

# Cancer musculo- invasif vésical: cas cliniques

*Irena Fele infirmière*  
*Urobel 2018*



- Décision multidisciplinaire en fonction du bilan réalisé, des comorbidités et de l'âge fonctionnel du patient
- visée curative avec un maintien maximum de qualité de vie et le plus à l'écoute du patient .



- Mr J : 56 ans, marié, 2 enfants , employé.  
fumeur. diverticulite en 2007. bêta-thalassémie .Goutte
- Hématurie. TURB: carcinome urothélial papillaire pT2 HG
- bilan d' extension négatif
- Fonction rénale normale: chimiothérapie néo-adjuvante.
- Cystoprostatectomie+ Studer.

- Mr A :80 ans,marié,1 fils,retraité, vit appartement
- Diabète,HTA,dépression,ADC prostate gl7  
goutte,pneumothorax,troubles cognitifs
- Hématurie en 03/16:TURB:carcinome urothélial+CIS pT1  
HG traité par BCG.
- 07/18:récidive :TURB:pT2 HG
- Bilan d'extension négatif
- Cystoprostatectomie + Bricker

- G8 à 11 **évaluation onco-gériatrique**
- MNA 20/30: risque de dénutrition
- KATZ 6/24 et ECOG à 2: statut fonctionnel
- GDS 5/15: affects dépressifs sous Effexor
- MMSE 24/30: troubles cognitifs > 5ans
- Score de Lee: 11 score pronostic survie
- Patient favorable à la chirurgie mais sévèrement fragile

Comorbidités : bilan et corrections si nécessaire  
cardio, EFR, ...

Avis anesthésiste et examens pré-op.

Information et préparation à la chirurgie: RAAC

**Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale de la vessie par voie robotique et vous avez été informé (e) par votre chirurgien de la récupération améliorée après Chirurgie - RAAC.**

**Ce document vous explique les principes et les différentes étapes de cette prise en charge.**

**Vous êtes invité(e) à le lire attentivement, l'équipe médicale et soignante restant à votre entière disposition pour répondre à vos questions.**

## **Qu'est-ce que la RAAC ? \_\_\_\_\_**

La RAAC ou récupération améliorée après chirurgie est un mode d'approche de l'intervention chirurgicale qui vous permet de retrouver rapidement votre autonomie.

## **Les grands principes de la RAAC \_\_\_\_\_**

→ **Continuer l'alimentation et l'hydratation** le plus tard possible avant l'intervention et les reprendre le plus tôt possible après celle-ci afin que le transit intestinal redémarre au plus vite. Suivre les conseils repris ci-dessous.

→ **Vous lever dès votre retour en chambre** après l'intervention pour maintenir le tonus musculaire et une bonne respiration.

→ **Gérer votre douleur** de manière optimale pour éviter qu'elle n'entrave le retour rapide à l'autonomie.

→ **Vous permettre un retour rapide à l'autonomie** pour diminuer le risque de complications post-opératoires (infections pulmonaires, thrombophlébites,...).

## **Les différentes étapes \_\_\_\_\_**

### **Avant l'intervention :**

→ **Arrêt du tabac 4 semaines avant.** On peut vous proposer une aide en consultant notre tabacologue, monsieur Jacques Dumont au 02.555.37.73 ou 02.555.34.20.

→ **Arrêt de l'alcool 4 semaines avant.**

→ **Une renutrition** pourra éventuellement être proposée par la prise d'un complément appelé « **Oral impact** » qui vous sera prescrit.

→ **Exercice Physique** : Faites au moins une promenade de 30 minutes / jour en plus de vos activités quotidiennes.

Vous pouvez vous aider en utilisant les applications « santé » disponibles sur votre smartphone Android @ou Apple@ pour faire environ 10000 pas/jour.

→ **Aucun régime à suivre** à la maison et alimentation normale jusqu'à minuit la veille de l'intervention.



## **La veille de l'intervention \_\_\_\_\_**

→ **Admission** et installation dans votre chambre. Une « blouse d'opéré » et des bas de contention vous seront remis pour la prévention des thrombophlébites.

→ **Prendre 1 litre** de jus de pomme la veille. **Sauf si vous êtes diabétique.**

## **Le jour de l'intervention : Jour 0**

→ **Préparation** : Rasage de l'abdomen et douche avec un savon antiseptique (HIBISCRUB) le matin de l'intervention.

→ Vous pourrez prendre une **boisson claire ou sucrée**, maximum 400ml, jusqu'à 2 h avant l'intervention ( Ice tea, Nestea, Oasis, eau sucrée, eau avec sirop).

