

CP - Quand avez-vous réalisé la première néphrectomie partielle en ambulatoire dans votre centre ?

JCB - La première néphrectomie partielle avec assistance robotique (NPRA) a été réalisée à l'automne 2015 et a été rapportée dans la littérature internationale dans les mois suivants [1].

Qui était à l'initiative, l'équipe d'urologie ou l'administration ?

L'initiative était purement médicale, dans la continuité du parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie (NP-RAAC) que nous avons mis en place dès 2014. Nous n'avions pas de pression administrative sur cette question car à l'époque le développement de la chirurgie ambulatoire ciblait des procédures de moindre complexité et tout l'enjeu était déjà de parvenir à convertir la chirurgie des OGE et de la lithiase rénale à la pratique ambulatoire.

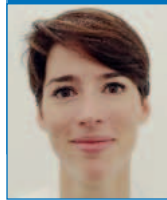
Quelle a été l'organisation préalable nécessaire à ce 1^{er} cas ? Avez-vous déjà l'expérience de la RAAC par exemple ? Un protocole a-t-il été rédigé pour impliquer tous les intervenants de l'accueil pré-opératoire jusqu'à la sortie du patient ?

Un des points clés de compréhension de notre démarche est son caractère progressif.

Avec le passage à la robotique en 2010, nous avons progressivement fait l'expérience d'une diminution de la morbidité péri-opératoire des procédures de NPRA. Ceci, combiné au contrôle de la douleur post-opératoire du fait de la voie d'abord mini-invasive, a été à l'origine d'une diminution spontanée des durées de séjour. Le développement d'un protocole anesthésique et d'antalgie post-opératoire spécifique, couplé à la définition d'un parcours-patient coordonné par infirmière (NP-RAAC) avait alors pour objectif d'encadrer et sécuriser la sortie précoce des patients au bénéfice de leur réautonomisation. Il s'agissait aussi de garantir un maintien de la qualité perçue de la prise en charge et de la satisfaction des patients malgré la diminution de la



Jean-Christophe
BERNHARD



Caroline
PETTENATI

Néphrectomie partielle : de la RAAC à l'ambulatoire, un continuum de prise en charge

durée d'interaction soignant-soigné liée à la baisse des durées moyennes de séjour (DMS).

Rapidement, du fait de la mise en œuvre du protocole NP-RAAC, la sortie d'une très grande majorité des patients à J1 post-opératoire est devenue la norme et c'est à ce moment là que s'est imposée l'idée de l'ambulatoire comme un continuum de la RAAC pour des patients sélectionnés.

Pour nous, la stratégie était vraiment celle d'un accompagnement de « parcours de pathologie » depuis la programmation de l'intervention jusqu'au J30 post-opératoire et ce, indépendamment que l'acte soit réalisé en ambulatoire ou en RAAC. Au final, les préceptes de prise en charge et les besoins du patient sont identiques entre ambulatoire et RAAC et, dans tous les cas, l'infirmière de coordination (IDEC) occupe un rôle clé.

Nous avons donc adapté le parcours NP-RAAC aux quelques spécificités de l'ambulatoire : épargne morphinique maximale, information et formation des équipes de l'unité d'ambulatoire, circuit d'information spécifique des correspondants médecins généralistes., etc., mais

en veillant à une structuration opérationnelle unique visant à gommer la vision passéiste d'une dichotomie souvent organisationnelle entre RAAC et ambulatoire.

Tout ceci a été développé dans une démarche expérimentale d'innovation en soin et en réponse à un appel à projet de la DGOS et de l'INCa. Notre projet, intitulé Ambu-Rein (Etude UroCCR 25), déposé à l'été 2016, reflétait une volonté d'évaluation, non seulement de la faisabilité et sécurité de ce type de procédure pratiquées en ambulatoire mais aussi de la satisfaction du patient.

C'est dans ce cadre-là que nous avons été labellisés par l'INCa et la DGOS comme site pilote pour le développement de la chirurgie ambulatoire du cancer du rein et que les patients ont été inclus prospectivement dans cette expérimentation.

Les patients sont-ils alors pris en charge dans une unité ambulatoire dédiée à l'urologie ou bien un secteur commun ?

Dans notre expérience, les patients « Ambu-Rein » sont accueillis dans une unité d'ambulatoire pluridisciplinaire mais opérés dans notre bloc de chirurgie robotique au même titre que les patients hospitalisés « NP-RAAC ». Cet état de fait rend obsolète, pour des chirurgies complexes nécessitant des équipements onéreux, la doctrine de blocs dédiés à la chirurgie ambulatoire. Elle plaide au contraire pour une centralisation des moyens et un théâtre opératoire unique sous la forme d'un bloc de spécialité, qui accueille les patients relevant d'une même intervention chirurgicale, qu'ils soient en ambulatoire ou en RAAC avec entrée J0 ou la veille. Le lieu de réalisation de l'acte opératoire importe moins que la qualité de l'accompagnement et de la coordination du parcours.

Combien de cas avez-vous pu réaliser jusqu'à présent ?

Depuis le lancement officiel du projet Ambu-Rein en 2017, nous approchons des 140 NPRA incluses. En moyenne, ce sont 18 % de nos NPRA qui sont opérées en ambulatoire.

Quels avantages y trouvez-vous ?

Pour le patient, une sensation de « dé-médicalisation » et « dédramatisation » de l'épisode chirurgical, avec la possibilité de rester dans son univers familial et d'être accompagné de ses proches.

