

Analyse du parcours de soins des patients thyroïdectomisés pour cancer, nodules bénin ou multiples, ou goitre

Groupe de travail spécifique du conseil scientifique de la CNAMTS (2010-2013) :
M Mathonnet, L Leenhardt, C Tressallet, JC Thalabard, E Fery-Lemonnier,
S Rican, C Bigorgne, G Russ, B Millat

CnamTS : A Cuerq, A Fagot-Campagna, C Gastaldi-Menager, C Perraudin,
P Tuppin, M Marty, D Ruchard, MH Rodde-Dunet

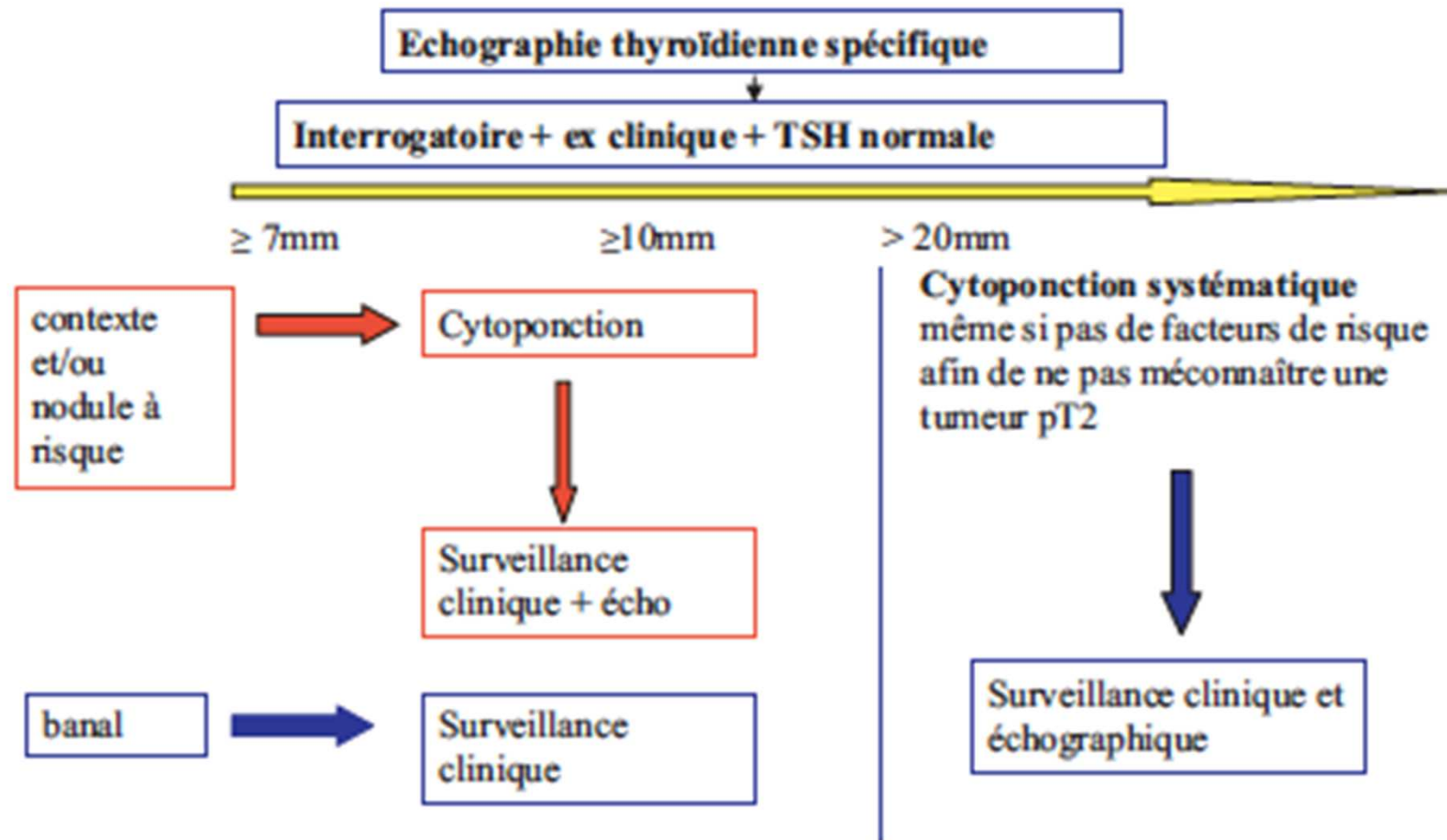
Référence : Rapport de l'Assurance maladie « Améliorer la qualité du système de santé
et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », 11 juillet
2013, www.ameli.fr

