

giques récents effectués sur les nouveaux appareils TEP promettent d'améliorer ces taux de détection, surtout lorsque le volume de la maladie est très petit.

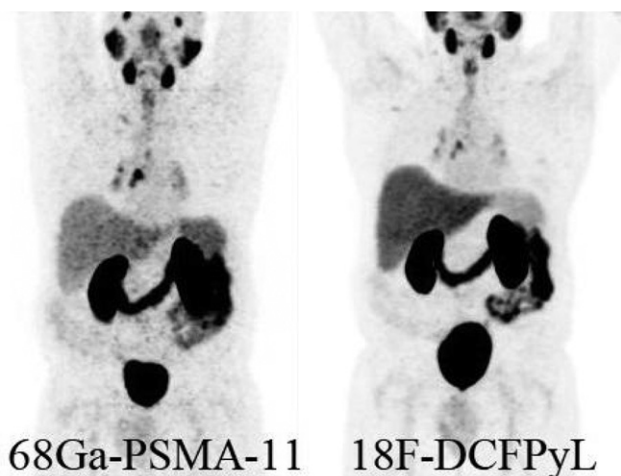


Fig. 1 68 Ga-PSMA-11 et 18F-DCFPyL ont une biodistribution très similaire, tel que démontré ci-haut, chez le même patient imagé pour des métastases ganglionnaires thoraciques d'un cancer de la prostate récidivant.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.138>

CO-92

Épidémiologie du cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique : données françaises à partir du SNDS

N. Thurin^{1,*}, M. Rouyer², M. Gross-Goupil³, X. Rebillard⁴, M. Soulié⁵, T. Haaser³, G. De Pourville⁶, M. Pierrès⁷, J. Chevalier⁷, S. Lamarque², J. Jové², E. Bignon², C. Droz-Perroteau², N. Moore², P. Blin²

¹ Essec Business School, Cergy, France

² Bordeaux Pharmacoepi, Inserm Cic1401, université de Bordeaux, Bordeaux, France

³ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

⁴ Clinique Beausoleil, Montpellier, France

⁵ CHU de Toulouse, Toulouse, France

⁶ Bordeaux Pharmacoepi, Inserm Cic1401, université de Bordeaux, Bordeaux cedex, France

⁷ Janssen, Issy-les-Moulineaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.thurin@u-bordeaux.fr (N. Thurin)

Objectifs Le cancer de la prostate est le 1^{er} cancer chez l'homme. Il peut évoluer vers un stade métastatique et résistant à la castration (mCRPC). Très peu de données épidémiologiques sont disponibles sur le mCRPC. La base du Système national des données de santé (SNDS) couvrant l'ensemble de la population française offre les informations médicales individuelles nécessaires pour estimer la prévalence et l'incidence du mCRPC.

Méthodes Un algorithme visant à identifier les patients ayant un mCRPC en 2014 parmi les hommes de plus de 40 ans affiliés au régime général, a été développé, validé et appliqué dans le SNDS sur la période 2009–2016. La date de résistance à la castration et la date de première prise en charge des métastases ont été estimées en se basant sur les actes médicaux (prostatectomie, radiothérapie, etc.), les diagnostics hospitaliers, la réalisation d'examen médicaux, et les dispensations et administration de médicaments

capturés dans le SNDS (hormonothérapie classique et de nouvelle génération, chimiothérapie, etc.). Les résultats ont été extrapolés à l'ensemble de la population française.

Résultats En 2014, le nombre estimé de cas prévalents de cancer de la prostate était de 488 618 dont 36 590 métastatiques (7,5 %) et 24 096 résistants à la castration (4,9 %), pour un total de 16 423 mCRPC (3,4 %). Dans 52 % des cas, la résistance à la castration et la prise en charge des métastases ont été détectées dans un intervalle de 4 mois. Les métastases ont précédé de plus de 4 mois la résistance à la castration dans 30 % des cas. Les mCRPC incidents étaient 5561 en 2014. Au 31/12/2014, la prévalence partielle à 5 ans du cancer de la prostate était de 185 322 et de 3596 chez les mCRPC.

Conclusion La richesse des données du SNDS a permis la mise en œuvre d'un algorithme complexe capable d'identifier les patients mCRPC et d'actualiser les données épidémiologiques associées.

