C. Radulescu[8], E. Comperat[9], F. Giton[10], J. Fiet[10], J. Raynaud[11], T. Lebret[1]
[1] *Hôpital Foch, service d'urologie, université de Versailles—Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone-Veil, Suresnes, France*
[2] *Hôpital Foch, service d'urologie, Suresnes, France*
[3] *Hôpital civil de Colmar, Colmar, France*
[4] *Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, service d'urologie, université Pierre-et-Marie-Curie, UFR de médecine, Paris, France*
[5] *Institut mutualiste Montsouris, service d'urologie, Paris, France*
[6] *CHU de la Martinique, service d'urologie, Fort-de-France, Martinique*
[7] *CHU de la Martinique, service d'anatomopathologie, Fort-de-France, Martinique*
[8] *Hôpital Foch, service d'anatomopathologie, Suresnes, France*
[9] *Hôpital Tenon, service d'anatomopathologie, Paris, France*
[10] *Inserm U955, Eq07, centre de recherches chirurgicales, Créteil, France*
[11] *Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : y.neuzillet@hopital-foch.org (Y. Neuzillet)

Objectifs Dans le cancer localisé de la prostate (PCa), l'impact de l'hypogonadisme biochimique sur l'émergence du cancer et la progression est encore controversé. Nous avons comparé les profils sériques préopératoires des hormones sexuelles et les caractéristiques pathologiques chez les patients atteints de PCa localisés selon leur statut gonadique évalué par la testostéronémie totale (TT) et biodisponible (BT).
Méthodes Une nouvelle grande étude de cohorte prospective de 1125 patients (âge : 63,9 ans) ayant un PCa localisé, recrutés dans 4 centres urologiques en France, de 6/2013 à 6/2016. Les paramètres du syndrome métabolique (SM) ont été recueillis. Le dosage des stéroïdes sexuels ont été effectué par spectrométrie de masse en phase gazeuse. Une évaluation centralisée des données pathologiques (prédominance du grade de Gleason 4 [PrdGP4], stade) a été effectuée. La cohorte a été divisée en 4 groupes ; le 1er se composait de patients ayant une TT et BT normales ($\geq$ 3 ng/mL et BT $\geq$ 0,8 ng/mL), une TT diminuée dans le 2e, une BT diminuée dans le 3e et une TT et BT diminuées dans le 4e.
Résultats Les pourcentages de PrdGP4 et de pT $\geq$ 3a étaient d'un tiers chez les patients eugonadiques, augmentant significativement jusqu'à la moitié des hypogonadiques. Une augmentation de poids de 10 %, due à la masse grasse, était observée chez les patients à la TT diminuée, alors qu'aucun changement ne s'est produit en cas de BT diminuée, ce qui indique une dichotomie à l'action de TT et BT. Une différence significative dans la concentration de SHBG entre les patients à BT diminuée et ceux à TT diminuée a été observée, conférant à la SHBG un rôle clé dans la sélection des patients à haut risque d'un PCa agressive. En effet, lorsque les patients hypogonadiques sont définit uniquement par un seuil de TT $\geq$ 3 ng/mL, 90 patients (8 %) qui avaient une BT diminuée en raison d'une SHBG élevée, pas de SM, mais un taux de PrdG4 élevé étaient ignorés (Tableau 1).
Conclusion Une diminution de la BT définie une population à risque de PCa agressif mais ne présentant pas plus d'obésité. Par conséquent, pour la prise de décision thérapeutique, en plus de la TT et de l'obésité, la BT devrait être évaluée pour la prise en charge du PCa localisé.

Tableau 1 Caractéristiques clinico-pathologique et concentrations sériques peropératoires des hormones sexuelles chez les patients atteints de PCa localisés selon leur statut gonadique évalué par la testostéronémie totale (TT) et biodisponible (BT).

