

VENDREDI 19 NOVEMBRE 2021

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

N°3

Le Quotidien

Connectez-vous !    @AFUrologie #CFU2021

115^E CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE



PRESCRIPTION MÉDICALE, UNE SPÉCIFICITÉ À PRÉSERVER

© Adobe Stock



JOURNÉE DES KINÉS

Rééducation
de groupe en
pelvipérinéologie,
bien ou pas ?

P.04

© Adobe Stock



ZOOM

Prévention
des infections
après biopsies
transrectales
de la prostate,
pas si simple...

P.05

© Adobe Stock



MON CONGRÈS

Thierry
Roumeguère,
le plus français
des urologues
belges

P.07

© CTerrible



©CTerrible

Pierre GIMEL

Responsable du comité éditorial d'UroFrance

Le renouveau numérique de l'AFU

Dans quelques jours, les deux sites internet de l'AFU dédiés aux urologues (urofrance.org) et aux patients (urologie-santé.fr) vont faire peau neuve. Ils vont être regroupés dans un nouveau site entièrement revisité.

Pourquoi cette actualisation ? La dernière refonte du site date de plus de 5 ans, une éternité à l'ère du numérique... Depuis sa mise en ligne en 1999, Urofrance n'a cessé d'évoluer, avec à la clef une augmentation de son audience. Nous sommes passés de 150 000 utilisateurs en moyenne par mois en 2015 à plus de 300 000 aujourd'hui.

L'AFU est l'une des sociétés savantes les plus actives sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram) ; il était nécessaire d'avoir aussi un site à la hauteur de cette visibilité, tant pour informer que former, avec un contenu accessible rapidement grâce à

un moteur de recherche performant et une présentation intuitive. Cette refonte permet d'intégrer tous les modes de communication : articles, vidéo, podcast, webinaires...

Pendant plus d'un an, avec Yann Neuzillet, Richard Mallet, moi-même, l'agence Med It Up et notre webmaster Vanessa Avrillon, nous avons travaillé sans relâche à la mise sur pied de ce nouvel Urofrance. Y figure une nouveauté de taille, l'AFU Académie. Cette rubrique va permettre de retrouver toutes les formations proposées par l'AFU.

En parallèle, une webapp a été développée pour optimiser le site sur smartphone. Elle permettra de choisir ses rubriques favorites et de télécharger des vidéos pour les regarder à sa guise, sans connexion.

Les urologues et les patients sauront j'en suis sûr s'approprier très vite ce nouveau site. Alors, bonnes connexions à tous.

CONGRÈS

CHIFFRES CLEFS*

EXPOSANTS	682
INFIRMIÈRES	373
MÉDECINS	1 131

*AU 18/11/2021



L'ENTRETIEN D'AILLEURS

Peter Albers, le dépistage en population basé sur le PSA seul n'est plus la voie à suivre...

Peter Albers, chef du service d'urologie de l'Hôpital universitaire de Düsseldorf, conduit en Allemagne le plus grand essai de dépistage personnalisé et adapté aux risques du cancer de la prostate.



© UKD

Vous conduisez un grand essai sur le dépistage personnalisé et adapté aux risques du cancer de la prostate. Où en êtes-vous ?

Peter Albers : Nous avons recruté 46 600 hommes âgés de 45 ans et les avons randomisés pour commencer le dépistage adapté au risque à 45 ou 50 ans. Les stratégies adaptées au risque sont basées sur une valeur de PSA initiale : < 1,5, 1,5-2,99 ou ≥ 3 ng/ml. 90 % des hommes ont un PSA < 1,5 ng/ml et n'auront besoin de renouveler le dosage de PSA que tous les 5 ans. En revanche, les hommes ayant

(suite p. 02)

un PSA ≥ 3 ng/ml passeront une IRM multiparamétrique de la prostate et se verront recommander des biopsies prostatiques en fonction.

Quel est le message clef de votre intervention durant le congrès français d'urologie ?

