

Le quotidien

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

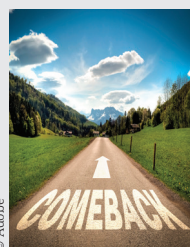
CFU 2024

du Congrès



**Journée
des assistantes
médico-
administratives
P.04**

Elles ont roulé
contre le cancer
de la prostate



**Club
P.06**

Sphincters
urinaires artificiels,
les nouveaux
challenges



**Éclairage
P.07**

Bandelettes
urinaires, une
situation tendue

Éditorial



Margot LHERBET et Samir HAMAMAH,
BIOLOGISTE DE LA REPRODUCTION ET PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ÉTUDE DE LA REPRODUCTION



Infertilité, de la nécessité d'un plan national

Avec 3,3 millions de personnes touchées en France, l'infertilité est devenue un enjeu majeur de santé publique, nécessitant un Plan national spécifique. Aujourd'hui, un couple sur quatre peine à concrétiser son projet parental. Les causes de l'infertilité sont diverses – sociales, sociétales, médicales, environnementales – et ses conséquences affectent les projets de vie, l'égalité des sexes, la démographie, la géostratégie et l'équilibre social. L'AFU et la FFER agissent pour améliorer la compréhension et la prise en charge de l'infertilité.

Longtemps perçue sous l'angle exclusif du corps féminin, l'infertilité est encore largement documentée dans les publications biomédicales sous ce prisme. Les modèles de fécondité démographique reposent surtout sur des paramètres féminins, négligeant souvent le rôle masculin. De nombreux chercheurs, en sciences sociales et en médecine, appellent à une reconnaissance équilibrée de la contribution masculine à la reproduction.

Ces lignes rappellent l'importance de l'infertilité masculine. Une méta-analyse de 2017 montre une chute de plus de 50 % de la concentration de spermatozoïdes chez les hommes des pays industrialisés entre 1973 et 2011, tendance qui se poursuit, et liée aux perturbateurs endocriniens, à la pollution et au changement climatique. Ce phénomène est aussi observé entre 1973 et 2018 dans les pays du Sud global. Des recherches récentes soulignent aussi les effets néfastes du mode de vie occidental sur la fertilité, surtout en période préconceptionnelle.

L'engagement de l'AFU est naturel, et la présence de l'auteur du rapport sur l'infertilité en France à ce congrès illustre la mobilisation conjointe de gynécologues, urologues, andrologues et biologistes.



**Table ronde FFER
15^H30-16^H00
Amphi Havane**

L'entretien d'ailleurs

Sexualité et cancer de la prostate, de nouvelles perspectives

L'Association française d'urologie reçoit cette année Maarten Albersen, président du bureau scientifique de l'European association of urology, dans le cadre des Rencontres AFU-EAU. Il est notamment spécialiste de la préservation de la sexualité après un traitement du cancer de la prostate.

Quels sont vos messages scientifiques sur la sexualité après le traitement d'un cancer urologique ?

La préservation de la sexualité des patients atteints de cancer de la prostate repose sur trois phases. En phase préopératoire, il est essentiel d'informer les patients, de fixer avec eux des attentes individualisées et d'encourager la rééducation sexuelle et érectile pour optimiser la satisfaction après traitement, sachant que la fonction érectile postopératoire dépend souvent de la qualité des érections avant l'opération. Des modèles prédictifs aident à évaluer cette probabilité, et des travaux du Memorial Sloan Kettering Cancer Center ont montré que des attentes bien définies amélioreraient la satisfaction.



Maarten Albersen

En phase peropératoire, des progrès ont été réalisés avec des techniques avancées de préservation nerveuse adaptées aux risques, la bioluminescence, la microscopie confocale et la méthode neurosafe qui consiste en une analyse en temps réel des marges



**AGORA
Hall
Bordeaux**

**10^H35 Best Abstracts
des sessions
de jeudi après-midi**

**13^H15 Worst
Cases in
Surgery**

**15^H35 Best
Abstracts des sessions
de vendredi matin**

L'entretien d'ailleurs (suite)

de résection pour guider la préservation nerveuse supplémentaire. Enfin, en phase postopératoire, la rééducation pénienne montre des résultats limités, mais de nouvelles approches, incluant la thérapie par cellules souches et les traitements par ondes de choc extracorporelles, sont en cours d'évaluation.

