



Projet adenome-pros

Guillaume Morin, Frédéric Saunier

Table des matières

1	Introduction	3
2	Analyse descriptive	4
2.1	Vue générale	4
2.2	Corrélation variables pré-opératoires	4
2.3	Distribution/évolution des données post-opératoires	6
2.3.1	IPSS sur 18 mois	6
2.3.2	Qol sur 18 mois	8
2.3.3	Qmax sur 18 mois	10
3	Classification profils pré-opératoires	12
3.1	CAH / PAM RTUPB pré-opératoires	12
3.2	CAH / PAM VPPBS pré-opératoires	15
3.3	Comparaison Qmax	17
4	Classification profils post-opératoires	18
4.1	CAH / PAM RTUPB post-opératoires	18
4.2	CAH / PAM VPPBS post-opératoires	21
4.3	Profils pré-opératoires	23
4.4	Extraction des profils pour RTUPBS	23
4.4.1	QMax sur 12 mois	23
4.5	Extraction des profils pour RTUPBS	23
4.5.1	QMax sur 12 mois	23
4.6	Extraction des profils pour RTUPBS	23
4.6.1	Conclusion	23
4.7	Profils post-opératoires	23
4.7.1	RTUPB	24
4.7.2	VPPBS	31
4.8	Liens entre profils pré et post-opératoires	37
4.8.1	Liens entre profils pré et post-opératoires	37
5	Classification supervisée RTUPB-VPPBS et VAPOR	38
5.1	RTUPB-VPPBS : prédiction IPSS, QoL et Qmax à 12 mois	38
5.2	VAPOR : prédiction IPSS, QoL et Qmax à 12 mois	38
5.3	RTUPB : prédiction du profil de guérison	38
5.4	VPPBS : prédiction du profil de guérison	38

1 INTRODUCTION

Cette étude porte sur 3 bases de données médicales VAPOR, RTUPB et VPPBS. Ces trois bases fournissent un ensemble de données pré et post opératoire pour un ensemble de patients utilisant l'un des trois traitements. Sachant que les données post opératoires sont fournies sous forme d'observation sur des intervalles de temps distincts.

TABLE 1 – GLOSSAIRE

Variable	Description
Age (ans)	Age du patient
Comorbidité CardioVx	Présence de maladies associées cardiaque ou vasculaire tel que l'hypertension artérielle
Durée traitement médical (mois)	N/A
Porteur de sonde	le patient a une sonde urinaire avant l'intervention
IPSS P.O	International prostatic syptome score PRE OPERATOIRE = plus il est élevé plus le patient est gêné
QoL P.O	Score de qualité de vie PRE OPERATOIRE = plus il est élevé plus le patient est insatisfait
Qmax P.O (ml/s)	Débit maximal urinaire PRE OPERATOIRE = plus il est élevé, plus la miction est de bonne qualité
PSA (ng/ml)	N/A
Volume prostatique (ml)	N/A
RPM	Residu post mictionnel = quantité d'urine retrouvé dans vessie après une miction, à l'état normal elle est de 0
Indication	N/A
Anesthésie	N/A
Evenement H.D	Evenement hémodynamique pendant l'intervention = perturbation de la tension artérielle durant l'intervention
Transfusion PerO	Si oui ou non le patient a eu une transfusion pendant l'intervention
Temps OP	Temps opératoire
Volume résequé (ml)	N/A
Délai ablation (jours)I)	Délai d'ablation de la sonde urinaire après l'intervention
caillotage	N/A
reprise au bloc	N/A

2 ANALYSE DESCRIPTIVE

2.1 VUE GÉNÉRALE

RTUPB, VPPBS et VAPOR sont trois bases d'observations contenant respectivement 36, 32 et 40 observations (patients) avec une répartition en âge suivante :

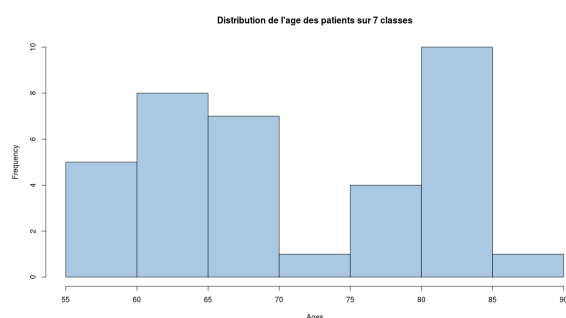


FIGURE 1 – RTUPB

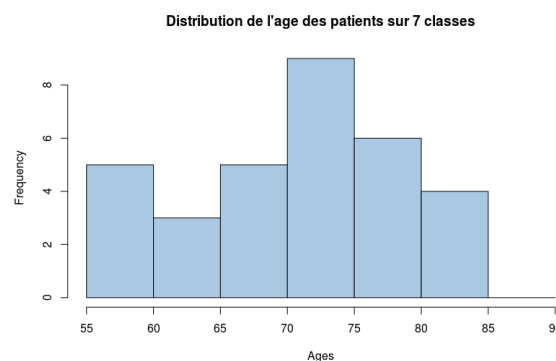


FIGURE 2 – VPPBS

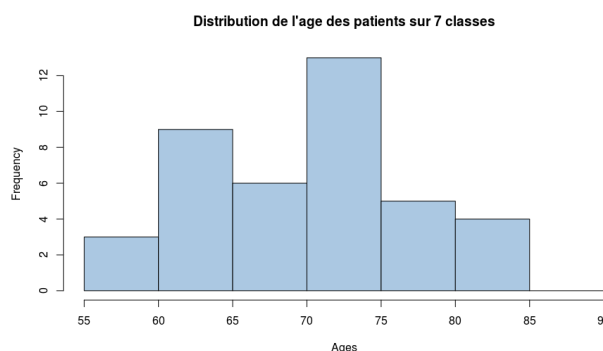


FIGURE 3 – VAPOR

2.2 CORRÉLATION VARIABLES PRÉ-OPÉRATOIRES

Ici nous souhaitons mettre en évidence les corrélations possibles. Nous limitons l'étude sur les tableaux post-opératoires des techniques RTUPB VPPBS et VAPOR contenant aussi les variables IPSS Qol et Qmax. De même, certaines dimensions sont invariantes pour une technique donnée, nous avons supprimé celles-ci lors de la création de la matrice de corrélation et son corralélograme associé.

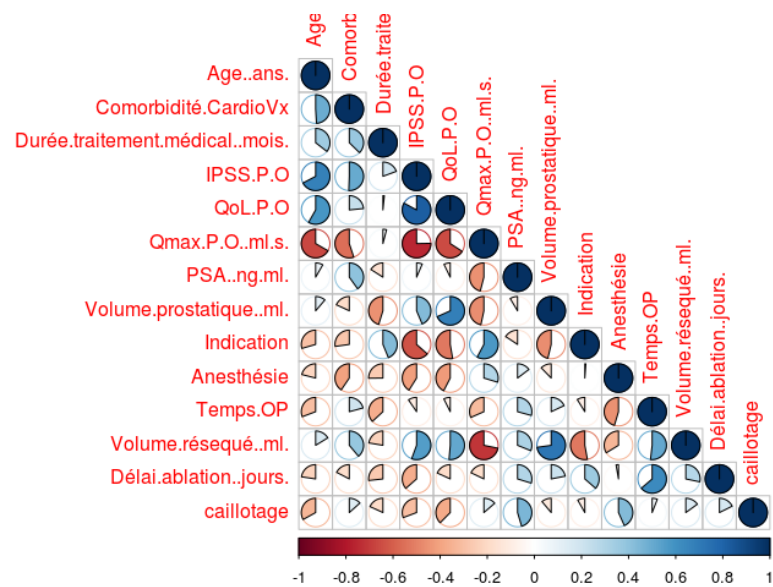


FIGURE 4 – MATRICE CORRÉLATION RTUBP

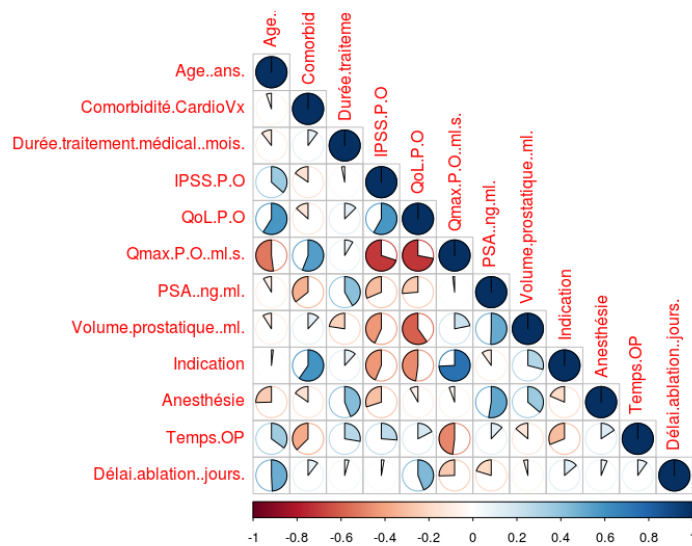


FIGURE 5 – MATRICE CORRÉLATION VPPBS

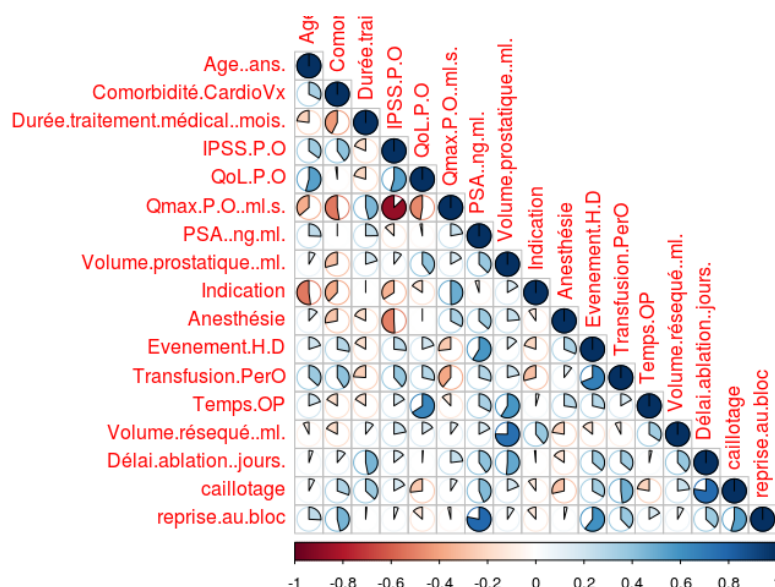


FIGURE 6 – MATRICE CORRÉLATION VAPOR

Les variables *IPSS P.O* et *QoL P.O* semblent avoir une corrélation qui peut sembler logique à la connaissance du fait qu'elles représentent pour l'une un indicateur de gêne et pour l'autre un indicateur une qualité de vie post opératoire, même si c'est nettement plus marqué dans le cas de le panel des patients RTUBP. De même pour les variables *Volume prostatique* et *Volume résequé*. Aussi nous avons une corrélation **negative** intéressante entre le *IPSS P.O* et le *QMAX PO (ml/s)* (plus le patient à un QMax élevé moins il semble gêné alors que IPSS croît avec la gêne).

2.3 DISTRIBUTION/ÉVOLUTION DES DONNÉES POST-OPÉRATOIRES

2.3.1 IPSS SUR 18 MOIS

RTUPB est une table composée de 36 patients.

