

CO-69

## Colique néphrétique fébrile : enquête de pratiques auprès des urologues membre de l'AFU



M. Vallée<sup>1,\*</sup>, F. Bouchand<sup>2</sup>, A. Sotto<sup>3</sup>, E. Bey<sup>3</sup>, P. Arnaud<sup>4</sup>, C. Le goux<sup>5</sup>, F. Saint<sup>6</sup>, P. Coloby<sup>7</sup>, G. Cariou<sup>8</sup>, F. Bruyère<sup>9</sup>, A. Dinh<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Hôpital universitaire R.-Poincaré, UVSQ, AP-HP, Garches, France

<sup>3</sup> CHU de Nîmes, Nîmes, France

<sup>4</sup> Aix-Marseille université, Marseille, France

<sup>5</sup> CHU Kremlin-Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>6</sup> CHU d'Amiens, Amiens, France

<sup>7</sup> Centre hospitalier René-Dubos, Cergy Pontoise, France

<sup>8</sup> Cabinet d'urologie, Paris, France

<sup>9</sup> CHRU de Tours, Tours, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [maxime.vallee@chu-poitiers.fr](mailto:maxime.vallee@chu-poitiers.fr) (M. Vallée)

**Objectifs** Nous avons proposé à partir d'un cas clinique de colique néphrétique fébrile d'évaluer les attitudes et les pratiques de prescription des urologues en matière d'infectiologie urologique. Notre objectif était d'avoir un aperçu des prises en charge concernant un cas clinique standard et d'identifier les facteurs de risque associés aux mauvaises pratiques afin de proposer des moyens permettant une meilleure adhésion et application des recommandations.

**Méthodes** Tous les urologues inscrits auprès de l'Association française d'urologie (AFU) ont été invités par e-mail à remplir un questionnaire en ligne à partir de la plateforme SurveyMonkey entre juillet et septembre 2018 concernant un cas clinique de colique néphrétique fébrile. Il y avait 10 questions, chacune constituées de 5 items. Nous présentons ici les données recueillies et le taux de réponse exacte en fonction du statut. L'ensemble des données statistiques ont été obtenues à partir du logiciel Excel.

**Résultats** Nous avons obtenu 868 réponses (49,4 %) dont 465 complètes qui ont pu être analysées. Parmi les urologues, 58,8 % avaient réalisé l'évaluation exacte du score qSOFA=2, 65,3 % réalisaient une dérivation en urgence des urines et une antibiothérapie immédiate. Parmi les urologues, 54,7 % prescrivait une bithérapie (bêta-lactamine avec aminoglycoside) dont 60,5 % prescrivait une C3G parentérale et 39,9 % recommandaient l'utilisation d'amikacine et considéraient que l'insuffisance rénale ne contre-indiquait pas la prescription d'aminoside. Soixante-deux pour cent utilisaient en relais l'amoxicilline et parmi ceux-ci, 9,3 % à la dose de 2 g × 3/j per os, 1,7 % préconisaient une durée de 10 j et 2,6 % une durée de 14 j. La proportion de bonnes réponses en fonction du statut (urologue sénior, CCA-AH et internes) retrouvait 44,7 % de bonnes réponses chez les urologues séniors, 53 % chez les CCA ou AH et 51,9 % chez les internes (Fig. 1).

**Conclusion** Malgré des recommandations, les bonnes pratiques en infectiologie ne sont appliquées que par moins d'un urologue sur deux en France. En outre les prescripteurs juniors sont plus au fait des recommandations que les séniors. Ceci souligne la nécessité de diffuser davantage les recommandations et de changer les pratiques en particulier des urologues séniors en utilisant de nouveaux support de communications.

### Résultats :

Le questionnaire a été rempli par 868 praticiens (49,4%), dont 298 urologues senior, 56 CCA ou assistant urologues, et 107 internes en urologie, avec 403 réponses incomplètes et 465 complètes qui ont pu être analysées.

