CO-203

Statut gonadique des cancers de prostate localisé et prise de statines

Y. Neuzillet[1,*], J. Dreyfus[1], M. Rouanne[1], J. Raynaud[2], M. Schneider[3], M. Rouprêt[4], S. Drouin[4], M. Galiano[5], X. Cathelineau[5], T. Lebret[1], H. Botto[1]
[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 L'impact de la prise des statines sur le cancer de prostate (CaP) localisé reste discuté et très diversement apprécié. L'objectif de cette étude a été de comparer les concentrations des stéroïdes sexuels de patients opérés d'un CaP localisé en fonction qu'ils soient traités ou non par statines.
Méthodes Étude prospective (2013—2016), multicentrique, sur 1343 hommes porteurs d'un CaP localisé, traités par prostatectomie radicale robot-assistée. Les mesures préopératoires du poids total et gras, de la taille, de l'IMC, du PSA,FSH, LH, SHBG et par chromatographie gazeuse-spectrométrie de masse de la DHEA, Δ4, Δ5, DHEA sulfate, testostérone totale (TT), bio-disponible (BT), DHT, E1, E2 de patients prenant des statines depuis au moins 6 mois, ont été comparées à celles de patients ne recevant pas de statines. La probabilité de la différence entre les 2 groupes est obtenue par un test *t* par randomisation (10 000 itérations) tenant compte d'une éventuelle différence de variance entre groupes.
Résultats Les concentration des 285 patients qui prenaient des statines depuis au moins 6 mois, ont été comparées a celles des 71 patients ne recevant pas de statines (Tableau 1). Le groupe recevant des statines est significativement plus âgé ; TT, BT, DHT, Δ 4 y était significativement plus faibles. Les différences sur E2 et le poids prostatique tangentent la significativité sans l'atteindre.
Conclusion La prise de statine, de façon prolongée (≥ 6 mois) est associée a un hypogonadisme franc. Ce paramètre devrait être intégré dans le profil métabolique pré-thérapeutique des CaP localisé.

Tableau 1

Paramètre	Statine	SNC	Différence	p
Age	65.3 <285> (64.7≡65.9)	62.4 <71> (60.9≡63.9)	2.9 (1.3≡4.5)	0.001
Testostérone biodisponible	1.20 <285> (1.15≡1.25)	1.33 <70> 0.8 (1.21≡1.43)	−0.12 (−0.24≡0.001)	0.039
Testostérone totale	4.4 <285> (4.2≡4.6)	5.2 <71> (4.7≡5.6)	−0.77 (1.19≡−0.30)	0.002
DHT	0.39 <284> (0.37≡0.41)	0.44 <71> (0.40≡0.49)	−0.058 (−0.108≡−0.009)	0.011
Δ4	0.98 <283> (0.93≡1.03)	1.13 <70> (1.02≡1.24)	−0.15 (−0.27≡−0.08)	0.016
E2	24.8 <283> (23.8≡25.6)	26.9 <70> (24.7≡29.1)	−2.1 (−4.5≡0.3)	0.06
Poids de la prostate	49.0 <279> (46.9≡51.1)	44.4 <71> (40.4≡48.4)	4.6 (0.05≡9.14)	0.06

1re ligne : moyenne et effectif (entre chevrons) ; 2e, entre parenthèses : limites inférieures et supérieures de confiance à 95 % séparées par ≡ (calculées par bootstrap —3000 itérations).

Déclaration de liens d'intérêts Fondation Foch.
https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.250

CO-204

Cancer de prostate chez les patients afro-caribéens : sont-ils plus agressifs au diagnostic

M. Meunier[1,*], J. Tantot[2], T. Lebret[1], T. Ghoneim[1], F. Martin[3], T. Taouil[3], M. Vignac[4], H. Baumert[5], V. Vinh-Hung[3], V. Dusaulle-Duchatelle[5], W. Sutter[4], V. Molinié[3]
[1] *Hôpital Foch, Suresnes, France*
[2] *CHU Lyon Sud, Lyon, France*
[3] *CHU de la Martinique, Fort-de-France, Martinique*
[4] *HEGP, Paris, France*
[5] *Hôpital Saint-Joseph, Paris, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : matthias.meunier@yahoo.fr (M. Meunier)

