

Gestion des risques associés à la prise en charge du cancer du colon

Groupe de travail :

**AGOSTINI Julie
BLAZQUEZ Denis
BORIE Frédéric
de CHAISEMARTIN Cécile
DENET Christine
DELEUZE Alain
DOUARD Richard
EKONG Eric
des GUETZ Gaëtan**

**GUGENHEIM Jean
LEFEVRE Jérémie
MANCEAU Gilles
MATHONNET Muriel
MILLAT Bertrand
PARC Yann
SOUBRANE Olivier
ZARANIS Constantin**

Plan

I.	Identifications des évènements indésirables associés aux soins dans la prise en charge des cancers du côlon.....	3
A.	Evènements indésirables associés aux soins dans la base REX.....	3
1)	Causes des EIAS	3
2)	Conséquences des EIAS.....	3
3)	Evitabilité.....	3
B.	Evènements indésirables lors d'un parcours de soins sur une cohorte.....	3
C.	Evènements indésirables associés aux soins - Données de la littérature	4
II.	Les situations à risque : préventions et solutions	5
A.	Au cours de Stratégies thérapeutiques multidisciplinaires et nouvelles approches en oncologie	5
1)	RCP, Seuils et autorisations	5
2)	La chirurgie de métastases hépatiques synchrones du cancer du côlon	5
3)	La génétique et l'immunothérapie dans le choix chirurgical	5
4)	Personne âgée et choix chirurgical.....	7
B.	Au cours des décisions chirurgicales	8
1)	Impact oncologique et mortalité des complications post-opératoires.....	8
2)	Les petites tumeurs et erreurs de site	10
3)	La prise en charge coelioscopique et robotique	10
III.	Les risques des hospitalisations brèves.....	11
	TAKE HOME MESSAGE.....	12

I. Identifications des événements indésirables associés aux soins dans la prise en charge des cancers du côlon

A. Evènements indésirables associés aux soins dans la base REX

La Gestion des risques associés à la prise en charge des cancers du côlon » excluant les cancers du rectum a été étudiée en analysant 599 EIAS concernant le sujet sur les 9 263 EIAS (6 %) de la base REX de mai 2016 à janvier 2020.

La majorité des déclarations rapportaient des incidents postopératoires (56%), pour 29% de peropératoires et 15% de préopératoire. L'évènement décrit était considéré par le déclarant comme « évitable » ou « probablement évitable » dans 84 % des cas (59 % évitable, 25 % probablement évitable). Sur le plan chirurgical, 51 % étaient des colectomies gauches (73 % par coelioscopie), 40 % des colectomies droites (58 % par coelioscopie) et 10 % d'autres gestes techniques.

1) Causes des EIAS

Les causes identifiées de ces événements étaient d'ordre médical ou systémique :

Les causes médicales des EIAS étaient la prise de traitements anticoagulants et antiagrégants (16 %), les incidents dus aux sutures mécaniques (10 %), les défauts de repérage de la tumeur (8 %) l'utilisation des systèmes d'énergie (7 %), la présence d'un corps étranger dans le site opératoire (6 %), et les fistules/péritonites (31%).

Les causes systémiques des EIAS étaient organisationnelles (79%) comme les défauts de communication essentiellement dans la relation anesthésiste-chirurgien (33 %) et le retard de prise en charge (23%) lors de reprises chirurgicales non programmées (64 %), lors de complications postopératoires médicales (19%), pré thérapeutiques (13%), lors de chimiothérapie postopératoire (5%).

2) Conséquences des EIAS

Les conséquences étaient une hémorragie, une fistule, une péritonite, une ré intervention (40%), une ré hospitalisation (9 %), des transferts, (6 %) et des décès (8 %).

3) Evitabilité

La check-list aurait pu éviter 32 % des EIAS.

B. Evènements indésirables lors d'un parcours de soins

Le parcours hospitalier sur 90 jours d'une cohorte ayant un cancer du côlon de (soit 21357 à 22569 patients chaque année de 2011 à 2018) a été analysé à partir des données PMSI MCO – SSR – HAD. Plus de 50% des séjours étaient des prises en charge lourdes (niveau 3 à 4). La population moyenne était âgée de 71 ans, et la majorité masculine (52%).

Entre 2011 et 2018, il existait une dispersion des activités de prise en charge, mais avec une diminution des établissements qui prennent en charge ces patients. 25% des établissements de santé avaient moins de 30 séjours par an, ce qui représentait en 2011, 66% des établissements de santé et 55 % en 2018.

