

Le trajet de soins péri-hospitalier en oncologie, expérience pratique en urologie

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Congrès de diététique thérapeutique et de support nutritionnel 2024
Jean-Corentin Salengros, Anesthésiste, IJ Bordet
Noémie Leroo, Coralie Knight, Diététiciennes, IJ Bordet

01

PRÉHABILITATION MULTIMODALE EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

H.U.B





Description des besoins de nos patients (et des nôtres!)

H.U.B.

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital
Erasmus

ULB

Hôpital Universitaire
des Enfants Fédéral
Universitair Kinderziekenhuis
Garinna Fabrice

“Son opération était relativement urgente et nous n’avions pas eu l’occasion de le voir correctement en préopératoire.

Finalement, je ne l’ai rencontré que le matin de l’opération. C’est alors que j’ai réalisé qu’il présentait de nombreux autres problèmes médicaux.

Annuler son intervention n’était tout simplement pas une option, alors nous avons procédé et fait de notre mieux.

L’intervention s’est déroulée sans trop de problèmes, mais quelques jours plus tard, il a développé une pneumonie et s’est retrouvé en Soins Intensifs.

Je ne peux m’empêcher de penser qu’il aurait mieux résisté si nous avions pu également améliorer son état avant sa chirurgie”.

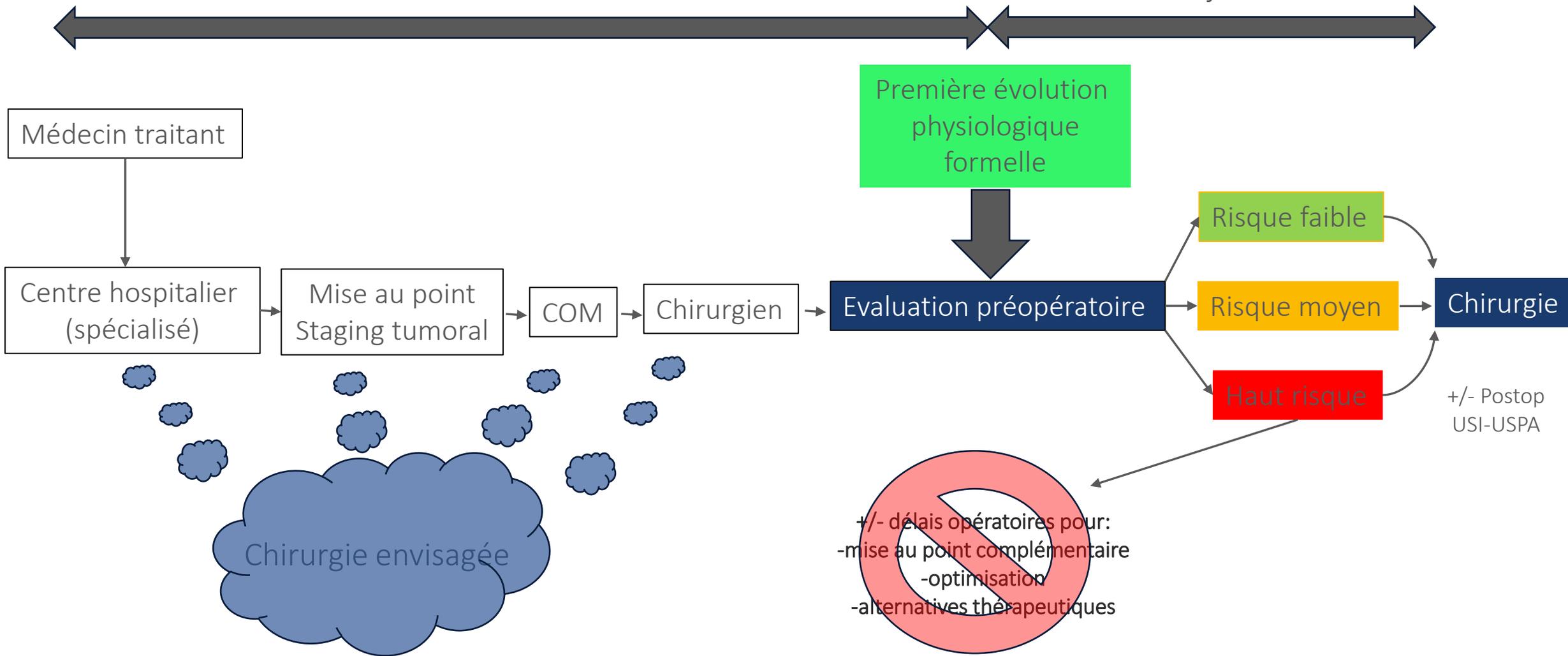
Un anesthésiste anonyme



Trajet de soins chirurgical oncologique « classique »

Jusqu'à 7-8 semaines

2 à 14 jours



Quels sont les patients chirurgicaux à risque?

Focalisation sur les **patients à plus haut risque chirurgical**

- Résultats chirurgicaux les plus **difficiles**
- Consomment la majorité des **ressources** (personnes, matériel, €) de soins de santé

Cohorte de 4.1 millions de patients chirurgicaux (excepté chirurgie cardiaque)

Sous-groupe à hauts risques de complications:

- Représentent **12.5% de procédures mais > 80% des décès postopératoires**
- Chirurgie **vasculaire** et chirurgie **oncologique majeure**
- Liés à la nature complexe de ces chirurgies mais également aux **co-morbidités importantes** dans cette catégorie de patients (âge)



MEDECIN PERIOPERATOIRE



Tentative de **coordonner-affiner nombreuses activités disparates** au sein du parcours du patient, de l'évaluation initiale jusqu'à la période postopératoire.

Un nombre croissant de **patients âgés** présentant des problèmes complexes.

Limites des **ressources** et **pressions croissantes** sur les services.

Fortes attentes du public et des politiques.

Flexibilité organisationnelle- travail en **équipe**.

PERIOPERATIVE MEDICINE
THE PATHWAY TO BETTER SURGICAL CARE





Médecine péri-opératoire: buts

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Offrir des soins de santé toujours plus efficaces pour **améliorer les résultats chirurgicaux** pour les patients et leur **qualité de vie future**.

Développer des **parcours de soins** les plus efficaces pour chaque patient se présentant pour une intervention chirurgicale, quelle que soit sa situation de départ.

Les besoins **individuels** des patients complexes sont **soigneusement coordonnés** depuis la décision de proposer une intervention chirurgicale, jusqu'aux semaines et mois après l'intervention.

Les équipes de médecine péri-opératoire dirigent l'**évaluation** et **préparation** des patients à la chirurgie (pex **optimiser** le traitement d'une maladie médicale co-existante).

Les équipes planifieront les soins à l'hôpital, fourniront conseils et soutien pendant les jours suivant la chirurgie jusqu'à leur retour à la maison pour s'assurer que **toutes les conséquences 'néfastes' de la chirurgie** soient entièrement **résolues** ou en voie de l'être.



Facteurs influençant la morbi-mortalité postopératoire:

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Etat de santé préopératoire patient (maladies chroniques) et facteurs socio-économiques

Type et complexité de la chirurgie (oncologie)

Compétence du chirurgien et de l'équipe multidisciplinaire qui l'entoure

Complications intra opératoires (hémorragie)

Complications post opératoires immédiates (pneumonie)

Complications post opératoires tardives (embolie pulmonaire)

Une **évaluation minutieuse** de ces facteurs peut aider à identifier les patients à risque élevé et à mettre en place des stratégies pour **réduire les complications** et **améliorer les résultats postopératoires**.

Degré de **stress chirurgical** imposé, **qualité du soin chirurgical proposé**, **état préopératoire du patient**

La qualité du geste chirurgical est cruciale pour assurer des résultats postopératoires optimaux minimisant les complications et améliorant la qualité de vie du patient après la chirurgie.

Certains soins « traditionnels » aggravent la réponse au stress chirurgical pex « A jeun depuis minuit »...

