



UROFOCUS

Transmission des savoirs

TAKE-HOME MESSAGES

Congrès régional d'urologie

Présentations des 17 et 18 septembre 2026 | Les Pensières, Annecy

11 modules

Versions développées et corrigées des synthèses

Document de synthèse — septembre 2026



SOMMAIRE

01 À RETENIR — CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE HORMONOSENSIBLE

17 Septembre 2026

02 MISE AU POINT SUR LA CHIRURGIE DU PROLAPSUS

17 Septembre 2026

03 L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DANS TOUS SES ÉTATS

17 Septembre 2026

04 MISE AU POINT : CHIRURGIE RÉNALE ET HIFU POUR CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE

17 Septembre 2026

05 SYMPOSIUM ASTRAZENECA — TVNIM OU TVIM : PLACE DE L'IMMUNOTHÉRAPIE

17 Septembre 2026

06 GESTION DES CYSTITES RÉCIDIVANTES

17 Septembre 2026

07 RMM ET ACTIVITÉ SYNDICALE

17 Septembre 2026

08 FIN DE VIE : LES POINTS DU DÉBAT

17 Septembre 2026

09 TECHNIQUES CIBLÉES ET INNOVATIONS UTILES 1

18 Septembre 2026

10 SYMPOSIUM MSD — TVIM : ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

18 Septembre 2026

11 TECHNIQUES CIBLÉES ET INNOVATIONS UTILES 2

18 Septembre 2026

À RETENIR — CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE HORMONOSENSIBLE

Personnaliser l'intensification thérapeutique

- Le TEP-PSMA améliore le bilan d'extension, mais la définition du haut ou bas volume reste historiquement fondée sur l'imagerie conventionnelle.
- L'association ADT + inhibiteur de la voie du récepteur aux androgènes constitue le minimum thérapeutique du cancer métastatique hormonosensible.
- Chez un patient métastatique synchrone de haut volume et apte à la chimiothérapie, le triplet ADT + ARPI + docétaxel doit être discuté.
- Le darolutamide dispose de données solides en triplet dans ARASENS ; en doublet, ARANOTE montre une réduction de 46 % du risque de progression radiologique ou de décès.
- Son faible potentiel d'interactions, son moindre passage cérébral et son profil cognitif favorable sont particulièrement utiles chez les patients polymédiqués ou fragiles.
- Le bénéfice cardiovasculaire paraît favorable mais repose surtout sur des comparaisons indirectes.
- En France, le darolutamide est remboursé en triplet ; son utilisation en doublet n'est pas remboursée au moment de la session.
- Le choix entre doublet et triplet doit intégrer volume tumoral, caractère synchrone, comorbidités, fragilité, interactions, préférences et qualité de vie.

EN PRATIQUE

L'intensification est la règle, mais son niveau doit être individualisé. Chez le patient synchrone de haut volume, le triplet est à privilégier s'il est compatible avec l'état général.

MISE AU POINT SUR LA CHIRURGIE DU PROLAPSUS

Avant d'opérer

- Le pessaire doit être présenté comme un véritable outil thérapeutique permettant de traiter, temporiser et tester l'effet attendu de la correction du prolapsus avant une éventuelle chirurgie.
- Il permet d'évaluer l'amélioration des symptômes, mais aussi de rechercher une incontinence urinaire d'effort masquée. L'absence de fuite sous pessaire prédit bien l'absence d'incontinence postopératoire ; une fuite provoquée ne justifie pas automatiquement la pose d'une bandelette.
- En pratique, un anneau en silicone de taille 4 ou un cube de taille 3 constituent souvent un bon point de départ. Le choix doit être adapté à l'anatomie, au confort et à la capacité d'autogestion de la patiente.
- Un contrôle à un ou deux mois vérifie tolérance, efficacité et bonne manipulation. Le suivi peut être partagé avec des sages-femmes ou kinésithérapeutes formés.
- La décision opératoire doit rester partagée et intégrer les symptômes, les attentes de la patiente, son activité, ses antécédents et le bénéfice obtenu avec le pessaire.