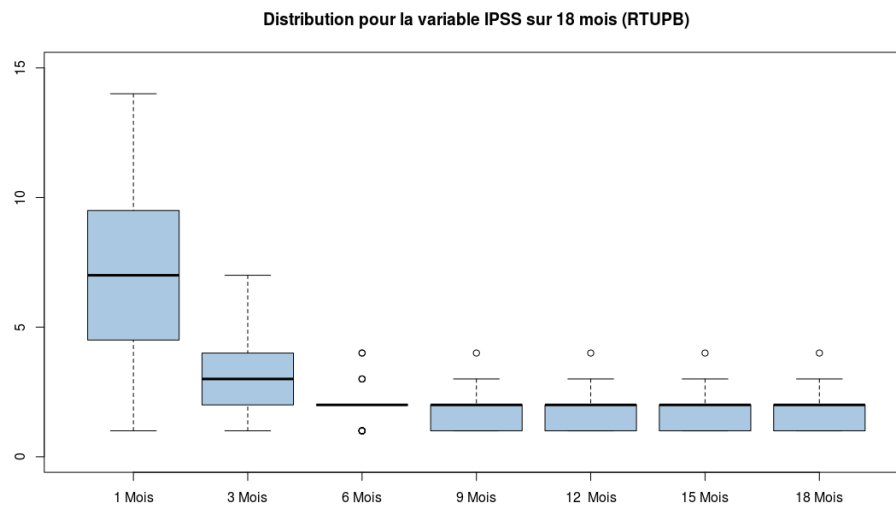


FIGURE 7 – RTUPB / IPSS SUR 18 MOIS

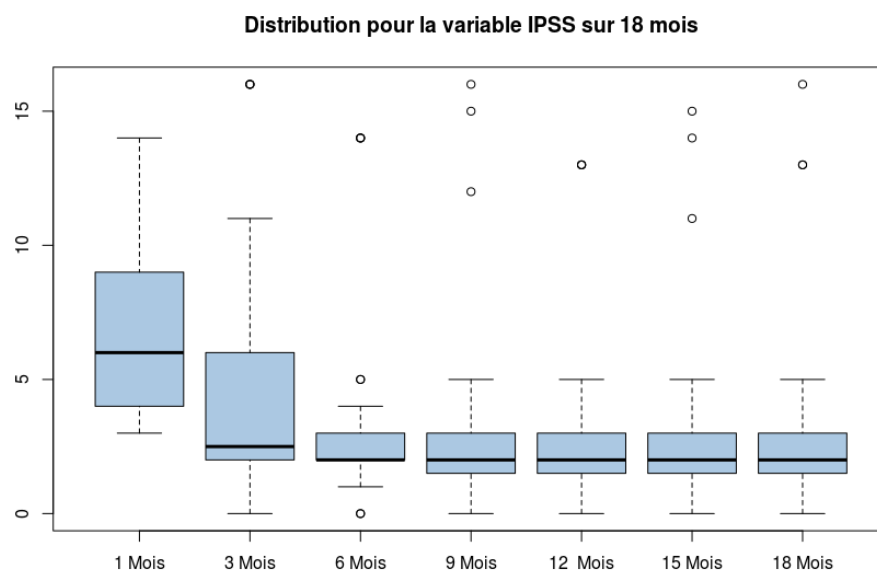


FIGURE 8 – VPPBS/IPSS SUR 18 MOIS

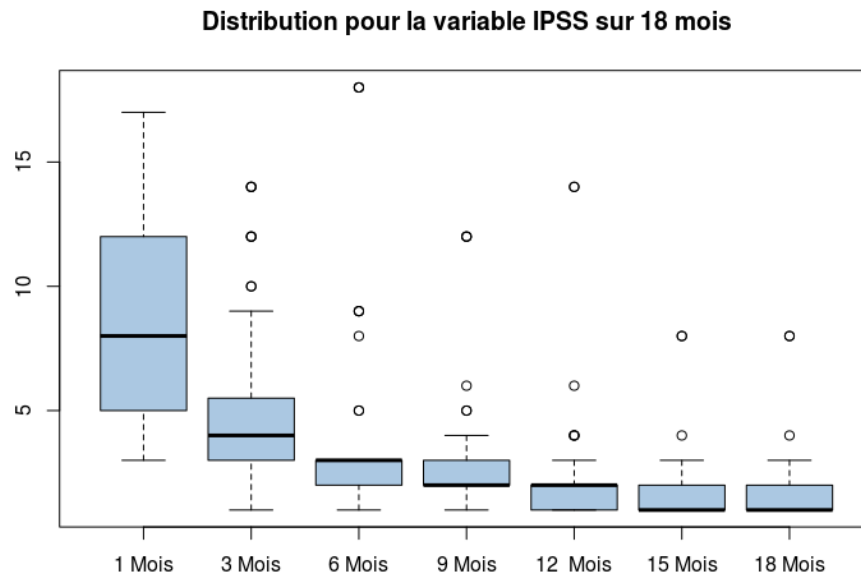


FIGURE 9 – VAPOR/IPSS

2.3.2 QOL SUR 18 MOIS

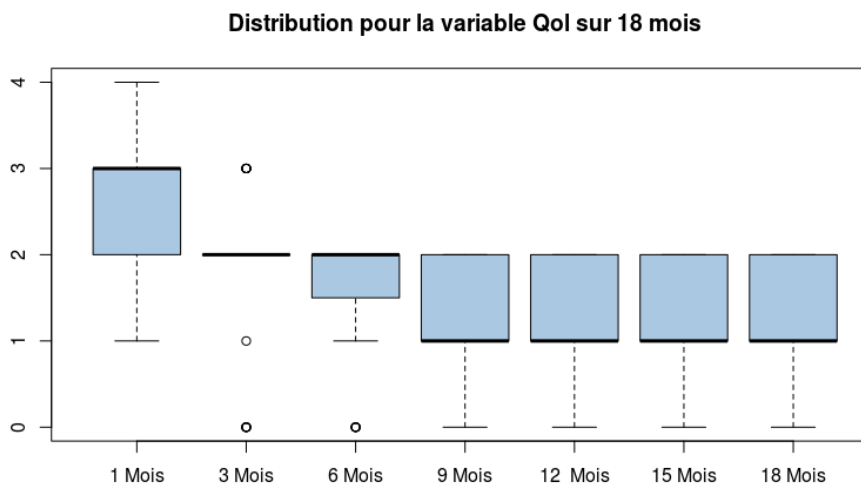


FIGURE 10 – RTUPB / QOL SUR 18 MOIS

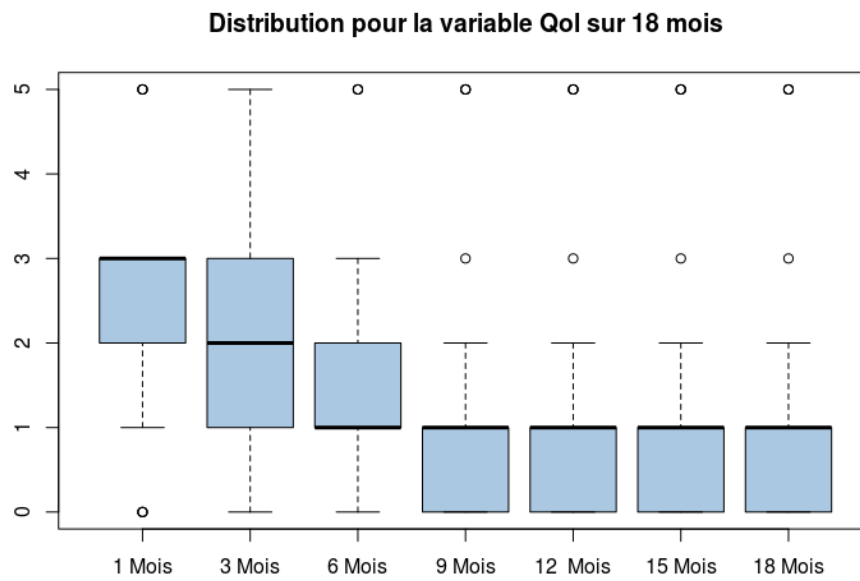


FIGURE 11 – VPPBS / QOL SUR 18 MOIS

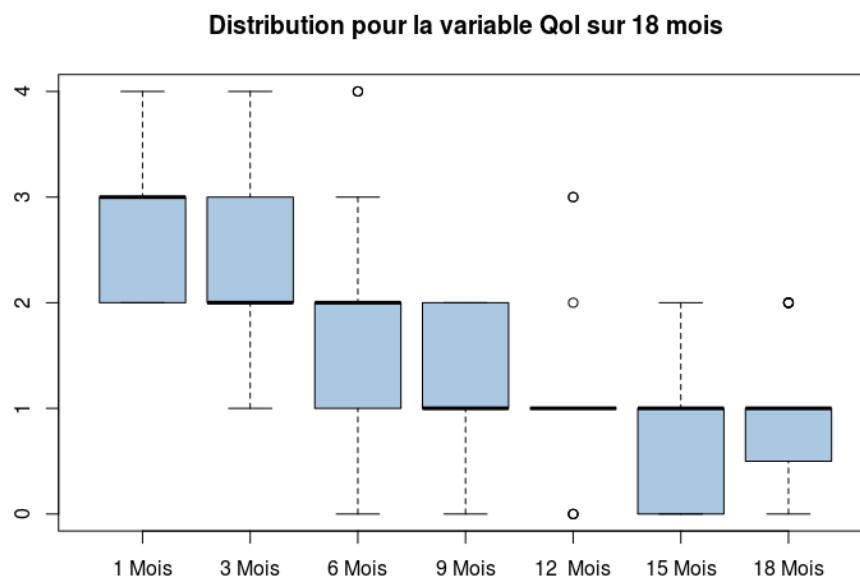


FIGURE 12 – VAPOR / QOL SUR 18 MOIS

2.3.3 QMAX SUR 18 MOIS

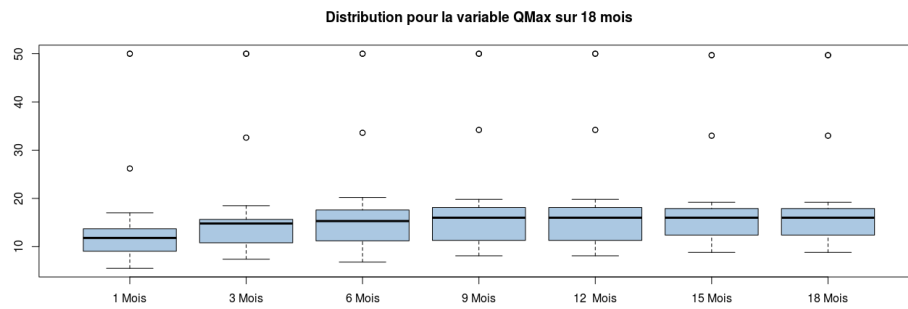


FIGURE 13 – RTUPB / QMAX SUR 18 MOIS

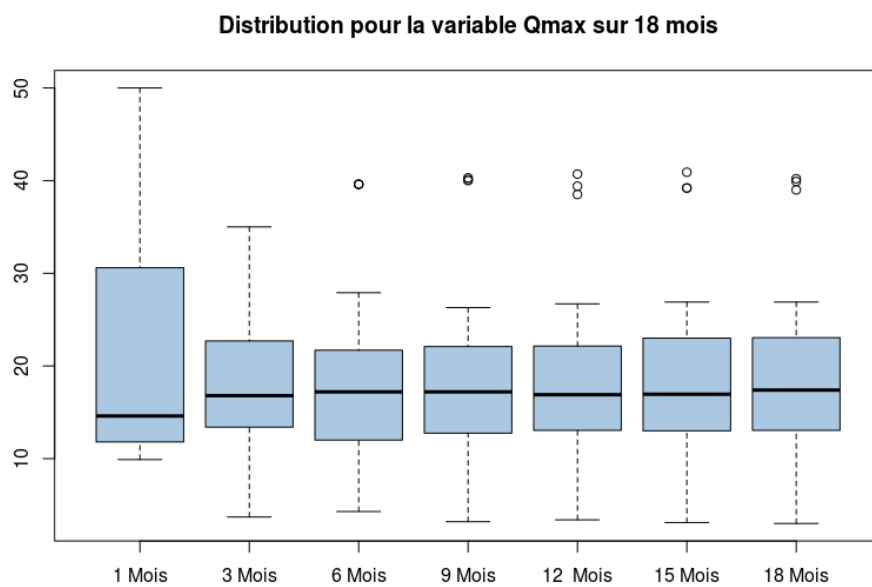


FIGURE 14 – VPPBS/QMAX SUR 18 MOIS

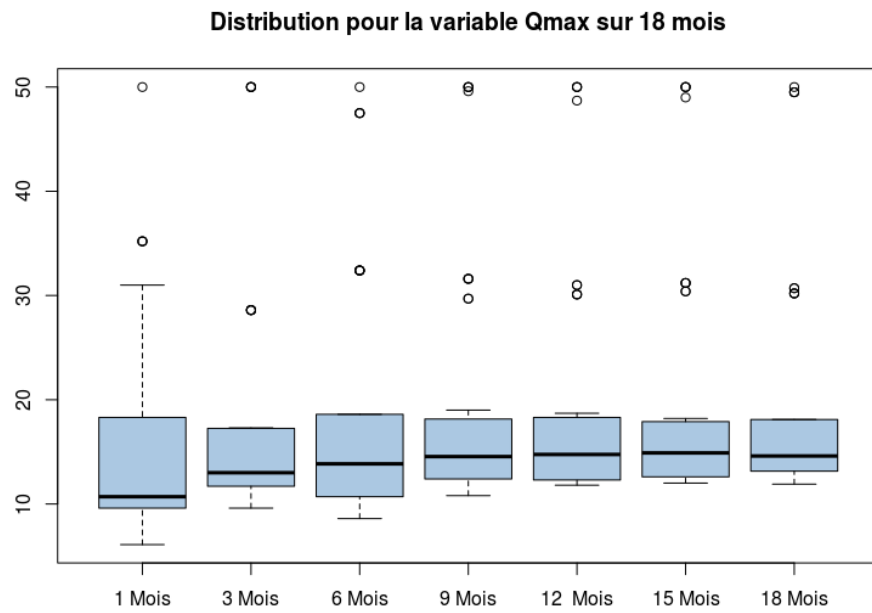


FIGURE 15 – VAPOR/QMAX

3 CLASSIFICATION PROFILS PRÉ-OPÉRATOIRES

Dans le cadre de la classification nous avons observé quelques doublons, nous avons choisi de les supprimer du moins dans cette première phase.

