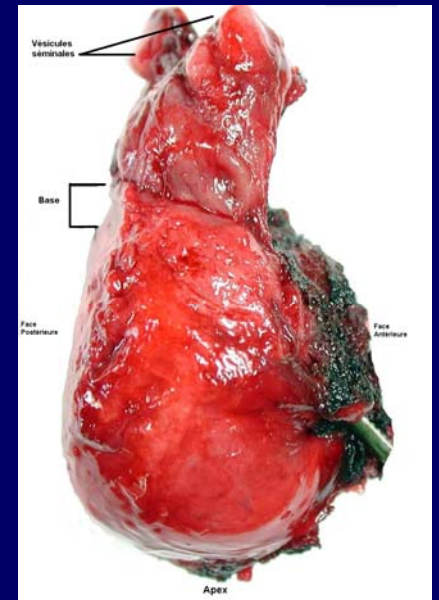
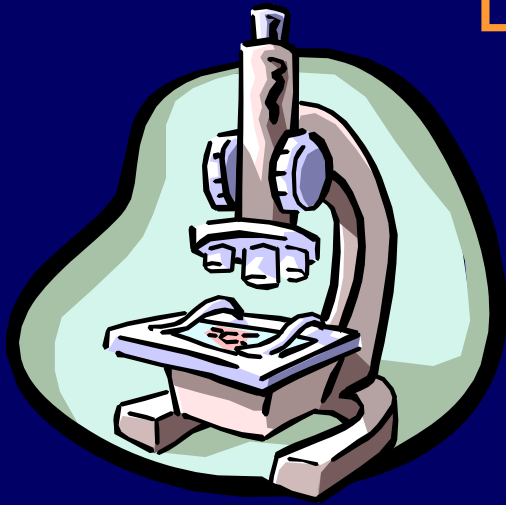


LE PATHOLOGISTE ET LE CANCER DE LA PROSTATE

Diagnostique et facteurs
histopronostiques



GUIDELINES

Recommendations for the reporting of resected prostate carcinomas. Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology.

[Amin MB, Grignon D, Bostwick D, Reuter V, Troncoso P, Ayala AG.](#)

Am J Clin Pathol. 1996 Jun;105(6):667-70.

Pathol Int. 1997 Apr;47(4):268-71.

Hum Pathol. 1996 Apr;27(4):321-3.

Predictive factors in prostate cancer: current concepts from the 1999 College of American Pathologists Conference on Solid Tumor Prognostic Factors and the 1999 World Health Organization Second International Consultation on Prostate Cancer.

[Bostwick DG, Foster CS.](#)

Semin Urol Oncol. 1999 Nov;17(4):222-72.



Recommendations for the reporting of prostate carcinoma: Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology.

[Epstein JI, Srigley J, Grignon D, Humphrey P, Otis C.](#)

Virchows Arch. 2007 Oct;451(4):751-6. Epub 2007 Aug 3.

Hum Pathol. 2007 Nov;38(11):1725.

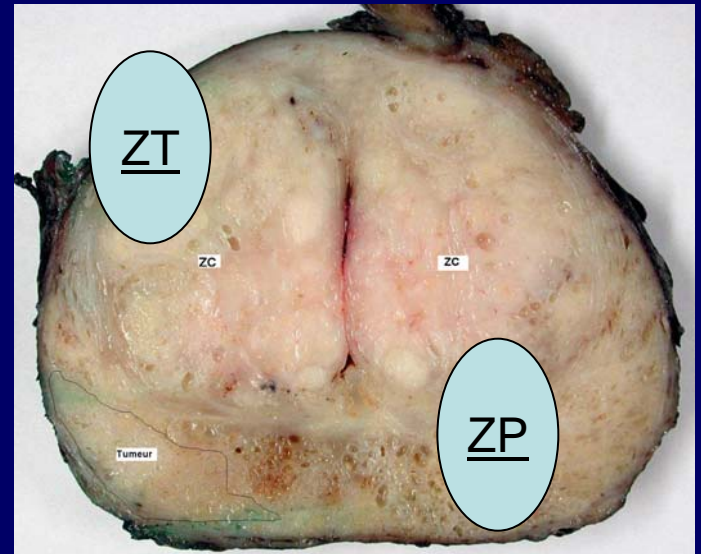
Am J Clin Pathol. 2008 Jan;129(1):24-30

Handling and reporting of radical prostatectomy specimens in Europe: a web-based survey by the European Network of Uro-pathology (ENUP).

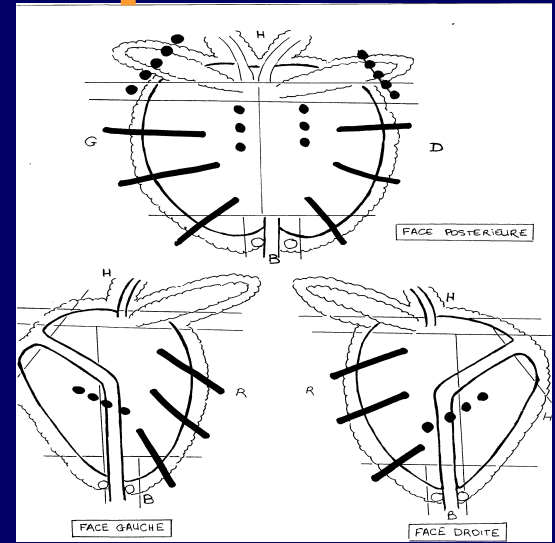
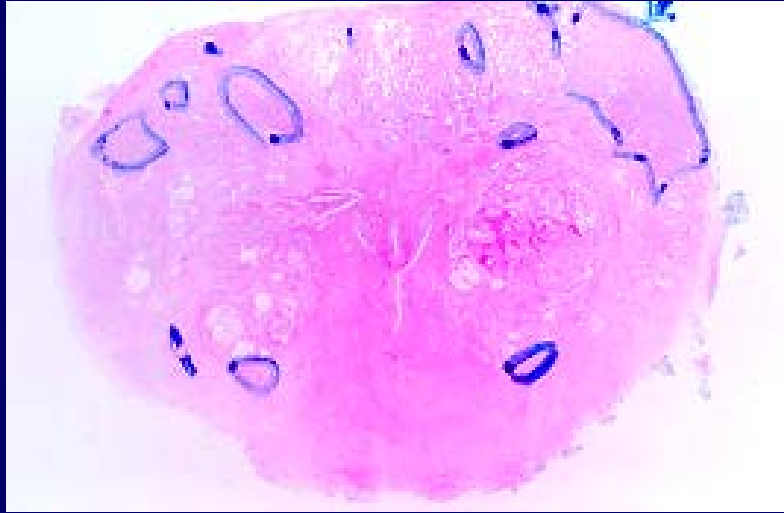
[Egevad L, Algaba F, Berney DM, Boccon-Gibod L, Griffiths DF, Lopez-Beltran A, Mikuz G, Varma M, Montironi R; European Network of Uro-pathology.](#)

Histopathology. 2008 Sep;53(3):333-9. Epub 2008 Jul 15.

PRISE EN CHARGE DES PRELEVEMENTS

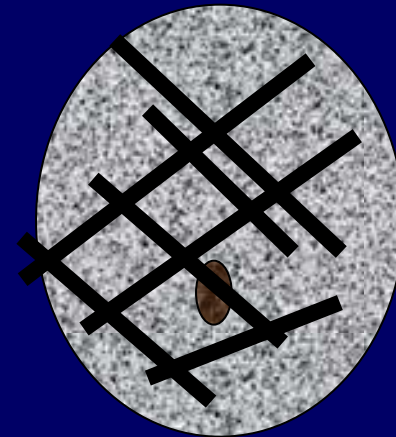


I. Biopsie prostatique



Petit K sur la biopsie alors
que c'est un volumineux T3

Le volume reste difficile à évaluer



Sur détection

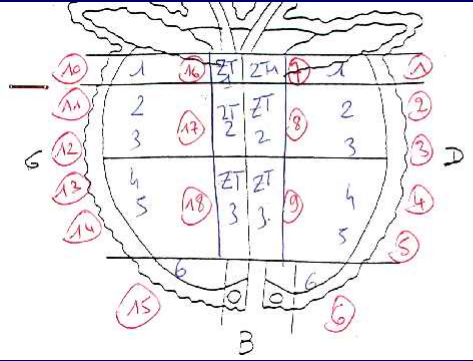
I. Biopsie prostatique

- Inclure un prélèvement par cassette
 - Inclusion minutieuse le plus à plat.
 - 3 à 6 niveaux de coupe.
 - 6 lames avec trois niveaux
 - Coloration lames 1,3,5

ADSAP Hum Pathol 96, Pathol Case
Rev 98



I. Biopsie prostatique



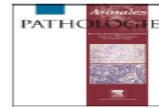
I. Biopsie prostatique

Annales de pathologie (2008) 28, 424–428



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect



ARTICLE ORIGINAL

Biopsies prostatiques : combien de prélèvements et combien de flacons ? Défi économique et efficacité

Prostate biopsies: How many samples and how many containers? Cost effectiveness

Vincent Molinié*, Wafa K. Mahjoub, André Balaton

Variations in the processing of prostatic needle cores in the UK; what is safe?

O Biedrzycki, M Varma, D M Berney

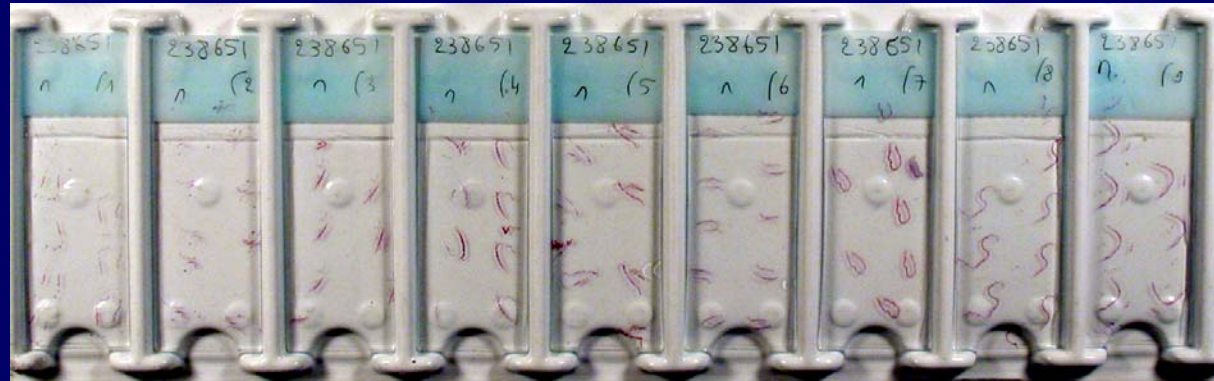
J Clin Pathol 2003;56:341–343



6 flacons contenant chacun 2 carottes biopsiques provenant du même sextant

+/- 2 flacons contenant des carottes biopsiques dirigées

I. Biopsie prostatique

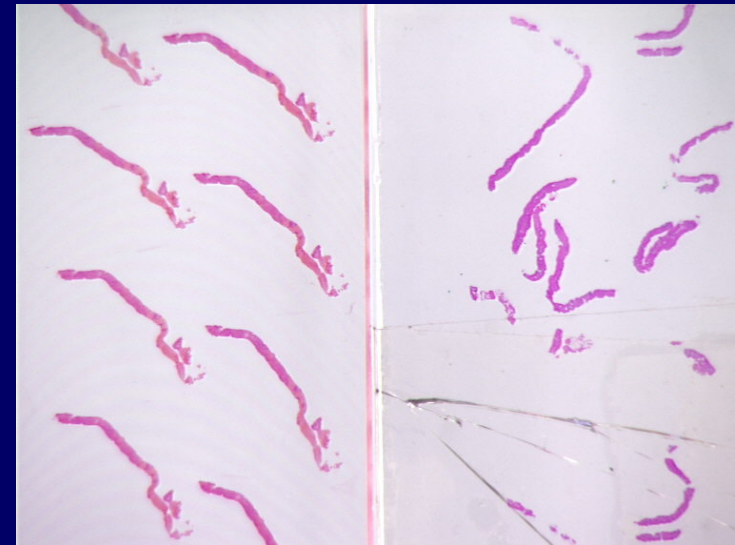


Nombre de biopsies par cassette?

Les 2 carottes biopsiques d'un même sextant sont soigneusement étalées dans 1 cassette

3-6 niveaux de coupes dans 1 lame

1-2 lames en plus pour IHC (directement ou après)



II. Résection trans-urétrale



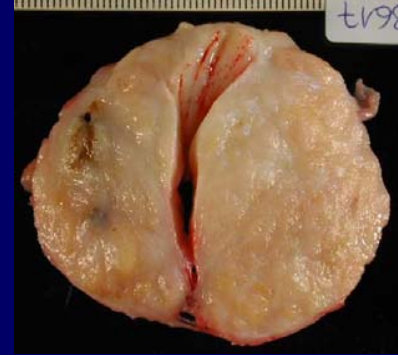
Initialement

- inclure jusqu'à 15 g (8 cassettes)
- si matériel abondant inclure 1 cassette par 5 g supplémentaire
- inclure la totalité du matériel si le patient a moins de 60 ans, et/ou un PSA élevé

En seconde intention, inclure les copeaux restants si

- taux de PSA élevé et les premiers prélèvements n'ont pas montré de cancer
- lésions de PIN, hyperplasie adénomateuse atypique, ou d'autres lésions atypiques focales évoquant la malignité
- si les premiers copeaux ont révélé l'existence de foyers carcinomateux (avec un score de Gleason < 7) pour l'estimation du stade (pT1a ou pT1b).

