

DOSSIER DE PRESSE

SPÉCIAL 112^{ÈME} CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

CONFÉRENCE DE PRESSE
DU CFU 2018

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

21 NOVEMBRE 2018

SOMMAIRE

RAPPORT DU CONGRÈS

p.3

Hyperplasie bénigne de la prostate : vers une prise en charge personnalisée

Pr Aurélien Descazeaud,

*Membre du comité des troubles mictionnels de l'homme de l'AFU,
responsable du service d'urologie, CHU de Limoges,*

Pr Alexandre de la Taille,

Trésorier de l'AFU et chef du service d'urologie du CHU de Créteil,

Pr Grégoire Robert,

*Responsable du comité des troubles mictionnels de l'homme de l'AFU,
CHU de Bordeaux.*

Gestion des antibiotiques en urologie, quoi de neuf pour limiter leur utilisation et les résistances ?

p.8

Professeur Franck Bruyère, responsable du comité d'infectiologie de l'AFU
et chef du service d'urologie, CHU de Tours.

Dysfonction érectile et ondes de choc : un nouveau traitement

p.11

Dr Ludovic Ferretti,

*Membre du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU,
CHU de Bordeaux.*

À PROPOS

p.13

Le 112^{ème} Congrès Français d'Urologie, organisé par l'Association Française d'Urologie (AFU), se tiendra du 21 au 24 novembre, au Palais des Congrès, à Paris. L'occasion pour les urologues mais également les infirmiers, kinésithérapeutes et secrétaires de se rassembler durant 4 jours et d'échanger sur les recherches et innovations relatives à l'urologie. #CFU2018.

RAPPORT DU CONGRÈS

Hypertrophie bénigne de la prostate : vers un traitement personnalisé

Avec l'âge, la prostate augmente de volume et perd de sa souplesse. Cette évolution naturelle et normale peut entraîner des troubles urinaires qui obèrent la qualité de vie. L'enrichissement de la palette des traitements médicamenteux et des approches chirurgicales permet aujourd'hui de proposer un suivi personnalisé aux patients souffrant d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Le rapport annuel de l'Association française d'Urologie, qui sera présenté au prochain congrès français d'urologie (CFU), est consacré à cette prise en charge.

Avec la collaboration des Prs Alexandre de la Taille (CHI de Créteil), Aurélien Descazeaud (CHU de Limoges) et Grégoire Robert (CHU Bordeaux), en charge du rapport 2018 de AFU, « L'HBP : vers une prise en charge personnalisée ».

Des difficultés à uriner, un jet plus faible, des mictions fréquentes, une impression de n'avoir pas vidé totalement sa vessie en sortant des toilettes, des réveils nocturnes récurrents pour aller uriner... tous ces signes évoquent une « hypertrophie bénigne de la prostate » (HBP). Avec l'âge, la prostate, cette glande qui joue un rôle dans la fabrication du sperme et dans l'éjaculation, tend à grossir et à perdre son élasticité. Pour beaucoup de patients, la modification de la taille de la prostate est asymptomatique ou paucisymptomatique. Pour d'autres en revanche, elle entraîne un **syndrome du bas appareil urinaire (SBAU)** associant différents troubles de la miction.

Deux millions d'hommes touchés

La prostate forme une sorte de manchon autour de l'urètre, le canal qui transporte l'urine depuis la vessie jusqu'au méat urinaire. Si l'organe grossit et devient moins élastique, il peut comprimer l'urètre et freiner – voire bloquer – le passage de l'urine. Paradoxalement la taille de la prostate n'est pas corrélée à l'importance des symptômes. On peut observer des prostatites très volumineuses mais n'obérant pas le transit de l'urine, tandis que des prostatites ayant modérément augmenté de volume peuvent induire des troubles urinaires majeurs.

Au total 2 millions d'hommes environ sont touchés en France et **chaque année, 100 000 nouveaux cas de troubles urinaires liés à une HBP sont constatés**. Ces « SBAU » sont responsables d'une altération de la qualité de vie mais la maladie est habituellement bénigne et les complications rares (voir encadré).

Les armes à disposition des médecins combinent trois approches : **l'hygiène de vie, les traitements médicamenteux et la chirurgie**, qui vient le plus souvent en seconde ou troisième ligne. La moitié des patients touchés par une HBP suivent un traitement médical, et un sur 10 devra recourir à la chirurgie.

