

## **TUMEURS EPITHELIALES MALPIGHIENNES ET UROTHELIALES (PARAMALPIGHIENNE)**

### **I/ INTRODUCTION**

### **III/MOYENS DIAGNOSTIC**

### **IV/ TUMEURS A DIFFERENTIATION MALPIGHIENNE**

### **V/ TUMEURS A DIFFERENTIATION PARAMALPIGHIENNE OU UROTHELIALE**

### **VI/ CONCLUSION**

### **OBJECTIFS**

- 1/ Décrire les caractères des tumeurs malpighiennes bénignes et malignes
- 2/ Classer les différents types de tumeurs épithéliales en fonction de leur différenciation malpighiennes et urothéliales (paramalpighiennes)

## **I/ INTRODUCTION**

Les tumeurs malpighienne et paramalpighienne, bénignes et malignes, se développent surtout à partir des épithéliums malpighiens. Elles sont très fréquentes.

Elles peuvent siéger :

- sur les épithéliums malpighiens :
  - cutané : épiderme
  - muqueux : muqueuses malpighiennes:
    - de l'appareil génital: col utérin
    - du tube digestif: cavité buccale, pharynx, œsophage, canal anal
    - sur les muqueuses para malpighiennes ou urothéliales: voies excrétrices du rein, vessie, urètre.
    - sur des épithéliums glandulaires : elles constituent alors des carcinomes métaplasiques (qui ressemblent histologiquement à un épithélium différent de leur épithélium d'origine). Ex; dans les bronches des poumons (carcinome épidermoïde)

## **III/ Moyens diagnostic**

### ***Clinique :***

Dépend du siège de la lésion, les tumeurs épithéliales sont généralement des tumeurs accessibles à l'examen clinique (peau) et même au dépistage (col utérin, vessie), en dehors de certaines localisations qui sont par contre difficiles à atteindre (cancer bronchique périphérique).

***Radiologie :*** Téléthorax, colposcopie, cystoscopie

***Cytologie :*** La cytologie intervient aussi dans le dépistage de certains cancers,

Exemple:

- Frotti cervico-vaginal: cancer du col utérin
- Cytologie du liquide d'aspiration bronchique: cancer du poumon
- Cytologie urinaire: cancer de la vessie

***Anatomopathologie :*** macroscopie et microscopie

## **IV/TUMEURS MALPIGNIENNES**

### **1. Tumeurs bénignes**

Il s'agit des papillomes et des condylomes.

#### ***1.1. Papillome***

Le papillome est macroscopiquement une tumeur végétante, exophytique, souvent framboisé sur les muqueuses, en saillie sur le plan du revêtement malpighien qui lui donne naissance. Il est fréquemment d'origine virale, lié à un virus du groupe HPV (Human Papilloma Virus 6,11).

Histopathologiquement : trois critères sont requis pour son diagnostic:

- L'hyperpapillomatose :
- L'hyperacanthose :
- L'hyperkératose

### *1.2. Condylome*

Le condylome siège sur les muqueuses et est également lié au virus HPV (16,18,31, 33) Le mode de transmission est ici sexuel. Il se développe principalement au niveau de l'exocol utérin, du vagin, de la vulve et de la zone ano-rectale, plus rarement au niveau pharyngo-laryngé

-Macroscopiquement, les condylomes peuvent être acuminés (en chou-fleur), ou plans.

-Microscopiquement : idem que le papillome avec présence de koilocytes

-Evolution possible transformation maligne

– risque de dysplasie (état précancéreux)

– puis de cancer (carcinome malpighien)

### *1.3. Maladie de Bowen*

La maladie de Bowen est un carcinome épidermoïde insitu, favorisée par le soleil et l'arsenic. Elle peut toucher la peau mais aussi les muqueuses. Elle se présente sous la forme d'une lésion brun rougeâtre arrondie ou arciforme bien limitée dont la surface est un peu surélevée et squameuse.

Son diagnostic est histologique. Son évolution est très lente et la maladie présente un excellent pronostic de guérison, en revanche, en l'absence d'un diagnostic et d'un traitement approprié, elle évolue lentement mais sûrement vers un véritable carcinome épidermoïde invasif

## **2. Carcinome des revêtements malpighiens (peau et muqueuses)**

Hormis le carcinome basocellulaire qui est limité au revêtement cutané, tous les autres sont des carcinomes épidermoïdes et ils partagent tous le même aspect histopathologique :

- la présence de signes architecturaux et cytologiques classiques de malignité
- une différenciation variable:
  - carcinomes épidermoïdes bien ou moyennement différenciés : la différenciation épidermoïde est reconnue par la présence de ponts d'union entre les cellules

- carcinomes indifférenciés : peuvent exister dans toutes les localisations et poser des problèmes de classement histologique nécessitant parfois une étude immunohistochimique
  - une maturation variable (appréciée par la présence et la qualité de la kératine).
- Le carcinome épidermoïde est alors appelé « mature » ou «kératinisant ».

### 2.1. Carcinomes cutanés

Il s'agit de tumeurs très fréquentes. Elles sont de diagnostic précoce (lésions visibles, prélèvements faciles). On distingue deux grands types très différents sur le plan clinique et histologique : les carcinomes épidermoïdes (anciennement dénommés spinocellulaires) et les carcinomes basocellulaires qui sont limités à la peau.

-Facteurs de risque : exposition prolongée au soleil. Touche surtout les adultes de race blanche.

Principalement dans les régions découvertes, exposées au soleil (visage, oreilles, cou, dos des mains).

