

Cystoprostatectomie robot assistée avec dérivation transiléale type Bricker

38 eme Journée Nationale d'Etude et de Perfectionnement de l'UNAIBODE

Dr B. Faivre d'Arcier

A. Jardin , IBODE

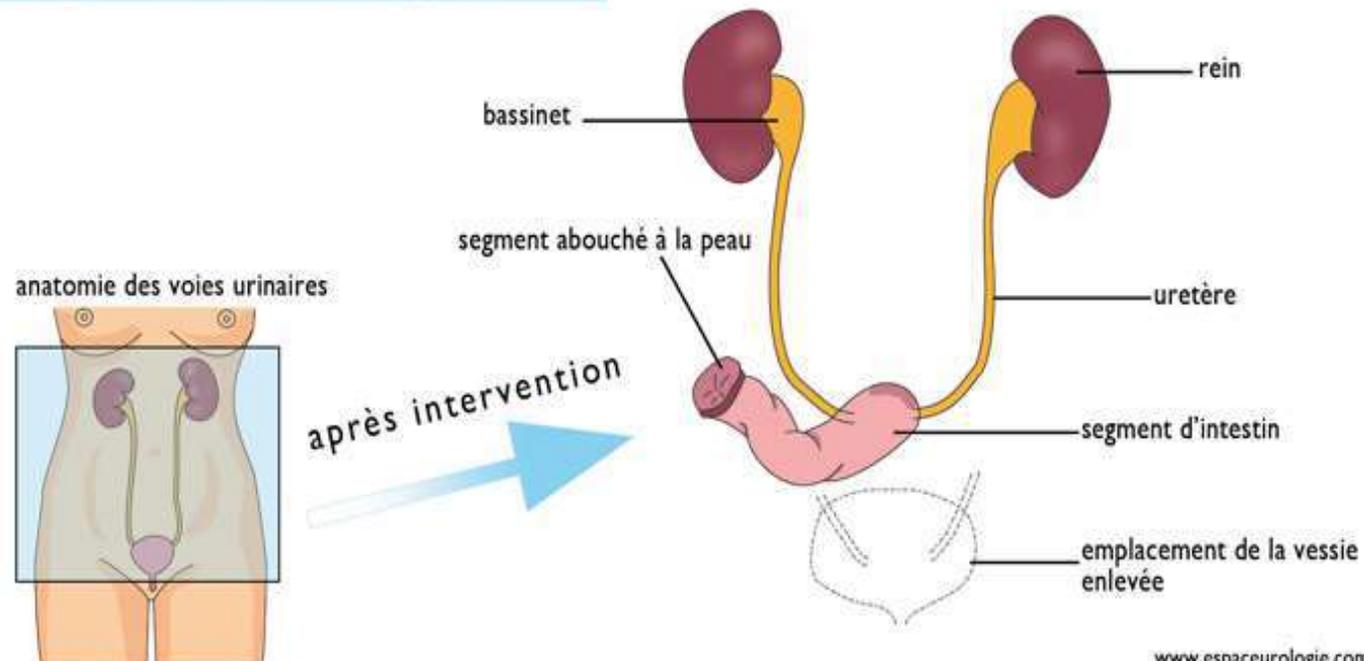
Définition

Ablation de la vessie et de

- **Prostate** et vésicules séminales chez l'homme (cysto-prostatectomie)
- **Utérus et face antérieure du vagin** chez la femme (pelvectomie antérieure)

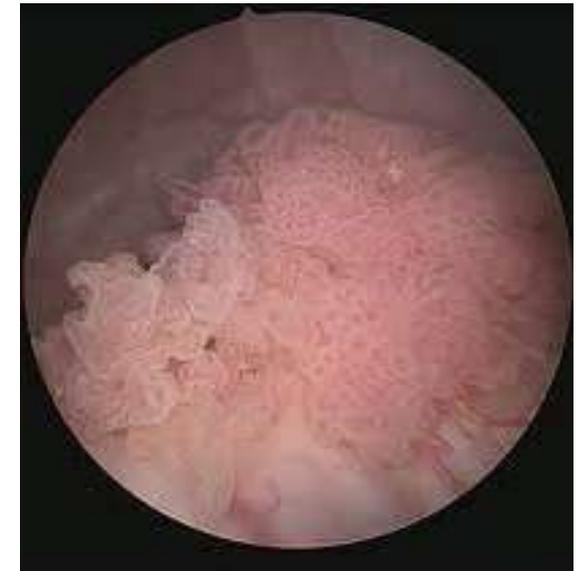
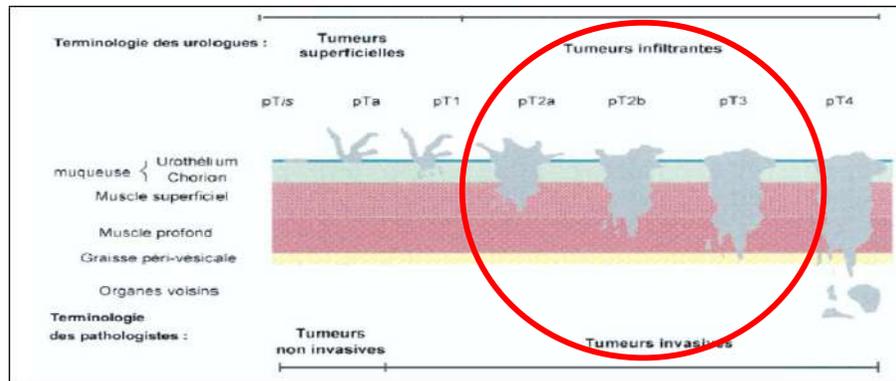
Suivi d'un temps de **reconstruction** avec une partie de l'intestin grêle (iléon) **abouchée à la peau**