Le soutien psychosexuel reste aussi sous-exploité.

Le congrès de l'EAU évolue. Quelles sont les nouveautés ?

Cette année, nous introduisons des parcours spécifiques aux principales pathologies urologiques, ainsi que des sujets spécialisés. Nous repen-

sons également le format des sessions pour favoriser l'engagement, avec des présentations de type TED, des podcasts en direct et des débats pour dynamiser les interventions. Au-delà de la structure des sessions, une des priorités est de positionner notre congrès comme la plateforme de référence pour la recherche ori-

ginale et à fort impact, notamment dans les essais prospectifs qui dessinent l'avenir de l'urologie, particulièrement en oncologie.

 **Les rencontres AFU-EAU**
10^h15-10^h45
Amphi Bordeaux

Actus du jour

Kyste rénal Bosniak III, chirurgie ou surveillance ?

Deux options se présentent pour la prise en charge des kystes rénaux Bosniak III. Mais laquelle est la plus appropriée, sachant que leur potentiel malin varie entre 51 % et 69 % selon les études ?

Même lorsqu'ils sont malins, les kystes rénaux Bosniak III sont peu agressifs, et les pronostics à long terme restent souvent favorables. « Actuellement, la chirurgie demeure le standard recommandé, mais étant donné la proportion significative de kystes bénins et le bon pronostic des formes malignes, une surveillance peut être envisagée », explique Gaëlle Margue, qui en discutera avec Mathieu Ferragu. La prise en charge doit être adaptée à chaque patient et à ses préférences. Si des comorbidités importantes ou la présence d'une lésion complexe peuvent justifier une surveillance afin d'éviter une chirurgie potentiellement morbide, une intervention



peut être privilégiée chez les patients jeunes pour éviter une surveillance prolongée. Toutefois, les données cliniques actuelles ne permettent pas

de trancher de manière définitive. « La décision doit être personnalisée », précise-t-elle. Et si la réponse venait de l'étude Socratic ? Cette recherche, menée dans plusieurs hôpitaux français en collaboration avec le réseau canadien de recherche sur le cancer du rein, vise à comparer les résultats de la surveillance et de la chirurgie. En attendant, la participation à cette séance « Pour ou Contre » pourrait vous apporter un éclairage supplémentaire.

 **Pour-Contre n° 6**
14^h15-14^h45
Amphi Havane

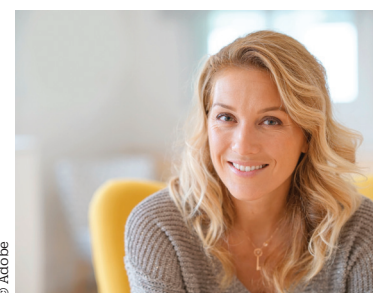
Actus du jour

Œstrogénothérapie locale, une bonne option ?

Fréquente à la ménopause, l'incontinence urinaire affecte la qualité de vie des femmes concernées. Des solutions comme l'œstrogénothérapie locale existent. Mais, nombreux sont urologues qui hésitent à la prescrire, en raison de son lien avec les hormones. À tort ?

Sandrine Campagne-Loiseau, gynécologue de formation, membre du CUROF et spécialiste des troubles urinaires et de l'inconfort pelvi-périnéal chez la femme, fera le point sur les indications de l'œstrogénothérapie locale pour améliorer la continence des femmes ménopausées. « Ces troubles concernent directement les urologues,

ils doivent s'en saisir pour apporter une solution aux patientes. » C'est d'autant plus nécessaire que l'accès aux gynécologues est de plus en plus difficile pour cause de pénurie dans certaines territoires. Mais, souvent, déplore-t-elle, les urologues se détournent de ce traitement par crainte d'effets secondaires. Un antécédent de cancer du sein, par exemple, est



souvent perçu comme une contre-indication rédhibitoire. Mais l'est-il systématiquement ? Une mise à jour des bonnes pratiques s'impose pour mieux prendre en charge les troubles des femmes ménopausées.

