plus, la présence d'EV est corrélée au stade et n'est ainsi pas un facteur de risque indépendant récidive après cystectomie totale.

Tableau 1

	EV + (n=59)	EV – (n=270)	p =
Age (ans) moyen ± DS	68,3 ±11,3	67,7 ± 9,9	0,76
Homme, n= (%)	47 (80)	229 (85)	0,29
Indication cystectomie :			
TVNIM, n= (%)	5 (8)	67 (25)	0,007
TVIM, n= (%)	54 (92)	203 (75)	
Chimiothérapie néoadjuvante, n= (%)	1 (2)	9 (3)	0,46
Mode de dérivation :			
Bricker	21 (35)	97 (36)	0,95
Entérocystoplastie	38 (65)	173 (64)	
Stade pathologique :			
pT < 2, n= (%)	5 (8)	134 (49)	
pT ≤ 2, n= (%)	33 (57)	238 (86)	< 0,001
pT 3a, n= (%)	25 (43)	38 (14)	
Récidive, n= (%)	8 (14)	25 (9)	0,33
Suivi (mois) moyen ± DS	61,0 ± 44,1	65,1 ± 34,8	0,57

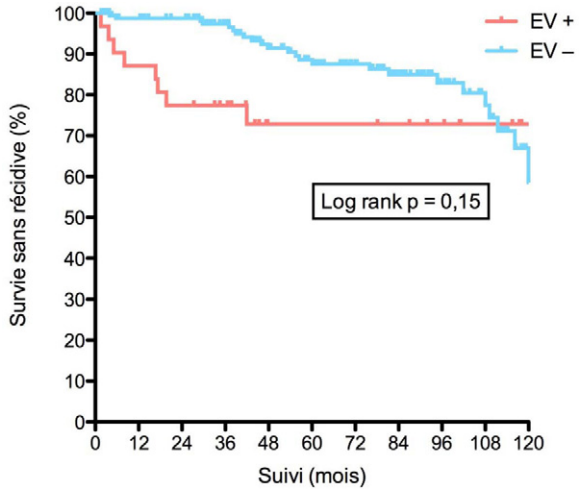

Fig. 1 Survie sans récidive.

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.112

O - 103

Étude prospective multicentrique comparant la qualité de vie des patients dérivés par urétérostomie cutanée trans-iléale ou par entérocystoplastie (néovessie) après cystectomie pour tumeur de vessie

J. Irani[1,*], N. Gaunez[2], Y. Neuzillet[3], E. Huygue[4], M. Rouprêt[5], R. Briffaux[6], S. Larré[2], C. Pfister[7], N. Mottet[8]
[1] *CHU La Milétrie, Poitiers, France*
[2] *CHU de Reims, France*
[3] *Hôpital Foch, Suresnes, France*
[4] *CHU de Toulouse, France*
[5] *Hôpital de la Pitié, Paris, France*
[6] *CH de la Rochelle, France*
[7] *CHU de Rouen, France*
[8] *CHU de Saint-Étienne, France*
* *Auteur correspondant.*

Objectifs Le but de cette étude prospective multicentrique était d'évaluer la qualité de vie des patients ayant eu une dérivation soit par néovessie (néoV) soit par urétérostomie cutanée trans-iléale de type Bricker (Br).

Méthodes Après consentement éclairé, les patients prévus pour avoir une cystectomie pour tumeur vésicale ont été inclus dans 8 centres entre 05/2012 et 11/2013. L'évaluation faite en préop puis à M6 et à M12 comprenait l'auto-questionnaire validé BCI (domaines urinaire 9 items ; digestif 6 ; sexuel 6 ; image corporelle 10/bien-être physique-social-affectif-fonctionnel 40 questions/mode de vie : 8 questions) et une échelle visuelle analogique (EVA).

Résultats En préopératoire : 71 patients/106 ont renvoyé un questionnaire (Tableau 1). BCI : limitation des activités physiques plus marquée dans le groupe Br. À M6 : questionnaire renvoyé par 58 patients (Br = 30 ; néoV = 18). Différences significatives en faveur du groupe :

— Br pour les items correspondant au contrôle urinaire ;
— néoV pour l'image corporelle, l'absence de douleur urinaire (stomie) et de constipation.

À M12 : questionnaire renvoyé par 34 patients (Br = 19 ; néoV = 15). Avantages maintenus concernant le contrôle urinaire en faveur du Br et l'image corporelle en faveur de la néoV. Fréquence supérieure de selles liquides dans le groupe néoV. Tous les patients rapportent une vie sexuelle médiocre. Pas de différence significative entre les groupes pour la durée d'hospitalisation/fréquence des complications/scores EVA/10 de satisfaction de la dérivation (Tableau 2).

