pour le genre, l'IMC, le sore ASA, le score de Charlson, le statut métastatique ni le Renal Score, sauf l'âge moyen des groupes (respectivement 78 vs 81, $p = 0{,}001$). Les médianes de survie étaient respectivement pour les groupes (NP vs RFA), de 45 mois vs 27 mois en survie globale ($p = 0{,}23$) et de 28 mois vs 10 mois en survie sans récidive ($p = 0{,}34$). Le *hazard ratio* ajusté était de 2,37 (IC 95 %, 0,66 à 8,51) pour la survie du groupe RFA vs NP ($p = 0{,}19$). La perte de débit de filtration glomérulaire calculée était respectivement (NP vs RFA) de $1{,}5 \pm 14$ mL/min/1,73 m^2 et de 3 ± 14 mL/min/1,73 m^2 ($p = 0{,}69$).

Conclusion Notre étude n'a pas permis de montrer un avantage significatif en survie dans le groupe NP malgré un âge significativement inférieur au groupe RFA. La perte de fonction rénale était minime et comparable dans les deux groupes. Les deux principales limites de notre étude sont sa puissance limitée et l'absence de comparaison avec un groupe surveillance.

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.220

P - 012

Prise en charge des tumeurs du rein T1a par radiofréquence. Suivi après 5 ans

N. Amadane[1,*], P. Mortier[1], M. André[2], E. Lechevalier[1]
[1] *Service d'urologie et de transplantation rénale, hôpital de la Conception, Marseille, France*
[2] *Service de radiologie, hôpital de la Conception, Marseille, France*
[*] *Auteur correspondant.*

Objectifs Évaluer les résultats carcinologiques, la morbidité du traitement ablatif de 48 tumeurs malignes du rein, prouvées histologiquement, par radiofréquence (RFA) percutanée guidée par tomodensitométrie, ainsi que l'évolution la fonction rénale.

Méthodes Quarante-huit tumeurs rénales, préalablement biopsiées chez 43 patients (âge médian : 70 ans) ont été traités consécutivement par radiofréquence percutanée de mai 2005 à novembre 2009 dans notre centre. La taille moyenne des tumeurs traitées était de $22{,}1 \pm 5{,}62$ mm. Le suivi reposait sur l'imagerie (TDM ou IRM) et créatininémie à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an puis tous les ans. Le succès était défini par un rehaussement de moins de 10 UH de la zone traitée sur l'uro-TDM. Le suivi médian a été de 71 mois (12—106).

Résultats Le nombre moyen de séance par patient était de 1,03. Le taux de succès global était de 97,1 %. Les 19 biopsies à 1 an après la RFA ont mis en évidence de la fibrose sans tissu tumoral. Deux patients ont eu une récidive locale à 3 ans, 2 patients ont eu une évolution de leur maladie en dehors du site traité et 4 patients ont développé des nouvelles localisations. La survie globale était de 95 %. Quatre patients sont décédés au cours du suivi, dont un des suites de l'évolution de son carcinome rénal. Six complications ont été colligées, cinq gradées Clavien 1—2 et un décès chez un patient traité par antiangiogénique pour une maladie métastatique.

Conclusion Dans cette étude le traitement des tumeurs malignes du rein, histologiquement prouvées, par RFA percutanée a été peu morbide et a permis un contrôle carcinologique satisfaisant et une préservation de la fonction rénale. Cependant un suivi plus long est nécessaire avant de proposer la RFA dans des indications électives.

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.221

Cancer de la prostate localisé : biopsie et IRM

P - 013

Évolution du profil de 4501 patients candidats à une première série de biopsies prostatiques inclus sur 13 ans dans un centre français

C. Champy[1,*], N. Nicolaiew[1], I. Cholley[2], D. Vordos[1], A. Hoznek[2], L. Salomon[1], A. De la taille[1]
[1] *CHU Henri-Mondor, service d'urologie, Inserm U955 équipe 7 IMRB, Creteil, France*
[2] *CHU Henri-Mondor, service d'urologie, Créteil, France*
[*] *Auteur correspondant.*

Objectifs Le but de cette étude était d'évaluer l'évolution des caractéristiques des patients ayant eu une première série de biopsies prostatiques entre 2002 et 2014, à partir d'une base de données monocentriques prospectives.

Méthodes Entre 2002 et 2014, les données des patients bénéficiant d'une première série de biopsies de prostate ont été colligées de façon prospective. L'âge, le PSA total, le stade clinique, le score de Gleason et le taux de détection du cancer de prostate (CaP) ont été comparés en fonction de l'année de réalisation des biopsies prostatiques par test de Chi^2, tendance linéaire et Anova pour l'âge. L'âge moyen des patients était de $64 \pm 8{,}2$ ans, le volume prostatique moyen de $47{,}8 \pm 28{,}5$ c3^3, le PSA total sérique moyen de 26 ± 199 ng/mL et le nombre moyen de biopsies réalisées de $19{,}9 \pm 3$.

Résultats Quatre mille cinq-cent un patients ont eu une première série de biopsies prostatiques sur les 13 dernières années avec un taux de détection de cancer de 46 %. Le taux de détection tend à augmenter de façon significative depuis 2012 ($p < 0{,}0001$). L'âge des patients ne présente pas de variation significative. Le nombre de patients biopsiés avec un PSA < 4 ng/mL diminue significativement depuis 2011 (12,41 % en 2011 vs 4,96 % en 2014 ; p < 0,0011). Au contraire, les patients avec un stade clinique ≥ T2c, un PSA ≥ 10 ng/mL et un score de Gleason ≥ 7 augmentent régulièrement et significativement depuis 2010 ($p < 0{,}0001$) ; avec des variations entre 86,13 % et 71,35 % pour le stade T1c, et entre 49,47 % et 28,79 % pour les score de Gleason < 7.

Conclusion Sur les 13 dernières années, le taux de détection du CaP sur une première série de biopsies a augmenté sans modification de l'âge moyen des patients. On observe depuis 2010 une modification des profils des patients biopsiés avec une tendance à des CaP plus agressifs, probable conséquence de la diminution de prescription du PSA par les médecins traitants.

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

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.222

P - 014

L'IRM de diffusion quantitative améliore la fiabilité du score PIRADS pour le diagnostic du cancer de la prostate

F. Cornud[1,*], N. Barry Delongchamps[1], F. Beuvon[1], P. Camparo[2], M. Zerbib[1]
[1] *Hôpital Cochin, Paris, France*
[2] *Centre de pathologie, Amiens, France*
[*] *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : frcornud@imagerie-tourville.com (F. Cornud)