

Êtes-vous plutôt Prostiva®
ou Laser ?

Prostiva® une nouveauté ?

New Technique

Eur Urol 1993;24:415-423

Claude C. Schulman^a

Alexandre R. Zlotta^a

Julia S. Rasor^b

Luc Hourriez^a

Jean C. Noel^a

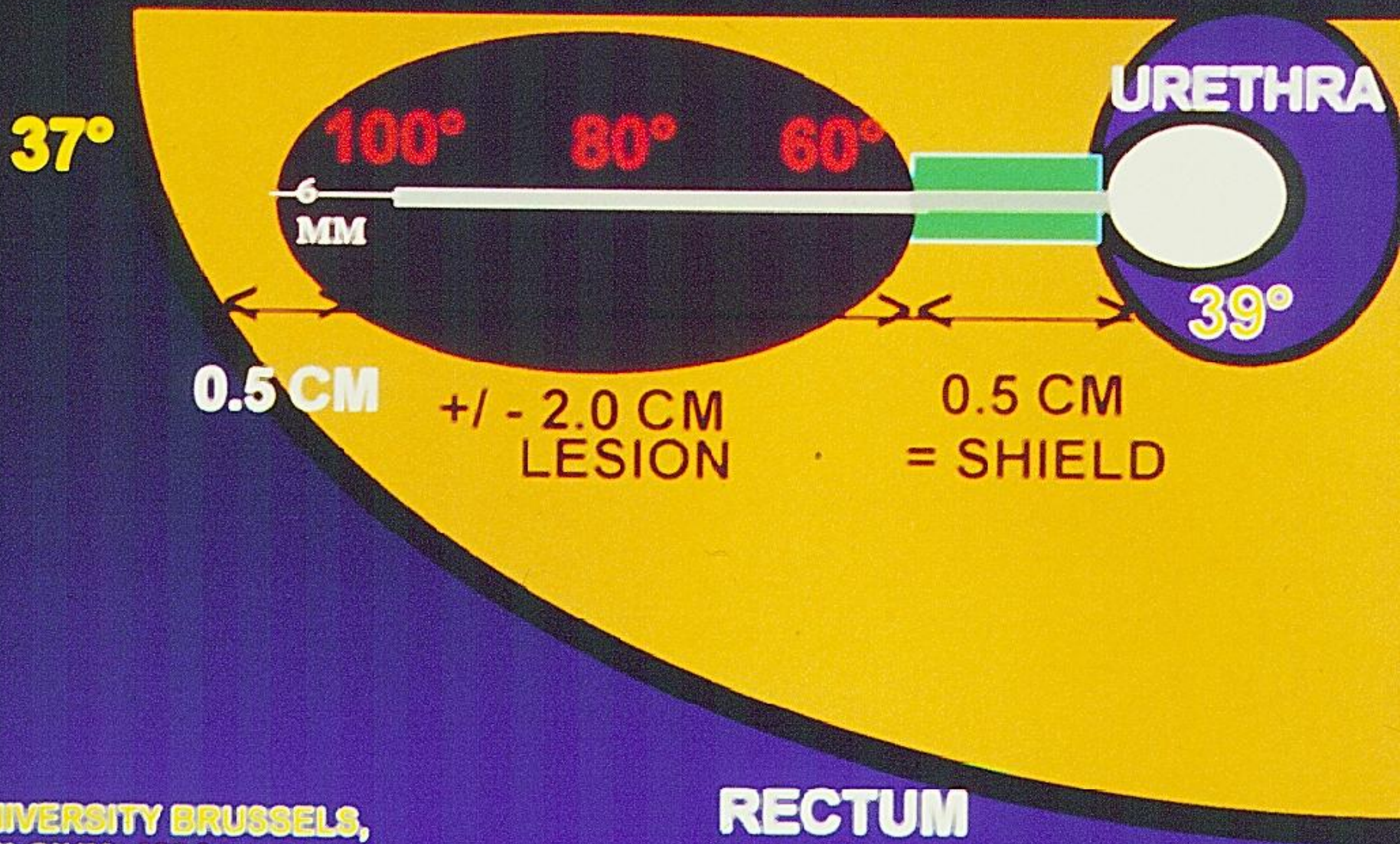
Stuart D. Edwards^b

^a Department of Urology, Erasme Hospital
University Clinics of Brussels, Belgium;

