

110^{ÈME}
CONGRÈS FRANÇAIS
D'UROLOGIE

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE

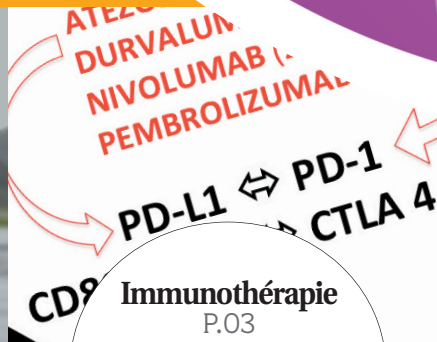
Le Quotidien du Congrès

N°1

MERCREDI
16 NOVEMBRE
2016



Hormonothérapie
P.02



Immunothérapie
P.03



Bien-être
des urologues
P.05



Raac
sans trac
P.07



Symposium
Janssen
P.08

L'ÉDITO DE MARC ZERBIB

PRÉSIDENT DU 110^E CONGRÈS DE L'AFU

Le devoir de participer, la chance de voter



© DR

En médecine, on estime que les connaissances scientifiques doublent tous les cinq ans. L'urologie ne déroge pas à cette estimation. C'est dire l'importance de la formation médicale continue. L'Association française d'urologie (AFU), en organisant son congrès annuel et les différentes réunions scientifiques au cours de l'année, est l'élément moteur de notre formation permanente. Il faut donc une AFU forte et bien structurée, capable de répondre en permanence aux défis que le progrès scientifique exige.

Le 110^e congrès de l'AFU que j'ai l'honneur de présider nous permettra comme chaque année de

parfaire nos connaissances, d'en acquérir de nouvelles tant sur le plan des techniques chirurgicales que sur celui des résultats d'études cliniques qui seront présentés. Cela sera aussi l'occasion de faire le point sur plusieurs sujets traités sous la forme de face-à-face, tables rondes, états de l'art, forums, ateliers...

Tout ceci est possible grâce à notre Association qui relève un à un les défis de notre exercice quotidien. Il faut donc louer les efforts et l'ardeur au travail des élus, tous bénévoles, au Conseil d'administration derrière le Président, le Secrétaire général et l'ensemble du Bureau. Pour avoir participé à l'organisation du 110^e congrès, je peux témoigner de la rigueur et du temps passé par tous nos élus, les membres du Comité d'organisation et du Secrétariat du Congrès qui ont la réussite du Congrès comme unique objectif. Il en est de même tout au long de l'année pour les différentes réunions organisées par l'AFU: JOUR, JITTU, JAMS...

En cette année de renouvellement du Conseil d'administration, je souhaite insister sur l'importance de cette élection afin qu'une équipe forte, disponible et dynamique se constitue pour notre plus grand bien. Alors cher(e)s collègues, votez nombreux pour bien montrer l'importance que vous donnez à la vie démocratique de notre association. Bon congrès à toutes et à tous.

L'ENTRETIEN D'AILLEURS

Urologues français, engagez-vous dans l'EAU !



© DR

L'AFU a, cette année, invité l'European Association of Urology, l'EAU. Entretien avec Christopher Chapple, son secrétaire général.

Quels messages venez-vous porter auprès des urologues français ?

Au cours de ma conférence, je vais traiter de la question importante de l'hypoactivité vésicale et de ses symptômes. Dans mon exposé, je couvrirai

(suite p. 2)

SÉANCE INTERACTIVE

Dysurie après cure d'incontinence urinaire de la femme

La cure d'incontinence urinaire d'effort peut se compliquer d'un trouble de la vidange vésicale. Du-

rant cette séance seront abordés, au travers de cas cliniques et d'une discussion avec les participants, les moyens de détecter les situations à risque, de choisir les stratégies les plus adaptées pour éviter la survenue d'un trouble de vidange après cure d'incontinence et de le traiter s'il survient malgré tout.

rendez-vous



14^{H00}-15^{H00}
Salle 341

La pelvi-périnéologie passe à l'ambulatoire

Définie par une durée d'intervention inférieure à 12 heures, la chirurgie ambulatoire en plein essor concerne de plus en plus de disciplines médicales et davantage d'actes de haute technicité. Illustration avec la pelvi-périnéologie.



La pelvi-périnéologie est un parfait exemple de l'évolution de la chirurgie ambulatoire dans la pratique quotidienne des urologues. Ce mode de prise en charge exige une sélection des patients, une technique chirurgicale et anesthésique adaptées ainsi qu'une continuité des soins irréprochable. Cette table ronde aborde les gestes simples comme la chirurgie de l'incontinence urinaire mais également des techniques plus complexes comme la cure de prolapsus par voie basse ou la promontofixation cœlioscopique. Pour chaque intervention sont recensés les critères d'éligibilité des patients, les trucs et astuces techniques chirurgicales autorisant la prise en charge ambulatoire, les critères de sortie et les modalités de la continuité des soins. P.D.

rendez-vous Table ronde n°3



15^H15-15^H45
Amphi Havane

le diagnostic et l'épidémiologie de ces troubles ainsi que les options de traitement actuellement disponibles. Je viens par ailleurs transmettre à l'AFU notre souhait d'une plus grande implication des urologues français dans l'European Association of Urology. L'EAU considère l'AFU comme l'une des principales associations urologiques en Europe. Il est important que les collègues français deviennent membres de l'EAU et s'impliquent dans les activités de l'association afin qu'ils puissent davantage participer à la gestion de l'association.

