

Le document a été validé par les partenaires suivants :



## Recommandation de bonnes pratiques

### Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) pour cystectomie

#### Récapitulatif des recommandations

Version validée - Février 2018

En vue de la validation par :

La Commission Recommandations de bonnes pratiques HAS pour l'attribution du label HAS

La Commission Recommandations de bonnes pratiques INCa pour l'attribution du label INCa

## RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

### RAAC CYSTECTOMIE 2017

#### Recommandation 1

Il est recommandé :

- D'informer un maximum de patients des conditions de la prise en charge de RAAC en leur proposant de les y inscrire, même si l'ensemble du programme ne peut leur être appliqué. (grade modéré).

#### Recommandation 2

Il est recommandé de proposer en préopératoire d'une cystectomie une pré-habilitation avec une activité physique adaptée au patient (niveau de preuve modéré ; grade de la recommandation fort).

#### Recommandation 3

- Il est recommandé d'effectuer une éducation périnéo sphinctérienne associée ou non à un entraînement périnéal avant une cystectomie avec néo-vessie orthotopique (niveau de preuve faible ; grade de la recommandation modéré).

- Il est recommandé de vérifier l'aptitude et l'acceptation de la réalisation d'auto-sondages avant une cystectomie avec néo-vessie orthotopique (niveau de preuve faible ; grade de la recommandation fort)

#### Recommandation 4

Il est recommandé de proposer en préopératoire d'une cystectomie une préparation respiratoire fondée sur :

-Le travail des muscles respiratoires (la spiromètre incitative et respiration abdominale)

(Niveau de preuve faible, grade de recommandation modéré)

-L'optimisation des pathologies respiratoires

(Niveau de preuve fort, grade de recommandation fort)

-L'arrêt du tabac

(Niveau de preuve fort, grade de recommandation fort)

#### Recommandation 5

-Il est recommandé de prendre en compte le retentissement psychologique d'une cystectomie (niveau de preuve faible ; grade de la recommandation fort).

-Il est recommandé de proposer, une prise en charge psychologique, un recours spécialisé, voire aux associations de patients (niveau de preuve faible ; grade de la recommandation fort).

### **Recommandation 6**

- Tout patient doit bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel (% de perte de poids récent, IMC, albumine), d'un dépistage de la dénutrition, et de conseils diététiques (Niveau de preuve élevé ; Grade de recommandation fort).

- Tout patient dénutri doit recevoir une assistance nutritionnelle préopératoire et par une équipe spécialisée en cas de dénutrition sévère.

(Niveau de preuve modéré ; Grade de recommandation fort)

- Une immunonutrition peut être prescrite 7 jours avant la chirurgie.

(Niveau de preuve faible ; Grade de recommandation faible)

### **Recommandation 7**

Il est recommandé en postopératoire d'une cystectomie de réaliser une mobilisation précoce dans les 24h après l'intervention.

(Niveau de preuve faible ; Grade de recommandation fort)

### **Recommandation 8**

Il est recommandé dans le cadre d'une RAAC pour cystectomie :

- De réaliser une éducation et une information en préopératoire sur la gestion des urostomies ou des néo-vessies orthotopiques.

- De vérifier la possibilité de la réalisation d'auto-sondage, en cas de néo-vessie.

- D'informer le patient sur les avantages et inconvénients des différentes dérivations urinaires.

Cette information doit être claire, appropriée et adaptée à sa situation mais également à sa compréhension. Elle permet une décision conjointe ou au moins comprise par le patient ou par ses proches.

(Niveau de preuve faible ; grade de recommandation fort)

### **Recommandation 9**

Il est recommandé dans le cadre d'une RAAC de cystectomie de proposer la réalisation d'exercices respiratoires en post-opératoire (spiromètre incitative), voire la réalisation d'une kinésithérapie respiratoire plus complète en cas de facteur de risque respiratoire ou d'arguments cliniques.

(Niveau de preuve faible ; grade de recommandation modéré.)

