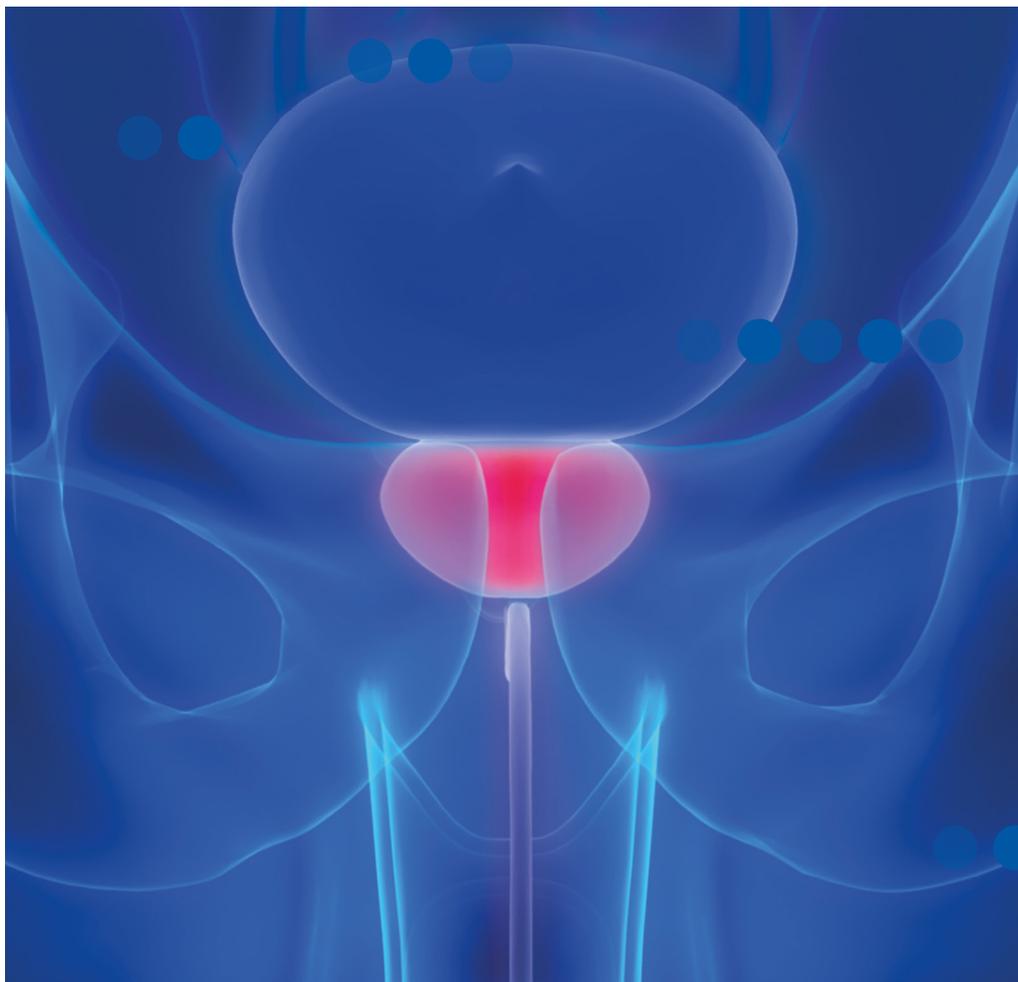


# Comprendre mon compte rendu d'anatomopathologie

Guide pour les patients atteints d'un cancer de la prostate



Brochure pour patients

## Éditeur

Fondation Cancer  
209, route d'Arlon  
L-1150 Luxembourg  
RCS Luxembourg G 25

T 45 30 331

E [fondation@cancer.lu](mailto:fondation@cancer.lu)

[cancer.lu](http://cancer.lu)

**Copyright:** Fondation Cancer

**Photos:** Istockphoto, Adobe Stock

Tous nos remerciements au Dr Javier Alves Ferreira, anatomopathologiste au *Laboratoire National de Santé* (LNS) pour sa collaboration.

Cette brochure est également disponible en langue allemande.

Scannez-moi pour télécharger  
la version digitale



Édition 2025

# Avant-propos

Chers lecteurs,

Avant de commencer un traitement contre le cancer de la prostate, il faut d'abord poser un diagnostic précis. Celui-ci repose sur plusieurs éléments, dont les examens cliniques, les images médicales (IRM, échographie...) et un document clé : le compte rendu d'anatomopathologie.

Ce compte rendu est établi par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste, à la suite de l'analyse des échantillons de tissu prélevés dans la prostate (par exemple lors d'une biopsie). Il précise, entre autres, si une ou plusieurs tumeurs sont présentes, ainsi que leur nature, leur agressivité et leur stade.

Ce document est souvent rédigé avec un langage médical difficile à comprendre pour tout un chacun.

C'est pourquoi nous avons conçu ce guide : pour vous aider à mieux lire et interpréter votre compte rendu. Car mieux comprendre, c'est aussi mieux se préparer à son prochain rendez-vous médical, et aborder plus sereinement les étapes du traitement.

