

Le quotidien

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

CFU 2024 du Congrès



Grand angle P.03

Sténoses de l'urètre,
l'urétroplastie
superstar



Médaille Félix Guyon P.04

Marc Géraud, de
battre son cœur (ne
s'est (pas) arrêté



C'Professionnel P.07

Urologie : pour que
la protection de
l'environnement
devienne une
seconde nature

Éditorial



Le progrès en partage

Georges Fournier
PRÉSIDENT DU 119^e CFU

Le Congrès de l'AFU reste fidèle à sa réputation, très riche sur le plan scientifique, très éclectique dans ses thématiques et ouvert sur l'urologie internationale. Les patients y sont également partie prenante, reflétant ainsi bien naturellement le quotidien de ceux qui sont assoiffés de connaissances médicales.

L'urologue de 2024, de plus en plus souvent spécialisé, trouve au congrès la réponse à ses interrogations à travers les communications et surtout les discussions en séance, mais aussi dans les couloirs. En effet, le CFU est le lieu privilégié des échanges entre nous, ce qui aboutit toujours à une amélioration de nos pratiques en nous sortant de nos habitudes professionnelles. C'est le cas également pour les infirmier(e)s, les secrétaires et les kinésithérapeutes.

L'invitation de la Société chinoise d'urologie a permis à nombre d'entre nous d'explorer de nouveaux horizons. Le contact avec les industriels sur place est également une opportunité unique de faire un tour d'horizon des innovations dans le domaine du médicament ou de l'équipement médical.

Merci au conseil d'administration de l'AFU et au comité d'organisation pour la réussite du CFU 2024, moment phare de l'année urologique, présidé cette année par Christian Saussine, depuis toujours dévoué à l'urologie avec le sens de l'intérêt général, la courtoisie et l'humilité que nous lui connaissons. Je serai très heureux de vous retrouver en 2025 puisque le conseil d'administration m'a fait l'honneur d'être président du CFU l'an prochain. Vive l'AFU !

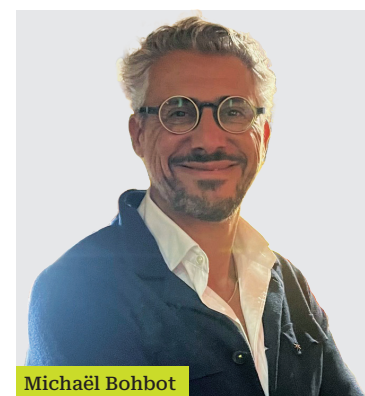
L'entretien d'ailleurs

Pour plus d'interactions entre urologues et généralistes

Une meilleure coordination entre urologues et généralistes doit contribuer à l'efficacité du parcours de soins urologique. Faut-il encore qu'ils se connaissent, et donc se rencontrent. Cela tombe bien, l'AFU organise la première session qui leur est dédiée. Entretien avec Michaël Bohbot, généraliste à Noisseau, dans le Val-de-Marne.

Quel est l'enjeu de la coordination entre généralistes et urologues pour la prise en charge des patients ?

Elle permet aux généralistes d'orienter rapidement les patients vers un urologue sans passer par les urgences, notamment pour les situations complexes dépassant leurs compétences. Chaque généraliste devrait pouvoir joindre facilement un urologue, si nécessaire. Dans mon secteur, en région parisienne, cela est relativement facile, mais ce n'est pas le cas partout en France. Il est donc essentiel que chaque généraliste établisse une relation privilégiée avec des spécialistes de sa région, afin d'éviter le recours



Michaël Bohbot

systematique aux urgences et de garantir une prise en charge adaptée.

L'Association française d'urologie introduit cette année dans son



AGORA
Hall Bordeaux
12^{H45}

**Rendez-vous à l'Agora à 12^{H45} pour découvrir :
les *Best Abstracts* des sessions de vendredi après-midi**

L'entretien d'ailleurs (suite)

congrès une journée de formation pour les généralistes. Quel regard portez-vous sur cette initiative ?

