

Protocoles opératoires synoptiques en chirurgie oncologique

Jean-François Ouellet
Chirurgien Oncologue
CHU-Hôtel Dieu de Québec

Préambule

● Oncologie Chirurgicale...

- Qualité du geste chirurgical directement reliée à la survie (littérature abondante...)
- La plupart des organismes mondiaux et des agences anti-cancer mettent beaucoup l'accent sur la qualité du geste chirurgical en oncologie
- Cette notion se retrouve de plus en plus dans la littérature scientifique...

Qualité du geste chirurgical

- Il existe actuellement une certaine variabilité dans la qualité du geste chirurgical en chirurgie du cancer au Québec
 - Formation médicale continue variable
 - Éloignement, centres locaux, régionaux, supra-régionaux
 - Communication entre les centres
 - Désir des patients d'avoir un traitement dans leur localité

SSPOC, objectifs

- Améliorer la qualité du geste chirurgical
- Donner des outils de rétroaction aux chirurgiens participants
- Permettre d'obtenir un portrait fiable, en temps réel, avec des données réelles des procédures chirurgicales en cancer au Québec

Protocole opératoire

- Doit être fait de façon obligatoire après chaque intervention chirurgicale (loi)
- Doit comporter certains éléments bien précis (Collège des médecins du Québec)
- Actuellement fait sous forme narrative (dictée, transcription, corrections, signature, mise au dossier)

Protocole narratif

- Inconvénients
 - Long
 - Difficile d'y retrouver des infos rapidement
 - Souvent incomplet, imprécis
 - Éléments "émotifs"
 - Information variable d'un chirurgien à l'autre et d'une intervention à l'autre
 - Processus administratif lourd

Conformité des protocoles narratifs, CHUQ (3 pavillons)

- Étude rétrospective
- 105 chirurgies de CCR primaires
- Évaluation de la conformité selon...
 - Critères de conformité de base du CMQ
 - Critères oncologiques de base consensuels évidents
 - Invasion des organes
 - Si extemporané, résultat
 - Trouvailles de l'exploration abdominale initiale
 - Marges
 - Etc...

Conformité des protocoles narratifs, CHUQ, résultats

- Pour certains éléments:
conformité quasi parfaite...

Norme	Taux de conformité (%)
Type anesthésie	94,3
Position du patient	92,4
Type et la localisation des incisions	96,2
Nom intervention effectuée	97,1

Conformité des protocoles narratifs, CHUQ, résultats

- Pour certains éléments:
conformité moyenne...

Norme	Taux de conformité (%)
Exploration abdo (visuel, palpation...)	82,9
L'emplacement des trocars	85,7
Les complications per-opératoires	89,5
L'évaluation des pertes sanguines	78,1

Pour certains éléments: conformité médiocre...

Norme	Taux de conformité (%)
La présence d'ascite	20,0
La présence d'un envahissement tumoral d'autres organes	27,6
La localisation de la tumeur de façon précise	21,0
Les accessoires laissés en place (drain, tubes...)	41,9
La mesure de la marge chirurgicale macroscopique	19,0
La réalisation d'un extemporané et son résultat	24,8
La visualisation de l'uretère	35,2

Constat

- Place à amélioration...

Qu'est-ce qu'un protocole synoptique ?

- Protocole opératoire fait en répondant à un questionnaire (gabarit)
- Gabarit fait à partir des données probantes de la littérature
 - Il s'agit donc du "protocole idéal"
- Validé par les pairs
- En constante amélioration

Qu'est-ce qu'un protocole synoptique (suite) ?

- Interface WEB, sécurisée
- Base de données centrale (provinciale)
- Donc: Facilité d'implantation +++
 - Tout le monde a internet dans son hôpital

Protocole synoptique

- Les informations sont toujours présentes, dans chaque protocole
- Le chirurgien remplit un formulaire avec des choix de réponse, il n'a donc pas le choix d'inclure toujours toutes les informations
- Le gabarit est conçu selon les standards de la littérature et les données probantes, il est approuvé par les pairs... Et il évolue!

Protocole synoptique...

- Tendence vers une amélioration de l'acte car le chirurgien a toujours devant lui le gabarit optimal, le protocole idéal (pratique exemplaire ...??)
- Utile pour EMC, recherche (banque de données)
- Feedback “non menaçant” pour le chirurgien (outil statistique en ligne)
- Augmente la pratique selon les guides de pratiques établis

Le projet québécois...

- Sandardisation sous forme
Synoptique des Protocoles
Operatoires en Cancer

Au Québec, le projet s'appelle...