^b Vidamed, Inc., Menlo Park, Calif., USA

Transurethral Needle Ablation (TUNA): Safety, Feasibility, and Tolerance of a New Office Procedure for Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia

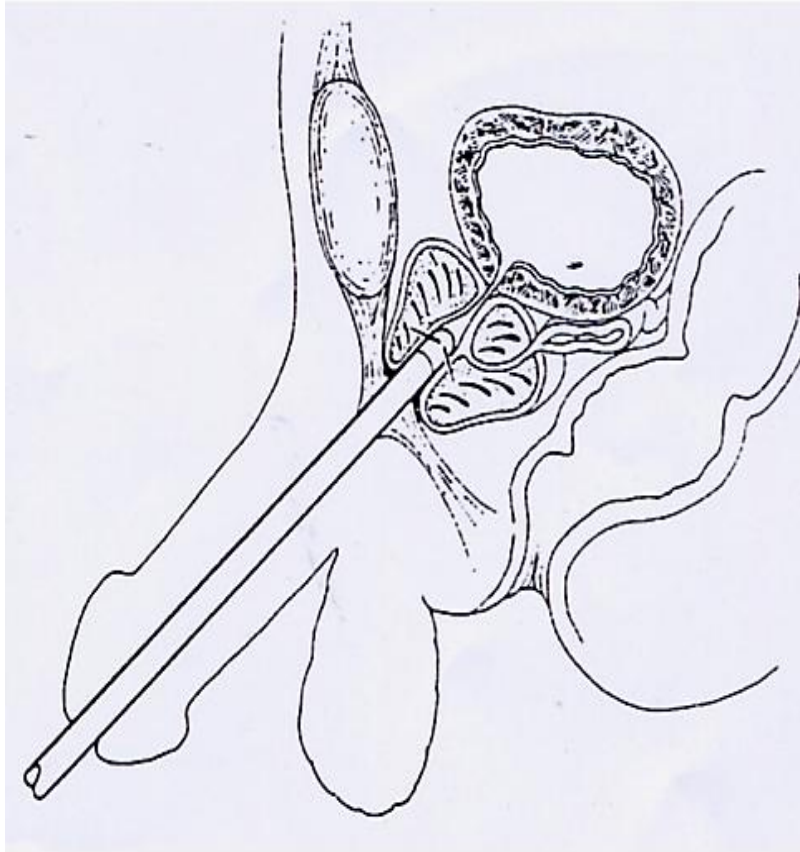
TUNA BPH MODEL

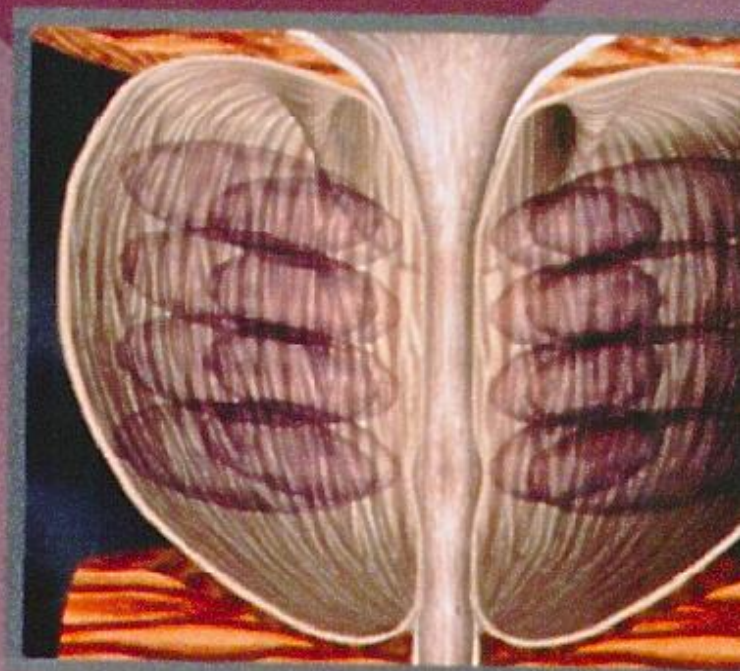
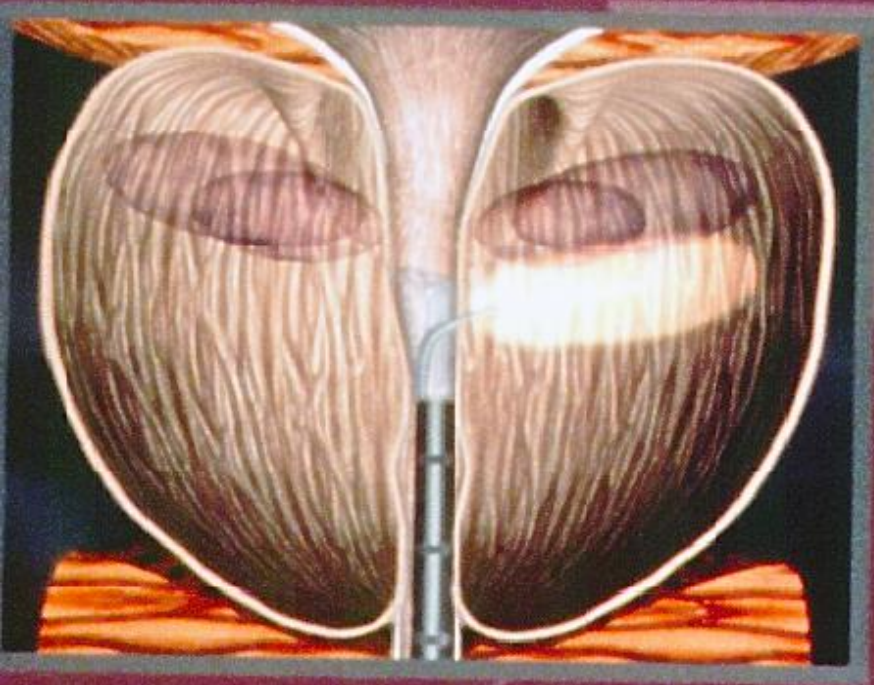


3- Nouvelle technologie avec thermocouples dans les aiguilles



Insertion du télescope TUNA





A meta-analysis of trials of transurethral needle ablation for treating symptomatic benign prostatic hyperplasia

PETER BOYLE, CHRISTOPHER ROBERTSON*†, E. DARRACOTT VAUGHAN‡ and JOHN M. FITZPATRICK¶

Division of Epidemiology and Biostatistics, European Institute of Oncology, Milan, Italy,

