

Tableau 1

Patients	Médiane
Âge (années)	65 (60-76)
PSA (ng/mL)	5 (4-11)
Volume prostate (cm ³)	43 (28-62)
IPSS à inclusion	6 (1-12)
IIEF5 à inclusion	15 (2-24)

Tableau 2

Tumeur index	Valeur
Volume cible médian (cm ³)	0,28 (0,11-0,80)
Longueur maximale médiane (mm)	10 (5-19)
Groupe ISUP (bx ciblées)	
1 (Gleason 3+3)	7
2 (Gleason 3+4)	3

Tableau 3

	A l'inclusion	A 2 mois	A 6 mois	Valeur p
IPSS médian	6 [3-16]	6 [1-12]	10 [4-21]	0,2
IIEF-5 médian	15 [2-24]	13 [0-24]	14 [0-24]	1

Déclaration de liens d'intérêts Industriel.
<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.245>

CO-199

Traitement du cancer de prostate localisé de risque faible/intermédiaire de D'Amico par cryoablation en glande entière vs héli-ablation : comparaison des taux de retraitement et des résultats fonctionnels

R. Bossier^{1,*}, A. Territo², F. Sanguedolce², A. Gallioli², F. Regis², J. Palou², A. Breda²

¹ CHU La Conception, Marseille, France

² Fondation Puigvert, Barcelone, Espagne

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : romain.boissier@ap-hm.fr (R. Bossier)



Objectifs L'objectif était de comparer les taux de retraitements et les résultats fonctionnels après cryoablation prostatique en glande entière versus héli-ablation, en tant que traitements de première ligne du cancer de prostate localisé de risque faible/intermédiaire de D'Amico.

Méthodes Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients traités par cryothérapie, pour un cancer de prostate localisé de risque faible/intermédiaire de D'Amico de 2010 à 2018. L'héli-ablation était proposée en cas de cancer de prostate unilatéral prouvé par biopsie prostatique et IRM prostatique. Une récurrence était suspectée en cas d'augmentation du PSA supérieure à PSA nadir + 2 ng/mL. Tous les patients suspects de récurrence ont eu une IRM prostatique, une série de biopsie prostatique systématique + ciblées en fonction des données de l'IRM. Le critère de jugement principal était le recours à un traitement de deuxième ligne (systémique ou local). Les critères de jugements secondaires étaient les taux de complication périopératoires et les résultats fonctionnels.

Résultats Soixante-six patients ont été inclus : 40(61 %) cryoablations glande entière (CGE) et 22 (39 %) cryo-héli-ablation (CHA). L'âge médian au traitement était respectivement de 74 vs 76 ans ($p=0,08$). Les risques faible et intermédiaire de D'Amico étaient respectivement 15 et 85 % vs 23 et 77 % ($p=0,75$). Les suivis médians étaient de 41 vs 27 mois ($p=0,03$). La survie à 4 ans sans traitement de deuxième ligne était de 69 % après CGE vs 53 % après CHA ($p=0,73$). Les complications Clavien ≤ 2 étaient 23 % vs 48 % après CGE vs CHA ($p=0,04$). Aucune complication Clavien ≥ 3 ni fistule rectale n'ont été rapportées. Les continences urinaires précoces et à 1 an étaient 60 et 83 % après CGE, vs 72 et 83 % après CHA ($p=0,26$). Une dysfonction érectile de novo est apparue après traitement pour 75 % des patients traités par CGE vs 46 % après CHA ($p=0,33$).

Conclusion Dans une série rétrospective de cryoablation pour cancer de prostate localisé de risque faible-intermédiaire de D'Amico, l'hémicryoablation était associé à des taux de traitement de deuxième ligne comparable au traitement glande entière pour des patients strictement sélectionnés.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.246>

CO-200

Facteurs prédictifs de présence de cancer de prostate cliniquement significatif à la biopsie de contrôle après traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU)



G. Marcq^{1,*}, A. Rompré-Brodeur¹, C. Tholomier¹, C. Page¹, M. Anidjar², F. Bladou³

¹ Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada

² Hôpital général juif de Montréal, Montréal, Canada

³ CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gtrmarcq@gmail.com (G. Marcq)

Objectifs La thérapie par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) est une option thérapeutique pour les cancers de prostate (CaP) cliniquement significatif (CaPCS). Une biopsie de contrôle à 6 mois (M6) après traitement est recommandée. L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs prédictifs de présence d'un CaPCS à la biopsie de contrôle à M6 post-HIFU.

