Progrès en urologie (2009) **19**, 705—709

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

COMMUNICATIONS ORALES

Cancer localisé de la prostate : traitements chirurgicaux☆

O-114

Histoire naturelle des patients opérés d'une prostatectomie totale avec marge unifocale positive inférieure ou égale à 3 mm

S. Rybikowski[a], F. Bladou[b], S. Giusano[a], G. Karsenty[b], D. Rossi[a], C. Bastide[a]
[a] *Hôpital Nord, Marseille, France ;* [b] *hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France*

Objectifs.— Évaluer après prostatectomie totale la survie sans récidive biologique chez des patients ayant une marge chirurgicale positive £ 3 mm et n'ayant reçu aucun traitement adjuvant.
Méthodes.— Étude rétrospective à partir d'une base de données de 851 prostatectomies totales réalisées entre 1998 et 2008 dans 2 centres universitaires. Les critères d'inclusion pour notre étude étaient : marge millimétrique positive unifocale £ 3 mm, PSA post-opératoire indosable, pas d'envahissement des vésicules séminales, pN × pN0, aucun traitement néo-adjuvant et/ou adjuvant, recul minimum de 12 mois. La récidive biologique était définie par un PSA ^{3} 0,20 ng/ml sur 2 dosages successifs. Quarante-sept patients sur 851 (5,5 %) avaient une marge chirurgicale unifocale £ 3 mm. Trente-neuf répondaient aux critères d'inclusion et ont été inclus après relecture centralisée des pièces opératoires.
Résultat.— Le recul médian était de 43 mois (12—159), le PSA moyen pré-opératoire était de 8,7 ng/ml (3,3—24), le score de Gleason médian de 7 (5—8). Selon la classification de D'Amico, 66 % (26/39) des patients étaient de pronostic favorable, 18 % (7/39) de pronostic intermédiaire et 15 % (6/39) de pronostic défavorable. Sur les 39 patients, 33 (85 %) avaient un stade £ pT2c et 6 (15 %) un stade pT3a. Aucune récidive biologique n'est survenue chez les 39 patients au cours de notre suivi.
Conclusion.— Au vu de nos résultats, la présence d'une marge chirurgicale unifocale positive £ 3 mm chez des patients de stade pathologique £ pT3a ne semble pas justifier d'un traitement adjuvant immédiat.

O-115

Prostatectomie totale : localisation des marges en chirurgie robot-assistée vs laparoscopie

N. Koutlidis[a], E. Mourey[a], A. Delgal[a], I. Kermarrec[a], P. Mangin[b], F. Michel[a], L. Cormier[a]
[a] *Hôpital du Bocage, Dijon, France ;* [b] *hôpital Brabois, Nancy, France*

Objectifs.— La plupart des études comparant la chirurgie robot-assistée à la laparoscopie manuelle pour la prostatectomie totale ne montrent pas de différence significative sur le taux de marges positives, mais ne détaillent pas la localisation de ces marges.
Nous avons recherché une éventuelle différence significative sur la localisation des marges positives selon la procédure robot-assistée ou laparoscopie.
Méthodes.— De 2004 à 2009, 368 patients ont été pris en charge par un même chirurgien, 197 opérés par chirurgie robot-assistée et 171 par laparoscopie standard. La localisation des marges a été classée en 4 groupes : apex, base, postéro-latérale et autres (postérieur, antérieur).
Résultat.— Le taux de marges positives est de 14 % en laparoscopie vs 15,7 % au robot (Chi^2 : $p = 0,75$). La répartition était comme suit. Nous n'avons pas trouvé de différence significative sur la localisation des marges entre les 2 groupes

	Laparoscopie	Robot	Total
Apex	6 (3,5 %)	9 (4,6 %)	15 (4,1 %)
Base	6 (3,5 %)	5 (2,5 %)	11 (3,0 %)
Postéro-latérale	2 (1,2 %)	6 (3,0 %)	8 (2,2 %)
Autres	10 (5,8 %)	11 (5,6 %)	21 (5,7 %)

