

**Results:** All procedures were completed laparoscopically. The mean operative time was 140 min. The estimated blood loss was less than 20 mL, and none of the patients received a blood transfusion. There were no major intraoperative or postoperative complications.

The stone-free rate was 100%. The mean hospital stay was 3 days (range 1-5 days). All patients needed DJ stent placement. One patient with infected staghorn calculus had prolonged urinary leak, which stopped with conservative management. DJ stent was removed after 40 days. Within a mean follow-up period of 3 months, no stone recurrence occurred.

**Conclusions:** Laparoscopic removal of renal and ureteral calculi plays a role in special cases of urolithiasis. In experienced hands, it can be performed safely and efficiently and may therefore replace open stone surgery in most indications. The benefits of laparoscopy are lower postoperative morbidity, shorter hospitalization, shorter convalescence time, and better cosmetic results.

#### **PYELOLITHOTOMIE ET URETEROTOMIE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE: UNE OPTION DE TRAITEMENT MINI-INVASIVE REALISABLE DANS UN CENTRE HOSPITALIER AU CAMEROUN**

KAMADJOU C.(1) ; TENKE C.(1) ; SANDJON J.P (2) ; KAMGA J.(3) ; KAMENI A.(1) ; NJINOUBERTIN B.\*\*(1)

Njinou Bertin. Centre Médico-Chirurgical d'Urologie de Douala, [Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)

1. Centre Médico-Chirurgical d'Urologie de Douala-Cameroun
2. Centre Médical d'Urgence et de réanimation de Douala-Cameroun
3. Hôpital Général de Yaoundé-Cameroun

**Objectif :** La coelioscopie peut être une méthode alternative dans le traitement des calculs rénaux et urétéraux. Nous présentons notre expérience en matière de chirurgie coelioscopique des calculs rénaux et urétéraux traités à l'aide de techniques endo-urologiques, par chirurgie ouverte ou lithotripsie par ondes de choc.

**Méthode :** 31 patients (20 avec des calculs rénaux et onze avec des calculs urétéraux) ont subi une pyéolithotomie et une urétérolithotomie par coelioscopie transpéritonéale dans notre formation sanitaire. Vingt hommes et 11 femmes pour une moyenne d'âge de 42 ans (entre 25-70 ans) ont subi 30 coelioscopies. Le nombre moyen de calculs était de 03 (entre 1-5) et la taille de 2 cm (entre 1-4,5 cm) respectivement. Cinq patients présentaient des calculs coralliformes. Après insertion du trocart abdominal, le pneumopéritoine a été atteint et le rein ou l'uretère exposé. Le bassinet rénal et l'uretère ont été identifiés, disséqués et ouverts. Les calculs ont été extraits à l'aide de forceps laparoscopiques. Ce type de forceps rigide a été utilisé pour extraire les calculs caliciels. Le bassinet rénal et l'uretère ont été suturés après la mise en place d'une sonde DJ par voie antérograde et les calculs enlevés de la cavité péritonéale. L'intervention s'est achevée par la mise en place d'un drain intrapéritonéal.

**Résultats:** Toutes les interventions ont été faites par voie coelioscopique. Le temps opératoire moyen était de 140 minutes et les pertes sanguines de moins de 20 ml environ. Aucun patient n'a nécessité une transfusion sanguine. Il n'y a eu aucune complication peropératoire ou postopératoire majeure. Le taux de retrait de calcul a été de 100%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 03 jours (entre 1-5 jours). La mise en place d'une sonde DJ s'est avérée nécessaire pour tous les patients. Un patient souffrant de calculs coralliformes a eu des fuites urinaires prolongées qui ont été arrêtées par un traitement conservatoire. La sonde DJ a été enlevée après 40 jours. Pendant la période moyenne de suivi de trois mois, il n'y a eu aucune réapparition des calculs.

**Conclusions :** Le retrait des calculs rénaux et urétéraux par coelioscopie joue un rôle majeur en particulier en cas de lithiase urinaire. Effectuée par un professionnel expérimenté, elle peut être sûre et efficace et, par conséquent, elle peut être une alternative à la chirurgie ouverte pour le retrait des calculs dans la majorité des cas.

La coelioscopie a pour avantages de réduire la morbidité postopératoire, le séjour à l'hôpital, la convalescence et elle produit un meilleur résultat esthétique.

#### **EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN THE TREATMENT OF URINARY CALCULI: A SINGLE CENTER EXPERIENCE IN DOUALA, CAMEROUN**

KAMADJOU C. (1) ; TENKE C. (1) ; KAMENI A. (1) ; NJINOUBERTIN B. (1)\*

Kamadjou Cyril. Centre médico-chirurgical d'Urologie de Douala.

