano	Desenho de estudo	População	Objetivo	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Perry <i>et al.</i> 2017 (213)	ECR	562 pacientes idosos com glioblastoma recém diagnosticado, dos quais 354 foram avaliados por estado de metilação MGMT	Avaliar se a combinação de TMZ + radioterapia confere bons resultados de sobrevida à população idosa com glioblastoma	Radioterapia 40 Gy (15 seções diárias por 3 semanas) + TMZ (concomitante: 75 mg/m <sup>2</sup> por 21 dias; e adjuvante: 150 a 200 mg/m <sup>2</sup> em ciclos de 28 dias, sendo 12 ciclos.	Radioterapia 40 Gy (15 seções diárias por 3 semanas)	Incerto (Sigilo de alocação não reportado; não é possível saber se todos os desfechos foram avaliados de forma cega)
Wick <i>et al.</i> 2012 (111)	ECR	373 pacientes, idade ≥ 65 anos, escore de Karnofsky > 60, com astrocitoma anaplásico ou glioblastoma	Avaliar a não inferioridade e segurança da TMZ em relação a radioterapia	TMZ 100mg/m <sup>2</sup>	Radioterapia 60 Gy	Incerto (Desfecho incompleto - mITT)
Malmstrom <i>et al.</i> 2012 (110)	ECR	342 pacientes, idade ≥ 60 anos, com glioblastoma	Comparar os resultados de sobrevida, qualidade de vida e segurança entre TMZ e radioterapias hipofracionada e convencional	TMZ 200 mg/m <sup>2</sup>	Radioterapia hipofracionada: 34 Gy Radioterapia padrão: 60 Gy	Incerto (Randomização feita de forma diferente em centros de pesquisa diferentes; não são inclusos na tabela basal os pacientes que foram randomizados para TMZ e radiação hipofracionada - segunda randomização)

Fonte: Autoria própria.

ECR: Ensaio clínico randomizado; mITT: Análise por Intenção de Tratar modificada; TMZ: temozolomida.

**Tabela 93 – Características basais para os estudos incluídos**

Autor, ano	N intervenção	N comparador	Idade intervenção, mediana (variação), anos	Idade comparador, mediana (variação), anos	Sexo masc, n (%) intervenção	Sexo masc, n (%) comparador	Estado de metilação MGMT, n(%) (intervenção)	Estado de metilação MGMT, n(%) (comparador)	Seguimento
Perry <i>et al.</i> 2017 (213)	281 (181 estado MGMT disponível)	281 (173 estado MGMT disponível)	73 (65-90)		171 (60,9)	172 (61,2)	Metilado: 88/181 (48.6) Não metilado: 93/181 (51.4)	Metilado: 77/173 (44,5) Não metilado: 96/173 (55.5)	17 meses (para aqueles sobreviventes)
Wick <i>et al.</i> 2012 (111)	195 (101 estado de MGMT disponível)	178 (101 com estado de MGMT disponível)	72 (66; 84)	71 (66; 82)	88 (45)	88 (49)	Metilado: 31 (16) Não metilado: 77 (39)	Metilado: 42 (24) Não metilado: 59 (33)	Seguimento mínimo: 12 meses
Malmstrom <i>et al.</i> 2012* (110)	119	Radioterapia: hipo (123); padrão (100)	70 (60; 88)	Hipo: 70 (60; 83); Padrão: 70 (60; 80)	55 (59)	Hipo: 50 (51) Padrão: 68 (68%)	NR	NR	NR

Fonte: Autoria própria.

\*Idade e sexo foram informados baseados apenas nos 291 pacientes inicialmente randomizados; na segunda randomização (51 pacientes) a mediana de idade foi mais avançada; Hipo: hipofracionada

Tabela 94 – Desfechos de eficácia.

Autor, ano	N	Sobrevida global, mediana (IC95%), meses	Sobrevida livre de progressão, mediana (IC95%)
Perry <i>et al.</i> 2017 (213)	562	<p>Pacientes sem metilação MGMT, % (IC95%)</p> <p><u>12 meses</u> Radio: 21,3 (13,7–30,0) Radio + TMZ: 32,3 (23,0–42,0)</p> <p><u>18 meses</u> Radio: 12,7 (6,9–20,3) Radio + TMZ: 13,4 (7,3–21,2)</p> <p><u>24 meses</u> Radio: 3,8 (1,1–9,6) Radio + TMZ: 6,7 (2,7–13,1)</p> <p>Pacientes com metilação MGMT, % (IC95%)</p> <p><u>12 meses</u> Radio: 29,9 (19,9–40,5) Radio + TMZ: 55,7 (44,7–65,3)</p> <p><u>18 meses</u> Radio: 13,6 (7,0–22,4) Radio + TMZ: 34,1 (24,4–44,0)</p> <p><u>24 meses</u> Radio: 4,1 (1,1–10,4) Radio + TMZ: 17,8 (10,5–26,7)</p> <p>HR para morte entre Radio + TMZ vs. Radio: Metilado: 0,53 (0,38; 0,73); <math>p &lt; 0.001</math>. Não metilado: 0,75 (0,56; 1,01); <math>p = 0.055</math>;</p>	NR
Wick <i>et al.</i> 2012 (111)	373	<p>TMZ</p> <p>MGMT não metilado: 7 (5,7; 8,7) MGMT metilado: NR (10,1; NR)</p> <p>Radioterapia</p> <p>MGMT não metilado: 10,4 (8; 11,6) MGMT metilado: 9,6 (6,4; NR)</p> <p>TMZ x Radio:</p> <p>HR (metilado) = 0,69 (0,35; 1,16) HR (Não metilado) = 1,34 (0,92; 1,95)</p>	<p><u>Sobrevida livre de evento (progressão ou morte)</u></p> <p>TMZ</p> <p>MGMT não metilado: 3,3 (3,0; 3,5) MGMT metilado: 8,4 (5,5; 11,7)</p> <p>Radioterapia</p> <p>MGMT não metilado: 4,6 (3,7; 6,3) MGMT metilado: 4,6 (4,2; 5,0)</p> <p>TMZ x Radio:</p> <p>HR (metilado) = 0,53 (0,33; 0,86) HR (Não metilado) = 1,95 (1,41; 2,69)</p>
Malmstrom <i>et al.</i> 2012 (110)	342	<p><u>Não metilado</u></p> <p>Qualquer radio: 7,0 (5,7; 8,3) TMZ: 6,8 (5,9; 7,7) HR = 1,16 (0,78; 1,72), <math>p = 0,46</math> (NS) Sobrevida em 1 ano, % (IC95%): Qualquer radio: 26 (16; 37) TMZ: 16 (5; 27)</p> <p><u>Metilado</u></p> <p>Qualquer radio: 8,2 (6,6; 9,9) TMZ: 9,7 (8,0; 11,4) HR = 0,64 (0,39; 1,04), <math>p = 0,07</math> (NS) Sobrevida em 1 ano, % (IC95%): Qualquer radio: 26 (15; 37) TMZ: 32 (15; 49)</p> <p><u>Temozolomida</u></p> <p>Não metilado: 6,8 (5,9; 7,7) Metilado: 9,7 (8,0; 11,4) HR = 0,56 (0,34; 0,93), <math>p = 0,02</math> (favorece metilado) Sobrevida em 1 ano, % (IC95%): Qualquer radio: 16 (5; 27) TMZ: 32 (15; 49)</p> <p><u>Qualquer Radio</u></p> <p>Não metilado: 7,0 (5,7; 8,3) Metilado: 8,2 (6,6; 9,9) HR = 0,97 (0,69; 1,38), <math>p = 0,81</math> (NS) Sobrevida em 1 ano, % (IC95%): Qualquer radio: 26 (16; 37) TMZ: 26 (15; 37)</p>	NR

Fonte: Autoria própria.

N: frequência absoluta; IC95%: intervalo de confiança 95 %; NR: não relatado; Radio: radioterapia; TMZ: temozolomida; HR: hazard ratio.



**Questão de Pesquisa 12:** Qual a melhor duração de adjuvância com quimioterapia para gliomas grau III e IV (6 meses x 12 meses)?