 **État de l'art n° 28**
16^h00-16^h15
Amphi Havane

Grand angle

Biopsie de la prostate : combien de voix pour le transpérinéal, combien pour le transrectal ?

Si la voie transrectale conserve des adeptes, la voie transpérinéale a de sérieux arguments à faire valoir, notamment en matière de sécurité infectieuse. Les résultats des essais cliniques récents nous aideront-ils à y voir plus clair sur la voie à privilégier ?

Grâce à l'échographie endorectale apparue dans les années 1980, qui permettait un guidage précis de l'aiguille, la voie transrectale a été longtemps privilégiée pour les biopsies de la prostate. Mais, à partir des années 2000, elle a été remise en question en raison de l'augmentation des infections à germes résistants. Au point de favoriser la voie transpérinéale, reconnue pour son risque infectieux réduit ?

LA SCIENCE À L'ÉQUILIBRE

À ce stade, concernant l'efficacité pour la détection du cancer, la littérature ne permet pas de trancher nettement entre les deux méthodes. Des études récentes, comme les essais PROBE-PC (2021), PERFECT (2024) et PREVENT (2024), ont comparé les deux méthodes en fonction de la localisation des lésions prostatiques et du taux de détection du cancer. Aucune d'entre elles ne se révèle objectivement supérieure dans tous les cas ; le choix dépend du profil du patient et des ressources disponibles, et - selon la localisation des lésions identifiées à l'IRM - l'une ou l'autre voie pourra être privilégiée. Si des preuves



de niveau 1 manquent encore pour statuer sur des recommandations définitives, la voie transpérinéale est souvent conseillée pour son moindre risque infectieux, particulièrement chez les patients à risque. La sélection

des patients repose ainsi sur des facteurs infectieux variés, tels qu'une exposition récente aux antibiotiques, des voyages dans des régions où le microbiote intestinal peut avoir été altéré par des bactéries résistantes (comme *Escherichia coli*) ou des antécédents de contact avec des germes résistants. Ces éléments incitent à privilégier la voie transpérinéale pour limiter les risques de complications infectieuses.

Quid de la voie transrectale ? « Elle reste possible pour les patients à faible risque en raison de son taux de détection élevé et de son faible coût matériel », indique Gaëlle Fiard. Elle conserve aussi un net avantage en contexte de plannings opératoires serrés, grâce à sa rapidité.

UNE NOUVELLE CONTRAINTE

La remise en cause de l'usage systématique des fluoroquinolones, notamment la ciprofloxacine, en

prophylaxie contre les bactéries rectales, ajoute un degré de complexité dans le choix de la voie. Gaëlle Fiard confirme : « Les autorités sanitaires déconseillent ces molécules en raison de leurs effets secondaires graves, notamment un risque accru d'anévrisme et de dissection aortique. » Il est donc maintenant recommandé d'utiliser la fosfomycine-trometamol, objet néanmoins d'une enquête en cours par le CIAFU due à des inquiétudes sur une possible hausse des prostatites.

D'où l'importance de cette table ronde pour actualiser les pratiques, et clarifier l'impact de chaque approche sur le plan de la sécurité comme de l'efficacité diagnostique.

Plutôt TPBx ou plutôt TRBx ?

Voici un vade-mecum des deux voies pour les biopsies prostatiques

Biopsie transpérinéale (TPBx)

Avantages : Moindre risque infectieux, idéal pour les patients à risque (contact bactérien, antibiothérapie récente). Pas d'antibioprophylaxie nécessaire ;

Limites : Technique plus longue, demande une adaptation (anesthésie locale possible, légère modification d'équipement) ;

Indications : À privilégier dans les cas d'antibiorésistance ou de risques d'infection.

Biopsie transrectale (TRBx)

Avantages : Pratique, rapide, historique d'utilisation en routine, forte expérience clinique ;

Limites : Exposition accrue aux risques infectieux ; nécessite un lavement rectal à la bétadine et une antibioprophylaxie adéquate ;

Indications : Reste une bonne voie d'abord pour les patients à faible risque d'infection avec une antibioprophylaxie.

