



# 48<sup>e</sup>

## Congrès annuel

**8 au 10 novembre 2024**

**Hôtel Hilton Québec**



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES COMITÉS .....	3
COMMANDITAIRES .....	5
LAURÉATS DES BOURSES D'ÉTUDE .....	5
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX .....	7
OBJECTIFS ÉDUCATIFS .....	8
PROGRAMME GÉNÉRAL .....	9
COLLABORATION SPÉCIALE .....	10
ACTIVITÉS 2024 - 2026 .....	11
PLAN DES EXPOSANTS .....	12
SESSION I .....	13
SESSION II .....	16
SESSION III .....	17
SESSION IV .....	18
SESSION V .....	21
SESSION VI .....	22
SESSION VII .....	23
SESSION VIII .....	24
SESSION IX .....	25
SESSION X .....	26
SESSION XI .....	27
SESSION XII .....	28
SESSION XIII .....	29
SESSION XIV .....	30
SESSION XV .....	31
ANNEXE 1 .....	32
ANNEXE 2 .....	47

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'A.U.Q.

### EXECUTIVE COMMITTEE OF THE Q.U.A.

D<sup>r</sup> Alain Maillette, Président  
D<sup>r</sup> Frédéric Soucy, Vice-président  
D<sup>r</sup> Thierry Lebeau, Secrétaire  
D<sup>r</sup> Samer Hanna, Trésorier  
D<sup>re</sup> Annie-Claude Blouin, Conseillère  
D<sup>r</sup> Gaétan Duchesnay, Conseiller  
D<sup>r</sup> Nader Fahmy, Conseiller  
D<sup>re</sup> Martine Jolivet-Tremblay, Conseillère  
D<sup>re</sup> Le Mai Tu, Présidente Comité DPC et Conseillère

## COMITÉ DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

### CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT COMMITTEE

D<sup>re</sup> Le Mai Tu, Présidente  
D<sup>r</sup> Mathieu Bettez  
D<sup>re</sup> Anne-Sophie Blais  
D<sup>r</sup> Félix Couture  
D<sup>r</sup> Nader Fahmy  
D<sup>re</sup> Ioana Fugaru  
D<sup>re</sup> Nancy Girard  
D<sup>r</sup> Nawar Hanna  
D<sup>r</sup> Julien Letendre  
D<sup>r</sup> Vincent Trudeau  
D<sup>r</sup> Kaleem Sulliman Atchia (Résident)

## COMITÉ DE SÉLECTION (PRIX AUX RÉSIDENTS)

### AWARD COMMITTEE (RESIDENTS'S AWARDS)

D<sup>re</sup> Mélanie Aubé-Peterkin, présidente  
D<sup>r</sup> Michael Bell  
D<sup>re</sup> Annie-Claude Blouin  
D<sup>r</sup> Patrick Richard

## COMITÉ DE MISE EN CANDIDATURE

### NOMINATING COMMITTEE

D<sup>r</sup> François Bénard  
D<sup>r</sup> Michel Carmel  
D<sup>r</sup> Serge Carrier  
D<sup>re</sup> Marie-Paule Jammal  
D<sup>r</sup> Steven P. Lapointe

## COMITÉ ORGANISATEUR DU 48<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL (2024)

### ORGANIZATION COMMITTEE OF THE 48th ANNUAL MEETING (2024)

D<sup>re</sup> Le Mai Tu, Directrice scientifique  
D<sup>re</sup> Anne-Sophie Blais, Présidente du congrès

## PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC DEPUIS 1966

1966 - 1967	D <sup>r</sup> Arthur Bédard
1967 - 1968	D <sup>r</sup> Kenneth MacKinnon
1968 -1969	D <sup>r</sup> Jean Charbonneau
1969 -1970	D <sup>r</sup> Clarence Schneiderman
1970 -1971	D <sup>r</sup> Paul Dessureault
1971 -1972	D <sup>r</sup> John A. Oliver
1972 -1973	D <sup>r</sup> Jules Charron
1973 -1975	D <sup>r</sup> Pierre E. Bertrand
1975 - 1976	D <sup>r</sup> André Vallières
1976 -1977	D <sup>r</sup> Ivan Laberge
1977 -1979	D <sup>r</sup> Pierre E. Bertrand
1979 -1981	D <sup>r</sup> Bernard Fleurent
1981 -1983	D <sup>r</sup> Nicolas Cojocar
1983 -1985	D <sup>r</sup> Gilles Béland
1985 -1989	D <sup>r</sup> Irwin Kuzmarov
1989 -1991	D <sup>r</sup> Normand Sullivan
1991 -1993	D <sup>r</sup> Jean Simard
1993 -1995	D <sup>r</sup> Luc Valiquette
1995 -1997	D <sup>r</sup> Claude Trudel
1997 -1999	D <sup>r</sup> Bruno Laroche
1999 - 2001	D <sup>r</sup> Michael McCormack
2001 - 2003	D <sup>r</sup> Fred Saad
2003 - 2005	D <sup>r</sup> Réjean Roy
2005 - 2007	D <sup>r</sup> Denis Allard
2007 - 2009	D <sup>r</sup> Lorne Aaron
2009 - 2011	D <sup>re</sup> Marie Paule Jammal
2011 - 2013	D <sup>r</sup> François Bénard
2013 - 2015	D <sup>r</sup> Serge Carrier
2015 - 2017	D <sup>r</sup> Michel Carmel
2017 - 2020	D <sup>r</sup> Steven P. Lapointe
Président actuel	D <sup>r</sup> Alain Maillette

## PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉDUCATION MÉDICALE DEPUIS 1978

1978 - 1980	D <sup>r</sup> Yves Homsy
1980 - 1982	D <sup>r</sup> Erik Schick
1982 - 1984	D <sup>r</sup> Normand Sullivan
1984 - 1986	D <sup>r</sup> Bruno Laroche
1986 - 1988	D <sup>r</sup> Georges Assaf
1988 - 1991	D <sup>r</sup> Luc Valiquette
1991 - 1995	D <sup>r</sup> Claude Trudel
1995 - 2001	D <sup>r</sup> Fred Saad
2001 - 2004	D <sup>r</sup> Simon Tanguay
2004 - 2007	D <sup>re</sup> Marie-Paule Jammal
2007 - 2010	D <sup>r</sup> Paul Perrotte
2010 - 2013	D <sup>r</sup> Steven P. Lapointe
2013 - 2016	D <sup>re</sup> Martine Jolivet
2016 - 2019	D <sup>r</sup> Samer Hanna
Présidente actuelle	D <sup>re</sup> Le Mai Tu

## PRIX JEAN CHARBONNEAU

Ce prix est accordé à un urologue ayant marqué de façon significative l'urologie au Québec, soit par son action au niveau de l'éducation, des soins aux patients, de la recherche ou par ses activités au sein de l'Association.

Réципиendaire 1995	D <sup>r</sup> Paul Dessureault
Réципиendaire 1998	D <sup>r</sup> Roméo Charrois
Réципиendaire 1999	D <sup>r</sup> Pierre E. Bertrand
Réципиendaire 2000	D <sup>r</sup> Normand Sullivan
Réципиendaire 2001	D <sup>r</sup> Mostafa M. Elhilali
Réципиendaire 2002	D <sup>r</sup> Jean-Paul Perreault
Réципиendaire 2004	D <sup>r</sup> Claude Trudel
Réципиendaire 2007	D <sup>r</sup> Yves Fradet
Réципиendaire 2010	D <sup>r</sup> Luc Valiquette
Réципиendaire 2012	D <sup>r</sup> Jean-Guy Vézina
Réципиendaire 2014	D <sup>r</sup> Yosh Taguchi
Réципиendaire 2016	D <sup>r</sup> Bruno Laroche
Réципиendaire 2018	D <sup>r</sup> Fred Saad
Réципиendaire 2021	D <sup>r</sup> Michel Carmel
Réципиendaire 2024	D <sup>r</sup> Thierry Dujardin

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION DE L'AUQ

### EXECUTIVE COMMITTEE OF THE QUA FOUNDATION

D <sup>re</sup> Marie-Paule Jammal, Présidente
D <sup>r</sup> François Bénard, Représentant le président de l'AUQ
D <sup>r</sup> Robert Sabbagh, Président Comité scientifique
D <sup>re</sup> Johanne Drouin, Représentant milieu non-universitaire
D <sup>r</sup> Louis Lacombe, Représentant universitaire
D <sup>r</sup> Samer Hanna, Trésorier / Secrétaire

La Fondation fut créée officiellement lors de l'assemblée générale annuelle de 1999. La Fondation a été par la suite accréditée à titre d'organisation à but non lucratif à la fin de l'année 2000.

The Foundation was created officially during the 1999 QUA Annual Meeting. At the end of year 2000, the Foundation received full accreditation as a non-profit organization.

### Les objectifs de la Fondation sont les suivants :

- Promouvoir la qualité de l'urologie au Québec en octroyant des bourses d'études et de perfectionnement aux résidents et aux urologues et des subventions pour stimuler la recherche clinique et fondamentale.

### The objectives of the Foundation are as follows:

- Promote the quality of Urology in Quebec by giving scholarships for post-graduate studies, and grants to stimulate clinical and fundamental research.

**LES PRINCIPAUX COMMANDITAIRES DE LA FONDATION SONT ACTUELLEMENT :**

**L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC** 415 000\$

**LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE, SECTION CANADIENNE** 300 000\$

**Les compagnies pharmaceutiques suivantes ont promis un montant total de 200 000\$**

**ABBOTT LABORATORIES LTD.** 200 000\$

**Les compagnies pharmaceutiques suivantes ont dépassé l'objectif de 100 000\$**

**BAYER INC.** 105 000\$

**BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTD.** 110 000\$

**PFIZER CANADA** 150 000\$

**SANOVI-AVANTIS CANADA INC.** 155 000\$

**Les compagnies pharmaceutiques suivantes ont promis et contribué un montant de 100 000\$**

**ASTRAZENECA INC** 100 000\$

**ELI LILLY CANADA INC.** 100 000\$

**JANSSEN-ORTHO** 100 000\$

**Les compagnies pharmaceutiques suivantes ont aussi souscrit généreusement à la Fondation :**

**ASTELLAS PHARMA** 50 000\$

**BOSTON SCIENTIFIC LTD.** 2 500\$

**GLAXOSMITHKLINE INC** 60 000\$

**MERCK FROSST CANADA LTD.** 75 000\$

**NOVARTIS CANADA INC.** 45 000\$

**LA FONDATION DE L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC A REMIS CETTE ANNÉE UNE BOURSE D'ÉTUDE AUX PERSONNES SUIVANTES :**

**LAURÉATS 2023**

**D<sup>re</sup> Laurianne Rita Garabed**

Sexual & Reproductive Medicine & Microsurgery Fellowship

University of British Columbia, Vancouver

Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Ryan Flannigan

**D<sup>re</sup> Catherine McMartin**

Fellowship in clinical, surgical, and research expertise in the areas of urologic prosthetics (penile prostheses, artificial sphincters, male/female synthetic slings), penile and urethral reconstruction, infertility, and neurourology/incontinence

Department of Surgery, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, St. Joseph Health Care Hospital, London, Ontario

Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Jeffrey Campbell

**D<sup>r</sup> Bruno Turcotte**

Fellowship en endo-urologie

CHU de Bordeaux, Département de chirurgie, service de chirurgie urologique et transplantation rénale.

Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Robert Grégoire

**LAURÉATS 2022**

**D<sup>re</sup> Cristina Negrean**

Functional and Reconstructive Urology Fellowship

Hôpital d'Ottawa

Directeur de recherche : Duane Hickling

## LAURÉATS 2021

### D<sup>re</sup> Sara Jeanne Cyr

Urologie fonctionnelle et reconstructive  
St-François d'Assise au Centre Hospitalier  
Universitaire de Québec,  
Directeur de recherche : D<sup>re</sup> Geneviève Nadeau

### D<sup>re</sup> Cora Fogaing

Fellowship en urologie reconstructive  
Kulkarni Reconstructive Urology Center  
Pune, India.  
Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Sanjay Kulkarni

### D<sup>re</sup> Joanie Pelletier

Formation complémentaire en douleur pelvienne  
chronique et urologie fonctionnelle  
Université de Sherbrooke, urologie  
Directeur de recherche : D<sup>re</sup> Le Mai Tu

### D<sup>re</sup> Élyse Potvin

Urologie pédiatrique et greffe rénale  
CHUL de Québec et Hôtel-Dieu de Québec  
Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Stéphane Bolduc

### Marie Pier St-Laurent

Uro-Oncology Clinical Fellowship  
Prostate Vancouver Center  
Vancouver General Hospital et UBC Hospital  
Directeur de recherche : D<sup>r</sup> Alan So

## LAURÉATS 2020

### D<sup>re</sup> Anne-Sophie Valiquette

Projet 1 : Validation externe du rôle du ratio  
neutrophiles-lymphocytes comme biomarqueur  
prédicteur de la réponse à l'abiratéronne  
chez les patients CRPC métastatiques.

Projet 2 : Évaluer le rôle de la microscopie  
confocale pour les biopsies rénales ciblées,  
dans le diagnostic du carcinome rénal.  
Centre hospitalier IVO (Instituto Valenciano de Oncologia),  
Département de chirurgie, service d'urologie.  
Valence, Espagne  
Directeur de recherche : D<sup>r</sup> José Rubio Briones

## LAURÉATS 2019

### D<sup>re</sup> Mélanie Aubé-Peterkin

The impact of competence-based design  
(CBD) residency model on urology resident  
performance and confidence.  
School of Health Professions Education (SHE)  
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences  
Maastricht University, Maastricht, the Netherlands  
Directeur de recherche : D<sup>r</sup>. Danielle  
Verstegen, MHPE Programme Director

# RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

## VENDREDI 8 NOVEMBRE :

- Les inscriptions auront lieu au **Foyer Salle de Bal**, le vendredi 8 novembre 2024 à compter de 7 h 00.

*Registration will be held in **Foyer Salle de Bal** Friday November 8, 2024, from 7:00 A.M.*

- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle le Palais** de 8 h 00 à 18 h 00

*Scientific meetings take place in the **Salle le Palais** from 8:00 a.m. to 6:00 p.m.*

- Le petit déjeuner sera servi dans la **Salle Kent & St-Louis** de 7 h 00 à 9 h 00.

*Breakfast will be served in the **Salle Kent & St-Louis** from 7:00 to 9:00 a.m.*

- Pause-santé dans la **Salle Kent & St-Louis** qui a lieu de 10 h 02 à 10 h 50.

*Health break in the **Salle Kent & St-Louis** which takes place from 10:02 am to 10:50 am.*

- Un déjeuner sera servi de 12 h 20 à 13 h 20 à la **Salle Kent & St-Louis**.

*A lunch will be served from 12:20 to 13:20 on in **Salle Kent & St-Louis**.*

- Pause-santé dans la **Salle Kent & St-Louis** qui a lieu de 15 h 36 à 16 h 05.

*Health break in the **Salle Kent & St-Louis** which takes place from 3:36 am to 4:05 pm*

- Cocktail offert par l'Association des urologues du Québec à la **Salle Kent & St-Louis** de 17 h 45 à 19 h 30

*Cocktail by the Association des urologues du Québec in **Salle Kent & St-Louis** from 5:45 p.m. to 7:30 p.m.*

## SAMEDI 9 NOVEMBRE :

- Un petit déjeuner sera servi de 7 h 00 à 10 h 00 à la **Salle Beaumont / Bélair**.

*Breakfast will be served from 7:00 to 10:00 a.m. in the **Salle Beaumont / Bélair**.*

- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle le Palais** de 8 h 00 à 18 h 00

*Scientific meetings take place in the **Salle le Palais** from 8:00 a.m. to 6:00 p.m.*

- Pause-santé dans la **Salle Kent & St-Louis** qui a lieu de 9 h 40 à 10 h 25.

*Health break in the **Salle Kent & St-Louis** which takes place from 9:40 am to 10:25 am.*

- Un déjeuner sera servi de 11 h 55 à 12 h 55 dans la **Salle Villeray / De Tourny**.

*A lunch will be served from 11:55 am to 12:55 pm in the **Salle Villeray / De Tourny**.*

- Le Banquet du Président aura lieu à 19 h 30 à la **Salle Kent & St-Louis**. Assurez-vous d'avoir vos billets.

***The President's Ball** will be at 7:30 pm in the **Salle Kent & St-Louis**. Be sure to have your tickets.*

## DIMANCHE 10 NOVEMBRE :

- Un petit déjeuner sera servi de 7 h 30 à 9 h 30 a.m. à la **Salle Courville**.

*Breakfast will be served from 7:30 to 9:30 a.m. in the **Salle Courville**.*

- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle le Palais** de 9 h 00 à 12 h 00

*Scientific meetings take place in the **Salle le Palais** from 9:00 a.m. to 12:00 p.m.*



Les frais d'inscription au congrès et de banquet pour les urologues en règle de l'Association des Urologues du Québec sont de 550\$. Ces frais sont inclus et prélevés à même la cotisation annuelle. Les frais d'inscription pour les urologues non-membres de l'Association sont de 975\$.

Pour les résidents inscrits dans les programmes universitaires du Québec, il n'y a pas de frais d'inscription.

*The conference registration and banquet fee for the members of the Quebec Urological Association is \$550. This fee is included and taken from the annual membership fee. Registration fee for non-member urologists is \$975.*

*For the Quebec residents, there is no registration fee.*

Le Banquet du Président est inclus dans la cotisation annuelle pour les membres de l'association inscrits au congrès mais ils doivent réserver leur billet. Un billet gratuit sera donné à tous les résidents qui présentent un résumé scientifique lors du congrès mais ils doivent le réserver. Toute autre personne désirant participer au Banquet du Président peut se procurer un billet lors de son inscription en ligne au coût de 150\$ par personne.