3.1 CAH / PAM RTUPB PRÉ-OPÉRATOIRES

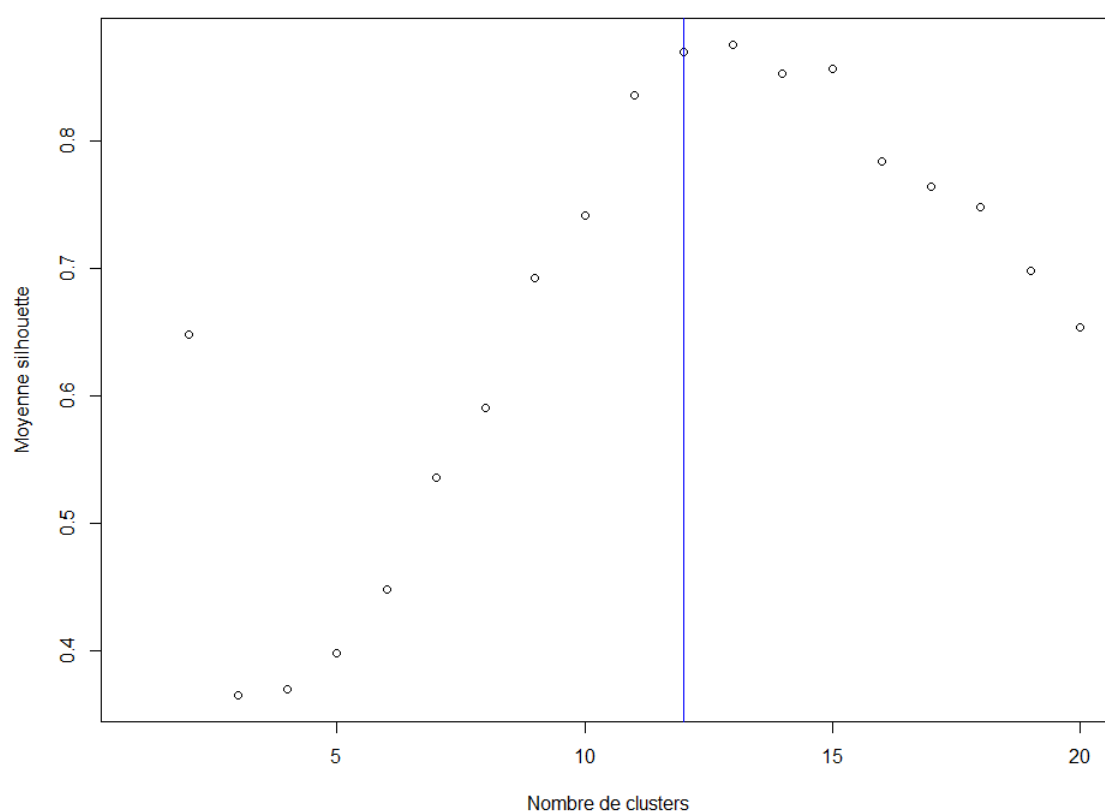


FIGURE 16 – RTUPB MAXIMISE NB CLUSTER / BONNE CLASSIFICATION

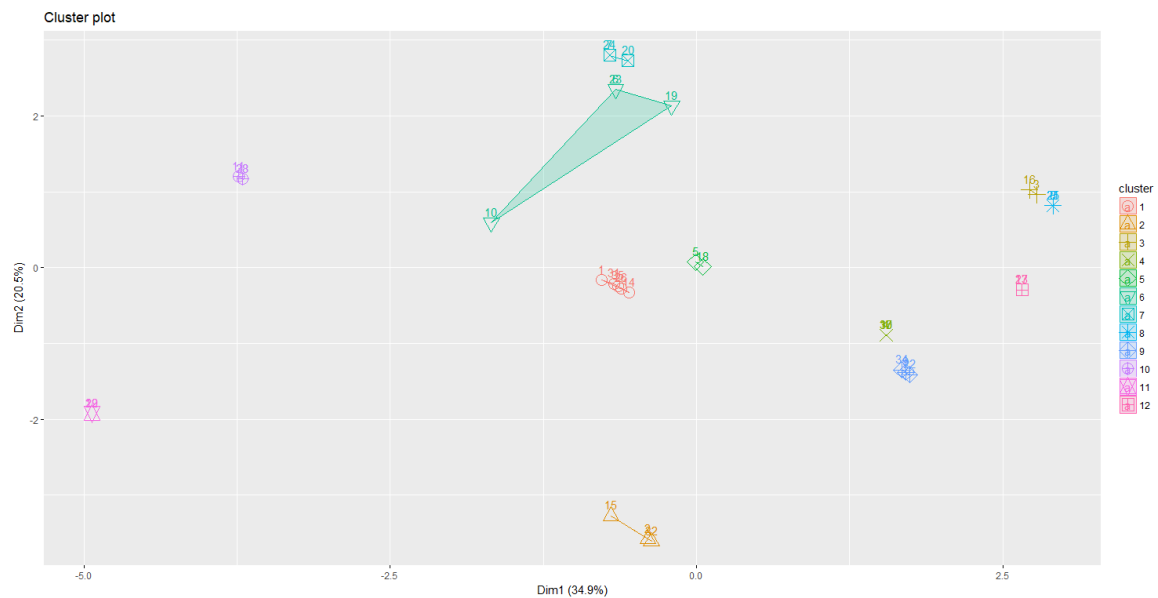


FIGURE 17 – RTUPB NUAGE DE POINTS / CLUSTERS PAM K=12

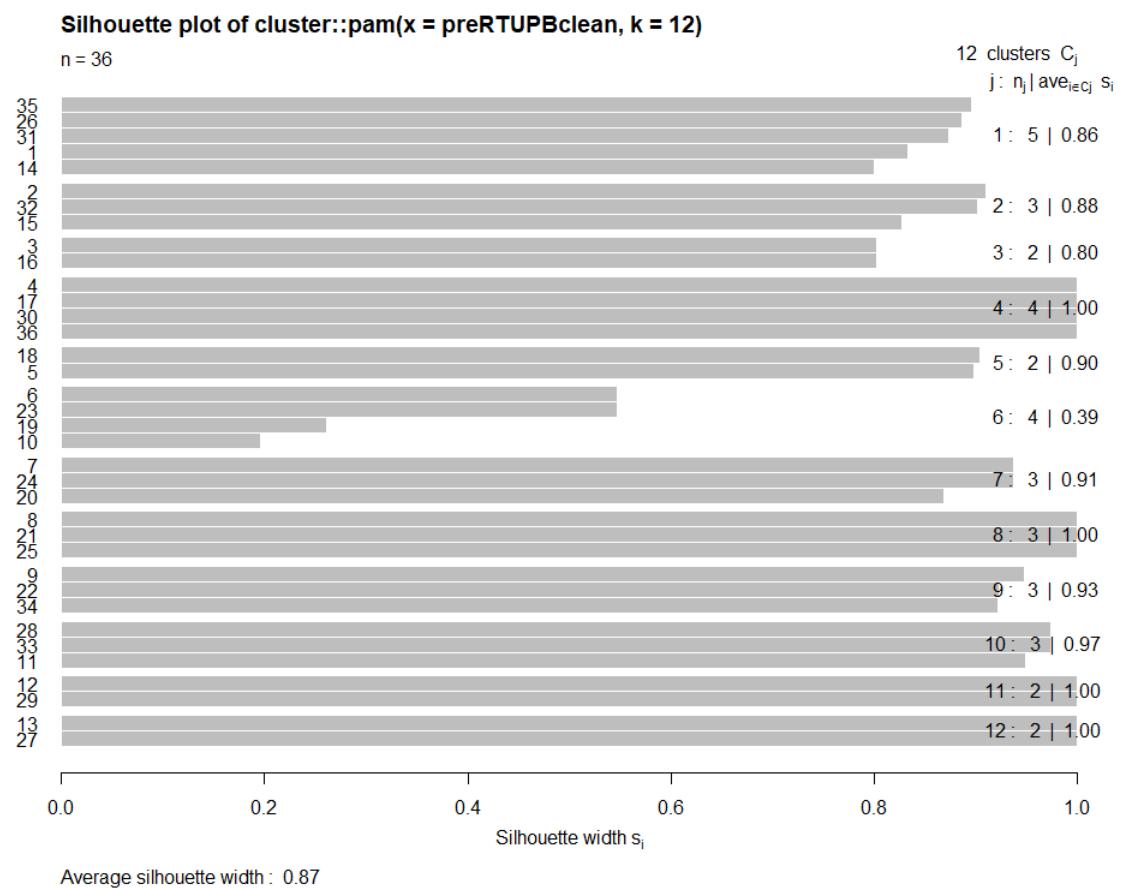


FIGURE 18 – RTUPB SILHOUETTE / CLUSTERS PAM K=12

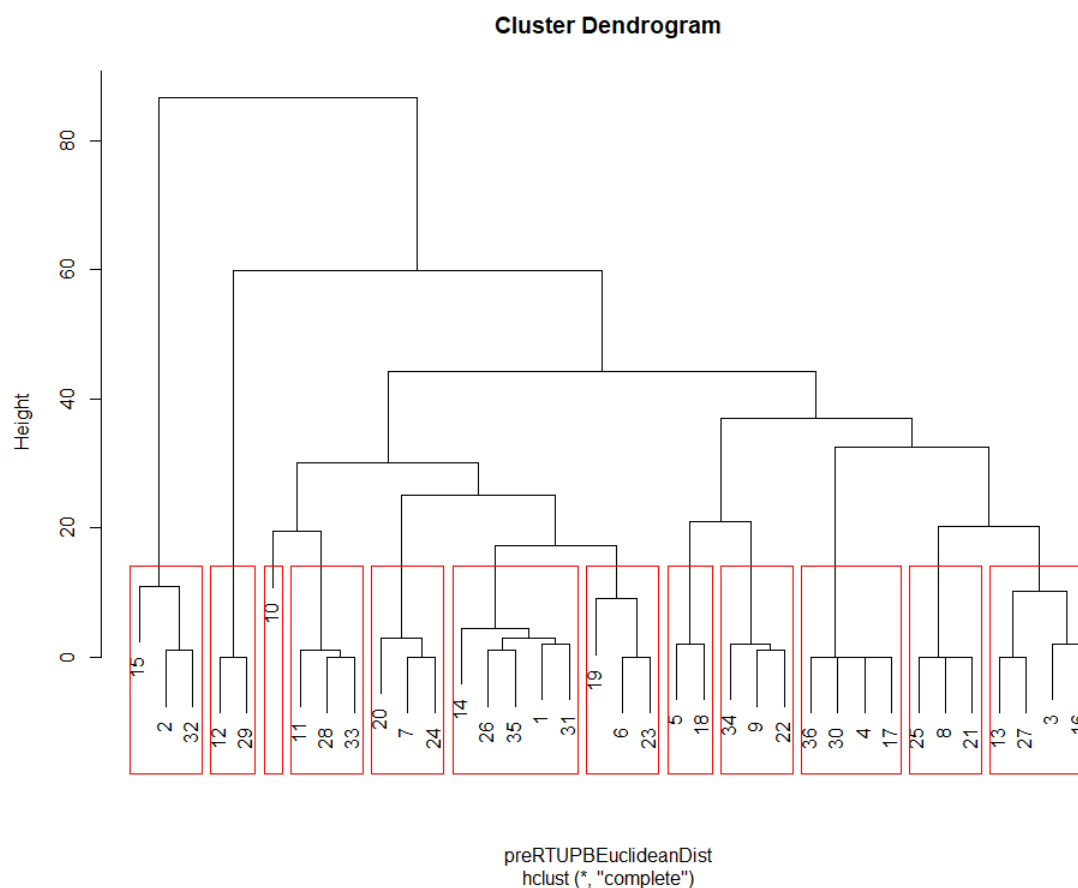


FIGURE 19 – RTUPB CAH SÉPARATION EN K=12

Lors de notre analyse nous avons observé qu'il existait un ensemble d'individus similaires (ensemble des valeurs identiques au relevé prés) ce qui s'observe dans la construction de certains clusters avec une valeur de qualité intra-cluster très forte en forgeant de petits clusters. Nous reviendrons sur ce point dans le rapprochement de ces profils avec les profils de guérison ultérieurement. Nous avons estimé à 12 le nombre de clusters suivant la variation de la qualité globale du cluster réalisé à partir de PAM.

