

façon prospective. Les résultats à trois mois sont évalués de manière comparative. Une valeur $p < 0,05$ est considérée comme significative.

Résultats Cinquante et un malades ont été traités par aquablation. Le poids prostatique moyen était de 69 g (30–148) et 14 patients étaient en rétention urinaire (Tableau 1). La durée opératoire moyenne était de 79 min (28–116), une hémostase sélective par électrocoagulation a été réalisée chez 25 patients. En postopératoire 4 patients étaient en rétention et 2 perforations capsulaires sont notées. Ces complications ont été résolues par un sondage urinaire plus long. Un patient avait présenté une hématurie nécessitant un decaillotage en salle d'endoscopie sous anesthésie locale. À 3 mois, la réduction du PSA ($p = 0,001$), du résidu post-mictionnel ($p = 0,033$), du volume prostatique ($p < 0,0001$), du score d'IPSS ($p = 0,003$) et l'amélioration de débit urinaire maximal ($p = 0,028$) étaient significatives. Les scores IIEF5 et MSHQ-EJD étaient inchangés (Fig. 1).

Conclusion L'aquablation est une technique efficace pour le traitement de l'HBP. Elle permet de bons résultats fonctionnels avec une préservation de la fonction sexuelle et éjaculatoire. Un suivi plus long est nécessaire pour évaluer les Résultats à long terme.

Tableau 1 Données périopératoires.

N=51	Moyenne	+/- Déviation Standard
Age (années)	68.8	7.5
PSA (ng/ml)	4.4	4
Hémoglobine (Hb) (g/dL)	14.4	1.5
Débit Urinaire (Qmax) (mL/sec)	12.5	8.4
Résidu Post mictionnel (mL)	270.9	204.9
Volume prostatique (cc)	69	30.1
International Prostate Symptoms Score (IPSS)	20	7.7
International Index of Erectile Function (IIEF-15):		
Fonction érectile	15.4	10.5
Fonction orgasmique	5	3.7
Désir sexuel	6.4	2.4
Satisfaction rapport sexuels	6.4	5
Satisfaction globale	6.7	1.8
Male Sexual Health Questionnaire – Ejaculatory Dysfunction (MSHQ-EJD)	6.3	5.1
Durée opératoire (minutes) (De l'induction au cathétérisme)	79	29.4
Sondage urinaire (heures)	41.5	16
Séjour hospitalier (jours)	2.1	0.8

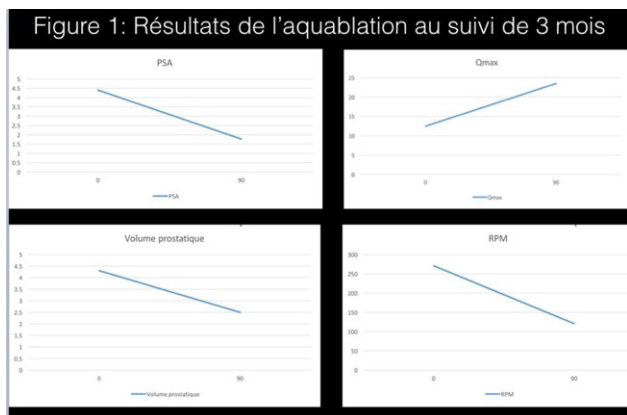


Fig. 1 Résultats de l'aquablation au suivi de 3 mois.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.166>

CO-120 Urolift sous anesthésie locale : expérience préliminaire



L. Dupitout^{1,*}, J. Ferrière², J.C. Bernhard³, H. Bensadoun³, F. Bladou³, G. Capon⁴, V. Estrade⁵, G. Robert³

¹ CHU de Garches, service de neuro-urologie, Garches, France

² CHU Pellegrin, Bordeaux, France

³ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

⁴ Service d'urologie, CHU de Dijon, Dijon, France

⁵ Centre hospitalier d'Angoulême, Angoulême, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laure.dupitout@gmail.com (L. Dupitout)

Objectifs La pose d'implants Urolift est une alternative mini-invasive au traitement chirurgical de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Ce traitement peut être proposé pour préserver les éjaculations ou pour accélérer la récupération postopératoire. L'absence de recours à une anesthésie générale concourt à améliorer la récupération postopératoire. L'objectif de ce travail était d'évaluer la faisabilité du traitement par Urolift sous anesthésie locale.

Méthodes Une analyse rétrospective a été conduite en incluant tous les patients traités par Urolift dans notre établissement. Le critère de jugement principal était le bon déroulement de l'intervention sans interruption pour cause de douleur ni nécessité de recours à tout autre mode d'anesthésie ou d'analgésie.

