



Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



# Chirurgie ambulatoire en urologie : texte des recommandations AFU

Novembre 2013

**G. Legrand, T. le Guilchet, J. Branchereau, S. Larue, T. Murez,  
F.-R. Desfemmes, B. Vignes, É. Lechevallier, X. Rébillard,  
P. Coloby, P. Mongiat-Artus, G. Cuvelier\* et les membres  
du Comité des Pratiques Professionnelles de l'AFU**

## 1. Préambule

### 1.1. Objectifs des recommandations

L'objectif principal de ces recommandations est de permettre, à l'ensemble des urologues, de développer la pratique d'une chirurgie urologique ambulatoire de qualité, avec les mêmes conditions de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle, en intégrant les technologies et les concepts en organisation actuels et à venir.

L'objectif secondaire est de fournir des documents d'information aux médecins généralistes et aux patients ainsi qu'à l'ensemble des co-intervenants en chirurgie ambulatoire de l'établissement de santé.

### 1.2. Limites du travail

Ces recommandations ont pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire urologique ?
- Y a-t-il des spécificités de la chirurgie ambulatoire en urologie chez la personne âgée ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque rétinonnel postopératoire ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque infectieux postopératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?
- Comment évaluer, traiter et prévenir le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire urologique ?

Volontairement, ces recommandations ne définissent pas de listes d'actes, pour les raisons suivantes :

- ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le trio acte/patient/structure, structure ou organisation à laquelle certaines unités plus avancées associent un réseau d'aval à domicile ;
- ce serait une négation du progrès continu de la chirurgie et de l'anesthésie avec l'apparition de nouvelles techniques (miniaturisation des endoscopes, des mécanismes opérateurs, de la robotique ; pilotage informatique de l'anesthésie ; anesthésie locorégionale échoguidée ; infuseur-pompe intelligente), de nouvelles énergies (vaporisation électrique ou laser, radiofréquence) et de nouveaux moyens de communication (télémédecine) ;
- ce serait oublier que des pathologies disparaissent et apparaissent.

### 1.3. Patients concernés

Les patients concernés sont l'ensemble des patients adultes et enfants devant faire l'objet d'une intervention urologique, susceptible de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.

### 1.4. Professionnels concernés

Les professionnels concernés par ce thème sont essentiellement les chirurgiens urologues, mais aussi l'ensemble des chirurgiens effectuant des actes urologiques.

Sont également concernés par ce thème les professionnels qui partagent avec l'urologie la prise en charge des patients concernés lors de leur hospitalisation.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : g.cuvelier@ch-cornouaille.fr

## 1.5. Méthode de travail

La méthode retenue est celle du consensus formalisé, décrite par la HAS<sup>1</sup>. Ce travail est conduit par l'Association Française d'Urologie avec l'appui méthodologique d'un chef de projet de la HAS.

## 1.6. Actualisation des recommandations

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues après sa publication.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations par consensus formalisé, se référer au guide diffusé en janvier 2011 : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : *Méthode Recommandations par consensus formalisé* ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## 1.7. Gradation des recommandations

Grade des recommandations	
<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1), comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

1. Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Saint Denis La Plaine : HAS ; 2010.

## 2. Synthèse des recommandations

### 2.1. Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire urologique ?

#### 2.1.1. Aspect éthique

1 - Il est recommandé d'appliquer les recommandations selon le contexte, pour un patient, un acte chirurgical, une organisation et une équipe médico-chirurgicale donnés. (AE)

#### 2.1.2. Éligibilité à l'ambulatoire

2 - Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)

3 - Il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources : accompagnant, aidant naturel, personne de confiance<sup>2</sup>). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social. (AE)

4 - Il est recommandé de vérifier la conformité des conditions requises pour la pratique de l'ambulatoire à toutes les étapes de la prise en charge. (AE)

5 - Une déficience physique ou intellectuelle n'interdit pas la prise en charge ambulatoire. Elle nécessite des adaptations spécifiques. (AE)

6 - Les enfants sont d'excellents candidats à la prise en charge ambulatoire. Il est recommandé que les particularités liées au jeune âge soient prises en compte dans les structures. (AE)

7 - Le grand âge en soi est une bonne indication à la prise en charge ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité sont réunies. L'hospitalisation ambulatoire diminuerait le risque confusionnel. (AE)

#### 2.1.3. Organisation

8 - La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel de l'organisation ambulatoire et de l'information du patient.

Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical. (AE)

9 - Il est recommandé au cours des différentes étapes de la chirurgie ambulatoire (de l'accueil à la sortie) d'identifier

---

**2. Accompagnant** : Personne qui accompagne le patient pour effectuer le trajet de retour à domicile après chirurgie ambulatoire.  
**Aidant naturel** : Personne non professionnelle qui vient en aide à une personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne.  
**Personne de confiance** : Personne choisie librement dans son entourage par le patient pouvant l'accompagner dans ses démarches et l'assister à ses entretiens médicaux, l'aider à prendre des décisions et être consulté en priorité par l'équipe médicale si l'état de santé du patient ne lui permettait pas de donner son avis.

les sources de perte de temps dans l'organisation des flux (mauvaise planification, temps d'attente, de transfert). (AE)

10 - Il est recommandé que l'équipe de l'UCA soit sensibilisée, expérimentée et formée à la pratique de l'ambulatoire et à la réhabilitation précoce. (AE)

11 - Il est recommandé de mettre en place au sein de l'UCA une démarche de gestion des risques concernant les risques liés aux processus de prise en charge du patient, les risques liés au défaut d'adhésion individuelle ou collective et les risques liés à des pressions institutionnelles sur des acteurs. (AE)

#### 2.1.4. Y a-t-il des particularités anesthésiques à la chirurgie ambulatoire en urologie ?

12 - Il est recommandé que le médecin anesthésiste réanimateur soit informé par l'urologue du choix d'un mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)

13 - Il est recommandé qu'à l'issue de la consultation d'anesthésie, l'urologue soit informé en cas de réserve sur le mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)

14 - Il est recommandé d'hydrater par voie orale les patients par des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Les critères habituels de jeûne préopératoire sont de 6 heures pour les solides et de 2 heures pour les liquides clairs<sup>3</sup>. (AE)

15 - Il est recommandé de déterminer pour chaque intervention de façon collégiale une durée de surveillance postopératoire minimale requise. (AE)

#### 2.1.5. Place du médecin traitant

16 - Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. (AE)

17 - Il est recommandé que le médecin traitant échange toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant la consultation de programmation, dans le temps intermédiaire entre la consultation et l'intervention et après l'intervention<sup>4</sup>. De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins). (AE)

#### 2.1.6. Place du patient

18 - Il est recommandé d'expliquer au patient les modalités de la chirurgie ambulatoire et de recueillir son

assentiment afin qu'il soit (ou éventuellement son représentant légal) acteur de sa prise en charge. La décision d'ambulatoire doit être partagée avec lui.

Il est recommandé d'informer le patient sur l'importance de respecter les consignes :

- pré-opératoire (joignable par téléphone, hydratation, jeûne, préparation cutanée, prescriptions). Leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention.
- postopératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge. (AE)

#### 2.1.7. Continuité des soins

19 - Selon les textes réglementaires<sup>5</sup>, les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins doivent être organisées par l'UCA en collaboration avec l'urologue et formalisées par écrit.

20 - Il est recommandé lors des consultations pré-opératoires d'organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie de l'hospitalisation (ordonnances et consignes de sortie, rendez-vous postopératoire). Celles-ci devront être réévaluées et validées en postopératoire. (AE)

21 - Il est recommandé de communiquer au patient (et éventuellement aux personnes ressources<sup>6</sup> dans le respect du secret médical) les informations sur la nature du geste pratiqué, les suites prévisibles et de lui délivrer un dossier de liaison (courriers et documents de sortie) pour son retour à domicile. (AE)

22 - Il est recommandé de formaliser la procédure de contact<sup>7</sup> pour la continuité des soins. (AE)

