

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

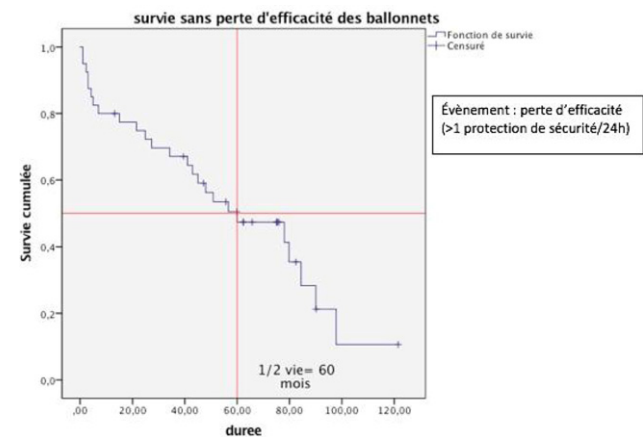


Fig. 1 Courbe de survie des ballonnets et calcul de la demi-vie.

Tableau 2 Causes et prise en charge de la perte d'efficacité des ballonnets $n = 25$.

Causes de la perte d'efficacité (%)	<ul style="list-style-type: none"> - Fuite sur le système : 8/25 (32) - Érosion : 7/25 (28) : 4 urétrales, 2 vésicales, 1 vaginale - Migration : 3/25 (12) - Sans cause retrouvée : 2/25 (8) - Données manquantes : 5/25 (20)
Prise en charge après perte d'efficacité (%)	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle pose de ballonnet : 13/25 (52) - Sphincter urinaire artificiel : 7/25 (28) - Protections seules, étui pénien : 5/25 (20)

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.150>

CO-104

Révision de bandelette sous-urétrale pour hyperactivité vésicale de novo et suspicion d'obstruction : quel critère urodynamique d'obstruction sous-vésical prédit le mieux les résultats postopératoires

B. Peyronnet^{1,*}, C. Escobar², R. Sussman², R. Palmerola², N. Rosenblum², V. Nitti², B. Brucker², D. Pape²

¹ CHRU de Rennes, Rennes, France

² New York University, New York, États-Unis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : peyronnetbenoit@hotmail.fr (B. Peyronnet)



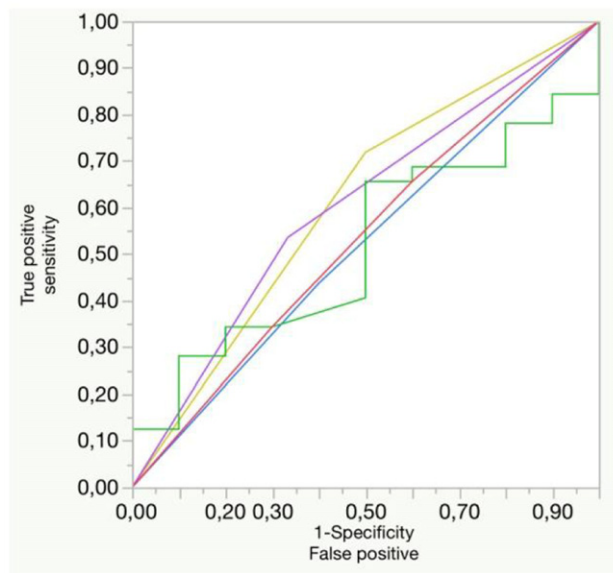
Objectifs Cinq critères urodynamiques d'obstruction sous-vésical (OSV) ont été proposés chez la femme (critère de Zimmern, nomogramme de Blaivas–Groutz, BOOi, nomogramme de Solomon–Greenwell, critère vidéo-urodynamique de Nitti). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence clinique de ces 5 définitions d'OSV chez la femme en déterminant leurs valeurs prédictives des résultats des révisions de bandelettes sous-urétrale pour hyperactivité vésicale (HAV) de novo et suspicion d'obstruction.

