

# Tumeurs épithéliales

# PLAN

## I- Tumeurs malpighiennes

- 1-1- tumeurs bénignes
- 1-2- tumeurs malignes

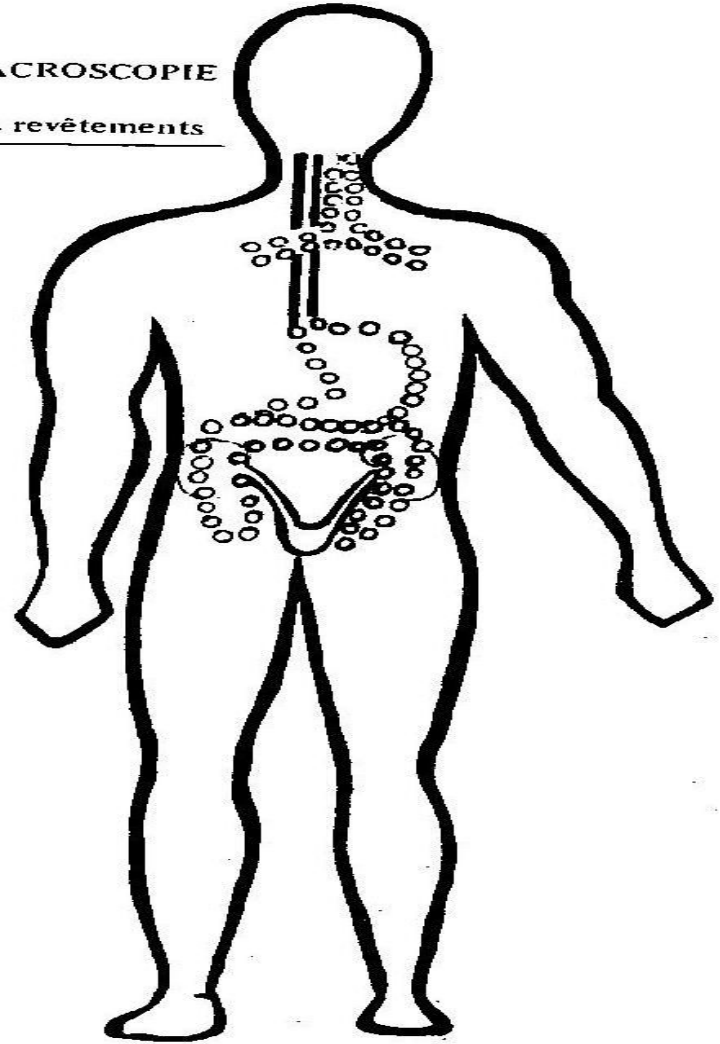
## II- Tumeurs glandulaires

- 2-1- tumeurs des organes creux
- 2-2- tumeurs des parenchymes exocrines
- 2-3- tumeurs endocrines

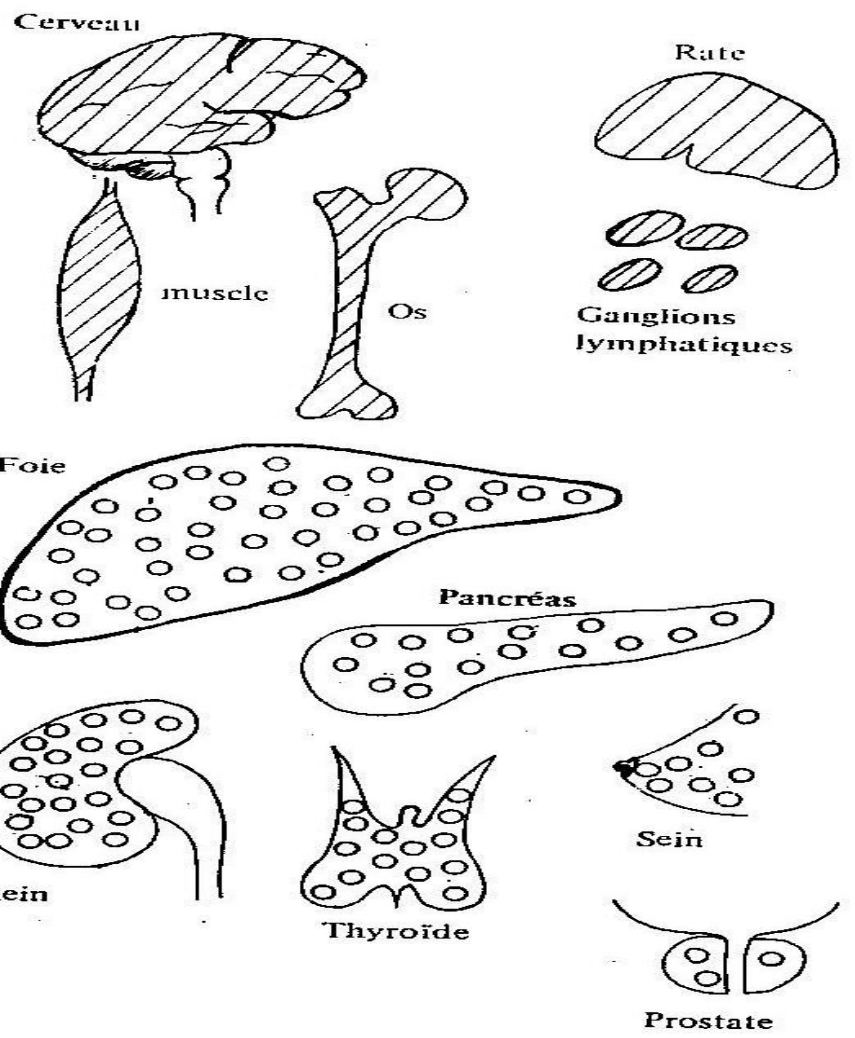
## III- Tumeurs urothéliales

MACROSCOPIE

Les revêtements



Les parenchymes



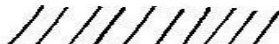
MICROSCOPIE

1) EPITHELIUMS

2) CONJONCTIF

Epidermoïde : 

Glandulaire : 

(Très grande variété) : 

# RAPPEL CLASSIFICATION GENERALE DES TUMEURS

Terminologie en fonction de *l'origine cellulaire*:

**tissus épithéliaux**    *tumeur bénigne*    *tumeur maligne*  
**carcinome**

*Malpighien ou*    *papillome*    *carcinome épidermoïde*  
*Épidermoïde*

glandulaire    adénome    adénocarcinome

urothélial    papillome    carcinome urothélial

# **Tumeurs épithéliales malpighiennes (ou épidermoïdes)**

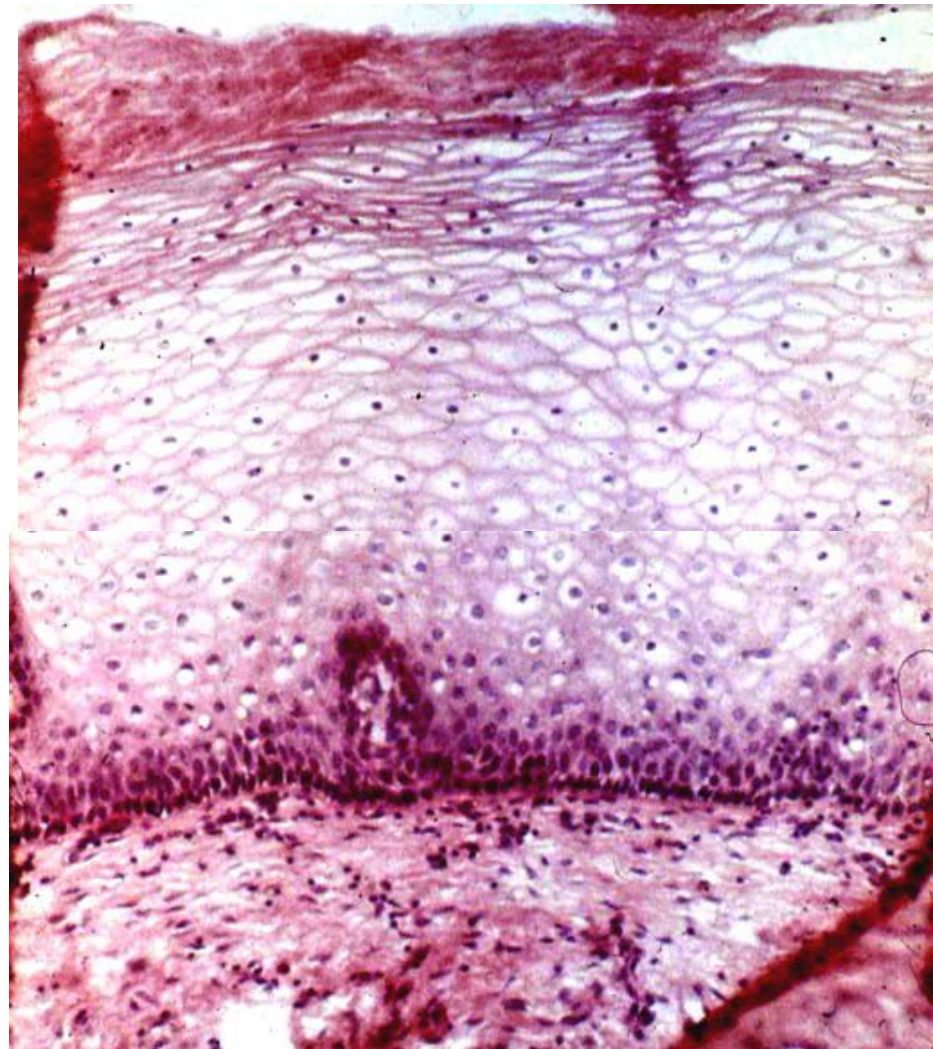
# I- TUMEURS MALPIGHIENNES

- Se développent à partir des épithéliums malpighiens :
  - peau = épiderme
  - muqueuses:
    - tube digestif: bouche, pharynx, œsophage, anus
    - moitié supérieure du larynx
    - vagin et partie externe du col utérin.
- Revêtement en métaplasie malpighienne :
  - métaplasie malpighienne de l'épithélium glandulaire des bronches ou du larynx +++
  - métaplasie malpighienne de l'urothélium des voies excrétrices ++

# I- TUMEURS MALPIGHIENNES

**Histologie normale des épithéliums épidermoïdes:**  
épithéliums *pluristratifiés comportant:*

- une couche petites *cellules basales*, reposant sur la *membrane basale*
- une couche de *cellules intermédiaires*, avec cytoplasme plus abondant
- une couche de *cellules superficielles* qui desquament.



