

pas retrouvé d'effet des milieux conditionnés sur la migration, mais ceux provenant de patients obèses (IMC > 30) augmentent la prolifération cellulaire.

Conclusion Les effets pro-migratoire de l'AA et anti-migratoire du DHA sont en accord avec le rôle « protecteur » des oméga-3 observés dans d'autres types de cancers. De plus, l'incidence sur la prolifération de TAPP provenant de patients obèses confirme l'association entre obésité et cancer de prostate agressive.

Déclaration d'intérêts Cancéropole Grand Ouest.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.008>

O-004

Comparaison des résultats de prédiction du risque d'envahissement ganglionnaire du score de Roach et des tables de Partin : étude multicentrique

M. Moulin¹, A. Fourcade², Q. Phan¹, J. Mege³, A. Valeri², E. Mourey¹, G. Fournier², L. Cormier¹

¹ CHU de Dijon, Dijon, France

² CHU de Brest, Brest, France

³ Hôpital Sainte-Marie, Chalon-sur-Saône, France

Objectifs La formule de Roach et les tables de Partin sont 2 outils fréquemment utilisés pour prédire le risque ganglionnaire dans le cancer de la prostate. L'objectif de ce travail multicentrique était de comparer leurs efficacités sur le terrain.

Méthodes Nous avons repris les dossiers de patients de 2004 à 2014 de deux services de CHU et d'un service d'un hôpital privé ayant bénéficié d'une prostatectomie totale avec curage ganglionnaire limité ou étendu. L'âge, les caractéristiques du cancer, le statut ganglionnaire ainsi que le nombre de ganglions, la formule de Roach (2/3 PSA + (Score de Gleason-6) × 10) et les tables de Partin 2012 ont été enregistrées. Une analyse univariée et multivariée a été effectuée.

Résultats Au total, 894 cas ont été répertoriés et 886 avaient des données complètes. L'âge moyen était 62,86 ans (min 40–max 74) dv 5,9 ans. La répartition selon d'AMICO 1, 2, 3 étaient respectivement 31 %, 56 % et 13 %. Le nombre de ganglions moyen était de 12 (± 6,6). Le pourcentage de N+ était 8,5 %. Le score de Roach était de 12 (± 7,9). En scindant, le score de Roach inférieur ou supérieur et égal à 15, le risque ganglionnaire est présenté dans le **Tableau 1**. En scindant, le risque ganglionnaire des tables de Partin inférieur et égal ou supérieur à 4, le risque ganglionnaire est présenté dans le **Tableau 2**. Les performances diagnostiques sont analysées par courbes ROC courbe 1. Une étude complémentaire a été réalisée avec le sous groupe des curages étendus sans que cela n'améliore réellement les performances des scores.

Conclusion Aucun des trois tests n'est statistiquement supérieur à un autre sur l'ensemble des valeurs. Ces tests apparaissent utiles dans le groupe II de d'AMICO. Une comparaison au score de Briganti serait intéressante en apportant d'autres éléments que les traditionnels « PSA, TR et Gleason ».

Tableau 1 Score de ROACH.

	Inf 15	Supegal 15	Totaux
N0	590 (96%)	221 (81.5%)	811
N1	25 (4%)	50 (18.5%)	75
Totaux	615 (69,4%)	271 (30,6%)	886

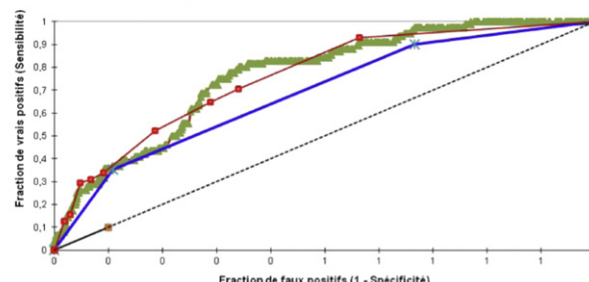
Tableau 2 Risque d'envahissement ganglionnaire selon Partin.

