

## Les tumeurs épithéliales

### Introduction

#### I/ TUMEURS ÉPITHÉLIALES DES REVÊTEMENT

##### A- Tumeurs des revêtements Malpighiens

##### 1- Tumeurs bénignes

##### a- peau

##### b- muqueuse malpighiennes

##### 2-tumeurs malignes

##### a- carcinome basocellulaire de la peau

##### b- carcinomes épidermoïdes de la peau et des muqueuses.

##### B- Tumeurs des muqueuses cylindriques

##### 1- Tumeurs bénignes

##### 2- Tumeurs malignes

##### a- adénocarcinomes

##### b- carcinomes épidermoïdes

##### C- Tumeurs du revêtement urothelial

#### II/ TUMEURS ÉPITHÉLIALES DES PARENCHYMES GLANDULAIRES

##### A- Tumeurs bénignes : adénomes

##### B- Tumeurs malignes : adénocarcinomes

### Introduction

Les tumeurs épithéliales sont des tumeurs développées à partir d'une lignée cellulaire épithéliales; le tissu tumoral se rapproche plus ou moins de l'épithélium normal qui lui a donné naissance.

Les tumeurs épithéliales sont divisées en deux grands groupes : les tumeurs des revêtements et les tumeurs des parenchymes glandulaires, et chaque type contient plusieurs variétés de tumeurs selon l'origine et le degré de malignité ou de bénignité.

#### I-Tumeurs épithéliales des revêtements

##### A- Tumeurs des revêtement malpighiens

##### 1- Tumeur bénignes :

##### a) Peau :

##### Papillome cutané :

-Macroscopie : petite tumeur bien circonscrite, constituée de végétations, saillantes au dessus du plan épidermique avec squames cornées en surface.

-Histologie : allongement des papilles dermiques : hyperpapillomatose ; augmentation du nombre des cellules à épines : hyperacanthose ; surproduction de kératine : hyperkératose.

##### Les verrues :

Citons trois variétés anatomo-cliniques :

- la verrue vulgaire d'origine virale

- la verrue séborrhéique : cette tumeur est recouverte d'un enduit de consistance grasse : kératinisation brutale sans passer par le stade granuleux.

- La verrue plantaire : d'origine virale, siège à la plante des pieds. La prolifération épidermique s'enforce, du fait de la pression, au dessous du plan de l'épiderme. Hyperkératose marquée.

##### b-Muqueuses Malpighiennes :

- papillomes : structure comparable à celle des papillomes cutanés. Exemple : papillome laryngé.

- condylomes : tumeurs de la région ano- génitale, d'origine virale, propagées par contact vénérien.

## 2- Tumeurs malignes :

Il existe deux grands types de carcinomes des revêtements malpighiens :

**-la carcinome baso- cellulaire**, qui se développe uniquement à partir du revêtement cutané.

**-Le carcinome épidermoïde** plus ou moins différencié que lui, se développe aussi bien à partir du revêtement cutané que des muqueuses.

### --carcinome baso-cellulaire : de la peau ( anciennement « épithélioma baso- cellulaire »)

- Macroscopie : tumeur développée sur les parties découvertes (visage, mains) surtout chez les sujets âgés et se présentant souvent sous la forme d'une petite ulcération qui a tendance à creuser

- Histologie : travées ou lobules de cellules du type basal, sans atypie nucléaire. En périphérie des travées, les cellules sont fréquemment un peu plus hautes, réalisant une couche basale.

Évolution : son évolution est lente par infiltration des tissus de proche en proche ; la destruction peut être considérable (épithélioma térébrant de la face. Mais il n'y a pas de métastase).

### -- Carcinomes épidermoïdes de la peau et des muqueuses:

Dans ces deux localisations, la prolifération tumorale malpighiennes présente un aspect identique ; la tumeur est un carcinome épidermoïde généralement plus différencié dans sa localisation cutanée.

Dans la Peau : anciennement appelé épithélioma spinocellulaire »

Comme le carcinome baso- cellulaire, il se développe surtout sur les parties découvertes du corps, et il faut insister sur le rôle favorisant des expositions prolongées au soleil : une kératose actinique peut précéder la tumeur.

