



Recommandation de bonne pratique

Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) Néphrectomie / Néphro-urétérectomie

Note de cadrage – Juin 2020

En vue de la constitution du groupe de lecture

En vue de la validation par :

le Conseil scientifique de l'AFU pour l'attribution de la norme « AFU »

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

PREAMBULE : PRESENTATION DES PARTENAIRES DU PROJET

La démarche lancée par l'Association Française d'Urologie (AFU) sur la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) néphrectomie / néphro-urétérectomie associe l'ensemble des sociétés savantes ou CNP impliquées dans cette prise en charge chirurgicale du rein : le Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée (GRACE), la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SOFOG), l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) et le groupe coopérateur ARTuR.

Ces recommandations sur la RAAC néphrectomie serviront de point de départ à plusieurs actions :

- Identification des études à promouvoir afin de conduire à une amélioration du niveau de preuve de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) ;
- Mise en place d'une étude clinique multicentrique et recueil prospectif des données cliniques (outcomes) des patients néphrectomisés qu'ils aient – ou non – fait l'objet d'une RAAC (collaboration uroCCR) ;
- Diffusion d'un document d'information destiné aux patients et à l'ensemble des co-intervenants dans la prise en charge d'une néphrectomie pour cancer par RAAC ;
- Identification du socle minimal de pratique pour toutes les procédures RAAC en urologie dans l'objectif de compléter les recommandations qui ont été élaborées en 2017 sur la RAAC-cystectomie et d'élargir ces recommandations au champ de la chirurgie rénale, partielle ou totale.

Ce travail se fait dans la continuité d'une collaboration multi-professionnelle. La majorité des acteurs sollicités pour ce travail ont déjà contribué à la rédaction des Recommandations de bonnes pratiques concernant la Récupération améliorée après cystectomie pour cancer et maladie neuro-urologique. Les différents documents de ce travail (note de cadrage, recommandation, argumentaire, diaporama,...) sont disponibles sur le site www.urofrance.org.

LISTE ABREVIATIONS

AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
AFIUU	Association des infirmiers et infirmières en urologie
AFU	Association française d’urologie
ANAP	Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARTuR	Association pour la Recherche sur les Tumeurs du Rein
CCAR	Commission chirurgie ambulatoire RAAC
CCAFU	Comité de cancérologie de l’association française d’urologie
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CFAR	Collège français des anesthésistes-réanimateurs
CNAM	Caisse nationale d’assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Conseil national professionnel
CPP	Comité des pratiques professionnelles
DC	Débit Cardiaque
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DPC	Développement professionnel continu
DPI	Déclaration publique d’intérêts
DUBC	“D fluid Ureter and Bladder Cuff”
DVA	Donneur Vivant Apparenté
EAU	« European association of urology »
ERAS	« Enhanced recovery after surgery »
EV	Euvolémie ou Volémie normale
FC	Fréquence Cardiaque
GDFT	« Goal-Directed Fluid Therapy »
GRACE	Groupe francophone de réhabilitation après chirurgie
HAS	Haute autorité de santé
IADE	Infirmiers anesthésiste diplômés d’état
IBODE	Infirmiers du bloc opératoire diplômés d’état
IDE	Infirmiers diplômés d’état
ICFuro	Intergroupe coopérateur francophone de recherche en onco-urologie
INCa	Institut national du cancer
IRA	Insuffisance rénale aiguë
IRC	Insuffisance rénale chronique
LESS-DN	“Laparoscopic single-site donor nephrectomy”
LNCC	Ligue nationale contre le cancer
NCCN	« National comprehensive cancer network »
NICE	« National institute for health and care excellence »
NUT	Néphro-urétérectomie

ONDU	Observatoire national des données en urologie
PAM	Pression Artérielle Moyenne
PPS	Programme personnalisé de soins
PVC	Pression Veineuse Centrale
RAPN	« Robo-Assisted Partial Nephrectomy »
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RAAC RAC	Récupération (anciennement réhabilitation) Améliorée Après Chirurgie Récupération (anciennement réhabilitation) Améliorée après Chirurgie (ancienne dénomination)
RBP	Recommandation de Bonne Pratique
RRC	Réseau régional de cancérologie
SEAP-HAS	Service évaluation des actes professionnels de la HAS
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SNIIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SFNDT	Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation
UCA	Unité dédiée à la Chirurgie Ambulatoire
UroCCR	Réseau Français de Recherche sur le Cancer du Rein
VES	Volume d'Ejection Systolique

SOMMAIRE

1. Cadrage du projet	7
1.1 Présentation du thème	7
1.1.1. Saisine	7
1.1.2. Contexte du thème	9
La RAAC, priorité institutionnelle et des sociétés savantes	9
Pratiques actuelles des néphrectomies	10
Pratiques de RAAC	14
1.1.3. Enjeux / justification du projet	15
En France, des pratiques hétérogènes	15
Des programmes de RAAC ont été appliqués à l'échelle européenne.	15
Un programme français pour déboucher sur une amélioration des pratiques	15
Des perspectives pour un programme pluri-professionnel.	16
1.1.4. Délimitation du thème	16
Objectifs des recommandations	16
Questions retenues	17
1.1.5. Professionnels cibles	21
1.1.6. Patients concernés par le thème	22
1.2. Mise en œuvre du projet	23
1.2.1. Méthode d'élaboration	23
1.2.2. Etapes et calendrier	23
1.2.3. Stratégie bibliographique	25
1.2.4. Construction de l'argumentaire	27
1.2.5. Organisation de l'expertise	27
Groupe de pilotage	28
Groupe de cotation	29
Groupe de lecture	30
Financement des acteurs	31
1.2.6. Données disponibles (états des lieux documentaire)	31
Recommandations françaises ou internationales existantes	31
Méta-analyses, revues systématiques ou autres publications internationales	32
Parties prenantes consultées	32
Préoccupations des professionnels et des patients et usagers	33
1.2.7. Continuité des actions	33
Productions prévues	33
Communication	33
Outils d'implémentation	33
Indicateurs et critères de suivi de l'adhésion à la RBP notamment :	34

Conduite d'autres projets issus des recommandations	34
Mesures d'impact des recommandations et DPC	34
Actualisation des recommandations	34
Annexes	36
Annexe 1. Organisation de l'expertise	36
Groupe de pilotage	36
Groupe de cotation	36
Annexe 2. Grille AGREE-II	37
Annexe 3. Grille HAS de niveaux de preuve des conclusions	38
Annexe 4. Recherche des recommandations existantes	39
Références bibliographiques	44

1. Cadrage du projet

1.1 Présentation du thème

1.1.1. Saisine

Intitulé de la saisine : récupération améliorée après néphrectomie ou néphro-urétérectomie.

Demandeur : La rédaction de ces recommandations a été proposée par la Commission de Chirurgie Ambulatoire et RAAC du Comité des Pratiques Professionnelles de l'AFU (CPP-AFU) et acceptée par le Conseil scientifique de l'Association Française d'Urologie.

La Commission de Chirurgie Ambulatoire - RAAC du CPP-AFU (CCAR-CPP) a réalisé ce travail avec l'aide méthodologique de la Commission « Méthodologie des recommandations » du CPP-AFU, en coopération avec le comité de cancérologie de l'AFU (CCAFU) et plus particulièrement le sous-comité « rein » du CCAFU.

La Commission Chirurgie Ambulatoire RAAC (CCAR-CPP) regroupe des urologues des différents modes d'exercice (hospitalier universitaire, hospitalier, ESPIC, libéral), des urologues en formation (AFUF), avec également une représentation des différentes composantes du conseil national professionnel d'urologie (AFU-société savante, SNCUF-syndicat et enseignants-Collège d'Urologie). Les membres de cette commission sont : Luc Corbel (libéral), Gilles Cuvelier (hospitalier), Jean-Philippe Fendler (hospitalier), Grégoire Poinas (ESPIC). Le CPP-AFU est coordonné par Pr Luc Cormier (Dijon). La CCAR-CPP développe pour l'AFU les recommandations, actions et programmes ayant trait à la chirurgie ambulatoire et à la réhabilitation améliorée avant chirurgie urologique.

Les membres de la **Commission « Méthodologie des recommandations »** sont Franck Bruyère (urologue, hospitalier), Gilles Cuvelier (urologue, hospitalier), Diana Kassab-Chahmi (méthodologiste-chef de projet AFU), Maël Martin (urologue, hospitalier), Grégoire Poinas (urologue, ESPIC), Mathieu Roumiguié (urologue, hospitalier) et Maxime Vallée (urologue, hospitalier).

L'objectif de ce travail est de présenter les spécificités et les conditions requises pour permettre la RAAC dans le cadre des néphrectomies et néphro-urétérectomies, et ce avec les mêmes conditions de qualité et de sécurité que celles de la prise en charge traditionnelle. Seront concernées les néphrectomies partielles ou totales avec ou sans urétérectomie associées quelles qu'en soient l'indication (cancer, calcul, rein détruit ou non fonctionnel, donneur vivant) par voie chirurgicale ouverte ou coelioscopique (laparo- ou lomboscopie, robot-assistée ou non).

Ce travail a pour but de mettre, à disposition des urologues, des recommandations pour le développement d'une pratique de RACC de qualité, multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, dans leurs structures de soins.

La démarche associe le **Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée (GRACE)**, l'**Association pour la Recherche sur les Tumeurs du Rein (ARTuR)** et l'**Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)**.

Le Groupe francophone interdisciplinaire de réhabilitation améliorée en chirurgie (GRACE) est une association qui regroupe des professionnels de la santé experts dans cette réhabilitation. Parmi ses objectifs, figurent :

- le développement de l'approche "Enhanced recovery after surgery" (Eras®) – dite réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) ou réhabilitation améliorée (RAAC) – dans les pays francophones. Elle entend parallèlement "faciliter l'esprit multidisciplinaire" et d'équipe entre les différents intervenants de spécialités, médicales et paramédicales ;
- la mise à disposition des établissements de santé un logiciel d'audit sur ces pratiques de réhabilitation ;
- la labellisation de centres experts français.