Peter Albers : Le message le plus important est qu'un dépistage basé sur le seul dosage du PSA pour toute la population masculine n'est plus la voie à suivre. Nous recommandons un dosage initial à 45 ou 50 ans pour établir une stratification du risque basée sur des paramètres cliniques. Ensuite, seuls les hommes avec un PSA élevé et une IRM pathologique (PIRADS 4-5) se verront recommander des biopsies prostatiques. Plus tard, seuls les hommes atteints de cancers ISUP 3-5 sont recommandés pour le traitement actif. Cet algorithme entraînerait une réduction des biopsies d'au moins 50 % et réduirait encore d'autant le traitement actif.

Allez-vous présenter vos travaux à la Commission européenne ?

Peter Albers : Cette recommandation pour une détection précoce du cancer de la prostate adaptée au risque va en effet être maintenant discutée avec la Commission européenne pour être soutenue par le Plan européen de lutte contre le cancer. C'est un sujet majeur pour l'Association Européenne d'Urologie (EAU), partagé avec tous les acteurs du domaine. Nous espérons réussir dans un avenir proche. En tant que président du bureau du comité scientifique du congrès de l'EAU, je ferai la promotion de cette recommandation lors de la réunion en mars 2022 lors d'une session spéciale.



Les Rencontres AFU-EAU

15^h00-15^h30

Amphi Havane

Fracture de la verge, attendre ou agir sans délai ?

La fracture de verge se passe généralement le soir et la nuit. Cette urgence fonctionnelle met souvent les jeunes urologues d'astreinte face à un dilemme.



© Maja

En présence d'une fracture de la verge, peu fréquente, deux questions se posent : faut-il intervenir toute de suite ou différer le traitement ? « *Il faut rechercher en priorité une urétrorragie, encore plus rare* », indique Damien Carnicelli. Le cas échéant, la pose d'un cathéter sus-pubien est nécessaire pour permettre au patient d'uriner. Et pour les corps caverneux ? Mieux vaut ne pas attendre, recommande-t-il, afin d'éviter une intervention en présence d'un hématome le lendemain. Un urologue non expert en la matière pourra être tenté de reporter le traitement, au motif que l'urgence n'est pas vitale. Néanmoins, tout retard expose le patient à de possibles dysfonctionnements érectiles secondaires et à une déformation de la verge. Les recommandations n'aident pas à prendre la bonne décision. « *De légères*

différences existent entre les recommandations américaines et européennes. Ces dernières posent un délai d'intervention de vingt-quatre heures », rapporte Damien Carnicelli. Les Américains invitent à plus de célérité, tout en assortissant éventuellement la prise en charge d'un examen d'imagerie. « *On sait que l'on ne peut pas faire une IRM la nuit ou au petit matin* », ajoute-t-il. Surtout en période de tensions hospitalières... Messieurs, soyez donc prudents !



Pour ou contre n°8

16^h00-16^h30

Amphi Havane

L'autosondage remise la sonde... à demeure

Fin de la sonde à demeure et autosondage pour – presque – tous, c'est en substance la ligne directrice des dernières recommandations de l'AFU.

Que disent les recommandations sur les cathétérismes intermittents publiées en 2020 sous l'égide de l'AFU, en association avec la SOFMER, la Société française de médecine physique et de réadaptation, le

GENULE, le groupe d'études de neuro-urologie de langue française, et la SIFUD-PP, la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie ? Que dans la perspective d'une sonde à demeure dans la durée, tout patient présentant des difficultés pour uriner doit être mis le plus rapidement possible en autosondage.

Cette technique ancienne a longtemps été réservée aux patients neurologiques : blessés

médullaires, scléroses en plaques et spina-bifida. Ces indications très ciblées ont depuis été élargies à des populations amenées à avoir une sonde à demeure pendant une certaine durée. Xavier Gamé le rappelle, « *les autosondages sont moins pourvoyeurs de complications, notamment d'infections et de destruction de l'urètre, que la sonde à demeure. Ils sont également mieux tolérés* ». De niche en urologie, l'autosondage entre désormais dans les pratiques quotidiennes de la spécialité.



