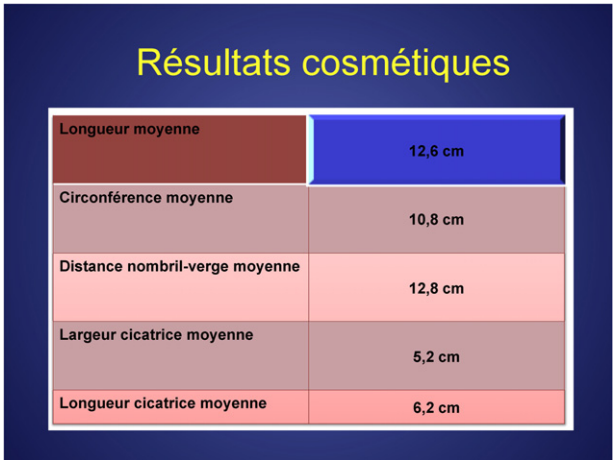
de reprises chirurgicales. La troisième étape durait en moyenne 102 mn (36—223) (Tableau 1). Sur l'ensemble de notre série, nous n'avons constaté aucune nécrose ayant entraînée la perte du lambeau. 95 % des patients furent satisfaits de l'apparence de leur néo phallus. 80 % des malades étaient satisfaits de leur vie sexuelle après la chirurgie contre 35 % avant. 69 % des malades présentaient des orgasmes réguliers après chirurgie, contre 43 % avant.
Conclusion.— Notre technique de phalloplastie par lambeau pédiculé de peau sus pubienne est une technique reproductible, peu morbide, esthétique répondant à l'attente des patients transsexuels.

Tableau 1 Temps opératoires, complications.

Étape	Temps opératoire	Complications	Durée hospitalisation	Hospitalisations secondaires
Ballonnets	93 mn [53—100]	16 % 2 migrations 1 perforation 1 abcès	2 jours	3 (12,5 %)
Tubulisation	138 mn [80—219]	83 % 10 infections 17 désunions	4,7 jours	7 (29 %)
Libération	102 mn [36—223]	4 % 1 nécrose distale de 1,5 cm^2	3 jours	1 (4 %)
Prothèse (14 malades)	64,8 mn [49—84]	42,8 %	2,4 jours	5 (35,7 %)



http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.289

V-021

Dérivation urinaire continente de type Mitrofanoff par voie laparoscopique robot-assistée

O. Merigot De Treigny , S. Sanson , N. Doumerc , M. Thoulouzan , L. Bellec , E. Huyghe , B. Malavaud , M. Soulié , P. Rischmann , X. Gamé
Département d'urologie, d'andrologie et de transplantation rénale de l'hôpital Rangueil, Toulouse, France

Objectifs.— Lorsque les patients ne peuvent pas réaliser le cathétérisme intermittent par leur urètre pour des raisons locales ou du fait de leur handicap, il est possible de réaliser une dérivation urinaire cutanée continente en utilisant l'appendice iléo-cæcal comme cela a été décrit par Mitrofanoff. Cette technique est classiquement réalisée par laparotomie. Nous décrivons la réalisation de cette dérivation par voie laparoscopique robot-assistée.
Méthodes.— La vidéo présente le cas d'une patiente de 25 ans tétraplégique de niveau C4 dans les suites d'un infarctus médullaire. La patiente est installée en décubitus dorsal. 5 trocarts sont mis en place (1 pour l'optique, 3 pour les bras du robot et 1 pour l'aide). Le cæcum et la vessie sont mobilisés, le prélèvement appendiculaire réalisé. Le fond de l'ombilic est réséqué et une sonde ch12 siliconée y est introduite pour y chausser l'appendice. L'extrémité inférieure de ce dernier est anastomosée au dôme vésical selon la technique de Lich-Gregoir et l'extrémité supérieure à l'ombilic après réalisation d'une plastie en V.
Résultats.— La durée opératoire était 240 minutes et les pertes sanguines 200 mL. La patiente a débuté les auto-sondages au 21ème jour post-opératoire.
Conclusion.— La dérivation urinaire cutanée continente de type Mitrofanoff est réalisable par voie laparoscopique robot-assistée.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.290

V-022

Faisibilité de dérivations urinaires continentes de type Mitrofanoff et Yang-Monti par voie robotique : technique opératoire

