

Conclusion Pour les lésions focales PIRADS >2, la valeur localisatrice de la micro-échographie en fait une alternative fiable à la fusion d'images. Pour les lésions PIRADS 3 invisibles à l'échographie, l'absence de cancer significatif décelé suggère de s'abstenir d'une biopsie immédiate.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.090>

CO-44

Biopsies prostatique transpérinéale ciblée en fusion élastique : intérêt dans le primo-diagnostic d'un cancer de la prostate et dans la restadification d'un cancer diagnostiqué par biopsie transrectale

B. Covin^{1,*}, S. Pericard², P. Graff², J. Khalifa², R. Aziza², G. Ploussard², O. Meyrignac², D. Portalez², B. Malavaud², M. Roumiguié¹

¹ CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

² IUCT Oncopole, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand.covin@gmail.com (B. Covin)

Objectifs L'imagerie IRM permet d'orienter l'évaluation biopsique du cancer de la prostate. La question posée est celle des performances de la voie transpérinéale selon la localisation de la cible chez des patients n'ayant pas eu de biopsie préalable ; chez les patients déjà biopsiés, se pose la question de l'intérêt de la biopsie transpérinéale en fusion élastique (TPB) dans la stratification du risque de cancer de la prostate de risque faible à intermédiaire détecté par biopsie transrectale-échographique lorsque les estimations du grade et du volume de cancer ne sont pas cohérentes avec l'IRM.

Méthodes Les patients en situation de primo-diagnostic n'avaient jamais été biopsiés, et présentaient une cible sur l'IRM prostatique multiparamétrique de score PIRADS v2 ≥ 3 Les patients référés pour une surveillance active ou une prise en charge d'organe conservatrice ont été revus collégalement pour évaluer la cohérence des résultats de la biopsie transrectale et de l'IRM, et une biopsie transpérinéale guidée par l'image a été organisée pour les cas discordants. Un seul binôme radiologue-urologue réalisait les biopsies transpérinéales guidées par l'image en fusion élastique, sous anesthésie locale ou générale. Le geste était réalisé à l'aide de la station Trinity, de Koelis (Meylan, France).

Résultats Entre janvier 2018 et mars 2019, 175 patients ont été accueillis dans notre centre pour une biopsie prostatique transpérinéale. Quarante-huit d'entre eux n'avaient jamais eu de biopsie prostatique. Soixante et onze autres patients ont eu besoin d'une TPB pour la stratification du risque. Concernant les patients en primo-diagnostic, la rentabilité diagnostique était identique pour les lésions antérieures et postérieures (70 %), sans différence sur les longueurs tumorales maximales et cumulées (Tableau 1). Concernant les patients en situation de restadification, les longueurs tumorales maximales dans la cible étaient plus importantes pour TPB [moyenne (IC95 %) : 4,9 (3,7–7,1) vs 2,4 mm (2–2,9), $p=0,0004$], comme les longueurs tumorales totales [16,3 (11,3–21,4) vs 3,6 mm (2,7–4,5), $p<0,0001$] que pour la biopsie transrectale. Quarante-trois patients étaient en surveillance active, 28 en attente de décision. Quatorze sur 43 (32,5 %) patients en surveillance active ont été traités par prostatectomie totale ($n=6$) ou par rayonnements ionisants ($n=8$). Chez 28 patients non encore assignés, la stratification du risque par TPB a confirmé le choix d'un traitement à visée curative chez 24 (24/28, 85,7 %) : 9 patients traités par prostatectomie totale, 15 par rayonnements ionisants (Fig. 1).



Conclusion La biopsie prostatique transpérinéale a une rentabilité diagnostique d'environ 70 % dans la situation de primo-diagnostic, avec des performances diagnostiques indépendantes de la localisation antérieure ou postérieure de la cible. Dans la situation de restadification, la réévaluation du volume et du grade du cancer a fourni plus de matériel pour le pathologiste, et a orienté la majorité des patients vers des groupes à risque plus élevé et des traitements à visée curative.

Tableau 1 Résultats selon la situation des lésions chez les patients en primo-diagnostic.

