

Custo-Efetividade do Erlotinibe comparado ao Gefitinibe para Câncer de Pulmão Não Pequenas Células com Mutações Sensibilizantes ao EGFR no Instituto Nacional de Câncer

Autor: Juliana de Oliveira Miguel
Orientador: Rodrigo Saar da Costa
Coorientador: Luiz Henrique de Lima Araújo
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OBJETIVO

O câncer de pulmão (CP), segundo dados da Organização Mundial de Saúde, é a neoplasia mais frequente e mais letal em homens e a segunda nas mulheres em todo o mundo. O CP compreende vários tipos histológicos, incluindo câncer de pulmão de pequenas células e os diferentes tipos de câncer de pulmão de não-pequenas células (CPNPC). Este subtipo representa cerca de 80% dos casos e compreende principalmente o adenocarcinoma. A terapia de escolha para tratamento de CPNPC com mutação de EGFR são os inibidores de tirosina cinase (ITK), como erlotinibe e gefitinibe. Neste artigo avaliamos a custo-efetividade do erlotinibe comparado ao gefitinibe no tratamento de CPNPC.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise de custo-efetividade sob a perspectiva de um Hospital Federal do SUS. Em um modelo de árvore de decisão foram aplicados os desfechos de efetividade e segurança dos ITK. Os dados clínicos foram extraídos de prontuários, e os custos diretos consultados em fontes oficiais do Ministério da Saúde (Figura 1).

RESULTADOS

O custo de 10 meses de tratamento, englobando o valor da ITK, procedimentos e manejo de eventos adversos foi de R\$ 63.266,76 para o erlotinibe e R\$ 39.594,72 para o gefitinibe (Tabela 1). Os medicamentos apresentaram efetividade estatisticamente equivalente (Figura 2) e diferença estatisticamente significativa para o desfecho de segurança, no qual o gefitinibe obteve melhor resultado (Tabela 2).

Tabela 1. Parâmetros aplicados ao modelo de árvore de decisão e Razão de Custo-Efetividade Incremental entre erlotinibe e gefitinibe

	Erlotinibe (n=28)	Gefitinibe (n=24)
Frequências de eventos adversos (EAs) por categorias**		
<i>Clínicos</i>	22%	24%
<i>Hematológicos e laboratoriais</i>	5%	11%
Custos de tratamento e manejo de EAs (R\$)		
<i>Procedimentos</i>	799,39	1.068,93
<i>Medicamento</i>	55.200,00	28.800,00
<i>EAs clínicos</i>	301,02	294,64
<i>EAs hematológicos-laboratoriais</i>	4,50	237,37
Razão de custo-efetividade incremental (RCEI)		
<i>Custo (R\$)</i>	63.260,39	39.586,08
<i>Efetividade</i>	39%	50%
<i>Custo-efetividade (R\$)</i>	162.206,13	79.172,17
<i>PFLY [anos (meses)]</i>	0,63 (7,5)	0,79 (9,5)
<i>RCEI (PFLY)(R\$)</i>		DOMINANTE

NOTA: *Consultas, exames laboratoriais e de imagem conforme discriminado no apêndice A. **Listados no apêndice B. PFLY = Progression

Tabela 2 - Segurança e efetividade comparativa entre erlotinibe e gefitinibe

	Erlotinibe (n = 28)	Gefitinibe (n = 24)	p-valor
<i>Sobrevida livre de progressão (DP)</i>	7,5 meses (± 1,5)	9,5 meses (± 1,6)	0,55
<i>Sobrevida global (DP)</i>	20 meses (± 2,9)	21,5 meses (± 3,3)	0,58
<i>Efetividade</i>	39%	50%	0,58
<i>Redução de dose por evento adverso</i>	25%	Zero	*0,01
<i>Suspensão temporária do tratamento</i>	10,7%	8,3%	1,00
<i>Média de eventos adversos/pessoa</i>	3,7	4,5	0,92

NOTA: DP = Desvio padrão. Fonte: Elaboração própria.

CONCLUSÃO

Ambas as tecnologias avaliadas apresentaram efetividade semelhante. No entanto, quanto ao desfecho de redução de dose por eventos adversos, associado a segurança, o gefitinibe obteve melhor resultado comparado ao erlotinibe. O gefitinibe, neste contexto, é a tecnologia dominante quando os custos de tratamento são associados aos de manejo de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., ... & Bray, F. (2018). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*.