Conclusion Même si une partie des résultats reflète la différence d'âge entre les groupes, il ressort un avantage pour la néoV en ce qui concerne l'image corporelle et un avantage pour le Br en ce qui concerne le contrôle urinaire. Un niveau élevé de satisfaction est rapporté par les patients quel que soit le type de dérivation.

Tableau 1

	Br N=44 (62%)	néoV N=29 (38%)	p
Âge (moyenne, DS)	69,9 (9,4)	64,4 (6,8)	0,002
Nombre d'enfants (médiane, IQ)	2,0 (1,5)	2,0 (1,7)	0,12
Retraité (e)	90%	72,7%	0,04
Vit seul (e)	28,9%	25%	0,9
Stade >= pT3	57,6%	29,2%	0,03
Stade pN+	31,2%	32%	0,3
R1 minimum	15,8%	20%	0,5

Tableau 2

	EVA/10 Br	EVA/10 néoV	P
M6	9,0 (1,6)	10,0 (1,5)	0,2
M12	9,0 (2,7)	9,7 (1,0)	0,2

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.113

O - 104

Évaluation de la fonction rénale après cystectomie totale et dérivation urinaire : quelle formule choisir entre Cockroft-Gault, MDRD et CKD-EPI ?

M. Rouanne[1,*], M. Courbebaisse[2], Y. Neuzillet[1], A. Perreaud[1], A. Abdou[1], L. Yonneau[1], J. Herve[1], H. Botto[1], T. Lebret[1]
[1] *Hôpital Foch, Suresnes, France*
[2] *HEGP, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*

Objectifs Évaluer la précision de calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG) par les formules Cockroft-Gault, *modification of*

diet in renal disease (MDRD) et *chronic kidney disease epidemiologic collaboration* (CKD-EPI) chez les patients traités par cystectomie totale et dérivation urinaire pour un cancer de la vessie localisé.
Méthodes Analyse prospective de la fonction rénale avant cystectomie totale et à 6 mois postopératoire par les équations Cockroft-Gault, MDRD, CKD-EPI comparée à la valeur réelle du DFG mesurée par la clairance urinaire à l'(51) Cr-EDTA.
Résultats Vingt-six patients ont été inclus. Leur âge médian était de 69 ans (54 ; 87). Le stade pathologique était de 9 pT0/pTis/pT1 (35 %), 5 pT2 (19 %), 12 pT3/pT4 (46 %) ; 6 patients (23 %) avaient un envahissement métastatique ganglionnaire. Dix-sept patients (65 %) ont eu une dérivation par entérocystoplastie et 9 patients (35 %) une dérivation par Bricker. Quinze patients (58 %) étaient traités par chimiothérapie périopératoire. À 6 mois, on observait une stabilité ou une augmentation du DFG chez 14 patients (54 %). En revanche, il existait une diminution du DFG chez 12 patients (46 %). Le coefficient de corrélation entre les valeurs calculées et la valeur réelle mesurée du DFG était de 0,92 (IC95 % 0,84—0,97), 0,83 (IC95 % 0,66—0,92) et 0,76 (IC95 % 0,53—0,89) respectivement selon les formules CKD-EPI, MDRD et Cockroft-Gault.
Conclusion La formule CKD-EPI permet de monitorer de manière plus précise la fonction rénale après cystectomie totale et dérivation urinaire par entérocystoplastie ou Bricker. Cette formule permet un dépistage plus précoce d'une altération de la fonction rénale et devrait remplacer à terme l'évaluation de la fonction rénale par MDRD (Tableau 1).

Tableau 1

	Valeur médiane pré-opératoire	Valeur médiane à 6 mois post-opératoire	Coefficient de corrélation
Cockroft-Gault µmol/L	78 (36; 131)	64 (36; 120)	0,76 IC95% (0,53-0,89)
MDRD µmol/L/1,73m2	89 (33; 145)	70,5 (30; 150)	0,83 IC 95% (0,66-0,92)
CKD-EPI µmol/L/1,73m2	89,5 (35; 114)	77 (32; 112)	0,92 IC 95% (0,84-0,97)
(51)Cr-EDTA µmol/L/1,73m2	84 (52; 94)	64 (21; 93)	Référence

