



## Hypertrophie bénigne de prostate, cancer de prostate<sup>☆</sup>

R. Mathieu<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Service d'urologie, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guillou, 35000 Rennes, France

<sup>b</sup>Department of Urology, Medical University Vienna, General Hospital, Vienne, Autriche

### HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

Deux communications orales et une séance vidéo étaient consacrées cette année à l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

Les résultats de l'utilisation en médecine générale d'un score visuel prostatique en images (SVPI) dans l'évaluation et le suivi des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) liés à une HBP ont été présentés (Fig. 1) (O-011). Dans cette étude prospective ayant inclus 1359 patients, le SVPI total était significativement corrélé à l'IPSS total initial et à son évolution durant le suivi ( $p < 0,0001$ ). Une corrélation significative existait également entre les sous scores (irritatifs, obstructifs et de qualité de vie) et les pictogrammes correspondants ( $p < 0,0001$ ). Cependant, les corrélations obtenues avec le sous score obstructif étaient inférieures à celles obtenues avec les sous scores irritatifs et de qualité de vie (respectivement,  $r = 0,45$  vs  $r = 0,66$  et  $0,62$  à l'inclusion ;  $r = 0,44$  vs  $r = 0,58$  et  $0,69$  durant le suivi). Plus de 90 % des médecins généralistes ayant évalué ce SVPI souhaitaient poursuivre son utilisation. Une étude de validation par des urologues est actuellement en cours. Sa bonne corrélation avec l'IPSS, sa facilité d'utilisation et sa bonne perception par les médecins généralistes en font un outil prometteur pour une évaluation simplifiée des SBAU.

#### Correspondance :

R. Mathieu,

Service d'urologie, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guillou, 35000 Rennes, France.

Adresse e-mail :

[romain.MATHIEU@chu-rennes.fr](mailto:romain.MATHIEU@chu-rennes.fr).

Au cours de la séance vidéo sur l'HBP, Cornu et al. ont présenté une nouvelle méthode d'évaluation de l'obstruction vésicale : l'uréthrocystoscopie mictionnelle (V-023). La dynamique du col vésical et les mouvements des lobes prostatiques étaient évalués par fibroscopie lors d'une miction et l'obstruction définie selon une classification préétablie. Cent quatre-vingt-douze patients ont été évalués prospectivement. Cent soixante et un patients (84 %) ont pu uriner lors de la fibroscopie et 126 ont été considérés comme obstrués par absence d'ouverture des lobes latéraux (85 patients) ou par obstruction du col vésical (41 patients). Cette évaluation ouvre la voie selon les auteurs à une chirurgie partielle et élective de l'HBP. Ainsi la même équipe a rapporté la faisabilité et les résultats à 1 an d'un essai de préservation des éjaculations lors d'une chirurgie de l'HBP par photovaporisation prostatique (PVP) (O-202). Cent quarante-cinq patients ont été traités en respectant l'intégrité du tissu sur cm au-dessus du veru montanum. Deux cas de rétention aiguë d'urine transitoire et une reprise chirurgicale pour urétrotomie interne ont été rapportés. À 1 an, 106 patients (73 %) avaient conservé une éjaculation antégrade avec un score de satisfaction sexuelle globale  $\leq 2$  chez 64 % des patients. Les résultats fonctionnels étaient jugés satisfaisants : le score IPSS médian, le débit maximal et le résidu post-mictionnel étaient en effet respectivement de 6, 18 mL/s et 44 mL. Les résultats fonctionnels à 2 ans et les taux de complications d'une PVP avec le laser XPS-180W en fonction du volume prostatique (supérieur ou inférieur à 80 cm<sup>3</sup>) ont été rapportés dans une analyse multicentrique internationale ayant inclus 1196 patients (O-201). Une amélioration significative du score IPSS, du score de qualité de vie, du

débit maximal et du résidu post-mictionnel était observée à 2 ans, sans différence significative entre les deux groupes. Si le taux de complication était comparable en termes d'hématurie et de taux de transfusion sanguine entre les 2 groupes, le taux de conversion en RTUP était cependant plus fréquent dans le groupe des prostatites de plus de 80 cm<sup>3</sup> (11,2 vs 1,1 %,  $p < 0,001$ ). Deux équipes ont évalué l'impact tissulaire de la PVP avec le laser XPS-180W par IRM et/ou échographie de contraste (O-203, O-205). Dans les suites de l'intervention, les épaisseurs de nécrose prostatique mesurées étaient respectivement de 2 et 9 mm. Ces zones de nécrose n'étaient plus retrouvées à 3 mois (O-203) et 6 mois (O-205). Les faibles effectifs (cohortes de 10 patients) et les différences observées nécessiteront probablement de nouvelles investigations afin d'évaluer l'impact exact de la technique de vaporisation et de l'énergie délivrée lors de l'intervention sur l'épaisseur de cette nécrose.

Enfin, plusieurs communications ont rapporté les résultats de l'énucléation prostatique par laser. Misraï et al. ont présenté une technique d'énucléation « en bloc » au laser greenlight 120W (Greenlep) (V-024) et ses résultats préliminaires (O-206). Les 25 premiers patients opérés présentaient un volume prostatique médian de 100 cm<sup>3</sup>. Cinq perforations capsulaires, 2 conversions en RTUP et une reprise chirurgicale pour morcellation secondaire ont été rapportées. La durée médiane d'intervention et l'énergie délivrée étaient respectivement de 70 min (65–100) et de 95 kJ (79–195). Avec un suivi médian court (2 mois), l'étude des résultats fonctionnels montrait une amélioration significative de tous les critères de jugement (score IPSS, de qualité

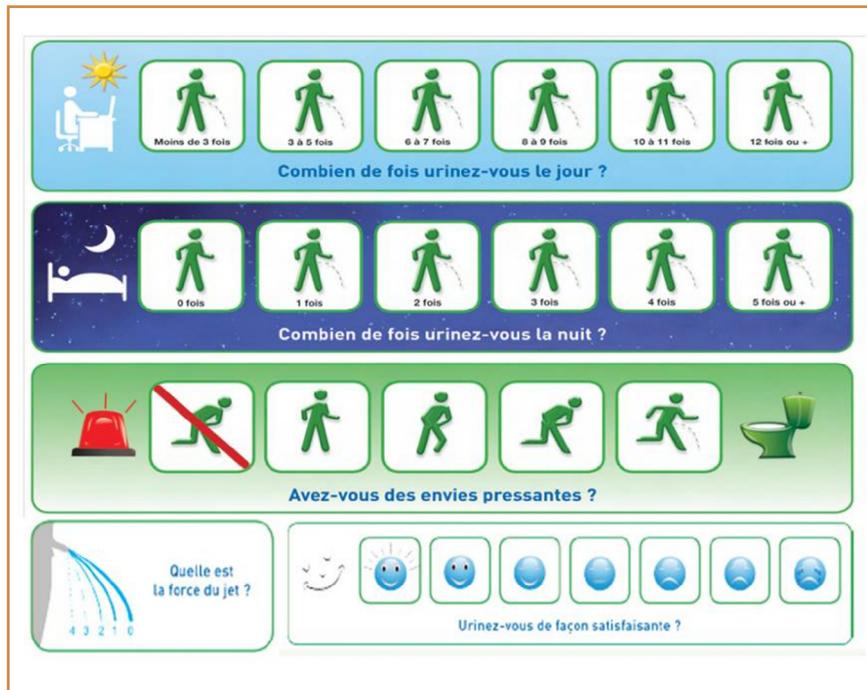


Figure 1. Score visuel prostatique en images (O-011).

de vie et résidu post-mictionnel). Des résultats à moyen et long termes sont donc attendus afin de comparer cette technique à l'adénomectomie voie haute ou encore à l'énucléation prostatique au laser Holmium (HoLEP). Cette dernière technique a en effet fait l'objet de plusieurs communications. Les résultats et complications observés lors des 149 premières énucléations prostatiques HoLEP réalisées par deux opérateurs sans expérience préalable de la technique ont été présentés (O-208). La durée opératoire, le volume prostatique réséqué, et la durée d'hospitalisation étaient en moyenne de 98 min, 44,5 cm<sup>3</sup> et 1,7 jour. Au moins une complication peropératoire a été rapportée chez 23 patients (15,4 %) correspondant à 13 perforations capsulaires, 5 pannes du morcellateur, 4 plaies vésicales, 3 saignements importants, 1 décollement sous trigonal et 1 coagulation de méat urétéral. Cinq patients ont présenté une complication Clavien  $\geq 2$  (3 transfusions de culots globulaire, 1 reprise chirurgicale pour morcellation et 1 décaillotage vésical sous anesthésie générale). La même

équipe a démontré la faisabilité de l'énucléation HoLEP en chirurgie ambulatoire (O-209). Trente patients ont été inclus dans cette étude prospective. Un seul patient (3,3 %) a finalement nécessité une hospitalisation en chirurgie conventionnelle pour caillotage. Le taux de reprise mictionnelle au premier jour postopératoire était de 90 % et le taux de réhospitalisation à 3 mois était de 16,6 %. Enfin, les résultats de l'énucléation HoLEP pour des prostatites de plus de 100 g dans une série de 148 patients opérés dans 3 centres français ont également été présentés (O-207). Le volume médian prostatique préopératoire était de 126 cm<sup>3</sup>, le temps opératoire moyen de 149 min et le volume moyen réséqué de 115 cm<sup>3</sup>. Trois patients ont été transfusés, deux ont nécessité une conversion en RTUP, et un autre la réalisation d'une adénomectomie voie haute. La durée d'hospitalisation moyenne était de 2,85 jours (0-7).

### Cancer de la prostate

Cette année, six séances de communications orales étaient dédiées au cancer de la prostate.

### Cancer localisé de la prostate : épidémiologie et marqueurs diagnostiques

Neuzillet et al. ont comparé les caractéristiques histologiques des adénocarcinomes prostatiques sur 937 pièces de prostatectomie en fonction de l'indice de masse corporel (IMC) et du statut gonadotrope. Une obésité et un hypogonadisme défini par une testostéronémie totale < 3 ng/mL ont été identifiés en analyse multivariée comme facteurs de risque indépendants de prédominance du grade de Gleason 4 après prostatectomie radicale (OR = 1,102,  $p < 0,001$  et OR = 1,544,  $p = 0,032$ , respectivement) (O-001). L'effet des acides gras insaturés et de tissu adipeux périprostatique sur des lignées cellulaires tumorales de prostate a été présenté par le CHU de Tours (O-003). Une influence significative des acides gras a été observée sur la migration des cellules tumorales prostatiques et sur l'expression de leurs molécules d'adhésion. De plus, les milieux issus de tissus adipeux provenant de patients obèses augmentaient significativement la migration de certaines cellules prostatiques. Les performances diagnostiques du Prostate Health Index (PHI) et du prostate cancer antigen 3 (PCA-3) pour le dépistage du cancer de la prostate ont été comparées dans une étude prospective incluant 137 patients (O-007). PHI présentait une performance diagnostique significativement supérieure à PCA-3 dans le dépistage d'un cancer de prostate cliniquement significatif (AUC 0,8 vs AUC 0,55,  $p = 0,03$ ). En analyse multivariée, PHI était ainsi le seul marqueur prédictif indépendant de la présence d'un cancer de prostate cliniquement significatif (OR = 9,60,  $p = 0,001$ ).

### Cancer localisé de la prostate : biopsies et IRM

De nombreuses communications ont souligné l'intérêt des biopsies prostatiques ciblées à l'aide d'une plateforme de fusion échographie/IRM. Une première étude rétrospective a rapporté l'intérêt de biopsies dirigées comparées à des biopsies randomisées standards pour le diagnostic d'un cancer de prostate significatif dans une population de 179 patients. Les biopsies dirigées étaient associées à une augmentation significative du taux de détection de cancer de prostate significatif (58 % vs 36 %,  $p < 0,001$ ) et de la longueur totale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)