



# Urologie

Rev Med Suisse 2008; 4: 166-8

M. Uffer  
Y. Chollet  
C. Cardinaux  
C. Erling  
V. Praz  
D. Ramadani  
T. Tawadros  
C. Treuthardt  
M. Wisard  
Y. Zarkik  
P. Jichlinski

## Urology

The systemic treatment of kidney cancers is promising regarding the first results of the inhibiting molecules of the angiogenesis. Projections in research are encouraging for more specific and sensitive markers of the prostate cancer. For this last the intermittent hormone therapy improves the quality of life of the patients. The overweight control in infertility allows greater chances of giving birth. The morbidity of the kidney percutaneous surgery is decreased by the use of smaller tools. Reduction rate of reobstruction thanks to new manufacturing stents. The botulinic toxin for the hyperactive bladder refunded by the health insurances.

Le traitement systémique des cancers du rein est porteur d'espoir avec les premiers résultats des molécules inhibitrices de l'angiogénèse. Les avancées de la recherche pour des marqueurs plus spécifiques et sensibles du cancer de la prostate sont encourageantes. Pour ce dernier, l'hormonothérapie intermittente améliore la qualité de vie des patients. Le contrôle de l'excès pondéral dans l'infertilité permet de plus grandes chances de conception. La morbidité de la chirurgie percutanée du rein est diminuée par la confection d'instruments plus petits. Les nouveaux matériaux constituant les stents diminuent le taux de réobstruction. La toxine botulinique pour les vessies neurogènes est remboursée par les caisses-maladie.

## ONCOLOGIE UROLOGIQUE

### Cancer métastatique du rein

Les différents traitements médicaux systémiques actuels du cancer rénal à cellules claires métastatique sont peu satisfaisants. Les cytokines donnaient les meilleurs résultats, avec des taux de réponses variant de 15 à 20%, pour une survie moyenne de deux ans. Récemment, les molécules inhibitrices de l'angiogénèse ont été investiguées. Deux études cliniques, intéressantes ont été publiées cette année. Le sunitinib (Sutent), en comparaison avec l'interféron alpha, améliore la survie sans progression de la maladie de six mois,<sup>1</sup> et le sorafenib (Nexavar) administré après échec d'une immunothérapie systémique, versus un placebo, l'améliore de trois mois.<sup>2</sup> Ces molécules agissent en tant que stabilisateurs de la progression tumorale

du carcinome à cellules claires métastatique, et sont actuellement recommandées en traitement de première ou seconde ligne. De multiples études, malheureusement le plus souvent avec des collectifs réduits de patients, sont en cours.

### Marqueurs du cancer de la prostate

L'élévation de la valeur du PSA en présence d'un toucher rectal sans anomalie prostatique conduit à la réalisation d'un grand nombre de biopsies de la prostate, qui ne révèlent pas de cancer chez 60% des patients. Dès lors, certains cumulent soit une deuxième série de biopsies, soit une surveillance par dosages successifs des différentes formes de PSA dont le rendement clinique est peu performant.

La nécessité de trouver de nouveaux biomarqueurs avec des valeurs prédictives plus élevées et représentatives du grade de la maladie est impérative.

Le PCA3 (*Prostate Cancer Antigen 3*) ouvre une nouvelle voie. Il s'agit d'un ARN non codant spécifique de la prostate. Des études récentes ont démontré une valeur prédictive négatives du PCA3 urinaire de plus de 80%.<sup>3</sup>

### Hormonothérapie intermittente et cancer de la prostate

Dans une très longue phase de son évolution, le cancer de la prostate est hormono-dépendant et les traitements : castration chirurgicale ou chimique (analogue de la LHRH), antiandrogènes stéroïdiens ou non stéroïdiens sont largement répandus.



Dans l'intention de retarder les modifications cellulaires biologiques de la cellule conduisant à l'installation d'une hormonorésistance suite à l'introduction de ces traitements, la question de dispenser le traitement de manière séquentielle (hormonothérapie intermittente) se pose.

