

**COMMISSION NATIONALE D’EVALUATION
DES DISPOSITIFS MEDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTE****AVIS DE LA CNEDiMTS****15 janvier 2013****CONCLUSIONS****HYDROTUL**, pansement interface

Demandeur : Paul HARTMANN SA (France)

Fabricant : Paul HARTMANN AG (Allemagne)

Les modèles et références retenus sont ceux proposés par le demandeur (cf. page 3).

Indications retenues :

- plaies aiguës en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel ;
 - plaies chroniques en phase de bourgeonnement lors d'un traitement séquentiel ;
 - plaies chroniques en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel ;
 - peaux fragiles (notamment épidermolyse bulleuse congénitale).
- Suffisant en raison de :

Service Rendu (SR) :

- l'intérêt thérapeutique des pansements interface
- l'intérêt de santé publique des pansements, compte tenu de la gravité, la fréquence et l'impact des pathologies concernées

**Comparateur(s)
retenu(s) :**

Pansements interface URGOTUL.

Amélioration du SR :

Absence d'amélioration (niveau V) par rapport aux pansements interface URGOTUL.

Type d'inscription :

Nom de marque

Durée d'inscription :

5 ans

ARGUMENTAIRE

01 NATURE DE LA DEMANDE

Demande de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale (LPPR dans la suite du document).

01.1 MODELES ET REFERENCES

Dimensions (cm)	Nombre d'unités par boîte
5x5	10
10x12	10
15x20	10

01.2 CONDITIONNEMENT

Boîte et sachets individuels stériles.

01.3 INDICATIONS REVENDIQUEES

- Plaies aiguës en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel.
- Plaies chroniques en phase de bourgeonnement lors d'un traitement séquentiel.
- Plaies chroniques en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel.

01.4 COMPAREUR REVENDIQUE

Pansements interface URGOTUL.

02 HISTORIQUE DU REMBOURSEMENT

Les pansements HYDROTUL ont bénéficié jusqu'en 2010 de la ligne générique des pansements hydrocolloïdes, grâce à la présence de carboxyméthylcellulose (CMC). L'arrêté du 16 juillet 2010 (JO du 7 août 2010) a confirmé les indications des pansements interface élaborés par la HAS en 2007 (voir chapitre 4.1.1.1) et inscrit à la LPPR les pansements HYDROTUL, dans l'attente de données cliniques, en tant que « *pansements interface à base de CMC* ».

03 CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

03.1 MARQUAGE CE

Dispositif médical de classe IIb, notification par TÜV SÜD Product Service GmbH (0123), Allemagne.

03.2 DESCRIPTION

Pansements constitué d'un tulle en polyamide à mailles fines imprégné d'un excipient à base de vaseline, de triglycérides et de carboxyméthylcellulose sodique.

03.4 FONCTIONS ASSUREES

Recouvrement de plaies (pansement primaire).

03.5 ACTES ASSOCIES

Les actes sont référencés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP¹) dans le titre XVI « Soins infirmiers », chapitre I « Soins de pratique courante ».

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Article 2 - Pansements courants		
Autre pansement	2	AMI ² ou SFI ³
Article 3 - Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse		
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une plaie supérieure à 5% de la surface corporelle	4	AMI ou SFI
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4	AMI ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou SFI
Pansement pour perte de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou SFI
Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles et les tendons	4	AMI ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou SFI

04 SERVICE RENDU

04.1 INTERET DU PRODUIT

04.1.1 ANALYSE DES DONNEES : EVALUATION DE L'EFFET THERAPEUTIQUE / EFFETS INDESIRABLES, RISQUES LIES A L'UTILISATION

04.1.1.1 RAPPEL DES AVIS PRECEDEMMENT EMIS PAR LA COMMISSION

Les pansements inscrits sur la LPPR ont été évalués par la Commission en 2007⁴. Par opposition aux pansements gras classiques de type tulle, les pansements interface ont été définis comme des pansements ayant une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), visant à limiter les traumatismes et les douleurs induits par le retrait des pansements. Dans ces conditions, la Commission a recommandé l'utilisation des pansements interface dans les cas suivants :

- les peaux fragiles (notamment : épidermolyse bulleuse congénitale) ;
- les plaies aiguës en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel ;
- les plaies chroniques en phase de bourgeonnement lors d'un traitement séquentiel ;
- les plaies chroniques en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel.

