

– complications postopératoires selon Clavien–Dindo, taux de conversion en hospitalisation conventionnelle, taux de consultation aux urgences et de réhospitalisation secondaire ;

– résultats anatomopathologiques (stade, grade, présence de CIS), qualité oncologique de la RTUVA jugée par la présence de muscle sur les copeaux de résection, survie sans récurrence à 12 et 24 mois. Une régression logistique a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la survenue de complication. Analyses conduites avec R version 3.3.2.

**Résultats** Cent quatre-vingt-sept patients consécutifs ont été inclus d'âge moyen 64 ans. Pour 119 patients (64 %) il s'agissait de la résection d'une récurrence (en moyenne 1,6 résections antérieures). Parmi les lésions, 53,5 % étaient multifocales, avec un nombre et une taille moyens respectivement de 2,3 et 1,3 cm. Le muscle était présent dans 79 % des cas. Dans 3 % des cas la tumeur était infiltrante. Une complication postopératoire est survenue chez 33 patients (17,6 %) dont une majorité de Clavien 2. Vingt patients (10,7 %) ont nécessité une conversion en hospitalisation, 8 (4,3 %) une réhospitalisation et 16 (8,6 %) une consultation aux urgences. Le nombre de tumeurs réséquées était le seul facteur associé à la survenue d'une complication (OR = 1,20,  $p=0,04$ ). Les survies sans récurrence à 12 et 24 mois étaient de 80 et 62 %.

**Conclusion** La RTUVA apparaît être une technique sûre, avec un taux de complications de 17 %, qui n'altère ni la qualité de la résection ni les résultats carcinologiques. Le seul facteur associé à la survenue d'une complication est le nombre de tumeurs réséquées.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.130>

#### CO-84

### La thermo-chimiothérapie par HIVEC® chez les patients réfractaires au BCG : données d'efficacité à 1 an



G. Pignot<sup>1,\*</sup>, J. Walz<sup>1</sup>, S. Rybikowski<sup>1</sup>, T. Maubon<sup>1</sup>, S. Fakhfakh<sup>1</sup>, J. Campagna<sup>2</sup>, S. Rekić<sup>2</sup>, L. Doisy<sup>3</sup>, S. Dermeche<sup>1</sup>, M. Guerin<sup>1</sup>, C. Vicier<sup>1</sup>, T. Marquette<sup>3</sup>, G. Gravis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

<sup>2</sup> Institut Paoli-Calmettes, département d'urologie, Marseille, France

<sup>3</sup> CHU de Marseille, Marseille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [gg.pignot@yahoo.fr](mailto:gg.pignot@yahoo.fr) (G. Pignot)

**Objectifs** La thermo-chimiothérapie par HIVEC® est encore peu évaluée. Son intérêt potentiel dans les tumeurs de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM) réfractaires au BCG pourrait permettre de proposer une stratégie de conservation vésicale en alternative à la cystectomie. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité en termes de survie sans récurrence et de préservation vésicale chez les patients réfractaires ou intolérants au BCG.

**Méthodes** Depuis juin 2016, les patients consécutivement pris en charge pour une TVNIM réfractaires ou intolérants au BCG ont été inclus dans notre étude. Tous ces patients avaient une indication théorique de cystectomie, mais jugés inopérables ou refusant l'intervention. Une note d'information a été remise et un consentement éclairé a été signé par chaque patient à l'inclusion. Le traitement a consisté en 6 instillations hebdomadaires de Mitomycine® chauffée à 43°C ( $\pm 1^\circ\text{C}$ ), suivi d'une surveillance cystoscopique trimestrielle. Les données d'efficacité préliminaires ont été analysées (taux de récurrence à 1 an, taux de progression à 1 an, pourcentage de préservation vésicale).

