

## DOSSIER DE PRESSE

---

# UROLOGIE : E-SANTE ET INNOVATIONS AU SERVICE DES PATIENTS

CONFERENCE DE PRESSE  
26 MARS 2015

Twitter : @AFUrologie

Facebook.com.Urofrance

## Sommaire

<b>Réseaux sociaux et urologie, aller à la rencontre des patients</b>	<b>p. 3</b>
Dr Christian Castagnola, Vice-Président et Responsable du Comité d'Éthique et de Déontologie de l'AFU Urologue, Mougins	
<b>Les e-applications d'aide au parcours de soins des patients</b>	<b>p. 6</b>
Dr Pierre Gimel, Urologue, Cabestany	
<b>Tumeurs du rein : préserver la fonction rénale</b>	<b>p. 10</b>
Pr Arnaud Méjean, Chef de service d'Urologie, HEGP, Paris	

## Réseaux sociaux et urologie, aller à la rencontre des patients

**Dr Christian Castagnola, Urologue**  
**Vice-Président et Responsable du Comité d'Éthique et de Déontologie de l'AFU**

“Médecins, emparez-vous du web !”, ainsi pourrait être résumé le mot d'ordre que le Dr Jacques Lucas a lancé à tous les médecins de France depuis quelques années.

De fait, face au développement considérable de l'information santé online, guider les usagers de santé, les patients et le grand public sur le web santé est devenu indispensable.

### La relation médecin-patient à l'heure du web, une tension éthique

Pour le Dr Christian Castagnola, Vice-Président de l'AFU, responsable du comité d'éthique et de déontologie : *“le temps de la relation médecin-patient verticale – le paternalisme hippocratique - est finie. Les patients s'autonomisent, s'informent et sont en recherche d'informations et de réponses à leurs questions. Internet est aujourd'hui devenu l'une des toutes premières sources en ce domaine et ne pas l'investir serait se tenir à l'écart de nos patients et pourrait même risquer de rompre cette relation spécifique qui nous lie à eux”.*

Au-delà de la mise à disposition d'informations validées scientifiquement sur son site Internet, l'AFU a souhaité aller plus loin et s'est engagée sur les réseaux sociaux tout dernièrement.

*“La e-santé française, c'est d'abord et avant tout le web et les réseaux sociaux aujourd'hui, avant d'être la santé mobile et connectée dont nous attendons encore les usages”* précise le Dr Christian Castagnola avant d'ajouter : *“C'est pour cela qu'il nous a semblé nécessaire et utile d'être aujourd'hui sur Facebook. De fait, développer la littératie en santé et en urologie nécessite d'investir les espaces sociaux où sont présents les patients”.*

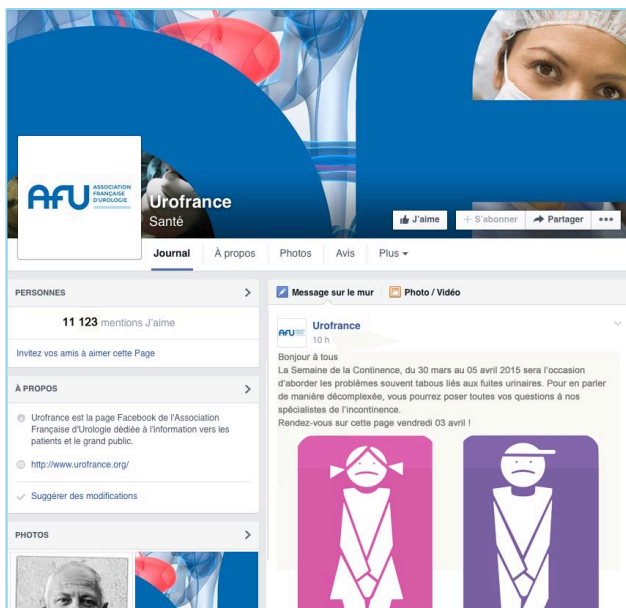
#### Littératie en santé :

Capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie.  
*Agence de la santé publique du Canada*

Depuis la mi-février 2015, après s'être lancée sur Twitter à l'automne 2014, l'AFU dispose de sa propre page Facebook : [www.facebook.com/Urofrance](http://www.facebook.com/Urofrance).

