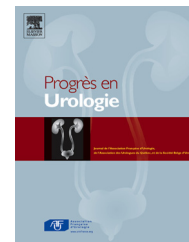




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



COMMENTAIRE À . . .

Commentaire à la néphrectomie laparoscopique pour rein polykystique est faisable et reproductible

Comment to the laparoscopic nephrectomy for polycystic kidney is feasible and reproducible

M.-O. Timsit^{a,b,c,*}

^a Service d'urologie, hôpital européen Georges-Pompidou et hôpital Necker, AP-HP, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité, 12, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris, France

^c Unité Inserm U765, cellules progénitrices endothéliales et plaquettes, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Les auteurs rapportent une large série de néphrectomie chez des patients atteints de polykystose rénale autosomique dominante; cette étude, rétrospective et monocentrique, rapporte une expérience significative et fort intéressante du développement de l'abord laparoscopique dans cette indication.

Les auteurs discutent aussi avec justesse de l'alternative très prometteuse de l'embolisation dont l'efficacité est encore en évaluation mais qui répond aux principes du mini-invasif.

Il convient cependant de pondérer la conclusion de cet article et de souligner certains aspects discutables de la stratégie proposée.

Premièrement, se pose le problème de la taille des reins. À volume rénal comparable, la néphrectomie pour rein polykystique est techniquement bien plus facile que dans le traitement du carcinome à cellules rénales car les kystes sont rarement adhérents aux organes de voisinage et constituent même un plan de dissection très facile à suivre. En

revanche, leur encombrement pose des difficultés pour la voie laparoscopique.

Ces difficultés sont éludées dans cette étude puisque le poids des reins retirés est le plus faible publié avec les petites cohortes de Dunn et al. [1] et de Whitten et al. [2] (néphrectomie bilatérale).

Les auteurs rapportent ici un poids moyen de 750 g seulement, ce qui est surprenant puisque 82 % des indications opératoires étaient liées à l'organomégalie. Dans notre série [3] de néphrectomies par voie ouverte, le poids moyen dans les indications d'organomégalie exclusive était de 3250 g (avec des extrêmes à 6 kg).

Nous sommes convaincus que la néphrectomie laparoscopique est adaptée à l'exérèse de reins de 750 g mais ce faible poids est rare lorsque les indications sont raisonnées : la préservation maximale, le plus longtemps possible, de la fonction rénale et de la diurèse des patients en insuffisance rénale préterminale est un objectif majeur dans la polykystose rénale (alors que les indications de néphrectomie pour saignement, infections ou suspicion de cancer sont finalement assez rares). En cas d'organomégalie limitée, le rein est souvent bien mobile et il est exceptionnel que la néphrectomie soit indispensable pour permettre l'implantation du transplant.

La discussion ne doit donc pas seulement tourner uniquement autour de la faisabilité globale de l'abord

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2012.12.009>.

* Unité Inserm U765, cellules progénitrices endothéliales et plaquettes, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France.

Adresse e-mail : marc-olivier.timsit@egp.aphp.fr

laparoscopique dans la polykystose rénale, mais aussi autour de la pertinence des indications.

Deuxièmement, le taux de complication reste globalement comparable aux autres séries de néphrectomie de reins polykystiques par voie ouverte ou laparoscopique, mais il témoigne tout de même d'une morbidité rarement observée en chirurgie mini-invasive. Le taux de transfusion (15% dans cette série, 200 mL de pertes sanguines moyennes) est parmi les plus importants rapportés dans cette indication et trois patients (7,5%) ont finalement été « convertis » ou réopérés. Pour des patients en attente de transplantation rénale, l'absence de transfusion sanguine doit être une priorité à mettre en balance avec les éventuels avantages pariétaux d'un abord laparoscopique. Dans notre série [3], les pertes sanguines moyennes, incluant la mesure du poids des textiles étaient de 76 mL alors que la diminution des saignements peropératoires est habituellement un avantage classique de l'abord laparoscopique dans toutes les indications que nous connaissons en urologie.

Cette discordance s'explique peut-être en partie par le temps opératoire moyen presque deux fois plus long en coelioscopie (167 minutes) que dans les séries publiées par voie ouverte.

Troisièmement, les auteurs n'apportent aucune donnée permettant d'affirmer que la voie laparoscopique était associée, dans cette étude, à un bénéfice en terme de douleurs postopératoires ou de résultat cosmétique : aucune échelle n'évaluait le bénéfice esthétique ou la douleur ressentie, et aucun groupe témoin ne permettait de comparer la consommation de morphine.

Enfin, la technique de morcellation doit être discutée. D'une part, en raison du risque infectieux évident lié à l'ouverture intrapéritonéale des kystes rénaux. D'autre part, en raison du risque théorique lié à l'incidence augmentée de carcinome à cellules rénales au sein des reins polykystiques [4]. Pour ce dernier point, il est vrai que la série ne rapporte aucun carcinome sur l'analyse du produit de la morcellation, dont on ignore par ailleurs la technique d'analyse (inclusion sur cassettes?, étude de l'ensemble des copeaux obtenus?). De plus, il faut souligner qu'un bilan radiologique précis peut permettre de diminuer drastiquement la découverte fortuite d'une tumeur sur pièce de

néphrectomie et donc le risque théorique de dissémination ; encore faut-il pouvoir procéder à une injection de produit de contraste iodé ou de gadolinium, ce qui n'est pas toujours réalisable pour des patients non dialysés en attente de transplantation rénale (greffe préemptive).

En conclusion, il ne fait aucun doute pour quiconque en 2012 que la voie laparoscopique soit le *gold standard* pour la néphrectomie, quelle que soit son indication mais que la taille du rein peut être une limite à cet abord dans la polykystose rénale.

À la lecture de cet article, notre sentiment est que l'abord laparoscopique n'a pas démontré sa faisabilité pour l'exérèse de reins polykystiques de large volume et qu'aucun bénéfice par rapport à la voie ouverte n'a été rapporté. De plus, la taille des reins opérés dans cette série ne correspond pas à notre expérience monocentrique, soulevant la question de l'opportunité des indications.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Dunn MD, Portis AJ, Elbahnasy AM, Shalhav AL, Rothstein M, McDougall EM, et al. Laparoscopic nephrectomy in patients with end-stage renal disease and autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2000;35:720–5.
- [2] Whitten MG, Van Der Werf W, Belnap L. A novel approach to bilateral hand-assisted laparoscopic nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease. *Surg Endosc* 2006;20:679–84.
- [3] Cohen D, Timsit MO, Chrétien Y, Thiounn N, Vassiliu V, Mamzer MF, et al. Place of nephrectomy in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease waiting for renal transplantation. *Prog Urol* 2008;10:142–9.
- [4] Hajj P, Ferlicot S, Massoud W, Awad A, Hammoudi Y, Charpentier B, et al. Prevalence of renal cell carcinoma in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease and chronic renal failure. *Urology* 2009;74:631–4.