

« *Wou deet et wéi?* » Où est-ce que ça fait mal ? Le podcast avec les Hôpitaux Robert Schuman

Bienvenus pour notre deuxième podcast « *Wou deet et wéi?* » (Où est-ce que ça fait mal) avec les Hôpitaux Robert Schuman, que vous connaissez certainement. Et si ce n'est pas le cas, nous allons vous donner un petit aperçu avec notre co-animateur, le Professeur Docteur Claude Braun, directeur médical du Groupe HRS. Quels sont les hôpitaux qui font partie du groupe HRS ?

CB: Eh bien, le HRS, c'est-à-dire le Groupe des Hôpitaux Robert Schuman, c'est un groupe hospitalier qui regroupe plusieurs sites. Il y a le site du Kirchberg avec l'Hôpital général qui accueille les urgences et où sont situés plusieurs départements. Et puis il y a la Clinique Bohler, l'ancienne Clinique Bohler spécialisée en gynécologie et obstétrique. Un autre site, c'est celui de la Zithaklinik au quartier de la gare, qui est spécialisé dans le domaine du traitement des cancers et de la chirurgie. Et puis nous avons également un site à Esch-sur-Alzette, la Clinique Sainte Marie, qui s'occupe plus spécifiquement de la gériatrie, de la médecine des personnes âgées.

Dans ce podcast nous allons discuter de différents sujets qui sont d'une certaine importance dans les différents hôpitaux. Notre premier sujet, c'était l'ophtalmologie. Aujourd'hui on n'aura pas la queue basse, on va parler sans ambages et notre sujet sera l'urologie. Et vous nous avez amené deux collègues.

CB: Voilà, ici, à côté de moi, c'est le docteur Docteur Patrick Krombach et en face de moi, c'est le docteur Docteur Bernd Meyer. Ce sont deux médecins qui font partie d'un groupe de spécialistes qui comprend en tout 8 urologues. Les urologues, ce sont ceux qui s'occupent de tout ce qui se passe en-dessous de la ceinture pour ainsi dire, tout ce qui a trait aux voies qui évacuent les reins, c'est-à-dire là où passent les urines, le pipi. On dit souvent que les urologues sont des médecins pour les hommes, que c'est une médecine masculine, mais ils sont également là pour aider les femmes, puisque certains organes concernent les deux sexes comme la vessie et l'uretère etc. Les problèmes des hommes et des femmes respectivement sont de nature différente, c'est vrai, et on y reviendra plus tard. Et puis il y a les problèmes qui concernent les relations entre les deux sexes où l'on s'adresse souvent aux urologues pour avoir un conseil ou soutien dynamique.

Bon, je crois qu'on va passer quelques moments intéressants ensemble. Nos sujets sont entre autres le cancer de la prostate, le cancer de la vessie et les calculs rénaux. Et nous allons commencer par le grossissement de la prostate, en termes techniques on l'appelle « hypertrophie ». Docteur Krombach, est-ce que vous pouvez décrire à nos auditeurs ce qu'est la prostate et à quoi elle sert ?

PK: La prostate est située en-dessous de la vessie, elle est rattachée à la vessie et le pipi doit s'écouler par là pour sortir. La prostate c'est une espèce d'intersection. C'est l'organe principal de la production du liquide séminal. Le sperme, l'éjaculat, sont produits dans la prostate. Les spermatozoïdes ne constituent qu'une partie minime et c'est grâce à ce liquide dans la prostate qu'ils peuvent survivre. Et nous savons tous ce qu'il faut faire pour créer une nouvelle vie, et en principe l'éjaculation est produite dans la prostate. Et au moment de

bonheur la prostate agit comme une espèce de d'intersection. C'est elle qui fait que le bon liquide sorte au bon moment pour avoir le résultat souhaité.

C'est donc un organe vital d'un certain point de vue, mais pas indispensable à la survie ?

PK: Oui, c'est une façon de le dire.

Docteur Meyer, s'il y a un grossissement, est-ce que c'est une question d'âge? On entend souvent que ce sont plutôt les gens d'un âge plus avancé qui ont des problèmes ?

BM: Le grossissement de la prostate est typiquement associé à l'âge, ce qui veut dire, si j'avance en âge la probabilité d'une hypertrophie de la prostate va augmenter. Mais les facteurs de risque sont plutôt génétiques, si votre père ou votre grand-père avait déjà une prostate agrandie, votre risque est plus élevé. Nous avons également de hommes jeunes, début de la quarantaine, qui ont déjà de gros problèmes de prostate.

CB: Et en tant qu'homme, comment est-ce que je remarque qu'il y a quelque chose qui cloche, qu'elle a commencé à grossir ? Quels sont les premières indications, les symptômes ?

BM: Typiquement, le flux urinaire est moins rapide, le jet d'urine est plus faible que d'habitude. Et puis on commence à se réveiller la nuit pour aller aux toilettes, ce qui est nouveau. Les symptômes typiques sont un besoin urgent d'aller aux toilettes, que vous ressentiez un besoin impératif d'uriner, mais le débit est plutôt faible. Et c'est à ce moment-là qu'il faut vraiment se poser des questions et aller voir un spécialiste.

Mais est-ce qu'un cancer peut être une suite directe d'un grossissement ?

BM: Non, le grossissement en tant que tel n'a rien à voir avec un cancer. C'est une évolution typique. Chez nous les hommes, la prostate commence à s'agrandir à l'âge de 30 ans, en principe chez tout le monde, chez les uns c'est un peu plus, chez les autres un peu moins. Mais la formation d'un cancer c'est toute autre chose.

PK: En gros on peut dire, que ceux qui ont des problèmes ont généralement une grande prostate. Mais il y a également ceux qui ont une prostate toute petite et qui ont quand-même des problèmes. Et puis il a ceux qui ont une prostate énorme mais aucun problème. Cela dépend donc de la façon dont cette croissance anatomique se fait à l'intérieur.

CB: Voilà, en consultation il y souvent des hommes qui nous disent, ou ce sont les femmes qui nous disent : « Est-ce que vous pouvez faire un dosage APS ? » C'est quoi cette valeur et quelle est sa signification pour la vie quotidienne ?

BM: En principe, le APS est une enzyme produite par la prostate mais qui peut être mesurée dans le sang. Nous retrouvons une petite partie dans le sang, la traduction c'est un acronyme pour « antigène prostatique spécifique », c'est un produit issu directement de la prostate qui est spécifique. Il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer le APS, comme les inflammations, un grossissement de la prostate, la manipulation, s'il y a eu une opération

par exemple, mais une augmentation du ASP pourrait également être causé par un cancer de la prostate. Et là il faut consulter un spécialiste, pour voir quels sont les origines de ce paramètre, quel est son taux et quels sont les autres diagnostics à réaliser, pour en savoir plus.

CB: Est-ce utile pour moi, en tant qu'homme, de faire régulièrement un dosage ? Et si la réponse est oui, à partir de quel âge?

PK: Oui, c'est tout à fait justifié. Il y a quelques années, la prostate a été discréditée, parce que des données douteuses ont incité à des interprétations du genre que tous ceux qui font un dosage APS n'ont plus longtemps à vivre. Ce qui veut dire en gros, si je fais un APS maintenant, ça ne sert à rien, s'ils détectent le cancer précocement ou non, cela ne change rien...

CB: Il existe maintenant des données plus fiables...

PK: Oui... ces études qui ont maintenant été évaluées après 15 ans, montrent clairement qu'il y a un avantage. Qu'il y a même éventuellement une meilleure chance de survie que pour la mammographie et même le hemoFEC.

CB: Et quand est-ce que je devrais commencer?

PK: A partir de 50 ans. A partir de 50 ans, s'il n'y a pas d'antécédents graves dans la famille. Pas le grand-père qui a un cancer de la prostate à 80 ans et est toujours en vie. Mais plutôt le frère de mon père ou mon père qui ont eu à 40 ans un cancer très agressif avec métastases. C'est l'indication d'une forme génétique, où il vaut mieux commencer plus tôt, à partir de 40 ou 45 ans. Mais cela, il faut le dire, est plutôt rare.

Nous avons parlé des symptômes, nous avons parlé de l'âge qui a une influence. Quelles sont les autres causes qui peuvent intervenir, à part une disposition génétique ? En d'autres termes, qu'est-ce qu'on peut faire pour que cela soit différé ?

