

# Le Quotidien

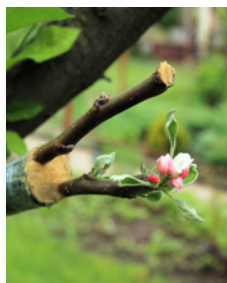
Connectez-vous !    @AFUrologie #CFU2021

115<sup>E</sup> CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE



## IPA EN UROLOGIE UN ÉQUILIBRE À TROUVER

© ARochau



### ON EN PARLE

La transplantation rénale, une affaire d'urologue ou de chirurgien transplanteur ?

P.02

© Charina Romanska



### GRAND ANGLE

Traitement de l'HAV, la stimulation du nerf tibial postérieur passe la seconde...

P.03

© William Perugini



### ÉCLAIRAGE

Sexualité après traitement d'un cancer de la prostate, ne pas perdre de temps

P.06

© Unileasam



© C'Terrible

## Véronique PHÉ

Responsable du Comité de neuro-urologie de l'AFU

## Le CFU, en vrai !

Quel bonheur de se retrouver en présentiel pour ce CFU 2021 ! Vous souvenez-vous d'ailleurs de la version 2020 ? Pour s'adapter à la situation sanitaire, nous avons fini avec un format inédit 100% digital. Il ne fallait manquer en aucun cas notre rendez-vous annuel et il était essentiel de maintenir le lien scientifique au sein de la communauté urologique. Dans ce contexte, présenter le rapport du congrès sur l'hyperactivité vésicale avec Xavier Gamé a été un immense honneur et bonheur. Nous nous étions accordés sur le contenu, la forme et notre amitié a fait le reste. Initialement, nous avions ressenti une grande frustration d'être privés du traditionnel grand oral. À la fin du défilé des diapositives, j'ai ressenti un soulagement d'avoir accompli cet exercice rendu encore plus difficile par l'absence d'émotion palpable en retour, à travers

l'écran. Pas d'applaudissements ni de commentaires directs ? Avions-nous été à la hauteur de la mission qui nous avait été confiée ? C'est alors que de nombreux messages émanant de l'ensemble de notre communauté envahirent nos téléphones et nos boîtes mails. Tous nous félicitaient et nous remerciaient pour la qualité scientifique du propos, en témoignage de leur amitié. Maintenir le rapport dans cette organisation si complexe du CFU, cette année 2020, a juste renforcé la valeur scientifique de notre congrès.

Alors les applaudissements de l'amphithéâtre Bordeaux du samedi, nous les avons bien reçus, avec fierté : Xavier dans son bureau à Ranguel, et moi dans le mien à mon domicile avec à mes côtés, mes deux petits garçons qui nous écoutaient avec attention et curiosité....

## ON EN PARLE

# La transplantation rénale, une affaire d'urologue ou de chirurgien transplantateur ?

Qui sont les plus légitimes pour réaliser des greffes de rein, les urologues ou les chirurgiens transplantateurs ? Le débat reste entier.



© Charina Romanska

Lionel Badet, chef de service en urologie et responsable du pôle d'activité chirurgicale de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon, serait-il un agent provocateur ? Bien qu'urologue, il trouve intéressant de s'interroger sur la possibilité de confier les greffes rénales par les transplantateurs. « La question de l'intégration de cette activité dans des unités de transplantation multi-organes a du sens ». L'école lyonnaise, sous l'impulsion de Jean-Michel Dubernard, a développé une activité transversale de transplantation adossée à l'activité d'urologie : rein, pancréas, puis greffes composites... Difficile cependant d'institutionnaliser ces pratiques. « Il n'y a pas en France de reconnaissance de spécialité de transplantation. Il y aurait pourtant un intérêt à mutualiser les savoirs pour permettre le développement de nouvelles

transplantations », souligne-t-il. Ainsi, entre Rhône et Saône, ce sont les urologues lyonnais qui ont aidé les ORL à démarrer une activité de greffes de larynx notamment. Tous les urologues ne l'entendent pas de cette oreille, voyant des intérêts médico-chirurgicaux à maintenir une filière de transplantation urocentrée. Leurs arguments sont à écouter. Et, si rien n'est tranché, une chose est sûre, le débat a bel et bien pris...



**Pour-contre N° 4**  
14<sup>H</sup>30-15<sup>H</sup>00  
Amphi Havane

## L'ENTRETIEN D'AILLEURS

# Alexandre Peltier, l'urologie belge à Paris

Dans le cadre de la séance AFU-SBU-BVU, Alexandre Peltier, chef du service d'urologie de l'Institut Jules Bordet à Bruxelles et président de la Société belge d'urologie, nous livre sa position sur le traitement focal du cancer de prostate localisé.



