

FCVD – Réunions Régionales

Gestion des risques dans le parcours de soin des urgences digestives

Table des matières

Déroulé pédagogique :	4
Séquence 1 : Evaluation des pratiques professionnelles	5
Séquence 2 : Formation Continue	7
Bibliographie.....	13



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive

FCVD

Fédération de chirurgie Viscérale et Digestive

Public concerné :

- Chirurgie Générale
- Chirurgie viscérale et digestive

Orientation prioritaire :

Amélioration de l'organisation, de la pertinence et de la qualité des soins :

Orientation n° 10 : Maîtrise des risques associés aux actes et aux parcours de soins.**Résumé :**

En France le nombre de passages aux urgences dépasse annuellement les 300 000 (enquête IDREES).

La FCVD propose aux chirurgiens généraux, viscéraux et digestifs une session consacrée à la gestion des risques lors de la prise en charge des urgences chirurgicales en pathologie digestive, à l'exclusion toutefois des urgences traumatiques et des urgences post-opératoires immédiates.

Cette action DPC propose un panorama de la prise en charge des urgences viscérales à travers des exemples emblématiques de la spécialité.

Elle s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de l'organisation, de la pertinence et de la qualité des soins à travers un programme intégré alliant formation cognitive et évaluation des pratiques professionnelles.

La prise en charge des urgences en chirurgie viscérale et digestive a depuis 1987 bénéficié progressivement des améliorations des méthodes de diagnostic, de la meilleure prise en charge de certaines morbidités périopératoires, des abords mini-invasifs permis par la coelioscopie et d'une amélioration de la rapidité de récupération post opératoire.

Néanmoins, la base de retour d'expérience (Base REX) fait état de nombreux EIAS lors de la prise en charge des urgences dont les causes sont nombreuses : facteurs humains (communication entre les différents acteurs), facteurs organisationnels, parfois source de retards de prise en charge des patients, etc...

Les délais de prise en charge (urgence réelle ou au contraire nécessité de différer le geste chirurgical), voire la nécessité de recours à la chirurgie sont également débattus dans certaines pathologies, en tenant compte de l'amélioration de la qualité des examens morphologiques et biologiques.

Le but de cette formation est d'évaluer et d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives, en maîtrisant les risques qui y sont associés, à tous les niveaux du parcours de soin.

Objectifs principaux :**Mise à jour des connaissances en matière de prise en charge des urgences en chirurgie viscérales et digestive**

- Méthodes diagnostiques
- Place et indication d'un traitement médical premier
- Place et indication de la coelioscopie et de la laparotomie coelioscopie.
- Gestion des anticoagulants dans l'urgence
- Hiérarchie thérapeutique et choix stratégiques.

Savoir diagnostiquer, gérer et prendre en charge les urgences en chirurgie viscérale et digestive

- Connaitre les données épidémiologiques concernant les urgences chirurgicales digestives
- Savoir détecter et gérer les urgences chirurgicales digestives
- Savoir mettre en place un parcours de soins de l'urgence afin de prévenir la survenue de complications liées à la prise en charge
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés en urgence
- Savoir détecter le risque ou la survenue des complications en fonction du choix thérapeutique quel qu'en soit la gravité

Objectifs pédagogiques et scientifiques détaillés :

A travers des situations d'urgences emblématiques de la spécialité chirurgicale viscérale et digestive, dont le choix a été guidé par une analyse de la base de retour d'expérience (Base Rex) par la FCVD :

- Urgences en chirurgie pariétale
- Urgences en chirurgie biliaire
- Urgences en chirurgie colique
- Urgences en chirurgie bariatrique
- Urgences et appendicite aigue,

à l'exclusion toutefois des urgences traumatiques et des urgences post-opératoires immédiates (complications à court terme de la chirurgie colique ou de la chirurgie bariatrique, par exemple), les objectifs de cette formation sont établis comme suit :