III. Pièce d'adénomectomie prostatique



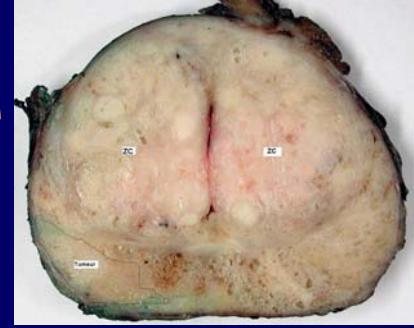
Initialement

- inclure une cassette par 5 g (jusqu'à concurrence de 8 cassettes comme pour les RTUP)
- inclure un nombre plus élevé de cassettes si le patient est jeune (<60 ans) et si le taux de PSA est élevé
- bien échantillonner la périphérie de l'adénome

En seconde intention, inclure le reste de la pièce

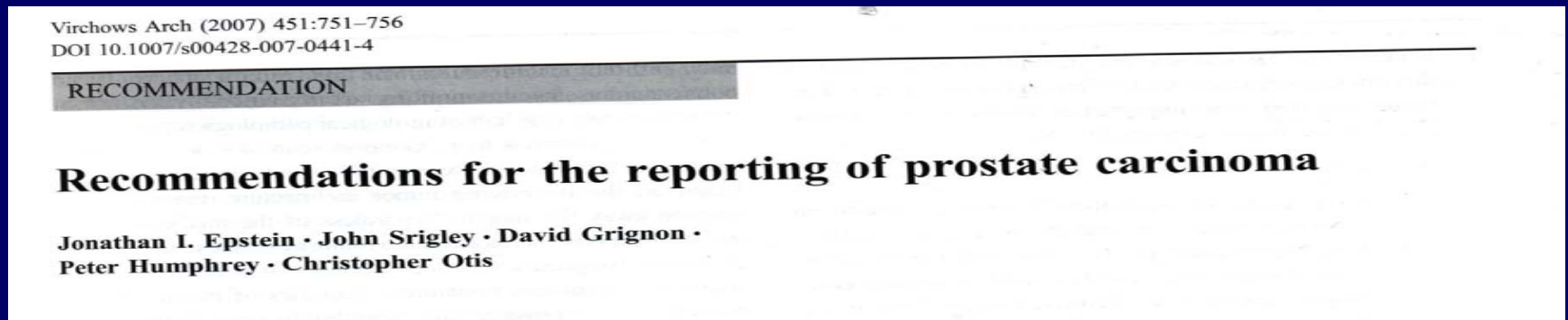
- si le patient présente un taux de PSA élevé et si les premiers prélèvements n'ont pas montré de cancer
- s' il existe des lésions de PIN, hyperplasie adénomateuse atypique, ou d'autres lésions atypiques focales évoquant la malignité
- si les premiers blocs ont révélé l'existence de foyers carcinomateux pour l'estimation du stade

IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)



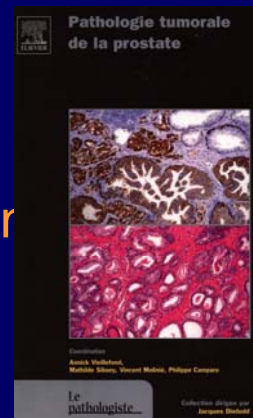
USA

- Fort recommandé en totalité / pas obligatoire
- Obligatoire in toto base, marge vésicale et apex



EUROPE (France)

- Inclusion en totalité ++++ :
meilleure évaluation du Score de Gleason, marges et extension extra-prostatique (EEP)



IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)



Où est le cancer

IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)

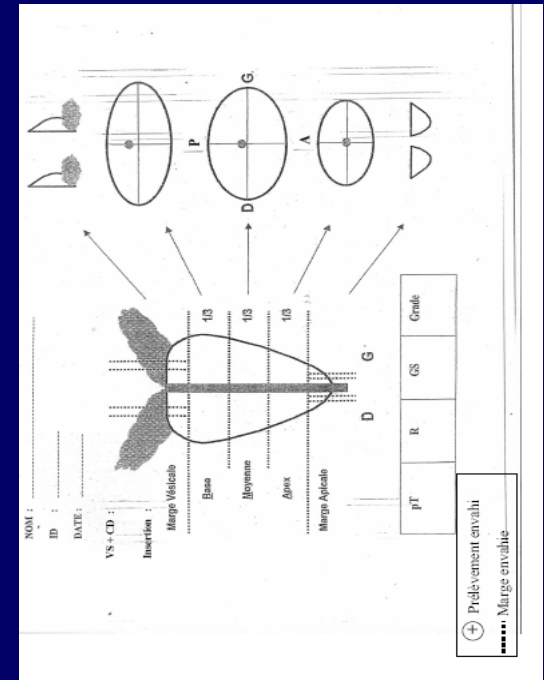
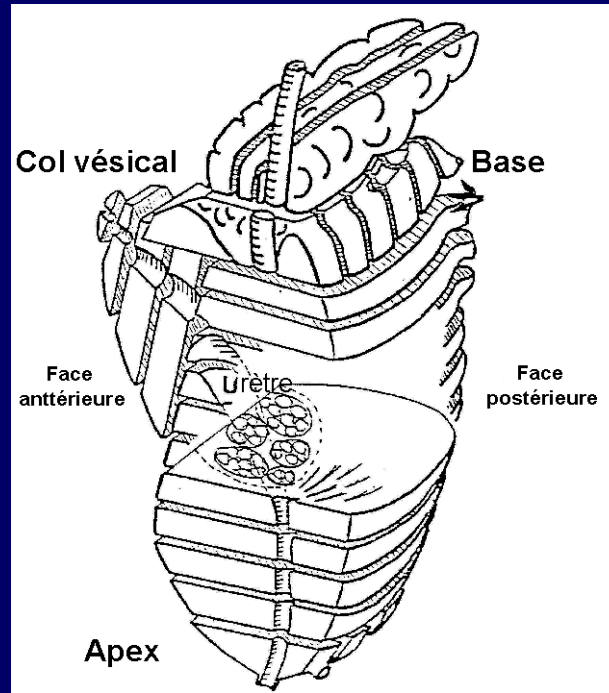
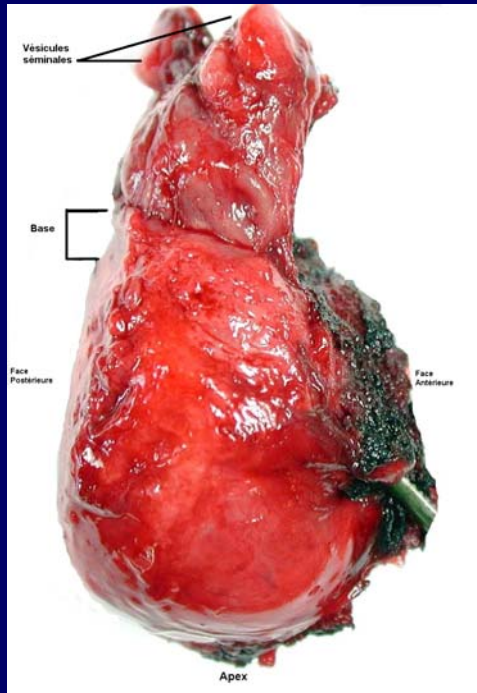


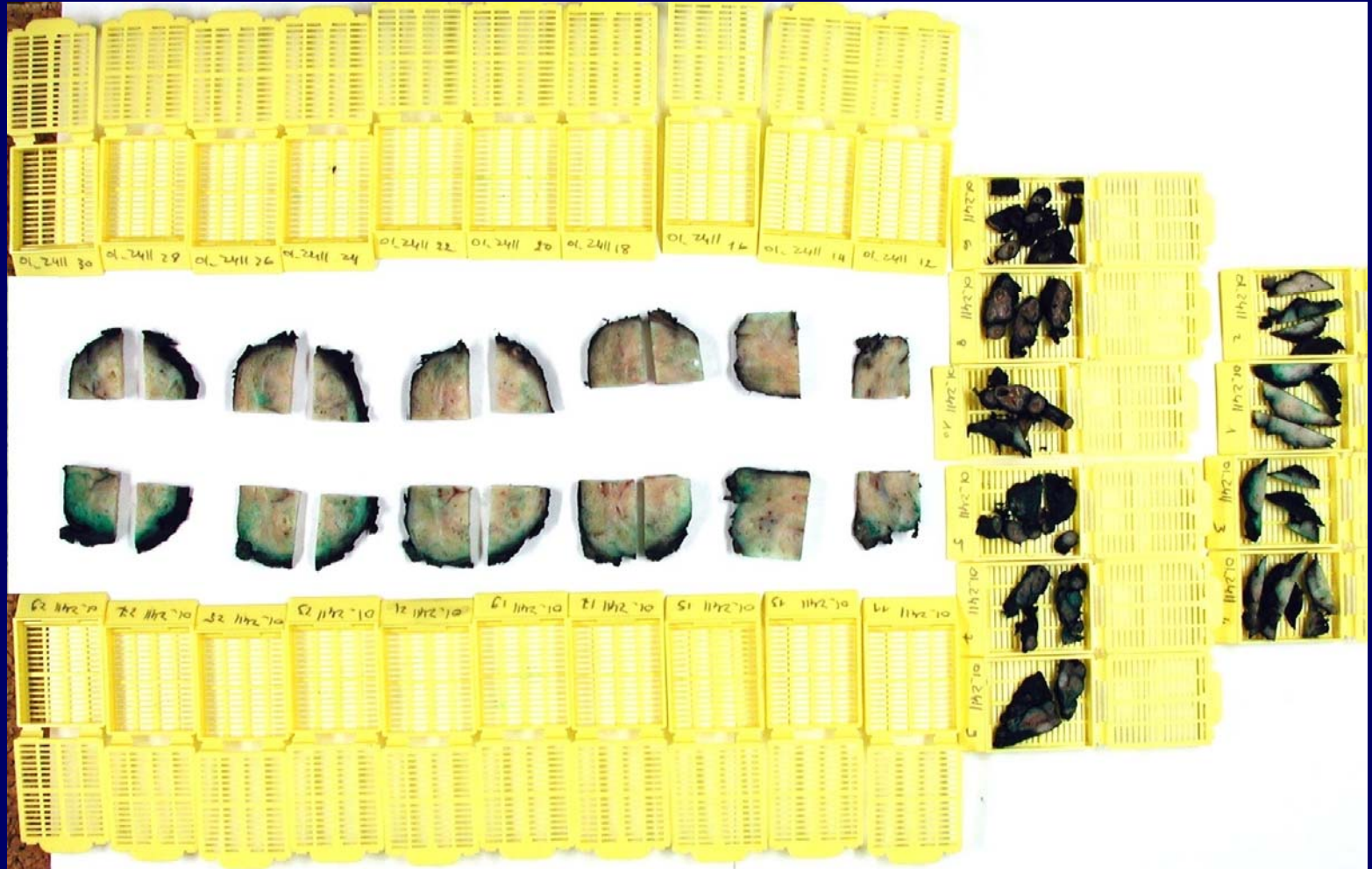
Schéma de la technique de Stanford (d'après Bostwick):
Couper systématiquement en tranches parallèles car la tumeur n'est ni visible ni palpable

IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)



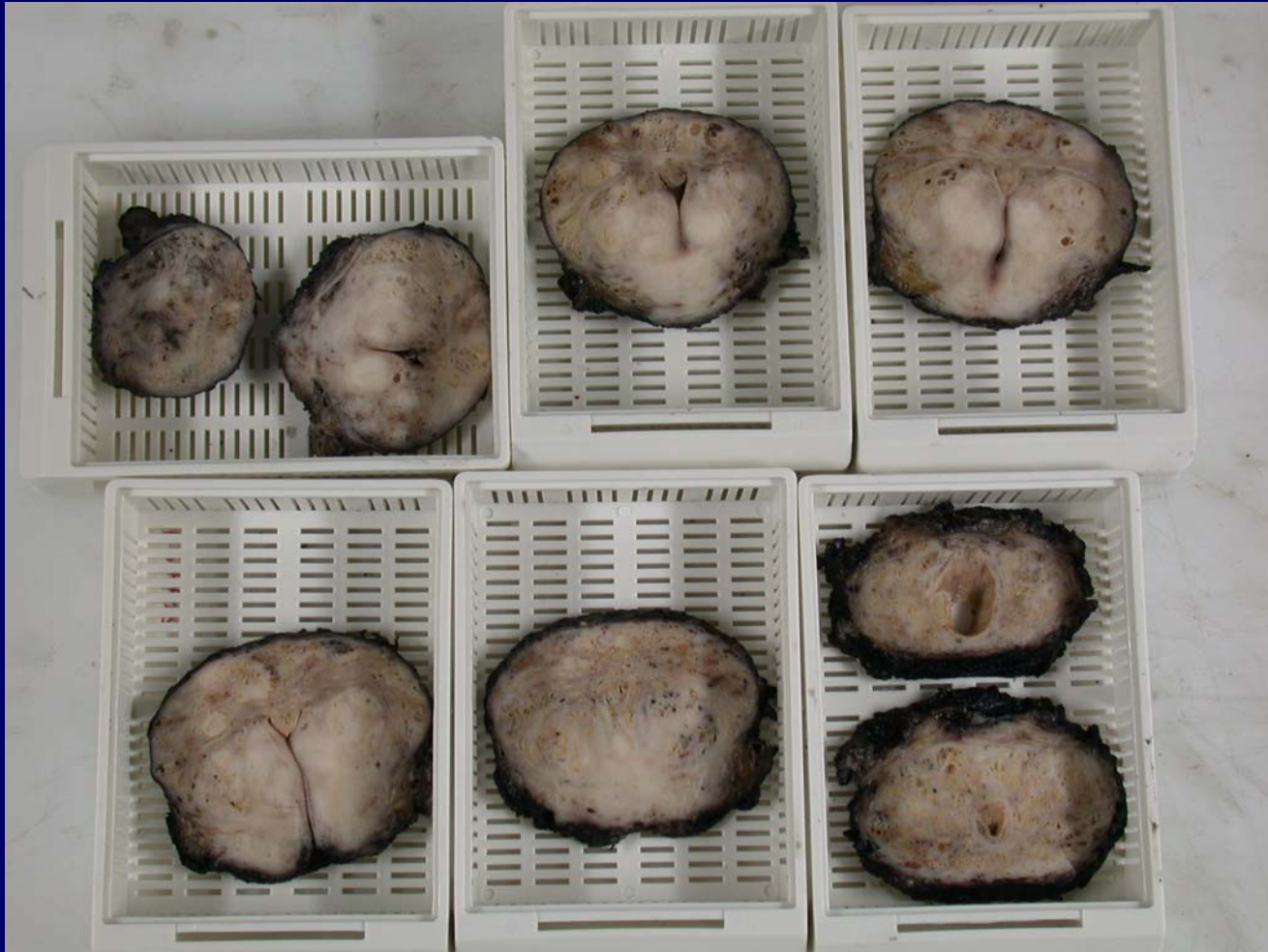
Coupe en tranches parallèles de la prostate et conisation de l'apex et de la base

IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)



