

Développer la chirurgie ambulatoire en urologie dans les meilleures conditions de sécurité pour le patient

Les recommandations de bonne pratique présentées au congrès d'Urologie

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'est trouvé récemment au cours de l'actualité à travers deux rapports :

- celui de la Cour des Comptes sur l'évaluation de la loi sur la Sécurité Sociale, publié le 17 septembre dernier, soulignant le retard de la France où seulement 4 interventions chirurgicales sur 10 sont pratiquées en ambulatoire, contre 8 sur 10 en Suède ou au Danemark, avec un retentissement en termes de coût.
- celui de la Haute autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), rendu public en septembre 2013, insistant sur l'importance de développer des stratégies d'incitation économique, mais aussi de proposer un socle commun de connaissances aux professionnels de santé, de définir les critères de sélection des patients et d'organisation de la chirurgie ambulatoire.

Consciente de l'importance de favoriser la chirurgie ambulatoire dans les meilleures conditions de sécurité pour le patient, l'Association Française d'Urologie s'est mobilisée pour publier des recommandations de bonne pratique qui seront présentées au congrès d'urologie. Ces recommandations ont reçu le label de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif est de donner aux urologues les outils et références nécessaires au développement d'une pratique nécessitant une organisation spécifique, mais aussi de fournir l'information nécessaire au patient pour participer activement au bon déroulement de sa prise en charge. Ainsi, les recommandations seront disponibles, dans leur version « grand public » sur le site de l'AFU : www.urofrance.org.

Mercredi 20 novembre, salle 342 A : Recommandations de bonne pratique, chirurgie ambulatoire en urologie, forum organisé par le Dr Gilles Cuvelier (Quimper), responsable de la commission Chirurgie ambulatoire en urologie de l'AFU.

Parmi les questions abordées : Le développement de la chirurgie ambulatoire en urologie est une réalité.

- Existe-t-il des risques propres à l'ambulatoire ?
- Quelles recommandations de bonne pratique peut-on faire ?
- L'urologie ambulatoire nécessite-t-elle des adaptations anesthésiques ?
- L'AFU peut-elle protéger les urologues d'une pression institutionnelle qui nuirait au développement de la chirurgie ambulatoire urologique dans les meilleures conditions ?
- Quelles nouvelles interventions en ambulatoire ?

1. Chirurgie ambulatoire : définition et rappels

1.1. Définition et enjeux :

La chirurgie ambulatoire est la réalisation en moins de 12 heures d'une intervention chirurgicale, sans hébergement de nuit. Elle doit intégrer, de fait, une réhabilitation précoce, comprenant la reprise de l'alimentation, du transit et des mictions, l'information et l'éducation thérapeutique autorisant la sortie le jour même, dans les meilleures conditions de sécurité.

La chirurgie ambulatoire présente des bénéfices pour le patient, comme pour la collectivité :

- jeûne raccourci ;
- reprise rapide de l'alimentation ;
- gestion anticipée de la douleur ;
- retour au domicile précoce, qui permet d'éviter le déracinement lié à l'hospitalisation – notamment pour les personnes âgées ;
- diminution du risque d'infections nosocomiales ;
- diminution du risques thrombo-embolique ;
- diminution des coûts, liés à l'hospitalisation.

Les enquêtes de satisfaction ont montré l'attrait de cette prise en charge pour les patients.

Cependant, la chirurgie ambulatoire impose la définition d'une organisation rigoureuse qui optimise la prise en charge à chacune des étapes :

- En amont de l'intervention, grâce à l'information du patient qui participe au bon déroulement de l'intervention par sa préparation (gestion du jeûne préopératoire, adaptation des éventuels traitements) ;
- Par le **choix d'une technique chirurgicale adaptée : technique mini-invasive** (coelioscopie, endoscopie, permettant de réduire les incisions, les drains et les sondes ;
- Par le choix de la technique d'anesthésie, **favorisant l'utilisation d'anesthésiques à élimination rapide, ayant moins d'effets secondaires (sommolence, nausées et vomissements) ;**
- **Par l'anticipation de la douleur ;**
- Après l'intervention : **par la prévention des risques et la mise en œuvre d'une organisation permettant leur gestion** (information donnée au patient avant son retour à la maison, numéro de téléphone à contacter en cas de besoin, suivi téléphonique du patient, afin de s'assurer de son état général au lendemain de l'intervention).

