

Le Quotidien

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

DU CONGRÈS

Éditorial



Grand angle

Rapport du congrès : toute la lumière sur les lasers en 2025 P.3



Socio Pro

Le CNPU, vous connaissez ? P.5



Médaille Felix Guyon

Jean-François Hermieu, Bertrand Pogu, la sécurité des soins comme boussole P.4



À ne pas manquer ce jour

Cancer de la prostate, l'âge du premier dépistage PSA influence le pronostic P.8



Jean-Luc Descotes

PRÉSIDENT DU 120^E CFU

C'est un plaisir qui ne s'émeuse pas avec le temps qui passe... celui de participer fin novembre au Congrès français d'urologie, ce moment incontournable pour les urologues, mais aussi pour nos infirmières, kinésithérapeutes, secrétaires que nous allons croiser dans les couloirs

Le CFU : un mélange harmonieux de données scientifiques et de convivialité

bondés du Palais des congrès de la Porte Maillot.

Comme chaque année, nous allons partager nos expériences professionnelles, découvrir des innovations thérapeutiques, échanger avec les jeunes générations qui, par leur dynamisme, font la force de notre métier, une spécialité médico-chirurgicale qui reste très attractive, en mouvement permanent.

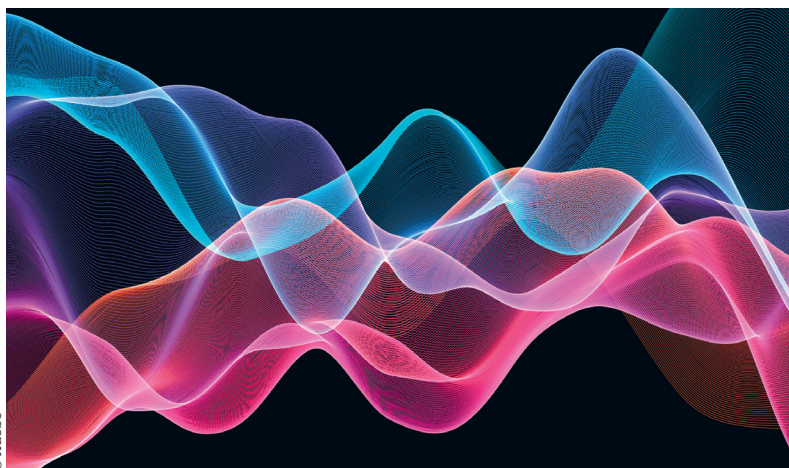
Outre les débats animés qui s'annoncent dans les domaines de l'endoscopie, de la robotique, de l'intelligence artificielle et des thérapeutiques médicales, ce congrès sera aussi l'occasion de partager des moments festifs et conviviaux sous la présidence de Georges Fournier, dont on connaît la

force de travail et la rigueur scientifique. Aucun doute, il nous a préparé avec les comités scientifiques et d'organisation un superbe programme, avec la participation de nos collègues internationaux, de médecins généralistes, et la société invitée représentée par l'Association cambodgienne d'urologie.

En me proposant la présidence du 120^e congrès en 2026, le conseil d'administration m'offre un privilège et un honneur dont je mesure dès à présent l'importance, et je tiens à le remercier pour cette marque de reconnaissance. À très vite pour ces quatre journées riches en échanges scientifiques et humains.

Actu du jour

Intensification ou désescalade, vers une approche plus ciblée du cancer de la prostate



Faut-il en faire plus, ou au contraire alléger la prise en charge des cancers de la prostate ? Toute la question est celle du juste équilibre entre efficacité, toxicité et qualité de vie, selon les situations thérapeutiques et les profils de patients. p.2

 **AGORA**
Hall
Bordeaux

Rendez-vous à l'Agora de 10^H15 à 10^H55 pour découvrir :
les **Best Abstracts** des sessions de vendredi après-midi

Actu du jour (suite de la P.1)

Intensification ou désescalade, vers une approche plus ciblée du cancer de la prostate

De la détection précoce aux formes métastatiques résistantes à la castration, en passant par les cancers localisés de risque intermédiaire et à haut risque, la récurrence biochimique après traitement local ou le cancer métastatique hormonosensible, les membres CCAFU Prostate discuteront de la pertinence d'une intensification des traitements ou de leur désescalade. Un débat arbitré à partir des données les plus récentes de la littérature, et avec l'analyse croisée d'un oncologue radiothérapeute.

