

Le Quotidien

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

DU CONGRÈS

Éditorial



Georges FOURNIER
PRÉSIDENT DU 119^e CFU

Quelle joie de vous retrouver aujourd'hui en tant que président de ce 119^e Congrès français d'urologie, trois ans après avoir quitté la présidence de l'AFU. C'est un honneur et je remercie le conseil d'administration et son président.

Soyez ici chez vous ! Médecins, infirmiers, secrétaires, kinésithérapeutes, on vous a tout préparé. Vous suivrez l'actualité de l'urologie, échangerez avec vos collègues, retrouverez des visages connus, travaillerez ensemble sur de nouveaux projets et pourrez aussi assister à des formations délivrées par nos collègues experts. Ce congrès est avant tout un moment de partage et de convivialité. C'est aussi l'occasion d'élargir son champ de vision vers des domaines de l'urologie moins familiers.

Nos partenaires habituels sont présents et heureux de vous accueillir dans les allées du congrès et lors de leurs symposiums. Qu'ils en soient remerciés.

Samedi aura lieu la présentation du rapport consacré aux lasers en urologie, suivie de la séance sur l'essentiel du congrès. Vous

connaitrez la composition du bureau et le nouveau président de l'AFU, pour les trois prochaines années.

Cette année marque l'élection du conseil d'administration, du bureau et du président de notre société savante. Motivation, intérêt général, travail collectif et disponibilité sont les qualités qui me paraissent essentielles pour ceux qui se présentent à vos suffrages. Alors votons !

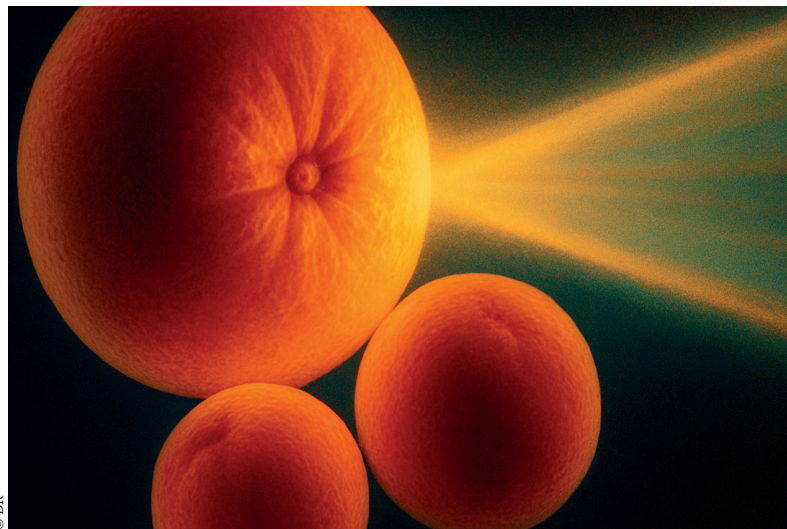
Nous accueillerons chaleureusement nos collègues urologues du Camodge ainsi que ceux venus d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Asie et d'Afrique.

Je vous retrouverai avec plaisir au dîner des membres de l'AFU vendredi soir, dans un lieu historique propice aux échanges amicaux.

Place au 119^e Congrès français d'urologie !

Actu du jour

HBP et radiothérapie, comment éviter les **sur-risques** de toxicité urinaire ?



Chez les patients traités par radiothérapie pour un cancer de la prostate, une hypertrophie bénigne associée peut majorer les troubles urinaires et compliquer la prise en charge. Une logistique prostatique où les questions s'enchaînent. P.2



Grand angle

Antibiotiques et infection urinaire de l'homme : faire baisser la pression P.3



Journée des infirmières

Plongée dans les coulisses de l'oxygénothérapie P.4



Symposiums

Accord Healthcare
Johnson & Johnson
AstraZeneca P.8



C'Professionnel

Plaies d'organe de voisinage, et si c'était une faute ? P.7



AGORA
Hall Bordeaux
13^H45 / 16^H30

Rendez-vous à l'Agora à 13^H45 puis 16^H30 pour découvrir :
les **Best Abstracts** des communications orales du jour

Actu du jour (suite P.1)

HBP et radiothérapie, comment éviter les sur-risques de toxicité urinaire ?

Pourquoi cette situation pose-t-elle problème ?