¹ Nomenclature Générale Des Actes Professionnels (NGAP), mise à jour en mars 2011 (<http://www.ameli.fr/>) [consulté le 26 novembre 2012]

² AMI : Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS

³ SFI : Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme

⁴ Evaluation des pansements, 10/2007 - rapport disponible sur www.has-sante.fr

Concernant les pansements vaselinés ne répondant pas à la définition des interfaces, l'arrêté du 16 juillet 2010 (JO du 7 août 2010) a maintenu leur inscription sur la LPPR. Les indications retenues pour ces pansements sont les plaies aiguës ou chroniques en phase de bourgeonnement, lors d'un traitement séquentiel.

04.1.1.2 DONNEES

La demande est étayée par deux études contrôlées randomisées non publiées pour lesquelles des rapports sont fournis.

L'étude « Efficience », de non-infériorité en termes d'adhérence en soins courants versus URGOTUL, portant sur des plaies chroniques ou aiguës en phase de granulation ; cette étude non terminée (seule une analyse intermédiaire sur 42 patients est disponible, pour 70 inclusions prévues) n'est pas retenue.

L'étude CEN 2008-001, essai de non-infériorité contrôlé randomisé, en cross-over, réalisé en ouvert (voir annexe). Cette étude avait pour objectif de montrer la non-infériorité en termes de douleur ressentie au retrait des pansements HYDROTUL comparés à URGOTUL. Elle a inclus 59 patients ayant des ulcères veineux de jambe en phase de bourgeonnement. Ces patients suivis en ambulatoire avaient un ulcère veineux ouvert d'une surface comprise entre 4 et 50 cm², d'une ancienneté comprise entre 1 et 12 mois et sans signes évocateurs d'une infection. Le critère principal était l'évaluation de la douleur sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm à J2, J4, S2, S4 et S6. Le changement de traitement avait lieu à J2.

Score de douleur sur échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm

	Séquence Hydrotul-Urgotul (n=30)	Séquence Urgotul-Hydrotul (n=29)
Douleur à J2 (mm EVA)	19,1 ± 18,0 mm	22,1 ± 22,0 mm
Douleur à J4 (mm EVA)	16,4 ± 14,1 mm	18,7 ± 20,2 mm

Après log-transformation des valeurs d'EVA et application de la procédure GLM (modèle linéaire généralisé pour schémas en cross-over, non explicité) le rapport H/U des EVA est de 0,963, avec une limite supérieure de l'intervalle de confiance unilatérale à 95% de 1,096 (pour un objectif < 1,1 compte tenu du seuil de 10%). Les auteurs revendiquent ainsi l'atteinte de l'objectif de non-infériorité fixé. Postulant une décroissance rapide de la douleur, partiellement vérifiée, les auteurs n'ont pas retenu pour analyse les résultats à S2, S4 et S6.

Au total, bien que comportant des faiblesses méthodologiques, cette étude permet de conclure avec un intervalle de confiance unilatéral à 5% à la non-infériorité en termes de douleur ressentie au retrait des pansements Hydrotul par rapport aux pansements Urgotul.

Au vu des données, la Commission estime que les pansements HYDROTUL ont un intérêt dans la prise en charge des plaies aiguës ou chroniques en phase de bourgeonnement, dans les indications revendiquées par le demandeur.

04.1.2 PLACE DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Le traitement des plaies aiguës et chroniques est différent selon leur étiologie (contention pour les ulcères veineux, support diminuant la pression et/ou décharge dans les escarres, décharge dans la plaie du pied chez un diabétique) et le traitement local est effectué avec des pansements choisis en fonction des caractéristiques de la plaie et de la peau péri-lésionnelle.

L'objectif des soins locaux est de contrôler le micro-environnement de la plaie. Ceci implique de maintenir un milieu humide, favorable à la cicatrisation. Dans la plaie exsudative l'objectif est d'éviter que des exsudats trop abondants n'endommagent la peau péri-lésionnelle.

