d'extraire facilement de très gros reins polykystiques, avec un préjudice pariétal faible et un risque de dissémination bactérienne et carcinologique minimal.

*Déclaration de liens d'intérêts* Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.039

V 39

## Auto-transplantation rénale pour cure ex-vivo d'anévrisme complexe de l'artère rénale

S. Bouyé[1,*], R. Azzaoui[2], F. Henon[1], A. Ouzzane[1], A. Villers[1], V. Flamand[1]

[1] *Hôpital Huriez, CHU de Lille, Lille cedex, France*

[2] *Hôpital cardiologique, CHU de Lille, Lille, France*

* *Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail :* seb.bouye@gmail.com (S. Bouyé)

*Objectifs* Nous présentons la prise en charge chirurgicale d'anévrisme complexe de l'artère rénale. L'expertise vasculaire excluait formellement la possibilité de traitement endovasculaire, l'indication chirurgicale était posée et validée en RCP devant une morphologie anévrismale complexe intra-hilaire et le risque de rupture spontanée. Une auto-transplantation rénale avec cure d'anévrisme ex-vivo était réalisée en double équipe vasculaire et urologique.

*Méthodes* Entre juin 2015 et juin 2016, 4 patients âgés de 51 à 62 ans ont été pris en charge. La technique opératoire comprenait quatre temps :

— prélèvement du rein (2 reins droits par lombotomie et 2 reins gauches par laparoscopie) selon la même procédure que pour un donneur vivant ;

— prélèvement d'un greffon de veine saphène ;

— préparation du rein sur *back-table* avec dissection de l'anévrisme et de ses branches, résection de l'anévrisme et réimplantation des branches artérielles hilaires d'aval sur le pontage veineux (un à trois pontages) ;

— transplantation sous héparinothérapie intrraveineuse en fosse iliaque homolatérale sur l'axe artériel iliaque externe ou primitif.

*Résultats* Toutes les transplantations ont pu être réalisées. La durée opératoire moyenne était de 420 min (390—450 min) et aucune complication peropératoire n'était notée. Le contrôle échodoppler à j1 était satisfaisant. Un rein transplanté a présenté une perte de 60 % de la perfusion sur le TDM injecté systématique à j7 avec mise en évidence d'une thrombose de branches artérielles réimplantées dans le pontage veineux saphène unique avec un traitement médical seul. Les autres reins auto-transplantés étaient parfaitement perfusés et fonctionnels sur l'uroscanner initial et l'IRM réalisée à distance (3 mois). Aucune autre complication n'était notée. La fonction rénale postopératoire à trois mois n'était modifiée pour aucun patient.

*Conclusion* L'auto-transplantation rénale est une option thérapeutique des anévrismes complexes de l'artère rénale. La réalisation en double équipe et l'expérience de la greffe rénale à partir de donneur vivant était primordiale dans le succès de cette procédure chirurgicale rare et complexe.

*Déclaration de liens d'intérêts* Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.040

V 40

## Néphro-urétérectomie totale robotique DaVinci Xi sans désarrimage ni repositionnement des trocarts : technique chirurgicale

G. Hugues*, P. Pillot, P. Delpech, S. Bernardeau, T. Charles, O. Celhay

*CHU de Poitiers, Poitiers, France*

* *Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail :* gui.hugues@gmail.com (G. Hugues)

*Objectifs* La chirurgie robotique dans la néphro-urétérectomie totale (NUT) a été décrite mais nécessitait deux temps, rénal et pelvien, imposant un changement d'installation et un désarrimage du robot. Notre objectif a été de présenter une technique reproductible avec le robot DaVinci Xi sans repositionnement ni du malade, ni des trocarts, et sans désarrimage du robot.

*Méthodes* Le patient a été installé en décubitus latéral à 45°. Quatre trocarts de 8 mm ont été disposés sur la ligne médio-claviculaire, un trocart aide de 10 mm en sus-ombilical. La néphrectomie a été réalisée avec : bipolaire sur le bras 1, optique 30° sur le bras 2, ciseaux sur le bras 3, pince *Prograsp* sur le bras 4. Au temps pelvien, on a permuté la *Prograsp* sur le bras 1, bipolaire sur le 2, optique sur le 3, ciseaux sur le 4. Un *Hem-o-lok* a été disposé sur le bas-uretère, et un surjet de V-Loc pour étanchéifier la vessie avant de découper la collerette vésicale.

*Résultats* Trois procédures ont été réalisées par cette technique sans complication per- ou postopératoire. Chaque intervention s'est déroulée sans désarrimage du robot ni conversion, ni nécessité de mise en place de trocart supplémentaire. Les résultats anatomopathologiques ont été des carcinomes urothéliaux du pyélon pT3 dans 2 cas, et pT2 de l'uretère pelvien dans un cas. Les marges étaient saines.

