

Congrès de **diététique** thérapeutique et de support nutritionnel de l'H.U.B

Le suivi diététique post-hospitalier en oncologie : de l'enjeu clinique à l'organisation en réseau

28 mars 2026

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT



Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola

Alia Hadeffi, Gastroentérologue, Hôpital Erasme-H.U.B
Blanche de Krahe, Diététicienne, IJ Bordet-H.U.B
Zoé De Bruyne, Diététicienne, IJ Bordet-H.U.B



01,

Partie médicale

04,

Guide décisionnel & *red flag*

02,

Contexte - Etat des lieux

05,

Charte de partenariat

03,

Cas pratique

06,

Conclusion et perspectives

01

PARTIE MÉDICALE





Study characteristics

- Goal: effect of early nutritional support on frailty, functional outcomes, and recovery of malnourished medical inpatients.
- Population: medical inpatients with NRS ≥ 3
- RCT, swiss multicentric trial.
 - Intervention group: individualized nutritional support defined by a dietician and nutritional support initiated no later than 48 hours after admission
 - Control groups: No dietary consultation.
- Composite primary outcome: all-cause mortality, admission to intensive care, non-elective hospital readmission, major complications, and decline in functional status at 30 days,



Nutritional algorithm

Nutrition risk screening (NRS 2002) within 48 h of hospital admission in all patients

If increased risk for malnutrition → individual assessment of the patient → if risk for malnutrition is present and nutritional therapy is not contraindicated → establish a strategy to achieve individual nutritional targets

Individual nutrition targets

Caloric requirements

Harris-Benedict equation with adjusted bodyweight or indirect calorimetry

Protein requirements

1.2–1.5 g/kg bodyweight per day (0.8 g/kg of bodyweight per day in patients with renal failure with no dialysis)

Micronutrient requirements

Multivitamin use; other micronutrients according to specific laboratory results

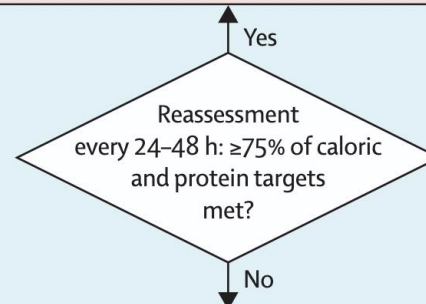
Specific targets

Disease-specific adaptations (eg, medium-chain triglycerides, low potassium in patients with renal failure)

Strategy to reach the nutrition targets

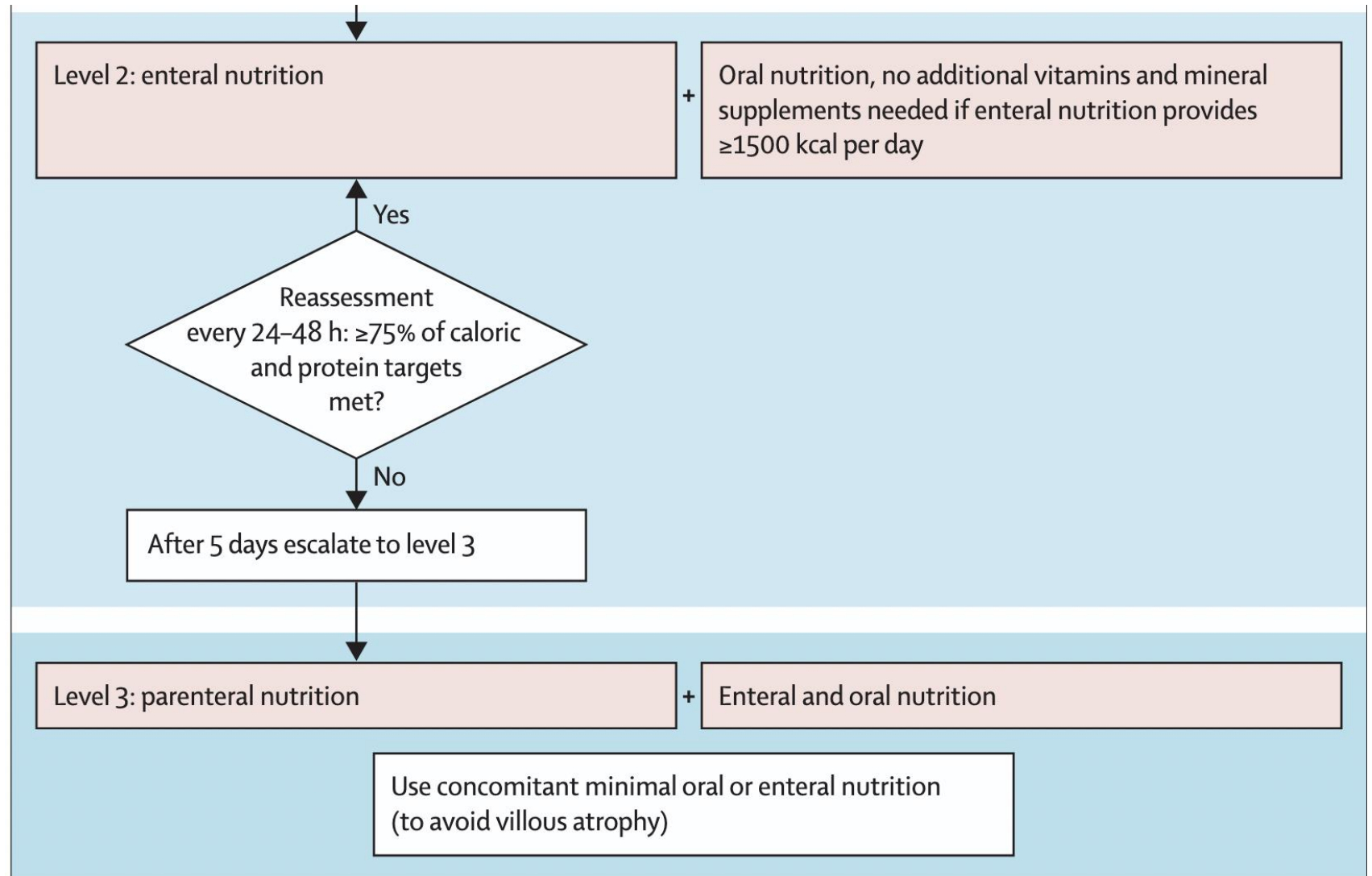
Level 1: oral nutrition (meals adapted to preferences, food fortification or enrichment, and snacks between meals and oral nutritional supplements)

+ Multivitamins and multimineral supplements according to 100% of recommended dietary allowance



