

REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES EN CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Audit clinique :

Prise en charge chirurgicale de la tumeur primitive
(cancer du colon et charnière recto sigmoïdienne)

I/ PROMOTEUR

La Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD)

II/ RECOMMANDATIONS SOURCES

1. Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales.
Recommandations de la société française de chirurgie digestive (SFCD) et de l'association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT).
Labellisé INCA HAS
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1705-090423recochirdigestivesfcdlongpdf
2. Thésaurus de cancérologie digestive.
© SNFGE Thésaurus de cancérologie digestive © SNFGE
<http://www.snfge.asso.fr/data/ModuleDocument/publication/5/pdf/TNCD-chapitre-901.pdf>
3. Comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive.
INCA décembre 2009
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4085-comptes-rendus-danatomopathologie-donnees-minimales-a-reseigner-pour-une-tumeur-primitive
4. Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers.
Dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie.
INCA décembre 2009
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1314-4292critereschirurgie160608pdf
5. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.
INCA HAS juin 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/traceur_fiche_epp_rcp.pdf

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les chirurgiens digestifs, gastroentérologues, oncologues, radiothérapeutes prenant en charge des patients atteints d'un cancer du colon et de la charnière rectosigmoïdienne.

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients atteints du colon et de la charnière recto sigmoïdienne devant bénéficier d'une exérèse chirurgicale de la tumeur primitive avec ou sans métastases hépatiques ou pulmonaires.

V. CRITERES D'EXCLUSION

Patients ne devant pas bénéficier ou n'ayant pas bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la tumeur primitive.

VI. OBJECTIFS PRIORITAIRES DE QUALITE ET SECURITE

1. Faire bénéficier le patient d'une concertation multidisciplinaire (RCP)
2. Faire bénéficier le patient d'un traitement néo adjuvant (chimiothérapie) préopératoire lorsqu'il est indiqué
3. Faire bénéficier le patient de l'exérèse chirurgicale carcinologiquement la plus satisfaisante tout en tenant compte du rapport bénéfice / risque
4. Faire bénéficier le patient d'un traitement adjuvant (chimiothérapie postopératoire) lorsqu'il est indiqué

VII. SELECTION DES PATIENTS

Soit en prospectif soit en rétrospectif : 10 dossiers de patient ayant bénéficié ou devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale de la tumeur primitive pour d'un cancer du colon et de la charnière recto sigmoïdienne .

VIII. DOCUMENTS SOURCES A EXTRAIRE DU DOSSIER PATIENT

Ce sont les éléments constitutifs minimaux du dossier en cancérologie définis par l'INCA :

1. Compte Rendu (CR) de la RCP pré opératoire
2. Compte Rendu Opératoire (CRO)
3. Compte Rendu d'anatomopathologie de la pièce opératoire
4. Compte Rendu (CR) de la RCP post opératoire

IX. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

« Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ?
Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ? »

X. SECOND RECUEIL

A réaliser après la mise en œuvre effective du plan d'amélioration.

XI. GROUPE DE TRAVAIL

Commission EPP FCVD :

Professeur Muriel MATHONNET	Présidente Chirurgien	<i>Limoges</i>
Docteur François PIGNAL	Méthodologiste, Gastroentérologue	<i>Toulouse</i>
Professeur Karem SLIM	Chirurgien	<i>Clermont-Ferrand</i>

XII. GROUPE DE TEST ET DE LECTURE

Docteur Philippe BREIL	Chirurgien	<i>Paris</i>
Professeur Denis COLLET	Chirurgien	<i>Bordeaux</i>
Docteur Alain DELEUZE	Chirurgien	<i>Alès</i>
Professeur Olivier FARGES	Chirurgien	<i>Clichy</i>
Docteur Jean François GRAVIE	Chirurgien	<i>Toulouse</i>
Professeur Hubert JOHANET	Chirurgien	<i>Paris</i>
Professeur Bertrand MILLAT	Chirurgien	<i>Montpellier</i>

XIII. GRILLE ET AIDE AU REMPLISSAGE DE LA GRILLE

Notez une seule réponse par case : O si la réponse est OUI - N si la réponse est NON -
NA si le critère ne s'applique pas à ce patient

AVANT INTERVENTION

1. Un compte rendu de RCP est retrouvé dans le dossier du patient en cas de métastases hépatiques ou pulmonaires ou péritonéales O N NA
NA si absence de métastase ou nécessité d'une intervention urgente
2. Un document de synthèse préopératoire mentionne la présence ou l'absence de métastases visibles sur les clichés de la tomodensitométrie thoraco - abdomino - pelvienne O N
*Document de synthèse préopératoire : lettre de consultation, note de synthèse
La tomodensitométrie thoraco - abdomino - pelvienne peut être remplacée par échographie du foie et radiographie du thorax si la tomodensitométrie est contrindiquée*
3. Un document de synthèse préopératoire mentionne la possibilité ou l'impossibilité d'une résécabilité R0 de la tumeur, argumentée en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens d'imagerie O N
4. Un document de synthèse préopératoire mentionne l'opérabilité du patient argumentée en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires O N
L'opérabilité résulte de l'analyse du bénéfice carcinologique attendu et du risque opératoire qui est fonction du geste chirurgical, de l'état général et des comorbidités du patient

INTERVENTION

5. Le CRO mentionne la présence ou l'absence de métastase péritonéale ou hépatique macroscopiquement visible O N
6. Le CRO mentionne que la pièce a été orientée par le chirurgien en salle d'opération O N

APRÈS INTERVENTION

7. Le CR de la RCP postopératoire est présent dans le dossier du patient O N
8. Le CR d'anatomopathologie mentionne l'envahissement ou non de la tranche de section O N
9. Le CR d'anatomopathologie mentionne la mesure de la marge de sécurité longitudinale O N
Mesurée en centimètres
10. Le CR d'anatomopathologie mentionne le stade pTN O N

- 11. Le CR de RCP mentionne le caractère complet ou non de l'exérèse en utilisant la classification Rx R0 R1 R2** O N
Rx : la présence d'une tumeur résiduelle ne peut être évaluée
R0 : pas de tumeur résiduelle,
R1 : tumeur résiduelle microscopique (présence de tumeur sur les berges de la résection chirurgicale à l'examen histologique)
R2 : Tumeur résiduelle macroscopique en raison d'une exérèse incomplète ou de métastases à distance
- 12. Le CR d'anatomopathologie précise le ratio nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés** O N
- 13. Le CR de la RCP postopératoire précise que les propositions thérapeutiques tiennent compte des données histologiques** O N
- 14. Le CR de la RCP postopératoire précise si un traitement adjuvant (chimiothérapie) est préconisé ou non** O N
- 15. Le CR de la RCP postopératoire précise le délai maximal préconisé entre l'intervention et le traitement adjuvant lorsqu'il est indiqué** O N NA
NA si pas de traitement adjuvant préconisé.
Le traitement adjuvant doit être commencé avant le 42^e jour postopératoire (Thésaurus de cancérologie digestive)
- 16. Le CR de RCP mentionne l'inclusion ou non du patient dans un essai thérapeutique** O N