

Le Quotidien

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

DU CONGRÈS

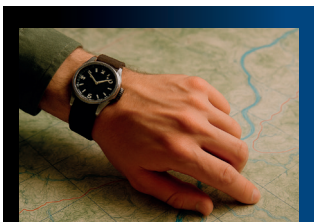
Éditorial



© DR

Journée des AMA

AMA et IPA,
un tandem garant
du bon déroulement
des biopsies P.4



© DR

Grand angle

HBP : le bon moment,
la bonne technique
P.3



© Adobe

C'Professionnel

Simulation chirurgicale,
se former
individuellement
pour agir collectivement
P.6



© Adobe

Éclairage

Cystectomie, obsolescence
programmée? P.7



© DR

Cyril BÈGUE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT DU
COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Les soins primaires rassemblent les professionnels de santé de proximité constituant le premier recours à la prise en charge. Assurant également le suivi au long cours, nous nous considérons, méde-

cins généralistes, comme experts de nos patients. Urologues, vous constituez les second et troisième recours, et apportez un avis spécialisé dans votre domaine; il est donc nécessaire d'améliorer notre coordination.

Nous prenons en charge des situations urologiques ne nécessitant pas votre expertise (infections urinaires, hypertrophie bénigne de la prostate...) et nous vous adressons les patients en cas d'incertitude diagnostique, parfois après de premiers examens complémentaires; quand nous nous interrogeons sur la nécessité d'un geste chirurgical; si la prise en charge que nous avons initiée ne s'avère pas suffisante.

Nous devons veiller à vous fournir les informations nécessaires à votre prise en charge: antécédents, symptômes, examens complémentaires, traitements... En retour, nous avons besoin

de connaître vos hypothèses et le plan de soins proposé, soit le traitement que vous initiez et ceux envisagés en cas d'échec. Alors que la surveillance active est de plus en plus fréquente, nous avons besoin de savoir ce que vous prévoyez, les examens que nous devons réaliser et leur périodicité.

En cette période de baisse de démographie médicale et de nécessité d'améliorer la pertinence des soins, la téléexpertise peut y contribuer en évitant des consultations peu utiles. Alors, inscrivez-vous sur une plateforme de téléexpertise pour permettre à vos correspondants habituels de vous solliciter plus facilement.

Et lorsqu'un patient est dans une situation de soins complexes, n'hésitez pas à nous appeler pour mettre en commun nos expertises afin de prendre les décisions les plus adaptées.

Actu du jour

Urétéroscopie, les patients fermes sur la sécurité, souple sur l'impact environnemental



© DR

Faut-il privilégier la sécurité du patient au détriment de l'environnement? Une enquête récente met en lumière la tension entre deux impératifs: garantir la sécurité immédiate du patient et préserver la durabilité du système de soins. P.2



AGORA
Hall
Bordeaux

10^H30 Best Abstracts
des sessions de
jeudi après-midi

13^H15 Worst
Case in Surgery

15^H50 Best Abstracts
des sessions de
vendredi matin

ACTUS DU JOUR (suite de la P.1)

L'entretien d'ailleurs

Pour la première fois, l'étude menée par Marie-Lou Letouche et son équipe auprès de 186 patients a exploré l'avis des patients sur le choix entre urétéroscope réutilisable et à usage unique lors d'une urétéroscopie souple. Les participants ont répondu à un questionnaire validé par le Comité de lithiase de l'Association française d'urologie (CLAFU). La majorité a exprimé une préférence pour le dispositif à usage unique, principalement en raison du risque de contamination croisée. Les considérations environnementales restent importantes, mais secondaires face à la sécurité perçue. Beaucoup souhaitent être informés du matériel utilisé et certains aimeraient pouvoir choisir eux-mêmes, quitte à en supporter le coût. L'étude met ainsi en évidence une attente de transparence et une volonté de participation accrue des patients, qui privilégient la sécurité infectieuse tout en restant sensibles à leur impact environnemental. Elle souligne aussi l'intérêt d'intégrer leur point de vue dans les décisions organisationnelles et dans les stratégies de développement durable.

Communication orale n° 146
15^h10-15^h20
Salle 341

Ce qui attend l'urologie demain

Viellissement de la population, intelligence artificielle, innovations thérapeutiques et chirurgicales... Arnulf Stenzl, Secrétaire général de l'EAU, esquisse les évolutions majeures de l'urologie.

