

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

**Audit clinique :**  
Prise en charge chirurgicale des cancers de l'estomac  
(cancer du cardia exclu)

## 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 (SFGD) 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](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](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272497/choix-des-therapeutiques-du-cancer-du-rectum)
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](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](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'estomac.

## IV. PATIENTS CONCERNES

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

## V. CRITERES D'EXCLUSION

Les patients atteints d'une linite gastrique ou d'un cancer superficiel de l'estomac.

## 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 rétrospectif soit en prospectif : 10 dossiers de patients ayant bénéficié (rétrospectif) ou devant bénéficier (prospectif) d'une prise en charge chirurgicale pour un cancer de l'estomac
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 La chimio néo adjuvante est recommandée dans les publications les plus récentes et nécessite une RCP préopératoire :  O  N

*Cunningham D et al, N Engl J Med 2006,355:11-20 (essai MAGIC, 503 patients inclus, K estomac 74%) - > 13% de survie globale, > 10% résécabilité Boige V et al, J Clin Oncol 2007;25:4510 (essai ACCORD, 224 patients inclus, K estomac 25%) > 14% survie globale Schumacher et al, J Clin Oncol 2009;27:4510 (essai EORTC fermé prématurément, 144 patients, 47% K estomac).*

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

*Imagerie : soit scanner thoraco-abdomino-pelvien ou abdominal avec coupe thoracique basse, soit écho endoscopie voir pet scan.*

3. Le CR RCP mentionne la possibilité ou l'impossibilité d'une résécabilité R 0 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'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.*

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

*Répondre Non si aucune mention d'un traitement néo adjuvant.*

7. Le CR de RCP mentionne l'inclusion ou non du patient dans un essai thérapeutique  O  N

#### INTERVENTION

8. Le CRO mentionne qu'une gastrectomie totale avec omentectomie est réalisée si une indication opératoire a été posée en cas de cancer proximal  O  N  NA

*NA si cancer distal*

9. Le CRO mentionne qu'une gastrectomie distale avec omentectomie est réalisée si une indication opératoire a été posée en cas de cancer distal  O  N  NA

*NA si cancer proximal.*

*Cancer distal : cancer de l'antrum gastrique avec une distance d'au moins 6 cm entre la partie proximale de la tumeur et le cardia.*

**10. Le CRO mentionne la justification si le curage ganglionnaire différent de D1,5** O  N  NA*La justification comporte l'analyse du bénéfice / risque.**NA si le curage ganglionnaire est D1,5.**Schéma du drainage lymphatique de l'estomac.**Première région : groupe 1 : para cardial droit - groupe 2 : para cardial gauche - groupe 3 : groupe petite courbure gastrique - groupe 4 : grande courbure gastrique groupe 5 : artère pylorique - groupe 6 : artère gastro-épiploïque droite.**Deuxième région : groupe 7 : artère coronaire stomacique - groupe 8 : artère hépatique commune - groupe 9 : tronç coélique droit et gauche - groupe 10 : hile splénique – groupe 11 : artère splénique.**Troisième région : groupe 12 : pédicule hépatique - groupe 13 : pré et retro pancréatique groupe 14 : artère mésentérique supérieure - groupe 15 : artère colicamédia - groupe 16 : latéro-aortiques droit et gauche.**Groupes ganglionnaires devant être réséqués pour un curage D1, D2 ou D3, en fonction du type de gastrectomie.*

Type de gastrectomie	D1*	D2*	D3*
Distale	groupe 3 à 6	groupe 3 à 9	groupe 1 à 16
Totale	groupe 1 à 6	groupe 1 à 11	groupe 1 à 16

*\* Groupes ganglionnaires à réséquer**D 1,5 : D1 + curage coélique coronaire stomacique hépatique.***11. Le CRO mentionne que la pièce a été orientée par le chirurgien en salle d'opération selon les modalités définies au préalable entre le chirurgien et le pathologiste** O  N**APRÈS INTERVENTION****12. Le CR de la RCP postopératoire est présent dans le dossier du patient** O  N**13. Le CR de la RCP postopératoire mentionne la concordance ou non entre la proposition thérapeutique de la RCP préopératoire et le traitement effectivement délivré** O  N**14. Le CR d'anatomopathologie mentionne l'envahissement ou non de la tranche de section et de la marge circonférentielle** O  N**15. Le CR d'anatomopathologie mentionne la mesure de la marge de sécurité longitudinale et circonférentielle** O  N**16. Le CR d'anatomopathologie mentionne le stade pTN** O  N**17. 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 résection chirurgicale a l'examen anatomopathologie ).**R2 : Tumeur résiduelle macroscopique en raison d'une exérèse incomplète ou de métastases à distance.***18. Le CR d'anatomopathologie précise le ratio nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés** O  N**19. Le CR de la RCP postopératoire précise que les propositions thérapeutiques tiennent compte des données de l'anatomopathologie** O  N**20. Le CR de la RCP postopératoire précise si un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie ) est préconisé ou non<sup>10</sup>.** O  N