

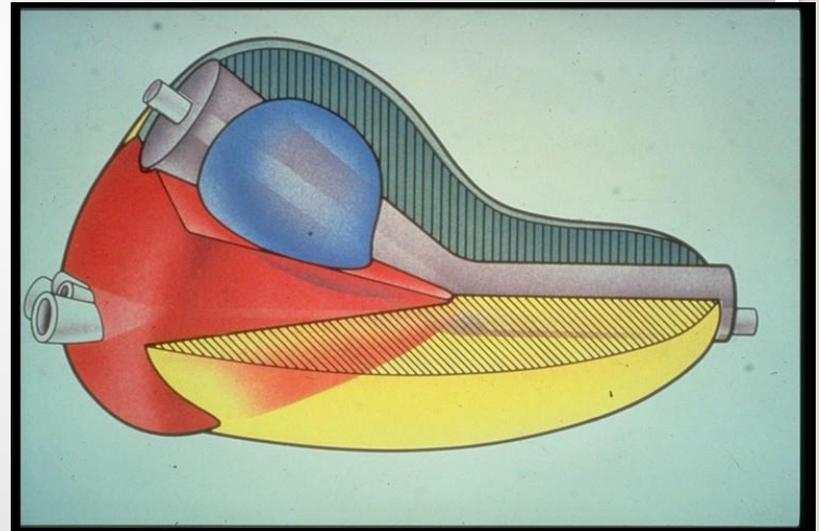
PATHOLOGIE TUMORALE PROSTATIQUE

**Pr S. BENSACI
Dr.A.MAHDJOUR**

Anatomie de la prostate

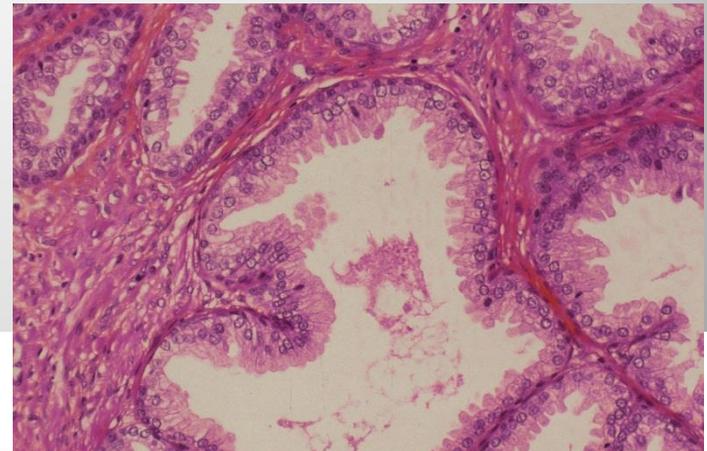
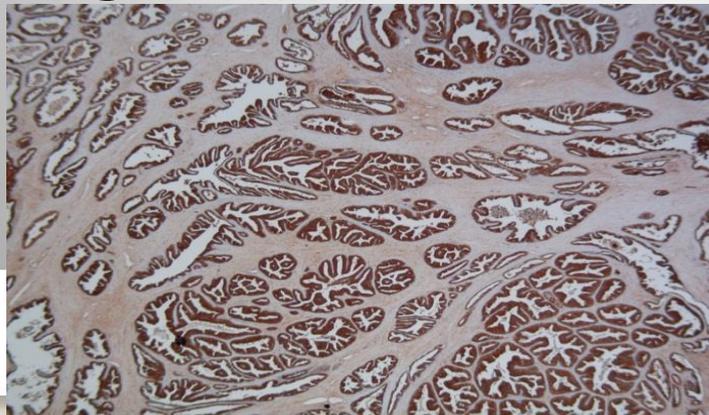
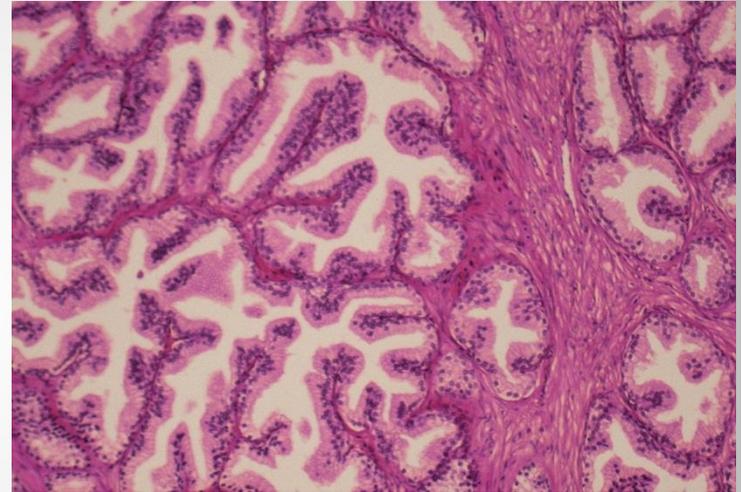
Mc Neal : 4 zones glandulaires:

- Z. Centrale: 25%
- Z. de Transition: 5%
- Z. Périphérique: 70%
- Stroma Fibro Musculaire Antérieur (SFMA)



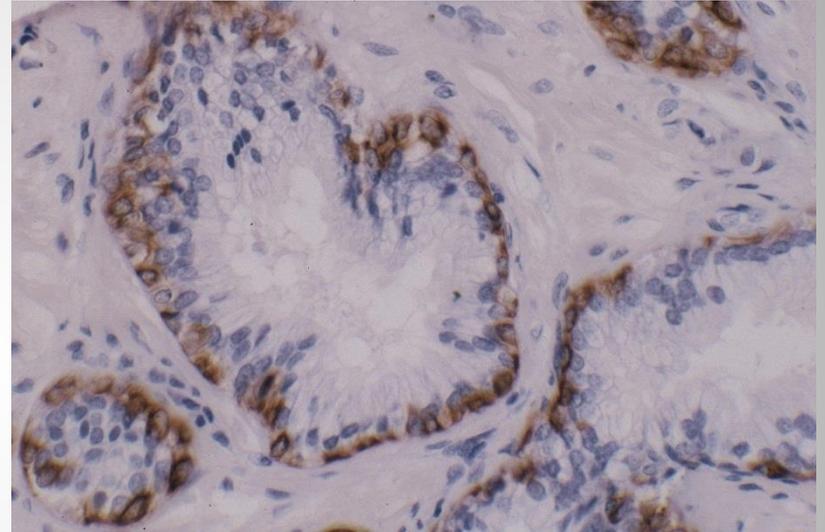
Histologie normale des canaux et acini

- assise cellulaire interne (glandulaire)
- à l'origine des adénocarcinomes
 - PSA + PAP +



Histologie normale des canaux et acini

- assise cellulaire externe (basale)
- IH :
 - PSA -
 - P63 et cytoK 5-6 +



➤ **Hyperplasie nodulaire de la prostate**

- **L'HNP (adénomyome):** lésion dystrophique, représente l'essentiel de la pathologie bénigne de la prostate.
- **fréquente à partir de 50ans**
- **Clinique:** dysurie, pollakiurie, rétention vésicale chronique
- **Dg par le TR:** prostate augmentée de volume, indl, élastique avec perte du sillon médian.
- **Biologie:** peut s'accompagner d'une augmentation du taux sérique de PSA.