Inclusion en cassettes standard

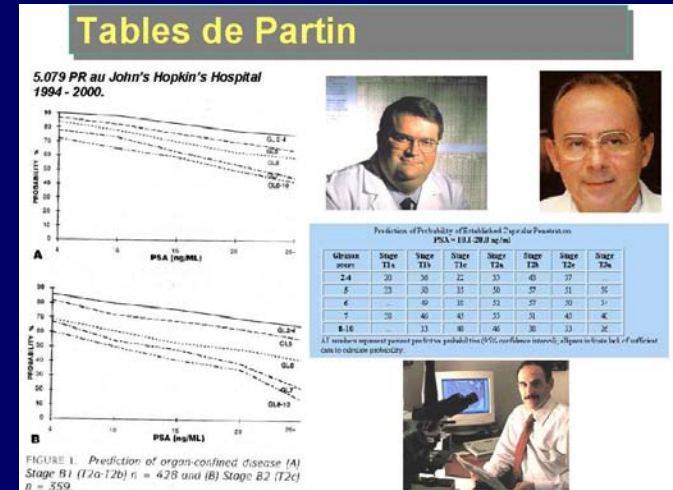
IV. Pièce de prostatectomie radicale (PR)



Inclusion en méga-cassettes

FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging



Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Prostate Nomogram - Pre-Treatment Change Treatment Stage

Pre-treatment PSA:

Biopsy Primary Gleason:

Biopsy Secondary Gleason:

Biopsy Gleason Sum:

1992 Clinical Tumor Stage:

1997 Clinical Tumor Stage:

Prescribed External Radiation Dose (64.8 - 86.4 Gy):

Neo-Adjuvant Hormones:

Neo-Adjuvant Radiation:

Results

- Organ Confined Disease: **6%**
- Extra Capsular Penetration: **37%**
- Seminal Vesicle Involvement: **32%**
- Lymph Node Involvement: **25%**
- 5yr Progression Free Probability Radical Prostatectomy: **32%**
- 5yr Progression Free Probability External Beam Radiation Therapy: **NA**
- 5yr Progression Free Probability Brachytherapy: **64%**

ADDITIONAL TOOLS:

HELP:

About | Website | Disclaimer | Contact Us | Restart

©2005 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

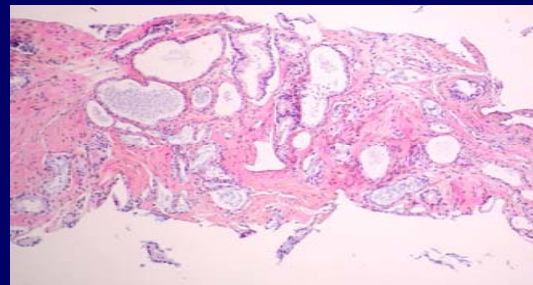
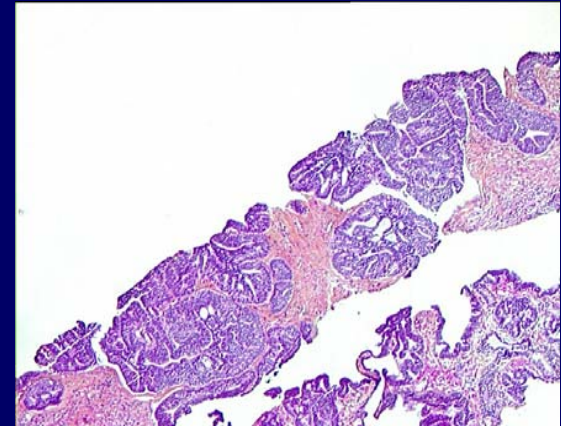
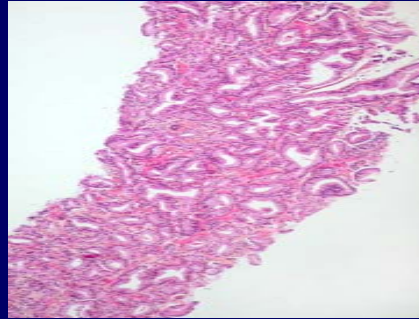
FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

1) Type histologique du cancer

- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

1) Type histologique

- Adénocarcinome classique
- Canalaire (ductal)
- Mucineux
- à cellules en bague à chaton
- Petites cellules – basaloïde – urothélial –
- Adénosquameux
- Sarcomateux
- Indifférencié.....



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

1) Type histologique du cancer

2) Grade histologique de Gleason: Score

3) Volume de la tumeur

4) Invasion péri-neurale

5) Extension extra-prostatique (EEP)

6) Marges de résection dans les pièces PR

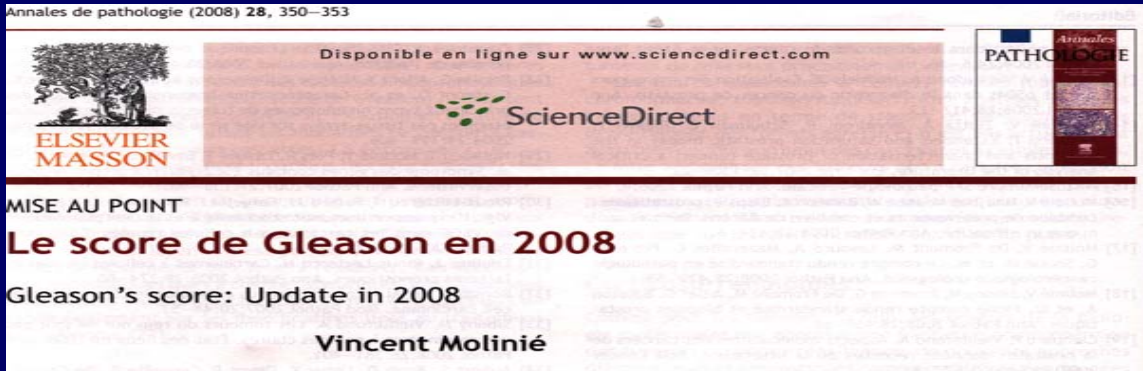
7) Invasion lympho-vasculaire

8) Le statut ganglionnaire

9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)

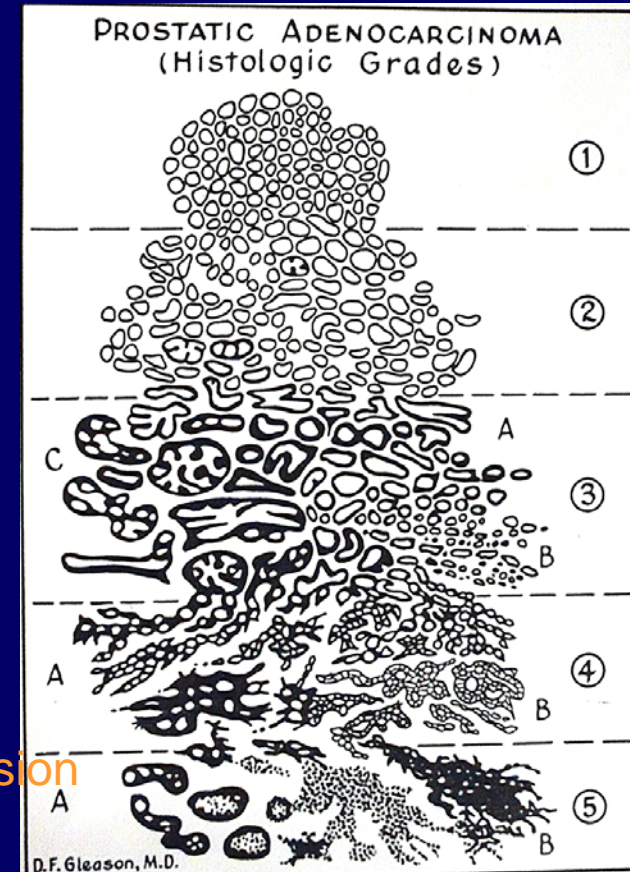
10) Staging

2) Grade histologique: Score de Gleason



GLEASON

- Grade 3 (3+3) : augmentation de mortalité de 20 %
- Grade 4 (3+4, 4+4, 4+5, 5+5) : augmentation de 80 %
- le volume de grade 4-5 est le meilleur indice de progression tumorale.
- La valeur pronostique est limitée par la difficulté de reproductibilité inter-observateurs, les aléas de l'échantillonnage.....et surtout du fait que 75% des patients sont de score 7 (6- 8)



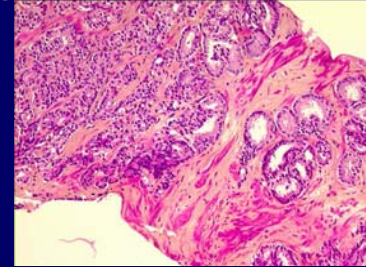
2) Grade histologique: Score de Gleason



Sur tous les types de prélèvements, indiquer la présence d'un contingent de haut grade (4, 5)

Sur Biopsie:

- Si un seul grade (ex 3): doubler (ex $3+3=6$)
- Si deux grades : 1° le plus représenté + 2° moins (3+4)
- Si trois grades : 1° le plus représenté + 2° plus grave (3+5)



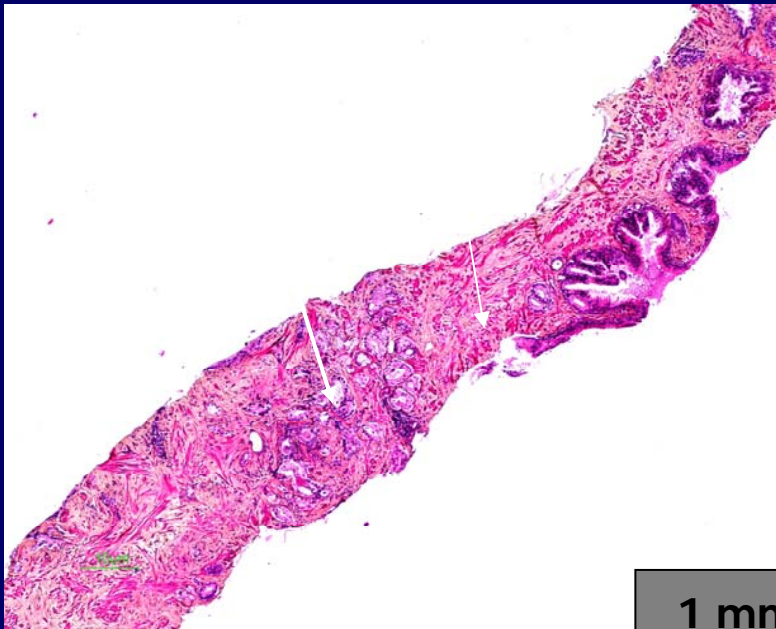
Sur pièce:

- Si un ou deux grades : idem
- Plus de deux grades:
 - 1° le plus représenté + 2° moins = somme
 - 3° contingent de plus haut grade (pourcentage relatif 5%-10%)

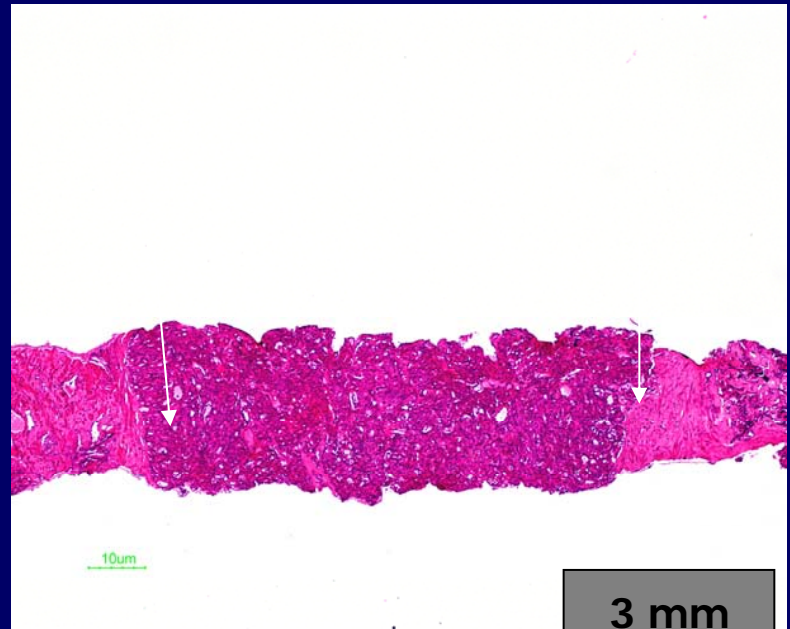
FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur**
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