 **Table ronde n°14**
10^H45-11^H15
Amphi Bordeaux

Journée des kinés

De l'art de soigner la communication entre kinésithérapeutes et urologues

À Grenoble, la collaboration entre kinésithérapeutes et prescripteurs en urologie a gagné en efficacité grâce aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Ces échanges réguliers optimisent la prise en charge, renforcent la cohérence des soins et facilitent l'adhésion des patients.

En urologie, les échanges entre kinésithérapeutes et prescripteurs manquent parfois de fluidité, en raison des circuits administratifs qui ne permettent pas toujours la mise en lien téléphonique. Comment, dès lors, faciliter les interactions pour mobiliser l'ensemble de l'équipe soignante autour du patient, tout en respectant la protection des données ? La technologie peut y contribuer. « *J'utilise la plateforme régionale d'échange sécurisée Mon Sisra pour transmettre les informations en toute confidentialité* », indique Émilie Paillot, kinésithérapeute libérale. En plus de fluidifier la transmission des bilans diagnostiques aux urologues, une bonne communication facilite

la remontée de nouveaux éléments pour adapter les traitements et renforcer la cohérence des soins, précise-t-elle. Pour plus d'efficacité encore, les kinésithérapeutes et parfois une des sage-femmes participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire organisées en visioconférence tous les jeudis entre 13 h et 14 h, et regroupant des spécialistes de l'Isère, de Savoie, de Haute-Savoie et de l'Ain. « *L'ouverture des RCP aux kinésithérapeutes nous a donné la possibilité d'échanger des informations et des avis sur les dossiers complexes, notamment en fonctionnel, ainsi que sur les meilleures techniques à mettre en œuvre pour la rééducation des patients* », rapporte



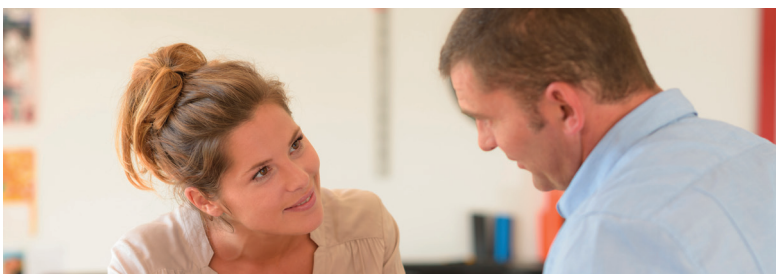
Caroline Thuillier. En outre, cette organisation favorise un adressage optimal des patients. Ce temps dédié instauré pendant le Covid-19 « *valorise les compétences de chacun, avec des échanges constructifs entre chirurgiens, kinés et autres praticiens, sans hiérarchie et au service du patient* », ajoute-t-elle. Non seulement cette organisation optimise la prise en charge des patients, mais elle contribue aussi à améliorer la qualité de vie au travail. Des échanges gagnants pour tout le monde.



Journée des kinésithérapeutes
10^h00-16^h30 / Salle 351

Journée des assistantes médico-administratives

HBP, un mal, des mots



Pathologie urinaire très fréquente et sans lien avec le cancer de la prostate, l'HBP touche plus d'un homme sur deux après 50 ans. Mais, une partie seulement présente des symptômes, allant de la gêne à la miction au blocage urinaire, avec atteinte des reins et de la vessie. Ce sont les messages que Mélanie Percot vient transmettre aux assistantes médico-administratives. « *C'est important qu'elles aient une bonne compréhension de la maladie: elles peuvent mieux discerner le degré d'urgence de l'appel d'un patient*

lors de la prise de rendez-vous. » Les assistantes médico-administratives jouent un autre rôle non négligeable. Après la consultation, les patients inquiets leur posent souvent des questions. « *En ayant une connaissance globale des traitements médicamenteux et chirurgicaux, elles peuvent leur répondre de manière éclairée et les rassurer, au besoin. Cela participe à la prise en charge globale* », ajoute-t-elle.



