

Méthodes Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective sur données observationnelles (n° CNIL 18-127) incluant tous les patients opérés d'un HoLEP pour une hypertrophie bénigne de prostate (HBP) symptomatique entre mai 2016 et décembre 2017. L'énucléation était réalisée selon la technique des 3 lobes. Les interventions étaient réalisées par 2 chirurgiens experts de la technique et par 4 opérateurs débutants. La continence était évaluée à 1, 3, 6 et 12 mois postopératoire à l'aide du questionnaire ICIQ-SF. Les facteurs prédictifs de survenue d'une IUE postopératoire ont été étudiés par une analyse réalisée en régression logistique à l'aide du logiciel SPSS 20.0.

Résultats Parmi 207 HoLEP réalisés consécutivement au cours de cette période, 155 patients ont pu être évalués (Fig. 1). Les taux d'IUE de novo à 1, 3 et 6 mois postopératoire étaient de respectivement 11,0 %, 7,7 %, 3,9 %. Malgré la rééducation vésico-sphinctérienne l'IUE persistait chez 5 patients (3,2 %) à 12 mois. Seuls 2 patients (1,3 %) gardaient une protection pour IUE à 12 mois. Les scores ICIQ-SF moyen des patients avec IUE étaient de $10,3 \pm 6,09$ et $8 \pm 4,24$ à respectivement 1 mois et 12 mois ($p = \text{NS}$). En analyse univariée et multivariée, l'IMC > 30 (OR, 4,69 ; IC95 % : 1,51–14,52 ; $p = 0,007$), l'âge des patients > 70 ans (OR : 16,23 ; IC95 % : 1,96–134,09 ; $p = 0,010$), ont été identifiés comme facteur indépendant de risque de survenue d'une IUE postopératoire respectivement à 1 et 3 mois.

Conclusion Bien que le plus souvent transitoire, l'IUE après HoLEP semble être favorisée par le surpoids et un âge supérieur à 70 ans. Ces résultats nous suggèrent qu'il est important de tenir compte de ces critères pour le choix de la technique opératoire et les mesures préventives à mettre en œuvre (perte de poids, rééducation).

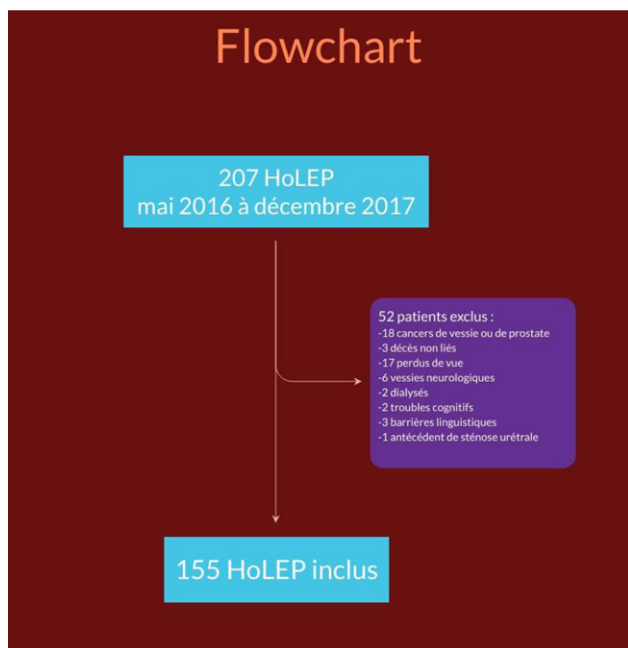


Fig. 1 Flowchart.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.161>

CO-115

Technique d'énucléation prostatique en « monobloc » au laser Holmium : évaluation bicentrique à propos de 109 cas



L. Gury^{1,*}, R. Mallet², G. Robert³

¹ Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

² Clinique des Cèdres, Brive-la-Gaillarde, France

³ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lamb_gc@hotmail.fr (L. Gury)

Objectifs L'énucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) est une alternative à la RTUP et à l'adénomectomie par voie ouverte (AVH) pour les traitements chirurgicaux de l'hyperplasie bénigne prostatique (HBP). La technique « monobloc » pourrait avoir comme avantage de réduire la durée opératoire comparée aux techniques en trois ou deux lobes. L'objectif était d'évaluer les résultats périopératoires de la technique « monobloc » dans deux centres experts.