Kehlet et al (90's-DK): **Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAC)-ERAS**

Remplacement éléments chirurgicaux « traditionnels » potentiellement délétères afin **d'atténuer les aspects négatifs de la réponse au stress chirurgical et de la douleur postopératoire**

- Trajets de soins péri-opératoires standardisés (protocoles)
- Éléments multimodaux, multidisciplinaires améliorant résultats chirurgicaux
- Basés sur la littérature scientifique disponible (« evidence-based »)
- Amélioration résultats: LOS, complications, récupération fonctionnalité postopératoire...



Préopératoire

Jeûne non prolongé

H.U.B.

HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS BRUSSEL

INSTITUT JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital Erasme
ULB

Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola

Pas de prémédication systématique

Information préopératoire et éducation-communication thérapeutiques

Sevrage tabac-alcool

Audit outcomes

Identifier-optimiser comorbidités

Réalimentation précoce

Détection de la dénutrition et de l'anémie

Exercices respiratoires-toux

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

PREHABILITATION

Limiter usage drains chirurgicaux

Charge glucidique

Mobilisation active précoce

Produits anesthésiques de courte durée

(Pas de) sondage vésical systématique

Prévention de l'hypothermie

(Pas de) sonde gastrique systématique

Prévention nausées-vomissements

Analgésie multimodale-épargne opiacée

Chirurgie mini-invasive-hémostase soignée

Gestion remplissage vasculaire adapté (volémie)

Postopératoire

Contrôle glycémique

Thrombo-antibio prophylaxies

Intraopératoire



Intérêts reconnus de la RAAC: mais...

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital
Erasmus

ULB

Hôpital Universitaire
des Enfants Réjean Fabis
Universitair Kinderziekenhuis
Gangne Fabis

Réduction durées de séjour, complications et coûts (colorectal-abdominale lourde).

Controverses:

- ❑ Études qualité discutable
- ❑ Petits collectifs
- ❑ Nombreux biais
- ❑ ...

Essentiellement lié à la **période péri-opératoire IMMEDIATE** (pré courte, intra et post)

Pas réellement d'amélioration des résultats si **altération préopératoire de l'état physique et psychologique:**

- ❑ Comorbidités du patient mal (pas) équilibrées
- ❑ Déconditionnement (asthénie, perte de poids, comportement maladie...)
- ❑ Conséquence des traitement adjuvants
 - ↪ Pex patients âgés, chirurgie carcinologique, radio et-ou chimiothérapies préopératoires

Préhabilitation quasiment toujours absente de l'équation: amélioration si **facteurs préopératoires modifiables optimisés** avant la chirurgie.

Malgré implémentation de la RAAC:

- ❑ Complications postopératoires peuvent atteindre 45% (colorectal)
- ❑ Majorité des patients ne retrouvent pas fonctionnement physiologique préopératoire avant 8 semaines
- ❑ Liées aux caractéristiques préopératoires des patients

Chirurgie = **majoration besoins métaboliques en oxygène**

Incapacité à augmenter les besoins en oxygène majorés (seuil anaérobie bas) = **cause sérieuses complications postopératoires** (ischémie myocardique, infections de plaies, fuites anastomotiques...)

Résultante d'une:

- ❑ Réserve cardiaque-pulmonaire inadéquate-fragilisée
- ❑ Ischémie myocardique
- ❑ Déconditionnement (âge, maladie, sédentarité...)

Nelson G et al: Cost impact analysis of ERAS program implementation in Alberta colon cancer patients. *Curr Oncol* 2016:e221-7

Li C et al: Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colo-rectal cancer surgery: a pilot study. *Surg Endosc* 2013; 27:1072-82.



La préhabilitation, qu'est-ce que c'est?

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital
Erasmé

ULB

Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Konigin Fabola

« Traitement qui **prépare le patient à un futur stress physiologique** »

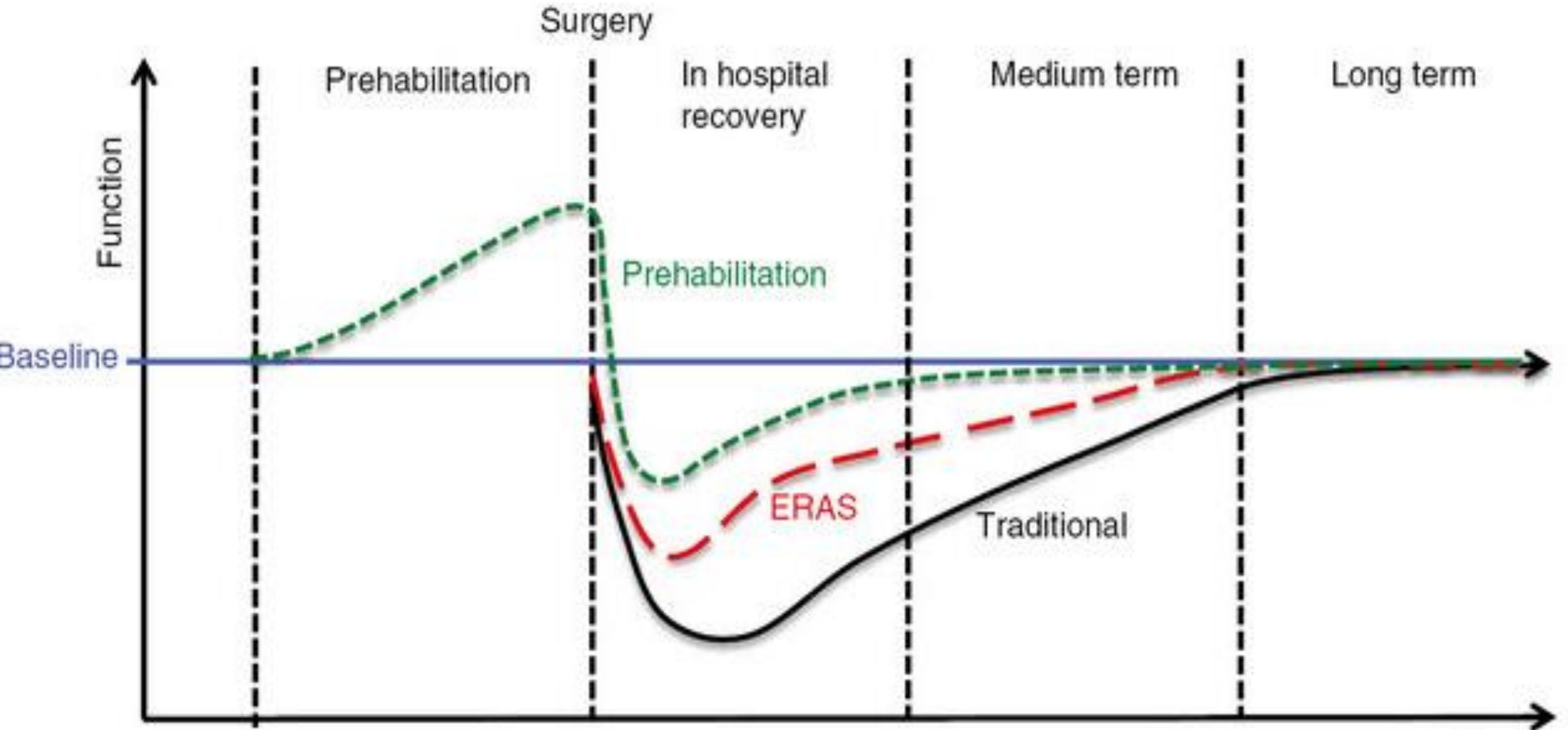
En oncologie:

- entre le moment du diagnostic du cancer et le début du traitement aigu (consultation d'annonce)
- processus du continuum de soins contre le cancer
- comprend des évaluations physiques et psychologiques
 - ✓ établissent un niveau fonctionnel de base
 - ✓ identifient les déficiences
 - ✓ fournissent des interventions (personnalisées) qui favorisent la santé physique et psychologique pour réduire le incidence et/ou gravité des déficiences futures

Historiquement focalisé sur forme physique (kinésithérapie):

Activité physique ciblée-adaptée avant insulte-(chirurgie-ou non) pour augmenter la capacité fonctionnelle afin de contrer une fragilité-un déconditionnement préexistants.

