de risque faible le délai n'avait pas d'impact statistiquement significatif sur la SSR biologique ($p = 0{,}21$). Chez les patients de risque intermédiaire un délai supérieur à 3 mois était associé à un risque plus élevé de récidive biologique ($p = 0{,}001$).

Conclusion.— Le traitement retardé n'affecte pas les résultats oncologiques chez les patients afro-caribéens à faible risque de progression. Un délai de plus de 3 mois entre le diagnostic et le traitement a un impact sur la SSR biologique pour les patients de risque intermédiaire.

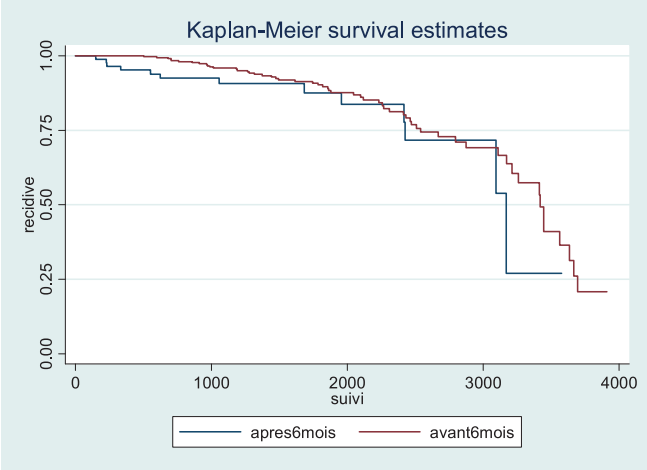

Figure 1a Courbes de survie sans récidive biologiques (groupe à risque faible de D'Amico).

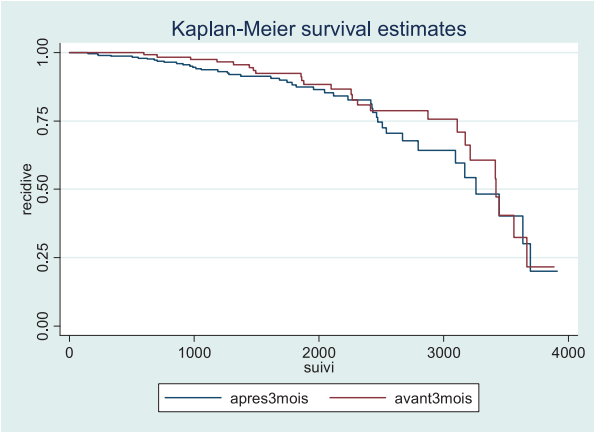

Figure 1b Courbes de survie sans récidive biologiques (groupe à risque intermédiaire de D'Amico).

Caractéristiques préopératoires et pathologiques de la population.

	Moins de 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Plus de 6 mois	Valeur *p*
Effectif	327	507	191	
Âge en année	64,11(41—76)	63,28(45—76)	63,47(46—79)	0,90
Année de chirurgie	2005,28(2001—2010)	2006,72(2001—2010)	2006,85(2001—2010)	0,46
IMC	25,37(18,36—36,06)	25,79(15,43-37,28)	25,52(17,04—40,12)	0,19
Suivi en mois	60,90(0,92—135,41)	47,43(0,10-132,46)	41,78(0,95—132,16)	0,19
PSA total	8,60(0,84—46)	8,75(0,99—43)	9,76(1,47—52)	0,00
Stade clinique				0,48
T1	188(57,49 %)	304(59,96 %)	109(57,07 %)	
T2	139(42,51 %)	199(39,25 %)	81(42,41 %)	
T3	0(0 %)	4(0,79 %)	1(0,52 %)	
Gleason biopsique				0,12
≤ 6	217(66,36 %)	334(65,88 %)	129(67,54 %)	
7 (3+4)	70(21,41 %)	102(20,12 %)	36(18,85 %)	
7 (4+3)	26(7,95 %)	61(12,03 %)	16(8,38 %)	
> 7	14(4,28 %)	10(1,97 %)	10(5,24 %)	
Marges positives	84(25,69 %)	134(26,43 %)	50(26,18 %)	0,97
Extension extracapsulaire	61(18,65 %)	89(17,55 %)	43(22,51 %)	0,33

(*Suite*)

	Moins de 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Plus de 6 mois	Valeur *p*
Stade ganglionnaire				0,14
N0	67(20,49 %)	81(16,01 %)	39(20,42 %)	
N1	3(0,92 %)	5(0,99 %)	5(2,62 %)	
Nx	257(78,59 %)	421(83 %)	147(76,96 %)	
Gleason de la pièce de prostatectomie				0,71
≤ 6	173(52,91 %)	245(48,32 %)	89(46,60 %)	
7 (3+4)	100(30,58 %)	180(35,50 %)	66(34,55 %)	
7 (4+3)	34(10,40 %)	56(11,05 %)	24(12,57 %)	
> 7	20(6,12 %)	26(5,13 %)	12(6,28 %)	
Upgrading	90(27,52 %)	147(28,99 %)	75(39,27 %)	0,01

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.018

Organes génitaux externes

0-018

Épidémiologie de la consultation d'hypofertilité masculine. À propos de 182 hommes

D. Delavierre, B. Lemaire, L. Corcia, M. Dolique
CHR Porte-Madeleine, Orléans, France

Objectifs.— Recueillir des données épidémiologiques sur une population d'hommes s'étant présentés à une consultation d'hypofertilité masculine.