dérivation urinaire de type Bricker



Indications

- **Tumeur de vessie**



- **Vessie neurologique**

- Contre indication:

- Maladie non curable
- Pathologie inflammatoire intestinale
- Patient « unfit »

Historique

- 1950 : 1^{ere} dérivation transiléale par Eugène Bricker
- 1992 : 1^{er} cas laparoscopie
- 2002 : 1^{er} cystectomie+ reconstruction intra
- 2003: publication de la 1^{ere} cystectomie robot
- 2009: 1^{ère} cystec robot à Tours

Récupération Améliorée Après Chirurgie

La RAAC = programme de prise en charge globale du patient avant/pendant/après la chirurgie = diminution du stress du patient = réduction des complications opératoires = favoriser le retour à l'autonomie = améliorer le travail de l'équipe

ERAS®

La réussite de ce programme, le succès de chacun est fondamental. Cela nécessite une participation active du patient et de toute l'équipe entière.

Le système Da Vinci Xi



Consoles chirurgien



Colonne vidéo et chariot patient

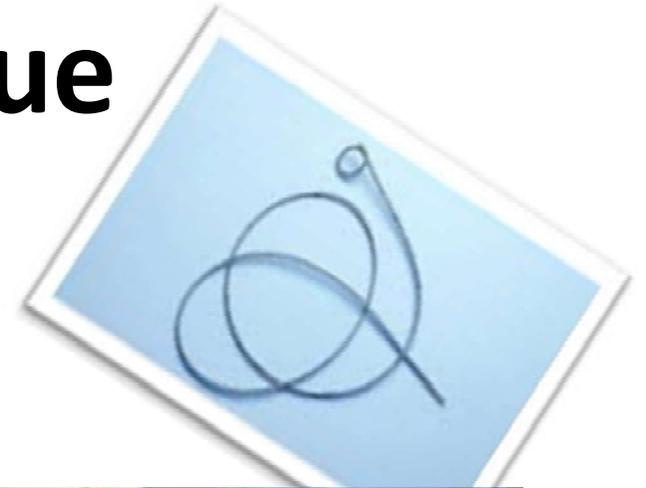
Les DM

- Chirurgie standard et coelio
- Les trocarts
- Les pinces robot
- Les optiques 0° ou 30°
- Housses /tip cover
- Mandrin et capuchon trocart (canula seal)



Matériel spécifique

- 1 robot !!! et ses consommables
- Endo GIA laparoscopique ou robotique: Sureform
- Vessel Sealer
- Tuteurs urétéraux
- Du personnel formé et motivé



Prix des consommables courant

- Housse bras robot 62 euros
- Housse colonne 21 euros...
- Pince robot moyenne de 2800 euros
- Exemple pour une cystectomie de prix de revient consommables env. 2200 euros (sans vessel sealer/sureform)