Qu'est-ce qui vous a conduit à vous engager au sein de l'Association Européenne d'Urologie ?

Je travaille depuis de nombreuses années à l'Association Européenne d'Urologie, à la fois au sein de l'École européenne d'urologie et comme responsable des activités éducatives. Je me sens fortement engagé envers l'association, pour soutenir ses principaux objectifs en matière d'éducation, suivre les derniers développements en urologie et fournir un aperçu clair de l'*evidence based medicine* à travers les recommandations. L'objectif principal de l'association est

de promouvoir la pratique basée sur des preuves et la plus efficace pour l'urologie en Europe ainsi que d'élever le standard de l'urologie à travers l'Europe.

En tant que chef de l'Association Européenne d'Urologie, j'ai la chance d'avoir un certain nombre de collègues talentueux qui travaillent non seulement au sein de l'exécutif et du conseil d'administration, mais aussi dans les multiples bureaux de l'association pour atteindre ces objectifs.

Selon vous, le Brexit peut-il avoir un impact sur les échanges entre les urologues anglais et français ?

Pour moi, le Brexit conduit à une situation très lamentable que la majorité des urologues et autres collègues professionnels du Royaume-Uni ne soutiennent pas. Je ne pense pas que cela aura un impact significatif sur l'interaction entre les britanniques, français et autres urologues européens. La politique n'entre pas en ligne de compte dans la pratique clinique, pas plus que dans notre association, et en tant qu'urologues nous sommes collègues et continuerons à interagir sur cette base.

Propos recueillis par
Pierre Derrouch

BIO EXPRESS

Christopher Chapple,
Secrétaire général de l'EAU

Consultant en chirurgie urologique au Sheffield Teaching Hospital (Grande-Bretagne) et professeur invité à l'Université Sheffield Hallam, Christopher Chapple s'intéresse particulièrement à la reconstruction fonctionnelle du tractus urinaire inférieur et à ses mécanismes de contrôle pharmacologique.

Ancien directeur de l'École européenne d'urologie et Secrétaire général adjoint de l'Association Européenne d'Urologie, il est aujourd'hui Secrétaire général de cette dernière.

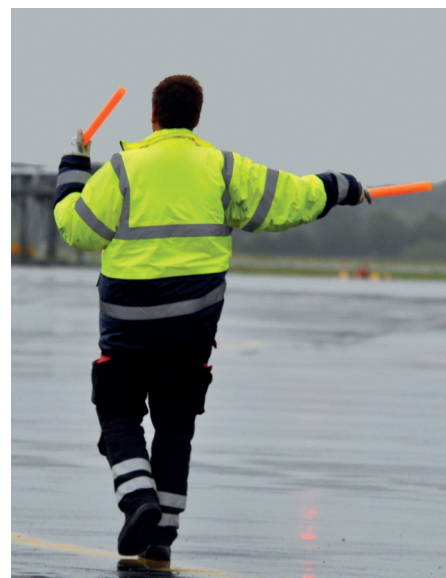
Rédacteur en chef de la revue *Neuro-urology and urodynamics* et participant au comité éditorial de plusieurs revues dont le *British journal of urology*, il est également membre actif de nombreuses associations et sociétés urologiques internationales.

Christopher Chapple a co-écrit plus de 300 articles dans des revues à comité de lecture et rédigé plusieurs livres et chapitres de livres.

Mieux piloter la gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie

Du cancer de la prostate localisé au cancer résistant à la castration, l'hormonothérapie est aujourd'hui présente à tous les stades de la maladie, avec son corollaire d'effets secondaires.

Les modes d'administration et la durée du traitement hormonal sont deux facteurs à prendre en considération pour la survenue des effets secondaires. Mais pas seulement. Les comorbidités du patient doivent être intégrées à cette prise en charge. La castration n'est pas sans incidence sur des patients souffrant de troubles métaboliques, osseux, cardiaques ou cognitifs. « *Les urologues, qui sont les principaux prescripteurs d'hormonothérapie, doivent être vigilants à tous ces facteurs, afin de gérer au mieux les effets secondaires et d'adresser le patient à un spécialiste, selon les per-*



turbations engendrées », explique Michel Soulié qui anime cet état de l'art. Il est important d'avoir un réseau de spécialistes pour ajuster la prise en charge et essayer de prévenir ces effets indésirables. Des conseils pratiques seront délivrés à l'occasion de cette session.

