

CO-194

Risque médico-légal en urologie : analyse d'un portefeuille d'assurés auprès d'une compagnie d'assurances française entre 2009 et 2018

F. Papillon

Clinique d'Argonay, Argonay, France

Adresse e-mail : fredericpapillon1982@hotmail.fr

Objectifs L'urologie arrive au 12^e rang sur 28 des spécialités médicales et chirurgicales en nombre de mise en cause aux États-Unis. Pour la mutuelle d'assurances des professionnelles de santé (MACSF) et le SOU MEDICAL, l'urologie arrive à la huitième place des spécialités chirurgicales. Aucune approche n'ayant été réalisée en France, il nous est apparu intéressant d'analyser un portefeuille d'assurés urologues et leurs réalités médico-légales.

Méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les mises en causes des urologues assurés par une compagnie d'assurance française entre 2009 et 2018. Toutes les voies de recours ont été étudiées en tenant compte de l'environnement professionnel et du type d'interventions chirurgicales. L'intervention en cause, les complications, les conséquences ainsi que le délai de réclamation ont été étudiés. La responsabilité du praticien ainsi que les coûts des procédures ont été analysés pour calculer la sinistralité de ce portefeuille et au delà celle des urologues.

Résultats Trente-sept dossiers ont été retrouvés. Les interventions chirurgicales oncologiques et fonctionnelles représentent 78 % des demandes de réparation. Les complications postopératoires représentent 76 % des dossiers. Les actes les plus représentés sont la prostatectomie totale (5) et la promonto-fixation (4). Le délai moyen de réclamation est de 28,6 mois [1–144 mois], la durée moyenne d'une procédure (ouverture-clôture) est 32,8 mois [12–72 mois]. Les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), les tribunaux de grande instance (TGI) ont été sollicités respectivement dans 51 % et 33 % des procédures. Un accord à l'amiable est trouvé dans 16 % des cas. Il n'y a eu aucune procédure pénale ou disciplinaire pour cette spécialité. Le coût moyen d'un dossier d'urologie clos est de 7836 € [0–31 120 €]. Au total, 64,8 % des expertises confirment des pratiques dans le respect des règles de l'art.

Conclusion Le taux de responsabilité du praticien retenue est de 27 %. Le faible taux de dossiers fautifs, l'absence de condamnation pour manquement au devoir d'information et l'absence de condamnation en rapport avec l'antibioprophylaxie semblent confirmer que la pratique l'urologie française est de bonne qualité. Une étude sur une durée et une cohorte plus grande permettrait une approche médico-légale plus fine.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.241>



Cancer localisé de la prostate : traitement non chirurgical et épidémiologie

CO-195

Toxicité tardive et qualité de vie de l'étude GETUG-AFU 22

I. Latorzeff^{1,*}, S. Guerif², J. Fraisse³, E. Meyer⁴, S. Pelissier⁵, L. Salomon⁶, P. Sargos⁷¹ Groupe Oncorad Garonne, clinique Pasteur, Toulouse, France² CHU de Poitiers, Poitiers, France³ ICM, Montpellier, France⁴ Centre François-Baclesse, Caen, France⁵ Unicancer, Paris, France⁶ Hôpital Henri-Mondor, Paris, France⁷ Institut Bergonié, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : i.latorzeff@clinique-pasteur.com (I. Latorzeff)

Objectifs La prostatectomie radicale (PR) est recommandée comme traitement standard du cancer localisé de la prostate mais aucune recommandation n'existe pour les patients avec PSA détectable immédiatement après RP.

Méthodes Les patients traités par RP (R0 ou R1), avec un taux de PSA post-RP $\geq 0,2$ ng/mL et ≤ 2 ng/mL, N0 M0 furent inclus. Les pts étaient randomisés en radiothérapie seule (bras RT) ou RT + 6 mois de traitement hormonal par Degarelix (bras RT + HT). La RT était une irradiation pelvienne avec un boost du lit de la prostate (66 Gy en 33 Fr). Les toxicités tardives ont été évaluées à l'aide de l'échelle CTCAE V4.0 et rapportées à 24 mois. La qualité de vie a été évaluée par des questionnaires QLQ-C30 et QLQ-PR25 à 12 et 24 mois.

Résultats De janvier 2013 à septembre 2015, 125 patients furent inclus (bras RT : 64 patients ; bras RT + HT : 61). Le suivi médian est de 38 mois (31,4–44). Tous les patients étaient éligibles pour une analyse de tolérance. À 24 mois, aucune différence de toxicité génito-urinaire ou gastro-intestinale tardive n'a été observée entre les deux bras ($p=0,145$). Des toxicités tardives de grade 3 furent rapportées pour 15/125 pts (12 %) : 8/64 (6,5 %) dans le bras RT et 7/61 pts (5,5 %) dans le bras RT + HT (NS). Aucune toxicité de grade > 3 n'a été observée. À 12 mois, les symptômes liés à QLQ-PR25 HT étaient significativement plus importants dans le bras RT-HT ($p=0,04$). À 24 mois, aucune différence significative dans l'analyse QLQ-C30 ou QLQ-PR25 n'a été rapportée.

Conclusion Dans cet essai de phase II, à 24 mois, l'HT ne dégradait pas la qualité de vie des pts et les toxicités tardives étaient similaires dans les 2 bras. L'analyse de l'efficacité de l'étude GETUG-AFU 22 est en attente.

Déclaration de liens d'intérêts Uniocancer et Laboratoire Ferring.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.242>

CO-196

Résultats oncologiques du traitement du cancer de la prostate de risque intermédiaire par ultrasons focalisés de haute-intensité (HIFU) : une première expérience nord-américaine

A. Rompré-Brodeur^{1,*}, G. Marcq¹, C. Tholomier¹, C. Page¹, M. Anidjar², F. Bladou³¹ Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada² Hôpital général juif de Montréal, Montréal, Canada³ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexis.rompre-brodeur@mail.mcgill.ca

(A. Rompré-Brodeur)