Projet - SSPOC

- Standardisation
- Synoptique
- Protocole
- Opératoire
- Cancer



Le projet Québécois

- Projet déjà démarré « live » depuis juillet 2009
- Supporté par
 - Direction québécoise de cancérologie
 - Association québécoise de chirurgie (AQC)
 - Direction des hôpitaux impliqués dans le projet
 - Subvention du CPAC a été cruciale pour le projet

Projet SSPOC

- Sur une base VOLONTAIRE, demander aux chirurgiens québécois de produire leur protocole opératoire sous forme synoptique plutôt que narrative
- Construire un système provincial pour recevoir, protéger et gérer les données

À propos de la base de données

- Provinciale
- Sécurisée et légale
- Le consentement est implicite

Projet SSPOC

- Centres impliqués dans le projet pilote
 - Hôtel Dieu de Québec (CHUQ)
 - Hôpital St-François d'Assise (CHUQ)
 - CHUL (CHUQ)
 - Centre hospitalier de Rivière-du-Loup (CHRGF)
- Centres implantés depuis avril 2011
 - Hôpital de Victoriaville
 - Hôpital de Gatineau
 - Centre hospitalier de Joliette
 - Hôpital Le Gardeur
- En date de fin octobre 2012
 - 678 protocoles de CCR effectués dans SSPOC
 - 49 utilisateurs inscrits

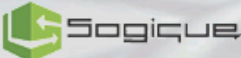
Au delà de la théorie...

- Qu'en est-il en pratique ?

Exemple

Adresse  HTTPS://sspoc.rtss.qc.ca/  OK

Copernic Agent  Le Web  Remonter  Historique  Veille   Barre Résultats



Bienvenue dans l'application Standardisation sous forme Synoptique des Protocoles Opératoires en Cancer (SSPOC)

Pour utiliser cette application, vous devez d'abord vous identifier. Veuillez entrer votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Nom d'utilisateur :

Mot de passe :

Si vous avez besoin d'assistance, vous pouvez communiquer avec
le Centre de services de Sogique:
Courriel Notes : 00 SOG Centre de services
Tél. région de Québec: (418) 683-AIDE (2433)
Tél. sans frais: 1 877 826-AIDE (2433)

Exemple

[Retour au sommaire](#)

(Traitement du cancer du côlon) Diagnostic pré- et postopératoire

Usag

* Date de l'intervention chirurgicale (AAAA-MM-JJ)

* Diagnostic préopératoire

Si autre, préciser

* Diagnostic postopératoire

Si autre, préciser

Conditions associées

☒ Aucune

☐ Maladie de Crohn

☐ Colite ulcéreuse

☐ Polypose adénomateuse familiale

☐ Post-radiation

☐ Autre

Préciser la procédure

Si autre, préciser

Un don à une banque de tumeur a-t-il été fait ☒ Oui ☐ Non

Si oui, le consentement du patient a-t-il été obtenu ☒ Oui ☐ Non

-- Lien rapide --

3 Intern... Document... Connexion...

Hémiectomie droite
Hémiectomie droite étendue
Colectomie transverse
Hémiectomie gauche
Résection sigmoïdienne
Résection antérieure haute
Colectomie subtotale
Proctocolectomie totale
Autre

Exemple

[Retour au sommaire de](#)

(Traitement du cancer du côlon)
Détail de l'investigation préopératoire

Usager :

Détail des métastases hépatiques	☐ Aucune ☒ Unique ☐ Multiples	Autres métastases	☒ Aucune ☐ Poumon ☐ Os ☐ Cerveau ☐ Autre
Site des métastases hépatiques tel que vu à l'imagerie préopératoire	☐ Aucune ☒ Droite latérale ☐ Droite médiale ☐ Gauche latérale ☐ Gauche médiale	Autres métastases, préciser	

(Traitement du cancer du côlon)
Procédure

- * Anesthésie
- ☒ Générale
☐ Épidurale
☐ Combinée, générale et épidurale
- * Indications chirurgicales
- ☒ Non urgente
☐ Urgente

(Traitement du cancer du côlon)
Procédure chirurgicale

- * Position
- ☒ Lithotomie
☐ Décubitus dorsal
- * Incision chirurgicale
-
- Ligne médiane
Transversale
Laparoscopique
Laparoscopique assistée manuellement

Exemple

(Traitement du cancer du côlon)
Uretère(s) sauvé(s)

Usager

* Uretère gauche

- ☐ Repéré / sauvé
- ☒ Repéré / traumatisé
- ☐ Non repéré

Si uretère traumatisé, commenter les dommages à l'uretère

A rectangular text input area with a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to provide comments on ureter damage.