## Facebook, pour parler librement d'urologie et... d'incontinence

Facebook est devenu incontournable en France. Plus de 26 millions d'utilisateurs sont inscrits et 18 millions s'y connectent quotidiennement. En santé, les associations de patients, telles Renaloo, ont investi cet espace depuis longtemps et plus récemment ce sont les associations de professionnels de santé, les établissements de santé - tels les différents CHU de France - ou les institutions, qui ont ouvert leur page Facebook.



“On peut saluer les initiatives du CHU de Rouen et de l'INCa dernièrement, qui ont souhaité aller plus loin que la simple page d'information et se sont engagés à travers des chats sur Facebook à dialoguer avec leurs publics” indique le Dr Christian Castagnola. “Dans le prolongement de ces initiatives, il nous a semblé important de profiter de la Semaine de la Continence pour, nous aussi, initier un dialogue et répondre aux interrogations que se posent les personnes touchées par l'incontinence et qui, trop souvent encore, n'osent pas en parler”.

Lors de la prochaine Semaine de la Continence, ce sont donc 5 experts de l'AFU : le Dr Christian Castagnola, le Dr Florence Cour, le Dr Marc Géraud, le Dr Georges Kouri et le Dr Adrien Vidart qui répondront à toutes les questions sur et autour de l'incontinence urinaire et de ses différentes facettes lors d'un chat Facebook, le vendredi 03 avril.

Le but ? Permettre à chacun de poser ses questions à des urologues, spécialistes de l'incontinence, de manière aisée et décomplexée. En résumé : “libérer la parole” en utilisant “l'anonymat” et la “distance entre les interlocuteurs” propres aux réseaux sociaux.

## Le chat Facebook, une première pour montrer la voie

“Nous n'avons pas d'objectifs quantitatifs avec cette première sur Facebook. Il s'agit avant tout de montrer qu'il est possible d'échanger sur les réseaux sociaux avec des patients, des jeunes femmes, des hommes actifs ou non, des adolescents et des jeunes adultes et mêmes des seniors sans pour autant faire de consultation en ligne” explique le Dr Christian Castagnola.

De fait, les outils mis en place à cette occasion ont tout autant pour but de permettre à chacun de s'exprimer en respectant sa volonté d'anonymat vis-à-vis des autres internautes - les questions peuvent être adressées sous la forme de message privé sur Facebook, via une adresse e-mail dédiée, sous la forme de commentaires ou en étant publiées sur le mur de la page – que de s'attacher à ne pas transformer la page de l'AFU en espace de consultation médicale en ligne.

Toutes les questions reçues seront retranscrites sous la forme d'un cas général et les réponses apportées seront destinées à mieux guider les patients dans leur recherche d'information et d'orientation médicale.



### Chat facebook spécial Incontinences

Vendredi 03 avril 2015, de 9h à 13h et de 14h à 19h

Pour poser les questions :

- Avant le 3 avril, par e-mail : [info@urofrance.org](mailto:info@urofrance.org)

- Directement le Jour J



> sur la page Urofrance via les commentaires ou en message privé



> sur Twitter en utilisant le #AFUContenance ou par DM avec @AFUrologie



> par e-mail : [info@urofrance.org](mailto:info@urofrance.org)

Pour le Dr Christian Castagnola : ***“La e-santé peut être une réelle chance pour la relation médecin-patient. Encore faut-il que les médecins s'emparent de ces espaces et que le cadre éthique soit respecté. En qualité de société savante, il est tout autant de notre devoir de veiller aux bons usages des réseaux sociaux en santé que de notre responsabilité de montrer l'exemple”.***

## Les e-applications d'aide au parcours de soins des patients

**Dr Pierre Gimel, urologue, Centre Catalan d'Urologie, Cabestany**  
Concepteur des applications iProstate et iRein avec l'AFU

### La mSanté aujourd'hui en France

"E-santé", "télésanté" "mSanté" "santé digitale", une multitude de néologismes sont apparus récemment pour désigner des aspects de la santé, qui échappent à la vision traditionnelle du colloque singulier avec le médecin. Tous ces termes recouvrent des notions à la fois proches et différentes. Le mot "mSanté" est apparu pour la première fois en 2005. Mais c'est en 2009 qu'il a officiellement été formalisé par l'OMS. Selon cette définition internationale, la mSanté recouvre « *les pratiques médicales et de santé publique reposant sur **des dispositifs mobiles** tels que téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil* ».

