

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

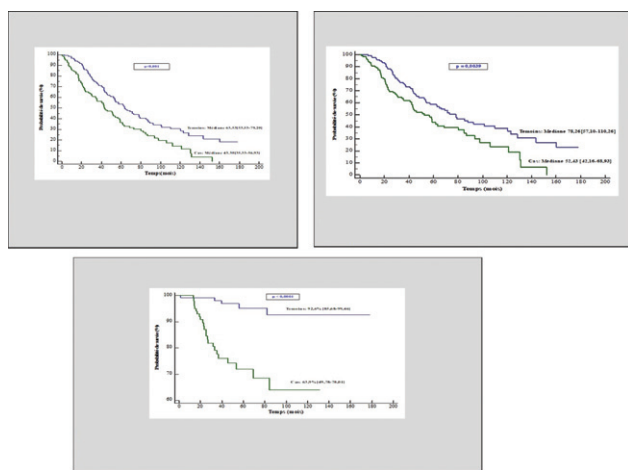


Fig. 2 La survie globale pour une moyenne de suivi de 55,43 mois. La survie spécifique au cancer entre groupe cas-témoin. Probabilité cumulée de survie sans récurrence urothéliale entre groupe cas-témoin.

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



étaient comparées à celles de la TDM seule, en analyse par aire ganglionnaire et par patient.

Résultats Au total, 1012 ganglions ont été histologiquement analysés chez 61 patients avec des TVIM localisées ayant bénéficié d'une cystectomie radicale avec curage ganglionnaire pelvien étendu. Vingt-quatre ganglions chez 17 patients présentaient une atteinte néoplasique histologique. En analyse par aire, l'exactitude diagnostique de la TEP/TDM et de la TDM seule étaient respectivement de 84 % et 78 % ($p=0,039$). En analyse par patients, l'analyse combinée TEP/TDM permettait d'identifier correctement le statut ganglionnaire chez 5/61 (+8 %) patients de plus que la TDM seule, avec des exactitudes diagnostiques de 82 % et 74 %, respectivement (Fig. 1).

Conclusion L'analyse combinée basée sur le SUVmax et la taille des ganglions en TEP/TDM au 18F-FDG permet d'améliorer l'exactitude diagnostique pour la détection d'une extension ganglionnaire préopératoire des TVIM, en analyse par aire. Ainsi, la TEP/TDM au 18F-FDG peut permettre d'adapter la décision thérapeutique.

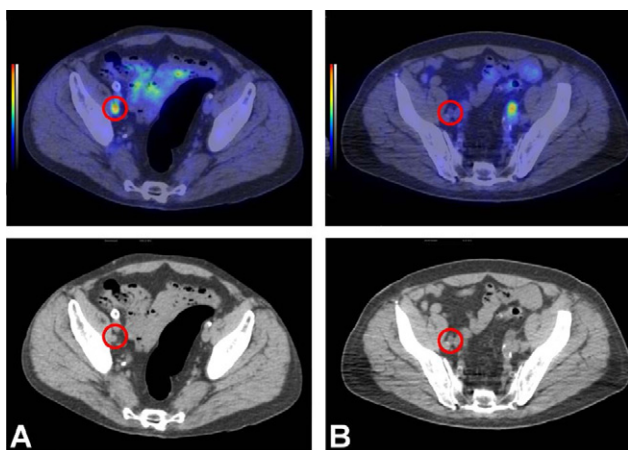


Fig. 1 A. 1 ganglion obturateur droit : 8 mm/SUVmax. -> 4,5 N+. B. 1 ganglion iliaque externe droit : 9 mm/SUVmax 1,5. -> N-.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.231>

CO-185

Évaluation prospective de la qualité de vie des patients lors de la première année après cystectomie totale et dérivation orthotopique pour cancer de vessie



V. Tostivint^{1,*}, M. Roumiguié², M. Soulié³, M. Thoulouzan¹, J.B. Beauval⁴

¹ Département d'urologie, CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

² CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

³ CHU de Toulouse, Toulouse, France

⁴ Clinique La Croix Du Sud, Quint-Fonsegrives, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : victor.tostivint@hotmail.fr (V. Tostivint)

Objectifs La cystectomie totale (CT) présente une morbidité postopératoire non négligeable et elle est aussi décrite comme l'une des interventions carcinologiques ayant le plus d'impact sur la QdV des patients. Évaluer prospectivement la qualité de vie (QdV) et la fonction urinaire de nos patients au cours de la première année

suivant la CT avec reconstruction par néovessie orthotopique iléale (NVOI) pour cancer de vessie.

