



Dossier de presse

115^{ème} Congrès Français d'Urologie

Association Française d'Urologie

17 novembre 2021

Sommaire

Rapport du Congrès : Les urgences en urologie	3
Urologie : La place de l'urologue dans la prise en charge de l'endométriose	5
Sexualité : la contraception masculine	9
À propos du CFU 2021	12
À propos de l'AFU	12

Rapport du Congrès : Les urgences en urologie

D'après des entretiens avec les Prs Jean-Alexandre Long (CHU de Grenoble), Romain Boissier (AP-HM, Hôpital de la conception), Pierre-Henri Savoie (Médecin chef-Service de santé des armées, Toulon)

Les urgences en urologie

C'est un rituel, chaque congrès de l'AFU se clôt par la présentation du rapport annuel. En 2021, il sera dédié aux urgences en urologie, un sujet qui constitue le quotidien des urologues mais qui n'avait encore jamais fait l'objet d'une recension. Le thème est vaste et les trois rapporteurs ont mené une enquête fouillée afin de mettre à la disposition des spécialistes des données inédites qui enrichissent leur connaissance du sujet et simultanément de divulguer une information accessible pour tous les généralistes et urgentistes, moins souvent confrontés à ces sujets. Le rapport sera présenté le samedi 20 novembre à 15 h 00 par ses auteurs le Pr Jean-Alexandre Long, le Pr Romain Boissier et le Pr Pierre-Henri Savoie.

Le premier et le dernier article d'un rapport sont souvent les plus importants ou du moins les plus novateurs. Le rapport 2021 n'échappe pas à cette logique. Il débute par une enquête totalement inédite sur les urgences urologiques et se clôt par un article, véritable « bouquet final », rédigé par le Pr Pierre-Henri Savoie, urologue militaire, sur le damage control chirurgical en cas d'attentat (chirurgie de sauvetage visant à stabiliser un blessé pour l'amener le plus rapidement possible en réanimation).

Au commencement était le chaos...

« Nous avons pour objectif, pour introduire le sujet, de faire l'état des lieux des urgences urologiques en France explique Romain Boissier. Nous avons cherché des publications existantes, nous n'avons rien trouvé. Il a fallu être innovant et partir nous-mêmes quérir les informations à la source. » Grâce au réseau de suivi OSCOUR, qui regroupe plus de 90 % des services d'urgence sur le territoire national, le Pr Boissier a pu **remonter les données de toutes les urgences urologiques sur 5 ans** (hors épidémie Covid). Ces données ont permis de dresser un tableau exhaustif de l'activité (fréquence, profil type du patient, pathologies les plus récurrentes, temps de passage aux urgences et type de traitement proposé...). L'enquête a montré **que 4 % de l'ensemble des visites aux urgences concerne la sphère urologique**. Sans surprise ce sont les urgences infectieuses (cystites, prostatite, pyélonéphrites...) qui sont les plus souvent retrouvées. En seconde ligne, les urgences du haut appareil urinaire, comme la colite néphrétique ou les rétentions d'urine.

Non moins intéressant, le temps de passage aux urgences et le taux d'hospitalisation. Les estimations montrent que globalement, pour chacune des pathologies, les recommandations sont bien respectées. « *Le taux d'hospitalisation est seulement de 40 % pour les rétentions d'urine ou les colites néphrétiques ce qui correspond aux recommandations et montre que les médecins urgentistes font un bon triage* » souligne le Pr Boissier.

Après ce riche florilège, une succession d'articles permet de faire un tour complet des urgences, des plus rares aux plus fréquentes, des plus bénignes aux plus complexes.

Un rapport résolument pratico-pratique

Le Pr Long a traité des **urgences et traumatismes du bas appareil urinaire** (vessie, prostate, urètre...) et des **traumatismes du rein**. « *A Grenoble, où le ski et les sports de montagne sont très pratiqués, ce sont des accidents que nous observons fréquemment.* » Certaines chutes, certains chocs peuvent provoquer des fractures d'organes. L'organe se brise, se fragmente, entraînant des saignements, des fuites d'urine potentiellement mortels. Ces urgences urologiques recourent volontiers aux techniques mini-invasives pour arrêter les saignements, notamment l'embolisation. Toutes ces approches sont développées dans le rapport.

Le comité d'infectiologie de l'AFU (CIAFU) a réalisé un article de fond sur les **urgences infectieuses**. **Cet article collégial est l'occasion de présenter d'authentiques recommandations de bonne pratique** pour chaque type d'infection et chaque organe. Une sorte de bible de l'urgence infectieuse.

