

## DOSSIER DE PRESSE

---

# L'UROLOGUE, LE GYNECOLOGUE DE L'HOMME

CONFERENCE DE PRESSE  
DU 108<sup>EME</sup> CONGRES DE L'AFU  
20 NOVEMBRE 2014

@AFUrologie #CFU2014

## Sommaire

**2014-2020, un nouvel urologue, une nouvelle AFU** p. 3

Pr Jean-Luc Descotes  
Président de l'AFU, CHU de Grenoble

**L'urologue, une prise en charge globale médicale et chirurgicale** p. 4

Dr Christian Castagnola  
Vice-Président de l'AFU, responsable du comité d'Éthique et de Déontologie, Mougins

**Troubles urinaires et sexuels de l'homme,  
et si tout commençait par le syndrome métabolique ?** p. 8

Pr Aurélien Descazeaud  
Responsable du Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'AFU, CHU de Limoges

**Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure,  
du mythe à la réalité...** p. 10

Dr Pierre Colin  
Hôpital privé La Louvière, Lille  
Pr Morgan Rouprêt  
Hôpital de la Pitié Salpêtrière, AP-HP

## 2014-2020, un nouvel urologue, une nouvelle AFU

“L’urologue, le gynécologue de l’homme”, si nous avons souhaité utiliser ces mots pour capter l’attention, il ne faudrait pas oublier que derrière cette formule quelque peu caricaturale et réductrice se cache une réalité qui nous oblige à revoir le rôle de l’urologue et la mission de notre société savante pour les années à venir.

Oui, nous sommes, les urologues, tout aussi bien médecins que chirurgiens et oui, nous sommes les spécialistes de la santé de l’homme.

Aujourd’hui, nous sommes obligés de nous rendre à l’évidence : le vieillissement de la population est aujourd’hui une réalité, L’homme âgé d’hier n’est pas celui-ci d’aujourd’hui et encore moins celui de demain. Nos patients attendent de nous une nouvelle approche et une relation médecin-patient renforcée.

Comment atteindre cet objectif sans reconnaître que la santé de l’homme n’a jamais été une réelle priorité dans notre société, que, le plus souvent, nous ne rencontrons nos patients que tard dans leur vie... ? Pourtant, et même si nous n’entretiendrons pas le lien gynécologue - patiente, qui s’est construit au fil des années, il est de notre devoir de prendre en compte l’homme dans sa globalité.

Qu’il s’agisse de prévenir les maladies cardiovasculaires et le diabète, dont le précurseur, le syndrome métabolique, est bien souvent découvert lors d’une consultation pour une hypertrophie bénigne de la prostate, de prendre en charge la baisse de libido ou les dysfonctionnements sexuels et, bien évidemment de coordonner l’ensemble de l’équipe multidisciplinaire lors d’un cancer de la prostate ou d’une tumeur de la voie excrétrice supérieure, l’urologie est aujourd’hui une discipline à multiples facettes, multiples expressions.

De fait, cette sur-spécialisation ne doit pas nous faire perdre de vue que c’est une prise en charge globale et humaine qu’attendent les patients.

Le nouvel urologue est celui qui saura concilier éducation à la santé, éducation thérapeutique, prise en charge médicale ou chirurgicale coordonnée et richesse de la relation médecin-patient.

La nouvelle AFU est là pour accompagner tous les urologues et tous les professionnels de santé impliqués en urologie et leur permettre de répondre à cet enjeu encore trop souvent ignoré : la santé de l’homme.

### **Pr Jean-Luc Descotes**

Président de l’AFU, CHU de Grenoble

## L'urologue, une prise en charge globale médicale et chirurgicale

### **Dr Christian Castagnola**

Vice-Président de l'AFU, responsable du comité d'Éthique et de Déontologie, Mougins

**La France compte 1 200 urologues soit un urologue pour 60 000 personnes. Cette spécialité mal connue, est en pleine mutation. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, l'urologie, qui s'adresse à tous les âges de la vie, mais plus particulièrement à l'homme de plus de 50 ans est, plus que jamais, une discipline d'avenir.**

On les appelait des lithotomistes<sup>1</sup>. De l'Antiquité au Moyen Age ces chirurgiens ambulants avaient pour spécialité de "tailler la pierre dans la vessie", autrement dit tenter d'extraire ces fameux calculs qui provoquent d'intenses douleurs. Montaigne en a témoigné. Et tant d'autres hommes célèbres (Cromwell, Franklin Darwin, Newton...) en ont souffert !