	Âge (an)	PSA ng/ml	T1cClin	IMC	Vol prost	pT2	Gleason < 7	Préservation vasculo-nerveuse
Robot	60,3	7,3	57 %	26,9	53,2	81,03 %	25,64 %	75,38 %
Laparoscopie	61,9	7,9	58 %	27,1	55,8	69,59 %	30,41 %	59,06 %
p	0,02	0,23	0,85	0,45	0,3	0,009	0,44	0,001

Conclusion.— La localisation des marges chirurgicales positives est comparable dans les 2 groupes et ce malgré une conservation des bandelettes vasculo-nerveuses plus fréquente dans la chirurgie robot-assistée. L'articulation des instruments en endocorporel et la vision tridimensionnelle permettent, tout en conservant plus souvent les bandelettes, de ne pas augmenter les marges.

O-116

Évaluation prospective du taux de marges d'exérèse positives après prostatectomie totale rétropubienne

☆ Communications présentées lors du 103e congrès français d'urologie. Paris, 18 au 21 novembre 2009.

1166-7087/$ — see front matter © 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.
doi:10.1016/j.purol.2009.08.014

M. Thoulouzan[a], G. Aillet[b], P. Pocholle[c], P. Colls[c], C. Barre[c]
[a] *CHU de Rangueil, Toulouse, France ;* [b] *IHP, Nantes, France ;*
[c] *clinique Jules-Verne, Nantes, France*

Objectifs.— Évaluation prospective du taux de marges d'exérèse positives (ME+) après prostatectomie totale rétropubienne (PTR). Le protocole technique totalement standardisé et reproductible est établi pour répondre à une qualité d'exérèse stricte : capsule intacte et absence de marge en glande saine.
Méthodes.— De janvier 2005 à décembre 2008, 654 patients ont eu une PTR pour cancer localisé de la prostate. L'âge moyen était de 61,0 ± 6,4 ans (46—75), le stade clinique : 366 T1c (61,2 %) et 286 T2a/b/c (37,6 %), le PSA pré-opératoire moyen de 7,7 ± 4,9 ng/ml (0,9—50) et le score de Gleason biopsique inférieur ou égal à 3 + 4 dans 91,6 % des cas. L'analyse histologique a été réalisée avec une inclusion complète de la pièce et une coupe tous les 3 mm (protocole de Stanford). L'incision capsulaire est définie par la perte partielle de la couche conjonctive externe définie par McNeal.
Résultat.— Marges d'exérèse positives.

	Unique (%)	Multiples (%)	Total (%)
pT2 $n = 482$	10 (1,7)	0 (0)	10 (2,1)
pT3 $n = 164$	18 (11)	9 (5,5)	27 (16,5)
pT4 $n = 8$	5 (62,5)	2 (25)	7 (87,5)
Total $n = 654$	31 (6)	13 (1,7)	44 (6,7)

Parmi les 8 patients (2,1 %) de ME+ dans les pT2, 1 % (5/482) étaient à l'apex mais en rapport avec un envahissement du sphincter strié. Les 5 ME+ restantes étaient pour l'une zone antérieure, pour 2 à l'apex et les 2 autres au col. Parmi les pT3a/b, la localisation était préférentiellement le col vésical, l'apex puis postéro-latéral. Il est important de souligner le fait que la préservation des bandelettes neurovasculaires ne faisait pas augmenter le taux de ME+. Concernant la qualité d'exérèse en tissu sain, il y a eu 2,1 % (14/654) d'incision capsulaire et 2,4 % (16/654) de marges en glandes saines.
Conclusion.— La voie rétropubienne répond à l'impératif carcinologique de la prostatectomie totale, avec un taux de marges chirurgicales positives global de 6,7 % dont 2,1 % pour les pT2 et 16,5 % pour les pT3. Il n'a jamais été constaté de marges chirurgicales positives multiples dans les pT2.