C'est une opportunité de mise à jour rapide et ciblée, sur les pathologies urologiques courantes que nous rencontrons au quotidien et c'est nécessaire en médecine générale où les

connaissances doivent être larges. Mais, à mon sens, l'organisation verticale des présentations ne facilite pas les échanges de proximité entre urologues et généralistes. Or, je le répète, c'est essentiel. Des tables rondes ou des regroupements par région favoriseraient davantage le

développement de réseaux locaux entre généralistes et spécialistes, pour faciliter la coordination. Si un généraliste connaît les spécialistes de sa région, il peut adresser directement ses patients, ce qui réduit les délais et améliore la prise en charge. Cette relation de confiance permet

aussi aux spécialistes de référer les patients sans médecin traitant vers des généralistes.

 **Session des médecins généralistes**
9^h00-12^h00 / Salle 353

Actu du jour

Détection précoce du cancer de la prostate, oui mais laquelle ?


Entre politique organisée et approche individualisée, les avis sur les modalités d'une détection précoce du premier cancer masculin divergent.

Il n'existe pas en France de dépistage organisé du cancer de la prostate, comme pour le cancer du sein. Aujourd'hui, le test PSA et le toucher rectal, à partir de 50 ans, sont les deux outils promus par l'Association française d'urologie pour détecter un cancer de la prostate, comme le rappelle Gaëlle Fiard, avec une IRM uniquement en deuxième ligne pour lever un doute.



Raphaële Renard Penna défend malgré tout la place de l'IRM prostatique comme véritable examen de dépistage à partir de 50 ans, pour éviter des biopsies inutiles. Guillaume Ploussard plaide, lui, pour une approche individualisée précoce, sans dépistage organisé : il estime qu'une évaluation par un urologue suffit. « Ce mode de détection actuel fonctionne bien », souligne-t-il. Une

position sur laquelle s'alignent les autorités qui n'envisagent pas à ce jour d'instaurer de dépistage national. Tant que la controverse persiste, l'orientation vers un spécialiste au cas par cas reste privilégiée.

 **Table ronde n°17**
11^h15-11^h45
Amphi Bordeaux

Actu du jour

Néphrectomie de clôture après immunothérapie, faut-il vraiment la faire ?

Les bonnes réponses obtenues sur les sites métastatiques du cancer du rein par combinaison d'immunothérapies ou en les associant à des inhibiteurs de tyrosine kinase interrogent la place de la néphrectomie de clôture.

Ces nouveaux traitements permettent de venir à bout des métastases dans 10 à 20 % des cas, avec des réponses complètes. Une première question se pose sur l'intérêt d'une néphrectomie pour éradiquer le cancer du rein. L'objectif serait de permettre une pause des traitements systémiques, de limiter leur toxicité, d'améliorer la qualité de vie des patients et de réduire le coût pour la collectivité. « L'intervention reste risquée et prive le patient d'une partie de sa fonction rénale, sans que l'on ait de réponse claire en termes de survie », observe Caroline Pettenati, qui anime la séance avec Géraldine Pignot. Deuxième interrogation : selon



certaines études, un bénéfice pourrait être tiré en cas de néphrectomie avec résultat histologique pT0 - absence de tumeur résiduelle, ce qui reste rare. Fallait-

il alors opérer ces patients ? Ni le scanner ni une biopsie ne permettent d'anticiper ce résultat. Quant aux patients avec tumeur résiduelle sur la pièce opératoire, l'intérêt semble

plus limité, au prix d'une chirurgie morbide. « Nous manquons de données prospectives randomisées pour établir les bonnes pratiques », ajoute Caroline Pettenati.

Les essais en cours (NORDIC SUN, PROBE, Cyto-KIK, CYTOSHRINK, SAMURAI, etc.) évaluent l'intérêt de la néphrectomie ou de la radiothérapie du primitif après traitement systémique et viendront peut-être apporter des réponses claires. En attendant, le débat est ouvert.