* Uretère droit

- ☒ Repéré / sauvé
- ☐ Repéré / traumatisé
- ☐ Non repéré

Si uretère traumatisé, commenter les dommages à l'uretère

A rectangular text input area with a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to provide comments on ureter damage.

Exemple

[Retour au sommaire de l'usage](#)

(Traitement du cancer du côlon)

Fermeture générale

Usager : b T

* Comptage des compresses et des instruments effectué et décompte exact

☒ Oui ☐ Non

Si non effectué, commenter

Technique de suture de la paroi abdominale

Surjet

Type de suture de la paroi abdominale

Type de suture de la paroi abdominale

* Drains

Dexon
Maxon
Soie
Vicryl
PDS
Prolene

(Traitement du cancer du côlon)

Drains

Usager :

Type de drain

- ☐ Blake
- ☐ Davol
- ☐ Hemovac
- ☐ Jackson Pratt
- ☐ Sump
- ☐ Penrose
- ☐ Autre

Si autre, préciser

Emplacement du drain

- ☐ Périnée
- ☐ Quadrant inférieur gauche (QIG)
- ☐ Quadrant inférieur droit (QID)
- ☐ Quadrant supérieur droit (QSD)
- ☐ Quadrant supérieur gauche (QSG)

Exemple

(Traitement du cancer du côlon)

Autres procédures

Usager : b Test

Autre procédure réalisée pendant l'intervention:

☒ Oui ☐ Non

Est-ce que l'autre procédure a été dictée par protocole narratif?

☒ Oui ☐ Non

Si non, commentaires

(Traitement du cancer du côlon)

Perte sanguine

Fermeture de la peau

Perte sanguine estimée (cc)

Remplacement sanguin

(Traitement du cancer du côlon)

État du patient

État du patient

Temps d'opération (de la première incision à la fermeture)

Unité de transfert du patient

Exemple

Soumission du rapport

Le présent rapport (Traitement du cancer du côlon) ne sera plus modifiable une fois soumis. Nous vous prions donc de passer en revue vos données reproduites ci-dessous avant de soumettre le rapport.

Réponses
Rapport
Rapport

[Modifier](#)
[Prévisualiser](#)
[courriel](#).

Signer

Diagnostic pré-et postopératoire

Date de l'intervention chirurgicale: 2010-01-19
Diagnostic préopératoire: Cancer du caecum
Si autre, préciser: ---
Diagnostic postopératoire: Cancer du caecum
Si autre, préciser: ---
Conditions associées: Aucune
Préciser la procédure: ---

Un don à une banque de tumeur a-t-il été fait: Oui
Si oui, le consentement du patient a-t-il été obtenu: Oui



DT9028



Compte rendu opératoire
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec

Traitement du cancer du côlon

Date de la chirurgie exécutée:	2010-11-06
Diagnostic préopératoire:	Cancer du caecum
Diagnostic postopératoire:	Autre
Procédure exécutée:	Autre
Chirurgien: Dr. Jean-François Ouellet	Autre assistant:
Anesthésiste:	Autre assistant:
Résident:	

Diagnostic pré et postopératoire

Si autre, préciser:	Cancer du Ceacum avec envahissement du rectus abdominis Droit
Conditions associées:	Aucune
Si autre, préciser:	Hémi-colectomie Droite avec résection du rectus abdominis Droit avec plaque surgisis
L'intervention chirurgicale a-t-elle été retardée pour une raison quelconque:	Pas de retard (moins de 30 jours)
Avez-vous dû reporter toute autre intervention élective chez vos patients:	Non
IMC	
Taille (pieds):	5
Taille (pouces):	9
Poids (lbs):	170
IMC:	25.1
État de l'IMC:	Excès de poids (25 à 29,9)

Évaluation clinique

Mobilité de la tumeur:	Mobile
Biopsie préopératoire:	Carcinome

Évaluation clinique (suite)

Coloscopie:	Complète
Polypes:	Non
Sites de cancers synchrones :	Aucune



DT9028

Compte rendu opératoire
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec

Évaluation clinique (suite)

Commentaires:

Masse colon droit volumineuse. T4 probable sur imagerie pré-op. Administration de chimiothérapie pré-op néo-adjuvante pour réduire la taille de la masse. Survenue d'un sepsis qui a précipité l'intervention qui a dûe être réalisée en urgence

Investigation préopératoire

Investigation préopératoire effectuée:

Radiographie thoracique, CEA, TDM thoracique, TDM abdomen / bassin, Tomographie par émission de positrons