La radiothérapie peut aggraver des troubles de la vidange et du remplissage déjà présents chez le patient en cas d'obstruction sous-vésicale liée à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). « La radiothérapie prostatique peut entraîner une toxicité urinaire avec risques de rétention aiguë, de troubles du remplissage vésical ou d'hématurie », rappelle Hugo Pinar. Ces effets peuvent compromettre la fonction mictionnelle et altérer la qualité de vie.

Faut-il alors traiter toute HBP avant radiothérapie ?

« Oui, lorsqu'il existe des symptômes du bas appareil modérés ou sévères », indique-t-il. Le choix du traitement suit les recommandations de l'AFU et de l'EAU après un bilan complet (score IPSS, débitmétrie, résidu post-mictionnel) et selon le volume prostatique. Lorsqu'une intervention est indiquée, « il semble intéressant de la réaliser avant l'irradiation pour éviter toute complication urinaire au cours de celle-ci », ajoute-t-il. Reste à définir le délai de cicatrisation optimal et à s'assurer que la réduction du volume prostatique n'altère pas l'efficacité de l'irradiation ni n'en augmente la toxicité. Des questions et une évidence : la concertation urologue-radiothérapeute demeure le pivot d'une prise en charge sûre et fonctionnelle.



État de l'art n°5
11^h45-12^h00
Amphi Havane

L'entretien d'ailleurs

ECBU et antibioprophylaxie, adapter les pratiques au terrain

ECBU préopératoire systématique ou ciblé, antibioprophylaxie unique ou prolongée pour les actes endoscopiques et chirurgicaux ? Sami Ben Rhouma et Adel Ould Amar délivrent leurs messages avant la table ronde AFU/FASULF.



Sami Ben Rhouma, Tunisie

Sami Ben Rhouma : Dans notre pratique, la demande systématique d'un ECBU avant chirurgie pose de réelles difficultés d'organisation. Les délais exigés – parfois quatre jours avant l'intervention – sont difficilement tenables. Beaucoup de patients n'apportent pas le résultat à temps, ce qui conduit à décaler des opérations. Il faudrait clarifier les indications : dans quels cas un ECBU est réellement nécessaire ? Que faire d'un résultat positif ? Est-il toujours significatif ? Nous devons établir des critères précis, partagés entre urologues, infectiologues et anesthésistes,

pour distinguer les situations à risque réel de septicémie postopératoire.

Concernant l'antibioprophylaxie, les pratiques varient énormément : deux jours, cinq jours, voire plus, selon les pays ou les équipes. Les recommandations internationales divergent, et aucune ne couvre tous les cas. Il faut harmoniser nos approches à partir d'études multicentriques, tenant compte de la flore bactérienne et des résistances locales.



Adel Ould Amar, Algérie

Adel Ould Amar : Nous partageons ces interrogations. En Algérie, un sondage national est mené auprès de plusieurs centaines d'urologues pour évaluer les pratiques liées à l'ECBU et à l'antibioprophylaxie, notamment lors de l'ablation de la sonde double J. Les résultats permettront d'identifier les écarts entre recommandations et réalité du terrain et de préciser quand l'ECBU est demandé, comment il est interprété et quelles conduites en découlent. Les recommandations européennes ne peuvent pas être appliquées sans adaptation. Nos germes, nos résistances aux antibiotiques et nos

conditions de prise en charge sont différents. Chaque pays doit ajuster sa stratégie en fonction de son contexte, tout en cherchant un cadre commun avec les sociétés savantes françaises et maghrébines. L'objectif est d'aboutir à des protocoles réalistes, fondés sur l'épidémiologie locale et sur l'expérience clinique, plutôt que sur une application uniforme de recommandations extérieures.



Session AFU/FASULF
14^h00-16^h00
Salle 342 A

Actu du jour

Don de rein, quelle néphrectomie choisir ?

Cœlioscopie seule, avec assistance manuelle ou robotisée, trois voies pour les mêmes objectifs : protéger le donneur et préserver la qualité du greffon. Toutes se valent ?

La cœlioscopie seule reste la technique de référence pour le prélèvement rénal chez le donneur vivant. L'assistance manuelle a ses partisans pour les anatomies complexes, où le contact direct aide à la dissection et au contrôle vasculaire. L'assistance robotique est appréciée pour l'ergonomie qu'elle offre et la

stabilité du geste qu'elle procure. Mais l'une fait-elle mieux que les autres ?

