



Réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée : quelle satisfaction des patients ?

I. Dominique, C. Palamara, D. Champetier, J.-E. Terrier, N. Morel Journal, A.
Ruffion, P. Paparel

► To cite this version:

I. Dominique, C. Palamara, D. Champetier, J.-E. Terrier, N. Morel Journal, et al.. Réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée : quelle satisfaction des patients ?. Progrès en Urologie, 2019, 29, pp.634 - 641. <10.1016/j.purol.2019.07.006>. <hal-03488949>

HAL Id: hal-03488949

<https://hal.science/hal-03488949v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée: **Quelle satisfaction des patients?**

1) Dr Inès Dominique
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
inesdominique 40@gmail.com
0472678817

2) Dr Jean Etienne Terrier
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
jean-etienne.terrier01@chu-lyon.fr
0472678817

3) Dr Denis Champetier
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
denis.champetier@chu-lyon.fr
0472678817

4) Dr Nicolas Morel Journal
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
nicolas.morel-journal@chu-lyon.fr
0472678817

5) Pr Alain Ruffion
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
alain.ruffion@chu-lyon.fr
0472678817

6) Pr Philippe Paparel
CHU Lyon Sud, Service urologie
165 chemin du grand revoyet 69495 Pierre Benite
philippe.paparel@chu-lyon.fr
0472678817

Réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée: **Quelle satisfaction des patients?**

Abstract

Introduction : Plusieurs programmes de réhabilitation avancée après chirurgie (RAAC) ont montré une amélioration des suites postopératoires pour les patients permettant des durées d'hospitalisation diminuées. Très peu d'études à notre connaissance ont évalué la satisfaction des patients sur ces protocoles. L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients ayant bénéficié du protocole de RAAC pour **néphrectomie** partielle robot assistée (NPRA).

Matériels et méthodes

Un questionnaire validé EORTC IN-PATSAT 32 associé à un questionnaire spécifique sur la RAAC ont été envoyé aux 42 premiers patients inclus dans le protocole RAAC de RAPN après leur consultation postopératoire. Les réponses étaient anonymes. Les calculs des scores de satisfaction du questionnaire EORTC ont été effectués pour chaque dimension par la méthode de Likert. Les scores ont ensuite été transformés linéairement en une échelle variant de 0 à 100, où 100 représente le meilleur niveau de satisfaction sur les soins (méthode EORTC).

Résultats

Au total, 21 patients ont renvoyé les questionnaires (50%). Le score moyen de satisfaction globale était de 75,1% (37,3; 100) dans le questionnaire EORTC. Au total 71,4% des patients (N=15) trouvaient **la** sortie à J2 postopératoire satisfaisante et 5 patients (23,8%) trouvaient cela prématuré. Aucun des patients n'avait d'impression négative sur le protocole de RAAC. L'évaluation globale moyenne du protocole par les patients sur une échelle de satisfaction de 1 à 10 était de 8,9/10.

Conclusion:

Dans notre étude, les patients ayant bénéficié du protocole de RAAC après NPRA semblaient très satisfaits de leur prise en charge pré, per et postopératoire. Etant donnée la satisfaction des patients, la réduction des durées d'hospitalisation, la sécurité du patient et l'avantage médico-économique, ces protocoles de RAAC sont à développer et évaluer. Des études de plus grands effectifs sont nécessaires pour évaluer le vécu des patients sur ces protocoles de RAAC.

Introduction

Le cancer du rein est le 13^{ème} cancer le plus fréquent dans le monde avec environ 271000 nouveaux cas recensés en 2008(1) . L'incidence et le taux de mortalité du cancer du rein semblent diminuer dans la majorité des pays occidentaux. (2) Le traitement chirurgical du cancer du rein s'est largement modifié durant ces dernières années. Le développement de la voie d'abord coelioscopique puis de la robotique a permis d'élargir les indications de néphrectomie partielle et d'améliorer les suites postopératoires. (3) Actuellement, les protocoles de réhabilitation précoce après chirurgie sont en plein développement(4)(5). Ces protocoles , initialement développés en chirurgie digestive, ont déjà montré dans de nombreuses études randomisées une efficacité significative en terme de diminution des durées d'hospitalisation et les complications post opératoires(6)(7). En urologie , ces protocoles RAAC ont été initialement adaptés pour la cystectomie (8)(9), et se développent actuellement pour la chirurgie rénale et prostatique(4,10,11).

