*Tableau 1*

| | Avec complications | Sans complications | p |
|---|---|---|---|
| Age (années) | 6 | 9,6 | 0,08 |
| Sexe masculin (%) | 90 | 45 | **0,03*** |
| Nombre de calculs | 2,5 | 2,1 | 0,41 |
| Taille du calcul le plus volumineux (mm) | 11,1 | 13,5 | 0,36 |
| Somme des tailles (mm) | 18,9 | 22,2 | 0,5 |
| JJ pré-opératoire (%) | 40 | 33 | 0,7 |
| Durée d'intervention (min) | 132 | 100 | 0,07 |
| Calcul caliciel inférieur (%) | 60 | 63 | 0,84 |
| ECBU positif pré-opératoire (%) | 22 | 29 | 0,68 |
| Sonde JJ post-opératoire (%) | 100 | 64 | **0,04*** |

*Tableau 2*

| | Avec fragments résiduels | Sans fragments résiduels | p |
|---|---|---|---|
| Sexe masculin (%) | 52 | 59 | 0,64 |
| Age (années) | 8,3 | 10,5 | 0,22 |
| Nombre de calculs | 2,3 | 1,9 | 0,35 |
| Taille du calcul le plus volumineux (mm) | 15,1 | 9,8 | **0,007*** |
| Somme des tailles des calculs (mm) | 25,5 | 15,2 | **0,007*** |
| Sonde JJ pré-opératoire (%) | 38 | 35 | 0,85 |
| Sonde JJ post-opératoire (%) | 76 | 71 | 0,69 |
| Calcul caliciel inférieur | 34 | 41 | 0,75 |

*Déclaration d'intérêts* Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.062

**O-058**

## Réparation d'un épispadias par la technique de Mitchell modifiée

A. Faure*, P. Alessandrini
*AP—HM, Marseille, France*
* *Auteur correspondant.*
*Adresse e-mail :* alice.faure@ap-hm.fr (A. Faure)

*Objectifs* La réparation d'un épispadias reste aujourd'hui un challenge pour la plupart des urologues. Différentes techniques chirurgicales ont été décrites dont celles de Cantwell—Ransley et de Mitchell—Bägli. La technique de Mitchell a été notre technique de référence depuis 1998. Ce travail rapporte notre expérience de désassemblage complet du pénis (DCP) avec une technique de Mitchell modifiée et ses avantages pour la correction d'un épispadias.
*Méthodes* Entre 2002 et 2013, nous avons colligé, rétrospectivement, les données des garçons pris en charge pour réparation d'un épispadias dans le service selon la technique de Mitchell modifiée. La technique opératoire était : après séparation des différents éléments du pénis, la plaque urétrale était libérée des corps spongieux. Chaque hémicorps caverneux et hémigland homolatéral étaient séparés au niveau de la zone septale en conservant un pont muqueux de gland contrairement à la technique princeps. Enfin l'urétroplastie était réalisée puis couverte par le rapprochement des corps caverneux.
*Résultats* Cinq garçons (4 épispadias isolé et 1 épispadias-extrophie vésicale) ont été inclus. L'âge médian lors de la chirurgie était de 23 mois (22 à 118). Aucune complication per- et postopératoire n'a été recensée. Aucun cas d'ischémie du gland ou des corps caverneux n'a été observé après désassemblage complet du pénis. Tous les enfants ont été suivis en consultations régulièrement. Le recul médian était de 39 mois (3—132). Nous n'avons pas eu d'hypospadias. Aucune courbure de verge ou une dysfonction érectile n'a été retrouvée chez nos 2 patients pubères. Un des 5 garçons était continent avant se cure chirurgicale. Le DCP (réalisé à l'âge de 5 ans) n'a pas modifié sa continence avec un recul de 3 mois.
*Conclusion* La technique de Mitchell modifié a permis une excellente correction de l'épispadias en limitant les complications de nécrose du gland, d'hypospadias et d'impuissance pour l'ensemble de nos patients. La correction d'un épispadias par DCP est une technique efficace et sure lorsqu'elle est réalisée par un chirurgien expérimenté ayant une bonne connaissance de la chirurgie réparatrice de la verge (Fig. 1).

