

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)



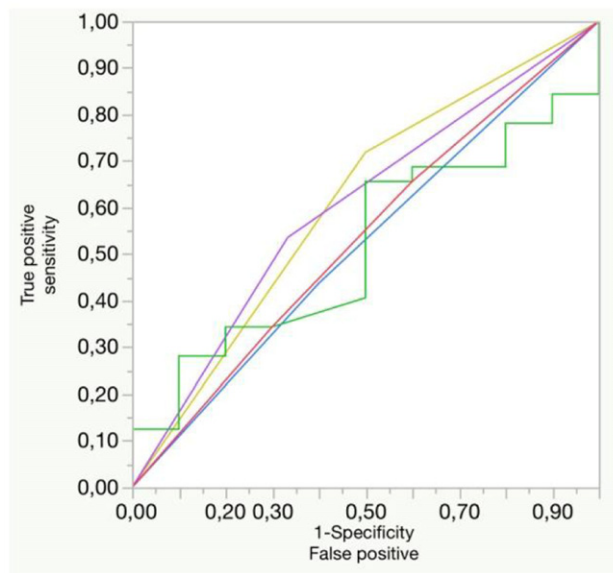
Objectifs Cinq critères urodynamiques d'obstruction sous-vésical (OSV) ont été proposés chez la femme (critère de Zimmern, nomogramme de Blaivas–Groutz, BOOi, nomogramme de Solomon–Greenwell, critère vidéo-urodynamique de Nitti). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence clinique de ces 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

