

Sommaire

L'Edito	1
Le point de vue du Maitre	3
Clin d'oeil	6
Uro - biblio	9
- Circoncision et HIV	
- La privation androgénique et K prostatique	
- Metastases osseuses dans le K prostatique	
- Ac Zoledronique et K prostatique hormono résistant	
- Docétaxel / Estramuctine et K prostatique localisé	
- Progrès en Urologie	
- Journal of Urology	
Note d'Histoire	18
Agenda - Evénements	24

L'Edito

C'est le cas d'un patient qui a consulté un de nos confrères urologues pour stérilité primaire avec azoospermie confirmée et une FSH normale. Après interrogatoire et examen clinique expéditif, l'urologue demande un bilan infectieux et une échographie-doppler. La biologie est normale et le doppler note la présence d'une varicocèle bilatérale GII/III (déjà notée à l'examen clinique). Après discussion avec le patient, l'urologue lui propose une cure chirurgicale de sa varicocèle par voie inguinale basse (cette attitude est prônée et validée par plusieurs équipes d'uro-andrologues).

En per-opérateur l'urologue se rend compte que le patient présente une agénésie déférentielle bilatérale. Déstabilisé, car ayant perdu ses repères anatomiques habituels et ne pouvant pas faire machine arrière, il a décidé de terminer la cure de la varicocèle bilatérale en espérant améliorer la lignée germinale en vue d'augmenter les chances d'une éventuelle procréation médicalement assistée (PMA). Les suites étaient marquées par l'installation d'une atrophie testiculaire bilatérale rendant la stérilité définitive et une impuissance sexuelle secondaire.

L'affaire est en cours de jugement.

Une simple mais bonne palpation des deux cordons aurait suffi à ne pas opérer le patient, à lui proposer une insémination intra-cytoplasmique (ICSI) après biopsie testiculaire, et à éviter par la même tous ses problèmes (pour le patient et le praticien).

C'est dire qu'à l'air de la robotique la clinique reste la pierre angulaire du contrat de moyens établi entre le médecin et son patient. Exerçons alors notre art comme il se doit en le respectant et en ne dérogeant à aucune règle si basique soit-elle pour pouvoir réduire au maximum les risques de notre noble métier, oh combien importants.

A bon entendeur...

L'Edito



Par
Dr. Saadeddine Zmerli

7 décembre 2009

Greffe d'organes humains : la loi a-t-elle réalisé ses objectifs?

Du 24 juin 1986 au 25 mars 1991, quatre vingt cinq greffes rénales, ont été réalisées dans le Service d'urologie de l'Hôpital Charles Nicolle sans réglementation juridique précisant le don d'organes chez le vivant. Aussi, le transplantateur c'est-à-dire le chirurgien restait-il vulnérable au regard de la loi, malgré l'engagement volontaire, librement consenti du donneur et certifié par l'autorité publique, précaution insuffisante et aléatoire, au regard de certains juristes.

La promulgation, le 25 mars 1991, de la loi relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains, est venue combler ce vide juridique. Cette loi concerne le statut de la personne humaine au regard de son corps. Elle fonde le statut juridique du corps et affirme la nécessaire protection de l'intégrité de l'espèce humaine.

Elle avait deux objectifs : légaliser la greffe à partir de donneurs vivants, favoriser le développement du prélèvement d'organes sur des sujets en état de mort cérébrale.

La réglementation concernant les sujets vivants protège bien les donneurs puisqu'elle exige leur consentement express enregistré par un juge. Elle valorise le don qui demeure un acte de volonté individuel, désintéressé, librement consenti et gratuit. Elle interdit aussi le prélèvement sur un enfant mineur et le prélèvement d'un organe vital. Elle ne pose pas de problèmes dans son application.

Ainsi, les deux grands principes l'inviolabilité et l'indisponibilité du corps humain constituent les pivots du statut juridique.

Le principe d'inviolabilité affirme le droit de chacun d'être protégé des atteintes d'un tiers. Le respect de ce principe impose que le consentement de l'individu soit recueilli avant toute intervention sur son corps.

L'indisponibilité du corps humain tend à protéger

l'individu de lui-même. Le corps humain n'est pas une marchandise et ne saurait devenir l'objet de commerce. En bref le corps n'est pas à vendre.

Ces deux principes sont en totale conformité avec les principes moraux du droit musulman. La médecine, désormais encadrée par la loi est soumise au primat moral, en dépit des propos de Jean Bernard qui déclarait que « *tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique* »..

Le prélèvement d'organes chez une personne décédée en état de mort cérébrale, repose, en l'absence de refus exprimé clairement définie, sur **le consentement présumé**.

Si vous n'avez pas exprimé clairement votre refus, il devient possible légalement de disposer de vos organes après votre mort « à des fins thérapeutiques ». On est bien loin du geste spontané de générosité qui valorise le donateur.

Toutefois, si le disparu n'a pas exprimé sa volonté, la loi autorise la famille à disposer du corps et à s'opposer éventuellement au prélèvement.

En méconnaissant la volonté du défunt, en interprétant l'absence de refus comme un consentement, en limitant la présomption par la possibilité du refus familial et en transférant à la famille la responsabilité du choix qui revenait à la personne décédée, la seule directement concernée par le don, le législateur n'a pas favorisé l'application de la loi.

Cependant, en autorisant tout citoyen majeur à mentionner gratuitement sur sa carte d'identité la mention "donneur", le législateur a tenté de remédier à cette situation et de limiter les refus de la famille (la loi n°99 du 1er mars 1999).

Les résultats n'ont pas été probants, mais l'idée de l'inscription sur la carte d'identité mérite d'être approfondie.

La loi a-t-elle répondu à ses objectifs?

Elle avait deux objectifs assignés : légaliser la greffe à partir de donneurs vivants favoriser le développement du prélèvement d'organes sur des sujets en état de mort cérébrale.

L'étude des 873 transplantations rénales effectuées depuis juin 1986, complétant notre expérience personnelle, servira de base pour répondre à cette question.

Tout d'abord, le statut juridique du donneur vivant a assuré la protection légale du donneur et du transplantateur. Sur le plan pratique, la loi a favorisé la greffe entre vivants. L'hôpital Charles Nicolle qui en réalisait annuellement avant la loi, une quinzaine en effectue actuellement une trentaine.

Sur 873 greffes réalisées jusqu'au premier décembre 2008, 649 soit les trois quarts sont des greffes entre vivants. Leur nombre a quadruplé au cours des 3 années de 2005 à 2007, pour être multiplié par 7 en 2008. Cette augmentation est due également à l'entrée en lice de quatre nouveaux centres, à Tunis en 1993, Sfax en 1995, Monastir en 1996 et Sousse en 2007.

Les résultats concernant le prélèvement d'organes à partir d'une personne décédée sont plus mitigés. La moyenne annuelle des greffes à partir de donneurs en état de mort cérébrale stagne désespérément autour de la dizaine. L'ambiguïté législative du consentement présumé et les problèmes soulevés par la mort encéphalique se sont traduits dans la réalité tunisienne par un manque d'adhésion à cette pratique de prélèvement post-mortem. Cependant, en autorisant tout citoyen majeur à mentionner gratuitement sur sa carte d'identité la mention « donneur », le législateur a tenté de remédier à cette situation et de limiter les refus de la famille (la loi n°99 du 1er mars 1999). Les résultats n'ont pas été probants, mais l'idée de l'inscription sur la carte d'identité mérite d'être approfondie.

Malgré les progrès réalisés l'activité en transplantation rénale ne couvre pas nos besoins pour juguler l'inflation du nombre annuel des nouveaux dialysés estimé à 350.

Comment améliorer la greffe rénale?

