

Etude ANNA23 d'évaluation médico-économique (minimisation des coûts) de la CNA dans les cancers du sein opérables localisés

Atelier de l'université d'été de la SMFC de Annaba-22-25 septembre 2010



**Rapporté par
Rym Khelifi-Touhami
Service d'oncologie. Annaba**

Un sujet aussi brûlant que celui des sources de Hammam El Maskhoutie! !

Evaluation rédi co-économi que de la chimiothérapie néo adjuvante

- **Ratinnel**
- **Type d'étude**
- **Basée sur l'équivalence d'effici tés d'ertifiq edémont r ée**
- **Comparaison des coûts de la CNA vs CT adjuvante et calcul de minimisation des coût s.**
- **Populati on de l'ét ude**
- **Le bilan d'extension**
- **Les traitements et la surveillance**
- **Les critères de jugement médico éco**
- **Le nombre de sujets nécessaire**
- **Analyse, Analyse de sensibilité, sous groupes**

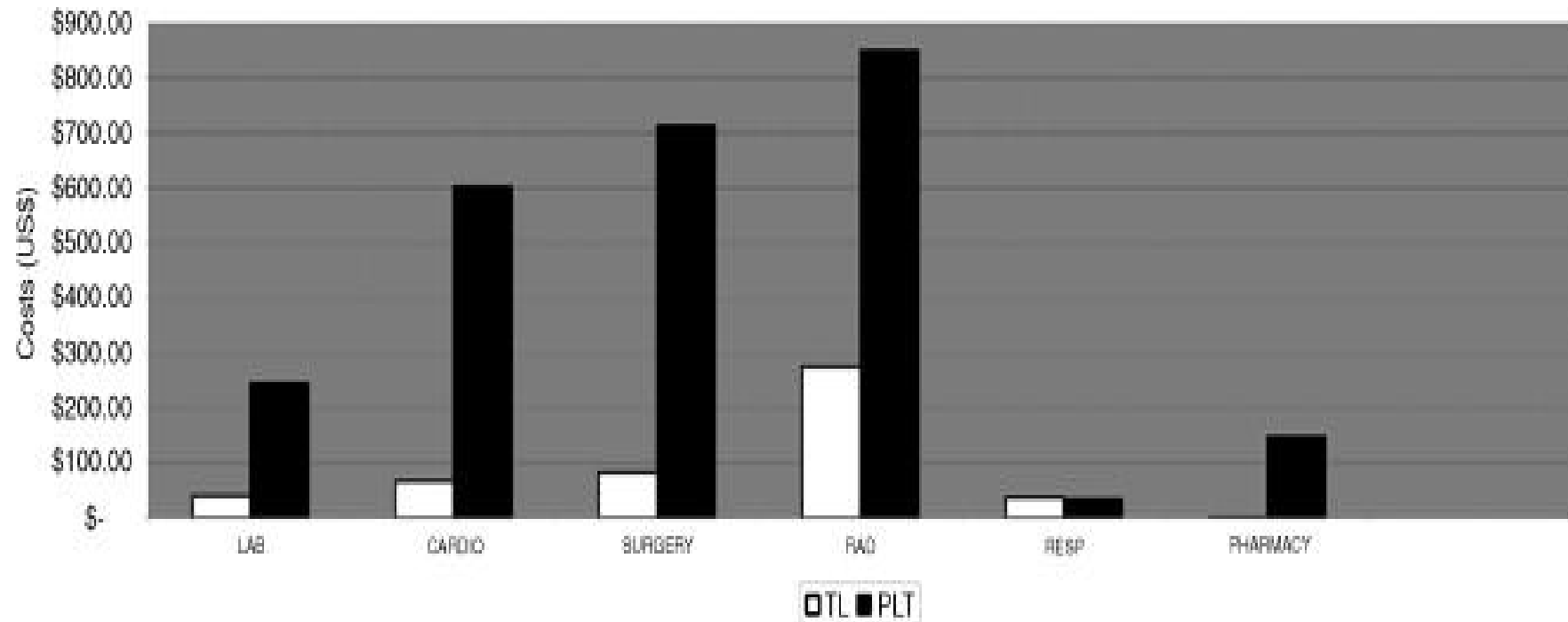
Evaluation rédi co-économi que de la chimiothérapie néo adjuvante

