

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Note Explicative Cancer de la prostate C61.9

Version 2.3 du 24 janvier 2025

Registre National du Cancer Luxembourg
1a-b, rue Thomas EDISON
L-1445 STRASSEN - Luxembourg

1 Tableau de mise à jour

Version	Date de validation	Objet de la modification
1.0	07/03/2016	Création du document
1.1	11/04/2016	Modification de la remarque liée au score de Gleason : « ne doit pas être utilisé pour reconstituer le grade histopathologique »
1.2	25/04/2016	Ajout d'une section sur les « Facteurs pronostics histologiques »
1.3	24/10/2016	Ajout d'une section « Enregistrement des cas sans confirmation microscopique »
2.0	22/06/2018	Séparation de la section TNM en deux parties : TNM7 et TNM8
2.1	09/07/2018	Ajout d'une explication sur le score de Gleason dans la section « Facteurs pronostics histologiques »
2.2	05/12/2018	Ajout d'une explication sur l'évolution du codage de pT entre le TNM7 et le TNM8
2.3	24/01/2025	Révision de la note explicative selon le format en cours avec ajout des points revus pendant la formation avancée RNC « Tumeurs de l'appareil génital masculin » de juin 2023 et de clarifications apportées sur la classification TNM-8 lors de l'atelier DMC du 12/12/2024. La note explicative a été discutée lors de l'atelier DMC du 16/01/2025 et des commentaires ont été proposés. Elle a été validée par mail avec le groupe des DMC le 24/01/2025.

2 Sommaire

1	Tableau de mise à jour.....	2
2	Sommaire.....	3
3	Rappel anatomique.....	5
3.1	Anatomie régionale.....	5
3.2	Ganglions lymphatiques régionaux.....	6
4	Latéralité.....	6
5	Topographie.....	6
6	Histologie.....	7
7	Morphologie.....	7
7.1	Tumeurs invasives les plus courantes.....	7
7.2	Tumeurs in situ les plus courantes.....	8
7.3	2 ^{ème} révision de la CIM-O.3.....	8
8	Critères d'inclusion.....	9
9	Enregistrement d'un cas sans confirmation histologique.....	9
10	Tumeurs multiples.....	10
11	Toucher rectal (TR) et tumeur palpable.....	10
12	Score PI-RADS de l'ACR.....	11
13	Marqueurs tumoraux sériques.....	12
13.1	Dosage du PSA (Antigène prostatique spécifique).....	12
14	Résection Transurétrale (RTU/TUR).....	12
15	Facteurs pronostiques histologiques.....	13
15.1	Score de Gleason et grade ISUP.....	14
15.2	Détermination et codage des facteurs pronostiques histologiques.....	15
16	Classification TNM 8.....	16
16.1	Catégories cliniques T.....	16
16.2	Catégories pathologiques T.....	18
16.3	Remarques pour les catégories c/pT.....	18
16.4	Catégories cliniques / pathologiques M.....	19
16.5	Stade TNM8 des ADK de la prostate.....	20
17	Changements entre la 8 ^{ème} & la 7 ^{ème} édition de la classification TNM.....	20
18	Classification de d'Amico.....	21
19	Principales modalités de traitement.....	21
19.1	Surveillance.....	21
19.2	Chirurgie.....	22
19.3	Radiothérapie.....	22

20	Récidive biologique.....	22
21	Acronymes	23
22	Références	24
23	Annexe 1 : Classification OMS 2022 (5 ^{ème} édition) des tumeurs de la prostate	25

3 Rappel anatomique

3.1 Anatomie régionale

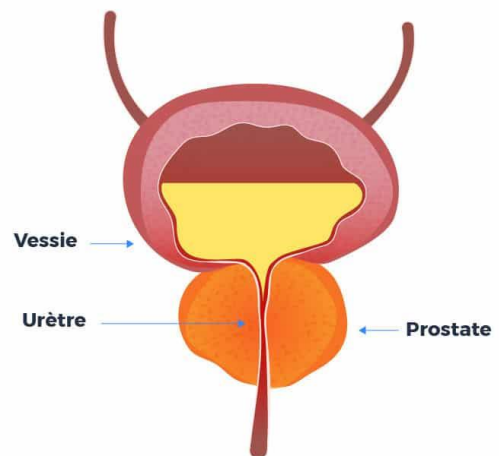
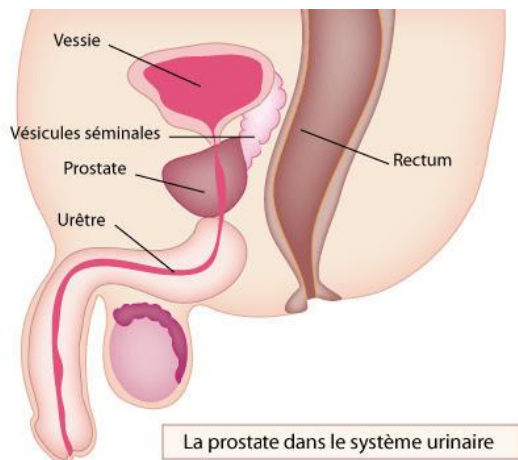
La prostate est une glande exocrine qui fait partie de l'appareil reproducteur masculin, c'est un des organes génitaux masculins internes.

Elle est située sous la vessie, en avant du rectum.

Elle entoure le canal de l'urètre qui conduit l'urine de la vessie vers l'extérieur.

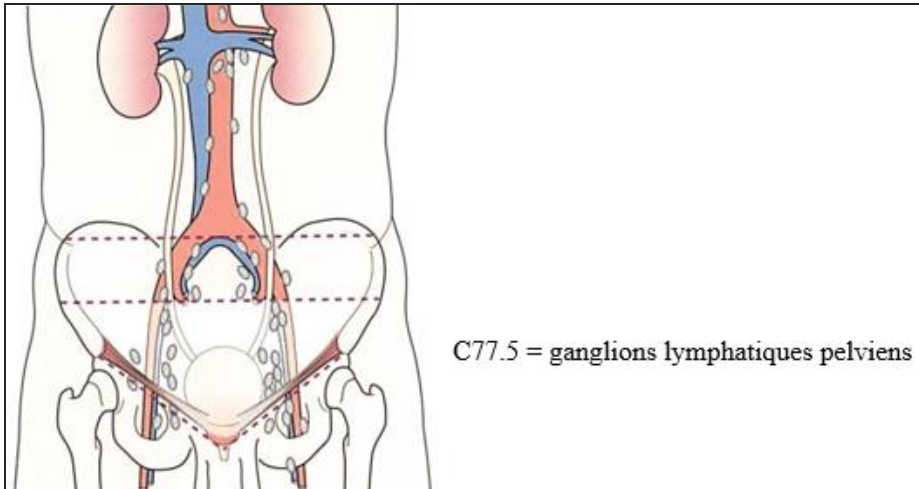
Chez un homme adulte, elle pèse environ 20 à 25 grammes.

