

**NOTE DE
CADRAGE**

Bilan pré-thérapeutique des troubles mictionnels de l'homme

Validée par le Collège le 2 mars 2022

Date de la saisine : 1er mars 2021**Demandeur** l'Association Française d'Urologie (AFU)**Service(s)** : SBP _ DAQSS**Personne(s) chargée(s) du projet** : Joelle Favre-Bonté (HAS), Pierre Gabach (HAS)

Urologues, AFU : Grégoire Robert, Steeve Doizi, Jérôme Gas, Souhil Lebdaï, Benjamin Pradère

Méthodologiste-chef de projet AFU : Diana Kassab-Chahmi

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Le conseil d'administration de l'Association française d'urologie (AFU), sous couvert du CNP d'urologie, a déposé auprès de la HAS une demande de labellisation des recommandations sur le bilan pré-thérapeutique des troubles mictionnels de l'homme adulte.

Dans ce contexte, le comité des pratiques professionnelles de l'AFU (CPP-AFU) et le comité « troubles mictionnels de l'homme » (CTMH) de l'AFU ont été saisis afin d'analyser la littérature selon les règles de l'art (revue systématique) et d'élaborer des recommandations sur la place des différents examens potentiellement utiles dans la stratégie diagnostique des troubles mictionnels de l'homme, en mettant en exergue le service médical rendu aux patients.

1.2. Contexte

1.2.1. État de connaissances (contexte épidémiologique)

Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) font partie des troubles les plus rapportés chez l'homme adulte.

L'étude EPIC, une étude internationale réalisée en 2003 dont l'objectif principal était de décrire la prévalence et la sévérité des symptômes du bas appareil urinaire et de l'incontinence urinaire dans 5 pays différents (Canada, Allemagne, Italie, Suède et Royaume-Uni) en réalisant des projections pour 2013 et 2018, estimait une prévalence de ces SBAU en rapport avec une obstruction sous vésicale (OSV) à 21,5 % de la population mondiale (cf. Figure 1) (1). Les projections faisaient apparaître une prévision d'augmentation de la fréquence de ces symptômes dans toutes les régions du globe. Au total, les prévisions des auteurs allaient dans le sens d'une augmentation de 18,5 % de la prévalence entre 2003 et 2018, aboutissant à environ 1,1 milliard d'individus concernés. Compte tenu de leur démographie, c'est dans les pays en voie de développement que l'augmentation prévisible était la plus importante. En Europe, l'augmentation se limitait à 2,8 %, ce qui peut avoir néanmoins un impact non négligeable sur les moyens à mettre en œuvre et les dépenses engendrées pour prendre en charge ces quelques 140 millions de patients.

Figure 1 : Taux d'augmentation de cas SBAU dans le monde, d'après (1)

	Afrique	Asie	Europe	Amérique nord	Amérique du sud
Augmentation entre 2008 et 2013	14,4 %	10,1 %	1,9 %	8,3 %	10,2 %
Augmentation entre 2008 et 2018	30,2 %	19,7 %	2,8 %	16,3 %	20,6 %

Les données disponibles concernant la population française sont proches de celles évoquées dans ces études internationales. Une enquête épidémiologique a ainsi été conduite en 2003 en collaboration avec l'institut IPSOS (2). Un échantillon représentatif de 3877 hommes âgés de 50 à 80 ans a été invité à répondre par courrier à des questionnaires sur leurs symptômes urinaires. Parmi les répondants, 89,2 % présentaient des SBAU quelle que soit leur intensité et 24,3 % rapportaient avoir déjà été pris en charge pour leurs symptômes.

1.2.2. Description de la pathologie

1.2.2.1. Étiologie des troubles mictionnels de l'homme

Les étiologies des troubles mictionnels de l'homme sont très diverses. Elles peuvent être en rapport avec des pathologies prostatiques, mais également avec des pathologies vésicales, urétrales, neurologiques, infectieuses, et même avec certaines pathologies du sommeil. C'est en raison de la multiplicité de ces étiologies possibles que la démarche diagnostique doit être améliorée.

Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) désignent l'ensemble des symptômes en rapport avec les phases de remplissage, mictionnelle et post-mictionnelle sans présumer de l'origine prostatique de ces symptômes.

L'obstruction sous vésicale (OSV) désigne la présence d'un obstacle à la vidange de la vessie sans présumer non plus de son origine prostatique. Les mécanismes/causes impliqués dans la survenue des SBAU de l'homme sont ainsi multiples (3) :

- Hyperplasie bénigne de la prostate
- Sensibilité vésicale augmentée / réduite
- Nycturie

- Syndrome de la douleur pelvienne chronique
- Vessie neurologique
- Infection urinaire (phimosis)
- Corps étranger
- Sténose urétrale
- Tumeur de la vessie
- Calcul distal de l'urètre
- Autres

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) clinique correspond à l'intrication de plusieurs composantes : une obstruction sous vésicale (OSV), une augmentation de volume de la prostate, et des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU). Lorsque l'on suspecte un lien entre l'HBP et les symptômes du bas appareil urinaire, on parle de SBAU liés à une HBP. Le lien entre HBP et SBAU est établi par la conjonction de facteurs anatomiques (volume de la prostate), de SBAU (auto-questionnaires) et d'une obstruction sous vésicale (débitmètrie, urodynamique). Les diagnostics différentiels doivent également avoir été exclus (tumeur vésicale, corps étranger, infection urinaire...).

1.2.2.2. Rappel des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) de l'homme

Une miction normale est caractérisée par :

- miction volontaire, facile, indolore, complète, qui dure < 1 minute ;
- fréquence : diurne (délai entre les mictions > 2 h) ;
- débit maximal (Qmax) > 15 mL/s ;
- résidu post-mictionnel < 50 mL.

La miction normale résulte d'un équilibre entre les forces d'expulsion et de retenue.

Symptômes de la phase mictionnelle :

- Faiblesse du jet : perception par le patient d'une diminution de la force du jet urinaire pendant la miction
- Jet en arrosoir
- Jet haché : miction interrompue à une ou plusieurs reprises
- Jet hésitant : retard à l'initiation de la miction
- Miction par poussée : jet urinaire obtenu avec une poussée abdominale concomitante
- Gouttes terminales, miction traînante : achèvement progressif et lent de la miction qui se termine par un écoulement en goutte à goutte

Symptômes de la phase post-mictionnelle :

- Sensation de vidange vésicale incomplète : impression subjective que la vessie ne s'est pas totalement vidée après la miction
- Gouttes retardataires : perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction, le plus souvent en quittant les toilettes

Symptômes de la phase de remplissage :

- Pollakiurie diurne : augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée
- Nycturie : Nombre de mictions nocturnes précédées et suivies par une phase de sommeil
- Urgenturie : désir soudain, impérieux et irrépressible d'uriner
- Incontinence urinaire : fuite involontaire d'urine

1.2.2.3. Définition des principaux troubles mictionnels

Dysurie

Une dysurie se traduit par une gêne mictionnelle associée avec une faiblesse du jet, souvent associée à des poussées abdominales. Une dysurie peut-être secondaire à une hyperplasie bénigne de prostate mais également à d'autres étiologies (infection urinaire, sténose urétrale, ...) (4). Celle-ci peut être objectivée à l'aide de questionnaires validés (ex : « International Prostate Score Symptom » ou IPSS) et par une débitmétrie associée à une mesure du résidu post-mictionnel et se définit par une courbe hachée associée à un débit maximum inférieur à 15 ml/sec.

Pollakiurie

Une pollakiurie correspond à un nombre important de mictions quotidiennes (5). Il s'agit d'une donnée subjective nécessitant d'être objectivée par la tenue d'un calendrier mictionnel afin de confirmer ce symptôme et éliminer une polyurie (diurèse quotidienne supérieure à 2,8 litres par 24 heures) (5). Une pollakiurie pouvant être liée à une vidange vésicale incomplète, elle nécessite donc un contrôle du résidu post-mictionnel.