Un des axes communs à ces prises en charge de RAAC est la mobilisation précoce des patients permettant une reprise de l'autonomie plus rapide et une durée d'hospitalisation plus courte (12)(13). Cependant, ceci peut générer du stress et de la fatigue ainsi que de l'anxiété chez certains patients. Très peu d'études à notre connaissance , ont cherché à estimer la satisfaction des patients sur ce type de prise en charge .(14)(15) Aucune n'évaluait la satisfaction des patients vis à vis de la réhabilitation précoce après chirurgie de néphrectomie partielle robot assistée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients vis à vis de la prise en charge dans un protocole de réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot assistée pour cancer.

Matériels et méthodes

Tous les patients devant être opérés d'une tumorectomie rénale robot-assistée pour cancer dans notre service étaient inclus dans le protocole de réhabilitation précoce (RAAC) après information et signature de consentement.

Le protocole de RAAC est présenté dans la figure 1. L'objectif de ce protocole est d'améliorer les suites postopératoires de NPRA en favorisant la mobilisation du patient, l'alimentation et l'épargne des morphiniques. L'intérêt du protocole n'est pas seulement de permettre une sortie à J2 postopératoire mais principalement de réduire les complications postopératoires et d'améliorer le confort du patient.

Concernant l'évaluation de la satisfaction des patients , les patients opérés d'une NPRA avec protocole RAAC entre janvier 2016 et juin 2016 étaient inclus . Un questionnaire était envoyé au patient après la consultation à 30 jours postopératoire. Il s'agissait du questionnaire validé EORTC-(European Organisation for Research and Treatment) QLQ In Patsat 32 (Inpatient Satisfaction With Care Questionnaire) (16) associé à un questionnaire spécifique sur le protocole de réhabilitation précoce.

Les patients devaient remplir et renvoyer le questionnaire par courrier. Les réponses aux questionnaires étaient anonymes.

Le questionnaire validé EORTC QLQ InPatsat 32 comportait 32 questions réparties en 4 dimensions d'évaluation: satisfaction vis à vis des médecins, infirmier(e) s, organisation services et soins et évaluation générale. Le score global de satisfaction des patients sur l'hospitalisation était calculé selon la méthode recommandée EORTC par transformation linéaire (16)

Le questionnaire spécifique sur la satisfaction vis à vis du protocole RAAC comprenait 31 questions de type QCU (Questions à Choix Uniques).

L'analyse des résultats était réalisée avec le logiciel IBM SPSS statistic © v19.

Les variables continues étaient exprimées en moyenne. Les variables qualitatives étaient exprimées en compte et pourcentage.

Résultats:

Au total, 42 questionnaires ont été envoyés aux patients entre février 2016 et juin 2016. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1. Nous avons reçu 21 questionnaires remplis (taux de participation à 50 %). Toutes les réponses étaient anonymes. Les suites postopératoires ainsi que les complications chez les patients opérés d'une néphrectomie partielle robot assistée avec réhabilitation précoce durant cette période sont présentées dans le tableau 2.

Les résultats de l'analyse des réponses au questionnaire validé EORTC QLQ Inpatsat 32 sont présentés dans le tableau 3, avec l'évaluation de la satisfaction des patients globale ainsi que par dimension (médecins, infirmiers, services et soins). Le score moyen de satisfaction globale des patients sur la prise en charge lors de l'hospitalisation était de 75,1%(37,3; 100).

Les résultats de l'analyse des réponses des patients au questionnaire spécifique sur le protocole de réhabilitation précoce sont présentés dans le tableau 4.

Tous les patients (N=21, 100%) étaient satisfaits de l'information préopératoire et de la prise en charge de la douleur.

Concernant la durée d'hospitalisation, 71,4 %(N=15) des patients étaient satisfaits de la sortie à J2 post opératoire prévue dans le protocole. Cinq patients (23,8 %) trouvaient cela prématuré.