P.D.

rendez-vous État de l'art n°6

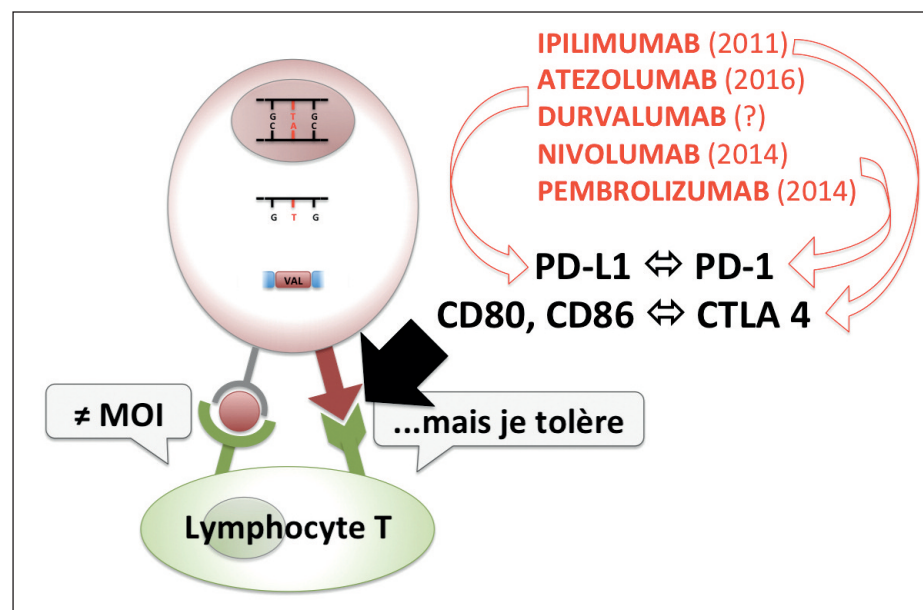


15^H-15^H15
Amphi Havane

Cancer du rein et de la vessie : les voies de l'immunothérapie

Dans les cancers du rein et de la vessie, l'immunothérapie fait émerger de grandes perspectives. Tout n'est pas acquis, mais les premiers résultats sont prometteurs avec une bonne tolérance aux traitements et des espoirs de rémissions durables à la clef.

Réveiller le système immunitaire des patients pour qu'ils « s'auto-soignent » est un pari audacieux auquel les spécialistes veulent croire. Le postulat de départ repose sur l'hypothèse d'une reconnaissance par le système immunitaire de la dangerosité de la cellule cancéreuse. « *Le cancer fait en sorte de ne pas se trouver dans un contexte de vigilance immune, explique Yann Neuzillet, de telle sorte que le système, ne reconnaissant pas la cellule comme étant anormale, se met en tolérance* ». Par l'action de molécules qui interagissent entre elles (PD1/PDL1, CTLA4/CD80-86), la tolérance immune est instaurée. De nouvelles thérapies permettent de les inhiber : une fois la tumeur à nouveau reconnue comme dangereuse, le système immunitaire la détruit. « *L'immunothérapie en oncologie est un sujet à la mode depuis quelques années* », fait remarquer Géraldine Pignot. Cette action sur le micro-environnement et l'immunité est déjà bien connue dans certains cancers. « *Elle connaît un regain d'intérêt dans les cancers du rein et de la vessie. Les anticorps monoclonaux comme Nivolumab ont prouvé leur efficacité en*



Contre-indications et inconnues

Si la tolérance à l'immunothérapie est plutôt bonne, elle ne peut être proposée à tous les patients. L'immunothérapie est proscrite chez les patients atteints de maladies auto-immunes car, en levant les mécanismes d'inhibition du système immunitaire, elle risquerait de causer des poussées de ces maladies. À ces contre-indications s'ajoute le coût de l'immunothérapie. Les protocoles en cours s'étalent sur plusieurs mois, à

raison d'une dose tous les deux à trois semaines sachant qu'il faut compter plusieurs milliers d'euros par dose. Ainsi, la sélection des patients est importante et priorité sera donnée aux plus répondeurs. Des biomarqueurs ont été développés par les industriels afin de faciliter la détection des patients prioritaires.

Projections

Efficace et globalement bien tolérée par les patients, l'immunothérapie

Plus une cellule cancéreuse a une charge mutationnelle importante, plus les protéines anormales qu'elle exprime sont nombreuses.

- Le système immunitaire veille théoriquement à la destruction des cellules présentant de telles protéines anormales. Cependant, les interactions entre la cellule cancéreuse et son microenvironnement aboutissent plus fréquemment à un phénomène de tolérance immune.

- Les molécules clés de ce phénomène de tolérance ont été identifiées et des inhibiteurs spécifiques ont été développés.

- Le couple récepteurs/ligand PD1/PD-L1 est celui sur lequel se concentrent les principaux essais cliniques en cours.