 **Pour-Contre n°7**
11^h45-12^h15
Amphi Bordeaux

Grand angle

Sténoses de l'urètre, l'urétroplastie superstar

Les sténoses de l'urètre occupent une place particulière dans l'histoire de l'urologie. Aujourd'hui encore, cette pathologie représente un défi pour les urologues, notamment pour le choix du traitement. François-Xavier Madec et Nicolas Morel-Journel dressent un état des lieux des pratiques et évolutions dans le Rapport du Congrès de l'AFU.

Pendant très longtemps, la seule option de traitement des sténoses urétrales a été la dilatation. Cette méthode palliative a toutefois montré ses limites : « La dilatation n'apporte pas de guérison définitive : elle ouvre temporairement le canal, mais la sténose finit par se reformer, d'où l'adage urologique bien connu : "sténose un jour, sténose toujours" », indiquent les auteurs du rapport, qu'ils présentent ce jour avec Gilles Karsenty et François Marcelli. Avec le développement de l'urétrotomie endoscopique et ses améliorations, la technique est restée attractive grâce à sa simplicité et son caractère peu invasif. Cependant, elle n'a pas permis d'améliorer significativement les résultats à long terme.

CHANGEMENT DE PARADIGME AVEC L'URÉTROPLASTIE

Au cours des deux dernières décennies, la prise en charge des sténoses urétrales a connu une évolution majeure avec le développement de l'urétroplastie, grâce à l'usage aujourd'hui de la muqueuse buccale comme tissu de substitution, privilégié devant la greffe ou les lambeaux de peau devenus moins courants. Cette technique, qui affiche un taux de succès de l'ordre de 80 %, s'est imposée comme le traitement de référence. Pour des cas complexes



ou récurrents, les dilatations et l'urétrotomie interne restent populaires en raison de leur simplicité, malgré leur efficacité limitée à long terme. « Le taux de succès est d'environ 50 % pour un

premier traitement, mais chute à 7 % au bout du troisième ou quatrième traitement. Plus on traite avec ces techniques, plus la sténose récidive et s'aggrave », précisent-ils avant d'ajouter : « La reconstruction urétrale est certes plus exigeante, mais elle offre des résultats bien meilleurs et plus durables. »

RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Actuellement, les recommandations françaises et internationales privilégient l'urétroplastie pour traiter les sténoses de l'urètre, même si l'urétrotomie et la dilatation restent des alternatives pour certains patients, en raison de leur facilité de mise en œuvre. Ces recommandations mettent en avant l'urétroplas-

tie dans la majorité des situations, en particulier pour les sténoses urétrales bulbaires, les plus fréquentes. Des alternatives émergent aussi, avec de nouveaux traitements endoscopiques incluant des techniques de dilatation par ballonnet enduit d'agents chimiothérapeutiques et l'émergence de thérapies cellulaires.

À l'avenir, l'amélioration continue des techniques chirurgicales et une formation accrue des urologues français dans ce domaine devraient permettre de mieux répondre aux besoins des patients souffrant de sténoses de l'urètre.

Un Rapport de Congrès enrichi

L'AFU innove pour ce rapport annuel.

Première évolution majeure : « une version anglaise est désormais proposée pour une meilleure diffusion des travaux de l'AFU », annoncent François-Xavier Madec et Nicolas Morel-Journel.

Deuxième nouveauté : « La présentation inclut des vidéos de techniques chirurgicales disponibles sur le site de l'AFU, liées au texte et accessibles par QR code ou lien hypertexte », se félicitent-ils. Aucune raison de passer à côté du Rapport du Congrès, donc !

 **Rapport du Congrès**
13^h30-14^h30
Amphi Bordeaux

Médaille Félix Guyon

Marc Géraud, de battre son cœur (ne) s'est (pas) arrêté



Marc Géraud entouré de Christian Saussine, président du 118^e CFU (G) et Alexandre de la Taille, président de l'AFU (D).

