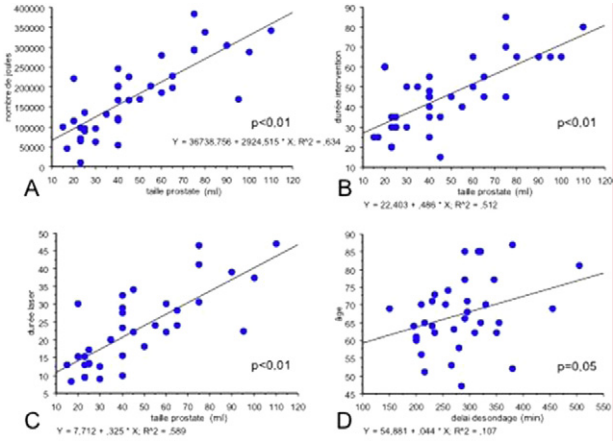


Fig. 1 Désondage précoce après photovaporisation transutérale de prostate. Il existe une relation significative entre le volume prostatique estimé préoperativement par échographie endorectale et l'énergie délivrée (A), la durée d'intervention (B), la durée d'émission de laser (C). La durée d'émission laser (C) est sensiblement moitié moins longue que la durée d'intervention (B). On observe une tendance au désondage plus précoce chez les patients plus jeunes (D) (calcul de régression linéaire).

Tableau 1 Résultats démographiques opératoires et postopératoires après désondage précoce après photovaporisation transutérale de prostate.

Variables	*n*
Patients éligibles, no.	45
Patients inclus, no.	40
Age, année, moy. (range)	68 (51-87)
ASA, moy (range)	2 (1-3)
Antiagrégants plaquettaires préop, %	17,5
Anticoagulants préop, %	2,5
Volume prostatique EER, ml, moy. (range)	51 (15-110)
PSA préop, ng/ml, moy (range)	3,9 (0,5-13)
Qmax préop, ml/s, moy (range)	7,4 (4-11)
RPM préop, ml, moy (range)	165 (32-300)
Suivi moyen, j, moy (range)	129 (47-365)
Critères opératoires	-
Durée d'intervention, min, moy (range)	45 (15-90)
Durée d'émission laser, min, moy (range)	23 (8-47)
Energie délivrée, kJ, moy (range)	206 (11-971)
Anesthésie générale, no (%)	38 (95)
Rachianesthésie, no (%)	2 (5)
Ephédrine, %	41
Atropine, %	4
Morphiniques post-opératoires, %	2,5
Curares,%	20,5
Acupan, %	20,5
Exacyl, %	84
Lasilix, %	95
AINS, %	43
Critères post-opératoires	-
Délai avant désondage, min, moy (range)	285 (150-505)
Délai reprise mictionnelle, min, moy (range)	55 (15-180)
Désondage précoce, no. (%)	40 (100)
RAU <24h, no. (%)	5 (12)
Hématurie caillotante >7j, no (%)	1 (2,5)

ASA = American Society of Anesthesiologists; EER = Echographie Endo-Rectale; PSA = Prostate-Specific Antigen; Qmax = débit mictionnel maximum ; RPM = Résidu Post-Mictionnelle ; AINS = Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien ; RAU = Rétention Aigue d'Urine

Tab. – Résultats démographiques, opératoires et post-opératoires après désondage précoce après photovaporisation transurétrale de prostate

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.209

Tableau 1 : valeurs échographiques et IRM Pré-, Post-opératoire, à 1, 6 et 12 mois

		Pré-op	Post-op	1 mois	6 mois	12 mois
Echographies						
Mode B :						
	largeur (mm)	56[45-65]	56[43-69]	52[41-59]	48[38-57]	52[40-55]
	volume (cc)	71[28-143]	65[31-104]	56[10-86]	45[14-69]	60[20-69]
	diamètre cavité = DC (mm)	0[0-0]	15[5-30]	14[0-26]	14[0-28]	12[6-27]
Mode MFI :						
	largeur (mm)	57[40-63]	56[40-68]	49[44-61]	47[34-55]	49[38-54]
	diamètre zone dévascularisée = DD(mm)	0[0-0]	35[23-49]	22[11-39]	16[0-27]	12[6-26]
épaisseur de la zone nécrotique = EN(mm)		0[0-0]	9[3-17]	6[0-13]	0[0-2]	0[0-0]
IRM						
	largeur (mm)	57[42-69]		50[39-59]	46[36-57]	51[38-58]
	volume (cc)	84[32-132]		56[14-112]	37[10-66]	51[10-83]
Loge PVP	aspect tissulaire (%)			75	14	0
	liseré inflammatoire (%)			92	50	14

Les valeurs quantitatives sont exprimées en médiane [extrêmes]

Fig. 1 IRM et ECUS prostatiques.

