

45^e
congrès annuel

PROGRAMME
5 au 7 novembre 2021



**ASSOCIATION DES
UROLOGUES
DU QUÉBEC
QUEBEC
UROLOGICAL
ASSOCIATION**



TABLE DES MATIÈRES

Conseil d'administration de l'A.U.Q.	4	Session I.....	13
Comité de développement professionnel continu	4	Session II.....	16
Comité de sélection (prix aux résidents).....	4	Session III.....	16
Comité de mise en candidature	4	Session IV.....	17
Comité organisateur du 45 ^e congrès annuel (2021)	4	Session V.....	20
Présidents de l'Association des urologues du Québec depuis 1966.....	4	Session VI	21
Présidents du comité d'éducation médicale depuis 1978.....	5	Session VII.....	21
Prix Jean Charbonneau.....	5	Session VIII.....	22
Conseil d'administration de la Fondation de l'AUQ	5	Session IX.....	22
Les principaux commanditaires de la Fondation	6	Session X.....	23
La Fondation de l'Association des urologues du Québec a remis cette année une bourse d'étude	6	Session XI.....	23
Renseignements généraux	8	Session XII.....	24
Objectifs éducatifs	9	Session XIII.....	24
Programme général.....	10	Session XIV	25
Collaboration spéciale.....	11	Session XV	25
Plan des exposants	12	Annexe 1 – Session 1	26
		Annexe 2 – Session 4.....	38

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

EXECUTIVE COMMITTEE OF THE Q.U.A.

D^r Alain Maillette, Président
D^r Steven P. Lapointe, Président-sortant
D^r Frédéric Soucy, Vice-président
D^r Thierry Lebeau, Secrétaire
D^r Samer Hanna, Trésorier
D^r Gaétan Duchesnay, Conseiller
D^r Nader Fahmy, Conseiller
D^{re} Le Mai Tu, Présidente Comité DPC et Conseillère

COMITÉ DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT COMMITTEE

D^{re} Le Mai Tu, Présidente
D^r Mathieu Bettez
D^{re} Anne-Sophie Blais
D^{re} Marie-Pier Deschênes Rompré
D^r Nader Fahmy
D^{re} Nancy Girard
D^r Nawar Hanna
D^r Julien Letendre
D^r Vincent Trudeau
D^r Felix Couture (Résident)

COMITÉ DE SÉLECTION (PRIX AUX RÉSIDENTS)

AWARD COMMITTEE (RESIDENTS'S AWARDS)

D^r Michel Carmel, président
D^r Sero Andonian
D^{re} Maryse Marceau-Grimard
D^{re} Arianne Smith

COMITÉ DE MISE EN CANDIDATURE

NOMINATING COMMITTEE

D^r Lorne Aaron
D^r François Bénard
D^r Michel Carmel
D^r Serge Carrier
D^{re} Marie-Paule Jammal

COMITÉ ORGANISATEUR DU 45^E CONGRÈS ANNUEL (2021)

ORGANIZATION COMMITTEE OF THE 45th ANNUAL MEETING (2021)

D^{re} Le Mai Tu, Directrice scientifique
D^r Nader Fahmy, Président du congrès

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC DEPUIS 1966

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

PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉDUCATION MÉDICALE DEPUIS 1978

1978-1980 D^r Yves Homsy
1980-1982 D^r Erik Schick
1982-1984 D^r Normand Sullivan
1984-1986 D^r Bruno Laroche
1986-1988 D^r Georges Assaf
1988-1991 D^r Luc Valiquette
1991-1995 D^r Claude Trudel
1995-2001 D^r Fred Saad
2001-2004 D^r Simon Tanguay
2004-2007 D^{re} Marie-Paule Jammal
2007-2010 D^r Paul Perrotte
2010-2013 D^r Steven P. Lapointe
2013-2016 D^{re} Martine Jolivet
2016-2019 D^r Samer Hanna
Présidente actuelle D^{re} 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^r Paul Dessureault
Réципиendaire 1998 D^r Roméo Charrois
Réципиendaire 1999 D^r Pierre E. Bertrand
Réципиendaire 2000 D^r Normand Sullivan
Réципиendaire 2001 D^r Mostafa M. Elhilali
Réципиendaire 2002 D^r Jean-Paul Perreault
Réципиendaire 2004 D^r Claude Trudel
Réципиendaire 2007 D^r Yves Fradet
Réципиendaire 2010 D^r Luc Valiquette
Réципиendaire 2012 D^r Jean-Guy Vézina
Réципиendaire 2014 D^r Yosh Taguchi
Réципиendaire 2016 D^r Bruno Laroche
Réципиendaire 2018 D^r Fred Saad

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION DE L'AUQ

EXECUTIVE COMMITTEE OF THE QUA FONDATION

D^{re} Marie-Paule Jammal, Présidente
D^r François Bénard, Représentant le président de l'AUQ
D^r Robert Sabbagh, Président Comité scientifique
D^{re} Johanne Drouin, Représentant milieu non-universitaire
D^r Louis Lacombe, Représentant universitaire
D^r 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.

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 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.

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\$

Sanofi-aventis 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 2020

D^{re} Anne-Sophie Valiquette

Projet 1 : Validation externe du rôle du ratio neutrophiles-lymphocytes comme biomarqueur prédicteur de la réponse à l'abiratéron 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^r José Rubio Briones

LAURÉATS 2019

D^{re} 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^r. Danielle

Verstegen, MHPE Programme Director

LAURÉATS 2018

D^{re} Anne-Sophie Blais

Assessing Semen Quality in Men Undergoing Checkpoint Inhibitor Therapy for Melanoma

Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Directeur de recherche : D^r Armando Lorenzo

D^r Malek Meskawi

Identification of Novel High Quality Methylated DNA Markers in Renal Tumors : Whole Methylome Discovery, Tissue Validation, and Feasibility Testing in Blood and Urine

Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

Directeur de recherche : Prof. Matthew Getman

D^{re} Sophie Ramsay

L'urétroplastie ventral avec greffe de muqueuse buccale sans incision vaginale : une étude prospective à court terme

Austin Health
Victoria, Australia

Directeur de recherche : D^r Johan Gani

D^{re} Alice Yu

Impact of Multiparametric prostate MRI and Targeted Biopsy on the Cost and Clinical Outcomes of Active Surveillance.

Massachusetts General Hospital
Boston, Ma

Directeur de recherche : D^r Adam S. Feldman

LAURÉATS 2017

D^r Mounsif Azizi

Assessment of PD-L1 expression in invasive penile squamous cell carcinoma and its clinical correlates as prognostic factor and potential immunotherapeutic target

D^r Pierre-Alain Hueber

Identification of the molecular players of macula densa-derived stem cells in nephron repair

D^r Hugo Lavigueur-Blouin

Évaluation de la méthode optimale de décompression urgente du système collecteur pour le traitement de la pyonéphrose

LAURÉATS 2016

D^r Nawar Hanna

Regional Variation in Prostate Cancer Screening, Incidence and Mortality

D^{re} Salima Ismail

L'expression de Foxp3 et d'IDO dans le cancer de la vessie associé à shistosomiase vésicale

LAURÉATS 2015

D^r Nawar Hanna

Comparaison of Prostate Cancer Care across the USA, Canada, UK and Germany

D^{re} Salima Ismail

La Toxine Botulinique intravésicale durant le choc spinal

D^r Evan Kovac

A Prospective Study of MRI, PCA-3 and Genomic Testing in Predicting Future Important Prostate Cancer Diagnosis after an Initial Biopsy Showing ASAP or Low-risk Prostate Cancer

D^r Faysal Yafi

Efficacy of Mirabegron in the Prevention and Treatment of Erectile Dysfunction in a Rat Model

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'horaire de cette année est modifié afin de tenir compte des mesures sanitaires.

VENDREDI 5 NOVEMBRE :

- Les inscriptions auront lieu au **Verchères**, le vendredi 5 novembre 2021 à compter de 7 h 00.
- *Registration will be held in **Verchères**, Friday November 5, 2021, from 7:00 A.M.*
- Le petit déjeuner sera servi dans la **Salle de Bal** de 7 h 15 à 8h 15.
- *Breakfast will be served in the **Ballroom** from 7:15 to 8:15 a.m.*
- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle Frontenac** de 8 h 15 à 18 h 45
- *Scientific meetings take place in the **Salle Frontenac** from 8:15 a.m. to 6:45 p.m.*
- Prendre « boîte à pause-santé » dans la **Salle de Bal** après la visite des exposants qui a lieu de 9 h 49 à 10 h 50.
- *Take a “boîte pause-santé” in **Ballroom** after the exhibitors’ visit which takes place from 9:49 am to 10:50 am*
- Un déjeuner sera servi de 12 h 20 à 13 h 20 à la **Salle de Bal**.
- *A lunch will be served from 12:20 to 13:20 on in **Salle de Bal**.*
- Prendre « boîte Pause-santé » dans la **Salle de Bal** après la visite des exposants qui a lieu de 15 h 36 à 16 h 35.
- *Take a “boîte pause-santé” in the **Ballroom** after the exhibitors’ visit which takes place from 3:36 am to 4:35 p.m.*
- Visite des exposants de 17 h 00 à 17 h 45
- *Visit of exhibitors from 5:00 p.m. to 5:45 p.m.*

SAMEDI 6 NOVEMBRE :

- Un petit déjeuner sera servi de 7 h 00 à 8 h 00 a.m. à la **Salle de Bal**.
- *Breakfast will be served from 7:00 to 8:00 a.m. in the **Ballroom***
- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle Frontenac** de 8 h 00 à 18 h 55
- *Scientific meetings take place in the **Salle Frontenac** from 8:00 a.m. to 6:55 p.m.*
- Prendre « boîte à pause-santé » dans la **Salle de Bal** après la visite des exposants qui a lieu de 9 h 50 à 10 h 50.
- *Take a “health break box” in the **Ballroom** after the exhibitor visit which takes place from 9:50 am to 10:50 am.*
- Un déjeuner sera servi de 11 h 50 à 12 h 50 dans la Salle de Bal.
- *A lunch will be served from 11:50 to 12:50 in the **Ballroom***
- Le Banquet du Président aura lieu à 19 h 30 à la **Salle de Bal**.
Assurez-vous d’avoir vos billets.
- *The President’s Ball will be at 7:30 P.M. in the **Ballroom**.*
Be sure to have your tickets.

DIMANCHE 7 NOVEMBRE :

- Un petit déjeuner sera servi de 8 h 00 à 9 h 00 a.m. à la **Salle de Bal**.
- *Breakfast will be served from 8:00 to 9:00 a.m. in the **Ballroom**.*
- Les réunions scientifiques ont lieu dans la **Salle Frontenac** de 9 h 00 à 12 h 00
- *Scientific meetings take place in the **Salle Frontenac** from 9:00 a.m. to 12:00 p.m.*

Les frais d'inscription pour les urologues en règle de l'Association des Urologues du Québec sont de 500\$. 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 950\$.

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

Registration fee for the members of the Quebec Urological Association is \$500. This fee is included and taken from the annual membership fee.

Registration fee for non-member urologists is \$950.

For the Quebec residents, there is no registration fee.

Le Banquet du Président est payé par et pour

les membres de l'association inscrits au congrès via leur cotisation, 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 au secrétariat au coût de 135\$ par personne (514) 350-5131.

The President's Banquet is free of charge for members of the association registered for the congress, but they must book 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 from the Secretariat at a cost of \$135 per person (514) 350-5131.

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^r Paul René de Cotret

Néphrologue et interniste
L'Hôtel-Dieu de Québec du Centre Hospitalier
Universitaire de Québec (1986-)
Professeur titulaire et Directeur de la
division facultaire de néphrologie,
Faculté de médecine
Université Laval

D^r Kirk Lo

Assistant Professor
University of Toronto
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

D^r Warner Mampuya

Professeur titulaire
Service de cardiologie
Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux de l'Estrie

D^r Tom Chi

Professor of Urology
University of California, San Francisco
Parnassus Campus
San Francisco, CA

M Johan Saba

Fondateur
SEED AI
Montréal, Québec

Conférenciers locaux / table ronde

D^{re} Anne-Sophie Blais

D^r Jean-François Audet

D^r Diego Barrieras

D^{re} Sara Baillargeon-Gagné

D^r Serge Carrier

D^{re} Annie Imbeault

D^{re} Martine Jolivet

D^r Malek Meskawi

D^r Simon Ouellet

D^r Fred Saad

D^r Robert Sabbagh

D^r Hugues Widmer

D^r Vincent Trudeau

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 5 NOVEMBRE 2021

- 07 h 00 - 15 h 00** Inscription
VERCHÈRES
- 07 h 15 - 8 h 15** Petit déjeuner
SALLE DE BAL
- 08 h 15 - 09 h 48** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 09 h 49 - 10 h 50** Pause santé
Visites des exposants
SALLE DE BAL
- 10 h 50 - 12 h 20** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 12 h 20 - 13 h 20** Déjeuner
SALLE DE BAL
- 13 h 20 - 15 h 36** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 15 h 36 - 16 h 35** Pause santé
Visites des exposants
SALLE DE BAL
- 16 h 35 - 17 h 00** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 17 h 00 - 17 h 45** Visite des exposants
SALLE DE BAL

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

- 07 h 00 - 8 h 00** Petit déjeuner
SALLE DE BAL
- 08 h 00 - 10 h 00** Petit déjeuner
SALLE DE BAL
- 08 h 00 - 09 h 50** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 09 h 50 - 10 h 50** Pause santé
Visite des exposants
SALLE DE BAL
- 10 h 50 - 11 h 50** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 11 h 50 - 12 h 50** Déjeuner
SALLE DE BAL
- 12 h 50 - 15 h 55** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 15 h 55 - 18 h 25** ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
ASSOCIATION DES
UROLOGUES DU QUÉBEC
SALLE FRONTENAC
- 18 h 25 - 18 h 55** ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
FONDATION DE L'ASSOCIATION
DES UROLOGUES DU QUÉBEC
SALLE FRONTENAC
- 18 h 55 - 19 h 30** Période libre
- 19 h 30 - 00 h 00** Banquet du Président
SALLE DE BAL

DIMANCHE 7 NOVEMBRE 2021

- 08h 00 - 09 h 00** Petit déjeuner
SALLE DE BAL
- 09 h 00 - 11 h 55** Sessions scientifiques
SALLE FRONTENAC
- 11 h 55 - 12 h 00** MOT DE LA FIN
- 12 h 00** Clôture du congrès

La tenue de cette activité a été rendue possible grâce à une subvention à visée éducative

PARTENAIRES ÉLITES (25,000\$ ET PLUS)

ELITE SPONSORS (\$25,000 AND MORE)

Merck Canada

PARTENAIRES MAJEURS (15,000\$ ET PLUS)

MAJOR SPONSORS (\$15,000 AND MORE)

**Amgen Canada
TerSera Canada**

PARTENAIRE VIRTUEL (15,000\$ ET PLUS)

VIRTUAL SPONSORS (\$15,000 AND MORE)

AbbVie Canada

PARTENAIRES (5,000\$ ET PLUS)

SPONSORS (\$5,000 AND MORE)

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 14 h 30 particulièrement pendant les pauses santés 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 2:30 P.M. particularly during coffee and lunch breaks. We encourage you to visit all the displays.