[cyrkamadjou@yahoo.fr](mailto:cyrkamadjou@yahoo.fr) <[cyrkamadjou@yahoo.fr](mailto:cyrkamadjou@yahoo.fr)>\*

1. Centre Médico Chirurgical d'Urologie. Douala Cameroun

**Purpose:** The aim of this prospective study was to assess the efficiency of extracorporeal shockwave lithotripsy (SWL) in a single center in Douala-Cameroun.

**Materials and Methods:** Between February and May 2015, a total of 30 (18 male and 12 female) consecutive adult patients with the mean age of 42,46 years (range 19-59) presenting with stones located in renal pelvis (56,6%), Ureteral JPU (23,3%), and upper ureter (20%) were treated using the DIREX Integra lithotripter. 3 patients underwent SWL after double-J ureteral catheter insertion. Treatments were performed without anesthesia and delivered in outpatient setting.

**Results:** 19 patients (63,3%) had their calculi completely fragmented after 2 sessions and 10 (33,3%) patients had residual fragments calculi. Of these ten patients, 2 (20%) patients need retrograde ureteroscopy with double J stent placement. In one patient fragmentation was unsuccessful even after 4 sessions.

Only one patient (12,5%) was admitted to hospital because of fever, and 8 (26,6%) patients presented colics, and of these 3 (37,5%) patients underwent double J stent placement.

**Conclusion:** The management of urinary calculi in adults using SWL was proved to be safe, suitable and efficient, particularly for ureteral stones <15 mm, renal pelvic stones <20 mm. SWL delivered in an outpatient setting as an anaesthesia-free treatment is still considered the first option for the majority of stones with a minimal number of complications.

#### **TRAITEMENT DES CALCULS URINAIRES PAR LITHOTRITIE EXTRACORPORELE. UNE ETUDE MONOCENTRIQUE A DOUALA-CAMEROUN**

KAMADJOU C. (1) ; TENKE C. (1) ; KAMENI A. (1) ; NJINOUBERTIN B. (1)\*

Kamadjou Cyril. Centre médico-chirurgical d'Urologie de Douala.

[cyrkamadjou@yahoo.fr](mailto:cyrkamadjou@yahoo.fr)

1. Centre Médico Chirurgical d'Urologie. Douala Cameroun

**Objectif:** La présente étude prospective vise à évaluer l'efficacité de la lithotritie extracorporelle (LEC) dans une formation sanitaire de Douala, Cameroun.

**Matériels et Méthodes:** Entre février et mai 2015, 30 (18 hommes et 12 femmes) patients adultes consécutifs d'âge moyen 42,46 ans (entre 19-59) présentant des calculs du bassinet rénal (56,6%), de la JPU (23,3%), et de l'uretère supérieur (20%) ont été traités à l'aide du lithotripteur Integra-DIREX. 03 patients ont bénéficié d'une LEC après la mise en place d'un cathéter double-J dans l'uretère. Les traitements ont été administrés en ambulatoire sans anesthésie.

**Résultats:** Les calculs chez 19 patients (63,3%) ont été totalement fragmentés après deux séances et 10 patients (33,3%) avaient des fragments résiduels. De ces dix patients, 02 (20%) ont nécessité une urétéroscopie rétrograde avec

insertion d'une sonde double J. La fragmentation a échoué chez un patient même après 04 séances.

Un seul patient (12,5%) a été admis à l'hôpital pour un état fébrile, et 08(26,6%) souffraient de coliques ; une sonde double J a été placée chez 03 (37,5%) de ces 08 patients.

**Conclusion:** La prise en charge des calculs urinaires chez les adultes par LEC s'est avérée sûre, appropriée et efficace, en particulier pour les calculs urétéraux <15 mm, les calculs du bassin rénal <20 mm. La LEC effectuée en ambulatoire sans anesthésie reste le premier choix pour la majorité des calculs avec un minimum de complications.

#### LAPAROSCOPIC PYELOTOMY WITH COMBINED PYELOPLASTY FOR A SEVEN YEAR OLD BOY: REPORT OF ONE CASE

TENKE C., KAMADJOU C., KUITCHE J., KAMENI A., NJINOU NGNINKEU B.\*

\*Tenke christelle et Njinou Ngninkeu Bertin. Centre médico-chirurgical  
d'Urologie de Douala: [Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)

**Purpose:** We present a case of a child who was referred, with a diagnosed right renal calculi and a left uretero-hydronephrosis without obstacle associated with both right inguinal and umbilical hernias. An indication of laparoscopic pyelolithotomy with combined pyeloplasty and umbilical and inguinal hernia repair as an alternative to standard open surgery.

