

**EXPERTISE INDEPENDANTE  
SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE  
HAUTEMENT SPECIALISEE VISCERALE  
A L'HOPITAL DE SION – RSV<sup>1</sup> - VALAIS**

**Mandat délivré par Madame Esther Waeber-Kalbermatten  
Conseillère d'Etat  
Cheffe du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de la Culture**

## **Rapport de fin de mission <sup>2</sup>**



### ***Préambule***

Le présent rapport constitue la synthèse des observations récoltées au cours d'une mission réalisée en Valais et à Bruxelles du 24/09/2013 au 31/01/2014.

Il intègre l'analyse globale de l'environnement hospitalier et administratif dans lequel la chirurgie viscérale hautement spécialisée peut ou doit être pratiquée.

Les événements survenus au cours de la période d'expertise ont entraîné la communication partielle de certains résultats et amené quelques réflexions nécessaires à la conduite du processus. En aucune manière, ces événements n'ont modifié ou entravé la démarche.

La méthodologie a été proposée d'un commun accord entre le mandataire et le mandant. Aucun obstacle n'est survenu de la part du Conseil d'administration du RSV, du Conseil Exécutif, du Corps Médical ou des divers départements impliqués.

La collaboration des structures du RSV ne souffre aucune critique. Les études intermédiaires ont été soumises, de manière totalement anonymisée, à la critique de cinq professeurs de faculté à l'Université Libre de Bruxelles.

Aucun conflit d'intérêt n'est survenu. Les conclusions du présent rapport ont donc été rédigées en totale liberté et indépendance.

**La publication de présent rapport est sous la responsabilité éditoriale du mandant.**

---

<sup>1</sup> RSV : Réseau Santé Valais

<sup>2</sup> Ce compte rendu final intègre les informations et remarques émanant du RSV que l'auteur estime adéquates voire opportunes pour bien cerner les pistes de réflexions et de reconstruction du projet de Médecine Hautement Spécialisée Viscérale.

## Message à l'attention des patients valaisans

*Chères patientes, chers patients,*

*Depuis décembre 2009, le réseau hospitalier valaisan public, dont la mission est d'assurer l'accessibilité à des soins médicaux performants, traverse une crise institutionnelle majeure.*

*Conformément aux besoins de structuration et de planification hospitalière que rencontrent l'ensemble des pays européens, le canton du Valais a pris la décision raisonnable de regrouper les forces techniques et médicales au sein d'un réseau destiné à rationaliser et à réunir les complémentarités nécessaires dans les différents domaines médicaux.*

*Le support indispensable de plusieurs institutions universitaires suisses a été sollicité avec succès. Le Valais s'est donc approprié de nouvelles compétences médicales dans les domaines des urgences, des soins intensifs, de l'oncologie, de la médecine, de la chirurgie.... De nombreux progrès et de nombreux succès ont été obtenus suite à cette politique de santé.*

*Il est apparu, depuis 2008, que plusieurs obstacles rendaient l'intégration quelquefois laborieuse : la multiplicité des sites, le transfert des patients selon le type de pathologie, la nécessité de fermer certains plateaux techniques, et certainement les difficultés de collaboration entre certains médecins hospitaliers issus d'universités différentes, de formations diverses et de cultures hospitalières sensiblement variées.*

*Une institution hospitalière n'échappe pas aux sentiments et aux comportements des hommes et des femmes qui doivent participer au succès de cette dynamique.*

*Les malentendus, l'ambition de certains, la suprématie d'autres, les incompatibilités interpersonnelles parfois incontournables peuvent confronter la direction d'une grande institution hospitalière à des choix et donc à certains renoncements.*

*La prise en charge des pathologies gastroentérologiques, médocochirurgicales, n'a pas échappé à ces défis.*

*Le climat régnant dans ce domaine s'est vu progressivement détérioré suite à certains attermoissements, à un manque de conduite et d'autorité, au repli de certains et à l'absence de proactivité de certains acteurs.*

*Dans ce climat aggravé par une médiatisation excessive, une certaine instrumentalisation politique, l'application d'un projet d'agrégation supra-cantonal de la chirurgie lourde ne pouvait que cristalliser les tensions et accroître des conflits latents. Le recours à des avis extérieurs, de nombreuses initiatives personnelles, quelque fois isolées et parfois anarchiques, des expertises superficielles ne pouvaient pas apporter les solutions structurelles à cette problématique.*

*L'audit réalisé en 2011 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) a apporté une vision neutre et professionnelle du fonctionnement global du RSV. Malheureusement, elle ne comportait pas le volet d'enquête scientifique et clinique approfondie nécessaire à une évaluation médico-scientifique.*

*Quant aux conclusions et recommandations sur le « management » global du RSV, elles ont apporté un train de changements dont les effets et l'accompagnement ont fait défaut dans le cadre MHS précisément.*

*L'objectif primordial et ultime d'une institution hospitalière est de fournir des soins de santé de grande qualité et une flexibilité sans faille vis-à-vis des besoins de santé publique.*

*L'inquiétude exprimée par de multiples praticiens hospitaliers, des plaintes répétées de la part des patients, de sérieux doutes émis par plusieurs professeurs de facultés suisses témoignent du manque de crédibilité que les hôpitaux valaisans rencontrent en ce début d'année 2014.*

*La volonté affirmée de la Conseillère d'Etat et de l'ensemble du Département de reconstruire l'image de ces hôpitaux passe par une analyse approfondie des pratiques médicales et la construction d'un nouveau plan directeur dans les secteurs les plus critiques.*

*C'est dans ce cadre que la pratique de la médecine hautement spécialisée en chirurgie viscérale a été analysée par nos soins au cours de plus de quatre mois de travail.*

***Trois considérations générales incontournables prédominent:***

- *Il faut restituer au RSV un climat de travail adéquat pour permettre au personnel infirmier, paramédical et médical de reprendre confiance, force et détermination. Cela signifie la création d'une plateforme de communication interne structurée et d'une « Task Force »<sup>3</sup> destinée à organiser un « think tank »<sup>4</sup> suivi d'un nouveau projet médical issu de la base.*
- *Il faut établir clairement les responsabilités, champs d'actions et autorités pour chacun des exécutifs (directeur général, directeur de site, chef de département... ). Renouveler le règlement d'ordre intérieur promouvant l'initiative et éliminant l'impunité.*
- *Il faut renforcer le contrôle de qualité à chaque niveau de pouvoir. Quels sont les rôles et donc les responsabilités de chacun ?*

*La M.H.S. viscérale est en panne, presque à la dérive. Remettre les moteurs en marche ne peut se faire qu'à deux conditions : identifier ou désigner le capitaine et choisir sa route.*

*Les patients valaisans ont un rôle prédominant, ils doivent faire confiance et bénéficier d'un organe de surveillance de qualité des soins indépendant. Dans le cas présent, leur interlocuteur est le Département en charge de la santé.*

*Le défi de relever la Médecine Hautement Spécialisée viscérale est majeur. Si cet objectif est atteint, l'ensemble des services concernés renouera avec l'excellence, la réputation et l'attractivité. La MHS doit être le fer de lance à Sion. C'est urgent pour les malades, c'est déterminant pour les médecins.*

*Merci de votre confiance et Bonne route.*

*Jean-Jacques Houben*

---

<sup>3</sup> Groupe de travail conduisant un projet défini avec détermination

<sup>4</sup> Réservoir de réflexions et d'idées destiné à construire la planification d'une opération

## Résumé du compte-rendu de l'expertise (présenté au Conseil d'Etat du Valais le 19/02/2014)

### Objet :

Le mandat consiste, en synthèse, à collecter les casuistiques de patients opérés dans un cadre MHS<sup>5</sup> en 2011 et 2012 , étudier les performances en termes de qualité, de morbidité et de mortalité, analyser les itinéraires cliniques suivis par les patients concernés, analyser l'organisation médicale globale de la prise en charge et établir des recommandations quant à l'avenir de l'activité MHS viscérale à Sion

### Méthodologie :

La méthodologie est calquée sur l'analyse casuistique rétroactive telle que pratiquée dans les centres de recherche clinique ou d'évaluation de qualité. La levée du secret médical a été obtenue, sauf quelques exceptions. Les dossiers ont immédiatement été anonymisés sous un code nombre, seulement connu de l'expert. Une série de paramètres cliniques, biologiques radiologiques sont prédéterminés comme indicateurs de qualité et de traçabilité des itinéraires cliniques.

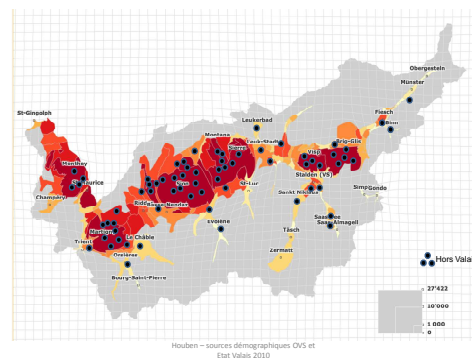
Au cours de l'expertise, **277 dossiers** ont été scrutés. Plus de **8200 données** ont été encodées. 42 acteurs cliniques ont été entendus et près de 750 heures consacrées au traitement de l'information.

Le Benchmarking est réalisé sur la base d'études scientifiques comparables publiées et répertoriées dans Medline Pubmed. Les particularités régionales (Valais et Suisse) sont prises en considération en consultant les données de santé publiques publiées et en interrogeant des cliniciens indépendants.

### Contexte actuel 2014 :

Le contexte est très particulier et l'expertise menée dans un contexte tendu. Tensions hospitalières, médiatiques, politiques,.....et défis en santé publique comme en témoigne le rôle que le RSV doit jouer comme hôpital cantonal de référence.

Les données épidémiologiques sont éloquentes sur la carte géostratégique en annexe. La population valaisanne doit se munir d'une médecine hospitalière forte, articulée sur des partenariats universitaires pour les technologies avancées, la formation continue, les pathologies rares. Mais l'hôpital du Valais doit répondre aux principaux défis de santé publique : le cancer, les urgences traumatologiques, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, .....



*Cette carte constitue une fusion de la densité de la population avec la provenance des patients du RSV(MHS)*

L'hôpital de Sion est donc naturellement le centre de drainage de la population cantonale dans son ensemble et en particulier dans la reconstruction du projet MHS viscérale en Valais.

Le Contexte administratif et managérial ne peut être ignoré dans le processus. L'avènement de la planification de la MHS en Suisse est déterminant.

<sup>5</sup> Médecine Hautement Spécialisée

La première partie de l'expertise a consisté en l'analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale dans les quatre secteurs MHS octroyés au RSV.

En **chirurgie hépatobiliaire**, il ressort que :

- L'incidence des pathologies bénignes opérées est clairement augmentée.
- La stratégie oncologique dans les métastases hépatiques est peu documentée.
- La morbidité cumulée est excessive par rapport aux standards attendus. 57 % par rapport à 32 % dans la littérature.
- Le RSV affiche une mortalité post-opératoire de 13.5 %. (Standards : 1 à 5 %).
- Les pathologies agressives (Cancer vésiculaire, Cholangiocarcinome multifocal, ...) ont été opérées sans évidence d'un bénéfice thérapeutique attendu.
- L'environnement gastroentérologique médical est faible et inconstant dans les pathologies relevant de la MHS, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique.
- L'environnement au Bloc Opératoire semble montrer des failles dans l'organisation de l'anesthésie surtout l'absence de départementalisation. On regrette un manque de communication et des relations conflictuelles évidentes entre anesthésistes et chirurgiens.

Les principales recommandations sont les suivantes : renforcement immédiat de l'hépatologie médicale, cadrage multidisciplinaire des indications opératoires, départementalisation de l'anesthésie, colloques systématiques.

En **chirurgie œsophagienne**, la situation est radicalement différente. L'activité chirurgicale 2011-2012 présente 11 dossiers MHS véritables. Ils sont encadrés sur le plan oncologique. Le faible nombre de cas ne permet pas un benchmarking. Mais les indices sont favorables, en particulier sur le plan carcinologique. La question se limite donc à l'insuffisance de recrutement et aux traitements alternatifs du cancer œsophagien qui hypothèquent la poursuite de cette activité à SION.

**En chirurgie pancréatique, l'expertise démontre que le nombre de patients pourrait être satisfaisant** sous réserve de la validation des indications opératoires. On retrouve plusieurs faiblesses communes avec la pathologie hépatobiliaire : bilan médico-chirurgical fruste et indications opératoires contestables, opérabilité et résécabilité sur-estimées, choix techniques audacieux et complications vasculaires sévères, support nutritionnel déficient. Le résultat objectif se solde par une mortalité de plus de 20 %, alors que tous les centres compétitifs affichent entre 2 et 10 % de mortalité pour les duodéno pancréatectomies

Les recommandations impliquent une concertation avec un centre universitaire, l'acquisition de compétences gastroentérologiques médicales spécifiques, une systématisation des procédures.  
*Primum non nocere !*

La **chirurgie colorectale** a été traitée en deux volets : le cancer du rectum et les pathologies fonctionnelles de la jonction colorectale.

La prise en charge se rapproche des standards et montre même des forces dans certains secteurs : traitement pluridisciplinaire, prise en charge de cas complexes, urgences.... Il apparaît, cependant, deux sources de réflexions et d'améliorations : Le taux de fistules anastomotiques est excessif et la préservation sphinctérienne ne semble pas prioritaire. Les recommandations avancent une intégration Haut et Centre Valais, une révision des techniques d'anastomoses et de préservation fonctionnelle.

Le second volet a consisté en une immersion dans le Département de Chirurgie Viscérale, aux entrevues et l'élaboration de recommandations fondées sur les forces et les faiblesses mesurées.

Les conclusions de l'expertise sur la pratique de la MHS en chirurgie viscérale sont exprimées sous la forme de deux tableaux type « swot » :

### A. Itinéraires cliniques.

DOMAINE MHS	FORCES	FAIBLESSES
Recrutement	Le bassin valaisan est affecté par des pathologies lourdes oncologiques et des morbidités conséquentes. Le Trauma center est efficient et indispensable.	La confiance des médecins généralistes et des gastroentérologues est ébranlée : Un travail sur l'image et la sécurité est nécessaire.
Gastroentérologie médicale	Le RSV recrute et recherche des gastros expérimentés disposés à s'engager. Genève, Berne et Lausanne disposent de consultants potentiels.  Deux nouvelles recrues sont « en piste »	Il n'existe pas de Service de Gastroentérologie. Pas d'unité d'hospitalisation. Tous les gastros sont part time et effectuent une activité extra hospitalière, centrifuge le plus souvent.  Il n'y a pas de pancréatologie, pas de pHmétrie pas d'échoendoscopie, pas d'élastométrie, pas de manométrie,.....
Imagerie médicale	Equipement technique performant. Compétences cliniques affirmées. Disponibilité.	Concurrence excessive des centres privés. Sous-utilisation d'opportunités nouvelles par les cliniciens
Biologie clinique	Fiabilité et réactivité.	Informatisation des labos désuète et non intégrée. Présentation confuse des résultats.
Oncologie	Unité très performante. Excellente image à l'extérieur. Colloques en voie de performance et de systématisation.	Surcharge clinique perceptible.
Bilan préopératoire	Accessibilité des services et bonne expérience dans la plupart des domaines.	Manque de systématisation. Itinéraires anarchiques. Absence de nutrition clinique. Absence d'oncogériatrie.
Multidisciplinarité des décisions	Volonté affirmée de transversalité.	Manque de systématisation des colloques. Déséquilibre médico-chirurgical
Anesthésie et Bloc opératoire	Expériences cliniques fortes mais éparées. Volonté affichée de départementalisation. Equipement de support satisfaisant. Staff infirmier fort et disponible.	Conflits interpersonnels. Disparité d'engagement clinique Pas d'esprit M.H.S.
Technique chirurgicale	Bonne maîtrise pour l'ensemble des opérateurs y compris en urgence. Expertise en chirurgie colorectale au SZO.	Désunions anastomotiques fréquentes à Sion. Résections peu conservatrices. Choix techniques parfois audacieux
Soins Intensifs et de Suite	Excellentes performances. Très bonne organisation de service. Intégration avec les urgences	Sensibilité fort « chirurgicale » en cas de problème abdominal non maîtrisé
Suivi post opératoire	Satisfaisant dans l'ensemble	Soucis les jours « off » Manque de collaboration
Anatomie pathologique	Flexibilité, performances, ouverture aux techniques de pointe intégration clinique. Grande expertise.	Exigences techniques spécifiques.
Nursing	Bonne organisation flexible pour la MHS. Instrumentation opératoire efficace	
Tenue dossier médical	Globalement excellente. Accessibilité à distance et imagerie en ligne	Documents non digitalisés. Traçabilité des feuilles d'anesthésie ? Consultations décentralisées,..... !

## **B. Cadre organisationnel**

<b>Gouvernance</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
Niveau départemental Chirurgical Viscéral	Contrôle des procédures. Crédibilité auprès de certains partenaires. Qualités cliniques du staff.	Autorité excessive et répartition des tâches opératoires inadéquate. Manque de charisme. Manque de considération vis-à-vis des collaborateurs
Niveau Direction de site	Empathie chirurgicale MHS. Bonne connaissance des acteurs.	Manque d'implication. Autorité défaillante. Disponibilité faible et manque de réactivité
Niveau Direction RSV	Vision globale. Confiance dans le réseau. Crédibilité.	Manque d'autonomie. Autorité défaillante
Niveau C.A.	Expérience considérable en matière hospitalière. Volonté de promotion M.H.S. Diversité de compétences et de sensibilités.	Confusion de rôle avec l'exécutif. Remise en question nécessaire. Manque de connaissances des procédures médicales et des conflits internes. Excès de communication externe et communication interne inadaptée.

La MHS est le pivot de la santé des valaisans. Quelles sont les recommandations pour la porter ?

### **Chirurgie viscérale**

- Impliquer les cliniciens au sein d'un comité de pilotage transversal, c'est à dire multidisciplinaire.
- Planifier un agenda avec le CHUV<sup>6</sup>, partenaire privilégié, et fixer les objectifs partagés.
- Démarcher immédiatement les compétences nécessaires en Suisse et aussi à l'étranger pour renforcer la chaîne de soins.

### **Anesthésie**

- Départementalisation immédiate, tous secteurs confondus. Sectorisation des responsabilités.
- Evaluation des besoins médicaux par bloc au sein du RSV. Révision du cadre définitif, temporaire et infirmier en fonction des besoins.
- Application des bonnes pratiques déontologiques.

### **Gastroentérologie**

- *Think Tank* avec l'ensemble des gastroentérologues du canton.
- Etablissement d'un projet gastroentérologique M.H.S. compatible.
- Démarchage national et international dans les secteurs déficients.
- Autonomisation de la gastroentérologie vis-à-vis de la médecine interne. Etude de faisabilité d'une unité transversale MHS en hospitalisation (oncologie, gastro, chirurgie,...).

### **Oncologie**

Implication maintenue et renforcement du partenariat RSV. La locomotive d'une fusion clinique réelle du RSV pourrait venir des oncologues médicaux.

### **Coopération avec les hôpitaux universitaires**

Le CHUV est naturellement le premier partenaire idéal. Berne et Genève ont leur rôle à jouer.

<sup>6</sup> Centre Hospitalier Vaudois



On ne peut disperser les énergies et les collaborations dans tous les sens. Le partenaire privilégié doit être confirmé, respecté, mais aussi cadré. La convention de collaboration doit être équilibrée selon le principe du *win win*. La plus grande vigilance sera de mise dans le renforcement de la M.H.S. en Valais.

### **Au niveau de la gouvernance du RSV en matière M.H.S.**

Des propositions sont avancées pour améliorer la cohésion entre le Conseil d'Administration, la Direction exécutive du RSV et les médecins. Les rôles de chaque structure sont équivoques. L'expertise déplore notamment une communication mal adaptée, une carence de conduite et une autorité mal adaptée dans le programme clinique M.H.S. Un sentiment d'impunité entraîne une déresponsabilisation de certains acteurs. Définition des charges, responsabilités du Chef de département. Nomination d'un coordinateur (trice) MHS et mise à disposition de tableaux de bord pour tous les responsables médicaux.

---



## TABLE DES MATIÈRES

1.	Mandat de l’Etat du Valais attribué à l’Expert	10
1.	Objet	10
2.	Méthodologie	10
3.	Support	11
4.	Restrictions et précautions	12
2.	Contexte actuel 2013-2014	12
1.	Aspects hospitaliers	12
2.	Aspects politiques et médiatiques	13
3.	Contexte géostratégique et sanitaire du RSV	14
4.	Contexte administratif et managérial	16
5.	Planification supracantonale de la MHS <sup>7</sup>	17
6.	Analyse médico-scientifique de l’activité chirurgicale hépatobiliaire (2011-2012)	18
1.	Casuistique	18
2.	Bench Marking	29
3.	Itinéraires cliniques	32
4.	Conclusions et recommandations	33
7.	Analyse médico-scientifique de l’activité chirurgicale œsophagienne (2011-2012)	35
1.	Casuistique	35
2.	Bench Marking	44
3.	Itinéraires cliniques	45
4.	Conclusions et recommandations	46
8.	Analyse médico-scientifique de l’activité chirurgicale pancréatique (2011-2012)	47
1.	Casuistique	47
2.	Bench Marking	57
3.	Itinéraires cliniques	59
4.	Conclusions et recommandations	60
9.	Analyse médico-scientifique de l’activité chirurgicale rectale lourde (2011-2012)	61
1.	Casuistique	62
2.	Bench Marking	72
3.	Itinéraires cliniques	77
4.	Analyse d’un échantillon de pathologies colorectales MHS « borderline »	78
5.	Conclusions et recommandations	82
10.	Etude de cas litigieux (2013) en annexe	83
11.	Evaluation de l’environnement technique	84
12.	Evaluation de l’environnement para médical	84
13.	Evaluation du fonctionnement médical relatif à la MHS.	85
14.	Recommandations	85
15.	Conclusions générales	92
16.	Remerciements	96
17.	Annexes	97

---

<sup>7</sup> MHS : Médecine Hautement Spécialisée

## 1. Mandat de l'Etat du Valais attribué à l'Expert

Fin septembre, suite à une nouvelle polémique médiatique liée à trois décès, Madame la Conseillère d'Etat, Esther Waeber-Kalbermatten, a conduit une visite à Bruxelles, afin d'exposer la situation critique du RSV et d'évaluer la faisabilité et l'intérêt d'une expertise menée par un chirurgien viscéral, enseignant dans une université hors de Suisse. Après avoir établi le périmètre de l'expertise et la méthodologie, un mandat a été délivré au Pr. Jean-Jacques Houben, Agrégé et Titulaire de la chaire de chirurgie digestive à l'Université Libre de Bruxelles et coordonateur gastro au CHIREC Cancer Institute à Bruxelles.

### 1.1 Objet

Les motivations mentionnées couvrent la mise en œuvre imminente (1/1/2014) de quatre mandats de médecine viscérale hautement spécialisée au RSV, les dénonciations et interpellations de 2010 émanant du Pr. Savioz (RSV) et des Prs. Morel et Mentha (HUG), l'expertise des Prs. Clavien (Zurich) et Scheidegger (Basel), l'audit de la Fédération Hospitalière de France, l'analyse médicale interne de septembre 2013 (RSV) et la campagne politico-médiatique autour d'une instruction pénale.

Le mandat consiste, en synthèse, à :

- Collecter les casuistiques de patients opérés dans un cadre MHS<sup>8</sup> en 2011 et 2012 (dernières années complètes d'activité clinique).
- Etudier les performances en termes de qualité, de morbidité et de mortalité.
- Analyser les itinéraires cliniques suivis par les malades concernés pendant cette période.
- Analyser l'organisation médicale globale de la prise en charge.
- Etablir des recommandations quant à l'avenir de l'activité MHS viscérale à Sion.

### 1.2 Méthodologie

La méthodologie de base est calquée sur l'analyse casuistique rétroactive pratiquée dans tous les centres de recherche clinique ou d'évaluation de qualité.

On établit d'abord la liste exhaustive et continue des dossiers médicaux informatisés. Lorsque la sélection des patients pose problème, plusieurs sources sont recoupées, (ce fut le cas ici). Les listes de patients fournies par la Direction (patients susceptibles d'appartenir à la MHS), les services concernés et l'OVS (code CHOP<sup>9</sup>) ont été fusionnées. En 2011 et 2012, avant que ne soit mis en application le mandat MHS, la codification administrative des interventions chirurgicales n'était pas systématiquement conforme aux protocoles opératoires et anatomo-pathologiques. Dès lors, l'Expert a fait un tri des patients sur la base du dossier médical réel.

---

<sup>8</sup> Médecine Hautement Spécialisée

<sup>9</sup> Classification suisse des interventions chirurgicales

**En conséquence, la comparaison des résultats des hépatectomies, pancréatectomies, oesophagectomies et résections rectales apparaît aisée avec les données de la littérature internationale.**

La levée du secret médical constitue un autre obstacle à l'expertise. La loi et la déontologie exigent que le responsable médical institutionnel requière l'accord des patients. Heureusement, les patients valaisans, à quelques rares exceptions près, ont soutenu l'initiative. Leurs dossiers ont immédiatement été anonymisés sous un code nombre, seulement connu de l'expert et lui-même couvert par le secret.

Une série de paramètres cliniques, biologiques radiologiques sont prédéterminés comme indicateurs de qualité et de traçabilité des itinéraires cliniques.

Au cours de l'expertise, **277 dossiers** ont été scrutés.

Le service d'informatique médicale a fourni un accès aux données médicales du Dossier Informatique Hospitalier. Les données, notamment sous la forme de DICOM<sup>10</sup>, ont été envoyées cryptées et anonymisées à l'expert.

Une analyse détaillée de tous les rapports, protocoles et notes a été réalisée. Les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques ont été scrutés. Les relations et la collaboration multidisciplinaire ont été observées. Les résultats et les complications ont été analysés.

Les documents de laboratoire et d'imagerie ont été relus par des praticiens hospitaliers. Les décisions ont été soumises à des observateurs cliniciens entraînés dans cette pathologie.

Les questions restées sans réponse ont été soumises aux cliniciens de l'Hôpital de Sion impliqués directement. Les entretiens étaient destinés à faire toute la lumière sur les observations. L'hôpital du Valais, et en particulier les médecins concernés, ont pleinement contribué à établir le relevé des faits en implémentant les dossiers. Leur volonté de progresser dans l'établissement des faits ne peut être détournée de leur bonne foi.

L'encodage est fait sur des tableurs Excel. Les tests statistiques (corrélations linéaires, moyennes, test de Chi<sup>2</sup>, Student,...) sont appliqués ensuite. En cas de nécessité, les cliniciens sont interrogés ponctuellement pour affiner les réponses.

Le Benchmarking est réalisé sur la base d'études scientifiques comparables publiées et répertoriées dans Medline Pubmed. Les particularités régionales (Valais et Suisse) sont prises en considération en consultant les données de santé publiques publiées et en interrogeant des cliniciens indépendants.

### **1.3 Support**

Il est immédiatement apparu que, seul, l'expert ne peut collecter, aussi rapidement, traiter et analyser les données en un laps de temps de 4 mois. Il a dès lors été décidé de réunir les ressources de compétences valaisannes pour faciliter les procédures, promouvoir les ressources locales en terme d'épidémiologie, d'informatique et de secrétariat, et dès lors limiter les coûts d'une équipe complète venant de Belgique.

---

<sup>10</sup> DICOM : [Digital imaging and communications in medicine](#), un standard pour la gestion informatique des données issues de l'imagerie médicale

L'essentiel de l'expertise s'est faite dans les locaux de l'OVS<sup>11</sup>. Les visites et immersions cliniques se sont faites essentiellement à l'Hôpital de Sion où la MHS doit dorénavant être pratiquée. Enfin, chaque expertise doit être validée anonymement par des observateurs indépendants spécialisés dans le domaine. Cinq cliniciens agrégés de l'ULB ont donc été consultés dans les domaines respectifs.

#### 1.4 Restrictions et précautions

Dans le contexte connu du mandataire, il faut préciser que ce dernier n'a pas pris connaissance du contenu de rapports antérieurs communiqués par des autorités sanitaires, médicales ou académiques suisses avant la clôture de l'expertise. Il n'a pas connaissance d'éventuels rapports d'autopsie. Les analyses anatomo-pathologiques n'ont pas été remises en question.

La présente étude est limitée aux listes fournies et recoupées. Il s'agit d'une analyse chronologique des événements, mais réalisée « à posteriori ». La lecture secondaire d'un dossier n'équivaut en aucune manière à reproduire scrupuleusement le vécu des praticiens, mais plutôt relire les enchaînements à l'instar d'une boîte noire de cockpit.

Elle ne constitue en rien un « audit » sur la pratique médicale **quotidienne** complète de l'un de ses services médicaux ou praticiens. Un tel audit demande un travail de fond sur l'ensemble de la pratique d'une spécialité ou sous-spécialité médicale.