© DR

**Quels sont les avantages du traitement focal des tumeurs de prostate localisées à risque intermédiaire d'évolution sur la prostatectomie ou la radiothérapie classique ?**

**Alexandre Peltier :** Les progrès en imagerie, et en particulier de la résonance magnétique nucléaire, et l'arrivée de logiciels de fusion d'images ont ouvert la voie à de nouveaux paradigmes : l'apparition ces dernières années de notions de « cible », de lésions « index » et de « cartographie » de la prostate. Ceci autorise l'émergence de nouvelles technologies ablatives préservant l'organe et

(suite p. 02)

le traitement focal de la prostate, afin d'optimiser les préservations fonctionnelles, sexuelles et urinaires tout en détruisant le foyer tumoral.

### Quelle place occupe le traitement focal du cancer de prostate localisé dans votre établissement ?

**Alexandre Peltier** : Dès 2000, l'Institut Jules Bordet s'est impliqué dans le traitement conservateur et « *minimal invasive* » du cancer de prostate, via la robotique et les traitements par ultrasons HIFU. Des logiciels de fusion d'images développés avec deux sociétés françaises ont permis de réaliser des biopsies ciblées, des traitements focalisés ainsi que l'étude de nouvelles technologies ablatives comme les micro-ondes. Un état des lieux des contraintes et limites actuelles de ces nouvelles approches sera abordé lors de la séance AFU-SBU-BVU (Belgische vereniging voor Urologie).

### Quelles relations la Société belge d'urologie entretient-elle avec l'AFU ?

**Alexandre Peltier** : Cette session franco-belge couronne une très ancienne relation, toujours vivace entre nos deux pays. C'est un soir de 1900 que deux urologues belges, Jean Verhoogen et Antoine d'Hannes revenant d'une réunion scientifique à Paris, éclairés par l'aura de Félix Guyon, ont décidé de jeter les bases d'une Société belge d'urologie, à l'instar de l'AFU. C'est ainsi qu'a officiellement été fondée la SBU, le 3 février 1901. Notre société célèbre cette année ses 120 ans.



#### Séance AFU-SBU-BCU

10<sup>h</sup>15-11<sup>h</sup>45

Amphi Havane

## Cancer de la prostate de novo oligométastatique, vers une approche combinée ?

Les progrès de l'imagerie permettent de mieux discerner les métastases. Ce qui ouvre la voie à des nouvelles stratégies thérapeutiques pour les cancers de la prostate de novo oligométastatique.



© Imagika

Jusqu'à présent, les patients diagnostiqués au stade métastatique, avec peu de métastases, étaient mis sous hormonothérapie seule. Des études récentes font entrevoir trois nouvelles options « *qui donnent des signaux positifs* », indique Guillaume Plousard :

- la radiothérapie de la prostate,
- un traitement à distance des sites métastatiques par radiothérapie stéréotaxique,
- l'intensification du traitement par une hormonothérapie de nouvelle génération, par voie orale.

Leur combinaison est-elle possible pour renforcer la classique hormonothérapie ? Si oui,

dans quel ordre ? « *C'est toute la question* », ajoute-t-il. Le traitement systémique doit-il être renforcé en priorité ? Faut-il plutôt traiter la tumeur primaire ou bien commencer par le ciblage des métastases ? L'étude PRESTO (GETUG-AFU 36), lancée en juillet 2021, devrait apporter des éléments de réponse.



#### Table ronde n° 7

16<sup>h</sup>30-17<sup>h</sup>00

Amphi Havane

## Quelle place pour la desmopressine en urologie ?

Dérivée de l'arginine vasopressine naturelle, la desmopressine est connue des urologues pour son intérêt dans le traitement de l'énurésie de l'enfant, notamment. Mais, son champ d'action est plus large.

Plutôt prescrite dans un contexte fonctionnel, pour traiter l'énurésie et la nycturie, la desmopressine intéresse d'autres patients que reçoivent les urologues. Elle peut également être dispensée chez les patients présentant une pathologie neurologique. « *Je l'utilise chez des patients blessés médullaires, ou cérébro-lésés qui présentent des inversions de diurèse lorsque la prise en charge des facteurs spécifiques est insuffisante* », indique Charles Jousain, spécialiste en médecine physique et de réadaptation au sein du service de neuro-urologie à l'hôpital Raymond



© Adobe Stock Platform

Poincaré, à Garches. Il fera un point sur la place de la desmopressine dans la prise en charge des patients souffrant d'énurésie et de nycturie, insistant, à la lumière de la littérature récente, sur l'importance de la compréhension des mécanismes étiopathogéniques responsables de ces troubles fonctionnels... À découvrir.