C'est parfois grave

L'obstruction prostatique peut engendrer principalement deux complications : l'une aigüe, la rétention d'urine, qui impose un drainage vésical en urgence, l'autre chronique, liée à la mauvaise vidange de la vessie. L'urine, en refluant vers les reins risque de provoquer une dilatation des cavités et faire le lit à une insuffisance rénale. Autres conséquences possibles : les calculs vésicaux, l'altération de la paroi de la vessie, les infections urinaires... Grâce aux progrès réalisés, ces complications sont devenues extrêmement rares.

Nouveaux traitements, nouveau regard sur la maladie

Bien que cette pathologie soit la **première cause de consultation en urologie**, l'HBP n'avait pas fait l'objet d'un rapport depuis celui dirigé en 1990 par le Pr Albert Leriche (Lyon). Compte tenu de l'évolution récente des prises en charge, l'AFU a estimé qu'il était important de se pencher à nouveau sur ce trouble. De nombreux progrès ont été faits. Ils mettent à la disposition des praticiens des outils, des molécules et des interventions très diverses pouvant permettre de personnaliser la prise en charge depuis la démarche diagnostique jusqu'à l'éventuelle intervention chirurgicale. Et même au-delà, dans le suivi des récurrences post-traitement. **La prise en compte des attentes du patient, de ses demandes, de sa perception de sa qualité de vie** paraît donc essentielle pour proposer le bon traitement, celui qui va lui apporter le plus de confort.

L'objectif du rapport de 2018 vise donc à déterminer, dans la panoplie des approches thérapeutiques, celle qui est **la plus adaptée au patient en fonction de son âge, son mode de vie, la gêne ressentie...** « *Devant le caractère assez récurrent des symptômes exprimés et l'absence de risque majeur de complications, la tentation est grande de proposer une prise en charge très stéréotypée, guidée par des algorithmes, des recommandations ou parfois même uniquement par des habitudes de prescription* », expliquent les rapporteurs de ce travail. « *Nous avons souhaité insister sur la personnalisation de la prise en charge qui nous semble être devenue une priorité et un enjeu pour les urologues face à une pathologie dont les conséquences se mesurent principalement en termes de qualité de vie.* »

Une personnalisation de la prise en charge dès le diagnostic...

Si un certain nombre d'explorations sont quasi-systématiques dans l'évaluation (interrogatoire, examen clinique avec toucher rectal, analyse d'urine, débitmètre et résidu post-mictionnel), d'autres sont à proposer en fonction du patient, de son histoire, de ses antécédents. « *Le catalogue mictionnel est nécessaire pour comprendre le mécanisme d'une nycturie. Bien que non systématique, le PSA a un triple intérêt potentiel : évaluation du risque de progression, évaluation du volume prostatique et diagnostic d'un cancer de la prostate* », précise le rapport. D'autres examens peuvent se révéler utiles au cas par cas : la créatininémie est nécessaire uniquement lorsqu'une rétention chronique est observée et avant chirurgie afin de vérifier la fonction rénale, l'urétrocystoscopie est indispensable en cas d'hématurie, de suspicion de sténose de l'urètre ou de tumeur de vessie, l'échographie – destinée à évaluer le volume de la prostate avant la chirurgie – peut être utile pour guider la décision de prescrire un inhibiteur de la 5 alpha réductase...

Vie sexuelle, oser aborder cette question avec le patient

HBP et troubles de la sexualité sont souvent liés. Il est possible qu'une prostate volumineuse étire les nerfs qui innervent la verge, ou encore qu'elle entraîne une ischémie pelvienne et donc des troubles vasculaires dans cette zone. Chez certains hommes la prescription d'un IPDE5, le tadalafil (Cialis 5 mg) va **améliorer simultanément la symptomatologie urinaire et la fonction érectile**.

