LE QUOTIDIEN DU CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

MERCREDI 16 NOVEMBRE

N° 1

L'ÉDITO

Contraintes professionnelles et engagement associatif : est-ce vraiment compatible ?

Je n'ai pas le temps ! C'est en général la réponse que l'on obtient à une telle proposition. Il est vrai que la gestion du temps est pour nous tous un casse-tête permanent. Mais c'est doublement dommage que de refuser de s'investir dans d'autres domaines. Dommage pour la collectivité qui en a besoin : Une association ne peut vivre que si ses membres, tous et pas seulement quelques uns, s'y investissent. Ce n'est pas une société de service où l'on vient prendre ce qui nous est utile. C'est un groupe de personnes qui travaillent sur un projet partagé. Chacun y est utile, chacun y a sa place. Si personne n'apporte rien, on y trouvera bien peu de choses. Dommage également pour soi-même, car on passe sans aucun doute à coté d'une opportunité unique, celle de rencontrer d'autres personnes, d'autres points de vue et d'élargir son horizon ; l'opportunité de se remettre en cause et remettre en cause ses certitudes.

Accepter de s'engager, c'est aussi accepter de se former pour pouvoir gérer des problèmes nouveaux et des situations inhabituelles. Il faudra parfois imaginer et inventer des solutions.

C'est l'opportunité de faire émerger des qualités que nous avons, mais inconnues car enfouies en nous-mêmes. Seule la confrontation à de nouvelles situations permettra de les faire émerger et les mettre en lumière. C'est l'opportunité de s'étonner soi-même et d'arriver à se dire *« Je n'imaginais pas, etc. »*.

S'engager c'est aussi libérer du temps. Certes, nous sommes tous très occupés, mais le temps est élastique, dans une certaine limite toutefois. Et nous en avons la preuve chaque jour. Le temps ne se remplit pas de ce que l'on y met, comme un sac que l'on va bourrer, mais bien plus de la conscience de la qualité de ce qu'on y met.

Tout le monde peut s'engager, chacun à son niveau car il n'est bien sur pas question de se lancer dans une mission que l'on sait ne pas pouvoir assumer.

Finalement, c'est la peur de l'inconnu plus que la manque de temps ou de compétence qui explique nos réticences. Et pourtant, l'inconnu est nécessaire pour progresser. Alors allez-y, n'ayez pas peur, l'AFU a besoin de vous. D'autres associations aussi d'ailleurs.

Jean-Pierre Mignard

SOMMAIRE

L'ENTRETIEN D'AILLEURS
Alain Houlgatte, l'enseignement pour tous ..... **p. 01**

ACTUS DU JOUR
AFUF ..... **p. 02**
Symposiums du jour ..... **p. 02**

DOSSIER
Anticoagulants et résection de prostate, une incompatibilité contrôlée ..... **p. 03**

PORTRAIT
Christian Castagnola ou le port étendard ..... **p. 04**

JOURNÉE DES INFIRMIÈRES
Micro-trottoir ..... **p. 04**

SOCIO-PRO
Cancer de la vessie : mal professionnel ..... **p. 05**
Expertise judiciaire : perte de chance ..... **p. 05**

ÉCLAIRAGE
Les clubs ..... **p. 06**

C'PROFESSIONNEL
Prolapsus et incontinence : chirurgie simultanée ou différée ? ..... **p. 07**
Traitements de petites tumeurs rénales ..... **p. 07**

A NE PAS MANQUER
Communications Posters ce jour ..... **p. 08**

A VOIR DEMAIN
3 symposiums ..... **p. 08**

LE CHIFFRE DU JOUR

8 SYMPOSIUMS au Congrès de l'AFU cette année !

Ce sont trois de plus que l'an dernier et la nouveauté, c'est que certains se glissent dans votre programme à l'heure du déjeuner. Aussi, ne laissez pas passer ceux du soir. Quant aux autres, rendez-vous ce jour mercredi 16, jeudi 17 et samedi 19 novembre de 12H45 à 13H45 en salles Havane ou Bordeaux.

L'ENTRETIEN D'AILLEURS

Alain Houlgatte, l'enseignement pour tous

Alain Houlgatte, coordonnateur de la journée internationale francophone, réunit les participants autour des modalités d'enseignement dans les différents pays francophones.

L'enseignement de l'urologie est-il le même partout ?

Alain Houlgatte : La prise en charge des différentes pathologies de l'appareil urinaire est la base commune de l'enseignement des pays francophones. Les moyens pédagogiques sont différents, reposant pour certains sur les nouvelles technologies comme le e-learning et la télémédecine. Cet enseignement peut s'avérer plus difficile dans certains pays à forte densité d'urologues en formation. Cela encourage alors au développement d'une coopération et à l'échange d'expériences entre enseignements francophones.

A quels objectifs cette thématique de l'enseignement veut-elle répondre ?

A. H. : Indépendamment d'un tronc commun d'enseignement, des adaptations s'avèrent nécessaires en fonction des particularités épidémiologiques, économiques voire de santé publique de certains pays émergents. C'est le cas notamment au Sénégal où la prise en charge des fistules vésico-vaginales prend une place particulière, ou au Maroc où la pathologie lithiasique occupe une place prédominante.

Dans quelle mesure l'AFU s'engage-t-elle dans cet enseignement francophone ?

A. H. : Un véritable partenariat avec l'AFU a permis une réorganisation de l'enseignement de l'urologie au Cambodge comme en témoigne le Pr Kouch. Certaines initiatives personnelles individuelles peuvent être également soutenues par l'AFU dans le cadre de projets pédagogiques francophones communs d'enseignement.

