



CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

(À propos de 30 cas)

Mémoire présenté par

Docteur SOW Aboubakry Amadou

Né le 12/09/1986 à Kaédi

Pour l'obtention du Diplôme de Spécialité en Médecine

Option : Urologie

Sous la direction du Professeur Tazi Mohamed Fadl

Session Avril 2020

REMERCIEMENTS

*A notre maître Monsieur le Professeur Moulay
Hassan Faríh, Professeur émérite et chef de
service d'Urologie.*

Nous avons eu l'honneur d'évoluer sous votre responsabilité.

*Nous avons trouvé en vous des qualités humaines
extraordinaires. Votre accueil, votre rigueur scientifique,
votre abnégation pour la diffusion du savoir médicale, nous
a fait apprendre et grandir en toute sérénité.*

*Veuillez trouver en ces lignes l'expression de notre immense
respect et notre reconnaissance éternelle.*

A notre maître Monsieur le professeur El Fassi

Jamal Mohammed, Professeur d'Urologie

*Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines
exemplaires ont toujours suscité notre admiration. Nous
vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur
accueil que vous nous avez réservé. Veuillez croire à
l'expression de notre grande admiration et notre profond
respect.*

*A notre maître et Directeur de Mémoire,
Monsieur le Professeur Tazi Mohammed Fadl,
Professeur d'Urologie*

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité
avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre
direction, et avons trouvé auprès de vous un conseiller et un
guide d'une rigueur indéniables. Votre compétence, votre
dynamique, votre rigueur et vos qualités humaines et
professionnelles ont suscité en nous une grande admiration
et un profond respect. Nous voudrions être dignes de la
confiance que vous nous avez accordé et vous prions, cher
Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère
reconnaissance et profonde gratitude.*

*A notre maître Monsieur le Professeur El
Ammari Jalal Eddine, professeur d'Urologie*

*Veuillez accepter, Cher Maître, l'assurance de notre estime
et profond respect. Votre simplicité exemplaire et votre
culture scientifique sont pour nous une source d'admiration
et de profond respect. Veuillez trouver ici le témoignage de
notre gratitude et de notre reconnaissance.*

*A notre Maître Monsieur le Professeur Mellas
Soufiane, Professeur d'Anatomie et chirurgien
urologue*

*Nous avons eu la grande chance d'évoluer à vos côtés et de
guider nos premiers pas en Urologie. En outre, vous avez
soufflé en nous un amour tout particulier pour l'anatomie.*

*Merci pour la confiance que vous m'avez accordé à
encadrer les travaux pratiques à la faculté de médecine,
merci de faire naître en moi un amour grandissant à
l'enseignement, merci de me guider et de m'affiner dans ce
sens. J'espère que dans l'avenir je pourrais transmettre tout
ce que j'ai appris. Nous avons trouvé en vous plus qu'un
maître un conseiller et un grand frère aimant.*

*A notre Maître, Monsieur le Professeur
Ahsaïni Moustapha, professeur assistant en
urologie*

*Nous vous remercions pour tout le savoir que vous avez
bien voulu partager avec nous, veuillez trouver en ces
lignes, l'expression de notre profonde gratitude.*

DEDICACES

A mes très chers parents : Ramata Thiam et Amadou Sow

Les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et de mon affection, aussi je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours.

Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices.

Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A ma Défunte Néné Fama Thiam, ton souvenir reste vif dans mon cœur, Je Prie que tu regrettes ton séjour terrestre face à la facilité céleste, ici-bas, ton fils pense à toi et t'accompagne par ses prières.

A mes sœurs Hady et Fatim Sow

Vous êtes tout ce que j'ai de plus cher. Je vous dédie ce modeste travail en signe de mon grand amour, et que Dieu vous protège.

A mes frères : Mamadou, Abdoulaye, Djiby et Bocar Sow

*Merci pour le soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces
années.*

*J'espère avoir été pour mes cadets une inspiration et un exemple
à suivre.*

A mes Neveux et Nièces.

A toute la famille

A tout celui dont l'oubli du nom n'est pas l'oubli du cœur.