État de l'art n°19

14^h30-14^h45

Amphi Havane



Nouveaux traitements médicaux des cancers urologiques, les urologues doivent répondre présents

Les solutions médicamenteuses pour le traitement des cancers de prostate, du rein et de la vessie ne doivent pas être négligées par les urologues. Ils sont chirurgiens tout autant que médecins. Une double compétence à valoriser. Dit autrement, les urologues sont aussi prescripteurs.



© spaxiax

La première partie du cours, est consacrée aux hormonothérapies de nouvelle génération (HTNG) pour les cancers de la prostate à tous les stades : métastatique hormono-sensible et métastatique ou non métastatique résistant à la castration. L'objectif est de présenter aux urologues les nouvelles molécules pour qu'ils les intègrent dans leur arsenal thérapeutique ainsi que les recommandations relatives aux indications de ces nouveaux traitements. « Les

urologues ne doivent pas délaissier ces traitements en pensant qu'ils sont réservés à des patients métastatiques tardifs. Ils sont prescrits de plus en plus tôt », indique Yann Neuzillet. Il revient sur les séquences, les résistances croisées et la place de la chimiothérapie avec ces nouvelles hormonothérapies. Géraldine Pignot présente dans le détail les modalités de prescription et de suivi d'un traitement par hormonothérapie de nouvelle génération. Quel examen faut-il

faire avant le traitement? Faut-il assurer une surveillance clinique pendant? Que faut-il doser et mesurer pendant le suivi afin que tout se passe bien et que le patient reçoive son traitement le plus longtemps possible?

Arrivée des immunothérapies

La seconde partie du cours est dédiée aux immunothérapies, avec les indications dans les cancers du rein et de la vessie. « *Le traitement médical du cancer du rein repose sur des associations de molécules* », rappelle Yann Neuzillet. Ces associations sont de plusieurs ordres : deux immunothérapies, une immunothérapie et un inhibiteur de tyrosine kinase, selon les recommandations. Sont rappelées les séquences des traitements. Même approche pour le cancer de la vessie, avec prescription d'une immunothérapie de plus en plus précoce en présence de métastases, en complément d'une chimiothérapie quand le patient répond. À défaut, l'immunothérapie est prescrite en deuxième ligne. Il reprecise les modalités de prescriptions et de suivi de ces nouveaux traitements.

Les urologues peuvent prescrire ces nouvelles molécules, sans difficulté. « *Il faut démystifier cette prescription* », conclut Yann Neuzillet.

Une place à préserver

- Dans le cancer de la prostate la place du traitement médical ne cesse d'augmenter. Les combinaisons de l'homonothérapie avec la chimiothérapie et les HNTG sont prescrites à des stades très avancés de la maladie. Des études démontrent maintenant l'intérêt des HNTG à des stades plus précoces, pour des patients d'emblée métastatiques ou qui récidivent avec des métastases. « *Tous les urologues sont concernés par ces situations* », souligne Yann Neuzillet. *Ces indications se discutent chaque semaine en réunion de concertation pluridisciplinaire*. Ne pas prescrire ces molécules faute d'en connaître les indications conduit « *à perdre la main sur ces patients, et donc la spécificité médico-chirurgicale qui fait la richesse de l'urologie* ».
- Le cancer du rein a été le premier pour lequel le traitement médical *per os* à transformer le pronostic, avec d'abord inhibiteurs de tyrosine kinase. Ils peuvent facilement être prescrits par les urologues car ne nécessitent pas d'hospitalisation de jour comme pour la chimiothérapie. « *Peu d'urologues ont développé une expertise dans ce domaine, les TKI n'étant prescrit que dans le cancer du rein métastatique* ».
- Aujourd'hui, les immunothérapies arrivent sans la vessie. L'essai en cours Alban compare la BCG-thérapie seule ou avec une immunothérapie, au stade non-infiltrant. « *Si l'association s'avère efficace, et que les urologues ne savent la prescrire, les patients se retrouveront partagés entre deux sites, soient des problèmes d'organisation* ». Ce qui bénéficie au cancer de la vessie bénéficie au cancer du rein.