O-117

Marges chirurgicales positives après prostatectomie radicale : comparaison entre chirurgie cœlioscopique et chirurgie robot-assistée

E. Barret, A. Kasraeian, R. Sanchez-Salas, X. Cathelineau, F. Rozet, D. Prapotnich, A. Mombet, N. Cathala, M. Galiano, G. Vallancien
Institut Montsouris, Paris, France

Objectifs.— Évaluer l'incidence et les caractéristiques des marges chirurgicales positives après prostatectomie radicale cœlioscopique (PR-C) et prostatectomie radicale robot-assistée (PR-RA).
Méthodes.— Nous avons analysé rétrospectivement les résultats des 200 derniers patients opérés d'une PR-C comparés à ceux des 200 derniers patients opérés d'une PR-RA. Les données analysées étaient : les caractéristiques des patients opérés, incluant l'âge, l'index de masse corporel (IMC), le stade clinique, le PSA et score de Gleason pré- et post-opératoire, le volume prostatique, les résultats anatomo-pathologiques et le taux, la localisation et la taille des marges chirurgicales. Ces résultats ont été comparés en utilisant un test *t* de Student avec une différence considérée comme significative pour des valeurs de $p < 0,05$.
Résultat.—

	PR-C	PR-RA	*p*
Âge (ans)	61,9 ± 5,7	60,9 ± 5,6	0,067
IMC	26,1 ± 3,8	25,2 ± 2,8	0,031
Stade clinique pré-opératoire	T1c	T1c	0,578
PSA pré-opératoire (ng/ml)	8,5 ± 5,6	6,8 ± 2,7	0,010
Score de Gleason	6	6	0,317
Volume prostatique (gr)	58 ± 19	52 ± 15	0,030
Préservation nerveuse (*n*)	1		

La répartition selon le stade pT était identique dans les 2 groupes. Le taux de marges chirurgicales positives était respectivement égal à 12 % ($n = 24$) et 13,5 % ($n = 27$) dans les groupes PR-C et PR-RA, sans différence statistique retrouvée ($p = 0,76$). La taille des marges était significativement supérieure dans le groupe PR-C (groupe PR-C = 4,5 mm ± 3,4 vs groupe PR-RA = 2,5 ± 2,3 [$p = 0,041$]).

Marges	PR-C	PR-RA	*p*
Apex	14 (58 %)	9 (33 %)	0,037
Postero-latérale	6 (25 %)	13 (48 %)	0,045
Base	3 (12 %)	4 (14 %)	0,408

Conclusion.— Le taux de marges positives est comparable après PR-C et PR-RA, bien que le taux de préservation nerveuse soit supérieur après PR-RA. Les marges positives sont d'une taille inférieure après PR-RA et localisées préférentiellement au niveau postéro-latérale de la prostate alors qu'elles sont plutôt apicales après PRC. Cependant, le biais de sélection des patients, bien que minime, mis en évidence dans cette étude ne permet pas d'affirmer la supériorité de l'une ou l'autre de ces techniques pour le contrôle carcinologique de la maladie. Le suivi au long court des patients et l'analyse d'éventuelles récidives sera nécessaire pour pouvoir conclure.

O-118

Analyse prospective comparative des données carcinologiques de la prostatectomie totale par voie laparoscopique et robot-assistée

F. Bladou[a], G. Karsenty[a], C. Methorst[a], P.-H. Savoie[a], G. Serment[a], J. Walz[b]
[a] *Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France ;* [b] *institut Paoli-Calmette, Marseille, France*

Objectifs.— Nous présentons l'analyse prospective des résultats carcinologiques de prostatectomies totales réalisées par voie laparoscopique (PT-L) après plus de 200 interventions et robot-assistée avec le système Da Vinci S (PT-DV) en début d'expérience, par un même chirurgien pendant la même période.
Méthodes.— De février 1997 à février 2009, 88 patients ont eu une PT-L et 70 patients une PT-DV pour cancer localisé de la prostate, sans critère de sélection pour une intervention ou l'autre. Les données des patients étaient identiques en termes d'âge, de BMI et de co-morbidités associées. Dans le groupe PT-DV, il y avait plus de stade 1 de D'Amico que dans le groupe PT-L (72,8 vs 51,1 %).
Résultat.— Les durées moyennes d'interventions étaient comparables (229 min pour la PT-DV, 214 min pour la PT-L), le nombre de dissections intra-faciales plus important pour la PT-DV (28,5 vs 6,8 %), le saignement per-opératoire plus faible pour la PT-DV (399 ml vs 476,6 ml). Trois conversions ont été nécessaires en cas de PT-L et une, en cas de PT-DV. Le taux de reprise chirurgical était de 5,7 % pour la PT-L et nul pour la PT-DV. Les taux de pT2, pT3a, pT3b et pN+ étaient respectivement de 82, 12, 6 et 4,5 % pour la PT-L et de 81, 16, 3 et 3 % pour la PT-DV. Le taux de marges positives, toutes focales, était de 12,5 % pour la PT-L et de 22,8 % pour la PT-DV. Les marges positives en cas de pT2 étaient respectivement de 6,9 et 7 % pour la PT-L et la PT-DV.

