

Tumeur du rein : traitement chirurgical

CO-137

Évaluation de l'utilisation de la salle hybride sur l'activité de chirurgie en oncologie rénale



C. Aubert*, C. Rolley, M. Mauny, J. Heuveline, E. Silve, V. Le Corre, S. Lebdaï, E. Brassart, T. Cult, A. Azzouzi, A. Bouvier, P. Bigot

CHU d'Angers, Angers, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cecileaubert03@gmail.com (C. Aubert)

Objectifs La néphrectomie partielle après embolisation des vaisseaux tumoraux en salle hybride (NPESH) combine l'embolisation des vaisseaux tumoraux et l'énucléation de la tumeur sous coelioscopie dans un même temps opératoire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'utilisation de la NPESH sur la prise en charge des patients traités par chirurgie pour une tumeur localisée du rein.

Méthodes Nous avons étudié, via la base de données uroCCR, tous les patients consécutifs opérés dans un centre universitaire pour tumeur du rein. De 2011 à mai 2015, les patients ont été traités par néphrectomie partielle standard (NPS) coelioscopique ou ouverte et de mai 2015 à mai 2019 par NPESH. Nous avons recueilli les caractéristiques des patients, des tumeurs, les données peropératoires et postopératoires. Ces données ont été comparées par des tests de Student et du Chi². L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'utilisation de la NPESH sur la prise en charge des patients traités par chirurgie pour une tumeur localisée du rein.

Résultats De 2011 à mai 2015, 67 néphrectomies partielles (NPS) (29 %) et 65 (71 %) néphrectomies totales (NT) ont été réalisées. Depuis mai 2015, 176 NPS (49 %) et 180 NT (50 %) ont été réalisées. Nous avons inclus 87 NPS et 137 NPESH. Le score ASA des NPESH était plus élevé que celui des NPS ($p < 0,0001$). La complexité tumorale et la taille tumorale médiane étaient similaires dans les deux groupes ($p = 0,852$ et $p = 0,48$). Le taux de complications pour les NPS et NPESH était de 55,2 % et 33,6 % ($p = 0,002$). Les complications étaient moins sévères dans le groupe NPESH ($p = 0,012$). La durée médiane d'hospitalisation était de 8 et 4 jours pour les groupes NPS et NPESH ($p < 0,0001$). Les marges chirurgicales positives étaient de 2 (2,3 %) et 6 (4,6 %) pour le groupe NPS et NPESH ($p = 0,713$) (Tableau 1 et Fig. 1).

Conclusion La NPESH est une technique fiable comparativement à la NPS. Elle semble être une alternative intéressante en permettant de limiter l'ischémie rénale, le taux de complication et la durée de séjour.

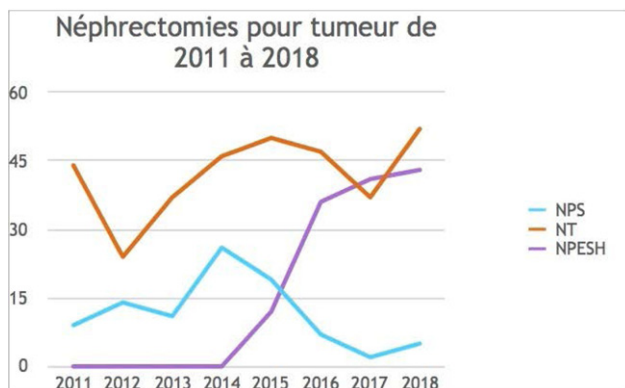


Fig. 1 Néphrectomies pour tumeur de 2011 à 2018.

Tableau 1 Caractéristiques des tumeurs, données peropératoires et postopératoires.

		NPS n = 87	NPESH n = 137	p
PATIENTS	Age médian (années)	59 [28; 83]	63 [27; 84]	0,068
	1	16 (36,4)	14 (10,3)	
	2	19 (43,2)	81 (59,6)	
	3	7 (15,9)	40 (29,4)	
	4	2 (4,6)	1 (0,74)	<0,0001
non-évalués		43	1	
TUMEUR	Taille médiane (cm)	3,5 [0,9; 12]	3,1 [1; 14]	0,489
	Tumeur maligne, n (%)	75 (83,3)	112 (81,2)	0,542
	Marges positives, n (%)	2 (2,3)	6 (4,6)	0,713
CHIRURGIE	Durée chirurgicale médiane (min)	180 [75; 300]	75 [32; 240]	<0,0001
	Durée totale médiane (min)	180 [75; 300]	154 [81; 330]	0,022
	Saignement médian (mL)	375 [0; 1800]	100 [0; 4000]	0,05
POSTOPÉRA TOIRE	Complications, n (%)	48 (55,2)	46 (33,6)	0,002
	Transfusions, n (%)	11 (12,6)	5 (3,7)	0,016
	Durée médiane de séjour (j)	8 [4; 28]	4 [2; 28]	< 0,0001
	Récidive, n (%)	5 (6)	4 (3,2)	0,714
	Variation MDRD (%)	4 [64; 74]	5 [80; 77]	0,63