Propos recueillis par Astrid Charlery

RENDEZ-VOUS

Journée Internationale Francophone, 08H30 – 11H00, salle Havane

AFUF : « Croisons davantage les spécialités »

L'association française des urologues en formation (AFUF) veille à adapter l'acquisition des savoirs aux évolutions des pratiques en urologie. Entre initiatives nouvelles et identification de carences : petit état des lieux.

Au rang des nouveautés figure la création d'un groupe AFUF permettant à ses membres de participer aux congrès internationaux et plus particulièrement à celui organisé par l'European Association of Urology (EAU). L'association renforce également sa présence sur Internet avec la refonte de son site et la diffusion d'une application téléchargeable sur Apple Store, déjà adoptée par 450 urologues. Sont également parues des publications de l'AFUF sur le syndrome de *"Burn-out"* chez les urologues en formation, sur la démographie du post-internat et sur l'intérêt pour la neuro-urologie. On peut aussi mentionner le développement de nouveaux modules de formation accessibles aux membres de l'association, dont les ateliers de prescription aux JOUM (Journées d'Onco-Urologie Médicale) ou une nouvelle formation sur l'hormonothérapie. Le rapprochement avec l'oncologie médicale fait partie des enjeux de la nouvelle génération d'urologues. *« Il faut un investissement plus grand en oncologie médicale qui reste optionnelle dans notre cursus d'internat. Les semestres hors spécialité ne sont pas encore suffisamment variés. Nous observons aussi des convergences nouvelles avec des spécialités comme la radiologie interventionnelle ou l'aide à la procréation. Voilà des champs d'expertise où nous manquons d'investissement »,* souligne Thomas Bessede, président de l'AFUF. *« Il faut également arriver à maîtriser les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), afin de pouvoir prendre toutes les grandes décisions pour nos patients »,* complète-t-il.

Des rapprochements avec la gynécologie ou la rééducation fonctionnelle font également défaut notamment pour ce qui a trait à la statique pelvienne et à la neuro-urologie. Thomas Bessede insiste sur cette nécessité de croiser les spécialités.

Pierre Derrouch

RENDEZ-VOUS

Journée de l'AFUF, 9H30 – 17H00, salle 342ab

Symposium Astrazeneca : de l'hormonothérapie au robot, 70 ans d'évolution en urologie

A chaque époque ses innovations : en 2011 les robots déploient plus largement leurs bras dans l'espace opératoire ; 70 ans plus tôt, la médecine assistait à l'avènement de l'hormonothérapie. Ce symposium illustre l'enrichissement permanent de l'arsenal thérapeutique en urologie.

Ce symposium entend rester objectif sur les bénéfices et limites de la chirurgie urologique robotisée en proie à un fort engouement. Un praticien hospitalier et son homologue libéral croiseront leur expérience sur les modalités d'acquisition d'un robot mais aussi la formation pour les utilisateurs et l'enseignement à la technologie pour les internes.

Personne ne conteste l'une des avancées majeures proposée par cet équipement : sept degrés de liberté pour les bras articulés là où le poignet humain se limite à trois. Aux Etats-Unis, 70 % des prostatectomies sont réalisées par robot, reléguant la coelioscopie au rang de curiosité médicale.

Mais, cette domination outrageuse est-elle le fruit d'un savant lobbying de l'unique constructeur du robot ou la magistrale démonstration de sa supériorité ? Débuts de réponse durant ce symposium qui reviendra sur l'efficacité et les progrès d'une autre arme thérapeutique plus conventionnelle, l'hormonoradiothérapie.

En effet, de récentes études valident un concept déjà ancien, montrant notamment la potentialisation de l'efficacité carcinologique de la radiothérapie associée à l'hormonothérapie. Seront également présentées quelques nouveautés comme la notion de miniflare dans le traitement des cancers de prostate résistant à la castration. Une raison supplémentaire d'assister à cette session.

P. D.

RENDEZ-VOUS

12H45 – 13H45, salle Havane

Symposium Ferring : le traitement hormonal intermittent du cancer de la prostate, de la théorie à la pratique

Quand poursuivre ou interrompre (On/Off) un traitement hormonal pour cancer de la prostate ? Tel sera le fil rouge de ce symposium.

C'est la première fois qu'un symposium de l'AFU est consacré au concept de traitement intermittent. *« Pendant longtemps, seules étaient disponibles des études rétrospectives éparses non randomisées. Or, un certain nombre d'études récentes prospectives et randomisées soulignent la place du traitement hormonal intermittent dans la prise en charge du cancer de la prostate »,* explique Marc Zerbib, président du symposium.

Une enquête réalisée en 2011 par l'AFU s'est attachée à connaître les pratiques des urologues sur le sujet : Qui a recours à ce traitement ? Selon quelles modalités ? etc.

Les bases théoriques physiopathologiques du traitement intermittent seront rappelées durant ce symposium.

A partir des études cliniques les plus récentes, une mise au point sera présentée apportant les éléments de preuve de l'efficacité de cette modalité thérapeutique.

Enfin, après un face-à-face *« pour ou contre »*, les indications potentielles du traitement intermittent seront précisées.

P. D.

RENDEZ-VOUS

17H00 – 18H30, salle Havane

Anticoagulants et résection de prostate, une incompatibilité dépassée et bien contrôlée

La prescription de plus en plus régulière d'anticoagulants et d'antiagrégants plaquettaires force les urologues à une réflexion sur la prise en charge globale des candidats à une résection endoscopique de la prostate. Les risques et les coûts engendrés pèsent dans la discussion cardiologue, anesthésiste et chirurgien. Cependant, la chirurgie laser pourrait faciliter la prise en charge de ces patients.

