

Les autopsies médicales comme contrôle de qualité de la prise en charge des patients en médecine interne

Drs SAMUEL ROTMAN^{a,*}, THOMAS ZAUGG^{b,*} et PIERRE-ALEXANDRE BART^b

Rev Med Suisse 2016; 12: 2015-9

Le nombre des autopsies médicales a régressé ces dernières décennies en raison du développement des techniques d'imagerie et de certains risques autour de l'autopsie. Cependant, l'apport de l'autopsie est considérable sur le plan diagnostique, meilleur même que celui des nouvelles technologies actuellement à disposition. Elle représente un bon indicateur de qualité, mais aussi un outil de formation, avec un impact non négligeable dans le processus de deuil des proches. Au CHUV, des projets ont été mis en place en vue d'augmenter le nombre des autopsies: enseignement pré et postgrade et demande systématique lors de chaque décès avec un gain significatif pour les médecins, mais également pour les familles qui bénéficient d'un retour personnalisé des résultats.

The role of medical autopsies as a quality control of patients management in internal medicine units

The number of medical autopsies has declined in recent decades due to the development of imaging techniques and some risks linked to autopsies. However, the contribution of autopsy is diagnostically significant, even better than new technologies currently available. It is thus a good indicator of quality, but also a training tool, and has a significant impact in the grieving process. At the CHUV, under the leadership of Pathology Department, institutional projects have been implemented in order to increase the number of autopsies, including a pre- and post-graduate training and systematic request for autopsy, with significant gain for clinicians and pathologists, but also for families who get systematic and customized return results.

INTRODUCTION

En Suisse, nous connaissons deux types d'autopsie, l'une médico-légale et l'autre médicale. L'autopsie médico-légale est effectuée à la demande du procureur et ne peut être refusée par la famille du défunt. Son mandat est d'exclure une cause de mort violente avant de conclure à une mort naturelle. L'autopsie médicale, elle, est effectuée grâce à un ultime geste de la famille du défunt, avec son plein accord. La totalité de ses coûts, transport du corps compris, est prise en charge, au CHUV, par le Service de pathologie, dans l'idée de n'imposer aucun frais à la famille. Son mandat, entre autres, est de déterminer la cause de la mort naturelle.

^a Service de pathologie clinique, ^b Service de médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne
samuel.rotman@chuv.ch

* Les Drs Rotman et Zaugg ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article et sont considérés tous deux comme premier auteur.

Dans l'histoire de la médecine, les autopsies ont eu un rôle essentiel pour la compréhension de l'anatomie du corps humain et des maladies. On ne peut s'empêcher de citer André Vésale (1514-1564) qui révolutionna la médecine avec son livre intitulé «*De humani corporis fabrica*» («(Traité) sur le fonctionnement du corps humain») de plus de 700 pages contenant des dessins précis de l'anatomie du corps humain. Le rôle des autopsies devint alors un outil majeur dans l'acquisition de nouvelles connaissances sur les maladies et l'explication de la cause de la mort. Mais l'apport des autopsies médicales ne s'arrête pas là.

En effet, ce type d'autopsie permet d'affiner les statistiques médicales en précisant la cause du décès mais amène aussi une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques qui ont mené au décès (à ce propos, dans le cadre de la politique de transparence du CHUV, l'autopsie médicale est toujours effectuée à la demande de la famille ou devant toute rupture de confiance entre famille et personnel médical). L'autopsie médicale peut également représenter un excellent outil pour le contrôle de qualité des services cliniques, ainsi qu'un réservoir immense pour les biobanques de tissus (élément capital pour la recherche). Elle peut encore apporter des renseignements importants quant à l'efficacité de nouveaux médicaments, sans parler de son apport crucial pour la formation des médecins. Finalement, selon les résultats apportés par cet examen, des maladies génétiques peuvent être mises en évidence avec des conséquences médicales utiles pour la famille du défunt.