La prostate a pour principale fonction de produire une partie des sécrétions composant le sperme, le liquide séminal. Elle participe aussi, en se contractant, à l'éjaculation. Son activité est contrôlée par l'hormone masculine, la testostérone, sécrétée par les testicules.



Source: <https://www.urologue-andrologue.fr/la-prostate/anatomie-et-role/>

3.2 Ganglions lymphatiques régionaux



Les adénopathies régionales de la glande prostatique sont strictement pelviennes et correspondent essentiellement aux ganglions situés en aval de la bifurcation des artères iliaques primitives.

La latéralité n'affecte pas la classification N.

4 Latéralité

La prostate n'est pas un organe pair → La latéralité ne s'applique pas.

Ne pas interpréter comme une latéralité les expressions « lobe gauche » ou « lobe droit » de la prostate.

5 Topographie

Un seul code topographique pour la prostate → **C61.9**

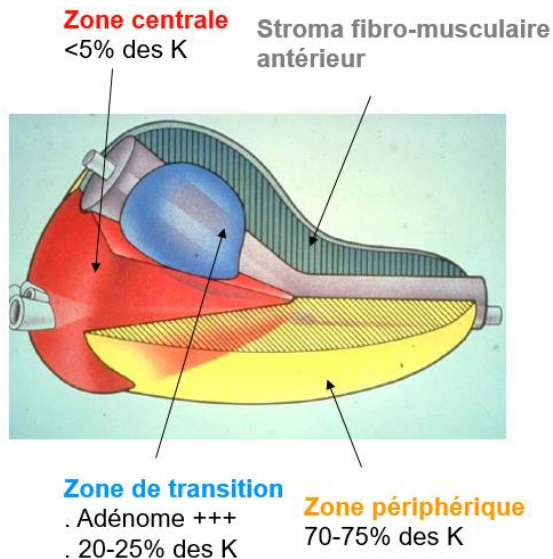
Remarques :



- **Urètre prostatique** : l'urètre traverse la prostate → son code topographique est celui de la prostate **C61.9**
- **Utricule prostatique** : il s'agit d'une structure d'aspect diverticulaire d'origine mullérienne, de quelques millimètres de hauteur, s'abouchant dans l'urètre entre les deux canaux éjaculateurs → **C68.0** (code topographique de l'urètre)

6 Histologie

Zonage histologique selon Mc Neal



On retrouve principalement des **adénocarcinomes** et beaucoup plus rarement des tumeurs non épithéliales (sarcomes, lymphomes, etc.).

Le **carcinome à cellules transitionnelles de la prostate** a comme point de départ l'urètre prostatique (C61.9). Le départ peut également être vésical (C67.*) ou une zone urétrale différente de l'urètre prostatique (C68.0). → Suivre les règles d'enregistrement de la **Note explicative des Tumeurs du tractus urinaire**.

7 Morphologie

La classification actuelle est celle des Tumeurs urinaires et des organes génitaux masculins de l'OMS (5^{ème} édition), publiée en 2022 (*Blue Books*). La classification OMS des cancers de la prostate est présentée en annexe 1.

7.1 Tumeurs invasives les plus courantes

- **Adénocarcinome (ADK) acinaire M-8140/3 +++**

- **M-8490/3** ADK acinaire à cellules en bague à chaton
- **M-8572/3** ADK acinaire sarcomatoïde
- **M-8140/3** ADK acinaire à cellules géantes pléomorphes
- **M-8480/3** ADK acinaire mucineux

Sous-types
d'ADK acinaire



Le code **M-8550/3** ne doit pas être utilisé pour les ADK acinaires de la prostate ni du poumon (cf. commentaire dans le fichier Excel des codes morphologiques de la CIM-O-3.2 du RNC).

- **ADK canalaire : M-8500/3**
- **ADK avec différenciation neuroendocrine M-8574/3**
- Carcinome adénoquameux **M-8560/3**
- Carcinome épidermoïde **M-8070/3**
- Carcinome (basocellulaire) adénoïde kystique **M-8147/3**

- Sarcome stromal de la prostate **M-8935/3**

Remarques :

- **Carcinome à cellules transitionnelles (carcinome urothélial) →** rechercher un point de départ dans le tractus urinaire : le plus souvent l'urètre prostatique (**C61.9**), mais aussi la vessie (**C67***) ou une autre partie de l'urètre (**C68.0**).
- Un ADK prostatique peut évoluer vers une tumeur à différenciation neuroendocrinienne complète ou partielle après un traitement hormonal:
M-8574/3 Treatment-related neuroendocrine prostatic carcinomas (Classification OMS 2022) - Même groupe de Berg → ne pas enregistrer une nouvelle tumeur dans le suivi. Possibilité d'enregistrer une récurrence dans le suivi, à discuter en atelier.
- Carcinome épidermoïde: rare, généralement après une hormonothérapie ou une radiothérapie.

7.2 Tumeurs in situ les plus courantes

- **Néoplasie intraépithéliale (glandulaire) de haut grade de la prostate: M-8148/2**
 - **HGPIN = PIN III**
 - Associée au HPV (HPV +)
- Carcinome intracanalair: **M-8500/2**

PIN I = néoplasie glandulaire intraépithéliale de bas grade de la prostate: **M-8148/0** → ne pas enregistrer.



PIN II = terme obsolète: le plus souvent **M-8148/0** → ne pas enregistrer ; ils peuvent aussi être considérés comme des /2, raison pour laquelle il est possible de les enregistrer pour les cas incidents DI ≥ 01/01/2017, il faut rassembler toutes les informations pour définir si elle est de haut grade ou de bas grade → **PIN II à discuter en atelier.**

Les termes dysplasies modérées et dysplasies sévères sont obsolètes.

7.3 2^{ème} révision de la CIM-O.3

Deux libellés ont été ajoutés à des codes morphologiques existants :

- « ADK acinaire de la prostate (C61.9) » pour le code morphologique **M-8140/3**
- « Néoplasie intraépithéliale de la prostate, haut grade (C61.9) » pour le code morphologique **M-8148/2**

8 Critères d'inclusion

Les néoplasies intraépithéliales prostatiques de haut grade (HGPin), qui regroupent les PIN de grade III, sont à enregistrer en **M-8148/2**.

Les termes PIN II et III sont obsolètes, de même que les termes dysplasies modérées et dysplasies sévères.

