

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.146>

#### CO-100

### Sphincter urinaire artificiel péri-bulbaire en structure ambulatoire dédiée : étude de morbidité immédiate et limites après un an d'expérience



S. Bassi, V. Phé, D. Gambachidze, Q. Manach, S. Di Maria, E. Chartier-Kastler\*

Sorbonne université, hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'urologie, AP-HP, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [emmanuel.chartier-kastler@aphp.fr](mailto:emmanuel.chartier-kastler@aphp.fr)

(E. Chartier-Kastler)

**Objectifs** La chirurgie de l'incontinence urinaire masculine fait appel à la mise en place du sphincter urinaire artificiel (SUA) AMS800 depuis plus de 35 ans. Usuellement réalisé en hospitalisation complète (HC) en France, la chirurgie ambulatoire (CA) s'est imposée et modifie les pratiques professionnelles. L'objectif est de revoir l'expérience immédiate au sein d'une structure hospitalo-universitaire ambulatoire dédiée récemment ouverte (1/4/2018).

**Méthodes** Du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 1<sup>er</sup> avril 2019 tous les patients devant être implantés d'un SUA ont été proposés à une hospitalisation ambulatoire sous réserve de l'absence de contre-indications anesthésiques ou sociales. L'étude reprend le descriptif de la population, le taux d'hospitalisation complète secondaire jusqu'à activation, la morbidité périopératoire et les taux de rétention postopératoire immédiats. La préparation à la chirurgie comprenait un ECBU préopératoire, une antibioprophylaxie peropératoire exclusive et le rasage à domicile.

**Résultats** Vingt-cinq patients (69,5 ans, DS 9) sélectionnés pour leur recevabilité à la CA ont été opérés par deux opérateurs, 19/25 pour IUE après PT, 5/25 post chirurgie d'HBP, 1/25 post-radiothérapie et cryothérapie. Un patient est passé en HC pour non-réveil de rachianesthésie (24/25 anesthésies générales) et repose de sonde urinaire (ablation j2). Quatre-vingt pour cent étaient des premières poses, 20 % des révisions complètes ; 25 manchettes bulbaires dont 4 trans-caverneuses. Aucune transfusion n'a été réalisée, 3/25 étant sous anticoagulants actifs stoppés pour la chirurgie. Deux pompes se sont mal positionnées (hématomes postopératoire, Clavien 1) ayant imposé un geste de reprise pour réaligement des tubulures dans les 6 mois. Vingt-deux sur 25 étaient socialement continents ( $\leq 1$  protection). 1 infection de cicatrice (Clavien 1).

**Conclusion** Si aucune comparaison n'est actuellement faite à l'expérience passée en hospitalisation complète, la faisabilité paraît acceptable et pouvoir soutenir les programmes de réduction des durées d'hospitalisation pour cette chirurgie prothétique. La rachianesthésie doit être exceptionnelle et les protocoles d'auto-suivi à domicile optimisés. Une étude de vécu de ces séjours réduits et contraignants pour les patients devra être mise en place.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.147>

#### CO-101

### Implantation d'un second sphincter urinaire artificiel : complications et résultats fonctionnels



A. Dupond-Athénor<sup>1,\*</sup>, H. Fassi-Fehri<sup>2</sup>, A. Ruffion<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

<sup>2</sup> Hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

<sup>3</sup> CHLS, Pierre-Bénite, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [adriendupondathenor@gmail.com](mailto:adriendupondathenor@gmail.com)

(A. Dupond-Athénor)

**Objectifs** Le sphincter urinaire artificiel (SUA) est la référence dans le traitement de l'incontinence urinaire (IU) masculine sévère. Malgré son efficacité, le taux de révision ou d'explantation du dispositif peut atteindre 30 % à 10 ans. Notre objectif était d'étudier les résultats fonctionnels et les complications d'un second SUA (SUA2) après ablation d'un premier SUA (SUA1).

**Méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique sur 7 ans. Étaient inclus tous les patients homme ayant bénéficié d'une seconde implantation de SUA de 2010 à 2017. Les patients suivis pour vessie neurologique étaient exclus. Le critère de jugement principal était la continence, définie comme le port de 0 à 1 protection par jour au maximum, évaluée après SUA1 puis après SUA2. La survie était également relevée. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel graph pad.

**Résultats** Parmi 429 patients implantés d'un SUA, 51 ont été inclus. Dans 80 % des cas l'étiologie de l'IU était une prostatectomie radicale. Trente-sept pour cent avaient également subi une radiothérapie complémentaire. Le motif de deuxième sphincter était dans 41 % des cas une érosion (5 % de l'ensemble de la cohorte étudiée), 59 % des cas une dysfonction du dispositif (7 % de l'ensemble de la cohorte étudiée). Les antécédents de radiothérapie étaient significativement plus fréquents dans le groupe érosion ( $p=0,02$ ). Il existait une différence significative de continence après SUA1 et SUA2, respectivement 37 patients continents après SUA1 (72 %) et 24 après SUA2 (47 %) ( $p=0,01$ ). La survie moyenne du SUA1 était de 4,5 ans (respectivement 5,5 et 3,0 dans les sous-groupe dysfonction et érosion) versus 2,3 pour le SUA2 (respectivement 2,6 et 1,8).

**Conclusion** Une seconde implantation de SUA semble donner de moins bons résultats fonctionnels par rapport à une primo implantation. Il serait intéressant de pouvoir disposer de cohortes de suivi de patients pour pouvoir donner aux patients des informations plus précises sur la durée de vie du dispositif et ses Résultats à long terme en vie réelle.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.148>

#### CO-102

### Évaluation des ballons péri-urétraux ProACT™ en seconde intention après bandelette sous-urétrale pour l'incontinence urinaire d'effort post-prostatectomie radicale : étude rétrospective bicentrique



P. Munier<sup>1,\*</sup>, N. Marc<sup>2</sup>, T. Tricard<sup>3</sup>, S. Droupy<sup>4</sup>, P. Droupy<sup>4</sup>, C. Saussine<sup>5</sup>

<sup>1</sup> CHRU de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>2</sup> Centre d'urologie de Nancy, Nancy, France

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

<sup>4</sup> CHU de Nîmes, Nîmes, France

<sup>5</sup> CHU de Poitiers, Poitiers cedex, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pierre.munier@chru-strasbourg.fr](mailto:pierre.munier@chru-strasbourg.fr) (P. Munier)