3a) Volume de la tumeur: sur biopsie



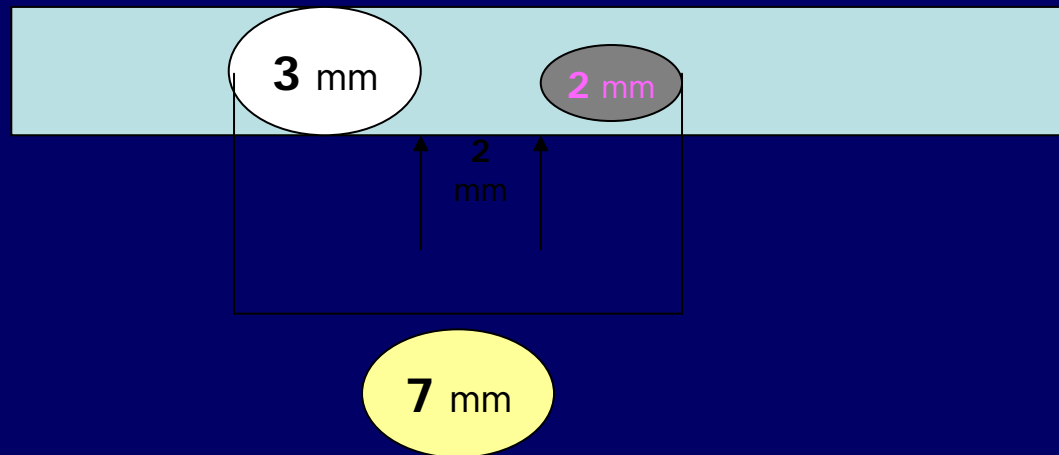
1 mm



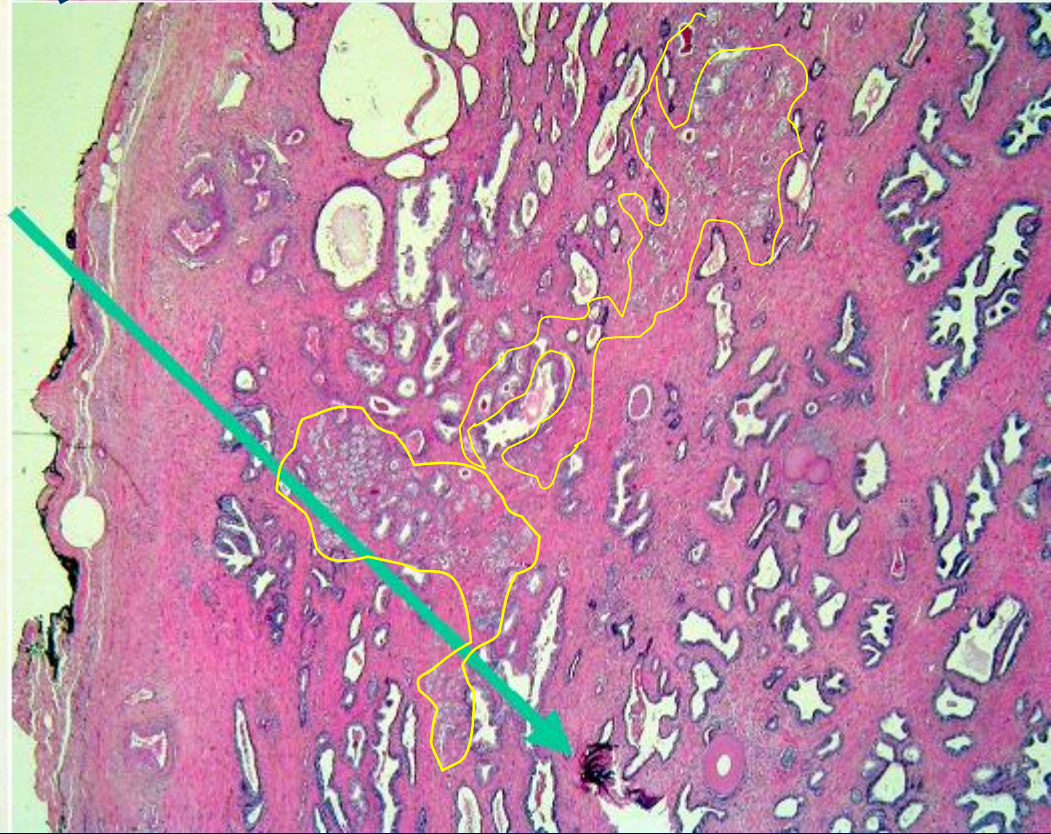
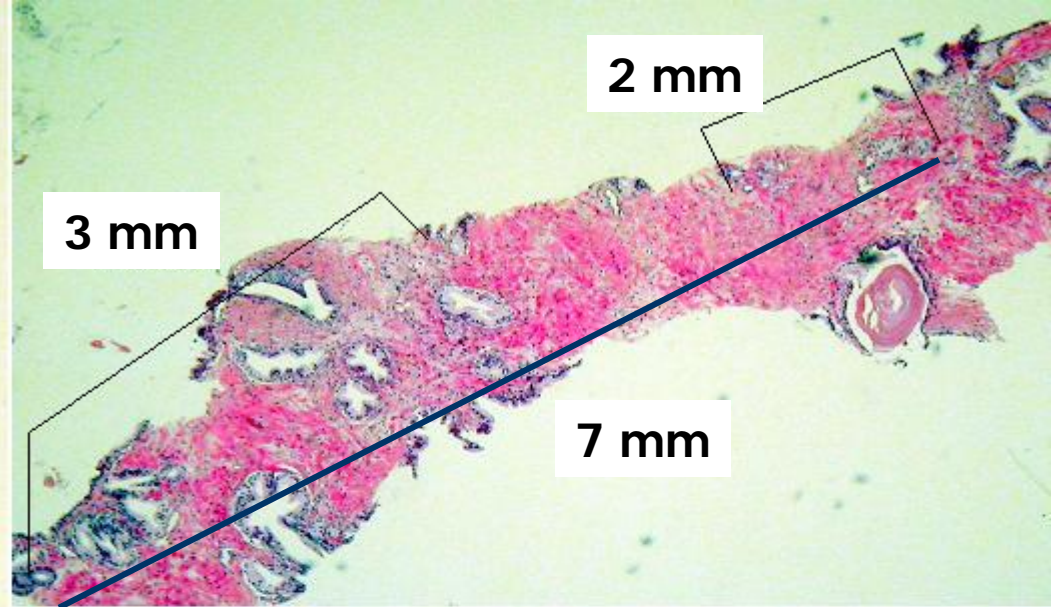
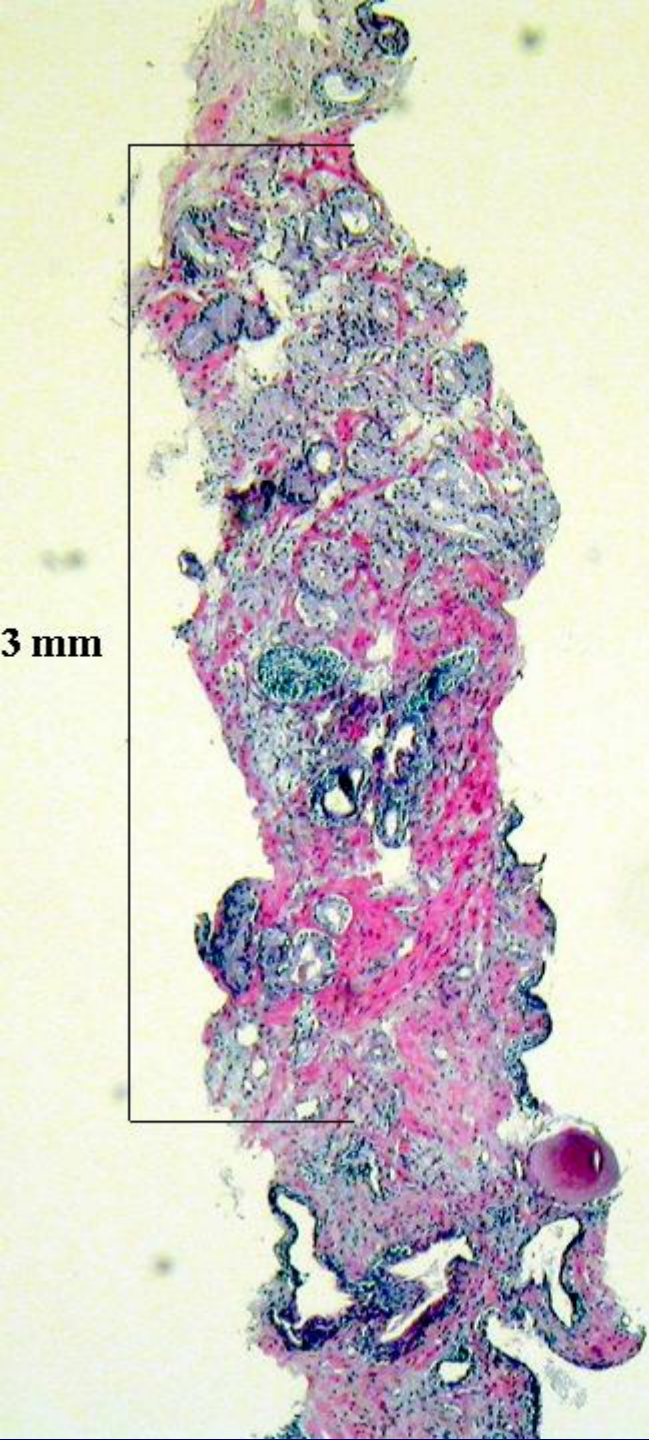
3 mm

mesure de la longueur de chaque biopsie
mesure de la tumeur dans chaque biopsie infiltrée
mesure en mm du foyer tumoral ou %

3a) Volume de la tumeur: sur biopsie



- 2 foyers voisins
 - 1 foyer de 7 mm
 - PAS 1 foyer de 3 mm et un foyer de 2mm séparés par 2 mm de tissu sain (accepté par certains)

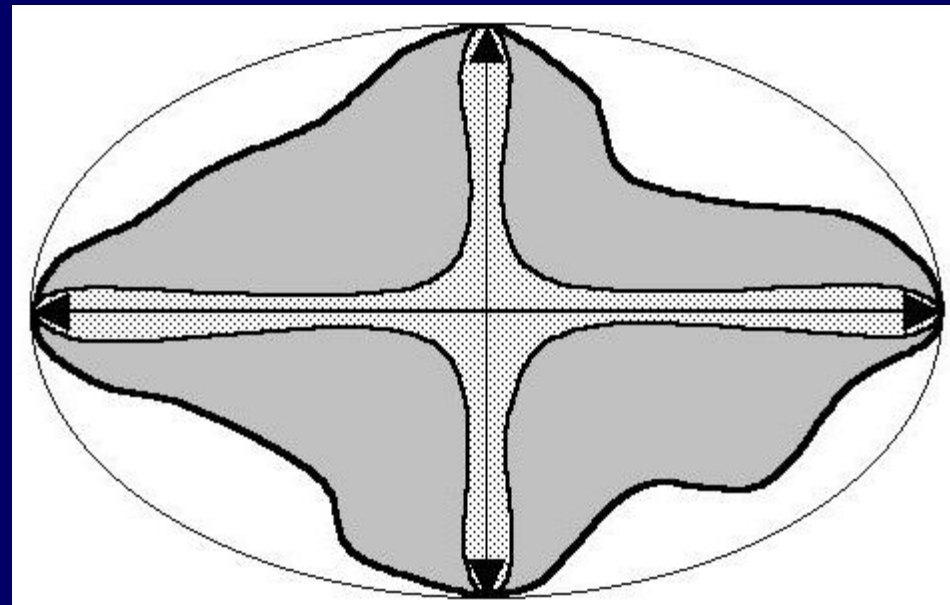


3b) Volume de la tumeur: TURP/adénomectomie

- **% sur total de tissu**
- **Cut-off 5% (< pT1a à > pT1b)**

3c) Volume de la tumeur:sur PR

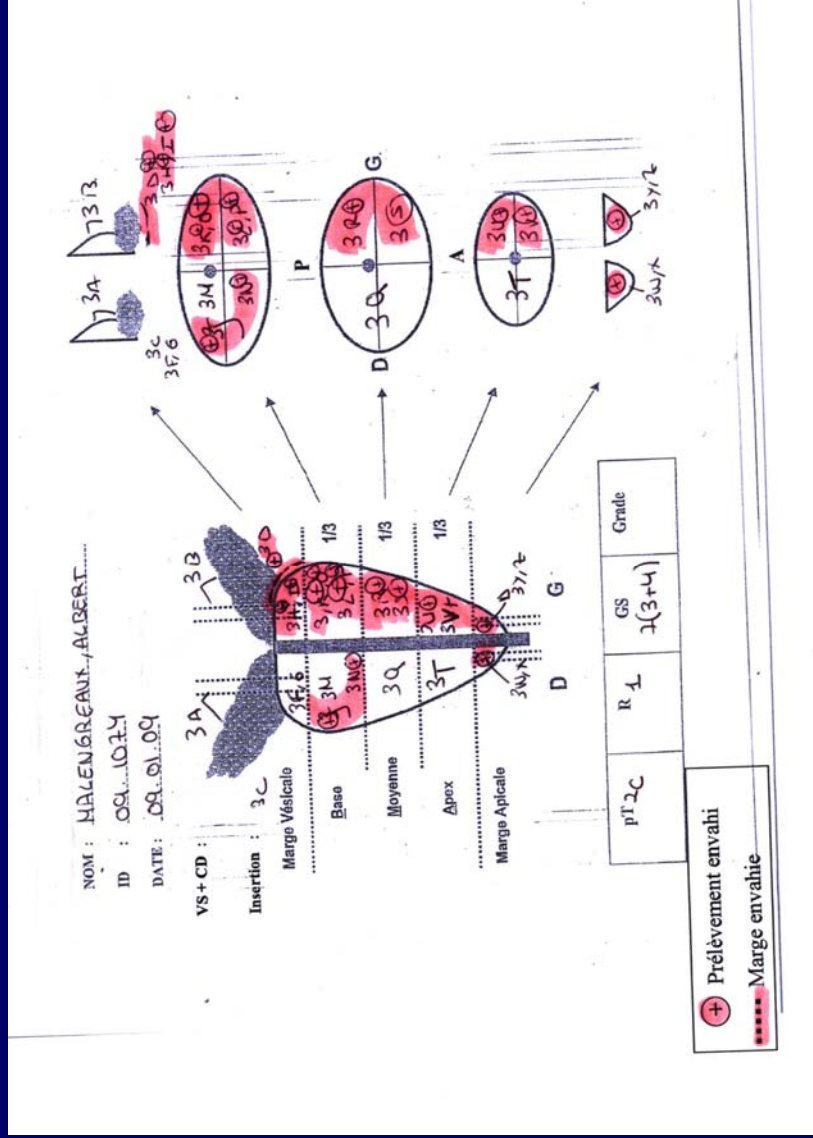
- Le volume tumoral est trop difficile à calculer précisément en routine
- Il est seulement estimé par rapport au volume de la prostate: minimal,modéré, massif



Formule de Chen:

0,4 X largeur x hauteur x longueur

3c) Volume de la tumeur: sur PR



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale**
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

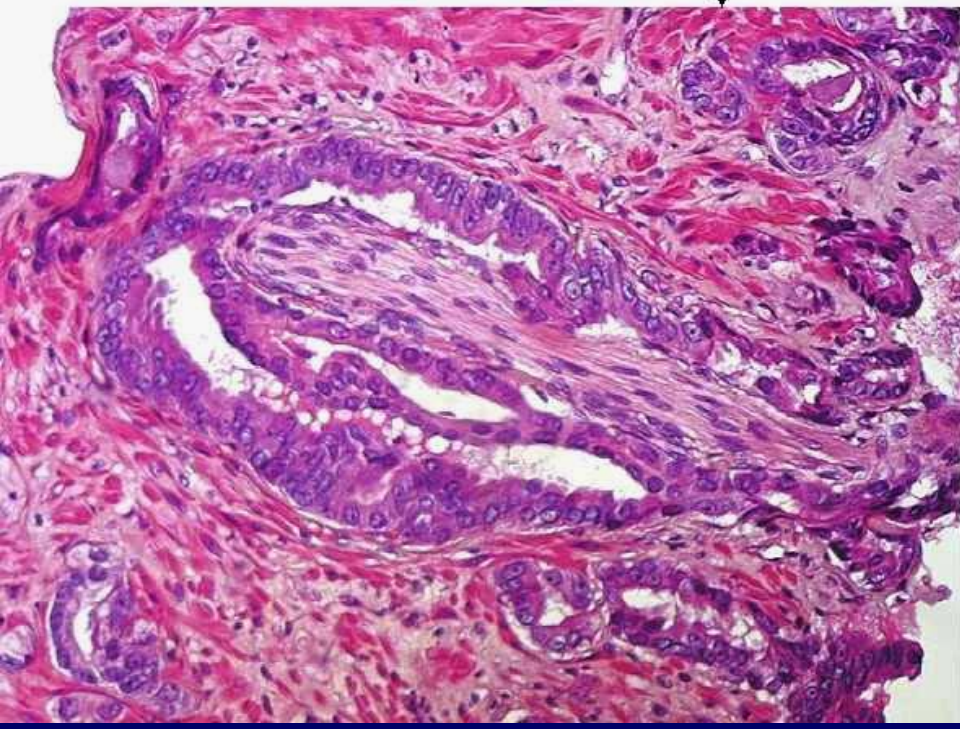
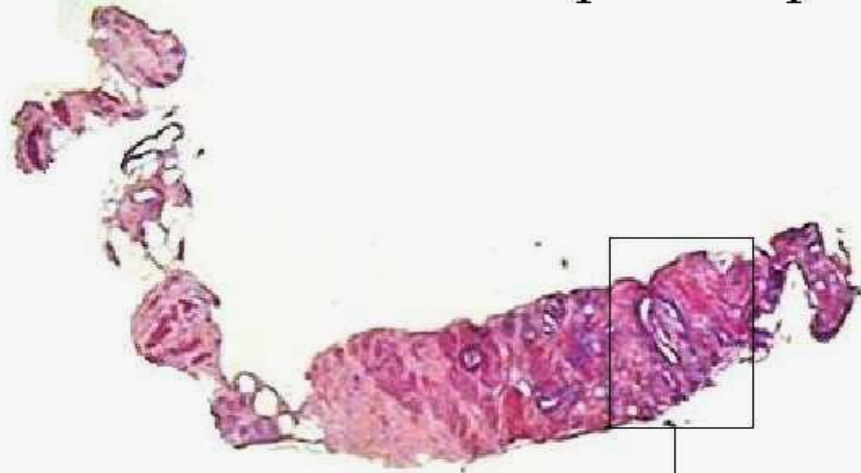
4) Invasion péri-neurale

