CO-103

Écologie et résistances aux fluoroquinolones dans les complications infectieuses urinaires fébriles (CIUF) après biopsies de prostate : étude rétrospective portant sur 466 biopsies

H. Duboureau[1,*], F. Saint[1], K. Achkar[2], J.L. Schmit[3], R. Stéphan[2]
[1] *CHU d'Amiens, Amiens, France*
[2] *GHPSO Creil, Creil, France*
[3] *CHU, hôpital sud Amiens, Amiens, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : hduboureau@gmail.com (H. Duboureau)

Objectifs La SPILF a rapporté en 2014 une augmentation importante des résistances aux fluoroquinolones pour l'*Escherichia coli* (3 à 25 %), or cette bactérie est celle qui est la plus fréquemment rencontrée dans les infections urinaires communautaires (70—80 %). Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'évolution de la fréquence des infections urinaires fébriles après biopsies prostatiques, d'en définir l'écologie et le profil de résistance.
Méthodes Étude rétrospective monocentrique, conduite pour les années 2012 à 2015, et ayant évalué une série de 466 biopsies prostatiques échoguidées. Tous les patients ont été pris en charge selon les recommandations de l'AFU (Ouzzane et al., 2011). Nous avons évalué, pour tous les patients inclus, s'ils avaient présenté un syndrome fébrile, des signes fonctionnels urinaires ou un point d'appel clinique ou biologique, évocateurs d'une infection urinaire et ayant conduit à la réalisation d'un examen cytobactériologique des urines (ECBU) et d'hémocultures, dans les 30 jours suivants la réalisation du geste.
Résultats Parmi les 466 biopsies réalisées, sept complications infectieuses ont été rapportées (6 prostatites, une orchite), soit 1,5 %. Cinq infections à *E. coli* ont été identifiées, dont deux souches résistantes aux fluoroquinolones (40 %). Aucun germe n'a pu être identifié pour deux patients.
Conclusion Les complications infectieuses fébriles après biopsie de prostate sont rares (1,5 %). L'*E. coli* est le germe le plus fréquemment identifié avec 40 % de résistance aux fluoroquinolones dans notre expérience.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.109

CO-104

Comparaison de deux protocoles d'antibioprophylaxie pour la biopsie de la prostate : prophylaxie empirique versus prophylaxie ciblée selon la culture rectale

A. Saadi[1,*], A. Bouzouita[1], K. Ben Gayed[2], A. Jendoubi[2], A. Rehaiem[3], W. Kerkeni[1], H. Ayed[1], M. Cherif[1], R. Ben Slama[1], I. Boutiba[3], A. Derouiche[1], M. Chebil[1]
[1] *Service d'urologie, CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*
[2] *Service d'anesthésie et réanimation, CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*
[3] *Laboratoire de microbiologie, CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : dr.saadi.ahmed@gmail.com (A. Saadi)

Objectifs Les bactéries résistantes aux fluoroquinolones (FQ) ont été fréquemment identifiées comme causes de complications infectieuses après biopsie de la prostate (BP). L'objectif de ce travail d'étudier la prévalence du portage digestif de bactéries résistantes aux FQ chez des patients proposés pour BP et d'étudier l'intérêt de la prophylaxie ciblée selon la culture rectale sur le taux de complications infectieuses après BP.
Méthodes Il s'agit d'une étude prospective qui a randomisé 92 patients proposés pour BP en deux groupes. Groupe I : les patients recevaient une antibioprophylaxie empirique par la ciprofloxacine. Groupe II : un écouvillonnage rectal était réalisé 10 jours avant la BP et ces patients recevaient une antibioprophylaxie adaptée selon la culture rectale. La prévalence du portage digestif en germes résistants aux FQ et les mécanismes de résistance étaient étudiés ainsi que les facteurs de risque de portage de germe résistants. Une étude comparative de l'incidence des complications après la BP dans chaque groupe était réalisée ainsi que les souches responsables de complications infectieuses.
Résultats Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge, le volume de la prostate, le taux de PSA, le nombre de carottes de biopsie de la prostate, et le score de comorbidité de Charlson. Pour les patients du groupe II, on a retrouvé 45 % de résistance aux FQ. Les patients ayant une culture résistante aux FQ avaient plus d'antécédents d'infection urinaire et de prise d'antibiotiques au cours des six derniers mois ($p = 0{,}032$, $p = 0{,}018$, respectivement). Le taux de complication infectieuse après BP était de 18,7 % dans le groupe I et 4,7 % dans le groupe II ($p = 0{,}04$). Dans le groupe I, les infections après BP étaient secondaires à des *E. coli* productrices de BLSE dans 70 % des cas.
Conclusion La prévalence du portage digestif de bactéries résistantes aux FQ chez les patients proposés pour BP était élevée et les principaux facteurs de risque de résistance étaient l'antécédent d'infection urinaire et la prise d'antibiotiques au cours des six derniers mois. L'utilisation d'une antibioprophylaxie adaptée à la culture rectale a considérablement abaissé notre taux de complication infectieuse après BP.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.110

