ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

111e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

DOSSIER DE PRESSE

SPÉCIAL 111ÈME CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

CONFÉRENCE DE PRESSE
DU CFU 2017
CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
16 NOVEMBRE 2017

CONTACT PRESSE LauMa communication • *Laurent Mignon* • *Laurie Marcellesi*
01 73 03 05 24 • laurie.marcellesi@lauma-communication.com • @laumacom

SOMMAIRE

RAPPORT DU CONGRÈS p.3

« Les traitements ablatifs in situ en urologie »
Pr Xavier Cathelineau,
Chef du Département d'Urologie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris,
Pr Afshin Gangi,
Chef du service de Radiologie interventionnelle, CHU Strasbourg,
Pr Hervé Lang,
Service d'urologie, CHU de Strasbourg

PROLAPSUS : LES RECOMMANDATIONS DU CUROPF p.8

À chaque femme la chirurgie qui lui convient
Pr Jean-Nicolas Cornu,
CHU de Rouen

Y A-T-IL UN PHARMACIEN DANS L'AVION ? p.11

Pharmacien et urologue, un binôme de plus en plus important pour la qualité des soins apportés au patient
Dr Marc Géraud,
Chirurgien-urologue, Compiègne

À PROPOS p.13

RAPPORT DU CONGRÈS

« Les traitements ablatifs *in situ* en urologie »

Pr Xavier Cathelineau, *Chef du Département d'Urologie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris,*
Pr Afshin Gangi, *Chef du service de Radiologie interventionnelle, CHU Strasbourg*,
Pr Hervé Lang, *Service d'urologie, CHU de Strasbourg*

Les "traitements ablatifs in situ" ou "traitements ablatifs focaux" sont apparus il y a une dizaine d'années. Utilisés pour éradiquer des tumeurs de petite taille du rein ou de la prostate, ils semblent extrêmement prometteurs. Toutefois, il importe de les évaluer de manière rigoureuse afin de bien cerner leurs indications, réfléchir à la meilleure organisation des soins possible et promouvoir des formations adaptées.

Le rapport annuel de l'Association Française d'Urologie permet habituellement de faire le point sur les bonnes pratiques dans une pathologie. Cette année, le document se présente plutôt comme **un point d'étape sur un sujet en cours d'évaluation**. L'équipe d'experts réunis autour des Professeurs Xavier Cathelineau, Afshin Gangi et Hervé Lang, s'est penchée sur l'utilisation des traitements ablatifs dans les cancers localisés du rein et de la prostate.

De quoi parle-t-on ?

Les thérapies ablatives désignent toutes les **méthodes non chirurgicales visant à détruire une tumeur :** chaleur, froid, lumière, radioactivité… Les tissus altérés vont ensuite se nécroser puis être éliminés naturellement. Les traitements ablatifs comme la curiethérapie existent depuis plus de 30 ans. Les ultrasons focalisés (HIFU), qui détruisent les tissus par la chaleur, ont de leur côté été mis au point à la fin des années 90.

Ces traitements ont initialement été utilisés comme **alternative à la chirurgie totale de la prostate** (exérèse de l'organe entier).
Depuis une dizaine d'années, de nouvelles indications ont vu le jour : les tumeurs localisées du rein ou de la prostate. On parle alors de **"traitements ablatifs focaux ou "traitements ablatifs in situ".**

Dans le cas des **tumeurs prostatiques**, ces nouvelles approches permettent de conserver une demi prostate ou même de ne détruire qu'un « quadrant ». Pour le **rein**, ces thérapies ablatives sont proposées dans certains cas, **à la place d'une chirurgie conservatrice**. **Elles ciblent des tumeurs de moins de 4 cm.**

"*L'enjeu est de savoir si ces traitements focaux ont une efficacité carcinologique équivalente à la chirurgie conservatrice et s'ils vont prendre un essor important du fait d'une amélioration du bénéfice patient (fonction rénale, douleur, complications…)*", explique le Pr Hervé Lang.