*A Binta, Daba et Zackaria, Durant toutes ces années vous avez
été ma famille ici. Trouvez en ces mots l'expression d'un amour
grandissant et florissant de votre grand Frère.*

*A Salma, ta présence et ton aide ont été pour moi d'un soutien
incomparable, trouves en ces lignes l'expression de ma grande
admiration.*

*A Landry et Ndigué, mes amis et compagnons de tous les jours,
les mots sont insignifiants pour vous exprimer toute ma
reconnaissance et ma gratitude. Notre Trio ne fait que grandir
et s'amplifier et perdurera.*

Table de matière

INTRODUCTION	1
RAPPELS THEORIQUES	3
A. LES BIOPSIES DE LA PROSTATE	4
1. Bilan pré-biopsies	4
2. Antibioprophylaxie.....	5
3. Anesthésie	5
4. Biopsies initiales	6
B. ANATOMOPATHOLOGIE.....	6
1. Score de Gleason (SG) modifié	6
2. Le grading en groupe de grade (GG) selon ISUP 2016.....	7
C. LA PROSTATECTOMIE RADICALE	9
1. Modalités	9
2. Préservation nerveuse	9
3. Curage ganglionnaire	10
4. Balance bénéfice/risque : risques potentiels du traitement.....	10
MATERIELS ET METHODE.....	12
RESULTATS	14
A. DONNEES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES	15
B. DONNEES CLINIQUES ET PARACLIQUES	15
C. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR LES BIOPSIES	17
D. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA PROSTATECTOMIE.....	17
E. CORRELATION ANATOMOPATHOLOGIQUE.....	18
DISCUSSION	19
A. DONNEES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES	20
B. LES DONNEES CLINIQUES ET PARACLIQUES	20
C. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR LES BIOPSIES ET LA PROSTATECTOMIE.....	21
D. CORRELATION ANATOMOPATHOLOGIQUE.....	23

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

CONCLUSION.....	25
RESUME	27
BIBLIOGRAPHIE.....	31

INTRODUCTION

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Depuis l'avènement du dosage massif de l'antigène spécifique de la prostate (PSA), le cancer de la prostate est devenu un problème majeur de santé publique. Il est actuellement le cancer le plus fréquent et la 2^{ème} cause de mortalité par cancer chez l'homme. Le diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique des carottes de biopsies de prostate.

Le score de Gleason a été actualisé depuis 2016. Ainsi, la traditionnelle classification est amenée à disparaître, remplacée par le groupe de grade (GG) de l'ISUP. Au stade localisé, la prostatectomie radicale reste le standard thérapeutique chez les patients ayant une espérance de vie allongée.

L'objectif de notre travail est d'étudier la corrélation du groupe de grade (GG) selon la nouvelle classification ISUP (2016) entre la biopsie de prostate et la prostatectomie radicale à travers une série de 30 patients, ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients

RAPPELS THEORIQUES

A. LES BIOPSIES DE LA PROSTATE

Selon les recommandations AFU 2018–2020 [1]

C'est la première étape pour le diagnostic du cancer de prostate, elle doit être réalisée devant une élévation du taux de PSA ou une anomalie au toucher rectal, le schéma classique est la réalisation de 12 carottes de biopsies précédée éventuellement par la réalisation d'une IRM prostatique. Des biopsies supplémentaires peuvent être réalisées selon le contexte et les résultats de l'IRM. Les biopsies se réalisent sous contrôle échographique, elles doivent respecter certaines conditions.

1. Bilan pré-biopsies

Cette étape a un double objectif : informer le patient et diminuer le risque de complications. L'information du patient doit être préalable à la réalisation des biopsies et doit préciser l'objectif, les modalités de réalisation et les complications éventuelles des biopsies. La recherche de facteurs de risque de complications allergiques (latex, Lidocaïne®, antiseptiques, antibiotiques), hémorragiques (troubles innés ou acquis de la coagulation par prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires) ou infectieuses (antécédents de prostatites, infection symptomatique de l'appareil urinaire ou génital, facteurs de risque de résistance aux quinolones) repose sur l'interrogatoire.

Le risque hémorragique lié au traitement anticoagulant par antivitamine K peut être considéré comme élevé. L'aspirine à faible dose au long cours n'est pas une contre-indication à la réalisation des biopsies. Les risques sous

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

clopidogrel, ticagrélor, dabigatran et rivaroxaban n'ont pas été étudiés et il est recommandé de les arrêter ou les substituer en vue des biopsies. Il est recommandé d'éliminer, par un interrogatoire ciblé, une possible infection urinaire. L'utilité d'un ECBU systématique n'est pas scientifiquement prouvée.