Les données récentes montrent que la néphrectomie robot-assistée présente des résultats péri-opératoires et une morbidité comparables à la cœlioscopie pure : durée opératoire, pertes sanguines et taux de conversion similaires.

Certains travaux rapportent un séjour hospitalier plus court et une moindre consommation d'analgésiques avec le robot.

Laquelle choisir, quand les résultats fonctionnels diffèrent peu entre les techniques ? Sur quels critères s'appuyer : la complexité anatomique, le volume d'activité, les ressources techniques ? Quatre

voix pour vous aider à faire le bon choix : Thomas Bessède, Julien Branchereau, Alexandre Frontczak et Marine Uhl.



Table ronde n°1
10^h30-11^h00
Amphi Havane

Grand angle



Antibiotiques et infection urinaire de l'homme : faire baisser la pression

La reconnaissance de la cystite aiguë masculine et l'actualisation des traitements posent de nouvelles bases de prise en charge. Durées plus courtes, spectre réduit et recours limité aux fluoroquinolones... Place à des traitements plus ciblés, sans perte d'efficacité.

Infections urinaires masculines, nouvelles recommandations en vue

Du nouveau bientôt dans la prise en charge des infections urinaires masculines. Maxime Vallée fait le point sur l'actualisation en cours des recommandations nationales, coordonnée par Matthieu Lafaurie, infectiologue. Plusieurs sociétés savantes y participent : infectiologie, urologie, gériatrie, médecine interne, urgences, médecine générale et microbiologie. Ce travail collectif vise à proposer une prise en charge adaptée à la médecine de ville. Le texte doit paraître

début 2026, après une présentation des grandes lignes aux Journées nationales d'infectiologie en juin 2025. Le principal changement concerne la reconnaissance de la cystite aiguë chez l'homme, absente jusqu'ici des recommandations. Elle est désormais définie comme une infection urinaire sans fièvre ni atteinte prostatique, pouvant être traitée par des antibiotiques « ciblés » comme la fosfomycine ou la nitrofurantoïne, sur des durées courtes d'environ sept jours. Cette évolution marque un tournant :

elle remet en question la notion selon laquelle toute infection urinaire masculine impliquerait la prostate, et elle vise à réduire le recours systématique aux fluoroquinolones. Les nouvelles recommandations distingueront quatre pathologies : cystite, prostatite aiguë, pyélonéphrite et orchio-épididymite. Pour cette dernière, la littérature scientifique reste limitée ; les propositions reposent surtout sur l'expérience clinique. Autre avancée : la réévaluation des propriétés de diffusion des antibio-

tiques dans la prostate, qui ouvre la voie à un usage élargi des bêta-lactamines, longtemps jugées inadaptées. Ces ajustements traduisent une volonté de mieux cibler les traitements, d'éviter les cures trop longues et de préserver l'efficacité des antibiotiques face à la progression des résistances.



État de l'art n°6
14^h30-14^h45
Amphi Havane

Résistance bactérienne, ne pas baisser la garde

Les infections urinaires à bactéries multirésistantes compliquent la prise en charge des patients opérés en urologie. Martine Pestel-Caron, biologiste, constate sur le terrain « une propagation de la multirésistance vraiment problématique », avec une augmentation de la prévalence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu et de carbapénémases, régulièrement identifiées. Une conférence de recommandations est en cours sur la place de l'ECBU préopératoire chez l'adulte, pour

améliorer la prévention des complications infectieuses postopératoires. Face à cette progression, la microbiologiste plaide pour une adaptation des pratiques, du dépistage à la prescription. Les nouvelles méthodes moléculaires — PCR, séquençage haut débit, antibiogramme rapide sur urines — permettent d'identifier plus vite les souches et leurs profils de résistance. Ces outils pourraient aider à réduire les traitements empiriques. Sur le plan thérapeutique, la réflexion porte sur l'indication, le choix et l'usage des antibiotiques.

Certaines molécules anciennes, comme la fosfomycine ou la furazolidone, conservent une place dans des indications ciblées. Les associations récentes entre bêta-lactamines et inhibiteurs offrent de nouvelles options, à condition de ne pas en banaliser l'emploi. Peut-on les utiliser librement ou faut-il les réserver à certaines situations ? Ces questions traduisent la nécessité d'un usage strictement encadré pour ne pas épuiser trop vite les solutions encore actives. « C'est un sujet brûlant pour les

urologues », souligne Martine Pestel-Caron. Elle insiste sur la nécessité de « sensibiliser à l'art de la prescription antibiotique, à l'ère de l'antibiorésistance galopante ». Des leviers essentiels pour freiner la progression de la résistance bactérienne, débattus avec Alexandra Clerget et Kevein Bouiller, infectiologue.