58% des patients ont eu une colectomie droite et la coelioscopie était réalisée dans 34 % en 2011 et passait à 57% en 2018, avec une durée moyenne de séjour passant de 15,2 jours à 12,2 jours. Le mode de sortie n'évoluait pas au cours de ces années, avec un retour à domicile passant de 74% à 79%.

La mortalité immédiate était stable variant de 4% en 2011 à 3% en 2018 associée à une mortalité hospitalière à 6 mois qui était le double de la mortalité initiale.

Le taux de morbidité était constant de 15 à 20% des complications liées à l'acte, et 42 à 50% présentait un évènement indésirable. Le taux de chimiothérapie restait stable avec un taux de 27% de la population prise en charge avec un délai de réalisation de 40 jours.

Le taux de réhospitalisation était stable.

Les facteurs de risques de complications et de réhospitalisations étaient la voie d'abord (laparotomie), le sexe (homme), l'âge.

C. Evènements indésirables associés aux soins - Données de la littérature

Ce sujet est très peu développé dans la littérature médicale. Les thématiques retrouvées étaient sur le retard diagnostic, le retard thérapeutique après diagnostic, et le retard de chimiothérapie après la chirurgie.

Retard diagnostic

Les critères de détection clinique de cancer du côlon sont insuffisants justifiant un dépistage systématique.

La coloscopie demandée directement permet d'avoir un diagnostic plus rapide.

En présence de symptômes, la demande de coloscopie par le médecin référent est le meilleur moyen de réduire le délai diagnostique.

Le taux retard de diagnostic > 30 j est de 80% (médian 90 j) dans certaines séries, lié aux patients (51%), à l'hôpital (29%) et aux 2 (20 %).

Dans la littérature, le pronostic est non influencé par le retard diagnostique.

Retard thérapeutique après diagnostic

Deux tiers des patients n'ont pas leur premier traitement médical ou chirurgical dans 30 jours après le diagnostic mais lors d'une indication chirurgicale, les $\frac{3}{4}$ des patients a eu une colectomie dans les 3 semaines.

Les facteurs de risque de retard étaient le bas niveau d'éducation, les petites tumeurs, l'âge avancé et les formes asymptomatiques. Dans la littérature, le retard thérapeutique après diagnostic aurait une influence sur le pronostic.

Retard de chimiothérapie après la chirurgie

Le risque de retard de chimiothérapie adjuvante dépend des complications postopératoires et de la présence d'une stomie. La chimiothérapie adjuvante dans les 8 semaines est acceptable pour les patients ayant un cancer du côlon stade III. Le retard de chimiothérapie adjuvante après 8 semaines était significativement de mauvais pronostic. Mais la chimiothérapie adjuvante est encore utile jusqu'à 5 mois.

II. Les situations à risque : préventions et solutions

A. Au cours de Stratégies thérapeutiques multidisciplinaires et nouvelles approches en cancérologie

1) RCP, Seuils et autorisations

Le fonctionnement d'une RCP doit être formalisé. Au moins 3 spécialités différentes doivent être présente. Tous les nouveaux cas avant tout primo traitement sauf dossiers obéissants à une situation standardisée (référentiels, liste agréée par le réseau etc.) doivent être présentés. L'avis de la RCP comporte les noms et les qualifications des participants. La RCP sera évaluée régulièrement.

Les **critères de qualité** des RCP sont précisés dans le **plan cancer 2003-2007 et la circulaire du 22 février 2005**, puis repris dans les recommandations HAS-INCa (juin 2006), puis dans le **document HAS de novembre 2017**.

2) La chirurgie de métastases hépatiques synchrones du cancer du côlon

Dans les situations « faciles », techniquement et oncologiquement, la résection simultanée du cancer colique et des métastases hépatiques peut être considérée comme une pratique standard. Un essai clinique randomisé n'est probablement pas nécessaire pour le confirmer.

Dans les situations plus difficiles impliquant des résections majeures et / ou complexes, la résection simultanée est possible et semble sûre (morbidity précoce) et efficace (survie à distance). Toutefois, les études comparant les résections simultanées et les résections en 2 temps sont d'un niveau de preuve faible.