L'urologie ? Une passion. Sa carrière dans le privé ? Un choix de chirurgien entrepreneur. Voilà, en deux mots, comment l'on pourrait résumer Marc Géraud, qui a reçu hier la médaille Félix Guyon. Un parcours sans faute, tout en énergie et réussites, démarré par l'internat en 1981 à l'hôpital Trousseau dans le service de Max Jean Gruner puis le clinicat à Cochin aux côtés d'Adolphe Steg - « deux très belles écoles de chirurgie, techniques autant qu'humaines », raconte-t-il - avant de filer sur Compiègne où il reprend les rênes d'une clinique. Il faut aussi, bien sûr, parler de son engagement pendant 20 ans comme trésorier du Syndicat national des chirurgiens urologues français, « motivé par la défense de la profession, et notamment des libéraux alors menacés par la suppression du secteur 2 », précise-t-il, mais aussi comme membre du conseil d'administration de l'AFU pendant trois mandats d'affilée. Mais, impossible de tirer

L'histoire de Marc Géraud, c'est un combat pour la vie, c'est un livre aussi *À cœur perdu* qui retrace par étapes la souffrance, l'angoisse, le corps-à-cœur avec la machine qui permet au sang de circuler...

ce fil biographique sans s'arrêter sur un événement majeur qui va chambouler sa vie. Un soir d'août 2002, sur le quai de la gare de Lyon, le cœur de Marc Géraud se fait hacker. Un énorme caillot vient de lui boucher brutalement l'artère coronaire gauche, et son avenir. Le diagnostic des premiers secours est sans appel : infarctus massif et étendu. Un pan de vie qui vole en éclats mais aussi le début d'un nouveau voyage : SAMU, unité de soins intensifs cardiaques à La Pitié-Salpêtrière, pôle cardiologique Léopold Bellan dans l'Oise pour une récupération

laborieuse, la greffe qui vient, inéluctable, puis une nouvelle phase de rééducation avant la renaissance, enfin.

L'histoire de Marc Géraud, c'est un combat pour la vie, c'est un livre aussi *À cœur perdu* qui retrace par étapes la souffrance, l'angoisse, le corps-à-cœur avec la machine qui permet au sang de circuler à La Pitié, les doutes, une volonté d'enfer de se battre, la reprise d'activité pour sa seconde première opération, le bonheur de retrouver instantanément les gestes familiers après neuf mois d'absence, un récit qui bat au rythme

des tourments et espoirs des êtres chers, l'approvisionnement d'un cœur qui n'est pas le sien et qui devient le nouveau réceptacle de ses émotions, ce cœur greffé qui à son tour se met en position latérale de totale insécurité à la sortie d'une projection au cinéma, avec un retour aux urgences et son lot d'incertitudes, de douleurs, d'incompréhension avant qu'un chirurgien ne relance la machine, et toujours cette rage de vivre. C'est beaucoup cela Marc Géraud, transplanté voilà 22 ans, un 22 novembre, date de remise de sa médaille... La providence est facétieuse. C'est le témoignage poignant d'un accident cardiaque qui a renouvelé son regard sur le quotidien et les patients, celui d'une soif de défis et de prises de risque parce que « même pas peur », mais surtout parce que « féroce envie de profiter de la vie et d'en faire profiter les siens ». C'est l'histoire d'un homme qui n'a jamais abdiqué, pour pouvoir, comme le lui avait promis une cardiologue, « vivre comme avant ».

Socio-pro


Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les contrôles de l'Assurance Maladie, sans oser le demander

Vous recevez une demande de remboursement pour un montant indûment perçu et vous vous interrogez sur l'absence de notification préalable d'un contrôle médical. Était-ce réellement un contrôle ?

