



EVALUATION PROSPECTIVE DE LA  
PROSTATECTOMIE RADICALE  
CŒLIOSCOPIQUE ROBOT-ASSISTEE  
EN UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE:  
RESULTATS A 18 MOIS

*O. DUMONCEAU\**, *R. ALDEA\*\**, *S. BELEY\**, *S. BENBOUZID\**, *S. DOMINIQUE\**, *B. LUKACS\**, *L. PEYRAT\**, *F. HAAB\**

*\*Centre Urologie Paris Opéra, Paris, France*

*\*\* Clinique Turin, Département d'Anesthésie, Paris, France*



# OBJECTIFS

- Evaluer de façon prospective la faisabilité de la prise en charge de la Prostatectomie Radicale Robotique (PRR) en Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA)
- Définir un protocole précis de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) dans la chirurgie prostatique, rendant cette prise en charge reproductible en pratique courante



# POURQUOI L' AMBULATOIRE ?

- En 2015, en suivant un protocole de RAAC adapté à la PRR, 78% des patients opérés d'une PRR sont sortis à J1
- Quel est le « sur-risque » en cas de sortie à J0?
- Bonne communication et bonne dynamique Chirurgien-Anesthésiste, grâce notamment au fonctionnement en binôme



# PROTOCOLE

- PROTOCOLE EN CONSULTATION:
  - Critères d'éligibilité à l'Ambulatoire:
    - ASA I, II ou III stable
    - Absence d'anticoagulation efficace
    - Distance domicile - clinique < 1h
    - Retour et nuit à domicile accompagné
    - Patient apte à comprendre et à appliquer les consignes de soins
  - Information donnée au patient sur les modalités de l'Ambulatoire
  - Ordonnances de sortie données et expliquées



# PROTOCOLE

- PROTOCOLE PERI-OPÉRATOIRE:
  - Aucune prémédication
  - Jeun relatif, limité au juste nécessaire:
    - 6h pour les aliments solides
    - boissons claires (thé ou café sucrés) 2h avant l'intervention
  - Patient en 1ere position le matin, admis à 7h



# PROTOCOLE

- PROTOCOLE PER-OPÉRATOIRE:
  - Anesthésie générale:
    - AIVOC: Propofol – Remifentanyl (élimination en 4 minutes)
    - Analgésie multi-modale:
      - Xylocaïne – Kétamine (IVSE)
      - Paracétamol, Kétoprofène, Néfopam (flash en fin d'intervention)
      - Infiltration des incisions cutanées à la Chirocaïne
      - PAS DE MORPHINIQUES
    - Prophylaxie systématique NVPO
    - Remplissage veineux à partir de l'anastomose UV (1,5 litres de Cristalloïdes en 1h, à adapter à l'état cardiaque)
    - Décurarisation systématique



# PROTOCOLE

- PROTOCOLE PER-OPERATOIRE:
  - Chirurgie:
    - PRR +/- curage IO +/- préservation nerveuse
    - Robot Da Vinci S puis Xi, 4 trocarts opérateurs + 1 trocart pour l'aide, position de Tredelenbourg
    - Drainage systématique par redon
    - Sonde vésicale avec lavages à la seringue en fin d'intervention



# PROTOCOLE

- PROTOCOLE POST-OPERATOIRE:
  - En SSPI: Furosémide 20mg IV si diurèse < 500cc
  - Boissons dès la sortie de SSPI (KT veineux obturé)
  - Surveillance en UCA
  - Réalimentation à H3
  - Ablation redon à H6 (si <100cc)
  - Mobilisation du patient dès l'ablation du redon (marche dans le couloir)
  - Education par IDE pour la gestion de la sonde vésicale à domicile





# PROTOCOLE

- VALIDATION DE LA SORTIE: visite du chirurgien et de l'anesthésiste
  - Validation des critères médicaux de sortie: Score de Chung:
    - Constantes vitales
    - Démarche assurée sans vertiges
    - Nausées vomissements absents ou minimes
    - Douleurs absentes ou minimes (EVA < 4)
    - Saignement chirurgical minime
  - Critère spécifique: Hématurie absente ou rosée
  - Accord du patient
  - Numéro d'appel en cas d'urgence, médecin de garde sur place prévenu



# RESULTATS

- Entre le 15/3/16 et le 15/10/17
- 116 patients opérés d'une PRR (un seul binôme chirurgien-anesthésiste)
- 42 patients programmés en UCA



# RESULTATS

Age	63,7 ans (45-72)
PSA	8,04 ng/ml (4,36-25)
Stade clinique (patients)	T1a: 1 T1c: 34 T2a: 7
Chirurgie (patients)	Préservation nerveuse: bilatérale (32), unilatérale (8), aucune (2) Curage ilio-obturateur (15)
Durée opératoire	128 min (90-225)
Pertes sanguines	271 cc (traces-600)
Stade TNM (patients)	pT2: 28: R0=25, R1=3 pT3a: 13: R0=9, R1=4 (N1=1) pT3b: 1, R1
Redon à H6 (cc)	55 (traces-95)



# RESULTATS

- 40 patients sont sortis le soir de l'intervention (< H12)
- 2 patients étaient sortant sur le plan médical, mais ont été gardés pour des raisons administratives
- 1 patient a rappelé le numéro d'urgence de la Clinique le soir de la sortie, et a été réadmis en urgence pour sonde bouchée sur hématurie caillotante (décaillotage simple et surveillance pendant la nuit)
- Tous les patients appelés le lendemain par le chirurgien étaient satisfaits d'avoir passé la nuit chez eux



## RESULTATS

DMS PRR (jours)	2015	2016	2017 (M10)
DUMONCEAU	1,9	1,19	0,79
Clinique TURIN	3,94	2,68	1,57
DMS NATIONALE	7,69	7,69	6,52



# CONCLUSION

- La prostatectomie radicale robotique peut être proposée en Ambulatoire en pratique courante, en respectant les critères d'éligibilité et un protocole précis.
- La proximité du domicile du patient (<1h) et la réactivité de l'équipe (médecin de garde sur place, urologue d'astreinte) permettent une prise en charge rapide en cas de complication au domicile nécessitant le retour dans l'établissement. Dans ces conditions, la seule complication survenue n'a pas entraîné de perte de chance du fait de l'Ambulatoire.
- Les patients sont satisfaits de cette prise en charge, qui va dans le sens de la demande de l'ARS
- L'impact économique pour l'établissement, en cours d'évaluation, est un argument important pour la discussion de l'investissement Robotique