Vignette clinique

Une patiente de 66 ans, connue pour un tabagisme actif, consulte au mois d'août en raison de douleurs basi-thoraciques gauches associées à une dyspnée de stade II, nouvelle. Elle mentionne également des lombalgies depuis mai et une perte de poids d'environ 10% depuis le début de l'année. La radiographie thoracique révèle un infiltrat basal gauche. L'évolution défavorable sous antibiothérapie conduit à la réalisation d'un scanner thoracique qui révèle une atelectasie du poumon gauche avec des adénopathies intertrachéobronchiques et hilaires gauches, et une infiltration hépatique diffuse. Une biopsie hépatique n'est pas réalisable en raison d'une thrombopénie. Suspectant une origine néoplasique sur la base des éléments cliniques et radiologiques (atteintes vertébrales, lombosacrées, et hépatiques), et d'un NSE (*Neuron Specific Enolase*) élevé, une chimiothérapie

est débutée (diagnostic présumé de carcinome bronchique à petites cellules). La suite de la prise en charge se complique d'une insuffisance respiratoire aiguë d'origine peu claire, rapidement suivie d'une défaillance multiorganique conduisant au décès.

L'autopsie réalisée à la demande de la famille confirme le carcinome neuroendocrine à petites cellules, de stade oncologique dépassé, avec importante charge tumorale à l'étage thoraco-abdominal (métastases ganglionnaires, hépatiques, surrénaliennes, péritonéales, vertébrales). L'insuffisance respiratoire est expliquée par une volumineuse masse tumorale obstruant la bronche lobaire inférieure gauche, associée à une lymphangite carcinomateuse diffuse sans signes de bronchopneumonie. On note des signes de choc aux niveaux hépatique et rénal, ainsi que des hémorragies au sein de plusieurs métastases hépatiques, et une hémorragie digestive au niveau grêle expliquant la défaillance multiorganique. L'autopsie permet de confirmer la néoplasie suspectée, de comprendre l'insuffisance respiratoire développée par la patiente ainsi que l'origine de la défaillance multiorganique.

CONTEXTE

Les autopsies médicales ont donc gagné rapidement en intérêt pour atteindre leur apogée partout dans le monde, jusque vers le milieu du xx^e siècle. Mais leur succès commença à décliner régulièrement dès les années 1970. Si, dans les années 60, on pouvait relever un taux d'autopsies de près de 50% des patients décédés à l'hôpital, on relève aujourd'hui des taux parfois inférieurs à 5% dans certains hôpitaux européens.¹ Selon un rapport de l'Académie française de médecine du 7 avril 2015, l'autopsie médicale en France a quasiment disparu, au point que les pathologistes ne sont plus formés pour ce type de geste. En Allemagne, le taux est de 2% et en Angleterre de 10%. En Suisse, la tendance est à la baisse pour atteindre actuellement une moyenne de l'ordre de 10-15%. Au CHUV, le taux d'autopsies était d'environ 40% à la fin des années 80 pour atteindre à peine 8% en 2014.

Cette baisse du nombre d'autopsies peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, l'image des autopsies est vue parmi les cliniciens comme archaïque comparée à l'apport de l'imagerie. D'autre part, la crainte non fondée des conséquences juridiques en cas de découverte d'une erreur médicale, et la réticence d'imposer un tel geste au patient (et à sa famille...) sont d'autres raisons pour les cliniciens de ne pas demander d'autopsies. Les coûts sont également un critère à prendre en compte, car il existe souvent de fausses idées qui consistent à croire que le transport du corps et la facturation de l'autopsie reviendraient au service demandeur d'autopsie. La religion du défunt ou de la famille par contre n'est pas un critère de refus.² Toutes ces raisons ont fait qu'en l'espace de 10-15 ans, l'acte d'autopsier a disparu de l'enseignement. Par conséquent, le médecin assistant ou le chef de clinique déjà bien surchargé n'est plus capable d'argumenter la raison de cette autopsie à la famille du défunt et se contente de formuler la demande d'autopsie sans trop de conviction pour aboutir à un refus inévitable.