Le Benchmarking est indispensable à tout audit médical. Le cadre particulier de la MHS helvétique et l'épidémiologie locale exigent la prudence lorsque l'on compare l'efficacité clinique. Malheureusement, nul ne peut se soustraire à l'évaluation de qualité et la littérature médicale fournit les moyens de connaître la réalité mieux que dans de nombreux autres domaines.

Le mandataire ne peut être tenu responsable de la collecte des informations médicales délivrées. Le présent rapport, ou l'une de ses parties, ne peuvent être utilisés à d'autres fins que celles que le présent mandat comporte.

## 2. Contexte actuel

### 2.1 Aspects hospitaliers

La construction d'un réseau hospitalier, destinée à planifier, harmoniser et rendre plus efficaces les centres hospitaliers, est dans la logique européenne et occidentale.

L'élaboration de ce concept, dans le Valais, s'est faite par un assemblage, relativement improvisé, des sites hospitaliers, dont certains présentaient une taille fort réduite et d'autres un fonctionnement médical se rapprochant plus d'une structure privée que d'un hôpital public.

Un nombre significatif de médecins hospitaliers, consultant partiellement dans les sites du RSV, et réalisant une partie significative, voire majoritaire, de leur activité médicale en dehors du RSV, accroît encore l'hétérogénéité des équipes et la disparité des mentalités des médecins.

---

<sup>11</sup> OVS : Observatoire Valaisan de la Santé

L'observateur indépendant est frappé par le fait que la construction du RSV s'est plus voulue un assemblage et une rationalisation des moyens qu'une élaboration structurée et progressive. Il est clair que les directions de sites et la plupart des médecins impliqués n'étaient pas prêts ou disposés à mettre en commun leur pratique. Cet élément historique est essentiel pour comprendre les diverses sensibilités qui conduisent à des clivages extrêmement importants au sein de la communauté hospitalière du RSV. Ces clivages linguistiques, universitaires, politiques, voire même philosophiques, ont été sous-estimés par les autorités politiques comme par les autorités hospitalières. La présence de plusieurs "clans" rend la collaboration difficile et freine l'élaboration des projets médicaux et la confiance entre certains services.

La crise de confiance publique, politique et médiatique rend cette société clanique incontrôlable.

## 2.2 Aspects politiques et médiatiques

L'observateur étranger est naturellement frappé par la densité, voire la disproportion, des réactions déclenchées par la moindre nouvelle. Il existe, dans le canton, de tels enjeux économiques, industriels, touristiques, que l'on s'interroge sur la place que le RSV occupe sur la scène valaisanne.

Bien entendu, un employeur qui occupe plus de 4000 personnes, accueille annuellement des dizaines de milliers de patients et mobilise des investissements immobiliers et technologiques substantiels, mérite l'attention des responsables politiques.

Nonobstant, dans d'autres régions du monde et de l'Europe (géographique) en particulier, le monde politique laisse une autonomie de gestion maximale aux hôpitaux. Si certains sont sous une tutelle, celle-ci délègue le contrôle à des membres du conseil d'administration, seul garant du contrôle de l'exécutif.

Quid de la presse cantonale et nationale ? Si l'on peut louer l'intérêt des journalistes pour la santé, le volume d'informations, parfois insignifiantes ou mal vérifiées, semble exagéré. Aux professionnels s'ajoutent divers lobbys, associations, sites internet, qui renchérissent en utilisant parfois des sources peu orthodoxes.

Cette ambiance apporte deux conséquences graves pour la conduite du « navire ».

La première est la course à la communication à laquelle se livrent les divers niveaux de pouvoir et parfois certains « francs-tireurs ». La conséquence est que l'on privilégie la communication à l'action.

La seconde, plus grave, est que la crainte du lynchage médiatique, paralyse certains. Sans compter sur les acteurs capables de surfer sur « la vague » et de retourner la situation à leur avantage. « *Le monde a besoin de hérauts et d'innocents* ».

Ce climat n'influence absolument pas l'expertise en soi, mais jouera un rôle déterminant dans l'interprétation de ses conclusions et dans l'impact qui s'en suivra.

Espérons pour les patients valaisans que, dans la continuité des 140 pages publiées par la FHF<sup>12</sup>, nos quelques lignes reconstruiront un avenir.

---

<sup>12</sup> Fédération Hospitalière de France

### 3. Contexte géostratégique et sanitaire du RSV

Le positionnement d'un réseau hospitalier public doit tenir compte des opportunités de recrutement des partenariats hospitaliers extérieurs et des concurrences régionales.

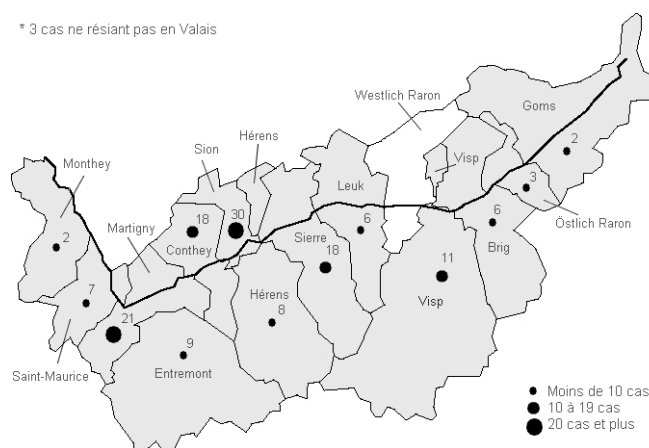
En ce qui concerne le recrutement, la disposition géographique du canton et la tendance spontanée des Valaisans à se rapprocher du lac Léman pour la partie francophone et de Berne pour la région germanophone isolent quelque peu la patientèle valaisanne.

D'une part, on assiste à une bipolarisation entre les 3 sous-régions, l'Est ayant tendance à se rapprocher des universités de Berne et de Zurich, le Centre et le Chablais ayant une propension à se rapprocher du centre de la Suisse romande. Cette bipolarisation concerne autant les cadres médicaux que les patients. Si l'attractivité du canton, sur le plan du recrutement, concerne peu les cantons voisins, en particulier parce que la majeure partie de la frontière valaisanne jouxte le France et l'Italie, le bassin de recrutement devrait idéalement atteindre minimum 350'000 personnes pour la chirurgie viscérale MHS, chiffre déterminant en termes de planification d'un hôpital cantonal à vocation clinique et secondairement pédagogique.

Sur le plan concurrentiel, il faut préciser la présence d'une clinique privée (Clinique de Valère) à Sion et de l'émergence de structures privées plus petites et plus flexibles qui apportent une offre de soins ambulatoires et spécifiques (Orthopédie, Ophtalmologie, ORL, ...). Sur le plan concurrentiel, l'élaboration d'un centre hospitalier moderne au Chablais, fruit d'une collaboration inter-cantonale valaisanne et vaudoise, complique encore l'élaboration d'un plan directeur médical à Sion.

Nous nous sommes penchés sur le territoire de recrutement actuel du Département de Chirurgie Viscérale du RSV (DCV) en analysant la provenance de 144 malades consécutifs référés pour MHS.

**Fig.1** : Recrutement de chirurgie digestive lourde 2011-2012(source OVS 2013)

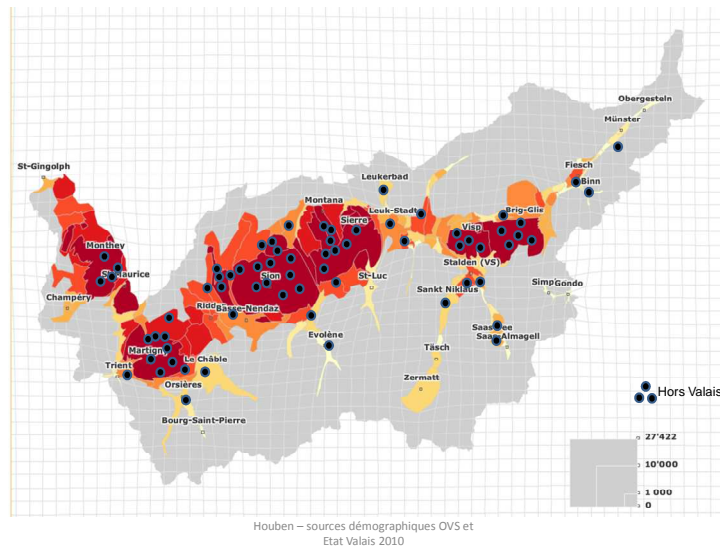


L'ensemble du canton participe au référencement des patients vers le RSV.

On aurait pu imaginer que l'attraction pour les hôpitaux universitaires ou privés vaudois soit différente selon l'accessibilité ou le type d'habitat. Ce ne semble pas le cas.

La distribution des patients, comparativement aux données démographiques, fait apparaître, qu'hormis Monthey et Saint Maurice plus proches du bassin de soins chablaisien, la provenance des patients concerne l'ensemble du canton.

**Fig. 2 :** Comparaison démographique avec 140 patients opérés de MHS.



Cette carte constitue une fusion de la densité de la population avec la provenance des patients.

L'hôpital de Sion (RSV) est donc naturellement le centre de drainage de la population cantonale dans son ensemble. Cet élément deviendra un argument de poids dans la reconstruction du projet MHS viscérale en Valais.

Qu'en est-il de la politique d'investissements hospitaliers. A l'heure où la reconstruction d'un bloc opératoire moderne au RSV s'avère prioritaire, la présente expertise manque de temps et d'informations pour comprendre la stratégie globale. Il reste vrai que l'on peut demander quel est le calendrier des investissements à Sion. Un programme de développement hospitalier lourd à Sion est indissociable et solidaire des engagements financiers.

L'ouverture, dans 3 ans, d'une institution moderne, l'Hôpital Riviera-Chablais à Rennaz, présentant plus de 300 lits aigus et recrutant probablement une nouvelle génération de médecins et de chirurgiens, doit être prise en considération dans l'élaboration du plan directeur médical du RSV et en particulier du site de Sion. La stratégie du RSV et en particulier le mandat attribué au site de Sion doit également tenir compte de la loi LaMal et des récentes décisions des organisations supra-cantoniales. En effet, si en Suisse, les autorités sanitaires cantonales restent responsables de l'organisation et de la planification des soins hospitaliers, il est vraisemblable, qu'à l'instar des autres pays européens, la stratégie sera progressivement dominée par des réglementations supra-cantoniales construites par les autorités de la Confédération Helvétique. Le libre choix de l'hôpital par le patient, la restructuration du financement selon les Swiss-DRG, l'accroissement de la planification et du contrôle des soins par des organisations de santé publique indépendantes accroissent considérablement les contraintes sur les structures hospitalières aigues.



Les défis, auxquels le RSV doit faire face, sont donc considérables et fort complexes. Certains des enjeux sont par ailleurs contradictoires. Citons en quelques-uns :

- L'accroissement du contrôle politique et économique sur les hôpitaux valaisans est-il compatible avec l'attente de projets innovants construits par les équipes médicales sur le terrain?
- La liberté du patient ou du médecin référent et la mobilité de la population sont-elles compatibles avec les investissements financiers et en ressources humaines qui sous-tendent la centralisation des soins dans la république?
- L'établissement de partenariats avec les institutions hospitalières universitaires est-il compatible avec la concurrence, voire l'animosité, qui domine entre certaines universités suisses?
- La multiplication des structures exécutives (par des directions médicales et administratives) est-elle compatible avec le principe de guidance de décision et d'autorité nécessaire?
- Comment concilier la continuité des soins, leur accessibilité et la multidisciplinarité avec les exigences croissantes de la population pour une médecine humaine personnalisée et respectueuse des droits du patient?

Toutes ces questions sont évidemment au cœur du débat et l'absence de réponses à celles-ci peut freiner l'élaboration d'un véritable projet médical.

#### 4. Contexte administratif et managérial

Les journées passées dans l'hôpital et les échanges, parfois de plusieurs heures, avec des acteurs divers<sup>13</sup> nous apprennent qu'une partie significative d'entre eux se sentent totalement démunis, seuls et parfois menacés.

Le cadre directionnel ne s'est pas imposé auprès des cadres intermédiaires, véritablement pivots, dans un hôpital aigu. Certains Chefs de Département et d'Unités ne sont carrément pas en phase avec les Autorités du RSV. Cette distance est assez classique dans les hôpitaux où de fortes personnalités peuvent être en opposition stratégique. Mais en revanche, ce qui semble causer un grand préjudice à la gestion du programme M.H.S. viscérale, c'est la non-reconnaissance du principe hiérarchique couplé à un sentiment d'impunité absolu. Sur le terrain, certaines infirmières et médecins déclarent souffrir d'un isolement inacceptable, voire de « mobbing ». Il y a une sous-estimation de ce phénomène par les autorités. La peur ou la honte affichée par certains est le témoin de la gravité du problème.

Le manque de « culture RSV » laisse libre cours aux clans. Pourquoi cette absence de conduite, de charisme,... ? Pourquoi l'absence d'objectifs précis ? Pourquoi l'absence de tableaux de bords ? Pourquoi les Médecins Chefs sont-ils incapables de fournir rapidement les chiffres d'activités, leur rentabilité économique, plus grave, leur objectifs cliniques à 1, 2, voire 5 ans.

Si l'on observe les relations entre Directions ou les rapports entre celles-ci et le Conseil d'Administration, de solides tensions existent. Il n'y a, vu de l'extérieur, aucun esprit réel « de corps ». Il est donc évident que les praticiens hospitaliers le ressentent comme un manque d'encadrement, de soutien, de détermination managériale. Il est essentiel de repenser la MHS dans son cadre administratif et décisionnel. Nous l'évoquerons dans les recommandations.

## 5. Planification de la MHS<sup>14</sup>

La convention relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a établi notamment une réglementation concernant la pratique de la chirurgie viscérale dans 5 domaines. Ces domaines concernent la chirurgie hépatique, la chirurgie œsophagienne, la chirurgie bariatrique, la chirurgie pancréatique et la chirurgie colorectale. Après 2 années d'études et de concertation, la commission supra cantonale a attribué au RSV 4 mandats temporaires de 2 ans. La chirurgie bariatrique, dite métabolique, est attribuée à l'Hôpital du Chablais. Le présent mandat, délivré par la Conseillère d'Etat Mme Waeber-Kalbermatten, est centré sur la pratique de la MHS en matière viscérale. Le périmètre de la présente expertise est donc limité à la prise en charge des pathologies pouvant conduire à une chirurgie digestive lourde.

Le cadre légal pose un sérieux problème. Le choix des autorités inter-cantoniales de privilégier les critères quantitatifs de chirurgie de résection plutôt que des seuils de prise en charge par pathologie, quel que soit le choix thérapeutique, pose problème. Pour le patient, la prise en charge médicale d'une pathologie lourde ne doit pas dépendre de la fréquence d'un acte déterminé.

Prenons un exemple : Si une loi établissait le nombre d'irradiations d'un cancer rectal comme paramètre d'attribution du financement d'un accélérateur, vous pouvez être certains que le traitement néo-adjuvant de tous les malades comprendrait une radiothérapie. Il en va de même pour l'endoscopie, la chirurgie ou les soins intensifs. Les recommandations, même les plus sérieuses, laissent toujours une appréciation importante à la décision médicale. La loi peut « encadrer » la pratique, elle ne peut pas la défier ou la provoquer.

Il eut été sans doute plus astucieux de dénombrer les prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques par pathologie et non par actes. Mais cela demande plus de travail et de préparation.

Convaincus que le mandat délivré s'attache à révéler la réalité des itinéraires cliniques, nous avons refusé de nous laisser enfermer dans le cadre du comptage des actes techniques. Le Président de la CMHS<sup>15</sup>, le Professeur Peter Suter, a compris notre démarche et soutient les initiatives de contrôles indépendants.

---

<sup>14</sup> MHS : Médecine Hautement Spécialisée

<sup>15</sup> Commission MHS

## 6. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale hépatobiliaire (2011-2012)

Le premier volet de l'expertise clinique porte sur la chirurgie hépato-biliaire MHS. L'impact technique et la pluridisciplinarité sont exemplatifs de la MHS. En outre l'Université Libre de Bruxelles détient une expérience et une réputation internationale dans le domaine. Avec une clinique d'hépatologie médicale historique, la réalisation de la première transplantation hépatique belge, et un centre de référence multihospitalier, notre environnement est familier avec les pathologies concernées.

### 6.1 Casuistique

#### 6.1.1 Profil de la cohorte

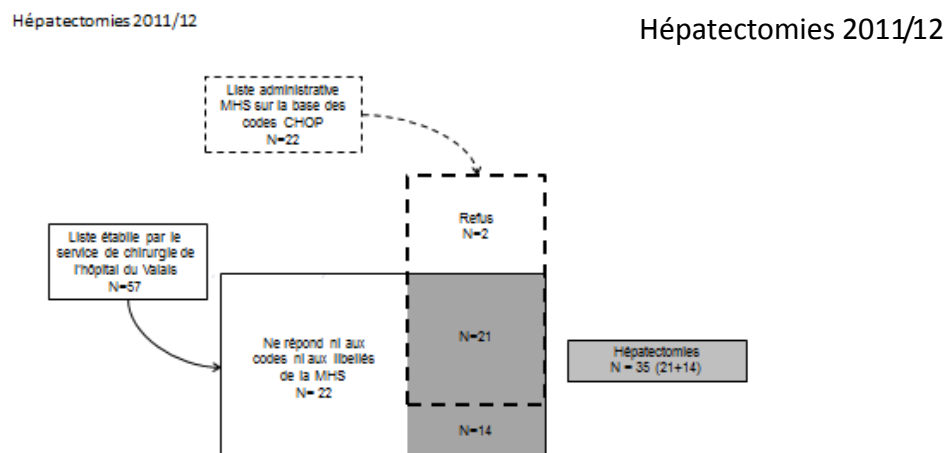
La présente étude porte sur une cohorte de **57** patients. Seuls **37** d'entre eux remplissent les critères établis par le CIMHS, 14 opérés en 2011, 21 en 2012, et 2 sans levée du secret médical.

Deux patients ont refusé l'accès à leur dossier, malgré l'anonymisation complète des données médicales identifiés par leur PID FID avant l'encodage. Les raisons n'en sont pas connues (refus de cautionner un audit, pressions de l'entourage, mécontentement ou rejet,...). La seule donnée les concernant est qu'ils sont vivants.

Notre analyse permet cependant d'établir le niveau de qualité et de rigueur sur la base de paramètres pré-établis. 80 paramètres déclinés en 6 sous-groupes (**profilage du patient, chemin diagnostique, bilan préopératoire, intervention chirurgicale, suivi et gestion des complications, et corrélation anatomo-clinique**).

Ils ont été établis en accord avec les connaissances publiées et l'expérience des cliniciens issus de l'Université Libre de Bruxelles. Une relecture indépendante des résultats totalement anonymisés a été réalisée par le Prof. V. Donckier de Donceel, Chef de la clinique de chirurgie hépatobiliaire à l'Hôpital Erasme. La littérature internationale (Pubmed) 2000-2012 a été revue en terme de morbidité et mortalité opératoire.

*Fig. 3 : Périmètre de l'expertise.*



Les 35 patients éligibles ont tous été opérés en 2011 ou 2012, même si l'histoire clinique débute parfois l'année précédente. 33 ont été opérés au CHCVs, 2 au SZO. 17 d'entre eux ont été identifiés en dehors de l'attribution d'un code MHS validé. Cela signifie que l'identification précise de la qualification MHS par l'administration est incomplète. Cet élément n'est pas étonnant. Dans tous les pays, l'encodage des prestations chirurgicales complexes par d'autres personnes, même qualifiées, est malaisé.

Agés de 17 à 78 ans, les patients présentent un âge moyen de 61.1 +/- 10.1 ans. Les pathologies concernées se déclarent en général entre 55 et 70 ans.

Administrativement, l'admission est qualifiée d'urgente dans 26 % des cas. En réalité, seuls 5/35 patients ont été pris en charge d'une vraie urgence médico-chirurgicale, soit 14 %.

Le sex ratio est de 1 :2 (18/35). La comorbidité est significative.

4/35 (11%) présentent une obésité morbide préalable avec BMI > 34.

14/35 (40%) présentent une hypertension artérielle systémique traitée.

16/35 (64 %) présentent un antécédent opératoire abdominal susceptible d'interférer ou de prolonger une résection hépatique.

Pour qualifier les patients selon l'ASA, seul 26 % sont ASA 1.

La proportion de pathologies associées est assez importante, mais elle semble plus liée à une certaine permissivité pré opératoire. C'est une supputation, car nous ne disposons d'aucune donnée sur les patients recusés pour une chirurgie lourde. Ce biais est consécutif au choix des autorités inter-cantoniales de privilégier les critères quantitatifs de chirurgie de résection, plutôt que des seuils de prise en charge par pathologie, quel que soit le choix thérapeutique.

### 6.1.2 Chemin diagnostique

Le dépistage et la détection des pathologies hépatiques échappent presque totalement aux chirurgiens. Il appartient aux médecins généralistes, aux gastroentérologues, et plus particulièrement aux oncologues, de diagnostiquer les maladies hépatiques. Le bilan est essentiellement radiologique (imagerie médicale), car la plupart des pathologies, notamment tumorales du foie, sont asymptomatiques.

Quelles sont les pathologies hépatiques que l'on rencontre à la consultation ou aux urgences pour lesquelles la prise en charge peut devenir chirurgicale ?

On distingue les pathologies infectieuses, traumatiques et tumorales. L'insuffisance hépatique terminale<sup>16</sup> ne concerne que les centres de transplantation.

**Les pathologies hépatiques infectieuses** susceptibles de requérir un acte chirurgical sont réduites. Jadis les abcès bactériens étaient légion. C'est encore le cas dans les pays émergents, mais plus dans la Confédération helvétique. Tout au plus, on draine par radiologie interventionnelle ou plus rarement par coelioscopie. Les abcès parasitaires, en revanche, peuvent demander une opération, notamment en cas d'échinococcose. On ne dénombre aucun cas dans cette série.

<sup>16</sup> Il s'agit généralement de la cirrhose éthylique ou post hépatitique qui conduit à la transplantation hépatique. Cette technologie n'est pas régie par la même planification en Europe et en Suisse.

**Les pathologies traumatiques** sont en général présentes dans un contexte de polytraumatisme sévère. La réactivité peut être essentielle. La prise en charge est bien entendu réalisée aux soins intensifs. On privilégie toujours le traitement conservateur, car « ouvrir » une plaie hépatique est un défi majeur. Le chirurgien doit être à proximité, être capable d'attendre ou de prendre les décisions « à la minute ». Nous y reviendrons d'ailleurs. On dénombre 3 cas, dont une adolescente. Cette dernière fera l'objet d'une observation particulière, car une laparoscopie a été réalisée avec hémostase par packing.

Les deux autres urgences n'en étaient pas vraiment. Il s'agissait d'abcès, dont l'indication chirurgicale n'est pas claire.

**Les pathologies tumorales** constituent bien entendu le « core business » d'une unité de chirurgie hépatobiliaire. On distingue trois entités :

1. les tumeurs bénignes dont on n'opère que celles qui sont symptomatiques ou risquent de se compliquer (hémorragies, compression gastrique, risque d'hémorragie et de rupture). On distingue essentiellement les adénomes, l'hyperplasie nodulaire focale (HNF) et les hémangiomes géants. L'attitude est souvent l'expectative, la surveillance et le contrôle de l'hormonothérapie impliquée dans les adénomes.
2. Les tumeurs primitives (cholangiocarcinome et hépatocarcinome). Elles peuvent être secondaires, respectivement sur cholangite sclérosante ou cirrhose. Leur diagnostic est souvent tardif et la survie à 5 ans faible. Dans certains cas, l'association avec une insuffisance hépatocellulaire peut conduire à la transplantation, plutôt qu'à une résection qui « ne guérit pas » le foie malade.
3. Le troisième volet se développe depuis quelques années. Il s'agit des métastases hépatiques secondaires à une tumeur primitive du colon, plus rarement mammaire. Les progrès en chimiothérapie et les succès des colectomies permettent de traiter avec succès les métastases et en tout cas d'assurer des survies prolongées aux patients.

Quels sont les profils diagnostiques à Sion ?

- 3 /35 (9%) tumeurs bénignes, 1 adénome, 1 doute adénome/HNF et 1 cystadénome.
- 3/35 (9%) traumatismes, dont une polytraumatisée par suicide dont le décès ne peut être imputé à la prise en charge chirurgicale qui a par ailleurs été parfaitement adéquate. Ce cas sera proposé au « drop out » pour ne pas péjorer les résultats artificiellement (trauma care).
- 22/35 (62%) tumeurs malignes, dont 9 (26%) primitives et 13 (37%) métastases.
- 7 patients sont hors critères selon les recommandations, soit parce qu'aucune pathologie significative n'a été retrouvée par les pathologistes (ex : kyste hépatique banal,... ....), soit parce que la motivation était extra hépatique (adénome vésiculaire calcifié,.....). Dans certains de ces cas, le problème réside dans un diagnostic pré-opératoire imprécis ou une indication opératoire franchement non validée.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Remarque de l'auteur : Les adénomes vésiculaires, les kystes hépatiques bénins, ... ne justifient pas une résection hépatique. Seule une erreur de diagnostic préopératoire, toujours possible même dans les meilleures équipes, peut amener une indication opératoire inutile. Le problème dans cette casuistique n'est pas la présence d'une erreur, c'est son incidence dans la série !!

Les mises au point sont-elles conformes aux attentes ? Prenons un exemple : le bilan des métastases hépatiques présenté en colloque multidisciplinaire guide la stratégie, que les métastases soient métachrones ou synchrones<sup>18</sup>. Dans plusieurs observations, on ne dispose pas de CT thoraco abdominal récent, de PET CT au FDG ou de traceurs tumoraux. Il est possible que certains résultats proviennent d'une autre institution ou d'un autre laboratoire, mais cela rend l'analyse difficile.

### 6.1.3 Bilan préopératoire

Le bilan oncologique consiste en une imagerie complète par CT scan ou IRM. Les traceurs tumoraux indiquent la rémission ou la récurrence, lorsque la tumeur sécrète le CEA.

Depuis plus de 10 ans, les consensus confirment l'utilité du PETCT pour la détection des métastases extra hépatiques qui modifient radicalement l'approche. Sur les 12 patients, 6 PETCT ont été réalisés, dont l'un après l'hépatectomie. Un CT abdomino thoracique peut partiellement s'y substituer.

On retrouve parfois les dosages des marqueurs et un colloque, mais pas systématiquement. Il est parfois sommairement argumenté. Est-ce un manque de temps, une tenue incomplète des dossiers médicaux sur lesquels cette expertise est menée ?

Il y a un manque de systématisation associé à l'absence de protocole type « guidelines ».

Concernant le bilan hépatique fonctionnel, l'attention des chirurgiens s'est portée sur les volumes de résection. Parfois, un calcul volumétrique a été demandé. La planification opératoire est d'ailleurs fréquente (26/35).

Malgré le manque de documentation oncologique au sein des dossiers informatisés, on relève 7 chimiothérapies néoadjuvantes.

Sept patients présentent une cirrhose. Elle fait rarement l'objet d'une attention du Service de Gastroentérologie ou d'Hépatologie.

---

<sup>18</sup> On définit une métastase comme synchrone si elle est diagnostiquée, avant, pendant ou dans les 12 mois qui suivent le diagnostic de la tumeur primitive. Plus tard, elle est métachrone.

La classification de Child Pugh <sup>19</sup> qui permet de mesurer le risque post opératoire est sommaire et inconstante. L'abord médical des patients sur le plan hépatologique ne semble pas accompagner les chirurgiens. 3 des 6 décès sont d'ailleurs dus à une hypertension portale monstrueuse, une comorbidité majeure et une insuffisance hépatocellulaire mésestimée.

La faiblesse du partenariat médico-chirurgical a un impact mesurable. Trois décès auraient pu être évités. Les patients n'auraient peut-être pas guéri, mais la mortalité opératoire tomberait de 14% à 6 % ! Cette simulation des itinéraires cliniques optimisés nous projette vers les recommandations ultérieures.

Les patients sont vus, sauf urgence, par l'anesthésiste qui contrôle l'opérabilité. Ils semblent nombreux à s'occuper de la MHS. Ce point sera ultérieurement approfondi.

En effet, à l'instar de la qualification exigée pour l'opérateur chirurgical, on est en droit d'attendre une spécialisation de l'anesthésiste, familier avec l'insuffisance hépatique, les problèmes d'hypertension portale, les troubles de la crase sanguine très spécifiques, la dénutrition et l'hypoalbuminémie.

Les clampages vasculaires compliquent l'hémodynamique et soumettent le patient à un risque majeur.

La prise en charge d'une insuffisance hépato-cellulaire est médico-chirurgicale. Il semble évident que les chirurgiens opèrent depuis des années des patients sans le support hépatologique nécessaire.

Pourtant la génération de médecins prestant au RSV a normalement été formée dans les centres universitaires respectant ces principes.

<sup>19</sup> Le terme classique de cirrhose " compensée " définit un état où la cirrhose n'a pas de manifestations fonctionnelles, ni de complication de la maladie. Elle correspond au stade A de la classification de Child-Pugh.

