

Convention Chirurgie Complexe de l'œsophage : Premier rapport annuel global

ACCORD: CONCENTRATION DE CHIRURGIE COMPLEXE DE L'ŒSOPHAGE DANS 10 CENTRES AGREES

Le 1^{er} juillet 2019, l'INAMI a démarré une convention de 3 ans avec 10 centres spécialisés dans les interventions chirurgicales complexes de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne. Ces centres sont répartis dans toute la Belgique, avec 2 centres en Région de Bruxelles-Capitale, 5 en Région flamande et 3 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 de l'œsophage 90 jours après chirurgie soutiennent ces affirmations. Alors que le taux de mortalité national était de 9,3%, il était de 5,2% 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 tumeurs de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne, ainsi que pour les affections non-oncologiques de l'œsophage, ont été concentrées dans un nombre limité de centres.

Tableau 1: Centres pour la chirurgie complexe de l'œsophage.

Centre pour la chirurgie complexe de l'œsophage		Collaboration avec :
		(période 1/07/2019 - 31/12/2019)
Région Bruxelles-Capitale		
CU Saint-Luc		
Hôpital Erasme		
Région flamande		
AZ Delta		AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
UZ Gent		AZ Sint-Lucas
UZA		ZNA
UZ Leuven		
Ziekenhuis Oost-Limburg		Jessa Ziekenhuis
Région wallonne		
CHwapi		Grand Hôpital de Charleroi
CHU UCL Namur Godinne		Clinique St-Luc Bouge
CHU de Liège		

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

- Consultation Multidisciplinaire (CM) pour les affections complexes de l'œsophage, 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 de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne :
 - 228270-228281 : Œsophagectomie ou gastro-œsophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité
 - 228292-228303 : Œsophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité

- 228314-228325 : Œsophagectomie ou gastro-œsophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu
- 228336-228340 : Œsophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu

Ces prestations ne sont remboursées par l'INAMI que si elles sont réalisées dans un des 10 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 10 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, 1004 patients atteints d'une affection de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne ont été discutés en CM pour une possible chirurgie. 64% (N=644) de ces patients ont été référés depuis un autre hôpital vers un des 10 centres experts.

Sur le nombre total de patients discutés, 430 ont subi une opération chirurgicale dans un centre expert ou collaborateur, dont 94% d'entre eux (N=406) pour une indication de malignité (voir Tableau 2). Pour 574 patients, il a été décidé durant la CM que la chirurgie ne devait pas faire partie de la stratégie thérapeutique, 95% d'entre eux (N=546) 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	1004	-
N patients avec chirurgie	430	43^a
Tumeur maligne	406	94 ^b
Pathologie non-maligne	24	6 ^b
N patients sans chirurgie	574	57^a
Tumeur maligne	546	95 ^b
Pathologie non-maligne	28	5 ^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

La grande majorité des patients discutés présentent une tumeur maligne (N=952). En comparant avec l'incidence annuelle des tumeurs malignes de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne (2018, N=1868 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.

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 78% des cas, et environ les trois quarts avaient 60 ans ou plus au moment de la discussion en CM (76%). Dans 95% des cas, la lésion à traiter dans l'œsophage ou dans la jonction gastro-œsophagienne était une tumeur primaire (N=386), et dans 5% une récurrence tumorale. La majorité des tumeurs étaient des adénocarcinomes (74%), suivis des carcinomes spinocellulaires (25%). Un peu plus de la moitié des lésions opérées trouvaient leur origine dans le tiers inférieur de l'œsophage (52%), suivi par des lésions provenant de la jonction

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	952	100	406	100
Sexe				
Homme	731	77	318	78
Femme	221	23	88	22
Age au moment de la CM				
<=49	50	5	32	8
50-59	155	16	64	16
60-69	353	37	171	42
70+	394	42	139	34
Lésion à traiter (dans l'œsophage/jonction gastro-œsophagienne)				
Tumeur primaire	910	96	386	95
Récidive d'une tumeur primaire	42	4	20	5
Morphologie				
Adénocarcinome	600	63	300	74
Carcinome spinocellulaire	334	35	100	25
Autre, non-spécifiée ou manquante	18	2	6	1
Localisation de la tumeur primaire				
C15.0/C15.3 Œsophage cervical/tiers supérieur de l'œsophage	92	10	17	4
C15.1/C15.4 Œsophage thoracique/tiers moyen de l'œsophage	148	15	47	12
C15.2/C15.5 Œsophage abdominal/tiers inférieur de l'œsophage	459	48	213	52
C15.8 Lésion à localisations contiguës de l'œsophage	13	1	1	0.2
C15.9 Œsophage, sans autre indication	27	3	7	2
C16.0 Jonction gastro-œsophagienne	198	21	115	28
Autre	15	2	6	1

Stade clinique				
0	21	2	4	1
I	106	11	43	11
II	132	14	63	15
III	279	29	181	45
IV	262	28	79	19
X	49	5	7	2
TNM non applicable ou récidive	103	11	29	7

gastro-œsophagienne (28%). Près des deux tiers de la population opérée se trouvaient à un stade avancé au moment du diagnostic : il s'agissait pour 45% d'un stade clinique III et pour 20% d'un stade IV. Presque trois quarts de tous les patients traités par chirurgie ont reçu une chimiothérapie et/ou une radiothérapie avant l'intervention chirurgicale. Chez plus d'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 de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne qui ont été opérés (N=386), 12 sont décédés dans les 30 jours et 25 dans les 90 jours qui ont suivi la chirurgie complexe. Ces nombres absolus correspondent à une mortalité postopératoire observée de 3,1% à 30 jours, et de 6,5% 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 de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne de respectivement 4,1% et 9,5%.¹ Cela montre que la centralisation mise en place dans la première année de la convention a déjà amorcé une diminution de la mortalité postopératoire observée à 90 jours (différence = -3,0 pp; p = 0,051; IC 95% = [-5,3;0,1] pp).

Sur les 24 patients qui ont été opérés pour une affection non-maligne de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne, aucun n'est décédé endéans les 30 ou 90 jours après l'opération au cours de cette première année de convention. 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 DE L'ŒSOPHAGE

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 de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne (N=386) était légèrement plus élevé que prévu (N=372). Cette estimation était basée sur le nombre moyen d'interventions chirurgicales réalisées par an pour une tumeur maligne primitive de l'œsophage ou de la jonction

gastro-œsophagienne au cours de la période 2008-2016.¹ 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 de l'œsophage.

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 oesophageal and gastro-esophageal junction cancer patients, 2008-2016. Belgian Cancer Registry, Brussels, June 2019, https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_complex_oesophage_slokdarm.pdf