- **Mesure des résultats = Equivalence?**
- **Mesure du coût = Monétaire**
- **Exemple : Comparaison greffé de SP vs Autogreffé**

A cost-minimisation analysis of lobectomy: thoracoscopic versus posterolateral thoracotomy

William R. Burfeind et al. [European Journal of Cardio-Thoracic Surgery](#)
[Volume 37, Issue 4](#), April 2010

Mean costs (US\$) for the preoperative phase. Lab: laboratory services, Card cardiovascular services, Rad: radiology services, and Resp: respiratory care services.



Lobectomy

- In this retrospective analysis, TL was significantly less expensive than PLT from the preoperative evaluation through 30 days postoperatively, with overall savings of approximately \$2000 per patient. In light of equivalent QALY outcomes, this cost-utility analysis supports increased adoption of TL as a cost-minimisation strategy. The use of TL for the 50,000 lobectomies performed in the United States each year would represent a savings of approximately \$100 million.

Protocole NSABP B-18

CS localisé Operable

Stratification

Age

Taille tumorale clinique

N Clinique

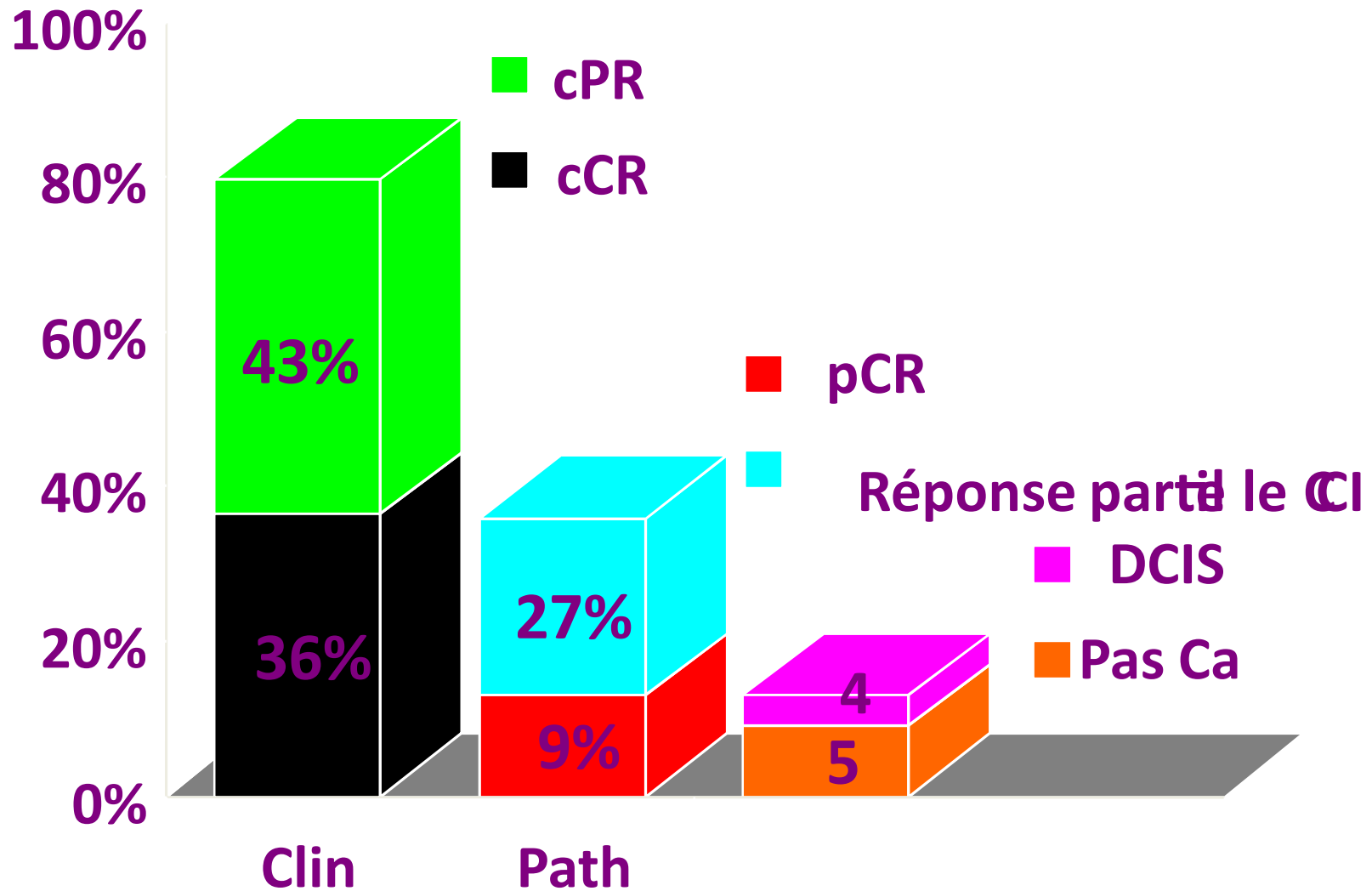
Chirurgie

**AC X4
+ TAM si \geq 50 ans**

**AC X4
+ TAM if \geq si \geq 50 ans**

Chirurgie

NSABP B-18: réponses (685pts.)