D. Rey , M. Oderda , E. El Helou , P.-T. Piechaud
Clinique Saint-Augustin, Bordeaux, France

Objectifs.— Nous présentons la vidéo de notre technique chirurgicale concernant la construction robotisée des dérivations urinaires continentes telles que Mitrofanoff et double Yang-Monti, avec agrandissement vésical. La méthode Yang-Monti peut être considérée comme une alternative à une Mitrofanoff appendico-vésicostomie lorsque l'appendice n'est pas atteignable ou chez des patients obèses.
Méthodes.— Nous présentons, pas-a-pas, les différents aspects techniques de ces chirurgies, d'après notre expérience chez l'adulte. Nous décrivons de façon standardisée comment construire un tube sous assistance robotisée. Nous mettons également l'accent sur le système anti-reflux, l'agrandissement vésical, et des conseils techniques pour réduire le risque de complications.
Résultats.— Notre technique mini-invasive donne des résultats satisfaisants : pas de recours à une chirurgie ouverte, pas de complications intra-opératoires, durées opératoires satisfaisantes et des pertes de sang négligeables.
Conclusion.— La réalisation de dérivations urinaires continentes sous assistance robotisée est une technique sûre et réalisable, élargissant les indications éventuelles de la chirurgie robotisée.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.291

V-023

Cure d'éventration péristomiale de Bricker par plaque intra-péritonéale biface en cœlioscopie

J. Rebibo , L. Sibert , H. khalil
CHU de Rouen, Rouen, France

Objectifs.— Nous proposions de détailler la technique utilisée en cœlioscopie avec mise en place d'une plaque intra-péritonéale biface composé sur une face de polypropylène et sur l'autre de polytétrafluoroéthylène (PTFE). Cette technique que rarement utilisée a fait ces preuves et, à l'époque de la généralisation des approches mini-invasives, doit être connue des urologues.
Méthodes.— Il s'agissait d'un patient de 78 ans, obèse avec un IMC à 36 et ayant pour antécédents une insuffisance cardiaque et coronaire ainsi qu'une cystoprostatectomie par laparotomie médiane avec dérivation urinaire par une anse iléale de 15 cm extériorisée en fosse iliaque droite selon Bricker pour une tumeur vésicale infiltrante de haut grade classée pT2G3. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Un an après le patient avait une éventration péristomiale qui était restée asymptomatique pendant 3 ans. Au cours de la troisième année, le patient avait été hospitalisé

pour un syndrome occlusif, le TDM réalisé avait mis en évidence une éventration péristomiale droite contenant le colon droit et une partie de l'iléon. Il n'y avait pas de dilatation des cavités pyélocalicielles ni de retentissement sur la fonction rénale. Devant le caractère symptomatique de l'éventration, l'absence de résolution de l'occlusion sous traitement médical, il avait été décidé une intervention réalisée par cœlioscopie avec la mise en place d'une plaque intra-péritonéale biface composée sur une face de polypropylène et sur l'autre de polytétrafluoroéthylène (PTFE). En décubitus dorsal, 1er trocart en open coelio localisé sur le flanc gauche, deux autres trocarts avaient été mis en place, l'un de 5 mm dans l'hypochondre gauche et l'autre de 10 mm en fosse iliaque gauche. En peropératoire une grande partie du tube digestif était localisée dans l'éventration et a été réduite sans difficulté après viscérolyse : colon droit jusqu'à l'angle colique droit, cæcum, une partie du colon transverse ainsi que 30 cm d'iléon. Le collet de l'éventration était évalué en peropératoire à 10 × 5 cm ; celui-ci avait été fermé avec des points transparietaux noués en sous cutané par du mersuture 0. Une plaque de polypropylène biface de 25 × 20 cm a été fendue en son centre pour laisser passer l'anse iléale du bricker avec son méso. Plaque couvrant la totalité de l'éventration avec une marge de 4 cm de chaque coté de l'éventration et fixée par des points transparietaux ainsi que l'utilisation d'Absorbatacks après diminution de la pression intra-péritonéale à 6 mmHg. Un redon de 10 mm avait été laissé dans la poche de l'éventration péristomiale. Les suites opératoires ont été simples, le patient était sorti à J3. Le patient a été revu en consultation à un mois de l'intervention avec un TDM de contrôle n'ayant pas mis en évidence de récidive d'éventration ni de signe de sepsis au niveau de la prothèse intra-abdominale.