CANCERS DE VESSIE ESTIMATION 2012

11 965
NOUVEAUX CAS

2416 9549

4 772 DÉCÈS

25% 75%

TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ
1 CHEZ LA FEMME 4,9 CHEZ L'HOMME

25% DES CANCERS DIAGNOSTIQUÉS SONT DES CANCERS INFILTRANTS

17% SONT DES CANCERS NON-INFILTRANTS AU DÉPART ET LE DEVIENDRONT

50% DES CANCERS INFILTRANTS RÉCIDIVENT

2^e ligne chez des patients atteints de cancers du rein métastatiques et nous attendons les résultats des études en 1^{re} ligne », précise G. Pignot. Moins avancée que dans le cancer du rein, l'immunothérapie est actuellement testée en 2^e ligne dans les cancers de la vessie. Après l'Interféron et l'Interleukine, de nouvelles molécules destinées à booster le contrôle immunitaire antitumoral voient le jour.

CANCERS DU REIN ESTIMATION 2012

11 573
NOUVEAUX CAS

3 792 7 781

3 957 DÉCÈS

33% 67%

TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ
1,4 CHEZ LA FEMME 4 CHEZ L'HOMME

enthousiasme. Mais Y. Neuzillet pondère : « *Nous ne connaissons pas encore avec précision les doses nécessaires pour une efficacité prolongée de ces traitements. Les protocoles thérapeutiques sont encore balbutiants et les patients ne bénéficient pas tous d'une réponse prolongée et complète* ». Malgré tout, l'immunothérapie est un traitement pourvoyeur de réponses complètes et une efficacité prolongée serait plus fréquente qu'avec les autres traitements. G. Pignot porte un regard optimiste sur l'avenir. Elle rappelle que des combinaisons et des associations avec d'autres traitements sont d'ores et déjà étudiées.

Vanessa Avrillon

rendez-vous

État de l'art n°15
Jeudi 17 nov.



12H15-12H30
Amphi Bordeaux

Instillation endovésicale des TVNIM, ce qu'il faut savoir

L'instillation endovésicale des TVNIM mobilise de plus en plus les infirmières dans le cadre de la délégation de tâche. Formation et information sont essentielles pour sécuriser le geste.

Fréquent en urologie avec plus de la moitié des urologues pratiquant la cancérologie, le traitement des tumeurs vésicales non infiltrant le muscle (TVNIM) par instillation endovésicale n'en demeure pas moins à risque. Ce traitement peut être réalisé par chimiothérapie à base de mitomycine C ou par immunothérapie avec le BCG. Tout passage de la chimiothérapie hors de la vessie peut causer des nécroses tissulaires. Lorsque l'instillation repose sur une BCG thérapie endovésicale, une dissémination sanguine expose à une bactériémie. Le traitement comprenant plusieurs instillations (8 au minimum pour la mitomycine C, 6 pour le BCG), la parfaite maîtrise du geste est déterminante. Les urologues peuvent déléguer ce geste aux infirmières. Une responsabilité lourde pour ces dernières, demandeuses d'informations et conseils. C'est tout le sens de cette session de la Journée de l'infirmière qui avait lieu mardi. « *Même si la théorie est bien connue par les infirmières, l'accompagnement est important* », souligne Yann Neuzillet, coordonnateur des échanges. Un rendez-vous qui a distillé quelques bons trucs et astuces indispensables pour une instillation réussie.

P.D.



© Uzhursky - Fotolia

Brigitte Nedelec,

Cadre infirmière responsable de l'unité d'endo-urologie dans le Service d'urologie de l'Hôpital Foch, Suresnes

« Bien informer le patient »



© DR

« L'instillation endovésicale des TVNIM ne présente pas de difficultés particulières, le seul obstacle étant la présence d'une infection urinaire. Cette intervention est fréquente dans le service. Nous en réalisons 15 à 20

par semaine. Chaque patient suit une cure de 6 instillations hebdomadaires, avec possibilité de sursoir d'une semaine si besoin.

Nous informons les patients de l'utilité du traitement pour prévenir les récurrences après résection mais aussi des possibles effets secondaires comme l'apparition d'un syndrome grippal avec augmentation de la température ou encore de sensations de cystite. Le produit qui agit comme un détergent superficiel des parois de la vessie, avec une durée d'action d'une semaine, génère une desquamation et des dépôts en fond de vessie. Ces derniers peuvent causer des infections urinaires. Nous indiquons aux patients que ces effets secondaires varient d'un individu à l'autre, en fonction de la sensibilité de la vessie. »

Propos recueillis par P.D.

Emmanuelle Blanc,

infirmière en endoscopie, Service d'urologie de l'Hôpital Foch, Suresnes

« L'importance de la formation »



© DR

« L'introduction d'une sonde dans la vessie pour réaliser l'instillation

endovésicale des TVNIM nécessite une technique particulière. Des précautions doivent être prises pour éviter de léser l'urètre. La formation au geste est primordiale pour accomplir une instillation dans de bonnes conditions et mettre le patient en confiance, ce qui va ensuite permettre de mener à bien une cure complète de 6 instillations.