Nycturie

Une nycturie correspond à une miction nocturne qui doit être précédée et suivie par un temps de sommeil (5). Il est capital de distinguer les patients ayant des mictions nocturnes dans un contexte de trouble du sommeil, de ceux dont l'envie mictionnelle déclenche le réveil. Une nycturie doit être objectivée par un calendrier mictionnel afin de la distinguer d'une polyurie nocturne (définie par 33 % de la diurèse des 24h durant la nuit) (6). Il est également nécessaire d'étudier les apports hydriques de ces patients dans les 4 heures avant le coucher en particulier lorsque la nycturie est isolée. Une apnée du sommeil doit également être recherchée.

Incontinence urinaire masculine (7)

L'incontinence urinaire masculine se traduit soit par des fuites à l'effort soit par urgenterie.

L'incontinence urinaire masculine à l'effort doit faire évoquer en premier lieu une incontinence urinaire par regorgement. Celle-ci est associée à d'importants résidus post-mictionnels traduisant une rétention chronique d'urine qui est définie par un résidu post-mictionnel supérieur à 300 ml sur 2 examens d'imagerie à 6 mois d'écart (8). Cela traduit une hypoactivité vésicale plus ou moins associée à une obstruction sous-vésicale (hors contexte de pathologie neurologique : diabète, alcoolisme...).

L'incontinence urinaire par urgenterie se manifeste par des besoins impérieux obligeant d'interrompre une activité pour uriner (5). Elle rentre dans le cadre du syndrome d'hyperactivité vésicale. Cela traduit un trouble de la phase de remplissage et impose d'éliminer une pathologie neurologique ou une épine irritative intra vésicale (tumeur vésicale, calculs vésicaux ...).

Rétention d'urine, aiguë ou chronique

Une rétention aiguë d'urine correspond à un globe vésical palpable et douloureux associé à une impossibilité d'uriner (5). Il s'agit d'une urgence médicale nécessitant la mise en place d'un drainage des voies urinaires par la pose d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien selon le contexte. Un bilan étiologique par l'interrogatoire et l'examen clinique doit être réalisé pour distinguer une rétention aiguë d'urine primaire (en lien avec une hyperplasie bénigne de prostate), d'une rétention aiguë d'urine secondaire (pathologie neurologique, fécalome, iatrogénie médicamenteuse...). Une rétention chronique d'urine se définit par la persistance d'un globe vésical après une miction, non douloureux ± palpable avec des résidus post-mictionnels supérieurs à 300 mL (8). Elle peut être associée à une incontinence urinaire à l'effort aussi appelée une incontinence urinaire par regorgement (cf. incontinence urinaire ci-dessus).

Bien qu'il soit difficile de définir un seuil à partir duquel un résidu post-mictionnel devient pathologique, on peut considérer qu'une miction normale conduit à une vidange complète. L'ICS (International Continence Society) (9) et l'EAU (European Association of Urology) (3) retiennent ainsi un seuil de 50 mL pour considérer que le résidu post-mictionnel est significatif.

1.2.3. Pratiques actuelles

En France, les pratiques actuelles s'appuient sur les recommandations de bonne pratique du comité « troubles mictionnels de l'homme » (CTMH) de l'AFU de 2011 (10), de 2012 (11) et de 2014 (7).

Dans le cadre du bilan pré-thérapeutique, ces recommandations préconisent qu'il est nécessaire de réaliser dans le bilan initial de SBAU les examens suivants :

- toucher rectal ;
- analyse d'urine (bandelette urinaire ou ECBU) ;
- score IPSS (International Prostate Score Symptom) ;
- évaluation de la sexualité ;
- débitmétrie ;
- mesure du résidu post-mictionnel ;
- calendrier mictionnel (en cas de nycturie isolée ou symptômes de la phase de remplissage prédominant).

