

Tableau 1

	Cancer significatif	Cancer non significatif	p
Age moyen années	68,4 ± 6,6	66,4 ± 6,7	0,054
DPSA moyen ng/ml <sup>2</sup>	0,27 ± 0,39	0,15 ± 0,12	<0,001
PSA moyen ng/ml	11,2 ± 12,8	7,8 ± 6,0	0,02
Carotte positive max mm	5,6 ± 3,7	3,6 ± 3,3	0,003
Nb TR anormal >T1 (%)	9 (16,4)	39 (21,4)	0,41
Nb PIRADS ≥4 (%)	28 (93,3)	59 (83,1)	0,22
	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
DPSA moyen ng/ml <sup>2</sup>	9,55	0,1-163,2	0,35
PSA moyen ng/ml	0,97	0,85-1,11	0,69
Carotte positive max mm	1,16	1,02-1,34	0,025

DPSA : densité PSA ; DPSA : densité du PSA ; Nb : nombre de patients ; TR : toucher rectal ; OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

Tableau 2

	BS	p	BC	BC/BS	p
N avec un cancer (%)	143 (59,3)	<0,001	102 (42,3)	160 (66)	<0,001
N CS (%)	70 (29,5)	0,145	55 (22,8)	85 (35)	<0,001
Moyenne %ET (%)	7,19 (8,35)		21,48 (20,04)		<0,001
Carotte positive max (%)	4,56 (3,49)		4,62 (3,49)		0,996
Moyenne LT (mm)	10,42 (11,05)		8,76 (9,79)		0,316
N Gleason ≥ 3+4 (% cancer)	70 (48,9)		55 (53,4)		0,58

BS : groupe biopsies standards ; BC : groupe biopsies ciblées ; N : nombre de patients ; CS : cancer significatif ; %ET : pourcentage envahissement tumoral ; LT : longueur tumorale ; %cancer : pourcentage des cancers.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.088>

**CO-42**

**Utilité de la micro-échographie haute fréquence pour réaliser des biopsies prostatiques ciblées avec fusion d'images performantes**



P. Martel\*, T. Tawadros, R. Burruni, A. Rakauskas, J. Meuwly, S. La Rosa, P. Jichlinski, M. Valerio

Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [paul.martel@chuv.ch](mailto:paul.martel@chuv.ch) (P. Martel)

**Objectifs** Les biopsies ciblées avec fusion d'image sont incontournables pour une stratification fiable du risque oncologique d'un cancer de la prostate présumé localisé à l'IRM. Nous avons évalué

la performance de la micro-échographie (mUS) transrectale haute résolution 29 MHz (ExactVu) avec fusion embarquée pour guidage des biopsies.

**Méthodes** Inclusion rétrospective de patients ayant subi des biopsies ciblées avec fusion IRM/mUS entre mai 2018 et mars 2019. Les biopsies ont été effectuées par voie transrectale ou transpérinéale. Relecture systématique des IRM par un radiologue expert. L'échographie est enregistrée pour relecture indépendante et les cibles comparées de manière standardisée à l'IRM. Les biopsies de cibles sont complétées de prélèvements systématiques. Statistiquement, le cancer a été considéré cliniquement significatif à partir d'un score de Gleason individuel de 4 et/ou d'une longueur totale de cancer ≥ 10 mm.

**Résultats** Dix-neuf patients ont été exclus en raison d'imagerie incomplète ou de traitement antérieur. Cent quarante-huit patients, âge médian 67 ans (60–71) et PSA médian de 7 ng/mL (4,6–10,4) ont été inclus. Quatre-vingt-deux (55 %) n'avaient jamais eu de biopsie, 24 (16 %) avaient eu de précédentes biopsies négatives, 34 (23 %) étaient sous surveillance active et 8 (5 %) subissaient une biopsie de stratification. Les scores PIRADS étaient 1–2 chez 38 (26 %) patients, 3 chez 6 (4 %) et 4–5 chez 104 (70 %). Un cancer significatif a été identifié chez 79 patients (53 %), non significatif chez 14 (10 %) et aucun cancer chez 55 (37 %). Soixante-six (75 %) des 88 lésions postérieures PIRADS ≥ 3 étaient visibles en mUS et 36 lésions supplémentaires sont détectées avec : 9 (25 %) cliniquement significatives, 8 (22 %) non significatives et 19 (53 %) faux positifs.

**Conclusion** Notre étude suggère que les biopsies prostatiques guidées par mUS pourraient augmenter le taux de détection de cancers significatifs. En effet, la capsule postérieure est finement visualisée et la grande majorité des lésions sont identifiées. Ainsi et sous réserve d'études complémentaires, le sous-diagnostic lié à une fusion imprécise pourrait être minimisé.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.089>

**CO-43**

**Biopsies de prostate dirigées par IRM avec une sonde de très haute fréquence (29 MhZ) : une alternative à la fusion d'images**



A. Lefevre<sup>1,\*</sup>, F. Cornud<sup>1</sup>, P. Camparo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Imagerie Tourville, Paris, France

<sup>2</sup> Centre de pathologie, Amiens, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [arnaudlefevre2@gmail.com](mailto:arnaudlefevre2@gmail.com) (A. Lefevre)

**Objectifs** L'incorporation des données de l'IRM pour guider une biopsie de prostate augmente le taux de détection des cancers significatifs (sCa). La fusion d'images a des limites reconnues dans la précision du ciblage. Le guidage IRM direct est précis, mais n'est pas facilement disponible. L'échographie de très haute fréquence (micro-échographie), utilisée après l'IRM pourrait pallier les limites des deux autres techniques.

**Résultats** Cinquante-huit lésions situées dans zone périphérique dans 71 % des cas étaient observées à l'IRM et visibles à la micro-échographie dans 90 % des cas (52/58, 90 %). Le score PIRADS était de 3, 4, 5, dans respectivement 19 % (10/52), 60 % (31/52) et 21 % (11/52) des cas. Le taux de détection respectif de sCa était de 20, 68, et 91 %. Les 6 lésions visibles à l'IRM et invisibles à la micro-échographie (6/58, 10 %) étaient dans la zone périphérique dans 4 cas et avaient un score PIRADS 3 dans 5 des 6 cas, sans sCa décelé dans ce groupe. Treize lésions étaient visibles à la micro-échographie et invisibles à l'IRM. Le taux de détection de sCa était de 31 % (4/13) : une extension controlatérale de la lésion index dans un cas et nodule distant dans trois cas.