Aucun patient n'avait d'avis négatif sur le protocole.

Concernant le retour à domicile 47.6% (N=10) des patients auraient souhaité l'appel d'une infirmière coordinatrice. La moyenne de satisfaction globale des patients sur la prise en charge était de 8.9/10.

Discussion

L'originalité de cette étude repose sur l'évaluation de la satisfaction des patients vis à vis d'un protocole de réhabilitation précoce (RAAC) après tumorectomie rénale robot assistée. (RAPN). Aucune autre étude à notre connaissance n'avait évalué la satisfaction des patients après protocole de RAAC sur RAPN.

L'intérêt d'un protocole de RAAC après RAPN n'est pas de diminuer la durée d'hospitalisation postopératoire, qui est déjà courte dans la majorité des services(17). L'objectif principal est d'améliorer les suites postopératoires du patient. Ceci passe notamment par une limitation du temps de jeûne pré et postopératoire qui sont associés à un inconfort pour le patient et à une augmentation des complications (6,15,18). La mobilisation précoce et répétée du patient permet également d'accélérer

sa récupération et de limiter le risque de thrombose et d'iléus postopératoire. (5,14)
L'absence de drainage postopératoire y contribue aussi en favorisant la mobilisation.(19) L'ensemble des principes de la RAAC permet que les patients sortent d'hospitalisation dans des conditions favorables physiques et psychologiques. (20)

Les taux de satisfaction des patients sur l'hospitalisation et le protocole RAAC après RAPN, étaient très élevés dans notre étude. Sur le questionnaire validé EORTC le score de satisfaction global sur la prise en charge hospitalière était de 75% et le questionnaire spécifique retrouvait une note moyenne de satisfaction globale sur la prise en charge à 8.9/10.Ceci rejoint les taux de satisfaction élevés sur les protocoles RAAC sur d'autres chirurgies retrouvés dans la littérature (21). Ainsi Jones et al. (14) ont réalisé une revue systématique sur la satisfaction des patients concernant les protocoles de réhabilitation précoce après chirurgie orthopédique. Ils relevaient des taux de satisfaction élevés, non modifiés par la durée d'hospitalisation. Cependant ils soulignaient la pauvreté des données sur le sujet dans la littérature. Une revue systématique de Khan et al évaluait la qualité de vie et la satisfaction des patients dans les protocoles RAAC .(20)Il n'était pas retrouvé d'impact des protocoles de réhabilitation précoce sur la satisfaction des patients. Mais une seule étude non randomisée était retrouvée sur le sujet.

L'amélioration significative de la qualité de vie des patients avec les protocoles RAAC a été montrée dans plusieurs études. Karl et al.(22) dans une étude randomisée sur 101 patients sur la réhabilitation précoce après cystectomie pour cancer retrouvaient une amélioration significative de la qualité de vie des patients en postopératoire; évaluée par questionnaire validé EORTC QLQ 30

Une force de l'étude est l'utilisation du questionnaire IN PATSAT 32 validé par l'EORTC dans une étude prospective internationale sur 647 patients. (16) Ceci permet de valider l'acceptabilité du questionnaire pour le patient ainsi que sa valeur psychométrique. Il permet le calcul d'un score de satisfaction des patients sur l'hospitalisation, validé scientifiquement.

Le questionnaire spécifique au protocole RAAC en deuxième partie n'est pas actuellement validé mais nous n'avons retrouvé aucun questionnaire validé sur le sujet dans la littérature. Ceci est probablement du au développement récent des protocoles de RAAC sur la néphrectomie partielle robot avec encore peu de publications dans la littérature.(17,23)

Concernant la durée d'hospitalisation postopératoire diminuée avec les protocoles RAAC, il avait été évoqué un risque de sortie précoce des patients à domicile. Dans notre étude, 71,4 % des patients étaient satisfaits de la sortie à J2 postopératoire et seuls 5 patients trouvaient cela prématuré. Au total 47,6% des patients dans notre étude auraient souhaité un appel d'une infirmière coordinatrice après la sortie. Suite à ce questionnaire, une infirmière coordinatrice a été mise en place dans le protocole. Un de ses rôles est d'appeler tous les patients le lendemain de la sortie afin de s'assurer de l'absence de complications et répondre aux questions des patients. Ainsi ceci pourrait diminuer l'impression de sortie précoce d'hospitalisation pour le patient et le rassurer.

