

MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL PR CHI-02

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare, de structură, proces, rezultate obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN CANCERUL
COLORECTĂL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

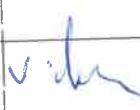
Rev.: 0

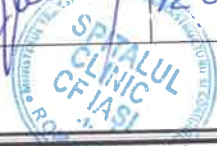
Pag.: 1/14

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral-	-elaborare inițială-	15.08.2022
2	2/0	-integral	-codificare protocol editare în structura stabilită în PS 01	
3				

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției protocolului

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Virgil Bulimar Dr. Radu Terinte	Medic primar/Asist. Universitar Medic primar chirurgie generală/Șef lucrări	 	04.07.2022 19.07.2022
2	Verificat	Dr. Radu Terinte	Medic primar chirurgie generală/Șef lucrări		
3	Verificat	Dr. Stela Maria Leonie	RMC		07.08.2022
4	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		08.08.2022
5	Avizat	Dr. Solomon Emilia	Director medical		10.08.2022
6	Aprobat	Dr. Glod Mihai	Manager		12.08.2022





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN CANCERUL
COLORECTAL**

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 2/14

Exemplar nr:

CUPRINS

1. SCOP
2. DOMENIUL DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
4. DESCRIERE PROTOCOL
 - 4.1. Etiologie, epidemiologie
 - 4.2. Factori de risc, screening
 - 4.3. Anamneza
 - 4.4. Tablou clinic
 - 4.5. Investigatii paraclinice
 - 4.6. Diagnostic pozitiv
 - 4.7. Diagnostic diferential
 - 4.8. Complicatii
 - 4.9. Tratament (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical)
 - 4.10. Evoluție (monitorizare pe durata internării, criteriile de externare, monitorizarea după externare)
5. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE
6. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL
7. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI
8. RESPONSABILITĂȚI
9. REFERINȚE BIBLIOGRAFICE
10. ÎNREGISTRĂRI
11. ANEXE
12. DIFUZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTĂL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 3/14

1. SCOP

- 1.1. Protocolul are ca scop reglementarea activităților de diagnosticare și stabilire a tratamentului în cancerul colorectal.
- 1.2. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:
 - patologie frecventă la pacienții cu afecțiuni oncologice internați în Secția Clinică Chirurgie Generală
 - standardizarea actului medical
 - siguranța pacientului
 - echipa medicală antrenată și cu experiență în domeniu
- 1.3. Spitalul asigură asistența multidisciplinară prin celelalte specialități, existând posibilitatea de susținere și monitorizare multidisciplinară pentru comorbidități
- 1.4. Rezultate operatorii bune, complicațiile operatorii fiind extrem de rare.
- 1.5. Spitalul dispune de tehnica și dotările necesare unor astfel de intervenții

2. DOMENIUL DE APLICARE

2.1. Cod diagnostic:

C-78.5 – Tumoră malignă secundară a intestinului gros și rectului

C-20 – Tumoră malignă a rectului

C-21.8 – Tumoră malignă care depășește rectul, anus și canalul anal

C-19 – Tumoră malignă a jonctiunii rectosigmoidiene

D-01.1 – Carcinom „in-situ” jonctiunea rectosigmoidiene

2.2. Protocolul se aplică în cadrul Secției Clinice Chirurgie Generală.

2.3. Protocolul se aplică de către medicii din cadrul Secției Clinice Chirurgie Generală, medicii Secția ATI, asistenți medicali din secțiile Chirurgie, ATI și Bloc Operator

2.4. Categoriile de pacienți:

- Pacienți, cazuri cronice, internați în spitalizare continuă
- Pacienți reveniți pentru intervenție chirurgicală după corectarea tărilor asociate în alte secții de specialitate, internare continuă.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Cancerul colorectal este cea mai frecventă afecțiune oncologică digestivă care afectează mai frecvent persoane ce depășesc vârsta de 45 de ani, preponderent la sexul masculin. Macroscopic, tumorile colorectale pot avea aspect vegetant, ulcerovegetant sau infiltrativ-stenozant. Microscopic, cel mai frecvent sunt adenocarcinoame.

