



Episode de soins CHIRURGIE COLIQUE POUR CANCER

Recommandations de bonnes pratiques

CONTRIBUTEURS

Chirurgiens viscéraux et digestifs représentants CNPCVD

Pr Muriel MATHONNET

Pr Bertrand MILLAT

Pr Denis COLLET

Dr Julie AGOSTINI

Dr Litavan KHAMPHOMMALA

Dr Jérôme LORIAU

Médecins anesthésistes représentants SFAR

Pr Marc BEAUSSIER

Dr Thomas LANZ

Table des matières

I. LA PHASE DE PREPARATION A L'INTERVENTION	3
II. LE SEJOUR INDEX	5
III. LA SORTIE DU SEJOUR INDEX EN CAS DE « SITUATION SIMPLE » : RETOUR A DOMICILE ET SUIVI EN POST-OPERATOIRE	6
IV. LA SORTIE DU SEJOUR INDEX NECESSITANT L'ORGANISATION DE SOINS PLUS COMPLEXES	8
V. LA GESTION DE L'EDS ET LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS QUI CONCOURRENT A LA PRISE EN CHARGE DU CANCER	10
VI. PRINCIPALES COMPLICATIONS ET FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIES	10
ANNEXES	13

I. LA PHASE DE PREPARATION A L'INTERVENTION

S'agissant d'une intervention programmée cette phase est importante et permet :

- D'organiser la prise en charge durant le séjour index et en aval (*anticipation des modalités de sortie au domicile ou d'un éventuel transfert en SSR*),
- De débiter la phase pré-chirurgicale de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC).

Des propositions de contenu sont faites afin de guider la prise en charge.

Il revient à l'équipe de soins d'organiser la prise en charge en fonction de son environnement interne et externe.

1. Contenu de la/des consultation(s) chirurgicale(s) préopératoire(s)

Selon les situations (ou les organisations), ce contenu fait l'objet d'une seule ou de 2 consultations successives.

- Evaluation du statut nutritionnel et du seuil d'autonomie du patient ; prescription du bilan nutritionnel
- Evaluation tumorale et évaluation de sa résecabilité ;
- Annonce diagnostique (*diagnostic souvent mal compris par le patient car l'annonce est souvent faite au décours de la coloscopie alors que le patient sort de son anesthésie générale*) ;
- Annonce du résultat du bilan d'extension ou prescription du bilan d'extension ;
- Explication sur l'indication opératoire, les alternatives thérapeutiques éventuelles, la technique ou les techniques opératoires possibles ;
- Explication sur :
 - ⇒ Les complications post opératoires possibles ;
 - ⇒ Les principes de la RAAC et sur le rôle central du patient avec remise d'un livret ;
 - ⇒ Le déroulement du post opératoire (mobilisation précoce, réalimentation précoce, absence de drainage) ;
 - ⇒ Les complications à long terme ;
- Prescription :
 - ⇒ Du régime sans résidus 15 jours avant la chirurgie ;
 - ⇒ De l'immunonutrition par oral impact ;
 - ⇒ De la charge carbo-hydratée
 - ⇒ Le cas échéant, d'une préparation respiratoire par kinésithérapeute.
- Prescription de soins post opératoire :
 - ⇒ IDE domicile : Pansements, +/- Aide à la toilette ;
 - ⇒ Bilan postopératoire : NFP, CRP... ;
 - ⇒ Prise de RDV (consultation chirurgicale post-opératoire...).
- Explications données sur la préparation cutanée et la douche pré opératoire :
 - ⇒ Douche pré-opératoire, la veille et/ou le matin de l'intervention, au savon doux (de préférence mono-dose ou neuf), à domicile ;
 - ⇒ Shampoing non obligatoire ;
 - ⇒ Pas de rasage ;
 - ⇒ Dépilation possible selon souhait chirurgical.
- Le cas échéant, demande de centre SSR par anticipation si nécessaire
- Le chirurgien Recommande au patient (et à son accompagnant) de participer à « la consultation RAAC ».
- Eléments d'information sur la sortie et éventuellement ordonnance de sortie ES selon les cas si durée de séjour envisagée brève ;

