[1] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[2] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, laboratoire d'anatomie et d'organogenèse, Amiens, France*
[3] *Service d'urologie transplantation, CHU d'Amiens, laboratoire Hervi, EA3801, Biobanque de Picardie, Amiens, France*

Objectifs Les complications les plus fréquentes après urétéroscopie souple (URSS) sont d'origine infectieuse. La pyélonéphrite aiguë (PA) est l'une des plus graves et nécessite souvent une ré-hospitalisation non programmée. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer les facteurs pronostics de PA après URSS, d'évaluer la fréquence des ré-hospitalisations pour PA et valider l'intérêt de l'ECBU prélevé la veille de l'intervention pour traiter précocement ces patients.
Méthodes Les complications infectieuses et les ré-hospitalisations non programmées dans le mois suivant l'URSS ont été colligées et évaluées rétrospectivement. Les paramètres colligés étaient : âge, sexe, IMC, motif de l'URSS (calcul ou TVES), nombre d'urétéroscopies antérieures, nombre d'interventions antérieures pour calculs, nombre, taille et localisation des calculs, bilatéralité, anomalies anatomiques associées, durée d'intervention, JJ préopératoire, drainage postopératoire, durée opératoire, durée d'hospitalisation, ECBU à j—1 et prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS. La corrélation entre ces variables et l'apparition de PA dans le mois suivant l'URSS était réalisée (StatView 4.5 ; SAS Institute, NC) ($p < 0,05$ significatif).
Résultats Entre 2010 et 2013, 266 patients ont bénéficié d'au moins une URSS ($n = 325$). Parmi les 325 URSS réalisées, nous avons observé 24 PA (7,3 %), 17 survenant avant la sortie d'hospitalisation et 7 PA (2,2 %) nécessitant une ré-hospitalisation non programmée. En analyse univariée, les facteurs pronostiques de PNA post-opératoire étaient : la taille des calculs (plus de 14 mm) ($p = 0,03$) ; la durée de l'intervention (plus de 70 mn) ($p < 0,005$) ; un ECBU positif prélevé la veille de l'hospitalisation malgré un ECBU négatif datant de moins de 7 jours ($p < 0,001$) ; la prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS ($p < 0,001$). En analyse multivariée, seule la prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS était un facteur pronostique indépendant de PA postopératoire (p < 0,002 ; RR 5,8 [1,9—15]).
Conclusion La pyélonéphrite aiguë après URSS, avec ou sans ré-hospitalisation, est une complication rare. La prescription d'une antibiothérapie dans la semaine précédant l'URSS était un facteur pronostique indépendant de PA postopératoire. La pratique systématique d'un ECBU j—1 pourrait permettre une antibiothérapie précoce pour près de 63 % des patients et peut-être limiter les ré-hospitalisations pour PA après URSS.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.125

O-121

La gangrène de Fournier : approche étiologique et thérapeutique (à propos de 31 cas)

M. Ben Chehida , A. Sellami , M. Chelif , S. Ben Rhoumma , M. Gargouri , Y. Kallel , Y. Nouira
Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Objectifs La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante rapidement progressive du périnée et des organes génitaux externes. L'étiologie est identifiée dans 65 % des cas. Son mode de présentation parfois atypique, son retentissement général parfois modeste au début, entraînent souvent un retard dans le diagnostic et le traitement. Dans cette étude, nous nous proposons de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette pathologie.
Méthodes Étude rétrospective de 31 cas colligés entre 2000 et 2013.
Résultats L'âge moyen de nos patients était de 56 ans. Les antécédents de diabète et de chirurgie périnéale (abcès de la marge anale, hémorroïdectomie, fracture de la verge) étaient présents chez respectivement 64 % et 19 % dans notre série. Le traitement comportait un volet médical (réanimation/triple antibiothérapie) associé à un volet chirurgical : débridement large immédiat suivi d'une phase de restauration (en fonction de l'étendue des lésions) 60 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie de seconde phase (suture secondaire, greffe cutanée) avec 45 % de résultats esthétiques satisfaisants.
Conclusion La gangrène de Fournier présente des facteurs favorisants, comme l'âge, le diabète et l'immunodépression. Un traitement urgent et agressif est primordial pour assurer la survie du patient. Une ré-équilibration hydroélectrolytique, avec une antibiothérapie à large spectre suivie rapidement par un débridement chirurgical, est la base du traitement. Cependant, la mortalité reste élevée, de l'ordre de 20 à 80 % (Fig. 1).

