

# PROSTATE

Dr T. BOMMELAERE - Uronord | Centre Urologie

# Dr T. BOMMELAERE

Chirurgien Urologue à Lille | Marcq-en-Barœul  
Centre Urologie de Lille  
Hôpital Privé La Louvière

**Chirurgie Mini-invasive & Robot Assistée**

Cancer de la **Prostate**

Cancer du **Rein**

**Hypertrophie Bénigne de la prostate**

## Conflits d'intérêts :

**TRAINER** | INTENSIVE COURSE IN LAPAROSCOPIC UROLOGICAL SURGERY - IRCAD

**PROCTOR** | ENUCLEATION PROSTATE LASER THULIUM - Coloplast x TFL Drive

 **Uro**Nord.fr



# UROLOGIE

CENTRE LILLE



*Dr BALLEREAU*



*Dr BOMMELAERE*



*Dr COLIN*



*Dr DELAVAL*



*Dr FEDDAL*



*Dr GUIFFART*



*Dr KOENIG*



*Dr RIZK*

# TROUBLES FONCTIONNELS DE L'HOMME ADULTE

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**RECOMMANDATION**

**Bilans pré-  
thérapeutiques des  
troubles mictionnels  
de l'homme adulte :  
modalités et acteurs**

**Validé par le Collège le 9 novembre 2023**

---

Mis à jour en avr. 2024



**Le bilan initial des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) de l'homme adulte relève en premier lieu de la consultation en médecine générale**



## Messages clés

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique (cf. Tableau 1).

**Le bilan initial** des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) de l'homme adulte relève en premier lieu de la consultation en médecine générale pendant laquelle il est recommandé de procéder à un interrogatoire, un examen clinique et d'autres examens complémentaires. **Le recours à l'urologue ou à un autre spécialiste des troubles urinaires** (neuro-urologue, spécialiste en médecine physique et de réadaptation) [2024] **est proposé en seconde intention selon les résultats du bilan initial.** Les conditions de recours à un spécialiste sont précisées dans les recommandations.

*En fonction des résultats du bilan initial, il peut être indiqué de surveiller le patient ou d'instaurer un traitement médical.*

Un patient de 32 ans, consulte pour une gêne à la miction depuis quelques semaines. Il décrit un jet un peu faible, parfois interrompu, sans brûlure ni fièvre.

Pas de pollakiurie, pas d'impériosité, pas d'hématurie.

Il n'a pas d'antécédent particulier, pas de traitement.

Un patient de 32 ans, consulte pour une gêne à la miction depuis quelques semaines. Il décrit un jet un peu faible, parfois interrompu, sans brûlure ni fièvre.

Pas de pollakiurie, pas d'impériosité, pas d'hématurie.

Il n'a pas d'antécédent particulier, pas de traitement.

### Hypothèses Diagnostiques ?

→ IST

→ Sténose urétrale

→ Hypertonie sphinctérienne

### Stratégies ?

Bilan IST

Interrogatoire (Débit ? sensation de blocage ?)

Interrogatoire (Rythme ?)

~~PSA~~

~~IRM de Prostate~~

~~ECHOCROPHIE~~

~~ECBU~~

~~PI~~

Hypertonie  
sphinctérienne ?

~~E~~

SEP ?

# Miction Normale

- Miction volontaire, facile, indolore, complète, qui dure moins de 1 minute
- Fréquence : diurne (délai entre les mictions  $> 2$  h)
- Débit maximal ( $Q_{max}$ )  $> 15$  mL/s
- Résidu post-mictionnel  $< 50$  mL (ou  $< 1/3$  du volume de la miction)
- La miction normale résulte d'un équilibre entre les forces d'expulsion et de retenue

# SBAU

Faiblesse du jet

Jet en arrosoir

Jet haché

Retard à l'initiation de la miction

Poussée abdominale

Gouttes retardataires

Sensation de vidange vésicale  
incomplète

Pollakiurie diurne

Pollakiurie nocturne

Urgenturie

Incontinence urinaire

# SBAU

## PHASE MICTIONNELLE

Faiblesse du jet

Jet en arrosoir

Jet haché

Retard à l'initiation de la miction

Poussée abdominale

Gouttes retardataires

Sensation de vidange vésicale  
incomplète

## PHASE de REMPLISSAGE

Pollakiurie diurne

Pollakiurie nocturne

Urgenturie

Incontinence urinaire

# SBAU

Pathologies **prostatiques**

Pathologies **vésicales**

Pathologies **urétrales**

Pathologies **neurologiques**

Pathologies **infectieuses**

**Troubles du sommeil (!)**

# SBAU



# Obstacle sous vésical

# SBAU



## Obstacle sous vésical



**HBP**

**Rétrécissement  
du col**

**Sténose  
urétrale**

**Calcul  
vésical**

Un patient de 44 ans, consulte, à votre cabinet de médecine générale, pour une gêne à la miction depuis quelques mois. Il décrit un jet un peu faible, parfois interrompu, sans brûlure ni fièvre. Parfois, il éprouve le besoin de retourner uriner 10 à 15 minutes après la dernière miction.

Pas de pollakiurie pour autant, pas d'impériosité, pas d'hématurie. Il se lève une fois la nuit

Il n'a pas d'antécédent particulier, pas de traitement.

Un patient de 44 ans, consulte, à votre cabinet de médecine générale, pour une gêne à la miction depuis quelques mois. Il décrit un jet un peu faible, parfois interrompu, sans brûlure ni fièvre. Parfois, il éprouve le besoin de retourner uriner 10 à 15 minutes après la dernière miction.

Pas de pollakiurie pour autant, pas d'impériosité, pas d'hématurie. Il se lève une fois la nuit

Il n'a pas d'antécédent particulier, pas de traitement.

**Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment**

➔ Quelle prise en charge proposez vous ?

**Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment**

→ Quelle prise en charge proposez vous ?

**ECBU**

~~**Créatinine**~~

~~**Urologue**~~

~~**PSA**~~

**Score IPSS**

**•• Toucher Rectal ••**

**Examen clinique  
(Abdo, OGE)**

**Echographie**

~~**Calendrier mictionnel ?**~~

# Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment

→ Quelle prise en charge proposez vous ?

## Examen clinique (Abdo, OGE)

Orchite ? Phimosi ?

## ECBU

Prostatite ?

## Score IPSS

Objectivation des symptômes

## Echographie

Volume prostatique,  
RPM, signe de gravité

## ~~Toucher Rectal~~

Se discute...

## ~~PSA~~

50 ans ?  
FDR familiaux ?  
Contexte aigue...

## ~~Créatinine~~

FDR ?

## ~~Calendrier mictionnel ?~~

Phase de remplissage ?

## ~~Urologue~~



**Tableau 1. Bilan initial et bilan avant traitement médical des SBAU de l'homme adulte à réaliser lors d'une consultation en médecine générale**

Examens	Bilan initial	Bilan avant traitement médical
Recueil des facteurs de risque cardiovasculaire, syndrome métabolique, traitements habituels	R	O (selon ancienneté)
Recueil des symptômes urinaires et sexuels (par interrogatoire structuré ou auto-questionnaires validés)	R	R
Examen physique (fosses lombaires, pelvis, prostate, OGE)	R	R
Calendrier mictionnel (si SBAU de la phase de remplissage prédominants)	O	O
BU ou ECBU (hématurie microscopique, leucocyturie, glycosurie)	R	O (selon ancienneté)
Créatininémie	O	O (selon ancienneté)
PSA (diagnostic précoce cancer de prostate, selon les recommandations en vigueur et dans le cadre d'une décision médicale partagée)	O	O
Échographie appareil urinaire par voie abdominale (reins, vessie, prostate)	R	O (selon ancienneté)
Échographie de la prostate par voie endorectale	NR	NR
Mesure du résidu post-mictionnel (par échographie ou mesure automatisée ; dans des conditions physiologiques)	R	O (selon ancienneté)
IRM prostatique, uro-TDM	NR	NR

**BU** : bactériurie ; **ECBU** : examen cyto bactériologique des urines ; **IRM** : imagerie par résonance magnétique ; **NR** : non recommandé ; **O** : optionnel ; **OGE** : organes génitaux externes ; **R** : recommandé ; **SBAU** : symptômes du bas appareil urinaire ; **uro-TDM** : uro-tomodensitométrie ou uro-scanner

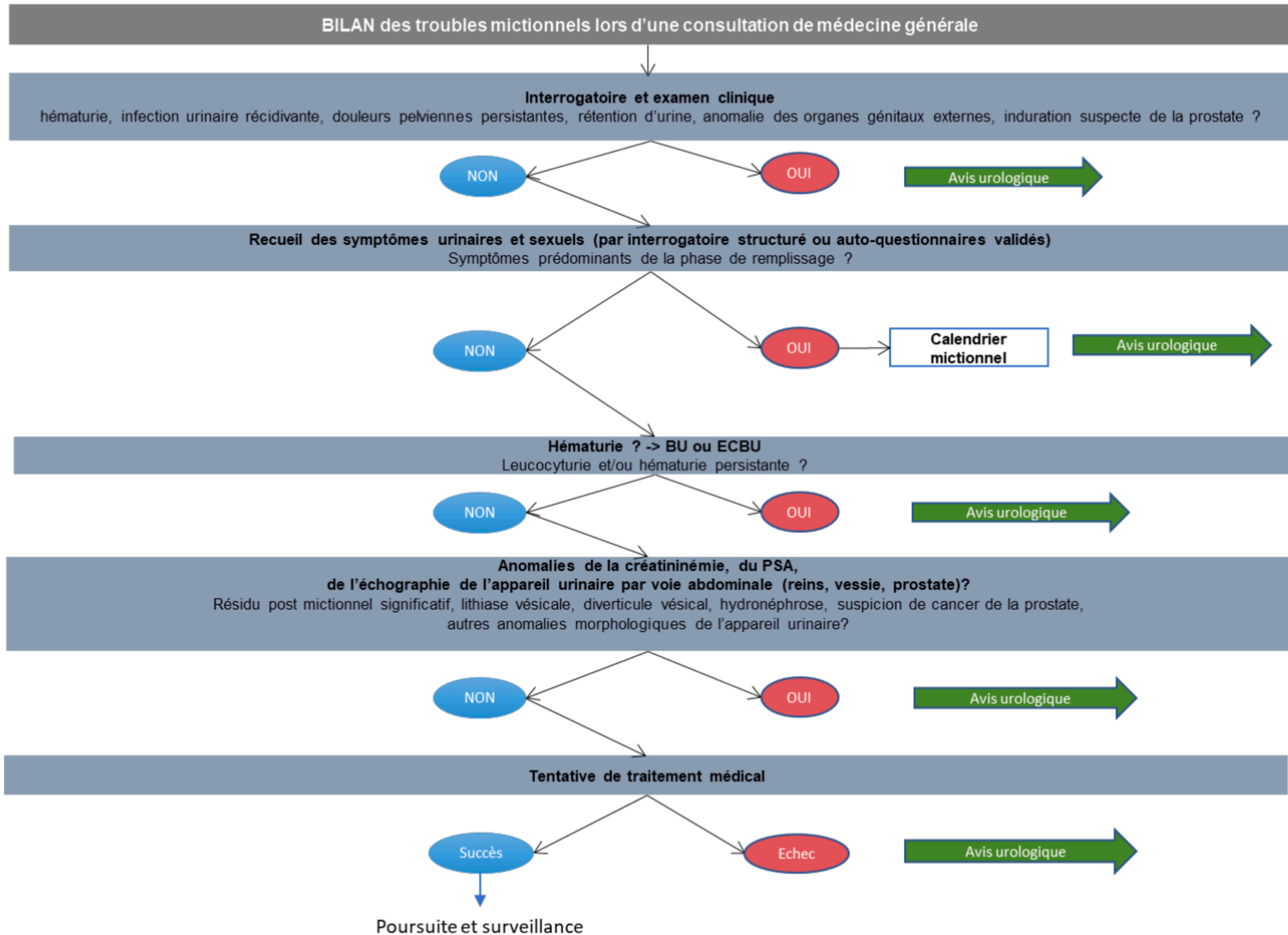
**Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment**

→ Quelle prise en charge proposez vous ?

~~Urologue~~



Figure 1. Bilan des SBAU de l'homme adulte à réaliser lors d'une consultation en médecine générale



**Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment**

➔ Quelle prise en charge proposez vous ?

**L'ECBU est négatif, l'échographie décrit une prostate de 40g avec un lobe médian soulevant le plancher vésical, aucun signe de lutte, aucun RPM.**

➔ Quelle prise en charge proposez vous ?

**Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort**

**Votre interrogatoire retient une suspicion d'HBP, et élimine les autres causes de SBAU pour le moment**

→ Quelle prise en charge proposez vous ?

**L'ECBU est négatif, l'échographie décrit une prostate de 40g avec un lobe médian soulevant le plancher vésical, aucun signe de lutte, aucun RPM.**

→ Quelle prise en charge proposez vous ?

**Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort**

**Un « lobe médian », sans signe de lutte, n'est pas une indication à un traitement chirurgical**

# Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort

## ◆ 1. Alpha-bloquants

*Mécanisme : relaxation des fibres musculaires lisses du col vésical et de la prostate → amélioration du flux urinaire.*

Molécules : **tamsulosine, alfuzosine, silodosine.**

- Effets : action rapide (en 48–72 h) sur les symptômes. Pas de réduction du volume prostatique.
- Effets indésirables : hypotension orthostatique, vertiges, éjaculation rétrograde, fatigue.

*Recommandation AFU : traitement de première intention si symptômes modérés à sévères gênants, sans complications.*

## Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort

### ◆ 2. Inhibiteurs de la 5 $\alpha$ -réductase (I5AR)

*Mécanisme : bloque la conversion de testostérone en DHT → diminution progressive du volume prostatique.*

Molécules : **finastéride, dutastéride.**

- Effets : Réduction du volume de 20–30 % en 3–12 mois. Diminution du risque de rétention et de chirurgie.
- Effets indésirables : **baisse libido, troubles de l'érection, gynécomastie, baisse du PSA d'environ 50 %.**

Indications : Prostate volumineuse (>40 cc), pas d'activité sexuelle. Souvent en association avec un alpha-bloquant au début.

*Recommandation AFU : traitement de fond, à discuter selon volume et gêne fonctionnelle.*

## Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort

### ◆ 3. Phytothérapie

*Mécanisme : variable selon extraits (Serenoa repens, Pygeum africanum, etc.) – effets anti-inflammatoires et anti-œdémateux locaux supposés.*

Efficacité : données contradictoires, effet modeste sur les symptômes, sans effet sur le volume prostatique. **Surtout pour la phase de remplissage.**

*Recommandation AFU : peut être envisagée chez les patients peu gênés, souhaitant une alternative "douce", après information sur le niveau de preuve limité.*

## Un traitement médicamenteux, pour améliorer le confort

### ◆ 4. Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE5i)

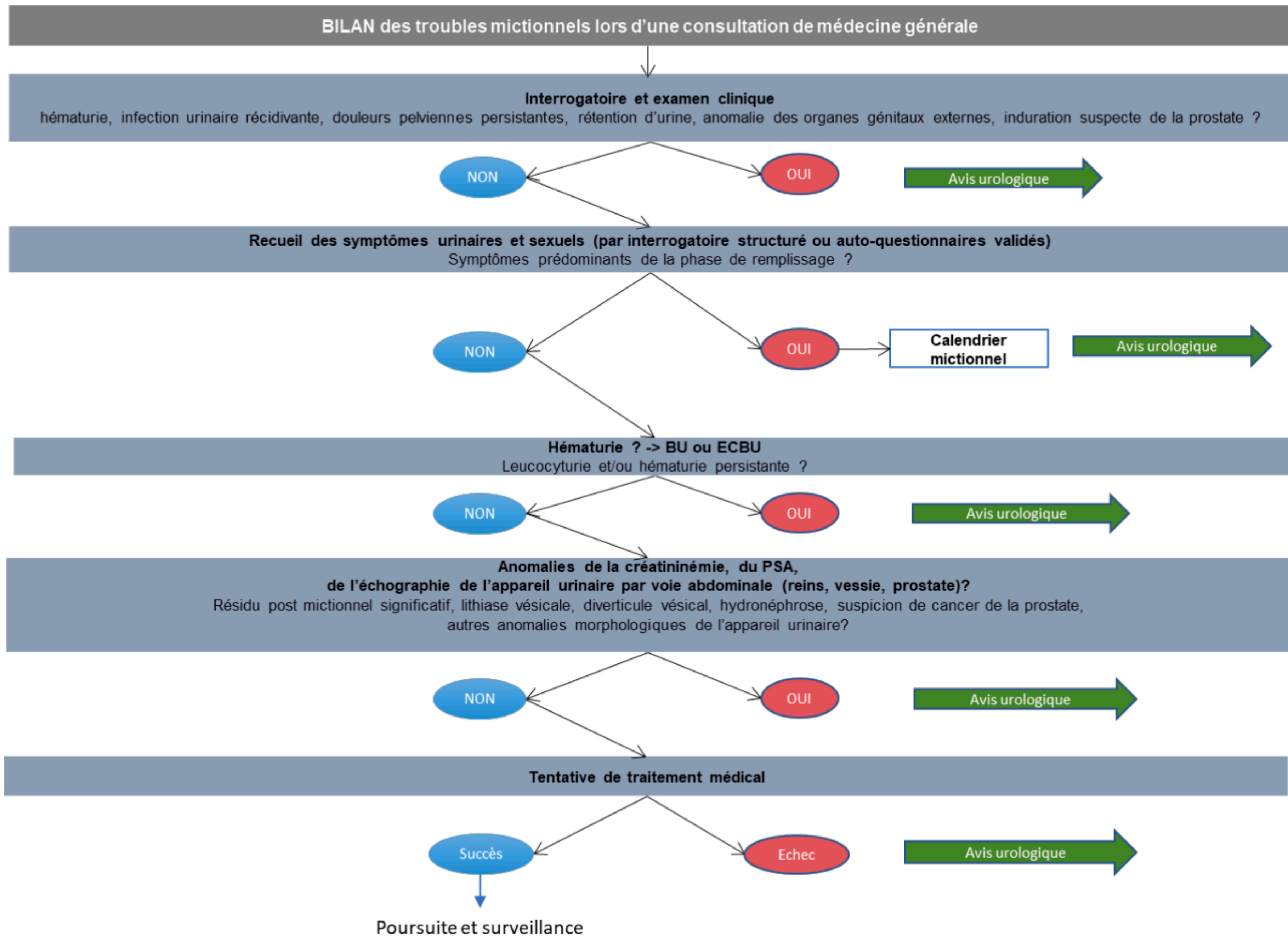
Molécule : **tadalafil** 5 mg/j.