Le rapport 2017 vise donc à faire un point d'étape sur ces approches qui pourraient, dans les années à venir, entraîner une véritable "révolution" de la prise en charge du cancer localisé de la prostate ou du rein.

Deux organes, deux approches

- Le **cancer du rein** représente 2 à 3 %[1] des tumeurs malignes de l'adulte, soit 8 500 cas par an environ. La **chirurgie est le traitement de référence** (chirurgie totale ou chirurgie conservatrice selon la taille et l'agressivité de la tumeur). Plus de la moitié des patients sont âgés de plus de 70 ans et présentent des comorbidités. Pour ces patients fragiles – et si la tumeur est de petite taille –, il pourrait être intéressant de proposer une méthode moins invasive que la chirurgie.

Deux thérapies ablatives focales sont proposées pour ces petites tumeurs du rein : la **cryothérapie focale et la thermoablation par radiofréquences.** L'une et l'autre peuvent être réalisées **en percutané** (introduction des sondes ou aiguilles sous contrôle radiologique) ou **par cœlioscopie** (réalisation de petites incisions pour passer des trocarts). Les interventions sous cœlioscopie sont effectuées par des urologues, les techniques percutanées par des radiologues interventionnels.
Ces interventions se réalisent habituellement sous anesthésie générale légère mais des équipes proposent – notamment pour la voie percutanée – une neuroleptanalgésie, voire une anesthésie locale.

- Pour la prostate, le panel des énergies est beaucoup plus large. À côté de la **cryothérapie** et des **radiofréquences** (HIFU), l'urologue peut proposer la **curiethérapie focale** (insertion de grains radioactifs dans une zone de prostate), mais aussi la **thérapie photodynamique ou PDT,** qui utilise l'énergie de la lumière pour détruire les cellules cancéreuses, ou encore l'**électroporation irréversible (IRE),** une méthode qui mobilise de puissants champs électriques pour créer de petits trous dans la membrane des cellules malades. Autre alternative, la thermothérapie par laser interstitiel. D'autres méthodes sont en cours de développement.

"*Différence majeure avec le rein, toutes ces méthodes, à l'exception de la curiethérapie, sont entre les mains de l'urologue, mais, comme pour le rein, elles doivent être réalisées en partenariat étroit avec le radiologue*", précise le Pr Xavier Cathelineau.

Un principe séduisant, une validation difficile

Dans le principe ces méthodes ablatives focales sont séduisantes. Elles sont **peu traumatisantes, efficaces, rapides et peuvent être proposées à des patients fragiles**. Dans les faits, leur évaluation est délicate.

En néphrologie, il existe des études comparant l'utilisation de ces techniques à la chirurgie partielle du rein. Toutefois, "*la revue de la littérature n'est pas claire*", note le Pr Lang. *"On y trouve de **nombreux biais** qui vont de l'hétérogénéité des populations traitées au manque de résultats anatomopathologiques*". Lorsqu'un urologue procède à une **chirurgie du rein**, il

[1] *http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/cryotherapie-des-tumeurs-renales-par-approche-laparoscopique.html*

enlève la tumeur et fait réaliser une **analyse complète des éléments prélevés** (type de tumeur, agressivité tumorale…).

Dans le cas d'un traitement ablatif, il est impératif d'effectuer des biopsies avant le traitement car une fois celui-ci terminé, les tissus se nécrosent et il n'est plus possible de procéder à une quelconque analyse des tissus.
Or, l'examen de la littérature montre que de nombreuses études faites sur les thérapies ablatives dans le rein incluent des cas sans biopsie ou avec des résultats anatomo-pathologiques non contributifs : "*on ignore donc si on a traité une tumeur bénigne ou maligne*", précise le Pr Lang.