PK: Il y a beaucoup de conjectures, mais les données disponibles à ce sujet sont très mauvaises. Il s'avère difficile de faire de grandes études dans ce domaine puisqu'il y a une telle diversité. Les influences sont bien connues, mais leur facteur est plutôt minime : Alcool, cigarettes ... et tomates, lycopes... mais si on considère le nombre de tomates qu'il faudrait manger pour qu'il y ait une répercussion au niveau du bilan sanguin, alors il faudrait consommer un mètre cube de tomates pour voir une petite différence...

... Est-ce que cela signifie que c'est moins répandu chez les Italiens ?

PK: ... même pas! Il existe une étude, et c'est peut-être intéressant, et qui... et je ne blague pas et je ne suis pas payé pour le dire... apparemment des éjaculations fréquentes ... certaines études l'indiquent, et c'est également repris dans les lignes directrices européennes. Tout le monde peut les consulter... des éjaculations fréquentes réduisent le risque d'un cancer de la prostate.

Très bien, alors on sait quoi faire.

CB: Voilà, Bernd, supposons que je souffre des problèmes que tu viens de décrire, la miction est plus lente, le jet est moins puissant, pas moyen d'uriner sur le mur en face, voilà. Alors je viens en consultation chez l'urologue et on fait quoi exactement ? On a dit, bon, on peut faire un dosage APS. Quels sont les autres tests qui peuvent montrer de façon objective si j'ai un problème de prostate ou non ?

BM: Tout d'abord on va faire un bilan global pour connaître la situation du patient. On regarde d'abord la situation familiale, s'il y a un risque génétique ou non. Et puis on fait des tests, ce sont des pratiques bien établies. On fait une échographie pour voir s'il y a des problèmes déjà existants qui se sont manifestés sur le plan anatomique et également pour déterminer le volume de la prostate. Le toucher rectal est également un examen typique pour voir s'il y a éventuellement une suspicion de cancer. Et puis, le cas échéant, on procède à des tests fonctionnels : à quel point le jet d'urine est affaibli ? Est-ce qu'il faut déjà faire un traitement ou est-ce qu'il suffit d'observer ? Et puis, un des facteurs décisifs lors de la décision de faire un traitement ou non, c'est la qualité de vie du patient. S'il nous dit « Je me réveille trois fois la nuit, mais cela ne me gêne pas trop » et s'il n'y a pas de problème anatomique, alors pas besoin de faire quoi que ce soit. Mais s'il nous dit « Je me réveille deux fois la nuit et j'ai un boulot important, je n'arrive plus à dormir » alors un traitement est indiqué. Et on va procéder par étapes, en commençant par un traitement médicamenteux et si c'est bien toléré, si le patient se sent mieux, on continue. Et si ce n'est pas le cas, on va essayer d'autres médicaments et, en fin de compte, il y a toujours les traitements chirurgicaux, avec différentes possibilités pour aider le patient.

Alors, partons de l'hypothèse la plus pessimiste, d'un cancer de la prostate. Quels sont aujourd'hui les moyens pour lutter contre ce cancer ? Et qu'est-ce qui va se passer si la prostate doit carrément être retirée ?

BM: En général, si le patient vient en consultation et qu'on le détecte à temps, ce n'est pas une catastrophe. En fait c'est une chance, puisqu'aujourd'hui on ne risque pratiquement plus de mourir d'un cancer de la prostate. Il y a tellement de possibilités pour traiter le cancer. Et ce n'est pas toujours la solution la plus radicale qui consiste à enlever la prostate. Il y a de nombreux facteurs qui entrent en jeu. C'est par exemple le cancer, son agressivité, son extension. Pour bon nombre de cancers on ne fait qu'observer, puisqu'on sait que par tranche de 10 années de vie 10% des hommes sont atteints d'un cancer de la prostate. C'est la prévalence. Chez les hommes de 50 ans nous trouvons donc presque 50% avec un cancer de la prostate et la mauvaise nouvelle : pour les hommes âgés de 100 ans, pratiquement 100% sont atteints. Mais si on regarde les statistiques, on constate que seulement 4% des hommes meurent d'un cancer de la prostate. Cela ne signifie pas que nous, les urologues, sommes tellement efficaces. Mais une grande partie des concernés ne savent même pas qu'ils sont malades. Ils vivent 20, 30 ans avec cette maladie et lorsqu'ils s'éteignent ils emmènent le cancer. Pour nous il s'agit de faire le dépistage chez ceux qui sont atteints d'un cancer qui évolue, qui mène à une dégradation de leur vie et de leur qualité de vie. Là il faut un traitement.

Docteur Krombach, si on n'a plus de prostate, si on a dû procéder à une ablation de la prostate, quelles sont les incidences sur la vie d'après ?

PK: Cela dépend un peu de la situation d'avant. Mais si c'est bien fait, on n'a plus que 5-10% des cas qui ont des problèmes de continence après une intervention chirurgicale. Et cela ne veut pas dire qu'ils sont complètement incontinents, ces cas-là ce sont vraiment des exceptions extrêmement rares, mais ce sont ceux qui ont des petites fuites, qui ont besoin d'une protection. Si c'est bien fait, la majorité n'a pas besoin de protection, il y en a même beaucoup qui avaient déjà eu auparavant des problèmes liés à leur prostate et qui se sentent mieux après. Et puis, il faut le dire, ça joue également... on n'a plus d'éjaculation. Mais l'orgasme c'est autre chose, ça se joue dans la tête, l'orgasme reste. Et si l'érection fonctionne... il y a des nerfs pour l'érection qui sont très proches de la prostate, parfois on arrive à les préserver, aujourd'hui, avec les méthodes chirurgicales modernes – bon aussi avec celles d'avant, mais avec aujourd'hui c'est plus facile de les préserver. Parfois il n'est pas judicieux de les préserver, alors il faut les enlever puisque le risque est trop élevé qu'il y ait des cellules qui restent. Pour le dire ainsi : si on a conduit comme un pépère avant, ce ne sera pas la formule 1 après...

Est-ce que c'est une opération à 3 points qui est faite ? J'ai des connaissances qui ont fait faire cette intervention à l'étranger.

PK: Bon, là je passerai la parole à Bernd. Bernd, pardon le Dr. Meyer, il fait ces interventions dans notre hôpital, parce qu'il a une vaste expérience avec cette méthode. On travaille vraiment avec une technique ultra moderne comme dans tous les grands centres.

BM: Nous ne proposons que des traitements qui sont en conformité avec les lignes directrices, et la recommandation dans la ligne directrice, c'est de faire une chirurgie mini-invasive. Chez nous c'est ce qu'on fait pour quasi 100% des cas, ce qui signifie que personne ne sera désavantagé. Et grâce à ces nouvelles techniques chirurgicales, notamment grâce à la robotique, on peut vraiment opérer les patients de la manière la moins invasive, et nous avons des chances excellentes d'enlever le cancer tout en préservant la fonctionnalité. C'est l'aspect le plus difficile lors d'une chirurgie de la prostate : il ne s'agit pas seulement d'enlever l'organe, mais il y a un grand nombre de fonctionnalités. Il faut que le patient soit capable d'uriner, normalement cela ne pose pas problème, parfois c'est même mieux qu'avant, puisque l'obstruction est partie. Le patient doit être continent. Et là les nouvelles techniques nous offrent des d'excellentes possibilités pour préserver la continence. Et puis, bien évidemment la fonction sexuelle. Si j'arrive à préserver ces nerfs-là et cela dépend, comme Patrick vient de le dire, de l'oncologie, c'est-à-dire de la tumeur. Si c'est possible, alors du point de vue technique il n'y a aucun problème pour préserver cela. Et les hommes concernés une excellente perspective pour la préservation de leur fonction sexuelle.

PK: Mais il faut un certain temps pour récupérer. On ne sort pas de l'hôpital et tout est comme avant. Pour être honnête, il faut faire du kiné et cela prend un peu de temps à se rétablir, mais...

BM: ... je dis souvent, c'est comme si vous avez cassé une jambe, vous n'allez pas faire une course de cent mètres...

CB: Là, ça prend également du temps.

BM: Cela prend un peu de temps.

CB: Bernd, tu nous a parlé de l'intervention chirurgicale. Cette opération consiste à enlever toute la prostate. L'objectif quand on a un cancer au niveau de la prostate qui est entourée par une capsule, c'est d'éviter que le cancer dépasse cette capsule. Ainsi on enlève tout et le cancer est parti. Mais malheureusement il existe des hommes qui ont un cancer agressif, qui s'est propagé au-delà de la capsule et qui a peut-être atteint les ganglions lymphatiques ou s'il a disséminé, ce qui signifie que les cellules cancéreuses ont migré pour coloniser d'autres parties du corps, où des hommes vous disent « Je ne veux pas d'intervention chirurgicale ». Il y a sûrement des alternatives pour ces personnes ?

