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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.254

P - 046

Quelle est la meilleure prise en charge chirurgicale du prolapsus chez la femme âgée de 70 à 80 ans ?

B. Tibi[1,*], E. Vincens[2], M. Durand[1], D. Salet-Lizet[2], P. Gadonneix[2], A. Kane[2], X. Carpentier[1], A. Marsaud[1], Y. Rouscoff[1], D. Chevallier[1], J. Amiel[1], R. Villet[2]

[1] *CHU de Nice, hôpital Pasteur 2, Nice, France*

[2] *Hôpital des Diaconesses—Croix-Saint-Simon, Paris, France*

* *Auteur correspondant.*

Objectifs L'évaluation des différentes techniques chirurgicales de prise en charge des prolapsus uro-génitaux (PRL) de la femme âgée est peu connue. Cette étude comparait les résultats de 3 techniques chez des patientes de 70 à 80 ans.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective évaluant les résultats de promontofixation (PF), voie vaginale autologue (VVA) et voie vaginale prothétique (VVP) réalisées entre 2010 et 2013 dans un centre de référence chez des patientes âgées présentant un PRL gradé selon la classification du POP-Q. On cherchait à comparer les résultats en analysant la correction anatomique à 1 an, les données périopératoires, la qualité de vie et le taux de complications selon Dindo.

Résultats Au total, 197 patientes ont été opérées (Tableau 1) : 53 (26,1 %) PF, 85 (43,9 %) VVA, 59 (30 %) VVP. Les groupes présentaient des scores ASA comparables. On rapportait davantage de stade IV ($p = 0{,}045$) dans les VVA. Les VVP avait moins d'hystérectomie concomitante ($p < 0{,}0001$) et le temps opératoire était plus important pour les PF ($p < 0{,}0001$) (Tableau 2). Les PF présentaient un taux global de complications moins élevé ($p = 0{,}041$). L'analyse en sous-groupe stratifié par classification de Dindo ne rapportait pas de différence ($p = 0{,}66$). Avec un suivi médian de 24,86 mois, les résultats fonctionnels étaient comparables, sans différence de temps de recouvrement postopératoire, ni de correction anatomique, ni de changement de qualité de vie (Tableau 2).

Conclusion Les trois techniques chirurgicales de cure de PRL par PF, VVA ou VVP présentent des résultats comparables chez la patiente âgée. Une étude prospective multicentrique est nécessaire pour confirmer ces résultats avec des expériences d'opérateurs distincts.

Tableau 1 Données démographiques des patients.

Variables		Promontofixation (n=53)	Voie Vaginale Autologue (n=85)	Voie vaginale prothétique (n=59)	p
Age (ans) moyenne ± DS		72.9±2.7	74.7±2.9	73.6±3	*ß
Parité moyenne ± DS		2.3±1.3	2.5±1.5	2.3±1.3	ns
BMI moyenne ± DS		23.6±2.8	24.5±3.2	24.6±3.3	ns
Tabac n(%)		1(1.8)	5(5.8)	2(3.3)	ns*
Comorbidités n (%)					
HTA		23(43)	37(43)	18(30)	ns*
Dyslipidémie		15(28)	18(21)	9(15)	ns*
Diabète		1(2)	8(9)	3(5)	ns*
Score ASA n(%)					
	1	15(28)	18(21)	15(25)	
	2	38(72)	63(75.5)	43(73)	ns*
	3	0	4(3.5)	1(2)	
Antécédents chirurgicaux n(%)					
Chirurgie abdominale		32(60)	50(58)	35(59)	ns*
Hystérectomie		9(16)	13(15)	14(23)	ns*
Prolapsus uro-génital		11(20)	12(14)	6(10)	ns*
Stade POP-Q n (%)					
II		15(28)	14(16.5)	17(29)	
III		30(56)	42(49.5)	34(58)	**
IV		8(15)	29(34)	8(13)	
Sexuellement active n(%)		4(7.5)	15(17)	8(13)	ns*
Incontinence Urinaire n(%)					
IUE		21(39)	16(19)	20(33)	**
IUU		7(13)	8(9)	3(5)	ns*
IUM		6(11)	20(23)	11(19)	ns*

*DS= Deviation standard;BMI=Body mass index; POP= pelvic organ prolapse;POP-Q= pelvic organ prolapse quantification; IUE=Incontinence urinaire d'effort; IUU= Incontinence urinaire par urgenturie,IUM= incontinence urinaire mixte,a=CHI2 ou Fisher Test , ß=Kruska-Wallis test; *=p<0.05; ns= non significatif*

Tableau 2 Analyses des données postopératoires.