2. Antibioprophylaxie

Une antibioprophylaxie est recommandée avant la réalisation de biopsies prostatiques. Les fluoroquinolones systémiques (ofloxacine 400 mg ou ciprofloxacine 500 mg) sont recommandées en une prise unique par voie orale, une à deux heures avant la réalisation de l'acte. En cas d'allergie, d'intolérance ou de résistance aux quinolones, l'option alternative est la ceftriaxone [1]. En cas de facteur de risque de résistance aux quinolones, l'antibioprophylaxie adaptée au prélèvement rectal semble diminuer le risque d'infection [25,26].

3. Anesthésie

Une anesthésie locale par bloc péri-prostatique de lidocaïne à 1 % est recommandée. La voie endorectale échoguidée avec l'utilisation d'une aiguille 22 G est la technique de choix. L'analgésie au MEOPA est possible, avec un personnel soignant formé et une salle équipée, dans un environnement médicalisé. Une anesthésie générale ou locorégionale peut être réalisée dans certains cas particuliers : intolérance physique ou psychologique à l'acte, sténose anale, antécédents de chirurgie ou de pathologie anorectale, voie d'abord périnéale.

4. Biopsies initiales

Le schéma standard de 12 prélèvements est recommandé. Pour chaque lobe, les prélèvements sont réalisés au niveau médiolobaire et latéral : à la base, au milieu et à l'apex. En cas de prostate de volume inférieur à 40 à 50 ml, les deux biopsies médiolobaires de l'apex peuvent ne pas être pratiquées (schéma à dix biopsies). En cas d'anomalie clinique ou à l'imagerie, des biopsies ciblées complémentaires doivent être réalisées. En cas de stade métastatique avec cancer localement avancé et étendu à l'ensemble de la glande, deux prélèvements dans chaque lobe suffisent.

En cas de suspicion persistante de cancer de prostate après une première série de biopsies négative, une deuxième série de biopsies prostatiques peut être indiquée. Il n'y a pas de consensus quant au meilleur délai entre les séries de biopsies.

B. ANATOMOPATHOLOGIE

La classique stadification de Gleason a connu des modifications

1. Score de Gleason (SG) modifié

Le système de grading défini par Gleason en 1966 comporte 5 grades architecturaux allant de 1 à 5, dont la somme définit 9 scores de 2 à 10. Ce système de grading a été revu lors des conférences de consensus de l'ISUP (International Society of Urological Pathology), en 2005 puis en 2014 et récemment en 2016.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Pour une meilleure reproductibilité et une corrélation optimale avec les données pronostiques actuelles, il a été recommandé en 2005 de ne plus utiliser de score 2 (1 + 1) et d'éviter les scores 3 et 4. La définition du grade 4, limité dans le système initial aux glandes fusionnées, a été étendue aux petites glandes mal formées à lumière difficilement visible, aux lésions cribriformes (initialement classées grade3), et aux lésions gloméruloïdes.

Plusieurs défauts persistaient dans cette classification. Tout d'abord, la presque totalité des cancers de la prostate diagnostiqués actuellement ont un score minimal de 6, correspondant à des cancers très bien différenciés. Il est de ce fait difficile pour les patients de comprendre qu'ils ont un cancer indolent, alors que leur score se situe dans la médiane de l'échelle de Gleason. De plus, le score de Gleason stricto sensu ne fait pas de différence entre les scores 7 (3 majoritaire) et 7 (4 majoritaire). Enfin, beaucoup d'études définissent comme « haut grade » les scores de Gleason 8 à 10, sans différencier les scores 8 par rapport aux 9—10, dont le pronostic n'est pas le même.

2. Le grading en groupe de grade (GG) selon ISUP 2016

Pour pallier ces insuffisances, une nouvelle classification a été proposée par l'ISUP, avec des groupes pronostics, la valeur pronostique de cette classification en 5 groupes a été validée rétrospectivement par des études multi-institutionnelles. Il est recommandé d'utiliser cette nouvelle classification, en mentionnant dans un premier temps entre parenthèses le score de Gleason correspondant.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Tableau 1 : groupes de grade selon ISUP 2016

Groupes pronostics de la classification ISUP 2016.	
Groupe 1	Anciennement score de Gleason 6 (3 + 3)
Groupe 2	Score de Gleason 7 (3 majoritaire)
Groupe 3	Score de Gleason 7 (4 majoritaire)
Groupe 4	Score de Gleason 8 (4 + 4, 3 + 5, ou 5 + 3)
Groupe 5	Score de Gleason 9 ou 10

La nouvelle classification est référencée comme classification « ISUP » (International Society of Urological Pathology (ISUP)). De façon transitoire ces deux classifications persistent sur les comptes rendus anatomo-pathologiques. A terme, les recommandations internationales proposent d'abandonner la classification selon le score de Gleason pour passer à la nouvelle classification dite « ISUP ». [2]

C. LA PROSTATECTOMIE RADICALE [1,2]

La prostatectomie radicale est un des traitements de référence du cancer de prostate localisé, qui offre le plus de garantie de contrôle carcinologique à long terme.