La sélection des malades pour une résection simultanée et le choix de la voie d'abord repose notamment sur :

- La complexité de la résection hépatique
- Facteurs de comorbidité
- Disponibilité de compétences en chirurgie colorectale et hépato-biliaire

3) La génétique et l'immunothérapie dans le choix chirurgical

La génétique peut être subdivisée en deux parties : la génétique germinale et la génétique somatique. La génétique germinale s'intéresse aux maladies héréditaires et sur leur mode de transmission. Quant à la génétique somatique, elle détermine les anomalies génétiques acquises au sein des cellules tumorales.

a. La génétique germinale

Pour les chirurgiens, les trois grandes maladies connues et bien authentifiées sont la Polypose Adénomateuse Familiale, le Syndrome de Lynch et la Polypose liée à MUTYH

Pour la Polypose Adénomateuse Familiale, la localisation de la mutation n'a pas d'influence utilisable en Chirurgie pour guider notre geste. Le geste chirurgical doit être guidé par le phénotype c'est-à-dire l'expression de la maladie : les résultats des endoscopies et rien d'autre (2). Le seul intérêt de connaître la mutation est d'identifier des patients à sur-risque de développer une tumeur desmoïde (mutation au-delà du codon 1444) (3).

Pour la Polypose liée à une mutation biallélique de MUTYH, il faut bien la distinguer de la Polypose Adénomateuse Familiale liée à une mutation du gène APC. Si cette dernière exprime généralement la forme classique de la Polypose avec des polypes apparaissant lors de l'adolescence et entraînant la survenue de cancer rapidement, la première est généralement

responsable d'une expression plus tardive après la 4ème décennie et souvent avec un cancer en place. En cas de mutation d'APC, celle-ci est dominante et s'exprime donc à chaque génération. Alors qu'en cas de mutation biallélique de MYH, les ascendants sont indemnes de maladie et le risque de transmission à leurs enfants de la maladie est quasi nul dépendant du caractère hétérozygote pour une telle mutation de leur conjoint.

Pour le syndrome de Lynch, il n'y a aucune corrélation entre les sites de mutation et l'expression clinique. Il semble, toutefois, que les patients ayant une mutation du gène MSH6 ou surtout du gène PMS2, que les risques de cancer soient moindres. Néanmoins, cela ne modifie pas la surveillance requise pour ces patients.

b. La génétique somatique

Le phénotype MSI est actuellement devenu un élément déterminant dans la prise en charge des patients. Le pronostic des cancers MSI lorsqu'ils n'étaient pas métastatiques, est meilleur que celui des cancers non MSI (MSS). Ainsi, en cas de cancer de stade 2, c'est-à-dire sans métastase ganglionnaire, la survie globale à 5 ans est de 94 % pour la survie sans récurrence, elle est de presque 100 %. En cas, d'atteinte ganglionnaire, la survie sans traitement est aussi très bonne. Elle semble altérée en cas de chimiothérapie avec du 5 FU seule et être excellente en cas de chimiothérapie avec adjonction d'oxaliplatine. C'est pourquoi il est indispensable de prendre en compte le phénotype MSI en cas de chimiothérapie et de ne pas proposer uniquement du 5-FU ou de poursuivre une chimiothérapie par du 5-FU seul si l'oxaliplatine doit être arrêté chez un patient ayant une tumeur MSI.

Enfin et surtout, avec l'apparition de l'immunothérapie, des situations palliatives sont devenues des situations où la guérison est envisageable.



Conséquences pour les Chirurgiens :

- Rechercher chez les patients métastatiques le phénotype MSI, pour une éventuelle immunothérapie.
- Réévaluer l'étendue de la chirurgie chez ces patients métastatiques avec parfois carcinose. La résection des sites fantômes n'est probablement plus logique dans ce cas.
- Faire probablement pour les patients ayant un syndrome HNPCC et développant donc des tumeurs MSI, une prise en charge plus conservatrice.

c. L'immunothérapie

Au stade métastatique des cancer colo-rectaux (CCRm), le phénotype MSI/dMMR a émergé comme un facteur prédictif majeur de l'efficacité des inhibiteurs de checkpoints (ICKi) immunitaires dans le traitement des CCRm [1].

Le traitement par ICKi constitue un changement de paradigme dans la prise en charge des patients avec CCRm MSI/dMMR. A 25 mois de suivi médian, le taux de survie globale à 2 ans atteint 74% avec la combinaison nivolumab - ipilimumab, chez les patients ayant reçu au moins deux lignes de traitements antérieures, avec certains patients en réponse complète et d'autres opérés de masses résiduelles en réponse complète histologique L'essai KEYNOTE-177, a évalué en première ligne l'intérêt du pembrolizumab dans cette population de patients avec CCRm MSI/dMMR [8]. Avec une médiane de suivi de 32,4 mois, le pembrolizumab permet un doublement de la médiane de survie sans progression (16,5 vs 8,2 mois ; HR=0,60 [0,45-0,80] ; p=0,002). A 24 mois de la randomisation, 48,3% des patients sous pembrolizumab

n'avaient pas progressé et ont pu arrêter tout traitement versus 18,6% pour ceux traités par chimiothérapie.