Macroscopie : ulcération à bord surélevés et indurés, à fond croûteux. Parfois aspect très kératinisant.

Histologie : lobules constitués de cellules malpighiennes pourvues de ponts d'union. Les cellules tumorales sont atypiques, avec des mitoses anormales. En périphérie des lobules, elles rappellent plus ou moins bien les cellules basales ; dans les lobules, elles ressemblent aux éléments du corps muqueux de malpighi. Possibilité de mutation cornée, sous la forme d'une production de kératine soit mono- cellulaire ( dyskératose), soit sous la forme de globe cornés contenant des noyaux ( parakératose) ou dépourvus de noyaux ( orthokératose).

La tumeur est différenciée quand le tissu néoplasique se rapproche de la structure de l'épiderme normal, montrant une différenciation cellulaire de la périphérie vers le centre des lobules : c'est habituellement le cas dans la peau.

Dans les muqueuses malpighiennes ( bouche, œsophage, col utérin ...) : carcinome épidermoïde.

Macroscopie : aspect ulcéré, bourgeonnant ou infiltrant.

- Histologie : même structure histologique que pour la peau : tous les degrés de différenciation existent entre le type indifférencié où il est même difficile, sinon impossible, de reconnaître la souche malpighiennes des cellules tumorales.

- Evolution: des carcinomes épidermoïde

Il est classique de distinguer, au plan évolutif, les localisations cutanées des localisations muqueuses, du fait surtout, d'une fréquence un peu plus grande des métastases dans le carcinome spino-cellulaire des muqueuses.

Exemple du carcinome épidermoïde de la lèvre : évolution plus favorable du cancer développé sur la partie cutanée de la lèvre que sur sa partie muqueuse.

## B. Tumeurs des muqueuses cylindriques :

### 1- Tumeurs Bénignes

#### - Macroscopie : polypes

La tumeur se présente le plus souvent sous l'aspect d'une masse reliée à la muqueuse par un pédicule polype pédiculé.

Ou au contraire, à la large base d'implantation polype sessile.

Remarque : le terme polype désigne toutes les excroissances tissulaires bien limitées qui se développent sur une muqueuse ; ces formations tissulaires ne sont donc pas obligatoirement de nature tumorale.

Un polype peut en effet être d'origine :

- Inflammatoire : polype inflammatoire
- Hyperplasique : polype hyperplasmique
- Malformative ou hamartomateuse .
- Tumorale : polype adénomateux, polyadénome ou adénome.

Histologie : adénomes

il s'agit d'une prolifération des structures épithéliales glandulaire, accompagnée, parfois, par une prolifération plus ou moins importante de l'épithélium de surface.

Deux localisations sont à retenir : le tractus gastro intestinal, et l'endomètre.

#### Tractus gastro- intestinal : adenomes

la localisation est essentiellement colique et surtout dans la région recto- sigmoïdite.

Il peut s'agit d'un . polype unique, d'une polypose multiple ou d'une polypose diffuse familiale.

- Histologie : polype adénomateux :

la tumeur est constituée de tubes glandulaires de type colique dont l'épithélium est plus ou moins bien différencié et dont les noyaux sont plus ou moins réguliers on distingue ainsi :

des adénomes bien différenciés, des adénomes plus ou moins différenciés pouvant réaliser des aspects de dysplasie légère, moyenne ou sévère selon l'importance des anomalies cyto-nucléaire.

l'adénome comportant des aspect de dysplasie sévère doit être traité comme un cancer in situ.

Un adénome accompagne parfois un cancer : polype sentinelle.

Évolution de l'adénome colique : le risque majeur est la cancérisation de l'adénome, ce risque est d'autant plus important que le degré de dysplasie éventuelle est plus sévère et que le nombre des polypes est plus élevé.

Ainsi , la cancérisation survient dans 100% des cas dans la polypose diffuse familiale.

#### Tractus gastro- intestinal : tumeurs villeuses :

localisation surtout colique et recto- sigmoïdienne.