Table ronde n°3
15^h00-15^h30
Amphi Havane

Journées des infirmières

Plongée dans les coulisses de l'oxygénothérapie

À Toulon, le service de médecine hyperbare de l'Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne prend aussi en charge des pathologies urologiques. Une pratique encore peu connue, mais en plein essor.

« Les cystites radiques font partie des indications reconnues pour le traitement par oxygénothérapie en caisson hyperbare », a expliqué hier Charlotte, infirmière du service. Utilisée depuis plusieurs années, la technique s'applique aussi aux fistules urétrovaginales ou uréthrorectales sur terrain irradié, aux gangrènes de Fournier et, plus spécifiquement, à certaines vessies neurologiques dans le cadre de la prise en charge des accidents de plongée. « On enregistre une augmentation annuelle du nombre de patients pris en charge », a-t-elle ajouté, évoquant une meilleure information des urologues et des radiothérapeutes.

Avant chaque séance, une consultation infirmière et médicale vérifie l'absence de contre-indication pulmonaire ou cardiaque. Les soins se



déroulent ensuite dans une chambre pressurisée « qui ressemble à un sous-marin », a précisé Marlène, sa consœur : « À l'intérieur, les patients respirent de l'oxygène pur sous une

pression équivalente à 15 mètres de profondeur. Chaque séance dure environ 90 minutes, à raison d'une par jour, sur 20 à 60 séances selon la pathologie et la réponse clinique. »

Sous pression, mais en confiance

Les infirmiers assurent la préparation, la surveillance et le lien avec les médecins. « Nous sommes un peu le fil rouge : on voit les patients au début, pendant et à la fin du cycle de prise en charge », a souligné Charlotte. Être enfermé dans un caisson peut susciter des inquiétudes. « Les refus restent rares : les personnes claustrophobes sont accompagnées, parfois aidées par une légère sédation », a rapporté Marlène. Les effets de l'oxygénothérapie sont suivis au fil des séances, notamment sur la douleur, les saignements et la cicatrisation. « L'effet anti-inflammatoire et pro-cicatrisant se traduit par une réelle amélioration de la qualité de vie », a-t-elle observé, rappelant que le traitement stimule la vascularisation et la régénération cellulaire.

La recherche clinique intégrée au parcours de soins à Pointe-à-Pitre

Au CHU Les Abymes, à Pointe-à-Pitre, la recherche clinique fait partie du quotidien des soins. Dans le service d'urologie, elle s'intègre au suivi des hommes atteints d'un cancer de la prostate. Nathalie Negrit veille à sa bonne organisation.

Tout démarre par l'annonce du diagnostic, quand l'urologue propose au patient de participer à une étude. « J'appelle celui-ci après la consultation pour recueillir son accord oral, prépare son inclusion, puis lui fais signer le consentement libre et éclairé », indique l'infirmière. Son rôle commence là, entre la parole médicale et le choix du patient. Elle s'assure que ce choix reste libre, sans pression ni influence. « Le patient doit comprendre qu'il peut se retirer de l'étude à tout moment », souligne-t-elle. Elle suit ensuite chaque étape du protocole, planifie les rendez-vous, recueille les données nécessaires et garde le lien avec les participants au fil des années. Les visites se succèdent



à un, deux, cinq et dix ans, parfois plus tôt en cas de récurrence. Ce suivi au long cours repose sur une attention constante aux patients. Chaque rencontre comprend un entretien, des constantes à relever, des

prélèvements à réaliser, mais aussi – et surtout, ajoute-t-elle – un temps d'échange. Certains vivent positivement leur participation, conscients de contribuer à l'avancée des traitements ; d'autres la perçoivent comme

une contrainte de plus dans un parcours déjà lourd. Elle s'adapte à chacun, reprend les points mal compris, facilite les liens avec les médecins.

Ce travail, à la fois clinique et relationnel, ancre la recherche dans la pratique quotidienne du soin. Formée aux bonnes pratiques cliniques, Nathalie Negrit suit aujourd'hui un cursus d'infirmière de recherche clinique, qu'elle voit comme un moyen d'affermir cette articulation entre soin et science, au plus près de la réalité des malades.



