FMC Tourcoing

Chirurgie en Cancérologie Digestive

10/10/2017

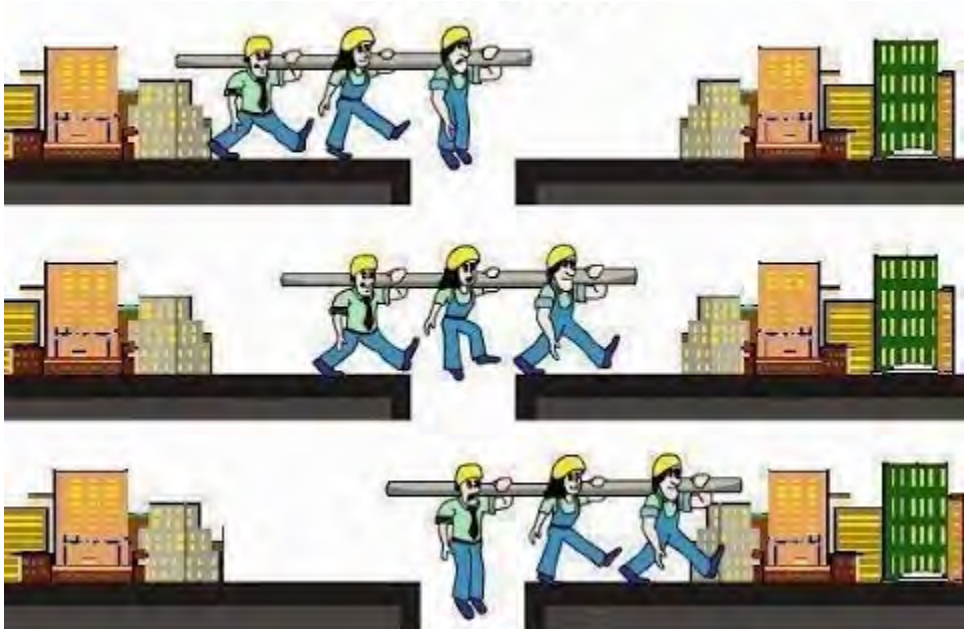
SOIGNER
INNOVER
GARANTIR
ORGANISER

Dépistage, nouvelles stratégies, Place du Médecin Généraliste

Quelle place en chirurgie digestive cancérologique?

Présentation Equipe Chirurgicale

- Dr Nathalie CORMAN
- Dr Flora HEC
- Dr Mathieu MESSAGER



Dépistage, nouvelles stratégies, Place du Médecin Généraliste

Quelle place en chirurgie digestive cancérologique?

