

CURAGE GANGLIONNAIRE DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

Incidence réelle des faux négatifs de l'examen extemporané

T. FLAM, P-F GERBAUD, B. COCHAND-PRIOUET,
G. FOURNIER et O. CUSSENOT

Le traitement du cancer prostatique, à quelque stade qu'il soit, fait l'objet de controverses. Au milieu de ce débat, l'élément le plus sûr reste que la découverte de métastases ganglionnaires chez un patient ayant un cancer cliniquement localisé est un signe de mauvais pronostic qui fait récuser, en général, un traitement à visée curative. Compte-tenu des limitations actuelles de l'imagerie, le curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral est le moyen le plus spécifique et le plus sensible pour diagnostiquer une atteinte ganglionnaire pelvienne, qu'il s'agisse de curages ilio-obturateurs par laparoscopie ou pelviscopie, ou du curage chirurgical classique. Dans la controverse qui oppose les défenseurs de l'une ou l'autre technique, un des arguments utilisés par les adeptes du curage par laparoscopie, est le risque d'erreur lors de l'examen extemporané des ganglions lors d'un curage à ciel ouvert fait dans le premier temps d'une prostatectomie totale. Ainsi le curage laparoscopique permettrait de procéder à un examen anatomopathologique complet des ganglions, avec la fiabilité d'un examen normal, la prostatectomie totale étant programmée quelques jours après en l'absence d'envahissement ganglionnaire. Le taux de faux négatifs de l'examen anatomopathologique extemporané a été estimé par certains à 19% [2], voire 29% [6]. Pour juger de la validité de ces chiffres et donc de l'argument présenté, le comité "Cancer de la prostate avancé" du CCAFU a

décidé de procéder à une enquête parmi ses membres pour estimer l'incidence réelle des faux négatifs lors des examens histologiques extemporanés au cours des prostatectomies totales.

L'ENQUETE PARMIS LES MEMBRES DU SOUS-COMITE

Nous avons pu obtenir des données à partir de 4 centres : Brest, Paris-Cochin, Paris-Lariboisière-Diaconesses, Paris-Saint Louis. Les données ont concerné les cas de faux négatifs observés pendant la période 1988-1992, c'est-à-dire les cas où il y a eu discordance entre un examen histologique extemporané montrant l'absence de signe de malignité dans le curage d'une part, et le diagnostic de métastase ganglionnaire lors de l'examen histologique définitif d'autre part.

La technique du curage ilio-obturateur bilatéral a été la même dans les 4 centres, selon la technique classique [7]. Un seul opérateur a eu l'habitude d'orienter les prélèvements. La technique d'analyse anatomopathologique était identique dans 3 centres, au moins dans les dernières années, avec inclusion de tous les ganglions du curage, certains centres incluant également la graisse présente dans le curage. Dans un seul centre (n°3), tous les ganglions étaient examinés macroscopiquement et seuls les ganglions suspects étaient examinés

extemporanément. Si tous les ganglions paraissaient normaux lors de l'examen macroscopique, les ganglions obturateurs étaient examinés de façon systématique en coupes congelées. Cette attitude était motivée par le fait que les services d'Urologie et d'Anatomopathologie n'appartenaient pas à la même structure hospitalière, et qu'un délai d'environ 30 minutes était déjà nécessaire au transport du prélèvement. Dans tous les centres, les zones examinées lors de l'examen extemporané étaient contrôlées lors de l'examen définitif.

Au total, il y a eu 12 faux négatifs sur 257 curages, soit 4,7 % des cas. La plupart des métastases étaient des micro-métastases au sein de ganglions macroscopiquement normaux. Les résultats sont rapportés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Faux négatifs de l'examen extemporané du curage ganglionnaire avant prostatectomie totale dans 4 centres du sous comité "Cancer de Prostate avancé" (Etude rétrospective de 1988 à 1992).