Objectifs Les patients originaires d'Afrique subsaharienne ont une incidence et une mortalité par cancer de prostate plus élevé que les hommes caucasiens. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats anatomopathologiques d'une cohorte afro-antillaise diagnostiquée d'un cancer de prostate sur biopsies de prostate, et de les comparer à une cohorte de France métropolitaine à majorité caucasienne.
Méthodes Une étude rétrospective comparative bicentrique a été réalisée entre un centre Martiniquais et un centre Parisien entre 2008 et 2016. Les données cliniques, biologiques et pathologiques étaient recueillies au diagnostic. Les biopsies étaient réalisées selon le schéma standard de 12 prélèvements systématisés. Le critère de jugement principal était la classification de la société internationale de pathologie urologique (ISUP) pour le score de Gleason. Le critère de jugement secondaire était le taux de détection du cancer de prostate par les biopsies. Toutes les biopsies ont été relues par le même anatomopathologiste. Une analyse multivariée a été réalisée par régression linéaire.
Résultats Sur les 1880 patients ayant bénéficié de biopsies de prostate dans la cohorte afro-caribéenne, 945 ont eu un diagnostic de cancer de la prostate (50,3 %), et 500 patients sur 945 dans la cohorte métropolitaine (33,8 %). Les patients afro-antillais étaient plus âgés (moyenne : 68,5 ans vs 67,5 ans, $p = 0{,}028$), avaient un stade clinique plus élevé (13,2 % vs 5,2 % cT3-4, $p < 0{,}001$) et un taux de PSA plus élevé (9,23 vs 8,32 ng/mL, $p = 0{,}019$). Après analyse univariée, les patients afro-antillais présentaient un grade pathologique ISUP plus élevé que les patients métropolitains ($p < 0{,}001$). Néanmoins, après ajustement sur l'âge, le PSA et le stade clinique, il n'y avait plus de différence significative entre les deux cohortes ($p = 0{,}903$) (Tableaux 1 et 2 et Fig. 1).
Conclusion Les patients afro-antillais ne présentaient pas de résultats anatomopathologiques plus défavorable au diagnostic que les patients métropolitains, après analyse multivariée. Les patients afro-antillais atteints de cancer de prostate pourraient s'attendre au même pronostic que les patients caucasiens, au même stade de la maladie, dans des centres présentant des conditions équivalentes d'accès aux soins.

Tableau 1 Caractéristiques cliniques, biologiques et anatomopathologiques des patients de la cohorte Afro-Antillaise et de la cohorte Métropolitaine.

	Tous (n = 1445)	Cohorte Afro-Antillaise (n = 945)	Cohorte Métropolitaine (n = 500)	p *
Age, années (m,sd)	68.2 (8.61)	68.5 (8.62)	67.5 (8.57)	0.028
cTNM (n,%)				<0.001
T1	616 (50.3%)	341 (45.6%)	275 (57.6%)	
T2	486 (39.6%)	308 (41.2%)	178 (37.2%)	
T3/T4	124 (10.1%)	99 (13.2%)	25 (5.2%)	
PSA, ng/mL (med,IQR)	8.94 [5.92; 16.8]	9.23 [5.97; 18.8]	8.32 [5.90; 14.0]	0.019
Volume prostate, mL (m,sd)	43.0 (25.5)	43.2 (27.3)	42.8 (23.2)	0.784
Densité PSA, ng/mL² (med,IQR)	0.24 [0.15; 0.44]	0.24 [0.15; 0.45]	0.24 [0.13; 0.44]	0.180
Nombre de biopsies (m,sd)	12.1 (3.35)	12.1 (3.08)	12.0 (3.80)	0.464
Longueur de biopsies (m,sd)	138 (41.8)	134 (37.5)	145 (48.0)	<0.001
Nombre de biopsies positives (m,sd)	4.75 (3.41)	4.92 (3.58)	4.43 (3.03)	0.006
Longueur de biopsies positives (m,sd)	25.7 (30.2)	25.8 (31.0)	25.5 (28.6)	0.866
% de biopsies positives (m,sd)	0.42 (0.31)	0.43 (0.31)	0.41 (0.30)	0.163
ISUP (n, %)				<0.001
• 1	466 (32.2%)	265 (28.0%)	201 (40.2%)	
• 2	329 (22.8%)	222 (23.5%)	107 (21.4%)	
• 3	267 (18.5%)	197 (20.8%)	70 (14.0%)	
• 4	202 (14.0%)	134 (14.2%)	68 (13.6%)	
• 5	181 (12.5%)	127 (13.4%)	54 (10.8%)	
D'Amico (n,%)				<0.001
• Risque faible	466 (32.2%)	265 (28.0%)	201 (40.2%)	
• Risque intérmédiaire	596 (41.2%)	419 (44.3%)	177 (35.4%)	
• Risque élevé	383 (26.5%)	261 (27.6%)	122 (24.4%)	
pT3 (n,%)	162 (11.2%)	116 (12.3%)	46 (9.20%)	0.094
Expression ERG (n,%)	145 (28.2%)	123 (26.6%)	22 (43.1%)	0.020

*Des tests de Wilcoxon et des *t* tests ont été utilisés pour les variables continues. Des tests du Chi² et de Kruskal—Wallis ont été utilisés pour les données qualitatives. m : moyenne ; sd : écart-type ; n : nombre ; med : médiane ; IQR : intervalle interquartile (25p-75p).