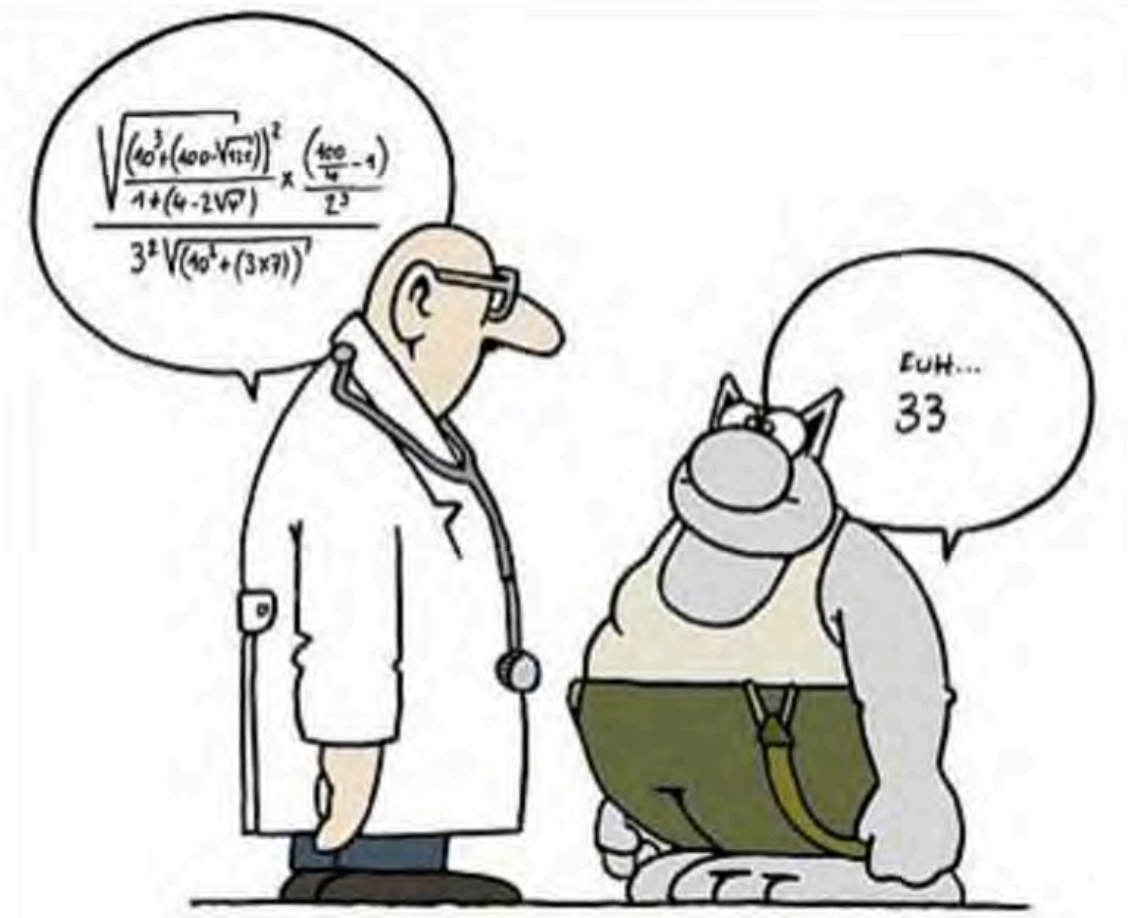
Présentation Structure

- Hospitalisation conventionnelle
- Hospitalisation ambulatoire
- Hôpital de semaine

Rôle du Médecin Généraliste

Informer et rassurer
Parfois difficile à comprendre

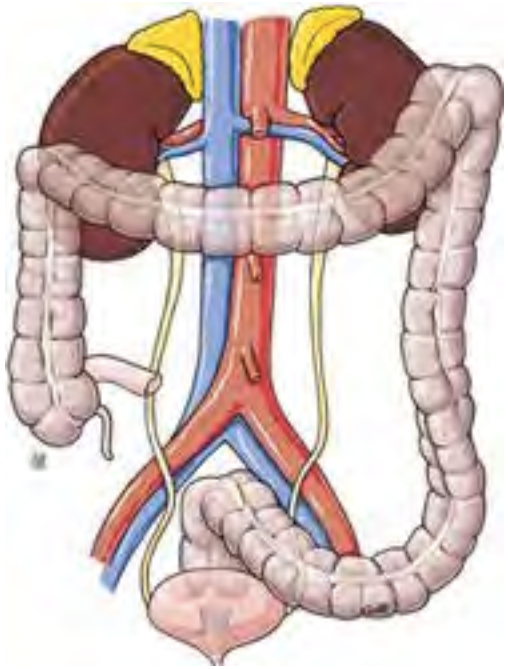
- Type d'intervention
- Durée hospitalisation
- Stomie ?



Rôle du Médecin Généraliste

Informer et rassurer
Parfois difficile à comprendre

- Type d'intervention
- Durée hospitalisation
- Stomie ?



Décision de stomie dépend de :

- Facteurs patient
- Site de l'anastomose
- Contexte d'urgence

Le + svt temporaire

Rôle du Médecin Généraliste

Anticiper bilan

•Souvent TDM déjà demandé
•+/- demande de TDM TAP injecté ou IRM TEP selon contexte

•Anticipation consultations
•Cardiologue
•Pneumologue

Rôle du Médecin Généraliste

Passage du relais à la consultation chirurgicale

- Information
- Livret d'information crée par l'INCA
- Consultation avec famille

- Bilan
- Réactualisation du TDM (TDM TAP injecté) +/- IRM
- Consultation anesthésie
- Bilan nutritionnel + consult diététicienne