3.2 CAH / PAM VPPBS PRÉ-OPÉRATOIRES

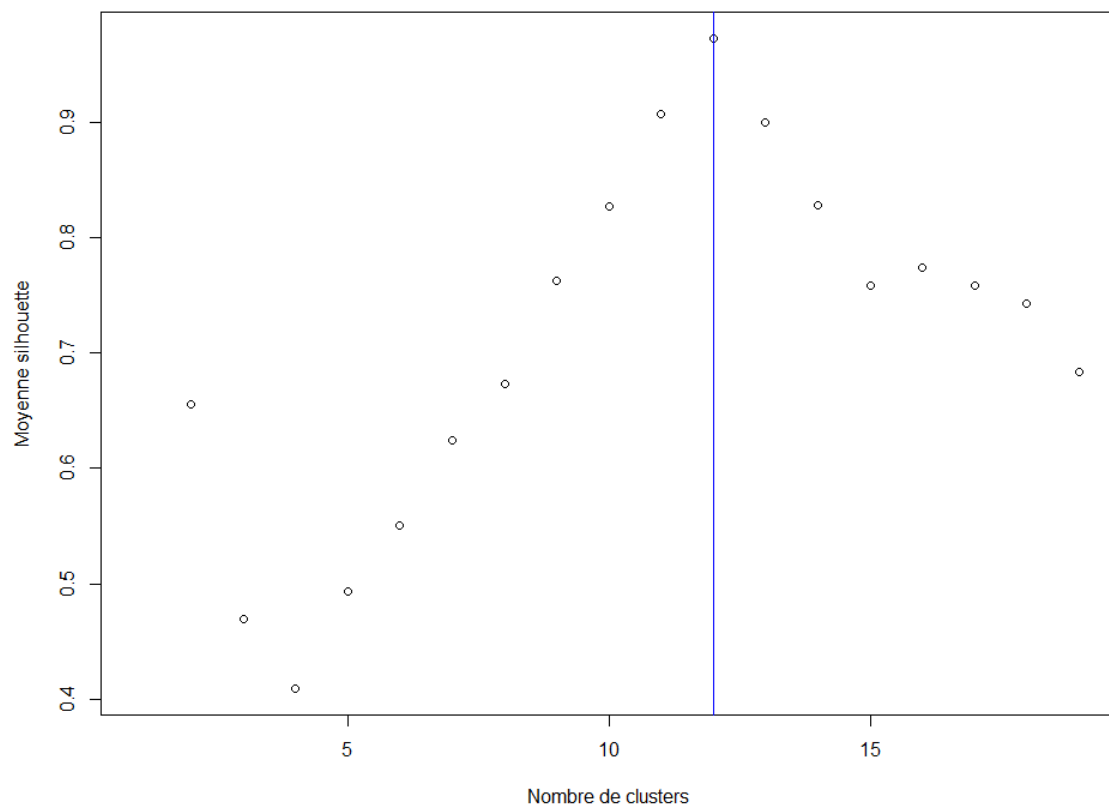


FIGURE 20 – VPPBS MAXIMISE NB CLUSTER / BONNE CLASSIFICATION

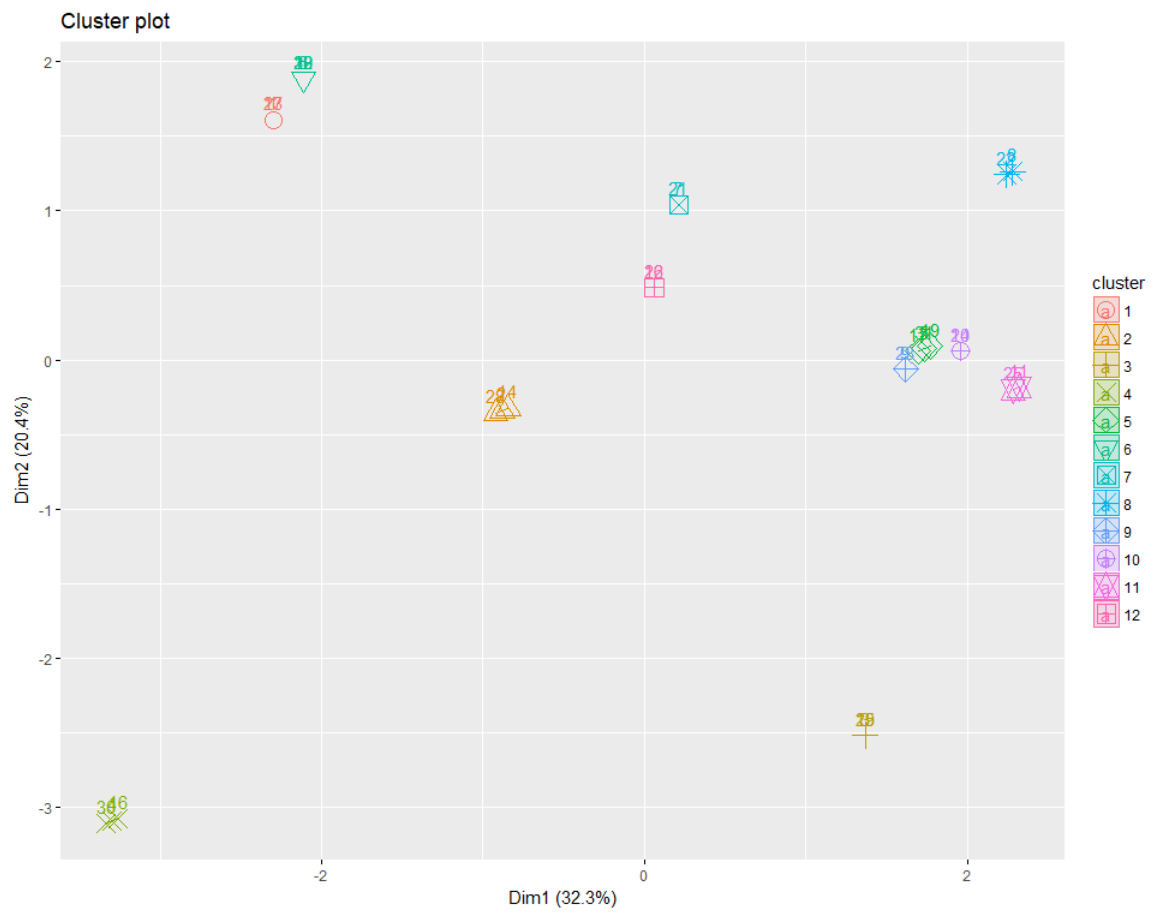


FIGURE 21 – VPPBS NUAGE DE POINTS / CLUSTERS PAM K=12

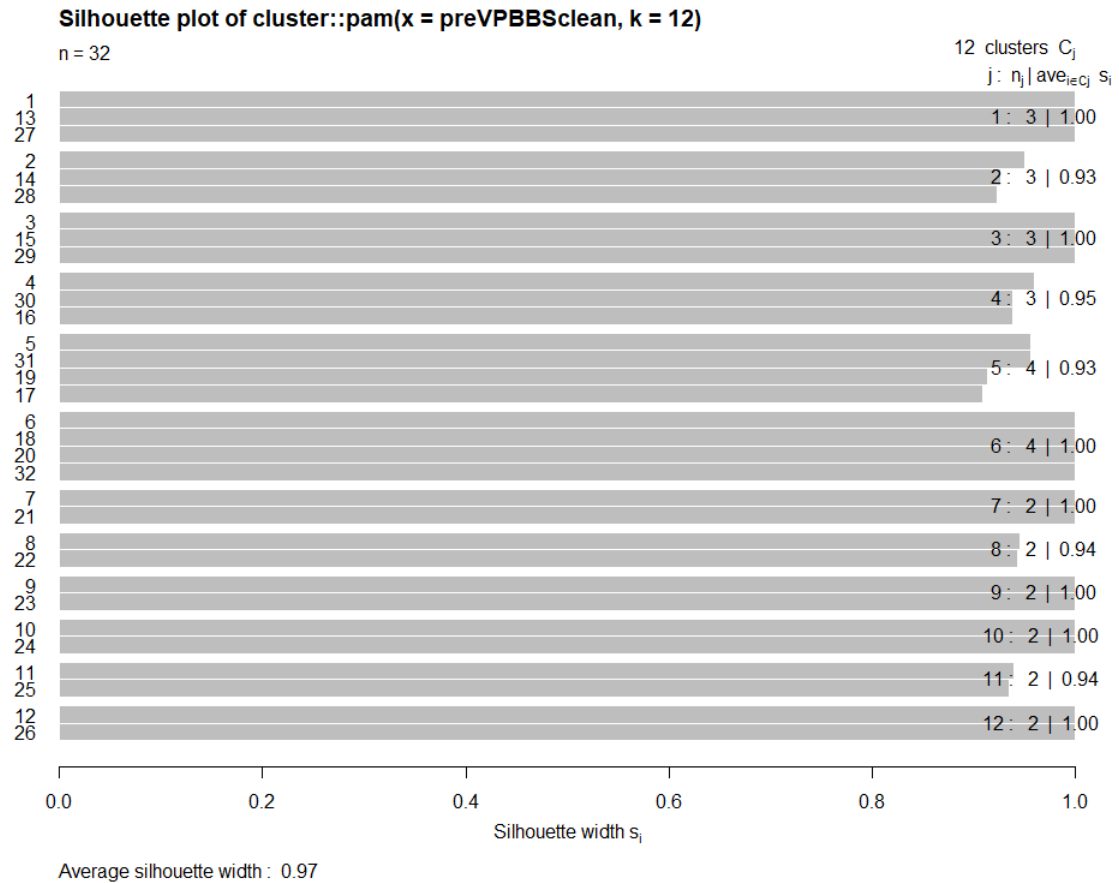


FIGURE 22 – VPPBS SILHOUETTE/ CLUSTERS PAM K=12

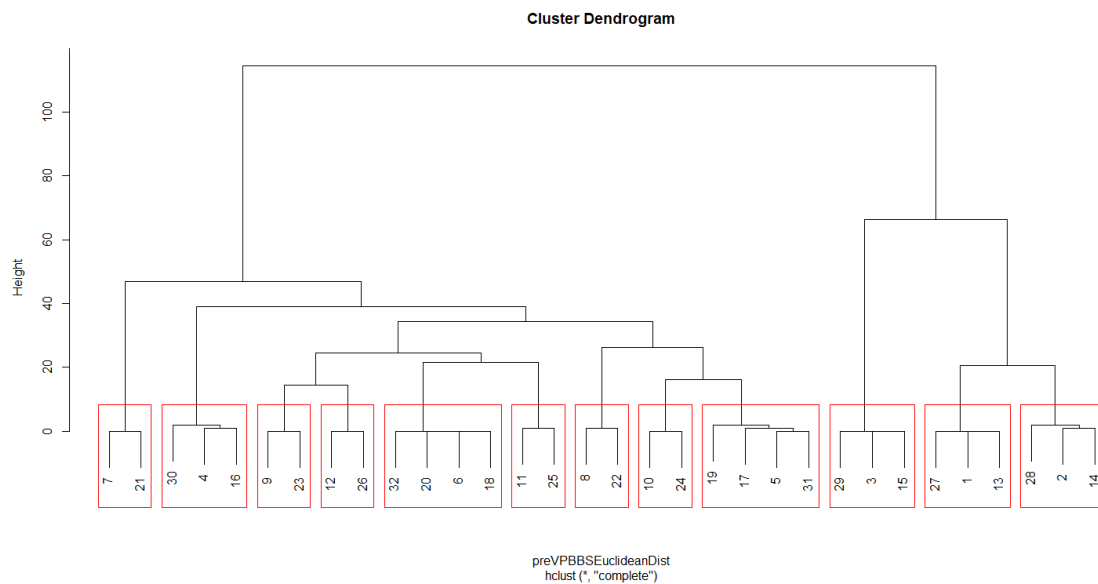


FIGURE 23 – VPPBS CAH SÉPARATION EN K=12

3.3 COMPARAISON QMAX

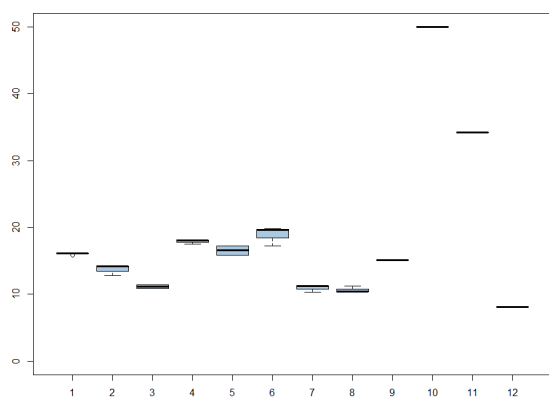


FIGURE 24 – DISTRIBUTION QMAX À 12 MOIS RTUPB

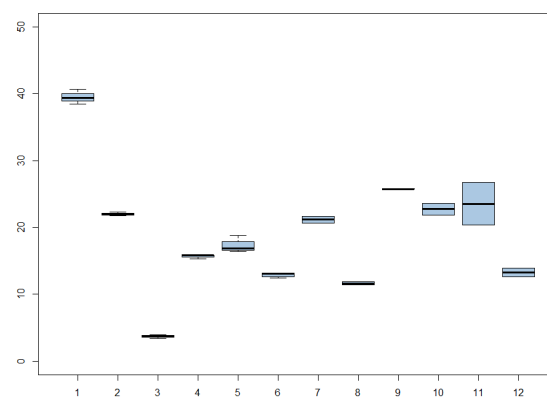


FIGURE 25 – DISTRIBUTION QMAX À 12 MOIS VPPBS

4 CLASSIFICATION PROFILS POST-OPÉRATOIRES

4.1 CAH / PAM RTUPB POST-OPÉRATOIRES

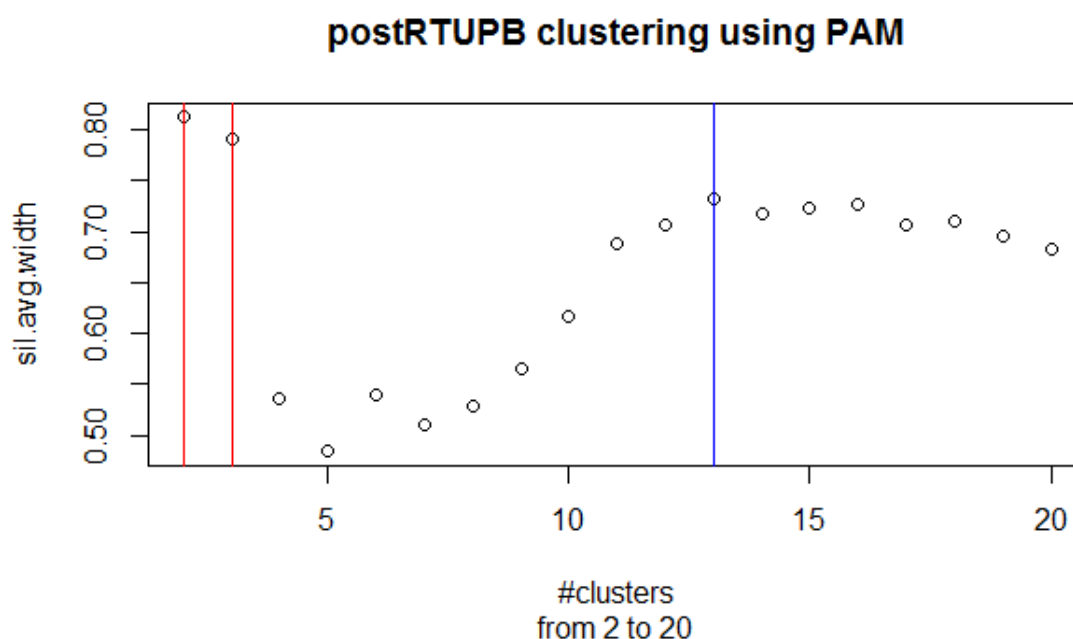


FIGURE 26 – MAXIMISATION DE LA SILHOUETTE MOYENNE

En utilisant PAM sur les données post-opératoires, la courbe des silhouettes moyennes nous indique une valeur maximale pour un nombre de classes à $k = 2$ (Cf. figure 26).

Cependant, si nous regardons le détail des classes et de leurs silhouettes pour $k = 2$ (Cf. figure 27), nous avons une première classe incluant la quasi totalité des patients dont 2 qui ont un profil post-opératoire non relié (valeurs de silhouette négatives), et une deuxième classe ne

contenant que trois patients (11, 28 et 33) avec une valeur de silhouette à 1, indiquant des données répliquées exactement et donc une classe triviale. Après vérification que ces patients ont des données post-opératoires identiques, mais ne sont pas pour autant des doublons (données pré-opératoires différentes), nous poursuivons la recherche jusqu'au maximum suivant qui se trouve à $k = 3$ (Cf. figure 26).

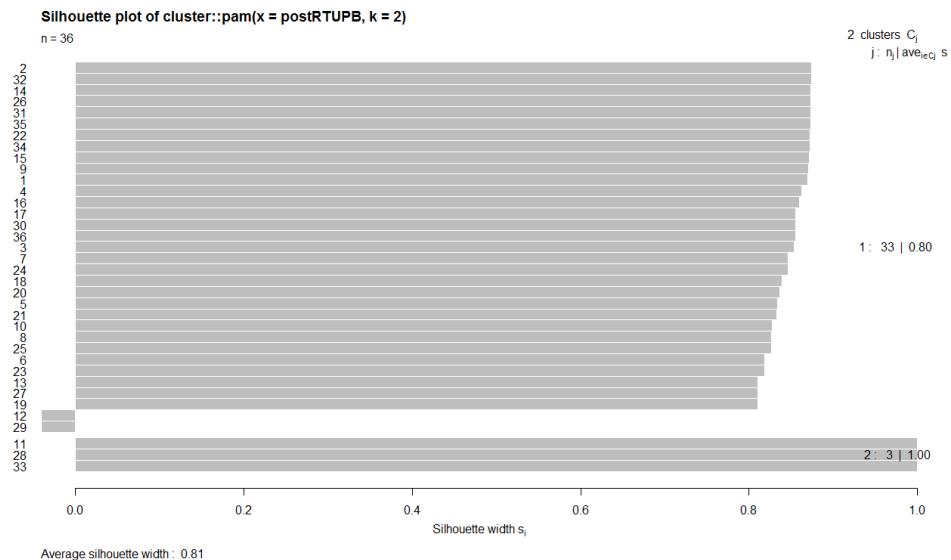


FIGURE 27 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 2)

En examinant, pour $k = 3$ (Cf. figure 28), la répartition des classes et leurs silhouettes, nous faisons le même constat que précédemment, et une nouvelle classe triviale (patients 12 et 29) est apparue pour des patients distincts mais dont les données post-opératoires sont identiques. Nous poursuivons encore la recherche jusqu'au maximum suivant qui se trouve à $k = 13$ (Cf. figure 26).

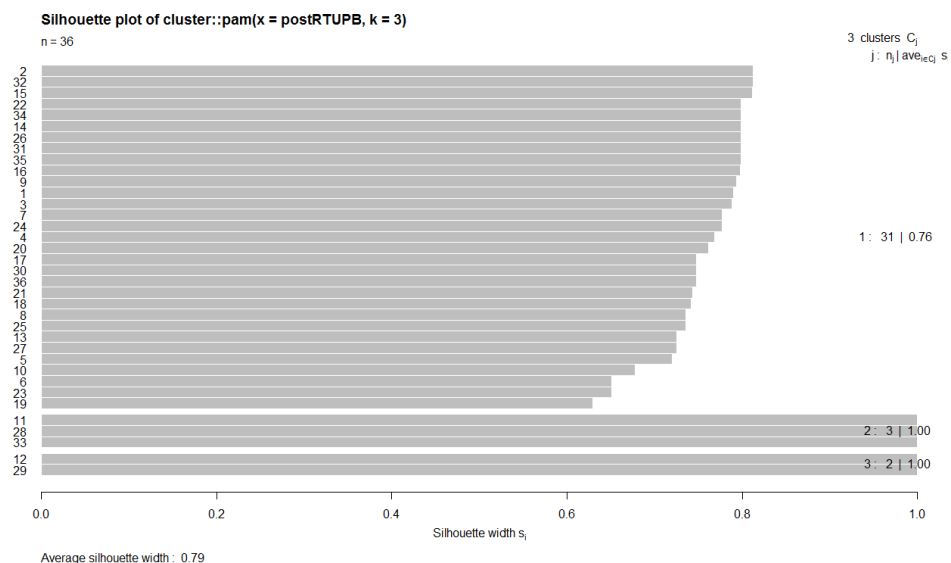


FIGURE 28 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 3)

Le partitionnement à 13 classes permet d'identifier 10 classes de profils post-opératoires bien voire très bien classés : 3 dont la silhouette vaut 1, 5 dont la silhouette est comprise entre 0.75 et 1, et 2 dont la silhouette est aux alentours de 0.6). Ce partitionnement fait cependant apparaître 2 classes de profils post-opératoires pas très bien classés (silhouette < 0.5) et une classe singleton (silhouette = 0).

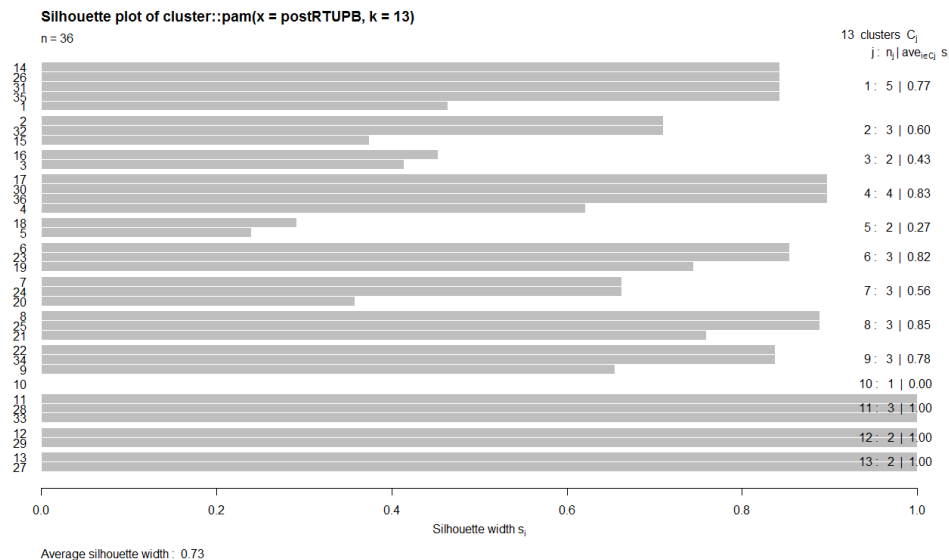


FIGURE 29 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 13)

La classification hiérarchique favoriserait plutôt un niveau de coupure de l'arbre correspondant à un partitionnement à 4 classes représenté en bleu sur la figure 30. Un partitionnement avec des classes plus proches nous conduit à couper l'arbre au niveau suivant, ce qui nous donne alors 13 classes. Ce partitionnement est représenté en bleu sur la figure 30. Ce partitionnement à 13 classes correspond à celui obtenu par la méthode PAM, nous allons le retenir pour étudier dans la suite, les profils post-opératoires des patients médoïdes, et si cela se justifie après cela, nous refactoriserons en seulement 4 classes.

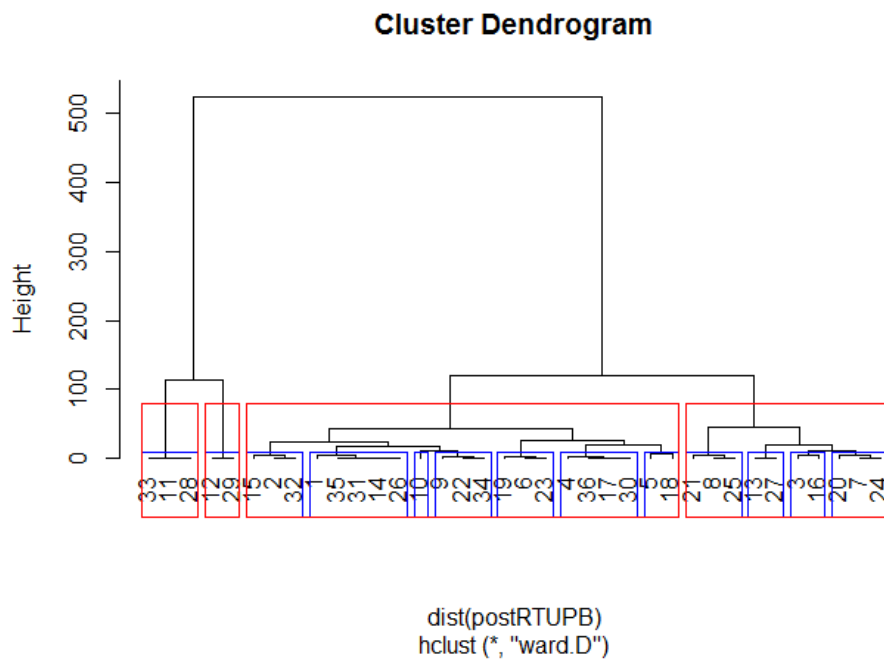


FIGURE 30 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 13)

4.2 CAH / PAM VPPBS POST-OPÉRATOIRES

Pour rechercher le nombre optimal de classes, nous avons évalué, figure 31 la silhouette moyenne des classes pour un partitionnement de 2 à 20 classes. Il en ressort un pic net (en rouge) à 4 classes, mais la valeur maximale de la silhouette moyenne est atteinte pour k = 12 classes.