**Case presentation:** A seven year-old boy, 31kg, 146cm was referred to us for a shock-wave extracorporeal lithotripsy treatment of a 1,5 cm right renal calculi, associated with a left hydronephrosis Stage: I and normal renal function.

The medical history revealed several urinary tract infections since the age of 9 months, with episodes of right abdominal pains without fever or hematuria. At the age of two years, a posthectomy was performed, with a urethral calibration and a bladder catheter was left in place for 2 days. At the age of four, IVP (IntraVenous Pyelogram) and Cystography showed a mild amount of post-micturition residual urine. From five to six years old, he was recommended abundant hydration. The abdominal pain was persisting, associated with fever and an antibacterial therapy with co-amoxiclav was instituted three months before the transfer to our center.

Physical examination demonstrated umbilical and right inguinal hernia. The biological data were in the range of normal. The abdominal X-ray and ultrasonography revealed the presence of a renal stone of 15mm. If we had to do shock wave lithotripsy for the renal calculi treatment, the boy would need sedation; for the double J stent and inguinal hernia repair surgery, he would require general anesthesia. We have therefore decided to do a right-sited laparoscopic pyelolithotomy with pyeloplasty plus double J stent and open inguinal hernia repair surgery.

The patient did not need any special pre operative preparation. General anesthesia with endotracheal intubation plus controlled ventilation and maintenance with Sevoflurane, was performed. Intermittent bolus of Sufentanil and Atracurium was given. We monitored throughout the procedures the ECG, pulse oxymetry, NIBP, capnography, temperature and a nasogastric tube was placed before the surgery. In the first operative time, pyelolithomy, pyeloplasty and placement of the double J were realized, drain placement and stone extraction. Then the patient was placed in the supine position. The second operative time consist of right inguinal repair.

**Result:** Complete stone clearance was achieved. Operative time was 124 minutes. Estimated blood loss was <50 mL. No notable complications were encountered. Intravenous analgesics drugs were administered for the post operative pain

management during 48 hours. The intraperitoneal drain was removed on day 2, and the patient was discharged 72 hours after surgery. The double J stent was removed 2 weeks after surgery under general anesthesia as we performed open umbilical hernia repair.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery can be safely and effectively performed in the pediatric population. The procedure promotes lesser pain and complications, early rehabilitation, short hospital stay. It also minimizes the cosmetic impacts. Requiring open surgery is the last resort, because of anatomical abnormalities, or failed MIS.

#### PYELOPLASTIE ET PYELOTOMIE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE CHEZ UN PETIT GARÇON DE SEPT ANS: A PROPOS D'UN CAS

TENKE C., KAMADJOU C., KUITCHE J., KAMENI A., NJINOU NGNINKEU B.\*

\*Tenke christelle et Njinou Ngninkeu Bertin. Centre médico-chirurgical  
d'Urologie de Douala: [Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)

**Objectif:** Nous présentons le cas d'un enfant qui a été référé dans notre formation sanitaire avec un diagnostic de calcul dans le rein droit, une hydronephrose sans obstacle de l'uretère gauche, ainsi que deux hernies, l'une inguinale droite et l'autre ombilicale. Une indication pour une pyéolithomie et une pyéloplastie coelioscopique en vue d'éviter une chirurgie ouverte standard ainsi qu'une réparation des hernies ombilicale et inguinale.

**Observation :** Un garçon de sept ans pesant 31 kg et mesurant 146 cm nous a été envoyé pour le traitement d'un calcul de 1,5 cm dans le rein droit par une lithotripsie extracorporelle par ondes de choc. Il présentait également une hydronephrose gauche de stade I et sa fonction rénale était normale.

Les antécédents médicaux ont mis en évidence de nombreuses infections urinaires depuis l'âge de 09 mois, avec des épisodes de douleurs abdominales du côté droit, afebrile et sans hématurie. A 02 ans, il a subi une posthectomy, avec un calibrage de l'urètre et la mise en place d'un cathéter dans la vessie pendant deux jours. A 04 ans, la présence d'une quantité modérée de résidus d'urine post-mictionnelle a été révélée par une IVP (Pyelogram intraveineuse) et une cystographie. De 05 à 06 ans, il lui a été recommandé de boire beaucoup d'eau. Comme la douleur abdominale persistait, accompagnée de fièvre, il a été mis sous co-amoxiclav, un traitement antibiotique, pendant trois mois avant sa référence dans notre formation sanitaire.