Inversement, le **traitement médical et chirurgical de cette maladie peut avoir des répercussions négatives sur les quatre composantes de la sexualité masculine** : libido, érection, éjaculation et orgasme. Les alphas bloquants tendent à diminuer le volume de l'éjaculation, les inhibiteurs de la 5 alpha réductase agissent sur le métabolisme de la testostérone et impactent l'érection, l'éjaculation et la libido. La chirurgie entraîne le plus souvent une perte ou une diminution de l'éjaculation antérograde (dans 80-90 % des cas de chirurgie ablative). Il existe aujourd'hui des techniques chirurgicales alternatives, mini-invasives qui laissent intacte une partie de la prostate au niveau des canaux éjaculateurs afin de préserver une éjaculation de qualité. Ces approches a minima sont souvent temporaires : si elles soulagent efficacement les symptômes il faudra néanmoins prévoir 5, 10 ou 15 ans plus tard, une nouvelle opération pour réduire le volume de la prostate.

« *Évaluer la sexualité des patients pris en charge pour des SBAU/HBP est donc primordial* », estime le Pr De la Taille. De plus en plus d'hommes âgés veulent garder une sexualité la plus complète possible. Il existe aujourd'hui des solutions thérapeutiques adaptées.

En chiffres

Après une ablation de la prostate, dans 15 à 20 % des patients estiment que leur sexualité est améliorée et 10 à 15 % qu'elle est détériorée. Pour les autres, la chirurgie n'aurait pas d'impact majeur sur leur vie intime.

Nycturie... Un traitement adapté aux symptômes et au mode de vie du patient

La nycturie, ce symptôme très gênant qui consiste à se lever plusieurs fois par nuit pour aller uriner, sera traitée différemment selon la cause identifiée. Si la responsabilité de la prostate dans ces éveils nocturnes est confirmée, un traitement médicamenteux classique est volontiers proposé : **alpha-bloquants pour favoriser le relâchement du col de la vessie, inhibiteurs de la 5 alpha réductase pour diminuer le volume prostatique ou encore phytothérapie (palmier nain, graines de citrouilles, prunier d'Afrique...)**. Le choix de chaque médicament doit être réalisé en fonction du patient. Chez un patient désireux de maintenir une vie sexuelle complète, on évitera par exemple les inhibiteurs de la 5 alpha réductase en raison de leurs possibles effets sur la sexualité.

Plus récemment des médicaments ont été développés pour diminuer la diurèse nocturne. En vieillissant, un certain nombre de personnes tendent à manifester une « inversion de diurèse » : l'organisme se met à produire plus d'urine la nuit que le jour. **La desmopressine est efficace pour réduire ce type de nycturie**, mais sa prescription est restreinte aux hommes de moins de 65 ans.

Chez le patient présentant majoritairement une nycturie, un bilan spécifique est nécessaire car l'HBP n'est pas la seule cause. **Une enquête étiologique approfondie doit identifier toutes les causes non urologiques** et réorienter les patients vers les spécialistes concernés (pathologies du sommeil, problèmes cardiaques, néphrologiques ou endocriniens).

Le choix de la thérapeutique doit aussi tenir compte des comorbidités

Il existe des liens entre SBAU/HBP, dysfonction érectile, maladie cardiovasculaire et syndrome métabolique. Il est possible d'identifier chez certains patients des facteurs modifiables susceptibles d'améliorer l'ensemble de ces troubles : pratique d'une activité physique, perte de poids, régime alimentaire moins énergétique et comprenant légumes, tomates, carottes, vitamine E, lycopène, sélénium, et carotène, correction du syndrome métabolique, réduction du stress et comportement mictionnel adapté.

Certaines comorbidités et complications peuvent par ailleurs impacter le résultat de la chirurgie : l'une des plus connues est le risque hémorragique. C'est la raison pour laquelle une ablation par laser sera plus volontiers proposée à un patient sous anticoagulants ou antiagrégants.

« L'âge est associé à un risque anesthésique et chirurgical supplémentaire, le diabète à une hypoactivité ou hyperactivité détrusorienne pas toujours améliorée par la chirurgie, la rétention vésicale chronique à un risque d'hypocompliance vésicale. L'hématurie persistante malgré un traitement par inhibiteur de la 5 alpha réductase et l'infection urinaire à répétition sont des indications opératoires », précisent les 3 rapporteurs.

Le choix de la technique chirurgicale doit également tenir compte de facteurs de récurrence du patient (risque de 10 % à 10 ans).

Quelle chirurgie aujourd'hui ?