L'examen trouve une hépatomégalie, qui n'est pas constante.

Le foie est dur, à bord inférieur régulier et tranchant, indolore. Il existe des signes d'hypertension portale (splénomégalie de volume variable, inconstante et surtout circulation collatérale abdominale). Les signes les plus constants sont des symptômes cutanés d'insuffisance hépatocellulaire (angiomes stellaires, siégeant dans le territoire de la veine cave supérieure, érythrose palmaire, agrandissement de la lunule de l'ongle).

**Les recommandations internationales repoussent les hépatectomies à partir d'un grade Child B sauf pour la transplantation hépatique.**

La classification la plus connue est celle de Child-Pugh, qui, en fonction d'un score clinico-biologique définit 3 stades de gravité croissante. Ceux-ci se définissent en totalisant des points selon le tableau ci-dessous: stade A: 5 à 6 points, B: 7 à 9, C: 10 à 15 points.

Nb de Points	1	2	3
Bilirubine µmol/l	<35	35 à 60	>60
Albumine g/l	> 35	28 à 35	<28
Ascite	absente	modérée	permanente
TP %	>50	40 à 50	<40
Encéphalopathie	absente	modérée	invalidante



**Tableau 1**

<b>MHS RSV Caractéristiques</b>		
N	35	100%
Hôpital		
CHCVs	33	94%
SZO	2	6%
Sexe		
Homme	18	51%
Femme	17	49%
Age [ans]		
Moyenne	61	
Médiane	66	
Min et max	17 à 79	
Agés de 70 ans et plus	10	29%
Mode d'admission		
Planifié	30	86%
Urgence médicale	5	14%
Pathologie		
Cancer primitif	9	26%
Métastase	13	37%
Pathologie bénigne	3	9%
Traumatisme	3	9%
Autre	7	20%
Nombre de segments touchés		
Aucun	1	3%
1	19	54%
2 à 5	11	31%
> 5	4	11%
Hépatopathie chronique	13	37%
Antcd digestif majeur	16	46%
Obésité	4	11%
Hypertension	14	40%

**Tableau 2**

<b>MHS RSV Traitements</b>		
N	35	100%
Chirurgien		
A	32	91%
B	1	3%
C	1	3%
D	1	3%
Chimio préop* (N=11)	7	64%
<b>PET-scan** (N=12)</b>	<b>6</b>	<b>50%</b>
<b>Planification*** (N=29)</b>	<b>25</b>	<b>86%</b>
Approche chirurgicale		
Cœlioscopie	9	26%
Laparotomie	24	69%
Conversion	2	6%
Techniques**** (N=21)		
Ablation par radiofréquence (RFA)	2	10%
Résection hépatique	22	100%
Conflit potentiel	8	23%
<b>Durée opération [heures] (N=33)</b>		
<b>Moyenne</b>	<b>3,5</b>	
Ecart moyen	1,5	
Min et max	1 à 7	
<b>Pertes [ml] (N=32)</b>		
<b>Moyenne</b>	<b>1250</b>	
Ecart moyen	350	
Min et max	0 à 10000	
Transfusion		
Non	16	46%
Oui	19	54%
1 à 5 U	12	
6 à 10 U	3	
Plus de 10 U	3	
Nbr inconnu U	1	
Drain (N=33)	3	9%
* parmi les cas éligibles pour une chimiothérapie ** pour les métastases ; 1 cas a été fait en post-op *** parmi les cas non-pris en urgence **** parmi les cancers primitifs et les métastases		

#### 6.1.4 Intervention chirurgicale

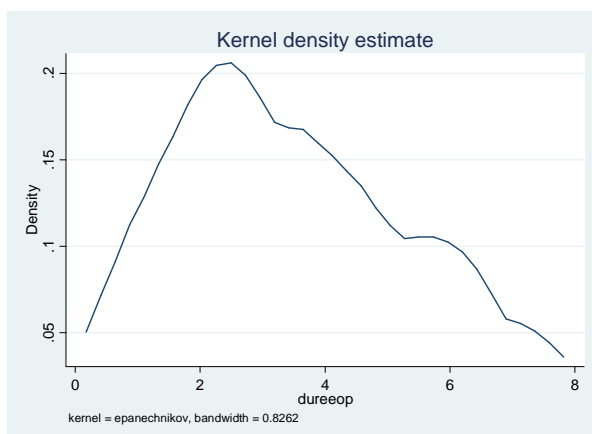
Le Chef du Département a opéré personnellement ou supervisé un chirurgien en formation ( ?) pour 91 % des patients. On note 3 chirurgiens ayant chacun réalisé un cas en 2 ans ( !).

L'approche est majoritairement conventionnelle (26% de coelioscopie), ce qui dénote des précautions raisonnables. Le chirurgien opte pour une résection chez 22 patients, auxquels il ajoute un traitement par RFA 2 fois. Il est probable que les traitements percutanés soient réalisés par les radiologues et échappent au critère de MHS.

La durée opératoire moyenne est de 3.5 +/- 1.5 heures avec des extrêmes de 1 à 7 heures. Ces données sont conformes tenant compte des types de hépatectomies réalisées.

En revanche, les pertes sanguines totales sont estimées à 1250 ml +/- 350 avec des extrêmes de 0 à 10.000 ml. Ces hémorragies concernent surtout 9 malades sur 35, soit 26 %. C'est sans doute excessif, car la série inclut des gestes simples. La qualité de l'hémostase chirurgicale est fort liée à l'habileté et à l'expérience chirurgicale. Or, le RSV est un hôpital de formation. Il est donc probable que certains gestes soient délégués à un chef de clinique ou un assistant en formation. Ce point sera rediscuté ultérieurement.

**Fig.4** : Durées opératoires traduisant la complexité de la procédure



L'indice de Kernel est une courbe qui met en évidence la distribution des valeurs.

En principe, les temps opératoires suivent une gaussienne, sauf si des évènements inattendus déforment la courbe.

Dans le cas présent, plusieurs interventions ont manifestement présenté des incidents inhabituels.

Le compte rendu anatomopathologique qui confirme ou infirme le diagnostic préopératoire nous apprend aussi le caractère complet de la résection chirurgicale<sup>20</sup>. Les marges sont saines chez 20/35 patients (57%). Chez les patients atteints de cancer, le pourcentage de traitement complet augmente. Ceci constitue un point favorable.

<sup>20</sup> Lors de l'ablation d'une tumeur hépatique, on espère une marge de sécurité de 1 cm au moins pour confirmer la guérison de la lésion. En tout état de cause la tranche doit être parfaitement vierge de cellules tumorales.

### 6.1.5 Suivi post-opératoire et gestion des complications

Devant les interprétations très variées, l'auteur définit, une fois pour toutes, la mortalité opératoire :

*Définition médicale : La mortalité opératoire est le pourcentage de patients qui meurent de complications de la chirurgie dans la période postopératoire. Traditionnellement considérée comme la mortalité dans les trente premiers jours de l'intervention, mais maintenant se référant généralement à celle produite lors de l'hospitalisation postopératoire ininterrompue, à noter que certaines études citées calculent la mortalité à 60 voire 90 jours.*

Donc, tout patient admis au RSV, opéré, séjournant dans l'hôpital et décédant dans la suite post opératoire, quel que soit le délai, est considéré comme « mort ». Tout patient hospitalisé, ou réadmis dans les 30 jours d'une complication chirurgicale et décédé dans le décours est « mort ». En réalité les seules réadmissions objectivées dans le service étudié venaient d'un autre service du RSV (gériatrie, soins de suites, chirurgie,...).

Comme relevé dans le Tableau 3, les complications per et post opératoires, sont fréquentes : 6 complications locales (17%), 3 fistules biliaires (9%), 12 infections abdominales ou pleuro-pulmonaires (34%).

#### Tableau 3

57 % des patients (20/35) séjournent au moins 1 jour aux soins intensifs.

Le séjour moyen est de 3.8 +/-1.0j. Le séjour hospitalier total post opératoire est en moyenne de 19.6+/- 10.

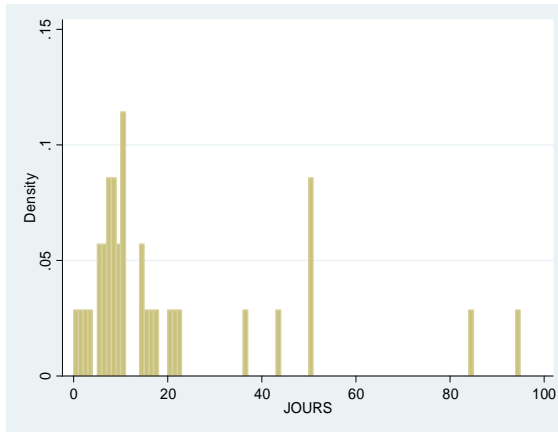
Le séjour le plus long est de 95 jours.

A ce niveau de l'étude, il faut relever que, contrairement à la plupart des institutions hospitalières académiques et universitaires, le RSV assure, par ses services de revalidations et de soins de suite, la totalité des soins jusqu'au retour à domicile. Strictu sensu, toute complication ou décès avant retour à domicile est donc comptabilisé.

La mortalité limitée à 30 jours tombe à 11 %. Mais la méthodologie n'a pas été modifiée parce que certains patients sont restés longtemps à Martigny, Sierre ou Viège.

MHS RSV Post-opératoire		
N	35	100%
Achievement		
Oui	20	57%
Non	13	37%
Non documenté	2	6%
<b>Nombre de jours postop</b>		
<b>Moyenne</b>	<b>19,6</b>	
Ecart moyen	10	
Min et max	0 à 95	
Passage à USI	20	57%
Nbr de jour USI		
Moyenne	3,8	
Ecart Moyen	1,0	
Min et max	0 à 50	
Complication peropératoire		
Hémorragie	4	FAUX
<b>Complication postopératoire</b>		
Locale	6	17%
Biliaire	3	9%
<b>Hémorragie</b>	<b>9</b>	<b>26%</b>
Insuffisance hépatique	4	11%
<b>Infection</b>	<b>12</b>	<b>34%</b>
Autres	6	17%
<b>Anatomopathologie</b>		
<b>Conforme</b>	<b>24</b>	<b>69%</b>
Non-conforme	5	14%
Non utile	2	6%
Pas		
d'anatomopathologie	4	11%

**Fig. 5 : Durées d’hospitalisation**

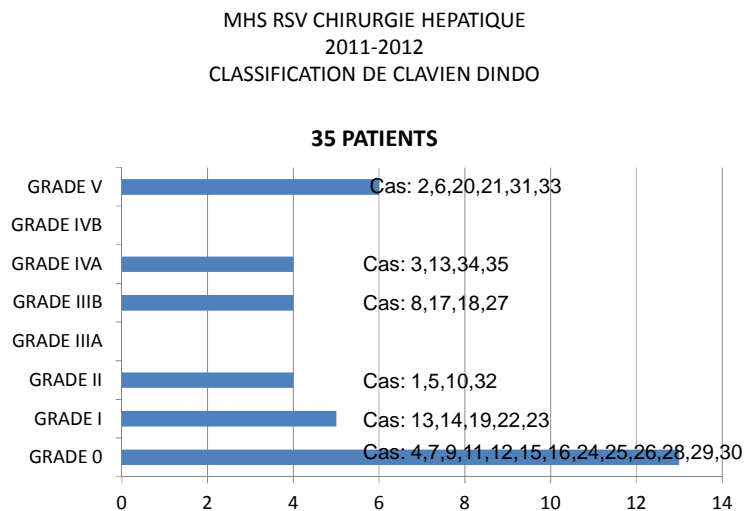


L’option de ne poser aucun drainage est validée par certaines études.

Le problème est que, si l’on opte pour une fermeture abdominale sans drainage, la fistule biliaire devient une péritonite biliaire et l’hémorragie post opératoire ne se détecte que plus tardivement par la clinique, la biologie ou le choc. Le délai de réactivité de l’équipe, lors de certaines complications, semble long et parfois associé à un nombre de réinterventions qui entraînent, elles aussi, d’autres problèmes.

Nous avons classé la série selon la classification de Clavien Dindo Demartines <sup>21</sup> [www.surgicalcomplication.info/](http://www.surgicalcomplication.info/) Les codes patients correspondent à l’anonymisation du fichier confidentiel des données.

**Fig. 6 : Présentation des complications post opératoires hépatiques selon un score de gravité.**



<sup>21</sup> Clavien et al. The Clavien Dindo classification of surgical complications. Annals of Surgery 250 2 187-196 2009

### 6.1.6 Corrélacion anatomo-clinique

Il est souvent possible d'obtenir un prélèvement histologique du foie en cas de tumeur, d'affection métabolique,...La biopsie peut se faire par voie percutanée sous échographie ou CT Scanner, par voie trans-jugulaire ou par voie laparoscopique.

Dans le Département étudié, les biopsies ne sont pas systématiques, mais l'imagerie de bonne qualité peut largement réduire la nécessité de prélèvements qui sont, eux-mêmes, porteurs de risque hémorragique.

En revanche, l'analyse histologique des pièces d'hépatectomies est essentielle. Le compte rendu confirme ou infirme le diagnostic préopératoire. Il peut préciser le type cellulaire, le stade d'avancement de la pathologie et indiquer si la résection chirurgicale est complète ou non.

L'objectif est de réaliser une résection RO, c'est-à-dire que la maladie ne doit pas récidiver au lieu anatomique de la résection.

Dans la présente expertise, le nombre de tumeurs malignes est de 21 (62%).

#### **Tableau 4**

Quatre des 11 tumeurs primitives ont vu leur identification infirmée par le pathologiste.

Il s'agit d'une suspicion d'un cholangiocarcinome, de deux adénomyomes vésiculaires calcifiés et d'un cystadénome bénin.

Treize patients ont été opérés pour métastases. Dix d'entre elles ont été validées histologiquement. Ont été invalidées : Un phéochromocytome insuffisamment documenté, un carcinome ovarien (indication « borderline »), un cancer colorectal dont on ne dispose pas d'histologie.

<b>MHS RSV 2011 2012</b>		
<b>Résultats</b>		
N	35	100%
<b>Décès</b>		
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>17%</b>
<b>Après exclusion cas de TS</b>	<b>5</b>	<b>15%</b>
<b>Après inclusion des refus de levée</b>	<b>5</b>	<b>13,5%</b>
<b>Anatomopathologie</b>		
<b>Conforme</b>	<b>24</b>	<b>69%</b>
Non-conforme	5	14%
Non utile	2	6%
Pas d'anatomopathologie	4	11%
<b>En synthèse</b>		
<b>Itinéraire totalement validé<sup>22</sup></b>	<b>16</b>	<b>46%</b>
<b>Itinéraire non-validé</b>	<b>19</b>	<b>54%</b>
Indication opératoire contestable	13	38%
Technique opératoire contestable	7	20%
Suivi perfectible	3	9%
* parmi les non-décédés		

<sup>22</sup> L'auteur valide totalement un itinéraire lorsqu'il est parfaitement conforme aux recommandations (bilan, indication opératoire indiscutable, technique appropriée, suivi irréprochable). Des exemples sont cités en bordure du tableau.

Lorsque l'on analyse l'imagerie post opératoire, les tranches de section, la curabilité n'est pas obtenue chez 8 patients. Soit 38 %.

Cela signifie que la curabilité chirurgicale n'est atteinte que 6 fois sur 10.

## 6.2 Bench Marking

Il est évident que l'analyse rétrospective de 35 patients ne peut être strictement comparée aux études publiées dans la littérature. D'abord, parce que la littérature internationale reflète essentiellement l'expérience « universitaire ». Et que celle-ci ne constitue que 10 % de l'activité chirurgicale courante. En outre, même en isolant la pathologie digestive lourde, on estime en Europe qu'elle ne représente que 20 à 40 % des patients selon la spécialité.

Le Bench Marking doit tenir compte de multiples variables : l'absence de contrôle indépendant des séries publiées par les centres universitaires et académiques, le fait que les patients référés constituent un biais évident, la présence d'un environnement particulier souvent efficace, mais qui relativise la compétence chirurgicale au sein d'un ensemble pluridisciplinaire favorisé.

En outre, le financement et donc le coût d'une prise en charge « universitaire » est extrêmement plus substantiel que celui d'un hôpital régional, cantonal ou privé. La presse vient d'en faire écho.

Malgré ces réserves, il faut bien comparer les expertises à des standards.

Quels sont-ils ?

### 6.2.1 Concernant les pathologies

La répartition des pathologies de cette activité bi-annuelle relève quatre points faibles dans les itinéraires cliniques :

- L'incidence des pathologies bénignes opérées est clairement augmentée. Les polykystoses hépatocellulaires (PKHR), anormalement fréquentes en Valais<sup>23</sup>, ne font logiquement l'objet de résections qu'en cas d'effet de masse réduisant le volume hépatique. Plusieurs PKHR ont été opérées sans que l'on définisse la motivation de la résection partielle des kystes. Il en va de même pour des formations kystiques bénignes asymptomatiques. Les adénomes sont exceptionnellement opérés. Quant aux hyperplasies nodulaires focales, elles ne doivent pas être opérées lorsque le diagnostic est préétabli. L'anxiété d'une patiente ne constitue pas une indication opératoire. Plusieurs patients ont été opérés sans que l'on en comprenne la réelle indication.
- Les cancers vésiculaires sont rarement des indications d'hépatectomie du fait de leur agressivité. Si le bilan régional est satisfaisant, que l'état général du patient le permet, que l'on se trouve dans une planification élective et soumise à un colloque, la résection est envisageable sans garantie de survie augmentée. Quant aux adénomes et calcifications vésiculaires, ils ne doivent pas être réséqués en tout cas au niveau hépatique.

---

<sup>23</sup> La polykystose hépatocellulaire est une affection génétique liée à une mutation accrue par la consanguinité. Le Valais est l'une des régions de prévalence accrue en Europe.



- Deux hépatectomies pour abcès non drainés préalablement ne sont pas justifiées. Seule une résistance démontrée aux drainages percutanés peut entraîner un débridement et un drainage chirurgicaux.
- La stratégie oncologique dans les métastases synchrones et métachrones est peu documentée et ne ressort pas clairement des dossiers.

Ceci fait dire que les indications opératoires dans les pathologies hépatiques bénignes et dans les pathologies vésiculaires ont été surestimées pendant la période étudiée.

Au RSV, 63 % de la pathologie opérée sont de nature maligne. L'étude de Poon<sup>24</sup> montre 85 % de cancers.

La résection partielle de métastases hépatiques ne se conçoit que lorsque la planification comprend plusieurs temps opératoires.

Concernant la casuistique (case mix).

### **L'indice du «case mix»: degré de gravité des cas**

L'indice dit du «case mix» (ICM) permet de mesurer le degré de gravité d'un cas d'hospitalisation (et donc le coût de son traitement). L'ICM brut d'un hôpital est calculé en additionnant les cost weights de tous les cas traités par l'hôpital et en divisant le total obtenu par le nombre de cas traités. On peut alors déterminer, à partir des cost weights et du nombre de cas par DRG, le degré moyen de gravité des cas traités dans un hôpital et donc le coût prévisible engendré par le traitement de ces cas.

En fait, la lourdeur des pathologies est évaluée administrativement pour des raisons tarifaires. Dans les pays européens, dont la Suisse ne constitue pas une exception médicale, les politiques ont judicieusement utilisé les DRG pour stigmatiser la lourdeur des prises en charges des praticiens hospitaliers. Malheureusement, aucune étude indépendante n'a pu confirmer que ces critères obtenus de l'encodage de non-médecins la plupart du temps avaient une valeur scientifique irréprochable.

La présente expertise doit donc mesurer tout aussi subjectivement la lourdeur des patients pris en charge au RSV.

Si l'on mesure la comorbidité, l'âge, la classification ASA des patients pris en charge et que l'on considère l'étendue et le stade des affections hépatiques, il est clair que la patientèle de Sion est morbide, âgée, souvent concernée par des stades oncologiques avancés. Opérer une pathologie tumorale chez un patient, dont la cirrhose est classifiée Child Pugh B, est déraisonnable. La mortalité dépasse 50 %.

On peut raisonnablement comparer les résultats à des casuistiques « lourdes ».

<sup>24</sup> Poon et al. Improving Perioperative Outcome Expands the Role of Hepatectomy in Management of Benign and Malignant Hepatobiliary Diseases Analysis of 1222 Consecutive Patients From a Prospective Database *Annals of Surgery* • Volume 240, 4, October 2004

### 6.2.2 Concernant la morbidité

On regrette que le bilan préopératoire soit succinct, même si l'anesthésiste voit systématiquement le patient avant. 37 % de pathologies hépatiques préopératoires, 11 % d'obésité morbide, 40 % d'Hypertension Artérielle qui accroît significativement le risque d'hémorragie per et post opératoire, même quand elle est traitée.

Les patients pris en charge constituent des défis chirurgicaux majeurs.

Le problème est que cet élément s'avère déterminant si l'on analyse les résultats.

La morbidité cumulée est excessive par rapport aux standards attendus. 57 % (voir tableau Clavien Dindo Demartines) par rapport à 32 % dans la littérature.<sup>25</sup>

La morbidité excessive n'est pas liée à une incapacité dans le geste de résection lui-même, puisque le taux de transfusion est comparable à ceux de la littérature internationale.

### 6.2.3 Concernant la mortalité

Comme annoncé, l'expertise a exclu un décès consécutif à une condition extra hépatique. Avec 5 décès sur 37 patients, le RSV affiche une mortalité post opératoire de 13.5 %. Quelle que soit la méthodologie, elle est significativement excessive. A Genève HUG<sup>26</sup> on affiche 1 %, à Paris Saint Antoine<sup>27</sup>, 2%, à Bruxelles Erasme, 2 – 4 % au Japon<sup>28</sup>, à Bruxelles CHIREC<sup>29</sup> 2 %, en Multicentrique français<sup>30</sup>, 3.5 %, et en multicentrique américains, 3.4 % ou 4.9 %.<sup>31</sup>

Sur une comparaison statistique avec les casuistiques <200 cas, de toute évidence, la différence est significativement valable à  $p < 0.01$ .

La mortalité au RSV est donc excessive.

<sup>25</sup> Poon et al. Improving Perioperative Outcome Expands the Role of Hepatectomy in Management of Benign and Malignant Hepatobiliary Diseases Analysis of 1222 Consecutive Patients From a Prospective Database *Annals of Surgery* • Volume 240, Number 4, October 2004

<sup>26</sup> Ris et al *Rev Med Suisse* 4 1558 2008

<sup>27</sup> Tiret 2010 Journées de Saint Antoine Résultats des hépatectomies: Dans les centres experts la mortalité postopératoire est surtout le fait des hépatectomies majeures. **Elle est inférieure à 3%**. Pour les hépatectomies mineures la mortalité est presque nulle (inférieure à 0.5%). A Saint-Antoine 120 patients ont eu une hépatectomie majeure durant l'année 2009 ; 2 patients sont décédés. Ils avaient tous un foie pathologique avec une insuffisance hépatique préopératoire. Le taux de complications (morbidité) varie entre 20 et 10%. Les complications graves (nécessitent une ré intervention) ne concernent que 5% des patients.

<sup>28</sup> Kenjo et al *J Am Coll Surg* 16 2013

<sup>29</sup> Houben et al (pres IRCAD 2013) 50 hépatectomies consécutives planifiées

<sup>30</sup> Dokmak Belghiti et al *HPB* 2013

<sup>31</sup> Aloia et al 2009

#### 6.2.4 Concernant la curabilité

L'élargissement des indications opératoires vers des cas incurables conduit à une performance réduite. Il est exclu de démontrer ou même de supputer qu'une autre équipe ou un autre environnement aurait apporté un bénéfice plus conséquent aux patients valaisans. En fait, si certains n'avaient pas été opérés (aucun impact sur l'évolution de leur pathologie bénigne), ils seraient décédés des suites de leur affection, mais sans être exposés à la morbidité et la mortalité post opératoire. Ils ne seraient donc pas rentrés dans la présente expertise.

Il reste vrai que le RSV, même en apportant une agressivité thérapeutique qui peut être justifiée dans certains cas, n'apporte pas une curabilité supplémentaire.

### 6.3 Itinéraires cliniques

**Avec prudence**, que peut-on envisager au niveau des manquements ?

L'analyse des 35 patients confirme plusieurs manquements au RSV. Nous allons en pointer les plus évidents :

- L'itinéraire clinique du patient, qui le conduit du médecin généraliste ou du gastroentérologue au RSV, n'est pas traçable aisément. La pratique de consultations « extra hospitalières », la non liaison informatique des dossiers, l'absence de suivi médical gastroentérologique, l'inconstance des Colloques, rend le parcours parfois erratique.
- Les bilans pré-thérapeutiques sont inconstants. Si l'imagerie est de grande qualité, la médecine nucléaire est peu utilisée, et l'intégration radio clinique fait défaut, en particulier dans les pathologies bénignes. Le refus ou le déni de la place des traceurs tumoraux dans le suivi des adénocarcinomes et des hépatocarcinomes interpelle.
- Si l'oncologie apparaît pro active, le dossier médical ne trace pas les schémas thérapeutiques. Certains patients sont opérés sans chimiothérapie néoadjuvante. Il manque de la coordination. Ce point doit être débattu avec le service d'oncologie. Le mandat présent devrait être élargi.
- Les indications opératoires sont parfois mal documentées et certainement excessives dans les pathologies bénignes.
- Les traumatisés hépatiques ont parfois été soumis à des procédures chirurgicales risquées<sup>32</sup>.
- Les pathologies agressives (Cancer vésiculaire, Cholangiocarcinome multifocal, ...ont été opérées sans preuve d'un bénéfice thérapeutique attendu.

---

<sup>32</sup> Une adolescente de 15 ans présentant un hémopéritoine sur fracture hépatique médiane a été laparoscopée avec un risque majeur d'embolie gazeuse. Ce ne fut pas le cas mais le décès aurait été inévitable en cas d'insufflation accidentelle des veines sus hépatiques.

- L'environnement gastroentérologique médical est faible et inconstant, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique : pas de prise en charge de l'insuffisance hépatique préopératoire, pas de staging de la cirrhose, difficultés de continuité en cholangiopancréatographie, pas de suivi médical régulier en hospitalisation, pas de compétence écho endoscopique, pas d'unité d'hépatologie clinique, pas d'évidence de participation systématique aux Colloques.
- L'environnement au Bloc Opératoire semble montrer des failles dans l'organisation de l'anesthésie. Présence inconstante des cadres anesthésistes pendant la MHS. Absence de départementalisation. Sur-responsabilisation des assistants et chefs de cliniques. Rôle ambigu des infirmiers anesthésistes à explorer. Manque de communication. Relations conflictuelles évidentes entre anesthésistes et chirurgiens, et même entre cadres d'anesthésiologie.

#### 6.4 Conclusions et recommandations

L'expertise MHS indépendante de la chirurgie hépato biliaire lourde au RSV de 2011-2012 est achevée et complète.<sup>33</sup>

35/37 patients ayant donné accord pour l'inclusion de leur dossier ont fait l'objet d'une analyse exhaustive. 2100 paramètres ont été encodés. Les comptes rendus hospitaliers, opératoires radiologiques et anatomo-pathologiques ont été analysés.

Le RSV possédait en 2011-2012 des compétences indéniables dans plusieurs spécialités relevant de la prise en charge des maladies justifiant le recours à la chirurgie viscérale qualifiée de MHS.

- La pratique de la chirurgie hépatique pendant la période considérée (avant l'attribution du mandat MHS) présente une activité substantielle (> 37 cas indubitables). L'essentiel de l'activité opératoire est assumée par le Chef de département. Le nombre de cas soumis au colloque n'est pas connu, mais devrait permettre de soutenir une compétence si celle-ci a été préalablement acquise.
- L'environnement multidisciplinaire comporte des forces et des faiblesses. Les forces sont démontrées provisoirement<sup>34</sup>, en particulier, une imagerie disponible de qualité, l'accès au PET scan, un service d'anatomie pathologique pointu, un laboratoire de biologie clinique complet (génétique ?), un Trauma Center, une U.S.I. performante, un nursing prévoyant.
- Les itinéraires cliniques révèlent malheureusement des faiblesses : une carence en gastroentérologie médicale spécialisée, l'absence de support de suite notamment hépatobiliaire. Insuffisance de support endothérapie, hépatologique et nutritionnel.

---

<sup>33</sup> Le RSV et l'OVS sont remerciés pour leur collaboration dans la collecte des données. En particulier, la Direction Administrative et Médicale, le Secrétariat du département de Chirurgie Viscérale, le service de l'Informatique Médicale, L'équipe épidémiologique de l'OVS.

<sup>34</sup> Sous réserve d'une confirmation dans l'ensemble des pathologies MHS digestives.

- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, un isolement du leader, une hétérogénéité d'expertise chirurgicale dans le staff, une agressivité chirurgicale parfois excessive, un suivi des complications manquant de réactivité, certaines prises de risques inconsidérées. On note aussi, une disponibilité clinique infaillible, un engagement thérapeutique, une connaissance avancée en anatomie chirurgicale, la maîtrise des technologies modernes (laparoscopie, échographie per opératoire, dissection par US ou CUSA<sup>35</sup>, manœuvres d'exclusion et de reconstruction vasculaire,...). L'isolement ne favorise pas l'autocritique.
- La sécurité des malades est avant tout assurée par les anesthésistes et les intensivistes. Si le rôle de ces derniers semble adéquat<sup>36</sup>, l'implication du service d'anesthésie en MHS semble pour le moins insuffisante<sup>37</sup>. L'anesthésie spécialisée exige un investissement personnel dans les pathologies concernées, la responsabilisation de quelques acteurs désignés. On ne confie pas une phase anesthésique critique à un chef de clinique en formation ou même à une infirmière.

L'expertise indépendante du secteur chirurgical hépatobiliaire sur la période 2011-2012 apporte à ce stade pour la pathologie concernée les principales recommandations urgentes suivantes :

- Les dossiers de patients atteints de pathologie hépatique lourde recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médico-chirurgicale extérieure au RSV, tant que la structure médicale ne sera pas renforcée.
- Les hépatectomies peuvent être réalisées sur le campus de Sion dès 2014 à condition que l'acte chirurgical soit réalisé en totalité par un chirurgien digestif senior, qu'il soit assisté par un second chirurgien, et que l'anesthésie soit totalement pratiquée par un cadre du service d'anesthésie affecté et responsabilisé.
- Le colloque multidisciplinaire soumis ou retransmis à un observateur extérieur fera l'objet d'un rapport extensif signé et colligé dans le dossier informatisé. La corrélation anatomo-clinique sera systématique après chaque résection hépatique.
- Il est exclu de tolérer au sein de l'équipe MHS des conflits larvés, du harcèlement, des comportements inadéquats et anticonfraternels. L'apaisement et le dynamisme doivent être réinstaurés par la Direction du RSV avec détermination et autorité.

---

<sup>35</sup> CUSA Dissecteur ultrasonique aspiratif

<sup>36</sup> Le mandat n'inclut pas précisément une analyse du département de Soins Intensifs

<sup>37</sup> Le Service d'anesthésiologie (Dr Ravussin et collaborateurs) a déposé un plan de départementalisation en cours d'expertise

## 7. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale œsophagienne (2011-2012)

Le second chapitre des investigations cliniques s'est porté sur la chirurgie œsophagienne. Deux notions ont privilégié ce choix :

- La lourdeur des abords abdominaux, thoraciques et cervicaux chez des patients généralement alcoolo tabagiques se solde par une morbidité importante et le bénéfice chirurgical carcinologique est faible.
- Les listes fournies par le RSV et l'OVS faisaient état d'une casuistique importante pour le canton.

L'expertise révélera que la mortalité est conforme, mais que l'activité est insuffisante. Des mesures transitoires seront d'ailleurs proposées anticipativement par une convention de collaboration avec le CHUV.

### 7.1 Casuistique

La présente étude porte sur une cohorte de **29** patients. Seuls **11** d'entre eux remplissent les critères établis par le CIMHS, 6 opérés en 2011, 5 en 2012.

Notre analyse permet cependant d'établir le niveau de qualité et de rigueur sur la base de paramètres pré-établis. 56 paramètres déclinés en 6 sous-groupes (**profilage du patient, chemin diagnostique, bilan préopératoire, intervention chirurgicale, suivi et gestion des complications, et corrélation anatomo-clinique**).

Ils ont été établis en accord avec les connaissances publiées et l'expérience des cliniciens issus de l'Université Libre de Bruxelles. Une relecture indépendante des résultats totalement anonymisés est soumise au Prof. I. El Nakadi, Chef de clinique de chirurgie œsogastrique à l'Institut Bordet et à l'Hôpital Erasme. La littérature internationale (Pubmed) 2000-2012 a été revue en terme de morbidité et mortalité opératoire.

#### 7.1.1 Profil de la cohorte

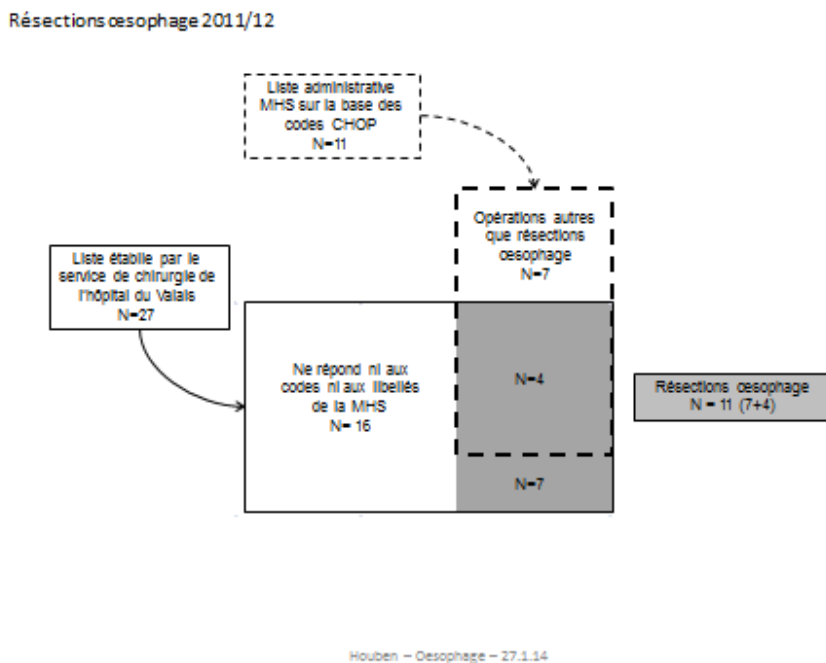
Les 11 patients éligibles ont tous été opérés en 2011 ou 2012, même si l'histoire clinique débute parfois l'année précédente. Ils ont tous été opérés au CHCVs<sup>38</sup>.

De nombreux patients ont été étiquetés de MHS « secteur œsophagien » par l'administration. Malheureusement, ont été inclus une demi-douzaine de patients bariatriques ayant bénéficié de Bypass, et des patients opérés de gastrectomie. Les codes CHOP<sup>39</sup> sont très clairs. Sans geste chirurgical sur l'œsophage, il n'y a pas d'inclusion en MHS.

---

<sup>38</sup> Centre Hospitalier du Valais à SION

<sup>39</sup> La Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) est à l'origine une traduction et adaptation du volume 3 de la classification américaine ICD-9-CM. Jusqu'en 2007, les modifications apportées à cette dernière étaient incluses dans la CHOP. Depuis 2008, les modifications annuelles du volume 3 de la CIM-9-CM ne sont plus reprises dans la CHOP, car beaucoup de demandes de modifications de la CHOP faites dans le cadre de la procédure de demandes de modifications nationales se rapportent aux modifications de la CIM-9-CM.

**Fig. 7 :** Périmètre de l'expertise.

Un redo<sup>40</sup> de chirurgie bariatrique ou une gastrectomie avec lymphadénectomie pour cancer peuvent être largement plus complexes qu'une oesogastrectomie pour un GIST<sup>41</sup>. Mais les recommandations de la CIMHS sont très strictes.

Agés de 50 à 79 ans, les patients présentent un âge moyen de 69 +/- 6.7 ans. Les pathologies concernées se déclarent en général entre 60 et 75 ans.

Administrativement, l'admission est qualifiée dans 18 % des cas d'urgente. Le sex ratio est de 5 :2 (9/2). La comorbidité est significative.

Cette classification existe sous forme d'index systématique et alphabétique. Son élaboration relève de la responsabilité de l'OFS.

La **CHOP 2014** comprend les élargissements et les modifications des cycles 2012 du processus de traitement des demandes SwissDRG. Cette classification sera disponible en 3 langues (allemand, français et italien). **Elle est obligatoire et en vigueur du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014**, pour le codage des procédures pour tous les hôpitaux suisses et les maisons de naissance. Le codage des codes jusqu'à 6 caractères (codes codables ou terminaux) est obligatoire pour tous les hôpitaux de soins aigus et pour les maisons de naissance dès 2011. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehek/nomenklaturen/blank/blank/chop/02/05.html>

<sup>40</sup> Les réinterventions digestives sont complexes. On les surnomme redos de l'anglais.

<sup>41</sup> G.I.S.T. Gastro Intestinal Stroma Tumor : Tumeur de malignité variable mais plus aisée à réséquer qu'un adénocarcinome infiltrant un segment intestinal.



1/11 (9%) présentent une obésité morbide préalable avec BMI > 34.

3/11 (36%) présentent une hypertension artérielle systémique traitée.

3/11 (36 %) présentent une dénutrition. Ce facteur est essentiel car le premier, bien que tardif, symptôme est la dysphagie. Le patient maigrit donc rapidement et se présente au moment du traitement avec un déficit nutritionnel protéique qui conditionne la résistance aux traitements. Une équipe de nutrition médicale est indispensable.

Pour qualifier les patients selon l'ASA<sup>42</sup>, 3 sont ASA 1, 4 sont ASA 2, 1 est ASA 3 et 3 sont ASA 4. Cela définit déjà une morbidité moyenne préexistante majeure.

La proportion de pathologies associées est assez importante et elle semble liée à une assuétude alcoolo-tabagique majeure.

### 7.1.2 Chemin diagnostique

Le dépistage et la détection des pathologies œsophagiennes échappent totalement aux chirurgiens. Il appartient aux médecins généralistes et aux gastroentérologues de diagnostiquer les maladies œsophagiennes. Le bilan est essentiellement endoscopique et radiologique (imagerie médicale). Les recommandations sont d'établir un staging préopératoire par IRM ou Echoendoscopie. On ne trouve pas d'échoendoscopie dans les observations. Un staging est donc établi sur base des rapports d'imagerie 6/8. Il peut être contestable.

Quelles sont les pathologies œsophagiennes que l'on rencontre à la consultation ou aux urgences pour lesquelles la prise en charge peut devenir chirurgicale ?

On distingue les pathologies traumatiques (caustiques et syndrome de Boerhave) et tumorales.

**Les pathologies traumatiques** sont en général présentes dans un contexte aigu (tentative de suicide, vomissements majeurs en présence d'une hernie hiatale,...).

La réactivité en urgence peut être essentielle. La prise en charge des perforations œsophagiennes est bien entendu réalisée aux soins intensifs. On privilégie toujours la réanimation, le drainage pleural et les techniques endothérapeutiques (prothèses, ...).

Le chirurgien doit être à proximité, être capable d'attendre ou de prendre les décisions en cas de nécessité de thoracotomie.

**Les pathologies tumorales** constituent bien entendu le « core business » d'une unité de chirurgie œsophagienne. On distingue essentiellement deux entités :

1. L'adénocarcinome issu de la composante glandulaire du tiers inférieur de l'œsophage. Souvent associé à une hernie hiatale, un reflux gastro œsophagien.
2. L'épithélioma épidermoïde, localisé au 1/3 supérieur ou moyen. Il est associé à l'assuétude alcoolo tabagique.

<sup>42</sup> Scores : ASA Physical Status Classification System

1 : Patient normal 2 : Patient avec anomalie systémique modérée 3 : Patient avec anomalie systémique sévère 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe. Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients. Référence : <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

Quelques indications fonctionnelles persistent comme les sténoses résistantes aux traitements endoscopiques. Il n’y en a pas dans cette série.

Quels sont les profils diagnostiques à Sion ?

8/11 sont des cancers. Trois épidermoïdes et 5 adénocarcinomes.

3/11 sont des perforations (27%), dont un patient « pré mortem » au moment de l’intervention.

### 7.1.3 Bilan préopératoire

Les mises au point sont-elles conformes aux attentes ?

Les 8 tumeurs ont été identifiées et caractérisées en bilan pré opératoire.

6/8 (80%) des patients ont bénéficié d’un staging préopératoire, d’un prélèvement histologique et d’un bilan d’opérabilité. 7/8 d’entre eux ont été soumis au colloque pluridisciplinaire et ont été traités par chimiothérapie néoadjuvante. Deux ont été irradiés.

Tous sont passés par le PET CTScan au FDG. On peut affirmer que le bilan oncologique est complet et systématique. 3/8 sont des cancers localisés, et 5/8 sont localement invasifs. Un seul (double tumeur) concerne le tiers supérieur de l’œsophage.

Les patients sont vus, sauf urgence, par l’anesthésiste qui contrôle l’opérabilité. Ils semblent nombreux à s’occuper de la MHS. Ce point sera ultérieurement approfondi.

En effet, à l’instar de la qualification exigée pour l’opérateur chirurgical, on est en droit d’attendre une spécialisation de l’anesthésiste, familier avec les thoracotomies et les doubles abords. Sur 11 procédures, on voit 9 anesthésistes différents.

**Tableau 5 :**

<b>MHS chir œsophagienne</b>		
N	11	
Hôpital		
CHCVs	11	100%
SZO	0	0%
Sexe		
Homme	9	82%
Femme	2	18%
Age [ans]		
Moyenne	68,5	
Médiane	69	
Min et max	50 à 79	
Agés de 70 ans et plus	5	45%
Mode d'admission		
<i>Planifié</i>	9(8)	
<i>Urgence médicale</i>	2(3)*	
Score ASA		
Moyenne	2,4	
Médiane	2,0	
Min et max	1 à 4	
ANTC chir thor ou gastr	2	18%
Obésité	1	9%
Dénutrition	3	27%
Hypertension	3	27%
Pathologie (histologie)		
Adénocarcinome	5	45%
Carcinome épidermoïde	3	27%
Perforation	3	27%
Niveau de la lésion		
Inférieur	8	73%
Moyen	3	27%
Supérieur	0	0%
* le cas 8 est une urgence différée		

#### 7.1.4 Intervention chirurgicale

Le Chef du Département a opéré personnellement 91 % des patients.

L'approche est majoritairement conventionnelle, thoracotomie et laparotomie (double abord). L'opération de Lewis Santi est un standard.

La durée opératoire moyenne est de 6.9 +/- 1.2 heures avec des extrêmes de 3 à 10 heures. Ces données sont conformes tenant compte des types d'oesophagectomies réalisées.

On a transfusé 6 patients sur 11. C'est à la limite de la norme attendue.

Le compte rendu anatomopathologique qui confirme ou infirme le diagnostic préopératoire nous apprend aussi le caractère complet de la résection chirurgicale. 3/8 patients ont bénéficié d'un examen anatomo pathologique extemporané.

Cet examen permet de connaître le niveau où la suture peut être réalisée en prévenant une récurrence locale. Les marges sont saines et sécurisées chez 8/8 patients. Ceci constitue un point favorable.

Examinons maintenant les trois patients opérés sans tumeur œsophagienne.

L'un est un patient de 77 ans admis dans un contexte septique majeur. Plusieurs interventions chirurgicales sont réalisées pour nécroses intestinales d'origine peu claires. Après moult complications, et plusieurs mois plus tard, une sténose œsophagienne est mise en évidence. On ignore s'il s'agit d'une sténose peptique ou d'une pathologie rare, type sclérodermie.... On programme une oesogastrectomie avec cholécystectomie « de passage » qui se complique rapidement de fistule bronchique. Cette intervention chirurgicale majeure chez un patient pratiquement en fin de vie a peu de sens. Mais la conséquence est un décès dans la série de 11 patients.

**Tableau 6** : Résumé de la casuistique carcinologique N=8

MHS	CHVS	2011	2012			
Histologie	Localisation	Staging pré op	Approche	Technique chirurgicale	Staging post op	Adénopathies + / prélevées
ADC	INF	T1SN0M0	TOMIE	LEWIS	T1SN0	0/13
EPI	MOY	T3N1M0	T	LEWIS	T0N0M0	0/31
ADC	INF	T2N0	TOMIE	LEWIS	T3N0	0/51
ADC	INF	TXN0	TOMIE	LEWIS	T3N0	0/11
ADC	INF	TXNO?	TOMIE	LEWIS	T0N0M0	0/23
ADC	INF	T3N2M0	TOMIE	LEWIS	T3N2	3/17
EPI	MOY	T3N0M0	TOMIE	LEWIS	T3N0	0/13
EPI	MOY	T4N1M0	TOMIE	2 T TH FERME	T1aN0M0	0/13

ADC= adénocarcinome, EPI = épithélioma épidermoïde

INF = inférieur MOY = moyen

**Tableau 7**

<b>MHS ŒSOPHAGE Traitements</b>		
N	11	
Chirurgical		
VB	10	91%
MC	1	9%
Chimio néoadjuvante* (N=8)		
Réponse démontrée (N=7)	2	29%
Radio néoadjuvante** (N=3)	1	33%
PET-scan*** (N=8)	8	100%
Staging pré-opératoire*** (N=8)		
O	1	
I B	1	
II	1	
III AET B	2	
IV	1	
X	2	
Techniques		
Lewis	9	82%
Plastie	1	9%
Autre	1	9%
Durée opération [heures]		
Moyenne	6,4	
Médiane	6	
Min et max	3 à 10	
Transfusion		
Non	5	45%
Oui	6	55%
1 à 5 U	4	
6 à 10 U	1	
Plus de 10 U	1	
Drains		
1	1	9%
2	9	82%
3	1	9%
* parmi les cas éligibles pour une chimiothérapie		
** Epithélioma épidermoïde		
*** parmi les cas de cancer		

Staging exprimé selon la classification de l'UICC<sup>43</sup>

<sup>43</sup> À la fin du bilan d'extension il est possible de définir le stade du cancer. La classification la plus souvent utilisée est la classification TNM (UICC 2002)<sup>2</sup> :

**T Tumeur primitive**

1. T0 Pas de signe de tumeur primitive
2. Tis Carcinome in situ
3. T1 Tumeur envahissant la *lamina propria* ou la sous-muqueuse
4. T2 Tumeur envahissant la musculature propre
5. T3 Tumeur envahissant l'adventice

En fait cette attitude est symptomatique du recours à une technique risquée en présence d'alternatives moins invasives.

Deux autres patients (10 et 11) sont admis en urgence vitale pour un syndrome de Boerhave. Tous deux seront opérés en urgence et une oesogastrectomie sera pratiquée. Il s'agit d'un traitement inapproprié. Les perforations œsophagiennes demandent certes une réanimation intensive, des drainages thoraciques, mais la fermeture de la brèche œsophagienne se fait soit par endoprothèse, soit par couverture chirurgicale selon Thal.

En effet, les sutures œsogastriques ne tiennent pas dans une cavité pleurale contaminée, voire purulente.

#### 7.1.5 Suivi post opératoire et gestion des complications

Comme relevé dans le Tableau, les complications per et post opératoires sont fréquentes. On relève : 2/11 (18%) complications locales, 5/11 (45%) complications pleuro pulmonaires, 3/11 (27%) hémorragies per ou post opératoires requérant des transfusions importantes, 2/11(18%) fistules anastomotiques.

La plupart des patients séjournent aux soins intensifs. Cinq d'entre eux plus de 3 jours. Certains sont réopérés. Le nombre limité de cas ne permet pas une comparaison avec les séries publiées.

6. T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes

##### **N Adénopathies régionales**

1. Nx Ganglions non évalués
2. N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
3. N1 Métastases ganglionnaires lymphatiques régionales
  1. œsophage cervical : ganglions cervicaux, jugulaires internes, péri-œsophagiens et sus-claviculaires
  2. Œsophage thoracique (haut, moyen et bas) : ganglions péri-œsophagiens au-dessus ou au-dessous de la veine azygos, subcarinaires, médiastinaux et péri-gastriques (excepté les ganglions coeliaques)
  3. Ganglions coeliaques : toujours cotés M
    1. M1a pour les cancers thoraciques inférieurs,
    2. M1b pour les autres.
  4. Ganglions cervicaux :
    1. N pour les cancers de l'œsophage cervical,
    2. M1a pour les cancers de la partie supérieure de l'œsophage thoracique (de l'entrée dans le thorax jusqu'à la bifurcation trachéale, vers 24 cm des arcades dentaires),
    3. M1b pour les localisations sous-jacentes.

##### **M Métastases à distance**

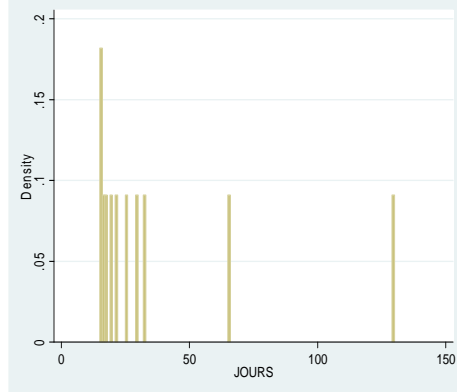
1. M0 Pas de métastase à distance
2. M1 Présence de métastase(s) à distance

**Tableau 8**

<b>MHS ŒSOPHAGE Post-opératoire</b>		
N	11	
Achievement		
Oui	10	91%
Non	0	0%
Non documenté	1	9%
Nombre de jours postop		
Moyenne	34,9	
Médiane	21	
Min et max	15 à 130	
Passage à USI	9	82%
Nbr de jour USI		
Moyenne	9,5	
Médiane	3,0	
Min et max	0 à 31	
Complication peropératoire	2	18%
Complication postopératoire		
Locale	2	18%
Pleuropulmonaire	5	45%
Hémorragie	3	27%
Abdominale	0	0%
Fistule	3	27%
Autres	6	55%
Ex. extemporané* (N=8)	3	38%
Anatomopathologie* (N=8)		
Conforme	8	100%
Non-conforme	0	0%
Nombre de ganglions examinés* (N=8)		
Moyenne	22	
Médiane	15	
Min et max	11 à 51	
* parmi les cas de cancer		

**Tableau 9**

*Résections œsophagiennes. Durées d'hospitalisation.  
N=11*





### 7.1.6 Corrélation anatomo-clinique

Comme esquissé dans le profil des pathologies oncologiques, le compte rendu histologique a confirmé les diagnostics pré-opératoires

**Tableau 10**

<b>MHS Résultats Oesophagectomies</b>		
N	11	
Décès	1	9%
Soins de suite**	6	60%
En synthèse		
<i>Itinéraire totalement validé</i>	8	73%
<i>Itinéraire non-validé</i>	3	27%
<i>Indication opératoire contestable</i>	3	27%
<i>Technique opératoire contestable</i>	3	
<i>Suivi perfectible</i>	0	

La réponse au traitement néo adjuvant est illustrée. Il n'y a pas de « understaging »<sup>44</sup> excessif.

Dans la présente expertise, le nombre moyen de ganglions sur la pièce est de 23. La lymphadénectomie correspond aux recommandations.

## 7.2 Bench Marking

Il est évident que l'analyse rétrospective de 11 patients ne peut être strictement comparée aux études publiées dans la littérature internationale.

Malgré cette précaution, il faut bien comparer l'expertise à des standards.

Quels sont-ils ?

### 7.2.1 Concernant les pathologies

La répartition des pathologies de cette activité bi-annuelle est conforme aux autres centres.

L'incidence des pathologies bénignes opérées est augmentée essentiellement parce que les procédures sont essentiellement chirurgicales dans le Boerhave.

La stratégie oncologique est documentée et souvent présentée en colloque.

Concernant la casuistique (case mix), on peut raisonnablement comparer les résultats à des casuistiques « lourdes ».

<sup>44</sup> Le fait de sous estimer un stade oncologique conduit à opérer des stades avancés pour lesquels la résecabilité R0 est abaissée. Ce n'est pas le cas au RSV.

### 7.2.2 Concernant la morbidité

Elle est importante sans qu'une preuve de déviation ne soit démontrée.

Les patients pris en charge constituent des défis chirurgicaux majeurs.

### 7.2.3 Concernant la mortalité

L'expertise est confrontée à une casuistique trop limitée. Un décès consécutif à une condition générale gravissime est lié à une indication opératoire excessive.

La mortalité au RSV pour les tumeurs œsophagiennes fut nulle en 2011-2012. Elle est attendue autour de 3 % dans les centres de référence<sup>45</sup> et de 10 % en général.<sup>46</sup>

### 7.2.4 Concernant la curabilité

Seule une étude de survie actuarielle permettrait de se prononcer sur les résultats en matière carcinologique. On peut seulement affirmer que les recommandations sont suivies en termes de résection à visée curative.

## 7.3 Itinéraires cliniques

L'expertise des pathologies œsophagiennes concernées par la MHS, démontre qu'il n'y a eu que 11 patients opérés en deux ans. Leur analyse confirme que les recommandations oncologiques sont suivies à l'exception de manquements dans le staging notamment échoendoscopique des cancers.

L'itinéraire clinique du patient, qui le conduit du médecin généraliste ou du gastroentérologue au RSV, est cohérent. La pratique de consultations « extra hospitalières », la non liaison informatique des dossiers, rendent l'analyse fragmentaire. Mais l'essentiel des informations peut être trouvé.

Les bilans pré-thérapeutiques sont corrects sauf dans un cas. Si l'imagerie est de qualité, l'intégration radio clinique fait défaut, en particulier dans les pathologies bénignes. On ne détecte pas de concertation médico-chirurgicale, notamment dans les indications de prothèses œsophagiennes.

Les indications opératoires oncologiques sont correctement documentées, mais agressives pour le Syndrome de Boerhave.

L'environnement gastroentérologique médical est inconstant, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique.

L'environnement au Bloc Opératoire semble correct sous une substantielle réserve. 9 anesthésistes, dont 7 n'ont anesthésié qu'une oesophagectomie en deux ans. S'ils disposent d'une expérience hebdomadaire en résections pulmonaires, la situation est tangible. Mais le moins que l'on puisse dire est que les cadres anesthésistes sont peu enthousiastes de collaborer dans ce secteur. Ici aussi, le mandat doit être précisé.

---

<sup>45</sup> Ruol et al Trends in Management and Prognosis for Esophageal Cancer Surgery Arch Surg.;144(3):247-254 2009

<sup>46</sup> Mariette et Triboulet. Complications après oesophagectomie J.Chir.142 6 2005

## 7.4 Conclusions et recommandations

L'expertise MHS indépendante de la chirurgie œsophagienne lourde au RSV de 2011-2012 est achevée et complète.<sup>47</sup>

11 patients ayant donné accord pour l'inclusion de leur dossier ont fait l'objet d'une analyse exhaustive. 830 paramètres ont été encodés.

Le RSV possédait en 2011-2012 des compétences indéniables dans plusieurs spécialités relevant de la prise en charge des maladies justifiant le recours à la chirurgie viscérale qualifiée de MHS.

La définition particulière des autorités inter-cantoniales de la MHS sur base, non pas d'une prise en charge pluridisciplinaire, du volume des activités intellectuelles (consultations, COM, Diagnostic histologique...), mais bien du volume de résections chirurgicales, rend l'expertise sur la qualité très particulière.

Les critères appliqués ont redéfini une casuistique différente de celles qui avaient été proposées.

Quels sont les points-clés ?

- La pratique de la chirurgie œsophagienne pendant la période considérée (avant l'attribution du mandat MHS) présente une activité insuffisante (11 cas indubitables). L'essentiel de l'activité opératoire est assumée par le Chef de département. Le recrutement actuel ne permet pas de maintenir l'expérience de toute une équipe. La littérature confirme cette assertion.<sup>48</sup> . En outre il est démontré que des vies peuvent être épargnées par la centralisation des malades, lorsque le volume est insuffisant.<sup>49</sup>
- L'environnement multidisciplinaire comporte des forces et des faiblesses. Les forces sont démontrées<sup>50</sup>, en particulier, une imagerie disponible de qualité, l'accès au PET scan, un service d'anatomie pathologique pointu, un laboratoire de biologie clinique complet, un Trauma Center, une U.S.I. performante, une unité d'oncologie efficace et expérimentée, un nursing prévoyant.
- Les itinéraires cliniques révèlent une faiblesse dans le staging préopératoire, une carence en gastroentérologie médicale spécialisée, l'absence de support endothérapeutique et nutritionnel.
- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique indéniable un isolement, une agressivité chirurgicale excessive dans les pathologies aiguës. On note aussi, une disponibilité clinique correcte, un engagement thérapeutique, une connaissance avancée des curages ganglionnaires.

---

<sup>47</sup> Le RSV et l'OVS sont remerciés pour leur collaboration dans la collecte des données. En particulier, la Direction Administrative et Médicale, le Secrétariat du département de Chirurgie Viscérale, le service de l'Informatique Médicale, L'équipe épidémiologique de l'OVS.

<sup>48</sup> Wouters et al. The volume outcome relation in the surgical treatment of oesophageal cancer. Cancer 118 - 1754-1763 2012

<sup>49</sup> Dudley Selective referral to high volume hospitals JAMA 283 9 2000

<sup>50</sup> Sous réserve d'une confirmation dans l'ensemble des pathologies MHS digestives.

- La sécurité des malades est avant tout assurée par les anesthésistes et les intensivistes. Si le rôle de ces derniers semble adéquat<sup>51</sup>, l'implication du service d'anesthésie en MHS semble pour le moins faible.