Une décision d'intervention tripartite, urologue-anesthésite-cardiologue, pour une vision commune : les meilleures chances pour le patient.

« Prévention primaire, prévention secondaire ou traitement à long terme, la population masculine de plus de 50 ans sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires ne cesse d'augmenter », explique Grégoire Robert. Ce constat conduit l'urologue à s'interroger sur les modalités de prise en charge chirurgicale de l'HBP : Quand ? Avec quelle technique ? Quelle prise en compte des autres pathologies et traitements ? Dans quel cadre pluridisciplinaire ?

Prise en charge complexe des patients sous anticoagulants oraux

La résection transurétrale de la prostate (RTUP) est une intervention à risque hémorragique intermédiaire. On constate qu'un tiers des patients opérés d'une RTUP est sous traitement d'anticoagulation orale (AO). Or, on sait que cette prescription pose plusieurs difficultés dans la période péri-opératoire. En effet, la poursuite de l'AO sans relais ni interruption est risquée du point de vue hémorragique et son interruption majore le risque thrombotique ou embolique.

La concertation cardiologue-anesthésiste-chirurgien est devenue le pivot d'une réflexion pluridisciplinaire. Ainsi, chaque fois que cela est possible, il est conseillé d'interrompre brièvement l'AO et de la reprendre dans les heures qui suivent l'intervention. *« Il est aussi possible dans certains cas de remplacer ponctuellement du plavix par de l'aspirine »*, ajoute encore l'urologue. Une fois tous les éléments en main, *« l'urologue est au centre de la décision interventionnelle car il est le seul à pouvoir faire la synthèse entre les risques hémorragiques et cardiovasculaires, la nécessité d'une intervention et la technique employée[1] »*.

> ***« Prévention primaire, prévention secondaire ou traitement à long terme, la population masculine de plus de 50 ans sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires ne cesse d'augmenter. »***
>
> Grégoire Robert

Arguments en faveur du laser

Au regard du nombre croissant de patients sous anticoagulants et des risques qu'ils encourent en passant au bloc opératoire, les urologues et les industriels ont développé de nouvelles techniques chirurgicales comme le laser. *« La chirurgie laser de l'HBP a permis une amélioration de la sécurité des patients sous anticoagulants*, rapporte Grégoire Robert. *On a aujourd'hui le recul et les arguments suffisants pour pouvoir proposer cette technique à des patients sous aspirine »*. Le laser provoque moins d'accidents hémorragiques, voire quasiment pas de transfusion. Les pertes sanguines *per* opératoires sont presque nulles et le post opératoire a été énormément simplifié par ces techniques.

Astrid Charlery

(1) Progrès en urologie (2009) 19, 517-523
© Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés (2009)

RENDEZ-VOUS

Etat de l'art n°3, 15H30 – 15H45, salle Havane

Prise en charge multidisciplinaire obligatoire

Point de vue de Michèle Ceddaha, anesthésiste à l'Hôpital Saint-Joseph à Paris : *« Aujourd'hui, les recommandations de la SFAR bordent cette prise en charge des patients. Confrontés à ces cas, nous orientons quasi systématiquement nos patients vers la technique du laser. Nous remplaçons aussi ponctuellement le plavix par de l'aspirine. Par contre, il nous faut parfois enquêter et solliciter le cardiologue, car des patients ne savent pas quel type de stents on leur a posé, sachant que le stent actif est une vraie contre-indication à l'arrêt du plavix, avec 40 % de risque de décès si le malade fait une thrombose. En revanche, ce sont ces nouvelles molécules, ces antiagrégants oraux qui nous replongent dans l'incertitude. L'urologue va devoir apprendre à les reconnaître et à les gérer, sans doute même dans les cas de biopsies de prostate ! »*

Regard du Dr François Picard, cardiologue, CHU de Bordeaux : *« Les recommandations européennes de cardiologie (2010) cadrent la prise en charge péri-opératoire des patients sous antiagrégants ou anticoagulants. Et les cardiologues sont conscients de la complexité et de l'évolution des stratégies et de la gêne occasionnée pour les chirurgiens. Aussi, les échanges téléphoniques ou écrits entre spécialistes sont incontournables. Ces échanges sont valables dans les deux sens : l'urologue et l'anesthésiste doivent se renseigner auprès du cardiologue, mais le cardiologue avant toute intervention ou décision de traitement doit interroger son patient pour savoir s'il doit subir une intervention programmée… Il en tirera alors les conclusions stratégiques selon les priorités »*.

Christian Castagnola ou le porte-étendard

Christian Castagnola est responsable du Comité d'Ethique et de Déontologie. Il assume son nouveau rôle avec conviction.

Il aimerait que ce portrait serve la notoriété du Comité… Sa requête sonne comme une évidence tant le personnage met son enthousiasme au service de ce groupe. Christian Castagnola souligne d'ailleurs que l'AFU est l'une des rares associations médicales à s'être dotée de ce comité, un argument en faveur d'une meilleure reconnaissance de son activité. *« L'éthique et la déontologie, nous les servons au quotidien, avec nos patients, nos collègues, mais il faudrait clarifier nos objectifs, les rendre plus lisibles et perceptibles. Réfléchir et insister sur l'éthique, c'est important »*. Un mélange de recherche intellectuelle et de mise en pratique loin des grands mots, c'est l'art et la manière pour Christian Castagnola de faire vivre ce Comité d'Ethique et de Déontologie.