Amgen Canada
Bd/bard canada inc.
Boston Scientific Ltd.
Clarion Medical Technologies
COLOPLAST Canada Corporation
Cook Canada Inc.
Ferring Pharmaceutical Canada
Karl Storz Endoscopy Canada Ltd.
Knight Therapeutics Inc.
Merck / AstraZeneca
Olympus Canada Inc.
Red Leaf Medical Inc.
TerSera 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 heures pour l'activité globale. Vous pouvez déclarer un maximum de heures en section 1 / activité de développement professionnel reconnue (catégorie A) et un maximum de heure en section 3 / activité d'évaluation de l'exercice (catégorie B). Les participants doivent réclamer un nombre d'heures conforme à la durée de leur participation.

ACTIVITÉS 2022

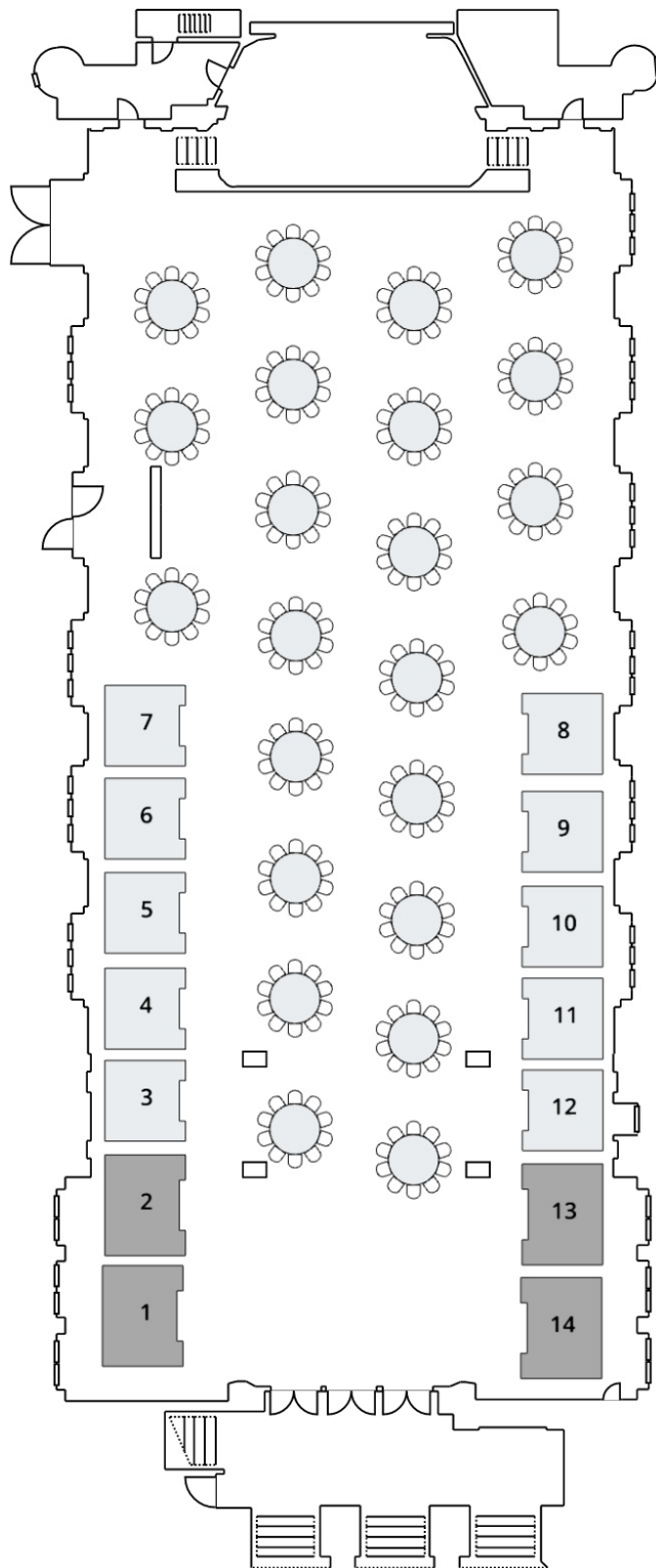
RÉUNION SEMI-ANNUELLE Date et lieu à déterminer

CONGRÈS ANNUEL Date et lieu à déterminer

PLAN DES EXPOSANTS

Fairmont Le Château Frontenac

BECTON DICKINSON (BD)	1
TERSERA	2
AMGEN.....	3
COLOPLAST	4
KARL STORZ.....	5
COOK.....	6
OLYMPUS	8
RED LEAF MEDICAL.....	9
KNIGHT THERAPEUTICS.....	10
BOSTON SCIENTIFIC	11
MERCK/ASTRA ZENECA.....	12
CLARION MEDICAL	13
FERRING	14



SESSION I

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

CONCOURS ET PRÉSENTATIONS DES RÉSIDENTS ET FELLOWS

Objectifs éducatifs

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 jeunes urologues en fellowship.

Modératrices : D^{res} Émilie Baillargeon et Nancy Girard

07:15 - 08:15 PETIT DÉJEUNER

Assis et servi à la table

Salle de Bal

08:15 - 08:24 Mot de bienvenue

D^{re} Le Mai Tu et D^r Nader Fahmy

08:24 - 08:31 PILOT TRIAL OF TELEMEDICINE IN UROLOGY : VIDEO VS. TELEPHONE CONSULTATIONS

David-Dan Nguyen¹, Anne Xuan-Lan Nguyen¹, David Bouhadana¹, Kahina Bensaadi², François Peloquin³, Jean-Baptiste Lattouf³, Daniel Liberman³, Manon Choinière⁴, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montreal, QC, Canada, ³Division of Urology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ⁴Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, Université de Montréal

08:31 - 08:38 PATIENT'S AND PHYSICIAN'S RESPECTIVE SATISFACTION AFTER TELEMEDICINE UROLOGY CONSULTATIONS : A SUB- ANALYSIS OF 315 CASES FROM THE PROSPECTIVE QUEBEC CITY TELEMEDICINE STUDY

Bruno Turcotte¹, Lynda Bélanger¹, Sophie Paquet¹, Anne-Sophie Blais¹, Annie-Claude Blouin¹, Stéphane Bolduc¹, Amélie Bolduc-Mohktar¹, Michel Bureau¹, Yves Caumartin¹, Jonathan Cloutier¹, Marie-Pier Deschênes-Rompré¹, Thierry Dujardin¹, Yves Fradet¹, Noémie Gaudreau¹, Louis Lacombe¹, Katherine Moore¹, Fannie Morin¹, Geneviève Nadeau¹, Francis Simard¹, David Simonyan¹, Frédéric Soucy¹, Rabi Tiguert¹, Paul Toren¹, Frédéric Pouliot¹, Michele Lodde¹

¹CHU de Québec-Université Laval

08:38 - 08:45 FIRST CANADIAN EXPERIENCE ON PROPIVERINE USE IN CHILDREN WITH OVERACTIVE BLADDER (OAB)

Élisabeth Lapointe¹, Stéphane Bolduc¹, Narcisse Singbo¹

¹CHU de Québec-Université Laval

08:45 - 08:52 **ÉTUDE DU MICROBIOTE
INTESTINAL DANS LE
CANCER DE LA PROSTATE :
DU DÉVELOPPEMENT À LA
RÉPONSE AUX TRAITEMENTS**

Jalal Laaraj¹, Justine Desrochers-Goyette¹, Gabriel Lachance^{1,2}, Jean-François Pelletier¹, Thibaut Varin², Sidki Bouslama³, Yves Fradet¹, Nicolas Derome³, David Labbé⁴, André Marette², Alain Bergeron¹, Karine Robitaille¹, Vincent Fradet¹.

¹ Laboratoire d'Uro-Oncologie Expérimentale, Axe d'oncologie, Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada.

² Centre de recherche de l'IUCPQ, Québec, QC, Canada.

³ Institut de Biologie Intégrative et des Systèmes (IBIS), Université Laval, Québec, QC, Canada.

⁴ Cancer Research Program, Research Institute of the McGill University Health Centre, Montréal, Québec, Canada

08:52 - 08:59 **WATER VS WATER II : THREE
YEAR COMPARISON OF
AQUABLATION THERAPY FOR
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

David-Dan Nguyen¹, Dean S. Elterman², Kevin C. Zorn³, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Division of Urology, University Health Network (UHN), University of Toronto, Toronto, ON, Canada, ³Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

08:59 - 09:06 **DAY-CASE HOLMIUM LASER
ENUCLEATION OF THE PROSTATE :
ONE YEAR PRELIMINARY RESULTS**

Alexandre Morin¹, Stéphanie Boulet¹, Samuel Lagabriele¹

¹Département d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, QC, Canada

09:06 - 09:13 **MANAGEMENT OF INFECTED
URETERAL STENTS : AN
INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE
OF UROLOGISTS**

Ioana Fugaru¹, Naeem Bhojani², Sero Andonian¹, Nader Fahmy¹

¹McGill University Health Centre, Department of Surgery, Division of Urology, ²Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Département de chirurgie, Division d'urologie

09:13 - 09:20 **ANALYSIS OF SEX-BASED
DIFFERENCES TO BACILLUS
CALMETTE GUERIN FOR
NON-MUSCLE INVASIVE
BLADDER CANCER**

Jonathan Fadel¹, David Simonyan², Vincent Fradet¹, Michele Lodde¹, Louis Lacombe¹, Yves Fradet¹, Paul Toren¹

¹CHU de Québec - Université Laval, ²Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie, CHU de Québec - Université Laval.

09:20 - 09:27 **ÉVALUATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS DE L'USPSTF CONCERNANT LE DÉPISTAGE DE L'APS SUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE LA PROSTATE**

Raphaëlla Rosebush-Mercier^{1,2}, Jonathan Fadel¹, Vanessa Bussière², Afshin Jamshidi², Jean-François Pelletier², Karine Robitaille², Vincent Fradet^{1,2}

¹Département de chirurgie, Faculté de médecine, Université Laval, Qc, ²Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Qc

09:27 - 09:34 **A RETROSPECTIVE STUDY ANALYZING THE EFFECT OF TRANSCUTANEOUS TIBIAL NERVE STIMULATION FOR ADULTS WITH IDIOPATHIC UNDERACTIVE BLADDER**

Béatrice Bouchard¹, Camille Pigeon¹, Salima Ismail¹, Le Mai Tu¹

¹Université de Sherbrooke

09:34 - 09:41 **POSTOPERATIVE SICK LEAVE IN UROLOGY : SURVEY TO UROLOGISTS IN QUEBEC**

Vincent Gagnon¹, Salima Ismail¹, Le Mai Tu¹

¹Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

09:41 - 09:48 **RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (RCT) COMPARING ULTRASOUND-GUIDED PUDENDAL NERVE BLOCK TO ULTRASOUND-GUIDED PENILE NERVE BLOCK FOR ANALGESIA DURING PEDIATRIC CIRCUMCISION**

Bruno Turcotte¹, Frédérique Boisvert-Moreau¹, Natalie Albert¹, Stéphane Bolduc¹, Mahukpe Narcisse Ulrich Singbo¹, Ariane Boivin¹, Katherine Moore¹

¹CHU de Québec-Université Laval

09:49 - 10:50 **PAUSE-SANTÉ**

Visite des exposants

Prendre boîte santé et retourner dans la salle de conférence

SESSION II

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

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

Objectifs éducatifs

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

1. Expliquer les procédures de traitement de l'HBP concurrentes
2. Identifier les critères pour une chirurgie d'énucléation de la prostate en ambulatoire
3. Discuter des chirurgie de l'HBP chez population particulière : personnes âgées et vessie neurogène

Modératrice : D^{re} Marie-Paule Jammal

10:50 - 11:25 ÉNUCLÉATION DE LA PROSTATE AU LASER EN UTILISANT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES : UNE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Conférencier : D^r Malek Meskawi
Urologue, Professeur Adjoint de
Clinique
Département de chirurgie, Université
de Montréal
CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

11:25 - 11:35 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION III

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Définir le Spectrum épidémiologique de la maladie polykystique des reins autosomique dominante (MPRAD)
2. Expliquer les mécanismes d'actions et les résultats cliniques des antagonistes des récepteurs V2 de la vasopressine
3. Identifier et décrire la composition de cette composante dans notre pratique clinique.

