

CHIRURGIE AMBULATOIRE EN PROCTOLOGIE

AIDES À LA PRISE EN CHARGE

Sous l'égide de la Société Nationale Française de Colo Proctologie

- **Vinson-Bonnet Béatrice**
- Bosset Olivier
- De Parades Vincent
- Favreau-Weltzer Charlotte
- Higuero Thierry
- Juguet Frédéric
- Pigot François
- Zallot Camille

Ce travail a été réalisé par le groupe de réflexion sur la chirurgie ambulatoire en proctologie au sein de la SNFCP.

Auteurs

Dr Vinson-Bonnet Béatrice	Service de chirurgie digestive Centre hospitalier inter-communal de Poissy Saint Germain en Laye, 10 rue du champ Gaillard, BP 73082, 78303 Poissy cedex
Dr Juguet Frédéric	Clinique Tivoli-Ducos, 91 rue de Rivière, 33000 Bordeaux
Dr Pigot François	Hôpital Bagatelle, 203 route de Toulouse, BP 50048, 33401 Talence cedex
Dr Zallot Camille	Service d'hépatogastroentérologie. CHRU Nancy - Hôpital de Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-les-Nancy
Dr Higuero Thierry	11 bd du général Leclerc, 06240 Beausoleil
Dr de Parades Vincent	Groupe hospitalier Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, 75014 Paris
Dr Favreau-Weltzer Charlotte	Hôpital Bagatelle, 203 route de Toulouse, BP 50048, 33401 Talence cedex

GESTION DE LA RÉTENTION URINAIRE POST-OPÉRATOIRE (RUPO)

En l'absence de miction ou en cas de miction incomplète avant la sortie de l'unité d'ambulatoire, il faut vérifier s'il y a un globe vésical et si possible en apprécier le volume par une **échographie vésicale** (idéalement échographe portable au lit du patient).

I – Pas de miction et Absence de globe vésical (ou volume vésical < 250ml à l'échographie)

A - Chez les patients avec un risque dysurique faible (chirurgie proctologique hors hémorroïdes et fissure + femme ou homme < 65 ans sans antécédents de sondage urinaire et de pathologie urètro-prostatique + absence de pathologie neurologique (diabète...))

- retour à domicile autorisé en expliquant la nécessité de consulter dans un service d'urgence en cas d'absence de miction ou en cas de dysurie douloureuse dans les 10h qui suivent l'acte opératoire.

B - Chez les autres attendre miction efficace.

II – Pas de miction et Présence d'un globe vésical (vol d'urine >500mL)

Administration d'un alpha-bloquant en l'absence de contre-indication, à poursuivre jusqu'à l'avis urologique. Trois situations sont alors possibles

- **Première situation : Douleur sus pubienne et /ou volume vésical >500ml :**

- chez le patient à risque dysurique faible, faire un sondage vésical évacuateur puis sortie avec les mêmes consignes que précédemment

- chez le patient à risque dysurique fort (chirurgie hémorroïdaire et de la fissure et/ou homme > 65ans et/ou antécédent de sondage vésical ou urètro-prostatique et/ou comorbidité neurologique) mettre en place une sonde vésicale avec sortie de l'unité ambulatoire pour une surveillance en hospitalisation conventionnelle ou un retour au domicile avec recommandations d'apports hydriques supérieurs à 1,5 L au minimum et règles d'asepsie rigoureuses pour la vidange de la poche. Dans les deux cas, une consultation avec l'opérateur ou avec un urologue est obligatoire dans la semaine suivant la chirurgie. Si ce globe vésical excède un volume d'1 litre, la sonde vésicale sera alors à conserver 1 mois. le patient verra obligatoirement l'urologue à l'issue de cette période pour objectiver la bonne reprise des mictions en consultation d'endoscopie urologique (débitmétrie, mesure du résidu-postmictionnel +/- fibroscopie vésicale).

- **Deuxième situation : Globe non douloureux et/ou volume vésical entre 300 et 600ml :**

- Surveillance pendant deux heures pour obtenir une miction en s'aidant par des « petits moyens » (faire couler de l'eau, verticalisation, déambulation...) en

plus du traitement médicamenteux par alpha-bloquant. Dans cet intervalle, l'évolution se fait soit vers la situation 1 (absence de miction, augmentation du volume vésical, cf. supra) soit vers la situation 3 (reprise mictionnelle, cf. infra)

- **Troisième situation : Reprise mictionnelle**

- Incomplète, avec un volume vésical résiduel entre 100 et 250ml : discuter la poursuite de la surveillance en hospitalisation ou le retour au domicile en fonction du risque dysurique
- Complète, avec un volume résiduel <100ml, retour au domicile autorisé avec les mêmes consignes de surveillance

Dans tous les cas, il est impératif de **vérifier que le traitement antalgique est bien ajusté** et qu'il n'y a pas de complication locale précoce tel un caillottage intra-rectal.