## 1) Estratégias de busca

### MEDLINE via Pubmed:

(((((("Radiotherapy"[Mesh]) OR "Radiotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR radiotherapy OR Radiation Therapy)) OR (("Consolidation Chemotherapy"[Mesh] OR "Induction Chemotherapy"[Mesh] OR "Maintenance Chemotherapy"[Mesh] OR "Chemotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR chemotherapy OR temozolomide OR PCV OR procarbazine OR lomustine OR vincristine OR irinotecan OR bevacizumab OR carmustine)))) AND ((("Glioblastoma"[Mesh] OR glioblastoma\* OR Grade IV Astrocytoma\* OR high-grade glioma OR high grade glioma OR anaplastic astrocytoma OR anaplastic oligodendroglioma OR anaplastic oligoastrocytoma OR anaplastic ependymoma))) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh])))

Data de acesso: 22/08/2017

Total: 1744 referências

### EMBASE

((('glioblastoma'/exp OR 'glioblastoma' OR 'grade iv astrocytoma' OR 'high-grade glioma' OR 'high grade glioma' OR 'anaplastic astrocytoma' OR 'anaplastic oligoastrocytoma'/exp OR anaplastic oligoastrocytoma' OR 'anaplastic oligodendroglioma' OR 'anaplastic ependymoma'/exp OR 'anaplastic ependymoma') AND [embase]/lim) AND (('chemotherapy'/exp OR 'chemotherapy' OR 'temozolomide'/exp OR 'temozolomide' OR 'pcv' OR 'procarbazine'/exp OR 'procarbazine' OR 'lomustine'/exp OR 'lomustine' OR 'vincristine'/exp OR 'vincristine' OR 'irinotecan'/exp OR 'irinotecan' OR 'bevacizumab'/exp OR 'bevacizumab' OR 'radiotherapy'/exp OR 'radiotherapy') AND [embase]/lim) AND (('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random\*:de,ab,ti OR factorial\*:de,ab,ti OR crossover\*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over\*):de,ab,ti) OR placebo\*:de,ab,ti OR ((doubl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR ((singl\* NEAR/1 blind\*):de,ab,ti) OR assign\*:de,ab,ti OR allocat\*:de,ab,ti OR volunteer\*:de,ab,ti) AND [embase]/lim)

Data de acesso: 22/08/2017

Total: 2792 referências

## 2) Seleção das evidências

Foram selecionados apenas estudos que comparassem os dois períodos de adjuvância (6 vs. 12 meses), no período pós-operatório, em indivíduos com glioma grau III e glioblastoma (glioma grau IV OMS).

Através das estratégias de busca acima foram recuperadas 4536 referências. Foram retiradas 682 duplicatas. Foram avaliadas, por título e resumo, um total de 3854 referências e dessas 122 foram selecionadas para uma triagem mais elaborada. Ao final, apenas dois estudos (99, 109) foram incluídos, sendo um ensaio clínico randomizado (99) e o outro uma análise posthoc de quatro ensaios clínicos randomizados (109).

### **3) Descrição dos estudos e seus resultados**

A Tabela 95 exhibe as principais características dos estudos incluídos. A Tabela 96 mostra os resultados basais. Nas Tabelas 97 e 98 estão descritos os resultados de sobrevida e toxicidade, respectivamente.

**Tabela 95 – Características basais dos estudos incluídos**

Autor, ano	Desenho	População	Objetivo	Intervenção	Comparador	Risco de viés
Bhandari <i>et al.</i> 2017 (99)	Ensaio Clínico Randomizado	40 pacientes adultos com glioblastoma.	Avaliar os desfechos de sobrevida e toxicidade da TMZ em 6 vs. 12 ciclos	Terapia concomitante de TMZ (75 mg/m <sup>2</sup> ) + TMZ 150 mg/m <sup>2</sup> (primeiro ciclo) e 200 mg/m <sup>2</sup> (para os ciclos subsequentes) por 6 meses (C-TMZ)	Terapia concomitante de TMZ (75 mg/m <sup>2</sup> ) + TMZ 150 mg/m <sup>2</sup> (primeiro ciclo) e 200 mg/m <sup>2</sup> (para os ciclos subsequentes) por 12 meses (E-TMZ)	Alto (não descreve sigilo de alocação, sem cegamento, amostra pequena)
Blumenthal <i>et al.</i> 2017 (109)	Análise posthoc de 4 ensaios clínicos randomizados	624 pacientes adultos com glioblastoma recém diagnosticado	Avaliar os desfechos de sobrevida em análise por conglomerado de 4 ECR	TMZ adjuvante por 6 ciclos (6C)	TMZ adjuvante por mais de 6 ciclos (>6C)	Incerto (apenas selecionou pacientes sem progressão após 6 ciclos de TMZ; análise posthoc de ECR retrospectiva)

Fonte: Autoria própria.

ECR: Ensaio Clínico Randomizado; TMZ: temozolomida; 6C: 6 ciclos.

**Tabela 96 – Características basais dos estudos incluídos**

Autor, ano	N intervenção	N controle	Idade intervenção, mediana (variação), anos	Idade Controle, mediana (variação), anos	Masculino n(%) Intervenção	Masculino n(%) Controle	Seguimento, mediana (variação)
Bhandari <i>et al.</i> 2017 (99)	20	20	49 (19-65)	44 (19-62)	10 (50)	14 (70)	17,25 meses (5,31; 36,03)
Blumenthal <i>et al.</i> 2017 (109)	333	291	<50 anos: 36,6% ≥50 anos: 63,4%	<50 anos: 34% ≥50 anos: 66%	191 (57,4)	162 (55,7)	33,7 meses (2,0; 53,3)

Fonte: Autoria própria.

Tabela 97 – Principais resultados de sobrevida

Autor, ano	Sobrevida global, mediana	Sobrevida livre de progressão, mediana
Bhandari <i>et al.</i> 2017 (99)	C-TMZ: 15,4 meses E-TMZ: 23,8 meses  Em 2 anos: C-TMZ: 12,9 % E-TMZ: 35,5 % (p = 0,044, entre grupos)	C-TMZ: 12,8 meses E-TMZ: 16,8 meses  Em 2 anos: C-TMZ: 16,4 % E-TMZ: 18,7 % (p = 0,069, entre grupos)
Blumenthal <i>et al.</i> 2017 (109)	6C: 24,9 meses (19,9; 28,7) >6C: 27,0 meses (21,5; 30,9)  Em 2 anos (IC95%): 6C: 50,9% (44,7; 56,7) >6C: 53,9% (47,6; 59,7) HR: 0,92 p=0,52.  MGMT status: Metilado: HR = 0,89 (0,63; 1,26), p = 0,51 Não metilado: HR = 0,85 (0,58; 1,25), p = 0,41	6C: 10,4 meses (8,7; 11,9) >6C: 12,2 meses (9,4; 14,0)  Em 2 anos (IC95%): 6C: 28,9% (23,5; 34,5) >6C: 19,4% (14,8; 24,5) HR: 0,80 (0,65; 0,98) p = 0,03  MGMT status: Metilado: HR = 0,65 (0,50; 0,85), p = 0,019 Não metilado: HR = 0,88 (0,64; 1,21), p = 0,43

Fonte: Autoria própria.

TMZ: temozolomida; IC95%: intervalo de confiança de 95%; HR: Hazard ratio.

**Tabela 98 – Eventos adversos relatados**

Evento Adverso	Autor, ano	
	Bhandari <i>et al.</i> 2017* (99)	
	C-TMZ	E-TMZ
Anorexia, n(%)	2 (10)	2 (10)
Fadiga, n(%)	10 (50)	9 (45)
Cefaleia, n(%)	3 (15)	2 (10)
Náusea, n (%)	4 (20)	3 (15)
Vômito, n(%)	2 (10)	3 (15)
Insônia, n(%)	1 (5)	2 (10)

Fonte: Autoria própria.

\*apenas eventos grau 2; TMZ: temozolomida.

**Questão de Pesquisa 13:** Qual o critério de monitorização do paciente com glioma (todos os graus) (RANO x Mc Donald X RECIST)?

### 1) Estratégia de busca

#### MEDLINE via Pubmed:

((("Glioma"[Mesh] OR glioma OR brain tumor)) AND ((rano criteria) AND recist criteria)

Data de acesso: 04/08/2017

Total: 12 referências

#### EMBASE

((('recist' OR 'response evaluation criteria in solid tumors'/exp OR 'response evaluation criteria in solid tumors' OR 'mrecist') AND [embase]/lim) AND ('rano criteria' AND [embase]/lim)) AND (('glioma'/exp OR 'glioma') AND [embase]/lim)

Data de acesso: 04/08/2017

Total: 13 referências

### 2) Seleção das evidências

Somente foram consideradas elegíveis referências que comparecem os três critérios (RANO, RECIST e Mac Donald) em pacientes com glioma.

Através das estratégias de busca acima foram selecionadas 25 referências nas bases de dados Embase e Medline. Nenhuma duplicata foi encontrada. Foram excluídas 17 referências por meio da leitura de títulos e resumos. Dessa forma, oito estudos foram selecionados para a leitura do texto completo. Três referências foram excluídas, após a leitura completa: uma por avaliar condição diferente de glioma; uma por não comparar os critérios de resposta entre si; e uma por se tratar de resumo de congresso existente em mais de uma publicação avaliada (duplicata), sendo uma inclusa. Dessa forma, cinco referências foram incluídas: uma coorte retrospectiva (120) e quatro séries de casos (116-119).

### 3) Descrição dos estudos e seus resultados

A Tabela 99 mostra as principais características dos cinco estudos incluídos. Na Tabela 100 são exibidos os principais resultados de progressão e sobrevida, para cada um dos estudos, de acordo com os critérios adotados (RANO, RECIST ou Mac Donald).

