

35 implantations ont été réalisées chez 30 patients, soit 74 % de tests positifs. Après un suivi médian de 12 mois [1–111 mois], 28 patients (93 %) étaient toujours traités par NMS, dont 2 en stimulation bilatérale. Vingt deux patients (73 %) se déclaraient complètement satisfaits de leur qualité de vie. Huit patients sur 15 ont été sevrés des auto-sondages (AS). Trois cas d'infection du dispositif et trois cas de douleur chronique post-implantation ont été répertoriés.

Conclusion À notre connaissance, notre étude est la plus grande série française évaluant l'efficacité de la NMS dans les troubles de la vidange vésicale. La NMS a amélioré 73 % des patients implantés et a permis un sevrage des AS dans la moitié des cas.

Déclaration de liens d'intérêts Unrestricted grant MEDTRONIC.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.205>

CO-159

La neurostimulation tibiale postérieure est-elle aussi efficace chez les patients neurologiques que non neurologiques ?



I. Bentellis^{1,*}, Q. Alimi², N. Senal², L. Mathieu³, S. Fontaine⁴, A. Manunta⁵, C. Voiry², T. Honoré², J. Hascoet⁵, J. Kerdraon⁵, B. Peyronnet⁵

¹ CHRU de Nice, Nice, France

² CHU de Rennes, Rennes, France

³ Rennes university hospital, Rennes, France

⁴ Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

⁵ CHRU de Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imad.bentellis@gmail.com (I. Bentellis)

Objectifs La neurostimulation tibiale postérieure transcutanée (NTPT) pourrait être efficace chez les patients neurologiques ayant des symptômes d'hyperactivité vésicale (HAV). Toutefois l'efficacité sur les divers symptômes et éléments du calendrier mictionnel a été peu étudié. L'objectif était de comparer l'efficacité du traitement par NTPT dans le traitement de l'HAV avec et sans étiologie neurogène et entre les étiologies supra-pontiques et « médullaires ».

Méthodes Les données de tous les patients traités par NTPT pour troubles vésico-sphinctériens entre 2012 et 2016 dans un centre ont été colligées prospectivement. L'évaluation initiale et à 2 mois comprenait un calendrier mictionnel sur 48 heures, un questionnaire Urinary Symptom Profile (USP) une évaluation de l'efficacité par échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 (aucune efficacité) à 10 (efficacité maximale). Le matériel utilisé était un URO-stim Schwa medico 2. Les patients ont été divisés en deux groupes : selon qu'il existait une pathologie neurologique sous-jacente (neuro) ou non (non neuro). Les résultats fonctionnels étaient évalués après 2 mois de stimulation.

Résultats Cent trente-quatre patients ont été inclus, parmi lesquelles 32 % avaient des troubles vésico-sphinctériens liés à une pathologie neurologique. L'EVA moyenne d'efficacité était comparable dans les deux groupes (3,9 vs 4 $p=0,72$). Dans le groupe « non neuro », l'amélioration du nombre d'épisodes d'urgentes/24h était significativement plus importante ($-2,02$ vs $0,04$ $p=0,02$), sans qu'il y ait pour autant de différence significative nombre après NTPT (7 vs 7,4 $p=0,97$). Le reste des éléments du calendrier mictionnel et des scores USP étaient comparables, hormis le taux d'hyperactivité détrusorienne initiale, plus élevé dans le groupe neuro (59 % vs 79 % $p=0,04$). Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes « supra-pontiques » et « médullaires » (3,7 vs 4,3 $p=0,72$) (Tableau 1)

Conclusion La neurostimulation tibiale postérieure transcutanée semble au moins aussi efficace dans le traitement de l'HAV des patients neurologiques que non neurologiques. Des séries de plus grande ampleur permettraient de préciser les critères de sélection de ces patients.

Tableau 1 Caractéristiques avant et après la période de NTPT.