L'expertise indépendante du secteur chirurgical œsophagien sur la période 2011-2012 apporte à ce stade pour la pathologie concernée les principales recommandations urgentes suivantes :

- Les dossiers de patients atteints de pathologie œsophagienne lourde recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médico-chirurgicale extérieure au RSV.
- Les oesophagectomies devraient être transférées et réalisées dans un centre universitaire ayant au moins une pratique annuelle de 20 cas<sup>52</sup>. Le traitement médicochirurgical des perforations œsophagiennes doit bénéficier des techniques moderne d'endoprothèse.
- Il faut engager un consultant expérimenté en échoendoscopie et en endothérapie du T.D. supérieur.

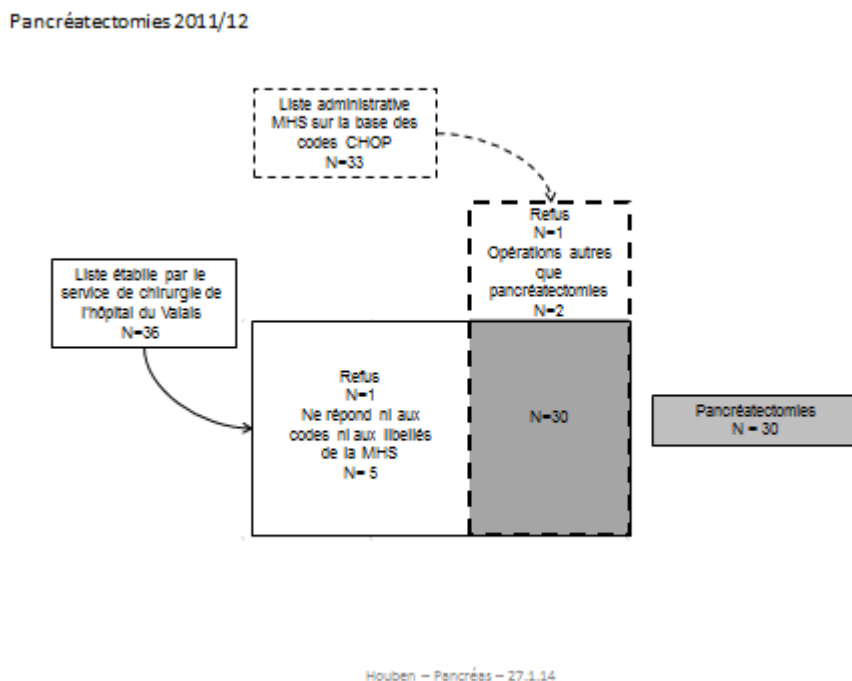
## 8. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale pancréatique (2011-2012)

### 8.1 Casuistique

La présente étude porte sur une cohorte de 39 patients. 33 patients identifiés sur la base des codes CHOP validés par la CDS ont été croisés avec 36 dossiers rapportés par l'hôpital du RSV (**Figure 1**). Parmi ces cas, 6 cas présentent une observation qui ne correspond pas aux exigences de la MHS. Respectant le refus de levée du secret par certains patients, il en ressort une série consécutive de 30 dossiers complets (14 en 2011, 16 en 2012) correspondant aux critères MHS et pour lesquels les patients ont donné leur accord.

<sup>51</sup> Le mandat n'inclut pas précisément une analyse du département de Soins Intensifs

<sup>52</sup> Wouters et al The Volume-Outcome Relation in the Surgical Treatment of Esophageal Cancer Cancer;118:1754-63. VC 2011 American Cancer Society. A Systematic Review and Meta-Analysis 2012

**Fig. 8 : Périmètre de l'expertise**

L'analyse permet d'établir le niveau de qualité et de rigueur sur la base de paramètres préétablis. 46 paramètres déclinés en 6 sous-groupes (**profilage du patient, chemin diagnostique, bilan préopératoire, intervention chirurgicale, suivi et gestion des complications, et corrélation anatomo-clinique**).

Le travail comporte donc 1380 données contrôlées. Ces paramètres ont été établis en accord avec les connaissances publiées et l'expérience des cliniciens issus de l'Université Libre de Bruxelles. Une relecture indépendante des résultats totalement anonymisés est soumise au Profs. J. Closset et M. Delhaye, respectivement Chef de la clinique de chirurgie pancréatique et Chef de la clinique de pancréatologie à l'Hôpital Erasme. La littérature internationale (Pubmed) 2005-2013 a été revue en terme de morbidité et mortalité opératoire.

### 8.1.1 Profil de la cohorte

Les 30 patients éligibles ont tous été opérés en 2010,<sup>53</sup> 2011 ou 2012, même si l'histoire clinique débute parfois l'année précédente. Ils ont tous été opérés au CHCVs<sup>54</sup>. Agés de 43 à 88 ans, les patients présentent un âge moyen de 66 +/- 8.6 ans. Les pathologies concernées se déclarent en général entre 50 et 80 ans.

<sup>53</sup> La date de sortie du RSV était le critère d'inclusion, comme pour tous les hôpitaux suisses

<sup>54</sup> Centre Hospitalier du centre du Valais à SION

**Tableau 11 : Caractéristiques générales des patients**

Caractéristiques		
N	30	100%
Hôpital		
CHCVs	30	100%
SZO	0	0%
Sexe		
Homme	15	50%
Femme	15	50%
Age [ans]		
Moyenne	66.0	
Médiane	67	
Min et max	43 à 88	
Agés de 70 ans et plus	12	40%
Mode d'admission		
Planifié	25	83%
Urgence médicale	5	17%
Pathologie		
Adénocarcinome pancréas*	19	63%
Adénocarcinome gastrique	1	3%
Adénocarcinome colique	1	3%
Tumeur neuroendocrinienne	2	7%
Pancréatite chronique	3	10%
Cystadénome séreux	3	10%
Cholécystite (Mirizzi <sup>55</sup> )	1	3%
Score ASA		
Moyenne	2.5	
Médiane	2	
Min et max	1 à 4	
Nombre ce cas avec		
ASA $\geq$ 3	13	43%
Antcd digestif majeur	9	30%
Diabète insulino-requérant	6	20%
Obésité	7	23%
Pathologie cardiaque	8	27%
Hypertension	15	50%

\* 1 cas avec tumeur neuroendocrinienne en sus

Administrativement, l'admission est qualifiée dans 17 % des cas d'urgence. Le sex ratio est de 1 :1. La comorbidité est significative. En effet, 7/30 (23%) présentent une obésité morbide préalable avec BMI > 34, 15/30 (50%) présentent une hypertension artérielle systémique traitée, 8/30 (27%) présentent une pathologie myocardique ou valvulaire, 6/30 (20%) ont un diabète insulindépendant préalable ou traité par hypoglycémiant oraux, 9/30 ont déjà été opérés dans l'étage abdominal sus mésocolique.

Tout cela conduit à qualifier ces patients de malades médicalement fragiles. Le score ASA médian est de 2 avec 13 malades atteignant ou dépassant ASA 3 !

<sup>55</sup> Le syndrome de Mirizzi consiste à la compression des voies biliaires principales par une lithiasé impactée dans la vésicule biliaire. Il requiert un traitement endoscopique, plus rarement un geste chirurgical pour libérer le cholédoque. Aucune résection pancréatique n'est nécessaire.

Un premier commentaire s'applique à la sélection opératoire qui inclut des patients atteints de pancréatique chronique<sup>56</sup>.

### 8.1.2 Chemin diagnostique

Pour pouvoir comparer les performances du Service de Chirurgie Viscérale du RSV, il est essentiel de définir la population concernée, mais aussi de relier le profil de sélection des malades par l'équipe pluridisciplinaire, notamment gastroentérologique.

Dans les centres spécialisés européens et américains, une duodéno pancréatectomie selon Whipple (DPC) est proposée essentiellement dans trois conditions :

- L'ampullome, petite tumeur maligne d'évolution lente à l'abouchement du canal pancréatique dans le duodénum (papille).
- Le cancer de la tête du pancréas (2 % des cancers digestifs), à condition qu'il soit résecable en totalité avec possibilité de thérapie adjuvante.
- Les dysplasies sévères pouvant se transformer comme le cysadénome mucineux.

Un point plus technique doit être rappelé. L'anatomie du pancréas est très particulière ; c'est un organe unique, parenchymateux non seulement essentiel pour réguler le métabolisme du sucre, mais il produit des ferments digestifs, enzymes qui sont destructeurs en cas d'extériorisation.

Cette petite « bombe » est arrimée telle une jante qui soutient un pneu au duodénum. Très richement vascularisé, le pancréas encercle partiellement la veine porte, les vaisseaux mésentériques veineux et artériels responsables de l'apport sanguin de l'intestin grêle.

Impliquer les vaisseaux mésentériques et hépatiques dans la résection est dangereux et ne se justifie que pour ôter en totalité une tumeur démontrée et curable.

Pour bien comprendre cette stratégie qui est recommandée par tous, remplacerait-on la veine cave par une prothèse chez un malade métastasé ?

Clamperait-on les carotides pour ôter un adénome thyroïdien ? Le seul vaisseau dont une résection partielle, voire une réanastomose, peut s'avérer bénéfique est le confluent splénomésentérique rétopancréatique si la curabilité est possible.

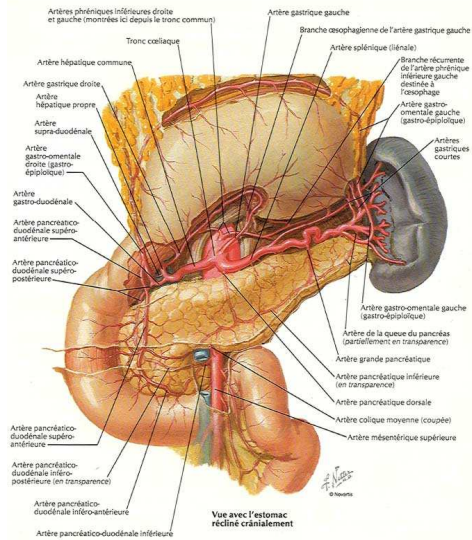
***Primum non nocere*** signifie que la première mission du chirurgien est de ne pas nuire. En chirurgie hépatique et pancréatique, les défis thérapeutiques sont immenses. La perspicacité du chirurgien est de choisir les malades auxquels il apportera un bénéfice certain ou très probable et de refuser les patients dont les risques dépassent les attentes. Ce dilemme crucial est la base de la maturité chirurgicale. Plus la décision est agressive, plus la morbidité et la mortalité s'accroissent. Lorsque l'incidence des problèmes postopératoires dépasse le seuil attendu par la bonne pratique, altère la confiance et les espérances des familles, ou contrarie la pratique qualitative des confrères et consoeurs, le chirurgien prend le risque de voir sa réputation altérée.

---

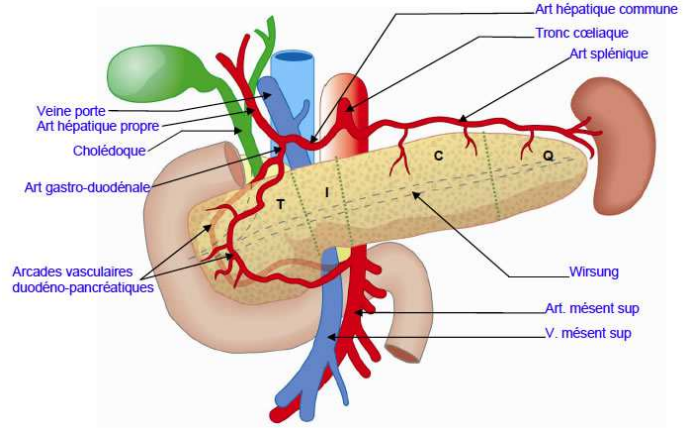
<sup>56</sup> Pour rappel, la pancréatique chronique surtout éthylique est généralement traitée médicalement et endoscopiquement. Les centres réputés ne recourent qu'aux dérivation des canaux en cas de sténose. Les résections chirurgicales ne guérissent pas la maladie. Elles n'ont aucun impact sur la douleur chronique.



**Fig. 9a :** Anatomie chirurgicale du pancréas permettant à tous de comprendre les rapports complexes avec les organes voisins et les artères.



**Fig. 9b :** Anatomie chirurgicale du pancréas permettant à tous de comprendre les rapports complexes avec les veines mésentérique, splénique et portale.



Quels sont les profils diagnostiques à Sion ?

Nous distinguerons les pathologies indiscutablement « chirurgicales » qui peuvent bénéficier d’une résection de celles qui sont marginales ou constituent même une contreindication à la chirurgie de résection.

Le **Tableau 12** indique si une DPC est appropriée ou non en fonction des diagnostics des cas de la cohorte.

**Tableau 12 :** Indication à une DPC en fonction en fonction du diagnostic.

Pathologie			DPC
Adénocarcinome pancréas*	19	63%	Appropriée
Ampullome	0	0%	Appropriée
Tumeur neuroendocrinienne	2	7%	Appropriée
Cystadénome muqueux	0	0%	Appropriée
Adénocarcinome gastrique	1	3%	Controversée
Adénocarcinome colique	1	3%	Controversée
Pancréatite chronique	3	10%	Controversée
Cystadénome séreux	3	10%	Inappropriée
Cholécystite (Mirizzi)	1	3%	Inappropriée

\* 1 cas avec tumeur neuroendocrinienne en sus

Près d’un quart des indications chirurgicales pancréatiques peuvent être dénoncées. 76 % sont suspectés de présenter une tumeur maligne. On note un cancer primitif colique, un cancer primitif gastrique et une néoplasie des voies biliaires.

3/30 soit 10 % sont des lésions kystiques sans preuve de dangerosité.

3/30 soit 10% sont une pancréatite chronique. Comme déjà évoqué, les indications chirurgicales thérapeutiques dans la pancréatite chronique sont rarissimes.

### 8.1.3 Bilan préopératoire

Les mises au point sont-elles conformes aux attentes ? La mise au point d'un cancer pancréatique comprend un bilan loco régional (diagnostic histologique généralement obtenu par brossage endoscopique, une évaluation de l'infiltration des tissus par échocendoscopie ou Image en résonance Magnétique Nucléaire, une anatomie pré-opératoire (par cholangio pancréatographie rétrograde ou en IRM). Le bilan à distance s'appuie sur un CT scanner ou un PET CT au FDG.

En réalité, le bilan n'est pas systématisé dans cette série comme en témoignent les statistiques (**Tableau 13**).

Seuls 11 patients (44%) ont bénéficié d'une CPE, 19 d'une IRM (68%) et 6 d'un PET CT (27%). La possibilité d'un conflit vasculaire est établie chez 7 malades, soit 24 %.

Huit malades ne disposent pas, dans le dossier, d'un rapport de colloque multidisciplinaire enregistré et, lorsque ce colloque a eu lieu, il fut 14 fois réalisé **après l'intervention chirurgicale**. Cela a peu de sens, car c'est précisément la discussion collégiale préalable qui consolide l'indication opératoire.

A supposer que des entretiens avec les radiologues et les gastroentérologues aient bien eu lieu, l'absence de rapport interdit, 22 fois sur 30, toute évaluation ultérieure de l'itinéraire clinique et de l'indication opératoire.

**Tableau 13 : Mise au point et technique opératoire**

<b>Examens et traitements</b>		
N	30	100%
ERCP préopératoire* (N=25)	11	44%
Cholangio-IRM préopératoire** (N=28)	19	68%
PET-scan*** (N=22)	6	27%
Localisation pathologie		
Tête du pancréas	21	70%
Queue du pancréas	8	27%
Estomac	1	3%
Conflit potentiel**** (N=29)	7	24%
Colloque multidisciplinaire		
Non	8	27%
Préopératoire	8	27%
Postopératoire	14	47%
Chirurgien		
VB	30	100%
Anesthésiste		
Nombre d'anesthésistes pour les 30 cas	17	
Nombre d'opération par anesthésiste		
Moyenne	1.8	
Médiane	1	
Min et max	1 à 6	
Technique opératoire		
DPC	20	67%
DPC avec hémi colectomie et résection grêle	1	3%
Pancréatectomie centrale*****	1	3%
SPC	6	20%
SPC avec colectomie	1	3%
SPC avec gastrectomie	1	3%
Durée opération [heures]		
Moyenne	5.9	
Médiane	6	
Min et max	2 à 10	
Pertes [ml]		
Moyenne	1517	
Médiane	500	
Min et max	0 à 11500	
Transfusion		
Non	13	43%
Oui	17	57%
1 à 5 U	12	
6 à 10 U	3	
Plus de 10 U	2	
Drain	1	3%

DPC : duodéno pancréatectomie céphalique

SPC : spléno pancréatectomie céphalique

\* parmi les cas pour lesquels une ERCP est indiquée

\*\* parmi les cas pour lesquels une c-IRM est indiquée

\*\*\* parmi les cas pour lesquels un PET-scan est indiqué

\*\*\*\* Information manquante pour 1 cas

\*\*\*\*\* terminologie employée par le chirurgien

#### 8.1.4 Intervention chirurgicale

Le Chef du Département a opéré personnellement tous les malades pendant cette période.

En revanche 17 anesthésistes se sont succédé parmi les 30 cas. Ce qui fait moins d'un cas par an pour chacun d'entre eux.

La technique opératoire a consisté pour 2/3 des patients en une DPC. Aucune dérivation pancréatique pour pancréatite chronique n'a eu lieu. Soit ces cas sont adressés ailleurs, soit l'indication n'est pas connue, ni des gastroentérologues, ni des chirurgiens. La dernière hypothèse envisageable est, qu'au RSV, l'expertise dans les drainages endoscopiques et endoprothèses dépasse celle des plus grands centres mondiaux et qu'aucun échec endoscopique ne soit observé. Cette hypothèse est improbable en l'absence d'une clinique de pancréatologie au sein du RSV.

La durée opératoire moyenne est de 6 heures. C'est excessif lorsque l'on compare aux autres équipes en Europe. Depuis l'avènement de la dissection ultrasonique, la durée moyenne est inférieure à quatre heures en laparotomie. Cette problématique est clairement liée à l'indication opératoire. Plus on élargit les indications, plus les malades deviennent irrésécables, voire inopérables.

#### 8.1.5 Suivi post-opératoire et gestion des complications

Les pertes sanguines évaluées à 1500 ml en moyenne avec un maximum de 11.500 ml (soit deux fois la masse sanguine totale d'un individu) confortent l'hypothèse que certaines indications opératoires sont discutables en terme de résécabilité raisonnable.

Alors que les opérations sont longues et difficiles, on applique le principe de non drainage chirurgical qui signifie une chirurgie sans parachute.<sup>57</sup>

Personne ne prétend que le drainage réduit l'incidence des fistules ou des hémorragies. Mais tous s'accordent pour affirmer que le drain est un excellent indicateur des fuites dont la reconnaissance est essentielle.

---

<sup>57</sup> Conlon et al. Prospective Randomized Clinical Trial of the Value of Intraoperative Drainage After Pancreatic Resection ANNALS OF SURGERY 234, 4, 487–494 2001

**Tableau 14 : Suivi postopératoire et corrélation anatomopathologique.**

Post-opératoire		
N	30	100%
Achievement* (N=24)		
Oui	14	58%
Non	10	42%
Nombre de jours postop		
Moyenne		29.9
Médiane		20.5
Min et max		1 à 121
Passage à USI	20	67%
Nbr de jour USI		
Moyenne	4.7	
Médiane	1	
Min et max	0 à 59	
Complication peropératoire	4	13%
Complication postopératoire		
Locale	10	33%
Fistule biliaire	5	17%
Fistule pancréatique	6	20%
Fistule gastrique	2	7%
Hémorragie	9	30%
Infection	10	33%
Vasculaire	6	20%
Autres	14	47%
Anatomopathologie		
Conforme	23	77%
Non-conforme	7	23%

\* parmi les cas avec tumeur maligne

Il est impossible de détecter, à la minute, une hémorragie (il faut une biologie et un CT scanner) et impossible de détecter et traiter médicalement une fistule (nécessité d'attendre l'accumulation de bile ou de sucs pancréatiques dans la cavité péritonéale et appeler à la rescousse la radiologie interventionnelle).

Le débat sur le drainage en chirurgie lourde n'est pas la prévention des fistules, mais bien leur reconnaissance. Or, il est évident que la gestion de la complication est déterminante ici<sup>58</sup>.

Appliquer des principes rigides, lorsque l'activité opératoire est incertaine, témoigne d'une certitude chirurgicale qui s'oppose au principe de vigilance et de prudence que les patients attendent d'une équipe non universitaire.

<sup>58</sup> [Shrikhande et al.](#) Post-operative abdominal drainage following major upper gastrointestinal surgery: Single drain versus two drains JCRT : 9 : 2 : 267-271 2013

La durée moyenne de séjour hospitalier est de 30 jours. On relève de nombreux séjours prolongés aux Soins Intensifs. Ces séjours prolongés à cause d'une morbidité excessive par rapport aux standards s'expliquent par 17% de fistules biliaires, 20% de fistules pancréatiques majeures, 7 % de fistules gastriques, 30% d'hémorragies et 33% d'infections.

Un patient présente un drame vasculaire pos-opératoire qui grève la mortalité. Il faut rappeler que trois patients opérés en 2013 font aussi l'objet d'une analyse. Le problème de mortalité après reconstruction « héroïque » des vaisseaux majeurs n'est donc pas anecdotique.

#### 8.1.6 Corrélation anatomo-clinique

Les observations rapportées par le Laboratoire de Pathologie de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans n'ont pas fait l'objet d'une relecture des coupes. Les comptes rendus sont très complets, clairs et documentés. Le compte rendu anatomopathologique qui confirme ou infirme le diagnostic préopératoire nous apprend aussi le niveau de légitimité de l'indication opératoire : 23 % des résultats ne confirment pas l'indication chirurgicale (**Tableau 14**). Mais dans la majorité des cas, le diagnostic préopératoire était parfait.

**Tableau 15 : Synthèse des résultats pour les pancréatectomies au RSV**

Résultats		
N	30	100%
Décès	6	20%
En synthèse		
Itinéraire totalement validé	17	57%
Itinéraire non-validé <sup>59</sup>	13	43%
Indication opératoire contestable	8	27%
Technique opératoire contestable	9	30%
Suivi perfectible	6	20%

En revanche, si l'on analyse la curabilité de la maladie, on peut estimer que seuls 58 % des patients ont vu leur pathologie éradiquée par l'opération. La plupart du temps à cause d'un stade avancé de l'affection.

Le **Tableau 15** résume les résultats pour les pancréatectomies au RSV.

Sur 30 cas, il y a 6 décès (20%). 43% des itinéraires ne sont pas validés par l'expert.

<sup>59</sup> L'auteur se tient à disposition des confrères impliqués en MHS pour revoir les 13 dossiers contestables en regard des recommandations (indications et techniques) et des usages (surveillance et continuité des soins)

## 8.2 Bench Marking

Les résultats observés dans la présente expertise concernant la MHS, ne sont pas aisément comparables à ceux de la littérature internationale. Mais l'écart avec les résultats de la communauté chirurgicale internationale<sup>60</sup> et suisse est indéniable.

Les résultats de la Faculté John Hopkins sur les DPC selon Whipple (Hatzaras and Peters<sup>61</sup>) démontrent assez clairement les progrès :

***Entre 1969 et 2007, la conservation du pylore a cru de 0 à 74 %, les pertes sanguines ont baissé de 3200 ml à 700 ml en moyenne, les transfusions de 6.3 u à 0 u, le temps opératoire a chuté de 9.0 à 6.5 h, la mortalité post opératoire de 24% à 1.9 %.***

Un élément remarquable parmi d'autres est que la recommandation de ***détection des fistules biliaires connues de tous passe par la mesure du débit biliaire éventuel du drain de Jackson Pratt*** posé dans le hiatus de Winslow. Pour rappel, aucun drainage n'est jamais posé au RSV.

Plus proche du Valais en temps et espace, lisons les recommandations des Hautes Autorités Françaises de Santé (2010).<sup>62</sup>

***Le bilan doit comporter une TDM (CT scanner) et une CIRM (Cholangio IRM) qui déterminent les principales contre-indications opératoires (envahissement artère mésentérique supérieure, tronc cœliaque, artère hépatique, thrombose du confluent portal).***

***Si un doute sur la résecabilité est évoqué, une échoendoscopie est réalisée.....***

Cameron<sup>63</sup> a publié 650 DPC avec une mortalité post opératoire de 1.4 % et un taux cumulé de fistules de 14 % avec un taux de ré interventions de 4 %.

Sur le plan des itinéraires cliniques et des médecins impliqués, les HAS précisent que ***doivent être consultés préalablement : un oncologue, un médecin nutritionniste, un gériatre (>70 ans), l'anesthésiste,....***

Le registre français<sup>64</sup>, tous centres confondus évalue ***la mortalité jusqu'à 10 % et la morbidité jusqu'à 50 %.***

Notre service a participé à une étude multicentrique belge qui vient d'être publiée dans le Lancet. Le taux de fistules observé est inférieur à 5 %.<sup>65</sup>

<sup>60</sup> Billings et al J Gastrointest Surg 2005 OP Mortality : 3 %

<sup>61</sup> Hatzaras and Peters J.Hopkins Institute Website 2008

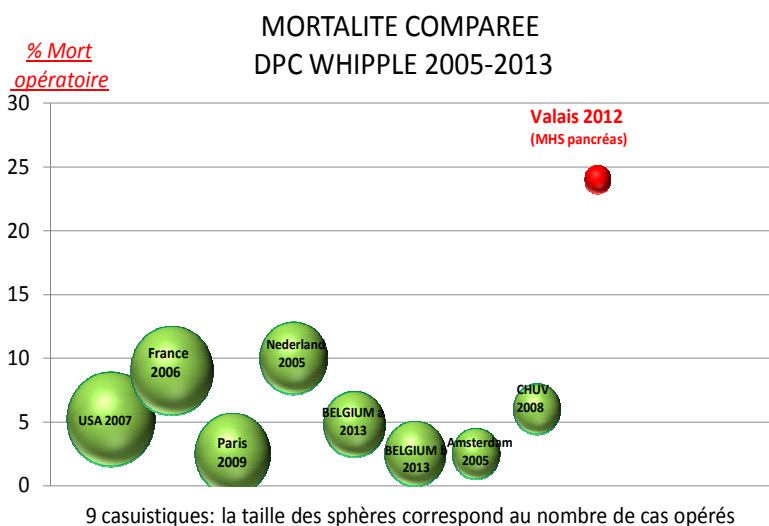
<sup>62</sup> <http://www.e-cancer.fr/>

<sup>63</sup> Cameron et al One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies Annals Surg 244 1 2006

<sup>64</sup> Muscari et al 2006 : N = 300 PTS Whipple mortality 9 %

<sup>65</sup> Tokal et al. Pancreaticogastrostomy or pancreaticojejunostomy after duodenopancreatectomy? Lancet 14 : 340-341. 2013



**Fig.10 : Mortalité comparée aux séries récentes publiées**

Le Bench Marking démontre que les patients valaisans sont soumis à une mortalité significativement élevée (minimum le double voire le triple) en comparaison aux centres étrangers.

Suite aux remarques émanant de certains administrateurs et cliniciens du RSV, l'auteur a resserré les méthodes de calcul des mortalités. Par souci de prudence et de respect pour le profil des pathologies peu comparables à ceux de la littérature, pour des raisons, déjà explicitées d'indications opératoires, l'auteur réexprime les différentes méthodes de présentation de la mortalité opératoire.

Pour rappel, cette mortalité est actuellement le plus souvent calculée en mortalité hospitalière (sans limite de temps) ou à mortalité à 60 et parfois 90 jours.

Voici les résultats de ces recomptages :

<u>Mortalité hospitalière brute en chirurgie pancréatique MHS RSV:</u>	6/30 <b>20 %</b>
<u>Mortalité hospitalière des DPC selon Whipple RSV :</u>	6/21 <b>29 %</b>
<u>Mortalité hospitalière des DPC sur les cas validés malins et curables :</u>	3/18 <b>17%</b>
<u>Mortalité à 30 jours (excluant 2 patients décédés dans les suites à 40 et 120 j) :</u>	2/21 <b>19 %</b>

La littérature est unanime sur une mortalité attendue de moins de **5 à 10 %**. Quelles que soient les méthodes de mesure, il est incontestable que la mortalité est excessive et qu'il faut la réduire.

La comparaison des temps opératoires, des pertes sanguines et transfusions, des durées de séjours est éloquent. Dans la série valaisanne 2011-2012, les temps opératoires, les pertes sanguines et transfusions, et les durées de séjours sont clairement excessifs.

Le CHUV (Petermann et al.2008<sup>66</sup>) a publié, avec une honnêteté scientifique remarquable, une morbidité post DPC selon Whipple de 48 %. Au RSV, elle atteint 73 %. La différence est significative à 0.05 (Fisher) et 0.06 (Khi<sup>2</sup>)<sup>67</sup>.