**L'équipe de la Fondation Cancer**

# Contenu

<b>La prostate en bref</b>	<b>5</b>
<b>L'anatomopathologie, qu'est-ce que c'est ?</b>	<b>6</b>
L'étude des tissus malades	6
Un rapport médical détaillé	6
Les différents types d'échantillons	7
<b>Le contenu d'un compte rendu anatomopathologique</b>	<b>9</b>
<b>Comprendre les données de votre compte rendu</b>	<b>11</b>
S'agit-il d'un cancer ?	11
De quel type de cancer de la prostate s'agit-il ?	13
Quelle est la taille de la tumeur ?	14
Quel est le grade du cancer ?	17
Le médecin a-t-il observé un infiltrat périnerveux ?	18
Des cellules tumorales se trouvaient-elles dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins ?	19
Quel est le stade du cancer ?	19
La tumeur a-t-elle été entièrement retirée ?	22
<b>Conclusion</b>	<b>23</b>

# La prostate en bref

La prostate est une petite glande, de la taille d'une noix. Elle fait partie de l'appareil reproducteur masculin. Son rôle principal est de produire le liquide prostatique, liquide qui entre dans la composition du sperme.

## Où se trouve la prostate ?

La prostate est située juste sous la vessie, devant le rectum. Elle entoure le début de l'urètre, le canal qui transporte l'urine depuis la vessie vers l'extérieur du corps.

Juste derrière la prostate, on trouve les vésicules séminales, deux petites poches qui fabriquent un autre liquide qui, lui aussi, entre dans la composition du sperme.

Comme tout organe, la prostate est connectée au reste du corps par des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques.

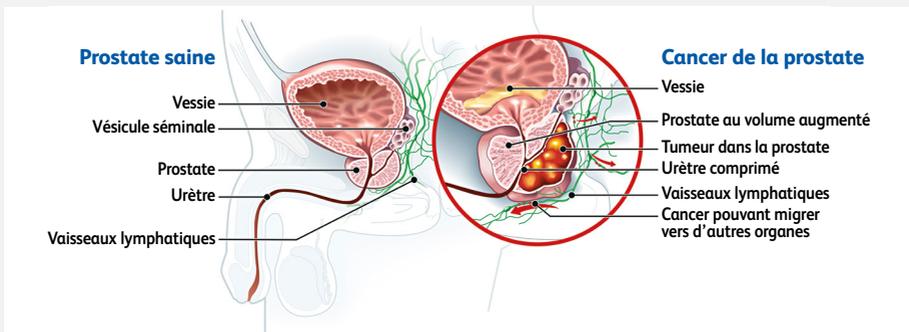
## Que se passe-t-il en cas de problème ?

En raison de sa position, une augmentation du volume de la prostate, qu'elle soit due à un cancer ou à une maladie bénigne, peut

comprimer l'urètre. Cela peut entraîner des symptômes tels que des difficultés à uriner, un jet urinaire faible, des envies fréquentes d'uriner.

### La prostate produit du PSA

Le PSA (*Prostate Specific Antigen*) est une protéine produite par les cellules de la prostate. Un simple test sanguin permet de mesurer son taux. Il est important de comprendre qu'un taux élevé ne confirme pas à lui seul la présence d'un cancer. C'est le compte rendu d'anatomopathologie de la biopsie qui établit le diagnostic définitif.



# L'anatomopathologie, qu'est-ce que c'est ?



## L'étude des tissus malades

L'anatomopathologie est une branche de la médecine qui étudie la façon dont une maladie affecte les cellules et les tissus du corps humain.

L'analyse anatomopathologique repose sur l'examen d'échantillons prélevés lors d'une biopsie ou d'une intervention chirurgicale (voir page 7). Ceux-ci sont observés au microscope et, si nécessaire, soumis à des tests moléculaires complémentaires.

Au Luxembourg, ce sont les médecins du *Laboratoire National de Santé* (LNS) qui sont responsables de ces analyses.

## Un rapport médical détaillé

Un compte rendu anatomopathologique est un rapport médical rédigé par un anatomopathologiste. C'est un peu comme la carte d'identité du tissu qui a été analysé.

Ce document résume les résultats de l'examen et donne des informations essentielles :

- Y a-t-il des cellules cancéreuses ?
- Si oui, quelles sont leurs caractéristiques ?

**Le nombre d'informations que contient le compte rendu est lié au type et à la quantité de tissu prélevé (biopsie, résection transurétrale ou prostatectomie). Il est donc variable.**

Dans les prochaines pages, vous trouverez l'ensemble des informations qui peuvent être contenues dans le rapport. Ne vous étonnez pas si votre rapport ne les contient pas toutes.

