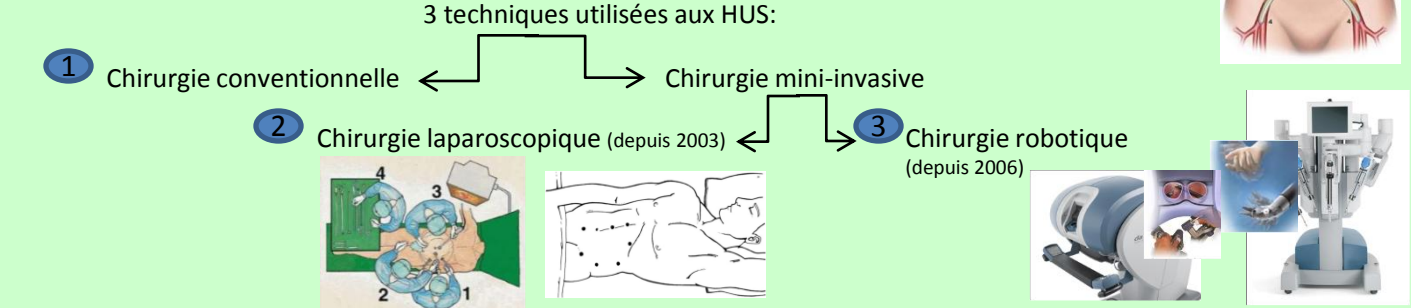


CONTEXTE: Recommandations de l'Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II, 2007), reprises par l'HAS en 2009, de traiter les lésions aorto-iliaque occlusives de TASC C et D par pontage.

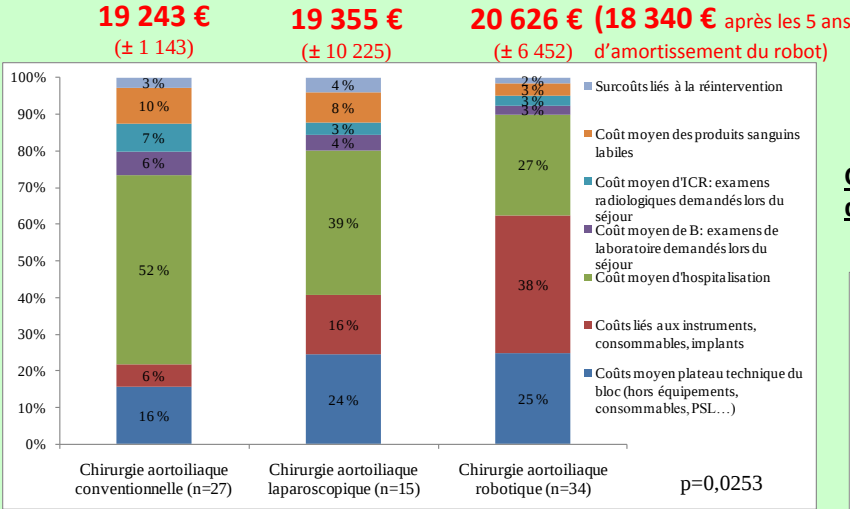


OBJECTIF: Etablir le coût réel de la prise en charge globale d'un patient atteint de pathologie occlusive selon les 3 techniques pratiquées aux HUS.

MATERIEL ET METHODE: Etude rétrospective à l'aide d'une fiche de recueil validée par les chirurgiens, des paramètres médico-économiques des patients opérés pour pathologie occlusive par pontage aorto(bi)fémoral entre 2009 et 2011: durée d'occupation du bloc, équipements, consommables, implants, durée de séjour en service de soins continus, réanimation et soins conventionnels, utilisation de produits sanguins labiles, examens radiologiques et de laboratoire, réintervention. Comparaison avec les tarifs moyens de valorisation des séjours. (Analyse statistique: test de Kruskal-Wallis, seuil de significativité 5%).

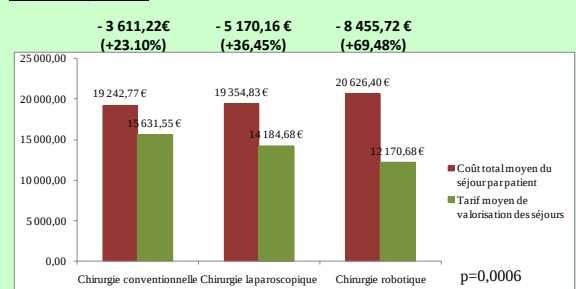
RESULTATS : Sur la période 2009-2011, aux HUS, 27 patients ont été opérés pour une pathologie occlusive aorto-iliaque par chirurgie conventionnelle, 15 patients par voie laparoscopique et 34 en chirurgie robotique (moyenne d'âge respectivement de 64, 62 et 59 ans).

Moyenne des dépenses par groupe



	Chirurgie laparoscopique	Chirurgie robotique
Coût du bloc opératoire	++	++
Coût des équipements et consommables	+	++
Coût d'hospitalisation	-	--
Coût des PSL	-	--
Coût des examens radiologiques et de laboratoire	-	--
Coût lié aux réinterventions	+	-

Comparaison du coût au tarif de valorisation des séjours



DISCUSSION/CONCLUSION: La différence de coût entre chirurgie conventionnelle et chirurgie laparoscopique est faible (+112 €). Le surcoût est plus important entre chirurgie conventionnelle et chirurgie robotique (+1 383 €) mais s'inverse après amortissement du robot (-903 €).

La comparaison des coûts au tarif de valorisation des séjours montre un déficit très important du groupe chirurgie robotique lié à l'absence de GHS dédié (valorisation fonction de la DMS avec DMS diminuée dans le groupe robot, moins d'hospitalisation en service de réanimation...).

Notre étude présente des biais (étude rétrospective, non randomisée, effectif faible de patient, paramètres cliniques et sociaux non étudiés), il serait intéressant de compléter cette étude par une mesure de la qualité de vie afin de déterminer si ce surcoût se justifie.

catherine.stiebert@chru-strasbourg.fr