Détail de l'investigation préopératoire

Détail des métastases hépatiques:

Aucune

Site des métastases hépatiques tel que vu à l'imagerie préopératoire:

Aucune

Autres métastases:

Aucune

Commentaires

Autres commentaires:

Lésion avec envahissement franc de la paroi abdominale droite tel que vu sur l'imagerie pré-op. Aucune métastase à distance détectée lors du bilan d'extension

Anesthésie

Chimiothérapie préopératoire:

Oui

Anesthésie:

Générale

Indications chirurgicales:

Urgente

Indications chirurgicales

Indication de procédure d'urgence:

Perforation

Procédure de dérivation déjà effectuée:

Aucune

Banque de tumeur

Est-ce qu'une biopsie extemporanée a été faite:

Non



DT9028

Compte rendu opératoire
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec

Procédure chirurgicale

Position:	Lithotomie
Incision chirurgicale:	Ligne médiane
Adhérences lors de la procédure:	Multiples
Présence d'ascite:	Non
Métastases à distance:	Aucune
Invasion locale:	Paroi abdominale, Intestin grêle
Uretere gauche:	Non repéré
Uretere droit:	Repéré / sauvegardé
Site de la tumeur:	Cæcum
Segment de colon réséqué:	Cæcum, Colon ascendant, Angle droit, Transverse proximal
Vaisseaux sanguins réséqués:	Iléo-colique, Colique droite, Branche droite de la colique moyenne
Niveau de la section transversale:	Ligature haute (à l'origine)
Structures réséquées:	Paroi abdominale
Méthode de résection:	En bloc
Colon perforé:	Oui
Préciser à quel niveau:	Au niveau de la tumeur
Commentaires sur le colon perforé:	Perforation en vase clos. Pas de contamination per-op. Résection en bloc en un seul morceau sans passé dans la zone de perforation. Résection de la paroi abdominale droite en bloc avec la lésion et avec le rectus abdominis droit. Résection de plusieurs cm de grêle distal qui était envahi par la tumeur.
Deuxième chirurgien:	Non

Anastomose

Anastomose:	Suturée manuellement
Type de suture:	Maxon
Taille de suture:	3-0
Toutes autres complications:	Pas de complication

Fermeture générale

Comptage des compresses et des instruments effectué et décompte exact:	Oui
--	-----



DT9028



Compte rendu opératoire
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec

Fermeture générale

Technique de suture de la paroi abdominale:	Points séparés
Type de suture de la paroi abdominale:	Vicryl
Type de suture de la paroi abdominale:	1
Drains:	Non
Fermeture de la peau du périnée:	Agrafes
Perte sanguine estimée (cc):	850
Remplacement sanguin:	Non
État du patient:	Stable
Temps d'opération (de la première incision à la fermeture):	181 à 210 min
Unité de transfert du patient:	Salle de réveil - unité de soins chirurgicaux
Autre procédure réalisée pendant l'intervention::	Non
Commentaires additionnels/complications:	Fermeture de l'abdomen par réparation avec plaque de Surgisis pour combler la perte de substance consécutive à la résection en bloc de la paroi abdominale antérieure. La plaque a été fixée avec Vicryl 1.
Un suivi a-t-il été planifié pour ce patient:	Oui
Si oui, quand:	1 à 6 mois
Suivi assuré par:	Moi-même

En date du : 2010-11-09 (11:56 AM)

Signature du
chirurgien :

Dr. Jean-François Ouellet

Le projet Québécois (SSPOC)

- Un projet qui vient de la base
- Un bel exemple de collaboration entre le volet administratif et clinique du système de santé.
- Un projet très populaire. Aucune difficulté d'implantation. La valeur intrinsèque du projet fait qu'il se vend tout seul auprès des cliniciens

Le projet Québécois (SSPOC)

- Un projet qui est dynamique et qui évolue selon l'implication de la communauté chirurgicale
 - Les gabarits ont été initialement révisés par des chirurgiens d'ici (comité d'experts) et sont modifiés de la même manière
 - Ouverture aux suggestions pour bonifier le projet
 - Le projet appartient aux cliniciens de terrain
 - Économie proportionnelle au degré d'implantation !!

Coûts

- Les coûts sont fixes (banque de donnée centrale)
 - Qu'il y ait 1 ou 200 centres... même coût
 - Projet économique à grande échelle
- À l'échelle locale... une économie !!
 - Économie de 16.56\$ par protocole
 - Contribue à une facilité d'implantation auprès des administrations d'hôpitaux

Et la conformité ?

