

V-35

### Faisabilité d'une néphro-urétérectomie et curage ganglionnaire lombo-aortique par voie coelioscopique pûre

M. Tran<sup>1,\*</sup>, N. Miaadi<sup>2</sup><sup>1</sup> CHU Caen, Caen, France<sup>2</sup> CH Avranches Granville, Avranches, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marietran75@gmail.com](mailto:marietran75@gmail.com) (M. Tran)

**Objectif** Patiente de 76 ans suivie dans le service d'urologie pour hématurie macroscopique. Elle ne présente qu'un antécédent de tumeur bénigne du sein gauche opérée. Elle ne fume pas. Elle présente un IMC à 29 et ne prend aucun traitement habituel.

**Méthodes** Un bilan est réalisé composé d'une cystoscopie avec une muqueuse vésicale normale, une cytologie urinaire normale. L'uroscanner met en évidence un comblement tissulaire de 3 centimètres au niveau du bassin rénal gauche et s'étendant sur le premier centimètre de l'uretère. Le bilan d'extension ne retrouve pas de lésion pulmonaire ni osseuse mais la présence de deux ganglions lombo-aortiques gauche de deux centimètres.

**Résultats** Nous avons réalisé une urétéroscopie diagnostique avec réalisation de biopsie de la lésion. L'anatomopathologiste confirme la présence d'un carcinome urothélial papillaire de haut grade. La réunion de concertation pluridisciplinaire proposait un traitement multimodal avec chirurgie et chimiothérapie adjuvante. Réalisation d'une néphro-urétérectomie gauche par voie coelioscopique associé à un curage ganglionnaire lombo-aortique. L'intervention est réalisée en coelioscopie, la patiente est en décubitus latéral. Quatre orifices de trocarts ont été posés et il n'y a pas eu de modification de la position de la patiente durant l'intervention.

**Conclusion** La néphro-urétérectomie gauche associé à un curage lombo-aortique est réalisable par voie coelioscopique. L'anatomopathologiste retrouve un carcinome urothélial de haut grade avec présence de métastases ganglionnaires : 3 ganglions positifs sur 9, avec des marges chirurgicales saines.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.040>

V-36

### Urétérectomie distale gauche avec réimplantation urétéro-vésicale sur vessie psôïque et curage pelvien étendu par voie coelioscopique robot assisté

L. Doisy<sup>\*,1</sup>, J.A. Long<sup>2</sup>, J. Descotes<sup>2</sup>, J.J. Rambeaud<sup>2</sup>, C. Overs<sup>2</sup>, C. Lanchon<sup>2</sup>, T. Garnier<sup>2</sup>, J. Lefrancq<sup>2</sup>, Q. Franquet<sup>2</sup>, A. Khoeger<sup>2</sup><sup>1</sup> CHU de Marseille, Marseille, France<sup>2</sup> CHU de Grenoble, Grenoble, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [lauredoisy@gmail.com](mailto:lauredoisy@gmail.com) (L. Doisy)

**Objectif** Patient présentant une insuffisance rénale chronique sur une maladie de Berger avec un DFG à 25 ml/min et une tumeur de la voie excrétrice supérieure gauche de l'uretère iléo-pelvien sur 4 cm de hauteur avec dilatation des cavités pyélocalicielles. Le bilan d'extension est négatif. On propose dans ces conditions une tentative d'urétérectomie distale malgré la taille de la tumeur, compte tenu de l'insuffisance rénale chronique.

**Méthodes** Décollement vésical complet. L'uretère gauche est suivi de proche en proche jusqu'à son abouchement vésical. Résection de collerette vésicale après mise en place de clips de part et d'autre de la tumeur. Fermeture vésicale. Urétérectomie



remontant au-dessus du croisement des vaisseaux iliaques puis spatulation de l'uretère. Cystotomie transversale sur 4 cm. Montée de la corne vésicale à l'aide d'une compresse sur le psoas gauche puis fixation de celle-ci. Incision du néo-méat. Mise en place d'une sonde JJ 7/26. Anastomose urétéro-vésicale. Fermeture vésicale longitudinale. Curage pelvien gauche emportant les territoires iliaques externes, iléo obturateurs et hypogastriques avec lymphostase par clips.

**Résultats** Les suites opératoires étaient simples. La fonction rénale est stable en post-opératoire immédiat et après l'ablation de la sonde double J.

**Conclusion** Patient de 77 ans suivi pour une maladie de Berger responsable d'une insuffisance rénale chronique avec un DFG estimé à 25 ml/min présentant une tumeur du bas uretère gauche opéré par urétérectomie distale gauche, réimplantation urétéro-vésicale sur vessie psôïque et curage pelvien étendu par voie coelioscopique robot assisté. Les suites sont simples et la fonction rénale est stable en post-opératoire.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.041>

## Organes génitaux externes

V-37

### Clitoridoplastie dans l'ambiguïté sexuelle : technique chirurgicale

M. Touzani<sup>\*</sup>, A. Slaoui, S. Regragui, T. Karmouni, K. El Khader, A. Koutani, A. Iben Attya Andaloussi

CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [medalaet@gmail.com](mailto:medalaet@gmail.com) (M. Touzani)

**Objectif** La clitoro- ou clitoridomégalie, correspond à une augmentation de taille anormale du clitoris. Chez l'adulte, les critères dimensionnels sont, selon Brodie, une longueur minimale de 27,4 mm, et une largeur de 8 mm.

**Méthodes** Nous rapportons ici le cas d'une patiente âgée de 26 ans, sans antécédents personnels, qui consulte pour une aménorrhée primaire avec signes d'androgénisation (hirsutisme, voix grave...). L'examen clinique a révélé la présence d'une clitoromégalie avec persistance du sinus urogénital. La patiente a d'abord bénéficié d'un caryotype en faveur d'un caryotype féminin sans anomalie (46, XX). Des explorations ultérieures ont montré un déficit en 21-hydroxylase, avec une hyperplasie congénitale bilatérale des surrénales, pour laquelle elle a été mise sous corticothérapie. Elle a bénéficié, selon son souhait, d'une clitoridoplastie.

**Résultats** La mise en place de fils de soie en début d'intervention au niveau des lèvres et du gland permet une bonne exposition. L'incision coronale est le premier temps de la chirurgie. La dissection doit être très anatomique et suivre les plans des différents fascias afin de permettre une conservation du pédicule balanique, étant donné que le gland fera office de clitoris. Pour avoir les résultats esthétiques escomptés, il est nécessaire de clamper les corps caverneux le plus proche possible de la base avec une traction, et créer un nouvel orifice proximal pour extérioriser le néo-clitoris.

**Conclusion** La clitoridoplastie pour ambiguïté sexuelle est une chirurgie qui, avec une standardisation des gestes et une bonne connaissance de l'anatomie, peut devenir accessible à tout chirurgien.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.042>