Chaque séquence s'appuiera sur des cas représentatifs, illustrant la diversité des profils tumoraux et des trajectoires évolutives, pour évaluer l'apport réel des traitements additionnels ou, à l'inverse, les conditions permettant d'en limiter l'usage sans perte de chance.

Une mise en perspective qui redessine les schémas thérapeutiques et les pratiques cliniques, en s'appuyant sur les données de grands essais : CHAARTED, STAMPEDE, GETUG-AFU 16, RTOG 9601, LATITUDE, PROFOUND, PEACE-1 pour l'intensification ; SPCG-4, PIVOT, ProtecT, PRIAS, RADICALS-RT pour la désescalade. À ne pas manquer.



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

L'entretien d'ailleurs

« Sans communication, impossible de prendre les bonnes décisions. »



Antonia Blanié

Hormis la gestion technique, quelles sont les priorités immédiates du raisonnement clinique ?

En plus des compétences techniques de chacun, l'important est d'avoir une conscience collective de la situation, pour prendre les bonnes décisions. Il faut faire un *time-out* pour communiquer. L'équipe donne sa perception, comprend la situation et anticipe ce qui va se passer. Est-ce qu'on convertit ? Est-ce qu'on appelle un collègue ? Ce n'est faisable que quand tout le monde a pu communiquer. Comme tout raisonnement clinique, il doit être réévalué selon l'évolution de la situation.

Comment gérer sans accroc un choc hémorragique pendant une chirurgie robot-assistée ? Aller vite, oui, encore faut-il penser bien et ensemble. Entretien avec Antonia Blanié, anesthésiste-réanimateur, spécialiste de la préparation à la gestion de situations critiques par simulation à la SoFraSimS et à la SFAR.

Comment la simulation s'intègre-t-elle dans la formation des futurs médecins ?

Depuis 2017, la simulation est intégrée dans les curriculums des internes d'anesthésie-réanimation et de chirurgie. Concernant ma spécialité, cela fait plus de dix ans que nous mettons en place des formations par simulation et plus récemment, des formations interprofessionnelles avec les IADE pour éviter la formation en silo. La prochaine étape est d'y intégrer les internes de chirurgie. Elles sont réalisées avec des simulations immersives utilisant des mannequins-patients haute-fidélité dans un environnement de bloc. Il y a aussi désormais les ECOS, les examens cliniques objectifs et structurés pour les étudiants de

médecine en sixième année. Ils sont évalués avec ces mises en situation et non plus seulement sur des examens écrits.

Quelles preuves avez-vous que la simulation améliore réellement la pratique ?

L'apprentissage des gestes techniques est amélioré en utilisant un simulateur. Pour les compétences non techniques, des études montrent qu'après ces formations la communication et le travail d'équipe gagnent également en qualité. Certaines études ont même enregistré une baisse de la morbidité. Par exemple, une formation par la simulation à la maternité sur l'hémorragie du post-partum a réduit le temps de prise en charge et les pertes sanguines.

Actu du jour

Cystectomie pour TVIM et curage ganglionnaire, jusqu'où ?

Selon les recommandations 2024–2026 de l'AFU, un curage pelvien remontant jusqu'au croisement des uretères est indiqué lors de la cystectomie pour tumeur vésicale infiltrant le muscle non métastatique. Au-delà, aucun bénéfice oncologique n'a été démontré. Les lignes peuvent-elles bouger ?

Les deux essais randomisés disponibles, LEA et SWOG S1011, n'ont montré aucun bénéfice en survie sans récurrence, ni en survie globale avec un curage étendu jusqu'à la bifurcation aortique, malgré un gain théorique en staging, avec en revanche une morbidité accrue dans S1011.

L'AFU comme l'EAU recommandent,

pour les TVIM non métastatiques, un curage des régions obturatrices, iliaques externes, internes et primitives distales, en remontant jusqu'au croisement des uretères, sans nombre minimum de ganglions. « *Ce curage pelvien reste la référence lors de la cystectomie pour TVIM non métastatique* », rappelle François Audenet.

