

# Autotransplantation rénale: indications et Techniques

Pr Lionel BADET / Pr Sebastien Crouzet

# Indications

- Loin pain hématuria Syndrom
- Pincés mésentériques
- Anévrysmes artères rénales
- Avulsions de la VES
  - Autotransplantation
  - Uretéroiléoplastie
  - Nephrectomie ?

# Loin pain hematuria syndrom/Nutcracker

- Même clinique !!!!

## Clinique

- 70% de femmes
- Contexte psychologique particulier (?)
- douleurs lombaire souvent unilatérale (toujours Gauche pour le Nutcracker)
  - Évoluant depuis au moins 6 mois
  - Physiopathologie: mise en tension de la capsule rénale par l'oedème
  - Progressive croissante et très invalidante
  - paroxystique
  - Recours aux morphiniques
  - Désinsertion sociale
- Hématurie macroscopique intermittente

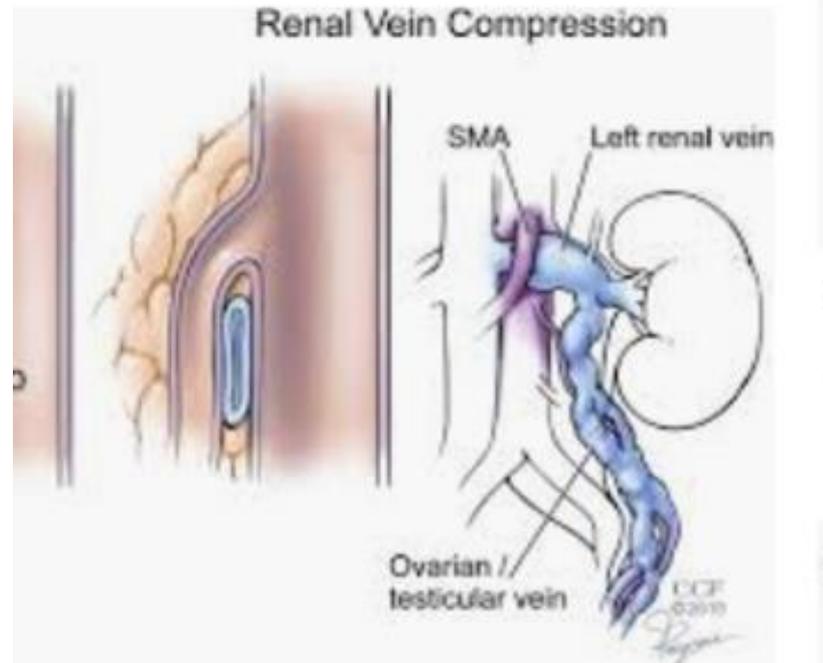
# Nutcracker

**NUTCRACKER  
SYNDROME**



*PRESENTED BY:  
MS.SUMI.R*

**Renal Vein Compression**



# Diagnostic

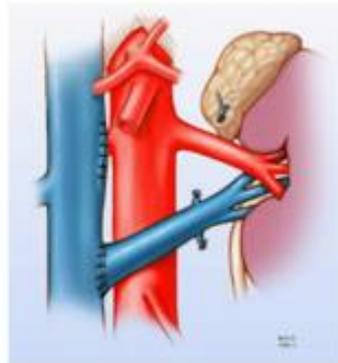
- TDM injectée aux trois temps:
  - Mise en évidence d'une mince mésentérique MAIS NE SUFFIT PAS
    - Attention image de pince trompeuse chez des patientes maigres
  - Dilatation de la veine génitale +++
  - Varices pelviennes gauche -/+ droite



- Cathétérisme pour mesures de pressions veineuses / Phlébographie

## • Traitement

- Symptomatique
  - Antalgiques paliers 1 à 3
- Curateur
  - Stents de la veine rénale
  - Transposition de la veine rénale
  - Shunt entre veine génitale et veine cave (transposition)
  - Dérivation de la veine rénale dans la splénique (thromboses veineuses )



