

Cours d'anatomie pathologique Spéciale.
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
5^{ème} Année de Médecine

LES TUMEURS DE VESSIE

Pr. Nadia Cherradi
(HER- CHU de Rabat-Salé).

25/03/2010

Pr N.Cherradi-5^{ème} année Médecine-
Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Rabat

LES TUMEURS DE VESSIE

Plan:

I- INTRODUCTION

II- RAPPEL HISTOLOGIE NORMALE

III- MATERIELS D 'ETUDE adressés en ANAPATH.

IV- CLASSIFICATION DES TUMEURS DE VESSIE

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES

VI- LES STADES TNM (OMS 2004)

VII- LES FACTEURS PRONOSTIQUES .

26/03/2010

Pr N.Cherradi-5ème année Médecine-
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat

INTRODUCTION

- Les Tumeurs de vessie = souvent **malignes**
- prédominant chez l'**homme** et sont fréquentes vers la **6ème décennie**.
- Le **cancer de vessie** = 2ème cancer urologique après celui de la prostate.
- 90% des Tumeurs de vessie dérivent de l'**urothélium**.
Elles réalisent un **spectre de lésions** allant de tumeurs simplement récidivantes localement à des tumeurs agressives et métastatiques.
- Facteurs de risque:
 - tabac +++***,
 - carcinogènes chimiques*** (amines aromatiques),
 - bilharziose*** (Shistosoma Haematobium).

INTRODUCTION(suite)

* Rappel clinique :

hématurie terminale (85%cas) →
échographie /cystoscopie.

* Rôle du pathologiste:

1- diagnostic

2- pronostic en établissant le grade et le stade.