Des articles spécifiques sont dédiés à des urgences fréquentes comme **les coliques néphrétiques ou encore les rétentions aiguës d'urine**, avec des conseils pratico-pratiques sur le drainage vésical, la pose et le retrait de sonde, les gestes à réaliser pour éviter une chirurgie dans les suites immédiates d'une rétention aiguë. « *Sur la colique néphrétique, qui est la seconde urgence urologique après les urgences infectieuses, nous avons voulu éviter de faire un cours d'urologie, nous avons donc choisi un angle précis, autour des protocoles de prise en charge de la douleur des plus classiques aux plus inattendus* » précise le Pr Savoie. L'article évalue notamment la place du paracétamol et des anti-inflammatoires (jamais l'un sans l'autre !), de la morphine mais également des traitements prometteurs comme la lidocaïne ou la kétamine en intraveineuse. Ou encore d'autres approches plus étonnantes fondées sur le détournement des voies nociceptives (*voir encadré l'eau qui guérit*).

Un autre texte collige au contraire les urgences les plus insolites, comme la gangrène de Fournier ou la pyélonéphrite xanthogranulomatuse. Ces deux pathologies sont potentiellement mortelles et d'évolution parfois fulgurante note le Pr Pierre-Henri Savoie. Dans la gangrène de Fournier par exemple, de véritables « fusées bactériennes » partent dans toutes les directions. « *La maladie progresse d'heure en heure* ». Ces urgences restent rares ; elles sont toutefois de très mauvais pronostic et il convient de savoir les identifier rapidement pour proposer le traitement le plus adéquat. Autres urgences rares —mais également graves— la pyélonéphrite et la cystite emphysémateuses, deux affections liées à la présence de bactéries sécrétant du gaz dans les voies urinaires.

« *Même si nous n'avons pas sur tous ces sujets un niveau de preuve qui permet d'émettre des recommandations, nous avons essayé de produire des articles pratiques, auxquels chacun pourra se référer pour se sortir rapidement de certaines situations d'urgence* » explique le Pr Long qui coordonne le rapport.

Au cœur de l'actualité, 8 ans après les tueries du Bataclan, le Pr Pierre-Henri Savoie, propose un article de synthèse sur la **traumatologie pénétrante dans un contexte de terrorisme** : triage des victimes en cas d'afflux massif de blessés, gestes chirurgicaux urologiques ou non à réaliser lors d'une laparotomie écourtée. Le rapport a en revanche sciemment omis certains sujets afin de ne pas empiéter sur celui qui sera présenté en 2022 (complications de la chirurgie urologique)

Une alternative au drain pour les rétentions d'urine

Inventé par le Pr Marian Devonnec des hospices civils de Lyon, le Stent EXIME, écarte les lobes prostatiques. Mis au lit du malade sous anesthésie locale, ce stent qui garantit la continence dans les suites immédiates d'une rétention d'urine aiguë est une alternative à la pose de sondes et de poches.

L'eau qui guérit

Injecter de l'eau stérile pour calmer la douleur peut sembler relever du placebo. Et pourtant, cette méthode expérimentée initialement chez des femmes enceintes, au moment du « travail », pourrait être d'un grand secours pour les patients souffrant de coliques néphrétiques. En pratique, il faut réaliser, en intradermique, des petites papules d'eau au niveau lombaire (quatre petites injections en bas du dos pour la colique néphrétique). Des études récentes montrent l'efficacité de cette méthode pour soulager les symptômes de la colique néphrétique « *Ces injections concourent à réduire la prescription de drogues antalgiques non dénuées d'effets secondaires comme la morphine* » note le Pr Savoie. Le mode d'action repose sans doute sur la notion de « gate control » et de détournement de douleur par les voies nociceptives.

