

## Remdesivir nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19

Ultima versione: 24/11/2020

(Precedenti versioni: 18/09/2020)

<p>Si forniscono di seguito elementi utili ad orientare la prescrizione e a definire un rapporto fra i benefici e i rischi del medicinale sul singolo paziente.</p>	
<p><b>Per quali pazienti è raccomandabile?</b></p>	<p>Fin dall'inizio AIFA, tramite il registro di monitoraggio, ha concesso la <b>rimborsabilità al remdesivir esclusivamente per i soggetti con polmonite da COVID-19 in ossigenoterapia che non richiedono ossigeno ad alti flussi o ventilazione meccanica o ECMO e con insorgenza dei sintomi da meno di 10 giorni.</b></p> <p>AIFA stabilisce, alla luce delle nuove evidenze disponibili, che l'utilizzo del remdesivir nella popolazione ammessa alla rimborsabilità <b>potrà essere considerato esclusivamente in casi selezionati, dopo una accurata valutazione del rapporto benefici/rischi.</b></p> <p>I dati attualmente disponibili su remdesivir, infatti, non sono concordanti e complessivamente non dimostrano un chiaro beneficio clinico in termini di mortalità o ricorso alla ventilazione meccanica. L'OMS, dopo aver condotto uno studio randomizzato ed aver eseguito una metanalisi delle prove di efficacia su oltre 7.000 pazienti, ha formulato una <b>raccomandazione NEGATIVA DEBOLE</b> sull'utilizzo di tale farmaco nell'intera popolazione dei pazienti con COVID-19 a prescindere dalla gravità.</p> <p>Sebbene nel sottogruppo di soggetti in ossigenoterapia standard (a bassi flussi) dello studio registrativo ACTT-1 sia stata dimostrata una riduzione del tempo al recupero e della mortalità, tale risultato non è stato confermato dallo studio Solidarity e dalla metanalisi dei quattro studi disponibili. Secondo l'OMS, inoltre, i risultati per sottogruppi non possono essere considerati affidabili per stime accurate.</p> <p>Tutti gli studi concordano sulla mancanza di efficacia nei pazienti più gravi (che richiedono l'erogazione di ossigeno attraverso <i>device</i> ad alti flussi, ventilazione meccanica -non invasiva/invasiva- o ECMO).</p> <p>I principali rischi connessi all'utilizzo del farmaco sono rappresentati da una possibile tossicità epatica e renale (quest'ultima è al momento oggetto di approfondimento presso l'EMA).</p> <p>Infine, in ottemperanza a quanto riportato in scheda tecnica, il farmaco non è raccomandato in pazienti con funzionalità renale fortemente compromessa (eGFR&lt;30mL/min) e non deve essere usato in pazienti che presentano livelli di ALT <math>\geq 5</math> volte il limite superiore della norma al basale (paragrafo 4.4 RCP).</p> <p>Si ricorda che il farmaco non è autorizzato prima dei 12 anni di età.</p>
<p><b>A quali dosaggi è preferibilmente prescrivibile e in quali forme?</b></p>	<p><b>Dosaggio consigliato</b></p> <p>Il dosaggio raccomandato di remdesivir nei pazienti di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg è:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>giorno 1: singola dose di carico di remdesivir 200 mg somministrata tramite infusione endovenosa</li> <li>dal giorno 2 in poi: 100 mg somministrati una volta al giorno tramite infusione endovenosa.</li> </ul> <p>Gli studi finora condotti non hanno evidenziato una differenza in termini di efficacia tra il trattamento a 5 giorni ed il trattamento a 10, sia nei pazienti con malattia moderata sia nella coorte di malattia severa.</p> <p>Per situazioni particolari si rimanda alla scheda tecnica del medicinale Veklury®.</p>
<b>Chi può prescrivere il farmaco in questa fase di emergenza</b>	<p>Il medicinale Veklury® è stato reso disponibile dalla Commissione Europea tramite una procedura di Joint Procurement europeo ed è sottoposto a registro di monitoraggio AIFA (<a href="https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-registro-veklury-remdesivir-">https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-registro-veklury-remdesivir-</a>)</p> <p>Remdesivir è un farmaco ospedaliero prescrivibile dallo specialista infettivologo, pneumologo, o altro clinico operante nei centri indicati dalla Regione per la gestione del COVID-19.</p>
<b>Quali sono i maggiori rischi in termini di reazioni avverse?</b>	<p><b>Avvertenze</b> (da scheda tecnica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento delle transaminasi</li> <li>Compromissione renale</li> </ul> <p>Per altre informazioni sulla sicurezza si vedano la scheda tecnica e gli studi recentemente pubblicati. <a href="https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_it.pdf">https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_it.pdf</a>.</p>
<b>Può essere prescritto insieme ad altri farmaci?</b>	<p><b>Principali Interazioni</b> (da scheda tecnica):</p> <p>Non sono stati effettuati studi d'interazione con remdesivir. Attualmente non si conosce il potenziale d'interazione complessivo; pertanto, i pazienti devono rimanere sotto stretta osservazione nei giorni in cui viene loro somministrato remdesivir. A causa dell'antagonismo osservato <i>in vitro</i>, <u>l'utilizzo concomitante di remdesivir e cloroquina fosfato o idrossicloroquina solfato non è raccomandato. Si ricorda, in ogni caso, che l'uso di questi ultimi farmaci al di fuori di trial clinici non è autorizzato.</u></p> <p>Non è raccomandato l'utilizzo di forti induttori enzimatici del CYP450 (ad esempio la rifampicina) in quanto possono ridurre le concentrazioni plasmatiche di remdesivir. <u>Non sono disponibili dati relativi alla co-somministrazione con desametasone (substrato del CYP3A4).</u></p> <p>Per altre informazioni sulle interazioni farmacologiche si veda la scheda tecnica e si consulti il sito: <a href="https://www.covid19-druginteractions.org/">https://www.covid19-druginteractions.org/</a>.</p>