Partin	≤4	>4	Totaux
N0	740(94,03%)	75(75,7%)	815
N1	47(5,97%)	24(24,3%)	71
Totaux	787 (88,8%)	99(11,2%)	886

Courbe ROC / Damico / AUC=0,686

Courbe ROC / PartinGG / AUC=0,759

Courbe ROC / Roach / AUC=0,765



Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.009>

O-005

Intérêt de la technique isotopique du ganglion sentinelle associée aux outils préopératoires de prédiction du risque d'envahissement ganglionnaire dans le cancer de la prostate : à propos de 200 patients

T. Rousseau¹, J. Lacoste¹, E. Potiron¹, G. Le Cogic¹, P. Nevoux¹, G. Aillet², L. Campion³, C. Rousseau⁴

¹ Clinique urologique Nantes Atlantis, Saint-Herblain, France

² Institut d'histopathologie, Nantes, France

³ Unité de statistiques, ICO Gauducheau, Saint-Herblain, France

⁴ Médecine nucléaire, ICO Gauducheau, CRCNA Inserm UMR 892, CNRS 6299, Saint-Herblain, France

Objectifs L'objectif de cette étude prospective est de tester 3 différents nomogrammes, Briganti [1], Cagiannos [2] et Roach [3] et de développer un modèle simple d'évaluation de la probabilité d'atteinte ganglionnaire métastatique pour des patients à risque intermédiaire ou élevé traités par curage pelvien extensif et détection isotopique sentinelle.

Méthodes Au total, 202 patients consécutifs ont été inclus. Une analyse multivariée a recherché un ou des facteurs prédictifs d'une atteinte ganglionnaire métastatique (N+). L'exactitude des différents nomogrammes, paramètres prédictifs isolés et d'un modèle combinant les paramètres prédictifs, a été réalisée par une analyse de l'aire sous les courbes Receiver Operating Characteristics (ROC). Nous avons déterminé, pour les meilleurs outils, les meilleurs seuils associés à la valeur prédictive négative (VPN) optimale associée à une absence de faux négatifs en technique isotopique sentinelle pour aider le clinicien à décider de la réalisation ou non du curage extensif.

Résultats Trente-cinq patients N+ (17,2%) et nombre médian de 5 SLN retirés [3–8]. Le premier chiffre de Gleason et le pourcentage de biopsies positives étaient des facteurs prédictifs du statut ganglionnaire N+ conduisant à un modèle prédictif à 2 variables. Les meilleures exactitudes (courbes ROC) étaient de 81,39 et 81,80% pour le nomogramme de Briganti1 et notre modèle respectivement. Pour le nomogramme de Briganti1, le seuil avec la meilleure VPN était < 5%, évitant le curage pelvien extensif chez 53% (108/202) des patients mais péjoratif pour 3 patients N+ inattendus (8,6%)

tous détectés par la technique sentinelle. Pour notre modèle, le meilleur seuil était < 10 , ne laissant aucun patient N+ grâce à une détection positive sentinelle (4 patients = 11,4%) et en évitant un curage pelvien extensif chez 52 % (105/202) des patients.

Conclusion La technique du ganglion sentinelle permet de pallier « aux cas oubliés » par le nomogramme de Briganti1 ou notre modèle prédictif avec un nombre limité de ganglions prélevés (sentinelles).

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Briganti A, et al. Eur Urol 2012.
- [2] Cagiannos I, et al. J Urol 2003.
- [3] Roach 3rd M, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1994.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.010>

O-006

Polluants persistants organochlorés et risque de récurrence biologique de cancer de la prostate après prostatectomie radicale

P. Blanchet^{1,*}, E. Emeville², C. Helissey³, L. Brureau¹, A. Giusti⁴, J. Thomé⁴, L. Multigner⁵

¹ CHU Pointe à Pitre, université Antilles Guyane, Pointe à Pitre, Guadeloupe

² Inserm, université Antilles Guyane, Rennes et Pointe à Pitre, Guadeloupe

³ CHU Pointe à Pitre, Pointe à Pitre, Guadeloupe

⁴ CART, Liège, Belgique

⁵ Inserm, université Rennes et Antilles Guyane, Pointe à Pitre, Guadeloupe

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr (P. Blanchet)

Objectifs Étudier le risque qu'entraîne l'exposition à des polluants persistants organochlorés ubiquitaires, présentant des propriétés hormonales, dans la récurrence biologique du cancer de la prostate après prostatectomie radicale.

