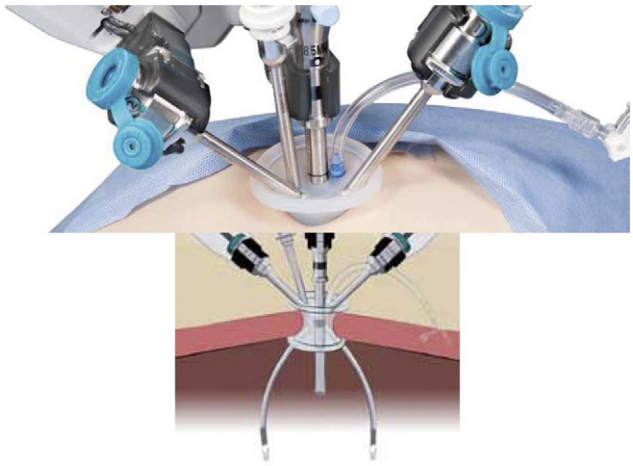

Système DaVinci Si avec instruments Single Site.

Aspect final de la cicatrice après fermeture.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.274

V-006

Néphro-urétérectomie robot-assistée sans repositionnement peropératoire : technique chirurgicale

B. Peyronnet[a], R. Benmeziani[b], F. Bruyere[b]
[a] *CHU de Rennes, Rennes, France*
[b] *CHU de Tours, Tours, France*

Objectifs.— La voie d'abord laparoscopique diminue la morbidité périopératoire de la néphro-urétérectomie (NU) sans nuire aux résultats carcinologiques. L'utilisation de l'assistance robotique pourrait faciliter la néphro-urétérectomie laparoscopique (NUL) en particulier pour le temps d'urétérectomie distale. Toutefois, la néphro-urétérectomie robot-assitée (NURA) n'a été que très peu rapportée dans la littérature et les techniques décrites impliquaient généralement une modification peropératoire de la position du patient et des orifices de trocarts. Notre objectif au travers de cette vidéo était de décrire une technique chirurgicale de néphro-urétérectomie intégralement robot-assistée (temps rénal et pelvien) sans modification peropératoire de la position du patient ni des orifices de trocarts pour le temps pelvien.
Méthodes.— Nous présentons la vidéo d'un cas de NURA gauche. Le patient est installé en décubitus dorsal, incliné à 30° par rapport à l'horizontal en surélevant le côté opéré à l'aide d'un billot. Quatre trocarts sont positionnés comme suit : un de 12 mm en para-ombilical droit (1), un de 12 mm dans le flanc gauche (2) et deux de 8 mm en pararectal gauche, l'un en sous-costal (3) et l'autre en fosse iliaque (4). Les 3 bras du robot sont arrimés sur les trocarts 2 (pour l'optique), 3 et 4 (pour les instruments) laissant le trocart 1 pour l'aide. L'intervention commence par le temps de néphrectomie et d'urétérectomie proximale. Pour le temps d'urétérectomie distale et d'excision de la collerette vésicale on intervertit le trocart 2 avec le 4 et le 1 avec le 3 puis on réarrime les bras du robot. La pièce est mise dans un sac et extraite par une incision de Pfannenstiel de 10 cm.
Résultats.— La patiente opérée était âgée de 72 ans et présentait une tumeur calicielle supérieure gauche. Elle était porteuse d'une bifidité urétéro-pyélocalicielle gauche. L'intervention a duré 180 minutes avec des pertes sanguines de 300cc. Il n'y a pas eu de complication post-opératoire et la patiente a quitté le service à J5, après ablation de la sonde vésicale. L'analyse de la pièce a révélé un carcinome urothélial pT2 de haut grade avec marges d'exérèse saines.
Conclusion.— La NURA peut être pratiqué sans repositionnement du patient ni mise en place de nouveaux trocarts ce qui facilite la réalisation entièrement laparoscopique de la néphro-urétérectomie.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.275

V-007

Surrénalectomie robot assistée « single site »

H. Baumert, F. Girard, M. Fourati, A. El Hajj, C. Eimer, R. Thanigasalam, P. Theveniaud, W. Massoud, M. Fennouri
Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

