

Custo-efetividade do plerixafor preemptivo versus plerixafor de resgate na mobilização e coleta de células tronco hematopoiéticas em pacientes com mieloma múltiplo e linfoma

EIXO 2: IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIAS E DIRETRIZES CLÍNICAS EM SAÚDE

Autores: Roselene Mesquita Augusto Passos; Miriam Allein Zago Marcolino; Alessandro Gonçalves Campolina; César de Almeida Neto

Introdução: O transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH) autólogo é utilizado no tratamento do mieloma múltiplo (MM) e linfomas e aproximadamente 30% dos pacientes falham na mobilização de CTH com fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF), não atingindo o número mínimo de CTH para o transplante. Plerixafor associado ao G-CSF tem resultados superiores na mobilização de CTH comparado com G-CSF, porém o alto custo limita a utilização. Este estudo tem como objetivo estimar a custo-efetividade por porcentagem de pacientes com coletas mínimas de CTH ($\geq 2 \times 10^6$ CD34+/kg), porcentagem de pacientes com coletas ótimas ($\geq 4 \times 10^6$ CD34+/kg), número de leucáfes-reses evitadas e porcentagem de pacientes que progrediram para transplante com plerixafor preemptivo vs. plerixafor de resgate após falha de mobilização de CTH com G-CSF isolado em pacientes com MM ou linfoma elegíveis ao TCTH autólogo na perspectiva de um hospital público brasileiro.

Métodos: Avaliados prontuários dos pacientes submetidos à mobilização de CTH entre dezembro de 2016 a agosto de 2021 e analisados desfechos clínicos e custos com avaliação de custo-efetividade incremental. Os valores de reembolso foram coletados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e o preço dos medicamentos foram o preço de compra da farmácia do hospital (julho/2022).

Resultados: 82 pacientes no grupo plerixafor preemptivo e 203 pacientes no grupo plerixafor de resgate foram submetidos à mobilização de CTH. Plerixafor preemptivo resultou em menor taxa de falha de mobilização, menor taxa de remobilização, maior progressão para transplante e menor intervalo entre início da mobilização e TCTH. O custo médio do grupo preemptivo foi de R\$ 13.702,02 e R\$ 9.588,97 no grupo resgate, com custo incremental de R\$ 4.113,05. A efetividade incremental foi de 10,13% para coleta mínima bem-sucedida, 4,7% para coleta ótimas e 13,19% para pacientes que progrediram para transplante. A razão de custo-efetividade incremental para cada 1% de aumento de probabilidade de coleta mínima bem-sucedida foi de R\$ 405,84; R\$874,40 por 1% de aumento de coleta de rendimento ótimo e R\$ 311,92 por 1% de paciente que progrediu para transplante. Quanto ao número de leucáfes-reses evitadas, a efetividade foi igual nos dois grupos com diferença de custo de R\$ 4.113,05.

Discussão e conclusões: Apesar da superioridade do plerixafor comparado a G-CSF isolado, o alto custo limita o uso. A estratégia plerixafor preemptivo utiliza o medicamento apenas na falha de mobilização com G-CSF, baseados na contagem de células CD34+ no SP do quarto dia da mobilização. Na estratégia de resgate, o plerixafor é utilizado como remobilização após falha de mobilização com G-CSF. A espera para remobilização pode resultar em ciclos adicionais de quimioterapia, aumento do risco de recaída e do custo. A estratégia plerixafor preemptivo apresentou maior custo em relação ao plerixafor de resgate, com menor taxa de falha de mobilização e de remobilização, menor tempo entre o início da mobilização e o transplante e maior número de pacientes progredindo para o TCTH. Conclusão: O plerixafor preemptivo é estratégia potencialmente custo-efetiva comparado com plerixafor de resgate, com maior custo e maior efetividade.

Palavras-chave: Fator Estimulador de Colônia de Granulócitos (G-CSF); Razão de Custo-Efetividade Incremental; Avaliação de Custo-Efetividade