

Convention Chirurgie Complexe du Pancréas : Premier rapport annuel global

ACCORD: CONCENTRATION DE CHIRURGIE COMPLEXE DU PANCREAS DANS 15 CENTRES AGREES

Le 1^{er} juillet 2019, l'INAMI a démarré une convention de 3 ans avec 15 centres spécialisés dans les interventions chirurgicales complexes du pancréas et de la région péri-ampullaire. Ces centres sont répartis dans toute la Belgique, avec 2 centres en Région de Bruxelles-Capitale, 9 en Région flamande et 4 en Région wallonne (voir Tableau 1). Le but de cet accord est de disposer de soins performants et de qualité.

La littérature scientifique montre que des soins spécialisés de haute qualité, en particulier les interventions chirurgicales complexes, ne peuvent être offerts que dans un environnement adapté au sein duquel on retrouve une expertise clinique et scientifique suffisante, expertise qui est appliquée et améliorée en continu. Les chiffres du Registre du Cancer en ce qui concerne la mortalité des patients souffrant d'une tumeur du (péri-)pancréas 90 jours après chirurgie soutiennent ces affirmations. Alors que le taux de mortalité national était de 7,8%, il était de 5,6% dans les établissements hospitaliers qui ont réalisé au moins 20 interventions par an (période 2008-2015). C'est pour cette raison que les interventions chirurgicales complexes pour les affections bénignes, pré-malignes et malignes du pancréas et de la région péri-ampullaire ont été concentrées dans un nombre limité de centres.

Tableau 1: Centres pour la chirurgie complexe du pancréas.

Centre pour la chirurgie complexe du pancréas	Collaboration avec : (période 1/07/2019 - 31/12/2019)
Région Bruxelles-Capitale	
CU Saint-Luc	
Hôpital Erasme	
Région flamande	
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende	AZ Delta
AZ Groeninge Kortrijk	
UZ Gent	AZ Sint-Lucas
ASZ Aalst	
UZA	AZ Klina
Imeldaziekenhuis	HHZH Lier
GZA Ziekenhuizen	ZNA
UZ Leuven	
Jessa Ziekenhuis	Ziekenhuis Oost-Limburg; Mariaziekenhuis Noord-Limburg
Région wallonne	
CH Jolimont	Grand Hôpital de Charleroi; CHwapi
CHU UCL Namur Godinne	Clinique St-Luc Bouge; CHU UCL Namur Ste-Elisabeth
CHU de Liège	
CHC Liège	CHR Verviers; CHU UCL Namur Dinant

L'accord s'est accompagné de l'introduction de deux groupes de nouvelles prestations :

- Consultation Multidisciplinaire (CM) pour les affections complexes du pancréas, où il est évalué si un patient remplit ou non les conditions requises pour un traitement chirurgical.
- Sélection d'interventions chirurgicales complexes pour les affections du pancréas et de la région péri-ampullaire :

- 242830-242841 : Duodéno pancréatectomie
- 242852-242863 : Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi-totale (95 p.c.)
- 242874-242885 : Hémi-pancréatectomie gauche
- 242896-242900 : Enucléation d'une tumeur du pancréas

Ces prestations ne sont remboursées par l'INAMI que si elles sont réalisées dans un des 15 centres pour la chirurgie complexe faisant partie de la convention. Durant les six premiers mois de la convention, les interventions chirurgicales complexes étaient cependant toujours autorisées dans les hôpitaux avec lesquels un des 15 centres avait conclu un accord de collaboration (voir Tableau 1).

L'enregistrement via le Registre du Cancer est obligatoire pour tous les patients discutés durant une CM, même si aucun traitement chirurgical n'est réalisé. Pour les patients opérés, l'enregistrement inclut des données jusqu'à 90 jours après la chirurgie. Chaque année, un certain nombre d'indicateurs prédéterminés sont calculés sur base des données enregistrées et synthétisés dans des rapports annuels spécifiques à chaque centre. Le présent rapport fournit, pour tous les centres globalisés, un résumé concis des résultats après la première année de la convention. La publication des résultats spécifiques à chaque centre ne se fera que lorsque le nombre de patients par centre sera suffisamment important que pour permettre une correction statistique des éventuelles différences dans la composition des populations de patients. Une telle correction est nécessaire afin de pouvoir comparer entre eux les résultats spécifiques aux différents centres.