Deux actions permettront de pallier ce manque. La première c'est la promotion de la greffe entre vivants. Elle est réalisable rapidement par le renforcement des équipes pour permettre la réalisation d'une cinquantaine de greffes par an et par service et la mise en activité de deux nouveaux centres l'un à Tunis, l'autre à Kairouan. Ces mesures permettront de doubler le nombre des greffés.

La deuxième c'est la mise en place progressive du consentement et du refus explicites. La situation des dialysés en attente, rendu dramatique par la pénurie d'organes a fait de la greffe d'organes un problème de santé publique et un problème de société. Après une indispensable campagne d'explication et de sensibilisation, le citoyen sera appelé à exprimer librement son choix, donner ses organes ou refuser, lors de l'attribution ou du renouvellement de la carte d'identité (C.I.). La nouvelle C.I. portera la mention de "donneur" ou celle de "non donneur."

En conclusion, la loi, en précisant les conditions du don d'organes chez le vivant, a permis la pratique légale de la greffe rénale entre vivants. Ce mode de transplantation est en voie de développement et son amélioration nécessite le renforcement des équipes de transplantateurs. L'existence actuelle de ces équipes, ayant prouvé leur savoir faire et leur compétence est déjà suffisamment méritoire pour être souligné mais elle confirme également que l'institution hospitalo-universitaire et en particulier les services d'urologie sont l'habitable naturel de la transplantation rénale et de la formation des futurs transplantateurs.

Par ailleurs, le remplacement du consentement présumé par le consentement ou le refus explicites amènera utilement la loi.

Dr Saadeddine Zmerli

*1 - Livre : Islam et greffes d'organes
Mohamed Salah Ben Ammar
Editions Impak 2008*

Dr. Sami Ben Rhouma
Dr. Sataa Sallami

Service d'Urologie La Rabta

Résumés de communications présentées au 51^{ème} congrès de la Société Américaine de Radiothérapie Oncologique : ASTRO 2009 – Chicago, Novembre 2009

Intérêt de l'hormonothérapie de courte durée associée à la radiothérapie pour les patients porteurs de cancer prostatique de risque intermédiaire.

Une hormonothérapie de courte durée prescrite avant et pendant la radiothérapie pour les patients ayant un cancer de prostate avec un risque intermédiaire augmente leurs chances de survie comparée à ceux recevant la radiothérapie seule.

Cette attitude thérapeutique ne semble pas donner un bénéfice pour les patients à bas risque. Cette étude de phase 3 a été présentée par son auteur le Docteur Christopher Jones pendant le 51^{ème} congrès de la Société Américaine de Radiothérapie (ASTRO). Cette étude, la plus large concernant le traitement du cancer de la prostate, avec 2000 patients randomisés porteurs de cancer prostatique de bas et de risque intermédiaire a été menée entre octobre et avril 2001. La période de suivi a dépassée les 9 ans. Ce recul était suffisant pour démontrer le réel bénéfice d'une hormonothérapie de courte durée associée à la radiothérapie.

Avant cette étude, l'intérêt de rajouter une hormonothérapie à la radiothérapie pour les patients à risque intermédiaire était incertain, grâce à cette série l'adjonction de 4 mois d'hormonothérapie à la radiothérapie donne un bénéfice réel.

Dans cette étude, 1979 hommes (médiane d'âge = 71 ans) présentant un cancer prostatique localisé avec un PSA \leq 20ng/ml ont été randomisés pour recevoir une hormonothérapie 2 mois avant et 2 mois pendant la radiothérapie contre la radiothérapie seule. Dans les deux bras du traitement les patients ont reçu une dose totale de 66 Gy, 48.8 Gy sur les chaînes ganglionnaire et 19.8 Gy sur la prostate.

Cette association a démontré une amélioration du

taux de survie globale (51% contre 46 %). Ce bénéfice était seulement évident dans le groupe cancer de prostate avec un risque intermédiaire. Ce gain a intéressé aussi d'autres paramètres notamment : la survie spécifique sans maladie, le délai avant rechute biochimique, et le taux de biopsies positives à deux ans.

À 10 ans, la survie était de 62% contre 57%. La différence de 5% sur la survie à 10 ans entre les deux groupes était statistiquement significative. Une deuxième biopsie réalisée à 2 ans du traitement était négative chez 78% des patients traités par association et négative chez seulement 60% dans le groupe radiothérapie seule.

Source : American Society for Radiation Oncology Jones CU et Coll "Short-term endocrine therapy prior to and during radiation therapy improves overall survival in patients with T1b-T2b adenocarcinoma of the prostate and PSA \leq 20 : Initial results of RTOG 94-08" ASTRO 2009

Élévation précoce du PSA après radiothérapie et mortalité.

Une élévation du taux de PSA dans les 18 mois suivant une radiothérapie est un facteur prédictif de survenue de maladie métastatique et de mortalité.

Dans cette étude présentée lors du congrès de l'ASTRO 2009, ont été étudié : le temps de récurrence biochimique, le score de Gleason, le stade tumoral, l'âge et le temps de dédoublement du PSA comme facteurs prédictifs de mortalité.

Dans ce travail présenté par Buyyounouski, les données de 6229 hommes, porteurs d'un cancer prostatique localisé traité par radiothérapie externe, ont été recueillies. Parmi cette population, 2132 patients ont développé une récurrence biochimique définie par une élévation du taux de PSA d'au moins 2 ng/ml par rapport au PSA nadir. Les auteurs ont défini l'intervalle de récurrence biochimique, comme étant l'intervalle entre la fin de la radiothérapie et la date de la récurrence biochimique. Le paramètre étudié étant la date du décès par cancer prostatique.

La médiane de temps de la récurrence biochimique était de 35.2 mois et le temps de dédoublement du PSA médian était de 9.8 mois. 19% des patients avaient un intervalle de récurrence biochimique inférieur ou égal à 18 mois et 8% avaient un temps de dédoublement du PSA inférieur ou égal à 3 mois.

338 patients sont décédés suite au cancer de la prostate. La survie spécifique était de 145 mois avec un suivi médian de 49 mois.

Les patients qui avaient un intervalle de récurrence biochimique inférieur ou égal à 18 mois avaient une survie à 5 ans de 69.5% comparée à 89.8% pour les patients avec un intervalle de temps de récurrence plus important.

Dans l'analyse multivariée, les facteurs prédictifs de réduction de la survie spécifique étaient : un score de Gleason élevé ($p=0.003$), un stade T élevé ($p=0.0001$), l'âge avancé ($p=0.0461$), un intervalle de récurrence biochimique bas ($p<0.0001$) et un temps de dédoublement du PSA bas ($p=0.0001$).

Parmi ces différents facteurs de risque, il a été établi que le temps de récurrence biochimique était le facteur le plus important avec un indice de concordance de 0.627, par contre le temps de dédoublement du PSA et le stade tumoral étaient les facteurs les moins puissants avec un taux de concordance respectifs de 0.578 et 0.584.

Source : American Society for Radiation Oncology Buyyounouski MK et All "Validating the interval to biochemical failure for the identification of potentially lethal prostate cancer" ASTRO 2009

clin d'oeil

La préservation vésicale était-elle possible chez les patients avec tumeurs infiltrantes de vessie ?

Cette étude démontre l'efficacité de la préservation vésicale comparativement à la cystectomie radicale et son avantage sur la qualité de vie chez les patients porteurs de tumeurs vésicales infiltrantes.

L'association de la résection trans urétrale, de la radiothérapie et de la chimiothérapie donne en effet une réponse complète chez 72% des patients. La survie spécifique et la survie globale à 5, 10 et 15 ans a été comparée avec les séries de cystectomie les plus récentes

Ces résultats proviennent de l'analyse rétrospective de 343 malades porteurs de tumeurs vésicales infiltrantes traités par cette association entre 1986 et 2002.