O-205

Étude PROPIL, résultats à 12 mois : évaluation de l'évolution de l'épaisseur nécrotique par échographie de contraste et IRM prostatiques après photovaporisation prostatique (PVP) par laser GREENLIGHT-XPS® et de la corrélation aux signes urinaires de la phase de remplissage postopératoires

T. Bodin , F. Bruyere , L. Brunereau , A. Bleuzen , F. Patat
CHU de Tours, Tours, France

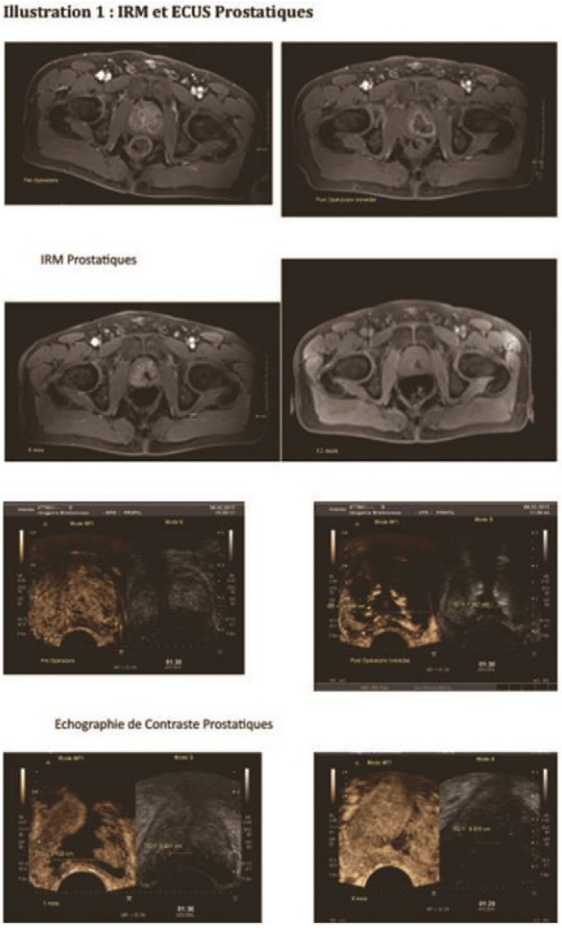
Objectifs Les objectifs étaient de mesurer la nécrose après une PVP en échographie de contraste endorectale (ECUS) et en IRM et d'évaluer une corrélation entre la persistance des signes urinaires de la phase de remplissage et cette zone de nécrose.

Méthodes C'est une étude prospective sur douze patients opérés d'une PVP par laser GREENLIGHT-XPS®. L'ECUS (modes B puis contraste) a été réalisé en préopératoire, post-opératoire puis à 1—6—12 mois avec mesure en mode B : largeur et volume prostatiques, diamètre de la cavité de vaporisation (DC) ; et en mode contraste : largeur prostatique, diamètre de la zone dévascularisée (DD). Il a été mesurée l'épaisseur nécrotique [EN = (DD — DC)/2]. Les IRM ont été réalisées en pré-opératoire, à 1—6—12 mois, elles ont évalué la largeur et le volume prostatiques, et caractériser l'aspect tissulaire/liquidien de la cavité de vaporisation ainsi que la présence ou non d'un liseré inflammatoire (Fig. 1).

Résultats Les patients étudiés avaient des caractéristiques préopératoires habituelles. L'ensemble des résultats d'imagerie est reporté dans le tableau 1. Les valeurs étaient similaires en échographies et en IRM. La zone nécrotique était mesurée à 9 mm [3—17] en postopératoire et à 6 mm [0—13] à 1 mois, elle avait totalement disparue à partir de 6 mois sauf chez 1 patient. L'IRM ne permettait pas de mesurer précisément la nécrose mise en évidence en ECUS. Il persistait des signes urinaires de la phase de remplissage à 83, 20 et 33 % à 1—6—12 mois postopératoire. Chez ces patients, on objectivait la présence d'une zone nécrotique et d'un liseré inflammatoire de la loge de vaporisation dans 90 et 100 % à 1 mois, 0 et 100 % à 6 mois et 0 et 50 % à 12 mois.

Conclusion L'épaisseur nécrotique en postopératoire a été jusqu'à 5 fois plus importante que celle décrite. Cela est primordial pour guider les opérateurs de PVP pour éviter des lésions des organes avoisinants. Les signes urinaires irritatifs étaient fréquents en postopératoire. Ces signes semblent corrélés au liseré inflammatoire plus qu'à la zone nécrotique (Tableau 1).

