

CO-23

Prise en charge des traumatismes de l'urètre postérieur dans les fractures du bassin chez l'homme : comparaison du réalignement endoscopique précoce versus urétroplastie différée



B. Cereda^{1,*}, C. Allenet², B. Covin³, J.B. Beauval⁴, G. Robert², N. Abdo⁵, L. Cabaniols⁵, M. Robert², R. Thuret⁵, T. Murez⁵

¹ CHU Lapeyronie, Montpellier, France

² CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

³ CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

⁴ Clinique La Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, France

⁵ CHU de Montpellier, Montpellier, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bs.cereda@gmail.com (B. Cereda)

Objectifs La lésion de l'urètre postérieur est une pathologie rare, aux séquelles fonctionnelles critiques à long terme.

Les recommandations européennes concernant le traitement laissent libre choix entre réalignement endoscopique précoce (REP) ou pose d'un cathéter sus-pubien avec urétroplastie différée (UD). Les données de la littérature sont hétérogènes quant aux résultats des techniques et leur présentation.

Méthodes Étude rétrospective multicentrique des lésions traumatiques de l'urètre postérieur prises en charge entre janvier 2007 et janvier 2018.

Le critère de jugement principal était le succès de l'intervention, défini par l'absence de recours à un autre geste urétral, et par l'obtention d'une miction normale et définitive (avec un recul d'au moins 6 mois). Le second critère de jugement était le délai pour y parvenir. Les critères de jugement secondaires étaient le nombre de réintervention, et le succès de l'urétroplastie après REP versus UD.

Résultats Trente-six patients ont été inclus, 25 dans le groupe REP et 11 dans le groupe UD. Le taux de succès primaire du groupe UD était significativement meilleur que celui du groupe REP : 45 % (5/11) versus 0 % (0/25), $p=0,001$.

Le délai moyen pour obtenir une miction normale et définitive était plus court dans le groupe UD de 96 jours en moyenne, sans atteindre le seuil de significativité statistique (275,7 jours pour le groupe REP contre 179,5 jours pour le groupe UD, $p=0,08$).

Les patients du groupe REP subissaient en moyenne significativement plus de réintervention : 2,08 contre 0,27 pour le groupe UD, $p<0,001$. Le taux de succès de l'urétroplastie après REP par rapport au groupe UD n'avait pas de différence statistiquement significative : 36 % (5/14) versus 45 % (5/11), $p=0,70$.

Conclusion Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence d'effet préventif du REP sur le taux de sténose. Le délai pour récupérer une miction normale et définitive semble meilleur pour l'UD. Nous plaçons donc l'UD comme traitement de choix de la rupture urétrale postérieure traumatique complète.

Déclaration de liens d'intérêts Bourse AFU Master 2 ASTELLAS.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.070>

CO-24

Le volume de l'hématome péri-rénal, un facteur prédictif d'échec du traitement conservateur lors d'un traumatisme rénal ?



D. Mbethe*, M. Moudouni, H. Talha, R. Allali, J. Masunzu, M. Lakmichi, Z. Dahami, I. Sarf

CHU Mohammed 6, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

* Auteur correspondant.

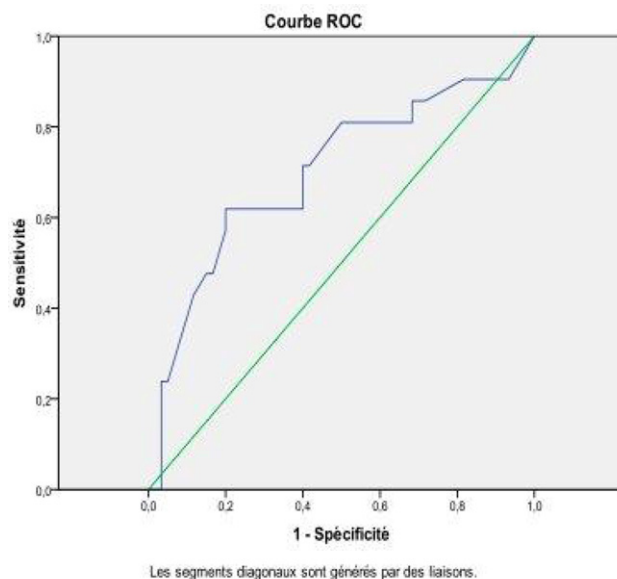
Adresse e-mail : dimitri.mbeth@yahoo.fr (D. Mbethe)

Objectifs Le traumatisme rénal est le plus courant des traumatismes en urologie. Un certain nombre de critères de sélection des patients devraient être disponibles pour identifier les patients pour lesquels un traitement chirurgical dès le début serait souhaitable. À travers ce travail nous voulons montrer que le volume et les caractéristiques de l'hématome péri-rénal peuvent être prédictifs de l'échec du traitement conservateur.