Méthodes.— Enquête prospective menée en 2011 sur les 182 hommes (âge moyen 33,4 ans) ayant consulté pour la 1ère fois le même uro-andrologue dans un centre d'AMP en raison d'une hypofertilité.

Résultats.— Motif de consultation : OAT 89 % (dont OAT < 1 million de spermatozoïdes/mL 2,2 % et cryptozoospermie 0,5 %), azoospermie 11 %. Provenance : gynécologue 89,6 % (du centre d'AMP 44 %, hors centre d'AMP 45,6 %), médecin généraliste 6,6 %, autre urologue 1,1 %, homme consultant de lui-même 2,7 %. Présence de la partenaire : oui 43,4 %. Situation conjugale : mariage, PACS ou concubinage 100 % Paternité : avec la partenaire actuelle 12,6 % (FIV 1,6 %), avec une partenaire précédente 8,8 %, avec partenaire actuelle et précédente 0,5 %. Situation professionnelle : actifs occupés 89,5 %, chômage ou RSA 6,6 %, arrêt maladie ou invalidité 2,8 %, autres situations 1,1 %. Tabagisme : actif 36,8 %, sevré 19,8 %. IMC : < 25 (normal) 50,6 %, 25 à 29,9 (surpoids) 37,4 %, ≥ 30 (obésité) 12,1 %. Principaux antécédents déclarés : chirurgie scrotale 17 %, cryptorchidie 15,4 %, diverses pathologies urologiques 6,6 %, asthme 3,8 %, chirurgie ou embolisation de varicocèle 3,3 % (aucun antécédent 56 %).

Conclusion.— Les hommes ayant consulté en raison d'une hypofertilité avaient le plus souvent entre 30 et 35 ans et étaient actifs occupés. Ils vivaient en couple mais moins de la moitié a consulté avec sa partenaire. Presque la moitié a été adressée par un gynécologue extérieur, la consultation d'hypofertilité masculine constituant la porte d'entrée du couple dans le centre d'AMP. Les 2/3 ne fumaient pas ou plus mais la moitié était en surpoids ou obèse. Plus de la moitié n'avait aucun antécédent médical mais 15 % avaient eu une cryptorchidie. Onze pour cent avaient une azoospermie.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.019

0-019

Lymphadénectomie rétropéritonéale secondaire pour tumeur germinale non-séminomateuse : une analyse monocentrique

N. Dengel, W. Feldmann, S. Siemer, M. Stoeckle, C. Ohlmann
CHU de la Sarre, Homburg/Saar, Allemagne

Objectifs.— La lymphadénectomie rétropéritonéale secondaire (LARS) après chimiothérapie d'induction pour tumeur germinale non-séminomateuse (TGNS) représente un véritable défi sur le plan chirurgical et oncologique. Selon les recommandations européennes, elle devrait être réalisée par des chirurgiens expérimentés dans des centres spécialisés. L'objectif de cette étude rétrospective est d'analyser les résultats périopératoires et carcinologiques des LARS effectuées dans un centre réalisant peu ce type d'interventions.
Méthodes.— Entre 2000 et 2013, 25 patients ayant une TGNS ont subi, après une chimiothérapie d'induction, une LARS dans notre clinique. Onze patients (44 %) avaient une TGNS en stade clinique II (1 IIA, 5 IIB, 5 IIC), 10 patients (40 %) étaient en stade III, tandis que dans 4 cas (16 %) il s'agissait d'une tumeur germinale extragonadique.
Résultats.— Vingt et un lymphadénectomies radicales bilatérales, 2 curages unilatéraux modifiés et 2 résections de tumeur résiduelle ont été réalisés par 7 urologues différents. Des complications opératoires sont survenues chez 2 patients (8 %), avec dans un cas une lésion d'un uretère, dans l'autre une lacération de la rate ainsi qu'une lésion d'une branche de l'artère rénale avec infarctus consécutif du rein. Le taux de complications postopératoires était de 16 % (4/25) : 3 complications de grade IIIb selon la classification de Clavien-Dindo et 1 de grade IVa. Le taux de transfusion était de 36 % (9/25). L'examen anatomopathologique a montré la présence de cellules tumorales actives dans 64 % des cas (16/25). Le follow-up moyen était de 42,5 mois (3—139). Des récidives locales sont survenues chez 2 patients (8 %), 6 et 8 mois après la LARS. Une récidive biologique est survenue dans 1 cas, 41 mois après la LARS. Sept patients (28 %) ont subi une progression tumorale. Le taux de mortalité spécifique était de 16 % (4/25).
Conclusion.— Ces données montrent des taux de complications et de récidive similaires à ceux figurant dans les études multicentriques de la littérature. Face au défi thérapeutique que représentent les LARS, la prise en charge des patients se devrait d'être effectuée par des centres spécialisés, offrant la possibilité d'une coopération pluridisciplinaire.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.020