À votre avis, comment le rôle de l'urologue va-t-il évoluer au cours des dix prochaines années ?

En Europe, la population vieillit, avec un besoin croissant de soins urologiques et, en parallèle, d'avantage de possibilités diagnostiques et thérapeutiques. Face à une pénurie de personnel et à des ressources limitées, le traitement médicamenteux et la surveillance active prendront une place centrale, seuls ou associés à la chirurgie.

Dans quelle mesure l'intelligence artificielle peut-elle transformer la décision chirurgicale, l'imagerie et l'échange avec les patients ?

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de patients ambulatoires et hospitalisés augmentera fortement. Le temps disponible pour chaque patient se réduira. L'IA



© DR Arnulf Stenzl, EAU

peut accélérer la recherche bibliographique dans les cas complexes. Elle permet aussi de présenter les options thérapeutiques dans un langage accessible et de les transmettre au patient avant l'entretien individuel avec l'urologue, ce qui favorise la décision partagée et fait gagner du temps.

Quels progrès thérapeutiques importants en urologie attendez-vous dans les prochaines années grâce à la recherche ?

L'intégration de capteurs en chirurgie mini-invasive : leur combinaison peut fournir, pendant l'intervention, des informations provenant de la surface des tissus et/ou de paramètres physiques, et permettre une technique opératoire plus sélective. Les bénéfices des traitements médicamenteux seront mieux identifiés grâce aux biomarqueurs sanguins et urinaires, ce qui améliore la qualité de vie et peut retarder, voire éviter, une intervention chirurgicale.

Rencontres AFU-EAU
10^h00-10^h30
Amphi Bordeaux

Actus du jour

Doppler pénien, controversé à l'image

Examen clé pour comprendre les troubles de l'érection ou outil aux contours encore flous ? Ce test d'imagerie est aujourd'hui au cœur d'une polémique médicale.

Utile à la compréhension des facteurs contributifs à une dysfonction érectile, l'examen permet de visualiser la vascularisation artérielle et d'orienter des explorations complémentaires en cas de suspicion d'insuffisance veino-occlusive.

Mais jusqu'où peut-on vraiment s'y fier ? Le sujet divise la communauté scientifique. « S'il est indéniable que, dans certains cas, la rigidité érectile ne se maintient pas correctement à cause d'un retour veineux précoce, pour certains, les veines sont en cause alors que pour d'autres, il s'agit plutôt d'un problème d'expansion insuffisante des corps caverneux », explique Carol Burté.

Sur le versant artériel, l'examen



© Adobe

garde une place centrale. Il permet de repérer une atteinte artérielle chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. « Il est bien établi aujourd'hui que la dysfonction érectile constitue un marqueur précoce d'atteinte coronarienne », ajoute-t-elle. À la croisée de la médecine sexuelle, de l'imagerie et de la prévention cardiovasculaire, le doppler pénien illustre l'évolution de l'imagerie fonctionnelle au service de la santé masculine. Carol Burté en débattrait avec Ludovic Ferretti, pour apporter les éclaircissements attendus.

Table ronde n° 10
10^h30-11^h00
Amphi Bordeaux

Grand angle



HBP : le bon moment, la bonne technique

Entre le risque d'opérer trop tôt et la profusion de techniques disponibles, la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate confronte les urologues à un double questionnement : déterminer le bon moment d'intervenir et choisir, parmi un arsenal en constante évolution, la méthode la plus cohérente avec la situation clinique et les attentes du patient.

Quand opérer les patients atteints d'hypertrophie bénigne de la prostate ? Plus tôt ou plus tard ?

La question du timing opératoire en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate constitue parfois un dilemme pour l'urologue. Contrairement au cancer, où les stades de la maladie dictent le moment de l'intervention, la chirurgie fonctionnelle repose sur une évaluation plus nuancée : quelle gêne ressentie par le patient justifie une indication ? Et à quel moment les complications signalent-elles qu'il est déjà trop tard ? « Si l'on opère trop tôt, le risque est d'exposer le patient à des complica-

tions chirurgicales pour une gêne finalement modeste. Trop tard, et c'est la fonction vésicale qui peut être irréversiblement compromise », souligne Jérôme Gas qui organise ce Pour-contre avec Clément Sarrazin. Certains patients présentent des rétentions chroniques d'urine ou une vessie distendue sans se dire particulièrement gênés. D'autres décrivent des symptômes importants alors que les mesures objectives, comme la débitmétrie, restent correctes. Ces décalages entre ressenti subjectif et données