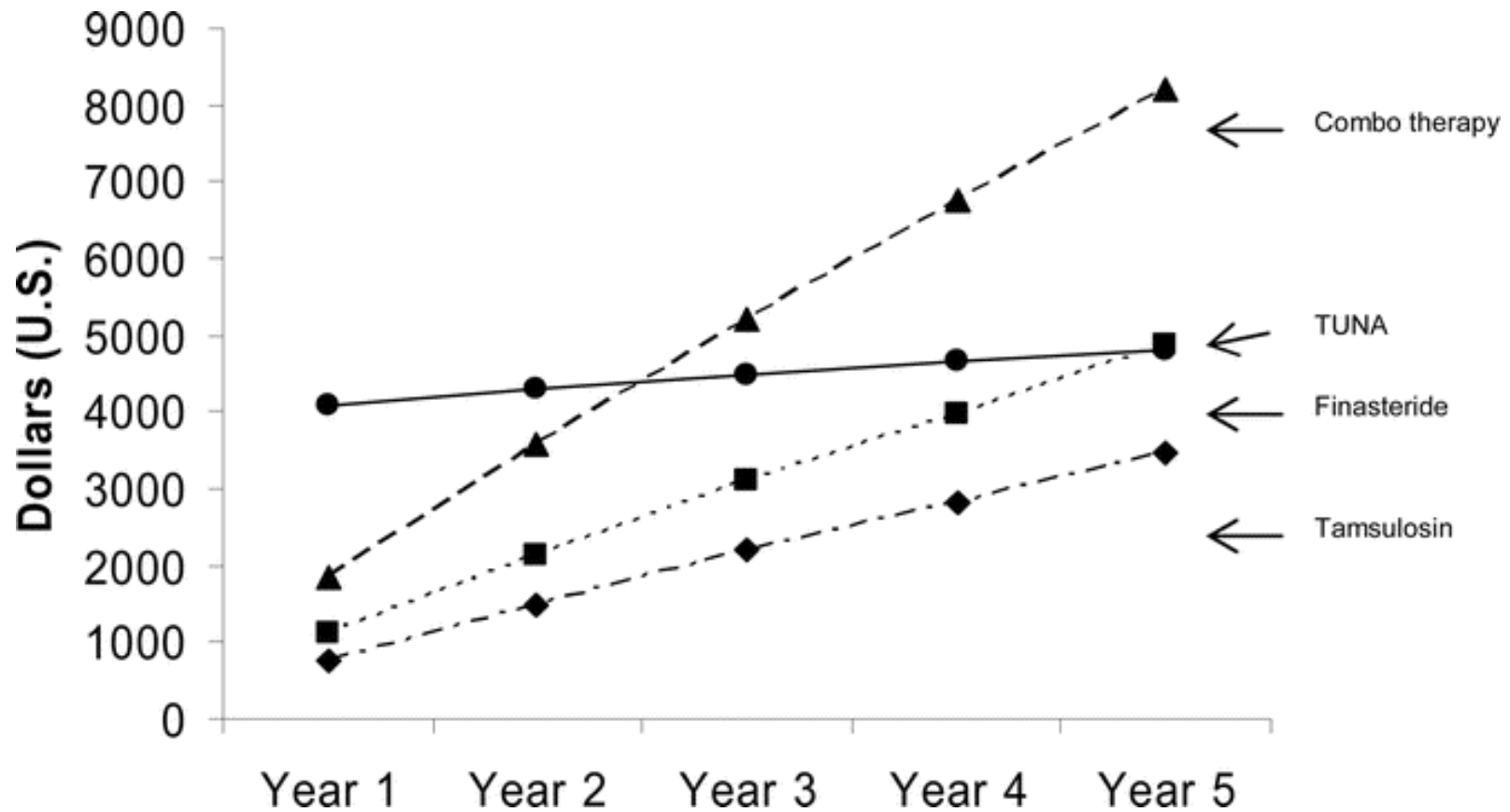
**Department of Statistics and Modelling Science, University of Strathclyde, †Scottish Centre for Infection and Environmental Health, Glasgow, UK, ‡Department of Urology, Cornell University Medical Center, New York, NY, USA and ¶Department of Urology, Mater Miserecordia Hospital, University College Dublin, Ireland*

Accepted for publication 8 March 2004

TABLE 1 Baseline IPSS and changes in IPSS, and baseline Q_{max} and changes in Q_{max} in 13 studies of TUNA of the prostate

