



RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES BIOPSIES PROSTATIQUES : A PROPOS DE 127 CAS.

HOUNNASSO PP*, AVAKOUDJO DJG*, M TRAORE*, PARE AK*, OUATTARA A **, VODOUNOU A*, AKPO MT ***.

* Clinique Universitaire Urologie Andrologie, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K Maga de Cotonou (Bénin)

** Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso (Burkina Faso)

*** Université Abomey Calavi. Faculté des Sciences de la Santé, Laboratoire d'Anatomie Pathologie, Cotonou (Bénin)

Auteur correspondant : Dr AVAKOUDJO Déjinnin Josué Georges, Maitre-Assistant. Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie CNHU HKM Cotonou- FSS (Université Abomey Calavi Bénin). BP188 Cotonou, Tel : (00 229) 66040479 Cotonou, Bénin Email : avakoudjoj@gmail.com

RESUME

But : Décrire les aspects anatomopathologiques des biopsies réalisées sur une période de quatre (4) ans allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 Décembre 2011.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive. Les résultats de 127 biopsies ont été recueillis auprès du laboratoire d'anatomopathologie sur les quatre ans.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 67 ans. L'adénocarcinome représentait 42,5% des résultats et prédominait dans la tranche d'âge de 70 à 90 ans. Parmi les adénocarcinomes, 88% avaient un score de Gleason supérieur à 4. Les scores de Gleason correspondant aux adénocarcinomes de haut grade de malignité sont plus rencontrés dans la tranche d'âge de] 70-80 ans].

Conclusion : L'incidence de l'adénocarcinome chez les patients ayant bénéficié d'une biopsie de la prostate est très élevé dans notre série. Un intérêt redoublé doit être porté sur la sensibilisation dans la population générale et sur la pratique des biopsies auprès des praticiens

Mots clés: biopsies, cancer, prostate.

ABSTRACT

HISTOLOGICAL RESULTS OF PROSTATE BIOPSY: About 127 cases

Objective: To describe the pathological aspected biopsies over a period of four (4) years from 1 January 2008 to 31 December 2011.

Materials and Methods: This is a retrospective study referred descriptive. The results of 127 biopsies were collected from the pathology laboratory of four years.

Results: The average age of patients was 67 years. Adenocarcinoma accounted for 42.5% of the results and predominated in the age group of 70-90 years. Among adenocarcinomas, 88% had a Gleason score greater than 4. Gleason scores corresponding to adenocarcinoma of high grade malignancy are encountered in the age of] 70-80 years].

Conclusion: The incidence of adenocarcinoma in patients who underwent prostate biopsy is very high in our series. An increased interest must be focused on raising awareness in the general population and the practice of biopsies from practitioners

Key words: biopsy, cancer, prostate.

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent de l'homme et la deuxième cause de mortalité chez l'homme d'âge supérieur à 50 ans [1,2]. Sa fréquence a considérablement augmenté ces dernières années, due en partie à l'élévation de l'espérance de vie des populations ; à ceci s'ajoute l'adoption par les pays en

voie de développement d'un mode de vie occidentale caractérisé par une alimentation riche en calories et une absence d'exercice physique [3,4]. Aucune technique d'imagerie n'a pu s'imposer comme moyen de détection. L'affirmation du diagnostic de cancer de la prostate repose sur la triade : toucher rectal, dosage de l'Antigène Spécifique de la Prostate (PSA) et l'examen histologique [5].

Les biopsies transrectales écho-guidées constituent la méthode diagnostique de référence de ce cancer [6]. Elles permettent la preuve histologique et fournit les éléments histopronostiques nécessaires à la décision thérapeutique. La biopsie de la prostate apparaît ainsi comme une étape importante dans le bilan d'une hypertrophie prostatique [5].

Le but de ce travail est de faire le point de l'ensemble des biopsies réalisées sur une période de quatre (4) ans en vue de déterminer la fréquence de survenue des formes histologiques de tumeurs prostatiques, de rapporter ces formes histologiques à l'âge des patients et classer les cas d'adénocarcinomes en fonction des grades de malignité.

