



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 14 • Setembro 2010

La chirurgie moderne mini invasive Formation du jeune chirurgien praticien viscéraliste

Edmond Estour

Cet exposé exclut au moins partiellement certains secteurs très spécialisés de la chirurgie, en particulier celui des greffes et transplantation d'organes dont l'implication est telle que les experts pratiquants n'ont que rarement le temps de se consacrer à d'autres activités chirurgicales. Il concerne donc essentiellement la cœliochirurgie qui a envahi notre pratique

A/ HISTORIQUE DE LA FORMATION À LA CHIRURGIE MINI INVASIVE CŒLIOSCOPIQUE

De Palmer à P. Mouret, H. Manhés, M. A. Bruhat, J. Perissat, F. Dubois.. l'évolution a été progressive et explosive à partir de 1990, mais la formation de tous les futurs experts était à la base généraliste et solide. En effet presque tous les cœlioscopistes experts, en général de pratique privée, qui ont marqué la première décennie de l'explosion cœlioscopiste de 90 à 2000 étaient déjà des chirurgiens confirmés en chirurgie traditionnelle, généralistes au sens large. La plupart avait un éventail de pratique très vaste: viscérale, gynécologique, urologique orthopédique... l'autoformation à la cœlioscopie s'appuyait sur des bases traditionnelles solides. Il faut noter que bien avant 90 beaucoup d'entre nous faisaient de la cœlio, examinaient le pelvis et réalisaient des interventions annexielles simples après pneumopéritoine à la Verres, avec le matériel de Palmer. Mais la pratique a explosé après les cholécystectomies cœlioscopiques réussies par P. Mouret, et malheureusement la formation n'a pas suivi.

Un avatar historique: rapidement PH. Mouret a

considéré le succès de la cholécystectomie comme un avatar, un accident, une erreur de parcours dans l'histoire de la chirurgie, cette intervention miraculeuse, arrivant dans un milieu non préparé, fut cause de nombreux accidents; on en supporte encore les conséquences avec une élévation du taux de complication pour beaucoup de pathologies courantes que ne justifie pas quelque avantage cosmétique ou de court séjour: dans la **vésicule** cœlioscopique un taux de plaies de la voie biliaire très élevé pour toute une génération de chirurgien n'ayant pas eu une formation suffisante, un taux d'abcès abdominaux anormal pour l'**appendicectomie** cœlioscopique mal pratiquée, un taux d'échec et d'accident important voire une incapacité pour la **hernie cœlioscopique** (250 Cas pour contrôler la technique de la TEP pour les chirurgiens herniaires américains dans la série de Neumayer N. Engl. J. Med 2004) et bien pire pour les **laparocèles**. Cela a fait dire à certains, opinion que je partage aujourd'hui, que la cœliochirurgie n'était pas faite, en l'état actuel, pour tous les opérateurs: pour preuve l'**hystérectomie totale cœlioscopique dont les avantages sont considérables** n'a été et n'est pratiquée couramment en Cœliochirurgie Francophone que par une poignée de chirurgiens du pelvis, proches de Mouret ou issus de l'école de Clermont Ferrand.

B/ ETAT DES LIEUX, LE PROBLÈME ET CONSTATATIONS. NUANCÉES

De nos jours, Un jeune chef de clinique qui s'installe en privé au sortir de l'hôpital n'a fait le plus sou-



vent en matière de coelioscopie, dans les meilleures conditions, que quelques vésicules sélectionnées, parfois une ou deux interventions sur l'hiatus et pour les privilégiés, quelque colons Gauches. Il se trouve confronté à une activité libérale plus générale avec demande forte de coelioscopie concernant l'ensemble de la pathologie abdominale à laquelle il ne peut faire face sans risque, d'où des catastrophes avec procès retentissants... en rapport à l'origine avec une carence de formation

En effet La formation officielle est restée très souvent insuffisante voire inexistante et inadaptée