### **Inquadramento**

Il remdesivir (Veklury®, 100 mg concentrato per soluzione per infusione) è il primo farmaco antivirale ad aver ottenuto l'autorizzazione dall'Agencia Europea dei Medicinali (EMA) con indicazione specifica per il "trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti e negli adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg) con polmonite che richiede ossigenoterapia supplementare".

Veklury è stato autorizzato in Europa con procedura "subordinata a condizioni", ciò significa che devono essere forniti ulteriori dati su questo medicinale. L'EMA esaminerà almeno annualmente i nuovi dati aggiornando, se necessario, il riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP).

## **Razionale**

Remdesivir è un profarmaco analogo nucleotidico dell'adenosina che viene metabolizzato nelle cellule ospiti per formare il metabolita trifosfato nucleosidico farmacologicamente attivo. Remdesivir trifosfato agisce come un analogo dell'adenosina trifosfato (ATP) e compete con il substrato naturale dell'ATP per l'incorporazione nelle catene di RNA nascente da parte della RNA-polimerasi RNA-dipendente del SARS-CoV-2, causando la terminazione della catena ritardata durante la replicazione dell'RNA virale.

Remdesivir ha mostrato un'attività in vitro contro un isolato clinico del SARS-CoV-2 nelle cellule primarie dell'epitelio respiratorio umano.

## **Principali evidenze disponibili**

### Studi clinici randomizzati

Sono al momento disponibili i dati relativi a 4 studi randomizzati controllati che hanno studiato il remdesivir in differenti contesti:

- 29/04/2020 - Wang J et al. 2020 (NCT04257656): Si tratta di uno studio randomizzato controllato in doppio cieco vs placebo che è stato condotto nel periodo compreso tra il 6/02/2020 e il 12/03/2020, presso 10 centri ospedalieri della provincia di Hubei, in Cina. Lo studio ha arruolato soggetti adulti ospedalizzati, con insorgenza di sintomi entro massimo 12 giorni dall'arruolamento, con polmonite confermata radiologicamente e saturazione di O<sub>2</sub><94% in aria ambiente o rapporto P/FiO<sub>2</sub><300 mmHg. Entrambi i gruppi assumevano terapie associate (interferone alfa 2b nel 18,5%, lopinavir/ritonavir nel 18%, antibiotici nel 79% e corticosteroidi nel 39%). I soggetti arruolati erano randomizzati in rapporto 2:1 ad assumere remdesivir (200 mg ev il primo giorno e 100 mg dal 2° giorno fino a un totale di 10 giorni di trattamento) o placebo. L'endpoint primario dello studio era il tempo al miglioramento clinico al giorno 28, definito come il tempo (in giorni) dalla randomizzazione al momento in cui si registrava una riduzione di due livelli su una scala ordinale di sei punti dello stato clinico (da 1 = dimesso a 6 = morte) o avveniva la dimissione dall'ospedale. Lo studio ha arruolato 237 pazienti (158 randomizzati al gruppo remdesivir e 79 al gruppo placebo). L'uso di remdesivir non è stato associato a una differenza nel tempo al miglioramento clinico (RR 1,23 [IC 95% 0,87-1,75]). Nel sottogruppo di pazienti con durata dei sintomi di non oltre 10 giorni, si è registrata, nel braccio in trattamento con remdesivir, una tendenza ad un più rapido miglioramento clinico ai limiti della significatività statistica (RR 1,52 [0,95-2,43]) rispetto ai soggetti che avevano ricevuto placebo. Nessuna differenza significativa è stata riscontrata in termini di mortalità a 28 giorni. Nella popolazione studiata, rappresentata prevalentemente da soggetti con malattia COVID-19 severa, che in gran parte richiedevano ossigenoterapia al ricovero, remdesivir non ha migliorato gli esiti clinici e non ha ridotto la mortalità in modo statisticamente significativo. Nell'interpretazione dei risultati occorre tuttavia tenere conto del fatto che, a causa dell'andamento epidemiologico della malattia in Cina con la riduzione dei casi a seguito delle politiche di distanziamento sociale, lo studio è stato interrotto precocemente per difficoltà nel reclutamento dei pazienti e il campione è risultato quindi ridotto rispetto alle previsioni iniziali. Lo studio non era quindi dimensionato per la valutazione degli esiti in studio e i risultati ottenuti non consentono di definire il profilo benefico/rischio del medicinale.

Principali criticità:

- o lo studio non ha raggiunto il sample size preventivato.
- 22/05/2020 - Beigel JH et al. 2020 (ACTT-1 Trial; NCT04280705): Si tratta di un grosso trial clinico randomizzato, in doppio-cieco, multinazionale, sponsorizzato dai National Health Institutes negli USA che ha valutato l'efficacia del remdesivir vs placebo (entrambi somministrati per 10 giorni) in una popolazione

che comprendeva soggetti ricoverati, in gran parte con necessità di ossigenoterapia. I risultati pubblicati si riferiscono ad una analisi preliminare effettuata quando era stato raggiunto il campione previsto ma non tutti i soggetti arruolati avevano completato il follow-up di 28 giorni. I principali criteri di inclusione erano i seguenti: pazienti adulti ospedalizzati con polmonite dimostrata radiologicamente, oppure con saturazione  $O_2 < 94\%$  in aria ambiente o necessità di supplementazione con ossigeno ventilazione meccanica o ECMO (ossigenazione extracorporea). L'esito primario era il tempo alla guarigione (dimissione o ricovero senza necessità di cure aggiuntive), mentre esito secondario era la mortalità a 14 giorni. Lo studio ha arruolato 1.063 soggetti, mentre i risultati pubblicati si riferivano in totale a 1.059 soggetti (538 nel gruppo remdesivir e 521 nel gruppo placebo). In totale, l'88.7% della popolazione in studio aveva una patologia severa, in particolare il 25.6% era sottoposto a ventilazione meccanica o ECMO, il 18.5% riceveva ventilazione non invasiva o ossigeno ad alto flusso, il 39.6% riceveva ossigeno supplementare, e il rimanente 11.9%, pur ricevendo assistenza ospedaliera, non necessitava di ossigeno; il 52% aveva 2 o più patologie associate, il 29% era affetto da diabete. Il tempo mediano di insorgenza dei sintomi era di 9 giorni. Non è stata descritta la terapia associata. I dati ottenuti hanno evidenziato una superiorità statisticamente significativa del remdesivir rispetto al placebo, nella popolazione generale di pazienti ospedalizzati con COVID-19, con una differenza di 4 giorni nel tempo di recupero nei pazienti del gruppo remdesivir rispetto a quelli nel gruppo placebo (11 vs 15 giorni HR: 1,32, 95% CI 1,12-1,55;  $p < 0,001$ ). Nello strato di popolazione con polmonite e necessità di ossigeno supplementare la differenza nel tempo mediano di recupero è stata di 12 giorni nel gruppo remdesivir contro i 18 del gruppo placebo (RR 1,36; 95% CI 1,143-1,623;  $p < 0,001$ ). Nessuna differenza è stata osservata nello strato di popolazione con malattia 'lieve-moderata' (stadio 4; RR 1.38; 0.94-2.03). Non sono inoltre emerse differenze, rispetto al placebo, nei pazienti ospedalizzati in supporto ventilatorio (ventilazione non invasiva e device ad alti flussi; RR 1.20; 95%CI 0.79-1.81) ed in ventilazione meccanica (ventilazione meccanica invasiva ed ECMO; RR 0.95; 95%CI 0.64-1.42). Nella popolazione generale in trattamento con remdesivir è stato osservato un andamento più favorevole in termini di mortalità a 14 rispetto al gruppo placebo senza raggiungere la significatività statistica; HR 0.70; 95%CI 0.47-1.04), ma lo studio non era dimensionato per la valutazione di quest'ultimo esito, anche considerando la sua interruzione precoce.