*Mécanisme : améliore la relaxation du muscle lisse prostatique et vésical, bénéfique sur SBAU et dysfonction érectile.*

Indications : HBP associée à une dysfonction érectile.

*Recommandation AFU : option thérapeutique possible, en première intention ou en association.*

Figure 1. Bilan des SBAU de l'homme adulte à réaliser lors d'une consultation en médecine générale



# Quand adresser à l'Urologue ?

Examens	Motifs
Interrogatoire et examen clinique	Hématurie, infections urinaires récidivantes, douleurs pelviennes persistantes, rétention d'urine, anomalie des organes génitaux externes, induration suspecte de la prostate
Symptômes urinaires	Symptômes prédominants de la phase de remplissage (à préciser par un calendrier mictionnel)
Échographie de l'appareil urinaire	Résidu post-mictionnel significatif, lithiase vésicale, diverticule vésical, hydronéphrose, autres anomalies morphologiques de l'appareil urinaire
ECBU	Leucocyturie et/ou hématurie persistante
PSA	Élévation suspecte

# Que va explorer l'Urologue ?

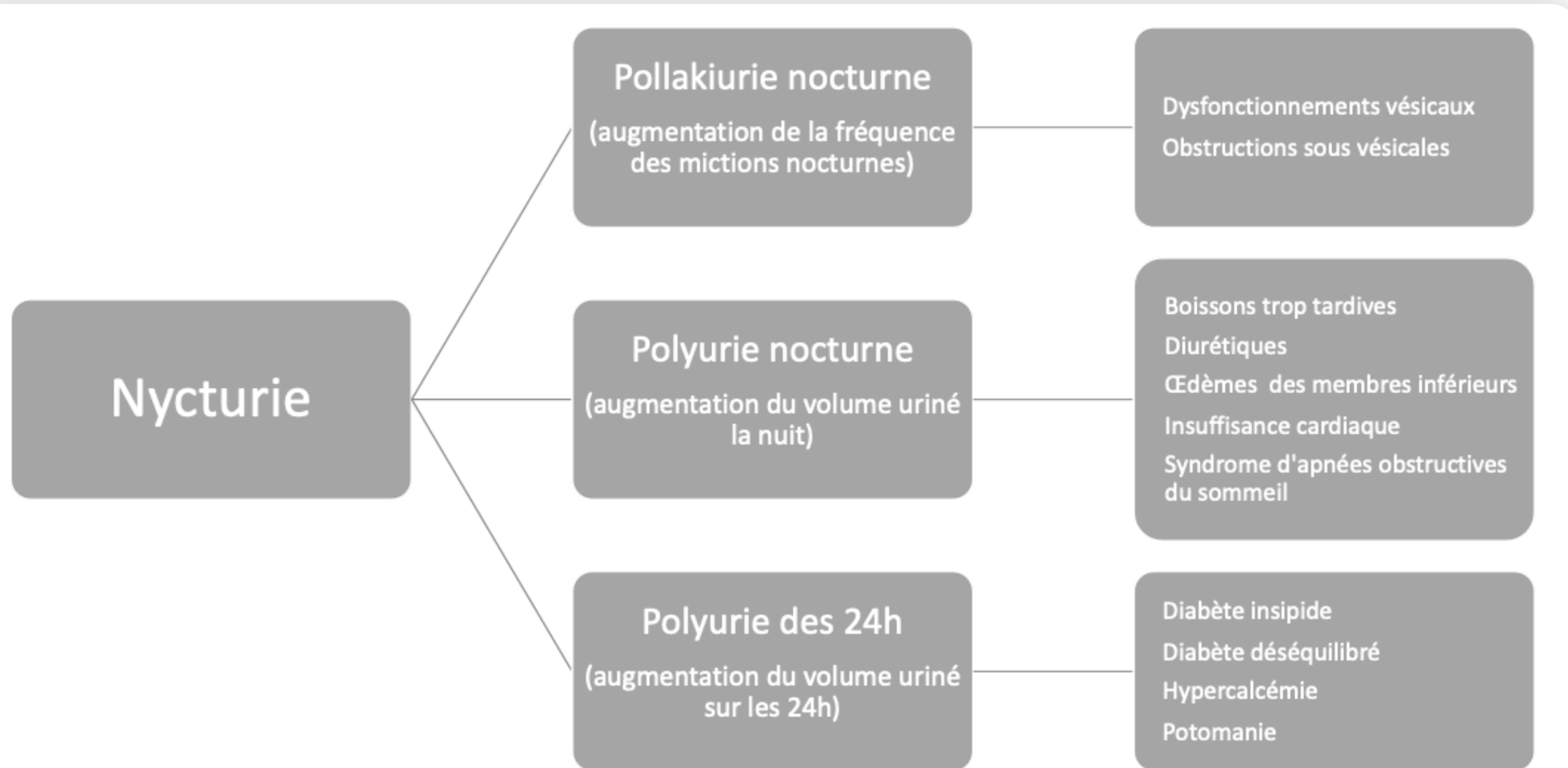
Tableau 3. Bilan des SBAU de l'homme adulte à réaliser lors d'une consultation d'urologie

Examens	Bilan initial	Bilan avant traitement médical	Bilan avant traitement chirurgical ou interventionnel
Recueil des facteurs de risque cardiovasculaire, syndrome métabolique, traitements habituels	R	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
Recueil des symptômes urinaires et sexuels	R (auto-questionnaires ou interrogatoire structuré)	R (auto-questionnaires ou interrogatoire structuré)	R (auto-questionnaires)
Examen physique (fosses lombaires, pelvis, prostate, OGE)	R	R	R
Calendrier mictionnel (si SBAU de la phase de remplissage prédominants)	O	O	O
BU ou ECBU (hématurie microscopique, leucocyturie, glycosurie)	R	O (selon ancienneté)	R (ECBU requis)
Créatininémie	O	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
PSA (dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de prostate, selon les recommandations en vigueur et dans le cadre d'une décision médicale partagée)	O	O	O
Échographie de l'appareil urinaire par voie abdominale (reins, vessie, prostate)	R	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
Échographie de la prostate par voie endorectale	NR	NR	O (si une mesure précise du volume prostatique est susceptible de modifier l'indication)

Tableau 3. Bilan des SBAU de l'homme adulte à réaliser lors d'une consultation d'urologie

Examens	Bilan initial	Bilan avant traitement médical	Bilan avant traitement chirurgical ou interventionnel
Débitmétrie mictionnelle avec mesure du résidu post-mictionnel (par échographie ou mesure automatisée ; dans des conditions physiologiques)	R	R	R
Bilan urodynamique (en cas de doute sur l'origine des symptômes)	O	O	O
Cystoscopie (pour éliminer un diagnostic différentiel)	O	O	O (si susceptible de modifier l'indication)
Bilan pré-opératoire (risque hémorragique, risque infectieux, risque gériatrique)	NA	NA	R
IRM prostatique, uro-TDM	NR	NR	O (si susceptible de modifier la prise en charge ou doute sur l'origine des symptômes)