Si nous sommes préparées à la technique durant nos études, nous avons peu d'occasions de la mettre en pratique durant notre formation initiale. Rien ne remplace le compagnonnage au sein d'un service. Une vingtaine de réalisations du geste sont nécessaires pour sa parfaite acquisition, sous contrôle d'une infirmière expérimentée. »

Propos recueillis par P.D.

ZOOM SUR...

ECN sur tablette : une évaluation des étudiants beaucoup plus précise

Les Épreuves classantes nationales se déroulent désormais sur tablette. Une grande avancée nous explique Alain Ruffion, président du Collège français des urologues.

De quelle façon avez-vous accueilli cette nouvelle modalité de passage des épreuves ?

C'est une mini-révolution, une innovation presque mondiale. Très peu d'épreuves sur tablettes ont été tentées sur un nombre aussi important de candidats (autour de 8 000 !). L'ensemble des étudiants a pu passer les dernières épreuves sur un format numérique. Cette technique permet une grande rapidité de correction (entre 10 et 15 jours) et également l'évaluation de très nombreuses connaissances du fait du très grand nombre de questions.

Qu'apporte la tablette par rapport à l'évaluation écrite ?

L'évaluation du niveau des étudiants est beaucoup plus précise car ils peuvent



© DR

être testés sur la totalité des matières médicales. La finesse d'analyse du niveau des étudiants est donc supérieure. Le seul inconvénient que l'on pourrait reprocher au format numérique est qu'il

ne permet pas de réponse écrite puisque toutes les questions sont sous un format de QCM. Mais dans la mesure où les candidats s'entraînent dès la troisième année de faculté, ils sont bien mieux préparés qu'avant à ce format.

Quels développements pourront voir le jour ?

Dans les années à venir, des questions rédactionnelles corrigées par ordinateur pourraient arriver. C'est un système d'évaluation plus proche de la pratique clinique quotidienne. Le format numérique permet de réaliser par exemple des simulations de consultation. Et les tablettes affichent des photos de très grande qualité. À terme, il sera possible de proposer aux candidats des cas cliniques avec des vidéos. Les

étudiants seront testés sur leur capacité à décrypter les symptômes à partir de l'entretien avec un patient acteur. Nous avons appris ce que pouvait apporter ce mode d'évaluation dans la formation initiale. Nous allons pouvoir utiliser cette technique dans la formation continue en construisant des cas cliniques plus complexes. Le passage des épreuves sur tablette va permettre de faire progresser l'évaluation théorique des internes mais également celle des urologues plus chevronnés.

V. A.

rendez-vous



AG du CFU

12^H00-13^H00
Salle 343

SOCIO-PRO

Le bien-être des urologues, cheval de bataille du SNCUF

Comment dépister l'épuisement professionnel et surtout, comment l'éviter ? Le SNCUF souhaite venir en aide aux urologues en souffrance.

Surmenage, manque de reconnaissance, déshumanisation de la pratique... les urologues sont de plus en plus touchés par le syndrome d'épuisement professionnel. Le *burn-out* atteint indifféremment les praticiens exerçant en libéral ou à l'hôpital. Confrontés à des responsabilités de chefs d'entreprise ou de dirigeants associatifs, les libéraux assument désormais une multiplication de tâches administratives, une pression médico-légale et fiscale sans précédent associées au manque de reconnaissance de patients à l'attitude consumériste. Les hospitaliers, quant à eux, font face à l'instauration de procédures de contrôles et de protocoles innombrables et asservissants. La surcharge de travail qu'ils doivent assumer dans le cadre de la permanence des soins est oppressante et ils souffrent d'une déshumanisation



© Coloures-pic - Fotolia

complète de l'activité hospitalière. Ainsi, à la souffrance physique consécutive au surmenage s'ajoute une immense souffrance morale conduisant de plus en plus souvent au *burn-out*. La profession toute entière est en danger et le Syndicat na-

tional des chirurgiens urologues français, le SNCUF, a pris la mesure d'une situation qu'il est nécessaire de redresser rapidement. « *Le syndicat a des moyens économiques et humains, des savoir-faire, des compétences qu'il peut mettre au*

profit des urologues en souffrance », fait remarquer Didier Legeais, président du SNCUF, bien décidé à ne pas rester les bras croisés. Il a conscience de l'urgence à instaurer des procédures de dépistage et une politique d'entraide pour ses confrères, afin de palier cette crise de reconnaissance morale qui mène à l'effondrement des professionnels. La mise en pratique des décrets de la loi Touraine, et notamment pour les libéraux du tiers-payant obligatoire, ne devraient pas arranger la situation. Conflits et incertitudes risquent malheureusement de perdurer...