04.2 INTERET DE SANTE PUBLIQUE

04.2.1 GRAVITE DE LA PATHOLOGIE

Le caractère de gravité des plaies est lié à leurs caractéristiques (surface, profondeur, durée d'évolution), aux risques d'évolution défavorable (risque infectieux, risque cicatriciel) et aux pathologies ou facteurs associés (diabète, ischémie, immobilisation...).

Les complications infectieuses des plaies sont susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Les plaies malodorantes sont associées à une dégradation de la qualité de vie.

Dans la majorité des cas les plaies aiguës et chroniques ne mettent pas en jeu le pronostic vital. Les plaies infectées peuvent mettre en jeu le pronostic vital. La chronicité des plaies et leur caractère malodorant sont associés à une dégradation de la qualité de vie.

04.2.2 EPIDEMIOLOGIE DE LA PATHOLOGIE

Les plaies aiguës telles que définies par l'avis du 7 mars 2007 sont principalement représentées par les brûlures, les greffes cutanées, les prises de greffe et les plaies post-chirurgicales en cicatrisation dirigée (les morsures et les sinus pilonidaux opérés constituant des cas particuliers). Les plaies chroniques sont représentées par les escarres, les ulcères et les plaies du diabétique. Des données épidémiologiques ont été identifiées pour les pathologies suivantes :

Brûlures

L'enquête *Santé et Protection sociale (SPS)*⁵, réalisée en population générale, en 2000 et 2002 sur les accidents de la vie courante, fournit des données sur les brûlures. L'enquête réalisée en 2000 indique un taux d'incidence annuel de 18 accidents de la vie courante pour 100 personnes, dont 5,1 % de brûlures⁶. Les données 2002 sont du même ordre, avec un taux d'incidence trimestriel de 5,8 accidents pour 100 personnes, ce qui correspond à un taux annuel d'environ 18 accidents pour 100 personnes, et un pourcentage de brûlures de 4,9%⁷. L'application de ces taux à la population française permet d'estimer le nombre annuel d'accidents de la vie courante à près de 11,3 millions et le nombre annuel de brûlures à environ 560 000.

Ces données ne prennent pas en compte les brûlures provenant d'un accident de la circulation ou d'un accident du travail, ni celles provoquées lors d'une tentative de suicide. Dans les centres de grands brûlés, les accidents de la vie courante représenteraient plus de 70 % des cas, les accidents du travail 18% et les tentatives de suicide 5,6%, alors que les victimes d'accidents de la circulation seraient peu nombreux⁸. Ainsi, en faisant l'hypothèse que les brûlures consécutives à un accident de la vie courante (soit 560 000 brûlures, d'après les données de l'enquête SPS) représentent 70% de l'ensemble des brûlures (c'est-à-dire quelque soit leur type de prise en charge et leur gravité), le nombre de brûlures en France serait d'environ 800 000 par an.

Greffes cutanées et prises de greffe

⁵ Enquête réalisée par l'Institut de recherche et information en économie de la santé, <http://www.irdes.fr>

⁶ Garry F. Les accidents de la vie courante en 2000. Point stat n°39/avril 2003.

⁷ Garry F. Les accidents de la vie courante en 2002. Point stat n°41/avril 2005.

⁸ Wassermann D. Critères de gravité des brûlures. Epidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. Pathol Biol 2002 ; 50 : 65-73.

Aucune donnée épidémiologique n'a été retrouvée. A titre d'information, le nombre de greffes cutanées ou de prises de greffe réalisées en France peut être estimé grâce à une recherche par acte classant dans la base PMSI. Ainsi, pour les années 2010 et 2011 ont été recensés les actes classants en CCAM suivants :

Code	Libellé	Nombre de séjours	
		2010	2011
16030800	Couverture de perte de substance par autogreffe de peau	23 519	24 829
16031000	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional	116 170	123 418

Escarres

Les études portant sur l'épidémiologie des escarres en France sont hétérogènes. Les populations étudiées sont issues de services différents et sont disparates. La taille des échantillons varie de l'échelle d'une unité de soins à celle de groupes d'hôpitaux. Les informations sont recueillies soit par observation directe, soit par examen rétrospectif des dossiers de malades, soit par envoi de questionnaires aux équipes de soins. Ces différences ne permettent pas de comparer les études. A titre informatif :