Nouveautés en chirurgie Digestive

NEW

Organisation en hôpital de semaine

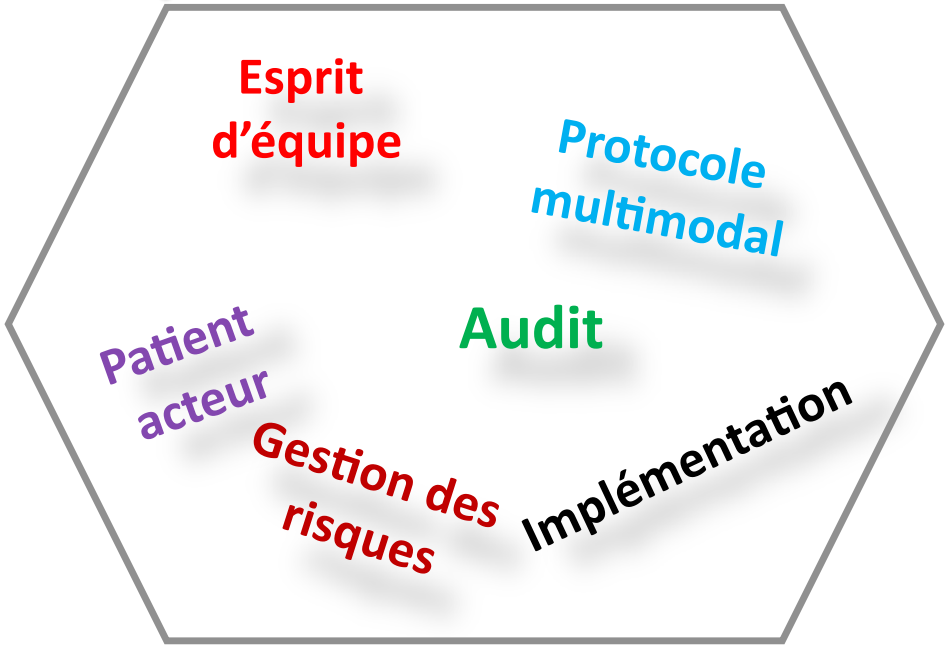
PAC sous AL + accompagnement hypnose

Nouveautés en chirurgie Digestive

RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Initiative anesthésistes
Aide société MSD France
Congrès GRACE chirurgiens, infirmières et cadre du service