De la simple demande automatique de remboursement au contrôle du service médical, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie réalise chaque année un grand nombre de vérifications de facturation auprès des médecins, toutes spécialités confondues. Certaines sont purement administratives et peuvent être déclenchées informatiquement ou par la détection d'un agent, suite - par exemple - à la mauvaise cotation d'un acte. D'autres, comme l'analyse d'activité d'un professionnel de santé, entrent dans le champ du contrôle par le service médical. Ce contrôle suit une procédure stricte prévue par l'article L. 315-1 du Code de la Sécurité sociale, incluant la notification, l'examen des pièces justificatives,



l'entretien avec le médecin, la notification des conclusions avec droit de réponse, et éventuellement des sanctions ou des mesures correctives. Cet article ne couvre pas les procédures exceptionnelles liées à des soupçons d'escroquerie à l'Assurance Maladie. Béatrice Rio, médecin-conseil et directrice de missions à la direction Audit, Finances et Lutte contre la Fraude de la CNAM, présentera les modalités et les conséquences des différents contrôles effectués par le service médical. Pour tout savoir, rendez-vous au Forum du CNPU.

 **Forum du Conseil national professionnel d'urologie**
9^h30-11^h00 / Salle 341



PRIX DE L'EXPOSITION 2024. C'est Recordati qui décroche le prix du stand le plus éco-responsable.

Distinctions

Leur implication dans le rayonnement de l'AFU par leur engagement au service de la recherche méritait un Prix. Bravo aux quatre urologues couronnés !

- **Prix de l'innovation René Küss :** Jean-Christophe Bernhard
- **Prix Dominique Chopin :** Benjamin Pradère
- **Prix de la meilleure communication du congrès 2024:** François Meyer
- **Prix de la meilleure relectrice du French Journal of Urology :** Aurélie Schirmann



Jean-Baptiste Beauval et Julien Guillotreau ont organisé une course caritative avec l'association Les Bacchantes Toulouse pour soutenir la lutte contre le cancer de la prostate. Les fonds collectés lors de cette course de 8 km ont été reversés à l'Association française d'urologie pour financer le projet de recherche d'Arthur Peyrottes.

Les boursiers 2024



Affirmant son soutien à l'innovation scientifique et son engagement pour l'avenir de l'urologie, l'AFU remet cette année la médaille des boursiers à quatre jeunes talents prometteurs. Découvrez leurs projets de recherche en cours, à Nantes, Paris et New-York.

BOURSE AFU

Évaluation des modalités de perfusion *in vivo* et *ex vivo* dans un modèle clinique porcin d'allotransplantation rénale après décès par arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht 3)

L'objectif de ce projet de recherche est de réévaluer le rôle de la circulation régionale normothermique (CRN) dans les dons après arrêt circulatoire contrôlé. Nous émettons l'hypothèse qu'un protocole impliquant une néphrectomie rapide associée à la mise du greffon sur machine de

perfusion hypothermique (HMP) n'est pas inférieur au protocole actuel associant CRN et HMP. Cette bourse de l'AFU me permettra de réaliser ce projet au sein de l'équipe de recherche CR2TI, UMR1064, Nantes Université.
Alexandre Frontcsak

BOURSE AFU

Développement de modèles multimodaux prédictifs des caractéristiques anatomo-pathologiques post-opératoires des patients atteints d'un cancer de la prostate traité par prostatectomie

La prostatectomie est un des traitements standard du cancer de la prostate localisé, mais la prédiction de l'agressivité tumorale finale sur la pièce opératoire reste un défi. Mon projet vise à développer des modèles multimodaux prédictifs des caractéristiques anatomo-pathologiques post-opératoires chez des patients atteints d'un cancer de la prostate traité par prostatectomie. En combinant les données clinico-biologiques, radiologiques et anatomopathologie, et en y associant des analyses quantitatives issues de l'imagerie (radiomique et pathomique), nous espérons améliorer la prédiction de facteurs his-

topathologiques tels que le stade, le grade et les marges chirurgicales. Ces prédictions seront évaluées à partir d'une cohorte de 300 patients, avec une relecture centralisée des données d'IRM et de lames de biopsies par des experts. La bourse me permettra de soutenir les analyses et la validation de ces modèles avec pour objectif à plus long terme de valider ces données sur une cohorte prospective. Cette étude est conduite au Laboratoire d'imagerie translationnelle en oncologie (LITO, U1288) – Institut Curie.

