

LA BIOPSIE DE LA PROSTATE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU LUXEMBOURG : À PROPOS DE 100 CAS

BIOPSY OF THE PROSTATE IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF CHU LUXEMBOURG: A BOUT 100 CASES

DIARRA A., KEITA M.DIT M., EYONGETA D.E., COULIBALY M., BERTHE H., OUATTARA Z.

Auteur correspondant: Dr Mamoutou dit Mody KEITA Médecin résident au service d'Urologie du CHU de Marrakech. Tel : 00223 76 04 82 57, Email : mamoutoukeita8@gmail.com

RESUME :

Objectif général : Evaluer l'apport de la biopsie digitoguidée dans le diagnostic du cancer de la prostate.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, transversale de 100 patients allant de février 2016 à Mai 2017 au service d'urologie du CHU le Luxembourg. L'antibioprophylaxie était assurée 2 heures avant par une quinolone. La xylocaïne gel était utilisée avec la seringue de 50ml embout conique pour anesthésique. La biopsie était digitoguidée et les pièces étaient envoyées à l'anapath soit au Maroc ou au point G (Mali). Un toucher rectal (TR) suspect et/ou une élévation du PSA total constituait l'indication essentielle de la biopsie. Les données recueillies sur des fiches préétablies sont l'âge, le résultat du TR, le taux de PSA, le nombre de prélèvements, et le résultat anatomopathologique ainsi que le traitement proposé.

Résultats : L'âge moyen était de 67,23 ans. La plupart de nos patients était référée par un personnel de santé pour élévation du PSA. Le TR était suspect chez 79 % sur l'ensemble de biopsie positive. La moyenne des PSA chez les sujets qui ont eu des biopsies de prostate était de 86 ng /ml. 48 % des patients avaient un PSA >20 ng / ml. En moyenne 9 carottes biopsiques ont été réalisées par patients. Le résultat du type histologique le plus fréquemment rencontré était adénocarcinome de la prostate.

Le pourcentage de biopsies positives est de 26 % lorsque le PSA était entre 10 et 20 ng/ml, ce taux est de 71 % lorsque le PSA dépasse 20 ng/ml. Sur les 64 scores de Gleason 66 % avaient un score ≤7, et 34 % étaient > 7. Le risque d'AMICO le plus fréquent était le haut risque soit 81 %. La plupart de nos malades a reçu une hormonothérapie, soit 58% ; 17% des patients étaient proposés pour la prostatectomie radicale ; 9% des patients pour la radiothérapie ; 2% des patients pour chimiothérapie ; 14% des patients ont refusé tout traitement pour une raison inconnue.

Conclusion : L'analyse statistique a montré une association significative entre les données du toucher rectal et les résultats histologiques. La relation entre le résultat de la biopsie et le taux du PSA est significative. Ceux-ci nous confirment l'importance de la biopsie dans le diagnostic du cancer de la prostate.

Mots clés : biopsie prostate ; PSA total ; adénocarcinome de la prostate

ABSTRACT

General objective: To evaluate the contribution of the prostatic digitoguided biopsy in the diagnosis of prostate cancer.

Patients and Methods: This is a prospective, cross-sectional study of 100 patients from February 2016 to May 2017 in the urology department of CHU Luxembourg. Antibiotic prophylaxis was provided 2 hours before with a quinolone. The xylocaine gel was used with the 50ml syringe tapered tip for anesthetic. The biopsy was digitoguided and the pieces were sent to the anapath either in Morocco or at point G (Mali). Suspect digital rectal examination and / or elevation of total PSA was the essential indication for biopsy. The data collected on pre-established cards are the age, the result of the digital rectal examination, the rate of PSA, the number of samples, and the pathological result as well as the proposed treatment.