V. A.

rendez-vous



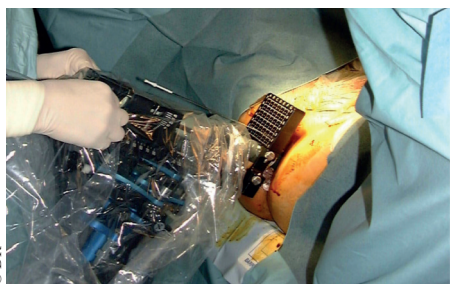
AG du SNCUF

11^H00-12^H30
Salle 342b

ÉCLAIRAGE

Une actualité très clubs

Club uro-curiethérapie



Trois sujets au programme du club dirigé par Luc Cormier :

- le positionnement de l'hypofractionnement, évolution de la radiothérapie externe dans le cancer de la prostate, par rapport à la curiethérapie. Christophe Hennequin explique les fondements de cette technique, notamment le rapport alpha/beta qui dicte les principes de radiobiologie et de toxicité ;
- les difficultés d'analyse des biopsies de la prostate après radiothérapie ou curiethérapie avec Gaëlle Fromont anatomopathologiste au CHU de Tours ;
- une revue de la littérature sur la concurrence entre curiethérapie et radiothérapie externe, sur la possible explication immunitaire à l'effet rebond et sur la faisabilité de la curiethérapie de rattrapage après échec de curiethérapie.

rendez-vous



9^H30-10^H30
salle 341

Club de la chirurgie de la verge et des implants péniers

Si la plupart du temps la chirurgie de l'implant pénien est simple, des difficultés per et post-opératoires peuvent apparaître ainsi que des complications. « *Celles-ci sont rares voire très rares* », indique Antoine Faix qui coordonne le club. Seules 3 % des interventions donnent lieu à une infection. En termes de longévité de l'implant, la littérature fait de état de 10 % de reprises à 10 ans et 25 % à 15 ans. « *Il convient néanmoins de savoir gérer les problèmes survenant pendant ou après la pose* », souligne A. Faix. Des experts de la chirurgie de la verge et prothétique viennent partager leurs trucs et astuces pour faire face à ces impondérables.

rendez-vous



8^H30-9^H30
salle 341

Club Hifu

Un programme focalisé sur... l'HIFU donc, pour ce club piloté par Pierre Conort : Pascal Rischmann présente la synthèse de l'étude « héli-ablation » permettant d'initier les indications d'un traitement partiel de la prostate. Gilles Pasticier et Roland Van Velthoven donnent les conduites à tenir lorsque le contrôle carcinologique est imparfait. Olivier Rouvière montre comment utiliser le contrôle immédiat de l'efficacité par échographie de contraste avec le Focal One®, pour l'évaluation du traitement des parties les plus latérales de la zone périphérique. Sébastien Crouzet rapporte les temps forts du congrès de Focal Therapy de juin 2016 à Durham. Patrick Coloby et Albert Gelet dressent un rapide point sur l'étude HIFI et sur un protocole d'évaluation du traitement focal dont l'ensemble des utilisateurs des HIFU est très demandeur.



rendez-vous



8^H30-9^H30
salle 351

Club robotique

De la formation dans l'air... C'est le thème majeur de cette session. La formation délivrée par la société Intuitive pour son robot Da Vinci étant insuffisante, une équipe de Chambéry présente le DU multidisciplinaire d'acquisition réflexe des gestes sur robot par lequel les praticiens de l'établissement se sont formés. « *Cet apprentissage est fondamental pour fluidifier l'intervention chirurgicale* », explique Jacques Hubert à la tête du club robotique qui met par ailleurs le cap sur l'aéronautique. Un instructeur sur Mirage 2000 vient présenter le *team training* et la procédure de communication verbale sécurisée transposable au robot. Egalement inscrit au plan de vol de la rencontre, un panorama de l'actualité robotique avec l'arrivée en point de mire des concurrents du Da Vinci.



rendez-vous

9^H30-10^H30
salle 343

Club de cryothérapie

Les fortes morbidités inhérentes à la chirurgie en traitement de rattrapage des échecs de radiothérapie pour le cancer de la prostate ouvrent la voie à d'autres stratégies locales non ablatives dont la cryothérapie. La session du club rappelle le cadre optimal de ce traitement efficace, avec un taux de survie à 5 ans > 90%. Elle rapporte par ailleurs les données encore fragmentaires autour des ultrasons focalisés, autre traitement alternatif d'apparition plus récente. Ce rendez-vous

ne se concentre par uniquement sur la théorie. « *Il s'attache aussi à ce qui se passe dans la « vraie vie », avec la présentation d'une cohorte toulousaine de 35 patients ayant reçu un traitement du cancer de la prostate par cryothérapie* », annonce Bernard Malavaud qui coordonne ce club.

rendez-vous



9^H30-10^H30
salle 351

Club de neuromodulation sacrée

Organisé par l'AFU, avec le soutien de Medtronic, le programme du club de neuromodulation se concentre sur le parcours de soin. « *Organiser le suivi, améliorer l'évaluation des périodes de test et d'implantation sont des préoccupations de tous les centres, aussi bien au plan humain que médical pur* », indique Emmanuel Chartier-Kastler qui dirige ce club. Seront discutées à cette occasion les propositions d'approches d'aide au suivi et à l'organisation indépendante de l'industriel, sans négliger toutefois les objectifs nécessaires de qualité pour un dispositif médical implacable. Autres temps forts : une revue des dernières nouvelles du registre observationnel prospectif Sounds (promotion Medtronic) dont les inclusions sont achevées ainsi que des échanges sur les innovations techniques à venir ou les dernières publications pour la neuromodulation en urologie.