APERÇU DES PATIENTS DISCUTES EN CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE, AVEC ET SANS CHIRURGIE

Au cours de la première année de cette convention, soit pour la période allant du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020, 1911 patients atteints d'une affection du pancréas ou de la région péri-ampullaire ont été discutés en CM pour une possible chirurgie. 43% (N=827) de ces patients ont été référés depuis un autre hôpital vers un des 15 centres experts.

Sur le nombre total de patients discutés, 774 ont subi une opération chirurgicale dans un centre expert ou collaborateur, dont 76% d'entre eux (N=589) pour une indication de malignité (voir Tableau 2). Pour 1137 patients, il a été décidé durant la CM que la chirurgie ne devait pas faire partie de la stratégie thérapeutique, 63% d'entre eux (N=719) concernaient une pathologie maligne.

Tableau 2: Nombre de patients discutés durant une CM, par type d'indication et chirurgie.

Groupe de patients	N	%
N patients discutés durant une CM	1911	-
N patients avec chirurgie	774	41^a
Tumeur maligne	589	76 ^b
Tumeur bénigne	125	16 ^b
Non-tumoral	60	8 ^b
N patients sans chirurgie	1137	59^a
Tumeur maligne	719	63 ^b
Tumeur bénigne	260	23 ^b
Non-tumoral	158	14 ^b

^a pourcentage relatif au nombre total de patients discutés durant une CM

^b pourcentage relatif au nombre de patients avec ou sans chirurgie

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS AVEC UNE TUMEUR MALIGNE

Le plus grand groupe de patients discutés en CM sont ceux présentant une tumeur maligne (N=1308). En comparant avec l'incidence annuelle des tumeurs malignes du (péri-)pancréas (2018, N=2583 invasives + *in situ*), on peut conclure que, au cours de la première année de la convention, les centres de référence ont discuté en CM de la possibilité d'une chirurgie pour environ 50% du nombre total de nouveaux patients atteints d'un cancer du (péri-)pancréas.

Le Tableau 3 montre un aperçu des caractéristiques générales pour l'ensemble de la population discutée, ainsi que pour les patients qui ont subi une chirurgie complexe.

Les patients opérés étaient des hommes dans 54% des cas, et quasiment les trois quarts avaient 60 ans ou plus au moment de la discussion en CM (74%). Dans 97% des cas, la lésion à traiter dans le (péri-)pancréas était une tumeur primaire (N=572), dans 2% une récurrence tumorale, et dans 0,8% une métastase d'une tumeur primaire située ailleurs. La majorité des tumeurs étaient des adénocarcinomes (83%), suivis par des tumeurs neuroendocrines (11%). Presque la moitié des

Tableau 3 : Pour la première année de la convention, description de certaines caractéristiques des patients et des tumeurs pour tous les patients discutés en CM (avec ou sans chirurgie) en comparaison avec seulement les patients opérés.

Caractéristique	Tous les patients discutés durant une CM		Patients avec chirurgie	
	N	%	N	%
Total	1308	100	589	100
Sexe				
Homme	699	53	319	54
Femme	609	47	270	46
Age au moment de la CM				
Manquant	3	0,2	0	0
<=49	89	7	54	9
50-59	186	14	97	17
60-69	401	31	194	33
70+	629	48	244	41
Lésion à traiter (dans le (péri-)pancréas)				
Tumeur primaire	1271	97	572	97
Récidive d'une tumeur primaire	25	2	12	2
Métastase	12	1	5	1
Morphologie				
Adénocarcinome	1041	79	491	83
Tumeur neuroendocrine	127	10	64	11
Autre ou non-spécifiée	140	11	34	6
Localisation de la tumeur primaire				
C17.0 Duodénum	53	4	36	6
C24.0 Voies biliaires extra-hépatiques	62	5	40	7
C24.1 Région (péri-)ampullaire	61	5	49	8
C25.0 Tête du pancréas	600	46	293	50
C25.1 Corps du pancréas	142	11	32	6
C25.2 Queue du pancréas	174	13	73	12
C25.3 Canal pancréatique	5	0,4	5	1
C25.7-9 Autre parties non-spécifiées du pancréas	163	12	41	7
Autre	48	4	20	3

Stade clinique				
0	10	1	9	1
I	359	27	264	45
II	226	17	134	23
III	172	13	58	10
IV	345	26	11	2
X	150	12	88	15
TNM non applicable ou récidive	46	4	25	4

lésions opérées trouvaient leur origine dans la tête du pancréas (50%), suivi par des lésions provenant de la queue du pancréas (12%). Ce sont principalement les tumeurs à un stade moins avancé au moment du diagnostic qui ont été opérées : 45% de la population opérée était de stade clinique I, 23% de stade II et 10% de stade III. Chez environ un quart de l'ensemble des patients qui ont été discutés en CM, il s'agissait d'un stade clinique IV.

