LE PARCOURS DE SOINS EN ONCOLOGIE

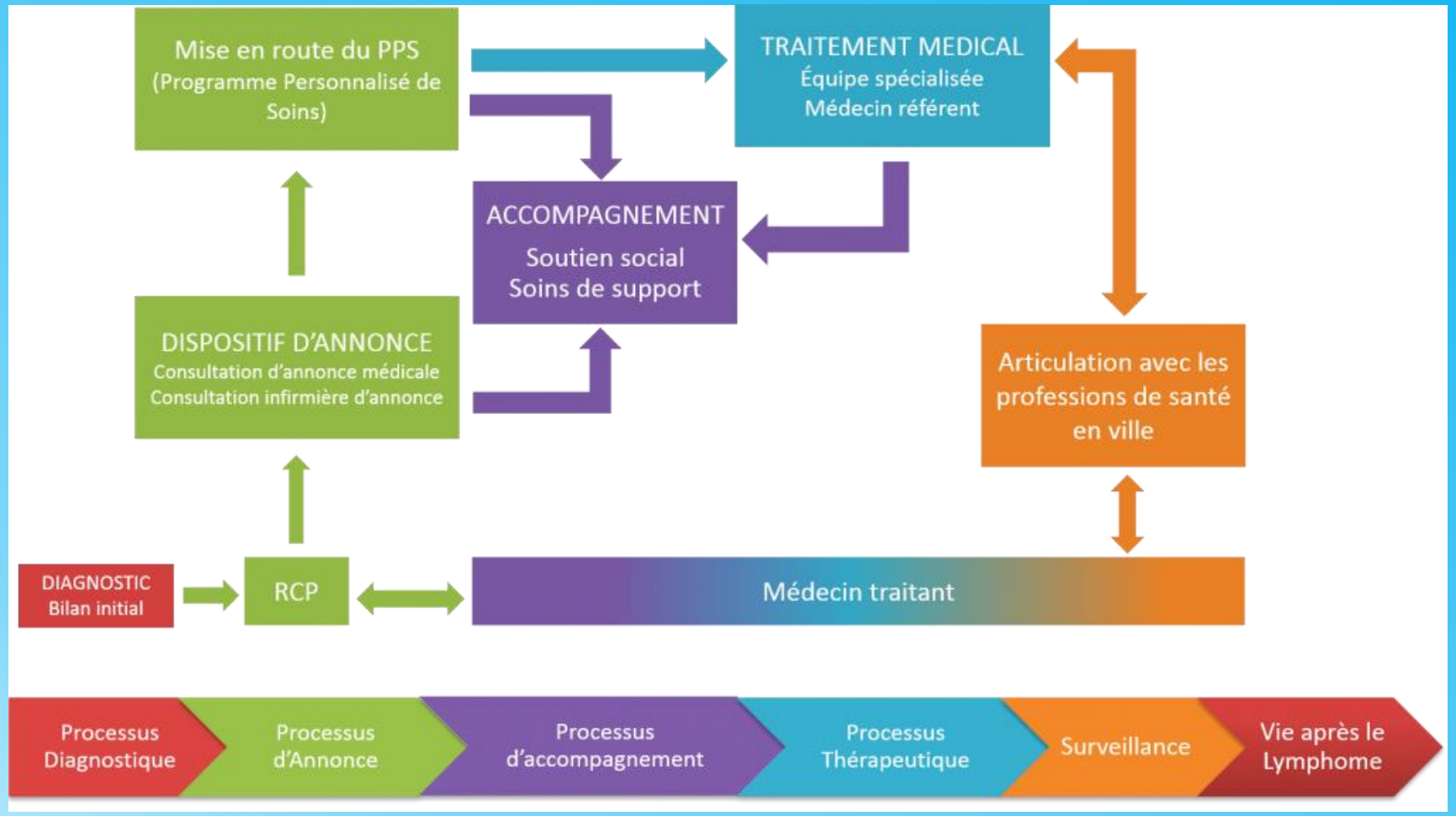
Pr Eric LAMBAUDIE MD, PhD
Chirurgien Oncologue

Aix Marseille Université, CNRS, INSERM, Institut Paoli Calmettes, CRCM

Marseille, France

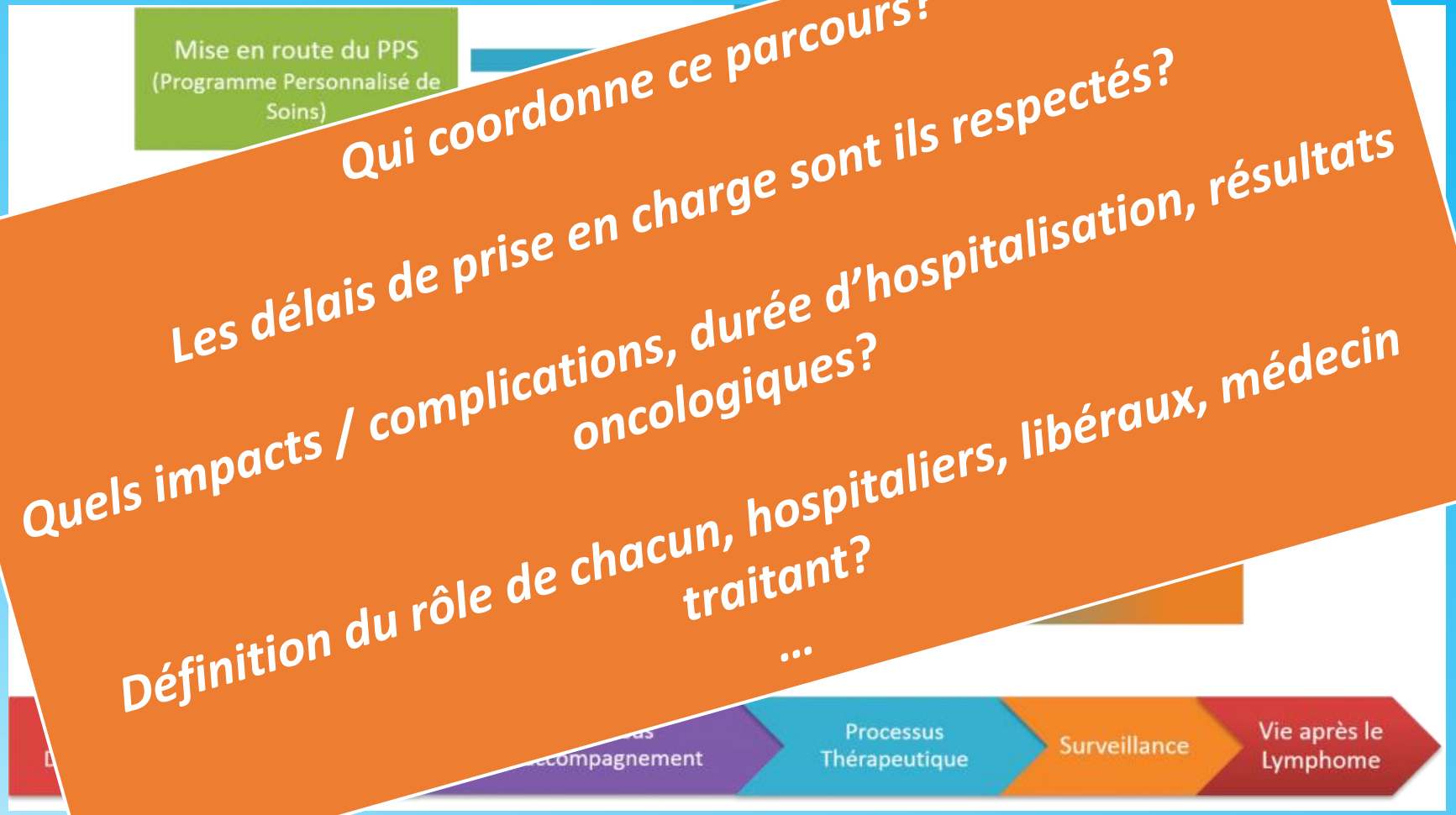
Le parcours de soins en oncologie

- Avant le TTT…
- Pendant: PPS
- Après: PPAC...



Le parcours de soins en oncologie

- Avant le TTT…
- Pendant: PPS
- Après: PPAC…



Qui coordonne ce parcours?

Les délais de prise en charge sont ils respectés?

Quels impacts / complications, durée d'hospitalisation, résultats oncologiques?

Définition du rôle de chacun, hospitaliers, libéraux, médecin traitant?

…

Le parcours de soins du patient chirurgical:
Place de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

Comment développer l'ambulatoire pour des actes lourds en oncologie gynécologique?