Modératrice : D^{re} Marie-Pier Deschênes-Rompré

11:35 - 12 :10 **POLYKYSTOSE RÉNALE** (35min)

Conférencier : D^r Paul René de Cotret
Néphrologue et interniste
L'Hôtel-Dieu de Québec du Centre
Hospitalier Universitaire de Québec
Professeur titulaire et Directeur de la
division facultaire de néphrologie,
Faculté de médecine
Université Laval

12:10 - 12:20 PÉRIODE DE QUESTIONS

12:20 - 13:20 DÉJEUNER

Assis et servi à la table

Salle de Bal

SESSION IV

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

CONCOURS ET PRÉSENTATION DES RÉSIDENTS ET FELLOWS

Objectifs éducatifs

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 jeunes urologues en fellowship.

Modérateurs : D^{rs} Mathieu Bettez et
Mohamed El Sherbiny

13:20 - 13:27 SUBCLINICAL INFLAMMATION AS A PREDICTOR FOR ERECTILE DYSFUNCTION AFTER BRACHYTHERAPY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Laurianne Rita Garabed¹, Daniel Tausky¹,
Guila Delouya¹, Daniel Liberman¹

¹Centre Hospitalier de
l'Université de Montréal.

13:27 - 13:34 PHARMACOVIGILANCE ANALYSIS OF REPORTS OF SEXUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH FINASTERIDE USE : IMPLICATIONS FOR THE POST- FINASTERIDE SYNDROME

David-Dan Nguyen¹, Peter Herzog²,
Eugene B. Cone², Muhieddine Labban²,
Kevin C. Zorn³, Bilal Chughtai⁴, Shehzad
Basaria⁵, Dean Elterman⁶, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University,
Montreal, QC, Canada, ²Division of
Urological Surgery and Center for Surgery
and Public Health, Brigham and Women's
Hospital, Harvard Medical School,
Boston, MA, USA, ³Division of Urology,
Centre hospitalier de l'Université de
Montréal (CHUM), Université de Montréal,
Montreal, QC, Canada, ⁴Department of
Urology, Weill Cornell Medical College/
New York Presbyterian, New York, New
York, USA, ⁵Research Program in Men's
Health : Aging and Metabolism, Brigham
and Women's Hospital, Harvard Medical
School, Boston, ⁶Division of Urology,
University Health Network (UHN),
University of Toronto, Toronto, ON, Canada

13:34 - 13:41 IMPACT OF AGE AND FERTILITY STATUS ON THE CONSISTENCY OF REPEAT MEASUREMENTS OF SPERM DNA DAMAGE : A SINGLE-CENTER, PROSPECTIVE, DUAL VISIT STUDY

Francis Petrella¹, Marie-France
Lusignan¹, Maria San Gabriel¹,
Claudio Pedraza¹, Joseph Moryousef¹,
Wael Almajed¹, Peter Chan¹

¹McGill University.

13:41 - 13:48 **ORAL CYCLOSPORINE A IN ASSOCIATION WITH FULGURATION FOR THE TREATMENT OF INTERSTITIAL CYSTITIS WITH HUNNER'S LESIONS**

Raphaëlle Brière¹, Frédérique Bouchard²,
Annie-Kim Gareau-Labelle¹, Le Mai Tu²

¹Université Laval, ²Université
de Sherbrooke

13:48 - 13:55 **OPIOIDS USE AFTER URO-ONCOLOGIC SURGERIES IN TIME OF OPIOID CRISIS, THE QUEBEC EXPERIENCE**

Bruno Turcotte¹, Emma Jacques¹,
Samuel Tremblay¹, Yves
Caumartin¹, Michele Lodde¹

¹CHU de Québec-Université Laval

13:55 - 14:02 **COMPARING SKILL ACQUISITION OF RENAL ACCESS TECHNIQUES FOR PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY USING SIMULATION IN SURGICAL TRAINING**

Anne Yin¹, Christian Diab¹, Ahmad
AlMarzouq¹, Sero Andonian¹,
Caroline White¹, Nader Fahmy¹

¹Mcgill University

14:02 - 14:09 **LA PRISE EN CHARGE DES MASSES RÉNALES PAR SURVEILLANCE ACTIVE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT LA PERCEPTION DU PATIENT**

Geneviève Charbonneau¹, Catherine
Hudon², Luke Lavallée³, Wassim
Kassouf⁴, Isabelle Gaboury², Amélie
Tétu⁵, Patrick O. Richard¹

¹Service d'urologie, Département de chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, ²Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, ³Service d'urologie, Département de chirurgie, The Ottawa Hospital, Ottawa Hospital Research Institute and University of Ottawa, Ottawa, Canada, ⁴Service d'urologie, Département de chirurgie, Centre Universitaire de Santé McGill, Université McGill, Montréal, Québec, Canada, ⁵Unité de recherche clinique et épidémiologique, Centre de Recherche, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

14:09 - 14:16 **NÉPHRECTOMIE PARTIELLE ROBOT-ASSISTÉ PAR APPROCHE RÉTROPÉRITONÉALE : NOTRE EXPÉRIENCE INITIALE**

Massine Fellouah^{1,2}, Thierry Lebeau^{1,2},
Julien Letendre^{1,2}, Nawar Hanna^{1,2}

¹Université de Montréal, ²Hôpital
Maisonnette-Rosemont

14:16 - 14:23 LE BISPHÉNOL A POURRAIT FAVORISER LA TRANSITION DES CANCERS DE VESSIE NON- INVASIFS EN CANCERS INVASIFS

Ève Pellerin¹, Félix-Antoine Pellerin¹, Stéphane Chabaud¹, Frédéric Pouliot^{2, 3}, Martin Pelletier⁴, Stéphane Bolduc^{1, 2}

¹Centre de recherche en organogénèse expérimentale/LOEX, Axe Médecine Régénératrice, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ²Département de chirurgie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada, ³Axe Oncologie, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ⁴Axe Maladies Infectieuses et Immunitaires, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada

14:23 - 14:30 ASSESSING THE ACCURACY, QUALITY, AND READABILITY OF ONLINE INFORMATION RELATED TO THE SURGICAL MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

David Bouhadana¹, David-Dan Nguyen¹, Brendan Raizenne², Sai Vangala³, Iman Sadri¹, Bilal Chughtai⁴, Dean Elterman³, Kevin Zorn², Naeem Bhojani²

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ³Division of Urology, Dept. of Surgery, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada, ⁴Department of Urology, Weill Cornell Medical College/New York Presbyterian, New York, NY, USA

14:30 -14:37 ÉVOLUTION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DES KYSTES RÉNAUX BOSNIAK IIF

Félix Couture¹, Sarah Hadj-Mimoune², Stéphane Michael³, Maxime Noël-Lamy², Patrick Richard⁴

¹Département de chirurgie, Division d'urologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada, ²Département de radiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada, ³Département de radiologie, Centre Hospitalier de l'Université Laval, Québec, Canada, ⁴Département de chirurgie, Division d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

14:37 - 14:44 EXTERNAL VALIDATION OF THE MOLECULAR SUBTYPE CLASSIFIER BY IMMUNOHISTOCHEMISTRY FOR MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS WITHIN THE TRIMODAL THERAPY COHORT

Charles Hesswani¹, Chelsea L. Jackson², Gautier Marcq¹, Céline Hardy², Ronald Kool¹, Jose Joao Mansure¹, Fadi Brimo¹, David M. Berman², Wassim Kassouf¹

¹McGill University, ²Queen's University

14:44 - 14:51 HEAD-TO-HEAD COMPARISON AND VALIDATION OF TWO COMMONLY USED PREOPERATIVE NOMOGRAMS PREDICTING BIOCHEMICAL RECURRENCE AND LYMPH NODE INVASION IN A COHORT OF HIGH-GRADE PROSTATE CANCER PATIENTS

Nawar Touma¹, Maxence Larose², Jade Ouellet³, Narcisse Singbo⁴, Hélène Hovington⁴, Bertrand Neveu⁴, Louis Archambault², Frédéric Pouliot¹

¹Division of Urology, Department of Surgery and Cancer Research Center, CHU de Québec-Université Laval, Quebec City, Canada, ²Department of Physics and Optical Engineering, and Cancer Research Center, Université Laval, Quebec City, Canada, ³Faculty of Medicine, Université Laval, Quebec City, Canada, ⁴CHU de Québec-Université Laval Research Center, Université Laval, Quebec City, Canada

SESSION V

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Review the current male infertility management from counseling and advice to medications and surgery.
2. Compare and contrast infertility practice in Ontario vs in Quebec.
1. Réviser la prise en charge actuelle de l'infertilité masculine, des conseils jusqu'aux médicaments et la chirurgie.
2. Comparer la pratique de l'infertilité en Ontario par rapport au Québec.

Modérateur : Dr Peter Chan

14:51 - 15:26 INFERTILITÉ (35 min)

Conférencier : Dr Kirk Lo
Assistant Professor University of Toronto
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

15:26 - 15:36 PÉRIODE DE QUESTIONS

15:36 - 16:35 PAUSE-SANTÉ

Visite des exposants

Prendre boîte santé et retourner dans la salle de conférence

SESSION VI

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Discuter de l'histoire naturelle d'un calcul caliciel asymptomatique.
2. Comparer les risques et les bénéfices d'une approche observationnelle par rapport à une approche thérapeutique afin de mieux conseiller des patients présentant un calcul caliciel asymptomatique.

Modérateur : D^r Julien Letendre

16:35 - 16:53 DÉBAT DES RÉSIDENTS : LITHIASE CALICIEL, 7MM POLE SUPÉRIEUR

(2 min intro, 5 min chaque résident, 2 min contre-argument chaque, 2 min conclusion)

D^r Charles Hesswani (traitement)
Résident
Université McGill

D^r Bruno Turcotte (observation)
Résident
Université Laval

16:53 - 17:00 PÉRIODE DE QUESTIONS

17:00 - 17:45 Visite des exposants

SESSION VII

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Appliquer les lignes directrices canadiennes sur la maladie de Peyronie
2. Identifier les patients qui bénéficieraient davantage de traitement conservateur, chirurgical ou par injection
3. Établir une prise en charge pour les patients nécessitant un traitement par injection intra-lésionnel (via référence ou par eux-mêmes / collègues de leur groupe)

Modérateur : D^r Mathieu Bettez

07:00 - 08:00 PETIT DÉJEUNER

Assis et servi à la table

Salle de Bal

08:00 - 08:50 Maladie de Peyronie's; les nouvelles lignes directrices de l'AUC et approche clinique et non chirurgicale

Conférenciers : D^{re} Annie Imbault (25 min (Ligne directrice et non chirurgical)
Urologue
CHU-Centre hospitalier de l'Université Laval
Québec

D^r Serge Carrier (25 min)
(Ligne directrice et Chirurgical)
Urologue
CUSM
Montréal

08:50 - 09:00 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION VIII

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Identifier les pathologies pédiatriques nécessitant un suivi à l'âge adulte
2. Expliquer les enjeux thérapeutiques de ces pathologies
3. Identifier les patients qui nécessitent des soins sur-spécialisés en âge adulte

Modératrice : D^{re} Anne-Sophie Blais

09:00 - 09:40 TRANSITION URO PEDIATRIE - UROLOGIE ADULTE

Un état de changement qui peut se faire « sans crise » en visant l'autonomie et la sécurité

Conférenciers : D^r Diego Barrieras (objectif 1 et 2) (20 min),
Professeur agrégé, Département de chirurgie, Université de Montréal
Urologue, CHU Sainte Justine
Montréal

D^{re} Martine Jolivet (objectif 3) (20 min)
Urologue
CHUM, Montréal

09:40 - 09:50 PÉRIODE DE QUESTIONS

09:50 - 10:50 PAUSE SANTÉ

Visite des exposants

Prendre boîte santé et retourner dans la salle de conférence

SESSION IX

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Reconnaître l'impact oncologique de l'activité physique chez les patients atteints de néoplasies urologiques
2. Reconnaître les dernières données concernant l'impact cardiovasculaire de l'hormonothérapie
3. Estimer le risque cardiovasculaire à moyen-terme chez un patient avec un cancer urologique
4. Décrire les différents outils pour évaluer la santé osseuse des patients en oncologie
5. Se familiariser avec les différentes approches thérapeutiques pour préserver la santé osseuse ainsi que leurs indications
6. Discuter du rôle des traitements préservant la santé osseuse dans le contexte des nouvelles lignes thérapeutiques

Modérateur : D^r Nawar Hanna

10:50 - 11:40 Santé Cardiovasculaire et osseuse en Oncologie

Santé Cardiovasculaire en Oncologie

Conférencier : D^r Warner Mampuya (25 min)
Cardiologue
CHUS-Hôpital Fleurimont
Sherbrooke
Santé Osseuse en Oncologie (25 min)

Conférencier : D^r Fred Saad
Professor and Chief of Urology
Director of GU Oncology
Raymond Garneau Chair
in Prostate Cancer
University of Montreal
Hospital Center (CHUM)
Director, Prostate Cancer Research
Montreal Cancer Institute/CRCHUM
CHUM - Pavillon R

11:40 - 11:50 PÉRIODE DE QUESTIONS

11:50 - 12:50 DÉJEUNER

Assis et servi à la table

Salle de Bal

SCIENTIFIQUE X

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Outline renal access techniques during PCNL
2. Compare challenges associated with different techniques
3. Suggest indications for each technique

1. Décrire les techniques d'accès rénal pendant la néphrolithotomie percutanée (NLPC)
2. Comparer les défis associés aux différentes techniques
3. Proposer des indications pour chaque technique de ponction

Modérateur : D^r Nader Fahmy

12:50 - 13:30 THE PERFECT PCNL PUNCTURE

Conférencier : D^r Tom Chi (40 min)
Professor of Urology
University of California, San Francisco
Parnassus Campus
San Francisco, CA

13:30 - 13:40 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION XI

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Identifier rapidement les complications intra et post-opératoires en chirurgie minimalement invasives
2. Optimiser la prise en charge de ces complications
3. Identifier des moyens pour diminuer la survenue de ces complications