#### État de l'art n° 12

10<sup>h</sup>45-11<sup>h</sup>00

Amphi Bordeaux

# Traitement de l'HAV, la stimulation du nerf tibial postérieur passe la seconde...

Depuis une vingtaine d'années, les anticholinergiques constituent le traitement de première ligne de l'hyperactivité vésicale (HAV). De nouvelles options thérapeutiques rebattent les cartes.



© William Perugini

**F**inis les anticholinergiques pour traiter l'hyperactivité vésicale? Non, mais les urologues disposent désormais d'alternatives sérieuses, dont la stimulation neuro-tibiale postérieure. « *Utilisée depuis longtemps pour les douleurs pelvi-périnéales, cette technique est de plus en plus employée pour traiter le syndrome d'hyperactivité vésicale* », indique Xavier Biardeau. À l'aide de deux électrodes collées sur la cheville et reliées à un boîtier, et d'une télécommande, le patient peut réaliser lui-même à domicile des séances quotidiennes de vingt minutes. Des versions sans fil ou miniaturisées, dotées du marquage CE, commencent à arriver. Longtemps positionnée en deuxième ligne, derrière les anticholinergiques, la stimulation neuro-tibiale postérieure est désormais prescrite en première ligne. Elle peut même se substituer aux atropiniques et à leur lot d'effets secondaires : sécheresses buccale et/ou oculaire, aggravation ou apparition d'une constipation, altération cognitive chez les sujets âgés... Potentiellement gênants, ces effets

conduisent à l'arrêt du traitement chez 50 % des patients, selon la littérature, et ce malgré les bons résultats fonctionnels. Si, sur ce terrain, la stimulation neuro-tibiale postérieure sans effets secondaires marque des points, la compliance à moyen et long terme des patients à la thérapie reste à évaluer. Qu'en est-il de son efficacité? « *Elle semble comparable à celle du traitement médicamenteux, mais des études manquent encore pour l'affirmer scientifiquement* ». C'est donc sûrement loin d'en être terminé des anticholinergiques... D'ailleurs, « *beaucoup d'urologues continuent à la prescrire en première intention* », observe Xavier Biardeau.

## Les anticholinergiques toujours là, mais pas que...

Pour Benoît Peyronnet, les deux approches seraient plutôt complémentaires. Si la stimulation neuro-tibiale postérieure remporte des suffrages de plus en plus larges, l'important est « *de sélectionner au mieux les traitements de première, deuxième voire de*

*troisième intention, en fonction des attentes des patients, de leur comorbidité et des caractéristiques des symptômes.* »

Les anticholinergiques gardent un intérêt pour des patients neurologiques, des patients avec des antécédents de radiothérapie ou encore de jeunes patients dont l'incontinence urinaire est liée à leur hyperactivité vésicale. « *Nous nous dirigeons vers une prise en charge de plus en plus personnalisée de la HAV* », souligne-t-il, d'autant que d'autres traitements de première intention sont apparus dans la pratique des urologues. « *C'est le cas du mirabegron, de l'oestrogénothérapie locale pour des femmes ménopausées ou encore du tadalafil chez l'homme pour ne citer qu'eux* », précise Benoît Peyronnet. Une palette de solutions thérapeutiques qui s'enrichit au profit des patients. « *Il faut aussi, poursuit-il, déterminer les causes de symptômes d'hyperactivité vésicale qui n'étaient pas forcément recherchées jusque-là, pour réaliser un traitement spécifique plus efficace que les autres traitements disponibles.* » Et de citer le prolapsus génito-urinaire ou encore le syndrome métabolique. Une table ronde à suivre de toute urgence...

## La stimulation bientôt connectée

Des dispositifs de stimulation neuro-tibiale postérieure connectée sont attendus en 2022. L'urologue pourra suivre à distance la compliance des patients au traitement, avec un accès au calendrier mictionnel plus exhaustif et de qualité, car plus agréable à remplir par les patients. Selon une étude de Jean-Nicolas Cornu de 2016, seulement 6 % d'entre eux tiennent correctement leur calendrier mictionnel. De quoi faire mieux donc...



**Pour-contre n° 3**  
12<sup>H</sup>00-12<sup>H</sup>30  
Amphi Bordeaux

# Les IPA, oui mais...

Crise du Covid-19, PLFSS, arrivée des IPA... le syndicat national des chirurgiens urologues français qui tient ce jour son assemblée générale est en alerte.