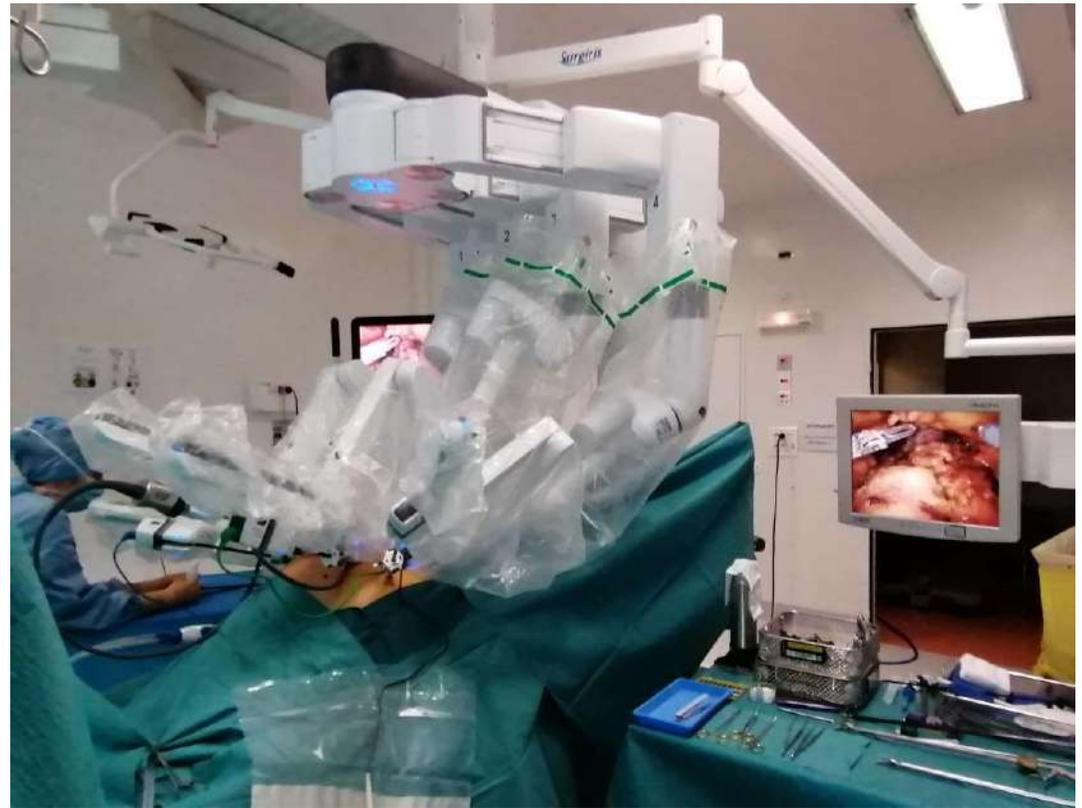
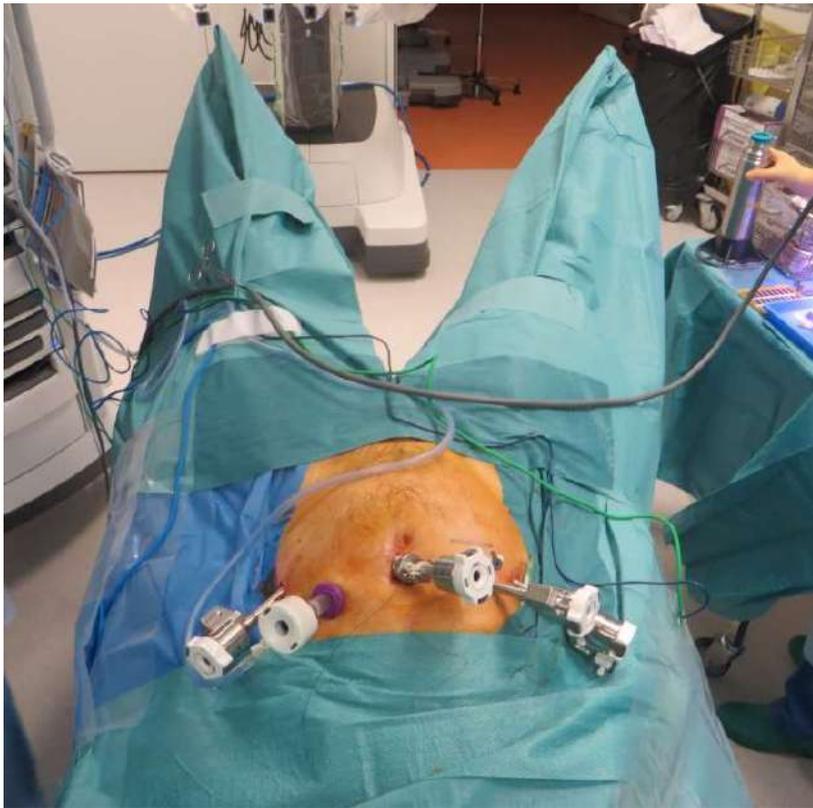
Installation du patient