Tableau 1 Valeurs échographiques et IRM pré-, postopératoire, à 1, 6 et 12 mois.



Déclaration d'intérêts Fond de recherche AFU.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.210

O-206

Énucléation prostatique « en bloc » au laser Greenlight (Greenlep) : étude de faisabilité technique et résultats fonctionnels préliminaires

V. Misrai[1,*], J. Cornu[2], E. Bruguiere[1], B. Bordier[1], M. Rouprêt[3], J. Guillotreau[1]
[1] *Clinique Pasteur, Toulouse, France*
[2] *Hôpital Tenon, Paris, France*
[3] *Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : v.misrai@clinique-pasteur.com (V. Misrai)

Objectifs Évaluer la faisabilité technique et les résultats fonctionnels préliminaires de l'énucléation prostatique « en bloc » au laser Greenlight 120 W (GreenLEP) dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).
Méthodes Étude prospective menée chez les 25 premiers patients traités par GreenLEP par un opérateur sans expérience préalable de l'énucléation. Les critères sélectionnés pour évaluer la technique ont été : durée d'intervention, énergie délivrée (kJ), durée de la morcellation, complications périopératoires, durées de sondage vésical et d'hospitalisation. Les résultats fonctionnels ont été analysés sur la variation du score IPSS, de l'index de qualité de vie, du débit maximal (Qmax), du résidu post-mictionnel, du volume prostatique et du PSA (test des rangs apparié de Wilcoxon). Les taux incontinence urinaire à l'effort et de ré hospitalisation ont été également analysés.
Résultats L'indication opératoire a été : échec du traitement médicamenteux (60 %) ou rétention avec sonde à demeure (40 %). Le volume prostatique médian a été de 100 [90—110] et le PSA médian pré opératoire de 4 ng/ml [3—6]. Les durées médianes d'intervention et de morcellation et l'énergie délivrée ont été de 70 min [65—100], 10 min [10—12] et 95 kJ [79—195] respectivement. Les complications périopératoires ont été : perforations capsulaires ($n = 5$), conversion en RTUP ($n = 2$) et reprise chirurgicale ($n = 1$). Les durées médianes de sondage et d'hospitalisation ont été de 2 [2—4] et 3 jours [2—5], respectivement. Les résultats fonctionnels sont présentés avec un suivi médian de 2 mois [2—6] dans le Tableau 1. Quatre patients ont présenté une incontinence urinaire à l'effort transitoire. Au terme du recul, 1 patient a été ré hospitalisé pour rétention.
Conclusion L'énucléation endoscopique GreenLEP est une technique sûre et efficace. Cette technique doit être évaluée à plus long terme afin de déterminer si les résultats sont identiques à l'HOLEP dans le traitement des adénomes de gros volumes.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.211

O-207

HoLEP pour les prostates d'un volume supérieur à 100 g : étude multicentriques

P. Théveniaud[1,*], G. Robert[2], M. Fourmarier[3], H. Baumert[1]
[1] *Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris, France*
[2] *CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*
[3] *CH Aix-en-Provence, Aix-en-Provence, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : petheveniaud@hpsj.fr (P. Théveniaud)

Objectifs L'énucléation prostatique au laser Holmium (HoLEP) est une technique validée pour le traitement endoscopique des gros adénomes prostatiques. Cette technique est encore peu utilisée en France mais commence à se développer pour les adénomes jusqu'à 80 g. Nous présentons les résultats de 3 centres français pour des adénomes de plus de 100 g.
Méthodes De septembre 2011 à avril 2014, les patients de 3 services d'urologie français, avec un volume prostatique supérieur à 100 g opérés par HoLEP ont été inclus rétrospectivement. Un résecteur laser double courant Ch 26 était utilisé avec une fibre laser 550 microns et un générateur Holmium 100 W. La technique de l'énucléation au laser Holmium est maintenant bien décrite et

Tableau 1 Comparaison des paramètres préopératoires et postopératoires.

Comparaison des paramètres pré-opératoires et post-opératoires			
Données	Pré-opératoire	Post-opératoire	P (test des rangs apparié de Wilcoxon)
Volume prostatique (mL)	100 [90-110]	20 [20-27]	0.0000128
I-PSS *	15 [12-20]	5 [4-7]	0.000479
Score de qualité de vie (I-PSS question 8) *	4 [4-5]	2 [1-2]	0.0004366
Débit maximal (mL/s) *	6 [5-7]	28 [26-30]	0.000475
Résidu post-mictionnel (mL) *	100 [100-163]	0 [0-40]	0.00071933

*Données disponibles pour 15 patients, car 10 malades étaient en rétention préopératoire avec sonde à demeure