Cours n°4
07^H30-08^H30
Salle 341

De l'intérêt pour les kinésithérapeutes de publier dans Progrès en urologie

Soumettre un article à publication dans la revue Progrès en urologie est un exercice exigeant. Mais, il est important pour les kinésithérapeutes.

Véronique Blanchard, kinésithérapeute à Chauceux-sur-Choisi près de Tours, présente son expérience de publication. « Dans le cadre d'un DIU de pelvipérinéologie de la femme, mon maître de mémoire Anne-Cécile Pizzoferrato, gynécologue au CHU de Caen, m'a incité à publier », raconte-t-elle. Mais, rédiger un mémoire et un article pour une revue médicale sont deux exercices bien différents. « Cela demande une très grande rigueur, dit-elle avant d'ajouter: je n'y serai probablement pas allée de ma propre initiative ». Sept mois d'un travail méticuleux ont été nécessaires, avec l'accompagnement bienveillant autant qu'exigeant des co-auteurs. « J'ai découvert tout un univers, très codifié, avec les notions de premier ou dernier auteur, un vocabulaire médical différent, des conventions de rédaction que je ne connaissais pas... ». Un apprentissage au fil de la rédaction où s'est



Véronique Blanchard, kinésithérapeute

fait rapidement jour la prééminence des échanges de correction avec les auteurs et les reviewers, ces relecteurs de l'ombre dont le nom n'apparaît pas à la publication. « Ils apportent une véritable plus-value à la qualité de lecture de l'article. Ils m'ont conduite à élever mon niveau de rédaction par rapport au travail pour un mémoire ». Autre découverte, le processus particulier de soumission de l'article sur Internet, avec le soutien indéfectible d'Anne-Cécile Pizzoferrato. Conclusion, publier dans une revue médicale quand on est kinésithérapeute est bien possible, mais avec le soutien des co-auteurs pour répondre à toutes les exigences si particulières et nécessaires de publication, assure-t-elle. Et, Véronique Blanchard en est convaincue, « il y a un réel intérêt de publier dans une revue médicale pour l'évolution de la profession de kinésithérapeute ».

Rééducation de groupe en pelvipérinéologie, bien ou pas ?

En France, la rééducation de groupe est très utilisée. À-t-elle une place ? Est-elle supérieure à la rééducation individuelle ?

Que montre la revue de littérature internationale réalisée par Florence Happillon, kinésithérapeute à Anthy-sur-Léman, en Haute-Savoie. Les recommandations en termes de fréquence de rééducation sont de trois séances individuelles par semaine. Cela ne correspond pas à la réalité clinique en France. « Nos emplois du temps sont peu compatibles avec cette périodicité. Mais, cela amène à se poser la question de l'intérêt d'un travail de groupe pour disposer de plus de créneaux pour les patients », analyse-t-elle. Le travail collectif permet également une plus grande adhésion des patientes en pelvi-périnéologie. Des limites administratives pour une pratique groupée existent-elles ? « La nomenclature ne prévoit pas de travail collectif, soit pas de remboursement pour les patientes », indique Florence Happillon. Cela pourrait évoluer, les kinésithérapeutes ont déjà obtenu une cotation d'acte remboursable de groupe pour la bronchite obstructive. Reste que, souligne-t-elle, des séances de groupe en institution sont plus faciles à organiser, pour des questions d'homogénéité de groupes et de disponibilité des patientes.



© Adobe Stock Platform



Journée des Kinés

10^H00-17^H00

Salle 351

Prévention des infections après biopsies transrectales de la prostate, pas si simple...

En France, le risque infectieux après biopsies transrectales de la prostate reste faible. Il a été évalué à 2,8 % par l'étude Prosbiotate. Peut-on mieux faire ?