- Améliorer la prise en charge chirurgicale et la pertinence des soins des patients présentant une urgence chirurgicale digestive
- Connaître les indications d'un geste chirurgical en urgence
- Connaître les notions de prise en charge coelioscopique pour diminuer la morbidité péri opératoire, la durée d'hospitalisation et la durée d'ITT des patients présentant une urgence chirurgicale digestive
- Améliorer les connaissances sur la détection et la gestion des risques liés à une prise en charge chirurgicale
- Apprendre à identifier les domaines de compétences de son environnement professionnel et les limites des éléments de l'arsenal thérapeutique disponible lors d'une urgence
- Connaître les bases de réalisation du compte rendu opératoire
- Donner les bases organisationnelles d'un programme thérapeutique adapté à chaque patient et urgence chirurgicale

Déroulé pédagogique :

Type d'action	Programme Intégré		-
Méthodes	EPP + FC	Nombre de journées	1
Format	Mixte : présentiel & non présentiel	Nombre TOTAL d'heures	5 heures

Séquence	Méthode	Type d'action	Durée	Objectif	Titre	Méthode pédagogique	Méthode d'évaluation	Traçabilité
1	EPP Audit clinique	Non présentielle	2 h	Évaluer sa pratique en termes de prise en charge technique et organisationnelle. Mesurer l'évolution après analyse du premier tour Mettre en place de mesures correctrices	Prise en charge des urgences	1er tour d'audit : 10 grilles Bilan du 1er tour : mise en place d'actions correctrices 2nd tour d'audit : 10 grilles Bilan du 2nd tour	Une plateforme d'e-Learning permet de : - Réaliser l'audit clinique - Répondre au questionnaire d'évaluation des connaissances et des pratiques proposées avant et après les cours - Visionner les cours - Répondre aux QCM	Temps de connexion Grilles d'évaluation
2	Formation Continue	Présentielle	3 h	Actualisation des connaissances dans la prise en charge des urgences en chirurgie viscérale et digestive	Gestion des risques et urgences digestives	Présentations théoriques – Cours magistraux Conférence QCM d'évaluation des connaissances et des pratiques - sur la plateforme en ligne THEIA	Formation présentielle Le participant : réalise un QCM pré et post test signe la feuille d'émargement	Etat d'émargement Evaluation pré et post réunion Bilan d'activité Questionnaire de satisfaction

Séquence 1 : Evaluation des pratiques professionnelles

Méthode	Audit Clinique	Nombre de journées	-
Format	Formation non présenteielle	Nombre d'heures	2h00

Prise en charge des urgences en chirurgie viscérale

Modalités d'évaluation (traçabilité des actions) :

La plateforme d'e-learning THEIA permet d'assurer la traçabilité des états de connexion des participants et de consultation des ressources mises à disposition.

Description détaillée :

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée à partir d'indicateurs (critères d'évaluation).

En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.

L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes critères d'évaluation.

L'analyse des écarts observés identifie les différentes causes qui peuvent être de nature :

- professionnelle (ex : manque de connaissances) ;
- institutionnelle (ex : manque de méthode et/ou matériels inadéquats) ;
- organisationnelle (ex : manque de coordination dans la prise en charge du patient) ;
- personnelle (ex : manque de conviction et de motivation).

Objectifs pédagogiques :

Connaitre et mettre en œuvre :

- o **Les différentes stratégies de prise en charge des urgences chirurgicales digestives**
- o L'amélioration de la qualité de la tenue et ~~du contenu~~ du contenu du dossier médical
- o Identifier et analyser les écarts entre la pratique réelle et attendue.

Déroulé :

Dès son inscription le chirurgien reçoit des identifiants personnels afin de se connecter sur la plateforme d'e-learning THEIA.

Il prend connaissance du mode d'emploi de l'audit et des références communiquées :

- Appendicectomie : Éléments décisionnels pour une indication pertinente - Décembre 2012. HAS.
- Cholécystectomie : Quand faut-il faire une cholécystectomie. Janvier 2013. HAS.
- SSP type 1 risque de plaie biliaire au cours d'une cholécystectomie. 2014.
- Hernia. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x
- HAS, Recommandation de bonne pratique : Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique, 2017
- Décret n° 92-329 du 30 mars 1992, repris dans le code de la santé publique Article R710-2-1, définissant le contenu du dossier médical
- Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Règlementation et recommandations.
- Guide et Référentiel de Pratiques Cliniques. Service évaluation des pratiques. Paris : ANAES, juin 2003

Modalités de sélection des dossiers :

Etape 1 : 1er tour : En rétrospectif : 10 dossiers de prise en charge d'urgence chirurgicale digestive, soit consécutifs, soit sur tirage au sort.