- la prévalence de l'escarre à domicile, chez les patients de plus de 65 ans en France, a été estimée par la CEPP⁹; elle serait comprise entre 70 000 et 112 000 patients ; des données récentes suggèrent une augmentation de l'escarre à domicile, liée au développement de l'hospitalisation à domicile¹⁰ ;
- à l'hôpital, plusieurs études épidémiologiques françaises indiquent une prévalence des escarres, tous services confondus, comprise entre 5 et 9 %^{11 12 13 14 15}. Par type de service, une forte variabilité du taux de prévalence est mise en évidence. Les études françaises rapportent un taux de prévalence plus élevé dans les services de suite et de réadaptation¹⁶. Une revue de la littérature internationale, limitée aux données des unités de soins intensifs, rapporte des résultats disparates avec des prévalences comprises entre 4 et 49% en Europe¹⁷. Deux études françaises montrent que l'incidence globale est d'environ 4%^{14, 16}.
- une estimation de la prévalence des escarres, pour l'ensemble de la population française, a été réalisée lors de la conférence de consensus « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé », tenue en 2001¹⁸. Fondé sur des extrapolations, ce travail estime à 300 000 la prévalence des escarres en France¹⁹.

Ulcères

Les données françaises sont peu nombreuses. Une enquête de prévalence des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques estime la prévalence globale des plaies chroniques à 8,3%, et celle des ulcères de jambe à 1,6%¹¹.

L'évaluation de la prévalence et de l'incidence des ulcères de jambe dans la population générale repose principalement sur des données internationales. Les résultats issus des études épidémiologiques internationales sont peu comparables compte tenu de

⁹ Haute Autorité de Santé, Commission d'Evaluation des Produits et Prestations. Avis de la Commission 30 juin 2004. Supports d'aide à la prévention et d'aide au traitement de l'escarre et aides techniques à la posture. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.

¹⁰ Allaert FA, et al. Evolution de la prévalence des escarres chez les patients suivis à domicile entre 2003 et 2006. Soins Gériatol 2009;(76):12-4.

¹¹ Caron-Mazet J et al. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Ann Dermatol Venerol 2007;134(8):645-51.

¹² Barbut F et al. Escarres dans un hôpital universitaire de court séjour. Prévalence, facteurs de risque et modalités de prise en charge. Presse Méd 2006;35(5-C1):769-78.

¹³ Corbin A et al. Prévalence de l'escarre parmi 1560 patients hospitalisés: enquête sur une semaine donnée dans un centre hospitalier universitaire. Hygiène 2006;14(3):169-80.

¹⁴ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Direction centrale des soins. Enquête de prévalence de l'escarre acquise dans les unités de soins à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Paris: APHP; 2007.

¹⁵ Barrois B, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. J Wound Care 2008;17(9):373-9.

¹⁶ Daideri G, et al. L'escarre à l'hôpital en 2003 : enquête de prévalence un jour donné. Rev Epidemiol Sante Publique 2006;54:517-27.

¹⁷ Shahin ES et al. Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross-sectional study. J Eval Clin Pract 2008;14(4):563-8.

¹⁸ Société française et francophone des plaies et cicatrisations, AP-HP, ANAES. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. Paris: ANAES; 2001.

¹⁹ Estimation du nombre de plaies

l'hétérogénéité des schémas expérimentaux utilisés (études réalisées en population ou dans des sous-groupes spécifiques, classes d'âge non superposables, inclusion ou exclusion des ulcères de pied, existence ou inexistence d'une validation clinique des cas et d'une définition claire de l'ulcération, sélection ou non des ulcères selon l'étiologie). Une analyse sur l'épidémiologie des ulcères de jambe a été réalisée à partir de 13 études publiées entre 1983 et 1997²⁰. Dans cette analyse, la prévalence dans la population générale serait comprise entre 0,10 et 0,80%, ce qui, extrapolé à la population française, représenterait de 63 000 à 502 000 personnes. Des données préliminaires d'une étude française de prévalence en ville montrent que les ulcères des membres inférieurs constituent le type de plaie le plus fréquemment vu par les infirmiers libéraux, soit environ 26% de l'ensemble des plaies prises en charge, et plus de la moitié des plaies chroniques²¹.