	Non Neuro (91)	Neuro (43)	p
Avant stimulation			
Hyperactivité détrusorienne	54 (59.3)	34 (79.1)	0.04 ^a
Nombre Mictions diurnes	10.07 (3.19)	8.75 (3.59)	0.04 ^a
Nombre Mictions nocturnes	1.70 (1.51)	1.47 (1.44)	0.44 ^b
Nombre urgentes /24h	8.24 (4.91)	7.27 (4.58)	0.36 ^b
Nombre fuites /24h	2.80 (3.68)	2.61 (3.47)	0.96 ^b
USP incontinence	2.74 (3.00)	2.62 (3.28)	0.75 ^b
USP Hyperactivité	10.76 (4.41)	10.79 (3.88)	0.85 ^b
USP dysurie	1.29 (1.44)	1.76 (1.81)	0.15 ^b
Après 2 mois de stimulation			
Tolérance n(%)	65 (97.0)	29 (100.0)	0.87 ^a
Observance n(%)	62 (93.9)	27 (93.1)	1 ^a
EVA efficacité	3.86 (3.11)	4.04 (2.92)	0.72 ^b
Hyperactivité détrusorienne	52 (70.3)	35 (85.4)	0.11 ^a
Nombre Mictions diurnes	9.18 (2.87)	9.29 (3.80)	0.87 ^b
Nombre Mictions nocturnes	1.55 (1.37)	1.90 (1.33)	0.32 ^b
Nombre urgentes /24h	7.11 (4.26)	7.43 (5.62)	0.98 ^b
Nombre fuites /24h	2.02 (2.93)	2.90 (4.23)	0.67 ^b
USP incontinence	2.31 (2.82)	2.55 (2.76)	0.61 ^b
USP Hyperactivité	8.83 (4.08)	10.55 (4.34)	0.09 ^b
USP dysurie	1.15 (1.47)	1.14 (1.04)	0.54 ^b

NTPT : neurostimulation tibiale postérieure transcutanée.

^aTest exact de Fisher.

^bTest de Wilcoxon–Mann–Whitney.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.206>

CO-160

Évaluation de l'efficacité de la neuromodulation sacrée dans le traitement des troubles mictionnels après chirurgie de l'endométriose



A. Aublé, M. Baron, C. Lenormand, C. Pfister, H. Roman, J.N. Cornu*

CHU de Rouen, Rouen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeannicolas.cornu@gmail.com (J.N. Cornu)

Objectifs La chirurgie pelvienne majeure pour endométriose est associée à un risque de complications urinaires. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la neuromodulation sacrée (NMS) chez les patientes présentant des troubles de la vidange après chirurgie de l'endométriose.

Méthodes Une étude rétrospective monocentrique a été réalisée entre 2016 et 2019. Toutes les patientes ayant bénéficié d'un test de NMS pour troubles de la vidange après chirurgie de l'endométriose ont été incluses. L'évaluation préopératoire systématique comprenait, outre les caractéristiques démographiques: calendrier mictionnel, bilan urodynamique, évaluation du résidu par auto-sondage après miction. Les critères d'implantation du boîtier étaient définis en préopératoire, par une baisse du résidu de plus de 50 %, et une augmentation du volume mictionnel de plus de 50 %. Toutes les implantations (test et boîtier) étaient réalisées sous anesthésie générale. La durée prévue de la phase test était de 15 jours.

Résultats Seize patientes ont été prises en charge par test de NMS pour trouble de vidange apparu après chirurgie de l'endométriome. Toutes les patientes avaient un trouble de vidange, dont huit étaient aux auto-sondages (AS). Cinq patientes présentaient une hyperactivité vésicale associée. La contractilité vésicale était altérée chez 10/16 patientes au bilan urodynamique. Une patiente n'a présenté aucune réponse motrice à la stimulation en peropératoire (pas d'implantation de l'électrode test). Deux cas d'explantation pour infection de l'électrode test ont été répertoriés. Treize patientes ont été implantées par un boîtier InterStim 2. Après un suivi médian de 14 mois, 10 patientes étaient traitées uniquement par NMS avec un résultat satisfaisant et 3 patientes ont été sevrées des AS. Une seule patiente avait été réopérée pour des douleurs locales liées au boîtier.

Conclusion Cette étude rapportait les Résultats de la plus grande série de la littérature de patientes traitées par NMS après chirurgie de l'endométriome. La NMS a été un traitement efficace pour 2/3 des patientes permettant un sevrage des auto-sondages dans un tiers de cas. Ce taux de succès offre une perspective intéressante à ces patientes jeunes aux options thérapeutiques limitées.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.207>

CO-161

L'hyperactivité détrusorienne et les troubles de la compliance préopératoires sont-ils des facteurs d'échec de sphincter urinaire artificiel chez l'homme?

I. Bentellis^{1,*}, M. El-Akri², J. Hascoet², Q. Alimi², R. Mathieu², S. Vincendeau², J. Kerdraon², C. Voiry², A. Manunta², B. Peyronnet²

¹ CHRU de Nice, Nice, France

² CHU de Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imad.bentellis@gmail.com (I. Bentellis)

Objectifs L'objectif principal de cette étude était de comparer les taux de continence entre les patients ayant ou non un trouble de la compliance préopératoire et/ou une hyperactivité détrusorienne (HAD).

Méthodes Les dossiers des patients de sexe masculin ayant eu l'implantation d'un SAU entre 2008 et 2018 dans un centre universitaire ont été revus rétrospectivement. Les patients n'ayant pas eu de bilan urodynamique préopératoire et ceux ayant une incontinence d'effort d'origine neurogène étaient exclus. Le trouble de la compliance était défini, conformément à la terminologie de l'International Continence Society, comme une compliance < 20 mL/cmH₂O. Le critère de jugement principal était la continence sociale à 3 mois (0 à 1 protection/jour). Les critères secondaires étaient la prise de traitements pour HAV postopératoire, ainsi que les taux de résolution de troubles de la compliance et HAD en postopératoire.