# I- TUMEURS MALPIGHIENNES

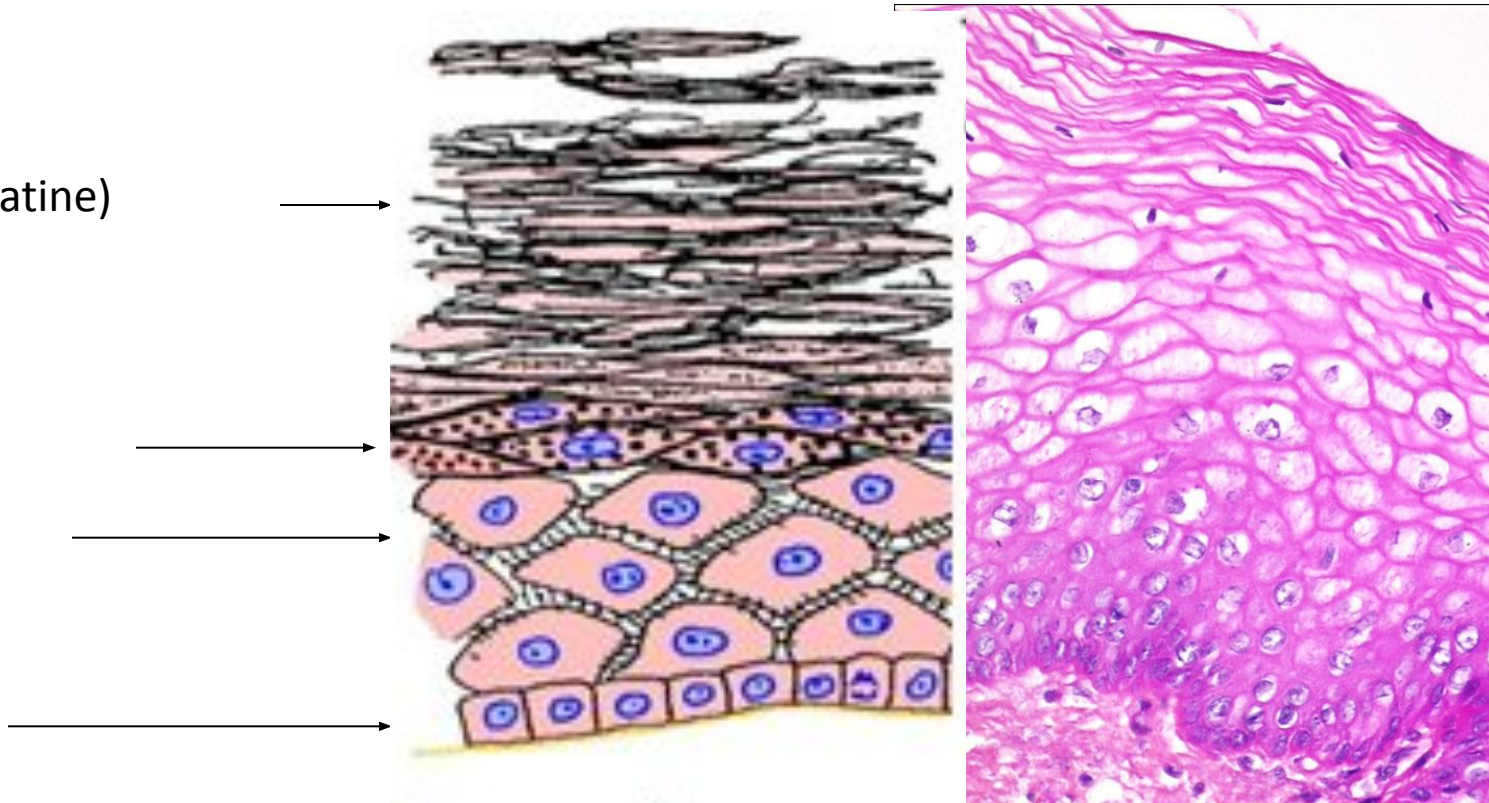
- peau : cellules superficielles *kératinisées*
- muqueuses : riches en *glycogène*

Couche cornée (kératine)

Couche granuleuse

Couche épineuse

Couche basale





# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

- Papillome : TB des épithéliums malpighiens cutanés et ORL
- Condylome : TB des muqueuses génitales et anales

# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

- Papillome

- localisation :

- cutanée (verrue vulgaire)
- muqueuse (ORL, œso)

- souvent d'origine virale (HPV)

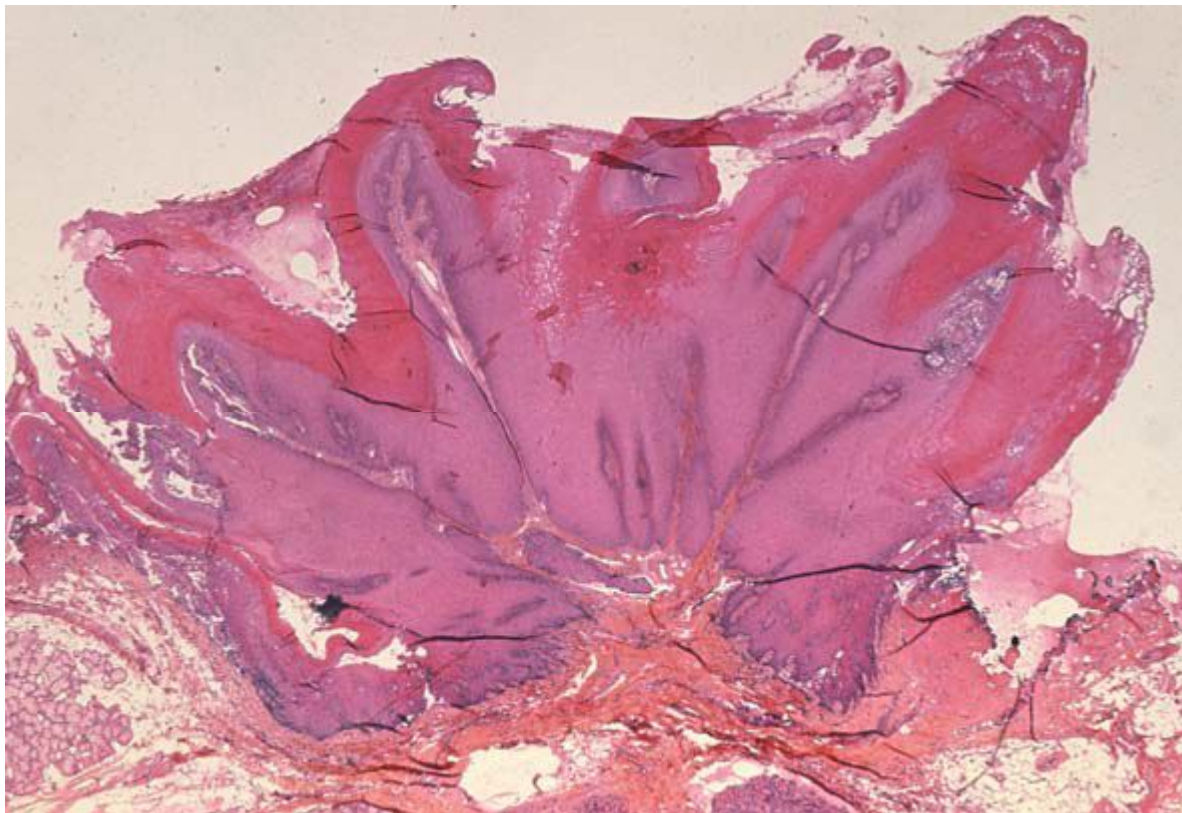
- macro : T **végétante**  
souvent **framboisée**



Verrue

# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

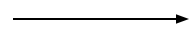
- Papillome : 3 critères histologiques
  - papillomatose : crêtes épidermiques allongées
  - acanthose : épaissement de la couche épineuse
  - hyperkératose : épaissement de la couche cornée



# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

## Papillome cutané

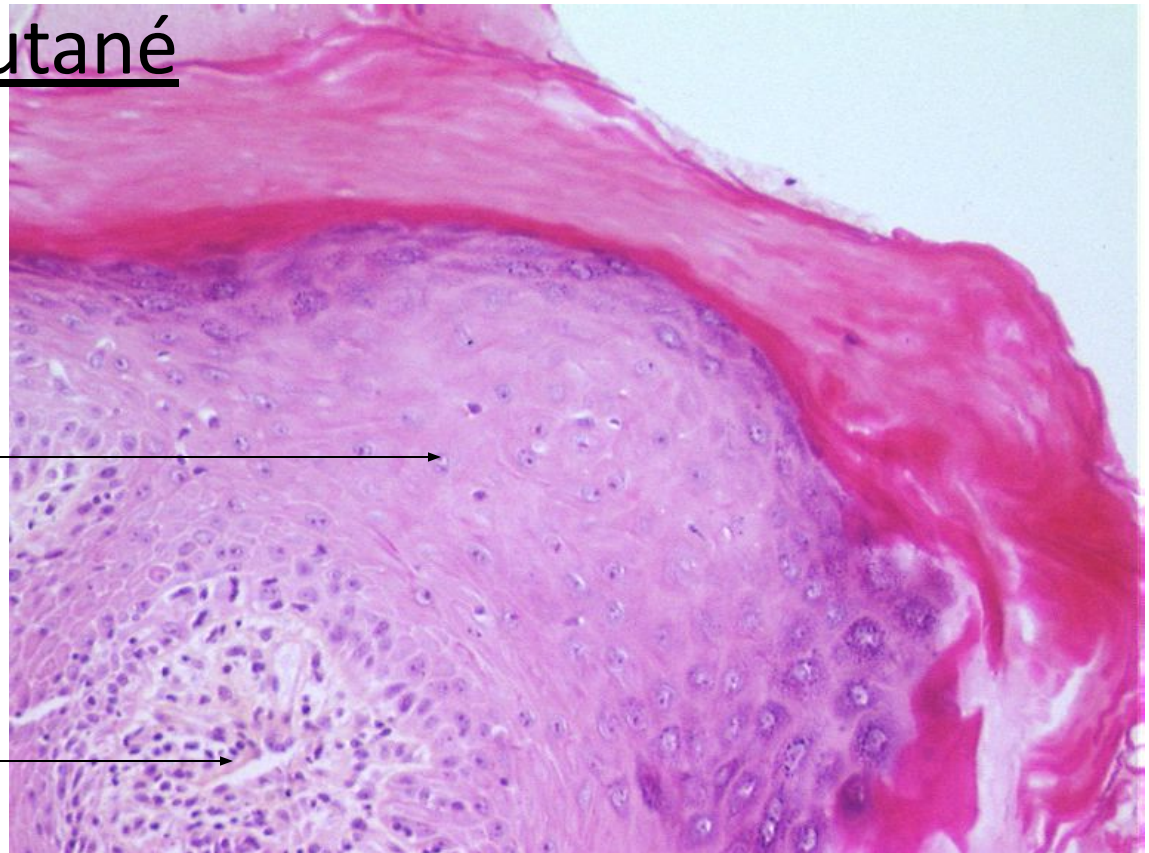
hyperkératos  
e



acanthos  
e



papillomatos  
e



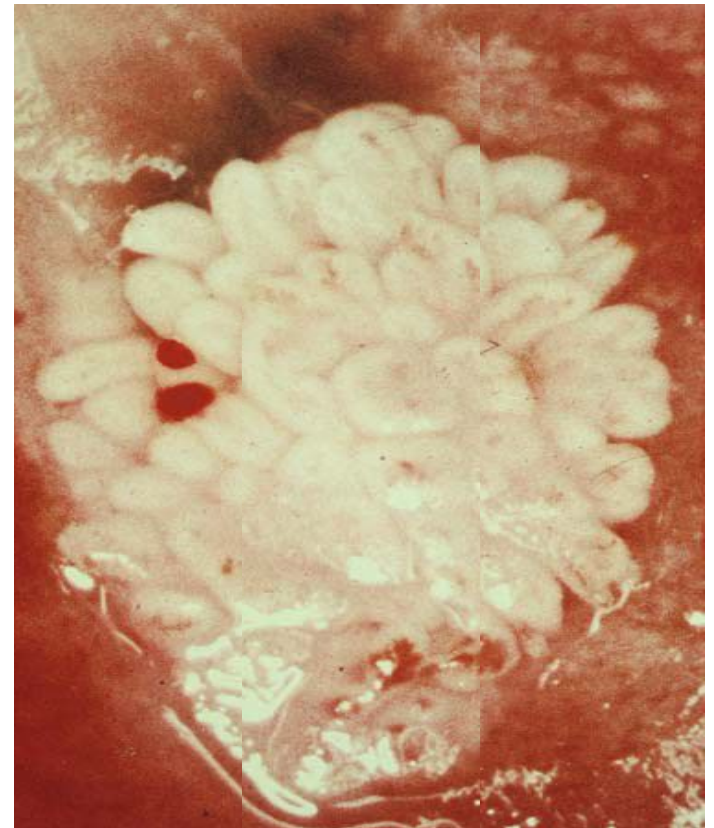
# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

- Condylome
  - TB due à HPV
  - Transmission sexuelle
  - localisation : muqueuses génitale et anale +++  
laryngé (accouchement)



# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

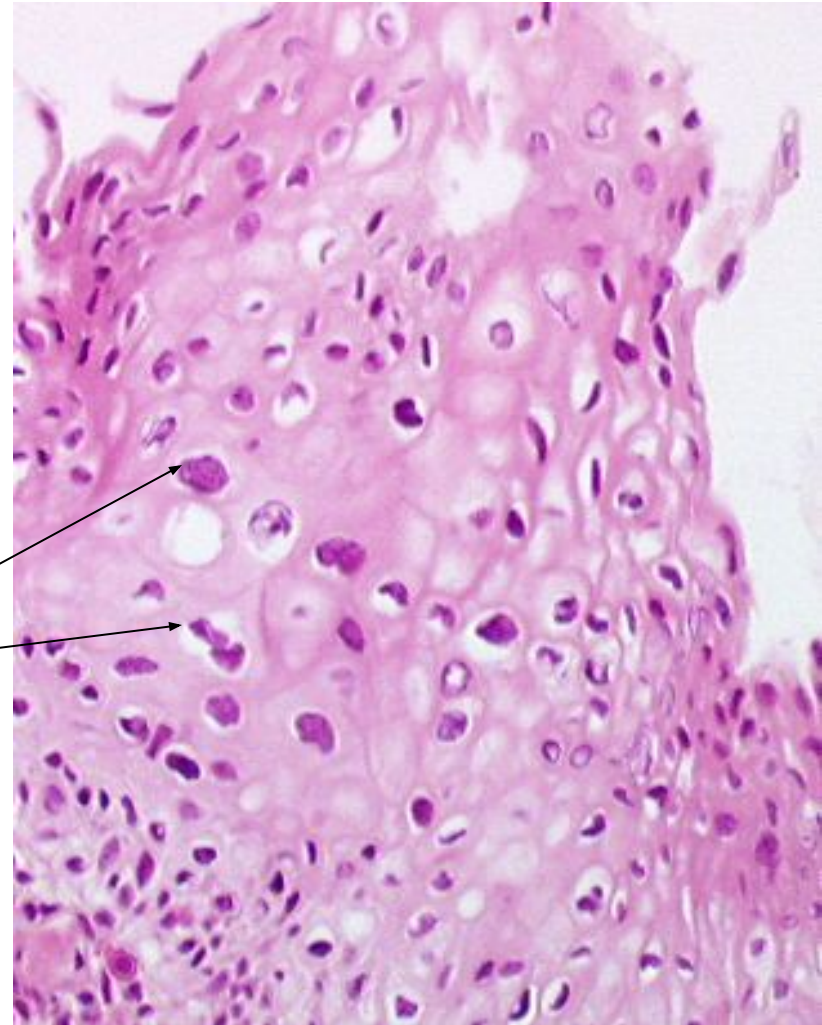
- Condylome : aspects macroscopiques
  - condylome acuminé : en chou-fleur ou en crête de coq (prolifération conjonctive associée à la prolifération épithéliale)
  - condylome plan



# 1-1- Tumeurs malpighiennes bénignes

- Condylome : aspects histologiques
  - prolifération bénigne des cellules malpighiennes
  - signes d'infection virale :

**koilocytes**



Les papillomes et les condylomes sont parfois multiples :  
papillomatose (laryngée, fosses nasales),  
condylomatose (génitale).

### ***Evolution:***

- la plupart de ces tumeurs sont bénignes: pas de récurrence après excision.
- Certaines cependant constituent des états précancéreux et peuvent évoluer vers un cancer: carcinome épidermoïde:
  - condylomes plans génitaux
  - certaines papillomatoses des voies aériennes supérieures

NB : les papillomes urothéliaux sont très rarement de véritables tumeurs bénignes.

Ils récidivent et évoluent vers un carcinome.



## II/ TUMEURS MALPIGHIENNES MALIGNES : CARCINOMES EPIDERMOIDES

*Siège : identique aux tumeurs bénignes*

+ carcinomes épidermoïdes *métaplasiques*

Ex : cancer bronchique

muqueuse bronchique normale glandulaire

*inflammation prolongé (tabac)*

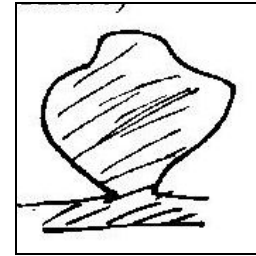
remplacée par une muqueuse épidermoïde (métaplasie)



carcinome épidermoïde.