Méthodes Étude prospective, incluant 326 patients présentant un cancer de la prostate, traités par prostatectomie radicale et suivis pendant une durée médiane de 4,8 ans. L'exposition aux polluants persistants (chlrodécone, DDE et PCB153) a été évaluée par leur dosage dans le sang au moment du diagnostic de la maladie. Les sujets ont été classés par quartiles croissants d'exposition. Le risque de récurrence biologique de la maladie, ajusté à des facteurs de confusion, a été estimé par le calcul de l'Hazard Ratio (HR) et de son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Résultats Les patients classés dans le 4^e quartile d'exposition au chlrodécone présentent un risque significativement augmenté de récurrence (HR : 2,5 ; IC 95 % : 1,3–4,9). À l'inverse, l'exposition au DDE apparaît associée à une diminution du risque de récurrence (HR : 0,4 ; IC 95 % : 0,2–0,9 pour le 4^e quartile d'exposition). Aucune association n'a été retrouvée entre l'exposition au PCB153 et la récurrence de la maladie.

Conclusion C'est la première étude sur le risque de récurrence biologique du cancer de la prostate après prostatectomie radicale en lien avec l'exposition à des polluants persistants. Le chlrodécone entraîne une augmentation du risque alors que le DDE une diminution. Les propriétés estrogéniques du chlrodécone et anti-androgéniques du DDE pourraient expliquer nos résultats.

Déclaration d'intérêts PHRC national.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.011>

O-007

Comparaison des performances diagnostiques du Prostate Health Index (PHI) et du Prostate Cancer Antigen 3 (PCA-3) pour le dépistage du cancer de la prostate

T. Seisen¹, M. Rouprêt¹, D. Brault², P. Léon¹, G. Cancel Tassin¹, E. Compérat¹, R. Renard penna¹, P. Mozer¹, J. Guechot², O. Cussenot¹

¹ Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

² Hôpital Tenon, Paris, France

Objectifs Comparer les performances diagnostiques du Prostate Health Index (PHI) et du Prostate Cancer Antigen 3 (PCA-3) pour le dépistage du cancer de la prostate (CaP) au cours d'une première série de biopsies prostatiques.

Méthodes Une évaluation en double insu des 2 bio-marqueurs (PHI et PCA-3) ainsi que des biopsies prostatiques a été réalisée par un biologiste et un anatomopathologiste chez 138 patients inclus dans cette étude prospective observationnelle. Les précisions diagnostiques de PHI et PCA-3 ont été estimées grâce à l'aire sous la courbe ROC (AUC) et comparées selon le test de DeLong. Une analyse multivariée a été réalisée afin de déterminer si chaque biomarqueur au seuil de positivité classiquement utilisé (PHI > 40 et PCA-3 > 35) était un facteur prédictif indépendant de la présence d'un CaP ou d'un CaP cliniquement significatif défini selon les critères d'Epstein modifiés.

Résultats La prévalence du CaP et du CaP cliniquement significatif était de 44,9 % et 9,4 %, respectivement. PCA-3 (AUC = 0,71) présentait la meilleure performance diagnostique pour le dépistage du CaP mais la différence avec PHI (AUC = 0,65 ; $p = 0,30$) n'était pas significative (Fig. 1). Cependant, PHI (AUC = 0,80) présentait la meilleure performance diagnostique pour le dépistage du CaP cliniquement significatif et la différence avec PCA-3 (AUC = 0,55 ; $p = 0,03$) était significative (Fig. 2). En analyse multivariée, PCA-3 > 35 (OR = 4,72 ; $p < 0,0001$) était le seul facteur prédictif indépendant de la présence d'un CaP alors que PHI > 40 (OR = 6,48 ; $p = 0,007$) était le seul facteur prédictif indépendant de la présence d'un CaP cliniquement significatif.

Conclusion Bien que PCA-3 soit le meilleur facteur prédictif de la présence d'un CaP, PHI devrait être utilisé au cours de la stratégie de dépistage afin d'éviter le sur diagnostic des formes indolentes.

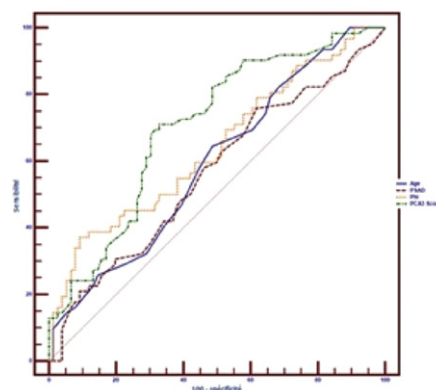


Fig. 1