Raccourcir les DMS

dimi
département transversal d'interventions mini-invasives

- Programme RAAC Novembre 2015

Identifier les patientes sortant précocement (≤J2)

- Score, Nomogramme

Identifier les critères d'éligibilité à ambulatoire

- Programme ambulatoire Janvier 2017

Ambulatoire IPC pour des actes lourds en Nov 2015 = 0

Comment développer l'ambulatoire pour des actes lourds en oncologie gynécologique?

Raccourcir les DMS

dimi
département transversal d'interventions mini-invasives

- Programme RAAC
  Novembre 2015

Identifier les patientes sortant précocement (≤J2)

- Score, Nomogramme

Identifier les critères d'éligibilité à ambulatoire

- Programme ambulatoire
  Janvier 2017

Objectifs de la RAAC

- Accélérer le retour à l'autonomie normale du patient
- Réduire la morbidité péri opératoire
- Réduire la durée d'hospitalisation

Sécurité du patient

ERAS® Society

GRACE
Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

GROUPE FRANCOPHONE
DE REHABILITATION AMELIOREE APRES
CHIRURGIE

dimi
département transversal
d'interventions mini-invasives

Programmes RAAC:
Les trois piliers

Pilier n°1

Chirurgie Mini-Invasive

Pilier n°2

Chemins Cliniques

Équipe multidisciplinaire RAAC

Parcours de soins standardisés par spécialité et par pathologie

Pilier N°3

Patient

Information éducation

Sécuriser retour à domicile

Réseau ville hôpital

IDEC

En pratique

Consultation d'annonce chirurgicale	• Présentation PPS • Présentation programme RAAC
Consultation Anesthésie	• Détails péri opératoire RAAC
Consultation IDEC	• Documents d'informations • Transmission infos / réseau de soins libéral (ILHUP)
Hospitalisation J-1 / J0	• Entretien IDEC post op • Remise du journal de bord et questionnaires • Confirmation sortie / réseau de soins
Sortie J1 /J2	• Suivi IDEC post op: Appels J1 / J7 / J30 • Reçoit appels IDE libérale
Consultation post opératoire	• Recueil du journal de bord et questionnaires • Fin de suivi organisé J30

Le Patient

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

dimi département transversal d'interventions mini-invasives

INFORMATIONS AUX PATIENT(E)S

L'HOPITAL MIEUX ET MOINS LONGTEMPS

Grâce à la Réhabilitation Améliorée

Vous allez bénéficier d'un Programme de « Réhabilitation Améliorée ». Grâce à des mesure chirurgicales et anesthésiques spécifiques, le risque de complications postopératoires sera diminué et la durée de votre séjour à l'hôpital raccourcie. L'intervention sera moins agressive et vou récupérerez votre autonomie en quelques jours, en évitant un séjour inutilement prolongé à l'hôpital.

Dès que votre intervention est programmée, et si vos conditions personnelles et familiales ne vou permettent pas de quitter rapidement de l'hôpital pour votre domicile, des alternatives vous seron proposées.

Votre participation active est une des clefs de la réussite de cette nouvelle prise en charge.

Ainsi, afin de nous aider à évaluer les progrès de votre rétablissement, nous vous proposerons d tenir **un journal de bord quotidien.** Ce journal fournira les indicateurs importants pour suivr votre récupération, et précisera les objectifs à atteindre, en particulier ceux concernant votr alimentation et votre mobilisation.

Avant l'intervention :

- **Une préparation intestinale** n'est pas toujours nécessaire. C'est votre chirurgien qui l décidera au moment de la consultation, selon le type de votre intervention.
- **Un jeûne strict** depuis la veille de l'intervention n'est pas recommandé : il altère vos capacité de cicatrisation. Au contraire, il vous sera proposé une boisson énergisante à base de sucre lents, la veille et le matin de l'intervention jusqu'à deux heures avant le départ vers le Blo Opératoire.
- **Un comprimé contre l'anxiété** avant l'anesthésie n'est recommandé ni la veille, ni le matin d l'intervention. Les mesures suivantes participeront à un meilleur résultat :
  - Dès votre arrivée à l'hôpital, toute l'équipe soignante est à votre disposition pou rediscuter du déroulement précis de votre intervention.
  - Vous vous rendrez au Bloc Opératoire debout, et dans une tenue respectueuse de votr dignité.
  - L'accueil au Bloc se fera dans une salle d'attente avec une ambiance adaptée.

Pendant l'intervention :

- **Une technique chirurgicale « mini-invasive »** est envisagée chaque fois que possibl (interventions réalisées par de petites incisions de 1 à 3 cm, en utilisant des techniques d coelioscopie standard ou robot-assistée).
  Ces techniques rendent le geste moins agressif, avec moins de douleur postopératoire, moins d saignement et moins de drain après l'opération.
- **Un protocole antidouleur** efficace vous sera administré par l'anesthésiste pendan l'intervention et au moment du réveil. Il associe plusieurs médicaments et des technique d'anesthésie locale ou locorégionale.

Version du 07 janvier 2016

Après l'intervention :

- **Dès votre retour en chambre**, il vous sera proposé des boissons et des aliments liquides. Vous serez encouragé et aidé pour vous lever au fauteuil ou pour vous asseoir au bord du lit.
  Se mobiliser au bord du lit et au fauteuil, peu de temps après l'intervention :
  - ✓ accélère la reprise du transit intestinal
  - ✓ diminue les nausées
  - ✓ permet une reprise alimentaire plus rapide
  - ✓ diminue le risque de survenue des infections pulmonaires, des phlébites et des embolies pulmonaires.

  Vous recevrez vos médicaments antidouleur le plus souvent par voie orale et la perfusion pourra être enlevée dès que possible.
- **Dès le lendemain de l'intervention**, un repas normal vous sera servi sans attendre la reprise du transit intestinal. Vous serez encouragé à rester plusieurs heures assis au fauteuil et à commencer à déambuler.
  Si une sonde urinaire a été mise en place, elle sera enlevée (sauf dans certaines interventions).
- **Si votre état le permet**, votre sortie de l'hôpital sera envisagée 2 à 3 jours après l'intervention, selon le type de chirurgie.
- **Le jour de votre sortie,** un rendez-vous pour une consultation postopératoire vous sera donné. Vous repartirez également avec toutes les informations nécessaires à votre Médecin Traitant et à votre Infirmière Libérale.

Après le retour au domicile :

- **Votre Infirmier(e) Libéral(e)** réalisera une ou plusieurs visites quotidiennes pendant 1 semaine environ en fonction du type d'intervention et de votre état de santé.
  Ces visites permettront de réaliser une injection d'HEPARINE et des bilans quotidiens de votre état de santé qui seront communiqués à l'un de nos Référents Coordonnateurs. Ce dernier établira le lien nécessaire avec l'équipe chirurgicale.
- Vous continuerez de tenir votre **journal de bord** quotidien avec l'aide de votre Infirmière.

Une équipe autour de vous :

Toute l'équipe soignante : Chirurgiens, Médecins Anesthésistes, Infirmier(e)s, Aide-Soignant(e)s, Diététicienne et Médecins Gériatres est mobilisée à vos côtés pour la réussite de votre opération.

Votre participation et votre adhésion à ce Programme sont essentielles pour que votre opération soit moins douloureuse, plus confortable et moins agressive et au final moins compliquée.

Le Patient

QUESTIONS / REPONSES
SUR LE PROGRAMME DE REHABILITATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE (RAAC)

Questions fréquentes	Réponses
La Réhabilitation Améliorée c'est quoi ?	c'est un ensemble de mesures techniques chirurgicales et anesthésiques qui permet de réduire le risque de complications postopératoires et de raccourcir la durée de séjour à l'hôpital.
Pourquoi la sortie précoce de l'hôpital est-elle bénéfique ?	Rester à l'Hôpital lorsque les soins médicaux spécialisés ne sont plus nécessaires expose à des complications (infectieuses notamment) et ralentit la récupération
Dois-je m'arrêter de fumer et/ou de consommer des boissons alcoolisées ?	Oui car ces consommations augmentent le taux de complications. Un arrêt est souhaitable au moins 4 semaines avant votre intervention.
Une préparation intestinale est-elle toujours nécessaire ?	Non cela dépend du type d'intervention. Dans la majorité des cas, un mini-lavement la veille au soir et le matin suffit.
Combien de temps avant l'intervention dois-je m'arrêter de manger et de boire ?	Vous devez manger et boire normalement la veille de votre intervention (sauf prescription particulière). Vous devez vous arrêter de manger après minuit. Vous devez boire des liquides non épais (eau, thé, café, boissons énergisantes) jusqu'à 2 heures avant le départ au Bloc.
Dois-je prendre des médicaments pour dormir la veille de l'intervention ?	Non de façon systématique sauf si vous prenez déjà ce traitement depuis longtemps. Dans tous les cas, ce traitement éventuel doit être prescrit par le Médecin Anesthésiste au moment de la visite préopératoire.
Dois-je prendre des médicaments contre l'anxiété la veille et le matin de l'intervention ?	Non car ces médicaments rendent le réveil de l'anesthésie beaucoup plus difficile. Votre anxiété sera prise en charge par des moyens non médicamenteux : Discussion avec l'équipe, arrivée au Bloc debout, accueil au Bloc dans une salle d'attente dédiée.