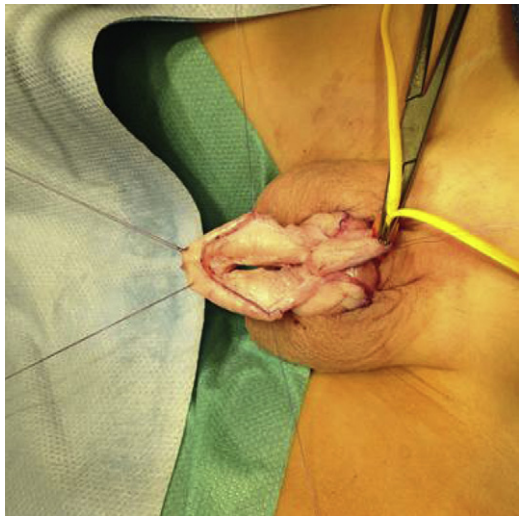

*Fig. 1*

*Déclaration d'intérêts* Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.063

# Cancer localisé de la prostate : biopsies et IRM

**O-059**

## Influence de la classification de l'ISUP 2005 sur la concordance du score de Gleason des biopsies de prostate et des pièces de prostatectomie totale

M. Haddad[1], N. Nicolaiew[2], A. Campeggi[1], J. Rode[1], B. Parier[1], C. Lebacle[1], R. Yiou[1], A. Hoznek[1], D. Vordos[1], A. De la Taille[1], L. Salomon[1]
[1] *CHU Henri-Mondor, Créteil, France*
[2] *Inserm U955eq07, Créteil, France*

*Objectifs* La conférence de l'ISUP en 2005 a modifié les modalités d'établissement du score de Gleason et a ainsi modifié la stadification histologique des cancers de la prostate. L'objectif de cette étude était d'analyser la concordance du score de Gleason des biopsies prostatiques et des pièces de prostatectomie totale avant et après la classification de l'ISUP 2005.
*Méthodes* Les scores de Gleason des biopsies de prostate et des pièces de prostatectomie totale de 3334 patients opérés de 1994 à 2013 ont été comparés (corrélation, sous ou sus stadification) avant et après 2005. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de test de Chi$^2$.
*Résultats* Avant l'ISUP 2005, il y avait une corrélation parfaite, une sous-stadification et une sus-stadification entre le score de Gleason des biopsies et celui des pièces de prostatectomie dans, respectivement 39,2 %, 55 % et 5,8 %. Après l'ISUP 2005, ces résultats étaient respectivement de 45,7 %, 48,6 % et 5,7 %. Les différences étaient significatives pour la concordance ($p < 0,05$) et la sous-stadification ($p < 0,05$) du score de Gleason mais ne l'étaient pas pour la sur-stadification ($p = 0,93$).
*Conclusion* La classification ISUP 2005 améliore la corrélation entre le score de Gleason des biopsies et celui des pièces de prostatectomie totale et diminue le risque de sous-stadification. Elle devrait permettre d'améliorer les résultats de la prise en charge du cancer de la prostate.
*Déclaration d'intérêts* Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.064

**O-060**

## Évolution du profil de 9271 patients candidats à une première série de biopsies prostatiques inclus sur 12 ans dans 3 centres français

N. Nicolaiew
*Inserm U955 Eq 7, université Paris 12 Créteil, Créteil, France*
*Adresse e-mail :* nathalie.nicolaiew@inserm.fr