Le Damage control, l'urgence des urgences

Très connu en chirurgie de guerre, le principe du damage control consiste à agir prioritairement pour stabiliser chirurgicalement le patient afin de l'amener rapidement en réanimation. Cette notion repose sur un concept issu de l'US Navy : quand un navire est touché, l'urgence est de colmater les brèches à minima pour que la navire flotte afin de le ramener au port où l'on pratiquera les réparations définitives. Il en est de même pour les blessés par armes de guerre : en choc hémorragique, l'objectif est de les stabiliser chirurgicalement pour les amener en réanimation. « *Dans la chirurgie de sauvetage, on n'est pas là pour faire le traitement idéal, mais le plus rapidement efficace : l'hémostase, parfois même en laissant une pince ou un champ, la fermeture sommaire des organes notamment digestifs afin d'éviter une contamination bactérienne, l'urostase pour drainer les urines, l'aerostase si des blessures sont situées au niveau du poumon...* » résume le Pr Savoie. Après quelques jours salvateurs en réanimation, vient le temps du traitement chirurgical définitif. Les récents attentats ont mis sur le devant de la scène ces pratiques de damage control qui doivent pouvoir être appliquées aujourd'hui par n'importe quel chirurgien. Lors de son enquête, le Pr Savoie a ainsi donné la parole à des urologues qui se sont retrouvés en première ligne en novembre 2015 à Paris ou en 2016 à Nice et ont dû apprendre à gérer des situations techniquement et émotionnellement très déstabilisantes.

Urologie : La place de l'urologue dans la prise en charge de l'endométriose

Présenté par *Pr Jean-Nicolas Cornu, coordonnateur du Comité d'UROlogie et de Pelvipérinéologie de la Femme à l'AFU (CUROPF) et chirurgien urologue au CHU de Rouen, et le Pr Xavier Gamé, secrétaire général de l'AFU et chirurgien urologue au CHU Rangueil de Toulouse.*

Endométriose, ne pas négliger les signes urinaires !

L'endométriose est une maladie gynécologique, mais pas seulement ! Aux côtés du gastro-entérologue et du gynécologue, l'urologue est un acteur clef de sa prise en charge depuis le dépistage de la maladie jusqu'à la gestion des éventuelles séquelles urinaires de son traitement.

Une femme sur dix en âge de procréer souffre d'endométriose. Cette maladie caractérisée par la présence d'endomètre (muqueuse de l'utérus) à l'intérieur de la cavité abdominale peut être asymptomatique — dans ce cas elle est souvent découverte fortuitement à l'occasion d'un bilan pour infertilité. Mais le plus souvent elle s'accompagne d'une symptomatologie extrêmement riche associant douleurs pelviennes, saignements, troubles sexuels, digestifs ou urinaires. D'où l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de cette pathologie qui, bien qu'elle touche prioritairement l'utérus déborde largement du simple champ de la gynécologie. C'est ce message clef que les Prs Xavier Gamé et Jean-Nicolas Cornu entendent faire passer lors du prochain congrès de l'AFU.

Une endométriose avec uniquement des signes urinaires, c'est possible !

La découverte d'une endométriose est souvent faite par le généraliste ou le gynécologue sur la base de signes évocateurs gynécologiques. **Mais l'urologue doit y penser devant certains troubles urinaires complexes.** « *Le cortège de symptômes est très floride. La symptomatologie peut être déroutante tant elle est riche* » précise le Pr Cornu. Les signes sont le plus souvent des troubles de remplissage de la vessie, avec des urgences et une augmentation de la fréquence urinaire, des douleurs à la miction qui miment une cystite, ou encore de sensations de vidange capricieuse ou incomplète... Devant un tel tableau, le bon réflexe est de demander une **IRM pelvienne qui permettra de visualiser d'éventuels nodules**, et d'orienter vers un gynécologue pour un bilan pour approfondi.

Paradoxalement, les signes urinaires ne sont pas forcément associés à la présence d'endomètre sur la vessie ou l'urètre. Dans certains cas, la vessie est effet touchée par un nodule. Mais souvent ce n'est pas le cas.

Il peut s'agir d'une « **inflammation de continuité** » — où l'utérus enflammé se trouve au contact direct de la vessie — ou encore d'un mécanisme encore imparfaitement élucidé « **d'interaction viscérale pelvienne** ». Sous ce vocable est désigné un ensemble de phénomènes où la pathologie d'un organe se répercute sur d'autres organes à distance. En l'occurrence, l'utérus et la vessie ont des racines nerveuses communes. Lorsque l'utérus est malade, l'inflammation peut envoyer un message nociceptif vers le cerveau (qui se traduira par une douleur) mais elle peut également via des neurones communs, transmettre une information à la vessie et perturber son fonctionnement. Ce qui se traduira selon les cas, par une envie d'uriner, ou une gêne, ou une sensation de vessie mal vidangée... « *Et là le cerveau n'y comprend plus rien* » résume le Pr Cornu.