L'examen physique a révélé une hernie ombilicale et une hernie inguinale droite. Les données biologiques étaient normales. La radiographie abdominale et l'échographie ont révélé la présence d'un calcul rénal de 15mm. Pour effectuer la lithotripsie par ondes de choc dans le traitement du calcul rénal, il aurait fallu mettre le garçon sous sédatif; la mise en place de la sonde double J et la chirurgie réparatrice de la hernie inguinale, auraient nécessité une anesthésie générale. Nous avons donc décidé d'effectuer une pyéolithomie par voie laparoscopique sur le côté droit associée à une pyéloplastie; nous avons placé une sonde double J et procédé à la chirurgie réparatrice ouverte de la hernie inguinale.

Le patient n'a nécessité aucune préparation particulière pré-opératoire. Il a été mis sous anesthésie générale avec intubation endotrachéale, la ventilation était contrôlée et son état maintenu avec du Sevoflurane. Des bolus de Sufentanil et d'Atracurium ont été administrés à intervalles réguliers. Tout au long de l'intervention, nous avons surveillé l'ECG, l'oxymétrie du pouls, le NIBP, la capnographie et la température ; un tube nasogastrique a été mis en place avant l'intervention chirurgicale. Durant la première heure de l'opération, nous avons effectué une pyélothomie et une

pyéloplastie, mis en place la sonde double J et un drain et enlevé le calcul. Le patient était couché à plat sur le dos. La seconde heure de l'opération a été consacrée à la réparation de la hernie inguinale droite.

**Résultat:** Le calcul a été complètement enlevé. L'opération a duré 124 minutes. Les pertes sanguines ont été estimées à <50 ml. Aucune complication particulière n'a été enregistrée. Des analgésiques ont été administrés en intraveineuse pendant 48 heures pour soulager la douleur post-opératoire. Le drain intrapéritonéal a été enlevé au J2, et le patient a quitté l'hôpital 72 heures après l'opération. La sonde double J a été retirée 02 semaines après l'opération sous anesthésie générale lors de la réparation de la hernie ombilicale.

**Conclusion:** La coelioscopie peut être réalisée en toute sécurité et efficacité chez les enfants. Cet acte chirurgical est moins douloureux et cause moins de complications, permet une réadaptation rapide et raccourcit le temps d'hospitalisation. Il limite également les conséquences esthétiques. La chirurgie ouverte doit être réalisée en dernier recours, en raison d'anomalies anatomiques ou d'échec de la MIS.

#### **PEDIATRIC ANESTHESIA FOR LAPAROSCOPY: A CASE REPORT OF A SEVEN YEARS OLD BOY**

TENKE C., KAMADJOU C., KUITCHE J., KAMENI A., NJINOUB. NGNINKEU B.

Centre medico-chirurgical d'Urologie.  
Centre Médico-Chirurgical d'Urologie de Douala

#### **ANESTHESIE POUR COELIOSCOPIE PEDIATRIQUE: UNE ETUDE DE CAS D'UN GARÇON AGE DE SEPT ANS**

TENKE C., KAMADJOU C., KUITCHE J., KAMENI A., NJINOUB. NGNINKEU B.

Centre medico-chirurgical d'Urologie.  
Centre Médico-Chirurgical d'Urologie de Douala

**Objectif:** La coelioscopie chez l'enfant est encore une pratique rare dans les pays d'Afrique sub-saharienne. La gestion de l'anesthésie pédiatrique présente des défis en raison des spécificités liées à l'anatomie et à la physiopathologie. L'examen anesthésique est compliqué dans les chirurgies laparoscopiques à cause des principaux effets physiologiques de pneumopéritoine et le positionnement extrême du patient.

**Présentation de cas :** Nous présentons une étude menée sur un enfant de sept ans ASA1, qui a été programmé pour une pyéloplastie élective associée à une pyélotomie laparoscopique droite et mise en place d'une sonde double J. L'anesthésie générale a été injectée en intraveineuse. Le patient a été maintenu par une ventilation contrôlée à l'aide du Sevoflurane, Sufentanil et de l'Atracurium. L'ECG, le N.I.B.P, l'oxymétrie du pouls, la température et la capnographie ont fait l'objet d'une surveillance constante. L'air de convection a été réchauffé pendant l'intervention afin de prévenir une hypothermie. Un tube nasogastrique a été inséré pendant l'intervention chirurgicale. La douleur postopératoire a été contrôlée par une approche multimodale: les sites d'introduction des trocarts ont été infiltrés avec de la Ropivacaine; du Tramadol et du Paracétamol ont été administrés pendant 48 heures par voie intraveineuse. Au J3, des analgésiques ont été administrés par voie orale et rectale et le garçon a été renvoyé à la maison ce jour-là. Il a été revu deux semaines plus tard pour une réparation ombilicale ouverte non urgente et le retrait de la sonde endoscopique double J. Il n'y a eu aucune complication trois mois après les deux interventions.