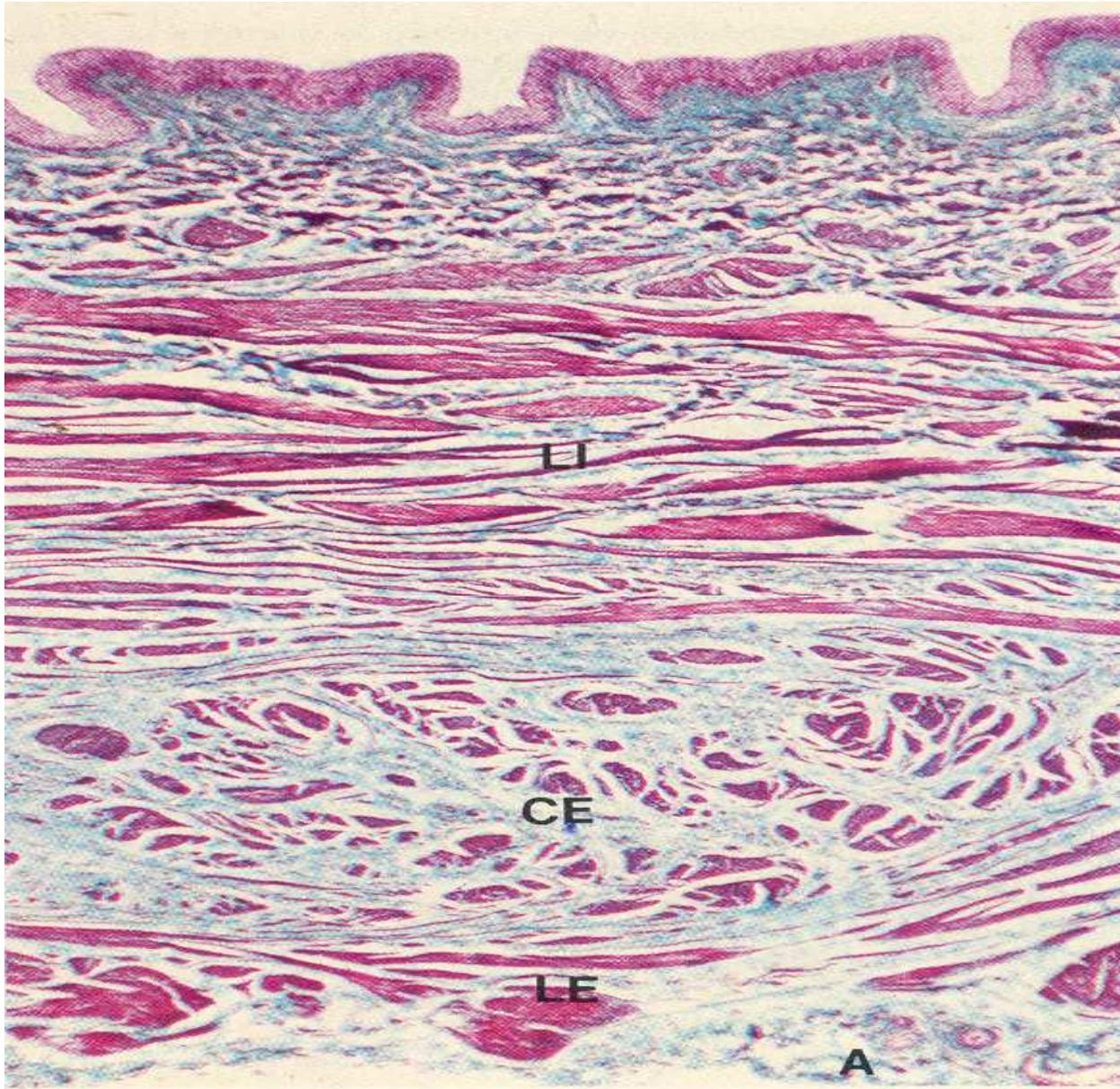
II- RAPPEL : HISTOLOGIE NORMALE

1- urothélium et membrane basale

2- le chorion et les quelques fibres musculaires lisses (= musculaire muqueuse)

3- les deux couches de la musculuse
(Détrusor)

4- l'adventice / graisse périvésicale.



vessie

26/03/2010

Pr N.Cherradi-5ème année Médecine-
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat

Photo Wheeler P.R.
histologie fonctionnelle
Ed.MEDSI1979

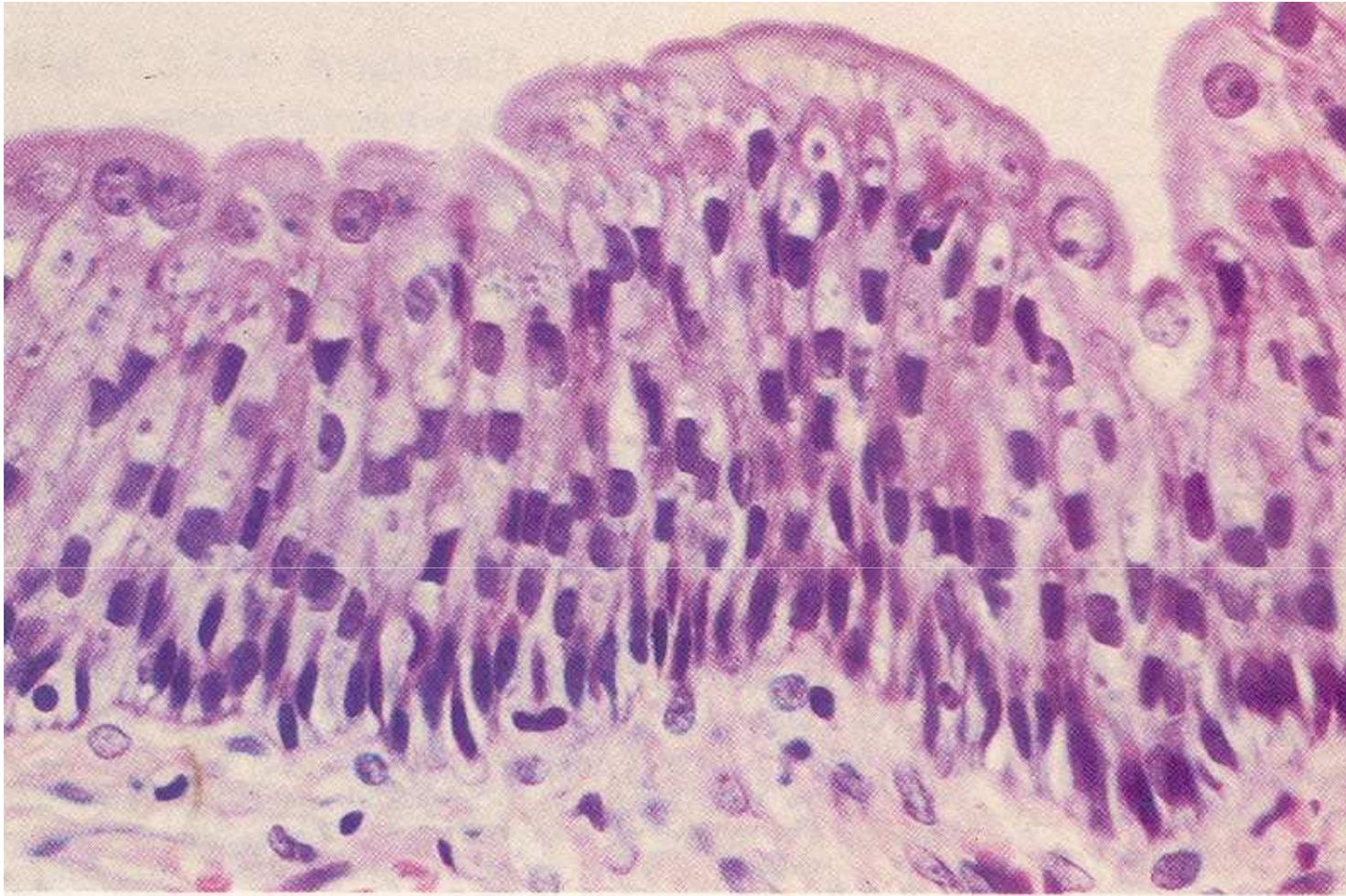


Fig. 13.30 Épithélium urinaire

Photo Wheeler P.R.
histologie fonctionnelle
Ed.MEDSI1979

26/03/2010

Pr N.Cherradi-5ème année Médecine-
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat

III- MATERIELS D 'ETUDE

1- la cytologie:

intérêt dans le dépistage du carcinome in situ,
la surveillance d'une tumeur opérée +++.

2- les biopsies:

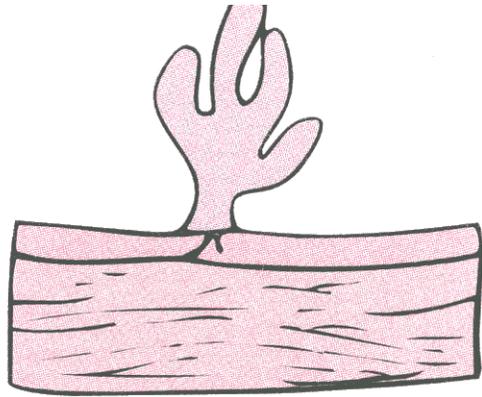
sur les lésions planes et sur la muqueuse apparemment saine autour d'une tumeur réséquée (**cartographie**).

3- Résection d'une tumeur :les copeaux de résection doivent être pesés et inclus en totalité.

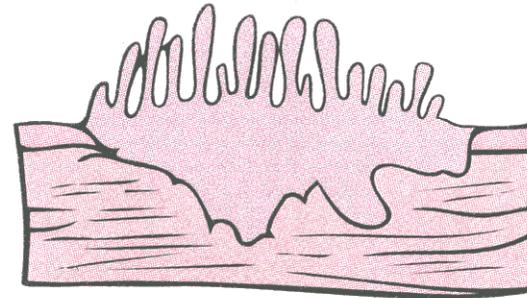
4- pièce opératoire de **cystoprostectomie** ou de **pelvectomie antérieure** chez la femme

a / la cystoprostatectomie : cf.schéma

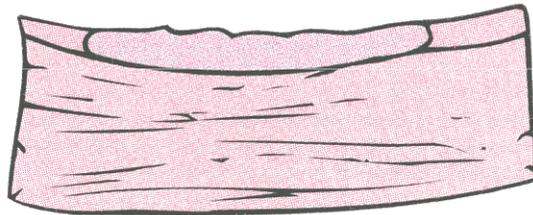
- on repère la prostate vers le bas avec sa face postérieure plane.
- on ouvre la face antérieure de la vessie verticalement après avoir cathétérisé l'urètre prostatique .On cathétérise également les uretères afin de préciser leur perméabilité et leur rapport avec la tumeur.
- on mesure : la hauteur de la vessie, la hauteur et la largeur de la prostate, les longueurs des uretères.
- on décrit **la tumeur** :
son siège , son diamètre, sa distance par rapport au col vésical,
son aspect MACROSCOPIQUE :
papillaire, bourgeonnant , ulcéré,
ulcéro-bourgeonnant, infiltrant, plurifocal