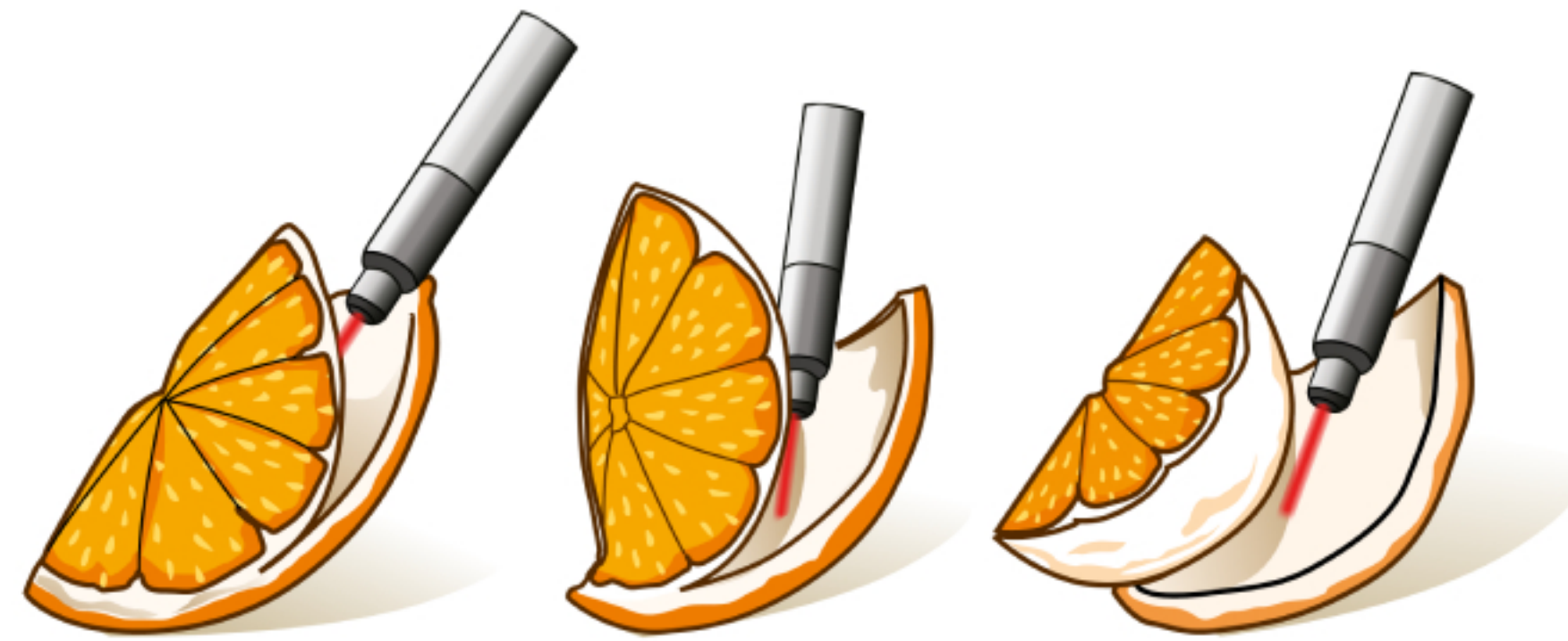
# Nycturie

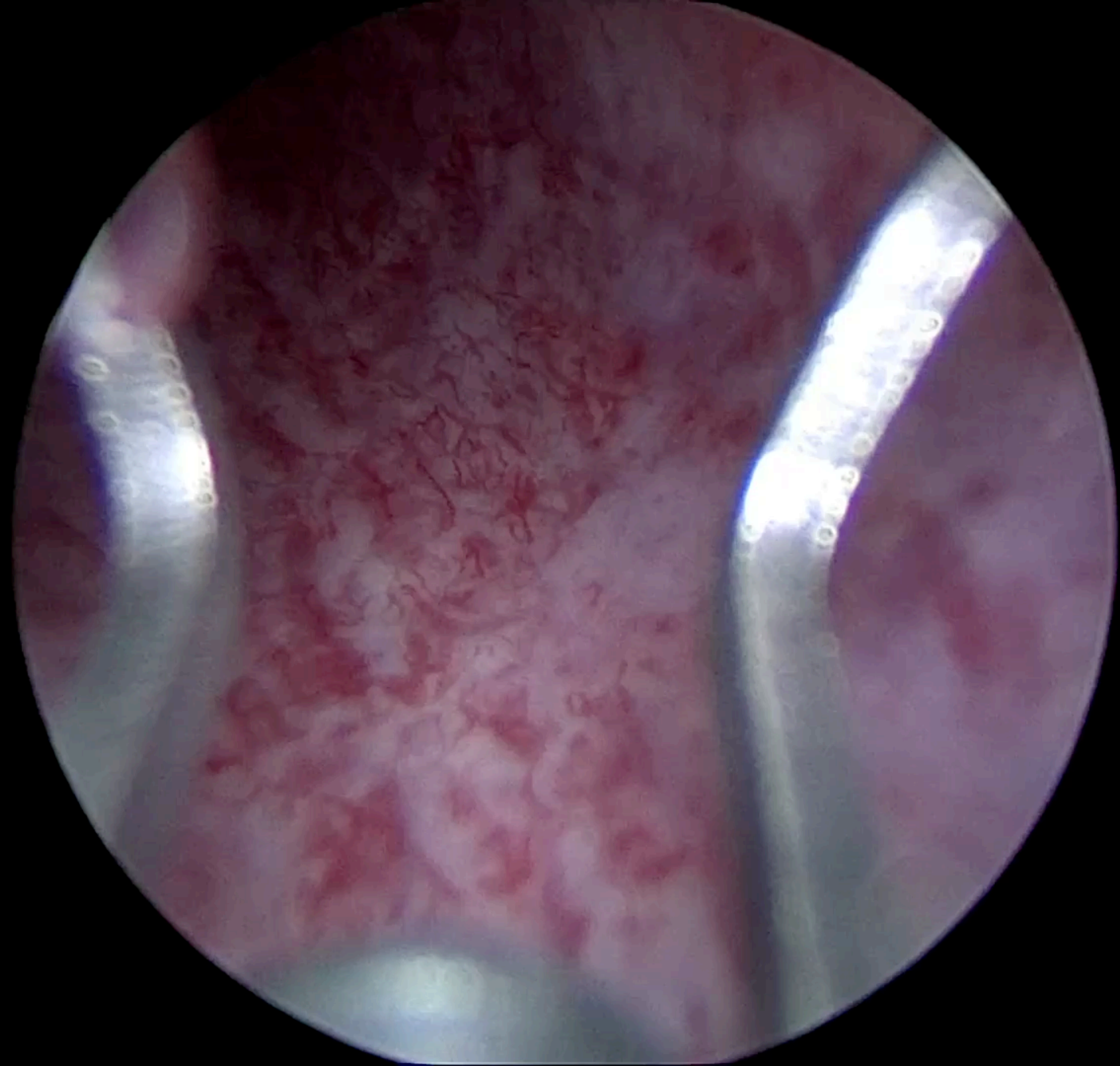


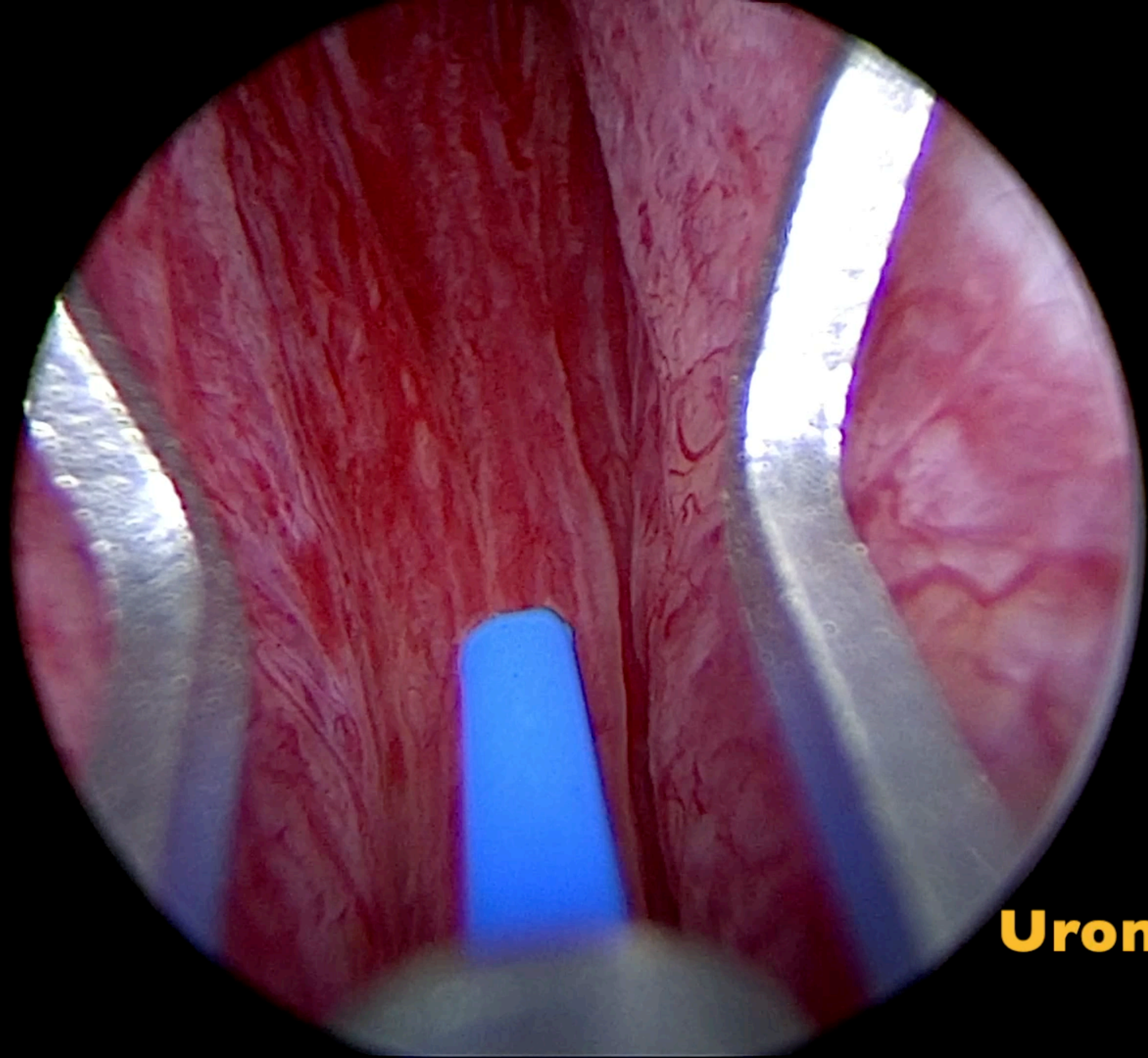
**FOCUS :**

**L'énucléation de prostate**

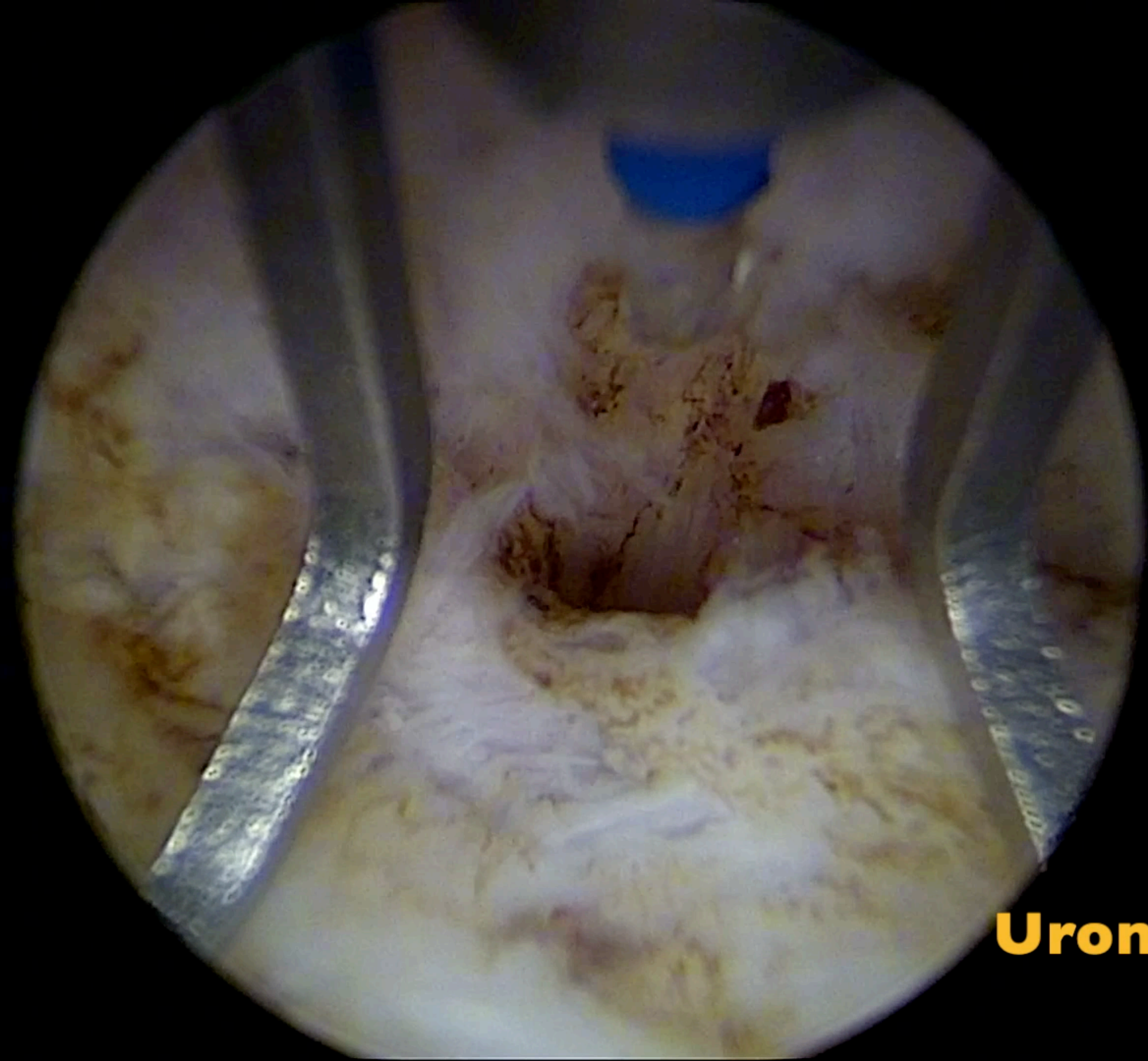
# L'énucléation de prostate



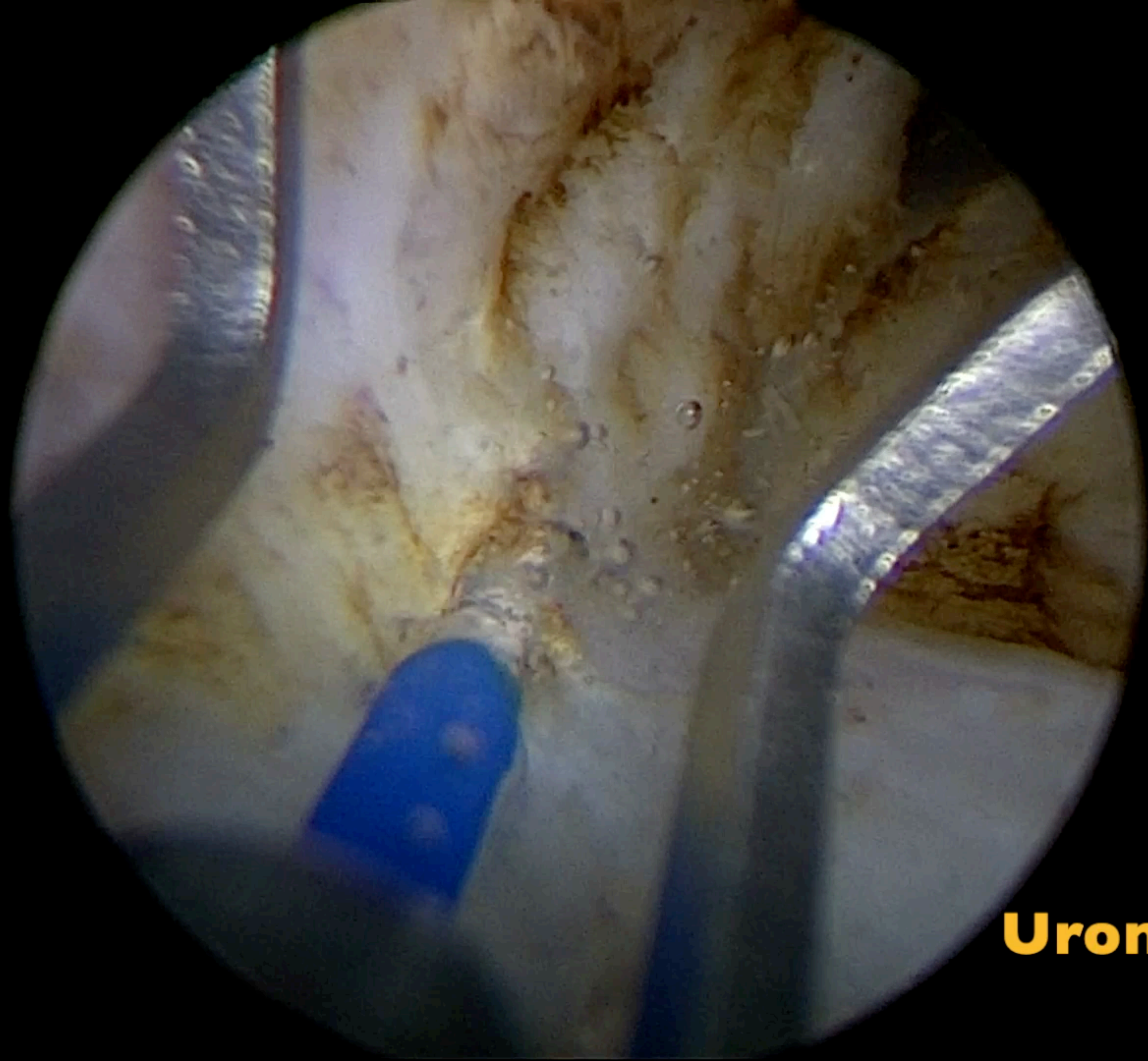




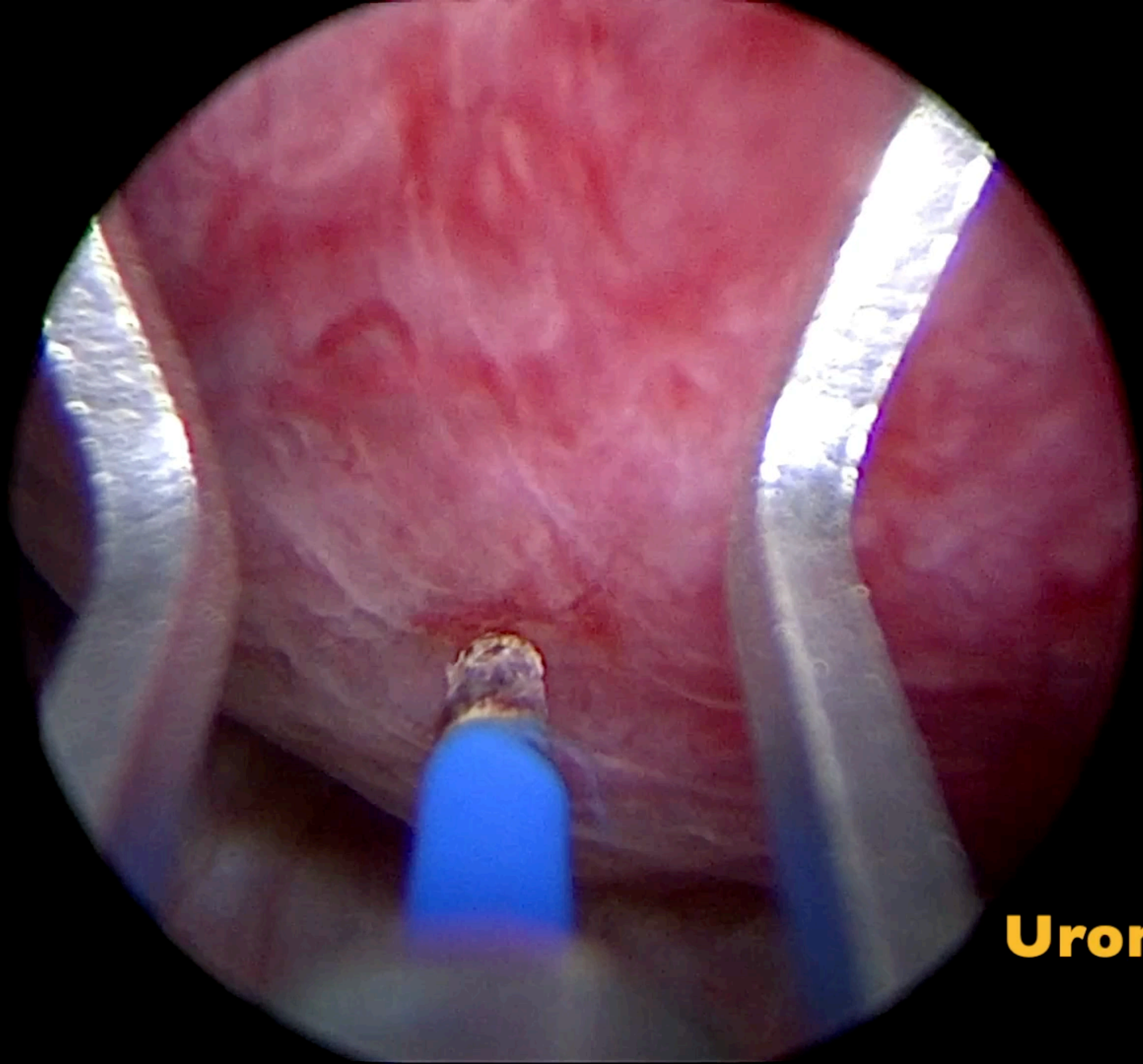
**Uronord ©**



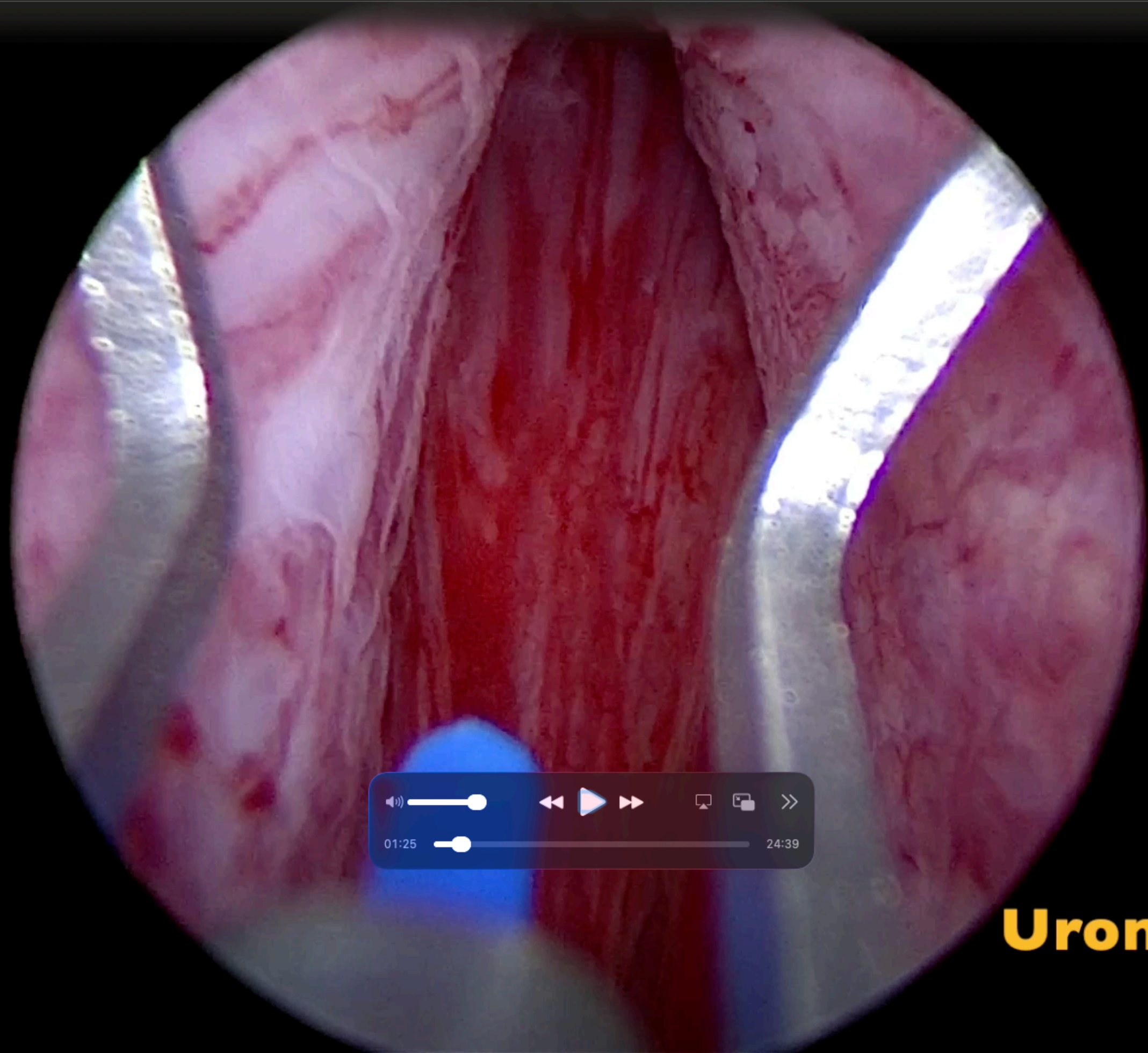
**Uronord ©**



**Uronord ©**



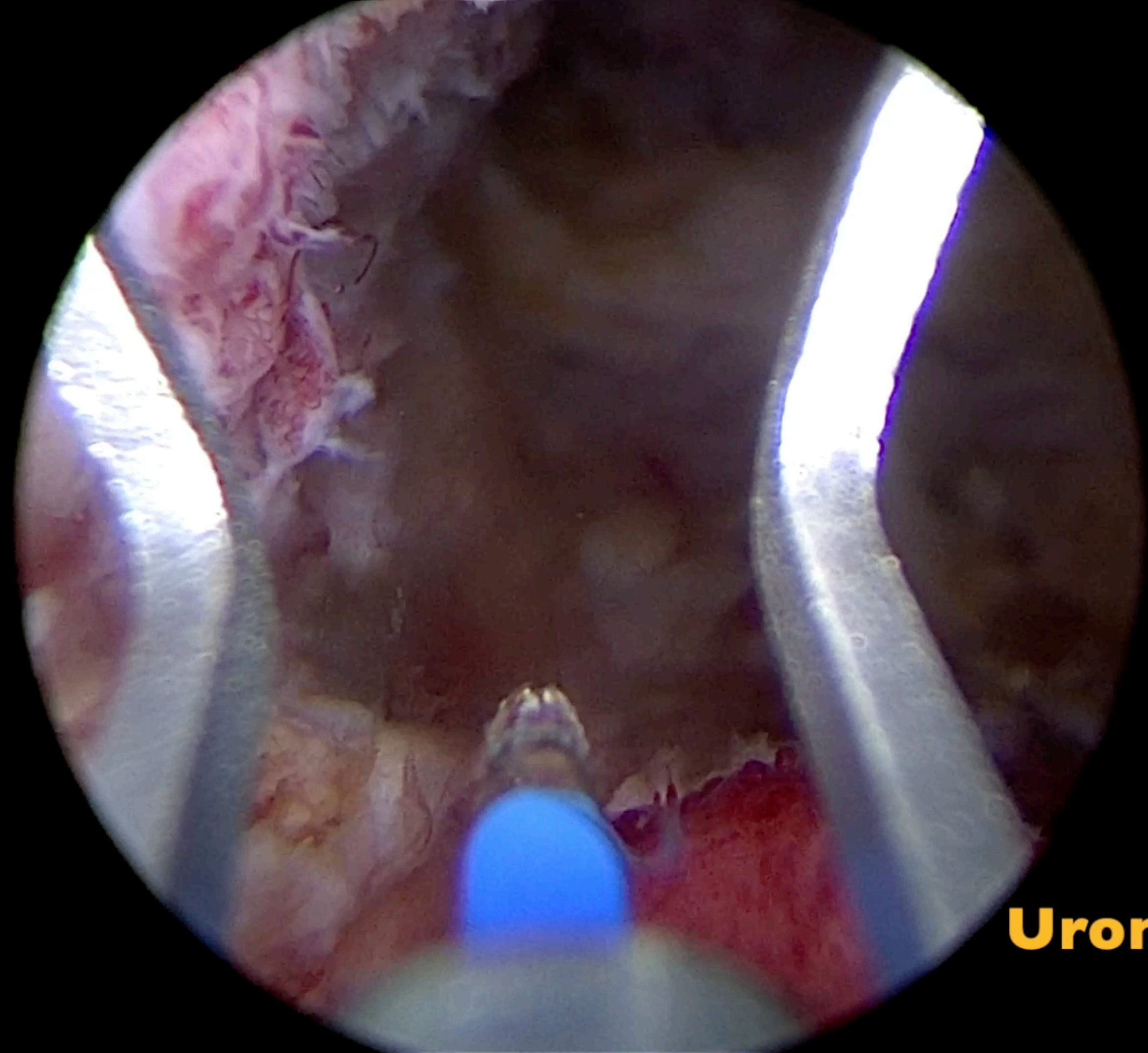
**Uronord ©**



01:25 24:39

Volume icon, play/pause icon, stop icon, full screen icon, share icon, and next icon.

**Uronord**



**Uronord**

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

**Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?**

- Le dépistage du cancer de la prostate est organisé
- Le dépistage du cancer de la prostate est une affaire d'urologue en mal de résidence secondaire
- Il est conseillé de 50 à 75 ans
- Il consiste en un PSA annuellement
- Il consiste en un toucher rectal annuellement

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

### **Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?**

- ~~Le dépistage du cancer de la prostate est organisé~~
- ~~Le dépistage du cancer de la prostate est une affaire d'urologue en mal de résidence secondaire~~
- Il est conseillé de 50 à 75 ans
- ~~Il consiste en un PSA annuellement~~
- ~~Il consiste en un toucher rectal annuellement~~

# DEPISTAGE

## Organisé

Recherche la maladie de **façon systématique dans une population asymptomatique**

Intérêt mesuré à l'échelle de la population générale par le rapport :

Réduction de la mortalité spécifique  
Conséquence sur la qualité de vie

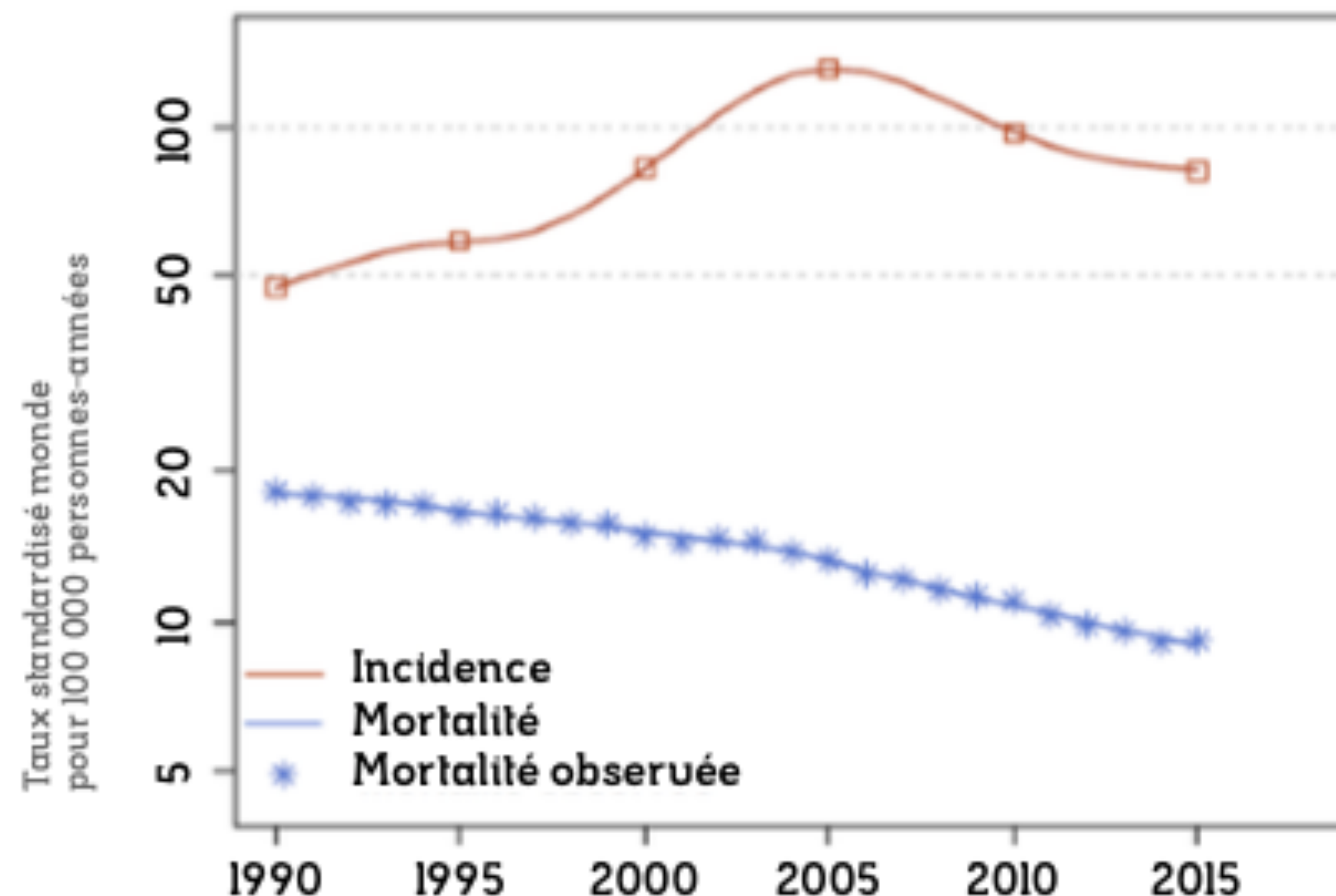
## Individuel

Recherche la **maladie chez un patient asymptomatique**

Intérêt mesuré à l'échelle de l'individu à l'issue d'un colloque singulier avec le médecin

# Cancer de prostate

- 1er cancer et 3e cause de décès par cancer chez les hommes en France
- 24 % des cancers masculins
- 59885 nouveaux cas/an
- 8100 décès en 2018
- 93 % de survie
- Prévalence : 643 156 personnes en France en 2017



Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018  
Volume I - Tumeurs solides

**Tableau 3** Modalités de détection précoce.

DÉTECTION PRÉCOCE	Modalité
Qui	Hommes avec probabilité de survie estimée > 10 ans
Préalable	Information (comprenant les modalités thérapeutiques dont la surveillance active et leurs risques de morbidité induite potentielle)
	Consentement
	Recherche d'antécédents familiaux de cancer de la prostate
	Recherche d'une ethnie Africaine ou Afro-Caribéenne
Comment	Toucher rectal
	PSA total
Quand	A partir de 50 ans (voire 40 ou 45 ans si ATCD familiaux ou facteurs de risque ethniques)
	Tous les 2 à 4 ans, fréquence adaptée au risque individuel et à la probabilité de survie

Recommandation	Grade