BM: Ce qui est bien avec le cancer de la prostate, c'est qu'on dispose de beaucoup d'alternatives. La meilleure façon de procéder dépend bien évidemment du bilan global de toutes les données à notre disposition et dans la conférence de la tumeur nous discutons de la meilleure façon de procéder, ce n'est donc pas une décision individuelle de...

CB: Juste une petite explication: Une „conférence de la tumeur“, c'est quoi?

BM: Excusez-moi. Tous les cas de patients avec un diagnostic de cancer de la prostate sont discutés dans le cadre d'une conférence pluridisciplinaire où participent des chirurgiens, c'est-à-dire l'urologue, l'oncologue, le radiothérapeute, un radiologue et un spécialiste en médecine nucléaire. On se concerta pour trouver le traitement le mieux adapté pour le patient et on prend en compte différents points de vue. C'est comme pour la planification d'entreprise, souvent on a tendance à ne voir que son propre point de vue et ...

CB: Donc ce n'est pas un médecin qui décide à lui tout seul, mais c'est un comité ou plutôt un groupe de médecins compétents qui mettent en évidence les différents aspects et prennent une décision conjointe pour le patient, ou lui donnent une recommandation commune.

PK: Pour éviter justement, que d'autres points de vue soient ignorés.

BM: Il faut souligner qu'il s'agit d'une recommandation. C'est au patient de prendre la décision finale, par rapport à ses préférences. Nous n'avons pas le droit de passer outre ses souhaits. Et puis bien évidemment, avec certains cancers agressifs, on peut adapter de façon individuelle, faire une thérapie individuelle. Il faut voir quel choix est le plus adapté au patient...

CB: Quelles sont alors les alternatives ? Tu as mentionné l'intervention chirurgicale, mais il existe peut-être aussi des médicaments ou d'autres modalités, éventuellement la radiothérapie ?

BM: J'utilise souvent cette image des chevaliers qui sont partis en guerre. Ils n'ont pas amené que leur épée, mais également un bouclier, une lance et selon les ennemis qu'ils

allaient confronter encore d'autres instruments de guerre. Et c'est exactement ça que nous on fait aujourd'hui. C'est ou bien la chirurgie ou éventuellement la radiothérapie, c'est une possibilité excellente. Le cas échéant il faut ajouter une hormonothérapie ou même une chimiothérapie. Il existe aussi des méthodes toutes récentes, telles que la thérapie TEP-PSMA, où des molécules dotées d'une charge nucléaire interagissent avec le cancer pour détruire ces cellules. Ce sont des techniques toutes récentes, qui sont adaptées de façon individuelle au patient, ce qui fait qu'il n'y a aujourd'hui pratiquement plus de décès dus à ce cancer.

CB: Il y a donc eu des progrès considérables dans ce domaine dans les dernières années.

BM: Absolument.

Dans le cadre de cette conférence il est évident que plusieurs experts sont réunis autour de la table pour partager leur point de vue. Pourquoi est-ce que certains insistent pour avoir un deuxième avis, et s'adressent à des hôpitaux à l'étranger ? La compétence est là, pourquoi aller chercher plus loin ?

PK: Nous sommes un petit pays et nous avons de bons médecins. Mais pas seulement nous, les autres pays également. Et si on prend une décision d'une telle envergure pour sa vie, c'est important. C'est tout de même une intervention chirurgicale majeure. Et si on se fait opérer, alors il est important d'assumer cette décision. Et si on ressent ce besoin de consulter un professeur à l'étranger ou que sais-je, alors il faut le faire. C'est logique, personnellement je comprends la motivation...

CB: Il faut dire aussi, qu'il n'y a aucun médecin qui vous en veut pour ça. Au mieux, notre recommandation sera confirmée et alors je me dis : « Wow, on fait quand-même un bon boulot ici au Luxembourg ».

C'est un peu comme si on achète de nouveaux meubles. On regarde d'abord ici au Luxembourg, puis on va en Allemagne et là c'est dix euros moins chers, alors on achète en Allemagne...

CB: Et puis tu commandes par internet, non ?

Voilà! Alors, allez chercher un avis auprès d'un professeur en Allemagne et puis vous venez...

PK: Oui, c'est comme avec les meubles. On les achète en Allemagne et puis il y a un problème et il n'y a personne qui se déplace chez vous pour s'en occuper... Pour ainsi dire, on a un meilleur service après-vente ici au pays.

CB: Ce qui s'est dégagé de cette discussion, c'est que c'est une mission où sont impliqués un bon nombre de médecins, et pas uniquement des médecins. Plus tard, lors du suivi, ce sont également d'autres groupes de professionnels. Il est important de procéder de façon systématique, de disposer de procédures et de protocoles, pour cette raison on fait de gros efforts de standardisation dans notre pays, surtout dans le domaine de la cancérologie, mais également dans d'autres spécialisations, en vue d'établir des centres spécialisés et certifiés.

Et nous participons à cet effort. Vous êtes les premiers au Luxembourg à avoir réussi à l'obtenir, mais il y a d'autres où c'est imminent, et ce sont les patients qui en profitent... Ce qui est important, c'est qu'il y ait des organismes étrangers qui viennent au Luxembourg pour faire la certification. Ce qui veut dire qu'ils nous attestent que notre travail se fait à un niveau élevé tout comme à l'étranger. C'est quelque chose qu'il faut communiquer au grand public, que les standards de notre pays sont les mêmes que ceux à l'étranger.

PK: Oui, et cela permet également de comparer son propre centre aux centres à l'étranger. Lorsqu'on est certifié, cela signifie que certains standards sont respectés au niveau de la recherche et du traitement d'un cancer. Chacun travaille selon les mêmes standards, je peux donc faire la comparaison avec les autres.

CB: Et vous présentez vos données. Et vous les comparez aux autres centres.

PK: Exactement, il y a cette comparaison ...

CB: Et là, j'avoue qu'il faut carrément se mettre à nu.

PK: On est constamment à poil, du moins en ce qui concerne la partie inférieure du corps...

Chez nous au studio mes deux invités sont tous les deux habillés de façon correcte. Ce sont le docteur Patrick Krombach et le docteur Bernd Meyer, deux urologues aux HRS. On a fait le tour de la prostate, passons maintenant au deuxième sujet : les calculs rénaux. Docteur Krombach, quelle en est la cause ?

PK: Pour les calculs rénaux il y a quelque 200 gènes qui sont impliqués. Chacun a donc une sorte de constellation interne qui fait que c'est plus ou moins probable pour une personne donnée d'avoir des calculs rénaux ou non. Il y a aussi des influences familiales, mais il y a trois grands facteurs de risque qui jouent. Le premier, le plus important, c'est le fait de boire en quantité suffisante. Et je parle bien sûr du fait de boire de l'eau, pour éviter tout malentendu. Le deuxième, ce sont les purines, qu'on retrouve dans la chair des animaux, dans la peau de poulet par exemple il y a beaucoup de purines, dans les fruits de mer également, et ils exercent une grande influence sur la formation de calculs. Et le troisième élément c'est le sel, pas le sel de table que je mets sur mon bifteck ou mes frites, non, ce sont plutôt les sels cachés, dans les plats cuisinés ou dans la charcuterie ou lorsqu'on mange au restaurant. Tout cela est délicieux et je ne dis pas, qu'il ne faut pas le faire, mais, il faut le dire, il y a beaucoup de sel dedans. Et ce sont les trois facteurs de risque principaux qui font que 10-15% de la population occidentale ont des calculs avec une tendance à la hausse...

Bon moi, en tant que profane, je m'imagine que ces produits-là forment une espèce de cristaux qui s'accumulent pour former une boule de neige ?