Autre biais : **après une chirurgie conservatrice, non seulement on analyse la tumeur mais aussi ses marges.** On sait donc si les marges sont saines et si toute la tumeur a bien été enlevée. A contrario, après un traitement ablatif, seul le résultat radiologique permet d'évaluer l'efficacité de l'intervention !
"*Dans ces études il n'y a presque jamais de « double lecture »",* regrette le Pr Lang. "*Souvent, c'est le radiologue qui a traité le patient qui analyse le résultat de ce même traitement".*
Pour éviter une telle situation, le CHU de Strasbourg a mis en place un PHRC pour le traitement du cancer du rein. "*Nous avons demandé une double lecture du traitement ablatif, par le radiologue qui a fait le geste et par une tierce personne expérimentée*". Ce type de protocole devrait être la règle.
Dernière limitation : les suivis dans la littérature sont dans l'ensemble inférieurs à 5 ans. Seules quelques études proposent des résultats allant jusqu'à 8 ans.

Pour la prostate, "*il est plus facile de monter des études prospectives car les urologues sont présents sur l'ensemble de la chaine",* constate le Pr Lang. Il est également plus simple de réaliser des biopsies de contrôle après l'intervention. L'arrivée des traitements focaux s'est néanmoins heurtée à une réalité médicale : la prostate présente la particularité d'être atteinte par des **cancers multifocaux**. "*On a longtemps considéré qu'il n'était pas raisonnable de traiter un seul foyer"*, explique le Pr Xavier Cathelineau. "*Que le traitement soit chirurgical ou ablatif, il était donc toujours global"*. Ainsi limitait-on le risque de passer à côté d'une lésion susceptible de disséminer.
Le développement de l'**IRM multiparamétrique a changé la donne.** Les systèmes de fusion d'image (IRM et échographie) permettent aujourd'hui de diagnostiquer avec beaucoup de précision la localisation, la nature et l'agressivité des différentes tumeurs. *"L'IRM est aujourd'hui capable dans plus de 90 % des cas de détecter des cancers significatifs",* souligne le Pr Cathelineau.

SI l'IRM aide à repérer les zones suspectes, il est alors possible de réaliser des **biopsies ciblées** afin d'identifier le foyer principal de la prostate (celui qui est le plus agressif et qui a le plus haut potentiel de dissémination). L'urologue peut ensuite détruire cette zone par des traitements ablatifs et opter pour une "surveillance active" du reste de la glande. "*Le développement de cette imagerie a été une révolution dans la prise en charge du cancer de la prostate*", selon le Pr Cathelineau.
Si cette approche paraît très séduisante, on manque toutefois de recul pour évaluer le risque de survie sans rechute. **Comme pour le rein, les études comportent de nombreux biais**. "*On observe une grande hétérogénéité dans la sélection des patients, la méthode utilisée et l'énergie employée*", observe le Pr Cathelineau. Des études complémentaires sont nécessaires.

Pistes d'avenir ?

Il semble à ce jour que les traitements focaux soient des traitements d'avenir tant pour la prostate que pour le rein. Pour la prostate, qui se situe au carrefour des fonctions urinaires et sexuelles, l'enjeu est de taille : il s'agit de limiter les effets secondaires des traitements globaux. *"Notre objectif est d'avoir la même efficacité carcinologique avec moins d'effets adverses",* précise le Pr Cathelineau.

Pour le rein, ces traitements sont actuellement proposés à des patients ne pouvant pas bénéficier du traitement de référence (chirurgie conservatrice), patients âgés avec des comorbidités contre-indiquant l'acte chirurgical. À terme, si ces interventions se révèlent comparables à la chirurgie conservatrice, l'enjeu serait de les **proposer à des patients plus jeunes et en bon état général.**

À plusieurs conditions :