cliniques compliquent la décision. L'évaluation repose sur la combinaison de critères cliniques, d'outils objectifs et de l'évolution sous traitement médical. L'essor de techniques mini-invasives ajoute une option intermédiaire entre médicament et chirurgie, sans changer pour l'instant les indications opératoires officielles. Celles-ci restent centrées sur deux situations : une gêne significative malgré traitement médical ou la survenue de complications telles qu'infections urinaires à répétition, rétention,

calculs vésicaux ou insuffisance rénale.

Alors trop tôt, en courant le risque d'incontinence, ou trop tard, en laissant s'installer de manière irréversible les complications ? C'est autour de cette zone grise que se joue la réflexion. Ici, les vessies – et leur état – peuvent être pris pour des lanternes.



Pour-Contre n°11
14^h45-15^h15
Amphi Havane

Hypertrophie bénigne de la prostate, un arsenal trop gonflé ?

A-t-on trop de techniques pour la prise en charge de l'HBP ? Pour Souhil Lebdaï, coordonnateur des nouvelles recommandations de l'AFU, la réponse est nuancée : oui, à l'échelle de l'urologue, qui ne peut les maîtriser toutes ; non, du point de vue du patient, qui bénéficie d'une offre élargie. Les approches développées ces dernières années « nous donnent la possibilité de proposer une prise en charge personnalisée », souligne-t-il. Les bilans préopératoires permettent de mieux définir les objectifs du

traitement et d'adapter la technique à l'état de santé et aux attentes du patient. Prostates de haut volume, préservation des éjaculations, patients fragiles... chaque indication a sa technique. « L'ensemble permet de répondre à toutes les situations, en privilégiant les moins invasives », ajoute-t-il. Cette diversité trouve aujourd'hui un cadre avec la publication des nouvelles recommandations. Présentées au congrès 2025, elles actualisent celles de 2021 sur la chirurgie et de 2012 sur la prise

en charge médicamenteuse, avec l'intégration du bilan initial de 2023. Elles précisent la place de chaque technique dans la stratégie thérapeutique et clarifient les examens nécessaires avant tout traitement ou en cas d'échec. Objectif : assurer un choix raisonné, fondé sur des critères cliniques et partagés entre les praticiens. Elles contribuent aussi à harmoniser les pratiques, en tenant compte des spécificités des patients et des ressources disponibles dans chaque centre.

Avec près de 60 000 actes par an, l'HBP reste un motif fréquent de chirurgie urologique. Pour Souhil Lebdaï, l'enjeu est donc de construire une offre cohérente au sein des équipes, couvrant l'ensemble des besoins des patients. Des arguments qu'il discutera avec Julien Anract lors de la séance Pour-Contre.



Pour-Contre n°12
15^h15-15^h45
Amphi Havane

Journée des assistantes médico-administratives

AMA et IPA, un tandem garant du bon déroulement des biopsies

Un patient absent, une IRM manquant au dossier, un anticoagulant non arrêté ? La double check-list infirmière de pratique avancée – assistante médico-administrative réduit les ratés et fluidifie le parcours de la biopsie à la prise en charge du cancer de la prostate.

Dans le service d'urologie de l'Hôpital européen Georges-Pompidou à Paris, l'organisation des biopsies repose sur un binôme IPA – AMA. Sophie Moreau, l'infirmière de pratique avancée, contrôle l'imagerie, vérifie que l'IRM est disponible et correctement intégrée dans le logiciel de fusion écho-IRM, et s'assure que toutes les données utiles comme le dernier PSA ou l'existence d'une cible figurent au dossier. Rachel Paulet, l'assistante médico-administrative, reprend chaque dossier quatre jours avant l'examen, appelle les patients et vérifie point par point que la préparation est complète, depuis l'arrêt éventuel des anticoagulants jusqu'à la prise de l'antibiotique, en passant par les consignes alimentaires et la présence d'un accompagnant. Cette double vérification a transfor-



mé le quotidien du service. « Les absences de documents, les patients non préparés et les rendez-vous manqués entraînaient jusque-là des vacances perdues et des délais rallongés », indique Charles Dariane. Désormais, l'AMA adresse chaque vendredi un récapitulatif des patients attendus la semaine suivante, ce qui permet

d'anticiper les problèmes. Un désistement de dernière minute ou un patient mal préparé peut être remplacé sans délai, les biopsies transrectales sous anesthésie locale offrant une souplesse d'organisation.