Une autre force de l'étude est le taux relativement élevé de réponses aux questionnaires. La moitié des patients de notre étude ont renvoyé le questionnaire, sur une courte période, permettant d'avoir des résultats interprétables. Ce taux de réponse

était important comparé aux taux moyens retrouvés dans la littérature des études sur questionnaires envoyés par courrier.(24,25).

Une des faiblesses de l'étude est l'absence de vérification de réception des questionnaires par les patients ainsi que la possible difficulté de lecture et de compréhension pour certains patients. Ceci a pu induire un biais de sélection des patients sachant lire et écrire et ayant une compréhension suffisante de la langue française. Cela a aussi pu diminuer l'effectif des patients inclus par faute de renvoi du questionnaire. Cependant, l'envoi à domicile permettait d'assurer l'anonymat des réponses et ainsi diminuer le risque de biais lié à la présence du chirurgien lors du remplissage du questionnaire.

Une autre limite de notre étude est le faible effectif des patients et l'absence de groupe comparatif. Cependant tous les patients opérés d'une tumorectomie rénale robot assistée dans le service étaient inclus dans le protocole de réhabilitation avancée après chirurgie. Il n'était donc pas possible de réaliser une comparaison dans cette étude et cela ne nous semblait pas pertinent sur cette étude.

Conclusion

Les protocoles de réhabilitation précoces après chirurgie oncologique ont permis des améliorations significatives en terme de diminution de la morbidité postopératoire et des durées d'hospitalisations. Très peu d'études avaient évalué la satisfaction des patients vis à vis de ces protocoles. Dans cette étude les patients ayant été inclus dans le protocole de réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot assistée semblaient très satisfaits de la prise en charge. Ceci encourage à continuer le développement de ce type de protocole.

Légendes:

Figure 1 : Chemin clinique de la réhabilitation précoce pour tumorectomie rénale robot-assistée (BBC : boissons bouillon compote; SAD: sonde à demeure ; SSPI: salle surveillance postinterventionnelle)

Figure 1 : Enhanced recovery protocol after robotic partial nephrectomy for cancer

Tableau 1: Caractéristiques des patients, des tumeurs et des suites postopératoires (J1: Jour postopératoire 1 MDRD : *Modification of diet in renal disease*)

Table 1: Characteristics of patients, tumors and postoperative results

Tableau 2: Complications postopératoires après tumorectomie rénale robot-assistée et protocole RAAC. (J: Jour postopératoire, N: Nombre)

Table 2: Postoperative complications after robotic partial nephrectomy with enhanced recovery protocol

Tableau 3: Résultats des réponses des patients au questionnaire validé EORTC IN-PATSAT 32 sur l'évaluation de la satisfaction sur la prise en charge hospitalière. (Q=Question)

Table 3: Results of patient responses to the validated EORTC IN-PATSAT 32 questionnaire on the assessment of satisfaction with hospital care. (Q = Question)

Tableau 4: Résultats questionnaire spécifique sur la satisfaction des patients après protocole de réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée (J0= Jour de l'intervention, J2: 2eme jour postopératoire; RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie)

Table 4: Specific questionnaire results on patient satisfaction about enhanced recovery protocol after robot-assisted partial nephrectomy (D0 = Day of the intervention, D2: 2 postoperative day 2 , RAAC: enhanced recovery after surgery)