Results: The average age was 67.23 years old. Most of our patients were referred by a health staff for PSA elevation. The digital rectal examination was 79% suspicious on the whole positive biopsy. The average PSA in subjects who had prostate biopsies was 86 ng / ml. 48% of the patients had a PSA > 20 ng / ml. On average, 9 biopsy cores were made per patient. The most frequently encountered histological type was adenocarcinoma of the prostate.

The percentage of positive biopsies is 26% when the PSA was between 10 and 20 ng / ml, this rate is 71% when the PSA exceeds 20 ng / ml. Of the 64 Gleason 66% scores had a score ≤7, and 34% were > 7. The most common AMICO risk was high risk, 81%. Most of our patients received hormone therapy, 58%; 17% of patients were proposed for radical prostatectomy; 9% of patients for radiotherapy; 2% of patients for chemotherapy; 14% of patients refused any treatment for an unknown reason.

Conclusion: Statistical analysis showed a significant association between rectal examination data and histological results. The relationship between the biopsy result and the PSA level is significant. These confirm the importance of biopsy in the diagnosis of prostate cancer.

Keywords: prostate biopsy; Total PSA; prostate adenocarcinoma

INTRODUCTION

La biopsie de la prostate consiste à prélever sous guidage digital ou échographique transrectale, des prélèvements de tissus prostatiques dans le but de faire le diagnostic du cancer de la prostate. Actuellement la détection du cancer de la prostate est basée sur le dosage du PSA total sérique, les données du toucher rectal et la pratique de biopsies prostatiques. Cette dernière constitue non seulement l'examen clé du diagnostic du cancer de la prostate mais aussi un élément important dans la prise en charge thérapeutique. Cette technique est indiquée chez les patients qui présentent une élévation du PSA total sérique et/ou un toucher rectal suspect de malignité.

Selon les recommandations de l'association française d'urologie sur la prise en charge du cancer de la prostate publiées en 2013, les biopsies sont indiquées chez les hommes en l'absence de polypathologie qui ont une suspicion clinique ou biologique de cancer de la prostate réduisant probabilité de survie (1). Une nouvelle série de biopsie est indiquée en cas d'atypie, en cas de premières de série négative lorsque le patient présente une persistance d'augmentation du PSA ou une modification du toucher rectal (2). Malgré son indispensabilité pour le diagnostic du cancer de la prostate, elle n'est pas toujours une routine dans notre pratique (au Mali), ce qui nous a motivé à initier ce travail.

A ce jour à notre connaissance, aucune étude n'a été faite sur les biopsies de la prostate dans notre pays. Le but de ce travail était d'évaluer l'apport de la biopsie prostatique dans le diagnostic du cancer de la prostate dans le service d'urologie au CHU mère-enfant le Luxembourg dans le diagnostic du cancer de la prostate.

Les objectifs spécifiques assignés étaient les suivants :

- Déterminer la fréquence du cancer de la prostate à l'hôpital mère-enfant le Luxembourg (service d'urologie)
- Rechercher une corrélation entre le taux du PSA, le toucher rectal et les données de la biopsie prostatique
- Evaluer le score de Gleason chez les patients dont le diagnostic a été confirmé par la biopsie prostatique.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, qui s'est déroulée dans le service d'urologie du CHU Luxembourg. Notre étude a couvert une période de 15 mois, allant de février 2016 à avril 2017.

Les Patients ayant subi d'une biopsie de la prostate pour élévation du PSA total sérique et /ou une anomalie au toucher rectal dans le service d'urologie

du CHU le Luxembourg pendant la période d'étude et ayant le résultat anatomopathologique et qui ont consenti à l'étude ont été inclus. Les Patients biopsiés en dehors de la période d'étude et ceux qui n'ont pas répondu aux critères précédents ont été exclus. Avant l'installation et le début du geste, il était essentiel pour nous d'avoir vérifié le dossier : identité du patient, absence de contre-indication (infectieuse ou hémorragique) préparation du patient (antibioprophylaxie et lavement éventuel). On installait les patients, indifféremment en décubitus latéral ou en décubitus dorsal, selon le lieu (bloc opératoire ou bureau de consultation). L'examen commence par un toucher rectal, permettant de bien explorer la glande, sa consistance, l'existence d'une induration éventuelle. Le type de trocard de biopsie que nous avons, était de type cobra avec aiguille de ponction 18 Gauge et manipulée à l'aide d'un boîtier à déclenchement automatique.