Déclaration de liens d'intérêts L'étude CAMERRA est réalisée par la plateforme Bordeaux PharmacoEpi en collaboration avec le laboratoire Janssen® et supervisée par un comité scientifique constitué d'experts indépendants.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.139>

CO-93

Survie globale des patients français traités par abiraterone et enzalutamide pour un cancer de prostate résistant à la castration chimio-naïfs entre 2014 et 2017 : une comparaison directe à travers une étude sur base de données médico-administratives

L. Scailteux^{1,*}, B. Campillo-Gimenez², S. Kerbrat³, F. Despas⁴, R. Mathieu⁵, S. Vincendeau⁵, F. Balusson⁶, A. Happe³, E. Nowak⁷, E. Oger³

¹ CHU de Rennes, Rennes, France

² Eugène-Marquis comprehensive cancer regional center, Rennes, France

³ Peps Research Consortium, Rennes, France

⁴ Toulouse university hospital, Toulouse, France

⁵ Rennes university hospital, Rennes, France

⁶ Université de Rennes, Rennes, France

⁷ Université de Bretagne Loire, CHRU de Brest, Brest, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : luciemarie.scailteux@chu-rennes.fr (L. Scailteux)

Objectifs En traitement de 1^{re} ligne chez les patients présentant un cancer de prostate résistant à la castration (CPRC) chimio-naïfs, abiraterone (ABI) et enzalutamide (ENZ) apparaissent des alternatives thérapeutiques. Hormis quelques études observationnelles peu puissantes, aucun essai clinique n'a comparé jusqu'à présent l'efficacité d'ABI et ENZ de façon directe.

Méthodes L'objectif de cette étude était de comparer de façon directe la survie globale des patients français initiant un traitement par ABI ou ENZ chez des patients CPRC métastatiques chimio-naïfs. Utilisant les données du SNDS, une étude de cohorte a été réalisée incluant les nouveaux utilisateurs d'ABI ou ENZ entre 2014 et 2015 et suivis jusqu'à fin 2017. Les séances de chimiothérapie, dont cabazitaxel, ont été identifiées. Avec une approche type en intention de traiter, une analyse de survie a été conduite, estimant le HR de la survie globale avec un modèle de Cox et utilisant un score de propension par la méthode SIPTW.

Résultats Parmi les 4783 nouveaux utilisateurs, 83,1 % étaient traités par ABI et 16,9 % par ENZ. Avec un suivi médian de 27,7 mois (Q1–Q3, 15,9–35,8 mois) pour ABI et 25,4 mois (Q1–Q3, 16,6–28,3 mois) pour ENZ, le taux d'incidence des décès toutes causes était de 26,0 pour 100 personnes-années



(PA) (IC95 % : 24,9–27,1) pour ABI et de 23,8/100 PA (IC95 % : 21,5–26,4) pour ENZ. Le suivi médian des patients décédés était de 17,7 mois (Q1–Q3, 9,4–26,2 mois) pour ABI et 15,0 mois (Q1–Q3, 8,7–21,1 mois) pour ENZ. L'analyse multivariée suggère une meilleure survie globale avec ENZ comparativement à ABI (HR : 0,86 [0,77–0,96]).

Conclusion Pour la première fois, avec cette étude sur base de données française, via une comparaison directe, notre étude suggère un potentiel bénéfique d'ENZ par rapport à ABI en termes de survie globale.

Déclaration de liens d'intérêts ANSM - programme de recherche de la plateforme d'épidémiologie PEPS.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.140>

CO-94

ARCHES—efficacité du traitement par suppression androgénique en association avec l'enzalutamide ou placebo dans le cancer de la prostate hormono-sensible métastatique : résultats de l'antigène spécifique de la prostate (PSA)



A. Stenzl¹, R. Szmulewicz⁹, D. Petrylak³, J. Holzbeierlein⁴, A. Villers^{5,*}, A. Azad¹⁴, A. Alcaraz⁷, B. Alekseev⁸, T. Iguchi², N. Shore¹⁰, B. Rosbrook¹¹, B. Baron¹³, F. Kunieda¹³, R. Morlock¹³, K. Ramaswamy⁶, A. Armstrong¹²

¹ Department of urology, university hospital, Eberhard Karls university of Tübingen, Tübingen, Allemagne

² Osaka city university graduate school of medicine, Osaka, Japon

³ Yale cancer center, New Haven, États-Unis

⁴ The University of Kansas medical center, Kansas City, États-Unis

⁵ Department of urology, university hospital centre, service d'urologie, CHU de Lille, France

⁶ Pfizer Inc., New York, États-Unis

⁷ Hospital clinic de Barcelona, Barcelona, Espagne

⁸ Herten Moscow cancer research institute, Moscow, Russie

⁹ The university of Chicago, Chicago, États-Unis

¹⁰ Carolina urologic research center, Myrtle Beach, États-Unis

¹¹ Pfizer Inc., San Diego, États-Unis

¹² Duke cancer institute center for prostate and urologic cancers, Durham, États-Unis

¹³ Astellas Pharma Inc., Northbrook, États-Unis

¹⁴ Monash health, Melbourne, Australie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arnauld.villers@wanadoo.fr (A. Villers)

Objectifs L'enzalutamide (ENZA) apporte un bénéfice aux hommes atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC). ARCHES, étude de phase III en double aveugle versus placebo (PBO), évalue l'efficacité d'ENZA associé à une suppression androgénique (TSA) dans le cancer de la prostate hormono-sensible métastatique (CPHSm). Les résultats rapportés ici portent sur le PSA, marqueur important du cancer de la prostate.