Les données actualisées de l'essai

CheckMate 274, présentées à l'ASCO et à l'ESMO 2025, confirment le bénéfice durable du nivolumab adjuvant. Par conséquent, le curage ganglionnaire demeure essentiel pour la stadification et les décisions thérapeutiques. « *Les techniques mini-invasives pourraient réduire la morbidité du curage et déplacer la balance bénéfice/risque en faveur de gestes plus*

étendus dans certains cas », annonce-t-il. De nouvelles études intégrant les traitements combinés pourraient préciser sa place dans la prise en charge péri-opératoire.



État de l'art n°21
10^h30-10^h45
Amphi Bordeaux

Grand angle



Rapport du congrès : toute la lumière sur les lasers en 2025

Des calculs aux tissus prostatiques, les lasers en urologie sont de plus en plus performants. Le rapport 2025 en retrace l'évolution, d'Einstein aux technologies au thulium, et souligne l'importance d'un réglage maîtrisé pour allier efficacité opératoire et sécurité du patient.

Côté prostate et vessie

Cinq lasers pour la prostate et la vessie couvrent les indications les plus courantes : l'Ho:YAG, le Tm:YAG continu ou pulsé, le thulium fibré, le laser Greenlight et les lasers diode. Steeve Doizi confirme : « Du fait de leur polyvalence et de leur efficacité, ils occupent une place de choix dans la prise en charge chirurgicale de nombreuses pathologies, dont l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) et les tumeurs de vessie. »

Différentes techniques ont ainsi été décrites pour le traitement de l'HBP (incision cervico-prostatique, résection, photovaporisation, énucléation), dont certaines sont propres à un laser spécifique. Qu'en est-il des

résultats ? « Alors que la résection et la photovaporisation laser offrent des résultats fonctionnels similaires à la RTUP, l'énucléation de prostate endoscopique au laser a montré une amélioration fonctionnelle supérieure,

et similaire à l'adénomectomie prostatique », précise-t-il. Concernant les durées de sondage vésical et d'hospitalisation, « le laser offre un profil avantageux, quelle que soit la technique chirurgicale. » C'est également

vrai pour les taux de transfusion, significativement inférieurs.

La prise en charge chirurgicale au laser des tumeurs de vessie non infiltrantes du muscle repose sur deux techniques : la résection en-bloc, et la photovaporisation. « Quelle que soit la technique, les résultats oncologiques sont similaires à la résection endoscopique (RTUV), mais avec un profil avantageux en termes de complications peropératoires (diminution significative du réflexe du nerf obturateur et de perforation vésicale) », détaille-t-il. En ce qui concerne le taux de détrusor observé lors de l'analyse histologique entre la résection en-bloc au laser et la RTUV, les données de la littérature sont contradictoires.

DES RISQUES À NE PAS NÉGLIGER

Le laser en urologie comporte des risques pour le patient (lésions thermiques, sténoses urétérales, complications vasculaires, brûlures cutanées), le personnel (atteintes oculaires, cutanées, auditives) et l'équipement (casses d'urétroscopes). « S'ils demeurent globalement faibles, leurs conséquences potentielles ne doivent pas être sous-estimées. Une connaissance approfondie de ces risques, ainsi que des mesures de prévention, constitue donc un prérequis indispensable pour tout urologue », rappelle Steeve Doizi.

Côté calculs

Les lasers sont également devenus incontournables dans le traitement des calculs urinaires. « Leur évolution rapide a transformé les pratiques opératoires, offrant aux urologues des gestes plus précis, mieux contrôlés et plus sûrs », indique Nadia Abid. Du holmium:YAG aux thulium fibré (TFL) et thulium:YAG, les performances se sont nettement améliorées : fragmentation plus fine, rétroimpulsion ré-

duite, visibilité accrue et morbidité diminuée.

En urétroscopie souple, le thulium fibré permet une fragmentation plus homogène, limitant la mise en mouvement des fragments durant le tir laser et facilitant ainsi le dusting, avec pour objectif d'atteindre le « totally stone free », soit un rein sans fragment résiduel.

En percutanée, l'holmium:YAG demeure la référence pour des

calculs au-delà de 2 cm ; le modèle haute puissance s'impose pour les calculs supérieurs à 4-5 cm, « le TFL n'ayant pas démontré de supériorité en mini-percutanée », précise-t-elle.

