

vention et la prise en charge des complications de ces chirurgies et de leurs séquelles.

Tableau 1 Répartition des chirurgies. résultats.

| Type de chirurgie (N) | | Interventions | | | | | Réparation vaginale sans matériel | | | Réparation vaginale avec matériel | | | |
|-------------------------------------|--------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| | | Bandelette sous-urétrale | Burch (laparoscopique) | Sacrospinopexie avec matériel | Rectopexie avec matériel | Autres avec matériel | Réparation antérieure | Suspension apicale | Réparation postérieure | Matériel antérieur | Matériel apical | Matériel postérieur | Hystérectomie |
| Laparoscopie avec matériel | (531) | - | 38 | 490 | 91 | 5 | - | - | 2 | - | - | - | 228 |
| Bandelette sous-urétrale (BSU) seul | (658) | 658 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10 |
| BSU associée à chirurgie prolapsus | (153) | 153 | - | 76 | 7 | - | 14 | 23 | 45 | 28 | 22 | 5 | 37 |
| Réparation vaginale sans matériel | (174) | - | - | - | - | - | 79 | 122 | 132 | - | - | - | 67 |
| Réparation vaginale avec matériel | (357) | - | - | - | - | - | 3 | 39 | 126 | 324 | 273 | 53 | 33 |
| Total | (1873) | 811 | 38 | 566 | 98 | 5 | 96 | 181 | 307 | 352 | 295 | 58 | 273 |

Tableau 2 Type, moment de survenue et traitements des complications (grade III ou supérieures) (n=52). Certaines patientes ont eu plusieurs complications/traitements.

| Complications | % (n) | Type de complication | Moment de survenue | Traitement de la complication | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|---|---------------------------------------|--|---|----|---|---|---|----|----|
| Type de chirurgie | | Pile prolapsoire Hémorragie/hématome Obstruction sous-vésicale Obstruction urétrale Exposition matériel Infection pelvienne Douleur | T1: 0-48 h T2: J2-M2 T3: M2-M12 | Retrait matériel Reprise pour hémostase Intervention voies urinaires supérieures Obstruction BSU Section BSU Résection BSU Résection matériel Section vaginale (sans résection) | | | | | | | |
| Laparoscopie avec matériel | 1.13 (6) | - | 1 | 2 | 2 | 1 | - | 1 | - | 4 | - |
| Bandelette sous-urétrale (BSU) seul | 3.50 (23) | 1 | 1 | 13 | - | 7 | - | 3 | 3 | 12 | 8 |
| BSU associée à chirurgie prolapsus | 6.53 (10) | 3 | 1 | 4 | - | 3 | - | 3 | 1 | 10 | 3 |
| Réparation vaginale sans matériel | 1.72 (3) | - | 3 | - | - | 1 | - | 1 | - | 9 | - |
| Réparation vaginale avec matériel | 2.80 (10) | 3 | 1 | 1 | - | 4 | - | 1 | - | 2 | 1 |
| Total | 2.78 (52) | 7 | 7 | 18 | 3 | 16 | 2 | 6 | 6 | 13 | 24 |

CO-109 La sexualité des patientes obèses avec troubles du plancher pelvien avant et après chirurgie bariatrique : une étude prospective monocentrique utilisant le nouveau questionnaire PISQ-IR



P. Treacy
CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : pj.treacy@live.fr

Objectifs L'obésité peut entraîner des troubles du plancher pelvien, altérant considérablement la sexualité des patientes. Le questionnaire PISQ-IR est un nouvel instrument de mesure de la sexualité des patientes présentant ces troubles, validé par l'AFU. L'objectif était d'évaluer l'utilité de ce questionnaire chez des patientes souffrant d'obésité morbide, avant une chirurgie bariatrique et un an après l'intervention (*sleeve gastrectomy* [SG] ou *gastric by-pass* [RYGB]).

Méthodes Étude prospective monocentrique incluant toutes les patientes avec une indication de chirurgie bariatrique (SG ou RYGB), de juin 2016 à mai 2017. L'activité sexuelle était mesurée à l'aide du PISQ-IR, et les patientes étaient divisées en 3 groupes, selon l'évolution un an après la chirurgie : sexuellement inactives sans modifications (groupe A), sexuellement actives sans modifications (groupe B), et inactives devenue actives (groupe C). Les troubles de la statique pelvienne, l'incontinence urinaire (UI) et l'incontinence anale (AI) étaient mesurés au moyen de questionnaires validés (USP et PFDI 20). Les résultats aux questionnaires avant chirurgie et lors de la consultation de suivi à 1 an étaient comparés.