Le traitement est initié par la délivrance de 40 Gy de radiothérapie suivie de biopsies vésicales et de cytologie urinaire. Les patients ayant une réponse complète ou ceux non candidats pour un traitement radical ont reçu un complément de radiochimiothérapie de 64 à 65 Gy.

102 patients de la cohorte, ont eu une cystectomie radicale, 60 n'ayant pas répondu et 42 ayant développé une récurrence.

La survie spécifique sans tumeurs et la survie globale à 5 ans étaient respectivement de 64% dans le groupe association et de 52% dans le groupe cystectomie seule, à 10 ans ils étaient de 59% et 35% et à 15 ans de 57% et 22%.

80% des patients en vie ont gardé leur vessie native. Pour les patients traités par cystectomie la survie globale était de 29% à 5 ans, cette survie est la même, que les patients ont été traité immédiatement ou après radiothérapie.

Cette série a été comparée à une revue récente de patients traités par cystoprostatectomie totale à l'université de Californie, au Memorial Sloan Kettering

de New York et par le Southwest oncology group. Dans cette revue la survie globale à 5 ans variait entre 36 et 49% et de 27% à 32% à 10 ans.

Une résection complète de la tumeur est corrélée significativement avec la réponse au traitement et à la survie.

Les 227 patients qui ont une résection complète de la tumeur vésicale avaient un taux de réponse complète de 79% contre 57% chez qui la résection était incomplète. La survie globale à 5 ans était de 57% pour le premier groupe et de 43% pour le deuxième, et la survie spécifique était de 68% contre 56%.

L'analyse multivariée montre que les facteurs indépendants prédictifs de la survie sont la réponse complète au traitement d'induction ($p=0.0013$) et le stade T clinique ($p=0.03$).

Les paramètres urodynamiques et la qualité de vie à travers un questionnaire ont pu être évalué chez 221 patients : 78% des patients avaient une vessie compliante avec une capacité et une débilité normale, 85% n'avaient pas ou peu d'impériosité mictionnelle et 50% avaient une fonction érectile normale.

Source : American Society for Radiation Oncology Efstathiou et All "15-year outcomes of selective bladder preservation by combined-modality therapy for invasive bladder cancer: the long term MGH experience" ASTRO 2009

La circoncision protège du VIH en modifiant l'écosystème bactérien

On savait que la circoncision réduit le risque de contracter l'infection à VIH par l'homme. Une étude donne une explication complémentaire : la circoncision modifie l'écosystème bactérien - aussi nommée microbiome - du pénis et notamment réduit les bactéries anaérobies pro-inflammatoires.

« LE MICRO-ENVIRONNEMENT anoxique dans l'espace sous-prépuce est favorable au développement des bactéries pro-inflammatoires, qui peuvent activer les cellules de Langerhans, cellules présentatrices du VIH au CD4 dans les ganglions lymphatiques. De ce fait, la réduction des bactéries anaérobies après la circoncision peut jouer un rôle dans la protection contre le VIH ou même d'autres maladies à transmission sexuelle. »

Ainsi, ce mécanisme s'ajouterait à ceux déjà décrits en association à la circoncision, qui sont la kératinisation de la muqueuse du gland et la réduction de la surface muqueuse pénienne exposée aux sécrétions vaginales. Lance Price et coll. ont analysé les microbiotes (bactéries qui peuplent le microbiome) du pénis de 12 hommes ougandais séronégatifs avant et après leur circoncision.

Les bactéries les plus représentées, quel que soit le statut par rapport à la circoncision, sont les familles des Pseudomonas et des Oxalobacter. La modification significative qui intervient à la suite de la circoncision ne les concerne pas, mais il se produit une réduction importante des familles anaérobies. En particulier, on remarque que deux familles - des Clostridiales et des Prevotella - ne sont abondantes que chez les hommes non circoncis. « Dans ces familles, nous identifions de nombreuses bactéries du genre anaérobie, associées à la vaginose bactérienne : Anaerococcus spp., Finegoldia spp., Peptoniphilus spp. et Prevotella spp. », remarquent Price et coll. Ce qui est cohérent avec les observations montrant une réduction des vaginoses bactériennes chez les femmes dont le partenaire est circoncis.

L'étude s'inscrit dans le cadre d'un vaste projet de décryptage du microbiome humain, c'est-à-dire des collectivités de microbes qui existent à l'extérieur comme à l'intérieur du corps humain, projet mené à l'initiative du NIH américain, en utilisant des outils de biologie moléculaire.

« PLoS ONE », 6 janvier 2010.
Quotimed.com, le 06/10/2010

La privation androgénique favoriserait l'évolution hormonorésistante d'un cancer de la prostate, selon des travaux chez l'animal

LONDRES, 10 mars 2010 (APM) - La privation androgénique, efficace contre le cancer de la prostate hormonosensible, pourrait au contraire favoriser son évolution en cancer hormonorésistant, plus difficile à traiter, suggère une étude chez l'animal publiée dans Nature.

"Au stade précoce, la croissance des cellules d'un cancer de la prostate dépend des androgènes, et les stratégies de privation androgénique [prostatectomie, radiothérapie ou médicamenteuse] sont alors efficaces. Mais avec le temps, le cancer se transforme souvent en une forme hormonorésistante, au taux de mortalité élevé", rappelle Nature dans un communiqué.

Dans une étude chez la souris, Massimo Ammirante, de l'University of California de San Diego,

et ses collègues montrent que la castration de ces animaux atteints d'un cancer hormonosensible favoriserait son évolution vers le stade résistant.

Selon des expériences sur diverses souris mutées, la tumeur hormonosensible en régression émettrait des signaux inflammatoires, provoquant l'afflux de lymphocytes B. Ces cellules produiraient alors de la lymphotoxine, qui active une cascade de signalisation IKK-bêta/STAT3 dans les cellules cancéreuses, dont la croissance devient dès lors indépendante des androgènes.

En bloquant divers composants de cette cascade, les chercheurs sont parvenus à retarder de trois à quatre semaines la survenue du cancer hormonorésistant. En "temps humain", cela correspond à une durée de 2,3 ans à 3,1 ans, estiment-ils. (suite page 8)

Selon des travaux précédents, allant dans le même sens que ces résultats, l'aspirine, dont l'effet préventif contre le cancer de la prostate est avéré, ne serait efficace que chez les hommes porteurs d'un allèle particulier du gène Lymphotoxin-alpha (LTalpha), lié à une forte expression de cette cytokine.

Selon nos résultats, les personnes produisant de hauts niveaux de lymphotoxine seraient plus à risque de

développer un cancer de la prostate hormonorésistant et devraient être les premiers bénéficiaires d'une thérapie visant [cette cytokine]", concluent les chercheurs.

rl/ab/APM

redaction@apmnews.com

Rlnca002 10/03/2010 19:00 Cancer

Métastases osseuses du cancer de la prostate: le dénosumab supérieur à Zometa*

THOUSAND OAKS (Californie), 9 février 2010 (APM) - Le dénosumab (Prolia*, Amgen) s'est montré supérieur à Zometa* (zolétronate, Novartis) dans le traitement des métastases osseuses liées au cancer de la prostate dans une nouvelle étude de phase III, a annoncé mardi Amgen dans un communiqué.

L'étude de phase III menée auprès de 1.901 hommes a atteint le critère principal d'évaluation et tous les critères secondaires, précise le laboratoire.

Le dénosumab a amélioré significativement le délai avant la première complication osseuse (fracture, radiothérapie osseuse, chirurgie, compression de la moelle épinière...), qui a été allongé de 18% et l'anticorps a aussi réduit significativement le taux de complications osseuses multiples (de 18%).

