

Conclusion Le curage lombo-aortique est une intervention chirurgicale avec une grande morbidité. Cette morbidité est due aux lésions réalisées lors de l'intervention des fibres nerveuses sympathiques du plexus hypogastrique. Ces lésions sont responsables de troubles de l'éjaculation. Afin de minimiser ces lésions, des stratégies d'épargne nerveuse comme le curage unilatéral modifié ont été développées tout en étant oncologiquement valides.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.045>

V-41

Technique de curage lombo-aortique robot-assistée par voie rétrograde sous-mésocolique pour masses résiduelles après chimiothérapie dans le cancer du testicule



K. Clement*, F. Bladou, G. Capon, H. Bensadoun, J. Ferriere, J. Bernhard, G. Robert

CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

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

Objectif Le curage de masses résiduelles post-chimiothérapie robot-assistée peut être réalisé selon différentes techniques. Nous présentons dans cette vidéo les avantages de la technique par voie rétrograde sous-mésocolique.

Méthodes Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans présentant une masse kystique résiduelle latéro-aortique gauche dans les suites d'une chimiothérapie (2 cycles de BEP) pour tumeur germinale non séminomateuse. Pour cette intervention, le patient est installé en décubitus dorsal, en position de Trendelenburg avec le robot installé à la tête. Le curage est réalisé à l'aide du Robot Da-Vinci (Intuitive Surgical) selon les recommandations actuelles, en débutant de la bifurcation iliaque jusqu'au pédicule rénal gauche. La technique opératoire est décrite pas à pas en insistant sur les avantages de la voie rétrograde.

Résultats L'intervention débute par une incision du feuillet péritonéal postérieur en regard de la bifurcation aortique avec exposition des gros vaisseaux à l'aide de 2 fils tracteurs fixés à la paroi. Le curage se fait de bas en haut en partant de l'artère iliaque primitive jusqu'au pédicule rénal gauche. La masse résiduelle kystique est disséquée puis emportée avec le curage latéro-aortique. Celui-ci est complété par un curage inter aortico-cave plus facilement réalisable qu'en décubitus latéral droit. La durée opératoire était de 3 heures et 15 minutes pour un saignement de 50 cc. Suites opératoires simples permettant un retour à domicile à J2. L'examen anatomo-pathologique a retrouvé un tératome kystique à contenu liquidien nécrotique sans lésion de tumeur germinale séminomateuse. Le curage retrouvait 3 ganglions indemnes de métastase.

Conclusion Cette technique de curage par voie rétrograde sous-mésocolique permet une dissection de part et d'autre de l'aorte et de la veine cave inférieure. Les gros vaisseaux et leurs branches sont

plus facilement identifiées car restent en position « anatomique ». Les autres avantages sont liés à l'abord mini-invasif robot-assisté avec une courte durée d'hospitalisation, un saignement et des incisions limitées.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.046>

V-42

Lésion vasculaire compliquant une lymphadénectomie rétro-péritonéale robot-assistée (RA-RPLND) pour une masse résiduelle d'une tumeur germinale non-seminomateuse



A. Mellouki*, Y. Bodokh, Y. Ahallal, D. Chevallier, M. Durand, B. Tibi

CHU de Nice, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mellouki.a@chu-nice.fr (A. Mellouki)

Objectif Description de la technique de lymphadénectomie rétro-péritonéale robot-assistée RA-RPLND compliquée d'une lésion vasculaire nécessitant la conversion en chirurgie ouverte.

Méthodes La RA-RPLND a été envisagée devant la persistance d'une masse résiduelle post-chimiothérapie chez un patient de 23 ans. Cette dernière a été réalisée suivant le modèle de Curage rétro péritonéal extensif bilatéral sans complications, la quasi-totalité de la masse était libérée restant en contact du pédicule rénale gauche au quel elle est intimement adhéree. La tentative de dissection à ce niveau a engendré une plaie de la veine rénale gauche, responsable d'un saignement incontrôlable. Compte tenu de l'instabilité hémodynamique secondaire, la conversion en laparotomie médiane a été envisagée, en vue d'un contrôle vasculaire. **Résultats** La durée opératoire était de 5 h. Le délai entre la survenue de la plaie vasculaire et le contrôle du pédicule pour la néphrectomie d'hémostase était de 12 min. Les pertes hémorragiques ont été estimées à plus de 2 litres. La gestion optimale en salle opératoire des complications vasculaires, va de pair avec une meilleure organisation entre les différents intervenants de l'équipe du bloc opératoire (Dé-Docking d'urgence, conversion en laparotomie, expérience de l'assistant au chariot patient, de l'équipe para médicales ainsi que les anesthésistes réanimateurs) permettant un contrôle hémostatique dans les plus brefs des délais. Les suites opératoires étaient cependant simples avec une sortie à domicile à J10. **Conclusion** La lymphadénectomie rétro-péritonéale robot-assistée est une technique faisable, efficace mais risqué. En effet le motif le plus courant de conversion en procédure ouverte est un saignement incontrôlable, les lésions vasculaires sont citées comme la complication per-opératoire la plus courante.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.047>