**Tabela 99 – Principais características dos estudos incluídos para a questão 13 do PCDT de Gliomas em Adultos**

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo	População	Intervenção	Risco de viés
Kucharczyk <i>et al.</i> 2016 (120)	Coorte retrospectiva	Determinar qual dentre os critérios (RANO, RECIST e Mc Donald) permite a melhor classificação de pseudoregressão	130 pacientes adultos com glioblastoma	Aplicação dos critérios RANO, Mc Donald e RECIST	Moderado (dados não coletados diretamente; viés de não resposta)
Darlix <i>et al.</i> 2015 (116)	Série de casos (resumo)	Comparar os desfechos clínicos avaliados por Mac donal, RANO, e RECIST 1.1	109 pacientes adultos com gliomas grau III e IV	Aplicação dos critérios RANO, Mc Donald e RECIST	Alto (Série de casos; resumo sem muito detalhamento)
Hashimoto <i>et al.</i> 2013 (119)	Ensaio clínico fase II (único braço)	Avaliar dentre os três critérios (Mac Donald, RANO e RECIST) qual é o melhor para a medida de sobrevida global	50 pacientes com diagnóstico de glioblastoma recorrente em uso conjunto de TMZ e vacina WT1	Aplicação dos critérios RANO, Mc Donald e RECIST	Alto (Série de casos; resumo sem muito detalhamento)
Fabbro <i>et al.</i> 2012 (117)	Série de casos (resumo)	Comparar os desfechos clínicos avaliados pelos critérios de Mac Donald, RANO, e RECIST 1.1	45 pacientes adultos com glioblastoma em terapia conjunta DE RADIO + TMZ	Aplicação dos critérios RANO, Mc Donald e RECIST	Alto (Série de casos; resumo sem muito detalhamento)
Gallego Perez-Larraya <i>et al.</i> 2012 (118)	Série de casos	Comparar os desfechos clínicos avaliados pelos critérios de Mac Donald, RANO, e RECIST 1.1	78 pacientes adultos com glioblastoma recorrente e tratados com terapia de resgate de bevacizumabe + irinotecano	Aplicação dos critérios RANO, Mc Donald, RECIST + F e RECIST	Alto (série de casos)

Fonte: Autoria própria.

RECIST: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors; RANO: Response Assessment in Neuro-Oncology criteria; TMZ: temozolomide; RADIO; radioterapia.

Tabela 100 – Principais resultados de progressão e sobrevida

Autor, ano	Amostra (n)	Homens (%)	Idade, anos (DP)	Resultados de progressão	Resultados de sobrevida
Kucharczyk <i>et al.</i> 2016 (120)	130	84 (64)	56 (9,0)	Incidência de pseudoprogessão RANO: 0,15 (0,10; 0,22) Mac Donald: 0,19 (0,13; 0,27) RECIST: 0,23 (0,17; 0,31)	Sobrevida mediana (meses) de acordo com a resposta <u>Estável</u> RANO: 12,5 Mac Donald: 12,0 RECIST: 11,6 <u>Pseudoprogessão</u> RANO: 13,0 Mac Donald: 11,8 RECIST: 9,9 <u>Progressão</u> RANO: 7,0 Mac Donald: 6,3 RECIST: 7,0 Sobrevida global - HR (IC 95%) - de acordo com a resposta <u>Estável</u> RANO: 0,52 (0,20; 1,35) Mac Donald: 0,51 (0,20; 1,31) RECIST: 0,48 (0,19; 1,23) <u>Pseudoprogessão</u> RANO: 0,70 (0,35; 1,42) Mac Donald: 0,86 (0,47; 1,58) RECIST: 1,00 (0,57; 1,78) <u>Progressão</u> RANO: 2,01 (1,16; 3,45) Mac Donald: 2,27 (1,28; 4,02) RECIST: 1,65 (0,89; 3,06) De acordo com os autores não houve diferença significativa para a sobrevida entre os três critérios
Darlix <i>et al.</i> 2015 (116)	109	NR	Mediana: 53	Duração média da melhor resposta RECIST: 3,7 meses Mac Donald: 3,3 meses RANO: 3,0 meses  Correlação ( $\kappa$ ) entre RANO e Mac Donald para mudanças > 20% nas medidas do FLAIR: 0,91.	NR

Continua



## Continuação

Autor, ano	Amostra (n)	Homens (%)	Idade, anos (DP)	Resultados de progressão	Resultados de sobrevida
Hashimoto <i>et al.</i> 2013 (119)	50	NR	NR	Taxa de consistência p/ resposta clínica (remissão ou progressão) Mac Donald x RECIST: 80% Mac Donald x RANO: 94% RECIST x RANO: 76,7%	Diferença em Sobrevida Global (entre os grupos de progressão): Mac Donald: de 8,3 a 14,5 meses RECIST: de 8,4 a 12,1 meses RANO: de 8,3 a 23,7 meses (O estudo conclui que o critério RANO é o melhor devido a essa maior amplitude)
Fabbro <i>et al.</i> 2012 (117)	45	NR	Mediana: 55 anos (35; 78)	Eficácia de acordo com cada critério <u>Mac Donald:</u> Resposta parcial: 17% Doença estável: 44% Progressão: 39% <u>RANO</u> Resposta parcial: 9% Doença estável: 40% Progressão: 51% <u>RECIST</u> Resposta parcial: 16% Doença estável: 67% Progressão: 16%  Concordância (κ) entre testes: Mac Donald x RANO: 0,76 Mac Donald x RECIST: 0,41  Segundo o estudo os valores de concordância favorecem o critério RANO	NR

Continua

## Conclusão

Autor, ano	Amostra (n)	Homens (%)	Idade, anos (DP)	Resultados de progressão	Resultados de sobrevida
Gallego Perez-Larraya <i>et al.</i> 2012 (118)	78	62%	NR	<p>Taxas de resposta entre os critérios</p> <p><u>RECIST</u>  Resposta completa: 9%  Resposta parcial: 30%  Resposta objetiva: 39%  Doença estável: 45%  Progressão: 16%</p> <p><u>RECIST + F</u>  Resposta completa: 8%  Resposta parcial: 26%  Resposta objetiva: 34%  Doença estável: 48%  Progressão: 18%</p> <p><u>Mac Donald</u>  Resposta completa: 9%  Resposta parcial: 36%  Resposta objetiva: 45%  Doença estável: 39%  Progressão: 16%</p> <p><u>RANO</u>  Resposta completa: 8%  Resposta parcial: 33%  Resposta objetiva: 41%  Doença estável: 41%  Progressão: 18%</p> <p>Comparação em termos de melhor resposta  RECIST x RECIST + F: 0,92 (0,85; 0,99)  RECIST x Mac Donald: 0,88 (0,79; 0,97)  RECIST + F x Mac Donald: 0,81 (0,69; 0,92)  RECIST x RANO: 0,81 (0,69; 0,92)  RECIST + F x RANO: 0,83 (0,72; 0,93)  Mac Donald x RANO: 0,92 (0,85; 0,99)</p> <p>Comparação em termos do tipo de progressão  RECIST x RECIST + F: 0,83 (0,72; 0,95)  RECIST x Mac Donald: 0,98 (0,93; 1,00)  RECIST + F x Mac Donald: 0,81 (0,69; 0,93)  RECIST x RANO: 0,76 (0,62; 0,92)  RECIST + F x RANO: 0,92 (0,84; 1,00)  Mac Donald x RANO: 0,78 (0,65; 0,91)</p>	<p>Mediana (IC 95%) de tempo livre de progressão  RECIST: 13,6 (9,5; 17,6)  RECIST + F: 12,3 (9,4; 15,2)  Mac Donald: 12,7 (9,7; 15,7)  RANO: 11,7 (9,3; 14,2)</p> <p>Somente pacientes com progressão difusa não captável  RECIST + F: Redução de 39 dias  RANO: Redução de 33 dias (p=0,256) se comparados a Mac Donald e RECIST.</p> <p>Todos os tempos livres de progressão para os 4 critérios se correlacionaram bem com tempo de sobrevida global (p&lt;0,001)</p>