Tableau 2 Analyse de régression multiple linéaire de la classification ISUP.

Variable	β	Std. β	p value
Cohorte	0.0058	0.070	0.93
Age	0.029	0.0040	< 0.001
cTNM	0.87	0.052	< 0.001
PSA	0.00015	0.000062	0.014

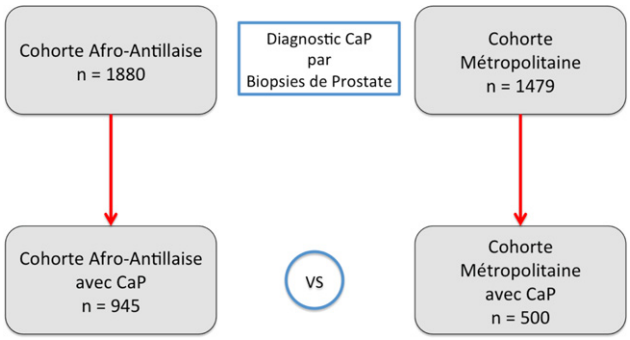

Fig. 1 Critère de jugement principal : classification ISUP. Critère de jugement secondaire : taux de détection de CaP par biopsies.

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

https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.251

CO-205

Épidémiologie des cancers prostatiques en Guyane française

V. Ravery[1,*], O. Tean[1], C. Bras da Silva[1], P. Vega Toro[1], S. Belliardo[2], L. Carvalho[3], A. Andrieu[4], P. Barre[1]
[1] *Centre hospitalier de Kourou, Kourou, Guyane française*
[2] *Registre des cancers de Guyane - Francim, Cayenne, Guyane française*
[3] *Santé publique France - Guyane, Cayenne, Guyane française*
[4] *Santé publique France - Guyane, Kourou, Guyane française*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : raveryv@ch-kourou.fr (V. Ravery)

Objectifs La population guyanaise compte 280 000 habitants environ dont 66 % de noirs/créoles et 12 % de métropolitains ; les autres populations sont variées. Si l'épidémiologie du cancer prostatique aux Antilles est bien connu (incidence standardisée de 193°/°°°° versus 98°/°°°° en métropole), la situation en Guyane Française n'est pas encore bien documentée. Nous rapportons les Résultats épidémiologiques colligés par l'organisme « Santé Publique France ».
Méthodes Les données épidémiologiques guyanaises présentées proviennent des estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France entre 2007 et 2016. Les données de mortalité proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) et couvrent la période 2007—2014 et les données d'incidence proviennent des registres de cancers, pour la même période.
Résultats En Guyane, il n'est pas observé de sur- ou sous-incidence du cancer de la prostate (CaP) par rapport au niveau de la Métropole (SIR : 1,04 [0,94—1,15]). Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est de 94,4/100 000 personnes-année, soit en moyenne 78 nouveaux cas observés chaque année sur la période 2010—2014. Il représente 17 % des cas de cancers incidents en Guyane et 32 % chez l'homme. Le CaP semble moins fréquent en Guyane qu'aux Antilles. Une sur-mortalité significative par CaP est en revanche observée en Guyane par rapport à l'Hexagone (SMR : 1,70 [1,38—2,07]). Sur la même période, le nombre annuel de décès par CaP observés est en moyenne de 12, c.-à-d. un taux de mortalité standardisé de 16,9/100 000 personnes-année. Ce taux est plus faible que celui observé aux Antilles.
Conclusion Aucune raison n'explique que la population noire guyanaise soit différente à ce point de la même population étudiée aux Antilles même si les facteurs de risque environnementaux sont moindres et la population plus hétérogène. Le décalage entre les rapports standardisés d'incidence et de mortalité en Guyane pose la question d'un diagnostic trop tardif et/ou d'un défaut d'information aux populations cibles.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.252

CO-206

Évaluation de la morbidité dans le cancer de la prostate localisé des patients porteurs d'une hémophile de type A, de type B ou d'une maladie de von Willebrand

S. Chelly[1,*], N. Drillaud[2], M. Fouassier[2], S. De Vergie[2], M. Perrouin-Verbe[2], J. Rigaud[2], M. Trossaert[2], J. Branchereau[2]
[1] *CHU d'Angers, Angers, France*
[2] *CHU de Nantes, Nantes, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : samuel.chelly@gmail.com (S. Chelly)

Objectifs Il n'existe, jusqu'à présent, aucune étude évaluant la prise en charge du cancer de la prostate localisé chez le patient