### En résumé :

**En complément d'autres examens, le compte rendu d'anatomopathologie permet aux médecins de décider du traitement le plus approprié au patient et d'évaluer les risques de récurrence du cancer.**

## Les différents types d'échantillons

L'analyse anatomopathologique peut être réalisée sur différents types d'échantillons. Dans le cas de la prostate, elle peut être réalisée sur :

- une **(ponction)-biopsie de la prostate** : Fréquemment réalisée en début de suivi. Ce prélèvement consiste à introduire une aiguille fine ou semi-grosse à travers le périnée ou le rectum, afin de recueillir de petits cylindres de tissu prostatique appelés « carottes ». Lors de la procédure, le médecin prélève généralement entre 10 et 20 carottes dans différentes zones de la prostate, ce qui permet d'explorer l'ensemble de l'organe et d'identifier d'éventuelles lésions. L'ensemble des prélèvements est ensuite envoyé au laboratoire d'anatomopathologie et identifié par un numéro ou une lettre. Le rapport mentionne le diagnostic propre à chaque carotte, ce qui permet de localiser précisément toute anomalie et d'adapter la prise en charge.
- une **résection transurétrale (RTU) de la prostate** : Il s'agit d'une opération qui permet de retirer la partie interne de la prostate qui bloque le passage de l'urine. Elle se fait sans incision, en passant un petit instrument par l'urètre (le canal par lequel l'urine sort). Cette intervention est souvent proposée aux hommes qui ont des difficultés à uriner à cause d'une hypertrophie bénigne de la prostate (c'est-à-dire une augmentation non cancéreuse de la taille de la prostate).
- la prostate elle-même après une **prostatectomie** (ablation de l'ensemble de la prostate) : Après la chirurgie, la prostate est analysée dans sa totalité, ce qui permet d'évaluer ou de confirmer le type de cancer et son étendue. Le compte rendu anatomopathologique édité après une prostatectomie contiendra les mêmes informations que pour une biopsie, mais indiquera également le stade du cancer et si la tumeur a bien été retirée dans sa globalité.



### Bon à savoir

Il est fréquent de recevoir plusieurs comptes rendus au cours du parcours de soin. Par exemple :

- un premier compte rendu après la biopsie de diagnostic ;
- un second compte rendu après une chirurgie, comme une prostatectomie.



## L'anatomopathologie: une discipline qui demande du temps et du savoir-faire

Le délai d'obtention des résultats d'anatomopathologie est souvent un moment stressant pour les patients et leur famille. Cette période peut donc paraître extrêmement longue.

Pour comprendre la nécessité de ce délai, il faut savoir que l'analyse anatomopathologique est un processus complexe, requérant de nombreuses étapes successives:

- L'analyse macroscopique (voir page 10)
- La préparation des échantillons
- La coupe des échantillons et la préparation des lames de microscope

- La coloration
- L'analyse microscopique
- Parfois, des tests complémentaires spécifiques, tels que les tests immunohistochimiques (mise en évidence de marqueurs spécifiques)

Chaque étape nécessite du temps (souvent plusieurs heures) et un savoir-faire minutieux pour garantir un résultat fiable et précis.

En cas de cas complexes ou nécessitant des examens supplémentaires, les délais peuvent s'allonger. De plus, la charge de travail du laboratoire et la priorisation des urgences influencent aussi la rapidité d'obtention des résultats. Ce temps d'attente est essentiel pour assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.



# Le contenu d'un compte rendu anatomopathologique



Le compte rendu anatomique se structure généralement comme suit :

- Informations générales
- Diagnostic
- Informations cliniques
- Examen macroscopique
- Examen microscopique
- Etude immunohistochimique

Selon les cas, certaines parties peuvent ne pas apparaître dans votre compte rendu, ce qui est tout à fait normal.

## Informations générales

Cette section inclut votre nom, votre adresse et votre matricule. Y figure aussi le nom de vos médecins : il peut s'agir de votre médecin généraliste, de votre oncologue, de votre urologue, etc. et du médecin prescripteur. Vérifiez si ces données sont exactes.

Vous trouverez également sur le compte rendu, la date du prélèvement du tissu - c'est-à-dire la date de l'intervention ou de la biopsie -, la date d'arrivée au LNS ainsi que des renseignements propres au rapport, comme sa date de validation.

## Diagnostic

Le diagnostic figure généralement au début du rapport d'anatomopathologie. On y retrouve les conclusions de l'anatomopathologiste au sujet du type, du grade et du score du cancer. Ces informations, essentielles pour évaluer la nature de la tumeur et orienter la prise en charge, seront développées dans les pages suivantes de cette brochure.

## Informations cliniques

Cette section reprend les informations contextuelles de l'échantillon prélevé, par exemple :

- le type d'échantillon et la localisation anatomique du prélèvement (avec ou sans schéma) ;
- le nombre de prélèvement(s) (ou de « carottes » pour les biopsies) ;
- la méthode de prélèvement utilisée ;

- des renseignements sur le patient et son état;
- des informations sur un traitement en cours ou un traitement néoadjuvant (c'est-à-dire administré avant le traitement principal, généralement avant la chirurgie);
- des conclusions d'examens médicaux réalisés antérieurement.

Ces informations aident le pathologiste à analyser les échantillons de manière précise et pertinente.

