(BPc) avec fusion élastique écho/IRM utilisant UroStation™ (Koelis, Grenoble, France). Le score de Gleason a été défini de façon conventionnelle : Gleason PR = grade prédominant + grade secondaire ; Gleason BP = grade prédominant + grade le plus péjoratif. Les CaP cliniquement significatifs étaient définis par : Score de Gleason > 7 ou longueur de cancer par biopsie > 4 mm.

Résultats Cinquante-trois patients ont eu une prostatectomie radicale pour CaP diagnostiqué par BPc et/ou BPs. Le taux de détection de CaP significatif était respectivement de 81 %, 87 % et 94 % pour les BPs, BPc et association BPs et BPc. Le taux de corrélation du score de Gleason entre BPc et PR était supérieur à celui des BPs : respectivement $R = 0{,}22$ et $R = 0{,}09$. De plus, l'association des 2 protocoles BPs et BPc avait le taux de corrélation le plus élevé $R = 0{,}33$. Par ailleurs, les BPs ont sous-estimé le score de Gleason chez 39,6 % des patients (21/53) contre 23 % (12/53) pour les BPc ($p = 0{,}09$). L'association BPs et BPc comparée au BPs seules, sous-estimaient significativement moins le score de Gleason (16,9 %, 9/53, $p = 0{,}016$) (Fig. 1) (Tableaux 1 et 2).

Conclusion La réalisation de BPc a montré une meilleure estimation du score de Gleason. De plus, l'association BPs et BPc est le protocole le plus précis pour l'évaluation pré-thérapeutique du score de Gleason. Une évaluation plus précise de l'agressivité des cancers de prostate est indispensable lors de la prise en charge curative des patients.

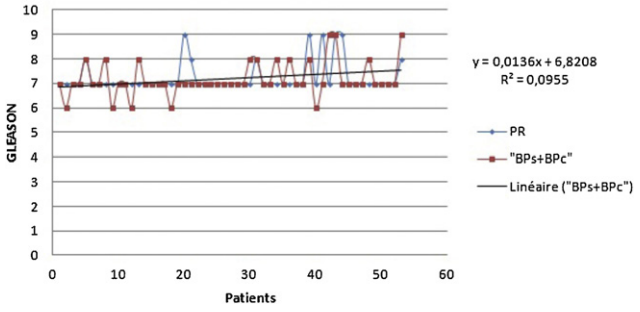

Figure 1 Corrélation score de Gleason BPs + BPc et PR.

Tableau 1 Concordance entre le score de Gleason des biopsies et l'anatomopathologie des PR.

	PR			
	Gleason 6	Gleason 7	Gleason 8 et +	Total
BPs				
No CaP	0	3	1	4
G6	**0**	12	2	14
G7	0	**27**	3	30
G8 et +	0	2	**3**	5
Total	0	44	9	**53**
BPc				
No CaP	0	2	0	2
G6	**0**	6	0	6
G7	0	**29**	4	33
G8 et +	0	7	**5**	12
Total	0	44	9	**53**
BPs + BPc				
No CaP	0	0	0	0
G6	**0**	5	0	5
G7	0	**32**	4	36
G8 et +	0	7	**5**	12
Total	0	44	9	**53**

Tableau 2 Taux de concordance, sur-estimation et sous-estimation du Gleason entre BPs, BPc, BPs + BPc et PR.

	BPc / PR	p-value BPs vs BPc	BPs / PR	p-value BPs/BPc vs BPs	BPc+BPs / PR
Concordance Gleason	64,1% (34/53)	0,43	56,6% (30/53)	0,22	69,8% (37/53)
Sur-estimation Gleason	13,2% (7/53)	0,16	3,8% (2/53)	0,16	13,1% (7/53)
Sous-estimation Gleason	22,6% (12/53)	0,09	39,62% (21/53)	**0,016**	16,98% (9/53)

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.065

CO-60

Prédiction du score de Gleason par l'association biopsies randomisées + ciblées avec fusion échographie-IRM

G. Fiard[1,*], J. Descotes[2], Q. Franquet[2], D. Poncet[2], J. Rambeaud[2], J.-A. Long[2]

[1] *Service d'urologie et de la transplantation rénale, CHU de Grenoble, Grenoble, France*

[2] *CHU de Grenoble, Grenoble, France*

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : GFiard@chu-grenoble.fr (G. Fiard)

Objectifs À l'heure où un consensus commence à émerger dans la définition du cancer de prostate cliniquement significatif (Gleason ≥ 7), la précision de prédiction du score de Gleason pathologique par les biopsies est plus que jamais primordiale. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport des biopsies ciblées avec fusion échographie-IRM pour la prédiction du score de Gleason.

