

(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](mailto: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](mailto: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](mailto:mellouki.a@chu-nice.fr) (A. Mellouki)

**Objectif** Description de la technique de la cystectomie sus trigonale avec entérocystoplastie d'agrandissement intra-corporelle robot-assistée en utilisant le vert d'Indocyanine et le système Firefly® pour évaluer la perfusion du greffon iléale.

**Méthodes** Il s'agit d'une femme de 71 ans présentant une cystite interstitielle réfractaire aux traitements médicaux, aux antécédents d'une promontofixation pour un prolapsus urogénital. Les principales étapes de la procédure ont été : l'ablation des prothèses de promontofixation, l'ouverture du péritoine et la libération de la vessie suivie de la réalisation d'une cystectomie sus trigonale. Un prélèvement de 45 cm d'un segment iléal en utilisant le système Firefly® pour préserver une vascularisation satisfaisante. Le rétablissement de la continuité digestive était réalisé par une anastomose mécanique latéro-latérale intra-corporelle. Enfin la confection de la néovessie était réalisée avec le greffon iléal détubulisé et organisé en W.

**Résultats** L'utilisation du vert d'Indocyanine et le système Firefly® a permis la réalisation de l'ensemble de la procédure en intra-corporelle. La durée opératoire a été de 180 minutes. Les pertes sanguines ont été négligeables. Les sondes urétérales et la sonde vésicale ont été retirées à J5 et J7 respectivement. La sortie a été autorisée à J+7.

**Conclusion** L'entérocystoplastie d'agrandissement robot-assistée permet d'améliorer la capacité et la compliance vésicale réduisant ainsi les douleurs liées à la Cystite interstitielle. La laparoscopie Robot-assistée avec utilisation du Firefly® pour évaluer la perfusion du greffon iléale permet de réduire significativement la durée de la procédure, l'iléus post-opératoire, et un retour à domicile précoce.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.016>

## Rein et surrénale

V-12

### Surrénalectomie par voie coelioscopique



D. Mbethe\*, M. Moudouni, M. Lakmichi, Z. Dahami, I. Sarf  
CHU Mohammed 6 De Marrakech, Université Cadi Ayyad,  
Marrakech, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dimitri.mbeth@yahoo.fr](mailto:dimitri.mbeth@yahoo.fr) (D. Mbethe)

**Objectif** La chirurgie surrénalienne a été complètement transformée par l'arrivée de la coelioscopie qui est devenue le « gold standard » pour la plupart des tumeurs surrénaliennes. Néanmoins sa réalisation pour les volumineuses tumeurs est souvent discutable.

**Méthodes** Nous vous rapportons au travers cette vidéo un exemple de surrénalectomie pour un phéochromocytome géant de 10 cm, chez une patiente de 30 ans sans antécédent pathologique particulier dont le diagnostic a été posé au premier trimestre de grossesse, mais opérée seulement en post-partum.

**Résultats** La surrénalectomie s'effectuera au bout d'environ 2h d'intervention. On ne notera aucun incident en cours d'intervention, les pertes sanguines minimales, les suites opératoires étaient simples.

**Conclusion** L'intérêt de cette vidéo est double du fait qu'elle montre l'augmentation très rapide du volume de la masse en l'espace de quelques mois, mais aussi elle nous montre l'alternative toujours possible de la coelioscopie à la chirurgie ouverte, même pour des tumeurs volumineuses

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.017>

V-13

### Un modèle à base de rein bovin pour l'apprentissage de la néphrectomie partielle



M. Lezrek<sup>1,2,\*</sup>, H. Tazi<sup>3</sup>, R. Zaini<sup>1</sup>, O. El Yazami<sup>2</sup>, A. Slimani<sup>1</sup>,  
A. Daoudi<sup>2</sup>, M. Baghouli<sup>2</sup>, M. Elmcherqui<sup>4</sup>, M. Ghadouane<sup>1</sup>,  
M. Alami<sup>1</sup>, A. Ammani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service d'urologie, hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc

<sup>2</sup> Service d'urologie, hôpital Al Ghassani, Fès, Meknes, Maroc

<sup>3</sup> CHU Hassan li, Fès, Maroc

<sup>4</sup> Cupe, Casablanca, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [lezrekmohamed@gmail.com](mailto:lezrekmohamed@gmail.com) (M. Lezrek)

**Objectif** La préservation néphronique est recommandée pour les tumeurs rénales localisées au rein. En plus, elle est optionnelle même dans les stades avancés. Pour promouvoir cette technique nous avons développé un modèle à base d'un rein de veau et nous l'avons utilisé pour la formation au service et durant un atelier au congrès annuel. Nous présentons une vidéo de notre expérience de l'enseignement sur ce modèle.

**Méthodes** Pour l'enseignement de la néphrectomie partielle, nous utilisons un modèle utilisant un rein de veau de boucherie, non préparé, complet avec sa capsule et ses vaisseaux. Une tubulure de perfusion est connectée à l'artère rénale, avec perfusion d'une solution colorée. Un sac à urine est connecté à la veine rénale. L'un des lobes rénaux sera considéré comme une tumeur, et la tumorectomie c'est la résection de ce lobe. Les différentes techniques de néphrectomie partielle, et de reconstructions du parenchyme sont enseignées. Ce modèle a été utilisé au service pour la formation continue des jeunes urologues et au cours de 3 ateliers, lors d'un congrès annuel.

**Résultats** Ce modèle est réaliste. Il permet de reproduire les étapes de la néphrectomie partielle. Presque toutes les techniques de néphrectomie partielle sont possibles, sauf l'énucléation. La dissection du lobe est un peu plus difficile que la dissection d'une vraie tumeur, celle-ci a un plan de clivage. Ce modèle permet aussi la formation à la reconstruction rénale. Ce modèle est utilisé dans le cadre d'une chirurgie ouverte. Mais nous pensons qu'il peut être utilisé dans la formation laparoscopique. Plus de 40 participants se sont entraînés sur ce modèle. Les évaluations soumises par les participants aux formations ont révélé un degré de satisfaction élevé quant à l'efficacité du modèle dans l'application de la chirurgie de conservation néphronique. La formation sur ce modèle leur avait donné plus de confiance pour développer cette chirurgie.

**Conclusion** Ce modèle est réaliste. Il reproduit la plupart des techniques de néphrectomie partielle. Ce modèle est utilisé pour la chirurgie ouverte. Nous pensons qu'il peut-être utilisé aussi pour formation laparoscopique. Il offre un environnement peu stressant qui offre une opportunité pour la performance supervisée et répétitive des compétences techniques essentielles. Cependant, des études comparatives sont nécessaires pour son évaluation.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.018>

V-14

### Technique d'énucléation robot-assistée d'une tumeur rénale endophytique endosinusale



K. Clement\*, C. Debard, L. Mosillo, F. Bladou, G. Capon,  
G. Robert, H. Bensadoun, J.M. Ferriere, J.C. Bernhard  
CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [clement.klein@orange.fr](mailto:clement.klein@orange.fr) (K. Clement)