Elu membre du Conseil d'administration de l'AFU l'an dernier, il avait proposé sa candidature pour ce Comité, se targuant d'un projet neuf. Il est alors élu à sa tête en janvier 2011, à l'unanimité. *« À 48 ans, le temps est arrivé de rendre à l'AFU ce que l'association m'a donné »*, explique l'intéressé. Mais, il n'a pas choisi pour son engagement le comité le plus scientifique.

Son choix d'implication n'étonne pas son ami d'internat, Renaud Vautherin : *« C'est un homme qui a toujours été attaché au respect des bonnes pratiques et qui peut s'insurger devant des situations de*

"concurrence équivoque" ». S'il peut être véhément, c'est parce qu'il a du caractère. *« La maturité lui donne toute légitimité pour cette fonction au sein du Comité. C'est un homme de conviction, libre mais raisonnable »*.

Xavier Cuvillier est membre de ce Comité. Il soutient Christian Castagnola dans sa démarche d'éthique et de déontologie. *« Retrouver les fondamentaux de ce Comité et aller plus loin, dans une réflexion plus éthique empreinte d'humanisme, c'est la touche Castagnola »*, explique Xavier Cuvillier. Élargir le cercle et donner à ce Comité ses lettres de noblesse, c'est aussi le but de son responsable. Pas encore de table ronde ou de forum dédiés cette année au congrès, mais une ou deux participations qui vont permettre à l'homme du Comité d'Éthique et de Déontologie de semer une certaine parole.

Astrid Charlery

> *« L'éthique et la déontologie, nous les servons au quotidien, avec nos patients, nos collègues, mais il faudrait clarifier nos objectifs, les rendre plus lisibles et perceptibles. Réfléchir et insister sur l'éthique, c'est important. »*
>
> Christian Castagnola

Micro-trottoir

« Que représentent pour vous les Journées des infirmières au sein du congrès de l'AFU ? »

> Véronique Pescio Roussel, IDE chirurgie, CH de Pontoise

C'est un lieu d'actualisation de nos connaissances et d'échanges entre infirmières, médecins mais aussi avec les entreprises de dispositifs médicaux. Ce rendez-vous annuel est un moment phare pour se former et rester à la pointe, en termes de bonnes pratiques et de recommandations.

> Laurence Ville, IDE en consultation, CHU de Nîmes, DIU, référente en Urologie

Ce congrès, c'est un déplacement en équipe. Cadre infirmier et chef de service nous encouragent à nous déplacer pour cette manifestation. D'ailleurs, on tire au sort pour départager les heureuses congressistes. Le programme répond à nos besoins infirmiers et j'aime l'ambiance des ateliers qui sont des lieux de partage et d'échange de pratiques.

> Brigitte Tondre, IBODE, CHU de Besançon

C'est un épanouissement professionnel et relationnel. Formatrice infirmière de bloc et passionnée de recherche, je viens aussi en tant qu'intervenante. Les échanges avec mes collègues sur l'organisation des services ou sur les pratiques sont alors très enrichissants. Seul hic : je sors du champ classique du plan de formation et il n'y a pas de budget. C'est un laboratoire qui m'a sponsorisée.

Délégation de tâches, c'est pas gagné

Deux cadres infirmiers soulignent le flou qui existe encore dans ce domaine. Témoignages.

« La délégation de tâches concerne essentiellement les infirmières en consultation, rapporte Francine Bueb, CHU de Nîmes. *En effet, chez nous, en hospitalisation, il y a toujours un relais médical en la personne de l'interne. Mais, en consultation, les infirmières la pratiquent déjà : statique pelvienne et bilan urodynamique font partie de leur quotidien. Dans le service, le médecin accueille le patient, puis l'infirmière prend le relais avant l'interprétation médicale. Ce qui me gêne, c'est que ces tâches ne sont pas déclarées par décret de compétences et, bien sûr, ni reconnues ni valorisées ».*

« La délégation doit s'inscrire dans un cadre structuré, ajoute Chantal Siot, CH de Pontoise, *avec une définition précise des actes et compétences proposés aux infirmières, associée à une formation et une reconnaissance financière et hiérarchique. Des IDE en urologie seraient intéressées pour prendre en charge l'éducation thérapeutique, l'endoscopie ou les épreuves d'urodynamique avec leurs aspects techniques mais aussi leurs valeurs d'interprétation pour que l'infirmière justement ne soit pas qu'une pourvoyeuse de tâches. Cette délégation implique aussi de discuter responsabilité. L'infirmière doit travailler dans un contexte sécurisant où la responsabilité est mesurée et partagée. Aujourd'hui avec la loi HPST, le courant est favorable à cette délégation de tâches, mais les restructurations et la compression des budgets freinent sa mise en pratique ».*

A. C.

Cancer de la vessie : un mal professionnel, aussi

Le nombre de cancers de la vessie pouvant entrer dans le cadre d'une maladie professionnelle reste sous-estimé. Repérage insuffisant par l'urologue et absence de déclaration auprès de l'assurance maladie par le patient sont les causes principales de cette non reconnaissance. Des progrès peuvent être accomplis.

Les produits bitumineux font partie des principaux carcinogènes professionnels pouvant affecter la vessie

Le rapprochement des données enregistrées par les médecins du travail et des enseignements tirés des pratiques quotidiennes par les urologues eux-mêmes aboutit à ce constat : 5 à 25 % des cancers de vessie ayant une origine professionnelle ne sont pas repérés et déclarés comme tels. Les carcinogènes professionnels constituent, avec le tabac, la principale cause de cancer de la vessie. Sont particulièrement exposées les personnes en contact avec les hydrocarbures polycycliques (travaux routiers ou dans l'industrie pétrochimique), les aldéhydes insaturés et les amines aromatiques (peintures, colorants utilisés dans l'industrie textile).