Sécuriser le parcours

Le dispositif est complété par un sys-

tème de rappels par SMS à J-3, J-1 et le jour J. Utile, il ne remplace pas l'appel téléphonique par lequel l'AMA peut réexpliquer les consignes et répondre aux inquiétudes. La montée en compétences progressive des deux professionnelles a accompagné cette réorganisation. L'IPA a appris à analyser les séquences IRM, tandis que l'AMA s'est formée à la gestion des molécules à risque et au suivi des procédures. « Avec cette double vérification – l'IPA pour l'imagerie, l'AMA pour la logistique – nous avons limité les loupés. C'est une check-list comparable à celle de l'aviation, tout est vérifié en amont, le patient est rassuré », souligne Charles Dariane.



Journée des AMA
15^h30-16^h15
Salle 352 AB

Journée des kinés

Après entérocystoplastie, patience et continence

La continence après entérocystoplastie de remplacement dépend de mécanismes multiples. La rééducation, encore peu documentée, s'appuie sur l'analyse du réservoir et sur une prise en charge individualisée du contrôle périnéal et des comportements mictionnels.

Dans les suites de la chirurgie, la capacité du néoréservoir est d'environ 150 ml ; en dessous de 300 ml, le risque de fuite reste élevé. Ce paramètre impose une surveillance étroite durant les premiers mois, le temps que le réservoir gagne en capacité et en souplesse. « L'augmentation du volume par différé mictionnel est un objectif prioritaire », souligne Alizée Aigon, kinésithérapeute. Les fuites peuvent résulter d'une insuffisance sphinctérienne, d'une modification du support sous-vésical – « plus fréquente chez les femmes ayant eu une hystérectomie » – et de la perte du réflexe nocturne d'augmentation du tonus urétral. « Le néoréservoir sé-



crète aussi de l'eau la nuit, ce qui majore la production urinaire nocturne », précise-t-elle.

La prise en charge rééducative commence par un bilan rigoureux, pour exclure les diagnostics différentiels tels qu'une fistule ou une rétention par regorgement. « Le calendrier mictionnel permet d'évaluer les apports hydriques, la fréquence et la capacité à différer les mictions », indique la kinésithérapeute. L'entraînement vésical vise l'allongement progressif des intervalles, associé à un travail sur la contraction et la relaxation du plancher pelvien pour restaurer un équilibre fonctionnel et prévenir les troubles de vidange. Les protocoles demeurent hétérogènes, sans technique de référence clairement établie. « L'approche doit être multimodale, inspirée de la ré-

éducation de l'incontinence d'effort », explique-t-elle. Si la continence complète reste rare à court terme, la qualité de vie s'améliore souvent, surtout lorsque les patients bénéficient d'un suivi rapproché.

« Apprendre à contrôler le plancher pelvien en amont de l'intervention pourrait faciliter la récupération, renforce la confiance du patient et favorise une meilleure adaptation au néoréservoir », conclut Alizée Aigon, qui recommande un accompagnement précoce et ciblé.



Journée des kinésithérapeutes
10^h50-11^h10
Salle 351

Éclairage

Que vaut le VI-RADS en pratique ?

Défini en 2018 pour standardiser l'IRM vésicale, le score VI-RADS reste-t-il fiable hors des centres experts ? Une équipe universitaire a testé sa robustesse en pratique clinique.

Une étude prospective menée par Louis Surlémond et son équipe a évalué la fiabilité du score d'imagerie VI-RADS pour prédire l'invasion musculaire dans le cancer de la vessie. Trente-six patients ont été inclus entre 2022 et 2024. Chez six d'entre eux, aucune lésion n'a été détectée à l'IRM multiparamétrique ni confirmée à l'histologie ; l'analyse finale a porté sur 27 patients présentant 45 lésions. Trois radiologues de niveaux d'expérience différents ont interprété les IRM sans connaître les résultats histologiques. Résultat : un score VI-RADS ≥ 4 (sur 5) a prédit l'invasion musculaire avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 95 %, ainsi qu'une valeur pré-



dictive positive de 86 % et négative de 100 %. L'accord entre les radiologues était très élevé et restait stable à six mois. Le score VI-RADS confirme ainsi sa fiabilité et sa reproductibilité en pratique clinique.

