

# **Items 287, 288 (ex item 138) - Anatomie et cytologie pathologiques et cancérologie**

**Collège Français des Pathologistes (CoPath)**

2013

## Table des matières

1. Généralités.....	3
2. Données minimales.....	3
3. Double lecture systématisée.....	4
4. Annexes.....	4
4.1. Terminologie générale.....	5
4.2. Principaux types de tumeurs.....	6

## Objectifs ENC

- Connaître les principaux facteurs pronostiques anatomopathologiques en cancérologie qui sont précisés dans les comptes rendus.
- Connaître la terminologie anatomopathologique fréquemment utilisée dans les comptes rendus.
- Connaître les tumeurs pour lesquelles il existe une double lecture systématisée.

## 1. Généralités

En pathologie tumorale, l'examen anatomocytopathologique fait souvent partie des examens clés pour :

- le dépistage ;
- le diagnostic ;
- la détermination du stade d'extension d'une tumeur maligne (TNM anatomopathologie = pTNM) ;
- l'évaluation du pronostic.

Les médecins anatomopathologistes participent de ce fait activement aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées pour déterminer le traitement le plus adapté à chaque patient.

## 2. Données minimales

Pour les principales localisations tumorales primitives, l'INCa et la Société française de pathologie ont défini les informations essentielles à la prise en charge des malades devant figurer sur un compte-rendu d'anatomie pathologique.

Ces informations, appelées « données minimales », sont définies dans un référentiel régulièrement mis à jour (<http://www.e-cancer.fr/soins/lanatomopathologie>).

De manière générale, sur une pièce de résection à but curatif d'un cancer, il sera précisé :

- le type histologique de la tumeur (suivant la classification OMS en vigueur) ;
- les facteurs histopronostiques \* propres à chaque type de cancer ;
- l'extension, en précisant les points nécessaires pour établir le stade d'extension suivant la classification pTNM ;
- le stade\*\* pTNM (préciser l'année d'édition du TNM appliqué) ;
- la qualité de l'exérèse chirurgicale\*\*\*.

Parfois il y a aussi une évaluation :

- du tissu non tumoral (présence de lésions tissulaires précancéreuses ?) ;
- de la réponse à un traitement antitumoral préopératoire (néoadjuvant) sous forme d'un grade de régression ;
- de facteurs prédictifs de réponse ou non-réponse à certains traitements\*\*\*\*.

\* Facteurs histopronostiques

Les **facteurs histopronostiques** correspondent à des aspects histologiques démontrés comme influençant de manière significative le pronostic de la maladie. Ils sont différents pour chaque pathologie tumorale. Exemples :

- présence d'un contingent non séminomateux pour un cancer du testicule ;
- carcinome peu différencié en cas de cancer du côlon ;
- grade d'Elston et Ellis pour le cancer du sein (tenant compte de l'architecture, des anomalies cytologique et des mitoses) ;

- score de Gleason pour le cancer de prostate (tenant compte uniquement de l'architecture) ;
- etc.

## \*\* Stade d'un cancer

Le **stade d'un cancer** correspond à son extension dans l'organe et l'organisme :

- T traduit l'extension de la tumeur dans l'organe ;
- N traduit la présence ou non de métastases ganglionnaires locorégionales (N pour *node* signifiant ganglion en anglais) ;
- M traduit la présence ou non de métastases à distance.

Chaque organe a un TNM propre. Il existe une mise à jour des stades TNM avec parfois des modifications des définitions. Il faut donc toujours donner l'année d'édition du TNM utilisé.

Le pTNM est le TNM établi sur les données anatomopathologiques.

## \*\*\* Qualité de l'exérèse chirurgicale

La **qualité de l'exérèse chirurgicale** s'évalue en précisant l'état des limites de résection (envahies ou non envahies) et parfois la marge.

La marge est la distance minimale entre la tumeur et la limite de résection ou tranche de section chirurgicale. La marge s'exprime en millimètres.

En RCP, avec ces données anatomopathologiques et les données macroscopiques peropératoires, il sera défini le reliquat tumoral après exérèse chirurgicale, selon une codification comme suit :

- R0 : absence de reliquat tumoral : exérèse complète avec limites saines ;
- R1 : présence d'un reliquat tumoral microscopique : l'exérèse est au ras de la tumeur avec atteinte microscopique des limites ;
- R2 : présence d'un reliquat tumoral macroscopique : de la tumeur visible a été laissée en place lors du geste opératoire.

