

Association des Urologues du Québec Congrès Annuel 2026 – Résumés

Session scientifique IV

Vendredi 6 novembre 2026 • Friday, November 6, 2026

Cité comme suit : *Can Urol Assoc J* 2026;20(11 Suppl3):S139-42. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.10113>

Timing of oocyte retrieval and micro testicular sperm extraction: A single-center, retrospective cohort study

David Bouhadana¹, Mélanie Chow-shi-Yée², Simon Phillips^{2,3}, Isaac-Jacques Kadoch^{2,3}, Armand Zini^{2,3}

¹Département d'urologie, Université McGill, Montréal, QC, Canada; ²Clinique OVO, Montréal, QC, Canada; ³Département d'obstétrique et gynécologie, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

Introduction: Testicular sperm extraction (TESE) with intracytoplasmic sperm injection (ICSI) allows men with azoospermia to achieve biological parenthood. In vitro culture techniques can enhance sperm motility, with peak motility reported at 48 hours. No study has evaluated the implications of an extended sperm incubation on live birth rates. We aim to evaluate the embryologic and clinical outcomes of couples undergoing micro-TESE at 24 hours or 48 hours before oocyte retrieval.

Methods: We conducted a retrospective study of 282 ICSI cycles using sperm retrieved by micro-TESE from a single fertility center between June 2015 and January 2025. Patients were stratified according to timing of oocyte retrieval following micro-TESE: 24 hours (n=104) vs. 48 hours (n=25). Baseline demographics, hormonal profile, and sperm parameters were collected. Embryologic outcomes included number of retrieved oocytes, mature oocytes, fertilization rate, and blastocyst formation. Clinical outcomes included biochemical pregnancy, clinical pregnancy, and live birth rates. Relative risks were calculated to estimate the strength of association between groups. Associations were estimated using multivariable logistic regression, with adjustment for embryo transfer type.

Results: Baseline characteristics were similar between groups. Fertilization rate (67% vs. 65%, p=0.81) and blastocyst rate (50%±26 vs. 49%±29, p=0.90) were comparable between groups; however, significant differences were observed in clinical outcomes: positive β -hCG rates were higher in the 24-hour group (72% vs. 35%, p<0.001), as were clinical pregnancy rates (65% vs. 35%, p=0.007) and live birth rates (56% vs. 30%, p=0.04).

Conclusions: Although extended sperm culture may improve motility, incubation beyond 24 hours appears to negatively affect clinical outcomes. Our findings support performing oocyte retrieval within 24 hours of micro-TESE to optimize clinical pregnancy rates and live birth rates in couples undergoing ICSI.

La cystectomie radicale robot-assistée versus ouverte : une comparaison d'issues postopératoires et analyse de coûts

Anindyo Chakraborty¹, Laetitia Duruisseau¹, Vincent Fradet¹, Francis Lemire¹, Michele Lodde¹, Louis Lacombe¹, Étienne Lavallée¹

¹Département d'urologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

Introduction : La cystectomie radicale robot-assistée (CRR) offre une approche minimalement invasive avec des résultats oncologiques comparables à la cystectomie radicale ouverte (CRO). Son adoption demeure limitée au Québec, notamment en raison des coûts d'acquisition et de maintenance du robot. Cette étude vise à déterminer si la CRR est associée à une réduction des complications postopératoires et des coûts d'hospitalisation.

Méthodes : Une analyse rétrospective de toutes les cystectomies radicales curatives réalisées entre janvier 2023 et mars 2025 a été menée, excluant les cas non curatifs et les chirurgies concomitantes. Les données démographiques, peropératoires, postopératoires et les complications ont été colligées. Les frais institutionnels moyens pour 2025-2026 ont été compilés par le département des finances.