*"Il faut créer des **binômes urologue / radiologue interventionnel** pour prendre en charge les cancers du rein",* estime le Pr Lang. "*C'est un enjeu fondamental*". Ainsi les techniques pourront-elles s'affiner, se confronter et être efficacement et sereinement évaluées. C'est d'ores et déjà ce que le CHU de Strasbourg a choisi de faire. Le Pr Hervé Lang et le Pr Afshin Gangi – également coauteur du rapport 2017 de l'AFU – travaillent de conserve. "*Je vois en premier lieu les cancers du rein et si l'indication de thérapie ablative apparaît pertinente, je propose à mes collègues de radiologie interventionnelle de se joindre à moi dans le cadre d'une consultation commune. À l'urologue, en tant que cancérologue d'organe, d'orienter la prise en charge des petites tumeurs du rein : chirurgie conservatrice si faisable, surveillance active si raisonnable, traitement ablatif si souhaitable. Au radiologue interventionnel de présenter la technique et les risques de cette alternative thérapeutique. Le patient devra être conscient également que le résultat carcinologique ne sera déterminé que par l'absolue nécessité du suivi au mieux par IRM* ", souligne le Pr Hervé Lang.

L'urologue est donc le pivot mais **l'approche multidisciplinaire** est de plus en plus importante en cancérologie. La décision doit être prise en collaboration avec les autres acteurs, notamment le radiologue interventionnel et l'anatomo-pathologiste dans le cadre des Réunions de Cancérologie Pluridisciplinaire.

Un autre enjeu crucial est celui de la **formation**. Face à une probable augmentation des indications et donc un accroissement du nombre de cas à traiter, il faudra développer des formations pour que les urologues puissent s'investir dans ces thérapies ablatives, notamment pour les approches percutanées, actuellement uniquement réalisées par les radiologues. Le développement des **salles hybrides**, associant un bloc opératoire et des techniques d'imagerie puissantes facilitera l'accès de ces technologies à de nombreux praticiens. Il conviendra de s'assurer que les utilisateurs, quelle que soit leur origine, aient pu bénéficier de l'ensemble des formations requises.

La collaboration va bien au-delà, elle devra se définir à l'échelon du territoire. Une organisation doit se mettre en place au niveau des établissements de santé et des tutelles.
*"Il faudra travailler en réseau pour **offrir sur un territoire le panel le plus large possible de techniques** afin que chaque patient puisse être soigné de la façon la plus adaptée."* précise le Pr Cathelineau.

En chiffres

- Le cancer du rein est le 3ème cancer urologique après le cancer de la prostate et celui de la vessie. Il représente 2 à 3 % de l'ensemble des tumeurs. Son incidence a augmenté de 30 %[2] en 15 ans.
- 20 à 30 % des tumeurs du rein pourraient être concernées par le développement de ces techniques.
- Avec environ 55 000 nouveaux cas par an, le cancer de la prostate est le premier cancer masculin.
- 20 à 25 % des tumeurs de la prostate (celles qui sont localisées, de bas risque mais avec un volume tumoral significatif ou de risque intermédiaire) pourraient être candidates à ces traitements.

[2] *http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/destruction-par-radiofrequence-des-tumeurs-du-rein-note-technique.html*

PROLAPSUS : LES RECOMMANDATIONS DU CUROPF

À chaque femme la chirurgie qui lui convient

Pr Jean-Nicolas Cornu, *CHU de Rouen*

Une femme sur deux souffrira un jour ou l'autre d'un prolapsus. Dans certains cas, les symptômes associés nécessiteront une prise en charge chirurgicale. Afin de limiter le risque de complications, les indications doivent être bien posées et les techniques chirurgicales adaptées. Alors que ces interventions sont sous le feu de l'actualité, l'AFU a souhaité faire le point.