Contexte : la chirurgie de la thyroïde

- **Cancers de la thyroïde en 2012 (source InVS*)**
 - 2% des cancers, 8 200 nouveaux cas annuels (72% de femmes), < 400 décès
 - Augmentation des diagnostics (+5% par an), lié au recours plus fréquent à l'exploration de la thyroïde ou d'autres organes, conduisant au diagnostic de micro-cancer et à une thyroïdectomie parfois réalisée pour nodule bénin
- **Données CnamTS (régime général strict)**
 - 35 000 thyroïdectomies réalisées par an (fluctuant), quel que soit le diagnostic
 - 13 M de dosages hormonaux /an (+7,8%), 134 M d'euros (+3,6%), parfois inappropriés (T3, T4). La campagne CnamTS 2007-2008 a été suivie d'améliorations, mais des anomalies persistent (1M de dosages de T3 en 2011).
 - Scintigraphies d'intérêt limité : 64 000/an (diminution)
 - Echographies thyroïdiennes : 1,2 M/an (augmentation), 37 euros/acte
 - Cytoponctions : 93 000/an (augmentation), 38 euros/acte
- **Recommandations institutionnelles récentes :**
 - Guide de la prise en charge de l'ALD 30 - cancer de la thyroïde, HAS 2010
 - Recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de l'hyperthyroïdie fruste de l'adulte, HAS 2007

*Référence : Rapport InVS, Francim, InCa, HCL, 2013. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, www.invs.sante.fr

Recommandations récentes de société savante : la prise en charge des nodules thyroïdiens



Référence : Recommandations de la Société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med 2011;40:793-826

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Objectifs de l'analyse des thyroïdectomies

Analyser, en fonction du diagnostic lié à la thyropathie, et à partir des données de remboursements de l'Assurance Maladie (DCIR) et du PMSI, pour le régime général strict, le parcours de soins des patients ayant eu une thyroïdectomie en France :

- Décrire l'activité chirurgicale thyroïdienne pour tumeurs bénignes et malignes, en termes d'actes et de patients
- Décrire le parcours de soins précédant une hospitalisation pour chirurgie de la thyroïde
- Décrire le parcours de soins après hospitalisation pour chirurgie de la thyroïde, ainsi que les complications éventuelles de la chirurgie
- Estimer le coût de la chirurgie pour tumeur bénigne de la thyroïde, ainsi que le coût des parcours diagnostiques ou post chirurgicaux non optimaux.