Auxquels il est recommandé d'ajouter dans le bilan pré-opératoire les examens complémentaires suivants :

- PSA
- Créatininémie
- Echographie de l'appareil urinaire

1.2.4. État des lieux documentaires

1.2.4.1. Travaux de la HAS

- Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, en 2003

https://www.has-sante.fr/jcms/c_272237/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-de-l-hypertrophie-benigne-de-la-prostate

- Détection précoce du cancer de la prostate Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) en 2013

referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf (has-sante.fr)

1.2.4.2. Recommandations françaises

- Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU, en 2011 (10) et 2012 (11)

[Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU | Urofrance](#)

- Bilan initial d'une incontinence urinaire masculine (non neurologique) : revue de la littérature du CTMH de l'AFU, en 2014 (7)

[Bilan initial d'une incontinence urinaire masculine \(non neurologique\) : revue de la littérature du CTMH de l'AFU | Urofrance](#)

1.2.4.3. Recommandations internationales

Recommandations européennes de l'EAU (European Association of Urology) : EAU guidelines on management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (12) – mise à jour en mars 2021 : EAU Guidelines: Management of Non-neurogenic Male LUTS | Uroweb.

Recommandations internationales de l'ICS (International Continence Society) : Everaert K, Herve F, Bosch R, Dmochowski R, Drake M, Hashim H, et al. International Continence Society consensus on the diagnosis and treatment of nocturia. *Neurourology and urodynamics*. 2019;38:478-98.

Recommandations canadiennes du CUA (Canadian Urological Association) : Guideline Development Group. Management of lower urinary tract symptoms in men: summary of NICE guidance : Nickel JC, Aaron L, Barkin J, Elterman D, Nachabé M, Zorn KC. Canadian Urological Association guideline on male lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (MLUTS/BPH): 2018 update. *Can Urol Assoc J*. 2018 Oct;12(10):303-312.

Recommandations australiennes de l'USANZ (Urological Society of Australia et New Zealand) et de l'UGSA (UroGynaecological Society of Australasia) : Chung E, Lee D, Gani J, Gillman M, Maher C, Brennan J, et al. Position statement: a clinical approach to the management of adult non-neurogenic overactive bladder. *The Medical journal of Australia*. 2018;208:41-5.

Recommandations singaporiennes du SUA (Singapore Urological Association) : Singapore Urological Association Clinical Guidelines for Male Lower Urinary Tract Symptoms/Benign Prostatic Hyperplasia. *Singapore medical journal*. 2017;58:473-80.

Recommandations américaines de l'AUA (American Urological Association) : Stoffel, J.T., Peterson, A.C., Sandhu, J.S., Suskind, A.M., Wei, J.T., and Lightner, D.J. 2017. AUA White Paper on Nonneurogenic Chronic Urinary Retention: Consensus Definition, Treatment Algorithm, and Outcome End Points. *The Journal of urology* 198(1): 153-160.

Recommandations coréennes du KUA (Korean Urological Association) : Yeo JK, Choi H, Bae JH, Kim JH, Yang SO, Oh CY, et al. Korean clinical practice guideline for benign prostatic hyperplasia. *Investigative and clinical urology*. 2016;57:30-44.

Recommandations internationales de l'ICUD (International Consultations on Urological Diseases) : Marshall SD, Raskolnikov D, Blanker MH, Hashim H, Kupelian V, Tikkinen KA, et al. Nocturia: Current Levels of Evidence and Recommendations From the International Consultation on Male Lower Urinary Tract Symptoms. *Urology*. 2015;85:1291-9.

Recommandations américaines de l'AUA (American Urological Association) et de la SUFU (Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction) : Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *The Journal of urology*. 2015;193:1572-80.

Recommandations internationales issues du « 6th International Consultation on New Developments in Prostate Cancer and Prostate Diseases », juin 2005, Paris : Abrams P, Chapple C, Khoury S, Roehrborn C, de la Rosette J. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men. *The Journal of urology*. 2013;189:S93-s101.

Recommandations japonaises du JUA (Japanese Urological Association) : Homma Y, Gotoh M, Yokoyama O, Masumori N, Kawauchi A, Yamanishi T, et al. Outline of JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2011;18:741-56.

Recommandations anglaises du NICE (National Institute for health and Care Excellence) : Jones C, Hill J, Chapple C; Guideline Development Group. Management of lower urinary tract symptoms in men: summary of NICE guidance. BMJ. 2010 May 19;340:c2354.

