

Organisme	Titre	Description
1677 FCVD Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive	DPC des Journées de Chirurgie Digestive du CHU de NICE 2018	Action : Formation continue Type : Mono professionnelle Format : Présentiel Participants max : 48
Référence Agence DPC de l'action de DPC : 16771800018		Concepteur : Professeur (M) GUGENHEIM Jean
Catégorie(s) professionnelle(s) et spécialité(s) : Médecin Chirurgie générale Chirurgie viscérale et digestive Endocrinologie et métabolismes Gastro-entérologie et hépatologie Oncologie Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques Endocrinologie-diabétologie-nutrition		Mode(s) d'exercice des participants : Libéral Salariés en centres de santé conventionnés Autre salariés

Objectif / résumé de l'action :

Méthodes pédagogiques : Programme de formation continue fondé sur un temps de formation cognitive présentielle par pédagogie interactive et deux temps de formation cognitive non présentielle. Contexte de l'action : L'action de cinq heures de formation présentielle est subdivisée en quatre parties : 1) Une mise jour dans le domaine de la transplantation hépatique orientation particulière à la chirurgie viscérale et digestive N°3 orientation particulière à la gastro-entérologie et hépatologie N°1 2) L'évolution des pratiques en chirurgie hépatique orientation particulière à la chirurgie viscérale et digestive N°3 3) La chirurgie du cancer du pancréas orientation particulière à la chirurgie viscérale et digestive N°1, 3 orientation particulière à l'oncologie et radiothérapie N° 2 4) La gestion des risques de complications en chirurgie bariatrique orientation nationale N° 10 orientation particulière à la chirurgie viscérale et digestive N°2, 4 orientation particulière à l' endocrinologie, diabète, maladies métaboliques N°2

Résumé : 1) En ce qui concerne la transplantation l'utilisation des greffons provenant de donneurs positifs au virus de l'hépatite C a fait l'objet de communications lors du congrès de l'AASLD. Cette notion est fondamentale dans le domaine de la transplantation hépatique. Le CHC représente en France 30 % des 1000 transplantations réalisées chaque année. En pratique, une indication de TH est discutée chez 10% des patients atteints de CHC, et elle est réalisée chez 3 à 4%. Cette auto-limitation est la conséquence de la pénurie de greffons et l'on observe deux tendances pour optimiser les résultats de la transplantation. La session fait le point sur les avancées en matière de prise en charge du carcinome hépatocellulaire. La transplantation n'est indiquée que chez les patients atteints de CHC sur cirrhose, chez qui elle est considérée comme le traitement théorique « idéal » car traitant la tumeur et sa cause. L'indication consensuelle au niveau international est le CHC strictement localisé au foie, soit

unique et mesurant de 2 à 5 cm de diamètre, soit sous forme de 2 ou 3 nodules ne dépassant pas 3 cm de diamètre, en l'absence de thrombose portale ou hépatique, y compris segmentaire (= critères de Milan = « petit CHC ») (Mazzaferro, Regalia et al. 1996). Dans ces conditions, la transplantation hépatique (TH) guérit 2/3 des malades avec des résultats comparables à ceux de la TH pour cirrhose sans tumeur (Bruix and Sherman 2005) ;(Clavien, Lesurtel et al. 2012). Des études rétrospectives ont montré à 5 ans des taux de survie globale de 63 à 80% et des taux de récurrence de 4 à 20%. Cependant, de fréquentes contre-indications (âge, état physiologique, co-morbidités, alcoolisme actif, refus d'un traitement au long cours), et la pénurie de greffons en limitent les indications. La place de la transplantation hépatique dans les cholangiocarcinomes hilaires est maintenant établie dans le cas d'une tumeur non résécable de moins de 3 cm et surtout sans envahissement ganglionnaire. Il ne s'agit pas simplement d'une transplantation hépatique mais d'un programme thérapeutique qui implique d'abord une radiochimiothérapie centrée sur la tumeur pendant 6 semaines et une exploration chirurgicale pour affirmer l'absence d'envahissement ganglionnaire et seulement ensuite une transplantation hépatique qui donne de très bons résultats. Du fait de cette sélection, 25% des patients inclus dans ce programme ne parviennent pas à la transplantation.

2) L'évolution des pratiques en chirurgie hépatique La chirurgie robotique est actuellement en plein essor. L'utilisation du robot dans les spécialités chirurgicales s'est considérablement développée depuis l'autorisation de sa mise en service sur le marché médical international par la Food and Drug Administration en 2000. La première hépatectomie laparoscopique robot-assistée a été réalisée en 2002, soit 10 ans après la première hépatectomie par laparoscopie. En chirurgie hépatique, les études ne sont pas assez nombreuses et le manque de données pertinentes dans la littérature constitue un frein au développement de l'hépatectomie laparoscopique robot-assistée. Par une revue de la littérature, il est fait une mise au point sur les indications, les données per- et postopératoires, ainsi que sur les résultats oncologiques des hépatectomies laparoscopiques assistées du robot.

3) Chirurgie du cancer du pancréas La pancréatectomie avec résection vasculaire peut être envisagée dans certains cas. L'atteinte de l'axe veineux < 180° n'est pas une contre-indication à la résection. Au-delà, le risque d'une résection R1 voire R2 paraît prohibitif. Mieux vaut alors recourir à un traitement néoadjuvant qui sera suivi d'une réévaluation permettant parfois une résection « secondaire » (cf. infra). Dans certains centres spécialisés, une sténose très courte (< 2 cm) et peu serrée ne constitue pas une contre indication absolue à un geste d'exérèse, à condition que l'atteinte veineuse ne s'étende pas au niveau de la convergence des veines jéjunales (ce qui s'observe surtout dans les tumeurs du crochet pancréatique). Cependant, en cas d'envahissement veineux circonférentiel et a fortiori en présence d'un cavernome, la résection est habituellement contre-indiquée en raison des difficultés techniques (le cavernome rend l'abord du pancréas hémorragique), du fréquent envahissement de la lame rétroportale et/ou de la racine du mésentère empêchant la réalisation d'une exérèse R0. Dans l'étude d'Ishikawa et al., aucun patient ayant une résection pancréatique avec un envahissement dépassant l'hémicirconférence de la veine porte ou 1,2 cm de longueur n'a survécu au-delà de 18 mois.

4) La partie bariatrique de la session DPC est consacrée à la gestion des risques postopératoires des différentes techniques. Il est abordé également la

prévention des risques d'éventration et les indications thérapeutiques après échec des différentes techniques avec reprise de poids.

Pré-requis :

Aucun

Orientation(s) :

- Repérage de l'obésité et prise en charge
- Pertinence des actes et des modalités de prise en charge en chirurgie viscérale et digestive
- Gestion des risques associés aux actes et aux modalités de prise en charge en chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie cancérologique viscérale et digestive (Qualité et sécurité des soins)
- Chirurgie bariatrique
- Prise en charge multidisciplinaire du diabète type 1 et 2, de l'obésité et de la dénutrition.
- Pertinence des actes et modalités de prise en charge en Hépatogastroentérologie et en oncologie digestive
- Gestion de la qualité des soins en oncologie médicale

Méthode(s) :

- Formation continue