Arthur Peyrottes

BOURSE AFU

Modélisation et prédiction du risque de reprise retardée de fonction après transplantation rénale à l'aide d'outils d'intelligence artificielle

Le projet consiste à étudier la reprise retardée de fonction après transplantation rénale en utilisant une cohorte de patients transplantés rénaux et en analysant des données cliniques, biologiques, moléculaires, histologiques et radiologiques. L'ensemble des données permettra de développer des modèles de prédiction en utilisant des algorithmes d'apprentissage automatique suivis d'une validation par un score de performance de l'outil

de prédiction. Ce travail devrait permettre une meilleure évaluation de la qualité des greffons, la prévention de l'apparition de reprise retardée de fonction et une meilleure compréhension de la physiopathologie de la reprise retardée de fonction. Le travail sera réalisé au sein du Paris Centre de Recherche Cardiovasculaire et du Paris Transplant Group (INSERM U970).

Émilien Seizilles de Mazancourt

BOURSE AFU

Analyses tumorale et péri-tumorale des tumeurs de vessie non infiltrantes du muscle d'emblée métastatiques

Ce projet de recherche porte sur un sous-type rare et agressif de cancer de la vessie : les tumeurs non infiltrantes du muscle mais métastatiques (mTVNIM). Basé sur la cohorte multicentrique française MERINOS, regroupant 72 patients, il explore leur évolution naturelle et leur réponse distincte aux traitements systémiques, par rapport aux tumeurs infiltrantes du muscle métastatiques. L'objectif est de positionner les mTVNIM au sein des classifications existantes,

de caractériser leurs spécificités moléculaires et de comprendre le rôle de leur microenvironnement, en particulier immunitaire. Ce travail, rendu possible par la bourse de l'Association française d'urologie, est réalisé en collaboration avec l'équipe d'Amir Horowitz et John Sfakianos à l'Icahn Institute à New York.

Igor Duquesne

C'Professionnel

Urologie : pour que la protection de l'environnement devienne une seconde nature

Les pratiques écoresponsables en milieu hospitalier sont au cœur des préoccupations de l'AFU. Réduction des ECBU et des autosondages, ou encore amélioration des modalités de stérilisation, les pistes de réflexion pour faire baisser le bilan carbone de l'urologie ne manquent pas.

Maxime Vallée parlera de l'impact écologique de l'ECBU et surtout des préconisations de l'AFU qui ne le recommande pas avant une fibroscopie vésicale ou une biopsie prostatique. « Une enquête réalisée par l'AFU montre que les pratiques doivent encore évoluer », rapporte Richard Mallet qui coordonne la session.

Véronique Phé abordera l'impact écologique des autosondages et leurs perspectives d'évolution. Une étude de septembre 2023 dans *Progrès en urologie* rapporte que les sondages intermittents aux États-Unis génèrent chaque année entre 4 400 et 38 964 tonnes de déchets plastiques. La publication pointe le caractère particulièrement polluant des sondes en polyuréthane thermoplastique, là où le PVC présente un moindre impact.

Jane Muret, anesthésiste et pionnière du développement durable en milieu hospitalier, rappellera que les blocs opératoires contribuent significativement au bilan carbone des établissements de santé. Elle



présentera les avancées de la Société française d'anesthésie-réanimation pour tendre vers des pratiques davantage adaptées aux enjeux environnementaux.

Cyril Cambier, de la SF2S, la Société française des sciences de la stérilisation, s'intéressera aux différents modes de stérilisation des endoscopes urinaires rigides et

souples, à leurs évolutions ainsi qu'à leur impact en CO₂. En complément, il comparera urétéroscopes à usage unique et réutilisables, ainsi que désinfection de haut niveau et stérilisation.

Toutes ces réflexions, introspections même et promulgations de nouvelles solutions attestent de la contribution active de l'AFU à

la réduction de l'empreinte des activités médicales et chirurgicales des urologues. Jamais se mettre au vert n'aura autant nécessité d'énergie!



Session développement durable
9^h30-11^h00 / Salle 342 B

À ne pas manquer ce jour

Urétroplastie, dix ans de recul et un temps d'avance ?

