Objectifs.— Évaluer la thérapie cellulaire bifocale par injection intracaverneuse et intra-sphinctérienne de cellules hMADS (human Mesenchymal Stem Cell) dans un modèle de lésion sphinctérienne urétrale et de dysfonction érectile chez le rat reproduisant les séquelles possibles de la prostatectomie radicale.
Méthodes.— Un modèle de séquelles post-prostatectomie radicale a été développé. Il consiste en une lésion par électrocoagulation du sphincter strié urétral et des pédicules neurovasculaires péniens. L'évaluation de la fonction sphinctérienne a été conduite par mesure du LPP rétrograde et la fonction érectile par mesure de la variation du flux doppler pénien avant/après injection d'apomorphine. Dans le groupe traité, 16 rats ont eu une injection de 2 millions de cellules hMADS dans le sphincter strié et de 1 millions de cellules hMADS dans le pénis immédiatement après la lésion. Dans le groupe témoin, une injection de sérum physiologique a été réalisée. Les fonctions sphinctériennes et sexuelles ont été évaluées sur chaque rat, avant la lésion, puis une semaine, 15 jours, 30, 60 et 90 jours plus tard. Les pénis et les sphincters ont été prélevés à J7 ($n=4$) ou après le sacrifice de l'animal pour analyse immnuohistologique et biologie moléculaire (RT-PCR).
Résultats.— Une amélioration significative ($p<0,01$) du LPPr (61 mmHg, 36,5 mmHg) et de la variation du flux doppler pénien (95,73 %, 3,15 %) a été constatée à partir du 60e jour dans le groupe traité par rapport au groupe témoin. Cette différence persistait au 3e mois. Des cas de transdifférentation des cellules hMADS en cellules musculaires et endothéliales ont été constatés par RT-PCR et immunohistologie mais de manière sporadique. La plupart des cellules avaient disparu à j7. Une augmentation persistante de la NOSe et de la NOSn a été notée dans le pénis mais pas dans le sphincter. Une régression de la fibrose a été constatée dans le sphincter strié urétral.
Conclusion.— La même source de cellules souches issue de tissu adipeux humain peut régénérer une lésion sphinctérienne ou des tissus caverneux chez le même animal et sans immunosuppression. Dans ce contexte extrême, les cellules hMADS ont une survie courte, elles semblent avoir mode d'action principalement paracrin et qui s'adapte à l'environnement.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.186

0-186

Évaluation de la qualité de vie suite aux traitements actuels du cancer de prostate localisé

R. Thanigasalam[a], H. Baumert[a], P. Stricker[b], P. Brenner[b], S. Egger[c], S. Chopra[d], J. Symons[d], R. Savdie[d], A. Haynes[e], M. Bohm[e], A. Elhajj[a], D. Smith[c], R. Sutherland[e], K. Rasiah[f]
[a] *Groupe hospitalier Saint-Joseph, Paris, France*
[b] *St. Vincents Clinic, Sydney, Australie*
[c] *Cancer Institute NSW, Sydney, Australie*
[d] *St Vincents Hospital, Sydney, Australie*
[e] *Garvan Institute, Sydney, Australie*
[f] *Royal North Shore Hospital NSW, Sydney, Australie*