Aspects macroscopiques

- **Augmentation du volume de la glande entre 30 et 60 gr, rarement > 200gr.**
- **Consistance ferme, srt élastique.**
- **A la coupe: aspect hétérogène, nodulaire et micro kystique, lactescent.**



Asp

de L'HNP

Aspects microscopiques

- **1- Hyperplasie adénomateuse**

prédominance de l'élément épithélial; Présence toujours de cellules basales.

- Lumière occupée souvent par des sécrétions épaisses, sympexions ou corps amylicés

- **2- Hyperplasie leiomyomateuse:**

- Rare, constituée uniquement de faisceaux musculaires lisses

- **3- Hyperplasie fibromyomateuse** composante fibroblastique et musculaire.

- **4- Hyperplasie fibreuse** renferme fréquemment des branches vasculaires +- abondantes.

➤ **Cancer de la prostate - Épidémiologie**

- **Le plus fréquent des cancers chez l'homme de plus de 50 ans.**
- **Augmentation de la fréquence avec l'âge.**
- **Dans 85% : ADK**
- **Mortalité:
2ème cause de mortalité par cancer chez l'homme Après le cancer Broncho-pulmonaire.**

➤ **Circonstances de découverte**

- **1 - Clinique :**

- **Anomalie du TR alors que le patient est asymptomatique et le taux de PSA est normal.**
- **Des symptômes urinaires : de type irritatif (pollakiurie, imperiosités mictionnelles) ou de type obstructif (dysurie): ces signes sont en général tardifs et révèlent des formes localement avancées.**
- **Des symptômes métastatiques (AEG, douleurs osseuses) sont révélateurs dans 10 % des cas.**

2- Histologie :

- le cancer de la prostate peut être découvert sur :
 - Copeaux de résection prostatique (RTUP)
 - Pièce opératoire d'adénomectomie par voie haute: Il s'agit de stade T1a et T1b (s'observe dans 10 % des cas environ)



3 - Biologie: La valeur du PSA sérique est actuellement le meilleur outil pour le Dg précoce du Kc de la prostate

PSA (Antigène prostatique spécifique) :

- **Glycoprotéine sécrétée par les cellules épithéliales de la prostate et des glandes péri-urétrales**

< **3,5** ng/ml entre 50 et 60 ans

< **4,5** ng/ml entre 60 et 70 ans

< **6,5** ng/ml après 70 ans

- **une élévation du PSA n'est pas tjrs synonyme de cancer : élévation dans diverses pathologies prostatiques : prostatite, adénome, cancer....**

-

NB: un cancer est observé chez 15% des patients ayant un taux de PSA compris dans des valeurs normales.