Aujourd'hui, les calculs urinaires restent l'apanage de l'urologue. Mais c'est loin d'être la principale activité de ce médecin et chirurgien, spécialiste de l'appareil génital et urinaire. Depuis la création de l'AFU il y a plus de 100 ans (1896) et la naissance de l'urologie moderne, le champ d'action de l'urologue a beaucoup évolué.

### **Chirurgien mais pas seulement**

Le chirurgien urologue se consacre au diagnostic et au traitement des atteintes des appareils urinaires masculin et féminin (rein, bassinet, uretère, vessie, urètre) et de celles de l'appareil génital masculin (prostate, testicule, verge), que ces atteintes soient congénitales, infectieuses, traumatiques, dégénératives, hormonales ou tumorales. Il est également le spécialiste de référence pour les troubles de la statique pelvienne chez la femme et pour la transplantation rénale.

L'urologue est chirurgien mais il est également médecin. Cette précision n'est pas inutile car trop de patients pensent encore lorsqu'on les oriente vers l'urologue, que ce dernier va forcément les opérer. Il n'en est rien. L'urologue prend en charge les pathologies de façon globale. Il interroge le patient, l'examine, prescrit les examens para cliniques complémentaires éventuels et propose un traitement qui peut être médical - le rapport 2013 de l'AFU était d'ailleurs consacré aux médicaments en urologie - ou chirurgical.

Les domaines d'expertise de l'urologue concernent aussi bien la cancérologie qui représente presque la moitié de son activité, que les troubles mictionnels de l'homme (30 % de l'activité d'un urologue), l'incontinence féminine ou masculine, les infections (cystites, prostatites, pyélonéphrites), les célèbres "calculs" (lithiases), l'insuffisance rénale, les greffes, les dysfonctionnements de l'appareil génital de l'homme, les troubles urinaires et les malformations de l'appareil génital de l'enfant et l'adolescent, et tous les autres troubles de l'appareil génito-urinaire, qu'ils soient d'origine neurologique ou traumatique.

## Une expertise au carrefour de plusieurs spécialités

Deux situations principalement conduisent un homme à consulter un urologue. La prise en charge des maladies prostatiques (gênes mictionnelles et cancer) et les dysfonctions sexuelles.

L'association très forte entre les troubles urinaires et sexuelles et l'existence d'un syndrome métabolique, place l'urologue au cœur d'une prise en charge beaucoup plus globale de l'homme et le conduit, bien souvent, à orienter son patient vers un cardiologue. La dysfonction sexuelle est aujourd'hui considérée comme un symptôme 'sentinelle', pour les maladies cardiovasculaires.

En ce qui concerne le cancer de la prostate (56 841 en 2012) et les autres cancers de l'appareil urinaire et génital (vessie, rein, TVES...), la cancérologie fait partie intégrante de l'activité de l'urologue. C'est l'urologue qui diagnostique, prescrit les examens complémentaires, et propose la stratégie thérapeutique validée dans le cadre des RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie). C'est encore l'urologue qui établit le traitement médical, qui opère si cela est nécessaire, assure le suivi-post opératoire ou encore les soins de support. L'urologue assure 95 % de la prise en charge initiale du cancer. Pour certains patients il peut faire appel à d'autres spécialistes comme par exemple les radiologues interventionnels, les radiothérapeutes ou les oncologues pour une prise en charge multidisciplinaire.