Questions fréquentes	Réponses
Quand vais-je pourvoir me lever ?	Grâce au traitement systématique de la douleur vous serez encouragé et aidé à vous lever le jour même de l'intervention. Dès le lendemain, la durée du lever sera d'au moins 6 heures environ si votre état le permet.
Quand vais-je pouvoir manger ?	Dès votre retour en chambre après l'intervention, vous pourrez absorber une alimentation liquide voire solide dans certains cas. Dès le lendemain, un repas normal vous sera proposé.
Quel sera mon traitement antidouleur ?	Un traitement multi médicamenteux avec peu ou pas de Morphine vous sera administré avant le réveil de l'anesthésie. Ce traitement sera poursuivi au retour dans votre chambre le plus souvent avec des comprimés et sera évalué de façon régulière pour adaptation.
Combien de temps vais-je garder ma sonde urinaire ?	Dans la majorité des cas, la sonde urinaire sera enlevée le lendemain de l'intervention. Certaines opérations nécessitent un sondage urinaire plus prolongé.
Combien de temps dois-je garder mes chaussettes de contention ?	Les chaussettes de contention doivent être mises en place avant le départ au Bloc Opératoire. Après l'intervention, elles doivent rester en place nuit et jour pendant 4 à 5 semaines. Ceci est important pour prévenir le risque de phlébite.
Comment mon IDE [Infirmier(e)] à domicile sera prévenue ?	Après la consultation chirurgicale, lors de votre entretien avec un(e) Infirmier(e) coordonnateur(trice), une série d'informations vous sera remise et vous préciserez le nom de votre IDE libérale. Le réseau de santé ILHUP qui collabore avec l'IPC contactera votre infirmier(e) pour lui communiquer les informations relatives à votre surveillance et à vos soins et le cas échéant recherchera un(e) infirmier(e) si vous n'en connaissez pas. Dans tous les cas, le professionnel libéral sera informé du type et de la date de votre intervention ainsi que de la date envisagée pour votre sortie. La première visite de votre IDE [Infirmier(e)] sera réalisée le jour même de votre arrivée au domicile.
Si j'ai un problème après mon retour au domicile, qui je peux appeler ?	Lorsque votre sortie est décidée, il n'y a plus ou très peu de risque de présenter une complication chirurgicale. Votre IDE libérale [Infirmier(e)] réalisera une ou deux visites quotidiennes selon votre état de santé. Un N° d'appel vous sera donné pour pouvoir nous contacter de jour comme de nuit de vos éventuels problèmes.
Est-ce qu'un séjour en soins de suite est nécessaire après mon opération ?	Non, sauf si les conditions matérielles de votre retour au domicile ne sont pas satisfaisantes. Dans ce cas, parlez-en avec l'Infirmier(e) coordonnateur(trice) au moment de la consultation chirurgicale.

En pratique

Consultation d'annonce chirurgicale	• Présentation PPS • Présentation programme RAAC
Consultation Anesthésie	• Détails péri opératoire RAAC
Consultation IDEC	• Documents d'informations • Transmission infos / réseau de soins libéral (ILHUP)
Hospitalisation J-1 / J0	• Entretien IDEC post op • **Remise du journal de bord** et questionnaires • Confirmation sortie / réseau de soins
Sortie J1 /J2	• Suivi IDEC post op: Appels J1 / J7 / J30 • Reçoit appels IDE libérale
Consultation post opératoire	• Recueil du journal de bord et questionnaires • Fin de suivi organisé J30

Journal de Bord

PATIENT

JOUR 1 APRES L'OPERATION – J1

Date: _____

DOULEUR

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

NAUSÉE

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

J'ai **vomi**: ☐ oui ☐ non _____ fois

ALIMENTATION/ BOISSON

But : 2 litres de boissons diverses

But : Mâcher 3 chewing-gums dans la journée (pendant 10 min)

J'ai mangé **le midi** :
- ☐ Très bien (plus que la moitié du plateau)
- ☐ Bien (la moitié du plateau)
- ☐ Peu (moins de la moitié du plateau)
- ☐ Pas du tout

J'ai mangé **le soir** :
- ☐ Très bien (plus que la moitié du plateau)
- ☐ Bien (la moitié du plateau)
- ☐ Peu (moins de la moitié du plateau)
- ☐ Pas du tout

J'ai bu pendant la journée :
- ☐ Très bien (> 2 litres)
- ☐ Bien (2 litres)
- ☐ Peu (<2 litres)
- ☐ Pas du tout

Nombre de chewing-gum pris: ☐ ☐ ☐ (Cochez une croix par chewing-gum pris)

ÉLIMINATION

Ma sonde urinaire a été retirée	☐ oui	☐ non
Je peux uriner tout seul	☐ oui	☐ non
J'ai eu des gaz	☐ oui	☐ non
J'ai eu des selles	☐ oui	☐ non

ACTIVITÉS/ MOBILITÉ

But : Au moins 6 heures (total) en dehors du lit
But : Repas pris au fauteuil

Je ne me suis pas levé ☐

Temps en dehors du lit : (Cochez une croix pour la durée de mobilisation)
- ☐ < 2 heures
- ☐ 3 heures environ
- ☐ 6 heures et au-delà

COMMENTAIRES

_____
_____
_____

INFIRMIERE LIBERALE

JOUR 1 APRES L'OPERATION – J1 - Bilan de l'état de santé depuis la dernière visite

Date: _____ **Heure de passage :** _____

Pouls : _____ **TA Syst :** _____ **Température :** _____

Nausées maxi (EN) : _____ **Douleur maxi (EN) :** _____

ATTENTION : Vous devez saisir une réponse pour chacune des questions suivantes

Pouls	> 110 Bats/min	☐OUI ☐NON
TAS	TA Syst <100 mmHg	☐OUI ☐NON
	TA Syst >150 mmHg	☐OUI ☐NON
Température	>38°5	☐OUI ☐NON
Douleur maxi	> 4	☐OUI ☐NON
Nausées maxi	> 4	☐OUI ☐NON
Vomissement	1 ou plusieurs	☐OUI ☐NON
Alimentation	Pas d'alimentation	☐OUI ☐NON
Diurèse	Peu ou pas d'urine (<0,5l)	☐OUI ☐NON
	Brûlures mictionnelles	☐OUI ☐NON
Transit intestinal (gaz et/ou selles)	Arrêt du transit prolongé au-delà de 24h	☐OUI ☐NON
Aspect de la ou des plaies	Inflammatoire	☐OUI ☐NON
	Ecoulement purulent	☐OUI ☐NON
Saignement extériorisé	Rectal	☐OUI ☐NON
	Vaginal	☐OUI ☐NON
	Urinaire	☐OUI ☐NON
Douleur mollet		☐OUI ☐NON

Si vous avez coché 1 ou plusieurs réponses OUI : Téléphonez à l'Institut Paoli-Calmettes

N° d'appel aux heures ouvrables : **06.35.12.20.27**

N° d'appel les nuits, les week-ends et les jours fériés : **04.91.22.33.43**

Commentaires :

_____
_____
_____

En pratique

Consultation d'annonce chirurgicale	• Présentation PPS • Présentation programme RAC
Consultation Anesthésie	• Détails péri opératoire RAC
Consultation IDEC	• Documents d'informations • Transmission infos / réseau de soins libéral (ILHUP)
Hospitalisation J-1 / J0	• Entretien IDEC post op • Remise du journal de bord et questionnaires • Confirmation sortie / réseau de soins
Sortie	• Suivi IDEC post op: Appels J1 / J7 / J30 • Reçoit appels IDEL
Consultation post opératoire	• Recueil du journal de bord et questionnaires • Fin de suivi organisé J30

En pratique

Consultation d'annonce chirurgicale	• Présentation PPS • Présentation programme RAC
Consultation Anesthésie	• Détails péri opératoire RAC
Consultation IDEC	• Documents d'informations • Transmission infos / réseau de soins libéral (ILHUP)
Hospitalisation J-1 / J0	• Entretien IDEC post op • Remise du journal de bord et questionnaires • Confirmation sortie / réseau de soins
Sortie	• Suivi IDEC post op: Appels J1 / J7 / J30 • Reçoit appels IDEL
Consultation post opératoire	Introduction du suivi numérisé / étude pilote depuis Mars 2017

