

assistants étaient en pararectal et fosse iliaque gauche. Le robot était à droite du patient placé en Trendelenburg -30° , jambes à l'horizontale, sonde vésicale Ch18 en place. L'intervention était enregistrée pour relecture, les temps opératoires contrôlés.

Résultats L'intervention a été réalisée en un seul temps en 4 h, temps de console de 3h40. L'HBP et le diverticule pesaient 62 g et 110 g, respectivement. Les suites opératoires étaient marquées par une complication précoce de douleurs abdominales gauches irradiant dans le dos et une élévation de la créatininémie à $135 \mu\text{mol/L}$. Un TDM abdomino-pelvien injecté à J2 révélait une dilatation pyélocalicelle bilatérale prédominant à gauche avec urinome traitée par néphrostomie gauche à J2. Le contrôle vidéo de l'enregistrement permit d'identifier une section urétérale gauche lors de la dissection à la 17ème minute. Une ré-implantation urétéro-vésicale gauche par mini-laparotomie a été réalisée. Le contrôle mictionnel à 3 mois était satisfaisant, IPSS 4, Qol 1 avec un résidu post-mictionnel réduit mais significatif de 244 mL.

Conclusion L'adénomectomie avec diverticulectomie par voie transvésicale robotique en un temps est réalisable. L'assistance vidéo post-opératoire permet le contrôle et l'identification des complications. L'enregistrement systématique des interventions pourrait bénéficier à la sécurisation des pratiques.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.010>

V-06

Aquablation : une technique innovante pour le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate



A. El hajj*, J. El-asmar, N. Abdallah, G. Bustros, M. Bulbul
American University Of Beirut Medical Center, Beyrouth, Liban

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alberthajj@gmail.com (A.E. hajj)

Objectif L'aquablation est une technique mini-invasive innovante utilisant un jet d'eau à haute vitesse délivré par une plateforme robotisée. Le traitement est guidé par vision endoscopique et échographique transrectale simultanée. L'avantage par rapport à la RTUP est la rapidité de la résection prostatique ainsi que la préservation de l'éjaculation chez 80 à 90 % des patients.

Méthodes Un patient de 60 ans s'est présenté pour HBP et rétention urinaire malgré traitement médical. Après rachianesthésie et position de lithotomie une sonde d'échographie endorectale est insérée. Un résectoscope robotique ou « pièce à main » Ch24 est introduit dans l'urètre. En utilisant le logiciel robotique, la planification du traitement est faite délimitant l'angle, la profondeur et les limites de la résection. Un jet d'eau de haute vitesse est déclenché par une pompe activée par la pédale. L'hémostase est réalisée par sonde à 4 voies CH24. Les ballonnets vésical et prostatique sont gonflés à 30cc et 5cc. Un système de traction continu est fixé à la sonde.

Résultats Le temps de résection était de 4 min, avec saignement minimal. À J1, la traction est enlevée et le ballonnet prostatique est dégonflé. Le lavage vésical est arrêté et la sonde urinaire enlevée deux heures plus tard. Le patient est revu à 3 mois, son résidu post-mictionnel est de 50cc, le score IPSS est de 5 et l'index de qualité de vie est de 1. Le débit urinaire maximal est à $17,5 \text{ mL/sec}$. La fonction sexuelle et l'éjaculation étaient préservées.

Conclusion L'aquablation est une technique robotique innovante permettant un traitement chirurgical efficace de l'adénome prostatique. L'apport de la robotique permet une planification et exécution précise du geste chirurgical en utilisant un jet d'eau à haute vitesse.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.011>

V-07

Étude Français-Water : vidéo description d'une procédure standard d'aquablation



V. Misrai*,^a, E. Rijo^b, K. Zorn^c, N. Barry delongchamps^d, A. Descazeaud^e

^a Clinique Pasteur, Toulouse, France

^b Hopital Quiron Salud, Barcelone, Spain

^c CHU Montréal, Montréal, Canada

^d Hôpital Cochin, Paris, France

^e Hôpital Dupuytren, Limoges, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vmisrai@clinique-pasteur.com (V. Misrai)

Objectif L'aquablation est une nouvelle technique chirurgicale ablative de l'obstruction prostatique combinant guidage par image échographique et assistance robotique permettant la résection ciblée de l'adénome à l'aide d'un jet d'eau haute pression. L'objectif de cette vidéo est de décrire l'intervention d'aquablation étape par étape.

