

polyurie nocturne atteignait 95,7 % et 92,4 % respectivement. En analyse multivariée ajustant pour l'âge  $\geq 85$  ans, l'IMC et le sexe seul un nombre d'épisodes de nycturie  $\geq 4$ /nuit restait significativement associé à la présence d'une polyurie nocturne (OR = 6,6 ;  $p = 0,001$ ) (Fig. 1).

**Conclusion** La polyurie nocturne est le mécanisme physiopathologique le plus fréquent de nycturie, retrouvé chez 79,9 % des patients de cette série. Un âge  $\geq 85$  ans et un nombre d'épisodes de nycturie  $\geq 4$ /nuit étaient significativement associés à la présence d'une polyurie nocturne avec des prévalences atteignant 95,7 % et 92,4 % respectivement dans ces deux patients.

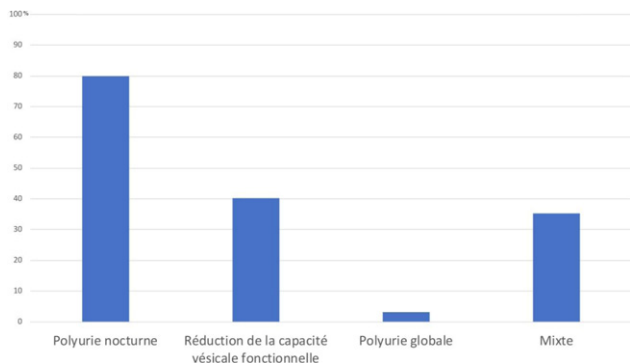


Fig. 1 Prévalence des différents mécanismes physiopathologiques de nycturie.

**Déclaration de liens d'intérêts** Bourse de l'AFU.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.157>

#### CO-111

### La prise d'inhibiteurs de recapture de la sérotonine influence-t-elle le risque de complications chirurgicales après intervention pour une hyperplasie bénigne de prostate ? Étude française sur base de données médico-administratives (étude SCRATCH)

L. Scailteux<sup>1,\*</sup>, K. Zorn<sup>2</sup>, F. Balusson<sup>3</sup>, K. Tikkinen<sup>4</sup>, H. Charbonneau<sup>5</sup>, E. Oger<sup>6</sup>, V. Misrai<sup>5</sup>

<sup>1</sup> CHU de Rennes, Rennes, France

<sup>2</sup> CHU de Montréal, Montréal, Canada

<sup>3</sup> Université de Rennes, Rennes, France

<sup>4</sup> University of Helsinki, Helsinki university hospital, Helsinki, Finlande

<sup>5</sup> Clinique Pasteur, Toulouse, France

<sup>6</sup> Peps Research Consortium, Rennes, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [luciemarie.scailteux@chu-rennes.fr](mailto:luciemarie.scailteux@chu-rennes.fr) (L. Scailteux)

**Objectifs** L'hématurie et le caillottage vésical font partie des complications chirurgicales attendues après résection transurétrale de la prostate (RTUP). Plusieurs médicaments dont les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires sont connus pour influencer le risque de complications périopératoires. Les inhibiteurs de recapture de sérotonine (SRI), modifiant l'agrégation des plaquettes et l'hémostase primaire, pourraient également être à l'origine de ces complications.

**Méthodes** Nous avons mené une étude pilote afin d'évaluer l'impact d'un traitement par SRI sur la morbi-mortalité à partir de 4 groupes : SRI seul ( $\geq 1$  remboursement dans les 3 mois avant la chirurgie) ; SRI+ aspirine  $\leq 100$  mg ; aspirine  $\leq 100$  mg seule et patients sans traitement (groupe contrôle). Via la base EGB (échantillon

représentatif au 1/97<sup>e</sup> de la population française) ont été identifiés tous les patients avec chirurgie endoscopique de l'HBP entre 2012–2016. Étaient exclus les patients avec traitement anticoagulant, antiagrégant plaquettaire autre que l'aspirine, insuffisance rénale et/ou hépatique modérée ou sévère, cancer ou hémopathie et trouble congénital de la coagulation.