Une grande majorité des urologues de France sont confrontés à une pénurie de personnel hospitalier liée à la crise du Covid-19 et à des difficultés pour assurer leurs activités chirurgicales. Aux conséquences pour les patients s'ajoutent une souffrance professionnelle importante pour tous et un impact financier non négligeable, particulièrement pour les établissements privés. « Ces derniers ont vu leurs revenus baissés », souligne Didier Legeais, président du SNCUF.

## Une délégation sous la responsabilité des urologues

L'arrivée des IPA, autrement dit la désormais possible délégation de tâches urologiques, est-elle de nature à soulager les esprits? Pas sûr. Le président du SNCUF voit d'un œil favorable l'intégration des infirmiers et infirmières en pratique avancée dans les services d'urologie. « Leur rôle d'accompagnement et d'information des patients atteints de cancer est important. Leur participation aux bilans urodynamiques est aussi intéressante. Les IPA doivent permettre d'accompagner les patients et les urologues pour améliorer l'accès aux soins; c'est une bonne idée », observe-t-il. Mais, « il faut veiller à ce que les IPA ne se substituent pas aux urologues sur une partie de leur activité, en toute indépendance et à distance. » Les réalisations de gestes urologiques courants comme les instillations endovésicales, les injections intra-caverneuses, les circoncisions, les cures d'hydrocèle voire les biopsies de prostate ou les fibroscopies vésicales doivent se faire sous la responsabilité des urologues. Même bien réalisés, ils peuvent



provoquer des complications douloureuses voire délétères pour les patients.

## Des questions de revalorisation à la clef

Pour Didier Legeais, « on ne peut pas demander à une profession d'abandonner la réalisation de gestes courants simples sans revaloriser des prises en charge complexes que seuls les urologues peuvent assurer comme les chirurgies des cancers du rein, de la prostate, de la vessie pour ne citer qu'elles ». Faciliter l'accès aux soins comme le réclament les pouvoirs publics, oui mais pas à n'importe quel prix, souligne-t-il en substance. « Pour avoir accepté de déléguer en autonomie certains actes, la gynécologie-obstétrique Française qui par ailleurs n'a pas été revalorisée

est mal-en-point. Il n'y aura bientôt plus personne pour faire des césariennes ou des accouchements ». Conclusion, les IPA oui, mais dans l'intérêt des populations, des infirmiers et infirmières et aussi, impérativement, des urologues qui en assumeront directement ou indirectement la responsabilité.



**Assemblée Générale du SNCUF**  
13<sup>h</sup>50-15<sup>h</sup>00  
Salle 342 b

## EXERCICE PROFESSIONNEL

# Imagerie de la lithiase, comment réduire l'irradiation ?

Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour l'exploration de la maladie lithiasique urinaire. Se pose la question de l'irradiation cumulée pour cet examen itératif. Et si le scanner low dose était la solution ?

Les nouvelles techniques de reconstruction des images du scanner, notamment l'intelligence artificielle, permettent d'augmenter sensiblement leur qualité. Une évolution qui se traduit par une importante réduction d'exposition pour les patients. « Grâce à l'IA, on arrive à diminuer pratiquement de moitié les doses de rayonnements ionisants par scanner, soit un produit dose x longueur optimisé de 150 milligrays centimètre (mGy.cm) pour un niveau de référence diagnostique fixé à 450 mGy.cm par l'autorité de sûreté nucléaire pour chaque exploration », indique Pierre Leyendecker, radiologue. Avec des protocoles low dose, il est possible de descendre sous les 100 mGy.cm. « Avec certains scanners, on parvient même à une dose pratiquement



équivalente à celle d'une radiographie standard d'abdomen sans préparation, pour un service rendu pour le patient plus important », ajoute-t-il. Des progrès qui pourraient en appeler d'autres : les algorithmes embarqués depuis trois ans dans ces nouvelles générations de scanners s'enrichissent progressivement des nouvelles données d'imagerie mises à jour annuellement par les constructeurs.



**État de l'art N° 9**  
9<sup>h</sup>30-9<sup>h</sup>45  
Amphi Bordeaux

# La LEC est-elle *vintage* ?

Traitement des années 80, la lithotritie extracorporelle a cédé le pas à l'urétéroscopie souple, plus récente et plus attractive. Faut-il s'en alarmer ?