1.2.5. État des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement,

Une enquête à destination des urologues européens, ayant pour objectif d'évaluer les pratiques relatives à la prise en charge des troubles mictionnels de l'homme, suggère que l'échographie vésicale post-mictionnelle et la débitmétrie étaient les techniques diagnostiques les plus employées (13). Il s'agit d'une étude observationnelle conduite par des médecins spécialistes en médecine générale en France (141 patients), Espagne (127 patients) et au Portugal (50 patients), ainsi que par des urologues en Allemagne (162 patients) entre juillet 2005 et juin 2006.

En 2020, l'Association française d'urologie (AFU) a réalisé une enquête à destination des médecins généralistes afin d'évaluer leur adhésion au guide de « prise en charge en médecine générale de l'hypertrophie bénigne de prostate » proposé en 2015 par le comité CTMH de l'AFU. Ce guide semble peu connu des médecins généralistes puisque seulement 51 % déclaraient réaliser un toucher rectal et 44 % prescrivaient à un moment de la prise en charge une échographie endo-rectale (14). De même, d'après une enquête adressée en 2016 aux urologues français, devant une nycturie gênante, 83 % des médecins semblent demander des examens complémentaires dont un calendrier mictionnel (15).

1.3. Enjeux

Si l'hyperplasie bénigne de la prostate existe à des degrés divers chez la plupart des hommes, elle n'est responsable de symptômes ou de complications que pour une faible proportion d'entre eux. Dans la plupart des cas, elle co-existe avec d'autres pathologies vésicales ou générales qui peuvent également conduire à des symptômes urinaires mais nécessitent des prises en charge différentes, parfois même non-urologiques. Afin de prendre en charge de manière appropriée les troubles mictionnels de l'homme dans leur diversité, l'enquête étiologique doit donc être rigoureuse et ne pas se contenter d'une simple évaluation prostatique qui risquerait de conduire à des prises en charge trop stéréotypées, inadaptées, inefficaces, voire néfastes. Dans ce contexte, le recours à un interrogatoire précis, à un bon examen clinique et à différents examens complémentaires est donc primordial.

Ces éléments doivent être combinés selon les patients, leurs antécédents, et les symptômes qu'ils présentent. Ce travail aura pour objectif de les lister et de définir la place de chacun dans la démarche étiologique.

Les enjeux de cette recommandation sont :

- d'optimiser l'évaluation pré-thérapeutique afin de personnaliser au mieux la prise en charge ;
- d'éviter certains examens inutiles et/ou inutilement invasifs.

Cette recommandation devra permettre la modification des stratégies diagnostiques, et par là-même les stratégies thérapeutiques et de suivi du patient avec plusieurs impacts :

- amélioration de la sécurité de la prise en charge ;
- optimisation de l'organisation des soins/pratiques professionnelles ;
- pertinence des soins.

1.4. Cibles

Les recommandations s'adressent principalement aux professionnels de santé spécialisés impliqués dans la prise en charge des troubles mictionnels de l'homme et particulièrement au moment du bilan

pré-thérapeutique, notamment, les médecins spécialistes en médecine générale, les médecins urologues, les médecins radiologues, les médecins gériatres, les médecins biologistes, les médecins infectiologues, les chirurgiens digestifs et les soignants paramédicaux notamment les kinésithérapeutes, les infirmiers/infirmières.

Les patients concernés sont l'ensemble des hommes adultes de plus de 50 ans présentant des troubles mictionnels (de la phase de remplissage, mictionnelle, ou post-mictionnelle) ou une complication en lien avec un trouble de vidange du bas appareil urinaire (rétention d'urine, aiguë ou chronique, complication infectieuse, calcul, diverticule, ...). En dessous de l'âge de 50 ans (16), la prévalence de l'HBP est plus faible et la fréquence des autres pathologies (hypertonie du col vésical, sténose urétrale, pathologie neurologique, ...) est plus importante. Ces patients doivent donc bénéficier d'un bilan plus exhaustif qui ne rentre pas dans le champ de ces recommandations.

Sont exclus les patients ayant des SBAU en rapport avec un autre diagnostic établi responsable des SBAU :

- des pathologies neurologiques centrales (AVC, blessé médullaire, sclérose en plaque, maladie de Parkinson...) ou périphériques ; ces pathologies relèvent de la spécialité de neuro-urologie ;
- des sténoses de l'urètre ;
- des tumeurs de la vessie.