Bibliographie

1. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010 Dec 15;127(12):2893–917.
2. Ljungberg B, Campbell SC, Choi HY, Cho HY, Jacqmin D, Lee JE, et al. The epidemiology of renal cell carcinoma. *Eur Urol*. 2011 Oct;60(4):615–21.
3. Masson-Lecomte A, Bensalah K, Seringe E, Vaessen C, de la Taille A, Doumerc N, et al. A prospective comparison of surgical and pathological outcomes obtained after robot-assisted or pure laparoscopic partial nephrectomy in moderate to complex renal tumours: results from a French multicentre collaborative study: Outcomes after robot-assisted or pure laparoscopic partial nephrectomy. *BJU Int*. 2013 Feb;111(2):256–63.
4. Azhar RA, Bochner B, Catto J, Goh AC, Kelly J, Patel HD, et al. Enhanced Recovery after Urological Surgery: A Contemporary Systematic Review of Outcomes, Key Elements, and Research Needs. *Eur Urol*. 2016 Jul;70(1):176–87.
5. Daneshmand S, Ahmadi H, Schuckman AK, Mitra AP, Cai J, Miranda G, et al. Enhanced recovery protocol after radical cystectomy for bladder cancer. *J Urol*. 2014 Jul;192(1):50–5.
6. Bond-Smith G, Belgaumkar AP, Davidson BR, Gurusamy KS. Enhanced recovery protocols for major upper gastrointestinal, liver and pancreatic surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 1;2:CD011382.
7. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJ. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD007635.
8. Arumainayagam N, McGrath J, Jefferson KP, Gillatt DA. Introduction of an enhanced recovery protocol for radical cystectomy. *BJU Int*. 2008 Mar 1;101(6):698–701.
9. Djaladat H, Katebian B, Bazargani ST, Miranda G, Cai J, Schuckman AK, et al. 90-Day complication rate in patients undergoing radical cystectomy with enhanced recovery protocol: a prospective cohort study. *World J Urol*. 2016 Oct 12;
10. Waits SA, Hilliard P, Sheetz KH, Sung RS, Englesbe MJ. Building the case for enhanced recovery protocols in living kidney donors. *Transplantation*. 2015 Feb;99(2):405–8.
11. Di Rollo D, Mohammed A, Rawlinson A, Douglas-Moore J, Beatty J. Enhanced

recovery protocols in urological surgery: a systematic review. *Can J Urol*. 2015 Jun;22(3):7817–23.

12. Saar M, Ohlmann C-H, Siemer S, Lehmann J, Becker F, Stöckle M, et al. Fast-track rehabilitation after robot-assisted laparoscopic cystectomy accelerates postoperative recovery. *BJU Int*. 2013 Jul 1;112(2):E99–106.
13. Recart A, Duchene D, White PF, Thomas T, Johnson DB, Cadeddu JA. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy. *J Endourol*. 2005 Dec 1;19(10):1165–9.
14. Jones E, Wainwright T, Foster J, Smith J, Middleton R, Francis N. A systematic review of patient reported outcomes and patient experience in enhanced recovery after orthopaedic surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2014 Mar;96(2):89–94.
15. Schmidt HM, El Lakis MA, Markar SR, Hubka M, Low DE. Accelerated Recovery Within Standardized Recovery Pathways After Esophagectomy: A Prospective Cohort Study Assessing the Effects of Early Discharge on Outcomes, Readmissions, Patient Satisfaction, and Costs. *Ann Thorac Surg*. 2016 Sep;102(3):931–9.
16. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'Haese S, et al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer*. 2005 Sep;41(14):2120–31.
17. Bernhard J-C, Payan A, Bensadoun H, Cornelis F, Pierquet G, Pasticier G, et al. Are we ready for day-case partial nephrectomy? *World J Urol*. 2016 Jun;34(6):883–7.
18. Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD004080.
19. Peyronnet B, Pradère B, De La Taille A, Bruyère F, Doumerc N, Droupy S, et al. Postoperative drainage does not prevent complications after robotic partial nephrectomy. *World J Urol*. 2016 Jul;34(7):933–8.
20. Khan S, Wilson T, Ahmed J, Owais A, MacFie J. Quality of life and patient satisfaction with enhanced recovery protocols: ERAS pathways and HQoL and patient satisfaction. *Colorectal Dis*. 2010 Dec;12(12):1175–82.
21. Machin J, Phillips S, Parker M, Carrannante J, Hearsh M. Patient satisfaction with the use of an enhanced recovery programme for primary arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013 Nov 1;95(8):577–81.
22. Karl A, Buchner A, Becker A, Staehler M, Seitz M, Khoder W, et al. A new concept for early recovery after surgery for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer: results of a prospective randomized study. *J Urol*. 2014 Feb;191(2):335–40.
23. Abaza R, Shah K. A Single Overnight Stay Is Possible for Most Patients Undergoing Robotic Partial Nephrectomy. *Urology*. 2013 Feb 1;81(2):301–7.
24. Abdul-Muhsin H, Tyson M, Raghu S, Humphreys M. The Informed Patient: An Analysis of Information Seeking Behavior and Surgical Outcomes Among Men With Benign Prostatic Hyperplasia. *Am J Mens Health*. 2015 Nov 26;
25. Sharma P, Henriksen CH, Zargar-Shoshtari K, Xin R, Poch MA, Pow-Sang JM, et al. Preoperative Patient Reported Mental Health is Associated with High Grade Complications after Radical Cystectomy. *J Urol*. 2016 Jan;195(1):47–52.