- Etude pilote en chirurgie gynécologique oncologique

  - Début Mars 2017
  - 75 patientes incluses
  - Hystérectomies et/ou curages
  - Toutes voies d'abords

2016
Choix d'un prestataire
Exolys / Engage

T4 2016 / T1 2017
Elaboration du contenu
et du design de l'appli

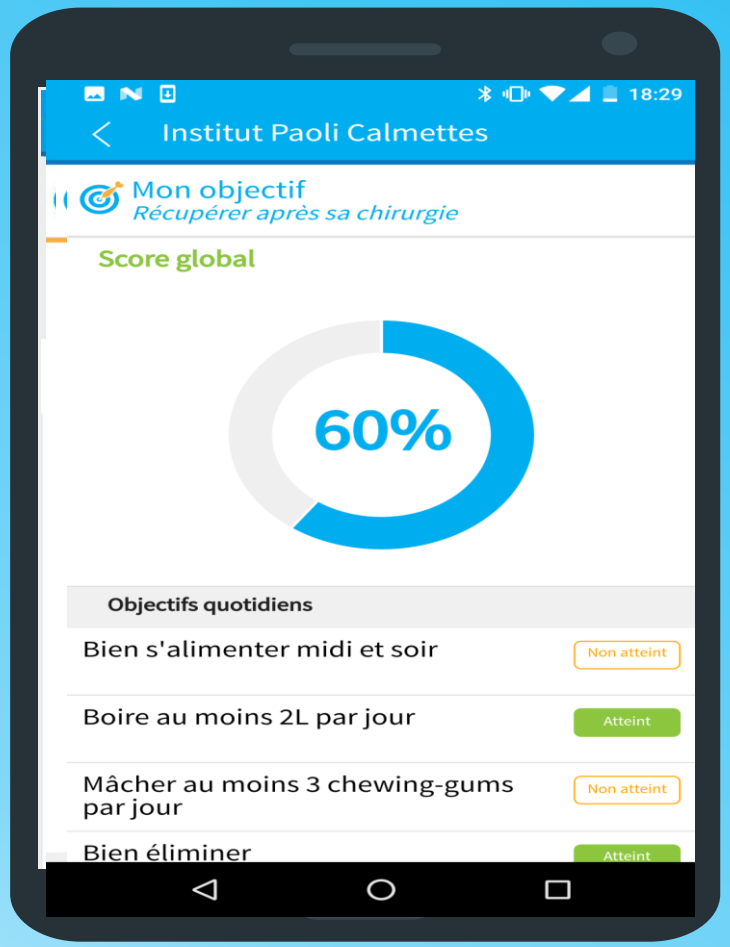
Mars 2017
Début de l'étude pilote

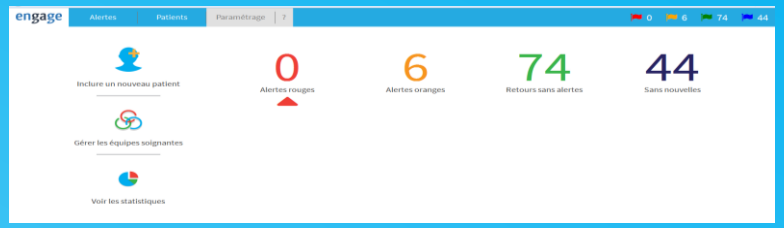
Détecter précocement les complications / système d'ALERTES / NOTIFICATIONS

Suivi organisé dès J1 par des **questionnaires** adressés à la patiente tous les matins jusque J10 (ou J30)

La patiente à également accès:

- Aux documents d'information
- A ces rdv
- Aux numéros de téléphone de son équipe chirurgicale





Les Infos sont traitées par l'IDEC via un back office (IPC) en collaboration avec l'équipe libérale.

Générer des **appels additionnels** en plus des appels systématiques.

dimi
département transversal
d'interventions mini-invasives

RAAC IPC: Les Indications

Chirurgie Gynécologique	• Hystérectomies • Curages pelviens et aortique
Chirurgie Urologique	• Prostatectomies • Néphrectomies
Chirurgie Digestive	• Colectomies

dimi
département transversal
d'interventions mini-invasives

RAAC IPC: Les Indications

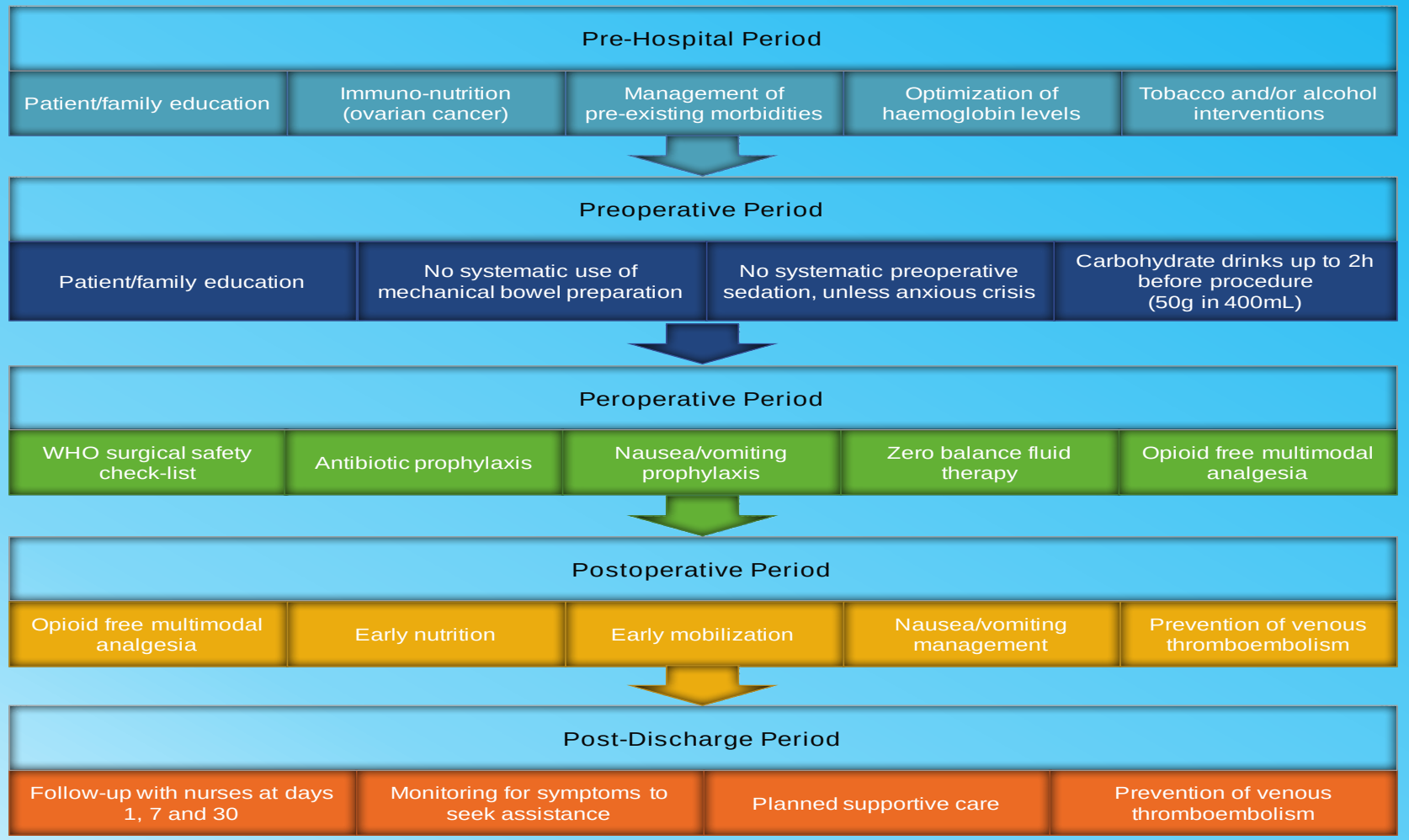
Chirurgie Gynécologique	• Hystérectomies • Curages pelviens et aortique
Chirurgie Urologique	• Prostatectomies • Néphrectomies
Chirurgie Digestive	• Colectomies

Quelque soit la voie d'abord, le type de cancer et sans aucun critère restrictif

dimi
département transversal
d'interventions mini-invasives

RAAC IPC: Le programme

Techniques de Chirurgie Mini Invasive



RESEARCH ARTICLE Open Access

Enhanced recovery after surgery program in Gynaecologic Oncological surgery in a minimally invasive techniques expert center