Matériel et méthodes de l'analyse des thyroïdectomies

- **Champ** : régime général de l'assurance maladie (strict), soit 77% de la population française, France, 2010
- **Critère d'inclusion** : actes de thyroïdectomie selon les codes CCAM spécifiques
- **4 groupes constitués en fonction de la thyroïdectomie** :
 - ✓ **Groupe 1 : thyroïdectomies avec diagnostic de cancer thyroïdien**
 - Codes CIM10 C73, D09.3 (in situ), D44.0 (évolution imprévisible), E07.0 (hypersécrétion de calcitonine), D44.8 (NEMS) lors du séjour pour thyroïdectomie
 - Codes CIM10 de l'affection de longue durée en 2009-2011,
 - IRA thérapie sans diagnostic d'hyperthyroïdie
 - Curage ganglionnaire
 - ✓ **Groupe 2 : thyroïdectomies avec diagnostic de nodule bénin**
 - ✓ Codes CIM10 E04.1 (nodule simple), D34 (tumeur bénigne) ; D35.7 ; D35.8 ; D35.9 (tumeur bénigne des glandes endocrines, autres et non précisées)
 - ✓ **Groupe 3 : thyroïdectomies avec diagnostic de goitre ou nodules multiples**
 - ✓ E04.0 (goitre diffus non toxique), E04.2 (goitre multinodulaire non toxique), E04.8 (autres goitres non toxiques), E04.9 (goitre non toxique sans précision), E03.0 (goitre diffus), E07.1 (Goitre dû à un trouble de l'hormonosynthèse), E01.0, E01.1, E01.2 (Affections thyroïdiennes et apparentées liées à une carence en iode avec goitre)
 - ✓ **Groupe 4 : chirurgie avec un autre diagnostic (hyperthyroïdie, cancer ORL ... non analysé dans ce cadre)**

Matériel et méthodes de l'analyse des thyroïdectomies

Analyse du parcours de soins en année glissante :

12 mois précédant l'acte	12 mois suivant l'acte
<ul style="list-style-type: none">- Actes d'imagerie (type et nombre) échographie, scintigraphie- Actes de biologie (type et nombre) TSH, T3, T4 calcitonine- Cytoponctions de la thyroïde- Consultations spécialisées (type et nombre) : ORL, endocrinologie	<ul style="list-style-type: none">- Complications postopératoires (30 jours postopératoire)- Actes de biologie (type et nombre) TSH, T3, T4 Calcium, Phosphore, Parathormone- Traitement par Lévothyroxine- Consultations spécialisées (type et nombre) : ORL, endocrinologie
<p>Résultats exprimés sous forme de ratios :</p> <p>Groupe opéré pour cancer / groupe opéré pour nodule</p> <p>Groupe opéré pour cancer / groupe opéré pour goitre</p>	

