CO 163

Évaluation in vivo à long terme de deux nouveau produits pour le traitement de l'incontinence urinaire type stress

J. Klein[1,*], O. Jordan[2], E. Doelker[2], C. Iselin[1]
[1] *Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse*
[2] *Université de Genève, Genève, Suisse*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : jacques.klein@hcuge.ch (J. Klein)

Objectifs L'injection sous-muqueuse d'agents de comblement est une option minimalement invasive pour le traitement de l'incontinence urinaire type stress, dépendant toutefois des caractéristiques biophysiques de ces agents. Nous avons comparé deux nouveaux produits avec des agents déjà validés. Les objectifs principaux étaient l'évaluation de l'injection, les réactions macroscopiques de la muqueuse, la migration des agents et l'effet de comblement sur une durée totale de 12 mois.
Méthodes Injections endoscopiques randomisées de 4 agents différents dans la sous-muqueuse vésicale de truies. Les nouveaux agents testés étaient l'Embosphere™ (EMB) et une solution de Polymerpolylactilique (PLA) qui précipite après injection. Ils étaient comparés au Deflux™ (DEF) et au Macroplastique™ (MAC). Au total, 3 injections dans 8 porcs à j0 correspondant à 6 injections de chaque produit. L'injection et l'effet de comblement ont été évalués sur une échelle de 0 à 3. Des cystoscopies de contrôle ont permis le suivi macroscopique à 3, 6 et 12 mois. Des cystectomies et des mesures de volume des agents ont été réalisées à 12 mois à l'aide d'un étrier.
Résultats L'injection était plus facile pour le PLA et les EMB (3) suivi du DEF (1,83) et du MAC (1), $p < 0{,}05$. Le score moyen de comblement était plus important pour le MAC (2,8) suivi des EMB (2,5), DEF (2,2) et PLA (1,8) ; $p = 0{,}05$. Les volumétries montrent des résultats similaires avec 1144 mm^3 pour le MAC, 755 mm^3, pour les EMB, 420 mm^3, pour le PLA et 370 mm^3 pour le DEF. Aucune modification majeure de la muqueuse vésicale n'a été observée pour les EMB. Une inflammation de la muqueuse et une migration de produit est suspectée avec le DEF. En revanche, le MAC et le PLA ont provoqué des réactions de la muqueuse (inflammation, érosion, nécrose) dans 100 % des cas. Des signes de migration ont été observés dans un cas d'injection de PLA.
Conclusion Les agents les plus efficaces en termes de capacité de comblement et de biocompatibilité étaient les EMB et le DEF. Ces résultats doivent être vérifiés par les examens histologiques en cours.
Déclaration de liens d'intérêts Soutien financier par Merit Medical Systems.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.171

CO 164

Hypnoanalgésie pour la mise en place d'une bandelette sous-urétrale. Étude préliminaire : à propos de 8 patientes

D. Poncet[1,*], F. Bocqueraz[2], R. Moalic[2], S. Mollier[2], A. Michel[2]
[1] *CHU de Grenoble, Grenoble, France*
[2] *Clinique des Cèdres, Grenoble, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : dponcet.smu@gmail.com (D. Poncet)