**Attention pas de lait ni de boissons gazeuses et pas d'aliments solides.**

→ Si nécessaire, une **prémédication** par voie orale vous sera donnée avant de descendre en salle d'opération. Votre traitement habituel sera continué ou non sur prescription médicale.

## Après l'intervention

→ **Douleur** : elle sera contrôlée par administration d'antalgiques par voie intraveineuse.

## Le lendemain de l'intervention

### Jour +1

→ **Respiration** : Le kinésithérapeute vous aidera à retrouver une ventilation correcte à l'aide d'exercices respiratoires.

→ **Mobilisation** : un premier lever **avec une aide** aura lieu. Fauteuil pendant 1h et marche pendant 10 minutes avec le kinésithérapeute.

→ **Alimentation** : eau jusqu'à 500ml et reprise alimentation légère. Le chewing-gum favorise la reprise du transit. Veuillez en apporter lors de votre hospitalisation.

### Jour +2 à 7

→ **Mobilisation** : Vous augmenterez votre périmètre de marche et vous monterez les escaliers avec le kinésithérapeute.

→ **Alimentation** : eau ou boissons non gazeuses et reprise alimentation normale.

→ **Appareillage** : les cathéters de perfusion seront retirés après une prise de sang de contrôle. Le drain est également retiré en général.

→ **Douleur** : elle pourra être traitée par des antalgiques oraux.

→ **Cicatrices** à l'air libre.

### Jour +8 à 12

→ **Appareillage** : retrait des sondes urétérales.

→ **Sortie** : Remise des documents et prescriptions par le médecin.

## Une fois chez vous...

→ Une **première consultation** avec le chirurgien aura lieu 2 semaines après votre sortie de l'hôpital.

→ En cas de **problème** vous pouvez contacter aux heures ouvrables (8h-18h), le service d'urologie au 02.555.52.58 / 02.555.31.39 / 02.555.35.43.

En dehors de ces heures, prendre contact avec le service des Urgences au 02.555.34.02 ou 02.555.34.05.

## Quelques précautions

→ **Eviter de porter des charges lourdes** (>3 kg) pendant 2 mois.

→ **Garder une alimentation équilibrée** en évitant toutefois les excès.

→ **Les injections d'anticoagulants** devront être poursuivies à domicile pour une durée de 30 jours. Les bas de contention devront être portés 15 jours.

→ **Les douches sont autorisées** mais pas de bain avant le 15<sup>ème</sup> jour post-opératoire.

→ **Les fils sur les cicatrices** partiront tout seul car ils sont résorbables.

→ Vous devez impérativement **rappeler** le service d'urologie au 02.555.52.58 / 02.555.31.39 / 02.555.35.43 **si les urines deviennent rouges.**



- 24h avant intervention
- Examen clinique et contrôle sanguin
- Préparation kiné (*respiratoire & mobilisation*)
- Préparation cutanée et repérage stomie (*hibiscrub & tonte*)(*si Bricker*)
  
- Informations et réponses au patient



- Patient à jeun 2 h avant SOP (juste boissons le matin)
- Durée de l'intervention:  $\pm$  5h pour le Studer  
 $\pm$  4h pour le Bricker
- Rôle infirmier en salle :check list et préparation du patient et de son traitement habituel pour le J1 .
- Le patient passe une nuit en salle de réveil

## ▪ Appareillage

- Lunettes ou ventimasque pour O<sub>2</sub>
- Sonde gastrique ou non
- cathéter central à 2 voies
- 1 ou 2 penroses ou drains
- 2 sondes urétérales
- 1 sonde vésicale (Studer)

# PHOTO APPAREILLAGE

- Bricker

- Studer



## ▪ Intraveineux

- Hydratation: 1 à 2 litres de soluté (mixte) dénutri)
- **Médication**: PCA, paracétamol, AINS (*si pas de CI*)  
Lysomucil© si Studer, Nexiam© , Litan©
- Prévention : héparine de bas PM: clexane©  
aérosols: Duovent©

## ▪ Autres

- Traitement habituel du patient !