Promontofixation cœlio-robot-assistée

- L'exposition initiale du promontoire vérifie la faisabilité du geste et la position de la veine iliaque commune gauche. Une baisse du pneumopéritoine peut faciliter l'exposition et la dissection.
- La dissection vésico-vaginale doit être suffisamment large pour assurer une fixation correcte de la prothèse, tout en limitant la coagulation au contact du vagin afin de préserver sa vascularisation.
- La prothèse est fixée solidement à l'isthme puis laissée sans tension excessive, avec environ 1 à 2 cm de laxité.
- La repéritonisation doit être réalisée avant la mise en tension finale. Un toucher vaginal contrôle systématiquement l'absence de fil transfixiant.

Traitement de la rectocèle

- Pour une rectocèle moyenne ou basse symptomatique, notamment de stade 2 ou plus, la plicature prérectale vaginale autologue constitue une alternative efficace à la mise en place d'une prothèse postérieure.
- Elle permet une amélioration de la dyschésie avec une morbidité limitée. L'exposition du fascia rectovaginal, sa plicature au monofilament résorbable et le toucher rectal final sont les temps essentiels.

Chirurgie vaginale sans prothèse

- La sacrospinofixation antérieure, le plus souvent unilatérale, permet de corriger simultanément cystocèle et hystéroptose. L'utilisation de fils monobrins non résorbables et la réalisation de blocs pudendaux limitent douleurs et extériorisations de fils.
- Le V-NOTES améliore la vision et peut sécuriser certaines hystérectomies, annexectomies ou procédures de McCall, notamment en cas d'abdomen hostile.
- Cette voie d'abord reste une technique exigeante, nécessitant une formation spécifique et une évaluation rigoureuse de ses indications et de ses résultats.

EN PRATIQUE

Le choix entre pessaire, promontofixation, réparation vaginale autologue et V-NOTES doit être individualisé selon les symptômes, le compartiment atteint, les antécédents, les attentes et le projet de vie de la patiente.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DANS TOUS SES ÉTATS

IA et raisonnement médical

- L'IA générative facilite la synthèse, la rédaction, la pédagogie et la structuration des données, mais elle peut produire des réponses plausibles et fausses : la validation médicale reste obligatoire.
- Elle doit soutenir le raisonnement, sans se substituer à la décision clinique, à l'explication donnée au patient ni à la responsabilité du médecin.
- La qualité du résultat dépend autant de la question posée et des données fournies que du modèle utilisé ; la traçabilité des usages devient donc un enjeu professionnel.

IA et IRM de la prostate

- Le projet PAROS, développé au CHU de Rennes avec Incepto sur environ 3 000 IRM, explore la segmentation prostatique, la détection des lésions et le préremplissage du compte rendu.
- L'outil peut aussi faciliter la fusion avec les données de biopsie et la comparaison des examens successifs.
- Le bénéfice attendu porte surtout sur la reproductibilité, la standardisation et le gain de temps. La robustesse dépend toutefois de la qualité des images, des protocoles d'acquisition et de la validation sur des populations externes.
- Les bénéfices actuellement démontrés restent surtout intermédiaires ; un gain de performance algorithmique ne garantit pas à lui seul un bénéfice clinique pour le patient.

IA et anatomopathologie

- La pathologie numérique ouvre des applications en détection tumorale, grading, quantification immunohistochimique et priorisation des lames.
- Des gains de productivité de l'ordre de 30 à 37 % sont annoncés dans certaines tâches, mais ils dépendent fortement de l'organisation et de l'intégration au flux de travail.
- Les outils spécialisés sont aujourd'hui plus matures que les modèles généralistes. Le pathologiste doit conserver la validation finale et la maîtrise des discordances.