NSABP B-18: Survie Globale

MAJ à 9 ans de suivi

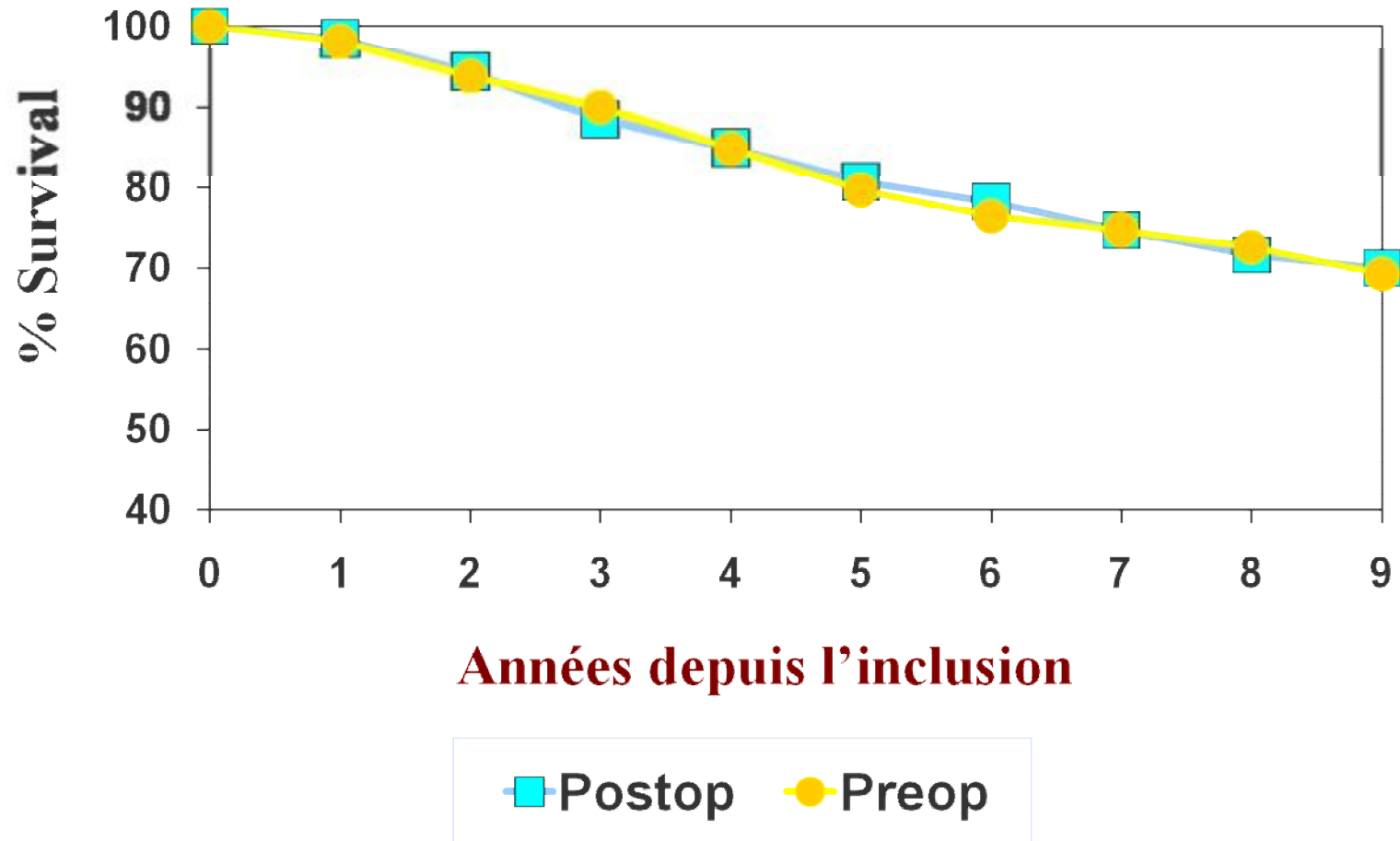


Schéma de l'étude

- Etude de minimisation des coûts
- Point de vue assurance maladie : tous les coûts médicaux directs
- Etude Comparative réoadj want vs adj want
- Etude randomisée

Critères d'inclusion

- Unifocales
- >3 et < ou = 7 cm
- Ganglions N0 N1
- Tumeurs ne pouvant bénéficier d'un traitement conservateur d'emblée
- Age entre 18 et 70 ans

Critères de non inclusion

- Tumeurs fixées
- Multifocalité
- T4d
- N2 N3
- Métastatiques d'emblée

Le bilan d'extension et pré thérapeutique

- Quelle CT : la même , même durée ??
- Nombre de cycles
- Chirurgie
- Radiothérapie
- Hormonothérapie
- Bilan radiologique: echo abd, TTx..
- Scintigraphie osseuse
- Bilan biologique standard, FEV,

Evaluation et surveillance

- Bras CNA → classification de Chevallier: clinique et mammographie
- Si pas de réponse → chirurgie

- Surveillance:
clinique, morphologique et biologique (mammographie,
CA15/3)
chaque 3 mois pd 2 ans
chaque 6 mois pd 5 ans

- Bilan diagnostique initial
- Ct sensibilité comme critère de jugement
- IRM mais augmentation du coût
- Plutôt harmoniser les techniques chirurgicales
- Recoupe en moyenne de 5mm d'épaisseur
- Repérage initial de la tumeur

- Réponse selon les RH, her 2 neu et éventuellement Ki 67