BAISSE DE LA MORTALITE POSTOPERATOIRE DURANT LA PREMIERE ANNEE DE LA CONVENTION

Le but ultime de cette convention est d'améliorer la qualité globale des soins prodigués (choix de la stratégie thérapeutique, soins postopératoires, ...). A cet égard, le risque de décès après avoir subi une intervention chirurgicale est un indicateur important à surveiller. Au cours de la première année de la convention, parmi les patients avec un nouveau diagnostic de tumeur du (péri-)pancréas qui ont été opérés (N=572), 15 sont décédés dans les 30 jours et 30 dans les 90 jours qui ont suivi la chirurgie complexe. Ces nombres absolus correspondent à une mortalité postopératoire observée de 2,6% à 30 jours, et de 5,2% à 90 jours.

Des analyses du Registre du Cancer menées en prévision de cette convention (période 2008-2016) ont établi une mortalité postopératoire observée à 30 et 90 jours pour les patients avec un nouveau diagnostic de tumeur du (péri-)pancréas de respectivement 4,3% et 7,9%.¹ Cela montre que la centralisation mise en place dans la première année de la convention a déjà amorcé une diminution **significative** de la mortalité postopératoire observée **à 90 jours** (différence = -2,6 pp; p = 0,023; IC 95% = [-4,4;-0,4] pp).

Sur les 125 patients qui ont été opérés pour une tumeur bénigne du (péri-)pancréas, aucun n'est décédé endéans les 30 ou 90 jours après l'opération au cours de cette première année de convention. 60 patients ont été opérés pour une affection non-tumorale du pancréas ou de la région péri-ampullaire : 1 décès a été observé endéans les 30 jours et 3 décès endéans les 90 jours après l'opération, ce qui correspond à une mortalité postopératoire observée de respectivement 1,7% et 5%. Pour ces affections tumorales bénignes ou non-tumorales, il n'existe aucun chiffre antérieur disponible pour comparaison.

EFFET DU COVID-19 SUR LES SOINS SPECIALISES POUR LES AFFECTIONS COMPLEXES DU PANCREAS

La première vague de COVID-19 a frappé les hôpitaux de notre pays à la fin de la première année de la convention. Conséquence des mesures mises en place, la prise en charge des patients a été compliquée et/ou reportée dans plusieurs domaines. Ainsi, la disponibilité des équipements a été réduite, de telle sorte que les diagnostics ne pouvaient plus être posés qu'à des stades avancés. De plus, il est possible que le choix de stratégie thérapeutique en ait également été influencé.

Le nombre total de chirurgies au cours de la première année de la convention pour une tumeur maligne primitive du (péri-)pancréas (N=572) était légèrement moins élevé que prévu (N=609). Cette estimation était basée sur le nombre croissant d'interventions chirurgicales réalisées par an pour une tumeur maligne primitive du (péri-)pancréas au cours de la période 2008-2016 (N=382 en 2008; N=588 en 2016).¹ Pendant la première vague de COVID-19, il n'y a pas eu de diminution significative du nombre mensuel de chirurgies complexes de l'œsophage réalisées. Néanmoins, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que des centres aient quand même été fortement touchés de manière individuelle durant cette période.

Des analyses supplémentaires, notamment sur base des données de la seconde année de la convention, fourniront un aperçu plus clair de l'impact précis de la pandémie de COVID-19 sur le diagnostic, la stratégie thérapeutique, la chirurgie et le risque de décès (postopératoire) des patients souffrant d'une affection du pancréas.

COUP D'ŒIL SUR L'AVENIR

Les chiffres de la seconde année de la convention seront disponibles au printemps 2022. Si le nombre de patients est suffisamment important, des rapports seront alors rédigés avec les indicateurs de processus et d'outcome prédéterminés, aussi bien pour l'ensemble des centres globalisé que pour chaque centre individuellement. Les indicateurs d'outcome tels que la mortalité et la survie pourront alors aussi être standardisés pour les différences relatives à la composition des populations de patients (par exemple pour le sexe, l'âge, stade de la tumeur, etc.), ce qui permettra une comparaison plus représentative. L'influence de la crise de COVID-19 sur cette convention fera l'objet d'un suivi.

¹ Postoperative mortality and survival in surgically treated (peri-)pancreatic cancer patients, 2008-2016. Belgian Cancer Registry, Brussels, June 2019, https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_complex_pancreas.pdf