

# JOURNEES NATIONALES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE 2018

Radiologie interventionnelle en ambulatoire, états des lieux et perspectives : tout est-il possible?

**Pourquoi la radiologie interventionnelle se prête bien à l'ambulatoire?**

Dr Antoine PETERMANN/Pr Hervé ROUSSEAU  
CHU Toulouse Rangueil



# RI en ambulatoire

## Etats de lieux

Définition HAS :

**Radiologie interventionnelle :**

Actes médicaux invasifs réalisés par des radiologues, ayant pour but le diagnostic et/ou traitement, sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (RX, US, CT, MRI)

- La radiologie interventionnelle s'est substituée dans certaines indications à la chirurgie conventionnelle, et bénéficie régulièrement de traitements novateurs

- Les grands principes :

**Ponction percutanée** d'organe ou de vaisseaux, et geste guidé **par l'imagerie**

Très grande précision pour prélever ou délivrer localement un traitement, ce qui **réduit les risques** et **simplifie les suites**

« L'imagerie, par les techniques interventionnelles qu'elle offre, permet de réduire considérablement les temps de séjour et de participer de façon centrale **au virage de l'ambulatoire** »

SFR actualité en imagerie médicale : innovation, de la pertinence à l'efficacité  
décembre 2016

# RI en ambulatoire

## Etat des lieux

RI en France : 500 000 actes annuels selon la SFR, pas de chiffre concernant l'ambulatoire

- **Bénéfice** à attendre = le même que la chirurgie ( tant pour le patient, pour la structure, que pour le système de santé)
- **Cadre légal** = le même que la chirurgie ( personnels, accréditation...)
- **Sélection des patients** = identique à la chirurgie

Le mode de prise en charge du patient repose comme en chirurgie sur le tryptique : PATIENT-  
ACTE-STRUCTURE

# Pourquoi la radiologie interventionnelle se prête bien à l'ambulatoire?

- La nature des gestes par leur caractère **MINI-INVASIF** s'y prête particulièrement :

Le raisonnable :

Déjà en routine en France:

- Nombreuses biopsies, ou ponctions
- Mise en place d'abords vasculaires:  
Port à cath, cathéter de dialyse...
- Gestes endovasculaires, en particulier veineux ( phlébographies, varicocèles, varices pelviennes, récupération de corps étranger.. )
- Angioplastie veineuse (FAV)
- changements de drains
- ....

- Temps opératoire moins long
- Moins de douleurs post opératoires
- Suites plus simples

**résultats sont au moins similaires à la chirurgie classique pour des indications précises:**

- Radiofrequency ablation versus partial nephrectomy in patients with solitary clinical T1a renal cell carcinoma: comparable oncologic outcomes at a minimum of 5 years of follow-up. European urology 2012
- Treatment of varicoceles : techniques and outcomes. Fertility and sterility 2017

# Pourquoi la radiologie interventionnelle se prête bien à l'ambulatoire?

- **Gestion simplifiée circuit patient**

(patient adressé par un médecin extérieur à la structure)

radiologie interventionnelle = pas de lit dédié

→ nécessité de trouver des lits en service d'hospitalisation traditionnelle

→ Problème d'organisation

→ Relation avec clinicien

# Pourquoi la radiologie interventionnelle se prête bien à l'ambulatoire?

- La **RI** requiert des niveaux d'environnements techniques spécifiques tant en terme de matériel radiologique qu'en terme d'aseptie  
= **structure de soin de grande taille** (hôpital ou clinique)
- ➔ Expérience de la chirurgie ambulatoire, pour faciliter la mise en place en RI
- ➔ permanence des soins

# Pourquoi la radiologie interventionnelle se prête bien à l'ambulatoire?

- La RI ambulatoire s'intègre parfaitement à la mutation actuelle de la pratique du radiologue interventionnel :

« Les enjeux sont multiples, le défi est unique : faire définitivement basculer la discipline du monde médico-technique à celui du médical » JFR 2016

“Interventional radiologists now are beginning to shift their professional image from that of *radiologists who are interventionalists* to that of *interventionalist surgeons who happen to be radiologists*” radiology business 2016

- Développer une vraie relation médecin/malade
- Redéfinie la place du radiologue dans la filière de soin = devenir un clinicien

Patient adressé par un confrère pour un avis spécialisé

Consultation pré interventionnel (déterminer modalité de traitement, éligibilité à l'ambulatoire, remise des ordonnances de sortie, consignes pré opératoires et post opératoires...) avec courrier adressé au correspondant et au médecin traitant.

