Tableau 1

Médecin référent (unique)		
Gynécologue	34	22%
Urologue	47	31%
Physiologiste	39	25%
Gastro-entérologue	10	6%
Autre	14	9%
Pathologies prises en charge (multiples)		
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[1,*], E. Seizilles de Mazancourt[2], B. Tremblais[2], R. Ecochard[2], A. Ruffion[1], P. Paparel[1]
[1] *Chls, Pierre-Bénite, France*
[2] *CHU Lyon-Sud, Lyon, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : 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^2 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
Age *(ans)* moyenne (sem)	60.2 (1.85)	58.2 (1.28)	0.379
Male *N (%)*	38 (76)	77 (68.8)	0.348
IMC moyenne (sem)	27 (0.84)	26.2 (0.43)	0.393
Fonction rénale préopératoire			
Créatininémie *(umol/L)* moyenne (sem)	82.9 (3.21)	82 5 (2.19)	0.816
eGFR (MDRD) *(ml/min/1.73m²)* moyenne (sem)	79.7 (3.04)	82.3 (1.86)	0.475
Caractéristiques tumorales			
Coté N (%)			
Droit	26 (52)	47 (42)	0.493
Gauche	23 (46)	62 (55.4%)	
Bilaterale	1 (2)	3 (2.7%)	
Localisation tumorale N (%)			
Pôle supérieur	10 (20)	46 (41.1)	<0.001
Pôle median	5 (10)	20 (17.9)	
Pole inferieur	17 (34)	33 (29.5)	
Postérieure	7 (14)	12 (10.7)	
Autre	11 (22)	1 (0.9)	
Taille tumorale *(mm)* moyenne (sem)	28 (1.29)	28.7 (0.98)	0.688
Renal score moyen (sem)	7.33 (0.45)	0.53 (0.21)	0.121
Temps d'ischémie (min) moyenne (sem)	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.

Tableau 2 Suites postopératoires immédiates après néphrectomie partielle robot assistée.

Suites postopératoires	Groupe contrôle (N=50)	Groupe RAAC (N=112)	p value
Retrait de la sonde urinaire N (%)			<0.001
Pas de sonde urinaire	0	38 (33.9)	
J0	7 (14)	34 (30.4)	
J1	25 (50)	38 (33.9)	
J2	16 (32)	2 (1.8)	
Rétention urinaire	1 (2)	4 (3.6)	0.593
Mobilisation N (%)			<0.001
J0	3 (6)	75 (67)	
J1	32 (64)	37 (33)	
≥J2	15 (30)	0	
Nutrition N (%)			
Reprise alimentation:			<0.001
J0	4 (8)	109 (97.3)	
J1	32 (64)	3 (2.7)	
J2	14 (28)	0	
Reprise transit (gaz)			<0.001
J1	32 (69.6)	106 (94.6)	
J2	13 (28.3)	6 (5.4)	
≥J2	1 (2.2)	0	
Biologie			
eGFR (MDRD) à J1 (ml/min/1.73m²)			
moyenne(sem)	69.1 (2.51)	72.1 (1.47)	0.302
Sortie d'hospitalisation N (%)			<0.001
J1	0	10 (8.9)	
J2	10 (20)	80 (71.4)	
J3	23 (46)	8 (7.1)	
>J3	9 (18)	14 (12.5)	
Complications postopératoires avant sortie d'hospitalisation N (%)			
Nombre total de complications	10 (20)	17 (15.2)	0.447
Types de complications			
Hématurie macroscopique	3 (27.3)	3 (17.6)	0.494
Pseudoanevrsyme artériel	2 (4)	2 (1.8)	
Urinome	0	1 (0.9)	
Pyélonéphrite aigue	2 (4)	2 (1.8)	
Abcès de paroi	2 (4)	4 (3.6)	

eGFR (MDRD) : estimated glomerular filtration rate (modification of diet in renal disease) ; j1 : jour 1 postopératoire.