23 - Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement les personnes ressources) des signes qui feraient évoquer une complication postopératoire (infection, rétention, hémorragie, douleur) et de la conduite à tenir. (AE)

## 2.2. Y a-t-il des spécificités de la chirurgie ambulatoire en urologie chez la personne âgée ?

24 - Il est recommandé d'apporter une attention particulière à l'évaluation préopératoire du sujet âgé (antécédents, traitements, troubles cognitifs, entourage) et, éventuellement, de demander un avis gériatrique. Chez le sujet âgé, il est recommandé d'optimiser l'hydratation et d'évaluer l'état cognitif avant la sortie de l'UCA. (AE)

25 - Il est recommandé de surveiller particulièrement les risques d'hypoxémie, d'hypothermie et d'hypovolémie chez le sujet âgé. (AE)

3. Les liquides clairs sont représentés par l'eau, le thé, les boissons sucrées sans pulpe et sans gaz.

4. Cet échange d'information peut porter avant la consultation de programmation, sur les critères médicaux et sociaux d'éligibilité du patient ; entre la consultation et l'intervention, sur la survenue d'événements intercurrents (modification du traitement, résultats de l'ECBU, maladie intercurrente) ; et après l'intervention, sur la survenue d'une complication tardive.

5. Article D6124-304 du code de santé publique. Modifié par Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 - art. 5

6. Une personne ressource est un membre de l'entourage du patient pouvant jouer un rôle dans la prise en charge ambulatoire, en tant qu'accompagnant, aidant naturel ou personne de confiance.

7. La procédure de contact correspond au(x) numéro(s) de téléphone remis au patient et accessibles 24h/24 permettant aux professionnels de santé de ville de pouvoir joindre facilement en cas de besoin la structure qui a pris en charge le patient.

### 2.3. Comment évaluer, prévenir et traiter le risque rétentionnel postopératoire ?

26 - Il est recommandé d'évaluer le risque de rétention urinaire lors de la consultation de programmation opératoire en distinguant le risque rétentionnel faible et le risque élevé en fonction du patient, du type de chirurgie et du type d'anesthésie<sup>8</sup>. (AE)

27 - Il est recommandé de maintenir un traitement alpha-bloquant en périopératoire sauf contre-indication (chirurgie de la cataracte<sup>9</sup>). (AE)

28 - Il est recommandé de ne pas limiter les apports hydriques car cela augmente le risque de déshydratation, de caillottage vésical, et ralentit la reprise des mictions postopératoires. (AE)

29 - Il est recommandé d'obtenir une miction avant toute intervention. (AE)

30 - Il est recommandé de cathétériser la vessie en début d'intervention pour éviter une distension vésicale si la diurèse attendue avant la reprise des mictions est supérieure à 500 ml<sup>10</sup>. (AE)

31 - L'anesthésie générale présente moins de risques de rétention urinaire qu'une anesthésie rachidienne. Il est recommandé d'envisager une option alternative à l'anesthésie rachidienne en cas de risque rétentionnel élevé (lié au patient ou au geste chirurgical). Si une anesthésie rachidienne est indiquée, il est recommandé de réduire les doses d'anesthésiques et de surveiller la reprise des mictions<sup>11</sup>. (AE)

32 - Il est recommandé de limiter l'utilisation de médicaments augmentant le risque de rétention urinaire : morphiniques pour l'analgésie postopératoire et anticholinergiques. (AE)

33 - Chez un patient à faible risque rétentionnel, il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise mictionnelle avant la sortie, en chirurgie ambulatoire urologique et non urologique. (AE)

34 - Chez un patient à risque rétentionnel élevé, il est recommandé de quantifier la miction et d'évaluer le résidu post-mictionnel avant la sortie, en chirurgie ambulatoire urologique et non urologique. (AE)

---

8. Les facteurs de risque rétentionnels sont décrits dans l'argumentaire de ces recommandations. On distingue les patients à risque élevé (chirurgie pelvienne, urologique, rectale et de la hernie ; sujets âgés ; antécédents de diabète ou neurologique ; obstacle sous-vésical, rachianesthésie) et les patients à risque faible (chirurgie non urologique, patient jeune, anesthésie générale).