L'essor de la chirurgie ambulatoire est donc lié au **progrès des techniques de la chirurgie et de l'anesthésie (lire p. 7)**, mais son succès repose essentiellement sur **l'organisation du service, la préparation de l'intervention centrée sur le patient (éligibilité à ce type de prise en charge, identification et gestion des risques liés à son état général, voire à sa situation sociale, son environnement).**

2. Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France :

La chirurgie ambulatoire représente enjeu majeur en termes de restructuration et d'amélioration de l'offre de soins : **elle est l'une des 10 priorités nationales du programme pluriannuel de gestion du risque (GDR) et constitue un axe majeur de l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et des plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS) 2011-2016.**

La Direction Générale de l'Offre de Soins a souligné la nécessité de considérer la chirurgie ambulatoire comme la référence pour l'ensemble de l'activité de chirurgie chez l'ensemble des patients éligibles, la chirurgie réalisée dans le cadre d'une hospitalisation ne devant être réservée qu'aux interventions les plus lourdes ou aux patients les plus vulnérables, nécessitant un suivi post-opératoire rapproché.

Aujourd'hui, ce mode de prise en charge demeure insuffisamment développé, en France, par rapport aux autres pays de l'OCDE :

- 83% des interventions chirurgicales aux Etats Unis ;
- 79 % en Grande Bretagne ;
- 70% dans les pays d'Europe du Nord ;
- **40% en France, mais le ministère de la Santé s'est fixé pour objectif d'atteindre le seuil des 50% d'ici à 2016.**

La chirurgie ambulatoire en urologie est déjà largement pratiquée par l'ensemble des urologues français, mais elle essentiellement limitée à un nombre d'actes restreint. Comment accroître sa proportion, en assurant la sécurité du patient ? Comment élargir le nombre d'interventions urologiques praticables en ambulatoire ? La réflexion menée par l'AFU, avec les apports de la Société Française de Chirurgie Ambulatoire et de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, ne fournit pas de liste de chirurgie, mais plutôt une méthode qui permet de définir, au cas par cas, en fonction du patient, de son état de santé, de sa situation générale (éventuelle vulnérabilité), de son environnement social (éventuelle précarité), les cas dans lesquelles il est possible et souhaitable de réaliser une opération chirurgicale en ambulatoire.

Dans cet esprit les recommandations ont été **écrites en collaboration avec des spécialistes des questions éthiques (lire l'encadré ci-après), afin d'intégrer les notions de bienfaisance, de non malfeasance, de justice et d'autonomie de la personne.** Elles ont pris en compte l'aspect médical de la prise en charge, mais aussi l'aspect social, **intégrant notamment la vulnérabilité, la fragilité ou la précarité éventuelle des individus pour définir un chemin clinique propre à chaque patient.**

**Les considérations éthiques
Au centre de la définition du chemin clinique du patient**

Pour chaque patient, à l'occasion de chaque intervention, cette chirurgie doit s'intégrer dans un « chemin clinique » propre (description précise du rôle de chacun : patient, médecin, urologue, anesthésiste, soignant, brancardier, ambulancier, accompagnant ; qui fait quoi, quand, comment et où ?).