Elle est indiquée pour le cancer de faible risque et de risque intermédiaire, en fonction des comorbidités et de l'espérance de vie (>10 ans) ainsi que le cancer à risque élevé, pouvant alors s'intégrer dans le cadre d'un traitement multimodal (associant radiothérapie et/ou hormonothérapie).

1. Modalités :

Il s'agit d'une exérèse complète de la prostate et des vésicules séminales, suivie d'une anastomose entre le col de la vessie et le canal de l'urètre. Traitement à visée curative. Plusieurs voies chirurgicales peuvent être proposées : voie ouverte, laparoscopique ou laparoscopique robot assistée. Aucune modalité n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres.

2. Préservation nerveuse

Elle peut être effectuée chez la plupart des patients présentant un désir de conservation de leur fonction érectile en cas de cancer de prostate localisé. La préservation n'est pas recommandée dans les cas de risque élevé de franchissement capsulaire (cT3 ou cT2, toutes les biopsies envahies du même côté, SG > 7).

3. Curage ganglionnaire

Il s'agit d'une exérèse bilatérale des ganglions ilio-obturbateurs, iliaques internes et iliaques externes jusqu'à la bifurcation iliaque. Son intérêt est pronostique. Il est inutile dans les groupes à faible risque de D'Amico, optionnel dans le groupe intermédiaire dans lequel il n'est conseillé que lorsque le risque de positivité des ganglions dépasse 5 % (évalué à partir de calculateurs statistiques) et indispensable dans le groupe à haut risque de D'Amico.

4. Balance bénéfice/risque : risques potentiels du traitement

a. Complications per- et postopératoires immédiates

Elles sont exceptionnelles : hémorragie peropératoire amenant à une transfusion, lymphocèle en cas de curage ganglionnaire, plaie rectale, fistule sur l'anastomose entre la vessie et l'urètre.

b. Complications à long terme

La dysfonction érectile est la complication la plus fréquente après la prostatectomie radicale (globalement supérieure à 70 %). La récupération d'une fonction érectile dépend de plusieurs facteurs : qualité des érections avant l'intervention, motivation du patient et conservation des bandelettes neurovasculaires.

L'incontinence urinaire : fréquente après l'intervention chirurgicale, elle régresse dans la majorité des cas dans les semaines ou les mois qui suivent.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Le risque d'incontinence définitive est évalué de 5 à 10 %. La dysurie par sténose de l'anastomose vésico-urétrale est rare (<1 %).

MATERIELS ET METHODE

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 patients, colligée au CHU Hassan II Fès. Nous avons étudié la corrélation du groupe de grade (GG) selon la nouvelle classification ISUP (2016) entre les biopsies de prostate et la prostatectomie radicale à travers une série de 30 patients, ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients. Nous avons utilisé le Logiciel SPSS dans sa version 20. Dans cette étude nous avons exclus les patients qui avaient un score de Gleason qui ne reflète pas la réalité actuelle de la science (Gleason 4 ou 5).

La mesure d'accord était faite par le coefficient de Kappa proposé par Cohen en

1960, selon la formule suivante :

$$Kappa : \frac{(Proposition\ d'accords\ observés) - (Proposition\ d'accords\ dus\ au\ hasard)}{100 - Proportion\ d'accords\ dus\ au\ hasard}$$

Nous avons défini certains paramètres statistiques :

- Une sur-stadification est une sur-estimation du score de Gleason à la biopsie.
- Une sous-stadification est une sous-estimation du score de Gleason à la biopsie.

RESULTATS

A. DONNEES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES

L'Age moyen de nos patients est de 65 ans, avec des extrêmes variant de 52 à 75 ans. Dans les antécédents nous avons retrouvé un antécédent familial de premier et deuxième degré de cancer de prostate chez 13 % de nos patients. Les autres antécédents sont une HTA dans 25% des cas, un tabagisme dans 30% des cas, une tumeur de vessie dans 5% des cas.

B. DONNEES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

Le diagnostic est découvert sur un dépistage individuel dans 15% des cas, 65% de nos patients sont diagnostiqués devant des SUBA en rapport avec une hypertrophie bénigne de prostate associée. Le volume prostatique varie entre 20 et 70 ml avec une moyenne à 44 ml.