Le rôle de la chirurgie pour les patients atteints de mCRC MSI/dMMR traités par ICKi reste à mieux définir. Plusieurs scénarios doivent être analysés : i) chirurgie des métastases pour les patients présentant une maladie métastatique résécable MSI/dMMR (c'est-à-dire quelle est la meilleure stratégie thérapeutique entre la métastasectomie et l'immunothérapie ?); ii) chirurgie de/des masse résiduelle chez les patients répondant à l'ICKi ; iii) chirurgie des métastases pour les patients présentant une progression de la maladie limitée à un seul site. Une étude rétrospective, chez 14 patients avec CCRm MSI/dMMR suggèrent que les lésions radiographiques résiduelles peuvent ne pas nécessiter de résection systématique après une réponse à un traitement à base d'ICKi, [7]. Une série de 5 cas de patients avec CRCm MSI/dMMR traités par ICKi, qui ont connu une progression de la maladie limitée à une glande surrénale [10]. L'existence de réponses dissociées chez les patients atteints d'un cancer traité par ICKi suggère l'importance de leur prise en charge multidisciplinaire. Le rapport bénéfice/risque de l'exérèse chirurgicale de lésion(s) résiduelle(s) post- traitement par ICKi doit être discuté au cas par cas. Il est parfois nécessaire de faire appel à des traitements locaux (chirurgie, destruction par radiofréquence, radiothérapie) pour les patients présentant des réponses dissociées.

4) Personne âgée et choix chirurgical

Après une évaluation en onco gériatrie le choix chirurgical dépendra de l'avis de l'anesthésiste et du chirurgien.

Contexte

Augmentation des cancers du côlon chez les personnes âgées

Problématique :

Par rapport à une population jeune, la part des complications médicales est très augmentée chez les patients âgés.

Stratégie recommandée :

Les solutions d'aide au choix chirurgical et l'optimisation préopératoire s'appuient sur :

Pour l'anesthésiste :

- L'inscription des patients âgés dans un parcours de soins dès le diagnostic
- Le dépistage de la fragilité et des mesures d'accompagnement adapté
- Le dépistage et la correction autant que possible de la carence martiale
- Le dépistage et la correction autant que possible de la dénutrition
- L'application stricte en péri-opératoire des mesures RAAC et des recommandations « patients fragiles »

Pour le chirurgien :

Il ne faut pas « sous-traiter » les patients âgés et proposer une chirurgie curative dès qu'elle est possible. Les complications chirurgicales sont identiques quel que soit l'âge. Mais les complications postopératoires ont un impact sur la mortalité à moyen terme.



Les solutions sont :

Privilégier la chirurgie avec faible morbidité postopératoire :

- Coelioscopie en cas de chirurgie électorive
- Stomie proche amont en cas cancer en occlusion

Privilégier la prise en charge gériatrique postopératoire et après sortie d'hospitalisation

Pour l'oncogériatre :

Deux craintes :

- Surtraiter :
 - o Risques hématologiques de la chimiothérapie,
 - o Risques de décompensation cardiaque, rénale, neurologique
 - o Complications à court et moyen terme
- Sous-traiter :
 - o Age élevé : souvent demande diminuée et peur du risque
 - o Standards établis pour des patients en très bon état général
 - o Traitements associant chirurgie-chimiothérapie +/- radiothérapie longs et en cas de situations métastatiques pas toujours curatifs

Il existe beaucoup de tests d'évaluation du patient pour aider à l'estimation de la survie à 4 ans chez le sujet âgé dont les principaux critères sont : mobilité, autonomie, fonctions cognitives, humeur, état nutritionnel.

Cette évaluation permet de détecter les sujets fragiles, d'envisager des intervention préventives et hiérarchisant les priorités.



Place majeure de la balance bénéfice / risque.

Dans les traitements adjuvants, le 5FU reste la base du traitement.