## Examen macroscopique

L'examen macroscopique est l'analyse du tissu prostatique « à l'œil nu », avant qu'il soit examiné sous un microscope. Cette section du compte rendu contient généralement des informations sur la taille, le poids ou la longueur de l'échantillon ou des échantillons.



## Examen microscopique

L'examen microscopique détaille les observations de l'anatomopathologiste lors de l'examen de l'échantillon sous microscope. Les informations sont souvent résumées dans un tableau qui indique, pour chaque prélèvement (ou « carotte »), s'il y a une tumeur ou non, les deux scores de Gleason (voir page 17) les plus fréquents, la taille de la tumeur en millimètres ou encore le pourcentage de tissu atteint. Ces informations seront expliquées dans les prochaines pages de cette brochure.

## Étude immunohistochimique

Dans 1 à 2 % des cas, une étude immunohistochimique sera réalisée sur les prélèvements. Ce type de test aide à confirmer qu'une prolifération anormale de cellules correspond à un cancer plutôt qu'à une prolifération non cancéreuse. Pour cela, on recherche la présence ou l'absence de certains marqueurs caractéristiques du cancer de la prostate.



# Comprendre les données de votre compte rendu

## S'agit-il d'un cancer ?

Le compte rendu anatomopathologique ne conclut pas systématiquement à un cancer. Dans certains cas, il révèle des lésions **bénignes**, c'est-à-dire non cancéreuses.

Parmi elles, nous pouvons citer :

- La **prostatite** qui se caractérise par une inflammation chronique (qui dure depuis un certain temps) ou aiguë (qui a commencé récemment). Cette inflammation peut conduire à une augmentation du niveau de PSA dans le sang, sans être un signe de cancer de la prostate. Dans certains cas, elle peut provoquer des symptômes urinaires (comme des envies fréquentes, des brûlures en urinant, des douleurs pelviennes).
- L'**atrophie acinaire** qui désigne une diminution de la taille et du nombre des structures glandulaires de la prostate (appelées acini). C'est une modification bénigne, fréquente avec l'âge, sans rapport avec un cancer.
- L'**hyperplasie adénomateuse** est une prolifération bénigne des cellules des glandes de la prostate. C'est une affection très fréquente chez les hommes à partir de 50 ans. L'hyperplasie peut augmenter la taille de la prostate et donc entraîner une compression de l'urètre, responsable de symptômes urinaires : jet faible, mictions fréquentes, difficulté à vider la vessie, etc. L'hyperplasie peut également expliquer une augmentation de PSA. Une résection transurétrale (RTU) de la prostate peut être proposée aux patients souffrant d'hyperplasie (voir page « les différents types d'échantillons »).
- L'**ASAP** (*Atypical Small Acinar Proliferation*) qui signifie qu'on observe de petites structures glandulaires anormales, suggérant la présence d'un cancer, mais sans preuve suffisante pour poser un diagnostic formel. Cela justifie souvent une nouvelle biopsie à des fins de surveillance.
- Le **PIN** (*Prostatic Intraepithelial Neoplasia*) se caractérise par des cellules anormales dans les glandes prostatiques, mais ce n'est pas encore un cancer. Cependant, cela peut être un signe d'alerte, car ce type de lésion est associé à un risque plus élevé de développer un cancer plus tard.



Il est possible que différentes lésions bénignes soient observées dans différents prélèvements. Il est également possible que certains prélèvements ne montrent aucune lésion. Si un cancer est observé dans un seul des prélèvements, le diagnostic retenu sera « présence d'un cancer ». Les autres types de lésions passeront au second plan.



### Bon à savoir

Une biopsie de la prostate négative n'exclut pas nécessairement la présence d'un cancer ou d'une anomalie. Un résultat faussement négatif est possible si l'échantillon prélevé ne contient pas la zone où se situe éventuellement une tumeur, notamment lorsqu'elle est petite ou difficile à localiser. Ainsi, si des symptômes persistent (comme un taux de PSA élevé ou des anomalies à l'IRM), votre médecin pourrait vous prescrire des examens complémentaires ou une nouvelle biopsie afin de confirmer ou d'infirmer la présence d'un cancer.

En Europe, les erreurs diagnostiques à l'origine de faux négatifs restent rares, de l'ordre de 1 %.

En cas de lésions atypiques ou de doute sur le diagnostic, l'anatomopathologiste peut demander des tests de laboratoires supplémentaires. Il s'agit fréquemment des marquages **immunohistochimiques** qui permettent de détecter et de localiser une protéine précise dans un tissu, en utilisant des anticorps qui la reconnaissent et la rendent visible grâce à une coloration spéciale. Parmi les marquages utilisés, citons :

- Le marqueur p63 qui montre les cellules basales, qui sont normalement présentes dans les glandes prostatiques saines. Si le marqueur p63 n'est pas visible, cela peut être un signe de cancer.
- La protéine AMACR est souvent présente dans les cellules cancéreuses de la prostate, mais pas dans les cellules normales. Donc, quand il est positif, cela peut indiquer la présence d'un cancer.