Les études cliniques, dont cinq randomisées, montrent que l'hormonothérapie intermittente est possible, sans toutefois présenter d'impact favorable ou défavorable sur la survie globale ou la progression de la maladie, mais la qualité de vie du fait de la diminution des effets secondaires (bouffées de chaleur, baisse de la libido, dysfonction érectile, ...) peut s'en trouver améliorée. L'optimisation du protocole d'administration reste à définir.<sup>4-7</sup>

## ANDROLOGIE

L'impact de l'obésité masculine sur la spermatogenèse semble beaucoup plus important qu'attendu. Un surpoids de 10 kg augmente les risques d'infertilité d'environ 10%. Chez les hommes obèses dont l'IMC s'élève au-delà de 32, l'infertilité double. Le spermogramme de ces patients montre une réduction de la motilité des spermatozoïdes et des altérations de l'ADN. Par ailleurs, l'obésité constitue un facteur de risque connu de la dysfonction érectile.

Dès lors, la perte de poids pour l'homme, comme pour la femme d'ailleurs, améliore les chances de conception.<sup>8-10</sup>

## ENDO-UROLOGIE

### Stents

La recherche de tuteurs permanents pour la perméabilité urétérale ou urétroprostatique se poursuit. Les stents thermolabiles Memokath montrent des résultats intéressants par rapport aux stents et sondes classiques. Pour les voies urinaires supérieures, Kulkarni et coll. ont constaté, comparativement aux sondes JJ, l'absence de phénomènes d'incrustation à quatre mois, avec une diminution du taux d'obstruction secondaire, ainsi que l'absence de reflux vésico-urétéral lié à la boucle intravésicale.<sup>11,12</sup> Ces stents n'ont pas besoin d'être changés tous les trois ou six mois comme les sondes JJ. Inséré au niveau de l'urètre prostatique, le Memokath permet une amélioration durable des symptômes de l'hyperplasie bénigne de la prostate.<sup>13</sup> Leur coût élevé est compensé par leur pose ambulatoire et leur implantation souvent définitive. Depuis août 2007, ces stents

font partie des prestations à la charge de l'assurance obligatoire de soins.

## Chirurgie percutanée du rein

La chirurgie percutanée du rein fait partie de l'arsenal thérapeutique du traitement des calculs rénaux de plus de 2 centimètres de diamètre depuis plus de vingt ans. Elle reste le traitement de première intention pour les calculs coraliformes.<sup>14</sup> Les risques principaux de cette chirurgie sont l'hémorragie avec la nécessité de transfusion sanguine dans 11-14% des cas, exceptionnellement la perte du rein. Le risque d'hémorragie dépend du diamètre de l'instrument. La recherche se dirige vers le développement d'endoscopes plus fins, rendant la chirurgie percutanée du rein encore plus minimale invasive, réduisant ainsi sa morbidité.<sup>15,16</sup>

## NEURO-UROLOGIE

La toxine botulinique A (BTX-A), par son action sur les fibres sensibles et motrices, a montré son efficacité dans le traitement de l'hyperactivité vésicale neurogène et idiopathique. Elle est administrée en injection intradétrusorienne par voie endoscopique, transurétrale.

Chez les patients souffrant d'hyperactivité détroisurienne neurogène, les études ont montré ainsi une diminution de l'incontinence et une amélioration des paramètres urodynamiques. Son efficacité est également prouvée pour le traitement des hyperactivités détroisurienne idiopathiques réfractaires au traitement anticholinergique.<sup>17,18</sup>

L'Office fédéral de la santé publique, par l'ordonnance sur le remboursement par l'assurance obligatoire de soins, a accepté ce traitement dès le 01.01.2007, uniquement pour des indications limitées aux vessies neurogènes, dont le diagnostic est établi par un examen urodynamique. ■