rendez-vous



8^H30-9^H30
salle 342a

Club lasers



Point d'évaluation scientifique au club lasers animé par Olivier Traxer, le rendez-vous se veut pratique-pratique. Une première partie est dédiée au traitement des calculs et tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure, avec des conseils d'utilisation et d'optimisation des fibres à usage numérique ainsi que la présentation d'une évaluation des applications tissulaires du laser (incision, coagulation), assortie de données de paramétrage (énergie, fréquence, durée d'impulsion). Une seconde partie est consacrée au traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par laser Holmium et ses complications possibles d'incontinence ainsi qu'à la présentation du Green Lep, technologie concurrente encore peu répandue en France.

rendez-vous



9^H30-10^H30
salle 342b

EXERCICE PROFESSIONNEL

RAAC sans trac

Destinée à favoriser le rétablissement précoce d'un patient opéré, la récupération améliorée après chirurgie, la RAAC, est au cœur du premier forum d'exercice professionnel du congrès 2016. Aux urologues de l'adopter.

Inciter les urologues à utiliser la RAAC et les aider à sa mise en œuvre de manière pragmatique, tels sont les objectifs de ce forum. « *Les progrès chirurgicaux des prochaines années sont à attendre du modèle anglo-saxon de « péri-opérative care » dont la RAAC est la synthèse* », rappelle Gilles Cuvelier, un des animateurs de la session.

Pour mieux appréhender la pertinence d'un tel programme, Pascal Alfonsi, anesthésiste-réanimateur, président du groupe de travail RAAC à la Haute autorité de Santé (HAS) et membre du Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE), expose les points essentiels de la note d'orientation très argumentée émise en juin dernier par la HAS sur la RAAC. Des éclairages complémentaires sont apportés par Paul-Louis Evrard qui dévoile les



© Hans Spilner / Flickr

résultats d'une enquête de pratique sur la cystectomie à laquelle ont participé plus de 250 urologues. Nadine Houédé, cancérologue au CHU de Nîmes et Alexandra Masson-Lecomte présentent quant à elles le programme Orace, à l'initiative du

Comité de Cancérologie de l'AFU (CCAFU).

L'AFU en première ligne

Pour promouvoir et encadrer la RAAC, l'AFU s'est associée à d'autres sociétés savantes (SFAR, GRACE,

SFNEP, GETUG, GENULF) et à de nombreux représentants de patients stomisés ainsi qu'au Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) afin de produire des recommandations de bonnes pratiques sur la « récupération améliorée après cystectomie d'indication neurologique et carcinologique avec remplacement ou urostomie ». L'AFU a prévu de s'intéresser ensuite à la prostate et au rein.

Les changements de pratique envisagés dans le cadre de la cystectomie sont présentés par Jean-Louis Blache, anesthésiste et Grégoire Poinas.

P.D.

rendez-vous



Forum d'exercice professionnel 1

9^H30-11^H00 Salle 342a

C'PROFESSIONNEL

L'expertise médicale : une protection pour les urologues

Comment se prémunir contre les risques de judiciarisation de l'exercice médical ? En maîtrisant les rouages du devoir d'information et, pourquoi pas, en devenant expert.

Depuis l'arrêt Cousin de 1997, la jurisprudence a très nettement évolué vers un durcissement du devoir d'information des patients. En renversant la charge de la preuve, l'arrêt Cousin reconnaît un préjudice moral en cas de défaut d'information du patient. La loi stipule qu'il appartient désormais au médecin de fournir la preuve qu'il a transmis une information loyale et éclairée à son patient, qu'il lui a présenté l'ensemble des risques liés à un acte médical ou chirurgical. Dans leur pratique quotidienne, les urologues sont donc en devoir de fournir à leurs patients des explications claires sur les complications per et post-opératoires possibles. Quant au courrier préopé-



© Frank Wagner - Fotolia

ratoire, il doit comporter la mention : « J'ai informé le patient des risques » liés à tel ou tel acte. En cas de litige avec le patient, ce courrier constituera un élément de preuve que l'information a été correctement communiquée. Ainsi, maîtriser parfaitement la juris-

prudence permet de se protéger si le patient engage une procédure. En faisant de l'expertise, l'urologue apprend à adapter son exercice quotidien aux attentes du législateur. Il maîtrise l'ensemble des risques et les moyens de s'en prémunir.