Modérateur : D^r Julien Letendre

13:40 - 14:55 CAUCHEMARS / COMPLICATIONS EN LAPAROSCOPIE

Conférenciers : D^r Jean-François Audet (25 min)
Urologue
CHU-Hôpital Saint-François d'Assise
Québec

D^r Robert Sabbagh (25 min)
Professeur Titulaire
Service d'Urologie
Faculté de Médecine, CHUS
Université de Sherbrooke
Sherbrooke

D^r Hugues Widmer (25 min)
Urologue
CHUM
Montréal

14:55 - 15:05 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION XII

SAMEDI 6 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Discuss current status of Mini-PCNL in the management of urolithiasis
2. Identify predictors of same-day discharge after PCNL
1. Discuter le statut actuel de la Mini- NLPC dans la gestion de la lithiase urinaire
2. Identifier les facteurs prédictifs de la mini NLPC ambulatoire NLPC

Modérateur : Dr Nader Fahmy

15 :05 - 15:45 THE ABCS OF AMBULATORY MINI PCNL

Conférencier : Dr Tom Chi (40 min)
Professor of Urology
University of California, San Francisco
Parnassus Campus
San Francisco, CA

15:45 - 15:55 PÉRIODE DE QUESTIONS

15:55 - 18:25 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE (2h30 heures) ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC

REMISE DE PRIX AUX RÉSIDENTS/FELLOWS

18 :25 - 18:55 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE LA FONDATION DE L'AUQ (30min) FONDATION DE L'ASSOCIATION DES UROLOGUES DU QUÉBEC

19 :30 BANQUET DU PRÉSIDENT SALLE DE BAL

SESSION XIII

DIMANCHE 7 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Décrire le bilan initial de certains cas complexes d'uro-oncologie
2. Se sensibiliser à l'approche multidisciplinaire devant des cas complexes d'uro-oncologie
3. Réviser l'approche thérapeutique face à des cas complexe d'uro-oncologie

Panel des experts : Drs Wassim Kassouf / Paul Perrotte

08:00 - 09 :00 PETIT DÉJEUNER

Assis et servi à la table
Salle de Bal

09:00 - 10 :00 CAS COMPLEXES URO-ONCOLOGIQUES

Conférenciers : D^{re} Sara Baillargeon (30 min)
Urologue
Hôpital Honoré-Mercier
Saint-Hyacinthe

Dr Simon Ouellet (30 min)
Urologue
Hôpital Régional de Rimouski
Rimouski

10:00 - 10:10 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION XIV

Dimanche 7 novembre 2021

Objectifs éducatifs

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

1. Décrire les applications de l'intelligence artificielle en médecine
2. Reconnaître l'impact de l'intelligence artificielle sur les décisions cliniques
3. Identifier le potentiel de l'intelligence artificielle en urologie

Modératrice : D^{re} Le Mai Tu

10:10 - 10:45 DÉMYSTIFICATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN MÉDECINE

Conférencier : M Johan Saba (35min)
Fondateur
SEED AI
Montréal

10:45 - 10:55 PÉRIODE DE QUESTIONS

SESSION XV

DIMANCHE 7 NOVEMBRE 2021

Objectifs éducatifs

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.

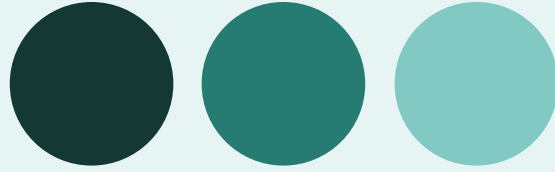
10:55 - 11:55 EPC Catégorie 3

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

Conférenciers : D^{re} Anne-Sophie Blais
Urologue
CHU-Centre hospitalier de l'Université
Laval
Québec

D^r Vincent Trudeau
Urologue
CHRTR-Pavillon Ste-Marie
Trois-Rivières

11:55 - 12:00 CLÔTURE : D^{re} Le Mai Tu



ANNEXE 1

ABRÉGÉS SESSION I



PILOT TRIAL OF TELEMEDICINE IN UROLOGY: VIDEO VS. TELEPHONE CONSULTATIONS

David-Dan Nguyen¹, Anne Xuan-Lan Nguyen¹, David Bouhadana¹, Kahina Bensaadi², François Peloquin³, Jean-Baptiste Lattouf³, Daniel Liberman³, Manon Choinière⁴, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montreal, QC, Canada, ³Division of Urology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ⁴Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, Université de Montréal

INTRODUCTION:

In the past year, due to the COVID-19 pandemic, in-person clinical activities have been drastically restricted driving the already growing interest in the use of telemedicine in the urban setting to reduce unnecessary commute. Therefore, there has been a rapid shift to telephone and video consultations in outpatient practice. We sought to conduct a pilot trial to establish the feasibility and acceptability of video consultations as an alternative to telephone consultations in urology patients to inform the design of a future randomized controlled trial.

METHODS:

We conducted a single-center, prospective, non-randomized pilot trial comparing telephone consultations (TC) vs. video consultations (VC) for urology outpatient visits. Two patient questionnaires were used to collect demographic information as well as data about acceptability, feasibility, satisfaction, cost, and issues with telemedicine. Questions were identical for both VC and TC except for certain questions inquiring about issues specific to each technology.

RESULTS:

Forty-eight TC patients and 66 VC urology patients were included in this study. Patients believed that telemedicine visits did not significantly hinder their ability to communicate with their urologists and that these visits would be associated with cost savings. There was 1/48 (2.1%) failed TC and 16/66 (24.2%) failed VC. VC failures were concentrated at the beginning of the trial prior to giving feedback to the VC platform creators, with only 1 failure occurring thereafter. When comparing TC to VC, differences between the two patient groups were small but tended to be in favor of VC. Patients' satisfaction was greater with VC compared to TC. Both modalities were associated with many cost benefits for patients

CONCLUSION:

Despite more technical issues with VC, this modality is feasible and acceptable to patients, likely due to improved shared decision-making with VC. Future considerations for trials comparing VC and TC should include adequate Wi-Fi infrastructure and choice of platform. For the VC, continuous knowledge transfer between investigators and platform engineers plays an important role in limiting failed encounters.

PATIENT'S AND PHYSICIAN'S RESPECTIVE SATISFACTION AFTER TELEMEDICINE UROLOGY CONSULTATIONS: A SUB-ANALYSIS OF 315 CASES FROM THE PROSPECTIVE QUEBEC CITY TELEMEDICINE STUDY

Bruno Turcotte¹, Lynda Bélanger¹, Sophie Paquet¹, Anne-Sophie Blais¹, Annie-Claude Blouin¹, Stéphane Bolduc¹, Amélie Bolduc-Mohktar¹, Michel Bureau¹, Yves Caumartin¹, Jonathan Cloutier¹, Marie-Pier Deschênes-Rompré¹, Thierry Dujardin¹, Yves Fradet¹, Noémie Gaudreau¹, Louis Lacombe¹, Katherine Moore¹, Fannie Morin¹, Geneviève Nadeau¹, Francis Simard¹, David Simonyan¹, Frédéric Soucy¹, Rabi Tiguert¹, Paul Toren¹, Frédéric Pouliot¹, Michele Lodde¹

¹CHU de Québec-Université Laval

INTRODUCTION:

The COVID-19 pandemic has accelerated the development of telemedicine due to confinement measures. Despite post-consultation satisfaction rates from physicians' and patients' perspectives were reported in several medical specialties, prospective data analyzing patients' and doctors' satisfaction discrepancies were not studied in-depth, especially in urology. Here, we report a sub-analysis on patient's and urologist's respective experiences and satisfaction after telemedicine consultation during the Quebec City telemedicine prospective study.

METHODS:

During the first 4 weeks of the first regional confinement, 18 urologists practicing in the region of Quebec City determined if each telemedicine consultation (1679 consultations collected) was either complete, suboptimal, or incomplete. From July 2020 to October 2020, a randomly determined subgroup of patients was contacted to enquire about their perspectives on their telemedicine consultation experience. We used a French adaptation of a questionnaire inspired by the Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC).

RESULTS:

Out of 356 patients contacted, 315 accepted to complete the questionnaire. Of this group, 104 urologic consultations were for non-oncologic, 121 for oncologic, 41 for cancer suspicion, and 49 for pediatric indications. The mean patients' satisfaction score after telemedicine consultation was 8.8/10 (median 9/10) and 86.3% of patients rated the quality of the consultation as either excellent (54.6%) or very good (31.7%). Cancer suspicion and pediatric consultations had the lowest score. Interestingly, overall, 46.7% of patients would have preferred an in-person visit if their urologic consultation would have been outside of the pandemic situation. We found a significant association between urologists' suboptimal impression of the consultation and patients' preference to see their doctor in person, but not with the overall satisfaction rate ($p = 0.6$).

INTERPRETATION:

Even though high satisfaction rates from patients about telemedicine were found, it is noteworthy that half of the patients would have preferred an in-person visit if it would have been possible. After the pandemic, it will be important to incorporate telemedicine only as an alternative for patients' visits, keeping in-person visits available and offered to our patients.

FIRST CANADIAN EXPERIENCE ON PROPIVERINE USE IN CHILDREN WITH OVERACTIVE BLADDER (OAB)

Élisabeth Lapointe¹, Stéphane Bolduc¹, Narcisse Singbo¹

¹CHU de Québec-Université Laval

INTRODUCTION:

Antimuscarinics are the cornerstone of the pharmacologic treatment of overactive bladder (OAB), but side effects often limit their long-term use. Propiverine, a molecule with a mixed mechanism of action, was recently approved in Canada in 2017 as a therapy for OAB in adults and children. However, there is scarce data on its efficacy and tolerability in the pediatric population.

OBJECTIVES:

Our primary objective was to assess the efficacy and tolerability of propiverine as a first or a second-line pharmacological treatment of OAB in children. Our secondary objective was to compare propiverine to other molecules already investigated in historic cohorts.

PATIENTS AND METHODS:

We conducted a retrospective analysis of a prospectively maintained database and reviewed 57 patients who received a prescription of propiverine between September 2017 and July 2021. Patients had to attend at least one follow-up visit to be included in the analysis. Efficacy and tolerability were assessed through voiding diaries, post-void residuals (PVR) and by questioning patients and families on change in number of incontinence episodes (day and night), in urgency episodes (grade 1 to 3) and on reported adverse events. Categorical variables were reported as counts and percentages and descriptive statistics (mean and standard deviation or medians and quartiles) are reported for continuous variables. Paired tests were used to assess the evolution of mean bladder capacity and expected bladder capacity (%EBC) at different points of follow-up and linear regression models with the GEE method were used to estimate their average monthly variation.

RESULTS AND LIMITATIONS:

57 patients (36 boys) initiated a treatment with propiverine at a mean age of $9,6 \pm 3,2$ yr. Patients were on propiverine for an average of 16 ± 10 mo. Mean bladder capacity increased from 121 ml to 216 ml, and %EBC (adjusted for age) increased from 38% to 59%. Average increased rate of %EBC was 0,5% per mo. ($p < 0.001$). Out of 57 patients, 12 patients were able to stop the medication without symptoms recurrence, 28 patients are still on medication, 7 interrupted their treatment due to bothersome side effects, 6 because of lack of efficacy and 4 because of insurance coverage or other unspecified reason. Compared to others molecule regularly use in our service, propiverine offers comparable efficacy and tolerability. Our study had limitations: absence of a placebo group and its retrospective design.

Conclusions: Propiverine appears as an efficient and safe option for the treatment of OAB in children and is approved for use in children.

ÉTUDE DU MICROBIOTE INTESTINAL DANS LE CANCER DE LA PROSTATE : DU DÉVELOPPEMENT À LA RÉPONSE AUX TRAITEMENTS

Jalal Laaraj¹, Justine Desrochers-Goyette¹, Gabriel Lachance^{1,2}, Jean-François Pelletier¹, Thibaut Varin², Sidki Bouslama³, Yves Fradet¹, Nicolas Derome³, David Labbé⁴, André Marette², Alain Bergeron¹, Karine Robitaille¹, Vincent Fradet¹.

¹ Laboratoire d'Uro-Oncologie Expérimentale, Axe d'oncologie, Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada.

² Centre de recherche de l'IUCPQ, Québec, QC, Canada.

³ Institut de Biologie Intégrative et des Systèmes (IBIS), Université Laval, Québec, QC, Canada.

⁴ Cancer Research Program, Research Institute of the McGill University Health Centre, Montréal, Québec, Canada

INTRODUCTION :

Les microbes sont d'importants contributeurs aux maladies humaines. Des études récentes ont identifié des bactéries vivantes, et des molécules qui en découlent, dans plusieurs cancers. Cependant, l'implication des bactéries dans le développement du cancer de la prostate (CaP) et la réponse aux traitements reste à déterminer. Ce projet visait à 1) étudier le lien entre le microbiote intestinal et le développement du CaP ; 2) déterminer l'effet modulateur d'une supplémentation d'acides gras polyinsaturés (PUFA) sur la composition bactérienne du microbiote et sur la croissance tumorale ; et 3) étudier l'impact du microbiote intestinal sur l'issue de la prostatectomie radicale chez des patients atteints de CaP.

MÉTHODES ET RÉSULTATS :

En utilisant le séquençage du gène de 16SrRNA d'échantillons de selles de 69 patients atteints du CaP, nous avons observé une réduction de la diversité du microbiote intestinal associée avec une augmentation de l'agressivité tumorale. Dans trois différents modèles murins syngéniques de CaP, les analyses du microbiote murin de manière longitudinale ont montré que la croissance tumorale était suffisante pour moduler la composition du microbiote intestinal. Une greffe de microbiote fécal humain dans un modèle murin de CaP a montré que le transfert de microbiote fécal provenant de patients atteints de CaP était suffisant pour moduler la croissance ectopique du CaP chez la souris, confirmant ainsi que les bactéries intestinales sont impliquées de manière causale dans le développement du CaP.