<p>Une détection précoce du cancer de la prostate doit être proposée chez les hommes ayant une probabilité de survie estimée au minimum à 10 ans, ayant été informés de façon loyale et ayant donné leur accord pour la procédure afin de s'assurer qu'elle corresponde à leurs attentes.</p> <p>L'information doit porter à la fois sur la détection, le diagnostic, mais aussi sur les modalités thérapeutiques du cancer de la prostate, intégrant la surveillance active et les éventuelles séquelles des prises en charge</p>	Fort
<p>La détection précoce du cancer de la prostate doit être initiée à 50 ans, voire plus précocement selon le profil de risque du patient (à 45 ans en cas d'antécédents familiaux ou d'origine afro-antillaise ; à 40 ans en cas de mutation germinale BRCA2 ou HOXB13). Elle sera interrompue lorsque la survie du patient sera estimée inférieure à 10 ans. La fréquence de détection doit être de 2 à 4 ans, mais elle doit être adaptée au profil de risque du patient. C'est la tolérance au risque de chaque patient qui doit déterminer l'attitude qui lui est appropriée</p>	Fort

<b>Recommandation</b>	<b>Grade</b>
Une consultation d'oncogénétique doit être proposée aux patients devant : <ul data-bbox="716 900 1899 1134" style="list-style-type: none"><li>- une forme héréditaire de cancer de la prostate</li><li>- une forme précoce de cancer de la prostate avant 50 ans</li><li>- une forme associée au cancer du sein ou de l'ovaire</li></ul>	Fort

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémocult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

**Vous lui prescrivez donc un dosage de PSA. Il est à 3,1 ng/ml. Il n'a pas de SFU ou SBAU.**

→ Quelle est votre attitude ?

~~IRM de prostate~~

~~TEP / Scinti~~

Re-contrôle du PSA

~~Echographie~~

Toucher Rectal

~~Consultation en Urologie~~



Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

**Le toucher rectal est normal. Le contrôle du PSA retrouve un PSA à 2 ng/ml**

→ Quelle est votre attitude ?

**Surveillance.**

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

**Le toucher rectal est anormal. Le contrôle du PSA retrouve un PSA à 2 ng/ml**

→ Quelle est votre attitude ?

**IRM**

Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

**Le toucher rectal est normal. Le contrôle du PSA retrouve un PSA à 3,2 ng/ml**

→ Quelle est votre attitude ?

**IRM ?**

**Cinétique ?**

**Imagerie connue ? Volume et PSA<sub>d</sub>**

# Le PSA

## Biomarqueurs

### PSA

Le PSA est caractéristique de l'épithélium prostatique et non du cancer de la prostate.

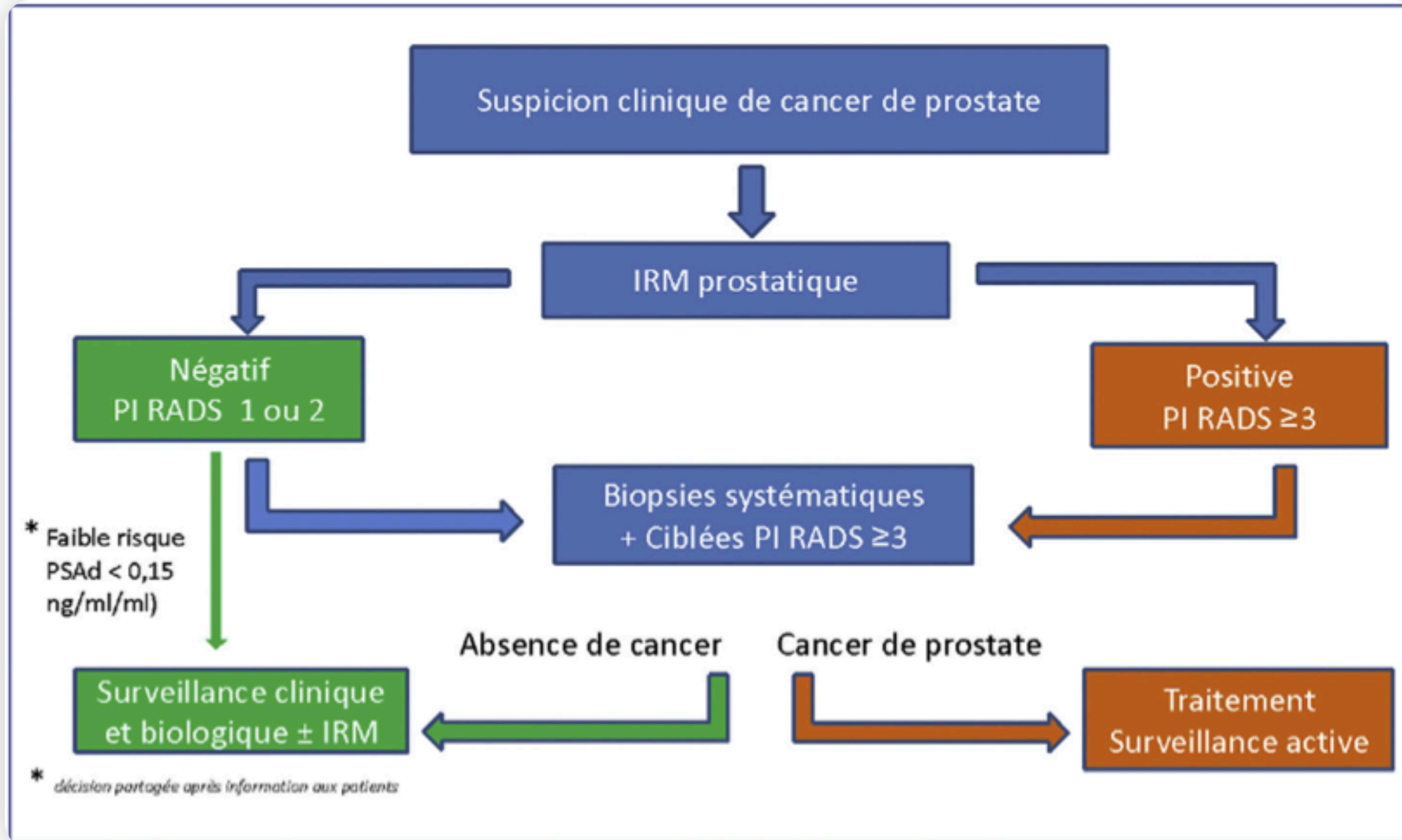
Les méthodes de mesure du PSA n'amènent plus aujourd'hui à des variations importantes entre laboratoires. En revanche, la mesure du PSA peut avoir des variations intra-individuelles significatives, ce qui justifie, avant de retenir une valeur de PSA, de confirmer la valeur après un délai d'une à deux semaines minimum. Sur le long terme ces variations sont ensuite minimales et une modification de plus de 30 % de la valeur doit induire une démarche diagnostique si la variation à la hausse est confirmée [56].