ATCDs	Diabète	Artériopathie	Plaie scrotale	Immunosuppresseur	Hépatopathie	Paraplégie	RE/TV	Cure abcès marge anale	Cure hémorroïdes	Cure fracture la verge
Patients	21	3	1	1	1	1	1	2	1	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.2014.08.126

O-122

Diarrhée nosocomiale à *Clostridium difficile* au service d'urologie

N. Belasla[1], T. Yahiaoui[1], M. Mouheb[1], N. Kitous[2], F. Saidi[2], F. Toudeft[2], M. Souid[3]
[1] *Service d'urologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi ouzou, Algérie*
[2] *Service d'épidémiologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi ouzou, Algérie*
[3] *Hôpital Central de l'Armée, Alger, Algérie*

Objectifs La connaissance précise de la diarrhée aiguë nosocomiale à *Clostridium difficile* (DACD) et sa prise en charge ainsi que l'évaluation des actions de prévention.
Méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur 25 cas de DACD colligées au service d'urologie sur une période de 5 mois. Nous avons inclus dans notre étude tous les cas survenu en périopératoire. Les données ont été collectées à partir des dossiers de malades, registre des diarrhée aiguës nosocomiales à *Clostridium difficile* (DACD) du service d'urologie, données du service d'épidémiologie, et les résultats bactériologiques des coproparasitologies.

Résultats Nous avons recensé 25 cas de DACD sur une période de 5 mois, allant de janvier 2012 à mai 2012. Vingt-trois hommes et 2 femmes, tous ont présentés une diarrhée après 3 jours d'hospitalisation pour intervention chirurgicale urologique (chirurgie ouverte ou endoscopique). La durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours. Tous les patients ont eu une antibiothérapie prophylactique. Les co-proparasitologies ont permis d'isoler le germe (*Clostridium difficile*). La mortalité était de 12 % (3 patients).
Conclusion Les infections à *Clostridium difficile* sont graves et peuvent être a l'origine d'une épidémie difficile à contrôler. L'éradication complète des cas de DACD nosocomiale n'est certainement pas envisageable mais le contrôle et la limitation de la transmission à l'intérieur de l'établissement sont des objectifs réalisables.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.127

Neuro-urologie et autres troubles mictionnels 2

O-123

Efficacité et innocuité à long terme des injections répétées d'OnabotulinumtoxinA (BOTOX®) chez des patients souffrant d'hyperactivité du détrusor d'origine neurologique : résultats finaux d'un suivi longitudinal jusqu'à 4 ans

G. Karsenty[1,*], H. Schulte-Baukloh[2], R. Dmochowski[3], K. Ethans[4], J. Brenda[5], S. Guard[6], Y. Zheng[7], M. Kennelly[8]
[1] *Aix-Marseille université, urologie, hôpital de La Conception, Marseille, France*
[2] *St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin, Allemagne*
[3] *Vanderbilt University, Nashville (TN), États-Unis*
[4] *Université de Manitoba, Winnipeg, Canada*
[5] *Allergan Inc., Irvine (CA), États-Unis*
[6] *Allergan Ltd., Marlow, Royaume-Uni*
[7] *Allergan Inc., Bridgewater (NJ), États-Unis*
[8] *Carolinas Rehabilitation, Charlotte (NC), États-Unis*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : gilles.karsenty@ap-hm.fr (G. Karsenty)