Le prolapsus, communément appelé "**descente d'organes**" est un trouble fréquent chez les femmes, en particulier en **seconde partie de vie**. Il traduit le **vieillissement des tissus de soutien, le relâchement du vagin et l'affaissement des organes pelviens** (utérus mais aussi vessie, urètre, rectum) qui descendent parfois jusque dans le conduit vaginal. On estime qu'une femme sur deux en souffrira, tout spécialement à partir de la cinquantaine. Néanmoins tous les prolapsus n'entraînent pas de symptômes, loin s'en faut. Seule une minorité – ceux qui handicapent les femmes – doit être traitée.

Quelles sont les méthodes proposées ?

La **rééducation** est efficace pour lutter contre certains symptômes associés, comme l'incontinence urinaire. En revanche, pour soulager un prolapsus symptomatique, l'impact de la rééducation reste modeste. Il n'y a donc **pas tellement d'alternatives à la chirurgie**. Cette chirurgie se fait selon deux voies d'abord, l'une transabdominale, l'autre transvaginale.

Quels sont les avantages de chaque technique ?

- **La voie transabdominale** est habituellement réalisée sous coeliochirurgie. *"On implante une prothèse entre le vagin et la vessie et / ou entre le vagin et le rectum. Puis on fixe cette prothèse en haut et en arrière, au "promontoire", sur le ligament en avant de l'os rachidien. Ainsi les parois antérieures et postérieures du vagin sont-elles maintenues en position anatomique*", explique le Professeur Jean-Nicolas Cornu, coordonnateur du CUROPF (Comité d'Urologie et de Périnéologie de la Femme) de l'AFU. Il peut y avoir des complications spécifiques (douleurs, hématomes, érosions, infections…) comme pour toute chirurgie, mais depuis plus de 15 ans qu'elle est pratiquée, cette intervention reste globalement satisfaisante.

- **Pour la voie vaginale**, la technique classique et ancienne consiste à ouvrir le vagin le long du prolapsus et réaliser une réparation avec des fils. Le chirurgien dissèque les tissus, replie et recoud. *"Il n'y a pas d'implantation de matériel contrairement à la technique précédente. Le résultat est le plus souvent satisfaisant, mais le prolapsus tend à récidiver à moyen terme sur le plan anatomique*", précise le Pr Cornu. La pose de plaques en polypropylène vise à réduire ce risque. Cette plaque forme une sorte de hamac qui renforce la réparation. C'est une amélioration de la technique chirurgicale, au prix de l'implantation d'un matériel étranger. Le résultat anatomique est plus solide. Revers de la médaille : ces implants ont généré des complications spécifiques.

Quelles complications a-t-on observé ?

Principalement des douleurs, des rétractions et des érosions vaginales, mais aussi des infections et des saignements. La prothèse qui était placée sous la paroi vaginale comme un filet anatomique se retrouve en contact intime avec le vagin ; elle peut l'abraser en entraîner des rétractions tissulaires. La patiente présente alors des douleurs pendant les relations sexuelles (dyspareunies) voire des douleurs permanentes extrêmement handicapantes. Au total, une dizaine d'implants destinés à soutenir le vagin et réparer un prolapsus ont été développés dans la seconde moitié des années 2000. Les dispositifs sont assez similaires, ils diffèrent essentiellement par leur composition, leur grammage, leur maillage, leur épaisseur, leur mode de fabrication ou leur résistance. Certains sont encore disponibles et d'autres ont été retirés du marché.

Les complications survenues suite à la pose des plaques étaient-elles prévisibles ?

Le polypropylène, qui compose les plaques, est aussi présent dans les dispositifs posés pour traiter une incontinence (bandelettes TOT et TVT). Le taux d'érosion et de rétractation est néanmoins très faible pour ces bandelettes. Il est vrai que la quantité de matériel est bien inférieure. Il n'est donc pas étonnant que les plaques, qui ont une zone de contact importante avec les tissus, exposent à un risque nettement plus élevé que la chirurgie de l'incontinence. Une chose est néanmoins certaine : *"dans des mains entraînées et avec des indications solides, ces plaques en polypropylène macroporeux restent une arme potentiellement intéressante. Il est donc important que ces dispositifs ne disparaissent pas du marché."* Reste à les améliorer pour réduire le taux de complications.