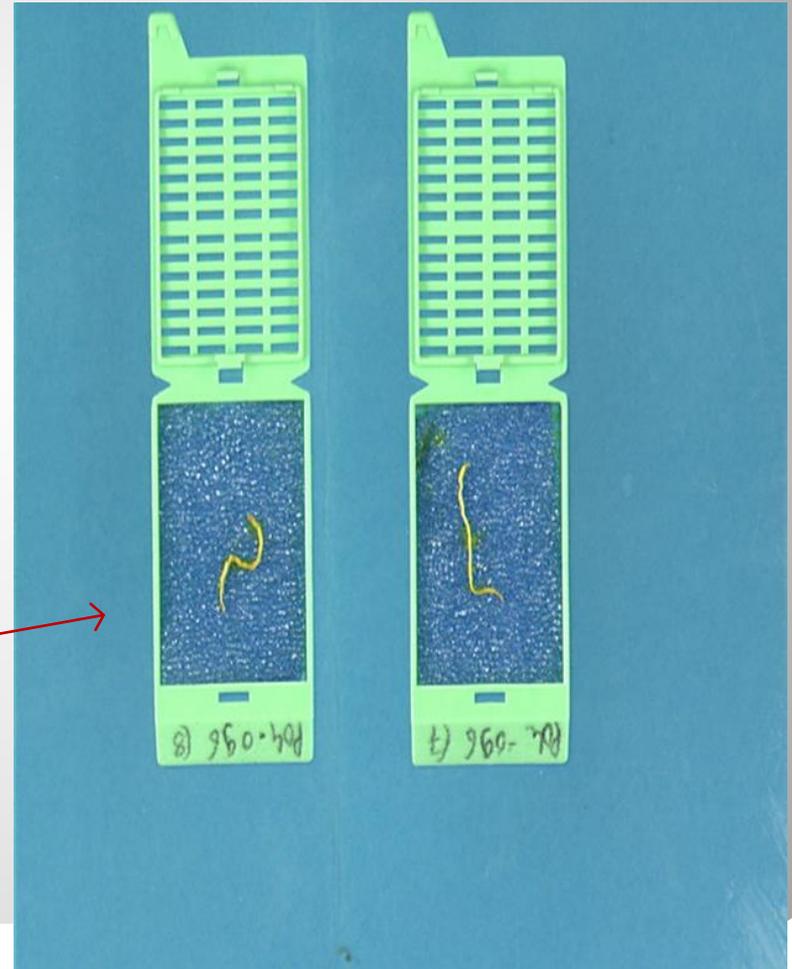
Rôle du pathologiste

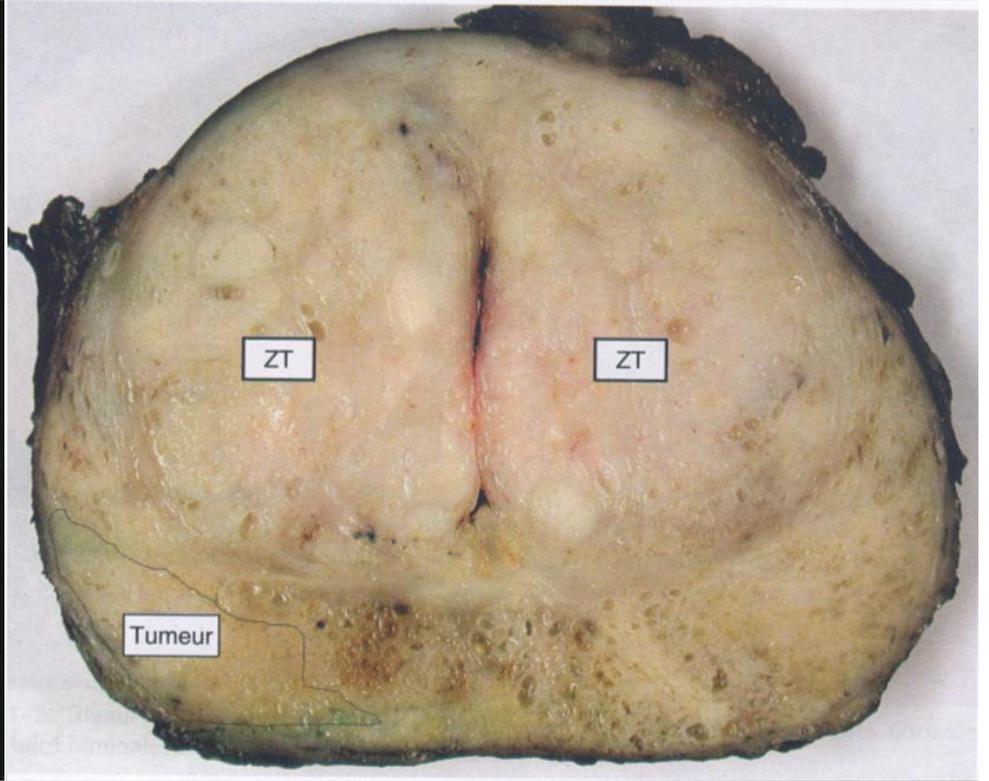
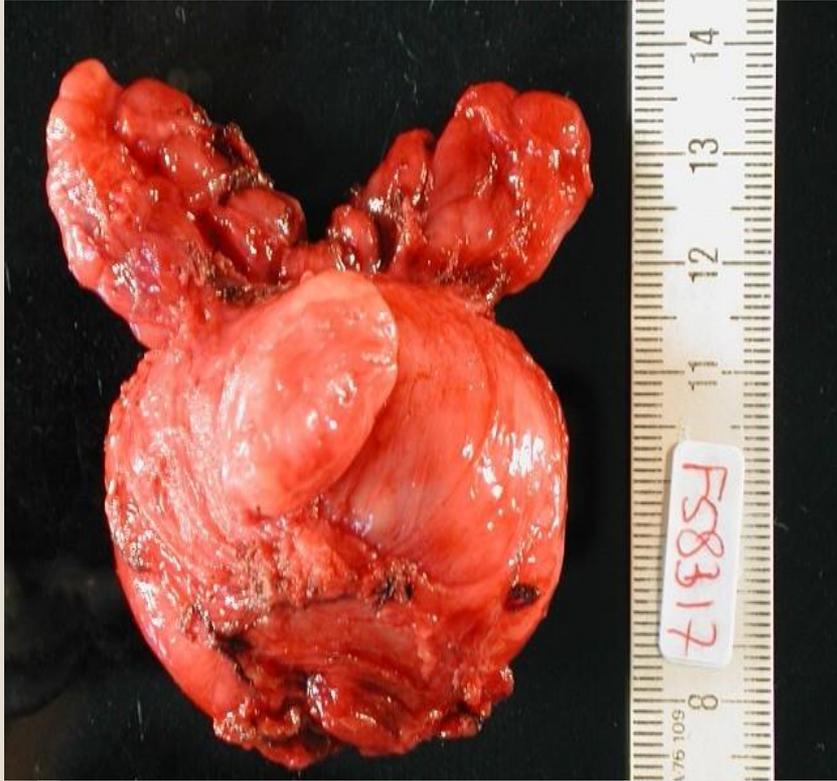
Diagnostic du cancer métastatique

Diagnostic du cancer localisé

- Adénomectomie
- RTUP
- Biopsie :
Anomalie du TR

Anomalie du PSA





Aspects histologiques du carcinome de la prostate

Diagnostic de malignité :

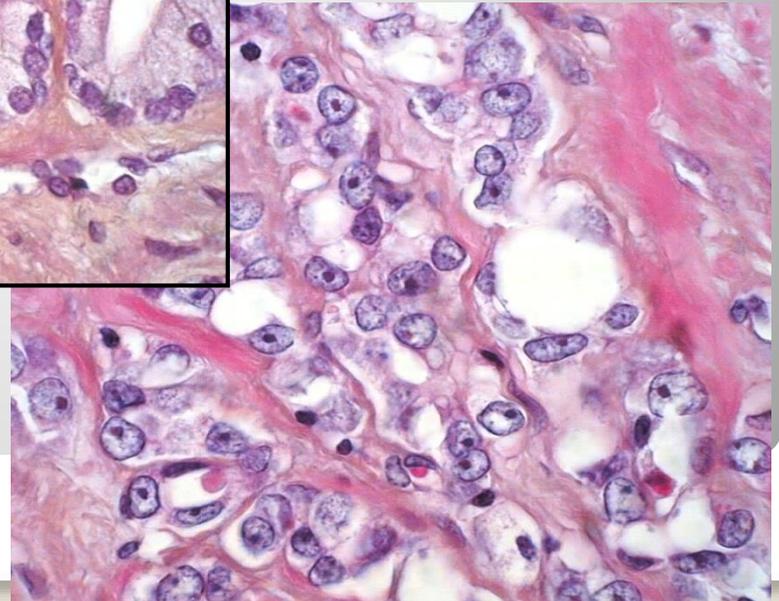
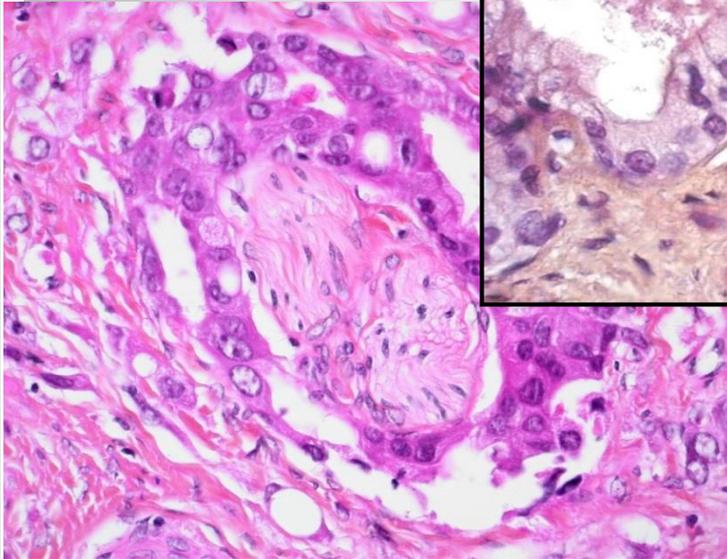
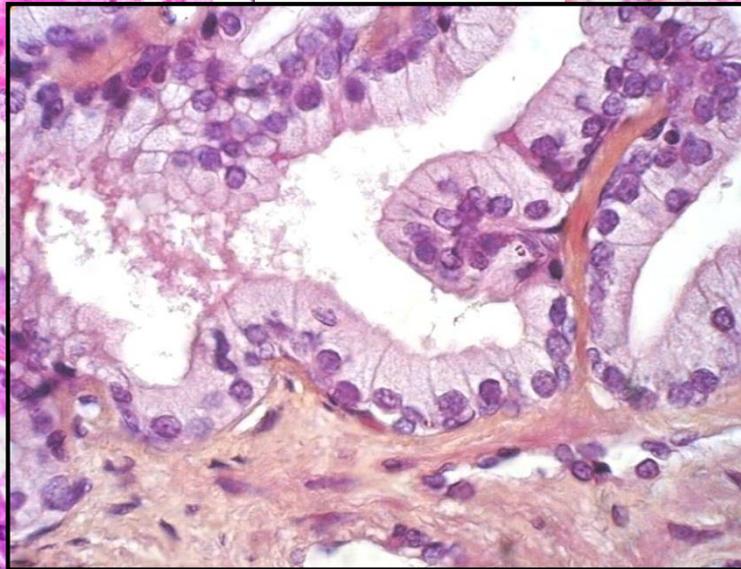
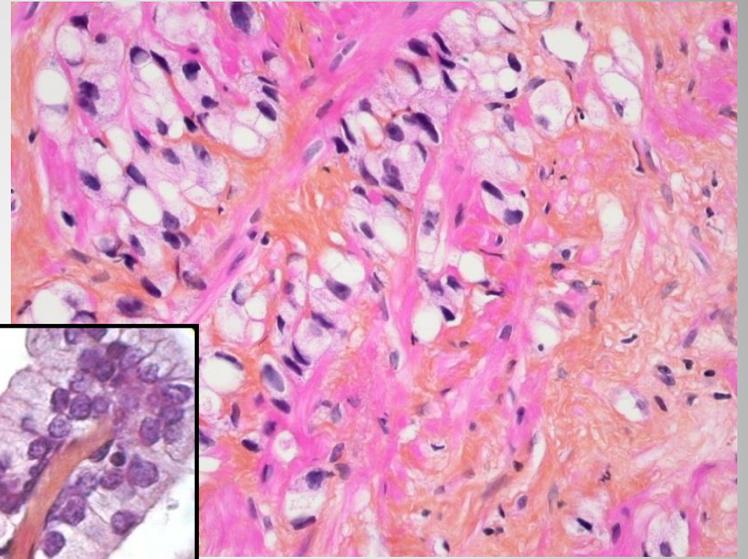
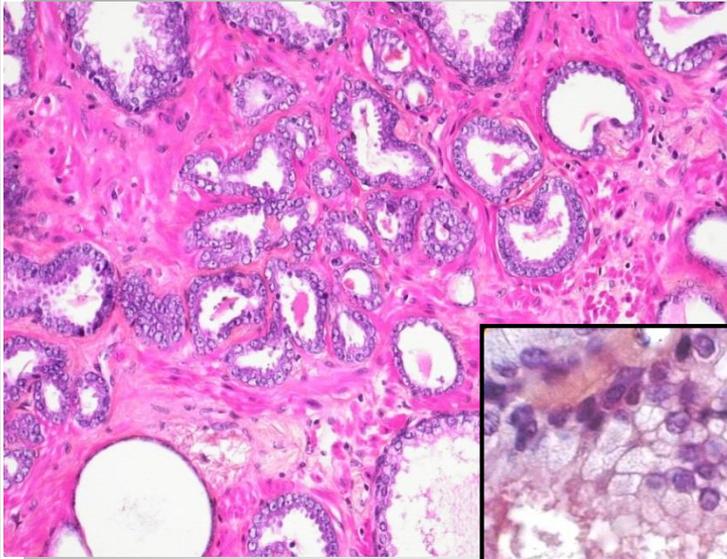
association de plusieurs critères:

- Prolifération de tubes avec perte de l'architecture**
- Aspect invasif, existence d'un stroma fibreux**

Signes minimum au niveau des tubes :

- absence de cellules basales,**
- nucléoles volumineux, anomalie de sécrétion**

Critères architecturaux et cytologiques



Classification histopronostique de Gleason (Groupe de grade ISUP)

- **Le grading de Gleason: 5 grades de différenciation croissante**
- **Classification : basée sur 2 principes**
 - **Les anomalies architecturales sont retenues sans évaluation des anomalies cytologiques.**
 - **le grade retenu n'est pas le plus péjoratif mais le plus abondamment représenté.**
- **le score de Gleason correspond à la somme de 2 grades (3+4=7). Lorsque la tumeur est homogène on double le grade existant(3+3=6)**

Score de Gleason

Critères architecturaux définis à faible grossissement.

Le grade retenu est le plus largement représenté

5 grades

Grades 1 et 2 :

Adénocarcinome bien différencié, nodule bien limité, glandes de taille uniforme, séparées de fin stroma fibreux.

Grade 3 :

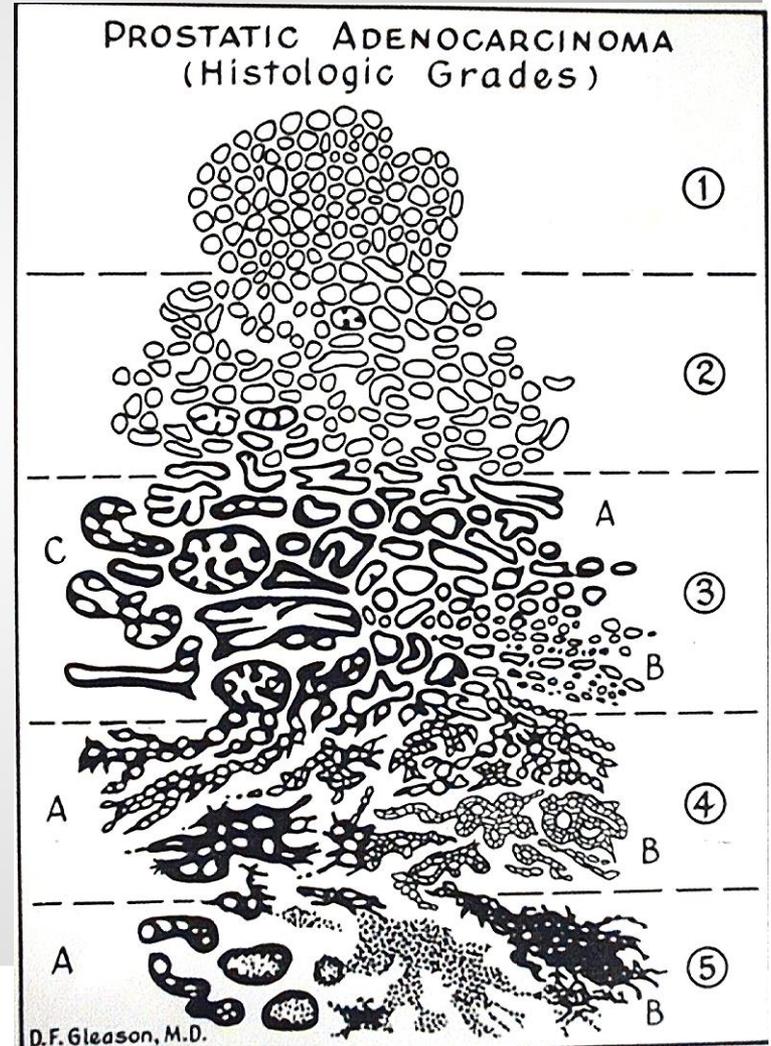
Carcinome moyennement différencié.

Grade 4 :

Carcinome peu différencié.

Grade 5 :

Carcinome indifférencié.