Le diagnostic n'a été posé sur un dépistage individuel que dans 15% des cas, 65% de nos patients sont diagnostiqués devant des SUBA en rapport avec une hypertrophie bénigne de prostate associée.

Le taux de PSA moyen dans notre étude est de 11 ng/ml. 70% des patients avaient un taux de PSA inférieur à 10ng/ml, 20% des patients entre 10ng/ml et 20ng/ml et 10% supérieur à 20ng/ml.

L'adénocarcinome était le seul type histologique dans notre étude, toutes les biopsies ont été réalisées par une aiguille 18G, le nombre moyen de biopsies était de 15 avec des extrêmes entre 10 et 19.

Le score de d'Amico est classé en faible risque dans 35% des cas, risque intermédiaire dans 55% des cas et haut risque dans 10% des cas.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Le scanner TAP, l'IRM pelvienne et prostatique ainsi que la scintigraphie osseuse n'ont pas montré, quand ils ont été réalisés, d'extension extra capsulaire ni de lésion à distance.

Tous les malades ont été opérés par prostatectomie totale retro-pubienne. Les Suites sont simples pour la majorité des patients, les complications les plus classiques sont représentés par la dysfonction érectile et l'incontinence urinaire respectivement dans 70 et 20% des cas.

Le tableau suivant résume les principales caractéristiques cliniques et paracliniques de nos patients

Tableau 2 : Caractéristiques anatomo-clinique :

Caractéristiques	Valeurs
Age moyen (années)	65
<i>Circonstances de découverte (%)</i>	
Dépistage individuel (% de patients)	15
SBAU en rapport avec une HBP (% de patients)	65
PSA moyen (ng/ml)	11
Nombre moyen de carottes à la biopsie	15
<i>Stade D'AMICO (%)</i>	
Faible risque	35
Risque intermédiaire	55
Haut Risque	10

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

C. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR LES BIOPSIES

Sur les biopsies le groupe de grade 1 et 2 étaient majoritaires avec respectivement 40% des cas chacun. Nous avons noté que le GG 3 (Gleason 4 + 3) est représenté dans 16,66% des cas, tandis que le GG4 n'est présent que dans 3% des cas.

D. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA PROSTATECTOMIE

Sur la pièce de prostatectomie, le GG1 est représenté dans 33.33% des cas, le GG2 dans 40% des cas et le GG3 dans 20% des cas. Le GG4 est quant à lui représenté dans 6.66% des cas.

Tableau 3 : Groupes de grade sur la biopsie et la prostatectomie

Groupe de Grade (GG)	Biopsies	Prostatectomie
GG1 (Gleason 3+3)	40% 12 cas /30	33.33% 10 cas/30
GG2 (Gleason 3+4)	40% 12 cas/30	40% 12 cas /30
GG3(Gleason 4+3)	16,66% 5cas/30	20% 6 cas/ 30
GG4(Gleason 4+4, Gleason 5+3 Gleason 3+5)	3% 1 cas/30	6.66% 2 cas/30
GG5 (Gleason 9 et 10)	–	–

E. CORRELATION ANATOMOPATHOLOGIQUE

Dans notre étude, parmi les 12 patients GG1 aux biopsies, on note 9 patients qui ont gardé le même stade en GG1 ce qui représente une stadification identique dans 75% des cas, alors que 2 sont passés en GG2 et 1 est passé en GG 3 ce qui représente une sous-stadification dans 25% des cas.

Parmi les 12 patients GG2, 1 patient (8.3%) a eu une sur-stadification et est revenu en GG1, alors que 10 (83.3%) sont restés en GG2, un est passé en GG3 ce qui représente une sous-stadification de 8.3%

Parmi les 5 patients GG 3, les 4 sont restés dans le même groupe ce qui représente une stadification identique de 80% tandis que 1 est passé en GG4 ce qui représente une sous stadification de 20%.

Le patient en GG 4 est resté dans son groupe.

Tout Groupes confondu dans notre étude, on note une stadification exacte dans 80% des cas, une sous stadification dans 16.33% des cas, et une sur stadification dans 3.33% des cas. L'indice de concordance Kappa est de 0.4.

DISCUSSION

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Le grading histopronostique de Gleason des biopsies de prostate est capitale pour décider du traitement approprié des cancers de la prostate. La nouvelle classification en groupe de grade pronostique a pour vocation de simplifier et d'uniformiser les conduites. [3]

A. DONNEES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES

L'âge moyen dans notre étude est de 65 ans, ce qui est comparable de la plupart des études. L'étude de Qarro trouve un âge moyen de 62.8 ans [4], la série de Boccon-Gibod [5] (63.8ans), l'étude Seong Cheol et al [6] (64.4ans), la série de Khiari et al [7] (67ans) et celle de Peko et al [8] (69ans).