2. Consultation Anesthésique

- Info sur la prise en charge anesthésique et analgésique :
 - ⇒ Type d'anesthésie et les principes bénéfiques/risques
 - ⇒ Gestion du traitement personnel
 - ⇒ Information sur le risque thromboembolique
 - ⇒ Information sur la gestion et la prise en charge de la douleur
 - ⇒ Information sur le risque transfusionnel
 - ⇒ Remise de documents : "information sur l'anesthésie", "consignes ambulatoires/ RAAC"
- Principes du jeûne pré-anesthésique
- Renforcement de l'état général du patient :
- Correction d'une anémie préopératoire
Si carence martiale = saturation de la transferrine $\leq 20\%$ et/ou une Ferritine $\leq 100\ \mu\text{g/l}$. Fer PO (efficacité limitée) 200mg jusqu'à la chirurgie (minimum 3 semaines avant efficacité). Privilégier fer IV pour l'efficacité et ne pas retarder la chirurgie
- Identification d'éventuelles maladies chroniques et adaptation du traitement
 - ⇒ Pour les patients dénutris, prescription de compléments alimentaires.
- Selon avis de l'anesthésiste: consultations spécialisées selon les besoins de santé du patient (à préciser si pris en charge ou pas dans l'EDS)

3. Autres contenus pouvant être envisagés durant la consultation anesthésiste ou chirurgicale (selon les organisations librement mises en place)

- Score de fragilité SEGA (personnes âgées) ;
- Consignes d'arrêt de la consommation de tabac/alcool : une substitution nicotinique par patch, et un contact avec un tabacologue/addictologue seront proposées en pré-opératoire ;
- Prescription du bilan pré-opératoire (biologique...)
- Prescriptions de sortie, en dehors des prescriptions pour soins post-op :
 - ⇒ Antalgiques post-op
 - ⇒ Thromboprophylaxie

4. Consultation d'un soignant de l'équipe dédiée à la RAAC et à la coordination

- Rappel des principes de la RAAC ;
- Rappel des différentes étapes de l'épisode de soins ;
- Rappel sur la réalimentation ;
- Rappel sur la mobilisation précoce ;
- Rappel sur la conduite à tenir en cas de problème post opératoire (numéro de téléphone de l'infirmière de liaison, du secrétaire de chirurgie et d'anesthésie, des urgences).

5. Eventuelle 2^{ème} consultation chirurgicale

6. Le cas échéant, consultation d'un médecin nutritionniste ou d'un diététicien en cas de dénutrition

7. Le cas échéant, préparation kinésithérapie respiratoire

8. Stomathérapeute si prévision de stomie

9. Préadmission administrative pour faciliter admission J0

10. Contact préopératoire avec le patient (consignes médicales - dossier administratif)

II. LE SEJOUR INDEX

- Idéalement hospitalisation le matin de la chirurgie (ou la veille en cas de domicile à plus d'une heure de route)

1. Accueil par l'équipe IDE AS plus ou moins infirmière de liaison

- Vérification de l'identité, du dossier ARE, des examens, des bilans sanguins (Groupe Rh NFS...);
- Patient à jeun 6h avant la chirurgie pour l'alimentation solide, 2 h pour les liquides clairs ;
- Préparation cutanée (douche) et ± mise en place des bas de contention
- Absence de prémédication sédatrice.

2. Chirurgie

Selon les recommandations de la SFAR et de la SFCD¹

- 1- Optimisation du remplissage en peropératoire ;
- 2- Antibio prophylaxie ;
- 3- prévention de l'hypothermie ;
- 4- Chirurgie par laparoscopie ;
- 5- Perfusion de Lidocaïne intraveineuse (dans le respect des contre-indications)
- 6- Absence de drainage péritonéal ;
- 7- Absence de sonde gastrique.

3. Post opératoire

- 1- Prévention systématique des nausées et des vomissements ;
- 2- Technique d'analgésie avec importante épargne morphinique ;
- 3- Reprise de l'alimentation orale avant H24 en fonction de la tolérance puis alimentation selon la tolérance sans restriction, boissons libres ;
- 4- Lever et marche avant H24 avec kinésithérapeute ;
- 5- Limiter le drainage vésical à 24h et préférer le cathétérisme sous-pubien chez les hommes en cas de drainage prolongé en l'absence d'ALR.
- 6- Ablation de la voie veineuse périphérique ou centrale dès que l'hydratation est suffisante (>800 cc) ;
- 7- Cicatrice à l'air à partir de J2 ;
- 8- Douche à partir de J2 ;
- 9- NFS J1 et en fonction de la clinique NFS J3 CRP J2.

