

LAURENT Marion¹, SROUR Robin², IOOSS Philippe¹

¹ Pharmacie-Stérilisation, ² Neurochirurgie, Hôpitaux Civils de Colmar
Auteur correspondant : Marion LAURENT (marion.m.laurent@orange.fr)

Contexte

La prise en charge chirurgicale du canal lombaire étroit (CLE) évolue aux Hôpitaux Civils de Colmar (HCC). L'**arthrodèse facettaire** (AF) se substitue à l'ostéosynthèse lombaire classique (OS).

La lombalgie chronique représente la 3^{ème} cause de handicap chronique pour la classe d'âge 45-65 ans et sa prise en charge chirurgicale concentre 85% des coûts de prise en charge.



Bénéfices attendus à moyen terme : réduction du retentissement de la stabilisation rachidienne sur les vertèbres adjacentes et ainsi réduction des interventions chirurgicales lombaires répétées.

Objectifs

Comparaison de l'**impact budgétaire** de l'AF et de l'OS sur le coût de prise en charge globale des patients, **du point de vue sociétal**

Patients et méthodes

- Etude rétrospective cas-témoins : octobre 2016 à mai 2018
- Critères d'inclusion : Patient adulte ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale du CLE

Recueil des données

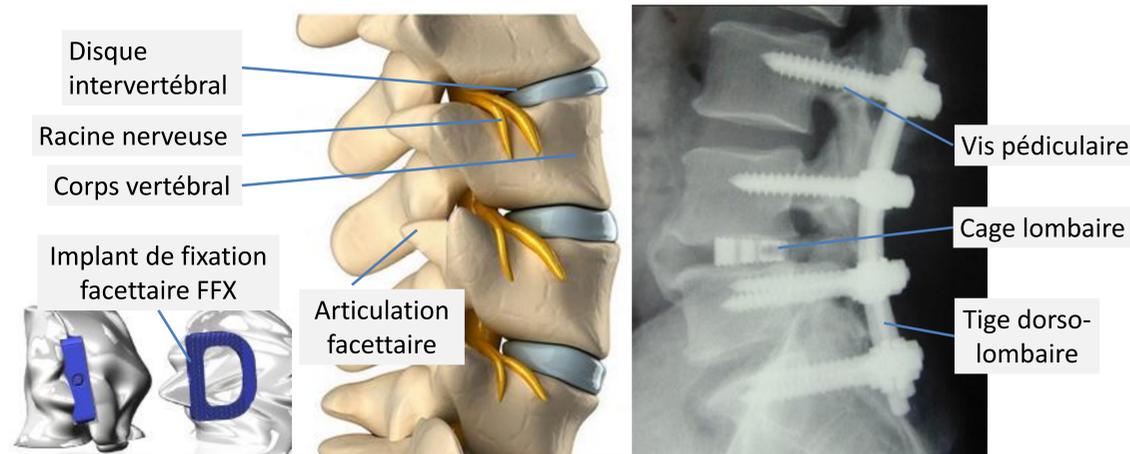
- PMSI : recueil des actes médicaux et du GHM pour chaque patient pris en charge par AF
- Constitution d'une cohorte de comparaison (5 témoins OS pour 1 cas AF) appariée sur l'âge, le sexe et la racine du GHM (08C52)
- Comptabilité analytique : recueil des données économiques relatives aux séjours

Résultats

Deux populations étudiées selon la méthode chirurgicale :

AF : 63 patients

OS : 315 patients



Coûts des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus pour la prise en charge chirurgicale d'un étage lombaire

Implant	Quantité	Coût UHT	Coût global
Arthrodèse facettaire (AF)			1006,50 €
FFX	2	431	862
Substitut osseux	1	144,50	144,50
Ostéosynthèse lombaire (OS)			1203,97 €
Cage lombaire	1	370,13	370,13
Substitut osseux	1	162,54	162,54
Vis pédiculaire polyaxiale	4	138,76	555,04
Tige dorso-lombaire	2	58,13	116,26

- 20 %

Caractéristiques des cohorte de cas (AF) et témoins (OS)

Caractéristiques	Catégories	AF n=63	OS n=315
		Effectif - (%)	Effectif - (%)
Sexe	Hommes	28 (44)	140 (44)
	Femmes	35 (56)	175 (56)
	Sex ratio	0,8	0,8
Age	Age médian (années)	66	65
Durée d'hospitalisation	Moyenne (jours)	6	6
	Médiane (jours)	5 (min 3 - max 18)	5 (min 2 - max 63)
Niveau de sévérité	08C521	29 (46)	135 (43)
	08C522	31 (49)	165 (52)
	08C523	3 (5)	12 (4)
	08C524	0	3 (1)

Données moyennes des coûts et recettes des séjours d'hospitalisation des patients pris en charge par AF ou OS

Cohorte	Arthrodèse facettaire (n= 63)	Ostéosynthèse lombaire (n= 315)
Coût de prise en charge global p < 0,18 , α = 5%	8 441 €	8 266 €
Hébergement complet	2 700	2 766
Bloc opératoire	2 444	2 277
Recettes p < 0,33 , α = 5%	9 366 €	9 047 €
Séjour GHS	7 576	7 628
Sus du GHS	1 790	1 419
Bilan coûts-recettes p < 0,55 , α = 5%	925 €	780 €

Discussion – Conclusion

Ces résultats confirment que l'AF n'entraîne pas de surcoût par rapport à l'OS. Pour les deux prises en charge, le bilan coûts-recettes est positif. Toutefois, l'AF ne présente pas d'avantage statistiquement significatif sur le plan économique pour les HCC. Mais si l'on considère les DMI refacturables en sus, **l'AF présente un réel intérêt sociétal** avec une réduction des coûts en DMI de 20%.

Les premiers résultats cliniques à 1 an post-AF sont prometteurs avec une réduction de l'EVA (Echelle Visuelle Analogique), de l'ODI (Oswestry Disability Index : score de qualité de vie), et l'amélioration du périmètre de marche.

La confirmation de ces résultats cliniques à long terme (en particulier taux de réinterventions au niveau des étages vertébraux sus et sous-jacents) pour un coût inférieur du point de vue sociétal et identique du point de vue de l'hôpital devrait **conduire au développement rapide de cette technique de prise en charge du CLE**.