*The President's Banquet is included in the annual membership fee for the members of the association registered for the congress, but they must reserve their ticket. A free ticket will be given to all residents who present a scientific abstract at the conference, but they must book it. Any other person wishing to attend the President's Banquet may purchase a ticket when registering online at a cost of \$150 per person.*

## OBJECTIFS ÉDUCATIFS

L'objectif général du congrès annuel de l'Association est le maintien de la compétence et la mise à jour des connaissances de ses membres. Les objectifs spécifiques du programme incluent la mise à jour des connaissances de certaines conditions urologiques, une revue des nouveaux développements en urologie clinique et en recherche fondamentale :

### AVEC LA CONTRIBUTION DES CONFÉRENCIERS INVITÉS

#### **D<sup>r</sup> Fadi Brimo**

Associate Professor, McGill University  
Glen Site Director, Division of Pathology, Optilab  
Montreal MUHC

#### **D<sup>r</sup> Keith Rourke**

Professor - Division of Urology, University of Alberta  
President - Society of Genitourinary  
Reconstructive Surgeons (GURS)  
Urology Site Chief - University of Alberta  
Hospital, Alberta Health Services  
Kipnes Urology Centre (KUC)

#### **Prof. Amber Simpson**

Associate professor  
Queen's University

#### **Mme Andrée Cyr, Msc, PCC**

Présidente  
Action 360

### CONFÉRENCIERS LOCAUX / TABLE RONDE

D<sup>re</sup> Sarah-Jeanne Cyr

D<sup>re</sup> Anne-Sophie Valiquette

D<sup>r</sup> Stéphane Bolduc

D<sup>r</sup> Armen Aprikian

D<sup>r</sup> Mounsiif Azizi

D<sup>r</sup> Patrick Richard

D<sup>r</sup> Alexis Rompré-Brodeur

D<sup>re</sup> Nancy Girard

D<sup>r</sup> Nader Fahmy

### DÉBAT DES RÉSIDENTS

D<sup>r</sup> Jérémie Nadeau, Université Laval

D<sup>re</sup> Rosalie Langlois, Université de Sherbrooke

De plus, les présentations cliniques libres et les comptes rendus de recherche stimuleront l'acquisition de connaissances nouvelles et informeront les membres des activités scientifiques de leurs collègues.



# PROGRAMME GÉNÉRAL

## VENDREDI 8 NOVEMBRE 2024

- 07 h 00 -15 h 00** **Inscription**  
FOYER SALLE DE BAL
- 07 h 00 -9 h 00** **Petit déjeuner**  
SALLE KENT & ST-LOUIS
- 08 h 15 -10 h 02** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 10 h 02 -10 h 50** **Pause santé**  
Visites des exposants  
SALLE KENT & ST-LOUIS
- 10 h 50 -12 h 20** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 12 h 20 -13 h 20** **Déjeuner**  
Visites des exposants  
SALLE KENT & ST-LOUIS
- 13 h 20 -15 h 36** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 15 h 36 -16 h 05** **Pause santé**  
Visites des exposants  
SALLE KENT & ST-LOUIS
- 16 h 05 -17 h 45** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 17 h 45 -19 h 30** **COCKTAIL AUQ/EXPOSANTS**  
SALLE KENT & ST-LOUIS

## SAMEDI 9 NOVEMBRE 2024

- 07 h 30 -9 h 30** **Petit déjeuner**  
SALLE COURVILLE
- 08 h 00 -09 h 40** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 09 h 40 -10 h 25** **Pause santé**  
Visite des exposants  
SALLE KENT & ST-LOUIS
- 10 h 25 -11 h 55** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 11 h 55 -12 h 55** **Déjeuner**  
SALLE VILLERAY/DE TOURNY
- 12 h 55 -14 h 45** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 14 h 45 -17 h 30** **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
ASSOCIATION DES  
UROLOGUES DU QUÉBEC**  
SALLE LE PALAIS
- 17 h 30 -17 h 45** **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
FONDATION DE L'ASSOCIATION  
DES UROLOGUES DU QUÉBEC**  
SALLE LE PALAIS
- 17 h 45 -19 h 00** **Période libre**
- 19 h 00 -19 h 30** **COCKTAIL**  
SALLE GRANDE PLACE
- 19 h 30 -00 h 00** **Banquet du Président**  
SALLE KENT & ST-LOUIS

## DIMANCHE 10 NOVEMBRE 2024

- 07h 30 -09 h 30** **Petit déjeuner**  
SALLE COURVILLE
- 09 h 00 -12 h 00** **Sessions scientifiques**  
SALLE LE PALAIS
- 12 h 00 -12 h 05** **MOT DE LA FIN**  
Clôture du congrès

# REMERCIEMENTS

LA TENUE DE CETTE ACTIVITÉ A ÉTÉ RENDU POSSIBLE GRÂCE À UNE CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC

LA TENUE DE CETTE ACTIVITÉ A ÉTÉ RENDU POSSIBLE GRÂCE À UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE

## **PARTENAIRES PLATINUM (25,000 \$ ET PLUS)**

*ELITE SPONSORS (\$25,000 AND MORE)*

**ASTELLAS PHARMA CANADA**

**BAYER CANADA**

**JANSSEN INC.**

**TERSERA CANADA**

**TOLMAR PHARMACEUTIQUES CANADA**

## **PARTENAIRES OR (20,000 \$ ET PLUS)**

*GOLD SPONSORS (\$20,000 AND MORE)*

**ABBVIE CANADA**

## **PARTENAIRES ARGENT (15,000 \$ ET PLUS)**

*SILVER SPONSORS (\$15,000 AND MORE)*

**MERCK CANADA**

**NOVARTIS PHARMA CANADA**

# COLLABORATION SPÉCIALE

## **EXPOSANTS**

Les compagnies suivantes ont contribué au succès de ce congrès en louant un espace d'exposition. Ces exposants pourront vous recevoir, vendredi de 8 h 00 à 18 h 30, samedi de 8 h 00 à 13 h 00 particulièrement pendant les pauses santé et les buffets du midi. Nous vous encourageons à leur rendre visite.

## **EXHIBITORS**

*The following exhibitors have contributed to the success of this meeting by reserving an exhibit area. You can visit their exhibits Friday from 8:00 a.m. to 6:30 p.m. and Saturday from 8:00 a.m. to 1:00 p.m. particularly during coffee and lunch breaks. We encourage you to visit all the displays.*

## **ABBVIE**

**ALLIANCE ASTRAZENECA – MERCK CANADA**

**AMBU HEALTHCARE SOLUTIONS CANADA**

**AMT SURGICAL**

**ASTELLAS PHARMA CANADA**

**BAYER CANADA**

**BAYER CANADA**

**BOSTON SCIENTIFIC LTD.**

**CLARION MEDICAL TECHNOLOGIES**

**COLOPLAST CANADA CORPORATION**

**COOK CANADA INC.**

**FERRING PHARMACEUTICAL CANADA**

**JANSSEN INC.**

**KNIGHT THERAPEUTICS INC.**

**LABORIE MEDICAL TECHNOLOGIES INC.**

**MEDTRONIC**

**MEDTRONIC**

**MERCK CANADA**

**NOVARTIS PHARMA CANADA**

**OLYMPUS CANADA INC**

**PALADIN PHARMA INC.**

**PENDOPHARM, DIVISION DE  
PHARMASCIENCE INC.**

**SEARCHLIGHT PHARMA INC.**

**TERSERA CANADA**

**TOLMAR PHARMACEUTIQUES CANADA**

**VERITY PHARMACEUTICALS**

**VIATRIS CANADA**

La présente activité est une activité de formation collective agréée (section 1) et d'un programme d'autoévaluation (PAE) agréé (section 3) au sens que lui donne le programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi qu'une activité de développement professionnel (catégorie A) et d'évaluation de l'exercice reconnue (catégorie B) au sens que lui donne le Collège des médecins du Québec. Cette activité a été approuvée par la direction de Développement professionnel continu (DDPC) de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

La DDPC reconnaît un maximum de 13 heures en section 1 / activité de développement professionnel reconnue (catégorie A) et un maximum de 1 heure en section 3 / activité d'évaluation de l'exercice (catégorie B). Veuillez retranscrire sur le programme de l'activité le libellé au verso et qui confirme cette approbation auprès de vos participants.

## ACTIVITÉS 2025-2026

### RÉUNION SEMI-ANNUELLE 2025

**7 au 9 février 2025**

Delta Mont Sainte-Anne  
Beaupré

### CONGRÈS ANNUEL 2025

**7 au 9 novembre 2025**

Marriott Montréal Château Champlain  
Montréal

### CONGRÈS ANNUEL 2026

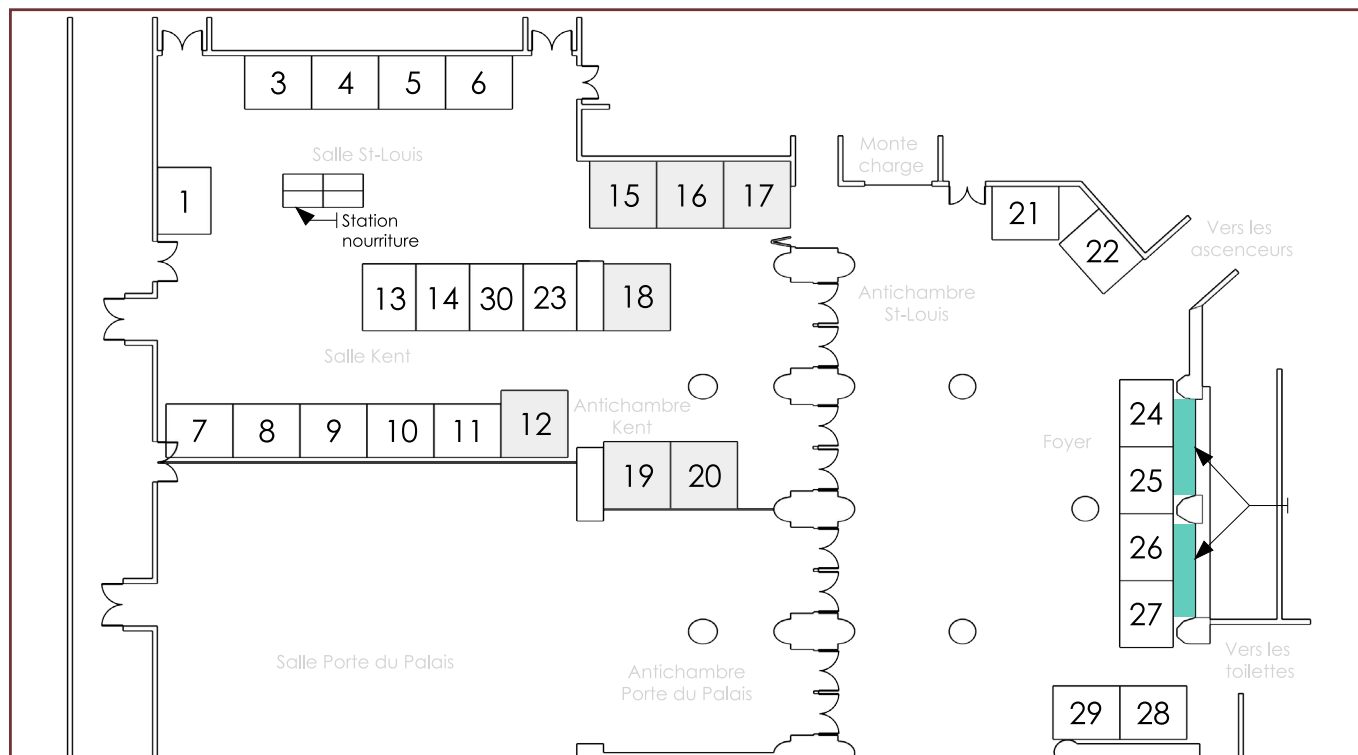
**6 au 8 novembre 2026**

Marriott Montréal Château Champlain  
Montréal



# PLAN DES EXPOSANTS

KIOSQUE	EXPOSANTS PAR NOM D'EXPOSANTS	KIOSQUE	EXPOSANTS PAR NUMÉRO DE KIOSQUE
1	Olympus	18	AbbVie
3	Boston scientifique	21	Ambu
4	Pendopharm division de Pharmascience	23	AMT surgical
5	Medtronic	30	Alliance AstraZeneca & Merck Canada
6	Medtronic	17	Astellas
7	Laborie	8	Bayer Canada
8	Bayer	20	Ferring
9	Cook Canada	3	Boston Scientific
10	Fibertech	25	Clarion Medical Technologies
11	Coloplast	11	Coloplast Canada
12	Merck	9	Cook Canada
13	Novartis	29	CUA
14	Searchlight Pharma Inc.	10	Fibertech
15	Tersera	16	Janssen Inc
16	Janssen	22	Knight Thearpeutics Inc
17	Astellas	7	Laborie Medical Technologies
18	Abvie	5	Medtronic
19	Tolmar	6	Medtronic
20	Ferring	12	Merck Canada
21	Ambu Healthcare Solutions Canada	13	Novartis Pharma Canada
22	Knight Therapeutics	1	Olympus Canada inc
23	AMT surgical	24	Paladin Pharma inc
24	Paladin	4	Pendopharm, division Pharmascience
25	Clarion	14	Searchlight Pharma inc
26	Verity Pharmaceuticals	28	Sumitomo Pharma Canada inc
27	Viatrix Canada	15	Tersera Canada
28	Sumitomo Pharma	19	Tolmar Pharmaceutiques Canada
29	CUA	26	Verity Pharmaceuticals
30	Alliance AstraZeneca & Merck Canada	27	Viatrix Canada



## SESSION I

### CONCOURS ET PRÉSENTATIONS DES RÉSIDENTS ET FELLOWS

### COMPETITIONS AND PRESENTATIONS BY RESIDENTS AND FELLOWS

#### Objectifs éducatifs / Educational Objectives

À la fin de cette session, les participants seront en mesure d'actualiser leurs connaissances sur les projets de recherche récents de la communauté universitaire québécoise en urologie et aussi des projets des urologues en fellowship.

At the end of this session, participants will be able to update their knowledge on recent research projects of the Quebec university community in urology and on the projects of urologists in fellowship.

**Modérateurs / Moderators :**  
**D<sup>r</sup> Samuel Lagabriele et D<sup>re</sup> Nancy Girard**

**08:15 - 08:24** **Mot de bienvenue/Welcoming  
Remarks : D<sup>re</sup> Le Mai Tu**

**08:24 - 08:31** **A NOVEL SCORING SYSTEM TO PREDICT  
THE NEED FOR ADMISSION IN PATIENTS  
PRESENTING TO THE EMERGENCY  
DEPARTMENT WITH GROSS HEMATURIA**

Ainhoa Olazabal<sup>1</sup>, Jaffar M. Hussain<sup>1</sup>,  
Mana Al-Muhaideb<sup>1,3</sup>, Simon Tanguay<sup>1</sup>,  
Greg Clark<sup>2</sup>, Armen Aprikian<sup>1</sup>, Alexis  
Rompre-Brodeur<sup>1</sup>, Rafael Sanchez-  
Salas<sup>1</sup>, Wassim Kassouf<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, McGill University  
Health Centre, Montreal, Quebec,  
Canada. ; <sup>2</sup>Department of Emergency  
Medicine, McGill University Health Centre,  
Montreal, Quebec, Canada. , <sup>3</sup>Division  
of Urology, College of Medicine, King  
Saud University, Riyadh, Saudi Arabia

**08:31 - 08:38** **MODALITÉS DE TRAITEMENT DES  
LITHIASES DE PETITE TAILLE ET LEUR  
IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE**

Nick Lee<sup>1</sup>, Patricia Nadeau<sup>1</sup>, Mohamad  
Berjaoui<sup>2</sup>, Anis Assad<sup>1</sup>, Ben Chew<sup>3</sup>,  
Kristina Penniston<sup>4</sup>, Naeem Bhojani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, <sup>2</sup>University  
of Toronto, <sup>3</sup>University of British  
Columbia, <sup>4</sup>University of Wisconsin

**08:38 - 08:45** **COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF  
CONTEMPORARY ADVANCED PROSTATE  
CANCER MANAGEMENT : A MARKOV  
MODEL FOR THE CANADIAN CONTEXT**

Valentyn Litvin<sup>1</sup>, Armen Aprikian<sup>2</sup>,  
Alice D'agomir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, <sup>2</sup>McGill University

**08:45 - 08:52** **ALIMENTATION ET INCIDENCE DU  
CANCER DE LA PROSTATE CHEZ LES  
HOMMES À RISQUE – ÉTUDE BIOCaPPE**

Farah Ben Souilah<sup>1,5</sup>, Roxane Tourigny<sup>1,5</sup>,  
Caroline Diorio<sup>1</sup>, Jean-Philippe D'ouin-  
Chartier<sup>5</sup>, Benoît Lamarche<sup>5</sup>, Fred Saad<sup>2</sup>,  
Michel Carmel<sup>3</sup>, Armen Aprikian<sup>4</sup>, Réseau  
BIOCaPPE<sup>1,2,3,4,5</sup>, Vincent Fradet<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU et Centre de  
recherche sur le cancer Québec-Université  
Laval, <sup>2</sup>Centre de Recherche du CHUM,  
Montréal, <sup>3</sup>Centre de Recherche du CHUS,  
Sherbrooke, <sup>4</sup>Institut de Recherche du  
CUSM, Montréal, <sup>5</sup>Institut de Nutrition et  
Aliments Fonctionnels (INAF) et Centre  
NUTRISS - Nutrition, Santé et Société.

