

L'échographie per-opératoire permet de définir au mieux les limites de la tumeur. Les clampages sélectif et séquentiel permettent de limiter les temps d'ischémie et la bonne vascularisation du parenchyme restant est objectivée par le test à la fluorescéine. Ouverture du système collecteur nécessaire, reconstruction au PDS 4.0. Temps opératoire 320 min, pertes sanguines 100cc, anatomopathologie retrouvant un carcinome à cellules claires pT3aR0. La fonction rénale est conservée en post-opératoire immédiat et à 8 mois. Pas de récurrence locale à 8 mois.

Conclusion La cryothérapie doit être utilisée avec précaution, notamment pour des tumeurs supérieures à 4 cm, facteur de risque d'échec de cette technique. En effet, la toxicité locale de la cryothérapie rend la néphrectomie partielle de rattrapage plus complexe, augmentant le risque de complications, chez des patients fragiles. La néphrectomie partielle a sa place en première intention, même chez ces patients.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.022>

V-18

Tumeurs rénales bilatérales synchrones de haut volume, faisabilité d'une prise en charge conservatrice impérative par voie mini-invasive

L. Ngo*, J. Bernhard
CHU de Pellegrin, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lea.ngo@live.fr (L. Ngo)

Objectif Les tumeurs rénales bilatérales synchrones de haut volume posent la problématique de leur prise en charge. Nous avons étudié la faisabilité d'une prise en charge conservatrice par double néphrectomie partielle laparoscopique, robot-assistée.

Méthodes Nous avons étudié le cas de trois patients, présentant tous une tumeur rénale bilatérale synchrone volumineuse, de complexité chirurgicale élevée. Ils ont bénéficié d'une prise en charge en deux temps, le côté controlatéral étant opéré quatre à six semaines après le premier, sans clampage artériel et donc sans ischémie, avec dévascularisation tumorale sélective, afin de préserver au maximum la fonction rénale. Les interventions chirurgicales étaient assistées par modélisation tridimensionnelle pré-opératoire, échographie et fluoroscopie per-opératoires.

Résultats Ces trois patients ont tous eu une évaluation de leur clairance pré et post-opératoire. Toutes les interventions ont permis de conserver la fonction rénale post-opératoire. Les résultats carcinologiques étaient bons avec des marges de résection négatives et une absence de récurrence tumorale scanographique au dernier suivi, compris en six mois et trois ans selon les patients. L'état général post-opératoire des patients, évalué par le score ECOG, était également comparable à celui en pré-opératoire.

Conclusion La prise en charge conservatrice mini-invasive des tumeurs rénales bilatérales synchrones et volumineuses est réalisable et souhaitable. Elle était bien tolérée, avec des durées d'hospitalisation courtes et un maintien du bon état général des patients. Elle a conduit à des résultats carcinologiques excellents, tout en permettant la préservation de la fonction rénale.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.023>

V-19

Néphrectomie totale avec thrombus cave laparoscopique robot-assistée : faisabilité et résultats

P.M. Patard, T. Prudhomme, F. Laclergerie, B. Delaunay, X. Gamé, P. Rischmann, M. Thoulouzan, E. Huyghe, F. Sallusto, M. Soulié, M. Roumiguié, N. Doumerc*

CHU de Rangueil, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ndoumerc@gmail.com (N. Doumerc)

Objectif Montrer la faisabilité et les résultats péri-opératoires et post-opératoires d'une néphrectomie élargie droite avec cavotomie et thrombectomie par voie laparoscopie robot-assistée pour tumeur T3bN0Mx.

Méthodes Utilisation d'un robot Da Vinci Si HD (Intuitive Surgical) 4 bras avec 1 trocar de 12 mm pour l'assistant. Patient positionné en décubitus latéral gauche avec infléchissement de 20 la table. Les données péri-opératoires et post-opératoires ont été prospectivement collectées.

Résultats Il s'agit d'un patient de 54 ans avec diagnostic concomitant d'un ADK bronchique à petites cellules et d'un ADK rénal de 6 cm par 6 cm du rein droit avec thrombus cave inférieur remontant à 2 cm au-dessus de la veine rénale droite, classé T3bN0Mx (surrénale droite). Nous présentons une approche laparoscopique robot-assistée. La durée opératoire a été de 300 min. Les pertes sanguines ont été évaluées à 500 cc. Le clampage de la veine cave inférieure et de la veine rénale gauche a été de 16 min. La durée d'hospitalisation a été de 6 jours (en raison de problème sociaux). Le patient était sortant à J3. L'analyse anatomopathologie a retrouvé un ADK à cellules claires grade 4. Marges saines.