L'incontinence est un autre exemple intéressant. Ce symptôme peut relever de divers mécanismes purement mécaniques, neurologiques ou dégénératifs (incontinence à l'effort, urgenterie, incontinence mixte...). L'urologue va analyser la situation pour proposer une prise en charge adaptée à chaque situation (traitements médicamenteux, comportemental, rééducation, neuromodulation, chirurgie, pose de bandelettes...).

Enfin l'urologie pédiatrique se situe elle aussi à la frontière entre deux spécialités. Exercée par des urologues ou des chirurgiens pédiatres ayant acquis une compétence particulière, elle se consacre à l'étude et au traitement des troubles de l'appareil urinaire de l'enfant. La correction des malformations congénitales (ectopie testiculaire, hypospadias, épispadias, reflux vesico-urétéral...) constitue le cœur de la pratique. Mais elle traite également de pathologies infectieuses ou tumorales.

## L'andrologie, le gynécologue de l'homme...

L'étude et le traitement des troubles de la reproduction masculine, troubles de l'érection, de l'éjaculation, de la fertilité constituent l'**andrologie** qui est partie prenante de l'urologie. L'andrologie est un peu le pendant pour l'homme de la gynécologie pour la femme. A ceci près qu'en général, la femme, depuis la puberté, a noué une relation avec son gynécologue. La situation diffère pour l'homme. Soit l'homme a consulté de manière ponctuelle un urologue en raison d'une pathologie congénitale, d'un traumatisme, d'un trouble de la fertilité ou encore d'une lithiase. Une fois le problème réglé, il ne revoit plus l'urologue. Soit l'homme découvre l'urologue au décours de la cinquantaine. voire beaucoup plus tardivement car de nombreux freins existent à la consultation. Bien des hommes ignorent même l'existence de l'urologie et ne savent pas avec quel spécialiste évoquer leurs problèmes urinaires ou sexuels. La peur, le tabou sont aussi des facteurs limitants. La fatalité également : la conviction qu'il est normal, à partir d'un certain âge, d'être confronté à certains "petits soucis" liés au vieillissement conduit à retarder le recours au spécialiste. Or l'urologue joue un rôle central dans la prise en charge du déficit androgénique lié à l'âge, un trouble caractérisé par une baisse des hormones mâles et de nombreux symptômes associés : fatigue, diminution de la libido, troubles de l'humeur...

## Une spécialité innovante, une discipline d'avenir...

La recherche est très active en urologie. En particulier dans le domaine des facteurs de risque génétiques et environnementaux. L'objectif est de développer des marqueurs prédictifs, notamment en cancérologie. La pratique a par ailleurs considérablement évolué ces dernières décennies avec des interventions de moins en moins invasives : forte réduction des chirurgies "ouvertes", développement de la chirurgie assistée par robot (Da Vinci), interventions percutanées, lithotripsie extracorporelle, biomatériaux, amélioration constante des endoscopes qui sont de plus en plus fins, de plus en plus flexibles et peuvent aller à l'intérieur même du rein, apparition des ultrasons focalisés (HIFU, Focal One), des lasers...

L'enseignement n'est pas en reste.

- ECU (Enseignement du Collège d'Urologie) cycle d'enseignement gratuit pour les internes en parallèle de l'enseignement de la faculté.
- Gestion du risque : Urorisq
- Congrès et formation continue des urologues

Enfin, l'AFU s'est dotée d'un comité d'éthique et de déontologie propre à la spécialité.

### En chiffres

- 1 200 urologues soit 1 urologue pour 60 000 habitants.<sup>2</sup>
- 45 % du temps médical consacré aux consultations et 40 % aux interventions chirurgicales.<sup>2</sup>
- L'incontinence urinaire touche 10 % des enfants, 30 % des femmes et 10 % des hommes.<sup>2</sup>
- Les coliques néphrétiques (lithiase urinaire) affectent 10 % de la population.<sup>2</sup>
- Depuis 1959, année de la première transplantation rénale, 70 242 greffes de rein ont été réalisées en France<sup>3</sup>. Soit environ 3 000 interventions par an (3 044 en 2012, 3069 en 2013...<sup>4</sup>).
- Un homme sur 5 souffre de déficit androgénique lié à l'âge à partir de 60 ans.
- Un homme sur 2 est victime de façon épisodique ou plus durable de dysfonctionnement sexuel à partir de 50 ans.