Rendez-vous
8^h30-16^h15
Salle 352 AB

Elles ont roulé contre le cancer de la prostate

Elles, ce sont les assistantes médico-administratives du service d'urologie du CHU de Nantes. Avec le soutien de Julien Branchereau, du cadre de santé et de leur direction, elles sont les premières de leur corporation à avoir pris le chemin du sommet du Mont-Ventoux, début septembre, dans le cadre de la journée « *Je roule contre le cancer de la prostate* ». « *C'est une belle expérience de participer à cet événement aux côtés des urologues et des patients* », raconte Francine Rousseau. L'épreuve peut être exigeante, mais les vélos électriques sont d'une grande aide pour sillonner les pentes du mythique sommet provençal. Son vœu le plus cher ? Mobiliser les assistantes médico-administratives d'autres établissements, pour contribuer à sensibiliser au cancer



de la prostate, mais aussi pour faire grimper la participation des femmes. Elles n'étaient que 20 % cette année, et c'est résolument trop peu !

Zoom

La radiothérapie, **nouvel acteur** dans la prise en charge du cancer du rein ?

Traitement focal *versus* traitement chirurgical des tumeurs du rein, chacun cherche sa place. Et si les récentes données de la littérature mettaient fin à un débat historique entre urologues et radiologues ?

Le pour ou contre animé par Olivier Alenda, et mettant en scène Romain Boissier, pour l'AFU, et Olivier Chapet pour la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), promet une très intéressante passe d'armes. Radiothérapie ou chirurgie dans le cancer du rein, les lignes bougent.

LÉSION PRIMITIVE...

Pour Romain Boissier, le traitement chirurgical serait la norme pour le traitement de la tumeur primitive. « Certes, les données de l'étude IROC qui présentent le plus haut niveau de preuve scientifique sur la radiothérapie dans les tumeurs du rein montrent que celle-ci - fortement dosée - permet de stabiliser une lésion tumorale, mais ce niveau de preuve est trop faible, et très largement inférieur à celui de la chirurgie, qui est lui-même supérieur à celui des traitements ablatifs percuta-



© Adobe

nés », argumente-t-il. Autres critiques : des études réalisées sans standardisation du fractionnement et de l'étalement de dose totale ; un critère de jugement utilisé dans l'étude IROC non comparable à celui de la chirurgie ou des traitements percutanés. « On se contente d'une stabilisation de la lésion tumorale, alors que l'on sait que les petites tumeurs du rein grossissent très lentement, une bonne partie restant même stable en taille. De plus, toutes les tumeurs n'ont pas forcément été

biopsiées dans l'étude, ce qui implique que ces résultats doivent être interprétés avec précaution », observe-t-il.

... ET LÉSIONS SECONDAIRES

La radiothérapie pourrait-elle être utile dans le traitement des lésions secondaires à distance ? Son avis est plus nuancé. « Il est prouvé qu'en délivrant une dose biologique équivalente de plus de 100 grays, on peut obtenir un effet ablatif comparable à celui

de la chirurgie. » La radiothérapie, notamment stéréotaxique, permet de traiter des répons dissociées chez des patients qui progressent sur un ou deux sites métastatiques (comme le cerveau, par exemple), pour lesquels l'immunothérapie et les TKI sont assez peu efficaces, tout en maintenant une bonne réponse sur les autres sites. Olivier Chapet, radiothérapeute, va plus loin : « La radiothérapie stéréotaxique est le seul traitement non invasif. Il est indolore et permet une très bonne préservation de la fonction rénale. Les études mettent également en évidence un excellent contrôle de la maladie, avec très peu d'effets secondaires. » Belle disputatio en perspective !

Les rencontres AFU-SFRO 10^h00-10^h45 Amphi Havane

On en parle

Chirurgie bariatrique chez le patient lithiasique, ce qu'il faut **savoir**

La chirurgie bariatrique favorise la formation de calculs rénaux, et le risque de récurrence est multiplié par quatre chez les patients lithiasiques opérés d'un bypass. Le choix de la procédure initiale et de la chirurgie de recours en cas d'hyperoxalurie entérique est complexe et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire en centre spécialisé.

La chirurgie bariatrique chez les patients lithiasiques exige des précautions particulières. Une néphropathie diabétique concomitante est souvent associée, et les chirurgies restrictives, qui réduisent la taille de l'estomac, sont à privilégier. Les chirurgies malabsorptives, qui limitent l'absorption des nutriments en court-circuitant une partie de l'intestin, augmentent l'excrétion rénale d'oxalate et favorisent donc la formation de calculs rénaux.