**08:52 - 08:59** **ENHANCING UROLOGIC EDUCATION :  
CANADIAN MEDICAL STUDENT'S  
CONFIDENCE AND PREFERRED  
TEACHING METHODS**

Othmane Zekraoui<sup>1</sup>, Sepehr Niakani<sup>2</sup>,  
Mahmoud Moustafa<sup>2</sup>, Mohamad Baker  
Berjaoui<sup>3</sup>, Abbas Guennoun<sup>4</sup>, Naeem Bhojani<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Université de Montréal,  
Montreal, QC, Canada, <sup>2</sup>Faculty of Medicine,  
McGill University, Montreal, QC, Canada,  
<sup>3</sup>Division of Urology, Department of Surgery,  
University of Toronto, Toronto, ON, Canada,  
<sup>4</sup>Division of Urology, Centre hospitalier de  
l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

**08:59 - 09:06** **PREDICTING POOR VOIDING  
PATTERN AFTER HOLEP USING  
MAXIMUM FLOW RATE (Q-MAX)  
AS AN OBJECTIVE OUTCOME**

Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Adel Arezki<sup>1</sup>, Abdullah  
Alzahrani<sup>1</sup>, Hend Alshamsi<sup>1</sup>, Abdullah  
Alahmari<sup>1</sup>, Ahmed Ibrahim<sup>1</sup>, Abdulghani  
Khogeer<sup>1</sup>, Mélanie Aubé-peterkin<sup>1</sup>,  
Serge Carrier<sup>1</sup>, Fadl Hamouche<sup>1</sup>

<sup>1</sup>McGill University, Division of Urology

## SESSION I (SUITE)

**09:06 - 09:13** **OPTIMAL TIMING OF CYTOREDUCTIVE NEPHRECTOMY IN METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA PATIENTS CONSIDERING SARCOMATOID STATUS : A REAL-WORLD STUDY**

Ghady B-N Sawaya<sup>1</sup>, Simon Tanguay<sup>2</sup>, Lori A. Wood<sup>3</sup>, Christian Kollmannsberger<sup>4</sup>, Naveen S. Basappa<sup>5</sup>, Rahul Bansal<sup>6</sup>, Denis Soulières<sup>7</sup>, Antonio Finelli<sup>8</sup>, Daniel Y. C. Heng<sup>9</sup>, Vincent Castonguay<sup>10</sup>, Christina Canil<sup>11</sup>, Eric Winquist<sup>12</sup>, Jeffrey Graham<sup>13</sup>, Georg A. Bjarnason<sup>14</sup>, Bimal Bhindi<sup>9</sup>, Aly-Khan Lalani<sup>6</sup>, Frédéric Pouliot<sup>10</sup>, Rodney H. Breau<sup>11</sup>, Ramy Saleh<sup>2</sup>, Alice D'agomir<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Surgery, McGill University, <sup>2</sup>McGill University Health Centre, <sup>3</sup>Queen Elizabeth II Health Sciences Center, Dalhousie University, <sup>4</sup>British Columbia Cancer Care, <sup>5</sup>Alberta Health Services, <sup>6</sup>Juravinski Cancer Centre, McMaster University, <sup>7</sup>Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, <sup>8</sup>Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, <sup>9</sup>University of Calgary, <sup>10</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Université Laval, <sup>11</sup>The Ottawa Hospital Research Institute, <sup>12</sup>Department of Oncology, Western University and London Health Sciences Centre, <sup>13</sup>University of Manitoba, <sup>14</sup>Sunnybrook Odette Cancer Centre, <sup>15</sup>Faculté de Pharmacie, Université de Montréal

**09:13 - 09:20** **QUI DU PATIENT OU DU CHIRURGIEN DÉTERMINE LA NOTION DE GUÉRISON POST ÉNUCLÉATION DE PROSTATE AU LASER HOLMIUM ?**

Rosalie Langlois<sup>1</sup>, Stéphanie Boulet<sup>1</sup>, Alexandre Morin<sup>1</sup>, Michel Carmel<sup>1</sup>, Romain Lorion<sup>1</sup>, Samuel Lagabrielle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc

**09:20 - 09:27** **ADOLESCENT MICROSURGICAL VARICOCECTOMY AND CHANGES IN SPERM PARAMETERS : A PROSPECTIVE MATCHED COHORT ANALYSIS**

Iman Sadri<sup>1</sup>, Adele Raymo<sup>2</sup>, David Velasquez<sup>2</sup>, Vinayak Madhusoodanan<sup>2</sup>, Nicholas Deebel<sup>2</sup>, Daniel Nassau<sup>3</sup>, Joshua White<sup>2</sup>, Ranjith Ramasamy<sup>2</sup>, Francis Petrella<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>McGill University Health Centre, Division of Urology, Department of Surgery, Montréal, Québec, CA, <sup>2</sup>Desai Sethi Urology Institute, University of Miami, Miami, Florida, USA, <sup>3</sup>Nicklaus Children's Hospital, Miami, Florida, USA

**09:27 - 09:34** **A FULLY AUTOMATED MULTI-TASK MACHINE LEARNING PROGNOSTIC MODEL INTEGRATING RADIOMICS AND CLINICAL DATA TO PREDICT OUTCOMES IN HIGH-GRADE PROSTATE CANCER**

Nawar Touma<sup>1</sup>, Maxence Larose<sup>2</sup>, Raphaël Brodeur<sup>2</sup>, Félix Desroches<sup>2</sup>, Nicolas Raymond<sup>3</sup>, Daphnée Bédard-Tremblay<sup>1</sup>, Danahé LeBlanc<sup>2</sup>, Fatemeh Rasekh<sup>1</sup>, Hélène Hovington<sup>1</sup>, Bertrand Neveu<sup>1</sup>, Martin Vallières<sup>3</sup>, Louis Archambault<sup>2</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec et Université Laval, Quebec city, <sup>2</sup>Université Laval, Dept. of Physics, Engineering physics, and Optics, Quebec City, Canada, <sup>3</sup>Université de Sherbrooke, Dept. of Computer Science, Sherbrooke, Canada

## SESSION I (SUITE)

**09:34 - 09:41** **ÉNUCLÉATION AU LASER HOLMIUM VS. PROSTATECTOMIE SIMPLE ASSISTÉE PAR ROBOT POUR L'HBP : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE DES RÉSULTATS CHIRURGICAUX**

Tarek Benzouak<sup>1,2</sup>, Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Michael Prudencio-Brunello<sup>2</sup>, Ammar Saed Aldien<sup>2</sup>, Steve Amougou<sup>2</sup>, Ahmad AlShammari<sup>1</sup>, Mohammed Ramadhan<sup>3</sup>, Serge Carrier<sup>1</sup>, Mélanie Aubé-Peterkin<sup>1</sup>, Fadl Hamocuhe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division d'Urologie, Département de Chirurgie, Université McGill, <sup>2</sup>Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université McGill, <sup>3</sup>Hôpital Jaber Al-Ahmad Al Sabah, South Surra, Koweït

**09:41 - 09:48** **PILOT SINGLE-MASKED, RANDOMIZED, 3-ARM PARALLEL STUDY ASSESSING THE TOLERABILITY, SAFETY AND EFFICACY OF INTRAURETHRAL/ INTRAVAGINAL 2940NM ER : YAG LASER TREATMENT FOR STRESS URINARY INCONTINENCE**

Maximilien Laviolette-Brassard<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université de Sherbrooke

**09:48 - 09:55** **IMPLEMENTATION OF A NEW PROSTATE CANCER DIAGNOSTIC PATHWAY IN BIOPSY-NAÏVE PATIENTS : A REAL-WORLD EVIDENCE**

Yves Fradet<sup>1</sup>, Marc Rhainds<sup>2</sup>, Genevieve Asselin<sup>2</sup>, Mélanie Tremblay-Boily<sup>1</sup>, Alice Nourissat<sup>2</sup>, Maxime Rioux<sup>3</sup>, Étienne Ouellet<sup>3</sup>, Thierry Dujardin<sup>1</sup>, Yves Caumartin<sup>1</sup>, Louis Lacombe<sup>1</sup>, Jonathan Cloutier<sup>1</sup>, Michele Lodde<sup>1</sup>, Rabi Tiguert<sup>1</sup>, Paul Toren<sup>1</sup>, Fannie Morin<sup>1</sup>, Annie-Claude Blouin<sup>1</sup>, Vincent Fradet<sup>1</sup>, Annie Imbeault<sup>1</sup>, Geneviève Nadeau<sup>1</sup>, Michel Bureau<sup>1</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>, Jean-François Audet<sup>1</sup>, Marie-Pier Deschênes-Rompré<sup>1</sup>, Frédéric Soucy<sup>1</sup>, Sophie Ramsay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Surgery/Urology, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, <sup>2</sup>HTA Unit, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, <sup>3</sup>Department of Radiology, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada

**09:55- 10:02** **THULIUM FIBER LASER COMPARED TO HOLMIUM LASER WITH MOSES TECHNOLOGY FOR PROSTATE ENUCLEATION : A PROSPECTIVE STUDY**

Saud Almousa<sup>1</sup>, Abbas Guennoun<sup>1</sup>, Max Levitt<sup>1</sup>, Kelven Chen<sup>1</sup>, Claudia Deyirmendjian<sup>1</sup>, Malek Meskawi<sup>1</sup>, Naeem Bhojani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Montreal

**10:02 - 10:50** **PAUSE-SANTÉ / HEALTH BREAK**

Visite des exposants/  
Visit the exhibitors

## SESSION II

### PRÉSENTATION DES ANCIENS LAURÉATS/TES DE LA FONDATION DE L'ASSOCIATION

### PRESENTATION OF THE PREVIOUS QUA FOUNDATION Laureate Award winner

#### Objectifs éducatifs / Educational Objectives

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Évaluer et investiguer l'incontinence urinaire récidivante post-bandelette
2. Reconnaître la place des traitements non chirurgicaux pour traiter l'incontinence urinaire récidivante post-bandelette
3. Conseiller les patientes par rapport aux différentes options de traitement chirurgicaux possibles

At the end of this session, participants will be able to :

1. Evaluate and investigate post-strip recurrent urinary incontinence
2. Recognize the place of non-surgical treatments for post-strip recurrent urinary incontinence
3. Advise patients on possible surgical treatment options

Modératrice / Moderator :  
D<sup>re</sup> Marie-Paule Jammal

**10:50 - 11:25** Incontinence urinaire récidivante  
post-bandelette : quelles  
options nous reste-t-il ?

Post-strip recurrent urinary  
incontinence : What options  
do we have left ?

Conférencière / Speaker:

D<sup>re</sup> Sarah-Jeanne Cyr

Urologue

Centre hospitalier affilié universitaire  
régional de Trois-Rivières

**11:25 - 11:35** PÉRIODE DE QUESTIONS  
/ QUESTION PERIOD



## **SESSION III**

PRÉSENTATION DES ANCIENS LAURÉATS/TES  
DE LA FONDATION DE L'ASSOCIATION

PRESENTATION OF THE PREVIOUS QU  
FOUNDATION Laureate Award winner

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants  
seront en mesure de :

1. Identifier le rôle et les indications de la biopsie rénale pour les petites masses rénales
2. Décrire les techniques pour optimiser la précision de la biopsie rénale
3. Réviser des données en lien avec l'utilisation de la microscopie confocale à fluorescence pour l'évaluation rapide de la qualité des biopsies rénales

At the end of this session, participants will be able to :

1. Identify the role and indications of renal biopsy for small renal masses
2. Describe of techniques to optimize the accuracy of renal biopsy
3. Review data related to the use of confocal fluorescence microscopy for rapid assessment of renal biopsy quality

**Modératrice / Moderator :**  
**D<sup>re</sup> Marie-Paule Jammal**

**11:35-12:10**

**L'utilisation de la microscopie confocale à fluorescence pour l'évaluation rapide de la qualité des biopsies rénales dans le diagnostic des petites masses rénales**

**The use of confocal fluorescence microscopy for rapid quality assessment of renal biopsies in the diagnosis of small renal masses**

Conférencière / Speaker:

D<sup>re</sup> Anne- Sophie Valiquette

Urologue  
CIUSSS du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

**12:10 - 12:20**

**PÉRIODE DE QUESTIONS  
/ QUESTION PERIOD**

**12:20 - 13:20**

**DÉJEUNER / LUNCH**

Visite des exposants /  
Visit to the exhibitors

## SESSION IV

CONCOURS ET PRÉSENTATIONS DES  
RÉSIDENTS ET FELLOWS

COMPETITIONS AND PRESENTATIONS  
BY RESIDENTS AND FELLOWS

### Objectifs éducatifs / Educational Objectives

À la fin de cette session, les participants seront en mesure d'actualiser leurs connaissances sur les projets de recherche récents de la communauté universitaire québécoise en urologie et aussi des projets des urologues en fellowship.

At the end of this session, participants will be able to update their knowledge on recent research projects of the Quebec university community in urology and on the projects of urologists in fellowship.

**Modérateurs / Moderators:**  
D<sup>re</sup> Ioana Fugaru et D<sup>r</sup> Julien Letendre

**13:20 - 13:27** **UNDERSTANDING THE MOLECULAR CHARACTERISTICS AND VULNERABILITIES OF SARCOMATOID/RHABDOID RENAL CELL CARCINOMAS THROUGH INTEGRATIVE HISTOLOGICAL AND SPATIAL GENOMICS APPROACHES**

Mustafa Soytaş<sup>1,4</sup>, Kate Glennon<sup>2</sup>, Minjun Kim<sup>2</sup>, Peixi Liu<sup>2</sup>, Eleonora Scarlata<sup>3</sup>, Tamiko Nishimura<sup>2</sup>, Madeleine Arseneault<sup>2</sup>, Senthilkumar Kailasam<sup>2</sup>, Fadi Brimo<sup>3</sup>, Simon Tanguay<sup>4</sup>, Yasser Riazalhosseini<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Victor Philip Dahdaleh Institute of Genomic Medicine, McGill University, Montreal, Quebec, <sup>2</sup>Department of Human Genetics, McGill University, Montreal, Quebec, <sup>3</sup>Division of Pathology, McGill University, Montreal, Quebec, <sup>4</sup>Division of Urology, McGill University, Montreal, Quebec

**13:27 - 13:34** **FACTORS PREDICTING OPIOID REQUIREMENTS OF CHILDREN UNDERGOING OUTPATIENT CIRCUMCISION**

Sonia Chahine<sup>1</sup>, Bruno Turcotte<sup>1</sup>, Katherine Moore<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC

**13:34 - 13:41** **PHASE II CLINICAL TRIAL TO EVALUATE THE EARLY RETURN OF URINARY CONTINENCE UTILIZING A NOVEL HYBRID TRANSVESICAL ADAPTED RETZIUS SPARING ROBOTIC ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY TECHNIQUE**

Hend Alshamsi<sup>1</sup>, Oleg Loutochin<sup>2</sup>, Alexis Rompré-Brodeur<sup>3</sup>, Victor McPherson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urology resident, McGill University, Montreal, Canada, <sup>2</sup>Clinical research associate, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada, <sup>3</sup>Urologic Oncology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada

**13:41 - 13:48** **ANTIBIOTIC USE PRIOR TO BCG IMMUNOTHERAPY REDUCES TREATMENT EFFICACY IN NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER**

Jalal Laaraj<sup>1,2,3,4,5</sup>, Hubert Racine<sup>1,2,3</sup>, Roxane Tourigny<sup>1,2,4,5</sup>, Gabriel Lachance<sup>1,2,4,5</sup>, Souhila Guettou Benmehidi<sup>1,2,3</sup>, Prisca Nadège Koné<sup>1,2</sup>, Jonathan Fadel<sup>1,2,3</sup>, Paul Toren<sup>1,2,3</sup>, Alain Bergeron<sup>1,2,3</sup>, Yves Fradet<sup>1,2,3</sup>, Karine Robitaille<sup>1,2,4,5</sup>, Vincent Fradet<sup>1,2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, <sup>2</sup>Centre de recherche sur le Cancer de l'Université Laval, Québec, QC, Canada, <sup>3</sup>Faculty of Medicine, Université Laval, Québec, QC, Canada, <sup>4</sup>Institute of nutrition and functional foods (INAF), <sup>5</sup>NUTRISS Center - Nutrition, health, and society of Université Laval, Québec, QC, Canada

**13:48 - 13:55** **IMPROVING PRECISION MEDICINE BY THE USE OF A HUMAN-DERIVED 3D MODEL OF PROSTATE CANCER**

Félix-Antoine Pellerin<sup>1,2</sup>, Stéphane Chabaud<sup>1</sup>, Frédéric Pouliot<sup>2,4</sup>, François Bordeleau<sup>1,2,3</sup>, Stéphane Bolduc<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>LOEX, Regenerative Medicine Division, CHU de Québec-Université Laval research center, <sup>2</sup>CHU de Québec-Université Laval Research Center (Oncology Division), <sup>3</sup>Department of Molecular Biology, Medical Biochemistry and Pathology, Université Laval, <sup>4</sup>Department of Surgery, Faculty of Medicine, Laval University

## SESSION IV (SUITE)

**13:55 - 14:02** **HIGH GRADE PROSTATE CANCER :  
IMPACT OF LOW PSA LEVELS AT  
DIAGNOSIS ON DISEASE PROGRESSION  
FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY**

Jérémy Nadeau<sup>1</sup>, Daphnée  
Bédard-Tremblay<sup>1</sup>, Narcisse  
Singbo<sup>2</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'urologie, Université  
Laval, Québec, Canada, <sup>2</sup>Centre  
de recherche du CHU de Québec,  
Université Laval, Québec, Canada

**14:02 - 14 09** **EFFET D'UNE SUPPLÉMENTATION  
EN OMÉGA-3 SUR LE  
MICROENVIRONNEMENT TUMORAL  
DU CANCER DE LA PROSTATE**

Lucie Leclair<sup>1,2,3,4</sup>, Gabriel  
Lachance<sup>1,2,3</sup>, Oscar Molina<sup>1</sup>, Hélène  
Hovington<sup>1</sup>, Yves Fradet<sup>1,2,3</sup>, Karine  
Robitaille<sup>1,2,3</sup>, Vincent Fradet<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec  
– Université Laval, Québec, Québec.,  
<sup>2</sup>Centre Intégré de Cancérologie (CIC),  
Université Laval, Québec, Qc., <sup>3</sup>Centre  
Nutrition, Santé et Société (NUTRISS)  
et Institut sur la nutrition et les aliments  
fonctionne, <sup>4</sup>Faculté de médecine de  
l'Université Laval, Québec, Qc

**14:09- 14:16** **COMPARING OUTCOMES  
OF RETROPERITONEAL VS  
TRANSPERITONEAL ROBOTIC-  
ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY**

Iman Sadri<sup>1</sup>, Abdulla Alameeri<sup>1</sup>,  
Simon Tanguay<sup>1</sup>, Maurice Anidjar<sup>2</sup>,  
Alexis Rompré-Brodeur<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>McGill University Health Centre, Division  
of Urology, Department of Surgery,  
Montréal, Québec, CA, <sup>2</sup>Jewish General  
Hospital, Department of Urology,  
McGill University, Montreal, Canada

**14:16 - 14:23** **THE INCIDENCE OF URINARY TRACT  
INFECTIONS AND UROSEPSIS  
FOLLOWING HOLMIUM LASER  
ENUCLEATION OF PROSTATE :  
A META-ANALYSIS**

Sepehr Niakani<sup>1</sup>, Tarek Benzouak<sup>1</sup>, Michael  
Maalouf<sup>1</sup>, Ahmad AlShammari<sup>2</sup>, Mélanie  
Aubé-Peterkin<sup>2</sup>, Fadl Hamouche<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences,  
McGill University, ; <sup>2</sup>Division of Urology,  
Department of Surgery, McGill University, ;

**14:23 - 14:30** **LA RADIOMIQUE POUR PRÉDIRE  
L'HISTOLOGIE DES MASSES RÉNALES**

Teodora Boblea Podasca<sup>1</sup>, Mahdi Ait Lhaj  
Loufti<sup>2</sup>, Marc-Antoine Blais<sup>3</sup>, Marie-Lou  
Gadoury-Campbell<sup>3</sup>, Stéphanie Boulet<sup>1</sup>,  
Martin Vallières<sup>2</sup>, Patrick O. Richard<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre  
Hospitalier Universitaire de Sherbrooke,  
Sherbrooke, Qc, Canada, <sup>2</sup>Département  
d'informatique, faculté des sciences,  
Université de Sherbrooke, Sherbrooke,  
Qc, Canada, <sup>3</sup>Faculté de médecine et  
des sciences de la santé, Université de  
Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada

**14:30 -14:37** **VIRTUAL REALITY IN PAIN  
MANAGEMENT DURING  
EXTRACORPOREAL  
LITHOTRIPSY SESSIONS : A  
RANDOMIZED PILOT STUDY**

Roxann Thériault<sup>1</sup>, Marie-Philippe Harvey<sup>2,3</sup>,  
Carmen-Édith Bellei-Rodriguez<sup>2,3</sup>, Aurélie  
Flaive<sup>2,3</sup>, Lucas Seggio<sup>2,3</sup>, Serge Marchand<sup>3</sup>,  
Guillaume Léonard<sup>2,3</sup>, Samuel Lagabriele<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre Hospitalier  
Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke,  
QC, Canada, <sup>2</sup>Centre de recherche sur  
le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie,  
Sherbrooke, QC, Canada, <sup>3</sup>Faculté de  
Médecine et des Sciences de la Santé,  
Université de Sherbrooke, QC, Canada

## SESSION IV (SUITE)

**14:37 - 14:44** **ANESTHÉSIE LOCALE EN URÉTÉROSCOPIE FLEXIBLE : ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES PRÉDICTEURS DE DOULEUR**

Tarek Benzouak<sup>1, 2</sup>, Ahmad Alshammari<sup>1</sup>, Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Fadl Hamouche<sup>1</sup>, Abdullah Alahmari<sup>1</sup>, Sebastien Belliveau<sup>1</sup>, Michael Maalouf<sup>1</sup>, Rakan Al Haidey<sup>1</sup>, Sero Andonian<sup>1</sup>, Nada Mohamed<sup>1</sup>, Nader Fahmy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division d'Urologie, Département de Chirurgie, Université McGill, <sup>2</sup>Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université McGill

**14:44 - 14:51** **COST-EFFECTIVENESS OF PARP INHIBITORS FOR PATIENTS WITH METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER – THE CANADIAN PERSPECTIVE**

Ivan Yanev<sup>1, 2</sup>, Armen G. Aprikian<sup>3</sup>, Brendan L. Raizenne<sup>4</sup>, Alice D'agomir<sup>3, 5</sup>

<sup>1</sup>Experimental Surgery, McGill University, Montreal, QC H3A 0G4, Canada, <sup>2</sup>Centre for Outcomes Research and Evaluation, Research Institute of McGill University Health Centre, <sup>3</sup>Division of Urology, Department of Surgery, McGill University, Montreal, QC H3A 0G4, Canada., <sup>4</sup>Division of Urology, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, 900 St. Denis, Montréal, QC, H2, <sup>5</sup>Faculty of Pharmacy, University of Montreal, 2940 Chem. de Polytechnique, Montréal, QC H3T 1J4, Canada

## SESSION V

### Objectifs éducatifs / Educational Objectives

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

1. Déterminer les éléments principaux de la prise en charge d'un nouveau-né avec suspicion de vessie neurogène
2. Planifier l'investigation initiale pour une prise en charge sécuritaire
3. Proposer une prise en charge adaptée à cette clientèle lors d'une consultation de première ligne aux urgences

At the end of the presentation, participants will be able to:

1. Identify the key elements in the management of a newborn with suspected neurogenic bladder
2. Planning the initial investigation for safe management
3. Offer appropriate care to this clientele during a first-line emergency consultation

**Modératrice / Moderator : D<sup>re</sup> Ioana Fugaru**

**14:51 - 15:36** **Vessie neurogène en pédiatrie**  
**Neurogenic bladder in pediatrics**

Conférencier / Speaker:

D<sup>r</sup> Stéphane Bolduc

Urologue

CHU de Québec – Université

**15:26 - 15:36** **PÉRIODE DE QUESTIONS**  
**/ QUESTION PERIOD**

**15:36 - 16:05** **PAUSE-SANTÉ / HEALTH BREAK**

Salon des exposants /  
Exhibitors' Lounge

## SESSION VI

### Objectifs éducatifs/Educational Objectives

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

1. Reconnaître les différentes modalités de dérivation des urines chez la femme enceinte et leurs risques respectifs
2. Évaluer les risques liés à la pratique d'une urétéroscopie en contexte de grossesse
3. Reconnaître les facteurs de risques de calcification de cathéters urinaires pendant la grossesse

At the end of this presentation, the participants will be able to :

1. Recognize the different methods of urine diversion in pregnant women and their respective risks
2. Assess the risks of ureteroscopy in pregnancy
3. Recognize risk factors for urinary catheter calcification during pregnancy

Modérateur / Moderator :

D<sup>r</sup> Samuel Lagabriele

**16:05 – 16:30**

### DÉBAT DES RÉSIDENTS : Femme enceinte 2<sup>e</sup> trimestre avec lithiase urétérale proximale : dérivation versus URS

2nd trimester pregnant woman with proximal ureteral lithiasis : shunt or URS

Resident debate :

D<sup>r</sup> Jérémie Nadeau  
Université Laval

D<sup>re</sup> Rosalie Langlois  
Université de Sherbrooke

**16:30 – 16:40**

### PÉRIODE DE QUESTIONS / QUESTION PERIOD

**17:45 – 19:30**

### AUQ RENCONTRE : Cocktail avec les exposants AUQ MEETING : Cocktail with the exhibitors

Salon des exposants /  
Exhibitors' Lounge

## **SESSION VII**

### **Objectifs éducatifs/Educational Objectives**

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les nouvelles tumeurs rénales et leurs implications cliniques
2. Reconnaître les recommandations actuelles de l'ISUP et du GUPS dans le rapport du grade du cancer de la prostate
3. Se familiariser avec les problématiques histologiques de certaines tumeurs testiculaires ainsi que des nouveaux concepts dans les tumeurs des cordons sexuels

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Describe new renal tumors and their clinical implications
2. Recognize the current ISUP and GUPS recommendations for prostate cancer grading
3. Familiarize yourself with the histological problems of certain testicular tumors, as well as new concepts in sex cord tumors

**Modérateur / Moderator :**  
**D<sup>r</sup> Mathieu Bettez**

**08:00 – 08:35** **L'interprétation pathologique des cancers en urologie : pratico-pratique. Pathological interpretation of cancers in urology : A practical approach.**

Conférencier / Speaker:

D<sup>r</sup> Fadi Brimo  
Glen Site Director, Division of Pathology,  
Optilab-Montreal MUHC Associate  
Professor, McGill University

**08:35 – 08:45** **PÉRIODE DE QUESTIONS / QUESTION PERIOD**



## **SESSION VIII**

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'évaluation et les options de traitement d'un patient souffrant d'incontinence après le traitement du cancer de la prostate
2. Énumérer quelques défauts associés au sphincter urinaire artificiel actuel
3. Énumérer quelques modifications potentielles du sphincter urinaire artificiel

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Outline the evaluation and the treatment options of a patient with incontinence after prostate cancer treatment
2. List some flaws associated with the current artificial urinary sphincter
3. List some potential modifications to the artificial urinary sphincter

**Modératrice / Moderator :**  
**D<sup>re</sup> Le Mai Tu**

**08:45 - 09:20** **Incontinence urinaire post prostatectomie : Défis actuels et orientation futures**  
**Post-prostatectomy incontinence (PPI) : Current challenges and futures directions**

Conférencier / Speaker:

D<sup>r</sup> Keith Rourke  
Professor - Division of Urology,  
University of Alberta  
President - Society of Genitourinary  
Reconstructive Surgeons (GURS)  
Urology Site Chief - University of  
Alberta Hospital, Alberta Health  
Services Kipnes Urology Centre (KUC)

**09:20 - 09:30** **PÉRIODE DE QUESTIONS / QUESTION PERIOD**

**09:30 - 09:40** **PROCURE : D<sup>r</sup> Armen Aprikian**

**09:40 - 10:25** **PAUSE-SANTÉ / HEALTH BREAK**

Salon des exposants /  
Exhibitors' Lounge



## **SESSION IX**

### **Objectifs éducatifs/Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Énumérer la terminologie de base de l'intelligence artificielle
2. Décrire l'utilisation de l'intelligence artificielle dans le diagnostic des maladies
3. Décrire les applications potentielles de l'intelligence artificielle dans les soins de santé

At the end of this presentation, participants will be able to:

1. List basic terminology of artificial intelligence
2. Describe the use of artificial intelligence in the diagnosis of disease
3. Describe potential applications of artificial intelligence in healthcare

**Modérateur / Moderator:**  
**D<sup>r</sup> Mazen Jundi**

**10:25 - 11:00**

**Résoudre les problèmes de santé fondamentaux grâce à l'intelligence artificielle.**  
**Solving fundamental health problems with artificial intelligence**

Conférencière / Speaker:

Prof. Amber Simpson  
Associate professor, Queen's University

**11:00 - 11:10**

**PÉRIODE DE QUESTIONS / QUESTION PERIOD**



## **SESSION X**

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les conséquences négatives que les troubles génitaux peuvent avoir sur les patients
2. Décrire les indications sélectionnées pour la reconstruction par greffe de peau de demi-épaisseur chez les patients souffrant de troubles génitaux
3. Décrire la prise en charge hospitalière des patients atteints de gangrène de Fournier

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Describe the potential negative impacts that genital disorders can have on patients
2. Describe select indications for split-thickness skin graft reconstruction in patients with genital disorder
3. Describe the in-hospital management of patients with Fournier's gangrene

**Modératrice / Moderator:**  
**D<sup>re</sup> Élisabeth Naud**

**11:10 - 11:45** **Aperçu de la reconstruction génitale et des traumatismes**  
**Overview of genital reconstruction and trauma**

**Conférencier / Speaker:**

D<sup>r</sup> Keith Rourke  
Professor - Division of Urology,  
University of Alberta  
President - Society of Genitourinary  
Reconstructive Surgeons (GURS)  
Urology Site Chief - University of  
Alberta Hospital, Alberta Health  
Services Kipnes Urology Centre (KUC)

**11:45 - 11:55** **PÉRIODE DE QUESTIONS**  
**/ QUESTION PERIOD**

**11:55 - 12:55** **Déjeuner / Lunch**

## **SESSION XI**

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Nommer les caractéristiques des générations X, Y, Z et Baby-boomers
2. Reconnaître des situations provoquant un choc des valeurs
3. Moduler ses interactions avec les autres générations

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Name the characteristics of generations X, Y, Z and Baby-boomers
2. Recognize situations causing a clash of values
3. Modulate interactions with other generations

**Modératrice / Moderator :**  
**D<sup>re</sup> Le Mai Tu**

**12:55 - 13:45**

**Génération X, Y, Z et les boomers : comment travailler ensemble**  
**Generation X, Y, Z and the Boomers : How to work together**

Conférencière / Speaker:

Mme Andrée Cyr, Msc, PCC  
Présidente, Action 360

**13:45 - 13:55**

**PÉRIODE DE QUESTIONS / QUESTION PERIOD**



## SESSION XII

### Objectifs éducatifs / Educational Objectives

À la fin de cette conférence, les participants seront en mesure de :

1. Déterminer la définition et la catégorisation du risque de récurrence biochimique après un traitement local du cancer de la prostate
2. Choisir l'examen le plus approprié, y compris la scintigraphie PSMA
3. Interpréter et sélectionner les options thérapeutiques les plus appropriées en cas de récurrence biochimique après un traitement local

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Determine the definition and risk categorization of biochemical recurrence after local therapy for prostate cancer
2. Select the most appropriate investigation including PSMA scanning
3. Interpret and select the most appropriate treatment options for biochemical recurrence after local therapy

**Modérateur / Moderator :**  
**D<sup>r</sup> Frédéric Pouliot**

**13:55 – 14:45** **Récidive biochimique du cancer de la prostate : l'état de l'art**  
**Biochemical recurrence of Prostate cancer : The State of the Art**

Conférencier / Speaker:

D<sup>r</sup> Armen Aprikian

Richard Tomlinson  
Professor of Surgery and Oncology  
Associate Chair, Department of  
Oncology McGill University  
Medical Director of Cedars Cancer  
Centre  
McGill University Health Centre  
Clinical Lead Rossy Cancer Network

**14:35 - 14:45** **PÉRIODE DE QUESTIONS**  
**/ QUESTION PERIOD**

**14:45 – 17:30** **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE /**  
**ANNUAL GENERAL MEETING**  
**ASSOCIATION DES UROLOGUES**  
**DU QUÉBEC / Quebec**  
**Urological Association**

**17:30 - 17:45** **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE**  
**DE LA FONDATION DE L'AUQ /**  
**ANNUAL GENERAL MEETING**  
**OF THE QUA FOUNDATION**

**19:00 – 19:30** **Cocktail**

**19:30- 00:00** **Banquet du président /**  
**President's Banquet**

## **SESSION XIII**

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de:

1. Discuter de la prise en charge de cas de cancer de la prostate localement avancé
2. Discuter de la prise en charge de cas de cancer de la prostate oligometastatique
3. Discuter de la prise en charge de cas de cancer du rein localement avancé
4. Discuter de la prise en charge de cas de cancer du rein oligometastatique

At the end of this presentation, participants will be able to:

1. Discuss the management of locally advanced prostate cancer
2. Discuss the management of oligometastatic prostate cancer
3. Discuss the management of locally advanced kidney cancer
4. Discuss the management of oligometastatic kidney cancer

**Modérateurs / Moderators :**  
**D<sup>r</sup> Matthieu Gratton et D<sup>r</sup> Benoit Thériault**

**09:00 – 10:00** **CAS COMPLEXES URO-ONCOLOGIQUES**  
**COMPLEX URO-ONCOLOGY CASES**

**Cas de cancer de la prostate et du rein localement avancé et oligometastatique**  
**Locally advanced and oligometastatic prostate and kidney cancer**

Panel des experts / Expert panel

D<sup>r</sup> Mounsiif Azizi  
CHUM

D<sup>r</sup> Patrick Richard CIUSSS  
de l'Estrie – CHUS

D<sup>r</sup> Alexis Rompré-Brodeur  
CUSM - Site Glen

**10:00 – 10:15** **PÉRIODE DE QUESTIONS**  
**/ QUESTION PERIOD**

## **SESSION XIV**

### **Objectifs éducatifs/Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Revoir la classification de Bosniak v.2019 et son impact sur le risque de malignité
2. Discuter des recommandations de l'Association Canadienne d'Urologie quant à la prise en charge des masses kystiques du rein
3. Discuter plus spécifiquement du rôle de la surveillance active dans la prise en charge des masses kystiques complexes

At the end of this presentation, participants will be able to :

1. Review Bosniak classification v.2019 and its impact on malignancy risk
2. Discuss the Canadian Urological Association's recommendations for the management of cystic masses of the kidney
3. Discuss more specifically the role of active surveillance in the management of complex cystic masses

**Modérateur / Moderator :**  
**D<sup>r</sup> Vincent Trudeau**

**10:15 - 10:50**

**Prise en charge des kystes rénaux complexes en 2024.  
Managing complex renal cysts in 2024.**

**Conférencier / Speaker:**

D<sup>r</sup> Patrick Richard

Chirurgien uro-oncologue/Urologic  
Oncology Surgeon  
Professeur agrégé/Associate professor  
Chaire CRMUS en cancer du rein /  
CRMUS Chair in kidney cancer  
Service d'Urologie/ Division of Urology  
Faculté de Médecine, CHUS/  
Faculty of Medicine, CHUS

**10:50 - 11:00**

**PÉRIODE DE QUESTIONS  
/ QUESTION PERIOD**

## **SESSION XV**

### **Objectifs éducatifs / Educational Objectives**

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

1. Vérifier l'état de leurs connaissances acquises lors du congrès en répondant à des questions à choix multiples sur des sujets précis en urologie
2. Comparer leurs réponses à celles de leurs collègues
3. Intégrer les connaissances acquises des différents sujets traités lors du congrès dans la pratique clinique

At the end of this session, participants will be able to:

1. Verify their knowledge acquired during the conference by answering multiple choice questions on specific topics in urology
2. Compare their answers to those of their colleagues
3. Integrate the knowledge gained from the various topics covered at the conference into clinical practice

**11:00 – 12:00**

### **DPC Catégorie 3**

**AVEZ-VOUS RETENU L'ESSENTIEL DES FAITS SAILLANTS DU CONGRÈS ?**

### **CME CATEGORY 3**

**DID YOU REMEMBER THE MAIN HIGHLIGHTS OF THE CONFERENCE ?**

Conférenciers/ Speakers :

D<sup>re</sup> Nancy Girard & D<sup>r</sup> Nader Fahmy  
Urologue

**12:00 - 12:05**

**MOT DE CLÔTURE/CLOSING  
REMARKS : D<sup>re</sup> Le Mai Tu**



# **ANNEXE 1**

## **ABRÉGÉS SESSION I**





# A NOVEL SCORING SYSTEM TO PREDICT THE NEED FOR ADMISSION IN PATIENTS PRESENTING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH GROSS HEMATURIA.

**Ainhoa Olazabal<sup>1</sup>, Jaffar M. Hussain<sup>1</sup>, Mana Al-Muhaideb<sup>1,3</sup>, Simon Tanguay<sup>1</sup>, Greg Clark<sup>2</sup>, Armen Aprikian<sup>1</sup>, Alexis Rompre-Brodeur<sup>1</sup>, Rafael Sanchez-Salas<sup>1</sup>, Wassim Kassouf<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Department of Urology, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada.,; <sup>2</sup>Department of Emergency Medicine, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada.,; <sup>3</sup>Division of Urology, College of Medicine, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia,.

## INTRODUCTION

Gross Hematuria (GH) is a common presenting complaint to the Emergency Department (ED). Some patients develop hematuria that is severe enough to warrant admission, continuous bladder irrigation (CBI), blood transfusions and operative interventions. This study aims to describe the demographics and risk factors of patients that require admission to the hospital for urologic care and develop a novel scoring system to guide clinical decisions.

## METHODS

All patients who presented to the ED with GH at a single institution between 2018 and 2022 were reviewed. Patient demographics, co-morbidities, relevant urologic history and outcomes were recorded. Descriptive statistics were performed. A split-sample based method was employed with a derivation and validation cohort reviewed separately. Univariate and multivariate analysis (MVA) were conducted to identify variables correlating with the need for admission. Using the Johnson's scoring method, variables that correlated on the MVA were used to develop the scoring system that was then validated on another cohort of patients presenting with GH.

