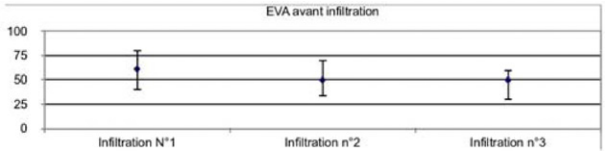

Fig. 1 Analyse Anova des EVA avant infiltrations.

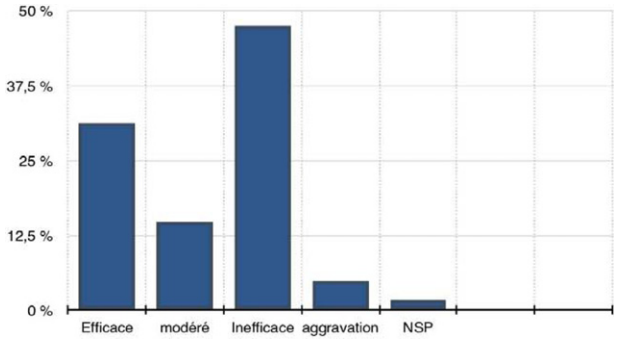

Fig. 2 Évaluation de l'efficacité à la troisième infiltration.

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.270

HBP : Nouvelles techniques et ambulatoire

P - 062

Resection de prostate monopolaire en ambulatoire

P. Menut
France
Adresse e-mail : p.menut@polyclinique-du-tregor.fr

Objectifs Étudier de façon prospective la possibilité de réaliser les résections endoscopiques de prostate (rep) au résecteur monopolaire classique, en chirurgie ambulatoire, à la majorité de la population en routine. Évaluer les complications de cette prise en charge et la satisfaction des patients.
Méthodes Soixante-seize REP ont été réalisées de juin 2013 à mars 2015, dont 39 rétentions aiguës d'urine (50 %). La population est âgée de 50 à 91 ans (moyenne 73 ans — médiane 76 ans). Toutes les interventions sont réalisées avec un résecteur OLYMPUS CH 24-26 double courant rotatif et un générateur FORCE FX—8C VALLEYLAB. Le glycocolle est chauffé. La résection est effectuée avec un courant de section monopolaire à une puissance de 90 W. La loge est coagulée à la boule en pulvérisation à 70 W systématiquement. Le drainage par sonde CH 20 simple courant, sans irrigation est ôté par une infirmière, à domicile.
Résultats Le poids réséqué oscille entre 3 et 80 g (moyenne 26—médiane 20) ; 22 histologies sont malignes (27 %). Vingt-deux hospitalisations d'au moins 24 heures (patient seul, psychiatrique, ou refus) ; 54 hospitalisations ambulatoires (71 %) 4 échecs d'ambulatoire (4/54 = 7 %) : 2 pour caillotage et 2 pour vertiges. Pas de réhospitalisations. Deux épisodes de rétention aiguë d'urine à j2 et j4 pour caillots sous rivaroxaban. Aucun patient n'a été transfusé en postopératoire. Pas plus de complications qu'en hospitalisation complète (moins de complications infectieuses : 1/54 contre 4/22). Quarante-deux patients/54 (77 %) satisfaits ou très satisfaits, quel que soit l'âge ; 7 (12 %) auraient souhaité au moins une nuit d'hospitalisation pour se rassurer. La réalisation du geste tôt le matin augmente la satisfaction.
Conclusion La résection de prostate monopolaire est proposable en routine à 75 % des hommes sans risque supplémentaire par rapport à l'hospitalisation complète. Cette prise en charge satisfait 75 % des patients, sans limite d'âge. La réalisation du geste en début de programme optimise les résultats. La satisfaction avoisinerait 100 % si l'ambulatoire incluait la nuit suivante.
Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.271

P - 063

Évaluation de la faisabilité de l'HoLEP en ambulatoire

V. Comat*, G. Pierquet, G. Capon, G. Pasticier, H. Bensadoun, P. Ballanger, F. Jean, G. Robert
CHU de Bordeaux, Bordeaux, France
* *Auteur correspondant.*