Nous avons également étudié la connexion intestin-CaP suite à une supplémentation avec des PUFA purifiés chez des patients et des modèles murins, et démontré que la supplémentation avec ces prébiotiques était capable de moduler la composition du microbiote intestinal. La supplémentation en PUFA omega-3 a principalement ciblé le niveau des bactéries appartenant à la famille des Ruminococcaceae, associée à une réduction de l'agressivité tumorale chez les patients, et à une diminution de la croissance tumorale chez la souris. L'analyse des acides gras à courtes chaînes (SCFA) dans les selles de patients supplémentés avec des PUFA omega-3 suggère un rôle du butyrate sur la croissance tumorale. En parallèle, des hommes traités par prostatectomie radicale ont été recrutés pour donner plusieurs échantillons de selles avant et après leur chirurgie. Les résultats indiquent que l'indice de dissimilarité Yue et Clayton était plus élevé dans les échantillons fécaux récoltés après l'intervention chirurgicale comparativement aux échantillons récoltés avant, suggérant que le microbiome a été modifié suite à la prostatectomie. Finalement, nous avons observé un enrichissement d'*Akkermansia muciniphila* chez les patients dont la prostatectomie radicale a réussi (sans échec à la PSA) et chez les patients n'ayant pas développé de récurrence biochimique jusqu'à 2-5 ans de suivi.

CONCLUSIONS :

Dans l'ensemble, nos résultats démontrent que la composition du microbiote intestinal est étroitement liée au développement et à la progression du CaP, et que certaines de ses composantes sont modulables par des prébiotiques et favorables à ralentir la maladie. Finalement, malgré une importante modulation du microbiome intestinal des patients suite à leur prostatectomie radicale, la présence d'*Akkermansia muciniphila* semble être positivement associée à la réussite de l'intervention chirurgicale à visée curative.

WATER VS WATER II: THREE YEAR COMPARISON OF AQUABLATION THERAPY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

David-Dan Nguyen¹, Dean S. Elterman², Kevin C. Zorn³, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Division of Urology, University Health Network (UHN), University of Toronto, Toronto, ON, Canada, ³Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

INTRODUCTION AND OBJECTIVE:

Surgical options are limited when treating large (>80cc) prostates for lower urinary tract symptoms (LUTS) due to benign prostatic hyperplasia (BPH). Open simple prostatectomy remains the most common procedure performed for large prostates. As such, there is a need for novel surgical approaches with shorter learning curves and effective treatment. Aquablation (AquaBeam System, PROCEPT BioRobotics, Inc., USA), an ultrasound-guided, robotically executed waterjet ablative procedure, could fill this gap. This analysis compares the outcomes of Aquablation in 30cc to 80cc prostates with the outcomes in 80cc to 150cc prostates.

METHODS:

WATER (NCT02505919) is a prospective, double-blind, multicenter, international clinical trial comparing the safety and efficacy of Aquablation and TURP in the treatment of LUTS/BPH in men 45 to 80 years old with a prostate between 30cc and 80cc. WATER II (NCT03123250) is a prospective, multicenter, single-arm international clinical trial of Aquablation in men with a prostate between 80cc and 150cc. We compare 36-month outcomes amongst 116 WATER and 101 WATER II study subjects undergoing Aquablation. Student's t-test or Wilcoxon tests were used for continuous variables and Fisher's test for binary variables.

RESULTS:

International Prostate Symptom Score (IPSS) scores improved from 22.9 and 23.2 at baseline in WATER and WATER II, respectively, to 8.0 and 6.4 at 36 months, with 36-month reductions of 14.4 and 16.7 points, respectively ($p=.07$ for difference in change scores). At baseline, urinary flow rate (Qmax) was 9.4 and 8.7 cc/sec in WATER and WATER II, improving to 20.6 and 19.0 cc/sec, respectively ($p=.70$ for difference in change scores) at 36 months. Improvements in both IPSS and Qmax were immediate and sustained throughout follow-up. Change in IPSS, Qmax, and post-void residual (PVR) can be found in Figure 1.

CONCLUSION:

Aquablation clinically normalizes outcomes between patients with a 30cc to 80cc prostate and patients with an 80cc to 150cc prostate treated for LUTS/BPH. It is effective in patients with large prostate glands (>80cc) with acceptable complications out to three years.

DAY-CASE HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE: ONE YEAR PRELIMINARY RESULTS

Alexandre Morin¹, Stephanie Boulet¹, Samuel Lagabriele¹

¹Département d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, QC, Canada

INTRODUCTION:

Holmium laser enucleation of the prostate (HOLEP) is, for most, considered the surgical gold standard for benign prostate hypertrophy (BPH). This minimally invasive procedure applies to all sizes of prostate, and its safety and durability are well proven. However, few authors have documented the feasibility of this surgery in a day-case setting and whether it could become a standard of care. Our objective was to determine the ambulatory success rate and the early complication rate of HOLEP surgeries.

METHODS:

We performed a prospective descriptive study on all patients presenting for day-case HOLEP by a single surgeon in our institution from June 2020 to June 2021. Patients were ineligible if they presented any of the following: were unaccompanied the night of the operation, lived greater than an hour drive away from any hospital or had medical comorbidities requiring hospitalization. Day-case surgery success was defined as no hospital admission within 48 hours of the procedure. All adverse events within one month of the prostate enucleation were also identified.

RESULTS: A TOTAL OF 23 PATIENTS WERE ELIGIBLE FOR THIS STUDY (M

ean age: 71.2 6.2). The ambulatory success rate was 83% (19/23). Three patients were hospitalized for 24 hours and one for 72 hours, all because of hematuria. There were no re-admissions within 48h of the procedure. There was a total of 9 adverse events in the month following prostate enucleation: 5 hematuria (Clavien-Dindo grade 1), two urinary retentions due to hypoactive bladder (Clavien-Dindo grade 1), one urinary tract infection (Clavien-Dindo grade 2) and one residual adenoma requiring re-morcellation under general anesthesia (Clavien-Dindo Grade 3b).

CONCLUSIONS:

Preliminary results of this day-case HOLEP surgery feasibility study are promising. The ambulatory success rate is high, and most complications are minor; 7/9 complications are Clavien-Dindo grade 1. Further prospective studies should be performed to confirm our findings.

MANAGEMENT OF INFECTED URETERAL STENTS: AN INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE OF UROLOGISTS

Ioana Fugaru¹, Naeem Bhojani², Sero Andonian¹, Nader Fahmy¹

¹McGill University Health Centre, Department of Surgery, Division of Urology, ²Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Département de chirurgie, Division d'urologie

INTRODUCTION:

There is no clinical guideline for the management of urosepsis in patients with ureteral catheters. The goal of this study was to identify amongst urologists the preferred management of urosepsis in a patient with a chronic double J (DJ) stent.

METHODS:

An online questionnaire was shared to various urology associations, groups, as well as using social media. Country of practice, years of experience and subspecialty were collected. The scenario described a 50-year-old female, presenting with fever, tachycardia and flank pain, known for a chronic double J, with the last exchange performed 1 month prior to presentation. Respondents could choose between treating with antibiotics and keeping the same DJ exchange schedule or urgent DJ exchange or an alternative management that they defined. Responses were collected between July and August 2021. Statistical analysis was performed using Prism software.

RESULTS:

396 participants completed the survey. Responses from 48 countries were collected, with 135 (34.1%) respondents from Canada. 50% of respondents had more than 10 years of experience in their field. About 5% of respondents were non-urological medical specialists. 69.7% of participants described management with antibiotics alone, 17.4% of participants described urgent DJ exchange. 12.9% of participants proposed an alternative management. The most frequent alternative management was DJ exchange after initiating antibiotics for a few days.

CONCLUSION:

This online questionnaire allowed us to explore the various managements proposed by urologists in a patient with urosepsis and chronic DJ stent, with a majority of urologists opting for medical management alone.

ANALYSIS OF SEX-BASED DIFFERENCES TO BACILLUS CALMETTE GUERIN FOR NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER

Jonathan Fadel¹, David Simonyan², Vincent Fradet¹, Michele Lodde¹, Louis Lacombe¹, Yves Fradet¹, Paul Toren¹

¹CHU de Québec - Université Laval, ²Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie, CHU de Québec - Université Laval.

CONTEXT:

The incidence of urothelial carcinoma of the bladder is lower in women but they tend to present with more aggressive and advanced disease. Furthermore, there appears to be sex-based difference in response to treatment for non-muscle invasive bladder tumors.

Objective: The objective of this study is to evaluate whether there are differences between men and women in response to intravesical BCG treatments. Outcomes evaluated include recurrence, progression, and treatment tolerability.

METHODS:

In this retrospective study, we reviewed all patients who received BCG at the CHU de Québec – Laval University from 2009 to 2019. Men and women were treated with intravesical BCG therapy following a transurethral resection of urothelial carcinoma. Recurrence was defined as a pathology confirmed cancer whereas progression was the new development of high-grade pathology or an increase of stage. Tolerability was defined according to the proportion of prescribed BCG received. All clinical details were obtained through review of the medical records, collaborated by pharmacy records for BCG administration.

RESULTS:

Among 613 patients who received BCG at our institution between 2009-2019, 472 (77.0%) were men and 141 (23.0%) were women. competing-risk analysis was used to compare outcomes. The completion of ≥ 5 induction BCG instillations and maintenance BCG use was similar in both genders. The recurrence rate was not different between sexes, with a 5-year recurrence risk of 52% (95% CI: 36.93-65.4) among women compared to 57.5% (CI 95%: 51.9-62.6) among men. The overall progression rate at 1,3 and 5 years was 97.3% (95% CI: 95.6%-98.3%), 93.6% (95%CI: 91.2%-95.4%), and 91.7% (95% CI: 88.4%-94.1%), respectively. No differences were observed between sexes.

CONCLUSIONS:

In summary, we report a contemporary NMIBC cohort treated with BCG and find no clear evidence for sex-based differences in response to BCG treatment in regard of progression, recurrence, and tolerability.

ÉVALUATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS DE L'USPSTF CONCERNANT LE DÉPISTAGE DE L'APS SUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE LA PROSTATE

Raphaëlla Rosebush-Mercier^{1, 2}, Jonathan Fadel¹, Vanessa Bussière², Afshin Jamshidi², Jean-François Pelletier², Karine Robitaille², Vincent Fradet^{1, 2}

¹Département de chirurgie, Faculté de médecine, Université Laval, Qc, ²Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Qc

CONTEXTE ET OBJECTIFS:

La biopsie prostatique est une intervention diagnostique primordiale lors de l'évaluation d'un patient pour un cancer de la prostate. La technique par échographie transrectale a grandement évolué jusqu'à devenir une biopsie systématique à 12 échantillons. Conjointement aux technologies d'imagerie, les recommandations concernant l'indication de référence en biopsie évoluent aussi. Le marqueur sérique ayant contribué de manière la plus répandue au dépistage d'un risque de cancer de la prostate est l'antigène prostatique spécifique (APS). Conjointement avec le contexte clinique, ce marqueur sérique est important dans l'algorithme décisionnel conduisant ou non à une biopsie de la prostate. Le dépistage de masse n'est cependant pas inoffensif, puisqu'il peut mener à une plus grande proportion de biopsies négatives. Les biopsies demeurent des interventions invasives comportant des risques d'infection, pouvant mener au diagnostic de cancers de bas grade souvent considérés comme non-cliniquement significatifs, et souvent accompagnés d'un poids émotionnel négatif. Pour faire suite aux recommandations 2011-2014 concernant la référence en biopsie, un nouveau rapport de recommandations en matière de dépistage de l'APS a été publié par la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) en 2018. Le but de ce projet est donc d'évaluer, sur une base institutionnelle, l'impact de l'énoncé du USPSTF de 2018 sur le dépistage de l'APS dans le diagnostic de cancer de la prostate au CHU de Québec-Université Laval et déterminer la tendance des vélocités de PSA en relation avec l'incidence et le stade diagnostique du cancer de prostate.

MÉTHODES:

Les données cliniques provenant des dossiers médicaux de tous les patients ayant subi une biopsie prostatique entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2020 au CHU de Québec-Université Laval et ayant reçu un dépistage d'APS ont été utilisées rétrospectivement pour analyser les associations entre ces deux variables. Les bilans sanguins d'APS associés aux grades histopathologiques (score de Gleason) des biopsies de prostate ainsi que le profil des patients ayant obtenu un dépistage ont permis d'évaluer les tendances annuelles, en fonction de l'impact des indications cliniques de 2018 et des précédentes. Les calculs de cinétique de l'APS avant la biopsie ont permis d'observer la capacité de l'APS à suggérer un cancer de haut grade par rapport à un cancer de bas grade.

RÉSULTATS:

Le nombre de biopsies annuelles a passé de 902 en 2014 à 1326 en 2020, à raison d'une augmentation annuelle moyenne de 70 biopsies. Le nombre de biopsies annuelles le plus élevé fut en 2018 avec 1456 biopsies et a été suivi d'une diminution marquée en 2019 de 223 biopsies pour un total de 1233 biopsies. La proportion de cancer de haut grade (Gleason 7 à 10) a aussi augmenté par rapport au cancer de bas grade (Gleason 6 ou négatifs). En effet, la quantité de cancer de haut grade diagnostiqué chaque année a augmenté en moyenne de 2,2% depuis 2014, passant de 35% des biopsies annuelles en 2014 à 48% en 2020. Le nombre de biopsies de bas grade a augmenté en moyenne de 17 biopsies par année en raison de l'augmentation du nombre total de biopsies annuelles, alors que l'augmentation moyenne des biopsies de haut grade est de 54 biopsies par année.

CONCLUSIONS:

Les résultats de ces analyses sont importants afin de dresser un portrait réaliste des patients référés pour biopsies de la prostate au CHU de Québec-Université Laval, et de mieux comprendre l'impact des recommandations de l'USPSTF 2018 sur les diagnostics de cancer de la prostate.