## \*\*\*\* Facteurs prédictifs de réponse ou non-réponse à certains traitements

L'évaluation de facteurs prédictifs de réponse ou non-réponse à certains traitements est parfois appelée le « theranostic » (pronostic de réponse à la thérapeutique).

Ce domaine est en évolution constante et permet de prescrire des traitements en fonction du phénotype individuel de chaque tumeur (« médecine personnalisée » avec prescription de « thérapies ciblées »). Exemples :

- expression des récepteurs hormonaux dans le cancer du sein (hormonothérapie ?) ;
- surexpression du récepteur HER-2 dans le cancer du sein (trastuzumab ?) ;
- absence de mutation du gène KRAS dans le cancer du côlon (cetuximab ?) ;
- présence d'une mutation d'EGFR dans les adénocarcinomes du poumon (erlotinib ou gefitinib ?) ;
- etc.

## 3. Double lecture systématisée

Pour les lymphomes, sarcomes, les mésothéliomes et les tumeurs neuroendocrines rares, l'INCa a mis en place une double lecture systématisée par des réseaux de référence anatomopathologiques.

## 4. Annexes

### Terminologie fréquemment utilisée dans les comptes-rendus de pathologie tumorale

La terminologie utilisée dans les comptes-rendus d'anatomie pathologique est une terminologie médicale

dont il faut connaître la signification exacte.

## 4.1. Terminologie générale

**Cancer** : tumeur maligne.

**Différenciation** : pour un cancer, définit le degré de ressemblance du tissu tumoral cancéreux avec le tissu reproduit.

**Dysplasie** : deux significations possibles :

– dysplasie (épithéliale acquise) : altérations morphologiques témoignant de l'existence d'un processus néoplasique à un stade précoce, non invasif. C'est donc une prolifération cellulaire épithéliale, anormale qui échappe aux mécanismes de régulation de l'organisme (néoplasie), mais qui n'envahit pas les tissus (pas de franchissement de la membrane basale). Dans certaines terminologies, le terme de *dysplasie épithéliale* peut être remplacé par celui de *néoplasie intra-épithéliale* qui lui est synonyme.

La dysplasie acquise résulte d'anomalies génétiques qui altèrent le contrôle de la prolifération et la maturation cellulaire. Les dysplasies ne sont décrites que dans les épithéliums (col utérin, tube digestif, voies aériennes, glande mammaire, voies urinaires...) et sont des lésions précancéreuses car les cellules dysplasiques peuvent, inconstamment et dans un délai très variable se transformer en cellules cancéreuses par accumulation d'autres anomalies génétiques.

Morphologiquement, la dysplasie épithéliale se traduit par :

- des anomalies architecturales (retard de différenciation, désordre architectural...),
- des anomalies cytologiques (mitoses, anomalies nucléaires...),
- l'absence d'invasion (membrane basale intacte).

En fonction de l'importance des anomalies morphologiques, on classe la dysplasie en bas grade ou haut grade (parfois en trois catégories : légère/modérée/sévère). La dysplasie sévère (haut grade) est très proche du cancer ;

– dysplasie (*dys/anomalie* ; *platein/construire*) : peut également désigner toute lésion résultant d'une anomalie du développement d'un tissu, d'un organe ou d'une partie de l'organisme. Il s'agit alors d'une dysplasie constitutionnelle et non acquise (dysplasie rénale par exemple).

**Hamartome** : formation tissulaire définie comme « un mélange anormal des cellules normalement présentes dans l'organe où elles se développent ».

**Hyperplasie** : augmentation de la masse d'un organe ou d'une portion d'organe due à une *augmentation anormale du nombre des cellules* qui le composent. L'hyperplasie reste contrôlée par les mécanismes de régulation de la prolifération cellulaire (processus réversible, non tumoral).

**Métaplasie** : anomalie tissulaire acquise résultant de la *transformation* d'un tissu normal en un autre tissu normal, de structure et de fonction différentes. C'est souvent le résultat d'un mécanisme d'adaptation tissulaire. Il s'agit d'une lésion non tumorale mais qui peut le devenir (séquence métaplasie/dysplasie/cancer). L'adjectif qui qualifie la métaplasie indique le résultat de la transformation (exemple : métaplasie malpighienne de l'épithélium bronchique secondaire au tabagisme).

**Néoplasie** : prolifération cellulaire anormale autonome (qui échappe aux mécanismes de régulation de l'organisme), synonyme de tumeur. Attention : néoplasie ne signifie pas « cancer » ; il y a des tumeurs (néoplasies) bénignes et malignes.