Conditions d'une utilisation fiable

- Avant tout déploiement : validation externe, prospective et locale, intégration au PACS et au système d'information, hébergement sécurisé, conformité RGPD et marquage CE.
- Il faut évaluer les biais, les dérives de performance dans le temps, le coût réel, l'organisation humaine induite et la capacité à reprendre la main en cas d'erreur.
- La responsabilité de la décision reste humaine et doit être clairement tracée.

EN PRATIQUE

L'IA utile est une IA intégrée au parcours, validée sur les données locales et placée sous contrôle humain. Elle complète les spécialistes mais ne les remplace pas ; la performance algorithmique seule ne suffit pas.

MISE AU POINT : CHIRURGIE RÉNALE ET HIFU POUR CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE

Sténoses urétérales après transplantation

- Les sténoses urétérales peuvent concerner près de 10 % des greffons à critères élargis et menacer directement leur fonction.
- Le bilan doit préciser le siège et la longueur de la sténose ainsi que la fonction du greffon : pyélographie antégrade, uro-scanner et scintigraphie MAG3 selon le contexte.
- L'endoscopie reste adaptée aux sténoses distales, courtes et précoces ; les lésions longues ou complexes relèvent plus volontiers d'une reconstruction chirurgicale.
- En chirurgie, la voie de prédilection reste une incision pararectale avec abord intrapéritonéal.
- La robotique facilite le repérage et la dissection dans un environnement adhérentiel et réduit la durée d'hospitalisation.
- L'échographie peropératoire et la fluorescence à l'indocyanine verte améliorent le repérage de l'uretère, du pyélon et de leur vascularisation.
- En cas de sténose complète de l'uretère du greffon, l'anastomose pyélo-urétérale avec l'uretère natif est souvent préférable.

Reconstructions urétérales complexes

- L'urétéro-iléoplastie constitue une solution de dernier recours pour les pertes urétérales longues, multifocales ou récidivantes.
- Préférer des segments digestifs courts pour la reconstruction et l'iléon le plus distal possible.
- La voie robotique offre des résultats fonctionnels comparables à la chirurgie ouverte, avec un séjour plus court.
- L'irradiation préalable augmente nettement le risque d'échec ; la vascularisation du segment intestinal doit être vérifiée avec soin.
- Pour les lésions plus courtes, une greffe de muqueuse buccale ou une réimplantation urétérovésicale doit être privilégiée.

Néphrectomie partielle robot-assistée

- La sécurité repose sur des principes simples : repérage vasculaire, échographie peropératoire quasi systématique, clampage contrôlé et énucléation dans le plan tumoral.
- La suture rénale associe classiquement un surjet médullaire d'hémostase puis un surjet cortical de rapprochement des berges.
- Les reconstructions 3D et la réalité augmentée n'ont pas encore démontré de supériorité nette sur une échographie peropératoire bien maîtrisée.
- Une table de conversion immédiatement disponible reste indispensable en cas de complication hémorragique.

17 SEPTEMBRE 2026

MISE AU POINT : CHIRURGIE RÉNALE ET HIFU POUR CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE — SUITE

HIFU pour cancer localisé de la prostate

- Le traitement focal par HIFU nécessite une sélection rigoureuse, une IRM de qualité et une fusion précise entre IRM et échographie.
- Une marge de sécurité est intégrée autour de la cible ; le traitement est délivré progressivement, sous contrôle des mouvements.
- L'échographie de contraste permet de vérifier immédiatement la zone de nécrose et de compléter le traitement si nécessaire.
- Le patient doit être informé qu'environ 15 à 20 % des cas nécessiteront un traitement complémentaire au cours du suivi.

EN PRATIQUE

La chirurgie robotique améliore la précision des reconstructions complexes mais ne remplace pas les fondamentaux techniques. En traitement focal prostatique, la qualité de l'imagerie, la planification et le suivi conditionnent davantage le résultat que la technologie seule.