Méthodes Les patients (pts) CPHSm étaient randomisés en deux groupes (1 : 1) : ENZA + TSA ou PBO + TSA, stratifiés selon le volume tumoral et la prise de docétaxel antérieure. Un TSA sans progression radiologique ou augmentation du PSA était autorisé jusqu'à trois mois avant j1 (≤ 6 mois si docétaxel préalable). Le critère principal était la survie sans progression radiologique (rPFS) [lecture centralisée]. Les analyses pré-spécifiées incluaient la rPFS globale et selon le PSA initial, le délai de progression biologique, le délai de résistance à la castration, le taux de PSA indétectable et la réponse du PSA. Le traitement était continué jusqu'à progression ou toxicité non acceptable.

Résultats Au total, 1150 pts furent randomisés (ENZA + TSA, n = 574 ; PBO + TSA, n = 576). Les caractéristiques initiales étaient

homogènes entre les groupes ; 91 % avaient reçu un TSA antérieur. Le taux médian de PSA était 5,21 ng/mL ; le suivi médian était 14,4 mois. L'association ENZA + TSA a significativement amélioré la rPFS, quel que soit le PSA initial. L'association ENZA + TSA a significativement amélioré le délai de progression du PSA et le délai de résistance à la castration. Les proportions de pts avec un PSA indétectable ou une réponse du PSA ≥ 50 % ou ≥ 90 % pendant l'étude étaient plus importantes avec l'association ENZA + TSA. Des événements indésirables ont été rapportés chez 85,1 % sous ENZA + TSA vs 85,9 % sous PBO + TSA, sans survenue d'évènement indésirable inattendu (Tableau 1).

Conclusion ENZA + TSA a significativement amélioré la rPFS vs PBO + TSA au stade du CPHSm indépendamment du PSA initial, suggérant l'intérêt prédictif limité du PSA initial chez ces patients dont la plupart avaient reçu un TSA antérieur. ENZA + TSA a significativement amélioré les critères dépendants du PSA. L'analyse de tolérance est cohérente avec le profil connu de ENZA issu des précédentes études.

Tableau 1

Résultats	ENZA + TSA	PBO + TSA	HR (IC 95%)
PSA initial médian: N ; ng/mL	(n=572) 5,36	(n=574) 5,07	–
rPFS : N, médiane (mois)			
Population totale	(n=574) NA	(n=576) 19,4	0,39* (0,30 ; 0,50)
PSA initial \leq PSA médian	(n=293) NA	(n=305) NA	0,37 (0,26 ; 0,54)
PSA initial $>$ PSA médian	(n=279) NA	(n=269) 16,7	0,41 (0,29 ; 0,58)
Temps jusqu'à progression du PSA, médiane (mois)	(n=574) NA	(n=576) NA	0,19* (0,13 ; 0,26)
Temps jusqu'à résistance à la castration, médiane (mois)	(n=574) NA	(n=576) 13,9	0,28* (0,22 ; 0,36)
Réduction du PSA initial, % patients			
≥ 50 %	(n=533) 92,9	(n=327) 56,8	–
≥ 90 %	(n=418) 72,8	(n=173) 30,0	–
PSA indétectable ($< 0,2$ ng/mL), [†] % patients	(n=348) 68,1*	(n=89) 17,6	–

* $p < 0,0001$: taux renvoyant aux patients ayant un PSA initial détectable. TSA : traitement par suppression androgénique ; IC : intervalle de confiance ; ENZA : enzalutamide ; HR : hazard ratio ; NA : non atteint ; PBO : placebo ; PSA : antigène spécifique de la prostate.

Déclaration de liens d'intérêts Source de financement/assistance rédactionnelle : cette étude a été financée par Astellas Pharma Inc. et Medivation LLC, une entreprise Pfizer, les co-développeurs de l'enzalutamide. Une assistance rédactionnelle et éditoriale a été apportée par Caitlin Wat.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.141>

CO-95

DDX5, une nouvelle cible thérapeutique dans le cancer de prostate résistant à la castration



F. Lannes^{1,*}, K. Le Thi², C. Cherif², S. Benizri³, L. Fazli⁴, C. Paris², M. Gleave⁴, P. Barthelemy³, P. Rocchi⁵

¹ Hôpital Nord, Marseille, France

² Crcm, Marseille, France

³ Laboratoire Arna, Bordeaux, France

⁴ Vancouver Prostate Centre, Vancouver, Canada

⁵ Centre de recherche en cancérologie de Marseille, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : françois.lannes@ap-hm.fr (F. Lannes)