une série de biopsies systématisées négative et ayant eu une nouvelle série de biopsies prostatiques comprenant des biopsies ciblées par fusion d'images 3D/IRMmp et des biopsies systématisées écho-guidées 3D. Nous avons mesuré et comparé le taux de détection de cancers et de cancers Gleason ≥ 7 des biopsies systématisées US 3D associées aux biopsies ciblées US 3D/IRMmp par rapport aux biopsies systématisées US 3D seules et calculé la probabilité de détecter des cancers cliniquement significatifs par biopsies par régression logistique uni-multivariée.

Résultats L'association de biopsies systématisées US 3D et ciblées US 3D/IRMmp a révélé 42 cancers sur les 74 patients (56,8 % ; IC 95 % = 45,5—68,1). Le taux de détection de cancers supplémentaires par rapport aux biopsies systématisées US 3D seules est de 12,2 % (p = 0,001). Le taux de détection supplémentaire de cancers cliniquement significatifs par rapport aux biopsies systématisées US 3D seules est de 10,8 % (p = 0,013). Le degré de suspicion tumorale radiologique élevée est le facteur le plus prédictif de cancer cliniquement significatif en analyse uni- et multivariée (RR = 63,9 ; IC 95 % = 7,3—563,3).

Conclusion L'ajout de biopsies ciblées guidées par fusion d'images échographiques 3D/IRMmp à des biopsies systématisées US 3D permet d'augmenter le taux de détection de cancers et surtout le taux de détection de cancers cliniquement significatifs chez les patients ayant une ou plusieurs sessions préalables de biopsies systématisées classiques.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.281

CR 66

IRM multiparamétrique et biopsies ciblées : intérêt pour la détection et la caractérisation des cancers prostatiques de la zone de transition

S. Tavolaro[1,*], P. Mozer[1], E. Comperat[3], M. Roupret[1], F. Rozet[2], E. Barret[2], O. Lucidarme[1], O. Cussenot[3], R. Renard-Pena[1]
[1] *Hôpital Pitié-Salpetrière, Paris, France*
[2] *Institut mutualiste Montsouris, Paris, France*
[3] *Hôpital Tenon, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : sebtavolaro@gmail.com (S. Tavolaro)

Objectifs Les biopsies prostatiques systématiques (BS) en se limitant à la zone périphérique (ZP) ne permettent pas d'échantillonner l'ensemble de la glande prostatique. L'IRM permet de cibler des lésions transitionnelles pour la réalisation de biopsies ciblées. L'objectif était d'étudier rétrospectivement les caractéristiques IRM des lésions de la ZT, prouvées histologiquement par des biopsies ciblées.

Méthodes Entre 2012 et 2015, 470 patients ont eu un cancer prostatique (périphérique ou transitionnel) diagnostiqué par des biopsies systématiques et/ou ciblées. Parmi eux, 86 patients (18 %) avaient des BC positives sur une lésion suspecte de la ZT, individualisée et caractérisée en IRM rétrospectivement, avec les critères suivants : localisation, forme, dimension, Pirads (V2), Likert, coefficient apparent de diffusion (CAD). Le taux de détection et les longueurs tumorales des BC vs BS étaient évaluées.

Résultats Les cibles avaient un score Pirads ≥ 3, un diamètre moyen de 17 mm et étaient toutes localisées dans la moitié antérieure de la prostate avec la répartition suivante : 61 % dans la zone transitionnelle moyenne et apicale, 37 % dans le stroma fibromusculaire antérieur (SFMA) et 2 % dans la région basale. La lésion typique de la ZT présentait les caractéristiques suivantes : une forme lenticulaire (85 %), un hyposignal T2 homogène sans capsule (87 %) et 75 % d'entre elles combinaient ces deux conditions. Le CAD n'était pas corrélé à l'agressivité tumorale. Les longueurs tumorales moyennes des BC par patient étaient significativement supérieures à celles des BS (21 mm vs 11,1 mm, p < 0,0001) avec un taux de détection tumoral de respectivement 44 et 10 %. Pour 47 % des patients, seules les BC étaient positives (Fig. 1)

Conclusion Notre étude montre la localisation quasi exclusive des lésions de la ZT dans la moitié antérieure des sextants moyens et apicaux (incluant le SFMA) et l'apport des BC par fusion d'image pour le diagnostic des cancers de la ZT comparativement à la réalisation de BS seules.