Pour les cas incidents à partir du 01/01/2017 :

- les dysplasies modérées sont à discuter en atelier avant enregistrement.
- les PIN II : Dans le **Document d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC « Critères d'inclusion & d'exclusion du RNC »**, il est noté que « *Les néoplasies intraépithéliales de grade IIpour la prostate... sont à enregistrer pour les cas incidents à partir du 1^{er} janvier 2017* ». Néanmoins, sans autre information, il est préférable de discuter également des PIN II en atelier, avant de les enregistrer. En effet, les « *Prostatic intraepithelial neoplasia, grade II = PIN II* » ne sont pas reprises dans la Table Excel des codes morphologiques de la CIM-O-3.2, alors que les néoplasies glandulaires intraépithéliales de grade II sans précision de l'organe sont codées en M-8148/0.

Cf. chapitre 7.2 de cette note explicative.

9 Enregistrement d'un cas sans confirmation histologique

Il est parfois possible d'enregistrer un cas de cancer de la prostate sans confirmation histologique. Cette question se pose devant un **PSA élevé > 10 ng/ml** (cf. chapitre 13 « Marqueurs tumoraux sériques »).

Quand enregistrer un cancer de la prostate sans confirmation histologique ?

- Si le **PSA > 10 ng/ml + avis du clinicien +/- autres signes cliniques** (ex. nodule induré au toucher rectal (TR) ou imagerie suspecte), même sans confirmation histologique du diagnostic, → enregistrer le cas comme un cancer de la prostate avec comme base de diagnostic « 4 = marqueur tumoral spécifique » et DI le plus souvent = date du dosage du PSA et code morphologique **M-8000/3**.
 - S'il y a ensuite une confirmation histologique, Base de diagnostic → « 7 = histologie (7.1 si DI ≥ 01/01/2023) »
 - S'il y a une confirmation histologique, le code morphologique **M-8000/3** est remplacé par le code morphologique plus précis du compte-rendu histologique.
 - Si la confirmation histologique a été faite dans les 3 mois suivant le PSA > 10 ng/ml → DI = date du prélèvement histologique
 - Si la confirmation histologique a été faite plus de 3 mois après le PSA > 10 ng/ml → DI = date du dosage du PSA
- Chez un patient avec une suspicion de cancer de la prostate (avis du clinicien), c'est-à-dire un PSA élevé mais < 10 ng/ml et d'autres signes cliniques, en particulier un TR suspect, le

clinicien va recommander un suivi, en particulier un dosage du PSA à intervalles plus ou moins réguliers. Pendant cette période de suivi, s'il n'y a pas de confirmation histologique et un PSA élevé mais < 10 ng/ml → ne pas enregistrer ce cas dans le RNC.

Les élévations de PSA intercurrentes isolées ne constituent pas un argument pour enregistrer le cas.

Cf. Document d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC « Enregistrement des cas suspects de cancer ».

10 Tumeurs multiples

Cf. Document d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC « Tumeurs multiples ».

11 Toucher rectal (TR) et tumeur palpable

Le TR est à renseigner dans le cadre du bilan initial, au même titre que l'écho prostatique. L'IRM prostatique fait partie du bilan d'extension.

Le TR est indispensable pour déterminer l'extension clinique de la tumeur (cT). Il permet de vérifier le volume, la consistance et la texture à la surface de la prostate.

Un TR suspect (tumeur palpable) met en évidence une induration localisée de la prostate (cT ≥ cT2). Dans certains cas, la prostate est globalement indurée et non mobile, fixée (cT4). Une extension de la tumeur aux vésicules séminales est quasiment impossible à détecter au TR.

Une prostate « ferme » au TR n'est pas suffisante pour coder en cT2. Il peut s'agir d'une prostatite.

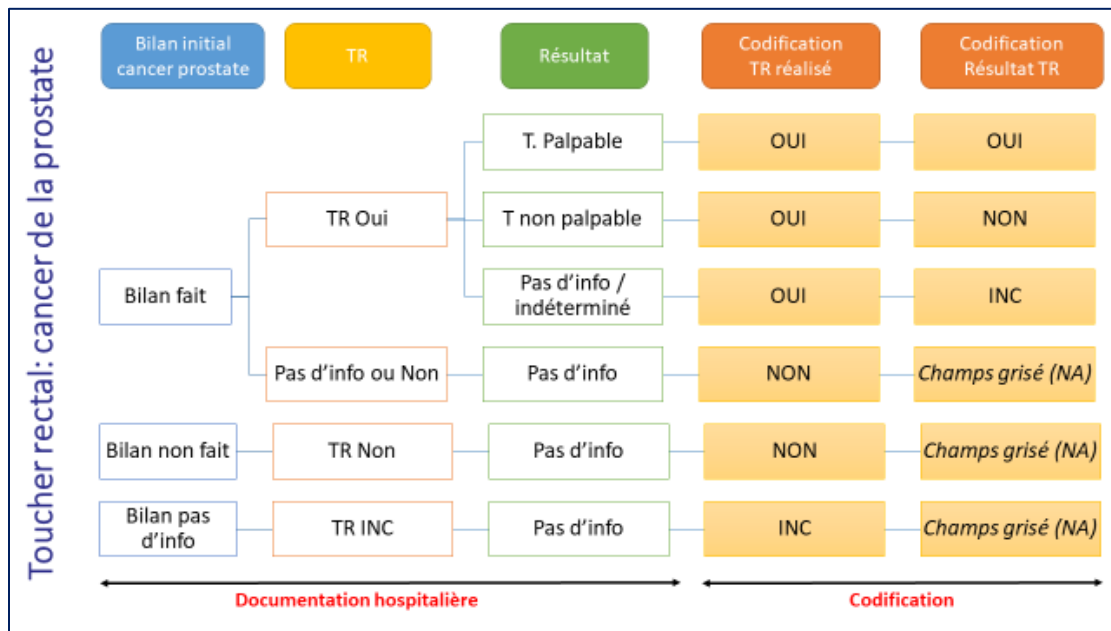
Le TR est systématiquement fait lors d'une consultation avec l'urologue. Néanmoins, le résultat du TR n'est pas toujours explicitement consigné dans le dossier hospitalier. A la différence du cancer du sein, même si le TR est quasiment toujours réalisé, si la tumeur n'est pas mentionnée comme palpable, il n'est pas possible d'en déduire qu'elle n'est pas palpable. Il faudra se baser sur les autres examens réalisés pendant le bilan (biopsie et imageries) pour déterminer l'extension clinique de la tumeur.

Si un urologue parle d'un cT1 → la tumeur est non palpable.

Deux variables sont à renseigner : TR réalisé & Résultat du TR (tumeur palpable ou non palpable)

Cf. chapitre 16 de cette note explicative pour l'intégration des résultats du TR dans la classification cTNM.