# MACROSCOPIE : 3 types:

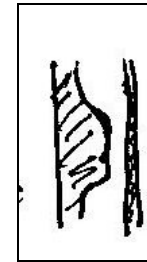
- **tumeur végétante (ou bourgeonnante)**  
indurée, saignant facilement



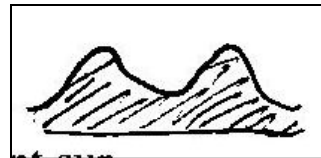
- **tumeur ulcérée**



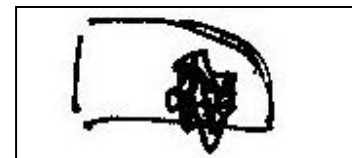
- **tumeur plane ou infiltrante**  
épaississement paroi (oesophage, bronche)  
rétrécissement lumière = *sténose*



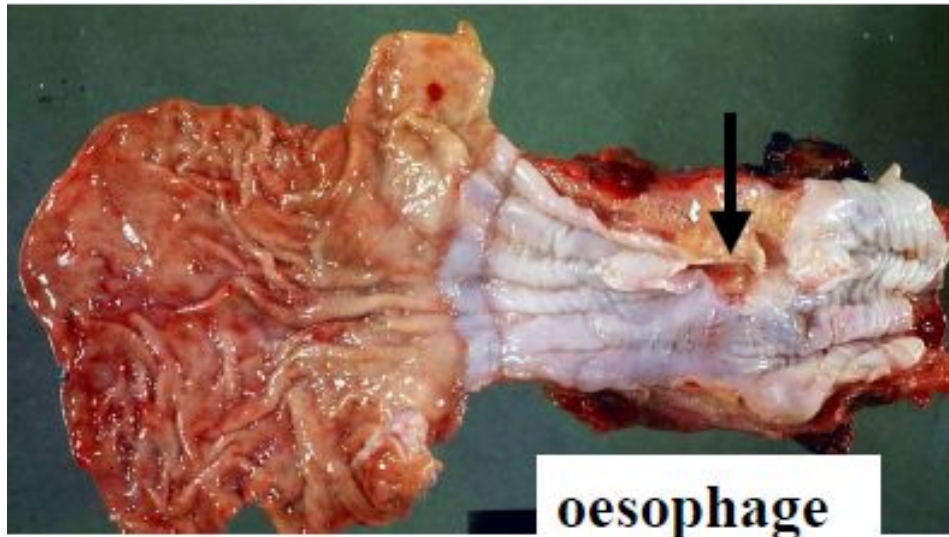
- **Formes mixtes ulcéro-bourgeonnantes**  
très fréquentes



- **Dans parenchymes (ex: cancer bronchique envahissant poumon):**  
tumeur mal limitée, aspect « en crabe »  
exérèse difficile



# Carcinome épidermoïde infiltrant



oesophage



bronche



larynx

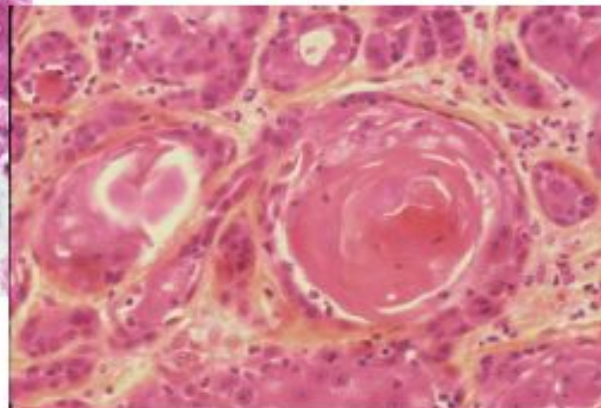
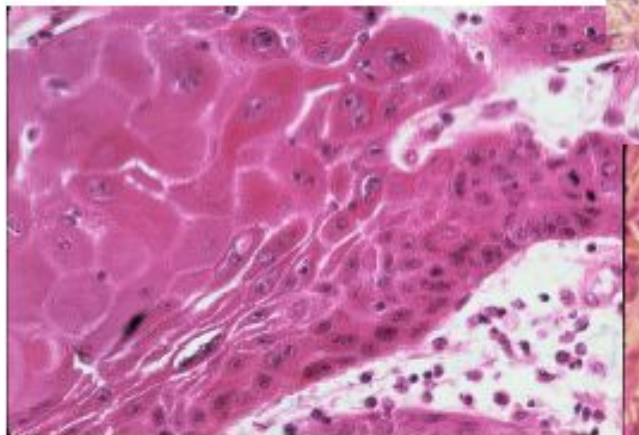
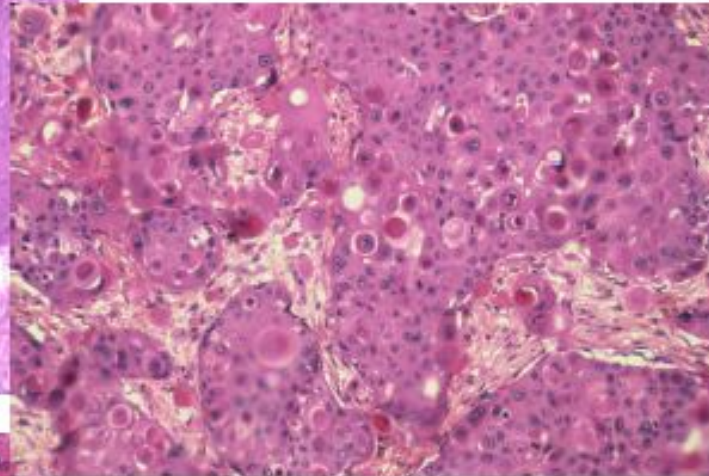
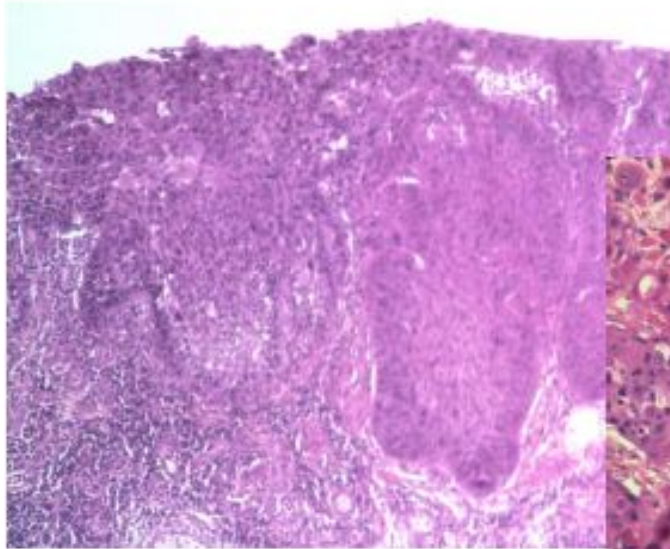
# **CARCINOMES EPIDERMOIDES: HISTOLOGIE:**

*Indispensable pour confirmer la nature bénigne ou maligne d'une tumeur.*

## **Signes architecturaux et cytologiques de malignité:**

- désorganisation de l'architecture du tissu : différenciation tumorale
- infiltration des tissus voisins
- stroma-réaction
- signes cellulaires (cytologiques)

## Carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant





C'est *la conjonction des signes macroscopiques, architecturaux et* cytologique, et le contexte clinique qui permettent de porter le diagnostic de cancer.

Et  $\exists$  des *états intermédiaires entre la bénignité et la malignité*  
= **Lésions pré-cancéreuses = Dysplasies**

- Peau : Dyskératoses dûes à l'exposition au *soleil*
- Col utérin : Dysplasies dûes à l'infection par *HPV*
- Bronche : Dysplasies au niveau de la muqueuse épidermoïde bronchique métaplasique (*tabac*)

**L'évolution de ces dysplasies non traitées se fait vers le cancer.**

# **Tumeurs épithéliales glandulaires**

# I définition - généralités

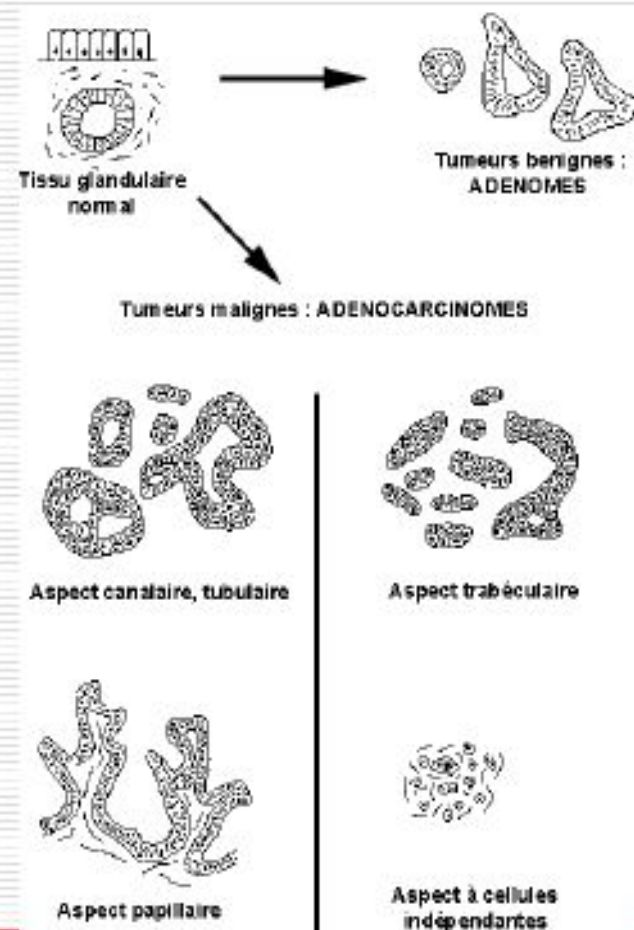
---

- les plus fréquentes des tumeurs
  - elles naissent d'un épithélium glandulaire
  - leur aspect macroscopique et microscopique varie selon qu'il s'agit :
    - d'une muqueuse d'un organe creux (TD, canal excréteur)
    - ou d'un parenchyme (organe plein) de type :
      - exocrine : sein, pancréas exocrine , prostate, foie ...
      - endocrine : thyroïde, parathyroïde, pancréas endocrine
  - tumeur bénigne = adénome
  - tumeur maligne = adénocarcinome
-