4. Organisation de la sortie

Selon la situation, la sortie s'effectue avec des soins simples réalisés en ville, soit avec des soins complexes réalisés soit en SSR soit à domicile.
Elle nécessite dans tous les cas d'être anticipée.

¹ P.Alfonsi et al.French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery.Journal of Visceral Surgery: 2014, 65-79

III. LA SORTIE DU SEJOUR INDEX EN CAS DE « SITUATION SIMPLE » : RETOUR A DOMICILE ET SUIVI EN POST-OPERATOIRE

Il s'agit d'une situation non compliquée pour laquelle les soins à domicile sont relativement simples.

A/ La Sortie de l'hospitalisation

La sortie^{2,3} est envisageable le plus rapidement possible après obtention de critères :

- * en l'absence de complication générale ou pariétale
- * en l'absence d'hyperthermie
- * après reprise de l'alimentation et du transit
- * organisation de la permanence des soins.

Prescriptions de sortie variables en fonction de la durée du séjour :

Sortie

- Antalgiques ;
- Bas de contention 4 semaines ;
- HBPM 28 jours au total ;
- Surveillance cicatrice et ablation fils et agrafes ;
- Kiné de mobilisation ;
- Rappel sur les signes d'alerte pouvant nécessiter une consultation en urgence.

Appel IDE de liaison à J1 et J5 de la sortie

Consultation à J15 avec généraliste ou chirurgien (fonction distance domicile- établissement de santé) puis à 1 mois avec le chirurgien.

Appel IDE de liaison à J15 de la sortie

Consultation à 1 mois avec le chirurgien

B. La période post opératoire

Si le patient ne présente pas de complication majeure nécessitant une consultation en urgence, une réhospitalisation en MCO ou un transfert en SSR, les soins post opératoires seront relativement limités.

1. Soins à domicile

Soins infirmiers

- Surveillance plaie opératoire jusqu'à ablation des fils ;
- Vérification présence bas de contention ;
- Injection HBPM jusqu'à J28 ;
- Prélèvement sanguin hebdomadaire pour surveillance plaquettaire 28 jours.

Kinésithérapeute

- Mobilisation +/- kiné respiratoire (5 séances).

En fonction de l'autonomie : aide à la toilette, aide-ménagère, portage des repas...

² Garulli G, Lucchi A1, Berti P, Gabbianelli C, Siani «Ultra» E.R.A.S. in laparoscopic colectomy for cancer: discharge after the first flatus? A prospective, randomized trial LM. Surg Endosc. 2016 Aug 12.

³ Fiore JFJ, et al. Criteria to determine read- iness for hospital discharge following colorectal surgery: an international consensus using the Delphi technique. Dis Colon Rectum. 2012;55:416 – 423

2- Eventuelle visite médecin traitant

3- Appel IDE de liaison

4- Résultats anatomo-pathologiques J21

5- Discussion du dossier en RCP J21

6- Consultation chirurgicale

- Examen clinique et vérification de l'absence de complications ;
 - Résultat fonctionnel du transit (globalement absence de diarrhées sévères ou de troubles de la continence) ;
 - Absence de séquelles génito-urinaires ;
 - Annonce des résultats histologiques et de la RCP ;
 - Explication des modalités de surveillance en l'absence de traitement adjuvant ;
- Explication des modalités de traitement adjuvant et de la nécessité ou non de lapées d'une chambre implantable.

Une ou 2 consultations peuvent être nécessaires (J21/J90 marquant la fin de l'EDS).

IV. LA SORTIE DU SEJOUR INDEX NECESSITANT L'ORGANISATION DE SOINS PLUS COMPLEXES

En fonction de l'environnement du patient et des conditions locales, ces soins sont à envisager :

- Soit à domicile (recours à l'HAD ou soins externes avec l'appui, le cas échéant, d'un prestataire (PSDM) pour la gestion logistique ;
- Soit en SSR.