### **Recommandation 10**

Il est recommandé dans le cadre d'une RAAC pour cystectomie :

- De disposer de protocoles clairs et accessibles pour permettre la réalisation des objectifs de RAAC.
- De disposer d'une équipe infirmière et aide soignante bien intégrée dans le parcours du patient et consciente de son rôle essentiel pendant le séjour hospitalier.
- De réaliser une traçabilité des soins permettant de suivre l'évolution du patient et la réalisation des items de la RAAC.

(Niveau de preuve faible, grade de recommandation modéré)

### **Recommandation 11**

En oncologie, la voie laparoscopique, robot-assistée ou non, est une option pour des chirurgiens expérimentés lorsqu'elle est réalisable sur le plan oncologique. La sécurité oncologique de cette dernière semble de plus en plus établie ainsi qu'associée à une tendance à la diminution de certaines complications. La voie d'abord standard est en 2017 la voie ouverte. (Niveau de preuve modéré, Grade de recommandation fort).

En neuro-urologie : il est probablement souhaitable de réaliser un abord laparoscopique si l'équipe chirurgicale en a l'expérience. (Niveau de preuve modéré ; grade de recommandation fort)

- Les dispositifs chirurgicaux d'hémostase sont une option et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Ils peuvent être une aide chirurgicale. (Niveau de preuve faible ; Grade de recommandation faible)

### **Recommandation 12**

-En pré-opératoire il est recommandé d'anticiper les besoins à la sortie de l'hospitalisation (Soin IDE, consultations, soin de suite et de réadaptation) (niveau de preuve faible, grade fort).

-Il est souhaitable d'informer le patient sur les signes qui doivent l'amener à re-consulter et comment solliciter l'équipe chirurgicale en urgence si besoin (niveau de preuve faible, grade fort).

-Il est recommandé d'informer le patient sur l'importance des consignes pré et post-opératoire. Leur non respect pouvant conduire au report de l'intervention ou nuire à la prise en charge (niveau de preuve faible, grade fort).

### **Recommandation 13**

Il est recommandé une stratégie analgésique d'épargne morphinique par une analgésie multimodale incluant une technique ALR, du Paracétamol, un AINS<sup>1</sup> avec limitation de durée

---

et respect des contre-indications chez les insuffisants rénaux pour permettre une épargne morphinique importante (niveau de preuve élevé, grade fort).

Les analgésiques de palier 2 sont une option en cas de contre-indications d'un palier 1 ou des AINS (niveau de preuve élevé, grade fort).

Il est recommandé d'utiliser la Kétamine en peropératoire (exclusivement). Cette molécule apporte un bénéfice analgésique et permet une réduction de la consommation de morphiniques (niveau de preuve élevé, grade moyen).

Il est recommandé d'utiliser systématiquement une analgésie péridurale thoracique pour la chirurgie par laparotomie malgré l'absence de preuve d'un bénéfice net ni sur la durée d'hospitalisation ni sur les suites à long terme. L'analgésie péridurale thoracique doit permettre la mobilisation précoce du patient (niveau de preuve élevé, grade fort).

Il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement une analgésie péridurale thoracique pour les cystectomies par coelioscopie (niveau de preuve moyen, grade fort).

En l'absence de péridurale, il est recommandé d'utiliser la Lidocaïne IV (niveau de preuve élevé, grade fort).

En l'absence de péridurale, il est recommandé de réaliser une infiltration locale du site opératoire ou un bloc pariétal (TAP bloc et/ou Bloc des muscles droits) après arrêt de la Lidocaïne IV (niveau de preuve faible, grade faible).

#### **Recommandation 14**

- Il est recommandé d'appliquer les principes d'une ventilation artificielle protectrice en peropératoire.

(Niveau de preuve élevé ; grade fort).

- Il est recommandé d'utiliser un monitoring de la curarisation et d'appliquer un protocole de décurarisation guidé par ce monitoring.

(Niveau de preuve élevé ; grade fort).

#### **Recommandation 15**

- Chez le patient non neurologique, il n'est pas recommandé de réaliser un régime pauvre en résidu (niveau de preuve faible ; grade faible).

- Chez le patient neurologique, il est recommandé de réaliser un curage digital quotidien du rectum (niveau de preuve moyen ; grade fort).

- Il n'est pas recommandé de réaliser de préparation digestive per os (niveau de preuve élevé, grade fort).