## Referências

1. CHEMOTHERAPY for high-grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 4, p. Cd003913, 2002.
2. BLOMGREN, H. Brain tumors. **Acta oncologica**, Stockholm, Sweden, v. 35, p. 16-21, 1996. Suppl. 7.
3. GUTIN, P. H.; POSNER, J. B. Neuro-oncology: diagnosis and management of cerebral gliomas - past, present, and future. **Neurosurgery**, v. 47, n. 1, p. 1-8, 2000.
4. CHEN, C. *et al.* Allergy and risk of glioma: a meta-analysis. **European journal of neurology**, v. 18, n. 3, p. 387-395, 2011.
5. BAUMERT, B. G. *et al.* Temozolomide chemotherapy versus radiotherapy in high-risk low-grade glioma (EORTC22033-26033): a randomised, open-label, phase 3 intergroup study. **The Lancet Oncology**, v. 17, n. 11, p. 1521-1532, 2016.
6. LI, Y. Association between fruit and vegetable intake and risk for glioma: A meta-analysis. **Nutrition**, v. 30, n. 11/12, p. 1272-1278, 2014.
7. ZHAO, L.; ZHENG, Z.; HUANG, P. Diabetes mellitus and the risk of glioma: a meta-analysis. **Oncotarget**, v. 7, n. 4, p. 4483-4489, 2016.
8. ADEL FAHMIDEH, M. *et al.* Association between DNA repair gene polymorphisms and risk of glioma: a systematic review and meta-analysis. **Neuro-oncology**, v. 16, n. 6, p. 807-814, 2014.
9. ZHOU, P. Association between telomerase reverse transcriptase rs2736100 polymorphism and risk of glioma. **The Journal of surgical research**, v. 191, n. 1, p. 156-160, 2014.
10. GALEONE, C. *et al.* A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of brain tumours. **Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology**, v. 24, n. 2, p. 514-523, 2013.
11. MALERBA, S. *et al.* A meta-analysis of coffee and tea consumption and the risk of glioma in adults. **Cancer causes & control: CCC**, v. 24, n. 2, p. 267-276, 2013.
12. MANDELZWEIG, L.; NOVIKOV, I.; SADETZKI, S. Smoking and risk of glioma: a meta-analysis. **Cancer causes & control: CCC**, v. 20, n. 10, p. 1927-1938, 2009.
13. NIEDERMAIER, T. *et al.* Body mass index, physical activity, and risk of adult meningioma and glioma: A meta-analysis. **Neurology**, v. 85, n. 15, p. 1342-1350, 2015.
14. SANEELI, P.; WILLET, W.; ESMAILLADEH, A. Red and processed meat consumption and risk of glioma in adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Research in Medical Sciences**, v. 20, n. 6, p. 602-612, 2015.
15. SERGENTANIS, T. N. *et al.* Obesity and Risk for Brain/CNS Tumors, Gliomas and Meningiomas: A Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 10, n. 9, p. e0136974, 2015.
16. WEI, Y. *et al.* Association between processed meat and red meat consumption and risk for glioma: a meta-analysis from 14 articles. **Nutrition**, v. 31, n. 1, p. 45-50, 2015.
17. MYUNG, S. K. *et al.* Mobile phone use and risk of tumors: a meta-analysis. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 27, n. 33, p. 5565-5572, 2009.
18. CORLE, C.; MAKALE, M.; KESARI, S. Cell phones and glioma risk: a review of the evidence. **Journal of neuro-oncology**, v. 106, n. 1, p. 1-13, 2012.
19. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Non-Ionizing Radiation, Part 2: Radiofrequency Electromagnetic Fields**. Lyon: IARC, 2013. (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 102).

20. LITTLE, M.P. *et al.* Mobile phone use and glioma risk: comparison of epidemiological study results with incidence trends in the United States. **BMJ (Clinical research ed)**, v. 344, p. e1147, 2012.
  21. DELTOUR, I. *et al.* Mobile phone use and incidence of glioma in the Nordic countries 1979-2008: consistency check. **Epidemiology** (Cambridge, Mass), v. 23, n. 2, p. 301-307, 2012.
  22. BENSON, V. S. *et al.* Menopausal hormone therapy and central nervous system tumor risk: large UK prospective study and meta-analysis. **International journal of cancer**, v. 136, n. 10, p. 2369-2377, 2015.
  23. REPACHOLI, M. H. *et al.* Systematic review of wireless phone use and brain cancer and other head tumors. **Bioelectromagnetics**, v. 33, n. 3, p. 187-206, 2012.
  24. BRAGANZA, M. Z. *et al.* Ionizing radiation and the risk of brain and central nervous system tumors: a systematic review. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 11, p. 1316-1324, 2012.
  25. BOWERS, D. C. *et al.* Subsequent neoplasms of the CNS among survivors of childhood cancer: a systematic review. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 8, p. e321-e328, 2013.
  26. NEGLIA, J. P. *et al.* New primary neoplasms of the central nervous system in survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 98, n. 21, p. 1528-1537, 2006.
  27. RELLING, M. V. *et al.* High incidence of secondary brain tumours after radiotherapy and antimetabolites. **Lancet**, London, England, v. 354, n. 9172, p. 34-39, 1999.
  28. PEARCE, M. S. *et al.* Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. **Lancet**, London, England, v. 380, n. 9840, p. 499-505, 2012.
  29. DAVIS, F. *et al.* Medical diagnostic radiation exposures and risk of gliomas. **Radiation research**, v. 175, n. 6, p. 790-796, 2011.
  30. COLMAN, S. D.; WILLIAMS, C. A.; WALLACE, M. R. Benign neurofibromas in type 1 neurofibromatosis (NF1) show somatic deletions of the NF1 gene. **Nature genetics**, v. 11, n. 1, p. 90-92, 1995.
  31. CICHOWSKI, K. *et al.* Mouse models of tumor development in neurofibromatosis type 1. **Science**, New York, NY, v. 286, n. 5447, p. 2172-2176, 1999.
  32. VOGEL, K. S. *et al.* Mouse tumor model for neurofibromatosis type 1. **Science**, New York, NY, v. 286, n. 5447, p. 2176-2179, 1999.
  33. ROULEAU, G. A. *et al.* Alteration in a new gene encoding a putative membrane-organizing protein causes neuro-fibromatosis type 2. **Nature**, v. 363, n. 6429, p. 515-521, 1993.
  34. SCOLES, D. R. *et al.* Neurofibromatosis 2 tumour suppressor schwannomin interacts with beta11-spectrin. **Nature genetics**, v. 18, n. 4, p. 354-359, 1998.
  35. BRUDER, C. E. *et al.* Severe phenotype of neurofibromatosis type 2 in a patient with a 7.4-MB constitutional deletion on chromosome 22: possible localization of a neurofibromatosis type 2 modifier gene? **Genes, chromosomes & cancer**, v. 25, n. 2, p. 184-190, 1999.
  36. GOUTAGNY, S.; KALAMARIDES, M. Meningiomas and neurofibromatosis. **Journal of neurooncology**, v. 99, n. 3, p. 341-347, 2010.
  37. EVANS, D. G. *et al.* A clinical study of type 2 neurofibromatosis. **The Quarterly journal of medicine**, v. 84, n. 304, p. 603-618, 1992.
  38. PERRY, A. *et al.* Aggressive phenotypic and genotypic features in pediatric and NF2-associated meningiomas: a clinicopathologic study of 53 cases. **Journal of neuropathology and experimental neurology**, v. 60, n. 10, p. 994-1003, 2001.
-

39. LARSON, J. J. *et al.* Evidence of meningioma infiltration into cranial nerves: clinical implications for cavernous sinus meningiomas. **Journal of neurosurgery**, v. 83, n. 4, p. 596-599, 1995.
  40. HAMILTON, S. R. *et al.* The molecular basis of Turcot's syndrome. **The New England journal of medicine**, v. 332, n. 13, p. 839-847, 1995.
  41. STARK, Z. *et al.* Clinical problem solving. Spot diagnosis. **The New England journal of medicine**, v. 370, n. 23, p. 2229-2236, 2014.
  42. BRUWER, Z. *et al.* Predictive genetic testing in children: constitutional mismatch repair deficiency cancer predisposing syndrome. **Journal of genetic counseling**, v. 23, n. 2, p. 147-155, 2014.
  43. BOUFFET, E. *et al.* Immune Checkpoint Inhibition for Hypermutant Glioblastoma Multiforme Resulting From Germline Biallelic Mismatch Repair Deficiency. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 34, n. 19, p. 2206-2211, 2016.
  44. WRENSCH, M. *et al.* Familial and personal medical history of cancer and nervous system conditions among adults with glioma and controls. **American journal of epidemiology**, v. 145, n. 7, p. 581-589, 1997.
  45. MALMER, B. *et al.* Familial aggregation of astrocytoma in northern Sweden: an epidemiological cohort study. **International journal of cancer**, v. 81, n. 3, p. 366-370, 1999.
  46. BLUMENTHAL, D. T.; CANNON-ALBRIGHT, L. A. Familiality in brain tumors. **Neurology**, v. 71, n. 13, p. 1015-1020, 2008.
  47. MALMER, B. *et al.* Genetic epidemiology of glioma. **British journal of cancer**, v. 84, n. 3, p. 429-434, 2001.
  48. SADETZKI, S. *et al.* Description of selected characteristics of familial glioma patients - results from the Gliogene Consortium. **European journal of cancer**, Oxford, England, v. 49, n. 6, p. 1335-1345, 2013.
  49. BAINBRIDGE, M. N. *et al.* Germline mutations in shelterin complex genes are associated with familial glioma. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 107, n. 1, p. 384, 2015.
  50. ROBLES-ESPINOZA, C. D. *et al.* POT1 loss-of-function variants predispose to familial melanoma. **Nature genetics**, v. 46, n. 5, p. 478-481, 2014.
  51. SHI, J. *et al.* Rare missense variants in POT1 predispose to familial cutaneous malignant melanoma. **Nature genetics**, v. 46, n. 5, p. 482-486, 2014.
  52. SHETE, S. *et al.* Genomewide association study identifies five susceptibility loci for glioma. **Nature genetics**, v. 41, n. 8, p. 899-904, 2009.
  53. WRENSCH, M. *et al.* Variants in the CDKN2B and RTEL1 regions are associated with high-grade glioma susceptibility. **Nature genetics**, v. 41, n. 8, p. 905-908, 2009.
  54. SANSON, M. *et al.* Chromosome 7p11.2 (EGFR) variation influences glioma risk. **Human molecular genetics**, v. 20, n. 14, p. 2897-2904, 2011.
  55. DOBBINS, S. E. *et al.* Common variation at 10p12.31 near MLLT10 influences meningioma risk. **Nature genetics**, v. 43, n. 9, p. 825-7, 2011.
  56. GU, J. *et al.* Molecular epidemiology of primary brain tumors. **Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics**, v. 6, n. 3, p. 427-435, 2009.
  57. JIANG, J. *et al.* The XRCC3 Thr241Met polymorphism influences glioma risk - a meta-analysis. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 14, n. 5, p. 3169-3173, 2013.
  58. BACKES, D. M. *et al.* Single-nucleotide polymorphisms of allergy-related genes and risk of adult glioma. **Journal of neuro-oncology**, v. 113, n. 2, p. 229-238, 2013.
-

