

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 Fisher.

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	412/28,83	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	302/28,81	244/13,32	232/25,84	115/17,22	214/16,68	317/12,13	322/12,41	247/21,80	250/19,18	132/18,18
nombre d'actes	701	1378	2369	2582	126	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)

Objectifs Le clampage artériel permet de réduire le saignement opératoire, donc une meilleure visibilité, ce qui pourrait impacter la qualité chirurgicale et les résultats oncologiques. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du type de contrôle artériel (clampage vs sans clampage) sur les résultats oncologiques des néphrectomies partielle robot-assistée (RAPN).

Méthodes Au total, 1277 patients traités par RAPN ont fait objet d'une analyse multicentrique rétrospective à partir de la base de données collectée prospectivement UroCCR. Nous avons analysé les variables suivantes : âge, sexe, ECOG, RENAL score, TNM, le type de clampage artériel (clampage vs sans clampage) et les résultats oncologiques : marges chirurgicales, récurrence locale, survie sans métastase, et survie globale. Pour les variables continues nous avons utilisé les tests de Mann–Whitney et Student ; pour les variables discrètes, Chi² et Kruskal–Wallis ; Kaplan–Meier avec un test du log-rank pour l'analyse de survie ; ainsi qu'un modèle de régression logistique pour l'analyse multivariée.

Résultats Les médianes d'âge, l'IMC, la taille tumorale et le RENAL score étaient respectivement 63 ans, 26,70 kg/m², 3,00 cm et 7 dans le groupe sans clampage (n=220) et 62, 26,1, 3,50 cm et 7 dans le groupe avec clampage (n=1057) avec des valeurs p=0,412, 0,103, 0,003 et 0,097 respectivement. Le taux de marges chirurgicales positives était de 3 % dans le groupe sans clampage et 6,4 % dans le groupe avec clampage (p=0,09). À 60 mois de durée de suivi moyenne, aucune différence significative entre les deux groupes en matière de récurrence locorégionale (p=0,93), survie sans métastases (p=0,097) et globale (p=0,19) n'était retrouvée (Tableau 1, Fig. 1 et 2).

Conclusion Les résultats oncologiques en matière de marges chirurgicales, de récurrence locorégionale, survie sans métastase et survie globale semblent équivalents quel que soit le type de contrôle hilaire choisi. Les chirurgiens réalisant des RAPN sans clampage ont probablement plus d'expérience chirurgicale ce qui pourrait en partie expliquer nos résultats. Des essais contrôlés randomisés pour confirmer ces résultats semblent nécessaires.

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonctions des groupes (clampage vs sans clampage) et résultats oncologiques.

Médiane (IQR) or no. (%)	Sans Clampage	Avec Clampage	p-value
N	220	1057	
Sexe (F)	69 (31.4)	370 (35.0)	0.339
Age	63.00 [54.00, 69.00]	62.00 [52.00, 69.00]	0.412
IMC kg/m ²	26.70 [24.10, 30.30]	26.10 [23.40, 29.70]	0.103
ECOG ≥2	25 (12.4)	38 (4.1)	<0.001
Taille de la tumeur (cm)	3.00 [2.00, 4.50]	3.50 [2.50, 4.80]	0.003
R.E.N.A.L score	7.00 [6.00, 9.00]	7.00 [5.00, 9.00]	0.097
Déclampage précoce	NA	632 (62.3)	0.001
Pertes Hémorragiques (ml)	100.00 [50.00, 250.00]	150.00 [50.00, 300.00]	0.043
Marges Chirurgicales positives (%)	6 (3.0)	56 (6.4)	0.090
pTNM			
pT1a	106 (63.5)	473 (60.4)	
pT1b	22 (13.2)	172 (22.0)	
pT2	4 (2.4)	18 (2.3)	
pT3	35 (21.0)	114 (14.6)	
Résultats Oncologiques			
Récurrence Locorégionale (%)	5 (3.1)	33 (3.9)	0.792
Récurrence Métastatique (%)	8 (4.9)	27 (3.2)	0.374
Décès (%)	4 (2.5)	13 (1.5)	0.604
Survie Sans Récurrence Locorégionale (mois)	10.50 [5.00, 18.00]	14.00 [5.00, 26.00]	0.035
Survie Sans Récurrence Métastatique (mois)	10.00 [5.00, 18.00]	14.00 [5.00, 27.00]	0.015
Survie Globale (mois)	11.00 [5.00, 18.00]	14.00 [5.00, 28.00]	0.022

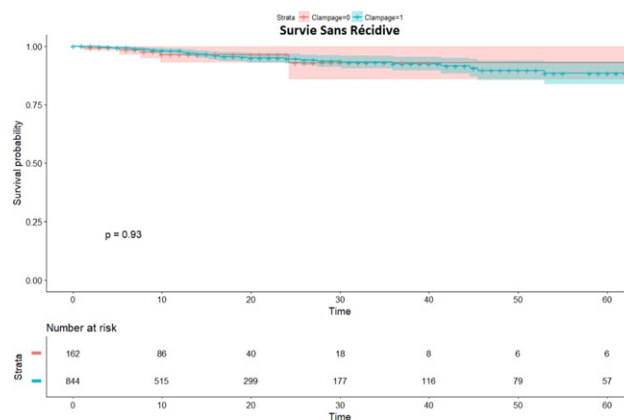


Fig. 1 Survie sans récurrence.

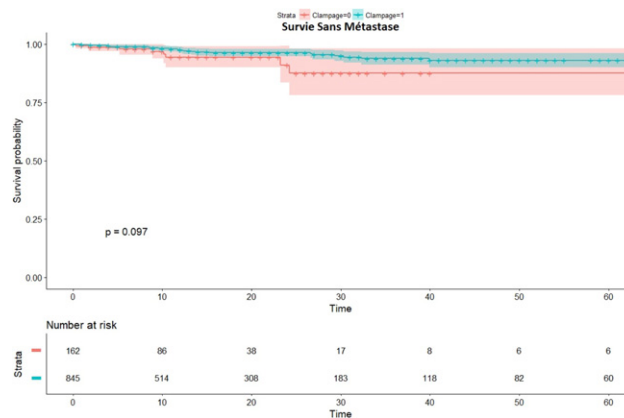


Fig. 2 Survie sans métastase.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.187>

CO-141 Tumorectomies rénales multiples : analyse comparative appariée des voies robotiques et ouvertes (UroCCR study n° 60)



C. Debard^{1,*}, N. Doumerc², C. Dariane³, F. Bruyere⁴, J. Rizk⁵, C. Lebacqz⁶, P. Bigot⁷, A. De la Taille⁸, F. Nouhaud⁹, H. Lang¹⁰, A. Mejean³, K. Bensalah¹¹, J.C. Bernhard¹

¹ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

² CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

³ Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

⁴ CHU de Tours, Tours, France

⁵ Hôpital Saint-Joseph, Paris, France

⁶ Service d'urologie, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

⁷ CHU d'Angers, Angers, France

⁸ Département d'urologie, CHU Mondor, Créteil, France

⁹ CHU de Rouen, Rouen, France

¹⁰ Nouvel hôpital civil, service d'urologie, Strasbourg, France

¹¹ CHU, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.dbd@orange.fr (C. Debard)

Objectifs Au diagnostic de tumeur rénale, 5–25 % des patients ont une forme multifocale. Ils sont souvent jeunes, s'inscrivant dans des formes familiales, parfois sévères, avec un haut risque de récurrence. La préservation du parenchyme rénal est un enjeu fon-