Elargissement **multidisciplinaire**: optimisation nutritionnelle, thérapies de réduction du stress, ...





Prépare au stress et aux déficiences anticipés pour le(s) traitement(s) à venir¹

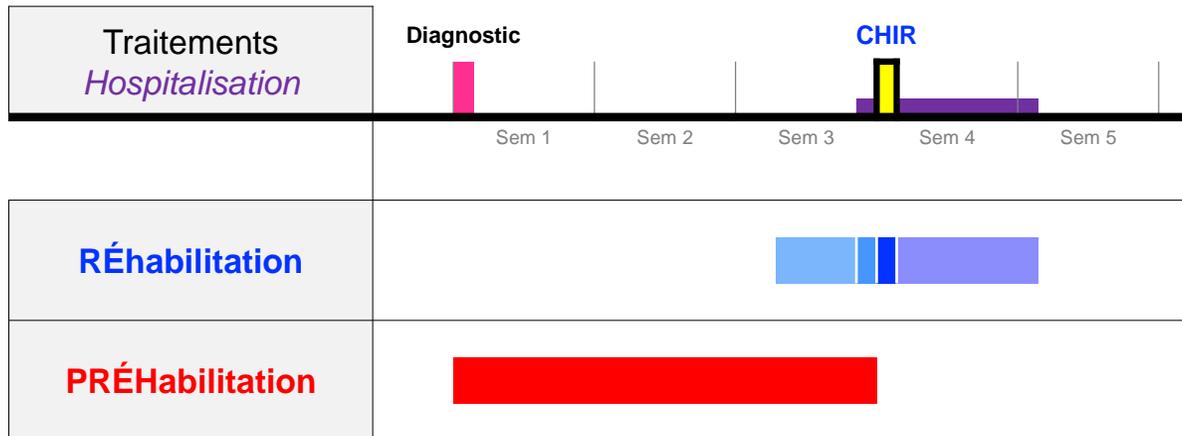
PRÉhabilitation

PRÉvention des déficiences

RÉhabilitation

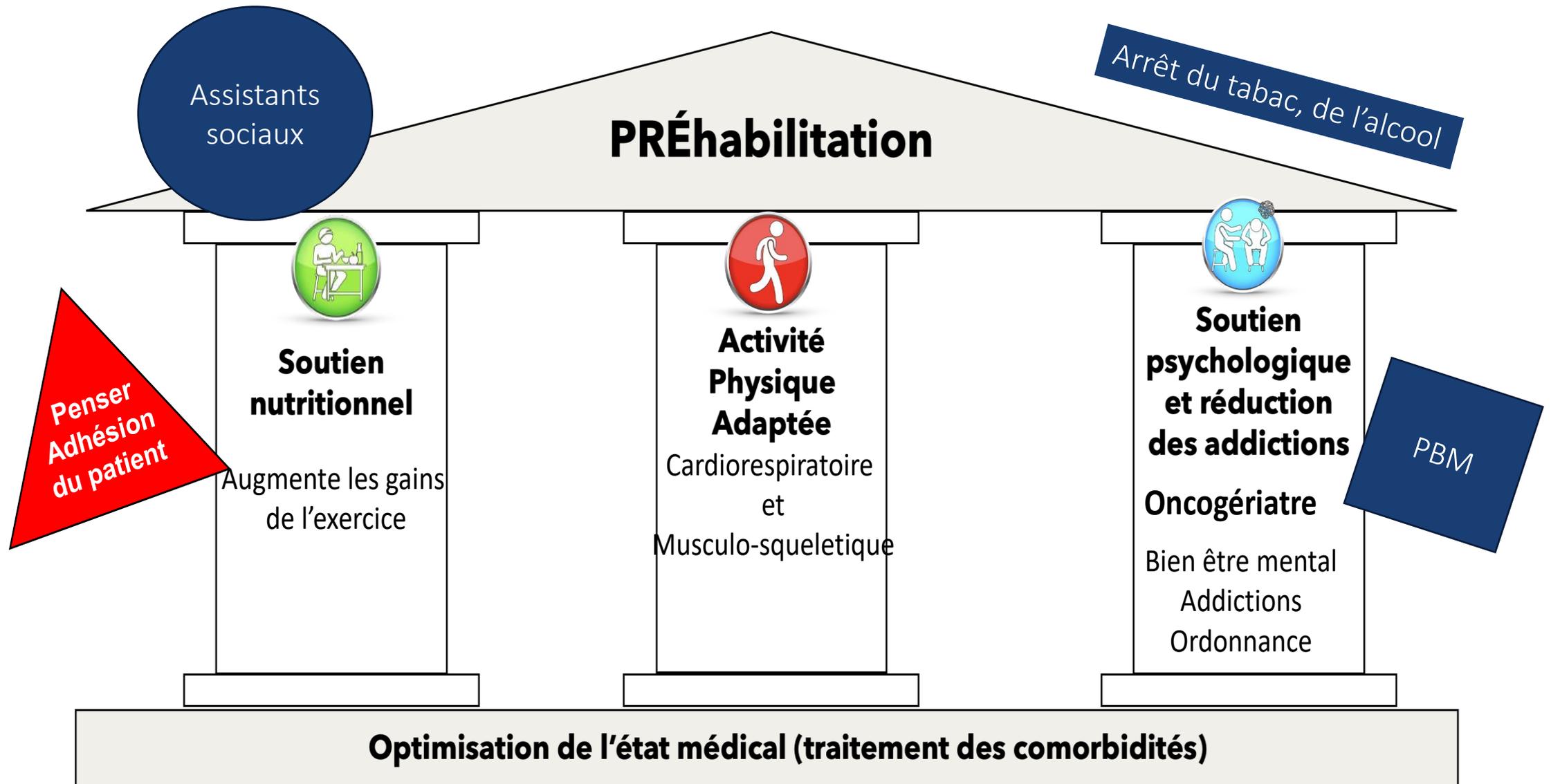
RÉponse aux déficiences

Aborde les déficiences résultant d'un ou plusieurs traitements antérieurs et/ou simultanés¹



➤ **PRÉ**habilitation initiée en **PRÉ**opératoire, 3 à 8 semaines **AVANT** une Chirurgie

Trois piliers concourent à améliorer la capacité fonctionnelle et à renforcer la réserve physiologique des patients:



Mise en place de ces piliers, en quatre phases

Dépistage¹

DÉPISTAGE mené **dès le diagnostic** de cancer

- **Dénutrition & sarcopénie**
- **Diminution de la capacité à l'exercice**
- **Anxiété & Dépression**

Objectifs

- ☐ **Identifier les risques et les minimiser** avant le début du traitement

Évaluation¹

ÉVALUATION **détaillée** pour les **patients à risque**

- **État nutritionnel**
- **Capacité fonctionnelle**
- **État psychologique**

Objectifs

- ☐ **Adapter** le programme de préhabilitation **aux besoins du patient**

Prescription²

PRESCRIPTION **personnalisée** des interventions

- **Soutien nutritionnel**
- **APA**
- **Soutien psychologique**

Objectifs

- ☐ **Palier aux déficiences du patient** grâce au programme de préhabilitation

Ré-évaluation¹

RÉ-ÉVALUATION **régulière** du patient

Objectifs

- ☐ **Adapter la prise en charge** en fonction du déclin fonctionnel qui peut être causé par le traitement

Majorité patients bénéficient >2 interventions





Interventions de préhabilitation	Toujours/ Souvent	Parfois	En pratique
Soutien nutritionnel			
APA			
Soutien psychologique			
Réduction des addictions, cs oncogériatre			Sevrage tabagique et alcoolique
Correction de l'anémie			Traitement médicamenteux
Prise en charge des maladies chroniques			Recours à un spécialiste
Amélioration des situations sociales défavorables			Recours à une assistante sociale



Studies	Proportion of patients that experienced a clinically important improvement in functional walking capacity before surgery (measured with the 6-min walking test)	Potential mechanism for observed improvement*
Exercise prehabilitation, RCT	33% 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Enhance substrate utilisation/metabolic flexibility ● Enhance cardiorespiratory capacity
Nutrition prehabilitation, RCT	50% 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Provide substrate to correct deficiencies and augment physiological reserve
Multimodal prehabilitation, RCT	53% 3	<ul style="list-style-type: none"> ● Provide substrate to correct deficiencies and augment physiological reserve ● Enhance substrate utilisation/metabolic flexibility ● Enhance cardiorespiratory capacity
Multimodal prehabilitation in patients with low functional capacity at baseline (pooled, retrospective analysis)	72% 4	<ul style="list-style-type: none"> ● Patients with greatest functional deficits, attain greatest functional benefits from participating in prehabilitation

1. F Carli et al: Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *Br J Surg.* 2010 Aug;97(8):1187-97.

2. Ch Gillis et al: Prehabilitation with Whey Protein Supplementation on Perioperative Functional Exercise Capacity in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer: A Pilot Double-Blinded Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet.* 2016 May;116(5):802-12.

