

CO-126

## Implantation de prothèse pénienne (AMS 700) par voie infrapubienne: résultats périopératoires et à moyen terme



C. Richard<sup>1,\*</sup>, J. Graziana<sup>2</sup>, Z. Khene<sup>1</sup>, B. Peyronnet<sup>1</sup>, R. Mallet<sup>3</sup>, R. Mathieu<sup>1</sup>, G. Verhoest<sup>1</sup>, K. Bensalah<sup>1</sup>, Q. Alimi<sup>1</sup>, J. Hascoet<sup>1</sup>, A. Manunta<sup>1</sup>, S. Vincendeau<sup>1</sup>, L. Fretton<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Clinique Mutualiste de La Porte de l'Orient, Lorient, France

<sup>3</sup> Clinique des Cèdres, Brive-la-Gaillarde, France

\* Auteur correspondant.

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

**Objectifs** La dysfonction érectile concerne aujourd'hui 150 millions d'hommes dans le monde et 3,5 millions de Français. La pose d'un implant pénien est proposée en 3<sup>e</sup> ligne après les traitements pharmacologiques oraux et les injections intracaverneuses. Celle-ci est très majoritairement pratiquée par voie péno-scrotale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats périopératoires et à moyen terme de l'implantation de prothèse pénienne par voie infrapubienne.

**Méthodes** Les dossiers de tous les patients ayant eu l'implantation d'une prothèse pénienne (AMS 700<sup>TM</sup>) par voie infrapubienne entre 2010 et 2018 dans deux centres (un public et un privé) ont été revus rétrospectivement. Les données préopératoires (étiologie de la dysfonction érectile, traitements antérieurs) et peropératoires (type d'implant utilisé, durée opératoire, complications de type fausse route) ont été recueillies. Les complications postopératoires survenant dans les 30 jours après implantation (infection, hématome, douleur) ont également été collectées. La survie sans explantation ou révision (SSER) du dispositif a été évaluée à partir de la date de l'implantation jusqu'à la dernière visite de suivi, en utilisant la méthode de Kaplan-Meier.

**Résultats** Quatre-vingt patients ont été inclus. Les étiologies principales de DE étaient: post-prostatectomie radicale (41 %), vasculaires (25 %), diabète (15 %) et Lapeyronie (8 %). La durée opératoire moyenne était de 80 minutes. Il n'y a eu qu'une seule complication peropératoire (fausse route) sur les 89 procédures (1,1 %). Il y a eu 21,7 % de complications postopératoires, les complications les plus fréquentes étaient les douleurs (10,9 %) et l'hématome (9,8 %). Le taux de sepsis en postopératoire immédiat était de 4,3 %, dont un seul ayant nécessité une reprise chirurgicale. Le suivi médian était de 27 mois. Le taux d'explantation ou de révision sur toute la durée du suivi des patients était de 6,5 % (6 patients: 3 pour dysfonction de matériel, 2 pour infection et 1 pour hématome). La SSER est présentée sur la Fig. 1.

**Conclusion** L'utilisation de la voie infrapubienne ne semble pas être plus pourvoyeuse de complications que la voie scrotale. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires afin de préciser les facteurs de risque de survenue de complication ainsi qu'étudier la satisfaction des patients.

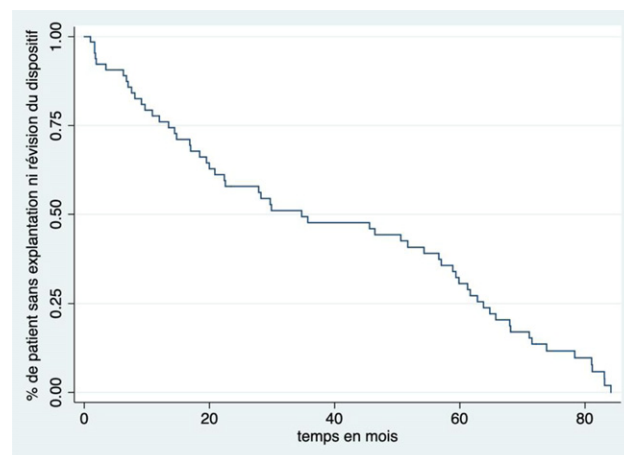


Fig. 1

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.173>

CO-127

## Traitement de la maladie de Lapeyronie par injection de plasma riche en plaquettes : à propos de 15 cas



A. Chatar<sup>1,\*</sup>, N. Belcaid<sup>1</sup>, B. Balla<sup>2</sup>, A. Akjay<sup>2</sup>, A. Ammani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CHU Hassan II Fès, Fès, Maroc

<sup>2</sup> Military hospital Moulay Ismail, urology, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [le1chatar@gmail.com](mailto:le1chatar@gmail.com) (A. Chatar)

**Objectifs** Évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un traitement semi invasif de la maladie de Lapeyronie par injections de plasma riche en plaquettes (PRP).