A RETROSPECTIVE STUDY ANALYZING THE EFFECT OF TRANSCUTANEOUS TIBIAL NERVE STIMULATION FOR ADULTS WITH IDIOPATHIC UNDERACTIVE BLADDER

Béatrice Bouchard¹, Camille Pigeon¹, Salima Ismail¹, Le Mai Tu¹

¹Université de Sherbrooke

AIMS OF STUDY:

The aim of this study is to explore the effect of transcutaneous tibial nerve stimulation (TTNS) in the treatment of idiopathic underactive bladder (iUAB) with regards to symptom and quality of life (QoL) improvement.

METHODS:

This is a retrospective, single-center study of patients with a clinical and urodynamic diagnosis of iUAB without bladder outlet obstruction (BOO) who are on the waiting list for sacral neuromodulation (SNM). The patients followed a 3-week TTNS treatment.

Voiding diaries were collected at baseline, week 1 and week 3.

Changes in iUAB symptoms were measured with a validated scoring instrument [Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)].

RESULTS:

A total of 26 patients were included in the study and 22 completed their bladder diaries. Overall, 10(38%) patients had an increase in voided volume per micturition (IQR 12:63 mL); 17(65%) patients saw an increase in their daily voiding frequency (IQR 1.3:3.0 voids/day); 13(50%) patients had a decrease in the PVR (IQR -142:-33 mL) and 5(19%) saw a decrease in the number of daily self-catheterizations (IQR -2.5:-0.9 KT/day). Of the patients who completed their bladder diary, TTNS was a success in 10 (45%), and was a failure in 12(55%) of them. 18 patients both completed the PGI-I questionnaire and their bladder diaries. 12(67%) patients had comparable results (success at TTNS and improvement reported in the PGI-I, or failure at TTNS and no improvement in the PGI-I). 3(17%) patients noted an improvement in the PGI-I, but TTNS was considered as a failure with objective measures.

CONCLUSION:

Despite the fact that it can have damaging health impacts and that it generates negative effects on QoL, UAB remains relatively underresearched. Treatment options are sparse and often unsatisfactory. SNM is the only FDA-approved treatment for non-obstructive urinary retention. Studies have demonstrated the effectiveness and safety of TTNS in overactive bladder (OAB), but no clinical trials have been reported for iUAB.

This study explores the feasibility of TTNS for iUAB patients without BOO. Indeed, a good proportion of patients saw improvements in all bladder diary parameters. There is also a considerable range and variability of responses among patients. Further studies looking at baseline demographic and/or urodynamic characteristics of patients in order to better understand this variability would be interesting.

Our study is not without its limitations, such as the small sample size, the absence of a control group and the possibility for selection bias. Despite this, our research demonstrates the potential effects on voiding symptoms for iUAB patients without BOO. To our knowledge, this is the first study that assesses the feasibility of TTNS in the treatment of iUAB. Further studies with greater power and/or conducted prospectively should be pursued to better assess its clinical efficacy.

*IQR: Inter-Quartile Range

POSTOPERATIVE SICK LEAVE IN UROLOGY: SURVEY TO UROLOGISTS IN QUEBEC

Vincent Gagnon¹, Salima Ismail¹, Le Mai Tu¹

¹Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

INTRODUCTION:

There are currently no clear recommendations regarding the length of postoperative sick leaves after a specific urologic surgery. The primary objective of our study is to assess the duration of the postoperative sick leave prescribed by urologists in Quebec. The secondary objective is to assess whether gender, type of practice and surgeon's experience may impact its recommended duration.

METHODS:

Members of the Quebec Urological Association (QUA) were sent an online survey in October 2020. The first section of the multiple-choice questionnaire inquired on the respondent's demographics while the last assessed the sick leave prescribed after six common surgeries.

RESULTS:

The survey was sent to the 171 urologists. A total of 74 (43.3%) responded. Two thirds of the respondents were men (67.6%). About half of the respondents worked in a community setting (56.8%) and practiced for over 10 years (55.4%). For patients considered as physically light workers, respondents with less experience (≤ 10 years of practice) seemed to prescribe longer sick leaves after laparoscopic renal surgeries ($p=0.05$) and retropubic/trans-obturator mid-urethral slings ($p=0.01$). Respondents with a high surgical volume of ureteroscopies (> 50 cases per year) appeared to prescribe shorter sick leaves for physically strenuous work ($p=0.06$). Women prescribed longer sick leaves after laparoscopic renal surgeries ($p=0.02$).

CONCLUSIONS:

It appears that there is often an association between the years of practice and the length of postoperative sick leaves. Further studies at a larger scale with more specific questions to address the rationale of the length of sick leaves would be valuable.



ANNEXE 2

ABRÉGÉS SESSION IV



RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (RCT) COMPARING ULTRASOUND-GUIDED PUDENDAL NERVE BLOCK TO ULTRASOUND-GUIDED PENILE NERVE BLOCK FOR ANALGESIA DURING PEDIATRIC CIRCUMCISION

Bruno Turcotte¹, Frédérique Boisvert-Moreau¹, Natalie Albert¹, Stéphane Bolduc¹, Mahukpe Narcisse Ulrich Singbo¹, Ariane Boivin¹, Katherine Moore¹

¹CHU de Québec-Université Laval

BACKGROUND:

Pediatric circumcision has been realized since the beginning of human civilization. However, optimal analgesia has not yet been clearly defined. The Dorsal Penile Nerve Block (DPNB) has been shown to be superior to topical analgesia in neonatal circumcision. A Cochrane review showed no difference in pain scores between DPNB and caudal block (CB) but described more motor block with CB. Recently, the new ultrasound-guided pudendal nerve block (PNB) has been popularized. This randomized clinical trial compares two modern regional blocks under general anesthesia for pediatric circumcision: ultrasound-guided PNB or ultrasound-guided DPNB.

METHODS:

Young males from 1 to 12 years old undergoing elective circumcision for a medical reason (pathological phimosis, urological variants, recurrent urinary tract infections, balanoposthitis) were randomized to either ultrasound-guided PNB or DPNB under general anesthesia. We excluded patients with allergy to local anesthetics or medications used, coagulopathy, infection at the injection site, neurological or neuromuscular disease, or ASA score > 4. Our primary outcomes were Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) scores at 5-30-60-120 min postoperative and parent's postoperative pain measure (PPPM) at 6-12-24h postoperative. Our secondary outcomes were analgesic consumption during the first 24h, time to first opioid consumption, surgeon's satisfaction, parental satisfaction, time to perform the block, hemodynamic changes intraoperatively, complications from the block, total time in PACU, and total time before discharge. Regional blocks were done by a different anesthesiologist, so anesthesiologists leading the cases were blinded to the block used. Intraoperative pain and hemodynamics management were standardized.

RESULTS:

A total of 155 patients having circumcision by 4 pediatric urologists were included for analysis. Mean age was 7.3 years old. 78 patients had a DPNB and 77 had a PNB by 5 different anesthesiologists. FLACC score at 5-30-60-120 min were 0.6 (0.2; 1.0), 0.7 (0.3; 1.2), 0.6 (0.2; 1.0) and 0.2 (0.0; 0.4) for DPNB and 1.0 (0.5; 1.5), 0.7 (0.3; 1.1), 0.2 (0.0; 0.4) and 0.1 (0.0; 0.2) for PNB. PPPM at 6-12-24 hours were 3.7 (2.9; 4.5), 2.0 (1.3; 2.6) and 3.1 (2.4; 3.8) for DPNB and 3.1 (2.4; 3.8), 1.6 (1.0; 2.3) and 2.8 (2.2; 3.5) for PNB. None of these differences were statistically significant. Mean time to perform DPNB was 121.5 sec and 119.8 sec for PNB ($p=0.6$). Surgeon satisfaction was higher with PNB (90.8% judged optimal vs only 56.6% for DPNB, $p<0.01$). Intraoperative hemodynamic changes (> 20% rise of cardiac frequency or blood pressure) were noted in 9.0% of DPNB and 33.8% of PNB ($p<0.01$). Intraoperative fentanyl use was higher with PNB (1.3 mcg/kg vs 1.0 mcg/kg for DPNB). Analgesic consumption during the first 24h, time to first opioid consumption, parental satisfaction, block complication, total time in PACU and total time before discharge were not different between the two blocks.

CONCLUSIONS:

Both ultrasound-guided DPNB and ultrasound-guided PNB under general anesthesia provide excellent intraoperative and postoperative analgesia. Higher surgeon satisfaction was noted with PNB as a consequence of DPNB subcutaneous tissue infiltration. Few statistically different analgesic outcomes were noted, but none were clinically significant.

SUBCLINICAL INFLAMMATION AS A PREDICTOR FOR ERECTILE DYSFUNCTION AFTER BRACHYTHERAPY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Laurianne Rita Garabed¹, Daniel Taussky¹, Guila Delouya¹, Daniel Liberman¹

¹Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

BACKGROUND :

Neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), a marker for subclinical inflammation, has been previously shown to be associated with erectile dysfunction (ED). Treatment of localized prostate cancer (PCa) is also associated with a greater risk of ED.

AIM :

In this study, we aimed to determine the potential predictive value of the NLR on ED after prostate brachytherapy (PB) for PCa.

METHODS :

Between July 2005 and January 2021, 842 patients were included in this retrospective study of a prospectively maintained database. ED was assessed using the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) physician-reported scale. Patient characteristics and erectile function at last follow-up were compared for patients with a baseline NLR <2 and ≥ 2 . Univariate and multivariate analyses were performed to evaluate the predictive value of baseline NLR ≥ 2 on post-PB ED.

OUTCOMES :

ED prevalence post-PB

RESULTS :

Baseline NLR ≥ 2 was found to be a statistically significant predictor of post-PB ED on both univariate ($p=0.002$) and multivariate analyses ($p=0.008$). Furthermore, the difference in ED prevalence between the NLR <2 and NLR ≥ 2 groups became more pronounced with longer follow-up after PB. The ED rate at 5 years post-PB was 43 % for the NLR ≥ 2 group, compared to 29 % for the NLR <2 group.

CLINICAL IMPLICATIONS :

Subclinical systemic inflammation is a potentially important factor for predicting sexual toxicity after pelvic radiotherapy. NLR may be used as a proxy for predicting post-PB ED.

CONCLUSION :

In a large cohort of patients with PCa who underwent PB, it was found that NLR was a predictor of post-treatment ED, even after adjusting for available covariates, including age and known risk factors for endothelial dysfunction.

PHARMACOVIGILANCE ANALYSIS OF REPORTS OF SEXUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH FINASTERIDE USE : IMPLICATIONS FOR THE POST-FINASTERIDE SYNDROME

David-Dan Nguyen¹, Peter Herzog², Eugene B. Cone², Muhieddine Labban², Kevin C. Zorn³, Bilal Chughtai⁴, Shehzad Basaria⁵, Dean Elterman⁶, Naeem Bhojani³

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Division of Urological Surgery and Center for Surgery and Public Health, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA, ³Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ⁴Department of Urology, Weill Cornell Medical College/New York Presbyterian, New York, New York, USA, ⁵Research Program in Men's Health : Aging and Metabolism, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, ⁶Division of Urology, University Health Network (UHN), University of Toronto, Toronto, ON, Canada

INTRODUCTION :

Finasteride, a 5 α -reductase inhibitor, is used in the management of androgenetic alopecia and benign prostatic hyperplasia (BPH). There is growing attention to the post-finasteride syndrome, a constellation of adverse events associated with finasteride use which include sexual dysfunction. We investigated reports of sexual dysfunction associated with finasteride.

METHODS :

We conducted a pharmacovigilance study using VigiBase. We used the reporting odds ratio (ROR). Sensitivity analyses stratified by indication (BPH and alopecia) and age (<45 and \geq 45); compared finasteride signals to those of drugs with different mechanisms but similar indications (minoxidil for alopecia and tamsulosin for BPH); compared finasteride to a drug with a similar mechanism of action (dutasteride); and compared reports of sexual dysfunction before and after 2012.

RESULTS :

We identified 7700 sexual dysfunction reports associated with finasteride. There was a disproportionality signal for sexual dysfunction associated with finasteride (ROR 50.3, 95% confidence interval (CI) 49.0-51.6). Patients under 45 (ROR 56.4, 95% CI 53.1-59.9) and alopecia patients (ROR 64.9, 95% CI 62.7-67.2) drove the signal. All sensitivity analyses met the threshold of signal significance.

CONCLUSION :

We detected disproportional signals of sexual dysfunction linked with finasteride use. Despite sexual dysfunction being more prevalent in older BPH patients, we detected larger signals of sexual dysfunction in young alopecia patients. Sensitivity analyses suggest that reports of sexual dysfunction linked with finasteride use may be confounded by indication and by stimulated reporting. However, confounding alone is unlikely to account for the totality of the signal observed in young patients with alopecia.

IMPACT OF AGE AND FERTILITY STATUS ON THE CONSISTENCY OF REPEAT MEASUREMENTS OF SPERM DNA DAMAGE : A SINGLE-CENTER, PROSPECTIVE, DUAL VISIT STUDY

Francis Petrella¹, Marie-France Lusignan¹, Maria San Gabriel¹, Claudio Pedraza¹, Joseph Moryousef¹, Wael Almajed¹, Peter Chan¹

¹McGill University.

INTRODUCTION :

Abnormal routine semen parameters and DNA damage can occur with advanced paternal age and infertility. This study examines these relationships and controls for biases contested in the current literature.

MATERIALS & METHODS :

Prospective study using 151 semen samples collected from men aged 18-80 at two visits with 1-3 month intervals. Samples were collected from both infertile and general population controls. Conventional semen parameters were measured including volume, concentration and motility. Sperm DNA damage was measured using the %DNA Fragmentation Index (%DFI) and High DNA stainability (%HDS) using Sperm Chromatin Structure Assay (SCSA). Patients were then classified according to %DFI as normal (<18), intermediate (18-27), or high (>27).