Le taux d'effets secondaires et d'effets secondaires graves était similaire entre les deux bras. L'ostéonécrose de la mâchoire était rare (22 patients sous dénosumab et 12 patients sous Zometa*), sans différence statistiquement significative. Comme dans les études précédentes, l'hypocalcémie était plus fréquente avec le dénosumab. La survie et le délai avant progression étaient semblables.

Les métastases osseuses représentent jusqu'à 90% des sites métastatiques dans le cancer de la prostate.

Cette étude est la troisième étude pivotale évaluant le dénosumab dans les métastases osseuses, après deux autres études, l'une dans les métastases osseuses du cancer du sein, l'autre auprès de patients ayant une

tumeur solide autre que le sein et la prostate ou un myélome multiple, qui ont été présentées en septembre 2009, rappelle-t-on (cf dépêche APM EHMIN001).

Ces trois essais qui ont inclus plus de 5.700 patients forment un ensemble de données qui seront soumises auprès des autorités réglementaires courant 2010.

Les données détaillées de la troisième étude seront présentées en juin prochain au congrès annuel de l'American Society of Clinical Oncology (Asco), à Chicago. De plus, des résultats sont attendus au second semestre d'une étude qui évalue si le dénosumab peut prolonger la survie sans métastases osseuses chez les patients atteints d'un cancer de la prostate, indique Amgen.

Le Comité des médicaments à usage humain (CMUH) de l'Agence européenne du médicament (EMA, ex-EMEA) a rendu fin 2009 un avis favorable à la commercialisation de l'anti-ostéoporotique Prolia* (en copromotion avec GlaxoSmithKline), dans le traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée à risque augmenté de fracture ou pour le traitement de la perte osseuse chez les hommes à risque augmenté de fracture souffrant d'un cancer de la prostate et traités par hormono-suppression.

sl/co/APM

redaction@apmnews.com

Normalization of Prostate-Specific Antigen and Reduction of Clinical Metastasis Following Zoledronic Acid Treatment in Castrate-Resistant Prostate Cancer

Once prostate cancer reaches a castrate-resistant state with bone metastases, the typical next step in treatment is chemotherapy using agents of the taxoid family. In addition, in documented bony metastases, the biphosphonate zoledronic acid is used to prevent incidence of skeletal events.

Zoledronic acid is also used to control bony pain and to increase bone mineral density. The patient in this case report had proven hormone-refractory, chemotherapy-naïve prostate cancer.

This is the first documented instance of prostate-specific antigen (PSA) normalization and improvement on bone scan radionuclide imaging in a patient treated with zoledronic acid.

Keywords : Castrate-resistant prostate cancer; Zoledronic acid; Metastasis; PSA

Correspondence : Wassim Kassouf, MD, FRCS(C), Division of Urology, McGill University Health Center, 1650 Cedar Avenue, Rm L8-315, Montreal, Quebec H3G 1A4, Canada (wassim.kassouf@muhc.mcgill.ca)

Citation : UroToday Int J. 2010 Feb;3(1). doi: 10.3834/uij.1944-5784.2010.02.0

Un régime docétaxel/estramustine efficace contre le cancer de la prostate localisé à haut risque métastatique, selon une étude française

SAN FRANCISCO, 5 mars 2010 (APM) - Une chimiothérapie à base de docétaxel (Taxotere*, Sanofi-Aventis) et d'estramustine (Estracyt*, CSP/Keocyt) a donné des résultats positifs contre le cancer de la prostate localisé à haut risque métastatique, lors de travaux français présentés au Genitourinary Cancers Symposium, qui a débuté vendredi à San Francisco.

Lors de travaux publiés en 2004, le régime à base de docétaxel et estramustine s'était déjà avéré efficace contre le cancer de la prostate avancé hormonorésistant. Il s'agissait des premiers résultats à montrer un bénéfice en termes de survie avec la chimiothérapie contre ce type de cancer (cf dépêche APM SLHJ7001).

Présentée à San Francisco par Karim Fizazi, de l'Institut Gustave Roussy (IGR, Villejuif, Val-de-Marne), l'étude GETUG12 a quant à elle porté sur 413 patients atteints d'un cancer hormonosensible, tous recevant le traitement standard, à savoir une privation androgénique à la goséréline (Zoladex*, AstraZeneca), suivie trois mois plus tard d'une thérapie locale, en général par radiothérapie.

A trois mois, les 207 patients recevant la chimiothérapie en plus de la goséréline étaient 34% à voir leur taux de PSA (Prostate-Specific Antigen) descendre en-dessous de 0,2 nanogramme par mL (ng/mL), contre 15% des patients recevant le seul traitement standard.

"Dans des études précédentes, le taux de PSA inférieur ou égal à 0,2 ng/mL était prédictif d'un très faible risque de rechute métastatique", rappelle l'IGR dans un communiqué. La chimiothérapie était liée à une moindre qualité de vie à trois mois, mais les différences disparaissaient à un an.

En termes d'effets indésirables de grade 3-4, les patients du bras d'étude étaient 27% à endurer des neutropénies, et 2% des neutropénies fébriles. Survenaient également des diarrhées (5%), des nausées (2%), des alopecies (2%), des asthénies (2%), des thromboses (2%) et des toxicités cutanées (1%). Aucun décès lié à la toxicité n'a été observé, indiquent les chercheurs dans le résumé de leur communication.

"L'étude GETUG12 devrait produire des résultats en termes de survie sans rechute des patients dès 2011", indique l'IGR, selon lequel elle est la plus avancée parmi "la dizaine" d'études menées dans le monde sur le docétaxel dans le cancer de la prostate.

Lors de travaux publiés début 2009, une étude américaine avait obtenu des résultats négatifs avec un régime à base de kétoconazole et de doxorubicine en alternance avec la vinblastine et l'estramustine en première ligne contre le cancer de la prostate métastatique (cf dépêche APM SLMAC004).

rl/ab/APM redaction@apmnews.com
RLNC5002 05/03/2010 17:46 CANCER

Progrès en Urologie

Tumeurs rénales complexes sur rein unique : résultats de la chirurgie partielle ex vivo avec autotransplantation

M. Kulisa, A. Bensouda, N. Vaziri, H. Fassi-Fehri, L. Badet, M. Colombel, X. Martin

Article Original

Prog Urol, 3/20/2010 194-203

Objectif : Étudier les complications et les résultats fonctionnels et carcinologiques du traitement des tumeurs rénales complexes par chirurgie ex vivo, suivie d'autotransplantation.

Patients et méthode : De 1996 à 2009, 11 patients d'âge moyen 54,8 ans ayant une tumeur rénale maligne complexe (topographie centrorénale ou extension hilare) sur rein unique anatomique ou fonctionnel ont été traités par chirurgie partielle ex vivo, puis autotransplantation. Trois patients (27,2 %) ont été opérés au stade métastatique.

Résultats : La durée opératoire moyenne était de 340 minutes (240–440) et la durée moyenne d'ischémie de 162 minutes (110–231). Une transfusion sanguine peropératoire était nécessaire chez cinq patients (45,4 %). La durée moyenne d'hospitalisation était de 21,5 jours (8–50). Huit patients (72,7 %) ont eu des complications : deux fistules urinaires, deux thromboses vasculaires précoces nécessitant une néphrectomie et un recours définitif à la dialyse, deux pneumopathies et quatre nécroses tubulaires aiguës nécessitant un recours temporaire à la dialyse. Aucun patient n'est décédé en postopératoire précoce. Selon la classification TNM, les tumeurs étaient classées pT1 à pT3a, N0. Des marges chirurgicales positives étaient observées dans trois cas (27,2 %). Avec un recul moyen de 37,8 mois (3–144), la clairance moyenne de la créatinine selon MDRD était de 45,4 ml/min/1,73 m² et quatre patients (36,4 %) étaient en rémission complète. Deux récurrences locales (18,2 %) étaient observées et cinq patients (45,4 %) ont eu une évolution métastatique dont deux sont décédés (18,2 %).