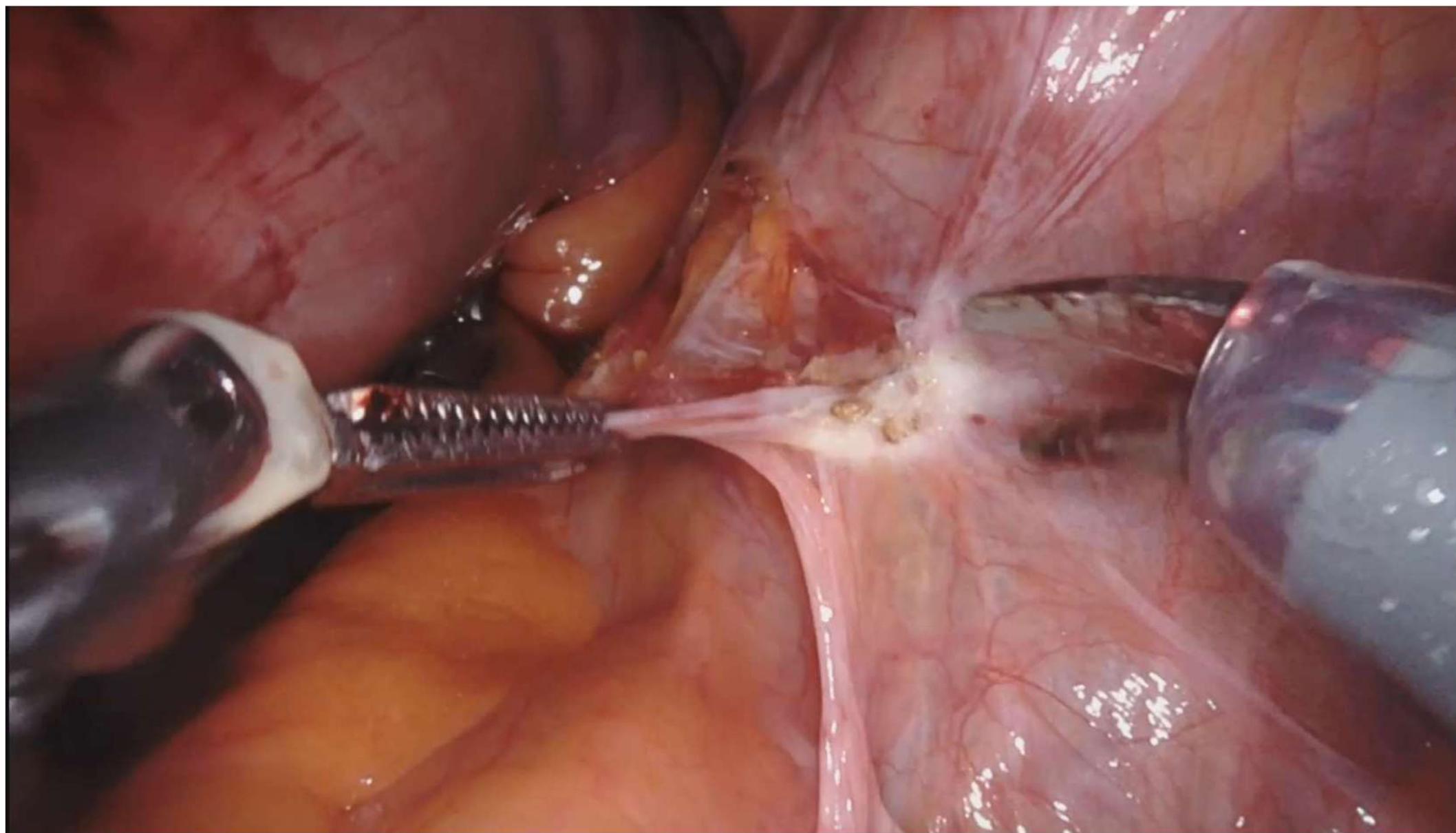


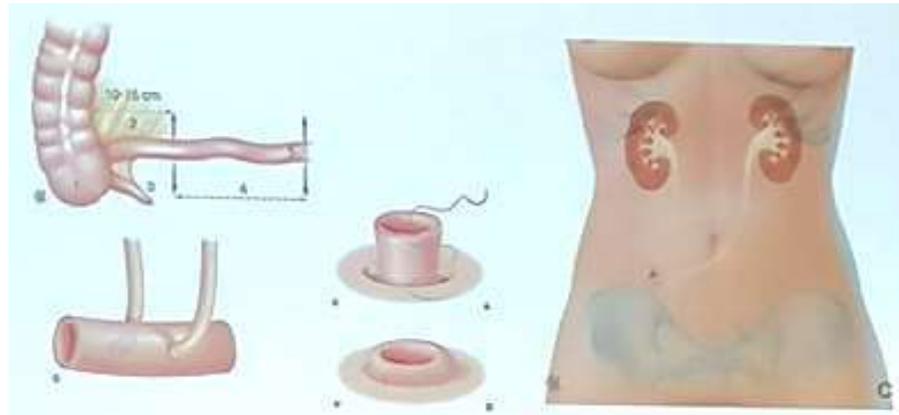
Temps Opératoires

La cystectomie

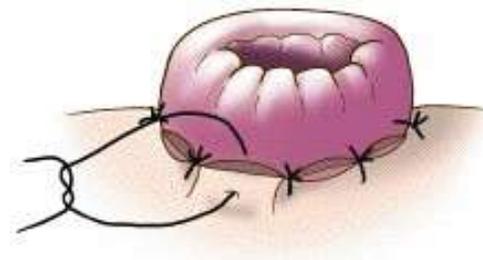
- Mise en place des trocarts puis docking







- Préparation de la stomie et extériorisation du greffon
- Sortie de la pièce op et fermeture
- Drainage?



