

12 % T2c. Sur la pièce opératoire, 43 % présentant un score de Gleason 7 (3+4), 42 % score 7 (4+3) et 7 % score 8 (5+3). Neuf pour cent des patients avaient un envahissement ganglionnaire et 37 % avaient des marges chirurgicales positives. Sur un suivi moyen de 9 ans, 41 % ont présenté une récurrence biologique dont 16 % précoce avant 12 mois ayant nécessité un traitement hormonal adjuvant et 25 % tardive ayant nécessité une radiothérapie. Aucune métastase n'a été diagnostiquée chez nos malades le long du suivi.

Conclusion La prostatectomie est recommandée en première ligne dans les pT3 pour des patients bien sélectionnés dans le cadre d'une approche multimodale. Elle offre un contrôle carcinologique et une permet survie sans récurrence et sans métastase. Cependant, un traitement adjuvant au cours de l'évolution de la maladie peut s'avérer nécessaire.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.136>

CO-90

Utilisation de la TEP Choline en 2019 : expérience monocentrique



K. Kaulanjan*, S. Beurrier, Y. Neuzillet, C. Radulescu, E. Lestanc, T. Leuret

Hôpital Foch, Suresnes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kevin.kaulanjan@gmail.com (K. Kaulanjan)

Objectifs Le bilan d'extension du cancer de la prostate repose sur la tomographie thoraco-abdomino-pelvienne et la scintigraphie osseuse. La tomographie par émission de positrons (TEP) a montré son efficacité dans la détection de lésions locales ou à distance. Notre objectif est d'évaluer l'utilisation en pratique clinique de la TEP marquée à la Fluorocholine (18FTDM/TEP) au sein d'un centre de haut volume.

Méthodes Nous avons inclus rétrospectivement, tous les patients présentant un cancer de prostate ayant eu une 18FTDM/TEP au sein du service de médecine nucléaire de notre centre. Les patients non suivis en urologie dans l'établissement étaient exclus. Les caractéristiques de la tumeur ainsi que le contexte de réalisation de la 18FTDM/TEP étaient précisés. Nous avons alors défini six situations cliniques différentes ; les cancers de prostate localisés, les cancers de prostatites localement avancées, les récurrences biologiques, les cancers de prostate métastatiques hormono-naïf (CPSC), les cancers hormono-résistants non métastatiques (CPRC M0) et les cancers hormono-résistants métastatiques (mCRPC).

Résultats De janvier 2011 à décembre 2017, 639 patients suivis pour un cancer de prostate ont eu une 18FTDM/TEP. L'âge moyen était de 68,49 ans [43–96]. Le PSA moyen au diagnostic était de 12,48 ng/mL [0,8–700]. Parmi les tumeurs évaluées par 18FTDM/TEP, 30,1 % étaient de score ISUP \geq 4. Les indications de 18FTDM/TEP ont été l'évaluation de cancers localisés, cancers localement avancés et les CPSC et CPRC dans 115 (18 %), 119 (18,6 %), 43 (6,7 %) et 32 (5 %) cas. Les indications conformes aux recommandations, c.-à-d. en situation de récurrence biologique, comptaient 298 (46,7 %) cas (Tableau 1).

Conclusion La 18FTDM/TEP n'est actuellement pas recommandée dans l'évaluation initiale du cancer de la prostate. Cependant, en pratique clinique, 43,3 % tomographie par émission de positrons marquées à la Choline sont réalisées en situation de prise en charge initiale. Les résultats oncologiques des décisions thérapeutiques prises à partir du résultat du TEP-TDM méritent donc d'être évalués prospectivement.

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction du stade clinique et de l'histoire du cancer de prostate.

	CaP localisé	CaP T \geq 3/N+	Rising PSA	CPSC	CPRC M0	mCRPC
Effectifs (%)	115 (18,0)	119 (18,6)	298 (46,7)	43 (6,7)	32 (5)	32 (5)
Age moyen (ans)	66	66,01	68,79	69,36	77,47	74,34
Score ISUP	20	4	28	1	3	3
1						
2	33	29	77	2	6	3
3	26	40	85	8	11	5
4	19	22	44	14	5	9
5	10	23	36	10	3	8
PSA moyen TEP (ng/mL)	12,5	17	2	32,5	13,46	5

CaP : cancer de prostate ; PSA : prostate specific antigen ; ISUP : International Society of Urothology ; CPSC : cancer de prostate hormonosensible ; CPRC : cancer de prostate résistant à la castration ; N+ : présence de nœud lymphatique atteint ; M : métastase ; PSA moyen TEP : PSA au moment de la réalisation de la TEP.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.137>

CO-91

Déteabilité de la TEP/TDM au 18F-DCFPyL pour le cancer prostatique en récurrence biochimique



G. Chaussé^{1,*}, N. Ben-Ezra², M. Stoopler², J. Levett², M. Anidjar¹, G. Abikhzer¹, S. Probst¹

¹ Hôpital général Juif de Montréal, Montréal, Canada

² Université McGill, Montréal, Canada

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.chausse@mail.mcgill.ca (G. Chaussé)

Objectifs La tomographie par émission de positron (TEP) au « prostate specific membrane antigen » (PSMA) croît en popularité compte tenu de son rôle dans l'évaluation du cancer de la prostate. Le radiotracer original, 68Ga-PSMA-11, a fait ses preuves quant à son utilité pour détecter le cancer précocement lors d'une récurrence biochimique ; Nous présentons ici la déteabilité d'un autre traceur, le 18F-DCFPyL.

Méthodes Les dossiers cliniques, les images et les rapports d'imagerie des TEP/TDM au 18F-DCFPyL ont été rétrospectivement revus pour tous les hommes, en récurrence biochimique ou connus métastatiques, afin de retracer les performances cliniques réelles des études TEP/TDM, effectuées sur un scanner hybride (Discovery ST, General Electric Medical Systems, Waukesha, WI, États-Unis) muni d'une TDM 16 barrettes. Les résultats de la TEP/TDM sont considérés « positifs » si au moins un site de maladie a été rapporté ; « négatifs » quand aucun site n'a été identifié.

Résultats Nous avons retenu 93 patients avec TEP au 18F-DCFPyL après au moins une ligne de traitement pour le cancer de la prostate. L'âge moyen était de 70,6 ans. L'antigène prostatique spécifique (APS) moyen au moment de la TEP était 4,57 nmol/L (min 0,07 nmol/L ; max 51,09 nmol/L). Le score de Gleason médian était 7 (min 5 ; max 10). Les traitements antérieurs étaient : une prostatectomie chez 62 patients, radiothérapie chez 59 patients (34 avaient eu les deux) ; les autres patients avaient été traités par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) (2), cryothérapie (1), hormonothérapie (1) ou suivis sans traitement (2). Les résultats de détection à la TEP par palier d'APS sont : 0,0–0,3 (1/5, 20 %) ; 0,3–0,5 (5/8, 63 %) ; 0,5–0,1 (7/8, 88 %) ; 1,0–2,0 (17/19, 89 %) ; > 2,0 (48/53, 91 %) (Fig. 1).

Conclusion Le 18F-DCFPyL a un taux de détection excellent pour la récurrence biochimique du cancer de la prostate, ce taux augmente avec celui de l'APS dans le sang. Les avancements technolo-