Un épisode de rétention aiguë d'urine, une prostatite bactérienne, un sondage ou une intervention endoscopique, les biopsies ou toute manœuvre amenant à une manipulation à proximité de la prostate peuvent artificiellement augmenter le dosage du PSA et font suggérer de contrôler le dosage à distance (minimum deux semaines, voire plus à distance). Le risque de cancer de la prostate augmente avec la valeur du PSA total. Bien qu'il n'existe pas de consensus formel, les résultats issus des deux essais randomisés sur le dépistage de masse et les données issues de PCPT indiquent qu'il paraît adapté de conseiller une consultation en urologie pour évaluer l'intérêt d'une démarche diagnostique individuel précoce à partir d'un taux de PSA de 3 ng/mL [38,50,54].

### Dérivés du PSA

La densité du PSA est le taux de PSA divisé par le volume de la prostate (en mL). Cette formule permet de prendre en compte le fait qu'il existe une sécrétion de PSA par les cellules d'une hypertrophie bénigne de la prostate. Bien que les données de haut niveau de preuve sur ce sujet soient insuffisantes, il est admis (accord d'experts) que cet élément doit entrer en jeu dans la réflexion sur la démarche diagnostique vis-à-vis d'un éventuel diagnostic de cancer de la prostate [57]. Il est également évoqué son intérêt dans la réflexion autour de la surveillance active [58]. L'étude des variations du PSA (temps de doublement, cinétique du PSA) semble avoir un intérêt essentiellement après diagnostic et traitement. Comme indiqué dans le chapitre précédent, une variation confirmée brutale de plus de 30 % doit amener à envisager une démarche diagnostique [56]. Le PSA libre (le plus souvent utilisé sous la forme d'un ratio PSA libre/PSA total) n'a plus d'intérêt diagnostique au vu des modifications de la démarche diagnostique apportées par l'utilisation de l'IRM.

# L'IRM



Un patient de 55 ans, est suivi de longue date au cabinet. Il vient de recevoir un test hémoccult, qui est normal. Il vous interroge sur le dépistage du cancer de la prostate, et ses indications.

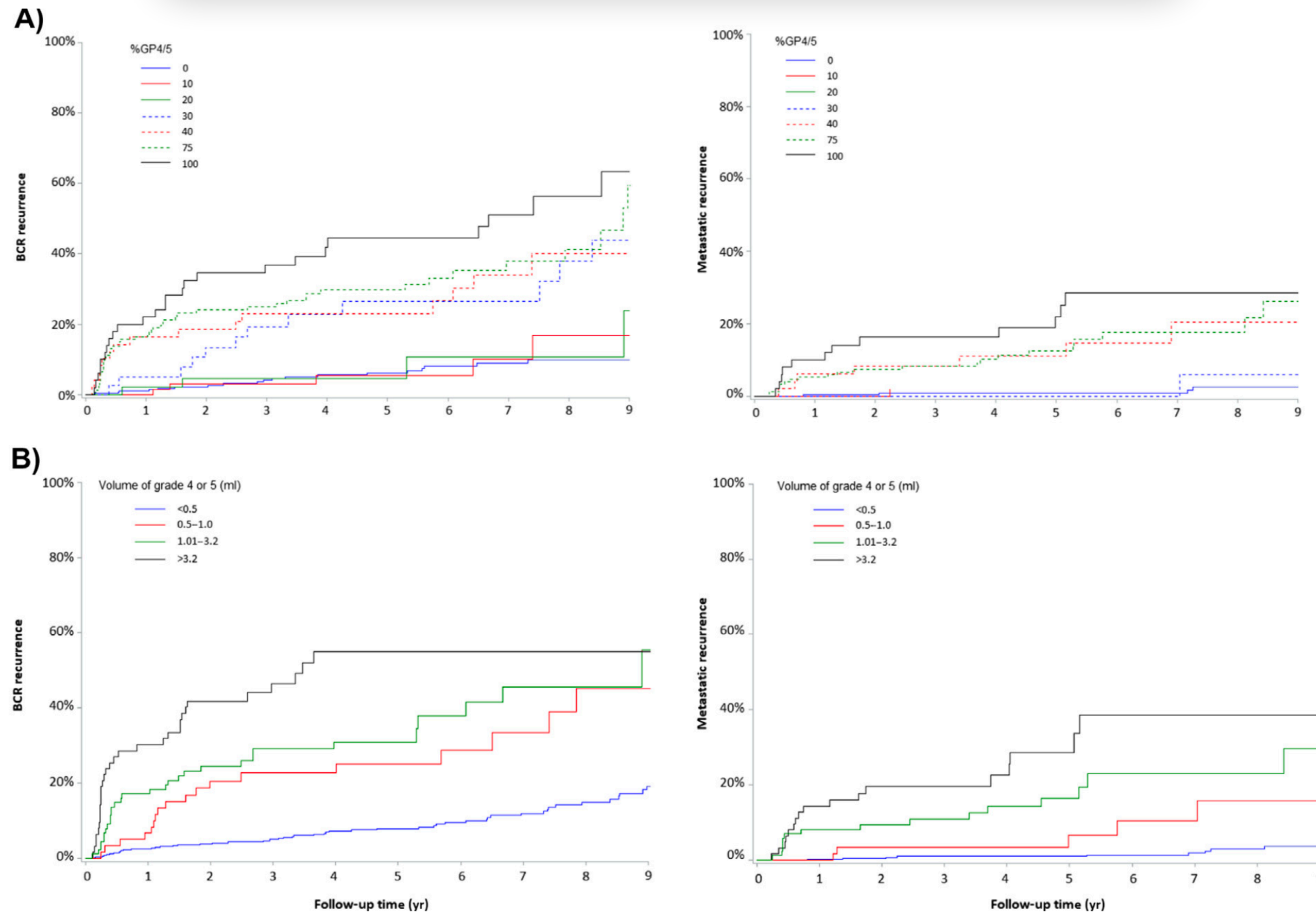
**Le TR est normal, l'IRM met en évidence une lésion PIRADS 5 en base gauche (ex 7P). L'urologue propose de réaliser des biopsies ciblées et systématisées. Elles reviennent positives.**

→ Quel va être, indépendamment du PSA, le critère d'agressivité de ces biopsies ?

## **Le score de Gleason**

**Tableau 5** Groupes pronostiques de la classification ISUP 2016.

<b>Groupe 1</b>	Anciennement score de Gleason 6 (3+3)
<b>Groupe 2</b>	Score de Gleason 7 (3 majoritaire)
<b>Groupe 3</b>	Score de Gleason 7 (4 majoritaire)
<b>Groupe 4</b>	Score de Gleason 8 (4+4, 3+5, ou 5+3)
<b>Groupe 5</b>	Score de Gleason 9 ou 10



**Fig. 1** – The cumulative incidence of BCR and metastatic recurrence, as a function of the (A) %GP4/5 and (B) VolGP4/5 threshold values ( $p < 0.0001$ ; Gray's test) for all comparisons. BCR = biochemical recurrence; %GP4/5 = percentage of Gleason patterns 4 or 5; VolGP4/5 = volume of Gleason patterns 4 or 5.

# Gleason's Pattern



1. Small, uniform glands

2. More stroma between glands

3. Distinctly infiltrative margins

4. Irregular masses of neoplastic glands

5. Only occasional gland formation

# Bilan d'extension d'un cancer de prostate

**Tableau 14** Classification de D'Amico.

Faible risque	PSA ≤ à 10 ng/ml, et score ISUP 1, et stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20 ng/ml, ou score 2 ou 3, ou stade clinique T2b
Risque élevé	PSA > 20 ng/ml, ou score ISUP > 3, ou stade clinique T2c

**Tableau 5** Groupes pronostiques de la classification ISUP 2016.

<b>Groupe 1</b>	Anciennement score de Gleason 6 (3+3)
<b>Groupe 2</b>	Score de Gleason 7 (3 majoritaire)
<b>Groupe 3</b>	Score de Gleason 7 (4 majoritaire)
<b>Groupe 4</b>	Score de Gleason 8 (4+4, 3+5, ou 5+3)
<b>Groupe 5</b>	Score de Gleason 9 ou 10

Recommandation	Grade	
Patients à faible risque IRM prostatique et pelvienne* Pas de bilan complémentaire	Fort	
Patients à risque intermédiaire IRM prostatique et pelvienne* Scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM (si ISUP = 3)	Fort	
Patients à haut risque - Bilan standard IRM prostatique et pelvienne* Scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM + TDM TAP	Fort	
Patients à haut risque - Bilan optionnel	L'imagerie TEP/TDM peut s'envisager en bilan d'extension.	Faible
	La TEP/TDM à la FCH peut s'envisager en bilan d'extension. L'impact bénéfique de son utilisation sur les résultats oncologiques n'est pas démontré	Faible
	La TEP/TDM au [68Ga]Ga-PSMA-11 est supérieure à la scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM associée au TDM pour la détection des métastases ganglionnaires et à distance. L'impact bénéfique de son utilisation sur les résultats oncologiques n'est pas démontré **	Fort

# Focus sur la surveillance active

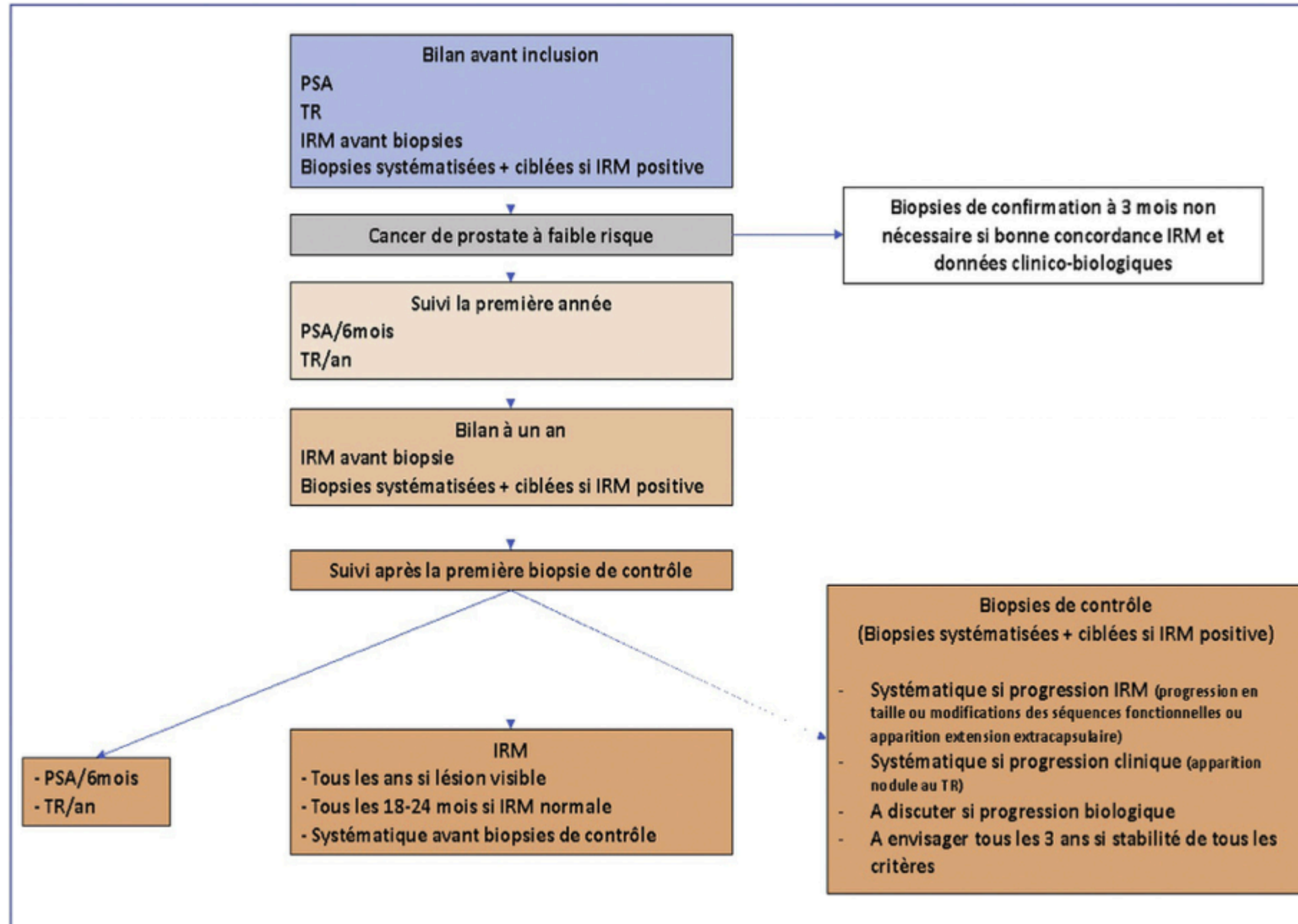


Figure 2. Recommandations surveillance active (SA).

