

Résultats.— En salle de réveil, les taux de douleurs pelviennes dans le groupe 1 et dans le groupe 2 étaient respectivement de 55,5 % vs 44,4 % ($p=0,3$). Dans la soirée, le recours aux antalgiques par voie parentérale a été systématique en raison de la survenue de la douleur chez tous les patients (EVA moyen du groupe 1 : 4,2 ; EVA moyen du groupe 2 : 3,6 ; ($p=0,6$). Après la sortie des patients, 85,3 % des patients du groupe 1 ont présentés une gêne lombaire jusqu'à ablation de la sonde (EVA moyen : 1,4 ; taux de recours aux antalgiques : 31,3). Dans le groupe 2, cette gêne était de courte durée dans tous les cas (24,8H) $p < 5\%$. L'incidence des signes urinaires était significativement plus élevée dans le groupe 1 par rapport au groupe 2 : ([dysurie : 72 % vs 16 % ; $p < 0,0001$], [hématurie : 48 % vs 16 % ; $p=0,001$], [pollakiurie : 45 % vs 16 % ; $p < 0,0001$]). Aucun patient n'a nécessité une admission à l'hôpital ni de procédure secondaire.

Conclusion.— Dans notre étude, le drainage par sonde JJ n'a réduit ni l'incidence ni l'intensité des douleurs pelviennes post-urétéroscopie et s'est accompagné d'un taux de plus élevé de signes urinaires. Ainsi, ce drainage urétéral n'apparaît pas comme étant systématique après urétéroscopie non compliquée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.259>

0-259

La nephrostomie d'urgence en décubitus dorsal modifié à 45 degrés : faisabilité et sécurité



J. El Anzaoui, Y. El Harrech, I. Adorrouj, N. Abakka, O. Ghoundale, D. Touiti
Hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Objectifs.— La nephrostomie d'urgence est traditionnellement effectuée en decubitus ventral probablement pour diminuer le risque de lésion des organes avoisinant notamment le colon. Cependant, cette position est associée à un inconfort chez le patient surtout si il est obèse evc risque de dysfonction ventilatoire et circulatoire. Notre étude analyse la faisabilité et la sécurité de la position latérale modifiée à 45 degrés dans le cadre de l'urgence sous anesthésie locale et sous guidage échographique.

Méthodes.— C'est une étude prospective menée du janvier 2010 au mars 2013 incluant 60 patients chez qui on a posé l'indication de nephrostomie d'urgence. La position est obtenue par un billot posé sous l'apuaule et le flanc permettant une rotation de 45 degrés du coté opposé. Le bras homotatéral a été posé sur un support (oreiller) avec une voie intraveineuse. Le membre inferieur conrolatéral a été légèrement fléchi et le membre inferieur homolatéral a été mis en extension. Dans un bon nombre de cas le billot n'a pas été utilisé chez des patients conscients et cooperants. La ponction du rein était effectué parallèle au plan de la table opératoire sous guidage échographique et sous-anesthésie locale. (vidéo).

Résultats.— La nephrostomie a été faisable, sure et efficace chez tous nos patients. Aucune complication n'a été enregistrée. La ponction a été simple et l'accès au rein a été rapide avec un minimum de tentative.

Conclusion.— Notre technique a été faisable, sure et efficace chez tous nos patients. Elle a permis d'éviter l'inconfort respiratoire et circulatoire notamment chez les patients obèses.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.260>

0-260

Chirurgie percutanée miniaturisée en décubitus dorsal pour le traitement des calculs rénaux de 15 mm et plus



J. Rode, A. Hoznek, A. Campeggi, A. De Fourmestreaux, D. Vordos, A. De La taille
Urologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

Objectifs.— Déterminer l'efficacité et la morbidité de la chirurgie mini-percutanée dans le traitement des calculs rénaux de 15 mm et plus.

Méthodes.— Étude rétrospective chez 37 patients présentant des calculs rénaux uniques ou multiples pyélics, caliciels moyens et/ou inférieurs de 15 à 60 mm ayant eu une miniperc de janvier 2012 à avril 2013. Les patients ont été installés en décubitus dorsal en position Valdivia modifiée à Galdakao. La dilatation du trajet percutané était « one shot » utilisant un dilateur métallique et une gaine d'Amplatz Ch 16.5 permettant l'introduction d'un néphroscope miniaturisé Storz ou Wolf Ch 12. La fragmentation des calculs a été réalisée au laser en utilisant des fibres de 365 à 600 μm . Pour l'extraction des fragments, l'effet « vacuum cleaner » résultant du phénomène de Bernoulli a été largement utilisé évitant ainsi le recours au matériel à usage unique. Une néphrostomie Ch 8 ou de la colle biologique ont été employées pour le trajet percutané. Si les critères du « tubeless » étaient respectés, aucun drainage urétéral n'a été utilisé ou bien une sonde urétérale a été mis en place et retirée précocement.

