***PATHOLOGIE TUMORALE PROSTATIQUE***

1. ***Anatomie de la prostate***

Selon Mc Neal : 4 zones glandulaires:

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

1. ***Histologie normale des canaux et acini***

* assise cellulaire interne (glandulaire), à l’origine des adénocarcinomes ; elle est PSA +
* assise cellulaire externe (basale) : PSA – et P63 et cytoK 5-6 +

1. ***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, indolorel, élastique avec perte du sillon médian.
* Biologie: peut s’accampagner 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, élastique.
* A la coupe: aspect hétérogène, nodulaire et micro kystique, lactescent.

***Aspects microscopiques***

***1-*** ***Hyperplasie adénomateuse*** : prédominance de l’élément épithélial; Présence toujours de cellules basales. La Lumière est souvent occupée par des secrétions épaisses, sympexions ou corps amylacés

**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.

1. ***Cancer de la prostate***

***1°Epidémiologie***

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

***2° Circonstances de découverte* :**

**a- 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.

**b- 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)

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

Le PSA (Antigène prostatique spécifique ) est une Glycoprotéine secrétée par les cellules épithéliales de la prostate et des glandes péri-urétrales, son taux doit être :

< 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.

***3°******Rôle du pathologiste***

* Diagnostic du cancer métastatique
* Diagnostic du cancer localisé sur :
  + Pièce d’ Adénomectomie
  + Copeaux de RTUP (résection trans-uréthrale prostatique)
  + Biopsie justifiée par : une Anomalie du TR et Anomalie du PSA

***4° 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

***5° Classification histopronostique de Gleason (ISUP 2016)***

* 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)

Les Critères architecturaux sont définis à faible grossissement.

Le grade retenu est le plus largement représenté

***5 grades de différenciation*** :

*Grades 1 et 2* : carcinome très bien différencié

*Grade 3* : Carcinome moyennement différencié

*Grade 4* :carcinome peu différencié

*Grade 5* : carcinome indifférencié

**\*Gleason 1** (en fait exceptionnel)**:** actuellement n’est plus reconnu

- Prolifération monotone de glandes simples arrondies, étroitement regroupées

- Taille des glandes = glande normale

- Nodule bien arrondi bien limité à faible grossissement.

- Une seule assise de cellules claires

- Retrouvé surtout dans la Zone de Transition (ZT)

* **Gleason 2**  
  C’est le cancer habituel de la zone de transition.
* Prolifération de glandes simples arrondies, dispersées.
* Taille des glandes différente
* Foyers vaguement arrondis à limites mal définies.
* ZT, Copeaux de résection +++ , Rare sur biopsies.
* **Gleason 3** (le plus fréquent)
* Glandes de taille variable
* Non arrondies
* A contour anguleux,
* irrégulièrement espacées.
* **Gleason 4 :** Prolifération de glandes désorganisées fusionnées et infiltrantes**.** Parfois aspect cribriforme régulier
* **Gleason 5 :**
* Carcinome indifférencié:
* Plages ou cellules indépendantes
* Massifs pleins à centres nécrotiques (comédocarcinome).
* Ou travées de cellules indépendantes