## Adresses

Drs Matieu Uffer, Yves Chollet, Cécile Cardinaux,  
Christoph Erling, Valentin Praz, Dursim Ramadani,  
Thomas Tawadros, Cédric Treuthardt, Marc Wisard et  
Yassin Zarkik  
Pr Patrice Jichlinski  
Service d'urologie  
CHUV, 1011 Lausanne  
Matieu.Uffer@chuv.ch

## Bibliographie

- 1 \* Motzen RJ, Hutson TE, Tomzak P, et al. Sunitinib vs IFN-alpha in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:115-24.
- 2 Escudier B, Eisen T, Stalder WM, et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:125-34.
- 3 van Gils MR, Hessels D, van Hooij O, et al. The time-resolved fluorescence-based PCA3 test on urinary sediments after digital rectal examination; a Dutch multicenter validation of the diagnostic performance. *Clin Cancer Res* 2007;13:939-43.
- 4 \* Miller K, Steiner U, Lingnau A, et al. Randomized prospective study of intermittent versus continuous androgen suppression in advanced prostate cancer (abs-

tract). *J Clin Oncol* 2007;25:238.

- 5 Bruchoovsky N, Klotz L, Crook J, et al. Final results of the canadian prospective phase II trial of intermittent androgen suppression for men in biochemical recurrence after radiotherapy for locally advanced prostate cancer. *Clinical parameters. Cancer* 2006;107:389.
- 6 Calais da Silva FM, Bono A, et al. Phase III intermittent MAB versus continuous MAB (abstract n° 4513). *Oncol* 2006;24:220.
- 7 Tunn UV, Eckart O, Kienle EF, Hillger H. Can intermittent androgen deprivation be an alternative to continuous androgen withdrawal in patients with PSA relapse? First results of the randomized prospective phase III clinical trial 504. *J Urol* 2003;169:396.

- 8 \* Nguyen RHN, Wilcox AJ, Skjaerven R, Baird DD. Men's body mass index and infertility. *Human Reprod* 2007;22:2488-93.

- 9 Pasquali R, Patton L, Gambineri A. Obesity and fertility. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2007;14:482-7.

- 10 Neslon SN, Fleming R. Obesity and reproduction: Impact and interventions. *Curr Opin Obst Gyn* 2007;19:384-9.

- 11 Kulkarni R, Bellamy E. A new Thermo Expandable Shape Memory Nickel-Titanium alloy Stent (Memokath 051) for the management of Ureteric Strictures. *Br J Urol* 1999;83:755-9.

- 12 Kulkarni R, Bellamy E. Nickel-titanium shape memo-



ry alloy memokath 051 ureteral stent for managing long-term ureteral obstruction: 4 year experience. J Urol 2001;166:1750-4.

**13** Armitage JN, Rashidian A, et al. The thermo-expandable metallic stent for managing benign prostatic hyperplasia: A systematic review. Br J Urol 2006; 98:806-10.

**14** Glenn MP, Dean GA, James EL, et al. Chapter 1: AUA Guideline on management of staghorn calculi: Diagnosis and treatment recommendations. J Urol 2005;173:1991-2000.

**15** Zeng G, Wen Z, Xun L, et al. Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for staghorn calculi: A novel single session approach via multiple 14-18fr tracts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007;17.

**16** Lahme S, Bichler K-H, Strohmaier WL, et al. Minimally invasive PCNL in patients with renal pelvic and calyceal stones. Eur Urol 2001;40:619-24.

**17** Schurch, B, de Seze, M, Denys, P, et al. Botulinum toxin type a is a safe and effective treatment for neurogenic urinary incontinence: Results of a single treat-

ment, randomized, placebo controlled 6-month study. J Urol 2005;174:196.

**18** \* Schmid DM, Saueremann P, Werner M, et al. Experience with 100 cases treated with botulinum-A toxin injections in the detrusor muscle for idiopathic overactive bladder syndrome refractory to anticholinergics. J Urol 2006;176:177.

\* **à lire**

\*\* **à lire absolument**