L'Association pour la Recherche sur les Tumeurs du Rein (ARTuR) est une association Loi 1901, qui a la particularité de regrouper à la fois des médecins, des malades et des proches de malades. Ses objectifs sont, d'une part, soutenir et développer la recherche sur les tumeurs du rein et leur prise en charge clinique (volet médical), et d'autre part, améliorer l'information des patients, de leur famille, et les aider à vivre avec un cancer du rein (volet patients). Le volet « patients » est destiné aux patients et à leurs proches. Il a pour mission d'informer au mieux les malades et leur famille sur la réalité de cette maladie et de favoriser les échanges. C'est dans ce but qu'a été développé un site internet permettant de trouver des informations médicales claires et validées par des médecins. Et comme il est important pour les malades de pouvoir confronter leurs situations personnelles à des témoignages d'autres malades, un forum de discussion est proposé sur le site internet de l'association. De plus, chaque année un forum Rencontres Patients est organisé. C'est un moment privilégié pour informer les patients et leurs proches des nouveautés médicales, traiter de thématiques précises et pour permettre aux personnes présentes d'échanger leurs expériences de la maladie. Le volet médical et scientifique est destiné aux professionnels. Il permet de promouvoir la recherche sur les tumeurs du rein. Pour cela, les membres d'A.R.Tu.R conçoivent des protocoles de recherches, mettent en œuvre et réalisent des recherches scientifiques dans le domaine de la santé publique et participent à des congrès.

L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) est la société savante représentant la chirurgie ambulatoire en France. Elle est membre de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), l'organisme international officiel représentant la chirurgie ambulatoire.

« L'association a pour objet de promouvoir la chirurgie ambulatoire, de contribuer à son progrès et à sa diffusion, dans l'intérêt des patients et de la société. L'association se propose en particulier de :

- Aider au développement de la chirurgie ambulatoire en France.
- Promouvoir l'enseignement, la formation et la qualité des soins dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.
- Promouvoir toute procédure d'évaluation de ce type de chirurgie et encourager tout effort d'organisation en matière d'assurance qualité.
- Promouvoir la recherche et assurer par tout moyen la diffusion des travaux scientifiques.
- Collaborer avec tout organisme extra-national poursuivant les mêmes buts.

Ces objectifs concernent toutes les disciplines médico-chirurgicales, paramédicales, économiques, administratives, juridiques ou autres. » (Article 2 des statuts de l'AFCA.) ? Le développement de la chirurgie ambulatoire est également un enjeu dans la prise en charge des patients atteints de cancer induisant une recherche d'ajustement des pratiques et d'innovation technologique.

Une seconde association de chirurgie ambulatoire vient d'être créée récemment : la «Société Française de Chirurgie Ambulatoire» orientée vers les établissements privés.

1.1.2. Contexte du thème

La RAAC, priorité institutionnelle et des sociétés savantes

La RAAC se définit comme un ensemble de techniques et de méthodes qui ont pour objectif de diminuer le stress et favoriser la convalescence. Elle repose sur plusieurs piliers : recentrage sur le patient, chirurgie mini-invasive, parcours de soins avec une dimension pré, per et post-opératoire, prise en charge multi-professionnelle et écriture d'un chemin clinique ou parcours de soins.

Le sujet intéresse les sociétés savantes et les tutelles :

- Volume important de patients ;
- Publication de premières réalisations de néphrectomie en ambulatoire
- Pratiques hétérogènes, rapportées par le retour du terrain et par les enquêtes, induisant ainsi un risque de perte de chance pour les patients et une diminution du service médical rendu ;
- Manque d'une revue systématique de la littérature sur le sujet complétée par une recommandation de bonne pratique nationale.

Un rapport d'orientation sur les « Programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives » a été élaboré par la HAS (analysant toutes chirurgies confondues)¹.

¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

La RAAC représente un enjeu majeur en termes d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et du service médical rendu aux patients.

Parallèlement, en septembre 2019, la HAS a rendu un rapport d’évaluation de l’acte de néphrectomie totale ou partielle par cœlioscopie robot-assistée concluant à l’absence de données suffisantes pour permettre une évaluation dans les conditions définies par la HAS.

Pratiques actuelles des néphrectomies

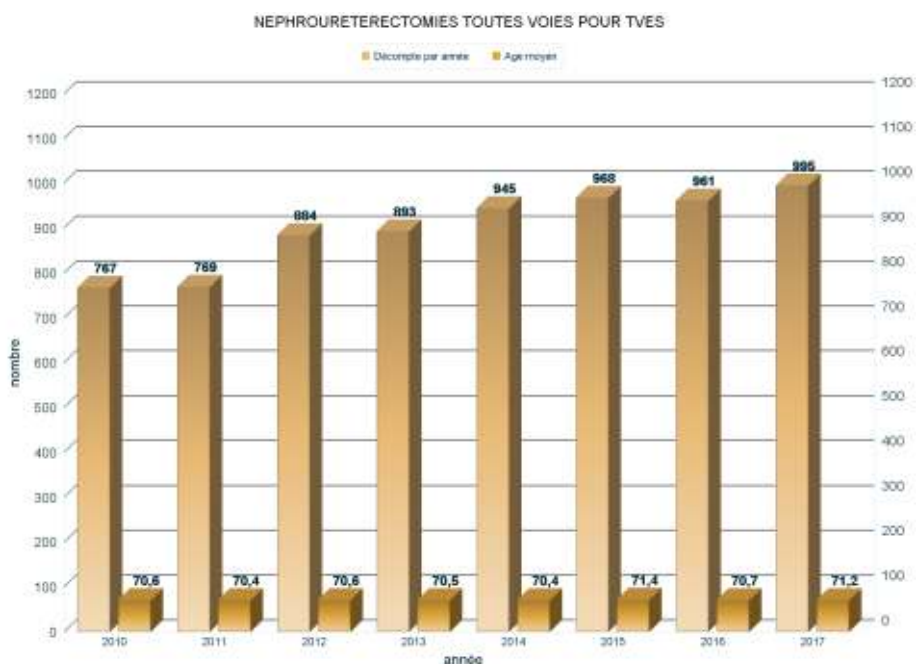
D’après les données de l’ONDU (Observatoire National des Données en Urologie - AFU), un peu plus de 10500 néphrectomies ont été réalisées en France en 2018 pour des indications carcinologiques. On dénombre également près de 1000 néphro-urétérectomies la même année (cf. Figure 1).

TABEAU 1: NOMBRE DE NEPHRECTOMIES PAR ANNEE ET PAR TYPE DE CHIRURGIE

	TOUTES EXERESES	Dont Coelio	Dont ouvert	TOT/ELAR TTES VOIES	Dont Coelio	Dont ouvert	PARTIELLES TTES VOIES	Dont Coelio	Dont ouvert
2010	8724	3080	5664	5893	2156	3745	2847	923	1930
âge moyen (ans)	63,7	63,					61,7	61,2	
2011	9069	3403	5687	5806	2298	3512	3284	1094	2195
âge moyen (ans)	63,8	63,2					61,7	61	
2012	9156	3794	5383	5699	2462	3241	3482	1332	2161
âge moyen (ans)	63,8	63,4					61,6	61	
2013	9212	4053	5174	5348	2487	2925	3683	1521	2166
âge moyen (ans)	63,9	63,6					61,7	61,4	
2014	9497	4527	4990	5515	2693	2830	3996	1831	2171
âge moyen (ans)	63,9	63,3					62	61,3	
2015	9768	4943	4846	5512	2782	2734	4277	2155	2129
âge moyen (ans)	63,8	63,6					62	61,3	
2016	10341	5597	4766	5843	3159	2691	4521	2428	2096

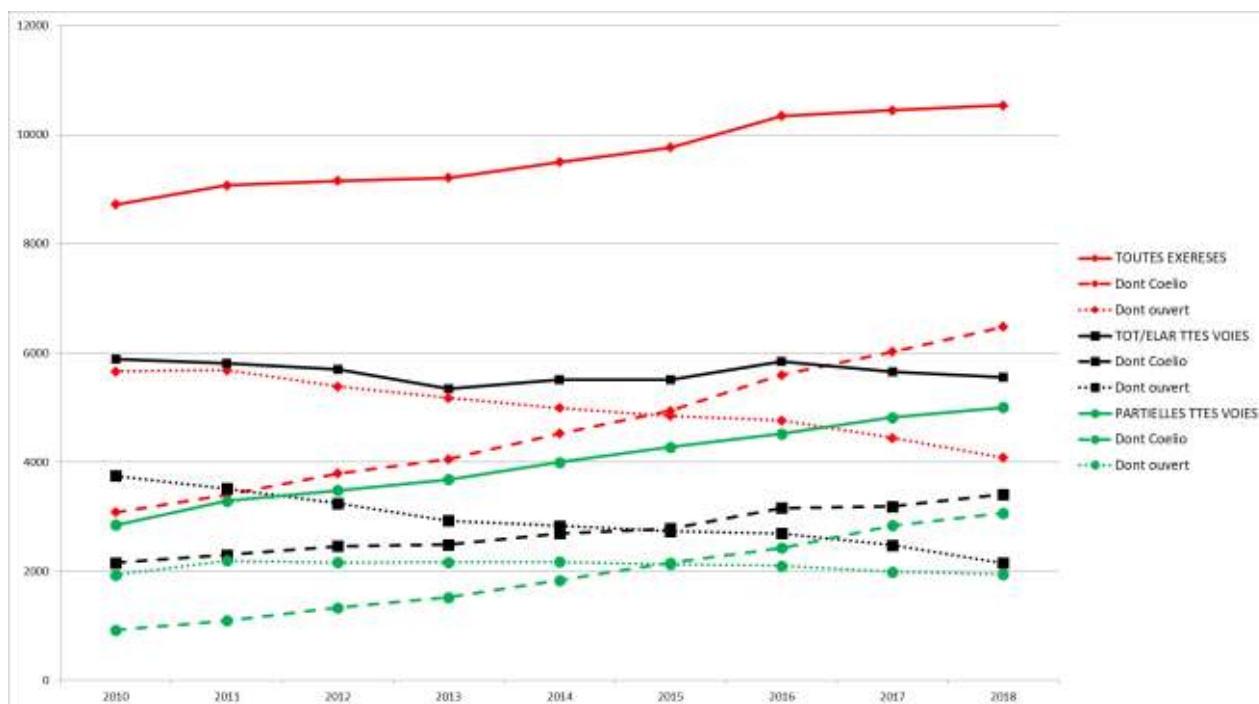
âge moyen (ans)	63,8	63,5					61,6	61,1	
2017	10446	6023	4444	5656	3186	2477	4819	2836	1988
âge moyen (ans)	64,3	64					62,7	62,1	
2018	10536	6477	4083	5554	3411	2150	5003	3066	1944
âge moyen (ans)	A compléter	A compléter					A compléter	A compléter	

FIGURE 1: NEPHRORETERECTOMIES TOUTES VOIES



Pour les néphrectomies, l'âge moyen est de 64 ans, avec une proportion relativement stable des patients âgés de plus de 80 ans (15%). Les interventions en ambulatoire restent marginales : 7 sur 10741 procédures en 2016, 26 sur 10446 en 2017 et 40 sur 11567 procédures toutes indications confondues en 2018.