SYMPOSIUM ASTRAZENECA — TVNIM OU TVIM : PLACE DE L'IMMUNOTHÉRAPIE

TVNIM à haut risque

- Le BCG correctement administré reste un traitement très efficace, avec environ 80 % de patients sans récurrence à deux ans. L'induction doit être suivie d'un entretien lorsqu'il est réalisable.
- L'ajout précoce d'un inhibiteur de checkpoint au BCG procure en première intention un bénéfice absolu encore modeste, de l'ordre de 7 % à trois ans, au prix d'une toxicité supplémentaire.
- Cette stratégie pourrait être plus pertinente après récurrence ou dans des groupes très sélectionnés plutôt que comme intensification systématique.
- En situation non répondeuse au BCG, la cystectomie demeure le standard oncologique chez le patient opérable.
- Les stratégies de préservation vésicale ne doivent pas faire perdre la fenêtre de la cystectomie : absence de réponse rapide ou progression doivent conduire à reconsidérer la chirurgie.

TVIM : intégrer l'immunothérapie au parcours curatif

- La prise en charge doit être engagée précocement et coordonnée entre urologue, oncologue, radiologue et anatomopathologiste.
- Chez les patients éligibles au cisplatine, la chimiothérapie néoadjuvante suivie de cystectomie reste une référence.
- Dans NIAGARA, le durvalumab périopératoire associé à gemcitabine-cisplatine améliore la réponse et les résultats de survie d'environ 10 % ; les toxicités sévères sont surtout liées à la chimiothérapie.
- Chez les patients non éligibles au cisplatine, l'association enfortumab vedotin-pembrolizumab constitue une perspective majeure, avec des taux élevés de réponse pathologique complète.
- L'immunothérapie ne doit pas retarder la chirurgie. Nutrition, toxicités, récupération et opérabilité doivent être réévaluées pendant tout le parcours.

Vers une meilleure sélection

- PD-L1 ne suffit pas à sélectionner tous les patients. L'ADN tumoral circulant pourrait mieux identifier le risque résiduel et guider l'escalade ou la désescalade.
- La préservation vésicale sans cystectomie reste expérimentale et nécessite une réponse clinique complète, une évaluation multimodale et un protocole de surveillance strict.

EN PRATIQUE

L'immunothérapie prend une place croissante dans les TVNIM à haut risque et surtout dans les stratégies périopératoires des TVIM. Elle doit préserver le parcours curatif : la cystectomie reste le socle lorsque son indication est posée.

GESTION DES CYSTITES RÉCIDIVANTES

Reprendre le diagnostic

- La cystite récidivante est une pathologie chronique qui ne se résume pas à la répétition de cystites aiguës : chaque épisode doit être symptomatique et suffisamment documenté.
- Ne jamais traiter une bactériurie asymptomatique, sauf indication spécifique.
- Rechercher les diagnostics différentiels et facteurs favorisants : syndrome de vessie douloureuse, trouble de vidange, prolapsus, atrophie, calcul, corps étranger, bandelette exposée ou tumeur.
- Le bilan minimal associe catalogue mictionnel, mesure du résidu post-mictionnel et quelques ECBU représentatifs.
- Cystoscopie et imagerie sont réservées aux formes atypiques, à l'hématurie, aux anomalies de vidange ou aux récurrences particulièrement nombreuses.

Limitier l'exposition aux antibiotiques

- Pour les crises, privilégier nitrofurantoïne ou pivmécillinam selon l'ECBU, l'antibiogramme et le terrain. Deux prises de fosfomycine peuvent être plus efficaces qu'une dose unique dans certaines situations.
- La prophylaxie antibiotique doit rester exceptionnelle, ciblée et régulièrement réévaluée.
- Éviter les AINS seuls, l'amoxicilline-acide clavulanique ou le céfixime sans justification microbiologique.
- La répétition de nitrofurantoïne expose à une toxicité hépatique et pulmonaire qui doit être connue et surveillée.