**Conclusion:** La connaissance des différences subtiles de l'anesthésie pédiatrique, des principaux changements physiologiques induits par la coelioscopie, du matériel approprié pour la surveillance, rendent la gestion de l'anesthésie sûre pour la coelioscopie pédiatrique.

#### **URO040 PROSTATE CANCER: EXPERIENCE WITH 100 PATIENTS IN A SINGLE CENTER IN DOUALA, CAMEROON**

KAMADJOU C. (1); KAMGA J. (2); EYONGETA D. (3); TENKE C.(1); KAMENI A. (1) ; NJINOUB. (1)

1. Centre Médico Chirurgical d'Urologie, Douala Cameroun
2. Hôpital Général, Yaoundé Cameroun
3. Hôpital Général, Douala Cameroun

Correspondance: Dr Kamadjou Cyril : Centre Médico Chirurgical d'Urologie. Vallée Manga Bell, Bali Douala Cameroun. [cyrkamadjou@yahoo.fr](mailto:cyrkamadjou@yahoo.fr)

**Purpose:** Describe and evaluate how to manage patients with prostate cancer in a single center in Cameroon.

**Materials and methods:** Between January and April 2015, 100 patients were diagnosed with a prostate cancer after prostate biopsy. A CT scan was performed in many cases to initiate the treatment.

**Results:** The mean age was 65 and the digital examination was pathologic in 65% of cases. Prostate cancer history was found in 7% of patients. 64% of the patients had low urinary tract symptoms and the mean PSA was 432,35 ng/ml. Prostate biopsy was performed in all patients by trans rectal ultrasonography and in 93% the histology was an adenocarcinoma. The Gleason score was superior to 7 in 53% of patients. Bone mets were described in 20 patients. Radical prostatectomy was performed in 24% of patients, 16 patients underwent orchiectomy, 27 a deprivation hormone therapy and we proposed an active surveillance in only one patient. A first line Chemotherapy was initiated in 5 patients. At least, 32 patients did not start a treatment and 2 deaths were observed before starting the treatment.

**Conclusion:** In our experience, prostate cancer is often diagnosed late in life when curative treatment is not an option. Patients do not accept radical prostatectomy due to urinary incontinence and impotence.

#### **CANCER DE LA PROSTATE: EXPERIENCE MONOCENTRIQUE AVEC 100 PATIENTS A DOUALA AU CAMEROON**

KAMADJOU C. (1); KAMGA J. (2); EYONGETA D. (3); TENKE C.(1); KAMENI A. (1) ; NJINOUB. (1)

1. Centre Médico Chirurgical d'Urologie, Douala Cameroun
2. Hôpital Général, Yaoundé Cameroun
3. Hôpital Général, Douala Cameroun

Correspondance: Dr Kamadjou Cyril : Centre Médico Chirurgical d'Urologie. Vallée Manga Bell Bali Douala Cameroun. [cyrkamadjou@yahoo.fr](mailto:cyrkamadjou@yahoo.fr)

**Objectif:** Décrire et évaluer la prise en charge les patients atteints du cancer de la prostate dans un seul centre au Cameroun.

**Matériels et méthodes:** Entre janvier et avril 2015, 100 patients ont été diagnostiqués atteints de cancer de la prostate après une biopsie de la prostate. Un scanner a été réalisé dans de nombreux cas pour initier le traitement.

**Résultats:** L'âge moyen était de 65 ans et l'examen numérique était pathologique dans 65% des cas. Un antécédent de cancer de la prostate a été révélé chez 7% des patients. 64% des patients avaient des symptômes au niveau des voies urinaires basses et le PSA moyen était de 432,35 ng / ml. Une biopsie de la prostate a été réalisée chez tous les patients par échographie transrectale et à 93% l'histologie était un adénocarcinome. Le score de Gleason était supérieur à 7 chez 53% des patients. Les métastases osseuses ont été décrites chez 20 patients. La prostatectomie radicale a été réalisée chez 24% des patients, 16 patients ont subi une orchidectomie, 27 un traitement par privation d'hormone et nous avons proposé une surveillance active chez un seul patient. La chimiothérapie de première intention a été initiée chez 5 patients. Au moins, 32 patients

n'ont pas commencé un traitement et 2 décès ont été enregistrés avant le début du traitement.

**Conclusion:** D'après notre expérience, le cancer de la prostate est souvent diagnostiqué tardivement lorsque le traitement curatif n'est plus possible. Les patients n'acceptent pas la prostatectomie radicale en raison de l'incontinence urinaire et de l'impuissance.