Objectifs.— La surrénalectomie par chirurgie cœlioscopique monotrocard est faisable mais complexe du fait des conflits entre les instruments et de l'inversion des instruments. Les avancées en chirurgie robotique avec le développement d'instruments flexibles dont les commandes sont inversées à la console de l'opérateur permettent de simplifier cette procédure opératoire. Notre but est de démontrer la faisabilité de la surrénalectomie par chirurgie robot-assistée « single site » (monotrocard).
Méthodes.— Une femme de 54 ans s'est vue diagnostiqué un adénome de Cohn à l'origine d'une hypertension. Une chirurgie monotrocard en utilisant le robot Da vinci HD SI a été pratiquée. La patiente a été placée en décubitus latéral droit. Une incision ombilicale a été pratiquée permettant de mettre en place le « diabolo » dans lequel un trocart optique de 8,5 mm a été placé ainsi que deux canules incurvées de 5 mm et un trocart assistant de 5 mm.
Résultats.— L'intervention a été pratiquée en 1h20 minutes. Le saignement peropératoire a été négligeable. La patiente est sorti de l'hôpital à j2. La tension artérielle est revenue à la normale à la consultation de contrôle à 1 mois.
Conclusion.— La surrénalectomie robot assistée monotrocard est techniquement faisable avec des résultats satisfaisant en terme de durée d'hospitalisation ainsi que sur le plan esthétique.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.276

Chirurgie pelvienne : incontinence urinaire/prolapsus/douleur chronique

V-008

Promontofixation Single Site

F. Girard, R. Thanigasalam, A. El Hajj, M. Fourati, P. Theveniaud, W. Massoud, M. Fennouri, H. Baumert
Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

Objectifs.— La promontofixation cœlioscopique est une des interventions de référence dans le traitement des prolapsus génito-

urinaire notamment chez les femmes jeunes. Certaines équipes la pratiquent de manière « robot-assistée ». Les récents développements de la robotique nous permettent de pratiquer cette intervention par un seul orifice grâce à la technologie « single site ».
Méthodes.— Nous présentons le cas d'une patiente de 60 ans ayant une cystocèle et une rectocèle de grade 2 associées à une dysurie et des impériosités. Une promontofixation monotrocard « single sit » avec un seul orifice ombilical a été réalisée en 3H 20 avec mise en place d'une bandelette antérieure et postérieure.
Résultats.— Les suites opératoires ont été simples, la sonde urinaire a été retirée à j2, la patiente est sortie à j2. La correction anatomique était satisfaisante à 1 mois et demi et à six mois avec disparition des impériosités et de la dysurie.
Conclusion.— La promontofixation cœlioscopique roboassistée « single site » est une technique mini invasive réalisable avec un excellent résultat anatomique et esthétique. La récupération postopératoire est comparable à la chirurgie cœlioscopique conventionnelle.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.277

V-009

Sphincter artificiel AMS 800 péricervical chez la femme par cœlioscopie assistée par Robot Da Vinci

G. Fournier[a], M.A. Perrouin-Verbe[b]
[a] *CHU de Brest, Brest, France*
[b] *Service d'urologie, Brest, France*

Objectifs.— La mise en place du sphincter artificiel AMS 800 péricervical chez la femme est une intervention souvent difficile du fait de la fréquence des antécédents chirurgicaux préalables au niveau du col vésical et de l'urètre qui rendent la dissection délicate. Le temps le plus technique est le passage en arrière entre col vésical et paroi antérieure du vagin. L'intérêt de la cœlioscopie a été montré. L'assistance du robot 4 bras avec ses instruments orientables permet de faciliter la procédure qui est montrée dans cette vidéo.
Méthodes.— Trois situations différentes sont montrées dans cette vidéo. Le premier cas est une première implantation de sphincter de première intention sans ouverture vésicale. La seconde procédure est effectuée après ouverture de la, paroi vésicale antérieure avec contrôle intravésical du passage des instruments lors de la dissection intercervicovaginale. Le troisième cas est une patiente déjà porteuse d'un sphincter artificiel qui nécessite un changement complet du fait d'une fuite de liquide de remplissage.
Résultats.— Outre les 4 trocards nécessaires aux trocards du robot, un trocard supplémentaire est introduit en fosse iliaque gauche. Le robot peut être placé en position latérale ou entre les membres inférieurs. Après remplissage vésical la dissection de l'espace de retzius est menée au ras de l'arche pubienne jusqu'à exposer les faces latérales du col vésical. Une bougie de hegar est introduite dans le vagin par l'assistant pour exposer latéralement les culs de sacs antérieurs. La dissection intercervicovaginale est facilitée par l'utilisation des pinces prograsp et cadière dont l'articulation permet de passer dans le bon plan. Le réservoir est introduit par une contre incisdion suspubienne comme dans la procédure cœlioscopique manuelle. Les connexions s'effectuent en préaponévrotique.
Conclusion.— Le robot Da Vinci HD Si 4 bras permet d'améliorer les conditions visuelles ainsi que les conditions de dissection grâce à ses instruments articulés en particulier pour la dissection cervicovaginale, facilitant les conditions de réalisation de cette intervention réputée difficile.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.278