Schéma de la codification des variables « TR réalisé » & « Résultat du TR » pour le cancer de la prostate:



12 Score PI-RADS de l'ACR

Le score PI-RADS (*Prostate Imaging Reporting and Data System*) de l'*American College of Radiology* est un score pronostic visant à déterminer la probabilité d'une origine cancéreuse d'une anomalie visible à l'IRM. Pour chaque anomalie visible sur l'IRM, le radiologue classe l'image selon le score PI-RADS du moins suspect (PI-RADS 1) au plus suspect (PI-RADS 5).

Le score PI-RADS se divise en 5 grades:

- PI-RADS 1 : Probabilité d'une lésion cancéreuse très faible
- PI-RADS 2 : Probabilité d'une lésion cancéreuse faible
- PI-RADS 3 : Probabilité d'une lésion cancéreuse intermédiaire (présence équivoque)
- PI-RADS 4 : Probabilité d'une lésion cancéreuse haute (probable)
- PI-RADS 5 : Probabilité d'une lésion cancéreuse très haute (très probable)

La biopsie de la prostate devrait être envisagée pour les PI-RADS 4 et 5, mais pas pour les PI-RADS 1 et 2. **La décision doit cependant être prise en incluant les autres facteurs cliniques et biologiques (surtout pour PI-RADS 3).**

Le PI-RADS 4 correspond à un cas suspect et le PI-RADS 5 à un cas très suspect. La date de l'IRM peut alors être considérée comme la date d'incidence, par exemple si la confirmation du diagnostic par histologie est réalisée par biopsie plus de 3 mois après la date de l'IRM de la prostate. Il en sera de même pour un PI-RADS 3 si l'urologue demande des examens complémentaires. Par contre, si l'urologue ne demande aucun examen après un PI-RADS 3, le cas sera considéré comme non suspect.

13 Marqueurs tumoraux sériques

Les marqueurs tumoraux sériques à renseigner pour le cancer de la prostate sont les suivants :

- PSA en ng/ml
- PCA3 (score)

13.1 Dosage du PSA (Antigène prostatique spécifique)

Le PSA (Antigène prostatique spécifique) est un marqueur tumoral sérique très souvent dosé (dépistage individuel), mais controversé (faux positifs, faux négatifs...).

Son seuil est de **10 ng/ml**.

Le **PSA** peut être le marqueur d'une pathologie de la prostate autre qu'un cancer :

- Inflammation ou hypertrophie bénigne de la prostate
- Infection urinaire (ou prostatite)
- Rétention aigüe d'urine

Parfois, le taux de PSA est normal bien qu'il existe une masse tumorale naissante. Seul, cet examen n'est donc pas suffisant pour poser le diagnostic de cancer prostatique. D'autres examens doivent être réalisés.

Certaines valeurs sont cependant interprétables dans le cadre d'un cancer de la prostate :

- PSA compris entre 4 et 10 ng/ml : présence éventuelle d'un cancer de la prostate localisé ;
- **PSA élevé > 10 ng/ml sans autre information → cas suspect, attendre avant d'enregistrer**
- PSA > 30 ng/ml → présence d'un cancer de la prostate localement avancé avec présence probable d'un envahissement ganglionnaire ;
- PSA > 100 ng/ml → présence d'un cancer de la prostate avancé au niveau local et à distance, avec une forte probabilité de métastases osseuses ou viscérales.

Cf. chapitre 9 de cette Note explicative & **Document d'aide à la codification « Enregistrement des cas suspects de cancer »**.

14 Résection Transurétrale (RTU/TUR)



- Une TUR de la prostate (TURP) ne permet jamais de confirmer que la résection de la tumeur a été complète → après une TUR, résidu tumoral = Rx.
- TUR prostate ≠ « vraie » biopsie et les résultats histologiques d'une TUR de la prostate peuvent être intégrés dans le cT uniquement s'il s'agit d'une découverte fortuite.

Exemples :

- TURP mais pas de biopsie → Biopsie de la prostate = « 1 = Non fait ».

- TURP pour adénome → histologie : ADK de la prostate : cT1a ou cT1b.
- TUR prostate ≠ traitement adéquat d'un cancer de la prostate → les résultats histologiques d'une TUR prostate ne sont jamais intégrés dans le pT car une TURP ne permet pas de faire un pTNM → pTNM = NA
- TUR prostate suivie d'une opération chirurgicale de la tumeur primitive → La TUR n'est pas enregistrée comme un traitement initial.
- TUR prostate non suivie d'une opération chirurgicale de la tumeur primitive et considérée comme un traitement par l'urologue → la TUR est enregistrée comme traitement initial. Si l'urologue réalise une 2^{ème} TUR (« *second look* ») équivalente à une reprise chirurgicale, et non pas pour une récurrence ou une progression → la 1^{ère} et la 2^{ème} TUR sont enregistrées en traitement initial :
 - Type de TT = « Chirurgie »
 - Type de chirurgie = « Résection transurétrale de la prostate »
 - Voie d'abord de la chirurgie = « NA »
 - Marge saine = « inconnu »
 - Distance marge de résection = « inconnu »
 - Taille histologique = « inconnu »
 - Résidu tumoral = « Rx »
 - Facteurs pronostiques histologiques = « Inconnu », sauf le score de Gleason
- Tumeur de découverte fortuite après une 1^{ère} TUR, puis une 2^{ème} TUR dans les 2 mois par exemple considérée comme TT définitif (sans prostatectomie) → subdivision entre cT1a et cT1b est basée sur les résultats des 2 TUR.

Les règles qui s'appliquent aux TUR de la prostate sont les mêmes que pour les TUR de la vessie (cf. **Note explicative « Tumeurs du tractus urinaire »**)

15 Facteurs pronostiques histologiques

Plusieurs facteurs pronostiques histologiques sont enregistrés pour les cancers de la prostate :

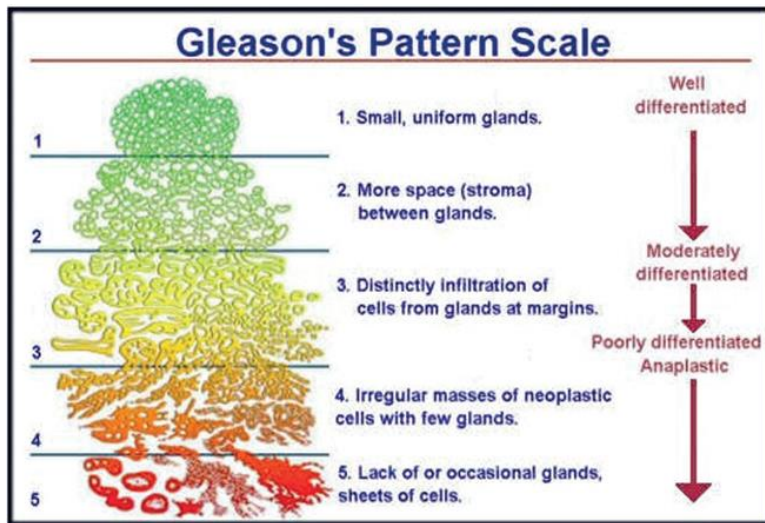
- Score de Gleason
- Grade ISUP (DI ≥ 01/01/2022)
- Envahissement tumoral de la prostate
- Extension extra-capsulaire
- Infiltration des gaines périnerveuses
- *Laboratoire ayant établi le diagnostic histologique*

15.1 Score de Gleason et grade ISUP

Score de Gleason & Grade ISUP (International Society of Urological Pathology) → Grades histologiques ≠ du grade de différenciation (6^{ème} chiffre du code morphologique).