- Ne pas retenir les lobulaires
- Boost pour la radiothérapie
- Age des femmes
- QLQC30 2 questions sur l'état global à index réduit

Critères de jugement

1. couts médicaux directs:

- hospitalisation,
- imagerie, biologie
- couts des médicaments (chimio, FDC, chambre de chimio, hormonothérapie...)
- chirurgie
- radiothérapie
- anapath

2. Délais: de la chirurgie de la radiothérapie

3. QOL: QLQ C30+ BRC 23

4. Esthétique:

5 taux de conservation

6. Survie sans rechutes: locale/ régionale

7. Survie sans métastases.

analyses

- Déterminer la stratégie la moins coûteuse
- Analyse en terme d'utilité : prise en compte de l'ensemble des critères pour fonder une décision
- Nombre de patients :
 - Avoir une puissance suffisante pour détecter une différence de coûts entre les deux stratégies de l'ordre de 3000 euros, avec l'hypothèse que l'écart type individuel des coûts serait de l'ordre de 10 000 euros
 - Il faut inclure 1600 patients (2x800)

Analyse de sensibilité

- Nb de cures de CNA
- RTX: boost, photons...
- Taux de conservation

Analyse de sous groupe

- HER2
- Age < ou > 40 ans
- RO +, RO –
- Triple négatif
- Type histologique: lobulaire vs autres
- N de cures
- Réponse histologique

Conclusion

- Etude faisable
- Stratégie commune, validée, estimée.
- Importance: patient et coût