Prévention non antibiotique

- La canneberge bénéficie de données favorables dans certains profils, notamment en cas d'E. coli et de vidange vésicale normale.
- Le D-mannose n'a pas démontré une efficacité suffisante pour être recommandé systématiquement.
- Chez la femme ménopausée, les œstrogènes locaux constituent une mesure importante.
- OM-89/Uro-Vaxom, méthénamine hippurate et instillations d'acide hyaluronique ou de chondroïtine peuvent être proposés selon le profil, les contre-indications et la disponibilité.
- La stratégie doit être combinée, personnalisée et réévaluée plutôt que fondée sur l'empilement de traitements.

Ce qu'il faut éviter

- Les dilatations urétrales, la coagulation trigonale et surtout la méatotomie n'ont pas de place de routine ; elles peuvent aggraver les symptômes ou la continence.

EN PRATIQUE

Avant de multiplier les antibiotiques, confirmer le diagnostic, corriger la vidange et les facteurs favorisants, puis combiner les mesures non antibiotiques adaptées à la patiente.

RMM ET ACTIVITÉ SYNDICALE

Analyser les complications pour sécuriser les pratiques

- La pyélonéphrite obstructive est une urgence chirurgicale absolue : drainage immédiat par sonde JJ ou néphrostomie et antibiothérapie adaptée ; le traitement du calcul doit être différé.
- Chez la femme enceinte, privilégier le drainage et le traitement différé ; toute urétéroscopie nécessaire relève d'un centre expert.
- Le pré-stenting ne doit pas être systématique et une gaine d'accès ne doit jamais être introduite en force.
- En cas de plaie urétérale, le réalignement sur guide et une JJ pendant trois à quatre semaines permettent souvent la cicatrisation. Un véritable stripping impose néphrostomie et reconstruction différée.
- Une imagerie de contrôle recherche fragments, sténose ou obstruction silencieuse. Un bilan métabolique est proposé dès la première manifestation, à distance de l'épisode aigu.

Traçabilité et prévention médico-légale

- Fiches AFU, consentement signé et personne de confiance doivent être archivés. Le compte rendu décrit constatations, instruments, énergie laser, incidents et fragments résiduels.
- La lettre de sortie reprend diagnostics, traitements, gestes, complications, prescriptions et suivi.
- Toute complication impose une information rapide du patient et une traçabilité des échanges.
- La responsabilité s'analyse à chaque étape en distinguant manquement, imputabilité et perte de chance. Les soignants impliqués doivent aussi être soutenus.

Actualité syndicale et réglementaire

- Le codage CCAM doit respecter strictement la nomenclature : l'urétéroscopie inclut drainage et fragmentation, sans cumul artificiel.
- Le surcodage expose à des contrôles et à des récupérations d'indus extrapolées. Les jeunes praticiens doivent être particulièrement vigilants sur contrats, redevances, association et choix du secteur.
- Les évolutions concernant IBODE et IPA doivent préserver la cohérence des compétences et la sécurité au sein des équipes.
- La mobilisation syndicale défend la revalorisation des actes, un exercice soutenable, le secteur 2, la simplification de la recertification et une représentation professionnelle forte.

EN PRATIQUE

Une RMM utile ne cherche pas un coupable : elle reconstitue la chronologie, identifie les défaillances et transforme la complication en action de prévention. L'action syndicale vise parallèlement un codage clair, un exercice soutenable et la sécurité des soins.

FIN DE VIE : LES POINTS DU DÉBAT

La discussion a porté moins sur le principe abstrait de l'aide à mourir que sur les conditions concrètes dans lesquelles un tel droit peut être exercé sans fragiliser les patients ni les soignants.

