

traitement des TVEUS. Les urétéroscopies rigides étaient exclues. La gestion du risque infectieux préopératoire était protocolisée : antibiothérapie durant 48 heures adaptée au micro-organisme en cas de colonisation urinaire, ceftriaxone IV si ECBU polymicrobien et report d'intervention si manifestations cliniques d'IU. Le critère de jugement principal était l'IU définie comme une température > 38 °C associée à un syndrome inflammatoire biologique et une leucocyturie et/ou bactériurie dans le mois postopératoire. Les facteurs prédictifs d'IU ont été évalués dans un test de régression logistique (p significatif si $< 0,05$).

Résultats Entre janvier 2015 et mars 2019, 604 URSS ont été réalisées dans les indications suivantes : lithiase urinaire ($n = 462$), diagnostique et traitement des TVEUS ($n = 142$). L'âge médian (IQR) était de 61 (48–68) ans, 268 femmes étaient incluses (44,4 %) et l'urétéroscope à usage unique était utilisé dans 186 cas (30,8 %). Une IU est survenue chez 41 patients (6,7 %). Le taux d'IU annuel était stable durant la période d'étude ($p = 0,47$). En analyse multivariée, le sexe féminin (OR : 2,30, IC95 % : 1,05–5,36 ; $p = 0,04$), un antécédent d'IU dans les 6 mois (OR : 2,44 ; IC95 % : 1,14–5,42 ; $p = 0,02$), un ECBU préopératoire polymicrobien (OR : 4,72, IC95 % : 2,04–11,29) ; p1 heure (OR : 1,01 ; IC95 % : 1,002–1,032 ; $p = 0,02$) étaient associés à la survenue d'une IU. À l'inverse, un ECBU préopératoire positif et traité n'était pas associée à une augmentation du risque infectieux ($p = 0,10$).

Conclusion En prévention du risque d'infection postopératoire, les principaux facteurs modifiables seraient de limiter la durée des interventions à 1 heure et améliorer la gestion des ECBU polymicrobien dont les connaissances sont actuellement limitées. Enfin, un ECBU préopératoire colonisé et traité présentait un risque d'infection similaire aux ECBU préopératoires stériles.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.107>

CO-61

Urétéroréno-scopie souple dans le traitement des calculs urinaires chez les patients sous traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants



J. Marguin^{1,*}, F. Kleinclauss¹, E. Chabannes¹, L. Balsa¹, F. Richard², H. Bittard²

¹ CHRU J.-Minjot, Besançon, France

² CHU de Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jonathan.marguin@gmail.com (J. Marguin)

Objectifs Le but de notre étude était d'analyser l'impact des traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants sur les résultats fonctionnels et la morbi-mortalité de l'urétéroscopie souple dans le cadre de la prise en charge de calculs urinaires de la voie excrétrice supérieure.

Méthodes Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective de janvier 2004 à décembre 2015, incluant toutes les procédures d'URS réalisées pour traitement des calculs des voies urinaires supérieures. Les patients étaient classés en trois groupes suivant le type de traitement qu'ils prenaient durant la période périopératoire : groupe antiagrégant plaquettaire (AAP), groupe anticoagulant (ACO) et groupe témoin, exempt de toute thérapeutique modifiant l'hémostase. Nos critères de jugement principaux étaient l'absence complète de fragments résiduels (SFR) après procédure et la morbi-mortalité de l'intervention. Nous avons réalisé des tests de χ^2 ou tests de Fisher en analyse univariée puis une régression logistique pour effectuer une analyse multivariée.

Résultats Les effectifs étaient de 1020 patients groupe témoin, 117 groupe AAP et 76 groupe ACO. Il n'existait pas de différence entre les groupes concernant le taux de SFR (68,2 % ; $p = 0,27$). En comparant les groupes AAP et témoin, il y avait dans le groupe AAP significativement plus de décès (AAP = 1, témoin = 0, OR 0,10 [0,09 ; 0,12] ; $p < 0,05$), plus d'infarctus du myocarde (AAP = 1 contre ; témoin = 0, OR 0,10 [0,09 ; 0,12] ; $p < 0,05$) et plus de choc septique (AAP = 2,6 % ; témoin = 0,3 % OR 0,93 [0,92 ; 0,95] ; $p = 0,02$) en postopératoire. En analyse multivariée le seul facteur de risque de complication postopératoire significatif était le caractère complexe du calcul traité (OR 1,06 [1,01 ; 1,14] ; $p = 0,04$).

Conclusion L'urétéroscopie souple dans le traitement des calculs urinaires est une technique offrant les mêmes résultats fonctionnels pour les patients sous antiagrégants plaquettaires et sous anticoagulants comparé à la population générale. Les comorbidités et la fragilité des patients cardiovasculaires peuvent entraîner plus de complications postopératoires sévères voire le décès, pour les patients du groupe AAP.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.108>

CO-62

Basketing réalisé avec l'aide d'un assistant ou par l'opérateur seul au moyen du dispositif Empower : résultats d'une évaluation in vitro



S. Doizi^{*}, E. Ventimiglia, T. Besombes, O. Traxer
Service d'urologie, hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : steeve.doizi@gmail.com (S. Doizi)

Objectifs Les fragments lithiasiques extraits lors d'une urétéroscopie souple sont classiquement récupérés au moyen d'un panier manipulé par l'assistant. Cette étape nécessite une bonne coordination entre l'opérateur et l'assistant. Récemment a été introduit le LithoVue EmpowerTM (Boston Scientific), un dispositif permettant à l'opérateur de contrôler directement le panier sans l'aide d'un assistant. Nous avons évalué l'impact de ce dispositif sur le temps de récupération des fragments.

Méthodes La K-Box (Porgès-Coloplast) a été utilisée comme modèle dans lequel un calcul de 5 × 5 × 5 mm a été placé dans 3 cavités rénales différentes avec une complexité d'accès croissante (C1 le plus simple, C2 l'intermédiaire, C3 le plus difficile). Un panier Zero-Tip 1.9Fr (BSC) a été utilisé pour récupérer les calculs. Ce dernier était manipulé via le dispositif Empower ou un assistant. Six endourologues expérimentés et 7 internes en formation ont réalisé ces exercices. Un urétéroscope à usage unique (LithoVue-BSC) a été utilisé dans tous les cas. Aucun des opérateurs n'avait utilisé l'Empower antérieurement. Le temps écoulé entre l'insertion de l'urétéroscope et la récupération du calcul était mesuré.

Résultats Les temps de récupération des calculs et les taux d'échec entre l'utilisation d'Empower et avec l'aide d'un assistant étaient similaires pour toutes les cavités rénales analysées, $p > 0,05$. Lors de la stratification des analyses en fonction de l'expérience chirurgicale, les urologues expérimentés exécutaient plus rapidement l'extraction des calculs des cavités C1 et C2 ($p < 0,01$) sans qu'aucune différence ne soit mise en évidence entre l'utilisation d'Empower ou non. Une évaluation subjective a montré que l'ensemble opérateurs fournissaient moins d'effort et avaient moins de frustration lors de l'utilisation d'Empower, ce résultats n'étant pas retrouvé lorsqu'il s'agissait des urologues expérimentés seuls (Fig. 1).

Conclusion Le système de manipulation d'un panier à contrôle individuel Empower pour la récupération des calculs est un dispositif efficace et ne semble pas nécessiter de formation spécifique.