### Références :

<sup>1</sup> <http://nephroblog.org/2013/11/09/il-etait-une-fois-la-maladie-de-la-pierre/>

<sup>2</sup> <http://urofrance.org/fileadmin/medias/afu/urologie-afu.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/06-rein/synthese.htm>

<sup>4</sup> <http://www.renalo.com/actualites2/les-dernieres-actualites-liste/1231-activite-de-greffe-de-rein-en-france-en-2013-les-premiers-chiffres-du-bon-et-du-moins-bon>

<sup>5</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)

## Troubles urinaires et sexuels de l'homme, et si tout commençait par le syndrome métabolique ?

### Pr Aurélien Descazeaud

Responsable du Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'AFU, CHU de Limoges

La femme consulte un gynécologue dès l'adolescence ou l'entrée dans la vie adulte. L'homme, de son côté, attend habituellement l'âge de 50 ans avant de se tourner vers l'urologue. Les troubles urinaires en sont la principale raison : mictions fréquentes ou urgentes, sentiment de vidange incomplète, faiblesse ou interruption du jet, ou encore mictions nocturnes. Les causes de ces problèmes sont multiples. L'hypertrophie bénigne de la prostate, plus connue sous le nom d'« adénome de prostate » en est la principale. D'autres étiologies sont moins fréquentes : hyperactivité ou hypoactivité vésicale, infection urinaire, calculs logés dans l'uretère, prostatite, tumeur de la vessie, troubles neurologiques...

L'urologue se doit d'aller rechercher une **dysfonction sexuelle** même si l'attente première du patient concerne un problème urinaire. En effet, rares sont les patients qui évoquent spontanément leur sexualité, quand bien même ils souffriraient de troubles avérés. Par ailleurs, les dysfonctions urinaires et sexuelles sont très fréquemment associées. La sévérité de l'une est volontiers proportionnelle à la sévérité de la seconde [Rosen]. Enfin, les traitements des troubles mictionnels sont à même d'agir sur la fonction sexuelle et réciproquement [Gacci, Descazeaud].

### Le syndrome métabolique, l'ennemi commun

Pourquoi les troubles urinaires et sexuels vont-ils souvent de pair ? Le « syndrome métabolique » pourrait en être l'explication.

Le syndrome métabolique **n'est pas une maladie mais la combinaison d'au moins trois des désordres suivants** : une obésité abdominale (tour de taille supérieur à 80 cm pour la femme et 94 cm pour l'homme), une intolérance au glucose (ou un diabète de type 2), une hypertension artérielle et une dyslipidémie (hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie). Chez des sujets génétiquement prédisposés, la combinaison d'une prise calorique excessive et d'un manque d'activité physique induit ainsi non seulement une prise de poids mais également un état de résistance à l'insuline, une intolérance au glucose et un stress oxydatif. Ces facteurs sont responsables d'une altération de la paroi endothéliale et donc d'une augmentation du risque cardio-vasculaire [Ceriello]. On estime que le syndrome métabolique multiplie par trois le risque cardiovasculaire.

En 15 ans la proportion de personnes obèses a doublé en France. On compte aujourd'hui près de 7 millions de personnes obèses soit 15 % de la population. Cet accroissement important du surpoids et de l'obésité conduit un accroissement parallèle de l'incidence du syndrome métabolique et donc du risque cardiovasculaire associé.

## L'urologie une médecine sentinelle...

Lorsque des troubles urinaires et sexuels sont associés chez un même individu, a fortiori si ce dernier est en surpoids, il convient de rechercher un éventuel syndrome métabolique.