Méthodes Cent neuf patients consécutifs ont été inclus dans cette étude sans aucun critère d'exclusion particulier. Les patients étaient opérés dans l'un des deux centres, par l'un des deux chirurgiens participants, et avec une technique chirurgicale « monobloc ». Les chirurgiens impliqués dans ce travail étaient des chirurgiens expérimentés : plus de 200 cas chacun réalisés avant le début de l'étude, dont plus de 50 interventions « monobloc ». Les données cliniques étaient recueillies de manière prospective dans une base de données informatisée commune et analysées de manière rétrospective après un suivi de 3 mois comprenant notamment les complications périopératoires, une débitmétrie (Qmax), une mesure du résidu post-mictionnel (RPM) et le questionnaire IPSS.

Résultats Au total, 109 patients avec un volume prostatique médian de 70 g (57–98), un Qmax médian de 8 mL/s (5–10) et un RPM médian de 160 mL (100–270) ont été inclus. Les scores IPSS et de QoL préopératoires médians étaient de 20 (14–25) et 5 (4–5). Les durées opératoire, d'énucléation et de la morcellation médianes étaient respectivement de 41 min (31–58), 30 min (22–40) et 10 min (5–10). La vitesse moyenne d'énucléation et de morcellation étaient de 1,5 g/min et de 4,5 g/min. Les durées médianes de sondage et d'hospitalisation étaient de 18 h (12–18) et de 1 j (0–1) respectivement et 41 % d'ambulatoire avec la survenue de 17 complications précoces (16 %) dont 3 classées Clavien IIIb (décaillotage). À 3 mois, le Qmax et le RPM médians étaient de 26 mL/s (IQR 16–36) et 40 mL (0–100), alors que les scores IPSS et de QoL médians étaient de 3 (2–5) et 1 (0–2) (Tableaux 1–3).

Conclusion Dans cette étude bicentrique évaluant les résultats à court terme d'une énucléation « monobloc », la durée opératoire médiane était très courte (41 min) et s'associait à de très bons résultats fonctionnels. Un essai clinique comparatif est nécessaire pour affirmer que ces bons résultats sont liés à la technique plutôt qu'aux compétences des chirurgiens.

Tableau 1 Caractéristiques de la population et de l'HBP.

Caractéristiques de la population	Pop totale (n=109)	Hôpital 1 (n=59)	Hôpital 2 (n=50)	P-value
Age - ans (IQR)	70 (64-73)	70 (65-73)	69 (62-78)	0,94
BMI - kg/m ² (IQR)	25 (23-27)	25 (23-28)	24 (24-26)	0,73
Comorbidités vasculaires - % (n)	48 (52)	53 (31)	40 (21)	< 0,001
Antécédent urologique - % (n)	5 (5)	5 (3)	4 (2)	0,16
ASA - médian (IQR)	2 (1-2)	2 (2-2)	1 (1-2)	0,12
Traitement anticoagulant - % (n)	6 (7)	8 (5)	4 (2)	0,04
Traitement antiagrégant - % (n)	19 (21)	22 (13)	16 (8)	0,02
Volume adénome - g (IQR)	70 (57-98)	75 (60-100)	65 (53-90)	0,26
Qmax - mL/min (IQR)	8 (5-10)	9 (6-11)	6 (5-7)	0,39
RPM - mL (IQR)	160 (100-270)	148 (70-210)	182 (114-200)	0,42
Traitement de l' HBP - % (n)	92 (100)	92 (54)	92 (46)	0,16
Nbre levers nocturne - médian (IQR)	3 (2-4)	2 (1-2)	4 (3-4)	0,08
PSA - ng/mL (IQR)	3,6 (2-7)	4 (3-7)	3,3 (2-7)	0,7
Complication de l'HBP - % (n)	26 (28)	25 (15)	26 (13)	0,16
Incontinence par urgences - % (n)	25 (27)	22 (13)	28 (14)	0,02
Incontinence à l'effort - % (n)	5 (5)	5 (3)	4 (2)	0,16
Sondage avant chirurgie - % (n)	23 (25)	19 (11)	28 (14)	0,007
IPSS - médian (IQR)	20 (14-25)	18 (13-22)	20 (17-25)	0,09
IPSS Q8 - médian (IQR)	5 (4-5)	5 (4-6)	5 (4-5)	0,47
USP 1 - médian (IQR)	1 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-1)	0,72
USP 2 - médian (IQR)	6 (5-10)	7 (5-10)	5 (4-10)	0,46
USP 3 - médian (IQR)	3 (2-4)	3 (2-3)	3 (3-4)	0,05
IIEF-5 - médian (IQR)	19 (11-22)	20 (14-22)	16 (6-23)	0,71