Rendez-vous
9^h20-9^h40
Amphi Bordeaux

Socio-pro

Forum AUDE, la culture professionnelle en question

Qu'y a-t-il en marge du champ opératoire ? Des questions sociétales qui interrogent la culture professionnelle et les pratiques du quotidien en urologie. C'est à un débat ouvert, sans solutions toutes faites, qu'invite l'association *Agir pour une urologie diversifiée et équitable*.

À l'initiative de l'AFU, le forum AUDE met en lumière les violences, les discriminations et les traumatismes psychiques et physiques auxquels peuvent être confrontés les urologues. «*Éclairer ce qui reste souvent tu, c'est indispensable si l'on veut progresser tous ensemble*», souligne Charlotte Methorst, qui organise la rencontre avec Pauline Roulette, Nadja Stivalet et Tareg Rouag.

L'enquête menée par la commission EDI sur le vécu des praticiens face au harcèlement et à la maltraitance servira de fil conducteur. Que disent ces témoignages du fonctionnement des équipes ? Quelles réponses collectives imaginer ? Les premiers résultats, présentés par Émilien de Mazancourt, ouvriront la discussion.

Autre sujet : la place de l'Ordre des médecins lorsque des affaires



d'attouchements ou de violences sexuelles impliquent des praticiens. Jusqu'où peut aller son rôle

disciplinaire ? Didier Legeais et Pauline Roulette confronteront leurs points de vue.

Les apports de l'épigénétique viendront enrichir les débats, avec l'idée que certains traumatismes psychiques ou physiques modifient l'expression des gènes, parfois sur plusieurs générations. La diversité s'invitera aussi dans les échanges : pourquoi des chirurgiens issus de minorités choisissent-ils l'expatriation et que dit ce choix des conditions d'exercice en France ? Enfin, la réévaluation systématique des praticiens après un traumatisme sera abordée, inspirée des protocoles de l'aéronautique. Derrière l'excellence technique, c'est aussi le quotidien de la profession qui se joue.



Session AUDE
9^H30-11^H00
Salle 342 B

Mon congrès

Émilien Seizilles de Mazancourt, entre science et échanges

Le Congrès français d'urologie marque pour Émilien Seizilles de Mazancourt un temps fort de l'année. L'occasion de retrouver la communauté des spécialistes de la transplantation rénale.

Il vient chaque année au CFU avec la même curiosité, scientifique mais pas seulement. Le congrès, c'est aussi une respiration. On y sort un instant de sa propre spécialité pour écouter l'invité de l'AFU qui ouvre d'autres perspectives, découvrir une autre approche ou mesurer la vitalité d'une discipline. C'est aussi un émulateur. «*On y voit les avancées et les problématiques qui émergent ; on repart toujours avec des idées et l'envie de relancer un projet*», dit-il. Les séances sur la transplantation guident bien sûr son programme. «*On y retrouve les équipes qui tra-*

vailent sur les mêmes sujets, ce qui est rare», rapporte-t-il. Cette année, le don croisé revient au premier plan, avec une question complexe : faut-il déplacer le rein ou le donneur ? La table ronde offre un cadre privilégié pour confronter les pratiques. «*Les visioconférences ont facilité beaucoup de choses, mais rien ne remplace la rencontre*», observe-t-il. Le congrès, c'est aussi l'occasion d'une mise en avant des boursiers. Il en faisait partie l'an dernier pour ses travaux sur la reprise de fonction du rein après greffe, à partir de modèles bio-informatiques et



Émilien Seizilles de Mazancourt

statistiques. Une reconnaissance précieuse, qui, révèle-t-il, lui a permis de se consacrer à temps plein à sa thèse de sciences pendant un an, tout en conservant une journée par semaine à l'hôpital, «*pour ne pas perdre la main et rester impliqué dans l'activité de donneurs vivants en transplantation*». Il se penche désormais sur la xénotransplantation, en collaboration avec l'équipe de la New York University, pionnière dans ce domaine. La recherche se poursuit dans le prolongement de ce qu'il vient chercher ici : du lien et de nouvelles idées.