PK: Bon, pas ces produits-là. Mais ces produits contribuent à une constellation dans le corps qui fait que d'autres produits se cristallisent, le plus souvent ce sont le calcium et l'oxalate. Avant, je disais aux gens qu'il ne fallait plus boire de lait, ne plus manger de yaourt, d'éviter les produits laitiers. Mais les données plus récentes indiquent que cela ne fait qu'empirer les choses. C'est assez compliqué, on pourrait en faire tout un podcast rien que pour ça, mais en

gros il s'agit de boire plus, et de faire attention aux sels et aux purines qui ont une influence. Et pour le reste, il faut faire des examens pour voir plus en détail. Il y en a d'autres également... pour en venir aux oxalates. Ce n'est que depuis quelques années qu'on sait, comment faire leur dosage. Avant c'était extrêmement cher de faire déterminer les oxalates, cela coûtait des milliers et milliers... et n'intéressait personne. Aujourd'hui ce dosage coûte beaucoup moins cher. Et cela fait une dizaine, une quinzaine d'années qu'on se rend compte qu'on retrouve les oxalates dans plein de choses, et on se dit – ah tiens ! – ce n'est peut-être pas que le lait... Mais ce sont plutôt les oxalates qui sont en cause, et les oxalates sont le facteur limitant. Et si on présente cette constellation et qu'on fait des calculs, alors il faudra faire attention à ne pas consommer trop de produits avec une forte teneur en oxalates, comme les épinards ou certains autres légumes, les noix et le café qui ont un contenu élevé en oxalates...

CB: Alors, si je viens chez toi en consultation et que j'ai des calculs, qu'est-ce que tu vas me proposer comme régime optimal ?

PK: A toi Claude, je te dirai : interdiction de boire et boire beaucoup de café... Non, blague à part, je te dirai de boire au moins un litre et demi d'eau par jour sans compter...

„Deux“ indique Bernd Meyer.

PK: Oui, deux, en été on devrait boire deux litres ...

Il est plus grand, lui...

PK: Si on boit un litre et demi, c'est déjà pas mal, mais on devrait peut-être dire deux pour qu'en fin de compte les gens boivent effectivement un litre et demi...

BC: De l'eau, tu veux dire...

PK: Oui de l'eau, pas du café... Eh oui docteur, je mange beaucoup de purée de pommes de terre, c'est fluide, cela contient beaucoup de liquide....

Il y a également beaucoup d'eau dans la bière...

PK: Et puis la bière ... en fait, la bière est diurétique, elle vous donne envie de faire pipi.

CB: Mais quelle sorte d'eau ? Est-ce qu'il y a de l'eau qui est plus ou moins bonne ?

PK: Le plus important, c'est de boire beaucoup, donc...

CB: l'eau du robinet est bonne...

PK: L'eau du robinet est excellente.

Et l'eau gazeuse, est-ce que ça joue?

PK; Non, pas du tout. La priorité, c'est de boire de l'eau en quantité suffisante. Vous pouvez également ajouter un peu de jus à l'eau, si le fait de boire en quantité suffisante vous pose des problèmes. Et il ne faut pas non plus prendre un gobelet doseur pour mesurer péniblement la quantité d'eau qu'on boit tous les jours. Mais notre mode de vie fait qu'on perd tous un peu l'envie de boire, il y a le bureau, la conférence, le portable, ici, là, on est tout le temps sollicité par une multitude de choses...

CB: Vous conseillez donc une certaine routine?

PK: Exactement, parce qu'on a tous tendance à devenir des chameaux...

Justement, il n'y a pas d'eau ici...

PK: Ici non plus...

C'est relativement sec...

CB: Nous sommes en train de former des calculs rénaux ...

Docteur Meyer, je vous pose la même question qu'auparavant, par rapport à la prostate: Est-ce qu'il y a une prédisposition génétique par rapport aux calculs rénaux ?

BM: Oui, les statistiques montrent très clairement que si les membres de la famille souffrent déjà de calculs rénaux, le risque est plus élevé. Si vous avez des calculs alors, normalement, la grand-mère ou le grand-père ou un autre membre de la famille avait déjà le même problème. Il y a également une évidence par rapport à une charge génétique. Les gens des pays du sud de l'Europe ont plus de calculs rénaux que ceux de l'Europe du Nord. C'est tout simplement une composante génétique qui joue et ce sont des facteurs sur lesquels on n'a pas d'influence. C'est une prédisposition qu'on a au moment de la naissance et si on a connaissance de cette prédisposition génétique ou familiale, il faut faire d'autant plus attention à réduire les facteurs de risque. Les calculs rénaux... si vous avez eu un seul épisode de colique, vous savez que vous ne voulez plus que ça se reproduise. Les dames qui ont accouché disent toutes, que les calculs c'est pire que d'accoucher d'un enfant.

PK: Mais ce qui est étonnant, pour les femmes du moins, c'est qu'après un certain temps elles veulent quand-même un deuxième enfant. Et avec les calculs c'est pareil. Si une personne a eu une colique et on lui dit « Alors faites attention à ceci et à cela », alors les élèves modèle vont faire un dosage exact pour tout ce qu'ils mangent et boivent ... Mais l'être humain est par définition imparfait ... un an plus tard ils bouffent et picolent comme avant. C'est comme ça. On a l'évidence.

CB: Quel est le risque de récurrence pour les calculs ? Tu viens de dire que 10-15% des gens vont avoir des calculs une fois au cours de leur vie...

PK: 75%

CB: Ce qui veut dire que les chances pour...

PK: Si on a eu un calcul, c'est à 75% sûr d'en avoir au minimum encore un et à 50% d'en avoir plus qu'un.

CB: Tu l'as bien dit, pour l'éviter il faut boire beaucoup. Quoi d'autre? Tu avais mentionné le sel, faire attention au sel...

PK: Oui, et aux purines.

CB: Bon, cela implique qu'il faut faire attention à son régime, on n'a plus le droit de manger des huitres et des épinards.

PK: Si, bien évidemment qu'on peut en manger. Mais pas tous les jours. Je sais que pour toi, c'est difficile...

CB: Ah oui, moi j'adore les épinards!

BM: Il est important aussi de réduire les facteurs concomitants. Il faut p. ex. pratiquer du sport, de l'exercice physique, veiller à avoir une physionomie normale, c'est-à-dire normaliser son poids, et surtout être discipliné et – Patrick l'a déjà dit – boire, boire et boire !

Vous avez dit que les calculs provoquent une douleur terrible. Tout ceux qui en ont eu le disent. Mais quels sont les signes précurseurs ? Moi je ne connais personne qui ait consulté un médecin en lui disant : « Docteur, j'ai un calcul rénal... »

PK: Si on l'a déjà eu, on le sait, parce que...

Ça c'est autre chose. Mais comment quelqu'un qui... comment est-ce qu'on remarque qu'il y a quelque chose...

PK: Le calcul n'est pas douloureux en soi. Ce qui est douloureux, c'est lorsqu'il n'y a plus d'écoulement des urines des reins vers la vessie. Le calcul, qui se déplace dans l'uretère bloque le rein et la pression augmente. Au niveau du rein vous n'avez que des barorécepteurs. Vous allez donc remarquer que la pression augmente, et augmente rapidement lorsqu'il s'agit d'un calcul et c'est une douleur très intense et brutale. Et les gens il bougent, ils essaient désespérément de trouver une position qui soulage la douleur...

La douleur du dos...

PK: Oui, la douleur est dans le dos ou au niveau du flanc et souvent elle irradie vers l'avant, vers les organes génitaux et...

Fièvre?

PK: Non, non... et puis, soudainement, les douleurs s'apaisent un peu lorsque le rein ne produit plus de pipi, puisque les reins produisent le pipi par intermittence. Il y a alors un

moment de répit et puis ça reprend. Et les gens sont désespérés et font tout pour trouver une position qui puisse les soulager qui n'existe pas. C'est la colique néphrétique classique, ceux qui l'ont déjà connue, vont la reconnaître. Lorsqu'ils se présentent à l'accueil c'est évident qu'il s'agit d'une colique.

CB: Ok, ce sont donc ceux qui, typiquement, arrivent aux urgences à genoux, souvent ils ont des nausées, des vomissements dus à cette impression extrêmement intense de douleur. Ils arrivent aux urgences et souvent c'est déjà évident. Mais comment est-ce qu'on peut déterminer de façon objective s'il s'agit d'un calcul ou si la douleur est causée par autre chose ?

BM: Bon, on va bien évidemment faire un diagnostic, d'abord une analyse des urines, puisque ce calcul il gratte en quelque sorte sur la muqueuse de l'uretère, cela nous aide à déterminer de quoi il s'agit. Et puis typiquement, on retrouve des globules rouges dans les urines, et on peut déterminer s'il y a une infection ou un obstacle aggravant qui s'ajoutent. Puis on fait une échographie pour voir l'écoulement au niveau des reins. S'il y a un calcul, on constate une dilatation du bassin qui est typique et pour localiser de façon précise le calcul on fait souvent un scanner. Aujourd'hui avec les scanners low-dose qui affichent un faible niveau de radiation on peut déterminer assez rapidement si a) c'est un calcul qui provoque les douleurs et b) sa localisation. Alors on peut planifier les traitements, puisque les petits calculs se traitent souvent assez facilement par des thérapies conservatrices médicamenteuses...