Conclusion : La néphrectomie partielle ex vivo a permis le traitement conservateur de tumeurs complexes en indication impérative, alors qu'une chirurgie in situ apparaissait techniquement impossible à réaliser. En dépit d'une morbidité significative, ses résultats fonctionnels à long terme ont été satisfaisants.

Mots clés : Rein, Carcinome à cellules rénales, Néphrectomie, Transplantation autologue

Progrès en Urologie

Cystectomie radicale coelioscopique pour cancer de vessie, chez les sujets de plus de 70 ans : faisabilité et étude de la morbidité

J. Guillotreau, X. Gamé, M. Mouzin, J.-B. Roche, S. Abu Anz, N. Doumerc, F. Sallusto, B. Malavaud, P. Rischmann

Article Original

Prog Urol, 3/20/2010 204-209

Objectif : Évaluer la morbidité et la mortalité de la cystectomie radicale laparoscopique, pour cancer de vessie, chez des patients âgés de plus de 70 ans.

Patients et méthode : Étude prospective, entre janvier 2003 et mai 2009, chez 22 patients, 21 hommes et une femme, chez qui a été réalisée une cystectomie radicale laparoscopique pour cancer de vessie. L'âge moyen était de $76,2 \pm 4,3$ ans. La médiane du score ASA préopératoire était de 2 (1-3). L'indication opératoire était une tumeur de vessie infiltrante dans 18 cas, une tumeur de vessie superficielle de haut risque résistante aux traitements conservateurs dans quatre cas. Une urétérostomie transiléale non continente selon Bricker a été réalisée dans 15 cas. Une néovessie iléale selon Camey 2 a été réalisée dans six cas. Une urétérostomie cutanée bilatérale a été réalisée chez un patient.

Résultats : Un cas de conversion a été noté. Une complication peropératoire a été notée (lésion du nerf obturateur gauche). Les pertes sanguines moyennes étaient de $377,5 \pm 341,2$ ml. Aucun décès périopératoire n'a été noté. Le délai moyen de reprise de boissons était de $2,4 \pm 1,6$ jours et celui de reprise de l'alimentation de $4,5 \pm 1,6$ jours. Le délai moyen de reprise du transit était de $3,9 \pm 1,9$ jours. La durée moyenne d'hospitalisation en unité de soins intensifs était de $4,2 \pm 1,4$ jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de $11,0 \pm 3,0$ jours. Cinq patients (22,7 %) ont présenté une complication postopératoire. Le suivi moyen des patients était de $46,4 \pm 20,8$ mois.

Conclusion : Dans notre expérience, la cystectomie radicale laparoscopique pour cancer de vessie chez les sujets de plus de 70 ans était une technique réalisable et peu morbide, permettant une réalimentation précoce des patients et une durée d'hospitalisation modérée.

Mots clés : Cystectomie radicale, Laparoscopie, Cancer de vessie, Sujet âgé, Morbidité

Progrès en Urologie

Progrès en Urologie

Place de l'urétéroscopie dans le traitement de la lithiase chez l'enfant

A. Fotso Kamdem, Y. Tekaili, B. Boillot, H. Dodat, D. Aubert

Urologie pédiatrique | Prog Urol, 3/20/2010 224-229

Objectif : Déterminer l'efficacité et la place de l'urétéroscopie dans le traitement de la lithiase urinaire chez l'enfant.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique menée de janvier 2006 à mars 2008 dans les services de chirurgie pédiatrique et d'urologie de Besançon, Lyon et Grenoble. Les données ont concerné l'âge, le sexe, les antécédents de maladie métabolique, l'existence d'une uropathie malformative, le mode de découverte de la lithiase, les indications et le type de traitement endoscopique.

Résultats : Vingt-six urétéroscopies pour lithiase ont été réalisées chez 17 enfants (huit filles et neuf garçons) âgés de 9 mois à 12 ans (âge moyen cinq ans et demi) en première intention ou après échec d'une lithotritie extracorporelle (n = 8). Un urétéroscopie semi-rigide de calibre 6/7,5 Fr a été utilisé dans tous les cas. Une seule fois l'opérateur a choisi un urétéroscopie souple. La lithotritie a été faite 15 fois au laser YAG Holmium, quatre fois par percussion pneumatique au Swiss Lithoclast® et six fois par simple extraction à la sonde Dormia®. Une sonde JJ temporaire a été placée chez 14 enfants. Deux incidents sans complication majeure ont été enregistrés : une section du guide par le faisceau laser et une perforation avec extravasation du produit de contraste. Le taux global de stone free après une ou deux urétéroscopies a été de 88 % avec un recul moyen de 11 mois.

Conclusion : L'urétéroscopie a été possible même chez le jeune enfant. Il est le traitement de première intention recommandé pour les calculs enclavés de l'uretère. En revanche, la LEC reste le traitement de choix pour les lithiases coralliformes, l'urétéroscopie ne devant être proposée qu'en cas de lithiase résiduelle résistante.

Mots clés : Enfant, Lithiase urinaire, Urétéroscopie, Lithotritie, Laser

Progrès en Urologie

Journal of Urology

Small Incidentally Discovered Testicular Masses in Infertile Men

Toren et al (page 1373) from Toronto, Ontario, Canada examined a large database of patients undergoing treatment for infertility for small testicular masses. Of men undergoing scrotal ultrasound during infertility evaluation 46 (1%) had a small nonpalpable testicular mass with a mean diameter of 1.3 mm. The men were followed and 8 subsequently underwent orchiectomy when the doubling time reached 3 to 6 months, of whom 1 had seminoma. The authors suggest that for patients with small nonpalpable testicular masses and negative tumor markers, examination of doubling time may be sufficient to determine if orchiectomy is warranted. This study and the literature suggest that 6 months of surveillance may be adequate.

[-2]ProPSA is Accurate for Differentiating Prostate Cancer From Benign Disease

In the ongoing quest for better biomarkers for prostate cancer, Le et al (page 1355) from Chicago, Illinois performed a prospective study of more than 2,000 men undergoing prostate cancer screening to determine the usefulness of a precursor isoform of PSA, [-2]proPSA, called p2PSA, vs free PSA as well as total PSA to predict a positive biopsy. Of 322 men recommended to undergo biopsy after screening 74 complied with the recommendation for biopsy at the time of reporting. Overall 41% of these men were diagnosed with prostate cancer on biopsy. No significant difference in total PSA was noted when positive biopsies were compared to negative biopsies. Men diagnosed with prostate cancer had a significantly lower median free PSA and a significantly higher p2PSA. The percentage of positive biopsies continuously increased with increasing p2PSA tertiles ($p < 0.002$). In ROC analysis total PSA alone lacked sensitivity and specificity in the 2.5 to 10 ng/ml range (AUC 0.50), while free PSA (AUC 0.68) and p2PSA (AUC 0.77) demonstrated more favorable performance. Setting the level of sensitivity at 88.5%, p2PSA led to substantial improvement in specificity over free or total PSA.

Decreased Electrosurgical Transurethral Resection Training is Associated With Increased Surgical Adverse Events

The operative data case logs presented to the Accreditation Council for Graduate Medical Education from graduating chief residents from academic years 2001 to 2007 were reviewed by Sandhu et al (page 1515) from New York, New York. The number of electrosurgical prostatic transurethral resections decreased 26% during this period from an average of 58 to 43 procedures. However, laser procedures began increasing in 2004. The authors also noticed that adverse events associated with electrosurgical procedures increased from 3% in 2001 to 6% in 2007. They infer that the 26% decrease in experience correlates with the increase in adverse events, although the study was not powered to detect such change or controlled for increased reporting of adverse events in recordkeeping during this period.