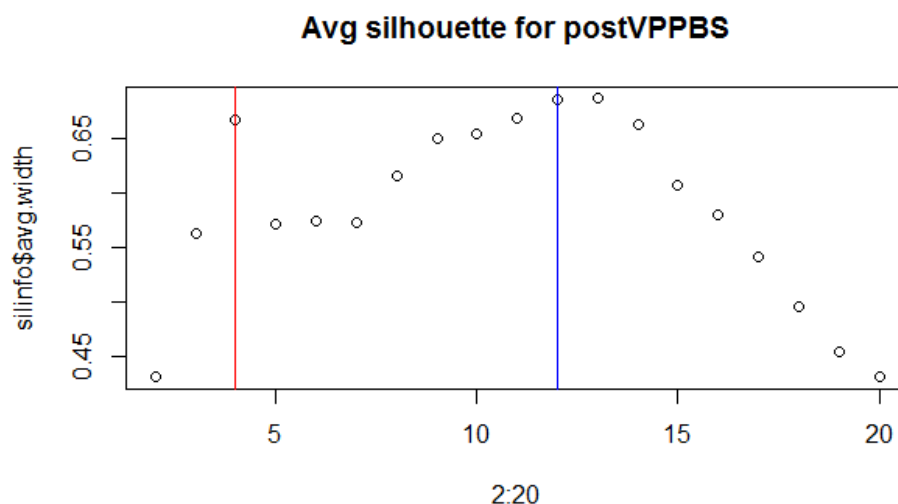


FIGURE 31 – RECHERCHE DU MEILLEUR NOMBRE DE CLASSES

Jetons un bref coup d'oeil sur les silhouettes de classes pour le partitionnement à 4 classes (Cf. figure 32. Nous pouvons y observer 3 classes très solides (valeurs de silhouette entre 0.9 et

1), non triviales (contrairement à certaines classes observées pour les données post-opératoires RTUPB), et chacune de ces classes compte 3 ou quatre patients; la quatrième classe rassemble tous les autres profils (22 patients sur 32), avec une silhouette de classe assez faible (0.55). Les 3 premières classes observées ici se détachent nettement et nous les retrouverons donc dans le partitionnement à $k = 12$ classes qui, compte tenu de la silhouette moyenne maximale, devrait faire apparaître de nouvelles classes parmi les 22 profils restant. Les silhouettes correspondant à ce partitionnement à 12 classes font ressortir, figure 33 :

- 6 classes de profils fortement corrélés (silhouette > 0.7)
- seulement 2 classes de profils peu ou pas corrélés (silhouette < 0.5)

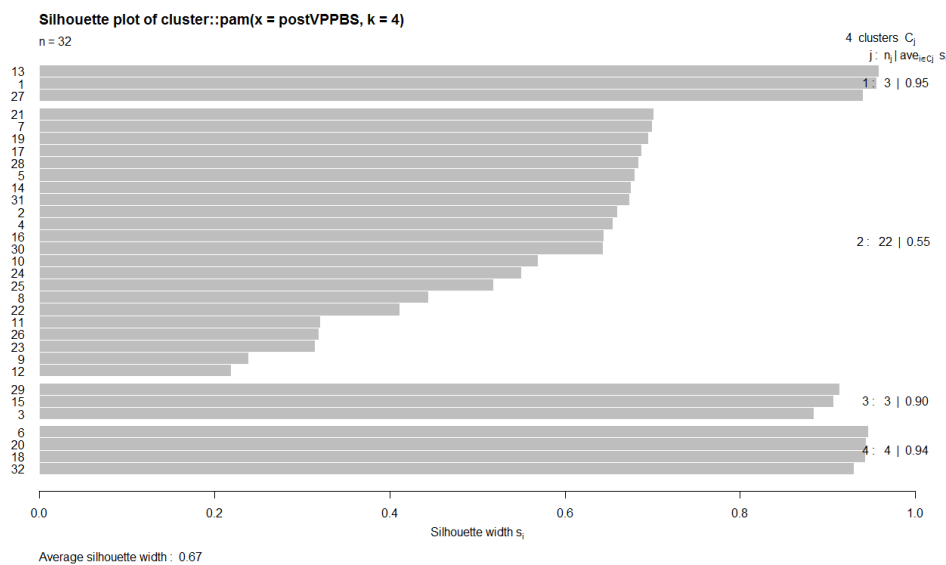


FIGURE 32 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 4)

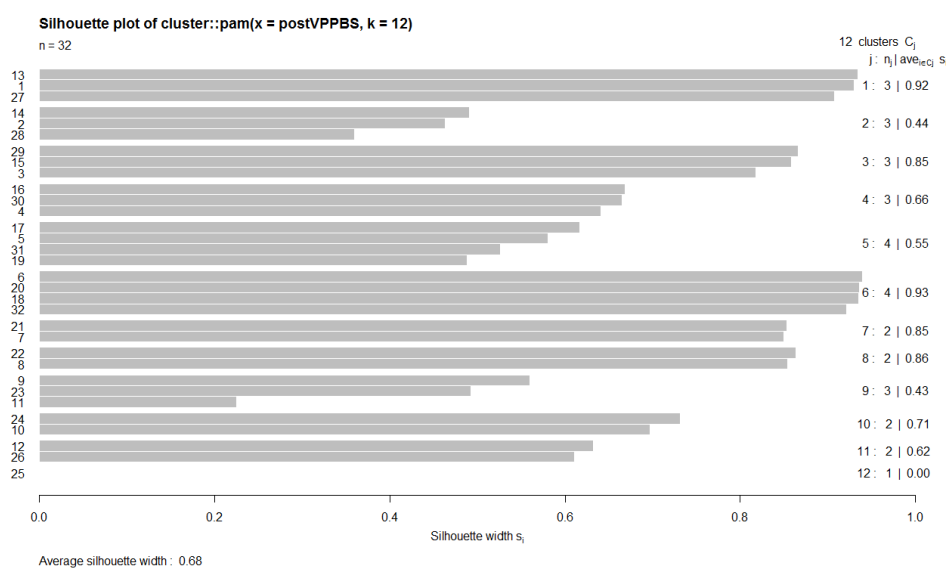


FIGURE 33 – SILHOUETTE / CLASSE (K = 12)

La classification hiérarchique des données post-opératoires VPPBS produit le dendrogramme

présenté figure 34. La coupure de l'arbre peut s'effectuer soit à 5 classes (représentées en rouge), soit à 12 classes (représentées en bleu). Le partitionnement à 12 classes correspondant à celui obtenu par la méthode, nous le retiendrons pour étudier les profils post-opératoires. Au besoin, si cela se justifie par la suite, nous factoriserons pour revenir à un partitionnement à 5 classes.

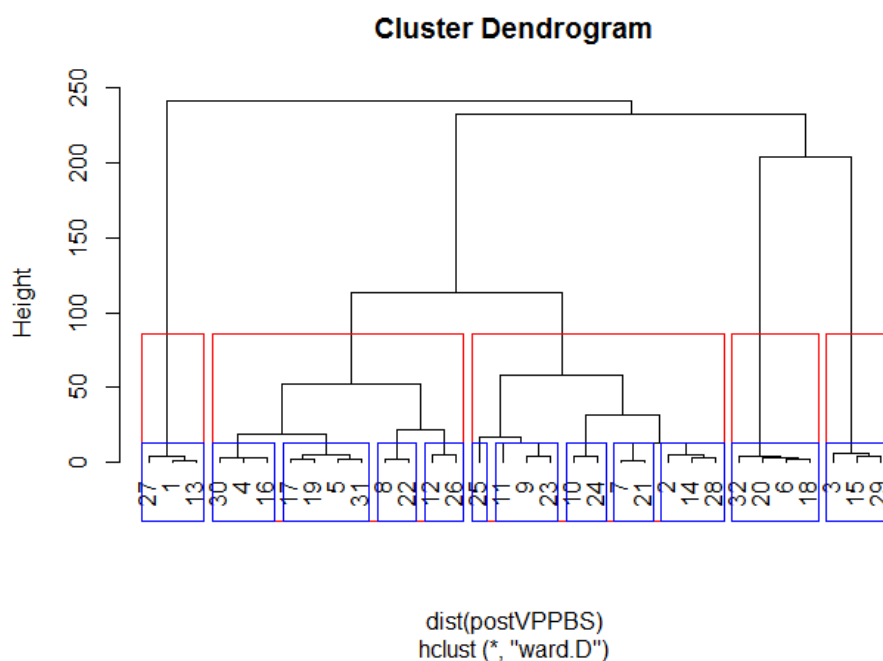


FIGURE 34 – VPPBS : CLASSIFICATION HIÉRARCHIQUE

4.3 PROFILS PRÉ-OPÉRATOIRES

4.4 EXTRACTION DES PROFILS POUR RTUPBS

4.4.1 QMAX SUR 12 MOIS

4.5 EXTRACTION DES PROFILS POUR RTUPBS

4.5.1 QMAX SUR 12 MOIS

4.6 EXTRACTION DES PROFILS POUR RTUPBS

4.6.1 CONCLUSION

4.7 PROFILS POST-OPÉRATOIRES

4.7.1 RTUPB

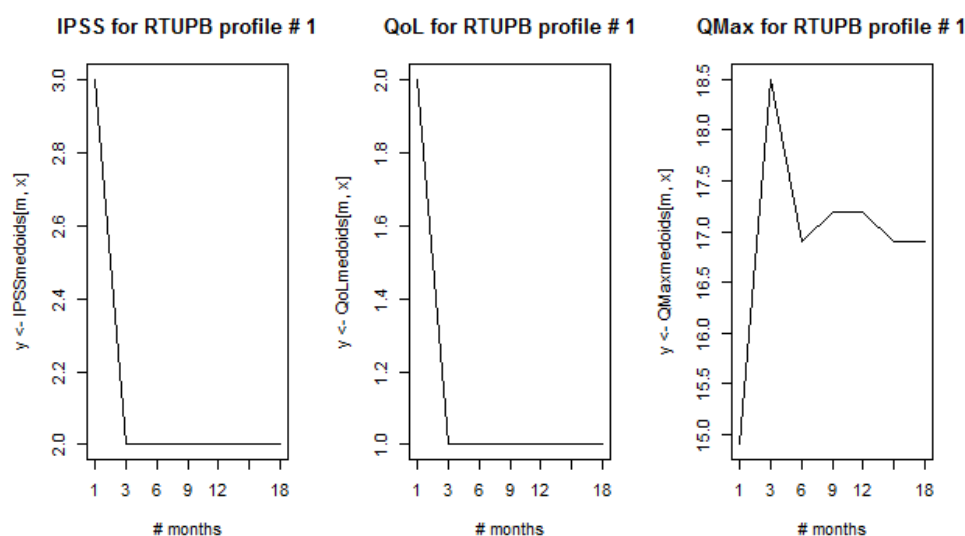


FIGURE 35 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 1/13

Le profil des patients, ci-dessus, montre un bénéfice rapide de l'opération, dès 3 mois, avec une qualité de miction (Qmax) qui progresse spectaculairement à 3 mois, et se stabilise à un régime de croisière à partir de 6 mois (17.0 ml/s).

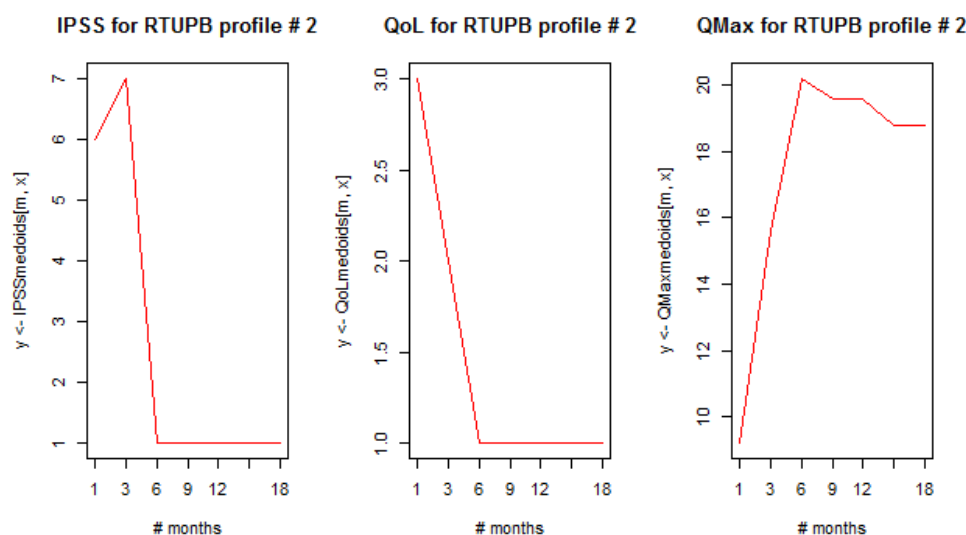


FIGURE 36 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 2/13

Le profil des patients, ci-dessus, montre un bénéfice progressif de l'opération, et stable à partir de 6 mois. La qualité de miction (Qmax) se stabilise à partir de 6 mois entre 18 et 20 ml/s.

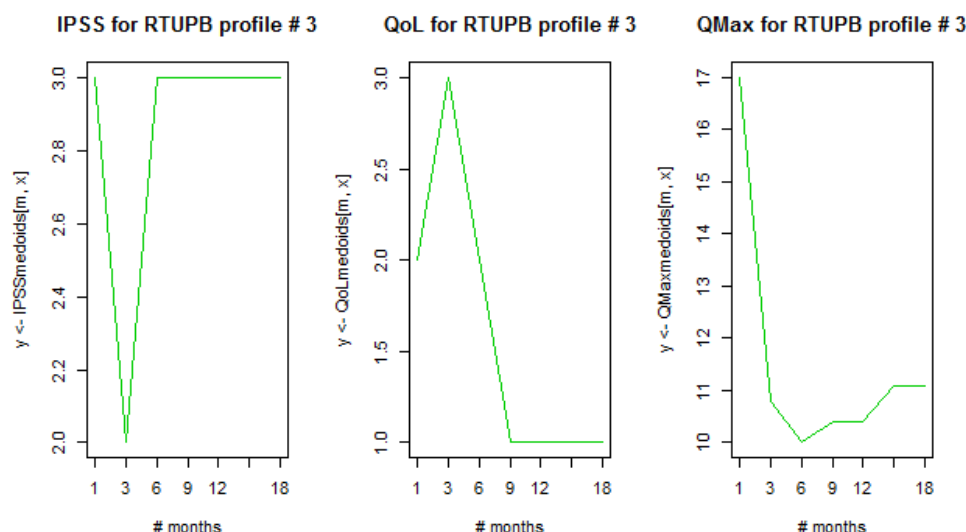


FIGURE 37 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 3/13

Le profil des patients, ci-dessus, montre un ressenti négatif à 3 mois (pic en hausse de QoL, pic en baisse de IPSS), et une dégradation significative de la qualité de miction (Qmax). L'indication QoL par contre redescend à partir de 9 mois. Peut-on interpréter ces résultats comme un résultat décevant de l'opération?