### 8.3 Itinéraires cliniques

L'expertise des pathologies pancréatiques concernées par la MHS, démontre qu'il n'y a eu que 30 patients opérés en deux ans<sup>68</sup>. Cette activité est substantielle, mais il faudrait en soustraire les indications inappropriées, ce qui réduit l'activité d'un tiers.

L'analyse des 30 dossiers confirme que les recommandations oncologiques sont souvent suivies, mais que la résecabilité est clairement surestimée. L'itinéraire clinique du patient qui le conduit du médecin généraliste ou du gastroentérologue au RSV est assez indécis. La pratique de consultations « extra hospitalières », la non liaison informatique des dossiers, rendent l'analyse fragmentaire. Mais l'essentiel des informations peut être trouvé.

L'absence de bilan complet en imagerie, voire de biopsies préopératoires, pose question. Le « staging » est donc approximatif. Or ce staging détermine les chances de résecabilité, seule garante d'une hypothétique curabilité, voire rémission.<sup>69</sup>

Les indications opératoires oncologiques sont parfois correctement documentées, mais agressives sur le plan vasculaire.

L'environnement gastroentérologique médical est inconstant, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique. Il semble de plus en plus évident que la confiance doit être restaurée entre les gastroentérologues et les chirurgiens digestifs.

L'environnement au bloc opératoire semble correct sous une substantielle réserve. On ne retrouve aucun anesthésiste titulaire dédié à cette lourde pathologie.

La mortalité accrue en Valais est directement liée à l'inclusion de pathologies controversées, au temps opératoire, aux transfusions excessives. Les 9 malades décédés étudiés (4 en 2011, 2 en 2012 et 3 en 2013) ont été anesthésiés par 8 anesthésistes différents, mais opérés par 1 seul chirurgien.

La qualité et les performances d'un service hospitalier sont directement liées au professionnalisme des médecins titulaires. On ne mesure aucune synergie entre certains acteurs. L'interface oncologique est meilleure probablement grâce à l'implication majeure de l'équipe oncologique. Il en va de même pour l'imagerie médicale.

---

<sup>66</sup> Voir publications du service du Pr. Demartines

<sup>67</sup> Pour le lecteur non initié en statistique médicale, cela signifie que sur une petite série les corrélations doivent être considérées avec prudence.

<sup>68</sup> Gooiker et al Systematic review and meta-analysis of the volume–outcome relationship in pancreatic surgery: INCLUDING PARTIAL AND CAUDAL PANCREATECTOMY Mortality rates 2.9 – 10.6 Signalling Committee Cancer of the Dutch Cancer Society

<sup>69</sup> Vincent et al. Pancreatic cancer. Lancet 13 378 607-620 2011

## 8.4 Conclusions et Recommandations MHS Pancréas

L'expertise MHS indépendante de la chirurgie pancréatique lourde au RSV de 2011-2012 est achevée et complète.<sup>70</sup>

Le RSV possédait en 2011-2012 certaines compétences dans la pathologie pancréatique relevant de la prise en charge qualifiée de MHS.

### Quels sont les points-clés de ces observations ?

- **La pratique de la chirurgie pancréatique, pendant la période considérée (avant l'attribution du mandat MHS), présente un nombre de cas limite<sup>71</sup> (30 cas dont 29 avec indication préopératoire « légitime » sachant que certaines peuvent être contestées). La totalité de l'activité opératoire est assumée par le Chef de département. Le recrutement actuel permet de maintenir l'expérience d'un seul opérateur. Ce recrutement doit être renforcé.<sup>72</sup>**
- **L'environnement multidisciplinaire comporte des forces et des faiblesses. Les forces sont démontrées<sup>73</sup>, en particulier, une imagerie disponible de qualité, l'accès au PETCT scan, un service d'anatomie pathologique pointu, un laboratoire de biologie clinique complet, une Unité de Soins Intensifs performante, une unité d'oncologie efficace et expérimentée, un nursing prévoyant.**
- **Les itinéraires cliniques révèlent une faiblesse dans le staging préopératoire, une carence en pancréatologie médicale, l'absence de support endothérapeutique et nutritionnel.**
- **On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique de l'opérateur principal. Néanmoins, les décisions per-opératoires apparaissent quelquefois inappropriées. L'isolement et l'agressivité chirurgicale conduisent à des gestes vasculaires risqués qui ne tiennent absolument pas compte de l'intérêt réel du patient et surtout de sa capacité à les supporter. On note aussi une disponibilité clinique correcte (lorsque l'opérateur est présent<sup>74</sup>) et un engagement thérapeutique.**

<sup>70</sup> Le RSV et l'OVS sont remerciés pour leur collaboration dans la collecte des données. En particulier, la Direction Administrative et Médicale, le Secrétariat du département de Chirurgie Viscérale, le service de l'Informatique Médicale, et l'équipe épidémiologique de l'OVS.

<sup>71</sup> Vincent et al. Operative mortality from pancreatic resection is low at most expert centres. Findings of several studies show that mortality from pancreaticoduodenectomy is considerably lower in high-volume compared with low volume centres. John Hopkins Pancreatic center 2013

<sup>72</sup> Murata et al. Effect of hospital volume on clinical outcome in patients with acute pancreatitis, based on a national administrative database Pancreas 40 7 1018-23 2011

<sup>73</sup> Sous réserve d'une confirmation dans l'ensemble des pathologies MHS digestives.

<sup>74</sup> Les praticiens bénéficient de nombreuses semaines de congé et d'une journée académique. Les week end sont souvent assumés par les assistants et chefs de clinique moins expérimentés surtout en MHS. La vigilance s'en trouve amoindrie, après le départ des soins continus, en particulier parce que la collaboration entre les médecins chefs n'est pas optimale.

- **Le suivi des malades n'est pas suffisamment encadré. Les passages en soins intensifs et continus ne dispensent pas d'une vigilance et d'une prévoyance chirurgicale absolue dans ces cas difficiles.**
- **La sécurité des malades est avant tout assurée par les anesthésistes et les intensivistes. Si le rôle de ces derniers semble adéquat<sup>75</sup>, l'implication du service d'anesthésie en MHS est insuffisante (départementalisation en cours). Les raisons de dissensions méritent une approche sélective.**

L'expertise indépendante du secteur chirurgical pancréatique sur la période 2011-2012 apporte, à ce stade, pour la pathologie concernée les principales recommandations urgentes suivantes :

- **Les dossiers de patients atteints de pathologie pancréatique recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médico-chirurgicale extérieure au RSV, par exemple avec le CHUV. Cette procédure doit permettre de limiter les actes audacieux et les complications vasculaires inutiles.**
- **Il faut associer un consultant expérimenté dans le suivi et le traitement des pancréatites chroniques, un échoendoscopiste et un endotherapiste des voies bilio-pancréatiques. Les endoscopistes expérimentés doivent être plus impliqués dans le quotidien à Sion.**
- **Certaines précautions en termes de sélection des malades (gériatrie), de précautions techniques, et de suivi doivent être imposées au titulaire de l'activité.**

## **9. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale rectale lourde (2011-2012)**

La chirurgie colorectale constitue une spécialité en soi. La plupart des centres de référence universitaires ou privés en Europe ont dédié une clinique ou un service à cette activité. La chirurgie colorectale n'est pas dissociable en pathologie oncologique ou inflammatoire, elle n'est pas segmentée en proctologie et chirurgie rectale fonctionnelle, elle n'est pas divisée en territoires anatomiques, colons gauche, droit, ou rectum. En isolant le cancer rectal de cette spécialité, le CIMHS stigmatise une technique en lieu et place de promouvoir et reconnaître la spécificité de ces chirurgiens. La préservation des fonctions sphinctériennes, leur reconstruction font notamment partie des défis actuels. La présente expertise se trouve donc en porte à faux avec les tendances actuelles dans l'organisation des soins dans ce secteur. Nous verrons qu'en plus, il peut être très malaisé d'interpréter les critères officiels MHS dans la pratique clinique quotidienne. En revanche, l'analyse de ce secteur, particulièrement déterminant pour le futur de la médecine hospitalière valaisanne, apparaît comme essentielle pour apporter des recommandations en pratique chirurgicale quotidienne.

<sup>75</sup> Le mandat n'inclut pas précisément une analyse du département de Soins Intensifs

## 9.1 Casuistique

### Préambule :

La particularité du secteur colorectal réside dans le fait que l'appréciation anatomique de la limite entre le colon sigmoïde et le rectum est sujette à caution.

Tout d'abord la hauteur du canal anal varie selon chacun et la définition précise de la marge anale par les médecins se discute aussi.

Ensuite, si l'on examine la jonction colorectale en imagerie, en endoscopie souple ou rigide ou encore à ventre ouvert, voire en cœlioscopie, la limite est également source de débats infinis. Les choses se compliquent encore lorsque l'on examine une tumeur, ou n'importe quelle pathologie, qui s'étend par exemple de 14 à 18 cm de la M.A.<sup>76</sup>

Les chirurgiens se sont rangés, lors des consensus de 2007, à suivre le compte rendu de la Résonance Magnétique Nucléaire (IRM) préopératoire. Anatomiquement, et en moyenne, le rectum s'étend de la ligne pectinée<sup>77</sup> jusqu'à 15 cm.

Il est divisé en 1/3 supérieur, moyen et inférieur.

Supposons une lésion sigmoïdienne distale, et que le chirurgien résèque plusieurs centimètres pour des raisons vasculaires ou carcinologiques, l'anastomose sera parfaitement réalisée dans le territoire anatomique rectal. Par exemple à 12 cm de la Marge Anale.

S'agit-il de MHS ? Autre hypothèse : A supposer que la radiothérapie aie apporté une réponse en terme de réduction tumorale, il n'est pas rare qu'une lésion du 1/3 inférieur se retrouve à 7 cm de la M.A. Le niveau peut donc varier considérablement pendant la phase thérapeutique.

---

<sup>76</sup> M.A. abréviations de Marge Anale que l'on utilisera par souci de simplification dans le présent mémoire.

<sup>77</sup> Ligne séparant la peau de la muqueuse digestive où se trouvent les cryptes anales.

**Fig.11 : IRM du rectum.**

Le CIMH portant ses critères sur l'acte chirurgical et non sur la pathologie, l'honnêteté intellectuelle invite à inclure tous les codes CHOP mentionnant un geste chirurgical rectal sous la réflexion péritonéale bien reconnaissable par le chirurgien, et lui seul.



Cependant, il y a une distinction voulue par le législateur entre l'amputation rectale essentiellement associée au cancer rectal ou aux maladies inflammatoires étendues (Crohn ou RCUH<sup>78</sup>) et la résection sigmoïdienne pour maladie diverticulaire compliquée. Cette dernière peut, certes, comporter une anastomose manuelle ou mécanique plus distale, mais la maladie elle-même épargne de fait le rectum.

Afin de solutionner ce dilemme, nous avons, en accord avec les intervenants de l'OVS et du CHUV, analysé séparément les deux casuistiques.

La série A concerne les néoplasies rectales incontestables, la série B concerne les pathologies fonctionnelles, (diverticulite, sténose rectale, troubles majeurs fonctionnels,...) qui ont nécessité dissection de la charnière recto sigmoïdienne et suture chirurgicale à moins de 15 cm de la M.A.

**Série A.**

La casuistique incontestablement « MHS » et de surcroît carcinologique porte sur une cohorte de 58 patients remplissant incontestablement les critères établis par le CIMHS, 31 opérés en 2011 et 27 en 2012.

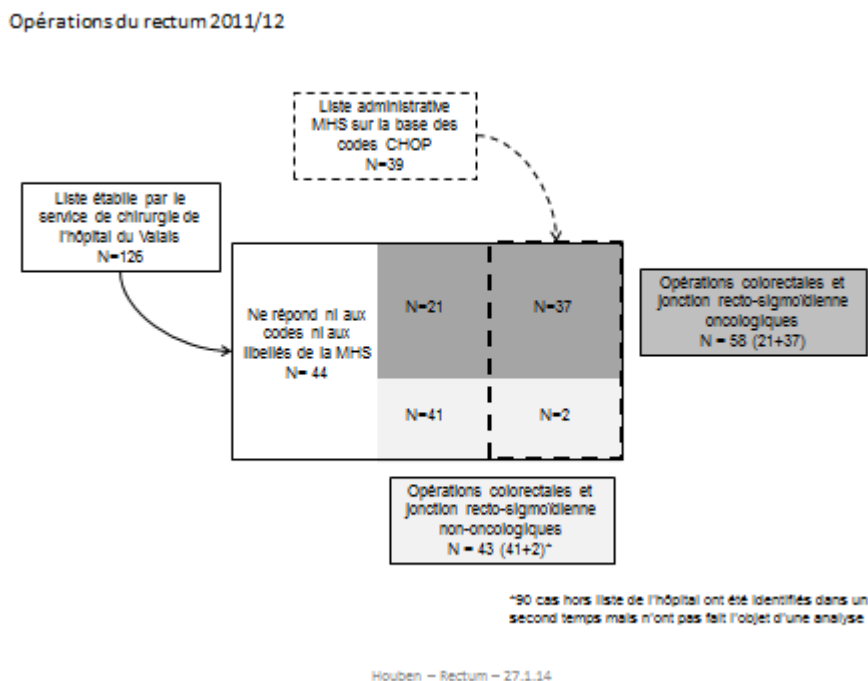
**Série B.**

La casuistique comprend les interventions pour diverticulose compliquée, pathologies périnéales ou maladies inflammatoires (dont seules 2 sont qualifiées « MHS »), qui ont entraîné une anastomose colorectale.

43 patients ont été opérés en 2011-2012. En réalité, il est apparu secondairement que 90 patients opérés au CHCVs<sup>79</sup> n'avaient pas été inclus dans la liste fournie par le département de chirurgie viscérale.

<sup>78</sup> Les maladies inflammatoires du tube digestif touchant le rectum sont la rectocolite ulcéro-hémorragique communément intitulée RCUH et la maladie de Crohn dont la forme colique peut sévèrement atteindre le rectum et le canal anal nécessitant alors des chirurgies complexes emportant parfois tout le colon.

<sup>79</sup> Centre Hospitalier du Valais central

**Fig.12: Périmètre de l'expertise.**

En conséquence, cet échantillon est traité comme simple **indicateur** notamment sur les itinéraires cliniques au SZO. Cet aspect sera traité dans un chapitre ultérieur.

Cette expertise permet cependant d'établir le niveau de qualité et de rigueur sur la base de paramètres pré-établis. 59 paramètres déclinés en 6 sous-groupes (**profilage du patient, chemin diagnostique, bilan préopératoire, intervention chirurgicale, suivi et gestion des complications, et corrélation anatomo-clinique**) soit **3'016 données analysées**.

Ils ont été établis en accord avec les connaissances publiées et l'expérience des cliniciens issus de l'Université Libre de Bruxelles.

Une relecture indépendante des résultats totalement anonymisés est soumise au Prof. J. Van de Stadt, Chef de la clinique de chirurgie colorectale à l'Hôpital Erasme. La littérature internationale (Pubmed) 2005-2012 a été revue en terme de morbidité et mortalité opératoire.

### 9.1.1 Profil de la cohorte

Parmi les 58 patients éligibles, 20 ont été opérés au SZO<sup>80</sup> et 38 au CHCVs<sup>81</sup>.

Agés de 49 à 87 ans, les patients présentent un âge moyen de 69.5 +/- 7.4 ans.

Administrativement, l'admission est qualifiée d'urgente dans 5 % des cas. Ce taux est relativement faible.

<sup>80</sup> Spital Brig

<sup>81</sup> Centre Hospitalier du Valais central



Le sex ratio est de 2 :1 (40/18). La comorbidité est significative.

15/58 (26%) présentent une obésité morbide préalable avec BMI > 34.

34/58 (59%) présentent une hypertension artérielle systémique traitée ou une pathologie cardiaque prouvée.

5/58 (9 %) présentent une dénutrition.

Pour qualifier les patients selon l'ASA<sup>82</sup>, le score médian est de 2.0. 7 patients sont ASA 3. Cela définit déjà une morbidité moyenne préexistante majeure. Il faut en tenir compte dans l'interprétation de la morbidité et de la mortalité post opératoires.

### 9.1.2 Chemin diagnostique

Le dépistage et la détection des cancers du rectum échappent totalement aux chirurgiens. Il appartient aux médecins généralistes et aux gastroentérologues de diagnostiquer les maladies rectales. En revanche, le chirurgien peut le détecter lors d'une consultation proctologique ou plus rarement d'une occlusion basse en urgence.

Quelles sont les pathologies rectales néoplasiques observées ?

#### **Tableau 16. Pathologies rectales.**

58 Op rectum pour cancer 2011-2012

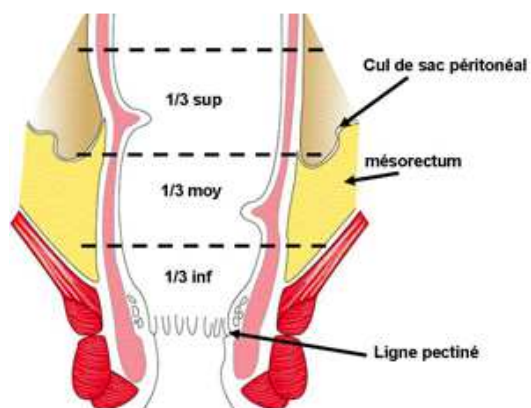
<b>Caractéristiques des pathologies</b>		
Pathologie		
Adénocarcinome rectum*	50	86%
Epidermoïde	1	2%
Métastase	1	2%
Autres	6	10%
Localisation pathologie		
Tiers inférieur	22	38%
Tiers moyen	15	26%
Tiers supérieur	10	17%
Charnière	11	19%

Parfaitement conforme à la littérature, et aux expériences des collègues, le profil démontre 86% de carcinomes d'origine glandulaire. Les épithéliomas épidermoïdes sont moins fréquents et moins souvent opérés.

La localisation est également attendue.

<sup>82</sup> Scores : ASA Physical Status Classification System

1 : Patient normal 2 : Patient avec anomalie systémique modérée 3 : Patient avec anomalie systémique sévère 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe. Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients. Référence : <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

**Fig.13 : Niveau anatomique de la lésion (nonobstant la hauteur anastomotique)****Charnière recto-sigmoïdienne : 19 %****1/3 sup. : 17 %****1/3 moy. : 26 %****1/3 inf. : 38 %**

### 9.1.3 Bilan préopératoire

Le bilan carcinologique du cancer rectal comprend un vaste terrain d'investigation.

Il faut rappeler la prise en charge pluridisciplinaire indispensable.

Trois secteurs doivent être parfaitement explorés :

- L'état général du patient qui détermine le support nécessaire et l'opérabilité. Il inclut notamment, chez la personne âgée, la fonction anorectale qui indique la capacité à supporter une reconstruction rectale basse ou même colo anale. En effet, depuis une quinzaine d'années, les chirurgiens tentent de réduire l'incidence des amputations abdominopérinéales qui rendent la colostomie définitive.
- Le bilan locorégional de la tumeur qui détermine sa résécabilité chirurgicale et l'opportunité d'un traitement néo adjuvant (chimio, radiothérapie).
- Le bilan à distance qui indique la présence de métastases et leur traitement spécifique. Cet élément détermine aussi un pronostic sur lequel on informe le patient et l'on bâtit le plan de traitement.

Les mises au point sont-elles conformes aux attentes ?

Sur le plan général, le rôle des anesthésistes et des gériatres est déterminant. Les notes préopératoires sont fournies. Un avis d'interniste gériatre pourrait parfois implémenter le dossier, mais la prise en main oncologique chimiothérapique est très bien documentée.

En revanche, on ne relève aucune exploration fonctionnelle anorectale. Pourtant la population féminine est âgée. Le nombre d'amputations abdominopérinéales et l'absence de reconstruction colo anale manuelle explique sans doute que les manométries et les testing ne soient pas demandés.

Qu'en est-il du bilan carcinologique ?

Le premier élément est la colonoscopie avec biopsie : Elle fut pratiquement systématique.

Ensuite, il faut déterminer le stade et le niveau précis de la tumeur. La Résonance Magnétique nucléaire (IRM) est le meilleur choix pour déterminer le niveau et l'extension locale dans le méso. Elle met aussi en évidence les ganglions pathologiques. 53 % des patients en ont bénéficié.

Pour le tiers distal du rectum, l'examen « challenger » est l'écho endoscopie. C'est l'examen le plus performant pour les rapports anatomiques avec l'appareil sphinctérien. Il n'a jamais été demandé ni réalisé.

Par contre un CT scan fut demandé chez 52 malades (90%). Le dosage des traceurs tumoraux, CEA et CA19.9 ne fait pas partie de la batterie biologique. Son intérêt réside dans la détection d'une récurrence précoce lorsqu'il est exprimé par la tumeur.

Le PET CT au FDG, utile pour la détection des métastases, la réponse métabolique au traitement néo adjuvant est en voie de recommandations. On la demande chez 27 des 56 candidats potentiels, soit une fois sur deux.

Comme le montre le **tableau 17**, 34 patients (58%) bénéficient d'un traitement pré-opératoire, c'est-à-dire néoadjuvant. L'application d'une radio-chimiothérapie néoadjuvante sur le cancer rectal est l'objet de controverses.

Certains l'appliquent systématiquement, d'autres seulement lorsque le stade eTNM atteint T3 ou N1.

**Tableau 17. : Bilans préopératoires pathologies rectales**

Examens préopératoires		
N	58	100%
CT-scan	52	90%
IRM	31	53%
PET-CT scan (N=56)*	27	48%
Echoendoscopie	0	0%
Colloque multidisciplinaire		
Non	7	12%
Préopératoire	41	71%
Postopératoire	10	17%
Radio/chimiothérapie préopératoire		
Radio et chimio	26	45%
Chimio seule	6	10%
Radio seule	2	3%

\* information manquante pour 2 cas

Une concertation pluridisciplinaire a eu certainement lieu lors de la prise en charge oncologique. Mais elle n'a donné lieu à un compte rendu formel que 51 fois (86%), dont 10 fois après l'intervention chirurgicale et 7 fois jamais. Il n'est pas exclu que la digitalisation ou le secrétariat soient inconstants. On peut dire que, globalement, la concertation oncologique pluridisciplinaire fonctionne bien, mais, une fois sur deux, sans imagerie complète.

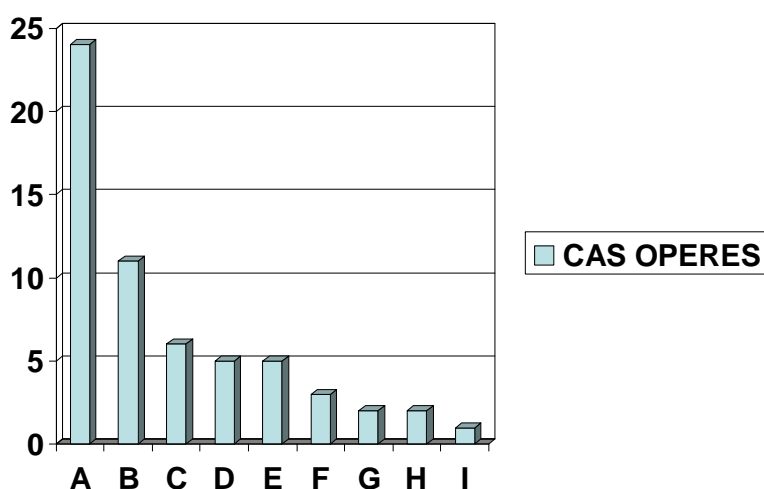
#### 9.1.4 Intervention chirurgicale

Le Chef du Département a opéré personnellement 43 % des malades.

La répartition mentionne 8 chirurgiens, ce qui implique une moyenne annuelle de 3.5 cas.

**Fig.14 :** Répartition des procédures rectales par chirurgien. On constate parfaitement que l'activité individuelle est fort variable selon les 8 chirurgiens du service

Cancer du rectum: Activité opératoire individuelle  
2011-2012



En réalité, près de la moitié des patients sont opérés par un chirurgien (A) et 7 exécutent cette procédure moins de 3 fois par an. Cette situation est à comparer avec l'enseignement de la chirurgie aux assistants en formation, certes supervisés, mais opérateur principal.

Si l'expérience acquise permet de conserver le « know how » quelques années, le manque de pratique altère progressivement l'expertise.

La centralisation des cas sur 2 chirurgiens multiplierait par 5 la pratique individuelle.

Contrairement aux autres secteurs de la MHS, le SZO réalise un nombre significatif de résections rectales et colorectales. La situation chirurgicale n'est pas limpide. D'une part, l'opérateur principal n'est pas médecin chef au RSV, mais il apparaît que la tenue du dossier, les rapports opératoires et le suivi ne soient pas digitalisés. Une partie du dossier médical au SZO est-il sous forme « papier » ou y a-t-il des informations décentralisées comme le rapport chirurgical ? Il y a matière à investigation.

En outre, pourquoi les chirurgiens colorectaux impliqués au RSV comme staff permanent ne prennent-ils pas en charge ces patients ? Il peut s'agir d'un problème de confiance, de contact ou même d'une stratégie de service. Quoi qu'il en soit, pour structurer la chirurgie colorectale en réseau, ce point sera rappelé dans les recommandations.

La durée opératoire moyenne est de près de 4 Heures, temps compatible avec une chirurgie conservatrice et carcinologique.

On a transfusé 17 patients (29 %), dont 5 avec plus de 5 unités. C'est à la limite de la norme attendue.

31 anesthésistes différents pour 58 malades. Interpellant. La MHS exige des équipes rôdées ; or, une fréquence annuelle de un cas par an augure mal de la complicité professionnelle nécessaire à une performance de qualité.

Les progrès en chirurgie mini-invasive apportent des avantages cliniques démontrés. Si la TME de Hill était réalisée initialement par laparotomie, il est maintenant établi qu'elle peut être réalisée par cœlioscopie avec un avantage certain en termes d'hospitalisation et de confort.

Le taux de cœlioscopie dans la présente casuistique est de 36 %.

Il est inférieur à celui des équipes les plus entraînées en Europe. Soit les antécédents et la comorbidité des patients contraindiquent l'abord cœlioscopie, soit l'équipe du RSV n'est pas fort motivée par la cœlioscopie.

En revanche, la reconstruction colo-anale est absente de cette casuistique. Il est permis de postuler que 1 malade sur 6 aurait pu bénéficier d'une intervention sauvant l'appareil sphinctérien, épargnant, dès lors, des colostomies définitives.

**Tableau 18** : synopsis chirurgical

<b>Traitement chirurgical</b>		
N	58	100%
<b>Anesthésiste</b>		
Nombre d'anesthésistes pour les 58 cas	31	
Nombre d'opération par anesthésiste		
Moyenne	1.9	
Médiane	2	
Min et max	1 et 5	
<b>Approche opératoire</b>		
Laparoscopie	21	36%
Laparotomie	34	59%
Conversion	2	3%
Trans-anal	1	2%
<b>Type de résection</b>		
TME*	51	88%
Résection antérieure conventionnelle	2	3%
Debulking	2	3%
Résection recto sigmoïdienne	1	2%
Exenteration pelvienne	1	2%
Résection trans-anale	1	2%
<b>Type de reconstruction</b>		
Anastomose ColoRectale	35	60%
Amputation Abdominopérinéale selon Miles**	16	28%
Hartman (colostomie gauche définitive)	6	10%
Suture rectale	1	2%
<b>Type de stomie</b>		
Aucune	20	34%
Définitive	22	38%
Iléostomie temporaire	14	24%
Colostomie temporaire	1	2%
<b>Durée opération [heures] (N=57)***</b>		
Moyenne	3.8	
Médiane	4	
Min et max	0.75 à 9.5	
<b>Pertes [ml]</b>		
Moyenne	570 ml	
Min et max	0 à 5000 ml	
<b>Transfusion</b>		
Non	41	71%
Oui	17	29%
1 à 5 U	12	
6 à 10 U	5	
Plus de 10 U	0	
<b>Drain</b>	24	41%

\* 1 avec cholécystectomie, 1 avec HRT, 1 avec néphrectomie, 1 avec prostatectomie

\*\* 1 avec cholécystectomie

\*\*\* information manquante pour 1 cas

Le recours aux iléostomies temporaires de protection chez ¼ des patients est conforme au principe de précaution adopté en chirurgie rectale lourde.

### 9.1.5 Suivi post opératoire et gestion des complications

La durée moyenne d'hospitalisation est de 20 jours. On est loin des courts séjours de type « fast track ». La corrélation entre la durée d'hospitalisation et le profil de pathologie n'est pas choquant. Cependant le taux de fistules anastomotiques observé « plombe » les résultats.

On dénombre **26 % de fistules** et 11 hémorragies nécessitant transfusion. La transfusion est un facteur péjoratif en oncologie chirurgicale, car elle altère la réponse immunitaire indispensable à la réduction des récives.

Comme relevé dans le **Tableau 19**, les complications per et post opératoires sont fréquentes.

