

D. Robert Siemens,
Rédacteur en chef adjoint

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2011;5(3):155;
DOI:10.5489/cuaj.11102

Tous les urologues souhaitent dire à leurs patients après une prostatectomie qu'on a pu laisser des marges négatives, et c'est aussi ce que désirent entendre les patients. Néanmoins, en tant qu'indicateur de qualité des soins, le statut des marges chirurgicales représente un grand dilemme. La variation du taux de marges positives dans différentes séries chirurgicales est remarquable, à plus forte raison si ces taux reflètent l'expérience d'un chirurgien dans un centre d'excellence ou dans une étude de population¹. En outre, le recours au statut des marges comme indicateur de qualité est un élément de confusion, car il peut tout aussi souvent être attribué au regroupement des cas ou à l'expertise pathologique qu'à la technique chirurgicale. La plupart d'entre nous acceptent le fait que des marges positives ont des répercussions néfastes sur les résultats de la maladie après une prostatectomie radicale. La force de la valeur pronostique, en revanche, peut varier en fonction des risques postopératoires, et il a été rarement démontré que les marges pouvaient prédire la progression clinique, la mortalité spécifique du cancer ou la mortalité globale^{2,3}. Pourtant, le fardeau psychologique des marges positives devrait renforcer notre détermination à améliorer ce résultat.

La recherche sur la qualité des soins évalue le « niveau selon lequel les services de santé offerts aux particuliers et aux populations accroissent la probabilité d'obtention des résultats de santé désirés et concordent avec le niveau actuel de connaissances de la profession »⁴. Les efforts déployés pour mieux comprendre, mesurer et influencer la qualité des soins chirurgicaux sont souvent contrecarrés par un manque de mesures fiables et valides, et le fait de ne pas contrôler les caractéristiques des patients⁵. Le groupe RAND et Action Cancer Ontario ont recommandé plusieurs indicateurs différents pour mesurer la qualité des soins chirurgicaux pour le cancer de la prostate^{6,7}. Mais il existe très peu de données sur leur faisabilité, leur fiabilité et leur validité, ce qui mine leur application dans le processus d'amélioration de la qualité des soins.

Lawrentschuk et ses collègues présentent une étude contemporaine en population en Ontario montrant un taux inquiétant de 33 % de marges positives liées à des cas de cancer confinés à l'organe.⁸ Les auteurs ont cependant été dans l'impossibilité de montrer une validité conceptuelle convergeant avec le volume chirurgical, un indicateur assez bien décrit et souvent utilisé pour mesurer les résultats liés au cancer de la prostate. Il ne s'agit pas ici de la première fois où on n'arrive pas à démontrer une association entre le statut des marges chirurgicales et d'autres indicateurs des soins chirurgicaux dans une étude en population. Chan et ses collègues avaient signalé une lacune dans la validité conceptuelle du statut des marges chirurgicales dans une étude antérieure menée auprès d'une cohorte canadienne, alors que d'autres indicateurs, comme la durée du séjour et les taux de transfusion, s'étaient révélés plus informatifs¹. Le mauvais rendement des marges chirurgicales comme indicateur de qualité dans ces études s'explique probablement de nombreuses façons, plus particulièrement par le fait que les données n'ont pas été revues par un laboratoire central de pathologie.

Que faire donc de ces renseignements? On a élaboré des énoncés de consensus très à propos sur le rendement optimal des interventions chirurgicales et pathologiques et des initiatives d'amélioration de la qualité. Au bout du compte, l'objectif du processus entier d'évaluation de la qualité des soins est d'améliorer les résultats des patients par le biais de commentaires formulés aux chirurgiens, aux établissements et aux conseils d'évaluation de la qualité. Cela dit, nous devons faire preuve de prudence dans l'utilisation de tels indicateurs pour orienter les décisions quant à la structure et au processus en lien avec les soins, et ce, jusqu'à ce que nous ayons mieux établi leur fiabilité et leur validité.

Références

1. Chan EO, Groome PA, Siemens DR. Validation of quality indicators for radical prostatectomy. *Int J Cancer* 2008;123:2651-7.
2. Alkhatieb S, Alibhai S, Fleshner N, et al. Impact of Positive Surgical Margins After Radical Prostatectomy Differs by Disease Risk Group. *J Urol* 2010;183:145-50.
3. Vis AN, Schröder FH, van der Kwast TH. The actual value of the surgical margin status as a predictor of disease progression in men with early prostate cancer. *Eur Urol* 2006;50:258-65.
4. Spencer BA, Steinberg M, Malin J, et al. Quality-of-care indicators for early-stage prostate cancer. *J Clin Oncol* 2003;21:1928-36.
5. Miller DC, Montie JE, Wei JT. Measuring the quality of care for localized prostate cancer. *J Urol* 2005;174:425-31.
6. Gagliardi AR, Fleshner N, Langer B, et al. Development of prostate cancer quality indicators: a modified Delphi approach. *Can J Urol* 2005;12:2808-15.
7. Litwin MS, Steinberg M, Malin J, et al. *Prostate Cancer Patient Outcomes and Choice of Providers: Development of an Infrastructure for Quality Assessment*. Santa Monica, CA: RAND; 2000.
8. Lawrentschuk N, Evans A, Srigley J, et al. Surgical margin status among men with organ-confined (pT2) prostate cancer: a population-based study. *Can Urol Assoc J* 2011;5:161-6; DOI:10.5489/cuaj.10085.