Les « gags » per op

- Problème de communication
- Anastomose des uretères du mauvais coté du Bricker
- Mise en place compliquée de la JJ
- Greffon trop court pour monter à la peau
- Oubli de la pièce opératoire en intra



Complications per op

- Plaies vasculo-nerveuses
- Plaies digestives
- Liées à la coelioscopie



Parcours du patient RAAC

Cystectomie type
bricker

Avant la chirurgie : organiser parcours patient

RDV chirurgien

RDV IDE RAAC = Présentation et
organisation journée HDJ en ambu
:

- IDE annonce
- stomathérapeute
- anesthésiste
- séance kiné pré-op
- diététicienne
- psychologue/sexologue

*Le patient doit rester actif et
manger normalement/diminuer ou
arrêter sa consommation de tabac
et d'alcool*

Entre la veille avec
repérage de la stomie

L'IDE RAAC appelle le patient
au moins 2 fois avant son
entrée sur des dates
choisies afin de rassurer le
patient et de compléter le
dossier avec les examens
demandés

Pendant le chirurgie : harmonisation des pratiques

Chirurgical = coelio ou
robot/moins de drainages
possibles/pas de SNG en
post -op

Anesthésie = protocole
prévention NVPO en
systématique/pas de
morphine/
réchauffement du
patient/contrôle du
remplissage

Après la chirurgie : réhabilitation précoce

Reprise alimentaire et
mobilisation précoce =
contrôle de la douleur et
des nausées

Education patient à sa
stomie

Organisation sortie avec
matériels de
stomathérapies =
favoriser les prestataires

Parcours du patient RAAC

Avant la chirurgie : organiser parcours patient

RDV chirurgical

RDV IDE RAAC = Présentation et organisation journée HDJ en ambu

- IDE annonce
- stomathérapeute
- anesthésiste
- séance kiné pré-op
- diététicienne
- psychologue/sexologue

Le patient doit rester actif et manger normalement/diminuer ou arrêter sa consommation de tabac et d'alcool

Cystectomie type bri

avec repérage de la

et le patient au
nt son entrée sur
es afin de rassurer
compléter le
examens

Pendant la chirurgie :
harmonisation des pratiques

Chirurgical = coelio ou robot/moins de drainages possibles/pas de SNG en post-op

Anesthésie = protocole prévention NVPO en systématique/pas de morphine/réchauffement du patient/contrôle du remplissage

Parcours du patient RAAC

Cystectomie type bricker

Avant la chirurgie : organiser patient

- RDV chirurgien
- RDV IDE RAAC = Présentation et organisation journée HDJ en ambu
- IDE annonce
- stomathérapeute
- anesthésiste

● Période préopératoire

A domicile

- Tous les patients sont vus par la diététicienne.
- Le patient continue de se nourrir normalement.
- Prise de CNO (Compléments Nutritionnels Oraux) ou nutrition entérale si besoin.
- Pas de préparation digestive.

La veille du bloc

- Le patient poursuit ses habitudes alimentaires.
- Il doit boire **800 ml de jus de pomme entre 16h et 22h/**
Patient diabétique = 400 ml de jus de pomme.

Le matin du bloc

- Aliments solides jusqu'à 6h avant la chirurgie.
- Boissons liquides 2h avant de descendre au bloc (eau/café noir/thé/jus de raisin) + **200 ml de jus de pomme.**

Patient diabétique → pas de boissons = perfusion de glucose



Entre la veille avec repérage de la stomie

L'IDE RAAC appelle le patient au moins 2 fois avant son entrée sur plates choisies afin de rassurer le patient et de compléter le dossier avec les examens indiqués

Avant le chirurgie :
évaluation des pratiques

coelio ou
sans de drainages
pas de SNG en post –

protocole
NVPO en
que/pas de morphine/
niveau du
contrôle du remplissage

Parcours du patient RAAC

CYSTECTOMIE ROBOT PROTOCOLE ANESTHESIE RAAC

- Arrivée du patient au bloc à pied, accompagné du brancardier
- Accueil et check-list
- **Réchauffement par couverture chauffante et réchauffeur de perfusion**
- Pose de **2 VVP** : VVP n°1 de 18G ou 20G avec octopus et prolongateur. VVP n°2 de 16G ou 14G avec réchauffeur de perfusion. **Pas de KTC systématique**
- Fluido à proximité
- Monitoring scope, PA, SpO2
- Monitoring de la curarisation
- Bis
- **Compression pneumatique intermittente et BAV**