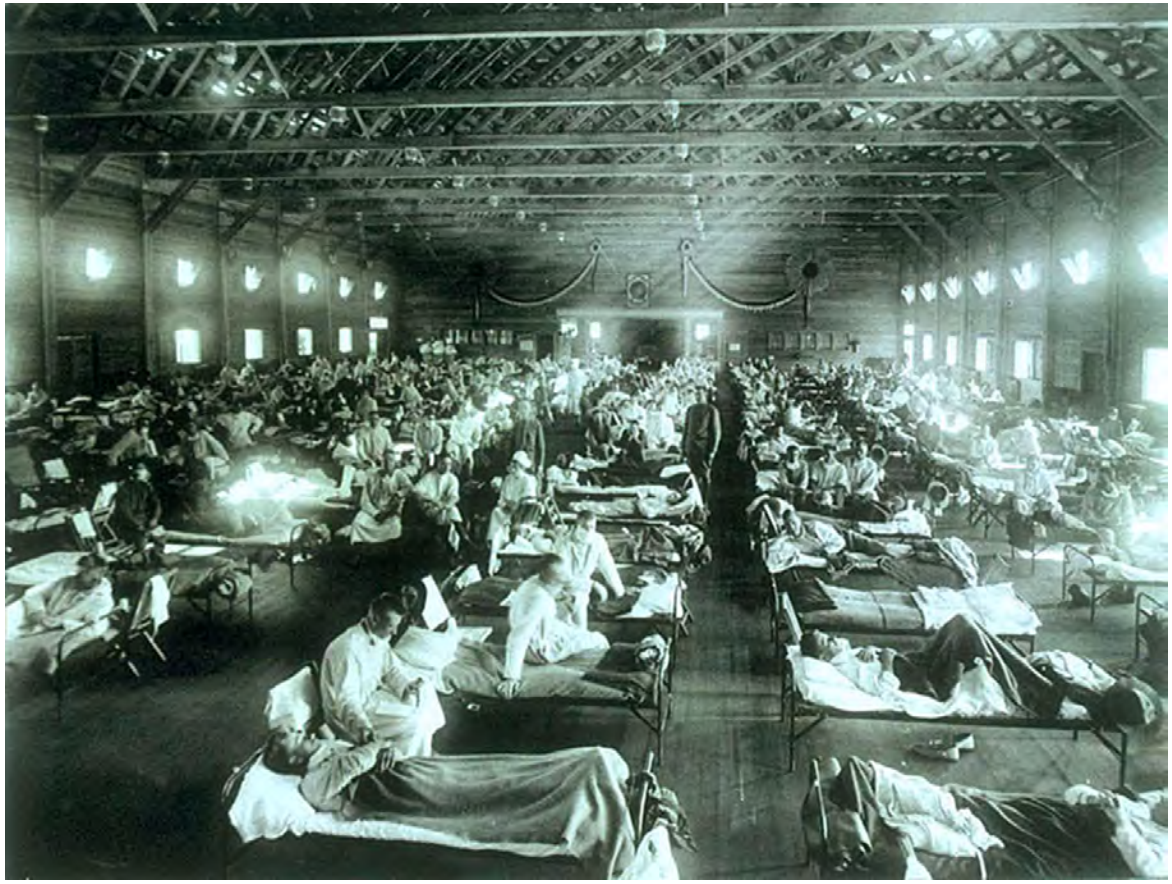
Concept de réhabilitation AMELIOREE



Nouveautés en chirurgie Digestive

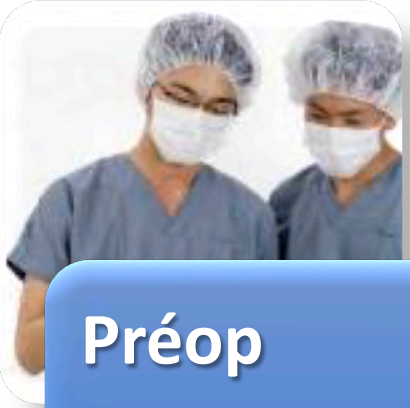
RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

La prise en charge chirurgicale a évoluée!



Nouveautés en chirurgie Digestive

RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



Préop

- Information
- Prep colique
- Prémedicat°
- Jeûne
- Liquide sucré
- Immuno-nutrition

Perop

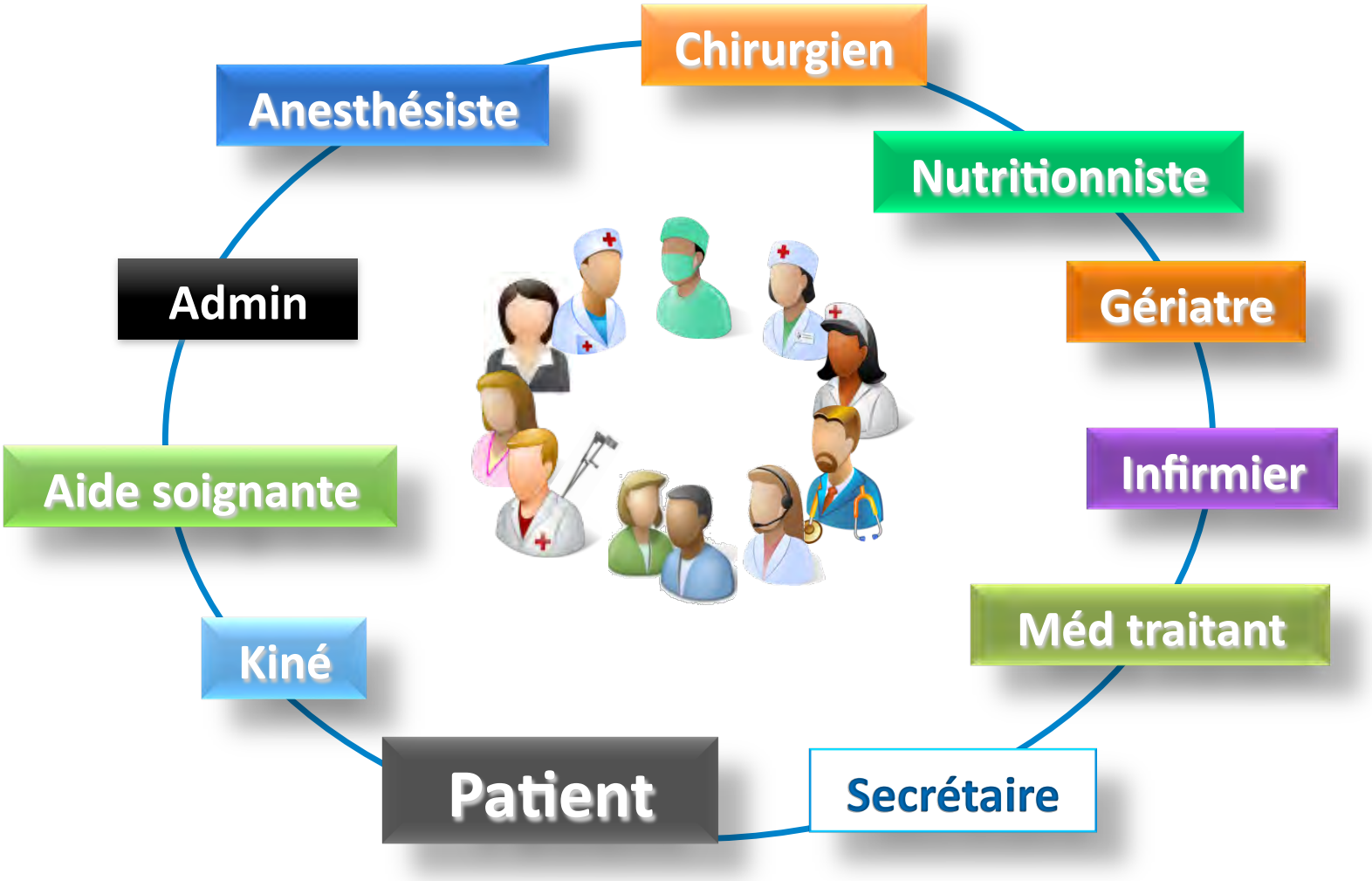
- Apport liquid°
- Corticoïdes
- Hypothermie
- AB + Thrombo
- Prév NVPO
- Voie d'abord
- Drains SNG