La chirurgie, proposée en général en seconde ou troisième ligne, améliore la fonction urinaire. Elle permet également d'arrêter le traitement médicamenteux, ce qui est apprécié par les hommes souffrant d'effets secondaires liés à ces traitements. Inversement, elle conduit souvent à une perte de l'éjaculation antérograde et peut induire des lésions de bandelettes vasculo-nerveuses.

À côté de la résection, de la chirurgie ouverte et de l'énucléation de la prostate au laser holmium, plusieurs approches se sont développées. Elles permettent de pratiquer une réduction endoscopique de la glande et de retarder la réalisation d'une intervention plus importante.

- La thermothérapie par Rezum. Elle consiste à échauffer une partie de la glande au moyen d'aiguilles plantées dans la prostate.
- L'aquablation (AquaBeam). Cette technique robot assistée, sous contrôle échographique, détruit le tissu prostatique avec un microjet d'eau à haute pression.
- L'embolisation des artères prostatiques. Asphyxiée, la glande s'atrophie ; son volume diminue de 20 à 30 %.
- L'urolift. Le chirurgien pose une agrafe qui attrape la capsule et la tire vers l'extérieur. L'intervention soulage la pression exercée sur l'urètre ; elle améliore certains patients sans modifier l'éjaculation.

Les points clés

- Le patient doit être exploré de façon personnalisée pour **ne pas méconnaître un diagnostic différentiel ou une complication de l'HBP**. Ainsi, les urgenteries ou la nycturie isolées sont rarement la conséquence d'une HBP.
- La **présence de comorbidités** ou d'éventuelles complications liées à l'HBP font partie intégrante de cette prise en charge personnalisée, car **elles imposent des choix thérapeutiques adaptés**. Ainsi, les patients sous antithrombotiques seront plus volontiers traités par laser.
- La **sexualité de chaque patient doit impérativement faire partie de cette prise en charge** personnalisée ; la perte de l'éjaculation après chirurgie ne doit plus être considérée comme inévitable.
- La **chirurgie ablatrice par résection ou laser garde une place prépondérante**. Les chirurgies mini-invasives enrichissent l'arsenal thérapeutique, ce qui permet de mieux coller aux souhaits singuliers de chaque patient.
- Chaque patient peut, **en modifiant son hygiène de vie, contribuer à prévenir le développement ou sa progression de l'HBP** (alimentation équilibrée, activité physique, lutte contre le surpoids, prévention du syndrome métabolique...).

Gestion des antibiotiques en urologie, quoi de neuf pour limiter leur utilisation et les résistances ?

D'après un entretien avec le **Pr Franck Bruyère**, responsable du Comité d'infectiologie de l'AFU (CIAFU), chef du service d'urologie au CHRU de Tours.

L'émergence de résistances aux antibiotiques impose à tous les médecins d'apprendre à prescrire au mieux ces médicaments. Dans ce cadre, l'AFU a mis en place des formations dédiées pour les urologues afin qu'ils puissent, en toutes circonstances, proposer le meilleur antibiotique, à la meilleure dose et sur la durée la plus adaptée.

Infectiologue, gynécologue, urologue, médecin généraliste... nombreux sont les spécialistes susceptibles de traiter des infections de l'appareil urinaire. « *Si l'urologue est un expert en matière de diagnostic et de clinique, ses prescriptions antibiotiques peuvent parfois être optimisées* », constate le Pr Franck Bruyère. Pour pallier cette carence, le collège français d'urologie (CFU) propose aux jeunes urologues des formations initiales (ECU*) et aux praticiens installés des séminaires (SUC*) au cours desquels sont dispensées des formations à la gestion de l'antibiothérapie.

Des traitements remarquables lorsqu'ils sont utilisés à bon escient

Les antibiotiques ont sauvé des millions de vies mais ces traitements voient aujourd'hui leur efficacité remise en cause du fait de l'**émergence de bactéries multi-résistantes**. Ces résistances sont liées à une mauvaise prescription de ces molécules : trop d'antibiotiques, mal choisis, sur une durée inadéquate. Malgré les campagnes qui se sont succédées, ciblant les médecins, les vétérinaires et le grand public, la France reste le **premier consommateur d'antibiotiques en Europe**. Une situation qui ne peut perdurer ! Les urologues entendent participer, à leur niveau, à un changement des pratiques.