Ref	TUNA				TURP				
	N	Baseline	1 year	5 years (n)	N	Baseline	1 year	5 years (n)	
[17]	65	24.0	11.7	10.7 (18)	56	24.1	7.8	10.8 (22)	
		Q_{max}	8.8	14.6	11.4 (13)		8.8	21.1	18.6 (15)
[18]	76	19.1	7.8	5.3	76	20.5	1.2	*	
			7.5	15.0	13.1		8.3	19.6	*
[19]	15	17.7	6.5	†	28	19.5	4.7	†	
			9.3	†		8.2	21.1	†	
[20]	100	24.6	10.6	†					
			6.4	†					
[21]	45	20.9	9.9	†					
			8.3	†					
[22]	33	20.7	11.2	†					
			8.0	†					
[23]	48	21.6	6.0	†					
			8.0	†					
[24]	204	20.4	6.2	10.9					
			8.2	11.8					
[25]	188	20.9	†	8.7					
			8.6	†				12.1	
[26]	157	†	†	†					
		†	†	†					
[27]	98	21.9	10.0	†					
			7.6	†					
[28]	71	23.0	10.6	†					
			9.0	†					
[29]	47	22.4	¶	†					
			6.6	†					
[30]	102	20.2	9.0	†					
			9.1	†					

Comparaison des couts du traitement médical et du TUNA sur une période de 5 ans



Cout plus élevé que les aB, équivalent aux 5ARI et moins cher qu'un TRT combiné après 2 ans et 7 mois
(Naslund MJ J Urol 2005)

INDICATIONS

- **TUNA-PROSTIVA N'EST PAS L'EQUIVALENT D'UNE RTUP**
- **Cette technique se situe entre TRAITEMENT MEDICAL et RTUP**
- **Cette technique s'adresse à des HOMMES JEUNES NE VOULANT PAS DE TROUBLES SEXUELS (Ejaculation rétrograde).**
- **Pas de donnée sur la fertilité post-traitement**

Recommandations CTMH sur l'Inscription à la CCAM de la procédure TUNA - Septembre 2007

Le TUNA se positionne comme une alternative à un traitement médical pour des troubles mictionnels liés à une HBP non compliquée

Le TUNA ne se substitue pas à un traitement chirurgical classique (RTUP ou adénomectomie) lorsqu'il est indiqué

INDICATIONS

Patient ayant une HBP symptomatique :

- Ipss > 7
- Ipss question 8 ou QDV : Gène > ou = à 3
- Moyennement obstructif
 - Débit max sup à 7
 - Résidu post mictionnel égal ou inf à 150ml
- Prostate :
 - Dont le diamètre latéral (transverse) est
 - supérieur à 36mm
 - et inférieur à 80mm
 - Pouvant avoir un lobe médian

ET

- Patient ne souhaitant pas continuer un traitement médical à long terme
- Patient répondeur au traitement médical mais présentant des effets secondaires conduisant à l'arrêt du traitement.
- Patient souhaitant conserver des éjaculations antérogrades
- Patient mauvais répondeur aux traitements médicaux mais non candidat à un traitement chirurgical classique, (RTUP, adénomectomie)

CONTRE INDICATIONS

- Infection urinaire active
- Vessie neurogène, décompensée ou atone
- Rétrécissement urétral
- Preuves cliniques ou histologiques de K prostate ou vessie
- Diamètre transverse de la prostate <36mm ou >80mm
- Présence de tout appareillage prothétique à proximité de la prostate
- Prostate préalablement traitée avec des thérapies non pharmacologiques telles que TUMT, Laser, TURP
- Troubles sanguins ou patients sous anticoagulants (sauf arrêt depuis >10 jours)
- Présence de stimulateur cardiaque, de défibrillateur implantable, ou d'implants pénien malléables

Prostatectomie Laser (LP)

- **Coagulation**

- Neodymium YAG, Nd:YAG: Visual Laser Ablation of the Prostate (VLAP)
- Diode Laser : ILC

- **Section** (Enucleation LP)