- Il est recommandé de prévenir tout excès d'apport liquidien IV périopératoire pour permettre une reprise plus rapide du transit intestinal (niveau de preuve élevé ; grade fort).

- Il est recommandé d'éviter la mise en place d'une aspiration gastrique postopératoire systématique (niveau de preuve élevé, grade fort).
- Il est recommandé de débiter la reprise des apports liquidiens caloriques par voie orale dans les heures qui suivent la chirurgie (niveau de preuve élevé ; grade fort).
- Il est recommandé d'utiliser le chewing-gum pour réduire la durée de l'iléus postopératoire, en attente de la reprise de l'alimentation orale (niveau de preuve élevé ; grade fort).

### **Recommandation 16**

Il est recommandé :

- d'évaluer (score d'APFEL) le risque de nausées vomissements pour adapter la stratégie de prévention (niveau preuve élevé ; grade fort)
- si le risque est élevé, de prévenir les nausées vomissements postopératoires par une stratégie de 2 voire 3 antiémétiques (niveau de preuve élevé ; grade fort)
- Il est recommandé de mettre en place les mesures de prophylaxie des "nausées vomissements" non-médicamenteuses, efficaces et parfaitement tolérées (niveau de preuve modéré ; grade faible).
- Il est recommandé de rédiger pour la période postopératoire un protocole de traitement curatif des « nausées vomissements » (niveau de preuve élevé ; grade fort).

### **Recommandation 17**

Il est recommandé de prévenir les effets métaboliques de "l'agression" chirurgicale que constitue la cystectomie, par une injection unique de 8 mg de dexaméthasone ou de 30 mg de méthylprednisolone, lors de l'induction anesthésique.

(niveau de preuve modéré, grade de recommandation fort).

### **Recommandation 18**

Pour diminuer le risque infectieux d'une cystectomie, il est recommandé de :

- S'assurer de la stérilité des urines par la réalisation d'un ECBU pré opératoire ou mettre en place une antibiothérapie efficace d'au moins 48 heures si colonisation.
- Réaliser une préparation cutanée du patient.
- Réaliser une antibioprophylaxie.

(Niveau de preuve faible, grade de la recommandation fort.)

### **Recommandation 19**

Il est recommandé au cours d'un parcours RAAC pour cystectomie :

- De réaliser un drainage des voies urinaires hautes et basses, sans que l'on puisse recommander une durée ou un type de drainage.
- De réaliser un drainage du site opératoire, sans que l'on puisse recommander une durée ou un type de drainage.

(Niveau de preuve faible, grade de la recommandation moyen)

### **Recommandation 20**

Il est recommandé en post-opératoire d'une cystectomie en RAAC :

- De réaliser une réalimentation orale précoce liquide (J0) (Niveau de preuve élevé ; grade fort).
- De réaliser une réalimentation solide précoce et progressive (J1) (Niveau de preuve modéré ; grade fort).
- De mettre en place une assistance nutritionnelle dans les 48 heures, en cas de dénutrition préopératoire sévère (Niveau de preuve élevé ; grade fort).

En cas d'iléus prolongé (J5) en l'absence de dénutrition préopératoire, une nutrition parentérale doit être discutée (Niveau de preuve modéré ; grade fort).

### **Recommandation 21**

Il est recommandé de :

- Dépister précocement (1 mois avant la date de la chirurgie) une anémie par carence martiale et de prescrire une supplémentation en fer intraveineuse (Niveau de preuve faible ; grade fort)
- Prescrire une supplémentation d'EPO en cas d'anémie secondaire à une chimiothérapie néo-adjuvante, si l'hémoglobine est inférieure à 13 g/dl chez l'homme et 12 g/dl chez la femme. D'effectuer en préopératoire une transfusion de culots globulaires si l'hémoglobine est inférieure à 9 g/dl. (Niveau de preuve moyen, grade fort)
- Porter les bas de contention lors de la chirurgie et de prescrire une anticoagulation préventive par HBPM dès J1, qui sera poursuivie jusqu'à J28 post-opératoire dans les indications carcinologiques et jusqu'à la sortie de l'hôpital pour les indications neurologiques.