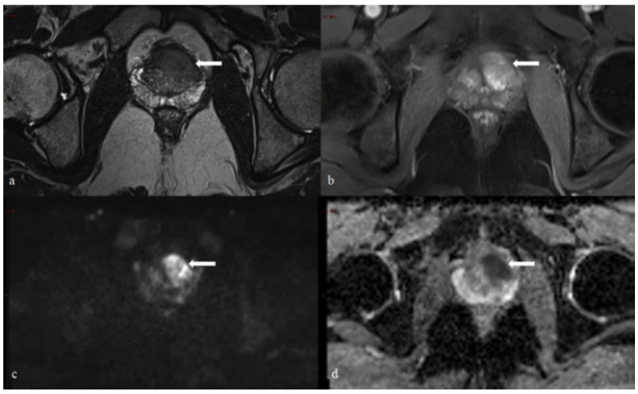

Fig. 1 IRM multiparametrique et biopsies ciblées : intérêt pour la détection et la caractérisation des cancers prostatiques de la zone de transition. a. Séquence T2 ; b. Séquence dynamique avec injection de gadolinium ; c. Séquence diffusion (b 2000) ; d. Coefficient de diffusion apparent (CDA) ; La flèche indique une lésion lenticulaire caractéristique de la zone transitionnelle infiltrant le stroma fibro-musculaire antérieur avec un hyposignal T2, un hypersignal diffusion avec restriction du CDA et un rehaussement précoce.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.282

CR 67

Vers l'amélioration de la détection des cancers prostatiques significatifs : protocole associant biopsies systématisées et biopsies ciblées avec fusion élastique écho/IRM

A. Fourcade*, C. Payrard, V. Tissot, P. Callerot, S. Serey-eiffel, L. Doucet, C. Deruelle, V. Joulin, G. Fournier, A. Valéri
CHU de Brest, Brest, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : fourcade.alexandre@hotmail.fr (A. Fourcade)

Objectifs Les biopsies prostatiques ciblées (BPc) pourraient être plus précises pour le diagnostic de cancer de prostate (CaP) que les biopsies systématisées transrectales habituelles (BPs). Il a été suggéré que les BPc pouvaient augmenter la détection des CaP cliniquement significatifs (CaP-s) et diminuer la détection des CaP cliniquement non significatifs. L'objectif de l'étude était de comparer la performance des deux protocoles dans la détection des CaP.

Méthodes Entre 06/2013 et 04/2016, nous avons inclus de façon prospective tous les patients ayant suspicion de CaP et une IRM pré-biopsique (interprétée par un seul radiologue utilisant le score PI-RADS). Tous les patients avaient des biopsies prostatiques systématisées écho-guidées par voie transrectale (10—12 biopsies) (BPs), puis des biopsies prostatiques ciblées (BPc) (2—4 biopsies/cible) avec fusion élastique écho/IRM utilisant UroStation™ (Koelis, Grenoble, France). Nous avons comparé le taux de détection de CaP

entre BPs et BPc. Les CaP-s étaient définis par : score de Gleason > 7 ou une longueur de cancer par biopsie > 4 mm.

Résultats Cent quatre-vingt seize patients ont été inclus (au moins une lésion suspecte à l'IRM, PI-RADS ≥ 2). Le taux de détection global de CaP était : 55,1 % (108/196). Les taux de détection de CaP et de CaP-s par les BPc n'étaient pas significativement supérieurs aux BPs : 44,4 % vs 45,9 %, ($p = 0,7$) et 37,2 % vs 31,2 %, ($p = 0,3$) respectivement. En revanche, l'association BPc + BPs a permis de diagnostiquer significativement plus de CaP-s que les BPs seules : 44,4 % vs 31,2 % ($p = 0,02$) (Tableau 1). Par ailleurs, pour 11,2 % (22/196) des patients, le CaP-s était uniquement détecté par les BPc. À l'inverse pour 7,6 % (15/196) des patients, le CaP-s était uniquement détecté par les BPs (Fig. 1). Le score de Gleason a été augmenté avec les BPc dans 16,3 % et dans 13,3 % par les BPs (Tableau 2).

Conclusion Environ 11 % des patients ayant des CaPs n'auraient pas été diagnostiqués en cas de BPs seules. L'utilisation de l'association BPc et BPs a détecté dans notre étude significativement plus de CaP-s. Combiner les 2 protocoles ont permis un diagnostic et un pronostic plus précis que les BPs seules ce qui est capital lors du choix thérapeutique.

Tableau 1 Taux de détection des cancers de prostate.

Patients = 196	Biopsies ciblées	vs	Biopsies systématiques	vs	Biopsies ciblées + Biopsies systématiques
PaC	87 (44,4%)	p = 0,7	90 (45,9%)	p = 0,07	108 (55,1%)
PaC-ns	14 (7,1%)	p = 0,06	25 (12,7%)	p = 0,5	21 (10,7%)
PaC-s	73 (37,2%)	p = 0,3	65 (31,2%)	p = 0,02	87 (44,4%)

.