La sécurité impose une maîtrise rigoureuse des réglages : « En urétroscopie, il ne faut pas dépasser 10 W dans l'uretère, ni 20-25 W dans le rein ; il faut par ailleurs éviter les hautes fréquences et se méfier des pré-réglages, faute de dispositif d'alerte. »

Et demain ? Les recherches se concentrent sur la miniaturisation, l'aspiration et l'ergonomie pour faciliter l'évacuation des débris et améliorer le confort opératoire.



Le Rapport du congrès
13^h30-14^h30
Amphi Bordeaux

Médaille Félix Guyon

Jean-François Hermieu, Bertrand Pogu, la sécurité des soins comme boussole



Georges Fournier, Bertrand Pogu, Jean-François Hermieu et Alexandre de la Taille.

Jean-François HERMIEU

Des recommandations en chassent d'autres, mais pas leur histoire. Les dernières en date pour l'incontinence urinaire d'effort chez la femme viennent d'être présentées au 119^e congrès, année même de la remise de la médaille Félix Guyon à Jean-François Hermieu qui fut l'un des artisans des premières recommandations dans l'indication, en 2007 pour le diagnostic et 2009 pour le traitement. C'est dans ce champ de l'urologie fonctionnelle qu'il a construit sa carrière, suivant avec fortune le bon conseil de son maître Laurent Boccon-Gibod, alors chef du service d'urologie à Bichat.

Et c'est dans ce même établissement parisien qu'il développe un diplôme universitaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie : « Bon nombre de membres de l'AFU ont découvert la discipline grâce à ce DU », se souvient-il. Il participe également aux enseignements du Collège d'urologie de l'AFU et anime le Curopf pendant 6 ans.

Sa contribution aux recommandations de 2007 et 2009 lui ouvre les portes de la SIFUD dont il fut secrétaire général deux mandats de suite avant d'en devenir le président. « J'ai apprécié la dimension pluridisciplinaire de cette société savante où urologues, gynécologues et spécialistes

« C'est dans ce champ de l'urologie fonctionnelle qu'il a construit sa carrière, suivant avec fortune le bon conseil de son maître Laurent Boccon-Gibod, alors chef du service d'urologie à Bichat. »

de médecine physique et de réadaptation partagent leur savoir ». La tenue du congrès annuel de la SIFUD dans une ville différente chaque année contribue à entretenir cette dynamique.

Le parcours de Jean-François Hermieu est jalonné par d'autres moments importants comme la participation à l'introduction des bandelettes sous-urétrales à la fin des années 1990 et l'arrivée de la toxine botulique en 2013. Il a aussi contribué aux travaux de la Haute Autorité de Santé dix ans plus tard sur les complications des bandelettes, dans un cadre associant sociétés savantes, patientes et experts juridiques.

Si la pelvi-périnéologie n'a pas toujours été courtisée par les urologues en formation, il apprécie de voir arriver une génération de jeunes PU-PH prêts à relever le flambeau. Une grande satisfaction pour ce passeur de savoir.

Bertrand POGU

C'est en développant le service d'urologie du Centre hospitalier de Châlons-en-Champagne qu'il a créé en 1995 ce Bertrand Pogu – nouveau médaillé Félix Guyon – met en place une politique de qualité et de gestion du risque. « J'ai essayé d'organiser le service de façon moderne, en insistant sur l'information des patients, les check-lists, les contrôles qualité et une organisation des soins la plus sûre possible. »

L'histoire patronymique pourrait sembler facétieuse – Pogu dériverait d'un terme signifiant main maladroite. Tout le contraire de celui qui fut secrétaire général adjoint du SNCUF : à l'initiative de Xavier Rébillard, il a posé les bases d'Urorisq, l'organisme d'accréditation des urologues cogéré par l'AFU

« De bonnes RMM, une bonne checklist et une bonne communication au sein de l'équipe sont les bases d'une pratique sûre et d'une amélioration continue et partagée de la qualité des soins. »

et le Syndicat, présidé à l'époque par Benoît Vignes. Ensemble, ils ont impulsé d'une main sûre une approche collective du risque en urologie.

Formé à l'expertise en accréditation auprès de la HAS, Bertrand Pogu a largement contribué à diffuser cette culture, une sensibilisation qui remonte à son internat : « Je participais alors aux revues de morbi-mortalité dans un service de chirurgie viscérale. À l'époque, face à un incident, un chirurgien se disait : ça peut arriver.