Élément du protocole	Narratif (%)	Synoptique (%)
Dx post-op	94	100
Type d'anesthésie	94	100
Envahissement autres organes	28	93
Localisation précise de la tumeur	21	100
Réalisation d'un extemporané et son résultat	25	100
Mesure de la marge macrosopique	19	100
Accessoires laissés en place (drains, etc...)	42	100

Un bonus pour l'utilisateur

- Outil de rétroaction statistique individualisé
 - Personnel
 - Non menaçant
 - Permet de comparer ses résultats avec la cohorte de chirurgiens de la province

Outil statistique

SSPOC - Outils statistiques1.0.112.0

Ce site est strictement réservé au Ministère de la Santé et des Services sociaux et à son réseau

Vous connecter avec vos coordonnées de SSPOC

Code d'utilisateur :

Mot de passe :

Ce site est optimisé pour un écran d'une résolution minimale de 1024 x 768
sur Microsoft Internet Explorer, versions 6.0 et ultérieures

Outil statistique

SSPOC - Outils statistiques

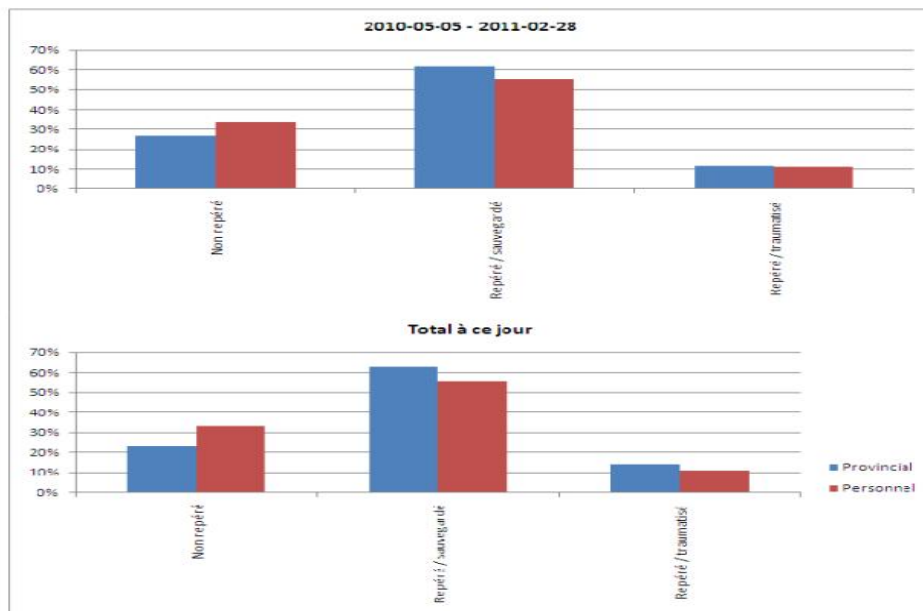
1.0.112.0

Colorectal / Traitement du cancer du côlon / Procédure chirurgicale / Uretère(s) sauvé(s) / Uretère gauche

	Provincial 2010-05-01 - 2010-12-31		Individuel 2010-05-01 - 2010-12-31		Provincial 2011-01-01 - 2011-06-30		Individuel 2011-01-01 - 2011-06-30		Provincial Total à ce jour		Personnel Total à ce jour	
Non repéré	4	(22,2 %)	0	(0,0 %)	3	(33,3 %)	3	(42,9 %)	8	(22,9 %)	3	(33,3 %)
Repéré / sauvé	11	(61,1 %)	2	(100,0 %)	5	(55,6 %)	3	(42,9 %)	22	(62,9 %)	5	(55,6 %)
Repéré / traumatisé	3	(16,7 %)	0	(0,0 %)	1	(11,1 %)	1	(14,3 %)	5	(14,3 %)	1	(11,1 %)
	18		2		9		7		35		9	

● 2010-05-01 - 2010-12-31

○ 2011-01-01 - 2011-06-30



Groupe de tumeurs

Colorectal

Rapport synoptique

Traitement du cancer du c

Section

Procédure chirurgicale

Groupe de questions

Uretère(s) sauvé(s)

Question

Uretère gauche

Rafraîchir

Périodes

Questions

Quitter

La suite...

- Avec le support constant de la DQC...
- Expansion à d'autres centres en 2012-2013 ...
 - St-Georges de Beauce, Chicoutimi, Sept-Îles, Trois-Rivières
- Extension à d'autres sites tumoraux
 - Cancer du sein, Prostate, Ovaire, ...

Merci