A la "mSanté" répond le "**mobinaute santé**", à savoir l'utilisateur itinérant de ces technologies santé, qui sur sa tablette ou son smartphone, à l'aide d'applications dédiées, va pouvoir mieux gérer sa santé.

Autre élément intégré à ce dispositif : **les appareils connectés**. Il peut s'agir de pèse-personnes, de tensiomètres, de glucomètres, d'oxymètres, de montres intelligentes (cardiofréquence-mètres, podomètres...), ou encore de pompes à insuline connectées, moniteurs cardiaques, piluliers numériques...

La mSanté recouvre donc de multiples domaines tous conçus pour aider la personne à se maintenir en bonne santé, pour l'accompagner dans le suivi de son traitement et les conseils d'hygiène de vie associés, pour favoriser la relation médecin-malade et la gestion de l'urgence.

La santé mobile est aujourd'hui en pleine expansion : "*La croissance de ce marché est exponentielle. Toutes les entreprises du secteur (Orange, Apple, Google....) ont développé une division santé*" observe le Dr Gimel.

#### En chiffres

- 97 000 applications santé en 2013 contre 6 000 en 2010<sup>1</sup>
- 7 millions de mobinautes en France aujourd'hui<sup>2</sup>
- 1,7 milliard de personnes auront téléchargé une application santé d'ici 2017<sup>1</sup>

## Les mApps, où en sommes-nous ?

On dénombre environ 4 000 applications médicales françaises stricto sensu, parmi lesquelles il convient de faire le tri afin d'aider les patients et les médecins.

**70 % environ sont uniquement orientées vers le patient** : par exemple les suivis de sa glycémie, de sa tension artérielle, la gestion des ses traitements... Ces applications sont des aides à l'éducation à la santé. Elles visent à rendre le patient plus autonome.

**25 % sont des applications destinées aux professionnels de santé** pour les aider à mieux se former (prises de notes, ...) ou à mieux soigner. Ainsi les calculateurs : on entre des données et l'appareil fournit un "score". Ces calculateurs permettent par exemple en urologie de donner le temps de doublement du PSA, de calculer la clairance rénale.

*"De nombreuses applications sont également disponibles pour mettre à disposition des urologues des bases de données (rappels sur les pathologies, recommandations...) ou les informer sur les interactions médicamenteuses. Ce sont en quelque sorte des blocs notes améliorés"* explique le Dr Pierre Gimel.

**5 % des applications santé concernent la relation médecin/patient.** Mais si ce domaine est encore émergent, c'est aussi celui qui a le plus d'avenir. Des applications santé bien conçues peuvent contribuer à améliorer la relation entre le malade et son urologue. Ainsi quand le patient arrivera en consultation, il aura déjà noté toutes les données importantes pour le diagnostic et le suivi de sa pathologie, par exemple la fréquence des mictions nocturnes, les effets indésirables des médicaments... La collecte préalable de ces données fera gagner un temps précieux au patient comme au médecin. A plus long terme, des applications et des capteurs vont se développer et permettront au médecin de recevoir des alertes. Tout le problème sera de gérer ces alertes afin que le médecin ne se retrouve pas submergé 24 h/24 par l'information en provenance de ses patients.

## Les applications en urologie aujourd'hui

Parmi les quelque 4 000 applications disponibles, il importe de connaître celles qui sont utiles au patient ou bénéfiques pour la relation médecin/patient. Le site UROFRANCE recense les applis validées par l'AFU (<http://urofrance.org/outils-et-recommandations/applications-medicales-en-ligne.html>).

Parmi celles-ci :



### Mictionary

Ce calendrier mictionnel numérique dans lequel le patient note la fréquence et le volume de ses mictions ainsi que les fuites éventuelles et les situations où les fuites surviennent, permet de mieux évaluer une incontinence urinaire et de mieux suivre l'efficacité du traitement.



### iMale

Une série de questionnaires aide à connaître la santé de l'homme sur le plan urologique, andrologique et sexuel (troubles urinaires liés à la prostate, vieillissement et andropause, dysfonction érectile, sexualité du couple...). Cet outil n'est pas un outil d'autodiagnostic pour le patient ; il peut uniquement être interprété par un médecin.



### ONCOG8

Cette application est dédiée aux praticiens. Elle vise à évaluer l'espérance de vie d'un patient.