CRITERES D'ELIGIBILITE POUR UNE SORTIE NECESSITANT DES SOINS COMPLEXES A DOMICILE

Etat de santé du patient

- Alimentation possible mais anorexie ;
- Reprise du transit au moins sous forme de gaz ou reprise du transit sous forme diarrhéique ;
- Stabilité hémodynamique ;
- Absence de sepsis d'origine abdominal ;
- Abscès pariétal nécessitant des soins locaux spécifiques (type VAC) par IDE ;
- Dénutrition modérée ou sévère (visée de renutrition) nécessitant une nutrition entérale ou parentérale ;
- Septicémie ou état infectieux (infection pulmonaire, urinaire) stabilisé mais nécessitant une antibiothérapie par voie parentérale ;
- Pansement complexe : Fistule complexe post opératoire.

Conditions socio-environnementales favorables aux soins à domicile

Critères liés au patient

- Patient autonome (évaluation des capacités d'autonomie : être capable de se lever, et/ou s'asseoir, et/ou de marcher seul dans son logement sans aide d'une tierce personne, et/ou de monter et descendre les escaliers, de comprendre les consignes) ;
- Si patient non autonome : présence d'un aidant disponible, autonome, en capacité de comprendre et de mettre en œuvre les consignes de l'équipe soignante, si besoin d'être formé à la gestion des actes de la vie quotidienne du patient ou à défaut d'être aidé par une prestation à domicile

Critères liés à son environnement

- Logement permettant l'intervention des équipes d'HAD (celle-ci pouvant le cas échéant, prévoir de mettre en œuvre, avant la sortie en HAD, les aménagements nécessaires

Cette évaluation est à réaliser, si possible en amont du séjour en chirurgie avec l'appui de la structure de soins complexes à domicile.

Souhait du patient d'être pris en charge à domicile pour la poursuite de ses soins et de sa prise en charge dans les conditions proposées

Possibilité de pouvoir organiser les soins avec disponibilité de l'offre

CRITERES D'ELIGIBILITE POUR UNE SORTIE NECESSITANT DES SOINS COMPLEXES en SSR

Etat de santé du patient

Ils sont les mêmes que pour la sortie avec des soins complexes à domicile

Conditions socio-environnementales favorables aux soins à domicile

- Si les critères (point 1-B, supra) liés au patient et à son environnement ne sont pas remplis

- Si le patient ne souhaite pas avoir ses soins à domicile dans les conditions proposées et souhaite son transfert en SSR.

Contenu de la prise en charge

1. Soins et suivi à réaliser par les équipes de SSR ou de soins à domicile

Soins et suivi

- Dépistage d'éventuelles complications notamment digestives et thromboemboliques
- Surveillance plaie opératoire jusqu'à ablation des fils ;
- Vérification présence bas de contention ;
- Injection HBPM jusqu'à J28 ;
- Prélèvement sanguin hebdomadaire pour surveillance plaquettaire 28 jours.

En fonction de l'état du patient

- Nutrition entérale par complément alimentaire, sonde d'alimentation lestée ou sonde de jéjunostomie ou de gastrostomie ;
- Cicatrisation dirigée d'une éventuelle fistule ;
- Soins et apprentissage de gestion d'une éventuelle stomie ;
- Eventuelle antibiothérapie parentérale
- Accompagnement du patient selon ses besoins (social, psychologique).

Kinésithérapeute

- Mobilisation +/- kiné respiratoire quotidien ou renforcement musculaire dans le cadre d'une re-nutrition.

En cas de soins à domicile, selon les cas : aide à la toilette, portage des repas, nursing en lien avec une équipe soignante (IDE, HAD, SSIAD...).

2. Préparation de la sortie de SSR et de la fin des traitements complexes à domicile

En lien avec les équipes soignantes de chirurgie et le médecin traitant

- Lettre de liaison
- Relai au médecin traitant
- Prescription de soins complémentaires éventuels en ville si besoin.