Résultats.— L'éventration péristomiale sur bricker est une complication connue mais peu documentée. L'incidence des éventrations péristomiales est souvent sous estimée, une réparation chirurgicale sans utilisation de prothèse est une technique très utilisée depuis les années 1990 avec un taux de récidive supérieur a 63 %. Cependant depuis l'utilisation systématique en chirurgie programmée de plaque prothétique le taux de récidive a baissé de 7 %. Par cœlioscopie, les pertes sanguines au cours de l'intervention sons plus faibles par rapport a la laparotomie, les suites postopératoires sont le plus souvent marquées par une durée d'hospitalisation plus courte ainsi que moins de douleur postopératoire ; Quant à l'incidence des récidives, elle semble, dans les séries comparatives, égale ou inférieure à celle de la pariétoplastie par laparotomie. Nous avions utilisé une technique chirurgicale mini-invasive étant donné les lourds antécédents du patient d'un point de vue cardiaque ainsi que son obésité morbide qui aurait grandement compliqué l'intervention si un abord par laparotomie médiane avait été réalisé avec les risques postopératoires en relation avec son obésité : abcès de paroi, éventration, défaut de cicatrisation. Une approche laparoscopique nous a permis d'explorer toute la cavité péritonéale, de préserver le site du bricker en fosse iliaque droite et la dérivation urinaire en elle-même. De nombreux chirurgiens sont freinés par le risque septique d'utiliser du matériel prothétique au contact d'anse grêle pourtant ce risque est très faible voir nul dans la plupart des publications depuis l'apparition de nouveaux matériaux prothétiques. En effet pour les plaques biface, la phase composée de prolypropylène est très adhérente et doit être posée au contact de la paroi, avec celle en polytétrafluoroéthylène à disposer au contact des anses digestives permettant de diminuer l'adhérence à l'intestin grêle et ainsi diminuer le risque de fistule grélique.

Conclusion.— Une approche laparoscopique des éventrations péristomiales sur bricker est une technique chirurgicale viable. Cependant le manque de données et de cohorte suffisante comparant les différentes techniques chirurgicales ne permettent pas de valider une pratique unique. La réparation de l'éventration péristomiale sur bricker par voie laparoscopique est une technique chirurgicale pouvant être proposée aux patients même en cas d'éventration compliquée comme cela était le cas chez ce patient. Malgré le peu de données publiées, cette technique a fait ces preuves et, à l'époque de la généralisation des approches mini-invasives, doit être connue des urologues.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.292

V-024

Évaluation d'un porte aiguille articulé et motorisé de 5 mm lors de promontofixations et de prostatectomies radicales laparoscopiques

A. Messas[a], L. Silvestri[a], R. Stefanescu[a], D. Klifa[c], M. Senadji[a], M. Khoddari[a], M. Gharrab[a], A. Pastore[b], A. Carbone[b], G. Pallestri[b]
[a] *Hôpital Max-Fourestier, Nanterre, France*
[b] *Sapienza University of Rome, Rome, Italie*
[c] *Clinique Saint-George, Nice, France*

Objectifs.— Évaluer un nouveau concept d'instrument robotisé ayant pour but de faciliter la suture lors de promontofixations (PF) et de prostatectomies radicales laparoscopiques(PRL).

Méthodes.— L'instrument testé est un porte aiguille motorisé de 5 mm de diamètre. Il offre 7 degrés de liberté dont 2 motorisés : la flexion distale de la tige pour orienter l'aiguille dans le plan adéquat et la rotation axiale illimitée de la pince pour insérer l'aiguille à travers les tissus. L'instrument a été utilisé lors de 8 promontofixations cœlioscopiques et de 6 PRL. Afin d'analyser l'utilisation de ce nouvel instrument, nous avons étudié dans chaque intervention : les temps opératoires pour lesquels l'instrument a été utilisé, l'utilisation des mouvements motorisés, l'angle de courbure maximale de l'instrument, la moyenne d'angulation de l'instrument lors de son utilisation. Nous avons également évalué de façon subjective le confort du chirurgien en utilisant une échelle visuelle analogique.

Résultats.— L'instrument robotisé a été utilisé dans 100 % des cas pour la fixation des bandelettes prothétiques antérieures et postérieures sur le mur vaginal et pour la dissection des releveurs de l'anus lors des promontofixations — pour la ligature du plexus veineux de santorini et pour l'anastomose uréthro-vésicale lors des prostatectomies. Les mouvements motorisés (rotation et flexion) ont été utilisés dans 100 % des cas. L'angle de courbure maximal (80°) a été utilisé dans 71 % des cas. La moyenne générale d'angle de courbure utilisé durant les chirurgies était de 59°. La moyenne du score de confort du chirurgien était de 7,2/10.

Conclusion.— L'utilisation de l'instrument dans 100 % des cas y compris pour les tâches de dissection (ce qui n'était pas l'objectif principal d'un tel instrument) révèle son utilité. La moyenne générale de l'angle de courbure montre que, la plus part du temps, l'instrument est utilisé courbé ce qui souligne l'intérêt de l'utilisation d'un instrument articulé pour un meilleur respect des lignes de suture. Le score global de confort du chirurgien montre que la commande des mouvements motorisés n'engendrait pas de douleurs musculosquelettiques. D'autre part, l'instrument tend à améliorer la posture du chirurgien en diminuant les mouvements d'abduction de l'épaule. Cela devra être prouvé lors d'une étude comparative.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.293