Postop

- Analgésie multimodale
- Péridurale
- AINS (48H)
- Lever
- Sonde vésicale
- Alimentation

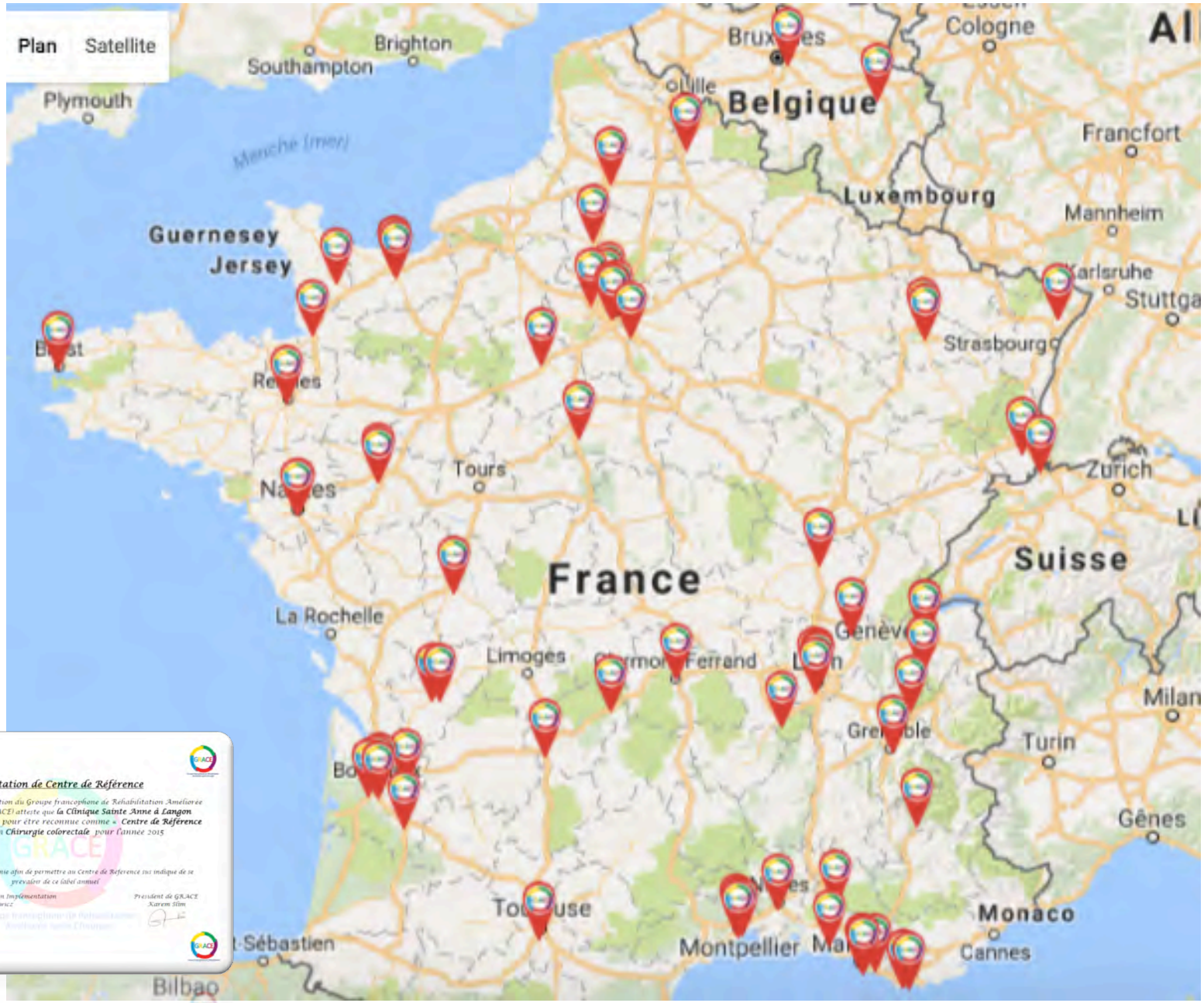
ELSEVIER MASSON
Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com
RECOMMENDATIONS
Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée☆