	TT ≥ 3 ng/ml BT ≥ 0,8 ng/ml (n=912)	TT < 3 ng/ml BT ≥ 0,8 ng/ml (n=76)	TT ≥ 3 ng/ml BT < 0,8 ng/ml (n=90)	TT < 3 ng/ml BT < 0,8 ng/ml (n=47)	p=
Age (années)	63.4±0.2 *†	63.7±0.2 #	67.7±0.6 †#	65.7±0.8 *	*,†,# <0.0001
Poids (kg)	81.3±0.4 *†	88.2±1.4 #†	82.1±1.3 #•	90.1±1.8 *•	*,†,#,• <0.0001
Circonférence abdominale (cm)	100±0 *†	109±1 #†	101±1 #•	109±2 *•	*,†,#,• <0.0001
IMC (kg/m²)	26.6±0.1 *#	28.6±0.4 #†	26.6±0.4 †•	29.3±0.6 *•	*,†,# <0.0001
Masse grasse (%)	25.1 #	28.6 #	25.9	26.9	# =0.0001
Obésité (BMI ≥ 30 kg/m²) (%)	14.1 *#	30.3 #†	16.7 •†	47.8 *•	*,†,#,• <0.0001
Hypertension (%)	34.1 *#†	47.4 #	50.0 †	45.7 *	*,†,# = 0.0437
Diabète (%)	9.5	17.3	7.9	17.4	NS
Glycémie (g/l)	0.97±0,01	1.06±0.03	0.96±0.03	1.06±0.04	NS
Triglycérides (mmol/l)	1.47±0.03 †	1.61±0.09 #†	1.25±0.09 #†	1.38±0.13	#,† = 0.0144
HDL Cholestérol (g/l)	0.50±0.01	0.50±0.02	0.55±0.02	0.49±0.03	NS
PSA (ng/ml)	8.8±0.3	8.6±1.0	9.7±0.9	12.1±1.3	NS
PrdGP4 (%)	30.6 *†	38.2	42.2 †	48.9 *	*,† = 0.0084
pT≥3a (%)	30.9 *	32.0	40.0	53.2 *	* = 0.0143
LH (mUI/ml)	4.88±0.13 *	4.73±0.47	5.98±0.43 †	4.44±0.61 *†	*,† = 0.0013
SHBG (µg/ml)	3.19±0.04 #•‡	1.61±0.16 *#•	5.06±0.15 †•‡	2.78±0.20 *†	*,†,#,•,‡ <0.0001
TT (ng/ml)	5.18±0.04 *#‡	2.63±0.16 #•	4.40±0.15 †•‡	2.31±0.21 *†	*,†,#,•,‡ <0.0001
BT (ng/ml)	1.41±0.01 *•‡	1.04±0.05 #•†	0.68±0.09 †‡	0.61±0.06 *#	*,†,#,•,‡ <0.0001
DHT (ng/ml)	0.45±0.01 *#	0.23±0.02 #•	0.45±0.02 †•	0.23±0.02 *†	*,†,#,• <0.0001
E2 (pg/ml)	26.8±0.3 *#•	19.5±0.9 #†	22.8±0.9 †•	19.9±1.2 *	*,†,#,• <0.0001
E1 (pg/ml)	34.6±0.8 #	29.3±2.7 #	34.0±2.5	32.4±3.5	# = 0.0139

Déclaration de liens d'intérêts Bourse de Fondation Foch, organisme à but non lucratif et bourse du Ministère Français de la Santé/DGOS/CRC3F.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.017

CO-12

Relecture des pièces de prostatectomie de l'étude ANDROCAN

V. Molinié[1,*], C. Radulescu[2], Y. Neuzillet[2], H. Botto[2], T. Lebret[2], J. Raynaud[3]
[1] *CHU de Martinique, Fort-de-France, Martinique*
[2] *Hôpital Foch, Suresnes, France*
[3] *Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : vincent.molinie@chu-martinique.fr (V. Molinié)