Méthodes Entre novembre 2011 et novembre 2016, 12 biopsies randomisées associées à 2 biopsies ciblées d'une ou 2 zones suspectes IRM (3 T, multiparamétrique) ont été réalisées à l'aide de l'Urostation® (Koelis) chez 150 patients consécutifs, parmi lesquels 100 (67 %) ont eu un diagnostic de cancer de prostate. Les données de 51 patients traités par prostatectomie radicale ont été incluses dans l'analyse. La répartition des scores de Gleason biopsiques et pathologiques sont présentés dans la Fig. 1.

Résultats Le score de Gleason était correctement prédit par l'association biopsies randomisées + ciblées dans 28 cas (55 %), une sous-estimation du score de Gleason était notée dans 17 cas (33 %) et une sur-estimation dans 6 cas (12 %). L'ajout des biopsies ciblées a permis le diagnostic alors que les biopsies randomisées étaient négatives dans 4 cas et une correction du score de Gleason sous-estimé par les biopsies randomisées dans 1 cas. Le détail des scores de Gleason biopsiques et pathologiques correspondants est présenté dans la Fig. 2. Dans 8 cas (16 %), un score de Gleason biopsique = 6 (3 + 3) aurait pu faire conclure à tort à un cancer cliniquement non significatif [Gleason sur pièce de prostatectomie = 7 (3 + 4) $n = 5$; 7 (4 + 3) $n = 2$, 8 (4 + 4) $n = 1$]. Les scores PIRADS [V1 médiane 14 (12—15), V2 5 (4—5)] de ces patients dont le Gleason a été sous-évalué étaient en faveur de lésions de Gleason élevé.

Conclusion L'association des biopsies ciblées aux biopsies randomisées ne met pas à l'abri d'une sous-estimation du score de Gleason qui survient dans un peu plus de 30 % des cas. Néanmoins considérant la seule classification du cancer comme significatif ou non en se basant uniquement sur le score de Gleason, cette sous-estimation porte à conséquence dans seulement 16 % des cas dans cette série.

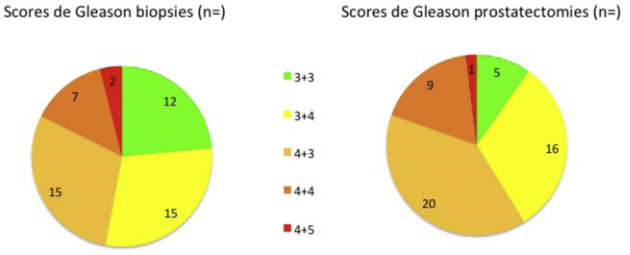

Figure 1 Répartition des scores de Gleason.

Scores de Gleason prostatectomies

Scores de Gleason biopsies	3+3	3+4	4+3	4+4	4+5
3+3	4	5	2	1	
3+4		8	7		
4+3	1	3	9	2	
4+4			1	6	
4+5			1		1

Figure 2 Scores de Gleason biopsiques et pathologiques correspondants.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.066

CO-61

Détection du cancer de prostate chez des patients avec une IRM « normale »

J. Guillotreau[1,*], M. Roumiguié[2], B. Bordier[1], J.-B. Beauval[2], V. Misraï[1], E. Bruguiere[1]
[1] *Clinique Pasteur, Toulouse, France*
[2] *CHU de Toulouse, Toulouse, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : jguillotreau@clinique-pasteur.com (J. Guillotreau)