9. La prise d'alpha-bloquants lors de la chirurgie de la cataracte expose au risque de syndrome de l'iris flasque.

10. Cela inclut la durée prévisible de l'intervention et de l'anesthésie.

11. Ces recommandations sont issues des RFE de la SFAR concernant l'anesthésie ambulatoire parues en 2009.

35 - En chirurgie ambulatoire, il est possible de laisser sortir le patient avec une sonde urinaire. Lors de l'ablation de la sonde, il est recommandé d'évaluer la reprise des mictions. (AE)

### 2.4. Comment évaluer, prévenir et traiter le risque infectieux postopératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?

36 - En l'absence de sonde à demeure, il est recommandé de réaliser un ECBU dans les 5 à 10 jours précédant toute chirurgie de l'appareil urinaire. Il est recommandé que l'UCA soit organisée pour permettre, tout au long de la prise en charge du patient, l'accès à son résultat et son interprétation. (AE)

37 - L'interprétation de l'ECBU relève de l'urologue. Le dossier médical doit contenir le résultat de l'analyse et la conduite adoptée. (AE)

38 - Si un ECBU préopératoire est nécessaire à la chirurgie, il est recommandé de vérifier son résultat et la conduite adoptée avant l'admission en UCA (« appel de la veille ») et lors de la réalisation de la check-list au bloc opératoire. (AE)

39 - En présence d'une colonisation sur sonde, il est recommandé de débiter une antibiothérapie adaptée au moins 48 heures avant l'intervention. Il est recommandé de changer la sonde 24 heures après le début de l'antibiothérapie. (AE)

40 - En cas de colonisation urinaire non traitée, il est recommandé de reporter une chirurgie programmée de l'appareil urinaire. (AE)

41 - L'antibioprophylaxie doit être adaptée au site opératoire et à l'intervention conformément aux recommandations du CIAFU<sup>12</sup> et de la SFAR<sup>13</sup>. (AE)

42 - En cas d'antibiothérapie préopératoire pour une colonisation, il est recommandé qu'elle soit poursuivie au moins 48 heures après l'intervention et jusqu'à l'ablation de la sonde. (AE)

43 - Il est recommandé de favoriser l'arrêt du tabagisme le plus tôt possible avant la chirurgie et d'informer le patient des bénéfices de cet arrêt, notamment pour la qualité des suites opératoires<sup>14</sup>.

44 - Il est recommandé de tenir compte de l'état nutritionnel avant l'acte chirurgical. (AE)

---

12. Recommandations de bonnes pratiques cliniques : l'antibioprophylaxie en chirurgie urologique, par le Comité d'infectiologie de l'association française d'urologie (CIAFU). Progrès en urologie, 2010, 20, 2, 101-108

13. Conférence de consensus : Antibiothérapie en chirurgie et médecine interventionnelle. SFAR. 2010

14. L'arrêt du tabagisme par l'opéré doit survenir le plus tôt possible avant l'intervention. Une période de 6 à 8 semaines d'abstinence fait diminuer le risque anesthésique et de 4 semaines le risque de cicatrisation.

45 - Concernant la préparation cutanée, il est recommandé que la douche antiseptique soit réalisée au plus près de l'intervention par le patient à son domicile et que la dépilation du site opératoire (si elle est nécessaire) soit réalisée le jour même préférentiellement par tonte. Le rasage doit être proscrit. (AE)

46 - Lorsqu'un drainage du site opératoire est indispensable, il est recommandé de privilégier un drainage aspiratif par une contre-incision et de le laisser en place le moins longtemps possible. (AE)

## 2.5. Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?

47 - Il est recommandé de ne pas recourir à une endoprothèse urétérale de manière systématique après une urétéroscopie réalisée en ambulatoire. (AE)

48 - Il est recommandé de ne pas recourir de façon systématique à un drainage vésical car il peut être source d'infection et d'inconfort. (AE)

49 - Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information sur la douleur postopératoire et sa prise en charge. (AE)

50 - Il est souhaitable de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur post-opératoire. (AE)