CB: Tu parles de petits calculs. Pour un urologue c'est quoi un petit calcul et un grand calcul ?

BM: Un petit calcul mesure environ 4-5 millimètres et s'élimine normalement spontanément.

PK: La majorité s'élimine spontanément.

BM: Cela dépend un peu de la constitution. Mais s'il n'y a pas d'obstruction, pas d'obstacle, ils s'éliminent tous spontanément. Avec les médicaments adéquats on arrive relativement bien à soulager la douleur du patient...

CB: Alors, en principe, les patients peuvent retourner à la maison avec les médicaments? On leur dit : Buvez assez. Montez et descendez les escaliers, dansez, bougez... et puis la bière, n'est-ce pas... C'est bien ça ?

BM: Picoler et courir.

PK: Est-ce qu'on a le droit de dire ça ici?

Tout!

PK: Est-ce qu'on a le droit de tout dire?

BM: La bière sans alcool est idéale, elle est très diurétique et avec un niveau d'exercice physique approprié les calculs s'éliminent tout seuls.

PK: Courir et picoler ... Courir les escaliers, pour donner des petits coups.

CB: Mais s'il s'agit d'un calcul de 8-9 millimètres, ou d'un calcul qui a une surface un peu rugueuse, qui a tendance à rester coincé et rien ne va plus, alors il y a certainement des alternatives ?

BM: Exact. Pour les gros calculs il y a la thérapie fractraire. Si donc la thérapie conservatrice ne suffit pas, il faut une démarche interventionnelle, et ...

On vous tire dessus!

PK: C'est comme dans l'armée ...

BM: Bon...

CB: Comme Star Wars

BM: Bon, d'abord on vise bien et puis on tire, comme les chasseurs qui repèrent d'abord le gibier et puis font feu. Non, faire feu, tirer, c'est ce qu'on fait en dernier ressort. Tout d'abord on va mettre en place un double-J en traitement aigu. C'est un drain qui est placé depuis la vessie en direction du rein pour diminuer la pression, comme Patrick l'a dit, et ainsi faire disparaître la douleur. Et puis, selon la localisation du calcul, ou bien on tire dessus, si c'est dans le bassinet...

Avec quoi? On tire au laser?

BM: Il y a plusieurs méthodes. Si c'est localisé au niveau du bassin, on opte souvent pour la lithotripsie, une espèce d'ultrason très focussé, où les calculs sont traités par des ondes pulsées...

CB: C'est cette fameuse baignoire, où les gens sont allongés dans la baignoire et...

PK: Aujourd'hui ce n'est plus une baignoire...

BM: Mais dans le temps c'était une baignoire...

Est-ce que c'est là, l'expert qui nous parle, qui a l'a peut-être connu lui-même ?

CB: Non!

PK: Sur la première photo que j'ai reçu de la baignoire, il y avait une très jolie dame allongée dedans, c'est pour cela que tu te rappelles.

BM: C'était certainement un renforcement positif. Mais non, de nos jours c'est un instrument moderne, où on vous pose un coussinet en gel sur votre flanc et puis on tire dessus de façon très ciblée et grâce aux ondes de choc le calcul est fragmenté en petits morceaux, qui s'éliminent tout seuls. Si un calcul s'avère réfractaire à ce traitement, il existe plusieurs autres méthodes, mais Patrick pourra vous donner les détails, c'est lui notre spécialiste en la matière.

PK: Pour en revenir aux ondes de choc. Ce qui est intéressant, c'est que ce procédé a été découvert par un constructeur aéronautique, Dornier. Dornier a constaté que les vis des avions à réaction se sont desserrées au moment où les avions ont traversé le mur du son. Et ils se demandaient pourquoi. Et c'est grâce à leurs recherches qu'il sont pu découvrir qu'il s'agit d'une onde sonore. Et puis il y avait un ingénieur qui s'est dit qu'on pourrait les utiliser à d'autres fins également. Et cet ingénieur avait un copain urologue, un urologue bavarois, et ils ont mis au point tout ce procédé pour faire apparaître ces ondes sonores et les focaliser pour qu'elles confluent en un point unique, en mode triangulaire. Et le calcul doit être localisé à l'endroit où ces ondes convergent. Et c'est justement dans la baignoire qu'ils ont réussi à le faire, car l'eau est conductrice de son. C'était dans les années 80. Auparavant tout ceux qui avaient un calcul ont dû se faire opérer. Et puis on a découvert l'onde de choc, c'était une véritable libération pour tous ceux qui étaient concernés, cette thérapie par ondes de choc. Ces machines ont connu un succès fou et se sont vendues dans le monde entier. Et cet urologue, que nous connaissons tous, son nom est très connu, est devenu un homme très riche qui possède de nombreuses demeures et bateaux un peu partout dans le monde.

CB: Mais ce procédé est utilisé de moins en moins...

PK: Oui, il est utilisé de moins en moins parce que, dans les années 80, l'endoscopie était beaucoup moins évoluée qu'aujourd'hui. L'endoscopie permet d'accéder à travers le pénis ou l'urètre à la vessie pour aller à l'encontre de ce calcul situé dans l'uretère ou dans le rein. Avant, les instruments étaient trop épais et les optiques moins performantes. A l'époque l'onde de choc était la seule alternative à une chirurgie ouverte et c'était révolutionnaire. Et puis, peu à peu, l'endoscopie s'est développée et aujourd'hui nous avons des endoscopes qui sont extrêmement fins avec une caméra chip au bout, « chip on the tip », qui fournit des images en haute résolution. Cet endoscope a un diamètre de 5 millimètres, non, même pas, ce sont 3-4 millimètres, pas plus, il est flexible, on peut l'orienter dans tous les sens on peut y glisser une fibre laser...

CB: Donc vous pouvez passer depuis la vessie en remontant l'uretère jusqu'en haut du bassin jusqu'au calcul, l'examiner et le ...

PK: Nous sommes en contact avec le calcul. Il y a différents types de laser, et alors je peux le broyer avec un laser au lieu d'une onde de choc. Je pose la fibre laser sur le calcul, j'appuie sur une pédale et – paf ! – il est fragmenté en plusieurs morceaux ...

Pour le faire sortir naturellement, ce n'est pas le bon plan ?

PK: Alors il aurait été éliminé naturellement. S'il y a un calcul là-haut qui n'est pas éliminé spontanément, alors il faut aller le chercher. Et je peux le faire grâce à ces endoscopes. De préférence le patient est endormi, c'est mieux, il faut l'accepter. Mais c'est un traitement très prévisible, c'est-à-dire je peux dire au patient : Vous venez, je vous enlève ça et puis c'est bon. Dossier clôturé. Avec l'onde choc il faut attendre. Nous fragmentons le calcul et puis tous ces fragments doivent être éliminés par l'uretère, mais il y a évidemment ce risque qu'un de ces morceaux reste coincé pendant un certain temps, avec tout ce que cela implique...

Bon, mais avec les médicaments, c'est supportable, non ?

PK: Exact, en règle générale, on arrive à bien contrôler la douleur.

Avec tout ce qu'on vient d'entendre par rapport aux calculs rénaux je suppose que les enfants et les jeunes ne sont pas vraiment concernés ?

PK: Sur le total des patients avec un calcul nous avons 2% d'enfants. Ce sont des enfants qui souffrent d'affections métaboliques très rares qui font qu'un calcul se forme déjà à un âge précoce. Si un enfant a un calcul à ce jeune âge il faut impérativement faire un bilan global, il pourrait s'agir d'une cystinurie, c'est ultra-rare, mais cela provoque la formation de calculs pratiquement sans arrêt. Et le risque pour ces enfants d'avoir une insuffisance rénale relativement tôt dans leur vie est assez élevé. Et c'est là qu'ils se retrouvent en consultation chez Claude.

Encore une dernière question. Quelle est la répartition entre hommes et femmes ? Est-ce qu'il y a un sexe qui est plus concerné que l'autre ?

PK: Il y a plus d'hommes qui sont concernés que de femmes. Parce que nous les hommes, nous buvons moins d'eau et parce que – comment le formuler sans qu'on nous fasse des commentaires en rentrant à la maison ? – nous avons tendance à manger avec plus de plaisir que les femmes.

BM: Bien formulé!

PK: Mais la tendance est à la hausse chez les femmes.

Wou deet et wéi? Où est-ce que ça fait mal ? Le podcast avec les hôpitaux Robert Schuman

Le sujet suivant c'est le cancer de la vessie. C'est aussi quelque chose qui est à proximité, la vessie. Comment se développe un tel cancer ?

