

**Objectifs** L'évolution vers la résistance à la castration (RC) est inéluctable et intervient après 18 à 24 mois en moyenne chez des patients ayant un cancer de prostate (CP) avancé traités par hormonothérapie (HT). À ce stade l'arsenal thérapeutique se réduit drastiquement et de nouveaux traitements sont nécessaires. La protéine DDX5 est surexprimée dans les CPRC et fonctionne comme un co-activateur du récepteur aux androgènes (RA).

**Méthodes** Nous avons utilisé une banque de tissu de 752 biopsies de prostate pour étudier l'expression de DDX5 dans les CP, en fonction du Gleason et du stade de la maladie en utilisant un test *t* de Student. Nous avons également étudié l'impact de l'expression de DDX5 sur la survie sans récurrence biologique par la méthode de Kaplan-Meier. Nous avons ensuite fait le design et le *screening* de plusieurs oligonucléotides antisens (ASO) contre l'ARNm de DDX5 permettant de mettre en évidence un ASO inhibant son expression. Nous avons ensuite étudié l'inhibition de DDX5 in vitro en utilisant des lignées de CP androgéno-indépendantes (PC-3 et DU-145).

**Résultats** La protéine DDX5 est surexprimée dans les CP comparativement aux prostatites saines (0,6 vs 1,2 ;  $p=0,0005$ ) et d'autant plus surexprimée que le Gleason est élevé ( $G3=0,9$  ;  $G4=1,1$  ;  $G5=1,7$  ;  $p=0,012$ ) et le stade de la maladie avancé ( $N0=1,1$  ;  $N+=1,5$  ;  $RC=2,2$  ;  $p<0,001$ ). Une expression modérée à élevée de DDX5 diminue significativement la survie sans récurrence biologique comparativement à une expression nulle à faible (45,4 vs 76,6 mois ;  $HR=1,52$ ,  $IC95\% : 1,14-2,18$  ;  $p=0,007$ ). Nous avons développé un ASO permettant d'inhiber à 97 % l'expression de DDX5 in vitro à la concentration de 100 nM. L'inhibition de DDX5 inhibe significativement la croissance cellulaire d'environ 65 % ( $p=0,005$ ).

**Conclusion** L'analyse des mécanismes d'actions de DDX5 est en cours afin de nous donner plus d'informations sur son implication dans les CPRC. L'étude de l'inhibition in vivo de DDX5 est également réalisée au laboratoire afin de voir si DDX5 peut représenter une cible thérapeutique prochaine des CPRC.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.142>

## CO-96

### Survie globale des patients français traités par abiraterone et enzalutamide pour un cancer de prostate résistant à la castration en échec de chimiothérapie 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** Chez les patients présentant un cancer de prostate résistant à la castration (CPRC) en échec de chimiothérapie par docétaxel, deux traitements hormonaux, abiraterone (ABI) et enzalutamide (ENZ), et une seconde ligne de chimiothérapie par cabazitaxel (CABA) apparaissent des options thérapeutiques.

Hormis quelques études observationnelles peu puissantes (dont méta-analyses discordantes), aucun essai clinique n'a comparé jusqu'à présent l'efficacité d'ABI, ENZ et CABA 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, ENZ ou CABA chez des patients CPRC métastatiques en échec de chimiothérapie.

Utilisant les données du SNDS, une étude de cohorte a été réalisée incluant les nouveaux utilisateurs d'ABI, ENZ ou CABA entre 2014 et 2015 et suivis jusqu'à fin 2017. 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 538 nouveaux utilisateurs, 56,1 % étaient traités par ABI, 26,2 % par ENZ et 17,3 % par CABA. Avec un suivi médian de 25,8 mois (Q1-Q3, 12,2-37,8 mois) pour ABI, 25,8 mois (Q1-Q3, 15,5-35,8 mois) pour ENZ et 17,1 mois (Q1-Q3, 9,9-28,7 mois) pour CABA, le taux d'incidence des décès toutes causes était de 30,4 pour 100 personnes-années (PA) (IC95 % : 26,4-35,0) pour ABI, 28,7/100 PA (IC95 % : 23,3-35,4) pour ENZ et 47,4/100 PA (IC95 % : 37,7-59,7) pour CABA. Le suivi médian des patients décédés était de 15,7 mois (Q1-Q3, 8,4-25,4 mois) pour ABI, 19,3 mois (Q1-Q3, 11,0-27,3 mois) pour ENZ et 17,1 mois (Q1-Q3, 7,3-25,2) pour CABA.

Comparativement à ABI, l'analyse multivariée suggère l'absence de différence en survie globale sous ENZ ( $HR : 1,01 [0,78-1,29]$ ), et une augmentation du risque de décès sous CABA ( $HR : 1,46 [1,11-1,92]$ ).

**Conclusion** Nous reconnaissons l'absence de données cliniques pour catégoriser le stade de la maladie ou le *performans status*, pouvant être des facteurs de confusion.

Notre étude sur base de données française suggère, chez les patients CRPC en échec de chimiothérapie, une survie globale similaire entre ABI et ENZ mais un sur-risque de décès sous CABA.

**Déclaration de liens d'intérêts** Programme de recherche PEPS, ANSM.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.143>

## Incontinence urinaire et statique pelvienne

### CO-97

### Évolution dans l'utilisation du sphincter artificiel urinaire en France : l'avenir s'écrit au féminin

B. Peyronnet<sup>1,\*</sup>, J. Hascoet<sup>1</sup>, L. Scailteux<sup>1</sup>, G. Fournier<sup>2</sup>, X. Gamé<sup>3</sup>, J.N. Cornu<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> CHU de Brest, Brest, France

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

<sup>4</sup> CHU de Rouen, service d'urologie, Rouen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [peyronnetbenoit@hotmail.fr](mailto:peyronnetbenoit@hotmail.fr) (B. Peyronnet)

**Objectifs** Même en France, ou l'utilisation du sphincter artificiel urinaire (SAU) chez la femme est historiquement beaucoup plus importante que dans n'importe quel autre pays au monde, la très large majorité des SAU étaient jusqu'à récemment implantée chez l'homme. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'évolution de l'utilisation du SAU en France depuis 2011, date du dernier travail sur le sujet.

**Méthodes** Nous avons analysé les données de la base nationale PMSI, pour évaluer le nombre de SAU implantés chaque année chez l'homme (codes CCAM : JELA002, JELA003, JELA004) et chez la femme (code CCAM : JELA001) entre 2012 et 2017. Nous avons analysé de façon concomitante les données du fabricant (Boston