© Adobe

Guillaume Giudicelli attire l'attention : « La fonction rénale doit être attentivement monitorée après chirurgie bariatrique, car des chirurgies de recours existent afin de prévenir une dégradation et, si nécessaire, doivent être réalisées en centre expert. »

Forum du Comité lithiase 9^h00-9^h10 Amphi Bordeaux

C' Professionnel

Des urologues au TOP

Savoir gérer le stress et la récupération est essentiel pour les professionnels de santé. C'est ce que propose la méthode TOP, pour Techniques d'optimisation du potentiel, développée initialement pour l'Armée par Édith Perreaut-Pierre, médecin.

Qu'est-ce que la méthode TOP?

Il s'agit d'une approche pédagogique psychocorporelle permettant de mobiliser les ressources physiques et psycho-cognitives pour répondre aux exigences d'une situation donnée. Elle repose sur quatre piliers : la respiration, le dialogue interne, l'imagerie mentale ou représentation sensorielle, et la relaxation. Selon les objectifs, différentes combinaisons de ces éléments sont utilisées. La méthode est appliquée dans trois domaines principaux : la gestion du stress, celle de la fatigue et le maintien de la motivation dans la durée.



En quoi cette méthode est-elle utile aux médecins, notamment les urologues ?

La méthode TOP est orientée vers l'action et conçue pour s'intégrer

facilement dans les routines professionnelles, avec des techniques brèves, de 15 secondes à 10 minutes au plus. Par exemple, un chirurgien peut utiliser une technique de visualisation d'un geste technique pendant qu'il se lave les mains, avant une intervention difficile. Les exercices permettent aussi d'améliorer la cohésion des équipes, et de gérer les crises ou les conflits.

Tout le monde peut-il en bénéficier ?

Oui, la méthode est conçue pour être accessible à tous, de 3 à 120 ans. Nous intervenons dans les écoles et les

EHPAD, notamment. Nous formons seulement des volontaires, car l'adhésion personnelle est importante. Dans les hôpitaux, nous proposons souvent des séances de trois heures où les soignants apprennent des techniques simples pour mieux gérer leur stress, le sommeil et la récupération. On pourrait résumer cette méthode à une préparation mentale pour tous.



Forum d'exercice professionnel

8^h30-10^h00 / Salle 342 B

Club

Sphincters urinaires artificiels, les nouveaux challenges

Après quelques années d'absence, le Club des implanteurs de sphincters artificiels, piloté par Véronique Phé, retrouve sa place au sein du Congrès français d'urologie. Au programme : les dernières évolutions techniques et les défis cliniques liés à ces dispositifs.

Xavier Biardeau se penchera sur le profil des hommes ayant bénéficié d'une implantation au cours des dix dernières années. La question des sphincters électroniques sera éga-



lement abordée, avec un éclairage sur deux modèles réglables selon les

besoins des patients: Aurélien Beau-gerie présentera le modèle Uroac-

tive™; Véronique Phé analysera les performances du dispositif Artus™. De son côté, Benoit Peyronnet fera le point sur l'implantation robot-assistée d'un sphincter urinaire chez les femmes. La séance s'achèvera par des échanges sur les perspectives futures dans ce domaine en constante évolution.



Rendez-vous

15^h00-16^h30
Salle 342 A

En direct

SOS lithiase, le bon calcul

L'arrivée d'une infirmière en pratique avancée dans le service d'urologie des Hospices civils de Lyon a permis la mise en place d'un parcours SOS lithiase pour améliorer le suivi des patients traités aux urgences pour colique néphrétique. Elle coordonne l'ensemble du parcours et trie les dossiers pour identifier ceux nécessitant une intervention chirurgicale rapide, avec des interventions comme la pose de

sonde JJ, une lithotritie extracorporelle ou une urétéroscopie.

Au total, 600 patients ont été contactés par l'IPA sur un an. Parmi eux, 72 ont bénéficié d'une intervention chirurgicale, et 272 ont été revus en consultation à distance pour un bilan biologique. Ce suivi a permis d'orienter 66 patients en néphrologie pour explorer des pathologies associées, comme l'hyperoxalurie entérique, l'hyperparathyroïdie ou des



troubles de l'acidification urinaire. « Ce dispositif renforce la prise en charge en permettant de dépister des facteurs de récurrence et de diagnostiquer des maladies graves, contribuant ainsi à prévenir la récurrence lithiasique », indique Nadia Abid.