1.5. Objectifs

L'objectif principal de ces recommandations est de permettre, à l'ensemble des médecins prenant en charge les troubles mictionnels de l'homme, de développer une pratique plus homogène de la prise en charge des troubles mictionnels chez l'homme en intégrant les technologies et les concepts en organisation actuels et à venir.

L'évaluation de ces examens est justifiée par :

- les disparités dans la pratique clinique qui pourraient entraîner une éventuelle inégalité dans la pratique des soins ;
- l'absence de ce type d'évaluation au plan national.

Les objectifs secondaires sont de fournir des documents d'information à l'ensemble des co-intervenants dans l'établissement de santé (gériatres, médecins généralistes) ainsi qu'aux paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes).

Cette recommandation devra permettre d'identifier les informations susceptibles de mettre à jour les recommandations précédemment établies.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

1.6.1. Questions

Ces recommandations concernent les patients masculins âgés de 50 ans ou plus.

Le bilan pré thérapeutique peut se concevoir avant traitement médical ou avant traitement interventionnel ; les examens cliniques et paracliniques à pratiquer en dépendent. Ainsi, la place de ces examens sera évaluée pour répondre à chacune des questions suivantes (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) :

1. Quelle évaluation **initiale** en cas des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme adulte ?
 - Quelles sont les particularités de l'évaluation initiale en cas de symptômes prédominants sur la phase de remplissage vésical (nycturie, pollakiurie, urgenturie, incontinence) ?

- Quelles sont les particularités de l'évaluation initiale en cas de résidu post mictionnel significatif (> 50 mL) ?
 - Suite au bilan initial, quelles particularités cliniques ou paracliniques devraient conduire à orienter le patient vers un médecin spécialisé en urologie ?
2. Quelle évaluation avant la prise en charge **médicale** des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme adulte ?

Quelle évaluation avant la prise en charge **chirurgicale ou non chirurgicale** (nouvelles thérapies mini-invasives) des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme adulte ?

S'agissant de diagnostics différentiels, **ne seront pas considérés** dans le cadre de cette recommandation les troubles mictionnels en lien avec :

- des pathologies neurologiques centrales (AVC, blessé médullaire, sclérose en plaque, maladie de parkinson...) ou périphériques ; ces pathologies relèvent de la spécialité de neuro-urologie ;
- des sténoses de l'urètre ;
- des tumeurs de la vessie.

1.6.2. Autres actions

Cette recommandation sera la base de plusieurs actions :

- la communication à la HAS des arguments scientifiques sur les conditions de l'utilisation de certains examens diagnostiques innovants ;
- l'identification du type d'études cliniques à promouvoir afin de conduire à une amélioration du niveau de validation de ces examens.

2. Modalités de réalisation

- ☐ HAS
- ☒ Label
- ☐ Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Ces recommandations seront élaborées selon la méthode RPC¹ (Recommandation pour la Pratique Clinique). Ce travail comprendra 4 réunions du groupe de travail (GT) pour produire la première version des recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et une réunion du GT pour la finalisation des documents en tenant compte des commentaires issus du GL.

Les réunions du groupe de travail sont prévues à la Maison de l'Urologie (MUR) – 11 rue Viète – Paris XVII^e. L'AFU met aussi à disposition des experts une plateforme de visio conférence plus réactive et plus adaptée à la crise sanitaire liée au Sars cov 2.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc

Dans le cadre de la relecture nationale, le document présentant les recommandations sera soumis pour avis sur le fond et la forme. Les retours seront analysés puis discutés dans le cadre d'une réunion dédiée. La traçabilité des retours et des décisions est assurée.

Le document final sera relu par le conseil scientifique de l'AFU, le bureau de l'AFU et le président de l'AFU avant d'être soumis au processus de labellisation de la HAS puis publication.