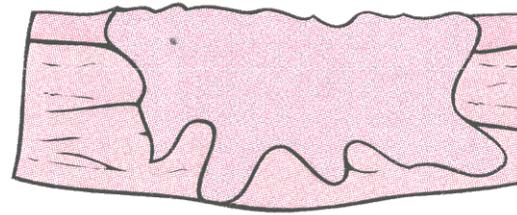
Papillome et
carcinome papillaire



Carcinoma
papillaire infiltrant



Carcinome plan
non infiltrant



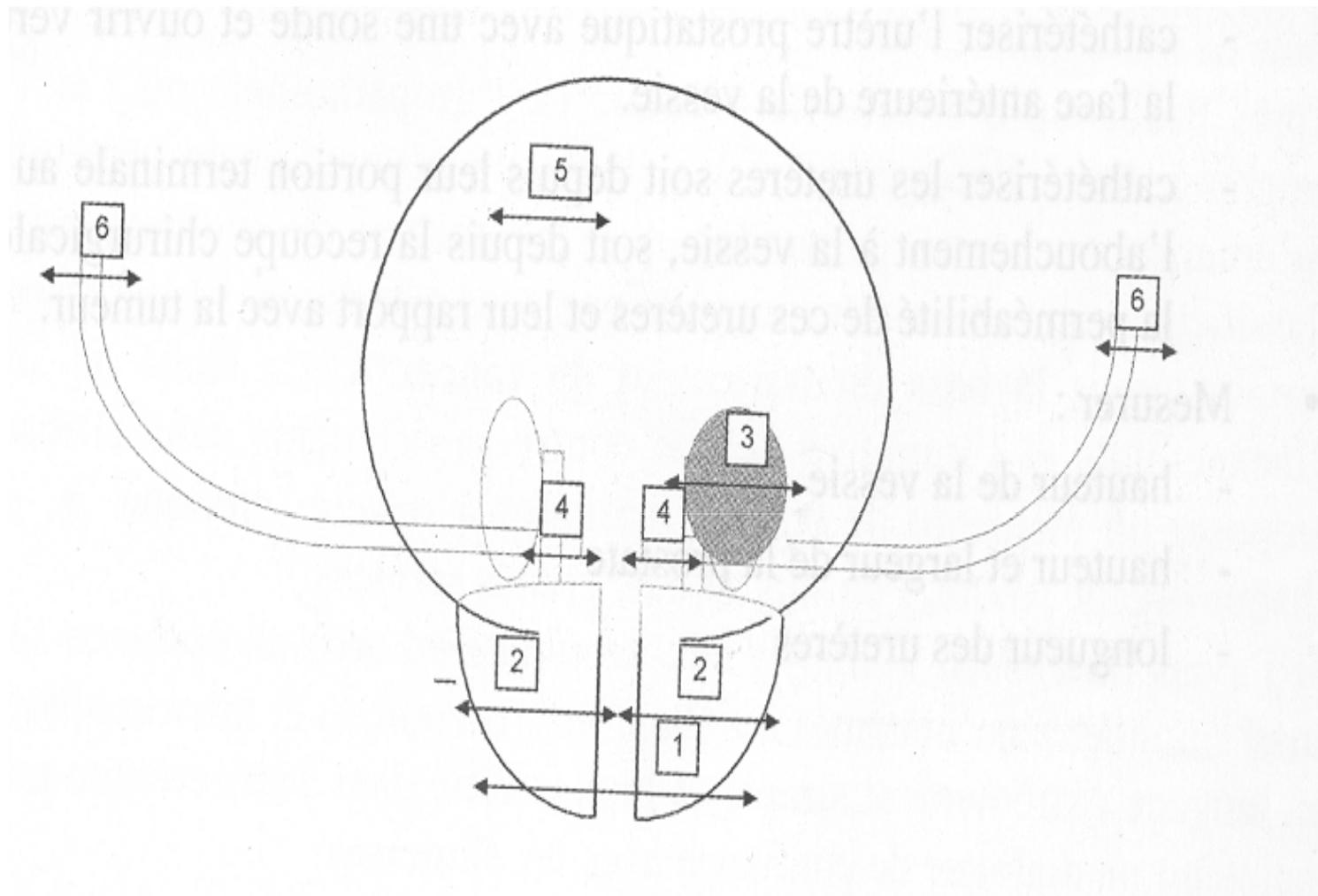
Carcinome plan
infiltrant

Figure 22-8. Schéma représentant les quatre aspects macroscopiques des tumeurs vésicales.

Photo Robbins pathologic basis of disease
6^{ème} édition.

a / la cystoprostatectomie *(suite)*

- Les zones indurées au niveau de la graisse périvésicale et la prostate sont **enrées** pour vérifier l'états des limites d'exérèse chirurgicale.
 - Les **PRELEVEMENTS** effectués après fixation : *cf.schéma*
les coupes sont transversales étagées depuis l'orifice urétral jusqu'au fond vésical.
-
- Echantillonnage de la tumeur ; On précise la profondeur de l'infiltration tumorale.
 - prélèvements systématiques de la muqueuse non tumorale alentour et à distance de la tumeur.
 - prélèvement de chaque uretère à son abouchement à la vessie.
 - prélèvement systématique de chaque lobe prostatique , des vésicules séminales et des déférents.
 - prélèvements de la limite urétrale et des limites urétérales.