Macroscopie : tumeur, parfois importante à large base d'implantation , bien limitée, formée de longues végétations , en « algues marines », recouvertes de mucus.

Histologie : les végétation se sont développées à partir de l'épithélium de surface elles sont tapissées par un épithélium cylindrique dont la mucosécrétion est plus ou moins importante.

La encore, on note tous les stades entre une bonne différenciation et des modifications dysplasiques légères moyennes ou sévères.

Cancérisation fréquente.

#### Muqueuse endométriale : polypes de l'endomètre :

- Macroscopie : tumeur unique ou polypose diffuse, pouvant distendre la cavité utérine ; souvent modifiés par des phénomènes inflammatoires ou hémorragiques.

Histologie : tumeur formée de tubes glandulaires plus ou moins dilatés, disposés dans le chorion cytogène.. Ces tumeurs ont souvent pour origine un trouble hormonal . il est souvent très difficile de faire la différence entre hyperplasie et tumeur bénigne.

## 2- Tumeurs Malignes :

### **a- il s'agit avant tout d'adénocarcinomes ( cancers glandulaires)**

- localisation : surtout le tractus gastro- intestinal et l'endomètre.

- Aspects Macroscopiques :

on peut distinguer quatre formes : Végétante, Ulcérée, Ulcéro- Végétante, Infiltrante.

En fait, au moment de l'intervention, on constate habituellement une infiltration pariétale importante ; la forme ulcéro- végétante est beaucoup plus fréquente que la forme végétante pure.

#### **- Forme Ulcérée :**

Tumeurs en chou fleurs, souvent creusée d'ulcérations.

Végétations friables, souvent nécrosées, la base d'implantation est large.

**- Forme Infiltrante :** pas de bourgeonnement en surface, épaissement important de la paroi, qui est indurée, cartonnée et rigide.

Dans le colon , la tumeur est sténosante ( cancer en virole).

Dans l'estomac, elle correspond à la limite plastique ; il s'agit d'une atteinte partielle ou diffuse transformant le viscère en un tube rigide , à paroi très épaissie.

Le cancer colloïde muqueux est une autre forme de cancer infiltrant ; la paroi gastrique ou colique est infiltrée et épaissie par une substance d'aspect colloïde.

Dans l'endomètre, il s'agit, avant tout, d'une forme végétante, localisée ou diffuse , distendant la cavité utérine.

Histologie :

Dans le tractus digestif, l'adénocarcinome est dit différencié lorsque le tissu tumoral est constitué de tubes glandulaires bordés d'un épithélium cylindrique.

Dans l'intestin, les tubes glandulaires tumoraux ressemblent aux glandes de liberkuhn : adénocarcinome lieberkuhnien. Les mêmes cellules tumorales peuvent tapisser des végétations.

Dans l'adénocarcinome différencié de l'endomètre, les tubes néoplasiques ressemblent plus ou moins aux tubes endométriaux. La encore, on observe fréquemment des végétations tapissées par le même type de cellules.

### **b) Carcinomes Epidermoïdes :**

Ce type de carcinome développé à partir d'une muqueuse cylindrique est observé essentiellement dans les bronches et dans l'endocol utérin : il fait intervenir la notion de métaplasie.

Les aspects macroscopiques sont identiques à ceux de l'adénocarcinome.

L'aspect histologique est identique à celui des carcinomes epidermoïdes précédemment décrits.

Les tumeurs bronchiques et de l'endocol utérin peuvent être aussi, mais bien moins souvent, des adénocarcinomes (5 à 10% des cas).

### **C)Tumeurs du revêtement para- malpighien ou transitionnel :**

le tumeurs du revêtement urothélial ou transitionnel, anciennement para malpighie, ,, siègent sur la vessie et les voies excréto-urinaires, du bassinnet à l'urètre, et sont parfois multifocales.

#### **1- Formes macroscopiques et comportent évolutif :**

### a- Les tumeurs superficielles :

elles sont rarement planes, en nappe ; la plupart sont de structure végétante ne franges : ce sont les tumeurs papillaires. Elles peuvent récidiver durant de longues années :

-soit sous forme superficielle, papillaire,

-soit en devenant infiltrants.

