moyennes étaient de 658,6 mL (±297,6). Le nombre de ganglions prélevés par curage était en moyenne de 15,7 (±10,3). Toutes les RARC réalisées l'ont été en marges saines. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,3 jours (±9,3). Le taux de complications postopératoires était de 44 %, toute gravité confondue. Le suivi moyen était de 10,8 mois (±8). Les survies globale, spécifique et sans récidive étaient respectivement de 75,6 %, 82,2 % et 79,2 % à 1 an, 48,6 %, 70,4 % et 46,8 % à 2 ans. Un cas isolé de carcinose péritonéale a été relaté, dans un contexte de progression multimétastatique.

Conclusion Dans cette série monocentrique, la RARC était associée à des résultats péri-opératoires et oncologiques comparables à la chirurgie ouverte. Des résultats à long terme sont nécessaires pour confirmer ces données (Fig. 1 et 2, Tableau 1).

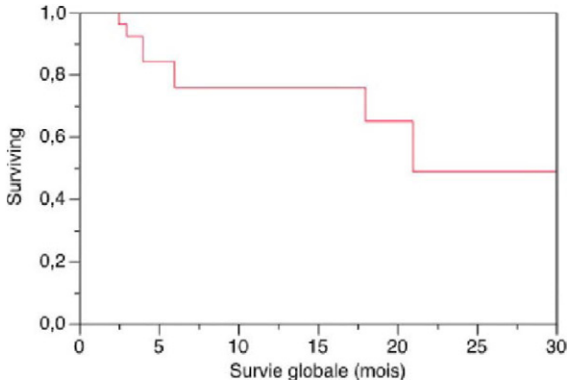

Fig. 1 Survie globale.

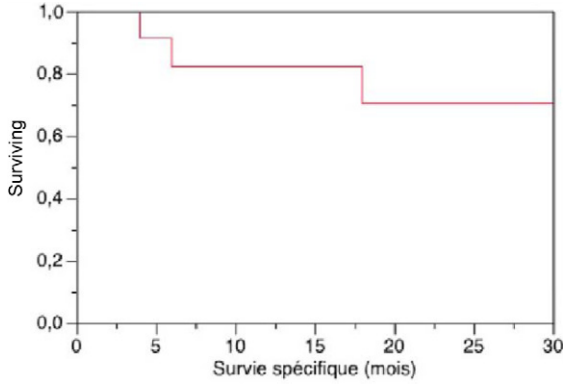

Fig. 2 Survie spécifique.

Tableau 1

Caractéristiques préopératoires	
Nombre de patients	32
Âge moyen (années)	66,5 (+/- 11,2)
IMC moyen (kg/m2)	25,6 (+/- 3,4)
Score ASA	2
Taux de Chimiothérapie Néo Adjuvante	84,6 %
Données Périopératoires	
Durée opératoire moyenne (minutes)	323 (+/- 95,8)
Pertes sanguines moyennes (mL)	658,6 (+/- 297,6)
Taux de transfusions post opératoires	21,8 %
Nombre de ganglions par curage moyen	15,7 (+/- 10,3)
Type de reconstruction	Entérocystoplastie (25%)/ Bricker (75%)
Taux de marges positives	0 %
Données postopératoires	
Durée d'hospitalisation moyenne (jours)	12,3 (+/- 9,3)
Taux de complications opératoires	44 %
Clavien	1 à 3 : 71% >3 : 29%

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.109

O - 100

Cystectomie laparoscopique pour cancer de vessie : résultats oncologiques à 72 mois

A. Gryn[1,*], J. Beauval[1], J. Guillotreau[2], T. Benoit[1], B. Malavaud[1], M. Soulié[1], E. Huyghe[1], P. Rischmann[1], X. Game[1], M. Roumiguié[1]

[1] *CHU Rangueil, Toulouse, France*

[2] *Clinique Pasteur, Toulouse, France*

[*] *Auteur correspondant.*

Objectifs Évaluer les résultats oncologiques de la cystectomie laparoscopique transpéritonéale pour cancer de vessie à 72 mois.