B. LES DONNEES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

Le PSA moyen dans notre étude est de 11 ng/ml, il est plus bas dans l'étude de Carolina (7.83 ng/ml) [9] alors qu'il est plus haut dans l'étude de Dehayni (15.17 ng/ml) [10]. Le nombre recommandé de biopsies est de 12, ce nombre peut augmenter en cas de présence de foyers suspects ou alors être plus bas en cas de petites prostates. Dans notre étude, le nombre moyen de biopsies est de 15, il est de 12.56 et 13.57 dans les études de Dehayni et Carolina respectivement. En ce qui concerne la voie d'abord, nous constatons un gradient nord/sud, entre la prostatectomie ouverte, coelioscopique et robotique, en fonction des moyens et plateau technique de chaque pays ; mais il n'y pas de différence en terme carcinologique entre les différentes voies d'abord. Le tableau suivant compare nos données cliniques et paracliniques par rapport aux données de la littérature.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Tableau 4 : Comparaison des données cliniques et paracliniques :

	Dehayni	Biing-Yir Shen [11]	Carolina D'Elia	Notre Étude
Age moyen	63 ans	62.15 ans	62.97 ans	65 ans
PSA moyen	15.17 ng/ml	15.78	7.83	11 ng/ml
Volume moyen de la prostate	–	–	42.69	44ml
Nombre moyen de carottes de biopsie	12.56	–	13.57	15
Voie d'abord	PTR 100%	PTR 100%	–	PTR 100%

C. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR LES BIOPSIES ET LA PROSTATECTOMIE

Le tableau suivant compare nos données anatomopathologiques par rapport aux données de la littérature. Il faut noter que la plupart des études utilisent l'ancienne classification de Gleason, nous avons comparé avec les études récentes qui utilisent la nouvelle nomenclature.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

**Tableau 5 : Comparaison des données anatomopathologiques sur les
biopsies et la prostatectomie :**

<i>Groupe de Grade (GG)</i>	Biopsies				Prostatectomie			
	<i>Notre étude n :30</i>	Awang A. n : 78	Carolina D'Elia n : 300	Dolatkhah n : 100	<i>Notre étude n :30</i>	Awang A. n : 78	Carolina D'Elia n : 300	Dolatkhah n : 100
GG1 (Gleason 3+3)	40% 12 cas	38% 29 cas	64% 192 cas	78%	33.33% 10 cas	12% 10 cas	31% 93 cas	63%
GG2 (Gleason 3+4)	40% 12 cas	32% 25 cas	15.6% 47 cas	13%	40% 12 cas	46% 36 cas	44.3% 133	24%
GG3(Gleason 4+3)	16,66% 5 cas	19% 15 cas	5.7% 17 cas	5%	20% 6 cas	29% 23 cas	7.6% 23 cas	9%
GG4(Gleason 4+4, Gleason 5+3 Gleason 3+5)	3% 1 cas	7% 6 cas	6.6% 20 cas	4%	6.66% 2 cas	2% 1 cas	8.7% 26 cas	4%
GG5 (Gleason 9 et 10)	–	3% 3 cas	1% 3 cas	–	–	10% 8 cas	5.7% 17 cas	–

D. CORRELATION ANATOMOPATHOLOGIQUE

Il est bien admis que la corrélation anatomopathologie entre les biopsies de prostate et la pièce de prostatectomie est imparfaite, selon les données de la littérature, ce qui se vérifie aussi dans notre étude, nous remarquons que plus la tumeur est de grade élevé, plus la corrélation est bonne.

Dolatkhan [12] dans une étude de 100 patients, rapporte que parmi 55 patients avec un GG1 aux biopsies (Gleason 3+3), une précision de 61.8% est observée. Parmi les 27 patients GG2 et GG3 aux biopsies, 48.1% avait une bonne concordance avec la prostatectomie, alors que 48.1% était sous-stadiés et 3.7% étaient sur-stadiés. Les patients ayant un haut grade avaient une concordance correcte dans 66.7% des cas. Cette étude conclut que de façon globale, la sous-stadification est notée dans 34% des cas et la sur-stadification dans 7% des cas, l'indice de concordance Kappa était de 0.44

Carrollina D'Elia [9] dans une série de 300 patients montre que sur les biopsies, les patients avec un GG1, environs 46.7% des cas avaient une sur-stadification en GG2 (Gleason 3+4) et 5.3% en GG 3 (Gleason 4+3). Pour les patients GG2 aux biopsies, 57.4% avait une stadification identique. Pour les patients GG3, 23.5% des cas avaient une sous-stadification en GG2 et 35.3% ont gardé une stadification identique.