La raison de cette carence est simple, la formation des Internes et chefs de clinique s'est faite dans des services Hospitalo-universitaires classiques dont la majorité a été jusqu'au milieu des années 90 méfiante voire hostile à la chirurgie mini invasive, opinion confortée par le fait que l'absence de formation entraînait chez les imprudents des complications sérieuses et des catastrophes : la coelioscopie était interdite dans certains grands services formateurs et absente dans beaucoup d'autres. La discipline s'est développée surtout dans le secteur privé souvent considéré à tort comme concurrent alors qu'il est complémentaire. Le secteur privé a possédé rapidement un pool d'experts formateurs avec lesquels seuls quelques éminents universitaires très isolés avaient compris la nécessité d'une collaboration : on peut citer le coup de maître de Marescaux allant chercher dans sa clinique de Bully les Mines, Joël Leroy pour l'associer aux destinées de L'IRCAD.

Mais dans l'ensemble cette période historique des experts libéraux, aujourd'hui en voie d'extinction, a été massivement marquée par un énorme gâchis, la très faible ou la non utilisation pour la formation des jeunes chirurgiens, de ces experts non universitaires disponibles et volontaires. Leurs salles d'opération ont été pourtant le seul amphithéâtre pour la formation de toute une génération ou du moins de ceux qui avaient compris les énormes avantages et l'évolution inéluctable vers la nouvelle technique.

Cette formation était donc extra universitaire, volontariste, officieuse, voire clandestine, elle fut pourtant dans la plupart des cas très efficace: compagnonnage amical pour réaliser à deux, voire à trois, les premières interventions, congrès, réunions avec projection de vidéos organisées en toute indépendance avec des experts libéraux reconnus et dont les interventions et les qualités pouvaient être jugées beaucoup plus facilement qu'autrefois par les images opératoires retransmises en temps réel et l'importance de leurs séries. En même temps, très rapidement est apparue **Une formation prise en charge ou assistée par les grands laboratoires, avec des experts rétribués;** la connaissance parfaite d'outils chirurgicaux nouveaux très utiles et se renouvelant régulièrement sur le marché nécessitait une formation médico-technique permanente qui en assurait parallèlement la promotion commerciale; on peut citer des centres comme Hambourg ou Elancourt véritables universités privées et surtout à un niveau différent, la belle réalisation internationale et universitaire de L'IRCAD.

C/ LES BESOINS: DES CENTRES, DES HOMMES, DES IDÉES

Pas de formation sans formateurs et moyens de formation

La connaissance de la pathologie et des procédures classiques reste une base absolument nécessaire en particulier pour la compréhension des principes de traitement, principes qui eux restent les mêmes, même si les moyens évoluent très rapidement. C'est le rôle historique et permanent de l'université. Mais ne serait ce que pour des raisons budgétaires, il faut donc prévoir la restriction de certains enseignements basiques pour laisser de la place et des crédits à l'enseignement plus technique de ces moyens nouveaux.

L'acquisition des nouveautés technologiques:

Qu'il soit universitaire (si l'université en a les moyens financiers, on peut en douter pour l'avenir



dans le contexte économique actuel), privé ou mieux mixte, l'enseignement obligatoire du futur chirurgien nécessite des hommes pour

une formation théorique et technique adaptée

sur les nouveaux outils opératoires: électrocité, électronique ultra-sons... action sur les tissus section coagulation, agrafes; la plupart des meilleurs experts étaient aussi experts passionnés en technologie des nouveaux outils, de l'image, de la communication.

sur les matériaux et implants devenus partie intégrante de la chirurgie actuelle, agrafes, colles, sutures, prothèses, leur tolérance, les mécanismes biologiques d'intégration

l'utilisation de tous les formateurs compétents et disponibles, avec ou sans références universitaires, sans ostracisme. Le Pr M. A. Bruhat, fondateur du C. I. C. E l'Ecole de coeliochirurgie gynécologique de Clermont –Ferrand de renommée mondiale disait en 2008 en déplorant que PH. Mouret et d'autres n'aient pas été intégrés à l'Université au moment où c'était le plus nécessaire.: «le vent de réforme qui souffle doit nous permettre de recruter temporairement ou définitivement ces novateurs qu'une vision élitiste faussée tient au dehors»)