Les principes éthiques en vigueur propres à toute activité de soin connaissent ici quelques spécificités :

Principe d'Autonomie :

Comme pour toute prise de décision médicale, **le recueil du consentement du patient doit faire l'objet d'une attention particulière. La manière dont le praticien saura éclairer le patient pour l'associer au processus de décision constitue un enjeu éthique majeur.**

Aux yeux de certains patients, la chirurgie ambulatoire peut faire figure de chirurgie « mineure », en raison du fait qu'elle ne nécessite pas d'hébergement nocturne. Et ce, a fortiori dans le cas de la chirurgie endoscopique sans atteinte du schéma corporel (chirurgie sans ouverture, sur écran en dehors de son propre corps).

Le praticien doit donc se montrer particulièrement attentif devant un patient dont la demande de prise en charge ambulatoire passerait au premier plan, alors qu'il n'est pas éligible.

Lors de la consultation préopératoire, le rôle de la personne accompagnante doit être précisé : chez certains patients (troubles cognitifs ou handicaps) l'accompagnant représente un élément essentiel sur lequel peut s'appuyer le praticien pour informer le patient et s'assurer du respect des consignes péri-opératoires.

Dans son travail d'information, le praticien exposera les éléments de la **balance bénéfice-risque en insistant sur l'association Acte-Patient-Organisation, afin d'aider le patient à choisir le mode de prise en charge le plus adapté.**

Principe de bienfaisance

Dans tout acte de soin, ce principe doit être respecté en considérant le bien tel que l'appréhende le patient. La chirurgie ambulatoire respecte cette valeur dans la mesure où elle peut constituer une évolution des pratiques professionnelles et de la prise en charge médicale et organisationnelle, améliorant ainsi le service rendu.

Principe de non-malfaisance :

En **diminuant les risques d'infections nosocomiales, de complications thrombo emboliques et de désorientation temporo-spatiale chez le sujet âgé**, la chirurgie ambulatoire contribue à renforcer ce principe de non-malfaisance.

Une attention redoublée doit être apportée à la prise en charge post-opératoire, notamment à la gestion de la douleur. La continuité des soins doit être organisée.

Principe d'équité :

Par l'optimisation des coûts et une meilleure allocation des ressources, la chirurgie ambulatoire peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité économique. Toutefois, dans le cadre d'une politique de rationalisation des dépenses de santé, **le volet social ne doit pas être abandonné. Il doit faire partie intégrante du processus décisionnel.**

Ce dernier doit en effet prendre en compte l'aspect social, eu égard à la vulnérabilité, la fragilité et la précarité croissantes des individus. En 2009, 18,1 % de la population française vivaient seuls chez eux (source INSEE). En diminuant « l'hospitalité », la chirurgie ambulatoire ne doit pas contribuer indirectement à l'exclusion d'une partie de notre population. **Un milieu social particulièrement défavorisé sur le plan de l'hygiène, de la capacité à se faire aider ou à prendre du repos, l'existence d'addictions (drogues, alcool) sont autant d'éléments à prendre en considération pour l'éligibilité du patient.**

Ces recommandations souhaitent fournir une aide à la décision, en présentant une synthèse des connaissances actuelles appliquées à la chirurgie ambulatoire. Elles doivent être interprétées en fonction du contexte, pour un patient, un acte chirurgical, une organisation et un praticien donnés. Ces recommandations n'exonèrent pas l'urologue de l'exercice de son sens critique ni de son jugement.

2. L'ambulatoire, un défi pour demain : interview du Dr Gilles Cuvelier, responsable de la commission Chirurgie ambulatoire en urologie de l'AFU

Quels sont les enjeux du développement de la chirurgie ambulatoire ?

Dr Gilles Cuvelier : Le développement de la chirurgie ambulatoire est un changement nécessaire demandé par la société, et bénéfique pour le patient. Avec l'ambulatoire, c'est toute la fonction hospitalière qui évolue : l'établissement de santé perd l'hébergement au profit d'une offre différente de soin.