Aujourd'hui, il doit se dire : cela ne doit plus arriver. Les risques font partie du métier, mais on peut les limiter par une attention partagée, observe-t-il. Avant, le chirurgien voulait tout contrôler seul, maintenant il travaille en équipe. » C'est en tissant ce fil que va naître, quelques années plus tard, la journée Urorisq. Point de départ de ce rendez-vous organisé chaque année début mars, une première réunion pour analyser un événement indésirable associé aux soins en 2008 au siège de Colloquium. Le long et patient travail

de développement et de conviction des experts d'Urorisq réalisé depuis est aujourd'hui récompensé : 540 urologues déjà accrédités, dont 441 en équipe, et plus de 7 000 événements indésirables associés aux soins déclarés depuis la réunion de lancement.

Alors que le DPC s'essouffle, Bertrand Pogu note avec satisfaction que « l'accréditation reste un des rares systèmes qui tiennent la route ». Elle a renforcé le travail en équipe et le sens de la sécurité collective. Prochaine étape : organiser des équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles avec Stéphane Bart, compagnon de la qualité et de la gestion des risques, qui salue son engagement au service de l'associatif et du collectif.

Socio-pro

Le CNPU, vous connaissez ?

Le Conseil national professionnel d'urologie reste encore mal identifié par de nombreux urologues. Il est pourtant devenu l'instance de référence pour la pratique professionnelle.

« Historiquement, l'AFU était l'interlocuteur principal. Désormais, le CNPU est la clé de voûte de l'organisation de la profession », rappelle son président, Xavier Gamé.

Composé de représentants de l'AFU, du syndicat et du collège des enseignants d'urologie, et intégré à la Fédération des spécialités médicales, le CNPU dialogue directement avec le ministère de la Santé et les agences sanitaires. Cancérologie, nomenclature, arrêtés ministériels, certification ou recertification : autant de sujets sur lesquels le conseil national est directement impliqué. « Tout collègue rencontrant une difficulté sur



un sujet lié à la pratique de l'urologie peut nous interpeller », souligne-t-il. Ce rôle n'enlève rien à l'importance de l'AFU, qui conserve ses missions

de formation, de recommandations, de diffusion scientifique et d'information du public. « Le CNPU et l'AFU avancent ensemble : la pratique d'un côté, l'expertise scientifique de l'autre », insiste-t-il.

Un sujet sensible mis en avant lors de la séance illustre l'implication du Conseil : l'accès à l'exercice pour les praticiens diplômés hors Union européenne. Alors qu'ils étaient jusqu'ici évalués par un examen, certains peuvent désormais exercer après une simple validation par un chef de service. « Les médecins français suivent un cursus exigeant, avec concours et recertification. Il faut que

les praticiens étrangers répondent aux mêmes exigences, pour garantir la qualité des soins », alerte Xavier Gamé. Le CNPU est en discussion avec le ministère sur ce point.

Le forum du CNPU et CPP permettra aux congressistes de mieux comprendre le rôle de cette structure et d'échanger sur des enjeux déterminants pour leur pratique et l'avenir de la profession.

Forum du CNPU et CPP
11^h00-12^h30
Salle 341

Prix de l'exposition

Bravo à Astellas pour son prix du stand le plus écoresponsable



Résultat de l'élection

Les 24 élus au CA de l'AFU

- | | | |
|------------------------|----------------------------|--------------------|
| ABID Nadia | FIARD Gaëlle | PETTENATI Caroline |
| AKAKPO William | GAME Xavier | PEYRONNET Benoît |
| ALENDIA Olivier | LEGEAIS Didier | PHE Véronique |
| BART Stéphane | MALLET Richard | PIGNOT Géraldine |
| BEAUVAIL Jean-Baptiste | MERIA Paul | PRADERE Benjamin |
| BENSALAH Karim | MONGIAT-ARTUS Pierre | ROZET François |
| BRANCHEREAU Julien | NEUZILLET Yann | THUILLIER Caroline |
| FAIX Antoine | PERROUIN-VERBE Marie-Aimée | TRAXER Olivier |

Distinctions

- | | |
|---|---|
| Prix Dominique Chopin
Frédéric PANTHIER | Prix de l'Innovation René Küss
Olivier TRAXER |
| Prix de la meilleure communication du congrès 2025
François ROZET | Prix du meilleur relecteur du French Journal of Urology
Arthur PEYROTTE |

C'Professionnel

Combien une intervention en urologie coûte à l'environnement ?