3.2. Abrevieri

- a) CT – computer tomografie
- b) DMS – durată medie de spitalizare
- c) EKG – electrocardiograma
- d) FOCG – Foaie de observație clinică generală
- e) RMN – Rezonanță magnetică nucleară



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 4/14

- f) RX – radiografie
- g) Ts – timp de sangerare
- h) Tc – timp de coagulare
- i) VSH – viteza de sedimentare a hematiilor

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. SR CEN/TS 15224.2017 - „Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001.2015 în îngrijirea sănătății.”
- 4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”
- 4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- 4.4. OSGG nr. 600/2018- Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.
- 4.5. OMS nr. 153/2003- Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.
- 4.6. OMS nr. 446/2017- Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- 4.7. Legea nr.95/2006, republicată în anul 2015- Legea privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare.
- 4.8. Legea nr.46/2003 - Legea privind drepturile pacientului cu modificările și completările ulterioare.
- 4.9. 2 Ioan Costea – ELEMENTE DE SEMIOLOGIE CHIRURGICALĂ ȘI MICA CHIRURGIE. Ed. „Gr.T.Popa” UMF Iași, 2014

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1 Etiologie, epidemiologie

Etiologia afecțiunii nu este pe deplin explicată până astăzi, ca în majoritatea cancerelor. Ceea ce se cunoaște clar este că în diviziunea celulară normală intervin o serie de factori perturbatori care generează o proliferare haotică și o modificare profundă a genomului celulelor, generând formarea tumorilor oncologice. Există mai multe teorii care explică, parțial apariția cancerului colorectal:

- Teorii genetice, care explică oncogeneza legată de mutații genetice ce induc apariția cancerului
- Teorii inflamatorii, care expun posibilitatea apariției tumorii prin inflamații cronice determinate de dezechilibre ale florei hormonale
- Teorii autoimune, care se bazează pe observațiile legate de apariția frecventă a cancerelor colorectale la pacienți cu boala Crohn în antecedente, boala dovedită autoimună
- Teorii legate de dietă defectuoasă, săracă în fibre.
- Teorii legate de trecut digestiv patologic (constipație cronică)

Cel mai important aspect este screeningul afecțiunii, având în vedere că un cancer colorectal depistat în fază preinvazivă are șanse de vindecare de aproape de 100%.

5.2 Factori de risc, screening

• Vârsta: majoritatea cancerelor de colon sunt diagnosticate la persoane de peste 45 de ani;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 5/14

- Polipoza colica este frecvent incriminate in aparitia cancerului colorectal. Polipii, tumori benigne colorectale sunt cunoscuti ca avand potential de degenerare maligna in timp.
- Istoricul medical: pacientii cu istoric de afectiuni tumorale sau chiar cu diagnostic anterior de cancer colorectal prezinta risc crescut de dezvoltare al afectiunii sau de recidiva ale acesteia;
- Boala inflamatorie intestinala: pacientii cu boala Crohn, boala colonului iritabil sau colita ulcerativa prezinta risc crescut de dezvoltare a unei tumori colorectale;
- Ereditatea: in anumite situatii mutatiile genetice mostenite de la parinti determina aparitia cancerelor colo rectale, sindromul Lynch si polipoza adenomatoasa familiala fiind cele mai frecvente afectiuni ereditare cu potential de malignizare care resc riscul de aparitie a cancerului de colon;
- Regimul dietetic: consumul crescut de carne procesata bogata in grasimi asociat cu o dieta saraca in fibre vegetale favorizeaza aparitia tumorilor colorectale;
- Obezitatea;
- Sedentarismul;
- Diabetul zaharat;
- Fumatul favorizeaza dezvoltarea polipilor intestinali (leziuni precanceroase la nivelul mucoasei care captureaza interiorul colonului);
- Radioterapia aplicata pentru tratarea diferitelor procese tumorale intraabdominale poate favoriza aparitia mutatiilor ADN ului celular cu aparitia tumorilor de intestin gros si rect.

Screeningul pentru cancerul de colon

Testarea este esențială pentru persoanele care au factori de risc și reprezintă cea mai simplă și sigură modalitate de a preveni dezvoltarea bolii sau de a o detecta din stadii incipiente. Detectat din timp, cancerul de colon este vindecabil în aproape 99% dintre cazuri. După vârsta de 50 de ani, colonoscopia ar trebui să fie obligatorie. Din acest motiv, țări precum Australia impun colonoscopia obligatorie după vârsta de 50 de ani, odata la 5 ani. Pentru persoanele depistate endoscopic cu polipi colorectali, se impune rezecția acestora în timpul investigației endoscopice pentru eliminarea posibilității de degenerescență malignă a acestora.