Caractéristiques des 35 367 patients thyroïdectomisés en 2010

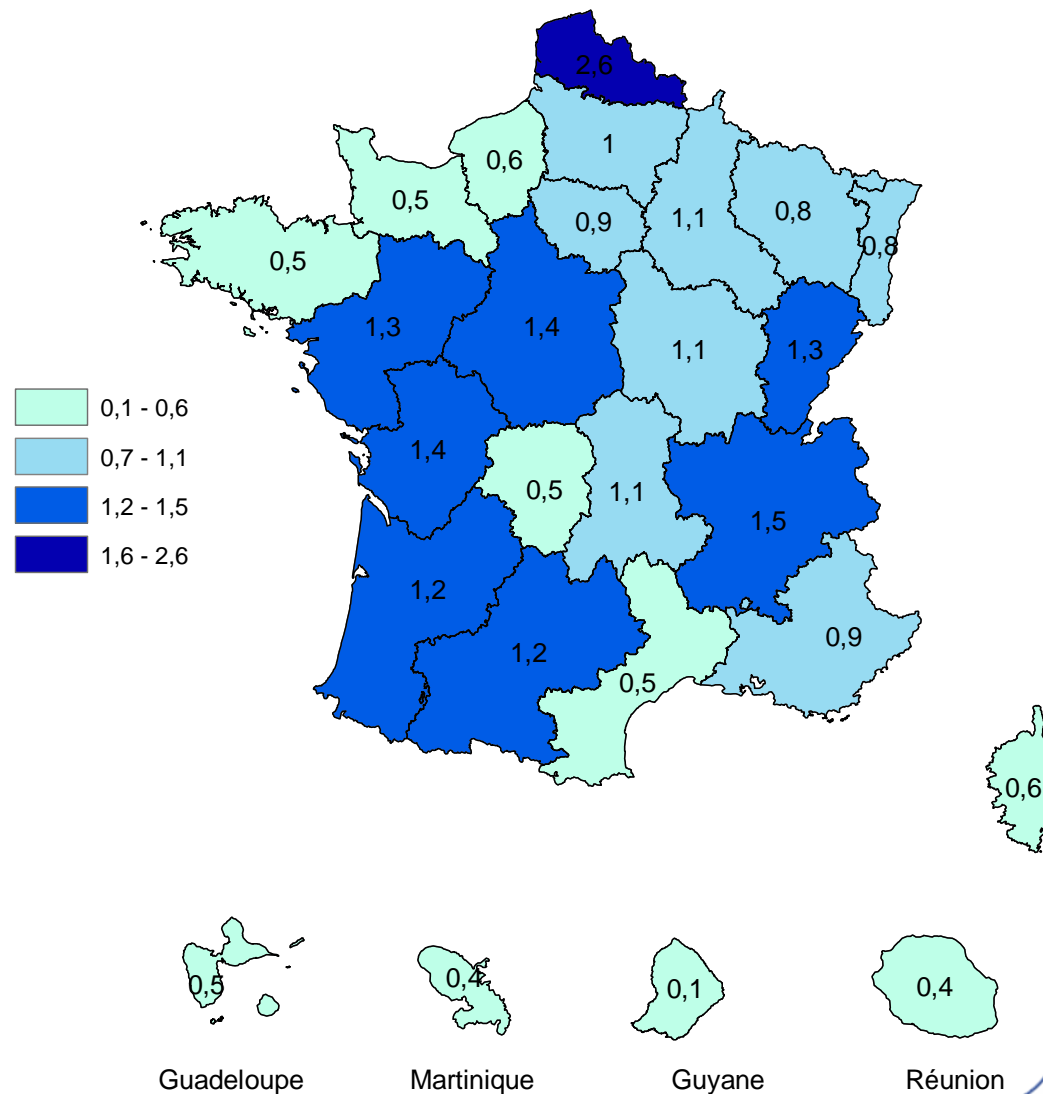
	Cancer N = 5 979 (17%)	Nodule bénin N = 7 270 (20%)	Nodules multiples et goitre N = 13 350 (38%)	Autre N = 8 768 (25%)
Age				
< 20 ans	1,4%	1,6%	0,4%	1,0%
< 50 ans	47%	53%	40%	44%
Femmes	76%	79%	83%	79%
Thyroïdectomie				
- totale	76%	23%	83%	78%
- partielle	11%	71%	12%	18%
- totalisation secondaire	12%	3%	3%	3%
- ratio partielle/totale	15%	15%	43%	23%
Etablissement public	54%	38%	46%	54%
Nombre d'actes réalisés dans l'établissement				
< 30	16%	24%	17%	15%
> 100	51%	37%	41%	55%



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Variations régionales du ratio du nombre de thyroïdectomies pour cancer / nombre de thyroïdectomies pour nodule bénin



Ratios standardisés sur l'âge et le sexe, limités aux thyroïdectomies réalisées chez les personnes âgées de 20 ans et plus

Parcours pré-thyroïdectomie (12 mois précédents)

	Cancer N=5 979	Nodule bénin N=7 270	Nodules multiples et goitre N=13 350	Ratio Cancer / Nodule Simple	Ratio Cancer / Goitre
Échographie thyroïdienne	80%	84%	82%	1,0	1,0
Cytoponction de la thyroïde	44%	34%	23%	1,3	1,9
Scintigraphie thyroïdienne	18%	21%	22%	0,9	0,8
Biologie TSH	89%	91%	92%	1,0	1,0
T3	36%	35%	37%	1,0	1,0
T4	63%	65%	66%	1,0	1,0
Calcitonine	44%	39%	39%	1,1	1,1
Calcium	58%	50%	55%	1,2	1,1
>= 3 délivrances d'hormones thyroïdiennes	21%	16%	19%	1,3	1,1
>= 1 consultation d'endocrinologie	49%	44%	49%	1,1	1,0
>= 1 consultation ORL	43%	49%	43%	0,9	1,0