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.184>

CO-138

Facteurs de risque d'upstaging des tumeurs rénales localisées (étude UroCCR n° 15)



A. De Hauteclocque^{4,*}, C. Dariane¹⁷, N. Doumerc¹⁶, F. Bruyère¹⁵, C. Campy¹⁴, F.X. Nouhaud¹³, P. Bigot¹², J. Risk¹¹, H. Lang¹⁰, C. Lebacle⁹, G. Pignot⁸, J.A. Long⁷, T. Charles⁶, X. Tillou⁵, P. Paparel¹, R. Boissier², K. Bensalah³, J.C. Bernhard⁴

¹ Hospices civils de Lyon, Lyon, France

² Hôpital de La Conception, Marseille, France

³ CHU de Rennes, Rennes, France

⁴ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

⁵ CHU de Caen, Caen, France

⁶ CHU de Poitiers, Poitiers, France

⁷ CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁸ Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

⁹ Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

¹⁰ CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

¹¹ Hôpital Paris Saint-Joseph, Paris, France

¹² CHU d'Angers, Angers, France

¹³ CHU de Rouen, Rouen, France

¹⁴ CHU Henri-Mondor, Créteil, France

¹⁵ CHU de Tours, Tours, France

¹⁶ CHU Rangueil Toulouse, Toulouse, France

¹⁷ HEGP, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : astrid.dehauteclocque@gmail.com

(A. De Hauteclocque)

Objectifs Alors que la surveillance active et les traitements focaux conservateurs (ablathermies et néphrectomie partielle) deviennent des stratégies prépondérantes de prise en charge des tumeurs rénales, leur sécurité oncologique pour les lésions les plus agressives restent méconnues. Nous avons souhaité déterminer les facteurs prédictifs de passage d'une tumeur cliniquement locali-

sée à localement avancée sur l'examen histopathologique définitif (*upstaging*).

Méthodes Une étude rétrospective multicentrique internationale dans le cadre du Réseau UroCCR (CNIL DR2013-206 ; NCT03293563) a inclus les patients opérés d'une néphrectomie partielle (NP) ou totale (NT) entre 2006 et 2018 pour tumeur localisée de moins de 10 cm (\leq cT2aM0). Les données clinico-radiologiques, chirurgicales et histologiques ont été collectées prospectivement après consentement écrit à partir de la base UroCCR et comparées entre les tumeurs pT3a et les autres grâce aux tests du Chi² et Fisher. Une régression logistique multivariée a été réalisée pour déterminer les facteurs prédictifs d'*upstaging* vers un stade pT3a. Une comparaison de la survie entre NP et NT a également été effectuée.

Résultats Parmi 5404 patients présentant initialement une tumeur localisée (\leq cT2a), 714 (13 %) avaient finalement une tumeur classée pT3a. En analyse univariée, le risque d'*upstaging* pathologique était significativement corrélé à un âge élevé (65,2 vs 59,6 ; $p < 0,001$), au sexe masculin (71 % vs 67 % ; $p = 0,033$), à des symptômes au diagnostic ($p < 0,001$), à un score ASA élevé ($p < 0,001$). Les tumeurs pT3a étaient caractérisées par une taille tumorale plus élevée (5,52 vs 3,76 cm ; $p < 0,001$), une localisation hilair (34 % vs 17 % ; $p < 0,001$), un caractère exophytique ($p < 0,001$), un score RENAL élevé (7–12) (75 % vs 52 % ; $p < 0,001$). En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants d'*upstaging* étaient l'âge (OR = 1,04 pour l'augmentation d'une année ; $p < 0,001$), la présence de symptômes généraux au diagnostic (OR = 2,34 ; $p = 0,003$) et la taille tumorale (OR = 1,50 pour une augmentation d'1 cm ; $p < 0,001$). Les survies spécifique et globale n'étaient pas statistiquement différentes selon le type de chirurgie.

