Progrès en urologie (2015) **26**, 14—15

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

COMMENTAIRE À...

L'ambulatoire est-il le futur de la prostatectomie radicale ? Probablement pas...

The ambulatory is it future of radical prostatectomy? Probably not...

A. Ruffion[a,b,*], **A. de la Taille**[c,d]

[a] *Service d'urologie, université Claude-Bernard Lyon I, centre hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, 69310 Pierre-Bénite, France*
[b] *Centre de recherche en cancérologie de Lyon — Inserm 1052 CNRS 5286, centre Léon-Bérard, université Lyon 1, 69373 Lyon cedex 08, France*
[c] *Service d'urologie CHU Mondor, Assistante publique des Hôpitaux de Paris, Créteil, France*
[d] *Inserm U955Eq07, faculté de médecine de Créteil, Créteil, France*

Disponible sur Internet le 24 novembre 2015

Volonté affichée de nos instances, la chirurgie ambulatoire continue son développement en urologie. Concernant le cancer de la prostate, après la curiethérapie, les auteurs présentent une première au moins française de chirurgie ambulatoire de la prostate. Dans la littérature, les chiffres les plus courts rapportés sont plutôt autour de 3 jours d'hospitalisation en moyenne [1,2]. La sélection des patients est la clé de la réussite : faible risque hémorragique, chirurgie de durée courte et patient en excellent état général et entouré. Le travail rapporté [3] va être profitable en nous stimulant à adopter de plus en plus massivement les protocoles de « réhabilitation précoce ». C'est cette raison qui a poussé le comité éditorial à déroger à la règle s'opposant à la publication d'un cas clinique.

Il est cependant important d'avoir un œil critique sur cette expérience.

Premièrement, il s'agit typiquement d'un cas de patients pour lequel la surveillance active était à privilégier. La chirurgie a pu être la plus préservatrice possible chez un patient ayant une tumeur très limitée. L'approche de chirurgie ambulatoire aurait probablement posé plus de problème s'il s'était agi d'un patient requérant un curage étendu et une dissection plus large.

Deuxièmement, à quelle proportion de nos patients pourrions nous proposer cette attitude ? En effet, nous n'opérons pas que des patients entrant idéalement dans les critères de l'ambulatoire. Les auteurs ayant une large expérience de cette chirurgie aurait pu donner ce pourcentage en analysant leur cohorte de patients même rétrospectivement car le message que retiendront nos instances est que cela est faisable donc indispensable chez tous les patients (avec une réduction de la valorisation du GHS correspondant...).

Troisièmement, les données décrites vont permettre de réfléchir à l'optimisation des procédures postopératoires

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.10.004.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : alain.ruffion@chu-lyon.fr (A. Ruffion).

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.10.009
1166-7087/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

y compris en dehors de l'ambulatoire : pourquoi laisser un drain alors qu'on fait une procédure ambulatoire, la réduction du nombre de trocarts ou la voie prépéritonéale permettraient elle un meilleur confort, pourquoi avoir laissé le patient à jeun de liquide alors qu'on propose dans la plupart des protocoles de boire une boisson sucrée 2 à 3 h avant... Autant de questions qui vont nous faire globalement progresser collectivement dans la prise en charge de nos patients.

Quatrièmement, l'ambulatoire après 12 h d'hospitalisation a-t-il du sens ? Surtout quand le patient est levé depuis 4 h 30 du matin... Bien sûr l'expérience a été jugée positive par le patient, mais sur un plan pratique n'aurait il pas eu un aussi bon retour compte tenu de son excellent résultat fonctionnel s'il était rentré le matin de l'intervention et ressorti le lendemain matin ? Les règles de l'ambulatoire alourdissent considérablement la charge de travail des chirurgiens et ce surplus de travail n'est aujourd'hui pas pris en compte par nos autorités administratives. Ces dernières souhaitent uniquement réduire les coûts d'hospitalisation en réduisant globalement le coût des séjours. Notre rôle de médecin est bien sûr de réévaluer nos pratiques mais aussi de faire attention à la surenchère que peut induire le côté soi disant « moderne » de certaines pratiques.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Gralla O, Haas F, Knoll N, Hadzidiakos D, Tullmann M, Romer A, et al. Fast-track surgery in laparoscopic radical prostatectomy: basic principles. World J Urol 2007;25:185—91.

[2] Magheli A, Knoll N, Lein M, Hinz S, Kempkensteffen C, Gralla O. Impact of fast-track postoperative care on intestinal function, pain, and length of hospital stay after laparoscopic radical prostatectomy. J Endourol 2011;25:1143—7.

[3] Bierman D, Dutheil V, Poupot D, Moalic R, Gosseine PN, Cormier L, et al. La prostatectomie radicale robotique ambulatoire. Une chirurgie de l'avenir ? À propos d'un cas. Prog Urol 2015, http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.10.004 [sous presse].