	Promontofixation (n=53)	Voie vaginale Autologue (n=85)	Voie vaginale prothétique (n=59)	p
Hystérectomies associées n(%)	34(64)	63(74)	4(6)	**
Bandelette sous urétrale associées n(%)	15(28)	22(26)	13(22)	ns*
Temps opératoire(min) moyenne±DS	135.8±55.3	85.2±24.2	72.5±24.3	*ß
Complications per opératoires n(%)	1(1.8)	0	3(5)	ns*
Durées d'hospitalisation (jours) médiane [min-max]	3[2-9]	3[2-8]	3[2-8]	ns ß
Type d'anesthesie n(%)				
AG	53(100)	28(32.9)	22(37.2)	
ALR	0	57(67.1)	37(62.8)	
Complications post opératoire n(%)	4(7.5)	10(11.7)	14(23.7)	**
Score Clavien-Dindo n(%)				
I	4(100)	8(80)	10(71)	
II	0	0	2(14.5)	ns*
III	0	2(20)	2(14.5)	
Perdu de vue n(%)	1(1.8)	6(7)	6(10)	ns*
Temps de recouvrement post opératoire (mois) moyenne ± DS	1.25±1.28	1.24±1.01	1.09±0.58	ns ß
Correction anatomique à 1 an n(%)	51(96)	79(93)	52(88)	ns*
Suivi(mois) médiane [min-max]	24.75[9.93-45.07]	25.10[10.60-44.37]	26.47[8.6-44.33]	ns ß
Changement de qualité de vie n (%)	48(92%)	78(98%)	52(98%)	ns*

*DS=Deviation standard; AG= Anesthésie Generale; ALR= Anesthésie Loco-régionale,a=Fisher Test; ß=Kruska-Wallis test; *=p<0.05; ns= non significatif*

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.255

P - 047

Notre expérience de la promontofixation laparoscopique robot-assistée (320 cas)

G. Van Heugen*, H. Nicolas

CHR Citadelle Liège, Liège, Belgique

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : geraldine.van.heugen@chrcitadelle.be (G. Van Heugen)

Objectifs Notre service est spécialisé en chirurgie laparoscopie depuis les années nonante avec un tropisme particulier pour le traitement du prolapsus. Depuis 2009, nous réalisons toutes nos procédures en utilisant la robotique. Notre objectif est de faire partager de notre expérience et également d'analyser de façon objective nos résultats.

Méthodes Révision des 320 dossiers a posteriori (âge, antécédents, BMI, type d'intervention (Scali isolé ou associé à un geste complémentaire), durée opératoire, complication per- ou postopératoire, suivi à court terme et long terme, degrés de satisfaction des patientes).

Résultats Le robot a grandement facilité la réalisation des interventions, avec une standardisation des gestes, des durées opératoires standardisées, une courbe d'apprentissage courte. On dénombre très peu de complications per- (2 plaies vaginales, 3 plaies vésicales, 1 plaie veine iliaque) ou postopératoires (3 hémorragies, 1 abcès sur plaque, des infections urinaires...). Les érosions vaginales sont rares (1 %). L'efficacité des procédures s'avère excellente (95 % de réductions parfaites) et la satisfaction des patientes est très élevée.

Conclusion Le robot facilite tous les gestes chirurgicaux de la cure du prolapsus avec une standardisation accrue de la procédure, un taux de complication faible, une efficacité excellente et un taux élevé de satisfaction des patientes (Fig. 1).

Notre expérience de la promonto-fixation laparoscopique robot assistée (320 cas).

Van Heugen Géraldine, Troisfontaines Eric, Boca Philippe, Parisel Amelie, Herve François, Nicolas Hubert.

Notre Service est spécialisé en chirurgie laparoscopique depuis les années nonante, avec un tropisme particulier pour le traitement du prolapsus.

Nous avons acquis le robot début 2009 et nous l'avons d'emblée utilisé pour réaliser toutes nos promonto-fixations. Ce choix a été justifié dans un but d'écolage à la chirurgie robotique et surtout en vue de la validation de cette approche pour les prolapsus.
Nous avons réalisé 320 procédures à ce jour (mai 2015).

85% des patientes présentaient un prolapsus extériorisé de stade III ou IV.
Aucune patiente n'a été réfutée selon un critère d'âge avancé, d'obésité, d'antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens multiples, y compris antécédents de cure de prolapsus, ou de prolapsus trop important.

La procédure transpose en tous points la technique devenue classique de promontofixation laparoscopique avec mise en place systématique de deux prothèses, antérieure et postérieure (prothèse en polyester de type Pariétex®), fixées avec des fils non résorbables.

Plusieurs opérateurs de degré d'expérience variable se sont partagé les procédures.

Le robot a grandement facilité la réalisation d'adhésiolyses parfois extensives, l'exposition du site opératoire, les dissections, les sutures et surtout la mise sous tension des plaques prothétiques. Tous les gestes opératoires ont été strictement standardisés et les durées opératoires harmonisées, avec une courbe d'apprentissage courte.