#### LAPAROSCOPIC PROMONTO-FIXATION FOR GENITAL PROLAPSE: EXPERIENCE OF 300 CASES NJINOUC NGNINKEU Bertin\*

Clinique des Ormeaux-Vauban, Le Havre, France.\*  
[Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)  
<[Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)>

**Introduction:** We describe the series of our initial 300 patients treated with laparoscopic promonto-fixation (LPF).

**Methods:** Since November 2002 and January 2015, Three hundred patients were scheduled for LPF alone for genital prolapse or combined to TVT or TOT for urinary stress incontinence. Eight had previous cure of prolapse, 50 hysterectomy and 31 vaginal vault prolapse. 30 had cystocele grade 4, 180 grade 3, 70 grade 2 and 20 grade 1. Five had rectocele grade 4, 55 grade 3, 220 grade 2 and 20 grade 1. Four presented uterine prolapse grade 4 and 6 grade 3. 120 were incontinent and 30 presented occult incontinence. No patient had overactive bladder. The procedure consists by correction of rectocele and cystocele by using 2 meshes, which are fixed, to the promontory. A TVT or TOT was placed if warranted.

**Results:** Mean follow-up (FU) was 130 months (6-720). Patients were evaluated postoperatively at 6 and 12 months FU. LPF alone was performed to 15 patients and combined to 135 patients. Operating time < 2 hours, blood loss < 80 cc and mean hospital stay were 4 days. Ten patients presented recurrent cystocele grade 1, 5 rectocele grade 2, 20 de novo urgency, and 4-urge incontinence. Six urinary retention requires TVT section. Complications consist to 1 ureteral and 4 anterovaginal wounds.

**Conclusions:** Laparoscopic promonto-fixation is feasible with good results in the cure of genital prolapse. Laparoscopy is performing the same procedure as the open technique with the advantages of the minimal invasive surgery.

#### TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE : EXPÉRIENCE SUR 300 CAS NJINOUC NGNINKEU Bertin\*

Clinique des Ormeaux-Vauban, Le Havre, France.\*  
[Njinou@gmail.com](mailto:Njinou@gmail.com)

**Introduction :** Nous décrivons une série constituée de nos 300 premiers patients traités par promontofixation coelioscopique (LPF).

**Méthodes :** De novembre 2002 à janvier 2015, trois cent patients ont été enregistrés pour un traitement par LPF du prolapsus génital uniquement ou par une intervention de type TVT ou TOT pour prolapsus génital associé à une incontinence urinaire d'effort. Huit patients avaient déjà été précédemment traités pour un prolapsus, 50 avaient subi une hystérectomie et 31 un prolapsus de la voûte vaginale. 30 patients présentaient un cystocèle de stade 4, 180 un cystocèle de stade 3, 70 un cystocèle de stade 2 et 20 un cystocèle de stade 1. Cinq patients présentaient un rectocèle de stade 4, 55 de stade 3, 220 de stade 2 et 20 de stade 1. Quatre patientes présentaient un prolapsus de l'utérus de stade 4 et 6 de stade 3. 120 patients souffraient d'incontinence urinaire et 30 d'incontinence masquée. Aucun patient ne présentait des

symptômes d'hyperactivité vésicale. La procédure a consisté à corriger le rectocèle et le cystocèle à l'aide de deux 2 prothèses en treillis fixées sur le promontoire. Une intervention de type TVT ou TOT a été effectuée selon le cas.

**Résultats :** La durée moyenne du suivi était de 130 mois (6-720). Les patients ont été évalués en postopératoire à 06 et 12 mois de suivi. 15 patients ont subi une LPF exclusivement et 135 patients ont bénéficié d'une LPF associée à une TVT ou TOT. Le temps opératoire a été de < 2 heures. Les pertes sanguines ont été de < 80 cc et la durée moyenne d'hospitalisation était de 04 jours. Dix patients présentaient une récurrence de cystocèle de stade 1, 05 présentaient un rectocèle de stade 2, 20 présentaient une vessie hyperactive de novo, et 04 une incontinence par impériosité. Six cas de rétention urinaire ont nécessité une intervention de type TVT. En termes de complications, nous avons enregistré 01 blessure dans l'uretère et 04 blessures antéro-vaginales.

**Conclusions:** La promontofixation coelioscopique est réalisable et produit d'excellents résultats dans le traitement du prolapsus génital. La coelioscopie consiste à effectuer la même intervention que la chirurgie ouverte mais avec les avantages d'une chirurgie mini-invasive.