MATERIELS ET METHODE

Pour cette étude rétrospective, nous avons récupéré auprès du laboratoire d'anatomo-pathologie tous les résultats de biopsies prostatiques pour une période de quatre ans allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2011.

Les biopsies non concluantes techniquement c'est-à-dire celles pour lesquelles l'anatomo-pathologiste a suggéré une reprise ont été exclues dans l'étude.

Ont été incluses dans cette étude, les biopsies concluantes avec informations administratives sur le patient.

Au total, 127 résultats anatomopathologiques de biopsies prostatiques ont été retenus. Ces résultats ont été analysés en vue de déterminer la moyenne et les extrêmes d'âge des patients ainsi que les types histologiques, les grades et scores de Gleason rencontrés. Nous avons procédé au croisement des types histologiques avec l'âge ainsi que le croisement des scores de Gleason rencontrés à la recherche de différences significatives entre les différentes catégories.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Des 127 résultats anatomopathologiques, 115 patients avaient leur âge précisé. L'âge moyen de ces patients était de 67 ans avec des extrêmes de 41 et 88 ans. La répartition des patients par tranche d'âge est donnée dans la figure n°1.

La majorité de nos patients soit 67% (77 sur 115) avait un âge supérieur à 60 ans.

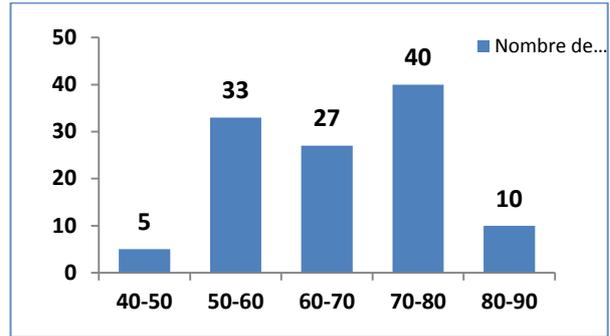


Figure 1: Répartition des patients ayant bénéficié d'une biopsie prostatique par tranche d'âge.

Aspects histologiques

Parmi les formes histologiques rencontrées, l'hypertrophie adénoïmyomateuse représentait 54,3% suivi de l'adénocarcinome 42,5%, la prostatite granulomateuse 2,4% et l'association adénocarcinome et hypertrophie adénoïmyomateuse 0,80%.

Les aspects histologiques en fonction de l'âge sont matérialisés dans la figure 2.

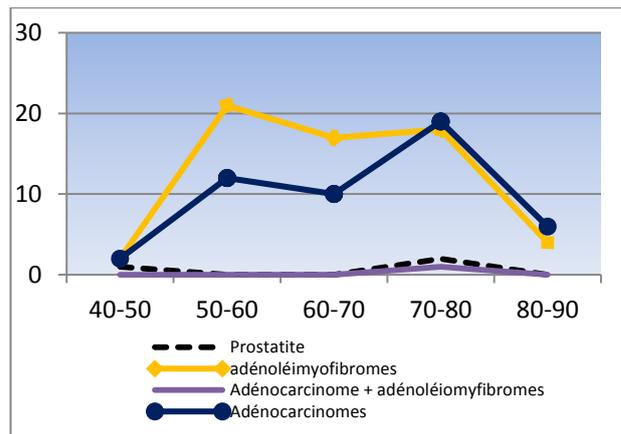


Figure 2: Aspects histologiques par tranche d'âge

On remarque l'existence de cas d'adénocarcinome avant 50 ans.

Entre 70-90 ans, les adénocarcinomes sont plus importants que les autres formes histologiques.

Le tableau 1 donne la fréquence des grades de Gleason par contingent cellulaire.

Tableau 1: Fréquence des grades de Gleason par contingent cellulaire

Grade	Contingent 1	Contingent 2
1	15	3
2	14	9
3	6	15
4	18	19
5	2	9

Le tableau 2 donne les scores de Gleason en fonction de l'âge.