La xylocaïne gel était utilisée avec la seringue de 50ml embout conique pour anesthésique locale. La biopsie était digitoguidée dans tous les cas. Un toucher rectal (TR) suspect et/ou une élévation du PSA total constituaient l'indication essentielle de la biopsie. En biopsie standard nous avons réalisé 12 carottes avec 6 dans chaque lobe. Les pièces ont été fixées au formol à 10%, puis adressées au service d'anatomopathologie au Mali ou à l'extérieur (Maroc). Les variables étudiées étaient l'âge du patient, le taux du PSA total, les données du toucher rectal, la biopsie, le score de Gleason, les risque de D'amico. Les données ont été recueillies à partir des fiches d'enquête. Nous avons effectué la saisie et l'analyse des données sur logiciel SPSS 23. Le test statistique utilisé était test exact de Fischer, le khi2, avec un seuil de $p < 0,05$; la sensibilité et la spécificité pour comparer nos résultats.

RÉSULTATS

L'âge moyen était de $67,23 \pm 7,287$ ans avec une limite inférieure de 55 ans et une limite supérieure de 88 ans (fig. 1) avec une médiane de 67 ans. La plupart de nos patients était référée par un personnel de santé pour élévation du PSA.

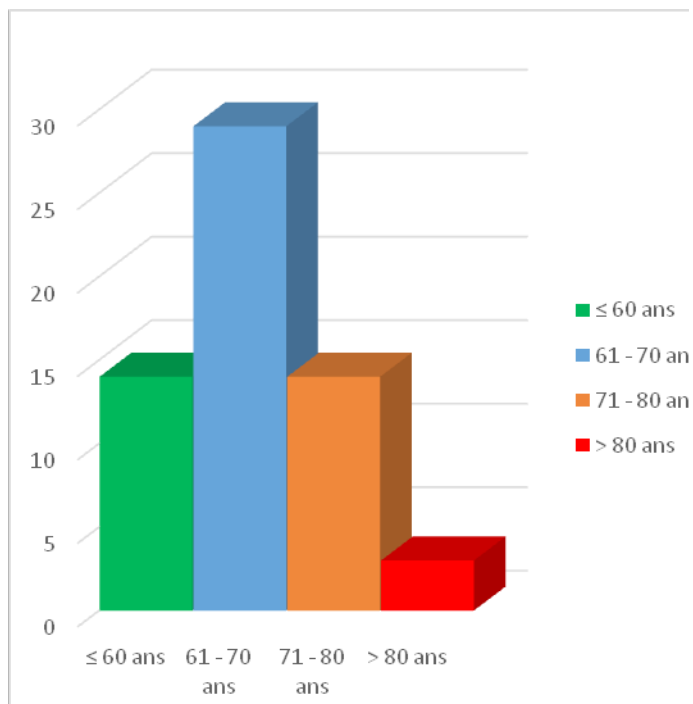


Figure 1 : Répartition des patients selon les classes d'âge

Le TR était suspect chez 79 % sur l'ensemble de biopsie positive. La moyenne des PSA chez les sujets qui ont eu des biopsies de prostate était de 86 ng /ml. 48 % des patients avaient un PSA >20 ng / ml (fig. 2).