**FOCUS :**

**La chirurgie robotique en urologie**

# La chirurgie robotique en urologie

- ✓ Réduction de la douleur
- ✓ Récupération plus rapide
- ✓ Risque hémorragique diminué

# La chirurgie robotique en urologie

**RÉSULTATS**

**FONCTIONNELS ?**

**CARCINOLOGIQUES ?**

# La chirurgie robotique en urologie



**Préservation de la continence urinaire ?**



**Préservation des érections ?**

# La chirurgie robotique en urologie

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RAPPORT D'ÉVALUATION TECHNOLOGIQUE**

**Évaluation des dimensions clinique et organisationnelle de la chirurgie robot-assistée dans le cadre d'une prostatectomie totale**

**Novembre 2016**

# La chirurgie robotique en urologie

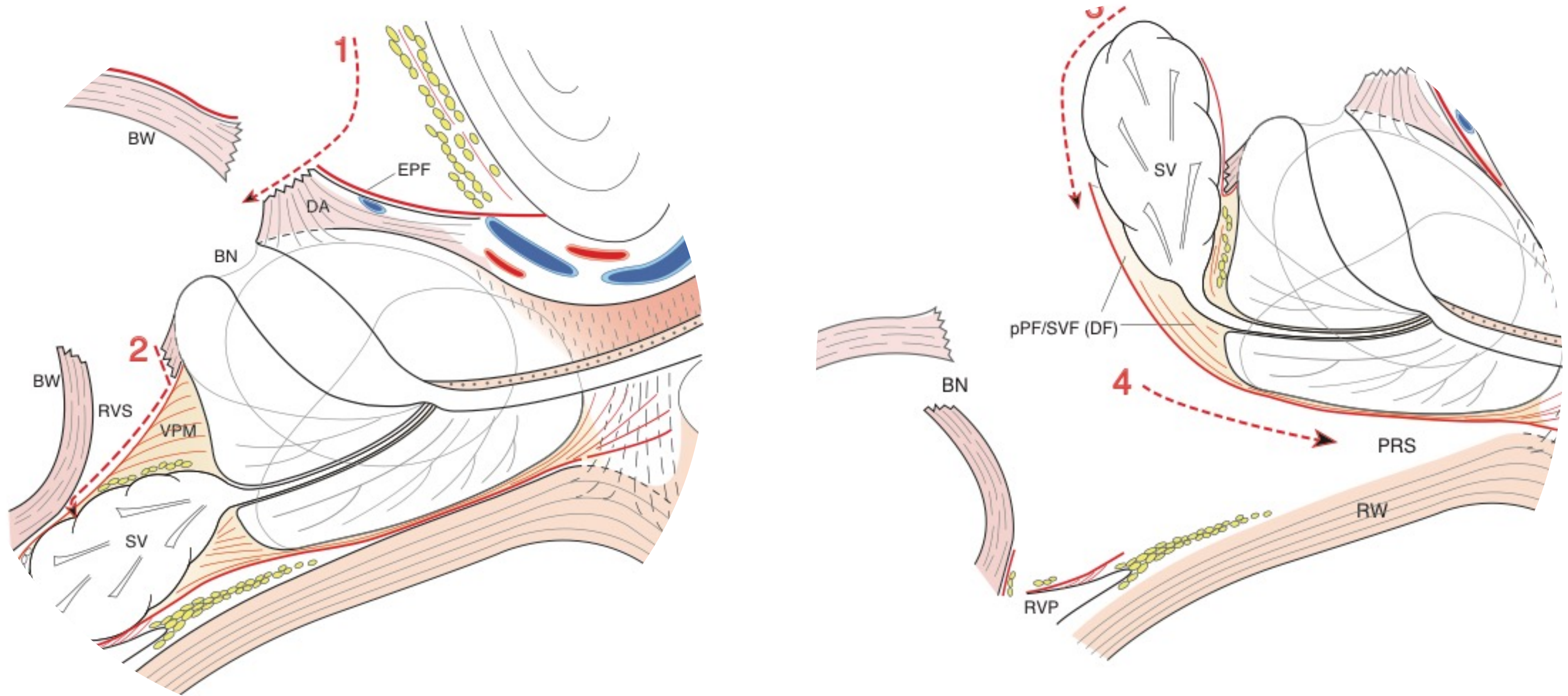
> [Ann Surg.](#) 2021 Mar 1;273(3):467-473. doi: 10.1097/SLA.0000000000003915.

## Clinical Outcomes of Robotic Surgery Compared to Conventional Surgical Approaches (Laparoscopic or Open): A Systematic Overview of Reviews

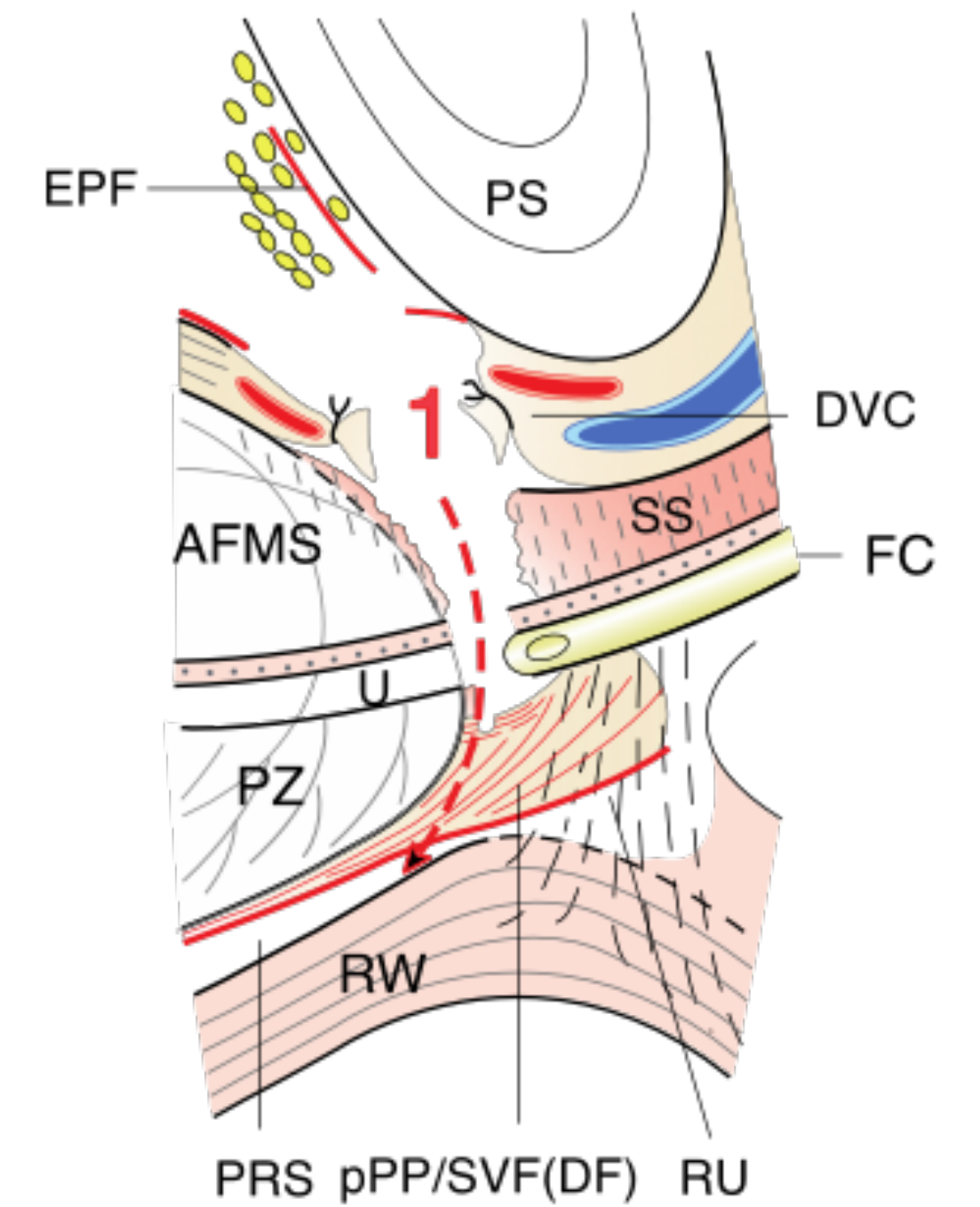
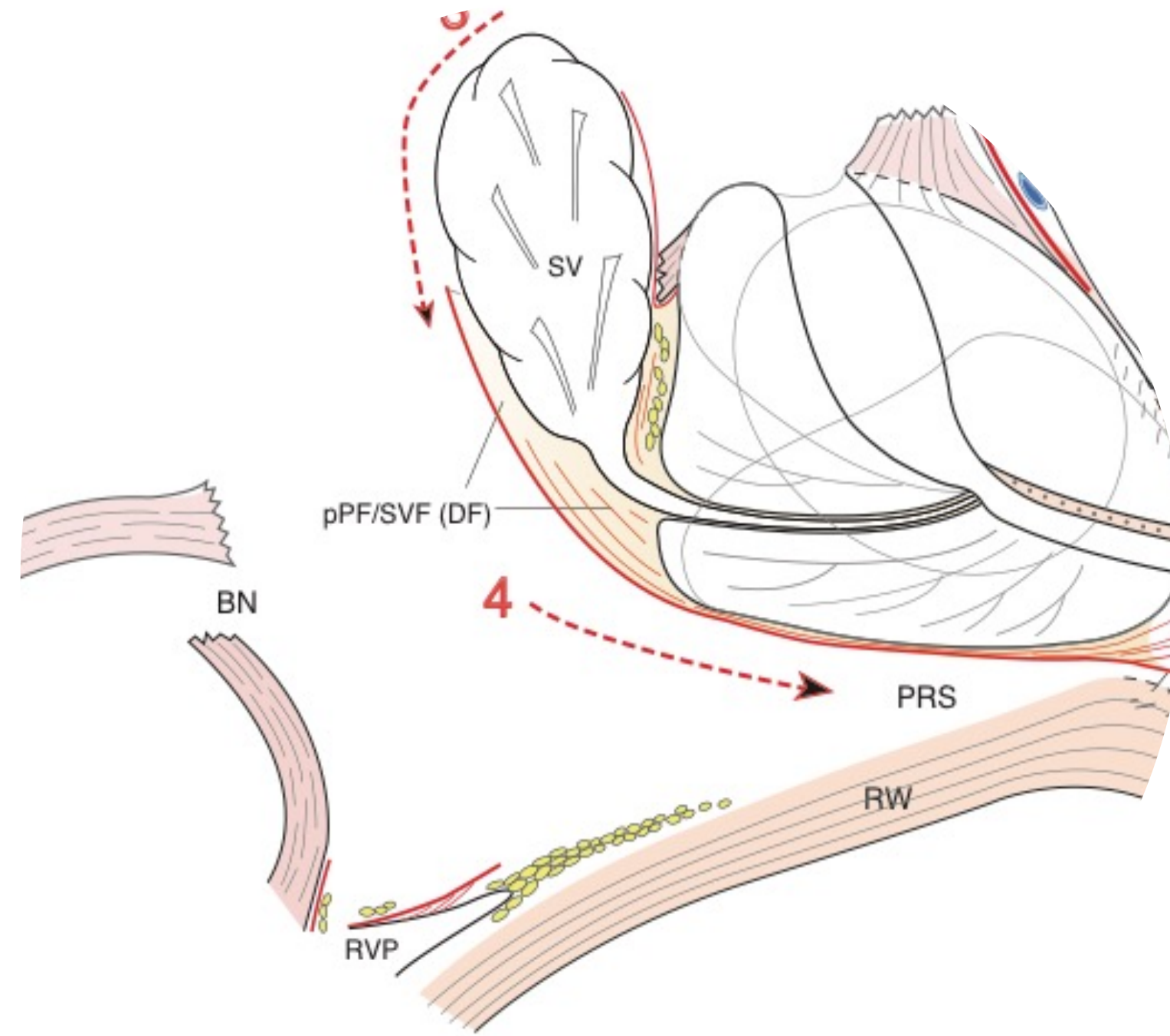
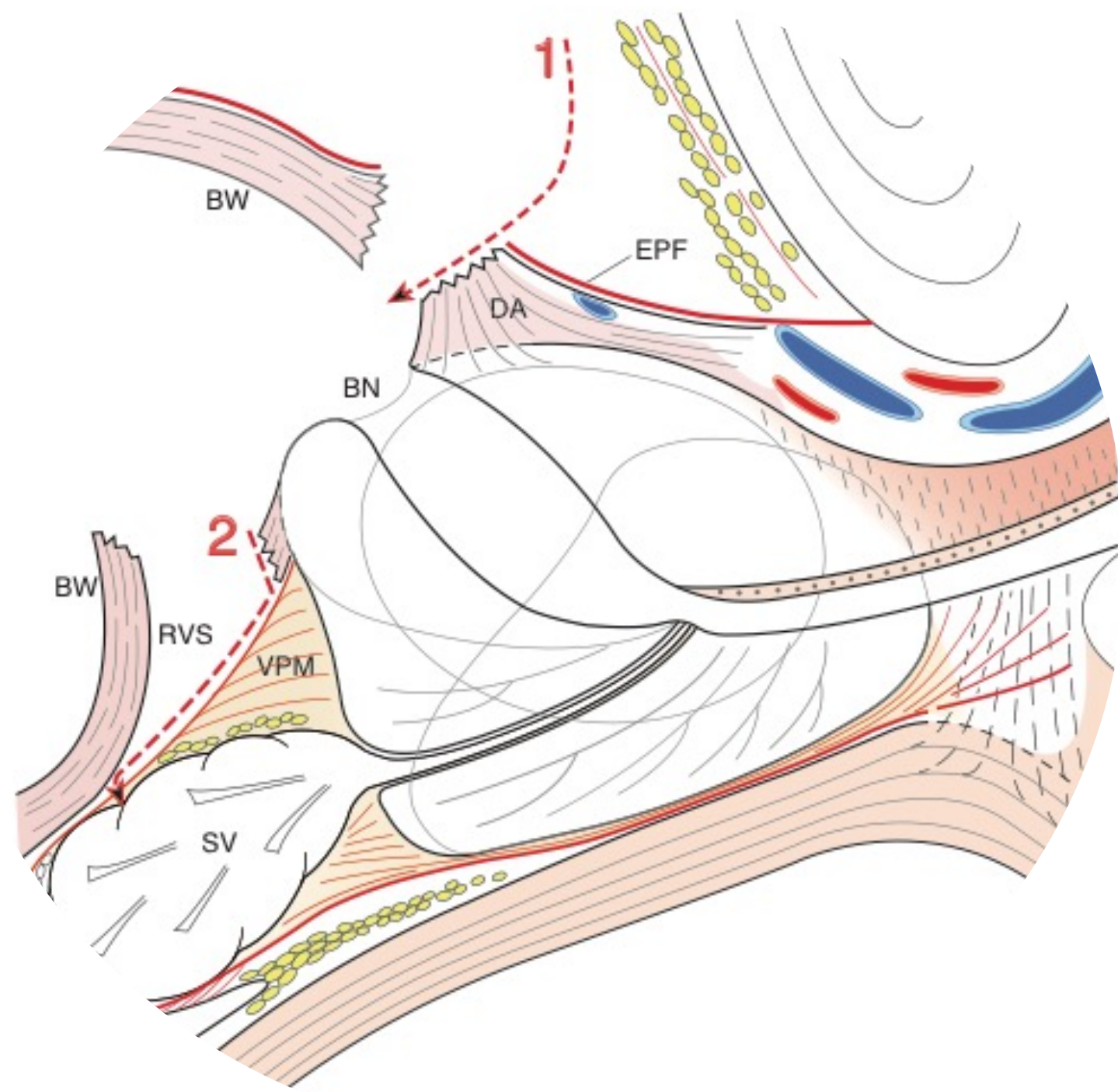
**Results:** One hundred fifty-four systematic reviews included 336 studies and 18 randomized controlled trials reporting on patient outcomes after robotic compared to laparoscopic or open procedures. Data from the randomized controlled trials demonstrate that robotic-assisted radical prostatectomy offered fewer biochemical recurrence and improvement in quality of recovery and pain scores only up to 6 weeks postoperatively compared to open radical prostatectomy. When compared to laparoscopic prostatectomy, robotic surgery offered improved urinary and sexual functions. Robotic surgery for endometrial cancer had fewer conversion to open compared to laparoscopic. Otherwise, robotic surgery outcomes were similar to conventional surgical approaches for other procedures except for radical hysterectomy where minimally invasive approaches may result in patient harm compared to open approach.

**Conclusion:** Robotic surgery has been widely incorporated into practise despite limited supporting evidence. More rigorous research focused on patient-important benefits is needed before further expansion of robotic surgery.