After 5 days escalate to level 2

Nutritional algorithm



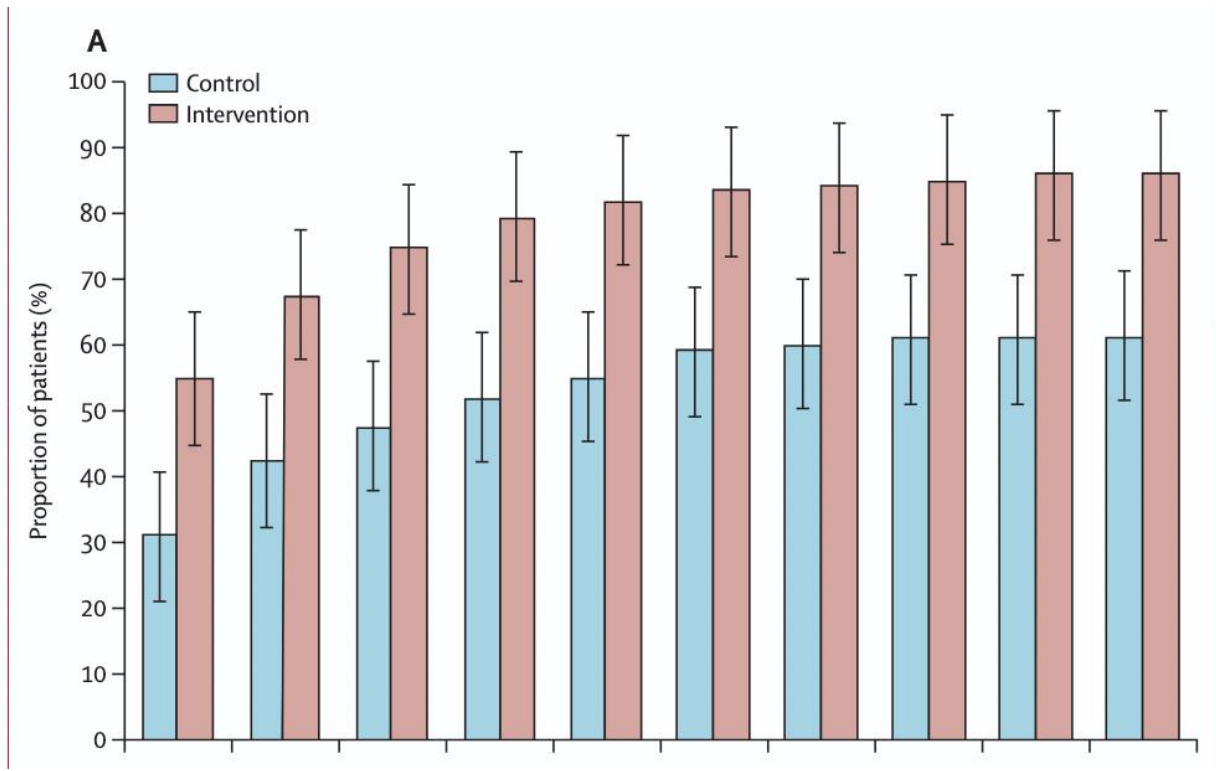
Patients characteristic's

	Intervention group (n=1015)	Control group (n=1013)
Sociodemographics		
Mean age (years)	72.4 (14.1)	72.8 (14.1)
Age group (years)		
<65	177 (17%)	178 (18%)
65-75	349 (34%)	322 (32%)
>75	489 (48%)	513 (51%)
Male sex	525 (52%)	539 (53%)
Nutritional assessment		
Mean body-mass index (kg/m ²)*	24.9 (5.4)	24.7 (5.3)
Mean bodyweight (kg)	70.9 (16.4)	70.9 (16.4)
NRS 2002 score (%)†		
3 points	310 (31%)	314 (31%)
4 points	391 (39%)	384 (38%)
5 points	263 (26%)	261 (26%)
>5 points	51 (5%)	54 (5%)
Admission diagnosis		
Infection	298 (29%)	315 (31%)
Cancer	201 (20%)	173 (17%)
Cardiovascular disease	92 (9%)	113 (11%)
Failure to thrive	99 (10%)	95 (9%)
Lung disease	50 (5%)	75 (7%)
Gastrointestinal disease	96 (9%)	68 (7%)
Neurological disease	42 (4%)	53 (5%)
Renal disease	34 (3%)	34 (3%)
Metabolic disease‡	30 (3%)	32 (3%)
Other	30 (3%)	25 (2%)

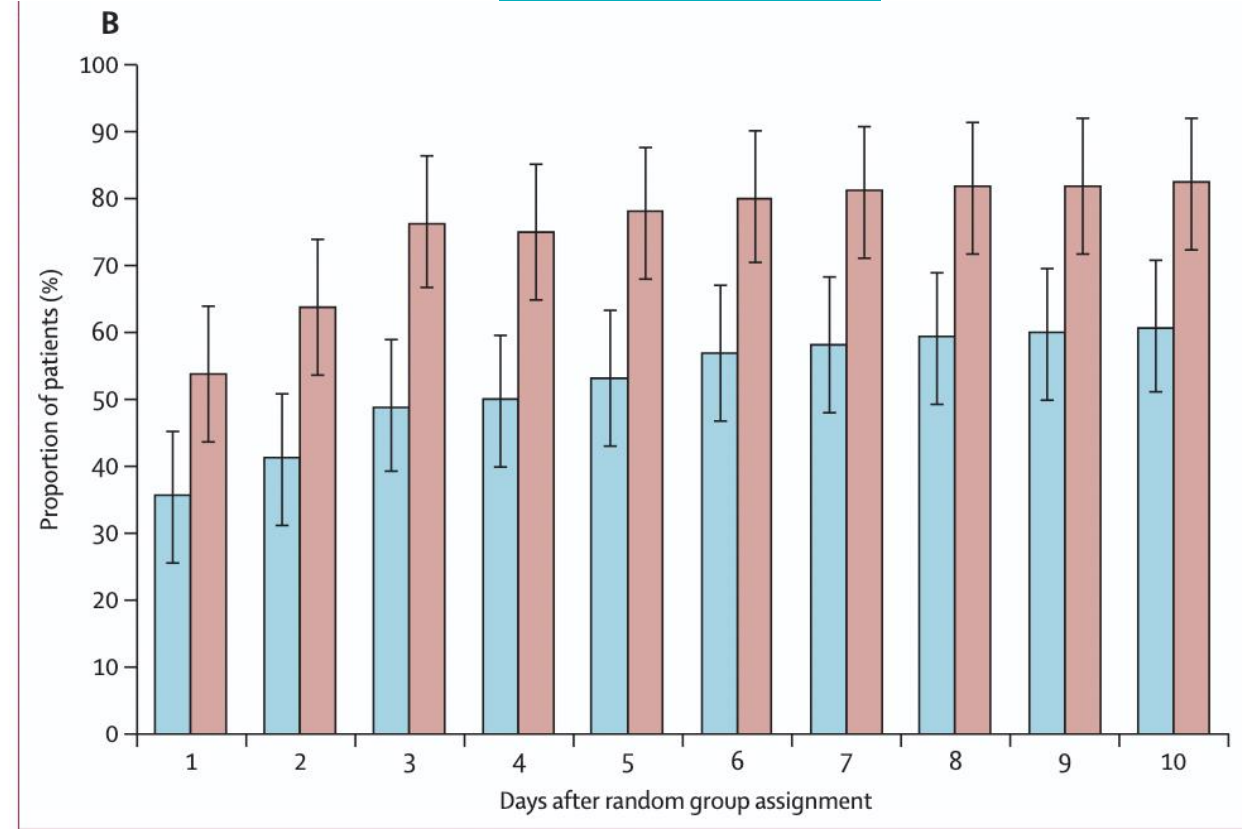


Dietary intake

Caloric



Protein



Outcomes

	Intervention group (n=1015)	Control group (n=1013)	Odds ratio or coefficient (95% CI)	p value
Outcomes				
Primary outcome				
Adverse outcome within 30 days	232 (23%)	272 (27%)	0.79 (0.64 to 0.97)	0.023
Single components of primary outcome				
All-cause mortality	73 (7%)	100 (10%)	0.65 (0.47 to 0.91)	0.011
Admission to the intensive care unit	23 (2%)	26 (3%)	0.85 (0.48 to 1.51)	0.58
Non-elective hospital readmission	89 (9%)	91 (9%)	0.99 (0.73 to 1.35)	0.96
Major complications				
Any major complication	74 (7%)	76 (8%)	0.95 (0.68 to 1.34)	0.79
Nosocomial infection	40 (4%)	39 (4%)	1.01 (0.63 to 1.59)	0.98
Respiratory failure	14 (1%)	13 (1%)	1.06 (0.49 to 2.28)	0.89
Major cardiovascular event	8 (1%)	7 (1%)	1.11 (0.40 to 3.11)	0.84
Acute kidney failure	32 (3%)	31 (3%)	1.01 (0.61 to 1.69)	0.96
Gastrointestinal events	9 (1%)	15 (1%)	0.57 (0.25 to 1.31)	0.19
Decline in functional status of ≥10%*	35 (4%) of 942	55 (6%) of 913	0.62 (0.40 to 0.96)	0.034