59. SCHWARTZBAUM, J. *et al.* Polymorphisms associated with asthma are inversely related to glioblastoma multiforme. **Cancer research**, v. 65, n. 14, p. 6459-6465, 2005.
  60. AMIRIAN, E. *et al.* Genetic variants in inflammation pathway genes and asthma in glioma susceptibility. **Neuro-oncology**, v. 12, n. 5, p. 444-452, 2010.
  61. WIEMELS, J. L. *et al.* Allergy related polymorphisms influence glioma status and serum IgE levels. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology**, v. 16, n. 6, p. 1229-1235, 2007.
  62. MICHAUD, D. S. *et al.* Mannose-binding lectin 2 gene and risk of adult glioma. **PLoS One**, v. 8, n. 4, p. e61117, 2013.
  63. FERRAZ-FILHO, J. R. *et al.* Application of magnetic resonance spectroscopy in the differentiation of high-grade brain neoplasm and inflammatory brain lesions. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 67, n. 2a, p. 250-253, 2009.
  64. HUTTER, A. *et al.* Brain neoplasms: epidemiology, diagnosis, and prospects for cost-effective imaging. **Neuroimaging clinics of North America**, v. 13, n. 2, p. 237-50, x-xi, 2003.
  65. LOUIS, D. N. *et al.* The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. **Acta neuropathologica**, v. 131, n. 6, p. 803-820, 2016.
  66. DELLARETTI, M. *et al.* Correlation between magnetic resonance imaging findings and histological diagnosis of intrinsic brainstem lesions in adults. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 3, p. 381-385, 2012.
  67. RACHINGER, W. *et al.* Serial stereotactic biopsy of brainstem lesions in adults improves diagnostic accuracy compared with MRI only. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 80, n. 10, p. 1134-1139, 2009.
  68. STUPP, R. *et al.* High-grade malignant glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology** : official journal of the European Society for Medical Oncology, v. 21, p. v190-v193, 2010. Suppl. 5.
  69. STUPP, R. *et al.* High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology**: official journal of the European Society for Medical Oncology, v. 25, p. iii93-101, 2014. Suppl. 3.
  70. ROSSETTI, A. O.; STUPP, R. Epilepsy in brain tumor patients. **Current opinion in neurology**, v. 23, n. 6, p. 603-609, 2010.
  71. WELLER, M.; STUPP, R.; WICK, W. Epilepsy meets cancer: when, why, and what to do about it? **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 9, p. e375-e382, 2012.
  72. DE GROOT, M. *et al.* Efficacy and tolerability of levetiracetam monotherapy in patients with primary brain tumors and epilepsy. **Epilepsia**, v. 50, p. 101, 2009.
  73. KIM, Y. H. *et al.* Survival benefit of levetiracetam in patients treated with concomitant chemoradiotherapy and adjuvant chemotherapy with temozolomide for glioblastoma multiforme. **Cancer**, v. 121, n. 17, p. 2926-2932, 2015.
  74. LIM, D. A. *et al.* Safety and feasibility of switching from phenytoin to levetiracetam monotherapy for glioma-related seizure control following craniotomy: a randomized phase II pilot study. **Journal of neuro-oncology**, v. 93, n. 3, p. 349-354, 2009.
  75. MERRELL, R. T. *et al.* Seizures in patients with glioma treated with phenytoin and levetiracetam. **Journal of neurosurgery**, v. 113, n. 6, p. 1176-1181, 2010.
  76. ROSATI, A. *et al.* Efficacy and safety of levetiracetam in patients with glioma: a clinical prospective study. **Archives of neurology**, v. 67, n. 3, p. 343-346, 2010.
-

77. ROSSETTI, A. O. *et al.* Levetiracetam and pregabalin for antiepileptic monotherapy in patients with primary brain tumors. A phase II randomized study. **Neuro-oncology**, v. 16, n. 4, p. 584-588, 2014.
78. LACROIX, M. *et al.* A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection, and survival. **Journal of neurosurgery**, v. 95, n. 2, p. 190-198, 2001.
79. GABER, M.; SELIM, H.; EL-NAHAS, T. Prospective study evaluating the radiosensitizing effect of reduced doses of temozolomide in the treatment of Egyptian patients with glioblastoma multiforme. **Cancer management and research**, v. 5, p. 349-356, 2013.
80. CLAUS, E. B. *et al.* Survival and low-grade glioma: the emergence of genetic information. **Neurosurgical focus**, v. 38, n. 1, p. E6, 2015.
81. VAN DEN BENT, M. J. *et al.* Long-term efficacy of early versus delayed radiotherapy for low-grade astrocytoma and oligodendroglioma in adults: the EORTC 22845 randomised trial. **Lancet**, London, England, v. 366, n. 9490, p. 985-990, 2005.
82. KARIM, A. B. *et al.* A randomized trial on dose-response in radiation therapy of low-grade cerebral glioma: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Study 22844. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 36, n. 3, p. 549-556, 1996.
83. SHAW, E. *et al.* Prospective randomized trial of low- versus high-dose radiation therapy in adults with supratentorial low-grade glioma: initial report of a North Central Cancer Treatment Group/Radiation Therapy Oncology Group/Eastern Cooperative Oncology Group study. **Journal of clinical oncology** : official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 20, n. 9, p. 2267-2276, 2002.
84. MARSH, J. C. *et al.* Sparing of the hippocampus, limbic circuit and neural stem cell compartment during partial brain radiotherapy for glioma: a dosimetric feasibility study. **Journal of medical imaging and radiation oncology**, v. 55, n. 4, p. 442-449, 2011.
85. MCDONALD, M. W. *et al.* Pattern of failure after limited margin radiotherapy and temozolomide for glioblastoma. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 79, n. 1, p. 130-136, 2011.
86. SUTERA, P. A. *et al.* Salvage stereotactic radiosurgery for recurrent gliomas with prior radiation therapy. **Future oncology**, v. 13, n. 29, p. 2681-2690, 2017.
87. BUCKNER, J. C. *et al.* Radiation plus Procarbazine, CCNU, and Vincristine in Low-Grade Glioma. **The New England journal of medicine**, v. 374, n. 14, p. 1344-1355, 2016.
88. PRABHU, R. S. *et al.* Effect of the addition of chemotherapy to radiotherapy on cognitive function in patients with low-grade glioma: secondary analysis of RTOG 98-02. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 32, n. 6, p. 535-541, 2014.
89. SHAW, E. G. *et al.* Randomized trial of radiation therapy plus procarbazine, lomustine, and vincristine chemotherapy for supratentorial adult low-grade glioma: initial results of RTOG 9802. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 30, n. 25, p. 3065-3070, 2012.
90. REIJNEVELD, J. C. *et al.* Health-related quality of life in patients with high-risk low-grade glioma (EORTC 22033-26033): a randomised, open-label, phase 3 intergroup study. **The Lancet Oncology**, v. 17, n. 11, p. 1533-1542, 2016.