- Holmium YAG LP Enucleation

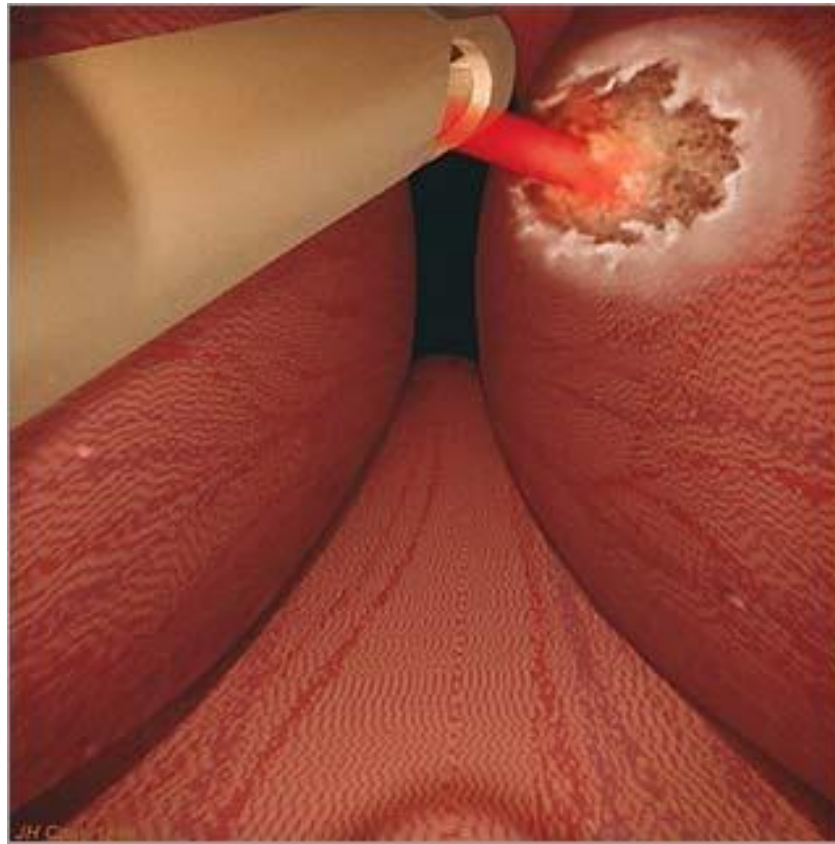
- **Vaporisation LP**

- ND:YAG (1064nm) : Transurethral Laser Evaporation
- Holmium:YAG: Holmium Laser Prostate Ablation
- Potassium Titanyl Phosphate (KTP) Laser (532 nm)



Plus fort que jamais...

- Side firing laser prostatectomy avec un laser 80W Potassium Titanyl Phosphate (KTP) à 532 nm, appelé maintenant “ Photoselective Vaporization of the Prostate (PVP)”



➤ Malek RS J Urol 2005

- **Pas de tissu pour l'anapath.: surveillance PSA et TR**
- **Réduction du PSA de 30% ou plus en post-op: sinon considérer comme suspect**

➤ PVP versus TURP (Bachmann A Eur Urol 2005)

PVP n=64 vs TURP n=37 étude prospective non-randomisée bicentrique

- TURP plus rapide
- TURP pus d'irrigation
- TURP plus de pertes sanguines et réabsorption
- Durée de Catheter supérieure pour TURP (3.0 ± 1.8 vs 1.8 ± 1.8 days)
- Durée d'hospitalisation supérieure pour TURP (7.1 ± 1.8 vs 5.5 ± 2.7 days)

PVP versus TURP complications per et post-operatoires

	PVP	TURP
• Hgie Severe	0	13.5
• Retention Postop	7.8	2.7
• Hgie secondaire	0	2.7
• IRA	2.7	0
• % Hb < 10 mg/dl	6.3	21.6
• UTI	10.9	10.8
• Dysurie	10.9	8.1
• Sténose Urethre	7.8	2.7
• D. Erectile	0	2.7
TOTAL	39.1%	43.2%