PAS DE FORMATION SANS OPÉRÉS

Un flux de patients suffisant est indispensable, pour cela de grands moyens de réorganisation sont nécessaires:

Avec **des centres dédiés à la chirurgie nouvelle**, voire à défaut une grande Ecole Nationale ou interrégionale de chirurgie avancée, sinon

Dans chaque université

un grand service de chirurgie générale dédié à la Coelio-chirurgie comprenant nécessairement un service d'urgence 24h/24, avec des départements de chirurgie viscérale et pariétale, de gynécologie, d'urologie. de chirurgie bariatrique... et un bloc opératoire commun équipé pour la retransmission

Le service d'urgence doit être équipé de colonnes

coelioscopiques pouvant fonctionner 24H/24 avec les internes, chefs de clinique et un chirurgien de garde senior comme à l'hôpital Umberto Parini à AOSTE.

Éventuellement... un laboratoire pour intervention sur l'animal; mais la grande majorité des experts des années 1990 à 2000 ont fait d'excellents opérateurs très efficaces et très surs sans avoir recours au cochon

Dans les gros hôpitaux non universitaires

Un service généraliste de référence dédié à la coelio-chirurgie pratiquant toute la gamme de la chirurgie viscérale de l'œsophage au rectum en passant par la chirurgie pariétale, le pelvis le rétro péritoine, le thorax. . et avec plusieurs seniors supervisant les jeunes chirurgiens, l'ensemble permettant d'organiser un enseignement pratique en salle et retransmis, c'est ce que l'on peut voir par exemple dans le remarquable service de Carlo Sartori à l'hôpital de Castel Franco Veneto, devenu un modèle en Italie

Et de nombreux lieux de stage dans les hôpitaux moins importants et surtout les cliniques et hôpitaux privés, qui assurent en France par exemple plus de 60% de cette chirurgie.

Il faut aussi y mettre en œuvre tous **Les petits moyens, dans les grands comme dans les petits centres, partout où cela est possible:**

La vulgarisation des «trainers» pour les interventions de base afin de développer et entretenir, en leur faisant faire leurs gammes comme pour les musiciens, l'habileté manuelle, les «skills» des jeunes opérateurs et leur faire intégrer parfaitement les temps de chaque opération prévue à leur programme. Tout jeune chirurgien doit savoir en préalable coudre, faire des nœuds, suturer sur le trainer avant de le faire dans le ventre.

L'encouragement au compagnonnage pour les chirurgiens nouvellement installés, facteur fondamental de progrès, qui évitera les 10% à 15% de conversion injustifiées et coûteuses liés au manque de confiance de l'opérateur isolé et qui cale devant un obstacle le plus souvent d'ordre seulement psychologique: «je n'y arriverai jamais!»



La reconnaissance comme en SUISSE d'une rémunération pour le chirurgien 1° aide dans les interventions faites en duo à deux chirurgiens senior-junior, extrêmement chronophages et donc coûteuses, mais très précieuses et nécessaires à une formation complète.

Enfin le « carnet de vol » du jeune chirurgien, le Carnet d'intervention personnel à valeur qualifiante et médico-légale avec la liste détaillée et les Comptes rendus des interventions réalisées, 1°/ comme 1° aide, 2°/ en compagnonnage, 3°/ en solo, liste accompagnée des commentaires et des conseils du chef de service ou du senior.

En conclusion, nous pensons que sont absolument nécessaires des centres dédiés à la nouvelle chirurgie,

à débit d'opérés suffisant ainsi que de nombreux lieux de stage, des formateurs expérimentés, et aussi des petits moyens à généraliser.

Mais tout ceci ne peut se réaliser, vu la nécessité pour une formation satisfaisante de beaucoup de malades à opérer et de formateurs chevronnés, sans une révolution culturelle médicale et un changement radical de mentalité concernant la coopération nécessaire et la complémentarité des moyens de santé publics et privés, ce qui existe déjà dans d'autres secteurs comme pour l'utilisation des moyens modernes et coûteux de diagnostic, scanners de dernière génération et IRM.. ou matériel de radiothérapie et robots chirurgicaux.