Conclusion Nous avons pu déterminer un nombre limité de 3 facteurs de risque indépendants d'*upstaging* pathologique en pT3a des tumeurs rénales cliniquement localisées. Leur connaissance pourrait aider à guider la décision de stratégie thérapeutique (contre-indication d'une surveillance active ou d'une ablathermie). Il s'agit d'une des plus grandes séries de la littérature sur le sujet. **Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.185>

CO-139 Complications majeures des traitements chirurgicaux des tumeurs du rein localisées d'après les données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information 2016 et 2017

G. Pascal^{1,*}, P. Eschwege², J. Salleron³, F. Baumard³, B. Sarfati⁴, L. Farfan⁴

¹ CHRU de Nancy, Nancy, France

² Service d'urologie, CHRU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, France

³ Institut Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy, France

⁴ Real Consulting Data, Montrouge, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gllmpascal@gmail.com (G. Pascal)

Objectifs Le traitement chirurgical des tumeurs du rein localisées est à l'origine de complications hémorragiques, thromboemboliques et infectieuses. Nous avons étudié les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information national 2016 et 2017 pour en extraire leurs fréquences selon le type d'intervention chirurgicale (néphrectomie totale élargie, néphrectomie partielle) et selon la voie d'abord (laparotomie, coelioscopie, lombotomie et laparotomie/lombotomie).

Méthodes Les données étaient extraites pour la période 2016 et 2017 pour tous les patients anonymisés hospitalisés en France (tout

établissement confondu) avec un diagnostic de tumeur rénale sauf voie excrétrice (C64). Sont exclus les patients ayant des diagnostics en rapport avec des lésions secondaires. Les différents groupes chirurgicaux étaient sélectionnés à partir de leur code CCAM (chirurgie ouverte ou coelioscopique, partielle ou totale). Les complications étaient sélectionnées à partir des codes diagnostics associés. Nous avons regroupé les complications hémorragiques (HEM), thromboemboliques (MTE) et infectieuses (INF). Les données avaient été analysées avec un test du Chi² ou un test exact de Fischer.

Résultats En 2016 et 2017, respectivement 8654 et 8808 patients ont été inclus. Parmi les 4448 NP réalisées en 2016, les complications HEM ($p < 0,001$) et INF ($p < 0,001$) étaient significativement plus importantes dans les groupes lombotomie et laparotomie. Pour les 4206 NTE, il y avait significativement plus de complications INF ($p < 0,001$), HEM ($p < 0,001$) et MTE ($p < 0,047$) dans les groupes ouverts. Parmi les 4724 NP et les 4084 NTE de 2017, il y avait significativement plus de complications HEM ($p < 0,001$), MTE ($p = 0,001$) et INF ($p < 0,001$ groupe NP et $p = 0,013$ groupe NTE) dans les groupes ouverts que les groupes coelioscopiques (Tableaux 1 et 2).

Conclusion Les voies coelioscopiques sont moins pourvoyeuses de complications INF, HEM et MTE que les voies ouvertes d'après les données du PMSI nationale.

Tableau 1

n/N	2016													
	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7
NP lap	179/24,68	189/24,80	482/16,97	479/18,50	362/26,57	391/27,89	217/26,34	171/25,60	348/27,12	409/28,91	308/28,58	412/30,83	362/28,06	257/27,88
MTV	202/8,89	192/2,04	481/9,90	712/7,79	376/9,39	443/9,38	616/9,34	291/6,34	292/2,16	351/9,98	852/3,90	376/2,38	543/4,18	374/9,19
HEM	117/16,69	228/16,53	246/11,33	381/18,11	302/23,81	244/13,32	232/25,84	115/17,22	214/16,68	317/12,13	322/12,41	287/21,80	250/19,38	132/18,18
nombre d'actes	701	1378	2369	2582	129	1409	89	668	1281	2778	2595	131	1290	96

Tableau 2

	2016		2017	
	G1G2G3	G4G5G6G7	G1G2G3	G4G5G6G7
INF	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
MTV	0,222	0,047	0,001	0,013
HEM	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.186>

CO-140 Évaluation des résultats oncologiques des néphrectomies partielles robot-assistée, en fonction du type de clampage artériel – étude multicentrique (on-clamp vs off-clamp) – UroCCR 58

A. Mellouki^{1,*}, I. Bentellis¹, A. Shaikh¹, N. Doumerc², M. Roupret³, F. Nouhaud⁴, C. Leblacle⁵, J.A. Long⁶, D. Chevallier¹, B. Tibi¹, M. Durand¹, P. Pillot⁷, X. Tillou⁸, J.C. Bernhard⁹, Y. Ahallal¹

¹ CHRU de Nice, Nice, France

² CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

³ Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴ CHU de Rouen, Rouen, France

⁵ Hôpital Kremlin-Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

⁶ CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁷ CHU de Poitiers, Poitiers, France

⁸ CHU de Caen, Caen, France

⁹ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mellouki.a@chu-nice.fr (A. Mellouki)