Cet Etat de l'art n° 2 vise à *« faire prendre conscience aux urologues de la nécessité de poser les questions laissant penser à un risque professionnel »*, explique Laurent Guy qui préside cette session. En effet, les urologues n'ont pas toujours le réflexe d'interroger les patients dans ce sens. Et lorsque des expositions à risque sont identifiées, certains patients omettent ensuite de déclarer à l'assurance maladie l'origine professionnelle de leur pathologie. Cette démarche leur ouvrirait pourtant la voie à une meilleure prise en charge par l'assurance maladie, voire à une pension, le cas échéant.

Pour palier l'absence de dépistage systématique du cancer de la vessie en maladie du travail, la Société Française de Médecine du Travail (SFMT), en partenariat avec l'AFU et l'INCA, est en train de finaliser des recommandations. Elles seront diffusées début 2012 et entendent par exemple favoriser la cytologie urinaire régulière pour avoir une évaluation, au lieu de recourir à une méthode invasive comme la cystoscopie. Lorsque les conditions d'une meilleure reconnaissance en maladie professionnelle seront réunies, *« nous devrions certainement couvrir la plupart des tumeurs de vessie qui échappent à cette classification »*, prédit Laurent Guy. *« Pour améliorer cette reconnaissance,* ajoute-t-il, *nous établissons un questionnaire simplifié couvrant les différentes professions exposées »*.

En effet, si le médecin du travail réalise un *curriculum laboris* permettant de définir l'histoire professionnelle d'un sujet pour détecter d'éventuelles expositions à des produits à risque, les urologues n'ont pas la possibilité, lors des consultations, de mener des interrogatoires aussi approfondis. Avec ces nouveaux outils d'aide au diagnostic, ils contribueront à une meilleure identification des cancers de vessie comme maladie professionnelle.

Pierre Derrouch

> *« Pour améliorer cette reconnaissance, nous établissons un questionnaire simplifié couvrant les différentes professions exposées. »*
>
> Laurent Guy

RENDEZ-VOUS

14H45 – 15H00, salle Havane

Forum

Expertise juridique : la notion de perte de chance

Réservé aux urologues experts agréés auprès des tribunaux et membres de l'AFU, ce forum se positionne dans une optique de formation continue pour la pratique de l'expertise. Le thème de cette session 2011 portera sur la notion de « perte de chance » dans sa définition juridique et son application à la pratique de l'expertise.

Quelque 80 urologues, affiliés à l'AFU, fréquentent de plus en plus assidûment l'enceinte des tribunaux de l'Hexagone. En effet, *« depuis l'adoption de la loi Kouchner en 2002 définissant les nouveaux contours judiciaires de l'aléa thérapeutique, les procédures au pénal, au civil et devant les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) des accidents médicaux se multiplient »*, souligne Thierry Piéchaud, responsable du club des experts juridiques de l'AFU. Ce forum donne l'occasion de faire le point sur les évolutions législatives, illustrées par des dossiers pratiques. Un thème particulier fait l'objet d'un traitement approfondi. La notion de perte de chance du patient a, cette année, été retenue. Elle est présentée sous deux aspects : sa définition juridique par le législateur et son application dans la pratique d'expertise médicale jusqu'à l'établissement des conclusions.

Le programme de cette session sera assuré par les Prs Alain Haertig et Brigitte Mauroy, urologues, experts auprès de cour de cassation. L'augmentation des procédures rend-elle les urologues fébriles ? *« Non*, répond le Dr Piéchaud. *Le risque est inhérent à notre activité. Néanmoins, nous informons régulièrement l'ensemble de nos confrères sur la nécessité impérative de respecter l'ensemble des recommandations et guides de pratiques lors de la prise en charge d'un patient. Il faut aussi constituer pour chacun un dossier très complet, avec un compte-rendu détaillé pour chaque étape depuis le premier contact avec celui-ci jusqu'au terme de sa prise en charge. »* Si cette tâche peut apparaître pour certains fastidieuse et chronophage, elle sert le patient mais contribue aussi à protéger les urologues et leur permettre d'aborder l'épreuve de la confrontation de l'expertise avec plus de sérénité.

P. D.

RENDEZ-VOUS Forum des urologues experts auprès de tribunaux, 11H00 – 12H00, salle 343

ÉCLAIRAGE

Huit clubs en réunion

Les réunions concomitantes des Clubs marquent toujours l'ouverture du Congrès de l'AFU. Mais, on ne peut pas se couper en quatre et assister à toutes ces réunions. Alors, si richesse et diversité des approches riment avec sensibilité et intérêt intellectuel, c'est à chacun de faire son panier.

Astrid Charlery & Pierre Derrouch

Club HIFU

Bon anniversaire: Ouvert aux utilisateurs et futurs utilisateurs d'Ultrasons Focalisés de Haute Intensité (HIFU), le club créé en 2002 fêtera bientôt ses 10 ans. Il s'articule cette année autour de trois thèmes : le traitement focal du cancer de la prostate par HIFU, l'organisation du recueil des données en pratique quotidienne, en France et en Europe et un point sur le dossier de remboursement de l'acte HIFU.