Réhabilitation améliorée



Esprit d' équipe

96 Centres GRACE au 28 novembre 2016



Attestation de Centre de Référence

Le Conseil d'Administration du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) atteste que **la Clinique Sainte Anne à Langon** *remplit les conditions pour être reconnue comme* **« Centre de Référence GRACE »** *en* **Chirurgie colorectale** *pour l'année 2015*

Cette attestation est fournie afin de permettre au Centre de Référence ici indiqué de se prévaloir de ce label annuel

Responsable de la Commission Implémentation
Olga Szymkiewicz

Président de GRACE
Xarem Slim

Nouveautés en chirurgie Digestive

RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Bases et résultats scientifiques

Séjour PO raccourci

Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery (Review)

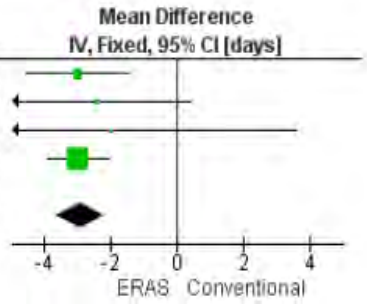
2011, Issue 2

Figure 10. Forest plot of comparison: 1 Primary analyses ERAS versus conventional, outcome: 1.7 hospital stay [days].

Study or Subgroup	ERAS Mean [days]	ERAS SD [days]	ERAS Total	Conventional Mean [days]	Conventional SD [days]	Conventional Total	Weight	Mean Difference IV, Fixed, 95% CI [days]
Anderson 2003	4	1.8	14	7	2.1	11	23.4%	-3.00 [-4.56, -1.44]
Gatt 2005	6.6	4.4	19	9	4.6	20	7.1%	-2.40 [-5.22, 0.42]
Khoo 2007	5	8.5	35	7	14.75	35	1.8%	-2.00 [-7.64, 3.64]
Serclova 2009	7.4	1.3	51	10.4	3.1	52	67.8%	-3.00 [-3.92, -2.08]
Total (95% CI)			**119**			**118**	**100.0%**	**-2.94 [-3.69, -2.19]**

Heterogeneity: Chi² = 0.27, df = 3 (P = 0.97); I² = 0%

Test for overall effect: Z = 7.65 (P < 0.00001)



Nouveautés en chirurgie Digestive

RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Bases et résultats scientifiques

Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery (Review)