Etape 2 : Bilan du 1^{er} tour : Identification des actions à mettre en œuvre afin de modifier les pratiques

Etape 3 : Retour d'information : Analyse par l'équipe pédagogique du premier tour et du bilan.

Restitution au cours de la réunion des principales mesures à mettre en œuvre.

Délais entre les deux tours : 3 mois

Etape 4 : 2^{ème} tour : En prospectif : 10 dossiers de patients.

Etape 5 : Evaluation de l'impact des mesures mise en place.

Etape 6 : Feed-back : Analyse par l'équipe pédagogique de l'ensemble des mesures identifiées et mises en place et de leur impact sur la gestion des dossiers et prise en charge du patient en urgence.

Recommandations :

Suivre les recommandations et les référentiels sur l'appendicectomie, la lithiase biliaire et ses complications, les cures de hernies, la diverticulite sigmoïdienne et du dossier patients des Références ci-dessous :

- Appendicectomie : Éléments décisionnels pour une indication pertinente - Décembre 2012. HAS.
- Cholécystectomie : Quand faut-il faire une cholécystectomie. Janvier 2013. HAS.
- SSP type 1 risque de plaie biliaire au cours d'une cholécystectomie. 2014.
- Hernia. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x
- HAS, Recommandation de bonne pratique : Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique, 2017
- Décret n° 92-329 du 30 mars 1992, repris dans le code de la santé publique Article R710-2-1, définissant le contenu du dossier médical
- Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Règlementation et recommandations.
- Guide et Référentiel de Pratiques Cliniques. Service évaluation des pratiques. Paris : ANAES, juin 2003

Grille de recueil :

Le chirurgien vérifie que les critères suivants sont présents dans le dossier patient				
Critère	Intitulé	OUI	NON	NC
1	Délai d'adressage du malade (à partir des symptômes d'appel)			
2	Délai écoulé entre l'arrivée du patient et sa prise en charge par l'urgentiste			
3	Délai écoulé entre l'arrivée aux urgences et l'appel du chirurgien			
4	Notion de prise d'antiagrégant plaquettaire, d'anticoagulant et la traçabilité des décisions prises sur le traitement			
5	Traçabilité de prescription des examens d'imagerie			
6	Délais de réalisation des examens			
7	En cas de décision opératoire : le délai écoulé entre la décision et la prise en charge au bloc opératoire			
8	Les éléments de la pertinence de l'indication			
9	La concertation sur la prise en charge entre l'anesthésiste et le chirurgien			

Séquence 2 : Formation Continue

Méthode	Formation continue	Nombre de journées	1
Format	Formation présentielle	Nombre d'heures	3h

Justificatif de la méthode :

L'objet de la séance est à la fois l'actualisation des connaissances du participant au regard des données de la science et un partage autour de retours d'expérience des professionnels.

De plus, les intervenants s'attachent à adapter les informations transmises en fonction des réponses au QCM pré test.

Objectifs de la Formation continue :

Savoir diagnostiquer, Gérer et prendre en charge les urgences en chirurgie digestive.

Objectifs pédagogiques et scientifiques de la session présentielle :

- Améliorer la prise en charge chirurgicale et la pertinence des soins des patients présentant une urgence chirurgicale digestive
- Connaître les indications d'un geste chirurgical en urgence
- Connaître les notions de prise en charge coelioscopique pour diminuer la morbidité péri opératoire, la durée d'hospitalisation et la durée d'ITT des patients présentant une urgence chirurgicale digestive
- Améliorer les connaissances sur la détection et la gestion des risques liés à une prise en charge chirurgicale
- Apprendre à identifier les domaines de compétences de son environnement professionnel et les limites des éléments de l'arsenal thérapeutique disponible lors d'une urgence
- Connaître les bases de réalisation du compte rendu opératoire
- Donner les bases organisationnelles d'un programme thérapeutique adapté à chaque patient et urgence chirurgicale