De la production des matériaux jusqu'à la gestion des déchets en passant par leur maintenance, des analyses du cycle de vie permettent d'en savoir plus.

Cette démarche sert désormais de référence. L'analyse menée sur l'HOLEP montre, par exemple, qu'un récupérateur de déchets liquides évite de brûler plusieurs dizaines de litres d'eau contaminée après chaque intervention. « Une aberration que l'on doit pouvoir éviter », souligne

Richard Mallet, responsable de la commission Développement durable de l'AFU. D'autres études comparent différentes pratiques liées à l'urétéroscopie souple - usage unique ou réutilisable, fibres laser jetables ou non, désinfection de haut niveau ou stérilisation à basse température - et s'intéressent aux dispositifs de

drainage urinaire pour déterminer, selon les situations, la solution la plus écoresponsable entre sonde à demeure, autosondage ou stent prostatique.

Les recommandations venues des Pays-Bas alimenteront aussi le débat : certaines cystoscopies y sont désormais réalisées sans gants

stériles ni champs opératoires, un changement de culture qui interroge les pratiques françaises.

Commission développement durable
8^h30-10^h00
Salle 342 A

Les boursiers 2025



Comme chaque année, l'AFU met en avant le travail de jeunes urologues engagés dans des projets de recherche. Huit bourses sont attribuées par l'AFU, auxquelles s'ajoute une neuvième qui bénéficie également du partenariat d'IPSEN. Toutes distinguent des travaux qui contribuent à faire progresser la discipline et à structurer les pratiques de demain.

BOURSE AFU

Apport de la médecine de précision pour le développement de la xénotransplantation rénale

La xénotransplantation, qui consiste à greffer des organes de porcs génétiquement modifiés à l'homme, ouvre une nouvelle voie pour pallier la pénurie d'organes. Grâce à la bourse de mobilité, je vais pouvoir participer à l'essai clinique et à l'étude multi-omique sur la xénotransplantation menée au Paris Transplant group (INSERM U970), en collaboration

avec le service d'urologie de Robert Montgomery de la New York University. Ce projet vise à mieux comprendre les mécanismes de rejet et à identifier les biomarqueurs clés permettant d'adapter les traitements immunosuppresseurs en temps réel, dans une approche de médecine de précision.

Émilien Seizilles de Mazancourt

BOURSE AFU

Optimiser l'utilisation des greffons Maastricht III : vers une alternative à la CRN ?

Ce projet explore une stratégie visant à éviter la perte de reins prélevés chez les donneurs en arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht III), en cas d'échec de la circulation régionale normothermique (CRN). Dans un modèle porcin préclinique d'allotransplantation rénale, nous comparerons l'approche standard CRN + machine de perfusion hypothermique (HMP) à un

protocole associant néphrectomie rapide (simulation d'un échec de canulation) + HMP, afin de démontrer sa non-infériorité fonctionnelle et histologique. Ce travail mené à l'UMR 1064 – Nantes Université, sous la direction de Julien Branchereau pourrait élargir le pool de greffons utilisables.

Marine Uhl

BOURSE AFU**Étude des interactions entre cellules tumorales et fibroblastes associés au cancer FAP+ dans des modèles de sphéroïdes de tumeurs urothéliales de vessie.**

Le cancer de vessie représente un enjeu majeur de santé publique dont les mécanismes de progression restent mal définis. Les fibroblastes associés au cancer (CAF) contribueraient à l'agressivité tumorale par des communications paracrines avec les cellules tumorales invasives identifiées à leur contact.

Mon projet vise à modéliser ces interactions dans une matrice tridimensionnelle mimant l'architecture

tissulaire *in vivo*. À cette fin, nous utiliserons des sphéroïdes de tumeurs de vessie, établis à partir de prélèvements frais de patients puis complexifiés. Notre objectif est de démontrer la capacité des sphéroïdes à mimer la tumeur primitive et de caractériser ces interactions. Cette étude est conduite au laboratoire de l'Institut Curie en collaboration avec le CEA Saint-Louis à Paris.