Additional secondary outcomes

Mean length of stay (days)	9.5 (7.0)	9.6 (6.1)	-0.21 (-0.76 to 0.35)	0.46
Mean Barthel score (points)*	88 (26)	85 (30)	3.26 (0.93 to 5.60)	0.006
Mean EQ-5D VAS (points)†	59 (26)	56 (29)	3.06 (0.53 to 5.59)	<0.0001
Mean EQ-5D index (points)	0.75 (0.32)	0.73 (0.34)	0.13 (0.09 to 0.17)	0.018

Side-effects from nutritional support

All side-effects	162 (16%)	145 (14%)	1.16 (0.90 to 1.51)	0.26
Gastrointestinal side-effects	43 (4%)	40 (4%)	1.12 (0.68 to 1.83)	0.66
Complications due to enteral feeding or parenteral nutrition	5 (<1%)	3 (<1%)	1.63 (0.38 to 6.95)	0.51
Liver or gall bladder dysfunction	4 (<1%)	7 (1%)	0.54 (0.15 to 1.91)	0.34
Severe hyperglycaemia	48 (5%)	46 (5%)	1.06 (0.69 to 1.61)	0.80
Refeeding syndrome	86 (8%)	73 (7%)	1.21 (0.86 to 1.70)	0.27

Bone marrow transplantation

➤ RCT

- Intervention: every 15 days, phone call by a dietician and physiotherapist up to 100 days after discharge post transplantation.
- Control: no intervention.

➤ Population: Haematological cancer patients treated with PBSC transplantation

➤ Outcomes: nutritional status, body composition and quality of life.



Patient's characteristics

Table 1. Characteristics of 37 patients treated with high dose conditioning and autologous peripheral blood stem cell transplantation at hospital discharge^a

	Usual care N = 19	Extended care N = 18	P-value ^b
Age (years)	59.9 ± 9.2	57.5 ± 9.8	0.449
Gender N (% male)	10 (52.6)	10 (55.6)	0.858
Diagnosis N (%)			0.858 ^c
Lymphoma	9 (47.4)	8 (44.4)	
Myeloma	10 (52.6)	10 (55.6)	
Weight (kg)	69.5 (58.8–91.4) ^d	74.0 (66.7–75.9) ^e	0.835 ^f
BMI (kg/m ²)	24.1 (22.8–30.0) ^d	25.4 (23.6–27.4) ^e	0.728 ^f
BMI categories n (%)			0.323 ^g
Underweight (BMI < 18.5)	1 (7.1)	1 (6.3)	
Normal (BMI 18.5 to < 25)	7 (50.0)	6 (37.5)	
Overweight (BMI 25 to < 30)	3 (21.4)	8 (50.0)	
Obese (BMI ≥ 30)	3 (21.4)	1 (6.3)	
Subjective global assessment rating ²⁰			0.076 ^g
A (well nourished)	0 (0.0)	4 (23.5)	
B (suspected malnourished)	12 (66.7)	10 (58.8)	
C (moderately malnourished)	6 (33.3)	3 (17.7)	
Patient generated-subjective global assessment score	21.2 ± 4.2 ^h	16.4 ± 6.8 ⁱ	0.018
Energy (kJ)	3895 ± 1829 ^h	4166 ± 1496 ^e	0.643
Protein (g)	45.0 ± 24.7 ^h	46.3 ± 17.5 ^e	0.857
Global quality of life	33.3 (8.4–50.0) ⁱ	33.3 (12.5, 45.9) ⁱ	0.792 ^f
Walking time (min)	30.0 (5.0–85.0) ⁱ	30.0 (0.0–85.0) ⁱ	0.766 ^f
Moderate exercise (min)	0.0 (0.0–0.0) ⁱ	0.0 (0.0–0.0) ⁱ	0.317 ^f
Vigorous exercise (min)	0.0 (0.0–0.0) ⁱ	0.0 (0.0–0.0) ⁱ	0.506 ^f
Physical activity level ²⁷			0.880 ^g
Sedentary	4 (23.5)	6 (35.3)	
Insufficiently active	11 (64.7)	9 (52.9)	
Sufficiently active	2 (11.8)	2 (11.8)	
Length of stay (days)	22.0 (18.0–31.0)	18.0 (16.0–21.5) ⁱ	0.042 ^f

Abbreviation: BMI = body mass index. ^aValues presented as mean ± s.d. or median (interquartile ranges). ^bP-value is for differences between groups tested by two-sample t-tests, $P < 0.05$. ^cP-value is for differences between groups tested by χ^2 tests, $P < 0.05$. ^dN = 14. ^eN = 16. ^fP-value is for differences between groups tested by Mann-Whitney U-tests, $P < 0.05$. ^gP-value is for differences between groups tested by Fisher's exact tests, $P < 0.05$. ^hN = 18. ⁱN = 17.

results

Table 2. Change (Δ) for nutritional status, dietary intake, quality of life parameters and physical activity, between hospital discharge and 100 days post transplantation

	<i>Mean change \pm s.d.</i>		<i>Mean difference (95% CI)</i>	<i>P-value^a</i>	<i>Adjusted mean change \pm s.e.^b</i>		<i>Mean difference (95% CI)^b</i>	<i>P-value^b</i>
	<i>Usual care N = 17</i>	<i>Extended care N = 16</i>			<i>Unadjusted</i>	<i>Usual care N = 17</i>		
Δ PG-SGA score	-13.7 ± 5.9	-10.9 ± 5.9	$-2.8 (-7.0, 1.4)$	0.179	-12.1 ± 0.9	-12.4 ± 1.0	$0.3 (-2.7, 3.3)$	0.847
Δ Energy (kJ)	3143 ± 2155	3440 ± 2486^c	$-297 (-1992, 1398)$	0.720	3099 ± 514	3451 ± 560^c	$-352 (-2039, 1336)$	0.671
Δ Protein (g)	40.1 ± 30.1	49.2 ± 26.2^c	$-9.1 (-29.6, 11.4)$	0.372	37.3 ± 6.5	52.0 ± 7.0^c	$-14.7 (-35.9, 6.5)$	0.165
Δ Quality of life	25.0 ± 29.5^d	42.2 ± 20.3	$-17.2 (-35.5, 1.1)$	0.064	32.5 ± 5.4^c	34.4 ± 5.4	$-1.9 (-18.9, 15.2)$	0.824
Δ Physical functioning	23.8 ± 23.5^d	34.2 ± 20.0	$-10.4 (-26.2, 5.4)$	0.188	27.0 ± 4.5^d	30.6 ± 4.4	$-3.6 (-17.5, 10.3)$	0.599
Δ Role functioning	45.8 ± 30.7^d	59.4 ± 23.5	$-13.5 (-33.3, 6.2)$	0.172	55.4 ± 5.8^d	51.1 ± 5.7	$4.3 (-14.0, 22.5)$	0.634
Δ Cognitive functioning	14.6 ± 15.9^d	24.0 ± 28.5	$-9.4 (-26.1, 7.3)$	0.263	15.6 ± 4.8^d	22.7 ± 4.8	$-7.2 (-22.2, 7.9)$	0.337
Δ Social functioning	31.3 ± 25.7^d	53.1 ± 31.7	$-21.9 (-42.7, -1.0)$	0.040	33.3 ± 7.6^d	49.8 ± 7.5	$-16.5 (-40.3, 7.3)$	0.165
Δ Emotional functioning	12.5 ± 23.0^d	15.6 ± 27.2	$-3.1 (-21.3, 15.1)$	0.728	12.0 ± 4.6^d	16.3 ± 4.6	$-4.3 (-18.4, 9.7)$	0.532
Δ Walking time (min)	65.3 ± 71.9^d	150.3 ± 171.9^c	$-85.0 (-185.4, 15.4)$	0.092	88.2 ± 30.2^d	120.9 ± 31.3^c	$-32.8 (-128.5, 63.0)$	0.486
Δ Moderate exercise time (min)	73.1 ± 188.5^d	47.0 ± 155.1^c	$26.1 (-100.4, 152.7)$	0.678	87.1 ± 47.1^d	29.8 ± 49.2^c	$57.3 (-91.1, 205.7)$	0.432
Δ Vigorous exercise time (min)	22.5 ± 47.3^d	1.0 ± 39.5^c	$21.5 (-10.4, 53.4)$	0.181	23.6 ± 11.3^d	2.8 ± 11.9^c	$20.8 (-15.4, 57.0)$	0.248