Résultats Quatre-vingt-dix-sept patients étaient éligibles pour inclusion. Il y avait 73,8 % de patients continents à 3 mois. L'HAD préopératoire n'était pas significativement liée à la continence à 3 mois (80,9 % vs. 73,7 % $p=0,78$), ni à une HAV traitée en postopératoire (24 % vs. 30 % $p=1$). Le trouble de la compliance n'était pas non plus lié à la continence postopératoire (80 % vs. 76,2 % $p=1$) ni au traitement postopératoire d'une HAV (31,6 % vs. 25 % $p=1$). Les facteurs associés à la continence postopératoire étaient le taux d'urgences préopératoires (60 % vs. 22 % $p=0,03$), la quantité de pertes au Pad Test (986 mL vs. 588 mL $p=0,03$) ainsi que la capacité cystomanométrique préopératoire (333 mL vs. 430 mL $p=0,03$). Parmi les patients avec une HAD préopératoire ayant eu

un bilan urodynamique postopératoire, 25 % avaient une disparition de l'HAD.

Conclusion Le trouble de la compliance et l'hyperactivité détrusorienne préopératoires ne semblent pas être associée aux résultats fonctionnels post-implantation d'un SAU chez l'homme, ni à l'existence de symptômes d'HAV postopératoire.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.208>

CO-162

Cystectomie et dérivation cutanée non continence de type Bricker pour vessie neurologique: comparaison des voies ouverte, laparoscopie et robot-assistée

B. Peyronnet^{1,*}, J. Hascoet¹, L. Freton¹, Z. Khene¹, V. Graffaille¹, Q. Alimi¹, M. El-Akri¹, J. Kerdraon¹, I. Bonan¹, E. Leblong¹, P. Gallien², R. Plassat³, S. Petrilli², A. Durufle², R. Mathieu⁴, K. Bensalah⁵, G. Verhoest¹, A. Manunta¹

¹ CHRU de Rennes, Rennes, France

² Pole Saint-Bélier, Rennes, France

³ Clinique Beaulieu, Rennes, France

⁴ Rennes university hospital, Rennes, France

⁵ CHU, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : peyronnetbenoit@hotmail.fr (B. Peyronnet)

Objectifs L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de la cystectomie par voie ouverte (CO), par voie laparoscopique pure (CL) et par voie robot-assistée (CRA) associée à une dérivation cutanée non continence trans-iléale chez les sujets neurologiques.

Méthodes Tous les patients ayant eu une cystectomie pour vessie neurologique dans un centre entre 2006 et 2017 ont été inclus dans une étude rétrospective. La dérivation était une dérivation cutanée trans-iléale non continence type Bricker dans 100 % des cas dans les 3 groupes, toujours réalisés en extra-corporel. La plupart des CO et CL étaient réalisées par un chirurgien expérimenté (> 20 cystectomies au début de l'étude et > 50 procédures laparoscopiques) et la plupart des CRA par un autre chirurgien sans aucune expérience de la cystectomie et ayant réalisé moins de 10 interventions laparoscopiques ou robot-assistées en autonomie au début de l'étude.

Résultats Quatre-vingt-dix patients ont été inclus : 41 robot, 23 coelioscopique et 26 ouvert (Tableau 1). La durée opératoire était plus courte dans le groupe CO que dans les groupes CL et CRA (295,6 vs. 383,7 vs. 374,4 min ; $p=0,03$). La durée d'hospitalisation était plus courte dans le groupe CRA et dans le groupe CL que dans le groupe CO (16,5 vs. 13,5 vs. 13,2 jours ; $p=0,03$). Le taux de complications majeures étaient plus importants dans le groupe CO et CL que dans le groupe CRA (30,8 % vs. 30,4 % vs. 9,8 % ; $p=0,05$) de même que le taux d'utilisation d'une PCA morphine en postopératoire (62,5 % vs. 77,8 % vs. 22,9 % ; $p=0,003$). Le taux de complications tardives était similaire dans les 3 groupes (13 % vs. 14,3 % vs. 21,9 % ; $p=0,60$) (Tableau 2).

Conclusion La voie laparoscopique, qu'elle soit ou non robot-assistée, pourrait diminuer la durée d'hospitalisation par rapport à la voie ouverte pour l'exérèse d'une vessie neurologique avec dérivation cutanée non continence trans-iléale, au prix d'une durée opératoire plus longue. L'avantage de la voie robotique sur la voie coelioscopique pourrait être une réduction du taux de complications majeures et des douleurs postopératoires.