Conclusion.— Les taux de marges positives sont équivalents dans cette série pour les tumeurs intra-prostatiques, mais plus élevés en cas de pT3 pour la PT-DV, du fait d'une conservation intra-faciale inadaptée dans ces cas. Dans notre expérience, l'acquisition de la PT-L après plus de 200 procédures a limité la courbe d'apprentissage de la PT-DV. Les résultats fonctionnels et carcinologiques sur plus long terme doivent être analysés. Une étude comparative multicentrique randomisée sur les 2 techniques va démarrer dans le cadre d'un STIC dans quelques mois.

O-119

Prostatectomie totale robot-assistée : impact de l'expérience sur les marges positives

T. Lebeau, M. Rouprêt, K. Ferhi, F. Cour, P. Conort, A. Haertig, E. Chartier-Kastler, F. Richard, C. Vaessen, B. Barrou, A. Haertig, E. Chartier-Kastler, F. Richard, C. Vaessen
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Objectifs.— L'utilisation du robot Da Vinci lors de la prostatectomie totale permet, grâce à sa vision en 3D et à sa force, une dissection au plus près de la prostate. Ceci entraîne un risque accru de marges chirurgicales positives chez les patients cliniquement T2 mais pT3 sur la pièce opératoire. Nous revoyons les résultats de 4 groupes consécutifs de patients afin d'objectiver l'impact de la courbe d'apprentissage et la prise en considération des patients à risque d'être pT3 (dont analyse IRM).
Méthodes.— Analyse de 4 groupes consécutifs de 50 patients chacun opérés d'un cancer localisé de prostate avec l'aide du robot Da Vinci, par la même technique et par le même chirurgien. Les marges chirurgicales sont revues et analysées en fonction du stade anatomopathologique définitif.
Résultat.—

Groupe	Âge moyen	PSA moyen (ng/ml)	Complication (%)	Transfusion (%)	Marge si pT2 (%)	Marge si pT3 (%)
1 (*n* = 50)	61,6	7,8	9 (18)	9 (18)	4 (9,8)	5/9 (55)
2 (*n* = 50)	60,5	7,5	9 (18)	10 (16,6)	6 (12)	1/9 (11,1)
3 (*n* = 50)	61,3	7,8	9 (18)	11 (22)	9 (18)	2/9 (22)
4 (*n* = 50)	62,8	8,4	4 (8)	4 (8)	3 (6)	1/4 (25)

Conclusion.— Cette revue montre que l'expérience du chirurgien permettrait de diminuer le risque de marges chirurgicales positives chez les patients à risque. Une meilleure prise en considération des résultats des biopsies (localisation, nombre et Gleason) ainsi que de l'imagerie par IRM permet au chirurgien de mieux définir ses plans de dissections.

O-120

Prostatectomie totale robot-assistée : la préservation maximale des bandelettes neurovasculaires nécessite une sélection maximale des patients