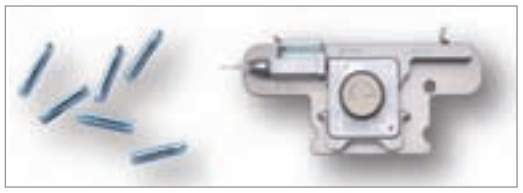
9H30 – 10H30, salle 341

Club de Cryothérapie

Une technique séduisante : Faible agression, préservation maximale des tissus, complications réduites, innocuité des abords, la cryothérapie devient un concurrent très sérieux pour toutes les techniques de chirurgie ablative des tumeurs du rein ou de la prostate. Le club fera le point sur les avantages et limites de la cryothérapie prostatique et reviendra sur le PHRC obtenu en 2010 pour la cryothérapie rénale.

8H30 – 9H30, salle 351

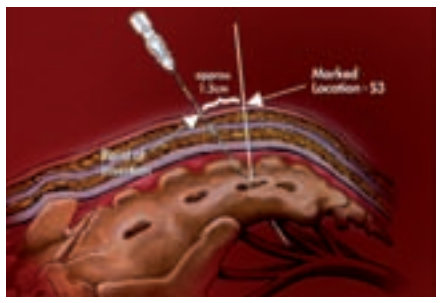
Club Uro-curiethérapie



1400 à 1500 patients en 2010 étaient concernés par la thérapie. L'actualité du club cette année est l'intérêt de l'association curiethérapie et radiothérapie dans les cancers de la prostate de risque intermédiaire, chez des patients non-opérables. Cette alternative radiothérapie/curiethérapie est moins délétère et cependant efficace. Par ailleurs, l'invité du club est le physicien Paul Walker qui donne un éclairage sur l'intérêt de l'IRM biannuel comme aide au diagnostic de la récidive après curiethérapie.

8H30 – 9H30, salle 341

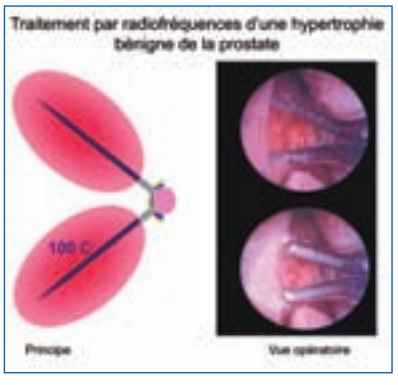
Club de Neuromodulation



Un club qui invite un expert étranger: Stefan de Wachter, urologue hollandais à Maastrict, chercheur sur les voies de la sensibilité vésicale expose l'état de l'art.
En quoi les voies de la sensibilité sont-elles impliquées dans le fonctionnement vésical ? Comment les traitements peuvent-ils agir dessus ?
Le message de ce club est de nourrir la connaissance des 300 urologues qui pratiquent la technique en France, mais aussi d'interpeller ceux, néophytes, qui peuvent en 2e intention guider leurs patients vers cette thérapie.

8H30 – 9H30, salle 343

Club Radiofréquence



Que reste-t-il de ses indications ? La nouveauté technologique est passée, reste son application efficace mais sous-employée dans l'adénome de la prostate. Dans l'hypertrophie bénigne de prostate, la radiofréquence est une alternative aux médicaments chez des patients qui n'ont pas besoin d'être opérés. Mais mal connue, elle n'est utilisée que chez 1 000 malades ; ce chiffre pourrait être multiplié par 3. D'autre part, la cryothérapie a pris le dessus dans les tumeurs du rein : pas d'anesthésie générale, meilleure tolérance et efficace supérieure à la radiofréquence.

8H30 – 9H30, salle 342b

Club Lasers

Classique et innovant: Au menu de ce rendez-vous, du classique avec un point traditionnel sur les nouveautés de l'année (avancées techniques, publications scientifiques et prise en charge par l'assurance maladie) et de l'innovant autour de trois zooms. Au programme, présentation des résultats de REVAPRO, étude française prospective, randomisée et multicentrique comparant la photovaporisation de la prostate à la résection endoscopique ; présentation de Quapella, étude multicentrique de la courbe d'apprentissage de l'énucléation laser par Holmium et histoire de la suspension du laser Dornier Urobeam.

9H30 – 10H30, salle 342b

Club des Implanteurs de sphincter artificiel

C'est un club en marche: Le progrès marque son actualité. Cette année, le sujet est masculin et l'objet de la réunion décline les avancées côté matériel et concept. Le progrès notoire vient de l'implant sphinctérien avec des manchettes plus petites. Cette technologie profite à un plus large spectre de patients. Par ailleurs, des bandelettes sous-uréthrales compressives évoluent aussi, favorisant une meilleure réponse à l'incontinence légère de l'homme. Le Dr Stefan Orth vient d'Allemagne partager son expérience.

9H30 – 10H30, salle 343

Club Robotique

Une percée notoire : La place des robots en urologie est en constante croissance. Le club fera le point sur l'implantation d'appareils dans l'Hexagone, en Europe et dans le monde. Il examinera la pénétration de la robotique selon les spécialités. Ce sera l'occasion de revenir sur la formation inhérente à la technologie, mais aussi son financement et les projets de recherche en cours. *« L'innovation n'est plus aux Etats-Unis »,* se félicite Jacques Hubert.

8H30 – 9H30, salle 342a

Pour ou Contre

Prolapsus et incontinence urinaire d'effort : chirurgie simultanée ou différée ?

11% des femmes atteignant l'âge de 80 ans risquent d'être opérées d'un prolapsus génital. Celui-ci peut être associé à une incontinence urinaire d'effort. Faut-il la traiter dans le même temps que le prolapsus génital ?