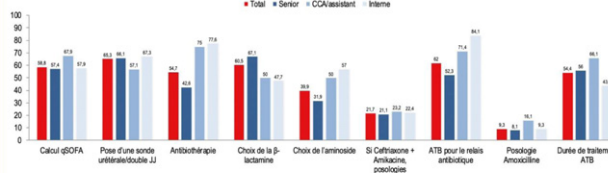


Figure 1 – Taux de bonnes réponses par question et par poste

Fig. 1

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.116>

CO-70

## Réunion de concertation pluridisciplinaire en pelvi-périnéologie : expérience d'un centre tertiaire



J.N. Cornu<sup>1,\*</sup>, L. Berthelot<sup>2</sup>, A. Aublé<sup>3</sup>, G. Gourcerol<sup>3</sup>, A. Gromez<sup>3</sup>, V. Bridoux<sup>3</sup>, L. Bril<sup>3</sup>, A. Leroi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHU de Rouen, service d'urologie, Rouen, France

<sup>2</sup> CHU d'Angers, Angers, France

<sup>3</sup> CHU de Rouen, Rouen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jeannicolas.cornu@gmail.com](mailto:jeannicolas.cornu@gmail.com) (J.N. Cornu)

**Objectifs** Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en pelvi-périnéologie sont destinées à la gestion des pathologies complexes impliquant potentiellement des problématiques vésico-sphinctériennes, génito-sexuelles et anorectales chez un(e) même patient(e). Le but de cette étude était de présenter l'activité d'une RCP de pelvi-périnéologie sur un centre, en étudiant l'influence sur la prise en charge des patients.

**Méthodes** Une étude monocentrique a été réalisée sur l'année 2018 à propos de l'activité d'une RCP de pelvi-périnéologie se tenant dans un centre expert, impliquant urologues, gynécologues, chirurgiens digestifs, gastro-entérologues, physiologistes, radiologues spécialisés et kinésithérapeutes. Tous les patients présentés en RCP ont fait l'objet d'une collection de données prospective mentionnant les caractéristiques cliniques, l'historique, la pathologie principale, la proposition de prise en charge initiale par le médecin référent et l'avis collégial (intervention, avis spécialisé, examen complémentaire, chirurgie). Une analyse descriptive a été menée. Le critère principal était la modification de la prise en charge proposée par la RCP (avis différent de la proposition initiale).

**Résultats** Dix-neuf réunions ont été conduites sur 12 mois et 154 dossiers ont été discutés (16 hommes et 138 femmes). Les thématiques abordées par référent et les symptômes touchant les patient(e)s sont présentées dans le **Tableau 1** (les symptômes traités étaient toujours multiples). Il existait un contexte d'endométriose dans 10 cas, un antécédent de chirurgie prothétique du prolapsus ou de l'incontinence dans 33 cas, un contexte neurologique dans 28 cas. Dans 15 cas (10 %), la prise en charge était directement liée à une complication d'une chirurgie prothétique. La décision de la RCP a été un traitement chirurgical dans 54 cas (35 %). La décision finale de la RCP était différente de celle proposée initialement par le médecin référent dans 22 % des cas.

**Conclusion** La tenue d'une RCP en pelvi-périnéologie avait, dans notre étude, permis la prise en charge de nombreux dossiers complexes et pluridisciplinaires. La décision de la RCP avait une influence déterminante dans plus d'un cas sur 5. Ces données légitimaient la prise en compte par la communauté urologique de ces RCP appelées à se structurer et à se généraliser.

Tableau 1

<b>Médecin référent (unique)</b>		
Gynécologue	34	22%
Urologue	47	31%
Physiologiste	39	25%
Gastro-entérologue	10	6%
Autre	14	9%
<b>Pathologies prises en charge (multiples)</b>		
Incontinence anale	28	18%
Incontinence urinaire d'effort	25	16%
Incontinence urinaire par impériosités	30	19%
Troubles de vidange vésicale	24	16%
Trouble du transit	36	23%
Problème proctologique	33	21%
Prolapsus	56	36%
Syndrome douloureux pelvien chronique	15	10%

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.117>

CO-71

## Réhabilitation précoce après néphrectomie partielle robot-assistée : y a-t-il un bénéfice pour les patients ?



I. Dominique<sup>1,\*</sup>, E. Seizilles de Mazancourt<sup>2</sup>, B. Tremblais<sup>2</sup>, R. Ecochard<sup>2</sup>, A. Ruffion<sup>1</sup>, P. Paparel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chls, Pierre-Bénite, France

<sup>2</sup> CHU Lyon-Sud, Lyon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [inesdominique40@gmail.com](mailto:inesdominique40@gmail.com) (I. Dominique)

**Objectifs** La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) a montré de nombreux avantages notamment en chirurgie digestive et actuellement pour la cystectomie en urologie. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt et la sécurité d'un programme de RAAC pour la néphrectomie partielle robot-assistée (NPRA) pour cancer.

