

Objectifs La thérapie par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) est une alternative à la surveillance active pour les cancers de prostate (CaP) de faible risque. Les résultats de cette thérapie pour les CaP de risque intermédiaire sont discutés. L'objectif de notre étude était d'analyser les résultats oncologiques de l'HIFU chez les patients atteints d'un CaP de risque intermédiaire.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique nord-américaine issue d'une cohorte prospective de patients avec CaP cliniquement significatif (CaPCS) traités par HIFU entre mai 2015 et octobre 2018. Les critères d'inclusion étaient : lésion unilatérale de groupe anatomopathologique ISUP 2 et 3, lésion visible en IRM, PSA < 15 ng/mL. Les données démographiques, biopsiques, d'IRM et procédurales ont été récoltées. Les patients ont bénéficié d'une hémis-ablation ou d'un traitement ultrafocal ainsi qu'une IRM et biopsies de contrôle à 6 mois. Les récurrences et les traitements de rattrapage ont été répertoriés. Une estimation de survie sans traitement complémentaire et de survie sans traitement radical ont été estimées par analyse de Kaplan–Meier.

Résultats Soixante-sept patients ont été inclus dont 56 % ISUP2 et 37 % ISUP3 avec suivi médian de 19 mois IC95 % (15 ; 30). Le PSA médian était de 6,2 ng/mL IQR (5,0 ; 9,5). L'IRM retrouvait une lésion Pi-RADS \geq 4 chez 90 % des patients. Le temps médian de traitement était de 69 min IQR (55 ; 87) pour un volume médian traité de 27 % IQR (20 % ; 36 %) du volume total. À 6 mois, le taux de CaPCS dans la zone traitée était de 12,5 %. L'IRM post-traitement montrait une lésion Pi-RADS \geq 4 uniquement chez 25 % des patients avec CaPCS à la biopsie de contrôle. La dysfonction érectile et l'anéjaculation étaient retrouvées respectivement chez 12,5 % et 7,5 % des patients. À 2 ans, la survie sans traitement complémentaire était de 76 % IC95 % (56 % ; 88 %) et la survie sans traitement radical de 86 % IC95 % (67 % ; 95 %). Un retraitement HIFU a été possible chez 8 % des patients.

Conclusion Le traitement des CaP de risque intermédiaire par HIFU est faisable et est associé à des résultats oncologiques et fonctionnels acceptables. Ces résultats doivent être confirmés avec une durée de suivi plus importante.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.243>

CO-197

Traitement de 1^{re} intention du cancer de prostate localisé par ultrasons focalisés de haute intensité : efficacité et tolérance



K. Lo Verde^{1,*}, H. Toledano², D. Rossi¹, C. Bastide¹

¹ CHU Nord Marseille, Marseille, France

² Centre hospitalier de Martigues, Martigues, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kevin.loverde13@gmail.com (K. Lo Verde)

Objectifs L'objectif de notre étude était d'étudier les résultats oncologiques et fonctionnels de l'HIFU en première intention en glande entière dans le cancer de prostate localisé.

Méthodes Inclusion des patients entre 2005 et 2015 traités en première intention d'un cancer de prostate localisé par les ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU), avec l'ABLATERM jusqu'en 2015 puis le FOCAL-ONE. Les patients étaient sélectionnés suivant les critères du CCAFU et du Forfait Innovation HIFI :

– âge > 70 ans, espérance de vie > 7 ans, PSA < 15 ng/mL, tumeur T1-2NOM0, score de Gleason = 7(3+4), volume prostatique < 50 mL, volume tumoral limité (< 4 sextants). La survie sans récurrence biochimique a été calculée en utilisant le critère de Phoenix (PSA nadir + 2 ng/mL). Les résultats fonctionnels ont été évalués cliniquement et par des questionnaires standardisés.

Résultats Quarante-vingt-dix-sept patients étaient évalués avec un suivi moyen de 7,2 ans (\pm 3,2). La survie globale et la survie

spécifique étaient respectivement de 91,8 % et 100 %. La survie sans récurrence biochimique à 10 ans, en fonction du risque selon D'Amico, était de 59,9 % pour les risques faibles, 38,4 % pour les risques intermédiaires, 42,9 % pour les hauts risques. Quarante-vingt pour cent des patients avec un PSA nadir \leq 0,3 ng/mL étaient sans récurrence à 10 ans contre 20 % chez ceux avec un nadir > 0,5 ng/mL. Parmi les patients, 21,6 % ont eu un traitement de rattrapage avec un délai moyen de 4,1 ans (\pm 2,8). L'altération des fonctions urinaires et sexuelles était significative mais néanmoins 83,5 % de patients ne portaient pas de protection en fin d'étude. L'obstruction sous vésicale était la complication la plus fréquente (46,4 %).

Conclusion Les résultats oncologiques et fonctionnels sont encourageants et semblent comparables aux résultats de la littérature pour les traitements de première intention. L'HIFU se présente donc comme une véritable option pour le traitement du cancer de prostate localisé chez l'homme de plus de 70 ans.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.244>

CO-198

Traitement focal transrectal par micro-onde du cancer de la prostate localisé de risque faible et intermédiaire : résultats préliminaires



N. Barry Delongchamps*, A. Schull, D. Saighi, M. Zerbib, M. Peyromaure

Hôpital Cochin, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.barry-delongchamps@aphp.fr

(N. Barry Delongchamps)

Objectifs L'objectif de cette étude était de tester la faisabilité, la précision et la sécurité d'un traitement transrectal de la tumeur index par micro-onde, guidée par fusion d'image élastique IRM-échographie, chez 10 patients ayant un cancer de la prostate de risque faible ou intermédiaire.

Méthodes Les patients éligibles devaient avoir un PSA < 15 ng/mL, une tumeur index à plus de 5 mm du rectum, et ayant un score de Gleason \leq 3+4. Le système de guidage par cartographie 3D Trinity (KOELIS) était utilisé pour le diagnostic, le traitement et le suivi. Un applicateur de 18G délivrait les micro-ondes par voie transrectale sous anesthésie générale. Le critère d'évaluation principal était la nécrose complète du volume cible sur l'IRM à j7. Les critères d'évaluation secondaire étaient la tolérance urinaire et sexuelle. Des biopsies ciblées étaient réalisées dans la zone traitée à 6 mois.

Résultats Les caractéristiques cliniques et carcinologiques sont résumées dans les Tableaux 1 et 2. La totalité des patients ont pu être traités selon le protocole. La durée moyenne de l'anesthésie générale était de 82 (44–170) minutes. Aucune douleur ni aucun autre effet indésirable n'a été observé en postopératoire immédiat et pendant la durée de l'étude. Les mictions ont repris de manière spontanée dans les deux heures suivant l'intervention. À j7, le volume de nécrose recouvrait totalement le volume cible chez 8 (80 %) patients. Après un suivi de 6 mois, aucune modification des scores IPSS et IIEF5 n'a été observée (Tableau 3). Les biopsies réalisées dans la zone présumée traitée montraient la persistance de cancer de Gleason 3+3 et 3+4 chez 3 (30 %) et 2 (20 %) patients, respectivement.

Conclusion Ces résultats suggèrent que le traitement transrectal par micro-onde guidé par fusion d'image IRM-échographie est faisable, précis et bien toléré. Plus de patients sont nécessaires pour mieux évaluer le résultat carcinologique à long terme.