# Loin pain hematuria syndrom

- Maladie rare : prévalence 0,012
- **Diagnostic d'élimination**
- Physiopathologie non formellement reconnue
  - Microthromboses / œdème tubulaire / mise en tension de la capsule rénale
  - Coagulation / complément / membranes basales
  - ATCD de lithiase dans plus de 50 % des cas
  - Hématurie macroscopique intermittente d'origine non glomérulaire

- **Examens complémentaires:**

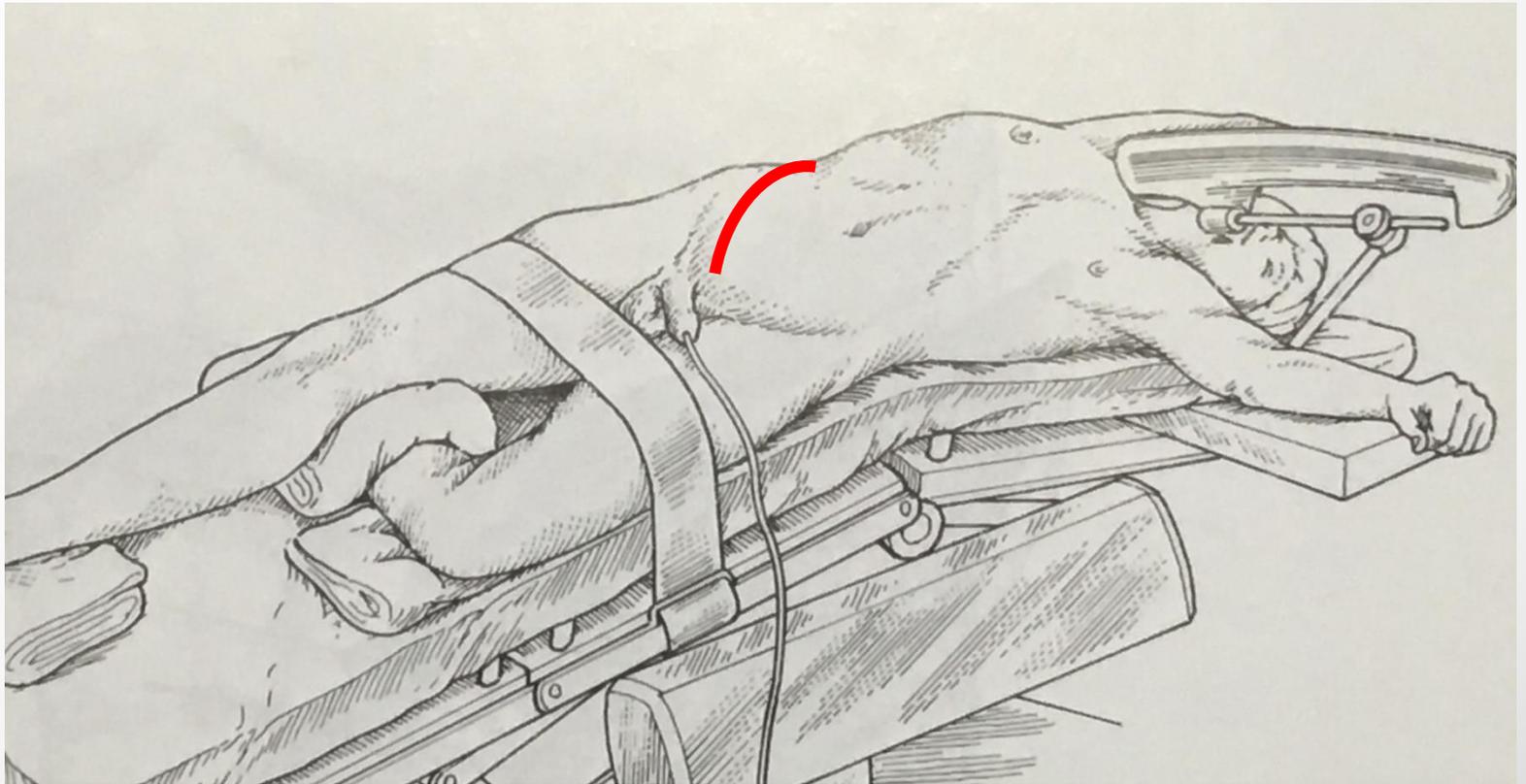
- TDM injectée 3 phases : pas de lésion individualisable , pas de vaisseau polaire, pas d'obstruction , lithiase, infarctus , endométriose ... **Nutcracker**
- Scintigraphie MAG3 sans obstruction
- URCM : pas de reflux
- Bilan néphrologique obligatoire
  - Biopsie rénale à discuter en fonction des cas
    - Origine glomérulaire
    - Proteinurie
    - Insuffisance rénale
  - Pas d'altération de la fonction rénale
- Consultation psy
  - Evaluation des conséquence psycho familiales
  - Dépendance aux morphiniques
  - Profils fibromyalgiques à dépister
    - 60% de dépression dans les ATCD