## De quel type de cancer de la prostate s'agit-il ?

Lorsque l'analyse anatomopathologique confirme qu'il s'agit bien d'un cancer, elle précise également de quel type de cancer il s'agit. En effet, la prostate peut donner naissance à différents types de cancers, selon la nature des cellules à l'origine de la tumeur.

Le cancer de la prostate le plus fréquent est l'**adénocarcinome acinaire** qui représente environ 95 % des cas. Il porte ce nom parce qu'il prend naissance dans les acini, c'est-à-dire les petites glandes de la prostate responsables de la production du liquide prostatique.

D'autres formes de cancer, plus rares, existent et peuvent demander une prise en charge spécifique, parmi lesquelles :

- **L'adénocarcinome canalaire (ou ductal)** : il dérive des cellules des canaux prostatiques et représente 3 à 5 % des cancers de la prostate.
- **Le carcinome épidermoïde** : il dérive des cellules pavimenteuses, cellules qui forment la couche superficielle de la peau. Leur présence dans la prostate est jugée anormale.
- **Les carcinomes à petites (ou à grandes) cellules** : ils dérivent des cellules neuroendocrines, c'est-à-dire ayant des caractéristiques nerveuses (production d'hormones).

Ces deux derniers types de cancers, bien que très rares, ont souvent un comportement plus agressif que l'adénocarcinome acinaire ou canalaire qui présentent le plus souvent une évolution plus lente. Le traitement sera donc adapté par l'oncologue.

- **Le carcinome intracanalair**e de la prostate est un autre type rare de cancer de la prostate. En général, ce cancer est non invasif, il n'envahit pas le tissu prostatique environnant. Cependant, ce type de cancer est presque toujours associé à d'autres formes de cancers plus invasives. En conséquence, la découverte d'un carcinome intracanalair lors d'une biopsie entraîne souvent des investigations plus approfondies et, parfois, une prise en charge plus agressive pour garantir que tout cancer invasif potentiellement associé est traité de manière appropriée.



### Bon à savoir

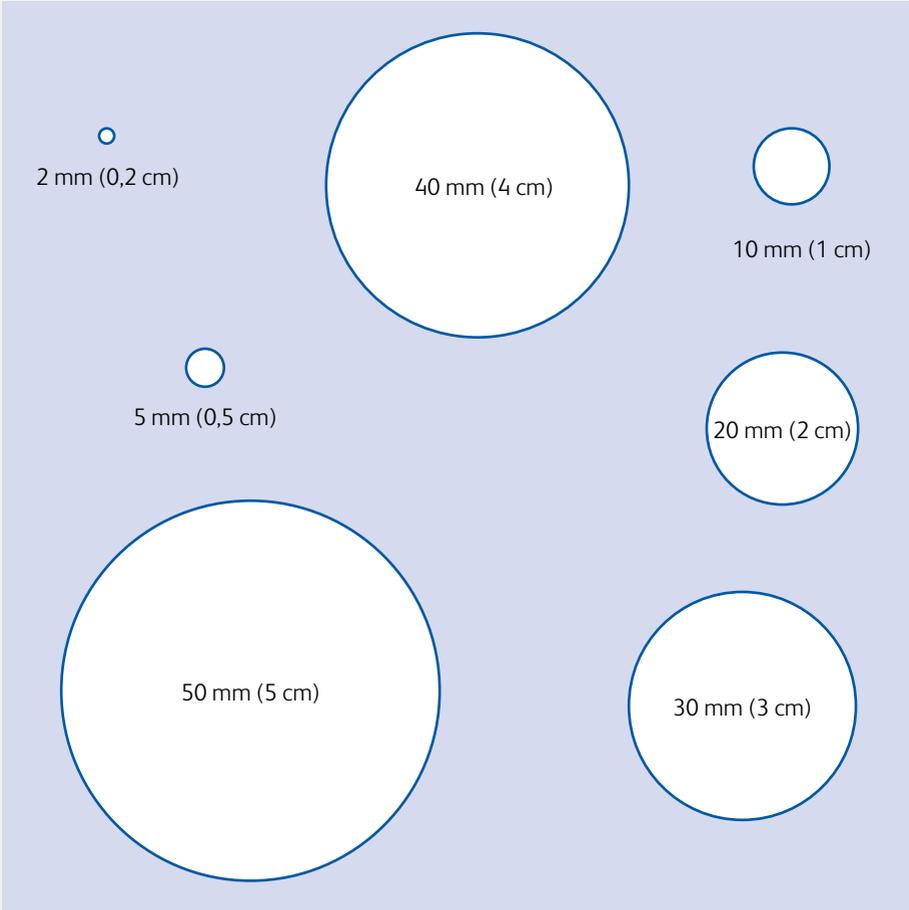
#### **Votre rapport peut mentionner la vésicule séminale.**

Les vésicules séminales sont des glandes situées juste au-dessus et à l'arrière de la prostate (voir page 5). Il arrive qu'un petit fragment de ces glandes soit prélevé accidentellement lors de la biopsie. Cela n'a rien d'inquiétant et n'a pas de conséquence médicale.