Résultats.— La durée opératoire moyenne (à partir de l'intubation) était de 80 min (50-130). Un drainage par sonde double J a été nécessaire pour 24 % des patients ($n=9$). Le taux de sans fragment incluant les fragments résiduels non significatifs ($\leq 4\text{mm}$) à 1 mois était de 92 %. Le taux de retraitement à 1 mois était de 8 % (3 patient ont eu une LEC complémentaire pour des fragments $\geq 5\text{mm}$). Aucune complication postopératoire n'a été mise en évidence pour 81 % des patients. Selon la classification de Clavien, 4 patients ont eu une complication Clavien 1,2 ont présenté une complication Clavien 3 et un patient a eu un sepsis sévère classé Clavien 4. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2.4 j (1–7).

Conclusion.— La chirurgie mini-percutanée pour le traitement des calculs rénaux $\geq 15\text{mm}$ est fiable, peu coûteuse et efficace avec une morbidité faible, permettant de traiter les calculs en une seule séance dans la majorité des cas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.261>

0-261

Sonde JFil : progrès décisifs dans la tolérance des sondes urétérales



B. Vogt, A. Desgrappes, F.N. Desfemmes
Polyclinique de Blois, La Chaussée Saint-Victor, France

Objectifs.— La pose de sonde double J est un problème majeur pour la qualité de vie des patients. La réduction du matériel intravésical pourrait diminuer les symptômes urinaires. Nous évaluons la tolérance d'une nouvelle sonde par un questionnaire.

Méthodes.— L'innovation principale de la sonde JFil (JF) repose sur le remplacement de la partie inférieure de la sonde double J par un fil de 0,15F. Cinquante-six patients ont accepté de recevoir la JF dans le but de diminuer leurs symptômes. La sonde double J de 24 patients se plaignant fortement de leurs symptômes a été échangée contre une JF (groupe 1). Trente-deux patients ont d'emblée reçu la JF après une intervention endoscopique urétérale (groupe 2). Le questionnaire a été adressé rétrospectivement.

Résultats.— Quarante-deux questionnaires sur les 56 sont retournés. Dans le groupe 1, le changement de la sonde double J en JF a significativement réduit les scores des symptômes urinaires ($34,4 \pm 9,0$ vs $20,3 \pm 7,4$, $p < 0,0001$), et les scores de douleur ($10,1 \pm 5,1$ vs $4,8 \pm 3,2$, $p = 0,0001$). Le retentissement sur l'activité professionnelle passe de 77,8 % à 27,8 % après pose de JF. Les scores sont similaires chez les patients porteurs de la JF dans les deux groupes. Un mois après la pose de la JF, la dilatation franche du méat urétéral induite par le fil permet l'introduction aisée d'un urétéroscopie rigide dans l'uretère ou d'une gaine pour urétéroscopie souple ($> 12\text{F}$). Après lithotritie extracorporelle,

les fragments des calculs sont évacués autour du fil de la JF sans douleur de colique néphrétique.

Conclusion.— La JF représente une avancée médicale importante et mérite d'être évaluée plus largement. Nous découvrons fortuitement une dilatation franche de l'uretère induite par le fil. Nous pensons que la forme de la sonde doit être choisie en fonction de la pathologie du patient.



Figure 1. Sondes JFil à l'ASP. A. Sondes JFil Tumor Stent pour sténoses tumorales bilatérales compressives. B. Sonde JFil pour calcul lombaire obstructif. C. Sonde MiniJFil pour calcul du bassinnet avant lithotritie.

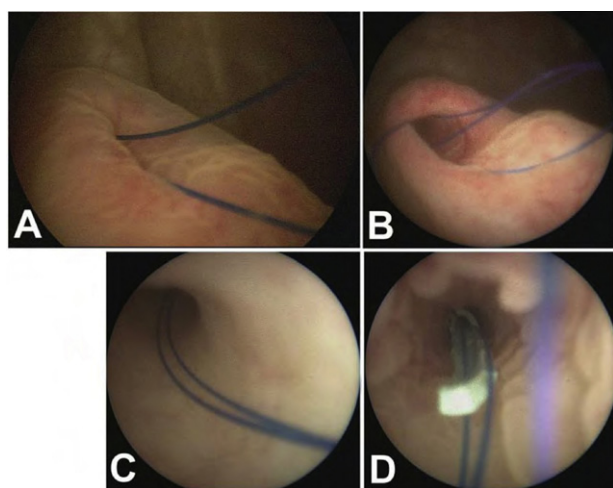


Figure 2. Dilatation du méat urétéral le long du fil de la sonde JFil. A. Vue du méat non inflammatoire en cystoscopie. B. Vue du méat dilaté avant urétéroscopie. C. Fils de la sonde JFil dans l'uretère pelvien dilaté. D. Partie effilée inférieure de la sonde JFil dans l'uretère lombaire.