Oui, répond Nadia Abid qui animait hier un état de l'art consacré à cette technique en perdition : « *Bien indiquée, la LEC donne de bons résultats* ». Les arguments en sa faveur ne manquent pas : une réalisation sans anesthésie, en ambulatoire et avec très peu de complications. Pourquoi alors est-elle délaissée, notamment par les jeunes urologues ? « *Le traitement consistant à suivre par écran interposé la destruction d'un calcul n'est pas très passionnant* », concède-t-elle. Il manque l'intérêt chirurgical pour les jeunes urologues. Plus problématique, ils ne sont pas toujours convaincus de la pertinence de la technique. Une cote d'amour en baisse qui pâtit également d'une rémunération de l'acte peu stimulante. Lorsqu'elle est devenue courante, les tutelles ont revu sa prise en charge à la baisse. « *Une LEC vaut aujourd'hui 250 euros dans le Public quand une urétéroscopie est valorisée à 500 euros* », illustre Nadia Abid. À cela, s'ajoute le coût élevé d'un appareil de lithotritie extracorporelle. Il faut compter aux alentours de 400 000 euros quand un laser tourne entre 60 000 et 80 000 euros, avec l'avantage de pouvoir être aussi utilisé pour le calcul



comme pour la prostate qui représente 80 % de l'activité des urologues. Résultat, les industriels eux-mêmes ne misent plus sur la LEC, préférant développer les lasers. À se demander si, dans ces conditions, un retour en grâce est envisageable ? Nadia Abid

défend cette réhabilitation : « *Il faut rappeler que les appareils de lithotritie extracorporelle, bien réglés, sont aussi efficaces que l'urétéroscopie souple, tout étant moins délétères et moins invasifs* ». Ces arguments médicaux suffiront-ils ?

...EN DIRECT DE L'AMPHI... EN DIRECT DE L'AMPHI... EN DIRECT DE L'AMPHI... EN DIRECT DE L'AMPHI... EN DIRECT

## ■ Une question de motivation...

Non, la LEC n'est pas *has been*. Tout est dans la motivation de l'urologue nous dit Nadia Abid. Une piste de réflexion est proposée par Jacques Hubert : le rôle de l'urologue étant d'abord de proposer le bon traitement au bon patient, l'acte de lithotritie extracorporelle ne pourrait-il pas être éventuellement délégué à un technicien spécialisé ? Pour le moment, en France, rien n'est tranché. Comme toujours dans ce cas, se pose les problématiques médico-légales des différents intervenants.

## ■ Plutôt lithotritie extracorporelle ? Plutôt urétéroscopie souple ?

Pour Mathieu Blachier, Grenoble, « *la LEC reste une alternative* » mais sa préférence va à l'urétéroscopie souple qui, selon lui, « *permet l'obtention d'un résultat visuel et immédiat* ».

Mathieu BLACHIER



## URORISQ



## Urorisq au congrès !

Les urologues sont sensibles à la gestion des risques. La preuve, l'accréditation rassemble déjà plus de 36 % d'entre eux.

L'engagement volontaire, individuel ou en équipe, dans la démarche d'accréditation conforte l'implication des urologues dans la gestion des risques - facteurs humains, risques techniques, communications interprofessionnelles... - et l'amélioration des pratiques qui en découle. Profitez de la présence de l'équipe d'Urorisq au Congrès français d'urologie pour en savoir plus, et vous inscrire dans la démarche. 160 engagés en 2019... 464 urologues dont 298 au sein des 62 équipes en 2021... En moins de deux ans, l'organisme de l'accréditation de l'AFU a rempli son objectif de... 2023. Et vous ?



**Urorisq**  
Du 17 au 20 novembre  
Stand Maison de l'Urologie

# Sexualité après traitement d'un cancer de la prostate, ne pas perdre de temps

Si la durée de vie après traitement du cancer de la prostate profite des avancées techniques, la sexualité ne doit pas être négligée. Des solutions se développent.

La séance AFU-SIFUD, la société interdisciplinaire francophone d'urodynamique, propose un panorama de solutions facilitant la réhabilitation sexuelle après traitement du cancer de la prostate. « *Nous prenons en charge des patients jeunes avec des conséquences non négligeables sur leur sexualité* », indique Jean-Étienne Terrier. Malgré les progrès médico-chirurgicaux, seuls 20 % des patients récupèrent leur capacité érectile d'avant le traitement. Les autres souffrent de troubles de l'érection, de l'orgasme et de l'éjaculation. Ces dysfonctionnements qui peuvent avoir un impact fort sur le couple doivent être pris en charge.

## Réhabilitation rapide après chirurgie

Il faut, rapidement après traitement du cancer de la prostate, stimuler l'activité de la verge. « *Elle fonctionne comme un muscle. Plus on attend, plus on expose le pénis au développement d'une fibrose intracaverneuse et à une altération de la qualité du tissu érectile* », explique Jean-Étienne Terrier. Comment? Avec des inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase per os ou en injections intracaverneuses, ou des



dispositifs mécaniques comme le *vacuum pénien*. Un accompagnement pluridisciplinaire (urologue, sexologue, psychologue, infirmier...) des couples doit aussi être proposé.