Résultats L'analyse a porté sur 15 patients consécutifs d'âge médian 63 ans, de volume prostatique 47 mL, de score IPSS 24. Les 3 premiers patients ont été opérés sous anesthésie générale (courbe d'apprentissage). L'anesthésie locale a été introduite à partir du 4^e patient (instillation de 2 gels de Xylocaïne à 4°C dans l'urètre 15 minutes avant l'intervention) sans aucune interruption de procédure ni recours à aucun autre type d'analgésie ou d'anesthésie. Le temps opératoire médian était de 13 minutes et la douleur médiane à 2 sur une échelle visuelle analogique (0 à 10). Quatre complications Clavien 1 et trois Clavien 2 sont survenues le premier mois. Après 3 mois, le score IPSS médian était de 8 soit une diminution de 16 points ($p = 0,009$). Trois patients (20 %) n'avaient pas interrompu leur traitement alpha bloquant.

Conclusion Cette expérience préliminaire confirme la faisabilité de l'Urolift sous anesthésie locale sans aucun échec de la prise en charge proposée. Aucune complication grave n'a été constatée et l'amélioration du score IPSS était conforme à celle des essais cliniques déjà publiés.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.167>

CO-121 Embolisation artérielle prostatique dans l'hyperplasie bénigne de prostate : une évaluation rétrospective de l'efficacité et de la morbidity précoce



M. Baboudjian^{1,*}, R. Boissier², V. Vidal², P. Proye², A. Akiki², S. Gaillet², V. Delaporte², G. Karsenty², E. Lechevallier²

¹ Service d'urologie et de transplantation rénale, hôpital de La Conception, Marseille, France

² Université Aix-Marseille, service d'urologie et de transplantation rénale, AP-HM, CHU La Conception, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Michael.BABOUDJIAN@ap-hm.fr (M. Baboudjian)

Objectifs L'embolisation artérielle prostatique (EAP) pourrait être une alternative thérapeutique dans la prise en charge des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) secondaires à une hypertrophie bénigne de prostate (HBP). Depuis janvier 2016, l'EAP est

disponible dans notre centre, en collaboration avec le service de radiologie interventionnelle. L'objectif de cette étude était de rapporter nos premiers résultats sur l'efficacité et la morbidité précoce de l'EAP.

Méthodes Étude rétrospective incluant toutes les EAP réalisées dans notre centre de janvier 2016 à décembre 2018. Les indications d'EAP étaient les SBAU modérés à sévère en alternative à un traitement chirurgical en considérant 2 sous-groupes : techniques chirurgicales conventionnelles contre-indiquées ou refusées par le patient (groupe A), soit les échecs de sevrage de sonde urinaire à demeure (SAD) (groupe B). L'EAP était réalisée selon une technique habituelle et l'instrumentation utilisée était à la discrétion du radiologue. Le critère de jugement principal était l'amélioration de l'IPSS à 3 mois post-interventionnel dans le groupe A et le succès du sevrage de la SAD dans le groupe B.

Résultats Entre janvier 2016 et décembre 2018, 23 EAP consécutives ont été incluses : 15 pour SBAU invalidants (groupe A) et 8 pour échec de sevrage de SAD (groupe B). Dans les groupes A et B, l'âge médian était de 72 (54–90) vs 78 (70–93) ans ($p=0,01$), le score de Charlson médian à 3 (1–11) vs 5 (3–10) ($p=0,01$) et la prévalence d'un traitement anti-thrombotique était de 40 % vs 50 % ($p=0,68$). Le volume prostatique médian était de 70 (35–170) vs 94 (70–285) cm^3 ($p=0,04$). Dans le groupe A, le score IPSS médian préopératoire était de 23,5 (9–28). Le succès technique était de 100 %. À 3 mois post-interventionnel, il existait une diminution significative du score IPSS (13 vs 23,5, $p=0,02$) et la SAD a pu être sevrée chez 4 patients (50 %). Il n'y avait pas d'événements indésirables Clavien 3. Trois cas (12 %) de prostatite et trois cas (12 %) d'hématurie ont été rapportés.