Objectifs L'énucléation prostatique au laser Holmium (HoLEP) est rarement réalisée en chirurgie ambulatoire, même dans les centres ayant un important volume d'activité. Notre objectif était d'évaluer la faisabilité de l'HoLEP avec ce mode d'hospitalisation.
Méthodes Une étude observationnelle prospective monocentrique a été conduite par un opérateur unique et expérimenté sur une période de 25 mois. Une prise en charge ambulatoire était proposée à tous les patients opérés d'un HoLEP en l'absence de contre-indication médicale, anesthésique ou sociale. En cas de contre-indication ou de refus, les patients étaient hospitalisés. Les interventions ambulatoires avaient lieu à 8 h du matin et les patients restaient en observation jusqu'à 19 h. Ils quittaient ensuite le service avec une sonde vésicale qui était enlevée à j1 par une infirmière à domicile. Les complications ont été systématiquement recueillies et gradées selon la classification de Clavien-Dindo.
Résultats Sur les 173 patients opérés d'un HoLEP, 80 ne présentaient pas de contre-indication et ont été opérés en chirurgie ambulatoire (46 %). Les principales contre-indications à la prise en charge ambulatoire étaient : la prise d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant, une pathologie médicale instable, un domicile trop éloigné (distance > 50 km), l'absence d'accompagnant au domicile. Le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle était de 16,3 % (13 patients). À 3 mois, 36 % des patients avaient présenté une complication, dont 4 complications grade 3 de la classification de Clavien. Les taux de ré-hospitalisation et de ré-intervention étaient respectivement de 8,8 % et 1,3 %. À 3 mois, l'IPSS moyen était de 5,49, l'IPSS Q8 de 1,18, le PSA de 1,01 ng/mL, le volume prostatique de 23,2 mL, le Qmax de 25,76 mL/s.
Conclusion Cette étude a permis de confirmer la faisabilité de l'HoLEP en chirurgie ambulatoire sur une population sélectionnée et avec un opérateur expérimenté. Le taux assez élevé de conversion en hospitalisation conventionnelle (16 %) était en partie expliqué par des problèmes organisationnels ou techniques qui ont pu être optimisés à la suite de ce travail (Tableaux 1 et 2).

Tableau 1 Caractéristiques initiales des patients opérés en chirurgie ambulatoire.

	Moyenne	Médiane	Min	Max
Age	64,8	65	33	83
Volume prostatique (ml)	73,81	65,00	26	180
PSA (ng/ml)	4,53	3,21	0,29	19
IPSS	20,22	20,00	6	35
IPSS Q8	4,88	5,00	1	6
Qmax (ml/s)	8,56	7,75	2	21
Résidu post-mictionnel (ml)	134,33	95,50	0	900

Tableau 2 Causes d'échec de prise en charge ambulatoire.

Cause	N=	%
Saignement empêchant l'arrêt des irrigations	11	84,6
Morcellation incomplète	1	7,7
Anesthésique : intolérance au tramadol	1	7,7

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.272

P - 064

Faisabilité de la vaporisation prostatique au laser sous neuroleptanalgesie pour hypertrophie bénigne de la prostate réfractaire au traitement médical

J. Lopater*, P. Theveniaud, R. Juaneda, H. Baumert
Hôpital Paris Saint-Joseph, Paris, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : jlopater@hpsj.fr (J. Lopater)