Bonne nouvelle : modifier les prescriptions d'antibiotiques permet de faire reculer les résistances qui se sont développées dans le cadre d'une utilisation anarchique de ces médicaments. Par ailleurs de **nouveaux antibiotiques arrivent sur le marché**. Il est indispensable d'apprendre à les utiliser convenablement, afin d'en tirer le meilleur parti.

Les urologues peuvent être amenés à prescrire des antibiotiques dans 3 circonstances, en **préopératoire (antibiothérapie prophylactique), en post opératoire et enfin pour contrer des infections d'organes** (pyélonéphrites, prostatites, cystites...).

* enseignement du collège d'urologie ; séminaire d'urologie continue

Trois messages clés

Ces prescriptions doivent, selon le Pr Bruyère, suivre trois règles :

- **Un ciblage opportun.** L'urologue doit savoir quel site il souhaite atteindre, quel germe il vise et quel est le terrain du patient (allergies, gestation, pratique sportive...). Ainsi par exemple, évitera-t-il les quinolones chez un sportif car ces médicaments peuvent entraîner des pathologies tendineuses, notamment des ruptures du tendon d'Achille...

- **Une réévaluation systématique à 48 h.** C'est là un véritable changement de paradigme. Pendant longtemps il était inconcevable – sauf cas particulier – de modifier un traitement antibiotique en cours de route. Aujourd'hui on considère au contraire qu'il est essentiel de faire un point au bout de 48 heures afin d'évaluer si l'antibiotique prescrit est le plus adapté. Cette réévaluation repose sur la clinique (le patient se porte-t-il mieux, supporte-t-il bien le traitement ?), et sur des examens biologiques : l'ECBU et l'antibiogramme qui permet de déterminer à quel médicament le germe est le plus sensible. « *Les prescriptions d'antibiotiques sont probabilistes, explique le Pr Bruyère. Lorsqu'on choisit un traitement on estime avoir 90 ou 95 % de chances d'avoir opté pour le meilleur mais l'antibiogramme peut montrer qu'un autre médicament, dont la pression de sélection* est inférieure, serait plus adapté* ». L'urologue sera alors amené à modifier sa prescription (changement d'antibiotique, de dose, de durée...).

- **La capacité d'abstention.** Bien prescrire un antibiotique c'est également savoir ne pas en prescrire dans certaines situations. Il n'est ainsi pas forcément nécessaire de proposer une antibiothérapie en cas d'abcès si ce dernier a été évacué. De même en post-opératoire, une petite fièvre bien tolérée par le patient ne requiert pas obligatoirement un traitement. « *Il y a même des circonstances où l'on a démontré que prescrire à tort des antibiotiques augmente le risque infectieux* », rappelle le Pr Bruyère.

Ainsi, un essai clinique mené sur des femmes victimes de bactériurie (présence de germes dans les urines, asymptomatique) a comparé un groupe traité par antibioprofylaxie et un groupe non traité (1). Le groupe traité a manifesté plus d'infections symptomatiques que l'autre. Une autre étude conduite il y a 4 ans, sur la biopsie prostatique concluait que les praticiens prescrivant 3 jours d'antibiothérapie observaient plus d'infections chez leurs patients que ceux qui suivaient les recommandations et ne donnaient qu'un jour d'antibiotiques (2).

Le mot à retenir : la pression de sélection

Il s'agit des mécanismes par lesquels les espèces vivantes – en l'occurrence les bactéries – s'adaptent à leur environnement pour pouvoir y survivre. L'omniprésence des antibiotiques entraîne sur ces germes des contraintes qui sélectionnent les microbes les plus résistants.

Où en est la recherche ?