Centre	1	2	3	4	Total
Nombre de Faux négatifs	1/3	2/2	3/2	6/16	12/2
	7	7	4	9	57
/ Nombre total de curages.					
Pourcentage	2,7	7,4	12,5	3,5	4,7

DISCUSSION

Le taux de faux négatifs de l'examen extemporané est donc, dans les 4 centres, très nettement inférieur à celui avancé pour défendre le curage laparoscopique et le concept d'une prostatectomie en "deux temps". Le pourcentage de faux négatifs est nettement inférieur aux chiffres précédemment cités [2,6], même dans le

centre n°3, soumis à des contraintes particulières. De même DONOHUE, dans une revue récente, rapporte des séries de la littérature ne mentionnant jamais un taux de faux négatifs supérieur à 16% (Tableau 2). Dans sa série personnelle, le pourcentage de faux négatifs est inférieur à 2% (*) [3].

Tableau 2 : Fréquence des faux négatifs du curage ganglionnaire dans la littérature (d'après DONOHUE [3]).

Auteurs	Nombre de Patients	Nombre de Faux négatifs (%)
KRAMO-LOWSKY [5]	100	16 (16%)
EPSTEIN [4]	310	11 (3,5%)
BURNETT [1]	234	19 (8%)
DONOHUE [3]	230	4 (1,7%)

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'argument avancé par les défenseurs de la prostatectomie radicale en deux temps, selon lequel le taux de faux négatifs est élevé lors de l'examen extemporané d'un curage ganglionnaire dans le même temps opératoire que la prostatectomie totale est contestable dès lors que les modalités de l'examen extemporané sont respectées.

En l'absence de ganglions macroscopiquement suspects, l'analyse histologique extemporanée de tous les ganglions du curage est recommandée afin de limiter les risques de faux négatifs en rapport avec les métastases microscopiques. En cas de ganglions macroscopiquement suspects sans envahissement ganglionnaire histologique extemporané, l'examen doit alors porter sur les autres ganglions du curage.

Si les contraintes de temps ou de technique ne permettent pas d'examiner extemporanément l'ensemble des ganglions du curage, un examen sélectif peut être accepté à condition qu'il soit associé à une analyse macroscopique rigoureuse. Cette dernière attitude implique un accord préalable entre le chirurgien et l'anatomopathologiste.

(*) Ce résultat est obtenu alors que la totalité des ganglions n'est pas examinée lors de l'examen histologique extemporané. Par contre l'examen macroscopique comporte des coupes sériées de tous les ganglions du curage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BURNETT A.L., CHAN D.W., BRENDLER C.B., WALSH P.C. : The value of serum enzymatic acid phosphatase in the staging of localized prostate cancer. *J.Urol.*, 1992, 148:1832.
2. CATALONA W.J., STEIN A.J. : Accuracy of frozen section detection of lymph node metastases in prostatic carcinoma. *J. Urol.*, 1982, 127 : 460.
3. DONOHUE R.E. : Frozen section in pelvic lymphadenectomy for staging of adenocarcinoma of the prostate. In *Lymph Node Surgery in Urology*, J.P. DONOHUE Ed., International Society of Urology Reports, Isis Medical Media, Oxford, 1995, pp 91-95.
4. EPSTEIN J.I., OESTERLING J.E., EGGLESTON J.C., WALSH P.C. : Frozen Section detection of Lymph node metastases in prostatic carcinoma : accuracy in grossly uninvolved pelvic lymphadenectomy specimens. *J.Urol.*, 1986, 136: 1234.
5. KRAMOLOWSKY E.V., NARAYANA A.S., PLATZ C.E., LOENING S.A. : The frozen section in Lymphadenectomy for carcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 1984; 131 : 899.
6. MAZEMAN E., WURTZ A., GILLIOT P., BISERTE J. : Extraperitoneal pelviscopy in lymph node staging of bladder and prostatic cancer. *J. Urol.*, 1992, 147 : 366.
7. WALSH P.C. : Radical retropubic prostatectomy. In *Campbell's Urology*, WALSH P.C., RETIK A.B., STAMEY T.A., VAUGHAN D.E. Eds, Saunders, 1992, pp 2865-86