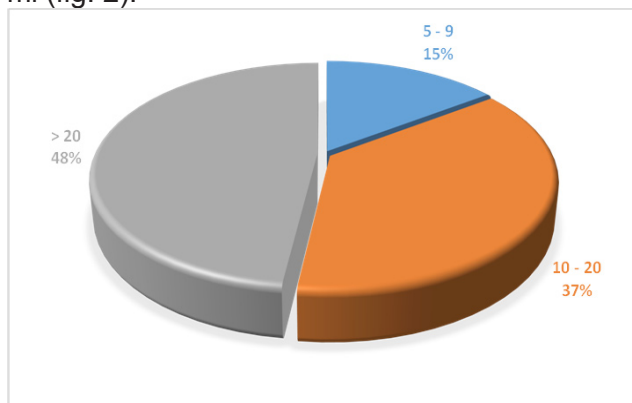


Figure 2 : Répartition en fonction du PSA total sérique

En moyenne 9 carottes biopsiques ont été réalisées par patients. Le résultat du type histologique le plus fréquemment rencontré était adénocarcinome de la prostate (tableau I).

Tableaux I : Age des patients et résultats des biopsies

Tranche d'âge	Adénocarcinome	Type non cancéreux	Carcinome urothélial	Total
≤ 60 ans	18	5	0	23
61 - 70 ans	26	22	1	49
71 - 80 ans	18	5	0	23
> 80 ans	2	3	0	5
Total	64	35	1	100

Fischer = 7,639

P valeur = 0,3

Le pourcentage de biopsies positives est de 26 % lorsque le PSA était entre 10 et 20 ng/ml, ce taux est de 71 % lorsque le PSA dépasse 20 ng/ml (tableau II).

Tableaux II : répartition du PSA total en fonction des résultats de la biopsie

	Adénocarcinome	Type non cancéreux	Carcinome urothélial	Total
<10	2	12	1	15
10 – 20	17	20	0	37
> 20	45	3	0	48
Total	64	35	1	100

Fischer = 7,639

P valeur = 10-3

Sur les 64 scores de Gleason 66 % avaient un score ≤7, et 34 % étaient > 7. Le risque d'AMICO le plus fréquent était le haut risque soit 81 %. La plupart de nos malades a reçu une hormonothérapie, soit 58% ; 17% des patients étaient proposés pour la prostatectomie radicale ; 9% des patients pour la radiothérapie ; 2% des patients pour chimiothérapie ; 14% des patients ont refusé tout traitement pour une raison inconnue.

DISCUSSION

La biopsie prostatique est actuellement considérée comme le seul outil valide pour le diagnostic positif du cancer de la prostate, l'association européenne d'Urologie (EAU) recommande la biopsie de la prostate devant une élévation du PSA total, une vélocité croissante du PSA et un toucher rectal suspect mais peuvent être remises en cause en fonction de l'âge biologique du patient, des comorbidités et des conséquences thérapeutiques potentielles (3). Cette étude prospective permet d'évaluer l'efficacité de biopsie prostatique dans le diagnostic du cancer de la prostate.

Sur 100 biopsies de la prostate, 64 cas étaient des adénocarcinomes, soit une fréquence de 64%. Cette fréquence élevée s'explique par la recherche systématique de cancer de la prostate par la biopsie devant une élévation du PSA et/ou un toucher rectal suspect. 65% des biopsies prostatiques faites chez nous (CHU le Luxembourg) ont révélé une tumeur maligne, 49,2% étaient positives dans la série Algérienne à Oran (4) et 36,96% étaient positives dans la série Espagnole de Bretagne (5). Dans notre série, le dosage de PSA avant la biopsie était disponible à 99%.

Les données recueillies ont été utilisées pour construire un échantillon de 100 biopsies ; l'âge moyen des patients biopsiés était de 67,23 ans avec une limite inférieure de 55 ans et une limite supérieure de 88 ans ; cet âge moyen est 70,4 ans dans l'étude Algérienne à Oran (4). Les effectifs les plus importants sont enregistrés dans les tranches d'âge de 61 à 70

ans. Ceux-ci confirment le fait que dans notre pays le dépistage du cancer de la prostate doit se faire à un âge précoce.