Awang [13], quant à lui dans son étude de 78 patients montre que 48% des patients avec un GG1 (Gleason 3+3) avaient une sous-stadification à la prostatectomie vers le GG2, 11% vers le GG 3 et 3% vers le GG4 (3+5). Pour les

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

patients GG2 et 3, dans 80 % les patients avaient un groupe identique. L'indice de concordance dans cette étude est de 0.32.

Ces données ne sont pas loin de notre étude où nous avons noté parmi les patients GG1, une stadification identique dans 75% des cas, et une sous-stadification dans 25% des cas. Pour les patients GG2, une sur-stadification dans 8.3% des cas, une stadification identique dans 83.3% des cas et une sous-stadification de 8.3%. Parmi les patients GG 3, on note une stadification identique de 80% tandis qu'une sous stadification est présente de 20% des cas. Le GG 4 est parfaitement corrélé.

CONCLUSION

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Le cancer de prostate est le cancer plus fréquent chez l'homme et la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon. C'est un cancer avec une composante génétique actuellement démontrée. Il est suspecté sur les données du toucher rectal et le dosage d'antigène spécifique de la prostate (PSA). Son diagnostic histologique et repose sur l'étude anatomopathologique des carottes de biopsies réalisées par voie transrectal échoguidée ou transpérineale. La grading histopathologie de Gleason a une importance capitale permettant de prendre des décisions sur les modalités thérapeutiques. L'International Society of Urological Pathology (ISUP) avait en 2005 réalisé une mise à jour du Grading de Gleason, plus récemment encore en 2016, l'ISUP propose d'utiliser les données anatomopathologiques en Groupe de Grade, beaucoup plus simple à utiliser et permet de mieux stratifier les patients. A son stade localisé, la prostatectomie radicale constitue un standard thérapeutique validé. Mais il est bien admis qu'il existe des discordances entre les données anatomopathologiques des biopsies et celle de la pièce de prostatectomie. Selon les données disponibles dans la littérature, la corrélation varie de 30 à 60%. Peu d'études sont réalisées en utilisant la version révisée en Groupe de Grade ce qui fait toute l'utilité de notre travail. On se rend compte finalement que de façon globale la corrélation peut dans notre étude atteindre 80% mais quand on analyse les groupes de façon intrinsèque, il existe des discordances. On en conclut que plus le patient augmente en Groupe de Grade, mieux est la corrélation.

RESUME

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

INTRODUCTION

Depuis l'avènement du dosage massif de l'antigène spécifique de la prostate (PSA), le cancer de la prostate est devenu un problème majeur de santé publique. Il est actuellement le cancer le plus fréquent et la 2^{ème} cause de mortalité par cancer chez l'homme. Le diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique des carottes de biopsies de prostate. Au stade localisé, la prostatectomie radicale reste le standard thérapeutique chez les patients ayant une espérance de vie allongée.

BUT

Le but de cette étude est d'étudier la corrélation du groupe de grade (GG) de la classification ISUP (ex-Gleason) entre la pièce de prostatectomie radicale et celui de la biopsie de prostate.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 patients, colligée au CHU Hassan II Fès. Nous avons étudié la corrélation du groupe de grade (GG) selon la nouvelle classification ISUP (2016) entre les biopsies de prostate et la prostatectomie radicale à travers une série de 30 patients, ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients est de 65 ans, nous avons retrouvé un antécédent familial de premier et deuxième degré de cancer de prostate chez 13 % de nos patients. Le diagnostic est découvert sur un dépistage individuel dans 15% des cas, 65% de nos patients sont diagnostiqués devant des SUBA en rapport avec une hypertrophie bénigne de prostate associée. Le taux de PSA moyen dans notre étude est de 11 ng/ml.

Sur les biopsies le groupe de grade 1 et 2 étaient majoritaires avec respectivement 40% des cas chacun. Nous avons noté que le GG 3 (Gleason 4 + 3) est représenté dans 16,66% des cas, tandis que le GG4 n'est présent que dans 3% des cas.