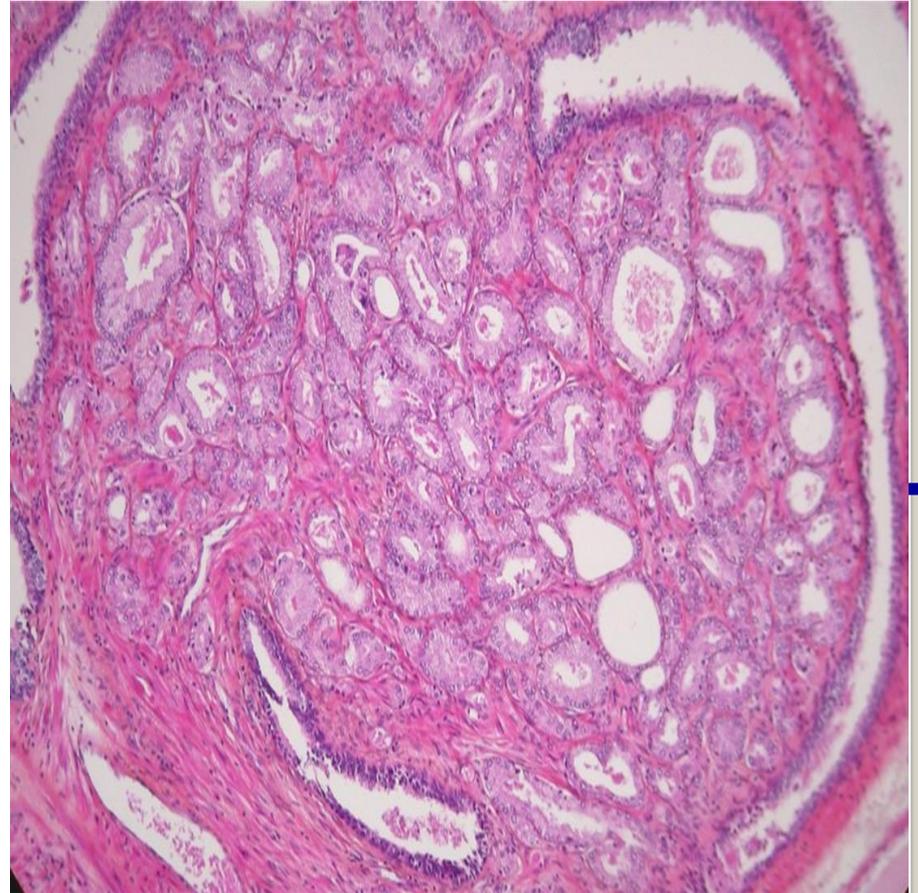
Gleason 1 (en fait exceptionnel)

Prolifération monotone de glandes simples arrondies, étroitement regroupées

Taille des glandes = glande normale = adenose

Nodule bien arrondi bien limité à faible grossissement.