- NAD diluée 25µ/ml IVSE dès l'induction
- **Anesthésie générale** par Propofol AIVOC, Sufentanil en bolus, curarisation en bolus
- Sonde thermique œsophagienne et SNG
- **Monitoring hémodynamique** par STARLING +/- KTA +/- Vigileo, ou Massimo
- GDS artériel de référence en début d'intervention si KTA
- **Antibioprophylaxie** par Augmentin 2g IVL (4g si poids >100kg et IMC >35), réinjection 1g IVL à H2. **Si allergie Pénicilline** : Gentamicine 5mg/kg + Métronidazole 1g en IVL dose unique
- **Remplissage vasculaire restrictif**, privilégier solutés balancés RL ou Isofundine, débit 5ml/kg/h
- **Ventilation pulmonaire protectrice** (VT 5-7 ml/kg, PEP 4-6 cmH2O)
- Manœuvre de recrutement alvéolaire avant incision ou insufflation, et en fin d'intervention
- **Analgésie péropératoire** par Xylocaïne et/ou Kétamine IVSE

- **Prévention NVPO systématique** avec 3 agents antiémétiques (Dexaméthasone, Droleptan et Ondansétron) **avant le réveil**
- **Infiltration des trous de trocart en fin d'intervention** ou TAP bloc ou KT d'infiltration si laparotomie par Naropeine 2mg/ml (max 3mg/kg)
- **Décurarisation pharmacologique**
- **Analgésie multimodale** (Paracétamol, Spasfon, Acupan, AINS si pas de contre-indication). Attention aux horaires de prise de la prémédication antalgique
- **Retrait de la SNG en fin d'intervention**
- Pas de drainage systématique (1 lame + 1 shirley)

- **Pas de prescription de PCA de morphine**
- **PSE de Kétamine 50mg dans 50cc de NaCl à V2 pendant 48h**
- **Prescription DPP** des traitements habituels du patient + prévention thrombo-embolique
- **Prescription DPP : NVPO et antalgiques en systématique pendant 48h et en si besoin au-delà des 48h (zophren, paracétamol, spasfon, acupan, ketoprofène)**
- **Prescription de laxatifs (2 sachets de transipeg le matin)** jusqu'à reprise du transit
- **Prescription des CNO HP/HC (2 par jour) + chewing-gums (max 4 par jour)**
- Prescription sur le DPP du bilan biologique post op

Pendant le chirurgie :
harmonisation des
pratiques

Chirurgical = coelio ou
robot/moins de drainages
possibles/pas de SNG en
post -op

Anesthésie = protocole
prévention NVPO en
systématique/pas de
morphine/

réchauffement du
patient/contrôle du
remplissage

Après la chirurgie :
réhabilitation précoce

prise alimentaire et
réhabilitation précoce =
contrôle de la douleur et
nausées

évaluation patient à sa
naissance

organisation sortie avec
matériels de
soins thérapeutiques =
valoriser les prestataires

Cystectomie
br

Parcours du patient RAAC

Avant la chirurgie : organiser parcours patient

RDV chirurgien
RDV IDE RAAC = Présentation et organisation journée HDJ en ambu
→ IDE annonce

Entre la veille avec repérage de la stomie
L'IDE RAAC appelle le patient au moins 2 fois avant son

Pend
har

Chirurgie robot/r possible post-op
Anesthésie préventive systémique morphine réchauffement patient, remplis

Après la chirurgie : réhabilitation précoce

Reprise alimentaire et mobilisation précoce = contrôle de la douleur et des nausées

Education patient à sa stomie

Organisation sortie avec matériels de stomathérapies = favoriser les prestataires

● Période post-opératoire

J0 → Eau 2h après extubation

→ Liquides divers/clairs 4h après extubation

(1L max : eau/café noir/thé/infusion/bouillon sans pâtes/jus de fruit sans pulpe)

→ 1 chewing-gum

J1/J2 → Liquides clairs/divers 1L max

→ 2 CNO HP/HC

→ Café noir (1 à 2/j)

→ Chewing-gum (4/j)

→ Laxatifs (2 sachets le matin)

J3 → Potages/desserts + idem J1/J2



Objectif calories en plus des repas

J0 = 300 Kcal

J1/J2/J3 = 600 Kcal

1 CNO = 300 Kcal

Quantification hydrique de J0 à J3

Peser le patient à J0 le matin du bloc puis J1/J2/J3

Pour favoriser la reprise du transit



□ Je me pèse tous les matins durant les 3 premiers jours après l'intervention.