Le lien étroit entre troubles urinaires ou sexuels, et le syndrome métabolique est la résultante d'une **triple association : épidémiologique, physiologique et thérapeutique**. **Epidémiologique**, comme cela a été montré dans des études observationnelles à grande échelle qui pointent la très grande fréquence de ces troubles chez les patients atteints de syndrome métabolique [Bal, Lee, Pashootan]. **Physiopathologique** puisque des données suggèrent que le syndrome métabolique est précurseur tant de désordres urinaires que de troubles sexuels [Bal]. Sur le plan sexuel, en effet, le syndrome métabolique entraîne une athérosclérose de l'artère pelvienne, à l'origine de troubles érectiles et un hypogonadisme susceptible de provoquer une baisse de la libido. Sur le plan urinaire, l'obésité favorise l'inflammation de la prostate et par voie de conséquence le développement d'une hypotrophie bénigne de la prostate. **Thérapeutique** du fait de la nécessité d'une prise en charge globale.

Le symptôme urologique apparaît donc comme un point d'entrée dans le syndrome métabolique. L'enjeu est majeur du fait du risque cardiovasculaire sous-jacent. L'urologue se trouve ainsi être un acteur clef de ce que l'on pourrait appeler « **la santé de l'homme de plus de 50 ans** ».

### Références :

Rosen R, Altwein J, Boyle P et al. Lower Urinary tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). Eur Urol. 2003;44(6):337-649.

Gacci M, Corona G, Salvi M et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with  $\alpha$ -blockers for lower urinary tract symptoms owing to benign prostatic hyperplasia. Eur Urol 2012;61:994–1003.

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, et al. Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'association française d'urologie. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec une hyperplasie bénigne de la prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. Prog Urol. 2012 Dec;22(16):977-88.

Ceriello A, Motz E. Is oxidative stress the pathogenic mechanism underlying insulin resistance, diabetes, and cardiovascular disease? The common soil hypothesis revisited. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004; 24: 816-823.

Gallus S, Lugo A, Murisic B, Bosetti C, Boffetta P, La Vecchia C. Overweight and obesity in 16 European countries. Eur J Nutr. 2014 Aug 5.

Bal K, Oder M, Sahin AS, Karatas CT, Demir O, Can E, et al. Prevalence of metabolic syndrome and its association with erectile dysfunction among urologic patients: metabolic backgrounds of erectile dysfunction. Urology 2007; 69: 356-360.

Lee JH, Kwon H, Park YW. Association of lower urinary tract symptom/benign prostatic hyperplasia measures with international index of erectile function 5 in middle-aged policemen of Korea and the role of metabolic syndrome and testosterone in their relationship. Urology. 2013 Nov;82(5):1008-12.

Pashootan P, Ploussard G, Cocaul A, De Gouvello A, Desgrandchamps F. Association between metabolic syndrome and severity of lower urinary tract symptoms: observational study in a 4,666 European men cohort. BJU Int. 2014



## Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure, du mythe à la réalité...

### **Dr Pierre Colin**

Hôpital privé La Louvière, Lille

### **Pr Morgan Rouprêt**

Hôpital de la Pitié Salpêtrière, AP-HP

Les cancers représentent 40 % de l'activité d'un urologue. Prostate, rein, vessie mais aussi surrénales, testicules ou pénis, peuvent être touchés. On estime que les cancers urologiques représentent 21 % de la totalité des cancers<sup>1</sup>. Parmi eux, les tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVES), des tumeurs qui touchent la voie urinaire supérieure et les cavités intra-rénales, mais sont proches des tumeurs de la vessie sur le plan anatomopathologique. Méconnues, ces tumeurs font l'objet du rapport scientifique de l'AFU en 2014.

## Les tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures existent-elles ?

"Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure". Le nom est complexe. Il s'agit en réalité de tumeurs qui se développent soit dans l'uretère, conduit qui transporte l'urine depuis les bassins du rein jusque dans la vessie, soit dans les cavités pyélo-calicielles situées à l'intérieur même du rein. Sur le plan anatomopathologique les tissus touchés sont de même nature que ceux de la vessie. Pendant longtemps ces cancers ont été considérés à tort, dans les registres épidémiologiques, soit comme des tumeurs de la vessie, soit comme des cancers du rein. Or il s'agit bien d'une entité nosologique à part. Etienne Mazeman, dans son premier rapport de l'AFU dédié à ce sujet en 1972, avait déjà tenté de le souligner. La recherche scientifique des 40 dernières années l'a abondamment confirmé.

