

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](mailto: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](mailto: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<sup>®</sup>, 4 bras robotiques et 2 instruments assistants. Le premier temps chirurgical consiste en la mise en place d'un Alexis<sup>®</sup> taille S 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<sup>®</sup> 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/m<sup>2</sup>). 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>