Ce taux de 2,8 % reste satisfaisant, compte tenu du contexte de résistance des germes aux antibiotiques, dont les quinolones. Il est même plutôt bas, au regard des résultats de la littérature nationale qui avoisinent les 10 %. Reste que ce risque doit être géré. La solution passe-t-elle par l'antibiothérapie ciblée? Cette voie à ses partisans. L'idée est simple : un prélèvement rectal est réalisé pour identifier des *Escherichia coli* ou entérobactéries résistantes aux quinolones. Le cas échéant, l'antibioprophylaxie est adaptée au prélèvement. Mais, des biais existent. « D'une part, les modalités de prélèvement rectal et de culture ne sont pas clairement définies », fait remarquer Franck Bruyère. D'autre part, la résistance aux quinolones n'est pas la seule cause possible



© Nomad Soul



Pour ou contre n°7
10^H00-10^H30
Amphi Bordeaux

d'infection. D'autres facteurs rentrent dans le risque infectieux : le nombre de biopsies réalisées par le patient, le mode de stérilisation de la sonde d'échographie, l'utilisation ou pas de Bétadine pour le prélèvement rectal... « En France où on ne

fait de pas d'antibioprophylaxie ciblée, le taux de résistance aux quinolones n'est pas très élevé », souligne Franck Bruyère. Alors, utile l'antibioprophylaxie ciblée? Beaux débats en perspective.

EXERCICE PROFESSIONNEL

Biopsies transrectales de la prostate, stop ou encore ?

Les biopsies transrectales de la prostate sont responsables d'une morbidité infectieuse non négligeable. Se pose aujourd'hui la question de délaisser cette technique.

Les taux d'infection après biopsies transrectales de la prostate pour établir un diagnostic de cancer augmentent. En cause, les résistances aux antibiotiques. L'Association européenne d'urologie s'est positionnée pour interdire l'utilisation des fluoroquinolones en prophylaxie de ces biopsies. Elle propose tant que possible de recourir à des alternatives comme l'écouvillonnage rectal pour s'assurer de l'absence de résistance aux antibiotiques et, le cas échéant, de changer de molécule. Autre option, la voie transpérinéale. « Elle permet une préparation cutanée, comme pour un patient opéré, et très probablement de se passer d'antibioprophylaxie », indique Gaëlle Fiard. Les résultats de cohortes plaident en faveur de cette pratique, avec un risque infectieux réduit. Alors, Trexit ou not Trexit, lance-t-elle avec malice? Pour l'heure, il n'existe pas de recommandations françaises sur le schéma d'antibioprophylaxie à associer aux biopsies transpérinéales de la prostate, « et encore



© vchalup

moins pour dire que l'on peut se passer d'antibioprophylaxie avec cette voie d'abord », ajoute-t-elle. Franck Bruyère, responsable du comité d'infectiologie de l'AFU, fera le point sur ces sujets.

Vers l'abandon des biopsies prostatiques ?

Cette perspective d'abandon des biopsies transrectales conduit certains urologues à s'interroger sur la pertinence même des biopsies prostatiques pour la surveillance active du cancer de la prostate. « Ces biopsies réalisées à intervalle régulier permettent d'évaluer l'évolution de la maladie et de s'assurer de l'absence de critères pouvant conduire à une indication de traitement. Mais,

ces répétitions multiplient les risques infectieux », fait remarquer Gaëlle Fiard. De l'autre côté de la Manche, Francesco Giganti, radiologue, suggère de remplacer ces biopsies par des IRM. *You don't have to be shocked!* Il tentera de convaincre l'auditoire de l'intérêt d'une telle modalité surveillance active.



Table ronde n°8
10^H30-11^H00
Amphi Bordeaux

La gestion du **parcours** patient à l'Institut de la prostate de Reims

À l'Institut de la prostate, au CHU de Reims, une organisation a été mise en place pour faciliter le parcours des patients. Les secrétaires y jouent un rôle essentiel.

Quand un patient appelle pour la première fois, la secrétaire du service d'urologie et/ou de l'Institut de la prostate lui propose – en fonction de la nature de l'appel – un rendez-vous sur les créneaux dédiés de l'Institut.