Conclusion La voie d'abord laparoscopique robot-assistée dans cette indication est une option à considérer au sein d'équipes chirurgicales expertes et chez des patients sélectionnés. Elle améliore la récupération post-opératoire avec des résultats comparables.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.024>

Lithiase et transplantation

V-20

Traitement de l'hémorragie per-opératoire par coagulation endoscopique du tunnel parenchymateux au cours de la NLPC

M. Lezrek^{1,*}, H. Tazi², R. Zaini¹, O. El yazami³, A. Slimani¹, A. Daoudi³, M. Baghouli³, A. Benkirane⁴, E. Lokmane⁴,

M. Alami¹, A. Ammani¹

¹ Service d'urologie, hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc

² CHU Hassan II, Fès, Maroc

³ Service d'urologie, hôpital Al Ghassani, Fès, Maroc

⁴ Service d'urologie, Centre Hospitalier Valenciennes, Valenciennes, France

* Auteur correspondant.

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

Objectif L'hémorragie est la complication la plus redoutée de la chirurgie rénale percutanée. Nous présentons une vidéo de notre expérience de la prise en charge de l'hémorragie du parenchyme rénal per-opératoire, par une cautérisation endoscopique percutanée du tunnel parenchymateux. Une électrode endoscopique n'est pas disponible. Ainsi,

Une sonde urétérale 8-Ch, avec son mandrin métallique, est utilisée.

Méthodes Une patiente âgée de 40 ans présentant une obstruction de la jonction pyélo-urétérale droite, est programmée pour une endopyéloplastie percutanée. Sous anesthésie générale, elle est placée dans la position latérale modifiée. Après, ponction caliciale, une dilatation « one-shot » est réalisée avec insertion d'une gaine d'Amplatz 24-Ch à l'exploration. La vision n'est pas optimale, secondaire à un saignement actif du parenchyme. Une coagulation du saignement est décidée, afin d'avoir une vision claire durant l'intervention. Une sonde urétérale 8-Ch, avec son mandrin métallique est utilisée comme électrode, à travers le néphroscope. Sous une irrigation de glycine, avec un courant de coagulation, les saignements du parenchyme sont cautérisés.

Résultats La cautérisation électrique du tunnel parenchymateux percutané était possible en quelques minutes. L'électrode doit seulement effleurer le parenchyme. C'est un courant monopolaire, et si on exerce une pression, l'électrode risque de couper le parenchyme et provoquer plus de saignement. La vue endoscopique s'est améliorée et est devenue claire, ce qui a permis de poursuivre l'intervention et de réaliser l'endopyéloplastie. Le contrôle du tunnel parenchymateux, à la fin de l'intervention, a montré une hémostase parfaite. Cette cautérisation endoscopique a été utilisée avec succès chez 5 patients : 2-cas au début de l'intervention, pour avoir une vision claire ; et 3-cas, en fin d'intervention. Des alternatives pouvant être utilisées à la place d'une électrode endoscopique : un cathéter urétéral avec son stylet mandarin, un panier à bout rond. Un guide hydrophile dénudé...

Conclusion La cautérisation électrique du tunnel parenchymateux percutané a été couronnée de succès, en utilisant un cathéter urétéral avec son stylet métallique. Cela a permis de poursuivre l'intervention. Est-ce que c'est efficace sur les saignements abondants ? Quel est l'effet de la coagulation sur le parenchyme ? Est-ce qu'on peut avoir une électrode bipolaire ? Plus d'expérience et d'études sont nécessaires.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.025>

V-21

Traitement des calculs du greffon rénal par urétroscope souple à usage unique en ex-vivo



A. Barki*, A. El houmaïdi, T. Mhanna, H. Ousslim, S. Boukabouss
CHU Mohammed Vi Oujda, Oujda, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aliibarki@gmail.com (A. Barki)

Objectif La découverte d'un calcul rénal chez un patient donneur vivant du rein est rare. Cette situation ne contre-indique pas le prélèvement, ni la greffe. La conduite à tenir ainsi que le timing du traitement du calcul ne sont pas bien codifiés. Faut-il le traiter avant et à distance du prélèvement ou en ex-vivo après néphrectomie et en ischémie froide ?

