

Tableau 1 Rennes.

	$\beta$	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

$\beta$  : bêta constant ; Chi<sup>2</sup> : 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](mailto: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](mailto: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<sup>re</sup> 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<sup>1,\*</sup>, J.B. Beauval<sup>2</sup>, N. Doumerc<sup>3</sup>, M. Thoulouzan<sup>4</sup>, M. Soulié<sup>1</sup>, E. Huyghe<sup>5</sup>, X. Gamé<sup>1</sup>, P. Rischmann<sup>6</sup>, S. Pericart<sup>5</sup>, M. Roumiguié<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHU de Toulouse, Toulouse, France

<sup>2</sup> Clinique La Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, France

<sup>3</sup> CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

<sup>4</sup> Département d'urologie, CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

<sup>5</sup> CHU Rangueil, Toulouse, France

<sup>6</sup> CHU Rangueil, département d'urologie, Toulouse, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marine.lsrde@hotmail.fr](mailto: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).

Tableau 1

	Population générale
<b>Nombre (%)</b>	93 (100%)
<b>Age (ans)</b>	
Médiane	65 (48.0 - 75.0)
<b>PSA (ng/ml)</b>	
Médiane	8.7 (1.37 - 55.0)
<b>Classification d'Amico (%) NOMBRE</b>	
Faible risque	9 (9,7%)
Risque intermédiaire	74 (79,6%)
Haut risque	10 (10,7%)
<b>Score de conservation BNV</b>	
Complète 4/5	66 (71,9%)
Partielle 2/3	17 (18%)
Aucune 0/1	10 (10,1%)
Données manquantes	
<b>Score de Gleason</b>	
ISUP 1 - 6(3+3)	1 (1,1%)
ISUP 2 - 7(3+4)	46 (49,5%)
ISUP 3 - 7(4+3)	41 (44,1%)
ISUP 4 - 8(4+4)	2 (2,1%)
ISUP 5 - 9(4+5)	1 (1,1%)
Données manquantes	2 (2,1%)
<b>Marge chirurgicale</b>	
R0	69 (74,2%)
R1	22 (23,7%)
Données manquantes	2 (2,1%)
<b>Stade pathologique</b>	
pT0	0
pT2	35 (37,7%)
pT3a	43 (46,2%)
pT3b	13 (14%)
pT4	0
Données manquantes	2 (2,1%)

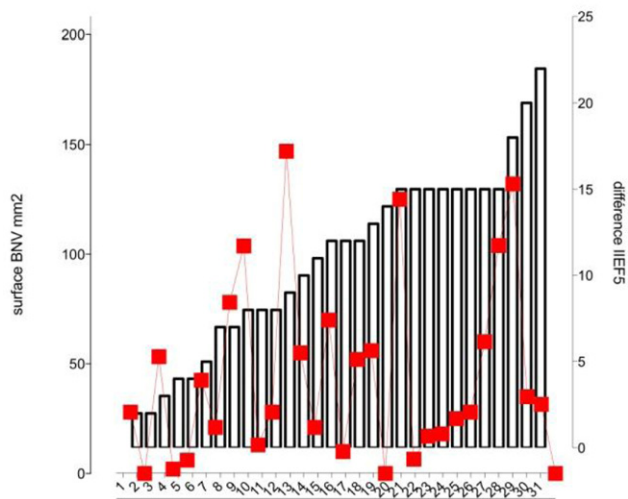
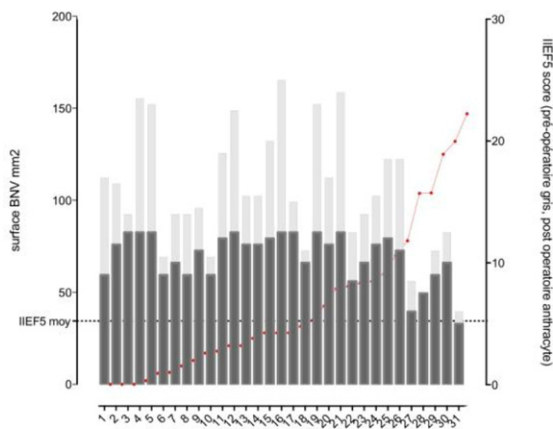


Fig. 1

Puis, un anatomopathologiste dédié mesurait la profondeur et la longueur des BNV restantes sur la pièce de PT. Enfin, une évaluation fonctionnelle était réalisée en pré- et postopératoire (6 semaines, 3 mois, 6 mois) avec des auto-questionnaires validés (IIEF5, score ICIQ et USP) afin de corrélérer les Résultats fonctionnels à la qualité de la conservation. **Résultats** Quatre-vingt-treize patients ont été inclus, avec un suivi médian de 6 mois. Les caractéristiques des patients sont rapportées dans le **Tableau 1**. La **Fig. 1** montre l'association entre la graduation préopératoire de la conservation des BNV par le chirurgien avec la mesure histologique des BNV sur les pièces de PT. On retrouve une association significative entre l'estimation préopératoire de l'urologue