Déroulé :

Urgence & Base REX (SIAM 2)

Introduction – 30 mn

Rappel des notions d'urgence, des recommandations

Rappel des circuits de prise en charge des urgences :

- Délais de prise en charge
- Communication urgentistes / chirurgien
- Priorisation des urgences au bloc opératoire
- Les alternatives au traitement chirurgical
- Concertation anesthésiste / chirurgien
- Facteurs organisationnels
- Information patient et choix thérapeutique partagé
- Communication avec le médecin traitant et les soignants pour le suivi postopératoire

Urgences et Base REX – 30 mn

Appropriation des méthodes d'analyse des risques :

- identification des EIAS et EIG déclarés dans la base de retour d'expérience en chirurgie viscérale
- analyse de la grille ALARM
- identification des principaux facteurs de risques
- rappel des mesures barrières permettant d'éviter les retards de prise en charge aggravant le pronostic du patient

Urgences et chirurgie pariétale – 30 mn

Le risque d'incarcération et de strangulation d'une hernie inguinale est estimé à 4,5% après 2 ans d'évolution et entre 0,3 et 3% selon EHS (European Hernia Society). Ce risque atteint 22% à 3 mois et 45% à 21 mois en cas de hernie fémorale. Cette urgence chirurgicale expose les patients à une probabilité plus importante de laparotomie et de résection intestinale.

La mortalité peut atteindre 2,8% en particulier chez le sujet âgé et la morbidité globale est de 21% avec 5% de complications graves.

Les facteurs de risques pour l'incarcération/l'étranglement de la hernie comprennent : le sexe féminin, la présence d'une hernie fémorale et des antécédents d'hospitalisation associés à une hernie de l'aîne. Il est conseillé d'adapter le traitement des urgences en fonction des facteurs propres du patient et de sa hernie et de l'expertise et des ressources locales.

Urgences et chirurgie biliaire – 30 mn

Cholécystite

La cholécystite aiguë lithiasique est la troisième cause d'admission d'urgence en chirurgie.

C'est une inflammation de la paroi vésiculaire plus ou moins associée à une infection du son contenu ; compte tenu de la fréquence de la pathologie lithiasique, on considère que 15 % de la population générale présente une lithiase, celle-ci représente 90% des causes des cholécystites aiguës.

Angiocholite

La gravité de l'angiocholite est liée à la dissémination de l'infection avec risque de choc et de troubles neuropsychiques. L'association d'un choc et d'une confusion à la triade de Charcot constitue « la pentade de Reynolds ». La définition de l'angiocholite grave dans les essais thérapeutiques récents est : l'existence d'un choc septique, la persistance d'un état septique malgré l'antibiothérapie ou la survenue d'une confusion. Cette forme grave est observée chez 10 à 15 % des malades.

Le traitement de l'angiocholite grave repose sur d'une part l'antibiothérapie et d'autre part une désobstruction en urgence par voie endoscopique, en plus de méthodes de réanimation habituelle.

L'évaluation clinique et l'indication de la stratégie thérapeutique doivent faire l'objet d'une concertation multi disciplinaire chirurgien / gastroentérologue / anesthésiste-réanimateur.

Urgences et chirurgie colique – 30 mn

On estime que 20 % des malades atteints de cancer colorectal se présentent en urgence, généralement avec une tumeur avancée, compliquée : occlusion, perforation ou hémorragie.

La prise en charge de ces malades est associée à une morbidité et une mortalité accrue de manière significative par rapport aux situations électives. En effet, d'une part, les malades ont une altération de l'état général, une déshydratation, une séquestration liquidienne, un déséquilibre hydro-électrolytiques et un éventuel sepsis. D'autre part, ils ne peuvent pas bénéficier d'un bilan optimal de leur état général et de leur pathologie colique. En outre, il n'est pas possible de réaliser une préparation colique satisfaisante dans un contexte de surcharge stercorale importante, en particulier si la tumeur est totalement obstructive.

Dans ce contexte le taux de sepsis superficiels et profonds ainsi que le taux de fistules anastomotiques est augmenté.

