

À RETENIR

Épidémiologie :

- 1^{er} cancer chez l'homme

Au diagnostic

- 5 % de formes métastatiques.
- 20 % de formes localisées mais évoluant vers une forme métastatique.
- 75 % de formes localisées.

Marqueurs biologiques :

- Le dosage du PSA total est spécifique de la prostate, mais peu spécifique de cancer (il est augmenté en cas de prostatite, d'hyperplasie bénigne de la prostate, et après instrumentation prostatique).
- En pratique, un cancer est suspecté lorsque la concentration sérique du PSA est supérieure à la valeur seuil normale du laboratoire (4 ng/mL), ce qui conduira l'urologue dans la plupart des cas, à la prescription de biopsies prostatiques (+/- guidées par les résultats de l'IRM).

Imagerie :

- L'échographie transrectale est un examen de référence dans le cadre de la prise en charge du cancer de la prostate : évaluation du volume prostatique, guidage des biopsies et orientation éventuelle des biopsies en cas d'observation d'un foyer hypoéchogène suspect.
- Depuis quelques années, l'IRM prend une place prépondérante grâce au développement de l'IRM fonctionnelle basée sur l'injection de Gadolinium, l'imagerie de diffusion et la spectroscopie. Elle permet de localiser une tumeur de volume significatif, de guider les biopsies et d'effectuer le bilan d'extension locale voire locorégionale.
- Scintigraphie osseuse nécessaire pour les patients à haut risque ou symptomatiques osseux.

Biologie moléculaire :

Quelques applications pratiques des données moléculaires pour l'anatomopathologiste :

- À visée diagnostique : FISH ou IHC anti-ERG pour le diagnostic positif de cancer (mais sensibilité de 50 % seulement) ;
- À visée pronostique : perte de l'expression IHC de PTEN comme marqueur de mauvais pronostic ;
- À visée théranostique : intérêt de l'identification des mécanismes de résistance à la castration ou d'une altération de la voie de réparation des cassures doubles-brins de l'ADN pour adapter la thérapeutique, en lien avec les plateformes d'oncogénétique somatique.

Pronostic / traitement :

- Groupes pronostiques classiques de d'Amico pour les cliniciens :
 - tumeurs à faible risque : T1-T2 et PSA \leq 10ng/mL et score de Gleason \leq 6
 - tumeurs à risque intermédiaire : T2b ou PSA 10-20 ng/mL ou score de Gleason = 7
 - tumeurs à haut risque : T2c, T3a ou PSA > 20 ng/mL ou score de Gleason \geq 8
- Modalités thérapeutiques multiples dont les indications varient en fonction de l'agressivité du cancer : localisé, localement avancé ou métastatique, et de ses caractéristiques biologiques et histologiques.
- L'évaluation anatomopathologique des biopsies prostatiques est cruciale pour la stadification pronostique et pour le choix des options thérapeutiques.