## De nouveaux traitements en perspective

Garder le tissu érectile le plus sain possible fait partie des priorités des urologues. De nouveaux traitements peuvent y contribuer, comme les ondes de choc au niveau du pénis pour stimuler la régénération tissulaire. Autre innovation poursuivant le même but, et en cours de développement celle-ci, l'injection dans le tissu caverneux de plasma enrichi en plaquette.

« *L'urologue doit être au cœur de la prise en charge des troubles de la sexualité post-traitement et être en capacité d'informer les patients sur toutes les solutions qui permettront au couple de retrouver une sexualité la plus épanouie possible* », conclut Jean-Étienne Terrier. La sexualité fait partie de la qualité de vie générale.



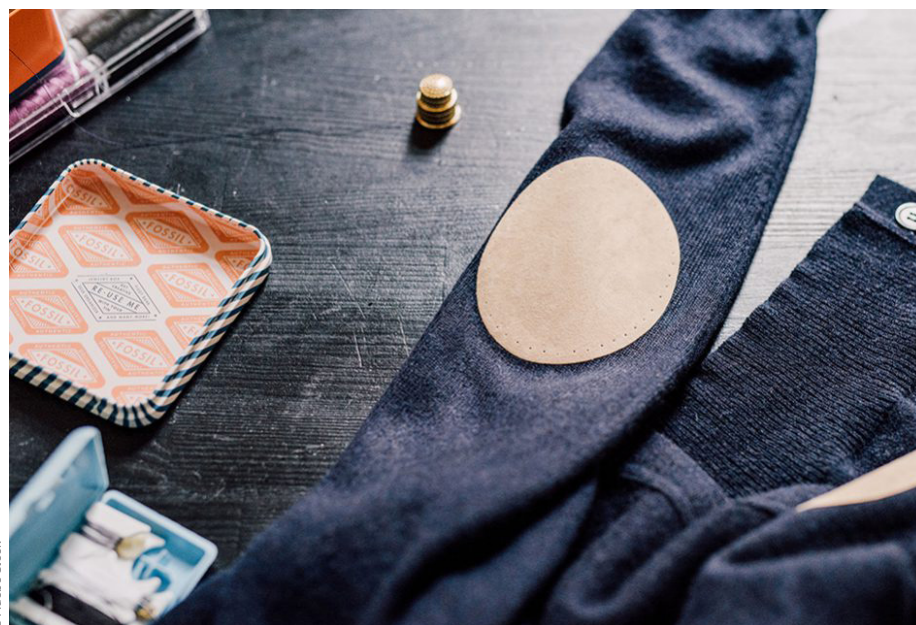
**Séance AFU-SIFUD**  
**Pour-contre n° 6**  
15<sup>h</sup>30-16<sup>h</sup>00  
Amphi Havane

# Le futur des greffes tissulaires en urologie

Quel devenir pour les greffes tissulaires en urologie? Réponse à la journée conjointe de la Société francophone d'urologie pédiatrique et de l'adolescent, la SFUPA, et l'AFU.

Paul Neuville, du service d'urologie et d'androgénologie, et de reconstruction urogénitale de l'Hôpital Sud à Lyon, fait le point sur l'ingénierie tissulaire dans la reconstruction urogénitale. « *Bien que la technique ne bénéficie pas encore de recommandations, des industriels sont en mesure de fournir un patch à partir d'une culture de cellules de la muqueuse buccale. Ce patch va servir à la chirurgie de l'urètre* », indique-t-il.

Nicolas Morel-Journal, à la tête de l'équipe de reconstruction urogénitale du même service, présente les greffes composites des organes génitaux masculins (pénis, gland et scrotum) et les questions éthiques et chirurgicales qu'elles soulèvent dans la communauté urologique. Faut-il privilégier des d'autogreffes de lambeaux de peau ou les allogreffes péniennes qui impliquent un traitement anti-rejet à vie? Le spécialiste Lyonnais de la phalloplastie revient sur les cinq allogreffes péniennes effectuées à ce jour dans le monde. La première a été réalisée en



Chine en 2006, de manière expérimentale, les quatre autres l'ont été en Afrique du Sud et aux États-Unis dans des centres greffeurs. La France n'autorise pas encore ces interventions, pour des raisons éthiques. Pour Paul Neuville, cette technique est probablement appelée à se développer dans un avenir proche.