Score de Gleason & Grade ISUP sont déterminés pour les **ADK invasifs de la prostate**.

Le **score de Gleason** permet de constater le degré d'agressivité du cancer de la prostate.



Source: John Murtagh, Jill Rosenblatt, Justin Coleman, Clare Murtagh: *John Murtagh's General Practice, 7e* Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Sa détermination se fait à partir d'un prélèvement tissulaire (biopsie, TUR ou prostatectomie) et uniquement pour un adénocarcinome.

Plusieurs foyers tumoraux d'évolution différente et à des stades de différenciation pouvant être différents → score de Gleason est obtenu en additionnant les 2 grades histologiques allant de 1 à 5, des cancers les plus représentés.

La **classification ISUP** a été proposée en 2014 par l'*International Society of Urological Pathology* pour la prostate, elle permet une évaluation de l'agressivité de la maladie de façon plus simple que la précédente utilisation du score de Gleason. La classification ISUP est un groupe de grade qui assigne un chiffre de 1 à 5 aux tumeurs de la prostate.

Dans le dossier du patient, le grade ISUP peut apparaître sous plusieurs dénominations : ISUP/WHO ; ISUP ; OMS 2016.

Il existe une corrélation entre le grade ISUP (2016) du cancer de la prostate et le score de Gleason, mais il ne faut pas déduire le grade ISUP à partir du score de Gleason. L'anatomo-pathologiste doit renseigner les deux séparément :

Grade ISUP (groupe de grades)	Score de Gleason	Schéma de Gleason
Grade 1	≤ 6	≤ 3+3
Grade 2	7	3+4
Grade 3	7	4+3
Grade 4	8	4+4; 3+5; 5+3
Grade 5	9 ou 10	4+5; 5+4; 5+5

15.2 Détermination et codage des facteurs pronostiques histologiques

Pour déterminer les facteurs pronostiques histologiques, il est nécessaire de disposer d'un prélèvement tissulaire, et donc du compte-rendu histologique de la pièce opératoire de la tumeur primitive (traitement initial). Certains facteurs peuvent être également déterminés à partir d'une biopsie de prostate, voire d'une TUR.

Lorsque plusieurs résultats sont disponibles pour le même facteur → prendre le plus péjoratif.

Non contributif : l'anapath précise dans le CR que le facteur ne peut pas être déterminé parce qu'il n'y a pas assez de tissu, ou le tissu a été conservé, fixé, coloré...avec une technique qui ne permet pas de déterminer le facteur.

Comment déterminer les facteurs pronostiques histologiques ?

- **Le score de Gleason et les grade ISUP** peuvent être déterminés à partir d'une biopsie, d'une chirurgie ou d'une TUR.
- **L'extension extra-capsulaire et l'infiltration des gaines péri-nerveuses** peuvent être déterminées à partir d'une biopsie ou d'une chirurgie.
- **L'envahissement tumoral** peut être déterminé à partir :
 - D'une chirurgie
 - D'une imagerie si le degré d'infiltration est confirmé histologiquement sur biopsie (ou pièce opératoire)
 - D'une biopsie sans imagerie si les 2 lobes sont envahis. Si les 2 lobes ne sont pas envahis et que le degré d'infiltration n'avait pas été préalablement mis en évidence sur une imagerie, alors envahissement tumoral = « impossible à établir ».

	Gleason & ISUP	Envahissement tumoral	Ext. extra-capsulaire	Inf. gaines péri-nerveuses
TUR	A renseigner	Inconnu	Inconnu	Inconnu
Biopsie	A renseigner	➤ Avec imagerie → à renseigner ➤ Sans imagerie + 2 lobes envahis → à renseigner ➤ Sans imagerie + 2 lobes non envahis → « impossible à établir »	A renseigner	A renseigner
Chirurgie	A renseigner	A renseigner	A renseigner	A renseigner

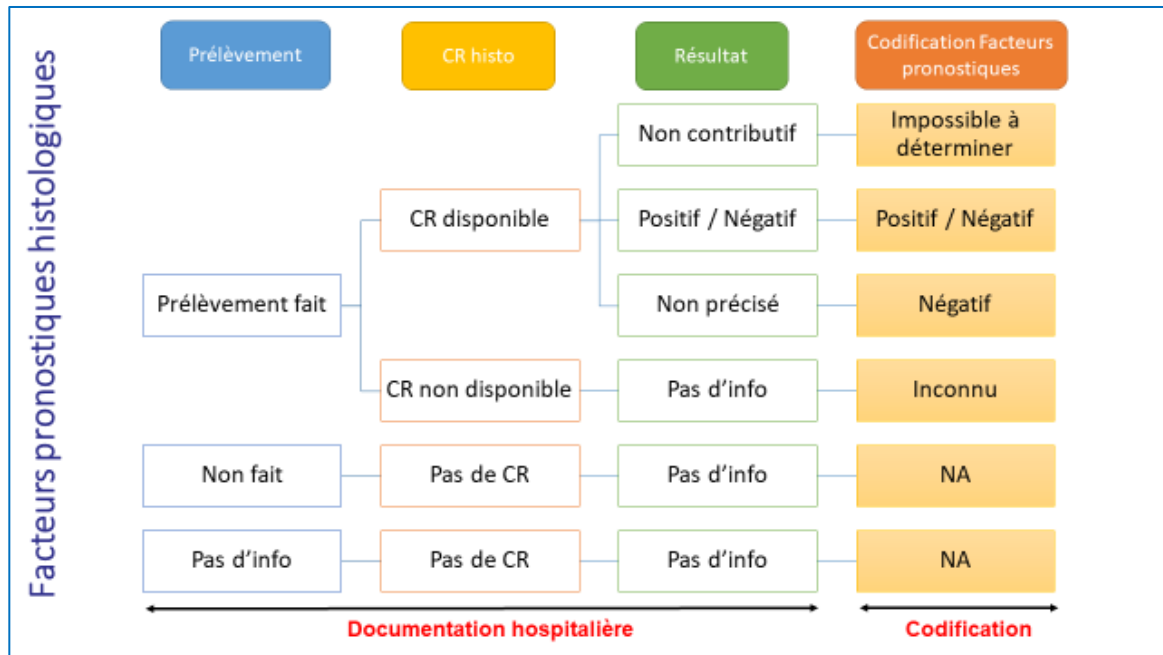
S'il n'y a eu aucun prélèvement histologique de la tumeur primitive → tous les facteurs pronostiques histologiques sont encodés en « NA ».