### b- Les tumeurs infiltrantes :

Ces tumeurs se développent de façon massive en s'étendant plus ou moins profondément dans la paroi vésicale. Elles sont de structure massive en totalité, ou restent papillaires en surface.

### c- le potentiel évolutif:

Du fait de ces récidives et transformations, est donc particulièrement difficile à prévoir à l'examen histologique de la tumeur.

## 2- Classification histologique à visée pronostique :

a) le pronostic des tumeurs papillaires est très incertain. Pour cette raison, l'ancien terme de « papillome » qui implique la bénignité ne doit plus être, comme il l'était, appliqué à l'ensemble des tumeurs de ce type.

L'aspect des cellules et leur mode de stratification appréciés un les coupes histologiques, semble actuellement le meilleur indicateur de ce pronostic, évalué en grades de 1 à 3.

- Le papillome vrai serait le grade 0, mais ne se presque jamais, lui même serait d'ailleurs susceptible de récidiver.

- Toutes les autres tumeurs, offrant des anomalies cytologiques, et/ ou architecturales, sont les « carcinomes à cellules transitionnelles », de grade 1 à 3 (ONS) selon le degré de ces anomalies.

- Pour les tumeurs papillaires : le grade 1 récidive souvent, le grade 2 fait craindre des récidives rapprochées superficielles ou infiltrantes ; le grade 3 à franchement l'aspect d'un carcinome superficiel, sans ou avec composante infiltrante.

b- Les tumeurs infiltrantes sont des carcinomes : également classés selon leur grade, ils sont exceptionnellement de faible grade.

c- Enfin, quelques tumeurs sont métaplasmatiques: ce sont des carcinomes évidents avec des zones épidermoïdes ou d'adénocarcinome.

## 3) En pratique :

Étant donnée les incertitudes de leur pronostic, on regroupe dans une classification unique, les tumeurs bénignes et malignes de l'urothélium, sous le nom de tumeurs transitionnelles, en précisant pour les définir :

-La structure, papillaire ou massive

- Le grade

Le Niveau d'infiltration : les carcinomes infiltrants sont de gravité croissante selon qu'ils atteignent seulement le chorion, le muscle en surface ou en profondeur, les tissus périvésicaux.

On oppose ainsi les deux extrêmes :

- tumeurs papillaires de grade 1 et superficielles : elles nécessitent des résections endoscopiques simples mais souvent itératives,

- Tumeurs de grade 3, en général déjà infiltrantes : la gravité est d'autant plus grande que l'infiltration est plus profonde. L'infiltration du muscle vésical est très péjorative.

## II- Tumeurs épithéliales des parenchymes glandulaires :

Ces tumeurs, qu'elles soient bénignes ou malignes, se présentent souvent sous l'aspect de masse nodulaires, de taille variée et plus ou moins bien limitées.

Superficielles elles sont accessibles à la palpation (sein...); enchâssées profondément dans l'organe, ou développées dans un viscère profond (pancréas...), elles sont plus difficiles à mettre en évidence et plus tardivement reconnues.

Leur diagnostic nécessite l'utilisation d'une ou plusieurs techniques d'investigations modernes parmi lesquelles l'échographie et la tomodensitométrie ont une place de choix. Ces techniques permettent de repérer des tumeurs de plus en plus profondes et de plus en plus petites.

Par ailleurs guidée par l'échographie ou le scanner, la ponction biopsie à l'aiguille du tissu tumoral devient plus fiable, permettant un diagnostic histologique pré-opératoire autrefois impossible.

Rappelons aussi qu'il n'est pas toujours facile de déterminer les caractères évolutifs de ces tumeurs. Le plus souvent, cependant, la malignité est évidente, dès l'intervention, dès l'examen macroscopique, ou à l'étude histologique.

Au contraire, pour un certain nombre de tumeurs, et notamment pour les tumeurs endocrines, l'évolution, marquée par des métastases, sera le seul élément démontrant la malignité.