S. Adjiman, A. Schaetz, T. Guetta, E. Mandel, R. Chiche
CMC Ambroise-Paré, Neuilly, France

Objectifs.— De janvier 2008 à avril 2009, nous avons opéré 186 patients d'une prostatectomie totale robot-assistée. Nous présentons ici les résultats des caractéristiques anapath des patients pré-sélectionnés pour une préservation maximale des bandelettes neurovasculaires.
Méthodes.— Nous avons isolé les patients pouvant faire l'objet d'une préservation maximale des bandelettes neurovasculaires sur les critères suivants : lésion T1c—T2a, score de Gleason inférieur ou égal à 6, PSA inférieur à 10, moins de 30 % des biopsies positives (protocole à 12 biopsies). Ces données ont été complétées par une IRM endorectale jugée normale sur le plan capsulaire.
Résultat.— Dans notre expérience, 43 % des patients seulement (80 patients) réunissaient ces critères. Ils ont fait l'objet d'une préservation maximale des bandelettes neurovasculaires (inter-faciale ou intra-faciale) avec incision haute des fascias péri-prostatiques. L'analyse des pièces opératoires montre que seulement 18 % d'entre eux restent pT2 a ou b, 66 % sont pT2 c, 13 % pT3 a. Le score de Gleason post-opératoire ne concordait que dans 58 % des cas avec le score de Gleason pré-opératoire, 42 % des patients présentaient un Gleason supérieur ou égal à 7. Dans ce groupe, le taux de R+ était de 18 %.
Conclusion.— Pratiquer une préservation maximale des bandelettes neurovasculaires nécessite une sélection maximale des patients. Dans un groupe hyper-sélectionné de patients présumés à petit volume tumoral, on constate en réalité que les tumeurs sont bilatérales dans près de 2/3 des cas. L'utilisation de nomogramme de prédiction lobe par lobe nous paraît une solution intéressante.

O-121

Cancer de la prostate à haut risque traité par voie chirurgicale

R. Sanchez-Salas[a], F. Rozet[a], X. Cathelineau[a], E. Barret[a], M. Galiano[a], D. Prapotnich[a], F. Bianco[b], G. Vallancien[a]
[a] Institut Montsouris, Paris, France ; [b] Mount Sinai Hospital, Miami, États-Unis

Objectifs.— La présence de critères de cancer de la prostate à haut risque a un impact sur les résultats du traitement chirurgical. Nous rapportons les résultats de la prostatectomie radicale effectuée chez une population de patient présentant un cancer localisé de la prostate à haut risque de récidive.
Méthodes.— Trois mille deux cent soixante patients traités par une prostatectomie radicale cœlioscopique par voie trans- ou extrapéritonéale, entre janvier 1998 et juin 2008 ont été analysés. Parmi ces patients, on retrouvait des caractéristiques pré-opératoires de cancer de la prostate à haut risque définis par : une tumeur T3 clinique (cT3) (*n* = 71), un score de Gleason supérieur ou égal à 8 (*n* = 147), un PSA pré-opératoire supérieur à 20 ng/ml (*n* = 147), la classification de D'Amico (*n* = 354). Le risque de récidive biologique était calculé selon la méthode de Kaplan—Meier. Une analyse de régression selon le modèle de Cox était utilisée pour calculer le risque relatif de récidive en fonction des groupes à risque.
Résultat.— En fonction de la définition utilisée, le taux de patient à haut risque variait entre 2 % et 11 % des patients. Soixante-huit pour cent des tumeurs T3 cliniques étaient confirmées histologiquement (pT3). Une tumeur pT3 était retrouvée chez 41 % des patients avec un PSA supérieur ou égal à 20, chez 55 % des patients avec un score de Gleason supérieur ou égal à 8 et chez 48 % des patients définis à haut risque par la classification de DĭAmico. Le Taux de marge positive variait de 23 % à 31 % en fonction de la définition retenue. La survie sans récidive biologique à 5 ans était de 55 %, 51 %, 44 % et 30 % pour les patients cT3, avec un PSA supérieur ou égal à 20, pour les hauts risques de D'Amico et pour les Gleason, supérieur ou égal à 8 respectivement.
Conclusion.— La sélection des patients a un rôle crucial dans la qualité des résultats carcinologiques post-prostatectomie. Bien que les définitions des hauts risques ne soient pas uniformes, la présence d'un score de Gleason supérieur ou égal à 8 est un facteur particulièrement péjoratif en termes de pronostic carcinologique post-prostatectomie.

