a été l'analyse de la survie des patients et des greffons. L'objectif secondaire a été l'analyse des complications chirurgicale et infectieuse. La population a été segmentée en fonction du type d'uropathie, et en fonction des gestes urologiques réalisée dans l'enfance ou en préparation à la greffe.

Résultats Ont été inclus 49 valves de l'urètre postérieur, 21 spina bifida, 13 vessies neurologiques centrales, 14 exstrophies vésicales, 12 syndromes de prune belly, 6 syndromes de Hinman, 4 sinus uro-génitaux et 4 autres pathologies vésicales. Quatorze transplantations ont été réalisées sur entérocystoplastie d'agrandissement, 15 sur dérivation urinaire continente, 29 sur dérivation urinaire incontinente et 65 sur vessie native réhabilitée. Pour l'ensemble des groupes ($n = 123$), la survie des patients à 1, 5, 10 et 15 ans est de 97,48 %, 93,01 %, 89,39 % et 80,04 %. La survie spécifique des greffons à 1, 5, 10, 15 et 20 ans est de 96,65 %, 87,62 %, 77,31 %, 60,63 % et 36,43 % toutes pathologies confondues. Les entérocystoplasties et les dérivations urinaires incontinentes exposent significativement aux pyélonéphrites aiguë du greffons ($p = 0,02$). Il n'y a pas de différence sur la survie des greffons transplantés sur entérocystoplastie, sur dérivations urinaires continente ou incontinente et sur vessie native (Fig. 1).

Conclusion La survie des patients et des greffons dans la transplantation rénale sur uropathie malformative du bas appareil est similaire à celle de la population générale transplantée. Les aspects techniques chirurgicaux et les complications infectieuses n'influencent pas la survie des transplants rénaux. Ainsi, il n'y a donc pas de restriction pour l'accès à la transplantation rénale chez ces patients.

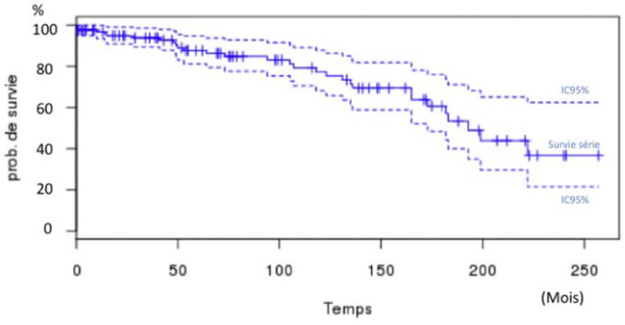

Figure 1

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.184

CO-179

Transplantation rénale sur prothèse vasculaire : est-ce vraiment raisonnable ? Étude multicentrique avec le concours du CTAFU

M. Nedelec[1], P. Glemain[1], Y. Chowaniec[1], P. Gueudry[1], E. Robine[1], F. Madec[1], M. Lefevre[1], J. Rigaud[1], G. Karam[1], F. Kleinclauss[2], J. Branchereau[1,*]

[1] *CHU de Nantes, Hôtel Dieu, Nantes, France*

[2] *Comité de transplantation de l'Association française d'urologie, Paris, France*

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : julien.branchereau@chu-nantes.fr

(J. Branchereau)

Objectifs La transplantation rénale avec implantation de l'artère sur prothèse vasculaire est une intervention rare, réputée difficile et plus risquée (Fig. 1). L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer la survie globale et spécifique du transplant dans cette situation. L'objectif secondaire était l'étude des complications et l'élaboration d'un score pronostic.

Méthodes Pour cela, il a été constitué trois groupes de patients, à partir d'un recueil rétrospectif multicentrique de données issues de la cohorte DIVAT (6 centres) et de 4 autres centres. Le Comité de transplantation de l'Association française d'urologie a apporté son soutient et son aide dans la diffusion de ce recueil de données. Le groupes 1 ($n = 24/34$) a rassemblé les patients transplantés avec anastomose artérielle sur prothèse. Le groupe 2 ($n = 108$) a réuni les patients au même profil vasculaire que ceux du groupe 1 mais dont l'implantation artérielle a été réalisée sur artère native. Le groupe 3 ($n = 1713$) a concerné les receveurs sans antécédents vasculaires notables.

Résultats La survie du transplant a été moindre pour le groupe 1 par rapport aux groupes 2 et 3 ($p = 0,1107$). La médiane de survie du transplant était de 3 ans et 10 mois pour le groupe 1 et respectivement de 5 ans et 5 mois et 5 ans et 9 mois pour les groupes 2 et 3. Dans le groupe 1, les arrêts de fonction du transplant ont été majoritairement liés une dégradation néphrologique et un retour en dialyse (80 %) et suite à un décès du receveur directement imputable à la transplantation rénale (10 %). Dans le groupe 2, il a été retrouvé une surmortalité ($p = 0,0016$), plus de complications graves ($p > 0,0001$) et de complications vasculaires ($p < 0,0001$) par comparaisons aux groupes 1 et 3 (Fig. 2).