Dans notre étude 55 patients ont été référés par des personnels de santé, 45 patients sont venus en consultation d'eux-mêmes. La majorité des malades a été référée par des personnels de santé à la suite d'une élévation du taux de PSA total sérique soit 31 %. Pollakiurie vient en deuxième position de motifs de consultation. L'HTA a été l'antécédent médical le plus représenté avec 26,7 %. La bilharziose urinaire a marqué l'antécédent urologique avec 23 % des cas. Le toucher rectal a été essentiel au cours de l'examen physique de nos patients, mais sa sensibilité dépend du siège de la tumeur car il ne permet pas d'explorer les faces latérales et les parties antérieures de la glande prostatique. Raison pour laquelle un certain nombre de petites tumeurs sont ignorées jusqu'au stade de métastase.

Le taux de détection de la biopsie prostatique, lorsque le toucher rectal est anormal et le PSA est inférieur à 4 ng/ml, est diversement apprécié dans la littérature variant de 3 à 41% (6). Lorsque le PSA est supérieur à 10 ng/ml, les biopsies sont positives dans 40 à 50% si le toucher rectal est normal et dans 50 à 60% si le toucher rectal est suspect (7).

L'analyse statistique a montré une relation significative entre les données du toucher rectal et les résultats histologiques ($p < 0,001$) avec sensibilité 67% et spécificité 80%. Soit 79% du toucher rectal était suspect l'ensemble de biopsie positive ceci s'explique par le fait que la plupart de nos malades viennent à un stade métastatique. Le toucher rectal a suspecté un cancer de la prostate chez 41,69 % patients qui ont eu des biopsies de prostate dans une étude Algérienne à Oran (4)

Dans notre série le dosage de PSA avant la biopsie était toujours disponible. La moyenne du PSA chez les sujets qui ont eu de biopsies de la prostate 86 ng/ml avec un écart type 257,309 ng / ml, la moyenne de PSA dans la série Algérienne était de 42,2 ng/ml. Le taux du PSA supérieur à 10 ng/ml a constitué 85 % des PSA enregistrés dans notre série, ce taux concernait 72,57% dans la série Algérienne (4) et 55,88% pour des patients Ibériques (5).

La détection de cancers de la prostate a augmenté de 24 à 34% lorsque le nombre de carottes biopsiques a été porté de 6 à 10 à 12 (8). Il n'y a pas d'accord unanime sur le nombre de carottes. De nombreux schémas ont été proposés avec un nombre de carottes allant de 6 à 18 (9-13). Dans notre série la moyenne est de 12 carottes par biopsie.

Les résultats de la biopsie étaient 65% pour la totalité de l'échantillon, 49,2% étaient positives dans la série Algérienne à Oran (4), 36,96% dans une étude Espagnole (5) et 28% dans la série Tunisienne (14). Le type histologique le plus fréquemment rencontré, était adénocarcinome de la prostate soit 98%. Sur

les 64 scores de Gleason 66% avaient des scores ≤ 7 et 34,23% étaient ≥ 8 . Le risque D'AMICO le plus fréquent était le haut risque soit 81%. Lorsque nous avons analysé les résultats selon la classe de PSA, nous avons constaté que le pourcentage de biopsie positives était à 26 % lorsque le PSA est entre 10 et 20 ng/ml, ce taux est de 71 % lorsque le PSA dépasse 20 ng/ml (p significatif). La plupart de nos malades ont reçu un traitement hormonal soit 58% ; 17% des patients étaient préposés pour la prostatectomie radicale ; 9% des patients pour la radiothérapie ; 2% des patients pour chimiothérapie et ainsi 14% des patients ont refusé le traitement pour une raison inconnue.

Le score de Gleason inférieur à 6 a été retrouvé chez 10% de nos patients, ce qui interpelle les pathologistes car le score de Gleason minime actuellement validé est 6 (Recommandation 2016 AFU) (15).