S'il y a eu un prélèvement histologique mais si le compte-rendu anapath n'est pas disponible (résultats inconnus) → les facteurs pronostiques histologiques sont encodés en « inconnu » et le laboratoire ayant réalisé le diagnostic histologique est encodé en « NA ».

Si au moins un résultat d'un facteur pronostique histologique est disponible, mais le laboratoire n'est pas connu → le laboratoire ayant réalisé le diagnostic histologique est encodé en « inconnu ».

Si plusieurs comptes rendus histologiques de la tumeur primitive sont disponibles → Coder le résultat le plus péjoratif.

Schéma de la codification des facteurs pronostiques histologiques pour le cancer de la prostate :



16 Classification TNM 8

Pour les nouveaux cas de cancer diagnostiqués à partir de l'année d'incidence 2018.

La classification TNM 8 pour la prostate ne s'applique qu'aux **adénocarcinomes (ADK)**.

Pour le carcinome à cellules transitionnelles de la prostate → Classification TNM de l'urètre (mais topo de la prostate C61.9).

Source illustrations: UICC – TNM Atlas – 7th edition (2021).

16.1 Catégories cliniques T

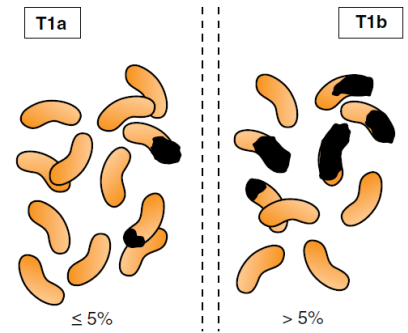
La catégorie cT de la prostate reflète toujours le résultat du toucher rectal (TR).

cTX Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

cT0 Pas de signe de tumeur primitive

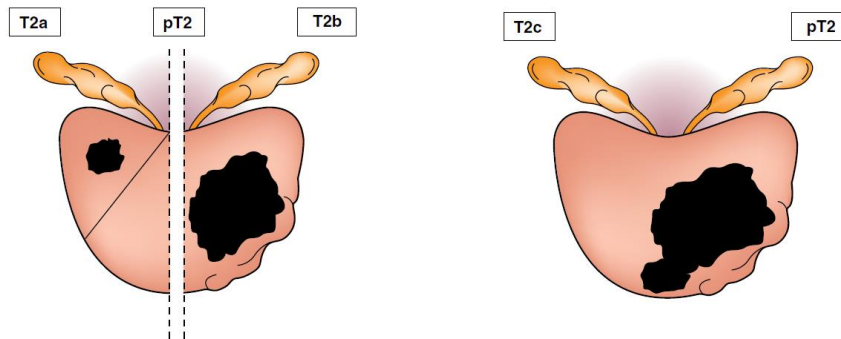
Pas de cTis Néoplasie intraépithéliale (glandulaire) de haut grade de la prostate (HGPIN):
M-8148/2 → cT1

- cT1** Tumeur indétectable cliniquement, **non palpable**
- Découverte fortuite lors d'un examen histologique (TURP)
- cT1a** Tumeur ≤ 5% du tissu réséqué
- cT1b** Tumeur > 5% du tissu réséqué
- Tumeur identifiée par biopsie (par ex. après PSA ↑) **cT1c**

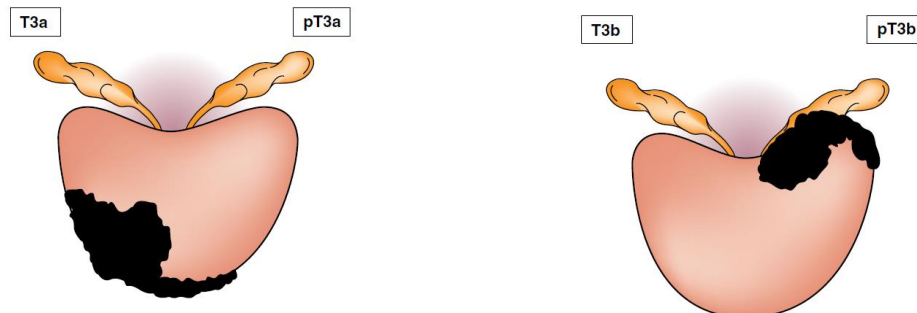


Remarque : Tumeur confinée à la prostate, non palpable, mais visible à l'imagerie (cliniquement apparente) → cT1c (référence: TNM Supplement 5th ed. 2019)

- cT2** Tumeur **palpable & limitée à la glande prostatique**
- cT2a** Tumeur envahissant ≤ 50% d'un seul lobe
- cT2b** Tumeur envahissant > 50% d'un seul lobe mais pas les 2 lobes
- cT2c** Tumeur envahissant les 2 lobes



- cT3** Extension tumorale **au-delà de la capsule prostatique**
- cT3a** Extension extra-prostatique incluant l'envahissement microscopique du col vésical
- cT3b** Tumeur envahissant la ou les vésicules séminales



- cT4** Tumeur **fixée ou envahissant les structures adjacentes** autres que les vésicules séminales

16.2 Catégories pathologiques T

La catégorie pT est déterminée après une prostatectomie totale.

La catégorie pT peut être déterminée après une énucléation dans certaines circonstances : la tumeur est petite, sans rupture de la capsule prostatique et les marges sont saines.