Pentru pacienții cu un risc crescut de cancer de colon, sunt indicate:

- Colonoscopia – la fiecare 5 ani;
- Irigografia (vizualizarea radiologică a colonului cu substanța de contrast) – la fiecare 5 ani; când colonoscopia nu poate fi efectuată
- Test ADN din materii fecale – la fiecare 3 ani;
- Determinarea sângerărilor oculte din materii fecale (FOBT) – în fiecare an;
- Determinarea sângerărilor oculte din materii fecale prin metoda imunologică (FIT) – în fiecare an.

5.3 Anamneza

Discuția cu pacientul releva o serie de tulburări digestive acuzate de acestia, aparute insidios în timp, dar care nu au disparut la tratamente simptomatice ci, din contra,, în majoritatea cazurilor au devenit și mai pregnante.

Manifestările cancerului colonic pot cuprinde:



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 6/14

- Tulburări ale tranzitului intestinal, prezența constipației și a diareei sau modificări în consistența scaunului;
 - Hematochezie (prezența sângelui în scaun datorată sângerărilor de la nivelul rectului sau altui segment digestiv situat în amonte);
 - Disconfort abdominal resimțit de pacient ca și crampă, balonare sau durere;
 - Senzație de defecație incompletă;
 - Oboseală sau slăbiciune;
 - Scădere ponderală involuntară.
- O mare parte a pacienților nu manifestă simptome în stadiile incipiente ale bolii. Când simptomele apar, ele depind de dimensiunile tumorii și de localizarea acesteia de-a lungul colonului.

5.4 Tablou clinic

La debutul său, cancerul de colon nu are simptome. Dacă apar în primele stadii, acestea pot consta în:

- Constipație sau diaree;
- Schimbarea culorii fecalelor;
- Schimbarea formei fecalelor;
- Sânge în fecale;
- Sângerări în zona rectului;
- Gaze intestinale în exces;
- Crampe abdominale.

În stadiile mai avansate ale bolii, pot apărea următoarele simptome:

- Oboseală excesivă;
- Slăbiciune fizică inexplicabilă;
- Pierderea în greutate neintenționată;
- Schimbări ale formei sau consistenței fecalelor care durează mai mult de o lună;
- Senzația că intestinele nu s-au golit complet;
- Vărsături.

În cazul în care cancerul de colon s-a răspândit și în alte zone ale corpului, mai pot apărea simptome precum:

- Îngălbenirea ochilor sau a pielii;
- Edemul mâinilor sau a picioarelor (sindrom paraneoplastic);
- Dificultăți respiratorii;
- Dureri de cap cronice;
- Vedere încețoșată;
- Fracturi osoase

5.5 Investigații paraclinice

- Colonoscopia: colonoscopia este o investigație imagistică efectuată cu ajutorul unui colonoscop-tub flexibil prevăzut cu camera video și o sursă de lumină atașată la capatul distal, cu ajutorul căruia poate fi evidențiat sediul procesului tumoral și se poate preleva țesut în vederea examenului histologic ulterior; metoda este frecvent utilizată și ca metoda de screening al persoanelor din categoria de risc și de monitorizare ale celor care prezintă deja leziuni precanceroase la nivelul colonului;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 7/14

- Sigmoidoscopia: procedura realizată cu ajutorul sigmoidoscopului rigid cu rol de investigare imagistică a intestinului la nivel sigmoidal;
- Colonoscopia virtuală sau colonografia CT generează imagini tridimensionale ale intestinului gros, utilizată mai ales în cazurile care nu pot fi investigate cu ajutorul colonoscopiei datorită prezentei tumorilor de dimensiuni mari, obstructive;
- Analize de sânge – anumite analize pot oferi informații despre statusul general al organismului (funcție hepatică, funcție renală) sau despre anumite substanțe produse la nivelul colonului (CEA – nivelul antigenului carcinoembrionar poate fi urmărit în dinamică, prin dozări repetate, oferind informații valoroase despre prognosticul bolii colonice și despre răspunsul la tratament).