- **Facteur pronostique ++++ biopsies**

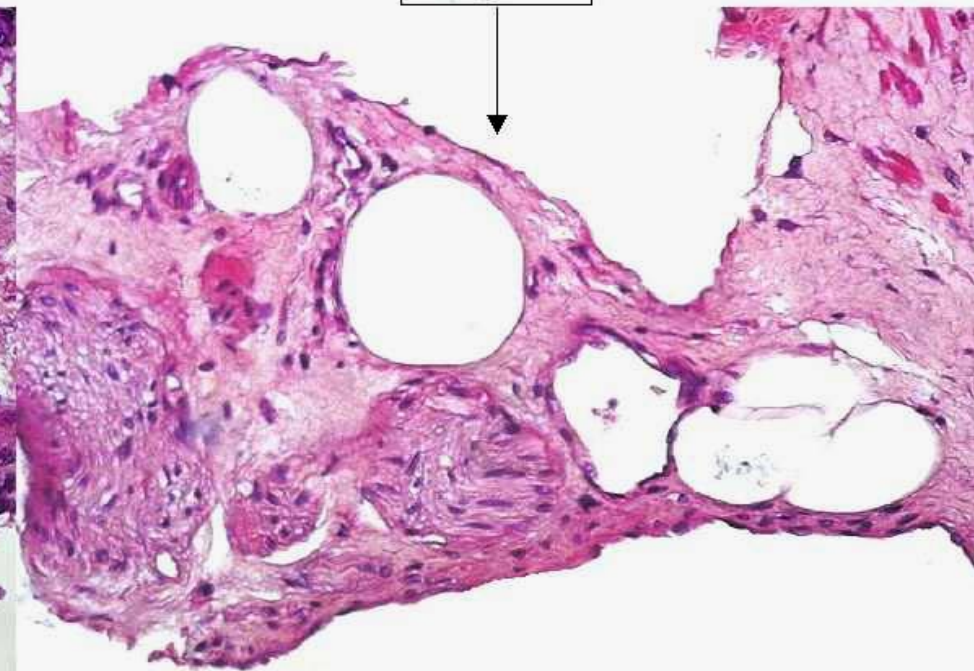
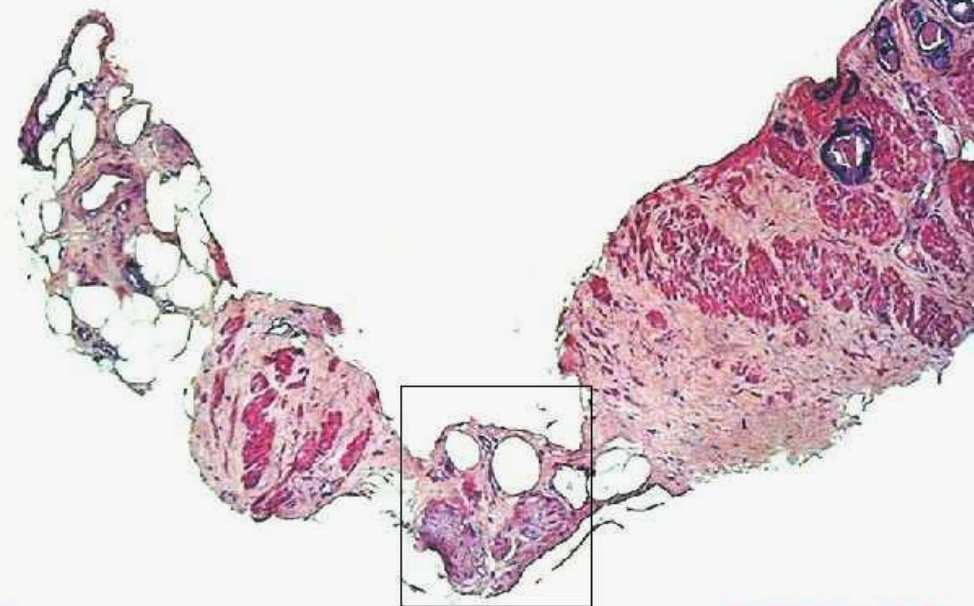
...grande valeur (mais rare) associé à des tumeurs de haut grade et de grande taille et infiltration des VS

- **Moins importante dans les pièces de PR (optionnel)**

Filet nerveux Intra prostatique



Filet nerveux Intra capsulaire



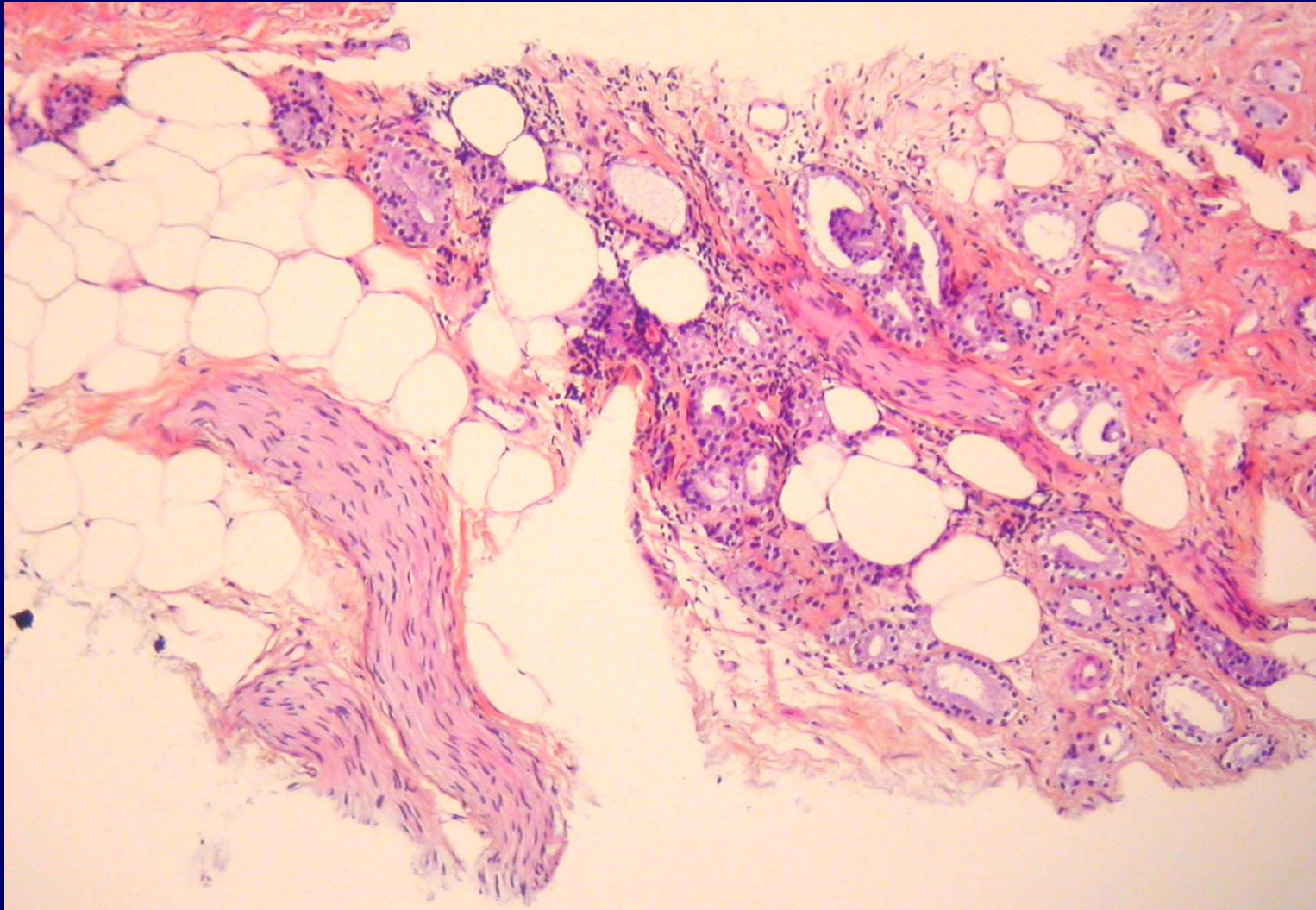
FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale

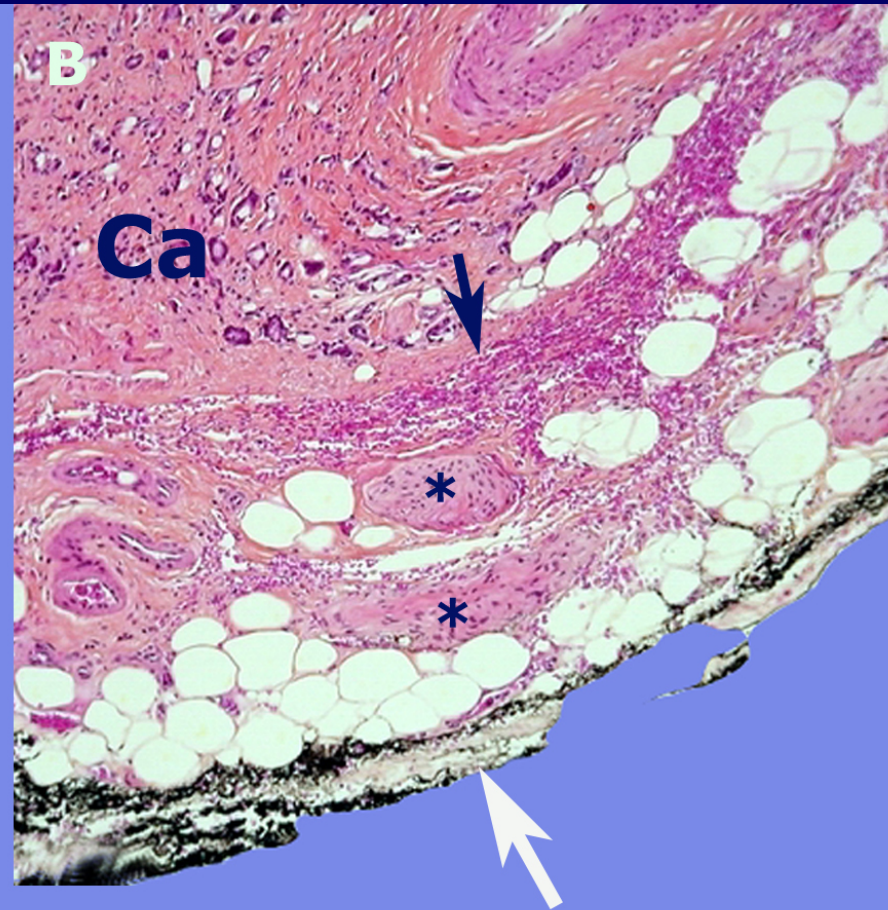
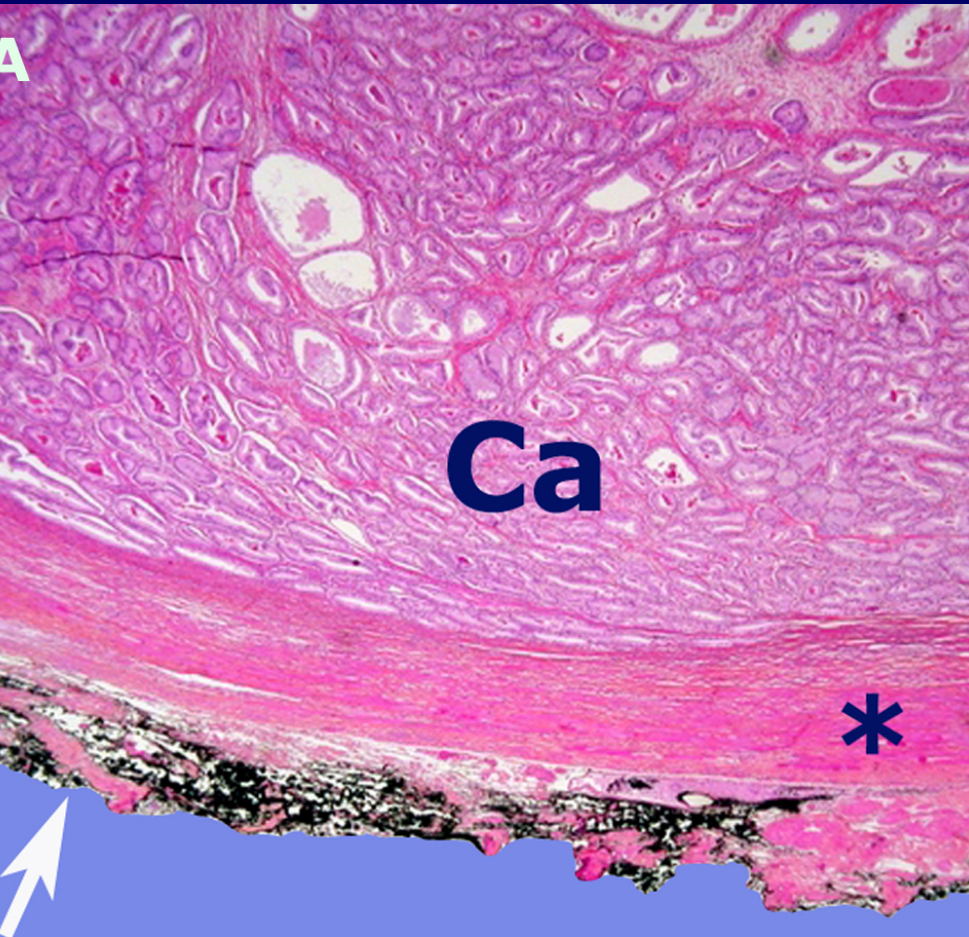
5) Extension extra-prostatique (EEP)

- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

5) Extension extra-prostatique (EEP)

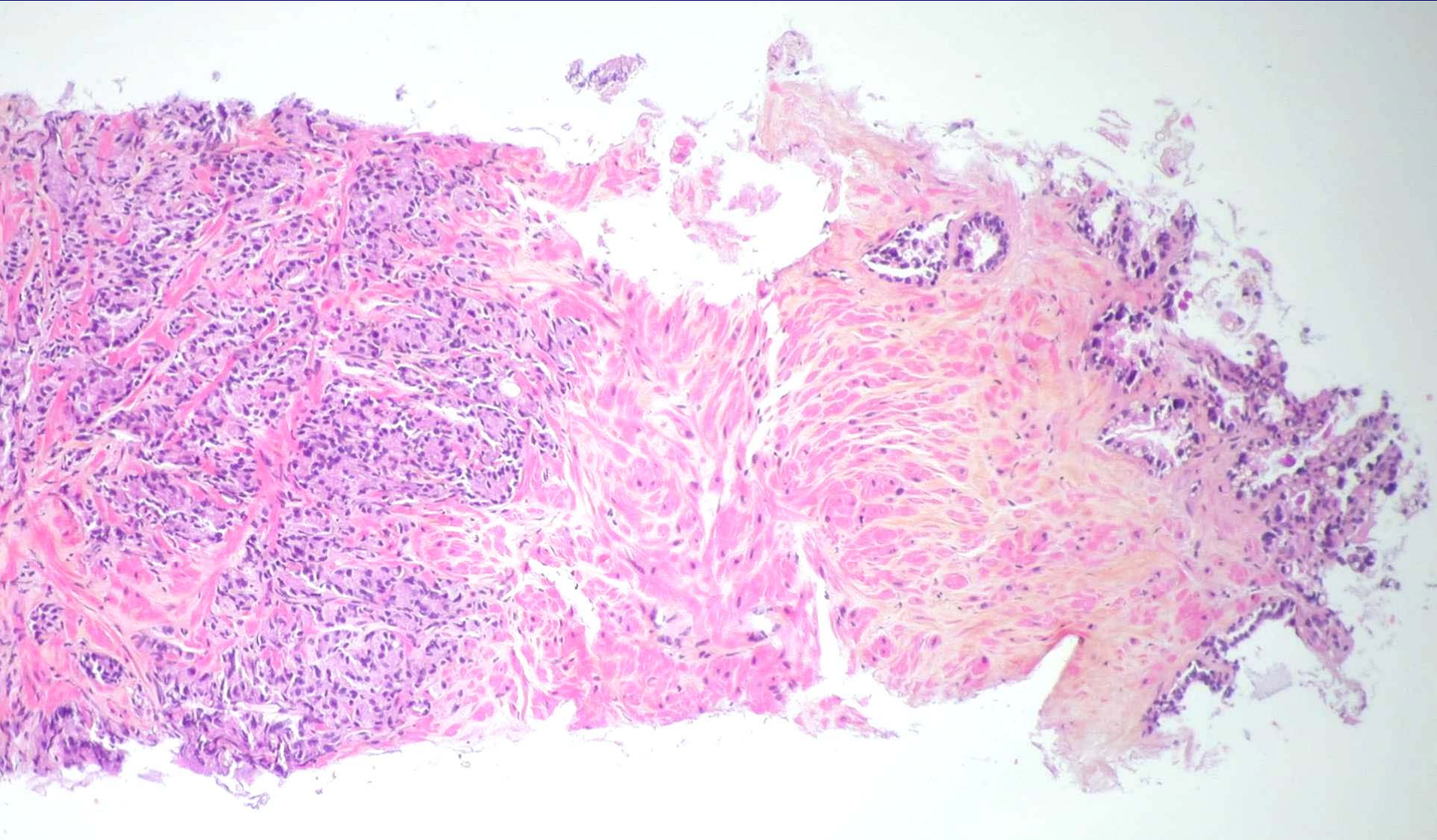


BIOPSIE: Espace péri-prostatique

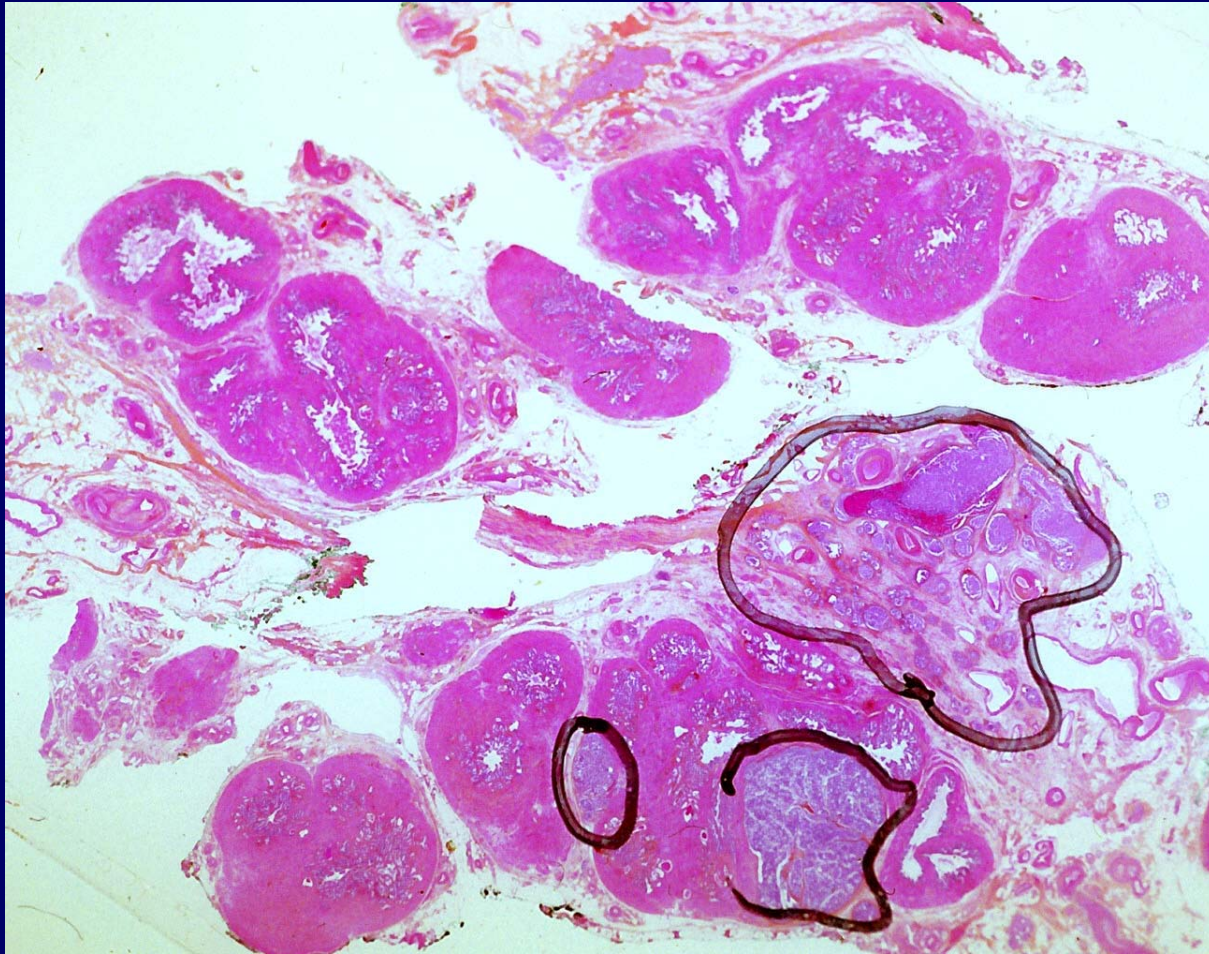


PIECE PR: Espace péri-prostatique

Infiltration des VS = pT3b



PT3b extension au VS



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)

6) Marges de résection dans les pièces PR

- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

6) Marges de résection dans les pièces PR

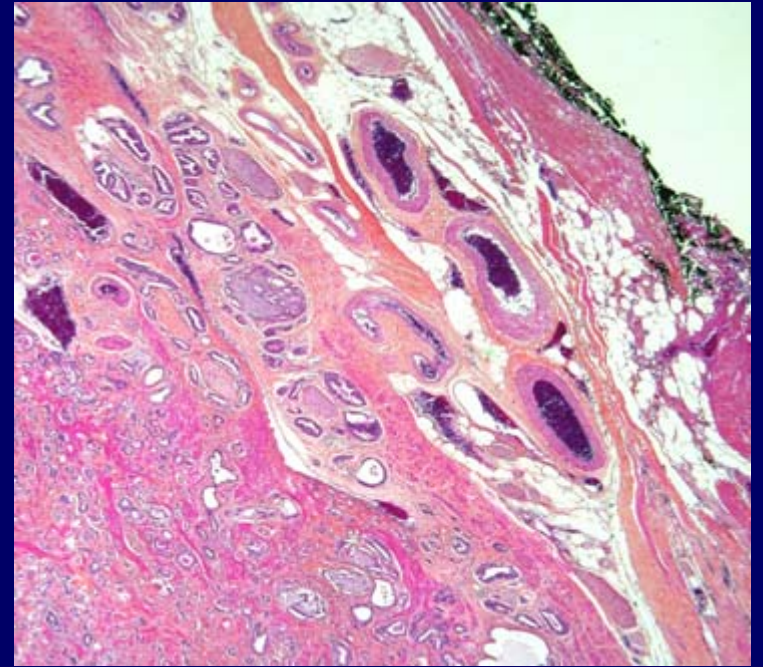
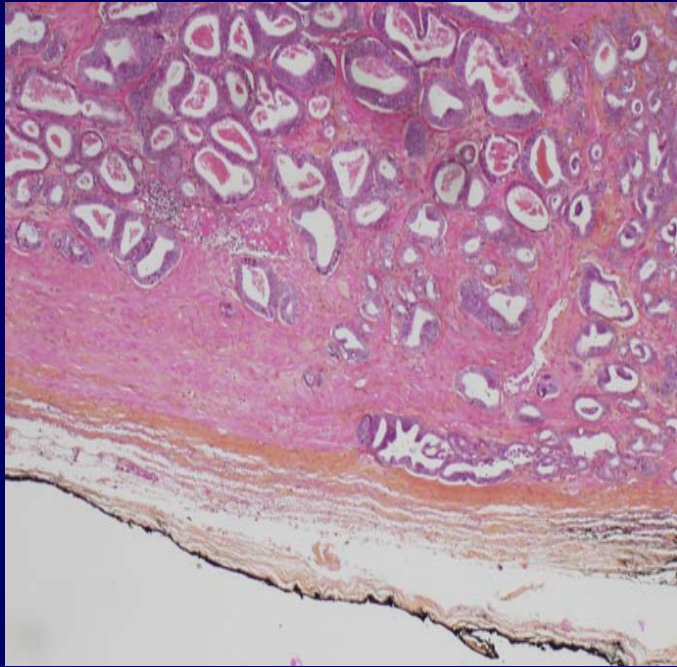
- Les marges sont négatives (R0), douteuses (Rx) ou positives (R1 avec mesure de la marge la plus grande).

Une marge positive peut s'associer à n'importe quel stade pathologique :

une tumeur extra-prostatique pT3,
soit à une tumeur intra-prostatique pT2.

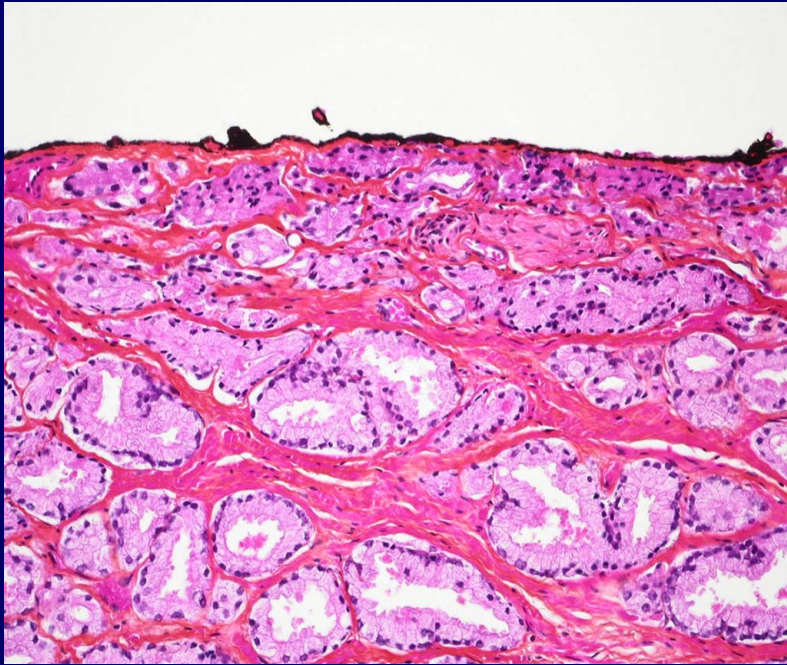
Une tumeur pT2 peut atteindre la marge sans que l'on puisse mettre en évidence de franchissement capsulaire (marge iatrogène par incision intra-capsulaire, ou absence de tissu adipeux extra-capsulaire à ce niveau)