## I-Tumeur épithéliales des parenchymes glandulaires

### A- Tumeurs Bénignes des parenchymes glandulaires : adénomes

#### 1- Généralités

##### Macroscopie :

Il s'agit le plus souvent d'un nodule unique, bien limité parfois en capsulé, refoulant les tissus voisins sans les envahir. À la coupe, le tissu tumoral est homogène.

##### Histologie :

Les cellules tumorales ont une structure identique à la cellule normale homologue ou s'en rapprochant beaucoup.

L'agencement des cellules tumorales rappelle aussi beaucoup la structure du tissu normal qui a donné naissance à la tumeur.

En principe, il n'existe pas d'anomalie cyto-nucléaire ni de mitose atypique.

Parfois, cependant, des troubles circulatoires entraînent des signes de souffrance cellulaire objectivée par des irrégularités ou même des monstruosité nucléaire, qui ne devront donc pas être interprétés comme un signe de malignité.

Exemple :

Adénome du foie : prolifération d'hépatocytes disposés en travées séparées par un réseau capillaire sinusoïde.

Adénome de la fasciculée de la cortico-surrénale : prolifération de cellules polyédriques à cytoplasme clair disposées en cordons et soutenues par un riche réseau capillaire.

Adénome : vésiculaire de la thyroïde : prolifération de vésicules, de taille variable, contenant plus ou moins de colloïdes.

#### 2- Une double prolifération conjonctive et épithéliale :

Constitue certaines tumeurs. Exemples :

- Adénofibrome de la glande mammaire, constitué par une prolifération de canaux excréteurs étirés et comprimés sous l'effet d'une prolifération conjonctive concomitante.

- Adénomyme prostatique, constitué par une prolifération de tubes glandulaires accompagnés par une prolifération souvent harmonieuse de fibres musculaires lisses.

Nous avons dit ailleurs que de telles lésions devaient être considérées comme d'origine hyperplasique ou dystrophique et non pas comme des tumeurs vraies.

### **3- Les Adénomes des tissus endocrines :**

Peuvent être sécrétant ou non sécrétant

Quand ils sont sécrétant, ils produisent en général une hormone identique à celle produite par la cellule normale homologue.

Exemple : adénome corticosurrénalien responsable d'un syndrome de CUSHING.

### **B/ TUMEURS MALIGNES DES PARENCHYMES : ADENOCARCINOMES :**

Le plus souvent, ces tumeurs se développent à partir des structures canalaire. C'est ainsi que la très grande majorité des cancers du sein ou du pancréas se développent à partir de l'appareil excréteur, plus rarement, il s'agit d'un carcinome lobulaire ou acineux.

Presque toujours aussi il s'agit d'un cancer invasif. Le cancer in situ, uniquement développé dans la lumière canalaire et ne franchissant pas, par définition, la membrane basale du canal, est beaucoup plus rare.

#### **Aspects Macroscopiques :**

Nodules, unique ou multiples, très limités comportant des prolongements ou extensions dans le tissu voisin parfois masse tumorale infiltrant de façon diffuse la plus grande partie du parenchyme.

Fréquences des remaniements nécrotiques ou nécrotico- hémorragiques ou inflammatoires.

Cette masse tumorale peut être à l'origine d'une compression : canalaire, par exemple biliaire ictère par obstruction ou vasculaire, par exemple veine splénisque, à l'origine d'un syndrome d'hypertension portale segmentaire.

#### **Histologie :**

Comme pour les adénocarcinomes développés aux dépens des revêtements cylindriques, les tumeurs peuvent être bien différenciées peu différenciées ou indifférenciées selon que les cellules tumorales et leur agencement rappellent plus ou moins les cellules et le tissu d'origine.

L'adénocarcinome peut être très différencié : le diagnostic peut hésiter entre adénome et adénocarcinome. exemple :

Adénocarcinome vésiculaire de la thyroïde.

Adénocarcinome canalaire de la glande mammaire

Adénocarcinome papillaire de l'ovaire.

A l'opposé, la tumeur peut être si indifférenciée que la souche cellulaire ne peut être précisée.