**Résultats** Sur cette période, 1127 patients d'âge moyen 69,5 ans ( $\pm 9,4$  ans) ont été inclus (95,6 % RTUP, 2,8 % laser 1,6 % photovaporisation). Dans cette population, 80 % n'avait aucun traitement, 15 % était sous aspirine seule, 4 % était sous SRI seuls et 1 % était sous SRI+ aspirine. Les analyses descriptives, par groupe de traitement, sur le critère de jugement principal et secondaires (taux de ré-hospitalisation à 30 j, transfusion, reprise chirurgicale pour décaillotage et décès à 30 j) sont en cours. En raison d'un effectif trop faible dans les groupes et d'un manque de puissance, les analyses statistiques comparatives n'ont pu être réalisées sur la base EGB. Nous prévoyons d'utiliser le Système national de données de santé (SNDS) pour assurer une puissance suffisante pour les comparaisons envisagées.

**Conclusion** L'influence des SRI sur les troubles de l'hémostase périopératoire a été rapportée en chirurgie orthopédique et cardiaque mais reste débattue. Cette étude permettra d'évaluer la morbi-mortalité des SRI en périopératoire de la chirurgie de l'HBP. **Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.158>

#### CO-112

### Évaluation de la prise en charge thérapeutique de première ligne des symptômes du bas appareil urinaire liés à une hyperplasie bénigne de la prostate (SBAU/HBP). Résultats d'une analyse intermédiaire

Q. Chalret du Rieu<sup>1,\*</sup>, Y. Chalem<sup>1</sup>, C. Castagne<sup>2</sup>, S. Abbadie<sup>1</sup>, D. Authie<sup>2</sup>, A. De la Taille<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pierre Fabre Sa, Boulogne-Billancourt, France

<sup>2</sup> Pierre Fabre Médicament, Castres, France

<sup>3</sup> Département d'urologie, CHU Mondor, Créteil, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [quentin.chalretdurieu@pierre-fabre.com](mailto:quentin.chalretdurieu@pierre-fabre.com)

(Q. Chalret du Rieu)

**Objectifs** Menée chez des médecins généralistes (MG), l'objectif de l'étude est l'évaluation en pratique courante de l'efficacité/tolérance des traitements de première intention des symptômes modérés et sévères du bas appareil urinaire liés à une HBP. La satisfaction et la perception du patient sont également considérées.

**Méthodes** Une étude française, longitudinale, prospective sur 6 mois (3 visites) a inclus des patients ( $\geq 40$  ans, IPSS  $\geq 12$ ) pour lesquels un traitement alpha bloquant (AB) ou extraits de plantes (EP) est initié en monothérapie en 1<sup>re</sup> ligne. Chaque MG a inclus 2 patients sous AB, 2 sous EP. Le critère principal est le pourcentage de patients avec une diminution du score IPSS  $\geq 3$  points à 6 mois; les critères secondaires: le pourcentage de patients avec une amélioration du score IPSS  $\geq 5$  ou  $\geq 30$  %, la qualité de vie, la satisfaction globale, l'évolution ressentie par le patient et la tolérance.

**Résultats** Deux cent dix-sept MG ont inclus 835 patients, traités par AB (47,3/24,5/22,6/5,4/0,3 % de silodosine/tamsulosine/alfuzosine/doxazosine/terazosine respectivement) ou EP (96,5/1,3 % d'extrait hexanique/CO2SC de Serenoa repens, 1,6 % Pygeum africanum). Les résultats d'une analyse intermédiaire (312 patients suivis à 3 mois, 65,9 ans, IPSS total 18,8) montrent une efficacité similaire des traitements AB et EP. Le score IPSS total a diminué de  $-7,0 \pm 4,5$  sous AB et de



–6,9±4,1 sous EP. Une amélioration  $\geq 3$  points était observée chez 85,8 % sous AB et 89,4 % sous EP respectivement. Le taux de patients ennuyés par leurs symptômes urinaires est passé de 91,9/85,1 % à 17,4/22,4 % dans les bras AB/EP respectivement. Parmi les patients sous AB/EP, 87,9/93,4 % rapportent être satisfaits de leur traitement. Au global, 26 patients (3,1 %) ont présenté au moins un évènement indésirable (4,0/2,1 % sous AB/EP).