Les clubs

CLUB DES TRAITEMENTS FOCaux

Le CTACLp fait peau neuve ! Il devient le Club des Traitements Focaux du cancer localisé de la prostate. Autre nouveauté, cette huitième édition sera co-animée par Gilles Pasticier et Julien Anract. Le club poursuit son ouverture à l'international avec trois invités étrangers : Clément Orczyk (Londres) présentera l'expertise en IRM de son équipe, Eduard Baco (Oslo) exposera les résultats matures de l'essai FARP comparant prostatectomie et HIFU focal - il s'agit d'une des seules études randomisées abouties ayant pu comparer un traitement focal à la prostatectomie - et Guillermo Boville

(Madrid) dévoilera des résultats inédits d'un traitement par électroporation avec monitoring de la température. Côté français, Gaëlle Fiard rapportera l'expérience de curiethérapie focale et Raphaël Renard-Penna détaillera les résultats d'IRM PROFT. Ces présentations offriront un panorama complet des dernières avancées technologiques et scientifiques dans le domaine des traitements focaux.



Rendez-vous
8^H30-10^H30
Salle 351



© Cterrible

CLUB LASERS

Le Club lasers, coordonné par Olivier Traxer, fait le point cette année sur la maîtrise et la sécurité d'utilisation des lasers en urologie. Dans un contexte d'évolution rapide de ces technologies, le programme se concentre sur les paramètres techniques essentiels à leur utilisation optimale. Frédéric Panthier exposera les notions d'énergie, de fréquence, de puissance et de pré-setting, avec une analyse critique de leur fiabilité et des risques de réglages inappropriés. Vincent de Coninck apportera un éclairage sur les effets ther-

miques des différents types de lasers disponibles. Vincent Estrade présentera les innovations pour gérer l'association du laser et de l'aspiration, nouvelle avancée dans la technologie laser. En conclusion, Olivier Traxer abordera l'intégration de l'intelligence artificielle à travers le système StoneSense, ouvrant de nouvelles perspectives pour la sécurité et l'efficacité des procédures laser.



Rendez-vous
8^H30-9^H30
Salle 343

CLUB DE CHIRURGIE DE LA VERGE ET DES IMPLANTS PÉNIENS

Chirurgie urétrale de rattrapage : maîtrisez toutes les techniques ! Le Club de chirurgie de la verge et des implants péniens, coordonné par Eric Huyghe et Ludovic Ferretti, et organisé avec Charlotte Methorst, se penche cette année sur la chirurgie urétrale complexe et l'utilisation de la muqueuse buccale dans les situations difficiles.

La session abordera la prise en charge des sténoses urétrales bulbaires multirécidivantes, celle des sténoses étendues de l'urètre

pénien ainsi que le traitement des échecs de chirurgie d'hypospadias chez l'adulte, et les reprises après échec de greffe cutanée pénoscrotale.

Une approche pratique des indications où la muqueuse buccale devient la solution de recours face aux limites des techniques conventionnelles.



Rendez-vous
8^H30-9^H30
Salle 342 A

CLUB DE NEUROMODULATION SACRÉE

Thérapie innovante s'il en était dans les années 1990, la neuromodulation sacrée est désormais bien installée dans la pratique des urologues. Les caractéristiques techniques des dispositifs jouent un rôle déterminant dans sa gestion et son acceptation. L'édition 2025 du club fait le point sur la compatibilité IRM et les interférences chez les patients porteurs d'un boîtier InterStim.

Le principe de la neuromodulation a trouvé de nombreux développements en médecine. Dans le domaine des troubles mictionnels, la neuromodulation du nerf tibial postérieur (TENS) est intégrée aux algorithmes de prise en charge. Les industriels

ayant développé un dispositif dédié à l'application transcutanée en France ont été invités à présenter leur produit afin d'offrir à la communauté urologique une information complète et ouverte.

Enfin, les techniques implantables feront l'objet d'une revue de la littérature pour en préciser les avantages et les limites.

Un club dynamique, lancé en 1997, qui poursuit son rôle d'information, d'échange et de veille sur les innovations.



Rendez-vous
8^H30-9^H30
Salle 341

CLUB DES IMPLANTEURS DE SPHINCTER ARTIFICIEL

Quoi de neuf en 2025 ? Quarante-cinq ans après sa commercialisation, le sphincter artificiel de référence n'a que peu évolué. Xavier Biardeau dressera le bilan des modifications qui ont pu être apportées depuis les années 1970-1980 tout en présentant les alternatives développées par d'autres fabricants pour contourner les limites du dispositif hydraulique actuel.