## Quelle est la taille de la tumeur ?

Si le compte rendu concerne l'analyse de tissu provenant d'une biopsie, la taille de la tumeur totale ne pourra pas être déterminée. Cependant, l'anatomopathologiste précisera la taille de la portion tumorale présente dans chaque prélèvement (annotée *mm T*). Cette mesure sera ensuite mise en regard de la taille totale du prélèvement afin de calculer le pourcentage de surface occupé par la tumeur dans chaque échantillon (annoté %).

Si le compte rendu porte sur l'analyse de tissu issu d'une prostatectomie, il est possible de mesurer la taille de la tumeur (ou des tumeurs, en cas de présence de plusieurs nodules). Cette taille est alors indiquée en millimètres (mm).



### Bon à savoir

Même si les cancers de petites tailles sont généralement mieux soignés, la taille de la tumeur n'est pas le seul facteur pertinent pour établir le pronostic. Elle ne représente qu'une partie de l'ensemble des résultats. Une tumeur de petite taille peut avoir une croissance rapide et une grosse tumeur une croissance lente, l'inverse est tout aussi possible.



## Quel est le grade du cancer ?

### Le score de Gleason

Si un cancer est diagnostiqué, l'anatomopathologiste va lui assigner un grade, qui est basé sur le degré d'anomalie de la tumeur sous le microscope. Le grade est une mesure utilisée par les médecins pour évaluer l'**agressivité** des cellules tumorales : un cancer de haut grade aura plus de probabilité de se développer rapidement.

La détermination du grade se base sur le **score de Gleason** :

Score de Gleason	Groupe de grade (OMS*)	Agressivité
6 ou moins	1	Faible
7 (3+4)	2	Intermédiaire (favorable)
7 (4+3)	3	Intermédiaire (moins favorable)
8	4	Elevée
9-10	5	Très élevée

\* OMS = Organisation mondiale de la santé / WHO (World Health Organisation) en anglais.

## Comment le grade est-il établi ?

Durant l'analyse au microscope, l'anatomopathologiste va identifier les deux populations de cellules anormales les plus fréquentes dans chaque échantillon reçu\*. Il va leur attribuer à chacun un score allant de 1 à 5.

- 1 = cellules presque normales
- 5 = cellules très désorganisées et différentes des cellules normales

Note : les scores 1 et 2 ne sont que très rarement utilisés aujourd'hui.

Ensuite, le médecin va additionner ces deux scores pour déterminer le score de Gleason final et ainsi déterminer le groupe de grade comme établi par l'OMS, selon le tableau précédent.

### Exemple :

*Score de la population la plus fréquente : 4*

*Score de la deuxième population la plus fréquente : 3*

*Groupe de grade (WHO) = 3 (4+3)*

Vous noterez que l'ordre des scores attribués à chaque population est important. En effet, un score de 3+4 indique un cancer moins agressif qu'un 4+3, même si le total est le même (7), car le type de cellules le plus fréquent est plus proche des cellules normales.

\* Une même tumeur peut contenir plusieurs types de cellules cancéreuses. On parle d'hétérogénéité tumorale, c'est une caractéristique essentielle et fréquente du cancer de la prostate.

### Note:

Parfois, même si un type de cellules très agressif n'est pas majoritaire, sa seule présence (>5 %) peut amener le médecin à modifier le score pour refléter la nature agressive de cette tumeur.

Après avoir examiné tous les prélèvements réalisés dans la prostate, l'anatomopathologiste attribue un grade global au cancer.

Dans la plupart des cas, ce grade correspond au score le plus élevé observé parmi tous les échantillons.

Le grade d'un cancer de la prostate est un facteur important pour prédire le comportement du cancer; il aidera donc à décider si on peut opter pour une surveillance active de l'évolution du cancer ou s'il faut proposer un traitement plus conséquent, tel qu'une chirurgie.

Néanmoins, le grade du cancer ne suffit pas. D'autres facteurs sont importants à prendre en compte comme :

- Le taux de PSA dans le sang
- Le nombre de prélèvements qui contiennent un cancer (exemple: 6 sur 9)
- La proportion de chaque fragment de biopsie occupée par la tumeur
- Si une tumeur est présente aussi bien dans la partie droite de la prostate que dans la partie gauche
- Les résultats d'imagerie (si réalisés)

## Le médecin a-t-il observé un infiltrat périnerveux ?

Dans le cancer de la prostate, il arrive parfois que les cellules cancéreuses se développent autour des petits nerfs présents dans la prostate. Ce phénomène s'appelle l'infiltration périnerveuse. Il s'agit d'un signe que la tumeur cherche à s'étendre localement. Cette situation n'est pas rare et ne doit pas être une source d'inquiétude excessive. Elle fait simplement partie des nombreux éléments que les médecins prennent en compte pour proposer le traitement le plus adapté à chaque patient.