Conclusion L'EAP semble être une alternative efficace aux techniques chirurgicales conventionnelles de l'HBP. Dans notre centre, les indications étaient essentiellement limitées à des patients nécessitant le maintien d'un traitement anti-thrombotique en période périopératoire ou refusant la chirurgie. Les principaux avantages de l'EAP sont l'absence de recours à une anesthésie générale et une morbidité associée faible.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.168>

Dysfonctions sexuelles et infertilité

CO-122

Évaluation de la fonction sexuelle des femmes atteintes d'un spina bifida



C. Richard*, C. Voiry, L. Freton, J. Kerdraon, J. Hascoet, C. Brochard, I. Bonan, M. Jezequel, L. Siproudhis, A. Manunta, B. Peyronnet

CHU de Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clairerichard3@orange.fr (C. Richard)

Objectifs Le spina bifida est une anomalie de fermeture du tube neural au cours de l'embryogenèse. Cette malformation engendre des troubles de la motricité, de la sensibilité, des troubles vésico-sphinctériens, ano-rectaux et génito-sexuels. Les données sur l'atteinte sexuelle des femmes spina bifida sont rares. L'objectif de cette étude était d'évaluer les dysfonctions sexuelles chez des femmes atteintes d'un spina bifida et rechercher les facteurs associés à ces dysfonctions.

Méthodes Les données de tous les patients spina bifida consultant dans un centre pluridisciplinaire entre 2007 et 2019 ont été colligées prospectivement. Tous les patients avaient initialement une évaluation pluridisciplinaire comprenant une évaluation urolo-

gique, proctologique, sexuelle, sociale et de médecine physique et rééducation. La fonction sexuelle était évaluée à l'aide d'un auto-questionnaire (FSFI : Female Sexual Function Index ; score allant de 2 à 36). L'étude a inclus les femmes âgées de plus de 18 ans atteintes d'un spina bifida, capables de lire et comprendre le questionnaire et ayant donné leur consentement.

Résultats Sur les 322 femmes atteintes d'un spina bifida ayant consulté sur la période d'étude, 146 ont répondu au questionnaire de dysfonction sexuelle féminine (FSFI=Female Sexual Function Index). Un score FSFI inférieur ou égal à 26,55 est admis comme indiquant une dysfonction sexuelle. La prévalence de la dysfonction sexuelle dans cette population était de 100 %. Ni l'âge ($p=0,54$), ni le mode mictionnel ($p=0,36$), ni le type de dysraphisme (ouvert vs fermé ; $p=0,33$), ni le statut locomoteur (marche vs fauteuil ; $p=0,33$) n'étaient significativement associés au FSFI. Les patientes nullipares avaient un FSFI plus bas que les patientes ayant des enfants (8,6 vs 10,9 ; $p=0,01$), les patientes célibataires avaient un FSFI plus faible que les patientes mariées (7,2 vs 10,7 ; $p=0,0007$) et divorcées (7,2 vs 10,3 ; $p=0,03$) (Fig. 1).

Conclusion La prévalence de la dysfonction sexuelle était de 100 % dans cette cohorte de patientes spina bifida. Les patientes célibataires et/ou nullipares avaient une dysfonction sexuelle plus sévère sans que le lien de causalité puisse être déterminé en raison du caractère transversal de l'étude.

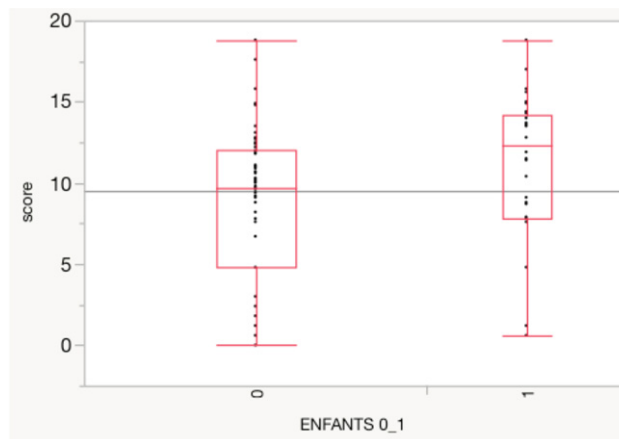


Fig. 1 Score Female Sexual Function Index (FSFI) chez les patientes avec vs sans enfants.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.169>

CO-123

Déterminants de la réponse aux injections intracaverneuses d'alprostadil après prostatectomie radicale



J. Klap^{1,*}, C. Champy¹, L. Salomon², A. De la Taille¹, R. You¹

¹ CHU Henri-Mondor, Créteil, France

² Centre hospitalier de Mont-de-Marsan, Mont-de-Marsan, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julia.klap@gmail.com (J. Klap)

Objectifs Les injections intracaverneuses d'alprostadil (IIA) représentent l'un des traitements reconnus pour la réhabilitation sexuelle (RS) après prostatectomie radicale (PR). L'efficacité sur l'érection des IIA n'a été évaluée que sur un nombre limité de patients et ses déterminants restent mal connus. Notre objectif était d'étudier la fonction sexuelle des patients utilisant des IIA pen-