Enfin d'autres applications ont été développées pour aider le médecin à prendre en charge les pathologies urologique : iProstate, iRein, Calculithiase...



## Les défis de la santé mobile en urologie demain

### 1. Pérenniser les applications existantes

"Pour les 2 applications que j'ai développées avec l'AFU (iProstate et iRein), j'ai d'abord réfléchi aux informations dont j'avais besoin, en tant qu'urologue, pour traiter ces cancers : stades de la maladie, recommandations des comités de cancérologie, calculateurs... Car si on veut qu'une application soit utilisée, il faut qu'elle soit utile !" précise le Dr Pierre Gimel. Actuellement la durée de vie d'une application santé est d'environ 6 mois. Comparée à une application de jeu (2 mois), c'est long. Si on veut prolonger l'existence de ces outils de mSanté, il faut mettre à jour régulièrement ces outils. C'est un défi pour l'AFU que de faire évoluer ces applications santé.

### 2. Développer des applications dans d'autres secteurs...

Des enquêtes ont montré que chez les patients atteints de maladies chroniques, 60 % sont demandeurs d'applications santé. En urologie, de nouvelles applications seraient donc bienvenues dans le domaine des maladies chroniques, en particulier le suivi du cancer métastatique de la prostate<sup>3</sup>, de la vessie neurologique et du cancer du rein.

### 3. Tester les dispositifs innovants.

Le logiciel Sovinty@3S vise à favoriser le développement de l'ambulatoire. Une clinique toulousaine l'a d'ores et déjà adopté et un centre hospitalier nantais s'apprête à faire de même. Le logiciel propose un accompagnement du patient avant sa chirurgie : il lui rappelle les analyses auxquelles il doit procéder avant de venir, les bilans qu'il doit apporter le jour J, les médicaments à éviter... Ce système très souple, paramétré par le médecin lui-même, a montré son efficacité car un patient bien informé, bien accompagné avant son intervention, est un patient dont l'opération se déroulera au mieux. Actuellement, trop d'interventions chirurgicales sont annulées au dernier moment car les patients ont oublié un examen essentiel qu'ils devaient effectuer. Sovinty permet ainsi une meilleure gestion des blocs opératoires.

En postopératoire, le système permet de garder le contact avec le patient qui répond aux différentes questions qui lui sont posées. Si tout va bien, le patient est rassuré. Si le système détecte une alerte orange, il conseille au patient de joindre son urologue. En cas d'alerte rouge, c'est le centre hospitalier qui prend directement contact avec le patient.

"Ce système présente deux avantages considérables : la sécurité, puisqu'il permet d'intervenir au plus vite en cas de nécessité et le gain de temps et d'argent puisqu'il évite les coups de fil inutiles et les visites sans objet" estime le Dr Gimel.

D'autres dispositifs se créent quotidiennement : "L'AFU doit prendre le train de la mSanté" insiste le spécialiste. La création du label AFU permettra de faire le distinguo, parmi le foisonnement d'applications santé entre celles qui apportent un vrai service, et celles qui sont modérément utiles ou redondantes.

#### Références :

<sup>1</sup> Global mobile health market report 2013-2017, Research2guidance

<sup>2</sup> Étude "A la recherche du ePatient", Patients & Web, LauMa communication, TNS Sofres, Doctissimo, avril 2013

<sup>3</sup> Aujourd'hui le cancer métastatique de la prostate est considéré comme une maladie chronique.

## Tumeurs du rein : préserver la fonction rénale

Pr Arnaud Méjean, Chef de service d'Urologie, HEGP, Paris

### Tumeurs du rein, où en sommes-nous ?

Les tumeurs du rein sont fréquentes et semblent en augmentation. Chaque année quelque 9 à 10 000 nouveaux cas sont déclarés. Dans les pays industrialisés et plus souvent dans les zones urbaines, soixante à 70 % de ces tumeurs sont identifiées de manière fortuite, à l'occasion d'un examen d'imagerie réalisé pour une autre raison. Nombre d'entre elles sont localisées, n'ont pas encore diffusé, et beaucoup sont de petite taille (inf. 4 cm).