**AFU-SFUPA**  
**Communication orale N° 63**  
12<sup>h</sup>20-12<sup>h</sup>30  
Salle 351

# ECBU préopératoire et risques médico-légaux, les bonnes pratiques

Un ECBU préopératoire mal géré expose le patient à des complications potentiellement sévères et l'urologue à des risques médico-légaux. Petit tour d'horizon de ce qu'il faut faire, ne pas faire et ne pas oublier...

**D**es défauts de transmission sont régulièrement mis en cause dans les litiges liés à des ECBU préopératoires mal gérés. « Dès qu'il est prescripteur, l'urologue doit s'assurer de la bonne réception des résultats de l'ECBU et de leur lecture. À défaut, sa responsabilité peut être engagée », rappelle Jean-Luc Moreau, assistant conseil pour la défense RCP des urologues. Il invite également chaque établissement à disposer d'une charte de répartition des tâches périopératoires entre l'anesthésiste et le chirurgien : lecture et interprétation de l'ECBU, prescription du traitement anti-infectieux le cas échéant ou des anticoagulants, prescription de sortie... La coordination des équipes et la bonne transmission des informations et résultats sont donc la clef de la bonne gestion des ECBU. Les carences peuvent aussi venir du circuit d'obtention du résultat, depuis le laboratoire jusqu'à l'urologue et l'anesthésiste. Si les pratiques de suivi diffèrent d'un établissement à l'autre, la mise en œuvre d'un protocole de circuit est conseillée, avec des signaux d'alerte quand les résultats n'ont pas été reçus.

## Les bons réflexes

Que faire d'autre pour éviter la mauvaise gestion d'un ECBU ? Il est essentiel de bien respecter les recommandations du comité d'infectiologie de l'AFU, généralement communes avec celles de la Société de pathologie infectieuse de langue française et de la Société française d'anesthésie et de réanimation. En cas de litige, l'expert se réfère aux recommandations en vigueur à la



date d'un effet indésirable grave associé aux soins. Compte tenu du nombre de situations particulières en urologie, Jean-Luc Moreau recommande également le suivi par les urologues d'une formation en infectiologie. En cas de mauvaise gestion d'un ECBU, il convient d'agir vite, en prenant au besoin l'avis d'un infectiologue. « Tout retard de prise en charge peut être délétère », souligne-t-il. Et si l'urologue en vient à être mis en cause ? Il doit préparer sa défense en réunissant les pièces du dossier médical et du dossier infirmier, les transmettre

à son assureur RCP et... « être présent à l'expertise », recommande vivement Jean-Luc Moreau.



**Forum du Comité de formation continue**  
08<sup>h</sup>15-10<sup>h</sup>15  
Amphi Havane

## À NE PAS MANQUER CE JOUR

# Symposium BAYER

## Traduire les données scientifiques en bénéfice pour les patients dans le CPRCnm

Quand le bilan d'extension par scanner et scintigraphie osseuse montre l'absence de métastase chez des patients atteints d'un cancer de la prostate en récurrence biologique, malgré l'hormonothérapie, la stratégie n'est peut-être plus de les laisser sous hormonothérapie de première génération seule...

**T**rois essais de phase III (Spartan et Prosper, en 2018, et ARAMIS, en 2019) ont montré l'intérêt de nouveaux anti-androgènes pour ces patients : respectivement l'apalutamide, l'enzalutamide et le

darolutamide. Associés aux hormonothérapies de première génération, ils retardent significativement l'apparition de métastases et améliorent la survie des patients. Trois cas cliniques vont permettre de discuter de ces hormonothérapies et de leur introduction. Le temps de doublement du PSA inférieur à 10 mois a été retenu pour les prescrire. La question du traitement au stade non métastatique sera débattue durant ce symposium dirigé par François Kleinclauss. Les trois essais ont utilisé l'imagerie conventionnelle, or les TEP-scan au PSMA ou à la choline sont plus sensibles pour détecter des métastases. Faut-il alors réaliser un TEP-scan dans le cas d'un cancer

de prostate évalué par l'imagerie conventionnelle comme non-métastatique ? Si oui, quand le programmer ? Les profils de tolérance de ces nouvelles molécules seront également abordés, avec un profil plutôt favorable pour le darolutamide.



**Symposium Bayer**  
17<sup>h</sup>30-19<sup>h</sup>30  
Amphi. Havane



## Symposium BMS

Prise en charge des cancers du rein et de la vessie en 2021 : les grandes questions.



**Bristol-Myers Squibb**

Que devient la chirurgie du rein et de la vessie avec les nouveaux traitements, notamment l'immunothérapie ?

