11ème JOURNÉE NATIONALE de la FCVD

FCVD
OA-A | ODPC
Fédération de chirurgie viscérale et digestive

Samedi 26 juin 2021 de 9h à 17h
Novotel PARIS Tour EIFFEL

GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS À LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES CANCERS DU COLON

fcvd.oa.dpc@gmail.com

odpc N° 1677

Action de Développement Professionnel Continu (DPC)

DATADOCKÉ

PROGRAMME

9h00 – 13h00

Introduction — Jean GUGENHEIM

9h10 — **Risques associés à la prise en charge des cancers du colon – Etat de lieux**

Modérateurs : Muriel MATHONNET / Constantin ZARANIS

Données de la base REX	Alain DELEUZE
Données de la littérature	Frédéric BORIE
Données de l'Assurance Maladie	Eric EKONG

10h10 — **Parcours de soins**

Modérateurs : Alain DELEUZE / Richard DOUARD

Qualité d'une RCP dans les cancers du colon	Cécile de CHAISEMARTIN
Risques d'échec des réinterventions non programmées après résection colorectale pour cancer (expérience Apollo et revue littérature)	Frédéric BORIE
Impact oncologique des complications post-opératoires	Jérémie LEFEVRE
Situations particulières :	
Cancer du colon et métastases hépatiques synchrones	Olivier SOUBRANE
Petites tumeurs - Erreur de site	Julie AGOSTINI

11h30 — **Les risques de la prise en charge du sujet âgé**

Modérateurs : Frédéric BORIE / Jean GUGENHEIM

Pour l'anesthésiste	Pascal ALFONSI
Pour le chirurgien	Gilles MANCEAU
Pour l'oncogériatre	Gaëtan DES GUETZ

12h30 — **Conférence**

Training Program - SAGES	Horacio ASBUN Pascal FUCHSHUBER

Déjeuner sur place

14h00 – 17h00

14h00 — **Innovations organisationnelles et techniques**

Modérateurs : Denis BLAZQUEZ / Pascal FUCHSHUBER

Seuils & autorisations	Muriel MATHONNET
Le robot dans la chirurgie colique	Alain VALVERDE
Aspects techniques	Muriel MATHONNET
Avantages et risques liés aux nouvelles énergies	
Sutures mécaniques	
Reste-t-il des risques oncologiques à la prise en charge coelioscopique des cancers du colon ?	Christine DENET

Modérateurs : Alain DELEUZE / Jean-Michel FABRE

Quel accès aux nouvelles thérapies ?	
La génétique peut-elle influencer le choix chirurgical ?	Yann PARC
La place des thérapies ciblées et immunothérapies en digestif	Thierry ANDRE
Les risques des hospitalisations brèves	
RAAC	Richard DOUARD
Ambulatoire	

Conclusions — Jean GUGENHEIM

Questions à la salle
Boitier de vote interractif

FCVD
OA-A | ODPC
Fédération de chirurgie viscérale et digestive

I. Parmi ces pertes de chances, quelle est selon vous la plus significative :

- Le retard de diagnostic
- Le retard thérapeutique
- La comorbidité du patient limitant le traitement optimal
- L'inadaptation du plateau technique et de l'organisation chirurgicale
- L'absence de secteurs de soins d'oncologie de proximité

II. Faites-vous ou participez-vous à une RMM de cancérologie digestive ?

- Une fois par an
- Deux fois par an ou plus
- En fonction des événements indésirables
- Jamais

III. RCP de cancérologie digestive :

- J'assiste à toutes les RCP
- Je ne vais jamais aux RCP mais je fais présenter mes dossiers
- Je ne vais jamais aux RCP car je ne fais pas de cancérologie
- Je ne vais jamais aux RCP car elles sont inutiles

IV. Avez-vous déjà réalisé une colectomie sans que ne soit trouvé le polype ou la cicatrice de polypectomie ?

- Oui
- Non

V. Devant une colectomie blanche pour polype non réséqué, que faites-vous en peropératoire ?

- Une extension de la colectomie jusqu'à trouver le polype
- Vous appelez un gastro entérologue pour une coloscopie sur table
- Vous appelez le gastro-entérologue pour redéfinir la localisation
- Vous refermez car le polype a dû être enlevé
- Vous refermez et vous refaites une coloscopie rapidement

VI. Après résection d'un polype, vous devez faire une colectomie complémentaire :

- Vous demandez au gastro-entérologue de mettre un clip sur la zone de polypectomie suivi d'un ASP ou scanner
- Vous demandez au gastro-entérologue d'encrer la zone de polypectomie
- Vous demandez un encrage et la pose d'un clip avec ASP ou scanner
- La description du gastro-entérologue de la zone de polypectomie vous suffit
- Vous demandez au gastro-entérologue de venir lors de l'intervention pour faire une coloscopie de repérage

VII. Pour une personne âgée ayant cancer du colon non compliqué non métastatique.

La décision d'opérer est prise par :

- Vous-même chirurgien sans autre avis
- Après avis de l'anesthésiste.
- Après avis de l'anesthésiste et de l'onco-gériatre.
- Après avis de l'anesthésiste et de l'oncologue.
- Après avis de l'anesthésiste, de l'onco-gériatre et l'oncologue et après RCP

VIII. Pour une personne âgée ayant cancer du colon métastatique.

La décision de chimiothérapie est prise :

- Par l'oncologue seul
- Par vous chirurgien
- par l'onco-gériatre
- Par le cardiologue
- Après avis de tous et en RCP

IX. Avez-vous déjà utilisé le robot en chirurgie colique ?

- Oui
- Non

X. La génétique influence-t-elle votre prise en charge chirurgicale

- Oui
- Non
- Non, je ne savais que c'était possible

XI. Les thérapies ciblées et l'immunothérapie modifient-t-elles votre prise en charge chirurgicale :

- Oui
- Non
- Non, je ne savais pas que c'était possible

XII. Faites-vous des colectomies en ambulatoire :

- Oui
- Non
- Non, je ne savais pas que c'était possible

XIII. La RAAC et chirurgie colique :

- Je fais systématiquement une prise en charge RAAC pour toutes les colectomies
- Je fais une prise en charge RAAC en fonction du patient
- La mise en place de la RAAC ne m'a pas fait modifier mes pratiques, car j'en appliquais les principes
- La mise en place de la RAAC ne m'a pas fait modifier mes pratiques, car les résultats ne m'ont pas convaincu
- La RAAC a des motivations économiques plus que médicales

Restitution des boitiers de VOTE