Les destructions sont-elles définitives, irréversibles ?

Ces complications nécessitent de reprendre en charge la patiente. Il faut en général retirer tout ou partie la prothèse et/ou recouvrir la zone de vagin altérée. Ce sont des chirurgies compliquées car la prothèse est incluse dans les tissus. Chaque cas est très particulier et très spécifique. La réparation du vagin qui s'ensuit nécessite parfois plusieurs opérations.

Au final, quelles sont les recommandations des sociétés savantes ?

La cure chirurgicale du prolapsus peut faire appel à la technique par voie abdominale ou par voie vaginale. Lorsque la voie vaginale est choisie par le chirurgien, l'AFU recommande que la pose de prothèse soit réservée aux cas compliqués, pour lesquels ces prothèses représentent un vrai bénéfice potentiel. Il s'agit des femmes qui ont déjà été opérées et ont récidivé et de celles pour qui, d'emblée, la couture simple a peu de chances de tenir. **On évite donc de poser ces dispositifs en première ligne**. *"Ce sont là des recommandations appuyées par la littérature scientifique mais elles découlent aussi de la logique thérapeutique. Le dialogue avec les patientes, et une discussion du rapport bénéfice/risque sont la pierre angulaire d'une bonne décision*", rappelle le Pr Cornu. Ces recommandations ont été publiées en 2016 dans la revue nationale de l'AFU.

CONTACT PRESSE LauMa communication • *Laurent Mignon* • *Laurie Marcellesi*
01 73 03 05 24 • laurie.marcellesi@lauma-communication.com • @laumacom

Au niveau européen, les sociétés savantes ont publié cette année un **état des lieux consensuel**, proposant, là aussi, que ces **prothèses soient posées en seconde ligne** sur des **patientes bien sélectionnées**. Le rapport ajoute que cette chirurgie, qui est une thérapeutique très spécialisée, doit être réalisée par des praticiens bien entraînés.

Pour les urologues la question est maintenant d'optimiser et de promouvoir les bonnes pratiques : nombre minimum de cas par an pour être habilité à réaliser cette chirurgie, optimisation de la formation, organisations des structures de façon à proposer un maillage adéquat sur le territoire permettant à chaque femme de recevoir l'intervention qui lui convient en fonction de ses symptômes et de ses risques…

En bref

- La "descente d'organe" est fréquente chez les femmes de plus de 50 ans. Néanmoins, beaucoup de ces prolapsus sont asymptomatiques et ne nécessitent pas d'être opérés.

- Plusieurs techniques chirurgicales ont été développées avec des voies d'abord différentes.

- L'utilisation de prothèses dans les interventions par voie vaginale a entraîné chez certaines femmes de lourdes complications (érosion du vagin, rétraction des tissus…), en particulier aux Etats-Unis, où ces prothèses ont été posées larga manu.

- Ces dispositifs, bien qu'imparfaits, ont leur place dans l'arsenal thérapeutique, notamment pour les femmes en rechute après une intervention ou celles chez qui la chirurgie classique risque de ne pas être durable. Dans ces cas-là, la discussion sur le rapport bénéfice-risque est essentielle.

CONTACT PRESSE LauMa communication • *Laurent Mignon* • *Laurie Marcellesi*
01 73 03 05 24 • laurie.marcellesi@lauma-communication.com • @laumacom

Y A-T-IL UN PHARMACIEN DANS L'AVION ?

Pharmacien et urologue, un binôme de plus en plus important pour la qualité des soins apportés au patient

Imaginons une grande plateforme aéroportuaire. Le trafic y est intense, les décollages et atterrissages se succèdent. Imaginons cette même plateforme un jour de grève des contrôleurs aériens : les avions sont cloués au sol. Invisibles, ces contrôleurs sont pourtant absolument nécessaires à la sécurité de tous. À l'hôpital ou dans les cliniques privées, ce rôle – méconnu et pourtant indispensable – est tenu par le pharmacien. Co-président du prochain congrès de l'AFU, le Dr Marc Géraud a souhaité dédier une session à cet acteur clef.