0,9 % : c'est le taux moyen de sténose urétrale dans la population mondiale. Depuis quelques années, les recommandations médicales françaises, européennes et américaines ont réduit la place des traitements endoscopiques, en raison de leur faible efficacité,

notamment en cas de récurrence. L'urétroplastie est désormais le traitement de référence. L'analyse des données nationales de codage CCAM entre 2013 et 2022 en atteste : les actes endoscopiques restent majoritaires mais stables, avec 23 982 cas en 2022, tandis que les urétroplasties progressent

nettement depuis 2019, passant de 1 100 cas en 2020 à 1 600 en 2022. Cette évolution est principalement due à l'augmentation des urétroplasties par lambeau libre. « Avec un taux de succès à long terme avoisinant les 80 %, l'intervention ne doit plus être considérée comme une chirurgie de recours mais comme

une technique de référence dans le traitement de la sténose urétrale », résume Nicolas Couteau.



Communication
orale n°139
10^h30-10^h40 / Salle 351

Tumeur sur greffon rénal, faut-il transplanter ?

En présence d'une tumeur sur un greffon rénal, sa nature conditionne la décision de l'urologue. Si elle est bénigne, le rein peut être transplanté après résection de la tumeur ; si elle est maligne, l'organe ne sera pas greffé. L'avis de l'anatomopathologiste est nécessaire.

Déterminer la nature d'une tumeur sur un greffon passe par un examen extemporané, réalisable à tout moment, sous réserve de la présence d'un pathologiste sur site. Un risque de diagnostic erroné existe en raison des artefacts de congélation sur le prélèvement. « Le risque de faux positif ou de faux négatif est faible, mais il peut conduire à l'abandon de la greffe », indique Nathalie Rioux-Leclercq. Seule une discussion avec l'urologue permet de trancher. Et si la tumeur



est kystique ? « L'examen sur congélation n'est pas recommandé, car sa rentabilité est très faible », répond l'anatomopathologiste.

Enfin, la taille de la tumeur influe également sur la décision : jusqu'à 15 millimètres, on a affaire à une tumeur papillaire bénigne ; au-delà, il s'agit d'un cancer papillaire. Un critère important, qui peut avoir un impact sur d'autres organes à transplanter. Les chirurgiens ne prendront pas le risque de transplanter le cœur, le foie, les poumons... potentiellement métastasés.



État de l'art n°30
12^h15-12^h30
Amphi Bordeaux

Chirurgie rénale : comment éviter les scénarios catastrophes

Une plaie dans le foie, une veine cave endommagée... la chirurgie rénale peut mettre votre sang-froid à rude épreuve. Mais, des solutions existent pour se prémunir de situations critiques.

La localisation dans le rétropéritoine et près des gros vaisseaux fait de la chirurgie rénale une intervention à haut potentiel hémorragique. La proximité de la veine cave et du foie, à droite, ainsi que de la rate et du pancréas à gauche ajoute un risque de lésion de ces organes de voisinage. Mais l'anatomie n'est pas le seul facteur de geste dé-

létère. Arnaud Méjean détaille : « Le risque opératoire varie selon l'indication, qu'il s'agisse d'une exérèse cancérologique ou infectieuse, les conditions opératoires étant différentes. » Comment éviter ces principales complications ? Deux paramètres sont importants : la préparation et la stratégie opératoire. « Elles doivent être déterminées en fonction de l'indica-

tion et des conditions locales. Parfois, il vaut mieux opter pour une chirurgie ouverte plutôt qu'une chirurgie laparoscopique ou robotique, pour avoir un meilleur contrôle des complications potentielles », conseille-t-il. Si vous vous dites : une chirurgie rénale qui tourne mal, même pas en cauchemar ! Si, parallèlement, vous voulez apprendre les trucs et astuces pour

garder la main sur les saignements en cas d'accident, poser correctement un clamp sans vous laisser envahir par la panique, voici un état de l'art à ne pas manquer.



État de l'art n°31
12^h30-12^h45
Amphi Bordeaux