Méthodes Étude rétrospective monocentrique nord-américaine issue d'une cohorte prospective de patients avec CaPCS défini par la présence de grade 4 de Gleason biopsique traités par HIFU entre mai 2015 et octobre 2018. Les critères d'inclusion : lésion unilatérale de groupe anatomopathologique ISUP 2 et 3, lésion visible en IRM et PSA < 15 ng/mL. Les données démographiques, biopsiques, d'IRM

et de la procédure ont été récoltées. Les patients ont bénéficiés d'un traitement ultrafocal ou d'une hémi-ablation ainsi qu'une IRM et de biopsies de contrôle à M6. Les facteurs prédictifs de CaPCS à la biopsie M6 ont été estimés par des tests du Chi², de Student et par régression logistique.

Résultats Soixante-sept patients inclus dont 56 % ISUP2 et 37 % ISUP3. Le PSA médian était de 6,2 ng/mL (IQR : 5,0 ; 9,5). Le volume médian traité par HIFU était de 27 % (IQR : 20 % ; 36 %) du volume total. À 6 mois, le taux de CaPCS dans la zone traitée était de 12,5 % et de 21 % en glande entière. Le pourcentage de volume traité était plus faible chez les patients ayant un CaPCS à M6 23 % (IQR : 20 ; 26) vs 30 % (IQR : 26 ; 39) ($p=0,0011$). L'âge, le PSA, le PSA_d et le groupe ISUP au diagnostic, ainsi que le type de traitement (hyperfocal vs hémi-ablation), la décroissance de PSA ou l'IRM à M6 étaient comparable dans les deux groupes ($p > 0,05$). En analyse bivariée, aucun paramètre n'était prédictif de la présence d'un CaPCS à la biopsie M6.

Conclusion Les données oncologiques initiales et l'IRM de contrôle ne sont pas prédictives de la présence de CaPCS après HIFU. La biopsie de contrôle à 6 mois doit être systématique. Ces données doivent être validées par de plus larges cohortes.

Déclaration de liens d'intérêts Bourse de mobilité de l'Association française des urologues en formation. Bourse de mobilité université de Lille.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.247>

CO-201

PSA et obésité: mythes et réalités

Y. Neuzillet^{1,*}, J. Dreyfus¹, M. Rouanne¹, J. Raynaud², M. Schneider³, M. Rouprêt⁴, S. Drouin⁴, M. Galiano⁵, X. Cathelineau⁵, T. Lebret¹, H. Botto¹

¹ Hôpital Foch, Suresnes, France

² Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

³ Hôpital Pasteur, Colmar, France

⁴ Hôpital de La Pitié, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

⁵ Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : y.neuzillet@hopital-foch.org (Y. Neuzillet)

Objectifs Les variations éventuelles du taux de PSA en fonction de l'obésité, chez les hommes porteurs d'un cancer de prostate (CaP) localisé, sont peu explorées et pour le moins contradictoires. L'objectif de cette étude était de confirmer ou infirmer que l'hémodynamique, liée à l'obésité, entraîne des variations du taux sérique et de la masse de PSA en cas de CaP localisé.

Méthodes La cohorte ANDROCAN (NCT02235142), prospective, multicentrique, a recruté de juin 2013 à juin 2016, 1343 hommes porteurs d'un CaP localisé, traités par prostatectomie radicale robot-assistée. Les mesures préopératoires du poids, de la taille, de l'IMC, du pourcentage de masse grasseuse sur balance à impédance, et du PSA dans un laboratoire centralisé, ont été rapportées à l'histologie, confirmée par un anatomopathologiste unique, de la pièce opératoire. La masse de PSA a été calculée à partir du volume plasmatique suivant la formule simplifiée du Baltimore Longitudinal study of aging : volume plasmatique = 1,67 × surface corporelle.