Méthodes Le matériel utilisé est le suivant : une console de programmation, un système de gestion de l'eau haute pression, une pièce à main (usage unique), un appareil d'échographie et sa sonde endo-rectale, une colonne vidéo et sa source de lumière froide.

Résultats Le patient est placé en position de lithotomie, sous anesthésie générale ou rachianesthésie. La pièce à main (22F) est insérée sous contrôle de la vue dans l'urètre prostatique. Sous guidage échographique en temps réel, le chirurgien peut définir le contour de résection. Les limites de la résection sont automatiquement suggérées par l'ordinateur, mais dépendent de la décision du chirurgien de maintenir, d'étendre ou de réduire la zone de résection. Le tissu prostatique est alors réséqué à l'aide d'un jet d'eau à haute pression pouvant se déplacer d'un côté à l'autre (220°), du col de la vessie à la partie apicale de la prostate. L'hémostase a été réalisée à l'aide d'une sonde de Foley dont le ballon est positionné au col de la vessie avec une traction pendant 4 heures.

Conclusion La technique aquabeam fait partie des options chirurgicales du traitement de l'adénome de la prostate (AUA19) avec des résultats identiques à la RTUP à court terme. Elle reste toutefois en évaluation en raison de l'absence de résultat à long terme. Les patients doivent donc être prévenus du risque de récurrence.

Déclaration de liens d'intérêts Clinical Trials.gov number NCT03191734.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.012>

V-08

Explantation d'une bandelette tvt et mise en place d'une bandelette sous urétrale autologue aponévrotique chez une patiente neurologique



I. Bentellis*,¹, M. El-akri², J. Hascoet², Q. Alimi², B. Brucker³, N. Rosenblum³, A. Manunta⁴, B. Peyronnet⁴

¹ CHU de Nice, Nice, France

² CHU Rennes, Rennes, France

³ News York University, New York, United States

⁴ CHRU de Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imad.bentellis@gmail.com (I. Bentellis)

Objectif Le taux de complication des bandelettes sous urétrales (BSU) synthétiques est plus élevé dans la population de patients neurologiques. La prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort

(IUE) dans ce contexte nécessite des solutions adaptées au terrain et au handicap. L'objectif de cette vidéo était de présenter une technique d'explantation de BSU pour érosion prothétique avec placement concomitant de bandelette autologue aponévrotique (BA). **Méthodes** Nous présentons le cas d'une patiente de 48 ans suivie pour insuffisance sphinctérienne neurogène dans un contexte de paraplégiq ue D3 (post myélite), AIS A, avec atrophie médullaire complète et lésion du motoneurone inférieure. La pose d'une bandelette TVT en 2008 avait permis une efficacité initiale avec dégradation progressive de la continence, puis érosion urétrale h émi-circonférentielle en 2019.

Résultats Une explantation du matériel prothétique ainsi qu'une réparation du défaut urétral et la pose d'une bandelette aponévrotique a été réalisée en 140 minutes, sous anesthésie locale. L'intervention commence par la réalisation d'une incision vaginale en U inversé. Les deux bras de la BSU sont disséqués de part et d'autre de l'urètre de façon à s'assurer de l'explantation la plus complète de la BSU en disséquant chaque jambage le plus loin possible en rétropubien avant de les sectionner et de retirer la portion urétrale en monobloc. La bandelette autologue est prélevée sur l'aponévrose des grands droits par une incision de Pfannenstiel. La bandelette autologue est mise en tension par deux fils de Prolène 2,0 et amarrée au col et fascia périurétral par 4 points séparés de 4,0.

Conclusion La mise en place d'une BA concomitamment à l'explantation d'une BSU érodée est une technique permettant en un seul temps de traiter l'érosion et l'IUE récidivée tout en renforçant la réparation du délabrement urétral. La technique présentée ici apparaît faisable et ses résultats cliniques nécessiteront une évaluation scientifique rigoureuse dans le futur.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.013>

V-09

Implantation d'un sphincter urinaire artificiel (AMS 800) chez la femme souffrant d'insuffisance sphinctérienne par abord postérieur du col vésical par voie cœlioscopique robot-assistée



B. Gondran-Tellier*, F. Michel, R. Boissier, M. Baboudjian, M. Rouy, S. Gaillet, V. Delaporte, E. Lechevallier, G. Karsenty *Université Aix-Marseille, service d'urologie et de transplantation rénale, AP-HM, CHU de Conception, Marseille, France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bastien.gondrantellier@gmail.com (B. Gondran-Tellier)

Objectif Décrire par une vidéo commentée et rapporter les résultats fonctionnels à court terme d'une variante technique d'implantation robot-assistée d'un sphincter urinaire artificiel (R-SUA) chez la femme, consistant à aborder le col vésical par voie postérieure.