## • Traitement

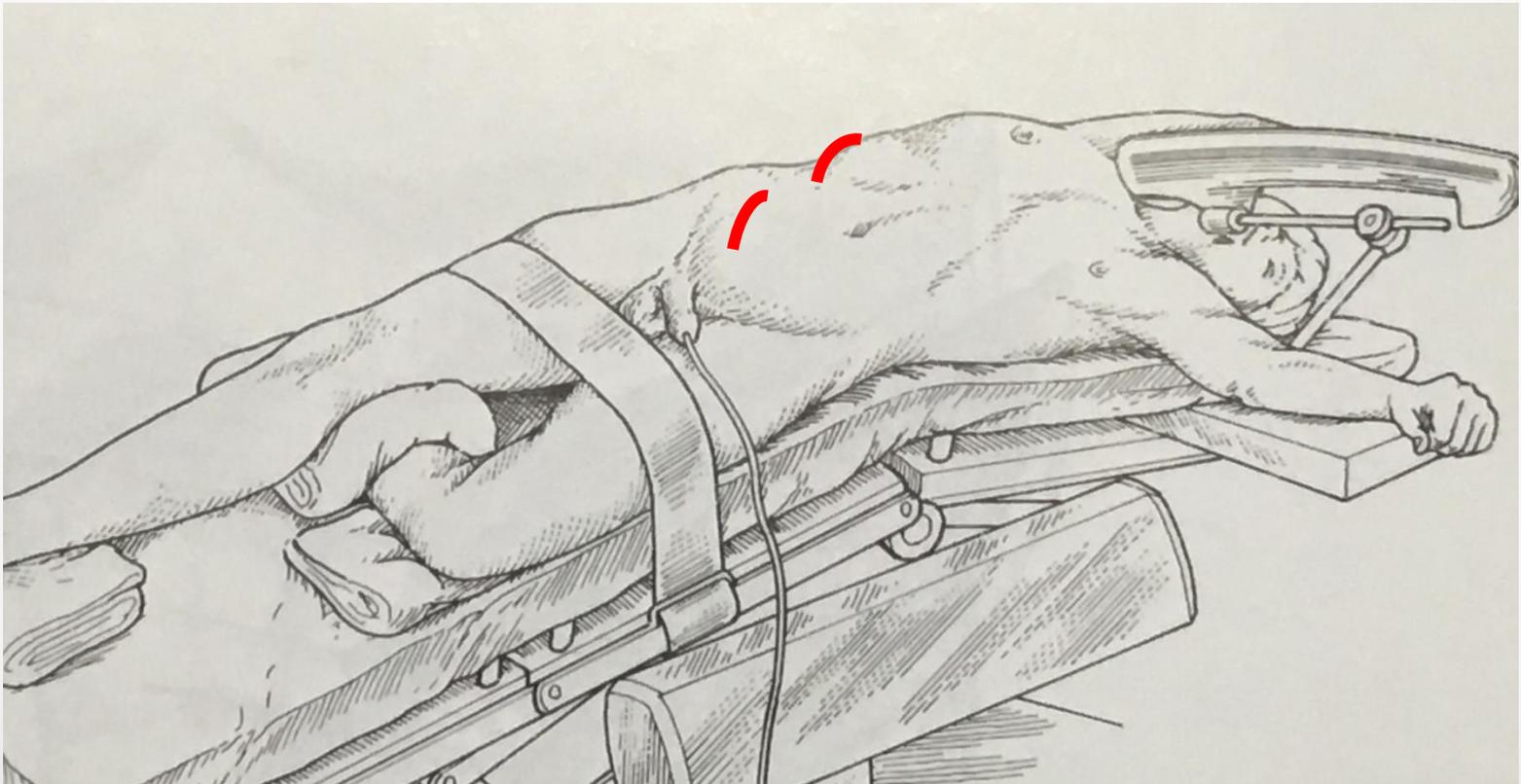
- Symptomatique
  - Antalgique paliers 1 à 3 +++
  - IEC qui diminuent la pression rénale mais
  - TENS / Neuro modulation
  - Injection intra urétérale de Capsaïcine : 50 % d'amélioration
- Curateur
  - Radiofréquence de l'artère rénale
    - 30 % de bon résultat
    - recidive
  - Néphrolyse pour dénervation
    - Récidive 60-70 %
  - Néphrectomie (20 à 67 %)
  - Autotransplantation :
    - double effet de dénervation capsulaire et artérielle
    - Règle le problème définitivement dans 70 % des cas
    - Si échecs 3 expérience de prélèvement du rein et de transplantation
      - Excellente fonction et aucune douleur ni hématurie