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

https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.118

CO-72

Évaluation de la satisfaction des patients pris en charge dans le protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en urologie à l'aide d'un questionnaire validé « EVAN-G »

S. Fakhfakh[1,*], C. Pouliquen[2], S. Rekik[3], J. Campagna[3], J. Walz[1], C. Brun[2], M. Tourret[2], M. Faucher[2], D. Mokart[4], M. Picini[5], S. Massacrier[5], S. Boulant[5], E. Cini[5], G. Pignot[1]
[1] *Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France*
[2] *Institut Paoli-Calmettes, département d'anesthésie, Marseille, France*
[3] *Institut Paoli-Calmettes, département d'urologie, Marseille, France*
[4] *Institut Paoli-Calmettes, département de réanimation, Marseille, France*
[5] *Institut Paoli-Calmettes, département Idec Raac, Marseille, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : samyfakhfakh@gmail.com (S. Fakhfakh)

Objectifs La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) permet d'optimiser la prise en charge périopératoire des patients, avec un impact significatif sur les complications postopératoires et la durée moyenne de séjour (DMS). L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti et la satisfaction des patients opérés et pris en charge dans le cadre d'un protocole RAAC dans notre centre.
Méthodes Au total, 523 patients consécutifs ont été inclus dans notre protocole RAAC entre janvier 2016 et avril 2019. Nous avons proposé aux patients une évaluation prospective par le questionnaire validé EVAN-G qui comporte 26 items et évalue la satisfaction des patients selon 6 « dimensions »: attention portée, information, intimité, douleur, inconfort et délais d'attente. La moyenne de ces scores permet ensuite de déterminer un score de satisfaction globale sur 100 points. Au total, 122 patients (23,3 %) ont répondu au questionnaire, parmi lesquels 83 patients opérés d'une prostatectomie totale et 39 d'une néphrectomie partielle (par voie robot-assistée).
Résultats Le score global moyen EVAN-G était de 78,9 [écart-type 14,6]. Le sous-score moyen regroupant les items portant sur l'information préopératoire était de 76,4 [19,1]; ainsi, 97,4 % des patients ont répondu avoir reçu l'information nécessaire et avoir été rassuré avant l'intervention (autant qu'attendu: 26,0 %, un peu mieux qu'attendu: 31,2 %, ou beaucoup mieux qu'attendu: 40,2 %). Concernant la gestion de la douleur postopératoire, le sous-score moyen était de 80,5 [15,8]; 87,0 % des patients ont répondu avoir été soulagé (autant qu'attendu: 33,8 %, un peu mieux qu'attendu: 18,2 %, ou beaucoup mieux qu'attendu: 35,0 %). Enfin, concernant la gestion des nausées et vomissements postopératoires, le sous-score moyen était de 73,5 [17,9]; 81,8 % des patients ont déclaré avoir eu peu (27,3 %) ou pas du tout (54,5 %) de nausées/vomissements.
Conclusion Dans notre série, la réduction du taux de complications et de la DMS liée à la RAAC ne se fait pas au détriment de la satisfaction du patient qui reste élevée. Dans la dynamique actuelle d'évaluation des pratiques professionnelles, le score EVAN-G pourrait permettre d'identifier des axes d'amélioration et de guider des actions correctrices dans le cadre d'une stratégie multi-professionnelle.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.119

CO-73

Promontofixation par voie laparoscopique en ambulatoire : évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes

S. Guérin[1,*], E. Della Negra[2], L. Bruneau[2], R. Braguet[2], Y. Codet[2], L. Corbel[2]
[1] *CHU de Rennes, Rennes, France*
[2] *Hôpital privé des Côtes d'Armor, Plérin, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : soniaguerin26@gmail.com (S. Guérin)

Objectifs Au total, 13976 promontofixations cœlioscopiques ont été réalisées en France en 2018, parmi lesquelles 575 en ambulatoire soit 4,1 %, une nette progression par rapport à 2014 (0,9 %). Face à ce virage ambulatoire, le but de cette étude est d'évaluer la faisabilité et la satisfaction des patientes ayant bénéficié de cette prise en charge.
Méthodes Étude observationnelle rétrospective comparative portant sur 60 patientes, 30 en ambulatoire et 30 en hospitalisation conventionnelle entre janvier 2017 et mai 2019. La majorité des patientes a bénéficié d'une pose de bandelette antérieure seule. Treize pour cent des patientes en ambulatoire et 23 % des patientes en hospitalisation ont eu la pose d'une double bandelette. Nous avons étudié les taux de complications postopératoires, de consultation d'un médecin dans les jours suivants la chirurgie ainsi que la satisfaction des patientes par le biais d'un questionnaire.
Résultats Trois patientes ont été ré-hospitalisées, 1 du groupe ambulatoire pour syndrome occlusif et 2 après hospitalisation pour