Les tumeurs du rein sont de bon pronostic lorsqu'elles sont découvertes suffisamment tôt, ce qui est le cas le plus souvent. Les études portant sur la survie des patients atteints d'une tumeur rénale de moins de 7 cm, opérés par néphrectomie partielle, montre des taux de survie sans à 7 ans de métastase de plus de 97 %.<sup>1</sup>

L'âge moyen de découverte est de 60-70 ans. Il nous semble pourtant observer un rajeunissement de nos patients en consultation mais c'est peut-être dû à un biais de recrutement. Quoiqu'il en soit les trois facteurs de risque, aujourd'hui reconnus comme favorisant la survenue de ces tumeurs, sont l'obésité, le tabagisme et l'hypertension artérielle. On estime en effet que 50 % des tumeurs du rein sont dues à l'un ou plusieurs de ces trois facteurs.

Plus un patient est jeune, plus la question de la préservation de sa fonction rénale devient cruciale.

### Préserver la fonction rénale, un enjeu

Préserver la fonction rénale est un enjeu majeur. D'autant que l'augmentation de l'espérance de vie des patients nous amène à traiter des personnes qui ont devant elles plusieurs décennies de vie. Il faut donc tout faire pour leur éviter d'évoluer vers l'insuffisance rénale, et potentiellement à terme, vers la dialyse qui est l'étape ultime de l'insuffisance rénale terminale.

Par ailleurs, diverses études ont montré que l'altération de la fonction rénale était associée à un plus haut risque de maladie cardiovasculaire et de décès par maladies cardiovasculaires. De manière plus générale, la préservation de la fonction rénale est corrélée à une survie plus longue, toutes causes de décès confondues.<sup>2</sup>

Quid de la maîtrise du cancer ? Les études ont également montré que si la chirurgie est carcinologiquement satisfaisante, il n'y a pas plus de récurrence, que la résection soit partielle ou totale. Pour la plupart des études qui comparent les survies après néphrectomie totale (ablation du rein) ou néphrectomie partielle (ablation de la seule tumeur), la survie globale est meilleure dans le second cas, ce qui justifie le choix de préserver la fonction rénale<sup>3,4</sup>.

Diverses évolutions techniques nous permettent aujourd'hui de mieux adapter notre geste, en fonction du patient et de sa tumeur :

- le bilan radiologique (SCANNER ou IRM) est essentiel en amont et en aval. Avec une préférence pour l'IRM, surtout dans le suivi, car elle est moins irradiante et que le produit injecté (gadolinium) est moins toxique pour le rein. Toutefois le thorax est mieux surveillé avec un scanner.
- la biopsie qui n'est pas systématique mais qu'on demande de plus en plus souvent pour choisir avec précision l'option thérapeutique. Il convient de lutter contre l'idée fautive selon laquelle la biopsie serait dangereuse et favoriserait l'essaimage du cancer. Lorsque la biopsie est réalisée dans les règles de l'art, il n'y a pas de risque d'essaimage et très peu de risques de complications.
- la connaissance de la fonction rénale qui s'est améliorée avec le développement de nouveaux paramètres beaucoup plus précis que la simple créatininémie. Aujourd'hui le MDRD ou mieux encore le CKD-EPI nous permettent d'avoir une excellente appréciation de la fonction rénale et donc de mieux déterminer les patients pour lesquels la préservation de cette fonction sera cruciale.

Le choix thérapeutique sera dicté par la confrontation de l'état général du patient (et de ces facteurs de co-morbidité), de la tumeur (taille, aspect, localisation) et du rein (fonction rénale, aspect, graisse autour du rein).

## Les techniques ablatives des petites tumeurs du rein

Dans le traitement des tumeurs de petite taille (inf. 4 cm) nous avons différentes options. L'option chirurgicale, qui reste le « gold standard ». Elle consiste à retirer la tumeur. Cette chirurgie est aujourd'hui de plus en plus souvent conservatrice : elle tâche de préserver la partie saine du rein afin de conserver une fonction rénale correcte. La néphrectomie partielle (ou tumorectomie) est donc le plus souvent préférée à la néphrectomie totale, même si la tumeur est centrale (à l'intérieur du rein). Dans ce cas elle est plus difficile à retirer car elle a envahi le parenchyme rénal et qu'elle est en contact avec les vaisseaux nourriciers du rein. Ces chirurgies sont aujourd'hui très bien maîtrisées avec des taux de complications postopératoires de plus en plus faibles pour les équipes expertes. Elle peut se faire par chirurgie ouverte qui reste, à ce jour, la voie d'abord recommandée mais aussi et de plus en plus par chirurgie robot-assistée.

