

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)



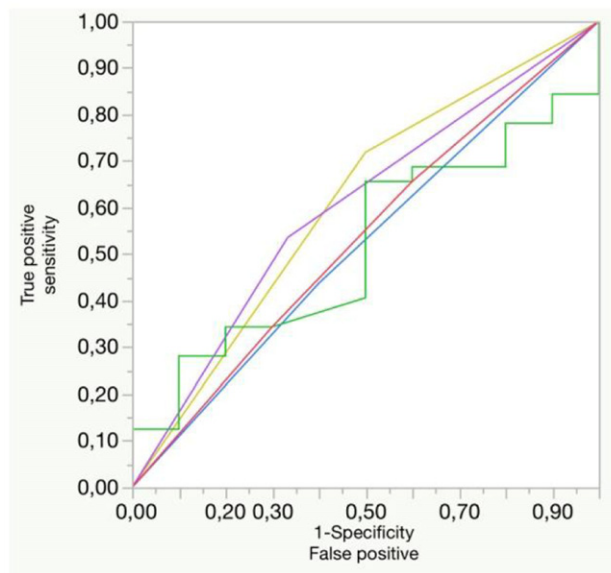
Objectifs Cinq critères urodynamiques d'obstruction sous-vésical (OSV) ont été proposés chez la femme (critère de Zimmern, nomogramme de Blaivas–Groutz, BOOi, nomogramme de Solomon–Greenwell, critère vidéo-urodynamique de Nitti). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence clinique de ces 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 (1UC=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



de la BSU et celles sans IUE avant excision de la BSU. Les différentes stratégies thérapeutiques étaient catégorisées comme suit : BAPV concomitante, BAPV dans un second temps et aucune chirurgie de l’IUE. Des comparaisons ont été effectuées entre les groupes BAPV concomitante vs. en 2 temps et entre les différentes stratégies chez les patients avec une IUE avant excision de la BSU.

Résultats Trente-deux patients ont été inclus : 13 avec une érosion vaginale de la BSU (40,6 %) et 19 avec une érosion urétrale ou vésicale (59,4 %). Chez les patients avec une IUE avant excision de la bandelette (n = 14 ; 43,8 %), le taux d’IUE amélioré/résolu en postopératoire était plus élevé chez les patientes ayant eu un BAPV concomitante (n=6) par rapport à celle n’ayant eu qu’une excision de la BSU seule (n=8) (83,3 % vs. 12,5 % ; p = 0,03). Parmi les 18 patientes sans IUE avant excision de la BSU, 12 avaient une récurrence d’IUE en postopératoire (66,7 %) sans différence entre les excisions pour érosion vaginale et vésicale/urétrale (57,1 % vs. 72,7 % ; p = 0,63). Le taux de résolution d’IUE après BAPV était similaire que celle-ci soit placée concomitamment à l’excision de la BSU ou secondairement (66,7 % vs. 71,4 % ; p = 0,99).

Conclusion Une large proportion de patientes ayant une excision de BSU pour érosion ont une IUE avant même l’excision (43,8 %) ou en développe une en postopératoire (66,7 %). La présente série suggère que la BAPV, qu’elle soit placée concomitamment à l’excision ou secondairement pourrait être un traitement efficace de ces IUE persistantes ou récidivantes.

Déclaration de liens d’intérêts Bourse AFU.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.152>

CO-106

Neurostimulation tibiale postérieure percutanée pour hyperactivité vésicale chez la femme : une étude prospective monocentrique



B. Peyronnet^{1,*}, C. Brandon², 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 Alors que la neurostimulation tibiale postérieure est de plus en plus utilisée dans le traitement de l’hyperactivité vésicale (HAV) et promue par les recommandations internationales, le mode de stimulation utilisée dans la plupart des pays diffère de celui utilisé en France (percutané vs transcutané). L’objectif de cette étude était de rapporter les résultats de la neurostimulation tibiale postérieure percutanée (perc-PTNS) dans le traitement de l’HAV.