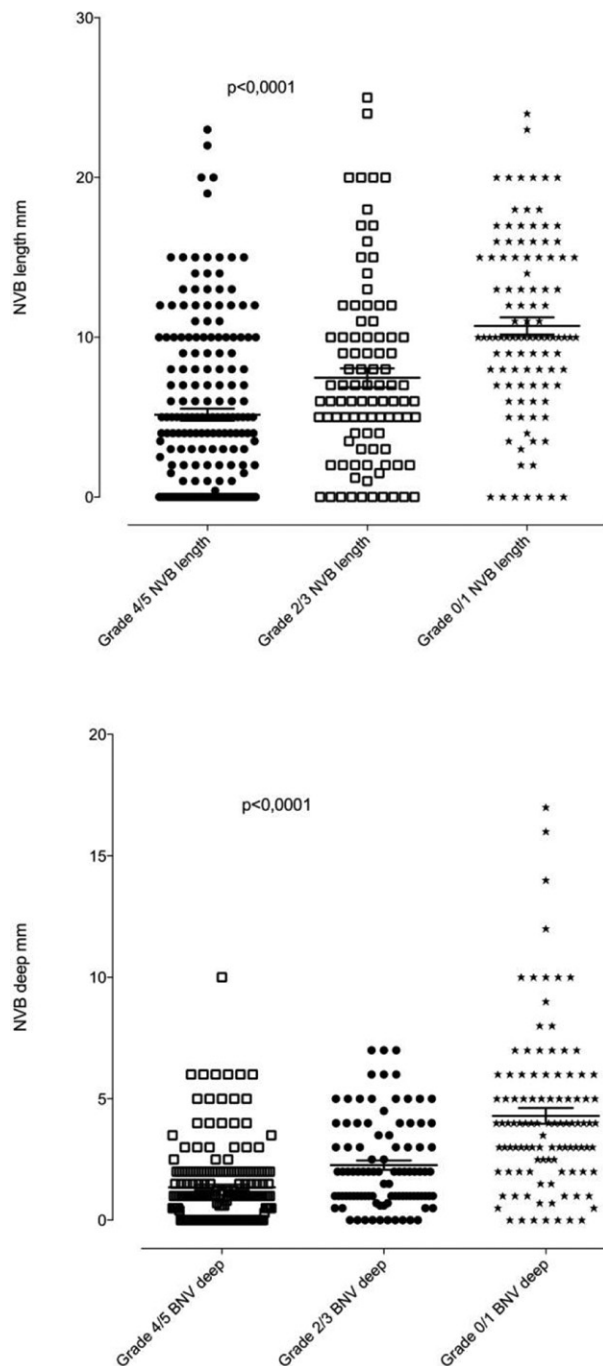


Fig. 2

et l'observation histologique ( $p < 0,0001$ ). Pour une conservation de grade 4–5, la longueur de BNV moyenne est de 7,47 mm et la profondeur de 2,50 mm. Pour une conservation quasiment nulle (grade 0–1), les mesures sont respectivement 7,37 mm et 1,78 mm ( $p < 0,001$ ). La Fig. 2 compare la surface de BNV ( $\text{mm}^2$ ) laissées sur les pièces de PT avec les résultats fonctionnels pré- et postopératoires (3 mois).

**Conclusion** La conservation des BNV est un facteur subjectif car il dépend de l'estimation préopératoire du chirurgien. La longueur des BNV restantes est corrélée avec le grade de conservation nerveuse estimé par le chirurgien. Concernant les données fonctionnelles un suivi plus prolongé est nécessaire, la récupération érectile est progressive et souvent supérieure à 3 mois.

**Déclaration de liens d'intérêts** PHRC 2005.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.074>

## CO-28

### Récupération rapide après chirurgie, hyperpréparation et ambulatoire : retour sur 5 années d'expérience autour de la prostatectomie totale robot-assistée



G. Ploussard\*, J.B. Beauval, A. Salin, G. Loison, C. Almeras, J. Gautier, C. Tollon

Clinique La Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [g.ploussard@gmail.com](mailto:g.ploussard@gmail.com) (G. Ploussard)

**Objectifs** La mise en place d'un programme de récupération rapide après chirurgie (RRAC) améliore les résultats périopératoires et l'expérience patient. Cependant, peu d'études l'ont évalué concernant la prostatectomie totale robot-assistée. La préparation préopératoire par un séjour d'hyperpréparation (consultation IDE, psychologue, kinésithérapeute, Cs anesthésie, évaluation fonctionnelle, discussion de groupe) pourrait participer à cette amélioration, et faciliter le passage à un séjour en ambulatoire.

**Méthodes** L'expérience d'un centre a été évaluée depuis la mise en route d'un programme RRAC en 2014 autour de la prostatectomie totale robot-assistée, puis d'un séjour d'hyperpréparation, et d'un programme d'ambulatoire. Les durées moyennes de séjour, les taux de réhospitalisations à 30 et 60 jours, les complications ont été revues. De façon prospective, les patients opérés en ambulatoire ont été comparés aux patients hospitalisés (au moins une nuit) au cours de la même période.