C'est cette même logique d'interaction vésicale pelvienne qui explique certains troubles digestifs ajoute le Pr Gamé. L'innervation de la vessie et du rectum utilisent en effet les mêmes voies. Il peut donc arriver que les messages nerveux s'entremêlent. Au risque d'aboutir à une grande confusion sur le plan symptomatologique.

La chirurgie guérit l'endométriose... mais peut induire des troubles urinaires.

Beaucoup d'endométrioses se traitent par voie médicamenteuse. Toutefois, lorsque la maladie est plus envahissante, le recours à la chirurgie est préconisé. Plusieurs milliers de femmes sont ainsi opérées chaque année. L'intervention est habituellement réalisée par le gynécologue. **Si des nodules sont localisés sur l'appareil urinaire, il est fondamental que l'urologue soit partie prenante de la discussion** en amont de l'intervention. Parfois, l'IRM n'a pas mis en évidence de nodule sur l'arbre urinaire, mais lors de l'intervention le chirurgien va se rendre compte que l'uretère est comprimé, que la vessie est envahie... Il peut être amené à demander, en urgence, en cours d'opération, l'avis de l'urologue.

Plus l'envahissement est important, plus le chirurgien va devoir disséquer autour de la vessie et plus il risque d'abimer de petits nerfs. Dans environ un cas sur dix, la patiente se retrouve donc guérie de son endométriose mais... affectée de troubles urinaires. Compte tenu du risque de séquelles urinaires de l'intervention « *il est essentiel que l'urologue soit impliqué d'emblée dans la discussion avant même le traitement* » insiste le Pr Gamé. Tout d'abord parce qu'il peut **évaluer le trouble urinaire avant la prise en charge** (souvent, chez les patientes touchées par une endométriose sévère, la symptomatologie urinaire passe au second plan et les patientes risquent d'attribuer indument à la chirurgie gynécologique un trouble qui préexistait à l'intervention). Ensuite parce que **l'urologue peut, dès avant l'opération informer des risques urinaires mais aussi, rassurer sur les modalités de prise en charge de ce troubles et les nombreux outils disponibles pour le vaincre** (médicaments par voie orale, instillations dans la vessie, stimulation du nerf tibial postérieur, botox, neuromodulation du nerf sacré...). « *La patiente doit avoir toutes les informations en main pour évaluer la balance bénéfique risque* » estime le Pr Gamé.

« *Le bilan urodynamique avant et après le traitement est essentiel ajoute le Pr Cornu afin de savoir ce que la chirurgie a changé (abimé ou amélioré). C'est un examen compliqué à interpréter dans un contexte d'endométriose.* »

Parfois les troubles urinaires post opératoires sont majeurs, contraignant la patiente à s'auto-sonder. Dans l'immense majorité des cas, les choses reviennent à la normale progressivement et au bout d'un an, les symptômes ont disparu. Si ce n'est pas le cas, « *on peut optimiser les sondages intermittents et/ou proposer une neuromodulation scarée en mettant en place un pacemaker pour la vessie pour tenter d'améliorer les symptômes* » rassure le Pr Cornu.

Du sur-mesure

Le choix de la thérapie destinée à lutter contre un trouble urinaire lié à l'endométriose (qu'il soit préexistant à toute intervention thérapeutique ou qu'il soit une conséquence de l'intervention chirurgicale) doit être adapté à chaque patiente en fonction de son mode de vie. Du sur-mesure !

« *Nous nous adressons à des femmes souvent jeunes, actives... Si la patiente a un projet de bébé, nous n'allons pas lui proposer un pacemaker pour moduler l'activité de sa vessie, car ce dispositif doit être arrêté pendant la grossesse* » indique le Pr Cornu.

C'est la seconde fois que l'AFU consacre une session à l'endométriose dans le cadre de son congrès. En 2019, le CUROPF s'était déjà penché sur les complications urologiques de

l'endométriose. Mais le sujet reste encore trop peu connu tant des urologues que des autres spécialités. Or plus une endométriose est diagnostiquée précocement, mieux s'organisera sa prise en charge, aussi bien sur le plan médical que sur le plan psychique.

En chiffres

- 1 femme sur dix en âge de procréer serait touchée par une endométriose.
- 18 à 35 ans. C'est l'âge habituel auquel la maladie se manifeste.
- Une femme sur deux, [CB1] touchée par une endométriose sévère souffre simultanément de troubles urinaires ;
- Plusieurs milliers de femmes victimes d'endométriose subissent chaque année une intervention chirurgicale
- Dans un cas sur dix la chirurgie entraîne des séquelles urinaires

« Il n'y a pas de corrélation entre la sévérité de l'endométriose et l'intensité des symptômes. Une endométriose peut être extrêmement douloureuse, même quand elle est superficielle ».
Pr Jean-Nicolas Cornu.

