

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.

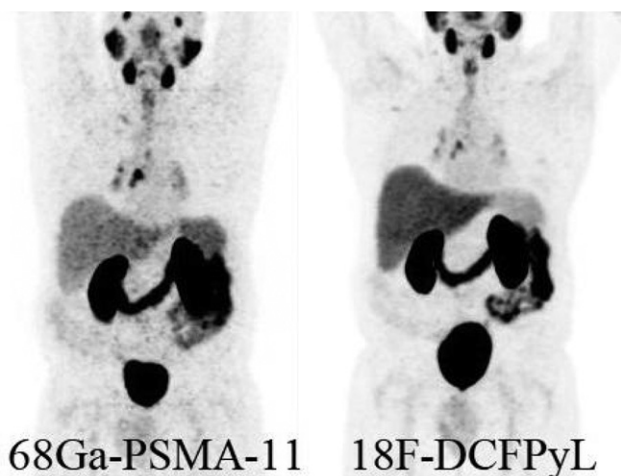


Fig. 1 68 Ga-PSMA-11 et 18F-DCFPyL ont une biodistribution très similaire, tel que démontré ci-haut, chez le même patient imagé pour des métastases ganglionnaires thoraciques d'un cancer de la prostate récidivant.

**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<sup>1,\*</sup>, M. Rouyer<sup>2</sup>, M. Gross-Goupil<sup>3</sup>, X. Rebillard<sup>4</sup>, M. Soulié<sup>5</sup>, T. Haaser<sup>3</sup>, G. De Pourville<sup>6</sup>, M. Pierrès<sup>7</sup>, J. Chevalier<sup>7</sup>, S. Lamarque<sup>2</sup>, J. Jové<sup>2</sup>, E. Bignon<sup>2</sup>, C. Droz-Perroteau<sup>2</sup>, N. Moore<sup>2</sup>, P. Blin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Essec Business School, Cergy, France

<sup>2</sup> Bordeaux Pharmacoepi, Inserm Cic1401, université de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>3</sup> CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>4</sup> Clinique Beausoleil, Montpellier, France

<sup>5</sup> CHU de Toulouse, Toulouse, France

<sup>6</sup> Bordeaux Pharmacoepi, Inserm Cic1401, université de Bordeaux, Bordeaux cedex, France

<sup>7</sup> Janssen, Issy-les-Moulineaux, France

\* Auteur correspondant.

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

**Objectifs** Le cancer de la prostate est le 1<sup>er</sup> 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<sup>1,\*</sup>, B. Campillo-Gimenez<sup>2</sup>, S. Kerbrat<sup>3</sup>, F. Despas<sup>4</sup>, R. Mathieu<sup>5</sup>, S. Vincendeau<sup>5</sup>, F. Balusson<sup>6</sup>, A. Happe<sup>3</sup>, E. Nowak<sup>7</sup>, E. Oger<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHU de Rennes, Rennes, France

<sup>2</sup> Eugène-Marquis comprehensive cancer regional center, Rennes, France

<sup>3</sup> Peps Research Consortium, Rennes, France

<sup>4</sup> Toulouse university hospital, Toulouse, France

<sup>5</sup> Rennes university hospital, Rennes, France

<sup>6</sup> Université de Rennes, Rennes, France

<sup>7</sup> Université de Bretagne Loire, CHRU de Brest, Brest, France

\* Auteur correspondant.

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

**Objectifs** En traitement de 1<sup>re</sup> 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