Méthodes Les dossiers de toutes les révisions de bandelette sous-urétrale entre 2001 et 2018 dans un centre ont été revus rétrospectivement. Les patients avec une suspicion clinique d'OSV liée à la bandelette sous-urétrale et des symptômes d'HAV de novo prédominants ont été inclus. Les résultats fonctionnels de la révision de bandelette rapportés par les patientes à 6 semaines postopératoires étaient catégorisés comme suit : résolution complète de l'HAV (guérie), amélioration de l'HAV, HAV inchangée ou HAV aggravée en postopératoire. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une HAV améliorée ou guérie à 6 semaines postopératoire. Des courbes ROC étaient générées pour comparer les critères d'OSV.

Résultats Quarante-deux patientes ont été incluses. À 6 semaines, 45,2 % des patientes avaient une résolution complète de leurs symptômes d'HAV, 30,9 % avaient une HAV améliorée, 14,9 % avaient une HAV inchangée et 9,6 % avaient une HAV aggravée. Parmi ces 42 patientes 48,7 % avaient une OSV d'après le critère vidéo-urodynamique de Nitti contre 42,9 % d'après le critère de Zimmern, 66,7 % d'après le nomogramme de Blaivas et Groutz, 16,7 % d'après le BOOi et 31 % d'après le nomogramme de Solomon–Greenwell. Les définitions d'OSV de Nitti et Blaivas–Groutz avaient les meilleures valeurs prédictives pour le critère de jugement principal avec des aires sous la courbe ROC respectivement de 0,60 et 0,61. Quand ces 2 définitions étaient combinées, l'aire sous la courbe ROC du modèle atteignait 0,66 avec une sensibilité de 75 % et une spécificité de 65,6 % (Fig. 1).

Conclusion Parmi les définitions urodynamiques d'OSV chez la femme, le critère vidéo-urodynamique de Nitti et le nomogramme

de Blaivas avaient les meilleures valeurs prédictives des résultats post-révision de bandelette sous-urétrale pour HAV et suspicion d'obstruction. La combinaison des critères de Nitti et Blaivas permettait d'obtenir des performances pronostiques encore supérieures soulignant l'intérêt potentiel de la vidéo-urodynamique chez ces patientes.



— Zimmern criteria (AUC=0.52)
 — Nitti criteria (AUC=0.60)
 — Solomon criteria (AUC=0.53)
 — Blaivas criteria (AUC=0.61)
 — BOO index (AUC=0.51)

Fig. 1 Courbe ROC des 5 critères urodynamiques d'obstruction pour la prédiction des résultats fonctionnels après révision de bandelette sous urétrale.

Déclaration de liens d'intérêts Bourse AFU

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.151>

CO-105

Faut-il placer une bandelette aponévrotique au moment de l'excision d'une bandelette sous-urétrale érodée ?

B. Peyronnet^{1,*}, R. Syan², A. Drain², R. Sussman², R. Palmerola², D. Pape², N. Rosenblum², V. Nitti², B. Brucker²

¹ Chru de Rennes, Rennes, France

² New York University, New York, États-Unis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : peyronnetbenoit@hotmail.fr (B. Peyronnet)

Objectifs L'objectif de cette étude était de comparer deux stratégies thérapeutiques chez les patientes ayant une excision de bandelette sous-urétrale (BSU) pour érosion uréthro-vésicale ou vaginale : excision et bandelette aponévrotique pubo-vaginale (BAPV) dans le même temps ou excision et placement d'une BAPV dans un second temps uniquement si récidive de l'incontinence urinaire d'effort (IUE). L'objectif secondaire était d'évaluer le taux de récidive d'IUE.

Méthodes Une étude rétrospective monocentrique a été conduite incluant toutes les patientes ayant eu une excision de BSU pour érosion entre 2010 et 2015 dans un centre universitaire. Les patientes étaient divisées en deux groupes : celles avec IUE avant l'excision