Sexualité : la contraception masculine

D'après un entretien avec le Dr Antoine Faix urologue à Montpellier, responsable du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU et le Pr Éric Huyghe chirurgien urologue au CHU de Toulouse

Chéri, tu as bien pris ta pilule ?

Éternelle Arlésienne, la contraception masculine tarde à se mettre en place. La demande sociétale est pourtant forte. Où en sommes-nous ? Le congrès de l'AFU fera le point mercredi 17 novembre à 10 h 30

C'est une première. En octobre 2021, la bande dessinée « les Contraceptés » aborde un sujet inédit : la contraception masculine. Objectif : comprendre pourquoi malgré l'annonce régulière d'une « pilule pour homme », cette dernière n'a toujours pas vu le jour. En effet, si l'on en croit un récent sondage 20Minutes/OpinionWay, tandis que les femmes sont de plus en plus méfiantes vis-à-vis des hormones, l'idée que le fardeau de la contraception puisse être porté aussi par les hommes fait son chemin. En particulier dans les jeunes générations. Si socialement l'idée d'une contraception masculine avance à grands pas, scientifiquement le chemin est encore long avant que celle-ci soit réellement disponible. « *Nous avons soixante ans de retard en matière de recherche sur la contraception masculine* » résume le Dr Antoine Faix.

Des méthodes hasardeuses ou définitives, le choix est réduit !

Actuellement si la femme n'est pas protégée —par choix, ou parce qu'elle ne supporte aucun mode de contraception— les possibilités pour son conjoint de l'aider à éviter une grossesse non désirée ne sont pas légion. Le préservatif, à condition qu'il soit bien utilisé, dispose d'un bon indice de Pearl. C'est également une barrière efficace contre les IST. Les méthodes naturelles comme le retrait ou l'abstinence temporaire (dite méthode Ogino) sont beaucoup plus aléatoires. « *Le préservatif demeure la contraception idéale de l'homme célibataire ou dans un couple récent* » ajoute le Pr Huyghe.

Reste la vasectomie. Très répandue dans les pays anglo-saxons et le Nord de l'Europe, cette opération —qui consiste à sectionner les canaux déférents qui acheminent les spermatozoïdes des testicules vers la prostate— rencontre également un certain succès dans des pays latins comme l'Espagne.

Et en France ? Longtemps considérée comme une « mutilation » (et donc interdite) elle n'a été légalisée que depuis 2001. « *C'est une bonne technique, efficace, mais elle n'est pas toujours réversible* » prévient le Dr Faix. Autrement dit, c'est plus une méthode de stérilisation que de contraception ; elle convient surtout à des couples stables ayant plusieurs enfants et ne souhaitant plus agrandir leur famille. En cas de doute, l'autoconservation de sperme est possible : elle permet de réaliser une IAC (insémination avec sperme de conjoint) si un jour l'homme revient sur sa décision de ne pas/plus avoir d'enfants. Dans les pays anglo-saxons on estime à 3 à 5 % la proportion d'hommes souhaitant devenir père après une vasectomie. « *Les couples qui optent pour la vasectomie doivent être dûment informés et ne pas penser qu'il 'suffit' de réparer les canaux déférents pour retrouver sa fertilité* ». Si la vasectomie prend 5 à 10 mn sous anesthésie locale, l'intervention de reperméabilisation (vasovasostomie) visant à rendre à l'homme sa fertilité, dure deux heures et son résultat peut

être décevant : les voies séminales peuvent être fibrosées, le corps peut avoir développé des anticorps anti-spermatozoïdes... « *Les spermatozoïdes risquent alors de ne pas être féconds et l'homme demeure infertile même après reperméabilisation des canaux* », ajoute le Pr Huyghe.

Une vasectomie temporaire ?

Mise au point par l'institut indien de technologie de Kharagpur, le RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance), obture de façon temporaire les canaux déférents. Un gel injecté dans le canal forme un « filtre » qui bloque les spermatozoïdes tout en laissant passer les fluides corporels. Ce « bouchon » serait efficace pendant plus de 10 ans ; il pourrait être dissous à la demande en injectant une substance adéquate. La restauration de la fertilité surviendrait dans les mois suivant la destruction du bouchon. *Cette technique est encore en cours d'expérimentation et n'est pas disponible en dehors de l'Inde* ajoute le Pr Huyghe.