Résultats : Cent seize patients ont été inclus, avec des caractéristiques préopératoires comparables entre les deux cohortes. Le temps opératoire médian était plus long pour la CRR (324 vs 305 min, p = 0,004). La CRR était associée à un taux de transfusion peropératoire significativement inférieur (0 % vs 15,6 %, p < 0,001), moins de complications grade ≥ 2 à 30 jours (34,6 % vs 64,1 %, p = 0,002) et une durée d'hospitalisation plus courte (5 vs 9,5 jours, p < 0,001). Le taux de réadmission à 90 jours était comparable (21,2 % vs 25 %). Les frais opératoires de la CRO étaient en moyen 2 659,02 \$ de moins que ceux liés à la CRR. Par contre, la CRO engendrait 1 798,34 \$ en frais additionnels d'hospitalisation en étage de soins chirurgicaux et 4 637 77 \$ en frais additionnels en liens avec le séjour aux soins intensifs.

Conclusions : Dans une cohorte comparable, la CRR est associée à moins de complications postopératoires immédiates, un retour à domicile plus précoce et une réduction significative des coûts d'hospitalisation, aux dépens d'un temps opératoire plus long.

Characterization of prostate-specific membrane antigen positron emission tomography uptake changes per patient and per lesion after 3 months of enzalutamide in castration-resistant prostate cancer

Raphaël Vincent¹, François-Alexandre Buteau², Aprikan Armen³, Fred Saad⁴, Marie-Christine Dubé¹, Antoine Guyon¹, Marjorie Besançon¹, Frédéric Pouliot⁵

¹Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada;

²Department of Medical Imaging, Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada; ³Division of Urology, McGill University Health Centre, Montréal, QC, Canada; ⁴Department of Urology, University of Montreal Hospital Center, Montréal, QC, Canada; ⁵Division of Urology, Department of Surgery, Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada

Introduction: Prostate-specific membrane antigen positron emission tomography (PSMA-PET) is more sensitive than conventional imaging for staging prostate cancer; however, how PSMA uptake changes under hormone therapy and how frequently interlesional heterogeneous responses occur remain unclear. We assessed per-lesion and per-patient response after three months of enzalutamide in castration-resistant prostate cancer (CRPC) and correlated it with PSA change.

Methods: This prospective, multicenter, phase 2 trial (NCT04655365) accrued 32 CRPC patients with progressive disease and negative or oligometastatic (<5) disease on CT. Baseline ¹⁸F-DCFPyL (PSMA) PET/computed tomography (CT) was performed; PSMA-positive patients (maximum standardized uptake value [SUVmax] $\geq 1.5 \times$ liver SUVmean) received enzalutamide 160 mg daily for three months, with repeat PSMA-PET. Central blinded review assessed SUVmax change and interlesional response patterns. Per-patient PSMA response followed Fanti criteria (significant tracer uptake change = $\pm 30\%$ SUVmax/volume or new lesions); PSA response followed PCWG4 criteria.

Results: Twenty-two patients received enzalutamide for three months and underwent a second PSMA-PET. Median age was 75 years. Median PSA decreased from 7.58 to 0.64 ng/mL (Δ -91.3%, p<0.001) and median per-patient SUVmax decreased by 41.7% (p=0.0003). PSA and SUVmax changes were correlated (Spearman ρ =0.64, p=0.001). Per-patient PSMA response was partial in 13 patients, stable in five, and progressive in four. Per-lesion patterns were all decreased in 16 patients, heterogeneous in five, and all increased in one. Among the four per-patient progressors, three achieved a $\geq 50\%$ PSA decline, demonstrating clinically relevant PSA-PSMA discordance.

Conclusions: Early PSMA-PET changes correlated with biochemical response after enzalutamide, but per-lesion analysis revealed substantial interlesional heterogeneity and PSA-PSMA discordance. Longer followup will determine whether early PSMA-PET distinguishes durable response from PSMA modulation.

Preoperative pelvic floor muscle training for early urinary continence recovery after laser enucleation of the prostate: A pilot, randomized controlled trial

Anouk Leathead¹, Anis Assad², Viviane Lavergne¹, Hiba Benkhadda¹, Michelle Taillefer², Caroline Grégoire³, Geneviève Morin³, Martine Jolivet-Tremblay², Naeem Bhojani²

¹Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; ²Division of Urology, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; ³Division of Physical Therapy, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

Introduction: Early postoperative urinary incontinence remains a common complication after thulium fiber laser enucleation of the prostate (ThuFLEP). Pelvic floor muscle training (PFMT) is effective for urinary incontinence, but its role as a preoperative intervention before enucleation is unknown. We assessed the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of preoperative PFMT on continence after ThuFLEP.

Methods: In this prospective, pilot, randomized controlled trial, patients undergoing ThuFLEP were randomized to standard care (G-S) or preoperative PFMT followed by ThuFLEP (G-PPP). Primary outcomes were feasibility and acceptability. Secondary outcomes included continence assessed by the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (ICIQ-SF) and pad use (>1 pad/day) at one and three months postoperatively. Between-group comparisons were adjusted for baseline values.

Results: Out of 32 patients randomized (G-S=15, G-PPP=17), 28 completed followup (14/group). Median age was 69 years, and median prostate volume was 128 g. PFMT compliance was 100%, with no PFMT-related adverse events. All participants found PFMT easy to follow, 69% felt it improved recovery, and 92% would recommend it routinely. A baseline imbalance in ICIQ-SF scores was observed. After adjustment, no significant between-group differences in ICIQ-SF scores were found at one or three months. The proportion using >1 pad/day was 38.5% vs. 33.3% at one month and 15.4% vs. 0% at three months in the G-S and G-PPP groups, respectively. No patient in the PFMT group required >1 pad/day at three months. BMI was the only independent predictor of pad use >1/day at one month (OR 1.39, 95% CI 1.03–2.62, $p=0.027$).

Conclusions: Preoperative PFMT before ThuFLEP was feasible, safe, and highly acceptable. Although no significant differences in ICIQ-SF scores were observed, a favorable trend toward earlier continence recovery was noted, with no PFMT patients requiring >1 pad/day at three months. These findings support the conduct of a larger adequately powered trial.

Exploring management preferences among patients with small renal masses

Félix LeBlanc^{1,2}, Hanane Zabouche^{1,2}, Clara Diaz^{1,2}, Maryam Kandi³, Rania Ouraou², Catherine Hudon^{1,7}, Luke T. Lavallée⁸, Philippe D. Violette^{3,4}, Matthieu Gratton⁵, Gordon Guyatt^{3,6}, Patrick O. Richard^{1,2}

¹Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada; ²Division of Urology, Department of Surgery, Sherbrooke University Hospital Center, Sherbrooke, QC, Canada; ³Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; ⁴Woodstock Hospital, McMaster University, Woodstock, Canada; ⁵Hotel-Dieu de Lévis, Integrated Health and Social Services Center of Chaudière-Appalaches, Lévis, QC, Canada; ⁶Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; ⁷Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Sherbrooke University Hospital Center, Sherbrooke, QC, Canada; ⁸Division of Urology, Department of Surgery, University of Ottawa and Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, ON, Canada

Introduction: Most patients diagnosed with a small renal mass (SRM) undergo definitive treatment, although active surveillance may also be considered as an alternative; however, it remains unclear how patients balance the risks and benefits of each approach. In this study, we aimed to evaluate patient preferences regarding the management of their SRM.

Methods: This multicenter, prospective study used structured online interviews with patients newly diagnosed with a SRM. Participants reviewed outcome data and indicated their preference for definitive treatment with either thermal ablation or partial nephrectomy. Patients were then presented with a series of hypothetical scenarios to determine the maximum increase in the probability of death from kidney cancer they would be willing to accept to forgo definitive treatment.

Results: A total of 101 participants were recruited. The median age was 66 years (interquartile range [IQR] 59–73), 61.3% of participants were male, and the median tumor maximum diameter was 2.2 cm (IQR 1.6–2.9). Most patients preferred thermal ablation (69.3%) as their definitive treatment of choice. When balancing the risks and benefits of definitive treatment, the median maximum increase in five-year kidney cancer mortality risk that patients were willing to accept to forgo definitive treatment was 0.5% (IQR 0.1–1.0) at five years; 41.4% accepted a threshold $\geq 2\%$. The proportion of patients who preferred active surveillance over definitive treatment was 64.4%.

Conclusions: Preliminary results highlighted a strong preference for thermal ablation over surgery and a preference for active surveillance over definitive treatments after reviewing individualized risk information. Participants varied in their tolerance for additional mortality risk. These findings underscore the importance of shared decision-making and suggest that many patients may be willing to accept a modest increase in cancer-specific mortality risk to avoid intervention-related morbidity.

Patient-reported outcomes following Rezūm™ water vapor therapy for benign prostatic hyperplasia: A single-center, real-world experience in Quebec

Ali Alkahtani¹, Fernanda Girardi¹, Myrian Ménard¹, Marie-Ève Dagneau¹, Mélanie Aubé-Peterkin¹, Serge Carrier¹

¹McGill University, Montréal, QC, Canada

Introduction: Rezūm™ is a minimally invasive water vapor thermal therapy for men with lower urinary tract symptoms (LUTS) secondary to benign prostatic hyperplasia (BPH). This study evaluated patient-reported outcomes and satisfaction following Rezūm therapy, following its public access authorization in Quebec in 2024.

Methods: A questionnaire was administered to patients who underwent Rezūm therapy at our institution. Outcomes included procedural pain, catheterization duration, adverse effects, symptom improvement, and overall satisfaction.

Results: Ninety patients underwent Rezūm therapy. Most procedures were performed in an outpatient clinic setting, except when concomitant procedures, such as cystolitholapaxy, were required. Intravenous sedation was the most common anesthetic modality. Forty-seven patients completed the questionnaire. Most respondents (80%) were 60–79 years old. During the procedure, 25.5% reported no pain, while 44.7%, 14.9%, and 14.9% reported mild, moderate, and severe pain, respectively. Catheterization lasted less than two weeks in 58% of patients. No post-procedural side effects were reported by 59.3% of respondents. Symptom improvement was reported by 95.7% of patients, and 87.2% would recommend the procedure.

Conclusions: Rezūm therapy is a well-tolerated outpatient treatment for BPH associated with high patient satisfaction and significant symptom improvement. These findings support broader adoption across Quebec.

First external validation of the European Randomized Study of Prostate Cancer Screening - version 6 prostate cancer risk calculator in a Canadian population

Clément Larose^{1,2,3,4}, Eliott Sparano^{1,2}, Karine Robitaille^{2,3,4}, Fred Saad⁵, Patrick O. Richard⁶, Armen Aprikian¹, Yves Fradet^{1,2}, BioCaPPE Network, Vincent Fradet^{1,2,3,4}

¹Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada; ²Axe Oncologie, Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada; ³Centre Nutrition, Santé et Société (NUTRISS), INAF, Université Laval, Québec, QC, Canada; ⁴Centre de Recherche sur le Cancer de l'Université Laval, Québec, QC, Canada; ⁵Centre de Recherche du CHUM, Montréal, QC, Canada; ⁶Centre de Recherche du CHUS, Sherbrooke, QC, Canada; ⁷Institut de Recherche du CUSM, Montréal, QC, Canada

Introduction: Prostate cancer (PCa) screening primarily relies on prostate-specific antigen (PSA), a sensitive but non-specific biomarker. Only two risk calculators estimate PCa risk over a 3–5-year horizon, and neither has been validated in a Canadian population. This study aimed to evaluate the predictive performance of the European Randomized Study of Prostate Cancer Screening-version 6 (ERSPC-V6) for medium-term PCa risk in Canada.

Methods: Between 2013 and 2020, 2053 men at risk of PCa were enrolled in the BioMarkers of Prostate Cancer/Prevention and Environment (BioCaPPE) cohort, a prospective, multicenter, observational study designed to identify biomarkers of PCa risk. Individual PCa risk was estimated using ERSPC-V6 calculator and compared with observed PCa incidence. Model performance was assessed in terms of discrimination, calibration, and clinical utility.

Results: After recalibration, ERSPC-V6 demonstrated improved discrimination for overall PCa risk (AUC 0.68, 95% CI 0.65–0.72) compared with PSA alone (difference in AUC 0.09, 95% CI 0.06–0.11, $p < 0.001$). Discriminatory predictive performance was higher for clinically significant PCa (ISUP grade group ≥ 2), with an AUC of 0.73 (95% CI 0.69–0.77). Decision curve analysis showed that ERSPC-V6 provided greater net benefit than alternative strategies across intervention thresholds up to 20%, for both overall PCa and clinically significant PCa detection. Stratified analysis revealed reduced predictive performance among men using 5-alpha-reductase inhibitors (5-ARI) compared to non-users (AUC 0.70 vs. 0.74).

Conclusions: This study validates the predictive performance of ERSPC-V6 for estimating medium-term PCa risk in a Canadian population and supports its potential clinical use for risk stratification. Our findings also suggest that future risk prediction tools should incorporate 5-ARI use as an independent variable rather than relying on uniform PSA correction.

The role of low-grade midurethral sling infection in chronic pain: A case series

Angélique Tousignant¹, Joanie Pelletier², Marie-Elisabeth Bouchard³, Salima Ismail⁴, Mélanie Morin¹, Le Mai Tu⁴

¹Université de Sherbrooke, CRCHUS—Laboratoire de recherche en santé pelvienne, Sherbrooke, QC, Canada; ²Division d'urologie, CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada; ³Département d'obstétrique-gynécologie, CHUS-Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada; ⁴Service d'urologie, CHUS-Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

Introduction: Chronic pain following sling surgery for stress urinary incontinence (SUI) remains a challenging and sometimes unexplained complication. When no clear explanation is found (e.g., mesh exposure or erosion, scarring, myositis, nerve irritation), alternative mechanisms should be considered. A few prior studies have examined the relationship between implant-related infections and complications, but none specifically addressed persistent pain after sling implantation for SUI. This case series presents some of the first clinical evidence suggesting that low-grade bacterial infection of sling material may contribute to chronic pain.

Methods: This retrospective case series was conducted at two tertiary care centers in Quebec, Canada. Eligible patients had undergone sling implantation for SUI and subsequently developed unexplained chronic pain that necessitated partial or complete sling removal. Measures were implemented to minimize contamination at explantation, and bacterial cultures were then obtained from the explanted mesh. Data were extracted from medical records and included patient characteristics, culture results, and details regarding pain onset and localization.

Results: This study included 11 patients with unexplained sling-related chronic pain. Bacterial growth was detected on all explanted slings. In the seven patients for whom cultures were obtained from both extremities of the sling, different bacterial species were identified at each site. Bacterial species identified comprised both human commensals and opportunistic pathogens, some recognized as clinically significant pathogens (e.g., *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus lugdunensis*).

Conclusions: In this case series, the detection of bacterial growth on explanted mesh raises the possibility that low-grade infection may contribute to chronic pain. These findings underscore the need for future controlled studies to confirm this association, assess causality, and inform management strategies.

Résultats périopératoires après prostatectomie radicale assistée par robot et ouverte à l'ère post-COVID : une analyse comparative

Augustin Scibi¹, Jean-Baptiste Lattouf², Fred Saad², Paul Perrotte², Pierre Karakiewicz², Philippe Arjane², Hugues Widmer²

¹Université Laval, Québec, QC, Canada; ²Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

Introduction : L'ère COVID a forcé l'adoption de pratiques visant l'optimisation des séjours hospitaliers, favorisant certaines interventions au détriment d'autres. Avec cette perspective, nous avons comparé les résultats péri-opératoires entre prostatectomie radicale ouverte (PRO) et celle assistée par robot (PRAR) au sein d'un même établissement et auprès d'urologues dédiés depuis l'arrivée de la pandémie.

Méthodes : Les patients ayant subi une prostatectomie radicale au CHUM entre mars 2020 et août 2025 étaient inclus. Les caractéristiques de base étaient l'âge, l'indice de comorbidité de Charlson (ICC), l'indice de masse corporelle (IMC), le volume prostatique (VP) et l'antigène prostatique spécifique (APS). Les résultats périopératoires incluaient les pertes sanguines estimées (PSE), le temps opératoire (TO), la dissection ganglionnaire pelvienne (DGP) et la durée d'hospitalisation (DH). Les analyses statistiques reposaient sur des tests t avec test de Levene.

Résultats : Au total, 517 patients ont été inclus (309 PRAR, 208 PRO). L'âge était de 61.8 ± 6.0 ans pour la PRAR, de 64.0 ± 6.1 ans pour la PRO ($p < .001$). L'ICC était inférieur en PRAR (3.8 ± 0.8 vs 4.2 ± 0.9 , $p < .001$). L'IMC était similaire (28.4 ± 4.1 en PRAR vs 27.9 ± 3.8 kg/m²; $p = .19$), tout comme le VP (44.3 ± 19.3 vs 47.8 ± 25.5 g; $p = .13$). L'APS était de 7.5 ± 4.9 en PRAR et de 9.4 ± 6.7 en PRO ($p = .02$). Les PSE étaient inférieures en PRAR (325 ± 252 vs 682 ± 418 mL; $p < .001$), tout comme la DH (1.05 ± 0.83 vs 3.07 ± 2.35 jours; $p < .001$). Le TO était similaire (3.72 ± 0.71 h vs 3.73 ± 0.68 h; $p = .87$). Parmi les PRAR, 9.1% ont eu une DGP vs 75.8% des PRO ($p < .001$). Chez ceux avec DGP, la DH restait inférieure après PRAR (1.67 ± 1.49 vs 3.45 ± 2.54 jours; $p < .001$), tout comme sans DGP (1.00 ± 0.73 vs 1.92 ± 1.07 jours; $p < .001$).

Conclusions : Compte tenu des caractéristiques de base moins favorables en PRO, la PRAR était associée à des PSE et une DH inférieures, tout en ayant des TO similaires.

Comprehensive genomic profiling of non-clear-cell renal cell carcinoma: The influence of age on mutational landscape and clinical outcomes

Vania Ashoorian¹, Shahriar Shirzadi¹, Yasser Riazalhosseini², Simon Tanguay³, Alexis Rompré-Brodeur³

¹Division of Experimental Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montréal, QC, Canada; ²Department of Human Genetics, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montréal, QC, Canada; ³Division of Urology, Department of Surgery, McGill University Health Centre, Montréal, QC, Canada

Introduction: Renal cell carcinoma (RCC) is the ninth most common cancer worldwide, with a median diagnosis age of approximately 65 years. Non-clear-cell RCC (nccRCC) accounts for 15–25% of RCC cases. Its genomic landscape significantly influences tumor biology and therapeutic response. Despite this, the genomic profile of nccRCC in older patients remains poorly characterized, limiting precision oncology advances for a population that presents distinct clinical complexities relative to younger patients.

Methods: We conducted a retrospective cohort study using the AACR Project GENIE registry (version 19.0), analyzing 344 nccRCC cases from Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Patients were stratified into two age groups: younger (< 65 years) and older (≥ 65 years). Genomic profiling focused on recurrently altered genes in nccRCC, alongside hypothesis-free discovery analysis. We assessed mutation frequencies, co-occurrence patterns, and copy number alterations by age group.

Results: Genomic analysis identified both somatic mutations and structural variants. Established nccRCC drivers, including CDKN2A, BRAF, and CHEK2, showed a trend toward higher alteration frequency in older patients. Although these differences did not reach statistical significance, likely reflecting the small cohort size and inherent tumor heterogeneity, the age-associated enrichment

of CDKN2A alterations was notable. These findings suggest that CDKN2A-dependent signaling pathways may play a distinct role in nccRCC pathogenesis among elderly patients and warrant further investigation.

Conclusions : The genomic heterogeneity of nccRCC in elderly patients presents significant challenges for drug and trial design in this understudied population. This study addresses a critical knowledge gap by defining the distinct mutational profiles of elderly nccRCC patients relative to their younger counterparts and provides a foundation for improved diagnosis, prognosis, and individualized treatment strategies.

Introduction du lutetium-177 vipivotide tetraxetan (¹⁷⁷Lu-PSMA-617) pour le cancer de la prostate résistant à la castration métastatique (CPRCm) au CHU de Québec : une analyse de données de vie réelle

Catherine Gagné¹, Frédéric Pouliot^{1,2}, Michele Lodde^{1,2}, Marjorie Besançon¹, Vincent Castonguay^{1,3}, Antoine Morin-Coulombe^{1,3}, Vincent Fradet^{1,2}, Yves Fradet^{1,2}, Louis Lacombe^{1,2}, Éric Lévesque^{1,3}, Nicolas Marcoux^{1,3}, Paul Toren^{1,2}, Geneviève April^{1,4}, Frédéric Arsenault^{1,4}, Alexis Beaulieu^{1,4}, Narcisse Singbo¹, Céline Veilleux¹, Mélanie Tremblay-Boily¹, Vincent Tremblay¹, François-Alexandre Buteau^{1,4}, Jean-Mathieu Beuregard^{1,4}

¹Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Québec, QC, Canada ; ²Département de chirurgie, Division d'urologie, Université Laval, Québec, QC, Canada ; ³Département de médecine, Division d'hématologie-oncologie, Université Laval, Québec, QC, Canada ; ⁴Département de radiologie et médecine nucléaire, Université Laval, Québec, QC, Canada

Introduction : Le ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 est un radioligand ciblant l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA) pour traiter les CPRCm ayant reçu au moins une ligne de chimiothérapie taxane et un inhibiteur du récepteur des androgènes, et présentant une captation à la TEP-PSMA. Remboursé au Québec depuis juillet 2025, ce traitement mérite une analyse d'efficacité en situation de vie réelle.

Méthodes : Entre novembre 2022 et septembre 2025, 62 patients ont reçu ≥ 1 dose de ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 hors protocole, constituant la cohorte rétrospective. Les données ont été extraites via Cristal-Net et encodées dans REDCap. Les analyses statistiques (IBM SPSS) incluaient Kaplan-Meier et log-rank pour la survie sans progression (SSP), la survie globale (SG) et la réponse du PSA : non-répondeurs (NR, <50 %), répondeurs (R, ≥50 % et <90 %) et super-répondeurs (SR, ≥90 %).

Résultats : L'âge, le PSA, le nombre de lignes antérieures et l'ECOG médians étaient de 72 ans, 49,19 ng/mL, 4 et 2. Le nombre médian de cycles de ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 était de 4,5. Le PSA50 (R+SR) a été atteint chez 54 % des patients. Après progression biochimique (PCWG3 : PSA ≥25% + ≥2 ng/mL), la SG médiane était de 11 mois [IC 95 % : 7,7-14,2], soit 5, 6 et 18 mois pour les NR, R et SR. Subséquentement, 9 patients ont été perdus de vue, 37 ont reçu des soins palliatifs et 16 un traitement actif : protocole de recherche (n=7), chimiothérapie (n=4), Radium-223 (n=1) et ≥2 thérapies (n=4). Après progression, la SG médiane était de 5 mois [IC 95 % : 2,9-7,0] pour les soins palliatifs vs 10 mois [IC 95 % : 8,5-11,5] pour le traitement actif (p=0,073). Le suivi médian post-progression était de 17 mois [IC 95 % : 7,2-26,8].

Conclusions : Cette étude confirme l'efficacité du ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 dans le CPRCm, avec plus de la moitié des patients répondeurs et une SG médiane après progression de 18 mois chez les SR. Ainsi, plusieurs patients pourront bénéficier de traitements subséquents après le ¹⁷⁷Lu-PSMA-617. Les limites de l'étude sont sa nature rétrospective et le nombre de patients inclus.

Le rôle des lipases ABHD6 et MAGL dans l'agressivité et la progression du cancer de la prostate

Chloée Houque^{1,2}, Patricia Langlois^{1,2}, Benjamin Péant^{1,2}, Anne-Marie Mes-Masson^{1,2}, Fred Saad^{1,2}

¹Centre de recherche du CHUM, Montréal, QC, Canada ; ²Institut du Cancer de Montréal, Montréal, QC, Canada

Introduction : Le cancer de la prostate est l'un des cancers les plus fréquents chez l'homme et peut évoluer vers des formes agressives résistantes aux hormones. Cette progression est liée à une reprogrammation du métabolisme lipidique favorisant la croissance et l'invasion tumorales. La monoacylglycérol lipase (MAGL) produit des lipides bioactifs associés à des phénotypes agressifs, tandis qu'ABHD6 agit de manière complémentaire. Toutefois, le rôle précis de

ces deux lipases dans la progression du cancer de la prostate reste à élucider.

Méthodes : Nous émettons l'hypothèse qu'une inhibition combinée d'ABHD6 et de MAGL pourrait limiter l'agressivité tumorale. Afin de tester cette hypothèse, l'expression de ces enzymes a été analysée dans des lignées cellulaires, sensibles ou résistantes à la castration, puis dans des cohortes de 485 et 1500 patients afin de valider leur valeur pronostique. En parallèle, l'étude des marqueurs de la transition épithélio-mésenchymateuse (EMT) a permis d'évaluer l'impact de ces lipases sur les capacités de migration et d'invasion.

Résultats : Les analyses cliniques montrent qu'une forte expression d'ABHD6 et de MAGL est significativement associée à un mauvais pronostic, incluant un risque accru de rechute biochimique et de progression métastatique. Au niveau cellulaire, les lignées résistantes à la castration, présentant un phénotype plus invasif caractérisé par une augmentation des marqueurs mésenchymateux, ont une forte expression de MAGL. À l'inverse, ABHD6 semble davantage associée à un phénotype épithélial, suggérant des rôles distincts dans la progression tumorale.

Conclusions : Ces résultats mettent en évidence le rôle important d'ABHD6 et de MAGL dans la progression du cancer de la prostate. Leur implication dans le métabolisme lipidique et les processus d'invasion en fait des cibles thérapeutiques prometteuses. Une inhibition combinée de ces enzymes pourrait représenter une stratégie innovante pour limiter l'agressivité tumorale et améliorer la prise en charge des patients.

Validation et évaluation d'un outil d'aide à la décision (OAD) pour les femmes ayant de l'incontinence urinaire à l'effort (IUE)

Alice Maranda¹, Béatrice Lachapelle¹, Zoé Frayret², Mathilde Rousseau¹, Manon de Raad³, Lisa Merovitz⁴, Jens-Erik Walter⁴, Maryse Larouche^{3,6}, Geneviève Nadeau⁵

¹Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada ; ²Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de McGill, Montréal, QC, Canada ; ³Centre de recherche de St. Mary's, Montréal, QC, Canada ; ⁴Division d'urogynécologie, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Montréal, QC, Canada ; ⁵Département d'urologie, Université Laval, Québec, QC, Canada ; ⁶Département d'obstétrique et de gynécologie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC, Canada

Introduction : Les OAD sur l'IUE sont limités et peu adaptés au contexte nord-américain. Une phase précédente du projet a permis le développement d'un OAD sur les traitements de l'IUE, suivant une analyse qualitative rigoureuse avec patientes et professionnels de la santé, basée sur le Ottawa Decision Support Framework. L'étude actuelle visait à évaluer l'utilité clinique et la pertinence de l'OAD développé pour l'intégrer en pratique et aider les patientes dans leur choix thérapeutique.

Méthodes : 18 patientes atteintes d'IUE recrutées dans deux cliniques ont rempli des questionnaires après avoir consulté l'OAD. L'évaluation reposait sur trois outils validés : la Decisional Support Acceptability Scale (DSAS), la Decisional Conflict Scale (DCS) et la Preparation for Decision Making Scale (PDMS). Des données démographiques, cliniques et qualitatives ont également été recueillies, incluant la sévérité des symptômes mesurée par le questionnaire validé International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI).

Résultats : L'âge moyen des participantes était de 58 ans. Le score moyen à l'ICIQ-UI était de 13,1 (IUE sévère). Après consultation de l'OAD, les participantes présentaient un faible conflit décisionnel (score moyen DCS = 21,7; score < 25; faible conflit décisionnel) et un haut niveau de préparation à la prise de décision (score moyen PDMS = 75,4; score > 75; niveau élevé de préparation). Les commentaires qualitatifs soulignaient une expérience décisionnelle positive grâce à des informations sur les risques et les comorbidités de l'IUE.

Conclusions : Les résultats préliminaires suggèrent que cet OAD améliore la confiance et la satisfaction des patientes dans le processus décisionnel. Les prochaines étapes du projet porteront sur la validation auprès des professionnels de la santé et l'évaluation de capsules vidéo éducatives complémentaires basées sur l'OAD afin d'améliorer la compréhension des informations liées aux options thérapeutiques.