Eric Lambaudie[1*], Alexandre de Nonneville[2], Clément Brun[3], Charlotte Laplane[1], Lam N'Guyen Duong[3], Jean-Marie Boher[4], Camille Jauffret[1], Guillaume Blache[1], Sophie Knight[1], Eric Cini[1], Gilles Houvenaeghel[1] and Jean-Louis Blache[3]

Lambaudie *et al. BMC Surgery* (2017) 17:136
DOI 10.1186/s12893-017-0332-9

100 patientes AVANT RAAC
matchées avec
100 patientes APRES RAAC

Table 3 Patient's characteristics and surgical procedures before and after ERP implementation

	Before ERP($n = 100$)	After ERP($n = 100$)	*p*-value
Age (years)			
Mean (+/– SD)	59,01 (+/– 12,35)	59,37 (+/– 13,13)	NS
Median (Min/Max)	60 (16 / 87)	60 (27 / 91)	
ASA score:			
ASA 1 (%)	21	24	NS
ASA 2 (%)	69	65	
ASA 3 (%)	10	11	
BMI (kg/m2)			
Mean (+/– SD)	24,2 (+/– 4,98)	27,3 (+/– 7,89)	0.001
Median (Min/Max)	23 (16 / 41)	25 (18 / 63)	
Oncological indications (%)			
Endometrial cancer*	22	42	0.003*
Cervical cancer	42	39	
Ovarian cancer	22	14	
Other (Border line ovarian tumor, endometrial hyperplasia, CIN)	14	5	
Surgical approaches			
Conventional lap / Robotic assisted lap	88	87	NS
Open	12	13	
Conversion to open	2	2	
Surgical procedures			NS
Total Hysterectomy**	43	48	
Total Hysterectomy** with pelvic lymphadenectomy	11	16	NS
Total Hysterectomy** with pelvic and aortic lymphadenectomy	9	9	
Isolated Lymphadenectomy:	37	27	
Pelvic lymphadenectomy	12	4	
Para-aortic lymphadenectomy	21	18	
Both	4	5	

Abbreviations: BMI body mass index, *SD* standard deviation, *CIN* Cervical Intraepithelial Neoplasia
*significative difference in oncological indications in relation with the rate of endometrial cancer, higher in the group after ERP
***total hysterectomy was always associated with bilateral oophorectomy*

RESEARCH ARTICLE Open Access

Enhanced recovery after surgery program in Gynaecologic Oncological surgery in a minimally invasive techniques expert center

Eric Lambaudie[1*], Alexandre de Nonneville[2], Clément Brun[3], Charlotte Laplane[1], Lam N'Guyen Duong[3], Jean-Marie Boher[4], Camille Jauffret[1], Guillaume Blache[1], Sophie Knight[1], Eric Cini[1], Gilles Houvenaeghel[1] and Jean-Louis Blache[3]

Lambaudie *et al. BMC Surgery* (2017) 17:136
DOI 10.1186/s12893-017-0332-9

100 patientes AVANT RAAC
matchées avec
100 patientes APRES RAAC

optimisation sortie ≤ J2 post op en gynéco onco / RAAC

Table 4 Analysis of hospital stay before and after implementation of ERP

	Before ERP($n = 100$)	After ERP($n = 100$)	*p*-value
Primary Hospital stay			
Mean (+/− SD)	3.89 (+/− 2.3)	3.15 (+/− 1.97)	0.002
Median (Min/Max)	3 (1/ 14)	2.5 (0 / 11)	
Hospital stay / Surgical approaches			
Minimally Invasive Techniques	$n = 88$	$n = 87$	
Mean (+/− SD)	3.33 (+/− 1.58)	2.67 (+/− 1.29)	0.003
Median (Min/Max)	3 (1 / 9)	2 (1 / 9)	
Conventional laparoscopy	$n = 53$	$n = 53$	
Mean (+/− SD)	2.86 (+/− 0.97)	2.42 (+/− 0.95)	0.022
Median (Min/Max)	3 (1 / 6)	2 (1 / 6)	
Robotically assisted laparoscopy	$n = 35$	$n = 34$	
Mean (+/− SD)	4.1 (+/− 2.01)	3.1 (+/− 1.6)	0.028
Median (Min/Max)	4 (1 / 9)	3 (0 / 9)	
Open surgery	$n = 12$	$n = 13$	
Mean (+/− SD)	8 (+/− 2.63)	6.38 (+/− 2.6)	0.14
Median (Min/Max)	8 (4 / 14)	6 (3 / 11)	
Hospital Stay			
≤ 2 days	24	45	0.002
> 2 days	76	55	

Comment développer l'ambulatoire pour des actes lourds en oncologie gynécologique?

Raccourcir les DMS

dimi
département transversal d'interventions mini-invasives

- Programme RAAC
  Novembre 2015

Identifier les patientes sortant précocement (≤J2)