Plaies du diabétique

La prévalence du diabète traité en France est estimée à 3,8 % de la population générale²², soit de l'ordre de 2,3 millions de personnes. Deux études européennes ont estimé la prévalence des plaies non cicatrisées du pied diabétique. La première, prospective et réalisée au Royaume-Uni, a été réalisée auprès d'une cohorte de 9 710 patients diabétiques. À l'inclusion, la prévalence des plaies non cicatrisées du pied était de 1,7 %²³. La seconde, réalisée aux Pays-Bas auprès de 609 patients diabétiques, a constaté une prévalence de 1,8 %²⁴. Par extrapolation de ces chiffres à la population des patients diabétiques en France, il y aurait environ 35 000 patients atteints d'une plaie non cicatrisée du pied.

Plusieurs études internationales ont rapporté des chiffres d'incidence annuelle des plaies du pied chez les patients diabétiques. L'étude réalisée au Royaume-Uni déjà mentionnée²³ indique une incidence annuelle moyenne de 2,2 %. Les résultats d'une étude réalisée aux Pays-Bas, auprès de 511 patients diabétiques suivis dans le cadre du Nijmegen Monitoring Project entre 1993 et 1998, montrent une incidence annuelle des nouveaux ulcères comprise entre 1,2 et 3 % selon l'année de référence, avec une incidence moyenne calculée sur la période de 2,1 % par an²⁵. Ces résultats sont cohérents avec une revue de la littérature²⁶ étudiant le fardeau global de la pathologie. Ils le sont également avec ceux d'une étude de cohorte rétrospective, réalisée auprès de 8 905 patients diabétiques américains, dont les nouveaux cas d'ulcères de pied ont été enregistrés entre 1993 et 1995²⁷. Cette étude rapporte une incidence moyenne annuelle de 1,9 %. Ainsi, l'incidence des nouveaux ulcères du pied, extrapolée à la population diabétique correspondante en France, serait comprise entre 1 et 3 %²⁸, ce qui représente 20 000 à 60 000 patients par an. Plus généralement on estime que 15 à 25 % des diabétiques présenteront un ulcère du pied diabétique au cours de leur vie, et que les amputations des membres inférieurs concernent environ 1 % de la population diabétique en France²⁹.

A titre d'information, une étude sur 1 229 patients diabétiques consécutifs ayant une plaie du pied, admis dans 14 centres hospitaliers européens³⁰ a évalué la gravité des plaies. Dans cette étude 24 % des patients admis n'avaient ni artériopathie périphérique ni infection de la plaie ; 18 % avaient une artériopathie périphérique et une plaie non infectée ; 27 % avaient

²⁰ Bégaud B. Epidémiologie des ulcères de jambe. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129(10-C2):1225-6.

²¹ B. Vallois, Premiers résultats de l'enquête VULNUS - Une photographie des plaies en France. *Le Quotidien du Médecin* N°8581 du 3 juin 2009.

²² Kusnik-Joinville O et al.. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? *Prat Organ Soins* 2007;38(1):1-12.

²³ Abbott CA, Carrington AL, Ashe H, Bath S, Every LC, Griffiths J, *et al.* The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabet Med* 2002;19(5):377-84.

²⁴ de Sonnaville JJ et al. The prevalence and determinants of foot ulceration in type II diabetic patients in a primary health care setting. *Diabetes Res Clin Pract* 1997;35(2-3):149-56.

²⁵ Muller IS et al. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in dutch primary health care. *Diabetes Care* 2002;25(3):570-4.

²⁶ Boulton AJ et al. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet* 2005;366(9498):1719-24.

²⁷ Ramsey SD et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care* 1999;22(3):382-7.

²⁸ Direction Générale de la Santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique. Rapport du GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Paris: DGS; 2003.

²⁹ Richard JL, Schuldiner S. Epidémiologie du pied diabétique. *Rev Med Interne* 2008;29(Suppl 2):S222-S230.

³⁰ Prompers L et al. High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. *Diabetologia* 2007;50(1):18-25.

une plaie infectée sans artériopathie ; enfin 31 % avaient une plaie infectée dans un contexte d'artériopathie périphérique.

Maladies bulleuses

La population cible a été estimée à 2000 patients atteints de formes graves, nécessitant l'utilisation de pansements³¹.

04.2.3 IMPACT

Les pansements HYDROTUL répondent à un besoin déjà couvert par l'ensemble des pansements interface disponibles.