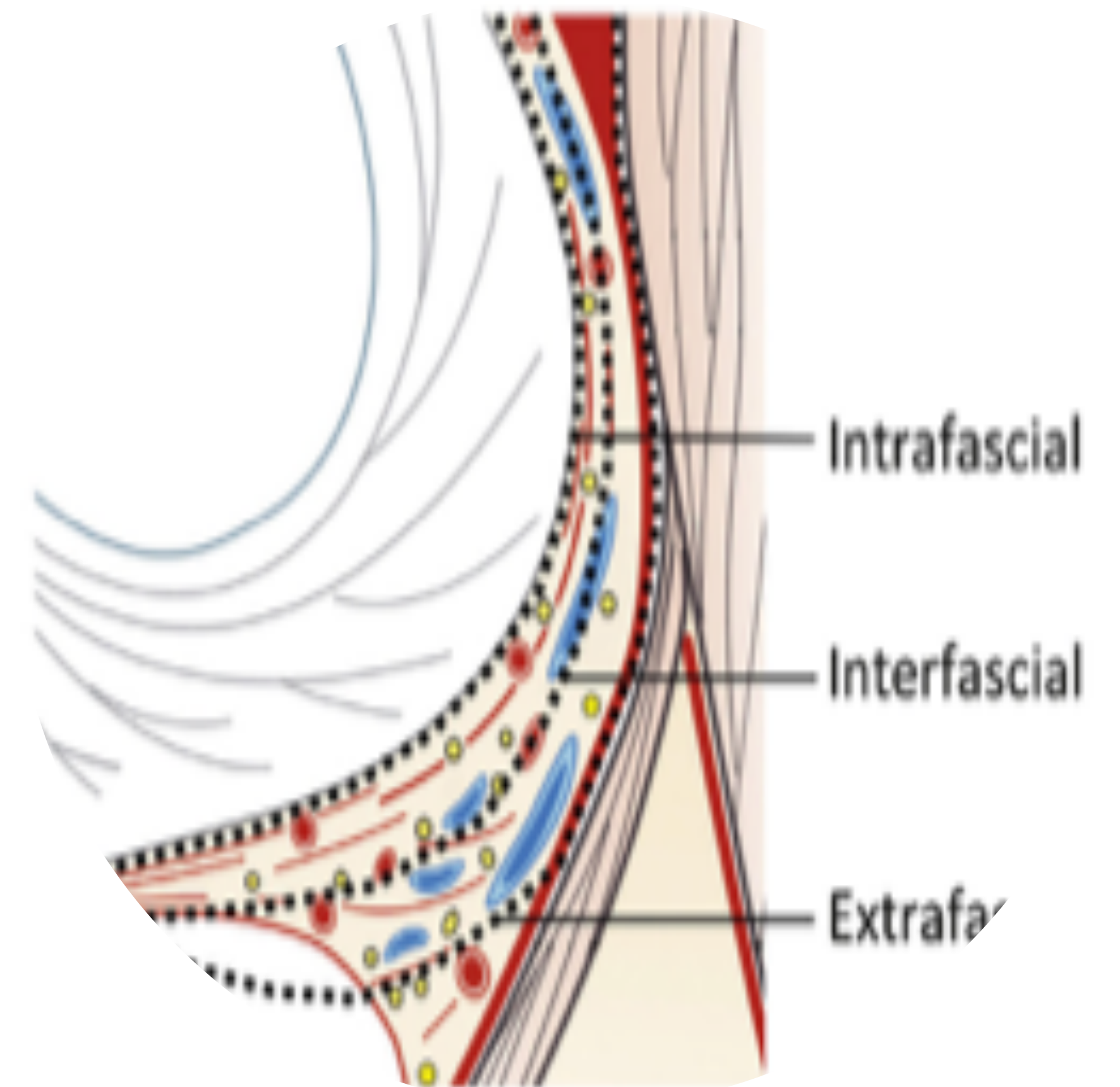
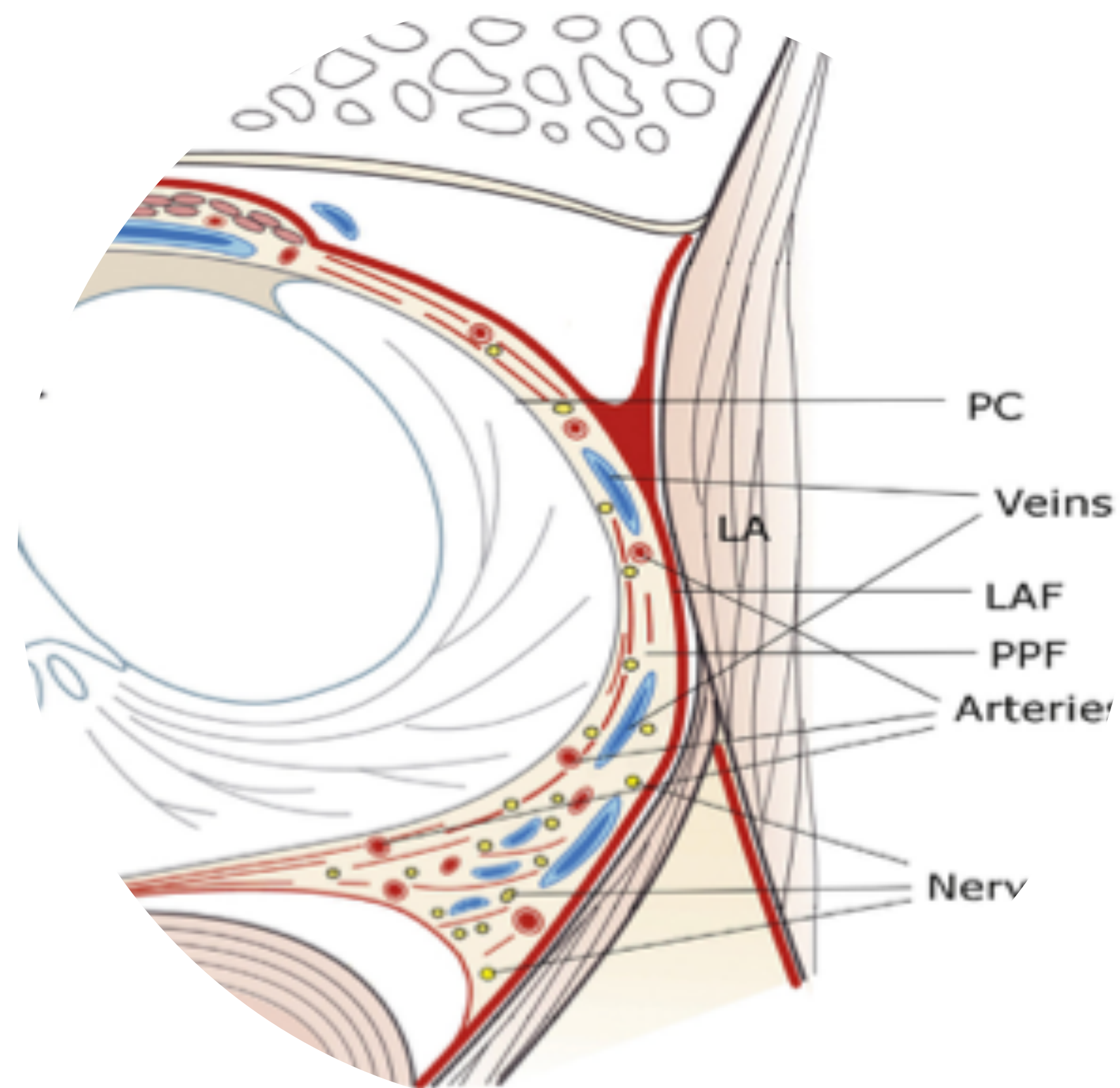
# Anatomie de la prostate



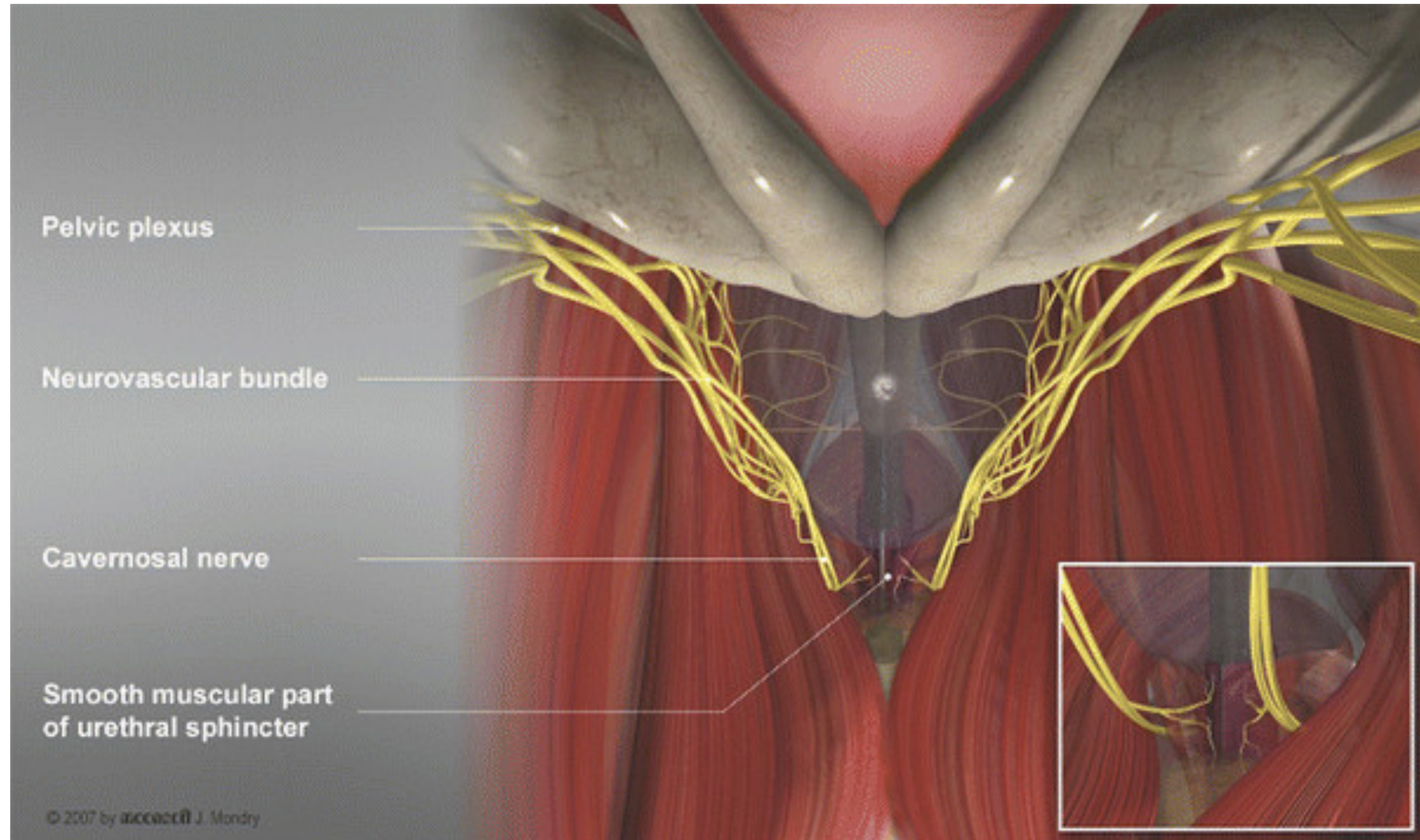
# Anatomie de la prostate



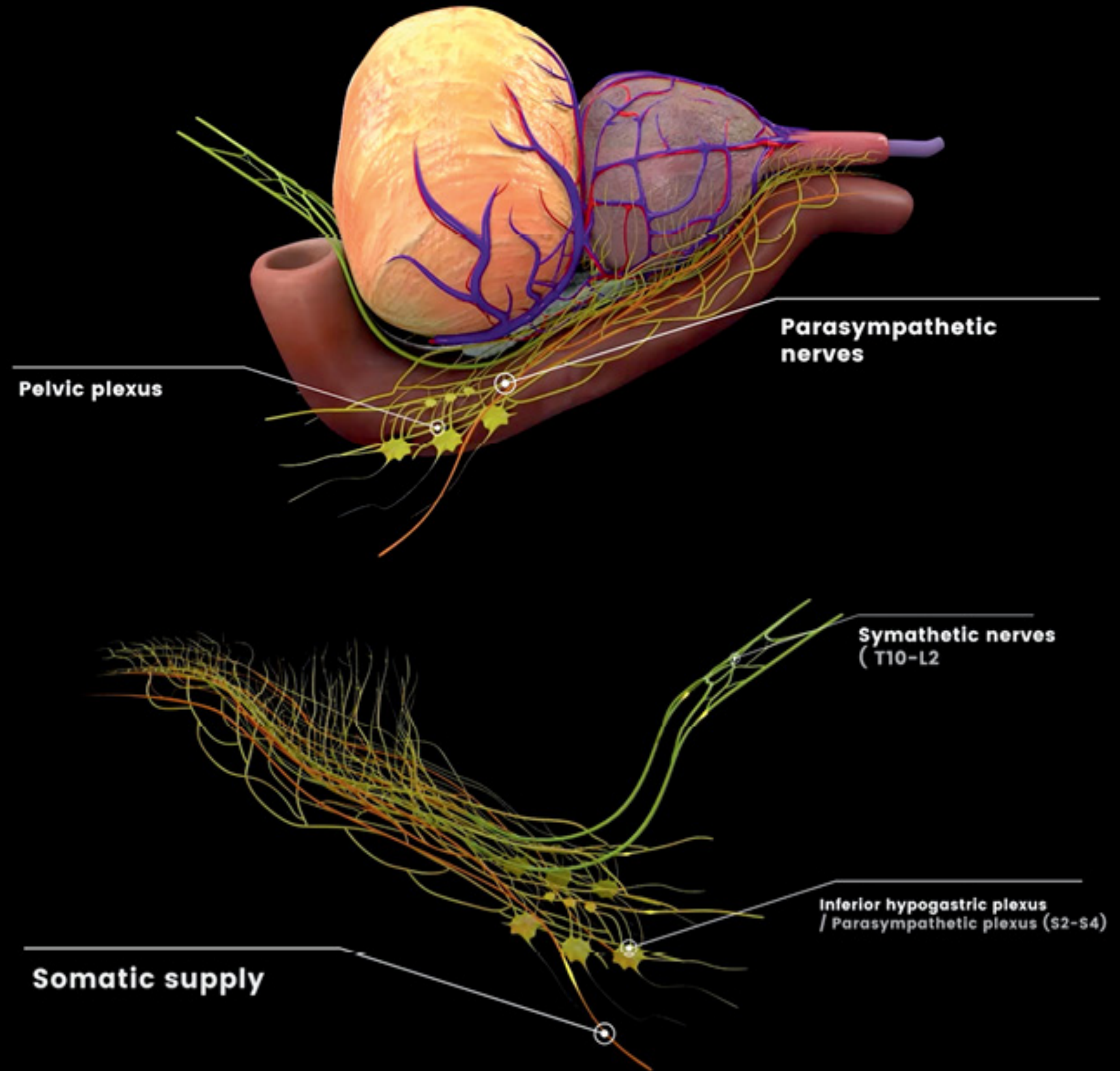
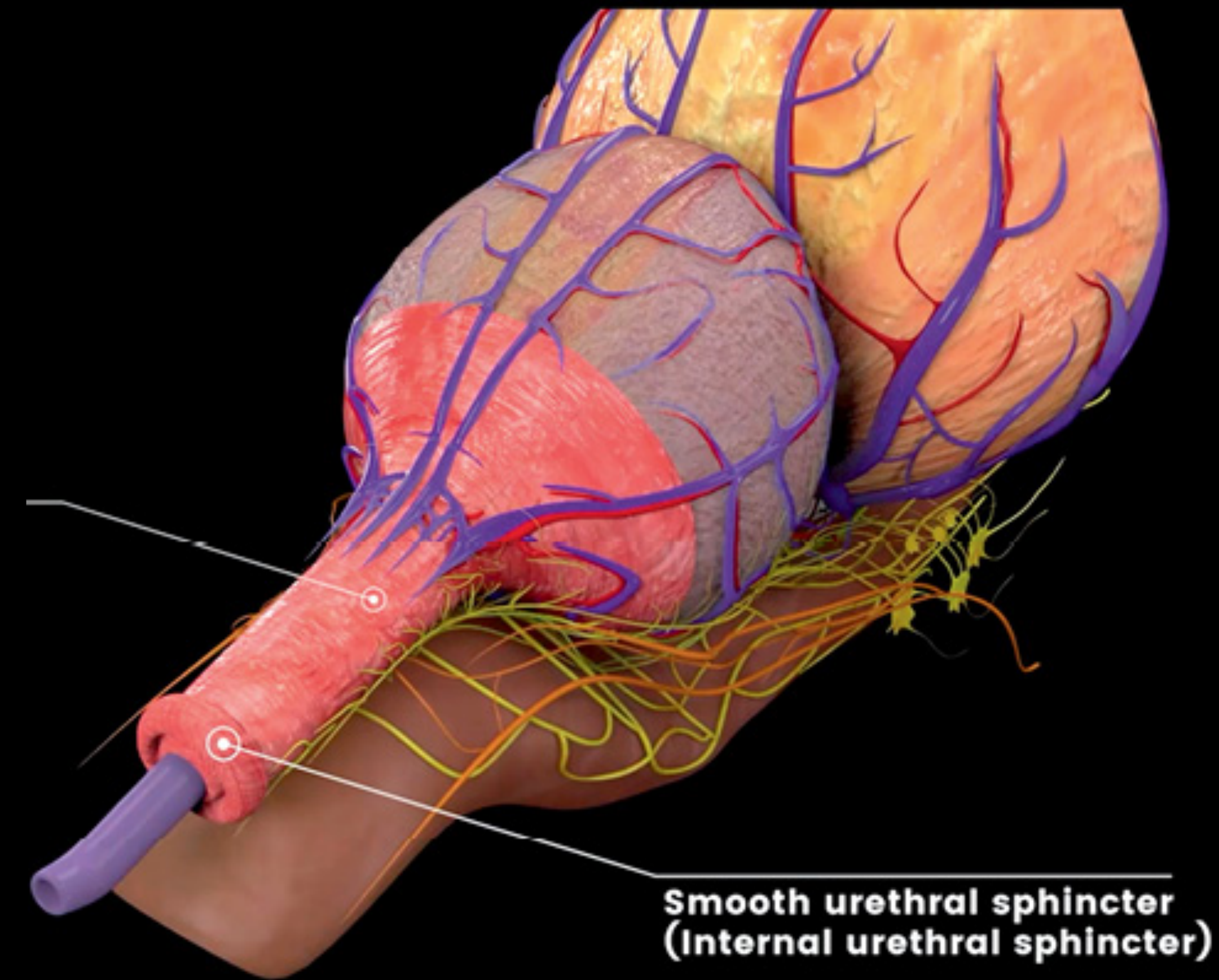
# Anatomie de la prostate