Le choix thérapeutique semble aisé lorsque le prolapsus génital et l'incontinence urinaire sont évidents. Mais, *« la décision de traitement est plus difficile lorsque l'incontinence urinaire d'effort est masquée par le prolapsus. Le premier challenge est alors de l'identifier, le deuxième de la traiter ou non »,* souligne Jean-François Hermieu. L'urologue est en effet confronté au danger de démasquer une incontinence d'effort en corrigeant isolément le prolapsus ou de traiter inutilement une incontinence urinaire potentielle avec les risques inhérents. Faute de haut niveau de preuve des nombreuses publications abordant la prise en charge du prolapsus génital associé à l'incontinence urinaire, le débat est loin d'être tranché.

P. D.

RENDEZ-VOUS

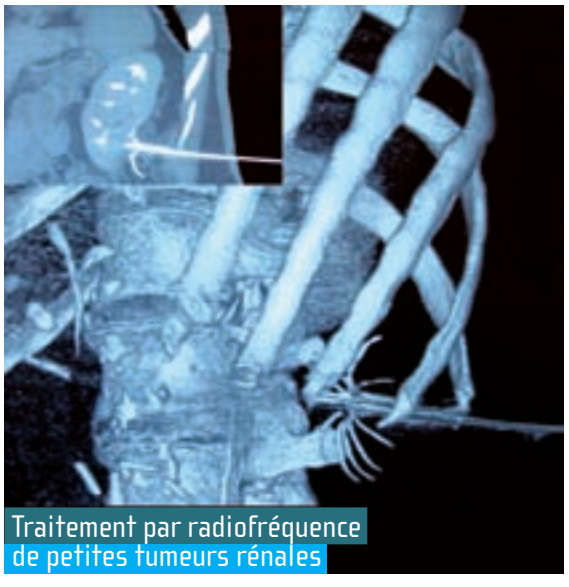
Pour ou contre n°2,
14H30 – 15H00, salle 351

Traitements ablatifs des petites tumeurs du rein : place aux jeunes ?

La cryoablation et l'ablation par radiofréquence des petites tumeurs du rein apportent déjà une réponse thérapeutique pour certains patients à risque. Peut-on élargir les indications aux sujets jeunes ?

L'ablation par radiofréquence ou cryothérapie des petites tumeurs du rein inférieures à 40 mm offre une alternative pour les personnes ne pouvant pas être traitées par néphrectomie partielle qui demeure le traitement de référence. C'est le cas des sujets âgés à forte comorbidité, des insuffisants rénaux ou encore des personnes atteintes de la maladie de Von Hippel Lindau (VHL), à récidives multiples.

Le traitement percutané, sous contrôle d'un scanner ou d'une IRM, constitue avec la chirurgie laparoscopique l'une des voies d'abord privilégiées. Offrant un meilleur contrôle, il semble mieux adapté aux patients à comorbidité lourde. La radiofréquence et la cryothérapie génèrent également moins d'effets secondaires. Peut-on alors envisager d'élargir les indications à des sujets plus jeunes, sans leur faire courir de risque ? *« Il convient d'abord de valider par une observation longue les résultats carcinologiques de ces techniques, en les comparant à ceux de la néphrectomie partielle. Il n'existe en effet pas d'évaluation des marges »,* explique Hervé Lang.



Traitement par radiofréquence de petites tumeurs rénales

P. D.

RENDEZ-VOUS

Pour ou contre n°3,
15H00 – 15H30, salle 351

Brèves

SNCUF : sur tous les fronts

RCP, revalorisation des urgences, secteur optionnel, etc., l'actualité syndicale ne souffre d'aucun répit. Le syndicat national des chirurgiens urologues français ferraille sans relâche avec les tutelles. *« Nous sommes dans une phase délicate pour la chirurgie »*, souligne Benoît Vignes, président du SNCUF. Aucune revalorisation de l'ambulatoire ni de la prise en charge des urgences, notamment diurnes, n'a été approuvée à ce jour. La définition du contour d'un secteur optionnel prévue fin septembre est également restée lettre morte. *« Les attaques contre la part complémentaire de nos honoraires continuent dans le cadre du PLFSS, alors même que le tarif opposable n' a pas été revalorisé depuis la dernière convention il y a 6 ans ! »* Enfin, le problème de la RCP reste crucial. *« Les urologues n'ont pas toujours conscience des risques que fait peser la carence assurantielle au-delà de 10 ans pour les ayants droits alors que parallèlement les niveaux d'indemnisation augmentent fortement, sans compter les limites du plafond »*, alerte B. Vignes. A l'occasion de l'assemblée générale du syndicat, Didier Legeais, spécialiste de la RCP, fera le point au moment où la loi de finance et le PLFSS 2012 relancent le projet de réforme de la RCP. A ne pas manquer.

P. D.

RENDEZ-VOUS

à l'assemblée générale SNCUF,
11H00 – 12H30, salle 342a

AG du Collège : fin d'une ère, encouragement au vote

Bertrand Doré se retire après un double mandat à la présidence du Collège : bilan. La priorité a été de faire face à l'afflux d'internes issus de l'ECN et de maintenir l'ECU : les accueillir comme un atout pour le futur en gardant un niveau d'excellence et d'accessibilité à l'enseignement. Ce double mandat est aussi marqué par la mise en place du *cahier de l'interne* en ligne, outil d'évaluation des stages. Si l'expérience est concluante pour les internes, son intégration auprès des responsables de stage peut être encore améliorée. La rédaction du *référentiel métier* a été aussi l'objet d'un lourd travail coordonné avec des membres du bureau de l'AFU. Enfin, le problème du post-internat sera le sujet-relais entre les deux présidences avec l'étude de la filiarisation des internes d'Urologie.

