

# LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Hydratation obligatoire et miction facultative



Association  
Française  
d'Urologie

[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

CHIRURGIE AMBULATOIRE EN UROLOGIE

- **La HAS-ANAP a répondu aux questions généralistes sur la chirurgie ambulatoire dans son socle de connaissance**
  
- **L'AFU a souhaité apporter une réponse**
  - **aux spécificités urologiques de la chirurgie ambulatoire**
  
  - **et aux spécificités ambulatoires de la chirurgie urologique**

## ■ Recommandations de bonne pratique

- Hétérogénéité des pratiques

- Evolutivité des pratiques

- Multiplicité des acteurs et des actes

## ■ Recommandations par consensus formalisé

- Manque de littérature sur le sujet et d'études avec un haut niveau de preuve

*HAS, décembre 2010*

## ■ Les questions posées

### ■ Aspects généraux

- Aspect éthique
- Le parcours de soin du patient
- Aspect organisationnel
- Les populations particulières, personnes âgées

### ■ Spécificités urologiques

- Rétention urinaire
- Infection urinaire et gestion des ECBU
- Hémorragie et hématurie
- Douleur urologique

## ■ Un travail pluridisciplinaire

### ■ Urologues

- Équilibre public/privé
- Représentants des comités de l'AFU

### ■ Médecins généralistes

### ■ Médecins anesthésistes-réanimateurs

### ■ Spécialités chirurgicales

### ■ Spécialités médicales

### ■ Paramédicaux

### ■ Patients

### ■ Juristes



ELSEVIER MASSON

Volume 23 - Novembre 2013 - hors-série 6

## Progrès en Urologie

Journal de l'Association Française d'Urologie, de l'Association des Urologues du Québec, et de la Société Belge d'Urologie

### Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP

#### Chirurgie ambulatoire en Urologie

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

ISSN 1166-7087

82983

## Résultats

59 recommandations, 132 participants

Ethique (1)

Anesthésie (4)

Rétention (10)

Eligibilité (6)

Médecin traitant (2)

Infection (11)

Organisation (4)

Patient (1)

Douleur (7)

Personnes âgées (2)

Hémorragie (6)

•Grade B (2) Grade C (1) AE (56)

Validité et portée des recommandations

•HAS, AFCA, SFAR, ANAP

Version grand public: 39 recommandations

## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 60% groupe des 106 relecteurs non urologues
- Validation SFAR AFCA ANAP
- Labellisation HAS « 6 mois »
- Version grand public en cours de finalisation



## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 1 – Il est recommandé d'appliquer les recommandations selon le contexte, pour un patient, un acte chirurgical, une organisation et une équipe médico-chirurgicale donnés.

## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 8 – La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel de l'organisation ambulatoire et de l'information du patient. Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical.

## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 14 – Il est recommandé d'hydrater par voie orale les patients par des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Les critères habituels de jeûne préopératoire sont de 6 heures pour les solides et de 2 heures pour les liquides clairs      grade B

## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 28 – Il est recommandé de ne pas limiter les apports hydriques car cela augmente le risque de déshydratation, de caillottage vésical, et ralentit la reprise des mictions postopératoires

## ORIGINALITÉS DU TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS FORTES AFU-SFAR

- 26 – Il est recommandé d'évaluer le risque de rétention urinaire lors de la consultation de programmation opératoire en distinguant le risque rétentionnel faible et le risque élevé en fonction du patient, du type de chirurgie et du type d'anesthésie.

**Tableau 2.** Groupes à risque de rétention urinaire post-opératoire (d'après Souter [98]).

### Groupes à risque de rétention

**Patients à risque faible**  
( $< 1\%$  de risque)

- Anesthésie générale, bloc neurologique
- Chirurgie non pelvienne et non urologique
- Chirurgie gynécologique ambulatoire
- Anesthésie rachidienne ou épidurale avec agents à courte durée d'action (lidocaïne, procaïne ou 2-chloroprocaïne)

**Patients à risque élevé**  
(3 à 20 % de risque)

- Anesthésie péridurale ou rachianesthésie avec agents de longue durée d'action (bupivacaïne, ropivacaïne) ou associée à des opioïdes
- Chirurgie pelvienne (hernie, rectale, urologique)
- Antécédents de rétention ou pathologie médullaire