Abbreviations: CI = confidence interval; PG-SGA = patient-generated-subjective global assessment. ^aP-value is for differences between groups tested by two-sample *t*-tests, $P < 0.05$. ^bAdjusted for age, gender, diagnosis, LOS, PG-SGA score at hospital discharge and the change from pre-admission to hospital discharge. ^cN = 15. ^dN = 16.



Results

Table 3. Changes in body composition between pre-admission to 100 days post transplantation^a

	<i>Usual care N = 10</i>	<i>Extended care N = 13</i>	<i>Mean difference (95% CI)</i>	<i>P-value^b</i>
Δ Weight (kg)	- 6.3 (-9.2, -3.3)	- 3.0 (-5.3, -0.7)	- 3.3 (-6.7, 0.2)	0.062
Δ Lean body mass (kg)	- 0.8 (-2.6, 1.0)	- 0.9 (-1.8, 0.0)	0.1 (-1.7, 1.8)	0.927
Δ Fat mass (kg)	- 5.4 (-8.1, -2.7)	- 2.2 (-4.0, -0.3)	- 3.3 (-6.2, -0.3)	0.030

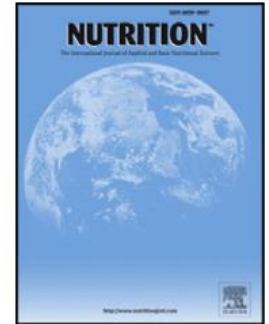
^aValues are presented as mean and 95% confidence intervals. ^bP-value is for differences between groups tested by two-sample *t*-tests. *P* < 0.05.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Nutrition

journal homepage: www.nutritionjrn.com



Applied nutritional investigation

Dietary advice alone or with oral nutritional supplements after hospital discharge in colorectal cancer surgery patients: Five year follow-up of a randomized controlled trial



Shanjun Tan [†], Qiulei Xi [†], Zhige Zhang [†], Mingyue Yan, Qingyang Meng, Qiulin Zhuang [#], Guohao Wu ^{#,*}

Department of General Surgery/Shanghai Clinical Nutrition Research Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai, China



- Five year follow-up of a randomized controlled trial.

- Population: colorectal cancer surgery patients at nutritional risk.
 - Intervention: dietary advice and ONS
 - Control: dietary advise alone

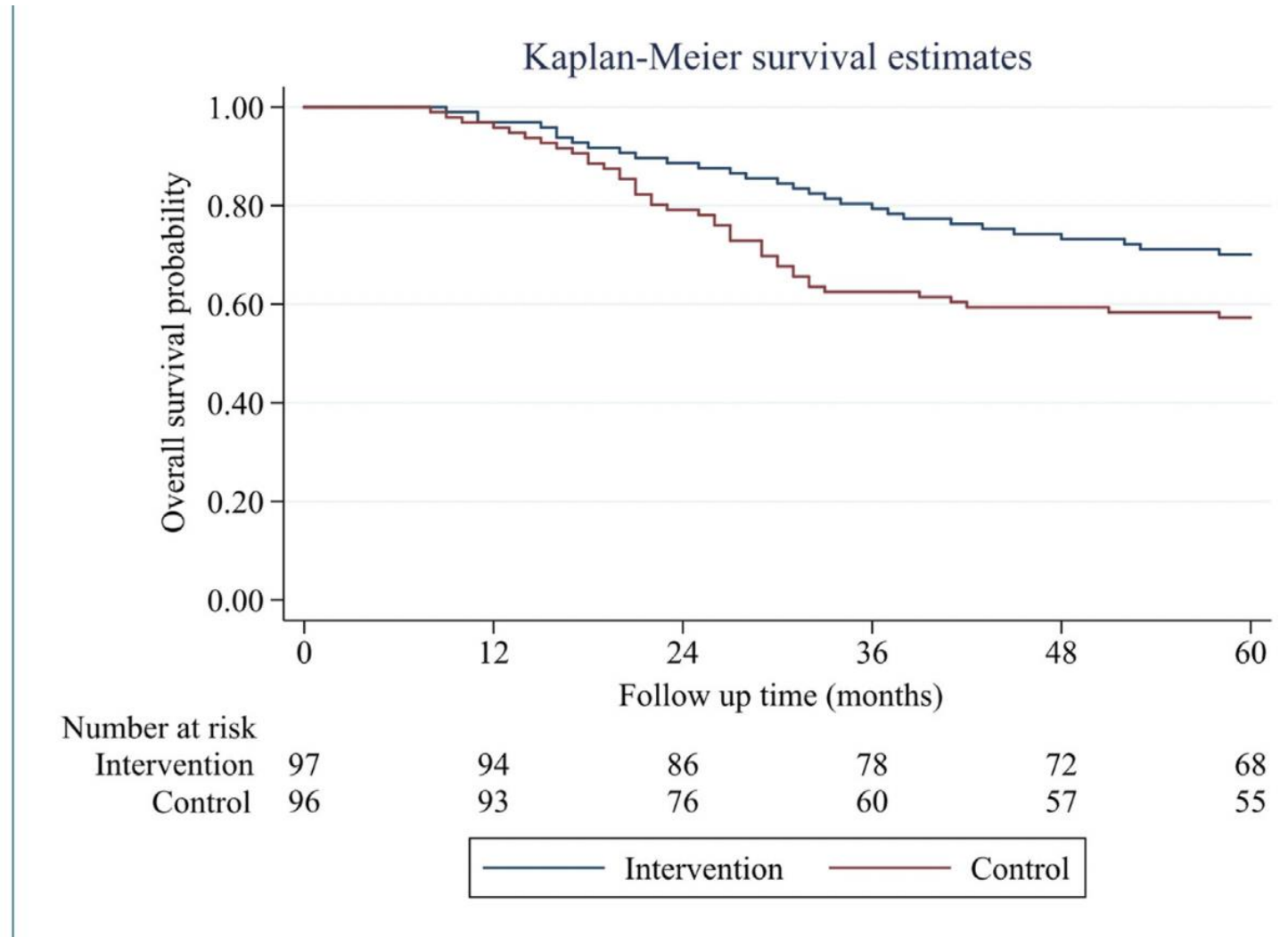
- Outcomes: overall survival (primary). Nonelective hospital readmission, quality of life, function outcomes such as 6 minute walk distance and handgrip strength (secondary outcomes).