# Autotransplantation

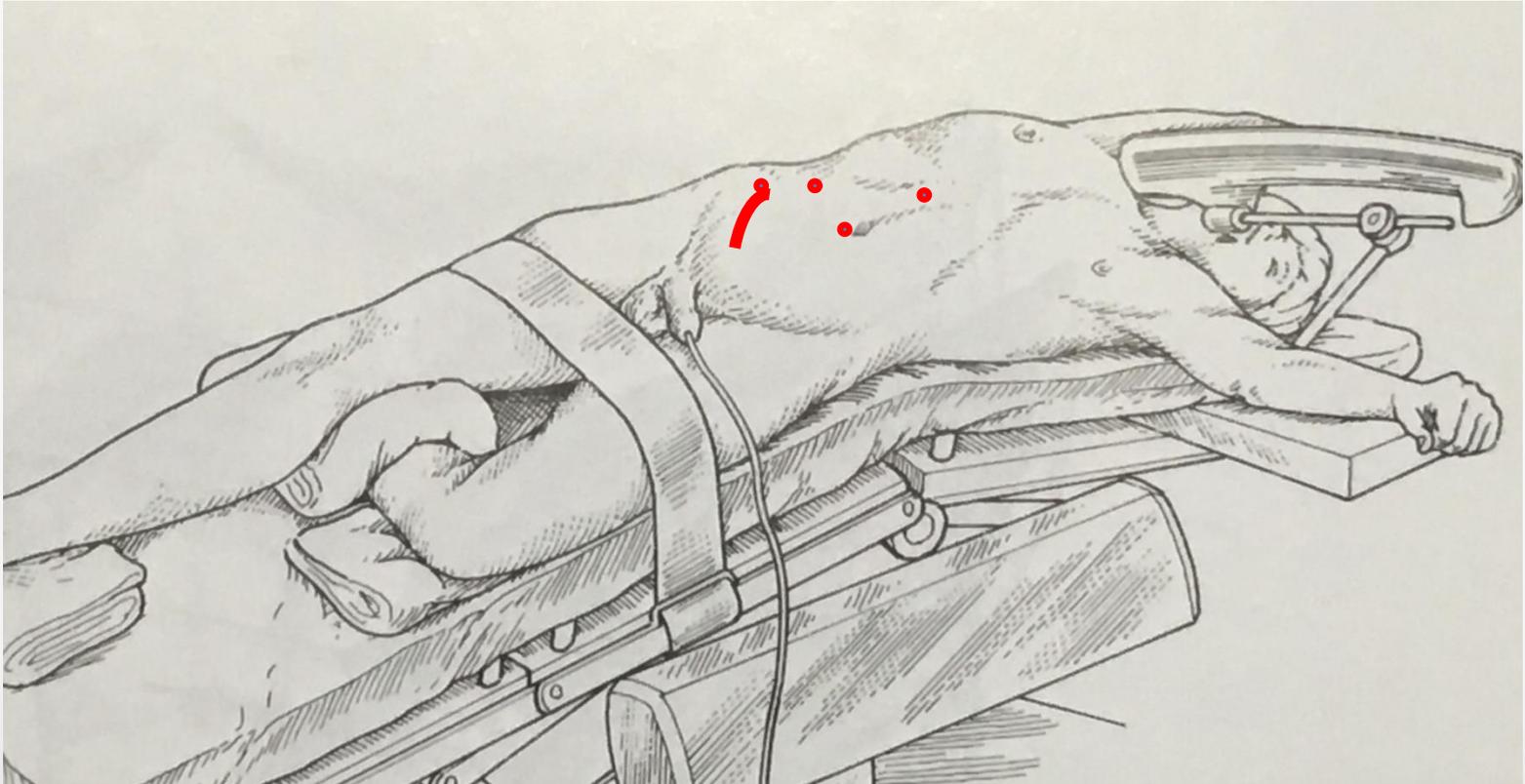
- Evolution des techniques avec le temps
  - Voie d'Israel Albarran