5.6 Diagnostic pozitiv

Diagnosticul se bazează pe tabloul clinic, dar mai ales pe investigațiile paraclinice, imagistica și biopsie endoscopică.

Diagnosticarea timpurie și corectă este esențială pentru începerea tratamentului și reducerea riscului ca boala să se răspândească și la alte țesuturi sau organe. Diagnosticarea constă într-un consult referitor la simptome și la istoricul medical, după care urmează realizarea unor investigații. Stabilirea cu precizie a naturii celulelor se realizează prin biopsie. Acest test presupune prelevarea unor probe din țesutul potențial bolnav și analizarea sa în laborator. Alte proceduri și teste utile în stabilirea localizării și a stadiului bolii includ:

- Colonoscopia – oferă o imagine a interiorului colonului și reprezintă cea mai simplă măsură de prevenire, deoarece în timpul acestei proceduri, se pot îndepărta polipii intestinali cu potențial canceros și se poate monitoriza evoluția lor prin investigații regulate;
- Testarea moleculară a tumorii – ajută la identificarea genelor specifice, a proteinelor și a altor factori tumorali. Un astfel de test permite stabilirea unui plan terapeutic personalizat;
- Testele de sânge – un număr crescut al globulelor roșii din sânge poate indica existența unei sângerări la nivelul intestinului, pe fondul cancerului de colon;
- Scanarea prin computer tomograf (CT) – oferă o imagine tridimensională a interiorului intestinului și poate fi folosită pentru a estima dimensiunea tumorii;
- Scanarea prin RMN – este utilă pentru a măsura tumora. Înainte de test, se administrează o substanță de contrast, pentru a obține o imagine mai clară;
- Ecografia (ultrasonografie de colon) – ajută la depistarea cancerului de colon aflat în zone profunde ale peretilor intestinali.

5.7 Diagnostic diferențial

- un rinichi mare tumoral sau hidronefrotic (se face urografie pentru confirmare)
- o veziculă biliară în retenție sau blocată;
- un chist de ovar cu evoluție abdominală
- o tumoră mezenterică (se face arteriografie selectivă pentru confirmare)
- absces TBC osifluent al mușchiului psoas (se face grafie vertebrală)
- tumoră retroperitoneală
- tuberculoză hipertrofică a cecului
- apendicita pseudo-tumorală (blocul apendicular) ce poate simula la bolnavii vârstnici un cancer infectat



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 8/14

- forma tumorală a bolii Crohn
- tumori benigne colorectale
- ascaridioza intestinală
- corpi străini intestinali

5.8 Complicații

În lipsa unei depistări și tratament precoce, afecțiunea evoluează spre stadii avansate și invazie generalizată. Invazia se produce:

- Local, în toate straturile colorectale, apoi la organele din jur
- Intestinal, când grupuri de celule migrate în aval față de tumora determină apariția unor tumori colorectale multiple, supraetajate (cancer metacron- mai rar)
- Limfatic, inițial ganglionii adiacenți, apoi în statuile ganglionare la distanță
- Metastatic în alte organe: ficat, uter, vezică urinară, plămân, creier, oase mari.

5.9 Tratament (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical)

Tratamentul cancerului colorectal este complex. Ca orice afecțiune oncologică, și cancerul colorectal beneficiază astăzi de un tratament bine codificat în funcție de stadiul în care a fost diagnosticat. Tratamentul cancerului colorectal este complex și implică:

- **Tratament chirurgical**
- **Tratament chimioterapic**
- **Radioterapie**
- **Tratament de imunostimulare**

Tratamentul chirurgical. Urmărește ca principiu ablația în bloc a tumorii, împreună cu segmentul intestinal continator și teritoriile limfatice adiacente. În situațiile unor tumori invazive se impune lărgirea ablației și la zonele invadate.

Pregătirea preoperatorie trebuie să fie riguroasă și coordonată de o echipă multidisciplinară funcție de starea pacientului și țările asociate. Având în vedere că astfel de intervenții sunt de amploare, cu risc hemoragic și de durată, pregătirea trebuie să aibă în vedere asemenea aspecte pentru a reduce riscul operator și anestezic. Prin consult disciplinar se corectează, se identifică și se tratează toate țările asociate care pot influența negativ rezultatul tratamentului. Din echipa multidisciplinară trebuie să conlucreze obligatoriu medicul anestezist și după caz, internist, diabetolog, oncolog. Există situații în care tumora reclamă un tratament oncologic preoperator, în special radioterapie de reconversie într-un stadiu operabil, motiv pentru care colaborarea cu medicul oncolog care să indice o astfel de terapie este esențială pentru maximizarea rezultatului. Medicul oncolog este în măsură să stadializeze succesiunea intervențiilor terapeutice atunci când situația o impune.

