

LA COELIOCHIRURGIE

Etat des lieux en 2002

La ceoliochirurgie digestive a maintenant 15 ans. Elle est pratiquée largement dans beaucoup de pays, elle se développe plus lentement dans d'autres. Les indications évoluent mais 4 problèmes persistent :

- son enseignement
- son évaluation
- son financement
- son environnement

L'enseignement

- Au début, ce sont les collègues de gynécologie, rompus à la coelioscopie diagnostique qui ont transmis leur technique et leur matériel.
- La fréquentation des centres experts, les congrès, les vidéoconférences ont ensuite été les moteurs de cet enseignement.
- Cependant, beaucoup de problèmes restent à l'état de controverse, faute d'évaluation comparative.

Par exemple : La création du pneumopéritoine, l'introduction du 1^{er} trocart. On a le choix entre :

- Ponction première du péritoine à l'aveugle
- Open Coelio
- Pour certains, introduction du 1^{er} trocart sans PNP préalable si ouverture du péritoine ...

Les problèmes «élémentaires» ne sont donc pas encore résolus, la prudence recommandant de faire «ce dont on a l'habitude ... »

L'évaluation est également problématique

- Beaucoup de publications scientifiques sur le sujet sont des études de faisabilité : mais faut-il opérer en fonction de ce qui est «faisable» ou de ce qui est validé ?
- Les études comparatives sont d'interprétation difficiles. Elles sont rares, parfois contradictoires et posent le problème de leur reproductibilité. Ces données proviennent en effet de centres experts très entraînés, ayant déjà effectué leur «learning curve», plus longue que pour la chirurgie conventionnelle.
- On peut avoir recours aux «recommandations» (ANAES – ANDEM), qui n'ont pas de réelle valeur scientifique.
- Les pratiques sont donc de ce fait très variables d'un centre à l'autre, ce qui pour le législateur et les caisses d'assurance maladie pose problème.

Le financement

- Le matériel (usage unique ou multiple) est coûteux, de même que la maintenance des constituants de la colonne.
- La formation est également longue et onéreuse
- Cette dépendance technologique peut entraîner des dysfonctionnements majeurs :
 - Plaies méconnues
 - Identification anatomique erronée
 - Contamination (bactéries, virus, prions)
- Ce financement insuffisant peut induire une indépendance non souhaitable vis à vis des industries productrices de matériel, les critères de choix étant basés dès lors sur des paramètres non contrôlables.

L'environnement

Il peut être caractérisé par les traits maintenant très connus :

- L'esprit «Show Biz»
- Les nouveaux moyens de communication
- Les enjeux industriels

A – L'esprit «Show Biz» est lié au caractère «magique» d'une intervention très complexe parfois avec seulement des «petits trous». Un opérateur expert donne une impression de grande facilité alors qu'il bénéficie d'une expérience considérable, d'un encadrement humain et technologique puissant et d'un financement pas toujours reproductible. Le spectateur naïf pourrait s'imaginer capable de refaire immédiatement la même performance, comme si on pouvait apprendre le football en regardant les matchs à la télévision ...

B – Les nouveaux moyens de communication sont à la fois merveilleux et dangereux. On peut faire une vidéotransmission en direct à plus de 1000 chirurgiens, mais est-il souhaitable de délivrer un message complexe à une audience complètement indéterminée, dont on ne peut prévoir les réactions dans la pratique à court terme, sans aucun contrôle ?

- Est-il raisonnable que chaque émission sur l'obésité morbide à la télévision «grand public» déclenche une demande directe des spectateurs pour les e-mails des chirurgiens référencés sur les sites, le lendemain de la prestation ?
- La «banalisation» par l'image crée un climat non réaliste et à terme dangereux. L'enthousiasme initial peut se transformer rapidement en une hostilité excessive, risquant de compromettre une réelle proposition de progrès.
- Il faut donc transmettre ces messages de façon plus réaliste et prudente à un public très «vulnérable», quand on sait qu'il faut mobiliser plus de 2000 policiers pour organiser une rencontre OM/PSG !

C – les enjeux industriels :

- Ils sont vitaux pour tout le monde. C'est l'industrie qui nous apporte les progrès technologiques grâce auxquels la coeliochirurgie progresse. Les profits occasionnés par la vente de ces matériels permettent aux industries de poursuivre les recherches, de favoriser l'enseignement et même l'évaluation.
- On voit très simplement que les risques de «dérive» sont majeurs : on peut promouvoir le développement d'une procédure si on finance à la fois l'enseignement et l'évaluation. Une telle démarche peut entraîner un progrès rapide et sensible ou bien des erreurs qui ne seront corrigées qu'après une expérience empirique parfois prolongée.
- A terme, ni les industries, ni les chirurgiens et surtout ni les malades n'ont intérêt à entretenir un tel climat. Il faut que chaque partenaire observe un comportement mieux maîtrisé, que le recul de ces quinze dernières années autorise maintenant.

Conclusions

- Après 15 ans de pratique, il faut essayer de dégager pour les collègues qui débutent des recommandations réalistes.
- La coeliochirurgie obéit aux mêmes règles que la chirurgie conventionnelle : le but ultime est le bénéfice du malade
- Elle nécessite un entraînement important, un compagnonnage prolongé, un entourage technologique et humain bien structuré, un financement incompressible.
- Il faut mieux renoncer temporairement à sa pratique si ces conditions ne sont pas réunies.
- Lors de l'entretien singulier entre le praticien et le malade, l'alternative coeliochirurgie/chirurgie conventionnelle, et la notion de conversion doivent être clairement présentées.
- Le meilleur garant du développement de cette nouvelle pratique prometteuse est une bonne information des chirurgiens et des malades.

Références

- H.T. DEBAS : Surgery : a noble profession in a changing world
Ann. Surg. ,2002, 236, 3, 263/9
- B. MILLAT : Feasibility hazards
Surg. Endosc., 2002, 16, 1511/12