Tableau 1

Âge moyen	Antécédents	PSA moyen pré-op	Stade clinique	Durée opératoire	Saignement per-op	Redon post-op
66,5 ans (60-71)	HTA (2/8) DNID (2/8) Dyslipidémie (2/8) Insuffisance coronarienne (1/8) Cholécystectomie (1/8) Appendicectomie (1/8)	6,49 ng/ml (4,36-9,37)	T1c (8/8)	111 min (90-140)	228cc (110-300)	76cc (55-95)

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.118

CO 111

La prostatectomie radicale robotique en ambulatoire. étude monocentrique prospective de 21 patients

F. Leclers*, R. Moalic , P. Gosseine
Clinique Belledonne, Grenoble, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : francoisleclers33@hotmail.com (F. Leclers)

Objectifs Première étude de faisabilité de la prostatectomie radicale robotique en hospitalisation ambulatoire de 12 heures et évaluation du taux de satisfaction des patients.
Méthodes Entre mars 2015 et mars 2016, 21 patients ont bénéficié d'une prostatovésiculectomie robotique en ambulatoire. L'anesthésie générale a été réalisée par intraveineuse continue au propofol à objectif de concentration cible complétée par des infiltrations pariétales de naropeïne. En postopératoire, une première boisson était proposée à h+4, une collation à h+5, un lever couloir à h+6 et une montée d'étages à h+8. Les paramètres étudiés étaient ; l'âge des patients, leur IMC, la distance domicile-hôpital, la durée opératoire, les pertes sanguines, le taux de nausées ou vomissements, le score EVA, le score de Chung de sortie et le taux de réadmission de satisfaction des patients.
Résultats On observe en moyenne un âge de 63,2 ans (57—72), un IMC de 26,12 (18—34), une distance domicile-hôpital de 33 km (5—58 km), une durée d'anesthésie moyenne de 145 minutes (118—234) et des pertes sanguines de 121 cm^3 (50—250). Il n'y a eu aucune transfusion et tous les patients ont regagné leur domicile après un séjour de moins de 12 heures sans aucune réadmission. À la sortie, le taux de nausées ou vomissements était nul, le score EVA était de 1,2 pour un score de Chung de 9 ($n = 12$) ou 10 ($n = 9$). Enfin, 92 % des opérés étaient très satisfaits de leurs soins.
Conclusion Cette première étude montre la faisabilité de la prostatectomie radicale robotique en ambulatoire pour certains patients sélectionnés et montre l'intérêt de la réhabilitation précoce dans cette chirurgie et un taux élevé de satisfaction des patients.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.119

CO 112

La réhabilitation précoce appliquée à la prostatectomie radicale

F. Leclers*, R. Moalic , P. Gosseine
Clinique Belledonne, Grenoble, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : francoisleclers33@hotmail.com (F. Leclers)

Objectifs À partir d'une étude prospective, nous avons décrit des mesures adaptées de réhabilitation précoce pour améliorer les suites opératoires des patients opérés d'une prostatectomie radicale.
Méthodes La préparation préopératoire est une boisson sucrée à h—2 avec prémédication au paracétamol à h—1. L'anesthésie est effectuée au propofol à objectif de concentration cible, en normothermie, index bispectral entre 50 et 55. Les bolus de morphine, les halogénés et l'acupan intraveineux sont exclus. La chirurgie est réalisée au robot avec infiltrations pariétales de naropeïne. En postopératoire ; prévention antalgique au paracétamol, première boisson à h+2, première collation à h+3, premier lever couloir à h+4 et première montée d'escalier à h+5. Les paramètres postopératoires sont la reprise du transit, le score EVA, la durée du séjour, le taux de satisfaction des opérés.
Résultats L'étude concerne 200 patients successifs, non diabétiques, entre 2012 et 2016. La reprise du transit est induite par la prise d'un lavement et d'un laxatif respectivement en pré- et postopératoire. Elle a lieu en moyenne à h+7 (5 à 13) pour les gaz et j2 (j1à j3) pour les selles. Le score EVA à h+6 est de 2,1 en moyenne (0 à 7) de 1,6 à h+12 (0 à 7) et 1,5 à h+24 (0 à 6), le taux de nausées vomissement est de 4 %, la durée d'hospitalisation varie de 12 heures à 7 jours. Le taux de satisfaction des patients très satisfaits de leurs suites est de 90 %.
Conclusion La réhabilitation améliorée habituellement utilisée en ambulatoire et en chirurgie digestive est transposable à la prostatectomie radicale et permet de constater des suites opératoires très satisfaisantes. L'utilisation adaptée de l'anesthésie et de l'antalgie crée une dynamique vertueuse qui autorise une réalimentation rapide, favorisant une mobilisation et un retour du transit plus précoces et la diminution des douleurs liées à l'iléus.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.120

CO 113

Étude comparative des suites opératoires immédiates après prostatectomie entre la prise en charge classique et la réhabilitation améliorée

F. Leclers*, P. Gosseine , D. Bierman
Clinique Belledonne, Grenoble, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : francoisleclers33@hotmail.com (F. Leclers)

Objectifs Déterminer si les suites opératoires immédiates après prostatectomie radicale robotique sont plus simples pour les patients lors d'une prise en charge classique ou lors d'une réhabilitation précoce.
Méthodes Étude prospective de 200 patients prostatectomisés répartis alternativement en 2 groupes homogènes. Dans le groupe 1, le jeun est complet à h—6, l'anesthésie associe à l'induction propofol, trachrium, sufenta ; l'entretien aux hallogénés est complété par un bolus de morphine en fin de procédure. Dans le groupe 2, le jeun est à h—2 pour les boissons, l'anesthésie est réalisée au propofol à objectif de concentration cible sans morphine mais avec infiltrations pariétales. Une réhabilitation précoce est effectuée dans le groupe 2. Les paramètres étudiés sont : le score EVA, le taux de nausées ou vomissements, la reprise du transit et la durée d'hospitalisation.
Résultats Les deux groupes sont homogènes (âge, BMI, score de Gleason). Les patients du groupe 1 (G1) ont un score EVA à h+6 (4,1 vs 2,3) nécessitant pour 33 % le recours à des antalgiques de palier 2 ou plus, contre 8 % dans le groupe 2 (G2) où on observe moins de nausées ou vomissements avec 3 % contre 18 % dans le G1. La reprise des gaz a lieu en moyenne à h+7 après réhabilitation précoce (G2) contre h+24 en prise en charge classique (G1). La durée d'hospitalisation est également plus courte en G2 avec un séjour moyen de 2,8 jours (0,5 à 4) alors qu'il est de 4,8 jours (2 à 6) dans G1.