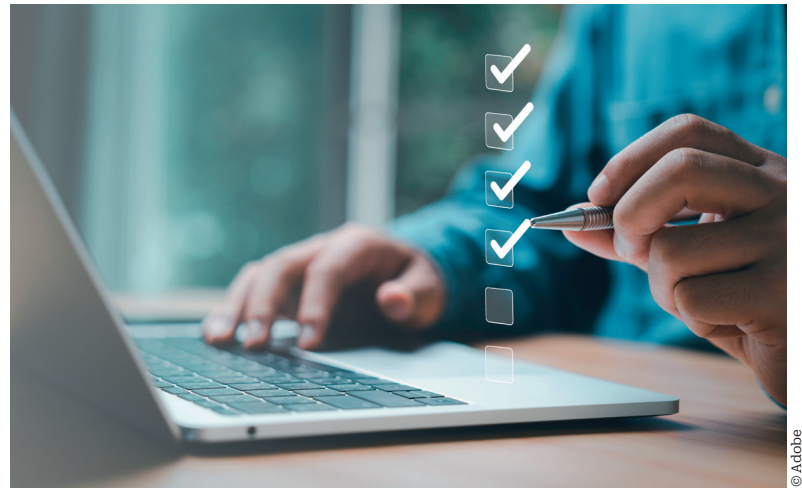


Communication orale n° 157
15^H30-15^H40
Salle 343

Élection

Renouvellement du CA de l'AFU

52 candidates et candidats pour 24 postes à pourvoir. Vous êtes 1 399 membres soit autant de voix possibles à exprimer aujourd'hui **avant 16^H**. La procédure envoyée par KERCIA (notre prestataire de vote en ligne) vous attend dans votre boîte mail. Résultat du scrutin à 18^H Amphi Havane lors de notre Assemblée Générale.



Éclairage

AVC et continence : des étapes à ne pas manquer

Les troubles urinaires après un AVC nécessitent une évaluation précoce et ciblée. Leur prise en charge conditionne la rééducation, la récupération fonctionnelle et l'autonomie des patients sur le long terme.

Entre 40 et 60 % des patients présentent des troubles urinaires après un accident vasculaire cérébral. Les dépister est primordial : l'incontinence urinaire est un marqueur pronostique défavorable. « Elle est associée à une récupération fonctionnelle moindre, un risque accru de décès et à une propension à l'institutionnalisation trois à quatre fois supérieure », indique Pierre-Luc Dequirez. À l'inverse, la récupération de la continence accompagne une meilleure évolution. Une amélioration partielle ou complète reste possible jusqu'à deux ans après l'AVC. Deux moments sont clés dans l'évaluation urologique : les trois premiers mois, puis autour d'un an. C'est dans



la phase initiale que les complications urinaires peuvent freiner la rééducation. Infections, rétention ou incontinence allongent l'hospitalisation et augmentent le risque de chute. « Des troubles non traités dans les trois mois

post-AVC empêchent une rééducation efficace », souligne-t-il. La seconde phase correspond à la stabilisation. Les troubles persistants doivent être réévalués, car ils ont un impact sur le retour à domicile et la

qualité de vie. Pierre-Luc Dequirez souligne : « Les symptômes urinaires sont étroitement liés aux troubles de l'autonomie et à l'état moteur ; les dimensions neurologique et urologique s'influencent mutuellement. » Avec Évelyne Castel-Lacanal et Marianne de Sèze, spécialistes en médecine physique et de réadaptation, ils discuteront des pratiques de prise en charge, dans une même perspective : mieux intégrer l'évaluation urologique au parcours global de rééducation, en coordination avec les neurologues et les médecins rééducateurs.



État de l'art n°12
14^H00-14^H30
Amphi Havane

Club

Urologie robot-assistée : de la diversité des systèmes aux apports de l'IA

Avec près de 280 centres chirurgicaux équipés en France, la robotique prend la main, mais pas le contrôle. Les urologues restent les maîtres à bord.