Pour les tissus Endocrines :

Les remarques faites à propos des adénomes sont aussi valables pour les adénocarcinomes, notamment en ce qui concerne la sécrétion hormonale. Il faut cependant ajouter que, dans leur variété maligne, les tumeurs endocrines sécrètent assez souvent une ou plusieurs substances différentes de celles qui sont normalement sécrétées par les cellules homologues.

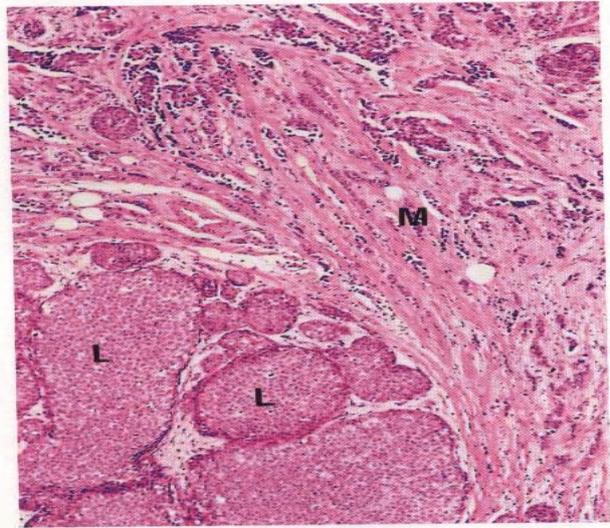
### **Conclusion**

Les tumeurs épithéliales sont divisées en deux grands groupes: les tumeurs des revêtement, les tumeurs des parenchymes glandulaires.

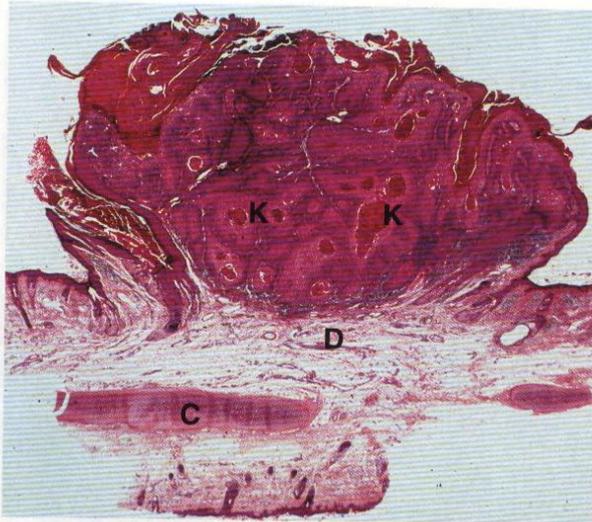
La connaissance des différentes variétés des tumeurs épithéliales est très important pour avoir une approche diagnostique précise, et pour entamer un traitement adéquat et adapter à chaque type de tumeur.



**Carcinome basocellulaire: ne métastase jamais architecture nodulaire, través, kyste .**

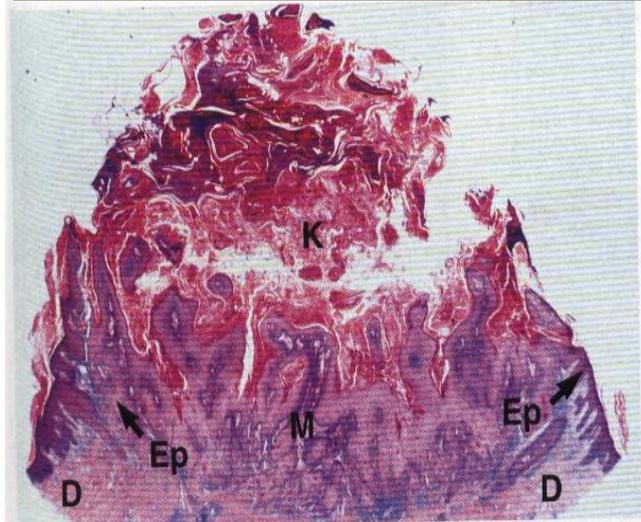


**Carcinome lobulaire du sein: lobules remplis de cellules régulièrement espacées, cellule maligne infiltrant le stroma.**