BM: Le cancer de la vessie est pourtant relativement rare. Mais dans notre société industrielle occidentale il est relativement fréquent et la cause principale c'est la consommation de cigarettes. 90% des patients atteints d'un cancer de la vessie ont eu des périodes dans leur historique où ils étaient fumeurs ou fumeurs passifs. Dans le temps c'était une maladie classique des serveuses et garçons dans les restaurants. Ils étaient souvent affectés, même s'ils étaient non-fumeurs. En principe toutes les substances

toxiques dans le domaine des composés aromatiques, comme dans la pétrochimie ou la peinture comportent un risque de provoquer un cancer de la vessie. C'est une maladie classique des coiffeurs qui ont fait beaucoup de colorations, mais également des personnes qui ont travaillé dans la pétrochimie, dans les stations-service par exemple...

CB: Des gens qui travaillent avec des peintures laquées etc... on les voit aujourd'hui avec ces masques énormes qui leur donnent une excellente protection.

BM: Bon, là il s'agit vraiment d'une maladie professionnelle et de nos jours on est mieux informé et nous protégeons ces travailleurs. C'est pourquoi presque tous les cancers de la vessie qui se déclarent aujourd'hui sont dus, d'une manière ou d'une autre, au fait de fumer. Il y a des cas très rares, qui ne sont pas liés à la cigarette, mais ils sont extrêmement rares.

PK: La vessie est la poubelle du corps. Toutes les toxines qu'il laisse entrer vont aboutir dans la vessie et c'est là qu'elles sont en contact avec la muqueuse.

C'est curieux, c'est la première fois que j'entends cela dans ce contexte. Bon, que fumer peut provoquer un cancer des poumons, tout le monde le sait, mais que...

BM: Bon, la vapeur est absorbée par les poumons et puis répartie à travers le corps. Et les reins en tant qu'organes excréteurs extraient toutes ces substances toxiques du sang, et dans la vessie cette soupe empoisonnée reste assez longtemps. Et si on ne boit pas beaucoup, cette soupe toxique y demeure d'autant plus longtemps et peut nuire aux cellules. Pour le cancer de la vessie, si on a déjà eu un autre cancer qui a été enlevé, six mois plus tard il y en aura un autre à un endroit différent.

PK: C'est une maladie de la muqueuse entière.

BM: Précisément, de toute la muqueuse. Et il y a des études qui sont très claires, plus la durée de contact de la muqueuse avec cette soupe empoisonnée est longue, plus la probabilité augmente d'avoir un cancer dans cette zone. La vessie est touchée le plus fréquemment, mais lorsqu'on a un cancer de la même sorte dans l'uretère, alors il y a une probabilité de 70% de développer à un moment donné un cancer de la vessie.

CB: Il existe toujours des médicaments médicaments comme la phénacétine, c'était un analgésique utilisé par le passé et qui a été retiré du marché du fait de ces effets. Et il y a des médicaments pour la chimiothérapie qu'il ne faut pas prendre le soir mais plutôt le matin, pour qu'ils soient éliminés rapidement et ne restent pas trop longtemps dans la vessie. C'est comme tu dis, sur ce trajet au bout du chemin où pas mal de choses se produisent. Comment est-ce que je peux m'apercevoir qu'il y a un problème, puisque c'est un cancer très rare, il n'est donc pas fréquent ?

BM: Heureusement, c'est un cancer très rare. En urologie on dit souvent que le cancer de la vessie est la diva de l'urologie, tellement il y a de facettes différentes. Cela peut aller d'un petit cancer gentil qu'on arrive à enlever facilement et puis c'est bon jusqu'au tueur agressif. Et il y a relativement peu de symptômes, il y a rarement des douleurs. Le symptôme principal le plus fréquent, c'est du sang dans les urines. Des urines rouges sans douleur. Et il

faut ajouter pour les dames qui souffrent assez souvent de cystites, qu'une cystite peut également être associée à du sang dans les urines. Souvent elles deviennent hystériques et disent : « Je suppose que j'ai un cancer. » Non, s'il y a des douleurs, alors c'est souvent, presque toujours, une inflammation.

CB: C'est donc cette cystite, dont on entend toujours parler, cette inflammation de la vessie. Elle n'est pas rare chez les femmes, aussi chez les jeunes....

C'est lorsqu'on a pris un coup de froid sur la vessie, comme on dit couramment ?

Oui, précisément!

BM: Mais si je me réveille le matin, je passe aux toilettes, je n'ai pas de douleurs, rien, j'urine comme d'habitude et les urines sont rouges, alors c'est un symptôme d'alerte, où il faudrait consulter un spécialiste pour vérifier.

PK: De nos jours beaucoup de gens prennent des médicaments anticoagulants qui leur sont prescrits par le cardiologue et quelques semaines après – vlan ! – le pipi est tout rouge et cela leur a sauvé la vie parce que nous trouvons une tumeur qui est encore toute petite et qui a, du fait qu'ils ont commencé à prendre ces médicaments, commencé à saigner tout à coup.

CB: A mon avis c'est un message important à faire passer lorsqu'on prend ces médicaments. Pour ne pas en venir à la conclusion : « Ah oui, c'est à cause de cela qu'il y a du sang. » Les saignements sont toujours causés par quelque chose. Il ne faut pas se dire « Bon ok, je prends ce médicament anticoagulant, c'est pour ça ». Non, comme tu l'as dit, à ce moment-là il faut vraiment voir un spécialiste qui vous prend en charge.

BM: Et, il faut le signaler, le sang dans les urines, ce n'est pas un malheur mais plutôt une chance. Ainsi on peut détecter ces tumeurs à temps et leur traitement est relativement facile.

La pauvre vessie. Toutes ces choses terribles en provenance des reins passent par là, alors est-ce qu'il y a une possibilité de nettoyer la vessie, de la passer au Karcher ?

PK: La nettoyer au Karcher, aie aie aie... Il n'y a pas vraiment de grandes études, non, mais il faut ... excusez-moi de le dire, il faut vivre d'une façon plus saine, c'est le seul moyen.

Comment est-ce qu'on peut déterminer, par des analyses d'urine ou autres, qu'on a un problème de la vessie ?

PK: S'il y a du sang dans la vessie, il faut regarder à l'intérieur. Il faut...

Donc passer immédiatement chez le médecin si on remarque du sang dans les urines ?

PK: Oui, oui, non, si vous n'avez pas de douleurs et que vous avez du sang dans le pipi, alors il faut faire examiner cela. Il faut aller chez un médecin. Comme Bernd l'a dit, si ce n'est

qu'une petite quelque chose, comme on dit, un petit polype pour ne pas mentionner ce terme redouté avec le patient, bon alors il y aura une anesthésie, 10 minutes, et on regarde à l'intérieur pour voir ce qui se passe et puis on enlève le petit polype et le lendemain il peut rentrer... Bon, il faudra toujours faire une certaine surveillance, il faut aller voir à l'intérieur à plusieurs mois d'intervalle, mais alors l'affaire est réglée. Un point c'est tout.

CB: Il y a aussi des personnes, où le sang n'est pas visible. Ils passent chez le médecin et on fait une analyse, par exemple un patient diabétique qui doit faire régulièrement une analyse des urines pour savoir s'il n'y a pas d'albumine [inintelligible] une affection des reins, et là on détecte des cas où il y a un peu de sang dans les urines. Le sang n'est pas visible, mais on voit sur les résultats de l'analyse qu'il y a du sang. Cela ne signifie pas forcément qu'on ait un cancer de la vessie, cela peut également être dû aux reins. S'il y a un calcul il y a aussi un peu de sang dans les urines. Mais alors, qu'est-ce qu'il faut faire ? J'ai fait un contrôle de routine auprès d'un médecin du sport qui me dit qu'il y a des globules rouges dans l'urine. Pour le reste, tout va bien. Est-ce qu'il faut venir tout de suite en consultation et toi tu vas inspecter ma vessie ou est-ce que je me dis, je vais faire un contrôle d'ici quelques semaines peut-être ?

BM: Non, tout d'abord on regarde avec le patient s'il y a des facteurs de risque. Une cystoscopie, ce n'est pas tellement pénible après tout. Avec les instruments flexibles qu'on a aujourd'hui plus besoin – même si vous êtes un homme – de craindre que cela fasse mal.

CB: Et comment est-ce qu'on procède ? Est-ce qu'il y a une anesthésie ou est-ce qu'on me donne une petite pilule avant ou est-ce qu'on fait une anesthésie locale ?