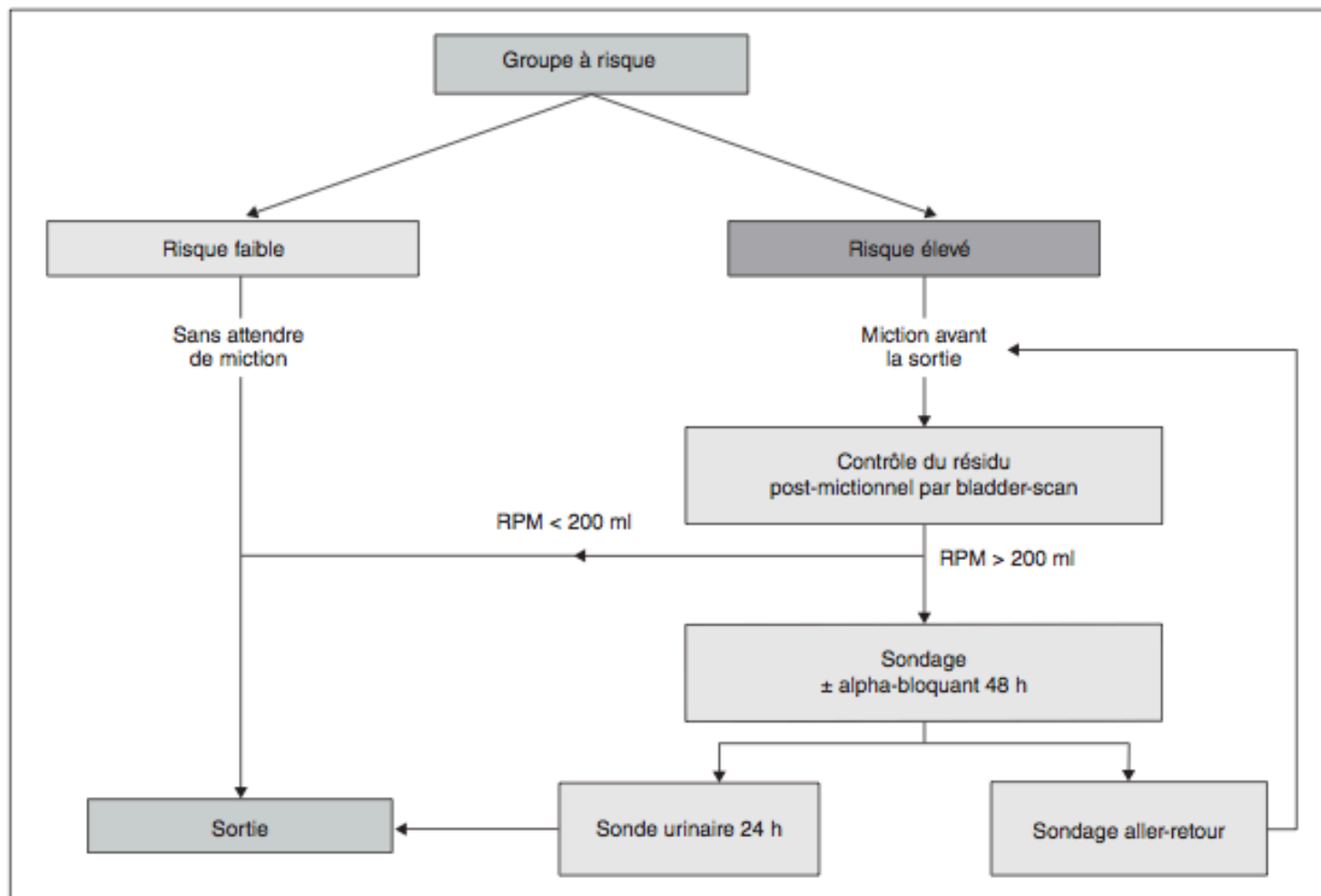


Figure 1. Algorithme décisionnel pour la gestion postopératoire du risque rétionnel.

*Recommandations disponibles sur site Urofrance*



Association  
Française  
d'Urologie

[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)