

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

3^{ème} ANNEE MEDECINE

LES TUMEURS MESENCHYMATEUSES

- **I/-généralités –terminologie**
- **II/-les tumeurs du tissu conjonctif commun**

1-fibrome

2-fibrosarcome

- **III/tumeurs vasculaires**

1- tumeurs bénignes

- les hémangiomes
- les lymphangiomes

2- tumeurs malignes

- angiosarcomes
- le sarcome de kaposi

- **IV/les tumeurs musculaires**

1- Tumeurs musculaires striées

- rhabdomyomes
- rhabdomyosarcomes

2-Tumeurs musculaires lisses

- les leiomyomes
- les leiomyosarcomes

- **V/les tumeurs adipeuses**

1-lipomes

2-liposarcomes

- **VI/les tumeurs osseuses**

1-les osteomes

3-les osteosarcomes

- **VII/ les tumeurs cartilagineuses**

1-les chondromes

2-les chondrosarcomes

- **VIII/ diagnostic des tumeurs mesenchymateuses**
- **IX/ role du pathologiste**

I/Généralités –terminologie :

Le terme de tumeur mésoenchymateuse est synonyme de tumeur des tissus mous (tissu conjonctif commun et spécialisé)

La classification des tumeurs conjonctives repose sur le type du tissu formé par la tumeur (différenciation) et non plus sur la cellule à partir de laquelle la tumeur est supposée naître (histogénèse). Chaque type tumoral est divisé en tumeurs bénignes et malignes, et pour certains types apparaît une troisième catégorie: les tumeurs de malignité intermédiaire.

La nomenclature :

Les tumeurs bénignes : préciser le nom du tissu d'origine auquel on ajoute le suffixe -ome (fibrome-lipome –angiome)

Les tumeurs malignes : le nom du tissu d'origine auquel on ajoute le suffixe sarcome (liposarcome-angiosarcome- fibrosarcome)

II / les tumeurs du tissu conjonctif commun :

1- Les fibromes :

Généralités proliférations bénignes, d'évolution lente.

Siège n'importe où dans le tissu conjonctif commun, mais s'observent surtout dans la peau et les voies aériennes supérieures (fosses nasales, rhinopharynx) où ils sont souvent très vascularisés

Histologie Constitués de fibroblastes associés à une grande quantité de fibres collagènes disposées en faisceaux.

2- Les fibrosarcomes :

Généralités

Tumeur mésoenchymateuse maligne, touche les sujets âgés de sexe masculin

Siège Ubiquitaire

Macroscopie Tumeur non encapsulée mais circonscrite, de consistance dure et de coloration blanchâtre.

Microscopie prolifération de cellules fusiformes agencée en longs faisceaux entrecroisés, de densité cellulaire élevée avec atypies cyto-nucléaires et mitoses.

Evolution Récidives locales et métastases

III/ les tumeurs vasculaires :

1- les tumeurs vasculaires bénignes :

On décrit plusieurs types en fonction de leur origine : les hémangiomes se développent à partir des vaisseaux sanguins et les lymphangiomes à partir des vaisseaux lymphatiques

a- les hémangiomes :

- ✓ Les hémangiomes capillaires : Siège au niveau de la peau et des muqueuses, sur le plan histologique la prolifération est faite de prolifération de petits vaisseaux.
- ✓ Les hémangiomes caverneux : siège au niveau de la Peau, muscle, foie. Histologiquement ; faite Lacunes anastomosées contenant du sang et Séparées par des cloisons fibreuses bordées de Cellules endothéliales

b- les lymphangiomes :

- ✓ Siege: coup, plancher buccal
- ✓ Histologie: prolifération de vaisseaux lymphatiques contenant de la lymphe

2- les tumeurs vasculaires malignes :

a- Angiosarcome :

- ✓ Siege: os, muscle, foie, rate, peau
- ✓ Macroscopie: masse hémorragique friable avec remaniements kystiques
- ✓ Histologie: prolifération cellulaire maligne avec cavités vasculaires contenant des hématies.

b- sarcome de KAPOSI :

- ✓ Cette tumeur est habituellement unique et localisée dans le derme chez les sujets âgés.
- ✓ une prolifération de cellules fusiformes, creusée de fentes vasculaires, extravasation des hématies en files indiennes
- ✓ Associé a l'infection par le virus HHV8

IV/ les tumeurs musculaires :

1- Tumeurs musculaires striées :

a- Rhabdomyomes :

Tumeur bénigne très rare ,issue du muscle strié Ex=rhabdomyome cardiaques

b- Rhabdomyosarccome:

Généralités Tumeur de l'adulte, siège au niveau des muscles des membres

Macroscopie tumeur volumineuse mal limitée, A la coupe : aspect fasciculé avec remaniements necroticohemorragiques

Microscopie prolifération de cellules néoplasiques volumineuses à cytoplasme acidophile et noyaux volumineux.