51 - Il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient. (AE)

52 - Il est recommandé de prendre en charge efficacement et précocement la douleur postopératoire car elle peut favoriser la survenue d'une douleur postopératoire chronique. (AE)

53 - Il est recommandé de privilégier l'analgésie multimodale notamment par l'utilisation d'anesthésiques locaux de longue durée d'action (infiltration de la cicatrice ou bloc périmerveux), en concertation avec le médecin anesthésiste-réanimateur. (AE)

## 2.6. Comment évaluer, prévenir et traiter le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire urologique ?

54 - La gestion du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire doit être une préoccupation majeure des différents intervenants : urologue, médecin anesthésiste-réanimateur, médecin traitant, cardiologue, infirmier(ère), patient et aidant naturel. (AE)

55 - Une gestion périopératoire clairement définie, adaptée et organisée des traitements antithrombotiques

permet de limiter les risques de complication hémorragiques et thrombotiques. (AE)

56 - Il est recommandé qu'un échange d'information périopératoire ait lieu entre le médecin anesthésiste-réanimateur, l'urologue, le médecin traitant et si nécessaire le cardiologue pour définir le risque hémorragique de l'intervention et le risque thromboembolique de l'arrêt des traitements antithrombotiques<sup>15</sup>. (AE)

57 - Il est recommandé d'organiser entre le médecin anesthésiste-réanimateur, l'urologue, le médecin traitant et si nécessaire le cardiologue, le relais, l'arrêt ou le maintien des traitements antithrombotiques, en tenant compte du terrain cardiovasculaire et de l'intervention prévue. (AE)

58 - Il est recommandé de vérifier lors de l'appel de la veille la gestion des traitements antithrombotiques. (AE)

59 - Il est recommandé de prendre en compte une anémie périopératoire et un risque hémorragique pour prévenir les risques de retard de cicatrisation et le surcroît de complications infectieuses. (AE)

## Liens d'intérêts

G. Cuvelier : Rapport d'expertise (ANAP) ; Conférences : auditeur (Ipsen).

G. Legrand, T. le Guilchet, J. Branchereau, S. Larue et F.-R. Desfemmes ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêts pour cet article.

T. Murez : Rapports d'expertise (Janssen) ; Conférences : intervenant (Sanofi) ; Conférences : auditeur (Janssen, Zambon, Ferring, Astellas, Ipsen, Takeda, Pfizer, GSK).

B. Vignes : Conférences : intervenant (Takeda) ; Conférences : auditeur (Pfizer, AstraZeneca, Solvay Pharma).

E. Lechevallier : Conseil (Ipsen) ; Essais cliniques (Astellas, Takeda) ; Conférences : intervenant (Astellas, Ipsen) ; DIU Oncologie (AstraZeneca).

X. Rébillard : Essais cliniques (Astellas, Ferring, Ipsen, Janssen, Takeda, Essais GETUG-AFU) ; Conseil (Bayer, Ipsen, Janssen, Sanofi) ; Conférences : intervenant (Ipsen, Janssen, Ferring, GSK, Sanofi, AstraZeneca) ; Membre du conseil d'administration de l'AFU, Membre de la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins (OG-DPC).

P. Coloby : Essais cliniques (Ferring, Sanofi Aventis) ; Conseil (Ferring, Janssen, Keocyt) ; Conférences : intervenant (Astellas, AstraZeneca, Ferring, Janssen, Novartis, Pierre Fabre, Takeda) ; Conférences : auditeur (Astellas, Ferring, GSK, Ipsen, Janssen, Novartis, Pierre Fabre, Takeda).

P. Mongiat-Artus : Essais cliniques : (GETUG) ; Rapports d'expertise (Pierre Fabre) ; Conseil (Myriad Genetics) ; Conférences : intervenant (Ipsen, Sanofi, Astellas, Janssen, Amgen, Ferring) ; Conférences : auditeur (Ipsen, Sanofi, Astellas, Janssen, Amgen, Ferring).

15. Les traitements antithrombotiques comprennent les antiagrégants plaquettaires et les anticoagulants.