3. Eventuelle visite médecin traitant si le patient est à domicile

4. Résultats anatomo-pathologiques

5. Discussion du dossier en RCP

6. Consultation chirurgicale à 4 à 5 semaines

- Examen clinique et vérification de l'absence de complications ;
- Résultat fonctionnel du transit (globalement absence de diarrhées sévères ou de troubles de la continence) ;
- Absence de séquelles génito-urinaires.
- Annonce des résultats histologiques et de la RCP
- Explication des modalités de surveillance en l'absence de traitement adjuvant
- Explication des modalités de traitement adjuvant et de la nécessité ou non de pose d'une chambre implantable.

Une ou deux consultations peuvent être nécessaires.

La Sortie du SSR ou la fin des soins complexes à domicile

En fonction de son motif d'entrée avec des critères identiques à ceux d'une sortie à domicile au décours de la chirurgie dans un épisode « simple »

V. LA GESTION DE L'EDS ET LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS QUI CONCOURRONT A LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

Gestion de l'EDS et mise en oeuvre de programme de RAAC

Gestion de la coordination avec les autres étapes de traitement du cancer hors EDS chirurgicale :

- Etapes d'amont (diagnostic, consultation d'annonce...);
- Etapes d'aval CRO et CRH dont info sur gestion post-opératoire des traitements (ANAP) Support d'information, joint au CRO (principales suites post-op, complications éventuelles et continuité des soins mis en place), Num de téléphone 24h / 24 avec médecin référent de l'établissement ;
- RCP.

VI. PRINCIPALES COMPLICATIONS ET FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIES

1. Les principales complications

Résultats de l'enquête AFC (2005) qui regroupait 1421 colectomies dont 997 (70%) pour cancer et 424 (30%) pour diverticuloses en notant que 1152 (81%) était réalisée de façon réglée contre 269 (81%) en urgence.

Mortalité : 3.4%

1.6% sur la chirurgie réglée vs 11% en urgence

Morbidité chirurgicale: 17 %

- Pariétale (hématome, abcès, éviscération) : 9.2%
- Hémorragique : 4.5%
- Fistule : 4.4%

Morbidité médicales (18%)

- Complications thromboemboliques : 1.2%

La morbidité postopératoire après chirurgie colorectale

Liée dans 1,2% à une thrombose veineuse : embolie pulmonaire (EP) ou thrombose veineuse profonde (TVP). Le risque de TVP distale, estimé par des examens paracliniques, varie entre 20 à 40%, et, celui de TVP proximale de 3 à 8%. L'incidence des EP est de 1,5 à 4%; elle est de 0,4 à 1 % pour les EP mortelles.

En chirurgie carcinologique colorectale, le risque global d'événements thromboemboliques, objectifé par des examens paracliniques, est de 35% en l'absence de prophylaxie.

Infections urinaires.

Infections pulmonaires.

Certaines complications peuvent traduire une complication hémorragique ou infectieuse:
Complications cardiaques (pouvant trouble du rythme supra ventriculaire ou ventriculaire, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne) ;
Complications rénales : oligoanurie voire anurie voire insuffisance rénale ;
Complications pulmonaires avec SDRA.

Dénutrition.

Complications de décubitus (escarre).

2. Les facteurs de risque

Liés à la tumeur

- Stade du cancer notamment si tumeur ne permettant pas le rétablissement immédiat de la continuité ;
- Niveau de gravité opératoire (cf. Score POSSUM) ;
- Niveau de sévérité : minime/intermédiaire/majeur ;
- Souillure péritonéale : nulle/localisée/généralisée.

Liés au patient

Remarque :

Il existe plusieurs scores simples et prédictifs pour définir les profils de risque des patients : ces scores ne sont pas forcément congruents. Ils n'ont pas forcément le même poids (réflexion à approfondir avec le GDT). D'où il est proposé de lister les facteurs de risque.

CR POSSUM (items pré et per opératoires),

Score AFC (âge sup.70a, comorbidité neurologiques, amaigrissement sup.10% et PEC urgence) : exclusion de ce score AFC,

CS risk (mauvaise corrélation),

1- L'âge n'est pas un FDR si le statut nutritionnel et les fonctions supérieures ne sont pas altérés.

Un patient grabataire sera bien sûr plus à risque d'iléus post opératoire et de complications de décubitus (infections urinaire, pulmonaire, escarres).

2- Score ASA \geq à 3

3- La dénutrition sévère est un FDR de complication pariétale (abcès, désunion cicatrice, éviscération, éventration) mais également de fistule.

