postopératoire chez les donneurs vivants. Cette formule pourrait être un outil précis pour améliorer la sélection des candidats donneurs de rein vivants.

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

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.07.048

CO-45

Transplantations rénales à partir de donneurs décédés par arrêt circulatoire contrôlé M3 et non contrôlé M2 : un impact sur les complications urinaires ? Étude multicentrique de 317 transplantations DDAC

B. Mesnard[1,*], M. Leroy[1], J. Hunter[2], D. Kervella[1], M.O. Timsit[3], L. Badet[4], P. Glemain[1], T. Prudhomme[5], J. Dantal[1], S. De Vergie[1], O. Bouchot[1], J. Rigaud[1], G. Karam[1], M. Giral[1], J. Branchereau[1]

[1] *CHU de Nantes, Nantes, France*
[2] *University of Oxford, Oxford, Royaume-Uni*
[3] *Hôpital Necker, AP—HP, Paris, France*
[4] *Hôpital Édouard-Herriot, hospices de Lyon, Lyon, France*
[5] *CHU de Toulouse, Toulouse, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : benoit.mesnard@aliceadsl.fr (B. Mesnard)

Objectifs La diminution du nombre de donneurs en mort encéphalique (DME) et l'augmentation des inscrits sur liste de transplantation rénale ont contribué au développement des greffes à partir des donneurs décédés par arrêt circulatoire contrôlé (DDACM3) et non contrôlé (DDACM2). Ces transplantations présentent-elles plus de complications urinaires ?
L'objectif de ce travail est d'évaluer les complications urinaires des transplantations à partir de DDACM2 et de DDACM3.
Méthodes Entre 2002 et 2018, 10 279 transplantations rénales sur des receveurs majeurs ont été recensées au sein du réseau Données Informatisées et VAlidées en Transplantation (DIVAT). Une extraction de données a été réalisée sur l'ensemble du réseau et a concerné 44 variables pré-, per- et postopératoires sélectionnées pour leur intérêt dans la littérature dont le type de donneur (vivant/mort cérébrale/Maastricht II/Maastricht III). Une analyse a été réalisée en univariée, puis en multivariée. L'analyse principale a porté sur l'association entre le type de donneur et l'ensemble des complications urologiques à 1an puis parmi les sous-groupes sténoses, fistules et reflux.
Résultats Au total, 317 transplantations DDAC (224 M2 et 93 M3) ont été analysées et comparées à 9962 transplantations non DDAC.
Les transplantations M2 sont significativement associées à une diminution du risque de complication urologiques à 1 an (OR : 0,59 [0,38—0,93], $p = 0{,}022$). En analyse de sous-groupe, la transplantation M2 est significativement associée à une diminution des sténoses et fistules.
Les transplantations M3 ne sont pas associées à une augmentation du risque de complications urologiques à 1 an (OR : 1,06 [0,55—2,03], $p = 0{,}859$) quel que soit le sous-groupe.
Les durées d'ischémie froide sont significativement inférieures pour les transplantations M2 (820,629 min) et M3 (588,484 min) que pour les donneurs non DDAC (1158,003 min).
La perfusion des transplants rénaux sur machine pulsatile hypothermique n'impacte pas les complications urologiques à 1 an quel que soit le type de donneur DME ECD/DDACM2/DDACM3.
Conclusion Les transplantations rénales avec donneurs décédés par arrêt circulatoire (contrôlé et non contrôlé) ne présentent pas plus de complications urinaires que les transplantations à partir de donneur en mort encéphalique.

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

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.07.049

CO-46

Identification des facteurs de risque d'échec des troisièmes transplantations rénales, analyse multicentrique de 269 greffes

A. Graveleau[1,*], M. Pere[1], C. Kerleau[1], E. Morelon[2], L. Badet[2], M. Ladriere[3], J. Hubert[3], C. Legendre[4], A. Mejean[4], M.O. Timsit[4], A. Sicard[5], L. Albano[5], M. Perrouin-Verbe[1], S. De Vergie[1], O. Bouchot[1], P. Glemain[1], G. Blancho[1], J. Rigaud[1], G. Karam[1], J. Branchereau[1]

[1] *CHU de Nantes, Nantes, France*
[2] *Hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France*
[3] *CHU Brabois, Nancy, France*
[4] *Hôpital Necker, Paris, France*
[5] *Hôpital Pasteur, Nice, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : aurelien-gr@hotmail.fr (A. Graveleau)

Objectifs La transplantation rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale. En cas d'échec ou d'arrêt de fonction de deux précédents transplants, il persiste un bénéfice à une troisième transplantation (G3). La survie de ces transplants est inférieure aux précédents. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs de risque de complications des G3 afin d'en préciser les indications.
Méthodes Au total, 269 troisièmes transplantations rénales sur des receveurs majeurs ont été recensées au sein de la cohorte prospective multicentrique Données Informatisées et VAlidées en Transplantation (DIVAT). L'extraction de données a concerné des variables donneurs et receveurs pré-, per- et postopératoires sélectionnées pour leur intérêt dans la littérature. L'analyse principale a été réalisée en univariée puis en multivariée sur les facteurs de risque de complications et d'échecs des G3. Les valeurs descriptives sont analysées en médiane Q1—Q3.
Résultats L'âge des receveurs G3 est de 48 ans [39,00 ; 54,00], l'IMC est de 22,10 kg/m^2 [20,10 ; 24,60]. Cent trente-cinq (50,18 %) avaient une insuffisance rénale d'origine urologique. L'âge des donneurs est de 52 ans [41,00 ; 59,00] dont 33,46 % de donneurs à critères élargis (ECD). L'ischémie froide (IF) était de 20,36 heures [15,10 ; 26,70]. Quatre-vingt-deux patients sont retournés en dialyse et 41 sont décédés principalement du fait de pathologies cardiovasculaires (29 %) et néoplasiques (20 %). Cent trente-six

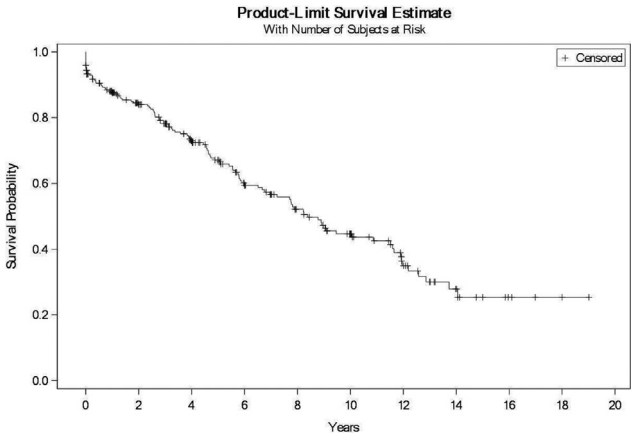

Fig. 1 Product-limit survival estimate. With number of subjects at risk.