La chirurgie ambulatoire nécessite donc une organisation spécifique, pluri professionnelle, et un flux d'information bien programmé, qui fluidifie le parcours de soins et balise la démarche. **Cette marche vers plus de progrès, de sécurité et d'autonomie du patient, ne peut être réalisée sans une équipe anesthésique à la pointe de sa spécialité, qui accompagne l'urologue, un accueil infirmier, attentif et rassurant, qui veille sur le malade, sans oublier le médecin traitant, qui assure le relais de la prise en charge après le retour à la maison en relation avec les équipes hospitalières.** Et le patient lui-même devient acteur de sa prise en charge : il doit être informé de tout ce qu'il doit faire en amont comme en aval de l'intervention chirurgicale.

Quelles sont les informations essentielles à donner au patient ?

Dr Gilles Cuvelier : Le patient doit d'abord être informé sur l'intervention elle-même et les conditions de sa réalisation en ambulatoire.

Il doit avoir une idée claire du "chemin clinique", c'est-à-dire des différentes étapes de sa prise en charge.

Et puis, l'intervention se prépare d'abord à la maison :

- avec l'adaptation des traitements (par exemple, s'il y a lieu, avec l'interruption du traitement antiagrégant ou anticoagulant)
- avec le respect des mesures de jeûne.

Et les mesures concernant le jeûne ont changé avec ces dernières recommandations élaborées avec la Société Française d'Anesthésie Réanimation (lire l'encadré ci-après) : désormais le patient doit cesser de manger 6 heures avant son hospitalisation et non la veille à minuit ; il doit continuer de s'hydrater jusqu'à deux heures avant l'hospitalisation avec des liquides clairs (de l'eau, du jus de pommes, du thé, du sirop, du café). L'hydratation est un facteur essentiel de récupération rapide après l'intervention : elle permet notamment de mieux supporter l'anesthésie, mais aussi d'éviter les problèmes urinaires (caillots, rétention urinaire, etc.). Elle accélère le retour à des mictions normales, l'une des conditions de retour à la maison.

Et si le patient a son rôle à jouer, les équipes soignantes sont là pour vérifier qu'il a bien tout compris et que tout se passe bien : par exemple, en appelant le patient, la veille de l'intervention, un coup de fil essentiel qui fait partie intégrante de l'organisation des soins. En ambulatoire, tout doit être programmé.

Quels sont les bénéfices de l'ambulatoire pour le patient ?

Dr Gilles Cuvelier : Un retour rapide à la maison, une durée de jeûne réduite, une diminution du risque d'infection et d'incidents thrombo-emboliques. A condition de bien s'assurer des critères d'éligibilité pour cette chirurgie, le patient, récupère, au bout du compte, mieux, et surtout plus vite.

Quels sont les bénéfices pour le chirurgien et l'équipe soignante, en général ?

Dr Gilles Cuvelier : Le chirurgien gagne en temps, et en perfectionnement de sa technique. Pour tout urologue, jeune ou expérimenté, l'activité ambulatoire est un *deal* avec l'avenir, même si elle nécessite de faire sauter quelques verrous comportementaux.

L'ensemble de l'équipe soignante gagne en organisation, en efficacité, avec la satisfaction, à la clé, d'avoir amélioré la prise en charge du patient. La chirurgie ambulatoire est un facteur et un vecteur d'excellence pour tous.

Un clin d'œil : dans le mot ambulatoire, on entend le mot bulle. Je dirais qu'un service ambulatoire, c'est un peu comme une bulle d'oxygène, et cela permet une meilleure avancée vers l'avenir.

Les critères de jeûne ont changé

Les critères de jeûne ont changé. Désormais, on préconise de :

- **ne rien manger pendant les 6 heures qui précèdent l'hospitalisation,**
- **ne rien boire pendant les 2 heures qui précèdent l'hospitalisation.**

En effet, des études ont montré que deux heures suffisaient pour une vidange complète des liquides de l'estomac. Or, la bonne hydratation des patients participe de leur récupération rapide. Elle permet :

- De mieux tolérer l'anesthésie – en évitant nausées, vomissements ;
- De récupérer plus rapidement des mictions normales (plus de sonde), et d'éviter les caillots dans les urines.

Les liquides autorisés sont les liquides clairs :

- Eau ;
- Jus de pomme ;
- Thé, café (avec modération)

Les jus d'agrumes ne sont pas autorisés.

3. Quelle chirurgie peut être réalisée en ambulatoire ? L'exemple du traitement des calculs rénaux grâce au laser.

Le développement de la chirurgie des calculs rénaux en ambulatoire est un exemple qui illustre parfaitement les conditions de développement de ce type de prise en charge :

- **Progrès technologique et chirurgical** : ici, la mise à disposition des urétroscopes souples. En effet, ceux-ci permettent l'accès à tout le rein, et donc à tous les calculs. L'urétroscopie, muni d'une fibre, offre la possibilité de détruire les calculs, où qu'ils se situent, de manière mini-invasive - il n'y a pas d'incision.
- **Progrès réalisés dans le domaine de l'anesthésie et de la gestion de la douleur;**
- **Progrès apporté par les nouvelles recommandations en matière de jeûne** : grâce à la meilleure hydratation, les mictions reprennent plus vite (parce que le patient a matière à uriner), les urines sont plus diluées (moins de caillottage).
- **Progrès de l'organisation** : il est important de souligner que tous ces progrès ne sauraient suffire sans une adaptation de l'organisation. Seules les équipes ayant mis en place une organisation optimisée, avec un chemin clinique définissant les tâches de chacun - de l'équipe chirurgicale au patient, sans oublier le médecin traitant - peuvent mettre en œuvre la chirurgie ambulatoire.

D'autres exemples d'interventions :

S'il n'existe pas de liste des interventions réalisables, parce qu'il existe autant de situations que de patients, on peut cependant donner quelques exemples de chirurgies urologiques désormais réalisées couramment en ambulatoire :

- **La mise en place de bandelettes sous-urétrales** dans le traitement de l'incontinence d'effort ;
- **La chirurgie des bourses**, qui, dans certaines régions de France (en fonction des ARS), doit désormais faire l'objet d'une entente préalable lorsqu'elle n'est pas réalisée en ambulatoire.

4. La synthèse des recommandations AFU/HAS sur la chirurgie urologique en ambulatoire

Aspect éthique

- **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)**

Eligibilité à l'ambulatoire

- **Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)**
- **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) Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social. (AE)**
- **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)**
- **Une déficience physique ou intellectuelle n'interdit pas la prise en charge ambulatoire. Elle nécessite des adaptations spécifiques. (AE)**
- **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)**
- **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. (grade C)**

Organisation

- **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)**

- Il est recommandé au cours des différentes étapes de la chirurgie ambulatoire (de l'accueil à la sortie) d'identifier les sources de perte de temps dans l'organisation des flux (mauvaise planification, temps d'attente, de transfert). (AE)
- 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)
- 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)

Y'a-t-il des particularités anesthésiques à la chirurgie ambulatoire en urologie ?

- Il est recommandé que le médecin anesthésiste réanimateur soit informé par l'urologue du choix d'un mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE).
- 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)
- 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 6h pour les solides et de 2h pour les liquides clairs. (grade B)
- Il est recommandé de déterminer pour chaque intervention de façon collégiale une durée de surveillance post-opératoire minimale requise. (AE)

Place du médecin traitant

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

Place du patient

- Il est recommandé de responsabiliser le patient (ou éventuellement son représentant légal) pour qu'il soit acteur de la prise en charge. La décision d'ambulatoire doit être partagée avec lui. Le patient doit respecter les consignes préopératoires (joignable par téléphone, hydratation, jeûne, préparation cutanée, prescriptions). Leur non-respect peut conduire au report de l'intervention.
Le patient doit respecter les consignes post-opératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect peut nuire à la prise en charge. (AE)

Continuité des soins

- Selon les textes réglementaires, 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.
- Il est recommandé lors des consultations préopératoires d'organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie de l'hospitalisation (ordonnances et consignes de sortie, rendez-vous post opératoire). Celles-ci doivent être réévaluées et validées en post-opératoire. (AE)
- Il est recommandé de communiquer au patient (et éventuellement aux personnes ressources 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)
- Il est recommandé de formaliser la procédure de contact pour la continuité des soins. (AE)
- Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement les personnes ressources) des signes qui feraient évoquer une complication (infection, rétention, hémorragie, douleur) post-opératoire et de la conduite à tenir. (AE)

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

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

Comment évaluer, prévenir et traiter le risque rétentionnel post-opératoire ?

- 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. (AE)
- Il est recommandé de maintenir un traitement alpha-bloquant en péri-opératoire sauf contre-indication (chirurgie de la cataracte). (AE)
- 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 post-opératoires. (AE)
- Il est recommandé d'obtenir une miction avant toute intervention. (AE)
- 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 500mL. (AE)
- L'anesthésie générale présente de moindres 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. (AE)

- Il est recommandé de limiter l'utilisation de médicaments augmentant le risque de rétention urinaire : morphiniques pour l'analgésie post-opératoire et anticholinergiques (AE)
- Chez un patient à faible risque rétentionnel, il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise mictionnelle, en chirurgie ambulatoire urologique et non urologique. (AE)
- 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)
- 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)

Comment évaluer, prévenir et traiter le risque infectieux post-opératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?

- 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)
- L'interprétation de l'ECBU relève de l'urologue. Le dossier médical doit contenir le résultat de l'analyse et la conduite adoptée. (AE)
- 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)
- 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).
- En cas de colonisation urinaire non traitée, il est recommandé de reporter une chirurgie programmée de l'appareil urinaire. (AE)
- L'antibioprophylaxie doit être adaptée au site opératoire et à l'intervention conformément aux recommandations du CIAFU et de la SFAR. (AE)
- En cas d'antibiothérapie préopératoire pour une colonisation, il est recommandé qu'elle soit poursuivie au moins 48h après l'intervention et jusqu'à l'ablation de la sonde. (AE)
- Il est recommandé de favoriser l'arrêt du tabagisme le plus tôt possible avant la chirurgie et d'informer le patient des bénéfices de l'arrêt du tabac, notamment pour la qualité des suites opératoires. (grade B)
- Il est recommandé de tenir compte de l'état nutritionnel avant l'acte chirurgical. (AE)

- 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)
- 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)

Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur post-opératoire après chirurgie ambulatoire urologique ?

- Il est recommandé de ne pas recourir à une endoprothèse urétérale de manière systématique après une urétéroscopie réalisée en ambulatoire. (AE)
- 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)
- Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information sur la douleur post-opératoire et sa prise en charge. (AE)
- Il est souhaitable de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la DPO. (AE)
- Il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur post-opératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient. (AE)
- Il est recommandé de bien prendre en charge la douleur post-opératoire car elle peut favoriser la survenue d'une douleur post-opératoire chronique. (AE)
- 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 périnerveux), en concertation avec le médecin anesthésiste réanimateur. (AE)

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

- La gestion du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire doit être une préoccupation majeure des différents intervenants : urologue, médecin anesthésiste réanimateur, médecin traitant, cardiologue, infirmier(e), patient et aidant naturel. (AE)
- Une gestion péri-opératoire clairement définie adaptée et organisée des traitements antithrombotiques permet de limiter les risques de complication hémorragiques et thrombotiques. (AE)
- Il est recommandé qu'un échange d'information péri-opératoire 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 (AE).

- **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 anti-thrombotiques, en tenant compte du terrain cardio-vasculaire et de l'intervention prévue. (AE)**
- **Il est recommandé de vérifier lors de l'appel de la veille la gestion des traitements antithrombotiques. (AE)**
- **Il est recommandé de prendre en compte une anémie péri-opératoire et un risque hémorragique pour prévenir les risques de retard de cicatrisation et le surcroît de complications infectieuses. (AE)**