91. MIRIMANOFF, R. O. *et al.* Radiotherapy and temozolomide for newly diagnosed glioblastoma: recursive partitioning analysis of the EORTC 26981/22981-NCIC CE3 phase III randomized trial. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 24, n. 16, p. 2563-2569, 2006.
  92. CHAKRAVARTI, A. *et al.* A revised RTOG recursive partitioning analysis (RPA) model for glioblastoma based upon multiplatform biomarker profiles. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 15, 2012. Suppl.
  93. YANG, F. *et al.* Stratification according to recursive partitioning analysis predicts outcome in newly diagnosed glioblastomas. **Oncotarget**, v. 8, n. 26, p. 42974-42982, 2017.
  94. SELKER, R. G. *et al.* The Brain Tumor Cooperative Group NIH Trial 87-01: a randomized comparison of surgery, external radiotherapy, and carmustine versus surgery, interstitial radiotherapy boost, external radiation therapy, and carmustine. **Neurosurgery**, v. 51, n. 2, p. 343-355, 2002. Discussion 55-57.
  95. KHAN, L. *et al.* External beam radiation dose escalation for high grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 8, p. Cd011475, 2016.
  96. STUPP, R. *et al.* Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. **The Lancet Oncology**, v. 10, n. 5, p. 459-466, 2009.
  97. LAM, N.; CHAMBERS, C. R. Temozolomide plus radiotherapy for glioblastoma in a Canadian province: efficacy versus effectiveness and the impact of O6-methylguanine-DNA methyltransferase promoter methylation. **Journal of oncology pharmacy practice**: official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, v. 18, n. 2, p. 229-238, 2012.
  98. ATHANASSIOU, H. *et al.* Randomized phase II study of temozolomide and radiotherapy compared with radiotherapy alone in newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 23, n. 10, p. 2372-2377, 2005.
  99. BHANDARI, M. *et al.* Comparative study of adjuvant temozolomide six cycles versus extended 12 cycles in newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 5, p. XC04-XC8, 2017.
  100. FENG, E. *et al.* Temozolomide with or without Radiotherapy in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma Multiforme: a Meta-Analysis. **European Neurology**, v. 77, n. 3/4, p. 201-210, 2017.
  101. HART, M. G. *et al.* Temozolomide for high grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 4, p. Cd007415, 2013.
  102. KARACETIN, D. *et al.* Concomitant temozolomide and radiotherapy versus radiotherapy alone for treatment of newly diagnosed glioblastoma multiforme. **Journal of BUON**: official journal of the Balkan Union of Oncology, v. 16, n. 1, p. 133-137, 2011.
  103. KOCHER, M. *et al.* Randomized study of postoperative radiotherapy and simultaneous temozolomide without adjuvant chemotherapy for glioblastoma. **Strahlentherapie und Onkologie**: Organ der Deutschen Röntgengesellschaft [et al.], v. 184, n. 11, p. 572-579, 2008.
  104. MAO, Y. *et al.* Does Early Postsurgical Temozolomide Plus Concomitant Radiochemotherapy Regimen Have Any Benefit in Newly Diagnosed Glioblastoma Patients? A Multi-center, Randomized, Parallel, Open-label, Phase II Clinical Trial. **Chinese medical journal**, v. 128, n. 20, p. 2751-2758, 2015.
-



105. PERRY, J. R. *et al.* Short-Course Radiation plus Temozolomide in Elderly Patients with Glioblastoma. **The New England Journal of medicine**, v. 376, n. 11, p. 1027-1037, 2017.
  106. STUPP, R. *et al.* Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. **The New England journal of medicine**, v. 352, n. 10, p. 987-996, 2005.
  107. SZCZEPANEK, D. *et al.* Efficacy of concomitant and adjuvant temozolomide in glioblastoma treatment. A multicenter randomized study. **Neurologia i Neurochirurgia Polska**, v. 47, n. 2, p. 101-108, 2013.
  108. VAN DEN BENT, M. J. *et al.* Results of the interim analysis of the EORTC randomized phase III CATNON trial on concurrent and adjuvant temozolomide in anaplastic glioma without 1p/19q codeletion: an intergroup trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 18, 2016. Suppl.
  109. BLUMENTHAL, D. T. *et al.* Is more better? the impact of extended adjuvant temozolomide in newly diagnosed glioblastoma: A secondary analysis of EORTC and NRG Oncology/RTOG. **Neuro-oncology**, v. 19, n. 8, p. 1119-1126, 2017.
  110. MALMSTROM, A. *et al.* Temozolomide versus standard 6-week radiotherapy versus hypofractionated radiotherapy in patients older than 60 years with glioblastoma: the Nordic randomised, phase 3 trial. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 9, p. 916-926, 2012.
  111. WICK, W. *et al.* Temozolomide chemotherapy alone versus radiotherapy alone for malignant astrocytoma in the elderly: The NOA-08 randomised, phase 3 trial. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 7, p. 707-715, 2012.
  112. FRIEDMAN, H. S. *et al.* Bevacizumab alone and in combination with irinotecan in recurrent glioblastoma. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 27, n. 28, p. 4733-4740, 2009.
  113. WICK, W. *et al.* Sequence of bevacizumab and lomustine in patients with first progression of a glioblastoma: Phase II EORTC study 26101. **Neuro-oncology**, v. 18, p. iv11, 2016.
  114. WICK, W. *et al.* EORTC 26101 phase III trial exploring the combination of bevacizumab and lomustine in patients with first progression of a glioblastoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, 2016.
  115. COMBS, S. E. *et al.* Fractionated stereotactic radiotherapy of optic pathway gliomas: tolerance and long-term outcome. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 62, n. 3, p. 814-819, 2005.
  116. DARLIX, A. *et al.* Evaluating the response to bevacizumab in high grade gliomas: The importance of clinical assessment. **Neurooncology**, v. 17, p. v158, 2015.
  117. FABBRO, M. *et al.* Antiangiogenic treatment (AT) in glioblastoma multiform tumors (GBM): Imaging but also clinical assessment: Correlation between macdonald, rano and recist 1.1 criteria. **Neuro-oncology**, v. 14, p. iii60, 2012.
  118. GALLEGO PEREZ-LARRAYA, J. *et al.* Response assessment in recurrent glioblastoma treated with irinotecan bevacizumab: comparative analysis of the Macdonald, RECIST, RANO, and RECIST + F criteria. **Neuro-oncology**, v. 14, n. 5, p. 667-673, 2012.
  119. HASHIMOTO, N. *et al.* A direct comparison of response assessments in a phase II clinical trial of wt1 peptide vaccination; macdonald, recist and rano criteria. **Neuro-oncology**, v. 15, p. iii111, 2013.
  120. KUCHARCZYK, M. J. *et al.* Evaluation of pseudoprogression in patients with glioblastoma. **Neuro-Oncology Practice**, v. 4, n. 2, p. 128-134, 2017.
-

121. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Oncologia**: manual de bases técnicas. 26. ed. Brasília: MS, nov. 2019. SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: [ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual\\_Oncologia\\_26a\\_edicao\\_Novembro\\_2019\\_03\\_12\\_2019.pdf](ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Oncologia_26a_edicao_Novembro_2019_03_12_2019.pdf). Acesso em: 27 out. 2020.
  122. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº375, de 10 de novembro de 2009**. Aprova o roteiro a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0375\\_10\\_11\\_2009.html#:~:text=Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0375_10_11_2009.html#:~:text=Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 27 out. 2020.
  123. SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ (Clinical research ed)**, v. 358, p. j4008, 2017.
  124. HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. London: The Cochrane Collaboration, 2011.
  125. WELLS, G. S. B. *et al.* **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses**. 2013. Disponível em: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp). Acesso em: 27 out. 2020.
  126. WHITING, P. F. *et al.* QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. **Annals of internal medicine**, v. 155, n. 8, p. 529-536, 2011.
  127. GUYATT, G. H. *et al.* Rating quality of evidence and strength of recommendations: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ: British Medical Journal**, v. 336, n. 7650, p. 924, 2008.
  128. WANG, G. *et al.* Evidence from a large-scale meta-analysis indicates eczema reduces the incidence of glioma. **Oncotarget**, v. 7, n. 38, p. 62598-62606, 2016.
  129. XIN, Y. *et al.* Association of ERCC1 C8092A and ERCC2 Lys751Gln polymorphisms with the risk of glioma: a meta-analysis. **PLoS One**, v. 9, n. 4, p. e95966, 2014.
  130. XU, C. *et al.* Association of the MTHFR C677T polymorphism with primary brain tumor risk. **Tumour biology: the journal of the International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine**, v. 34, n. 6, p. 3457-3464, 2013.
  131. YAO, L. *et al.* An updated pooled analysis of glutathione S-transferase genotype polymorphisms and risk of adult gliomas. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 13, n. 1, p. 157-163, 2012.
  132. ZHANG, J. N. *et al.* Association of p53 Arg72Pro and MDM2 SNP309 polymorphisms with glioma. **Genetics and Molecular Research**, v. 11, n. 4, p. 3618-3628, 2012.
  133. TAN, D. *et al.* Association between +61G polymorphism of the EGF gene and glioma risk in different ethnicities: a meta-analysis. **The Tohoku journal of experimental medicine**, v. 222, n. 4, p. 229-235, 2010.
  134. PYO, J. S. *et al.* Concordance analysis and diagnostic test accuracy review of IDH1 immunohistochemistry in glioblastoma. **Brain tumor pathology**, v. 33, n. 4, p. 248-254, 2016.
  135. BALLESTER, L. Y. *et al.* Retrospective analysis of molecular and immunohistochemical characterization of 381 primary brain tumors. **Journal of neuropathology and experimental neurology**, v. 76, n. 3, p. 179-188, 2017.
-