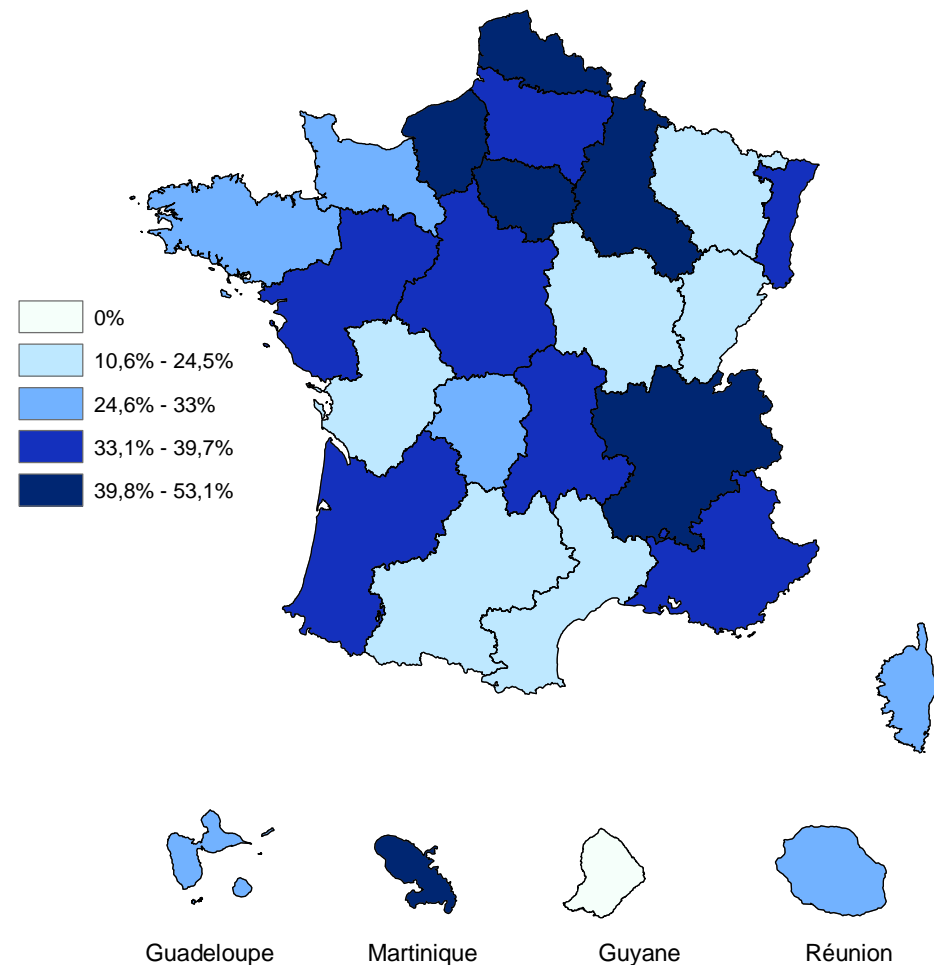
SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Variations régionales du recours à la cytoponction dans les 12 mois précédents une thyroïdectomie pour cancer ou nodule bénin



Taux standardisés sur l'âge et le sexe, limités aux thyroïdectomies réalisées chez les personnes âgées de 20 ans et plus

Parcours post-thyroidectomie (12 mois suivants)