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.114

Traumatologie

O - 105
Fracture des corps caverneux : présentations cliniques, apports radiologiques et résultats postopératoire sur 10 ans d'activité

N. Kara[1,*], J. Terrier[2], A. Ruffion[2], N. Morel-journel[2]
[1] *Centre hospitalier Lyon Sud, service d'urologie, Pierre-Bénite, France*
[2] *Centre hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite, France*
* *Auteur correspondant.*

Objectifs La fracture des corps caverneux est une pathologie rare survenant par courbure forcéelors d'un coït le plus souvent. Dans cette étude rétrospective sur 10 ans, nous nous intéressons aux éléments cliniques, à l'apport des examens d'imagerie ainsi qu'aux complications postopératoires de la fracture des corps caverneux.
Méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique de 2005 à 2015. Les patients inclus présentaient une fracture des corps caverneux confirmée lors de l'exploration chirurgicale. Une imagerie par échographie ou IRM étaient réalisé en cas de doute diagnostique en fonction de la disponibilité. Un traitement chirurgical par incision coronale associé à un dégantage, recherche de lésions urétrale et suture du trait de fracture était réalisé. Les patients présentant une fracture de la veine dorsale ou un hématome sans fracture des corps caverneux étaient exclus.
Résultats Vingt-cinq patients consécutifs étaient inclus. En moyenne, l'âge était de 41,1 ans (22—69), la durée d'hospitalisation de 2,4 jours (1—4) et le délai de prise en charge de 1,8 jours (3 h—7 jours). Un craquement était audible chez 69 % des patients, 60 % décrivaient une détumescence immédiate et 12,5 % une urétroragie. Une échographie était réalisée chez 37,5 % des patients permettant la localisation de la fracture dans 33 %, un patient a eu une IRM localisant le trait de fracture. Une atteinte bilatérale a été recensée dans 12,5 % et une atteinte urétrale dans 6 %. La plaie du corps caverneux était en moyenne de 1,6 cm (0,5—3 cm). Une reprise chirurgicale précoce a été nécessaire pour une urétrorragie. Environ 90 % des patients décrivaient des érections permettant des relations sexuelles satisfaisantes et 2 patients ont développé une courbure légère.
Conclusion La réparation chirurgicale par incision coronale dans les délais les plus brefs permet l'absence de répercussion sur l'activité sexuelle dans la très grande majorité des cas et un résultat esthétique satisfaisant. L'échographie est utile pour repérer le trait de fracture et orienter le diagnostic en cas de doute.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.115

O - 106
Fracture de la verge : pourquoi ne pas opérer tard ?

B. Ben khlifa*, S. Naouar, W. Gazah, M. Mahjoub, S. Braiek, R. El kamel
Service d'urologie, unité chirurgicales Les Aghlabites, CHRU Ibn El Jazzar, Kairouan, Tunisie
* *Auteur correspondant.*

Objectifs La fracture des corps caverneux est une urgence urologique rare due à un faux mouvement de la verge en érection. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact du délai de consultation sur les résultats du traitement chirurgical.
Méthodes Entre janvier 2000 et janvier 2014, 46 patients ont été opérés pour une fracture de la verge dans notre centre. Les patients ont été subdivisés en deux groupes selon le délai de présentation au service des urgences : un délai $\leq$ 24 heures (groupe 1, $n = 35$) ou > 24 heures (groupe 2, $n = 11$). Les résultats et les complications à long terme ont été évalués et comparés entre les deux groupes : la fonction érectile évaluée par l'index international de la fonction érectile (IIFE), l'incurvation de la verge et la présence de douleur au cours du rapport sexuel.
Résultats L'âge moyen des patients a été de 42 ans (17—72 ans). Le délai de présentation au service des urgences a été de 12 heures en moyenne (1—24 heures) dans le groupe 1 et de 46,5 heures (32 heures—5 jours) dans le groupe 2. Le mécanisme de la fracture a été un faux pas du coït dans 38 cas et une auto-manipulation de la verge dans 8 cas. Les patients ont été opérés immédiatement après leur consultation dans les deux groupes. La durée moyenne de suivi a été de 72 et 74 mois dans les groupes 1 et 2, respectivement. Des complications ont été notées dans 9 cas (19,5 %), toutes du côté du groupe 2 : 4 cas d'incurvation de la verge et 5 cas de douleur au moment des pénétrations.
Conclusion La fracture de la verge est une urgence urologique qui doit être opérée dans les plus brefs délais durant les premières 24 heures afin de prévenir les complications.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.116