Tous les malades ont été opérés par prostatectomie totale retro-pubienne. Les Suites sont simples dans la majorité des patients, les complications les plus classiques sont représentées par la la dysfonction érectile et l'incontinence urinaire respectivement dans 70 et 20% des cas.

Sur la pièce de prostatectomie, le GG1 est représenté dans 33.33% des cas, le GG2 dans 40% des cas et le GG3 dans 20% des cas. Le GG4 est quant à lui représenté dans 6.66% des cas.

Parmi les patients GG1, une stadification identique est notée dans 75% des cas, et une sous-stadification dans 25% des cas. Pour les patients GG2, une sur-stadification dans 8.3% des cas, une stadification identique dans 83.3% des cas et une sous-stadification de 8.3%. Parmi les patients GG 3, on

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

note une stadification identique de 80% tandis qu'une sous stadification est présente de 20% des cas. Le GG 4 est parfaitement corrélé.

Tout Groupes confondu dans notre étude, on note une stadification exacte dans 80% des cas, une sous stadification dans 16.33% des cas, et une sur stadification dans 3.33% des cas. L'indice de concordance Kappa est de 0.4.

CONCLUSION

La corrélation du groupe de grade entre la biopsie et la pièce de prostatectomie est imparfaite, plus le cancer augmente en groupe de grade, mieux la corrélation est bonne.

BIBLIOGRAPHIE

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- [1]. Rozet F, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU pour le cancer de la prostate actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. Prog Urol (2018), <https://doi.org/10.1016/j.purol.2018.08.011>
- [2]. Urologie, par le Collège Français des Urologues, 4^e édition p230–236
- [3]. Khoddami M, Khademi y, Kazemi Aghdam M, Soltanghoraee H. Correlation between Gleason scores in needle biopsy and corresponding radical prostatectomy specimens. A twelve-year review. Iran J Pathol. 2016;11(2):120–6.
- [4]. Qarro A, Ghoundale O, Bazine K, Asseban M, Najoui M, Samir J, Ouhbi Y, Beddouch A, Lezrek M, Alami M. Score de Gleason des biopsies prostatiques et celui des pièces de prostatectomies: Quelle corrélation?. African Journal of Urology (2012) 18, 183 188.
- [5]. Boccon–Gibod LM, Dumonceau O, Toubanc M, Ravery V, Boccon–Gibod LA. Micro focal prostate cancer: a comparison of biopsy and radical prostatectomy specimen features. Eur Urol. 2005; 48: 895–899.
- [6]. Kim SC, Jeong I, Song C, Hong JH, Kim CS. Biochemical Recurrence–Free and Cancer–Specific Survival after Radical Prostatectomy at a Single Institution. Korean J Urol. 2010 ; 5 :836–42.
- [7]. Khiari R, Ghobel J, Dridi M, Maarouf J, Bnerais N, Ghozzis. Résultats carcinologiques et fonctionnels de 50 prostatectomies radicales consécutives. La tunisie médicale. 2011; 89 :703–708.

CORRÉLATION ANATOMOPATHOLOGIQUE ENTRE LES BIOPSIES DE LA PROSTATE ET LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- [8]. Peko JF, Odzebe AWS, NSonde-Mlanda J, Bambara A T, Ngolet A. Cancer de la prostate : corrélation des scores de Gleason entre les biopsies et les pièces opératoires. Prog Urol, 2011, 21, 9, 615–618.
- [9]. Carolina D'Elia et al: Upgrading and upstaging in prostate cancer: From prostate biopsy to radical prostatectomy. MOLECULAR AND CLINICAL ONCOLOGY 2: 1145–1149. DOI: 10.3892/mco.2014.370
- [10]. Y. Dehayni, H. Habibi et al : Capacité de la biopsie de la prostate à prédire le score réel du cancer de la prostate ? African Journal of Urology (2016) 22, 259–263.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2016.02.002>
- [11]. Biing-Yir Shen et al: Correlation between the Gleason Scores of Needle Biopsies and Radical Prostatectomy Specimens. Chang Gung Med J Vol. 26 No. 12 December 2003
- [12]. Shahaboddin Dolatkah et al : Discrepancies Between Biopsy Gleason Score and Radical Prostatectomy Specimen Gleason Score: An Iranian Experience. Urological Oncology Vol 16 No 01 January–February 2019
- [13]. Asmawiza Awang, Nurismah Md Isa, et al: Gleason scores in prostate needle biopsy and prostatectomy specimens in prostatic adenocarcinoma: A correlation study. Malaysian J Pathol 2019; 41(3) : 253 – 257