	Cancer N = 5 979	Nodule bénin N = 7 270	Nodules multiples ou goitre N = 13 350	Ratio Cancer / Nodule bénin	Ratio Cancer / Goitre
Biologie					
TSH	96%	93%	97%	1,0	1,0
T3	51%	26%	28%	2,0	1,9
T4	76%	63%	68%	1,2	1,1
Traitement par Lévothyroxine	95%	58%	92%	1,6	1,0
si thyroidectomie totale	99%	97%	99%	1,0	1,0
si thyroidectomie partielle	73%	44%	48%	1,7	1,5
>= 1 consultation d'endocrinologie	56%	34%	39%	1,7	1,4
>= 1 consultation ORL	33%	36%	32%	0,9	1,0
Indemnités journalières - Sortie d'hôpital					
nombre moyen d'IJ/patient	15 jours	12 jours	12 jours	1,3	1,3
% patients, selon durée de l'arrêt >10 jours	49%	49%	46%	1,0	1,1
>14 jours	40%	33%	35%	1,2	1,1
>21 jours	25%	14%	18%	1,8	1,4
- Avec prolongations					
nombre moyen d'IJ/patient	89 jours	38 jours	45 jours	2,3	2,0
% patients, selon durée de l'arrêt >10 jours	96%	94%	97%	1,0	1,0
>14 jours	93%	85%	93%	1,1	1,0
>21 jours	81%	60%	75%	1,4	1,1

SEC



**L'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Les complications immédiates ou graves de la thyroïdectomie

	Cancer N = 5 979	Nodule bénin N = 7 270	Nodules multiples et goitre N = 13 350	Ratio Cancer / Nodule bénin	Ratio Cancer / Goitre
Pendant l'hospitalisation :					
Durée moyenne de séjour >3 jours	42%	29%	39%	1,4	1,1
Hématome compressif	0,4% (n = 25)	0,3% (n=23)	0,4% (n=52)	1,3	1,0
Mortalité	0,2% (n = 14)	0% (n=0)	0% (n<10)	-	-
A court terme, mortalité :					
à 1 mois	0,3% (n=19)	0% (n<10)	0,1% (n=10)	-	-
à 3 mois	0,7% (n=39)	0% (n<10)	0,1% (n=14)	-	-

Les complications tardives de la thyroïdectomie

	Cancer N=5 979	Nodule bénin N=7 270	Nodules multiples et goitre N=13 350	Ratio Cancer/ Nodule bénin	Ratio Cancer /Goitre
Complications ORL sévères*	1,4% (n=84)	0,4% (n=32)	0,6% (n=86)	3,5	2,3
Autres complications ORL dans l'année					
- Au moins 2 consultations ORL	15%	13%	11%	1,2	1,3
- Au moins 1 consultation d'orthophonie	9%	4%	7%	2,1	1,4
- Recherche d'une atteinte des nerfs récurrents**	2% (n=137)	1% (n=90)	1% (n=164)	1,9	1,9
<i>Au moins 1 de ces complications ORL</i>	23%	17%	17%	1,3	1,3
Complications hypoparathyroïdie					
- Au moins 3 dosages de calcémie et au moins 3 délivrances de calcium	5,7%	1,0%	3,5%	5,7	1,6
- Réhospitalisation pour hypoparathyroïdie	0,2% (n=11)	0% (n=0)	0% (n=0)	-	-
<i>Au moins 1 complication hypoparathyroïdie</i>	5,8%	1,0%	3,5%	5,8	1,7
<i>Au moins 1 complication ORL ou hypoparathyroïdie</i>	27%	18%	20%	1,5	1,3
Autres réhospitalisations pour -Problème thyroïdien	6,4%	1,4%	2,2%	4,6	2,9
-Hypercalcémie	1,2% (n=71)	0,1% (n<10)	0,1% (n=18)	-	-
Traitement substitutif par Lévothyroxine (3/an)	95%	58%	92%	1,6	1,0

*Endoprothèse, trachéotomie, aryténoïdectomie...

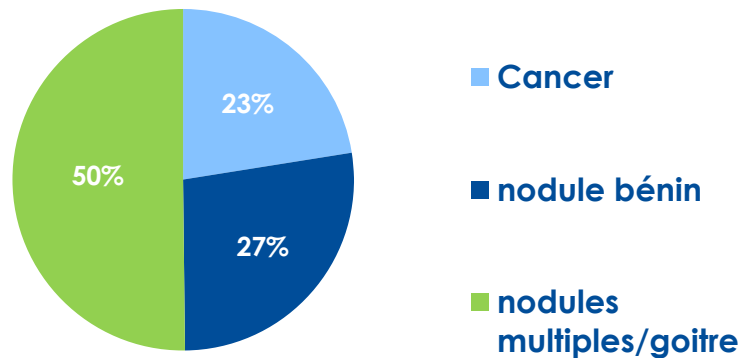
**Epreuves fonctionnelles du larynx, laryngoscopie indirecte ...