Caractéristiques des patients	
Age moyen ; ans	56,7
Sexe Féminin N(%)	14 (33.3)
Fonction rénale préopératoire MDRD moyenne ; ml/min/1.73m ²	85.01
Sexe Féminin N(%)	14 (33.3)
Caractéristiques tumorales	
Coté Tumeur N (%)	
Droit	16 (38.1)
Gauche	24 (57.1)
Bilatéral	2 (4.8)
Taille moyenne tumorale , mm	28,8
Renal Score moyen	7
Caractéristiques chirurgies	
Temps clampage moyen , min	19,5
Echographie repérage peropératoire ; N(%)	26 (61.9)
Suites postopératoires	
Ablation sonde à demeure ; N(%)	
J0	20(47.6)
J1	22 (52.4)
Reprise alimentation N (%)	
J0	42 (100)
Reprise transit	
J1	38 (90.5)
J2	4 (9.5)
Mobilisation	
J0	24 (57.1)
J1	18 (42.9)
Sortie N ; %	
J2	36 (85.7)
J3	3 (7.1)
J4	2 (4.8)

Tableau 1: Caractéristiques des patients (J1: Jour postopératoire 1 MDRD : Modification of diet in renal disease)

Complications pendant hospitalisation	
Nombre total complications ; N (%)	5 (11.9)
Type de complication	
Rétention urinaire	1 (2.4)
Infection urinaire fébrile	1 (2.4)
Urinome	1 (2.4)
Douleur cicatrice	1 (2.4)
Douleur abdominale isolée	1 (2.4)
Complications après sortie d'hospitalisation dans les 30 jours postopératoires	
Nombre total complications ; N (%)	9 (21.4)
Diagnostic	
Inflammation orifice trocart	3 (7.1)
Hématome paroi	1 (2.4)
Pseudoanevrisme	1 (2.4)
Infection urinaire fébrile	1 (2.4)
Urinome	1 (2.4)
Diverticulite	1 (2.4)
Rehospitalisation <J30 postopératoire; N(%)	3 (7.1)

Tableau 2: Complications postopératoires après tumorectomie rénale robot-assistée et protocole RAAC. (J: Jour postopératoire , N: Nombre)

Résultat questionnaire IN-PATSAT 32	Patients (N=21)
Score de satisfaction global (Q1-Q32), moyenne (limites, %)	75,1% (37,3; 100)
Score de satisfaction concernant médecins (Q1-Q11), moyenne (limites, %)	84,8% (50; 100)
Score de satisfaction concernant infirmiers (Q12-Q22), moyenne (limites, %)	74,1% (31,8; 100)
Score de satisfaction concernant services et soins (Q23-Q32), moyenne (limites, %)	66,3% (30; 100)

Tableau 3 : Résultats des réponses des patients au questionnaire validé EORTC IN-PATSAT 32 sur l'évaluation de la satisfaction sur la prise en charge hospitalière. (Q=Question)