« *Quand le patient vient ensuite au premier rendez-vous, la secrétaire l'accueille et numérise tous les documents médico-administratifs qu'il aura pu apporter: lettre du médecin traitant, résultats de biologies, d'imageries... pour en faciliter l'accès ultérieurement par l'urologue* », explique Sonia Quennesson, cadre de santé. Elle présente au congrès français d'urologie le dispositif avec Juliette Mauprivez et Bénédicte Boucher, du secrétariat d'urologie du CHU de Reims. Suite à la consultation avec l'urologue, la secrétaire organise les rendez-vous d'IRM et de prélèvement de créatinine et d'urée, de PSA s'il n'a pas déjà été fait ou encore de biopsies de la prostate. Lors de la consultation post-IRM, si celle-ci a été effectuée dans une autre structure que l'Institut Jean Godinot, parce que le patient habite loin, la secrétaire charge les images du CD de l'IRM et les intègre dans le dossier informatisé de l'établissement, pour faciliter ensuite les biopsies ciblées.

Une organisation millimétrée

Pour ne pas retarder la prise en charge des patients, des créneaux ont été aménagés à l'Institut de la prostate. « *Tout est organisé pour assurer les examens dans un délai maximal de trois semaines* », ajoute Sonia Quennesson. Un challenge parfois quand les créneaux sont déjà pris. La responsable du secrétariat intervient alors auprès du chef de service d'urologie pour débloquer au plus vite de nouveaux créneaux. Les vendredis sont dédiés à la rédaction des comptes-rendus des consultations qui ont lieu les jeudis. « *Ainsi, souligne-t-elle, les patients peuvent disposer du compte-rendu pour le médecin traitant rapidement* ». Les secrétaires jouent un rôle de coordination essentiel dans ce parcours de soins. Les questionnaires de satisfaction proposés aux patients à l'issue de la prise en charge attestent du bien-fondé de cette organisation novatrice.



Les assistantes médico-administratives, pierres **angulaires** des cabinets et services d'urologie

Les assistantes médico-administratives ont un rôle important dans la prévention des mises en cause médico-légale.

Elles occupent un poste clef dans l'information des malades, dans la priorisation des consultations, la récupération des documents d'information et du consentement éclairé ou encore dans la protection du secret médical. Didier Legeais rappellera le devoir de confidentialité des assistantes médico-administratives qui peuvent accueillir des patients publiquement connus, par exemple. Elles sont également en première ligne vis-à-vis du cyber-risque et de la bonne application du règlement européen de la protection des données. Il souligne l'importance qu'elles soient sensibilisées et formées à ces enjeux. « *Bien des accidents médicaux, des mises en cause des urologues ou encore des défauts d'information, pourraient être davantage compensés par des assistantes*



© Daniel Coulmann

médico-administratives bienveillantes », souligne-t-il. Les patients peuvent leur exprimer leur désaccord voire leur colère. « *Les assistantes médico-administratives ne sont pas toujours formées à gérer les situations*

conflictuelles, regrette-t-il. Elles ne mesurent pas l'importance de leur rôle. » Et de rappeler la nécessité de bien tracer les doléances de patients et de transmettre les alertes aux urologues, afin qu'ils puissent leur répondre dans un délai approprié. L'objet de son intervention est de sensibiliser les assistantes médico-administratives à tous ces enjeux, et au bon respect des obligations médico-légales des urologues.



Journée des assistances médico-administratives
08^h30-17^h00
Salle 352 ab

Thierry Roumeguère, le plus français des urologues belges

Installé à Bruxelles depuis trente ans, Thierry Roumeguère fait le trait d'union entre l'urologie belge et l'urologie française. Sa présence au CFU s'accompagne de celle de la SBU et de la BVU. Une belle performance puisque ces deux sociétés ne pratiquent pas la même langue.

L'urologie belge a toujours été proche de l'urologie française. « *Des liens urologiques forts entre la France et la Belgique existent depuis toujours* », rapporte Thierry Roumeguère, toujours heureux de faire escale à Paris. Des membres de la Société belge d'urologie, la SBU, sont régulièrement impliqués dans différentes organisations placées sous l'égide de l'AFU. « *Il me paraissait naturel, de par ma nationalité française, de perpétuer ces relations privilégiées entre les deux pays* », ajoute-t-il. Il participe à l'organisation d'événements réunissant l'AFU et la SBU. Autre illustration de cette proximité, la SBU a fait de Progrès en urologie sa revue scientifique. « *C'est un organe important pour la diffusion de la connaissance, facile d'accès. Nous encourageons les jeunes urologues en formation et les moins jeunes à y soumettre des articles* ».