O-122

Résultats carcinologiques de la prostatectomie totale chez les patients à haut risque : à propos d'une série rétrospective de 81 patients

A. Carcenac, F. Arroua, E. Ragni, J. Gaudart, D. Rossi, C. Bastide
CHU Nord, Marseille, France

Objectifs.— Évaluer les résultats carcinologiques de la prostatectomie totale (PT) seule ou associée à un traitement adjuvant dans la prise en charge des cancers localisés de prostate à haut risque.
Méthodes.— Entre 1996 et 2006, 81 PT consécutives ont été réalisées dans un seul centre pour un cancer localisé de prostate classé à haut risque de récidive biologique (RB) selon D'Amico. Aucun patient n'avait reçu de traitement néo-adjuvant. Le recul minimum était de 2 ans. La RB était définie par un PSA supérieur à 0,2 ng/ml sur 2 dosages consécutifs. La récidive clinique (RC) était définie par une récidive locale ou par une localisation secondaire sur le bilan d'extension. Quarante patients ont eu un traitement adjuvant et 34 ont eu un traitement de rattrapage.
Résultat.— L'âge médian était de 64 ans, le suivi moyen de 71 mois. Quarante-neuf patients étaient pT3, 7 étaient pN+, 40 avaient des marges positives et 15 avaient un PSA post-opératoire détectable. À 5 ans, les taux respectifs de survie globale, sans récidive clinique et biologique étaient de 100 %, 94 % et 42 %. Les facteurs pronostiques significatifs indépendants étaient le score de Gleason pathologique ($p = 0{,}003$), le PSA pré-thérapeutique ($p = 0{,}001$) et le nombre de carottes biopsiques positives ($p = 0{,}006$) pour la RB et le score de Gleason pathologique ($p = 0{,}026$) ainsi que le nombre de facteur de haut risque ($p = 0{,}007$) pour la récidive clinique.
Conclusion.— Les résultats carcinologiques ont été, dans notre série, comparable à ceux de la littérature. Ainsi, 24 patients ne présentaient pas de marges positives, ni de RB, 5 ans après PT. Il s'agissait essentiellement de patients jeunes, en bon état général avec un PSA initial inférieur à 20 ng/ml et un score de Gleason biopsique inférieur à 8.

O-123

La section in situ de l'hémi-circonférence sphinctérienne postérieure et du fascia de Denonvilliers : la réponse technique au risque d'incontinence dans la prostatectomie totale rétropubienne (PTR)

C. Barre[a], B. Gagliolo[a], P. Colls[c], P. Pocholle[a], M. Thoulouzan[b]
[a] *Clinique Jules-Verne, Nantes, France ;* [b] *CHU de Rangueil, Toulouse, France*

Objectifs.— La section sphinctérienne in situ (SSIS) a été mise au point en 4 années consécutives. Cette étude prospective analyse les résultats de cette technique sur l'évolution du traumatisme sphinctérien et la qualité de la continence urinaire (CU).
Méthodes.— De janvier 2005 à décembre 2008, 654 patients consécutifs ont eu une PTR pour cancer localisé de la prostate. Le traumatisme sphinctérien (TS) a été évalué par la profilométrie urétrale (PU) pré- (PROP) et post-opératoire (POOP), à 1 et 3 mois. L'analyse a porté sur la perte de longueur fonctionnelle (LF), la perte moyenne (Δ) de pression de clôture maximum (PCM) et de gain en retenue (GR). La comparaison s'est faite entre les valeurs PROP et POOP à 1 et 3 mois. La CU a été évaluée par auto-questionnaires (ICS) et définie par l'absence de port de protection.
Résultat.— L'âge moyen était de 61,3 ± 6,3 ans (46—75), le PSA moyen de 7,87 ± 6,5 ng/ml, les stades cliniques : 365 T1c (56 %) et 286 T2a/b (44 %), les stades pathologiques : 482 pT2 (73,7 %), 164 pT3 (25 %) et 8 pT4 (1,3 %). Entre 2005 et 2008, le TS a diminué de façon très significative avec amélioration de tous les paramètres de la PU. Parallèlement, la CU était de 52,9, 86,8, 93,1 et 93,8 % à 3, 6, 9 et 12 mois par la POOP en 2005 et de 82,9, 99,3, 99,3, 99,3 % respectivement en 2008 ($p = 0{,}021$) (63,2 %, 91,5 %, 94,4 %, 96,2 % pour la série globale) (voir tableau).