RÉSULTAT

Devant ce constat alarmant, la Direction du CHUV a cautionné un projet institutionnel, développé par le Service de pathologie, qui a pour but d'augmenter le nombre d'autopsies médicales. Dans un premier temps, une étude a permis de démontrer que la qualité du travail clinique était globalement similaire aux autres hôpitaux avec un taux d'erreurs majeures de diagnostics pouvant avoir des conséquences potentielles sur la survie de 14%.³⁻⁵ Dans un deuxième temps, tous les chefs de service et de département ont été sensibilisés à ce soutien institutionnel, et le projet s'est alors articulé autour de la communication. Dans le prégrade, les autopsies sont évoquées lors de vignettes pour les étudiants dans l'idée de les sensibiliser aux buts de l'autopsie médicale, et un module «vivre face à la mort» donne l'opportunité aux étudiants d'échanger des points de vue avec le personnel médical travaillant dans le milieu des autopsies. Dans le postgrade, des modules ouverts aux médecins et aux infirmières ont été créés tels que «Comment formuler une demande d'autopsie» et «Comment annoncer une mauvaise nouvelle», dans l'idée d'enseigner la procédure de demande d'autopsie et la manière d'en faire la demande à la famille. Il est en effet crucial que le personnel médical connaisse bien les buts de l'autopsie (**tableau 1**) et son déroulement de manière à pouvoir mieux la défendre face à la famille. L'aspect psychologique entre famille et personnel médical est également abordé en collaboration avec un binôme pathologiste-psychologue au travers de jeux de rôles.

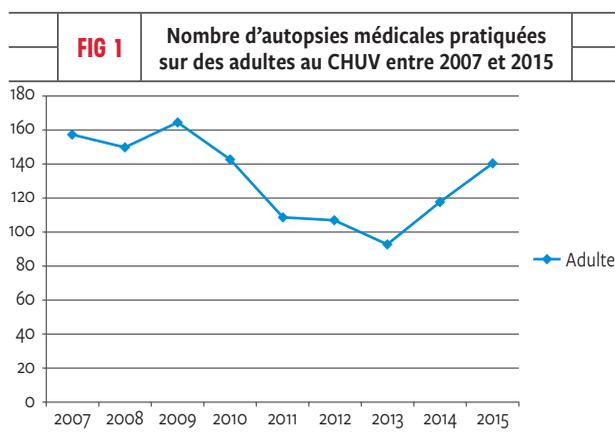
Mais la demande seule ne suffit pas et l'autopsie n'est pas sans risque (**tableau 2**). Il a fallu également développer un processus de remontée d'informations concernant les résultats des autopsies aux différents services, tout en s'engageant sur le respect des délais d'envoi des rapports d'autopsie. Des colloques de confrontation clinicopathologique ont été mis sur pied. Si, en 2013, le nombre des autopsies est passé sous la barre des 90, la courbe s'est infléchi l'année suivant le début du projet puis a même montré une augmentation de leur nombre pour atteindre environ 120 autopsies en 2014 et 150 en 2015 (**figure 1**).

PERSPECTIVES

Dans l'idée de compenser cette baisse d'autopsies, certains centres proposent des techniques alternatives visant à réduire

| | TABLEAU 1 | Bénéfices de l'autopsie |
|--|------------------|--|
| Identification de la cause de la mort | | |
| Démarche «qualité» | | 14% d'erreurs majeures de diagnostics en moyenne |
| Formation | | Du clinicien et du pathologiste |
| Evaluer l'efficacité d'un traitement | | Par ex.: évaluation de la réponse à un traitement expérimental oncologique |
| Banque de tissus (biobanque) | | Prélèvement de tissus pour la recherche |
| Répondre aux questions de la famille | | Aide à faire le deuil/à redonner confiance en la médecine |
| Bénéfice médical pour la famille | | Par ex.: découverte de maladies génétiques avec implication pour les descendants |