T.vessie: cystoprostatectomie- Les prélèvements.

Schéma Memento de Pathologie
Ed.Vernazobres-Greco

26/03/2010

Pr N.Cherradi-5ème année Médecine-Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat

b- pelvectomie antérieure

pelvectomie antérieure chez la femme :

- description identique à la cystoprostatectomie
- on repère :
utérus, trompes , ovaires en arrière de la vessie
- prélèvements systématiques du col utérin , de l'endomètre , des trompes et ovaires ;
prélèvement de la collerette vaginale (limite).

IV- CLASSIFICATION DES TUMEURS DE VESSIE

1-Tumeurs épithéliales :

* tumeurs urothéliales (90%) :

- carcinome urothélial infiltrant
- néoplasies urothéliales non infiltrantes :
 - papillome urothélial
 - carcinome in situ
 - néoplasie urothéliale de faible potentiel de malignité
 - carcinome urothélial de bas grade de malignité
 - carcinome urothélial de haut grade de malignité

1-Tumeurs épithéliales (suite)

* **Autres tumeurs épithéliales :**

- carcinome épidermoïde (3%) :
fréquent en zone d'endémie bilharzienne.

- carcinome glandulaire (2%) :
se développe à partir d'une métaplasie de la muqueuse urothéliale
Ici, il convient d'abord d'éliminer un éventuel cancer de voisinage
(rectum, colon).

- métastases ou extension d'une tumeur de voisinage.

2- tumeurs non épithéliales

leiomyosarcome ,

rhabdomyosarcome (enfant),

lymphome.

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES

OMS 1973	OMS /ISUP 1998
papillome	papillome
Carcinome urothélial de grade 1	Tumeur de faible potentiel de malignité
Carcinome urothélial de grade 2	Carcinome urothélial de bas grade de malignité
Carcinome urothélial de grade 3	Carcinome urothélial de haut grade de malignité

26/03/2010

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

- **Le grade :**

représente le degré de différenciation de la tumeur .

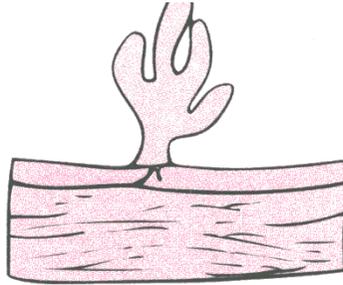
Le grade utilisé est celui proposé par Mostofi en **trois grades** (*bien différencié, moyennement différencié et peu différencié*), basés sur l'architecture et l'aspect cytologique.

Le grade de Mostofi

	grade 1	grade 2	grade 3
architecture	Urothélium de >7couches, d'aspect organisé	Urothélium d'aspect moins organisé (perte de la polarité des cellules)	Désorganisation architecturale évidente
aspect cytologique	Noyaux de taille discrètement augmentée Mitoses rares en situation basale	Atypies plus franches mitoses nombreuses sur presque toute la hauteur de l'urothélium.	Atypies marquées mitoses nombreuses sur toute la hauteur de l'urothélium.

A - Le papillome

→ Macroscopie:
tumeur unique
de petite taille (0,5 à 2 cm) ;
pédiculée ; souple ;
montrant un **aspect papillaire** avec
franges grêles.



→ Microscopie:
les franges ont un axe très fin
constitué d'un tissu conjonctif lâche
et vascularisé. Ces franges sont
revêtues par un **urothélium dont
l'aspect est identique à un
urothélium normal.**



2-9. Papillome vésical: HES. Faible grandissement. On voit l'axe conjonctif grêle et lâche (Dr Chr

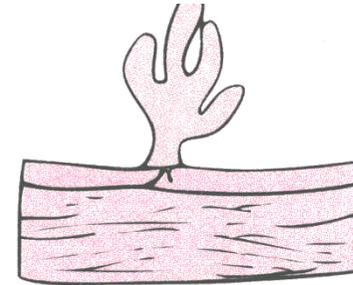
Photos Robbins
pathologic basis of disease

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

B -le carcinome urothélial de grade 1 :

→ Macroscopie:

aspect identique à celui du papillome



→ Microscopie:

l'architecture et l'aspect des cellules sont décrits dans le tableau n°1 (grade 1 de Mostofi).

