

TUMEURS EPITHELIALES Malpighiennes et Paramalpighiennes

I- INTRODUCTION:

Ce sont les tumeurs les plus fréquentes. Les épithéliums appartiennent soit à des revêtements malpighiens (peau, muqueuses malpighiennes), urothéliaux (voies excréto-urinaires), glandulaires (muqueuses glandulaires), ou à des glandes.

Les tumeurs épithéliales reproduisent ces différents aspects. Elles forment donc des structures cohésives (glandes, travées, cordons,...) qui permettent de les reconnaître. De rares carcinomes sont formés de cellules indépendantes.

Néanmoins, toutes les tumeurs *épithéliales* expriment des *cytokératines*, qui sont des filaments intermédiaires détectables par immunohistochimie.

II- CLASSIFICATION DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES :

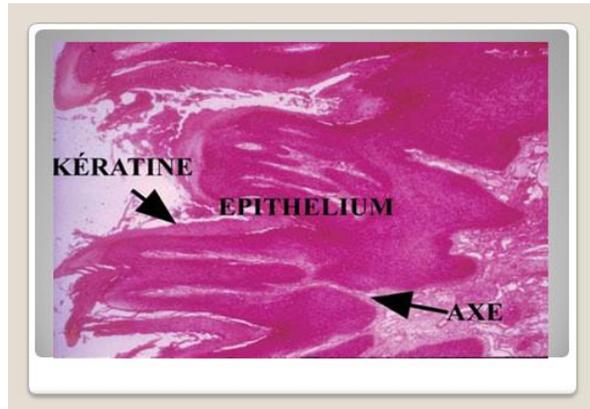
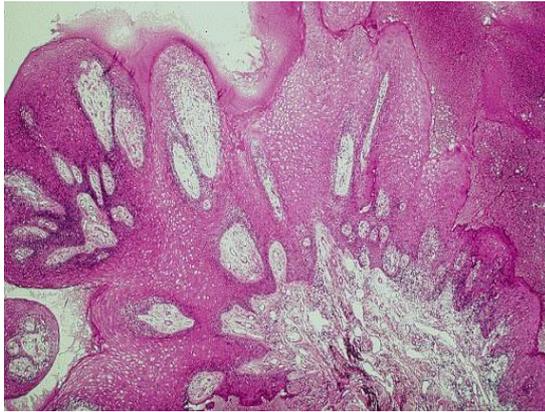
TUMEURS	MALPIGHIENNES	UROTHELIALES (à cellules transitionnelles)	GLANDULAIRES
Bénignes	Papillome		Adénome
Malignes	Carcinome Epidermoïde — différencié : • mature • immature — peu différencié	Carcinome Transitionnel — Grade I — Grade II — Grade III	Adénocarcinome — bien différencié — moyennement différencié — peu différencié

III- TUMEURS A DIFFERENCIATION MALPIGHIENNE :

1° Les tumeurs bénignes :

- Les tumeurs bénignes sont des *papillomes malpighiens*, parfois d'origine virale (verru).
- Cliniquement: lésions le plus souvent exophytiques, faisant saillie sur le plan cutané ou muqueux
- Elles sont fréquemment formées de papilles : axes conjonctifs sur lesquels reposent un épithélium malpighien non dysplasique, parfois kératinisé
- L'aspect cytologique est normal : il n'y a pas d'atypie cytonucléaire, pas de mitose anormale et l'ensemble est limité par une membrane basale intacte.

TUMEURS EPITHELIALES Malpighiennes et Paramalpighiennes



2° Les tumeurs malignes : sont des carcinomes

Le terme de carcinome (ou épithélioma) désigne les tumeurs malignes développées à partir de structures épithéliales : épithéliums de revêtement (malpighien, cylindrique) ou parenchyme glandulaires.

Les tumeurs malignes à différenciation malpighiennes sont des *carcinomes épidermoïdes bien ou peu différenciés*.

- Macroscopiquement : tumeurs végétantes (ou bourgeonnantes). Elles peuvent être ulcérées ou infiltrantes entraînant alors un épaissement, une rigidité et une sténose de l'organe à partir duquel elle se développe.
- Histologiquement :
 - La **différenciation** malpighienne se manifeste par la présence de grandes cellules quadrangulaires à limites nettes étroitement unies par des ponts d'union.
 - La **maturation** désigne l'élaboration par les cellules tumorales de kératine, soit d'apparence normale avec disparition des noyaux (orthokératose), soit d'aspect anormal avec persistance de noyaux (parakératose) ou dans des cellules individuelles (dyskératose)

Les carcinomes épidermoïdes ont des causes bien connues, différentes selon les organes :

- Peau : exposition aux UV
- Col utérin : virus oncogènes (papillomavirus)
- Voies aériennes : fumée du tabac
- OEsophage : tabac et alcool.

Les carcinomes épidermoïdes invasifs sont souvent précédés par des lésions non-invasives, limitées à l'épithélium, dont le dépistage et le traitement sont à la base de la prévention de ces cancers. Ces lésions non-invasives peuvent être associées à des lésions invasives en un autre endroit de l'épithélium.