Une occlusion tumorale colique touche environ 16% des malades atteints de cancer colorectal, entraînant distension abdominale, douleur, constipation, et vomissements. Si la valvule iléo-caecale est continente, le danger principal est la perforation diastatique du caecum en amont de la tumeur occlusive.

Les différents éléments à prendre en compte dans le processus de décision sont :

- Localisation de la tumeur
- Localisé / métastatique
- Extension locale de la tumeur
- Perforation présente ou imminente
- Etat du colon en amont de l'occlusion
- Maladie colique sous-jacente
- Etat général du malade

Plusieurs options thérapeutiques sont à disposition de l'équipe chirurgicale. Ces options doivent faire l'objet d'une concertation entre chirurgiens / anesthésistes-réanimateurs.

Le but de la formation est de sensibiliser les chirurgiens sur le travail d'évaluation en équipe, l'importance de l'évaluation clinique, afin de limiter le risque post opératoire et oncologique de la décision thérapeutique.

Option selon les sessions : 30 mn

Le choix du thème traité est déterminé par la demande des participants (cf. sondage réalisé avant la session sur la plateforme en ligne).

- **Urgences et chirurgie bariatrique**

- **Urgences et appendicite aigue**

Urgences et chirurgie bariatrique

Les complications post-opératoires de la chirurgie bariatrique sont un phénomène relativement fréquent et peuvent être sévères, voire mortelles.

- **Complications post opératoires précoces :**

Les complications post-opératoires sont considérées comme précoces si elles surviennent dans les 30 jours après l'intervention.

o **Complications chirurgicales :**

▪ **Après Anneau gastrique**

Perforation gastrique : Le plus souvent, la plaie passe inaperçue et est diagnostiquée à l'occasion d'une péritonite post opératoire. Dans ce cas, une réintervention chirurgicale s'impose afin de réaliser une ablation de l'anneau et une toilette péritonéale avec drainage.

Occlusion gastrique aigue : L'occlusion gastrique aigue est une complication qui concerne environ 6% des patients. (2) Elle survient lorsque du tissu péri gastrique a été inclus dans l'anneau, comprimant ainsi l'estomac. Le diagnostic est fait en post opératoire avec un syndrome occlusif haut et confirmé par un TOGD qui montre l'absence de passage de produit de contraste en aval de l'anneau. Un traitement par sonde nasogastrique afin de décompresser l'estomac doit être initié en urgence (risque de nécrose gastrique) et l'anneau décalibré voire retiré chirurgicalement.

Infection : En cas d'infection, l'anneau doit être retiré rapidement. L'infection (même au niveau du boîtier) peut être le premier signe d'une érosion gastrique et doit toujours faire l'objet d'une fibroscopie. Le boîtier infecté (0,3 à 9 %) nécessite son retrait. En l'absence d'une infection de l'anneau, la mise en place d'un nouveau boîtier de façon différée peut être envisagée, après stérilisation locale.

▪ **Après Sleeve gastrectomie**

Hémorragie : Les complications hémorragiques surviennent dans 2 à 5% des cas après Sleeve Gastrectomy, le plus souvent au niveau de la ligne d'agrafes.

Fistules :

Les fistules compliquent environ 3% des Sleeve Gastrectomies. Leur localisation préférentielle se situe au niveau du haut de la ligne d'agrafes. Le délai habituel de survenue est de 5 à 7 jours mais on retrouve des cas de fistules dites tardives lorsqu'elles apparaissent après le 7ème jour. Elles sont difficilement prévisibles. Le tableau clinique est variable, allant de la découverte fortuite à la péritonite post opératoire. Les signes évocateurs sont les douleurs abdominales, les douleurs de l'épaule gauche (abcès sous phrénique), la fièvre, une dysphagie majeure d'apparition récente, des vomissements et surtout une tachycardie (> 120 bpm). La prise en charge dépend de l'état clinique du patient.

Le traitement chirurgical est soit chirurgical, soit conservateur.

▪ **Après Gastric Bypass**

Fistules : Les fistules représentent la 2ème cause de mortalité post GBP, après les complications thromboemboliques. Elles concernent environ 3% des patients et siègent majoritairement au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale. Le meilleur signe prédictif de fistule est la tachycardie (> 120 bpm).