## RESULTS

Of 1,012 patients included in the final analysis of the derivation group, 229 (23 %) were admitted. Heart rate >100 beats/minute at presentation, need for CBI, history of urologic malignancy, urologic consultation requested and need for blood transfusions of  $\geq 2$  units were variables found to be predictive of need for admission when developing the scoring system. The scoring system had an area under the curve (AUC) of 0.917 on the Receiver-Operator Curve (ROC). By selecting a cut-off score of  $\geq 10$  points, a sensitivity of 84 % and a specificity of 86 % were achieved. This scoring system was validated on a separate validation cohort of 311 patients. The analysis yielded a similar sensitivity and specificity with AUC of 0.936 on the ROC.

## CONCLUSION

In the present study, we present a novel, practical and internally validated scoring system to predict patients at risk of requiring hospital admission for GH presenting to the ED. Our proposed scoring system may be helpful in triaging patients and planning hospital bed management. Prospective external validation of this scoring system at both academic and community hospitals is warranted.

# MODALITÉS DE TRAITEMENT DES LITHIASES DE PETITE TAILLE ET LEUR IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE.

**Nick Lee<sup>1</sup>, Patricia Nadeau<sup>1</sup>, Mohamad Berjaoui<sup>2</sup>, Anis Assad<sup>1</sup>, Ben Chew<sup>3</sup>, Kristina Penniston<sup>4</sup>, Naeem Bhojani<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Université de Montréal, ; <sup>2</sup>University of Toronto, ; <sup>3</sup>University of British Columbia, ; <sup>4</sup>University of Wisconsin,.

## INTRODUCTION

La qualité de vie (QdV) des patients est souvent réduite lors d'un événement d'urolithiase. Il existe plusieurs options thérapeutiques pour les lithiases, incluant la surveillance active (SA), la thérapie médicale expulsive (TME), la lithotripsie par ondes de choc (LOC) et l'urétéroscopie (URS). Cette étude s'agit d'une revue systématique visant à décrire la différence en QdV rapportée par les patients ayant des urolithiases avec un diamètre  $\leq 10$ mm.

## MÉTHODES

Plusieurs bases de données électroniques étaient recherchées sans restriction de langue ou de date pour identifier les études de cas, séries de cas, études cas-témoins, études de cohorte, et essais cliniques randomisés, qui étaient inclus s'ils rapportaient : des patients adultes ( $\geq 18$  ans), des lithiase(s) rénale(s) ou urétérale(s) sur imagerie, des données validées sur la QdV, et des lithiases avec un diamètre plus petit ou égal à 10mm prises en charge par SA ou par traitement actif.

## RÉSULTATS

De 672 articles, 9 études étaient éligibles. Cinq études rapportaient la QdV selon la prise en charge médicale des lithiases, tous dans l'uretère. Parmi ces études, 3 ont conclu que les patients traités avec TME avaient une meilleure QdV que ceux traités par SA, alors que 2 études n'ont pas retrouvé de différences entre les groupes. Quatre études rapportaient la QdV selon la prise en charge procédurale des lithiases, dont 3 dans l'uretère et 1 dans le rein. Parmi les études sur les lithiases urétérales, 2 ont conclu que les patients traités par URS avaient une meilleure QdV, alors que 1 étude n'a pas retrouvé de différences entre les groupes. L'étude sur les lithiases rénales a conclu que les patients traités par LOC avaient une meilleure QdV.

## CONCLUSIONS

La littérature démontre que les patients avec lithiases  $\leq 10$ mm ont une meilleure QdV quand traités par : TME (vs. SA) dans l'uretère ; LOC (vs. URS) dans le rein ; URS (vs. LOC) dans l'uretère. Il y a un besoin important pour plus d'études sur ce sujet.

# COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF CONTEMPORARY ADVANCED PROSTATE CANCER MANAGEMENT : A MARKOV MODEL FOR THE CANADIAN CONTEXT.

**Valentyn Litvin<sup>1</sup>, Armen Aprikian<sup>2</sup>, Alice D'agomir<sup>1, 2</sup>.**

<sup>1</sup>Université de Montréal, ; <sup>2</sup>McGill University

## INTRODUCTION

Recently, there has been a proliferation of new approved treatments for the management of prostate cancer (PCa), including numerous second-generation anti-androgens (SGAAs). Despite improving patient outcomes, SGAA use typically leads to resistance and prevents effective rechallenges. Consequently, the optimal timing of SGAA use is an open question. Although there are health economic analyses of novel PCa treatments for specific patient states, there is a lack of analogous dynamic analyses. Our paper aims to fill this gap.

## METHODS

We developed a Monte Carlo Markov model to simulate the management of advanced PCa to end-of-life. We modeled patients who begin in metastatic and non-metastatic hormone-sensitive PCa (mHSPC and nmHSPC), with risk stratification for mHSPC, progressing to metastatic and non-metastatic castration-resistant PCa (mCRPC and nmCRPC). Using current Canadian guidelines and reimbursement restrictions, we simulated all admissible treatment sequences over these states over a 15-year horizon and compared outcomes for each sequence.

## RESULTS

We find and report the best treatment sequences over a 15-year horizon for a variety of health outcomes as well as net health benefits (NHB), expressed as quality-adjusted life years (QALYs) minus costs for a range of willingness to pay (WTP) values. We find that early SGAA use delivers the best health outcomes for all patients as well as the best NHB for mHSPC-starting patients at moderate to high WTP (NHB gains : 0.93–1.5 QALYs at C\$100k–150k WTP). However, early SGAA use is comparable to late SGAA use and even no SGAA use for nmHSPC patients at all WTP (NHB gains : -0.27–0.18 QALYs at C\$50–150k WTP) and mHSPC patients at low WTP (NHB gain : 0.09–0.32 QALYs at C\$100–150k).

## CONCLUSIONS

We conclude that both from a health and health-economic perspective, there a wide range of treatment strategies which deliver near-best average patient outcomes. Broadly, SGAAs are more effectively used during early stages of PCa, but not using SGAAs at all is near-optimal for nmHSPC patients and/or cost-constrained payers.

# ALIMENTATION ET INCIDENCE DU CANCER DE LA PROSTATE CHEZ LES HOMMES À RISQUE – ÉTUDE BIOCaPPE

**Farah Ben Souilah<sup>1,5</sup>, Roxane Tourigny<sup>1,5</sup>, Caroline Diorio<sup>1</sup>, Jean-Philippe Drouin-Chartier<sup>5</sup>, Benoît Lamarche<sup>5</sup>, Fred Saad<sup>2</sup>, Michel Carmel<sup>3</sup>, Armen Aprikian<sup>4</sup>, Réseau BIOCaPPE<sup>1,2,3,4,5</sup>, Vincent Fradet<sup>1, 5</sup>.**

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU et Centre de recherche sur le cancer Québec-Université Laval, ; <sup>2</sup>Centre de Recherche du CHUM, Montréal, ; <sup>3</sup>Centre de Recherche du CHUS, Sherbrooke, ; <sup>4</sup>Institut de Recherche du CUSM, Montréal, ; <sup>5</sup>Institut de Nutrition et Aliments Fonctionnels (INAF) et Centre NUTRISS - Nutrition, Santé et Société,.

## INTRODUCTION

Au Canada, 1 homme sur 8 développera un cancer de la prostate (CaP) au cours de sa vie. Parmi les facteurs de risque, l'alimentation est suspectée de jouer un rôle déterminant dans le développement et la progression de la maladie. L'objectif principal de la présente étude est d'étudier les associations entre les patrons alimentaires et l'incidence du CaP chez les hommes à risque.

## MÉTHODES

2053 hommes à risque de CaP (avec 1<sup>ère</sup> biopsie négative ou antigène prostatique spécifique (APS/PSA) entre 2.5-10 ng/mL) ont été enrôlés dans cette étude observationnelle prospective multicentrique. À l'entrée dans l'étude, les données alimentaires ont été récoltées avec un questionnaire de fréquence alimentaire validé. Tous les participants sont suivis au téléphone et en clinique annuellement (médiane = 5,5 ans). Les patrons alimentaires « a posteriori » ont été identifiés à l'aide d'analyse en composantes principales (ACP). Des modèles de régression de Cox ont été utilisés afin d'estimer l'association entre les principaux patrons alimentaires et l'incidence du CaP.

## RÉSULTATS

Trois patrons alimentaires ont été identifiés : « Méditerranéen », composé de fruits, légumes, pain multigrain, tofu, poisson riche en gras, fruits de mer et huile d'olive pour la cuisson ; « Occidental », composé de viandes rouges et transformées, aliments transformés, pommes de terre et beurre pour la cuisson ; et « Sucre et produits laitiers », composé de biscuits commerciaux, muffins, craquelins, lait régulier, yogourt, carottes, pommes, cerises et margarine pour la cuisson. En comparant le score des tertiles les plus élevés versus les plus bas, une tendance d'accroissement du risque de CaP a été observée pour le patron alimentaire de type Occidental (HR=1,285 IC95 % [0,963-1,715, p=0,08).

## CONCLUSIONS

Ces résultats décrivent les habitudes alimentaires des hommes à risque de CaP, suggérant des pistes d'amélioration de la qualité de leur diète afin de limiter le risque de développer un CaP.

# ENHANCING UROLOGIC EDUCATION : CANADIAN MEDICAL STUDENTS' CONFIDENCE AND PREFERRED TEACHING METHODS.

**Othmane Zekraoui<sup>1</sup>, Sepehr Niakani<sup>2</sup>, Mahmoud Moustafa<sup>2</sup>,  
Mohamad Baker Berjaoui<sup>3</sup>, Abbas Guennoun<sup>4</sup>, Naeem Bhojani<sup>1, 4</sup>.**

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ; <sup>2</sup>Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ; <sup>3</sup>Division of Urology, Department of Surgery, University of Toronto, Toronto, ON, Canada, ; <sup>4</sup>Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada,.

## INTRODUCTION

Urologic complaints are common and expected to rise given the aging population, necessitating well prepared medical graduates to recognize essential urologic complaints. Since 2011, efforts were made to standardize urological education in Canada through the Canadian Undergraduate Urology Curriculum (CanUUC). This study evaluates medical students' comfort in urologic topics, their preferred teaching methods and their awareness of the CanUUC.

## METHODS

An anonymous 54-item survey targeting 3rd and 4th-year Canadian medical students was distributed from February to June 2024. The survey was piloted among first-year urology residents (PGY-1s). Learners' comfort was evaluated using a five-point Likert scale (1=least comfortable, 5=most comfortable). Data was also collected on trainees' past participation in urology rotations, training level, base campus and awareness of CanUUC's curriculum.

## RESULTS

The survey was completed by 10 PGY-1s and 117 medical students. Total mean comfort scores for medical students were  $3.58 \pm 0.89$  for physical examination,  $3.51 \pm 0.63$  for history taking,  $3.38 \pm 0.68$  for diagnosis, and  $3.16 \pm 0.73$  for patient management. The three most preferred teaching methods by medical students were direct clinical exposure, simulation sessions and case-based discussions. Medical students who completed a urology rotation were significantly more comfortable with history taking ( $p=0.003$ ) and patient management ( $p=0.003$ ) than those who did not. Furthermore, PGY1-s were significantly more comfortable with history taking ( $p=0.04$ ) and patient management than medical students ( $p=0.043$ ). Only 7 medical students (5.98 %) were aware of CanUUC's curriculum, with 5 (71.43 %) using it.

## CONCLUSION

Medical students have moderate comfort in handling urologic conditions, with higher comfort among those who completed urology rotations. Despite efforts to implement a national curriculum, awareness and use of the CanUUC are very low, indicating a need for increased promotion and integration of the curriculum.

\*First two authors contributed equally

# PREDICTING POOR VOIDING PATTERN AFTER HOLEP USING MAXIMUM FLOW RATE (Q-MAX) AS AN OBJECTIVE OUTCOME.

**Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Adel Arezki<sup>1</sup>, Abdullah Alzahrani<sup>1</sup>, Hend Alshamsi<sup>1</sup>, Abdullah Alahmari<sup>1</sup>, Ahmed Ibrahim<sup>1</sup>, Abdulghani Khogeer<sup>1</sup>, Mélanie Aubé-peterkin<sup>1</sup>, Serge Carrier<sup>1</sup>, Fadl Hamouche<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>McGill University, Division of Urology

## INTRODUCTION

Benign prostate enlargement (BPE) management has evolved significantly with the advances in medical technology and surgical technique. Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) has emerged and is considered the size-independent gold standard for surgical management of BPE.<sup>1</sup> Unfortunately, not all patients have excellent voiding after relieve of obstructions caused by BPE. This study aims to identify preoperative patient characteristics that predict poor voiding patterns after HoLEP using post-operative maximum flow rate (Q-max) as an objective measurement.

## METHODS

A Retrospective chart review of all patients undergoing HoLEP procedures at our institution between January 2006 and December 2022 was performed. Patient demographics, preoperative PSA, IPSS score, Qmax and catheter time were collected. Postoperative catheter time, trial of void results, IPSS score, and q-max were obtained. Predictive factors of poor emptying, defined as Qmax <15 ml/sec, were identified using logistic regression models.

## RESULTS

A Total of 1121 Holep procedures were analyzed. The mean age was 70.78.3, the mean prostate volume was 98.349, and the mean hospital stay was 1.3 days ±1.6. low q-max was found in 232 (29.6%) at 1-month follow-up. Diabetes mellitus (DM), weight of enucleated prostate, being on combination medication for BPE and low preoperative q-max were identified as independent risk factors for low q-max. They had an OR of 1.29, 0.998, 1.16 and 1.29, respectively (p-value < 0.005). Age had an OR of 0.0066 p=0.057, which may suggest it is a dependent risk factor for low q-max.

## CONCLUSION

Diabetes mellitus, a larger volume of enucleated tissue, being on combination BPE therapy, and low preoperative q-max are risk factors for low q-max post-HoLEP. Understanding these factors can help improve patient counselling and follow-up.

# OPTIMAL TIMING OF CYTOREDUCTIVE NEPHRECTOMY IN METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA PATIENTS CONSIDERING SARCOMATOID STATUS : A REAL-WORLD STUDY.

**Ghady B-N Sawaya<sup>1</sup>, Simon Tanguay<sup>2</sup>, Lori A. Wood<sup>3</sup>, Christian Kollmannsberger<sup>4</sup>, Naveen S. Basappa<sup>5</sup>, Rahul Bansal<sup>6</sup>, Denis Soulières<sup>7</sup>, Antonio Finelli<sup>8</sup>, Daniel Y. C. Heng<sup>9</sup>, Vincent Castonguay<sup>10</sup>, Christina Canil<sup>1</sup>, Eric Winquist<sup>12</sup>, Jeffrey Graham<sup>13</sup>, Georg A. Bjarnason<sup>14</sup>, Bimal Bhindi<sup>9</sup>, Aly-Khan Lalani<sup>6</sup>, Frédéric Pouliot<sup>10</sup>, Rodney H. Breau<sup>11</sup>, Ramy Saleh<sup>2</sup>, Alice D'agomir<sup>15</sup>.**

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Surgery, McGill University, ; <sup>2</sup>McGill University Health Centre, ; <sup>3</sup>Queen Elizabeth II Health Sciences Center, Dalhousie University, ; <sup>4</sup>British Columbia Cancer Care, ; <sup>5</sup>Alberta Health Services, ; <sup>6</sup>Juravinski Cancer Centre, McMaster University, ; <sup>7</sup>Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, ; <sup>8</sup>Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, ; <sup>9</sup>University of Calgary, ; <sup>10</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Université Laval, ; <sup>11</sup>The Ottawa Hospital Research Institute, ; <sup>12</sup>Department of Oncology, Western University and London Health Sciences Centre, ; <sup>13</sup>Univeristy of Manitoba, ; <sup>14</sup>Sunnybrook Odette Cancer Centre, ; <sup>15</sup>Faculté de Pharmacie, Université de Montréal,.

## OBJECTIVE

To evaluate and compare the outcomes of metastatic renal cell carcinoma (mRCC) patients, with or without sarcomatoid features, who underwent cytoreductive nephrectomy (CN) before or after systemic therapies (ST).

## METHODS

Synchronous metastatic RCC patients of IMDC intermediate- and high-risk diagnosed between January 2011 to December 2022, treated with CN before or after ST, and with histological documentation of the presence or absence of sarcomatoid features in nephrectomy specimens were identified using the Canadian Kidney Cancer information system (CKCis). Patients were classified by treatment sequence received : (1) CN after ST (2) CN before ST. Inverse probability of treatment weighting using propensity scores was used to balance for covariates. Cox proportional hazards models were used to assess the impact of initial treatment received on overall survival (OS).

## RESULTS

Of 709 eligible patients, 105 were treated with CN after ST and 604 with CN before ST. 75 % were male, and the majority (70 %) received targeted therapies (TT) used alone. In non-sarcomatoid patients (80 CN after ST and 454 CN before ST), treatment with CN after ST (CR : 12.5 %) was not associated with improved OS compared CN before ST (CR : 2.2 %) (median of 60 versus 48 months, HR 0.84, 95 % CI 0.64-1.11). In sarcomatoid patients (25 CN after ST and 150 CN before ST), a non-statistically significant result shows that CN before ST (CR : 5.3 %) was also not associated with better survival (median of 24 versus 36 months, HR 1.10, 95 % CI 0.70-1.73).

## CONCLUSION

In conclusion, this study demonstrated that, no matter the sarcomatoid status, there is no statistical difference between receiving CN after ST or CN before ST. The timing of CN could potentially be linked more so to clinical assessments than the knowledge of sarcomatoid status.

# QUI DU PATIENT OU DU CHIRURGIEN DÉTERMINE LA NOTION DE GUÉRISON POST ÉNUCLÉATION DE PROSTATE AU LASER HOLMIUM ?

**Rosalie Langlois<sup>1</sup>, Stéphanie Boulet<sup>1</sup>, Alexandre Morin<sup>1</sup>, Michel Carmel<sup>1</sup>, Romain Lorion<sup>1</sup>, Samuel Lagabriele<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.,

## INTRODUCTION

La technique d'énucléation de prostate au laser Holmium (HoLEP) est reconnue pour ses excellents taux d'amélioration fonctionnelle. Toutefois, la notion de « guérison » post-opératoire reste mal définie en raison de la subjectivité des symptômes. Cette étude vise à comparer trois définitions de guérison après HoLEP : celle du patient, celle du chirurgien et une combinaison des deux perspectives.

