

**D. Robert Siemens, MD,  
FRCSC**  
Rédacteur-en-chef, JAUC

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2013;7(11-12):e788.  
<http://dx.doi.org/10.5489/auaj.1826>  
Published online December 5, 2013.

*L'AUC a pour mandat de promouvoir les plus hautes normes dans les soins urologiques pour les Canadiens et de faire avancer l'art et la science de l'urologie.*



## Références

- Schrag D, Mitra N, Xu F, et al. Cystectomy for muscle-invasive bladder cancer: patterns and outcomes of care in the Medicare population. *Urology* 2005;65:1118-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.12.029>
- Siemens DR, MacKillop W, Ping Y, et al. Process of Care Variables Explaining the Influence of Surgical Volumes in Bladder Cancer Outcomes. *Can Urol Assoc J* 2013;7:533.
- Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, et al. Impact of provider volume on operative mortality after radical cystectomy in a publicly funded healthcare system. *Can Urol Assoc J* 2013;7(11-12):426-9. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.361>
- Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, et al. Higher surgeon and hospital volume improves long-term survival after radical cystectomy. *Cancer* 2013;199:3546-54.

La prise en charge optimale des tumeurs urothéliales envahissant le muscle (TUEM) est un aspect qui continue de nous échapper. À l'heure actuelle, la cystectomie et la chimiothérapie périopératoire sont ce qui se rapproche le plus d'un traitement standard. L'efficacité de la cystectomie est bien établie en ce qui concerne le contrôle des tumeurs localisées et l'augmentation de l'espérance de vie des patients atteints de cette forme de cancer. Toutefois, comme il s'agit d'une intervention chirurgicale passablement risquée, bien des médecins et des patients lui préfèrent d'autres formes de traitement afin d'éviter tout risque de complications postopératoires ou de décès. Quant à la chimiothérapie périopératoire, on lui reproche son piètre taux de réponse dans la pratique nord-américaine. Peu d'études cliniques sérieuses attestent l'efficacité de la chimiothérapie adjuvante et, malgré des preuves plus concluantes, la chimiothérapie néo-adjuvante est peu utilisée en raison des défis inhérents à la transposition, dans la pratique courante, des bienfaits démontrés par les essais cliniques. Ces incertitudes liées à la prise en charge optimale des TUEM expliquent la diversité des soins prodigués à la population générale<sup>1,2</sup> et, par conséquent, les importants écarts de résultats par rapport à ceux des centres d'excellence.

Il est urgent d'élaborer de meilleures stratégies de diagnostic et de traitement, mais aussi d'optimiser la prestation des soins existants pour lutter plus efficacement contre le cancer de la vessie – autrement dit, pour « réaliser ce qui réalisable ». La façon la plus simple de resserrer l'écart entre efficacité théorique et efficacité pratique au Canada serait, à notre avis, de centraliser les traitements chirurgicaux offerts aux patients ayant une TUEM. Dans le présent numéro du *JAUC*, le Dr Kulkarni et ses collègues réaffirment l'incidence du volume de soins sur le taux de mortalité opératoire précoce en Ontario<sup>3</sup>. Fait peut-être plus préoccupant encore, ils ont récemment publié des résultats qui démontrent l'incidence notable du volume de chirurgies et de soins hospitaliers sur la survie à long terme des patients après une cystectomie<sup>4</sup>. Ces résultats confirment l'accumulation croissante de preuves tirées de la littérature médico-chirurgicale en oncologie qui mettent en lumière le rapport entre le volume et les résultats des soins pour de nombreux types de cancer.

Mais qu'a-t-on fait de ces données ? Certains auteurs en ont déploré les limites en raison de leurs faiblesses méthodologiques : populations de patients insuffisantes, absence d'études prospectives avec groupe témoin préalables à la sélection des cas, incapacité d'ajuster les effets relatifs du volume de chirurgies et de soins hospitaliers, négligence des facteurs sous-jacents au rapport volume-résultats en fonction des méthodes de soins. Pour formuler la question autrement, pouvons-nous déterminer et reproduire les façons de faire des fournisseurs à haut volume afin d'améliorer les résultats de ceux dont le volume est plus faible ? À l'Université Queen's, on a présenté des conclusions similaires à celles du Dr Kulkarni et de ses collègues. Ces résultats attestent la forte incidence du volume de soins sur les résultats tardifs, mais aussi l'incapacité de définir suffisamment les variables relatives aux méthodes de soins susceptibles d'expliquer cette incidence du volume sur la survie des patients à long terme<sup>2</sup>. Ce sont là des signes alarmants qu'il est impossible d'ignorer.

Or, les bienfaits continus d'une hausse du volume de soins démontrés par les études observationnelles, de même que l'apparente incapacité à déterminer des facteurs atténuants qui faciliteraient l'évaluation et permettraient d'améliorer la qualité des soins prodigués par les fournisseurs à plus faible volume, plaident en faveur de la concentration des services chirurgicaux offerts aux patients ayant une TUEM. La rationalisation des services est une question problématique à plusieurs égards, notamment en ce qui a trait à la préférence des patients, aux aspects économiques de la santé et à la sécurité sociale ; toutefois, les expériences réalisées au Royaume-Uni en vue de la centralisation des chirurgies œsogastro-duodénales sont riches d'enseignement. Tout indique qu'il est temps pour la communauté des oncologues canadiens de collaborer avec leurs partenaires régionaux et provinciaux du secteur de la santé et les groupes de défense des intérêts des patients afin de prendre les choses en main et de réaliser ce qui est réalisable.