**Méthodes** Quinze patients (moyenne d'âge 56,5 ans), porteurs d'une maladie de Lapeyronie, quel que soit leur gravité ont été soumis durant deux mois à une séance tous les 15 jours, puis 3 mois et 6 mois à l'injections intra- et péri-lésionnelles de plasma riche en plaquettes prélevés à partir de dix millilitres de sang total dans deux tubes centrifugés pendant 8 min à 3000 tr/min, 8 mL de PRP est immédiatement injecté dans et autour des plaques après anesthésie locale à la xylocaïne 2 % pure (bloc-pénien). Les contrôles sont effectués, un, trois et six mois puis annuellement, en mesurant l'évolution des déformations (Tableau 1) et surtout la satisfaction globale du patient et l'amélioration de sa qualité de vie.

**Résultats** Avec un terme de recul moyen de 8 mois, tous nos patients ont eu au moins 4 séances d'injection de PRP. Treize (86 %) des 15 patients sont améliorés avec un gain sur l'angle de la courbure, une diminution de la densité et de la surface des plaques à la palpation. Et une amélioration de L'IIEF-5 :

- la localisation de la maladie est dorsale chez 13 patients (87 %), plaques calcifiées chez 2 patients (13 %) ;
- la douleur pendant les rapports à passer de 66,6 % à 26,6 % soit une diminution de 40 % ;
- angulations moyennes à passer de 30° à 17,4° soit une moyenne de 11,4° (38 %) ;
- la taille moyenne de la plaque a diminué de 4,16 à 3,02 soit une moyenne de 27,4 % ;
- la dysfonction érectile était présente chez 11 patients (73 %), après traitement. Les rapports sexuels sont plus faciles pour 9 patients (60 %).

Comme complication : hématomes superficiels suite à l'injection de PRP chez 2 de nos patients (13 %).

**Conclusion** Les résultats positifs à court terme de notre série de traitement de la maladie de Lapeyronie par injection de plasma riche en plaquette sont encourageants tant sur le plan méthodologique (simplicité) que clinique (innocuité et efficacité) ainsi que la satisfaction des patients.

Tableau 1 Critères de gravités de nos patients.

Douleur pendant les rapports	Absentes	Faibles pendant les rapports	Faibles en érection	Modérées	Sévères	Constantes même verge flaccide	
	5(33%)	3(20%)	4(27%)	3(20%)	0(0%)	0(0%)	
Taille de la plaque (CM)	0 CM	1 CM	2 CM	3 CM	4 CM	5 CM	
	0(0%)	7(47%)	6(40%)	2(13%)	0(0%)	0(0%)	
Degré de déformation	0°	15°	30°	45°	60°	>75°	
	0(0%)	4(27%)	8(53%)	3(20%)	0(0%)	0(0%)	
Qualité d'érection	Pas de dysfonction érectile : IIEF5 (22 à 25)						4 (27%)
	dysfonction érectile : faible IIEF5 (17 à 21)						5 (33%)
	dysfonction érectile : faible à modérée IIEF5 (12 à 16)						4 (27%)
	dysfonction érectile : modérée IIEF5 (8 à 11)						2 (13%)
	dysfonction érectile : sévère IIEF5 (5 à 7)						0 (0%)

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.174>

CO-128

**Influence de l'énucléation de prostate au laser Holmium (HoLEP) sur la fonction érectile : résultats d'une étude multicentrique sur 235 patients**

T. Marquette<sup>1,\*</sup>, C. Klein<sup>1</sup>, V. Comat<sup>2</sup>, B. De Graeve<sup>3</sup>, V. Houssin<sup>4</sup>, R. Mallet<sup>5</sup>, G. Capon<sup>6</sup>, F. Bladou<sup>1</sup>, J. Ferrière<sup>7</sup>, G. Robert<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Centre hospitalier de Bayonne, Bayonne, France

<sup>3</sup> Urogard Nîmes, Nîmes, France

<sup>4</sup> CHU de Lille, Lille, France

<sup>5</sup> Clinique des Cèdres, Brive-la-Gaillarde, France

<sup>6</sup> Service d'urologie, CHU de Dijon, Dijon, France

<sup>7</sup> CHU Pellegrin, Bordeaux, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [thibault.marquette@hotmail.fr](mailto:thibault.marquette@hotmail.fr) (T. Marquette)

**Objectifs** L'altération de la fonction érectile (FE) n'est pas considérée comme une complication courante de la prise en charge chirurgicale des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) liés à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). L'objectif de ce travail était de décrire l'évolution de la FE à 3 et 12 mois après énucléation laser de la prostate au laser holmium (HoLEP).