Visite au lit du patient avant sa sortie (avec conduite à tenir et numéro d'urgence...)

Consultation de suivi

# Les contraintes de l'ambulatoire en RI

Au bloc de radiologie  
Toulouse Rangueil :  
40% d'activité réalisée  
en « urgence »

## Contraintes organisationnelles :

-la RI ambulatoire n'est pas une RI « low cost », au contraire :

Bloc opératoire central, technologie de dernière génération, matériel de dernière génération, condition anesthésique optimale...

=conditions de sécurité et de confort optimisées

Avec les **contraintes d'horaire** (heure de début , durée de procédure)

- Service RI = urgences pluriquotidiennes sur les salles de radiologie interventionnelle en plus des « actes programmés »
- Service RI = contraintes liées à l'anesthésie, pour passer prioritairement les patients avec anesthésie

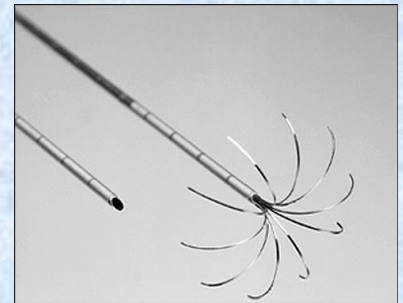
➔ Patient décalé (exceptionnellement annulé)

## Les solutions :

- ne pas multiplier les actes ambulatoires le même jours
- sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante, médicale et para médicale, à respecter l'organisation rigoureuse que nécessite les patients en ambulatoire
- Salle de RI dédiée à l'ambulatoire?



# Les contraintes de l'ambulatoire en RI



Aiguille de RF : 1000 euros

## Contraintes Financières :

- **Surcout** lié au **matériel** dédié ultra sophistiqué
- **Cotations inadaptées** des actes CCAM de RI, ainsi que des GHS, voire même **absence de nomenclature** pour certains actes
- « la multiplicité des actes, l'évolutivité permanente et l'apparition fréquente de nouveaux actes génèrent d'importantes difficultés en termes de valorisation de l'activité » (Pr F. Joffre)

## Les solutions:

- Pr Agnes Buzin, présidente de l'HAS, décembre 2016 :  
« Sur le volet Innovation , la HAS a mis en place une procédure accélérée permettant d'évaluer un acte et un dispositif innovant à usage unique, onéreux »,  
« souvent, en radiologie interventionnelle, les professionnels s'emparent des nouvelles technologies innovantes sans mettre en place un système d'évaluation qui permette à la HAS d'avoir des données solides et de prendre position »

# Retour d'expérience

Les services de radiologie du CHU de Toulouse ont la possibilité de réaliser des actes ambulatoires :

- **satisfaction des patients**
- **satisfaction médicale**

Cependant moins d'une centaine d'examen annuels de RI réalisés en ambulatoire au CHU Rangueil de Toulouse : pourquoi?

- la RI, notamment en CHU, reste souvent un acte au sein d'une prise en charge multidisciplinaire (filière oncologique+++ , transplantation d'organe...), les actes sont réalisés sur des « patients lourds » depuis le service clinique référent.
- Sélection très **(trop?)** rigoureuse des patients et des actes (exclusion des gestes comprenant des aléas: exemple des biopsies pulmonaires):
  - ➔ Taux d'hospitalisation complète et de ré hospitalisation extrêmement faible.
- Pas encore totalement ancré dans la culture de RI en France: Gestion de la douleur, des complications...
- Difficultés locales liées à l'absence d'unité de lieux (le service d'ambulatoire et bloc de RI ne sont pas dans le même bâtiment)

# Retour d'expérience

## Gestion de la permanence des soins:

- information du patient+++ , sur l' évolution attendue, et possibles complications
- Numéro de téléphone du médecin responsable, et numéro de téléphone joignable 24h/24 et 7J/7 (interne de radio de garde, qui en informe le médecin sénior d'astreinte)
- ➔ Simple gestion téléphonique +/- soutien du médecin traitant
- ➔ Gestion « pseudo-ambulatoire » via le service des urgences en circuit direct (ex : repositionnement de sonde)
- ➔ Nécessité d'une hospitalisation vraie

# En résumé

Radiologie interventionnelle en ambulatoire, tout est-il possible?