#### POST-TRAUMATIC EMERGENCY TREATMENT WITH EMDR Phil. Samuel Som

The psychological psychotherapy SOM, Bonn, Germany.  
Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut

Dipl.-Psych. Samuel Som, Rurweg 5, 53129, Bonn, Germany.  
**Telefon:** (0228) 24 00 34 12, **Telefax:** (0228) 2 07 94 34

EMDR means (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). It is a psychotherapy treatment discovered by Francine Shapiro in 1987, which was originally designed to alleviate the distress associated with traumatic memories (Francine Shapiro, 1989a, 1989b). Shapiro's (2001) Adaptive Information Processing model posits that EMDR facilitates the accessing and processing of traumatic memories and other adverse life experience to bring these to an adaptive resolution. After successful treatment with EMDR, affective distress is relieved, negative beliefs are reformulated, and physiological arousal is reduced. During EMDR therapy the client attends to emotionally disturbing material in brief sequential doses while simultaneously focusing on an external stimulus. Therapist directed lateral eye movements are the most commonly used external stimulus but a variety of other stimuli including hand-tapping and audio stimulation are often used (Shapiro, 1991). Shapiro (1995, 2001) hypothesizes that EMDR facilitates the accessing of the traumatic memory network, so that information processing is enhanced, with new associations forged between the traumatic memory and more adaptive memories or information. These new associations are thought to result in complete information processing, new learning, elimination of emotional distress, and development of cognitive insights. EMDR therapy uses a three pronged protocol:

- (1) the past events that have laid the groundwork for dysfunction are processed, forging new associative links with adaptive information;
- (2) the current circumstances that elicit distress are targeted, and internal and external triggers are desensitized;
- (3) imaginal templates of future events are incorporated, to assist the client in acquiring the skills needed for adaptive functioning.

Twenty positive controlled outcome studies have been done on EMDR. Some of the studies show that 84%-90% of single-trauma victims no longer have post-traumatic stress disorder after only three 90-minute sessions. Another study, funded by the HMO Kaiser Permanente, found that 100% of the

single-trauma victims and 77% of multiple trauma victims no longer were diagnosed with PTSD after only six 50-minute sessions. In another study, 77% of combat veterans were free of PTSD in 12 sessions.

#### **TRAITEMENT POST-TRAUMATIQUE D'URGENCE AVEC EMDR** Phil. Samuel Som

The psychological psychotherapy SOM, Bonn, Germany.  
Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut  
Dipl.-Psych. Samuel Som  
Rurweg 5, 53129 Bonn, **Telefon:** (0228) 24 00 34 12,  
**Telefax:** (0228) 2 07 94 34

EMDR est un sigle américain signifiant Eye Movement Desensitization and Reprocessing, soit en français Mouvement des yeux, Désensibilisation et Retraitement (de l'information). C'est une très grande découverte faite en 1987 aux Etats-Unis dans le domaine des psychothérapies, par une américaine, Francine Shapiro.

L'EMDR utilise l'attention bifocale de la personne sur elle-même, ce qui veut dire qu'à la fois, elle revit son problème dans tout son corps, parfois avec beaucoup d'émotion et à la fois elle considère ce qui se passe en elle au cours de cette reviviscence. Ceci n'est donc pas à proprement parler original, puisque la méditation utilise le même moyen. Ce qui l'est davantage, c'est l'utilisation d'une stimulation concomitante bilatérale (de chaque côté du corps) alternée par des mouvements oculaires ou un toucher ou des sons, en même temps que la personne revit son problème comme décrit ci-dessus. Nous savons que ces stimulations remettent en route le retraitement des informations dysfonctionnelles à l'origine des troubles. L'EMDR mobilise un processus naturel de guérison psychique analogue à ceux qui, par exemple, permettent la cicatrisation de l'organisme après une coupure.

L'EMDR remet en route des processus bloqués. Les émotions et les représentations se séparent. La personne ne souffre plus quand elle repense à l'événement traumatisant. L'EMDR n'efface pas le passé, mais il ne fait plus mal. L'estime de soi remonte. Les symptomatologies anxieuses, phobiques ou dépressives sont considérablement réduites.

L'EMDR est applicable avec de très bons résultats aussi bien pour les enfants que pour les adultes. En matière de traumatismes psychiques les études contrôlées montrent 80% de taux de guérison.

La pathologie est désormais conçue comme un désordre non seulement psychologique, mais affectant un ensemble psycho-neuro-physiologique. Mais surtout désormais on considère que la personne dispose de moyens naturels de traitement et de guérison des traumatismes psychiques, analogues à ceux qui permettent la cicatrisation d'une plaie. Le traitement EMDR en tiendra compte et se servira donc de la stimulation bilatérale alternée (motricité et neurologie), pour relancer ces processus naturels. Ainsi il pourra retraiter des représentations (niveau psychologique) dysfonctionnelles puisque leur évocation entraîne des réactions émotionnelles neurovégétatives (niveau somatique et comportemental) incompatibles et inadaptées avec la situation actuelle du sujet.