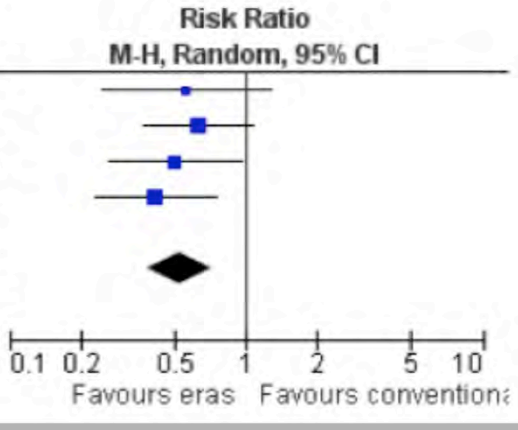
2011, Issue 2 Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJHM

Figure 5. Forest plot of comparison: 1 Primary analyses ERAS versus conventional, outcome: 1.2 All complications.

Study or Subgroup	ERAS Events	ERAS Total	Conventional Events	Conventional Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
Anderson 2003	5	14	7	11	14.1%	0.56 [0.24, 1.29]
Gatt 2005	9	19	15	20	33.9%	0.63 [0.37, 1.08]
Khoo 2007	9	35	18	35	23.3%	0.50 [0.26, 0.96]
Serclova 2009	11	51	27	52	28.6%	0.42 [0.23, 0.75]
Total (95% CI)		**119**		**118**	**100.0%**	**0.52 [0.38, 0.71]**
Total events	34		67			

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 1.17, df = 3 (P = 0.76); I² = 0%

Test for overall effect: Z = 4.07 (P < 0.0001)



Nouveautés en chirurgie Digestive

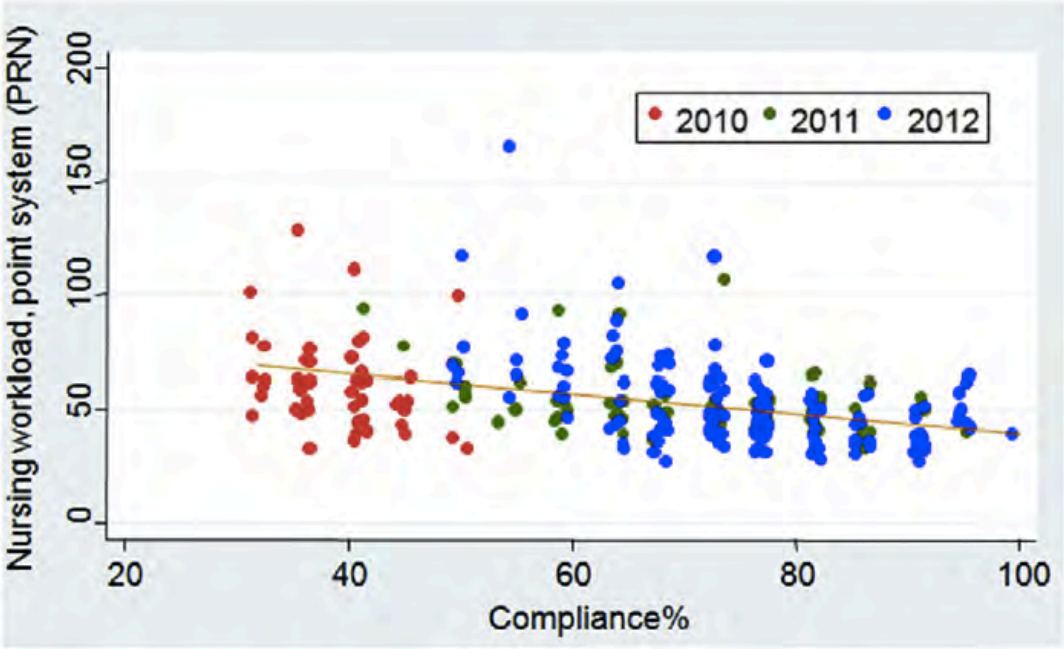
RAC: Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Bases et résultats scientifiques

The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study ☆

International Journal of Surgery 24 (2015)

