



CO-182 L'impact du Cis dans les recoupes urétérales lors de la cystectomie sur la survie : étude cas-témoin

S. Kerroumi^{1,*}, Y. Neuzillet², R. Talhi³, Y. Soorojebally⁴, S. Taleb⁵, C. Radulescu², J. Herve⁴, M. Rouanne², A. Abdou⁴, P. Bosset², A. Bazzi⁵, M. Yousfi⁶, T. Lebret²

¹ Département d'informatique, université des sciences et de la technologie d'Oran, Mohamed-Boudiaf, Oran, Algérie

² Hôpital Foch, Suresnes, France

³ Service de biostatistique, Oran, Algérie

⁴ Service d'urologie, hôpital Foch, Suresnes, France

⁵ Service d'urologie, l'EHU Oran, Oran, Algérie

⁶ Service d'urologie, l'EHU Oran, faculté de médecine d'Oran, laboratoire de recherche en Santé et environnement, Oran, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kerroumi.slimane@hotmail.fr (S. Kerroumi)

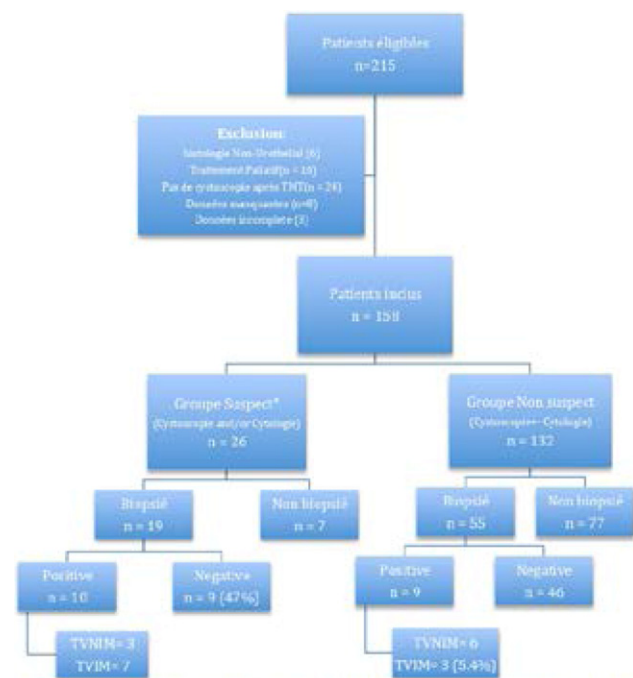


Fig. 1 Flow chart. *Suspect de maladie résiduelle (à la cystoscopie ou par cytologie urinaire positive).

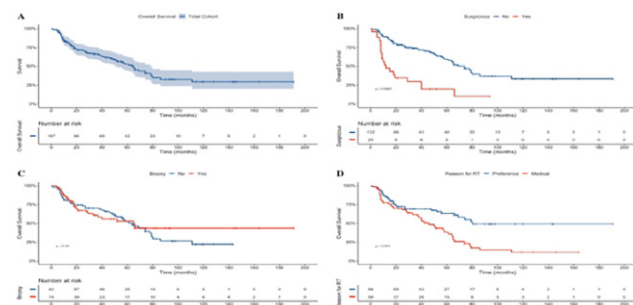


Fig. 2 Courbes de survie. A. Survie globale (cohorte totale). B. Survie globale stratifiée en fonction des résultats de la cystoscopie et de la cytologie urinaire après TMT pour TVIM. C. Survie globale stratifiée en fonction de la réalisation ou non d'une biopsie post-TMT pour TVIM. D. Survie globale stratifiée en fonction de la raison de TMT (par choix personnel ou pour raison médicale).

Déclaration de liens d'intérêts Bourse de recherche AFU. Bourse de mobilité université de Lille.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.228>

Objectifs La présence de carcinome in situ (Cis) en association à une tumeur de vessie est un facteur pronostique établi. Le pronostic associé à la présence de Cis sur les recoupes urétérales lors de la cystectomie totale est en revanche mal défini. L'objectif a été d'établir les différences de pronostiques associées au statut des recoupes urétérale vis-à-vis du Cis.

Méthodes Une étude rétrospective cas-témoin monocentrique réalisée dans un service hospitalo-universitaire entre 2001 et 2016. Sur une base de données de 1450 cystectomies, 122 patients (cas) porteur du Cis dans les recoupes urétérales lors de la cystectomie ont été appariés selon l'âge, le sexe, le stade pTNM et la méthode de dérivation urinaire avec un échantillon de population de 122 patients (témoins) qui avaient des recoupes urétérales saines. L'analyse de régression multivariée de Cox a été utilisée pour tester l'effet des recoupes positives sur la survie sans récurrence urothéliale, la survie spécifique au cancer et globale.