Spécialité multistidisciplinaire : Intérêt de la discussion lors de RCP dédiée ou non

B. Au cours des décisions chirurgicales

1) Impact oncologique et mortalité des complications post-opératoires

a. Impact oncologique des complications post-opératoires

Contexte :

Les deux principales complications en chirurgie colorectale sont infectieuses (66%) et vasculaires (18%). Parmi les causes infectieuses, la fistule (FA) avec ou sans péritonite et avec ou sans lâchage anastomotique est présente dans 5-20% des résections colorectales avec anastomoses dans la littérature.

Problématique :

La FA altère la survie avec une augmentation des récidives et plus particulièrement dans le cancer du côlon comparé au cancer du rectum car les fistules sont plus symptomatiques et nécessitent plus de ré intervention et diminuant la réalisation de la chimiothérapie adjuvante ou la tolérance s'il y a une stomie (iléostomie++).

Après une FA, la présence de métastase est plus fréquente



Stratégie recommandée

–Réduire les FA

- Préparation colique + Antibiothérapie, Stomie, sélection...

–Dépistage

- CRP, Surveillance , Traitement plus précoce (moins de réintervention ?)

–Centre expert (stade 4 +++)

b. Echec des ré-interventions non programmées

Contexte :

Dans la base REX, 17% des évènements indésirables graves aboutissent à une RNP. Les réinterventions non programmées (RNP) sont des évènements indésirables graves (EIG) qui compliquent 3 à 7% des interventions chirurgicales. Elles s'accompagnent d'une augmentation de la mortalité postopératoire qui dépend de l'efficacité de la détection et de la gestion de la complication postopératoire qui aboutit à la RNP. La mortalité des RNP (définissant l'échec des RNP en chirurgie colorectale est de 12%.

Problématique :

Les facteurs de risques de mortalité après une réintervention non programmée en chirurgie colorectale sont les facteurs liés aux patients (âge, score ASA) et au geste chirurgical (la voie d'abord initiale) et les causes systémiques (retard de gestion et parcours de soins, effet volume patient / soignant, Niveau connaissance et utilisation de nouvelle technologie).

Stratégie recommandée :

- **Prévention :**

Respecter :

- L'information au patient (information relative aux risques),
- Les prérequis organisationnels (indication chirurgicale pertinente et nécessaire, réunion de programmation),
- Les éléments requis au bloc opératoire (disponibilité des DM et DMI, check-list au bloc opératoire, bonne installation en posture chirurgicale),
- Les prérequis techniques (respecter et connaître la technique chirurgicale choisie).

Le suivi post opératoire, les exigences hospitalières (service et personnel compétents et formés).

- **Récupération :**

Pour le patient en hospitalisation conventionnelle ou de soins continus, la récupération se fait par les acteurs en formalisant les visites du chirurgien et / ou du MAR et la formation de l'infirmière à la détection clinique et par les moyens cliniques : (fièvre, troubles du transit, défense et contracture, choc ou manifestations tachycardie > 120mn en chirurgie bariatrique). Pour le patient en réanimation, la récupération se fait par les acteurs avec une communication quotidienne entre le MAR et le chirurgien et une description précise de l'intervention et risques attendus et par les moyens cliniques (défaillance respiratoire, rénale ou hémodynamique).

Des examens paracliniques biologiques (CRP, pro calcitonine, hyperleucocytose, thrombocytose) et radiologiques (scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté avec 3 temps d'acquisition) vont compléter ces moyens de récupération.

- **Atténuation :**

Les moyens d'atténuation sont soit radiologiques (drainage sous scanner ou sous échographie ou embolisation artérielle) soit chirurgicaux : (organisation de la RNP : MAR, chirurgien, personnels du service et du bloc opératoire et information du patient sur les modalités prévisibles de la RNP).

2) Les petites tumeurs et erreurs de site

Contexte :

La colectomie pour petite tumeur ou pour reprise après découverte d'ADK sur pièce de polypectomie- cicatrice.

Problématique :

Difficulté de localisation en particulier pour les lésions entre angle colique droit et colon descendant = non visible et non palpable par le chirurgien en coelioscopie / robot.

- Erreur de site de 11 à 21% selon les séries (petites ou grosses tumeurs)
- Enjeu préopératoire : préparation et information (patient et équipe) adaptée
- Enjeu peropératoire : certitude et résection adaptée



Stratégie recommandée :

- * Pose de clips et TDM de repérage précoce => anticipation préopératoire
- * Tatouage => certitude peropératoire

En pratique, stratégie à appliquer par l'endoscopiste d'emblée lors de la coloscopie, si petite tumeur ou si polypectomie avec doute.

