

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

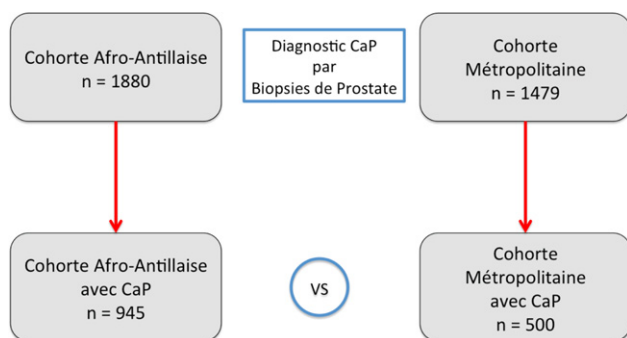


Fig. 1 Critère de jugement principal : classification ISUP. Critère de jugement secondaire : taux de détection de CaP par biopsies.

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

ayant une hémophilie innée ou une maladie de von Willebrand. L'objectif de cette étude est d'évaluer la morbidité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans cette population.

**Méthodes** Entre 2002 et 2019, 35 séries de biopsies de prostate (BP) ont été réalisées chez 26 patients atteints d'une hémophilie de type A (HA), de type B (HB) ou d'une maladie de von Willebrand (VW). Les patients hémophiles étaient classés en sévère (facteur VIII ou IX 30 %). Dix-sept thérapies radicales (TR) ont été réalisées dont 15 prostatectomies radicales (PR), 1 curiethérapie et 1 radiothérapie. Tous les patients (sauf 1 série de BP) ont été supplémentés en facteur de coagulation. Nous avons évalué la morbidité per- et postopératoire de ces gestes.

**Résultats** Parmi les 35 BP, 27 étaient atteints d'HA (1 sévère, 17 modérées et 9 mineures), 1 HB modérée et 7 VW. En moyenne, 12,4 BP (6–21) étaient réalisées et les patients restaient hospitalisés 3,5 jours après le geste (0–9). À noter un épisode de déglobulisation sur rectorragie nécessitant une transfusion. Aucun des patients n'a été ré-hospitalisé. Concernant les TR, les patients étaient âgés en moyenne de 65,2 ans (47–74). Quinze étaient HA (1 sévère, 7 modérées, 7 mineures) et 2 VW. Concernant les PR : les durées opératoires et d'hospitalisation étaient respectivement de 216 minutes (138–333) et 10,5 jours (5–29) ; 1 cœlio-conversion pour hémorragie ; 4 ré-hospitalisations pour hémorragie (1 hématome et 3 caillotages) et 2 transfusions (Clavien : II-4 ; IIIb-2). Des symptômes de cystite radique sont apparus à 3 ans post-radiothérapie.

**Conclusion** La réalisation de BP chez le patient hémophile supplémenté en facteur de coagulation, est un geste qui ne se complique pas lorsque bien encadré. Il semble exister un sur-risque hémorragique notamment d'hématurie macroscopique caillotante à l'ablation de la sonde à demeure post-PR. La RCE ne semble pas indiqué dans cette population, à sur-risque hémorragique en cas de cystite radique.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.253>

## Infection

CO-207

### La pyélonéphrite xanthogranulomateuse diffuse et focale : principaux aspects et diagnostics différentiels en imagerie

A. Saadi<sup>1,\*</sup>, C. Saadi<sup>1</sup>, M. Chakroun<sup>1</sup>, A. Kacem<sup>1</sup>, N. Achour<sup>2</sup>, A. Bouzouita<sup>1</sup>, A. Derouiche<sup>1</sup>, R. Ben Slama<sup>1</sup>, N. Mnif<sup>2</sup>, H. Ayed<sup>1</sup>, M. Chebil<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service d'urologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

<sup>2</sup> Service de radiologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dr.saadi.ahmed@gmail.com](mailto:dr.saadi.ahmed@gmail.com) (A. Saadi)

**Objectifs** La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PXG) représente une entité de pyélonéphrite chronique relativement rare. En l'absence de signes spécifiques, son diagnostic préopératoire reste difficile et la PXG pose des difficultés d'ordre diagnostique différentiel de tumeur rénale. L'objectif de ce travail est de décrire les principaux aspects scanographiques de la PXG dans ses différentes formes et d'en déduire les principales caractéristiques.

**Méthodes** On a réalisé une relecture des scanners de tous les cas de PXG confirmés histologiquement sur pièce opératoire durant la période étendue de 1998–2018. Parmi 88 patients inclus, 14 dossiers n'étaient pas exploitables et donc exclus de l'étude. Toutes les données scanographiques ont été recueillies et analysées.

**Résultats** On a distingué deux formes différentes de PXG : une forme diffuse (71 %) et une forme focale (29 %). Dans la forme diffuse, le diagnostic préopératoire (Tableau 1) était une pyonéphrose avec des cavités pyélocalicielles dilatées hypodenses et un parenchyme détruit dans 59 % des cas (Fig. 1). Le facteur favorisant était l'obstruction chronique des voies excrétrices d'origine lithiasique dans 88 % des cas. Une extension périrénale du processus infectieux était observée sous forme d'abcès périrénal ou du psoas (21 %). Les complications fistuleuses étaient observées dans 5 cas (4 fistules rénocutanées et une rénocolique). Dans la forme focale, le diagnostic préopératoire était une tumeur rénale dans 7 cas et un abcès du rein dans 6 cas. L'aspect scanographique était une masse hypodense isolée (4 cas) (Fig. 2), une masse solido-kystique (3 cas) ou une ectasie calicelle segmentaire (4 cas).

**Conclusion** Le diagnostic préopératoire de la PXG reste difficile. Sa forme focale pseudo-tumorale est souvent confondue avec le cancer du rein. L'association de syndrome biologique inflammatoire, à des images scanographiques d'inflammation péri-lésionnelle sur un rein lithiasique dilaté, doit nous inciter à évoquer le diagnostic et proposer une biopsie pouvant confirmer le diagnostic et éviter éventuellement une chirurgie délabrante et inutile.

Tableau 1 Les différents diagnostics préopératoires évoqués.

	33	44,5%
Pyonéphrose	26	35,1%
Rein détruit	7	9,4%
Tumeur rénale	6	8,1%
Abcès du rein	2	2,7%
Tumeur de la voie excrétrice supérieure		

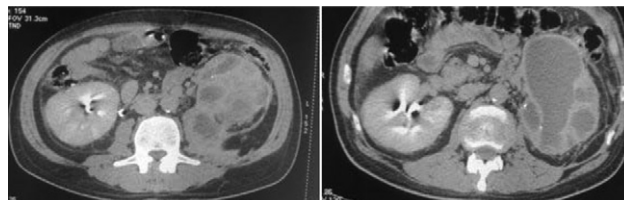


Fig. 1 PXG diffuse : hydro-pyonephrose avec réaction xanthogranulomateuse sous forme d'une collection pseudo-kystique multiloculée intraparenchymateuse. Infiltration associée de la graisse périrénale et compilation à type d'abcès du psoas homolatéral.

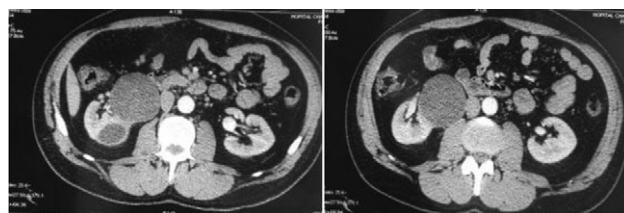


Fig. 2 PXG focale : masse hypodense isolée, non rehaussée, au sein d'un parenchyme par ailleurs normal.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.254>