-Lésions précancéreuses : kératose solaire (ou sénile), radiodermite, cicatrice de brûlure, ulcères cutanés chroniques

-Prédisposition génétique : xeroderma pigmentosum

#### 2.1.1. Carcinomes épidermoïdes

- Macroscopie: le plus souvent tumeur ulcéro-végétante, parfois une tumeur végétante
- Histopathologie: Le carcinome malpighien (ou épidermoïde) reproduit plus ou moins parfaitement la structure d'un épithélium malpighien kératinisé. Il peut exister des signes de maturation (production de kératine), souvent de façon anormale (globes cornés, cellules tumorales kératinisées isolées) : le carcinome est dit mature ou kératinisant.
- C'est des tumeurs qui sont plus ou moins bien différenciées.
- Lorsqu'elles ne produisent pas de kératine elles sont dites immature ou non kératinisante.
- Evolution : l'extension tumorale est surtout locale, avec envahissement ganglionnaires tardives.
- Les métastases viscérales sont exceptionnelles.

#### 2.1.2. Carcinomes basocellulaires

- Présentation clinique : touchent les personnes plus âgées par rapport au carcinome spinocellulaire, ils se localisent principalement sur le visage.
- Macroscopie : le plus souvent est de forme ulcérée, entourée de surélévations (perle), plus rarement de forme plane "cicatricielle".

-Histopathologie : les cellules ressemblant aux cellules basales de l'épiderme, elles sont rangées en palissades.

-Evolution : elle est purement locale, et lente. Le carcinome basocellulaire ne donne jamais de métastases, par contre il peut avoir une extension locale très importante ainsi que des ulcérations étendues (porte d'entrée de germes) et des hémorragies.

## *2.2. Carcinomes malpighiens des muqueuses*

L'aspect histopathologique est identique à celui des carcinomes spinocellulaires, avec des degrés de différenciation et de maturation variables.

### *2.2.1. Voies aéro-digestives supérieures (pharynx, larynx, cavité buccale),*

- 95% des tumeurs malignes, dont la survenue est favorisée par des intoxications tabagique et alcoolique responsable de lésions précancéreuses.

- Tumeurs végétantes et infiltrantes fréquemment associées à la dysplasie, elles sont souvent pluri focales.

- Au niveau du cavum: UCNT (undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type) sa relation constante avec le virus d'Epstein-Barr (EBV)

- Evolution : métastases ganglionnaires puis viscérales.

### *2.2.2. Col utérin*

Le cancer du col de l'utérus est habituellement un carcinome malpighien, induit par une infection à papillomavirus humain (16, 18,31,33); moins souvent, il s'agit d'un adénocarcinome. Les néoplasies cervicales sont asymptomatiques; le premier symptôme du cancer du col de l'utérus à un stade précoce est habituellement un saignement vaginal irrégulier. Le traitement comprend généralement la résection chirurgicale au stade précoce de la maladie ou une radiothérapie plus une chimiothérapie en cas de maladie plus avancée localement.

### *2.2.3. Œsophage*

Le cancer de l'œsophage est un cancer se développant dans la muqueuse de l'œsophage.

Le type le plus fréquent est le carcinome épidermoïde de l'œsophage, souvent associé à une intoxication alcool-tabagique et/ou au fait de boire des boissons trop chaudes et il est de mauvais pronostic.

### *2.2.4. Poumon*

Il s'agit d'un carcinome métaplasique : il survient sur un épithélium de type glandulaire, pseudo stratifié ayant subi une métaplasie malpighienne. facteur de risque : tabac

Evolution : souvent découvert à un stade avancé, inopérable. Il est de mauvais pronostic.

## **V/TUMEURS A DIFFERENCIATION PARAMALPIGHIENNE OU UROTHELIALE**

Les tumeurs urothéliales se développent à partir des épithéliums transitionnels (ou urothéliums), revêtant les voies excréto-urinaires: bassinets, uretères et vessie, où elles sont les plus fréquentes.

### *1. Tumeurs bénignes exceptionnelles*

Il s'agit du papillome à cellules transitionnelles de Mostofi et le papillome inversé

### *2. Tumeurs urothéliales papillaires non invasives*

Ce sont les plus fréquentes des tumeurs de vessie : Elles surviennent de préférence chez l'homme après 40 ans

-Facteurs de risque : le tabac, l'exposition professionnelle à certains colorants (aniline).

-Présentation clinique : l'hématurie et les troubles mictionnels

-Macroscopiquement: exophytiques et papillaires.

-Microscopiquement : Les papilles présentent un axe conjonctivo-vasculaire étroit et ramifié, revêtu d'un épithélium transitionnel comprenant plus de 7 couches de cellules avec respect de la membrane basale

Trois types histologiques

- Tumeur de faible potentiel de malignité
- Tumeur de bas grade
- Tumeur de haut grade

### *3. Tumeur urothéliale plane non invasive*

Architecture plane

Critères diagnostiques:

- Nucléomégalie
- Hyperchromasie
- Pléomorphisme
- Activité mitotique

### *4. Carcinome urothélial invasif*

En plus des caractères cités dans les tumeurs urothéliales papillaire et plane non invasives, il existe une effraction de la membrane basale

## **VI/ CONCLUSION**

Les tumeurs malpighiennes et paramalpighiennes sont précédées toujours des lésions précancéreuses dont la prise en charge est pluridisciplinaire et le dépistage reste le seul moyen préventif

**Références bibliographiques:**

1. Wechler J et al. Pathologie cutané tumorale .Montpellier: Sauramps médical ;2012
2. Moch H et al . IARC WHO Classification of Tumours of the urinary and male genital organs; Volume 8; 2016
3. Olivia E et al. Daiagnostic Pathology: volume 8; 2015
4. O dze Rd et al. Tumours of the oesophagogastric jonction.IARC WHO Classification. Volume 4; 2010