Un accès insuffisant aux soins palliatifs

- Un paradoxe majeur a été souligné : le droit à l'aide à mourir devient opposable, alors que l'accès effectif aux soins palliatifs demeure très inégal sur le territoire, au point que certains départements n'en disposent toujours pas.
- L'enveloppe financière prévue, inférieure à 200 millions d'euros, apparaît très en deçà des milliards qui seraient nécessaires pour répondre aux besoins.
- L'impossibilité de créer des structures privées d'accueil ne favorise pas non plus le développement de nouvelles unités.
- Une demande de mort ne peut être correctement interprétée qu'après avoir traité la douleur, la dépression, l'isolement, la précarité et la peur de devenir une charge pour ses proches.
- Le risque serait de présenter l'aide à mourir comme une réponse à l'insuffisance de l'accompagnement, au manque de lits ou aux contraintes économiques.
- La mort devient ainsi une alternative thérapeutique prise en charge par l'Assurance maladie.

Des critères et des protections qui interrogent

- La notion de maladie en « phase avancée » reste difficile à délimiter et laisse une part importante à l'appréciation médicale.
- La protection des personnes vulnérables ou faisant l'objet d'une mesure de protection juridique doit être particulièrement rigoureuse, alors que la loi n'impose pas de suivre l'avis du tuteur ou de la personne de confiance.
- Pour les patients dont la capacité à consentir avec discernement doit être évaluée, la procédure collégiale — un médecin sollicitant l'avis d'un autre médecin et d'un soignant — doit constituer un véritable temps de discussion clinique et éthique, et non une simple validation formelle.
- Le contrôle étant essentiellement réalisé après la procédure, des garde-fous solides doivent impérativement être mis en place en amont.
- La clause de conscience des médecins et des soignants doit être respectée, sans compromettre l'information et l'orientation du patient.

FIN DE VIE : LES POINTS DU DÉBAT — SUITE

Les conséquences pour les professionnels et le système de soins

- Les équipes devront être formées et accompagnées, car la participation à un geste létal peut avoir des conséquences psychologiques et morales importantes.
- Une vigilance particulière a été exprimée face au risque de banalisation, à l'émergence d'intérêts commerciaux ou à un moindre investissement dans les soins palliatifs et la recherche thérapeutique.

Repère législatif indispensable

- La loi du 18 août 2026 crée un droit à l'aide à mourir pour certains patients majeurs atteints d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, capables d'exprimer une volonté libre et éclairée. Son application pratique nécessite encore des textes réglementaires.

MESSAGE ESSENTIEL

L'enjeu n'est pas d'opposer les soins palliatifs et l'aide à mourir. Il est de garantir que toute demande soit entendue dans un contexte où le patient dispose réellement d'un accompagnement médical, psychologique, social et humain de qualité.

La liberté de choisir ne peut être authentique que si toutes les autres possibilités de soulagement et d'accompagnement sont effectivement accessibles.

TECHNIQUES CIBLÉES ET INNOVATIONS UTILES 1

Lithiase chez le patient obèse

- La NLPC et l'urétéroscopie conservent une efficacité et une morbidité comparables à celles observées chez le patient non obèse, sous réserve d'une préparation adaptée : risque thromboembolique, capacité de la table, installation et accessibilité des voies urinaires.
- Pour la NLPC, la position en Valdivia modifiée, avec déplacement du pannicule, facilite l'accès lombaire et éloigne le côlon. Aiguilles, gaines et néphroscopes doivent être suffisamment longs et compatibles entre eux.
- La ponction échographique nécessite une sonde convexe à basse fréquence et des réglages adaptés à la profondeur du rein.
- La radioprotection doit être renforcée : patient proche du détecteur, collimation, champ dégagé et retour au mode « faible dose » après le geste.
- En urétéroscopie, une verge enfouie ou un pannicule volumineux peuvent imposer l'utilisation d'un cystoscope souple et de gaines longues.
- La LEC est souvent moins performante en raison de la distance peau-calcul et des difficultés de ciblage.
- Un calcul homogène de faible densité associé à un pH urinaire inférieur à 6 doit faire évoquer l'acide urique et conduire à une alcalinisation avant toute chirurgie.
- Après chirurgie bariatrique, l'hyperoxalurie entérique favorise les calculs d'oxalate de calcium ; leur prévention associe hydratation fractionnée et apport calcique pendant les repas.