Marge négative pT2



Marge négative pT3

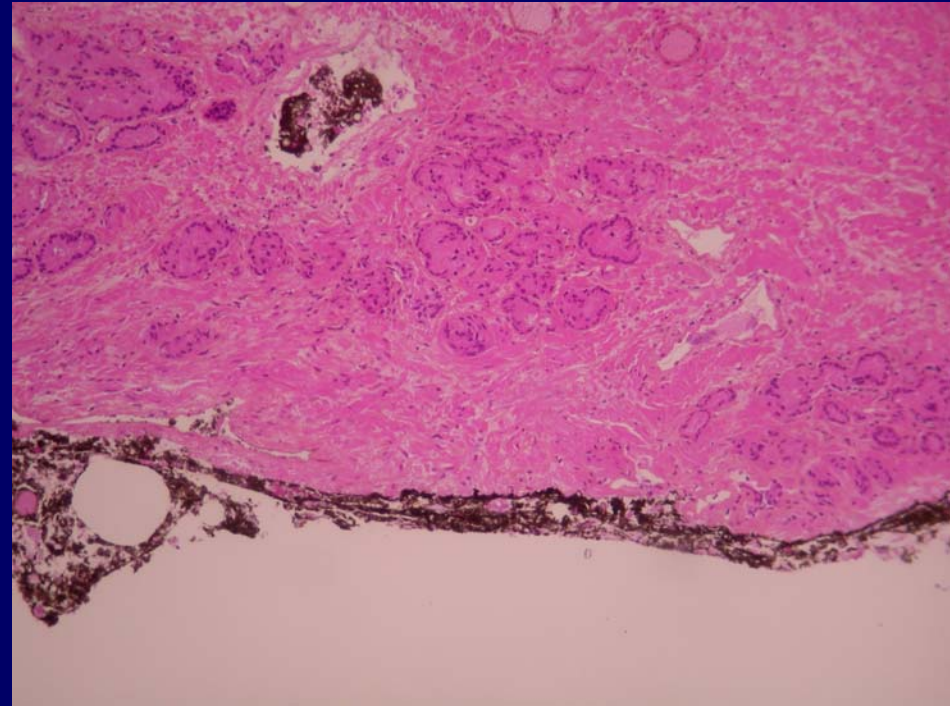
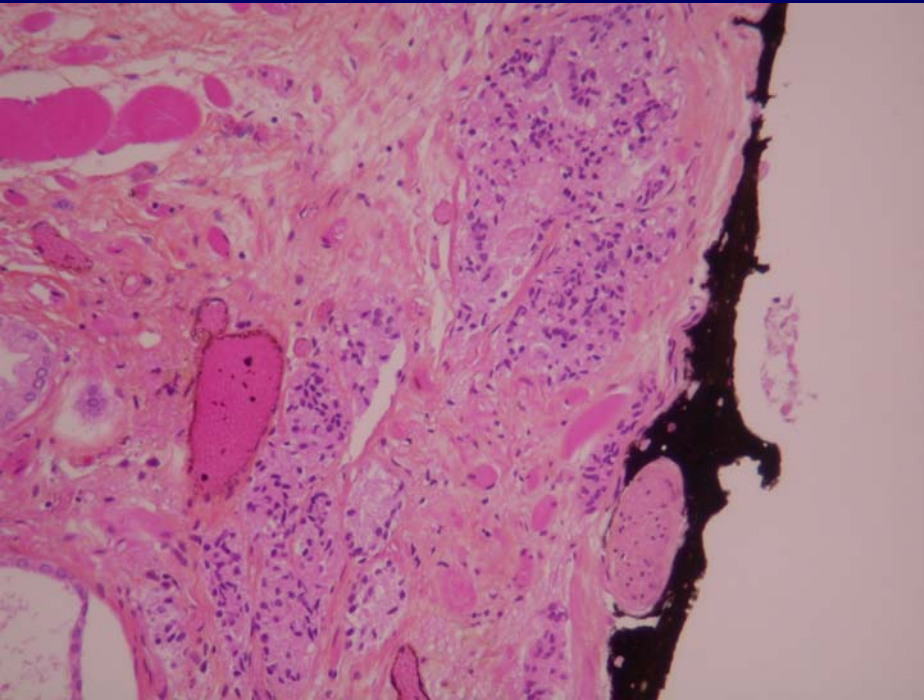
Marge positive pT2



Marge positive pT3a



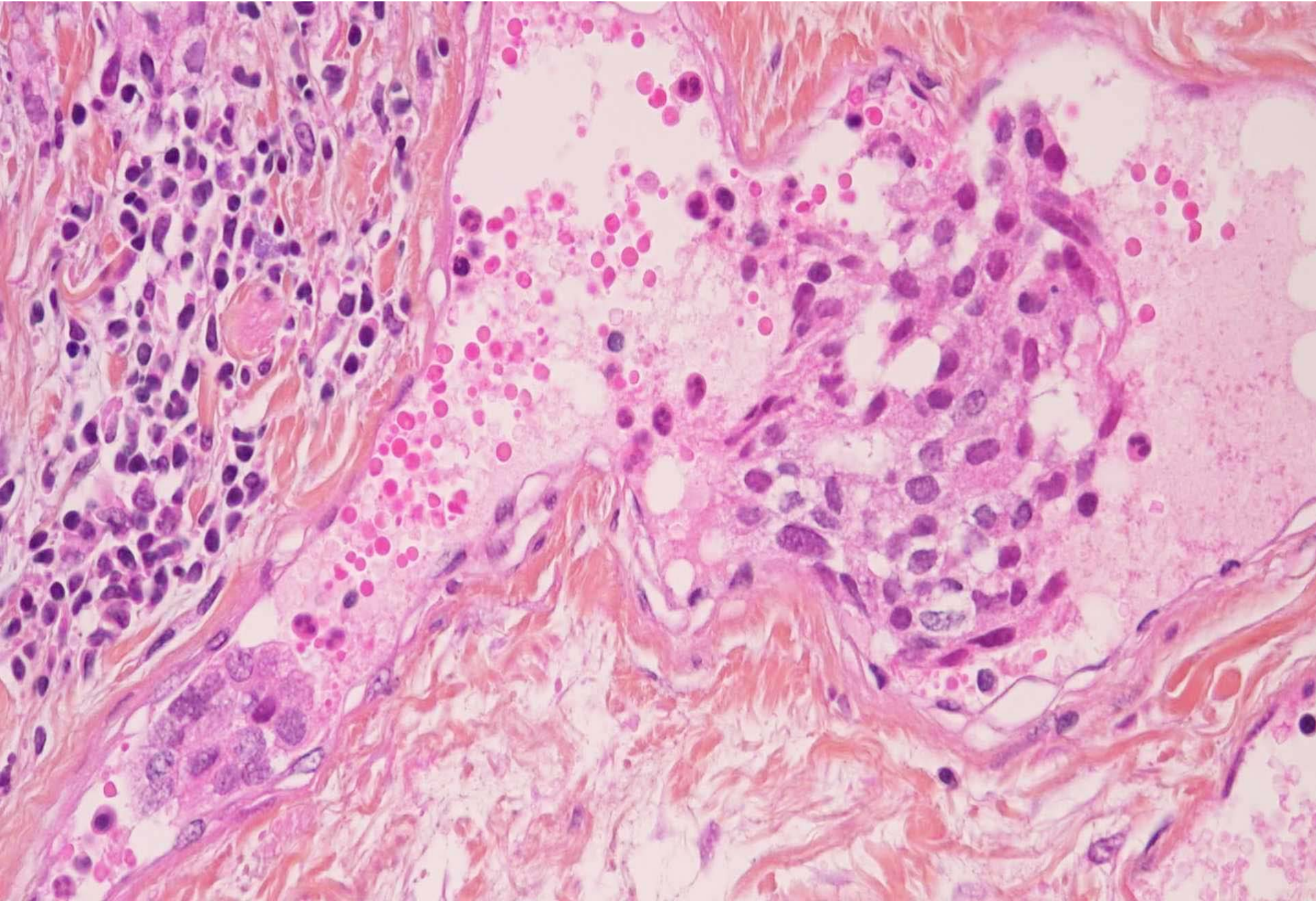
Marge douteuse RX



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire**
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

Emboles vasculaires

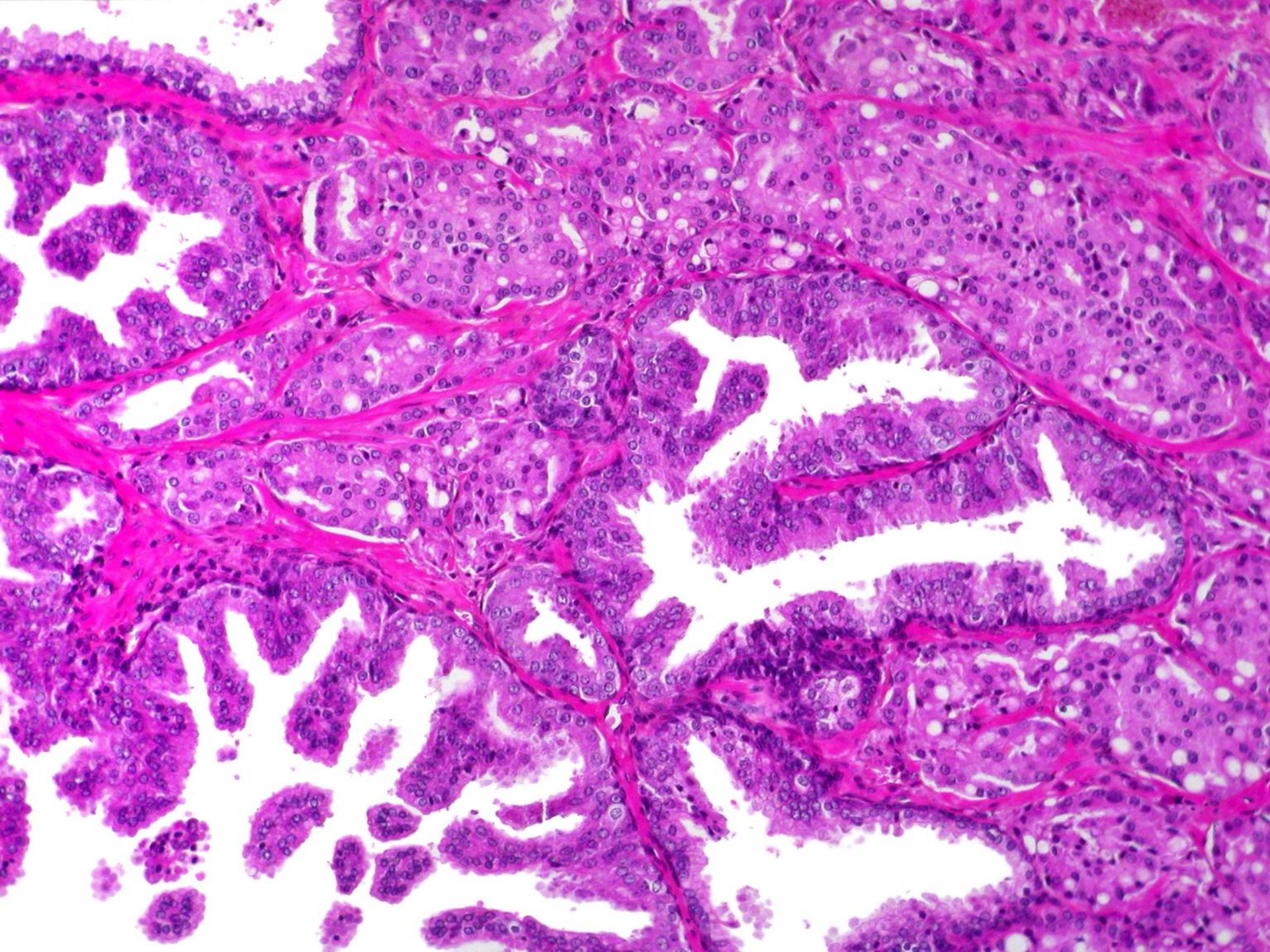


FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire**
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)
- 10) Staging

FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)**
- 10) Staging



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

- 1) Type histologique du cancer
- 2) Grade histologique de Gleason: Score
- 3) Volume de la tumeur
- 4) Invasion péri-neurale
- 5) Extension extra-prostatique (EEP)
- 6) Marges de résection dans les pièces PR
- 7) Invasion lympho-vasculaire
- 8) Le statut ganglionnaire
- 9) PIN (Prostatic Intraepithelial Neoplasia)

10) Staging

10) Staging: TNM

TNM (UICC/AJCC 2002)

p T1 = T1 clinique, détection histologique

a et b : sur RTU

c : sur PBP

p T2 : stade intra-capsulaire

a : unilatéral

b : bilatéral

p T3 : stade extra-capsulaire

**a : franchissement capsulaire focal /
extensif**

b : invasion des Vésicules Séminales

**p T4 : atteinte des organes voisins : col
vésical- paroi rectale - paroi pelvienne**

En Pratique en EUROPE

Egevad L, Algaba F, Berney D M, Boccon-Gibod L, Griffiths D F, Lopez-Beltran A, Mikuz G, Varma M & Montironi R
(2008) *Histopathology* 53, 333–339

Handling and reporting of radical prostatectomy specimens in Europe: a web-based survey by the European Network of Urothology (ENUP)

tions. Contact data of urothologists were collected from 321 pathology laboratories in 15 West European countries. In the first ENUP survey, 67.6% (217/321) of the members replied to a web-based questionnaire.

En Pratique en EUROPE

Egevad L, Algaba F, Berney D M, Boccon-Gibod L, Griffiths D F, Lopez-Beltran A, Mikuz G, Varma M & Montironi R (2008) *Histopathology* 53, 333–339

Handling and reporting of radical prostatectomy specimens in Europe: a web-based survey by the European Network of Uro pathology (ENUP)

Aims: To survey current European practices in handling and reporting of radical prostatectomy (RP) specimens.

Methods and results: A European Network of Uro pathology (ENUP) was organized for the dissemination of information, survey studies and research collaborations. Contact data of uro pathologists were collected from 321 pathology laboratories in 15 West European countries. In the first ENUP survey, 67.6% (217/321) of the members replied to a web-based questionnaire. Some practices were adopted by a large majority, e.g. inking of the specimen (96.6%), Gleason grading (99.5%), stratifying extraprostatic extension (EPE) according to extent (88.2%), reporting TNM stage

(88.6%) and reporting location of positive margins (98%). As many as 71.6% of respondents always embedded the entire prostate and only 10.8% always practised partial embedding. Whole mounts were routinely used by 37.5% and standard blocks by 55.5%. Among areas with variable routines were methods to define focal versus extensive EPE and methods to quantify margin positivity, probably reflecting that the optimal method has yet to be determined. **Conclusions:** Some practices are almost universally adopted in Europe, whereas others still need to be standardized. The results of the study may be helpful when judging what recommendations are reasonable to issue.

-Pratiques +/- unanimes:

- Encrer PR (96,6%)
- Grade et Score de Gleason (99,5%)
- EEP (88,2%)
- Marges et localitation (98%)

-Pratiques moins standardisées:

- Inclusion en totalité (71,6%)
- Type de cassettes (55% bloc standard)
- Quantification de l'EEP et étendue des marges



Le langage entre le pathologiste et l'urologue/oncologue ?

COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE (standardisé)

RECOMMENDATION

Recommendations for the reporting of prostate carcinoma

Jonathan I. Epstein · John Srigley · David Grignon ·
Peter Humphrey · Christopher Otis

ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL
Final Anatomic Diagnosis Checklist
Prostate Carcinoma

(Ver 1.4, 12-06)

Accession No.: _____ Part No(s): _____ Date: _____

Patient Name: _____

ORGAN, SITE, OPERATION:

Prostate Gland _____ Radical Prostatectomy

Prostate Gland _____ Radical Prostatectomy
with right and left pelvic and
lymphadenectomy

Other _____

-Primary Tumor Diagnosis: *Required*

- Adenocarcinoma (not otherwise specified)
- Mucinous adenocarcinoma
- Prostatic duct adenocarcinoma
- Small cell carcinoma
- Adenosquamous carcinoma
- Transitional cell carcinoma
- Squamous cell carcinoma
- Other: _____

A. Gleason Score: ____ + ____ = ____/10 with tertiary pattern ____ (if present)

Gleason Grading System

- 1 Single, separate, closely packed, uniform fairly large glands with a margin delineating the edge of tumor
- 2 Single, separate fairly large glands that are less uniform and more loosely arranged, with a less definite margin
- 3 Single, separate, but variably sized and shaped glands that may be widely separated and have a poorly delineated margin
Sharply circumscribed, rounded tumor with a cribriform pattern of the same size as normal glands
- 4 Fused glands
Poorly formed glands
Irregular or large cribriform glands
Hypernephromatoid pattern
- 5 Single cells
Sheets of cells
Cords of cells
Tumor with central comedonecrosis

ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL
Final Anatomic Diagnosis Checklist
Prostate Carcinoma

NOTE: It is required that only the dominant tumor nodule is assigned a Gleason score with an option to assign a Gleason score to other major tumor nodules. The dominant nodule is typically the largest tumor, which is also the tumor with the highest stage and highest grade. In the unusual occurrence of a non-dominant nodule (i.e. smaller nodule) that is of higher stage or highest grade, one should also assign a grade to that nodule.

B. Location of Tumor: *Required*
Tumor predominantly involves the _____ lobe (specify laterality)
Tumor involves both lobes.

NOTE: Only dominant tumor(s) should be categorized. Small multifocal tumor foci should not be factored in unless they are the only or highest grade or highest stage tumor in the prostate

C. Extent of Tumor

- Tumor is confined to the prostate (lacks extra-prostatic extension),
- Tumor demonstrates extra-prostatic extension with
 - unilateral extra-prostatic extension (specify laterality)
 - bilateral extra-prostatic extension.
- Tumor invades into muscular wall of the seminal vesicle(s) (specify laterality)
- Extra-prostatic extension cannot be determined since the outer border of the prostate is microscopically not intact (capsular incision is present, _____ specify laterality)

-Margins of Excision: *Required*
(specify status of bladder base, apical margins, vas deferens margins, and peripheral margins)

- Bladder base margin is free of tumor
- Apical margin is free of tumor
- Bladder base and apical margins are free of tumor
- Vas Deferentia margins are free of tumor
- Tumor is present at the apical margin
- Tumor is present at the bladder base margin
- Tumor is present at left/right vasa deferens margin
- Tumor is present at the peripheral margin in an area of extra-prostatic extension at aspect of specimen (specify site(s) of involvement such as anterior, posterior, left, right, etc)
- Tumor is present at the peripheral margin in an area of capsular incision at aspect of specimen (specify site(s) of involvement such as anterior, posterior, left, right, etc)

NOTE: All of the following lymph node groups will not be identified in most cases. However, appropriate designations are provided below.

-Lymph Nodes, right pelvic:

- A. Number examined _____
- B. Number positive _____
- C. Comment _____

RECOMMENDATION

Recommendations for the reporting of prostate carcinoma

Jonathan I. Epstein · John Srigley · David Grignon ·
Peter Humphrey · Christopher Otis

ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL
Final Anatomic Diagnosis Checklist
Prostate Carcinoma

-Lymph Nodes, left pelvic:

- A. Number examined _____
B. Number positive _____
C. Comment _____

-Lymph Nodes, right obturator:

- A. Number examined _____
B. Number positive _____
C. Comment _____

-Lymph Nodes, left obturator:

- A. Number examined _____
B. Number positive _____
C. Comment _____

-Additional Tumor Features: ^{Optional}

A. Tumor involves approximately _____ % of the prostate gland (alternate measurements of tumor volume can be used).

B. Vascular invasion: Identified Not Identified

C. Extent of extra-prostatic spread: Focal Non-focal

D. Extent of margin positivity: Focal Non-focal

-Addition findings and comments:

- Prostatic Intraepithelial Neoplasia (PIN), high grade
Adenosis
Basal cell hyperplasia
Atrophy
Treatment related changes
Other:

ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL
Final Anatomic Diagnosis Checklist
Prostate Carcinoma

-Ancillary Studies: ^{Optional}

Special stains are performed, the results are as follows:

- A. _____
B. _____
C. _____
D. _____

Interpretation _____

Immunohistochemical studies are performed, the results are as follows:

- A. _____
B. _____
C. _____
D. _____

Interpretation: _____

-pTN Stage: ^{Required}

A. Primary Tumor:

- pT2 Tumor confined within the prostate
pT2x (or pT2+) Tumor is organ confined except in an area of capsular incision where it cannot be determined
pT3 Tumor extends out of the prostate
pT3a Tumor demonstrates extra-prostatic extension without seminal vesicle invasion
pT3b Tumor demonstrates extra-prostatic extension and invades seminal vesicle
pT4 Tumor is fixed or invades adjacent structures other than the seminal vesicles such as: bladder neck (grossly), external sphincter, rectum, levator muscles and/or is fixed to the pelvic wall

NOTE: A microscopically positive bladder neck margin is pT3

NOTE: If surgical margin(s) are positive for carcinoma, this should be indicated by the designation R1 in the pT stage: e.g., pT3(R1).

B. Regional Lymph Nodes:

- pNX Regional lymph nodes cannot be assessed
pN0 No regional lymph node metastasis
pN1 Metastasis in regional lymph node or nodes



The Royal College of Pathologists



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

TUMOUR HISTOPATHOLOGY REPORT

Here to upgrade to Full Pages and Expanded Features

Date of birth Sex
Hospital NHS No
Date of request Date of reporting Report No
Pathologist Surgeon
PSA (if known)

TYPE OF SPECIMEN

Needle biopsy Number of cores sent
TURP Weight g

HISTOLOGY

Adenocarcinoma present: Yes No
High grade PIN present: Yes No
Gleason score (largest %age first)
Number of chips containing tumour

For needle biopsy:
Right 1 Tumour present Yes No
Right 2 Tumour present Yes No
Right 3 Tumour present Yes No
Left 1 Tumour present Yes No
Left 2 Tumour present Yes No
Left 3 Tumour present Yes No

Invasion into seminal vesicle: Yes No
Other histological features: Acute inflammation
Chronic inflammation
Other tumour Please specify

PATHOLOGIST

Signature: Date: SNOMed codes:



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

PROSTATE TUMOUR HISTOPATHOLOGY REPORT

Here to upgrade to Full Pages and Expanded Features

Date of birth Sex
Hospital NHS No
Date of request Date of reporting Report No
Pathologist Surgeon

GROSS DESCRIPTION

PSA (if known)
Weight g Size x x mm

HISTOLOGY

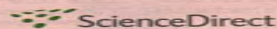
Adenocarcinoma present: Yes No
Other tumour (including high grade PIN)
Gleason score

STAGING

Confined to prostate pT2 Extraprostatic extension pT3
Circumferential margin involved Yes No
Apical margin involved Yes No
Base margin involved Yes No
Invasion of seminal vesicles Yes pT3b No
Lymph nodes sent Yes No
Lymph nodes contain tumour Yes No
Other pathology

PATHOLOGIST

Signature: Date: SNOMed codes:



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Le compte rendu standardisé en pathologie cancérologique urologique

The uropathological standardized reports

Vincent Molinié^{a,*}, Marc de Fromont^b,
Agnès Lesourd^c, Catherine Mazerolles^d,
Gaëlle Fromont^e, Michel Soulié^f, Nicolas Mottet^g,
Jacques Irani^h, Arnaud Méjeanⁱ, Xavier Rebillard^j,
Jean-Louis Davin^k



Compte rendu-fiche standardisé en pathologie cancérologique : 1- Biopsies prostatiques

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____
N° de dossier (IPP) : _____ N° d'examen : _____
Préleveur : _____ Pathologiste : _____
Date d'intervention : ____ / ____ / ____ Date du Compte rendu : _____
Code postal domicile : _____ Code postal commune de naissance : _____

Renseignements cliniques

PSA total : ____ ng / ml Stade clinique (TR) : ____
Traitement : non oui Si oui MD1 _____
Biopsies antérieures : non oui Si oui résultats : MD2 _____

Examen microscopique

Siège des biopsies	Nombre de biopsies positives / nombre de biopsie par site ¹	Longueur de cancer / longueur de la biopsie(s)	Grade (x + y)	Capsule	Engagement des filets nerveux	Emboles vasculaires (non ou oui)	Autre lésion
Apex droit				MD4	MD5		MD6
Milieu droit				MD4	MD5		MD6
Base droite				MD4	MD5		MD6
Total à droite				MD4	MD5		MD6
Apex gauche				MD4	MD5		MD6
Milieu gauche				MD4	MD5		MD6
Base gauche				MD4	MD5		MD6
Total à gauche				MD4	MD5		MD6
Autre site MD3 ²				MD4	MD5		MD6

Examen immunohistochimique

Anticorps (Clone, Dilution): CK 903 / ____ / ____ CK 5/6 / ____ / ____ P63 / ____ / ____ P504s / ____ / ____
Résultats : _____

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

MD : renvoi au menu déroulant correspondant.

¹ Si 0 à l'ensemble des lignes de la colonne « Nombre de biopsies positives / nombre de biopsie par site » du tableau, les 4 colonnes suivantes s'effacent.

² Si Anastomose uréthro-vésicale est sélectionnée comme autre site, les lignes 2 à 8 et les colonnes 5 et 6 s'effacent.



Commentaires

Conclusion³

Diagnostic : pas de signe histologique de malignité adénocarcinome classique autre
Si autre diagnostic, préciser : MD7 _____
Nombre de biopsies positives / nombre de biopsies effectuées : ____ / ____
Score de Gleason global : ____ (____ + ____) Si score ≥ 7 : % de grade 4 / 5 : ____
Stade biologique : au moins pT2 p T3a pT3b

Signature du Pathologiste

CODE ADICAP | _____ CIM10 | _____

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

MD : renvoi au menu déroulant correspondant.

³ En conclusion, si pas de signe histologique de malignité est sélectionné, les 4 lignes suivantes s'effacent.



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Le compte rendu standardisé en pathologie cancérologique urologique

The uropathological standardized reports

Vincent Molinié^{a,*}, Marc de Fromont^b, Agnès Lesourd^c, Catherine Mazerolles^d, Gaëlle Fromont^e, Michel Soulié^f, Nicolas Mottet^g, Jacques Irani^h, Arnaud Méjeanⁱ, Xavier Rebillard^j, Jean-Louis Davin^k



Compte rendu-fiche standardisé en pathologie cancérologique : 2 - Prostatectomie radicale

Form fields for patient and exam information: Nom, Prénom, N° de dossier (IPP), N° d'examen, etc.

Renseignements cliniques

Form fields for clinical information: PSA total, Stade clinique (TR), Antécédents familiaux, etc.

Technique chirurgicale

Form fields for surgical technique: Rétropubienne, Préservation des bandelettes, etc.

Prélèvements pour congélation

Form field for biopsy information: Examen extemporané, Nom du pathologiste

Ganglions

Table with 5 columns: Localisation, Nombre ganglions positifs, Nombre de micrométastases, Effraction capsulaire, Concordance examen définitif

Limites chirurgicales

Form field for surgical limits: Localisation MD2, Résultat (négative / positive)

Examen macroscopique

Form fields for macroscopic exam: Poids, Hauteur, Largeur, etc.

Examen microscopique

Form fields for microscopic exam: Tumeur résiduelle, Foyer principal, etc.

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire MD : renvoi au menu déroulant correspondant



Extension tumorale

Form fields for tumor extension: Extension extraprostatique, Infiltration périneuse, etc.

Examen immunohistochimique

Form field for immunohistochemistry: Anticorps (Clone, Dilution), CK 903, etc.

Commentaires

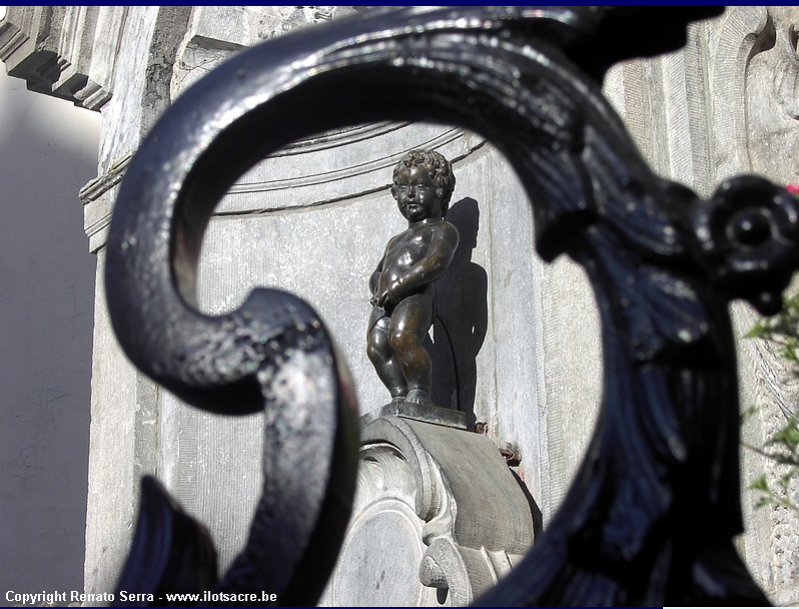
Conclusion

Form fields for conclusion: Type histologique, Topographie MD3, Score de Gleason global, etc.

Signature du Pathologiste

Form fields for coding: CODE ADICAP, CIM10

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire MD : renvoi au menu déroulant correspondant



Copyright Renato Serra - www.ilotsacre.be



Cloître de Port Royal