**Méthodes** Une étude rétrospective multicentrique a été conduite sur 4 centres incluant un total de 235 patients sexuellement actifs avant leur prise en charge chirurgicale et opérés d'un HoLEP entre janvier 2016 et juin 2017. L'évaluation de la FE était faite par auto-questionnaire IIEF-5 à l'inclusion, à 3 mois et à 12 mois post-opératoires. L'amélioration ou la dégradation de la FE étaient définies par une variation d'au moins 5 points du score IIEF-5.

**Résultats** Les scores IIEF-5 médians préopératoire, à 3 et à 12 mois étaient respectivement de 19 [14,5–23], 18 [12,5–23] (p = 0,15) et 19 [14–23] (p = 0,45).

Trois mois après chirurgie, 9,8 % des patients rapportaient une amélioration, tandis que 15,3 % rapportaient une dégradation. Douze mois après la chirurgie, 13,2 % rapportaient une amélioration, tandis que 16,2 % rapportaient une dégradation. Bien que pour l'ensemble de la population de l'étude, on ne constatait aucun changement du score IIEF5 médian, une réduction statistiquement significative du score IIEF5 était observée dans le sous-groupe de patients présentant une FE normale en préopératoire passant de 23,9 en pré-

opératoire à 21,8 à 3 et 12 mois (p2 étaient associés à une altération de la FE après HoLEP en analyse univariée) (Tableaux 1–3).

**Conclusion** Cette évaluation multicentrique confirme que la fonction érectile n'est globalement pas altérée après HoLEP. Cependant certains patients voient leur fonction érectile diminuer et les patients ayant une FE préopératoire normale présentent une diminution significative du score IIEF-5 en postopératoire. Ces résultats sont importants à prendre en compte afin de mieux informer les patients lors de la consultation préopératoire.

Tableau 1 Variation du score IIEF5 après énucléation de prostate au laser Holmium (HoLEP).

Score IIEF-5 total (5-25)	Avant chirurgie		3 MOIS		p-Value (preop vs 3 mois)	12 MOIS		p-Value (preop vs 12 mois)
	Médiane [Q1-Q3]	Moyenne ± DS	Médiane [Q1-Q3]	Moyenne ± DS		Médiane [Q1-Q3]	Moyenne ± DS	
Tous les patients	19 [14,5-23]	17,8 ±5,7	18 [12,5-23]	16,9 ±6,9	0,149	19 [14-23]	17,4 ±6,7	0,450
IIEF-5 ≥ 22	24 [23-25]	23,9 ±1,1	24 [21-25]	21,8 ±5,5	< 0,0012	24 [21-25]	21,8 ±4,9	< 0,0006
IIEF-5 5-21	16 [12-19]	14,9±4,7	16 [10-20]	14,7 ±6,4	0,705	17 [11-20]	15,3 ±6,4	0,598

Tableau 2 Analyses univariée et multivariée des facteurs de risque associés à une altération de la fonction érectile après HoLEP.

Variable	Score IIEF-5 dégradé à 12 mois	Score IIEF-5 inchangé à 12 mois	Valeur p Analyse univariée	Valeur p Analyse multivariée
	moyenne [Q1-Q3] ou nombre	moyenne [Q1-Q3] ou nombre		
Nombre de patient	38/235 16,17%	197/235 83,83%		
Age (années)	68.4 [65-73]	65.2 [60-70]	0,0264	0,0566
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25.5 [23.2-28]	25.8 [23.5-27.8]	0,6576	
Score ASA>2	n= 8 22,9%	n=15 8,4 %	0.0312	0,1465
Hypertension	n=12 31,6%	n=66 33,5%	0.8177	
Diabète	n=3 7,9%	n=11 5,6%	0.7057	
Coronaropathie	n=7 18,4%	n=22 11,2%	0,2132	
Alpha bloquant	n=23 60,5%	n=112 56,9%	0,6750	
alpha bloquant + inhibiteur de la 5a-reductase	n=12 31,6%	n=62 31,5%	0.9896	
Volume prostatique préopératoire (cm <sup>3</sup> )	71.6 [47-98]	73.2 [50-90]	0,8067	
Tissu énucléé (g)	38.8 [14-60]	39.2 [20-54]	0,9354	
Temps opératoire (min)	52.9 [35-70]	56.7 [29-80]	0,4958	