L'innovation vient notamment d'ARTUS, sphincter électromécanique d'Affluent Médical que détaillera Nicolas Barry Delongchamp. Fini la pompe et le ballon : une télécommande pilote désormais l'ouverture de la manchette et module la pression selon l'activité physique. Les

premiers résultats d'une étude européenne seront dévoilés avant le lancement de l'étude française chez l'homme et la femme, prévue cet automne.

Face à l'absence de recommandations consensuelles, un groupe d'experts français s'attelle à standardiser l'implantation, la gestion des complications et la révision de l'implant en cas de panne. Hugo Dupuis livrera les conclusions préliminaires de ce travail collaboratif pour clore la réunion coordonnée par Véronique Phé.



Rendez-vous
9^H30-10^H30
Salle 341

Focus

Endoscopie ou reconstruction ? Le juste choix face aux sténoses vésico-urétrales

Les sténoses de l'anastomose vésico-urétrale après prostatectomie radicale sont rares mais difficiles à traiter. Leur prise en charge impose une expertise spécifique, entre recours limité à l'endoscopie et reconstructions complexes, souvent assistées par robot.

La proximité immédiate du sphincter avec une sténose de l'anastomose vésico-urétrale rend sa prise en charge particulièrement exigeante. Ces situations, qui concernent moins de 2 % des patients opérés d'une prostatectomie radicale, posent des difficultés techniques et fonctionnelles. Éviter un impact sur la continence est un objectif permanent, mais pas toujours garanti, et toute stratégie doit être anticipée.

Pour Lucas Freton, rapporteur de l'AFU sur les sténoses urétrales en 2024, les obstacles sont triples : la rareté de ces cas qui limite les données scientifiques disponibles, la technicité des reconstructions, réservées à

des équipes entraînées et la gestion postopératoire caractérisée par un risque élevé d'incontinence.

L'apport décisif du robot

L'endoscopie reste le traitement initial, avec deux tentatives possibles tant que la sténose n'est pas complète. Dans plus de 70 % des cas, elle permet d'éviter une intervention plus lourde. Mais en cas de récurrence ou de sténose serrée, la reconstruction s'impose. C'est dans ce contexte que la robotique a profondément modifié les pratiques.

« Le robot permet de réaliser des reconstructions avec une visibilité et une précision accrues dans un espace anatomique restreint », indique-t-il.



Des dispositifs comme les ballons au paclitaxel, testés dans l'urètre antérieur, sont à l'étude et pourraient à terme trouver une indication dans les sténoses de l'anastomose vésico-urétrale.

Le forum du Groupe d'urologie reconstructrice uro-génital (GURU) sera l'occasion de préciser les indications de l'endoscopie et de la reconstruction, d'évaluer l'apport de la robotique et de discuter la prise en charge des séquelles fonctionnelles dans ces situations complexes.



Forum du GURU
9^h30-11^h00
Salle 342 A

C'Professionnel

Plaies d'organe de voisinage, et si c'était une faute ?

Lésion rectale lors d'une prostatectomie, uretère lésé pendant une hystérectomie, vaisseau blessé au cours d'une néphrectomie partielle... Rares, mais redoutées, quand ces plaies surviennent, une question s'impose : accident inévitable ou faute professionnelle ?

Une question qui en soulève d'autres. La plaie suffit-elle à établir la faute ? « Non, répond Luc Richard, qui coordonne ce forum avec Thierry Lebreton. L'expert analyse le contexte : antécédents du patient, difficulté technique, conformité de la procédure. » Un geste peut être techniquement correct mais inadapté au terrain. À l'inverse, une lésion peut être non fautive si la complication était imprévisible.

Que risque l'urologue ? Tout dépend de la traçabilité. « La reconnaissance peropératoire, la réparation immédiate, l'information du patient, la qualité du dossier : voilà ce qui fait la différence », détaille-t-il. L'enjeu n'est pas tant la plaie que sa gestion, que vous soyez l'opérateur initial ou appelé en renfort. Car la



responsabilité se partage parfois : comment l'expert évalue-t-il alors le rôle de chacun quand plusieurs praticiens interviennent ? Quelle part revient au chirurgien qui découvre la lésion, quelle part à celui qui tente de la réparer ? Ces zones grises médico-

légales méritent d'être clarifiées. L'essentiel tient en un critère : la distinction entre faute et aléa ne repose pas sur la gravité du préjudice, mais sur l'évaluation de la prudence et de la proportionnalité du geste chirurgical. Une nuance

capitale que les experts doivent maîtriser pour formuler des avis justes et défendables. L'analyse ne se limite pas à constater une lésion. Elle exige de comprendre le cheminement décisionnel du chirurgien, d'évaluer ses options thérapeutiques face à la difficulté rencontrée, et de juger si sa réaction était adaptée aux circonstances.