V-010

Implantation de sphincter artificiel périprostatique AMS 800 chez l'homme par cœlioscopie assistée du Robot Da Vinci HD Si 4 bras

G. Fournier[a], M.-A. Perrouin Verbe[b], G. Papin[b], M. Thoulouzan[b]
[a] *CHU de Brest, Brest, France*
[b] *Service d'urologie, Brest, France*

Objectifs.— Présenter la technique de mise en place d'un sphincter artificiel AMS 800 en périprostatique comme solution de dernier recours après échec d'implantation périnéale et péricervicale. La procédure est réalisée en cœlioscopie avec assistance robotique.
Méthodes.— Il s'agit d'un patient de 61 ans présentant une incontinence urinaire sévère post traumatisme périnéal. 4 interventions préalables de mise en place de sphincters artificiels avaient été réalisées au cours des 10 années précédentes (1 péricervicale et 3 par voie périnéale) et une RTU de prostate avait été effectuée. Les échecs étaient dus à la survenue secondaire d'une érosion urétrale ou d'une infection lors de la mise en place. Il existe une dysfonction érectile préalable. IRM, toucher rectal et PSA sont normaux.
Résultats.— L'abord est identique à celui utilisé pour la prostatectomie robot assistée (positionnement du robot et des trocarts). L'espace de retzius est exposé par voie transpéritonéale. Les fascias endopelviens sont ouverts et le col vésical également sur sa face antérieure. La dissection est effectuée de chaque coté en longeant la face antérieure du rectum en arrière de l'apex prostatique. Les instruments articulés (prograsp, cadière) permettent un passage progressif d'un côté à l'autre facilité par la petite taille de la prostate. Le mesureur et la manchette peuvent ensuite être positionnés selon la procédure classique. Le ballon est introduit par un trocard de 12 mm puis les tubulures sont extériorisées par une contre incision sus pubienne qui permet également de créer un trajet pour la pompe vers le scrotum.
Conclusion.— La mise en place d'un sphincter artificiel AMS 800 en position périprostatique est réalisable comme solution de dernier recours chez l'homme en cas d'impossibilité d'utilisation des autres sites d'implantation. L'assistance du robot et la cœlioscopie permettent de réaliser l'intervention dans de bonnes conditions et par un abord mini-invasif.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.279

V-011

Le Male Sling Virtue : la mesure du point de pression de fuite rétrograde (RLPP) peropératoire améliore les issues cliniques

M. Sourial , L. Tu
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Objectifs.— Nous rapportons notre expérience avec le Male Sling Virtue. Les objectifs de l'étude sont d'évaluer l'efficacité et le taux de complication du Male Sling Virtue pour le traitement de l'incontinence post-prostatectomie avec et sans mesure du point de pression de fuite rétrograde (RLPP) peropératoire, ainsi qu'évaluer le taux de satisfaction subjectif après le traitement.
Méthodes.— Étude rétrospective des taux de continence et de complications chez 34 hommes consécutivement traités avec le Male Sling Virtue pour incontinence post-prostatectomie. La tension de la bandelette a été ajustée avec cystoscopie pour les 18 premiers patients, tandis que la mesure du RLPP a été effectuée pour les 16 derniers patients. Le suivi postopératoire était de 2, 6 et 12 mois, puis annuellement. Le Patient Global Impression on Improvement scale et les pad tests postopératoires ont été utilisés pour mesurer