Principali criticità

- Interruzione precoce
- Lo studio non è stato dimensionato per valutare una riduzione della mortalità
- Non sono state descritte le terapie associate

- 27/05/2020 - Goldman JD et al. 2020 (GS-US-540-5773 Trial; NCT04292899): Si tratta di uno studio randomizzato, in aperto, sponsorizzato dalla ditta Gilead, in cui è stata valutata l'efficacia di remdesivir somministrato per 5 o 10 giorni in soggetti con malattia COVID-19 severa, definita dalla presenza di polmonite interstiziale con  $SaO_2 < 94\%$  in aria ambiente. Lo studio è stato condotto tra il 6 e il 26 marzo in 55 centri in US, Europa e Asia. L'endpoint primario era lo stadio clinico al giorno 14 su una scala ordinale di 7 punti che andava dal decesso (score=1) alla dimissione (score=7). In totale 397 soggetti sono stati randomizzati in rapporto 1:1 a ricevere remdesivir per 5 giorni ( $n = 200$ ) o remdesivir per 10 giorni ( $n = 197$ ). Al baseline, i pazienti randomizzati nel gruppo di trattamento a 10 giorni avevano uno stato clinico significativamente peggiore rispetto a quelli randomizzati nel gruppo a 5 giorni ( $P = 0,02$ ). Il tempo mediano di trattamento era pari a 5 giorni (IQR 5-5) per il gruppo randomizzato al braccio remdesivir (con il 76% dei soggetti che terminava il trattamento) e a 9 giorni (IQR 6-10) nel gruppo randomizzato a remdesivir-10 giorni con solo il 44% dei soggetti che completavano il trattamento per l'intera durata. Il tempo mediano di insorgenza dei sintomi era 8,5 giorni. Non sono state descritte le eventuali terapie associate. Al giorno 14 un miglioramento clinico di 2 o più punti sulla scala ordinale si è verificato nel 64% dei pazienti nel gruppo di trattamento a 5 giorni e nel 54% nel gruppo a 10 giorni. Dopo l'aggiustamento statistico per lo stato clinico di base, i pazienti trattati per 10 giorni avevano una distribuzione nello stato

clinico al giorno 14 sovrapponibile a quella del gruppo a 5 giorni ( $P = 0,14$ ). Analoga assenza di differenza si riscontrava relativamente agli endpoint secondari di efficacia, in particolare nel gruppo a 5 giorni si osservava un tasso di mortalità numericamente più basso rispetto al gruppo a 10 giorni (8% vs 11%), seppur non statisticamente significativo.

Principali criticità

- disegno in aperto
- assenza di un braccio di controllo
- mancata stratificazione per gravità di patologia al baseline con conseguente importante sbilanciamento della popolazione in studio
- utilizzo di un endpoint di incerta rilevanza clinica
- attrition bias relativamente soprattutto al braccio di trattamento attivo a 10 giorni.

