

Analyse médico-économique des techniques de chimio-embolisation dans le traitement des carcinomes hépato-cellulaires.

Nicolas Maillard¹, Delphine Audureau¹, Benoit Lefranc², Christophe Perret³, Gaël Grimandi¹, Johann Clouet¹.

1 Pharmacie Centrale, CHU de Nantes, Hôpital St Jacques, 85 Rue St Jacques, 44093 NANTES.

2 Pharmacie, CH La Rochelle, Rue du Dr Schweitzer, 17019 La Rochelle Cedex 1.

3 Service de Radiologie, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, 5 Allée Ile Gloriette, 44000 NANTES.

Introduction

L'hépatocarcinome ou carcinome hépato-cellulaire (CHC) représente la troisième cause de décès par cancer dans le monde. Pour deux tiers des hépatocarcinomes non-résécables, non-métastatiques, une prise en charge palliative par embolisation des vaisseaux nourriciers est proposée. Deux stratégies sont disponibles et ont montré une isoeffacité clinique (Lammer et al. 2010. CIR). La première utilise des particules « lipiodolées » mélangées extemporanément à la doxorubicine en salle d'intervention (TACE : TransArterial Chimio-Embolisation). La seconde, plus récente, utilise des microsphères chargées en cytostatique (doxorubicine) au sein d'une unité de pharmacotechnie (TACE-DEB : TACE-Drug Eluting Beads). Les objectifs de ce travail sont : la comparaison par une analyse médico-économique de ces deux techniques d'embolisation, l'évaluation du caractère finançable et des conditions de rentabilité de la TACE-DEB dans le contexte de la T2A.

Matériels et Méthodes

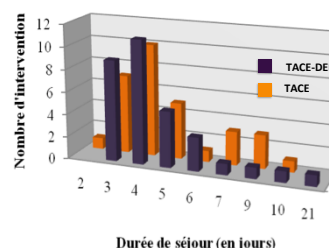
- ◆ Patients traités par chimio-embolisation pour carcinome hépato-cellulaire (CHC) en 2010 : n = 31 par TACE, n = 32 par TACE-DEB.
- ◆ Etude de minimisation des coûts (point de vue hospitalier) : coûts directs médicaux déterminés et comparés par la méthode de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) réajustée.
- ◆ Recueil des GHS correspondants aux GHM inclus dans l'étude et des recettes réelles de l'établissement pour chaque GHM.
- ◆ Détermination de la rentabilité des deux techniques et hypothèse de rentabilité.

Résultats

Recensement GHM

GHM	TACE-DEB	TACE	Total général
07M061	26	20	46
07M062	4	6	10
07M063	1	5	6
07M064	1		1
Total général	32	31	63

Comparaison DMS



TACE-DEB :
5,0 ± 3,4 jours

TACE :
4,9 ± 2,1 jours

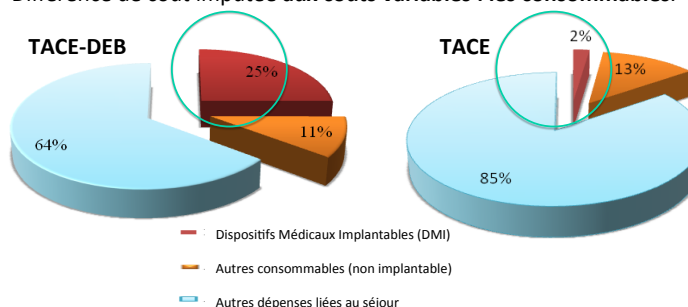
Rentabilité théorique (GHS – Coût estimé ENC)

GHM	TACE-DEB	TACE
07M061	3960,10 €	2869,05 €

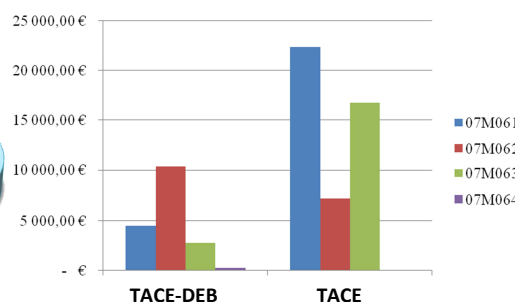
☞ **Surcoût de 1090,95 €**

☞ **Pas de différence significative en terme de DMS**

☞ **Différence de coût imputée aux coûts variables : les consommables.**



Rentabilité réelle (Recette réelle – Coût estimé ENC)



Discussion - Conclusion

Tous GHM confondus, les durées de séjour ne varient pas significativement. Un coût total moyen supérieur pour la TACE-DEB est décrit. L'étude de rentabilité démontre que globalement, la technique TACE-DEB est finançable quel que soit le GHM. Un ratio d'1,3 interventions avec la méthode conventionnelle permet d'envisager le financement des interventions de type TACE-DEB. Cette technique permet une sécurisation du chargement des particules en doxorubicine au sein d'une unité de reconstitution des cytotoxiques. L'étude PRECISION V (Lammer et al. 2010. CIR) a permis de démontrer une iso-efficacité clinique entre les deux techniques avec une diminution des effets secondaires chez les patients traités par TACE-DEB. Cette analyse médico-économique permet de démontrer le caractère finançable de la technique TACE-DEB malgré un coût supérieur à la technique de référence utilisée pour l'évaluation du coût dans l'ENC.