IMPACT OF NUTRITION CARE IN OUTPATIENTS: COLORECTAL CANCER SURGERY PATIENTS

Table 1
Patient characteristics at baseline

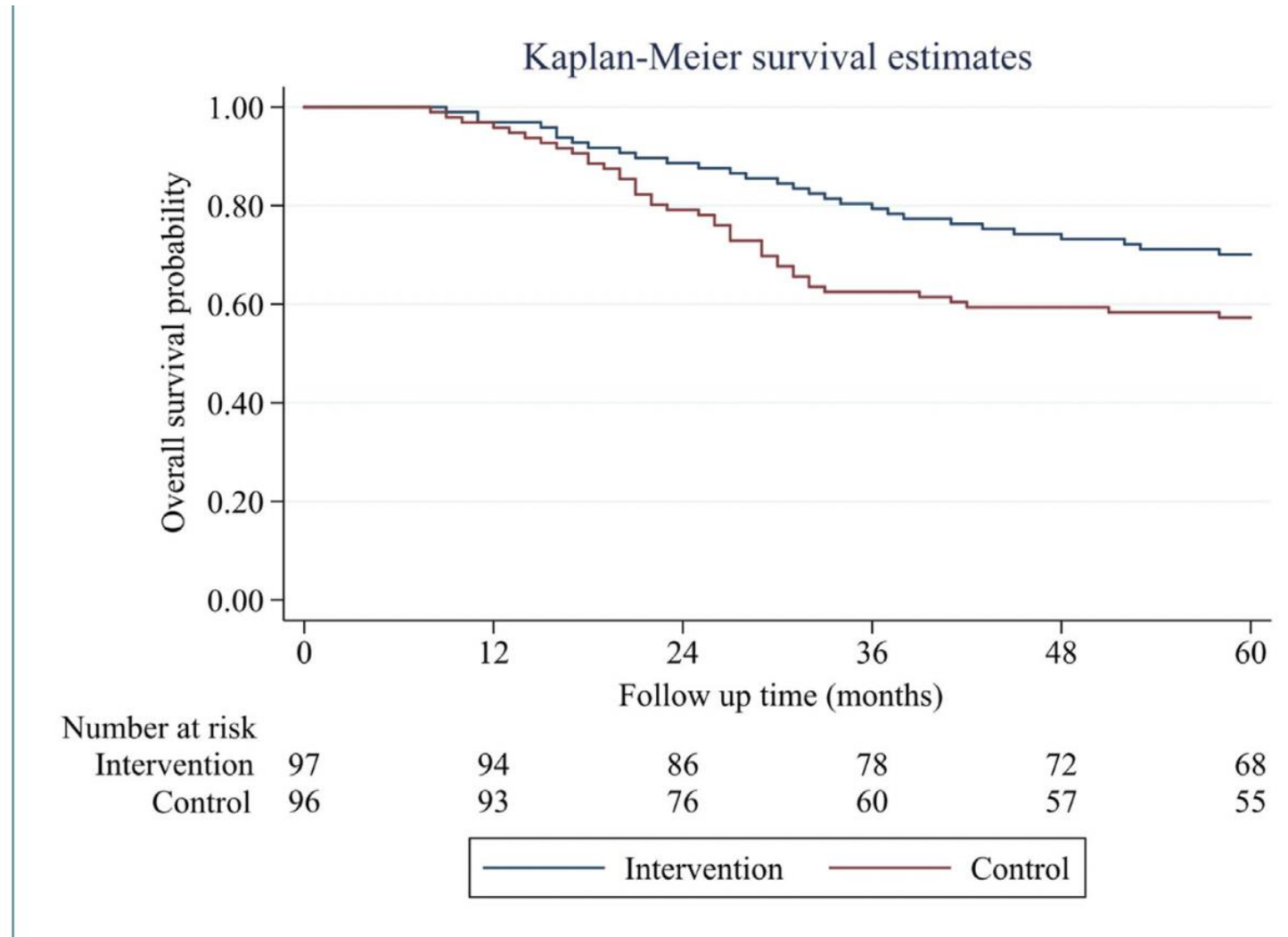
Variable	Control group (n = 96)	Intervention group (n = 97)	P-value
Sociodemographics, n (%)			
Male sex (%)	64 (66.7)	62 (63.9)	0.688
Age, years, (SD)	58.3 (9.4)	60.0 (9.4)	0.227
Cardiovascular comorbidity, n (%)	18 (18.8)	17 (17.5)	0.825
Respiratory comorbidity, n (%)	4 (4.2)	6 (6.2)	0.527
Diabetes, n (%)	6 (6.3)	9 (9.3)	0.432
Nutritional assessment			
Body weight, kg, (SD)	59.0 (7.4)	58.1 (7.6)	0.401
BMI, kg/m ² , (SD)	21.2 (2.5)	20.6 (2.8)	0.154
SMI, kg/m ² , (SD)	40.4 (5.2)	41.5 (5.9)	0.146
NRS, points, n (%)			
3	58 (60.4)	59 (60.8)	1
4	22 (22.9)	22 (22.7)	
5	10 (10.4)	10 (10.3)	
>5	6 (6.3)	6 (6.2)	
Tumor site, n (%)			
Colon	54 (56.3)	51 (52.6)	0.609
Rectum	42 (43.8)	46 (47.4)	
AJCC stage, n (%)			
I	14 (14.6)	13 (13.4)	0.98
II	38 (39.6)	40 (41.2)	
III	39 (40.6)	38 (39.2)	
IV	5 (5.2)	6 (6.2)	

IMPACT OF NUTRITION CARE IN OUTPATIENTS: COLORECTAL CANCER SURGERY PATIENTS



Tan S, Nutrition 2026

IMPACT OF NUTRITION CARE IN OUTPATIENTS: COLORECTAL CANCER SURGERY PATIENTS



Tan S, Nutrition 2026

Table 2

Effect of nutritional intervention on secondary outcomes

Outcomes	Control group (n = 96)	Intervention group (n = 97)	P-value
Nonelective hospital readmission	66 (68.8)	62 (63.9)	0.478
Functional outcome ^a			
Handgrip strength (g)	31.3 (6.8)	32.9 (6.8)	0.211
6-min walk distance (m)	429.5 (85.5)	435.1 (90.8)	0.732
Quality of life (points) ^a	78.0 (21.7)	76.1 (18.2)	0.593

Data are presented as means and standard deviations for continuous variables and counts and percentages for categorical variables.

^aThere were 68 patients with available data in the intervention group and 55 in the control group.

02

CONTEXTE- ETAT DES LIEUX

H.U.B

Pourquoi développer un suivi diététique post-hospitalier en oncologie ?

Constats

- Les patients oncologiques présentent **un risque nutritionnel élevé**
- La dénutrition touche environ **20 à 70 %** des patients oncologiques
- Les symptômes liés à la maladie et aux traitements (anorexie, dysphagie, altérations du goût, fatigue...) nécessitent **un accompagnement nutritionnel péri-hospitalier adapté et à long terme**



Limites hospitalières

- Capacité limitée de **consultations diététiques ambulatoires**
- Nécessité de **libérer des places pour les bilans nutritionnels des nouveaux patients diagnostiqués**
- Maintien indispensable de l'activité diététique **dans les unités de soins**
- Proximité de l'hôpital pour les patients fragilisés et fatigués habitants hors de Bruxelles



Enjeu clinique

- Garantir la continuité des soins nutritionnels oncologiques de proximité pour les patients après la sortie d'hospitalisation

Mise en place d'un réseau de diététicien.ne.s de première ligne

Institut Jules Bordet – depuis août 2025



Equipe diététique IJ Bordet

Orientation du patient avec un document de liaison

Réseau de diététicien.ne.s partenaire.s

Assurer la continuité des soins nutritionnel en post-hospitalier proche du domicile

Consultations diététiques après votre hospitalisation

Afin d'assurer la continuité de votre prise en charge nutritionnelle après l'hospitalisation, un partenariat a été mis en place avec des diététiciennes de première ligne. Vous pouvez les contacter directement pour organiser un suivi. Elles restent en lien avec l'équipe diététique de l'Institut Jules Bordet afin de garantir un accompagnement cohérent et adapté à l'évolution de vos besoins.