- *21/08/2020 - Spinner CD et al. 2020 (GS-US-540-5774 Trial; NCT04292730)*: Si tratta di uno studio randomizzato, in aperto, vs placebo sponsorizzato dalla ditta Gilead, in cui è stata valutata l'efficacia di remdesivir (somministrato per 5 o 10 giorni) rispetto allo standard-of-care in soggetti con malattia COVID-19 moderata, definita dalla presenza di polmonite interstiziale con  $\text{SaO}_2 > 94\%$  in aria ambiente. Lo studio è stato condotto tra il 15 marzo e il 18 aprile 2020 in 105 centri in US, Europa e Asia. Un totale di 596 soggetti sono stati randomizzati in rapporto 1:1:1 a ricevere remdesivir per 10 giorni ( $n = 197$ ), remdesivir per 5 giorni ( $n = 199$ ), o standard-of-care ( $n = 200$ ). L'endpoint primario era lo stadio clinico al giorno 11 su una scala ordinale di 7 punti che andava dal decesso (score=1) alla dimissione (score=7). I pazienti assegnati ai 3 gruppi erano bilanciati per dati demografici e per comorbidità. Complessivamente, il 56% dei pazienti presentavano malattie cardiovascolari, il 42% ipertensione, il 40% diabete e il 14% asma. Il tempo mediano di trattamento era pari a 5 giorni per il gruppo randomizzato al braccio remdesivir-5 giorni (con il 76% dei soggetti che terminava il trattamento) e a 6 giorni nel gruppo randomizzato a remdesivir-10 giorni con solo il 38% dei soggetti che completavano il trattamento fino alla 10° giornata. Il tempo mediano di insorgenza dei sintomi era circa 8 giorni. I tre gruppi assumevano terapie associate (idrossiclorochina, lopinavi ritonavir, azitromicina in modo sbilanciato a favore del gruppo standard of care, e corticosteroidi in modo bilanciato nel 17%). Al giorno 11, i pazienti in trattamento con remdesivir per 5 giorni avevano una probabilità significativamente più alta di una migliore distribuzione dello stato clinico sulla scala ordinale a 7 punti rispetto a quelli randomizzati per il trattamento con terapia standard (OR 1.65; 95%CI 1.09-2.48;  $P = 0.02$ ). Invece, tra il gruppo in trattamento con remdesivir per 10 giorni e quello con il trattamento standard, la differenza nella distribuzione dello stato clinico al giorno 11 non era statisticamente significativa ( $P=0.18$ ). Non si riscontravano differenze significative tra i bracci in trattamento attivo e quelli in terapia standard relativamente agli endpoint esploratori di efficacia, tra cui il tempo al miglioramento clinico, la durata dell'ospedalizzazione e la mortalità.

Principali criticità

- disegno in aperto
- utilizzo di un endpoint, rappresentato dalla distribuzione su una scala ordinale, difficilmente interpretabile in termini di rilevanza clinica dei risultati (McCreary EK, Angus DC. 2020)
- attrition bias relativamente soprattutto al braccio di trattamento attivo a 10 giorni
- mancanza di un confronto formale tra le due durate di trattamento.

- *08/10/2020 Beigel JH et al. 2020 (ACTT-1 Trial; NCT04280705)*: Sono pubblicati i dati dell'analisi finale dello studio ACTT-1 riferita a un totale di 1062 soggetti randomizzati (541 assegnati a remdesivir e 521 al gruppo placebo). In totale, il 90.1% della popolazione in studio aveva una patologia severa, in particolare il 26.8% era sottoposto a ventilazione meccanica o ECMO, il 18.2% riceveva ventilazione non invasiva o ossigeno ad alto flusso, il 41.0% riceveva ossigeno supplementare, e il rimanente 13%, pur ricevendo assistenza ospedaliera, non necessitava di ossigeno. Per quanto riguarda le comorbidità, il 50.7% era

iperteso, il 45.4% era obeso e il 30.6% era affetto da diabete. Durante studio, 373 pazienti (35,6%) hanno ricevuto idrossiclorochina e 241 (23,0%) hanno ricevuto un glucocorticoide. Il tempo al recupero clinico (esito primario) era di 10 giorni (valore mediano, 95% CI 9-11), rispetto a 15 giorni (95% CI 13-8) tra coloro che hanno ricevuto placebo (RR 1,29; IC 95% 1,12-1,49; P <0,001). Le stime di mortalità nei soggetti trattati con remdesivir rispetto al placebo erano rispettivamente pari a 6,7% vs 11,9% a 15 giorni e a 11,4% vs 15,2% a 29 giorni (HR 0,73; IC 95% 0,52-1,03). Stratificando la popolazione per gravità di malattia al baseline il beneficio clinico, sia in termini di tempo al recupero che di mortalità si registrava solo per i soggetti in ossigenoterapia standard, mentre nessun beneficio clinico era osservato nei soggetti in ossigenoterapia ad alti flussi o in ventilazione meccanica o in ECMO.