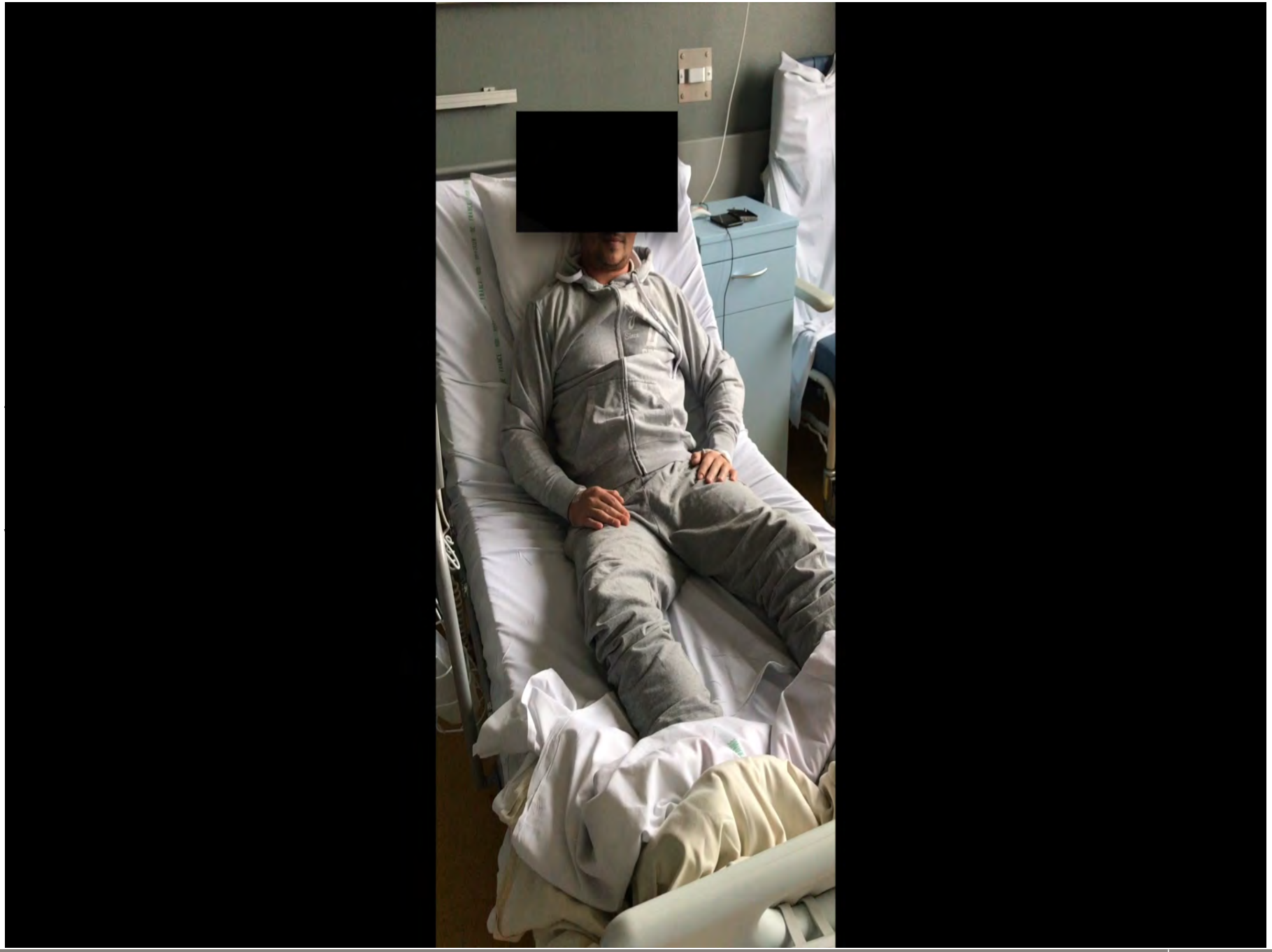
Martin Hübner [a,*], Valerie Addor [a], Juliette Slieker [a], Anne-Claude Griesser [b], Estelle Lécureux [b], Catherine Blanc [c], Nicolas Demartines [a]



Quelques exemples de mise en place au CH Dron en chirurgie colorectale

Colectomie sous Coelioscopie
A J1 post op

Différents patients
Jeune



Quelques exemples de mise en place au CH Dron en chirurgie colorectale

Colectomie sous Coelioscopie
A J1 post op

Différents patients
Obèse

Quelques exemples de mise en place au CH Dron en chirurgie colorectale

Colectomie sous Coelioscopie
A J1 post op

Différents patients
Agé

Merci
A votre disposition
pour de nouvelles collaborations !