Astrid La Rosa

BOURSE AFU**Comparaison des effets tissulaires entre les énergies lasers (Ho:YAG, Thulium fibré, Tm:YAG pulsé) et bipolaire sur l'urothélium.**

La fulguration constitue une option thérapeutique pour les patients présentant une tumeur de vessie non infiltrant le muscle, selon certaines conditions. Le laser Holmium:YAG est actuellement le laser de référence.

L'objectif de ce projet est de déterminer les effets tissulaires des différents lasers disponibles sur le marché (Ho:YAG, Thulium fibré, p-Tm:YAG) sur un modèle *ex vivo* en comparai-

son à l'énergie bipolaire. Les résultats permettront de mieux connaître l'efficacité et la sécurité de chaque énergie afin de suggérer des réglages adaptés en pratique clinique. Ce travail sera réalisé à l'École nationale d'arts et métiers à Paris, au sein du laboratoire « Procédés et ingénierie en mécanique et matériaux » - URM CNRS 8006.

Adèle Martin-Illac

BOURSE IPSEN/AFU**Caractérisation de la réponse immunitaire tissulaire, sérique et urinaire de la double immunothérapie bloquant la voie HLA-E/NKG2A et PD-1/PD-L1 dans les tumeurs de la vessie non infiltrant le muscle à haut risque non répondeurs au BCG.**

Une étude américaine de phase 2 explore une double immunothérapie bloquant simultanément PD-1/PD-L1 et HLA-E/NKG2A chez des patients atteints de TVNIM à haut risque non répondeurs au BCG. Mon travail de recherche vise à caractériser la réponse immunitaire induite par ce traitement - au niveau tissulaire, sérique et urinaire - et d'identifier des biomarqueurs prédictifs de réponse ou de résistance. Deux cohortes sont incluses : l'une

présentant un carcinome *in situ* avec ou sans tumeur papillaire, et l'autre une tumeur papillaire de haut grade sans CIS. Le programme translationnel associe analyses moléculaires et tests fonctionnels de cytotoxicité, corrélés aux données cliniques. L'étude sera menée à New-York au Tisch cancer institute et au Marc and Jennifer Lipschultz precision immunology institute.

Pierre-Etienne Gabriel

BOURSE AFU**Évaluation de la préservation de transplants rénaux par machine de perfusion subnormothermique dans un modèle clinique de reins porcins après arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht 3).**

Ce projet vise à évaluer la faisabilité et l'efficacité de la préservation de reins issus de donneurs après arrêt circulatoire contrôlé par machine de perfusion subnormothermique avec perfusé acellulaire, comparée à la perfusion hypothermique. Réalisée sur un modèle porcine d'auto-transplantation rénale, cette étude permettra d'analyser la fonction rénale précoce et les

lésions d'ischémie-reperfusion. La bourse de recherche de l'Association française d'urologie permet la réalisation de ce protocole dans le cadre d'une mobilité universitaire en collaboration avec l'équipe de Tom Darius au sein du laboratoire IREC-CHEX (Université catholique de Louvain) et des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

Alexandre Frontczak

BOURSE AFU**Évaluation de l'expression tumorale de PD-L1 dans le carcinome urothélial avant et après chimiothérapie néo-adjuvante, sur tumorothèque issue de la cohorte GETUG/AFU V05 VESPER**

L'objectif de ce projet de recherche est d'évaluer l'expression immunohistochimique de PD-L1 sur des échantillons tumoraux vésicaux avant et après l'administration d'une chimiothérapie néoadjuvante pour cancer infiltrant de la vessie.

Nous émettons l'hypothèse que cette expression pourrait varier après

chimiothérapie et influencer le choix du matériel tumoral à analyser ainsi que les thérapeutiques proposées. Cette bourse de l'AFU me permettra de réaliser ce projet de recherche au sein du laboratoire d'oncologie moléculaire (UMR 144) de l'Institut Curie.

Joséphine Papet

BOURSE AFU**Greffons augmentés : exploiter la protection bactérienne pour contrer le rejet humoral grâce à l'ingénierie génétique de l'endothélium.**

La transplantation rénale est toujours limitée à ce jour par le rejet humoral, première cause de défaillance du transplant à long terme. Actuellement, son traitement diminue au mieux le titre des allo-anticorps sans espoir curatif. De nouvelles approches sont donc nécessaires.

