

**Conclusion** Un traitement secondaire est possible après pose de bandelette Virtue en cas d'effet incomplet ou de rétention urinaire.  
**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.009>

V 09

### Promontofixation mono-trocart avec l'assistance d'une pince robotisée



J. Aguilar Colmenero<sup>1</sup>, L. De Poncheville<sup>2</sup>, J. Campos Salcedo<sup>1</sup>, V. Corona Montes<sup>1</sup>, A. Smirnof<sup>3</sup>, E. Drapier<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Hospital Central Militar, Mexico, Mexique

<sup>2</sup> Clinique du mail, La Rochelle, France

<sup>3</sup> Centre hospitalier Saint-Louis, La Rochelle, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ericdrapier24@gmail.com](mailto:ericdrapier24@gmail.com) (E. Drapier)

**Objectifs** L'objectif de cette vidéo est de démontrer que l'utilisation d'une pince robotisée Dextérité est compatible avec l'abord laparoscopique mono-trocart. Le mono-trocart est source de conflits entre les instruments et les instruments robotisés ont un encombrement extérieur non négligeable laissant présager une incompatibilité entre ces deux approches.

**Méthodes** Nous avons acquis depuis 2009 l'expérience de la laparoscopie mono-trocart pour de multiples interventions urologiques et nous avons donc choisi de tester l'utilisation de ciseaux et porte aiguille robotisés pour la réalisation d'une promontofixation avec double bandelette antérieure et postérieure chez une patiente (65 ans, 65 kg, 160 cm) présentant une hystérocele.

**Résultats** Nous démontrons la compatibilité de la voie d'abord mono-trocart et de la pince robotisée Dextérité utilisée dans cet essai. Cet instrument offre une bonne qualité de dissection et de suture. Les conflits sont limités. L'intervention s'est déroulée dans des conditions très satisfaisantes. Durée opératoire de 146 min.

**Conclusion** Nous pensons que cette nouvelle instrumentation pourrait permettre d'élargir les indications de l'abord mono-trocart en apportant une solution supplémentaire à la résolution de certains conflits. La courbe d'apprentissage de la laparoscopie mono-trocart pourrait également s'en trouver raccourcie.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.010>

## Chirurgie fonctionnelle : chirurgie de l'urètre et de la dysfonction érectile

V 10

### Injection intra-caverneuse de cellules souches médullaires pour dysfonction érectile après prostatectomie radicale : aspects techniques et résultats



R. Yiou\*, A. De la taille, D. Bitari, H. Rouard  
 CHU Henri-Mondor, Creteil, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [yiourene@gmail.com](mailto:yiourene@gmail.com) (R. Yiou)

**Objectifs** Cette vidéo présente la technique de prélèvement de moelle osseuse et d'injection intra-caverneuse de cellules souches médullaires pour le traitement de la dysfonction érectile après prostatectomie radicale.

**Méthodes** Un film de technique de prélèvement et d'injection intra-caverneuse de cellules souches médullaires ont été réalisés dans le cadre de l'essai clinique Instin pour le traitement de la dysfonction érectile après prostatectomie radicale. Nous présentons les résultats à un 6 mois et un an des 18 premiers patients.

**Résultats** Un prélèvement de moelle osseuse a pu être réalisé dans la crête iliaque postérieure des patients installés en décubitus ventral. La préparation des cellules souches médullaires hors bloc opératoire par l'établissement français du sang durait en moyenne 3 heures. L'injection intra-caverneuse de cellules souches a été faite par voie transglandulaire ou par injection latérale. Un gain de +10 points a été constaté sur l'échelle de fonction érectile IIEF 15 à 6 mois avec maintien de l'effet à un an. Aucun effet secondaire n'a été noté chez les 18 premiers patients.

**Conclusion** La procédure de prélèvement de moelle osseuse et d'injection intra-caverneuse de cellules souches est faisable sans difficultés particulières dans un bloc d'urologie. Le développement de la thérapie cellulaire devra passer par une simplification de la procédure de préparation des cellules souches.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent avoir de liens d'intérêts - Inserm.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.09.011>

V 11

### Description d'une technique simple de reconstruction périnéale par un lambeau de Martius après uretrectomie distale



N. Peilleron<sup>1,\*</sup>, B. Tamarelle<sup>2</sup>, P. Paparel<sup>2</sup>, A. Ruffion<sup>2</sup>, N. Morel-Journel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CHU de Grenoble, Grenoble, France

<sup>2</sup> Centre hospitalier Lyon-Sud, Lyon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nicolas.peilleron@gmail.com](mailto:nicolas.peilleron@gmail.com) (N. Peilleron)

**Objectifs** Les lésions tumorales malignes du méat urétral sont rares. Leur prise en charge chirurgicale n'est pas aisée car elle affecte souvent le schéma corporel du patient. Nous décrivons ici une technique simple et reproductible d'uretrectomie distale associée à une reconstruction du défaut périnéal par un lambeau de Martius.

**Méthodes** Patiente âgée de 65 ans, adressée pour une lésion du méat urétral, apparue dans un contexte de lichen vaginal ancien, dont les biopsies rapportent un carcinome épidermoïde sarcomatoïde. Après un prélèvement inguinal bilatéral de ganglions sentinelles, l'exérèse commence par une double incision d'épisiotomie, affleure le bord inférieur du clitoris et emporte les culs de sacs vaginaux. La reconstruction débute par la fixation du fascia d'albran urétral à l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Le lambeau de Martius est libéré au niveau de la grande lèvre, pediculisé à sa partie interne, puis basculé et suturé au bord antérieur de l'urètre.

**Résultats** La durée opératoire était de 2h18 min. La sonde vésicale et le cystocathéter ont été enlevés à j5 et j21. L'utilisation du lambeau a permis l'exérèse d'une partie du lichen et ainsi d'obtenir une élasticité des tissus localement satisfaisante. Le schéma corporel de la patiente n'a pas été perturbé. Les douleurs liées au lichen ont disparu. Le méat urétral, 1 cm au-dessus de l'introitus, reste accessible aux auto-sondages. La reprise mictionnelle n'a pas été possible avant réalisation d'une dilatation du méat urétral devant une zone scléreuse située à sa partie postérieure. La patiente présente des fuites urinaires aux efforts légers en cours de rééducation périnéale. L'analyse anatomopathologique définitive retrouve un carcinome épidermoïde, moyennement différencié, non kératinisant, ulcéré, infiltrant sur 5 mm, développé sur un VIN classique, RO et NO.