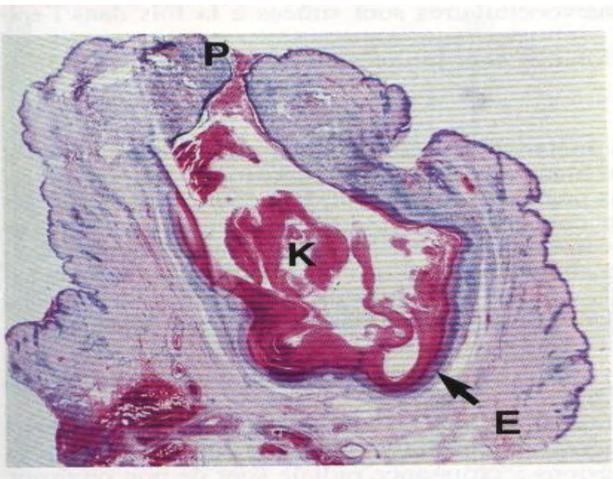


**Carcinome spinocellulaire: perle de kératine, derme envahis.**

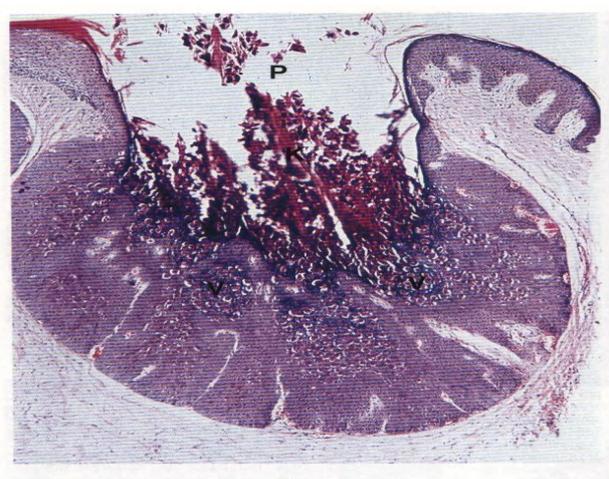
I  
L  
L  
E  
a  
n  
F  
c  
d  
s  
d  
l  
e  
g  
s  
p  
e  
n  
F  
d  
n  
C



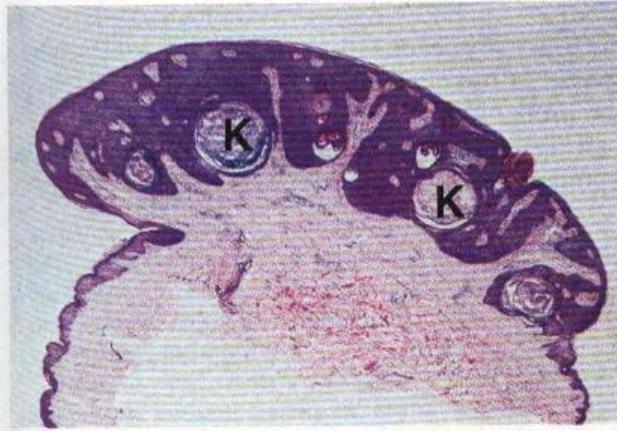
**Kératoacanthome: épiderme aminci, derme inflammatoire, prolifération de cellule malpighienne, masse de kératine .**



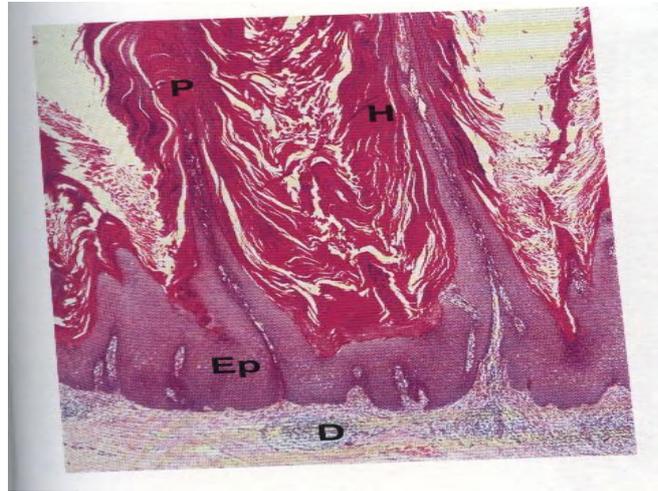
**Kyste épidermique: épithélium aplati, cavité kystique remplis de kératine .**