Sténoses de l'urètre

- La récurrence après urétrotomie résulte de la reconstitution de la spongiofibrose : les nouvelles stratégies cherchent donc à modifier la cicatrisation plutôt qu'à simplement rouvrir la sténose.
- Le protocole SURF compare, pour des sténoses bulbaires récidivantes de moins de 3 cm, l'urétrotomie seule à l'urétrotomie associée à l'injection d'une fraction vasculaire stromale autologue issue du tissu adipeux.
- Son action attendue est paracrine, antifibrotique, angiogénique et trophique. Huit patients ont été traités sur vingt prévus, les inclusions ayant notamment été ralenties par l'arrivée d'Optilume.
- La fraction vasculaire stromale vise une réparation durable, tandis qu'Optilume exerce un effet antiprolifératif local par le paclitaxel.
- Cette approche demeure expérimentale, mais pourrait ouvrir de nouvelles perspectives en chirurgie reconstructrice urinaire.

Troubles de l'érection

- Le PRP possède un rationnel angiogénique, trophique et potentiellement antifibrotique, mais les études restent hétérogènes quant à sa préparation, aux volumes, au nombre d'injections et aux critères d'évaluation.
- Les améliorations du score IIEF-EF sont généralement modestes et parfois inférieures au seuil de pertinence clinique.
- Les sociétés savantes considèrent donc le PRP comme une thérapeutique expérimentale, qui ne doit pas être proposée hors protocole.
- Son intérêt éventuel dans la dysfonction érectile vasculogène reste à démontrer chez des patients sélectionnés après bilan cardio-métabolique, hormonal et vasculaire.
- Les données sont insuffisantes après prostatectomie et le PRP ne doit jamais retarder les traitements validés : inhibiteurs de la PDE5, injections intracaverneuses ou prothèse pénienne.

TECHNIQUES CIBLÉES ET INNOVATIONS UTILES 1 — SUITE

Maladie de La Peyronie

- Dans la maladie de La Peyronie, le PRP vise un effet trophique, réparateur et antifibrotique sur la plaque de l'albuginée, mais aucun bénéfice durable n'est actuellement démontré sur la courbure, la douleur, la plaque ou la fonction sexuelle.
- Le PHRC multicentrique PISANO évaluera scientifiquement sa place chez environ 195 patients, répartis entre trois stratégies associant, selon les groupes, prise en charge mécanique et médicamenteuse standardisée, PRP ou placebo.
- Le suivi de douze mois analysera la courbure, la douleur, la fonction érectile, la gêne, la qualité de vie et la satisfaction à l'aide des scores PDQ, IIEF et EHS, de photographies standardisées et de l'imagerie.
- L'étude doit répondre aux limites actuelles : faibles effectifs, absence de placebo, variabilité des préparations et manque de standardisation des protocoles et critères d'efficacité.
- Elle précisera si un PRP standardisé apporte un bénéfice réel et durable, aucun bénéfice ou un intérêt limité à certains patients. Son lancement est prévu fin 2026.
- Les thérapies régénératives doivent rester évaluées dans des essais encadrés, avec préparation standardisée, consentement éclairé et suivi de sécurité.

EN PRATIQUE

Chez le patient obèse lithiasique, l'innovation utile repose d'abord sur l'anticipation, l'installation, le matériel et la prise en charge métabolique. Pour les sténoses urétrales, la dysfonction érectile et la maladie de La Peyronie, les approches régénératives sont prometteuses, mais doivent encore démontrer un bénéfice clinique durable avant d'intégrer la pratique courante.

SYMPOSIUM MSD — TVIM : ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

Un nouveau paradigme périopératoire

- La prise en charge des TVIM associe désormais traitement systémique, cystectomie et discussion multidisciplinaire.
- La chimiothérapie néoadjuvante reste la référence chez les patients éligibles au cisplatine, mais immunothérapie et anticorps conjugués modifient rapidement les pratiques.