2- Tumeurs musculaires striées :

a- Les leiomyomes:

Généralités: Tumeurs musculaires lisses bénignes, bien différenciées, fréquentes dans le corps utérin : les léiomyomes utérins, souvent multiples

Histologie : Tumeur ronde, bien limitée, non infiltrante et sans atypies cytonucléaires, constituée de cellules musculaires lisses et du collagène.

b- Les leiomyosarcomes :

Généralités : Tumeurs musculaires lisses malignes. Surviennent électivement chez l'adulte, au niveau de la peau et des viscères creux, dont l'utérus, des tumeurs rares et de mauvais pronostic

Histologie : tumeur infiltrante et comporte des atypies cytonucléaires et de la nécrose .

V/ Les tumeurs adipeuses :

1- Les lipomes : Tumeurs bénignes, fréquentes, s'observent surtout après 45 ans.

Siège Superficiels, siègent dans les tissus mous et sous la peau.

Macroscopie tumeur homogène, flasque, jaunâtre

Microscopie constitué d'adipocytes, ressemble à du tissu adipeux mature.

2- Les liposarcomes :

Généralités Tumeurs mésoenchymateuses malignes

Siege: les membres, retro péritoine, tissu cutané.

Macroscopie: aspect multi-nodulaire; blanc jaunâtre de consistance molle

Microscopie: plusieurs variétés histologiques: Liposarcome myxoïde, pléomorphe ou bien différencié

VI/Les tumeurs osseuses :

1- les Ostéomes osteoides:

Siège diaphyse des os longs

Microscopie tissu conjonctif jeune richement vascularisé au sein duquel existent des travées osseuses, tapissées par des osteoblastes

2- les ostéosarcomes

Age Tumeur de l'enfant et du jeune adulte

Siège Métaphyse des os longs

Macroscopie Tumeur blanchâtre molle friable, détruit l'os et infiltre les parties molles

Microscopie Aspect sarcomateux formant directement l'os. de Pronostic sombre.

VII/ Les tumeurs cartilagineuses :

a- Les Chondromes:

Siège os longs

Macroscopie: Tumeur nodulaire ou polylobée de couleur blanc-nacrée.

Microscopie: Prolifération de chondrocytes réguliers dans une substance fondamentale cartilagineuse

Evolution Si chondromatose généralisée (maladie d'Ollier) >risque de transformation maligne

b- Les Chondrosarcomes:

Siege Tumeur de l'adulte, siège dans le tronc (bassin, omoplate, sternum) et les os longs.

Macroscopie: tumeur de grande taille mal limitée d'aspect hétérogène

Microscopie: Lobules tumoraux totalement séparés par du tractus fibreux fait de substance fondamentale contenant des cellules isolées ou regroupées avec des caractères cytologiques de malignité

Evolution: locale lente, métastases tardives

VIII/ Diagnostic des tumeurs mésoenchymateuses

- Lors de l'exérèse, le chirurgien doit orienter la pièce et la transmettre sans fixateur au pathologiste pour qu'un prélèvement puisse éventuellement être analysé en cytogénétique ou congelé.
- L'examen macroscopique est fondamental. Il doit être soigneux avec repérage des limites d'exérèse à l'encre de chine et échantillonnage suffisant pour analyser les différents aspects de la tumeur

- L'analyse histologique appréciera :
 - ✓ la morphologie des cellules tumorales (fusiformes, rondes)
 - ✓ l'existence d'une différenciation
 - ✓ l'importance et l'aspect de la vascularisation et du stroma
 - ✓ la présence de remaniements (nécrose, calcification, hémorragie...).

IX/ Rôle du pathologiste :

- Le rôle du pathologiste est :
 - ✓ d'établir un diagnostic
 - ✓ d'analyser les éléments du pronostic
 - ✓ d'évaluer la qualité de l'exérèse (examen des limites) et/ou la réponse à une chimiothérapie.

Ceci nécessite une étroite collaboration avec les cliniciens pour connaître les renseignements cliniques (âge, localisation et taille tumorales...), les données de l'imagerie, les modalités évolutives, les antécédents et les éventuels traitements réalisés.