Méthodes Nous rapportons un cas de calcul sur greffon rénal d'un donneur vivant traité dans notre formation en 2019. Les informations analysées ont intéressé les données cliniques, endoscopiques et radiologiques ainsi que la technique opératoire d'une néphrectomie laparoscopique, d'une urétéroscopie souple laser et de la greffe du rein.

Résultats Il s'agit d'une patiente de 60 ans, sans antécédent, donneuse volontaire du rein à son fils. L'examen clinique était sans particularité, L'uroscanner a objectivé un calcul rénal gauche calicel supérieur de 7 mm de diamètre et 1100 UH de densité. Le rein controlatéral est sans particularité. La décision de l'équipe de transplantation était pour le prélèvement du rein gauche et le

traitement du calcul rénal en ex-vivo. La néphrectomie gauche a été réalisée par voie laparoscopique; après préparation du greffon, une urétéroscopie souple laser a été réalisé avec fragmentation du calcul et nettoyage complet du rein en une durée de 17 min, le rein a été greffé avec une anastomose vasculaire au niveau des vaisseaux iliaques externes et une réimplantation urétéro-vésicale type Leich Grégoire protégée par une endoprothèse.

Conclusion Le traitement des calculs du greffon rénal par urétéroscopie souple en ex-vivo semble être une bonne alternative à l'urétéroscopie souple isolée à distance du prélèvement en particulier chez le donneur vivant et entre des mains expérimentées en urétéroscopie souple.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.026>

V-22

Néphrectomie laparoscopique robot-assistée chez un donneur vivant : aspects techniques et avantages de l'extraction vaginale



L. Vignot*, Y. Ahallal, J. Amiel, D. Chevallier, M. Durand
CHU de Nice, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vignot.l@chu-nice.fr (L. Vignot)

Objectif L'extraction vaginale du rein après une néphrectomie laparoscopique robot-assistée a été exposée comme techniquement possible et semble accentuer les avantages de la laparoscopie sur les douleurs post-opératoires et les résultats esthétiques. L'importance de ces deux derniers points semble accrue chez les donneurs vivants. Nous décrivons à travers cette vidéo les aspects techniques de l'extraction vaginale ainsi que les résultats post-opératoires de cette méthode.

Méthodes Une patiente de 47 ans sans antécédent médico-chirurgicaux est candidate à un don de rein dans le cadre d'une greffe pour son mari. La néphrectomie gauche est réalisée à l'aide du robot Da Vinci X[®], 4 bras robotiques et 2 instruments assistants. Le premier temps chirurgical consiste en la mise en place d'un Alexis[®] taille 5 dans le vagin permettant la communication entre l'espace intra-péritonéal et la cavité vaginale pour une extraction rapide du greffon. Le deuxième temps chirurgical consiste en la néphrectomie gauche laparoscopique robot-assistée et extraction du greffon par voie transvaginale à travers l'Alexis[®] préalablement placé. Les données pré-, per- et post-opératoires jusqu'à 3 mois sont collectées pour l'étude de cette technique.

Résultats L'intervention a duré 96 minutes. Le temps d'ischémie chaude du greffon a été de 4 minutes. Les suites post-opératoires immédiates ont été simples : nous ne notons pas de déglobulisation, une insuffisance rénale modérée (débit de filtration glomérulaire à J1 : 61 mL/min/m²). Une alimentation est reprise à J0, la mèche intra vaginale est retirée à J1 et la patiente quitte le service d'hospitalisation à J2 post-opératoire. La douleur post-opératoire est restée très modérée et seuls des antalgiques de pallier 1 ont été nécessaires. À 3 mois post-opératoire, la cicatrisation vaginale est bonne et la patiente ne présente pas de dyspareunie.

Conclusion Les étapes décrites dans cette vidéo permettent de montrer que la voie transvaginale rend possible une extraction rapide du rein pour un temps d'ischémie chaude de très courte durée, une faible douleur post-opératoire et un résultat esthétique satisfaisant. L'extraction vaginale d'un futur greffon semble une voie d'abord à privilégier dans le cadre d'une greffe donneur vivant chez les sujets de sexe féminin.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.027>