	Lésions antérieures et de l'apex	Lésions postérieures	
Nombre de carottes, médiane (IQR)	8 (6–10,7)	8 (6–10)	
Anesthésie locale, n (%)	25/30 (83 %)	12/18 (66,7 %)	
Anesthésie générale, n (%)	5/30 (17 %)	6/18 (33,3 %)	
Biopsies positives, n (%)	21/30 (70 %)	13/18 (72 %)	
Biopsies négatives, n (%)	9/30 (30 %)	5/18 (28 %)	
Longueur tumorale maximale (mm), moyenne (IC95 %)	10,1 (7,9–12,4)	9,5 (6,4–12,6)	$p=0,7$
Longueur tumorale cumulée (mm), moyenne (IC95 %)	40 (26,3–53,5)	27,8 (18,8–36,8)	$p=0,12$

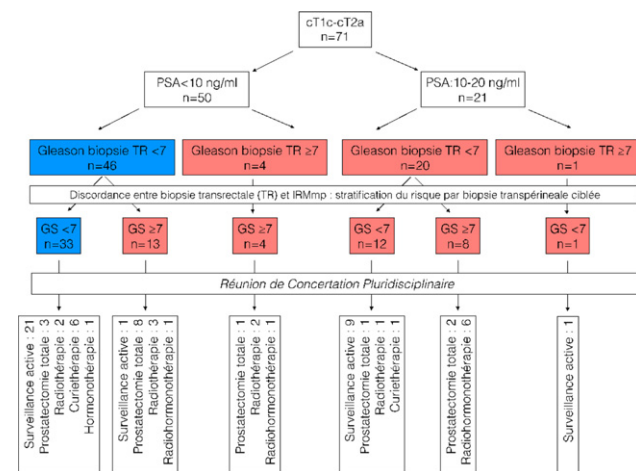


Fig. 1 Caractéristiques des patients avant et après stratification du risque par biopsie transpérinéale en fusion élastique. Bleu : faible risque selon d'Amico, rouge : risque intermédiaire selon d'Amico.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.091>

CO-45

Faut-il encore biopsier les patients avec IRM prostatique normale ? Sur la piste de facteurs prédictifs de cancer prostatique

T. Nguyen^{1,*}, A. Fourcade², C. Payrard-Starck², V. Tissot², J. Marolleau², L. Doucet², C. Lucas², C. Deruelle², V. Joulin², G. Fournier², A. Valeri²

¹ Jean-Godinot, Reims, France

² CHRU de Brest, Brest, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : truongan.nguyen1@gmail.com (T. Nguyen)

Objectifs Chez les patients à IRM normale, la question se pose ne pas effectuer de biopsies prostatiques (BP), du fait de la valeur



prédictive négative de l'IRM (90–95 %). Des facteurs prédictifs de cancer prostatique (CaP) restent à établir. Cette étude a pour objectif de décrire la prévalence des CaP chez des patients avec IRM normale et de rechercher des critères prédictifs de CaP.

Méthodes De juin 2013 à avril 2018, nous avons réalisé une étude descriptive monocentrique chez tous les patients avec une IRM multiparamétrique normale ayant bénéficié de BP écho-guidées avec fusion élastique écho-IRM utilisant UroStation™ (Koelis, Grenoble, France). Le critère de jugement principal était la présence de CaP significatif (CaP-S) (CaP ISUP ≥ 2). Les critères d'évaluation secondaire étaient l'âge, le PSA, la densité du PSA (dPSA), le volume prostatique à l'IRM, et les antécédents de BP. L'analyse statistique était réalisée en univariée.

Résultats Nous avons inclus 110 patients, tous avaient une IRM normale. La prévalence de CaP-S était de 5,45 % (Tableau 1). Un CaP-S était observé pour 3,4 % (3/88) des patients avec antécédent de BP contre 13,6 % (3/22) chez les patients sans antécédent ($p=0,09$) (Tableau 2). La prévalence de CaP-S était de 0 % (0/62) en cas de $dPSA < 0,15 \text{ ng/mL/cm}^3$ contre 14,6 % (6/41) pour une $dPSA \geq 0,15 \text{ ng/mL/cm}^3$ ($p < 0,05$) (Tableau 2). Avec une $dPSA \geq 0,15 \text{ ng/mL/cm}^3$, il y avait respectivement 8,8 % (3/34) et 42,8 % (3/7) de CaP-S chez les patients avec antécédent et sans antécédent de BP (Tableau 3).