Méthodes Étude rétrospective de janvier 2006 à décembre 2017 des patients hospitalisés pour traumatisme rénal, stades I à V. Les traitements conservateurs incluaient la surveillance simple, un drainage (par sonde jj, lombotomie). L'analyse descriptive consistait à calculer les fréquences absolue et relative pour les variables qualitatives, et les paramètres de positionnement, et de dispersion des variables quantitatives. L'analyse bivariée comparait les variables grâce aux tests statistiques Pearson χ^2 et de Fisher. Une analyse multivariée par régression logistique binaire modélisait les facteurs prédictifs du traitement adopté. Les variables retenues au final étaient sélectionnées par une méthode pas à pas. Seuil d'entrée : 0,2, seuil de sortie : 0,05.

Résultats Au total 81 patients ont été sélectionnés, la moyenne d'âge était de 31,01 ans (15–81 ans). Le volume moyen de l'hématome était de 42 ± 5 mm (2–230 mm), avec une prédominance des lésions médio-rénales et des lésions multiples (24,7 % chacune). Les grades 3 et 4 (33,3 % et 30,9 %) prédominaient. Le traitement était souvent conservateur (74,1 %), et en cas de chirurgie (25,9 %), la néphrectomie était principalement pratiquée (16 %). L'analyse bivariée, montre que le volume de l'hématome ($p=0,005$), sa superficie ($p=0,0001$) et les lésions associées ($p=0,047$) à l'atteinte rénale sont des facteurs prédictifs de l'échec du traitement conservateur. L'analyse par régression logistique binaire multivariée, montre qu'un hématome de plus de 23 mm augmente de 3,53 fois le risque d'échec du traitement conservateur (Fig. 1 et Tableau 1).

Conclusion Le volume de l'hématome, est un facteur prédictif de l'échec du traitement conservateur, avec une valeur seuil de 23 mm à partir de laquelle le risque d'échec augmente à 3,53.



cut-off value: 23,000 MM

Sensitivity: 0,667

Spécificity: 0,40

Fig. 1

Tableau 1 Rennes.

	β	Khi-2 de Wald	p	OR	IC for OR 95%	
					Inf	Sup
Hématoma	1,261	2,356	,0012	3,53	2,05	5,41
Duration of hospitalization	,059	1,300	,002	1,4	1,85	2,54
Age	,027	,864	,003	1,28	1,11	1,68

β : bêta constant ; Chi² : Wald ; p : degree of significance of the wald test ; OR : odds ratio ; IC : confidence interval ; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Déclaration de liens d'intérêts Fondation de l'avenir et CHU de Rennes.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.071>

CO-25

Traumatisme rénal pénétrant : la gestion non opératoire est sûre chez certains patients (à propos de 22 cas)

H. Talha*, M. Moudouni, M. Lakmichi, Z. Dahami, I. Sarf
CHU Mohammed, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xdream_cham@hotmail.fr (H. Talha)

Objectifs La littérature actuelle semble soutenir la gestion non opératoire des traumatismes rénaux pénétrants bien que les données restent limitées.

Méthodes Nous avons mené une étude rétrospective de treize ans (janvier 2006 et décembre 2018) sur la gestion non chirurgicale par opposition à chirurgicale avec mesure du score médian de gravité des lésions chez des patients admis pour un traumatisme rénal pénétrant.

Résultats Sur l'âge de 22 patients, l'âge médian était de 26 ans. La majorité d'entre eux étaient des hommes et avaient subi des blessures graves. La majorité (63 %) des patients ont été traités de manière non opératoire. Comparés à tous les patients opérés combinés, les patients non opérés présentaient un score médian de gravité de la blessure inférieur (18 vs 27, $p < 0,001$), une exigence transfusionnelle moins élevée (31 % contre 69 %, $p < 0,001$), une durée médiane de séjour à l'hôpital plus courte jours, $p < 0,001$, aucun cas de décès dans notre série.