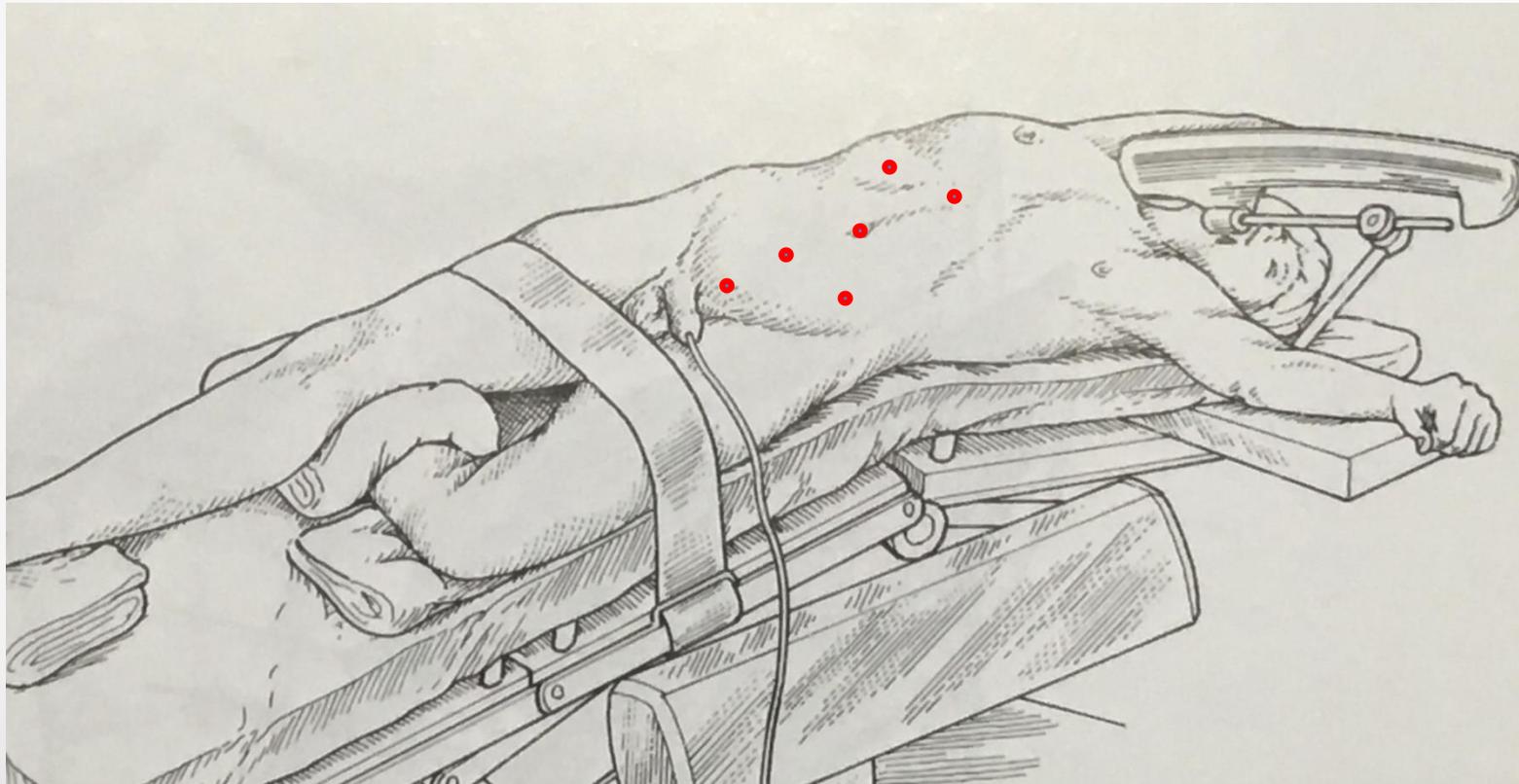
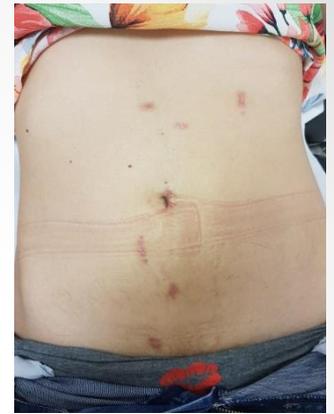
- Lobotomie / Incision iliaque