Objectifs.— Dans cette optique, nous avons effectué une analyse comparative prospective de la qualité de vie (QV) des patients traités pour cancer localisé de la prostate (CaP).
Méthodes.— Entre mai 2007 et Avril 2012, 1047 patients ont participé à une étude de cohorte longitudinale prospective des résultats HRQOL. Après exclusion des patients en stade avancé ($n=35$) et données incomplètes ($n=86$), 926 (88 %) patients ont été inclus dans l'analyse finale. Des questionnaires d'auto-évaluation EPIC ont été envoyés (avant le traitement et à 1,5 ; 3 ; 6 ; 12 et 24 mois après traitement) aux patients opérés de prostatectomies robots assistés ($n=431$) divisés en 2 groupes (RALP < 200, $n=194$ opérés par un chirurgien ayant une expérience < 200 RALP et RALP > 200, $n=237$ opérés par un chirurgien ayant une expérience > 200 RALP), de prostatectomies radicale ouvertes rétropubiennes (ORP ; $n=235$), de curiethérapies à haut débit (HDR) ($n=93$), de curiethérapie à bas débit (LDR ; $n=84$) ou de surveillance active (SA ; $n=96$).
Résultats.— La récupération d'une continence complète à 3 mois postopératoire était de 40 % pour les RALP > 200 ; de 26 % pour les ORP et de 25 % pour les RALP <200 (25 %). La continence absolue dans les trois groupes chirurgicaux semblait se stabiliser après 12 mois sans amélioration nette entre 12 et 24 mois. Les hommes du groupe SA avaient de meilleurs scores sexuels au cours des 12 premiers mois que les hommes dans les groupes RALP > 200 et LDR. Les hommes du groupe RALP > 200 ont obtenu de meilleurs résultats sexuels à tous les points de la période de suivi, et étaient plus susceptibles de retrouver la puissance sexuelle que les hommes dans le groupe ORP ou RALP < 200 à 6 et 12 mois.
Conclusion.— Grâce aux résultats de notre étude les patients peuvent être conseillés sur les effets les plus probables en fonction du choix du traitement qu'ils réalisent, ce qui les aidera à choisir en connaissance de cause.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.187

0-187

Curage ganglionnaire étendu dans le cancer de prostate : complications lymphatiques en fonction des limites anatomiques du curage

B. Rousseau[a], M.A. Perrouin-Verbe[b], G. Papin[b], M. Thoulouzan[b], V. Joulin[b], C. Deruelle[b], L. Doucet[b], A. Valéri[b], G. Fournier[b]
[a] *Centre hospitalier des Pays de Morlaix, Morlaix, France*
[b] *CHU Brest, Brest, France*

Objectifs.— Étudier les complications lymphatiques du curage ganglionnaire laparoscopique dans le cancer de la prostate cliniquement localisé, en fonction de son étendue.
Méthodes.— 303 patients consécutifs ont eu un curage lors d'une PRL de juin 2000 à avril 2010. L'indication du curage était l'existence de score de Gleason 4 et/ou PSA > 10 ng/mL. Ces patients ont été réparti en trois groupes présentant des limites anatomique de curage d'extension croissante ainsi défini groupe 1 : (176 patients, juin 2000 à juin 2006) curage ilio-obturateur sous veineux groupe 2 : (60 patients, juin 2006 à février 2008) curage étendu comprenant la bifurcation de l'artère iliaque commune les vaisseaux iliaque externe en incluant le bord externe de l'artère iliaque externe, l'artère hypogastrique et la fosse obturatice. Groupe 3 : (67 patients, mars 2008 à avril 2010) identique au groupe 2 en respectant le bord externe de l'artère iliaque externe.

Tableau 1

	Groupe 1 $n=176$	Groupe 2 $n=60$	Groupe 3 $n=67$	p G1/G2	p G2/G3	p G1/G3
cTNM (%)						
T1	60,9	55	65,7	0,57	0,23	0,57
T2	38,6	43,5	29,8			
T3	0,5	1,7	4,5			
Gleason Biopsique (%)						
5-6	41,9	28,3	34,3	0,12	0,64	0,17
7	53,6	63,3	55,2			
8-9	4,5	8,4	10,5			
PSA (ng/mL)	11,3 (2,01—47)	9 (3—66,4)	9 (1,45—41)	0,76	0,20	0,16
Nombre de gg disséqué	6,7	15,4	15,8	< 0,001	0,67	< 0,001
Taux de gg métastatique	5,7 %	16,7 %	20,8 %	< 0,001	0,65	< 0,001
Lymphorhée	9,6 % (17)	21,3 % (13)	11,5 % (7)	0,02	0,09	0,81
Lymphocele						
Total	0,6 % (1)	4,9 % (3)	1,5 % (1)	0,05	0,35	0,47
Trait. Invasif	0 %	0,8 %	0 %	0,25		
Lyphoedeme	0,6 % (1)	24,6 % (15)	7,6 % (5)	< 0,000001	0,01	0,007
Total complication lymphatique	10,2 (18)	36,6 % (22)	16,4 % (11)	< 0,00001	0,01	0,19