## MÉTHODES

Nous avons analysé rétrospectivement les données de notre base prospective de patients traités par HoLEP entre 2020 et 2024. Toutes les interventions ont été réalisées par deux chirurgiens. Les patients incapables de compléter des questionnaires de suivi ou de consentir à la collecte de données ont été exclus. Les définitions de guérison étaient les suivantes : point de vue du patient (critères subjectifs) : score IPSS  $\leq 7$  et QoL  $\leq 2$ ; point de vue du chirurgien (critères objectifs) : débit max (Qmax)  $> 15$  ml/s et résidu post-mictionnel (RPM)  $< 200$  ml; point de vue combiné : ensemble des critères réunis. Ces variables étaient collectées à 3, 6 et 12 mois.

## RÉSULTATS

Nous avons inclus 96 patients, dont l'âge moyen était de  $71,6 \pm 6,9$  ans. Parmi eux, 67 % étaient en rétention urinaire pré-opératoire. Les valeurs pré-opératoires moyennes étaient : IPSS de  $18,2 \pm 7,5$ , QoL de  $4,5 \pm 1,5$ , Qmax de  $7,9 \pm 6,0$  ml/s et RPM de  $216 \pm 159$  ml. Les taux de guérison selon la perspective du patient à 3, 6 et 12 mois étaient respectivement de 61,4 %, 69,7 % et 79,7 %. Selon la perspective du chirurgien, ces taux étaient de 47,1 %, 26,2 % et 27,0 %. Enfin, selon les perspectives combinées, les taux de guérison étaient de 15,3 %, 21,9 % et 23,1 % aux mêmes intervalles de temps.

## DISCUSSION

Cette étude montre que la notion de guérison après HoLEP varie selon la perspective adoptée. Les taux de guérison de notre cohorte reflètent une grande amélioration subjective des symptômes. Cependant, les perspectives du chirurgien et celle combinée, basées sur des critères objectifs, montrent des taux inférieurs. Cette disparité souligne l'importance de prendre en compte plusieurs paramètres pour une évaluation exhaustive des résultats post-opératoires en HoLEP.



# ADOLESCENT MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY AND CHANGES IN SPERM PARAMETERS : A PROSPECTIVE MATCHED COHORT ANALYSIS.

**Iman Sadri<sup>1</sup>, Adele Raymo<sup>2</sup>, David Velasquez<sup>2</sup>, Vinayak Madhusoodanan<sup>2</sup>, Nicholas Deebel<sup>2</sup>, Daniel Nassau<sup>3</sup>, Joshua White<sup>2</sup>, Ranjith Ramasamy<sup>2</sup>, Francis Petrella<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>McGill University Health Centre, Division of Urology, Department of Surgery, Montréal, Québec, CA,; <sup>2</sup>Desai Sethi Urology Institute, University of Miami, Miami, Florida, USA,; <sup>3</sup>Nicklaus Children's Hospital, Miami, Florida, USA,.

## BACKGROUND

Varicocele is known to be associated with impaired semen parameters and male infertility in adults. However, its impact on the adolescent and young adult (AYA) population is less well known.

## OBJECTIVES

The study aimed to assess the improvement in sperm parameters following varicocelectomy in the AYA population, comparing them to matched adult counterparts, and investigating potential advantages of early intervention.

## METHODS

A prospective analysis was conducted using a comprehensive database at the University of Miami spanning from 2010 to 2022. We included AYA (under 25 years of age) men who underwent varicocelectomy. To ensure comparability, they were matched with adult patients (over 30 years of age) based on follicle-stimulating hormone (FSH) values, varicocele grade, and laterality (unilateral or bilateral) in a 1:2 ratio. Semen parameters were evaluated before and after surgery, including sperm count, motility, morphology, and overall semen quality.

## RESULTS

We included 45 patients in the Adolescents and Young Adults (AYA) category, and matched them with 116 adults based on FSH, varicocele grade and laterality, all of whom underwent microsurgical varicocelectomy. The AYA group exhibited greater improvements post-varicocelectomy compared to the matched cohort. FSH levels in the AYA group were significantly lower than in adults after varicocelectomy, 4.2 and 8.92 respectively ( $p=0.022$ ). Furthermore, postoperative sperm concentration in the AYA men demonstrated a remarkable increase, with a 1.7-fold increase in mean concentration compared to the adult group ( $p<0.001$ ) (Table 2). Additionally, motility also displayed significant enhancement among the AYA men, with a final mean total motile sperm count (TMSC) improvement of 2.25-fold compared to the adult cohort ( $p=0.002$ ).

## CONCLUSION

This study highlights the potential benefits of varicocelectomy as a viable treatment option for adolescents and young adults with varicocele, particularly those with impaired semen parameters. By intervening at an earlier stage of development, patients in this age group can achieve significant improvements in semen quality, as compared to their adult counterparts.

# A FULLY AUTOMATED MULTI-TASK MACHINE LEARNING PROGNOSTIC MODEL INTEGRATING RADIOMICS AND CLINICAL DATA TO PREDICT OUTCOMES IN HIGH-GRADE PROSTATE CANCER.

**Nawar Touma<sup>1</sup>, Maxence Larose<sup>2</sup>, Raphaël Brodeur<sup>2</sup>, Félix Desroches<sup>2</sup>, Nicolas Raymond<sup>3</sup>, Daphnée Bédard-Tremblay<sup>1</sup>, Danahé LeBlanc<sup>2</sup>, Fatemeh Rasekh<sup>1</sup>, Hélène Hovington<sup>1</sup>, Bertrand Neveu<sup>1</sup>, Martin Vallières<sup>3</sup>, Louis Archambault<sup>2</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec et Université Laval, Quebec city, ; <sup>2</sup>Université Laval, Dept. of Physics, Engineering physics, and Optics, Quebec City, Canada, ; <sup>3</sup>Université de Sherbrooke, Dept. of Computer Science, Sherbrooke, Canada,.

## INTRODUCTION

To develop an automated multi-task prognostic model that combines clinical data with radiomics from positron emission tomography (PET) with 18F-fluorodeoxyglucose (FDG) combined with computed tomography (CT), eliminating the need for manual segmentation while providing clinically interpretable results. This is the first study of its kind using radiomics in prostate cancer that describes long-term clinical outcomes.

## METHODS

295 individuals with high-grade prostate cancer (Gleason score  $\geq 8$ ) who underwent radical prostatectomy (RP) and FDG-PET/CT imaging preoperatively at our tertiary care health center. Clinical data (CD), including age, prostate-specific antigen (PSA) level, clinical stage, and Gleason grade, were collected. Six prognostic tasks were defined, including lymph node invasion (LNI), biochemical recurrence (BCR)-free survival (FS), metastasis-free survival (MFS), definitive androgen deprivation therapy (dADT)-FS, castration-resistant prostate cancer (CRPC)-FS, and prostate cancer-specific survival (PCSS). A Bayesian Sequential Network (BSN), a dynamic prediction model quantifying uncertainty and adapting over time as outcomes from prior tasks unfold, was developed. It was compared with commonly used nomograms (MSKCC and CAPRA-S). Performance metrics on the holdout set were evaluated using the area under the curve of the receiver operator characteristic (AUC-ROC) and the concordance index (C-index).

## RESULTS

Median follow-up was 64.7 (range 29.3-89.6) months. Median age was 66 (48-80) years. Median PSA was 7.4 (1.1-155.3). 230 (88 %) and 31 (12 %) had clinical T1-T2 and T3a disease, respectively. At RP, 86 (29 %) had LNI. At follow-up, 160 had BCR, 38 had metastases, 72 started dADT, 23 had CRPC, and 11 had PCSS. On the holdout set comprising 45 individuals, the BSN model outperformed nomograms for predicting LNI (AUC=66.3 %), MFS (CI=75.3 %), and dADT-FS (CI=69.6 %). The nomogram still outperformed our BSN model for predicting BCR-FS (CI=63.5 % [MSKCC] vs 59.2 %), CRPC-FS (CI=67.6 % [CAPRA-S] vs 65.6 %), and PCSS (CI=87.8 % [MSKCC] vs 78.0 %).

## CONCLUSION

Our fully automated self-learning multi-task model achieved good predictions with minimal training compared to commonly used nomograms while quantifying associated uncertainty.

# ÉNUCLÉATION AU LASER HOLMIUM VS. PROSTATECTOMIE SIMPLE ASSISTÉE PAR ROBOT POUR L'HBP : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE DES RÉSULTATS CHIRURGICAUX.

**Tarek Benzouak<sup>1,2</sup>, Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Michael Prudencio-Brunello<sup>2</sup>, Ammar Saed Aldien<sup>2</sup>, Steve Amougou<sup>2</sup>, Ahmad AlShammari<sup>1</sup>, Mohammed Ramadhan<sup>3</sup>, Serge Carrier<sup>1</sup>, Mélanie Aubé-Peterkin<sup>1</sup>, Fadl Hamocuhe<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Division d'Urologie, Département de Chirurgie, Université McGill, ; <sup>2</sup>Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université McGill, ; <sup>3</sup>Hôpital Jaber Al-Ahmad Al Sabah, South Surra, Koweït,.

## INTRODUCTION

L'augmentation de la prévalence de l'Hyperplasie Bénigne de la Prostate (HBP) souligne le besoin urgent d'interventions chirurgicales améliorant non seulement les résultats pour les patients, mais minimisant les complications et les temps de récupération. Parmi les options chirurgicales disponibles, l'énucléation au laser Holmium de la prostate (HoLEP) et la prostatectomie simple assistée par robot (RASP) ont émergé comme des procédures de premier plan. Cette revue systématique et méta-analyse vise à comparer rigoureusement l'efficacité, l'efficacité et la sécurité du HoLEP par rapport au RASP.

## MÉTHODES

Réalisée conformément aux directrices PRISMA, notre protocole a été enregistré sur Prospero [CRD42024509627]. Une recherche des bases de données Medline, Embase, Web of Science, Scopus et CINAHL jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2024 a été menée. Nous avons inclus des études comparant directement les résultats du HoLEP et du RASP chez les patients adultes atteints d'HBP.

## RÉSULTATS

L'analyse comparative a nettement favorisé le HoLEP par rapport au RASP sur plusieurs indicateurs de performance chirurgicale critiques. Le HoLEP a réduit le temps opératoire de 49,48 minutes en moyenne, la durée d'hospitalisation de 1,5 jour et la période de cathétérisme de 3,8 jours, démontrant son efficacité opérationnelle supérieure. Les profils de sécurité ont également mis en évidence les avantages du HoLEP, avec une réduction de 75 % du risque de transfusion et une diminution significative des complications postopératoires mineures et sévères de 44 %. Malgré ces différences, l'analyse des résultats fonctionnels, tels que le Qmax et le PVR, n'a montré aucune disparité significative entre les procédures, soulignant leur efficacité comparable.

## CONCLUSIONS

Nos résultats démontrent la supériorité du HoLEP en termes d'efficacité opérationnelle et de sécurité pour la gestion de l'HBP par rapport au RASP. L'étude consolide la position du HoLEP en tant que technique chirurgicale préférée, suggérant la nécessité d'une réforme dans la pratique clinique. Les preuves suggèrent des avantages des efforts ciblés pour améliorer la formation chirurgicale et augmenter l'accessibilité du HoLEP afin d'optimiser les résultats pour les patients et les pratiques de santé dans la gestion de l'HBP.

# PILOT SINGLE-MASKED, RANDOMIZED, 3-ARM PARALLEL STUDY ASSESSING THE TOLERABILITY, SAFETY AND EFFICACY OF INTRAURETHRAL/ INTRAVAGINAL 2940NM ER:YAG LASER TREATMENT FOR STRESS URINARY INCONTINENCE.

**Maximilien Laviolette-Brassard<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Université de Sherbrooke

## INTRODUCTION

Stress urinary incontinence (SUI) includes loss of urethral support and intrinsic sphincter deficiency (ISD). We aimed to enhance SUI by integrating intraurethral (IU) with intravaginal (IV) non-ablative Er:YAG laser therapy.

The primary objective is to evaluate the safety of IU+IV for SUI with ISD components and compare it to IV only and sham through 6- and 12-month follow-ups. Secondary, to assess the efficacy of the IU+IV and IV-only treatments compared to sham.

## METHOD

Women with proven SUI with a degree of ISD were randomized into IU+IV laser treatment (n=20), IV laser treatment (n=20) and sham control (n=15). The sham subjects were offered the active treatment after a 6-month follow-up. Subjects in both active groups were followed out to 12-month post-treatment.

## RESULTS

We randomized 55 patients into three groups and 53 patients completed the trial. 39 AEs were recorded in 23 patients. 17/39 recorded AEs were probably related or related to the procedure. Among these, 7 cases were associated with increased SUI, 4 with urethral pain, 2 with pelvic pain, 2 with vulval/vaginal pain, 1 with dysuria and 1 with de novo SUI. Mean (SD) duration of the AEs was 2.93 (3.2) days. VAS pain scale at treatment 1 seems higher in the group IV+IU compared to sham and IV. At 6-months (and 12 months) follow-up >50 % reduction of 24h-pad weight was observed in 64.7 % (55.6 %) of patients in IU+IV group 36.8 % (58.8 %) in IV group, and 33.3 % in sham group. The odds of observing a > 50 % reduction of 24h-pad weight at 6 months increase of 246 % in the IV+IU arm compared to IV (OR = 3.46 [0.89 - 14.9]; p = 0.08). At 6-month follow-up > 2.5 points, reduction of ICIQ-SF was observed in 57.9 % of IV+IU group, 63,2 % of IV group, and 33,3 % of sham group. At 12-month follow-up > 2.5 points reduction of ICIQ-SF was observed in 55,6 % of IV+IU group and 47,8 % of IV group.

## CONCLUSION

The addition of the intraurethral treatment did not result in a higher incidence of adverse effects. In patients with a degree of ISD, combining IU+IV treatments may improve the efficacy of the laser procedure. Clinical studies with a higher number of patients should be performed to confirm the results.

# IMPLEMENTATION OF A NEW PROSTATE CANCER DIAGNOSTIC PATHWAY IN BIOPSY-NAÏVE PATIENTS : A REAL-WORLD EVIDENCE.

**Yves Fradet<sup>1</sup>, Marc Rhainds<sup>2</sup>, Genevieve Asselin<sup>2</sup>, Mélanie Tremblay-Boily<sup>1</sup>, Alice Nourissat<sup>2</sup>, Maxime Rioux<sup>3</sup>, Étienne Ouellet<sup>3</sup>, Thierry Dujardin<sup>1</sup>, Yves Caumartin<sup>1</sup>, Louis Lacombe<sup>1</sup>, Jonathan Cloutier<sup>1</sup>, Michele Lodde<sup>1</sup>, Rabi Tiguert<sup>1</sup>, Paul Toren<sup>1</sup>, Fannie Morin<sup>1</sup>, Annie-Claude Blouin<sup>1</sup>, Vincent Fradet<sup>1</sup>, Annie Imbeault<sup>1</sup>, Geneviève Nadeau<sup>1</sup>, Michel Bureau<sup>1</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>, Jean-François Audet<sup>1</sup>, Marie-Pier Deschênes-Rompré<sup>1</sup>, Frédéric Soucy<sup>1</sup>, Sophie Ramsay<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Department of Surgery/Urology, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ; <sup>2</sup>HTA Unit, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ; <sup>3</sup>Department of Radiology, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada ,

## INTRODUCTION

Several guidelines recommend multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) in the prostate cancer (PCa) pathway before an initial prostate biopsy (Bx). The objective was to assess the feasibility of implementing a new PCa diagnostic pathway with the addition of mpMRI in a real-world setting.

## METHODS

A committee involving stakeholders (e.g. urologists, radiologists, managers) was created to review the PCa diagnostic pathway for Bx-naïve patients. The new pathway includes initial consultation with urologist and mpMRI exam when recommended. Men recommended Bx after mpMRI had both targeted three-dimensional transrectal ultrasound-MRI fusion Bx and systematic Bx. Data were collected between September 2021 and June 2022. A cohort of 629 Bx-naïve patients who underwent an initial systematic Bx in 2017 without mpMRI was the comparison group. Clinically significant PCa (csPCa) was defined as Grade Group  $\geq 2$ .

## RESULTS

A total of 1336 Bx-naïve patients were referred to urologist : follow-up was recommended for 703 (53 %), systematic Bx for 254 (19 %) and mpMRI for 379 (28 %). Among patients who had biopsies in the new pathway, csPCa was diagnosed in 246/427 (58 %) patients referred to mpMRI or directly to systematic Bx compared to 274/629 (44 %) patients in the 2017 cohort ( $p < 0.0001$ ). The new PCa diagnostic pathway prevented 33 % of patients from having Bx. Shorter delays between initial consultation with urologists and transmission of Bx results were observed for patients referred directly for prostate Bx compared to mpMRI before Bx (mean : 2.8 vs 9.1 months).

## CONCLUSIONS

Implementation of the new PCa diagnostic pathway with the addition of mpMRI in a real-world setting has highlighted the added value of the early involvement of urologists for the triage of Bx-naïve patients, limited the use of mpMRI and yet avoided unnecessary Bx and increased csPCa detection. Accessibility to prostate mpMRI remains a major limitation to the implementation of this new diagnostic pathway.

# THULIUM FIBER LASER COMPARED TO HOLMIUM LASER WITH MOSES TECHNOLOGY FOR PROSTATE ENUCLEATION : A PROSPECTIVE STUDY.

**Saud Almousa<sup>1</sup>, Abbas Guennoun<sup>1</sup>, Max Levitt<sup>1</sup>, Kelven Chen<sup>1</sup>, Claudia Deyirmendjian<sup>1</sup>, Malek Meskawi<sup>1</sup>, Naeem Bhojani<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>University of Montreal,

## INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common condition in men where the prostate enlarges and can lead to lower urinary tract symptoms. A procedure called laser enucleation of the prostate is a modern treatment that reduces urinary obstruction by resecting a significant portion of the prostate. The study aims to compare the safety profile and clinical outcomes of Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) and Thulium laser enucleation of the prostate (ThuLEP).

## METHODS

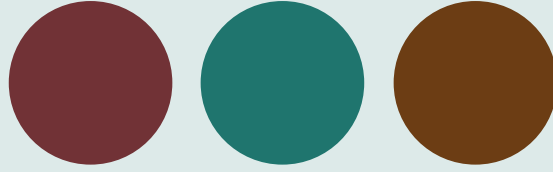
61 patients aged from 54 to 90 years with BPH underwent HoLEP (n=30) or ThuLEP (n=31) procedures in a prospective, non-randomized, multicenter study between September 2021 to December 2023. Two surgeons experienced with HoLEP and ThuLEP performed all procedures in two centers. Follow-up was assessed at 3 months after surgery. The primary endpoints were non-inferior international prostate symptom score (IPSS) and quality of life (QoL) at 3 months. Secondary endpoints were rate of post-operative complications, peak flow (Qmax), post-void residual (PVR), international index of erectile function (IIEF), international consultation on incontinence questionnaire-short form (ICIQ-SF) and operation, catheterization, hospitalization times.