Gabrielle Bronne
Prise de rendez-vous en ligne : <https://rosa.be/fr/hp/gabrielle-bronne/>, choisir l'option « Réservés aux patients de Bordet »
➢ Consultation en présentiel au cabinet Attitude Santé à 1190 Bruxelles le mercredi soir
➢ Consultation téléphonique ou en visio le mercredi matin



Camille Flammang
Prise de rendez-vous en ligne : <https://rosa.be/fr/hp/camille-flammang-1/>, choisir l'option : « Onco-Réservé Patient Bordet » ou par téléphone au 0470 56 94 92
➢ Consultation en présentiel au cabinet Move & Care à Mont-Saint-Guibert le mercredi et vendredi
➢ Consultation téléphonique ou en visio le lundi



Floriane Foret
Prise de rendez-vous en ligne : <https://www.doctoranytime.be/d/dieteticien/floriane-foret>
➢ Consultation en présentiel au Centre Paramédical à 1200 Woluwé- Saint-Lambert le mardi sauf entre 13h et 16h.
➢ Consultation téléphonique ou en visio le mardi de 8 à 21h



Amandine Szalai
Prise de rendez-vous par téléphone 0472/25.82.56 ou par mail amandineszalai@yahoo.fr
➢ Consultation en présentiel à Frasnes-lez-Anvaing (Moustier) dans la région de Ath-Tournai-Leuze le vendredi
➢ Consultation téléphonique ou en visio le vendredi

Céline Van den Daelen
Prise de rendez-vous en ligne : <https://rosa.be/fr/hp/celine-van-den-daelen/>, choisir l'option : « Patient.e de Bordet » ou par téléphone au 0479/844.903.
www.aequilibrium.be, celine@aequi-librium.be
➢ Consultation en présentiel au centre Aequilibrium Paramedical Center à 1640 Rhode-Saint-Genèse
➢ Consultation téléphonique ou en visio



Retours des diététiciennes du réseau



Activité

- 1 à 10 patient.s suivis par une diététicienne depuis août 2025
- Patients adressés pendant ou après les traitements
- Principaux motifs de consultation : gestion du poids après traitements et rééquilibrage alimentaire



Points positifs

- Bonne collaboration avec l'équipe diététique de l'IJ Bordet
- Pertinence des patients adressés



Points d'amélioration

- Informations médicales parfois insuffisantes
- Objectifs nutritionnels pas toujours clairement définis
- Orientation des patients encore perfectible



Perspectives

- Améliorer la transmission d'informations médicales
- Mieux informer les patients de la mise en place du réseau
- Organiser des échanges réguliers et planifiés entre les diététiciennes de l'IJ Bordet et du réseau

03

CAS PRATIQUE

H.U.B



Cas clinique 1 – Nutrition entérale

Mme P., 66 ans

Cancer ORL traité par radiochimiothérapie.

Situation actuelle :

- Nutrition entérale par gastrostomie depuis 1 mois
- Alimentation orale très limitée
- Diarrhées depuis 4 jours
- Perte de poids : -3 %
- Etat général stable
- Pas de fièvre

Le patient est rentré à domicile après son hospitalisation.

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?



Cas clinique 1 – Nutrition entérale

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?

- Arrêter la nutrition entérale
- Orientation vers un.e diététicien.ne de première ligne du réseau
- Contact avec l'équipe hospitalière pour évaluation spécialisée
- Prescrire un antidiarrhéique et poursuivre la nutrition entérale



Cas clinique 2 – Cancer du sein et surcharge pondérale

Mme R., 55 ans

Cancer du sein traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante.

Elle débute une hormonothérapie.

Situation actuelle :

- IMC : 31 kg/m²
- Prise de poids : +5 kg depuis le début des traitements
- Fatigue
- Diminution de l'activité physique
- Demande des conseils alimentaires

La patiente habite à 60 km de Bruxelles.

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?



Cas clinique 2 – Cancer du sein et surcharge pondérale

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?

- Pas de suivi diététique nécessaire
- Orientation vers une diététicien.ne de première ligne
- Suivi diététique hospitalier
- Régime hypocalorique strict



Cas clinique 3 – Éducation alimentaire pendant traitement

Mme S., 49 ans

Cancer du sein traité par chimiothérapie.

La patiente demande à voir un.e diététicien.ne pour recevoir des conseils alimentaires pendant les traitements.

Situation actuelle :

- IMC : 22 kg/m²
- Perte de poids : -3 % en 2 mois
- Appétit légèrement diminué
- Fatigue modérée
- Alimentation globalement conservée

La patiente habite à 50 km de Bruxelles

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?



Cas clinique 3 – Éducation alimentaire pendant traitement

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?

- Pas de suivi diététique nécessaire
- Orientation vers un.e diététicien.ne de première ligne
- Suivi diététique hospitalier
- Suppléments nutritionnels oraux systématiques



Cas clinique 3 – Éducation alimentaire pendant traitement

Évolution après 1 mois

Le/la diététicien.ne observe :

- Poids stable
- Amélioration de l'organisation des repas
- Meilleure gestion des effets secondaires
- Apports alimentaires satisfaisants

Quelle conduite tenir ?



Cas clinique 3 – Éducation alimentaire pendant traitement

Quelle conduite tenir ?

- Réorienter vers l'équipe hospitalière
- Arrêter tout suivi diététique
- Poursuivre le suivi en première ligne



Cas clinique 4 – Suivi nutritionnel post-hospitalisation

M. T., 66 ans

Cancer digestif traité par chirurgie puis radiothérapie adjuvante.

Situation à la sortie d'hospitalisation :

- IMC : 21 kg/m²
- Perte de poids : -6 % depuis le diagnostic
- Appétit diminué
- Compléments nutritionnels oraux (CNO) prescrits

Le patient rentre à domicile.

Le patient habite à 80 km de Bruxelles.

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?



Cas clinique 4 – Suivi nutritionnel post-hospitalisation

Quelle prise en charge nutritionnelle vous paraît la plus appropriée ?

- Pas de suivi diététique nécessaire
- Suivi diététique hospitalier systématique
- Orientation vers un.e diététicien.ne de première ligne du réseau
- Arrêt des CNO et reprise d'une alimentation normale



Cas clinique 4 – Suivi nutritionnel post-hospitalisation

Évolution après 3 semaines

Le/la diététicien.ne observe :

- Perte de poids supplémentaire –4 kg
- Ingesta insuffisants
- Mauvaise tolérance aux CNO

Quelle conduite tenir ?



Cas clinique 4 – Suivi nutritionnel post-hospitalisation

Quelle conduite tenir ?