## Des cellules tumorales ont-elles été observées dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins ?

### La lymphe et les ganglions lymphatiques

La lymphe est un liquide clair qui circule dans le corps. Elle joue un rôle dans l'élimination des déchets de l'organisme.

Les ganglions lymphatiques sont de petits organes situés le long des vaisseaux lymphatiques. Ils filtrent la lymphe et mettent en éveil le système immunitaire si une anomalie est détectée.

En cas de cancer, des cellules cancéreuses peuvent passer dans la lymphe et atteindre les ganglions. Cela permet de savoir si le cancer commence à se propager et d'adapter le traitement en conséquence.

La prostate est traversée par des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui la relient au reste du corps. Si des cellules cancéreuses entrent dans ces vaisseaux, cela peut indiquer un risque de propagation du cancer. On appelle cela une **invasion lymphovasculaire**.

Dans ce cas, le médecin peut voir, au microscope, de petits amas de cellules cancéreuses à l'intérieur des vaisseaux. Il mentionnera dans le compte rendu la présence **d'embolies endovasculaires ou endolymphatiques**.

Si une invasion est détectée, le médecin vérifiera si le cancer s'est aussi propagé aux ganglions lymphatiques situés dans le bassin.

## Quel est le stade du cancer ?

### Le stade évalue l'étendue de la maladie.

Il ne faut pas le confondre avec le grade qui définit l'agressivité du cancer.

Le stade d'un cancer est généralement exprimé selon la classification TNM des tumeurs malignes. Il repose sur deux sources complémentaires : le cTNM (clinique) et le pTNM (pathologique).

- Le cTNM est le stade clinique établi avant le traitement, à partir des examens cliniques et d'imagerie. Il peut figurer dans la rubrique « Informations cliniques » du compte rendu.
- Le pTNM est le stade déterminé par l'analyse anatomopathologique de la pièce de prostatectomie (uniquement). Il permet de confirmer ou de réajuster le stade initial cTNM.





Les lettres TNM sont utilisées pour classer le niveau de propagation des cancers. Chacune d'elle a une signification :

	Signification	Valeur minimale	Valeur maximale
<b>T</b>	Taille et extension de la tumeur primitive	T0 = pas de tumeur détectée	T4 = tumeur plus grande ou envahissant des structures voisines
<b>N</b>	Atteinte des ganglions lymphatiques ( <i>nodes, en anglais</i> )	N0 = aucune atteinte des ganglions lymphatiques	N3 = atteinte importante des ganglions lymphatiques
<b>M</b>	Présence ou absence de métastases à distance	<b>M0</b> = pas de métastases	<b>M1</b> = présence de métastase

Si l'une des lettres T, N ou M est suivie d'un « x » (ex. : Mx), cela signifie que l'anatomopathologiste n'a pas pu évaluer le paramètre en raison d'un manque d'information.

D'autres informations peuvent être mentionnées à la suite de ces informations :

- « G » pour préciser le grade (G1, G2 ou G3)
- « R » pour donner une information sur la résection chirurgicale: R0 = pas de cellules tumorales au niveau des berges (voir la section suivante)

### Exemple :

*Stade pathologique pT3a N1 M0 G2 R0*

- *pT3a*: tumeur de taille modérée
- *N1*: faible atteinte des ganglions lymphatiques
- *M0*: pas de métastases
- *G2*: le cancer est de grade 2
- *R0*: pas de cellules tumorales visibles dans les berges

= La tumeur enlevée par chirurgie est de taille modérée, mais une atteinte des ganglions lymphatiques régionaux a été observée. Aucune métastase n'a été répertoriée. Le grade (ou l'agressivité) de la tumeur est intermédiaire et les marges de résection chirurgicales ne contiennent pas de cellules tumorales.



## La tumeur a-t-elle été entièrement retirée ?

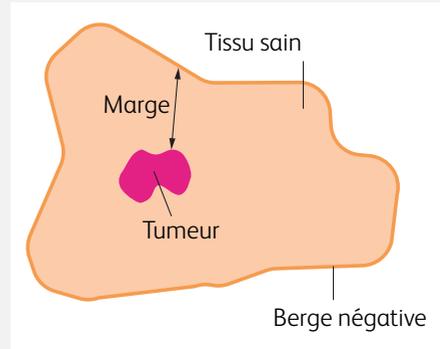
Si l'échantillon prélevé est issu d'une prostatectomie, le compte rendu anatomopathologique précisera si les berges (c'est-à-dire les bords du tissu prélevé) sont atteintes par des cellules tumorales ou non.

- Berges d'exérèse négatives = la tumeur a été enlevée de telle sorte que les berges sont exemptes de cellules tumorales.
- Berges d'exérèse positives = les cellules tumorales étaient très proches des berges ou les avaient atteintes.