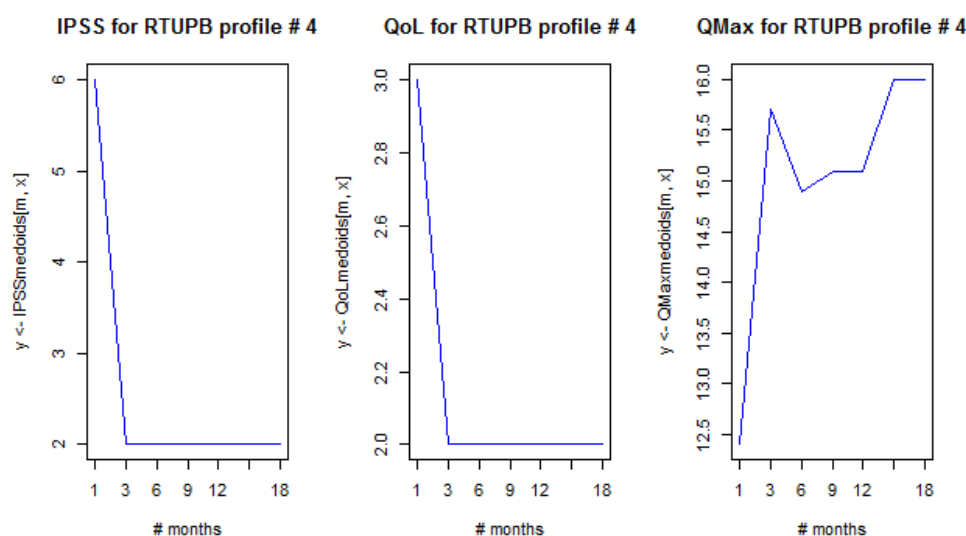


FIGURE 38 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 4/13

Le profil des patients, ci-dessus, est globalement assez proche de celui de la première classe (figure 35), avec une évolution différente de la qualité de miction (Qmax) avec des valeurs inférieures tout au long du suivi post-opératoire.

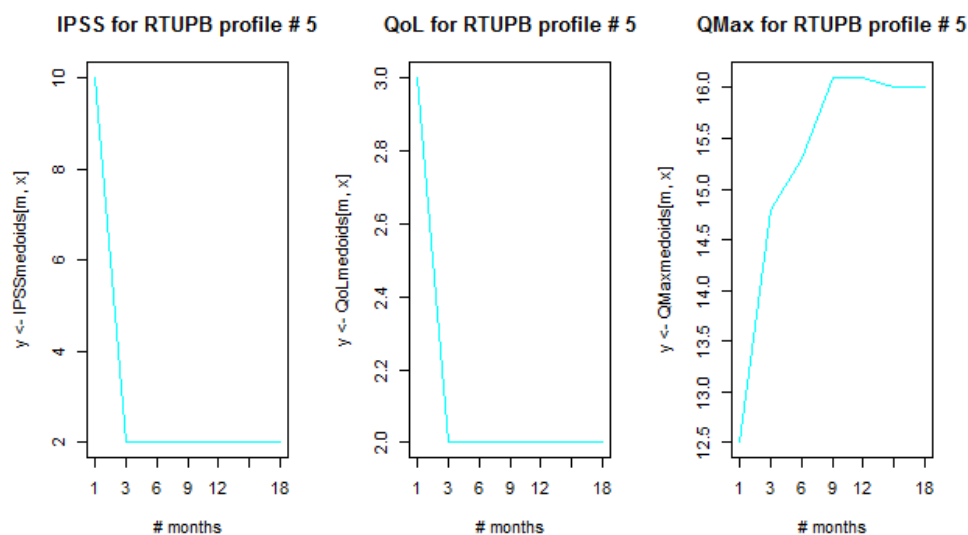


FIGURE 39 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 5/13

Ici aussi, le profil des patients ci-dessus, est assez proche de celui de la première classe (figure 35), avec une évolution différente de la qualité de miction (Qmax) plus progressive et sans pic à 3 mois.

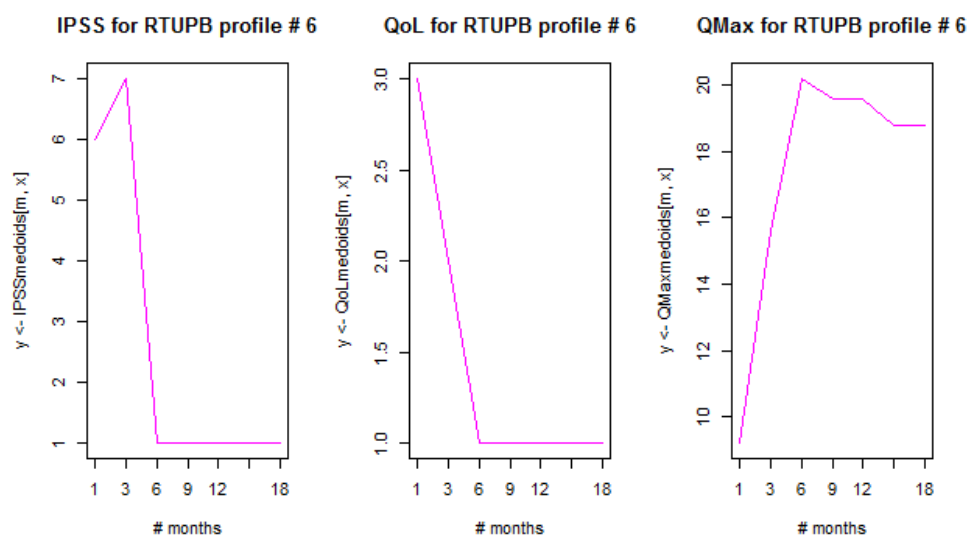


FIGURE 40 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 6/13

Le profil des patients, ci-dessus, est globalement très proche de celui de la deuxième classe (figure 36), avec des effets post-opératoires bénéfiques à partir de 6 mois.

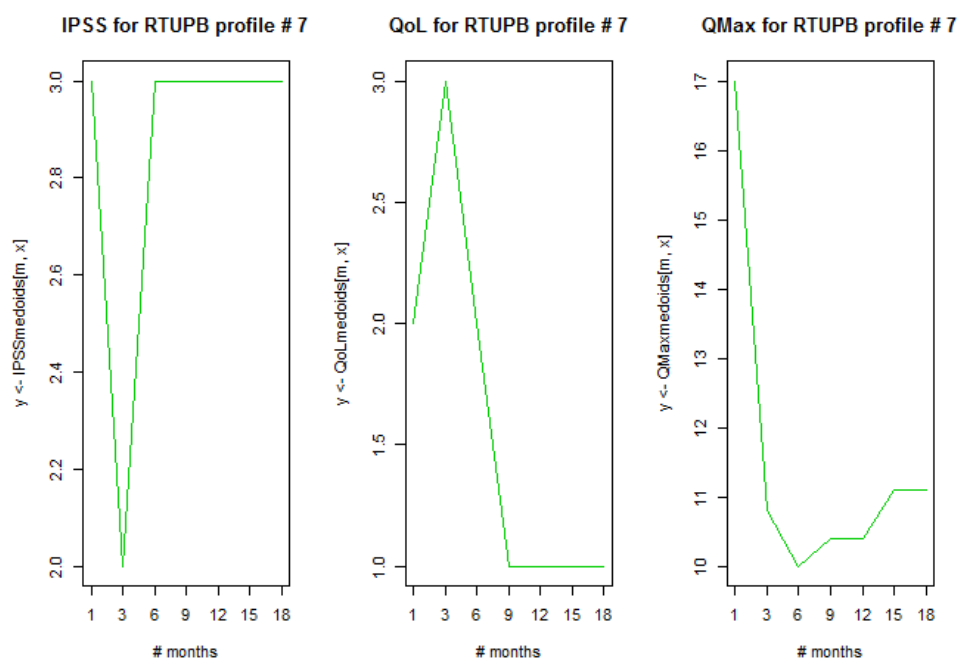


FIGURE 41 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 7/13

Le profil des patients, ci-dessus, est globalement très proche de celui de la troisième classe (figure 37), avec des résultats décevants.

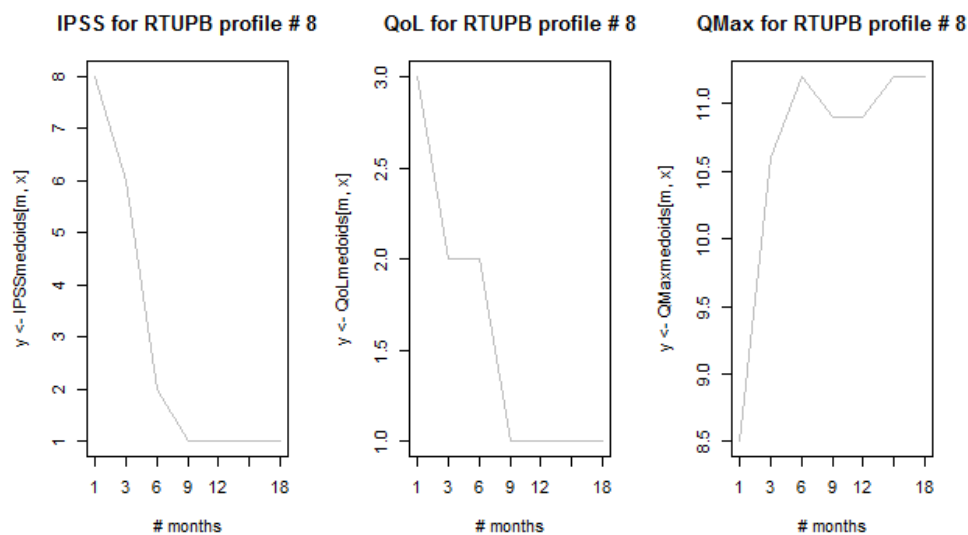


FIGURE 42 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 8/13

Le profil des patients, ci-dessus, montre un bénéfice de l'opération étalé sur les 9 premiers mois. La qualité de miction (Qmax) se stabilise à partir de 6 mois (11 ml/s).

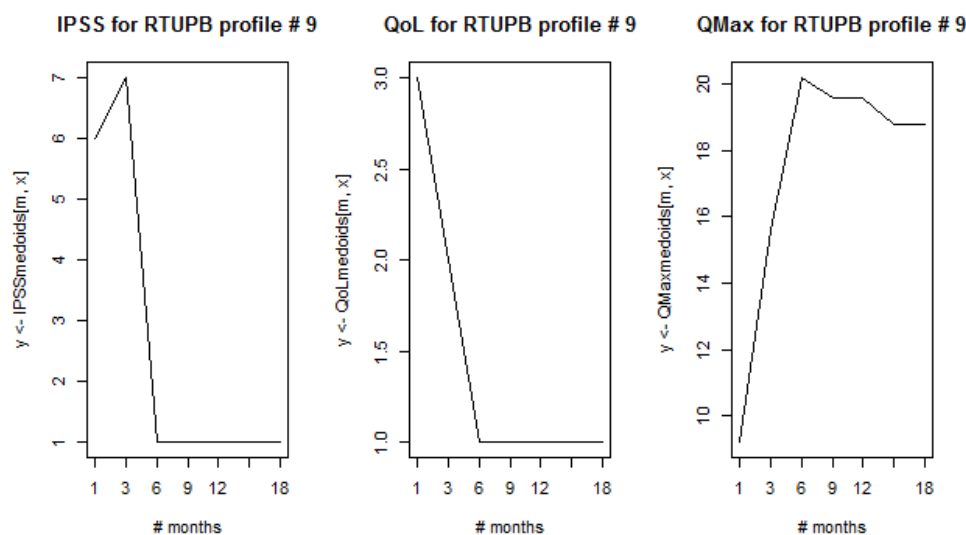


FIGURE 43 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 9/13

Le profil des patients, ci-dessus, est globalement très proche de celui de la deuxième classe (figure 36), avec des effets post-opératoires bénéfiques à partir de 6 mois.

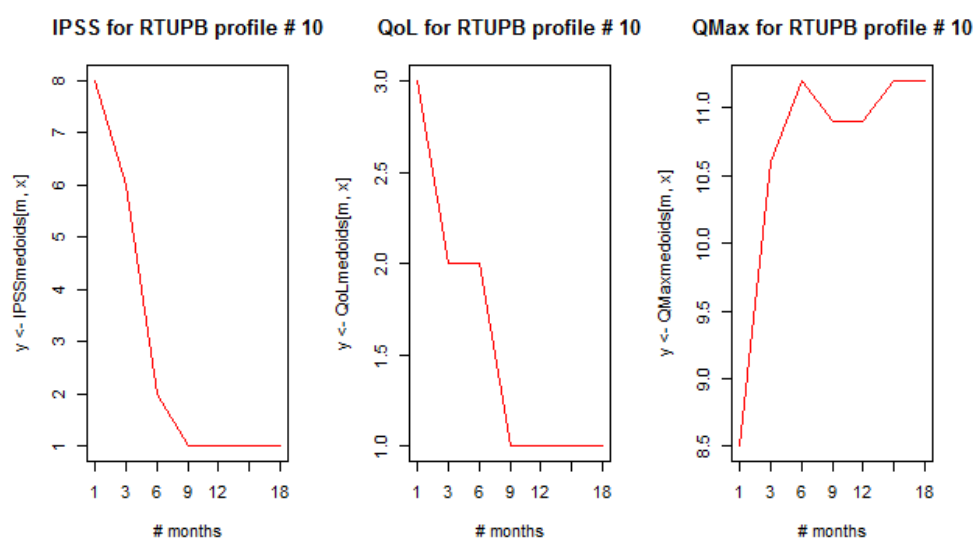


FIGURE 44 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 10/13

Le profil des patients, ci-dessus, très proche de celui de la huitième classe (figure 42), montre un bénéfice de l'opération étalé sur les 9 premiers mois. La qualité de miction (Qmax) se stabilise à partir de 6 mois (11 ml/s).

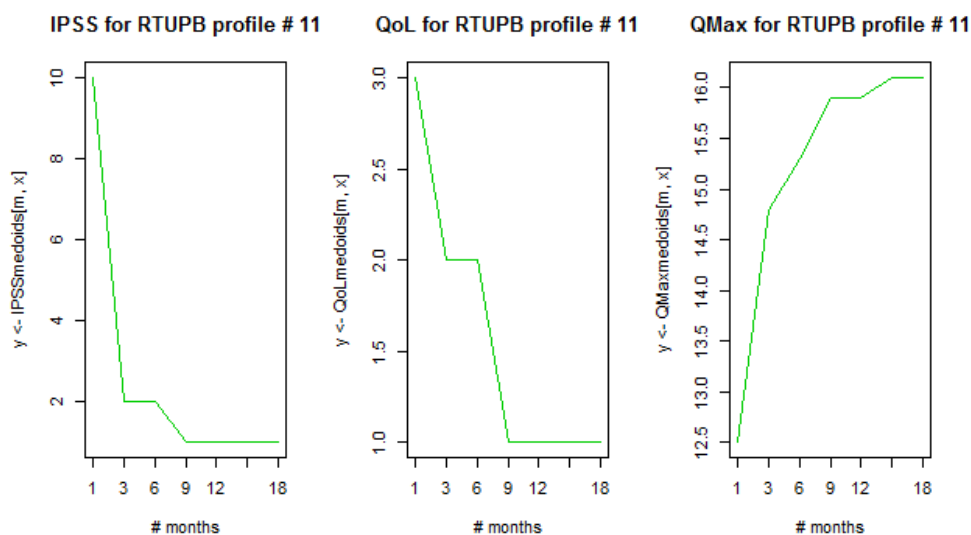


FIGURE 45 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 11/13

Le profil des patients, ci-dessus, assez proche de celui de la huitième classe (figure 42), montre un bénéfice de l'opération étalé sur les 9 premiers mois. La qualité de miction (Qmax) est au départ meilleure et se stabilise plus lentement après un an (11 ml/s).