Résultats Cinquante-quatre femmes ont été incluses, (30 [56 %] RYBP et 24 [44 %] SG) et 51 patientes pour le PISQ-IR (Tableau 1). Neuf patientes (17,6 %) sont devenues sexuellement actives un an après l'intervention. Lorsque la réduction d'IMC était supérieure à 13 kg/m², un pourcentage plus élevé de la population sexuelle a amélioré ses différents scores, avec des résultats significatifs tant pour la qualité de vie globale que pour le désir (p=0,026 et 0,046) (Tableau 2). Il n'y avait aucune différence significative dans le groupe A après un an de suivi concernant le score PISQ-IR. La perte de poids était également associée à une amélioration significative de l'UI et des symptômes d'hyperactivité vésicale (p < 0,001) (Fig. 1), mais sans différence significative en termes d'AI et de troubles de statique pelvienne.

Conclusion PISQ-IR est un questionnaire utile pour mesurer la sexualité de patientes présentant des troubles du plancher pelvien. La chirurgie bariatrique améliore la sexualité de patientes obèses après un an de suivi, en améliorant ces troubles, notamment l'incontinence urinaire et l'hyperactivité vésicale. À ce jour, cette étude prospective est la première à utiliser ce questionnaire en chirurgie bariatrique.

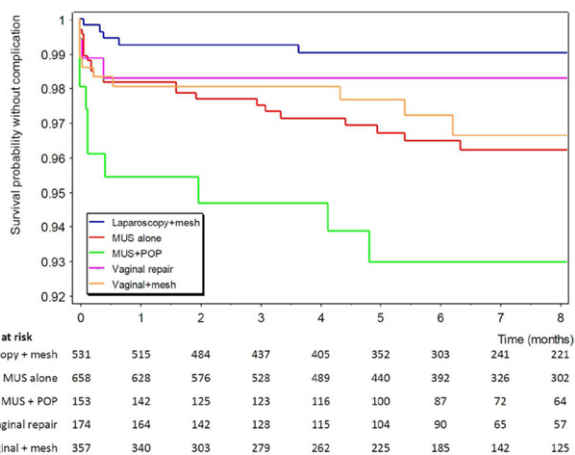


Fig. 1

Déclaration de liens d'intérêts ANSM par une aide direct pour mener l'étude sans intervention dans la collecte des données, l'expertise des complications et l'analyse des données ou l'interprétation des

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.155>

Tableau 1 Caractéristiques préopératoires de la population.

| | Total | SG | BYGBP | p value |
|--|------------|------------|------------|---------|
| | N=54 | N=24 | N=30 | |
| Age, y (IQR) | 42 (20-65) | 40 (20-65) | 44 (25-65) | 0.15 |
| BMI pré op, kg/m ² , (IQR) | 41 (35-56) | 43 (35-56) | 40 (35-51) | 0.8 |
| Hypertension, n (%) | 11 (20) | 3 (12) | 8 (27) | 0.24 |
| T2D, n (%) | 4 (7) | 3 (12) | 1 (3) | 0.3 |
| OSAS, n (%) | 15 (28) | 6 (25) | 9 (30) | 0.8 |
| Arthrite, n (%) | 11 (20) | 2 (8) | 9 (30) | 0.08 |
| Nombre d'accouchements, n (%) | 24 (44) | 8 (33) | 16 (53) | 0.3 |
| Hypertension (HT), Type two Diabetes (T2D) | | | | |

HT : hypertension ; T2D : type two diabetes.