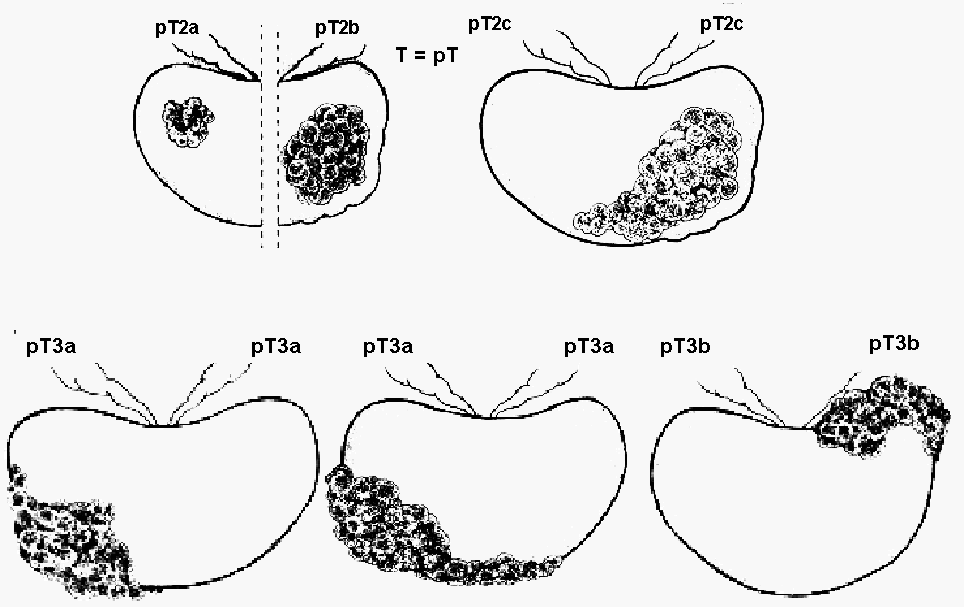
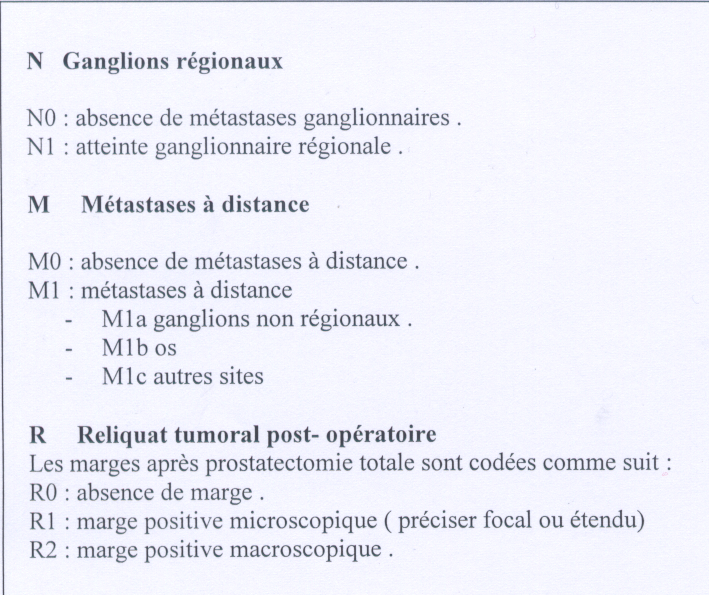
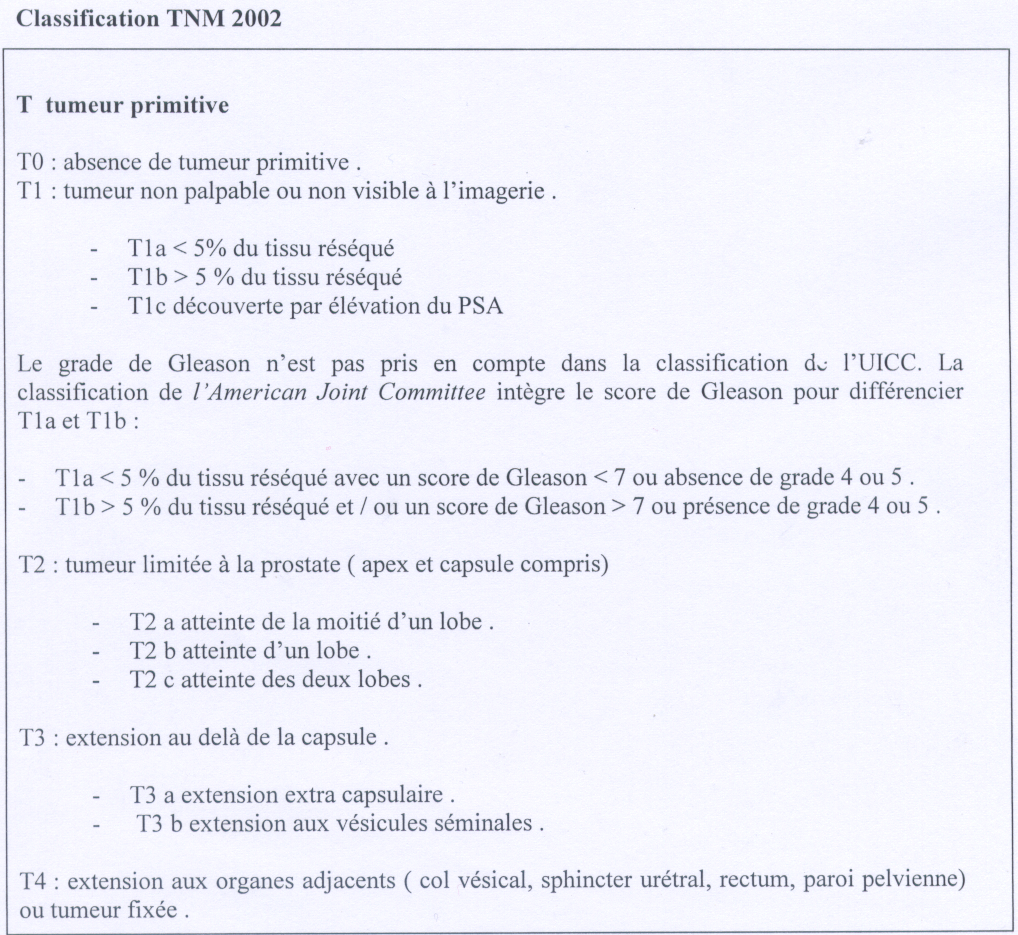
***6° VALEUR PRONOSTIQUE DU GLEASON (GRADE DE L’ISUP)***

* *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.*

***7°DIAGNOSTIC IMMUNO-HISTOCHIMIQUE DU CANCER PROSTATIQUE***

* P63 : absence d’immunomarquage (negative)
* Racémase (p504s): positive

Classification TNM 2017 :



Stade pTNM 2017

***8° LESIONS PRECURSEURS 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.
* **Aspects histologiques Lésions intra épithéliales de haut grade PIN :**

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)