**Conclusion** Cette analyse intermédiaire confirme en pratique courante l'efficacité des traitements des SBAU liés à l'HBP de première intention aussi bien par AB que par EP. Les bénéfices des traitements, comparables entre AB et EP, semblent confortés par l'amélioration de la qualité de vie, la satisfaction des patients ainsi que leur profil de tolérance (en faveur des traitements EP).

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.159>

### CO-113

## Évolution de la prise en charge des énucléations laser holmium (HoLEP) en ambulatoire : impact du volume opératoire et de la courbe d'apprentissage

K. Clement<sup>1,\*</sup>, E. Alezra<sup>2</sup>, T. Marquette<sup>2</sup>, G. Capon<sup>3</sup>, H. Bensadoun<sup>2</sup>, J. Ferriere<sup>2</sup>, B. Jean-Christophe<sup>2</sup>, F. Bladou<sup>2</sup>, G. Robert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Inserm Numecan, Rennes, France

<sup>2</sup> CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>3</sup> Service d'urologie, CHU de Dijon, Dijon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [clement.klein@orange.fr](mailto:clement.klein@orange.fr) (K. Clement)

**Objectifs** Évaluer l'évolution dans le temps du taux d'échec d'hospitalisation ambulatoire après une énucléation LASER de la prostate (HOLEP). L'échec était défini par une hospitalisation nécessaire le soir de l'intervention ou une ré-hospitalisation dans les 48 h.

**Méthodes** Nous avons étudié rétrospectivement l'ensemble des HOLEP réalisées en ambulatoire par un même chirurgien dans notre établissement hospitalier universitaire entre janvier 2013 et février 2019. Dans notre cohorte, nous avons défini trois groupes suivant un ordre chronologique. Une sonde vésicale était systématiquement mise en place et retirée à j1 en l'absence de complication. L'ensemble des patients étaient appelés à j1 pour s'assurer de la bonne reprise mictionnelle. Nous avons colligé les données démographiques, la symptomatologie urinaire (IPSS, complications de l'HBP), le volume prostatique, le PSA, le poids d'énucléation et les complications postopératoires. Les tests d'Anova et du Chi<sup>2</sup> étaient utilisés pour les analyses statistiques.

**Résultats** Au total, 266 patients ont été répartis dans 3 groupes par ordre chronologique d'intervention. Le groupe 1 (n=88) entre janvier 2013 et juillet 2015, le groupe 2 (n=89) jusqu'en juin 2017 et le groupe 3 (n=89) jusqu'en février 2019. Les trois groupes étaient comparables en termes d'IMC, score ASA, PSA préopératoire, débit-métrie (Qmax, RPM) et volume prostatique (Tableau 1). Le taux d'échec d'ambulatoire diminuait significativement avec le temps, il était respectivement de 30 %, 16 % puis 13 % dans les groupes 1, 2 et 3 (p=0,014) malgré plus de patients sous antiagrégant plaquettaire. La durée opératoire baissait dans le temps avec une durée moyenne de 77 minutes pour le groupe 1 et respectivement de 60,4 et 55,4 pour les groupes 2 et 3 (p<0,001). Il en était de même pour l'énergie délivrée en peropératoire (p=0,041) (Fig. 1).