- Continuer le suivi en première ligne
- Changer la saveur des CNO
- Réorienter vers l'équipe diététique hospitalière

04

GUIDE DÉCISIONNEL & *RED FLAG*

H.U.B

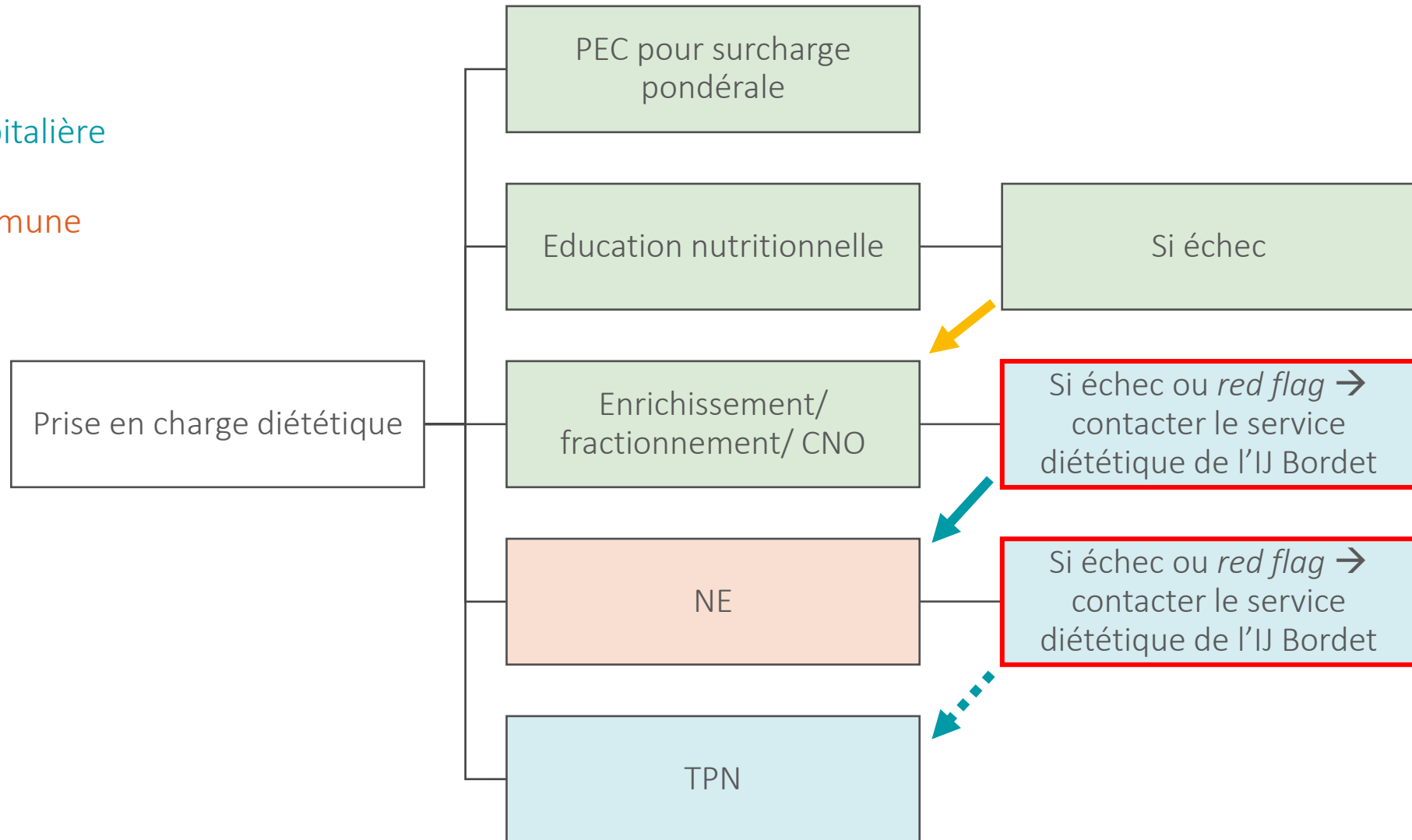
Guide décisionnel pour l'orientation de la prise en charge hôpital-ville

Légende

Prise en charge hospitalière

Prise en charge ville

Prise en charge commune



RED FLAG pour réorienter la prise en charge vers l'hôpital

RED FLAG généraux

- **État nutritionnel**
 - Aggravation de la dénutrition malgré PEC
- **Clinique**
 - Altération rapide de l'état général, pyrexie
 - Asthénie majeure limitant l'alimentation
 - Dysphagie nouvelle ou aggravée
 - Vomissements répétés
 - Diarrhées sévères persistantes
 - Sang dans les selles (rectorragies, méléna)
- **Biologique**
 - Désordres ioniques importants
 - Syndrome inflammatoire majeur non connu
- **Observance / contexte**
 - Refus alimentaire majeur
 - Difficultés sociales majeures impactant la PEC

RED FLAG pour la Nutrition entérale

- **Sonde**
 - Douleur persistante au site
 - Rougeur importante, écoulement purulent
- **Tolérance digestive**
 - Vomissements répétés
 - Diarrhées sévères persistantes
 - Douleurs abdominales importantes
 - Ballonnements majeurs
- **Métabolique**
 - Hyperglycémies importantes et répétées

05

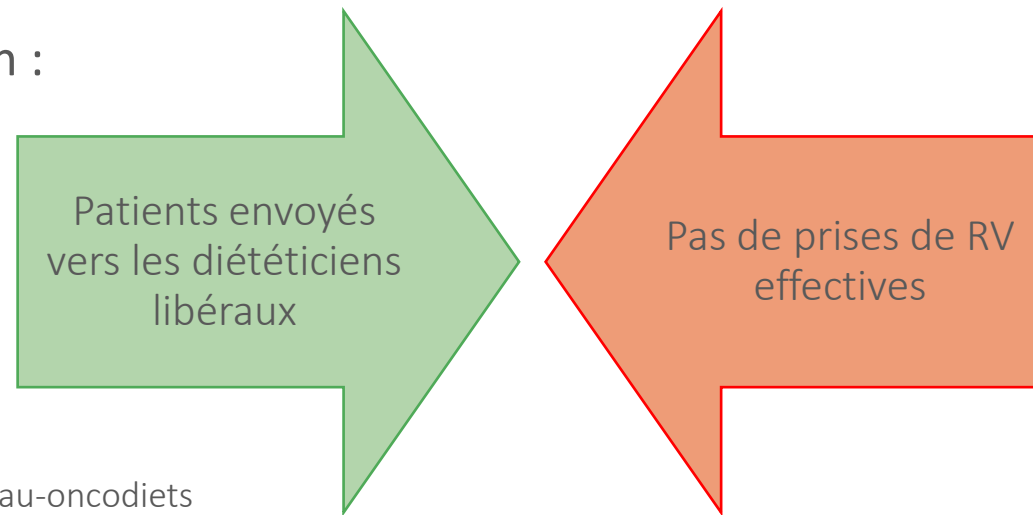
CHARTE DE PARTENARIAT

H.U.B



Exemple de la France : ONCODIETS

- Premier réseau français (créé en 2017)
 - Diététiciens libéraux en oncologie
- Depuis 2017
- Créé en interCLAN des centres de lutte contre le cancer
- Origine de cette création :



Appel téléphonique avec Valérie Garabige – responsable nationale d'Oncodiets

Pourquoi ?

- Prix de la consultation non remboursé,
- Manque de sensibilisation à l'importance de la PEC/suivi diététique,
- Trop de professionnels proposés sans informations suffisantes pour les patients.

<https://www.sfnm.org/page/2998495-reseau-oncodiets>



Exemple de la France : ONCODIETS

- Réseau structuré à l'aide d'une charte
 - Liste d'engagements
 - Formations en oncologie (une payante officielle et une gratuite)
 - Tarif maximum d'une consultation (45 euros)
 - ...