L'antibiorésistance concerne particulièrement certaines souches : le célèbre staphylocoque doré (*staphylococcus aureus*), l'*acinetobacter baumannii*... Des espèces courantes comme l'*Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* ont également développé des mécanismes de résistance aux céphalosporines de 3^{ème} génération. C'est le cas pour 7 % des *E. coli* et 16% des *K pneumoniae* retrouvés dans les infections urinaires. Il faut alors recourir à d'autres molécules, les carbapénèmes. Mais cette nouvelle classe d'antibiotiques n'est pas efficace à 100 % car certaines entérobactéries produisent des enzymes (carbapénémases) qui détruisent le médicament. De nouvelles molécules sont apparues ou sont en cours de développement : ceftolozan, tazobactam. L'association de plusieurs médicaments permet de limiter l'apparition de résistances notamment en inhibant l'action des betalactamases, ces enzymes qui aident les bactéries à développer des mécanismes de résistance. D'autres pistes de recherche sont en cours ; elles restent toutefois encore à valider : les phages ou encore des molécules qui agissent non en tuant la bactérie mais en bloquant les systèmes qui la rendent pathogène.

(1) *The Role of Asymptomatic Bacteriuria in Young Women with Recurrent Urinary Tract Infections: To Treat or Not to Treat?*

Tommaso Cai Sandra Mazzoli Nicola Mondaini Francesca Meacci Gabriella Nesi Carolina D'Elia Gianni Malossini Vieri Boddi Riccardo Bartoletti
Clinical Infectious Diseases, Volume 55, Issue 6, 15 September 2012, Pages 771–777,
<https://doi.org/10.1093/cid/cis534>

(2) *Étude Prosbiotate : étude prospective analytique des prostatites post biopsies de la prostate : analyse intermédiaire de plus de 1200 biopsies*

F.Bruyere X.Rebillard B.Pogu P.MongiatArtus J.Boiteux A.Sotto H.Bugel S.Malavaud J.Doublet G.Cariou S.Conquy J.Verine A.Decock P.Coloby
Progrès en Urologie Volume 23, Issue 13, November 2013, Page 1068
<https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.117>

Ondes de choc, un nouveau traitement pour la dysfonction érectile

D'après un entretien avec le **Dr Ludovic Ferretti**, membre du CAMS (Comité d'andrologie et de médecine sexuelle) de l'AFU, Bordeaux.

L'étude Shock-ED, étude multicentrique sur l'utilisation des « ondes de choc de faible intensité » dans le traitement de la dysfonction érectile a inclus son dernier patient au mois de mars dernier. Elle devrait livrer prochainement ses premiers résultats.

Utilisées en orthopédie pour soulager les tendinopathies, en médecine vasculaire dans les retards de cicatrisation après ulcère artériel, ou encore dans le traitement des escarres, les « ondes de choc de faible intensité » ont déjà fait la preuve de leur efficacité. **Délivrées sur des tissus fragiles, sur des plaies qui ne se referment pas, ce traitement physique semble accélérer la réparation tissulaire.** Les résultats obtenus dans ces disciplines ont incité les urologues à s'intéresser à cette technique. À la fin des années 2000, le Dr Yoram Vardi, directeur du service d'urologie du Centre médical « Rambam » à Haïfa en Israël, a eu l'idée de tester cette approche sur des hommes souffrant de dysfonction érectile. Les premiers résultats, présentés en 2016 à Madrid, au congrès de la Société européenne de médecine sexuelle, se sont révélés très prometteurs. Encore fallait-il que d'autres recherches les confirment.

À l'initiative du Pr Stéphane Droupy, responsable du comité scientifique de l'AFU et chef de service en urologie au CHU de Nîmes, une **étude multicentrique randomisée, contre placebo, a été initiée en France. Mené conjointement à Lyon, à Garches, à Montpellier, à Bordeaux et à Nîmes**, cet essai clinique a inclus 154 patients traités pendant plusieurs semaines, à raison d'une à deux séances hebdomadaires. L'essai est réalisé dans le cadre d'un PHRC* afin de valider l'efficacité de la technique et le dosage idéal mais également en vue d'identifier les patients qui bénéficieront le plus de cette technique. « *Le nombre de séances (au minimum 4), le nombre de « coups à délivrer », le type d'ondes (focales ou diffuses) dépendent des machines, des sondes, des émetteurs* », explique le Dr Ludovic Ferretti, l'un des investigateurs de cette étude.

* Protocole hospitalier de recherche clinique

Des résultats très encourageants

Le traitement cible les corps caverneux, sorte d'« éponges vasculaires » qui se gorgent de sang au moment de l'érection et rigidifient la verge. Lorsque les cellules endothéliales et les cellules musculaires de ces corps caverneux sont altérées, l'érection est fragile. « *Les capillaires s'ouvrent moins bien, le sang circule moins aisément* ». Le traitement vise à **activer la réparation de ces cellules afin de restaurer le fonctionnement normal des petits capillaires** et donc le remplissage des corps caverneux.