Méthodes Étude unicentrique prospective réalisée de mars 2003 à avril 2014 sur une série consécutive de 54 cystectomies laparoscopiques associées à un curage ilio-obturateur pour tumeur de vessie. Les données préopératoires (âge, score ASA, IMC), les résultats anatomopathologiques, les données opératoires (durée, type de dérivation urinaire) et postopératoires étaient collectées de façon prospective. Le suivi oncologique du patient (date d'apparition des métastases), le statut vivant/décédé (cause et date), les taux de survies globale, spécifique, non spécifique et la survie sans récidive ont été représenté par des courbes de Kaplan-Meier.

Résultats Les caractéristiques de la population sont rapportées dans le Tableau 1. L'indication de la cystectomie cœlioscopique était une TVIM dans 79,6 % (n = X43) et une TVNIM résistant aux traitements conservateurs dans 20,4 % (n = 11). Le suivi médian était de 70,5 mois (1—129,7). Au terme du suivi, 19 patients (35,2 %) étaient vivants et ne présentaient pas de récidive tumorale. Trente et un patients (57,4 %) étaient décédés : 19 (61,3 %) d'une évolution métastatique et 12 (38,7 %) décès non spécifiques. Aucun des patients

métastatiques de notre étude n'a évolué vers la carcinose péritonéale. Les taux de survie spécifique et globale à 7 ans étaient de 61,6 % et 49,3 %. Les médianes de survie globale et spécifique étaient 82,9 et 101,3 mois (Fig. 1). La médiane de survie sans récidive tumorale était de 69,5 mois.

Conclusion La cystectomie par voie laparoscopique est une technique mini-invasive permettant un bon contrôle carcinologique, offrant une alternative efficace au traitement chirurgical de référence qui reste la cystectomie par laparotomie. Contrairement aux données récentes de la littérature, la cœliosocopie n'était pas dans notre étude un facteur de risque de carcinose péritonéale.

Tableau 1

Age (années, moyenne, écartype)		70,4 ± 9,6
Score ASA (médian, min-max)		2 (1-3)
Anatomopathologie de la résection	TVIM	75,9%
	TVNIM	24,1%
Anatomopathologie de la cystectomie (n,%)	pT0	8 (14,9)
	pTis/1	12 (22,2)
	pT2	12 (22,2)
	pT3	16 (29,6)
	pT4	6 (11,1)
Envahissement ganglionnaire (n,%)		8 (14,8%)
Marges chirurgicales positives (n,%)		5 (9,3%)

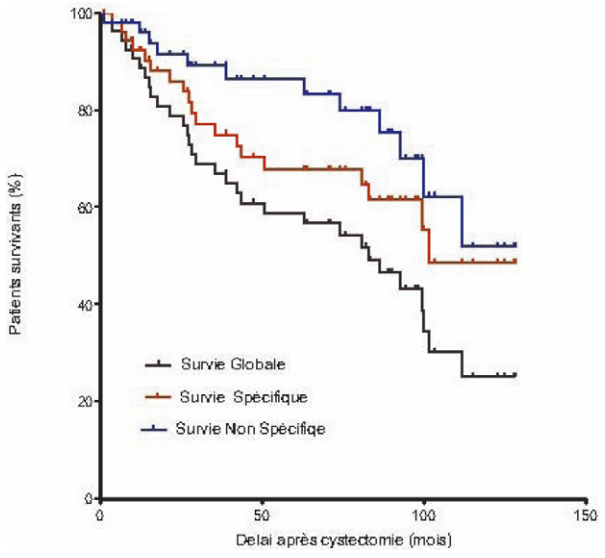

Fig. 1

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.110

O - 101

Optimisation de la transcription des résultats de la cystectomie totale : vers la définition d'un Trifecta et d'un Pentafecta

R. Riccio[1,*], A. Aziz[2], M. Rink[2], M. Peyromaure[1], S. Shariat[3], M. May[4], E. Xylinas[5]
[1] *Hôpital Cochin, Paris, France*
[2] *Hamburg, Allemagne*
[3] *Vienna, Autriche*
[4] *St. Elisabeth Hospital, Straubing, France*
[5] *Université Paris Descartes, hôpital Cochin, Paris, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : riccardo.riccio@aphp.fr (R. Riccio)

Objectifs La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs de vessie infiltrant le muscle. Elle est associée à des résultats fonctionnels et oncologiques hétérogènes. Le but de cette étude était de générer un score Trifecta et un score Pentafecta d'optimisation de la transcription de ces résultats.

