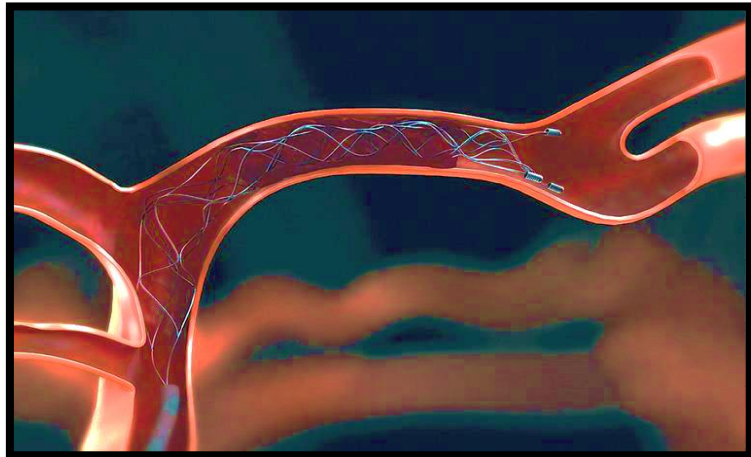


A. LEHERLE¹, E. ORNG¹, S. BAFFERT², R. BLANC³, M. PIOTIN³, C. DUPONT¹

¹ Service Pharmacie - ² Service Neuroradiologie interventionnelle - ³ Centre d'Études et d'Innovation pour la Santé
Fondation A. de Rothschild, 29 rue Manin, 75019 PARIS

Mots-clés : Thrombectomie mécanique - Évaluation médico-économique
ADAPT - Stentretreiver - Coûts



Introduction - Objectif

Prise en charge de l'AVC = enjeu de santé publique et économique

La thrombectomie mécanique (TM) a prouvé son efficacité par rapport à la thrombolyse intraveineuse.

2 techniques de TM : **stentretreiver** -> stratégie de référence et l'aspiration distale première (**ADAPT** = A Direct Aspiration first Pass Technique) -> stratégie innovante

Aucune étude de comparaison des 2 techniques de TM d'un point de vue médico-économique au sein d'un essai clinique.

L'objectif est d'étudier l'efficacité de la mise en œuvre en première intention d'ADAPT par rapport aux stentretreivers dans l'AVC lié à une occlusion proximale de la circulation antérieure.

Matériels et méthodes

Réalisation de l'étude

- Patients pris en charge à la Fondation Rothschild
- Inclus dans l'essai clinique Aster
- Essai prospectif, randomisé 1:1, multicentrique

Description de l'étude

- Bras 1 : ADAPT en 1^{ère} intention
- Bras 2 : Stentretreiver en 1^{ère} intention
- Procédure de sauvetage = recanalisation insatisfaisante (mTICI* < 2b) après trois passages de la technique de 1^{ère} intention
**mTici = score angiographique*

Evaluation médico-économique

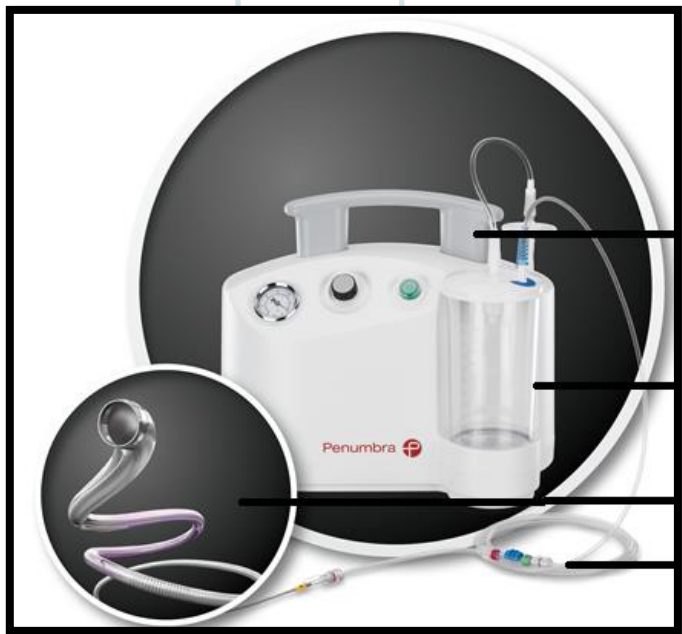
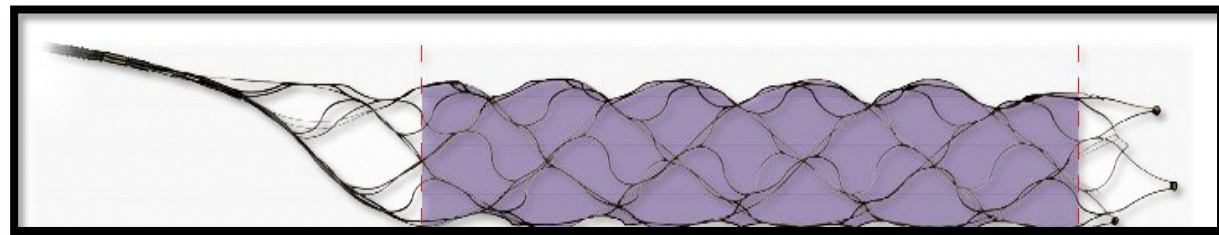
- Ratio incrémental coût-efficacité (ICER)
- Efficacité = pourcentage de patients autonomes à 3 mois (Score modifié de Rankin = 0 ; 1 ; 2)
- Recueil prospectif des coûts par **microcosting**
- **Coûts** : produits de santé, ressources humaines, frais de fonctionnement du bloc
- Perspective hospitalière,
- Horizon temporelle = 3 mois