FIGURE 2: TAUX DE PRATIQUES DES DIFFERENTES MODALITES DE NEPHRECTOMIES PAR AN EN FRANCE



En l'absence de code CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) spécifique pour les néphrectomies par cœlioscopie robot-assistée, il n'est aujourd'hui pas possible de différencier les néphrectomies réalisées en cœlioscopie pure ou robot-assistée. Cette situation va changer ; l'Agence technique de l'information médicale (ATIH) a rendu disponible en Juillet 2019 un code d'extension documentaire pour identifier le recours à la robot-assistance lors d'une intervention chirurgicale. Ceci répond au rapport de la CNAMTS qui soulignait le manque d'évaluation nationale des bénéfices pour les patients de la chirurgie robot-assistée et de considération des coûts supplémentaires induits par la chirurgie robotique, difficiles à estimer faute jusqu'alors de codes spécifiques dans la nomenclature.

La HAS a inscrit l'évaluation de l'acte de néphrectomie par cœlioscopie robot-assistée à son programme de travail pour 2018.

Une enquête a été réalisée en 2018 auprès d'urologues français. Elle nous a permis d'estimer la part de chirurgie robot-assistée par rapport à la cœlioscopie classique.

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
Coelioscopie	36.67%	55
Coelioscopie robo-assistée	32.67%	49
Ouverte par voie sous costale	28.67%	43
Ouverte par lombotomie	52.00%	78
Autre (veuillez préciser)	1.33%	2
Total Respondents: 150		

Enquête de pratique 2018

Les urologues français ont été interrogés en 2018 par une enquête nationale sur les points spécifiques très précis de la pratique pour cette chirurgie de néphrectomie afin de dégager les problématiques liées à ce geste et en vue de rédiger au mieux des recommandations de bonne pratique.

171 réponses ont été obtenues. Il en ressort que 80% des urologues pratiquent des néphrectomies (totales ou non).

Les urologues déclarent une moyenne de 10 néphrectomies totales et 15 partielles chaque année. La majorité des néphrectomies totales sont faites en coelioscopie (robot-assistée ou non) ; la majorité des chirurgies partielles sont déclarées effectuées par chirurgie ouverte.

Une sonde vésicale est laissée dans 80% des cas et enlevée à J1 ou 2 dans 72% des cas. 10% des urologues mettent systématiquement une sonde gastrique.

Le drainage est systématique dans 58% des néphrectomies totales et 72% des néphrectomies partielles.

L'analgésie multimodale est habituelle.

Plus de 50% des patients sont hospitalisés la veille de la chirurgie.

Les patients restent en moyenne 3 nuits après une chirurgie coelioscopique et 5 nuits après une chirurgie ouverte.

Plus de 70% des urologues n'envisagent pas la néphrectomie totale ou partielle en ambulatoire.

Il serait intéressant de disposer, en plus des données PMSI, de la consommation de soins des patients pendant cette période et du suivi ; une étude SNIIRAM permettrait d'y répondre. Dans ce contexte, des données de complications précoces après néphrectomie pour cancer ont été

identifiées chez plus de **XX%** des patients, dont **XX%** de complications majeures durant les 90 premiers jours suivant la chirurgie.

Pratiques de RAAC

Un point clé de la mise en place d'un protocole de RAAC est la rédaction du parcours patient (Okamura et al. 2013) et la réalisation d'un audit régulier de sa pratique.

La mise en place d'un protocole de RAAC nécessite une coopération entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe de chirurgie, les soignants et certains intervenants paramédicaux, mais également une volonté institutionnelle. Les protocoles de réhabilitation précoce rédigés pour la cystectomie suite au travail de l'AFU et de ses partenaires (Poinas et al. 2019) peuvent servir d'exemple pour la mise en place de la RAAC au sein des établissements pratiquant des actes de chirurgie urologique lourds.

La mise en place de la RAAC peut être validée par une labellisation GRACE.

En urologie, en 2018, aucun service n'a été labellisé « GRACE ». Cette labellisation est possible en 2019 pour les cystectomies.

Le nombre de publications relatives à la RAAC augmente, mais nous ne disposons pas de données épidémiologiques sur les pratiques en France ou à l'étranger. Peu d'études de bon niveau de preuve existent sur les protocoles de RAAC. En 2016, la HAS a publié un rapport d'orientation sur les "programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives"².

La rédaction des recommandations « RAAC-Cystectomie » AFU-SFAR-GRACE-SIFUD³-GETUG a été finalisée en 2017 et sa synthèse publiée en 2018 (Poinas et al. 2019). L'argumentaire est disponible sur le site Urofrance depuis 2018⁴. Plusieurs actions d'implémentation auprès des équipes d'urologie sont aujourd'hui en cours permettant d'améliorer la qualité des soins. Des protocoles de recherche sont à promouvoir ; ils devraient permettre de combler l'écart entre les données scientifiques et la pratique.

De la même manière, la rédaction des recommandations de bonnes pratiques « RAAC pour prostatectomie » est en cours pour aider à améliorer cette prise en charge et le service médical rendu aux patients.

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

³ SIFUD-PP (Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi Périnéologie)

⁴ <https://www.urofrance.org/commission-chirurgie-ambulatoire-et-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac>

1.1.3. Enjeux / justification du projet

En France, des pratiques hétérogènes

La néphrectomie est un geste chirurgical lourd non dénué de mortalité et de morbidité post opératoire. Les prises en charges péri-opératoires recouvrent en France des pratiques non homogènes, parfois inadaptées ou insuffisantes ; en tout état de cause, il existe une réelle disparité des pratiques, source d'inégalités. La disparité établie en termes de durées moyennes de séjours en est le reflet.

Les marqueurs de cette problématique RAAC sont :

- La morbi-mortalité post-opératoire incluant le taux de réhospitalisation dans les 30 jours ;
- La durée moyenne de séjour ;
- Les résultats fonctionnels (néphrologiques et reprise d'autonomie), par comparaison à ceux qui sont issus de la prise en charge classique.

Des programmes de RAAC ont été appliqués à l'échelle européenne.

Des programmes de réhabilitation améliorée sont appliqués depuis plusieurs années dans différentes structures hospitalières de pays développés. La chirurgie colorectale est probablement la procédure qui a fait l'objet du plus grand nombre de publications dans ce domaine. Toutes les méta-analyses montrent que l'application de ces programmes réduit la durée de séjour et le taux de complications. De plus, l'impact sur ces paramètres est d'autant plus important que la compliance des acteurs aux recommandations est forte (Gustafsson et al. 2011). Les recommandations concernant la réhabilitation améliorée pour les patients devant faire l'objet d'une cystectomie pour cancer ou maladie neurologique ont été validées par les instances de chacun des partenaires (Poinas et al. 2019) ; l'argumentaire attestant de la traçabilité de toute la méthodologie est accessible sur urofrance⁵.

Un programme français pour déboucher sur une amélioration des pratiques

Actuellement en France, aucune équipe n'est certifiée « RAAC » pour le rein, du fait de l'absence de « programme » ou de « recommandations » concernant la « récupération améliorée après néphrectomie ».

Ce travail méthodologique de revue systématique de la littérature associe le groupe GRACE pour permettre aux équipes de solliciter secondairement une certification via leur label. De nombreux points d'amélioration des pratiques peuvent en être attendus en termes de qualité et de sécurité des soins.

⁵ <https://www.urofrance.org/commission-chirurgie-ambulatoire-et-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac>

Des freins existent à l'amélioration des pratiques, il convient de les identifier pour mieux les corriger.

Des perspectives pour un programme pluri-professionnel.

Des évolutions législatives et réglementaires récentes orientent désormais le dispositif de gestion des risques des établissements vers une approche globale et coordonnée, illustrée en mars 2012 par le guide HAS « la sécurité des patients »⁶.

La sécurité des patients est en effet un enjeu d'équipe mobilisant à la fois les compétences de chacun et les capacités d'appropriation collective. Chaque entité de terrain doit se sentir concernée et être appuyée par un management impliquant toutes les activités, y compris celles dites de soutien, concourant à la bonne prise en charge des patients.

Un tel programme de « récupération améliorée après néphrectomie » doit s'envisager dans une vision systémique (gouvernance, coordination, mise en œuvre opérationnelle) et un objectif d'identification du socle minimal de pratique pour toutes les procédures RAAC en chirurgie urologique. La revue systématique de la littérature, effectuée dans le cadre de la recommandation de bonne pratique pour la cystectomie, a permis d'identifier les données minimales requises dans la RAAC qui sont applicables à toute chirurgie et aux spécificités de l'urologie. Ce socle minimal sera développé pour la néphrectomie et la prostatectomie totale et permettra ultérieurement d'élargir ce travail à d'autres gestes chirurgicaux urologiques, carcinologiques ou non.

Les progrès techniques et organisationnels en urologie et en anesthésie doivent permettre aujourd'hui et encore plus demain de développer et favoriser des modes de prise en charge dans un cadre global de parcours de soins associant de nombreux co-intervenants.

L'élaboration de cette Recommandation de Bonne Pratique (RBP) doit permettre de faciliter l'organisation de ce mode de prise en charge par les équipes d'urologie dans leur établissement, avec les mêmes conditions de sécurité qu'une prise en charge traditionnelle et un bénéfice supplémentaire de qualité pour les patients et les équipes.

1.1.4. Délimitation du thème

Objectifs des recommandations

L'objectif principal de ces recommandations est de permettre, à l'ensemble des équipes d'urologie, de développer nationalement la pratique d'une récupération améliorée après

⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

chirurgie (RAAC), pour la néphrectomie et la néphro-urétérectomie en intégrant les technologies et les concepts en organisation, actuels et à venir.

Les objectifs secondaires sont de fournir des documents d'information aux patients ainsi qu'à l'ensemble des co-intervenants en RAAC dans l'établissement de santé (anesthésistes-réanimateurs, gériatres, médecins rééducateurs, médecins généralistes) ainsi qu'aux collaborateurs paramédicaux (infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues).