Trois difficultés techniques en début d'expérience ont conduit à une conversion.
Les complications per-opératoires ont été rares et n'ont pas compromis la finalisation de l'opération. (2 plaies vaginales, 3 plaies vésicales,1 plaie veine iliaque)

Nous dénombrons quelques complications post-opératoires significatives (2 hémorragies sur orifice de trocard,1 hémorragie sur tranche d'hystérectomie, 1 abcès sur plaque prothétique) et quelques complications mineures (infection urinaire, rétention urinaire, hernie sur trocard).
Les érosions vaginales avec plaques prothétiques exposées sont rares (1%).
L'efficacité des procédures s'avère excellente (95% de réductions parfaites) et la satisfaction des patientes est très élevée.

En conclusion, dans notre expérience, l'utilisation du robot facilite tous les gestes chirurgicaux de la cure du prolapsus avec une standardisation accrue de la procédure, un taux de complications faible, une efficacité excellente et un taux élevé de satisfaction des patientes.

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.2015.08.256

P - 048

Impact de la promontofixation cœlioscopique sur la qualité de vie et la sexualité : résultats d'une étude prospective portant sur 26 patientes

M. Bouassida*, M. Fourati, B. Majdoub, O. Kammoun, N. Rebai, M. Hadj Slimen, N. Mhiri
Service d'urologie, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie
* *Auteur correspondant.*

Objectifs Outre les résultats anatomiques, la préservation de la qualité de vie et de la sexualité des patientes souffrant de prolapsus est un enjeu majeur du traitement chirurgical. Le but de notre étude a été d'évaluer, à l'aide de questionnaires validés, l'impact de la promontofixation cœlioscopique sur la sexualité, la qualité de vie et la symptomatologie.
Méthodes Étude prospective étendue sur 2 ans (2013—2014) et concernant 26 patientes présentant un prolapsus uro-génital (PUG) de stade supérieur ou égal à 2 selon la classification POP-Q (Pelvic Organ Prolaps-Quantification). La prise en charge chirurgicale consistait en une promontofixation laparoscopique. La sévérité des symptômes pelviens, la qualité de vie et la sexualité étaient évaluées à l'aide d'auto-questionnaires validés : PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory), PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire), PISQ-12 (Pelvic organ prolapse urinary Incontinence Sexual Questionnaire)et FSFI (Female Sexual Function Index). Ces questionnaires étaient remplis par les patientes lors de la consultation préopératoire, à la consultation du sixième mois et celle du douzième.
Résultats L'âge moyen était de 60 ans (52—69). Il s'agissait d'un prolapsus de grade 3 dans 21 cas et grade 2 dans 5 cas. Cinq patientes avaient une incontinence urinaire à l'effort associée. La promontofixation était réalisée avec une seule bandelette antérieure dans 12 cas et 2 bandelettes dans 14 cas. Dès le sixième mois postopératoire, le score moyen au questionnaire PFDI-20 était amélioré de manière significative (16,1 vs 1,9, $p \leq 0{,}001$), le score PFIQ-7 également (95 vs 3,4, $p \leq 0{,}001$). Enfin, nous avons noté une amélioration de la sexualité de façon significative à travers le PISQ-12 (22,7 vs 35,5, $p \leq 0{,}001$) et le score FSFI (31 vs 66,6, $p \leq 0{,}001$). Ces améliorations se confirmaient au 12e mois sans modification significative par rapport au sixième mois.
Conclusion La promontofixation cœlioscopique permet de diminuer à court et moyen terme la sévérité des symptômes pelviens, d'améliorer la qualité de vie globale mais aussi d'améliorer la sexualité de nos patientes. De nouveaux questionnaires mieux adaptés sont en cours de validation.
Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.257

P - 049

Cure de cystocèle voie basse par Plastron trans-obturateur

T. Polguer[1,*], B. Pouget Chabanon[2], J. Boiteux[1]
[1] *CHU G.-Montpied, Clermont-Ferrand, France*
[2] *CH É.-Roux, Le Puy-en-Velay, France*
* *Auteur correspondant.*

Objectifs Rapporter les résultats à moyen terme de la cure de cystocèle par voie vaginale par une technique économe en matériel prothétique implanté, le Plastron trans-obturateur (PTO)
Méthodes Cette étude rétrospective mono-opérateur portait sur une cohorte de 148 patientes consécutives opérées entre novembre 2005 et octobre 2010 selon la technique du PTO. Il était réalisé un lambeau vaginal partiellement désépidermisé à partir de la paroi vaginale antérieure, suspendu par des bandelettes de polypropylène trans-obturatrices. Le PTO était la seule technique proposée