Communication orale n°117

10^h10-10^h20 / Salle 342 A

Rubrique

Cancer de la prostate à très haut risque et critères STAMPEDE, la prostatectomie radicale en option ?

Les résultats de l'étude STAMPEDE publiée en 2022 et démontrant l'efficacité d'une thérapie systémique associée à une hormonothérapie intensifiée et à une radiothérapie locale bousculent la place de la prostatectomie radicale pour les cancers de la prostate à très haut risque. Jusqu'où ? Entretien avec Michael Baboudjian.

Quels sont les critères d'inclusion de l'étude STAMPEDE et son principal enseignement ?

Les patients inclus présentaient soit des métastases ganglionnaires visibles (stade cN1), soit au moins deux des trois critères suivants : PSA > 40 ng/mL, stade T3 ou T4, ou ISUP 4-5. Cette étude a montré une amélioration significative de la survie sans métastases, avec un niveau de preuve élevé, pour les patients ayant reçu le traitement combiné intensifié.

Ces résultats remettent-ils en question l'utilité de la chirurgie pour les patients à très haut



risque répondant aux critères de l'étude STAMPEDE ?

Trois études portant sur ces patients apportent des éléments de réponse. Les données de l'étude issue de la base MUSIC montrent des résultats

chirurgicaux globalement favorables, mais avec un taux élevé de marges positives, supérieur à 40 %, indiquant que la chirurgie seule est souvent insuffisante. Une étude européenne de 2023 sur 117 patients, que j'ai dirigée, révèle que 50 % des patients n'ont pas eu besoin de traitement post-opératoire, tandis que l'autre moitié a nécessité une radiothérapie, avec ou sans hormonothérapie, obtenant de bons résultats oncologiques. Enfin, l'étude EMPACT, portant sur 3 000 patients, rapporte une survie spécifique de 92 % à 10 ans, bien que son niveau de preuve soit inférieur à celui des essais randomisés.

Quelle pourrait être alors la place de la prostatectomie radicale pour ces patients ?

Plusieurs essais évaluent la chirurgie chez les patients à haut risque avec un traitement périopératoire intensifié. Les études PROTEUS (apalutamide) et SUGAR (darolutamide) sont en cours et pourraient permettre d'envisager une approche chirurgicale combinée à un traitement périopératoire pour ces patients à l'avenir.

État de l'art n° 25
14^h00-14^h15
Amphi Havane

Éclairage

Bandelettes urinaires, une situation tendue

Le sujet est brûlant. Fin juillet, les médias faisaient état d'une centaine de dépôts de plainte en France en quelques années, pour des douleurs pelviennes consécutives à la pose de bandelettes urinaires, notamment transobturatrices. Le devenir de ces implants est sérieusement menacé.

La multiplication des plaintes de patientes à travers le monde a conduit les laboratoires de bandelettes sous urétrales à verser de lourdes pénalités aux groupes de patientes dans de nombreux pays. Échaudés et craignant la même issue avec la montée de la controverse en France, ils se retirent du marché. Ils étaient encore une dizaine l'an dernier, on n'en compte plus que trois en 2024. « Les trois fabricants restants devront démontrer la sûreté de leurs produits ; à défaut, ils risquent une interdiction de commercialisation », fait savoir Benoît Peyronnet. Ces bandelettes, si elles donnent d'excellents résultats chez la majorité des patientes, sont parfois associées à des complications

graves dont la prise en charge n'a pas toujours été optimale. Objet principal du courroux des associations de patientes, les bandelettes transobturatrices réputées presque inextirpables.