*Conclusion* La technique opératoire présentée a permis de réaliser de façon standardisée une NUT sans désarrimage du robot ni modification des trocarts, démontrant ainsi la possibilité d'optimiser la procédure en économisant deux installations rénale et pelvienne, et ce de manière reproductible.

*Déclaration de liens d'intérêts* Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.041

V 41

## Le maniement de l'uretère distal lors de la néphro-urétérectomie cœlioscopique pour tumeur urothéliale de la voie urinaire supérieure. Le dilemme résolu ?

A. Dominguez-beautell

*Institut Arnault-Tzanck, Saint Laurent du Var, France*

*Adresse e-mail :* adominguezbeautell@gmail.com

*Objectifs* Cette vidéo montre une technique qui permet la dissection et la ligature étanche de l'uretère distal par voie trans-urétrale, en respectant toutes les consignes oncologiques : exérèse complète « en bloc » de toute la pièce de néphro-urétérectomie comprenant une collerette de tissu vésical et en évitant tout écoulement d'urine de la voie urinaire supérieure dans le rétro péritoine et la cavité péritonéale.

*Méthodes* Dans un premier temps opératoire, l'uretère distal est disséqué à l'aide de l'anse de Collins jusqu'à la graisse perivésicale. Il est ensuite ligaturé à l'aide d'un nœud coulant appliqué par voie trans-urétrale. Lors d'un deuxième temps, la néphro-urtéterectomie cœlioscopique est réalisée par voie trans-péritonéale. L'uretère est disséqué dans le sens antérograde jusqu'à la dissection précédemment réalisée par voie trans-urétrale.

Toute la pièce de néphro-urétérectomie est alors extraite en bloc dans un sac, y compris la ligature distale ayant été réalisée par voie trans-urétrale.

*Résultats* Dés le développement de la technique, tous les patients éligibles (absence de tumeur dans l'uretère pelvien, $n = 7$) ont été opérés suivant cette technique. Dans tous les cas, la dissection et la ligature fut possible par voie trans-urétale, ainsi que l'exérèse complète de la pièce opératoire en évitant tout écoulement d'urine dans le rétropéritoine ou la cavité péritonéale. Il s'agit d'une procédure simple, reproductible et qui n'augmente pas la morbidité de l'intervention. Aucune complication ou conversion à chirurgie ouverte secondaire à cette technique n'a pas été observée.

*Conclusion* Différentes techniques ont été décrites pour manier l'uretère distale, mais dans tous les cas, soit la fermeture de la voie urinaire n'est pas étanche, soit la complexité/morbidité de l'intervention augmentent de manière considérable. Cette vidéo montre une technique simple et reproductible, permettant de mener à terme cette intervention en respectant toutes les consignes oncologiques sans augmenter sa morbidité.. Dilemme résolu ? (Fig. 1 et 2)

*Fig. 1*

*Fig. 2*

*Déclaration de liens d'intérêts* L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.042

**V 42**

## Différences entre lithotripsie laser haute fréquence et long pulse

S. Doizi[1,*], P. Kronenberg[2], O. Traxer[1]
[1] *Hôpital Tenon, Assistance Publique—hôpitaux de Paris, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*
[2] *Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal*
[*] *Auteur correspondant.*
*Adresse e-mail :* steeve.doizi@gmail.com (S. Doizi)

*Objectifs* Les générateurs lasers permettant de faire de la lithotripsie haute fréquence et du *long-pulse* pour le traitement des calculs urinaires sont des outils récents. Ils offrent plusieurs avantages en comparaison avec les paramètres standards mais leur efficacité a été mal évaluée. L'objectif de cette étude a été d'expliquer ces modes de lithotripsie ainsi que de comparer et évaluer leurs performances.

*Méthodes* Des fibres de 272-μm (SureFlex-AMS® et MF272ST-Rocamed®) et des calculs artificiels mous (plâtre de Paris) et durs (BegoStone®) ont été utilisés pour les expériences. Les lasers utilisés ont été le VersaPulse®, Powersuite 100 W de Lumenis® et le MH01-ROCA FTS30 W de Rocamed®. Les réglages laser des expériences étaient :

— pour la haute fréquence : 40 Hz et une puissance totale de 8, 16, 24, 32 W ;

— pour le long-pulse : fréquence à 15 Hz et une puissance totale de 7,5, 15, 22,5 W.

Les volumes d'ablation et la dégradation des fibres ont été évalués. Des expériences supplémentaires à haute fréquence ont été effectuées avec des fibres *Ball-Tip*.

*Résultats* La lithotripsie *long-pulse* permettait des volumes d'ablation plus importants que la lithotripsie haute-fréquence ($p < 0{,}00001$) avec des volumes en moyenne 50 % plus élevés (jusqu'à 150 %). La lithotripsie *long-pulse* permettait aussi des volumes d'ablation plus importants que ceux obtenus en haute fréquence avec les fibres laser *Ball-Tip* ($p < 0{,}0001$). Les fibres *Ball-Tip* avaient la même efficacité que les fibres laser standards, mais montraient