**Tableau 19** : Evolution des itinéraires post opératoires

Post-opératoire		
N	58	100%
Achievement* (N=24)		
Oui	49	84%
Non	9	16%
Nombre de jours postop		
Moyenne	20,1	
Médiane	14,5	
Min et max	3 à 82	
Passage à USI (N=57)	18	32%
Nbr de jour USI		
Moyenne	1,4	
Médiane	0	
Min et max	0 à 24	
Complication peropératoire	10	17%
Complication postopératoire		
Locale	16	28%
Fistule	15	<b>26%</b>
Hémorragie	11	19%
Occlusion	2	3%
Autres	23	40%
Anatomopathologie		
Conforme	57	98%
Non-conforme	1	2%

\* parmi les cas avec tumeur maligne

### 9.1.6 Corrélation anatomo-clinique

Comme esquissé dans le profil des pathologies oncologiques, le compte rendu histologique a confirmé les diagnostics pré opératoires.

Enfin, la conformité du rapport anatomopathologique dans 98 % des cas est remarquable.

On note un « downstaging ».

Dans la présente expertise, le nombre moyen de ganglions sur la pièce est de 14 +/- 6 et seulement 1 +/- 1.6 est positif.

La lymphadénectomie correspond aux recommandations.

Le type de résection qui doit comporter la résection du méso rectum, siège des adénopathies, est conforme aux attentes et aux recommandations. 88 % de TME authentifiées par le pathologiste constituent une garantie carcinologique. Les marges radiaires et anastomotiques sont saines.

De plus, 84 % des patients bénéficient d'une résection R0, soit à visée curative, ce qui, toutes indications confondues, est plus que correct.

## 9.2 Bench Marking

Sur le plan de la prise en charge oncologique globale du cancer rectal, les recommandations thérapeutiques sont assez bien suivies. Elles s'appuient cependant sur un nombre insuffisant d'IRM et d'échoendoscopie.

Il faut bien comparer l'expertise à des standards.

### 9.2.1 Concernant les pathologies et leur mise au point

La répartition des pathologies de cette activité bi-annuelle est inhabituelle par rapport aux autres centres. On s'étonne de ne pas rencontrer un seul cas de maladies inflammatoires, telles que la maladie de Crohn, la Rectocolite ulcéro hémorragique, voire les rectites médicamenteuses, etc...).

Aucune colectomie ou proctocolectomie n'a été réalisée pour polypose familiale ou IBD.

La stratégie oncologique est documentée et souvent présentée en colloque.

Cependant, conformément à toutes les recommandations internationales, la mise au point doit comporter un dosage pré-thérapeutique du CEA (marqueur tumoral)<sup>83</sup>.

L'échoendoscopie est le meilleur examen de staging pour le 1/3 inférieur sans conteste. L'IRM doit être systématique.

---

<sup>83</sup> Van de Velde et al. EURECCA colorectal Eur J Cancer 2013



### 9.2.2 Concernant la technique opératoire

L'abord mini-invasif et la préservation des fonctions sphinctériennes et sexuelles sont les enjeux actuels.

Le taux de cœlioscopie reste modeste. Or, la littérature est claire et déterminante sur les résultats des abords mini-invasifs.

Les taux de réussite sur le plan carcinologique sont équivalents en cœlioscopie et en laparotomie ; de plus, la survie est majorée en cas de réanastomose par rapport au groupe ayant subi une APR.<sup>84</sup>

### 9.2.3 Concernant la morbidité

Elle est en partie liée à la comorbidité préopératoire des patients admis.

Globalement elle est de 69 %. Seuls 31 % des patients colectomisés ont échappé à toute complication. Cossa<sup>85</sup> parle de 30 %, mais il inclut les colectomies droites. En revanche, les patients ont plus de 75 ans ! Notre expérience, selon des critères sévères identiques se rapproche de 40 %.

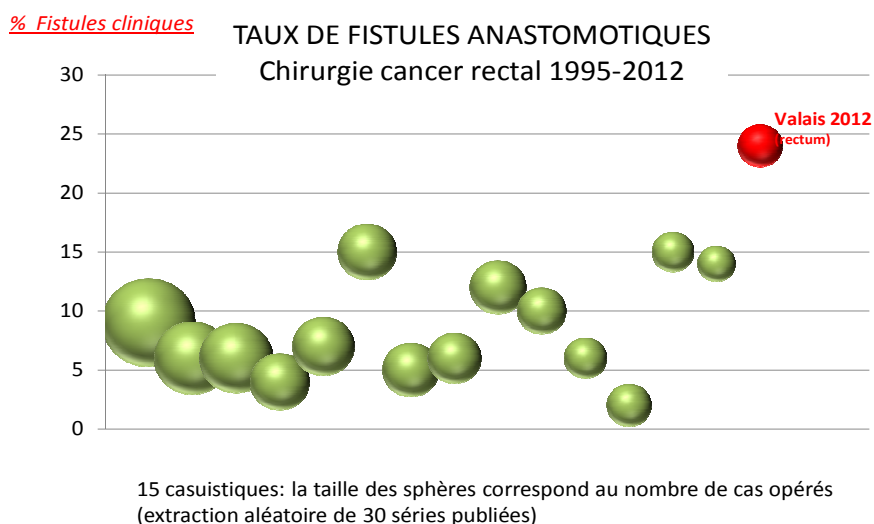
Deux paramètres semblent dévier des standards : le taux de fistules anastomotiques est important (24 %), alors que la littérature mentionne des taux variant entre 8 et 12 %.

Le critère appliqué pour la mesure de l'incidence des fistules anastomotiques est clinique. Il s'agit des désunions et fuites diagnostiques au sein du service pendant l'hospitalisation. Ce paramètre n'alourdit pas la casuistique, car certains auteurs sont plus sévères en contrôlant radiologiquement les anastomoses.

---

<sup>84</sup> Ayman et al. Long-term oncologic outcome after laparoscopic surgery for rectal cancer Surg Endosc .1007/s00464-013-3286-8

<sup>85</sup> Cossa et al. Résection colo rectale sous coelioscopie chez le patient âgé. e Mem Acad Nat Chir 7 1 69-75 2008

**Fig.15 : Incidence des fistules post-opératoires comparée (30 séries comparables)**

En terme de qualité, la casuistique valaisanne n'est pas parmi les leaders en Europe, Asie et USA. (Bogdan et al 2010)<sup>86</sup>.

L'agence nationale sanitaire française (Institut National du Cancer) avance un taux de fistules anastomotiques de 10 à 15 %, mais inférieur en cas d'iléostomies de protection.

**Tableau 20 : (d'après Paun et al.)***Complication Rates of Rectal Cancer Surgery*

Complication	Rate*95% CI	No. Studies	I2 Value	Sensitivity Analysis†
Wound infection	0.07 0.05–0.0850		90%	0.06
Anastomotic leak	0.11 0.10–0.1284		70%	0.10
Pelvic sepsis	0.12 0.09–0.1629		93%	0.12
Postoperative death	0.02 0.02–0.0375		70%	0.02

Paun et al<sup>87</sup> ont publié une revue de cohortes.  
Le tableau est extrait de cette publication :

<sup>86</sup> Bogdan et al. Postoperative Complications Following Surgery for Rectal Cancer *Annals of Surgery*. 2010;251(5):807-818

<sup>87</sup> Paun BC, Postoperative complications following surgery for rectal cancer. *Ann Surg*. 2010 May;251(5):807-18. **The anastomotic leak rate, reported in 84 studies, was 11% (95% CI: 10, 12); The postoperative death rate, in 75 studies, was 2%** Fifty-three prospective cohort studies and 45 randomized controlled studies with 36,315 patients (24,845 patients had an anastomosis) were eligible for inclusion. Most of the studies found were based in continental Europe (58%), followed by Asia (25%), United Kingdom (10%), North America (5%), and Australia/New Zealand. The anastomotic leak rate, reported in 84 studies, was 11% (95% CI: 10, 12); the pelvic sepsis rate, in 29 studies, was 12% (9, 16); the postoperative death rate, in 75 studies, was 2% (2, 3); and the wound infection rate, in 50 studies, was 7% (5, 8).

Tenant compte que ces importantes séries datent, pour certaines, de plus de 15 ans, on peut affirmer qu'il y a moyen de faire mieux, d'autant que le nombre de malades non anastomosés est important. En comparant le nombre de fistules au nombre réel d'anastomose colorectales, on approche un malade sur deux. Excessif ! On peut invoquer un problème technique dans la réalisation des agrafages mécaniques.

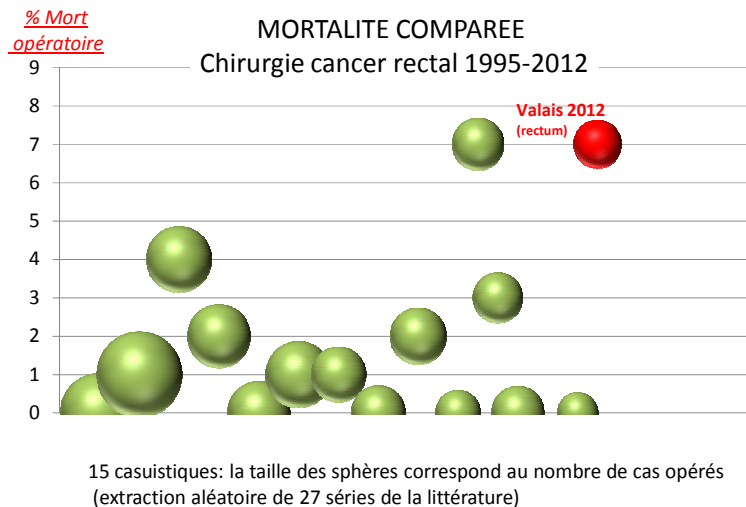
On observe également un certain nombre d'hémorragies abdominales, mais leur définition est variable. Nous avons seulement pris en compte les transfusions de globules rouges concentrées.

Une durée moyenne de séjour de 19.5 +/- 10 jours confirme une morbidité post opératoire importante.

#### 9.2.4 Concernant la mortalité

Un taux de mortalité de 7 % est proche de la moyenne suisse (5 %) tous stades confondus, mais la littérature internationale est plus exigeante<sup>88</sup>. Le taux de mortalité post opératoire (30 j et hospitalisation) avoisine 2 % dans la littérature. Le lecteur jugera du poids de la littérature<sup>89</sup>, dans l'appréciation du niveau de performance au RSV.

**Fig.16 : Incidence de la mortalité postopératoire après chirurgie rectale**



Il est intéressant que nous ne disposions pas préalablement des indicateurs internes issus du rapport OFSP 2013. Ces chiffres sont calculés sur la base de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS (MS). Que révèle ce rapport en mai 2013 ?

<sup>88</sup> Ferron et al AFC En chirurgie **colo rectale, la mortalité et la morbidité** post-opératoires sont évaluées respectivement à **3,4% et 35%** dans l'étude récente de l'Association Française de Chirurgie.1 les caractéristiques du patient, le diagnostic, le type de chirurgie et la morbi-mortalité post opératoire (126 items) avec un **suivi à 3 mois**. Tous les 6 mois, une revue de morbi-mortalité (RMM) était faite, lors de la journée de séminaire du service, impliquant tous les personnels, permettant d'analyser collectivement et périodiquement l'ensemble des indicateurs.

*Résections colorectales* : le SMR est à 2.1 en 2011 (1.2 en 2008-10), ce qui correspond à 16 décès au lieu de 8 attendus. Les résultats 2010 indiquaient déjà une surmortalité (SMR : 1.5; 12 décès observés contre 8 attendus).

Extrait du rapport OFSP<sup>90</sup>

En 2012 et 2013, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié des résultats d'indicateurs de mortalité, notamment pour les résections colorectales, les pancréatectomies et les interventions complexes de l'œsophage. Les indicateurs sont construits sur la base de la statistique médicale des hôpitaux des années 2010 [1] et 2011 [2]. **Leurs résultats sont publics et publiés en ligne [3]. Il est important de relever que les cas considérés pour ces indicateurs ne correspondent pas exactement à la définition des cas de MHS, en particulier les résections colorectales. Néanmoins, ces données sont intéressantes à relever.**

Sur les 151 résections colorectales réalisées au CHCVs en 2010, une mortalité de 7.9% était observée, ce qui correspond à 12 décès. La mortalité attendue était de 5.2%, ce qui correspond à 8 décès. Sur les 154 résections colorectales réalisées au CHCVs en 2011, une mortalité de 10.4% était observée, ce qui correspond à 16 décès. La mortalité attendue était de 5.0%, ce qui correspond à 8 décès.

Sur les 17 pancréatectomies réalisées au CHCVs en 2010, une mortalité de 0.0% était observée, ce qui correspond à 0 décès. La mortalité attendue était de 9.8%, ce qui correspond à 2 décès. Sur les 15 pancréatectomies réalisées au CHCVs en 2011, une mortalité de 20.0% était observée, ce qui correspond à 3 décès. La mortalité attendue était de 6.6%, ce qui correspond à 1 décès.

Au vu d'un nombre d'interventions complexes de l'œsophage inférieur à 10 au CHCVs en 2010 et en 2011, les taux de mortalité n'ont pas été publiés.

Les deux analyses indépendantes se renforcent en 2010, 2011 et 2012. On peut affirmer qu'il existe une surmortalité au RSV- Site de SION en chirurgie colorectale MHS et non MHS. Les indices sont normaux au SZO, au Chablais et à Valère.

---

<sup>90</sup> [Références particulières ci dessous](#)

1. Office fédérale de la santé publique. Statistiques de l'assurance-maladie. Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2010. Rapport publié en octobre 2012

2. Office fédérale de la santé publique. Statistiques de l'assurance-maladie. Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2011. Rapport publié en septembre 2013

3. Office fédérale de la santé publique. Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus. [www.bag.admin.ch/ighs](http://www.bag.admin.ch/ighs), accédé le 12.02.2014

### 9.3 Itinéraires cliniques

L'expertise des pathologies rectales oncologiques concernées par la MHS démontre qu'il n'y a eu que 58 patients opérés en deux ans qui ont donné leur accord à l'enrôlement dans l'étude.

**Tableau 21 : MHS Rectum - Résultats globaux**

Résultats		
N	58	100%
Décès	4	7%
En synthèse		
Itinéraire totalement validé	27	47%
Itinéraire non-validé	11	19%
Itinéraire sujet à débat	20	34 %
Choix technique contestable (AAP)	4	7%

L'analyse des dossiers confirme que les recommandations oncologiques sont suivies.

L'itinéraire clinique du patient, qui le conduit du médecin généraliste ou du gastroentérologue au RSV, est cohérent. La pratique de consultations « extra hospitalières », les manquements observés dans le dossier informatique au SZO rendent l'analyse fragmentaire sur certains aspects. Mais l'essentiel des informations peut être trouvé.

Les bilans pré-thérapeutiques sont corrects à l'exception de manquements dans le staging préopératoire (IRM et échoendoscopie). Si l'imagerie est de qualité, l'intégration radio clinique fait parfois défaut. Conformément aux plans de traitements du CHUV,<sup>91</sup> d'Erasmus<sup>92</sup> et du CHIREC<sup>93</sup>, l'IRM doit être systématique.

On ne trouve pas toujours de compte rendu de concertation médico-chirurgicale.

Les indications opératoires oncologiques sont parfaitement justifiées sauf dans de rares exceptions (un retard excessif de prise en charge de 5 mois, un « understaging », et quelques patients qui auraient pu bénéficier d'une radiothérapie).

On déplore l'absence de chirurgie coloanale conservatrice. Le choix de recourir systématiquement à l'amputation abdomino périnéale (AAP) est regrettable en 2011-2012.

Les taux de réussite sur le plan carcinologique sont équivalents en cœlioscopie et en laparotomie ; de plus, la survie est majorée en cas de réanastomose par rapport au groupe ayant subi une APR.

L'environnement au Bloc Opératoire semble correct sous une substantielle réserve. L'absence de départementalisation du service d'anesthésie conduit à voir « défiler » 32 anesthésistes en deux ans.

<sup>91</sup> Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

<sup>92</sup> Hôpital Académique de l'ULB Bruxelles

<sup>93</sup> Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell Bruxelles

#### 9.4 Analyse d'un échantillon de pathologies colorectales MHS « borderline »

Ce chapitre particulier constitue une extension au mandat strictement MHS. En effet, les quelques cas de pathologies bénignes fonctionnelles ne pouvaient être intégrés dans la casuistique du cancer rectal, mais la fusion et l'analyse des listes de patients fournies par les structures du RSV ont montré que les interventions de la charnière recto sigmoïdienne étaient parfois noyées dans la MHS.

Nous avons donc procédé à l'extraction de ces cas, mais une partie de ces patients avaient été déjà paramétrés. Les informations, certes fragmentaires, apportent un éclairage intéressant.

Tout d'abord la chute de recrutement 2011-2012, et peut être 2013, est frappante. Et la chute concerne autant la MHS que la chirurgie colorectale non concernée par les dispositions supracantonales.

Les conclusions de cette casuistique doivent être très prudentes car l'échantillon porte, pour des raisons administratives, plus sur les patients du Haut-Valais.

Malgré cette réserve, un échantillon portant sur 1/3 de l'activité globale (133 patients) représente une valeur indicative intéressante sur l'efficacité du système de soins.

**Tableau 22** : Evolution de l'activité au sein du RSV 2011-2012

COLECTOMIES DIVERTICULITE ET CANCER			
	CHVs	SZO	TOTAL
2011	59 (61%)	38 (39%)	97 (100%)
2012	46 (67%)	23 (33%)	69 (100%)
TOTAL	105	61	166
trend annuel	<b>-22%</b>	<b>-39%</b>	<b>-29%</b>

**Tableau 23 : Profil de la casuistique de chirurgie colorectale non néoplasique :**

43 Op rectum  
non-onco

2011-  
2012

Caractéristiques des patients		
N	43	100%
Hôpital		
CHCVs	8	19%
SZO	35	81%
Sexe		
Homme	15	35%
Femme	28	65%
Age [ans]		
Moyenne	62,6	
Médiane	61	
Min et max	45 et 87	
Agés de 70 ans et plus	12	28%
Mode d'admission		
Planifié	40	93%
Urgence médicale	3	7%
Antcd pelvien majeur	12	28%
Hypertension/pathologie cardiaque	14	33%
Obésité	9	21%
Dénutrition	2	5%
Cirrhose	0	0%

Remarque : score ASA manquant pour la majorité des cas

Le profil des patients est banal ; la comorbidité n'appelle aucun commentaire.

**Tableau 24 : Bilan pré-opératoire chez les patients non néoplasiques**

Examens préopératoires	et	diagnostic
N	43	100%
CT-scan	43	100%
IRM		0%
Diagnostic		
Diverticulite refroidie	36	84%
Diverticulite aiguë	1	2%
Div ou Cancer	1	2%
Div + Prolapsus	1	2%
Prolapsus	1	2%
Sténose colorect B	1	2%
Rectocèle	2	5%
Localisation pathologie		
Tiers inférieur	1	2%
Tiers moyen	0	0%
Tiers supérieur	2	5%
Charnière	40	93%

Il s'agit essentiellement de diverticuloses compliquées de diverticulites récidivantes et de sténoses.

**Tableau 25** : Synoptique chirurgical de la pathologie rectale non néoplasique

Traitement chirurgical		
N	43	100%
Chirurgien		
A	31	72%
B	5	12%
C	3	7%
D	2	5%
E	1	2%
F	1	2%
Nombre d'anesthésistes pour les 43 cas	23	53%
Nombre d'opération par anesthésiste		
Moyenne	1,9	
Médiane	1	
Min et max	1 à 5	
Approche opératoire		
Laparoscopie	38	88%
Laparotomie	3	7%
Conversion	2	5%
Type de résection		
Rés. Rectosigm.	38	88%
Opération de Hartman	2	5%
Résection rectale	1	2%
Colectomie + Suspension	2	5%
Type de stomie		
Aucune	41	95%
Définitive	2	5%
Durée opération [heures] (N=38)*		
Moyenne	1,9	
Médiane	1,5	
Min et max	0.5 à 6	
Pertes [ml]		
Moyenne	130	
Médiane	0	
Min et max	0 à 2000	
Transfusion		
Non	39	91%
Oui	4	9%
1 à 5 U	4	
6 à 10 U	0	
Plus de 10 U	0	
Drain	7	16%

\* manquant pour 5 cas

Les taux d'incidents opératoires sont faibles.



**Tableau 26 : itinéraires cliniques post opératoires - pathologie rectale non néoplasique**

Post-opératoire		
N	43	100%
Nombre de jours postop		
Moyenne	7,8	
Médiane	7	
Min et max	3 et 24	
Passage à USI	10	18%
Nbr de jour USI		
Moyenne	0,8	
Médiane	0	
Min et max	0 à 10	
Complication peropératoire	4	9%
Complication postopératoire		
Locale	2	5%
Fistule	3	7%
Hémorragie	6	14%
Autres	4	9%
Anatomopathologie		
Conforme	42	98%
Non-conforme	1	2%

On retrouve des taux de fistules anastomotiques comparables à la littérature.  
De nombreux patients semi-urgents ont été parfaitement managés.

A part un cas de colite aspécifique interprétée comme une diverticulite et une anastomose en terrain impraticable, cette casuistique ne souffre aucune critique. Les techniques coelioscopiques sont rapides et dépourvues de complications. Les temps opératoires sont remarquablement courts témoignant de l'expertise du chirurgien.  
Celui-ci a réalisé 32 colectomies.

**Tableau 27 : Bilan d'appréciation - Pathologie rectale non néoplasique – Validation des itinéraires**

Résultats		
N	43	100%
Décès	1	2%
<u>En synthèse</u>		
Itinéraire totalement validé	41	96%
Itinéraire non-validé (diagnostic)	1	2%
Choix technique contestable	1	2%

96 % des patients ont bénéficié des soins les meilleurs possibles.

## 9.5 Conclusions et recommandations

L'expertise MHS indépendante de la chirurgie rectale lourde au RSV de 2011-2012 est achevée et complète.<sup>94</sup>

Un premier élément épidémiologique doit être rappelé. Les priorités de santé publique passent au premier plan dans ce secteur. Comme le publient dans l'article : *»Epidémiologie et prise en charge du cancer colorectal: une étude de population en Valais «*, I. Konzelmann et al. (OVS à Sion), *« En Valais, le CCR invasif est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième chez les femmes pour les années 2006-2010 [2]. Entre 1991 et 2010, le nombre de nouveaux cas de CCR par année a fortement augmenté en Valais. Cette augmentation, aussi constatée dans l'ensemble de la Suisse, est à mettre sur le compte de l'accroissement de la population et de son vieillissement. En effet, durant cette même période, les taux d'incidence standardisés sur la population européenne sont restés relativement stables. En Valais, comme en Suisse, le CCR invasif est la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes et les femmes. Le nombre de décès par année a légèrement augmenté entre 1991 et 2010.*

Il est dès lors primordial de promouvoir ce secteur chirurgical qui est indissociable de la chaîne de soins et des itinéraires cliniques oncologiques. L'activité MHS est intimement liée à la capacité de soigner les patients atteints de maladies intestinales aiguës ou chroniques.

Tout hôpital aigu doit proposer un « team colorectal » spécialisé, que ce soit pour les maladies fonctionnelles (IBD, Diverticulose, Périnée descendant, ..... ) ou pour le cancer colorectal.

Le RSV possédait en 2011-2012 des compétences indéniables dans ce secteur, en particulier pour le dépistage, la pathologie, l'imagerie médicale, .....même si certaines défaillances apparaissent dans les résultats finaux.

Quels sont les points-clés ?

- La pratique de la chirurgie rectale pendant la période considérée (avant l'attribution du mandat MHS) présente une activité suffisante (58 cas indubitables, auxquels on peut apparenter techniquement 133 malades dont l'abord chirurgical joute intimement la lésion et demande la même habileté notamment coelioscopique). Il faut réunir et renforcer les compétences entre sites.
- L'activité opératoire est assumée à 2/5 par le Chef de Département. Les autres opérateurs font en moyenne 3 « rectum » par an. Il faut toutefois remarquer que les temps opératoires, le taux de complications ne s'avèrent pas déterminants si l'on compare les opérateurs. Le recrutement actuel permet de maintenir l'expérience de deux opérateurs sur le long terme.
- L'environnement multidisciplinaire comporte des forces et des faiblesses. Les forces sont démontrées<sup>95</sup>, en particulier, une imagerie disponible de qualité, l'accès au PET scan, un service d'anatomie pathologique pointu, un laboratoire de biologie clinique complet, une U.S.I. performante, une unité d'oncologie efficace et expérimentée, un nursing prévoyant.

<sup>94</sup> Le RSV et l'OVS sont remerciés pour leur collaboration dans la collecte des données. En particulier, la Direction Administrative et Médicale, le Secrétariat du département de Chirurgie Viscérale, le service de l'Informatique Médicale, L'équipe épidémiologique de l'OVS.

<sup>95</sup> Sous réserve d'une confirmation dans l'ensemble des pathologies MHS digestives.

- Les itinéraires cliniques révèlent une faiblesse dans le staging préopératoire. Il faut un cadre ferme guidé par un(e) coordonateur (trice) et une systématisation des staging. Colloque obligatoire avant tout traitement.
- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique relative d’après les résultats techniques et un isolement des opérateurs qui collaborent peu. Si la TME est respectée, avec marges saines, lymphadénectomies sécurisées, la confection des sutures pose problèmes.

L’expertise indépendante du secteur chirurgical rectal sur la période 2011-2012 apporte à ce stade pour la pathologie concernée les principales recommandations urgentes suivantes :

- **Les patients, atteints de pathologie rectales recrutés au RSV, doivent impérativement être pris en charge au CHVs. En effet, l’épidémiologie du Valais 2009 révèle que plus de 120 cancers colorectaux doivent être opérés annuellement dans le canton. Il est impensable de ne pas fournir à la population un centre MHS de pathologie rectale. 10 % des patients présenteront une métastase hépatique opérable. Le RSV doit y faire face.**
- **Il faut revoir les procédures d’anastomoses colorectales et colo-anales. Les désunions précoces doivent être évitées. Quant au suivi post opératoire, il présente des failles de causes multiples dont le manque de collégialité et d’esprit d’équipe. Une supervision et un coaching technique sont indispensables et urgents.**
- **Il faut engager un consultant expérimenté en échoendoscopie et entreprendre une politique active de recrutement en établissant des partenariats (gastros privés, Clinique de Valère, Viège, Brigue....).**
- **La préservation de la fonction sphinctérienne n’est pas la priorité. Elle doit l’être.**
- **Il est inconcevable que le RSV invite des chirurgiens visiteurs qui ne s’impliquent pas. L’absence de comptes-rendus, de protocoles, et de suivis personnalisés est nuisible. Chaque opérateur doit voir son rôle officialisé et cadré sous peine de voir une activité hospitalière éparse, aléatoire et non-contrôlable sur le plan qualitatif.**

## 10. Etude de cas litigieux (2013)

Le but de cette analyse fut de déterminer si la prise en charge multidisciplinaire de trois cas complexes litigieux s’est révélée adéquate, réalisée selon les bonnes pratiques (good clinical practice) et les standards reconnus. Hors cadre de l’expertise M.H.S 2011-2012, l’analyse a permis de répondre à l’attente d’explications immédiates.

En aucun cas, cette expertise médico-scientifique n’interfère avec d’éventuelles enquêtes ou instructions hospitalières, civiles ou pénales. L’auteur laisse les éventuelles enquêtes judiciaires poursuivre leur cours. Elle est destinée à alimenter la réflexion des autorités sanitaires cantonales et leur permettre d’assumer leurs responsabilités de tutelle des hôpitaux valaisans.

Sur le plan médico-scientifique, l’étude isolée de ces cas n’a apporté aucun élément supplémentaire ou argument invalidant les constatations de la casuistique 2011-2012. Les pratiques sont restées inchangées : bilan frustré, patients fragiles, prise de risques opératoires,...etc.

## 11. Evaluation de l'environnement technique

Par environnement technique, on entend l'ensemble architectural et médico-technique dans lequel une activité se déploie.

Il ne fait pas de doute que l'hôpital de Sion offre par son campus, ses accès, son architecture, son espace, un cadre optimal à la pratique de la médecine et de la chirurgie de pointe.

Depuis le plateau des urgences remarquablement aménagé et tenu, jusqu'aux soins de suite en passant par les soins intensifs et l'imagerie médicale, les itinéraires cliniques ne rencontrent aucun obstacle pratique. En cas de transferts de pathologies lourdes, il est clair que les patients doivent être conduits au site principal pendant le bilan et non pendant la phase thérapeutique.

Disposant de l'angiographie, de la tomodensitométrie, de l'IRM, d'un Pet scan, le service d'imagerie est solide. Il existe cependant deux problèmes :

- La libéralisation des technologies d'imagerie médicale en Suisse a conduit des investisseurs à installer de hautes technologies en cabinet privé. Ainsi, lorsqu'un médecin référent ou un patient consulte le net pour trouver les coordonnées d'un centre d'imagerie médicale, le référencement fait apparaître Sion en 6<sup>ème</sup> position. Et les caractéristiques techniques ne prédominent pas. Il est évident que l'attractivité médicale tient à des principes élémentaires : attractivité, délai et technologie. Le recrutement MHS viscéral dépend aussi de la flexibilité.
- Les itinéraires cliniques initiés dans certaines maladies font l'impasse sur des examens pourtant recommandés. Il en résulte une sous-consommation, par exemple au Pet Scan. Or les compétences en médecine nucléaires sont évidentes.