BM: C'est une anesthésie locale, pas besoin de s'inquiéter. On utilise un gel anesthésiant qui est introduit dans l'urètre et le patient ne sent rien durant l'examen, il n'a pas mal. Et grâce à ces instruments flexibles on peut pratiquement suivre les voies prédéfinies de l'urètre et examiner l'intérieur de la vessie. Sur le tube flexible il y a une fibre optique avec une source lumineuse et une bonne technologie HD, on a donc une vue parfaite.

CB: C'est donc comme une gastroscopie, c'est juste la voie d'accès qui est différente ?

BM: C'est un autre accès, puisque les tumeurs de la vessie sont souvent tellement minuscules qu'on ne les voit pas au scanner, on ne les voit pas à l'IRM, on ne les voit pas à l'écho, on ne les voit qu'avec la cystoscopie. A ce moment-là nous faisons un examen complet de la vessie et selon les résultats de cet examen nous pouvons réagir de façon adéquate.

CB: Même si c'est désagréable, c'est vraiment ça qu'il faut faire pour avoir la possibilité de bien examiner la vessie.

PK: Ça ne dure qu'une minute.

BM: Voilà, l'examen ne prend qu'une minute. Il n'y a pas de préparation spécifique, le patient peut manger et boire avant l'examen, sans problème. Il n'y a pas d'anesthésie générale, on peut – si on veut – retourner au boulot après. Cet acte ne devrait pas être source d'angoisses.

Et si c'est un cancer, qu'est qu'on fait?

BM: En fait, c'est une routine prédéfinie. Le patient reçoit une petite anesthésie, il faut bien évidemment retirer la tumeur de façon aussi complète que possible. Et puis cela dépend à quelle vitesse elle s'est insérée dans la paroi vésicale. La plupart, heureusement, ne sont que superficielles, au niveau de la muqueuse. Elles sont reséquées dans le cadre d'une petite intervention chirurgicale par voie endoscopique. On ne fait pas d'incision, on procède par la voie naturelle jusqu'à la vessie, on objective la localisation de la tumeur et on l'enlève plus ou moins en grattant. Et puis on fait un suivi et c'est fait. Si la tumeur est plus infiltrante et qu'elle a envahi le muscle, alors c'est plus grave. Heureusement cela n'arrive que très rarement, mais si c'est le cas, il faut un traitement plus agressif. Les tumeurs qui n'ont envahi que la muqueuse ne peuvent pas former des métastases. Les tumeurs qui ont envahi le muscle, pourraient, en théorie, se propager dans le corps. Pour éviter cela, il faut procéder à une intervention majeure et de préférence enlever complètement la vessie.

PK: Parfois on fait une chimiothérapie en amont de cette intervention, pour être sûr que ces tumeurs se réduisent, et puis on fait l'opération.

Si la vessie a été enlevée on a un gros problème. Et puis quoi ?

PK: On est passé trop tard chez l'urologue.

Non, mais il faut très probablement la remplacer par quelque chose, non ?

BM: Ça se fait aujourd'hui également en chirurgie mini-invasive, mais c'est une opération majeure, comparable à une des opérations majeures dans la chirurgie viscérale, avec une durée relativement longue. Mais de nos jours, grâce aux techniques mini-invasives, elle est très bien tolérée. On retire complètement la vessie et puis il faut faire une reconstruction des voies urinaires, pour que le patient puisse évacuer ses urines après l'opération. Il y a plusieurs techniques. Si la tumeur et l'âge du patient le permettent, on peut créer une vessie artificielle pour remplacer l'ancienne vessie à partir d'un segment d'intestin et le patient peut faire pipi quasiment comme avant. Il faut un certain temps aux patients pour l'apprendre. Mais avec un peu d'entraînement et de persévérance de la part du patient on apprend comment bien gérer. Mais si un patient a déjà un certain âge, ce qui implique un risque plus élevé, s'il y a déjà un certain dysfonctionnement au niveau des reins, il y a l'alternative d'une poche qui est façonnée et collée sur la peau. Pour la plupart des patients c'est vraiment une catastrophe dans un premier temps, mais lorsqu'on fait le suivi de ces patients on constate qu'ils se débrouillent sans problème et vivent très bien avec cette solution. J'ai opéré beaucoup de patients qui par après sont allés à la plage, ils mettent un short de bain qui remonte un peu plus, alors cette poche n'est pas visible. Ils vont nager, ils peuvent tout faire, ils peuvent voyager, ils peuvent travailler. Au vu de tout cela ce n'est donc pas une catastrophe s'il faut faire cette opération.

Il y a toujours des avancées dans le domaine de la médecine. Est-ce qu'on a déjà pensé à la transplantation de vessies ou de prostates ?

BM: C'est difficile parce qu'il faudrait une immunosuppression immense, et la fonction de la vessie est difficile à contrôler, et les petits nerfs qui règlent la fonction de la vessie, sont si minuscules qu'ils sont pratiquement invisibles. La transplantation de vessies et de prostates n'est donc pas pour demain.

PK: Moi je ne voudrais pas d'une prostate de quelqu'un d'autre. Le risque, d'avoir de gros problèmes et assez élevé et alors je ne voudrais pas de celle d'un d'autre pour avoir des problèmes en plus.

Bon, on n'organisera donc pas de marché d'occasion pour les prostates...

PK: Non, non, ce serait une mauvaise affaire.

CB: Au début nous avons dit que vous voyez surtout des hommes en consultation, que vous êtes les médecins des hommes. Mais chez les femmes il y a par exemple le problème des cystites qui sont relativement fréquentes et souvent chroniques. Il existe plusieurs traitements, souvent il faut prendre des antibiotiques, mais à quel moment est-ce que c'est indiqué? Il y a des femmes qui font faire des analyses et puis on constate qu'il y a quelques bactéries. Est-ce que chaque bactérie sera traitée ? Est-ce qu'on tire dessus?

PK: Non, non. On sait aujourd'hui que ... cela dépend un peu de la communauté étudiée, jusqu'à 20% des femmes qui présentent une bactériurie. Elles ont des bactéries dans leur pipi et le constatent plus ou moins par hasard, cela ne leur pose aucun problème.

CB: Il n'y a donc pas de traitement?

PK: Il ne faut pas... on ne devrait vraiment pas traiter cela... sauf si la femme est enceinte. On sait que pour les femmes enceintes la bactériurie est un facteur de risque pour un accouchement prématuré. C'est donc la seule raison pour faire un traitement, sinon il vaut mieux s'abstenir. Si la dame ne présente pas de problème, il vaut mieux ne pas faire analyser le pipi.

CB: Alors, pas de symptômes, pas de traitement?

PK: Et au mieux ne pas faire d'analyses.

CB: Absolument. Et puis je vois une jeune femme qui vient me voir et me dit... « Docteur, ça brûle quand je fais pipi, ça fait mal, et il y a peut-être un peu de sang... »

PK: Si elle me dit ça, je n'ai pas besoin de faire des analyses. Les médecins de famille n'en font pas non plus, heureusement. Cela signifierait juste du travail inutile pour les laboratoires. Aujourd'hui nous avons des antibiotiques très spécifiques pour ces cas, qu'on prend une fois. Sinon on a tendance à donner des antibiotiques à spectre large, où tout le monde sait que les résistances augmentent de plus en plus...

CB: Je crois qu'il faut vraiment mettre en garde contre ceux-là!

PK: ... il faut vraiment arrêter de les prescrire pour ça. C'est contre-productif, plus nous les prescrivons, moins nous et nos enfants en aurons à notre disposition à l'avenir.

CB : Et la canneberge?

PK : Les canneberges ont un goût acide. Il y en a qui aiment, moi par exemple, j'aime bien les manger. Mais manger des canneberges n'a aucun effet. Ce qui est effectif, un peu comme pour les tomates, comme j'ai raconté tout à l'heure, c'est l'extrait de canneberges...

CB : C'est-à-dire le jus...

PK : Non, pas le jus. Ça c'est du trompe l'œil. Il y a des pilules avec un concentré, et cette concentration là, elle est assez élevée. Mais lorsqu'on a une inflammation c'est déjà trop tard, cela ne va pas vous aider. Les gens qui souffrent d'inflammations fréquentes devraient les prendre en guise de prévention, tous les jours. Ainsi les bactéries ont plus de difficultés à s'installer dans la vessie. Et c'est prouvé qu'on a moins d'inflammations. Il y a d'autres produits également, mais les canneberges sont un bon exemple.

