

**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





Scientific, États-Unis) sur l'utilisation du SAU en France sur la même période. Le code JELA002 étant utilisé à la fois pour les SAU et les bandelettes/ballonnets chez l'homme, le nombre de sphincter chez l'homme était soustrait au nombre total de procédures chirurgicales de traitement de l'incontinence pour obtenir le nombre de bandelettes/ballonnets chez l'homme par an.

**Résultats** Le nombre total de SAU implantés par an a augmenté de 1469 en 2012 à 1598 en 2017 (+8,8 %). Cette croissance était le fait d'une forte augmentation du nombre d'implantations chez la femme à partir de 2015, avec 263 cas en 2015 contre 339 en 2017 (+28,9 %). Dans le même temps, le nombre de SAU chez l'homme restait relativement stable augmentant légèrement de 1197 en 2013 à 1313 en 2015 (+9,7 %) puis décroissant jusqu'à 1258 en 2017 (2015 à 2017 : -4,2 %). Le nombre total de chirurgie de l'incontinence chez l'homme a constamment décliné sur cette période, partant de 2542 en 2012 pour arriver à 2140 en 2017 (-15,8 %). La proportion de SAU chez la femme a augmenté de 15,5 % à 21,3 % de tous les SAU implantés entre 2014 et 2017 (Fig. 1 et 2).

**Conclusion** En raison, possiblement, de la conjugaison d'une diminution du nombre annuel de prostatectomies et de l'expansion de l'implantation par voie robot-assistée chez la femme, la proportion de SAU implantés chez la femme a fortement augmenté en France ces dernières années. Si cette tendance se confirme et s'étend en dehors de France, l'avenir du SAU pourrait s'écrire au féminin.

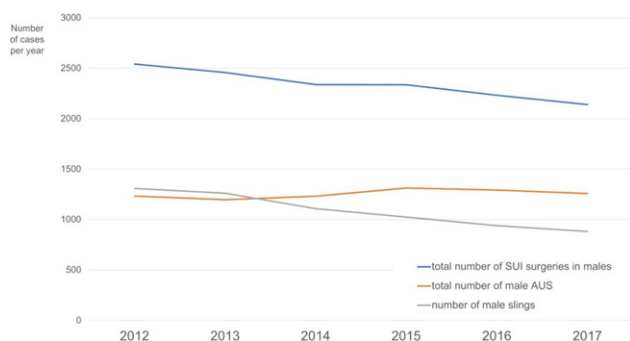


Fig. 1

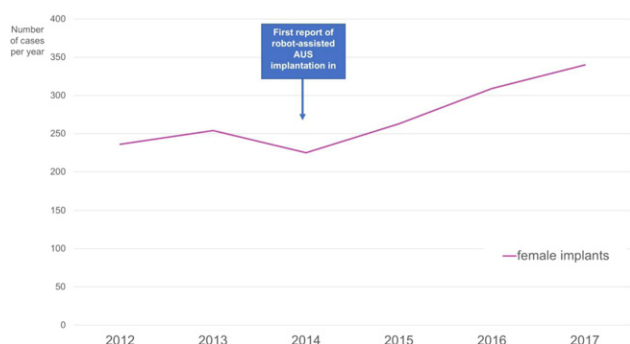


Fig. 2

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.144>

## CO-98 Implantation robot-assistée du sphincter artificiel urinaire chez la femme : résultats à 3 ans de la voie antérieure

B. Peyronnet<sup>1,\*</sup>, O. Belas<sup>2</sup>, G. Capon<sup>3</sup>, P. Callerot<sup>4</sup>, J. Hascoet<sup>5</sup>, A. Manunta<sup>1</sup>, A. Descazeaud<sup>6</sup>, G. Robert<sup>7</sup>, G. Fournier<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> Clinique Le Mans Sud, Le Mans, France

<sup>3</sup> Service d'urologie, CHU de Dijon, Dijon, France

<sup>4</sup> CHU de Brest, Brest, France

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

<sup>6</sup> CHU de Limoges, Limoges, France

<sup>7</sup> CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

\* Auteur correspondant.

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

**Objectifs** Récemment, plusieurs équipes ont rapporté des résultats préliminaires prometteurs de l'implantation du sphincter artificiel urinaire (SAU) AMS-800 par voie robot-assistée chez la femme. La confirmation de ces résultats à plus long terme reste pour autant nécessaire. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats à 3 ans de l'implantation robot-assistée du sphincter artificiel urinaire par voie antérieure.

**Méthodes** Toutes les patientes ayant eu une SAU-R entre mars 2012 et mai 2015 dans 5 centres français ont été incluses dans une étude rétrospective. L'indication était une incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne (IS) chez toutes les patientes. La voie robot-assistée était la seule voie d'abord utilisée dans les 5 centres pour l'implantation de SAU chez la femme sur la période d'étude. Le critère de jugement principal était le résultat fonctionnel catégorisé comme suit : succès (continence complète : plus de protections), amélioré ou échec. Les survies sans révision (SSR) et sans explantation (SSE) ont été évaluées par la méthode de Kaplan-Meier.

**Résultats** Vingt-quatre patientes ont eu un SAU par voie robot-assistée sur la période d'étude. L'âge médian était de 71 ans avec 19 patientes ayant un antécédent de bandelette sous-urétrale (79,2 %). Il y a eu 3 complications peropératoires (12,5 %) : une perforation du col vésical et 2 perforations vaginales. Cinq patientes ont eu des complications postopératoires (20,8 %) dont seulement une Clavien  $\geq 3$  (4,2 %) : explantation de sphincter pour érosion vaginale à 1 mois postopératoire. Après un suivi médian de 40,5 mois, aucune autre explantation n'avait été effectuée (Fig. 1) et seulement deux révisions avaient été nécessaires (8,3 %) à 30 et 36 mois pour dysfonctions mécaniques (Fig. 2). Les résultats fonctionnels en fin de suivi étaient : succès chez 19 patientes (79,2 %), amélioration chez 3 patientes (12,5 %) et échec chez 2 patientes (8,3 %).

**Conclusion** Les résultats à moyen terme du SAU robot-assistée par voie antérieure confirment les résultats préliminaires prometteurs rapportés jusqu'alors par plusieurs équipes sans nouvelles explantations et avec seulement deux révisions (8,3 %) pour dysfonctions mécaniques après un suivi médian de 40,5 mois.