

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

(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^{er} avril 2018 au 1^{er} 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 (≤ 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^{1,*}, H. Fassi-Fehri², A. Ruffion³

¹ Hôpital Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

² Hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

³ CHLS, Pierre-Bénite, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : 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 ProACTTM en seconde intention après bandelette sous-urétrale pour l'incontinence urinaire d'effort post-prostatectomie radicale : étude rétrospective bicentrique



P. Munier^{1,*}, N. Marc², T. Tricard³, S. Droupy⁴, P. Droupy⁴, C. Saussine⁵

¹ CHRU de Strasbourg, Strasbourg, France

² Centre d'urologie de Nancy, Nancy, France

³ CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

⁴ CHU de Nîmes, Nîmes, France

⁵ CHU de Poitiers, Poitiers cedex, France

* Auteur correspondant.

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

Objectifs La continence post prostatectomie radicale (PostPR) est un critère majeur de qualité de vie des patients. Les traitements chirurgicaux de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) comportent sphincter artificiel, bandelettes sous-urétrales (BSU) et ballons péri-urétraux ProACT™ (Uromedica, MN, États-Unis). L'objectif est l'évaluation de l'efficacité des ballons ProACT™ dans le traitement de seconde ligne de l'IUE PostPR malgré BSU.

Méthodes Étude rétrospective, bicentrique des patients présentant une IUE PostPR malgré BSU opérés de ballons ProACT™ entre 2007 et 2016. Le critère principal était la correction de l'incontinence définie par l'absence de protections. Les critères secondaires étaient l'amélioration par une réduction de plus de 50 % du nombre de protection associée à une amélioration du score IQOL, les complications per- et postopératoires, le volume de gonflage postopératoire.

Résultats Vingt-neuf patients suivis 36,2 mois (min 14–max 128) ont été inclus, dont 28 patients étaient insuffisamment améliorés après BSU et 1 patient avait nécessité une ablation pour infection de BSU. Leur nombre moyen de protections par jour était de 2,3. Cinq patients (17 %) avaient un antécédent de radiothérapie pelvienne PostPR. Selon le critère principal 18 patients (62 %) sont guéris, sans protection après les ballons. Parmi les 11 autres, 10 patients (31 %) ont une amélioration avec 1 protection par jour et une augmentation du score IQOL de 18,8 en moyenne ($p=0,005$). Deux patients (7 %) ont nécessité la pose d'un sphincter artificiel. Quatre patients ont présenté des complications nécessitant réintervention sans répercussion majeure ultérieure. Le volume moyen d'ajustement des ballons était de 3 mL (2 à 6).

Conclusion Les ballons ProACT™ semblent être une option thérapeutique pour la prise en charge de l'IUE faible à modérée PostPR même après BSU première.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.149>

CO-103

Étude de survie des ballonnets ACT/proACT : un nouveau message pour les patients



A. Bajéot^{1,*}, P. Rouvellat², S. Sanson³, Z. Khene⁴, J.B. Beauval⁵, B. Malavaud⁶, E. Huyghe⁷, M. Roumigué⁸, M. Soulie⁸, X. Gamé¹

- ¹ CHU de Toulouse, Toulouse, France
- ² Clinique de L'Union, Toulouse, France
- ³ Clinique du Pont de Chaume, Montauban, France
- ⁴ CHU de Rennes, Rennes, France
- ⁵ Clinique La Croix du Sud, Toulouse, France
- ⁶ Iuct-O, Toulouse, France
- ⁷ Département d'urologie, de transplantation rénale et d'andrologie, Toulouse, France
- ⁸ CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : as.bajeot@gmail.com (A. Bajéot)

Objectifs Durant les dix dernières années, plusieurs études ont évalué l'efficacité des ballonnets ACT/proACT, l'impact sur la qualité de vie et la sécurité du dispositif.

Le but de notre étude était de déterminer la durée d'efficacité des ballonnets une fois la continence obtenue, et de chercher des facteurs influençant cette dernière.