Tableau 2 Pourcentage des patientes sexuellement actives avec une amélioration du score PISQ-IR 1 an après chirurgie, en fonction du taux de réduction du BMI (cut-off BMI = 13 kg/m²).

| | Réduction BMI<13 kg/m ² | Réduction BMI> 13 kg/m ² | p value |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| | N=22 | N=29 | |
| Arousal/Orgasm | | | |
| Pas d'amélioration | 15 (68.2%) | 18 (62.1%) | 0.7 |
| Amélioration score | 7 (31.8%) | 11 (37.9%) | |
| Partner related | | | |
| Pas d'amélioration | 20 (90.9%) | 23 (79.3%) | 0.3 |
| Amélioration score | 2 (9.1%) | 6 (20.7%) | |
| Condition specific | | | |
| Pas d'amélioration | 16 (72.7%) | 20 (69.0%) | 0.8 |
| Amélioration score | 6 (27.3%) | 9 (31.0%) | |
| Global quality | | | |
| Pas d'amélioration | 18 (81.8%) | 15 (51.7%) | 0.026 |
| Amélioration score | 4 (18.2%) | 14 (48.3%) | |
| Condition impact | | | |
| Pas d'amélioration | 18 (81.8%) | 19 (65.5%) | 0.2 |
| Amélioration score | 4 (18.2%) | 10 (34.5%) | |
| Desire | | | |
| Pas d'amélioration | 18 (81.8%) | 16 (55.2%) | 0.046 |
| Amélioration score | 4 (18.2%) | 13 (44.8%) | |

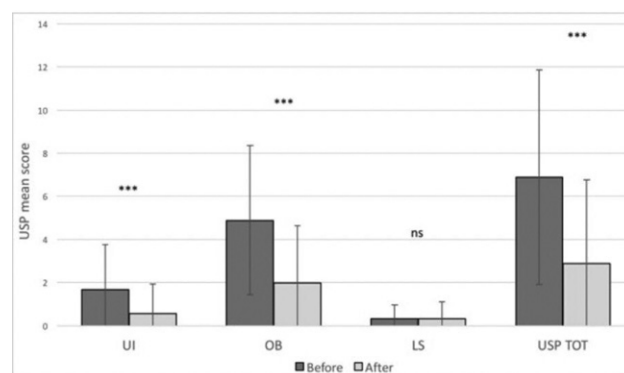


Fig. 1 USP avant et après chirurgie. UI : incontinence urinaire ; OB : vessie hyperactive ; LS : low stream ; USP : total sur symptômes urinaires, *** signifie p-value < 0,001 ; ns : non significatif.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.156>

Hypertrophie bénigne de la prostate

CO-110

Prévalence et facteurs prédictifs de polyurie nocturne chez les patients ayant une nycturie



B. Peyronnet^{1,*}, S. Drangsholt², R. Sussman², R. Palmerola², N. Rosenblum², V. Nitti², 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 La prévalence des trois principaux mécanismes physiopathologiques (polyurie nocturne, diminution de la capacité vésicale fonctionnelle [CVF] et polyurie globale) chez les patients nycturiques et leurs facteurs prédictifs ont rarement été étudiés. L'objectif de cette étude était d'évaluer les prévalences relatives de polyurie nocturne, polyurie globale et réduction de la CVF chez les patients consultants pour nycturie et de rechercher les facteurs prédictifs de polyurie nocturne.

Méthodes Tous les patients consultants dans un centre tertiaire d'urologie nord-américain entre 2010 et 2016 avec comme diagnostic principal une nycturie ont été inclus dans une étude rétrospective. Les patients avec un antécédent de cancer génito-urinaire ou d'infections urinaires à répétition, et ceux ayant des symptômes d'hyperactivité vésicale prédominants étaient exclus. Les patients n'ayant pas rempli un calendrier mictionnel sur 72 heures étaient également exclus. Les définitions de polyurie nocturne et polyurie globale utilisées étaient celles du rapport de standardisation sur la nycturie de l'International Continence Society (ICS). Une CVF réduite était définie comme un volume mictionnel maximal sur le calendrier mictionnel < 250 mL.

Résultats Cent dix-neuf patients répondaient aux critères d'inclusion. Les prévalences respectives de polyurie nocturne, de réduction de la CVF et de polyurie globale étaient 79,9 %, 40,1 % et 3,3 % avec 35,3 % des patients ayant ≥ 2 mécanismes physiopathologiques coexistants (mixte). En analyse univariée, il y avait deux facteurs prédictifs de polyurie nocturne : l'âge ≥ 85 ans (OR = 6,9 ; p = 0,02) et un nombre d'épisodes de nycturie ≥ 4/nuit (OR = 7,2 ; p < 0,001). Dans ces deux populations de patients, la prévalence de