Le diagnostic est souvent posé après imagerie avec ingestion de produit de contraste (TOGD, scanner) avec extravasation de produit de contraste ou présence d'un abcès ou d'une collection sous-phrénique.

Des facteurs prédisposants ont été identifiés : le sexe masculin, l'âge plus avancé, un BMI très élevé, un syndrome des apnées du sommeil, des comorbidités multiples et les interventions antérieures. La prise en charge est superposable à celle des fistules sur Sleeve Gastrectomy.

- **Complications post opératoires tardives :**

Les complications tardives surviennent après le 90ème jour post opératoire.

Reflux gastro-œsophagien :

Après sleeve gastrectomy : La sleeve gastrectomy est réputée favoriser le RGO en augmentant la pression intra gastrique (diminution du volume de l'estomac) et en supprimant le système anti-reflux physiologique. Selon les séries, 2 à 25% des patients

Après anneau gastrique : peuvent présenter un RGO dans les suites immédiates d'une Sleeve Gastrectomy.

Le reflux gastro-œsophagien est un phénomène fréquent chez les patients porteurs d'un anneau gastrique, pouvant atteindre 25% des cas. Il est en général lié à un serrage excessif de l'anneau, imposant donc la décalibration.

A l'extrême, il peut exister une distension œsophagienne en amont de l'anneau, imposant le retrait de celui-ci.

- Prévention : calibration autour de l'estomac, pas de l'œsophage.
- Traitement : décalibration

Sténoses : Concernant 0.7 à 4% des patients, la sténose gastrique est liée à un agrafage trop proche de la petite courbure, réalisant un tube trop étroit, ou à un surjet doublant l'agrafage sténosant. Le diagnostic et le traitement reposent sur l'endoscopie, qui permet une dilatation gastrique. Pour tout symptôme digestif haut (vomissements...) : FOGD

Occlusions par hernies internes

Lors de la réalisation d'un Bypass gastrique, 2 à 3 fenêtres sont créées : la fenêtre mésentérique, l'espace de Petersen et dans certaines techniques, la fenêtre mésocolique ; elles sont normalement fermées en fin d'intervention, mais peuvent rester ouvertes ou se rouvrir au fil du temps. Un segment intestinal peut alors s'engager dans l'une de ces brèches et créer ainsi une hernie interne (jusqu'à 16% des cas), source potentielle d'occlusions. Ce sont les douleurs qui révèlent ces hernies internes, parfois en l'absence de signe d'iléus dans le cas où l'anse incarcerated est exclue du circuit alimentaire. La distension de l'anse biliaire peut entraîner une élévation des tests hépatiques ou pancréatiques, orientant vers un diagnostic erroné. Le scanner abdominal peut-être d'interprétation difficile en raison des modifications anatomiques. Dans les cas douteux, une exploration chirurgicale doit être proposée car, en cas d'incarcération intestinale reconnue trop tardivement, une nécrose parfois étendue peut se développer.

Ulcères anastomotiques

Un ulcère de l'anastomose gastro-jéjunale peut survenir, en particulier chez les fumeurs ou après consommation d'anti-inflammatoires, ou si la poche gastrique est de trop grande taille. L'ulcère se manifeste par des douleurs épigastriques, souvent très intenses, parfois par une dysphagie liée à l'œdème anastomotique. Le diagnostic est endoscopique. Le traitement comporte l'élimination des facteurs de risque et la prise d'IPP à haute dose pendant 2 à 3 mois. La guérison doit être vérifiée par endoscopie.

Complications métaboliques

Carences vitaminiques : Les carences vitaminiques sont fréquentes après chirurgie bariatrique, notamment après les procédures malabsorptives.

Malnutrition protéino-énergétique : Il faut de principe rechercher une anomalie du montage chirurgical ou une complication de type de sténose anastomotique.

En l'absence de ces étiologies, une prise en charge médicale par nutrition parentérale ou entérale s'impose.

