

V-32 Réimplantation urétéro-néovessie robot-assistée en utilisant le système Firefly®



S. Jeglinski*, B. Tibi, D. Chevallier, M. Durand, Y. Ahallal
CHU de Nice, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeglinski.sc@chu-nice.fr (S. Jeglinski)

Objectif Description de la technique de réimplantation urétéro-néovessie robot-assistée en utilisant le vert d'indocyanine (ICG) et le bleu de méthylène.

Méthodes Un patient de 66 ans avec un rein unique congénital avait bénéficié d'une cystectomie robot-assistée avec néo-vessie type Studer intra-corporelle pour cancer de vessie infiltrant. Une néphrostomie droite a été posée à 1 mois pour traiter une pyélonéphrite obstructive sur sténose urétéro-néovésicale. Il a été réalisé secondairement une réimplantation urétéro-néovessie robot-assistée en injectant l'ICG et le bleu de méthylène dans la sonde de néphrotomie pour aider au repérage et à la dissection de l'uretère et par l'injection de bleu de méthylène dans la sonde vésicale pour aider à l'identification de la néo-vessie. Une anastomose urétéro-néovessie a été réalisée, après mise en place d'une sonde JJ.

Résultats Le temps opératoire a été de 60 minutes. Les pertes sanguines ont été de 100cc. La sonde de néphrostomie a été retirée au 2^e jour. Le patient a repris des gaz au 2^e jour et des selles au 3^e jour. Le patient est sorti au 3^e jour. La sonde vésicale et la sonde JJ ont été retirées en soins externes respectivement au 14^e et au 21^e jour. Il n'y a pas eu de complications post-opératoires avec un recul de 6 mois.

Conclusion La technique de réimplantation urétéro-néovessie robot-assistée en utilisant le vert d'indocyanine (ICG) et le bleu de méthylène est faisable et permet de faciliter l'identification de l'uretère et de la néo-vessie afin de permettre la réimplantation.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.037>

V-33 Parcours patient hypno-sédation en endo UROLOGIE : une alternative innovante à l'anesthésie générale



S. Fakhfakh^{1,*}, C. Pouliquen², S. Rekik³, J. Campagna¹, J. Walz³, S. Cambon², L. Nguyen², J. Deguibert², M. Laurent¹, E. Bokor¹, C. Demontis¹, C. Forestier¹, J. Galland¹, C. Montoya¹, I. Mejri¹, M. Faucher², D. Mokart⁴, G. Pignot¹

¹ Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

² Institut Paoli Calmettes, Department Anesthésie, Marseille, France

³ Institut Paoli Calmettes, Department Urologie, Marseille, France

⁴ Institut Paoli Calmettes, Department Réanimation, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : samyfakhfakh@gmail.com (S. Fakhfakh)

Objectif L'hypno-sédation (HS) est une technique d'anesthésie qui associe l'hypnose, la sédation intra-veineuse consciente, un traitement antalgique classique et un anesthésique local. Elle permet au patient de rester conscient, mais distrait en cours de la chirurgie.

Méthodes Patient de 86 ans, présentant un cancer du col utérin métastatique avec compression urétérale bilatérale nécessitant un changement semestriel d'endoprothèse double J et urétéro-pyélographie rétrograde. La prise en charge est effectuée selon un parcours patient spécifique à l'HS avec une équipe médico-chirurgicale formé à l'hypnose. L'entrée en salle opératoire se fait

debout, digne et détendu. L'HS débute par, une phase d'« Induction hypnotique », une sédation consciente par Rémifentanyl en AIVOC (Anesthésie intra-veineuse à objectif de concentration), suivie d'une « Transe hypnotique » permettant l'intervention après injection intra urétrale de xylocaïne gel. La fin de l'HS et le retour à la conscience normale est précédé d'une « Suggestion Hypnotique ».

Résultats La durée totale de la prise en charge était d'1 h 30 min depuis l'arrivée de la patiente jusqu'à sa sortie de l'hôpital du jour chirurgical HDJC, la durée de l'intervention était de 13 min, le temps d'occupation de la salle opératoire était de 18 min, le passage en salle de réveil était de 5 min et le passage en HDJC de 30 min. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion L'HS présente de nombreux avantages qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins, une récupération plus rapide en postopératoire, une réduction des durées de séjour et des coûts de soins de santé. Dans notre centre l'HS est considérée comme une alternative à l'anesthésie générale pour la chirurgie mineure et les gestes endoscopiques en urologie.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.038>

V-34 Technique chirurgicale d'urétérolyse robot-assistée guidée par fluorescence intra-urétérale au vert d'indocyanine



A. Le Quellec*, J. Bernhard

CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antoine.lequellec02@gmail.com (A. Le Quellec)

Objectif Montrer la technique d'une urétérolyse par voie laparoscopique avec assistance robotique permettant le sevrage d'une dérivation urinaire par endoprothèse urétérale.

Méthodes Une urétérolyse gauche était réalisée par voie laparoscopique à l'aide du Robot Da Vinci Si en utilisant 3 bras opératoires, une optique de 30° et 2 trocarts-aide. La mise en place d'une sonde urétérale en pré opératoire permettait l'injection de vert d'indocyanine per-opératoire. L'intégration du scanner de planification pré opératoire au niveau du robot permettait de guider la technique chirurgicale.

Résultats Il s'agit d'une patiente âgée de 57 ans, sans antécédents, ayant présenté une colique néphrétique gauche avec insuffisance rénale révélant une masse tissulaire latéro aortique lombaire engainant l'uretère gauche nécessitant un drainage urinaire par endoprothèse urétérale. La ponction biopsie per-cutanée est revenue non contributive. La lésion apparaît hypermétabolique au TEP-scanner. Le bilan d'extension est négatif. Le DFG pré opératoire était à 62 mL/min. L'urétérolyse était guidée par l'injection intra urétérale de vert d'indocyanine. En fin d'intervention, l'urétéropyélographie rétrograde confirmait l'absence d'extravasation de produit de contraste au niveau de la zone d'urétérolyse. La durée opératoire était de 191 minutes, les pertes sanguines négligeables, permettant une sortie d'hospitalisation à J3 post-opératoire.

Conclusion L'exérèse de la masse tissulaire et l'urétérolyse était guidée par l'injection intra urétérale de vert d'indocyanine permettant le sevrage de l'endoprothèse urétérale sans complications. L'analyse anatomo-pathologique conclut à un nodule fibreux cerné d'un tissu lymphoïde évoquant un lymphome. À 6 mois post-opératoire, le débit de filtration glomérulaire était à 74 mL/min.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.039>