Pregătirea preoperatorie vizează două paliere:

- Pregătirea generală, care presupune reechilibrare, corectarea țărilor asociate, rezerva de minim două unități de sânge sau masă eritocitară (risc hemoragic), antibioterapie de protecție;
- Pregătire intestinală care impune regim alimentar sărac în fibre, care să reducă masa tranzitului intestinal, antibiotice cu spectru intestinal care să reducă agresivitatea florei intestinale, laxative



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 9/14

și apoi clisme în ziua preoperatorie care să elimine conținutul intestinal. Toate aceste aspecte vizează reducerea riscurilor chirurgicale.

- Consultul preanestezic este obligatoriu în momentul în care se decide intervenția chirurgicală și are rolul de a pregăti pacientul pentru operație în condiții de siguranță.

Anestezia. Astfel de intervenții se realizează doar sub anestezie generală cu intubare orotraheală, care asigură siguranța și confort operator. Altfel de tipuri de anestezie se utilizează în situații excepționale când anestezia generală comportă riscuri majore.

Tehnici chirurgicale abordate depind de sediul tumorii. Având în vedere că vascularizarea colorectală este precară și segmentară în comparație cu intestinul subțire, operațiile la acest nivel sunt standardizate și orientate spre a oferi o recuperare decentă.

Pentru cancerul de colon ascendent se practică hemicolectomia dreaptă

În cazul cancerelor de colon descendent se practică hemicolectomia stângă

Pentru cele de sigmoid - sigmoidectomie

Pentru rect depinde de nivelul tumorii:

- Cancerul ampular rectal, care are peste 8 cm de sfînterul anal, se pretează la rezecție de rect cu păstrarea canalului anal și a tranzitului intestinal fiziologic.
- În cancerul joasă de rect și canal anal, singura posibilitate este amputația de rect abdomino-perineală (operația Miles) în care se desființează rectul iar ansa intestinală este exteriorizată la peretele abdominal.

Indiferent de tehnică, operația trebuie să respecte principiile oncologice: se ridică în bloc tumora, organul conținător și teritoriul limfatic dependent.

Tratamentul chimioterapic completează, sau uneori și precede, tratamentul chirurgical și este instituit de medicul oncolog.

Tratamentul radioterapic se utilizează postoperator pentru sterilizarea zonei operate, dar, uneori și preoperator pentru reducerea tumorii și convertirea acesteia într-un stadiu convenabil. Este atribuit oncologului.

Tratamentul imunostimulant este o achiziție nouă și urmărește creșterea rezistenței organismului în fața agresiunii oncologice.

Toate aceste tratamente adjuvante chirurgiei au scopul de a îmbunătăți prognosticul și de a reduce posibilitatea recidivelor.

5.10 Evoluție (monitorizare pe durata internării, criterii de externare, monitorizarea după externare)

În etapa postoperatorie, pacientul va fi monitorizat și urmărit în secția ATI cel puțin 48 de ore postoperator. Scopul este de a monitoriza într-o secție bine dotată tehnic și cu personal adecvat a funcțiilor vitale: puls, tensiune arterială, saturatie de oxigen, ritm cardiac, diureză, constanță sanguină în dinamică. Pentru pacienții cu intervenții complicate, pierderi de sânge monitorizarea ATI se poate extinde atât cât se considera necesar ca poate fi transferat înapoi pe chirurgie, fără riscuri deosebite.

La pacienții cu această patologie, se impune sondajul urinar care pe lângă avantajul evacuarii urinei în situație de criză, oferă și avantajul monitorizării diurezei, indicator important în reechilibrarea hidroelectrolitică.

În perioada postoperatorie pacienții trebuie să fie pansați zilnic, cu mare atenție la igiena, întrucât rezultatul operator depinde direct de igiena zonei operate. Un rol deosebit îl au infirmierele, care prin



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTĂL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 10/14

tapotaj, masaj, mobilizare pasiva si activa, creaza conditii optime pentru evitarea tulburarilor de decubit prelungit ale pacientului.