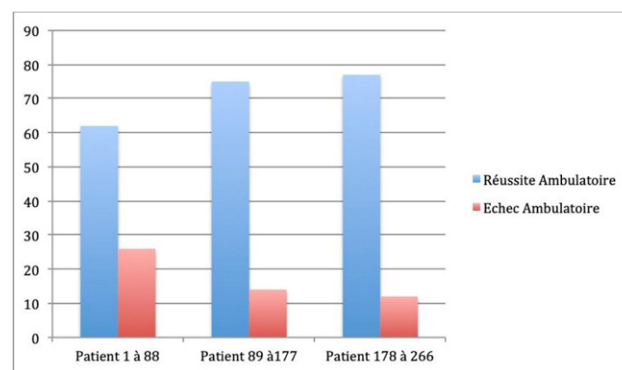
**Conclusion** Dans notre étude, le taux d'échec d'ambulatoire a été divisé par 2 sur la période étudiée. C'est probablement la courbe d'apprentissage et la diminution de la durée opératoire qui ont conditionné cette évolution. Néanmoins, nous n'avons pas pu

évaluer l'impact de l'organisation infirmière et structurelle périopératoire qui ont du également impacter les résultats.

**Tableau 1** Caractéristiques des trois groupes d'HOLEP ambulatoire.

	Groupe 1 (n=88)	Groupe 2 (n=89)	Groupe 3 (n=89)	p-value
Age *	65,5 (±7,93)	66,8 (±6,86)	68,3 (±7,74)	<b>0,042</b>
ASA *	2	2	2	-
IMC (kg/m <sup>2</sup> )*	26,2 (±3,54)	26,6 (±3,78)	26,1 (±4,16)	-
PSA (ng/mL)*	4,79 (±4,24)	6,01 (±6,29)	5,08 (±4,06)	-
Qmax (mL/s)*	8,51 (±4,25)	8,55 (±3,77)	8,99 (±4,27)	-
RPM (mL)*	144 (±142)	120 (±112)	127 (±124)	-
Volume prostatique (cm <sup>3</sup> )*	75,7 (±34,1)	85,2 (±44,1)	79,5 (±45,1)	-
VP > 90 cm <sup>3</sup>	31 (37%)	29 (36%)	28 (33%)	-
Durée opératoire (minutes)*	77,0 (±30,8)	60,4 (±24,5)	55,4 (±24,0)	<b>&lt;0,001</b>
Poids de la pièce en fin d'intervention (g)*	44,2 (±33,6)	50,4 (±33,8)	42,4 (±27,9)	-
Energie délivrée (kJ)*	95,2 (±49,8)	84,0 (±30,7)	77,9 (±45,4)	<b>0,041</b>
Sonné avant l'intervention	5 (5,7%)	0 (9,9%)	9 (10%)	-
Prise d'un traitement antiagrégant plaquettaire	7 (8%)	15 (17%)	17 (19%)	-
Echec d'ambulatoire	26 (30%)	14 (16%)	12 (13%)	<b>0,014</b>

\* Moyenne (± écart type)  
 † Médiane



**Fig. 1** Évolution de l'HOLEP en ambulatoire entre janvier 2013 et février 2019.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.160>

### CO-114

## Incontinence urinaire d'effort après HoLEP : incidence et facteurs de risques

H. Ye<sup>1,\*</sup>, R. Cudas-Duarte<sup>2</sup>, F. Galonnier<sup>3</sup>, A. Ruffion<sup>4</sup>, L. Badet<sup>2</sup>, H. Fassi-Fehri<sup>5</sup>

<sup>1</sup> CHU Souro Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

<sup>2</sup> Service d'urologie, chirurgie de la transplantation pavillon V, hôpital Édouard-Herriot, HCL, Lyon, France

<sup>3</sup> Service d'urologie, centre hospitalier Lyon-Sud, HCL, Pierre-Bénite, France

<sup>4</sup> CHLS, Pierre-Bénite, France

<sup>5</sup> Hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [hy06156@gmail.com](mailto:hy06156@gmail.com) (H. Ye)

**Objectifs** L'HOLEP est une technique d'énucléation endoscopique « trans-sphinctérienne » de la prostate au laser Holmium. Le sphincter urinaire peut être lésé pendant ce geste et entraîner une incontinence urinaire d'effort (IUE) postopératoire. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'incidence et les facteurs de risque de survenue d'une IUE au cours de la première année après HoLEP.