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

C-le carcinome de grade 2 :

→ Macroscopie:

lésion est **souvent papillaire** ou parfois à la fois papillaire et plane.

→ Microscopie:

l'architecture et l'aspect des cellules sont décrits dans le tableau n°1 (grade 2 de Mostofi).

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

D-le carcinome de grade 3 :

→ Macroscopie:

la tumeur peut être **papillaire** , **plane** ou **les deux** .

→ Microscopie:

l'architecture et l'aspect des cellules sont décrits dans le tableau n°1 (grade 3 de Mostofi).

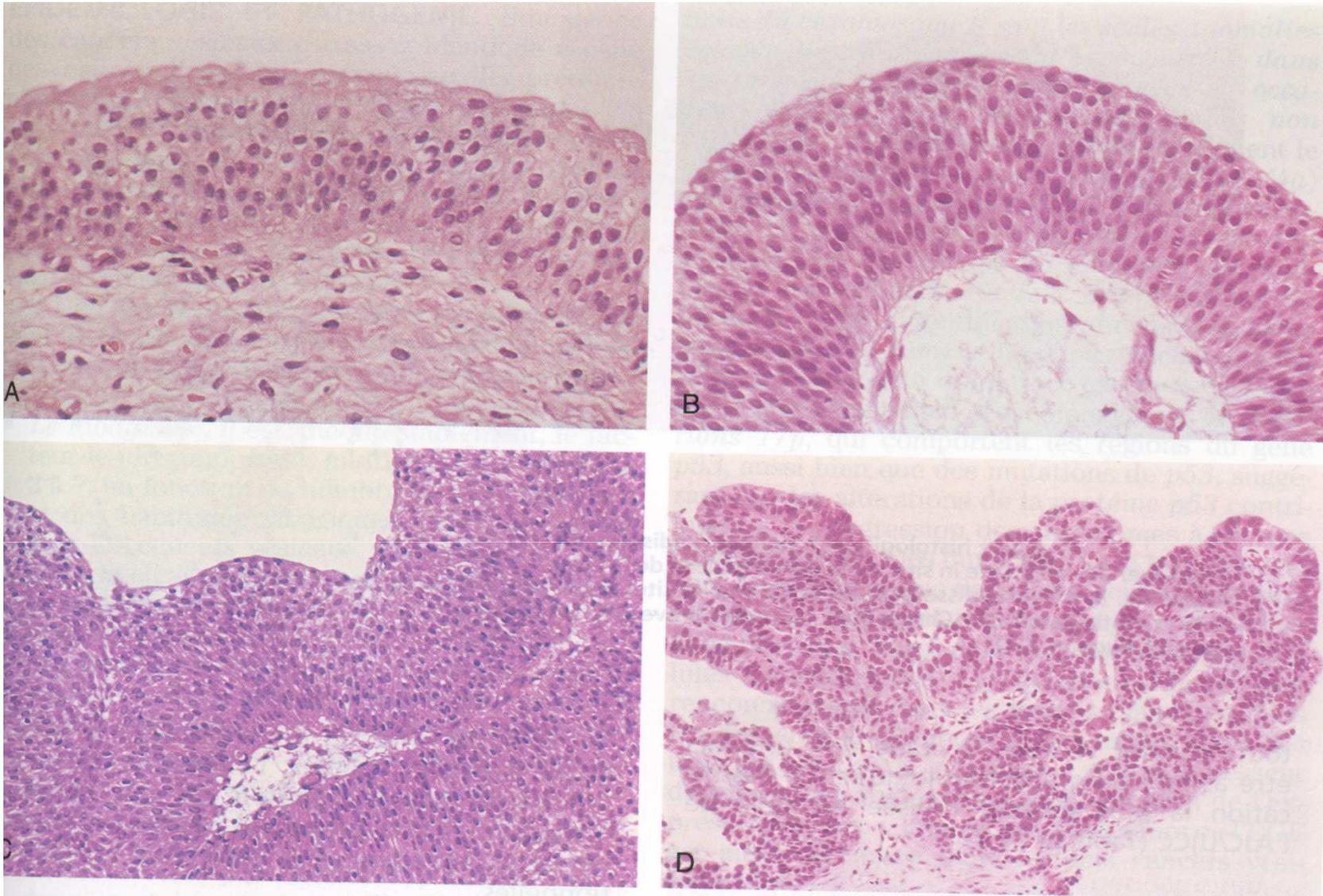


Figure 22-11. A: Muqueuse vésicale normale. B-D, Tumeurs urothéliales. B, Grade I ou de faible malignité. C, Grade II (bas grade). D, Grade III (haut grade). A; B; D (Dr Christopher Corless, University of Oregon, Eugene, OR). C (Dr Donald Antonioli, Beth Israel Hospital, Boston, MA).