Fukuoka, M., Wu, Y. L., Thongprasert, S., Sunpaweravong, P., Leong, S. S., Sriuranpong, V., ... & Duffield, E. L. (2011). Biomarker analyses and final overall survival results from a phase III, randomized, open-label, first-line study of gefitinib versus carboplatin/paclitaxel in clinically selected patients with advanced non-small-cell lung cancer in Asia (IPASS). *Journal of clinical oncology*, 29(21), 2866-2874.

Rosell, R., Carcereny, E., Gervais, R., Vergnenegre, A., Massuti, B., Felip, E., ... & Porta, R. (2012). Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer

World Health Organization. Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. Cost-effectiveness thresholds. Disponível em <http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.htm> [Acesso em 26/12/2017].

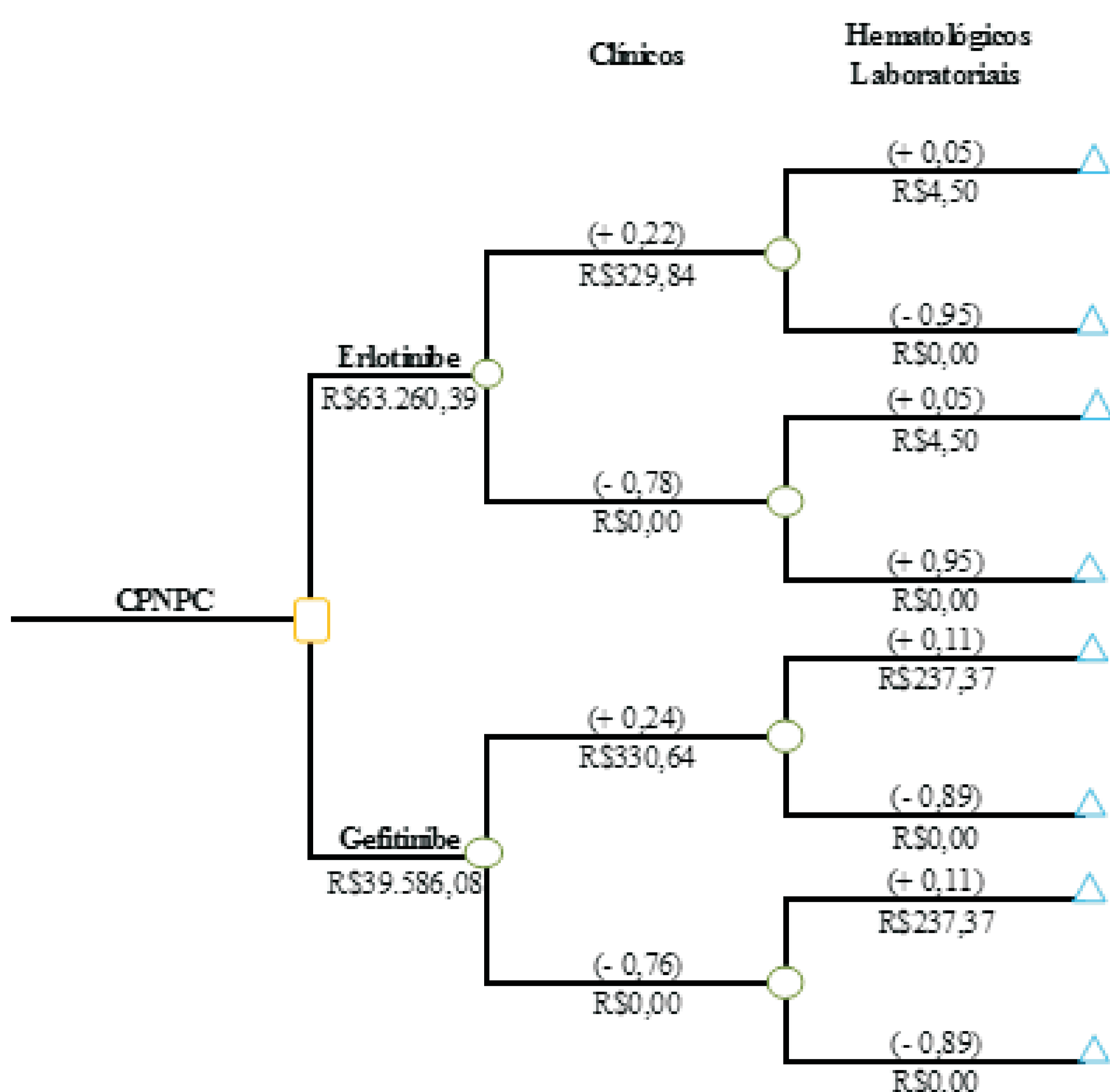


Figura 1 – Árvore de decisão. Os valores entre parênteses representam as probabilidades associadas ao evento ocorrer (+) ou não ocorrer (-). Estão dispostos os custos de tratamento com gefitinibe e erlotinibe e os custos de manejo de cada categoria de eventos adversos logo abaixo dos braços das probabilidades positivas de ocorrência de evento adverso. Fonte: Elaboração própria.

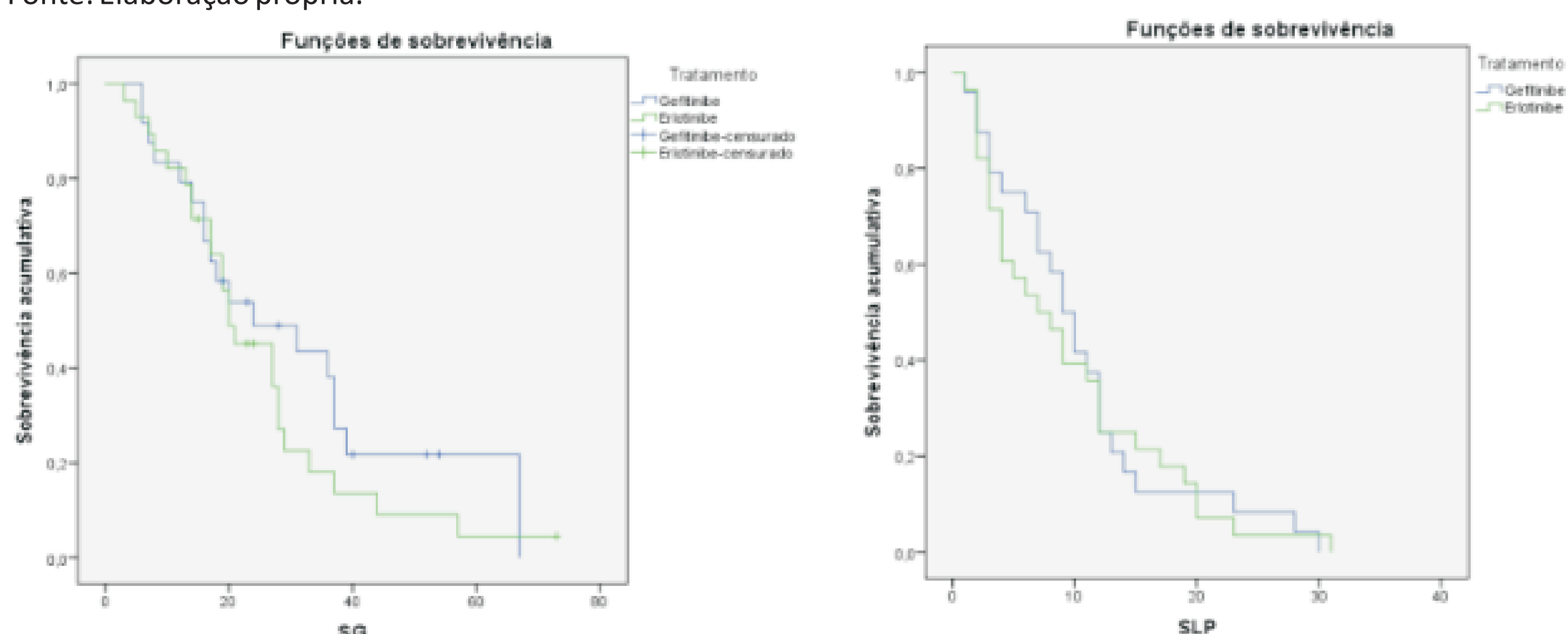


Figura 2 – Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de progressão (SLP) e sobrevida global (SG) de doença para o grupo tratado com erlotinibe versus Gefitinibe. Fonte: Elaboração própria.