- *15/10/2020 SOLIDARITY Trial (Pan H et al. 2020)*: vengono resi noti i risultati dello studio SOLIDARITY, studio adattativo, multicentrico, coordinato dal WHO, volto a testare l'efficacia e la sicurezza di differenti strategie anti-COVID (tra cui, originariamente, HCQ, remdesivir, lopinavir/ritonavir e interferone). I soggetti eleggibili erano maggiorenni, ospedalizzati con diagnosi di COVID-19, naïve per i farmaci in studio. Nel periodo tra marzo e aprile sono stati randomizzati oltre 11.330 da parte di 405 ospedali in 30 differenti paesi nei 6 continenti. L'analisi principale è stata effettuata su 11.266 partecipanti, di cui 2.750 assegnati al braccio con remdesivir (per una durata di 10 giorni di trattamento). Nell'analisi primaria relativa alla mortalità l'utilizzo di remdesivir non si è dimostrato associato ad alcun beneficio [RR=0.95; 95%CI 0.81-1.11, P=0.50; 301/2743 vs 303/2708]. I soggetti sottoposti a ventilazione meccanica (sia non invasiva che invasiva) avevano una tendenza, seppur non statisticamente significativa, ad un peggior outcome clinico (RR= 1.26; 95%CI 0.65-2.46). Per stimare l'effetto del farmaco sulla mortalità, gli autori hanno inoltre condotto una meta-analisi di 4 studi nei quali è stato utilizzato il remdesivir [SOLIDARITY (604 decessi su circa 5000 randomizzati), ACTT-1 (136 decessi su circa 1000) e due studi più piccoli (41 decessi)]. L'analisi dei dati ha confermato l'assenza di benefici clinici del remdesivir in termini di riduzione della mortalità (RR=0,91; 95%CI 0,79-1,05) nella popolazione generale. Analizzando i dati nella popolazione a basso rischio (in assenza da ventilazione) si osservava una tendenza ai limiti della significatività statistica (RR=0.80; 95%CI 0.60-1.01), mentre si confermava una tendenza ad un esito peggiore nei soggetti ad alto rischio (RR= 1.16; 95%CI 0.85-1.60).

### Revisioni scientifiche e meta-analisi

Si sono rese disponibili revisioni scientifiche e meta-analisi aggiornate in tempo reale ("*living systematic review and network meta-analysis*") condotte da organizzazioni internazionali o importanti gruppi ricerca in cui sono sintetizzati i risultati degli studi clinici di volta in volta disponibili.

- Nella meta-analisi che si accompagna alla *living guideline* sul remdesivir (aggiornata al 20/11/2020), il WHO prende in esame 7.333 soggetti trattati nei 4 principali studi clinici che hanno valutato l'efficacia di remdesivir (ACTT-1; SOLIDARITY; SIMPLE-MODERATE, e Wang et al.). L'analisi dei dati non ha consentito di evidenziare alcun effetto né in termini di mortalità (OR 0.90; 95% 0.70-1.12), né di ricorso alla ventilazione meccanica (OR 0.89; 0.76-1.03), né di tempo al miglioramento clinico (9.0 nel gruppo SOC vs 11.0 giorni nel gruppo remdesivir; differenza media di -2 giorni; 95%CI da -4.2 a +0.9), o di durata dell'ospedalizzazione (12.8 nel gruppo SOC vs 12.3 nel gruppo remdesivir; differenza media di -0.5 giorni; 95%CI da -3.3 a +2.3)
- In una delle *living systematic review* disponibili, curata dal gruppo Cochrane in collaborazione con numerose istituzioni universitarie e di ricerca ([https://covid-nma.com/living\\_data/index.php](https://covid-nma.com/living_data/index.php)), l'analisi dei dati disponibili, aggiornata al 20/11/2020, conferma la sostanziale assenza di beneficio clinico del remdesivir in termini di mortalità a 14-28 giorni (RR 0.90; 95%CI 0.73-1.11).

