**FICHE 1 – CANCEROLOGIE : ANAPATH, CLASSIFICATIONS DES TUMEURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuméfactions, masses… (localisées) | Evolution rapide  | Hématome, œdème localisé, abcès (exceptionnellement tumeur maligne) |
| Evolution prolongée : 2 catégories | Pseudo-tumeurs : 3 types : inflammatoire, dystrophique, malformative |
| Tumeurs : 2 types : bénignes/ malignes |

Tumeur : synonyme : néoplasme, néoplasie

1. **Généralités sur les tumeurs**

|  |
| --- |
| **Circonstance de découverte des tumeurs** |
| tuméfaction | douleur | hémorragie | syndrome compressif |
| toux | AEG | troubles métaboliques | diminution de la fonction d’un organe |

* Mise en place de dépistages

Diagnostic de bénignité ou malignité :

* **seul le compte-rendu anapath fait la preuve du cancer**
* plusieurs paramètres clinico-radiologiques (exam clinique, radio, biologique) aident à orienter le diagnostic
* incertitudes subsistent parfois, d’où importance du suivi du patient

|  |
| --- |
| Evolution spontanée des tumeurs |
| Bénin | Augmentation lente en volume, pas de décès (sauf exceptions) |
| Malin | Augmentation rapide en volume (mois), décès si absence de ttt, métastases (stade 4) |

1. **Classification anatomo-pathologique des tumeurs, principe général de la terminologie et classification moléculaire**

|  |
| --- |
| 1. **Classification anatomo-pathologique**

Les tumeurs sont définies en fonction du tissu auquel elles ressemblent et NON en fonction de l’organe dans lequel elles se développent ! |
|  | Différenciation | Evolution |
|  |  | Bénignes | Malignes |
| Tumeurs épithéliales (80%) | De revêtement (stratifié non kératinisé + stratifié kératinisé) = tumeurs malpighiennes | Papillome | Carcinomes épidermoïdes |
| Urothélium | Tumeurs urothéliales (graduées : I, II, III) |
| Glandulaire (exocrine + endocrine)De revêtement (simple + pseudo-stratifié) | Adénome | Adénocarcinome |
| Tumeurs conjonctives  | Fibroblastique | Fibromes | Fibrosarcomes |
| Adipeuse | Lipomes | Liposarcomes |
| Musculaire lisse | Léiomyomes | Léiomyosarcomes |
| Musculaire strié | Rhabsomyomes | Rhabdomyosarcomes |
| Osseuse | OstéomesOstéochondromes  | Sarcomes ostéogéniquesOstéosarcomes |
| Cartilagineuse | Chondromes | Chondrosarcomes |
| Vasculaire | Angiomes *hémangiopéricytome* | Angiosarcomes *hémangiopéricyt. malin* |
| Fibrohistiocytaire | Histiocytofibromes | Histiocytofibromes malins |
| Lymphoïde et hématopoïétique |  | Lymphomes (solide, masse), leucémiques  |
| Tumeurs à différenciation nerveuse ou mélanique | Schwannienne | Schwannomes Neurofibromes ( ?) | Schwannomes malins |
| Méningée | Méningiome | Méningiome anaplasique |
| Gliale : astrocytaire et oligodendrocytaire | AstrocytomesOligodendrocytomes | Astrocytomes anaplasiquesOligodendrogliomes malinsGlioblastomes |
| Neuronale et neurogliale | *Ganglioneuromes* | *Tumeurs neuroépithéliales* *Neuroblastomes* Sarcomes d’Ewing |
| Mélanique | Naevus naevocellulaires | Mélanomes malins |
| Tumeurs embryonnaires et germinales | Germinale |  | SéminomesCarcinomes embryonnaires |
| Embryonnaire | Tératomes (=dysembryomes) matures | Tératomes immatures  |
| Blastémateuse |  | NéphroblastomesHépatoblastomesPneumoblastomes |
| Placentaire ou vitelline |  | ChoriocarcinomesTumeurs vitellines |
| Tumeurs diverses | Paraganglionaire médullosurrénalienne | *Paragangliome*Phéochromocytome | *Paragangliome malin*Phéochromocytome malin |
| *Notochordale* |  | *Chordome* |
| *Synoviale ( ?)* |  | *Synovialosarcome* |

**B.Classification moléculaire :** nouvelles classifications, (ex : pour cancer du sein), contenu génétique est extrait, principe du micro-array permettant de classer en tumeurs luminales, basales ou HER2.