CONCLUSION

L'analyse statistique a montré une association significative entre les données du toucher rectal et les résultats histologiques et on a trouvé une relation significative entre le résultat de la biopsie et le taux de PSA. Ceux-ci nous confirment l'importance de l'importance de la biopsie dans le diagnostic du cancer de la prostate.

RÉFÉRENCES

1. Rozet F, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU pour le cancer de la prostate — actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. *Prog Urol* (2018),
2. Ouzzane A, Coloby P, Mignard JP, Allègre JP, Soullie M, Rebillard X, et al, Recommandations pour la bonne pratique des biopsies prostatiques, *Prog Uro* 2011;21:18-28
3. Heidenreich, A., et al., EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol*, 2011. 59(1): p. 61-71.
4. M. Benattaa, M. Mehdida, N. Benhatchib, M.A. Djazouli c, K. Boualgad : résultats de la biopsie prostatique chez les patients algériens avec un PSA élevé et/ou un toucher rectal suspect ; *African of Journal of Urology* (2016) 22,259-263
5. Escudero Bregante JF, López Cubillana P, Cao Avellaneda E, López López AI, Maluff Torres A, López González PA, et al. Clinical efficacy of prostatic biopsy. Experience in our center from 1990 to 2002]. *Actas Urol Esp* 2008 Jul-Aug;32(7):713-6.

6. Stamey TA, McNeal JE, Diagnosis of prostate cancer. In : Campbell's Urology. 6th ed. Washington : TSL ; 2002, 1197-9.
7. Cooner WH. PSA DRE and transrectal ultrasonic examination of the prostate in prostate cancer detection. Monogr Urol 1991 ;12 :3-15.
8. Chang JJ, Shinohara K, Bhargava V, Presti Jr JC. Prospective evaluation of lateral biopsies of the peripheral zone for prostate cancer detection. J Urol 1998 ; 160(6 Pt 1) : 2111-4.
9. Applewhite JC, Matlaga BR, McCulloch DL, Hall MC. Transrectal ultrasound and biopsy in the early diagnosis of prostate cancer. Cancer control 2001 ; 8 :141-50.
10. Djavan B, Zlotta AR, Ekane S, Remzi M, Kramer G, Roumeguère T, et al. Is one set of sextant biopsies enough to rule out prostate cancer ? Influence of transition and total prostate volumes on prostate cancer field Eur Urol 2000 ;38(2) :218-24.
11. Fleshner NE, Fair WR. Indications for transition zone biopsy in the detection of prostatic carcinoma. J Urol 1997 ; 157 : 556-8.
12. Hodge KK. Random systematic versus directed ultrasound-guided transrectal biopsies of the prostate. J Uro 1989 ; 142 : 71-5
13. Presti Jr JC, O'Dowd GJ, Miller MC, Mattu R, Veltri RW. Extended peripheral zone biopsy schemes increase cancer detection rates and minimize variance in prostate specific antigen and age related cancer rates : results of a community multi-practice study. J Urol 2013 ; 169(1) : 125-9.
14. Attyaoui F, Kbaier I, Hafsia GH, Ben Rhouma S, Sellami S, Binous MY, et al. La Biopsie Prostatique en Tunisie CF 16 Travaux du 1er congrès maghrébin., <http://www.urotunisia.com/sections-9.html>).
15. F. Rozeta*, C. Hennequina, J.-B. Beauvala, P. Beuzeboca, L. Cormiera, G. Fromonta, P. MongiatArtusa, A. Ouzzanea, G. Ploussarda, D. Azriaa, I. BrenotRossia, G. Cancel-Tassina, O. Cussenota, T. Lebreata, X. Rebillarda, M. Souliéa, R. Renard-Penna, A. Méjeana : Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate ; Progrès en Urologie(2016), 27, Suppl. 1 S95-S144