Comment cette technique fonctionne-t-elle ? On l'ignore. Il est probable que les microtraumatismes induits par les ondes de choc sont à l'origine d'une série de processus qui conduisent à une régénération cellulaire. « *Nous nous sommes aperçu chez le rat que les ondes de choc augmentent la sécrétion de facteurs de croissance (type VEGF) et attirent in situ des homing-factors qui guident vers le lieu de la lésion, les molécules et les cellules nécessaires à la réparation* », précise le Dr Ferretti.

D'après l'expérience rapportée par les patients, **le bénéfice est perceptible en moyenne à partir de la troisième séance**. Reste à savoir si ce bénéfice est pérenne. On pourrait alors espérer pour certains hommes une véritable « guérison » liée à une restauration tissulaire.

Premiers pas vers une médecine régénérative

Contrairement aux approches médicamenteuses ou prothétiques qui sont purement symptomatiques, la TOCEFI ou « thérapie par ondes de choc extracorporelles à faible intensité », vise donc une régénération tissulaire. Plutôt que d'apporter un vasodilatateur ou un traitement qui fonctionne pendant un temps limité, on rétablit la fonction de manière naturelle. Il s'agit de la première approche de « médecine régénérative par thérapie physique » dans le domaine de la sexualité. Ces micro-chocs – à ne pas confondre avec les ondes de choc radiales utilisées pour traiter la maladie de Lapeyronie – n'entraînent ni ecchymose, ni hématurie. Elles ne provoquent pas non plus d'inconfort pendant la séance. À ce jour **aucun effet secondaire n'a été identifié**. Enfin contrairement aux injections de cellules souches, difficiles à manier, encadrées par une législation lourde et nécessitant une infrastructure dédiée, les ondes de chocs permettent un traitement simple et sans risque.

À l'heure où 600 000 comprimés se vendent chaque mois pour doper la sexualité masculine, le développement d'un traitement, qui semble à la fois efficace et sans effet indésirable ou secondaire serait une révolution.

Dysfonction érectile, qui cela affecte-t-il ?

Avant 40 ans, 1 à 9 % des hommes selon les études.

10 à 15 % entre 40 et 50 ans.

20 à 40 % entre 60 et 70 ans

50 à 100 % au-delà de 70 ans.

1/4 à 1/3 des hommes souffrant de dysfonction érectile pourraient être bons répondeurs à la thérapie par ondes de choc.

D'autres applications possibles...

Quelques cas d'amélioration d'une hypertrophie bénigne de la prostate ont été observés chez des patients traités par ondes de choc. D'autres bénéfices ont été notés qu'il conviendra d'étudier. À San Francisco, une équipe teste cette thérapie sur les troubles de la continence urinaire.

Superpuissance, halte au fantasme...

La thérapie par ondes de choc vise à réparer des tissus lésés. Elle n'est d'aucune utilité sur des tissus normaux. Si ce traitement semble capable de restaurer une érection plus solide et plus durable chez des hommes impuissants, il ne vise en aucun cas à améliorer des performances sexuelles chez des hommes normaux.

À propos du CFU 2018

Le 112^{ème} Congrès français d'urologie se tiendra au Palais des congrès de Paris du 21 au 24 novembre 2018 prochains. Incontinences, lithiases, progrès en cancérologie, robotique, infectiologie, dysfonction érectile, infertilité, urologie de l'enfant et de l'adolescent, transplantations, télémédecine, sont autant de sujets qui seront développés pendant ces 4 journées. Point d'orgue de ce congrès, la présentation du rapport annuel le samedi 24 novembre. Coordonné par les Prs Alexandre de la Taille, Aurélien Descazeaud et Grégoire Robert, il portera sur la prise en charge personnalisée de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Autres thèmes mis en exergue à l'occasion de ce congrès : la gestion des antibiotiques en urologie dans le cadre de l'émergence de résistances à ces traitements, et l'utilisation d'ondes de choc de faible intensité pour traiter les troubles érectiles.

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.