

–6,9±4,1 sous EP. Une amélioration ≥ 3 points était observée chez 85,8 % sous AB et 89,4 % sous EP respectivement. Le taux de patients ennuyés par leurs symptômes urinaires est passé de 91,9/85,1 % à 17,4/22,4 % dans les bras AB/EP respectivement. Parmi les patients sous AB/EP, 87,9/93,4 % rapportent être satisfaits de leur traitement. Au global, 26 patients (3,1 %) ont présenté au moins un évènement indésirable (4,0/2,1 % sous AB/EP).

Conclusion Cette analyse intermédiaire confirme en pratique courante l'efficacité des traitements des SBAU liés à l'HBP de première intention aussi bien par AB que par EP. Les bénéfices des traitements, comparables entre AB et EP, semblent confortés par l'amélioration de la qualité de vie, la satisfaction des patients ainsi que leur profil de tolérance (en faveur des traitements EP).

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.159>

CO-113

Évolution de la prise en charge des énucléations laser holmium (HoLEP) en ambulatoire : impact du volume opératoire et de la courbe d'apprentissage

K. Clement^{1,*}, E. Alezra², T. Marquette², G. Capon³, H. Bensadoun², J. Ferriere², B. Jean-Christophe², F. Bladou², G. Robert²

¹ Inserm Numecan, Rennes, France

² CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

³ Service d'urologie, CHU de Dijon, Dijon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clement.klein@orange.fr (K. Clement)

Objectifs Évaluer l'évolution dans le temps du taux d'échec d'hospitalisation ambulatoire après une énucléation LASER de la prostate (HOLEP). L'échec était défini par une hospitalisation nécessaire le soir de l'intervention ou une ré-hospitalisation dans les 48 h.

Méthodes Nous avons étudié rétrospectivement l'ensemble des HOLEP réalisées en ambulatoire par un même chirurgien dans notre établissement hospitalier universitaire entre janvier 2013 et février 2019. Dans notre cohorte, nous avons défini trois groupes suivant un ordre chronologique. Une sonde vésicale était systématiquement mise en place et retirée à j1 en l'absence de complication. L'ensemble des patients étaient appelés à j1 pour s'assurer de la bonne reprise mictionnelle. Nous avons colligé les données démographiques, la symptomatologie urinaire (IPSS, complications de l'HBP), le volume prostatique, le PSA, le poids d'énucléation et les complications postopératoires. Les tests d'Anova et du Chi² étaient utilisés pour les analyses statistiques.

Résultats Au total, 266 patients ont été répartis dans 3 groupes par ordre chronologique d'intervention. Le groupe 1 (n=88) entre janvier 2013 et juillet 2015, le groupe 2 (n=89) jusqu'en juin 2017 et le groupe 3 (n=89) jusqu'en février 2019. Les trois groupes étaient comparables en termes d'IMC, score ASA, PSA préopératoire, débit-métrie (Qmax, RPM) et volume prostatique (Tableau 1). Le taux d'échec d'ambulatoire diminuait significativement avec le temps, il était respectivement de 30 %, 16 % puis 13 % dans les groupes 1, 2 et 3 (p=0,014) malgré plus de patients sous antiagrégant plaquettaire. La durée opératoire baissait dans le temps avec une durée moyenne de 77 minutes pour le groupe 1 et respectivement de 60,4 et 55,4 pour les groupes 2 et 3 (p<0,001). Il en était de même pour l'énergie délivrée en peropératoire (p=0,041) (Fig. 1).

Conclusion Dans notre étude, le taux d'échec d'ambulatoire a été divisé par 2 sur la période étudiée. C'est probablement la courbe d'apprentissage et la diminution de la durée opératoire qui ont conditionné cette évolution. Néanmoins, nous n'avons pas pu

évaluer l'impact de l'organisation infirmière et structurelle périopératoire qui ont du également impacter les résultats.

Tableau 1 Caractéristiques des trois groupes d'HOLEP ambulatoire.

	Groupe 1 (n=88)	Groupe 2 (n=89)	Groupe 3 (n=89)	p-value
Age *	65,5 (±7,93)	66,8 (±6,86)	68,3 (±7,74)	0,042
ASA *	2	2	2	-
IMC (kg/m ²)*	26,2 (±3,54)	26,6 (±3,78)	26,1 (±4,16)	-
PSA (ng/mL)*	4,79 (±4,24)	6,01 (±6,29)	5,08 (±4,06)	-
Qmax (mL/s)*	8,51 (±4,25)	8,55 (±3,77)	8,99 (±4,27)	-
RPM (mL)*	144 (±142)	120 (±112)	127 (±124)	-
Volume prostatique (cm ³)*	75,7 (±34,1)	85,2 (±44,1)	79,5 (±45,1)	-
VP > 90 cm ³	31 (37%)	29 (36%)	28 (33%)	-
Durée opératoire (minutes)*	77,0 (±30,8)	60,4 (±24,5)	55,4 (±24,0)	<0,001
Poids de la pièce en fin d'intervention (g)*	44,2 (±33,6)	50,4 (±33,8)	42,4 (±27,9)	-
Energie délivrée (kJ)*	95,2 (±49,8)	84,0 (±30,7)	77,9 (±45,4)	0,041
Sonné avant l'intervention	5 (5,7%)	0 (0,0%)	9 (10%)	-
Prise d'un traitement antiagrégant plaquettaire	7 (8%)	15 (17%)	17 (19%)	-
Echec d'ambulatoire	26 (30%)	14 (16%)	12 (13%)	0,014

* Moyenne (± écart type)
 † Médiane

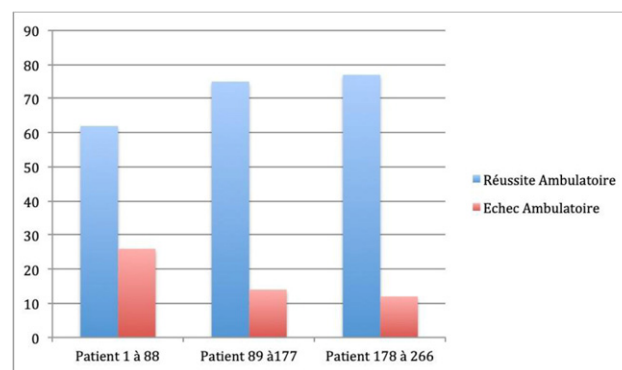


Fig. 1 Évolution de l'HOLEP en ambulatoire entre janvier 2013 et février 2019.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.160>

CO-114

Incontinence urinaire d'effort après HoLEP : incidence et facteurs de risques

H. Ye^{1,*}, R. Cudas-Duarte², F. Galonnier³, A. Ruffion⁴, L. Badet², H. Fassi-Fehri⁵

¹ CHU Souro Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

² Service d'urologie, chirurgie de la transplantation pavillon V, hôpital Édouard-Herriot, HCL, Lyon, France

³ Service d'urologie, centre hospitalier Lyon-Sud, HCL, Pierre-Bénite, France

⁴ CHLS, Pierre-Bénite, France

⁵ Hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hy06156@gmail.com (H. Ye)

Objectifs L'HOLEP est une technique d'énucléation endoscopique « trans-sphinctérienne » de la prostate au laser Holmium. Le sphincter urinaire peut être lésé pendant ce geste et entraîner une incontinence urinaire d'effort (IUE) postopératoire. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'incidence et les facteurs de risque de survenue d'une IUE au cours de la première année après HoLEP.