HBP : hyperplasie bénigne de la prostate ; BMI : *body mass index* ; ASA : American Society of Anesthesiologists ; Qmax : débit urinaire maximum ; RPM : résidu post-mictionnel ; PSA : antigène spécifique de la prostate ; IPSS : International Prostate Symptomatic Score ; USP : Urinary Symptomatic Profile ; IIEF : Index International of Erectile Function.

Tableau 2 Résultats per- et postopératoires.

Résultats per et post opératoires	Pop totale (n=109)	Hôpital 1 (n=59)	Hôpital 2 (n=50)	P-value
Durée d'énucléation - min (IQR)	30 (22-40)	30 (26-40)	24 (19-32)	0,48
Durée d'hémostase - min (IQR)	5 (2-5)	5 (5-10)	2 (1-2)	0,007
Durée de morcellement - min (IQR)	10 (5-10)	10 (10-10)	5 (3-7)	0,39
Durée opératoire - min (IQR)	41 (31-58)	50 (41-60)	32 (25-40)	0,82
Volume prostate énucléé (g)	45 (32-62)	51 (40-66)	38 (25-52)	0,19
Volume énucléé - %	64	68	59	0,23
Vitesse d'énucléation - g/min	1,5	1,7	1,6	0,54
Vitesse de morcellement - g/min	4,5	5,1	7,6	0,14
Energie délivrée - kJ (IQR)	56 (40-75)	75 (67-90)	44 (37-55)	0,76
Complication peropératoire - % (n)	7 (8)	5 (3)	8 (5)	0,08
Durée d'hospitalisation - d (IQR)	1 (0-1)	0 (0-1)	1 (1-1)	0,85
Nbre patients ambulatoire (%)	41 (45)	67 (37)	16 (8)	< 0,001
Durée de sondage - h (IQR)	18 (12-18)	18 (18-18)	12 (12-12)	0,81
Complication postopératoire - % (n)	16 (17)	12 (7)	20 (10)	0,02

Tableau 3 Résultats à 3 mois postopératoire.

Suivi à 3 mois	Pop totale (n=109)	Hôpital 1 (n=59)	Hôpital 2 (n=50)	P-value
Qmax - médian (mL/min)	26 (16-36)	25 (14-36)	30 (29-35)	0,17
RPM - médian (mL)	40 (0-100)	30 (0-89)	50 (20-100)	0,13
Mictions spontanées - % (n)	99 (108)	98 (58)	100 (50)	0,86
PSA - médian ng/mL (IQR)	0,7 (0,4-1,2)	0,7 (0,6-0,7)	0,7 (0,4-1,1)	0,98
Complication (%)	4 (4)	7 (4)	0 (0)	0,02
Incontinence urgentes - % (n)	6 (7)	12 (7)	0 (0)	0,007
Incontinence à l'effort - % (n)	4 (4)	7 (4)	0 (0)	0,02
IPSS - médian (IQR)	3 (2-5)	5 (3-8)	3 (2-4)	0,62
IPSS Q8 - médian (IQR)	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (0-2)	0,79
USP 1 - médian (IQR)	0 (0-1)	1 (0-3)	0 (0-0)	0,56
USP 2 - médian (IQR)	3 (1-4)	3 (2-3)	2 (1-3)	0,24
USP 3 - médian (IQR)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,84
IIEF-5 - médian (IQR)	20 (12-25)	21 (17-24)	18 (7-25)	0,27