<u>Avant hospitalisation</u>	
Satisfaction information préopératoire, % (N)	100% (21)
Annonce protocole RAAC, % (N) Inquiétude Réassurance Enthousiasme	4,8% (1) 71,4% (15) 14,3% (3)
Réaction entourage familial au protocole RAAC selon patient, % (N) Bonne Mauvaise Sans avis	81,0% (17) 0 19,0% (4)
<u>Hospitalisation</u>	
Satisfaction prise en charge douleur	100%(21)
Satisfaction lever précoce Oui Non Pas répondu	81,0% (17) 9,5% (2) 9,5%(2)
Impression patient vis à vis mobilisation précoce J0 Positif Préaturé Non répondu	90,5% (19) 0 9,5% (2)
Impression patient réalimentation précoce J0 Positif Préaturé Non répondu	66,7% (14) 19,0% (4) 14,3% (3)
Sortie J2 postopératoire Positif Préaturé Non répondu	71,4% (15) 23,8% (5) 4,8%(1)
<u>Suites postopératoires à domicile</u>	
Satisfaction retour à domicile Oui Non Non répondu	76,2% (16) 19,0%(4) 4,8%(1)
Souhait consultation postopératoire plus précoce Oui Non Non répondu	9,5%(2) 85,7%(18) 4,8%(1)
Souhait appel infirmière coordinatrice Oui Non Non répondu	47,6%(10) 47,6%(10) 4,8%(1)
Impression générale du patient sur le protocole Très positif Positif Négatif	47,6%(10) 52,4%(11) 0
Evaluation prise en charge globale selon patient sur une échelle de satisfaction de 1 à 10, moyenne	8,9/10

Tableau 4: Résultats questionnaire spécifique sur la satisfaction des patients après protocole de réhabilitation précoce après tumorectomie rénale robot-assistée

(J0= Jour de l'intervention, J2: 2eme jour postopératoire; RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie)

CHEMIN CLINIQUE NEPHRECTOMIE PARTIELLE ROBOT ASSISTEE		
CONSULTATIONS		
Consultation Préopératoire	Chirurgien	Information sur projet thérapeutique, bénéfices/risques Remise brochure explicative Consentement patient/personne de confiance Courrier médecin traitant pour information protocole
Consultation pré anesthésie	Anesthésiste	Information/technique anesthésie et analgésie post opératoire
		Consignes d'arrêt consommation tabac et alcool
		Prescriptions traitement personnel Pas de prémédication d'office
HOSPITALISATION		
J0 préopératoire	Anesthésiste	Consultation préanesthésique
	Chirurgien	Visite pré opératoire / Marquage du site à opérer
	IDE	Administration anxiolytique ou somnifère ALD seulement
	ASD	A jeun pour les solides 6h avant le bloc / 400 ml de boissons sucrées 2h avant bloc
		Stimulation vidange vésicale
J0 bloc	Anesthésiste	Contrôle remplissage peropératoire limité
		Pas de morphiniques
	Chirurgien	Tumorectomie rénale robot-assistée
		Pas de drain
	SSPI	Infiltration cicatrices
		Ablation de la SAD en sortie de SSPI (sauf si opéré l'après-midi, ablation le lendemain 8h)
J0 postopératoire	IDE	Hydratation parentérale jusqu'à J1 à 8h
		Surveillance reprise mictionnelle
	MKDE	1er lever et mise au fauteuil
	ASD	Boisson libre 2h après retour dans le service
Alimentation légère (ou BBC si opéré l'après midi)		
J1	IDE	Traitement prokinétique /antiémétiques
	ASD	Chewing gum
		Alimentation normale
		Boisson ≥1l jusqu'au départ
	MKDE	Mise au fauteuil 3X2heures
		Evaluation respiratoire jusqu'à J2/Spirométrie incitative si besoin
		Marche 20mn minimum le matin et l'après-midi
J2	MKDE	Marche et montée des escaliers le matin, augmentation du périmètre de marche et de la vitesse de marche
	Chirurgien	Confirmation de sortie pour 11h
		Consignes au patients, signes devant faire reconsulter en urgence
SUITES APRES HOSPITALISATION		
J3	IDE	Appel du patient le lendemain matin
J30	Chirurgien	Consultation post opératoire

Tableau 1 : Chemin clinique de la réhabilitation précoce pour tumorectomie rénale robot-assistée (BBC : boissons bouillon compote; SAD: sonde à demeure ; SSPI: salle surveillance postinterventionnelle)