**Méthodes** Il s'agissait d'une étude monocentrique rétrospective comparative dans un centre où un programme de RAAC après NPRA a été introduit depuis 2015 et proposé à tous les patients opérés de NPRA après consentement signé. Le groupe contrôle incluait les patients opérés d'une NPRA immédiatement avant la mise en place du protocole. Les paramètres étudiés incluaient les caractéristiques des patients, des tumeurs, les paramètres peropératoires (saignement, temps d'ischémie), biologiques, les durées d'hospitalisation, les complications postopératoires et le taux de réhospitalisation. Les comparaisons étaient calculées en utilisant le test Pearson Chi<sup>2</sup> pour les données qualitatives et le test de Student pour les données quantitatives.

**Résultats** Entre 2015 et 2017, 112 patients ont été inclus dans le groupe RAAC (Tableau 1) et 50 patients ont été inclus dans le groupe contrôle. La durée d'hospitalisation était significativement plus courte dans le groupe RAAC que dans le groupe contrôle (90 patients [80,4 %] sortis à j2 postopératoire ou avant vs. 10 patients [20 %] ;  $p < 0,001$ ). Les résultats des suites postopératoires sont présentés dans le Tableau 2. Il n'était pas retrouvé de différence significative en termes de complications postopératoires (15,2 % dans le groupe RAAC vs. 20 % dans le groupe contrôle,  $p = 0,447$ ) ni de taux de réhospitalisations dans les 30 jours postopératoires (9 patients [8,04 %]

dans le groupe RAAC vs. 1 patient [0,2 %] dans le groupe contrôle,  $p = 0,140$ ).

**Conclusion** La RAAC après NPRA semble diminuer les durées d'hospitalisation postopératoires sans augmenter les complications postopératoires ou les taux de réhospitalisations. La mise en place d'un protocole de RAAC nécessite une prise en charge multidisciplinaire et une formation des équipes médicales et paramédicales pour une application optimale en sécurité pour le patient.

Tableau 1 Caractéristiques des patients, tumeurs et opérations.

Caractéristiques des patients	Groupe contrôle N=50	Groupe RAAC (N=112)	p value
<b>Age (ans) moyenne (sem)</b>	60.2 (1.85)	58.2 (1.28)	0.379
<b>Male N (%)</b>	38 (78)	77 (68.8)	0.348
<b>IMC moyenne (sem)</b>	27 (0.84)	26.2 (0.43)	0.393
<b>Fonction rénale préopératoire</b>			
<b>Créatininémie (umol/L) moyenne (sem)</b>	82.9 (3.21)	82.5 (2.19)	0.816
<b>eGFR (MDRD) (ml/min/1.73m<sup>2</sup>) moyenne (sem)</b>	79.7 (3.04)	82.3 (1.86)	0.475
<b>Caractéristiques tumorales</b>			
<b>Côté N (%)</b>			
Droit	26 (52)	47 (42)	0.493
Gauche	23 (46)	62 (55.4%)	
Bilatérale	1 (2)	3 (2.7%)	
<b>Localisation tumorale N (%)</b>			
Pôle supérieur	10 (20)	46 (41.1)	<0.001
Pôle median	5 (10)	20 (17.9)	
Pôle inférieur	17 (34)	33 (29.5)	
Postérieure	7 (14)	12 (10.7)	
Autre	11 (22)	1 (0.9)	
<b>Taille tumorale (mm) moyenne (sem)</b>	28 (1.29)	28.7 (0.98)	0.688
<b>Renal score moyen (sem)</b>	7.33 (0.45)	0.53 (0.21)	0.121
<b>Temps d'ischémie (min) moyenne (sem)</b>	20.5 (0.79)	19 (0.62)	0.688

IMC : indice masse corporelle ; eGFR (MDRD) : estimated glomerular filtration rate (modification of diet in renal disease) ; RENAL score : RENAL (radius, exophytic/endophytic properties, nearness of tumor to the collecting system or sinus in millimeters, anterior/posterior location relative to polar lines) ; sem : standard error of the mean.