# caractères généraux des T Glandulaires

- adénomes :  
structures proches  
du tissu normal  
**mais en excès**
- adénocarcinomes :
  - bien différenciés  
(typiques)
  - moyennement  
différenciés
  - indifférenciés



## II-1 tumeurs des organes creux

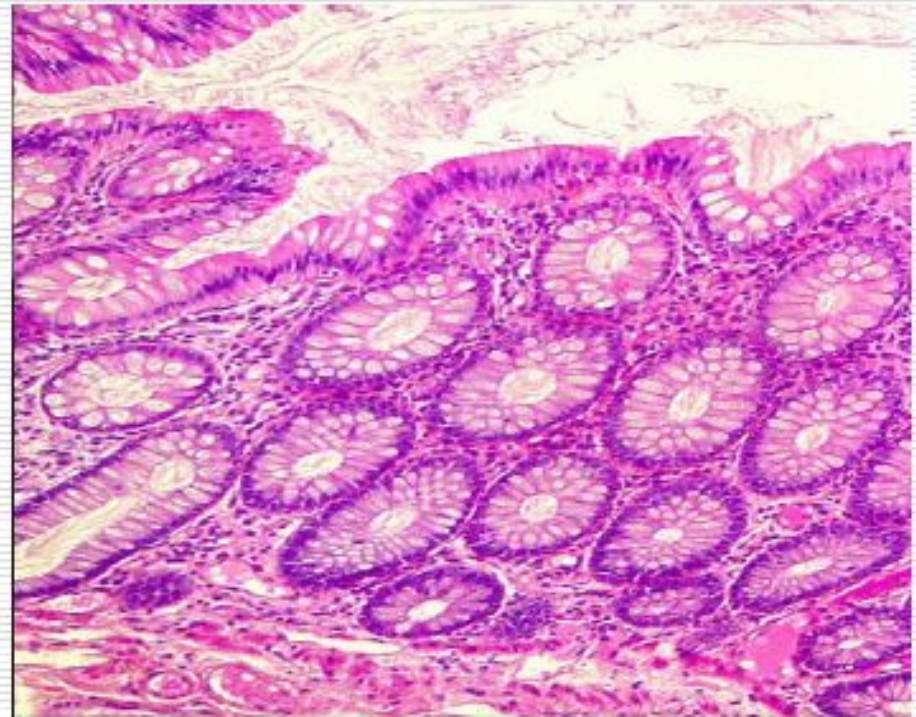
---

- muqueuses glandulaires :
  - digestives : estomac, duodénum, intestin grêle, colon, rectum, appendice
  - canal excréteur : biliaire, glande salivaire
- appareil génital féminin
  - trompe, endomètre, endocol
- voies aériennes :
  - fosses nasales, trachées, bronches

# Rappel : épithélium glandulaire

---

- ❑ Épithélium unistratifié
- ❑ Sécrétion de mucus
- ❑ Cryptes ou glandes
- ❑ Chorion = tissu conjonctif





## II-1 tumeurs des organes creux

---

Adénome

Adénocarcinome

# aspect macroscopique

---

- en saillie sur la surface de la muqueuse
- rattachées par un pédicule  
= polype
- siège : tout le Tube Digestif (Rectosigmoïde ++ )
- Taille : 2-10 mm
- 3 types :
  - adénome tubuleux
  - adénome vilieux
  - adénome mixte

## II-1- Tumeurs glandulaires bénignes des organes creux

Adénome = polype

---



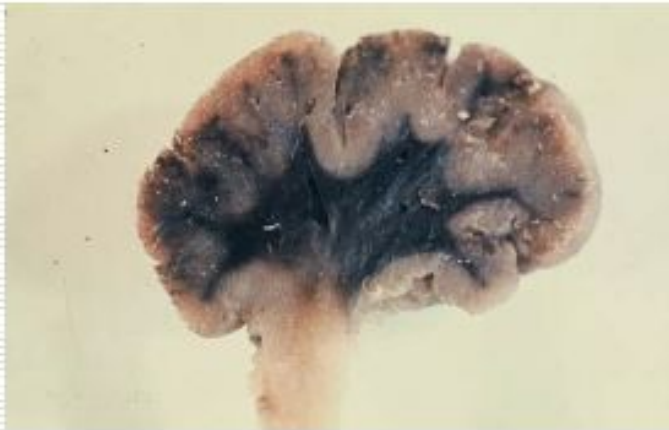




# macroscopie

---

- adénome tubuleux
  - aspect arrondi
  - aspect de champignon
  - pédicule long



- adénome vilieux
  - aspect chevelu ou touffe d'algues
  - papilles juxtaposées
  - pas de pédicule





# microscopie des adénomes coliques

---

□ est bénin :

- pas de désorganisation architecturale
- pas d'atypies cytologiques
- pas d'invasion de l'axe du polype

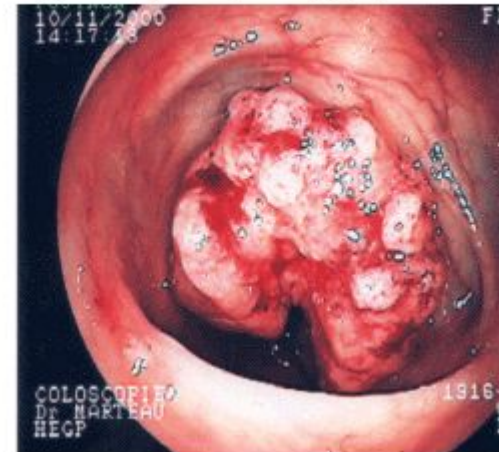
□ **dysplasie** : modifications architecturales et cytologiques qui permettent de les classer comme des **lésions précancéreuses**

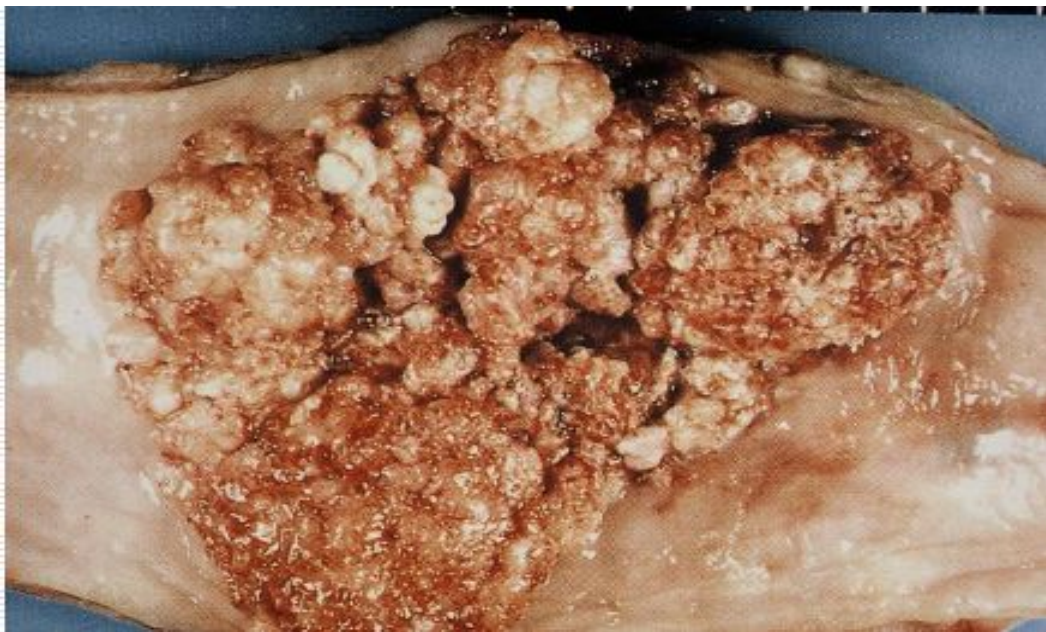
# II-2- Tumeurs glandulaires malignes des organes creux

## – Adénocarcinome

- bourgeonnant
- ulcéro-bourgeonnant
- infiltrant (linite gastrique)
- aspect gélatineux en cas de forte sécrétion de mucus : « carcinome mucineux » ou « carcinome colloïde muqueux »

Aspect endoscopique d'un adénocarcinome du colon : tumeur bourgeonnante, friable (hémorragique) et dure sous la pince.