La chirurgie urologique représente aujourd'hui près de 50% de l'activité robot-assistée. Le Club robotique, qui se réunit désormais le vendredi, proposera un panorama des systèmes disponibles, du Da Vinci d'Intuitive Surgical – décliné en version monotroncart pour les espaces confinés – aux

plateformes plus récentes comme Hugo, Toumai, Dexter ou Versius. Les principales indications couvrent la chirurgie carcinologique complexe, l'adénomectomie, la promontofixation, la néphrectomie et la néphro-urétéctomie. La session réunira des intervenants de renom, dont Franco Gaboardi

(Italie), spécialiste de la chirurgie monotroncart de type SP. Un temps sera aussi consacré aux apports de l'intelligence artificielle, depuis la planification opératoire et l'assistance gestuelle jusqu'à la standardisation des procédures et le suivi peropératoire en temps réel. Venez nombreux débattre d'une

chirurgie incontournable, confronter les pratiques et envisager l'avenir de la discipline.



Club de robotique
15^h00-16^h30
Salle 342 AB

C'Professionnel

Simulation chirurgicale, se former individuellement pour agir collectivement

Apprendre sans risquer, répéter avant d'agir : la simulation facilite la formation aux gestes techniques. Elle peut aussi devenir un levier pour développer le travail en équipe.

Issue des secteurs à haut risque comme l'aéronautique ou l'industrie, la simulation s'est progressivement installée dans la formation médicale. Les urgentistes et les anesthésistes ont été parmi les premiers à l'intégrer. Elle devient aujourd'hui indispensable pour toutes les disciplines, observe Louis Sibert, président de la SoFraSimS.

La priorité reste la sécurité des soins. « On ne fait plus la première fois sur le patient », rappelle-t-il, soit l'application du principe *primum non*



© Adobe

nocere. L'enjeu est autant éthique que pratique : répéter un geste, re-

pérer les failles de communication et mieux anticiper les erreurs. Simuler,

c'est pouvoir se tromper sans risque. En s'entraînant à identifier et comprendre ses fautes sans conséquence pour le patient, l'apprenant développe sa capacité à coopérer. Cette culture positive de l'erreur modifie le rapport à l'échec et renforce la cohésion des équipes.

Les outils de simulation se complètent, combinant modèles anatomiques, dispositifs numériques et travail sur corps donnés à la science. Mais, souligne Louis Sibert, « la technologie n'est qu'un support. L'essentiel reste la pédagogie, au service de la communication et du travail en équipe. »

Quelle que soit sa forme, la simulation s'intègre à tous les niveaux de formation. Son déploiement progresse, mais reste freiné par des moyens inégaux selon les centres. Un vrai problème quand l'objectif est de diffuser une culture partagée de la sécurité et de la coopération.

Envie d'en savoir plus sur sa place et son impact sur les soins ? Rendez-vous au Forum de l'exercice professionnel, sans faux-semblants.

En direct

Merci, Claude Bernard

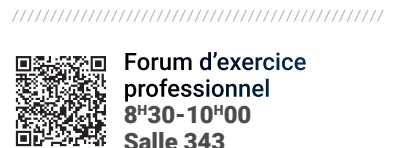
Après plus de trente ans passés au service de l'urologie française, Claude Bernard s'apprête à tourner une page. Présent aux côtés des praticiens depuis 1991, il a accompagné l'essor de techniques qui ont transformé la spécialité. D'abord commercial à Paris, puis responsable marketing urologie, il a collaboré avec les équipes de Créteil sur la coelioscopie aux côtés de Claude Abbou, Alexandre de la Taille et Laurent Salomon ; avec Pierre Conort



© DR

et Nadia Abid sur la NLPC ; avec Olivier Traxer sur l'urétéroscopie souple et Jean-Romain Gautier sur l'urétéroscopie rigide ; et sur la HoLEP avec Grégoire Robert, Hervé Baumert et Richard Mallet.

Ce dernier salue « un partenaire attentif, d'une disponibilité constante », dont la connaissance du matériel et des équipes faisait de lui « une véritable encyclopédie vivante de l'urologie ». L'AFU lui exprime sa reconnaissance pour ce compagnonnage fidèle.