A. C.

RENDEZ-VOUS

à l'assemblée générale du CFU
12H00 – 13H00, salle 343

A VOIR DEMAIN > Jeudi 17 novembre

Symposium SANOFI à 12H45 Salle Havane

Cancer de la prostate hormono-résistant : innovation et pratique

Où il est question du duo Oncologue-Urologue. Si les nouvelles molécules vont répondre d'une manière plus appropriée aux besoins des malades, la tendance actuelle est au travail multidisciplinaire. Un enjeu de prise en charge où l'urologue doit s'impliquer dans des concertations avec l'oncologue. C'est Michel Soulié qui introduit le symposium avec l'actualité pharmaceutique et l'arrivée de molécules qui agissent sur le cancer de prostate évolué résistant à la castration. Face à l'échec thérapeutique comment freiner ou circonscrire l'évolution de la maladie ? Quand faut-il employer ces médicaments ? Comment articuler la prise en charge du patient entre urologue et oncologue ?

La deuxième illustration de ce rapprochement professionnel se retrouve dans les résultats d'une enquête présentée par Frédéric Thibault et Thibault de la Motte Rouge : 469 urologues et 157 oncologues ont répondu à un questionnaire sur leurs pratiques. Points de vue croisés.

Enfin, un urologue, Laurent Salomon se prêtera au jeu du candide face à une oncologue, Nadine Houédé, dans un dialogue informatif : que devient le patient au moment du passage de relais vers l'oncologie ?

A. C.

Symposium IPSEN à 17H30 Salle Bordeaux

Coup de théâtre : Dr House contre le cancer chronique de la prostate

La prise en charge du patient atteint d'un cancer de la prostate se veut aujourd'hui résolument multidisciplinaire. Stéphane Droupy en président de séance de ce symposium met en scène, façon *Dr House*, le long parcours de soins imposé au malade alors que la pathologie s'installe dans la chronicité.

Ce cheminement, expliqué par Claude Abbou en monologue introductif, est fait de rencontres médicales variées, d'informations multiples mais aussi de dialogues pertinents médecin/patient.

Dans le rôle principal, Stéphane Droupy, en *Dr House*, redirige son patient vers ses collègues surspécialisés. Renaud de Crevoisier, dans la blouse du *radiothérapeute*, confirme les effets collatéraux du traitement. Marie-Hélène Colson, derrière ses lunettes de *sexologue*, propose des solutions alternatives pour assurer un minimum de survie sexuelle au malade. Arnauld Villers tâche de circonscrire les conséquences métaboliques de l'hormonothérapie. En fin de parcours, l'*oncologue* Florence Joly fait son entrée pour annoncer la nouvelle du traitement par chimiothérapie.

Avec humour, les protagonistes se renvoient le patient soulignant, par là, l'intérêt des échanges multidisciplinaires dans une prise en charge globale.

A. C.

Symposium GSK à 17H30 Salle Havane

Le PPS : déchiffrage et modélisation

Il se décline en 3 lettres… Il est obligatoire en oncologie et donc en onco-urologie…

Le *« PPS »*, Parcours Personnalisé de Soins, doit-il se décliner dans d'autres pathologies urologiques ? Interrogations du symposium.

Entré dans l'histoire en 2008 le PPS est un outil de planification des soins et de suivi des patients atteints de pathologies complexes discutées en réunion de concertation multidisciplinaire ; c'est aussi un outil de communication entre professionnels de santé où le médecin traitant a une place centrale. Pour le malade il équivaut à une sorte de *« feuille de route »*.

Lors de ce symposium, sont proposés des modèles de PPS déjà utilisés par des urologues et des oncologues comme le carcinome rénal métastatique. Peut-on imaginer la déclinaison du PPS plus largement en urologie ? C'est à titre d'exemple que la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate est étudiée.

« Mettre en place le PPS n'est pas facile, chronophage, exigeant : il mérite pourtant son entrée en urologie. Ce symposium est construit pour vous aider dans cette démarche », explique Jean-Luc Descotes, le président de ce symposium.

A. C.

A NE PAS MANQUER > Ce jour

Séance de communications posters à 15H30 Salle 342

Zoom sur les nomogrammes

Quelle est la performance réelle des nomogrammes pour la prédiction des résultats positifs des biopsies de la prostate ? Comparaison de 3 nomogrammes validés sur une cohorte prospective de patients français.

Le PSA n'est pas un marqueur spécifique du cancer de la prostate. Dans cette étude, 686 patients français ont été inclus, chacun ayant subi 12 biopsies de prostate. Pour chacun, on a calculé la probabilité d'avoir un cancer en utilisant les 3 nomogrammes : SWOP-PRI (Europe), PCPT-CRC (USA) et le calculateur de risque de l'université de Montréal (Karakiewicz et coll.). Cette étude a montré que les nomogrammes étudiés étaient supérieurs au PSA seul pour prédire le risque d'être confronté à des biopsies positives en cas de PSA anormal. Par ailleurs, le nomogramme de Karakiewicz a prédit le cancer avec une probabilité supérieurs aux nomogrammes du SWOP-PRI et de PCPT-CRC. Toutefois, ces résultats sont moins performants que dans la population d'origine.

A. C.

LE QUOTIDIEN DU CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Directeur de la publication : T. Lebret - **Rédacteurs en chef :** S. Bart, Y. Neuzillet
Coordination et rédaction : A. Charlery, P. Derrouch - **Système graphique :** C'TERRIBLE
Crédit Photo : www.photo-libre.fr - **Imprimé par** RAS

Le journal décline toute responsabilité quant aux manuscrits et photos qui lui sont envoyés. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Tout droit de reproduction réservés © AFU