- Score, Nomogramme

Identifier les critères d'éligibilité à ambulatoire

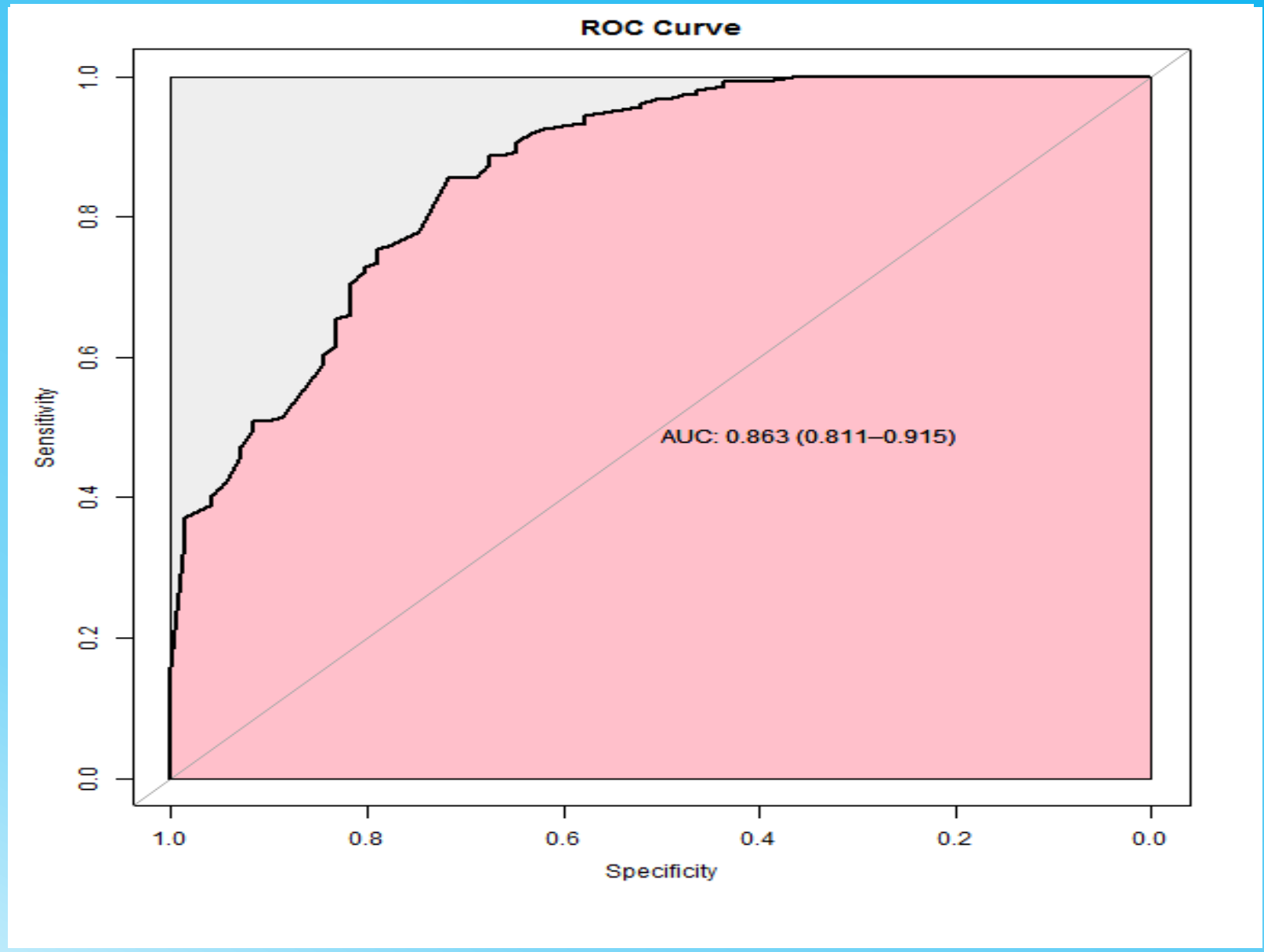
- Programme ambulatoire
  Janvier 2017

Déterminer les facteurs de sortie précoces ≤ J2

Cohorte de 230 patientes
Nov 2015 / Janv 2017

Characteristic	*Discharge on POD 2*		
	No (n= 71)	*Yes (n= 159)*	*p-value***
	Statistics*	Statistics*	
Age	63.8 (13.4)	57.4 (13.2)	0.001
≤70	53 (74.6%)	133 (83.6%)	0.11
>70	18 (25.4%)	26 (16.4%)	
BMI	26.1 (7.1)	26.5 (6.7)	0.72
≤25	33 (46.5%)	82 (51.6%)	0.0459
25<BMI≤30	27 (38%)	37 (23.3%)	
>30	11 (15.5%)	40 (25.1%)	
ASA score			
1-2	59 (83.1%)	150 (94.3%)	0.006
3-4	12 (16.9%)	9 (5.7%)	
Distance Home / Hospital (miles)			
Mean (SD)	75 (91.2)	86.8 (96.3)	0.871
Median (Min-Max)	51.6 (0-563.8)	45.5 (0-463.4)	
Surgical Approach			
Conventional laparoscopy	12 (16.9%)	96 (60.4%)	<0.0001
Robot assisted laparoscopy	25 (35.2%)	60 (37.7%)	
Open	34 (47.9%)	3 (1.9%)	
Surgical procedures			
Isolated	27 (38%)	121 (76.1%)	<0.0001
Combined	44 (62%)	38 (23.9%)	
Postoperative complications			
Readmission (15)	31 (44.3%)	21 (13.21%)	<0.0001
Severe complications (G3/G4 Clavien Dindo)(10)	9 (12.9%)	6 (3.8%)	<0.02
	3 (4.2%)	7 (4.4%)	1
Length of stay (days)			
Mean (SD)	6.1 (2.8)	2.2 (0.8)	<0.001
Median (Min-Max)	5 (0-14)	2 (0-3)	
Post-operative nights before discharge (days)			
Mean (SD)	5.32 (2.65)	1.45 (0.57)	<0.001
Median (min-max)	4 (3-13)	1 (0-2)	

Lambaudie et al, under review



Lambaudie et al, under review

Déterminer les facteurs de sortie précoces ≤ J2, Patientes > 70 ans

Cohorte de 329 patientes
Nov 2015 / Janvier 2017

75 patientes ≥ 70 ans
vs 254 patientes < 70 ans

Table 1. Baseline characteristics and oncological indications

	Age < 70		Age ≥ 70		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Charlson							
< 3	251	99%	73	97%	324	98%	0.355
≥ 3	3	1%	2	3%	5	2%	
BMI							
< 30	203	80%	55	73%	258	78%	0.223
≥ 30	51	20%	20	27%	71	22%	
ASA							
< 3	236	93%	63	84%	299	91%	0.018
≥ 3	18	7%	12	16%	30	9%	
Oncological indications							
Cervical cancer	95	38%	10	13%	105	32%	<0.001
Endometrial cancer	67	27%	42	56%	109	34%	
Ovarian cancer	36	14%	10	13%	46	14%	
Uterine sarcoma	6	2%	1	1%	7	2%	
Other (Border line ovarian tumor endometrial hyperplasia, CIN)	46	18%	12	16%	58	18%	
Surgical approaches							
Open surgery	42	17%	14	19%	56	17%	0.666
Minimally Invasive Techniques:	212	83%	61	81%	273	83%	
Conventional laparoscopy	125	59%	27	44%	152	56%	0.042
Robotically assisted laparoscopy	87	41%	34	56%	121	44%	

DeNonneville – Lambaudie, unpublished data

Déterminer les facteurs de sortie précoces ≤ J2, Patientes > 70 ans

Cohorte de 329 patientes
Nov 2015 / Janvier 2017

75 patientes ≥ 70 ans
vs 254 patientes < 70 ans

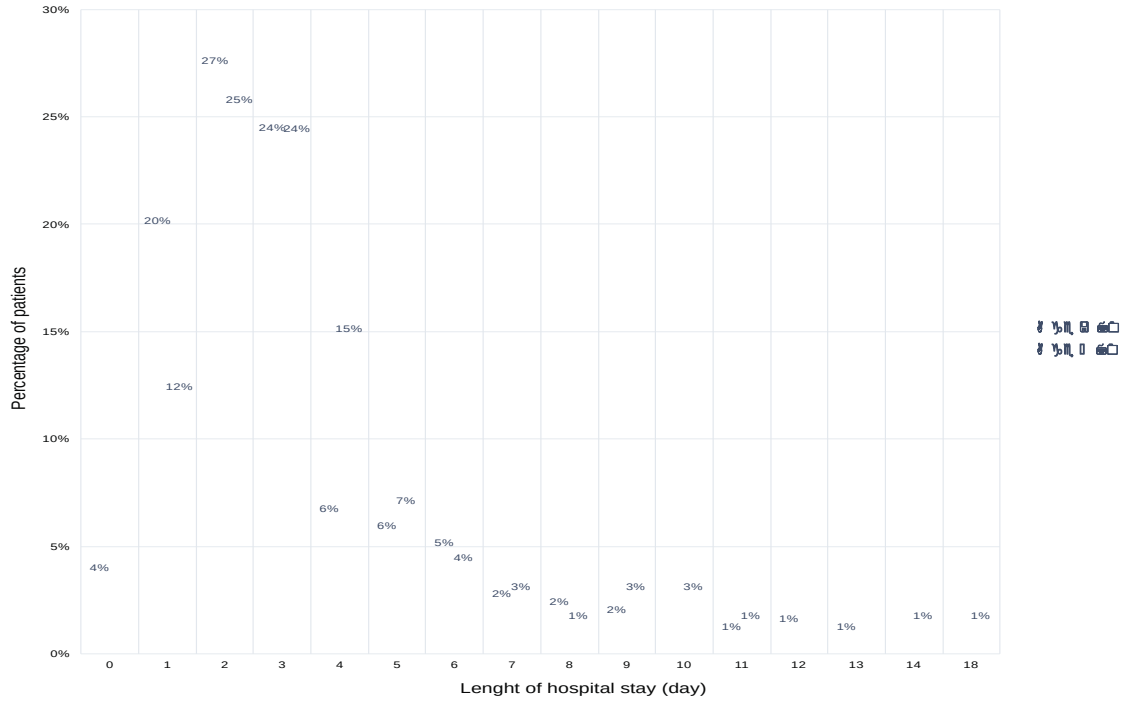
Table 2. Univariate analysis of lenght of hospital stay and complications

	Age < 70		Age ≥ 70		Total		p-value
Primary Hospital stay							
Mean (+/- SD)	3.11 (+/- 2.44)		3.88 (+/- 3.06)		3.28 (+/- 2.61)		0.024
Median (Min/Max)	2 (0/13)		3 (1/18)		3 (0/18)		
Hospital stay / Surgical approaches							
Minimally Invasive Techniques	n=212		n=61		n=273		0.077
Mean (+/- SD)	2.38 (+/- 1.64)		2.79 (+/- 1.27)		2.47 (+/- 1.57)		
Median (Min/Max)	2 (0/13)		3 (1/6)		2 (0/13)		
Conventional laparoscopy	n=125		n=27		n=152		
Mean (+/- SD)	2.12 (+/- 1.45)		2.44 (+/- 1.34)		2.18 (+/- 1.43)		0.286
Median (Min/Max)	2 (0/12)		2 (1/6)		2 (0/12)		
Robotically assisted laparoscopy	n=87		n=34		n=121		
Mean (+/- SD)	2.76 (+/- 1.84)		3.06 (+/- 1.15)		2.84 (+/- 1.67)		0.007
Median (Min/Max)	3 (0/13)		3 (1/6)		3 (0/13)		
Open surgery	n=42		n=14		n=56		
Mean (+/- SD)	6.76 (+/-2.56)		8.64 (+/-3.97)		7.23 (+/- 3.05)		0.045
Median (Min/Max)	6 (2/13)		8.5 (3/18)		7 (2/18)		
Per operative complications							
No	251	99%	75	100%	326	99%	0.344
Yes	3	1%	0	0%	3	1%	
Early post operative complications							
No	238	94%	69	92%	307	93%	0.604
Yes	16	6%	6	8%	22	7%	
Post operative complications							
No	213	84%	65	87%	278	85%	0.600
Yes	40	16%	10	13%	50	15%	
Readmissions in relation with post operative complications							
No	233	92%	70	95%	303	92%	0.414
Yes	21	8%	4	5%	25	8%	

Déterminer les facteurs de sortie précoces ≤ J2, Patientes > 70 ans

- **Analyse Multivariée:**
  - Age ≥ 70 ans n'est pas associé à une sortie > J2
  - Les gestes associés et le score ASA > 3 sont des critères indépendants de sortie > J2
  - Les techniques de CMI sont associées à une sortie ≤ J2
  - Pas de différence en terme de complications et réadmissions
  - Pas d'influence du G8 sur la DMS

Figure 2. Lenght of hospital stay distribution in older and non-older patients



DeNonneville – Lambaudie, unpublished data

dimi
département transversal
d'interventions mini-invasives

Évolution des sorties précoces ≤ J2

Avant RAAC	Après RAAC	Après RAAC
25%	**100 patientes** 45%	**230 patientes** **70%**

RAAC
Nov 2015

- ✓ Développement des **hospitalisations à J0**
- ✓ Développement des **hospitalisations de 24H**

Comment développer l'ambulatoire pour des actes lourds en oncologie gynécologique?