Odata reintors pe sectia de chirurgie, pacientul trebuie intergrat activ in recuperarea sa si reintegrare sociala. Pansamentele se reduc la 2-3 zile interval, iar la 8-14 zile postoperator pacientul poate fi externat cu urmatoarele recomandari. La pacientii cu amputatie de rect care necesita toaleta riguroasa a colostomei punga pentru anusul iliac se schimba cel putin o dat pe zi, functie de situatie.

- Evitarea efortului fizic 6 luni
- Regim de viata echilibrat ca sa nu decompenseze alte comorbiditati
- Recontrol dupa 3 luni pentru reevaluarea rezultatului.
- Se scot firele tegumentare
- Se va adresa (inca din raportarea in sistem) pentru preluarea in evidenta si continuarea tratamentului de specialitate oncologic.
- Se va adresa Casei Judetene de sanatate pentru a beneficia de gratuitate la achizitionarea pungilor colectoare pentru anusul iliac (daca e cazul).

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

6.1 Resurse umane

- medici chirurgi (competențe chirurgie laparoscopică)
- medici anesteziști
- medic laborator clinic
- medic radiolog
- medic oncolog
- asistență medicală interdisciplinară de specialitate pentru evaluarea și tratarea comorbidităților
- asistenți medical bloc operator
- asistenți medicali sectia de chirurgie
- medici specialiști imagistica

6.2 Resurse tehnico-materiale

Medicamente: anestezice, calmante, antibiotice injectabile, medicatie specifica tratamentului tarelor asociate. Materiale sanitare sterile (comprese, pernite de vata), folie si benzi adezive pentru fixarea pansamentului, sonde urinare, punji urinare, branule, perfuzoare.

Aparatura de specialitate: electrocardiograf, aparatura de radiologie, CT, RMN.

Aparatura de laborator: analizor hematologie, analizor biochimie

Aparatura si tehnica operatorie: trusa laparoscopica, instrumentar chirurgical adecvat

Aparatura ATI: aparat de anestezie, pulsoximetru, monitoare de urmarire postoperatorie (tensiune arteriala, ritm cardiac, saturatie oxigen), aparatura de interventie in stop cardiac (defibrilator).

Dispozitive pentru mobilizarea pasiva a pacientului: paturi multifunctionale, targi si carucioare medicale.

Conditii de pastrare a rezervei de sange si derivati

Bazinete urinare

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

7.1 Exista posibilitatea sa apara o serie de abateri de la prevederile acestui protocol.

7.2 Abaterile pot fi impuse de stari morbide asociate, coexistenta afectiunii cu o alta afectiune chirurgicala care sa impuna o alta abordare. Refuzul pacientului de a efectua interventia conform



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN CANCERUL
COLORECTAL**

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 11/14

protocolului (problemele apar la propunerea de amputație abdominoperineală cu anus iliac definitiv-anus contra naturii).

- 7.3 Abaterile de la prevederile protocolului se consemnează în FOCG și se argumentează/justifică, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui pacient, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a medicului

8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

<i>Indicator</i>	<i>Valoare țintă</i>	<i>Metoda de calcul</i>	<i>Perioada de monitorizare</i>	<i>Responsabil</i>
Ponderea documentelor de actualitate care au stat la baza elaborării protocolului în perioada analizată.	100%	Nr documente de referință de actualitate / Nr total documente de referință	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea angajaților instruiți cu cerințele protocolului din totalul angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor protocolului.	100%	Nr personal instruit cu cerințele procedurii / Nr angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor procedurii	Semestrial	Medic șef secție
Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu diagnostic cancer colorectal internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea cancer colorectal internați în secție/Număr pacienți internați total secție %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea indicelui de concordanță între diag. int și diag ext > 80 % din total FOCG cu diagnostic cancer colorectal semestru	>80 %	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare.	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea asigurării resurselor tehnico-materiale /semestru	100 %	nr de resurse tehnico-materiale asigurate / nr resurse tehnico-materiale	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN CANCERUL
COLORECTAL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 12/14