## RESULTS

Mean operative time was 127 min and 100.17 min in the HoLEP group and the ThuLEP group respectively (p=0.70). Weight of specimen post-operatively was comparable (96.32 cc versus 92.35 cc, p=0.75). At 3 months, there were no statistically significant differences between the HoLEP group and the ThuLEP group regarding IPSS (6.25 versus 5.42, p=0.52), QoL (1.21 versus 1.27, p=0.88), IIEF (10.05 versus 13.23, p=0.27) and ICIQ-SF (5.65 versus 5.65, p>0.9). In addition, uroflowmetry was comparable with no statistically significant differences regarding Qmax (18.13 mL/s versus 14.52 mL/s, p=0.16) and PVR (26.80 mL versus 30.60 mL, p=0.79). Among the HoLEP arm, 84 % of the patients had a catheterization duration lower than 24h, whereas 80 % of the patients in the ThuLEP arm had a catheterization duration between 24h and 48h. Mean hospitalization time was 17.52 hours in the HoLEP group and 12.08 hours in the ThuLEP group (p=0.15). Complications rate was 13 % (n=4) and 3 % (n=1) in the HoLEP group and ThuLEP group respectively. One patient required a transfusion in the HoLEP arm.

## CONCLUSION

Both ThuLEP and HoLEP relieve lower urinary tract symptoms with comparable results in terms of functional outcome.



# **ANNEXE 2**

## **ABRÉGÉS SESSION IV**



# UNDERSTANDING THE MOLECULAR CHARACTERISTICS AND VULNERABILITIES OF SARCOMATOID/RHABDOID RENAL CELL CARCINOMAS THROUGH INTEGRATIVE HISTOLOGICAL AND SPATIAL GENOMICS APPROACHES.

**Mustafa Soytaş<sup>1,4</sup>, Kate Glennon<sup>2</sup>, Minjun Kim<sup>2</sup>, Peixi Liu<sup>2</sup>, Eleonora Scarlata<sup>3</sup>, Tamiko Nishimura<sup>2</sup>, Madeleine Arseneault<sup>2</sup>, Senthilkumar Kailasam<sup>2</sup>, Fadi Brimo<sup>3</sup>, Simon Tanguay<sup>4</sup>, Yasser Riazalhosseini<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>Victor Philip Dahdaleh Institute of Genomic Medicine, McGill University, Montreal, Quebec,; <sup>2</sup>Department of Human Genetics, McGill University, Montreal, Quebec,; <sup>3</sup>Division of Pathology, McGill University, Montreal, Quebec,; <sup>4</sup>Division of Urology, McGill University, Montreal, Quebec,.

## INTRODUCTION

Genomic and immune analyzes in Sarcomatoid/rhabdoid Renal Cell Carcinoma (S/R RCC) have been limited to bulk tumor analysis and thus lack cellular resolution and spatial perspective. Herein, we use in situ Whole Transcriptome Profiling (WTP) to define molecular differences between tumor regions with and without S/R features, aiming at identifying molecular markers of S/R tumors that could lead to better diagnosis or treatments.

## METHODS

All patients who underwent surgical excision of RCC at the MUHC between 2010 and 2020 were screened by a uropathologist, and histologically defined regions of S/R, ccRCC, papillary, chromophobe RCC, and benign kidney were selected to construct tissue microarrays (TMAs). Whole-exome sequencing (WES) and Compartment-Guided Spatial WTP were applied for gene and transcriptome analysis (Figure 1).

## RESULTS

A cohort of 56 RCC patients and their TMAs, consisting of 403 cores representing patient-matched tumor areas with and without S/R features. For WES, 47 patients were used to identify copy number variations (CNVs) analysis. Four hundred cores of 55 patients were used for WTP and 5 groups of clustered with 2000 highly variable genes (HVGs) were constructed. The most variable genes of each tumor type were identified by using digital spatial transcriptome profiling (Figure 2).

Whole-exome sequencing was used to identify mutational patterns of tumor cells using a list of specific genes of interest (Figure 3).

## CONCLUSIONS

According to current and ongoing results, WES, and compartment-guided WTP should be used to generate an unprecedented resolution to the molecular and genomic characteristics of S/R RCC tumors and tumor microenvironment.



# FACTORS PREDICTING OPIOID REQUIREMENTS OF CHILDREN UNDERGOING OUTPATIENT CIRCUMCISION.

**Sonia Chahine<sup>1</sup>, Bruno Turcotte<sup>1</sup>, Katherine Moore<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC,

## INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Healthcare providers are increasingly focused on minimizing opioid usage. Data are limited on factors predicting opioid use in children undergoing outpatient urological surgeries. We aimed to identify factors that can predict the first 24-hour opioid requirements in prepubertal children undergoing outpatient circumcision.

## METHODS

We used prospectively collected data from our previous study on 155 patients comparing two different ultrasound-guided blocks during circumcision. Acetaminophen and Ibuprofen were systematically given in the addition of the regional block. Five doses of morphine were prescribed at home if needed. Validated pain questionnaires, time to the first postoperative dose of narcotics, analgesic consumption during the first 24 hours after surgery and satisfaction were collected.

## RESULTS

Forty-seven boys (30 %) did not require any opioids in the hospital or at home. Most patients (63 %) did not receive morphine after discharge. Among the 25 patients who took opioids during their hospital stay, 52 % sustained necessity for opioid at home during the first 24 hours. A Youden threshold value was found to be significant at 45 minutes post-surgery for patients who used in-house opioids. Of the 25 patients with hospital requirements, 10 patients (40 %) received their first opioids < 45 minutes post-surgery and among them, 2 (20 %) sustained the need during the initial 24 hours ( $p < 0.0147$ ). In contrast, from the 15 patients (60.0 %) who received their first dose of opioids  $\geq 45$  minutes after surgery, eleven of them (73.3 %) subsequently required opioids at home. The cumulative FLACC score  $\geq 4$  was found to be statistically significant ( $p = 0.0154$ ) for the consumption of narcotics in the first 24 hours.

## CONCLUSIONS

In the first 24-hour postoperative period of pediatric circumcision, non-opioid analgesia on a scheduled basis coupled with a regional block seems to be sufficient for most patients for pain management. Receiving a narcotic dose in the immediate postoperative period seems to influence the subsequent narcotic consumption at home.

# PHASE II CLINICAL TRIAL TO EVALUATE THE EARLY RETURN OF URINARY CONTINENCE UTILIZING A NOVEL HYBRID TRANSVESICAL ADAPTED RETZIUS SPARING ROBOTIC ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY TECHNIQUE.

**Hend Alshamsi<sup>1</sup>, Oleg Loutochin<sup>2</sup>, Alexis Rompré-Brodeur<sup>3</sup>, Victor McPherson<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Urology resident, McGill University, Montreal, Canada,; <sup>2</sup>Clinical research associate, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada,; <sup>3</sup>Urologic Oncology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada,.

## INTRODUCTION

Open retropubic radical prostatectomy and standard robotic prostatectomy have substantial effects on post-operative quality of life through resultant urinary incontinence and erectile dysfunction. Retzius-Sparing Robotic Assisted Radical Prostatectomy (RS-RARP) has emerged as a technique to improve early return of continence. Alternative strategies including transvesical approaches have shown promise in achieving similar continence outcomes. This study aims to evaluate a novel hybrid technique, Transvesical Retzius-Sparing Robotic Assisted Radical Prostatectomy (TRS-RARP), at Jewish General Hospital.

## METHODS

This is a single-arm prospective phase II clinical trial utilizing Simon's two-stage design (NCT06237114). The 1ry objective is the rate of urinary continence, defined as 0-1 pad/day, at 3 mo post-operatively. 2ry objectives include continence rates at 1 and 6 mo, quality of life using EQ-5D-5L, and urinary, bowel, and sexual function through EPIC-CP questionnaires. The study is powered to detect a 65 % continence rate (H1) vs 40 % (H0) at 3-mo with planned 30 patient enrollment. Patients undergoing TRS-RARP are evaluated with baseline demographic data collection. Post-operative assessments are conducted at 4 wks, 3 and 6 mo. Surgical outcomes and pathology results are also analyzed.

## RESULTS

As of time of submission, data from initial 17 enrolled patients are available for analysis and we anticipate having our 30 participants by end of October. Median patient age is 63.5 years. 15 patients completed a 1-mo follow-up, and 3-mo follow-up data is expected shortly. Baseline urinary incontinence according to EPIC-CP questionnaire average was 0-1, and 4 at 1-mo. The average number of pads/day was 0 at baseline, and 1-2 pads/day at 1 mo. Quality of life as measured by EQ-5D showed 66 % of patients had a normal baseline score of 11111, with 50 % maintaining this score at 1-mo, while 30 % shifted to a 11121 score. In terms of the EPIC-26, the average overall score was 8 at baseline and 13 at 1-mo.

## CONCLUSION

TRS-RARP represents a novel technique to potentially enhance early urinary continence recovery following radical prostatectomy. Early results suggest promising trends towards achieving the study's 1ry endpoint of improved early continence rates compared to historical benchmarks.

# ANTIBIOTIC USE PRIOR TO BCG IMMUNOTHERAPY REDUCES TREATMENT EFFICACY IN NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER

**Jalal Laaraj**<sup>1,2,3,4,5</sup>, **Hubert Racine**<sup>1,2,3</sup>, **Roxane Tourigny**<sup>1,2,4,5</sup>, **Gabriel Lachance**<sup>1,2,4,5</sup>,  
**Souhila Guettou Benmehidi**<sup>1,2,3</sup>, **Prisca Nadège Koné**<sup>1,2</sup>, **Jonathan Fadel**<sup>1,2,3</sup>, **Paul Toren**<sup>1,2,3</sup>,  
**Alain Bergeron**<sup>1,2,3</sup>, **Yves Fradet**<sup>1,2,3</sup>, **Karine Robitaille**<sup>1,2,4,5</sup>, **Vincent Fradet**<sup>1,2,3,4,5</sup>.

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, ; <sup>2</sup>Centre de recherche sur le Cancer de l'Université Laval, Québec, QC, Canada, ; <sup>3</sup>Faculty of Medicine, Université Laval, Québec, QC, Canada, ; <sup>4</sup>Institute of nutrition and functional foods (INAF), ; <sup>5</sup>NUTRISS Center - Nutrition, health, and society of Université Laval, Québec, QC, Canada,.

## INTRODUCTION

Immunotherapy with live-attenuated *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) is the standard treatment for non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC). Unfortunately, 40 % of patients do not benefit clinically from this treatment. It was recently shown that the success to various immunotherapies rely on a healthy gut microbiome, which is negatively altered by antibiotic (ATB) intake. However, the impact of ATB use on BCG treatment is unclear.

## METHODS

This retrospective study involved NMIBC patients who started a first BCG immunotherapy at CHU de Québec from 2009-2019. We reviewed ATB in prescriptions and medical records. Patients were considered exposed when ATB use lasted at least 3 days within 3 months before BCG initiation. The impact of ATB on BCG response was assessed using recurrence-free survival (RFS) and progression-free survival (PFS) using Kaplan-Meier analyses. To test the impact of ATB on BCG efficacy in vivo, C3H mice were randomized to either receive a broad-spectrum antibiotic regimen for one week or continue this ATB treatment throughout the experiment. Mice were s.c injected with MBT-2 bladder cancer cells and received weekly intratumoral BCG treatments.

## RESULTS

Of 622 NMIBC patients, 77 (12 %) were exposed to ATB before BCG treatment, while 545 (88 %) were not. Compared to unexposed patients, ATB-exposed patients receiving BCG had a decreased RFS (HR:0.68, CI95 %:1.38-2.84, p=0.0002) and a trend for decreased PFS (HR:0.68, CI95 %:0.95-4.1, p=0.06). In the preclinical in vivo model, the prolonged use of ATB reduced the anti-tumor activity of BCG immunotherapy compared to controls (p<0.01).

## CONCLUSIONS

In this first large single-site retrospective analysis of ATB use for at least 3 days before BCG treatment in NMIBC patients, ATB use within 3 months before BCG reduces treatment response. Prolonged ATB in vivo reduces BCG's antitumor activity. Our findings suggest that the gut microbiota may play a crucial role in the efficacy of BCG immunotherapy.

# IMPROVING PRECISION MEDICINE BY THE USE OF A HUMAN-DERIVED 3D MODEL OF PROSTATE CANCER.

**Félix-Antoine Pellerin<sup>1,2</sup>, Stéphane Chabaud<sup>1</sup>, Frédéric Pouliot<sup>2,4</sup>, François Bordeleau<sup>1,2,3</sup>, Stéphane Bolduc<sup>1,2,4</sup>.**

<sup>1</sup>LOEX, Regenerative Medicine Division, CHU de Québec-Université Laval research center, ; <sup>2</sup>CHU de Québec-Université Laval Research Center (Oncology Division), ; <sup>3</sup>Department of Molecular Biology, Medical Biochemistry and Pathology, Université Laval, ; <sup>4</sup>Department of Surgery, Faculty of Medicine, Laval University,.

## INTRODUCTION

Prostate cancer (PCa) ranks among the most prevalent cancers in developed nations, yet treatments for advanced stages offer palliative relief. The existing research models for PCa lack fidelity in replicating crucial aspects of its biology, impeding translational potential to clinical applications. Our project's primary objective was to create a human-derived 3D PCa model utilizing tissue engineering techniques.

## METHODS

Our methodology involves the cultivation of human prostate fibroblasts using the self-assembly method, creating stroma, and subsequent seeding of prostate epithelial cells on this stroma to mature into an epithelium. Specific cell culture conditions, including testosterone incorporation, replicate the hormone-responsive nature of the prostate. We integrated invasive PCa cell lines and spheroids to analyze invasion dynamics, offering a comprehensive platform for studying the tumor microenvironment.

In our process, fibroblasts are initially seeded at confluence in six well plates with a circular paper anchor, held down with a round stainless-steel ingot, and cultured in DMEM medium supplemented with ascorbate to promote collagen deposition over 14 days. Subsequently, these sheets are reseeded with fibroblasts for another 14 days and stacked, aided by rectangular stainless-steel ingots to facilitate stromal layers' fusion. Half of these stromas are cultured using a mixed media, incorporating conditioned media from the DU145 cell line to promote the induction of the fibroblasts into cancer-associated fibroblasts (CAF). Spheroids produced from the LNCAP and DU145 PCa cell lines were deposited onto the stromas. The DU145 line represents invasive PCa cells while LNCAP denotes a non-invasive cell line.

## RESULTS

We successfully created manipulatable stromas formed from prostate fibroblasts and from CAFs. Atomic force microscopy (AFM) was performed on the stromas to measure tissue rigidity, and thus ascertain the presence of CAF in the CAF induced stromas. Spheroids from the DU145 and LNCAP PCa cell lines were deposited on these stromas and their invasion of the tissues was analyzed by AFM and immunofluorescence. These techniques were done to allow better visualization of the spheroid invasion into the stroma and its impact on the neighboring cell's rigidity, mimicking the cancer microenvironment, and the CAFs' induction, leading to a higher rigidity.

## CONCLUSION

This groundbreaking model shows great promise in discovering new treatment targets, which could improve patient outcomes and reduce the economic strain of PCa on healthcare systems. Our work in creating a 3D model of prostate cancer using human cells marks a significant advancement in PCa research.

# HIGH GRADE PROSTATE CANCER : IMPACT OF LOW PSA LEVELS AT DIAGNOSIS ON DISEASE PROGRESSION FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY.

Jérémie Nadeau<sup>1</sup>, Daphnée Bédard-Tremblay<sup>1</sup>, Narcisse Singbo<sup>2</sup>, Frédéric Pouliot<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Département d'urologie, Université Laval, Québec, Canada, ; <sup>2</sup>Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval, Québec, Canada.,.

## INTRODUCTION

The most impactful prognostic factors in prostate cancer (PCa) involve Gleason Score (GS), preoperative Prostatic Specific Antigen (pPSA) and TNM stage. Elevated PSA levels have long been associated with poorer outcomes. However, High grade (HG) PCa, defined by GS  $\geq 8$ , can occasionally present with low pPSA ( $< 5$  ng/ml). Recent evidence suggests that in HG PCa, lower pPSA levels may correlate with worse outcomes compared to intermediate levels, challenging the linear relationship between pPSA and PCa severity. This study aims to investigate whether low pPSA levels predict inferior recurrence-free survival and development of lethal PCa post-radical prostatectomy (RP) compared to intermediate pPSA levels in localized HG PCa patients.

## METHODS

This retrospective cohort study analyzed patients with localized PCa and biopsy-proven HG who underwent RP at our center and PROCURE's biobank between 2011 and 2021. Pathological data from prostate biopsies and surgical specimens were collected, and clinical outcomes were assessed. Statistical analyses were conducted using SAS 9.4 software. Restricted cubic spline with Cox regression, and Kaplan Meier analysis with log-rank tests were used to compare outcomes among patients with low ( $< 5$  ng/mL), intermediate (5-8 ng/mL) and high pPSA ( $> 8$  ng/mL) levels. Primary outcome was progression to lethal PCa defined as metastatic disease or PCa-related death.

## RESULTS

A total of 729 patients were analyzed, with a median pPSA level of 7.3 ng/ml and a mean follow-up of 72 months. Pathologic evaluation revealed positive surgical margins in 373 (51%),  $\geq pT3$  in 484 (66%) and pN1 in 175 (24%). Over the study period, biochemical recurrence occurred in 425 (58%), while 115 (16%) developed metastasis and 78 (11%) castration-resistant cancer. No significant statistical difference was observed in progression to lethal PCa between patients with low and intermediate pPSA levels. Restricted cubic spline with Cox regression revealed a direct correlation between PSA and lethal PCa.

## CONCLUSION

In our specific population of high-grade prostate cancer patients treated with radical prostatectomy, we did not observe a worse impact of low preoperative PSA levels compared to intermediate PSA levels on the progression to lethal PCa, contrary to findings from other studies.