3. Ch Gillis et al: Prehabilitation versus rehabilitation: a randomized control trial in patients undergoing colorectal resection for cancer. *Anesthesiology* 2014 Nov;121(5):937-47.

4. EM Minnella et al: Patients with poor baseline walking capacity are most likely to improve their functional status with multimodal prehabilitation. *Surgery.* 2016 Oct;160(4):1070-1079.



Chirurgie et RAAC-ERAS

MINIMISER

Réserve et fonction physiologique

Réponse au stress

Outcomes chirurgicaux améliorés

AMELIORER

Préhabilitation

Les patients « préhabilités » sont plus résilients au stress et retrouvent plus rapidement leurs structures et fonctions corporelles normales, même en utilisant les pratiques chirurgicales modernes comme la RAAC.

Trajet de soins chirurgicaux oncologiques « optimisé »

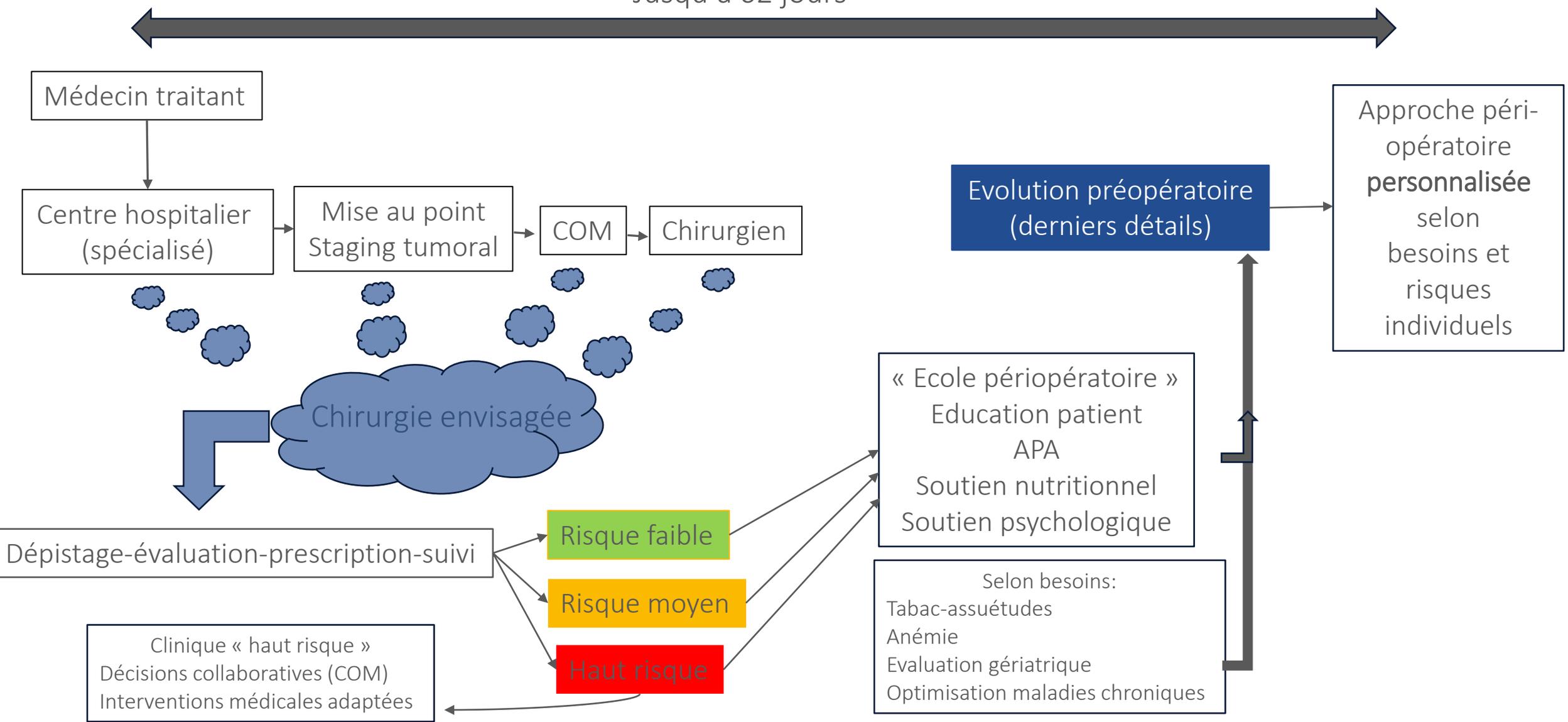
HUB
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS BRUSSEL

INSTITUT JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital Erasme
ULB

Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabrika
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabrika

Jusqu'à 62 jours



02

PROTOCOLE ERAS CYSTECTOMIE RADICALE

Partie diététique

H.U.B





Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): Recommandations nutritionnelles

Objectifs principaux des protocoles ERAS = à minimiser le stress chirurgical, à maintenir l'état nutritionnel, à réduire les complications et à optimiser le taux de guérison

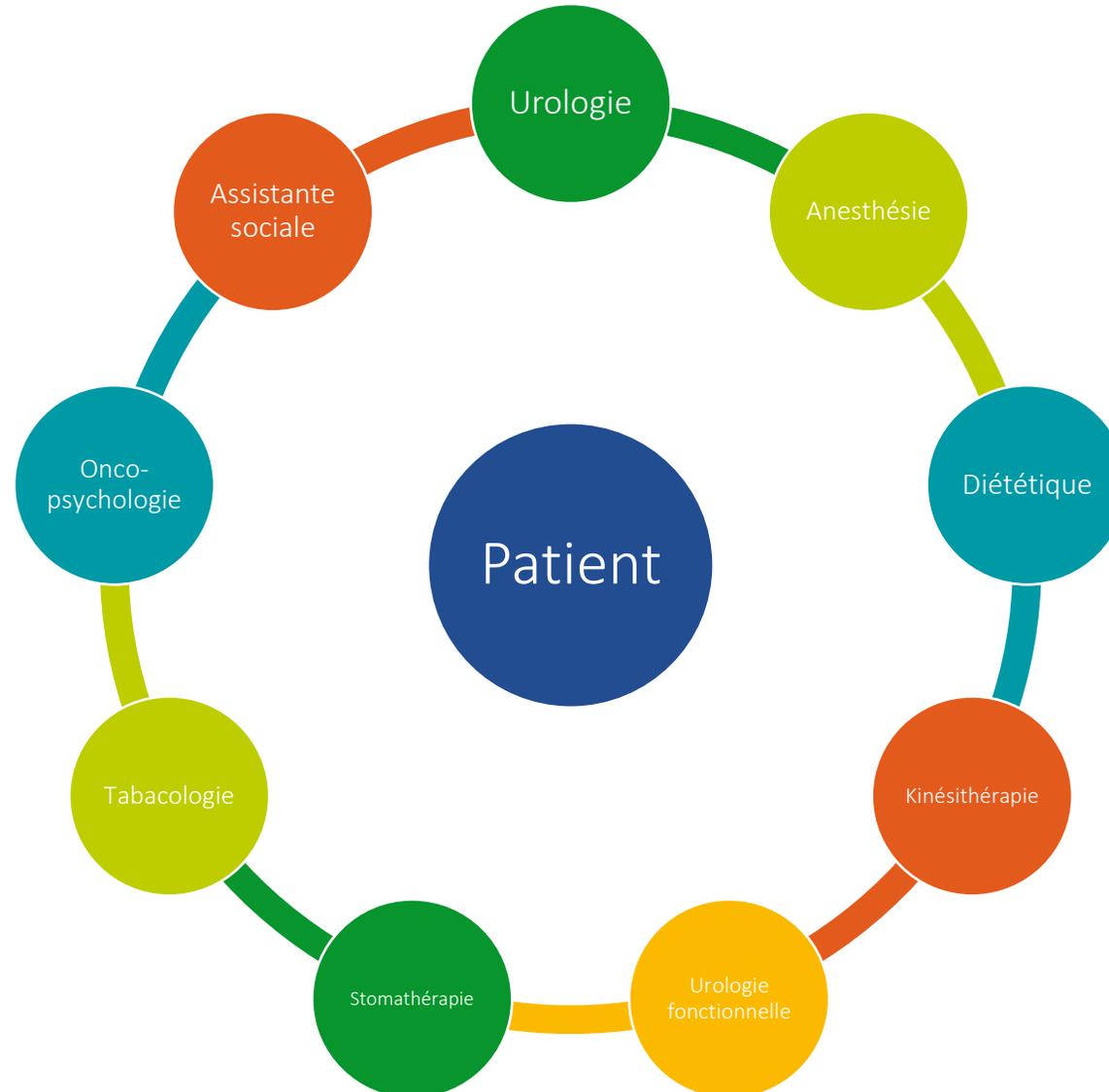
Selon l'ERAS Society :