Les pansements HYDROTUL ont un intérêt de santé publique compte tenu de la gravité, la fréquence et l'impact des pathologies concernées.

En conclusion, la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé estime que le service rendu des pansements HYDROTUL est suffisant pour l'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1.

05 *ELEMENTS CONDITIONNANT LE SERVICE RENDU*

05.1 SPECIFICATIONS TECHNIQUES MINIMALES

Aucune exigence supplémentaire par rapport aux spécifications techniques proposées par l'industriel.

05.2 MODALITES D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION

Application sur une plaie préalablement nettoyée avec de la solution isotonique.

Application possible sous un pansement absorbant stérile.

Nettoyer les résidus gras éventuels en rinçant la plaie avec de la solution isotonique avant d'appliquer un nouveau pansement.

06 *AMELIORATION DU SERVICE RENDU*

06.1 COMPARATEURS RETENUS

Autres pansements interface.

06.2 NIVEAU D'ASR

La Commission s'est prononcée pour une absence d'Amélioration du Service Rendu (niveau V) des pansements HYDROTUL par rapport aux pansements interface URGOTUL.

³¹ Avis URGOTUL du 11 décembre 2002.

07 CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT ET DUREE D'INSCRIPTION

07.1 CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT

Actualisation des données conformément aux recommandations du guide pratique pour l'inscription au remboursement des produits et prestations.

07.2 DUREE D'INSCRIPTION PROPOSEE

5 ans.

08 POPULATION CIBLE

Compte tenu de l'insuffisance des données épidémiologiques disponibles (cf. chapitre 2.2), la population cible des pansements ne peut pas être déterminée précisément. Elle est comprise entre 1,1 million et 1,5 million de personnes.

Par ailleurs, dans le cadre de la cicatrisation dite de seconde intention, les pansements étant choisis davantage en fonction de l'état de la plaie que de son étiologie, ces données ne permettent pas de déterminer la population cible de chaque type de pansement.

La population cible des pansements interface ne peut être déterminée avec précision. La population cible globale des pansements est de l'ordre de 1,1 à 1,5 millions de personnes.

ANNEXE DONNEES CLINIQUES

Référence	CEN 2008-001. Non publiée / rapport disponible. Etude contrôlée randomisée d'équivalence d'Hydrotul vs Urgotul conduite en ouvert dans le confort de soins et la cicatrisation des ulcères de jambe d'origine veineuse.
Type de l'étude	Etude contrôlée randomisée d'équivalence avec cross-over, conduite en ouvert
Date et durée de l'étude	2009-2011
Objectif de l'étude	Montrer la non-infériorité sur la douleur ressentie au retrait des pansements entre Hydrotul et Urgotul au cours du traitement de la phase de bourgeonnement d'ulcère veineux de jambe.
METHODE	
Critères de sélection	Patients âgés de 18 ans et plus, avec un IPS $\geq 0,8$ et $< 1,3$ et ayant un ulcère veineux ouvert : - dont la surface est comprise entre 4 et 50 cm ² ; - en phase de bourgeonnement sur plus de 50% de la surface ; - dont l'ancienneté est comprise entre 1 et 12 mois ; - sans signes cliniques évocateurs d'une infection.
Cadre et lieu de l'étude	15 investigateurs en France (médecins généralistes et phlébologues), patients suivis en ambulatoire
Produits étudiés	Hydrotul et Urgotul avec cross over à J2 et suivi des bras parallèles jusqu'au terme de 6 semaines. Les pansements sont utilisés sous contention. Le protocole prévoit l'enlèvement des pansements « en tirant de manière franche et directe ». Pansement secondaire : pansement Zetuvit absorbant en cellulose recouvert d'un non tissé perméable aux échanges gazeux et bande de fixation cohésive Peha Haft Système de compression Saphenamed UCV ; pression totale au repos estimée à environ 40 mmHg pour une cheville de 18 à 25 cm de circonférence.
Critère de jugement principal	Evaluation de la douleur par échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm à J2, J4, S2, S4 et S6.
Critères de jugement secondaires	Evolution planimétrique de la surface à J0, S2, S4 et S6 semaines. Evolution de la qualité de vie des patients (SF-12) à J0, S2 et S6. Fréquence, nature et sévérité des effets secondaires Evaluation de l'observance à chaque renouvellement du pansement Evaluation globale du traitement
Taille de l'échantillon	L'échantillon de 26 patients par groupe a été calculé pour montrer l'équivalence de Hydrotul par rapport à Urgotul avec une marge de non-infériorité de 10%, par un cross over portant sur l'intensité de la douleur lors du retrait du pansement (critère quantitatif), au risque $\alpha=0,05$, avec une borne inférieure du ratio des moyennes de 0,9 et une borne supérieure de 1,1, un coefficient de variation de la douleur interindividuelle de 0,3 et intra individuel de 0,15 et une puissance de 90%. Pour tenir compte d'éventuels patients perdus de vue et des inclus à tort, ce nombre d'inclusions a été porté au minimum à 30 par groupe.
Méthode de randomisation	Randomisation centralisée équilibrée pour chaque centre investigateur (méthode non détaillée). Dans chaque centre, les produits devaient être remis en respectant leur ordre de numérotation, selon l'ordre d'inclusion des patients.
Méthode d'analyse des résultats	Critère principal : modèle linéaire généralisé (GLM) adapté aux schémas en cross-over. Critères secondaires : test du Chi2, test T de Student et analyses descriptives.
RESULTATS	