Raccourcir les DMS

dimi
département transversal d'interventions mini-invasives

- Programme RAAC
  Novembre 2015

Identifier les patientes sortant précocement (≤J2)

- Score, Nomogramme

Identifier les critères d'éligibilité à ambulatoire

- Programme ambulatoire
  Janvier 2017

RAAC IPC: Les Indications d'ambulatoire

Chirurgie Gynécologique

- Hystérectomies
- Curages pelviens et aortique

- Geste chirurgical isolé
- Chirurgie Mini Invasive
- Sans traitement néoadjuvant
- Département 13

RAAC IPC: Les Indications d'ambulatoire

Chirurgie Gynécologique

- Hystérectomies
- Curages pelviens et aortique

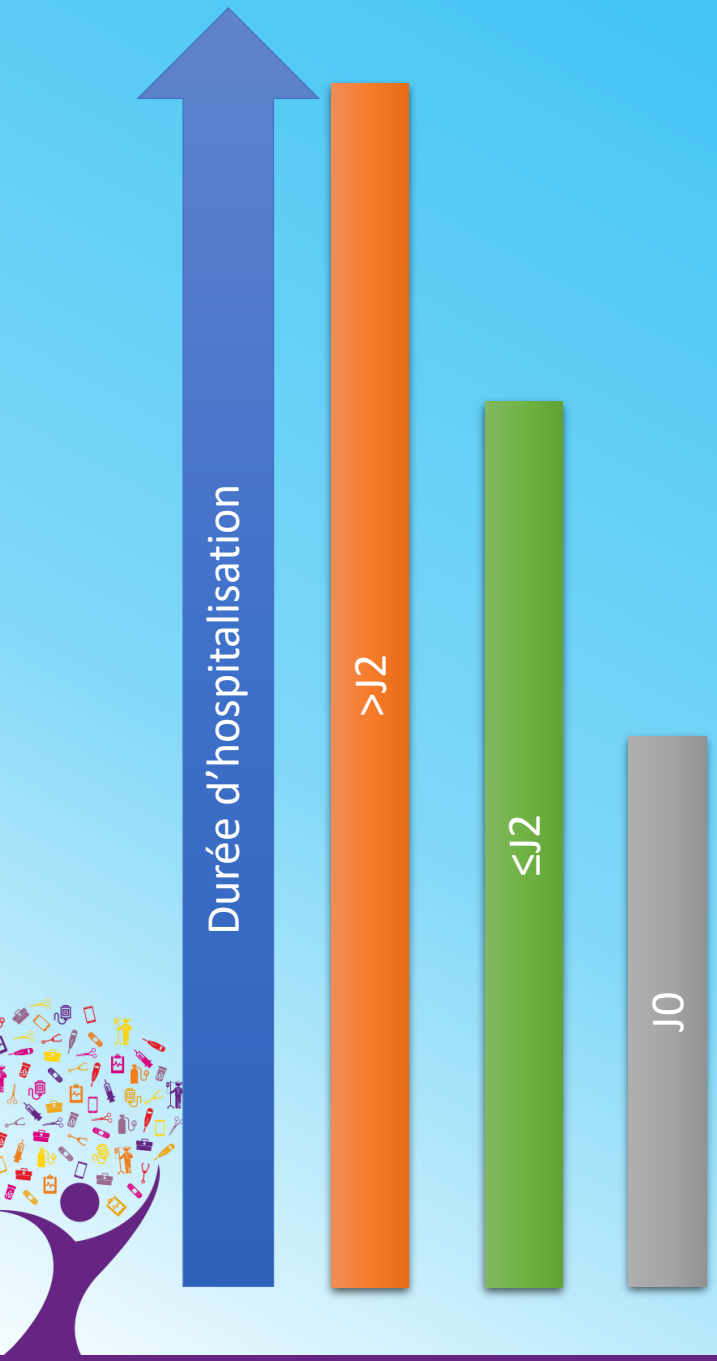
Janvier 2017 / Novembre 2017:

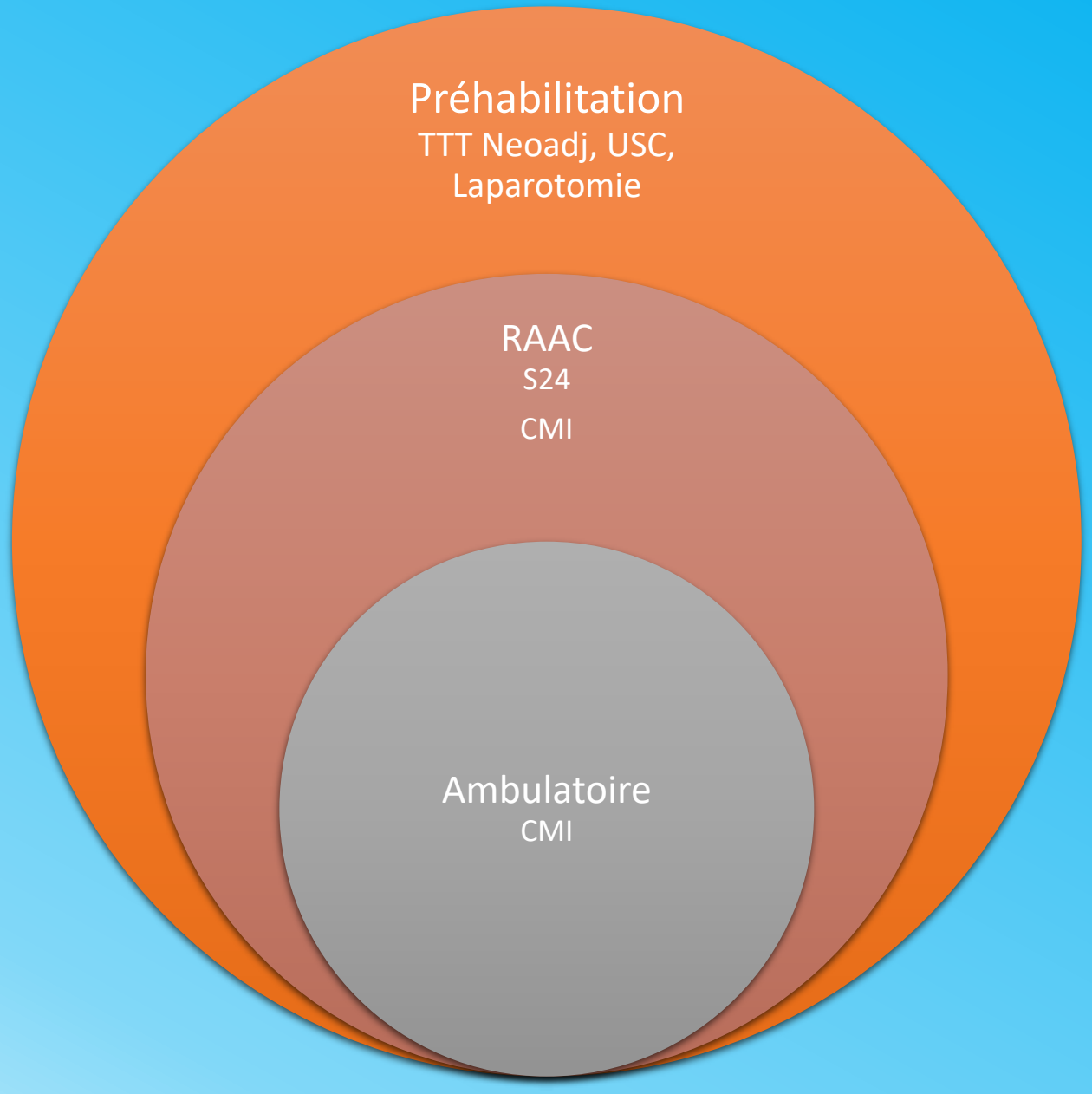
1. 10 patientes **ambulatoire** / 187
   5,3% (8 HTS, 2 CLAO retrop)
2. 59 patientes **S24** / 187
   31,5% (53 gestes isolés, 6 gestes associés)
3. 122 Sorties précoces **≤ J2** / 187 **65,2%**

Le parcours du patient chirurgical:
Demain?