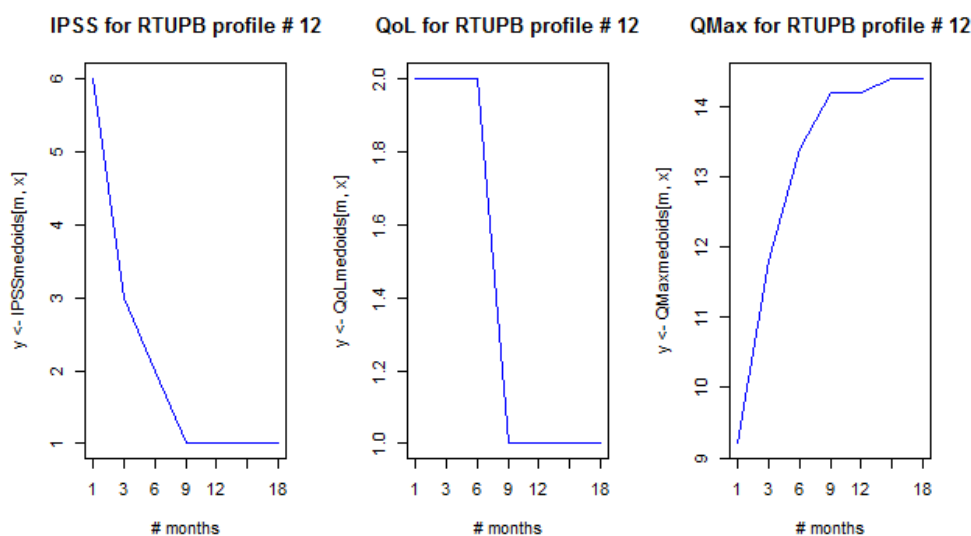


FIGURE 46 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 12/13

Le profil des patients, ci-dessus, assez proche de celui de la huitième classe (figure 42), montre un bénéfice de l'opération étalé sur les 9 premiers mois, avec une QoL qui ne descend qu'après 6 mois et une qualité de miction (Qmax) qui se stabilise plus lentement après un an (14 ml/s).

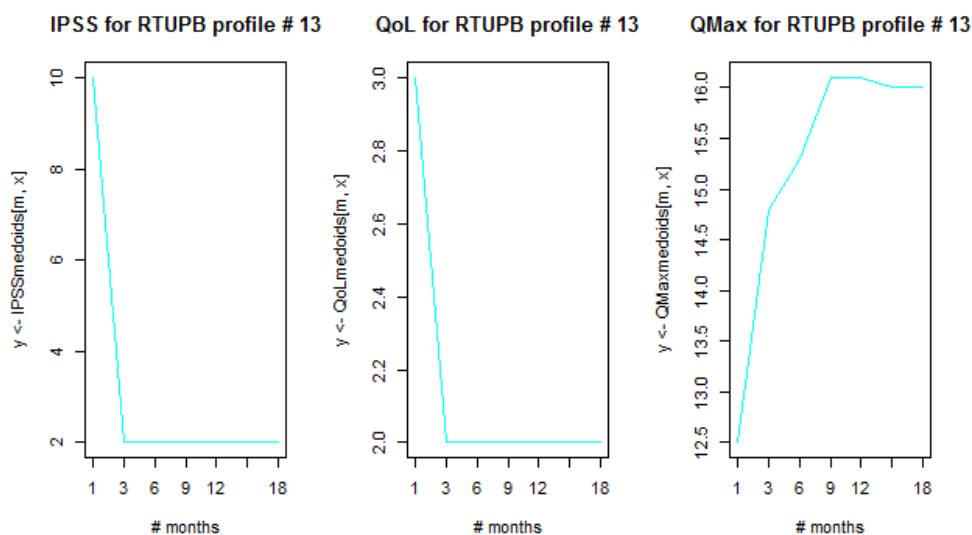


FIGURE 47 – RTUPB : PROFIL DE GUÉRISON 13/13

Le profil des patients, ci-dessus, est globalement assez proche de celui de la première classe (figure 35), avec une évolution différente de la qualité de miction (Qmax) avec des valeurs inférieures tout au long du suivi post-opératoire.

En résumé, il semble donc que d'un point de vue dynamique des profils de guérison, les 13 classes initiales se factorisent en 4 classes :

- résultat post-opératoire positif à partir de 3 mois (figure 35), regroupant 4 des 13 classes initiales,
- résultat post-opératoire positif à partir de 6 mois (figure 36), regroupant 3 des 13 classes initiales,
- résultat post-opératoire positif à partir de 9 mois (figure 42) regroupant 4 des 13 classes initiales,
- résultat post-opératoire décevant à partir de 3 mois (figure 37), regroupant 2 des 13 classes initiales,

4.7.2 VPPBS

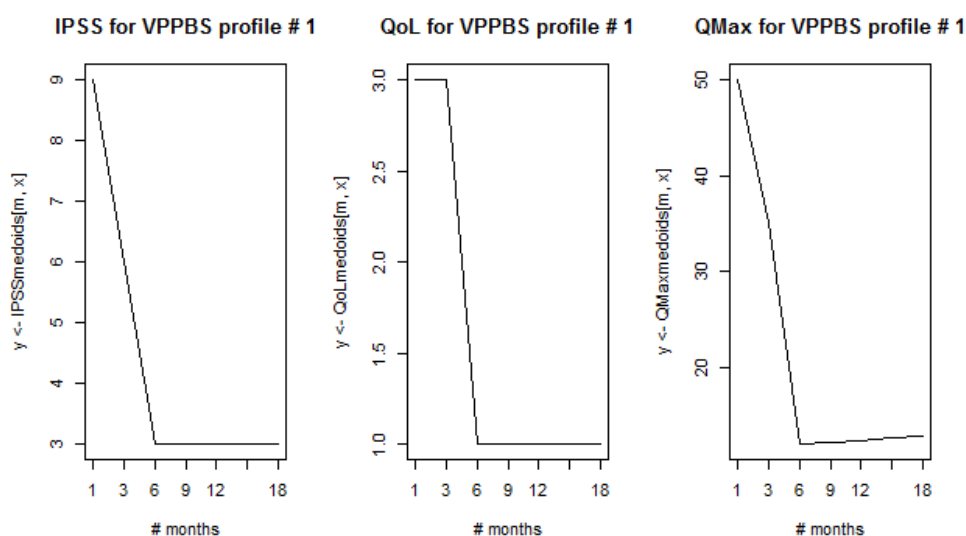


FIGURE 48 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 1/12

Le profil des patients, ci-dessus, montre une amélioration à 6 mois des indicateurs IPSS et QoL, mais en parallèle une dégradation de la qualité de la miction (Qmax). Tous les indicateurs restent ensuite stables au delà des 6 premiers mois.

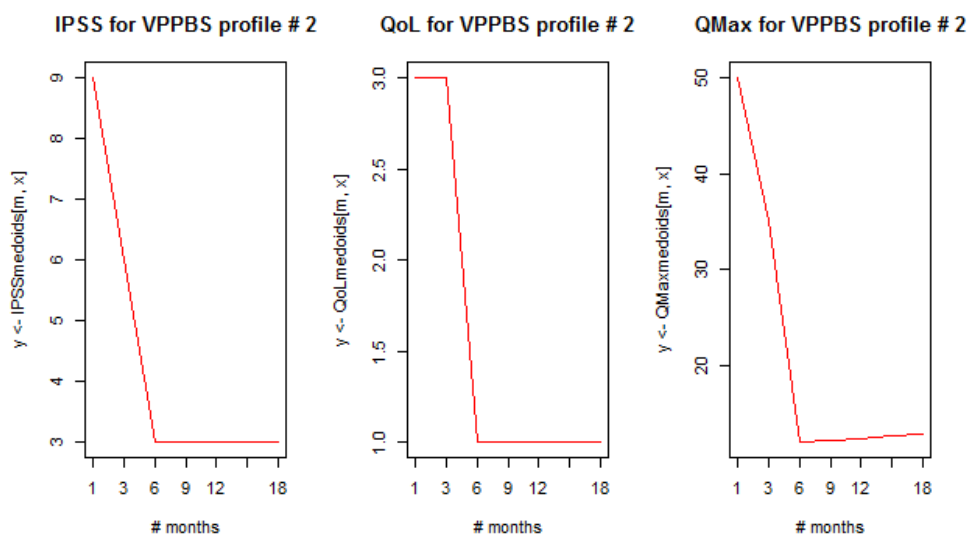


FIGURE 49 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 2/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche de celui de la première classe (figure 48).

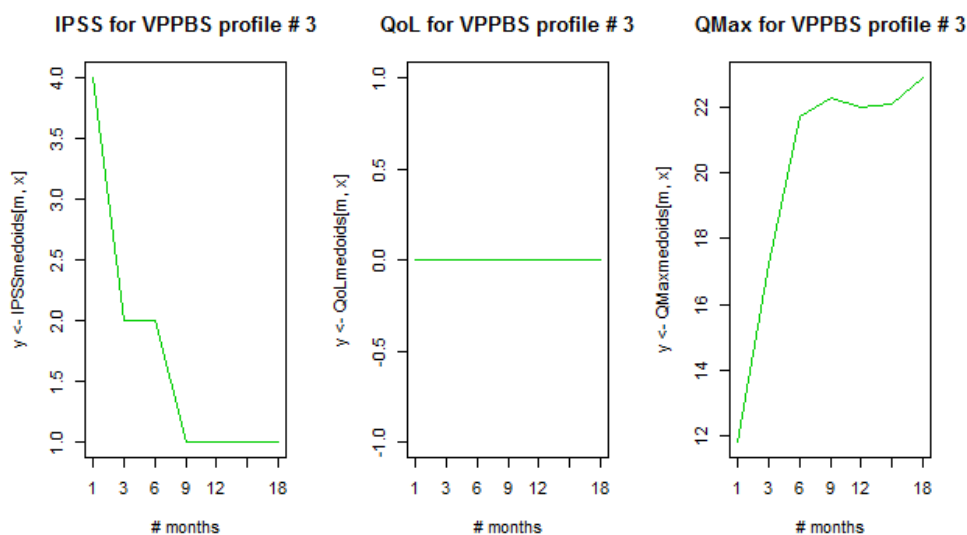


FIGURE 50 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 3/12

Le profil des patients, ci-dessus, montre une amélioration à 9 mois de l'indicateur IPSS (avec un plateau entre 3 et 6 mois), une stagnation de QoL (à 0 initialement, donc pas de souci), et une amélioration de la qualité de la miction (Qmax) très nette sur les 9 premiers mois, plus progressive voire quasi stable ensuite.

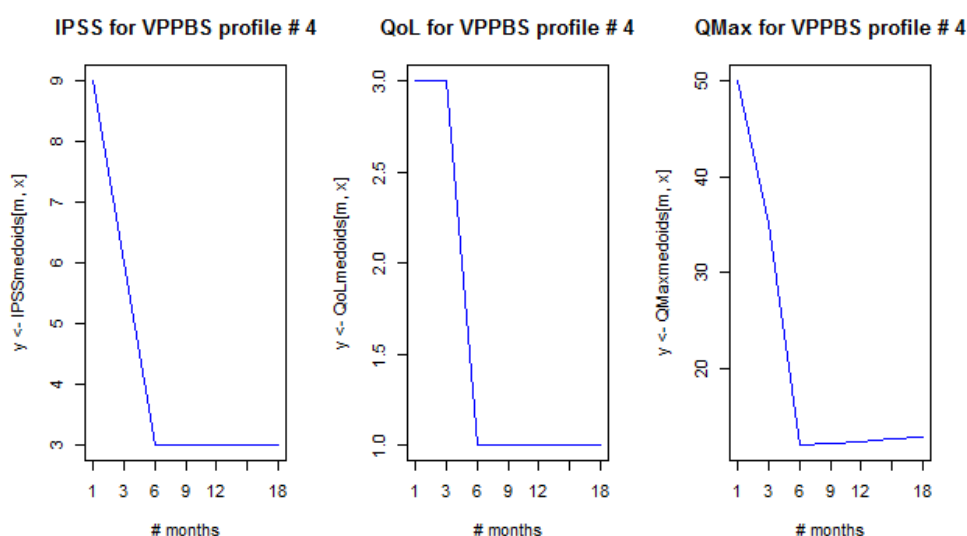


FIGURE 51 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 4/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche de celui de la première classe (figure 48).

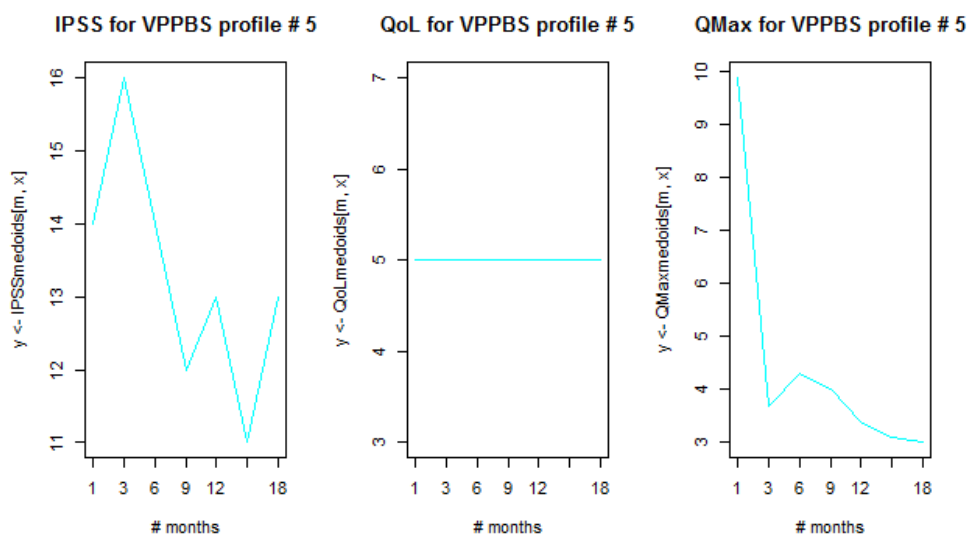


FIGURE 52 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 5/12

Le profil des patients, ci-dessus, montre une amélioration en dents de scie de l'indicateur IPSS (avec 1 pic à 3 mois), une stagnation de QoL à une valeur non nulle, et une dégradation de la qualité de la miction (Qmax) très nette sur les 3 premiers mois, puis plus progressive voire quasi stable ensuite.

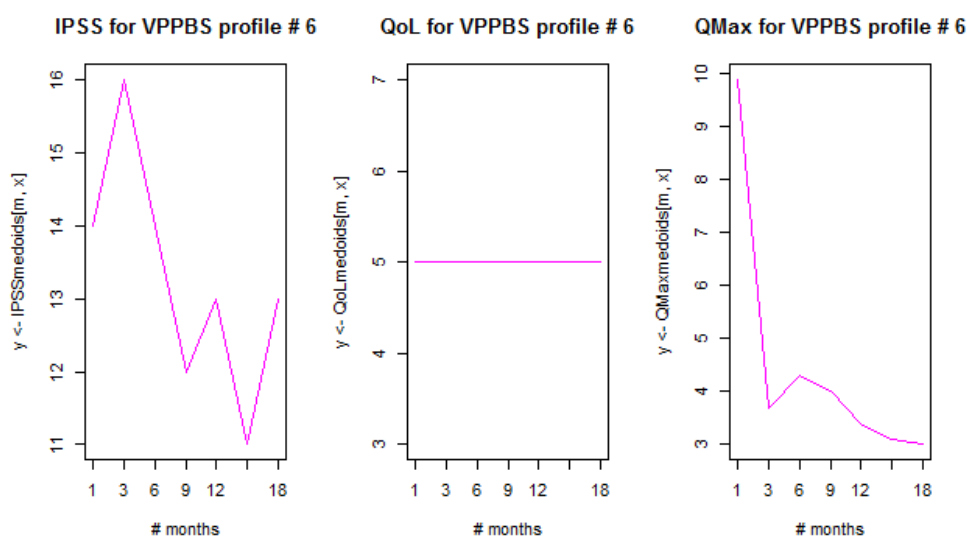


FIGURE 53 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 6/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche du précédent (figure 52).

