

# Le chirurgien reste-t-il le facteur pronostique principal ?

## *Is the surgeon still the main prognosis factor?*

Article reçu le 20 mai 2013,  
accepté le 29 juillet 2013  
Tirés à part : M. Rivoire

Michel Rivoire, Aurélien Dupré  
Centre Léon-Bérard, département de chirurgie, 28, rue Laënnec, 69373 Lyon cedex 08, France  
<michel.rivoire@lyon.unicancer.fr>

Pour citer cet article : Rivoire M, Dupré A. Le chirurgien reste-t-il le facteur pronostique principal ? *Bull Cancer* 2013 ; 100 : 973-81.

doi : 10.1684/bdc.2013.1828.

**Résumé.** L'évaluation de l'impact pronostique du chirurgien est complexe. Il s'agit de distinguer le rôle du chirurgien de celui de la chirurgie, et d'étudier l'impact direct du chirurgien sur ce qui contribue au pronostic d'une maladie cancéreuse. Il peut se caractériser par d'importantes variations dans les taux de complications postopératoires, dans l'indication de chirurgies techniquement complexes, mais aussi dans les résultats à long terme. L'impact du chirurgien est corrélé à son volume d'activité pour une intervention donnée. Il est indépendant de l'impact du volume d'activité de l'hôpital. Cet impact persiste malgré la structuration croissante des systèmes de santé et la mise en place d'activités chirurgicales « standardisées » obéissant à des normes strictes. L'analyse de la littérature permet donc de confirmer que le chirurgien reste un facteur pronostique important lors de la prise en charge des cancers. Dans les années à venir, l'analyse des processus de prise en charge chirurgicale et la mise en place de procédures de contrôle systématiques devraient aboutir à un plus grand contrôle du risque pronostique propre au chirurgien. ▲

**Mots clés :** chirurgie, mortalité, morbidité, volume hospitalier, volume du chirurgien, qualité

**Abstract.** Assessment of surgeon's influence on the results of cancer surgery is complex. Investigation field is extremely large and should differentiate surgeon's impact from the one of surgery. This can result in major differences in the rate of postoperative complications and deaths, in the indication and use of technically difficult surgeries, and also in long-term results. The surgeon's impact is correlated with his activity volume for each type of major procedures and is independent from hospital activity volume. It persists independently of major progresses in hospital organization and process standardization. Data from the literature confirm the prognosis importance of the surgeon in cancer outcome. In the future, the timely implementation of established, evidence-based guidelines and checklists programs could prevent large number of deaths and complications and reduce the surgeon specific impact. ▲

**Key words :** surgery, mortality, morbidity, hospital volume, surgeon volume, quality

## Introduction

La chirurgie est le traitement principal de la plupart des cancers. Cela confère au chirurgien un rôle majeur dans la définition du pronostic puisque celui-ci est basé en grande partie sur les données de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Ce rôle est encore renforcé à un moment où les traitements intègrent de plus en plus les données de la génétique et de la biologie moléculaire tumorale. La question qui est posée ici est toutefois de savoir si, en plus de ce rôle, le chirurgien, et l'organisation à laquelle il appartient, constituent encore un facteur pronostic majeur indé-

pendant ou si les progrès de l'oncologie les ont relégués au second plan.

D'après le dictionnaire Littré, un facteur pronostique est un facteur d'après lequel le médecin établit son pronostic sur une maladie. Cette définition s'applique mal au rôle du chirurgien. Dans une définition plus large, un facteur pronostique est un indicateur permettant d'estimer le risque de décès ou de récurrence d'un individu porteur d'une maladie cancéreuse. Cette définition sous-tend la notion de résultats immédiats et de résultats à long terme. Admettre que le chirurgien est un facteur pronostique sous-entend la capacité de dif-

férencier le rôle du chirurgien de celui de la chirurgie et de quantifier ce rôle et son éventuelle variation au cours des dernières années, en utilisant des paramètres fiables et reproductibles. Comme pour les marqueurs biologiques, il faut aussi se poser la question de savoir si le chirurgien est un facteur pronostique ou un facteur prédictif de réponse au traitement. En effet, un facteur pronostique est une caractéristique qui est mesurable de manière objective et qui fournit une information sur l'évolution probable d'une maladie cancéreuse si le patient n'est pas traité. Il paraît préférable de retenir la définition du facteur prédictif, c'est-à-dire une caractéristique qui donne une information sur la probabilité de bénéfice immédiat ou tardif du traitement [1].