Outcomes of Patients Lost to Followup After Mid Urethral Synthetic Slings

Debate continues on the true success rate of stress incontinence surgery in women, especially when patients are lost to followup. In "intent to treat" analyses these cases are considered failures while in "last observation carried forward analysis" outcomes are extrapolated. Ballert et al (page 1455) from Kentucky and New York evaluated 217 patients who underwent mid urethral synthetic sling and used the Patient Impression of Improvement Scale as the outcome measure for those without a 3-month followup. Of 48 patients who responded the failure rate was 27% for 13 without 3 months of followup while the overall failure rate was 19% for patients with 3 months of followup. The authors reported a 73% success rate for patients lost to followup, which was not significantly different although lower than the 81% success rate for patients with 3 months of followup. They conclude that neither the intent to treat or last observation carried forward analysis accurately gauges the outcomes of study populations.

Journal of Urology

Acitretin for Severe Lichen Sclerosus of Male Genitalia

Acitretin is a synthetic retinoid used to treat genital lichen sclerosis in women which to my knowledge has not been studied in a randomized controlled setting in men. Ioannides et al (page 1395) from Thessaloniki, Greece performed a prospective randomized study of the effect of acitretin on steroid resistant lichen sclerosis of the penis. The primary outcome measure used was a total clinical score which represented the sum of 6 different rates resulting from the 3 different parameters of symptoms, signs and extent of lesions.

Of 51 patients 49 completed the trial and were eligible for statistical analysis. Complete or partial response was achieved in 36.4% and 36% of the acitretin group, and 6.3% and 12% of the controls, respectively. The efficacy of acitretin did not become evident until late in the 36-week study and durability decreased with time, suggesting a longer duration of treatment for this new therapeutic option for lichen sclerosis.

Segmental Ureterectomy Can be Performed Safely for Transitional Cell Carcinoma of the Ureter

Traditional teaching states that for upper tract transitional cell carcinoma (TCC), nephroureterectomy is the treatment of choice. More controversy exists about lower ureteral tumors, especially if they are higher stage or grade. Jeldres et al (page 1324) from Montreal, Quebec, Canada performed the largest study to date comparing nephroureterectomy to segmental ureterectomy for ureteral TCC.

Regardless of T stage (T1 to T4) the cancer specific mortality rates at 30 months were similar after segmental ureterectomy (86.6%) and nephroureterectomy (82%). The authors conclude that segmental ureterectomy can be safely performed in selected patients with ureteral TCC, confirming standard recommendations.

A Novel ReverseThermosensitive Polymer to Prevent Ureteral Stone Retropulsion During Lithotripsy

Ureteroscopy with laser lithotripsy is rapidly becoming the treatment of choice for lower ureteral stones. However, during procedures smaller stones can be dislodged into the upper ureter or ureteral pelvis, making treatment more difficult. In a multi-institutional study Rane et al (page 1417) evaluated a novel thermosensitive polymer called BackStop™ which is injected just beyond the stone to form a temporary plug preventing retropulsion.

The plug is later dissolved by cool irrigation. Ureteroscopic lithotripsy was associated with a lower rate of retropulsion in the BackStop group (8.8%) compared to the control group (52.9%). The authors suggest that this thermosensitive polymer may be of some benefit to ureteroscopic lithotripsy.

Are Sonographic Characteristics Associated With Progression to Surgery for Peyronie's Disease?

The diagnosis and treatment of Peyronie's disease have been based on physical examination and history with no prognostic indicators predicting which patients will require surgery. In this retrospective cohort study of 518 patients with Peyronie's disease Breyer et al (page 1484) from San Francisco, California evaluated the use of penile ultrasound to measure sub-tunical calcifications, septal fibrosis, tunical thickening and intracavernosal fibrosis to determine whether any of these factors predict the future need for surgery. Progression to surgery was determined from a retrospective review of the medical records.

Overall 25% of the cohort required surgical intervention after an average followup of 1.25 years. In addition to severity of curvature, the only prognostic ultrasound indicator of which patients were most likely to undergo surgery was sub-tunical calcifications on the first visit (OR 1.75, 95% CI 1.16–2.62).

Journal of Urology

Unverifiable Publications of Urology Training Program Applicants

Nosnik et al (page 1520) from New York, New York reviewed the applications of 147 applicants to 1 institution in the 2007 cycle to determine the incidence of resume fraud among urology residents.

The publications in the resumes were queried on PubMed®, Google™ Scholar and MEDLINE®. Overall 19% of applicants who submitted publications had at least 1 unverifiable publication, representing 9% of the entire applicant pool. There were no significant associations between applicant demographics and misrepresented publications.

While the incidence of unverifiable publications was low, it does raise questions about the ethics of applicants. However, the authors assumed PubMed, Google Scholar and MEDLINE capture all publications, which is not the case for some unlisted periodicals.

Results From the SUMiT Trial

Failure of antimuscarinics for overactive bladder represents a therapeutic challenge. Neuromodulation has been the treatment of choice but implantable devices are costly and subject to reoperation. In the SUMiT (Study of Urgent® PC vs. Sham Effectiveness in Treatment of Overactive Bladder Symptoms) trial 220 adults with overactive bladder symptoms were randomized to 12 weeks of percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) or sham (page 1438).

Intent to treat analysis was used, and the primary end point was a global response assessment to identify patients whose symptoms were markedly or moderately improved. Improvement in bladder symptoms (moderately or markedly improved) was seen in 54.5% of the treatment group vs 20.9% of the sham subjects.

Voiding diaries after 12 weeks showed the PTNS group had improvements in frequency, nighttime voiding, voiding with moderate to severe urgency and urinary urge incontinence episodes. This multicenter, double-blind, randomized controlled trial provides evidence that PTNS is safe and relatively effective for patients with overactive bladder.

It should be noted that antimuscarinics were discontinued 2 weeks before the study and 66% to 69% of patients had used medications within 6 months of the trial.

William D. Steers
Editor
April 2010

Histoire et disparition de la lithiase vésicale



Fig. 1

La taille par le grand appareil, d'après Alghisi, Litotomia, A. Pousson et E. Desnos.

Encyclopédie française d'urologie. Paris. Doin. 1914.

Pierre LÉGER

63, avenue Pierre-Semard 94210 La Varenne
nicleger@wanadoo.fr

La « pierre », c'est-à-dire la présence d'un calcul dans la vessie, est un des chapitres les plus hauts en couleur de l'histoire de la médecine, où l'on rencontre des personnages originaux : aventuriers cupides, clercs ou pseudoclercs se dévouant à leurs prochains, mais aussi praticiens dont la grande compétence est reconnue de tous ; où l'on salue le courage, la détermination et le talent de ceux qui osèrent tenter de bien cruelles opérations ; où l'on tremble en pensant au sort terrible des pauvres patients porteurs de pierre ; où l'on mesure le nombre des obstacles qu'il fallut franchir avant de connaître le succès ; et ce alors même que la maladie allait disparaître...

La « pierre » est une bien cruelle maladie. En furent ainsi témoins ceux qui suivirent l'empereur Napoléon III à Sedan en 1870 et le virent, combien de fois, rongé par une terrible impériosité mictionnelle, obligé de descendre de cheval pour émettre avec douleur des urines sanglantes et souffrir horriblement. L'empereur déchu ayant péri malgré l'habileté de Sir H. Thompson, l'autopsie montra les dégâts que la présence d'une pierre peut entraîner : vessie épaissie ulcérée, rétractée, infectée avec des uretères forcés et des reins détruits. La souffrance physique se trouvait considérablement majorée par une terrible angoisse taraudant le porteur de pierre car, pour mettre fin à ses souffrances, il n'était qu'une solution (et quelle solution !) la taille, c'est-à-dire l'ouverture de la vessie, bien sûr sans aucune anesthésie. « On ne peut s'y décider que par une espèce de désespoir » dit Morand que cite Desnos,¹ lequel ajoute : « les mots torture, martyr reviennent souvent dans les observations ».

