



*Les partenaires suivants ont participé aux différents groupes de cotation et de lecture*



## **Recommandation de bonne pratique**

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

## **Récapitulatif des recommandations**

**Juin 2022**

## Spécificités du parcours patient RAAC néphrectomie

### Recommandation :

Il est recommandé d'informer tous les patients des modalités de prise en charge de la RAAC, même si l'ensemble du programme ne peut leur être appliqué (programme RAAC personnalisé) (grade modéré).

### Recommandation :

Il est indispensable d'identifier en préopératoire les patients à risque d'insuffisance rénale aiguë (IRA) post opératoire et d'insuffisance rénale chronique (IRC). Un bilan biologique avec évaluation de la fonction rénale est nécessaire en préopératoire. Elle peut être utilement précisée par le débit de filtration glomérulaire et une scintigraphie rénale au DMSA. Une consultation de néphrologie préopératoire est conseillée chez les patients à risque (niveau de preuve moyen, grade fort).

Il faut informer le patient du risque de dégradation de sa fonction rénale pouvant aller jusqu'à la dialyse dans certains cas (niveau de preuve moyen, grade fort).

Après l'intervention et en absence de complications, un bilan biologique de contrôle doit être réalisé à J1 et après J5 postopératoire pour détecter une éventuelle IRA (niveau de preuve moyen, grade fort).

Les facteurs prédictifs d'IRA post-opératoires semblent être une IRC préopératoire, un temps d'ischémie prolongé, l'âge du patient (niveau de preuve moyen, grade fort).

Lors de la surveillance au long cours, des bilans réguliers de contrôle de la fonction rénale devront être réalisés pour détecter une éventuelle IRC secondaire (niveau de preuve moyen, grade fort).

### Recommandation :

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

Il est recommandé d'informer le patient sur les suites habituelles ainsi que 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-opératoires. Leur non respect pouvant nuire à la prise en charge (niveau de preuve faible, grade fort).

Il est recommandé de pouvoir disposer d'un temps de coordination de parcours RAAC ou ambulatoire pour assurer la qualité du programme et son évaluation (niveau de preuve faible, grade fort).

## Préhabilitation

### Recommandation :

Il est recommandé de proposer en préopératoire d'une néphrectomie une pré-habilitation avec un arrêt du tabac et de l'alcool et une activité physique adaptée au patient (niveau de preuve moyen ; grade fort).

### Recommandation :

Il peut être proposé en préopératoire d'une néphrectomie ou d'une néphro-urétérectomie une préparation respiratoire selon le terrain et la voie d'abord 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 fort)
- l'arrêt du tabac (niveau de preuve fort, grade fort).

### Recommandation :

Il est recommandé de prendre en compte un éventuel retentissement psychologique d'une néphrectomie et évoquer avec le patient la possibilité d'une prise en charge psychologique et/ou une consultation infirmière « TAS » (Temps Accompagnement Soignant) (niveau de preuve faible ; grade fort).

### Recommandation :

Tous les patients doivent avoir une évaluation de leur état nutritionnel, d'un dépistage de la dénutrition et de conseils diététiques (niveau de preuve moyen ; grade fort).

Les patients dénutris (GN4) doivent avoir une prise en charge nutritionnelle préopératoire (accord d'experts).

Il n'est pas recommandé de proposer une immunonutrition avant néphrectomie (niveau de preuve faible, grade faible).

### Recommandation :

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

Il est recommandé de prévenir tout excès d'apport liquidien IV peropératoire pour permettre une reprise plus rapide du transit intestinal, sauf situation d'hypovolémie ou d'injection de produit de contraste (niveau de preuve élevé, grade fort).

Il est recommandé de retirer à la fin de l'intervention la sonde nasogastrique d'aspiration (niveau de preuve modéré, grade fort).

Il est recommandé de commencer la reprise des apports caloriques par voie orale dans les heures qui suivent la chirurgie (niveau de preuve modéré, grade fort).

**Recommandation :**

L'âge des patients ne doit pas contre-indiquer une prise en charge RAAC dans la néphrectomie. Cependant, le protocole doit être adapté au terrain de chaque patient (niveau de preuve faible, grade fort)

Une évaluation gériatrique est nécessaire avant chirurgie (avis gériatrique si G8  $\leq$  14) (niveau de preuve faible, grade fort).

## Peropératoire

**Recommandation :**

Il est recommandé dans le cadre d'une RAAC néphrectomie :

- De disposer de protocoles clairs et accessibles pour permettre la réalisation des objectifs de RAAC ;
- De disposer d'une équipe infirmière et aide-soignante informée et impliquée 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 :**

Pour diminuer le risque infectieux d'une néphrectomie, il est recommandé de réaliser une préparation cutanée du patient en évitant la dépilation ; si celle-ci est jugée nécessaire, il est recommandé de privilégier la tonte (niveau de preuve faible, grade fort).

Pour les néphro-urétérectomies, il est recommandé de s'assurer de la stérilité des urines par la réalisation d'un ECBU préopératoire (accord d'experts).

En l'état actuel des connaissances (recommandations du CIAFU en cours d'actualisation), il n'est pas possible de recommander ou de ne pas recommander la réalisation d'un ECBU préopératoire pour une néphrectomie partielle ou totale.

**Recommandation :**

Il est recommandé en post-opératoire d'une néphrectomie RAAC de réaliser une réalimentation orale précoce (J0) (niveau de preuve moyen, grade fort).

La prise en charge nutritionnelle en post-opératoire d'une néphrectomie doit être anticipée et expliquée (accord d'experts).