RESULTS :

Significant correlation between all sperm parameters was seen between both visits regardless of age. DFI had the highest correlation between both visits ($R^2=0.77$). Progressive motility, total motility and %DFI were significantly affected in men >50 years old when compared to men <35 and men 35-49 years old (Kruskal-Wallis, $P<0.001$). Forty-eight percent of men with intermediate %DFI changed category on their second visit, whereas men with high and low %DFI changed category in 15% and 9%, respectively.

CONCLUSIONS :

Sperm and SCSA parameters do not change significantly between two visits at 1-3 month intervals in the total population and after subgrouping. Men of advanced age have poorer sperm parameters and more DNA damage. Men with initially normal or elevated %DFI are unlikely to change DNA damage category. Older men are more likely to have sperm parameters and DNA damage vary on repeat semen analysis compared to younger men.

ORAL CYCLOSPORINE A IN ASSOCIATION WITH FULGURATION FOR THE TREATMENT OF INTERSTITIAL CYSTITIS WITH HUNNER'S LESIONS

Raphaëlle Brière¹, Frédérique Bouchard², Annie-Kim Gareau-Labelle¹, Le Mai Tu²

¹Université Laval, ²Université de Sherbrooke

INTRODUCTION :

Cyclosporine A (CyA) is a last-line treatment for interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS) due to a paucity of literature reporting its efficiency and potential adverse events. A few studies demonstrated the greater benefit of the immunosuppressant in IC/BPS patients with Hunner's lesion (HL) compared to those without HL. In the subset of patients with HL, fulguration is a recommended treatment, however symptoms are likely to reoccur within one year.

Our objectives were to assess the clinical outcomes of refractory IC/BPS patients with HL treated with lesion fulguration in association with CyA as a maintenance therapy and to assess CyA safety profile. We hypothesized that low-dose CyA could allow sustained symptom alleviation while limiting adverse events, therefore decreasing the need for repeated procedures.

METHODS :

This was a retrospective observational study of refractory IC/BPS patients with HL treated with daily 1.5 mg/kg CyA following lesion fulguration from April 2015 to March 2021. Dose reduction was conducted in stable patients with prolonged treatment duration or in the occurrence of adverse events. Unsatisfied patients were allowed to undergo further procedures. Pain severity on a 0 to 10 scale, subjective improvement assessed via the Subjective improvement rate (SIR) and Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), urinary symptoms and adverse events were collected throughout the follow-ups. Data at the last follow-up was used to assess long-term treatment efficiency.

RESULTS :

Twenty-two patients underwent fulguration and received CyA during a median follow-up of 27 months (interquartile range : 13.0-45.3). At the last follow-up, patients reported sustained significant pain reduction with a median pain score of 0/10 compared to 8/10 prior to CyA introduction ($P < 0.001$). Urinary frequency per 24 hours significantly decreased to 9.5 compared to 20.8 pre-treatment ($P < 0.001$) and nocturia decreased to 2.3 episodes per night in contrast to 6 pre-treatment ($P < 0.001$). SIR and PGI-I were of 90 % and 1 ("very much better") respectively, including four patients who considered themselves cured (SIR 100 %). Only three patients needed one additional treatment with triamcinolone injections or fulguration due to pain relapse at their follow-up of 3, 13 and 33 months.

CyA dose was decreased to 1.2 mg/kg or less in 12 patients who remained relieved subsequently. Reasons for dose decrease were long-term symptom alleviation (6), increased creatinine measurements (5) or decreased platelets or leucocytes (1). Significant overall decrease in renal function was observed, however remained clinically not significant and improvement in renal function was observed following CyA dose reductions. De novo or worsening arterial hypertension was diagnosed in three patients. One patient only discontinued CyA due to abdominal pain.

CONCLUSIONS :

Oral CyA seems to allow a sustained long-term response following HL fulguration by alleviating pain, decreasing urinary symptoms and procuring great subjective improvement. The low dose of 1.5 mg/kg appears to have limited adverse events while preventing the need for repeated procedures.

OPIOIDS USE AFTER URO-ONCOLOGIC SURGERIES IN TIME OF OPIOID CRISIS, THE QUEBEC EXPERIENCE

Bruno Turcotte¹, Emma Jacques¹, Samuel Tremblay¹, Yves Caumartin¹, Michele Lodde¹

¹CHU de Québec-Université Laval

INTRODUCTION :

Recent literature emphasizes how over prescription and lack of guidelines contribute to wide variation in opioid prescribing practices and opioid-related harms. We conducted a prospective observational study to find how much opioids uro-oncologic patients received at hospital discharge and how much they need at home.

METHODS :

Four surgeries were included : open retroperitoneal radical prostatectomy, robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy, laparoscopic radical nephrectomy, and laparoscopic partial nephrectomy. The primary outcome was to find the dose of opioids used after discharge (in oral morphine equivalent (MEq)). Secondary outcomes were : opioids requirement for 80 % of the patients, management of unused opioids, opioids use 3 months postoperative, opioid prescription refill, and information about opioids disposal.

RESULTS :

Sixty patients were included for analysis. Patients used a mean of 30 MEq (17.8;42.2, 95 % IC) at home and 80 % of the patients used 50 MEq or less. A mean of 40.4 MEq per patient were overprescribed. Fifty percent of the patients kept the remaining opioids at home. Only 20.0 % returned them to their pharmacy. After 3 months, 5.0 % of the patients were using opioids at least occasionally. Three patients needed a new prescription. Forty percent reported having received information about overprescribed opioids management at 3 months.

CONCLUSION :

We found a 60 % over prescription of opioids. Half of our patients kept their unutilized tablets at home. Eighty percent of the patients used 50 MEq or less. We should decrease our prescription to this dose. The optimization of co-analgesia could even decrease opioids requirements. Multidisciplinary consensus for local guidelines should be considered.

COMPARING SKILL ACQUISITION OF RENAL ACCESS TECHNIQUES FOR PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY USING SIMULATION IN SURGICAL TRAINING

Anne Yin¹, Christian Diab¹, Ahmad AlMarzouq¹, Sero Andonian¹, Caroline White¹, Nader Fahmy¹

¹McGill University

INTRODUCTION :

Percutaneous nephrolithotomy is a challenging procedure that urology trainees should be familiar with during residency. The advent of simulators such as the PERC Mentor allows this development of competency in a safer and stress-free environment. There are two primary methods of gaining percutaneous renal access : the triangulation method and the bull's eye method. It is generally believed that it is more difficult to teach the triangulation access, however, to our knowledge, there is n° study comparing the skill acquisition of both techniques. Our goal was to assess which method is associated with an easier attainment in aptitude by using the PERC Mentor simulator. A secondary goal is to assess differences in subjective and objective outcomes between the two methods.

METHODS :

Fifteen simulator and procedure-naïve medical trainees were randomized into two groups using a cross-over randomized study design. Participants were provided with written, video, and live in-person instructions on how to perform each technique. They all performed both methods on the PERC Mentor simulator and were assessed objectively using the PERC Mentor performance data report and subjectively using the PCNL-GRS scoring system. Statistical analysis was performed using Student's T Test and Non-parametric Wilcoxon Signed Rank test.

RESULTS :

There was n° statistical difference in the outcomes and complication rates between the two methods. The Bull's eye method of obtaining PCA was associated with a significant decrease in operative time as well as fluoroscopy time compared to the Triangulation method.

CONCLUSION :

Teaching of both techniques was equally well received by students. Percutaneous renal access could be obtained using either technique successfully. The Bull's eye method however was associated with less operative and fluoroscopy time when compared to the triangulation method.

LA PRISE EN CHARGE DES MASSES RÉNALES PAR SURVEILLANCE ACTIVE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT LA PERCEPTION DU PATIENT

Geneviève Charbonneau¹, Catherine Hudon², Luke Lavallée³, Wassim Kassouf⁴, Isabelle Gaboury², Amélie Tétu⁵, Patrick O. Richard¹

¹Service d'urologie, Département de chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, ²Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, ³Service d'urologie, Département de chirurgie, The Ottawa Hospital, Ottawa Hospital Research Institute and University of Ottawa, Ottawa, Canada, ⁴Service d'urologie, Département de chirurgie, Centre Universitaire de Santé McGill, Université McGill, Montréal, Québec, Canada, ⁵Unité de recherche clinique et épidémiologique, Centre de Recherche, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

CONTEXTE :

La majorité des patients diagnostiqués avec une petite masse rénale suspecte de néoplasie choisissent d'être traitée par un traitement définitif, tel qu'une chirurgie ou une ablation-thermique. La surveillance active qui vise à retarder ou éviter le traitement définitif tant que les masses ne progressent pas est une alternative qui est de plus en plus envisagée. Comme toutes les masses ne sont pas cancéreuses et que même celles malignes sont relativement indolentes, cette alternative a pour but de diminuer le surtraitement et les complications reliées aux traitements. Cette option a déjà été prouvée efficace, mais aucune recherche n'a été réalisée sur la perception des patients quant à la surveillance active et les facteurs l'influençant.

OBJECTIFS :

L'étude a pour buts de décrire les perceptions des patients concernant la prise en charge des petites masses rénales par surveillance active et d'identifier les facteurs influençant ces perceptions.

MÉTHODE :

Les patients aptes, majeurs, communiquant en anglais ou en français et diagnostiqués avec une masse rénale ont été ciblés pour cette étude qualitative descriptive multicentrique (n=3) selon un échantillonnage intentionnel par grappes. Les données ont été collectées à l'aide de groupes de discussion et d'un questionnaire socio-démographique. Les discussions ont été enregistrées et retranscrites, puis une analyse thématique inductive a été effectuée afin d'analyser les données.

RÉSULTATS :

Six groupes de discussion composés de trois à six personnes ont été réalisés dans trois centres pour un total de 24 participants. Au cours des discussions, de nombreux avantages et inconvénients de la surveillance active ont été soulevés par les participants qui percevaient majoritairement la surveillance comme une option permettant d'éviter les traitements à visée curative et leurs complications potentielles. La surveillance était cependant perçue comme une solution temporaire qui affecterait leur chance de survie et leur qualité de vie. De plus, huit différents facteurs influençant ces perceptions ont été rapportés par les participants. Les facteurs incluent entre autres l'âge et l'état de santé du patient, la personnalité du patient, les caractéristiques de la masse et la confiance du patient envers son médecin traitant et les recommandations de ce dernier.

CONCLUSION :

Selon notre étude, le facteur principal influençant le choix de traitement du patient est la confiance envers le médecin et l'avis de ce dernier. Dans l'optique d'augmenter l'utilisation de la surveillance active, le développement d'outils d'information axé sur le patient semble donc primordial afin de lui permettre de prendre une décision selon ses propres valeurs et préférences et ainsi amoindrir l'influence du médecin dans sa prise de décision.

NÉPHRECTOMIE PARTIELLE ROBOT-ASSISTÉ PAR APPROCHE RÉTROPÉRITONÉALE : NOTRE EXPÉRIENCE INITIALE

Massine Fellouah^{1, 2}, Thierry Lebeau^{1, 2}, Julien Letendre^{1, 2}, Nawar Hanna^{1, 2}

¹Université de Montréal, ²Hôpital Maisonneuve-Rosemont

OBJECTIF :

La néphrectomie partielle laparoscopique est le traitement chirurgical de choix pour les petites masses rénales. Toutefois, l'accès à des masses postérieures peut s'avérer difficile. La chirurgie robot-assistée permet généralement une meilleure dextérité dans un petit espace. L'objectif de l'étude est d'une part de présenter notre approche laparoscopique rétropéritonéale robot-assistée, et de décrire notre expérience initiale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Le patient est placé en décubitus latéral avec la table en position de flexion juste au-dessus de la crête iliaque. Une incision de 10-12mm est effectuée à mi-chemin entre la pointe de la 12^e côte et la crête iliaque. Les différentes couches sont incisées jusqu'à l'atteinte de l'espace rétropéritonéale. Un ballon de dissection avec caméra laparoscopique est utilisé pour le développement de l'espace initial. Un premier trochart robotique de 8mm est inséré en direction dorsal à la même hauteur que le trochart de caméra. À l'aide d'un instrument laparoscopique, le péritoine est récliné médialement pour permettre l'insertion des autres trocharts dans l'espace rétropéritonéale. Le reste de la procédure s'effectue de façon standard avec la dissection du hile rénal, de la masse rénale, du clampage hilaire, de l'exérèse et finalement de la rénorraphie.

RÉSULTATS :

De mai 2019 à juin 2021, 9 néphrectomies partielles robot-assistées par approche rétropéritonéale ont été effectuées (3 sur le rein droit et 6 sur le rein gauche). 7 étaient des hommes et 2 des femmes ; l'âge moyen était de 58 ans (41-66). Les 9 procédures ont été complétées avec succès, sans aucune complication per ou post opératoires. La taille moyenne des lésions était 2,3cm (0,9-30). 6 étaient des carcinomes à cellules claires, 2 étaient des carcinomes chromophobes et 1 était un oncocytome. Le temps opératoire moyen était de 158min (114-242), et les pertes sanguines s'élevaient à 106cc (0-500). La durée d'hospitalisation était de 2 (1-4).

CONCLUSION :

La néphrectomie partielle robot-assistée par approche rétropéritonéale est une technique permettant un accès facile et rapide à des masses rénales postérieures. Les résultats postopératoires semblent similaires à l'approche transpéritonéale avec possiblement une durée de séjour moindre.