Méthodes Étude de survie rétrospective, monocentrique, menée auprès des patients ayant eu une implantation de ballonnets ACT/proACT entre 2007 et 2014. La date de point était le 28/02/2019. L'efficacité a été définie par le port de 0 ou 1 protection de sécurité. Le critère de jugement principal était la durée d'efficacité des ballonnets représentée par leur demi-vie calculée à partir d'une courbe de survie (Kaplan-Meyer).

Les critères de jugement secondaires étaient les facteurs pouvant influencer la survie : le sexe, la radiothérapie, le diabète, le nombre de regonflage, l'importance de l'incontinence urinaire initiale et l'incontinence urinaire mixte. Ces facteurs ont été évalués par une analyse multivariée.

Résultats Sur 82 ballonnets posés, 50 % ont été efficaces. Le délai médian pour obtenir la continence était de 4,6 mois [0–43,7] avec une médiane de 2 regonflages [0–9]. Parmi les 41 ballonnets efficaces, 15 l'étaient toujours sans réintervention à la date de point, un a été perdu de vue et 25 ont nécessité une réintervention pour perte d'efficacité. Les données épidémiologiques sont résumées dans le **Tableau 1**. La demi-vie des ballonnets était de 60 mois (**Fig. 1**). La principale cause de perte d'efficacité était la fuite sur le système. Cinquante-deux pour cent des ballonnets devenus inefficaces ont été remplacés par de nouveaux ballonnets, 28 % par un sphincter urinaire artificiel (**Tableau 2**). Concernant les critères de jugements secondaires, seule la radiothérapie semble significativement diminuer la survie ($p < 0,047$; régression de Cox).

Conclusion Cette étude permet de compléter l'information délivrée aux patients en consultation sur les ballonnets avant que ceux-ci ne choisissent leur traitement de l'incontinence urinaire. En effet elle permet de dire au patient qu'une fois la continence obtenue, 50 % des ballonnets auront nécessité une réintervention au bout de 5 ans a fortiori en cas de radiothérapie préalable.

Tableau 1 Caractéristiques de la population $n=41$ ballonnets efficaces.

Sexe (%)	- Homme : 27/41 (66) - Femme : 14/41 (34)
Diabète (%)	10
Radiothérapie (%)	24
Indication des ballonnets (%)	- Post prostatectomie : 25/41 (61) - Post RTUP : 1/41 (2) - Insuffisance sphinctérienne (femme) : 6/41 (15) - Incontinence urinaire mixte : 8/41 (20) - Données manquantes : 1/41 (2)
Complications lors de la pose (%)	3/41 (7%) : - Érosion urétrale : 1 - Érosion vaginale : 1 - Érosion vésicale : 1
Complications lors des regonflages %	5/39 (13%) 2 n'ont pas été regonflés : - RAU : 3 - Ergots non retrouvés : 1 - Hématome : 1
Complications précoces < 1mois	9/41 (22%) : - RAU : 5 - Hématome : 2 - Œdème des bourses : 2

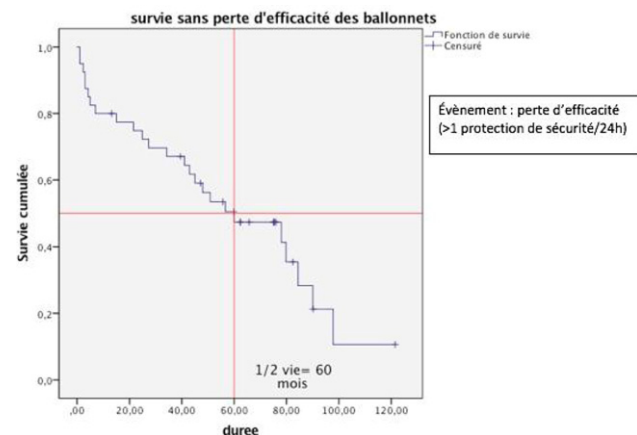


Fig. 1 Courbe de survie des ballonnets et calcul de la demi-vie.