Objectifs La vaporisation prostatique au laser est une technique de désobstruction endoscopique connue comme permettant de traiter les patients à risque hémorragique. Parmi cette population, certains malades dont l'état général est altéré encourent un risque anesthésique. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la vaporisation prostatique au laser sous neuroleptanalgesie.
Méthodes Une étude descriptive rétrospective monocentrique incluant les patients ayant eu une vaporisation prostatique au laser sous neuroleptanalgésie a été réalisée. Cette intervention était proposée comme solution de désobstruction en cas de contre-indication à l'énucléation prostatique au laser. Les patients ayant des contre-indications à l'anesthésie générale n'ont pas été inclus dans cette étude. La faisabilité était évaluée par le taux d'interruption de la procédure avant l'obtention d'un aspect de chenal endoscopique, la durée opératoire, la durée d'hospitalisation et le taux de ré-hospitalisation et la reprise mictionelle.
Résultats Au total 38 malades ont été inclus entre mars 2009 et février 2015. L'âge médian était de 84 ans, 19 (50 %) d'entre eux avait un score ASA $\geq$ 3. Le volume préopératoire médian était de 60 g. La rétention d'urine avec sonde à demeure était l'indication opératoire pour 30 malades (79 %). L'obtention d'un aspect de chenal endoscopique a été atteinte dans tous les cas. La puissance du laser n'a pas pu être montée au-dessus de 60 W. La durée opératoire médiane était de 64 minutes. La durée d'hospitalisation médiane était 3j. 15 malades (38 %) ont été ré-hospitalisés pour rétention sur caillotage vésical ou infection urinaire (dont 2 choc septiques). Trente-trois malades (87 %) ont eu une reprise mictionelle avec un suivi médian de 3 ans.
Conclusion La vaporisation prostatique au laser à 60 W est faisable sous neuroleptanalgesie. L'objectif de cette intervention est l'obtention d'un aspect de chenal endoscopique permettant la reprise mictionelle. Cette modalité opératoire pourrait être intégrée dans l'arsenal thérapeutique de l'obstruction prostatique chez les patients à risque anesthésique.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.273

P - 065

Mise en place progressive de la photo-vaporisation de prostate en ambulatoire : expérience sur les 100 premiers patients

M. Salameh*, I. Ouzaid, A. Daché, V. Hupertan, S. Dominique, J. Hermieu, V. Ravery
Hôpital Bichat—Claude-Bernard, Paris, France
* *Auteur correspondant.*

Objectifs La photo-vaporisation de la prostate (PVP) est une option thérapeutique de plus en plus répandue dans la chirurgie mini-invasive de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Notre objectif était de rapporter notre expérience d'introduction de la PVP dans un service hospitalo-universitaire et d'analyser les limites à la chirurgie ambulatoire dans cette indication.
Méthodes Depuis le mois de mai 2014, la PVP au laser GreenLight XPS™ (AMS, Minnetonka, USA) a été introduite dans notre service. Un registre prospectif a été ouvert pour la collection des données démographiques, les caractéristiques de la maladie ainsi que les complications per- et postopératoires (classification de Clavien). Les 4 opérateurs ont eu une journée de « proctoring » par un urologue expérimenté. Nous rapportons les complications périopératoires, la durée de séjour et les modalités d'hospitalisation (traditionnelle versus ambulatoire) des 100 premiers patients.
Résultats Les caractéristiques pré- et peropératoires de la cohorte sont résumées dans le Tableau 1. La conversion à une résection monopolaire, a été nécessaire dans 6 % des cas. Au total, 21 % des patients ont nécessité un sondage > 24 heures (6 % de conversion, 6 % hématurie, 1 % de fausse route, 8 % de rétention chronique). Après un suivi moyen de 6 mois (médiane : 5 mois), 3 patients ont eu une deuxième PVP (prostates de 50, 117 et 178 mL). Il a été rapporté 5 % et 1 % de complications de grade (I—II : 3 rétentions d'urine, une transfusion et une prostatite) et (III—IV : un sepsis sévère) respectivement. L'implémentation et les limites à chirurgie sont résumées dans la Fig. 1.
Conclusion L'introduction progressive de la photo-vaporisation de la prostate a permis d'obtenir des résultats satisfaisants et d'atteindre un plateau en termes de résultats en moins de 100 interventions en moins d'un an. Après 8 mois, 80 % des interventions étaient réalisée en ambulatoire.

Tableau 1 Caractéristiques de la cohorte analysée.

Age, ans, moyenne ± DS (médiane)	72±10 (71)
Volume prostatique, mL, moyenne ± DS (médiane)	49± 25 (45)
Qmax*, mL/s, moyenne ± DS (médiane)	9±4 (9)
Score IPSS, moyenne ± DS (médiane)	16±7 (20)
Score QdV, moyenne ± DS (médiane)	3±2 (3)
Patients avec une sonde à demeure, %	33%
Anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires**	16%
Durée opératoire, min, moyenne ± DS (médiane)	46± 24 (45)
Durée d'émission/durée d'intervention %, moyenne ± DS (médiane)	61± 13% (63)
Energie délivrée, KJ, moyenne ± DS (médiane)	214 ± 340 KJ (144)

* : débimétrie maximale ; ** : Kardégic, Plavix, Avk, Xarelto.