# Adénocarcinome: microscopie

---

- Les adénocarcinomes peuvent être :
  - Bien différenciés : constitués de glandes individualisées
  - Moyennement différenciés : structures polyadénoïdes
  - Peu différenciés

## adénocarcinome : microscopie

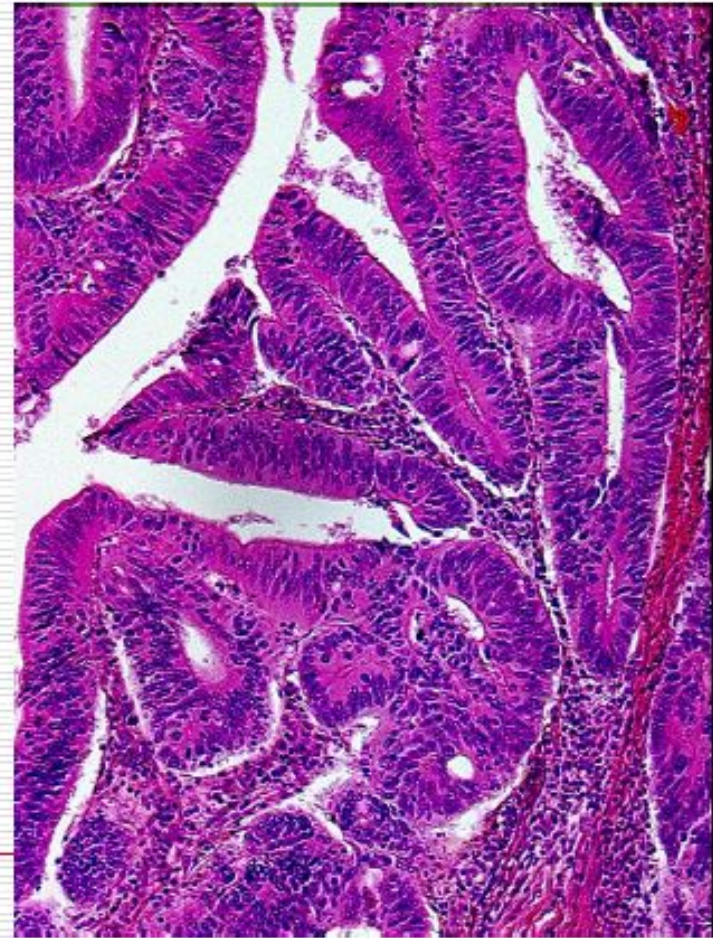
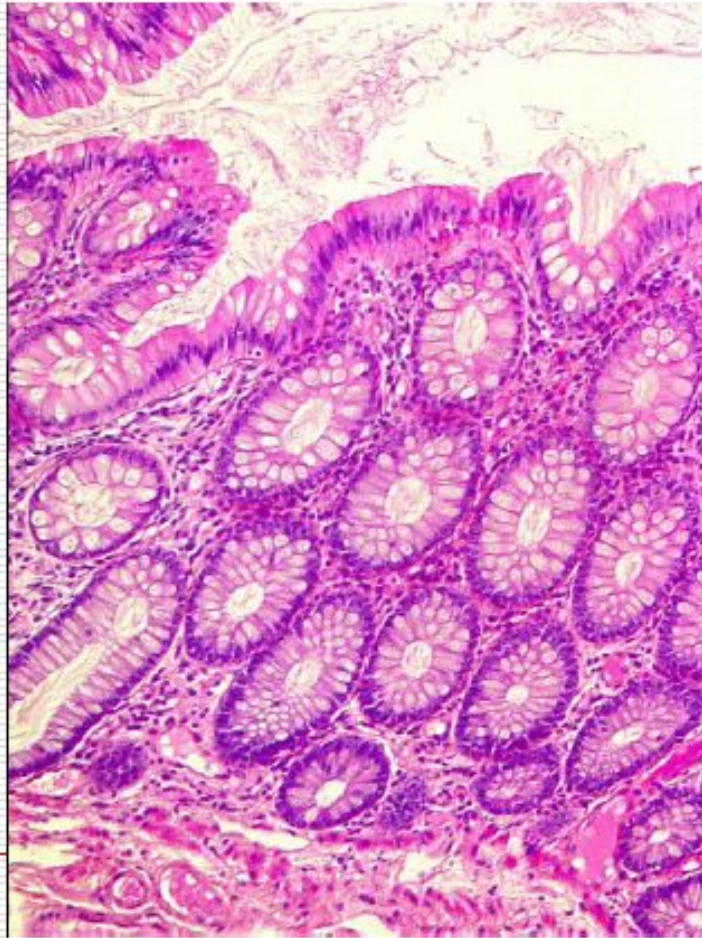
---

- ❑ différenciation variable
- ❑ critères de malignité :
  - ❑ architecture
  - ❑ cytologie : atypies, mitoses
  - ❑ infiltration : stadification selon le degré de cette infiltration : valeur pronostic +++
  - ❑ stroma



# 1) désorganisation architecturale

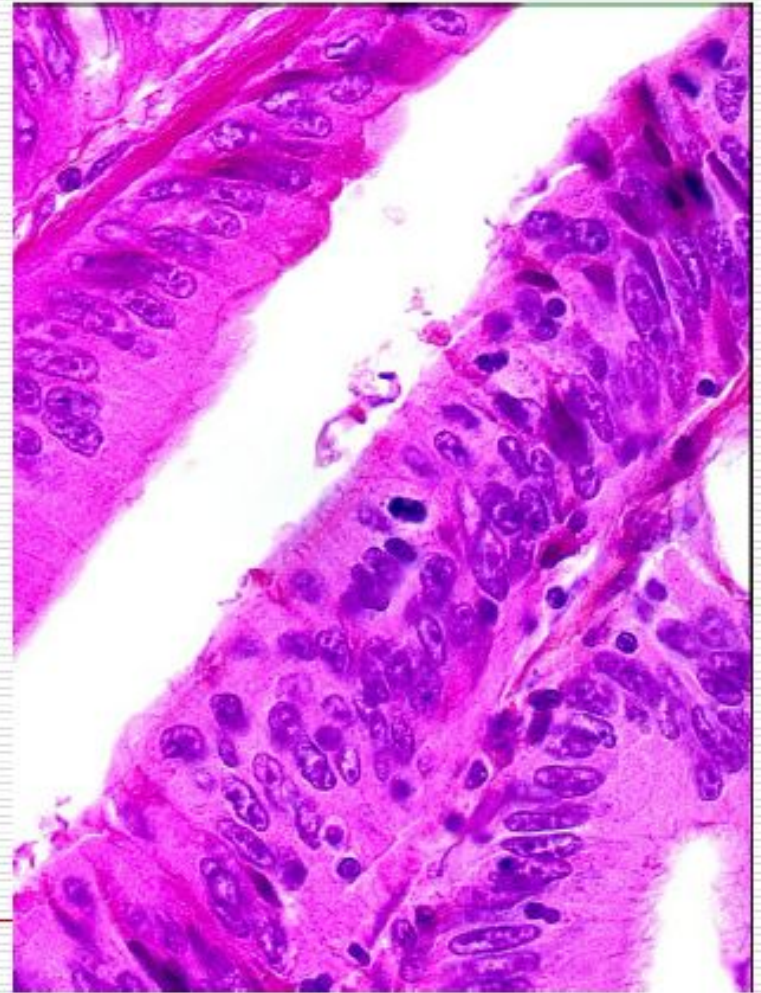
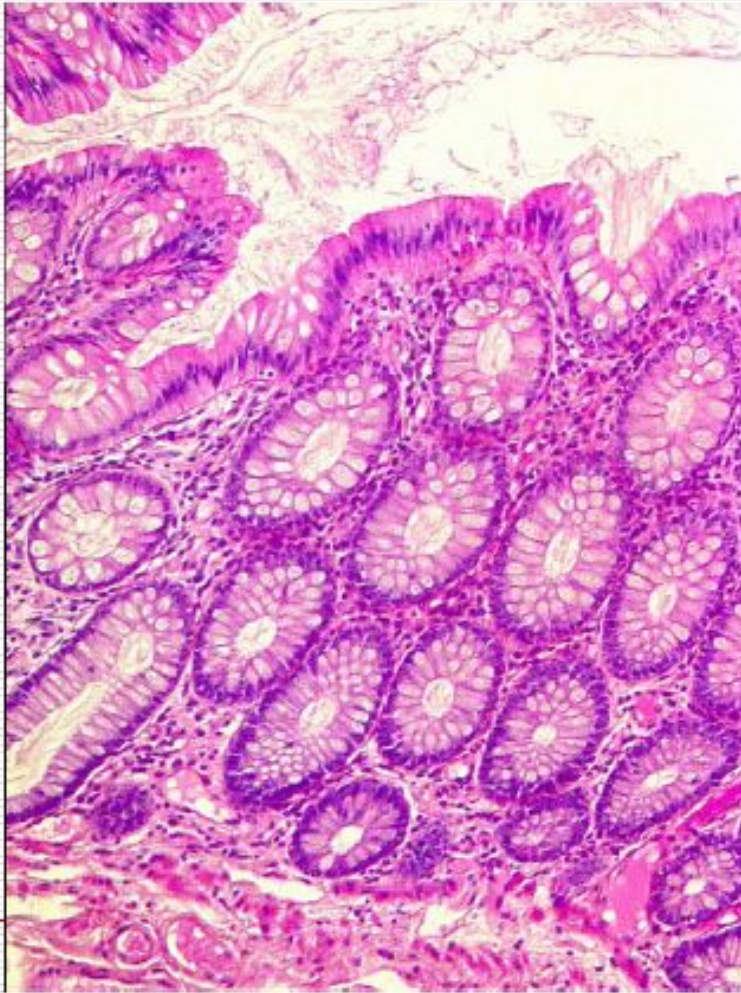
---