Dr Marc Géraud,
Chirurgien-urologue, Compiègne

Compter des boîtes de médicaments dans les sous-sols de l'hôpital, c'est le rôle que de nombreux praticiens attribuent au pharmacien hospitalier. Or, ce dernier est **un acteur fondamental de la sécurité et de l'efficience des traitements**. "*On compare souvent le monde de la médecine à celui de l'aéronautique, avec nos check-lists, nos redondances, nos entraînements sur simulateurs*", estime le Dr Marc Géraud, chirurgien urologue et organisateur adjoint du Congrès de l'AFU. "*Le pharmacien, qui vérifie les prescriptions et peut les modifier s'il estime qu'elles sont inutiles ou présentent un danger, joue le rôle du contrôleur aérien, discret mais efficace, face à l'urologue, qui joue celui du pilote*". Pour que la sécurité des séjours hospitaliers soit au rendez-vous, pour que l'efficience des traitements soit assurée, il faut une **coordination parfaite entre ces deux acteurs**. Comme lorsqu'un aéronef veut s'intégrer dans un circuit d'aérodrome.

Un rapprochement pour éviter les AIRPROX

L'AFU a donc décidé cette année de proposer une session originale associant urologues et pharmaciens hospitaliers. "*Ce ne sera pas une session scientifique stricto sensu. L'objectif est de dire aux urologues : rapprochez -vous de vos pharmaciens, ils ne demandent qu'à vous écouter pour mieux vous aider*". Concrètement quelle est la mission du pharmacien hospitalier ? Un exemple permet de le comprendre. "*Si on prescrit un antibiotique à un patient qui prend déjà d'autres traitements, le pharmacien vérifiera qu'on a choisi la bonne dose, sur une durée optimale, et que cela n'entraînera* ***pas d'interférence avec les autres médicaments*** *que consomme le patient*". Ce rôle est crucial pendant que le patient est hospitalisé mais également à sa sortie, le pharmacien vérifie et valide les ordonnances de sortie. Et ce n'est pas tout…

Un expert en sécurité pour répondre aux besoins de l'urologue

Le pharmacien est également **sollicité pour le choix des dispositifs médicaux, implantables ou non,** provisoires ou définitifs (sondes, cathéter…). Il aide à harmoniser le choix de ces Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) et Dispositifs Médicaux Stériles (DMS). "*Nous avons recensé toutes les prothèses vaginales existantes, nous avons réuni la pharmacienne et les urologues de la clinique qui chacun utilisait une prothèse différente et nous avons convergé vers un modèle unique*". Le pharmacien peut également alerter sur le fait qu'au regard de la littérature (études de tolérance, de suivi, matériovigilance…), un appareil n'a pas toutes les qualités requises sur le plan de la sécurité. Inversement, il est important que **l'urologue puisse expliquer au pharmacien pourquoi il préfère un dispositif plutôt qu'un autre** (facilité d'intervention, rapidité, sortie plus précoce du patient, suites opératoires plus simples…) afin que ce dernier comprenne que le choix de l'urologue n'est pas simplement lié à ses habitudes et routines ou à une addiction à la technologie, mais qu'il est motivé par de solides arguments.