S'agissant d'une prise en charge pluri-professionnelle dans le cadre d'un parcours de soins, outre le patient et son entourage, les professionnels ciblés sont l'ensemble des co-intervenants de l'équipe urologique ; ils sont identifiés ci-dessous. Cette prise en charge s'inscrit dans une dimension d'un parcours de soins qui va englober la période pré, per et post-opératoire, incluant la continuité des soins après la sortie de l'établissement de soins.

Questions retenues

Ce projet vise à élaborer des recommandations de bonne pratique sur la récupération améliorée après néphrectomie ou néphro-urétérectomie. La réunion de cadrage du groupe de pilotage a permis de sélectionner les questions relatives à la RAAC néphrectomie et néphro-urétérectomie.

Plusieurs éléments ont justifié le choix de ces questions :

- l'évolution des connaissances sur ces questions et sur leur éventuel impact dans la pratique clinique ;
- l'identification des disparités dans la pratique clinique qui pourraient ainsi émerger et entraîner une éventuelle inégalité dans la pratique des soins ;
- l'absence au niveau national de protocoles de RAAC pour la néphrectomie et la néphro-urétérectomie et d'évaluation qui pourrait en découler.

La HAS a produit en octobre 2016 une note d'orientation complète fondée sur une bibliographie récente concernant la RAAC en général⁷. Les questions qui ont été traitées dans le rapport de la HAS sont intégrées à ce travail. La bibliographie de la HAS, ainsi que les recommandations RAAC cystectomie des partenaires de l'AFU (Poinas et al. 2019) ont été consultées et enrichies d'une recherche bibliographique systématique sur les questions concernant les spécificités de la néphrectomie et de la néphro-urétérectomie. Ces questions spécifiques ont fait l'objet d'une analyse bibliographique exhaustive sous forme de « situation et risques associés » avec une identification de la temporalité de leur prise en charge (pré, per, post opératoire et retour à domicile/continuité des soins). La présentation finale suivra cette temporalité.

⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

La recommandation consiste à répondre aux questions de prise en charge suivantes selon les critères PICO⁸ (cf. Tableau 2):

- **P** : la population est distinguée en fonction
 - de la voie d'abord: cœlioscopie robot-assistée ou non, chirurgie ouverte ;
 - d'une chirurgie d'exérèse totale ou partielle du rein ;
 - de la fonction rénale pré opératoire ;
 - de l'état du rein controlatéral (rein fonctionnellement unique, antécédent de néphrectomie,...) ;
 - de l'indication de néphrectomie ou néphro-urétérectomie

Certaines particularités seront considérées : personnes âgées, patients obèses, comorbidités et antécédents, douloureux chronique.

Les différents temps de la prise en charge sont analysés : pré, per, post opératoire et retour à domicile/continuité des soins.

- **I** : intervention (gestion du risque) - prévention, détection, traitement ;
- **C** : intervention comparée correspond à la pratique actuelle en l'absence de « RAAC »
- **O** : Outcomes ou critères de jugement - taux de complications, satisfaction patients, durée de séjour, complications et particularités / risque (ex taux de transfusion, perte de poids, taux de créatinine, ...).

Les points suivants, nécessaires à l'implémentation de la recommandation, sont discutés:

- le rôle des différents co-intervenants médicaux (chirurgiens, anesthésistes, soignants) et paramédicaux (IDE, diététicienne, kinésithérapeute...) ;
- l'information et l'éducation thérapeutique du patient ;
- l'évaluation des pratiques.

TABLEAU 2: Liste des questions retenues (selon les critères PICO⁶)

Population	Intervention
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de la douleur	
pré	Optimisation médicamenteuse préopératoire
	Médication pré anesthésique Dépistage d'un état de douleur chronique Choix de la voie d'abord
per	Analgésie multimodale per op anticipée (AINS, Paracétamol, Nefopam, Kétamine)
	Optimisation de la gestion chez le douloureux chronique
	Péridurale ou Xylocaïne IV
	Blocs pariétaux, bloc plexique, infiltrations locales Bloc dans le plan du muscle transverse de l'abdomen (TAP BLOCK) Pertinence d'un drainage du site opératoire

⁸ Critères PICO: caractéristiques des **P**atients, **I**ntervention envisagée, **C**omparaison avec une autre intervention (ici non pertinent) et suivi : **O**utcome.

RAAC néphrectomie– Note de cadrage
Confidentiel – Ne pas diffuser

post	Analgésie multimodale - <i>privilégiant les agents antalgiques non morphiniques</i> - <i>et/ou une technique d'analgésie locorégionale</i> Infiltration pariétale, infusion par cathéter
Retour à domicile et continuité des soins	Traitement antalgique à prescrire le jour de la sortie. Suivi à domicile de la douleur.
Gestion (prévenir, détecter, traiter) des troubles respiratoires	
pré	Prévention respiratoire : sevrage du tabac et préparation active si patient à risque.
per	Ventilation protective
	Gestion de la décurarisation
post	Kiné post opératoire
Retour à domicile et continuité des soins	Poursuite de la kinésithérapie si nécessaire
Gestion (prévenir, détecter, traiter) des troubles du transit	
pré	Dépister la population à risque de nausées et de vomissements
per	Prévention systématique des NVPO : Dexaméthasone, Dropéridol, Sétron
	Techniques d'analgésie permettant une épargne morphinique
post	Prévention et traitement des NVPO
	Techniques d'analgésie permettant une épargne morphinique
	Kinésithérapie / mobilisation
	Prévention de l'iléus postopératoire
	Réalimentation précoce
Retour à domicile et continuité des soins	Surveillance du transit à domicile et adaptation
Gestion (prévenir, détecter, traiter) des infections	
pré	Voir recommandations pour pratique ECBU et antibioprofylaxie
	Préparation cutanée
per	Prélèvements per op
	Antibioprofylaxie
post	Surveillance de l'éventuel drainage urinaire
Retour à domicile et continuité des soins	Poursuite de la surveillance Organisation de la durée de l'éventuel drainage urinaire
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de l'état nutritionnel	
pré	Apport de carbohydrates en pré-opératoire : la veille et le matin de l'intervention
per	Non adapté
post	Nutrition orale précoce : reprise de l'alimentation liquide orale avant 24 h
Retour à domicile et continuité des soins	Suivi au domicile
Gestion (prévenir, détecter, traiter) des troubles hémorragiques, des anémies et des thromboses⁹	
pré	Gestion des anticoagulants et antiagrégants Traitement des anémies
per	Bas de contention ou compression intermittente
	Utilisation d'agents hémostatiques
	Pertinence de l'utilisation d'un drainage du site opératoire
post	Bas de contention, thromboprofylaxie pendant 4 semaines si cancer

⁹ Focus sur la population spécifique à haut risque de reprise chirurgicale, saignement, transfusion, patients sous traitement anticoagulant / antithrombotique impératif (valve cardiaque mécanique, antécédent récent embolique, stent actif, ...).

RAAC néphrectomie– Note de cadrage
Confidentiel – Ne pas diffuser

	Mobilisation du patient avant H24
Retour à domicile et continuité des soins	Poursuite de la thromboprophylaxie Surveillance du taux de plaquettes, dépistage de complications hémorragiques
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de la fonction rénale	
pré	Evaluer la fonction rénale
per	Optimisation de la volémie, Gestion des AINS, Gestion pharmacologique et optimisation antalgique
post	Contrôle de la fonction rénale, Gestion des AINS (cf. reco SFAR 2016) ¹⁰ , Gestion pharmacologique et optimisation antalgique
Retour à domicile et continuité des soins	Contrôle de la fonction rénale, Gestion pharmacologique et optimisation antalgique
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de l' anxiété péri-opératoire et des troubles confusionnels	
pré	Information du patient Dépistage des patients à risque de syndrome confusionnel Place de la prémédication Score APAIS pour évaluation de l'anxiété (cf. reco SFAR ¹¹)
per	Choix des molécules en cas de risque de syndrome confusionnel
post	Prévention et traitement du syndrome confusionnel
Retour à domicile et continuité des soins	Groupes de patients / parole prise en charge fonctionnelle éducation thérapeutique,
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de la prise en charge de l'anesthésie	
pré	Place de la prémédication pharmacologique
per	Place d'un protocole anesthésique adapté utilisant des médicaments à courte durée d'action Optimisation volémie/remplissage en per-opératoire Mise en place de l'analgésie multimodale en peropératoire Prévention hypothermie peropératoire Réveil, décurarisation
post	Importance d'une collaboration solide entre anesthésistes et chirurgiens pour une prescription conjointe des 24 premières heures post-opératoires (étapes 3 check-list HAS) ¹²
Retour à domicile et continuité des soins	Non adapté
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de la prise en charge chirurgicale et oncologique	
pré	Information sur les spécificités chirurgicales particulièrement en fonction des indications Spécificités cancer : ● Respect des délais préopératoires ● Discussion embolisation tumorale pré-chirurgicale ● Importance de la réhabilitation avant chirurgie ● Evaluation du R.E.N.A.L score (complexité) : information patient
per	Adaptation des voies d'abord chirurgicales Place de la coelioscopie en cancérologie urologique Place des drainages du site opératoire
post	Place du maintien de la sonde gastrique

¹⁰ <https://sfar.org/les-ains-en-perioperatoire/>

¹¹ [Measure of preoperative anxiety and need for information with six issues].[Article in French]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 Jul-Aug;30(7-8):533-7. [Wattier JM](#)¹, [Barreau O](#), [Devos P](#), [Prevost S](#), [Vallet B](#), [Lebuffe G](#).

¹² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf

	Place et durée des drainages Gestion des drainages urinaires spécifiques urologique (sondage urétral)
Retour à domicile et continuité des soins	Poursuite de la surveillance Patient Reported Outcomes (PRO) Lien de coordination du médecin traitant
Gestion (prévenir, détecter, traiter) de la prise en charge paramédicale	
pré	Participation à l'information préopératoire en particulier dans le cadre d'une consultation infirmière pré-opératoire dédiée Préparation anticipée à la sortie d'hospitalisation (type programme PAERPA pour les personnes âgées), réservation maison de convalescence, IDE à domicile.
per	Non adapté
post	Envisager lever précoce avec verticalisation dès J0 Envisager l'alimentation orale dès J0 Poursuite de la kinésithérapie respiratoire si nécessaire
Retour à domicile et continuité des soins	Place des IDE libérales dans le suivi à domicile Place des infirmières de l'établissement dans le suivi à domicile

L'objectif final de ces travaux autour de la RAAC est de dresser un arbre décisionnel regroupant la liste d'items/situations/risque à considérer pour chaque étape du parcours de soins pour :

- toutes les prises en charge RAAC
- la prise en charge RAAC spécifique à chaque chirurgie (cystectomie, prostatectomie, la néphrectomie et néphro-urétérectomie)
- la prise en charge RAAC spécifique aux cas particuliers (sujets obèses, personnes âgées, insuffisants rénaux, patients dialysés ...)