Qmax : débit urinaire maximum ; RPM : résidu post-mictionnel ; PSA : antigène spécifique de la prostate ; IPSS : International Prostate Symptomatic Score ; USP : Urinary Symptomatic Profile ; IIEF : Index International of Erectile Function.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.162>

CO-116

Vapo-énucléation ou photovaporisation prostatique au laser Greenlight XPS 180 W pour prostate < 100 mL en ambulatoire



R. Haider^{1,*}, J. Fallot¹, B. Tibi¹, Y. Ahallal¹, F. Colomb², D. Chevallier¹, J. Amiel¹, M. Durand¹

¹ CHU de Nice, Nice, France

² Centre hospitalier de Grasse, Grasse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : haider.r@chu-nice.fr (R. Haider)

Objectifs Le laser GreenLight (GL) XPS 180 W permet de traiter l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) selon deux techniques, la photovaporisation prostatique (PVP) et l'énucléation prostatique, réalisable par vapo-énucléation prostatique (VEP). Aucune étude n'a comparé les résultats des deux techniques. L'objectif était de comparer les résultats du traitement de l'HBP < 100 mL par VEP et PVP au GL XPS 180 W selon un modèle de chirurgie ambulatoire.

Méthodes Une étude rétrospective comparant résultats et complications selon la technique pratiquée avec le GL XPS 180 W (PVP ou VEP) a été réalisée sur tous les patients inclus au CHU dans la cohorte multicentrique PRECOCE entre février 2015 et mars 2018. Les critères d'inclusions étaient : 45 > âge < 80 ans, volume prostatique initial (Vp_i) 30 à 100 mL, symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) avec International Prostate Symptom Score (IPSS) ≥ 15 en échec thérapeutique, PSA ≤ 4 ng/mL ou biopsie négative < 6 mois. Les patients restaient hospitalisés une nuit postopératoire et suivis 3 mois.

Résultats Au total, 80 patients ont été inclus, 6 exclus, 74 analysés, 43 traités par VEP et 31 par PVP. Le taux d'éligibilité à l'ambulatoire défini par un score de Chung ≥ 9 était comparable (VEP 51 %, PVP 60 %, $p=0,62$). À 3 mois l'amélioration des SBAU était comparable avec respectivement dans les groupes VEP et PVP une réduction des scores IPSS de -12 et -11,6 points ($p=0,84$) et IPSS-QoL de -3,11 et -2,29 points ($p=0,11$). Le VP à 3 mois était inférieur dans le groupe VEP (25,5 vs. 32,4 mL, $p=0,03$). Les taux de complications postopératoires précoces (28 vs. 29 %, $p=1$) et tardives (23 vs 16 %, $p=0,65$), des groupes VEP et PVP étaient comparables.

Conclusion Notre étude ne retrouve pas de différence de Résultats fonctionnels et de complications postopératoires entre VEP et PVP au laser GL XPS 180 W dans le traitement chirurgical des HBP < 100 mL. Un suivi à long terme est nécessaire pour affiner nos résultats et comparer selon la technique opératoire et le VP traité, les taux de réintervention pour repousse adénomateuse.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.163>

CO-117

Un nouveau tuteur urétral prostatique pour remplacer la sonde à demeure chez l'homme en rétention aiguë ou chronique d'urine. Étude de faisabilité multicentrique chez les 50 premiers patients



M. Devonec^{1,*}, N. Benrais², J. Terrier³, A. Ruffion³

¹ Groupe hospitalier Lyon-Sud, Pierre-bénite, France

² Hopital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

³ CHLS, Pierre-Bénite, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marian.devonec@gmail.com (M. Devonec)

Objectifs Étude de faisabilité de la pose d'un nouveau tuteur urétral prostatique temporaire par simple manipulation manuelle chez