ZT +++

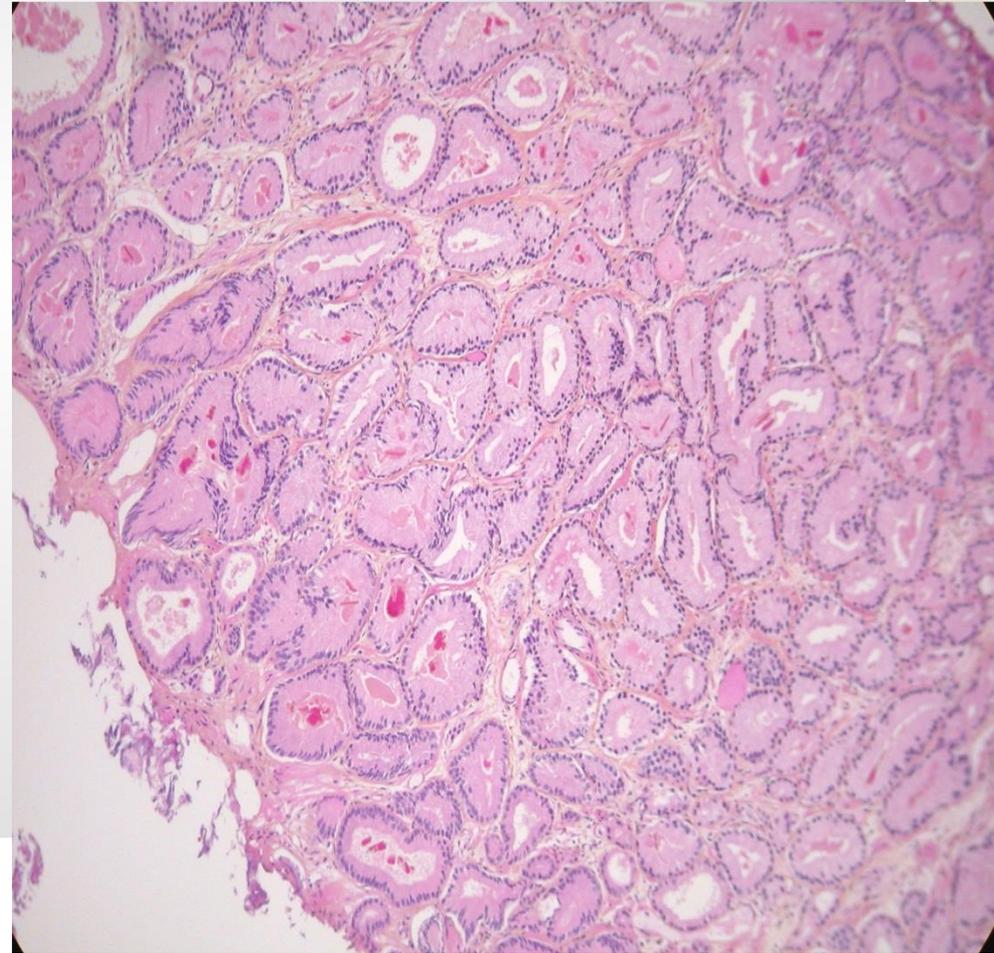


Gleason 2

C'est le cancer habituel de la zone de transition

**Prolifération de glandes
Taille uniforme separees
d un fin stroma fibreux
Nodule bien limité .**

**ZT, Copeaux de résection
+++ Rare sur biopsies.**



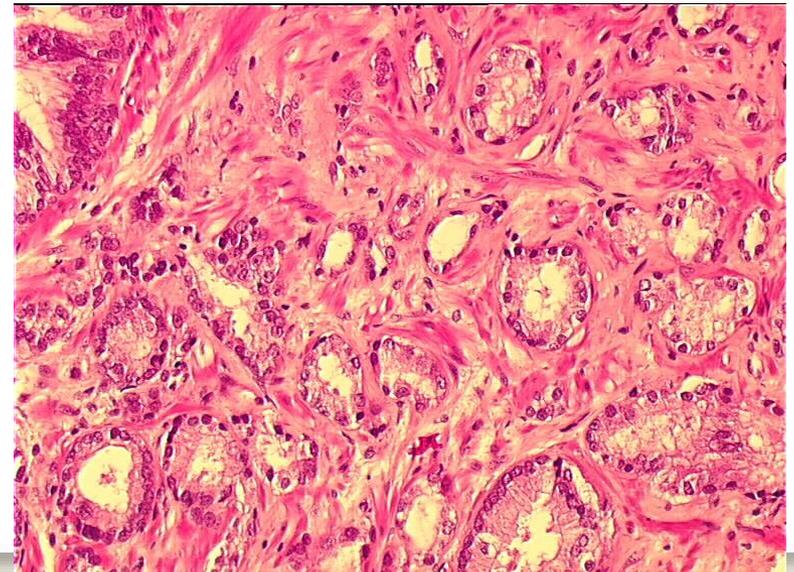
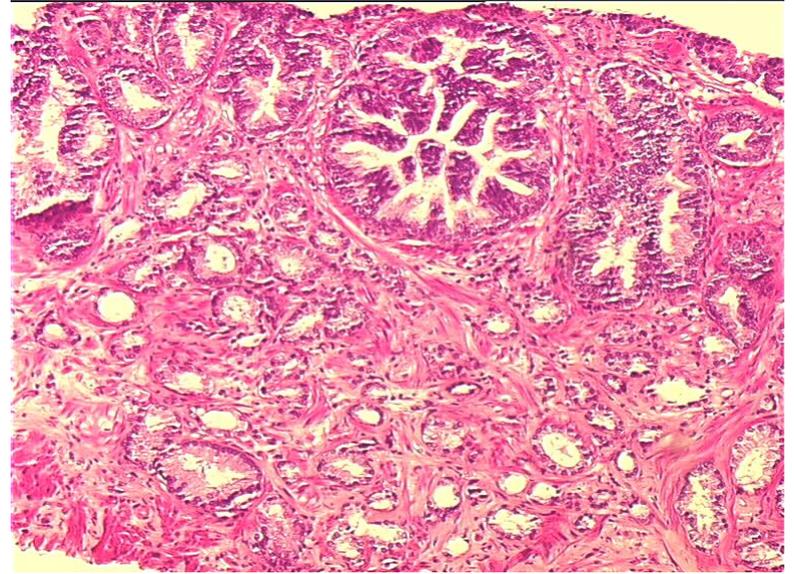
Gleason 3 (le plus fréquent)

Glandes de taille variable

Non arrondies

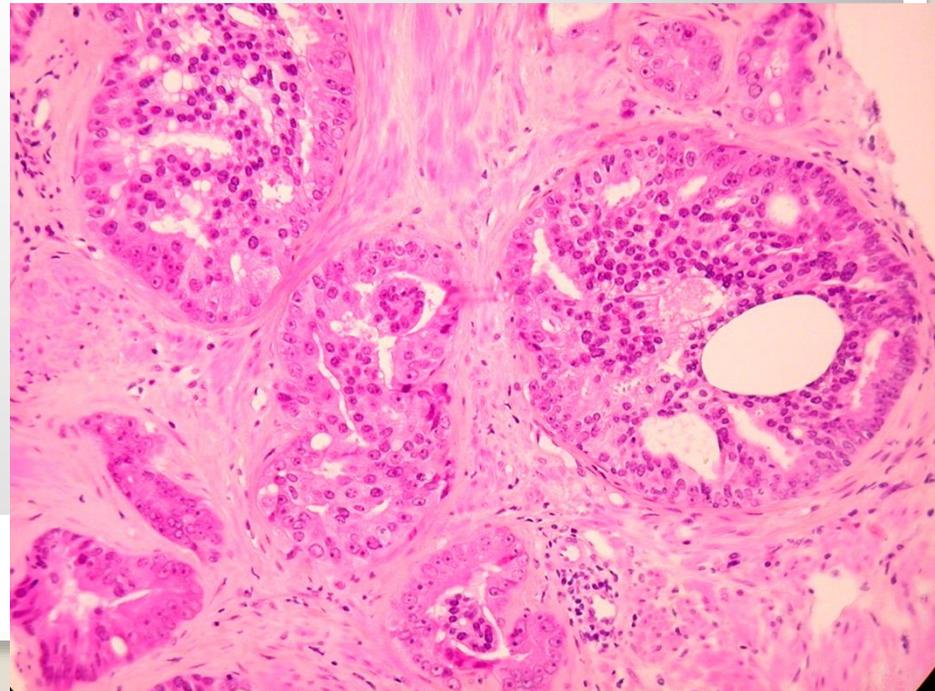
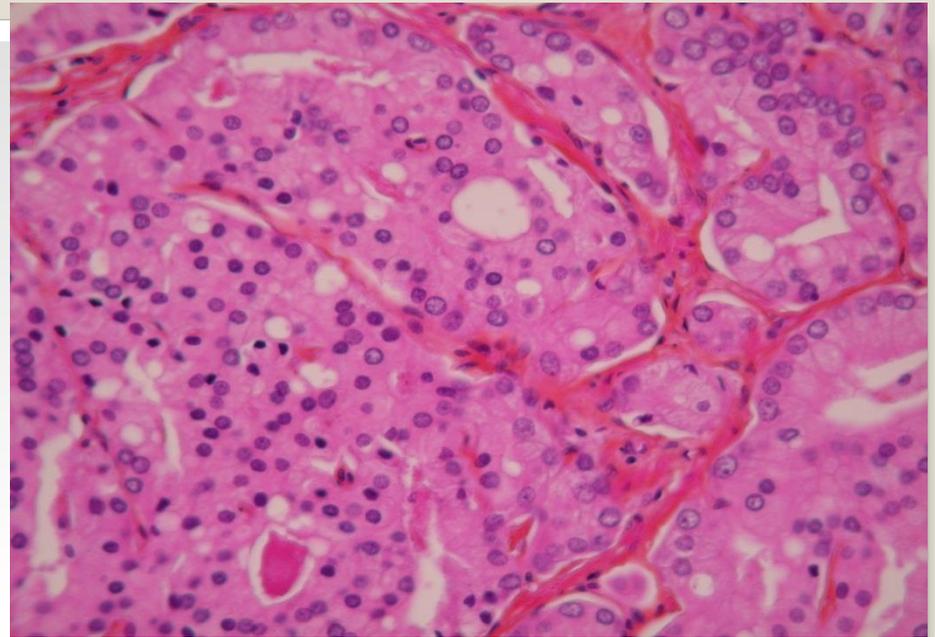
**A contour anguleux,
irrégulièrement espacées.**