Venez découvrir les repères médico-légaux concrets pour aligner vos expertises sur la jurisprudence. Parce qu'en salle d'opération comme devant l'expert, chaque détail compte.



Forum des experts
près les tribunaux
10^h45-12^h00
Salle 343



© C'Terrible

Symposium Johnson & Johnson

Quoi de neuf dans le cancer de la prostate en 2025 ?

Johnson & Johnson

Ce symposium, présidé par Géraldine Pignot, fait le point sur les principales avancées en 2025 dans la prise en charge du cancer prostatique à différents stades.

Pour le stade localisé, Guillaume Ploussard présentera les dernières données sur l'IRM prostatique multiparamétrique et la place des biopsies transpérinéales comme alternative à la voie transrectale. Léa Turpin détaillera celle du PET-PSMA dans le diagnostic, la stadification initiale et les situations de récurrence biologique.

Au stade métastatique hormonosensible, les inhibiteurs de PARP et le PSMA lutétium, jusqu'alors réservés aux formes résistantes à la castration, sont maintenant évalués en

première ligne métastatique. Les résultats de l'étude PSMA Addition, présentée à l'ESMO et au CFU, dans cette nouvelle indication seront analysés pendant le symposium.

Autre temps fort, la réponse du PSA sous hormonothérapie en phase métastatique pour guider l'intensification ou la désescalade des traitements selon les taux obtenus. Enfin, Charles Dariane détaillera l'organisation du parcours de soins intégrant infirmières de pratique avancée, suivi rhumatologique et cardiologique des patients sous traitement hormonal.



Symposium
Johnson & Johnson
17^h00-18^h30
Amphi Bordeaux

Symposium Accord Healthcare

Controverses et débats autour du cancer de la prostate : un combat de génération ?

Faut-il dépister le cancer de la prostate au-delà de 80 ans ? Comment traiter un patient âgé atteint d'un cancer de la prostate métastatique de novo ? Quelle est la place de la chirurgie dans les cancers localisés à haut risque ? Que faire face à une élévation du PSA après prostatectomie totale ? Le symposium organisé par Accord Healthcare et présidé par Laurent Brureau abordera ces situations où la personnalisation de la prise en charge s'impose. « L'idée est d'avoir un esprit de réunion de concertation pluridisciplinaire de vraie vie », explique-t-il. Les recommandations fixent une base, mais la pratique quotidienne nécessite parfois d'affiner le traitement au cas par cas.

Trois binômes – Michel Soulier et Anne-Sophie Bajot, Morgan Rouprêt



et Arthur Peyrottes, Laurent Brureau et Kevin Kaulanjan - débattront de ces situations cliniques. Ils croiseront leurs expériences sur la prise en charge des patients âgés et évoqueront la chirurgie encadrée par l'hormonothérapie comme alternative potentielle pour les cancers à haut risque, en attente des résultats des études SUGAR et PROTEUS. Deux générations d'urologues côte-à-côte pour un face-à-face interactif.



Symposium Accord
12^h45-13^h45
Amphi Havane

Symposium AstraZeneca

Tumeurs de vessie : innovations et parcours de soins optimisés en 2025

Présidé par Evangelos Xylinas, avec Gautier Marcq et Yohann Lorient, oncologue, ce symposium fera le point sur les évolutions récentes dans la prise en charge des tumeurs de vessie. Un rappel des données épidémiologiques actuelles introduira les échanges. Seront discutées les nouvelles associations de traitement, la place



des approches systémiques dans les formes localement avancées ou métastatiques et les stratégies de préservation vésicale, à partir notamment des résultats des

récents essais internationaux. Les intervenants reviendront sur l'intégration de ces données dans la pratique clinique et leur impact sur la décision thérapeutique. Les discussions aborderont également l'optimisation de la résection endoscopique, l'apport des biomarqueurs et du suivi moléculaire, ainsi que

l'organisation des parcours de soins et la coordination entre urologues et oncologues. Un partenariat toujours plus important à mesure qu'arrivent de nouveaux traitements.



Symposium AstraZeneca
17^h00-18^h30
Amphi Havane