

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 dérusorienne 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 dérusorienne	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 dérusorienne	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.