LE BISPHÉNOL A POURRAIT FAVORISER LA TRANSITION DES CANCERS DE VESSIE NON-INVASIFS EN CANCERS INVASIFS

Ève Pellerin¹, Félix-Antoine Pellerin¹, Stéphane Chabaud¹, Frédéric Pouliot^{2, 3}, Martin Pelletier⁴, Stéphane Bolduc^{1, 2}

¹Centre de recherche en organogénèse expérimentale/LOEX, Axe Médecine Régénératrice, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ²Département de chirurgie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada, ³Axe Oncologie, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada, ⁴Axe Maladies Infectieuses et Immunitaires, Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada

INTRODUCTION :

Les plastiques contiennent souvent des bisphénols (BP) qui agissent comme perturbateurs endocriniens. Le BPA est retrouvé dans 90 % des échantillons d'urine. L'exposition aux BP est associée à la progression tumorale pour les cancers hormono-sensibles. La vessie n'est pas un tissu hormono-sensible, mais l'activation des récepteurs hormonaux joue un rôle dans le développement du cancer de la vessie. La transition d'un métabolisme mitochondrial vers un métabolisme glycolytique (effet Warburg) est une caractéristique des tumeurs. Notre hypothèse est qu'une exposition chronique des cellules urothéliales (UC) et cancéreuses au BPA devrait augmenter le phénotype invasif des cellules cancéreuses, en plus de potentialiser l'induction des fibroblastes vésicaux (FHu) en fibroblastes associés au cancer (CAF), amplifiant ainsi l'effet Warburg et favorisant l'invasion tumorale.

MÉTHODOLOGIE :

Des UC et cancéreuses non-invasives (RT4) et invasives (T24) ont été exposées au BPA 10⁻⁸ M. L'impact du BPA a été mesuré au niveau du métabolisme énergétique, de la prolifération et de la migration. Des FHu sains ont été utilisés et induits en CAF avec du milieu conditionné par des RT4 ou T24. Le métabolisme des FHu/CAF a aussi été mesuré. L'expression d' α -SMA, reflétant la capacité d'invasion, par les RT4 et T24 \pm BPA a été analysée par cytométrie en flux.

RÉSULTATS :

Après une exposition chronique au BPA, le métabolisme énergétique, la prolifération et la migration des UC sont diminués, tandis que ces paramètres sont augmentés pour les cellules cancéreuses. De plus, le métabolisme des FHu exposés au BPA est diminué. Les CAF conditionnés par des RT4/T24 avec BPA démontrent une reprogrammation métabolique accentuée, caractérisée par une augmentation de la glycolyse. De plus, les RT4 exposées chroniquement au BPA expriment plus l' α -SMA.

CONCLUSION :

L'exposition chronique au BPA diminue le métabolisme énergétique des cellules saines (UC et FHu), ce qui pourrait entraîner des conséquences au niveau de la réparation tissulaire et de la production de la matrice extracellulaire. L'augmentation de l'activité physiologique des cellules cancéreuses et de l'expression d' α -SMA chez les RT4 avec BPA pourraient favoriser l'invasion tumorale. L'augmentation du métabolisme glycolytique des CAF mène à une acidification du milieu extracellulaire entraînant une dégradation de la matrice, favorisant ainsi l'invasion tumorale. Ainsi, l'exposition environnementale chronique au BPA pourrait avoir un impact clinique important chez les patients atteints d'un cancer superficiel de la vessie.

ASSESSING THE ACCURACY, QUALITY, AND READABILITY OF ONLINE INFORMATION RELATED TO THE SURGICAL MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

David Bouhadana¹, David-Dan Nguyen¹, Brendan Raizenne², Sai Vangala³, Iman Sadri¹, Bilal Chughtai⁴, Dean Elterman³, Kevin Zorn², Naeem Bhojani²

¹Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, ²Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada, ³Division of Urology, Dept. of Surgery, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada, ⁴Department of Urology, Weill Cornell Medical College/New York Presbyterian, New York, NY, USA

BUT :

To assess the accuracy, quality, and readability of online educational health information in English related to the most common benign prostatic hyperplasia (BPH) guideline-approved surgical treatments.

MÉTHODES :

The terms “benign prostatic hyperplasia”, “BPH”, and all eight guideline-approved treatment modalities studied, were searched to retrieve the first five relevant websites and first two paid advertised websites related to the surgical treatment options for BPH. These modalities included transurethral resection of the prostate (TURP), GreenLight photovaporization, endoscopic enucleation of the prostate, Rezum, Urolift, Aquablation, open simple prostatectomy (OSP), and robotic simple prostatectomy (RSP). All relevant websites were assessed for their accuracy, quality, and readability using standardized scoring systems.

RÉSULTATS :

The mean accuracy score for each of the treatment modalities were all indicative of good accuracy, with 76-99 % of the information presented as being accurate. The median quality score was statistically different across the 8 treatment modalities ($P=.015$). The median readability grade level was statistically different across the 8 treatment modalities ($P=.009$). Websites that described TURP (median readability grade level, 9.00 [IQR,8.00-10.80]) were significantly easier to read than those related to RSP (median readability grade level, 14.35 [IQR,11.08-16.50]) ($p= 0.011$). No other statistically significant differences were found within the other treatment modality websites.

CONCLUSION :

The majority of websites retrieved were found to be of high accuracy, good quality, and poor readability. Additionally, it was found that none of the retrieved websites included descriptions for all of the other included treatment modalities. Given these findings, the authors recommend the development of centralized resources with all guideline-approved treatment modalities and accurate, readable, and high-quality information related to the surgical treatment of BPH.

ÉVOLUTION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DES KYSTES RÉNAUX BOSNIAK IIF

Félix Couture¹, Sarah Hadj-Mimoune², Stéphane Michael³, Maxime Noël-Lamy², Patrick Richard⁴

¹Département de chirurgie, Division d'urologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada, ²Département de radiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada, ³Département de radiologie, Centre Hospitalier de l'Université Laval, Québec, Canada, ⁴Département de chirurgie, Division d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

INTRODUCTION :

La plus récente classe de kystes rénaux complexes Bosniak IIF (BIIF) regroupe des kystes nécessitant un suivi radiologique, sans intervention immédiate. Le suivi radiologique des kystes BIIF entraîne des coûts, une exposition radiologique et un stress important pour les patients concernés. Des études récentes ont suggéré un potentiel de malignité plus faible que précédemment décrit pour les kystes BIIF.

OBJECTIF :

Déterminer l'évolution radiologique et oncologique des kystes rénaux BIIF diagnostiqués à notre institution.

MÉTHODOLOGIE :

Une recherche des archives radiologiques du CHUS a permis d'identifier les patients diagnostiqués avec un kyste BIIF sur une TDM ou IRM avec contraste entre janvier 2000 et décembre 2018. Les images disponibles ont été révisées par un de trois radiologues dédiés et formés pour confirmer le diagnostic et établir l'évolution radiologique. Une revue des dossiers cliniques a été effectuée.

RÉSULTATS :

254 patients ont été initialement diagnostiqués avec un kyste BIIF. Suite à la révision des images initiales, 53 kystes (21 %) ont été re-classifiés en BI ou BII et exclus. Des kystes BIIF confirmés, le suivi radiologique avec contraste moyen était de 50.1 mois. La majorité (54 %) de ces kystes sont restés stables ou ont diminué en taille. 82 % des kystes sont demeurés de classe BIIF, alors que 11 % ont été re-classifiés à la baisse durant le suivi. 7 % des kystes ont évolué en BIII ou BIV après révision des images de suivi. 5 patients ont subi un traitement chirurgical de leur kyste, et une seule pathologie néoplasique a été découverte. Aucune progression oncologique ou maladie métastatique n'a été rapportée.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS :

La transformation des kystes rénaux BIIF en kystes plus complexes était moins fréquente que précédemment rapporté dans la littérature, et la découverte de maladie maligne était excessivement rare. Une proportion significative des kystes étaient sur-diagnostiqués par les radiologues. Ces résultats suggèrent un comportement indolent et bénin pour la très vaste majorité des kystes rénaux BIIF, et soulignent l'importance d'une révision adéquate par un uro-radiologue expérimenté.

EXTERNAL VALIDATION OF THE MOLECULAR SUBTYPE CLASSIFIER BY IMMUNOHISTOCHEMISTRY FOR MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS WITHIN THE TRIMODAL THERAPY COHORT

Charles Hesswani¹, Chelsea L. Jackson², Gautier Marcq¹, Céline Hardy², Ronald Kool¹, Jose Joao Mansure¹, Fadi Brimo¹, David M. Berman², Wassim Kassouf¹

¹McGill University, ²Queen's University

INTRODUCTION :

Bladder sparing approaches for muscle invasive bladder cancer (MIBC), such as trimodal therapy (TMT), are increasingly offered to select candidates. Patient selection and oncological outcomes may be affected by distinct molecular subtypes based on gene expression profiling. Tumors of the basal subtype were previously shown to carry a poorer prognosis, whereas tumors of the luminal subtype were associated with improved overall survival (OS).

OBJECTIVE :

To classify MIBC patients into distinct molecular subtypes and to evaluate whether the three-antibody immunohistochemistry-based classifier based on the Lund taxonomy correlates with survival outcomes in the TMT cohort.

METHODS :

Tumoral, benign and transition zone tissue from transurethral resection of bladder tumors of 104 patients were sampled on five tissue microarray blocks (TMA). We used the HaloLink digital pathology platform to measure KRT5, GATA3 and P16 biomarkers expression on tumoral slides. Hierarchical clustering was used to classify patients based on the three-antibody IHC algorithm biomarker expression profile. Subtypes were evaluated for association with complete response, recurrence-free survival and overall survival.

RESULTS :

The mean age was 72.2 years (SD 10.9 years) and 22.6 % were females. Median OS was 43 months (95 % ; CI 19-77) and median follow-up time was 55 months (95 % ; CI 39-75). On univariate analysis, ECOG and complete response rate were predictors of significant difference in recurrence-free survival ($p < 0.05$). For overall survival (OS), age, ECOG, clinical stage, and complete response were found to significantly impact OS ($p < 0.05$). Of 104 patients, immunohistochemistry-based subtype classification was feasible in 93 patients. Patients were successfully classified into basal subtype (23.7 %), luminal genomically unstable (14.0 %), luminal urothelial like (31.2 %) and negative/unclassified (31.2 %). On Kaplan-Meier survival analysis, no significant differences in survival were observed between the molecular subtypes when comparing basal vs. luminal vs. negatives or basal vs. luminal ($p > 0.05$). Although OS for basal vs. other subtypes was not significantly different ($p < 0.05$), a clear difference early-on during follow-up was seen.

CONCLUSIONS :

Subtype identification using the immunohistochemistry-based three antibody classification is feasible in the majority of patients. However, the three antibody-based molecular subtype classifier was not predictive of complete response or survival for MIBC patients post-TMT. Our study was likely underpowered to detect a significant difference in treatment response. Future larger scale studies may help validate any association between these subtypes.

HEAD-TO-HEAD COMPARISON AND VALIDATION OF TWO COMMONLY USED PREOPERATIVE NOMOGRAMS PREDICTING BIOCHEMICAL RECURRENCE AND LYMPH NODE INVASION IN A COHORT OF HIGH-GRADE PROSTATE CANCER PATIENTS

Nawar Touma¹, Maxence Larose², Jade Ouellet³, Narcisse Singbo⁴, Hélène Hovington⁴, Bertrand Neveu⁴, Louis Archambault², Frédéric Pouliot¹

¹Division of Urology, Department of Surgery and Cancer Research Center, CHU de Québec-Université Laval, Quebec City, Canada, ²Department of Physics and Optical Engineering, and Cancer Research Center, Université Laval, Quebec City, Canada, ³Faculty of Medicine, Université Laval, Quebec City, Canada, ⁴CHU de Québec-Université Laval Research Center, Université Laval, Quebec City, Canada

BACKGROUND AND OBJECTIVES :

Current commonly used preoperative nomograms predicting postoperative clinical and pathological outcomes in prostate cancer patients have not been yet validated in only selected high-grade prostate cancer patients. The aim of this study is to perform an external validation and to compare the performance of the Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) and University of California, San Francisco, Cancer of the Prostate Risk Assessment Score (UCSF-CAPRA) preoperative nomograms as predictors of biochemical recurrence (BCR) and lymph node invasion (LNI) in a contemporary North American cohort of high-grade prostate cancer patients.

METHODS :

This is a retrospective study focusing on 180 men with high-grade prostate cancers (Gleason ≥ 8) with available follow-up information treated at our institution between 2011 and 2020 with radical prostatectomy and pelvic node dissection for clinical stage T1 to T3 without receiving neoadjuvant or adjuvant therapy before biochemical recurrence. Descriptive statistics were applied. The area under the curve (AUC) of the receiver operator characteristic (ROC) analysis was used to quantify the accuracy of the nomograms at predicting LNI at prostatectomy. Nomograms performance at predicting BCR was evaluated using cox proportional hazards regression analysis and the Harrell's concordance (c) index. Calibration plots were used to evaluate the models' estimating precision. Finally, a decision curve analysis (DCA) was computed to evaluate the net benefit associated with their use. Prospective data collection was approved by our institution's ethics board and all patients provided written consent before surgery.

RESULTS :

A total of 90 patients (50 %) developed BCR within 5 years, and 49 (27 %) had LNI at surgery. The MSKCC nomogram (c-index= 0.6572, standard error : 0.0286) was comparable to the CAPRA tool (c-index= 0.6669, standard error : 0.0295) at predicting 5-year BCR. However, the MSKCC (AUC 76.2 %, CI [0.6865, 0.8374]) nomogram showed better LNI predictive capability than the CAPRA (AUC 69.2 %, CI [0.6060, 0.7780]).

CONCLUSION :

Current commonly used preoperative nomograms appear to have low accuracy at predicting BCR in a selected cohort of high-grade prostate cancer patients. While both may show acceptable accuracies at predicting LNI, the MSKCC nomogram appeared to have a better predictive capability.



**ASSOCIATION DES
UROLOGUES
DU QUÉBEC
QUEBEC
UROLOGICAL
ASSOCIATION**