Une collaboration au cœur de l'actualité

La création du **CAQES** (contrat d'amélioration de la qualité des soins), qui va être mis en place prochainement, et les différentes mesures annoncées par la ministre Agnès Buzyn, visent à augmenter le contrôle de l'efficience des soins (coût et qualité). En soi, ces mesures vont dans la bonne direction puisqu'elles cherchent d'une part à diminuer les risques iatrogènes pour les patients, d'autre part à maîtriser les dépenses de santé (réduction des prescriptions inutiles ou dangereuses, des examens redondants…). Mais cela signifie que les ARS mettront en place des critères qui, s'ils ne sont pas remplis, exposeront les établissements à des pénalités importantes. **Le travail conjoint des urologues et des pharmaciens (et de façon générale de tous les chirurgiens avec leur pharmacien hospitalier) rendra possible l'amélioration des normes de qualité et la pertinence des soins.** Il protègera de ce fait les établissements du risque de pénalité.

La sécurité du patient en ligne de mire

Une petite négligence dans une prescription peut entraîner des conséquences extrêmement lourdes. Ainsi, un patient peut être magnifiquement opéré par une intervention assistée par robot… mais être victime d'une embolie pulmonaire parce que les anticoagulants prescrits n'étaient pas adaptés à son cas. "*Avec 10 000 morts par an le risque iatrogénique est devenu une préoccupation majeure de santé publique".*

L'erreur est humaine, elle peut arriver à tout praticien, fût-il par ailleurs renommé. "*Nous rencontrons le patient en consultation, nous le voyons au bloc, mais nous ne sommes pas infaillibles, un détail peut nous échapper…*", rappelle le Dr Géraud, qui se souvient d'un de ses patients, touché par un énorme hématome au sortir d'une opération, car on lui avait prescrit deux anticoagulants en parallèle. C'est le rôle du pharmacien de traquer ces erreurs, c'est le rôle de l'urologue de consacrer du temps à expliquer au pharmacien les prescriptions qu'il fait. "*Cela représente du travail supplémentaire pour nous mais c'est autant de sécurité supplémentaire pour le patient".*

CONTACT PRESSE LauMa communication • *Laurent Mignon* • *Laurie Marcellesi*
01 73 03 05 24 • laurie.marcellesi@lauma-communication.com • @laumacom

En cas de crise

L'avis du pharmacien est essentiel dans les RMM (réunion mortalité, morbidité). Les RMM sont organisées en cas d'accident ou d'incident. Ainsi, le décès de ce petit garçon survenu en 2008 a fait suite à une erreur de perfusion. Le pharmacien est également sollicité lorsqu'un matériel est soupçonné d'entraîner des complications. "*En chirurgie, on a rapporté des intolérances avec un dispositif médical. La clinique a organisé une réunion de crise et pris, conjointement avec la pharmacienne et les chirurgiens, la décision d'arrêter la pose de cet implant tant que nous n'avions pas de plus amples informations", conclut le docteur Géraud*.

À propos du CFU 2017

Le 111ème Congrès Français d'Urologie, organisé par l'Association Française d'Urologie (AFU), se tiendra du 15 au 18 novembre, au Palais des Congrès, à Paris. L'occasion pour les urologues mais également les pharmaciens, infirmiers, infirmières, kinésithérapeutes et secrétaires de se rassembler durant 4 jours et d'échanger sur les recherches et innovations relatives à l'urologie. #CFU2017

À propos de l'AFU

L'Association Française d'Urologie est une société savante représentant plus de 90 % des urologues exerçant en France (soit 1 133 médecins). Médecin et chirurgien, l'urologue prend en charge l'ensemble des pathologies touchant l'appareil urinaire de la femme et de l'homme (cancérologie, incontinence urinaire, troubles mictionnels, calculs urinaires, insuffisance rénale et greffe), ainsi que celles touchant l'appareil génital de l'homme. L'AFU est un acteur de la recherche et de l'évaluation en urologie. Elle diffuse les bonnes pratiques aux urologues afin d'apporter les meilleurs soins aux patients, notamment via son site internet urofrance.org et un site dédié aux patients urologie-sante.fr.

CONTACT PRESSE LauMa communication • *Laurent Mignon* • *Laurie Marcellesi*
01 73 03 05 24 • laurie.marcellesi@lauma-communication.com • @laumacom