

Et ailleurs...?

Habilité du chirurgien: comment la juger?

La question

Il est indéniable que certains chirurgiens sont «meilleurs» que d'autres. Beaucoup d'études ont montré de fortes variations de mortalité pour des opérations identiques. Beaucoup d'efforts ont été faits pour minimiser les complications péri-opératoires. N'empêche que l'habileté du chirurgien reste un facteur essentiel dans le succès d'une intervention. Mais comment juger la qualité du travail purement technique de l'opérateur?

La méthode

Cette étude originale concerne la chirurgie bariatrique (bypass gastrique par voie laparoscopique). 20 chirurgiens sur 75 pratiquant ce type d'intervention au sein d'un réseau hospitalier du Michigan ont volontairement accepté d'être jugés par leurs confrères. Les interventions ont été filmées et éditées et 5 points essentiels ont été examinés anonymement par un pool de 33 chirurgiens. Les points examinés (10 juges par vidéo) ont été:

- 1) La douceur dans le maniement des tissus;
- 2) L'exposition des organes dans le champ opératoire;
- 3) Le maniement des instruments;
- 4) La durée de l'intervention;
- 5) La fluidité des manœuvres opératoires.

Chaque domaine se voyait attribuer une note de 1 à 5, 1 étant ce qu'on peut attendre d'un chirurgien en fin de formation et 5 la note d'un «maître». Chaque chirurgien jugé a soumis une vidéo choisie par lui-même. L'étude a concerné prospectivement >10000 patients.

Les résultats

Les scores ont largement varié entre 2,6 et 4,8. Les scores les meilleurs sont étroitement liés au volume opératoire. En effet, les

chirurgiens dans le quartile de scores le plus bas affichaient une moyenne de 53 opérations par an alors que ceux dans le quartile le plus haut 157 ($p = 0,005$). La durée opératoire est également liée au score: 137 minutes pour le quartile le plus bas et 98 pour le quartile le plus haut. Les infections de plaies 4,6 vs 1,04% et les complications pulmonaires 3,9 vs 0,71 sont aussi significativement liées au quartile le plus bas vs le plus haut.

Les problèmes

Les scores étaient établis sur une seule vidéo mais choisie par le chirurgien lui-même. Les examinateurs n'ont pas reçu de formation spéciale pour juger des 5 items. L'importance spécifique de chaque point du score dans la survenue des complications ne peut pas être établie. L'importance des anesthésistes et des soins post-op. n'est pas prise en compte.

Commentaires

Cette étude est innovante dans sa méthodologie. L'article donne un lien sur deux vidéos typiques et l'examen par un profane permet indubitablement de distinguer le «maître» du chirurgien moyen. L'étude prouve une fois de plus que «practice makes perfect». Puisque les complications sont liées au volume opératoire et à la longueur des interventions. On peut vraisemblablement extrapoler ces résultats à d'autres interventions. Le plus difficile maintenant est de confier son patient à un chirurgien dont on ne sait pas avec précision dans quel quartile il se trouve...

Birkmeyer J, et al. *New Engl J Med.* 2013;369:1434-42. / AdT

Arthrite rhumatoïde (AR): quel traitement?

353 patients avec une AR active malgré le méthotrexate ont été incorporés dans une étude visant à comparer un traitement triple (sulfasalazine, hydroxychloroquine et méthotrexate) à un traitement double (etanercept et méthotrexate). La baisse du score DAS 28 à 48 semaines a été identique dans les deux groupes. La progression radiologique, la qualité de vie et les effets secondaires ont été comparables. Différence: le traitement d'etanercept est beaucoup plus onéreux (~1880 CHF/mois) mais pas plus efficace. O'Dell J, et al. *New Engl J Med.* 2013;369:307-18. / AdT

Macrolides et statines: attention

Certains antibiotiques macrolides (clarithromycine et érythromycine mais pas l'azithromycine) inhibent le cytochrome P450 3A4. Leur administration associée à l'atorvastatine, la simvastatine et la lovastatine conduit à une augmentation de l'incidence des rhabdomyolyses due à une augmentation de la concentration sérique des statines de 3 à 4 fois. Donc: attention!

Patel AM, et al. *Ann Intern Med.* 2013;158(12):869-76. / AdT

Hypertension artérielle: observance et AVC

Une étude d'observation tirée des bases de données finlandaises a duré 12 ans. Elle a mis en parallèle chez ~150000 patients la

consommation de médicaments antihypertenseurs et la survenue d'AVC. L'observance a été déterminée sur la base de prescriptions délivrées. Elle a été classée comme haute (>80% des médicaments délivrés), moyenne (30-80%) et basse (<30%) ces deux derniers groupes étant qualifiés de non observants. Les patients non observants ont eu un rapport de chance (odds ratio) d'AVC de 3,8 à 2 ans et 3 à 10 ans. Comme on dit: y a pas photo!

Herttua K, et al. *Eur Heart J.* 2013. / AdT

Anticalciques et cancer du sein

L'association entre cancer du sein et les différentes classes d'antihypertenseurs est mal connue. Une étude (cas-contrôles) a apporté quelques éclaircissements. Dans une population de femmes de 55 à 74 ans, 880 souffraient d'un cancer canalaire invasif, 1027 d'un cancer lobulaire invasif et 856 n'avaient pas de cancer. L'utilisation d'un anticalcique pendant 10 ans ou plus était associé à un rapport de chance de développer un cancer canalaire de 2,4 ($p = 0,04$) et d'un cancer lobulaire de 2,6 ($p = 0,01$). Les diurétiques, les β -bloqueurs et les IEC n'étaient pas associés à un risque augmenté.

Li C, et al. *JAMA Intern Med.* 2013;173(17):1629-37. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)