136. GONDIM, D. D. *et al.* Determining IDH status in gliomas using IDH1R132H antibody and polymerase chain reaction. **Laboratory Investigation**, v. 97, p. 433A, 2017.
  137. CARTER, J. H. *et al.* Targeted NGS in molecular subtyping of lowergradediffuse gliomas: Application of the who's 2016 revised criteria for CNS tumors. **Journalof Molecular Diagnostics**, v. 18, n. 6, p. 1009, 2016.
  138. TAKANO, S.*et al.* Diagnostic advantage ofdouble immunohistochemistry using two mutation-specific anti-IDH antibodies (HMab-1and MsMab-1) in gliomas. **Brain Tumor Pathology**, v. 32, n. 3, p. 169-175, 2015.
  139. CATTEAU, A. *et al.* A newsensitive PCR assay for one-step detection of 12 IDH1/2 mutations in glioma. **Actaneuropathologica communications**, v. 2, p. 58, 2014.
  140. AGARWAL, S.*et al.* Comparative study of IDH1mutations in gliomas by immunohistochemistry and DNA sequencing. **Neuro-Oncology**, v. 15, n. 6, p. 718-726, 2013.
  141. CHOI, J.IDH1 mutation analysis in low cellularityspecimen: A limitation of diagnostic accuracy and a proposal for the diagnostic procedure.**Pathology Research and Practice**, v. 209, n. 5, p. 284-290, 2013.
  142. EGOAVIL, C. M.*et al.* Validationof immunohistochemistry for identification of IDH1 mutation in gliomas. **LaboratoryInvestigation**, v. 93, p. 474A, 2013.
  143. PERRECH, M.*et al.* Analysis of IDH1 mut expression inhuman astrocytomas by RT-PCR. **Neuro-Oncology**, v. 15, p. iii149, 2013.
  144. LEE, D.*et al.* IDH1 mutations in oligodendroglial tumors:Comparative analysis of direct sequencing, pyrosequencing, immunohistochemistry, nestedPCR and PNA-mediated clamping PCR. **BrainPathology**, v. 23, n. 3, p. 285-293, 2013.
  145. LOUSSOUARN, D. *et al.* Comparisonof immunohistochemistry, DNA sequencing and allele-specific PCR for the detection of IDH1mutations in gliomas. **International Journal of Oncology**, v. 40, n. 6, p. 2058-2062, 2012.
  146. PREUSSER, M.*et al.* Value andlimitations of immunohistochemistry and gene sequencing for detection of the IDH1-R132Hmutation in diffuse glioma biopsy specimens. **Journal of neuropathology and experimentalneurology**, v. 70, n. 8, p. 715-723,2011.
  147. BOISSELIER, B.*et al.* COLD PCRHRM: A highly sensitive detection method for IDH1 mutations. **HumanMutation**, v. 31, n. 12, p. 1360-1365, 2010.
  148. CAPPER, D.*et al.* Characterization of R132Hmutation-specific IDH1 antibody binding in brain tumors. **Brain pathology**, Zurich,Switzerland, v. 20, n. 1, p. 245-254, 2010.
  149. RAJSHEKHAR, V.;CHANDY, M. J. Computerized tomography-guided stereotactic surgeryfor brainstem masses: A risk-benefit analysis in 71 patients. **Journal ofneurosurgery**, v. 82, n. 6, p. 976-981, 1995.
  150. MARQUES, J. R. L. D. M. *et al.* Brainstemgliomas in adult patients. **European journal of neurology**, v. 22, p. 314, 2015.
  151. MANOJ, N.*et al.* Stereotacticbiopsy of brainstem lesions: Techniques, efficacy, safety, and disease variation betweenadults and children: A single institutional series and review. **Journal of Neurosciences inRural Practice**, v. 5, n. 1, p. 32-39, 2014.
  152. SHAD, A.*et al.* Awake stereotactic biopsy of brain stem lesions:technique and results. **Actaneurochirurgica**, v. 147, n. 1, p. 47-49, 2005. Discussion 9-50.
  153. BOVIATSI, E. J.*et al.* CT-guided stereotactic biopsiesof brain stem lesions: Personal experience and literature review. **NeurologicalSciences**, v. 24, n. 3, p. 97-102, 2003.
-

154. BOVIATSI, E. J. *et al.* Stereotactic biopsy of brain stem lesions. **Minimally Invasive Neurosurgery**, v. 44, n. 4, p. 226-229, 2001.
  155. ARMSTRONG, T. S. *et al.* Net clinical benefit analysis of radiation therapy oncology group 0525: a phase III trial comparing conventional adjuvant temozolomide with dose-intensive temozolomide in patients with newly diagnosed glioblastoma. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 31, n. 32, p. 4076-4084, 2013.
  156. BALANA, C. *et al.* Bevacizumab and temozolomide versus temozolomide alone as neoadjuvant treatment in unresected glioblastoma: the GENOM 009 randomized phase II trial. **Journal of neuro-oncology**, v. 127, n. 3, p. 569-579, 2016.
  157. CHAUFFER, B. *et al.* Randomized phase II trial of irinotecan and bevacizumab as neo-adjuvant and adjuvant to temozolomide-based chemoradiation compared with temozolomide-chemoradiation for unresectable glioblastoma: final results of the TEMAVIR study from ANOCEF. **Annals of Oncology**, v. 25, n. 7, p. 1442-1447, 2014.
  158. CHINOT, O. L. *et al.* Bevacizumab plus radiotherapy-temozolomide for newly diagnosed glioblastoma. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 8, p. 709-722, 2014.
  159. TAPHOORN, M. J. B. *et al.* Health related quality of life in a randomized phase III study of bevacizumab, temozolomide, and radiotherapy in newly diagnosed glioblastoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 19, p. 2166-2175, 2015.
  160. HOFLAND, K. F. *et al.* Neoadjuvant bevacizumab and irinotecan versus bevacizumab and temozolomide followed by concomitant chemoradiotherapy in newly diagnosed glioblastoma multiforme: a randomized phase II study. **Acta oncológica**, Stockholm, Sweden, v. 53, n. 7, p. 939-944, 2014.
  161. CHANG, S. M. *et al.* Results of NRG oncology/RTOG 9813: A phase III randomized study of radiation therapy (RT) and temozolomide (TMZ) versus RT and nitrosourea (NU) therapy for anaplastic astrocytoma (AA). **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 15, 2015.
  162. KIM, I. H. *et al.* Radiotherapy followed by adjuvant temozolomide with or without neoadjuvant ACNU-CDDP chemotherapy in newly diagnosed glioblastomas: a prospective randomized controlled multicenter phase III trial. **Journal of neuro-oncology**, v. 103, n. 3, p. 595-602, 2011.
  163. GILBERT, M. R. *et al.* Dose-dense temozolomide for newly diagnosed glioblastoma: a randomized phase III clinical trial. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 31, n. 32, p. 4085-4091, 2013.
  164. WAKABAYASHI, T. *et al.* JCOG0911 integrative trial: A randomized screening phase II trial of chemoradiotherapy with interferon  $\beta$  plus temozolomide versus chemoradiotherapy with temozolomide alone for newly-diagnosed glioblastoma. **Neuro-Oncology**, v. 16, p. v21, 2014.
  165. DE GROOT, M. *et al.* Efficacy and tolerability of levetiracetam monotherapy in patients with primary brain tumors and epilepsy. **Epilepsia**, v. 50, p. 101, 2009.
  166. KIM, Y. H. *et al.* Survival benefit of levetiracetam in patients treated with concomitant chemoradiotherapy and adjuvant chemotherapy with temozolomide for glioblastoma multiforme. **Cancer**, v. 121, n. 17, p. 2926-2932, 2015.
  167. MERRELL, R. T. *et al.* Seizures in patients with glioma treated with phenytoin and levetiracetam. **Journal of neurosurgery**, v. 113, n. 6, p. 1176-1181, 2010.
  168. ROSATI, A. *et al.* Efficacy and safety of levetiracetam in patients with glioma: a clinical prospective study. **Archives of neurology**, v. 67, n. 3, p. 343-346, 2010.
-