Rata de succes al din total pacienti cărora li s-a aplicat protocolul de pancreatita acută(pacienți ameliorați/pacienți tratați)/semestru	Ținta $\geq 80\%$	stabilite a fi necesare prin protocol. Număr cazuri care au reacționat la tratament / Număr total de cazuri. %	Semestrial	Medic șef secție
Rata complicațiilor din total pacienti cu diag. cancer colorectal/an	Ținta $< 5\%$	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul cancer colorectal %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal cancer colorectal total externări / semestru	$\leq$ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic cancer colorectal/ Număr total externări cu diagnostic cancer colorectal %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu încadrare în costul mediu /diagnostic /semestru	$\geq 90\%$	Număr cazuri încadrate în limitele de abatere de $\pm 15\%$ față de costul mediu / Nr total cazuri diagnostic cancer colorectal %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu VSH normalizat după 5 zile de la internare din totalul cazurilor cu cancer colorectal externate/semestru	< 20 mm/h	Nr de cazuri cu VSH normalizat/ameliorat după DMS medie pe diagnostic	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor durerea după scara VAS ameliorată după 5 zile de la internare din	70%	Numărul de cazuri cu durerea după scara VAS ameliorată după 5 zile de la internare din totalul de	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN CANCERUL
COLORECTAL**

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 13/14

totalul cazuri cancer colorectal externe/semestru		cazuri cu diagnosticul de cancer colorectal externe % Ponderea cazurilor cu durere ameliorate în 5 zile de la internare din totalul de cazuri cu cancer colorectal externe %		
Ponderea EAAAM consemnate, datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu cancer colorectal din totalul EAAAM / semestru	>1% (pragul de 1% semnifică existența preocupării spitalului de a identifica și consemna EAAAM) Riscuri clinice materializate și consemnate 100%	Nr. cazuri cu cancer colorectal care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu cancer colorectal	Semestrial	Medic șef secție

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1 Managerul

- ▶ Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură;
- ▶ Aprobă/reaprobă prezenta procedură;

9.2 Director medical

Semnează pentru verificare protocolul

9.3 Medic

- Evaluează pacientul și consemnează anamneza
- Stabilește lista de analize și explorările necesare stabilirii diagnosticului
- Decide necesitatea eventualelor consulturi interclinice pentru comorbidități
- Stabilește conduita de tratament
- Stabilește regimul dietetic adaptat pacientului
- Realizează intervenția chirurgicală
- Urmărește evoluția postoperatorie a pacientului și tratamentul postoperator
- Realizează pansamentele plăgii operatorii



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANCERUL COLORECTĂL

Cod: PR-CHI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 14/14

- Decide DMS in functie de evolutie si consemneaza evolutia pacientului
- Suprima firele de sutura
- Realizeaza epicriza si recomandarile la externare
- Medicul anestezist efectueaza consultul preoperator, stabileste riscul anestezic, realizeaza anestezia pacientului, monitorizeaza etapa postanestezica, monitorizeaza si coordoneaza tratamentul pacientului in etapa sejurului in ATI pana la transferul acestuia in sectia chirurgicala.

9.4 Asistent medical

- Preleveaza analizele si monitorizeaza deplasarea pacientului la explorările paraclinice, conform indicatiilor medicului curant
- Informeaza pacientul cu privire la drepturile, obligatiile pe care le are precum si asupra regulilor de urmat pe perioada spitalizarii
- Masoara periodic temperatura, pulsul si tensiunea arteriala a pacientului, care vor fi consemnate in foaia de observatie
- Asista medicul la efectuarea pansamentelor.
- Asistenta din blocul operator asigura instrumentarul si materialele sanitare necesare interventiei conform indicatiilor medicului curant. asista medicul pentru imbracarea echipamentului steril.
- Asistenta ATI asista medicul ATI la manevrele si tratamentul specific, monitorizeaza permanent parametrii afisati de monitor si anunta orice modificare aparuta, monitorizeaza tratamentele perfuzabile, aspectul si volumul drenajelor.

10. INREGISTRĂRI

- FOCG
- Buletin de analize medicale
- Rezultat RMN/CT
- Planul de îngrijire si foaia de medicatie.

11. ANEXE

Nu este cazul

12. LISTA DE DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza listei de difuzare, cod PS 01/F3.
Înregistrările generate de această activitate se păstrează/ arhivează.