



HAL
open science

Personal experience and/or shared experience in surgery?

Marc Pocard

► **To cite this version:**

Marc Pocard. Personal experience and/or shared experience in surgery?. *Journal of Visceral Surgery*, 2021, 158 (4), pp.287-288. 10.1016/j.jviscsurg.2021.07.005 . hal-03477809

HAL Id: hal-03477809

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03477809>

Submitted on 13 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Expérience personnelle et/ou expérience partagée en chirurgie ?

Personal experience and/or shared experience in surgery?

Marc Pocard ^{1,2}.

1 Hepato-Biliary-Pancreatic Gastrointestinal Surgery and Liver Transplantation, Pitié-Salpêtrière Hospital, Assistance Publique/Hôpitaux de Paris, F-75013 Paris, France

2 Université de Paris, UMR INSERM 1275 CAP Paris-Tech, Lariboisière Hospital, 2 rue Ambroise Paré, F-75010 Paris, France;

Corresponding author

Pr Marc Pocard

Hepato-Biliary-Pancreatic Gastrointestinal Surgery and Liver Transplantation, Pitié-Salpêtrière Hospital, Assistance Publique/Hôpitaux de Paris, 49 Bd de l'Hôpital. F-75013 Paris, France

marc.pocard@gmail.com

Vous lirez dans ce numéro du Journal de Chirurgie Viscérale, un article dont le titre à lui seul est soit une mise en garde, soit une leçon à méditer. En effet le titre proposé : « Le taux global de complications postopératoires n'est pas un marqueur fiable de l'expérience d'un chirurgien : une série rétrospective de 1060 interventions pour endométriose colorectale » est à lui seul un résumé de la pensée des auteurs (1). On perçoit une vraie déception des auteurs, qui ont sans doute imaginé voir avec le temps et l'expérience diminuer les complications post opératoire, les fistules. Même si la lecture de l'article fait apparaître l'introduction de bilan et de techniques de chirurgie, nouvelles au cours de l'acquisition de l'expérience, qui permettent peut-être de réaliser des prises en charge de cas plus grave, le taux de fistule ne bouge pas ? Bien sûr comme chaque article, il est possible de chercher des biais ou de discuter certains détails. Mais pour les auteurs suivre le taux de complications, n'est pas en soit un reflet de l'expérience, alors que se trouve rapporté ici une des plus importante série d'endométriose colorectale. Faut-il penser que l'accumulation de la pratique, si elle ne suit pas un processus spécifique, peut ne pas générer l'expérience ? L'expérience repose sur des faits perçus et non simplement survenus. Dit autrement, il faut peut-être une démarche particulière pour tirer de nos pratiques, des éléments de choix ou de décision, pour nos opérations à venir ?

Si nous prenons l'exemple le plus emblématique qui est l'accident, faut-il utiliser l'expérience de celui-ci pour déterminer nos choix thérapeutiques ? Nous savons qu'il faut analyser nos accidents, au mieux dans des procédures faites pour cela comme les RMM (revues de morbi-mortalité). Nous savons aussi, par la pratique de ces RMM, qu'un accident est souvent la succession de plusieurs anomalies, et non d'une seule ; est-il donc pertinent d'en déduire une conduite à tenir ? Nous avons publié dans un numéro récent un article sur les bonnes pratiques concernant la préparation cutanée de l'opéré (2). Depuis, une correspondance a été publiée, identifiant deux visions de chirurgiens concernant la préparation cutanée par badigeonnage du patient avant l'incision chirurgicale (3, 4). Chacun expose ses convictions, convictions fondées sur des études critiquables et critiquées, puisqu'une de ces études analysées dans l'article original a été rétractée (3). L'un vante le bénéfice d'une préparation cutanée à la Bétadine® – Povidone iodée et l'autre à la Chlorhexidine alcoolique. Chacun de nous a fait son choix dans sa pratique quotidienne. Première raison du choix, que l'activité dans votre bloc opératoire soit uniforme et que tout le monde fasse pareil. Pour ma part, ma pratique est

issue de l'expérience d'un accident. Jeune chef de clinique, j'ai vu brûler un patient lors de mon incision avec un bistouri électrique. Et, j'ai choisi mon camp ! Comment considérer une solution qui induit un risque, certes très faible, certes lié à une erreur dans la procédure, mais que tous les chirurgiens ont, soit vu, soit entendu ? Que faut-il privilégier ? Diminuer un risque fréquent de complication pariétale avec une solution alcoolique comme semble le montrer la littérature ou éradiquer totalement un risque infime mais gravissime de brûlure en n'utilisant pas cette solution ? Vous pourriez me répondre, qu'il suffit d'inciser au scalpel froid, mais ... à cause d'un autre accident j'utilise toujours un bistouri électrique.