Résultats Parmi les 1343 patients, 432, 556 et 224 avaient un IMC < 25, entre 25 et 30 et > 30 ng/mL respectivement. Au total, 912 patients étaient ISUP ≤ 2, d'âge médian 63,6 (IQR : 59,50–68,0) ans. Au total, 431 patients étaient ISUP ≥ 3, d'âge médian 65,6 (IQR : 61,0–69,1) ans. Les patients ISUP ≥ 3 étaient significativement plus âgés. La comparaison des dosages de PSA et des masses de PSA par groupe ISUP est rapporté dans le **Tableau 1**. La seule différence significative observait était entre les masses de PSA des patients ISUP ≤ 2 avec un IMC > 30 vs [25–30].

Conclusion La concentration sérique de PSA, en cas de cancer de prostate localisé, n'est pas influencée par le poids du sujet. La

masse de PSA semble plus discriminante, mais la mesure approchée du volume plasmatique relative ces résultats.

Tableau 1 Médiane des concentration et des masses.

IMC (kg/m ²)	ISUP ≤ 2				ISUP ≥ 3			
	PSA (ng/ml)	p ^a	Masse de PSA (ng)	p ^a	PSA (ng/ml)	p ^a	Masse de PSA (ng)	p ^a
< 25	6,5	<25 vs [20-25] p = 0,91	20,0	<25 vs [20-25] p = 0,32	9,0	<25 vs [20-25] p = 0,28	26,5	<25 vs [20-25] p = 0,54
[25-30]	6,7	<25 vs >30 p = 0,59	22,0	<25 vs >30 p = 0,003	8,4	<25 vs >30 p = 0,62	27,6	<25 vs >30 p = 0,78
> 30	6,9	>30 vs [20-25] p = 0,59	34,8	>30 vs [20-25] p = 0,026	8,0	>30 vs [20-25] p = 0,78	27,5	>30 vs [20-25] p = 0,28

p : probabilité des comparaisons entre les catégories d'IMC, méthode Permanova+.

Déclaration de liens d'intérêts Financement par la Fondation Foch.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.248>

CO-202

Perturbateurs endocriniens et récurrence biologique de cancer de la prostate après prostatectomie radicale

L. Brureau^{1,*}, E. Emeville², C. Helissey³, J. Thome⁴, L. Multigner⁵, P. Blanchet⁶

¹ CHU de la Guadeloupe, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

² Irset, Inserm U 1085, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

³ Hôpital Bégin, Saint-Mandé, France

⁴ Université de Liège, Liège, Belgique

⁵ Irset, Inserm U 1085, Rennes, France

⁶ CHU de la Guadeloupe, Les Abîmes, Guadeloupe

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brureau.laurent@yahoo.fr (L. Brureau)

Objectifs Estimer le risque de récurrence biologique du cancer de la prostate après prostatectomie radicale entraîné par l'exposition à des perturbateurs endocriniens présents dans l'environnement.

Méthodes L'étude a porté sur 326 patients traités par prostatectomie radicale pour un cancer de la prostate localisée. Les associations entre l'exposition à trois perturbateurs endocriniens avérés (chlordécone, DDE et PCB-153) et le risque de récurrence biologique ont été estimées par le calcul du rapport des risques instantanés (*hazard ratio* [HR]) et l'intervalle de confiance à 95 % [IC95 %] ajusté à des facteurs de confusion.

Résultats Après un suivi médian de 6,1 ans, l'exposition au chlordécone est associée à un risque significativement augmenté de récurrence biologique (HR = 2,51 ; IC95 % = 1,39–4,56) chez les patients situés dans le 4^e quartile d'exposition le plus élevé comparés aux patients situés dans le 1^{er} quartile d'exposition le plus faible. Dans une analyse de sensibilité restreinte aux patients avec des marges chirurgicales négatives, pT2, N0 ou Nx et grade ISUP inférieur à 3, cette association est toujours présente (HR = 2,98 ; IC95 % = 1,06–8,38). Aucune association significative n'a été observée concernant l'exposition au DDE et au PCB-153.

Conclusion Nos résultats montrent que l'exposition à certains perturbateurs endocriniens peuvent influencer sur le résultat du traitement du cancer de la prostate et renforcent l'hypothèse de l'implication des estrogènes environnementaux dans l'évolution et la progression du cancer de la prostate.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.249>