Les tumeurs de la voie excrétrice sont moins rares que l'on voudrait le croire. Dès 2008 nous avons commencé à colliger des données sur ces tumeurs en France. Le groupe collaboratif français des TVES était né. Six ans plus tard, plus de 2 000 cas ont été répertoriés. Ce groupe collaboratif a donné lieu à une trentaine de publications scientifiques dans des revues internationales de haut niveau. Aujourd'hui, avec le recul, il paraît raisonnable d'estimer à quelque 3 000 le nombre de nouveaux cas en France chaque année. C'est peu au regard des 50 000 cas annuels de cancers de la prostate. L'âge moyen de survenue de ces tumeurs se situe entre 65 et 70 ans (70,2 ans dans la série étudiée en France).

## Des risques bien identifiés...

Ce sont parfois des douleurs lombaires simulant des coliques néphrétiques ou la présence de sang visible dans les urines qui alertent les patients. Des facteurs de risque environnementaux ont été identifiés. Le tabac est le principal. Un certain nombre de toxiques utilisés dans le cadre professionnel sont également sur la sellette. Pour l'anecdote, une forte prévalence des TVES est observée depuis fort longtemps dans les populations d'agriculteurs des Balkans. La raison ?

Dans cette région d'Europe les champs de blé sont envahis par des plantes de la famille des aristolochias. Ces dernières contiennent un toxique, l'acide aristolochique. Cet acide se retrouve également dans des herbes médicinales chinoises. La survenue soudaine de néphropathies en Belgique a permis d'incriminer ces plantes et de montrer que leur consommation induit une altération du gène TP53 et favorise ainsi un processus de carcinogenèse. Une publication récente dans le NEJM confirme une association très puissante entre la consommation de ces herbes et les TVES. Ces plantes souvent achetées sur internet et de provenance douteuse, sont utilisées aussi bien comme boisson (tisane) que par voie externe (massages ayurvédiques).

### Un diagnostic et des traitements mieux codifiés

En matière de traitement, d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années. Tout d'abord les investigations endoscopiques du haut appareil urinaire ont permis une meilleure prise en charge, en particulier grâce à l'urétéroscopie souple. L'urétéroscopie consiste à introduire dans l'uretère un endoscope doté d'une optique de 3 mm de diamètre pour visualiser la tumeur. L'innocuité de cet examen a été démontrée et son bénéfice réel n'est plus mis en cause en 2014. Aujourd'hui il est recommandé de le réaliser de façon systématique dans le bilan d'une TVES. Le praticien peut, par ailleurs, au décours de l'urétéroscopie, faire des biopsies ou monter une fibre laser au contact de la tumeur afin de la vaporiser. L'examen est également très utile pour le suivi postopératoire car il permet de détecter au plus tôt les éventuelles récives.

Autre avancée majeure : le développement d'une chirurgie conservatrice qui ne sacrifie pas systématiquement le rein. L'exérèse du rein et de l'uretère a longtemps été la seule technique proposée (nephro-urétérectomie). Aujourd'hui on dispose de plus en plus d'outils pour savoir si un traitement conservateur du rein est possible. Environ 30 % des patients seraient des bons candidats au traitement conservateur.

### De l'analyse rétrospective aux études moléculaires prospectives

Le groupe français collaboratif des TEVS entre désormais dans une nouvelle phase prospective de l'étude de ces cancers. La recherche de facteurs génétiques de prédisposition et de susceptibilité à partir de l'ADN des patients sera la prochaine étape moléculaire de la recherche en cours. L'étude du polymorphisme génétique associé à ces tumeurs (sorte de "code barre") permettra de détecter les personnes les plus à risque.

#### Référence :

<sup>1</sup> <http://urofrance.org/fileadmin/medias/afu/urologie-afu.pdf>