Objectifs L'interprétation histologique des pièces de prostatectomie radicale a pour but de confirmer la présence d'un adénocarcinome prostatique, d'en préciser la stadification : pTNM, score de Gleason et état des marges d'exérèse chirurgicale. Ces critères sont parfois sujets à des interprétation individuelles interpathologistes avec des coefficient kappa variant de 0,2 à 0,9. Nous rapportons les résultats de la lecture centralisée des foyers index (plus haut stade et/ou de plus haut grade) des pièces de prostatectomie radicale de l'étude ANDROCAN.
Méthodes Les pathologistes des centres ayant participé à l'étude ANDROCAN ont transmis pour relecture centralisé les lames du foyer index des pièces de prostatectomies radicales (1494 cas sur les 1516 inclus). Les deux pathologistes experts en uropathologie (VM, CR) ont relus de manière anonymes les lames transmises et ont précisé pour chaque cas le score de Gleason, le stade pTNM (2010) et l'état des marges. En cas de discordance entre les deux relecteurs, une troisième lecture au microscope à double tête a été effectuée afin d'obtenir un consensus. Le coefficient de corrélation Kappa a été calculé pour évaluer la reproductibilité interobservateur.
Résultats La concordance dans l'interprétation du score de Gleason exact (n = 1211) est de 36,5 % (Kappa = 0,035) avec une sous-évaluation du score dans 24,8 % des cas et une surévaluation

du score dans 27,2 % des cas. En regroupant les cas en score de Gleason ≤ 6 ; 3 + 4 ; 4 + 3 et ≥ 8 (n = 1190), la concordance est de 36,8 % (Kappa = 0,025). La concordance pour la prédominance de grade 4 et/ou 5 a été de 57 % (Kappa = —0,003). L'analyse du stade pathologique effectuée dans 1342 cas retrouve une concordance dans 93,5 % des cas (Kappa = 0,86) avec une sous-évaluation du stade dans 2.2 % et une surévaluation du stade dans 4,2 % des cas. L'analyse des marges évaluable pour 1144 cas a montré une concordance dans 96,5 % des cas avec une sous-estimation des marges dans 5,8 % et une sur-estimation dans 16,6 % des cas (Kappa = 0,92) Tableaux 1 et 2.

Conclusion Nos résultats montrent qu'en termes d'analyse inter-observateur les pathologistes ayant participé à cette étude ont des coefficient de corrélation excellents pour l'évaluation du stade et des marges, supérieurs à ceux rapportés dans la littérature (Kappa = 0,58—0,82) mais que l'évaluation du SG et du pourcentage de grade 4/5 reste encore problématique.

Tableau 1

Analyse du stade pathologique (n = 1186 cas)

L 1 \ L 2	pT2	pT3a	pT3b
pT2	866	52	3
pT3a	28	286	2
pT3b	0	2	103

Analyse des marges (n = 1144 cas)

L 1 \ L 2	Marges négatives	Marges positives
Marges négatives	764	21
marges positives	19	340

Tableau 2

Analyse du Score de Gleason (n = 1212 cas)

L 1 \ L 2	2+3	3+2	2+4	3+3	3+4	4+3	3+5	4+4	4+5	5+3	5+4
2+3	0	0	0	0	1	0	22	0	0	0	0
3+2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
2+4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3+3	1	0	0	46	94	39	0	10	12	0	0
3+4	0	0	1	100	317	153	3	31	18	1	1
4+3	0	0	0	41	132	68	1	4	11	0	1
3+5	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	0
4+4	0	0	0	7	26	14	1	0	0	0	0
4+5	0	0	0	5	18	7	0	1	3	0	1
5+3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
5+4	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0

Déclaration de liens d'intérêts Fondation hôpital Foch.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.018

CO-13

Validation externe d'un nomogramme pour l'identification d'une maladie favorable chez les patients atteints de cancer de la prostate de risque intermédiaire