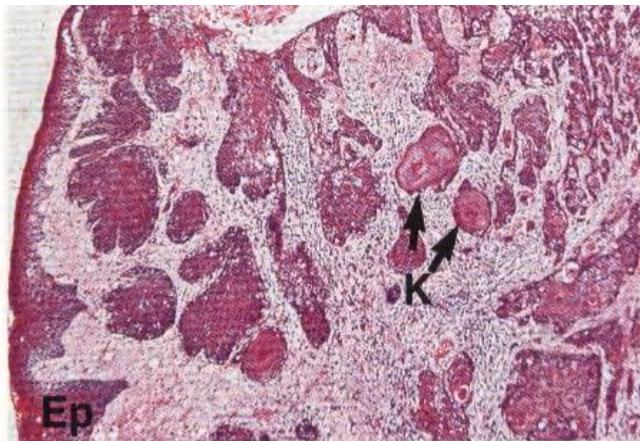
**Molluscum contagiosum ; épiderme épaissi, aspect de fruit dans une coupe.**



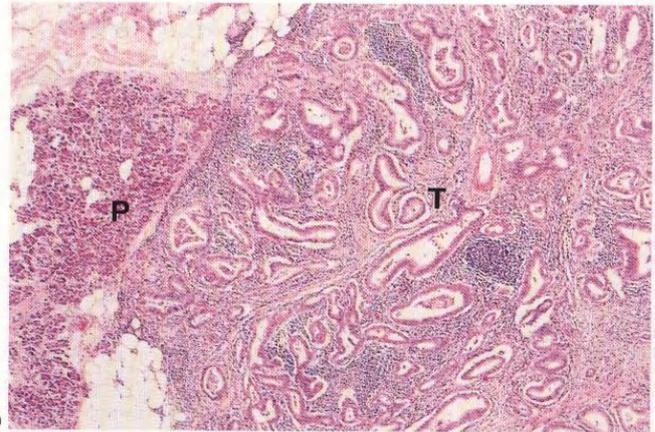
Verrue séborrhéique : cavité contenant de la kératine, prolifération de la couche basale.



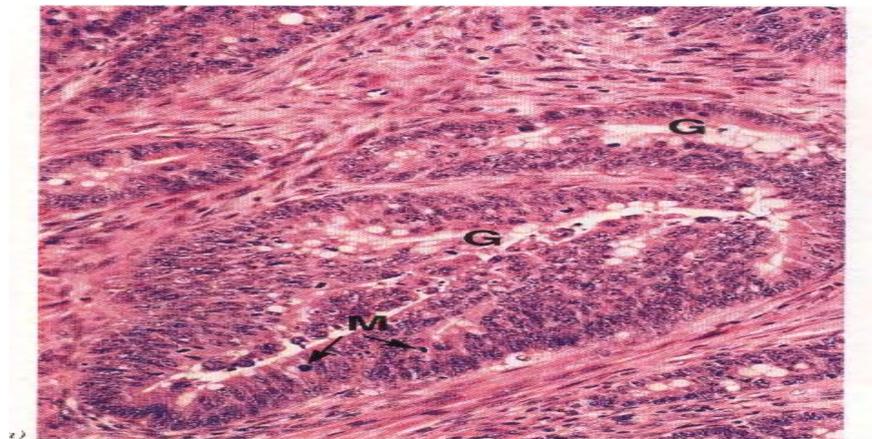
Verrue vulgaire : aspect papillaire exophytique, épiderme épaissi, hyperkératose .



Carcinome épidermoïde de la langue : EP épithélium malpighien normal, K perles de kératine.



Adénocarcinome pancréatique: P tissu pancréatique normal, T formation tumorale.



Adénocarcinome du colon.

