

Sur la voie de la centralisation

La chirurgie aortique en Suisse

Dans ce numéro du Forum Médical Suisse, nous devons au Dr Meuli et à ses collègues, ainsi qu'aux publications résumées dans leur article [1], un éclairage passionnant sur le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) en Suisse.

Alors qu'il est fait état d'une réduction de l'incidence de l'AAA ces dernières années dans des pays comme la Suède ou la Grande-Bretagne, celle-ci ne semble pas diminuer en Suisse [2, 3]. Les raisons supposées de cette baisse d'incidence sont l'amélioration des mesures pharmacologiques de prophylaxie secondaire chez les patientes et patients à risque et peut-être aussi le dépistage des anévrismes. Concernant le dépistage en question, force est malheureusement de constater que très peu d'efforts structurés ont été entrepris en ce sens en Suisse, même ces dernières années.

La centralisation de la médecine hautement spécialisée (MHS), à laquelle la chirurgie vasculaire devrait être rattachée dans les prochaines années, suscite actuellement davantage de discussions dans notre pays. La MHS, dirigée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, vise à améliorer la qualité et à réduire les coûts grâce à la centralisation et à la surveillance des prestations rares et mobilisant beaucoup de ressources. Le fait que le traitement de l'anévrisme aortique fasse partie de ces prestations n'a été que peu contesté, y compris lors de la consultation de l'année dernière. L'appel à la centralisation a donc déjà été lancé, également par les instances officielles.

Comme les auteurs le citent à partir des publications, un hôpital proposant la chirurgie aortique devrait réaliser au moins 15–20 opérations ouvertes de l'aorte abdominale par an. Ce n'est malheureusement pas le cas partout en Suisse. Toujours selon les auteurs, il faut constater avec étonnement que seuls 10 des 40 hôpitaux dits majeurs (9000–40 000 hospitalisations/an) proposent une prise en charge 24 heures sur 24 en cas d'anévrisme de l'aorte

abdominale rompu (AAAr). Dans une telle comparaison avec le groupe hétérogène des hôpitaux majeurs, il n'est donc guère surprenant que les hôpitaux universitaires affichent une mortalité réduite après le traitement de l'AAAr. Un autre facteur à cet égard semble être la proportion plus élevée de patientes et patients transférés, qui sont traités dans des hôpitaux universitaires pour des ruptures aortiques. Les patientes et patients transférés présentent en effet toujours une mortalité postopératoire plus faible. L'interprétation des données est en outre rendue difficile par le pourcentage élevé de personnes atteintes d'AAAr traitées de manière palliative. Les critères de sélection appliqués pour une opération (ou non) ne sont pas documentés. Un biais de sélection ne peut donc pas être exclu. La conclusion selon laquelle les hôpitaux universitaires obtiennent de meilleurs résultats dans le traitement de l'AAAr n'est pas, à mon avis, totalement évidente sur la base des données disponibles.

Néanmoins, il se pourrait bien que pour contribuer à améliorer encore la qualité du traitement de l'AAA à l'avenir, il faille, outre des parcours de soins clairement définis, traiter un nombre minimum de patientes et patients, proposer un service de traitement 24 heures sur 24 (y compris techniques endovasculaires) et pouvoir compter sur des partenaires solides au sein de l'établissement (en particulier anesthésie, médecine intensive, angiologie et radiologie interventionnelle).

La question de savoir à quel niveau la MHS fixera à l'avenir les nombres minimaux de cas est encore ouverte. Nous souhaitons toutefois que l'organe de décision mène une discussion et une communication transparentes.

Enfin, je voudrais remercier les auteurs d'avoir lancé un nouvel appel au dépistage. Tant que nous ne disposons pas de programmes de dépistage structurés, les médecins de famille ont la lourde responsabilité d'examiner les personnes à risque et de les soumettre à une échographie!

Correspondance

Dr. med. Stephan Engelberger
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie
Kantonsspital Baden AG
Im Ergel 1
CH-5404 Baden
stephan.engelberger[at]ksb.ch

Conflict of Interest Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Meuli L, Lattmann T, Pietsch u, Zimmermann A. Traitement des anévrismes de l'aorte abdominale en Suisse. Forum Méd Suisse. 2024;24(9):112–115.
- 2 Hager J, Lanne T, Carlsson P, Lundgren F. Lower prevalence than expected when screening 70-year-old men for abdominal aortic aneurysm. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2013;46(4):453–9.
- 3 Anjum A, Powell JT. Is the incidence of abdominal aortic aneurysm declining in the 21st century? Mortality and hospital admissions for England & Wales and Scotland. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2012;43(2):161–6.



Dr méd. Stephan Engelberger
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie, Kantonsspital Baden AG, Baden