Etude de sensibilité

- Unidimensionnelle
- Probabiliste
- Variations de 20 et 40 % sur les coûts des produits de santé et des dispositifs médicaux de traitement

Analyse

- Monocentrique
- En intention de traiter
- Prise en compte des procédures de sauvetage



Résultats

- 123 patients inclus : 62 bras ADAPT, 61 bras Stentretreiver
- Caractéristiques démographiques et cliniques des patients **comparables**
- Caractéristiques de l'AVC et prise en charge initiale comparables
 - Cause de l'AVC, localisation de l'AVC
 - Thrombolyse intraveineuse préalable, type d'anesthésie, délais de prise en charge
 - Taux de procédure de sauvetage

	ADAPT (n = 62)	Stentretreiver (n = 61)	p value
Coûts (€)	7 654	8 788	0,137
Efficacité (%)			
Proportion de patients autonomes à 3 mois mRS [0-2]	37,9 %	46,3 %	0,484
Proportion du coût des produits de santé	92 %	93 %	

	ADAPT (n = 62)	Stentretreiver (n = 61)	p value
mTici final = 2b ou 3 (Recanalisation satisfaisante)	51 (82, 3 %)	50 (82,0 %)	0,616
Taux de procédure de sauvetage	21 (33,9 %)	19 (31,1 %)	0,747

La valeur calculée de l'ICER montre qu'il est nécessaire d'investir **13 500 €** pour avoir un patient autonome supplémentaire avec la stratégie de référence (stentretreiver) par rapport à la stratégie innovante (ADAPT).

(ICER = Δ efficacité / Δ coûts)

Résultats de l'étude de sensibilité univariée

(Variations de 20 et 40 % en fonction du paramètre testé)

	-20 %	ICER 13 500*	+ 20 %	- 40 %	ICER 13 500*	+ 40%
DM de traitement (Stentretreiver ou système ADAPT)	11 469*		16 190*	8 119*		18 881*
Ensemble des produits de santé	10 810*		15 531*	9 438*		17 562*

*€ pour avoir un patient autonome supplémentaire avec la stratégie de référence (stentretreiver) par rapport à la stratégie innovante (ADAPT)

Discussion - Conclusion

Étude

Groupes comparables : analyse descriptive et prise en charge

→ Absence de biais

ICER

ADAPT n'est pas plus coût-efficace que les stentretreivers
d'après une perspective hospitalière et un horizon temporel à 3 mois.

Analyse de sensibilité

Impact très limité sur les résultats

- Conclusion en termes de ratio coût-efficacité inchangée
- L'ICER reste acceptable, quel que soit le paramètre testé
- Paramètres testés = une part importante (> 90 %) du coût total

Limites

- Liées à la durée de validité des données
- Données monocentriques

Perspectives

- Horizons temporels de 12 mois et vie entière
- Analyse d'impact budgétaire

Absence de différence significative d'efficacité à trois mois entre la stratégie ADAPT et la stratégie de référence par stentretreiver d'après une perspective hospitalière
Dépenser 13 500 € de moins pour avoir un patient autonome supplémentaire

ICER acceptable

(Limite consensuelle à 50 000 € par année de vie gagnée)