*Objectifs* Le but de cette étude était d'évaluer l'évolution des caractéristiques des patients ayant eu une première série de biopsies prostatiques entre 2002 et 2013, à partir de bases de données prospectives de 3 centres français.
*Méthodes* Les caractéristiques des patients bénéficiant d'une première série de biopsies prostatiques, en termes d'âge, de PSA, de stade clinique, de score de Gleason et de taux de détection de cancer étaient comparées en fonction de l'année des biopsies prostatiques, de 2002 à 2013. Un test de Chi$^2$, de tendance linéaire étaient réalisés ainsi qu'une ANOVA pour l'âge. L'âge moyen était de 65,1 ± 8,3 ans, le PSA de 27,3 ± 210,4 ng/ml, le poids prostatique de 46,3 ± 27,1 g. Quinze carottes étaient prélevées en moyenne (minium = 1, maximum = 36). 45,9 % des patients étaient suivis à l'hôpital de Créteil, 31,5 % à celui de Lyon et 22,6 % à celui de Paris.
*Résultats* Au total, 9271 patients ont eu une première série de biopsies prostatiques avec 4691 (50,6 %) cancers de diagnostiqués. Le pourcentage de cancers ne varie pas significativement selon les années. Bien que l'âge des patients varie au cours des années ($p < 0,0001$), ils ont en moyenne 65,8 ans en 2002 et en 2013. Le nombre de patients ayant un PSA inférieur à 10 ng/ml (64,2 % en 2002 vs 70,3 % en 2013, $p < 0,0001$) et un stade clinique T1c (49,1 % en 2002 vs 72,8 % en 2013, $p < 0,0001$) a régulièrement augmenté. Le nombre de patients biopsiés pour un PSA < 4 ng/ml varie peu en fonction des années (9,9 % en 2002 vs 9,0 % en 2013, $p = 0,0056$). Le score de Gleason supérieur ou égal à 7 varie significativement selon les années ($p < 0,0001$), les variations sont comprises entre 61,2 % et 59,9 %.
*Conclusion* En l'espace de 12 ans, la population des hommes candidats à une première série de biopsies prostatiques a évolué vers une population de patients ayant plus fréquemment un toucher rectal normal et un PSA < 10 ng/ml. Cependant, depuis 2011, le nombre de patients biopsiés pour la première fois, a fortement diminué (826 en 2011, 688 en 2012 et 521 en 2013).
*Déclaration d'intérêts* L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.065

**O-061**

## Biopsies prostatiques ciblées par guidage IRM dans le diagnostic du cancer localisé de la prostate : taux de détection et valeur prédictive de l'imagerie

J. Klein*, G. Mayor, A. De Gorski, J. Vallee, C. Iselin
*Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse*
* *Auteur correspondant.*
*Adresse e-mail :* jacques.klein@hcuge.ch (J. Klein)

*Objectifs* La biopsie transrectale échoguidée de la prostate représente l'approche standard dans le diagnostic du cancer localisé de la prostate. Il existe des systèmes de navigation permettant d'effectuer des biopsies ciblées à l'IRM. Nous avons déterminé le taux de détection des biopsies ciblées en utilisant le système de navigation Urostation (Koelis®), tout en évaluant la corrélation entre la probabilité d'atteinte tumorale radiologique et les résultats histologiques.
*Méthodes* Nous avons inclus 55 patients (âge moyen : 64 ans ± 7,2) qui ont bénéficié de biopsies ciblées de la prostate par guidage échographique endorectal 3D (Philips HD9®), en fusionnant l'IRM (3 Tesla – Philips avec antenne endorectale) à l'US 3D. En moyenne 1,9 (1 à 4) cibles étaient déterminées avec 2,7 (1 à 6) biopsies de chaque cible. Le PSA moyen était de 12,4 ± 15,4 ng/mL et le volume prostatique moyen 56 ± 28,6 mL. Lors de l'IRM, les cibles étaient classées en trois groupes par nos radiologues (suspicion de nodule tumoral faible, moyenne ou élevée).
*Résultats* Tout stade radiologique confondu, le taux de biopsies positives était de 58 % (32/55). Le taux de biopsies positives pour les lésions à probabilité faible, moyenne et élevé était respectivement de 42 % (8/19), 45 % (9/20) et 88 % (14/16). Le score de Gleason moyen était de 7,1 ± 1,1. Une corrélation significative était observée entre la probabilité radiologique et la positivité des biopsies ($p = 0,01$) ainsi que le score de Gleason ($p = 0,05$). Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre les biopsies positives et le taux de PSA, le volume prostatique, le toucher rectal suspect ou le nombre de biopsies effectuées dans les cibles.
*Conclusion* La fusion IRM/échographie 3D permet de quasi tripler le rendement des biopsies par rapport à la technique classique, avec une bonne corrélation entre la suspicion radiologique et les résultats anatomo-pathologiques. Cette corrélation n'a pas pu être établie pour les caractéristiques cliniques et biologiques (PSA, TR, Volume prostatique), ce qui valide la réalisation d'une IRM préalablement aux biopsies.
*Déclaration d'intérêts* Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.066

**O-062**

## Intérêt de l'échographie 3D et fusion d'image IRM pour le diagnostic du cancer de la prostate

A. Marien[1], A. De Castro Abreu[2], A. Villers[1], I. Gill[2], O. Ukimura[2]
[1] *CHRU Lille, Lille, France*
[2] *USC Urology, Los Angeles, États-Unis*