Méthodes Il s'agit d'une étude unicentrique qui a été réalisée en incluant prospectivement des patients ayant une CT pour carcinome urothélial et éligible à une dérivation urinaire de type NVOI. Deux auto-questionnaires de QdV (EORTC QLQ-C30 et EORTC QLQ-BLM30), le questionnaire USP et un calendrier mictionnel permettaient de suivre en préopératoire, puis à 1, 3, 6 à 9 et 12 mois après la chirurgie la QdV et la fonction urinaire des patients.

Résultats Trente-quatre patients ont été inclus. La qualité de vie globale (QdVg), la fonction physique, la fonction du quotidien, et la fonction sociale, de nos patients étaient significativement réduites 1 mois après la chirurgie. La fatigue, la dyspnée, et les symptômes urinaires étaient significativement majorés 1 mois après la procédure. Un an après, les scores aux échelles de fonctions et de symptômes de QdV étaient revenus à leur niveau préopératoire. Seule la perspective d'avenir montrait une amélioration significative 1 mois après la chirurgie, et ce de façon durable au cours de la première année de suivi. Par contre, les troubles sexuels avaient tendance à fortement se majorer à un an comparé au préopératoire. L'incontinence urinaire d'effort était le seul symptôme urinaire significativement persistant un an après la chirurgie (Fig. 1 et 2 et Tableau 1).

Conclusion La CT avec NVOI n'entraîne pas d'altération durable de QdV. Les patients récupèrent leurs fonctions antérieures et présentent une amélioration de leur perspective d'avenir 1 an après chirurgie. La dégradation de QdV est majeure le premier mois, elle s'améliore rapidement à 3 mois et progressivement jusqu'à 1 an suivant la chirurgie. L'incontinence urinaire d'effort persiste un an après la chirurgie.

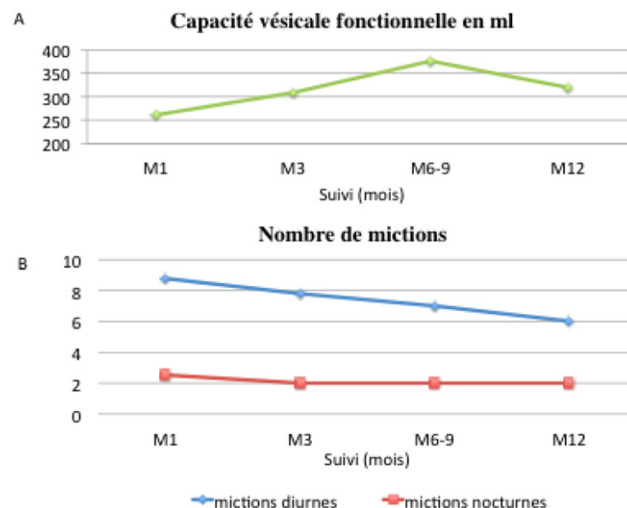


Fig. 1 A. Évolution de la capacité néo-vésicale fonctionnelle en ml au cours du suivi. B. Évolution du nombre de mictions diurnes et nocturnes de nos patients au cours du suivi.

Tableau 1 Score au questionnaire USP.

	Pré opératoire	M1	M3	M6-9	M12	M0 vs M1 P	M0 vs M12 P
Incontinence urinaire à l'effort	0 (0-0)	7.5 (3-9)	4 (3-7)	1.5 (5-7)	1 (0-3)	0,002	0,049
Hyperactivité vésicale	4 (2-10)	13 (6-17)	7 (6-11)	7 (4-12)	6 (3.5-8.5)	0,004	0,350
Dysurie	1 (0-2)	3 (2-4)	2 (2-3)	1.5 (1-2.5)	0.5 (0-2)	0,012	0,190
Nombre de participants	19	18	21	20	16		