169. WAGNER, G. L.;VAN DONSELAAR,C. A.;VECHT, C. J. Levetiracetam: preliminary experience inpatients with primary brain tumours. **Seizure**, v. 12, n. 8, p. 585-586, 2003.
  170. ROSSETTI, A. O.*et al.* Levetiracetam and pregabalin forantiepileptic monotherapy in patients with primary brain tumors. A phase II randomizedstudy. **Neuro-oncology**, v. 16, n. 4, p. 584-588, 2013.
  171. LIM, D. A.*et al.* Safety and feasibility of switching from phenytoin to levetiracetam monotherapy for gliomarelatedseizure control following craniotomy: a randomized phase II pilot study. **Journal of neuro-oncology**, v. 93, n. 3, p. 349-354,2009.
  172. HUANG, S.;WANG, L. Epileptic seizures in patients with glioma: A single centrebased study inChina. **Tropical Journal ofPharmaceuticalResearch**, v. 16, n. 3, p. 673-679, 2017.
  173. IUCHI, T.;KAWASAKI, K.;SAKAIDA, T. Epilepsy in patients with gliomas: incidence and control ofseizures. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 22, n. 1, p. 87-91, 2015.
  174. WOO, P. Y.*et al.* Risk factors for seizures andantiepileptic drug-associated adverse effects in high-grade glioma patients: amulticentre,retrospective study in Hong Kong. **Surgical practice**, v. 19, n. 1, p. 2-8, 2015.
  175. CHAICHANA, K. L.;OLIVI, A.;QUIÑONES-HINOJOSA,A. Long-term seizure outcomes in adultpatients undergoing primary resection of malignant brain astrocytomas. **Journal of neurosurgery**, v. 111, n. 2, p. 282-292,2009.
  176. CHANG, E. F.*et al.* Seizurecharacteristics and control following resection in 332 patients with low-grade gliomas. **Journal of neurosurgery**, v. 108, n. 2, p. 227-235, 2008.
  177. LOMBARDI, G.*et al.* Effectiveness ofantiangiogenic drugs in glioblastoma patients: A systematic review and meta-analysis ofrandomized clinical trials. **Critical reviews in oncology/hematology**, v. 111, p. 94-102, 2017.
  178. KHASRAW, M.*et al.* Antiangiogenic therapy forhigh-grade glioma. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 9, Cd008218, 2014.
  179. LI, Y.*et al.* The prognosis of anti-angiogenesisitreatments combined with standard therapy for newly diagnosed glioblastoma: A metaanalysisof randomized controlled trials. **PLoS ONE**, v. 11, n. 12, 2016.
  180. WICK, W.*et al.* Evaluation ofpseudoprogression rates and tumor progression patterns in a phase III trial of bevacizumabplus radiotherapy/temozolomide for newly diagnosed glioblastoma. **Neuro-Oncology**, v. 18, n. 10, p. 1434-1441, 2016.
  181. SARAN, F.*et al.* Bevacizumab,temozolomide, and radiotherapy for newly diagnosed glioblastoma: Comprehensive safetyresults during and after first-line therapy. **Neuro-Oncology**, v. 18, n. 7, p. 991-1001, 2016.
  182. TAPHOORN, M. J. *et al.* Health-Related Quality of Life in a Randomized Phase III Study of Bevacizumab, Temozolomide, andRadiotherapy in Newly Diagnosed Glioblastoma. **Journal of clinical oncology** : official jornalof the American Society of Clinical Oncology, v. 33, n. 19, p. 2166-2175,2015.
  183. BALANA, C.*et al.* Bevacizumaband temozolomide versus temozolomide alone as neoadjuvant treatment in unresectedglioblastoma: the GENOM 009 randomized phase II trial. **Journal of neuro-oncology**, v. 127, n. 3, p. 569-579, 2016.
  184. GILBERT,M. R. *et al.*NRG oncology RTOG 0625: a randomized phase II trial of bevacizumab with either irinotecanor dose-dense temozolomide in recurrent glioblastoma. **Journal ofneuro-oncology**, v. 131, n. 1, p. 193-199, 2016.
-

185. HOFLAND, K. F. *et al.* Neoadjuvant bevacizumab and irinotecan versus bevacizumab and temozolomide followed by concomitant chemoradiotherapy in newly diagnosed glioblastoma multiforme: A randomized phase II study. **Acta Oncologica**, v. 53, n. 7, p. 939-944, 2014.
  186. BONNETAIN, F. *et al.* Impact of bevacizumab added to temozolomide-chemoradiation on time to health-related quality of life deterioration in unresectable glioblastoma: Results of a phase II randomized clinical trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 15, 2015.
  187. FRIEDMAN, H. S. *et al.* Bevacizumab alone and in combination with irinotecan in recurrent glioblastoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, n. 28, p. 4733-4740, 2009.
  188. WEATHERS, S. P. *et al.* A randomized phase II trial of standard dose bevacizumab versus low dose bevacizumab plus lomustine (CCNU) in adults with recurrent glioblastoma. **Journal of neuro-oncology**, v. 129, n. 3, p. 487-4894, 2016.
  189. TAPHOORN, M. *et al.* Health-related quality of life (HRQoL) in patients with progressive glioblastoma treated with combined bevacizumab and lomustine versus lomustine only (randomized phase III EORTC study 26101). **Neuro-Oncology**, v. 18, p. vi157, 2016.
  190. TAAL, W. *et al.* Single-agent bevacizumab or lomustine versus a combination of bevacizumab plus lomustine in patients with recurrent glioblastoma (BELOB trial): a randomised controlled phase 2 trial. **The Lancet Oncology**, v. 15, n. 9, p. 943-953, 2014.
  191. FIELD, K. M. *et al.* Randomized phase 2 study of carboplatin and bevacizumab in recurrent glioblastoma. **Neuro-oncology**, v. 17, n. 11, p. 1504-1513, 2015.
  192. HOVEY, E. J. *et al.* Continuing or ceasing bevacizumab at disease progression: Results from the CABARET study, a prospective randomized phase II trial in patients with recurrent glioblastoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 15, 2015.
  193. BRANDES, A. A. *et al.* AVAREG: A phase II, randomized, noncomparative study of fotemustine or bevacizumab for patients with recurrent glioblastoma. **Neuro-Oncology**, v. 18, n. 9, p. 1304-1312, 2016.
  194. REARDON, D. A. *et al.* Phase II study of metronomic chemotherapy with bevacizumab for recurrent glioblastoma after progression on bevacizumab therapy. **Journal of neuro-oncology**, v. 103, n. 2, p. 371-379, 2011.
  195. YONEZAWA, H. *et al.* Efficacy of bevacizumab therapy for unresectable malignant glioma: A retrospective analysis. **Molecular and Clinical Oncology**, v. 6, n. 1, p. 105-110, 2017.
  196. WIESTLER, B. *et al.* Towards optimizing the sequence of bevacizumab and nitrosoureas in recurrent malignant glioma. **Journal of neuro-oncology**, v. 117, n. 1, p. 85-92, 2014.
  197. NIYAZI, M. *et al.* Irradiation and bevacizumab in high-grade glioma retreatment settings. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 82, n. 1, p. 67-76, 2012.
  198. REARDON, D. A. *et al.* Outcome after bevacizumab clinical trial therapy among recurrent grade III malignant glioma patients. **Journal of neuro-oncology**, v. 107, n. 1, p. 213-221, 2012.
  199. KREISL, T. N. *et al.* A phase II trial of single-agent bevacizumab in patients with recurrent anaplastic glioma. **Neuro-oncology**, v. 13, n. 10, p. 1143-1150, 2011.
  200. CHAMBERLAIN, M. C. Bevacizumab for recurrent alkylator-refractory anaplastic oligodendroglioma. **Cancer**, v. 115, n. 8, p. 1734-1743, 2009.
  201. CHAMBERLAIN, M. C. Salvage chemotherapy with bevacizumab for recurrent alkylator-refractory anaplastic astrocytoma. **Journal of neuro-oncology**, v. 91, n. 3, p. 359-367, 2009.
-

202. DESJARDINS, A. *et al.* Bevacizumab plus irinotecan in recurrent WHO grade 3 malignant gliomas. **Clinical Cancer Research**, v. 14, n. 21, p. 7068-7073, 2008.
203. YE, J. M.; KRANZ, S.; LO, P. A 10 year retrospective study of surgical outcomes of adult intracranial pilocytic astrocytoma. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 21, n. 12, p. 2160-2164, 2014.
204. JOHNSON, D. R.; GALANIS, E.; HAMMACK, J. E. Pilocytic astrocytoma survival in adults: analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program of the National Cancer Institute. **Journal of neuro-oncology**, v. 108, n. 1, p. 187-193, 2012.
205. ISHKANIAN, A. *et al.* Upfront observation versus radiation for adult pilocytic astrocytoma. **Cancer**, v. 117, n. 17, p. 4070-4079, 2011.
206. ELLIS, J. A. *et al.* Rapid recurrence and malignant transformation of pilocytic astrocytoma in adult patients. **Journal of neuro-oncology**, v. 95, p. 377, 2009.
207. BROWN, P. D. *et al.* Adult patients with supratentorial pilocytic astrocytomas: a prospective multicenter clinical trial. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 58, n. 4, p. 1153-1160, 2004.
208. BROWN, P. D. *et al.* Effects of radiotherapy on cognitive function in patients with low-grade glioma measured by the folstein mini-mental state examination. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 21, n. 13, p. 2519-2524, 2003.
209. EYRE, H. J. *et al.* A randomized trial of radiotherapy versus radiotherapy plus CCNU for incompletely resected low-grade gliomas: a Southwest Oncology Group study. **Journal of neurosurgery**, v. 78, n. 6, p. 909-914, 1993.
210. KARIM, A. B. *et al.* Randomized trial on the efficacy of radiotherapy for cerebral low-grade glioma in the adult: European Organization for Research and Treatment of Cancer Study 22845 with the Medical Research Council study BRO4: an interim analysis. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v. 52, n. 2, p. 316-324, 2002.
211. VAN DEN BENT, M. J. *et al.* Long-term efficacy of early versus delayed radiotherapy for low-grade astrocytoma and oligodendroglioma in adults: the EORTC 22845 randomised trial. **Lancet**, London, v. 366, n. 9490, p. 985-990, 2005.
212. KIEBERT, G. M. *et al.* Quality of life after radiation therapy of cerebral low-grade gliomas of the adult: results of a randomised phase III trial on dose response (EORTC trial 22844). EORTC Radiotherapy Co-operative Group. **European journal of cancer**, Oxford, v. 34, n. 12, p. 1902-1909, 1998.
213. PERRY, J. R. *et al.* Short-course radiation plus temozolomide in elderly patients with glioblastoma. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 11, p. 1027-1037, 2017.

ISBN 978-85-334-2845-4



9 788533 428454

DISQUE SAÚDE **136**

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
[BVSMS.SAUDE.GOV.BR](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal