

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/mL <sup>2</sup> (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 intermédiaire	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 Chi<sup>2</sup> 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	$\beta$	Std. $\beta$	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

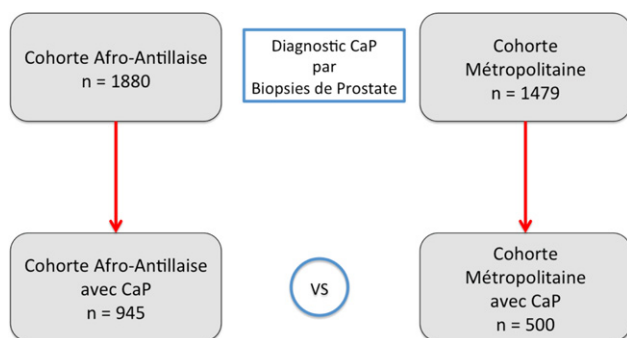


Fig. 1 Critère de jugement principal : classification ISUP. Critère de jugement secondaire : taux de détection de CaP par biopsies.

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<sup>1,\*</sup>, O. Tean<sup>1</sup>, C. Bras da Silva<sup>1</sup>, P. Vega Toro<sup>1</sup>, S. Belliardo<sup>2</sup>, L. Carvalho<sup>3</sup>, A. Andrieu<sup>4</sup>, P. Barre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier de Kourou, Kourou, Guyane française

<sup>2</sup> Registre des cancers de Guyane - Francim, Cayenne, Guyane française

<sup>3</sup> Santé publique France - Guyane, Cayenne, Guyane française

<sup>4</sup> Santé publique France - Guyane, Kourou, Guyane française

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [raveryv@ch-kourou.fr](mailto: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 connue (incidence standardisée de 193<sup>0</sup>/100000 versus 98<sup>0</sup>/100000 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<sup>1,\*</sup>, N. Drillaud<sup>2</sup>, M. Fouassier<sup>2</sup>, S. De Vergie<sup>2</sup>,

M. Perrouin-Verbe<sup>2</sup>, J. Rigaud<sup>2</sup>, M. Trossaert<sup>2</sup>, J. Branchereau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CHU d'Angers, Angers, France

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

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [samuel.chelly@gmail.com](mailto: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