Les coûts imputables aux séjours pour thyroïdectomie

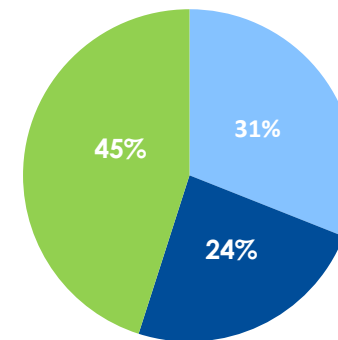
- En 2010, 26 599 patients ont été opérés avec un diagnostic de cancer, nodule bénin, nodules multiples ou goitre (hors cancer ORL ou hyperthyroïdie) au régime général
- Le coût des séjours hospitaliers s'élevait à **71 M€**

✓ Cancer :	5 979 patients	22 M€	3 694 €/séjour
✓ Nodule bénin :	7 270 patients	17 M€	2 301 €/séjour
✓ Nodules multiples ou goitres	13 350 patients	32 M€	2 448 €/séjour

Répartition du nombre de patients par type de chirurgie



Répartition du coût du séjour hospitalier par type de chirurgie



SECURITE SOCIALE

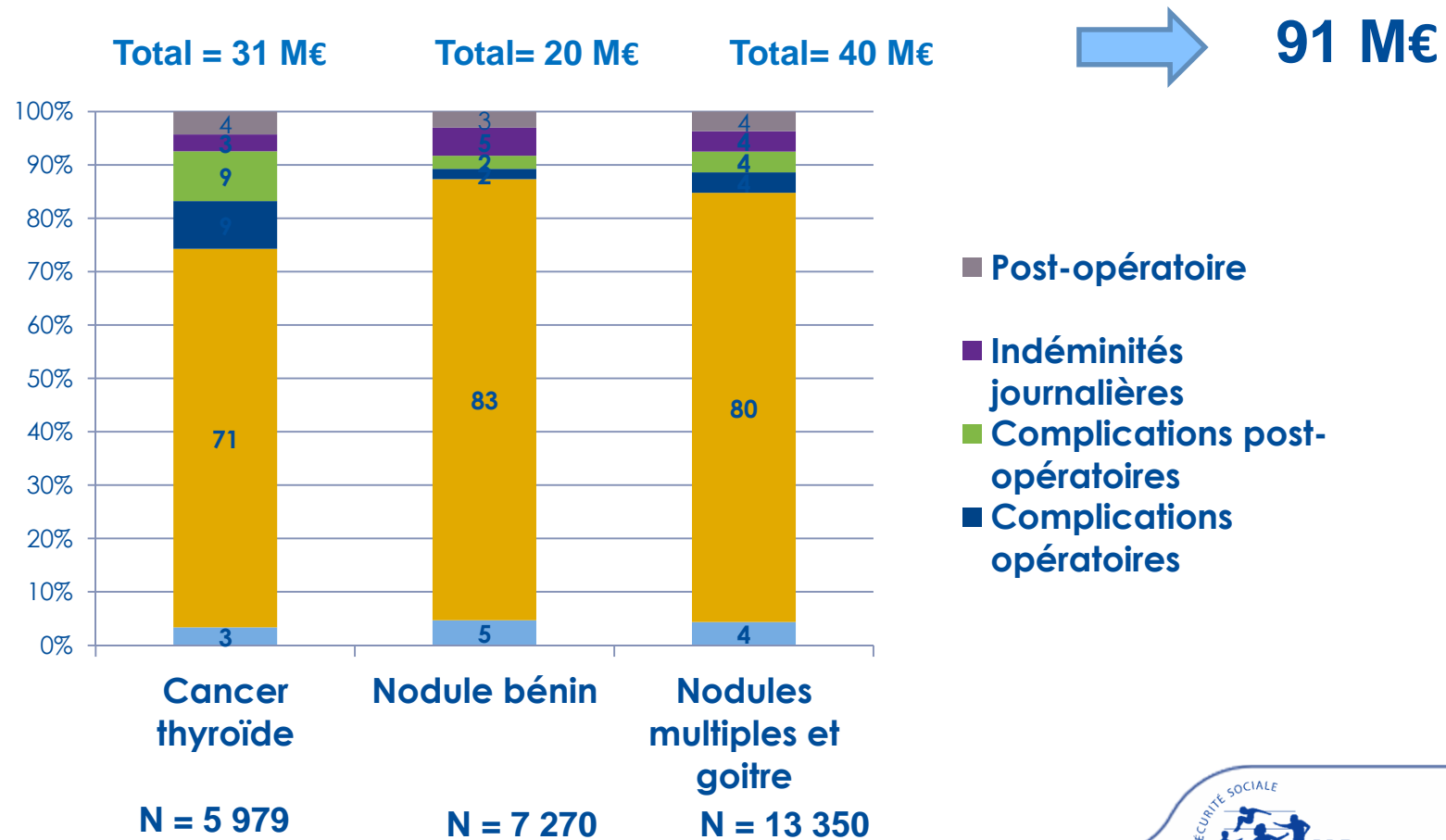


**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Les coûts totaux imputables aux thyroïdectomies (en incluant le bilan 12 mois avant et le suivi 12 mois après)

- En 2010, 26 599 patients ont été opérés pour cancer, nodule bénin, nodules multiples ou goitre (hors cancer ORL ou hyperthyroïdie) au régime général



Avantages et limites de cette analyse des thyroïdectomies

- Il s'agit d'une grande base de données nationale couvrant 77% de la population française.
- La jointure entre le PMSI et les remboursements permet l'observation de la prise en charge avant et après chirurgie, presque sans perdus de vue.
- Les dosages biologiques réalisés à l'hôpital public ne sont pas codés au remboursement : il peut exister une sous-estimation modeste de la fréquence de certains dosages biologiques.