(Niveau de preuve élevé, grade fort)

### **Recommandation 22**

- Il est recommandé<sup>2</sup> en préopératoire de dépister les facteurs de risque de confusion post-opératoire et de mettre en place des mesures de réduction de ce risque (niveau de preuve faible, grade fort).

Sa prévention<sup>3</sup> repose sur :

- Une analgésie efficace<sup>4</sup>
- La réduction des médicaments à risque
- La surveillance de l'état nutritionnel
- La mise à disposition des prothèses auditives et visuelles
- La mobilisation rapide, l'utilisation de sonde et de drains limitée dans le temps, un environnement favorable et l'implication de la famille.
- L'hydratation en liquide clair et solutions glucidiques jusqu'à 2 heures avant l'intervention. (niveau de preuve faible, grade modéré)

### **Recommandation 23**

Il est recommandé d'assurer une prévention systématique de l'hypothermie qui comportera l'utilisation de systèmes de réchauffement actif et un monitoring de la température indispensable pour les interventions de longue durée.

(Niveau de preuve élevé, grade de recommandation fort)

### **Recommandation 24**

Il est recommandé d'utiliser des molécules anesthésiques et analgésiques de courte durée d'action.

(Niveau de preuve modéré, grade de recommandation fort)

### **Recommandation 25**

Il est recommandé de respecter une durée de jeûne solide de 6 heures environ avant l'intervention chirurgicale et d'éviter une durée de jeûne prolongé (niveau de preuve élevé ; grade fort).

Il est recommandé de réaliser un apport de liquides clairs<sup>5</sup>, jusqu'à 2 heures avant l'intervention, sauf en cas de troubles de la vidange gastrique (niveau de preuve élevé ; grade fort).

### **Recommandation 26**

Il est recommandé d'administrer une charge glucidique (Maltodextrines) préopératoire. Elle doit être administrée la veille au soir et le matin dans les heures précédant l'intervention en respectant une durée de jeûne hydrique de 2 heures.

(Niveau de preuve modéré ; grade fort)

---

<sup>5</sup> Les liquides clairs sont représentés par l'eau, le thé, les boissons sucrées sans pulpe et sans gaz.



### **Recommandation 27**

Il est recommandé de ne pas prescrire systématiquement de prémédication anxiolytique avant l'intervention chirurgicale.

Les indications éventuelles doivent être discutées avec les patients au cas par cas.

(Niveau de preuve élevé, grade de recommandation fort)

### **Recommandation 28**

1/ Un protocole d'apports liquidiens IV au Bloc Opératoire doit être établi par chaque équipe (niveau de preuve élevé, grade fort).

2/ En l'absence d'hypovolémie pré et peropératoire, les apports liquidiens de base peropératoires doivent être modérés : entre 5 et 7 ml/kg/h (niveau de preuve élevé ; grade fort)

3/ En cas de survenue d'une hémorragie, les apports liquidiens doivent être titrés avec un objectif de compenser les pertes hémorragiques (niveau de preuve élevé ; grade fort).

4/ Un moyen de monitoring de la volémie permet, en mesurant le VES, de titrer le remplissage vasculaire. Son utilisation est recommandée chez les patients à risque (niveau de preuve élevé ; grade fort).

### **Recommandation 29**

Programmation opératoire et filière de soins :

Recherche d'une cavité syringomyélique (avant une chirurgie coelioscopie ou robotique)

L'accueil dans le service d'urologie

- Chambre individuelle, avec un accès facile en fauteuil roulant et un mobilier adapté
- Matériels « minimums » : matelas adapté au risque cutané du patient, sonnette adaptée, téléphone adapté, chariot douche, lève malade
- Chambre à proximité du poste infirmier
- Passage régulier et répété de l'équipe soignante équipe paramédicale informée et formée à la spécificité du patient neurologique Communication sous forme de protocoles de soins entre les équipes d'Urologie et de MPR

Gestion des traitements de fond

- Poursuite des traitements symptomatiques (antispasmodiques et antiépileptiques)
- Pas d'interruption des traitements antiparkinsoniens car risque de syndrome de sevrage
- Immunosuppresseurs (dans la SEP) à moduler en fonction de l'urgence chirurgicale
- Adaptation des galéniques
- Pas de modification du traitement de fond d'une manière générale

