

bles qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages. Comparaisons par les tests du Chi², de Fischer et le test de Student pour les variables qualitatives et quantitatives. Analyse de survie par un modèle de survie d'Aalen–Johansen pour prendre en compte le risque compétitif (Rstudio version 1.1.463).

Résultats Au total, 669 patients (480 NPR vs 189 NPO) présentaient un IMC > 30 kg/m², médiane : 32,4 kg/m² dont 9,2 % en obésité morbide (IMC > 40) avec un suivi médian de 36 mois. Parmi les patients, 62,2 % avaient un ASA 2 et 72,9 % un ECOG 0. Aucune différence statistique n'était retrouvée sur les variables de complexité et de taille tumorale. Les taux de complications per-, postopératoires médicales et chirurgicales étaient significativement moins importants après NPR (5,5 vs 11 %, 13,2 vs 20 % et 3,8 vs 15 %, respectivement). La durée d'hospitalisation et les pertes sanguines étaient inférieures après NPR (3,8 vs 8,1 j et 305 vs 426 mL). Le Tripecta et la durée de clampage n'était pas statistiquement différents. Les variations de fonction rénale étaient comparables entre les 2 groupes. Les survies sans récurrences étaient identiques dans les 2 groupes.

Conclusion (1) La voie d'abord robotique permet de diminuer la morbidité de la NP et les durées d'hospitalisation chez les patients obèses (IMC > 30 kg/m²) tout en garantissant des résultats oncologiques et fonctionnels équivalents à la voie ouverte. (2) Effectifs trop faibles pour conclure sur les patients en obésité sévère (IMC > 35).

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.189>

CO-143

Facteurs associés à une durée de séjour prolongée après néphrectomie partielle robot-assistée



A. Gasmî^{1,*}, Z. Khene¹, B. Peyronet¹, B. Pradère², L. Fretton¹, V. Grafeille¹, G. Verhoest¹, N. Rioux-Leclerc³, R. Mathieux³, K. Bensalah¹

¹ CHU, Rennes, France

² CHU de Tours, Tours, France

³ CHU Pontchaillou, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gasmianis16@gmail.com (A. Gasmî)

Objectifs La prolongation du séjour hospitalier après un geste chirurgical augmente les coûts et la morbidité périopératoire. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque d'une durée de séjour prolongée après néphrectomie partielle robotique (NPR).

Méthodes Les données de tous les patients ayant eu une NPR dans un centre universitaire entre juin 2010 et avril 2019 ont été analysées. Une borne fixée à 3 jours a été utilisée pour définir un séjour de durée prolongée. Les caractéristiques démographiques, les données peropératoires et postopératoires ont été recueillies. Une régression logistique a été réalisée pour rechercher les facteurs associés à une durée de séjour prolongée sur l'ensemble de la série.

Résultats Au total, 540 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 59 ans (±13). La durée d'intervention et les pertes sanguines moyennes étaient respectivement de 139 min (±54) et 532 mL (±449). Une conversion a été nécessaire dans 15 cas (2,81 %). Le taux global de complications postopératoire était de 26 % (n=141). Les délais médian et moyen de sortie ont été de 3,79 et 3,01 jours respectivement ; 348 opérés (64 %) sont sortis avant le 3^e postopératoire et 192 (35 %) après le 3^e jour. Les facteurs prédictifs d'une durée de séjour prolongée étaient : âge (OR = 3,27 ; p = 0,04), le RENAL score (OR = 1,05 ; p = 0,02) et le score ECOG (OR = 1,64 ; p = 0,02).

Conclusion Certains paramètres ont été identifiés comme des indicateurs de durée de séjour prolongée après NPR. Ces patients

à risque de durée de séjour prolongée nécessiteraient une surveillance postopératoire rapprochée et une intensification du protocole de réhabilitation précoce.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.190>

CO-144

Faisabilité de la néphrectomie partielle laparoscopique robot-assistée en unité de chirurgie ambulatoire pour la prise en charge du cancer du rein



J. Msika^{*}, T. Seisen, C. Vaessen, J. Parra, J. Cohen, E. Chartier Kastler, M.O. Bitker, M. Roupret
CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeremy.msika@free.fr

Objectifs Malgré le développement des unités de chirurgie ambulatoire (UCA), la néphrectomie partielle laparoscopique robot-assistée (NPLRA) reste une intervention la plus souvent réalisée en hospitalisation conventionnelle compte tenu du risque hémorragique. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la NPLRA sur une plateforme dédiée en UCA pour la prise en charge du cancer du rein (CaR).

Méthodes Les caractéristiques et résultats des patients sélectionnés pour être opérés d'une NPLRA en UCA dans notre centre ont été collectés prospectivement entre février 2017 et juin 2019. L'intervention chirurgicale robotique transpéritonéale était réalisée en 1^{re} position le matin par 3 opérateurs expérimentés à l'aide du robot Da Vinci Si ou Xi sans laisser de drain. Le protocole d'anesthésie permettait une récupération rapide et la sortie était autorisée si :

- EVA < 4 sans morphinique ;
- lever et prise de boisson sans difficulté entre H4 et H6. Un appel téléphonique à j1 permettait de vérifier l'absence de complication (NFS j1). Des analyses descriptives ont été réalisées.

Résultats Au total, 22 patients opérés d'une NPLRA en UCA pour un CaR avec un score RENAL médian de 4 (4–5) ont été inclus dans cette étude. L'âge médian était de 60 ans (52–76). La durée opératoire médiane était de 60 min (45–80) avec une durée de clampage médiane de 5 min (0–10). Un agent hémostatique a été utilisé chez 17 patients (80 %). Aucune complication peropératoire ou postopératoire immédiate n'a été rapportée. Tous les patients ont pu quitter l'UCA après une durée médiane de surveillance de 350 min (270–420). Aucune déglobulisation n'a été observée sur la NFS à j1. Deux patients ont été réadmis dans le mois postopératoire dont un à j3 pour une complication Clavien grade 3a (hématome nécessitant une embolisation) pour une hospitalisation de 5 jours. Aucune marge chirurgicale positive n'a été observée.

Conclusion La NPLRA est une intervention chirurgicale faisable en UCA pour la prise en charge du CaR. Les résultats préliminaires semblent similaires à ceux obtenus en hospitalisation conventionnelle mais cela nécessite une sélection des patients à faible risque chirurgical et aptes à comprendre les implications d'un retour rapide à domicile.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.191>