Mettre un « therme » à sa fertilité

Plus expérimentale, la contraception thermique consiste à augmenter naturellement la température des testicules. Ces glandes sont en effet en dehors de l'abdomen, afin de rester au frais, car au-delà 35 ° C, la spermatogenèse est altérée. Deux méthodes de contraception thermique ont été développées. Tout d'abord le slip chauffant. Imaginé il y a plus de 20 ans par le Dr Roger Mieusset, andrologue au CHU de Toulouse, ce sous-vêtement est toujours à l'étude. A condition de le porter 15 h par jour, 7 jours sur 7, il serait efficace chez une majorité de patients et semble sans effets secondaires. La disparition des spermatozoïdes est effective au bout d'1 à 2 cycles de spermatogenèse soit environ 4 à 6 mois. Le produit n'est pas commercialisé mais certains hommes ont pris le parti... d'en fabriquer eux-mêmes.

Plus récent, l'anneau AndroSwitch, permet de remonter les testicules. Il n'y a pas d'études cliniques sur ce matériel qui ne dispose d'aucun marquage CE, bien qu'il soit en vente sur le net.

Outre le fait que l'efficacité doit être validée régulièrement par un spermogramme, de nombreuses questions demeurent : chauffer le testicule pendant plusieurs années peut-il altérer la glande ? Augmente-t-on le risque de cancer du testicule ?

La pilule au masculin

Depuis plusieurs décennies cette pilule non sexiste nous est annoncée. Force est de reconnaître qu'elle se heurte à de nombreux obstacles. « *Il y a eu des études sur la testostérone seule, la testostérone associée à de la progestérone dans des proportions variables... Pour le moment, la formule idéale n'a pas été trouvée.* » Et surtout les effets secondaires immédiats sont légion (chute de la libido, prise de poids, cholestérol, acné...). Quant à l'impact à long terme — notamment sur la prostate — il reste inconnu.

Des recherches sont également en cours sur un progestatif de synthèse, le « MENT » (7-alpha méthyl-19-nortestostérone), en injections intramusculaires. Il semble avoir une efficacité contraceptive intéressante et moins d'effets secondaires que les autres produits. Limite : la majorité des études sont réalisées en Asie, or la contraception hormonale serait nettement moins efficace dans les populations caucasiennes. Antoine Faix et Éric Huyghe réfléchissent à la mise en place, sous l'égide de l'AFU, d'un essai en France.

Dans la même logique un gel hormonal fait actuellement l'objet d'une étude multicentrique internationale. Elle est dirigée par les National Institutes of Health (NIH) américains.

Vacciner contre la fertilité

Des recherches sont en cours pour bloquer de manière non hormonale la cascade de réactions conduisant à la formation des spermatozoïdes. Dérivé d'un traitement anticancer (inidamine), l'Adjudin amène les spermatozoïdes à se détacher des glandes de Sertoli avant d'avoir terminé leur maturation. Les essais conduits sur l'animal sont très encourageants et laissent entrevoir une possibilité d'altérer de manière réversible la spermatogenèse. Autre piste explorée, celle des vaccins et de l'immunocontraception. Les vaccins contraceptifs —qui rendent temporairement infertiles— ont été développés chez l'animal pour contrôler l'évolution de certaines espèces sauvages. « *Les recherches sont encore très préliminaires mais c'est une voie intéressante* » note le Dr Faix.

Dans quels délais verra-t-on une contraception masculine s'imposer ? Pas avant 5 ou 10 ans prédit le Dr Faix. D'autant que les études sont aujourd'hui extrêmement encadrées comparativement à celles qui avaient permis le développement de la contraception féminine il y a 60 ans.

En chiffres

- 37 % des moins de 30 ans seraient prêt à expérimenter une pilule masculine
- 22 % à réaliser une vasectomie
- 12 % à tester le slip chauffant

Source OpinionWay/20 minutes



À propos du CFU 2021

Le 115^{ème} Congrès Français d'Urologie, organisé par l'Association Française d'Urologie (AFU), se tiendra du 17 au 20 novembre, au Palais des Congrès. L'occasion pour les urologues mais également les infirmiers et kinésithérapeutes de se rassembler durant 4 jours et d'échanger sur les recherches et innovations relatives à l'urologie. #CFU2021

En savoir plus : <https://cfu-congres.com>

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.