L'immunothérapie annonce un tournant dans la prise en charge des cancers du rein et de la vessie. « Nous allons probablement disposer de nouveaux chemins thérapeutiques dans les prochains mois », indique Thierry Lebret qui dirige ce symposium. Les questions soulevées par l'arrivée de ce nouveau traitement sont nombreuses : quelle incidence

l'immunothérapie a-t-elle sur les indications et la technique d'ablation des tumeurs ? Faut-il l'envisager avant la chirurgie ou plutôt en traitement adjuvant ? Cette nouvelle approche thérapeutique signe-t-elle la fin de la chimiothérapie et des traitements anti-angiogéniques ? Y a-t-il encore une place pour la chirurgie ? Si, oui, laquelle ? Le traitement d'un cancer du rein évolué sans immunothérapie est-il envisageable... ? La place de l'imagerie, notamment du TEP scanner et des nouveaux marqueurs isotopiques, dans la prise en charge de ces cancers sera également interrogée durant le symposium.



**Symposium Bristol Myers Squibb**  
17<sup>H</sup>30-19<sup>H</sup>00  
Amphi. Bordeaux

## Symposium ASTELLAS

Cancer de la prostate : du mHSPC au CRPC. Quand et comment associer les traitements pour un effet maximal sur la survie des patients ?



Selon une enquête Astellas en collaboration avec l'AFU et la SFRO, plus de 40% des prescripteurs interrogés ne recourent pas à l'intensification du traitement au stade mHSPC par une hormonothérapie de nouvelle génération (HTNG).

Du cancer de la prostate métastatique hormono-sensible (mHSPC) au cancer résistant à la castration (MOCRPC ou mCRPC), ce symposium se veut très pragmatique avec un état des lieux sur la prise en charge, les solutions thérapeutiques et une ouverture sur le futur de la prise en charge. Les urologues Sébastien Vincendeau et Franck Bruyère, et l'oncologue Constance Thibault feront respectivement le point - à partir de cas cliniques - sur les indications à ces trois stades avancés de la maladie : mHSPC, MOCRPC et mCRPC. Alexandre de la Taille qui orchestre ce symposium aura le rôle du modérateur et apportera son éclairage sur les bonnes pratiques.



**SYMPOSIUM Astellas**  
12<sup>H</sup>45-13<sup>H</sup>45  
Amphi Bordeaux

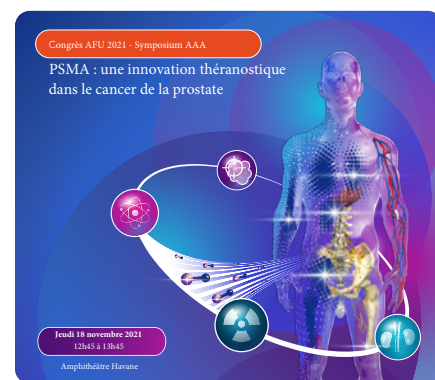


A Novartis Company

## Symposium AAA

PSMA une innovation théranostique dans le cancer de la prostate

Nouvel outil de diagnostic pour le cancer de la prostate, le PSMA présente également un intérêt thérapeutique.



Le PSMA (prostatic specific membrane antigen soit antigène membranaire spécifique de la prostate) permet de bien localiser le cancer. Il a montré un impact sur la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la prostate évolué ou en cas de récurrence après un traitement curateur. Ce symposium fait le point sur la place du TEP-scan au PSMA, dans le diagnostic. « Ce marqueur est plus sensible et plus spécifique que la choline », indique Jérôme Rigaud qui préside le symposium.

La grande nouveauté est l'utilisation du PSMA à visée thérapeutique, en associant à ce marqueur un produit radioactif qui va détruire la cellule tumorale sur laquelle il s'est fixé. « On parle de radiothérapie interne vectorisée, ou de théranostique », précise-t-il. Ce symposium fait le point sur les indications diagnostiques et thérapeutiques du PSMA, à la lumière de récentes études internationales. Cette nouvelle approche thérapeutique devrait trouver une place aux côtés des nouvelles hormonothérapies pour traiter le cancer de la prostate.



**SYMPOSIUM AAA**  
12<sup>H</sup>45-13<sup>H</sup>45  
Amphi Havane





**17-20 NOVEMBRE 2021**

**PARIS, FRANCE**

**PALAIS DES CONGRÈS**

[www.cfu-congres.com](http://www.cfu-congres.com)

# 115<sup>e</sup>

## CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

**AFU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE  
[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

**Connectez-vous !**



@AFUrologie

#CFU2021