L'objectif est de développer, au sein du Centre international de recherche en infectiologie à Lyon, une thérapie génique antirejet

basée sur un système bactérien neutralisant les anticorps, qui sera transférée aux cellules endothéliales des « transplants augmentés » via un vecteur viral, pour les protéger efficacement.

Administrée *ex vivo* sur plateforme normothermique avant transplantation, cette thérapie génique pourrait améliorer la survie des transplants à l'avenir.

Vincent Mayoral

À ne pas manquer ce jour

TVIM localisées, **finies** les cystectomies ?

Essai après essai, l'efficacité des traitements néoadjuvants des tumeurs de vessie infiltrant le muscle localisées augmente. De quoi privilégier la préservation ?

Des progrès et une question : faut-il encore recourir à la cystectomie radicale après réponse complète au traitement néoadjuvant ? Difficile de répondre. Comme le souligne Alexandra Masson-Lecomte, « on ne peut vérifier le taux de réponse complète à un traitement néoadjuvant que sur la pièce de cystectomie radicale... » Il n'existe aucune méthode validée pour réévaluer les patients cliniquement après chimiothérapie.

Les pistes ne manquent pourtant pas : clinique, avec la RTUV ; radio-



logique, avec l'IRM ; génétique, avec l'ADN circulant ou l'ADN tumoral urinaire ; moléculaire, avec des marqueurs urinaires identifiés via des tests multiplexes, et potentiellement une combinaison de ces méthodes. Mais aucun n'a encore été validé formellement. Les résultats d'essais en cours pour les évaluer sont donc très attendus.



Table ronde n°13
10^h45-11^h15
Amphi Bordeaux

Cancer de la prostate, l'âge du premier dépistage PSA **influence** le pronostic

Faut-il instaurer un dépistage organisé plus précoce du cancer de la prostate en France ? Une analyse à grande échelle des données du SNDS montre que l'âge du premier dosage du PSA conditionne fortement l'évolution de la maladie.

Entre 2008 et 2018, les chercheurs ont étudié le parcours de plus de 205 000 hommes traités par prostatectomie radicale. Lorsque le premier PSA est réalisé tardivement – autour de 64 ans en moyenne en France en 2018 – le risque de récurrence après chirurgie est nettement plus élevé. Dans ce cas, le recours à l'hormonothérapie et à la chimiothérapie est éga-



lement plus fréquent et rapide. Conclusion, un diagnostic à un âge avancé prédispose à des formes plus évoluées de la maladie, indépendamment des progrès récents dans les techniques de stadification. « Un premier PSA dès 50-55 ans permettrait d'améliorer le pronostic et de limiter le recours à des thérapies de rattrapage plus agressives », avance Géraldine Cancel-Tassin qui

a participé au pilotage de l'étude. Le débat sur l'absence de dépistage organisé du cancer de la prostate en France reste ouvert, mais ces résultats plaident en faveur d'une révision des pratiques actuelles.



Communication orale
11^h00-11^h10
Salle 342 A

Bilan d'extension du cancer du rein, **bientôt** l'imagerie métabolique

Surveillance active ou traitement curatif ? Néphrectomie partielle, néphrectomie élargie, ou recours à la radiothérapie et aux traitements focaux ? Tout bilan d'extension d'une tumeur rénale cancéreuse commence par l'imagerie. Et ça bouge.

Le scanner et l'IRM restent la base du bilan d'extension du cancer du rein. Ils permettent d'identifier les patients éligibles à une surveillance, de définir la meilleure stratégie chirurgicale et de distinguer une forme localisée

d'une maladie métastatique. « Le scanner joue un rôle central dans cette distinction, là où l'IRM précise les limites tumorales dans les formes localement avancées, notamment en cas de thrombus cave », rappelle Alexandre Ingels.

Une nouveauté s'annonce avec l'imagerie métabolique. Les TEP au Sestamibi et au Girentuximab, déjà testées dans des essais internationaux, pourraient orienter le clinicien vers les sous-types histologiques et confirmer une surveillance active. Une étape

attendue pour optimiser la prise en charge des patients.



État de l'art n° 22
11^h15-11^h30
Amphi Bordeaux