**Néoplasie intra-épithéliale** : prolifération cellulaire épithéliale anormale qui échappe aux mécanismes de régulation de l'organisme (néoplasie), mais qui n'envahit pas les tissus (pas de franchissement de la membrane basale). Cf. « Dysplasie épithéliale acquise » (synonyme).

**Polype** : toute *formation en saillie* à la surface d'une *muqueuse* bordant un organe creux. Ce terme ne préjuge pas de la nature de la lésion qui sera précisée par l'examen histologique. Il existe des polypes adénomateux, hyperplasiques, hamartomateux, inflammatoires, cancérisés, etc.

**Tumeur** : synonyme de néoplasie. Prolifération cellulaire anormale autonome (qui échappe aux mécanismes de régulation de l'organisme).

## 4.2. Principaux types de tumeurs

La classification des tumeurs se base principalement sur le tissu reproduit (phénotype des cellules tumorales) et sur le caractère bénin ou malin de la tumeur.

**Adénome** : tumeur épithéliale glandulaire bénigne.

**Carcinome** : tumeur épithéliale maligne. On peut adjoindre un autre adjectif qui précisera sa différenciation (exemples : adénocarcinome [tumeur épithéliale maligne glandulaire], carcinome hépatocellulaire [avec différenciation hépatocytaire] urothélial, neuroendocrine, etc.).

**Carcinome in situ** : prolifération de cellules épithéliales cancéreuses à un stade initial de son développement, qui ne franchit pas la membrane basale de l'épithélium et n'envahit pas le tissu conjonctif. Synonyme de cancer intra-épithélial, cancer non invasif, au stade 0. Pour certains, le concept de « carcinome in situ » est un oxymore (cf. note : Note 1). En effet, un cancer se définit par son pouvoir d'invasion et de métastase, absentes dans le cancer in situ. Actuellement, on a donc tendance à utiliser le terme de « dysplasie de haut grade » ou « néoplasie intra-épithéliale de haut grade » plutôt que celui de carcinome in situ. Pour éviter les malentendus, dans les comptes-rendus, il y aura souvent les deux termes (exemple : « présence d'un foyer de dysplasie de haut grade/carcinome in situ »).

**Carcinome invasif** : carcinome ayant franchi la membrane basale et envahissant le tissu conjonctif.

**Mélanome** : prolifération tumorale maligne de mélanocytes.

**Papillome** : tumeur bénigne *épithéliale* développée au niveau d'un épithélium de *revêtement malpighien* ou *urothélial (paramalpighien)* et comportant, entre autres lésions élémentaires, une accentuation des papilles conjonctives (d'où son nom).

**Sarcome** : tumeur maligne conjonctive. On peut adjoindre un préfixe qui précise la différenciation (exemples : angiosarcome = vasculaire, léiomyosarcome = musculaire lisse, ostéo, chondro, fibro, etc.).

N.B : les synoviosarcomes n'ont pas du tout une différenciation synoviale, mais le terme a été gardé car il s'agit d'une entité clairement définie.

### NOTE(S) DU CHAPITRE

---

*Note 1* : Mise en relation de deux mots opposés antonymes. Exemples : tintement silencieux, se dépêcher lentement, etc.

### Points essentiels

- En pathologie tumorale, l'examen anatomocytopathologique fait souvent partie des examens clés pour le dépistage, le diagnostic, la détermination du stade d'extension d'une tumeur maligne (pTNM), l'évaluation du pronostic.
- De manière générale, sur une pièce de résection à but curatif d'un cancer, il sera précisé :
  - le type histologique de la tumeur (suivant la classification OMS en vigueur) ;
  - les facteurs histopronostiques propres à chaque type de cancer ;
  - l'extension, en précisant les points nécessaires pour établir le stade d'extension suivant la classification pTNM ;
  - le stade pTNM (préciser l'année d'édition du TNM appliqué) ;

- la qualité de l'exérèse chirurgicale.
- Parfois, il y a aussi une évaluation :
  - du tissu non tumoral (présence de lésions tissulaires précancéreuses ? ) ;
  - de la réponse à un traitement antitumoral préopératoire (néoadjuvant) sous forme d'un grade de régression ;
  - de facteurs prédictifs de réponse ou non-réponse à certains traitements.
- Pour les lymphomes, sarcomes, les mésothéliomes et les tumeurs neuroendocrines rares, l'INCa a mis en place une double lecture systématisée par des réseaux de référence anatomopathologiques.
- La terminologie utilisée dans les comptes-rendus d'anatomie pathologique est une terminologie médicale dont il faut connaître la signification exacte.