- 'une charge orale préopératoire en glucides doit être administrée à tous les patients non diabétiques'
- 'un soutien nutritionnel préopératoire doit être envisagé, en particulier pour les patients souffrant de malnutrition'
- 'il est recommandé de consommer des liquides jusqu'à 2h avant l'anesthésie générale' (=éviter le jeune)
- 'une approche multimodale visant à optimiser la fonction intestinale devrait comprendre la mastication de chewing-gum et le magnésium par voie orale'
- 'une nutrition orale devrait être commencée 4h après l'opération

A cela, l'ESPEN recommande :

- 'l'administration d'une immunonutrition péri- ou au moins post-opératoire aux patients dénutris subissant une intervention chirurgicale majeure pour un cancer, à l'aide d'un complément nutritionnel oral immunomodulateur'
- 'si les besoins en énergie et en nutriments ne peuvent être satisfaits par voie orale et voie entérale seule (< 50 % des besoins caloriques) pendant plus de sept jours, l'EN et la PN sont recommandés. La PN doit être administrée dès que possible si la thérapie nutritionnelle est indiquée et s'il existe une contre-indication à l'EN, par exemple en cas d'obstruction intestinale'

Trajet de soins – H.U.B





Consultation diététique

Bilan Pré-opératoire (4-6 sem)

- Évaluation nutritionnelle
- Évaluation de la force musculaire (Hand grip)
- Conseils nutritionnels personnalisés
- Immunonutrition + Solution glucidique + Chewing-gum

Contact téléphonique (1 sem préop)

- Immunonutrition
- Solution glucidique
- Chewing-gum

PEC Post-opératoire (Hospitalisation)

- Suivi réalimentation (J1 TBB ; J3 Digeste ; J4 Ordinaire)
- Suivi pondéral
- Évaluation de la force musculaire (Hand grip)
- (Assistance nutritionnelle)
- Conseils

Suivi Post-opératoire (4 sem)

- Evaluation nutritionnelle
- Évaluation de la force musculaire (Hand grip)
- Conseils



ORAL IMPACT

L'Oral Impact est une solution immune péri-opératoire sous forme de poudre. Elle contient des nutriments spécifiques immunomodulateurs tels que des acides gras polyinsaturés de type Oméga 3 ainsi que des nucléotides, de l'arginine et des fibres solubles.

Indications : Solution prête à boire pour la nutrition péri-opératoire des patients ayant une chirurgie digestive carcinologique :

- En pré-opératoire d'une chirurgie colorectale quel que soit l'état nutritionnel
- En post-opératoire chez les patients dénutris adultes ayant une chirurgie digestive.

Bénéfices :

- Booste le système immunitaire.
- Réduit la réponse inflammatoire.
- Réduit le stress chirurgical.
- Optimise l'état nutritionnel.
- Diminue la durée d'hospitalisation

Posologie :

- Soit 3 sachets/jour pendant 5 jours avant la date de l'opération.
- Soit 2 sachets/jour pendant 7 jours avant la date de l'opération.



418 kcal et 24g de protéines/100gr.
(1 sachet = 74gr)

preOp Nutricia

Le Nutricia preOp est une préparation glucidique claire (0,5 kcal/ml), iso-osmolaire, non gazeuse, aromatisée au citron. Elle ne contient pas de protéines, ni de lipides et de fibres. Elle est sans lactose et sans gluten.

Indication : Aliment Diététique Destiné à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS) pour les besoins préopératoires des patients en chirurgie programmée.

Bénéfices :

- Diminue la résistance à l'insuline.
- Diminue la perte postopératoire de masse maigre.
- Améliore le bien-être du patient.

Posologie et durée d'utilisation

- Dose : 4x 200 ml la veille au soir de l'intervention.
- Dose finale: 2x 200 ml 2 heures avant l'anesthésie.

Contre-indications

- Pour des opérations d'urgence et pour les patients ayant une vidange gastrique ralentie.
- A utiliser avec précautions chez les enfants et les patients diabétiques.
- Ne convient pas aux enfants de moins de un an.



03

CAS PATIENT

H.U.B





Présentation du Cas - Données générales

- Homme - 77ans
- Diagnostic en 08/2020 : Carcinome urothélial papillaire invasif avec différenciation épidermoïde de stade pT2 + adénopathies iliaques gauches et un nodule pulmonaire
- Traitement néo-adjuvant (14/10/2020 – 20/12/2022): 6 cycles de chimiothérapie + Immunothérapie → réponse complète radiologique des métastases mais persistance de la tumeur primaire au niveau de la vessie
- Chirurgie prévue le 03/05/2023 : cystoprostatectomie + enterocystoplastie selon Bricker.

- Le patient vit seul
- Porte des prothèses dentaires
- Le patient est droitier

- Poids de forme = 71 kg
- Taille = 169 cm
- IMC = 24,9 kg/m²



Consultations Pré-Opératoires (1)

Bilan diététique – 06/04/2023

- PF = 71 kg - PA = 70,7 kg
- IMC = 24,8 kg/m²

- Ne présente aucune plainte spontanée
- A pour habitude de manger 2-3R/jour (pas toujours de petit-déjeuner) → aucune perte d'appétit
- Mr n'apprécie pas cuisiner et mange régulièrement des repas préparés

- Hand grip:
 - MD = 40,3 kg
 - MG = 32,3 kg
- ➔ Etat nutritionnel (selon le GLIM) : non-dénutri

- ✓ Explications: Oral Impact, preOP Nutricia, Chewing-gum



Consultations Pré-Opératoires (2)

25/04/2023 - téléphonique

- Toujours aucune plainte spontanée
- Appétit stable

- Etat nutritionnel (selon le GLIM) : non-dénutri

- ✓ Rappel des consignes : Oral Impact et preOP Nutricia

Hospitalisation

03/05/2023

J0 Cystectomie +
Bricker

- Symptôme(s) : /
- Traitement: MEP SNG en aspi
- Alimentation : à jeun à pd de minuit sauf 2x200ml de preOp Nutricia à consommer 2h avant la SOP
- P.A. = 71 kg

06/05/2023

J3 post-cystectomie :
reprise en SOP
(éventration)

- Symptôme(s) : Selles -
- Traitement: SNG en aspi
- Alimentation: Patient toujours à jeun PO