Conclusion Nos résultats suggèrent que les BP pourraient être omises en cas d'IRM normale avec une faible densité de PSA, d'autant plus chez les patients avec un antécédent de BP. Pour le reste des patients, la prévalence de CaP-S reste non négligeable. Des études multicentriques à plus grande échelle seront nécessaires pour conforter cette stratégie.

Tableau 1 Prévalence et caractéristiques du CaP-S avec IRM normale.

IRM normale n= 110	CaP-S 6 (5,45%)	Non CaP-S 104 (94,55%)	p-value
Age	71	65	0,023
PSA	14	9,61	0,811
dPSA	0,22	0,16	0,035
Volume (IRM)	50	75,8	0,065
1ère série BP	3	19	0,093

Tableau 2 CaP-S selon Atcd de BP ou Dpsa.

IRM normale	CaP-S	Non CaP-S	Total	p-value
Avec Atcd BP	3 (3,4%)	85 (96,6%)	88	0,093
Sans Atcd BP	3 (13,6%)	19 (86,4%)	22	
dPSA < 0,15 ng/mL/cc	0 (0%)	62 (100%)	62	0,003
dPSA ≥ 0,15 ng/mL/cc	6 (14,6%)	35 (85,4%)	41	

Tableau 3 CaP-S selon Atcd de BP associé à la dPSA.

IRM Normale	CaP-S	Non CaP-S	Total
Avec Atcd BP (88)			
dPSA < 0,15	0 (0%)	49 (100%)	49
dPSA ≥ 0,15	3 (8,8%)	31 (91,2%)	34
ND	0 (0%)	5 (100%)	5
Sans Atcd BP (22)			
dPSA < 0,15	0 (0%)	13 (100%)	13
dPSA ≥ 0,15	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7
ND	0 (0%)	2 (100%)	2

ND : non disponible.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.092>

Transplantation - 1^{re} partie

CO-46 Cancer de la vessie et transplantation rénale



H. El kaddouri, A. Doerfler*, N. Broeders, J. Nortier, A. Lemoine, T. Quackels, T. Roumeguère
Hôpital Erasme, Bruxelles, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thierry.roumeguere@erasme.ulb.ac.be
(A. Doerfler)

Objectifs La transplantation rénale (TR) est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale. L'immunosuppression a permis des progrès considérables dans la maîtrise du rejet aigu mais reste un facteur de risque prépondérant de cancer après TR. Le but de notre étude était d'étudier l'incidence et la prise en charge des cancers de vessie (CV) chez les transplantés rénaux dans notre institution.

Méthodes Étude rétrospective descriptive monocentrique portant sur la population transplantée rénale entre janvier 1993 et décembre 2018. Les données démographiques des patients, la néphropathie initiale, les caractéristiques des CV et leurs traitements, les récides ainsi que les suivis ont été relevés. En cas de décès la causalité avec le CV était rapporté.

Résultats Vingt-sept patients sur 1586 transplantés (1,7 %) d'âge moyen 60,4 ans ($\sigma = 10,8$) ont présenté un carcinome urothélial dont 17 femmes. Le délai moyen entre la TR et le diagnostic de CV était de 8,9 ans ($\sigma = 4,4$). Une néphropathie aux acides aristolochiques (AA) était retrouvée chez 15 patientes. Dix-sept TVNIM (63 %), 10 TVIM (37 %) dont 4 (14,8 %) d'emblée métastatiques ont été enregistrées. Les traitements ont été conformes aux recommandations : chimiothérapie et/ou BCG local pour les TVNIM, cystectomie pour les TVIM et chimiothérapie systémique pour les CV métastatiques. Le pronostic était sombre en cas de TVIM et/ou métastatique avec 85 % de patients décédés. Huit patientes, toutes transplantées à cause des AA, ont présenté une ou plusieurs récides et 1 patiente a du avoir une cystectomie.

Conclusion L'incidence du cancer de vessie est élevée dans notre série de transplantés rénaux compte tenu de la prévalence élevée d'une néphropathie aux AA.

Leur prise en charge est similaire aux patients non transplantés. Une surveillance étroite adaptée est justifiée chez les transplantés pour néphropathie aux herbes chinoises compte tenu du risque élevé de récidence et de progression.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.093>