Le petit appareil

Pour la taille dite par le petit appareil, la première à être pratiquée, il n'est que bien peu de différences dans les descriptions de son mode opératoire, de Suçruta (3000 av. J.-C.) à Ammonius (200 av. J.-C.), de Celse (1er s. apr. J.-C) à Abulcassis et Avicenne (Xe s.). Le patient est couché sur le dos, les cuisses fléchies, les genoux sur le thorax, solidement maintenu par 2 aides musclés. Pendant qu'un assistant déprime avec force la région suspubienne, l'opérateur introduit 3 doigts de sa main gauche dans le rectum et perçoit en avant la saillie de la pierre.

De ses doigts crispés il l'accroche, l'attire comme pour la faire saillir à la peau. Sa main droite, armée d'un fort couteau fend d'un seul coup le périnée, pénètre en profondeur jusqu'au contact du calcul qui crisse sous la pointe de l'instrument. Un long crochet, prestement introduit dans la plaie, contourne la pierre et l'extrait en force.

Le tout n'a pas duré une minute. Si le calcul est trop volumineux, commencent les difficultés. Certains sont si durs que les tenettes n'arrivent pas à les écraser d'où arrachements laborieux, terriblement délabrants et parfois c'est l'échec. Cependant nombre d'opérés survivaient, certains même sans séquelles trop graves. C'est de cette taille qu'il est question lorsque tout nouveau médecin prononce le serment d'Hippocrate : « Tu ne feras pas la taille [...] tu la laisseras à ceux qui la pratiquent. ». Le Maître de Cos était trop sage pour condamner une méthode si répandue et dont on ne pouvait contester l'utilité ; il tenait seulement à mettre en garde ses disciples et leur conseiller de laisser cette opération redoutable à ceux qui, bien que n'étant ni médecins, ni chirurgiens, avaient appris en voyant faire ; des hommes habiles, déterminés, possédant ce qu'on appellera le « sens chirurgical », c'est-à-dire la capacité de rester calme, rapide et précis alors que l'opéré hurle et se débat. Pendant des siècles on tailla ainsi... et ce jusqu'au jour où apparut un procédé, plus savant, plus efficace mais non moins cruel, la taille « par le grand appareil », c'est-à-dire utilisant une instrumentation complexe.

Histoire et disparition de la lithiase vésicale

Le grand appareil

À Crémone, vers 1520, Jean des Romains imagina d'introduire dans l'urètre une sonde métallique rainurée, de fendre le périnée, d'ouvrir l'urètre en prenant le contact de cette sonde, d'introduire dans l'urètre prostatique deux tiges servant de guide à un dilateur puis à crochets, pinces, tenettes ou broyeurs chargés d'extraire la pierre et ses débris. Cette taille (fig. 1) qui allait se perfectionner grâce à l'imagination des fabricants d'instruments fut celle des Collot, « opérateurs du roy [Henri II] pour la pierre », détenteurs d'une charge qu'ils se transmettront de père en fils pendant 8 générations avant de la partager avec les Tolle. Opérant avec adresse ils eurent beaucoup de succès mais aussi quelques morts, des échecs et bien des séquelles : fistules, sténoses urétrales, incontinenances, sans parler de la disparition des érections. La méthode restait excessivement cruelle, le temps le plus douloureux étant la dilatation de l'urètre prostatique et le plus dangereux l'extraction par l'urètre de pierres volumineuses ou de débris agressifs arrachant des lambeaux d'urètre ou de col vésical. C'est pour réduire ce risque que Jacques de Beaulieu inventa la « taille latérale ».

Frère Jacques

Voici un personnage étonnant qui aurait voulu être médecin mais ne le fut pas, être clerc mais ne le fut pas plus, ce qui ne l'empêcha pas de s'habiller en moine, de s'appeler frère Jacques et d'inventer un procédé de taille tout à fait original. Il n'ouvrait pas l'urètre mais, par une longue incision du périnée, atteignait directement le col vésical. Cet abord était rapide et permettait d'extraire sans morcellement les pierres les plus grosses, mais à quel prix ! Les premiers succès de frère Jacques l'amènèrent à Paris où sa méthode éveilla la méfiance. Louis XIV chargea Méry, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu, de l'évaluer. Un premier essai concluant, sur le cadavre, séduisit d'abord Méry. Cependant 25 des 60 premiers opérés décédèrent, dont 7 le même jour, et 13 seulement guérirent sans trop de séquelles. Le rapport de Méry fut accablant et la défense de frère Jacques particulièrement maladroite.

Il dut fuir mais continua à tailler et, succès et échecs alternant, il voyagea beaucoup : Orléans, Aix-la-Chapelle, Beauvais et de nouveau Paris. Le maréchal des Loges, se résignant enfin à se faire tailler, convoqua frère Jacques et lui fit opérer 20 porteurs de pierres avant de se confier à ses mains : il n'y survécut pas. Et frère Jacques reprit la route de Genève à Amsterdam où il mourut en 1704, ayant taillé plus de 5 000 fois.

Frère Côme

Jean Baseillac, dit frère Côme (fig. 2), eut une vie moins aventureuse. Fils et petit-fils de chirurgiens, il était bien clerc, lui. On lui doit 2 inventions d'importance



Fig. 2

Jean Baseillac dit frère Côme (1703-1781).
O. Pasteau, Les instruments de chirurgie urinaire en France.

Paris, Boulangé, 1914.

majeure : pour extraire les pierres, frère Côme introduisait par l'urètre périnéal un « lithotome à lames cachées » qu'il ouvrait dans la vessie avant de le retirer créant ainsi une ouverture franche et nette qui permettait d'extraire même les pierres les plus grosses sans arracher ni col ni urètre. D'abord objet de vives polémiques, le procédé, efficace, rapide et moins douloureux, fut bientôt largement adopté et inspira de nouveaux instruments conçus sur le même principe.

La seconde idée de frère Côme fut la « sonde à dard ». On l'introduisait dans la vessie. Sa courbure permettait de l'appliquer sur la face antérieure de celle-ci qu'accrochait sa pointe, « le dard », sans qu'elle puisse la perforer.

Histoire et disparition de la lithiase vésicale

Une courte incision sus-pubienne permettait au doigt de repérer le dard, d'ouvrir la vessie à coup sûr, et d'enlever la pierre. C'était très nouveau. Seul Franco, vers 1550, avait ouvert la vessie mais il n'avait jamais osé recommencer.

La lithotritie

Quel qu'en fût le procédé, la taille restait un geste des plus cruels. On comprend donc le soulagement, l'enthousiasme et l'admiration qui s'exprimèrent le jour où l'on apprit qu'un jeune médecin inconnu, Jean Civiale, avait réussi à détruire un calcul vésical sans ouverture chirurgicale. Pourquoi, s'était dit Civiale, ne pas utiliser, pour saisir le calcul vésical, l'instrument dont on se servait pour extraire un corps étranger ayant pénétré dans le corps, tel qu'une balle de fusil ? Il suffirait d'introduire l'instrument, le tire-balle, par l'urètre jusque dans la vessie, d'en ouvrir les branches et de saisir la pierre. En aménageant un conduit au centre de l'appareil, on pourrait y introduire un fin trépan pour percer la pierre qui se briserait sans doute après plusieurs perforations. C'est ce qu'il réussit en réalisant, le 13 janvier 1824, la première lithotritie vésicale. La méthode connut bientôt un extraordinaire développement (fig. 3) mais fut aussi, pendant 40 ans, le prétexte à d'incessantes, laborieuses, épuisantes et stériles discussions. On perçait les pierres puis on les écrasait avant de les casser au

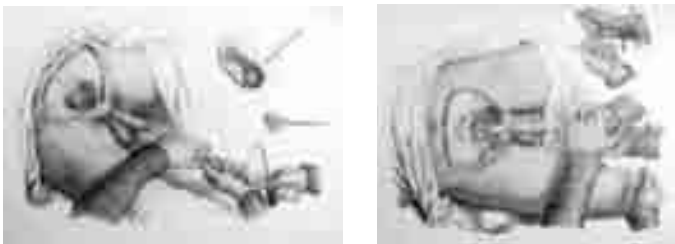


Fig. 3

Procédés de lithotritie : a) fragmentation de la pierre par trépanation ; b) fragmentation de la pierre par percussion.