Patients éligibles au cisplatine

- Le dd-MVAC ou gemcitabine-cisplatine restent les principaux schémas néoadjuvants.
- Dans NIAGARA, le durvalumab avant et après cystectomie améliore survie sans événement et survie globale, avec environ 40 % de réponses pathologiques complètes.
- Enfortumab vedotin-pembrolizumab montre également des résultats prometteurs, avec près de 55 % de réponses complètes.

Patients non éligibles au cisplatine

- Enfortumab vedotin-pembrolizumab améliore survie sans événement et survie globale avec 55 à 60 % de réponses complètes.
- Les principales toxicités sont cutanées et neurologiques ; toute éruption importante impose une évaluation rapide.

Préserver le parcours chirurgical

- Près de 90 % des patients des études ont pu être opérés. La cystectomie doit idéalement survenir 4 à 6 semaines après le néoadjuvant, sans dépasser huit semaines.
- Le stade ypT0 est de bon pronostic mais ne permet pas encore l'arrêt systématique de l'adjuvant.
- IRM, endoscopie et ADN tumoral circulant ou urinaire ne permettent pas encore d'identifier assez sûrement une réponse complète ; la surveillance sans cystectomie reste expérimentale.

EN PRATIQUE

Les stratégies périopératoires améliorent les résultats, mais la cystectomie demeure aujourd'hui l'étape centrale du traitement curatif.

TECHNIQUES CIBLÉES ET INNOVATIONS UTILES 2

Sténoses urétrales et Optilume

- L'urétroplastie est privilégiée pour les sténoses péniennes et après récurrence bulbaire ; l'endoscopie reste limitée aux sténoses bulbaires courtes.
- Optilume associe dilatation radiale et paclitaxel. Les études ROBUST montrent sa supériorité sur l'urétrotomie seule pour les récurrences bulbaires < 3 cm, avec environ 72 % sans réintervention à cinq ans.
- Technique : urétrotomie, ballon sur guide, 10 atmosphères pendant cinq minutes, irrigation minimale et sondage non systématique ; consignes d'abstinence ou contraception.
- Certains usages hors AMM peuvent se discuter pour col ou anastomose post-prostatectomie, mais pas en routine pour sténoses péniennes, féminines ou post-traumatiques.
- Ne pas répéter Optilume faute de données. Son coût impose une sélection rigoureuse et il ne doit pas retarder une urétroplastie indiquée.

Morcellation prostatique

- Les progrès sont surtout organisationnels : systèmes rotatifs, aspiration puissante et stable, vessie remplie, vision parfaite et infirmière dédiée.
- Le mode continu convient à une visibilité optimale ; le mode à la demande sécurise les situations hémorragiques.
- Le matériel à usage unique assure une solution de secours et simplifie la logistique, à pondérer par coût et impact environnemental.

Incontinence urinaire féminine et Bulkamid

- Bulkamid est l'agent de comblement le mieux documenté, sans migration rapportée ; moins efficace qu'une bandelette mais moins morbide, y compris après échec de bandelette.
- Le résultat dépend d'une injection profonde, symétrique et bien orientée. Le geste est possible sous anesthésie locale ou sédation ; environ vingt cas sont nécessaires pour le maîtriser.
- Les résultats sont meilleurs dans les centres à haut volume ; standardisation, traçabilité et registres sont nécessaires.
- Une bandelette reste réalisable après Bulkamid sans signal de surmorbidity, mais les données publiées sont insuffisantes ; l'information doit soutenir une décision partagée.

EN PRATIQUE

Optilume élargit l'endoscopie sans remplacer l'urétroplastie. La morcellation dépend surtout de l'aspiration et de l'organisation. Bulkamid privilégie sécurité et faible invasivité au prix d'une efficacité moindre.