Et ce, à chacune des étapes de la prise en charge

- Préopératoire
- Peropératoire
- Post-opératoire
- Retour à domicile et continuité de soins

1.1.5. Professionnels cibles

Les documents produits par ce projet s'adressent principalement aux professionnels de santé spécialisés impliqués dans la prise en charge de la chirurgie d'exérèse du rein à visée carcinologique ou non et principalement les chirurgiens urologues.

Est également concerné par ce thème l'ensemble de l'équipe urologique. Il s'agit des professionnels médicaux co-intervenants dans la prise en charge des patients concernés lors de leur hospitalisation : anesthésistes-réanimateurs, oncologues, néphrologues, nutritionnistes, gériatres ... Il s'agit également des professionnels paramédicaux : infirmière, aide-soignant, IADE, IBODE, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue.

En prenant en compte les nouvelles données de niveau de preuve suffisant pour intégrer les résultats dans les indications de pratiques notamment dans les recommandations sur la « récupération améliorée », le « fast-track », « enhanced recovery », « ERAS », et les différents protocoles ou programmes existants, ce travail devrait permettre à l'ensemble des acteurs de proposer une prise en charge ciblée des hommes et femmes devant faire l'objet d'une néphrectomie ou néphro-urétérectomie. Il devrait aussi apporter des arguments de pertinence permettant de limiter le recours à certains éléments de traitements ou soins inutiles dans le but d'éviter les éventuels effets indésirables qui pourraient en résulter, et ainsi **d'améliorer la qualité des soins** pour la réalisation d'une néphrectomie ou d'une ou néphro-urétérectomie et **le service médical rendu aux patients**.

1.1.6. Patients concernés par le thème

Les patients concernés sont l'ensemble des patients devant faire l'objet d'une néphrectomie, partielle ou totale ou néphro-urétérectomie pour indication carcinologique ou non carcinologique. Il s'agit de la population générale, hommes ou femmes. Un focus sera présenté sur :

- les populations spécifiques que sont le sujet obèse, la personne âgée, les insuffisants rénaux, les patients sur rein fonctionnel ou anatomique unique.
- certaines indications de la néphrectomie (dont le donneur vivant)

Dans la récupération améliorée, le patient est au centre et un acteur essentiel de sa prise en charge. Des patients ont donc été inclus dans les différents groupes de travail.

Une version grand public de ces recommandations sera proposée pour les patients et leurs proches.

1.2. Mise en œuvre du projet

1.2.1. Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration des recommandations « consensus formalisé d'experts ou CFE » proposée par la HAS¹³ a été retenue en raison :

- du manque de littérature de haut niveau de preuve scientifique concernant les questions posées sur la RAAC en chirurgie du rein ;
- des possibilités de décliner ce thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ;
- de la nette hétérogénéité de pratiques relevée par les enquêtes AFU ou les rapports nationaux sur la place de la RAAC en urologie ;
- des controverses entourant encore la faisabilité et l'extension de cette pratique de RAAC en urologie.

La méthode CFE est à la fois une méthode de recommandations et une méthode de choix dans ces circonstances d'hétérogénéité et de manque de données spécifiques.

En tant que méthode de consensus, son objectif est de « formaliser le degré d'accord entre experts en identifiant et en sélectionnant, par une cotation itérative avec retour d'information, les points de convergence, sur lesquels sont fondées secondairement les recommandations, et les points de divergence ou d'indécision entre experts, en vue d'apporter aux professionnels et aux patients une aide pour décider des soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

En tant que méthode de recommandations de bonne pratique, son objectif est de rédiger des recommandations concises, non ambiguës, répondant aux questions posées.

1.2.2. Etapes et calendrier

Les réunions du groupe de travail ont été organisées à la Maison de l'Urologie (MUR) – 11 rue Viète – Paris XVIIème. Le calendrier qui suit avait été proposé aux membres du groupe de pilotage qui l'avaient validé. Ce calendrier a été revu compte tenu de la crise sanitaire.

ÉTAPES/RÉUNIONS	OBJECTIFS	DÉLIVRABLES	DATES
INITIATION DU PROJET			
Réunion de cadrage	Initiation du projet	Compte-rendu	19 janvier 2018

¹³ Guide méthodologique Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé » HAS Décembre 2010, mise à jour en mars 2015 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf

1^{ère} réunion du groupe de pilotage	Finalisation de la note de cadrage, répartition des rôles, ébauche du draft, constitution de l'expertise	Note de cadrage finalisée Plan de l'argumentaire	19 février 2018
Consultation des parties prenantes	Réunion CCAR de l'AFU et représentants du CCAFU Rein	Déliitation des objectifs et questions auxquels devraient répondre les recommandations.	XX janvier 2018
Réunion de cadrage de l'AFU	Validation des objectifs et questions préalablement établis par la CCAR en concertation avec les parties prenantes CCAFU rein, AFCA, SFAR et GRACE	Définition de la méthodologie d'élaboration de ces recommandations et désignation des groupes de travail ad hoc.	XX mars 2018
REDACTION DE LA PREMIERE VERSION			
Rédaction du 1er draft	Plan de l'argumentaire et mise en page du draft	Version intitulée « document de travail pour diffusion AFU et extra-AFU »	23 mars 2018
2nde réunion du groupe pilotage	Point sur la bibliographie et première correction du draft	<i>Il est recommandé d'avoir pris connaissance de la bibliographie, de ne pas se censurer, écrire des idées, phrases simples, l'objectif étant d'apporter un maximum d'idées</i>	27 avril 2018
3^{ème} réunion du groupe de pilotage	Version finale du draft à adresser au groupe de cotation	<i>Il est recommandé d'avoir effectué 1 relecture de l'ensemble du draft, à corriger sur son ordinateur personnel (en mode « modifications visibles »), l'objectif est de faciliter la dernière relecture en groupe qui couvrira l'ensemble du draft</i>	01 juin 2018
PREMIERE COTATION			
Envoi de la version V1 des recommandations au groupe de cotation pour le premier tour de cotation		Questionnaire en ligne	19 juin 2020
Analyse des réponses			29 juin 2020
1^{ère} réunion du groupe de cotation (président+3 chefs de projets)	Discussion des cotations et des propositions		10 juillet 2020
Réunion de synthèse, entre les 2 tours de cotations, du groupe de cotation avec le président et les chefs de projet du groupe de pilotage			

DEUXIEME COTATION			
Envoi de la version V2 des recommandations au groupe de cotation pour le 2 nd tour de cotation		Questionnaire en ligne	17 juillet 2020
Analyse des réponses et Finalisation par le groupe de pilotage, après le deuxième tour de cotation		Version initiale des recommandations à adresser au groupe de lecture	27 juillet 2020
Phase de relecture	Relecture, réflexion et avis formalisé sur le fond et la forme, l'applicabilité et la lisibilité des recommandations	Questionnaire en ligne	Août 2020
2^{ème} réunion du groupe de pilotage + groupe de cotation	Finalisation du document	Version finale des recommandations	Septembre 2020
Validation	Soumission à la CRBP de la HAS pour une demande de label HAS		
Communication	Soumission à la revue « progrès en urologie » pour production de la maquette		

1.2.3. Stratégie bibliographique

La recherche documentaire repose sur une revue systématique des données disponibles pour chacune des questions sélectionnées.

Dans un premier temps, ont été recherchées sur les sites internet des organismes internationaux spécialisés en oncologie (ASCO, NCCN, KCE, NICE, EAU, AUA, ...), ainsi que sur Medline® :

- les recommandations de bonne pratique (RBP), publiées depuis 2010 ;
- les synthèses méthodiques (SM) et les méta-analyses (MA), publiées depuis 2010.

Une recherche sur Medline® des études originales (essais randomisés, études prospectives non randomisées, études rétrospectives, études de cas,...) sur la période 2006-2018, complète la dernière recherche bibliographique identifiée dans les synthèses des RBP, MA et SM (si elles sont jugées de bonne qualité méthodologique) pour une question HTA donnée (PICO¹⁴). Une veille bibliographique a été effectuée jusqu'au 30/05/2018.

Les équations de recherche explicitent

- la population concernée
- l'intervention

¹⁴ Population, Intervention, Intervention Comparée, Outcomes ou critères de jugement.

- la période de recherche : depuis la date de la dernière recherche bibliographique dans les guidelines retenus (après évaluation selon la grille AGREE) jusqu'en février 2018
- le type d'études (tous types d'études sauf les revues générales, les éditoriaux et les communications à des congrès).

La stratégie de la recherche bibliographique est limitée aux publications de langue française et anglaise.

Les membres du groupe de travail complètent le corpus documentaire par les études qui sont, notamment, non indexées sur Medline® à la date de la conduite de la recherche bibliographique.

Dans un premier temps, les recommandations et les synthèses méthodiques/méta-analyses sont retenues après évaluation de leur qualité méthodologique. Cette évaluation s'effectue :

- pour les recommandations à l'aide de la grille AGREE-II (cf. Annexe 2. Grille AGREE-II) ;
- pour les synthèses méthodiques et les méta-analyses à l'aide d'une grille dédiée.

Dans un second temps, les études originales (essais randomisés, études rétrospectives, études de cas, enquêtes, ...) sont retenues sur la base des critères de sélection après lecture des abstracts. Ces critères sont définis *a priori* puis affinés à la lecture des abstracts.

Critères d'inclusion :

Patient(e)s nécessitant une néphrectomie ou néphro-urétérectomie.

Critères d'exclusion :

Sont exclues de cette thématique, les questions du clampage des artères rénales ainsi que la prise en charge des complications post-opératoires avérées une fois diagnostiquées :

- complications hémorragiques
- fistule urinaire haute
- iléus
- péritonite
- pneumopathie
- thrombose
- infection
- Autres...

Ces complications post-opératoires relèvent le plus souvent d'une prise en charge habituelle d'hospitalisation et des pratiques de chaque équipe urologique.