**Pouvant dessiner une
glande en deux glandes
malignes.**



Gleason 4

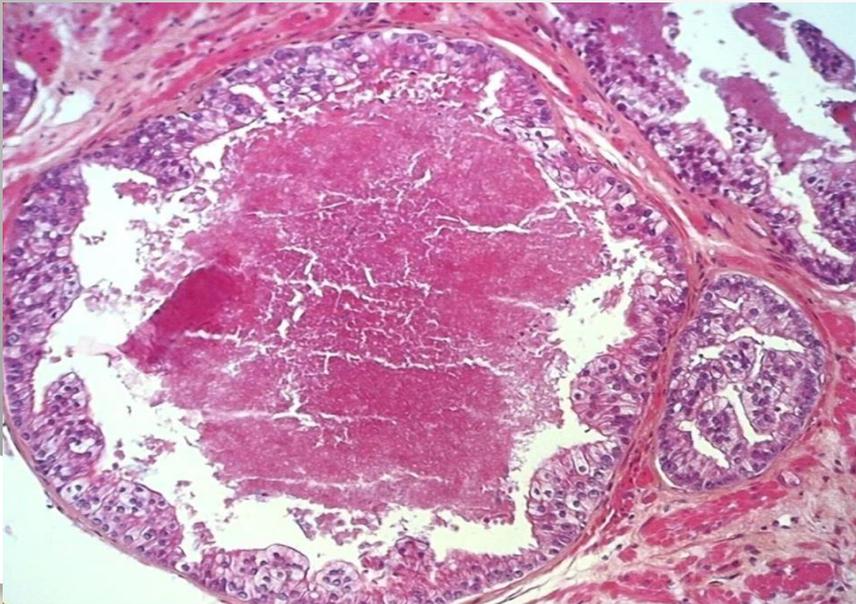
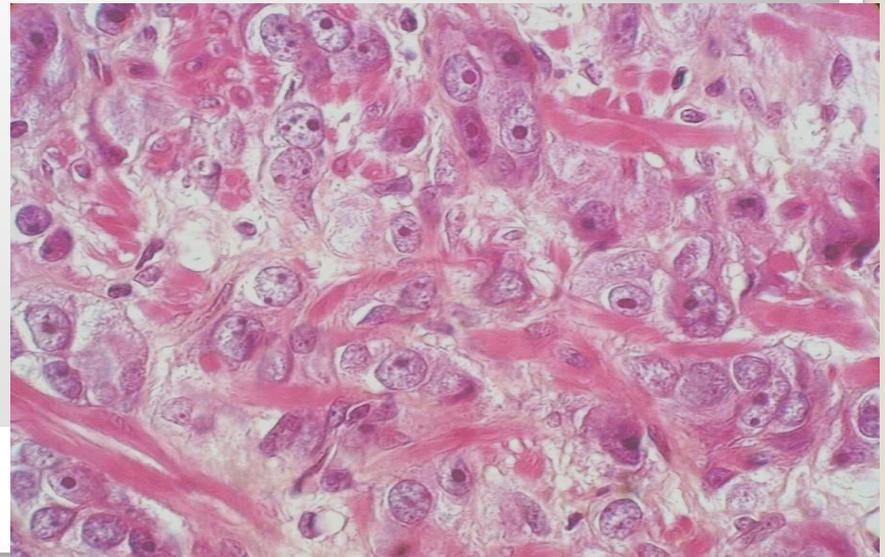
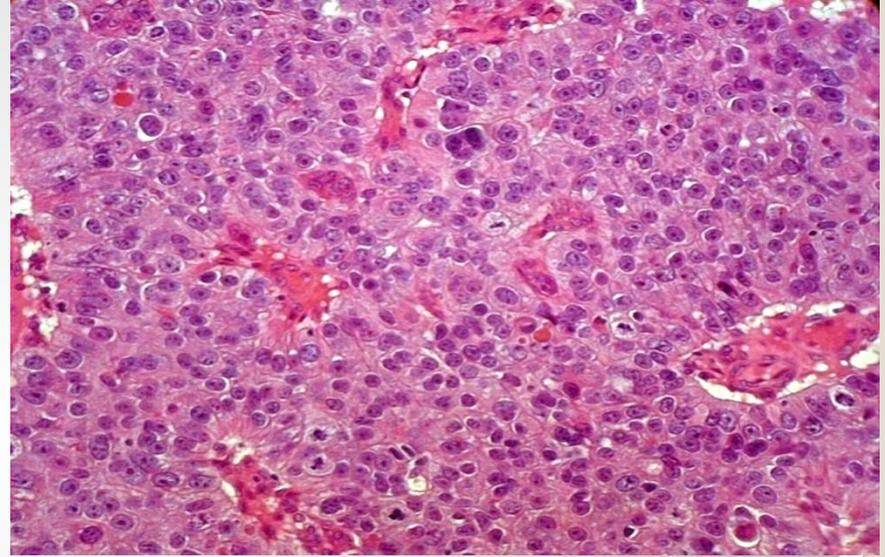
Prolifération de glandes désorganisées fusionnées et infiltrantes, massifs cribriformes.



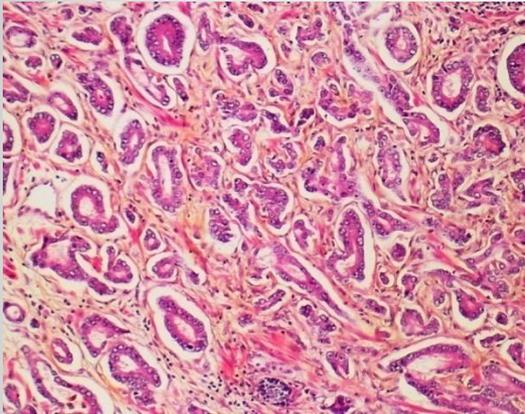
Gleason 5

Carcinome indifférencié:

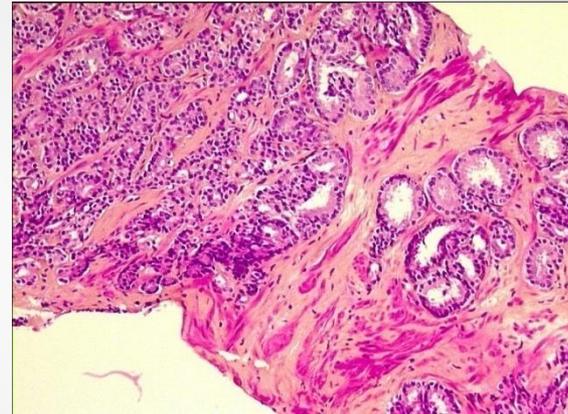
- Plages ou cellules indépendantes**
- Massifs pleins à centres nécrotiques (comédocarcinome).**



score : somme de 2 grades les plus représentés



3 + 4



4 + 3

Ce sont les cancers les plus habituels de la zone périphérique

VALEUR PRONOSTIQUE DU GLEASON

- Grade 3 (3+3) : augmentation de mortalité de 20 %
- Grade 4 (3+4, 4+4, 4+5) : augmentation de 80 %
- le volume de grade 4-5 est le meilleur indice de progression tumorale.