Photo Robbins pathologic basis of disease 6^{ème} Ed.

26/03/2010

Pr N.Cherradi-5^{ème} année Médecine-Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

E- le Carcinome in situ :

C'est une **lésion précurseur** du carcinome invasif

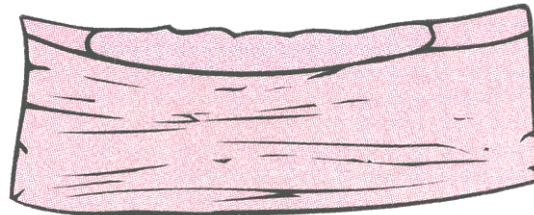
se définit comme une **lésion plane** montrant des **anomalies cytologiques et architecturales marquées** (anomalies de haut grade) avec une **membrane basale respectée.**

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

E- le Carcinome in situ (suite):

→ Macroscopie :

- lésion **plane** sous forme d'une muqueuse rougeâtre d'aspect velouté ou finement granité.
- en règle **multifocal** dans la vessie et peut toucher l'urètre et les uretères.



V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHELIALES (suite)

E- le Carcinome in situ (suite):

→ Microscopie :

anomalies cytologiques et architecturales marquées (anomalies de haut grade) retrouvées sur toute la hauteur de l'urothélium. La membrane basale est respectée.

* **anomalies cytologiques** : noyaux volumineux et hyperchromatiques ou monstrueux ; les mitoses sont nombreuses et situées à tous les niveaux de la hauteur de l'urothélium

* **Désorganisation architecturale** totale avec perte de la polarité et de la cohésion cellulaire.

V- ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DES TUMEURS UROTHÉLIALES (suite)

→ Formes cliniques :

- le **CIS isolé primitif** :

1% des cancers vésicaux

50% des CIS isolés primitifs progressent vers un cancer invasif dans les cinq ans.

- * le **CIS associé à un carcinome urothélial** habituellement de haut grade : constitue un facteur péjoratif pour le pronostic.

VI- LES STADES TNM (OMS 2004)

le stade correspond à la profondeur de la tumeur dans la paroi vésicale qui est subdivisée en **5 couches**:

muqueuse,

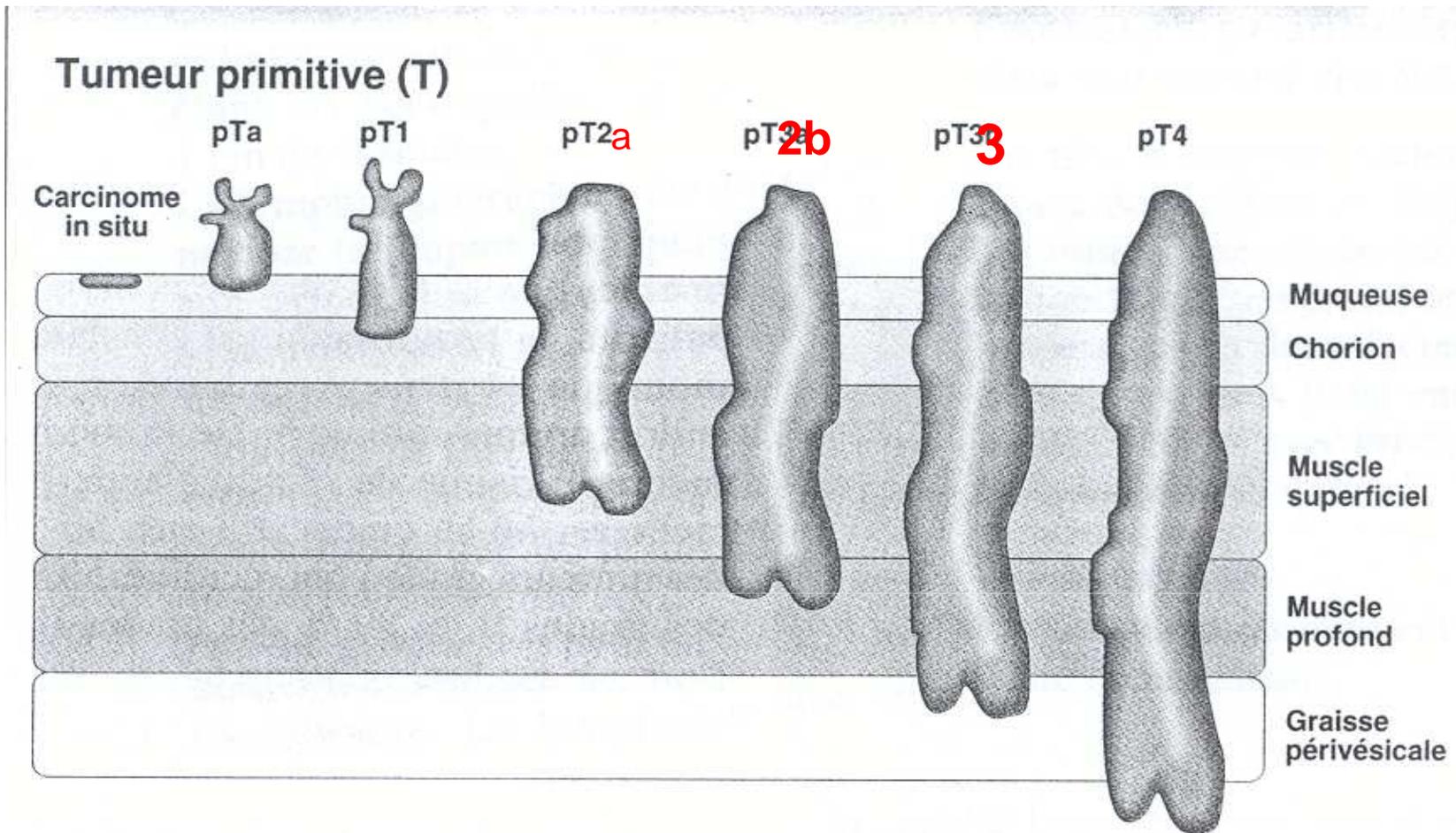
sous-muqueuse (chorion),

muscleuse superficielle et profonde

graisse périvésicale.

VI- LES STADES TNM (OMS 2004)

- **p Ta**: tumeur papillaire superficielle
(ne dépasse pas la membrane basale)
- **pTis** : Carcinome in situ (plan, respectant la membrane basale).
- **p T1**: envahit le chorion sous-muqueux.
- **p T2**: Carcinome envahit le détrusor :
 - T2a : partie superficielle du détrusor
 - T2b : partie profonde du détrusor
- **p T3** : Carcinome envahit la graisse périvésicale
 - pT 3a: envahissement microscopique
 - pT 3b : envahissement extravésical macroscopique
- **p T4**: envahit les structures périvésicales.
 - pT4a : prostate , utérus/vagin.
 - pT4b : paroi abdominal ou pelvienne.



Ganglions locorégionaux (N)

- Nx : ganglions locaux non évaluables
- N0 : pas d'envahissement ganglionnaire
- N1 : métastase unique < 2 cm
- N2 : métastase unique > 2 cm et < 5 cm ou plusieurs ganglions < 5 cm
- N3 : métastase dans un ganglion > 5 cm

Métastases à distance (M)

- Mx : métastase non décelable
- M0 : pas de métastase à distance
- M1 : métastase à distance

Schéma Rev Prat 1997,47/
schéma modifié cf le texte du cours

VI- LES STADES TNM (OMS 2004)

Les tumeurs superficielles
(pTa, pT1 et pTis)
constituent 70% des
tumeurs.

VI- LES STADES TNM (suite)

- N: Nx N0
 - N1: meta. unique de < 2cm
 - N2: meta .unique de 2 à 5 cm ou plusieurs ganglions de <5cm.
 - N3: ganglion (s) de >5cm
- M: Métastases
 - Mx, M0,
 - M1: métastases à distance.

VII- LES FACTEURS PRONOSTIQUES :

1- le stade :

La survie est étroitement corrélée au stade de la tumeur.

A titre d'exemple :

pTis,pTa, pT1 : **71%** de survie à 10 ans.

pT2 : **48%** de survie à 10 ans

pT3a,b et pT4 : **23%** de survie à 10 ans.

2- le grade :

Le **risque de progression** d'une tumeur superficielle est lié au grade
(La progression = récurrence sur un mode infiltrant ou survenue de métastases).

Le **risque de récurrence superficielle** est aussi lié au grade.

Le grade est aussi un facteur pronostique de survie pour
les **tumeurs urothéliales infiltrantes**.