| TABLEAU 2 | | Risques de l'autopsie |
|---|--|--|
| Pour le personnel de la pathologie | | |
| • Infectieux | | Tuberculose, Creutzfeldt-Jacob, VHC, VIH |
| • Financiers | | Prise en charge par la pathologie |
| Pour les cliniciens | | |
| • En cas de diagnostics manqués: – risque de sanction juridique | | Soutien total de l'institution (au CHUV) |
| • Altération du corps après l'autopsie: – risque de refus de la demande | | Restitution parfaite du corps à la famille, sans traces apparentes |
| Restitution des résultats | | |
| • Par le pathologue: – risque de contre-informations | | Aucun résultat n'est transmis directement à la famille |
| • Pour le médecin de famille: – risque d'absence de restitution si médecin inconnu | | Tous les rapports lui sont transmis dans l'idée d'en discuter avec la famille |
| • Pour le clinicien-CHUV: – risque d'absence de restitution et de mauvais retour | | Tous les rapports lui sont transmis dans l'idée d'en discuter avec la famille et de discuter des résultats avec le pathologue dans un colloque |



sur le corps les traces extérieures des interventions post-mortem afin de mieux faire accepter la demande d'autopsie par la famille. On peut mentionner des techniques telles que les biopsies dirigées, l'autopsie minimale invasive, par biopsies, endoscopique, virtuelle ou la virtopsie, ou encore l'autopsie partielle.⁶⁻¹⁰ Il n'en reste pas moins que toutes ces techniques dépendent de l'accord de la famille. D'autre part, sur le plan financier, il est difficile d'estimer les coûts de ces techniques alternatives d'autopsie. Selon certaines études, il est même probable que le coût de base de la virtopsie ou de l'autopsie minimale invasive puisse être moins élevé que celui de l'autopsie standard. Cependant, l'introduction de ces nouvelles méthodes va induire de telles charges qu'au final le coût moyen va dépasser celui de l'autopsie standard.⁴

Au niveau institutionnel, de nombreux outils existent pour mesurer la performance de la recherche. Pour la clinique, les outils de performance ou les index de contrôle de qualité manquent. Les autopsies restent dans ce sens un excellent moyen de surveillance du rendement clinique. L'autopsie doit être vue comme un outil d'auto-évaluation de la performance clinique. Il n'est pas impossible d'imaginer dans un proche avenir qu'au nom de la transparence et de la performance, les

hôpitaux publient les indices de performance de leurs services cliniques. Mais, pour obtenir des données statistiquement valables, il est nécessaire d'atteindre un taux d'au moins 30% d'autopsies des patients décédés.

ET POUR LES FAMILLES?

Vignette (suite)

Une fois obtenu les résultats complets de l'autopsie, le fils de la patiente a souhaité pouvoir les discuter avec son médecin traitant (qui se trouvait être le même que celui la patiente); il a ainsi pu comprendre l'ampleur de l'atteinte oncologique de sa mère, qui s'est alors révélée plus avancée et diffuse qu'initialement suspectée. Cela lui a permis d'accepter d'une part cette évolution rapidement défavorable et de l'autre de se réconcilier avec son médecin traitant, avec qui il s'était fâché suite à la disparition rapide de sa mère, imputée au médecin traitant.

Outre le bénéfice scientifique des autopsies (tableau 1), ces dernières ont également un impact sur la famille. En effet, suite au décès d'un proche, il reste souvent des questions en suspens suscitant des émotions (incompréhension, colère, révolte...) pouvant perturber le processus de deuil. L'autopsie peut répondre à ces questions et permettre de faciliter le cheminement du deuil. Elle permet aussi de redonner confiance en la médecine et les médecins en donnant une occasion de revenir sur la prise en charge médicale globale du défunt. Il est à noter que la majorité des proches donnent leur accord pour une autopsie si on leur en fait la demande de manière adéquate, avec un taux de refus estimé à un tiers. Et seuls 10% se sentent mal à l'aise lorsqu'on leur pose la question. Sachant cela, on ne devrait pas avoir peur d'aborder la question. Ainsi, les proches ne sont pas un facteur limitant pour autant que les buts de l'autopsie leur soient bien expliqués. Dans le Service de médecine interne du CHUV, chaque décès est suivi d'une demande d'autopsie. Les familles sont systématiquement contactées à la réception du rapport d'autopsie afin de pouvoir les rencontrer, leur donner un compte rendu éclairé et répondre à leurs questions et attentes, sauf si elles préfèrent en discuter avec le médecin traitant, ce qui devra aussi être validé par ce dernier.