1.2.4. Construction de l'argumentaire

Les études sont classées par question HTA¹⁵ (cf. Tableau 2).

Le rapport a été établi sur la base :

- d'une revue des données scientifiques de la littérature permettant d'attribuer un niveau de preuve aux conclusions issues de la littérature ;
- de 2 tours de cotations itératives avec retour d'information permettant d'identifier les points de convergence et les points de divergence ou d'indécision entre experts ;
- de l'avis argumenté des experts du groupe de pilotage sur la base des retours du groupe de cotation et du groupe de relecture.

Les **niveaux de preuve** des conclusions s'appuient sur la grille de la HAS (cf. Annexe 3. Grille HAS de niveaux de preuve des conclusions).

- Niveau 1 → niveau de preuve élevé
- Niveau 2 → niveau de preuve modéré
- Niveau 3, 4 ou accord d'experts → niveau de preuve faible

Les recommandations ainsi élaborées et leur **grade** s'appuient sur les niveaux de preuve des conclusions, mais aussi sur le jugement argumenté des membres du groupe de travail. Ainsi, un niveau de preuve des conclusions élevé n'équivaut pas systématiquement à une recommandation avec une gradation forte.

- Grade de la recommandation A → gradation forte
- Grade de la recommandation B → gradation modérée
- Grade de la recommandation C ou AE → gradation faible

Les recommandations sont ensuite adressées au groupe de cotation pour deux tours de cotation itératives.

Chaque recommandation repose sur deux éléments :

- Le **niveau de preuve** qui dépend des preuves scientifiques de l'effet de l'intervention en question
- Le **grade de la recommandation** qui dépend de :
 - la confiance que l'on peut avoir dans les preuves
 - l'accord des experts issu du processus de cotation

Le degré d'accord des experts prend toute sa signification devant l'absence ou l'impossibilité de recueillir des preuves pour la question posée.

1.2.5. Organisation de l'expertise

La démarche « Recommandation par consensus formalisé » repose des professionnels, répartis

¹⁵ Health Technology Assessment

en trois groupes distincts : un groupe de pilotage, un groupe de cotation et un groupe de lecture. Un des principaux avantages de la méthode est la stricte indépendance entre le groupe de pilotage, qui formule les propositions à soumettre au vote, et le groupe de cotation qui juge du caractère approprié ou non des propositions soumises, évitant ainsi qu'un groupe ne soit « juge et partie ». Enfin, le 3^{ème} groupe de relecteurs est complètement indépendant des deux premiers.

Les membres de ces trois groupes, associant les professionnels concernés par le thème, médecins ou soignants, urologues ou non, ont été sollicités par la Commission « Chirurgie ambulatoire et RAAC » du CPP-AFU tenant compte de :

- leur connaissance de la pratique urologique et RAAC ou ambulatoire
- leur capacité à juger de la pertinence des études publiées et des différentes situations cliniques évaluées,
- l'équilibre des modes d'exercice (libéral, public, universitaire ou non) et de la répartition géographique des modes d'exercice.

Ils ont donné leur accord pour participer à ce travail.

Des membres de sociétés savantes (AFCA, GRACE, ARTuR, UroCCR, SFGG/SoFOG, SFNCM, SFNDT, GETUG, AFUF, AFIIU), des membres d'associations de soignants, d'associations de patients (ARTuR) ou d'usagers du système de santé et des représentants d'agences publiques (ANAP, HAS, INCa) sont associés.

Des membres de GRACE sont intégrés à tous les groupes (pilotage, cotation, lecture).

Groupe de pilotage

Le groupe de pilotage avait pour mission de :

- rédiger l'argumentaire scientifique après analyse critique et synthèse des données bibliographiques disponibles et discussion relative aux pratiques existantes ;
- rédiger les propositions à soumettre au groupe de cotation ;
- rédiger, à partir des résultats de la cotation, la version initiale des recommandations à soumettre au groupe de lecture ;
- finaliser le texte des recommandations en réunion plénière avec le groupe de cotation à l'issue de la phase de lecture.

Le groupe de pilotage comprenait :

- un président, chargé de coordonner avec le ou les chefs de projet l'ensemble du travail.
- un ou plusieurs chargés de projet, recrutés pour identifier, sélectionner, analyser et rédiger une synthèse critique de la littérature, en relation étroite avec les autres membres du groupe de pilotage.

Le groupe de pilotage pouvait, le cas échéant, consulter autant de personnes que nécessaire, en fonction des champs abordés et des courants de pensée identifiés. Avant consultation d'un

expert, le groupe de travail était informé des liens d'intérêt déclarés. Cette consultation est mentionnée dans l'argumentaire scientifique.

TABLEAU 3: COMPOSITION DU GROUPE DE PILOTAGE : 6 - 8 PERSONNES

AFU Urologues X5	<u>Président</u> : Luc Corbel <u>Chef de projet</u> Jean-Christophe Bernhard	<u>Chargée de projet</u> Inès Dominique	<u>Membres</u> Gilles Cuvelier Xavier Rébillard
Méthodologiste AFU x1	Diana Kassab-Chahmi		

Groupe de cotation

Le groupe de cotation a pour mission :

- de sélectionner, par un vote en deux tours, les propositions à retenir pour rédiger la version initiale des recommandations, en tenant compte de la littérature disponible et de l'expérience pratique de ses membres ;
- de finaliser le texte des recommandations, au cours d'une réunion plénière qui a lieu avec le groupe de pilotage à l'issue de la phase de relecture nationale.

Ce groupe est pluridisciplinaire afin de refléter l'ensemble des professions médicales et paramédicales co-intervenants dans la néphrectomie d'indication carcinologique.

TABLEAU 4: COMPOSITION DU GROUPE DE COTATION : 9-15 PERSONNES

AFU Urologues X3	Alexandre Ingels	Jean-Alexandre Long	Philippe Paparel
AFCA x1	Corinne Vons		
GETUG Oncologue X3	Friederike Schlürmann- Constans	Nadine Houede	
Gériatre X1	Sophie Duc		
SFNCM Nutritionniste / diététicien x1	Bruno Raynard		
Association pour la Recherche sur les Tumeurs du Rein / ARTuR x1	Pierre Bigot		
Société Francophone de Néphrologie x2	Alice Corthier	Claire Cartery	
IDE x1	Françoise Picard		
Représentant(e) de patients - Groupe patient x2	Jean-Marc Tahar	Denis Brezillon	

Dans le cadre des 2 tours de cotation, les grilles de cotation sont adressées sous format électronique via le logiciel « Survey Monkey ».

Groupe de lecture

L'étape de la relecture nationale doit permettre de :

- recueillir les avis d'experts potentiellement divergents pour s'assurer de la qualité du document ;
- anticiper d'éventuels freins à l'implémentation des recommandations.

Le document présentant les recommandations sera soumis pour avis à un groupe de professionnels représentatif des spécialités médicales impliquées dans la RAAC en urologie, du mode d'exercice et des répartitions géographiques.

Le groupe de lecture doit donner un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. Les membres rendent un avis consultatif, à titre individuel et ne sont pas réunis.

Ces professionnels sont identifiés avec l'appui des sociétés savantes impliquées dans le projet et des 25 réseaux régionaux de cancérologie (RRC). L'ensemble des commentaires colligés sera revu par les membres du groupe de cotation ; ces commentaires permettront la finalisation du document avant sa validation finale, puis diffusion.

Le groupe de pilotage a fait le choix de solliciter dans le cadre de la relecture nationale les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC), et ce afin de répondre à une de leurs nouvelles missions définies dans le 3^{ème} plan cancer (2014-2019)¹⁶ permettant ainsi de favoriser l'appropriation des futures recommandations et leur implémentation à l'échelle régionale. En effet, ces nouvelles missions visent à renforcer et clarifier le rôle des RRC en leur confiant notamment les missions suivantes :

- rendre lisible, pour les patients comme pour les professionnels dans chaque région, l'ensemble de l'offre de soins pour les traitements des cancers ainsi que les soins de support sur tous les champs de la cancérologie ;
- **participer à l'élaboration des référentiels nationaux de bonnes pratiques cliniques** via notamment le dispositif de labellisation piloté par l'Institut national du cancer dans une logique d'harmonisation des pratiques professionnelles sur l'ensemble du territoire et selon les règles de qualité et d'indépendance de l'expertise sanitaire ;
- coordonner l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et l'évaluation de la qualité de soins en cancérologie.

Ce groupe comprend 30 à 50 personnes concernées par le thème, expertes ou non du sujet. Il permet d'élargir l'éventail des participants au travail en y associant des représentants des

¹⁶ <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

spécialités médicales, des professions non médicales ou de la société civile non présents dans les groupes de pilotage et de cotation.

Aucune des personnes consultées par le groupe de pilotage, ni celles participant aux instances de validation, ne fait partie du groupe de lecture.

Dans le cadre de la relecture nationale, les grilles de cotation seront adressées sous format électronique via le logiciel Survey Monkey.

COMPOSITION DU GROUPE DE LECTURE : 30- 50 PERSONNES (CF. FICHER RELECTEUR)

- Urologues : membres (en dehors du responsable) des comités scientifiques de l'AFU ; 12 membres, + autres urologues
- AFUF (5 représentants de région)
- GRACE (5-10 membres ; ceux qui ont participé aux recommandations de GRACE)
- AFCA (3 représentants)
- CFAR (5 représentants)
- SFNDT (2 représentants)
- ARTuR (2 représentants)
- SFGG (2 représentants)
- Nutritionnistes (2 représentants)
- Médecine générale (2 représentants)
- IADE (2 représentants)
- IBODES (2 représentants)
- Infirmières AFIIU (2 représentants)
- Réseaux Régionaux de Cancérologie - RRC (1 représentant public et 1 privé)
- Patients Usagers (4 x 4 représentants de chaque) : Ligue, ARTUR

Financement des acteurs

La réalisation de ces recommandations est financée par l'AFU (ressources humaines et logistiques). L'ensemble des auteurs et des relecteurs travaillent bénévolement.

Dans la mesure du possible, chaque société savante/association prend en charge ses experts pour leurs frais de déplacement et d'hébergement.

L'AFU prend à sa charge les frais des patients sollicités et les repas de midi du groupe de travail.

L'AFU met à disposition des experts pour les réunions ses salles de travail de la Maison de l'Urologie, 11 rue Viète, Paris XVII^{ème}.