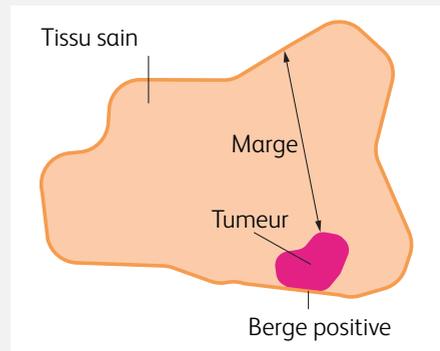
En cas de berges positives, le compte rendu précisera si l'atteinte des berges est unique ou multiple, ainsi que la position de l'atteinte : supérieur, inférieur, médian (vers le milieu), latéral (vers le côté), antérieur (devant) et postérieur (derrière).

Le rapport peut également mentionner la distance entre les cellules tumorales et les berges du tissu prélevé : on parle de marges d'exérèse (ou marges de résection ou marges de sécurité). Plus celles-ci sont faibles, plus les risques que la tumeur n'ait pas été retirée entièrement sont élevés.

### La tumeur a été retirée dans son intégralité



### La tumeur n'a pas été retirée dans son intégralité



Si les berges sont négatives, il est peu probable que vous ayez à subir une nouvelle intervention. Si elles sont positives, une nouvelle intervention peut s'imposer en fonction du type et du nombre de marges atteintes.

# Conclusion



Le compte rendu anatomopathologique constitue un élément clé dans la gestion du cancer de la prostate. L'ensemble des informations qu'il contient est pris en considération pour décider des traitements possibles. Aucune information n'est considérée de façon isolée, chacune est toujours évaluée en fonction des autres résultats (imagerie, symptômes cliniques, état de santé global, ...)

Nous espérons que cette brochure vous aura permis de mieux comprendre certains termes techniques et/ou complexes. Si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à les adresser à votre médecin : il est là pour vous aider à les comprendre.



Voici une liste non exhaustive de questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin :

- Quel est le type de cancer de la prostate dont je suis atteint ?
- Le cancer est-il agressif ou de croissance lente ?
- Le cancer est-il localisé ou s'est-il propagé à d'autres tissus ?
- Y a-t-il une atteinte des ganglions lymphatiques ?
- Les berges autour de la tumeur sont-elles saines ? A-t-on tout retiré ?
- Y a-t-il des signes d'invasion dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques ?
- Est-ce que ces résultats changent le traitement prévu ?
- Quels sont les prochains examens ou étapes du traitement ?

# La Fondation Cancer à votre service

## Nous sommes là pour vous aider

Pour mieux faire face à la maladie, l'équipe du service psycho-social de la Fondation Cancer vous offre un soutien psycho-oncologique et social, ainsi que des aides pratiques pour traverser la maladie. L'équipe se compose de psychologues diplômés, formés en psycho-oncologie et en psychothérapie et d'une assistante d'hygiène sociale. L'offre est complétée par divers soins de support. Elle est gratuite pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

### Les consultations

Nos consultations sont personnalisées. Bénéficiez de conseils et de soutien à l'aide de :

- consultations psycho-oncologiques
- consultations en onco-sexologie
- consultations en onco-esthétique
- réhabilitation cognitive
- consultations en onco-nutrition

Les consultations psycho-oncologiques peuvent se faire en allemand, anglais, espagnol, français, grec, luxembourgeois et portugais dans les locaux de la Fondation Cancer ou par visio-conférence.

### Les aides pratiques

- Conseils pour des questions sociales et pratiques
- Aides financières
- Aides familiales
- Brochures pour patients

### Les groupes et activités pour patients

- Groupes de parole
- Groupes de relaxation
- Groupes de sports
- Groupes de développement personnel
- Groupe d'entraide pour patients atteints de cancer de la prostate
- Webinaires psycho-éducatifs

**Toutes nos offres sont gratuites.**



## La Fondation Cancer, pour vous, avec vous, grâce à vous.

Fondée en 1994 au Luxembourg, la Fondation Cancer œuvre inlassablement depuis plus de 30 ans dans le domaine de la lutte contre le cancer. À côté de l'information axée sur la prévention, le dépistage et la vie avec un cancer, une de ses missions consiste à aider les patients et leurs proches. Financer des projets de recherche sur le cancer constitue le troisième volet des missions de la Fondation Cancer qui organise chaque année le grand événement de solidarité *Relais pour la Vie*. Toutes ces missions sont possibles grâce à la générosité de nos donateurs.

Rejoignez-nous sur les réseaux sociaux :



@fondationcancer



@relaispourlavieLuxembourg



@fondationcancerluxembourg



@relaispourlavieLuxembourg



Fondation Cancer Luxembourg



Fondation Cancer



Scannez-moi  
**cancer.lu**



Cette brochure vous a été remise gracieusement grâce à la générosité des donateurs de la Fondation Cancer. Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :

**CCPL LU92 1111 0002 8288 0000**



**La Fondation Cancer,**  
pour vous, avec vous,  
grâce à vous.



209, route d'Arlon  
L-1150 Luxembourg  
T 45 30 331  
E [fondation@cancer.lu](mailto:fondation@cancer.lu)  
[cancer.lu](http://cancer.lu)