Objectifs La technique initiale de pose de bandelette sous-urétrale (BSU) était décrite par Ulmstem sous anesthésie locale pure. Actuellement, elle est majoritairement réalisée sous anesthésie locorégionale ou générale. L'hypnoanalgésie combine hypnose et anesthésie locale pure. L'objectif était d'évaluer l'intérêt de l'hypnoanalgésie pour la pose d'une BSU. La douleur, la satisfaction, le confort des patientes ont été évalués par un questionnaire établi selon l'échelle de Likert.
Méthodes L'hypnoanalgésie était proposé pour toute patiente présentant une indication à la cure d'incontinence urinaire d'effort isolée par bandelette. En cas d'autre geste associé (prolapsus), l'hypnoanalgésie combine hypnose conversationnelle et anesthésie locale pure. L'infiltration était faite avec 20 mL de xylocaïne 1 % diluée à 50 % aux points de ponction puis en profondeur dans le plan aponévrotique en se dirigeant vers la région para-urétrale et enfin vers le territoire sensitif du nerf pudendal. Un monitoring minimal avec une voie veineuse était mis en place en cas d'échec de l'hypnose. Un questionnaire réalisé selon l'échelle de Likert était complété par les patientes.
Résultats Entre février 2014 et septembre 2015, 8 patientes ont été opérées sous hypnoanalgésie pour mise en place d'un TOT. L'âge médian était de 50,5 ans [35—67], avec un IMC médian de 24,5 [20—30]. La durée opératoire moyenne était de 18 min ± 6 min. La majorité des femmes connaissait l'usage de l'hypnose en chirurgie (87 %), mais seule 25 % avait déjà pratiqué l'hypnose. Les patientes étaient rassurées (63 %) ou très rassurées (25 %) en per opératoire. 5 patients sur 8 déclarent avoir eu l'impression de revivre un moment agréable. Aucune patient n'a nécessité de sédation supplémentaire. Toutes les patientes très satisfaites (75 %) accepteraient de se faire opérer de nouveau sous hypnose et le conseilleraient à leur entourage proche.
Conclusion L'hypnoanalgésie est une alternative efficace à l'anesthésie générale et loco-régionale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort par BSU. Le confort du patient et du chirurgien sont respectés. Cette alternative nécessite cependant un anesthésiste et un chirurgien formé à l'hypnose. La motivation et la coopération active de la patiente est essentielle au bon déroulement du geste.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.172

Lithiase : URS et NLPC

CO 165

Double loop ureteral stents encrustation according to indwelling time: Results of a European multicentric study

T. Saussez[1,*], A. Ruffion[2], A. Celia[3], F. Djouhri[4], G. Musi[5], I. Desriac[6], T. Roumeguere[7]
[1] *Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique*
[2] *Hospices civils de Lyon-Sud, Lyon, France*
[3] *Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa, Italie*
[4] *CH Vals d'Ardèche, Privas, France*
[5] *Istituto Europeo Oncologia, Milano, Italie*
[6] *Coloplast, Le Plessis-Robinson cedex, France*
[7] *Hôpital Erasme, Bruxelles, Belgique*
* *Corresponding author.*
Adresse e-mail : thibaud.saussez@uclouvain.be (T. Saussez)

Objectifs Double J ureteral stents (DJ), whatever their material, are rapidly covered by a biofilm, subject to encrustation onset. To prevent this, it is admitted that DJ should be replaced periodically. However, encrustation may vary with indication, with a highest risk in ''stone'' patients. Our target was to evaluate the actual DJ medium/long-term indwelling times and relevant encrustation rates perceived by urologists in daily practice.
Méthodes Data were collected through an observational retrospective study. Six European centres were selected for high activity and trained urologists to collect all data of all consecutive removed

DJs of a same material implanted for more than 2 months within the 2-year referred period 01/01/2010 to 31/12/2012. Three current materials with various softness or with/without coating were tested: Vortek® ($n = 61$), Vortek hydro® ($n = 94$), Biosoft duo® ($n = 346$). Encrustation rates were evaluated according to indwelling times and stent indication. It must be noticed that encrustations likely to be spontaneously reported by surgeons onto patient's file are assumed to be ''significant encrustations'', i.e. rather severe.

Résultats Four hundred and seventy-three stents met inclusion criteria with no missing data. Indwelling times of these medium-/long-term stents vary between 60 and 462 days. Among these, we noticed an unexpected number of long term: globally one third stay in place more than 6 months, and 9% more than 1 year. Longest times are observed for non-stone indications (44% more than 6 months and 17% more than 1 year in malignant indications). For non-stone indication, ''significant encrustation'' rates stay very low before 4 months (1.3%) and quite low before 6 months (5%) increasing with time to reach around 10% in long term. However, as expected, the rate is higher for stone indication with a threshold at 4 months (8% before 4 months, nearly ¼ after) (refer to study results Table 1).