HBP Laser : aspects médicaux et conséquences fonctionnelles

CO-105

Risque de cancer de la prostate de haut grade après 2 ans d'utilisation de 5-ARI dans le traitement de l'hyperthrophie bénigne de la prostate

L. Scailteux[1,*], F. Balusson[1], E. Nowak[2], S. Vincendeau[1], N. Rioux-Leclercq[1], E. Oger[1]
[1] *CHU de Rennes, Rennes, France*
[2] *CHU de Brest, Brest, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : luciemarie.scailteux@chu-rennes.fr (L. Scailteux)

Objectifs Le risque de survenue de cancer de la prostate de haut grade après utilisation d'inhibiteur de la 5-alpha reductase (5-ARI) demeure controversé entre les différents essais cliniques randomisés (PCPT, REDUCE) et les études observationnelles.
Évaluer l'association entre l'utilisation de 5-ARI et la survenue de cancer de la prostate (et en particulier de haut grade, Gleason 8—10).
Méthodes Design : étude cas-témoin nichée dans une cohorte. Data source : Base de données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) couplée aux données des laboratoires d'anatomopathologie de Bretagne. Participants : parmi les 74 596 hommes vivant en Bretagne avec au moins un remboursement d'une spécialité indiquée dans

le traitement médical de l'hypertrophie bénigne de la prostate (5-ARI, alphabloquant ou phytothérapie) identifiés entre 2010 et 2011, 859 cas incidents de cancer de la prostate ont été identifiés entre 2012 et 2013, et liés à la base de données anapath pour identifier le score Gleason ; 5 témoins ont été attribués par cas, matchés sur l'âge. Mesure statistique : *odds ratio* conditionnel ajusté pour estimer le risque de cancer de prostate de haut grade (Gleason 8—10).

Résultats Notre analyse a porté sur 1053 hommes traités par 5ARI (191 cas et 862 témoins) et 4101 recevant un autre traitement médicamenteux (69 % utilisant un alphabloquant). *Odds ratio* (OR) ajusté de cancer de prostate de haut grade : 1,52 (IC95 %, 0,96—2,42) chez les hommes exposés aux 5-ARI comparativement aux hommes recevant un autre traitement médicamenteux. Augmentation du risque avec augmentation de la durée d'exposition aux 5-ARI : OR à 0,64 pour < 1 an, à 0,86 pour 1—2 ans de traitement, à 1,94 (IC95 % 1,05—3,61) après 2 ans de traitement.

Conclusion Nos résultats indiquent une augmentation du risque de cancer de la prostate de haut grade (Gleason 8—10) chez les utilisateurs à long terme (> 2 ans) de 5-ARI comparativement aux patients recevant un autre traitement médicamenteux. Cette information doit être prise en compte lors de la prise en charge d'une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique.

Déclaration de liens d'intérêts Fondation pour la recherche médicale, FRM : nº D-2013-1228948.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2017.07.111

CO-106

Stéroïdes sexuels dans le sérum et le tissu prostatique de la prostate humaine non cancéreuse (Essai STERPROSER)

Y. Neuzillet[1,*], J. Raynaud[2], C. Radulescu[3], J. Fiet[4], F. Giton[4], J. Dreyfus[5], H. Botto[6], 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] *Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*

[3] *Hôpital Foch, service d'anatomopathologie, Suresnes, France*

[4] *Inserm U955, Eq07, centre de recherches chirurgicales, Créteil, France*

[5] *Hôpital Foch, département de la recherche clinique et de l'innovation, université de Versailles—Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des Sciences de la Santé Simone-Veil, Suresnes, France*

[6] *Hôpital Foch, service d'urologie, Suresnes, France*

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : y.neuzillet@hopital-foch.org (Y. Neuzillet)

Objectifs Les concentrations intraprostatique des stéroïdes sexuels et leurs corrélations aux concentration sériques ont fait l'objet d'études parcellaire avec des méthodologies de dosage critiquables. L'objectif de l'essais STERPROSER a été rechercher des différences dans les concentrations des stéroïdes sexuels dans le plasma et des échantillons chirurgicaux frais de prostate centrale bénigne selon le volume de la prostate.

Méthodes Étude prospective monocentrique réalisée entre septembre 2014 et janvier 2017. L'âge, les paramètres de l'obésité et les concentrations sériques et intraprostatiques des stéroïdes sexuels ont été recueillis et mesurés par spectrométrie de masse en phase gazeuse respectant les dernières directives dans le domaine. Les calculs statistiques ont été ajustés pour l'âge et l'indice de masse corporelle (IMC).