Forum d'exercice
professionnel
8^h30-10^h00
Salle 343

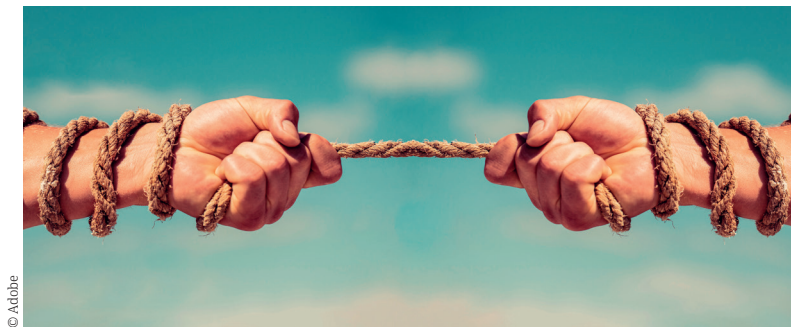
Éclairage

Cystectomie, obsolescence programmée ?

Les nouveaux traitements, les données de récents essais cliniques qui confortent les stratégies de préservation vésicale, l'essor de la radiothérapie, notamment dans sa forme trimodale associant chimiothérapie et résection transurétrale, déclasseront-ils la cystectomie ?

Non, répond Olivier Alenda, organisateur des rencontres AFU/SFRO, qui réunit un urologue et un onco-radiothérapeute. Réunit est le mot juste : cette session s'inscrit dans une logique de prise en charge commune, et non de confrontation. L'immunothérapie, la radiothérapie et les approches combinées ne remettent pas la chirurgie en cause ; elles contribuent à mieux en préciser les indications et à sélectionner les patients selon le stade tumoral, la réponse aux traitements systémiques, la fonction vésicale, et demain les biomarqueurs circulants, qui orienteront les décisions.

La chirurgie conserve un rôle essentiel, y compris au sein des protocoles



combinés : la radiothérapie en est le complément, dans une approche désormais intégrée. L'enjeu est aussi d'éviter l'excès inverse : culpabiliser l'acte chirurgical.

Paul Sargos, onco-radiothérapeute, a un avis bien différent : « En 2025,

la cystectomie ne sera plus le traitement de référence des cancers de la vessie infiltrant le muscle non métastatique. » Pour lui, « à l'ère des thérapies systémiques à l'efficacité démontrée, des approches intravésicales efficaces, le taux de réponse complète

augmente et la préservation vésicale est un enjeu majeur. La radiothérapie couplée à la chimiothérapie après résection maximaliste, appelée trimodalité, ne cesse de progresser ; les niveaux de preuve s'accroissent et les progrès techniques en font le traitement de choix, efficace et sûr, de la plupart des patients... lorsqu'ils sont informés. » L'équilibre entre préservation d'organe et chirurgie radicale reste à construire. Avec Evangelos Xylinas, ils discuteront de ces stratégies lors de cette session jumelée.



Rencontres
AFU/SFRO
10^h00-10^h45
Amphi Havane

Zoom

Lithiase, les aspirations des urologues enfin exaucées

Cela fait des années que les spécialistes de lithiase attendaient une solution d'aspiration compatible avec les contraintes hydrodynamiques de l'urétéroscopie souple. C'est chose faite désormais.

Deux voies d'aspiration coexistent : à l'intérieur ou à l'extérieur d'un urétéroscopie. Pour Christophe Almeras, ces dispositifs ouvrent une nouvelle ère pour l'endo-urologie, sous réserve de respecter une règle de base liée au principe de fonctionnement.

L'aspiration se fait en système clos ; elle ne peut fonctionner sans une irrigation suffisante. Gare à la tentation d'une aspiration trop forte, qui déséquilibre le flux en collant les cavités. « L'évacuation progressive des fragments et de la poudre dépend entièrement de ce réglage, souvent contre-intuitif lors des premières utilisations », souligne-t-il.

Qu'en est-il des performances des deux systèmes ? La gaine aspirante autorise une circulation régulière et



une évacuation continue des débris. Elle réduit le temps d'intervention et de laser, notamment pour les gros calculs, mais aussi potentiellement les risques de complication. Elle supprime l'utilisation du panier, source d'économie par procédure, et permet une évacuation complète des frag-

ments et de la poudre, limitant les résidus susceptibles de s'agglomérer. Certaines équipes rapportent même une non-infériorité par rapport à la mini-percutanée. À noter : les gaines tendent à diminuer de taille pour limiter l'irritation urétérale.

De son côté, l'urétéroscopie aspirant

présente des limites : son coût et un canal aspirant trop petit pour être efficace. Ceux disposant d'un canal interne plus compatible avec une vraie aspiration ne sont pas encore disponibles en France. Leur calibre extérieur peut en outre s'avérer trop grand et conserver un risque d'obstruction (clogging) par des fragments ou de la poudre pouvant exposer à des complications graves.

