

CO-150

## La néphrectomie du rein natif dans le même temps que la transplantation rénale pour polykystose rénale est-elle une stratégie valide en termes de morbidité ?



Q. Dubourg<sup>1,\*</sup>, C. Dariane<sup>1</sup>, C. Lanz<sup>1</sup>, C. Michel<sup>3</sup>, S. Hurel<sup>2</sup>, M. Pietak<sup>1</sup>, C. Legendre<sup>4</sup>, C. Fournier<sup>5</sup>, D. Joly<sup>4</sup>, A. Rozenberg<sup>4</sup>, A. Méjean<sup>1</sup>, M.O. Timsit<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

<sup>2</sup> CHU HEGP, Paris, France

<sup>3</sup> CHU La Conception, Marseille, France

<sup>4</sup> Hôpital Necker, Paris, France

<sup>5</sup> CHU de Brest, Brest, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [quentin.dubourg@gmail.com](mailto:quentin.dubourg@gmail.com) (Q. Dubourg)

**Objectifs** Dans la polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD), la néphrectomie du rein natif peut être indiquée pour complications ou pour faire de la place au futur transplant. L'objectif de l'étude était d'évaluer les résultats postopératoire et à long terme de deux stratégies : néphrectomie et transplantation simultanées ou en deux temps (néphrectomie puis transplantation). **Méthodes** Soixante-seize patients atteints d'une PKRAD ayant subi une néphrectomie du rein natif homolatéral au transplant en préparation à la greffe ou dans le même temps opératoire, entre 2007 et 2017 ont été inclus après exclusion des greffes foie-rein et des patients avec données indisponibles : 38 opérés de façon simultanée (groupe 1) et 38 greffés secondairement (groupe 2). Les caractéristiques, y compris immunologiques, des donneurs et des receveurs ont été recueillies de manière rétrospective. Toutes les complications survenues au cours des hospitalisations ou tardives ont été colligées. La survie du transplant a été calculée par comparaison des fonctions rénales par *t*-test.

**Résultats** Les 76 receveurs avaient des caractéristiques comparables en dehors de l'âge (51,6 ans, groupe 1 vs 55,9 ans, groupe 2,  $p=0,024$ ) et du taux de transplantations préemptives (76,3, groupe 1 vs 2,6 %, groupe 2,  $p<0,0001$ ). Le transplant était issu d'un donneur vivant (DV) pour 86,5 % du groupe 1 vs 15,1 % du groupe 2 ( $p<0,001$ ). Le délai moyen entre néphrectomie et transplantation était de 56,5 mois (groupe 2). Les taux de complications étaient comparables, notamment pariétales ; on observait une tendance non significative aux pertes sanguines augmentées dans le groupe 1 ( $p=0,06$ ). Le taux de rejet aigu et chronique était similaire, à risque immunologique pré-greffe comparable. La survie du greffon, modélisée par la surveillance de créatininémie était semblable entre les groupes ( $p=0,1$ ) avec un suivi moyen de 6,8 ans (Fig. 1).

**Conclusion** La néphrectomie et transplantation simultanée est une stratégie valide dans la PKRAD, pour des malades sélectionnés notamment dans le cadre du DV. La morbidité n'est pas supérieure aux interventions réalisées en deux temps et la survie du transplant comparable. Cette stratégie permet de réduire le nombre d'hospitalisations et la réalisation de transplantations préemptives sans dialyse transitoire, particulièrement pour les DV.

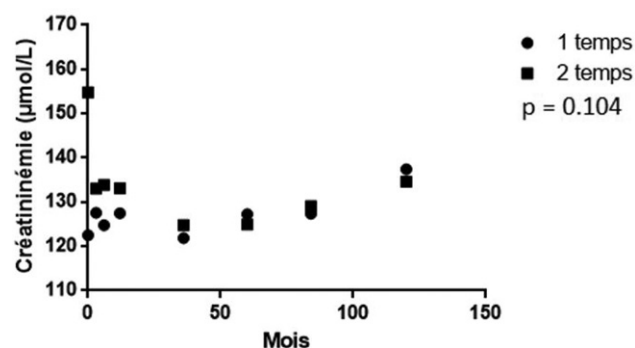


Fig. 1 Évolution de la fonction rénale - *t* test ( $p=0,104$ ).

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.197>

CO-151

## Intérêt de l'anastomose urétéro-urétérale terminolatérale dans la greffe rénale par donneur vivant apparenté en situation préemptive



D. Thillou<sup>1,\*</sup>, F. Audenet<sup>2</sup>, C. Dariane<sup>2</sup>, S. Hurel<sup>3</sup>, T. Le Guilchet<sup>3</sup>, G. Rembeye<sup>2</sup>, M. Such<sup>2</sup>, L. Wiedemann<sup>2</sup>, M.O. Timsit<sup>2</sup>, A. Mejean<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier de La Rochelle, Poitiers, France

<sup>2</sup> Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

<sup>3</sup> CHU HEGP, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [thillou.d@gmail.com](mailto:thillou.d@gmail.com) (D. Thillou)

**Objectifs** Dans la greffe rénale, l'anastomose urétéro-urétérale terminotermine est une alternative à l'anastomose urétéro-vésicale qui réduit le risque de reflux et facilite la prise en charge endourologique des complications éventuelles. Cependant, en situation préemptive avec diurèse résiduelle, cette anastomose nécessite de ligaturer en amont l'uretère du rein natif. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de l'anastomose urétéro-urétérale terminolatérale à l'anastomose urétéro-urétérale terminotermine.

**Méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, à partir de 398 patients opérés d'une transplantation rénale par donneur vivant apparenté (DVA) entre le 01/01/2011 et le 31/12/2018. Les patients inclus étaient en situation préemptive, sans antécédent de néphrectomie homolatérale. Le choix de la technique d'anastomose urinaire était laissé à la discrétion de 2 opérateurs expérimentés. Les données démographiques, peropératoires et postopératoires ont été comparés entre les 2 groupes : anastomose urétéro-urétérale terminolatérale (AUUTL) et anastomose urétéro-urétérale terminotermine (AUUTT).

**Résultats** Au total, 106 patients ont été inclus : 48 (45 %) ont eu une AUUTL et 58 (55 %) une AUUTT. Les 2 groupes étaient comparables pour l'âge, le sexe et le type de néphropathie. Il s'agissait d'une première greffe pour 98 % des patients. La durée opératoire, le saignement, le débit de filtration glomérulaire à j10 et le taux de complication postopératoire étaient identiques dans les 2 groupes. Cependant, dans le groupe AUUTT, 5 patients (9 %) ont présenté des douleurs lombaires sur rein natif nécessitant un traitement antalgique, dont 1 patient a présenté une rupture de fornix traitée de manière conservatrice (Tableau 1). Après un suivi médian de 37,5 mois [17,2–57,5], le taux de survie de greffon était de 98 % avec un MDRD médian de 55,3 mL/min [45–66] sans différence entre les groupes.