L'urologie francophone et flamande à l'honneur

L'originalité de la Belgique est son multilinguisme. Autant francophone que flamande, elle pratique également officiellement l'allemand. Depuis une vingtaine d'années, une société flamande d'urologie, la BVU pour *Belgische Vereniging voor Urologie*, a enrichi le paysage urologique du plat pays. Thierry Roumeguère assure le pont entre ces deux sociétés savantes et l'AFU. « *La SBU a toujours répondu présente aux invitations de l'AFU* », tient-il à rappeler. Cette année encore, avec une séance commune AFU-SBU et BVU qui se déroulait hier au CFU. La participation de la BVU est importante à ses yeux : « *Malgré les différences linguistiques en Belgique, il est important pour la communauté urologique belge de travailler ensemble. C'est pour quoi nous avons souhaité que la BVU soit à nos côtés au congrès français d'urologie* ». Et d'ajouter en guise de conclusion : « *Nous sommes très honorés d'avoir été conjointement invités par Georges Fournier, président de l'AFU, Dominique Rossi, président du CFU et le bureau de l'AFU* ».



© C.Terrible

ÉCLAIRAGE

Syndrome du bas appareil urinaire et insuffisance rénale, ce qu'il faut savoir

Comment gérer les syndromes du bas appareil urinaire chez des insuffisants rénaux sans diurèse ? Et chez les patients avec une diurèse diminuée ? État de l'art.

Deux situations sont abordées par Julien Brancherau :

- Les bonnes pratiques face à un patient sans diurèse. « *La prise en charge du syndrome du bas appareil urinaire n'a de sens que si l'on envisage une greffe rénale* », indique-t-il. Le cas de patients en insuffisance rénale de stade V greffés de plus en plus âgés pose un problème particulier. « *Par définition, leur prostate risque de présenter des symptômes obstructifs et irritatifs, avec une mauvaise vidange après transplantation* ». Que faire en présence d'un adénome de la prostate chez ces sujets âgés et greffés ? Faut-il le prendre en charge, avant ou après la mise en place du greffon ? Dans cette seconde perspective, sous quel délai agir après la transplantation ?



© CHAYATORN LAORATTANAWECH

- Les possibilités d'optimiser au maximum la vidange vésicale afin d'éviter la souffrance des reins chez des patients avec diurèse diminuée pour cause de mauvaise filtration glomérulaire.

À ne pas manquer.



État de l'art n°1
10^H30-10^H45
Amphi Havane

Symposium Ipsen Cancer du rein / Cancer de la prostate : comment combiner les séquences et les associations ?

Il n'est plus possible d'envisager le traitement des cancers métastatiques de la prostate et du rein, sans séquences et associations thérapeutiques.

Le but de ce symposium dirigé par Arnaud Méjean est de promouvoir ces nouvelles prises en charge thérapeutiques, par l'analyse récente de la littérature et avec l'appui de cas cliniques. « Sans connaître précisément quelles sont les meilleures séquences et associations thérapeutiques, des études montrent leur net bénéfice en matière de survie sans récurrence ou de survie globale ». Les premiers cas cliniques sur les cancers de la prostate hormono-sensibles d'emblée métastatiques vont montrer ce qu'il convient de faire en fonction du volume des métastases, en associant les hormonothérapies d'anciennes et de



nouvelles générations, avec éventuellement la chimiothérapie par docétaxel, et la radiothérapie prostatique pour le traitement local et le contrôle local des métastases à bas volume. Les seconds cas cliniques vont préciser la place de la néphrectomie pour les cancers du rein pluri-métastatiques d'emblée. Elle n'a plus d'intérêt au stade initial. Un traitement systémique doit être proposé, par association d'immunothérapies ou par association d'immunothérapie et d'inhibiteur de tyrosine kinase. La néphrectomie peut se concevoir en situation secondaire chez des patients avec une réponse thérapeutique des métastases. Le symposium abordera enfin la question de priorisation des traitements chez un patient avec cancer de la prostate et cancer du rein.