UN CADRE QUI SE DURCIT

Conscients des enjeux et des besoins, les pouvoirs publics ne sont pas restés les bras croisés. Un arrêté du 23 octobre 2020 encadre la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence d'effort. Il prévoit notamment une meilleure information de la patiente, une décision d'opérer prise en réunion de concertation pluridisciplinaire,



la réalisation de l'acte par un chirurgien entraîné et l'explantation de la bandelette dans un centre équipé d'un plateau technique idoine. « Ces exigences devraient encore se durcir, rendant l'accès à cette technique plus contraignant », annonce-t-il. Sera-ce suffisant pour la

sauver ? « Si l'avenir des bandelettes reste incertain, une chose est sûre : les urologues devront s'adapter, soit en abandonnant cette méthode, soit en se conformant à des normes de plus en plus strictes », affirme Benoît Peyronnet. Le salut pourrait venir d'alternatives présentées dans de récents congrès de pelvipérinéologie, comme les injections d'agents de comblement ou l'utilisation de bandelettes autologues. À suivre...

Forum du Comité d'urologie et de pelvipérinéologie de la femme
8^h30-10^h00
Amphi Havane

SYMPOSIUM

Astellas

Prise en charge du cancer de la prostate hormonosensible : quelles évolutions en 2024 ?

Ce symposium, présidé par François Kleinclauss, fait le point sur les actualités dans la prise en charge du cancer de la prostate hormonosensible, avec Alexandre Ingels, urologue, Mario Terlizzi, radiothérapeute, et Eric Amela, oncologue.

Au programme : la gestion de la récurrence biologique après traitement local par chirurgie ou radiothérapie, avec un éclairage sur l'étude EMBARK qui valide l'enzalutamide en association avec l'hormonothérapie. Seront aussi mises en perspective les nouvelles données sur le cancer de la prostate métastatique



hormonosensible, notamment en matière d'intensification des traitements, ainsi que la place de l'imagerie métabolique, avec le PET PSMA, pour une évaluation optimisée de la maladie et de la réponse au traitement.

Rendez-vous
16^H30-18^H00
Amphi Havane

À ne pas manquer ce jour

IA et médecine, à qui sourit le ChatGPT ?



Une étude récente a comparé les réponses de ChatGPT-4o, modèle d'intelligence artificielle aux 175 milliards de paramètres, avec celles de 57 étudiants en 5^e année de médecine sur des cas cliniques en urologie. L'IA et les étudiants ont répondu à 20 questions à choix multiples réparties sur trois cas cliniques. La note moyenne des étudiants était de 15,10/20, avec un écart-type de 9,65, tandis que ChatGPT-4o a obtenu un honorable 15/20,

proche des meilleurs résultats du groupe. « Même si ChatGPT-4o ne remplace pas l'expertise médicale humaine, ses performances soulignent l'importance de réguler et d'intégrer ces technologies pour maximiser leur potentiel dans la pratique clinique », fait remarquer Zakaria Bakali Issaoui.

Communication orale n° 135
15^H40-15^H50 / Salle 341

À ne pas manquer ce jour

Implantation de sphincters urinaires artificiels, des disparités régionales

C'est ce qui ressort de l'étude basée sur les données de 8 475 patients suivis en France entre 2006 et 2008, et présentée aujourd'hui par Louis Lenfant.

La première étape de cette étude, réalisée à partir de la base de données Observapur, et dont les résultats ont été publiés dans le *Journal of Urology*, s'est concentrée sur la survie sans réintervention du dispositif, avec un suivi médian de plus de six ans, incluant les taux de révision et d'explantation du matériel. L'utilisation des données du SNDS présentes dans Observapur a permis d'identifier tous les patients consécutifs ayant eu une primo-implantation de sphincter artificiel après traitement d'un cancer ou d'une hypertrophie bénigne de prostate, et ainsi de constituer la plus grande base de données de sphincter artificiel chez l'homme dans le monde. Les



données ont mis en évidence l'impact du volume d'activité des centres sur les résultats. « Deux ans après l'im-

plantation, les patients implantés dans un centre réalisant une intervention par an avaient une survie sans réinter-

vention inférieure de 16% par rapport à ceux traités dans un centre à haut volume, soit plus de 20 interventions par an », explique Louis Lenfant.

Une seconde étape, en cours, vise à comprendre si certains patients, en raison de leur éloignement géographique ou de difficultés socio-économiques, n'ont pas eu accès à l'implantation des sphincters urinaires artificiels.

Des pistes d'amélioration de l'accès et de la qualité des traitements seront proposées en fonction des résultats.

État de l'art n° 24
10^H00-10^H15
Amphi Bordeaux