- Néphrectomie coelioscopique / incision iliaque



- o Néphrectomie robot / greffe robot



# Ce qu'il faut retenir

- Possible
- Difficile et à laisser dans les mains expertes
- Reproduit très exactement la technique de chirurgie ouverte au prix de quelques aménagements
- Mettre une JJ
- Nécessite une fois sur 2 un Re Docking avec le SI
- Retourner le rein (pour l'uretère et la position des vaisseaux)
- Lavage par liquide extra cellulaire +++ car risque d'hyperkaliémie / Lavage jusqu'au tps de l'artère



- Fil teflon 5/0 pour limiter les problèmes de mémoire de forme
- Surjet postérieurs endo luminal ou parachute
- Artériectomie iliaque externe
- Fermeture de la GPC / Bascule
  - Technique de Chicago
- Principale difficulté
  - Se repositionner et Stabiliser le rein sur le psoas
    - Utilisation du quatrième bras
    - Fixation du rein par la graisse
    - Se mettre plutôt haut sur l'axe iliaque mais pb contrôle de l'hypogastrique si trop haut
  - Avoir un temps d'ischémie court : pratique +++

## • Questions et limites

- Toujours avoir une table de conversion
  - Quelques difficultés non surmontables
    - Section polaires au prélèvement
    - Difficulté de placement du rein +++
- Meilleure ergonomie avec le XI et un seul docking
- Que faire de la génitale ?
  - Plusieurs thromboses post opératoire
  - Clamps à la section de la VR si gardée
- Fils de teflon non resorbable:
  - plus de sténose ?
- Pas de calcifications vasculaires de l'iliaque
- Perfuser avec une sonde adapté et stabilisée
  - Vers des Fogarty à lumière centrale et Ballonet