- Les échographies et cytoponctions de la thyroïde ont été recherchées à partir des codes CCAM des secteurs public et privé, mais une sous-déclaration liée au secteur public reste possible. Une échographie thyroïdienne a pu être pratiquée lors de l'exploration d'un autre organe (doppler des vaisseaux du cou, scanner...). Ceci peut expliquer une sous-estimation de la fréquence de l'échographie (qui atteint néanmoins 80%) mais ne paraît pas transposable aux cytoponctions (seulement 44%) .
- Il est possible que certains cancers n'aient pas été codés en tant que cancer dans le PMSI lors du séjour pour chirurgie.

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Conclusions : Près de 27 000 thyroïdectomies en 2010, avec diagnostic de cancer, nodules bénin ou multiples, ou goitre, au régime général de l'Assurance maladie

- La thyroïdectomie pour nodule bénin n'est pas anodine :
 - ✓ Au moins 4% des patients ont des répercussions sur le fonctionnement d'une corde vocale identifiées dans le Sniiram et 1% une atteinte des glandes parathyroïdes qui requiert un traitement par calcium.
 - ✓ Tous les patients ayant une thyroïdectomie totale doivent avoir un traitement par hormones thyroïdiennes à vie et 44% de ceux qui ont une thyroïdectomie partielle en ont également un.
 - ✓ D'autres complications sont possibles telles que les cicatrices chéloïdes.
- La proportion de thyroïdectomies pour nodule bénin semble élevée :
 - ✓ Pour 4 cancers opérés, on opère 5 nodules bénins, soit un ratio de 0,8.
 - ✓ Il existe d'importantes disparités de ce ratio selon les régions. Le ratio est plus élevé pour les établissements publics et/ou réalisant de gros volumes.



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale