Progrès en urologie (2013) **23**, 394—398

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

La néphrectomie laparoscopique pour rein polykystique est faisable et reproductible☆

The laparoscopic nephrectomy for polycystic kidney is feasible and reproducible

A. Delreux[a,*], G. Verhoest[a], R. Mathieu[a], C. Vigneau[b], N. Rioux-Leclercq[c], K. Bensalah[a]

[a] *Service de chirurgie urologique, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guillou, 35033 Rennes cedex, France*
[b] *Service de néphrologie, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guillou, 35033 Rennes cedex, France*
[c] *Service d'anatomopathologie, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guillou, 35033 Rennes cedex, France*

Reçu le 6 août 2012 ; accepté le 23 décembre 2012

MOTS CLÉS
Transplantation ;
Insuffisance rénale chronique ;
Rein polykystique ;
Néphrectomie ;
Laparoscopie

Résumé
But. — L'objectif de notre étude était de rapporter notre expérience de néphrectomie laparoscopique chez des patients atteints de polykystose rénale.
Patients. — Entre décembre 2007 et février 2012, nous avons réalisé consécutivement 39 néphrectomies laparoscopiques pour rein polykystique. Tous les patients ont été opérés par voie transpéritonéale par trois chirurgiens.
Résultats. — Les patients étaient âgés en moyenne de 55 ans avec un IMC moyen de 25 kg/m^2. Quatre-vingt-sept pour cent étaient ASA III et 77 % étaient dialysés. L'indication concernait en grande majorité des patients candidats à la transplantation pour faire de l'espace en vue de l'implantation du greffon. La durée opératoire était de 167 minutes avec des pertes sanguines moyennes de 200 mL. Deux conversions ont été nécessaires (une plaie splénique et une difficulté de dissection du pédicule rénal). Quinze pour cent des patients ont été transfusés. Il y a eu 11 complications (28 %) dont cinq majeures (Clavien $\geq$ 3). La durée de séjour était de 5,2 jours.
Conclusion. — Notre étude a mis en évidence que la néphrectomie laparoscopique pour rein polykystique était faisable et reproductible. Nous la proposons maintenant systématiquement dans cette indication.
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

☆ Niveau de preuve : 5.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : arnauddelreux@hotmail.com (A. Delreux).

1166-7087/$ — see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2012.12.009

KEYWORDS
Transplantation;
Chronic renal failure;
Polycystic kidney;
Nephrectomy;
Laparoscopic

Summary
Purpose. — The aim of our study was to report our experience of laparoscopic nephrectomy in patients with polycystic kidney disease.
Material. — Between December 2007 and February 2012, we performed 39 consecutive laparoscopic nephrectomies in patients with polycystic kidneys. All patients were operated by a transperitoneal approach.
Results. — Patients had a mean age of 55 with an average BMI of 25 kg/m^2. Eighty-seven percent were ASA III and 77% were on dialysis. In most of the cases, the indication concerned patients who were candidates to a renal transplantation to make space for graft implantation. Operative time was 167 minutes with a mean blood loss of 200 mL. Two open conversions were necessary (splenic injury and difficulty of dissection of the renal pedicle). Fifteen percent of patients were transfused. There were 11 complications (28%) among which five were major (Clavien $\geq$ 3). Mean length of stay was 5.2 days.
Conclusion. — Our study showed that laparoscopic nephrectomy for polycystic kidney is feasible and reproducible. We systematically offer it when indicated.
© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD) est la maladie génétique rénale la plus fréquente. Elle se caractérise par l'apparition lente et progressive de kystes rénaux. Elle concerne en France un peu moins d'une personne sur 1000 [1]. La PKRAD peut se compliquer de douleurs, de calculs rénaux, d'hémorragie ou d'infection kystique [2]. Certaines de ces situations peuvent nécessiter une néphrectomie. Par ailleurs, près de 10 % des patients atteints de PKRAD évolueront vers l'insuffisance rénale terminale et seront candidats à une transplantation rénale. Lorsque le rein est volumineux, il peut être nécessaire de faire une néphrectomie pour libérer la fosse iliaque en vue de l'implantation du transplant.

La néphrectomie pour PKRAD est classiquement réalisée par voie ouverte, ce qui impose une incision sous-costale ou une lombotomie conséquente du fait de la taille des reins [3]. Fortes de l'expérience de la néphrectomie pour cancer, quelques séries ont rapporté l'utilisation de la voie laparoscopique [4—9].

L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience de néphrectomie laparoscopique pour PKRAD pour en montrer la faisabilité et la reproductibilité.

Patients et méthodes

Nous avons revu de façon rétrospective toutes les néphrectomies laparoscopiques faites pour PKRAD entre décembre 2007 (date à laquelle nous avons décidé de les opérer systématiquement par laparoscopie) et février 2012. Trente-neuf patients ont été opérés consécutivement par trois chirurgiens.

Nous avons recueilli les données suivantes : le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le score ASA, la plus grande dimension du rein mesurée sur le scanner, le poids de la pièce opératoire, le type d'indication, les pertes sanguines peropératoires, le nombre de transfusions, les complications postopératoires selon Clavien et la durée de séjour.

Technique chirurgicale : nous avons systématiquement utilisé la voie transpéritonéale. Le patient est installé en position de trois quarts. Un soin particulier est porté à la protection de la fistule artérioveineuse si elle est présente. L'abord de la cavité péritonéale se fait par une mini-laparotomie au niveau de l'ombilic. Nous utilisons une optique de 30° et quatre trocarts : 5 mm au niveau du creux épigastrique qui servira à récliner le foie, 5 mm dans la région sous-costale, 5 mm dans le flanc (pour soulever le rein) et 12 mm en fosse iliaque (Fig. 1).

Le côlon et le duodénum sont décollés pour exposer la face antérieure du rein. Il existe fréquemment des adhérences entre les structures digestives et le rein. On incise ensuite le fascia périrénal de façon à prendre contact avec le muscle psoas qui constitue le plan postérieur de la dissection. L'uretère est identifié puis sectionné entre deux clips. Le pédicule rénal est disséqué progressivement. Il est en général mis en avant par les kystes. Les vaisseaux sont

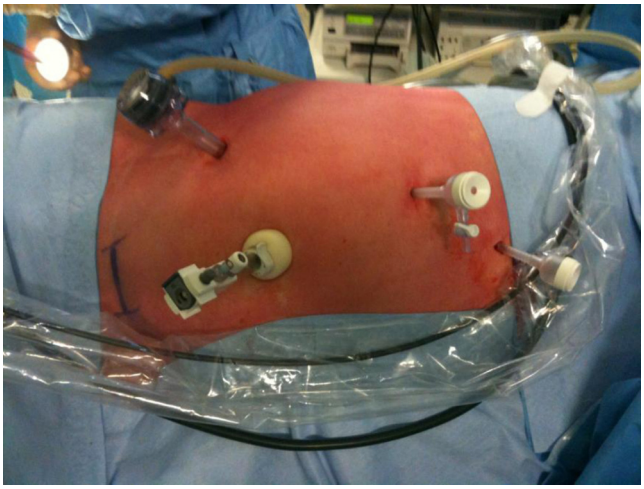

Figure 1. Positionnement des trocarts.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3823260

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3823260

Daneshyari.com