Elle peut être évaluée à travers la perte de poids \geq 5% (10% dans les 6 mois), l'hypo-albuminémie $<$ 30g/l et la réduction des ingestas (échelle d'évaluation EVA alimentaire, décompte des calories via une enquête sur les ingestas) ; le risque est identifié à partir du score GN \geq 2.

4- Obésité⁴ FDR fistule ACR en cas de résection rectale, FDR d'abcès post op après HCG mais aussi d'abcès pariétal. FDR de complications cardiaques à partir d'une IMC \geq 25, 35 ?

5-Antécédent vasculaire

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, antécédents d'AVC, pathologie coronarienne traitée

⁴ Benoist S, Panis Y, Alves A et al. Impact of obesity on surgical outcomes after colorectal resection. Am J Surg 2000; 179: 275-280

6- Insuffisance cardiaque modérée/sévère ou tension systolique anormale

7- Diabète

HbA1C > 6,5%

8- Anémie⁵

Taux Hb < 13g/dl pour l'homme et taux Hb < 12g/dl chez la femme

9- Niveau d'activité physique du patient via le score de MET < 4

MET 4 correspond à un patient capable de monter un étage sans s'arrêter / de faire du vélo à faible allure

10- Taux de l'urée) ou existence d'une insuffisance rénale

Débit de Filtration Glomérulaire (Clairance de la créatinémie) < 30ml/min (= ASA 3))

11- Tabagisme

12- Troubles cognitifs

13- Autres comorbidités

Cirrhose hépatique

- FDR hémorragique en cas d'hypertension portale ;
- FDR de mortalité en cas de cirrhose child B ou C.

Insuffisance respiratoire sur BPCO

13-Traitement

Corticothérapie⁶ ou immuno suppression : facteur de risque de fistule
Mauvaise gestion des anticoagulants en préopératoire

15- Patient multi-opéré sur le plan abdominal

Augmente la durée opératoire (durée opératoire > 3 h)⁶, limite la possibilité coelioscopique, augmente le risque de plaie digestive per opératoire.

⁵ Livre blanc du Patient blood management - 2018

⁶ Konishi T, Watanabe T, Kishimoto J, Nagawa H. ; Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance.; J Am Coll Sur 2006;202: 439-444

ANNEXES

Episode de soins - CHIRURGIE COLIQUE POUR CANCER - *Recommandations de bonnes pratiques*

- Score fragilité SEGA – A
- Score GN nutrition
- Score POSSUM

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et / ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?*

(FL : Foyer Logement)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;

Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;

Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC <21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

<p>GRADE NUTRITIONNEL 1 (GN 1)</p>	<p><u>Patient non dénutri</u> ET chirurgie sans à risque de morbidités élevées ET pas de facteur de risque de dénutrition</p>
<p>GRADE NUTRITIONNEL 2 (GN 2)</p>	<p><u>Patient non dénutri</u> ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de morbidité</p>
<p>GRADE NUTRITIONNEL 3 (GN 3)</p>	<p><u>Patient dénutri</u> ET chirurgie sans risque de morbidités élevées</p>
<p>GRADE NUTRITIONNEL 4 (GN 4)</p>	<p><u>Patient dénutri</u> ET chirurgie à risque de morbidités élevées</p>

CR possum (Tekkis et al Br J Surg 2004 ;91 :1174)

Score physiologique

Age	≤ 60 ans	1
	61-70	3
	71-80	4
	≥ 81 ans	8

Insuffisance cardiaque

Absence	1
Modérée	2
Sévère	3

Pression systolique

100-170	1
>170 ou 90-99	2
> 120 ou < 40	3

Taux d'hémoglobine

13 – 16	1
10-12,9 ou 16,1-18	2
< 10 ou > 18	3

Taux sanguin d'urée

≤ 10	1
10,1-15	2
>15	3

Niveau de gravité opératoire

Niveau sévérité	
Minime	1
Intermédiaire	3
Majeur	4
Complexe	8
Souillure péritonéale	
Nulle	1
Localisée	2
Généralisée	3

Stade de cancer

Absence ou stade 1	1
Stade 2/3	2
Stade 4	3

Abord chirurgical

Programmé	1
Urgent	8