Dumping syndrome, Hypoglycémies

Lithiases : La perte de poids rapide après chirurgie bariatrique induit une augmentation du risque de développer des lithiases vésiculaires ou biliaires, avec une incidence variant de 6.7% à 52.8% dans la littérature. La fréquence élevée de lithiase peut être diminuée à 2 % par un traitement préventif à base d'acide ursodésoxycholique en postopératoire les 6 premiers mois.

La réalisation d'une cholécystectomie systématique lors de la chirurgie bariatrique n'est pas recommandée.

Urgences et appendicite aigue

L'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale. En effet, le risque est l'évolution vers la perforation et la péritonite qui engage le pronostic vital.

Le traitement de l'appendicite aiguë est l'appendicectomie, réalisée dès que possible par coelioscopie.

Le taux de complications avoisine 6 %.

Les appendicites sont-elles toujours une urgence chirurgicale ?

Si on exclut les formes graves, il est concevable de considérer que les appendicites ne sont pas toujours des urgences chirurgicales, mais dans un souci de qualité des soins, leur prise en charge doit néanmoins être pensée dans le cadre d'un chemin clinique rigoureux accepté par les chirurgiens, les médecins généralistes, les patients (ou leur famille). Dans cette prise en charge, la tomodensitométrie (au mieux faiblement dosée) joue un rôle essentiel. La plupart des études sur la faisabilité de l'absence d'intervention chirurgicale en urgence avec une surveillance montrent qu'il n'y a pas d'augmentation du risque de perforation en cas d'attitude attentiste (confirmant la distinction avec les formes graves).

En l'absence de signes de gravité clinique et/ou tomodensitométrique on peut de ne pas intervenir en urgence et mettre à profit ce délai pour entamer un traitement antibiotique.

Le but de la formation est de sensibiliser le chirurgien :

- à la pertinence de l'indication d'appendicectomie basée essentiellement sur la clinique et l'imagerie
- à l'évaluation du choix stratégique de la prise en charge

- à l'information du patient et du médecin traitant dans l'option d'une stratégie médicale qui nécessite une surveillance et un suivi médical
- à l'évolution vers une prise en charge raisonnée en ambulatoire

Evaluations de la formation :

1. Questionnaire d'autoévaluation des pratiques et des connaissances

Le questionnaire d'évaluation des pratiques est proposé en amont et en aval de la réunion présentielle.

Il est analysé par l'équipe pédagogique qui adapte le contenu de la formation en fonction des réponses apportées.

2. Questionnaire de bilan d'activité

Le questionnaire de bilan d'activité permet au participant d'évaluer les « changements comportementaux » mis en œuvre à l'issue de la formation.

Les stagiaires sont invités à indiquer dans un bilan d'activité à l'issue de la formation, les mesures d'amélioration des pratiques professionnelles mises en place à la suite des enseignements dispensés.

3. Questionnaire de satisfaction

Chaque participant doit compléter un questionnaire d'évaluation de l'action suivie.

Ce questionnaire permet de mesurer l'adéquation entre le programme suivi par le participant et ses attentes vis-à-vis de la formation.

L'évaluation a pour buts :

- de connaître l'opinion des participants sur le programme
- de connaître les souhaits de formation ultérieure des participants
- d'évaluer l'apport du programme sur la pratique courante des participants
- d'évaluer les changements de pratique qu'a induit le programme