La majorité des patients (44/ 50) soit 88% avait un score de Gleason supérieur ou égal à 4. Les Scores de Gleason entre [8-10] correspondant aux adénocarcinomes de haut grade de malignité était plus nombreux et plus rencontrés dans la tranche d'âge de]70-80 ans].

Tableau 2: Score de Gleason en fonction de l'âge

Age]40-50]]50-60]]60-70]]70-80]]80-90]	Total
Gleason						
[2-4]	0	1	1	3	1	6
[5-7]	0	4	6	9	2	21
[8-10]	2	7	3	8	3	23
Total	2	11	10	20	6	50

DISCUSSION

La majorité de nos patients soit 67% avait un âge supérieur à 60 ans. L'âge moyen de nos patients était de 67 ans, avec des extrêmes de 41ans et 88 ans. Nos résultats sont comparables à ceux d'AKPO et al [7] qui avaient trouvé un âge moyen de 64 ans et des extrêmes de 42 ans et 84 ans. GUEYE et al [8] de même PEKO au Congo [9] ont trouvé un âge moyen de 69 ans. SOSSA [10], SOKOLOFF [11], KOBAYASHI [12] ont trouvé respectivement un âge moyen de 64, 62, 59,3 et 69 ans dans l'étude sur les cancers à PSA \leq 4ng/ml. Le cancer de la prostate est une maladie survenant après 60 ans. C'est un cancer du sujet âgé, il est exceptionnel avant 50 ans (0,3%) et 45% des cas sont diagnostiqués après 75 ans [13].

Le cancer de la prostate est une des principales causes d'hospitalisation dans notre service. L'examen histologique est l'étape ultime du diagnostic du cancer de la prostate. La biopsie doit être effectuée même si le diagnostic paraît évident à l'examen clinique associé à un taux très élevé de PSA. Cette précaution permet de convaincre le patient d'accepter un traitement souvent onéreux et une surveillance astreignante.

Références Bibliographiques

1. **Tiguert R, Ravery V, Grignon DJ, Sakr W, Wood Jr DP, Edson Pontes J.** (2002). Le grade principal du score 7 de Gleason de la pièce opératoire corrélé à la progression biologique des patients traités par prostatectomie totale ; Progrès en Urologie, 12, 31-36
2. **Amegbor K, Yao S. T, Tengué K, Songne-Gnamkoulamba B, Napo-Koura G, James K.** (2008). Epidémiologie et histopronostic du cancer de la prostate au Togo : à propos de 202 cas diagnostiqués au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Tokoin de Lomé. Progrès urol.10.008 112-115

La prévalence de l'adénocarcinome (42,5%) est très élevée dans la population d'étude. Comparativement aux études antérieures cette prévalence est en augmentation nette. Dans celle d'AKPO et al [7], elle était de 22% avec une incidence de 7 nouveaux cas par an. Dans l'étude d'AMEGBOR K et al [2], l'incidence est de 10 cas par an. Dans notre série, l'incidence est de 13 cas par an. Cette situation est constatée de pair avec l'augmentation du nombre de biopsie et la performance des moyens de dépistage et de diagnostic. Cette incidence bien qu'en augmentation est faible en raison de l'espérance de vie qui reste encore moins élevée au Bénin et dans les pays émergents comparativement aux pays développés.

L'adénocarcinome était prédominant dans la tranche d'âge] de 70-90]. En effet, la fréquence de l'adénocarcinome augmente avec l'âge [2,14]. L'examen histologique permet l'établissement du score de Gleason, basé sur les critères histologiques architecturaux [6]. Il reflète l'agressivité tumorale [5]. Il permet, associé au PSA préopératoire et au stade pTNM, de déterminer l'indication thérapeutique [15]. Il est élevé dans la majorité des cas dans notre série en raison de la consultation tardive des patients ; ce qui n'est pas le cas dans la série de SOW [5]. De même dans l'étude d'AMEGBOR et al [2], et celle de PROST et al [17], il reste peu élevé. Nos résultats sont similaires à ceux de GUEYE et al qui avaient retrouvé un stade tumoral élevé [8]. Ces carcinomes de haut grade ont une évolution rapide avec métastases précoces, contrairement aux carcinomes de faible grade qui ont une évolution très lente.