**III. Principes généraux de descriptions des tumeurs en anatomie pathologique**

1. **Macroscopie**

Tumeur à l’état frais, exam à l’œil nu pour choisir zones à travailler et à observer au microscope

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Taille | Consistance | Couleur | Forme dans un organe creux (lésion polypoïde, plane, ulcérée, infiltrante) et dans un organe plein (nodule bien/mal limité, masse) |
| Poids | Homogénéité | Limitation |

|  |
| --- |
| Polype : lésion faisant saillie à la surface d’une muqueuse |
| Sessile | Base large, Infiltration |
| Pédiculé | Pas d’infiltration, pas de récidive |
| Lésion plane | Infiltration+++ => biopsie |
| Lésion ulcérée | Infiltration+++, mauvais pronostic |

1. **Microscopie :**

Tumeur composée de cellules tumorales qui prolifèrent et de tissu conjonctif de soutien (stroma). On regarde l’aspect cytologiques des cellules (nx, cytoplasme, mitoses) et leur agencement dans l’espace.

1. **Techniques complémentaires :**

Techniques de routine : coloration HES, ME, immunohistochimie, hybridation in situ.

Autres labos du plateau médico-technique : analyses moléculaires, cytogénétique.

**IV. Aspects macroscopiques et microscopiques des tumeurs bénignes et malignes :**

1. **Les tumeurs bénignes :**

Bien limitées, encapsulées, absence de destruction des tissus avoisinants.

Cytologie et architecture proche du tissu normal.

Caractère évolutif : développement local, croissance lente, pas de récidives après exérèse, évolution naturelle favorable, rarement grave (sauf compression ou sécrétions)

1. **Les tumeurs malignes**

Mal limitée, infiltrantes, destruction tissu voisin, signes cytologiques de malignité, architecture très remaniées, différentiation variable.

Caractère évolutif : dév régionale puis systémique, croissance rapide, récidives fréquentes

|  |
| --- |
| Signes cytologiques de malignité +++ |
| Noyaux | Anisocaryose, augmentation du rapport N/C, hyperchormatisme, irrégularités des contours nucléaires, nucléoles volumineux |
| Anomalies de mitoses | Augmentation nombre mitoses visibles, mitonécroses, mitoses anormales |
| Anomalies de cytoplasme | anisocytose |

Déf : différentiation : degré de ressemblance avec un tissu normal

Tumeurs bénignes bien différenciées. Degré de différenciation (bien, moy, peu différencié) doit être précisé dans un but pronostique si tumeur maligne.

Remaniements architecturaux dans les tumeurs malignes : trabéculaires, tubuleux, papillaires, fasciculées, en massifs ou en nappes => éléments majeurs de la différenciation, signe quasi formel de malignité.

1. **Grade histopronostique :** établi par le pathologiste au microscope,

Est basé sur les anomalies cytologiques, architecturales et de différenciation.

Valeur chiffrée pour chacun des critères histo-patho + score final

Associé au pronostic : haut grade (évolution péjorative), bas grade (moins péjoratif)

1. **Stade d’une tumeur**: degré d’extensiond’une tumeur au moment du diagnostic initial

Etabli par clinicien + radiologue + pathologiste, important pour choix ttt et pronostic, classif TNM

**V. Les pseudo-tumeurs** : inflammatoires (2re à inflammation : abcès, réaction à corps étranger, bourgeon charnu inflammatoire), malformatives (kyste du tractus thyréoglosse), dystophiques (dystrophie mammaire fibro-kystique)

**VI. Kystes et pseudo-kystes :**

Kyste : - cavité anormale dont la face interne est revêtue par un épithélium

* tumoral (cancer de l’ovaire), pseudo-tumoral dystrophique (kyste du sein), pseudo-tumoral malformatif (kyste du tractus thyréoglosse)

Pseudo-kyste : cavité anormale dont la face interne n’est pas revêtue par un épithélium.