Prostate : diagnostic immuno-histochimique

Absence de cellules basales

IH :

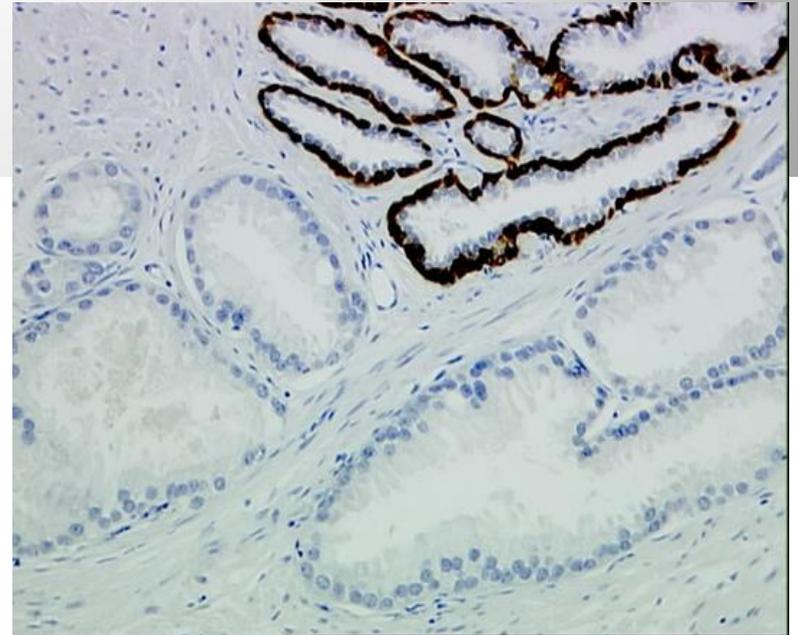
P63

Cyto K 5 – 6

Précautions:

Témoin positif à côté

Tout le foyer est négatif



• Stade pTNM

T- tumeur primitive:

Tx- tumeur non évaluable

T0- absence de tumeur

T1- tumeur cliniquement inapparente, non palpable, ni visible à l'imagerie

T1a: DF < 5% du tissu réséqué

T1b: DF > 5 % du tissu réséqué

T2: tumeur limitée à la prostate

T3: tumeur dépassant la prostate, envahissant le tissu péri prostatique

T3a: extension ds l'EEP uni ou bilatérale et/ou invasion du col vésical

T3b: tm envahissant un/les VS (base)

T4: Tm infiltre les structures adjacentes

N- Ganglions lymphatiques:

Nx: GG non évaluables

N0: Absence de métastases

N1: métastases Ggaires

M- Métastases:

M0- pas de métastases

M1- métastases

G- grade histomogique

Gx: grade non évaluable

G1: bien différencié

G2: modérément différencié

G3: peu différencié/indifférencié

R- limites chirurgicales

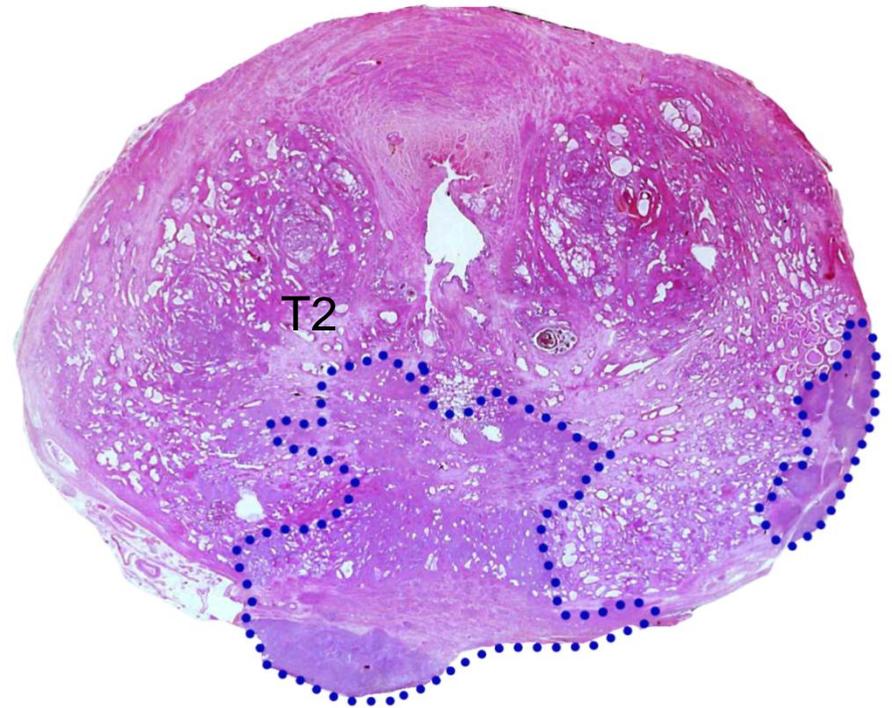
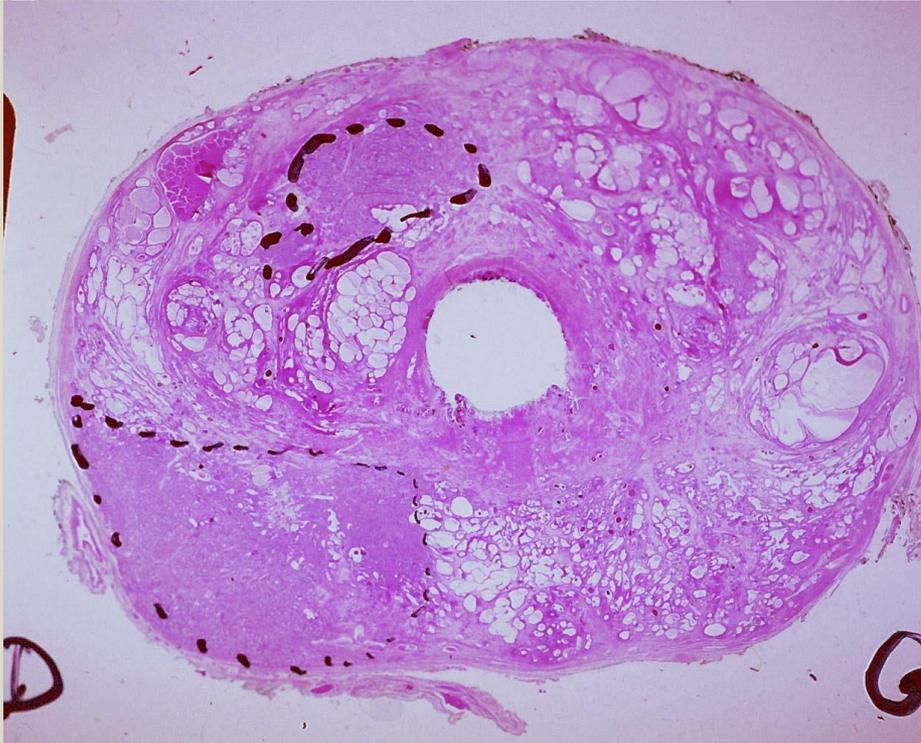
Rx: limites non évaluables

R0: Limites en zone saine

R1: limites en zone micro tumorale

R2: limites en zone macro tumorale

Caractère multicentrique du cancer prostatique et lésions pré- cancéreuses



Lésions précurseurs du cancer de la prostate

- **PIN (néoplasie intra épithéliale prostatique: désigne des proliférations cellulaires atypiques développées au sein des canaux ou acini prostatiques.**
- **Stade pré invasif du cancer de la prostate**
Prévalence des lésions de PIN augmente avec l'âge
Précède l'âge de survenue du cancer de 5 ans
- **On en distingue deux groupes : bas grade et haut grade**
- **C'est l'association maintenant reconnue des PIN de Haut grade au carcinome prostatique qui fait l'intérêt de leur reconnaissance.**

Lésions intra épithéliales de haut grade PIN

Aspects histologiques:

- **Glandes hyper basophiles bordées d'une prolifération épithéliale ou les cellules présentent des anomalies cytonucléaires croissant avec le grade (architecture canalaire et acineuse est conservée)**

Prostate Lésions précurseurs