08/05/2023

J5 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles -
- Traitement : SNG en aspi
- Alimentation : A jeun PO + Start TPN 4gN

13/05/2023

J10 post-cystectomie :
reprise en SOP
(laparotomie
exploratrice)

- Symptôme(s): Selles -
- Traitement: SNG en aspi
- Alimentation: A jeun PO + majoration à une TPN 8gN

Hospitalisation

15/05/2023

J12 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles -
- Traitement: SNG en aspi
- Alimentation: A jeun PO + majoration à une TPN 12gN

19/05/2023

J16 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles – mais gaz +
- Traitement: Stop SNG en aspi
- Alimentation: OK liquides clairs + TPN 12gN

20/05/2023

J17 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles +
- Alimentation: OK TBB + TPN 8gN

Hospitalisation

22/05/2023

J19 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles +
- Alimentation: OK régime digeste + TPN 8gN
- P.A. = 64,5 kg
- Cinétique de poids: -8,8% en 1mois d'hospitalisation
→ dénutrition modérée selon le GLIM
- Hand grip: MD = 34,2 kg et MG = 31 kg

24/05/2023

J21 post-cystectomie

- Symptôme(s): Selles +
- Alimentation: OK régime ordinaire
→ STOP TPN

01/06/2023

J29 post-cystectomie → RAD

- Alimentation (au domicile) : régime ordinaire + CNO
- Conseils de sortie : Fractionnement et enrichissement naturel + CNO
- P.A. = 65kg
- Cinétique de poids: -8,5% en 1mois d'hospitalisation
→ dénutrition modérée selon le GLIM



Suivi Post-opératoire

Suivi diététique – 19/07/2023

- J77 post-cystectomie

- PA = 65,1 kg (stable depuis sa sortie d'hospitalisation il y 1 mois)
- IMC = 22,8 kg/m²
- Cinétique de poids: perte totale de 6% en 2 mois
- Hand grip :
 - MD = 35,1 kg
 - MG = 31 kg
- ➔ Etat nutritionnel (selon le GLIM) : dénutrition modérée (perte de poids et force musculaire)

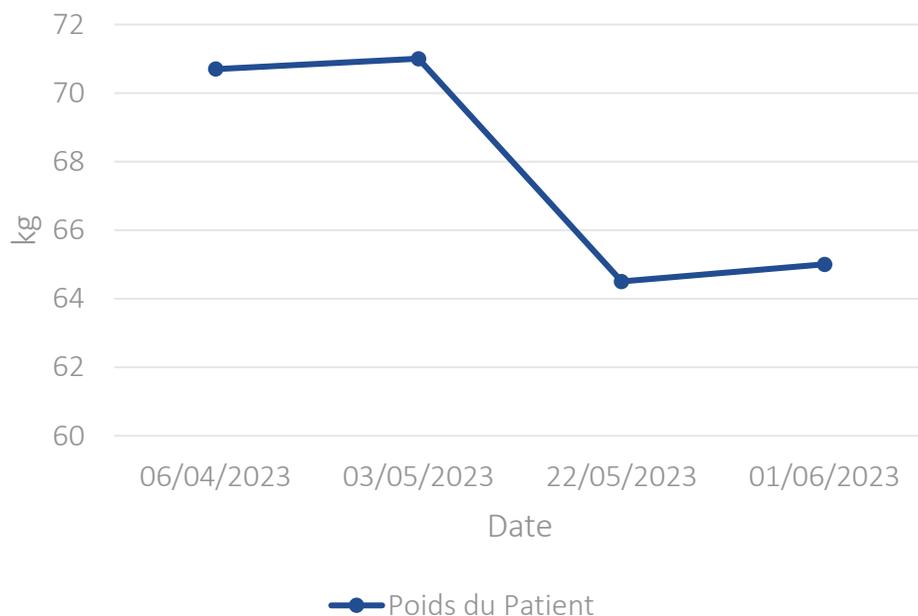
- Alimentation ordinaire – Mr consomme les mêmes quantités qu'avant (2-3R/J) et consomme toujours un CNO à boire/jour

- ✓ Encouragements à poursuivre dans cette voie,
- ✓ Pas de suivi fixé mais Mr reçoit nos coordonnées afin de nous contacter en cas de perte de poids/appétit

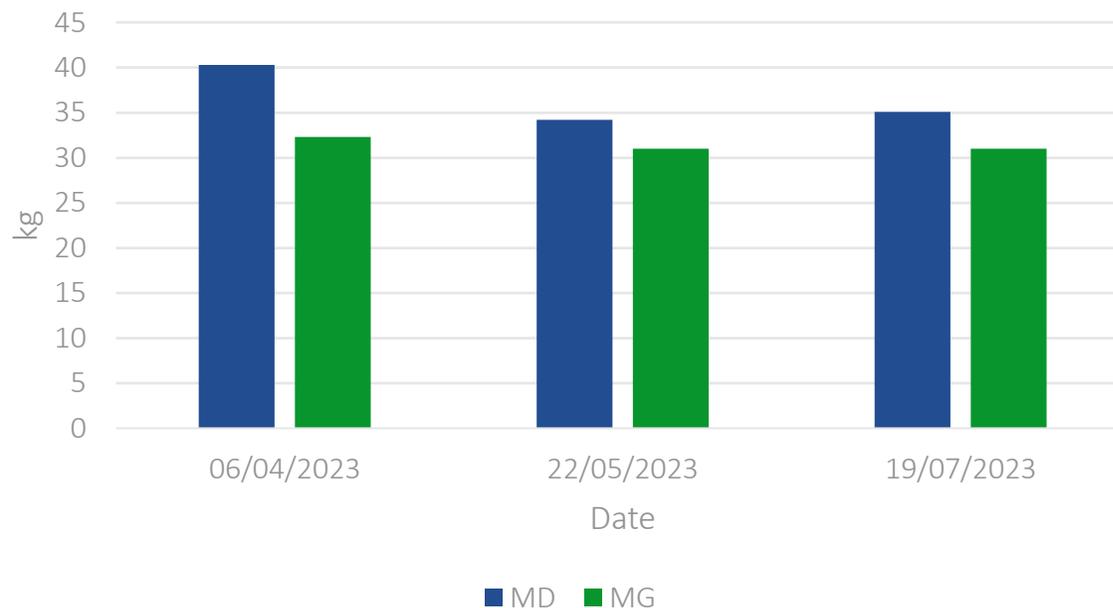
Conclusions Cas Patient

Suivi de l'état nutritionnel

Evolution du poids du patient



Evolution de la force musculaire (Hand grip)



04

ANALYSE
PRISE EN CHARGE
NUTRITIONNELLE
2023

H.U.B

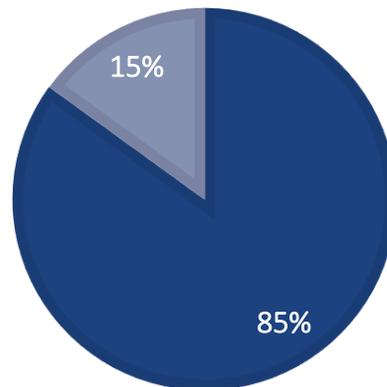


Données patients 2023

N = 20 patients

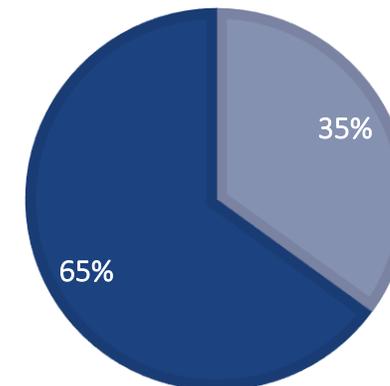
ECHANTILLON

■ Homme ■ Femme



CHIMIOTHÉRAPIE NÉO-ADJUVANTE

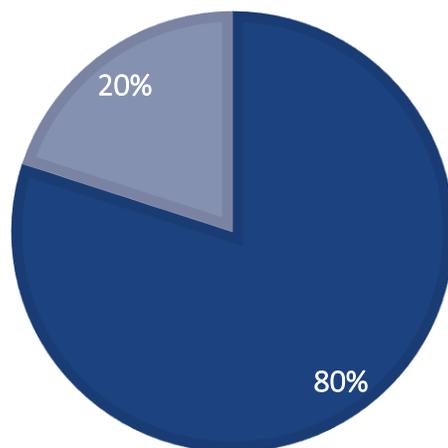
■ Oui ■ Non



Évaluation de la prise de l'immunonutrition et solution glucidique en pré-opératoire