CONCLUSION

Alors que les autopsies étaient vues jusque vers le milieu du 20^e siècle comme le gold standard du contrôle de qualité des prestations fournies par la médecine, le nombre d'autopsies médicales est actuellement en baisse partout en Europe. Cela peut s'expliquer par l'excès de confiance en l'imagerie, la crainte des conséquences juridiques liées aux résultats de l'autopsie, l'aspect financier et le côté archaïque de la méthode, sans compter la composante psychologique d'imposer un dernier geste invasif au patient, ce qui peut être vu comme violent et inutile par certains cliniciens (tableau 2). Dans un environnement de plus en plus concurrentiel et «evidence based medicine», les autopsies doivent être non seulement maintenues mais promues et développées de manière à pou-

voir faire passer au public la notion de transparence et de compétence. Le taux d'acceptation des demandes d'autopsie passe au travers d'une formation spécialisée du personnel médical et d'une volonté institutionnelle. Toutes les techniques visant à réduire les abords de prélèvements ne changeront pas le problème si la culture et la formation médicale ne valorisent pas ce geste ultime. Le CHUV a su démontrer que cette solution est simple et peu onéreuse. Par contre, elle demande un investissement personnel important du pathologiste pour assurer l'envoi des rapports d'autopsie dans des délais rapides de manière à remonter l'information aux cliniciens et à la famille, et proposer des colloques de confrontation clinicopathologique, élément essentiel et toujours actuel de la part formative de cette procédure ancestrale.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Lors de chaque décès, une autopsie devrait être demandée à la famille
- L'autopsie a des implications importantes tant pour la formation médicale et la démarche «qualité» des hôpitaux que pour aider les familles à faire leur deuil
- Une meilleure formation du personnel médical permet de mieux aborder la demande d'autopsie avec les familles et ainsi augmenter les réponses positives

1 * Trombert V. Comment augmenter le taux d'autopsies à l'Hôpital? Rev Med Suisse 2007;3:2542-5.
 2 Seilhean D. Autopsy and religions. Bull Acad Natl Med 2001;185:877-87; discussion 888-9.
 3 ** Goldman L, et al. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983;308:1000-5.
 4 van den Tweel JG, Wittekind C. The medical autopsy as quality assurance tool

in clinical medicine: Dreams and realities. Virchows Arch 2016;468:75-81.
 5 ** Sarro RB, Rotman F. Abstracts of the national congress of the Italian society of pathology and cytodagnosis, Italian division of the International academy of pathology (SIAPEC-IAP), 7-9 September 2009. Florence, Italy: Pathologica 2009;135-68.
 6 Thayyil S, et al. Post-mortem MRI versus conventional autopsy in fetuses

and children: A prospective validation study. Lancet 2013;382:223-33.
 7 Westphal SE, et al. Virtual CT autopsy in clinical pathology: feasibility in clinical autopsies. Virchows Arch 2012; 461:211-9.
 8 Blokker BM, et al. Non-invasive or minimally invasive autopsy compared to conventional autopsy of suspected natural deaths in adults: A systematic review. Eur Radiol 2016;26:1159-79.

9 Weustink AC, et al. Minimally invasive autopsy: An alternative to conventional autopsy? Radiology 2009;250:897-904.
 10 Thali MJ, et al. Virtopsy – the Swiss virtual autopsy approach. Leg Med (Tokyo) 2007;9:100-4.
 * à lire
 ** à lire absolument



synlab Suisse SA
 Chemin d'Entre-Bois 21
 CP 105
 CH-1000 Lausanne 8
 www.synlab.ch



Votre laboratoire de proximité

Nous vous proposons :

- Une vaste gamme de services de haute qualité issus de laboratoires locaux et de centres de compétence nationaux
- Suivi personnalisé, rapide et fiable assuré par un personnel qualifié et spécialisé
- Le rattachement au réseau international **synlab**
- Une technologie de pointe d'analyse et de transmission des résultats

Nos prestations de services :

- Allergologie
- Chimie clinique
- Immunologie
- Microbiologie
- Biologie moléculaire
- Services médico-techniques
- Rhumatologie
- Sérologie
- Hématologie
- Génétique
- Cytologie
- Pathologie