

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

Audit clinique :
Prise en charge du cancer de l'œsophage

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/1705-090423recoschirdigestivesfcdlongpdf
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 de l'œsophage

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients atteints d'un cancer de l'œsophage devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale.

V. 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 (radiothérapie ou 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 (radiothérapie ou chimiothérapie) postopératoire si il est indiqué

VII. SELECTION DES PATIENTS

1. Soit en rétrospectif soit en prospectif : 10 dossiers de patients ayant bénéficié (en rétrospectif) ou devant bénéficier (en prospectif) d'une prise en charge chirurgicale pour un cancer de l'œsophage.
2. Si moins de 10 dossiers retrouvés en une année, sélectionner en rétrospectif tous les dossiers de l'année .

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. Le CR de la RCP avant l'intervention chirurgicale est retrouvé dans le dossier du patient** O N
Répondre oui si le CR de la RCP réalisée avant le primo traitement est retrouvé dans le dossier du patient.
Pour information :
Pour les cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, et du rectum sous péritonéal, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est tenue dans les conditions suivantes :
 - le dossier du patient fait l'objet d'une discussion
 - la RCP valide l'indication opératoire
 - elle apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires
 - le chirurgien qui opérera le patient, si l'intervention est décidée, y participe
 (Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers INCA Chirurgie carcinologique digestive)
- 2. Le CR de la RCP mentionne le stade TNM en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires** O N
Tomodensitométrie, échoendoscopie, fibroscopie bronchique, si besoin Pet scan
- 3. Le CR RCP 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. Le CR RCP mentionne l'absence ou la présence de cancer épidémiologiquement lié** O N NA
Cancers épidémiologiquement liés au cancer épidermoïde de l'œsophage : cancer ORL, poumon
NA si adénocarcinome
- 5. Le CR de la RCP 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
- 6. Le délai entre la consultation du chirurgien et la décision thérapeutique en RCP doit être le plus court possible et toujours inférieur à un mois** O N
- 7. Le CR RCP comprend une analyse bénéfice risque justifiant le choix entre radio chimiothérapie exclusive et une exérèse chirurgicale associée à un traitement néo adjuvant** O N
- 8. Le CR de RCP mentionne l'inclusion ou non du patient dans un essai thérapeutique** O N
- INTERVENTION**
- 9. Le CRO mentionne le type de curage ganglionnaire réalisé** O N
- 10. Le CRO mentionne les résultats de la mesure des marges de résection effectuée en salle d'opération** O N

APRÈS INTERVENTION

11. Le CR de la RCP postopératoire est présent dans le dossier du patient O N
12. Le CR de la RCP postopératoire mentionne la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP préopératoire et le traitement effectivement délivré O N
13. Le CR d'anatomopathologie mentionne la mesure de la marge de sécurité longitudinale et circonférentielle O N
14. Le CR d'anatomopathologie mentionne le stade pTN O N
15. 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
16. Le CR d'anatomopathologie précise le ratio nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés O N
17. Le CR de la RCP postopératoire précise que les propositions thérapeutiques tiennent compte des données histologiques O N
18. Le CR de la RCP postopératoire précise si un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie) est préconisé ou non O N