

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

Audit clinique :

Prise en charge chirurgicale de la tumeur primitive (cancer du rectum)

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. Choix des thérapeutiques du cancer du rectum.
Recommandations pour la pratique clinique.
HAS AFC Novembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272497/choix-des-therapeutiques-du-cancer-du-rectum
4. 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-reNSEigner-pour-une-tumeur-primitive
5. 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
6. 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 patient atteints d'un cancer du rectum

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients atteints d'un cancer du rectum devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale de la tumeur primitive avec ou sans métastases.

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 (radiothérapie ou chimiothérapie) préopératoire si 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 prospectif soit en rétrospectif : 10 dossiers de patient ayant bénéficié ou devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale pour un cancer du rectum
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

RCP PRÉOPÉRATOIRE

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

Thesaurus national de cancérologie :

TR effectué par le chirurgien

Echoendoscopie rectale

IRM pelvienne

Tomodensitométrie

TNM (UICC 2002)

Tis : Tumeur intra-épithéliale (carcinome in situ) ou envahissant le chorion,

T1 : Tumeur envahissant la sous-muqueuse,

T2 : Tumeur envahissant la musculature,

T3 : Tumeur envahissant la graisse péri-rectale,

T4 : Tumeur envahissant au moins un organe de voisinage;

Tx : la tumeur primitive ne peut être évaluée.

N0 : pas de métastase ganglionnaire

Nx : ganglions non évalués

N1 : 1 à 3 ganglions métastatiques régionaux

N2 : 4 ganglions métastatiques régionaux ou plus

M0 : pas de métastase

M1 : métastases à distance (dont ganglions sus-claviculaires)

3. La justification de la conservation ou non du sphincter anal est notée dans le CR de la RCP préopératoire O N

4. Le CR 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.

5. 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

Répondre Non si supérieur à un mois ou si mesure du délai non disponible

6. Le CR de RCP mentionne l'indication ou non d'un traitement néo adjuvant O N

INTERVENTION

7. Le CRO mentionne la vérification par le chirurgien sur la pièce opératoire de l'intégrité ou non du méso rectum O N

La perforation rectale ou tumorale peropératoire doit être signalée sur le compte rendu opératoire (CRO) car elle augmente le risque de récurrence locale et diminue la survie

8. Le CRO mentionne le résultat de la mesure, par le chirurgien sur la pièce opératoire, de la marge inférieure O N

La marge distale doit être d'au moins un centimètre sous le pôle inférieur de la tumeur

RCP POSTOPÉRATOIRE

9. Le CR de la RCP postopératoire est présent dans le dossier du patient O N

10. Le CR d'anatomopathologie mentionne la mesure de la marge de résection circonférentielle, et de la tranche de section distale O N

Une marge circonférentielle inférieure ou égale à 1 mm est considérée comme envahie

La marge distale doit être d'au moins 1 cm sous le pôle inférieur de la tumeur

11. Le CR d'anatomopathologie mentionne le stade pTN

12. 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

13. Le CR d'anatomopathologie précise le ratio nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés O N

Un minimum de 12 ganglions est nécessaire à une bonne appréciation du stade N, quel que soit le traitement préopératoire administré.

14. Le CR de la RCP postopératoire précise que les propositions thérapeutiques tiennent compte des données histologiques O N

15. Le CR de la RCP postopératoire précise si un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapique) est préconisé ou non O N