Devenir expert

Il est recommandé de passer son DU de réparation du préjudice corporel, l'urologue peut choisir d'être expert judiciaire ou expert d'assurance. Il est conseillé de choisir sa voie au préalable. L'expert judiciaire est nommé par un Tribunal de Grande Instance et par les commissions de conciliation et d'indemnisation établies par la loi du

4 mars 2002. Il existe ainsi une liste nationale d'experts médicaux. Les prochaines générations de médecins vont devoir affronter des risques nouveaux, prévient Brigitte Mauroy, co-organisatrice avec Thierry Piéchaud et Alain Haertig de ce forum des experts près les tribunaux. « *La tarification nous contraint à développer la chirurgie ambulatoire. En obligeant les patients à quitter l'hôpital très rapidement après un acte et en ne développant pas correctement la prise en charge au domicile, nous faisons courir aux patients des risques indéniables. Les pouvoirs publics n'ont pas encore pris la mesure de ces risques* ». Aux médecins donc, de prendre les devants.

V.A.

rendez-vous

Forum des experts près les tribunaux



10^H45-12^H00
salle 343

À NE PAS MANQUER CE JOUR

Janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Symposium Janssen

Cancer de la prostate : quoi de neuf en 2016 ?

Ce symposium présidé par Alexandre de la Taille a pour but de revoir toutes les nouveautés sur le cancer de la prostate rapportées au cours des congrès de l'année 2016 et surtout de discuter leurs places dans les pratiques quotidiennes des urologues.

Concernant le cancer localisé et localement avancé, un focus est proposé sur la surveillance active, avec les critères d'inclusion et d'éligibilité. Sont également présentés les résultats préliminaires du traitement focal par HIFU (protocole Focal One) et les données d'essais de phase 3 de Tookad, la place de la radiothérapie dans la prise en charge de ces cancers ainsi que le traitement multimodal pour les cancers localement avancés à haut risque.

Pour le cancer de la prostate métastatique et résistant à la castration (CaPmRC), il est question des nouvelles cibles thérapeutiques : les inhibiteurs de PARP incluant toute la

famille des agents ciblant la réparation de l'ADN (« DNA-repairs ») et l'activité des « check point » inhibiteurs avec le pembrolizumab qui annoncent l'arrivée des agents ciblant l'immunité dans la prise en charge du CaPmRC. Sont également exposés deux essais d'évaluation de doses et de qualité de vie de la chimiothérapie qui ont été présentés à l'ESMO (Firstana [docetaxel vs cabazitaxel] et Proselica [cabazitaxel 25 vs 20 mg/m²]) ainsi que le rôle de la corticothérapie et ses modalités de prescription.

Quant à la biologie du cancer de la prostate, un point est fait sur le rôle du variant d'épissage ARV7 dans la résistance aux nouvelles hormonothérapies, le gène PTEN, la stratification de la réponse au traitement par inhibiteur d'AKT en fonction du caractère muté ou non de ce gène, ainsi que les caractéristiques des cancers de la prostate BRCA2.

P.D.

rendez-vous



17^H00-18^H30
Amphi Havane

Calculs rénaux, les apports de l'imagerie per-opératoire



Planche iconographique d'aide à la reconnaissance endoscopique des calculs rénaux.

L'imagerie endoscopique permet aujourd'hui de mieux connaître la classification morpho-constitutionnelle de calculs rénaux, avant leur photovaporisation.

L'urétéroscopie souple a désormais rejoint la lithotritie pour le traitement des calculs rénaux en France. Elle permet l'obtention d'images endoscopiques numériques dont la qualité étiologique n'est pas exploitée par les urologues. L'examen des calculs se fait majoritairement après photovaporisation, par analyse spectrophotométrique infrarouge des fragments. « Cette analyse des fragments et de la poudre de calcul n'est fiable qu'à 80 %. Le typage morphologique visuel à partir des images numériques permet lui une connaissance étiologique plus fine des calculs », explique Vincent Estrade qui a piloté l'étude « La reconnaissance endoscopique des calculs rénaux : validation des premières images per-opératoires ». Il milite pour que ses confrères modifient leurs pratiques :



rendez-vous
Communication orale n°27
14^H50-15^H30 - Salle 342a

Parcours de soins en urologie des blessés médullaires, la base de données du SNIIRAM livre ses secrets

Première du genre en urologie, une étude sur le parcours de soins urologiques des blessés médullaires met en lumière les pratiques des urologues.



bre 2012 porte sur 66 patients entrés en ALD20 « paraplégie » pendant la période d'étude, avec comme critère principal la ré-hospitalisation pour complication urologique. « L'étude permet de décrire le parcours de soins de ces malades pendant cette période à partir de données administratives », explique C. Guillot-Tantay qui a réalisé ses observations sous la direction de Stéphane Bahrami, médecin de santé publique, au sein de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, en partenariat avec le Centre d'Investigation Clinique de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches. À deux ans post-consolidation, le taux de complications urologiques relevé est de 25,5 % soit 40 % des patients ré-hospitalisés. D'autres données à venir, et... à discuter.

P.D.

rendez-vous Communication orale n°32



14^H40-14^H50
Salle 342 b