

l'homme en rétention aiguë ou chronique d'urine en remplacement de la sonde à demeure (SAD).

Indication Échec de sevrage de SAD chez 50 patients. Pose du dispositif par simple manipulation manuelle, à la place d'une nouvelle SAD après instillation gel lubrifiant ; pas de cystoscopie, ni échographie, ni radiologie.

Méthodes Calibrage urètre pénien et bulbaire avec bougie CH 22, verge au zénith, pour mesure de profondeur d'insertion jusqu'à la perception de la butée de la bougie contre le mur postérieur de l'urètre bulbaire. Insertion du dispositif avec tuteur, verge au zénith, jusqu'à perception de la butée du dispositif contre le mur postérieur de l'urètre bulbaire. Retrait du dispositif d'insertion. Section du fil de retrait du tuteur à 3 mm du méat urétral. Facilité d'insertion d'après l'opérateur 49/50 (98 %). Courbe d'apprentissage estimée par les opérateurs : 1 patient. Miction immédiate d'urine claire 49/49 (100 %). Absence de fuites urinaires 49/49 (100 %). Débit maximum : 11 mL/s.

Résultats Confort satisfaisant pendant le mois avec tuteur en place (pas de médicament) 48/49 (97 %). Infection : prostatite aiguë 1/49 (2 %). Migration : 1/49 (2 %) expulsion. Retrait facile du tuteur après 1 mois : 48/48 (100 %). Incrustation 0/48 (0 %). Ce tuteur prostatique innovant est un modèle unique pour toute prostate de volume < 150 cm³ ou hauteur apex-col vésical < 7 cm. Son insertion est facile par simple manipulation manuelle. Le bon positionnement est vérifié juste après la pose par la miction immédiate et l'absence de fuite d'urine lors du passage de la position couchée à la position debout. Il est bien toléré du fait de l'absence de ballonnet au niveau du trigone et facile à retirer par simple traction sur le fil de sécurité et de retrait (Fig. 1).

Conclusion Les indications sont multiples : usage unique pour le traitement de la rétention spontanée ou la prévention de la rétention induite par agent thérapeutique physique responsable d'œdème prostatique après traitement par ultrasons focalisés de haute intensité, radiothérapie hypo-fractionnée ou encore implantation de particules radioactives. Comme test de sélection des patients non obstrués et ne justifiant pas de traitement chirurgical endoscopique.

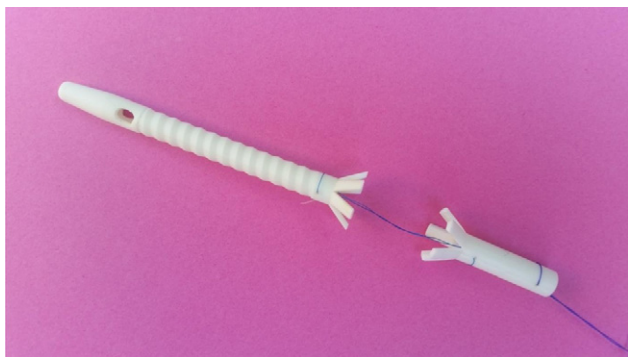


Fig. 1

Déclaration de liens d'intérêts Mise à disposition des dispositifs pour l'étude par l'industriel fabricant du dispositif.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.164>

CO-118

Traitement de l'obstruction prostatique par aquablation : résultats à 1 an de l'étude Français-Water



V. Misrai^{1,*}, N. Barry Delongchamps², A. Descazeaud³

¹ Clinique Pasteur, Toulouse, France

² Hôpital Cochin, Paris, France

³ CHU de Limoges, Limoges, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vmisrai@clinique-pasteur.com (V. Misrai)

Objectifs L'aquablation est une nouvelle technique chirurgicale endoscopique de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) combinant guidage par image échographique et résection robotique par jet d'eau haute pression. L'objectif était d'évaluer les résultats périopératoires et fonctionnels à un an, obtenus par 3 chirurgiens sans expérience préalable de la technique aquabeam.

Méthodes De septembre 2017 à janvier 2018, les patients dans 3 centres différents pour une prise en charge chirurgicale d'une HBP ont été inclus de manière prospective dans l'étude Français-Water (Clinical Trials.gov number NCT03191734).

L'aquablation a été réalisée à l'aide du système Aquabeam® (Procept BioRobotics, Redwood Shores, Californie, États-Unis). Le critère d'évaluation principal était le changement du score total IPSS à 6 et 12 mois. Les résultats fonctionnels ont été évalués à 1, 3, 6 et 12 mois avec les questionnaires IPSS, IIEF15, SHIM et MSHQ et la débitmétrie.

Résultats Trente patients ont été inclus dans l'étude. Le temps opératoire médian et le temps de résection étaient respectivement de 30,5 (24–35) et 4 (3,1–4,9) min. La durée médiane de sondage vésical était de 43 (23–49) heures. La durée médiane d'hospitalisation était de 2 (2–4) jours. Le score IPSS s'est amélioré à 3 (1–6) à 6 mois, avec un changement moyen de –15,6 points (IC95 % : 13–18,2). L'amélioration de l'IPSS a persisté à 12 mois. Le débit mictionnel était de 20,4 mL/s (17–26) à 12 mois. Le taux de complications (grade 2 et 3 selon Clavien–Dindo) à 6 mois était de 13,3 %. Aucun cas d'incontinence ni de dysfonctionnement érectile de novo n'a été signalé. Une dysfonction éjaculatoire de novo postopératoire a été observé chez 26,7 % des patients.

Conclusion Cette étude a confirmé que l'aquablation était sûre, efficace et donnait de bons résultats fonctionnels immédiats, similaires à ceux publiés dans la littérature malgré l'inexpérience des chirurgiens avec la technique.

Déclaration de liens d'intérêts L'étude a été financée par le sponsor PROCEPT BioRobotics. Le sponsor a joué un rôle dans la conception et la conduite de l'étude, la collecte, la gestion, l'analyse et l'interprétation des données.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.165>

CO-119

Résultats de l'expérience initiale de l'aquablation pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate



A. El Hajj*, N. Abdallah, A. Mailhac, H. Tamim, M. Bulbul
American university of Beirut medical center, Beyrouth, Liban

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alberthajj@gmail.com (A.E. Hajj)

Objectifs L'aquablation est une technique mini-invasive innovante pour le traitement de l'HBP. Son principe repose sur l'utilisation d'un jet d'eau de haute vélocité guidé par un logiciel robotique sous contrôle endoscopique et échographique endorectale. Nous décrivons notre expérience initiale utilisant cette technique.

Méthodes Tous les malades opérés dans notre centre entre mars 2018 et mai 2019 sont inclus. Les données préopératoires, peropératoires et postopératoires sont recueillies dans un registre d'une