SYMPOSIUM Ipsen
16^H30-18^H00
Amphi Bordeaux

Hyperoxalurie primitive de type 1, du nouveau

Maladie génétique rare, l'hyperoxalurie primitive de type 1 entraîne une production excessive d'oxalate et une insuffisance rénale menant souvent à la dialyse. Un traitement ouvre de nouvelles perspectives aux patients.

Jusqu'à présent, les solutions thérapeutiques pour les patients atteints d'hyperoxalurie de type 1 étaient limitées. Seule la transplantation hépatique associée à une greffe de rein était proposée au stade avancé de l'insuffisance rénale. Des traitements par ARN interférents sont désormais disponibles. Le lumasiran est actuellement le seul sur le marché, il bloque la glycolate oxidase, en diminuant significativement l'oxalurie. Son indication est limitée à l'hyperoxalurie de type 1. « Une injection sous-cutanée tous les trois mois permet la diminution de l'oxalurie et de l'oxalémie », indique Sandrine Lemoine, néphrologue, qui ajoute : « Il est peu fréquent d'avoir un si beau traitement pour une maladie rare ». Un second traitement bloquant une autre enzyme pour traiter les hyperoxaluries de type 1, 2 et 3 est à l'étude. Les résultats rendus publics récemment sont également concluants, montrant une diminution significative de l'oxalurie. Sandrine Lemoine rappelle la nécessité de ne pas manquer le diagnostic d'une hyperoxalurie chez l'adulte (calculs récidivants et bilatéraux, calculs chez



© POLONO VIDEO

le jeune adulte, présence de néphrocalcinose) : « Le traitement de l'hyperoxalurie de type 1 peut radicalement changer le pronostic de la maladie, ce qui rend encore plus important son diagnostic! ».



État de l'art n°17
11^H00-11^H15
Amphi Bordeaux

Traitement de première ligne du cancer rénal métastatique de bon pronostic, immédiat ou différé ?

Le délai de mise en place du traitement de première ligne influe-t-il sur la survie des patients atteints de carcinome rénal métastatique de bon pronostic ? L'étude MetaSurv livre ses premiers résultats.

L'étude nationale multicentrique MetaSurv, réalisée à partir de la base de données UroCCR, visait à déterminer si le report du traitement de première ligne pouvait influencer la survie des patients atteints d'un cancer du rein métastatique de bon pronostic. Quatre-vingt-dix patients traités entre 2009 et 2018 y ont été inclus. L'étude compare la survie globale des patients sous traitement médical immédiat (TMI), débuté moins de 3 mois après le diagnostic métastatique, et le traitement médical différé (TMD). Qu'en retenir ? « Le TMD semble être une option thérapeutique envisageable chez les patients atteints de cancer du rein métastatique de bon pronostic sans influencer négativement sur leur survie. En outre, le traitement local des métastases a un impact positif sur la survie de cette population et doit être envisagé dans la mesure du possible », indique Cyrielle Rolley, attachée de recherche clinique au CHU d'Angers et qui a coordonné l'étude. Un essai prospectif avec une population plus importante doit être réalisé pour confirmer ces résultats.



Communication orale n°107
08^H45-08^H55
Salle 343

Le Quotidien du Congrès - Directeur de la publication : Georges Fournier - Rédacteurs en chef : Stéphane Bart, Yann Neuzillet - Coordination et rédaction : Pierre Derrouch - Système graphique : C'Terrible - Crédit photo : Adobe Stock - Le journal décline toute responsabilité quant aux manuscrits et photos qui lui sont envoyés. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Tous droits de reproduction réservés © AFU.



17-20 NOVEMBRE 2021

PARIS, FRANCE

PALAIS DES CONGRÈS

www.cfu-congres.com

115^e

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !



@AFUrologie

#CFU2021