BM: Ce qui est important, et nous on apprend aussi des choses nouvelles, c'est qu'en principe l'homme fonctionne de la même manière qu'un biotope. Nous avons énormément de bactéries bénéfiques, dont nous avons besoin pour nous protéger.

CB: Qui nous protègent en fait.

BM: Et c'est très important. C'est là qu'on a commis des erreurs par le passé, en utilisant de façon excessive les antibiotiques à spectre large, on a écrasé une mouche avec un marteau, on est passé avec une épée à feu et on a tout brûlé au passage, même les bonnes bactéries. Il faut les utiliser le moins possible et veiller à ne pas détruire les facteurs protecteurs. Les dames ont de bons facteurs protecteurs dans ce domaine. Et souvent elles pensent : « J'ai eu une inflammation, alors il faut faire super attention à l'hygiène » et c'est un mauvais régime, on en fait trop avec des produits inadaptés et on détruit ainsi les derniers facteurs protecteurs ce qui fait que la prochaine inflammation de la vessie devient pratiquement inévitable.

CB: Alors on a plutôt tendance à en faire trop, trop d'antibiotiques, trop d'hygiène... des produits trop agressifs...

BM: Les gynécologues vous disent, les dames qui font le plus attention à l'hygiène ont les pires vagins. Parce qu'elles en font trop pour l'hygiène du vagin. Il n'est pas nécessaire de se laver le vagin au savon, le vagin a sa propre fonction de nettoyage... A l'âge de pierre il n'y avait pas de savon, et ces dames là n'avaient pas d'infection non plus.

PK: Et comme on ne cesse de répéter : il faut boire beaucoup, voilà.

BM: Oui, boire beaucoup.

Et la boucle est bouclée.

PK: Bon, si j'essaie de nettoyer cette salle avec une petite bouteille d'eau de 200 millilitres, ce sera plus difficile qu'avec un seau de 10 litres. Il faut avoir assez de liquide pour rincer.

BM: Je vais ouvrir un débit de boissons.

Nous allons prendre un verre ensemble après. Pour conclure, nous avons abordé tous les sujets et nous pourrions continuer à discuter des heures. Vous êtes 8 aux HRS. Qu'en est-il de la profession de l'urologue ? Est-ce qu'il y a assez de jeunes pour prendre la relève ? Est-ce qu'il faut conseiller aux jeunes de devenir urologue ? Quelles sont les études à faire pour devenir urologue ?

PK: On manque d'urologues un peu partout dans le monde du fait d'une population vieillissante. Dans notre profession on voit surtout des personnes d'un certain âge, parce qu'à ce moment-là les problèmes sont plus fréquents. Et les personnes avec une durée de vie plus longue exigent également une bonne qualité de vie, parce qu'elles vieillissent bien et c'est la raison pourquoi les maladies urologiques ont tendance à augmenter. Il y a de plus en plus de femmes qui font une spécialisation en urologie, ce qui est bien, et un bon nombre des jeunes médecins, homme ou femme, ne veulent plus de ces horaires de travail qu'on avait autrefois, c'est-à-dire travailler jour et nuit...

CB: Est-ce qu'il y a des statistiques qui indiquent si les hommes préfèrent consulter un urologue féminin ou masculin ?

PK: Les hommes ? Les statistiques nous indiquent que les hommes préfèrent les urologues masculins. Nous sommes peut-être un peu plus, comment dire, primitifs que les femmes par rapport à cela. Je ne connais pas les statistiques, mais je crois que les femmes n'ont pas de problème pour consulter un gynécologue masculin. Mais les hommes pour leur part préfèrent un médecin masculin.

CB: C'est exact, j'entends souvent dire qu'elles préfèrent un gynécologue masculin, parce qu'ils sont un peu plus doux, plus sensibles.

Mais apparemment il y a aussi des femmes urologues ?

PK: Oui, évidemment. De plus en plus, et tant mieux.

CB: A mon avis l'urologie est très intéressante puisqu'il s'agit d'un domaine de spécialisation extrêmement vaste. On traite de nombreux organes intéressants, on fait de la chirurgie, on a les médicaments, le cancer, les inflammations.

PK: Et nous traitons beaucoup de maladies qui sont guérissables. Où le patient qui a un calcul, ou une grosse prostate ou un cancer peut être guéri. Nous les urologues, nous traitons trois des cinq cancers les plus fréquents chez les hommes. Et nous pouvons les guérir tous. C'est une chose formidable et on a des moyens fantastiques. C'est ce qui m'a passionné lorsque j'ai vu l'uro, le fait d'avoir de tout. On pouvait opérer ou ne pas opérer, on avait de bons tableaux cliniques, on avait des endoscopes, des lasers, des robots.

CB: Une bonne promo pour la profession.

Pour la profession et pour les Hôpitaux Robert Schuman, qui animent ce blog qui s'appelle „Acteur de ma santé“ et qui offre un nouvel outil, une nouvelle rubrique ?

PK: Oui, nous avons inclus de informations générales sur le cancer de la prostate. Il y a beaucoup de désinformation sur internet et nous avons réalisé un film sur le cancer de la prostate avec nos partenaires. Il ne s'agit pas de faire de la publicité, mais plutôt de donner un accès facile à des informations objectives, ici au Luxembourg. Et pas dans le cadre de forums qui traitent de coups du sort individuels et qui font peur et du coup on est angoissé et on a peut-être tendance à prendre la mauvaise décision. C'est pourquoi il y a maintenant sur „Acteur de ma santé“ une rubrique sur le cancer de la prostate, rédigée dans un langage que tout le monde peut comprendre, même si on n'est pas médecin-docteur-professeur. Notre objectif c'était de rédiger un texte accessible à tous.

Encore une dernière question. Les universités reprennent leurs cours et quelle est la meilleure université lorsqu'on veut faire des études d'urologie ? Est-ce que vous avez un conseil à donner aux étudiants ?

BM: La formation pour devenir urologue est une formation générale dans un premier temps. D'abord il faut faire des études de médecine. Et c'est une bonne base. Si je fais mes études en Allemagne, en France ou en Belgique, c'est relativement.... il n'y a pas vraiment de différence, les facultés de médecine sont bonnes partout. Par la suite il faut faire une spécialisation où on apprend l'urologie, le métier pour ainsi dire. Je rejoins Patrick pour dire que c'est un champ très vaste qui s'étend du diagnostic aux traitements, chirurgicaux ou conservateurs, et là il faut choisir des hôpitaux qui offrent un large éventail pour avoir la possibilité de tout apprendre. Et il faut être prêt à changer d'hôpital, comme les artisans qui, dans le temps, ont voyagé à travers toute l'Europe pour faire leur apprentissage. Les tailleurs de pierre avaient une formation très vaste grâce à toutes ces expériences. La plupart des urologues sont passés par plusieurs stations et ont mis à profit leurs expériences. C'est également une bonne opportunité pour différencier, et je conseille aux jeunes de le faire. Essayez d'avoir un champ d'expérience le plus vaste possible, profitez-en pour apprendre ce qu'il vous faudra par après pour traiter les patients de façon optimale.

CB: Et s'il y a des intéressés, de jeunes étudiants qui trouvent que l'urologie c'est intéressant, c'est sexy, cela pourrait m'intéresser, nous pouvons leur proposer de nous contacter, de passer chez nous pour quelques jours pour se faire une idée de ce que cette spécialisation peut leur offrir. Et nous sommes toujours disponibles pour les assister dans le cadre de leur planification professionnelle.

„Wou deet et wéi?“ Où est-ce que ça fait mal – Votre podcast avec les Hôpitaux Robert Schuman. Un grand merci au docteur Patrick Krombach, au docteur Bernd Meyer pour votre visite au studio, c'était très intéressant.

PK: C'est nous qui vous remercions.

Et surtout, une chose: il faut boire plus. C'est ce que nous allons faire dans les semaines à venir. Docteur Claude Braun, quel est le sujet de notre prochain podcast ?

CB: La prochaine fois notre podcast traitera d'un sujet important, qui n'est pas médical dans le sens strict du terme, ou qui n'implique pas directement les médecins, mais qui, d'une façon indirecte, est d'une extrême importance. C'est la formation de nos infirmiers et infirmières dont chaque hôpital a besoin pour fonctionner. Pour nous ils sont un élément extrêmement important de notre équipe pour assurer ensemble les soins de nos patients.

Super! Je l'attends avec impatience et vous aussi, je suis sûr. Jusque là, portez-vous bien. Merci à vous, Messieurs, restez en bonne santé. De même pour ceux qui nous ont écouté. A bientôt.