Gêne ressentie comme importante chez les patients des deux groupes.

	Groupe 1 (n=18)		Groupe 2 (n=24)	
	Sonde double J		JF	
	N	%	N	%
Symptômes urinaires				
Pollakiurie (< 2 heures)	16	88,9	5	27,8****
Nycturie (> 2 fois)	12	66,7	8	44,4**
Urgences ^a	16	88,9	6	33,3***
Urgences non retenues ^a	8	44,4	3	16,7*
Incontinence non urgente ^a	5	27,8	1	5,6*
Sensation de résidu ^a	10	55,6	1	5,6***
Brûlures urétrales ^a	15	83,3	4	22,2****
Hématurie ^a	9	50,0	1	5,6**
Aspect de l'urine ^b	6	33,3	0	0,0**
Retentissement social ^c	14	77,8	6	33,3***
Impact sur la qualité de vie ^c	16	88,9	10	55,6****

Un score d'au moins 3 est retenu pour chaque réponse du questionnaire. JF: sonde JFil. Comparaison entre les deux types de sondes du groupe 1: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, **** $p < 0,0001$.

^a Quelquefois à tout le temps.

^b Fortement colorée avec sang.

^c Partagé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.262>

HBP : Traitements physiques

0-262

La vaporisation continue bipolaire au plasma de la prostate, la vaporisation conventionnelle et la résection monopolaire standard—une comparaison randomisée d'une nouvelle avancée technologique



B. Geavlete, F. Stanescu, L. Adou, C. Bulai, C. Ene, P. Geavlete
Hôpital Saint-Jean de Jérusalem, Bucarest, Roumanie

Objectifs.— Évaluer l'efficacité et la sécurité d'une nouvelle source d'énergie permettant une vaporisation continue bipolaire au plasma de la prostate (VBPP-C) par rapport à la vaporisation standard (VBPP-S) et la RTUP en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) de taille moyenne dans une étude prospective, randomisée. **Méthodes.**— Cent quatre-vingt patients porteurs d'HBP avec un volume prostatique entre 30 et 80 mL, Qmax < 10 mL/s et IPSS > 19 ont été randomisés de manière égale pour VBPP-C, VBPP-S et RTUP classique. Ils ont été évalués en préopératoire et à 1, 3 et 6 mois après la chirurgie par IPSS, Qmax, QoL et volume résiduelle post-mictionnel (VRP).

Résultats.— La durée opératoire moyenne était significativement plus courte dans le groupe VBPP-C par rapport à VBPP-S et RTUP (31,5 contre 40,6 et 49,8 minutes). Par conséquent, une différence substantielle de 22,4% et respectivement 39,1% en durée opératoire a été vue en faveur de VBPP-C par rapport à VBPP-S et RTUP. Les taux de perforation capsulaire (1,7% et 1,7% contre 8,3%), et le saignement péri-opératoire (1,7% et 3,3% contre 11,7%) ainsi que la baisse d'hémoglobine (0,4 et 0,6 contre 1,4 g/dL) ont été significativement réduits dans les groupes VBPP-C et VBPP-S par rapport à RTUP. En plus, la durée du sondage (24,1 et 23,8 contre 73,6 heures) et du séjour à l'hôpital (2,1 et 2,2 contre 4,5 jours) ont été réduits de manière significative pour les groupes VBPP-C et S-BPVP. Le taux de re-cathétérisme imposé par la rétention aiguë d'urine (1,7% et 1,7% contre 6,7%) était significativement plus élevé parmi la série RTUP. À 1, 3 et 6 mois, l'IPSS et le Qmax ont été statistiquement supérieurs dans les deux bras de vaporisation bipolaire de l'étude. **Conclusion.**— La nouvelle amélioration technologique de la procédure VBPP a réduit le temps opératoire dans une proportion moyenne de 20%. La technique de vaporisation au plasma a montré une sécurité péri-opératoire supérieure, une amélioration substantielle de la miction pendant la période de suivi ainsi que des scores symptomatique supérieurs à la RTUP classique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.263>

0-263

Énucléation prostatique par laser Holmium sur prostate de 80 cm³ ou plus



C. Chemaslé, V. Meiyappan

Urology Department, Palmerston North Hospital, Palmerston North, Nouvelle-Zélande

Objectifs.— Analyser la faisabilité de la HoLEP sur prostates estimées à 80 cm³ ou plus. Comparer les caractéristiques de cette population par rapport à un groupe de patients soumis au même traitement et ayant une prostate de moindre volume.

Méthodes.— Nous avons réalisé 164 HoLEP du 2 février 2009 au 16 mai 2013. Les données suivantes ont été colligées de façon prospective pour chaque patient: âge, durée d'hospitalisation, volume prostatique, débit et résidu post-mictionnel préopératoires, taux d'hémoglobine préopératoire, taux de PSA préopératoire, anti-coagulation périopératoire, temps d'énucléation, efficacité