Conclusion La transplantation rénale avec anastomose artérielle sur prothèse vasculaire, chez des patients sélectionnés, donnerait des résultats équivalents si ce n'est supérieurs à ceux observés chez les patients au profil vasculaire identique mais dont l'anastomose artérielle est à distance de la prothèse.

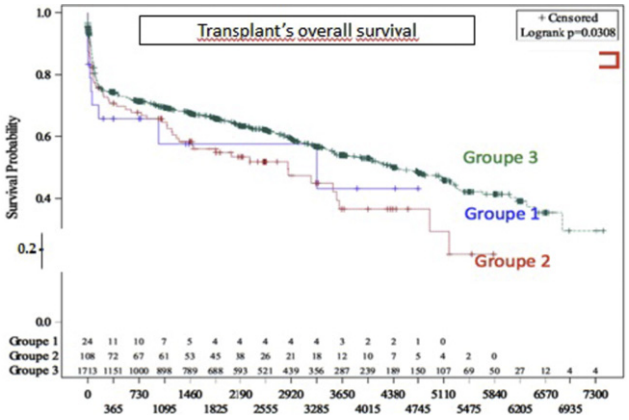

Figure 1

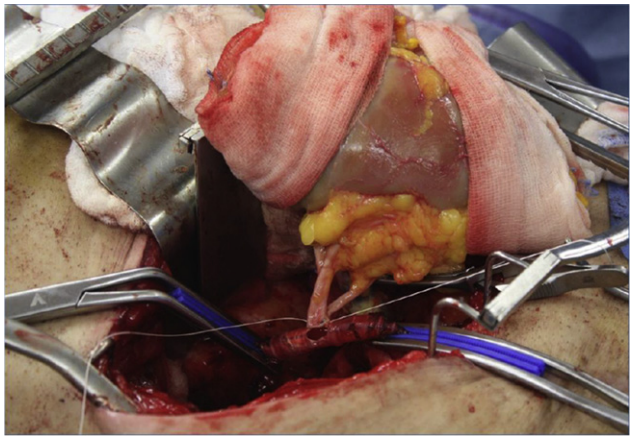

Figure 2

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.185

CO-180

Évaluation de 15 ans de traitement endovasculaire de sténoses artérielles péri-anastomotique des greffes rénales : une étude rétrospective, monocentrique

F. Roustan , I. Bentellis , F. Lareyre , J. Raffort , J. Sedat , J. Elixène , J. Amiel , D. Chevallier , M. Durand*
Service d'urologie, CHU de Nice, hôpital Pasteur 2, Nice, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : durand.m@chu-nice.fr (M. Durand)

Objectifs La sténose des artères de greffons rénaux se produit dans 1 à 26 % des cas et peut altérer le greffon. Le traitement endovasculaire est le traitement de première intention. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs d'échec du traitement de la sténose péri-anastomotique.
Méthodes Cette étude rétrospective, monocentrique et analytique s'intéressait à des patients présentant une sténose péri-anastomotique après greffe rénal, sur la période de 2003 à 2017. La sténose était définie par une réduction d'au moins 50 % du diamètre artériel pendant l'artériographie. Le succès technique a été défini comme une sténose résiduelle inférieure à 30 % du diamètre artériel après la procédure (Fig. 1).
Résultats Sur les 1378 patients greffés, 32 (2,32 %) avaient une sténose artérielle. Le suivi médian était de 32,3 mois [0,3—106]. Soixante et un pour cent des patients avaient présenté une sténose avant 6 mois après la transplantation rénale. Le succès technique était de 96,7 %. Le taux de complication était de 22 % dont 12,5 % de dissection, 6 % de pseudo-anévrisme (Tableau 1). Les deux facteurs prédictifs de récurrence de la sténose étaient une vitesse de montée systolique élevée (VMS) avant la procédure et un temps de montée systolique (TMS) élevé ($p = 0{,}033$) avant la procédure (Tableau 2).
Conclusion Le traitement endovasculaire est une procédure fiable, efficace et sûre. Le PSV et le TMS semblent être des facteurs prédictifs pour l'échec du traitement.

Tableau 1 Caractéristiques des patients.

Tableau 1 Caractéristiques des patients.