Résultats Trente-deux patients, répartis de manière égale entre les groupes de prostate de volume normal (< 50 g) et élevé (≥ 50 g), ont été inclus dans l'analyse. Les patients prostatiques à volume élevé étaient plus âgés, plus lourds et avaient un IMC plus élevé. La comparaison ajustée en fonction de l'âge et de l'IMC a montré une plus grande concentration de DHT dans les prostates de volumes élevés. Les tissus prostatiques de volumes normaux et élevés concentraient les stéroïdes sexuels d'une manière similaire. La comparaison des rapports des marqueurs substituts de l'activité enzymatique dans le tissu a mis en évidence des rapports testostérone totale/estrone et testostérone totale/estradiol similaires, et un rapport DHT/estrone plus élevé et un rapport DHT/PSA plus faible dans les prostates à volume élevé (Tableaux 1 et 2).

Conclusion L'essai STERPROSER fournit des preuves d'une activité plus élevée des enzymes 5-alpha réductase, ce qui conduit à une concentration plus élevée de DHT dans les prostates de volumes élevés. L'activité comparée de l'aromatase selon le volume de la prostate suggère une affinité enzymatique plus élevée de la 5-alpha-réductase pour la testostérone et/ou une affinité enzymatique inférieure de l'aromatase pour la testostérone dans les prostates de volumes élevés.

Tableau 1 Comparaison des caractéristiques des patients et des concentrations de composés dans le sérum et le tissu prostatique, selon le volume e la prostate.

		Prostates de volumes élevés (≥ 50g) (médiane [IC95%])	Prostates de volumes normaux (< 50 g) (Médiane [IC95%])	p=
	Age (années)	**69.1 [66.2-72.2]**	**64.5 [61.6-67.9]**	**0.050**
	Taille (cm)	175 [172-177]	174 [170-178]	0.73
	Poids (kg)	**83.4 [78.4-88.2]**	**74.5 [69.2-79.8]**	**0.032**
	IMC (kg/m²)	**27.3 [25.7-29.0]**	**24.6 [23.3-26.0]**	**0.023**
	Masse grasse (%)	26.7 [23.2-29.9]	23.1 [20.1-26.1]	0.14
	Circonférence abdominale (cm)	**104 [99-109]**	**95 [91-100]**	**0.026**
	Volume prostatique (g)	**69.5 [53.5-85.5]**	**30.4 [20.4-40.3]**	**0.0185**
Sérum (S)	FSH (mUI/mL)	6.4 [4.2-8.4]	12.1 [6.0-16.5]	0.051
	LH (mUI/mL)	4.7 [3.1-6.0]	6.8 [4.7-8.7]	0.10
	SHBG (µg/mL)	2.9 [2.3-3.4]	3.7 [2.3-4.7]	0.29
	PSA (ng/mL)	**8.1 [4.2-11.2]**	**1.9 [1.0-2.5]**	**0.0001**
	FreeT (ng/mL)	0.08 [0.06-0.09]	0.07 [0.06-0.09]	0.91
	BT (ng/mL)	1.2 [1.0-1.4]	1.2 [1.0-1.4]	0.92
	DHEA (ng/mL)	2.0 [1.2-2.7]	2.9 [2.1-3.6]	0.51
	DHT (ng/mL)	0.4 [0.3-0.5]	0.4 [0.3-0.5]	0.51
	TT (ng/mL)	4.4 [3.6-5.3]	5.0 [4.1-6.0]	0.36
	Δ5 (ng/mL)	0.7 [0.5-0.9]	0.8 [0.6-0.9]	0.45
	E1 (pg/mL)	39 [32-45]	48 [42-54]	0.07
	E2 (pg/mL)	26.2 [23.4-29.0]	28.7 [24.3-32.7]	0.35
	DHEAs (ng/mL)	125 [86-164]	166 [126-205]	0.30
Tissu (T)	DHEA (ng/g)*	24.2 [7.1-41.3]	44.9 [27.8–62.0]	0.36
	DHT (ng/g)	**6.1 [5.5-6.7]**	**5.1 [4.5–5.7]**	**0.005**
	TT (ng/g)	0.43 [0.24-0.61]	0.47 [0.29–0.66]	0.81
	Δ5 (ng/g)	1.0 [0.7-1.4]	1.3 [0.9–1.6]	0.45
	E1 (pg/g)	316 [0-956]	1250 [610–1891]	0.13
	E2 (pg/g)	15.5 [11.5-19.4]	22.6 [16.4–28.3]	0.07
	DHEAS (ng/g)	**12.5 [8.6-16.4]**	**16.6 [12.6–20.5]**	**0.027**

* Les résultats obtenus ont été donnés en microgrammes par 100 ml d'échantillon, puis converti en unité ng / g, car 1 ml d'échantillon pèse environ 1 g.

Tableau 2 Caractéristiques clinicopathologiques et concentrations sériques préopératoires 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