Les options alternatives :

- **La thermoablation.** Elle consiste à utiliser la chaleur (radiofréquences, micro-ondes) ou le froid (cryoablation). Ce sont d'excellentes méthodes pour les tumeurs inférieures ou 3-4 cm, accessibles et relativement extériorisées. Ces méthodes reposent sur des schémas assez proches : sous imagerie (guidage échographique le plus souvent), une ou plusieurs aiguilles sont insérées et plantées au sein de la tumeur. La diffusion d'un courant électro-magnétique dans un cas, d'azote liquide ou d'argon dans l'autre vont conduire à une nécrose de la tumeur. Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Les thérapies par la chaleur sont plus rapides, plus intenses et moins coûteuses. Mais elles sont moins précises et peuvent léser des tissus nobles, des vaisseaux... La cryoablation de son côté, a un coût trois fois plus élevé, mais elle est progressive, la délimitation de l'iceball (zone congelée) est très précise, les risques de léser des tissus sains sont un peu plus faibles et elle permet de détruire un plus gros volume tumoral. Théoriquement la thermoablation s'adresse aux tumeurs de moins de 3-4 cm du sujet ne voulant pas la chirurgie ou ne pouvant pas en bénéficier, du sujet âgé ou enfin en cas de récurrence dans les tumeurs du rein héréditaires. Les études actuellement publiées donnent des résultats soit un peu moins bons soit comparables à la chirurgie mais avec des survies globales un peu moins bonnes.<sup>5</sup>
- **La surveillance.** Elle est particulièrement adaptée aux personnes âgées, fragiles, souffrant d'autres comorbidités.
- Si la tumeur est de volume plus important (entre 4 et 7 cm), **la chirurgie** s'impose. Mais même dans ces cas la question de la préservation de la fonction rénale se pose également. Jusque dans les années 2000, nous étions assez peu "conservateurs". Actuellement on considère comme rationnel de privilégier dans la plupart des cas la néphrectomie partielle pour conserver un capital néphronique suffisant. Mais cette décision doit être prise au cas par cas dans des réunions multidisciplinaires. Parfois quand la tumeur est trop grosse ou mal située il est impossible voire dangereux de ne pas faire de néphrectomie totale.

## Et l'avenir ?

L'avenir est peut-être aux thérapies transcutanées.

Dans un passé récent les techniques percutanées (en traversant la peau) comme la thermoablation se sont développées. Les méthodes les plus connues sont la radiofréquence et la cryoablation. Le transcutané recouvre les techniques qui passent par la peau sans la traverser. La plus prometteuse pourrait être la radiothérapie stéréotaxique (cyberknife). On a longtemps affirmé que les tumeurs du rein n'étaient pas radiosensibles. En réalité, il était difficile d'appliquer une dose létale pour la tumeur sans endommager gravement les tissus sains environnants et le rein lui-même. Le développement de la radiothérapie stéréotaxique permet de délivrer des doses très importantes au sein de la tumeur grâce à une irradiation très focale qui ne lèse pas les tissus traversés. Pour autant actuellement il n'y a pas suffisamment d'études scientifiques pour le prouver.

D'autres méthodes sont en développement (photothérapie dynamique, nanoparticules...). Elles sont encore au stade de l'évaluation expérimentale.

### Références :

- <sup>1</sup> 7-year oncological outcomes after laparoscopic and open partial nephrectomy. Lane BR, Gill IS. J Urol. 2010 Feb;183(2):473-9
- <sup>2</sup> Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. N Engl J Med. 2004 Sep 23;351(13):1296-305
- <sup>3</sup> Nephrectomy induced chronic renal insufficiency is associated with increased risk of cardiovascular death and death from any cause in patients with localized cT1b renal masses
- <sup>4</sup> Weight CJ, Larson BT, Fergany AF, Gao T, Lane BR, Campbell SC, Kaouk JH, Klein EA, Novick AC. J Urol. 2010 Apr;183(4):1317-23
- <sup>5</sup> Comparison of Partial Nephrectomy and Percutaneous Ablation for cT1 Renal Masses. Thompson RH, Atwell T, Schmit G, Lohse CM, Kurup AN, Weisbrod A, Psutka SP, Stewart SB, Callstrom MR, Cheville JC, Boorjian SA, Leibovich BC