**Résultats** Trente patients ont été traités. L'âge médian était de 76,2 ans [41,7–92,4]. Il s'agissait de TVNIM à haut risque ( $n=27$ ) ou à risque intermédiaire ( $n=3$ ), réfractaires au BCG ( $n=22$ ) ou intolérants/contre-indiqués au BCG ( $n=8$ ). Aucun patient n'a présenté d'effets secondaires sévères (53,3 % de grade 1 ou 2). Après

un suivi moyen de 16,5 mois, 13 patients (43,3 %) ont récidivé, avec un délai moyen de 10,7 mois, et 2 patients (6,7 %) ont présenté une progression vers l'infiltration musculaire. La survie sans récurrence à 1 an était de 54,7 %. Quatre patients (13,3 %) ont finalement été opérés d'une cystectomie. Pour les autres patients ayant récidivé, un traitement de rattrapage endo-vésical a été proposé dans 7 cas en raison du délai (nouvelle série de BCG [ $n=3$ ] ou de MMC chauffée [ $n=4$ ]).

**Conclusion** Dans cette sous-population de patients réfractaires au BCG, la thermo-chimiothérapie par HIVEC® semble efficace avec la moitié des patients sans récurrence à 1 an et 86,7 % des patients ayant conservé leur vessie. Il existe cependant des patients réfractaires avec un risque de progression vers l'infiltration. Ces données préliminaires méritent d'être confirmées par des études prospectives multicentriques.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.131>

#### CO-85

### Comparaison des résultats péri- et postopératoires de la résection de vessie en bloc versus la résection de vessie classique



M. Lesourd\*, B. Malavaud, M. Soulié, X. Gamé, E. Huyghe, P. Rischmann, M. Roumigué

CHU de Toulouse, Toulouse, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marine.lsrde@hotmail.fr](mailto:marine.lsrde@hotmail.fr) (M. Lesourd)

**Objectifs** L'objectif est de comparer la morbidité périopératoire de la résection de vessie (RTV) en bloc avec les résultats de la technique classique.

**Méthodes** Dans cette étude rétrospective, les RTV en bloc réalisées par 2 chirurgiens étaient colligées et comparées à une cohorte semblable de RTV classique. Toutes les RTV sont réalisées avec du courant bipolaire. Les données de morbidité périopératoires étaient colligées et analysées selon la classification de Clavien–Dindo.

**Résultats** Cent soixante-dix patients ont été inclus. Les caractéristiques de la population sont décrites dans le [Tableau 1](#). La lumière bleue (PDD) était utilisée dans 75 % des RTV en bloc et 38 % des RTV classiques. La durée opératoire moyenne dans le groupe 1 est de 50 min (15–120) versus 35 (15–80) dans le groupe 2 ( $p=0,12$ ). La durée de séjour moyenne était de 1,41 (0–2) jours dans le groupe 1 versus 3,03 (1–15) jours dans le groupe 2 ( $p=0,035$ ). La sonde vésicale était retirée après 1,01 (0–3) jours dans le groupe 1 versus 2,66 (1–15) jours ( $p=0,068$ ) dans le groupe 2. Aucune complication n'est retrouvée dans le groupe 1 alors que dans le groupe 2, 3 patients ont eu une rétention urinaire postopératoire (Clavien 2) et 4 patients ont eu une reprise chirurgicale pour décaillotage (Clavien 3b).

**Conclusion** La RTV en bloc présente une durée opératoire supérieure à la RTV standard mais permettrait de réduire la durée d'hospitalisation et semble moins morbide que la RTV standard. Une comparaison des résultats anatomopathologique et du taux de récurrence entre ces deux groupes est en cours.

Tableau 1 Caractéristiques de la population.

	RTV En Bloc – Groupe 1	RTV Classique – Groupe 2
Nombre de patients	100	70
Sexe F/M	14/86	15/55
Score ASA moyen	2,17	2,17
Score de Charlson moyen	3,22	3,01
Prise Anticoagulant ou antiagrégant	49%	37%