Le traitement chirurgical d'une maladie cancéreuse est un processus complexe avec de multiples paramètres dans lequel un patient, porteur d'une maladie caractérisée par son stade, est pris en charge par un chirurgien, dans un hôpital, afin qu'un acte opératoire soit réalisé. L'évaluation du bénéfice peut se faire de manière immédiate (complications postopératoires, mortalité...) ou tardives (survie, qualité de vie...) en essayant de déterminer le rôle pronostique respectif, absolu et relatif, des différents paramètres. Il convient donc d'analyser successivement les données de la littérature évaluant l'impact de l'hôpital et du chirurgien, sur les résultats immédiats, puis sur les résultats tardifs du traitement chirurgical du cancer. Par ailleurs, à une époque où la rationalisation et le contrôle des soins médicaux deviennent des enjeux majeurs de santé publique, la prise de conscience de différences pronostiques mesurables, directement en rapport avec le chirurgien, doit conduire à la mise en place de procédures de contrôle et d'organisation visant à limiter l'impact du chirurgien et à assurer au patient opéré d'un cancer, des soins de qualité identique, quelle que soit la structure et quel que soit le chirurgien.

### Existe-t-il des éléments de preuve simples, confirmant l'impact du chirurgien dans la prise en charge chirurgicale d'un cancer ?

Pour certains actes de chirurgie cancérologique l'impact pronostique du chirurgien est faible. Son rôle principal est alors de réaliser une chirurgie suffisante tout en limitant sa morbidité et en permettant d'obtenir les informations nécessaires pour une prise en charge pluridisciplinaire adaptée de la maladie. La tendance à la désescalade dans les curages axillaires des cancers du sein en est un bon exemple. Une étude de la base de donnée nord-américaine *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER) entre 1998 et 2004, a montré que 16 % des patientes qui avaient un ganglion sentinelle positif n'avaient pas de curage axillaire complémentaire comme cela est recommandé [2].

Cette attitude, qui relevait d'un choix direct du chirurgien, a été ultérieurement validée par une étude prospective randomisée qui a montré le curage axillaire complémentaire n'influait pas la survie globale et le taux de récurrence axillaire pour certains cancers du sein N+ limité après curage sentinelle [3]. Dans ce cadre, le geste doit être le moins agressif possible ; il est essentiel pour l'établissement du *staging* mais le pronostic carcinologique à long terme est lié à prise en charge globale adjuvante [4].

Cependant pour de nombreuses chirurgies, le chirurgien peut avoir un rôle déterminant. La prise en charge des cancers du rectum est un excellent exemple pour matérialiser cet impact. Durant les années 1980 et le début des années 1990, de nombreuses études prospectives randomisées ont démontré que l'adjonction d'une radiothérapie préopératoire à la chirurgie conventionnelle permettait de diminuer le taux de récurrence locale d'environ 10 %. Dans les années qui ont suivi, la standardisation de la technique chirurgicale et la mise en place des règles de l'exérèse totale du mésorectum ont conduit à une diminution du taux de récurrence locale de 20 % [5]. Ainsi, en appliquant les règles strictes d'une chirurgie obéissant à des normes anatomiques et carcinologiques, le chirurgien peut faire régresser de manière importante, le taux de récurrence d'une maladie cancéreuse. Le problème est alors celui de l'applicabilité et du respect des règles pour tous les chirurgiens dans tous les hôpitaux. Si l'organisation était homogène, les résultats devraient être quasiment identiques pour un groupe de patients donnés quel que soit le chirurgien et quel que soit l'hôpital. La réalité est tout autre et montre de nombreuses disparités. Dans une récente étude de registre anglaise portant sur plus de 30 000 patients opérés d'un cancer du rectum, par 1 326 chirurgiens dans 153 hôpitaux, les auteurs ont montré que le taux de conservation sphinctérienne dans les hôpitaux variait de 47,4 % à 91,5 % [6]. En analyse multivariée, les hommes, les patients de milieux socio-économiques défavorisés et les patients opérés par des chirurgiens réalisant moins de sept interventions par an, avaient un risque significativement plus élevé d'avoir une amputation abdominopérinéale. Le fait d'être opéré par un chirurgien opérant sept cancers du rectum ou plus par an, permettait de réduire de 23 % le taux d'amputation abdominopérinéale par rapport à un chirurgien à plus faible volume (risque relatif 0,77, IC 95 % 0,71 à 0,83). Il existe donc à l'heure actuelle, d'importantes inégalités dans la prise en charge des cancers du rectum. La réduction de ces inégalités aboutirait à réduire le taux de colostomie définitive et à améliorer les résultats. En cela, le taux de conservation sphinctérienne pourrait être utilisé comme un critère permettant d'évaluer la performance du chirurgien en matière de prise en charge des cancers du rectum. Les mêmes constatations peuvent être faites pour la chirurgie de résection des métastases hépatiques

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978611>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978611>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)