2.2. Stratégies de recherche et de sélection bibliographiques

La recherche documentaire porte sur les points suivants :

La consultation, en septembre 2021, de plusieurs sites « Evidence Based Medicine » (17) présentant des recommandations pour la pratique clinique ou des revues systématiques de la littérature publiées depuis moins de 10 ans :

- recommandations des principales agences d'évaluation, notamment Haute Autorité de Santé (HAS), Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé (18), National Institute for Clinical Excellence (NICE), revue Cochrane, etc.,
- recommandations des sociétés savantes, en particulier françaises, européennes et nord-américaines ;
- recommandations des organisations professionnelles.
- L'interrogation, en août 2021, des bases de données dont Medline. Les équations de recherche explicitent ;
- la population concernée : hommes adultes symptomatiques ;
- l'intervention : examen à évaluer ;
- la période de recherche : sur les 10 dernières années ;
- le type d'études : seront recherchés dans un premier temps les études de haut niveau de preuve (synthèses méthodiques, méta-analyses, études prospectives randomisées ou non) ; les revues générales, les éditoriaux, les lettres et les communications à des congrès ne seront pas recherchés.

La stratégie de la recherche bibliographique est limitée aux publications de langues française et anglaise.

Le suivi prospectif et continu de la littérature dans les bases de données entre septembre 2021 et décembre 2021.

2.3. Composition qualitative des groupes

Le travail sera réalisé de façon multidisciplinaire avec la contribution des représentants de l'Association Française d'Urologie (AFU), membre du Conseil National Professionnel d'Urologie. Plusieurs entités de l'AFU participeront aux différentes étapes (cf.).

Seront sollicitées d'autres sociétés savantes impliquées dans la prise en charge des troubles mictionnels chez l'homme ainsi que des représentants d'associations de patients :

- La société française de radiologie (SFR), membre du Conseil National Professionnel de Radiologie
- La société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)
- La société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf)
- Le groupe d'études de neuro-urologie de langue française (Genulf)
- La société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi périnéologie (Sifud PP)
- Le Collège de la Médecine Générale

- L'association française des urologues en formation (Afuf)
- L'association française des infirmiers et infirmières en urologie (AFIU)
- L'association nationale des malades du cancer de la prostate (ANAMACaP)

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail seront recrutés sur propositions de chaque société savante/association sollicitée. Sont pris en compte la connaissance de la pratique urologique (urologie, radiologie, uro-dynamique et pelvi-périnéologie, gériatrie, infectiologie, médecine générale, ...), la capacité à juger de la pertinence analytique et/ou clinique des études publiées, l'équilibre des modes d'exercice (libéral, public, universitaire ou non) et la répartition géographique.

Les membres de chacun des groupes devront donner leur accord pour participer à ce travail et fournir leur déclaration publique d'intérêts (DPI) selon le formulaire de la HAS.

Ainsi, le **groupe de travail** sera constitué de :

- 9 médecins urologues
- 2 médecins radiologues
- 2 médecins gériatres
- 1 médecin infectiologue
- 1 médecin physique et de réadaptation
- 3 médecins spécialistes en médecine générale
- 1 kinésithérapeute
- 1 infirmière IDE
- 2 représentants de patients

Groupe de lecture

Dans le cadre de la relecture nationale, le travail impliquera des collaborations internes et externes à l'AFU formant un groupe de professionnels représentatif des spécialités médicales impliquées dans la prise en charge des troubles mictionnels chez l'homme, des modes d'exercice (public, libéral, ESPIC) et des répartitions géographiques. Ces professionnels seront identifiés avec l'appui des sociétés savantes impliquées dans le projet (en vue de constituer un groupe de lecture multidisciplinaire).

L'ANSM et la HAS, voire d'autres agences nationales de Santé concernées, pourront si elles le souhaitent suggérer le nom de relecteurs potentiels.

Il en va de même pour les associations de patients.