P. Patard[1,*], M. Roumiguié[2], B. Cabarrou[3], G. Gandaglia[4], A. Briganti[5], A. Ouzzane[6], G. Ploussard[7], A. De la Taille[8], M. Soulié[1], F. Rozet[9], J.-B. Beauval[1]

[1] *Department of Urology, centre hospitalier universitaire de Toulouse, Toulouse, France*

[2] *CHU Toulouse-Rangueil, Toulouse, France*

[3] *Institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopôle, Toulouse, France*

[4] *Ospedale San Raffaele, Milan, Italie*

[5] *Department of Urology, Vita-Salute University San Raffaele, Milan, Italie*

[6] *Centre hospitalier regional universitaire de Lille, Lille, France*

[7] *Clinique Saint-Jean-du-Languedoc, Toulouse, France*

[8] *Department of Urology, CHU Mondor, Créteil, France*

[9] *Institut mutualiste Montsouris, Paris, France*

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : pm.patard@gmail.com (P. Patard)

Objectifs Établir une validation externe du nouveau nomogramme de Gandaglia et al. qui estime la probabilité d'avoir un CaP localisé et favorable chez les patients à risque intermédiaire.

Méthodes Au total, 2928 patients atteints de CaP du groupe risque intermédiaire selon d'Amico ont été traités par PT et curage ganglionnaire bilatéral entre 2000 et 2011 (base multicentrique). Le CaP favorable était défini comme une maladie de bas grade et localisée (pT2 et SG6). La courbe sensibilité/spécificité ROC a été obtenue pour quantifier la précision globale (zone sous la courbe [AUC]) du modèle afin de prédire la probabilité d'avoir une maladie confinée à la prostate. La méthode de Kaplan—Meier a été utilisée pour l'évaluation de survie sans récidive (SSRB) de PSA.

Résultats Parmi les patients, 10,6 % présentaient finalement des caractéristiques pathologiques favorables dans ce groupe intermédiaire. L'âge médian était de 68 ans. L'analyse de la courbe ROC montre une bonne précision du modèle (AUC = 0,82 ; IC 95 % = 0,79—0,84). Les facteurs indépendants de CaP non favorable étaient le PSAD (OR = 0,01 ; IC 95 % = 0,00—0,04 ; p < 0,0001) et le pourcentage de biopsies positives (OR = 0,97 ; IC 95 % = 0,96—0,98 ; p < 0,0001). La SSRB après PT était significativement supérieure dans le groupe favorable vs défavorable (94,2 % contre 74,4 % à 4 ans, p < 0,0001) (Fig. 1).

Conclusion Cette validation externe du nomogramme de Gandaglia et al. montre une précision satisfaisante. Un patient sur dix dans ce groupe CaP à risque intermédiaire présentait une CaP favorable et pathologiquement prouvée. L'utilisation de ce nomogramme permet de distinguer les patients avec un CaP favorable qui pourraient être traités par une approche conservatrice.

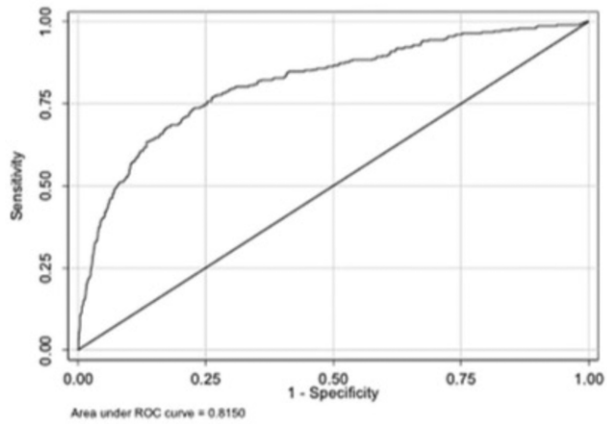

Figure 1 AUC Nomogramme.