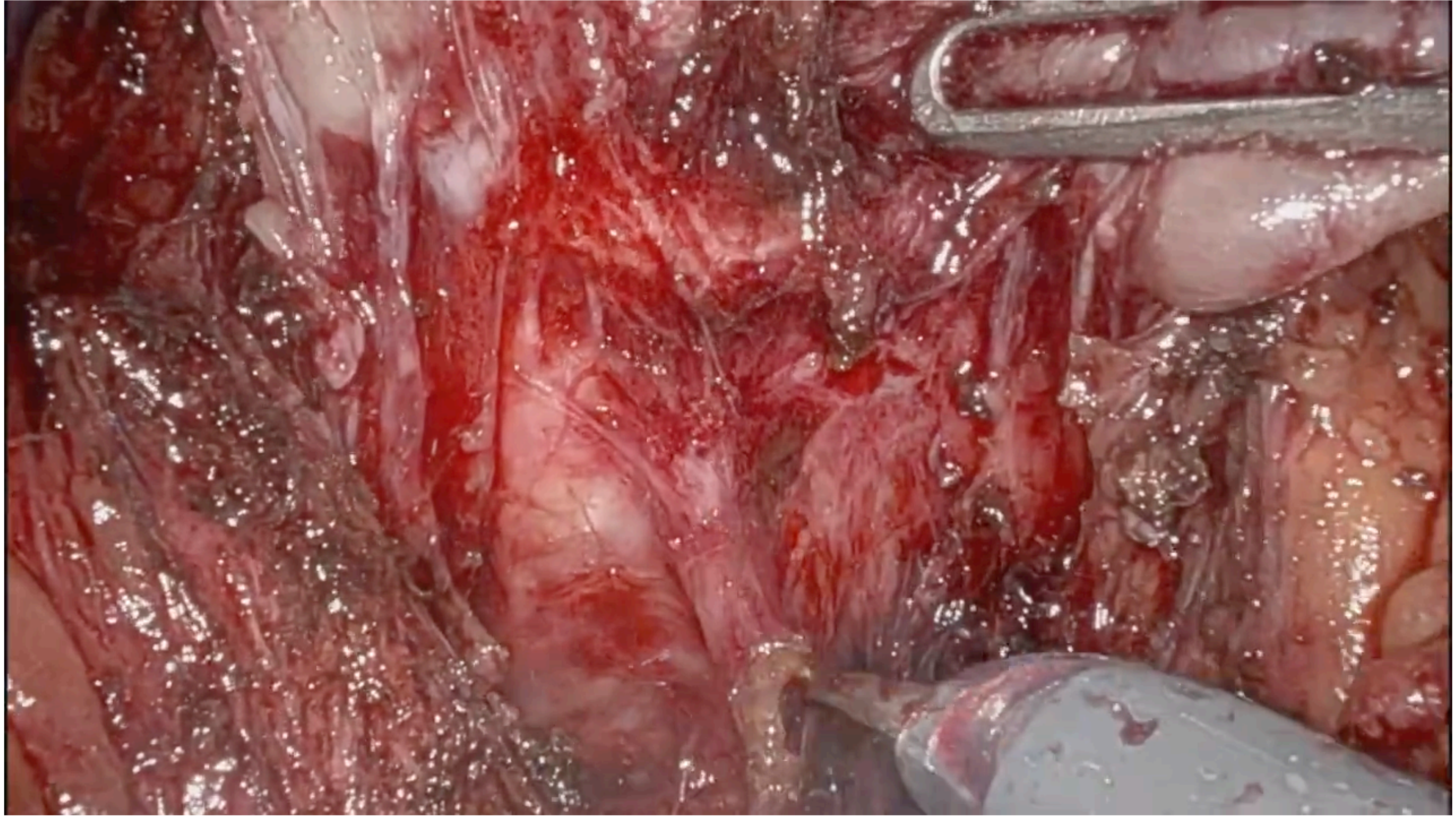


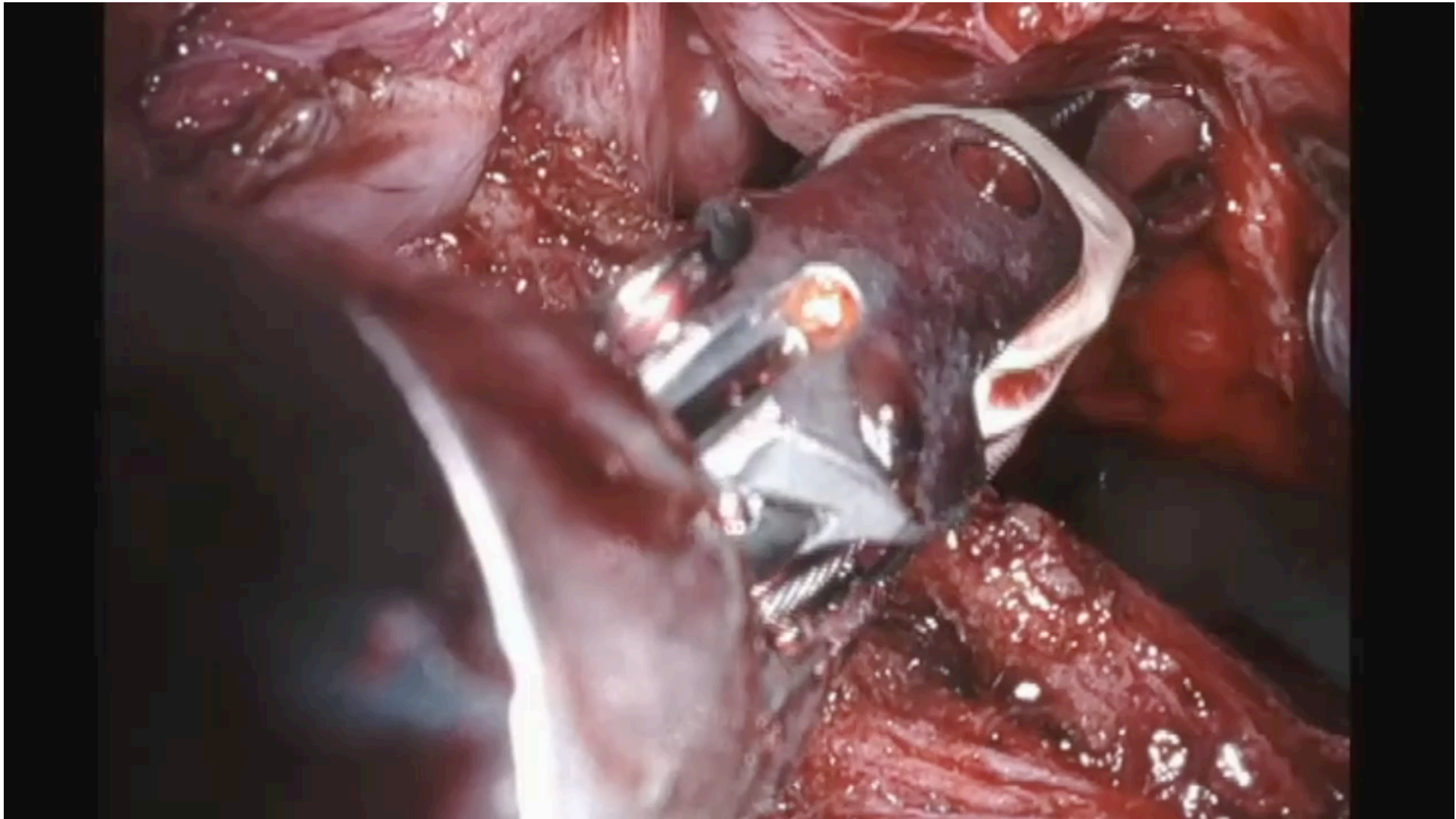
# Anatomie de la prostate

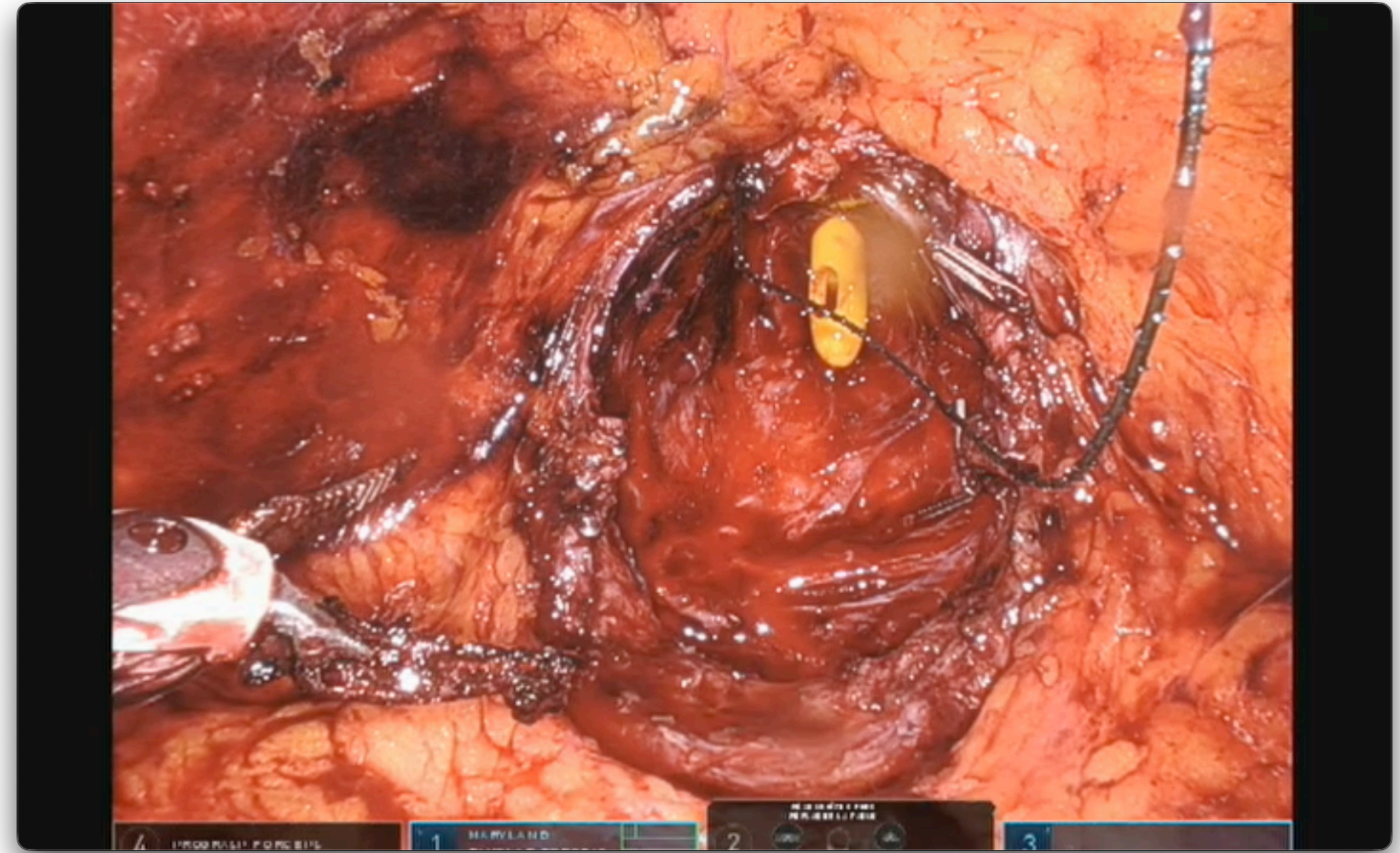
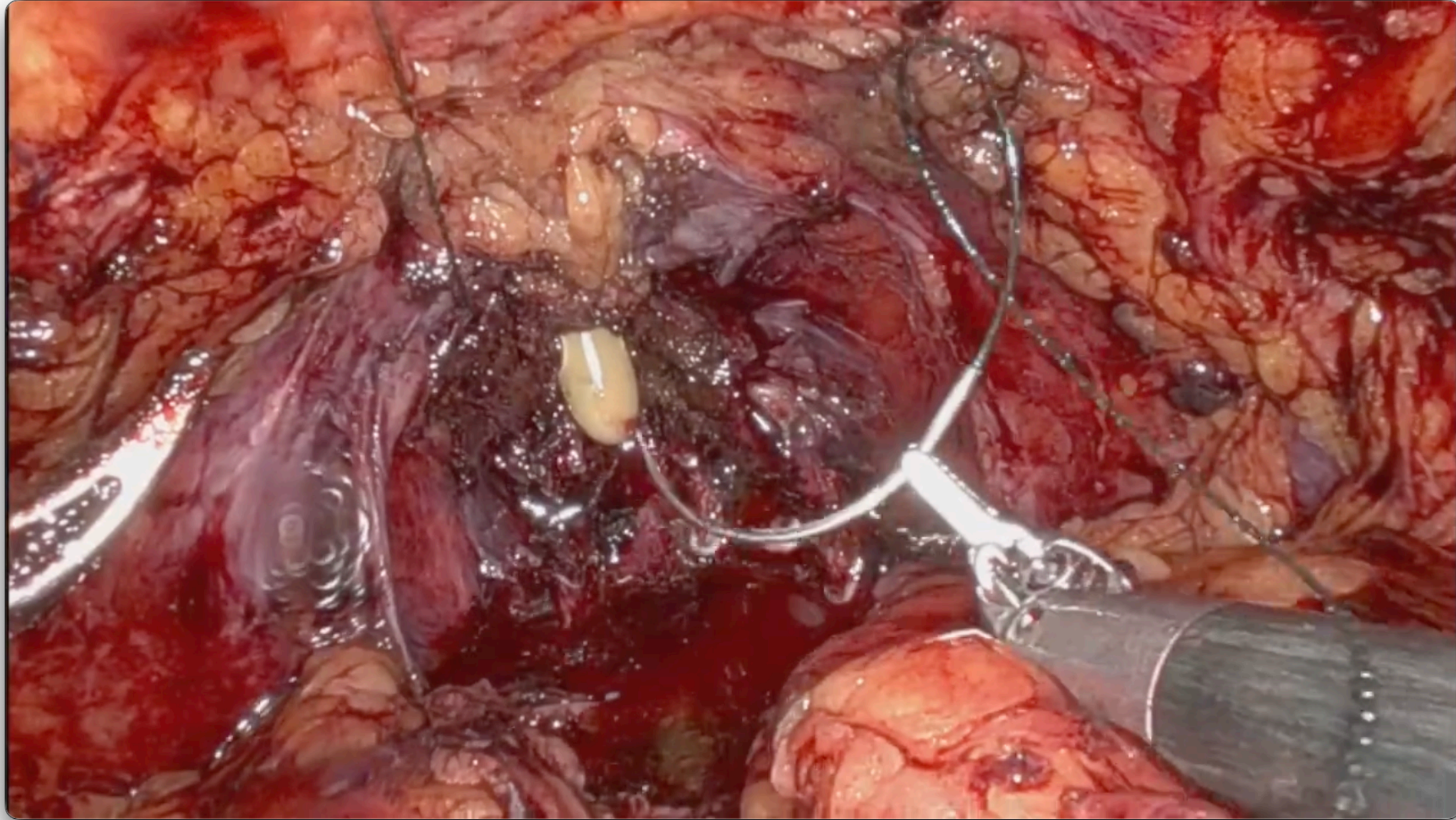


# Anatomie prostatique









# La chirurgie robotique en urologie

- ✓ Réduction de la douleur
- ✓ Récupération plus rapide
- ✓ Risque hémorragique diminué
- ✓ Amélioration de la continence
- ✓ Amélioration de la fonction érectile
- ✓ Amélioration de la survie sans récurrence