1.2.6. Données disponibles (états des lieux documentaire)

Recommandations françaises ou internationales existantes

En France, les pratiques actuelles s'appuient sur :

- les recommandations de bonne pratique en cancérologie urologique qui ont été actualisées en novembre 2013 (Patard et al. 2013) par le comité multidisciplinaire de cancérologie de l'association française d'urologie (CCAFU), complétées par leur actualisation de 2016 (Bensalah et al. 2016) et 2018 (Bensalah et al. 2018) ;
- les recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP sur la chirurgie ambulatoire en urologie qui ont été labellisées par la HAS en novembre 2013¹⁷ ;
- les recommandations RAAC cystectomie 2018 (Poinas et al. 2019).

Une recherche des recommandations de bonne pratique existantes, sur la thématique « récupération améliorée après chirurgie » (tous types de chirurgie), a été effectuée sur Pubmed le 13/02/2018 (cf. Annexe 4. Recherche des recommandations existantes).

Méta-analyses, revues systématiques ou autres publications internationales

Les revues systématiques, publiées durant les 5 dernières années, évaluant la RAAC en cas de chirurgie du rein sont retenues.

Les revues systématiques et méta-analyses spécifiques à la RAAC chez l'adulte après chirurgie du rectum, du côlon, de l'utérus ou de la vessie ou de la prostate et publiées depuis la dernière recherche bibliographique qui a été effectuée dans le cadre du travail sur la « RAAC cystectomie » ont été recherchées (entre le 24/02/2016 et le 18/02/2018).

Quinze documents ont été retrouvés, parmi lesquels 6 synthèses méthodiques ou méta-analyses spécifiques à la RAAC chez l'adulte après chirurgie du côlon ou de la vessie ont été retenues.

Les revues non systématiques (narratives) n'ont pas été recherchées ni retenues.

La qualité méthodologique des synthèses méthodiques et méta-analyses sélectionnées est analysée selon les principes de lecture critique (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Parties prenantes consultées

La CCAR de l'AFU s'est réunie en janvier 2018 avec des représentants du CCAFU Rein pour délimiter les objectifs et questions auxquels pourraient répondre les recommandations.

La CCAR a également consulté l'AFCA, la SFAR, le groupe GRACE, la SFNDT, le groupe de patients ARTuR, la SFGG/SOFOG et la Ligue contre le cancer.

Une seconde réunion de cadrage s'est tenue en mars 2018 dont le but était de valider les objectifs et questions préalablement établis par la CCAR de l'AFU en concertation avec le

¹⁷ <https://sfar.org/recommandations-afusfarafcaanap-chirurgie-ambulatoire-en-urologie/>

CCAFU rein, l'AFCA, la SFAR et GRACE. Elle a défini la méthodologie choisie pour ces recommandations et désigné les groupes de travail ad hoc.

Préoccupations des professionnels et des patients et usagers

La réunion de cadrage a permis de recueillir les besoins et attentes des professionnels et des usagers sur le thème. Les profils des patients concernés ont été définis. L'information du patient est un des points essentiels de la prise en charge en concertation avec une association de patient.

1.2.7. Continuité des actions

Productions prévues

- Note de cadrage : elle est diffusée aux tutelles et agences de santé à qui est proposé, si elles le souhaitent, de participer au travail envisagé.
- Revue de la littérature systématique
- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Synthèse des recommandations (4 – 10 pages)
- Version grand public de ces recommandations

Communication

- Congrès français d'urologie
- Editorial Urofrance / UroNews et UroJonction
- Forum d'exercice professionnel du Comité des Pratiques Professionnelles
- Diffusion des RBP sous format papier à tous les membres de l'AFU, aux membres des comités multidisciplinaires, aux partenaires et aux membres des groupes de travail
- Intégration au programme d'amélioration continue de l'OA-DPC AFU (UroDPC) et l'OA Accréditation AFU
- Progrès en Urologie, sous forme d'une version courte pour indexation
- Accessibilité au format électronique sur le site Urofrance et les sites Internet des sociétés savantes partenaires
- Autres spécialités dont la médecine générale et les infirmiers
- Tutelles et instances nationales et régionales
- Grand public

Outils d'implémentation

- Fiche d'information « néphrectomie RAAC » (pré et post opératoire), destinée aux patients ;
- Support papier et application reprenant les différents items de ce parcours pour guider le patient ;

- Fiche d'information destinée aux patients RAAC non spécifique d'une intervention (pré et post opératoire) type fiche HAS ou GRACE
- Diaporama pour contribuer à la formation des professionnels concernés
- Organisation de réunions régionales d'implémentation en partenariat avec les RRC
- Documents de référence pluri professionnels pour faciliter la mise en place ou l'amélioration de la pratique et des organisations en RAAC

Indicateurs et critères de suivi de l'adhésion à la RBP notamment :

- Consultation et analyse des retours d'information des études d'impact réalisées par l'ONDU (Observatoire National des Données en Urologie) à partir du PMSI et du SNIIRAM ;
- Conduite d'enquêtes de pratiques via le logiciel Survey Monkey® ;
- Contribution aux registres de la spécialité qui proposent un retour d'information collectif pour l'AFU et à titre individuel pour les urologues et leurs équipes.

Conduite d'autres projets issus des recommandations

Le travail sur les revues de la littérature et les recommandations de bonne pratique se poursuit par plusieurs actions telles que :

- des méta-analyses ;
- des études cliniques voire ancillaires ;
- l'actualisation des recommandations relatives à des questions cliniques « ciblées » identifiées par les études d'impact (enquêtes, Survey monkey, analyse ObservaPur et SNIIRAM) et par le processus de veille.

Mesures d'impact des recommandations et DPC

- Outils pour un programme d'analyse des pratiques de la RAAC en urologie (audit, indicateurs) dans le cadre d'un programme de développement professionnel continu
- Outils pour l'intégration de la gestion des risques en ambulatoire dans les actions d'accompagnement de l'OA accréditation en urologie.
- Outils développés par GRACE (participation au logiciel audit-GRACE)
- Suivi et indicateurs partagés d'évaluation des pratiques.
- Journée thématique ambulatoire et RAAC, organisée à la MUR, validant le DPC
- Enquête de pratique (avant vs après la publication de la recommandation)

Actualisation des recommandations

Lors de ce processus d'élaboration, une veille bibliographique sera assurée par le comité des pratiques professionnelles de l'AFU permettant ainsi d'identifier la pertinence d'une éventuelle mise à jour de ces recommandations « RAAC néphrectomie » (tous les 3 ans ou tous les 5 ans). Des revues de littérature et des états de l'art sont réalisés pour faire le point sur les éventuelles controverses.

Les recommandations sur la RAAC en urologie élaborée pour chirurgie de cystectomie et pour néphrectomie seront complétées dans l'année par des recommandations RAAC pour prostatectomie.

Annexes

Annexe 1. Organisation de l'expertise

Groupe de pilotage

Président : Luc Corbel, urologue, Saint Brieuc, AFU

Chef de projet / Urologie : Jean-Christophe Bernhard, urologue, Bordeaux, AFU

Chargée de projet : Inès Dominique, urologue, Lyon, AFUF

Méthodologiste : Diana Kassab-Chahmi, méthodologiste-chef de projet AFU, Paris

Membres :

- Gilles Cuvelier, urologue, Quimper, AFU
- Xavier Rébillard, urologue, Montpellier, AFU

Groupe de cotation

1. Pierre Bigot, urologue, CHU Angers, AFU
2. Denis Brezillon, représentant de patients, Association A.R.Tu.R
3. Claire Cartery, néphrologue, Centre hospitalier de Valenciennes, SFNDT
4. Alice Corthier, néphrologue, CH Avignon, SFNDT
5. Sophie Duc, gériatre, CHU Bordeaux, SFGG
6. Nadine Houede, oncologue médicale, CHU Nimes, Université de Montpellier
7. Alexandre Ingels, urologue, Hôpital Henri Mondor, AFU
8. Jean-Alexandre Long, urologue, CHU Grenoble, AFU
9. Philippe Paparel, urologue, Hôpital Lyon sud / Hospices Civils de Lyon, AFU
10. Françoise Picard, IDE, CHU Bordeaux Pellegrin, Villenave d'Ornon, AFIIU
11. Bruno Raynard, médecin nutritionniste, IGR, Villejuif, SFNCM
12. Friederike Schlürmann, oncologue médicale, CHRU Brest/CHIC, Quimper
13. Jean-Marc Tahar, représentant de patients, Association A.R.Tu.R
14. Corinne Vons, chirurgie digestive, APHP Jean Verdier, AFCA

Annexe 2. Grille AGREE-II

Domaine	ITEMS
Champ et objectifs	Objectif global de la RBP, questions cliniques abordées et groupes de patients cibles
Participation des groupes concernés	Considération des points de vue des utilisateurs potentiels
Rigueur d'élaboration	Processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques, méthodes utilisées pour formuler les recommandations et pour les actualiser
Clarté et présentation	Formulation et format des RBP
Applicabilité	Prise en compte de l'impact de la RBP en termes d'organisation, de changement d'attitude et de coût lors de son application
Indépendance éditoriale	Indépendance de la RBP et identification des éventuels conflits d'intérêts au sein du groupe de travail

Annexe 3. Grille HAS de niveaux de preuve des conclusions

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (grille HAS)		Grade des recommandations
Niveau 1	Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées.	A Preuve scientifique établie
Niveau 2	Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte.	B Présomption scientifique
Niveau 3	Études cas-témoins.	C Faible niveau de preuve
Niveau 4	Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).	
Accord d'experts	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.	AE Accord d'experts

Annexe 4. Recherche des recommandations existantes

((Fast track) OR (Enhanced Recovery AND Surgery) OR (Early rehabilitation))

((("fasting"[MeSH Terms] OR "fasting"[All Fields] OR "fast"[All Fields]) AND ("track and field"[MeSH Terms] OR ("track"[All Fields] AND "field"[All Fields]) OR "track and field"[All Fields] OR "track"[All Fields])) OR ((Enhanced[All Fields] AND Recovery[All Fields]) AND ("surgery"[Subheading] OR "surgery"[All Fields] OR "surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR ("surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields] AND "operative"[All Fields]) OR "operative surgical procedures"[All Fields] OR "surgery"[All Fields] OR "general surgery"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "surgery"[All Fields]) OR "general surgery"[All Fields])) OR (Early[All Fields] AND ("rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms]))) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp]) AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2018/02/13"[PDAT]))

84 documents ont été retrouvés, parmi lesquels 13 recommandations spécifiques à la RAAC chez l'adulte après chirurgie du rectum, du côlon, de l'utérus ou de la vessie ou du rein, ont été retenues (après exclusion des doublons).