Résultats La moyenne de suivi était de $55,43 \pm 39,6$ mois. La médiane de survie globale et spécifique était diminuée dans le groupe cas estimé respectivement à 43,3 [35,33 à 56,93], 52,43 [42,16 à 68,93] par rapport au groupe témoin avec une différence significative ($p=0,001$, $p=0,0039$). La probabilité cumulée de survie sans récurrence urothéliale était diminuée dans le groupe cas (63,9 %, [49,68 à 78,01]) par rapport au groupe témoin ($p=0,0001$). En analyse multivariée, une diminution significative de la survie sans récurrence urothéliale était associée à la présence du Cis sur les recoupes urétérales ($p=0,003$, *odds ratio*=0,42, IC95 % : [0,28–0,64]) ainsi qu'à l'aspect de l'uretère (épaissi, dilaté) ($p=0,023$, *odds ratio*=0,62, IC95 % : [0,31–0,84]) (Fig. 1 et 2 et Tableau 1).

Conclusion La présence de Cis sur les recoupes urétérales et l'aspect épaissi et ou dilaté de l'uretère lors de la cystectomie a été associée à une diminution significative de la survie globale, spécifique et sans récurrence urothéliale.

Tableau 1 Analyse univariée et multivariée Cox pour les facteurs pronostiques de la survie spécifique et la survie sans récurrence urothéliale.

Survie spécifique	Analyse uni variée		Analyse multivariée	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Variante histologique	0.108 (0.012–0.325)	0.015	0.168 (0.049–0.573)	0.004
Cis dans la vessie	0.381 (0.102–0.592)	0.002	0.502 (0.331–0.937)	0.023
L'état de l'uretère	0.381 (0.102–0.592)	0.002	0.502 (0.331–0.937)	0.023
Recoupe urétéral	0.135 (0.021–0.602)	<0.001	0.467 (0.244–0.867)	0.016
PN+	0.144 (0.028–0.431)	0.002	0.215 (0.061–0.754)	0.016
SSR urothéliale				
Cis dans la vessie	1.328 (1.076–1.644)	0.03	1.119 (0.780–1.642)	NS
L'état de l'uretère	0.125 (0.075–0.430)	<0.001	0.62 (0.31–0.84)	0.023
Recoupe urétéral	0.198 (0.079–0.499)	<0.001	0.42 (0.28–0.64)	0.003

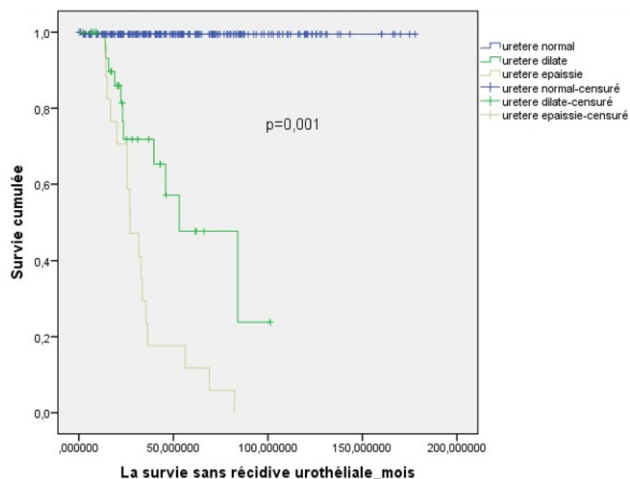


Fig. 1 L'impact de l'urètre dilaté ou épaissi sur la SSR urothéliale en analyse univariée.

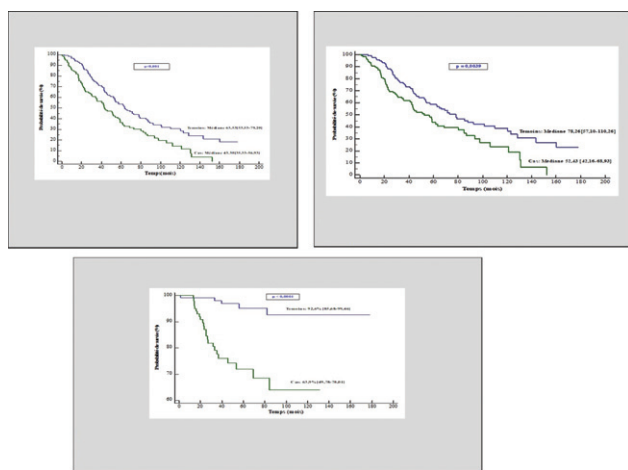


Fig. 2 La survie globale pour une moyenne de suivi de 55,43 mois. La survie spécifique au cancer entre groupe cas-témoin. Probabilité cumulée de survie sans récurrence urothéliale entre groupe cas-témoin.