Méthodes Les données de toutes les patientes traitées par perc-PTNS pour HAV entre 2016 et 2018 ont été collectées prospectivement. La perc-PTNS était administrée au cours d’une séance hebdomadaire de 30 minutes pour 12 semaines puis un traitement d’entretien était effectué en cas d’efficacité avec une séance de 30 minutes par mois. Toutes les séances étaient effectuées en consultation. Le critère de jugement principale était le Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) à 3 mois. Les critères de jugement secondaires étaient le pourcentage de changement du score OAB-q Short Form à 3 mois et le taux d’arrêt du traitement à 3 mois.

Résultats Après exclusion de 37 hommes et 8 patientes atteintes de pathologies neurologiques, 53 patientes ont été incluses. L’âge moyen des patientes était de 65,9 ans (±16,7) avec un IMC moyen de 26,1 kg/m² (± 6,4). Une majorité des patientes avaient reçu un traitement anticholinergique (77,4 %) inefficace ou mal toléré avant d’être orienté vers la perc-PTNS. Une hyperactivité détrusorienne était retrouvée sur le bilan urodynamique pré-traitement chez 50 % des patientes. Une majorité des patientes étaient amélio-

rée à 12 semaines (PGI-I 1, 2 ou 3 = 69,2 %) mais seul une était très améliorée (PGI-I 1 = 2,6 % ; **Tableau 1**). Le taux d’arrêt du traitement à 12 semaines était de 39,1 % (**Fig. 1**). Le score OAB-q SF était significativement amélioré à 12 semaines (-12,7 % ; p = 0,0034).

Conclusion Cette série prospective confirme l’efficacité de la perc-PTNS dans le traitement de l’HAV chez la femme. Pour autant les résultats rapportés ne semblent pas supérieurs à ceux de la neurostimulation tibiale postérieure transcutanée telle qu’utilisée en France. La réalisation d’un essai randomisée comparant les deux modalités (transcutanée vs percutanée) pourrait permettre de préciser le rôle de ces deux options thérapeutiques.

Tableau 1 Résultats à 3 semaines.

	Neurostimulation tibiale postérieure percutanée N=53
PGI-I à 12 semaines	
1. Très amélioré	1 (2,8%)
2. Amélioré	5 (12,8%)
3. Légèrement amélioré	21 (53,9%)
4. Inchangé	12 (30,8%)
5,6,7. Aggravé	0 (0%)
Donnée manquante	14
Taux d’arrêt du traitement à 12 semaines	39,1%
OAB-q SF initial	53,1%
OAB-q SF 12 semaines	40,4%
% réduction OABq-SF à 12 semaines	-12,7%

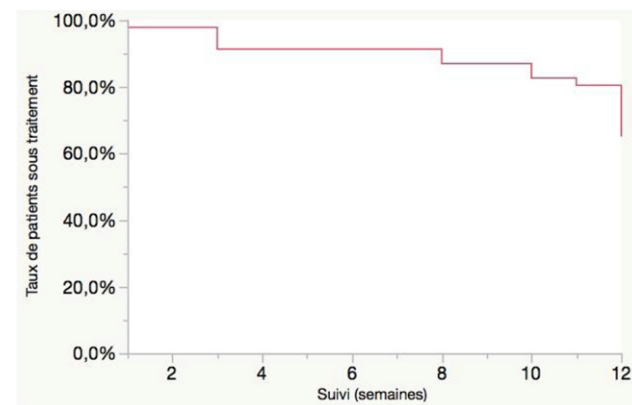


Fig. 1 Analyse de Kaplan–Meier de la survie sans arrêt de la perc-PTNS sur les 12 premières semaines de traitement.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.153>

CO-107

Aponévrose des grands droits ou du fascia lata pour la bandelette autologue pubo-vaginale : comparaison monocentrique des résultats périopératoires et fonctionnels



B. Peyronnet^{1,*}, M. Peng², R. Sussman², R. Palmerola², D. Pape², C. Escobar², N. Rosenblum², B. Brucker², V. Nitti²

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’aponévrose des grand droits (AGD) est le plus souvent utilisé pour constituer les bandelettes autologues pubo-vaginales