- Certains actes s'y prêtent déjà parfaitement  
(mise en place d'abord vasculaire, procédure endovasculaire veineuse, certaines biopsies...)
- D'autres non :  
matériel couteux, cotations inadaptées  
Patient non adapté à l'ambulatoire ou intégré dans une prise en charge multidisciplinaire depuis un service clinique référent  
Actes à risque élevé de complications

# Les perspectives

La RI prend « le virage de l'ambulatoire », tout en gardant ses spécificités.

Modèle USA:

## **12 Commonly Performed Outpatient Interventional Procedures**

- Percutaneous vertebral augmentation
- Biliary stent placement
- Kidney drain placement
- Ablation of liver tumor
- Ablation of renal tumors
- Transcatheter intravascular stent placement
- Insert tunneled intraperitoneal catheter percutaneous
- Create passage to kidney (nephrostomy)
- Vascular embolization/occluded organ
- Removal of intravascular foreign body
- Percutaneous cervicothoracic injection
- Biliary endoscopy through skin

Radiology business 2016

## Exemple des USA: Développement très important de la RI ambulatoire

- **Is There An Interventional Radiology Ambulatory Surgery Center (irASC) In Your Future?**

Apr 19, 2016 | [Mark F. Weiss, JD](#), [Cecilia Kronawitter](#)

some interventional radiology procedures that would result in a hospital charge in the range of \$25,000 (exclusive of any physician fee) can be performed in an irASC setting for an all-inclusive (facility plus all physicians') fee in the range of \$10,000 to \$15,000 and still be quite profitable to the irASC due to the much lower surgery center cost structure.

- Revalorisation des actes pour promouvoir l'ambulatoire (versus décotation des actes en chirurgie traditionnelle)

**Ambulatory Surgery Center Payment System, Hospital Outpatient Prospective Payment System and Physician Fee Schedule**

Medicare has made some significant changes to its Ambulatory Surgery Center payment system (ASC) [Table 1], Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) [Table 2], and Physician Fee Schedule (PFS) [Tables 3 and 4] for 2016. In the charts below, we have identified some of the most significant changes. We have chosen to focus on changes greater than or equal to \$100 for ASC, OPPS and PFS from 2015 to 2016. If you have questions about specific information in this document, or perhaps something you do not see in this document, please do not hesitate to contact our reimbursement team at 800.468.1379 or [reimbursement@cookmedical.com](mailto:reimbursement@cookmedical.com).

**Table 1: Changes in Ambulatory Surgery Center Reimbursement for Procedures of Interest**

CPT Code	Procedural Description	2016 Ambulatory Surgery Center Fee Schedule	2015 Ambulatory Surgery Center Fee Schedule	Payment Difference
19100	Biopsy of breast; percutaneous, needle core, not using imaging guidance (separate procedure)	\$526.74	\$267.04	\$259.70
36563	Insertion of tunneled centrally inserted central venous access device with subcutaneous pump	\$2,122.27	\$1,225.38	\$896.89
36566	Insertion of tunneled centrally inserted central venous access device, requiring 2 catheters via 2 separate venous access sites; with subcutaneous port(s)	\$2,122.27	\$1,225.38	\$896.89
36583	Replacement, complete, of a tunneled centrally inserted central venous access device, with subcutaneous pump, through same venous access	\$2,122.27	\$1,225.38	\$896.89
37184	Primary percutaneous transluminal mechanical thrombectomy, noncoronary, arterial or arterial bypass graft, including fluoroscopic guidance and intraprocedural pharmacological thrombolytic injection(s); initial vessel	\$2,122.27	\$1,764.89	\$357.38
37187	Percutaneous transluminal mechanical thrombectomy, vein(s), including intraprocedural pharmacological thrombolytic injections and fluoroscopic guidance	\$2,122.27	\$1,764.89	\$357.38
37188	Percutaneous transluminal mechanical thrombectomy, vein(s), including intraprocedural pharmacological thrombolytic injections and fluoroscopic guidance, repeat treatment on subsequent day during course of thrombolytic therapy	\$1,256.68	\$1,764.89	(\$508.21)
37200	Transcatheter biopsy	\$2,122.27	\$1,225.38	\$896.89
	Vascular embolization or occlusion, inclusive of all radiological		Added to ASC	