Anesthésie et réanimation périopératoire

- L'absence de sensibilité ne dispense pas de l'anesthésie afin de prévenir la crise d'Hyper Réflexie Autonome (HRA)

- Toutes les techniques d'anesthésie sont utilisables L'anesthésie locorégionale est la plus adaptée au patient blessé médullaire
- Monitoring tensionnelle continue pour dépister HTA (crise HRA)
- Connaissance des symptômes cardinaux de l'HRA et de sa prise en charge
- Éviter l'adrénaline en cas d'anesthésie locale (risque de poussée hypertensive)
- Prévention du risque d'allergie au latex (fréquente chez le patient spina-bifida)
- Installation du patient très attentive (protection des points d'appui par plaque de gélatine)
- Les changements de posture doivent être très prudents (mécanismes d'adaptation aux variations volémiques altérés)
- La présence d'une pompe à baclofène ne nécessite pas son arrêt en peropératoire

### La chirurgie

Une chirurgie assurée dans les meilleurs délais opératoires possibles (risque escarre)  
Un neurostimulateur doit être arrêté en cas d'utilisation d'un bistouri électrique

### Analgesie postopératoire

L'anesthésie postopératoire prend en compte à la fois la douleur chronique et aiguë  
Elle doit être efficace et réactive de façon à prévenir l'HRA même en l'absence de sensibilité  
L'analgesie péridurale continue est la plus adaptée (diminue risque HRA et consommation morphine) Les traitements antérieurs de la spasticité sont très rapidement repris  
Kinésithérapie respiratoire (encombrement et atélectasie)  
Prévention maladie thromboembolique

### La reprise du transit postopératoire

- Favoriser la chirurgie laparoscopique (par rapport à la laparotomie)
- Favoriser la chirurgie sous péritonéale (par rapport à la chirurgie trans-péritonéale)
- Retrait précoce de la sonde naso-gastrique Réalimentation précoce
- Aide à la reprise du transit : massages abdominaux/laxatifs osmotiques neutres  
Verticalisation et mise au fauteuil précoce Obtention de la vacuité rectale : Toucher rectal/suppositoires/lavement.

### La sortie du service d'urologie

- Compte rendu opératoire avec un schéma du montage chirurgical écrit
- Consignes postopératoires et suivi urologique écrit Favoriser le transfert postopératoire dans un centre de MPR (soins de nursing, réhabilitation)
- Évaluation du résultat fonctionnel de l'intervention et de son intégration par le patient
- Dépistage et gestion précoce d'éventuelles complications postopératoires

## **Recommandation 30**

Une collaboration, la plus précoce possible, entre l'équipe d'oncologie médicale, gériatrique, chirurgicale dont l'anesthésiste et nutritionnelle est nécessaire pour optimiser l'état clinique du patient en préopératoire (physique, anémie, nutrition).

(Niveau de preuve faible ; Grade de la recommandation fort)

## **Recommandation 31**

Il est recommandé de considérer le patient obèse comme potentiellement dénutri et dépister son degré de dénutrition en vue d'une prise en charge nutritionnelle avec conseil diététique et immunonutrition.

Les régimes restrictifs entraînant une perte de masse maigre ne sont pas recommandés.

(Niveau de preuve faible, grade de la recommandation fort.)

### **Recommandation 32**

Il est recommandé avant cystectomie ou chimiothérapie, de réaliser un questionnaire G8 à chaque patient âgé de 75 ans et plus (niveau de preuve faible, grade fort).

En cas de score  $\leq 14/17$ , une évaluation gériatrique doit être proposée au patient (niveau de preuve faible, grade fort).

La prise en charge gériatrique doit être précoce et inclure l'anticipation d'un retour au lieu de vie (niveau de preuve faible, grade fort).

### **Recommandation 33**

Il est recommandé dans un programme de RAAC de prévoir un temps de saisie et de réunion dédiée à l'évaluation des pratiques et à ses évolutions.

(Niveau de preuve élevé ; grade de la recommandation fort)