# EFFET D'UNE SUPPLÉMENTATION EN OMÉGA-3 SUR LE MICROENVIRONNEMENT TUMORAL DU CANCER DE LA PROSTATE.

**Lucie Leclair<sup>1,2,3,4</sup>, Gabriel Lachance<sup>1,2,3</sup>, Oscar Molina<sup>1</sup>, Hélène Hovington<sup>1</sup>, Yves Fradet<sup>1,2,3</sup>, Karine Robitaille<sup>1,2,3</sup>, Vincent Fradet<sup>1,2,3,4</sup>.**

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, Québec, Québec.; <sup>2</sup>Centre Intégré de Cancérologie (CIC), Université Laval, Québec, Qc.; <sup>3</sup>Centre Nutrition, Santé et Société (NUTRISS) et Institut sur la nutrition et les aliments fonctionne.; <sup>4</sup>Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec, Qc.,

## OBJECTIF

Le cancer de la prostate (CaP) est associé à l'inflammation chronique du tissu. Un monoacylglycérade couplé à l'acide eicosapentaénoïque (MAG-EPA), un sous-type d'acide gras oméga-3 aux propriétés anti-inflammatoires, a été testé dans un essai clinique de phase II mené par notre équipe. 130 hommes atteints de CaP ont été randomisés à la prise de MAG-EPA ou d'un placebo pour sept (7) semaines avant leur prostatectomie. Les issues cliniques suggèrent que la supplémentation en MAG-EPA favorise une diminution de l'agressivité du cancer entre la biopsie et la chirurgie ( $p=0.024$ ) et réduit le risque de récurrence biochimique ( $p=0.048$ ). La présente étude vise à approfondir le rôle du MAG-EPA sur la modulation du microenvironnement tumoral du CaP, en particulier sur le changement de grade histologique.

## MÉTHODES

Des échantillons de tissus prostatiques ont été collectés à la chirurgie et disposés sur des micromatrices tissulaires. Le profilage immunitaire a été réalisé par immunohistochimie et immunofluorescence multiplexée à haut débit. L'analyse quantitative et spatiale des cellules immunitaires a été effectuée en association avec les données cliniques. Résultats

Comparé au placebo, les patients supplémentés avec le MAG-EPA présentant un changement de grade à la baisse ont un plus grand nombre d'amas lymphocytaires. La composition et l'organisation spatiale du microenvironnement tumoral montrent aussi des différences entre les deux groupes, particulièrement chez les patients avec un changement de grade à la baisse.

## CONCLUSION

La supplémentation en MAG-EPA semble moduler le microenvironnement tumoral associé à une diminution de l'agressivité du CaP. L'analyse plus approfondie des types cellulaires impliqués permettra de mieux comprendre les mécanismes anti-tumoraux. Ces premières observations soulignent le potentiel du MAG-EPA comme agent thérapeutique dans la prise en charge du CaP, en contribuant à une évolution clinique favorable.

# COMPARING OUTCOMES OF RETROPERITONEAL VS TRANSPERITONEAL ROBOTIC-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY.

**Iman Sadri<sup>1</sup>, Abdulla Alameeri<sup>1</sup>, Simon Tanguay<sup>1</sup>, Maurice Anidjar<sup>2</sup>, Alexis Rompré-Brodeur<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>McGill University Health Centre, Division of Urology, Department of Surgery, Montréal, Québec, CA, <sup>2</sup>Jewish General Hospital, Department of Urology, McGill University, Montreal, Canada,.

## OBJECTIVE

To describe the surgical efficacy, efficiency, and safety of retroperitoneal robot-assisted partial nephrectomy (R-RAPN) versus transperitoneal robot-assisted partial nephrectomy (T-RAPN).

## METHODS

We retrospectively reviewed a prospectively maintained database of a single surgeon's robot-assisted partial nephrectomies between September 2022 and February 2024. Baseline characteristics, tumor characteristics, operative and perioperative parameters were collected. Thirty-day complications and 3-6 month follow-up creatinine and hemoglobin were gathered. Descriptive statistics, including means, standard deviations, and frequencies, were calculated for all relevant variables. Normality and homogeneity of variances assumptions were assessed for continuous variables.

## RESULTS

A total of 71 patients were included, 32 in the T-RAPN group and 39 in the R-RAPN group. Mean age, BMI, baseline eGFR, Charlson Comorbidity index, RENAL nephrometry score, and tumor size were comparable between both cohorts. Both groups had similar rates of endophytic and cystic lesions. The T-RAPN group was comprised of predominantly anterior tumors while the R-RAPN group had predominantly posterior tumors ( $p < 0.001$ ). Mean OR time was 21 minutes shorter in the R-RAPN group although failing to achieve statistical significance (186min vs 165min,  $p = 0.121$ ). Estimated blood loss was significantly lower in the R-RAPN group (328ml vs. 173ml,  $p = 0.047$ ). Clamp time was 6 minutes shorter in the R-RAPN group, approaching statistical significance ( $p = 0.076$ ). More patients in the R-RAPN group were performed using off-clamp enucleation compared to the T-RAPN cohort (19% vs 44%,  $p = 0.026$ ). Subgroup analysis for BMI  $> 35$  and anterior tumors demonstrated similar outcomes for OR time, estimated blood loss, clamp time, and postoperative day 1 hemoglobin drop between R-RAPN and T-RAPN. In posterior tumors, R-RAPN had shorter operative and clamp time, less estimated blood loss compared to T-RAPN, although failing to achieve statistical significance.

## CONCLUSION

R-RAPN is an efficient and effective approach to performing partial nephrectomy, with potential superior surgical outcomes in those with posteriorly located tumors.

# THE INCIDENCE OF URINARY TRACT INFECTIONS AND UROSEPSIS FOLLOWING HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF PROSTATE : A META-ANALYSIS

**Sepehr Niakani<sup>1</sup>, Tarek Benzouak<sup>1</sup>, Michael Maalouf<sup>1</sup>, Ahmad AlShammari<sup>2</sup>, Mélanie Aubé-Peterkin<sup>2</sup>, Fadl Hamouche<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, ; <sup>2</sup>Division of Urology, Department of Surgery, McGill University, ;

## INTRODUCTION

Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) is the gold standard management for benign prostatic hyperplasia (BPH). The rate of urinary tract infections (UTI) and urosepsis post-HoLEP, however, is unknown. Accordingly, we aim to measure the incidence of those complications and the effects of patient and procedural parameters on their occurrence.

## METHODS

Our protocol was registered on Prospero [CRD42022380847]. A comprehensive database search of MEDLINE, Embase, Web of Science, and CINAHL as well as pre-print manuscripts was conducted. Observational studies reporting the incidence of UTI and/or urosepsis post-HoLEP were included. Event rate meta-analyses were performed using a random effects model, and the impact of procedural and patient factors on infectious outcomes was measured via meta-regression analyses.

## RESULTS

The incidence of UTI and urosepsis post-HoLEP were 4.05 % and 0.7 %, respectively, as measured across 33 research articles and 11 abstracts (n = 20522). Meta-regression analyses identified that higher prostate volumes and higher volumes of resected prostatic tissue were correlated with decreased (b = -0.0332, SE = 0.0101, 95 %CI[-0.0531, -0.0134], z = -3.28, p = 0.0010) and increased (b = 0.0405, SE = 0.0103, 95 %CI[0.0203, 0.0608], z = 3.93, p < 0.0001) rates of UTI, respectively. The effects of other pre- and intra-operative factors on the occurrence of UTI or urosepsis were not significant.

## CONCLUSION

Our study is the first evidence synthesis reporting the incidence of post-HoLEP UTI (4.05 %) and urosepsis (0.7 %). Indeed, our findings underline the safety of HoLEP in the treatment of BPH. Additionally, the effects of prostate and resected tissue volumes on the incidence of UTI highlight their importance in determining patients' risk profiles pre-operatively for reducing infectious outcomes, particularly in those deemed at risk.



# LA RADIOMIQUE POUR PRÉDIRE L'HISTOLOGIE DES MASSES RÉNALES.

**Teodora Boblea Podasca<sup>1</sup>, Mahdi Ait Lhaj Loufti<sup>2</sup>, Marc-Antoine Blais<sup>3</sup>, Marie-Lou Gadoury-Campbell<sup>3</sup>, Stéphanie Boulet<sup>1</sup>, Martin Vallières<sup>2</sup>, Patrick O. Richard<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada, ; <sup>2</sup>Département d'informatique, faculté des sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada, ; <sup>3</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada,

## INTRODUCTION

Présentement, les médecins ne peuvent pas se fier aux imageries pour déterminer avec précision l'histologie d'une masse rénale. La radiomique – l'extraction de données quantitatives provenant d'une imagerie – pourrait aider à résoudre ce problème. L'objectif principal de cette étude était de construire un modèle prédictif utilisant la radiomique sur CT scan et/ou des données cliniques pour distinguer le carcinome rénal à cellules claires (ccRCC) du carcinome rénal à cellules non claires (nccRCC).

## MÉTHODES

Cette étude rétrospective unicentrique a utilisé le système d'information canadien sur le cancer du rein pour identifier les patients opérés pour un carcinome rénal localisé entre 2011 et 2021. Les données cliniques ont été extraites et, pour chaque patient, la masse rénale a été segmentée manuellement sur le scan sans contraste (CT) et avec contraste (CECT). Ensuite, 173 caractéristiques radiomiques ont été extraites. 80 % de l'ensemble de données a été utilisé pour créer et tester 5 modèles prédictifs indépendants avec un algorithme XGboost. Une fois le meilleur modèle choisi, le 20 % de données restantes a été utilisé pour tester la performance du modèle final.

## RÉSULTATS

326 patients ont été inclus : 76 % avec un ccRCC et 24 % avec un nccRCC. La taille moyenne des tumeurs était de  $5,1 \pm 3,2$  cm. Pour le stade T clinique : 66 % étaient T1, 7 % T2, et 27 % T3 ou T4. Après l'analyse des 5 modèles, celui utilisant la radiomique sur CECT a démontré les meilleurs résultats, avec une AUC de 0,83 [IC95 % : 0,76, 0,88] et une sensibilité et spécificité de 91 % [IC95 % : 81,97] et 48 % [IC95 % : 30, 80] respectivement. Le modèle final avait une AUC de 0,90, avec une sensibilité de 86 % et une spécificité de 80 %.

## CONCLUSIONS

En conclusion, notre modèle prédictif basé sur la radiomique a démontré une bonne performance pour la distinction des ccRCC et nccRCC sur CECT. Cela soutient l'utilisation de la radiomique pour aider à guider la gestion du cancer du rein.

# VIRTUAL REALITY IN PAIN MANAGEMENT DURING EXTRACORPOREAL LITHOTRIPSY SESSIONS : A RANDOMIZED PILOT STUDY.

**Roxann Thériault<sup>1</sup>, Marie-Philippe Harvey<sup>2,3</sup>, Carmen-Édith Belleï-Rodriguez<sup>2,3</sup>, Aurélie Flaive<sup>2,3</sup>, Lucas Seggio<sup>2,3</sup>, Serge Marchand<sup>3</sup>, Guillaume Léonard<sup>2,3</sup>, Samuel Lagabriele<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada, ; <sup>2</sup>Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie, Sherbrooke, QC, Canada, ; <sup>3</sup>Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, QC, Canada,

## INTRODUCTION

Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) is an effective but painful treatment modality for kidney stone disease, which may require the use of opioids. Virtual reality (VR) creates an immersive environment known to reduce the perception of pain. The objective of this randomized pilot clinical trial was to evaluate the feasibility of the protocol and the effect of VR on pain, anxiety and opioids consumption.

## METHODS

Patients with radiopaque kidney stones undergoing ESWL for the first time were randomized 2:1 into VR or control group, targeting a sample size of 30 participants. The VR group wore headsets producing a visual and audio stimulation for 20 minutes before ESWL, while the control group had a break in a quiet room. Pain intensity was assessed using a visual analog scale and anxiety using the IASTA questionnaire pre and post ESWL. Fentanyl consumption was recorded by dose of 50mcg injected upon patient's request. Technicians performing the ESWL sessions were blinded to group allocation and followed the same protocol to gradually increase the intensity of the ESWL.

## RESULTS

Out of 267 ESWL done in our institution from November 2022 to May 2024, 69 patients (25.8 %) were eligible. 30 were included (18 in VR group, 12 in control group; mean age 57, range 21-82). VR was well tolerated, except for one patient who asked to stop after 5 minutes. Pain intensity was significantly lower in the VR group (3.8/10) compared to controls (5.9/10,  $p=0.043$ ). No differences were found in the average ESWL power (69 vs 67 %,  $p=0.669$ ), antalgic doses used (1.4 vs 1.4,  $p=0.753$ ) and IASTA questionnaires ( $p=0.263$ ), in both groups.

## CONCLUSIONS

Results show promising outcomes of VR during ESWL in terms of pain perception, although antalgic doses and anxiety were not reduced. VR was well-tolerated by patients. The implementation of an adequately powered randomized controlled trial will face a low recruitment rate and appropriate strategies will have to be elaborated.

# ANESTHÉSIE LOCALE EN URÉTÉROSCOPIE FLEXIBLE : ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES PRÉDICTEURS DE DOULEUR.

**Tarek Benzouak<sup>1,2</sup>, Ahmad Alshammari<sup>1</sup>, Abdulmalik Addar<sup>1</sup>, Fadl Hamouche<sup>1</sup>, Abdullah Alahmari<sup>1</sup>, Sebastien Belliveau<sup>1</sup>, Michael Maalouf<sup>1</sup>, Rakan Al Haidey<sup>1</sup>, Sero Andonian<sup>1</sup>, Nada Mohamed<sup>1</sup>, Nader Fahmy<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Division d'Urologie, Département de Chirurgie, Université McGill, ; <sup>2</sup>Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université McGill,.

## INTRODUCTION

L'uréthérocopie (URS), couramment utilisée dans la gestion minimalement invasive de l'urolithiase et du carcinome urothélial, repose traditionnellement sur l'anesthésie générale pour assurer le confort des patients. Le passage à l'URS flexible, favorisé par les avancées technologiques endourologiques, propose l'anesthésie locale (AL) comme alternative pour réduire les risques périopératoires et améliorer la récupération. Cette étude évalue les résultats rapportés par les patients sous AL en URS flexible, visant à redéfinir les protocoles d'anesthésie pour cette approche.

## MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective de cohorte au Centre de santé de l'Université McGill, analysant les procédures d'URS flexible réalisées sous AL par un seul chirurgien de mai 2020 à mars 2023. Les données démographiques des patients, les détails procéduraux et les scores de douleur post-procédurale, mesurés à l'aide d'une échelle visuelle analogique, ont été collectés.

## RÉSULTATS

Nous avons inclus 61 procédures d'URS sous AL, avec un score de douleur moyen de 2,05, indiquant des expériences de douleur globalement faibles. Les indications pour l'URS incluaient le cancer urothélial des voies urinaires supérieures (47,5 %), les sténoses (32,8 %) et l'urolithiase (19,7 %). La procédure était très tolérable, avec un seul abandon en raison de l'inconfort. Notre modèle multivarié expliquait 31 % de la variance des résultats de douleur ( $R^2 = 0,314$ ,  $F(9, 51) = 2,599$ ,  $p = 0,015$ ). L'utilisation du guide augmentait les scores de douleur de 1,87 unité ( $\beta = 1,869$ ,  $p = 0,004$ ) par rapport à l'URS à main levée. Les patients masculins ressentait des scores de douleur réduits de 1,38 unité par rapport aux patientes ( $\beta = -1,380$ ,  $p = 0,029$ ).

## CONCLUSION

Ces résultats suggèrent que l'AL pourrait être une alternative viable à l'anesthésie générale pour certaines populations de patients subissant une URS. L'identification de prédicteurs de douleur, tels que l'utilisation de guide et les différences de douleur entre les sexes, suggère que les facteurs patients et procéduraux affectent le confort des patients lors de l'URS sous AL. Des études prospectives et des essais contrôlés randomisés sont essentiels pour valider ces observations et pour élucider pleinement le rôle de l'AL dans l'amélioration des résultats patients en URS flexible.

# COST-EFFECTIVENESS OF PARP INHIBITORS FOR PATIENTS WITH METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER – THE CANADIAN PERSPECTIVE.

**Ivan Yanev<sup>1,2</sup>, Armen G. Aprikian<sup>3</sup>, Brendan L. Raizenne<sup>4</sup>, Alice D'agomir<sup>3,5</sup>.**

<sup>1</sup>Experimental Surgery, McGill University, Montreal, QC H<sup>3</sup>A 0G<sup>4</sup>, Canada, ; <sup>2</sup>Centre for Outcomes Research and Evaluation, Research Institute of McGill University Health Centre, , ; <sup>3</sup>Division of Urology, Department of Surgery, McGill University, Montreal, QC H<sup>3</sup>A 0G<sup>4</sup>, Canada., ; <sup>4</sup>Division of Urology, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, 900 St. Denis, Montréal, QC, H<sup>2</sup>, ; <sup>5</sup>Faculty of Pharmacy, University of Montreal, 2940 Chem. de Polytechnique, Montréal, QC H<sup>3</sup>T 1J<sup>4</sup>, Cana.,

## BACKGROUND

Through phase III clinical trials, (poly(adenosine diphosphate–ribose) polymerase inhibitors) (PARPI) have demonstrated outcome improvements in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) patients with alterations of breast cancer 1 or 2 genes (BRCA1/2). While improving outcomes, PARPI contribute to the ever-growing economic burden of prostate cancer. The objective of this project is to evaluate the cost-effectiveness of PARPI (olaparib, rucaparib or talazoparib) versus the standard of care (docetaxel or androgen-receptor pathway inhibitors (ARPI)) for mCRPC patients with BRCA1/2 mutations from the Canadian healthcare system perspective.

## METHODS

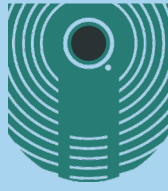
Partitioned survival models were created to represent mCRPC disease after progression until death. Survival inputs were extracted from PROfound, TRITON3 and TALAPRO-1 clinical trials, while Canadian-specific costs are presented in 2023 dollars. Outcomes are discounted at 1.5 % per year.

## RESULTS

PARPI provide better survival benefit in terms of quality-adjusted life years (QALY) than the current standard of care, but at a higher additional cost (incremental cost-utility ratio of \$572,009/QALY). PARPI required price reductions of up to 83 % to meet local willingness-to-pay thresholds (WTP). Results were most sensitive to PARPI acquisition costs and health state utility parameters.

## CONCLUSIONS

While providing survival benefits to mCRPC patients presenting deleterious BRCA1/2 gene mutations, PARPI are not as cost-effective and require major price reductions to reach local WTP thresholds.



ASSOCIATION DES  
UROLOGUES  
DU QUÉBEC  
QUEBEC  
UROLOGICAL  
ASSOCIATION