		Biopsies systématiques			
		No CaP	CaP-ns	CaP-s	Total
Biopsies ciblées	No CaP	88 (44,9%)	9 (4,6%)	12 (6,1%)	109 (55,6%)
	CaP-ns	6 (3,1%)	5 (2,6%)	3 (1,5%)	14 (7,1%)
	CaP-s	12 (6,1%)	11 (5,6%)	50 (25,5%)	73 (37,2%)
	Total	106 (54,1%)	25 (12,7%)	65 (31,2%)	196 (100%)

7,6% (15/196)

Impact SBx: 7,6% PaC-s seulement Dg./SBx

Impact TBx: 11.2% PCa-s seulement Dg./TBx

11.2% (22/196)

Fig. 1 Concordance entre biopsies systématiques et biopsies ciblées.

Tableau 2 Concordance du score de Gleason en fonction des biopsies.

		Biopsies systématiques				
		No CaP	Gleason 6	Gleason 7	Gleason 8 et +	Overall
Biopsies ciblées	No CaP	88 (44,9%)	12 (6,1%)	7 (3,6%)	2 (1%)	109 (55,6%)
	Gleason 6	10 (5,1%)	13 (6,6%)	4 (2%)	0	27 (13,8%)
	Gleason 7	5 (2,6%)	11 (5,6%)	28 (14,3%)	1 (0,5%)	45 (22,9%)
	Gleason 8 et +	3 (1,5%)	1 (0,5%)	2 (1%)	9 (4,6%)	15 (7,6%)
	Overall	106 (54,1%)	37 (18,9%)	41 (20,9%)	12 (6,1%)	196 (100%)

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.283

CR 68

Le score de Gleason est-il corrélé au score PIRADS défini par l'IRM prostatique multiparamétrique ?

H. Slaoui[1,*], Y. Neuzillet[2], M. Rouanne[2], P. Lugagne-Delpon[2], A. Abdou[2], T. Ghoneim[2], A. Scherrer[2], C. Radulescu[2], V. Molinié[2], T. Lebret[1]

[1] *Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France*

[2] *Hôpital Foch, Suresnes, France*

[*] *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : slaoui7hakim@gmail.com (H. Slaoui)

Objectifs L'agressivité des cancers de prostate pourrait être estimée au moyen de l'IRM prostatique multiparamétrique (IRMmp) et du score PIRADS. L'objectif de l'étude est d'étudier la corrélation entre le score PIRADS et le score de Gleason (SG) obtenu par analyse des biopsies prostatiques écho-guidées avec fusion d'images (BPfi) et par analyse des pièces de prostatectomie radicale (PR).

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique comparant la distribution des SG obtenus par l'analyse de la pièce de PR et de leurs BPfi (UroStation® Koelis, Grenoble, France) en fonction du score PIRADS. Les IRMmp ont toutes été relues par un radiologue sénior et les zones cibles des biopsies étaient définies par un score PIRADS ≥ 3. Tous les SG ont été déterminés par lecture croisée par deux uropathologistes. La distribution des SG en fonction du score PIRADS a été comparée par un test du Chi^2 et la concordance calculée à l'aide d'un test de Cohen Kappa.

Résultats Les données de 74 patients opérés d'une PR après BPfi ont été analysées. Les proportions de GS ≤ 6 (3 + 3), 7 (3 + 4), 7 (4 + 3) et ≥ 8 (4 + 4) au sein des zones suspecte en IRMmp ont été comparables quel que soit le score PIRADS ($p = 0,13$) (Tableau 1). Dans 3 cas (4 %), la biopsie de la zone suspecte n'a pas mis en évidence de cancer. La concordance du SG obtenu par l'analyse de la pièce de PR et des PBfi était médiocre, avec un coefficient Kappa = 0,378 (CI95 % [0,194—0,563]) (Tableau 2).

Conclusion Dans cette étude, le score de PIRADS n'a pas été corrélé au SG des aires prostatiques correspondantes déterminé à partir de l'analyse des pièces de PR. La concordance des résultats des BPfi avec ceux de l'analyse des PR était médiocre.

Tableau 1 SG sur cible IRMmp sur pièce de PR n(%).

		SG sur cible IRMmp sur pièce de PR n(%)			
		≤ 6(3+3)	7(3+4)	7(4+3)	≥ 8(4+4)
PIRADS	≤ 3	0 (0)	3 (60)	2 (30)	0 (0)
	4	3 (11)	18 (64)	4 (14)	3 (11)
	5	0 (0)	20 (49)	13 (32)	8 (19)

Tableau 2 BPfi.

		BPfi			
		≤ 6(3+3)	7(3+4)	7(4+3)	≥ 8(4+4)
RP	≤ 6(3+3)	0	2	0	0
	7(3+4)	6	30	3	0
	7(4+3)	3	5	10	1
	≥ 8(4+4)	0	3	4	4

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.284