Nombre de sujets analysés	67 patients inclus (dont 7 à tort compte tenu de la surface de la plaie et 1 perdu de vue) 30 patients alloués à la séquence Hydrotul/Urgotul (Hydrotul de J0 à J2 puis Urgotul de J2 à J4 suivi d'Urgotul jusqu'à S6) et 29 dans la séquence inverse (Urgotul/Hydrotul) 53/59 patients ont été analysés pour le critère principal à S6 (1 arrêt prématuré pour cause d'infection et 5 cas de cicatrisation avant S6)		
Durée du suivi	6 semaines		
Caractéristiques des patients et comparabilité des groupes	Groupes globalement comparables excepté pour le nombre de patients diabétiques (5 dans la séquence H-U, 1 dans la séquence U-H). Pas d'analyse statistique. Les patients étaient traités pour un ulcère veineux (IPS > 0,8 dans tous les cas), d'étiologie principalement post-variqueuse (81,4% des cas), évoluant en moyenne depuis 5 mois (médiane 3 mois). La surface moyenne était de 15,8 ± 12,2 cm² (50% des lésions avaient une surface >10 cm²) et cliniquement 51 ulcères (86,4%) étaient jugés stagnants ou s'aggravant lors de l'inclusion.		
Résultats inhérents au critère de jugement principal	Score de douleur sur échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm		
		Séquence H-U (n=30)	Séquence U-H (n=29)
	Douleur à J2 (mm EVA)	19,1 ± 18,0 mm	22,1 ± 22,0 mm
	Douleur à J4 (mm EVA)	16,4 ± 14,1 mm	18,7 ± 20,2 mm
	Après log-transformation des valeurs d'EVA et application de la procédure GLM pour schémas en cross-over, le rapport H/U des EVA est de 0,963 avec une limite supérieure de l'intervalle de confiance unilatérale à 95% de 1,096 (objectif : < 1,1 compte tenu du seuil de 10%).		
Résultats inhérents aux critères de jugement secondaires	A S6, 7/28 patients sous Hydrotul et 7/30 sous Urgotul obtiennent une fermeture de l'ulcère (100% de réépidermisation à la planimétrie). Un questionnaire SF12 a été recueilli pour seulement 19 patients et n'est pas exploitable. A l'exception des évènements indésirables, les autres critères secondaires prévus au protocole ne sont pas rapportés.		
Evénements indésirables	Des événements sont rapportés chez 6 patients, dont : - 2 cas de problème de tolérance au dispositif de compression veineuse (1 par groupe) ; - 2 cas d'infection probable de l'ulcère (Hydrotul) ; - 1 augmentation modérée et transitoire de la douleur à J2 (Urgotul) - 1 cas d'aspect fibrineux de la lésion noté à J4, persistant à S2 (Hydrotul)		
Remarques méthodologiques	Etude réalisée en ouvert Pas d'analyse statistique de la comparabilité des groupes à l'inclusion Intervalle de confiance unilatéral à 95%		