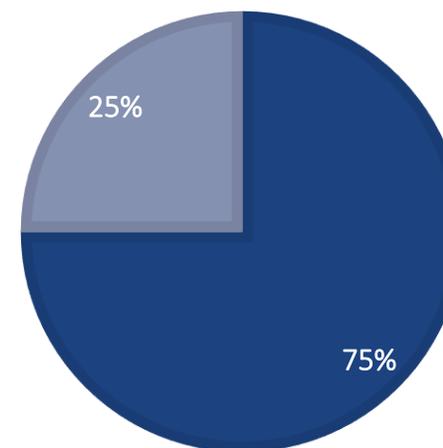
ORAL IMPACT

■ Oui ■ Non



PRÉOP NUTRICIA

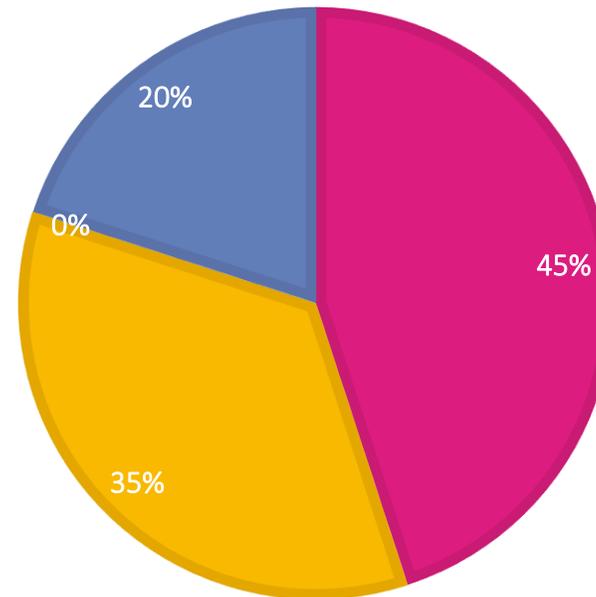
■ Oui ■ Non



Évaluation de la mise en place d'une assistance nutritionnelle en post-opératoire (Hospitalisation)