**Résultats** Les durées moyennes de séjour ont progressivement diminué depuis la RRAC passant de 5,3 jours avant 2014, à 4,5 (2014), 4,0 (2015), 3,6 (2016), 3,0 (2017), puis 1,8 en 2018. Le nombre de cas par années a augmenté de 60 à 90 entre 2014 et 2018. Les taux de réhospitalisations à 30 et 60 jours sont restés stables (< 10 %) au cours du temps, sans augmentation significative du nombre de complications. Les 20 patients opérés en ambulatoire avaient les mêmes caractéristiques (cliniques, pathologiques, opératoires) que le groupe contrôle contemporain. La satisfaction du programme d'ambulatoire était élevé (100 % lors d'une évaluation téléphonique réalisée après 3 mois), avec un taux d'adhésion évalué à 70 % lors de la proposition d'ambulatoire faite à la consultation.

**Conclusion** L'implication progressive des équipes soignantes par un programme de RRAC, d'hyperpréparation préopératoire, puis d'ambulatoire a permis de réduire les durées d'hospitalisations sans majorer les taux de complications et de réhospitalisations, avec une adhésion et une satisfaction importante des patients.

**Déclaration de liens d'intérêts** Bourse de recherche AFU.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.075>

## CO-29

### Qualité de vie des patients après prostatectomie totale : résultats de l'étude ANDROCAN



M. Rouanne<sup>1,\*</sup>, Y. Neuzillet<sup>1</sup>, J. Dreyfus<sup>1</sup>, J. Raynaud<sup>2</sup>, M. Schenider<sup>3</sup>, M. Roupert<sup>4</sup>, S. Drouin<sup>5</sup>, M. Galiano<sup>6</sup>, X. Cathelineau<sup>6</sup>, T. Le Bret<sup>1</sup>, H. Botto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>2</sup> Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

<sup>3</sup> Hôpital de Colmar, Colmar, France

<sup>4</sup> Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>5</sup> Hôpital de la Pitié, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

<sup>6</sup> Institut mutualiste Montsouris, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [rouanne.mathieu@gmail.com](mailto:rouanne.mathieu@gmail.com) (M. Rouanne)

**Objectifs** L'impact des traitements du cancer de la prostate localisé sur la qualité de vie globale des patients est peu évalué. Nous avons étudié la qualité de vie des patients avant et un an après prostatectomie totale.

**Méthodes** Nous reportons les résultats de l'étude prospective multicentrique ANDROCAN évaluant la qualité de vie des patients avant et un an après prostatectomie totale. Le questionnaire standardisé Aging Male's Symptoms Scale (AMS) mesurait la qualité de vie somatique, psychologique et sexuelle à l'aide de 3 sous-scores et un score global.

**Résultats** Mille cent quatre-vingt-dix-sept sur 1347 (89 %) patients inclus dans l'étude ANDROCAN ont accepté de répondre aux questionnaires AMS avant prostatectomie totale. À un an postopératoire, 701 (59 %) patients ont été évalués. L'âge moyen des patients était de 63,9 ans (63,6–64,3). Le score global moyen AMS augmentait de 31,8 (31,1–32,5 IC95 %) à 35,9 (35,1–36,7 IC95 %) à un an postopératoire, traduisant une altération significative de la qualité de vie globale ( $p < 0,0001$ ). Par comparaison, le score global moyen AMS de la population générale était de 30,2. On observait également une altération significative de la qualité de vie psychologique ( $p < 0,04$ ) et sexuelle ( $p < 0,00001$ ). Aucun impact sur la qualité de vie somatique n'était mis en évidence ( $p = 0,06$ ). La circonférence abdominale et l'hypertension artérielle préopératoires étaient significativement associées à une altération de la qualité de vie.

**Conclusion** La qualité de vie est un sujet d'intérêt pour la majorité des patients pris en charge pour un cancer de la prostate localisé. Une altération significative de la qualité de vie globale, sexuelle et psychologique était observée un an après prostatectomie totale. Les patients ayant un syndrome métabolique avaient un risque plus élevé d'altération de la qualité de vie.

**Déclaration de liens d'intérêts** Bourse de mobilité Association française des urologues en formation.

Bourse de mobilité université de Lille.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.076>

## CO-30

### La classification ISUP de 2014 comme critère d'indication d'un curage ganglionnaire lors d'une prostatectomie radicale chez les patients d'ascendance Africaine



E. Perrot<sup>1,\*</sup>, R. Eyraud<sup>1</sup>, G. Gourtaud<sup>1</sup>, S. Seddik<sup>1</sup>, C. Moureaux<sup>1</sup>, V. Roux<sup>1</sup>, C. Senechal<sup>1</sup>, P. Blanchet<sup>2</sup>, L. Brureau<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHU Guadeloupe, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

<sup>2</sup> CHU Guadeloupe, Les Abîmes, Guadeloupe

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [emmanuel.perrot@chu-guadeloupe.fr](mailto:emmanuel.perrot@chu-guadeloupe.fr) (E. Perrot)