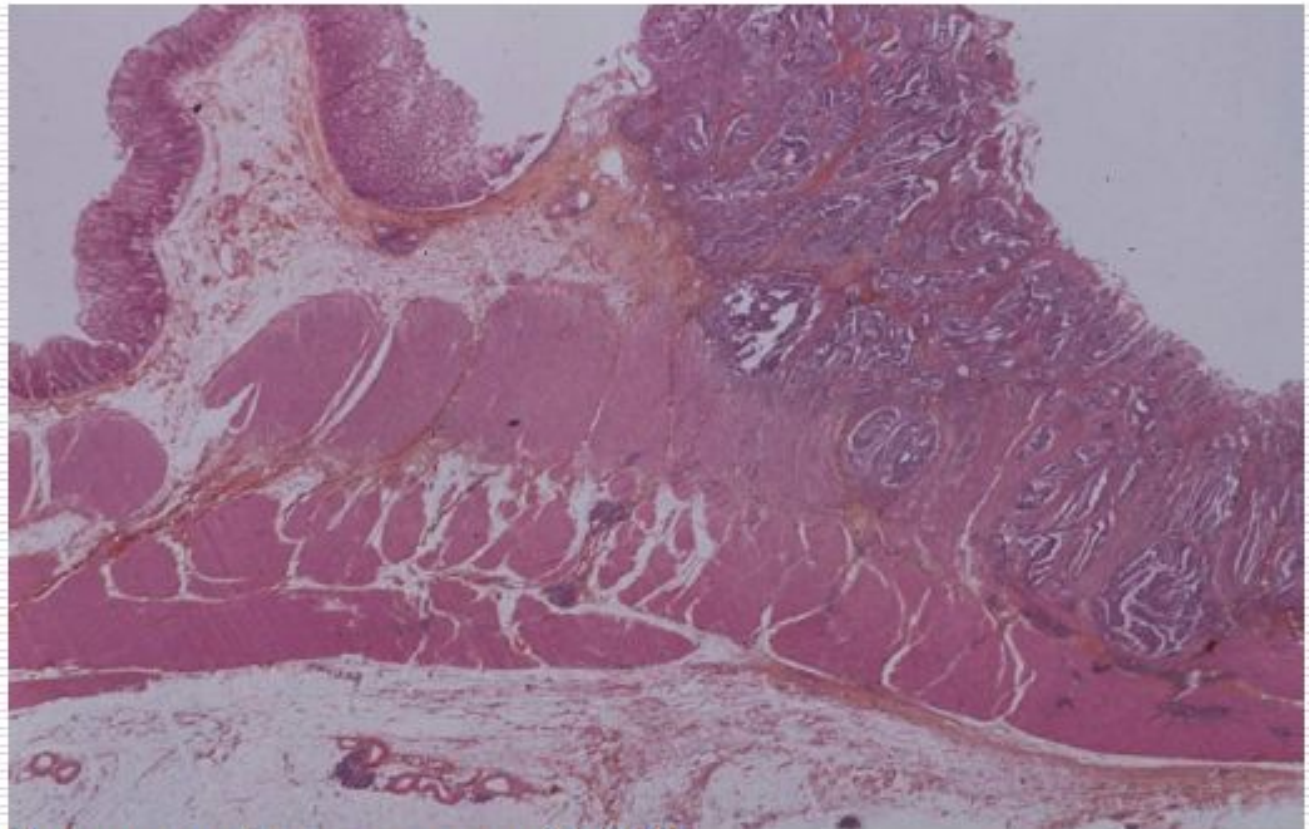
## 2) atypies cytologiques

---



### 3)infiltration pariétale

---

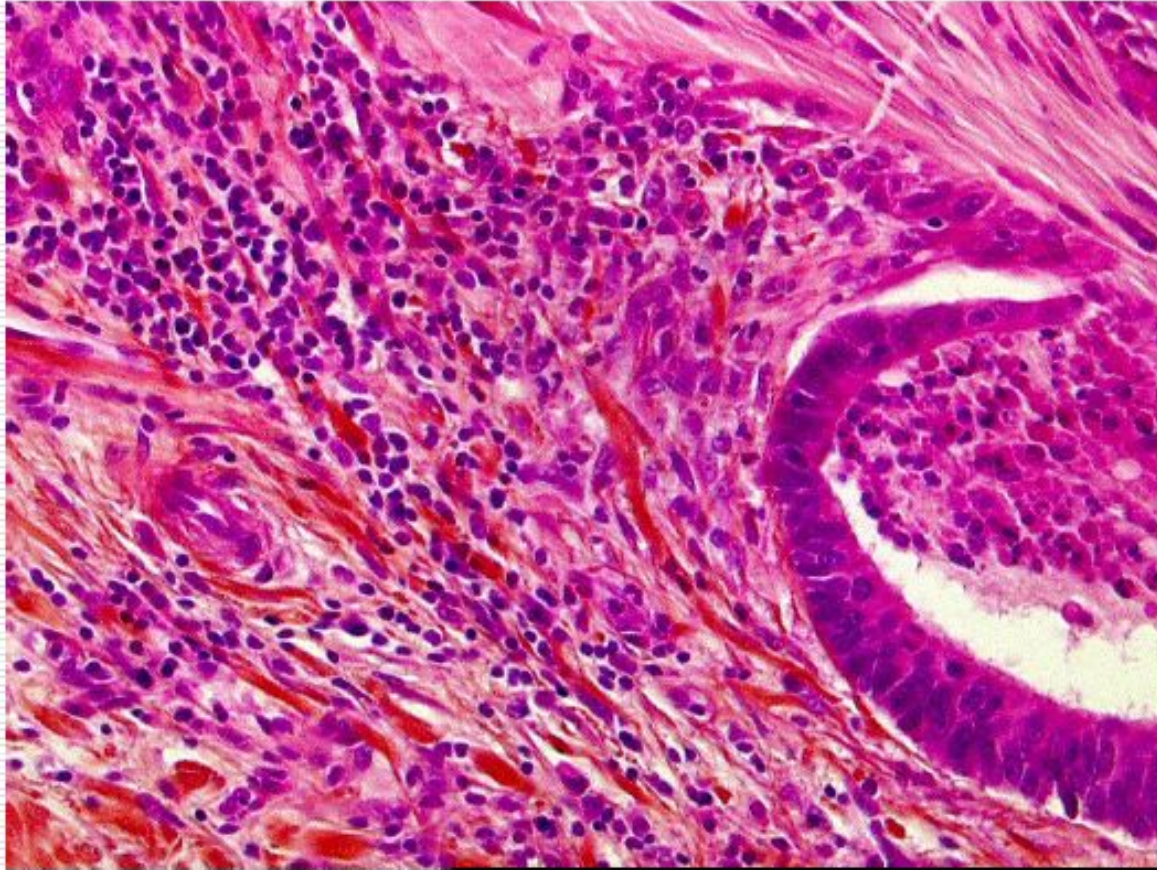


- ❑ invasion de la musculature superficielle
- ❑ stade p T2



# Stroma réaction des cancers

---



## II-2 tumeurs des parenchymes exocrines

---

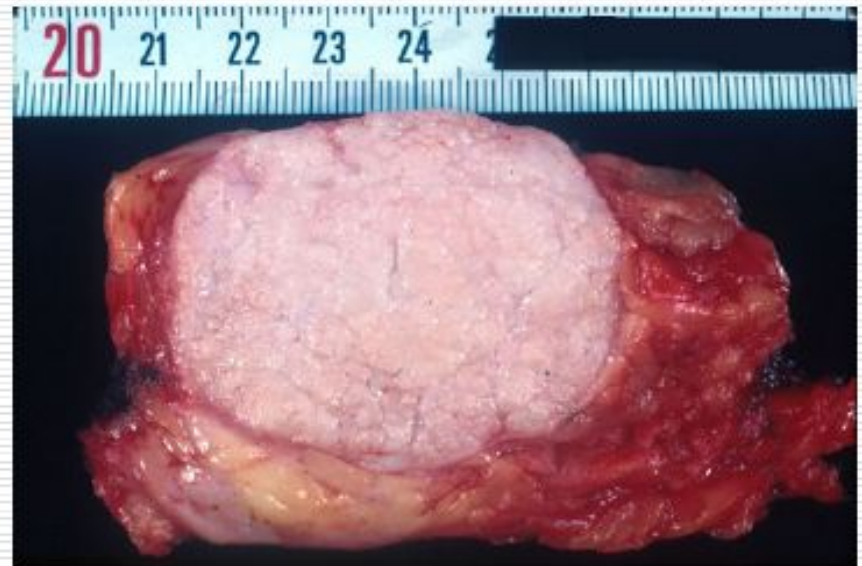
- développées dans des organes pleins
  - glandes annexes du TD : foie, pancréas, glandes salivaires
  - **sein**, glandes sudorales
  - ovaire, prostate, rein



# tumeur bénigne du sein : macroscopie

---

- ❑ Femme jeune
- ❑ masse unique, arrondie, encapsulée
- ❑ homogène
- ❑ coloration et consistance proche du tissu normal
- ❑ ce dernier est refoulé mais non infiltré
- ❑ exemple : (fibro)-adénome du sein



# tumeurs malignes des parenchymes exocrines : adénocarcinome du sein

---

- 1femme/10
- Facteurs de risque :
  - Sexe, âge
  - Oestrogènes
  - âge élevé de la 1ere grossesse
  - Obésité, graisses
  - Histoire familiale, BRCA1, BRCA2
- Clinique
  - Plus souvent 50 ans
  - QSE le + souvent
  - Masse palpable ou mammographie (microcalc.)