In conclusione i principali studi randomizzati che hanno valutato l'efficacia clinica del remdesivir, seppur in aperto e con endpoint primari differenti, mostrano risultati coerenti tra loro nell'escludere un beneficio

clinico del remdesivir in termini di mortalità. In un unico studio si conferma un effetto positivo in termini di tempo al recupero, soprattutto nella popolazione più a basso rischio (soggetti in ossigenoterapia a bassi flussi e con inizio del trattamento entro 10 giorni dalla comparsa dei sintomi).

### **Raccomandazioni di organismi internazionali**

- **Infectious Diseases Society of America (IDSA)** (last updated 15/09/20): Nei soggetti ospedalizzati con COVID severo il panel raccomanda il trattamento con remdesivir. In contesti di emergenza o di crisi (ad esempio, per la fornitura limitata di remdesivir) il Panel sottolinea che remdesivir sembra dimostrare il massimo beneficio in soggetti con COVID-19 grave con ossigeno supplementare rispetto ai pazienti in ventilazione meccanica o ossigenazione meccanica extracorporea (ECMO).
- **National Institutes of Health (NIH)** (last updated 3/11/2020): Il panel di esperti raccomanda con forza di raccomandazione AI il trattamento con remdesivir dei soggetti ospedalizzati in ossigenoterapia a bassi flussi. L'utilizzo, in associazione a desametasone, nei casi ospedalizzati con supplementazione di ossigeno ad alte dosi o in ventilazione meccanica o ECMO ha una forza di raccomandazione debole basata solo sul parere di esperti.
- **World Health Organization (WHO)** (last updated 20/11/2020): Il panel di esperti non raccomanda l'utilizzo di remdesivir nel trattamento dei pazienti ospedalizzati per COVID-19 indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia (raccomandazione debole o condizionale). Le evidenze attualmente disponibili non suggeriscono alcun effetto importante sulla mortalità, sulla necessità di ventilazione meccanica, né sul tempo al miglioramento clinico. Il panel ha ritenuto che le analisi dei sottogruppi siano gravate da margini di incertezza troppo ampi per poterne valutare l'attendibilità dei risultati, in considerazione di importanti criticità metodologiche (assenza di una ipotesi specifica di direzione dell'effetto nei diversi sottogruppi, poche o nessuna evidenze pre-esistenti a supporto dei risultati ottenuti, arbitrarietà dei cut-off utilizzati per individuare i diversi sottogruppi, presenza di bias e limitazioni metodologiche che rispondono nel complesso ad una bassa qualità delle evidenze). Il panel, nonostante la raccomandazione condizionale contro l'utilizzo di remdesivir, supporta l'ulteriore arruolamento di soggetti nei RCT che utilizzano remdesivir, per fornire una maggiore certezza di evidenza relativamente, in particolare, a specifici sottogruppi di pazienti.

### **Riferimenti bibliografici**

- Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report [published online ahead of print, 2020 May 22]. *N Engl J Med.* 2020;NEJMoa2007764. doi:10.1056/NEJMoa2007764.
- Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al.; ACTT-1 Study Group Members. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. *N Engl J Med.* 2020 Oct 8;NEJMoa2007764. doi: 10.1056/NEJMoa2007764. Epub ahead of print. PMID: 32445440; PMCID: PMC7262788.
- Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, et al. Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 May 27]. *N Engl J Med.* 2020;NEJMoa2015301. doi:10.1056/NEJMoa2015301.
- Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Published by IDSA on 4/11/2020. Last updated, 9/4/2020. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>.

- McCreary EK, Angus DC. Efficacy of Remdesivir in COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Aug 21]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.16337. doi:10.1001/jama.2020.16337.
- NIH Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. Last Updated: September 01, 2020. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov> .
- Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, et al. Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial [published online ahead of print, 2020 Aug 21]. JAMA. 2020;e2016349. doi:10.1001/jama.2020.16349.
- Wang Y, Zhang D, Du G, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet 2020;395:1569-1578.
- WHO SOLIDARITY Trial Consortium, Pan H, Peto E, Abdool Karim Q, et al. Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results. medRxiv 2020.10.15.20209817; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.15.20209817>.
- World Health Organization. A living WHO guideline on drugs for covid-19. BMJ 2020;370:m3379.