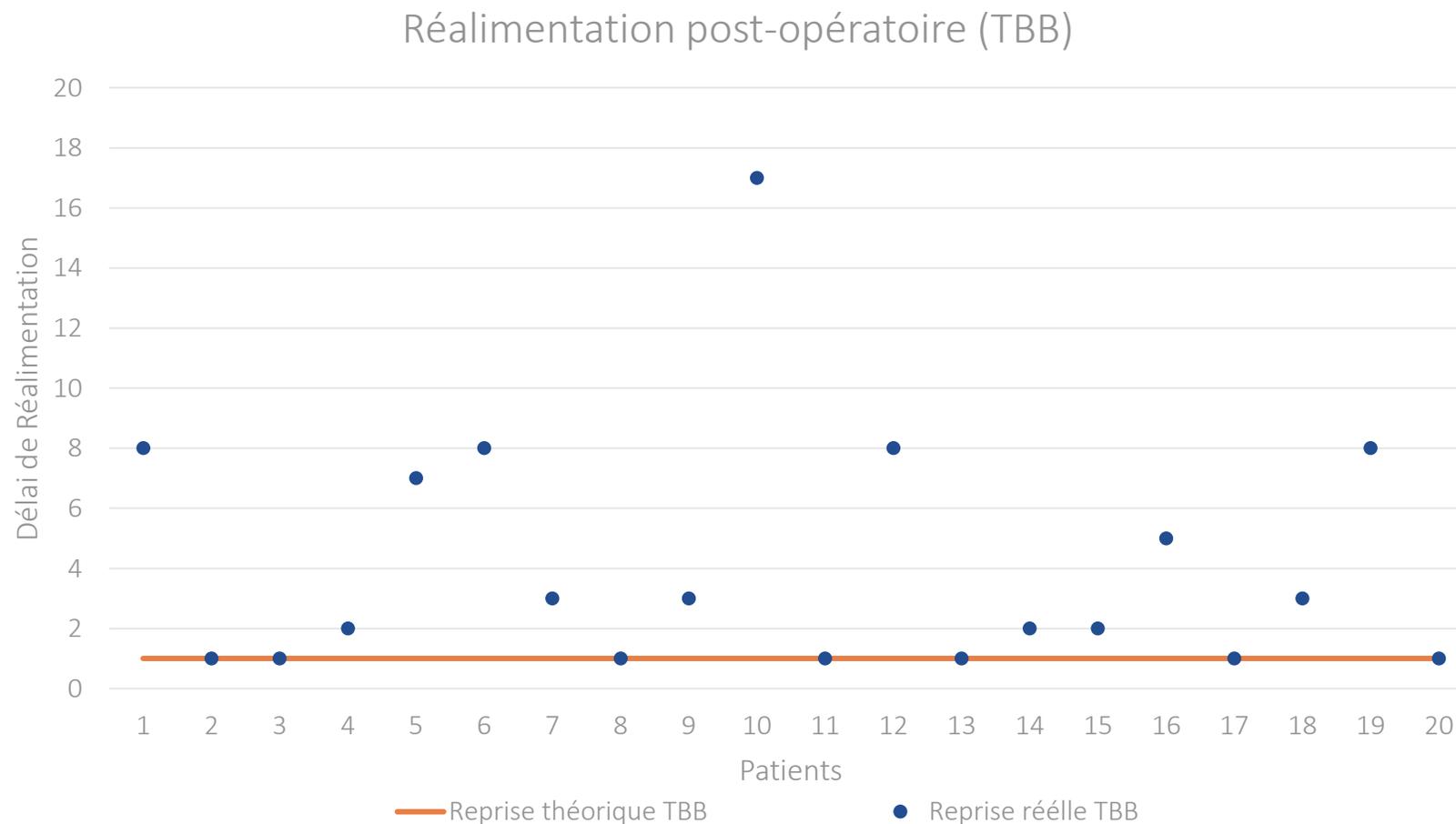
ASSISTANCE NUTRITIONNELLE DURANT L'HOSPITALISATION

Aucun CNO NE TPN



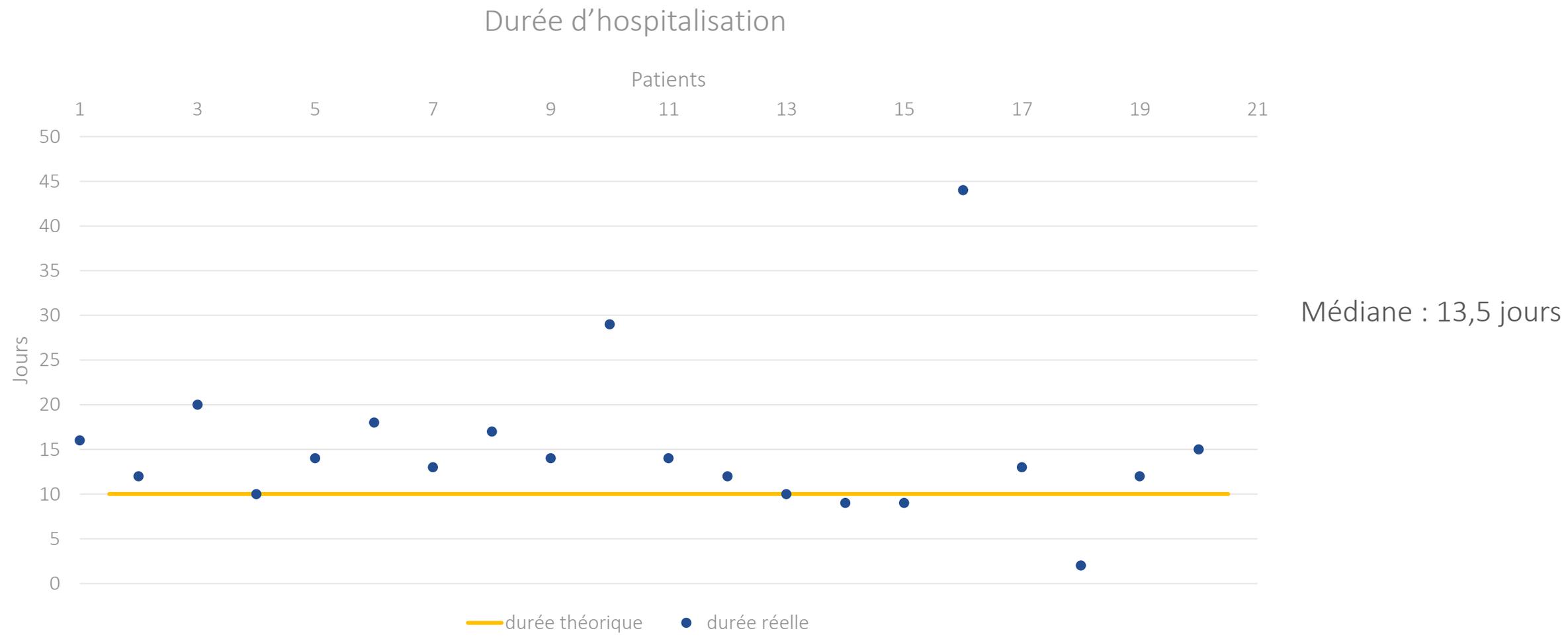
- Délai moyen de mise en place du support nutritionnel : 5,5 jours post-opératoires
- Durée moyenne du support nutritionnel (TPN): 13,5 jours

Analyse du délai de réalimentation post-opératoire



Médiane = 2,5 jours

Evaluation de la durée d'hospitalisation



Médiane des Durées d'hospitalisation selon la littérature

En théorie au HUB:

- 5 à 7 jours si dérivation urinaire de type Bricker
- 14 jours si dérivation urinaire de type néovessie

Selon la littérature :

- 12 jours → réduits à 7 jours

Yanada BA, Dias BH, Corcoran NM, Zargar H, Bishop C, Wallace S, Hayes D, Huang JG. Implementation of the enhanced recovery after surgery protocol for radical cystectomy patients: A single centre experience. *Investig Clin Urol.* 2024 Jan;65(1):32-39. doi: 10.4111/icu.20230282. PMID: 38197749; PMCID: PMC10789537.

- 28 jours → réduits à 20 jours

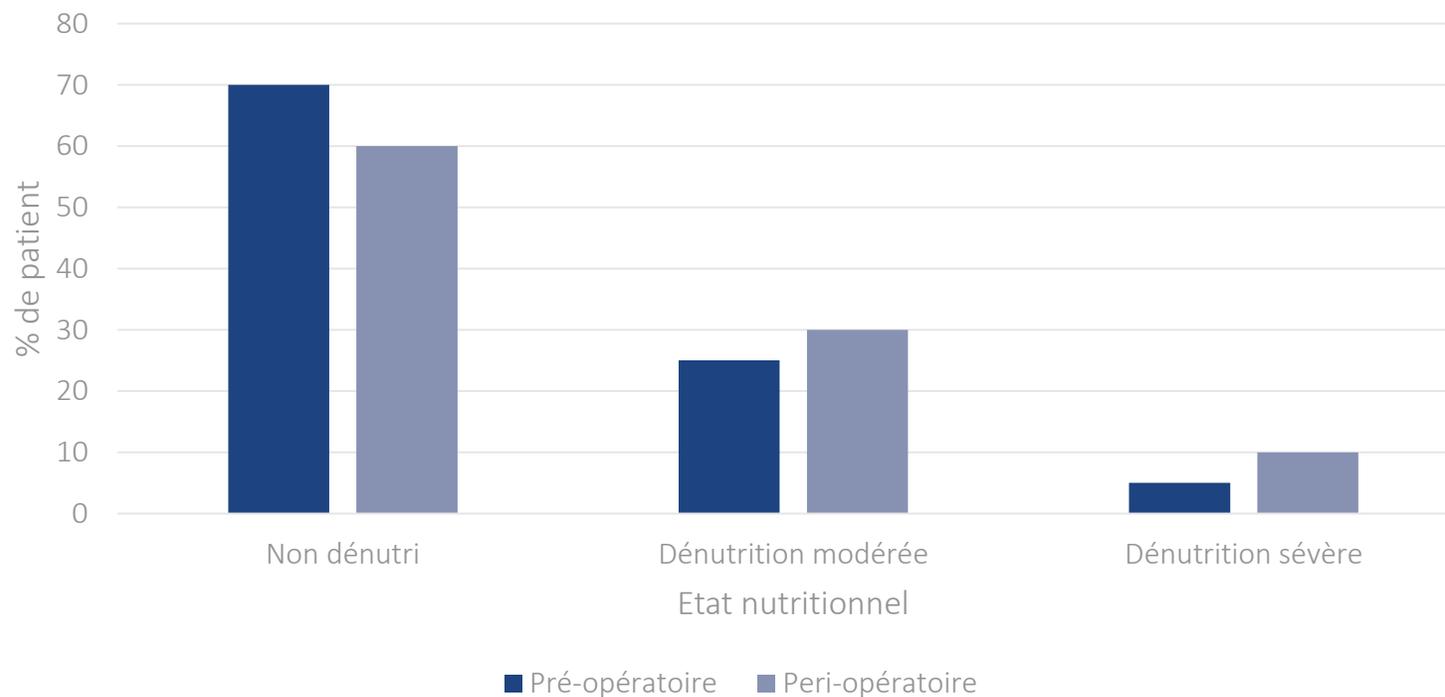
Nagayama J, Yamamoto A, Naito Y, Kamikawa H, Kanazawa H, Asano A, Sho N, Terashima Y. Efficacy of the Addition of Robot-assisted Radical Cystectomy with Extracorporeal Urinary Diversion after an Enhanced Recovery Protocol. *Urol J.* 2024 Feb 28;21(1):40-46. doi: 10.22037/uj.v20i.7752. PMID: 38160260.

- 12 jours → 11 jours

Lannes F, Walz J, Maubon T, Rybikowski S, Fakhfakh S, Picini M, Turret M, Brun C, Gravis G, Pignot G. Enhanced Recovery after Surgery for Radical Cystectomy Decreases Postoperative Complications at Different Times. *Urol Int.* 2022;106(2):171-179. doi: 10.1159/000518163. Epub 2021 Sep 22. PMID: 34569540.

Analyse de l'évolution de l'état nutritionnel en pré-opératoire et post-opératoire (hospitalisation)

Evolution de l'état nutritionnel en pré-opératoire et post-opératoire



04

CONCLUSION

H.U.B





- Début de mise en route du protocole : petit échantillon et données différentes de la littérature (durée de séjour)
- Point d'intérêt de notre analyse: bien que l'utilisation de l'immunonutrition ne soit recommandée que dans les chirurgies digestives, nous l'avons incorporée dans la PEC des cystectomies et les patients y sont compliants (preuve de compli-ance des patients à l'immunonutrition et à la charge glucidique pré-op)
- Objectif : Elargir le protocole ERAS à d'autres chirurgies (digestive, ORL,...).

Pour cela:

- **Coordonner-affiner nombreuses activités disparates** au sein du parcours du patient, de la pré-évaluation jusqu'à la période postopératoire
- Limites des **ressources** et **pressions croissantes** sur les services.
- Doit faire preuve d'**intelligence et de flexibilité organisationnelles**-capacité à travailler en **équipe**.
- Offrir des soins de santé toujours plus efficaces pour **améliorer les résultats chirurgicaux** pour les patients et leur **future qualité de vie**.



MERCI !

DES QUESTIONS ?

H.U.B