Conclusion The results in this large sample confirm short-term use of DJ, namely for stone patients, with a clear rise in encrustation rate after 4 months in this indication. However, it must be noticed that long term beyond 6 months or even 12 is still requested in a significant number of non-stone patients, and relatively well supported in usual practice.

Table 1

Indwelling time	2-4 months		4-6 months		6-12 months		>12 months	
	Total stents	Encrust. rate	Total stents	Encrust. rate	Total stents	Encrust. rate	Total stents	Encrust. rate
Any indication N= 473	210	**3.3%**	110	**7.3%**	112	**9.8%**	41	**9.7%**
Stone indication N=92	62	**8.0%**	13	**23%**	17	11.8%	0	0%
Other indications (UPJ, graft, fibrosis, infection, injury) **N=221**	93	2.1%	63	3.2%	51	5.9%	14	14.3%
Malignant indication N=160	55	**0.0%**	34	**8.8%**	44	**13.6%**	27	7.4%

Disclosure of interest Coloplast.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.173

CO 166

Évaluation multicentrique d'un nouveau dispositif d'ablation des sondes JJ

S. Doizi[1,*], S. Proietti[2], G. Giusti[2], J. Patterson[3], J. Palmero[4], M. Straub[5], J. De la rosette[6], O. Traxer[1]

[1] *Hôpital Tenon, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*

[2] *IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Ville Turro Division, Milan, Italie*

[3] *Royal Hallamshire Hospital, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield, Royaume-Uni*

[4] *Hospital Universitario La Ribera, Valence, Espagne*

[5] *Technische Universität München, Munich, Allemagne*

[6] *AMC University Hospital, Amsterdam, Pays-Bas*

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : steeve.doizi@gmail.com (S. Doizi)

Objectifs L'objectif de cette étude a été d'évaluer un nouveau dispositif à usage unique (Isiris®, Coloplast-Porgès) conçu pour l'ablation des sondes JJ.

Méthodes Ce dispositif à usage unique consiste en un cystoscope numérique comprenant une pince intégrée et actionnée par l'opérateur afin de saisir la sonde JJ. L'endoscope se connecte à un moniteur portable (Fig. 1 et 2). Six centres européens ont participé à cette évaluation prospective. Seize urologues expérimentés en endo-urologie ont réalisés les interventions. Le critère de jugement principal a été d'évaluer le taux de succès d'ablation des sondes JJ. Les critères secondaires ont été d'évaluer la qualité d'image, la manipulation, la déflection, la préhension de la pince et la satisfaction globale (échelle de Likert).

Résultats Quatre-vingts ablations de sondes JJ ont été réalisées (Tableau 1). Cinq cas ont été exclus de l'analyse pour les raisons suivantes : quatre cas de sonde JJ incrustée, un cas où la sonde avait migré dans l'uretère. Hormis ces derniers cas nécessitant une intervention chirurgicale, le taux de réussite a été de 100 %. Critères secondaires :

— ualité de l'image évaluée comme « très bonne » dans 72,3 % et « bonne » dans 22,9 % des cas ;

— manipulation évaluée comme « très bonne » dans 72,3 % et « bonne » dans 25,3 % des cas ;

— déflection évaluée comme « très bonne » dans 78,3 % et « bonne » dans 20,5 % des cas ;

— préhension de la pince évaluée comme « très bonne » dans 73,2 % et « bonne » dans 23,2 % des cas ;

— satisfaction globale évaluée comme « très bonne » dans 70,4 % et « bonne » dans 21 % des cas.

Conclusion Ce dispositif à usage unique d'ablation des sondes JJ apparaît comme une solution satisfaisante et pouvant faire partie de l'arsenal thérapeutique de l'urologue.

Fig. 1