		2005 ($n = 159$)	2006 ($n = 181$)	2005—2006 (valeurs de p)	2007 ($n = 167$)	2006—2007 (valeurs de p)	2008 ($n = 147$)	2007—2008 (valeurs de p)	2005—2008 (valeurs de p)
PCM (cm d'H_2O) Δ + SD	1 mois	18,28 + 0,88	13,26 + 0,58	$p < 0{,}001$	14,67 + 0,72	NS	12,71 + 0,63	NS	$p < 0{,}001$
	3 mois	7,74 + 0,77	3,93 + 0,48	$p < 0{,}001$	4,15 + 0,45	NS	2,44 + 0,66	NS	$p < 0{,}001$
GR (cm d'H_2O) Δ + SD	1 mois	37,14 + 2,04	28,93 + 1,29	$p < 0{,}001$	27,75 + 1,43	NS	20,94 + 1,29	$p < 0{,}001$	$p < 0{,}001$
	3 mois	17,57 + 1,71	10,53 + 0,99	$p < 0{,}001$	9,65 + 1,01	NS	4,70 + 0,81	$p < 0{,}001$	$p < 0{,}001$
Perte de LF (mm) (% de patients)	0 mm	59,1 %	87 %	$p < 0{,}001$	94,1 %	$p = 0{,}031$	97,2 %	$p = 0{,}343$	$p < 0{,}001$
	1 mm	38,9 %	13 %		5,3 %		2,8 %		
	2 mm	2 %	0 %		0,6 %		0 %		
Continence 12 mois IC 95 %		93,7 % (89,9 ; 97,5)	93,4 % (89,7 ; 97,1)	$p = 0{,}888$	98,8 % (97,1 ; 100)	$p = 0{,}021$	99,3 % (97,9 ; 100)	$p = 0{,}642$	$p = 0{,}021$

Conclusion.— La SSIS diminue l'importance du TS et améliore de façon très significative la continence. Elle peut limiter le risque d'incontinence après PTR à moins de 1 %.

O-124

Comparaison de la fonction érectile après prostatectomie radicale cœlioscopique vs robotique

F. Rozet[a], N. Cathala[a], A. Mombet[a], X. Cathelineau[a], E. Barret[a], M. Galiano[a], R. Sanchez-salas[a], D. Prapotnich[a], V. Hupertan[b], G. Vallancien[a]
[a] *IMM, Paris, France ;* [b] *hôpital Bichat, Paris, France*

Objectifs.— Étude de l'effet de la voie d'abord cœlioscopique vs robotique sur la récupération de la fonction érectile après prostatectomie radicale pour cancer localisé (PR).
Méthodes.— Sept cent vingt patients présentant une activité sexuelle pré-opératoire, acceptant un suivi régulier post-opératoire et ayant bénéficié d'une PR avec conservation des bandelettes neurovasculaires (BNV) ont été inclus dans une étude prospective. Chaque patient était traité par Tadalafil 10 mg, 1 jour sur 2, dès le cinquième jour post-opératoire. Des injections intra-caverneuses (ICI) de PGE1 ont été réalisées à 3 ou 6 mois post-opératoire lorsqu'elles étaient indiquées et acceptées par les patients. Les patients ont rempli un auto-questionnaire (International Index of Erectile Function [IIEF5]) avant la PRC, puis à 3, 6 12, 18 et 24 mois, avant chaque consultations post-opératoire.
Résultat.— Cent trente-quatre (18 %) patients sont sortis de l'étude : 31 patients (4 %) étaient perdus de vue ; 43 patients (6 %) n'ont pas pris leur traitement régulièrement ; 60 patients (8 %) ont arrêté pour une récidive du cancer nécessitant un traitement complémentaire. Au total, 586 patients ont été analysés avec un suivi de 2 ans : 436 avec une conservation bilatérale des BNV (âge médian : 60 ans). Trois cent quatre vingt-dix patients (66 %) avaient un IIEF5 pré-opératoire : supérieur à 20. Cinq cent six patients ont été opérés par voie cœlioscopique et 80 par voie robotique. Les 2 populations étaient statistiquement comparables. En analyse multivariée, l'âge et le type de préservation étaient des facteurs indépendants de récupération de la fonction érectile ($p < 0{,}001$). L'utilisation du robot était corrélée avec une amélioration de la récupération de la fonction érectile n'atteignant pas le seuil de significavité ($p = 0{,}055$).
Conclusion.— Dans cette étude, il existait une tendance à l'amélioration des résultats de la fonction érectile après PR robot vs cœlioscopique.