□ Je continue de me mobiliser



Je fais ma toilette dans la salle de bain



Je prends mes repas au fauteuil



Je fais ma séance de kiné mobilisatrice et j'utilise mon spiromètre

□ J'aide mon transit à repartir

En plus ma mobilisation quotidienne, je dois boire du café, mâcher des chewing gum et prendre des laxatifs.

□ Je mange et de m'hydrate

En fonction de la reprise de mon transit mon alimentation sera majorée progressivement.

Je dois boire 2 compléments nutritionnels hyper protéinés par jour en plus de mes repas.

La diététicienne suivra la progression de mon alimentation.

□ Education de ma stomie

L'équipe du service et la stomathérapeute m'explique, me montre et m'accompagne pour la manipulation de ma poche de stomie. Le but est que je sois le plus autonome possible pour mon retour à la maison.

□ Je renseigne mon livre de bord

Je remplis mon livre de bord, je réponds aux questions posées chaque jour pour que l'équipe puisse évaluer mes progrès.

□ Je peux rencontrer pour discuter avec la psychologue et la sexologue dans le service si je le souhaite.



Suites Opératoires

- Surveillance reprise diurèse
- Aspect de la stomie
- Mobilisation
- Alimentation
- 10 jours à 3 semaines d'hospitalisation
- Apprentissage de l'appareillage

Complications post op

Précoces

- Hémorragie
- Sténose des anastomoses
- Occlusions intestinales
- Fistule urinaire, digestive
- Nécrose du réservoir urinaire
- Retard de reprise de transit

A plus long terme

- Pb d'appareillage de la stomie
- Eventration sur Bricker
- Infection de paroi
- Eviscération
- Pyélonéphrite chronique
- Troubles sexuels

Complications médicales responsables à 60% de la mortalité post opératoire
Taux de mortalité opératoire moyen de 7% (dans les 30 jours)

Education thérapeutique

- Evoquée à la consultation d'annonce
- Faite dans le service (soins stomie)



- Sexualité

Parcours du patient RAAC

Cystectomie type
bricker/
Mitrofanoff
Neo vessie type
Camey

Avant la chirurgie : organiser parcours patient

RDV chirurgien
RDV IDE RAAC =
Présentation et organisation
journée HDJ en ambu :
→IDE annonce
→stomathérapeute
→anesthésiste
→séance kiné pré-op
→diététicienne
→psychologue/sexologue
*Le patient doit rester actif et
manger
normalement/diminuer ou
arrêter sa consommation de
tabac et d'alcool*

Entre la veille avec
repérage de la stomie
L'IDE RAAC appel le
patient au moins 2 fois
avant son entrée sur
des dates choisies afin
de rassurer le patient
et de compléter le
dossier avec les
examens demandés

Pendant le chirurgie : harmonisation des pratiques

Chirurgical = coelio ou
robot/moins de
drainages
possibles/pas de SNG
en post -op
Anesthésie =
protocole prévention
NVPO en
systématique/pas de
morphine/
réchauffement du
patient/contrôle du
remplissage

Après la chirurgie : réhabilitation précoce

Reprise alimentaire
et mobilisation
précoce = contrôle de
la douleur et des
nausées
Education patient à
sa stomie
Organisation sortie
avec matériels de
stomathérapies =
favoriser les
prestataires

Le retour à domicile : suivi du patient

RDV chir à 1 mois
Appel téléphonique
IDE RAAC

Parcours du patient RAAC

Cystectomie type
bricker/
Mitrofanoff
Neo vessie type
Camey

Avant la chirurgie : organiser parcours patient

RDV chirurgien
RDV IDE RAAC =
Présentation et organisation
journée HDJ en ambu :
→IDE annonce
→stomathérapeute
→anesthésiste
→séance kiné pré-op
→diététicienne
→psychologue/sexologue
*Le patient doit rester actif et
manger
normalement/diminuer ou
arrêter sa consommation de
tabac et d'alcool*

Entre la veille avec
repérage de la stomie
L'IDE RAAC appel le
patient au moins 2 fois
avant son entrée sur
des dates choisies afin
de rassurer le patient
et de compléter le
dossier avec les
examens demandés

Pendant le chirurgie : harmonisation des pratiques

Chirurgical = coelio ou
robot/moins de
drainages
possibles/pas de SNG
en post -op
Anesthésie =
protocole prévention
NVPO en
systématique/pas de
morphine/
réchauffement du
patient/contrôle du
remplissage

Après la réhabilita

Reprise a
et mobili:
précoce =
la douleu
nausées
Education
sa stomie
Organisat
avec mat
stomathé
favoriser
prestatai