Au niveau de la peau, en dehors des carcinomes épidermoïdes « habituels » dits *spinocellulaires*, une forme particulière de carcinome épidermoïde est le *carcinome*

TUMEURS EPITHELIALES Malpighiennes et Paramalpighiennes

basocellulaire, constitué principalement de cellules d'aspect basal et dont l'agressivité est seulement locale.

Les carcinomes épidermoïdes peuvent également se développer sur des épithéliums glandulaires et constituent alors des *carcinomes métaplasiques*.

Beaucoup plus rarement, on les observe dans d'autres épithéliums glandulaires (voies biliaires, muqueuses digestives), voire de manière exceptionnelle dans des parenchymes glandulaires (isolément ou en association avec un adénocarcinome).

- ***Carcinome épidermoïde in situ (maladie de Bowen)***

Il s'agit de lésions bien limitées, érythémateuses, parfois hyperkératosiques. Sur le *versant muqueux*, ces lésions sont désignées cliniquement par le terme de *leucoplasie*

A l'examen microscopique, on observe des modifications intra-épithéliales avec une désorganisation architecturale, des atypies cyto-nucléaires, une hyperplasie des cellules basales et une dyskératose.

Evolution : ces lésions peuvent donner naissance à des carcinomes épidermoïdes invasifs

IV- TUMEURS A DIFFERENCIATION UROTHELIALE (PARAMALPIGHIENNES)

1° Tumeurs bénignes:

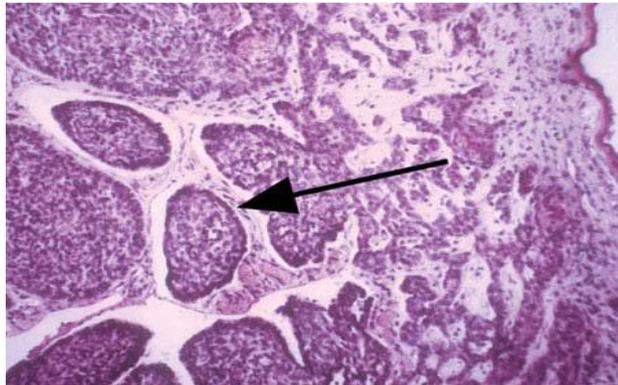
Il s'agit de tumeurs exophytiques des voies excréto-urinaires, siégeant surtout dans la vessie. Il est souvent difficile de les distinguer des tumeurs papillaires de bas grade, susceptibles de récidiver

2° Tumeurs malignes :

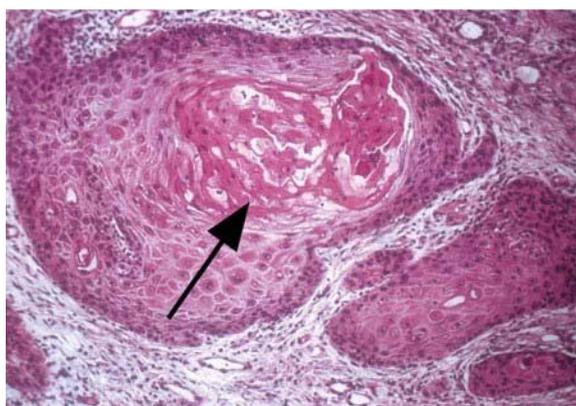
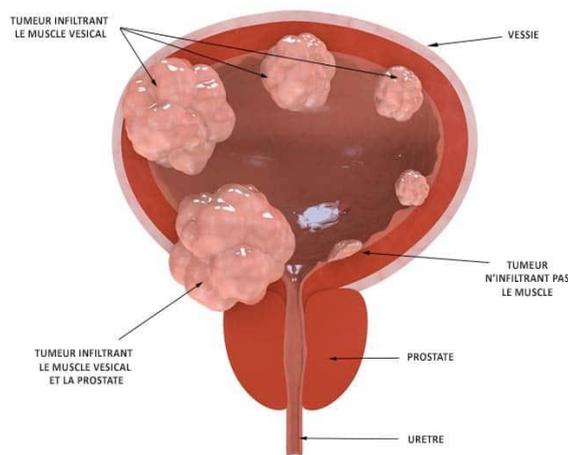
- Ce sont des ***carcinomes urothéliaux***, qui se développent exclusivement à partir de la muqueuse urothéliale de l'appareil urinaire.
- Le facteur étiologique principal est le tabagisme.
- Les carcinomes urothéliaux sont le plus souvent papillaires.
- Les carcinomes urothéliaux papillaires peuvent être ***superficiels***, restant limités au plan de la muqueuse, ou ***infiltrants*** quand ils envahissent le chorion, puis la musculuse.
- Les carcinomes urothéliaux papillaires superficiels récidivent, puis deviennent infiltrants.
- Les carcinomes urothéliaux infiltrants conduisent à pratiquer une cystectomie pour éviter la survenue de métastases.

TUMEURS EPITHELIALES Malpighiennes et Paramalpigiennes

Le carcinome in situ de la vessie est une lésion intra-épithéliale, plane, difficile à repérer en endoscopie, détectée par le *cytodiagnostic urinaire*. Il est associé à un risque très élevé d'invasion, et de mauvais pronostic.



Carcinome Baso cellulaire



Carcinome épidermide avec une dyskératose