Bibliographie

- Appendicectomie : Éléments décisionnels pour une indication pertinente - Décembre 2012. HAS.
- Cholécystectomie : Quand faut-il faire une cholécystectomie. Janvier 2013. HAS.
- SSP type 1 risque de plaie biliaire au cours d'une cholécystectomie. 2014.
- Hernia. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x
- HAS, Recommandation de bonne pratique : Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique, 2017
- Décret n° 92-329 du 30 mars 1992, repris dans le code de la santé publique Article R710-2-1, définissant le contenu du dossier médical
- Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Règlementation et recommandations.
- Guide et Référentiel de Pratiques Cliniques. Service évaluation des pratiques. Paris
- Girardot-Miglierina, A., Kefleyesus, A., Clerc, D., Grass, F., Demartines, N., Hübner, M., Hahnloser, D., Cancer colique en occlusion : quelle prise en charge en 2022 ?, Rev Med Suisse, 2022/786 (Vol.8), p. 1192–1199. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.786.1192
- Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S.M., Asbun, H.J., Wakabayashi, G., Kozaka, K., Endo, I., Deziel, D.J., Miura, F., Okamoto, K., Hwang, T.-L., Huang, W.S.-W., Ker, C.-G., Chen, M.-F., Han, H.-S., Yoon, Y.-S., Choi, I.-S., Yoon, D.-S., Noguchi, Y., Shikata, S., Ukai, T., Higuchi, R., Gabata, T., Mori, Y., Iwashita, Y., Hibi, T., Jagannath, P., Jonas, E., Liao, K.-H., Dervenis, C., Gouma, D.J., Cherqui, D., Belli, G., Garden, O.J., Giménez, M.E., de Santibañes, E., Suzuki, K., Umezawa, A., Supe, A.N., Pitt, H.A., Singh, H., Chan, A.C.W., Lau, W.Y., Teoh, A.Y.B., Honda, G., Sugioka, A., Asai, K., Gomi, H., Itoi, T., Kiriya, S., Yoshida, M., Mayumi, T., Matsumura, N., Tokumura, H., Kitano, S., Hirata, K., Inui, K., Sumiyama, Y. and Yamamoto, M. (2018), Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25: 41-54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>
- Gurusamy KS, Rossi M, Davidson BR. Percutaneous cholecystostomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD007088. DOI: 10.1002/14651858.CD007088.pub2. Accessed 12 January 2023.
- Tavares, V., Mennet, A., Anderegg, Infections des voies biliaires : cholécystite et cholangite, Rev Med Suisse, 2016/526 (Vol.2), p. 1316–1320.
- M. Auger, V. Douanier, C. Leroy, S. Boury, B. Vaillant, O. Ernst, G. Sergent, Cholecystite aiguë : échographie ou scanner ?, Journal de Radiologie, Volume 89, Issue 10, 2008, Page 1328, ISSN 0221-0363
- Sokal A, Sauvanet A, Fantin B, de Lastours V. Acute cholangitis: Diagnosis and management. J Visc Surg. 2019 Dec;156(6):515-525. doi: 10.1016/j.jvisurg.2019.05.007. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31248783.
- Anja U.G. van Lent, Joep F.W.M. Bartelsman, Guido N.J. Tytgat, Peter Speelman, Jan M. Prins, Duration of antibiotic therapy for cholangitis after successful endoscopic drainage of the biliary tract, Gastrointestinal Endoscopy, Volume 55, Issue 4, 2002, Pages 518-522, ISSN 0016-5107, <https://doi.org/10.1067/mge.2002.122334>.
- C. Wintenberger, B. Guery, E. Bonnet, B. Castan, R. Cohen, S. Diamantis, P. Lesprit, L. Maulin, Y. Péan, E. Peju, L. Piroth, J.P. Stahl, C. Strady, E. Varon, F. Vuotto, R. Gauzit, Proposal for shorter antibiotic therapies, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 47, Issue 2, 2017, Pages 92-141, ISSN 0399-077X, <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>
- Joseph W.C. Leung, Thomas K.W. Ling, Raphael C.Y. Chan, S.W. Cheung, C.W. Lai, Joseph J.Y. Sung, S.C. Sydney Chung, Augustine F.B. Cheng, Antibiotics, biliary sepsis, and bile duct stones, Gastrointestinal Endoscopy, Volume 40, Issue 6, 1994, Pages 716-721, ISSN 0016-5107, [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(94\)70115-6](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(94)70115-6).
- D. Karsenti, Prise en charge endoscopique des calculs de la voie biliaire principale. Calculs résiduels, angiocholite et empiement cholédocien, Journal de Chirurgie Viscérale, Volume 150, Issue 3, Supplement, 2013, Pages S39-S46, ISSN 1878-786X, <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.01.017>.
- D. Fuks, C. Cossé, J.-M. Régimbeau, Cholécystite aiguë lithiasique et antibiothérapie, Journal de Chirurgie Viscérale, Volume 150, Issue 1, 2013, Pages 4-10, ISSN 1878-786X, <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2012.10.012>.