Atlas d'anatomie et de médecine opératoire, Bourguery et Jacob, Paris, 1866, tome VII.

marteau avec l'instrument à percussion du baron Heurteloup, puis enfin on les broya avec l'écrasoir de Charrière.

Bientôt apparut l'anesthésie générale puis, à partir de 1870, l'antisepsie. Félix Guyon (fig. 4), le père de l'urologie, devint alors, à Necker, le maître incontesté de la lithotritie, délivrant les patients de leurs pierres, en un temps, sans douleurs et sans complications.

Disparition de la pierre

Vers 1885 Goodfellow réussit l'ablation d'adénomes prostatiques par voie périnéale avant que Fuller et Freyer n'imposent l'opération par voie haute. Depuis lors les prostatiques n'attendent plus que se forme un calcul dans leur vessie pour se faire opérer. Avec l'apparition des antibiotiques il n'y eut plus ou presque d'urétrites et le bataillon des sténosés de l'urètre qui hantaient les consultations d'urologie disparut. La pierre vésicale, de nos jours, est devenue bien rare, alors même que l'on dispose de lithotriteurs à décharges électriques, à ondes de choc, à ultrasons, utilisables par voie extracorporelle ou endoscopique, capables de venir à bout sans douleur, sans séquelles, des calculs les plus résistants.



Fig. 4

La lithotritie de Monsieur Osiris par le Professeur Guyon. Tableau de E. Bisson

(avec l'aimable autorisation du Pr B. Dufour, Hôpital Necker, Paris).

Épilogue

Ainsi la taille disparut, puis la lithotritie dut céder du terrain au profit de l'ouverture chirurgicale réglée de la vessie, celle-ci s'effaçant à son tour devant les techniques modernes. Le traitement des calculs qui avait quitté les mains de « tailleurs » de valeur inégale devint l'affaire des chirurgiens. Mais la complexité du matériel, la nécessité d'un apprentissage de techniques spécifiques ont entraîné la création d'une branche particulière de la chirurgie, l'urologie. Si les urologues n'ont plus guère de calculs à traiter, ils restent cependant attachés à l'histoire de la pierre qui a motivé la naissance de leur spécialité.

Sources principales :

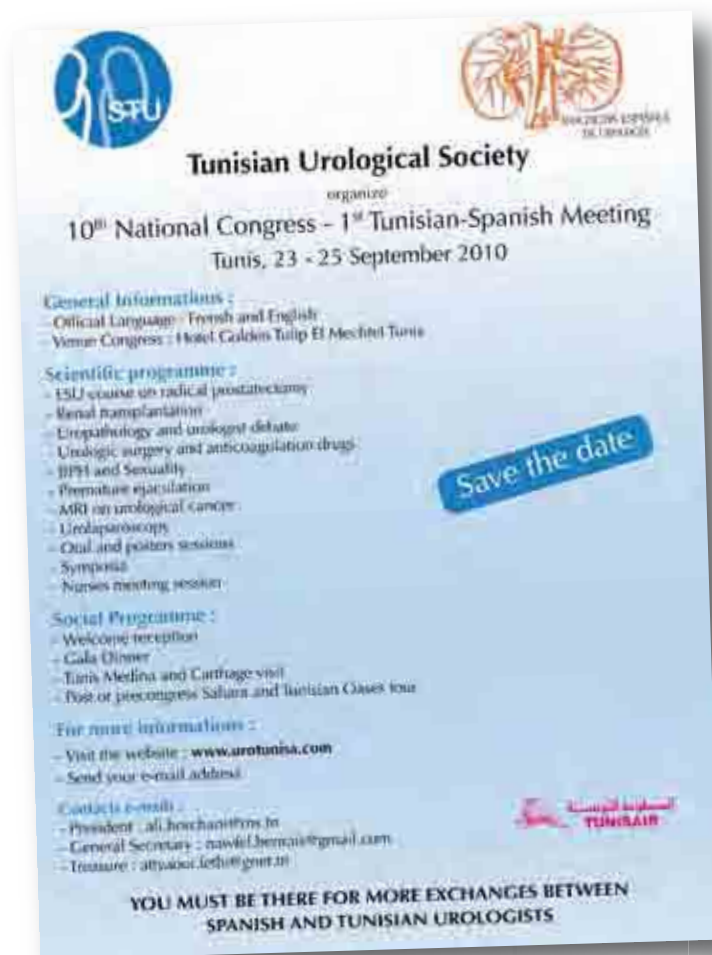
- Desnos E. *Encyclopédie française d'urologie*. Paris : Doin, 1914.
- Gregoir W. et Kuss R. *Histoire illustrée de l'urologie*. Paris : Da Costa, 1989.
- Leger P. *Chroniques de l'urologie française*. Tome 1. Schering, 1999.

Agenda - Evénements

La Newsletter officielle de la Société Tunisienne d'Urologie

AUA congress San Francisco du 29/05/2010 au 03/06/2010
www.aua2010.org

10ème congrès nationale de la STU 23, 24 et 25/09/2010 Tunis
www.urotunisia.com



Tunisian Urological Society
organize
10th National Congress - 1st Tunisian-Spanish Meeting
Tunis, 23 - 25 September 2010

General Informations :
- Official Language : French and English
- Venue Congress : Hotel Golden Tulip El Mechjet Tunis

Scientific programme :
- ESU course on radical prostatectomy
- Renal transplantation
- Uro-pathology and urologist debate
- Urologic surgery and anticoagulation drugs
- BPH and Sexuality
- Premature ejaculation
- MRI on urological cancer
- Ureteroscopy
- Oral and posters sessions
- Symposia
- Nurses meeting session

Social Programme :
- Welcome reception
- Gala Dinner
- Tunis Medina and Carthage visit
- Post or pre-congress Sahara and Tunisian Oases tour

For more informations :
- Visit the website : www.urotunisia.com
- Send your e-mail address

Contacts e-mail :
- President : ali.bouchaieff@fr.fr
- General Secretary : nawfel.berroua@gnail.com
- Treasurer : attiaoui.ledhi@gmt.tn

Save the date

YOU MUST BE THERE FOR MORE EXCHANGES BETWEEN SPANISH AND TUNISIAN UROLOGISTS



Le 6ème congrès de la Société libanaise d'Urologie
Beirut du 30 Septembre au 2 Octobre 2010

4ème congrès maghrébin d'Urologie
Tripoli, Lybie les 8, 9 et 10 Octobre 2010

SIU World meeting Marrakech du 13 au 16 Octobre 2010
www.siucongress.org

Sponsors: IPSEN, AstraZeneca, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Pierre Fabre, SOFARY PHARMACEUTICALS, eau, COOK, Wilson Cook Medical, JCI PHARMACEUTICALS

Le 6ème congrès de la Société libanaise d'Urologie
Beirut du 30 Septembre au 2 Octobre 2010

4ème congrès maghrébin d'Urologie
Tripoli, Lybie les 8, 9 et 10 Octobre 2010

SIU World meeting Marrakech du 13 au 16 Octobre 2010
www.siucongress.org

Agenda