#### **LAPAROSCOPIC DEROFING/EXCISION OF SYMPTOMATIC RENAL CYSTS IN IBADAN: INITIAL EXPERIENCE**

<sup>1,2</sup>Takure AO, <sup>1,3</sup>Afuwape O, <sup>1,2</sup>Adebayo SA, <sup>2</sup>Chibuzo IN,  
<sup>1,2</sup>Olaopa-Olapade EO, <sup>1,2</sup>Okeke LI, <sup>1,2</sup>Shittu OB

#### **Affiliation:**

<sup>1</sup>Department of Surgery (Division of Urology), College of Medicine, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria

<sup>2</sup>Department of Surgery (Division of Urology), University College Hospital, Ibadan, Nigeria

<sup>3</sup>Department of Surgery (Division of Gastrointestinal Surgery), University College Hospital, Ibadan, Nigeria

**Background:** The routine use of abdominal ultrasound scan and computed tomographic (CT) scan in the investigation of abdominal symptoms has increased the detection of asymptomatic renal cysts. Symptomatic renal cysts are eminently suitable for treatment through laparoscopic approach. We report our initial experience with the laparoscopic treatment of symptomatic renal cysts in Ibadan.

**Results:** A total of 4 patients were treated between June and October, 2015. There were 2 males and 2 female. The mean age was 61.25 (age range, 40-75) years. Three of them presented with recurrent left loin pain and one had cough and fever. The comorbid conditions in the patients were hypertension in 3 and peptic ulcer disease in one patient. The complete blood count, electrolyte, urea and creatinine were all within normal limits. Abdominal ultrasound and CT scan showed thin-walled cortical cysts with sizes varying from 3.5cmx4cmx5cm to 9.8cmx8.1cmx7.4cm. All the cysts were in the left kidney, with two each located in the upper pole and middle pole respectively. The mean operating time was 200 minutes (range 180-225). The estimated blood loss was 20-80mls. All four patients had laparoscopic transperitoneal deroofing and excision of the renal cortical cysts. The postoperative period was uneventful and all were discharged on the second day after surgery.

**Conclusion:** laparoscopic deroofing/ excision of simple renal cysts is feasible and safe in our environment. Period of hospital stay for the treatment of symptomatic simple renal cysts after surgery is short.

**Keywords:** symptomatic renal cyst, laparoscopic deroofing/ excision, Ibadan

#### **RESECTION/EXCISION LAPAROSCOPIQUE DE KYSTES RENEAUX SYMPTOMATIQUES A IBADAN: PREMIERE EXPERIENCE**

<sup>1,2</sup>Takure AO, <sup>1,3</sup>Afuwape O, <sup>1,2</sup>Adebayo SA, <sup>2</sup>Chibuzo IN,  
<sup>1,2</sup>Olaopa-Olapade EO, <sup>1,2</sup>Okeke LI, <sup>1,2</sup>Shittu OB

<sup>1</sup>Department of Surgery (Division of Urology), College of Medicine, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria

<sup>2</sup>Department of Surgery (Division of Urology), University College Hospital, Ibadan, Nigeria

<sup>3</sup>Department of Surgery (Division of Gastrointestinal Surgery), University College Hospital, Ibadan, Nigeria

**Résumé:** L'utilisation systématique de l'échographie abdominale et de la tomodensitométrie (TDM) dans la recherche des symptômes abdominaux a augmenté la détection des kystes rénaux asymptomatiques. Les kystes rénaux symptomatiques peuvent très facilement être traités par laparoscopie. Nous rapportons notre première expérience de traitement par voie coelioscopique des kystes rénaux symptomatiques à Ibadan.

**Résultats:** 04 patients au total ont été traités entre juin et octobre 2015. Il s'agissait de 02 hommes et 02 femmes. La moyenne d'âge était de 61,25 (tranche d'âge 40 à 75 ans). Trois d'entre eux présentaient une lombalgie récurrente du côté gauche et l'autre avait la toux et de la fièvre. Les comorbidités étaient l'hypertension chez 03 patients et l'ulcère gastroduodénal chez un patient. La numération formule sanguine complète, l'électrolyte, l'urée et la créatinine étaient tous dans les limites normales. L'échographie abdominale et la tomodensitométrie ont montré des kystes corticaux à parois minces avec des tailles allant de 3,5 cm x 4 cm x 5 cm à 9,8 cm x 8,1 cm x 7,4 cm. Tous les kystes étaient dans le rein gauche, avec deux situés chacun respectivement dans le pôle