- Surveillance hémodynamique
  - Bilan In / Out
  - Contrôle paramètres
  - Contrôle sanguin
- Surveillance et prévention des complications
- Dépistage et suivi du délirium (sécurité)
- Collaboration avec médecins et paramédicaux
- Soutien et écoute du patient
- Spécificité : perméabilité des sondes



## L'acte chirurgical entraîne pour le patient:

### 1. Immunité réduite

- **Notre Rôle**: surveillance t°, plaies, asepsie des soins, prise de sang (CRP)

### 2. Hypercoagulabilité sanguine prolongée

- **Notre Rôle**: bas de contention, mobilisation précoce,  
! douleurs mollets, rythme cardiaque

### 3. Altération pulmonaire

- **Notre Rôle**: position adaptée, surveillance ventilation, mobilisation précoce, contrôle douleur, collaboration kiné.



## 4. Troubles métaboliques: ***Catabolisme***

- **Notre Rôle**: réalimentation dès que possible, surveillance et correction des nausées, alimentation adéquate, collaboration diététicienne, contrôle glycémie.

## 5. Altération motilité du tractus digestif

- **Notre Rôle**: suivi péristaltisme, 1<sup>ères</sup> selles, alimentation progressive, mobilité précoce, collaboration diététicienne et médecin.





## 6. Douleur:

- Activateur de stress.
- Prolonge la durée de convalescence.
- Retarde la récupération fonctionnelle.
- Notre Rôle: évaluer et contrôler la douleur.

## 7. Prévention complications du décubitus

- Notre Rôle: aider et stimuler le patient à retrouver son autonomie le plus vite possible, matelas alternating si patient fragile.(Braden)

## Les Sondes Urétérales



- Notre Rôle: maintenir la perméabilité des sondes pour protéger les sutures opératoires et la fonction rénale.

### Actions:

- Surveillance urines /4h. Si diminution de quantité d'urines, hématurie, augmentation subite des liquides des drains et/ou douleur 'anormale' du patient, faire un rinçage aseptique de 10 ml NaCl 0.9% en récupérant les 10 ml et en vérifiant la perméabilité.
- Réfection et surveillance du pansement.
- nettoyage au NaCl 0,9% de la stomie.

Sonde vésicale :

Maintenir la perméabilité



- Assurer une protection des sutures de la vessie iléale.

Actions:

- Rinçage aseptique 3x/jour minimum avec 30ml de NaCl 0.9%
- Adapter la fréquence selon la quantité de mucus et/ou les fuites au pourtour de sonde.

## Les drains



- \* Surveillance volume et aspect du liquide
  - Evaluer les pertes et dépister précocement les fuites de la vessie iléale ou des anastomoses du Bricker
- \* Actions :
  - Surveillance toutes les 4h de la quantité  
Si augmentation subite, faire un rinçage dans les sondes et faire un dosage d'urée-créat.
  - Pansement : poche de drainage pour évaluer la quantité et l'aspect, réfection à 72 h
  - Mobilisation et retrait des drains sur ordre médical

- J1: stop O<sub>2</sub> et stop SG si présente
- J2: stop PCA
- J2à3: si ok, mobiliser 1 penrose/drain
- J3-J5: stop cathéter central en fonction de la reprise alimentaire, de l'état du patient et des résultats sanguins. retrait du penrose /drain mobilisé.
- J8-J12: retrait 1<sup>ère</sup> sonde urétérale, 24h après la 2<sup>ème</sup> sonde urétérale. 24h après retrait de la sonde vésicale si Studer.
- Retrait des agrafes ou fils avant sortie.

## Rôle infirmier:

- Information pour l'hygiène et la surveillance des plaies, bas de contention, injections hbpm sous-cutanées
- évaluation de la régularité des mictions, informations sur fuites et moyens de protection.
- Passage stomathérapeute : évaluation, éducation
- Remise des prescriptions et des rdv, réponses aux questions éventuelles

**Passage de la Kinésithérapeute** dès le retrait de la sonde vésicale pour informer et éduquer le patient afin d'assurer une bonne vidange vésicale (position assise) et une rigueur dans la fréquence des mictions.

**Collaboration avec l' Assistante Sociale** dès début du séjour pour optimiser les conditions du retour au domicile

## Pour le suivi oncologique : imagerie tous les 3 mois

### Pour Mr J:

#### **problèmes à court terme :**

diminution de la qualité du sommeil  
incontinence nocturne

#### **problèmes à long terme :**

infections urinaires , insuffisance rénale

### Pour Mr A:

#### **problèmes à court terme**

gestion stomie, fuites, irritations cutanées

#### **problèmes à long terme**

Infection urinaire, hernie de stomie

- Il est important d'avoir une prise en charge multidisciplinaire dès la phase préopératoire pour répondre au mieux à tous les besoins du patient jeune ou âgé et ainsi assurer un retour au domicile dans des conditions optimales.





**MERCI POUR VOTRE ATTENTION!**