Caractéristiques			Total (=32)	No recurrence of stenosis (n=25)	Recurrence of stenosis (n=7)	p
Age			55.1	55.0	55.1	0,988
Sexe						0,033
	Homme		68.8%		80% 28.6%	
	Femme		31.3%		20% 71.4%	
Antécédents						
	Diabète insulino-dépendant		2 (6.3%)	2 (8%)	0 (0%)	1
	Diabète non-insulino-dépendant		3 (9.47%)	3 (12%)	0 (0%)	0,832
	Tabagisme		7 (21.9%)	6 (24%)	1 (14.3%)	1
	Hypertension artérielle		22 (68.8%)	19 (76%)	3 (42.9%)	0,173
	Dyslipidémie		6 (18.8%)	5 (20%)	1 (14.3%)	1
	statut CMV positif		21 (65.6%)	17 (68%)	4 (57.1%)	1
Greffon						
	Latéralité du greffon					0,32
		rein gauche	12 (37.5%)	11 (44%)	1 (14.3%)	
		rein droit	10 (31.3%)	8 (32%)	2 (28.6%)	
		bi-greffe	2 (6.3%)	1 (4%)	1 (14.3%)	
	Donneur vivant		2 (6.3%)	2 (8%)	0 (0%)	1
	Reprise tardive de la diurèse		11 (34.4%)	10 (40%)	1 (14.3%)	0,535
Procédure						
	Patient symptomatique		24 (75%)	19 (76%)	5 (71.4%)	1
		HTA	7 (21.9%)	5 (20%)	2 (28.6%)	
		IRA	11 (34.4%)	10 (40%)	1 (14.3%)	
		HTA et IRA	6 (18.8%)	4 (16%)	2 (28.6%)	
	Patient asymptomatique		8 (25%)	6 (24%)	2 (28.6%)	1
	Succès technique		29 (96.7%)	25 (100%)	6 (85.7%)	
	Angioplastie		8 (25%)	5 (20%)	3 (42.9%)	
	Angioplastie et stenting		24 (75%)	20 (80%)	4 (57.1%)	0,459
	durée d'hospitalisation (jours)		7.88	8.33	6.00	0,605
Complications immédiate						0,474
	Dissection		4 (12.5%)	4 (16%)	0 (0%)	
	Pseudo-anevrisme		2 (6.3%)	2 (8%)	0 (0%)	
	Œdème aiguë du poumon		1 (3.1%)	1 (4%)	0 (0%)	
Clavien-Dindo						
	I		5 (15.6%)	5 (20%)	0 (0%)	
	II		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	III		1(3.1%)	1 (4%)	0 (0%)	
	IV		1(3.1%)	1(4%)	0 (0%)	
	V		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

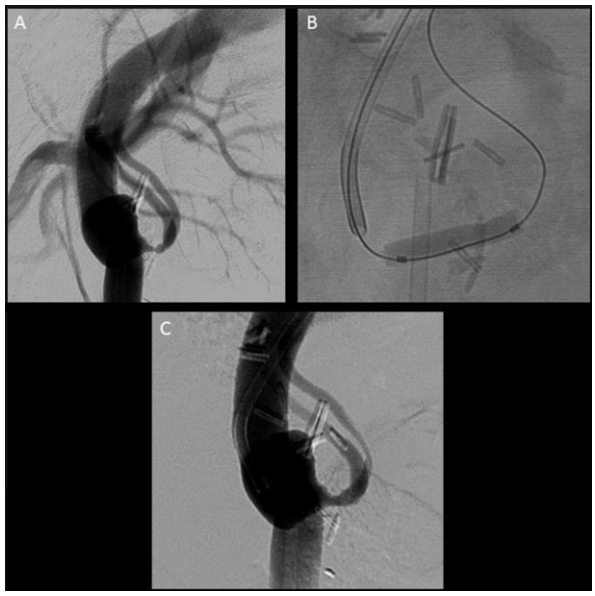

Figure 1 Procédure d'angioplastie d'une sténose anastomotique de greffon rénal. A. Mise en évidence d'une sténose anastomotique significative > 70 %. Mise en place d'un ballon d'angioplastie en regard de l'anastomose. C. Artériographie de contrôle satisfaisante : sténose résiduelle < 30 %.

Tableau 2 Facteurs prédictifs d'échec d'angioplastie.

Table 2 Facteurs prédictifs d'échec d'angioplastie

Caractéristiques		Analyse univariée		
		Sans récidive de sténose (n=25)	Récidive de sténose (n=7)	p-value
Echographie-doppler				
	Pic de vitesse systolique maximal (m/s)	3,6	5	0,031
	Temps de montée systolique avant procédure (ms)	75,38	108,5	0,033
	Index de résistance avant procédure	0,59	0,58	0,892
Procédure				
	Time for taking care (days)	28,84	27,83	0,96
	Time of onset of stenosis (months)	15,22	7,73	0,53
	ATL			
	Stent	20	4	0,459
	Patient symptomatique	19	5	1

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.186

Tumeur du rein : anatomie chirurgicale

CO-181

Étude la vascularisation rénale et des tumeurs rénales à partir des données d'artériographies tridimensionnelles préopératoires

S. Borojeni*, P. Bigot , A. Azzouzi , A. Bouvier , P. Panayotopoulos
CHU d'Angers, Angers, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : shahedb@gmail.com (S. Borojeni)

Objectifs Récemment, il a été identifié sur un modèle cadavérique de reins sains, qu'un segment rénal pouvait être vascularisé