Si non fait après polypectomie, retourner en coloscopie rapide dès les résultats.

En cas d'absence de certitudes => clip et tatouage à refaire.

Une préparation colique peut être envisagée.

3) La prise en charge coelioscopique et robotique

a. Risques oncologiques de la coelioscopie +/- robot assisté

La plupart des situations à risques peuvent être anticipées

Localisation précise du cancer +++

« Listing » des difficultés per opératoires prévisibles

Facteurs de risque de conversion : Tumeur T4, Taille tumorale,

b. L'apport Robotique/Laparoscopie

Pas de bénéfice de l'apport Robotique/Laparoscopie

- Influence possible sur l'anastomose intracorporelle
- Le ROBOT comme outil d'apprentissage ?
- Implantation inéluctable de l'outil robotique

III. Les risques des hospitalisations brèves

Contexte :

Réadmission après chirurgie colique.

Problématique :

Les réadmissions après les hospitalisations brèves en chirurgie colique, sont dues essentiellement à une augmentation de la morbidité en cas d'état nutritionnel défavorable. Ce taux de ré admission est aussi accentué en raison d'une moindre compliance du patient à la RAAC ou en cas de chimiothérapie pré opératoire.

Augmentation de la morbidité : Etat nutritionnel

Augmentation des réadmissions : Moindre compliance à la RAAC

Chimiothérapie préopératoire

La sélection des patients pour un programme RAAC :

Il n'y a pas de sélection protocolée.

Une sortie précoce n'est cependant pas recommandable en fonction d'un risque élevé de complication, de patients peu ou pas autonomes.

Stratégie recommandée :

Les barrières pour ces réadmissions sont représentées par la qualité du circuit RAAC (rôle d'une IDE – RAAC), la qualité de l'information tout au long du parcours avec des critères définis qui doivent amener à envisager une réhospitalisation.

Qualité du circuit RAAC : Rôle d'une IDE RAAC

Qualité de l'information tout au long du parcours : Quand s'inquiéter ?

La surveillance postopératoire à domicile :

La surveillance postopératoire à domicile est basée sur les appels de l'IDE RAAC, un numéro d'appel dédié pour le patient et l'infirmière à domicile.

Cette surveillance est améliorée par des applications téléphoniques, l'utilisation de sms utilisables par le patient, les IDE, les médecins traitants, les prestataires de soins en HAD.



RAAC : Les clés de la surveillance

- Appels de l'IDE RAAC
- Numéros d'appel
- Applications téléphoniques
- SMS
- IDE, médecins traitants, prestataires, HAD



TAKE HOME MESSAGE

La génétique somatique

Conséquences pour les Chirurgiens :

- Rechercher chez les patients métastatiques le phénotype MSI, pour une éventuelle immunothérapie.
- Réévaluer l'étendue de la chirurgie chez ces patients métastatiques avec parfois carcinose. La résection des sites fantômes n'est probablement plus logique dans ce cas.
- Faire probablement pour les patients ayant un syndrome HNPCC et développant donc des tumeurs MSI, une prise en charge plus conservatrice.

Personne âgée et choix chirurgical

Les solutions sont :

Privilégier la chirurgie avec faible morbidité postopératoire :

- Coelioscopie en cas de chirurgie élective
- Stomie proche amont en cas cancer en occlusion

Privilégier la prise en charge gériatrique postopératoire et après sortie d'hospitalisation

Impact oncologique des complications post-opératoires

Stratégie recommandée :

- Réduire les FA
- Préparation colique + Antibiothérapie, Stomie, sélection...
 - Dépistage
- CRP, Surveillance, Traitement plus précoce (moins de réintervention ?)
 - Centre expert (stade 4 +++)

Les petites tumeurs et erreurs de site :

Stratégie recommandée :

- * Pose de clips et TDM de repérage précoce => anticipation préopératoire
- * Tatouage => certitude peropératoire

En pratique, stratégie à appliquer par l'endoscopiste d'emblée lors de la coloscopie, si petite tumeur ou si polypectomie avec doute.

Si non fait après polypectomie, retourner en coloscopie rapide dès les résultats.

En cas d'absence de certitudes => clip et tatouage à refaire.

Une préparation colique peut être envisagée.

RAAC : Les clés de la surveillance

- Appels de l'IDE RAAC
- Numéros d'appel
- Applications téléphoniques
- SMS
- IDE, médecins traitants, prestataires, HAD