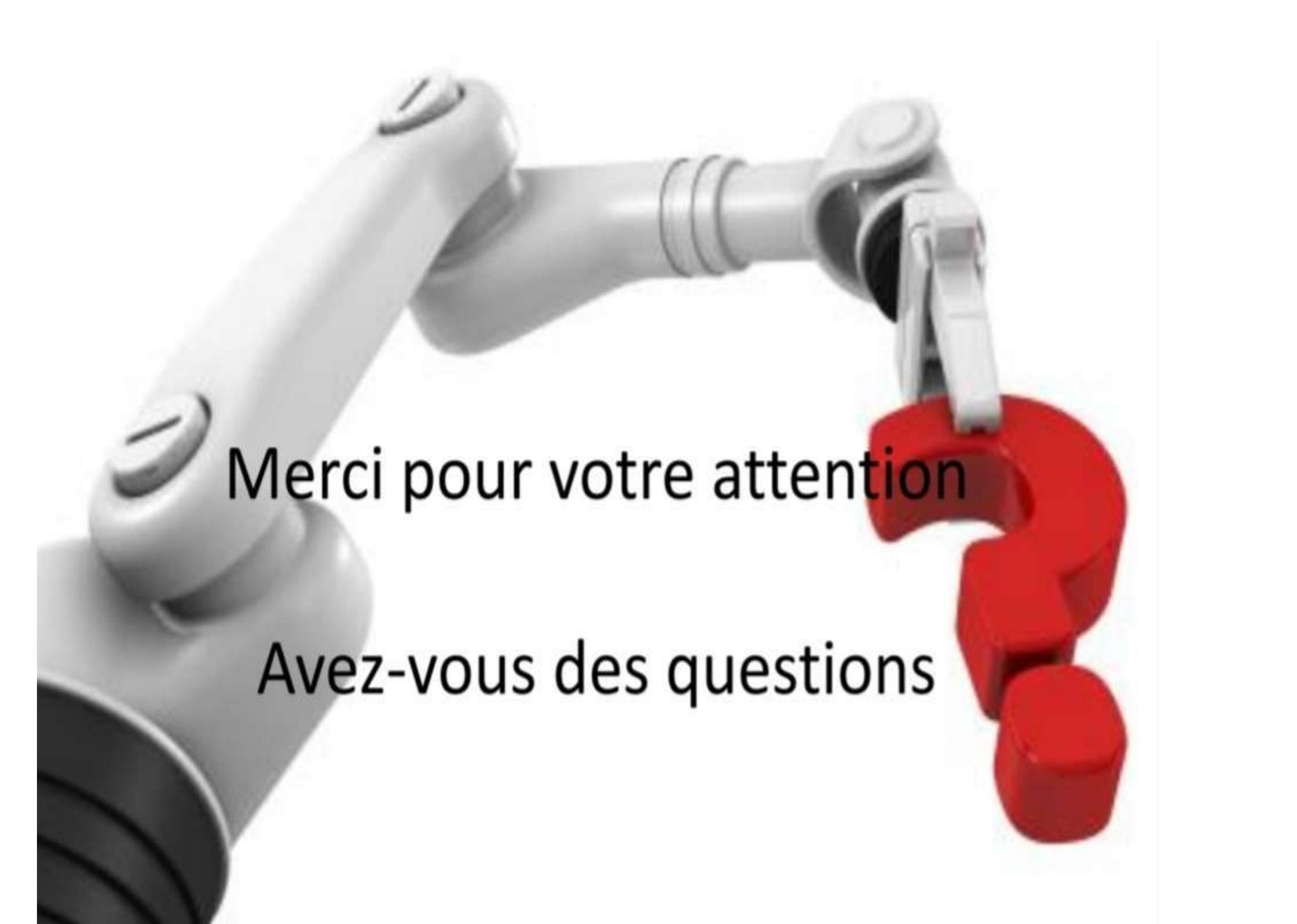
Le retour à domicile : suivi du patient

RDV chir à 1 mois
Appel téléphonique
IDE RAAC

RAAC = diminution de la DMS de 22
à 11 jours!

Conclusion

- La voie d'abord ouverte reste à ce jour la technique chirurgicale de référence
- La voie robot assistée est une voie d'abord prometteuse (diminution morbidité ET pertes sanguines) MAIS elle impose une **courbe d'apprentissage** longue et un travail d'équipe
- La prise en charge optimale des patients passe par une prise en charge globale intégré dans un **parcours de RAAC**

A white robotic arm is shown from the left, extending towards the right. The arm is composed of several segments connected by joints. At the end of the arm, a red question mark is being held. The question mark is a 3D, blocky object with a thick stem and a curved top. The background is plain white.

Merci pour votre attention

Avez-vous des questions