1. Venclauskas L, Llau JV, Jenny JY, Kjaersgaard-Andersen P, Jans O. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Day surgery and **fast-track** surgery. *European journal of anaesthesiology*. 2018;35:134-8.
2. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hubner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36:623-50
3. Carmichael JC, Keller DS, Baldini G, Bordeianou L, Weiss E, Lee L, et al. Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Diseases of the colon and rectum*. 2017;60:761-84
4. Bruna Esteban M, Vorwald P, Ortega Lucea S, Ramirez Rodriguez JM. Enhanced recovery after surgery in gastric resections. *Cirugia espanola*. 2017;95:73-82
5. Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Risk management in ambulatory and short-stay gastrointestinal surgery. *Journal of visceral surgery*. 2016;153:55-60
6. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schafer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *The British journal of surgery*. 2014;101:1209-29
7. Alfonsi P, Slim K, Chauvin M, Mariani P, Faucheron JL, Fletcher D. French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *Journal of visceral surgery*. 2014;151:65-79

8. Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KC, Norderval S, Lobo DN, et al. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society recommendations. *World journal of surgery*. 2013;37:285-305
9. Lassen K, Coolsen MM, Slim K, Carli F, de Aguilar-Nascimento JE, Schafer M, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *World journal of surgery*. 2013;37:240-58
10. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society recommendations. *World journal of surgery*. 2013;37:259-84
11. Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KC, Norderval S, Lobo DN, et al. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2012;31:801-16
12. Lassen K, Coolsen MM, Slim K, Carli F, de Aguilar-Nascimento JE, Schafer M, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2012;31:817-30
13. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2012;31:783-800

Certaines recommandations, étant mal indexées sur Pubmed (exemple : “Cerantola, et al. (2013). Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations. *Clinical Nutrition*, 32(6), 879-887 » qui est indexé sous « review » (Cerantola et al. 2013)), une autre recherche a été effectuée : extension sur le type d’étude « review » et restriction sur le type de chirurgie (rectum, colon, utérus, vessie ou rein).

((Fast track OR (Enhanced Recovery Surgery) OR (Early rehabilitation))) AND (rectum OR colon OR uterus OR bladder)

((("fasting"[MeSH Terms] OR "fasting"[All Fields] OR "fast"[All Fields]) AND ("track and field"[MeSH Terms] OR ("track"[All Fields] AND "field"[All Fields]) OR "track and field"[All Fields] OR "track"[All Fields])) OR (Enhanced[All Fields] AND Recovery[All Fields] AND ("surgery"[Subheading] OR "surgery"[All Fields] OR "surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR ("surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields] AND "operative"[All Fields]) OR "operative surgical procedures"[All Fields] OR "surgery"[All Fields] OR "general surgery"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "surgery"[All Fields]) OR "general surgery"[All Fields])) OR (Early[All Fields] AND

("rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms])) AND (("rectum"[MeSH Terms] OR "rectum"[All Fields]) OR ("colon"[MeSH Terms] OR "colon"[All Fields]) OR ("uterus"[MeSH Terms] OR "uterus"[All Fields]) OR ("urinary bladder"[MeSH Terms] OR ("urinary"[All Fields] AND "bladder"[All Fields]) OR "urinary bladder"[All Fields] OR "bladder"[All Fields]) OR "kidney"[All Fields]) AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp]) AND ("2016/02/24"[PDAT] : "2018/02/18"[PDAT]))

64 documents ont été retrouvés, parmi lesquels aucune recommandation spécifique à la RAAC chez l'adulte après chirurgie du rectum, du côlon, de l'utérus ou de la vessie ou du rein, n'a été retenue.

Nous rappelons que cette même recherche dans le cadre du travail sur la vessie avait permis de retrouver une recommandation qui était indexée à tort sous « review »_(Cerantola et al. 2013).

Une recherche a été effectuée le 24/02/2016 au niveau des sites internet des organismes suivants (cf. Tableau 5). Cette recherche documentaire a ciblé les recommandations, publiées depuis 2010. Elle a permis de trouver des documents spécifiques à la RAAC chez l'adulte en urologie, en gynécologie et dans le digestif.

Les publications et travaux récents sur la RAAC, tels que le rapport d'orientation de la HAS 2016 (en cours d'édition), les recommandations 2016 de l'ERAS, le protocole générique de réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale de 2015 de GRACE ou les recommandations de la SFAR 2014 (Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée) ont été retenus du fait de la partie commune à nos recommandations sur le plan organisationnel, anesthésique, ou de l'urologie (cf. Tableau 5).

TABLEAU 5: RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES

ORGANISME	DONNEES - RECOMMANDATIONS
ANAP (Agence Nationale d' Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) http://www.anap.fr/accueil/	
AUA (American Urological Association) http://www.auanet.org/education/clinical-practice-guidelines.cfm	
ASCO guideline (American Society of Clinical Oncology)	

http://www.instituteforquality.org/practice-guidelines	
CADTH (canadian technology and health assessment) https://www.cadth.ca	
CCAFU http://urofrance.org/accueil.html	
CCO (Cancer Care Ontario, Practice Guidelines Initiative) https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10224	
Clinical evidence http://www.clinicalevidence.com/x/search-results.html?q=Cancer%2C+prostate+%28metastatic%29&collection=bmj-clinical-evidence	
EAU (European Association of Urology) http://uroweb.org/guidelines/	
ERAS http://erassociety.org/index.php/eras-guidelines	Cf. résultats recherche Pubmed ci-dessus complétés par d'autres publications récentes non indexées sur Pubmed mais retrouvées sur le site de l'ERAS: - Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – Part I ; Nelson et al. ; Gynecologic Oncology 140 (2016) 313-322. - Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – Part II ; Nelson et al. ; Gynecologic Oncology 140 (2016) 323-332.
ESMO (European Society of Medical Oncology) http://www.esmo.org/Guidelines	
GENULF (Groupe d'Etude de Neuro-Urologie de Langue Française) http://genulf.com	
GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie) http://www.grace-asso.fr/rehabilitation-amelioree.html	Protocole générique de réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale ; 21 janvier 2015 http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/gen-colorectal.pdf protocole détaillé (cf. accès membre)
Haute Autorité de santé	Programme de réhabilitation rapide en chirurgie, état des lieux - Rapport d'orientation, en cours

Institut national du cancer	
KCE https://kce.fgov.be/search/apachesolr_search/guidelines?filters=type:biblio&solrsort=created%20desc&retain-filters=1	
NCCN http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp	
NICE http://www.nice.org.uk/Guidance	
NZZG (New Zealand Guidelines Group) http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group?screensize=1024&ScreenResSet=yes&CFTOKEN	
SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) http://sfar.org/referentiels/	Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 33 (2014) 370–384 (idem Alonsi 2014, ci-dessus, listing Pubmed) http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Rehabilitation-rapide-apres-une-chirurgie-colorectale-programmee.pdf
SIFUD-PP (Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi Périnéologie) http://www.sifud-pp.org	
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html	

Références bibliographiques

1. Bensalah, K., Albiges, L., Bernhard, J.C., Bigot, P., Bodin, T., Boissier, R., Correas, J.M., Gimel, P., Hetet, J.F., Long, J.A., Nouhaud, F.X., Ouzaid, I., Rioux-Leclercq, N., and Mejean, A. 2018. [French ccAFU guidelines - Update 2018-2020: Management of kidney cancer]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* **28 Suppl 1**: R5-r33. doi: 10.1016/j.purol.2019.01.004.
2. Bensalah, K., Albiges, L., Bernhard, J.C., Bigot, P., Bodin, T., Boissier, R., Correas, J.M., Gimel, P., Long, J.A., Nouhaud, F.X., Ouzaid, I., Paparel, P., Rioux-Leclercq, N., and Mejean, A. 2016. [CCAFU french national guidelines 2016-2018 on renal cancer]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* **27 Suppl 1**: S27-s51. doi: 10.1016/s1166-7087(16)30702-3.
3. Cerantola, Y., Valerio, M., Persson, B., Jichlinski, P., Ljungqvist, O., Hubner, M., Kassouf, W., Muller, S., Baldini, G., Carli, F., Naesheimh, T., Ytrebo, L., Revhaug, A., Lassen, K., Knutsen, T., Aarsether, E., Wiklund, P., and Patel, H.R. 2013. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) society recommendations. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* **32(6)**: 879-887. doi: 10.1016/j.clnu.2013.09.014.
4. Gustafsson, U.O., Hausel, J., Thorell, A., Ljungqvist, O., Soop, M., and Nygren, J. 2011. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)* **146(5)**: 571-577. doi: 10.1001/archsurg.2010.309.
5. Okamura, K., Nojiri, Y., Tanaka, Y., Nagae, H., Arai, Y., Matsuda, T., Hattori, R., Hashine, K., Naito, S., and Hasegawa, T. 2013. Changes in perioperative management of radical prostatectomy using clinical pathways according to a standardized care plan: a multi-institutional study. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association* **20(3)**: 337-343. doi: 10.1111/j.1442-2042.2012.03191.x.
6. Patard, J.J., Baumert, H., Bensalah, K., Bernhard, J.C., Bigot, P., Escudier, B., Grenier, N., Hetet, J.F., Long, J.A., Mejean, A., Paparel, P., Richard, S., Rioux-Leclercq, N., Coloby, P., and Soulie, M. 2013. [CCAFU Recommendations 2013: Renal cancer]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* **23 Suppl 2**: S177-204. doi: 10.1016/s1166-7087(13)70055-1.
7. Poinas, G., Blache, J.L., Kassab-Chahmi, D., Evrard, P.L., Artus, P.M., Alfonsi, P., Rebillard, X., Beaussier, M., Cerantola, Y., Coloby, P., Drapier, E., Houede, N., Masson-Lecomte, A., Roupret, M., Le Normand, L., Game, X., Bosset, P.O., Delaunay, L., Fendler, J.P., Ecoffey, C., and Cuvelier, G. 2019. [Short version of recommendations for enhanced recovery program (ERP) for cystectomy: Technical measures]. *Progres en urologie : journal de l'Association française*

d'urologie et de la Société française d'urologie **29(2)**: 63-75. doi:
10.1016/j.purol.2018.12.002.