

DESTINATAIRES : Médecins Généralistes et Urgentologues – RLS Drummond

EXPÉDITEUR : Le service de chirurgie générale de l'Hôpital Sainte-Croix
Drummondville

DATE : Le jeudi, 9 septembre 2021

OBJET : **Pertinence clinique en chirurgie générale et fluidité des soins pour l'utilisateur**

Bonjour chers collègues,

En tant que spécialité chirurgicale sensibilisée à la pertinence clinique et soucieuse d'optimiser l'utilisation des ressources hospitalières, nous vous faisons parvenir un petit pot-pourri de recommandations récentes, qui nous permettront ensemble d'atteindre ces objectifs en chirurgie générale, pour le plus grand bénéfice de nos usagers.

HERNIES ET ÉCHOGRAPHIE

Nous constatons un nombre croissant de demandes d'échographie pour les pathologies herniaires inguinales et pariétales. Considérant que celles-ci sont des diagnostics cliniques et afin d'éviter une surutilisation des échographies, nous tenons à vous faire part de notre disponibilité à évaluer vos patients cliniquement, pour toute pathologie herniaire, tant inguinale que pariétale (excluant la diastase des grands droits pour laquelle aucune intervention chirurgicale n'est requise). Notre attente actuelle pour une consultation en chirurgie générale est de moins de 1 mois.

LÉSIONS CUTANÉES, SOUS-CUTANÉES ET CHIRURGIE MINEURE

En accord avec le MSSSS, les excisions de lésions bénignes non suspectes, non évolutives et asymptomatiques ne sont plus couvertes par la RAMQ. Conséquemment, si un patient désire une excision pour des raisons cosmétiques, nous vous laissons le soin de le référer dans un service privé de votre choix. Ceci inclut donc : naevus bénins, kératose séborrhéique, acrochordons, dermatofibromes, kystes épidermiques, et lipomes de moins de 5 cm. De plus, le service de cryothérapie à l'azote n'est pas offert en chirurgie.

ONYCECTOMIE

Il est important de rappeler qu'une onysectomie comporte un risque d'ostéomyélite et s'associe à une morbidité (douleur, complications et convalescence) qui mérite d'être prise en considération. Ce traitement ne doit être proposé qu'en situation d'échec au traitement conservateur de première ligne pour un ongle incarné. La MVAS et le DM2 constituent de plus une contre-indication relative à ce geste. Également, les onychogryphoses devraient plutôt être orientées vers un podiatre. Quant à l'onychomycose, le traitement médical

demeure l'approche de choix et ne devrait se conclure qu'exceptionnellement par une onysectomie.

CONSULTATIONS SEMI-URGENTES

En cas d'indication de chirurgie mineure semi-urgente (abcès, biopsie de l'artère temporale) ou de nécessité de consultation rapide, nous vous recommandons de contacter directement le chirurgien de garde, qui saura aiguiller la demande selon le délai requis. Une demande envoyée directement en chirurgie mineure sera très probablement hors délai prescrit, en lien avec les étapes de traitement de la requête.

DYSPEPSIE ET GASTROSCOPIE

Les dyspepsies sans symptômes d'alarme devraient idéalement se voir offrir un traitement d'IPP. Advenant un échec à celui-ci, une recherche du H pylori devrait être effectuée (sérologie ou dans les selles dans la situation d'un patient éradiqué par le passé). Advenant la persistance de la symptomatologie, l'endoscopie digestive haute devient alors indiquée.

DIARRHÉE ET COLONOSCOPIE

On dénombre encore beaucoup de patients référés pour diarrhée directement en colonoscopie, sans investigation de base préalable. En l'absence de symptôme clinique évocateur d'une pathologie bénigne, inflammatoire ou maligne, un bilan préalable (FSC, TSH, CRP, IgA et ACTG, calprotectine fécale, culture et recherche de parasites dans les selles) de même qu'un essai de diète sans lactose devraient être effectués. La prise en charge et l'examen de choix seront influencés par ces étapes préliminaires. Ex : gastroscopie et biopsies jéjunales, biopsies coliques multiétiquées en colonoscopie ou même éradiquer l'indication de l'endoscopie. Un essai de Cholestyramine peut également être tenté lorsque pertinent, chez les patients présentant de la diarrhée apparue à la suite de leur cholécystectomie.

DIVERTICULITE ET COLONOSCOPIE

Auparavant, le diagnostic tomographique d'une diverticulite comportait un potentiel de 5% de néoplasie colique imitant une diverticulite. Actuellement, avec l'évolution des scanners, ce risque se situe à moins de 1%. Conséquemment, la recommandation actuelle est de ne pas référer un patient présentant une diverticulite simple sans élément suspect au CT scan, pour la colonoscopie. Bien entendu, si des éléments cliniques ou des antécédents familiaux justifient l'examen, celui-ci doit être offert aux patients dans le cadre du dépistage de cancer colorectal. En cas de récurrence de diverticulite simple chez un patient déjà investigué récemment par une colonoscopie, il n'est pas pertinent de répéter cet examen invasif et inconfortable dans un délai de moins de 2-3 ans.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

En accord avec le programme du dépistage du cancer colorectal du MSSS, il n'est pas pertinent de procéder à un RSOSI entre les colonoscopies de suivi. Également, la colonoscopie de dépistage n'est pas indiquée chez les patients de plus de 75 ans.

Bien entendu, l'ensemble de ces suggestions ne remplacera en aucun cas votre jugement clinique ni les données probantes de la littérature à venir. Soyez assurés, chers collègues, de la disponibilité de notre équipe, au besoin.

Le service de chirurgie générale de l'Hôpital Sainte-Croix Drummondville,

Dr Jean-François Albert

Dre Joyaube Chapdelaine

Dre Marie-Pier Godbout

Dre Ariane Hébert-Trudeau

Dr Mathieu Lalancette

Dr Richard Laplante

Dr Steven Miller.

Copie conforme : CCL du CMDP – RLS Drummond

Médecins du RLS Drummond