2.4. Productions prévues

- Note de cadrage
- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Synthèse des recommandations
- Fiche pour les patients

3. Calendrier prévisionnel des productions

Ce calendrier sera adapté en fonction du volume de la littérature qui sera retenue par la stratégie bibliographique et de la disponibilité des membres du groupe de travail :

- Avis de la Commission Recommandation, pertinence, parcours et indicateurs de la HAS : janvier 2022
- Validation par le Collège de la HAS : mars 2022
- Revue de la littérature : janvier 2022 à juin 2022
- Réunions du groupe de travail : mars 2022 à juillet 2022
- Phase de lecture : juin 2022
- Finalisation des textes : juillet 2022
- Relecture interne par la HAS : septembre 2022
- Rédaction finale des recommandations : octobre 2022
- Validation par les instances de la HAS : novembre 2022
- Publication : décembre 2022

4. Références bibliographiques

1. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. 2011. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU international* 108:1132-8
2. Robert G, Descazeaud A, Azzouzi R, Saussine C, Haillet O, et al. 2010. Impact of lower urinary tract symptoms on discomfort in men aged between 50 and 80 years. *Urologia internationalis* 84:424-9
3. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Hermann TRW, et al. 2021. EAU guidelines on management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>
4. Michels TC, Sands JE. 2015. Dysuria: Evaluation and Differential Diagnosis in Adults. *American family physician* 92:778-86
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, et al. 2003. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 61:37-49
6. Weiss JP, Everaert K. 2019. Management of Nocturia and Nocturnal Polyuria. *Urology* 133s:24-33
7. Mathieu R, Benchikh A, Azzouzi AR, Campeggi A, Cornu JN, et al. 2014. [Initial assessment of male non-neurogenic incontinence: systematic review of the literature by the LUTS committee of the French Urological Association]. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie* 24:421-6
8. Stoffel JT, Peterson AC, Sandhu JS, Suskind AM, Wei JT, Lightner DJ. 2017. AUA White Paper on Nonneurogenic Chronic Urinary Retention: Consensus Definition, Treatment Algorithm, and Outcome End Points. *The Journal of urology* 198:153-60
9. Everaert K, Herve F, Bosch R, Dmochowski R, Drake M, et al. 2019. International Continence Society consensus on the diagnosis and treatment of nocturia. *Neurourology and urodynamics* 38:478-98
10. AFU. 2011. BILAN INITIAL, SUIVI ET TRAITEMENT DES TROUBLES MICTIONNELS EN RAPPORT AVEC HYPERPLASIE BÉNIGNE DE PROSTATE : RECOMMANDATIONS DU CTMH DE L'AFU <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/bilan-initial-suivi-et-traitement-des-troubles-mictionnels-en-rapport-avec>
11. Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, et al. 2012. [Initial assessment, follow-up and treatment of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia: guidelines of the LUTS committee of the French Urological Association]. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie* 22:977-88
12. Guné H, Larsson M, Nozohoor S, Herou E, Luts C, et al. 2021. Impact of ABO blood group on bleeding complications after surgery for acute type A aortic dissection. *Blood coagulation & fibrinolysis : an international journal in haemostasis and thrombosis* 32:253-8
13. Fourcade RO, Théret N, Taïeb C. 2008. Profile and management of patients treated for the first time for lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia in four European countries. *BJU international* 101:1111-8
14. Lecoq J, Mesnard B, De Vergie S, Chelghaf I, Bouchot O, et al. 2021. Évaluation des pratiques en médecine générale, diffusion et impact des recommandations du comité des troubles mictionnels de l'homme : l'hypertrophie bénigne de prostate. une enquête nationale. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie* 31
15. Coloby P, Descotes J-L, Lebreton T, Prunet D. 2017. Enquête de pratique sur la prise en charge de la nycturie associée à une polyurie nocturne en consultation d'urologie. *Progrès en Urologie* 27
16. Robert G, De La Taille A, Descazeaud A. 2018. [Epidemiology of benign prostatic hyperplasia]. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie* 28:803-12

17. Holze S, Mende M, Healy KV, Koehler N, Gansera L, et al. 2019. Comparison of various continence definitions in a large group of patients undergoing radical prostatectomy: a multicentre, prospective study. *BMC urology* 19:70
18. Schuster DM, Nanni C, Fanti S, Oka S, Okudaira H, et al. 2014. Anti-1-amino-3-18F-fluorocyclobutane-1-carboxylic acid: physiologic uptake patterns, incidental findings, and variants that may simulate disease. *Journal of nuclear medicine : official publication, Society of Nuclear Medicine* 55:1986-92