Objectifs Suite à deux études internationales de phase 3 (randomisées, en double insu, comparatives avec placebo) évaluant le traitement par BOTOX® de patients incontinents par hyperactivité du détrusor d'origine neurogène et réfractaires au traitement par au moins 1 anti-cholinergique, les résultats finaux d'une étude multicentrique de suivi à long terme de patients ayant reçu des injections répétées pendant une période maximale de 4 années sont présentés.
Méthodes Les patients SEP ou blessés médullaires ayant terminé l'étude de phase 3 de 52 semaines, pouvaient intégrer une étude de suivi à long terme de 3 ans avec traitements multiples (200 U ou 300 U). Les patients ont été retraités à la demande avec des critères de retraitement prédéfinis (3 mois de délais avec l'injection précédente et 1 fuite au moins sur le calendrier mictionnel des 3 jours. Critères évalués : diminution des épisodes quotidiens d'IU (critère principal), volume mictionnel, durée d'effet, événements indésirables (EI) taux de recours à l'autosondage (ASIP).
Résultats Au total, 388 patients ont reçu des traitements successifs (4,2 avec BOTOX 200 U) jusqu'à 4 ans Le taux d'arrêt pour cause d'effets indésirables ou manque efficacité était faible (3,1 %, 2,1 %), le taux global d'arrêt de 41,5 %. Des traitements répétés (jusqu'à 8) de BOTOX® ont réduit de façon constante le nombre moyen d'épisodes quotidiens d'IU versus la valeur de référence à semaine 6 (entre −3,2 et −4,1 avec 200 U). Le volume mictionnel augmentait de +166,1 ml (200 U)). La durée moyenne d'efficacité était de 36,2 semaines (200 U). Les résultats avec 300 U étaient semblables. Les infections urinaires et la rétention urinaire étaient les effets indésirables les plus communs. Les taux d'ASIP de novo avec 200U étaient de 29,5 %, 3,4 % et 6 % (cycles 1−3), puis 0 % (cycles 4−8).
Conclusion Chez des patients souffrant d'HDN et dont l'incontinence n'est pas contrôlée par la prise d'au moins 1 anti-cholinergique, des injections répétées de BOTOX® réduisent de façon significative les épisodes quotidiens d'IU et améliorent le volume mictionnel. Aucun nouveau signe d'intolérance sur une période de suivi de quatre ans n'a été détecté.
Déclaration d'intérêts Étude financée par l'industrie (ALLERGAN).

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.128

O-124

La polyurie nocturne est-elle plus fréquente chez les patients parkinsoniens que dans la population générale du même âge ?

J. Romain[1], X. Game[2], F. Torny[1], P. Colombeau[1], J. Dumas[1], X. Plainard[1], J. Salle[1], L. Fourcade[1], A. Descazeaud[1]
[1] *CHU Dupuytren, Limoges, France*
[2] *CHU Rangueil, Toulouse, France*

Objectifs Déterminer si la polyurie nocturne (PN) était plus fréquente chez les patients ayant une maladie de Parkinson idiopathique (MPI) que dans la population générale du même âge (Cohorte de référence Van Doorn et al., Eur Urol 2013, 63, 542−547).
Méthodes Une étude prospective de catalogue mictionnel a été réalisée sur 70 patients consultant en neurologie. Une nycturie était définie par 2 levers ou plus réveillant le patient pour uriner. Deux définitions de la PN ont été utilisées : une diurèse nocturne supérieure ou égale à 33 % de la diurèse totale (NUV33), et une diurèse nocturne supérieure ou égale à 90 ml/min (NUP90). Les données ont été comparées à celles d'une cohorte récente. L'hypothèse principale à tester était que les patients atteints de MPI avaient une PN 2 fois supérieure à la PN retrouvée dans la population du même âge selon la définition NUP90.
Résultats L'âge moyen des patients était de 71 ans (45−86, sex-ratio 33/30). La durée moyenne de la MPI était de 6,76 ans, comprenant 32 patients au stade de lune de miel et 30 patients au stade de fluctuations motrices selon l'échelle UPDRS III. La prévalence de la nycturie était de 32,14 %. La prévalence de la PN était de 64,5 % selon la définition NUV33 et 17,7 % selon la définition NUP90, et de 66 % (NUV 33), et 21,5 % (NUP 90) chez les patients présentant une nycturie. L'hypothèse principale testée n'a pas été vérifiée. Aucune différence significative n'a été observée par rapport à la cohorte de référence en ce qui concernait la prévalence de la nycturie et de la PN.
Conclusion Chez les patients atteints de MPI, ni la PN ni la nycturie n'ont été observées de façon plus fréquente que dans une population générale du même âge non atteinte de MPI. Le mécanisme de la nycturie chez le patient parkinsonien n'est pas univoque et nécessite la réalisation systématique d'un catalogue mictionnel.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.129