**Recommandation :**

Il est recommandé d'identifier les patients à risque de saignement post-opératoire (patient sous anticoagulants, hypoalbuminémie préopératoire, une anémie préopératoire ou une tumeur de haut grade), pour renforcer la surveillance des éventuelles complications hémorragiques en hospitalisation et lors du retour à domicile (niveau de preuve faible, grade fort).

Il est recommandé de privilégier un abord mini-invasif chez les patients à fort risque hémorragique (niveau de preuve faible, grade fort).

Il est recommandé, en post opératoire, d'adapter la thromboprophylaxie aux facteurs de risque du patient (niveau de preuve faible, grade modéré).

**Recommandation :**

Il est recommandé au cours d'un parcours RAAC néphrectomie partielle ou totale (niveau de preuve faible, grade faible) :

- d'éviter le sondage vésical en dehors d'une nécessité de surveillance stricte de la diurèse ou d'une durée opératoire présumée longue ou en cas de haut risque de rétention d'urines post-opératoire ;
- en cas de sondage vésical, de limiter sa durée.

Il est recommandé de réaliser un sondage urinaire pour les néphro-urétérectomies (niveau de preuve faible, grade fort).

Il est recommandé au cours d'un parcours RAAC néphrectomie partielle ou totale et néphro-urétérectomie (niveau de preuve moyen, grade fort) :

- d'éviter le drainage du site opératoire,
- en cas de drainage, de limiter sa durée.

**Recommandation :**

L'obésité n'est pas une contre-indication à un protocole de RAAC (niveau de preuve faible, grade fort).

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 (niveau de preuve faible, grade fort).

Les régimes restrictifs entraînant une perte de masse maigre ne sont pas recommandés (niveau de preuve faible, grade fort).

Chez le patient obèse, il est recommandé de privilégier une voie d'abord mini-invasive (niveau de preuve faible, grade fort).

**Recommandation :**

La voie coelioscopique doit être privilégiée pour la néphrectomie totale, sous réserve de faisabilité technique (niveau de preuve fort, grade fort).

Si une chirurgie ouverte est envisagée, la RAAC reste recommandée quelle que soit la voie d'abord (niveau de preuve moyen, grade fort).

**Recommandation :**

En cas de néphrectomie et thrombectomie cave, la RAAC peut s'appliquer mais doit être adaptée à l'intervention et à l'état général du patient en raison des spécificités chirurgicales et du risque élevé de complications post-opératoires (niveau de preuve faible, grade fort).

**Recommandation :**

Si une néphrectomie de cytoréduction est envisagée, la RAAC reste recommandée (niveau de preuve moyen faible, grade fort).

**Recommandation :**

La RAAC est recommandée dans la néphrectomie partielle quelle qu'en soit la voie d'abord (niveau de preuve moyen, grade fort).

La voie d'abord mini-invasive est à privilégier dans le cadre d'un parcours de RAAC néphrectomie partielle (niveau de preuve moyen, grade modéré).

**Recommandation :**

Aucune technique de clampage vasculaire particulière ne peut être recommandée pour la réalisation d'un protocole RAAC néphrectomie (niveau de preuve modéré, grade fort).

**Recommandation :**

Il est recommandé de proposer un protocole de RAAC dans le cadre de la néphrectomie partielle quel que soit le niveau de complexité opératoire (niveau de preuve moyen, grade fort).

**Recommandation :**

Aucune recommandation ne peut être faite quant à l'utilisation d'agent hémostatique lors de la néphrectomie partielle dans le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de réhabilitation améliorée (accord d'experts).

**Recommandation :**

En cas de prélèvement rénal dans le cadre d'un donneur-vivant, la RAAC est recommandée (niveau de preuve élevé, grade fort).

La voie d'abord mini-invasive est à privilégier dans le cadre d'un parcours de RAAC pour prélèvement rénal dans le cadre d'un donneur-vivant (niveau de preuve élevé, grade fort).

**Recommandation :**

Dans le cadre d'un parcours RAAC, il est recommandé de privilégier un abord mini-invasif pour les néphro-urétérectomies (niveau de preuve faible, grade fort).

## Postopératoire

**Recommandation :**

Il est recommandé en postopératoire d'une chirurgie rénale (néphrectomie partielle/totale/néphro-urétérectomie) de réaliser une mobilisation aussi rapide que possible et au plus tard dans les 24h après l'intervention (niveau de preuve faible, grade fort).

**Recommandation :**

Il est recommandé dans le cadre d'une RAAC néphrectomie de proposer la réalisation d'exercices respiratoires en post-opératoire (spirométrie incitative), en respectant la règle de la « non douleur », en cas de facteur de risque ou de complications respiratoires.

Il est recommandé, en préopératoire, un traitement préventif des complications respiratoires qui doit être poursuivi en post-opératoire immédiat.

La réalisation des exercices respiratoires appris en préopératoire peut être prolongée après la chirurgie. Une aide par un kinésithérapeute peut être nécessaire en cas de facteur de risque respiratoire important.

(Niveau de preuve moyen, grade modéré)

**Recommandation :**

L'estimation du risque de complication post-opératoire sévère après néphrectomie partielle doit être évaluée au cas par cas (niveau de preuve faible, grade fort).

Un protocole de réhabilitation améliorée doit prendre en considération le risque de complications post-opératoires de survenue tardive au domicile et permettre leur diagnostic sans délai (niveau de preuve faible, grade fort).

La possibilité pour le patient d'avoir un accès/liens directs à l'équipe chirurgicale 24h/24 ainsi que le circuit de prise en charge d'urgence et de réhospitalisation doivent être organisés dans le cadre du protocole (niveau de preuve faible, grade fort).