Patients envoyés vers un
réseau de ville structuré

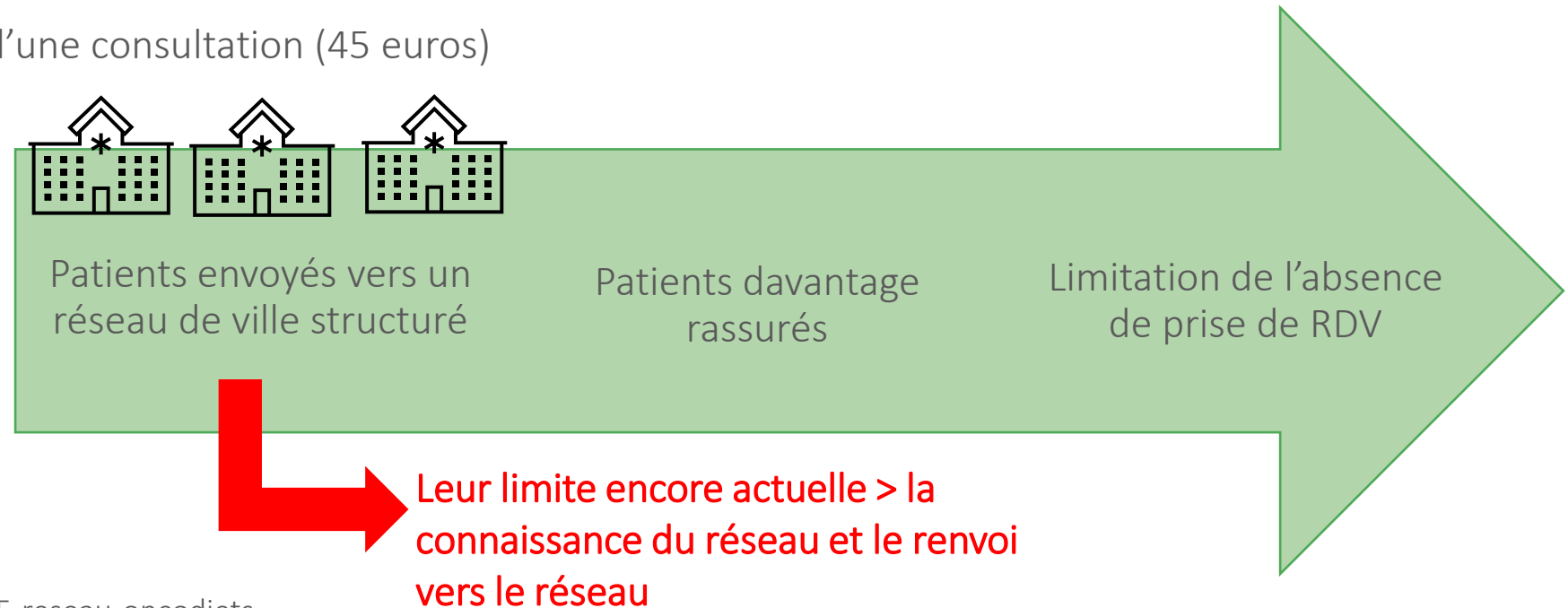
Patients davantage
rassurés

Limitation de l'absence
de prise de RDV



Exemple de la France : ONCODIETS

- Réseau structuré à l'aide d'une charte
 - Liste d'engagements
 - Formations en oncologie (une payante officielle et une gratuite)
 - Tarif maximum d'une consultation (45 euros)
 - ...



Notre charte

PROPOSITION

- Un réseau structuré et efficace = une charte de partenariat complète et claire
- Création d'une charte de partenariat entre l'équipe diététique de l'IJ Bordet et les diététicien.ne.s de ville
- Contenu :
 - Contexte de la création d'un réseau
 - Objectifs du réseau
 - Valeurs du réseau
 - Descriptif des engagements des deux parties
 - L'équipe diététique de l'IJ Bordet envers les diététicien.ne.s du réseau
 - Les diététicien.ne.s du réseau envers l'équipe diététique de l'IJ Bordet
 - Le guide décisionnel et les red flag

Notre charte

PROPOSITION

- Contexte : point développé précédemment
- Objectifs du réseau :
 - Augmenter les prises en charge diététiques des patients de l'IJ Bordet
 - Assurer la continuité des soins nutritionnels oncologiques des patients en post-hospitalier
 - Augmenter la présence de diététicien.ne.s de ville, dans les régions belges francophones, pouvant répondre aux besoins diététiques et nutritionnels des patients de l'IJ Bordet
 - Structurer la collaboration entre l'équipe diététique de l'IJ Bordet et les diététicien.ne.s de ville
 - Assurer la cohérence des messages transmis aux patients
 - Sécuriser la délégation des prises en charge diététiques des patients de l'IJ Bordet aux diététicien.ne.s de ville, en tenant compte du guide décisionnel et des *red flag* si rapportant



Notre charte


PROPOSITION

- Valeurs du réseau : Expertise, respect, transparence, bienveillance, collaboration
- Descriptif des engagements :
 - Engagement des membres du réseau envers l'équipe diététique de l'IJ Bordet
 - Transparence sur le parcours : expériences, connaissances, compétences professionnelles en diététique
 - Transparence sur le prix pratiqué et le délai des rendez-vous disponibles
 - Transparence sur les documents diététiques utilisés pour assurer la cohérence des messages
 - Participation à 1 réunion en présentiel, 2 réunions minimum en visioconférence avec l'équipe de l'IJ Bordet
 - Notes diététiques transmises via le RSW/RSB ou les médecins traitants comme intermédiaires



Notre charte

PROPOSITION

- Engagement des membres du réseau envers l'équipe diététique de l'IJ Bordet (suite)
 - Contenu du rapport diététique : données anthropométriques ; enquête alimentaire (rappel de 24h au minimum) ; mesure de la force musculaire ; bilan calorique, protéiné et hydrique ; dépistage et diagnostic nutritionnel (NRS-2002, GLIM)
 - Utilisation du guide décisionnel et des *red flag* proposés par l'IJ Bordet
 - S'assurer que le patient sous nutrition entérale ait un suivi médical annuel par un spécialiste pour bénéficier du remboursement
- Engagement de l'équipe diététique de l'IJ Bordet envers les diététicien.ne.s du réseau 
 - Planifier 1 réunion en présentiel, 2 réunions minimum en visioconférence (échange d'informations et d'expertise en diététique oncologique hospitalière)
 - Se rendre disponible, dans la mesure du possible et si nécessaire, pour des échanges
 - Transmettre la documentation diététique de l'IJ Bordet
 - Envoyer les patients de l'IJ Bordet vers le réseau en fonction du guide décisionnel
 - Développer, en interne, la communication de l'existence du réseau

06

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

H.U.B

Conclusion

- Le suivi diététique post-hospitalier en oncologie
 - Est indispensable dans le trajet de soins de certains patients pour assurer la continuité des soins nutritionnels mis en place en hospitalisation
 - MAIS il ne peut être intégralement assuré par l'équipe diététique de l'IJ Bordet



- Utilité forte d'un partenariat avec les diététicien.ne.s de ville qui doit être :
 - ✓ Structuré
 - ✓ Réaliste
 - ✓ Sécurisé
 - ✓ Cohérent
 - ✓ Effectif



Perspectives

- Finaliser la charte de partenariat
- Augmenter le nombre de diététicien.ne.s de ville au sein du réseau dans différentes localisations francophones belges
- Favoriser la réorientation des patients vers le réseau dans notre pratique quotidienne à l'IJ Bordet

→ Intéressé.e à rejoindre notre réseau de partenariat Hôpital-Ville ?
Contactez le service diététique de l'IJ Bordet à l'adresse :
dietetique.bordet@hubruxelles.be



Scannez-moi



MERCI !

DES QUESTIONS ?

N'hésitez pas à poser
vos questions

H.U.B