Une TUR de la prostate ne permet pas de déterminer un pT → pTNM NA

- Il n'existe pas de catégorie pTis
- Il n'existe pas de catégorie pT1
- Il n'existe pas de sous-catégories pour le pT2

16.3 Remarques pour les catégories c/pT

- Le cT est en 1^{er} déterminé par le résultat du toucher rectal (TR) : Tumeur non palpable = cT1 ou tumeur palpable cT ≥ cT2.
- Pour les cT ≥ cT2, les résultats de l'imagerie (IRM prostatique principalement) et de la biopsie aident à déterminer plus précisément le cT.
- Pour les autres organes, un cancer de découverte fortuite est codé en cT0. Les ADK de la prostate sont une exception : ils sont codés en cT1 lorsqu'il s'agit d'une découverte fortuite après une TUR ou une biopsie. Par contre, s'il s'agit d'une découverte fortuite dans d'autres circonstances, comme par exemple une chirurgie élargie de la vessie, le cT est codé cT0.
- Pour les autres organes, une tumeur visible à l'imagerie est une tumeur cliniquement détectable. Pour la prostate, dans le cas particulier où la tumeur est non palpable au TR mais que l'IRM montre une tumeur très limitée et que l'urologue pose le diagnostic de cancer (et pas d'adénome de la prostate), pour le TNM8, la tumeur est codée en cT1c (pour le TNM7, cette situation n'était pas prévue, le cas doit être discuté lors d'un atelier DMC).
- Si le résultat du TR n'est pas documenté dans le dossier hospitalier du patient :
 - mais que l'urologue parle d'un cT1 → la tumeur n'est pas palpable au TR. Inversement, si l'urologue parle de tumeur ≥ cT2 → la tumeur est palpable au TR.
 - mais il existe un nodule suspect à l'imagerie : si cela est réalisé dans cadre d'une surveillance PSA et biopsie car PSA élevé → cT1c, sinon cT2
 - mais les deux lobes sont envahis aux biopsies → cT2c
- Le TR ne permet quasiment pas de déterminer un cT3a et cT3b
- Au TR, la prostate est normalement souple avec d'éventuels nodules et si la prostate est dite « fixée » en cT4, cela veut dire que la prostate est figée et dure, ce qui traduit une

extension de la tumeur au-delà de la capsule prostatique et un envahissement par contiguïté des organes adjacents.

- Place de l'IRM prostatique dans la détermination du cT:
 - La catégorie cT1 nécessite que la tumeur soit non palpable au TR et correspond aux découvertes fortuites par TURP réalisées par exemple pour un adénome de la prostate ou aux tumeurs identifiées par biopsie réalisée par exemple après une augmentation du PSA. Il est précisé que la tumeur est cliniquement indétectable. Normalement, quand une tumeur est visible à l'imagerie, on considère qu'elle est cliniquement détectable. Pour la prostate, si la tumeur est non palpable, qu'une biopsie et une imagerie sont réalisées pour une augmentation du PSA, le cT sera considéré comme cT1c, même si la tumeur est visible sur l'imagerie.
 - Si l'IRM est réalisée dans le cadre d'un bilan pour suspicion d'un cancer de la prostate donc avec une tumeur palpable au TR, les résultats de l'IRM associés aux résultats de la biopsie vont pouvoir aider à déterminer les sous-catégories de cT2 (cf. codage de la variable « envahissement tumoral de la prostate »).
- Les néoplasies intraépithéliales (glandulaires) de haut grade de la prostate (HGPIIN) sont in situ dans la CIM-O-3.2 (**M-8148/2**) mais ont un c/pT = c/pT1N0M0 qui correspond aux tumeurs invasives.
- Envahissement **microscopique** du col vésical et/ou du trigone = T3a.
- Envahissement des vésicules séminales = T3b.
- Envahissement **macroscopique** du trigone (visible sur IRM, CT scan, cystoscopie ou visible pendant la chirurgie) = T4.
- Envahissement de la vessie au-delà du trigone = T4.
- L'envahissement de la capsule prostatique sans la franchir ne permet pas de classer la tumeur en T3.
- Pour le cancer de la prostate, engainement des gaines péri-nerveuses = infiltration / envahissement des gaines péri-nerveuses.

16.4 Catégories cliniques / pathologiques M

M0 pas de métastase à distance

M1 Métastases à distance

M1a Adénopathie(s) non régionale(s)

M1b Os

M1c Autre(s) localisation(s)



Plus d'une localisation métastatique → Enregistrer localisation méta qui a la catégorie la plus élevée. (p) M1c est la catégorie la plus élevée.

Pour M1c, autre(s) localisation(s) avec ou sans métastase osseuse.

Adénopathies non régionales + méta osseuses → M1c.

16.5 Stade TNM8 des ADK de la prostate



Stade I	T1, T2a	N0	M0
Stade II	T2b, T2c	N0	M0
Stade III	T3, T4	N0	M0
Stade IV	tous T	N1	M0
	tous T	tous N	M1

Il n'y a pas de sous-catégories pour **pT2**. Le stade d'une tumeur pT2N0M0 est codé en stade II, sauf si la tumeur envahit la moitié ou moins d'un seul lobe dans le compte-rendu anatomopathologique de la prostatectomie → Stade I.

Il existe des différences pour le stade entre la classification TNM-7 et TNM-8, et entre la classification de l'UICC et celle de l'AJCC. Par exemple, une tumeur T4N0M0 est classée en stade III dans la classification TNM-8 de l'UICC mais en stade IV dans la classification TNM-7 de l'UICC. Il est donc toujours important de vérifier la référence utilisée pour établir le stade.

17 Changements entre la 8^{ème} & la 7^{ème} édition de la classification TNM

Les principaux changements dans la classification TNM-8 par rapport à la classification TNM-7 sont les suivants :

TNM-7				TNM-8			
cT1 Tumeur indétectable ni cliniquement, ni par imagerie				cT1 Tumeur indétectable cliniquement, non palpable			
pT2a,b,c = cT2a,b,c				pT2 Pas de sous-catégories			
Stade T4N0M0 → Stade IV				Stade T4N0M0 → Stade III			
<i>Stade III</i>	<i>T3</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>Stade III</i>	<i>T3, T4</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>Stade IV</i>	<i>T4</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>Stade IV</i>	<i>Tous T</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>

	<i>Tous T</i> <i>Tous T</i>	<i>N1</i> <i>Tous N</i>	<i>M0</i> <i>M1</i>		<i>Tous T</i>	<i>Tous N</i>	<i>M1</i>
Groupeement pronostic				Pas repris dans le TNM-8 → pour le RNC, cette variable n'est plus applicable pour les cas incidents à partir du 01/01/2018.			

18 Classification de d'Amico

La classification de D'amico détermine le risque tumoral pour un patient en combinant les résultats du score de Gleason (ou du grade ISUP), du stade clinique et du dosage du taux de PSA

	Stade clinique	Score de Gleason	PSA sérique (ng/ml)
Faible risqué	≤ T2a	et Gleason ≤ 6 (= ISUP 1),	et PSA ≤ à 10 ng/ml,
Risque intermédiaire	T2b	ou Gleason 7 (= ISUP 2 ou 3)	ou PSA entre 10 et 20 ng/ml
Risque élevé	T2c	ou Gleason > 7 (= ISUP > 3)	ou PSA > 20 ng/ml,

19 Principales modalités de traitement

Pour le cancer de la prostate, les principales modalités de traitement sont :

- Surveillance
- Chirurgie
- Hormonothérapie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

19.1 Surveillance

Une surveillance peut permettre de différer un traitement initial.

La surveillance active est un traitement standard du cancer de la prostate localisé à croissance lente. Les traitements du cancer de la prostate sont susceptibles de causer des effets secondaires à long terme, c'est la raison pour laquelle le patient et le clinicien peuvent décider de différer un traitement chirurgical en particulier.

Une surveillance est enregistrée en tant que TT initial si elle répond aux 2 critères suivants :

- Maintenu pendant au moins 6 mois après la date d'incidence
- Seul type de traitement initial

Pour le cancer de prostate, il y a 2 types de surveillance :

- Abstention-surveillance (« watchfull waiting »)
- Surveillance active

Cf. Document d'aide à la codification « Traitement initial : refus du patient / surveillance ».

19.2 Chirurgie

- TURP (non suivie d'une prostatectomie)
- Adénomectomie prostatique (= énucléation) : L'adénomectomie prostatique peut être considérée comme une vraie chirurgie mais sur base d'indications précises pour une petite tumeur localisée et centrale. Il faut bien lire la partie du CR sur les marges saines pour être sûr de pouvoir réaliser un pT (il faut éliminer un envahissement au-delà de la capsule prostatique).
- Prostatectomie totale (= radicale) – Traitement chirurgical de référence
- Remarque : si une orchidectomie est réalisée → la coder en hormonothérapie

19.3 Radiothérapie

- Champ traité : le 1^{er} relais ganglionnaire correspond aux ganglions obturateurs, iliaques externes et iliaques internes.
- Champ traité : le 2^{ème} relais ganglionnaire correspond aux ganglions iliaques communs et lombo aortiques.

20 Récidive biologique

La définition de la récurrence biologique dépend du traitement initial. Pour parler de récurrence, il faut qu'un traitement curatif ait été instauré. Il y a alors une augmentation rapide du PSA sans autre signe clinique.

Si le **clinicien est certain qu'il s'agit d'une récurrence biologique** → enregistrer comme une récurrence locale, date de la récurrence = date du 1^{er} PSA qui entre dans la définition de la récurrence. Base de diagnostic de la récurrence = 4 (biomarqueurs tumoraux).

Il faut aussi voir si un bilan d'imagerie, voire une biopsie de la loge prostatique, n'ont pas été réalisés. Il pourrait alors y avoir aussi une métastase à distance.

A titre indicatif, ci-dessous un tableau qui reprend les valeurs de PSA utiles à la définition de la récurrence biologique d'un cancer de la prostate.

Tableau 18. Définitions de la récurrence biologique en fonction du type de traitement du cancer de la prostate.

Traitement	Définition de la récurrence biologique
Prostatectomie totale	PSA > 0,2 ng/ml et ascendant confirmé par 2 dosages successifs
Radiothérapie ± hormonothérapie	PSA Nadir + 2 ng/ml
Curiethérapie	PSA Nadir + 2 ng/ml
HIFU	PSA Nadir + 1,2 ng/ml

Source : Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2022 – 2024 : cancer de la prostate.

HIFU : ultrasons focalisés de haute intensité

PSA nadir : valeur la plus basse du PSA obtenue après TT.

21 Acronymes

ADK	Adénocarcinomes
HGPIN	Néoplasie intraépithéliale prostatique de haut grade
PIN II	<i>Prostatic intraepithelial neoplasia, grade II</i>
PIN III	<i>Prostatic intraepithelial neoplasia, grade III</i>
PSA	Antigène prostatique spécifique
TR	Toucher rectal
TT	Traitement
TUR / RTU	<i>Transurethral resection of the prostate</i> / Résection transurétrale
TURP	Résection transurétrale de la prostate

22 Références

Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC) **TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2017. Trad. Fr. TNM Classification des Tumeurs Malignes, 8ème ed. Paris: Cassini, 2017.

Fondation Registre du Cancer – Belgique « Les tumeurs des organes génitaux masculins ». Formation en ligne (Session 6 2022), 29 novembre 2022.

RNC – Compte-rendu de l’atelier DMC du 24/01/2019

RNC – Compte-rendu et annexe de l’atelier DMC du 12/12/2024.

RNC – Formation avancée « Tumeurs de l’appareil génital masculin » - 15 juin 2023

TNM Atlas. 7th edition. John Wiley & Sons, 2021 Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC)

WHO Classification of Tumours Editorial board 2022. Urinary and Male Genital Tumours: International Agency for Research on Cancer, 2021. (WHO Classification of Tumours series. 5th edition., vol.5).

23 Annexe 1 : Classification OMS 2022 (5^{ème} édition) des tumeurs de la prostate

Source: WHO Classification of Tumours online: Urinary and Male Genital Tumours 2022(5th ed.)

Libellés	Codes
Tumeurs épithéliales de la prostate (Epithelial tumours of the prostate)	
<i>Tumeurs glandulaires de la prostate</i> (Glandular neoplasms of the prostate)	
Cystadénome (Cystadenoma)	8440/0
Néoplasie intraépithéliale prostatique de haut grade (Prostatic intraepithelial neoplasia, high-grade)	8148/2
Carcinome intraductal (Intraductal carcinoma)	8500/2
Adénocarcinome acineux (Adénocarcinome acineux)	8140/3
Adénocarcinome acineux de type cellule en anneau de Signet (Signet-ring cell-like acinar adenocarcinoma)	8490/3
Adénocarcinome acineux à cellules géantes pléomorphes (Pleomorphic giant cell acinar adenocarcinoma)	8140/3
Adénocarcinome acinaire sarcomatoïde (Sarcomatoid acinar adenocarcinoma)	8572/3
Carcinome de type néoplasie intraépithéliale prostatique (Prostatic intraepithelial neoplasia-like carcinoma)	8140/3
Adénocarcinome canalaire (Ductal adenocarcinoma)	8500/3
Adénocarcinome à différenciation neuroendocrine (Adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation)	8574/3
<i>Tumeurs malpighiennes de la prostate</i> (Squamous neoplasms of the prostate)	
Carcinome adénosquameux (Adenosquamous carcinoma)	8560/3
Carcinome épidermoïde (Squamous cell carcinoma)	8070/3
Carcinome adénoïde kystique (basocellulaire) [†] (Adenoid cystic (basal cell) carcinoma [†])	8147/3
Tumeurs mésenchymateuses propres à la prostate (Mesenchymal tumours unique to the prostate)	
<i>Tumeurs stromales de la prostate</i> (Stromal tumours of the prostate)	
Tumeur stromale à potentiel de malignité incertain (Stromal tumour of uncertain malignant potential)	8935/1
Sarcome stromal (Stromal sarcoma)	8935/3