Conclusion La prise en charge non opératoire des lésions rénales pénétrantes est sûre chez certains patients. En outre, les lésions rénales avec une instabilité hémodynamique sont associées à une morbidité et une mortalité plus grandes.

Déclaration de liens d'intérêts Bourse AFU.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.072>

Cancer localisé de la prostate : traitement chirurgical

CO-26

Faisabilité de la prostatectomie totale laparoscopique robot-assistée en unité de chirurgie ambulatoire pour la prise en charge du cancer de prostate

J. Msika*, T. Seisen, C. Vaessen, J. Parra, J. Cohen, E. Chartier Kastler, M.O. Bitker, M. Roupert
CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeremy.msika@free.fr

Objectifs Malgré le développement des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) dans la plupart des hôpitaux en France, la prostatectomie totale laparoscopique robot-assistée (PTLRA) reste une intervention le plus souvent réalisée en hospitalisation convention-

nelle. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la PTLRA sur une plateforme dédiée en UCA pour la prise en charge du cancer de la prostate (CaP).

Méthodes Les caractéristiques et résultats des patients sélectionnés pour être opérés d'une PTLRA en UCA dans notre centre ont été collectés prospectivement entre février 2018 et juin 2019. L'intervention chirurgicale robotique transpéritonéale était réalisée en 1^{re} position le matin par 3 opérateurs expérimentés à l'aide du robot Da Vinci Si ou Xi sans laisser de drain. Le protocole d'anesthésie permettait une récupération rapide et la sortie était autorisée si :

– EVA < 4 sans morphinique ;

– lever et prise de boisson sans difficulté entre H4 et H6.

Un appel téléphonique à j1 permettait de vérifier l'absence de complication précoce. Des analyses descriptives ont été réalisées.

Résultats Au total, 12 patients opérés d'une PTLRA en UCA pour un CaP de risque faible ($n=2$), intermédiaire ($n=7$) ou élevé ($n=3$) ont été inclus dans cette étude. Un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral a été réalisé chez 3 patients. La durée opératoire médiane était de 95 min (80–120). Aucune complication peropératoire n'est survenue alors qu'une complication postopératoire immédiate Clavien 2 (bronchospasme) a nécessité l'hospitalisation conventionnelle d'un patient pour une durée de 24 h. Les autres patients ont pu quitter l'UCA avec la sonde vésicale après une durée médiane de surveillance de 310 min (250–390). Aucun d'entre eux n'a été réhospitalisé et aucune autre complication postopératoire à 1 mois n'a été observée. L'examen anatomopathologique définitif a mis en évidence une lésion \geq pT3 et score de Gleason \geq 8 chez 2 et 1 patient, respectivement. Aucune marge chirurgicale positive ou adénopathie pelvienne n'a été identifiée.

Conclusion La PTLRA est une intervention chirurgicale faisable en UCA pour la prise en charge du CaP. Les Résultats préliminaires semblent similaires à ceux obtenus après PTLRA en hospitalisation conventionnelle mais cela nécessite une sélection des patients à faible risque chirurgical et aptes à comprendre les implications d'un retour rapide à domicile.

Déclaration de liens d'intérêts Unrestricted grant MEDTRONIC.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.073>

CO-27

Évaluation de la pertinence du scoring de la conservation des bandelettes neurovasculaires par l'urologue au cours de la prostatectomie totale

M. Lesourd^{1,*}, J.B. Beauval², N. Doumerc³, M. Thoulouzan⁴, M. Soulié¹, E. Huyghe⁵, X. Gamé¹, P. Rischmann⁶, S. Pericart⁵, M. Roumiguié³

¹ CHU de Toulouse, Toulouse, France

² Clinique La Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, France

³ CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

⁴ Département d'urologie, CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

⁵ CHU Rangueil, Toulouse, France

⁶ CHU Rangueil, département d'urologie, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marine.lsrde@hotmail.fr (M. Lesourd)

Objectifs Évaluer si la graduation de la conservation des bandelettes neurovasculaires (BNV) par l'urologue correspond aux observations histologiques.

Méthodes Trois cent trente-sept patients ayant eu une prostatectomie totale (PT) par laparotomie ou par voie coelioscopique robot-assistée pour un adénocarcinome prostatique localisé ont été inclus dans étude monocentrique de mars 2017 à 2019.

Le chirurgien estimait la qualité de la conservation des BNV selon un score allant de 0 (pas satisfait) à 5 (satisfait).