CONCLUSION

Cette étude montre que l'incidence de l'adénocarcinome chez les patients ayant bénéficié d'une biopsie de la prostate est très élevée. De plus, la majorité de cas ont un score de Gleason élevé chose qui traduit un retard diagnostique dans notre contexte marqué par la pauvreté et l'ignorance. A ces égards, un intérêt redoublé doit être porté sur la sensibilisation dans la population générale et sur la pratique des biopsies auprès des praticiens.

3. **Fournier G, Valérie A, Mangin P, Cussenot O.** (2004). Cancer de la prostate: épidémiologie, facteurs de risque, anatomopathologie. *Ann Urol* ; 38:187-206.
4. **Boyle P, Maisonneuve P, Napalkof P.** (1995). Geographical and temporal pattern of incidence and mortality from prostate cancer. *Urology*; 46:47-55.
5. **Sow M, Essame OJL, Nkegoum B, Mbakop A.** (2001). La biopsie de la prostate : indications, technique et résultats, à propos de 161 cas colligés au service d'Urologie de l'Hôpital Central de Yaoundé Médecine d'Afrique Noire année (48).
6. **Salomon L, Hoznek A, Lefrere-belda MA, Bellot J, Chopin D, Abbou CC.** (1998). Valeur des biopsies dans la stadification du cancer de prostate avant prostatectomie radicale ; *Service d'Urologie, CHU Henri Mondor, Créteil, France*; Progrès en Urologie (8), 969-976.
7. **Akpo CE, Hodonou R, Nwafo HK, Hounnasso PP.** (1999). Apport du toucher rectal, du dosage du PS A, de l'échographie et de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs prostatiques au CNHU de Cotonou A propos de 64 cas en deux ans : 1994 et 1995 ; *Médecine d'Afrique Noire*, 46 (5).
8. **Gueye SM, Jalloh M, Labou I, Niang L, Kane R, Ndoeye M** (2004). Profil clinique du cancer de la prostate au Sénégal. *African Journal of Urology* 10(3) : 203-207.
9. **Peko JF, Bouya P, Kokolo J, Ngolet A.** (2003). Cancers de la prostate au CHU de Brazzaville: Epidémiologie et histo-pronostic. *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 50, no8-9, pp. 371-372
10. **Sossa J, El Harrech Y, Chafiki J, Janane A, Moufid K, Ameer A, Abbaret M.** (2008). Cancers de la prostate à PSA < 4ng/ml. Caractéristiques cliniques, histologiques et pronostiques. *J Maroc*; 10 : 17-21
11. **Sokoloff MH, Yang XJ, Fumo M, Mhoon D, Brendler CB.** (2004). Characterizing prostate adenocarcinomas in men with a serum prostate specific antigen level < 4.0ng/ml *BJU INT*; 93: 499-502
12. **Kobayashi T, Kamoto T, Nishiza K, Mitsumori K, Ogura K, Ide Y.** (2005). Prostate specific antigen complexed to alpha anti chymotrypsin improves prostate cancer detection using total PSA in Japanese patient with total level of 2.0-4.0 ng/ml *BJU INT*; 761-5
13. **Rebillard X, Villers A, Ruffion A, Beuzeboc B, Soulié A, Richaud P.** (2002). Cancer de la Prostate, *Progrès en Urologie*, 12, N°5, Supp.2
14. **Meikle AW, Smith JA.** (1990). Epidemiology of prostate cancer: early detection and treatment of localized carcinoma of the prostate. *Urol Clin North Am*; 17:709-18.
15. **Humphrey PA.** (2004) Gleason grading and prognostic factors in carcinoma of the prostate. *Mod Pathol* ; 17: 292-306.
16. **Prost J, Gros N, Bastide C, Bladou F, Serment G, Rossi D** (2001) Corrélation entre le score de Gleason des biopsies prostatiques et celui de la pièce de prostatectomie radicale. *Prog Urol*; 11:45-8.