O-125

Intérêt de la profilométrie urétrale dans l'évaluation du traumatisme sphinctérien après prostatectomie totale

C. Barré[a], B. Gagliolo[a], P. Colls[a], P. Pocholle[a], M. Thoulouzan[b]
[a] *Clinique Jules-Verne, Nantes, France* ; [b] *CHU de Rangueil, Toulouse, France*

Objectifs.— Évaluer prospectivement le traumatisme sphinctérien (TS) après prostatectomie totale (PT) par la profilométrie urétrale (PU) et comparer les résultats obtenus avec la récupération de la continence urinaire (CU).
Méthodes.— Une série de 654 patients consécutifs ont eu une PT pour cancer localisé de la prostate. La technique de section sphinctérienne a nécessité une mise au point progressive entre 2005 et 2008. Le traumatisme sphinctérien (TS) a été évalué par la profilométrie urétrale (PU) pré- (PROP) et post-opératoire (POOP), à 1 et 3 mois. L'analyse a porté sur la perte de longueur fonctionnelle (LF), la perte moyenne (△) de pression de clôture maximum (PCM) et de gain en retenue (GR). La comparaison s'est faite entre les valeurs PROP et POOP à 1 et 3 mois. La CU a été évaluée par auto-questionnaires (ICS) et définie par l'absence de port de protection.
Résultat.— L'âge moyen était de 61 ± 6,4 ans (46—75). Entre 2005 et 2006, le TS a diminué de façon très significative avec amélioration de tous les paramètres de la PU ($p < 0,001$) alors que parallèlement, la CU n'a pas été améliorée : 93,8 % vs 93,4 % ($p = 0,888$). Entre 2006 et 2008, le TS a également diminué pour la perte de LF et △ GR ($p < 0,001$) avec parallèlement une amélioration significative de la CU : 93,4 % vs 99,3 % ($p = 0,021$) (voir tableau).

		2005 $n = 159$	2006 $n = 181$	2005—2006 (valeurs de p)	2007 ($n = 167$)	2006—2007 (valeurs de p)	2008 ($n = 147$)	2007—2008 (valeurs de p)	2005—2008 (valeurs de p)
PCM (cm d'H_20) △ + SD	1 mois	18,28 + 0,88	13,26 + 0,58	$p < 0,001$	14,67 + 0,72	NS	12,71 + 0,63	NS	$p < 0,001$
	3 mois	7,74 + 0,77	3,93 + 0,48	$p < 0,001$	4,15 + 0,45	NS	2,44 + 0,66	NS	$p < 0,001$
GR (cm d'H_20) △ + SD	1 mois	37,14 + 2,04	28,93 + 1,29	$p < 0,001$	27,75 + 1,43	NS	20,94 + 1,29	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	3 mois	17,57 + 1,71	10,53 + 0,99	$p < 0,001$	9,65 + 1,01	NS	4,70 + 0,81	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Perte de LF (mm) (% de patients)	0 mm	59,1 %	87 %	$p < 0,001$	94,1 %	$p = 0,031$	97,2 %	$p = 0,343$	$p < 0,001$
	1 mm	38,9 %	13 %		5,3 %		2,8 %		
	2 mm	2 %	0 %		0,6 %		0 %		
Continence 12 mois IC 95 %		93,7 % (89,9 ; 97,5)	93,4 % (89,7 ; 97,1)	$p = 0,888$	98,8 % (97,1 ; 100)	$p = 0,021$	99,3 % (97,9 ; 100)	$p = 0,642$	$p = 0,021$

Conclusion.— La PU est un outil très utile après PT car elle évalue objectivement le TS et permet d'anticiper les résultats sur la reprise de la CU.