Méthodes Les dossiers des patientes ayant eu un R-SUA de mars 2017 à novembre 2018 dans notre centre ont été revus. Toutes les implantations étaient faites par abord postérieur du col vésical pour éviter une dissection à l'aveugle comportant un risque de plaie vésicale et/ou vaginale. Une intervention a été entièrement filmée avec l'accord de la patiente. Les temps clés ont été isolés et montés dans une courte vidéo. Le sphincter était activé 5 semaines après sa pose. Les patientes étaient revues à 3, 6 et 12 mois, puis annuellement. Ce travail a reçu un agrément CERU N° 2019/008.

Résultats Huit patientes d'un âge médian de 64 ans ont eu un SUA par voie robot-assistée avec abord postérieur du col durant la période étudiée. Le pad test pré-opératoire médian était de

300 gr/24 h. Toutes les interventions étaient réalisées par le même opérateur aidé uniquement par un interne novice différent à chaque fois. La durée médiane d'intervention était de 244 minutes. Aucune plaie vaginale ou vésicale per-opératoire n'a été observée. La taille médiane de manchette était de 8 cm (7,5–10). À 12 mois de suivi médian tous les SUA implantés étaient fonctionnels. Cinq patientes ne portaient aucune protection (62,5 %), quatre portaient 1 protection/j de sécurité (37,5 %), toutes se disaient satisfaites sauf une (87,5 %) qui demandait un traitement complémentaire pour des fuites par urgences persistantes (12,5 %).

Conclusion L'implantation robot-assistée d'un SUA chez la femme par abord postérieur du col vésical est une variante technique simple, reproductible et sûre dont les résultats fonctionnels à court terme sont satisfaisants et comparables à ceux de la voie ouverte ou de la voie robot-assistée par abord antérieur du col vésical.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.014>

V-10

Cystostomie continente de type Casale par voie cœlioscopique robot-assistée



T. Loubersac*, L. Le normand, P. Glémain, G. Karam, J. Branchereau, O. Bouchot, J. Rigaud, M. Perrouin-verbe *CHU de Nantes, Nantes, France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thomasloubersac@yahoo.fr (T. Loubersac)

Objectif La cystostomie continente de type casale est habituellement réalisée par laparotomie. Nous avons décidé de réaliser cette intervention par cœlioscopie robot-assistée chez des patients neurologiques notamment pour une épargne pariétale et une récupération plus rapide du transit.

Méthodes Nous avons réaliser cette intervention chez une patiente de 40 ans paraplégiq ue post-traumatique niveau T9 complet AIS A depuis 1986 suite à un AVP. L'indication de la cystostomie a été posée devant des difficultés à réaliser les sondages par voie urétrale en raison notamment d'un méat très hypospade avec une patiente présentant une lordose importante avec bascule du bassin. Elle a un antécédent d'appendicectomie. La Cystomanométrie sous oxybutynine a retrouvé une vessie inactivée et compliant e et avec capacité vésicale à 340 ml et aucune fuite au cours du remplissage.

Résultats La durée d'intervention a été de de 285 min. Les pertes sanguines ont été de 50 ml. La patiente a repris son transit à J3. Elle est sortie d'hospitalisation à J7. La sonde a été retirée à J 21. Lors de la consultation de contrôle à 3 mois, il n'y avait pas de fuites au niveau de la cystostomie. Il n'y avait pas de sténose avec un passage facile d'une sonde Ch 20 et la fibroscopie du conduit était normale. **Conclusion** D'après notre expérience la cystostomie continente est réalisable par voie coelioscopique de manière robot-assistée avec de bons résultats.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.015>

V-11

Entérocystoplastie d'agrandissement robot-assistée intra-corporelle chez une patiente suivie pour une cystite interstitielle réfractaire



A. Mellouki*, Y. Ahallal, D. Chevallier, M. Durand, B. Tibi *CHU de Nice, Nice, France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mellouki.a@chu-nice.fr (A. Mellouki)