Ce que la RAAC nous a appris

- La sécurisation des parcours
  - Coordination (IDEC)
  - Standardisation / diminution de la variabilité des pratiques
  - Travail en équipe / intra et extra hospitalier
  - Éducation du patient / outils connectés
- Prise en charge personnalisée
  - Sujets âgés / place de l'oncogériatre
- Hospitalisation J0
- Sorties sécurisées J0, J1, J2 / professionnels libéraux


Durée d'hospitalisation
>J2
≤J2
J0


Préhabilitation
TTT Neoadj, USC,
Laparotomie
RAAC
S24
CMI
Ambulatoire
CMI

Des Atouts Inattendus en oncologie

1. Impact sur la survie

1. RIOT (Return Intended Oncologic Treatment)

World J Surg (2016) 40:1741–1747
DOI 10.1007/s00268-016-3460-y

ORIGINAL SCIENTIFIC REPORT

Adherence to the ERAS protocol is Associated with 5-Year Survival After Colorectal Cancer Surgery: A Retrospective Cohort Study

Ulf O. Gustafsson[1,2] · Henrik Oppelstrup[2,3] · Anders Thorell[2,3] · Jonas Nygren[2,3] · Olle Ljungqvist[4]

2016

- Cohorte mono-centrique en chirurgie colorectale 2002-2007
- 911 patients
- Pas de CMI (3%)
- Colectomies n=503 Chirurgie du rectum n=408
- 12 items RAAC pré, per et J0 uniquement
- 2 groupes <70% et >70% de compliance

	>70%		<70%
Survie globale à 5 ans	78,4%	p<0,001	64,6%
Survie spécifique	85,4%	p<0,020	78,7%

- Analyse multivariée de la survie à 5 ans
  - ✓ Pas d'excès d'apport liquidien IV
    HR 0,53 (0,32-0,86)
  - ✓ Alimentation per os J0
    HR 0,55 (0,34-0,78)

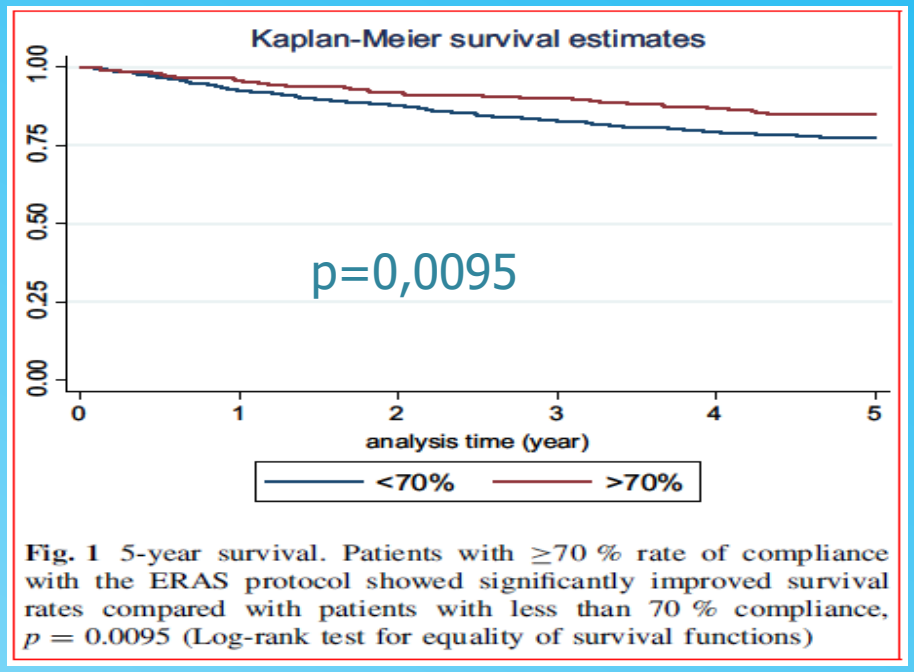


Fig. 1 5-year survival. Patients with ≥70 % rate of compliance with the ERAS protocol showed significantly improved survival rates compared with patients with less than 70 % compliance, $p = 0.0095$ (Log-rank test for equality of survival functions)

Int J Colorectal Dis (2018) 33:231–234
https://doi.org/10.1007/s00384-017-2935-0

SHORT COMMUNICATION

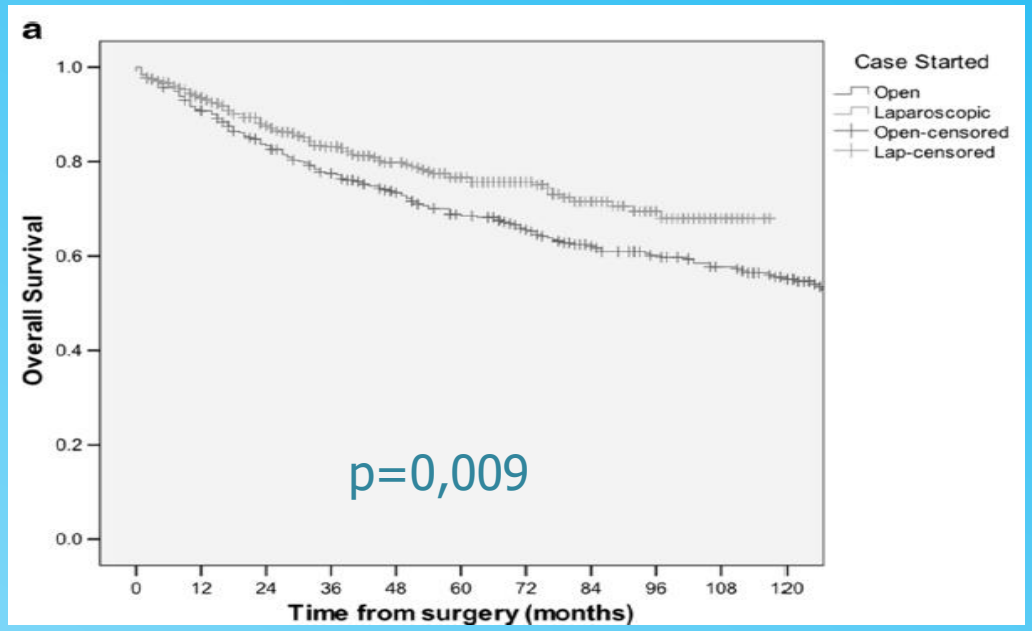
Can the combination of laparoscopy and enhanced recovery improve long-term survival after elective colorectal cancer surgery?

N. J. Curtis[1,2] · M. Taylor[1] · L. Fraser[1] · E. Salib[3] · E. Noble[1] · R. Hipkiss[1] · A. S. Allison[1] · R. Dalton[1] · J. B. Ockrim[1] · Nader K. Francis[1,4]

2017

- Cohorte mono-centrique en chirurgie colorectale 2002-2015
- 854 patients
- CMI n=481 : 56% (dont conversion n=98 : 20%) – Chirurgie ouverte n= 373 : 44%

- Analyse multivariée de la mortalité à 5 ans :
  - ✓ Chirurgie ouverte et conversion
    HR 1,55 (1,16-2,06)
  - ✓ Durée de séjour > 7 jours
    HR 1,5 (1,13-1,90)



En conclusion

- La RAAC intègre les parcours de soins simples et complexes en cancérologie et les a fait évoluer

- Le travail en équipe est indispensable et nécessite:
  - Coordination / Collaboration intra et extra hospitalière

- Perspectives: **PLATEFORME DE COORDINATION**
  - Avant, pendant et après le traitement
  - e-santé

MOOC
UN MOOC GRATUIT
SUR LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE
APRÈS CHIRURGIE (RAAC)
par des enseignants d'Aix Marseille Université
et des Professionnels de terrains
COURS : DU 16 AVRIL AU 20 MAI 2018
FIN DES INSCRIPTIONS : 10 MAI 2018
RENDEZ-VOUS SUR
WWW.FUN-MOOC.FR
Créé par Aix Marseille université, l'Institut Paoli-Calmettes
et l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, en partenariat avec l'ARS PACA
@MoocRaac
Aix*Marseille université
initiative d'excellence
INSTITUT PAOLI-CALMETTES
AP/HM
Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
ars