1 Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.
<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.229>

CO-183
Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) pour cystectomie : impact sur la durée de séjour et les complications péri- et postopératoires

G. Pignot^{1,*}, M. Tourret², S. Fakhfakh¹, S. Rybikowski¹, T. Maubon¹, J. Campagna³, S. Rekić³, C. Brun², J. Blache¹, J. Walz¹

¹ Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France
² Institut Paoli-Calmettes, département d'anesthésie, Marseille, France
³ Institut Paoli-Calmettes, département d'urologie, Marseille, France

* Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : gg.pignot@yahoo.fr (G. Pignot)

Objectifs La chirurgie mini-invasive et la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) sont deux axes d'optimisation de la cystecto-

mie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole RAAC chez les patients opérés d'une cystectomie pour tumeur de vessie infiltrant le muscle (TVIM) en termes de durée de séjour (DMS) et de complications postopératoires.

Méthodes Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective ayant inclus 137 patients consécutifs traités par cystectomie pour une TVIM localisée entre janvier 2015 et mai 2019, incluant 79 procédures incisionnelles et 58 procédures mini-invasives robot-assistées. Un protocole RAAC a été appliqué chez tous les patients à partir de février 2018 (n = 61 procédures) et incluait des mesures pré-, per- et postopératoires, anesthésiques et chirurgicales. Nous avons recensé la durée de séjour et les complications périopératoires (durant l'hospitalisation) et post-opératoires précoces (< 90 jours) selon la classification de Clavien–Dindo et comparé ces données à celles antérieures au protocole RAAC.

Résultats Sur les 137 patients inclus, d'âge médian 69,8 ans [32,3–91,1], 76 procédures ont été réalisées hors protocole RAAC et 61 ont été réalisées dans le cadre du protocole RAAC. La DMS était de 11,8 jours [7,9–38,8] dans le groupe RAAC versus 12,8 jours [8,8–44,0] hors RAAC. Concernant les complications périopératoires, le taux de complications mineures (Clavien–Dindo 1 ou 2) a été significativement réduit par la mise en place du protocole RAAC (31,1 % versus 48,7 %, p = 0,027) sans modification du taux de complications majeures (16,4 % versus 10,5 %, p = 0,31). Concernant les complications postopératoires précoces, nous avons constaté une stabilité du taux de complications (32,8 % versus 27,6 %, p = 0,51). La voie d'abord chirurgicale (incisionnelle versus robot-assistée) n'impactait pas significativement la DMS ni le taux de complications, contrairement au protocole RAAC.

Conclusion La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) permet de diminuer significativement le taux de complications périopératoires mineures (Clavien–Dindo I et II) après cystectomie et de réduire la durée de séjour, sans augmentation du taux de complications postopératoires à 90 jours. La RAAC, plus que la voie d'abord chirurgicale, est un élément majeur d'optimisation périopératoire autour de la cystectomie.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.230>

CO-184
L'analyse combinée de la TEP au 18F-FDG et de la TDM améliore le bilan d'extension ganglionnaire initial des cancers de la vessie infiltrants

A. Girard^{1,*}, M. Rouanne², C. Radulescu², E. Le stanc², J. Grellier³, T. Lebre²

¹ Centre Eugène-Marquis, Rennes, France
² Hôpital Foch, Suresnes, France
³ Centre cardiologique du Nord, Saint-Denis, France

* Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : a.girard@rennes.unicancer.fr (A. Girard)

Objectifs L'extension ganglionnaire locorégionale initiale des tumeurs de la vessie infiltrant le muscle (TVIM) a un impact majeur sur le pronostic et le traitement. L'apport de la TEP/TDM au 18F-FDG dans ce domaine est controversé. Nous avons étudié les performances d'une évaluation ganglionnaire combinant les informations de la TEP (SUVmax) et de la TDM (petit axe), comparativement à la TDM seule qui constitue actuellement la référence.

Méthodes Ont été prospectivement inclus, de mai 2015 à mai 2017, tous les patients ayant bénéficié d'une TEP/TDM au 18F-FDG dans le bilan d'extension, suivie d'une cystectomie radicale avec curage ganglionnaire pelvien étendu. Les données de l'imagerie étaient comparées à l'analyse anatomopathologique des pièces de curage ganglionnaire. Les performances de la TEP/TDM au 18F-FDG