Méthodes Nous avons interrogé 50 experts internationaux pour examiner un groupe virtuel de patients (âge ≤ 75 ans, score ASA ≤ 3) subissant une cystectomie pour une tumeur urothéliale cT2 et dont l'anatomopathologie finale est ≤ pT3pN0M0 et définir les critères de succès chirurgical. Un classement a été généré pour les trois et cinq critères avec le plus grand nombre de citations. Par la suite, ces critères ont été appliqués sur une série de patients issus d'une banque de données multi-institutionnelle.

Résultats Les critères avec le plus grand nombre de citations étaient la présence de marges chirurgicales négatives, le nombre de ganglions examinés (au moins 16 ganglions), l'absence de complications de grades 3—5 dans les 90 jours selon Clavien-Dindo, l'intervalle entre diagnostic et cystectomie < 3 mois et l'absence de récidive locale/pelvienne ≤ 12 mois. Les trois premiers critères forment ainsi le score Trifecta, et tous les cinq critères forment le score Pentafecta. Sur 334 patients inclus, les scores Trifecta et Pentafecta étaient de 35,3 et 29 %, respectivement.

Conclusion Les scores Trifecta et Pentafecta incorporent des critères essentiels des résultats fonctionnels et oncologiques après cystectomie totale pour une tumeur de vessie infiltrant le muscle. Ils pourraient être utiles à l'optimisation de la transcription des résultats après cystectomie totale.

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.111

O - 102

Valeur pronostique de la présence d'emboles vasculaires tumoraux sur la pièce de cystectomie totale

Y. Neuzillet[1,*], L. Jarry[1], C. Radulescu[2], M. Rouanne[1], T. Lebret[1]
[1] *Hôpital Foch, service d'urologie, université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines, Suresnes, France*
[2] *Hôpital Foch, service d'anatomopathologie, Suresnes, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : y.neuzillet@hopital-foch.org (Y. Neuzillet)

Objectifs La présence d'emboles vasculaires (EV) sur les copeaux de résection des tumeurs de vessie est un facteur de mauvais pronostique établi. Cette étude compare la survie sans récidive des patients après cystectomies sans chimiothérapie adjuvante pour des tumeurs urothéliales de stade pT ≤ 3a N0 M0 en fonction de la présence ou non d'EV sur la pièce de cystectomie.

Méthodes Étude rétrospective de 328 cas de cystectomies sans chimiothérapie adjuvante réalisées entre 6/2001 et 3/2014, dont le stade pathologique était pT ≤ 3a N0 M0, chez 276 hommes (84 %) et 52 femmes (16 %), âgés de 67,8 ± 10,2 ans. Indication de cystectomie posée devant une TVIM ou une TVNIM réfractaire aux traitements conservateurs dans 257 (78 %) et 71 (22 %) cas, respectivement. Suivi médian de 60,7 (de 1,5 à 164,8) mois.

Résultats Des EV ont été observés chez 59 patients (18 %). Les patients avec EV+ avait plus fréquemment une indication de cystectomie pour une TVIM (91 % vs 76 %, $p = 0,008$) et des tumeurs de stade plus avancée (Tableau 1). La fréquence des récidives n'a pas été significativement supérieure chez les patients avec EV+ et la survie sans récidive était comparable (Fig. 1). En analyse multivariée, la présence d'EV n'était pas associé au risque de récidive, contrairement au stade (HR = 2,29 [1,20—4,61], $p = 0,008$) et à l'indication de cystectomie (HR = 1,50 [1,07—2,04], $p = 0,033$).

Conclusion La présence d'EV sur la pièce de cystectomie n'est associée à une survie sans récidive significativement inférieure. De