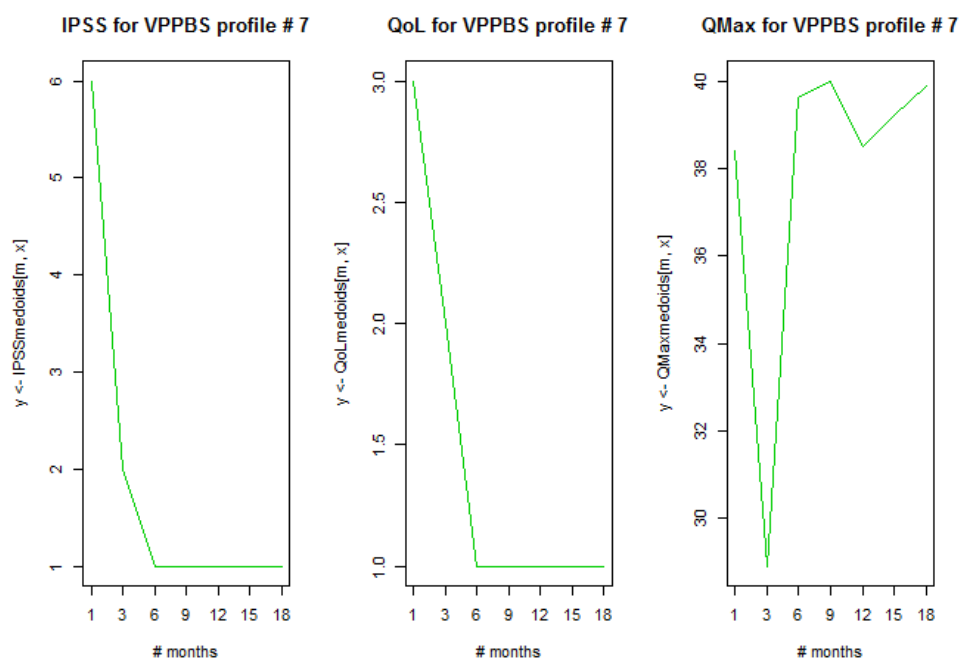


FIGURE 54 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 7/12

Le profil des patients, ci-dessus, montre une amélioration nette des indicateurs IPSS et QoL sur les 6 premiers mois. Ces indicateurs sont ensuite stables. La qualité de la miction (Qmax) s'améliore progressivement à 6 mois et au delà, après une forte chute à 3 mois.

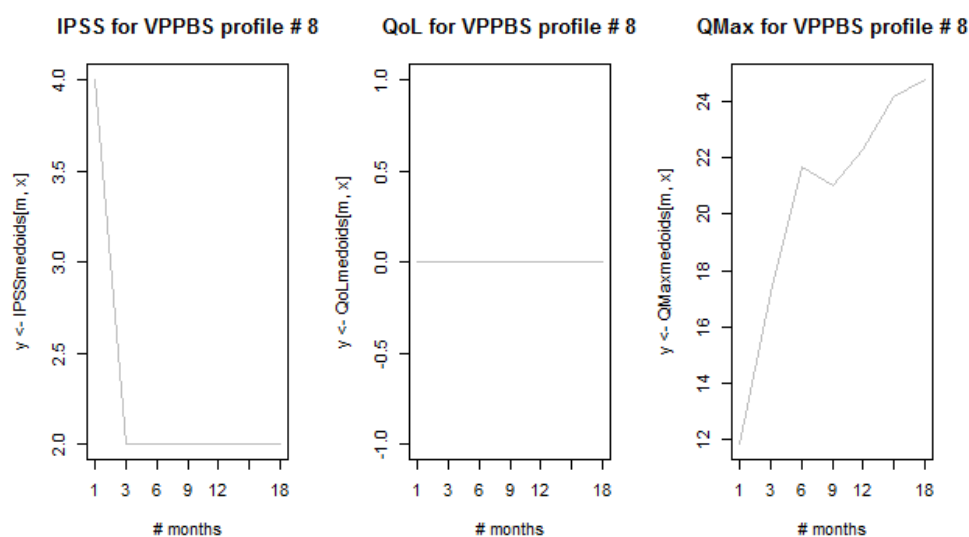


FIGURE 55 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 8/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement assez proche de celui de la troisième classe (figure 50, mais nous noterons que la qualité de la miction (Qmax) continue ici à s'améliorer après les 6 premiers mois, jusqu'à la fin du suivi.

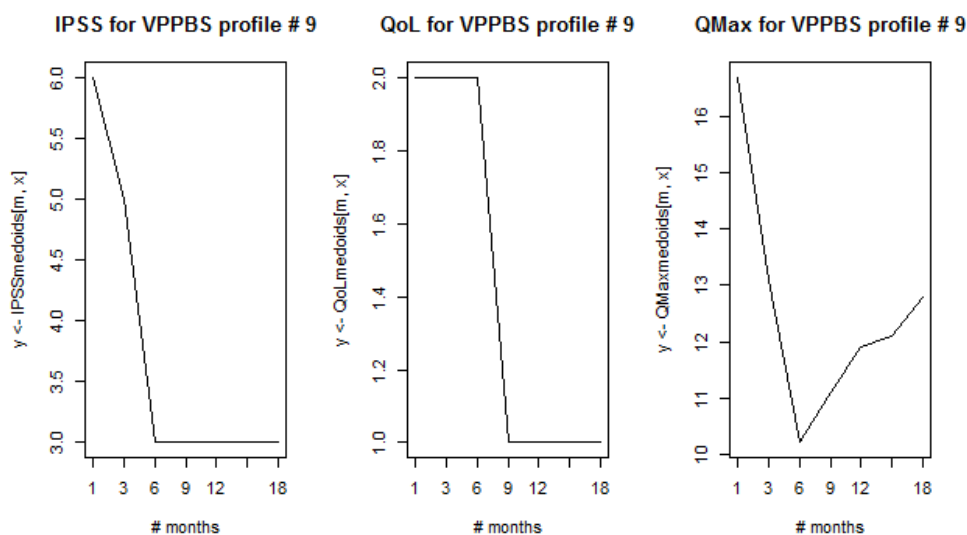


FIGURE 56 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 9/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche de celui de la première classe (figure 48).

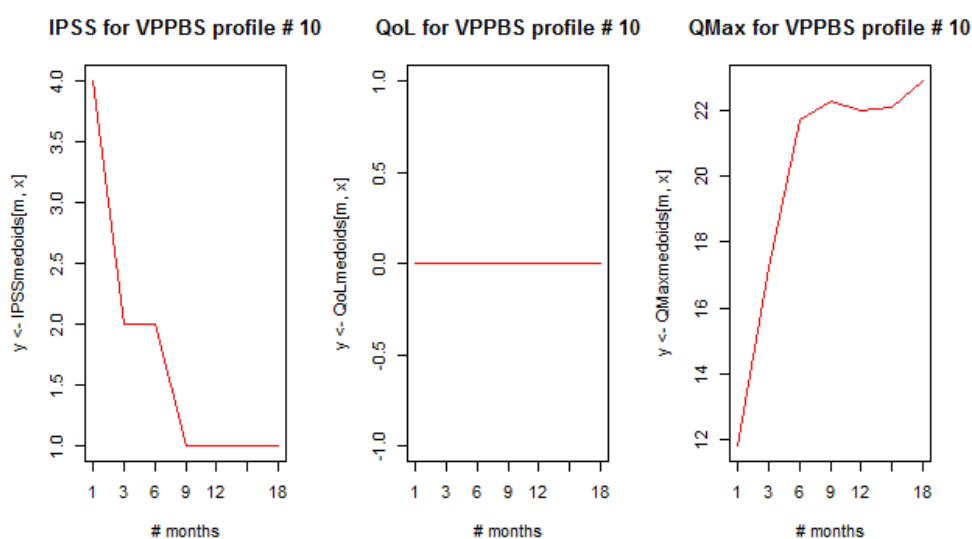


FIGURE 57 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 10/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement assez proche de celui de la troisième classe (figure 50).

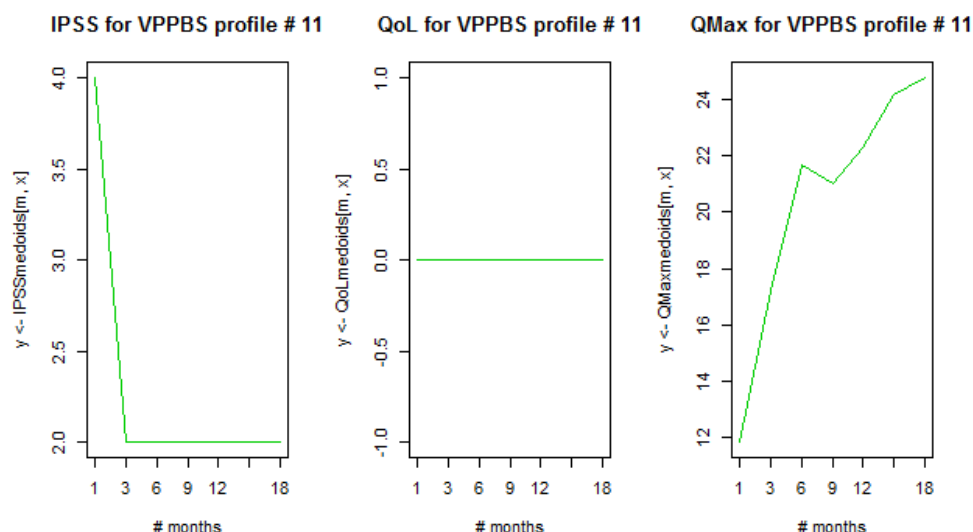


FIGURE 58 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 11/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche de celui de la huitième classe (figure 55).

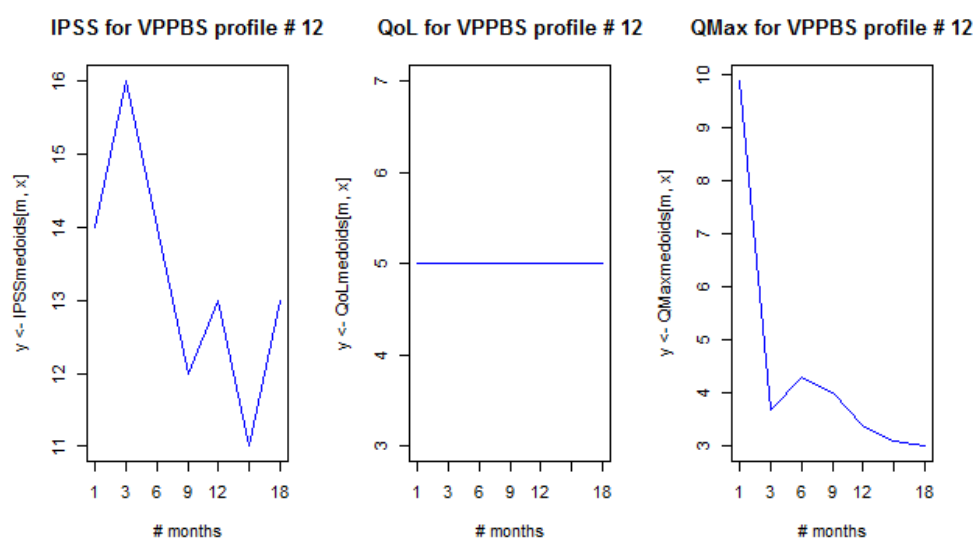


FIGURE 59 – VPPBS : PROFIL DE GUÉRISON 12/12

Le profil des patients, ci-dessus, est extrêmement très proche de celui de la cinquième classe (figure 52).

En résumé, il semble donc que d'un point de vue dynamique des profils de guérison, les 12 classes initiales se factorisent en 5 classes :

- résultat post-opératoire mitigé : meilleur IPSS/QoL, mais Qmax dégradé (figure 48), regroupant 4 des 12 classes initiales,
- résultat post-opératoire positif dès 3 mois, quasi stable après 9 mois : meilleur IPSS, QoL inchangé, meilleur Qmax (figure 50), regroupant 2 des 12 classes initiales,

- résultat post-opératoire positif dès 3 mois, qui continue à s'améliorer après 9 mois : meilleur IPSS, QoL inchangé, meilleur Qmax (figure 55), regroupant 2 des 12 classes initiales,
- résultat post-opératoire mitigé : amélioration faible et en dents de scie d'IPSS, QoL inchangé, Qmax dégradé à partir de 3 mois (figure 52), regroupant 3 des 12 classes initiales,
- résultat post-opératoire positif à 6 mois, avec une légère amélioration de Qmax après une forte chute à 3 mois (figure 54), regroupant 2 des 12 classes initiales,

4.8 LIENS ENTRE PROFILS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

4.8.1 LIENS ENTRE PROFILS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

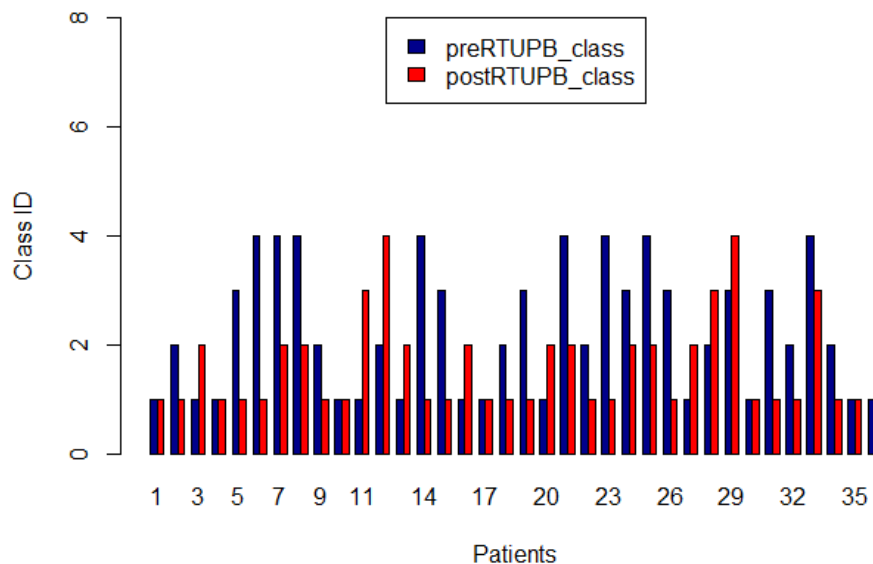


FIGURE 60 – RTUPB : CLASSES PRÉ ET POST OPÉRATOIRES

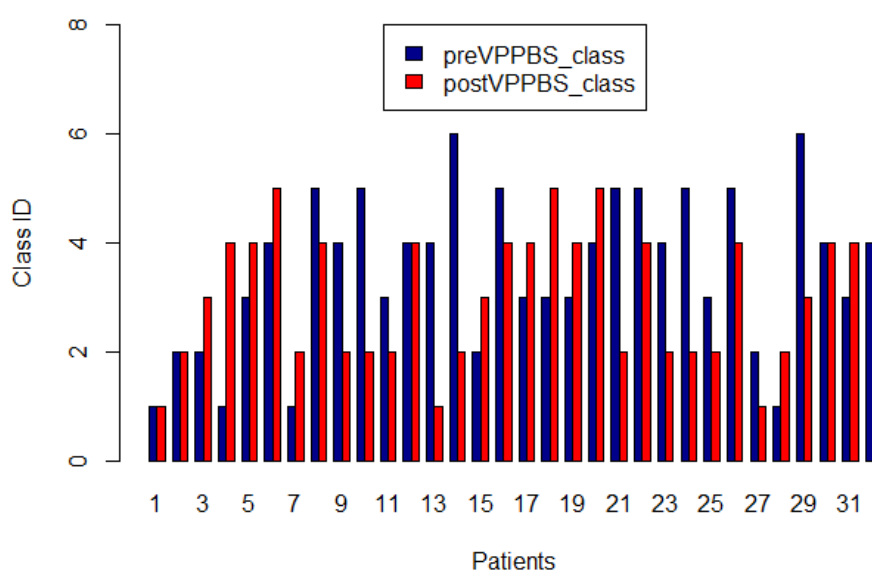


FIGURE 61 – VPPBS : CLASSES PRÉ ET POST OPÉRATOIRES

5 CLASSIFICATION SUPERVISÉE RTUPB-VPPBS ET VAPOR

5.1 RTUPB-VPPBS : PRÉDICTION IPSS, QOL ET QMAX À 12 MOIS

5.2 VAPOR : PRÉDICTION IPSS, QOL ET QMAX À 12 MOIS

5.3 RTUPB : PRÉDICTION DU PROFIL DE GUÉRISON

5.4 VPPBS : PRÉDICTION DU PROFIL DE GUÉRISON