0-020

Nodule testiculaire et échographie de contraste

P. Vandaele, F. Marcelli, A. Villers, P. Puech, A. Ouzzane, J. Rigot
CHRU de Lille, Lille, France

Objectifs.— Les nodules testiculaires découverts en échographie sont suspects de tumeur maligne. Les recommandations proposent, en priorité, une orchidectomie totale, en option, une orchidectomie partielle ou une surveillance. Décrire la séméiologie du rehaussement, en échographie de contraste, des nodules testiculaires pour lesquels on disposait d'une analyse anatomopathologique. L'objectif secondaire est d'observer si l'utilisation de l'échographie de contraste a modifié la prise en charge des nodules testiculaires.
Méthodes.— Quarante-huit patients ont eu une échographie testiculaire avec produit de contraste pour étude du rehaussement d'une anomalie du parenchyme testiculaire détectée sur une échographie préalable, réalisée dans 50 % des cas pour bilan d'infertilité. Les caractéristiques du rehaussement échographique ont été corrélées avec les résultats anatomopathologiques des patients opérés et le traitement proposé. Les décisions thérapeutiques non conformes aux recommandations ont été étudiées par une analyse univariée puis multivariée avec une régression logistique afin d'identifier les critères incitant à décider d'une prise en charge hors recommandations.
Résultats.— Vingt-cinq patients ont été opérés, 22 ont été surveillés et 1 a été traité par antibiothérapie. L'histologie retrouvait 14 tumeurs germinales, 8 tumeurs des cordons sexuels, 1 tumeur mésenchymateuse et 1 métastase. Il existait une séméiologie typique de rehaussement intense, précoce, homogène avec phénomène de *wash in* pour 100 % des tumeurs à cellules de Leydig. Toutes les tumeurs à cellules de Leydig opérées l'ont été par orchidectomie partielle. Les séminomes ont un rehaussement intense dans 100 % des cas, avec phénomène de *wash in* dans 57 % des cas. Lorsqu'un *wash in* était décrit, il était qualifié d'hétérogène dans 75 % des cas. Les sensibilité et valeur prédictive positive du rehaussement échographique intense pour le diagnostic de cancer du testicule étaient de 75 %. L'absence de rehaussement échographique intense influençait de manière indépendante la décision d'une surveillance hors référentiels pour 20 patients.
Conclusion.— L'échographie de contraste a influencé notre stratégie thérapeutique car la prise de contraste intense était un argument pour une lésion cancéreuse nécessitant une prise en charge chirurgicale. Les tumeurs à cellules de Leydig présentaient toutes un rehaussement intense et homogène. Si une étude prospective le confirmait, ceci permettrait d'utiliser cette modalité pour orienter vers une préservation du parenchyme testiculaire chez certains patients.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.021

0-021

Facteurs prédictifs de procédures chirurgicales complémentaires lors des résections de masses résiduelles retro péritonéales des tumeurs germinales post-chimiothérapie. Exploitation de la base française collaborative CCAFU-OGE

X. Durand[a], L. Even[b], A. Perraud[c], G. Pignot[d], A. Safsaf[a], A. Daste[e], P. Bosset[f], G. Olagui Smith[g], M. Thoulouzan[h], P. Grison[i], J. Hetet[j], P. Menut[k], M. Rouprêt[l], P. Sèbe[c], J. Rigaud[m], M. Soulié[b]
[a] *HIA Val-de-Grâce, Paris, France*
[b] *CHU Rangueil, Toulouse, France*
[c] *CHU Tenon, Paris, France*
[d] *CHU Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France*
[e] *Clinique Saint-Augustin, Bordeaux, France*
[f] *Hôpital Foch, Suresnes, France*
[g] *CHU Henri-Mondor, Créteil, France*
[h] *CHU de Brest, Brest, France*
[i] *CH d'Angers, Angers, France*
[j] *Clinique Jules-Verne, Nantes, France*
[k] *Clinique du Tregor, Lannion, France*
[l] *CHU Pitié-Salpetriere, Paris, France*
[m] *CHU de Nantes, Nantes, France*

Objectifs/Introduction.— La résection chirurgicale des masses résiduelles rétro-péritonéales post chimiothérapie (MR-PC) est une étape fondamentale de la prise en charge multimodale des TG métastatiques. Il s'agit d'une chirurgie compartimentale. Le caractère complet de la résection est un élément pronostique central. Elle peut nécessiter des procédures d'exérèses complémentaires urologiques, digestives et surtout vasculaires. L'anticipation de telles procédures doit conduire à réunir, dans une approche multidisciplinaire, l'environnement et les compétences adéquates.
Objectif.— Évaluer les facteurs cliniques et histologiques corrélés à la réalisation de procédures complémentaires lors des résections de MR-PC.
Patients et méthodes.— L'étude rétrospective d'une base collaborative regroupant 13 centres français a été réalisée, colligeant les données de 359 patients opérés d'une résection de MR-PC pour