Après les mois éprouvants que nous avons vécus lors des pandémies liées à la COVID-19 ; n'avons-nous pas cherché collectivement à augmenter au plus vite notre expérience, en publiant vite les premières séries de patients ? Nos désaccords, nos visions différentes étaient souvent liés à des perceptions différentes des risques de complications gravissimes, décès post opératoire d'un patient infecté par le virus de la COVID-19 à l'Hôpital, versus progression de la maladie tumorale rendant, *in fine*, caduc le projet curateur chirurgical (5). Nos réactions étaient souvent liées à notre expérience directe, quelques fois éloignées des séries chirurgicales publiées après les premières alertes (6). A l'évidence face à un tel événement, chacun est redevenu chirurgien en formation, et donc demandeur d'informations et donc de lecture.

Comment devons-nous gérer les risques ? Faut-il à la suite d'un cas, d'un accident isolé, bannir l'utilisation d'une procédure ou d'un instrument ? Un de mes anciens patrons avait pris la décision de ne plus contrôler systématiquement les anastomoses œsogastriques quand un de ses patients avait fait, à J7, une fausse route mortelle en contrôlant une anastomose qui ne fuyait pas. De mon côté, j'en avais conclu que le plus discutable était peut-être ce côté systématique ? Mais, c'est le côté systématique qui est à la base des checklists qui assurent une partie de la sécurité de nos procédures et dont l'oubli est identifié en cas d'accident et peut être reproché aux chirurgiens (7). Donc ce caractère systématique, cette règle de pratique qui s'applique au plus grand nombre à la faveur d'autres chirurgiens, collègues et praticiens réfléchis. Pour eux, au lieu de fonder leur pratique sur « une histoire de chasse », il faut privilégier des textes de consensus ou les textes de recommandations de sociétés savantes ou encore des méta-analyses qui peuvent même inclure, et c'est le cas pour les

études sur le badigeonnage avant incision, des résultats issus d'autres spécialités chirurgicales.

Et pourtant nous apprenons de nos échecs et de nos erreurs. C'est en tout cas ce qu'avait rapporté dans son discours de l'AFC le Pr Denis Castaing. Discours qui nous avait tous impressionnés par son ton et par sa justesse, et avait été publié in extenso, dans le Journal (8). « Je me souviens très bien de ma première erreur médicale. Parce que l'on apprend beaucoup d'une erreur et que, finalement, on s'en souvient mieux que du reste, je vais vous parler de mes erreurs, de mes bêtises et de mes réflexions sur mes erreurs ». J'ai relu ce texte, et alors oui, il faut lire et croire les autres et il faut dans notre pratique quotidienne accumuler une expérience, l'analyser et choisir nos propres critères, nos propres marqueurs d'évaluation (9, 10).

Références :

1 Roman H, Marabha J, Polexa A, Prosszer M, Huet E, Hennetier C, Tuech JJ, Marpeau L. Crude complication rate is not an accurate marker of a surgeon's skill: A single surgeon retrospective series of 1060 procedures for colorectal endometriosis. *J Visc Surg.* 2021; 12:S1878-7886(20)30236-8.

2 Moszkowicz D, Hobeika C, Collard M, Bruzzi M, Beghdadi N, Catry J, et al; Société Française de Chirurgie Digestive, Association de Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique et Transplantation. Operating room hygiene: Clinical practice recommendations. *J Visc Surg.* 2019; 156: 413-22.

3 Santos-Fernandes V, Figueira A. Re: Operating room hygiene : clinical practice recommendations. *J Vis Surg.* 2021; 158 : 283-4.

4 Voron T, Moszkowicz D, Hobeika C, Collard M, Bruzzi M, Beghdadi N, et al; pour la Société Française de Chirurgie Digestive et l'Association de Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique et Transplantation. Re: Moszkowicz D, et al. "Operating room hygiene: Clinical practice recommendations SFCD-ACHBT". *J Visc Surg.* 2021 ;158: 285-6.

5 Tuech JJ, Schwarz L, Pocard M. RE: RE: Strategy for the practice of digestive and oncologic surgery in the COVID-19 epidemic situation. *J Visc Surg.* 2021 ;158: 98-9.

6 Luong-Nguyen M, Hermand H, Abdalla S, Cabrit N, Hobeika C, Brouquet A, Goéré D, Sauvanet A. Nosocomial infection with SARS-Cov-2 within Departments of Digestive Surgery. *J Visc Surg.* 2020 ; 157: S13-S18.

7 Ghislain S, Hubert J. Medico-legal claims in colorectal surgery: Analysis of 231 files. *J Visc Surg.* 2019 ;156 Suppl 1: S61-S65.

8 Castaing D. Presidential address of Professor Denis Castaing. *J Visc Surg.* 2016 ;153: 243-7.

9 Slim K, Ganascia JG, Vennat B. Good doubt and bad doubt. *J Visc Surg.* 2018 ;155: 435-7.

10 Pocard M. What quality criterion should we choose to evaluate the surgical resection of rectal cancer? *J Visc Surg.* 2017 ;154: 69-71.