Considérons le bloc opératoire. L'agencement architectural est inadéquat. Le quartier opératoire est inadapté aux technologies modernes. Certes, des aménagements ont été ordonnés, mais il manque de l'espace ; la salle 4 affectée à la chirurgie viscérale est obsolète. La planification d'un nouveau quartier opératoire est en chantier. Ceci dit, les locaux n'empêchent en rien une chirurgie de pointe, même si celle-ci manque de confort.

Le présent mandat inclut l'appréciation des services de support requis, ainsi que des infrastructures et équipements nécessaires à la MHS. Dans ce cadre, l'auteur regrette le choix d'une centralisation de la stérilisation en dehors du Campus hospitalier auquel est affecté la MHS. Il suggère que des précautions soient prises afin d'assurer au bloc opératoire un approvisionnement sans faille des plateaux chirurgicaux.

## 12. Evaluation de l'environnement para médical

Le temps manque pour réaliser une exégèse du département de Nursing. Certes, les entretiens avec la Direction du Nursing ont été constructifs, mais sur le terrain, la tension est perceptible vis-à-vis de la MHS viscérale.

Concernant plus précisément la MHS, il est clair qu'un coordonateur (ou coordonatrice) est indispensable. L'enregistrement des malades, leur conduite au sein de l'itinéraire clinique et le respect des procédures passent par un moyen administratif. Le recours à du bénévolat ou aux montages privés en 'société indépendante' ne peut remplacer une structure professionnelle.

### 13. Evaluation du fonctionnement médical relatif à la MHS

Les constatations tiennent en quelques lignes.

A part l'investissement personnel du chef de département chirurgical, aucun autre intervenant n'est monté « au front ». Il est exact que les équipes d'oncologie, d'anatomopathologie, des urgences ou des soins intensifs cautionnent le projet. Mais l'absence de comité de pilotage sensé dominer le projet, résister aux pressions, implémenter les secteurs faibles manque cruellement.

Au sein du département viscéral, on compte parmi 7 acteurs une hétérogénéité extrême. L'activité globale de la chirurgie digestive est en diminution et ne justifie plus le staff actuel. En revanche, l'implication de chacun est incontournable.

Au sein du Département de gastroentérologie, on compte plusieurs consultants part time, en « décalage » par rapport au projet. Un médecin impliqué dans le Haut Valais tente de répondre à la demande endoscopique biliaire, mais reste isolé. Deux nouveaux candidats prometteurs sont en lice.

Il n'y a pas d'unité d'hospitalisation, pas de pH métrie, pas de manométrie, pas d'échoendoscopie, pas d'élastométrie, pas d'endothérapie pancréatique, pas d'unité de nutrition clinique, pas d'unité MICI<sup>96</sup>. Bref, la gastroentérologie est assez virtuelle et non adaptée à la MHS.

Sur le plan des services de support, le service des soins intensifs est très actif et performant. Quelques règles cliniques pourraient être aménagées, notamment en termes de gestion des urgences et complications digestives.

Sur le plan de l'anesthésie, l'absence de départementalisation et d'engagement MHS est cruciale. Des pourparlers sont engagés à cet effet avec la Direction du service. L'adéquation du staff avec l'activité demande une révision certaine.

Le service d'Imagerie médicale apparaît brillant et très engagé, mais souffre de la concurrence du privé et d'un référencement insuffisant.

### 14. Recommandations

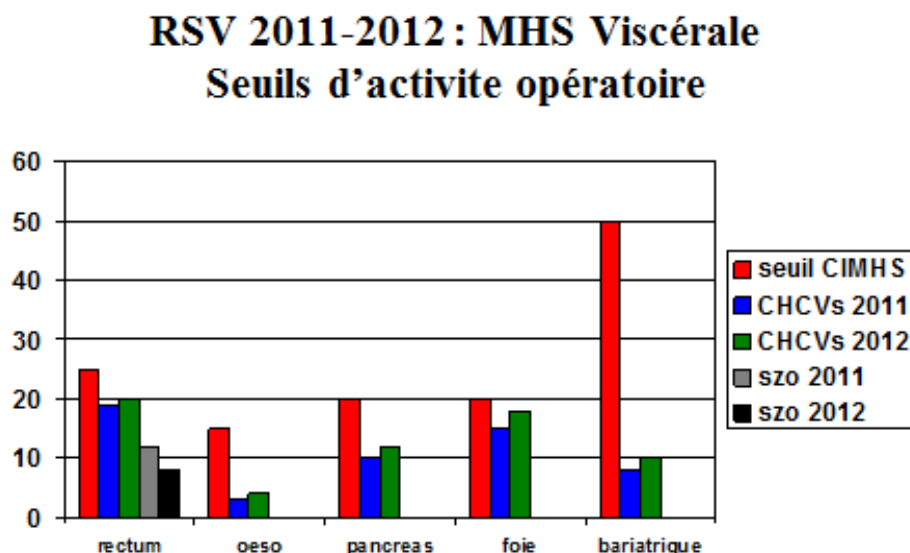
La première recommandation est de relever le défi de la MHS viscérale. L'expertise révèle ou confirme que le bassin de recrutement et les besoins en santé publique nécessitent un centre hospitalier de référence à Sion.

Quatre des cinq secteurs doivent impérativement être assumés :

- La chirurgie colorectale
- La chirurgie hépato biliaire
- La chirurgie pancréatique
- La chirurgie bariatrique (ou métabolique) qui n'a pas été octroyée !

---

<sup>96</sup> Maladie inflammatoire chronique intestinale

**Fig. 17 : Seuils et performances 2011-2012 au RSV en matière MHS**

Il apparaît clairement que les deux secteurs MHS sous-développés en termes d'activité sont la pathologie œsophagienne et la pathologie bariatrique. Si l'on y ajoute que la chirurgie de la jonction œsogastrique et du reflux sont inexistantes, on peut dire que la chirurgie œsogastrique est pratiquement virtuelle. Vu les contraintes imposées par le CIMHS, il existe deux options envisageables :

*Position de repli* : Transférer les cancers œsophagiens à Lausanne ou Berne. Accepter que la pathologie œsogastrique soit abandonnée et refuser de traiter le premier défi de santé publique du Valais qui est l'obésité morbide.

*Position agressive* : Maintenir le traitement des cancers œsophagiens en confiant l'oesophagectomie aux opérateurs du CHUV. Lancer une politique de recrutement vers les gastroentérologues. Ouvrir une clinique de l'obésité, quitte à attirer l'équipe du Chablais.

En revanche, la promotion des pathologies hépatiques, pancréatiques et colorectales est non seulement possible, mais indispensable.

A ceux qui s'imaginent que le réseau hospitalier du Valais peut naïvement abandonner toute velléité de médecine spécialisée (Digestive, Cardiaque, Neuro,...), nous répondons ceci.

Les facultés de médecine ne forment pas de médecins « de seconde zone » ou de « seconds couteaux ». Le parcours médical suisse est long, exigeant et ardu. Après 11, 12, parfois 13 années, le chirurgien, le radiologue, le gastroentérologue a acquis des compétences pointues.

Il existe alors deux voies :

- la voie académique qui conduit à la recherche, à un travail de thèse, l'enseignement, voire une carrière internationale.
- La seconde est la voie clinique. Cette dernière attire les cliniciens engagés, flexibles, privilégiant la proximité, la disponibilité, la maîtrise des technologies opératoires les plus nouvelles, aux dépens de la recherche et de l'enseignement.

Sion n'offre pas de campus universitaire. Les professeurs agrégés n'y viendront que comme consultants itératifs, pas comme leaders.

Pour disposer d'un staff médical compétent, il faut offrir la deuxième voie, celle d'un espace de pathologies lourdes, attractives, où les défis d'excellence peuvent être relevés.

Si vous interdisez la chirurgie du rectum, vous perdez tous les chirurgiens colorectaux spécialisés. Plus de colectomie carcinologique. Donc, plus d'expérience en maladies inflammatoires (Crohn, RCUH), infectieuses (diverticulite,...), et bientôt on ne reconnaîtra plus une tumeur appendiculaire et une fistule anale. L'hôpital du Valais deviendra un dispensaire capable d'ôter une varice, de faire un plâtre et de suturer un enfant.

## **La MHS est le pivot de la santé des Valaisans.**

### **Chirurgie viscérale**

En 6 mois, le département de chirurgie viscérale a été ébranlé par d'intenses secousses.

Trois propositions :

- Réunir les chirurgiens viscéraux pour un brain storming sur le fonctionnement clinique du service. La démission du Chef de département induit un remembrement complet. Quel est le mode de fonctionnement pratique pour les 6 mois à venir ? Qui dirige l'équipe pendant la phase de démission ? Qui est responsable de la qualité de la pratique par secteur ? Si les chirurgiens ne veulent ou ne peuvent s'impliquer, il faut désigner ou engager un gestionnaire de crise qui doit reconstruire une équipe. Une task force pluridisciplinaire est urgente. Nous tenons à la disposition des autorités la liste des ressources humaines médicales qui nous semblent appropriées.
- Planifier un agenda avec le CHUV, partenaire privilégié, et fixer les bases de travail pour l'année. A notre avis, le chef démissionnaire doit être écarté du processus décisionnel en MHS. Rencontrer le CHUV sur un plan **équitable** exige une mise-à-plat rapide des dysfonctionnements.
- Démarcher immédiatement les compétences nécessaires en Suisse et aussi à l'étranger pour renforcer la chaîne de soins.

### **Anesthésie**

- Départementalisation immédiate, tous secteurs confondus. Sectorisation des - responsabilités.
- Evaluation des besoins médicaux par blocs au sein du RSV. Révision du cadre définitif, temporaire et infirmier en fonction des besoins.
- Cessation immédiate des agressions interpersonnelles bilatérales et cadrage des limites comportementales par un accord équilibré. Application des bonnes pratiques déontologiques.

### **Gastroentérologie**

- Think Tank avec l'ensemble des gastroentérologues du canton.
- Etablissement d'un projet gastroentérologique MHS compatible.
- Démarchage national et international dans les secteurs déficients.
- Autonomisation de la gastroentérologie vis-à-vis de la médecine interne.
- Etude de faisabilité d'une unité transversale MHS en hospitalisation (oncologie, gastro, chirurgie,...).

### **Oncologie**

- Implication maintenue et renforcement du partenariat RSV. La locomotive d'une fusion réelle valaisanne pourrait venir des oncologues médicaux.



## Coopération avec les hôpitaux universitaires

Le CHUV est naturellement le premier partenaire idéal. Berne et Genève ont leur rôle à jouer.

On ne peut disperser les énergies et les collaborations dans tous les sens. Le partenaire privilégié doit être confirmé, respecté, mais aussi cadré.

La convention de collaboration doit être équilibrée selon le principe du *win win*.

A ce titre, nous avons présenté aux autorités hospitalières une Analyse SWOT.

La voici :

Fig. 19 :



### Réflexions sur la stratégie d'un partenariat

#### 2.SWOT from RSVs

FORCES	OPPORTUNITES	MENACES	FAIBLESSES
Réassurance immédiate de sécurité vis-à-vis des patients	Réactivation du recrutement (M.G., Gastros, Patients,...)	Affaiblissement psy. cliniciens « M.H.S » au RSVs. Effet « tutelle »	Reconnaissance par le RSVs de ses limites actuelles
Affirmation d'une volonté de contrôle et de gestion par l'autorité cantonale et hospitalière	Analyse objective des faiblesses et défaillances des itinéraires cliniques (Diagnostic)	Contestations ou agressivité de certains acteurs frustrés ou critiqués	Perte d'autonomie clinique et managériale des départements au RSVs
Audit clinique pluridisciplinaire neutre immédiat et garanti	Révision substantielle du cadre M.H.S. (Département transversal, comité de pilotage,...)	Interprétation démagogique des pouvoirs de tutelle politique et politisation majeure du débat	Coûts induits pour le système d'assurance de SS pour le Valais

Le premier tableau expose le point de vue qui pourrait animer les cliniciens et responsables du RSV.

Le second trace les réactions du partenaire universitaire dans ce genre de situations.

Bien entendu, ces réflexions sont théoriques et ne sont à ce stade que des supputations. Mais il vaut mieux imaginer les scénarios que de les subir.

Fig. 20 :



## Réflexions sur la stratégie d'un partenariat

### 2.SWOT from CHUV

FORCES	OPPORTUNITES	MENACES	FAIBLESSES
Reconnaissance supracantonale de compétence	Valorisation d'un registre M.H.S. plus étendu.	Piège du « grand frère ». Risque d'hégémonie ou d'usurpation	Défi d'image - crise au RSVs
Ouverture du réseau d'influence de la Faculté de Médecine	Débouches et opportunités prof. Pour de jeunes collaborateurs	Contestations ou rejet de certains acteurs du CHUV	Proximité (manque d'indépendance?) entre le Chef de département du CHUV et le Chef démissionnaire au RSV
	Mobilité des super spécialistes (Gastro, anesthésie, chirurgie, ...)	Concurrence réactionnelle de Berne, HUG,...	

#### Au niveau de la gouvernance du RSV

L'architecture de la gouvernance hospitalière ne peut être ignorée par les cliniciens responsables de la conduite d'un programme de chirurgie ambitieux.

C'est ainsi que les acteurs de la MHS attendent le soutien et l'implication de la direction exécutive dans ce projet. L'appui fort de la Direction dépend du Conseil d'administration. Son rôle est bien entendu défini particulièrement dans le contrôle de la gestion médicale. Le Conseil d'administration qui délègue la conduite d'un programme de soins fait confiance aux cliniciens responsables. La confiance réciproque des acteurs hospitaliers envers les administrateurs est essentielle. Il faut qu'un hôpital se reconnaisse dans son Conseil d'administration.

L'institution n'apparaît pas clairement identifiée au sein du Conseil. Les relais manquent et la majorité du Conseil d'Administration semble peu connaître les enjeux quotidiens rencontrés.

L'absence de représentation médicale hospitalière au Conseil d'administration et l'absence de relais de la gouvernance vers le terrain altèrent non seulement l'harmonie nécessaire mais aussi la communication.

La structure exécutive est complexe au RSV. On pourrait réduire ou redéfinir temporairement le nombre de postes afin que les Chefs de départements et les médecins n'aient qu'un interlocuteur engagé.

Le Conseil d'Administration a bien voulu se pencher sur les forces et faiblesses que le présent rapport d'expertise révèle ou confirme. Les relations ont été globalement constructives. L'auteur a pris connaissance du rapport de décembre 2013 relatifs aux réformes proposées et enclenchées. On observe de nombreuses similitudes entre les préoccupations de tous les intervenants.

Il apparaît que la volonté exprimée dans ce rapport est parfaitement conforme à nos recommandations. En revanche, plusieurs procédures urgentes doivent être initiées dans l'intérêt de la M.H.S. en particulier. Les derniers événements survenus en cours d'expertise ont entraîné plusieurs entretiens. Les conclusions du présent rapport seront transmises par le département de la Santé au RSV. Il est clair que la capacité des autorités à évaluer l'apport de l'expertise et à considérer la nécessité d'une remise en questions sera déterminante.

### **Au niveau des médecins**

Aux yeux de la plupart des praticiens hospitaliers, il existe une ambiguïté : certains se plaignent d'un manque de participation et de démocratie. Un véritable Conseil Médical n'existe pas. On relève donc des frustrations qui se transforment en animosité.

D'autres pratiquent leur activité dans un climat d'individualisme et de repli certain. Leur implication diminue.

Le statut du praticien hospitalier doit être repensé. Cadre, médecin staff, consultant, partenaire universitaire... Les temps de travail, les rémunérations, les activités privées devraient être redéfinis. Le règlement d'ordre intérieur doit être repensé.

Ces considérations semblent totalement indépendantes du présent mandat pour certains. Malheureusement, elles ne le sont pas. Et c'est sans doute l'une des craintes pour le développement des programmes « lourds ».

En effet, depuis l'engagement total des cliniciens impliqués, leur autonomie financière, le partage des charges, mais aussi des responsabilités, la collaboration et une déontologie inaliénable, tous les comportements essentiels à une chirurgie forte sont liés au climat, aux règles et à la confiance vis-à-vis de l'administration.

Ignorer la force de la gouvernance hospitalière dans le concert des développements cliniques serait preuve d'ignorance et d'inexpérience de la part de l'auteur.

## 15. Conclusions générales

Nous présentons les conclusions de l'expertise sur la pratique de la MHS en chirurgie viscérale sous la forme de deux tableaux :

### A. Itinéraires cliniques.

DOMAINE MHS	FORCES	FAIBLESSES
Recrutement	Le bassin valaisan est affecté par des pathologies lourdes notamment oncologiques et des morbidités conséquentes ; Il s'y ajoute un Trauma center efficient et indispensable.	La confiance de médecins généralistes et de gastroentérologues est ébranlée :  Un travail sur l'image et la sécurité est nécessaire et urgent.
Gastroentérologie médicale	Le RSV recrute et recherche des gastros expérimentés disposés à s'engager.  Deux nouvelles recrues sont « en piste ».	Il n'existe pas de Service de Gastroentérologie. Pas d'unité d'hospitalisation.  Tous les gastros sont part time et effectuent une activité extra hospitalière centrifuge le plus souvent.  Il n'y a pas de pancréatologie, pas de pHmétrie, pas d'échoendoscopie, pas d'élastométrie, pas de manométrie,.....
Imagerie médicale	Equipement technique performant.  Compétences cliniques affirmées.	Concurrence effrénée excessive des centres privés (question hors mandat).  Sous-utilisation par les cliniciens d'opportunités nouvelles.
Biologie clinique	Fiabilité et réactivité	Informatisation des labos désuète et non intégrée. Présentation confuse empêchant une vision chronologique.
Oncologie	Unité très performante. Excellente image à l'extérieur. Colloques en voie de performance et de systématisation	Surcharge clinique perceptible.
Bilan préopératoire	Accessibilité des services et bonne expérience dans la plupart des domaines	Manque de systématisation des bilans.  Itinéraires anarchiques.  Absence de médecine de nutrition.  Absence d'oncogériatrie.  Manquements dans les bilans diagnostiques et pronostiques.

DOMAINE MHS	FORCES	FAIBLESSES
Multidisciplinarité des décisions	Volonté affirmée de transversalité	Manque de systématisation des colloques Déséquilibre méd-chirurgical
Anesthésie et Bloc opératoire	Expériences cliniques fortes mais éparées Volonté affichée de départementalisation Equipement de support satisfaisant Staff infirmier fort et disponible	Conflits interpersonnels Disparité d'engagement clinique Pas d'esprit MHS Soucis de gestion stérilisation en vue (Martigny). La flexibilité, la réactivité et le nombre de plateaux MHS seront un défi majeur pour le bloc opératoire de Sion. <b>Anticipation nécessaire</b>
Technique chirurgicale	Bonne maîtrise pour l'ensemble des opérateurs y compris en urgence Expertise en chirurgie colorectale au SZO +++	Désunions anastomotiques fréquentes. Point à revoir précisément Choix techniques parfois audacieux
Soins Intensifs et de Suite	Excellentes performances Très bonne organisation de service Intégration avec les urgences	Sensibilité fort « chirurgicale » en cas de problème abdominal non maîtrisé
Suivi post opératoire	Satisfaisant dans l'ensemble	Soucis les jours « off » Manque de collaboration
Anatomie pathologique	Flexibilité, performances, ouverture aux techniques de pointe intégration clinique Grande expertise	Locaux exigus
Nursing	Bonne organisation flexible pour la MHS Instrumentation opératoire efficace	
Tenue dossier médical	Globalement excellente Accessibilité à distance et imagerie en ligne	Documents non digitalisés Traçabilité des feuilles d'anesthésie ? Consultations décentralisées....

Le mandat de la présente expertise est essentiellement destiné à la pratique clinique MHS.

Malheureusement, la médecine hospitalière contemporaine ne se pratique pas dans le désert. Les qualités d'organisation, de gestion, d'équipe sont indispensables à la mise en œuvre d'un programme clinique.

Il n'est pas question de faire porter la responsabilité clinique sur les épaules des dirigeants « à fortiori », s'ils ne sont pas médecins. Cependant, le cadre organisationnel, les règles, la stratégie sont bien du ressort de la gouvernance de l'institution. L'ignorer serait naïveté, incompetence, voire malhonnêteté. C'est pourquoi l'expertise a visionné le cadre dans lequel la MHS viscérale doit s'épanouir.

## **B. Cadre organisationnel**

<b>Gouvernance</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
Niveau départemental Chirurgical Viscéral	Contrôle des procédures Crédibilité auprès de certains partenaires Qualités cliniques du staff	Autorité excessive et Répartition des tâches opératoires inadéquate Manque de charisme Manque de considération vis-à-vis des collaborateurs
Niveau Direction de site	Empathie chirurgicale MHS Bonne connaissance des acteurs	Manque d'implication Autorité défaillante Disponibilité faible et Manque de réactivité
Niveau Direction RSV	Vision globale Confiance dans le réseau	Manque d'autonomie Autorité défaillante
Niveau C.A.	Expérience considérable en matière hospitalière Volonté de promotion MHS	Confusions de rôles avec l'exécutif. Remise en question nécessaire
	Diversité de compétences et de sensibilités.	Manque de connaissances des procédures médicales et des conflits internes
		Excès de communication externe Déficit de communication interne

La littérature hospitalière européenne foisonne de publications concernant les enjeux des hôpitaux modernes face aux nouvelles contraintes.

Le hasard a porté notre attention sur un article de Ch. Kleiber, Président du Conseil d'Administration du RSV.

Charles Kleiber écrit un éditorial remarquable en 1997 dans la Revue transdisciplinaire en Santé<sup>97</sup> :

<sup>97</sup> Kleiber Organisation du changement à l'hôpital Revue transdisciplinaire en santé 4 2 218-229 1997

**Les nouveaux enjeux sont : Définition du bien commun, coopération, efficacité, équité, responsabilité lien social et constructions des règles du jeu** .Il préfigure, il y a plus de 15 ans, les défis, on pourrait dire les obstacles rencontrés par le Réseau Santé Valais.

**Bien commun** : Nous n'avons pas rencontré l'esprit d'entreprise commune chez de nombreux interlocuteurs. Certes l'attachement et le désir de vivre un hôpital réunit est évoqué, mais il semble virtuel.

**Coopération** : La multidisciplinarité attendue au sein de l'institution s'élabore, mais dans le domaine **gastroentérologique** qui nous occupe, elle fait cruellement défaut. Elle manque d'énergie, de rigueur et de contrôle. Quant à la coopération inter sites au sein du RSV, le Haut-Valais semble réticent à rejoindre véritablement le réseau. Le fort devant toujours tendre la main au faible, c'est aux francophones à séduire les germanophones.

Venons-en aux coopérations inter-cantoniales et inter-universitaires. Le RSV doit s'affranchir vis-à-vis de toute suzeraineté. Accueillir des consultants extérieurs, établir des partenariats sans donner le monopole à quiconque. Voici la clé d'un succès.

**Efficacité** : l'efficacité, c'est d'abord la rigueur. La rigueur des méthodes pour parvenir aux objectifs définis. Nous sommes contraints de constater que les objectifs ne sont pas définis. Ni au niveau exécutif, ni au niveau individuel. Comment reprocher à un clinicien de ne pas répondre à l'attente, si vous n'avez donné ni buts, ni moyens de contrôle ? Au niveau de la chaîne de décision hospitalière, la communication des attendus est défailante.

**Équité** : Il n'existe aucune « équité » médicale au sein du RSV en matière de MHS. Au niveau du département chirurgical, certains en sont exclus, certains sont tolérés, certains bénéficient des privilèges acquis. Au sein de la répartition des tâches, il existe des discordances pour un même niveau hiérarchique. Sur le plan des rémunérations, les barèmes ne semblent pas équivalents, ni en chirurgie ni en anesthésiologie. En gastroentérologie, une opacité règne. Pour certains, la pratique privée prédomine. Comment construire un service dans de pareilles circonstances ?

**Responsabilité** : Au RSV, au cours de dizaines d'entrevues, le mot fut tabou. Personne n'ose évoquer le terme de responsabilité. A aucun moment, nous n'avons ressenti le regret, le remords...

**Lien social** : S'il y a bien un thème conflictuel, c'est celui-ci. L'intégration du RSV dans la cité est difficile. L'attente des gens est immense. Nous avons parlé à des commerçants, à des hôteliers, à des taximen, à des policiers..... . Voilà pour tous, et en particulier pour les hommes et les femmes politiques engagés, la raison de s'impliquer vraiment. Nous espérons que l'intérêt des patients sera non seulement au centre du projet du RSV, mais aussi un guide pour les interventions et les actions du politique. La CEP décidée par le Grand Conseil devra se poser deux questions fondamentales :

- Quel est l'objectif de la Commission d'enquête en termes de patients ?
- Comment la conduire sans entraver le processus de reconstruction ?

### *Constructions des règles du jeu :*

Les règles du jeu sont floues à Sion. L'absence de concertation avec le corps médical, l'absence d'autonomie de l'exécutif, un R.O.I. obsolète<sup>98</sup>, apportent un flou hiérarchique et le manque de conduite.

Une redéfinition des procédures est indispensable. Et tout ira mieux !

## **16. Remerciements**

Le mandat qui nous a été octroyé par l'Etat du Valais est un honneur et un défi immense.

Nous remercions les Valaisannes et les Valaisans de leur confiance.

Madame la Conseillère d'Etat, Esther Waeber Kalbermatten, a initié le processus. Ses conseillers et les responsables du Service de la santé se sont impliqués.

Monsieur Victor Fournier a conduit l'agenda, la logistique et s'est personnellement impliqué.

Qu'il en soit remercié par les patients. Sans un Médecin cantonal veillant à la multi-culturalité du canton, à protéger la sécurité médicale, l'expertise aurait été déséquilibrée.

Un support administratif, informatique, épidémiologique, statistique était indispensable. Il fut fourni par l'Observatoire Valaisan de la Santé. Ils ont tous collaboré scientifiquement sans jamais interférer avec la méthodologie et l'indépendance de l'expertise. Nous remercions particulièrement Monsieur le Directeur Luc Fornerod, le Dr. Arnaud Choliero, le Dr Isabelle Konzelman, Monsieur Frédéric Favre, Madame Valérie Gloor, Judith Dubuis et leurs collaborateurs pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

Le service d'Informatique Médicale a mis en place les procédures d'accès qui n'étaient pas évidentes. Le Dr Alexandre Gnaegi a pu concilier le secret médical à l'accessibilité des dossiers.

Une expertise théorique extra-hospitalière n'a aucun sens. Le Conseil d'Administration et la Comité Exécutif ont été avertis et invités à participer à la dynamique. Le Président du Conseil, Monsieur Kleiber, le Dr E. Bonvin et l'ensemble des directeurs ont ouvert les portes de l'hôpital. Nous les remercions de leur confiance.

Sur le terrain, nous souhaitons, avec le Département d'Etat, visiter les itinéraires et les services. Tous les Chefs de départements concernés par la MHS ont collaboré sans retenue. Le Pr. V. Bettschart a permis et facilité l'accès aux unités d'hospitalisation, au bloc opératoire et aux informations médicales nécessaires. Sa bonne foi et sa franchise furent déterminantes. Nous le remercions en mesurant le poids que la situation impose à sa pratique et à son entourage. Aucun reproche ne peut lui être fait en termes d'engagement et de courage.

Le Dr Cuenoud a mis son secrétariat à notre disposition pour planifier les dizaines d'entrevues.

Nous ne pouvons nommer tous ceux et celles qui ont accepté de nous rencontrer, mais le parcours des entrevues fut chargé.

Nous espérons que la force, la compétence et la détermination maîtriseront les forces négatives et rendront aux patients la sécurité et au personnel du RSV la sérénité.

<sup>98</sup> Règlement d'Ordre Intérieur



## **17. Annexes**

Les annexes sont constituées des pièces fournies décrivant le cadre général et institutionnel de la pratique de la MHS, des fichiers relatifs à l'étude des dossiers qui restent strictement protégés par le secret médical. Les observations relatives aux cas soumis à expertise judiciaire sont également protégées.

Sur le plan bibliographique et technique, l'auteur est à la disposition des spécialistes engagés dans la reconstruction du programme MHS.

Sion, le 26 février 2014

**Pr. Jean-Jacques HOUBEN, MD, PhD**

Digestive Surgical Oncologist, Master in Surgery

Chirec Cancer Institute, Gastro Coordinator

Chairman of Digestive and Pediatric Surgery Faculty of Medicine, ULB

32 rue Edith Cavell, 1180 Brussels, Belgium

Deck: +32-2-340 47 44

Email: [jjhouben@ulb.ac.be](mailto:jjhouben@ulb.ac.be)

<http://www.gastroSPACE.com>