Objectifs L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux de cancer de prostate chez des patients ayant une IRM « normale » (Pi-RADS < 3).
Méthodes De janvier 2012 à mai 2017, parmi les 950 hommes qui ont eu une série de biopsies prostatiques (JG + EB), 59 hommes (âge médian 61,5 ans ; PSA médian 6,0 ng/mL ; densité PSA médiane 0,13) ayant une IRM préopératoire « normale » (Pi-RADS < 3) et un toucher rectal non suspect ont eu 12 biopsies systématisées dans 68 cas. Au total, 16,9 % ($n = 10$) d'entre eux étaient en surveillance active et 22,0 % ($n = 13$) avaient déjà eu une série de biopsies négatives.
Résultats Le taux de détection de CaP était de 33,4 % ($n = 23$) pour tous les cancers confondus, de 61,5 % chez les patients en surveillance active, de 37,8 % chez les patients naïfs et de 10,0 % chez les patients ayant déjà eu une série de biopsies. La médiane de longueur tumorale était de 3 mm (2—8). Quatorze (53,8 %) des cancers étaient insignifiants selon les critères d'Epstein. Seuls 3 patients présentaient un CaP de Gleason ≥ 7 et tous étaient Gleason 7 (3 + 4). Sur les 3, deux patients ont eu une prostatectomie radicale avec un adénocarcinome de stade pT2 et de score de gleason définitif 6 (3 + 3). Aucun facteur prédictif de cancer de prostate n'a été retrouvé en analyses univariée et multivariée. La valeur prédictive négative (VPN) de l'IRM « normale » était de 61,8 % pour tous les cancers et de 95,6 % pour les cancers de Gleason ≥ 7.
Conclusion L'IRM « normale » (Pi-RADS < 3) a une grande valeur prédictive négative (95,6 %) pour les cancers significatifs. Dans notre étude, ne pas réaliser de biopsies de prostates chez ces patients aurait laisser passer 26 cas de CaP, dont seulement 3 de Gleason ≥ 7. Cependant, des études restent nécessaires pour déterminer la place de l'IRM dans l'évaluation du risque de cancer de prostate.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.067

CO-62

Évaluation de la détection tumorale intraprostatique du TEP 68Ga-PSMA : corrélation histologique sur pièce de prostatectomie radicale

A. El Hajj*, M. Mansour, S. Nassif, A. Abi Ghanem, R. Khauli, M. Bulbul, H. Hussain, M. Haïdar
American University of Beirut Medical Center, Beyrouth, Liban
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : alberthajj@gmail.com (A.E. Hajj)

Objectifs L'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA) est exprimé1000 fois plus au sein des tissus tumoraux que dans les cellules prostatiques normales. L'introduction du TEP 68Ga-PSMA a ainsi permis une meilleure détection des récidives locales et métastases tumorales après un traitement local initial en comparaison au TEP choline. Peu d'études ont évalué son rôle dans la détection de tumeur intra-prostatique.
Méthodes Entre mars 2016 et avril 2017, les données des patients ayant eu un TEP 68Ga-PSMA dans le bilan d'extension avant prostatectomie radicale ont été revues. Les zones prostatiques ont été divisées en 20 segments représentées en forme de schéma cartographique (Fig. 1). Les coupes histologiques et l'imagerie ont été revues par un anatomopathologiste et un radiologue nucléaire experts, et toutes les zones tumorales prostatiques ont été notées sur le schéma. La limite de détection SUV ≥ 3 a été utilisée. La corrélation entre les données histologiques et radiologiques est effectuée (Fig. 2). La sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN) du test sont calculés.
Résultats Au total, 280 segments prostatiques chez 14 patients sont évalués. Les données cliniques et pathologiques des patients sont exposées dans le Tableau 1. À l'examen histologique, 125/280 segments étaient atteints de cancer. Le TEP 68Ga-PSMA était suspect pour 52/280 segments, cependant, 44/52 segments étaient confirmés à l'histologie comme cancer de prostate. Par ailleurs, sur les 155 segments négatifs à l'histologie, 147 étaient également négatifs au TEP. La sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative du TEP Ga PSMA était de 35 %, 95 %, 85 % et 64 %, respectivement.
Conclusion Cette étude confirme la spécificité du TEP Ga PSMA dans la détection des tumeurs intra-prostatiques. La sensibilité de cet examen était cependant basse, ceci pourrait être du à plusieurs facteurs dont le nombre élevé de segments évalués, l'inclusion de patients de risque faible et intermédiaire et la limite de détection SUV utilisée.