La balance penche en faveur de la gaine aspirante. Mais Christophe Almeras souligne la nécessaire courbe d'apprentissage pour bien maîtriser l'aspiration.



Forum du Comité
lithiase
9^h34-9^h44
Amphi Havane

Symposium Astellas

Prise en charge des cancers de la prostate hormonosensibles par les traitements systémiques en 2025 : vers la fin du statu quo ?

Les hormonothérapies continuent de remonter les lignes, prenant progressivement une place de plus en plus importante aux stades localisés. Depuis quelques années, un changement de paradigme touche aussi les formes agressives, avec une stratégie diagnostique désormais ouverte à un usage plus large de l'imagerie métabolique. À travers quatre si-



tuations cliniques très « pratiques » auxquelles les urologues peuvent se retrouver confrontés, les intervenants - Alain Ruffion, Grégoire Robert, Luca Campedel et Alberto Bossi – illustreront les données actualisées de bilan diagnostic et

de prise en charge du cancer de la prostate hormonosensible. Seront aussi abordés le cancer de la prostate localisé à haut risque, la récurrence biologique après traitement local, ainsi que les formes métastatiques d'emblée (synchrone) à haut volume ou secondairement (métachrone) à faible volume. Les principales études de la littérature et les recommandations du CCAFU seront

présentées de façon didactique au cours d'un symposium interactif, permettant d'échanger sur ces situations fréquentes et complexes dans le quotidien des urologues.



Symposium Astellas
16^h30-18^h00
Amphi Havane

À ne pas manquer ce jour

Au-delà des bandelettes : redéfinir la prise en charge du prolapsus

Et si le nouveau cadre réglementaire encadrant l'usage des bandelettes et dispositifs de promontofixation était une chance pour repenser le traitement du prolapsus génito-urinaire ?

Cette session du Comité d'urologie et de pelvipérinéologie de la femme fait le point sur l'usage des prothèses en 2025 et explore des approches longtemps marginalisées. Les traitements conservateurs retrouvent toute leur place dans le parcours de soins.

La chirurgie vaginale autologue, peu morbide et sans matériau synthétique, retrouve une légitimité dans des indications bien choisies, avec

toutefois un risque de récurrence assez élevé. Le colpocleisis, solution rapide, peu invasive et à faible morbidité chez les patientes âgées sans activité sexuelle reste une option pertinente, mais demeure encore peu utilisée.

Par voie abdominale, l'utilisation du fascia lata ou la plicature utérosacrée permettent, chez des patientes bien sélectionnées (âge, qualité tissulaire, antécédents...), de réaliser des reconstructions durables sans prothèse.



D'autres techniques autologues abdominales, moins diffusées, viendront compléter ce panorama. L'occasion de confronter les indications, d'analyser les résultats et d'ouvrir la voie à une innovation thérapeutique sans recours systématique à la prothèse.



Forum du CUROPF
8^h30-10^h00
Amphi Bordeaux

Symposium Pierre Fabre

Du nouveau dans l'hyperactivité vésicale !

Pathologie fréquente qui augmente avec l'âge, l'hyperactivité vésicale concerne près de 14 % de la population. Son maître symptôme, l'urgenterie, a un retentissement important sur la vie sociale (anxiété, repli, altération du sommeil, de la vie sexuelle et absentéisme). Les anticholinergiques restent les traitements oraux les plus



utilisés, mais leurs effets indésirables — sécheresse buccale, constipation, troubles cognitifs chez les sujets âgés — et leur efficacité modérée limitent l'observance et leur usage prolongé. L'arrivée des agonistes bêta-3 il y a

une dizaine d'années a apporté une alternative mieux tolérée, avec un mode d'action différent. Cette classe continue à évoluer avec de nouvelles molécules susceptibles d'ouvrir des perspectives thérapeutiques supplémentaires.

Présidé par Xavier Gamé, le symposium réunira Pierre Denys, Marie-Aimée Perrouin-Verbe et Caroline

Thuillier pour analyser les données récentes de la littérature et discuter de la place que pourraient occuper ces options dans la prise en charge de l'hyperactivité vésicale.



Symposium Pierre Fabre
16^h30-18^h00
Amphi Bordeaux