Pour le praticien, la sensation de tirer avantage des progrès technologiques et des évolutions de la technique chirurgicale au bénéfice de l'optimisation des parcours de soin.

Quels sont les inconvénients pour le chirurgien, l'équipe et pour le patient ?

À mon sens, aucun... Sous réserve d'une sélection adéquate des patients. L'objectif n'étant pas de chercher à proposer l'ambulatoire coûte que coûte mais d'en disposer pour les patients éligibles tant du point de vue anesthésique que chirurgical ou social.

En revanche, il est certain que le maintien de la qualité d'un protocole d'ambulatoire ou de RAAC nécessite, de la

part de son coordonnateur, une implication continue et sans cesse renouvelée au gré notamment des départs et arrivées des personnels médicaux et paramédicaux.

Y a-t-il eu des échecs ? Si oui, pour quelles raisons le patient a-t-il été gardé en hospitalisation ? Et combien sont revenus dans les jours post-opératoires ?

Il y a parfois des échecs de l'ambulatoire avec la nécessité de pouvoir convertir le parcours en RAAC en fonction du déroulé opératoire et de la surveillance post-opératoire. Nous avons rapporté, en 2020, nos résultats issus de l'analyse de nos 82 premières NPRA en intention de traitement ambulatoire. Dans ce début d'expérience, 8,5 % des patients avaient fait l'objet d'une hospitalisation d'une nuit dans la majorité des cas pour des motifs mineurs (RAU, nausées, mauvais contrôle de la douleur). Un seul patient (1,2 %) a fait l'objet d'une réhospitalisation dans les 30 jours post-opératoires en lien avec une fistule urinaire [2].

Quels sont vos critères de sélection des cas aptes à une prise en charge en ambulatoire ?

La sélection repose sur l'absence de contre-indication anesthésique ou « sociale » à l'ambulatoire et sur des critères chirurgicaux : complexité tumorale, antécédents de chirurgie abdominale, fonctionnalité rénale, rein unique, etc., qui, au final, vont permettre d'estimer une durée opératoire inférieure ou égale à 2 heures et un risque minimal de complication post-opératoire.

Quel avenir voyez-vous dans cette prise en charge ?

Je vois la NPRA en ambulatoire comme une opportunité de prise en charge mini-invasive simplifiée et « one shot », de nos patients atteints de tumeurs du rein. Mais la diversité de présentation des situations cliniques et des caractéristiques tumorales est telle dans cette pathologie que la sélection des patients et le choix du parcours de soin adéquat sont les enjeux de demain. Nous allons ainsi travailler sur la définition d'algorithmes de sélection, non plus basés sur des critères pré-opératoires à priori, mais sur

le recueil de l'expérience patient post-opératoire (PROMs, PREMs, contrôle de la douleur, satisfaction, etc.). L'avenir réside aussi dans l'utilisation des outils digitaux pour sécuriser et fiabiliser ces parcours de soins innovants tout en facilitant le maintien du lien soignant-soigné, en améliorant l'expérience patient et en rationalisant l'efficience de l'accompagnement infirmier. Nous avons pour ce faire développé UroConnect, une application de télésurveillance et recueil d'e-PRO/PREMs. Les données ainsi recueillies sont directement auto-implémentées dans la base de données UroCCR pour permettre une analyse facilitée du déroulé du post-opératoire extra-hospitalier.

Un projet de recommandation/protocole RAAC pour développer la prise en charge ambulatoire de cette chirurgie ?

Nous sommes effectivement, dans le cadre du Comité des Pratiques professionnelles de l'AFU, en train de finaliser les recommandations « RAAC Néphrectomie » qui devraient bientôt être disponibles. Je tiens d'ailleurs à remercier Inès Dominique, Lucile Séjourné, Luc Corbel, Gilles Cuvelier et Diana Kassab pour leur investissement dans ce projet.

Jean-Christophe BERNHARD

*Interview réalisée par
Caroline PETTENATI*

Références

- [1] Bernhard JC, Payan A, Bensadoun H, Cornelis F, Pierquet G, Pasticier G, Robert G, Capon G, Ravaud A, Ferrière JM. Are we ready for day-case partial nephrectomy? *World J Urol.* 2016 Jun;34(6):883-7. doi: 10.1007/s00345-015-1746-6. Epub 2015 Dec 16. PMID: 26676613.
- [2] Bernhard JC, Robert G, Ricard S, Michiels C, Capon G, Boulenger de Hautecloque A, Bensadoun H, Gay J, Rogier J, Tauzin-Fin P, Gross-Goupil M, Benard A, Nouette K, Rouillet S, Ferrière JM. Day-case robotic-assisted partial nephrectomy: feasibility and preliminary results of a prospective evaluation (UroCCR-25 AMBU-REIN study). *World J Urol.* 2020 Jun 8. doi: 10.1007/s00345-020-03283-z. Epub ahead of print. PMID: 32514670.

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédactrice en chef :

Caroline PETTENATI
pettenati.c@gmail.com

Secrétaires de rédaction :

Julien BRANCHEREAU
julienbranchereau@gmail.com

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD
gaellef@gmail.com

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Arnaud SCHOENIG
arnaud.schoenig@gmail.com

Coordination générale :

Marianne BOUET
mbouet@afu.fr
01 45 48 06 09

Courrier à adresser à :

AFU - UROjonction
11 rue Viète - 75017 Paris
afu@afu.fr

Mise en page :

Accent Aigu
accent-aigu@wanadoo.fr