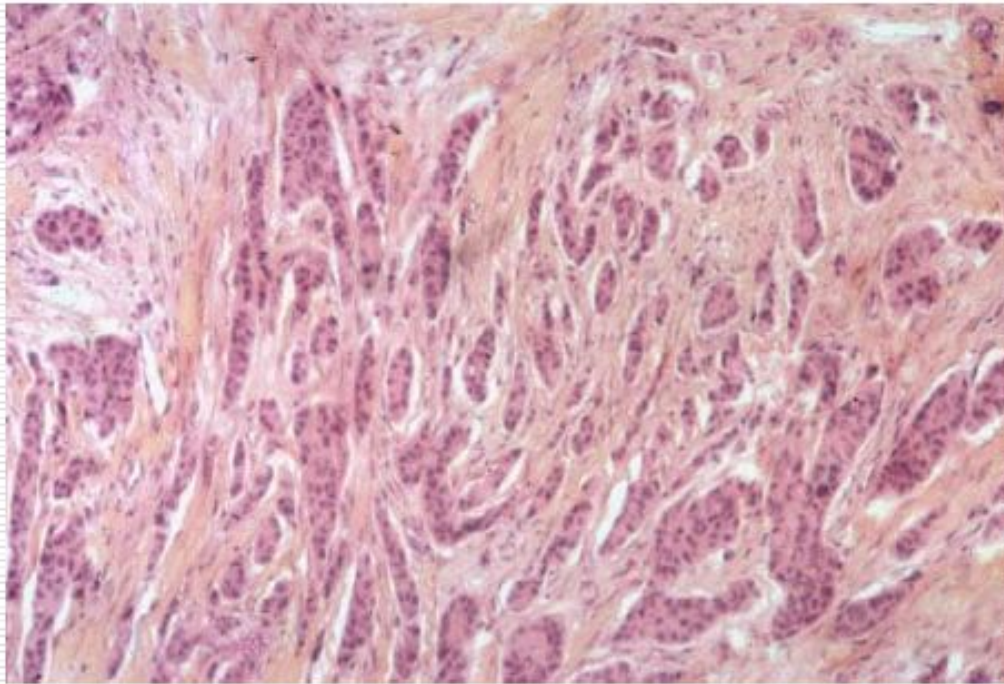


□ tumeur ferme,  
mal limitée,  
étoilée





- prolifération tumorale +/- différenciée
- en massifs ou en travées



- 
- Pas de relation adénofibrome-cancer du sein

# II-3- Tumeurs neuro-endocrines

- Tissu endocrine : le produit de sécrétion est délivré dans le sang (hormone)
  - glandes endocrines individualisées : hypophyse, thyroïde, parathyroïde, surrénales, pancréas, gonades
  - système endocrinien diffus (système APUD) : TD, bronches, peau ...

# Tumeurs neuro-endocrines

- Caractères communs : grains neuro-sécrétoires intracytoplasmiques
  - colorations argentiques : Grimélius
  - Immunohistochimie +++ :
    - marqueurs neuroendocrines généraux : chromogranine, synaptophysine, NSE
    - marqueurs spécifiques : gastrine, insuline, sérotonine
  - microscopie électronique (désuet)

# Tumeurs neuro-endocrines

- Les tumeurs endocrines posent des problèmes de diagnostic de bénignité et de malignité
- Tumeurs endocrines bien différenciées
  - Soit bénigne
  - Soit maligne bien différenciée
  - le diagnostic de malignité repose sur des signes d'invasion :
    - envahissement du tissu adjacent
    - métastases



# Tumeurs neuro-endocrines

- Tumeurs endocrines peu différenciées
  - tumeurs malignes (haut grade de malignité)
  - Intérêt des immunomarquages
  - ex : carcinome neuro-endocrine du poumon (carcinome à petites cellules)
    - haut risque métastatique
    - chimiosensible
    - contre-indication au traitement chirurgical

# III- TUMEURS UROTHELIALES

- A partir de l'épithélium urothélial (transitionnel ou paramalpighien) :
  - vessie
  - uretères
  - bassinets
  - calices

# III- TUMEURS UROTHELIALES

- Tumeurs urothéliales bénignes :
  - rares
  - papillome inversé à cellules transitionnelles de Mostofi

# III- TUMEURS UROTHELIALES

- Carcinomes urothéliaux
  - fréquents
  - homme > 40 ans
  - Risque : tabac, exposition professionnelle (colorants), bilharziose
  - souvent multifocaux et récidivants
  - importance de la cytologie urinaire pour le dépistage



# III- TUMEURS UROTHELIALES

- Carcinomes urothéliaux : **formes papillaires** +++
  - cystoscopie : tumeur exophytique (bourgeonnante)
  - évolution : récurrence fréquente, sous forme peu agressive ou sous forme très agressive d'emblée

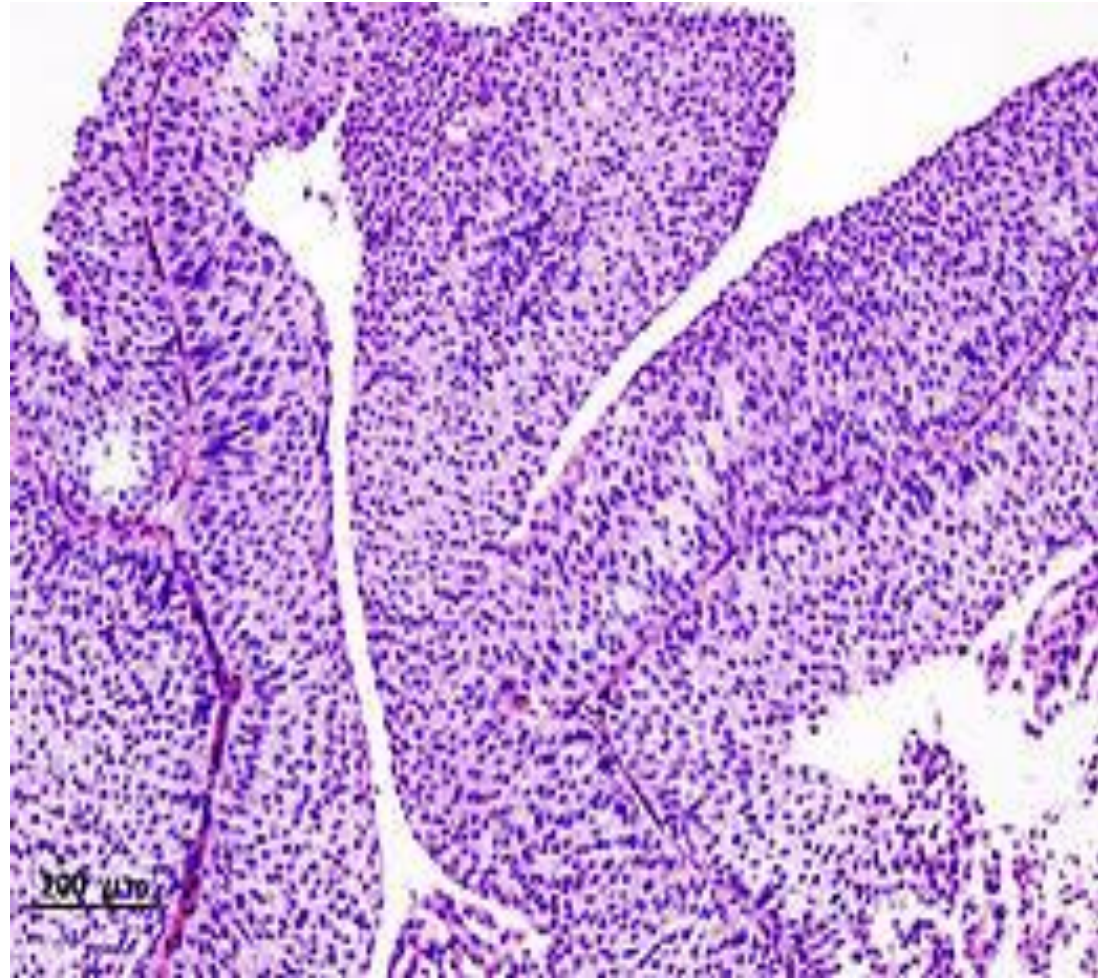
CANCER DE VESSIE  
FORME BOURGEONNANTE



# Carcinome urothélial papillaire

micro :

- papilles avec un axe conjonctivo-vasculaire, recouvertes de cellules urothéliales tumorales
- forme non invasive : respect de la membrane basale
- forme invasive : franchissement de la mb basale



# III- TUMEURS UROTHELIALES

- Carcinomes urothéliaux papillaires
  - « carcinome superficiel » : respect de la musculature □ traitement local conservateur
  - importance pronostique de l'envahissement de la musculature +++ □ traitement radical (cystectomie)



# III- TUMEURS UROTHELIALES

- Carcinomes urothéliaux **non papillaires**  
invasifs :
  - ulcéro-infiltrants
  - souvent agressifs

CANCER DE VESSIE  
FORME INFILTRANTE

