



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Tumeurs adipeuses



Adipocytic tumors

Nathalie Stock

Service d'anatomie et cytologie pathologiques, pôle cellules et tissus, CHU Pontchaillou, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 9, France

Accepté pour publication le 2 décembre 2014

Disponible sur Internet le 20 décembre 2014

MOTS CLÉS

Tumeurs adipeuses ;
Lipome ;
Hibernome ;
Lipoblastome ;
Liposarcome

KEYWORDS

Adipocytic tumors;
Lipoma;
Hibernoma;
Lipoblastoma;
Liposarcoma

Résumé Les tumeurs adipeuses sont les tumeurs conjonctives les plus fréquentes, les liposarcomes représentant environ 20% des sarcomes des tissus mous. Le diagnostic différentiel entre tumeurs adipeuses bénignes et malignes est souvent problématique et constitue une proportion significative des cas soumis pour consultation. Le but de cet article est de passer en revue les différents types de liposarcome et les principales tumeurs adipeuses bénignes : lipoblastome, hibernome, lipome à cellules fusiformes et pléomorphes, lipome chondroïde, ainsi que les tumeurs non adipeuses comportant un contingent lipomateux telles que la tumeur fibreuse solitaire lipomateuse, en insistant sur les problèmes pratiques de diagnostic différentiel et les outils immuno-histochimiques et moléculaires permettant de les résoudre.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Adipocytic tumors are the most common mesenchymal neoplasms, liposarcoma accounting for approximately 20% of soft tissue sarcomas. The differential diagnosis between benign and malignant tumors is often problematic and represents a significant proportion of consultation cases. The goal of this article is to review liposarcoma subtypes, the main benign adipocytic neoplasms: lipoblastoma, hibernoma, spindle/pleomorphic cell lipoma, chondroid lipoma, as well as non adipocytic neoplasms with a lipomatous component such as lipomatous solitary fibrous tumor, emphasizing on practical differential diagnosis issues, and immunohistochemical and molecular tools allowing their resolution.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : nathalie.stock@chu-rennes.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annpat.2014.12.001>

0242-6498/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les tumeurs adipeuses sont les plus fréquentes des tumeurs des tissus mous [1]. Les tumeurs bénignes dépassent de beaucoup les tumeurs malignes et leur incidence réelle est sous-estimée.

Dans le réseau sarcome qui collige tous les nouveaux cas français de sarcomes depuis le 1^{er} janvier 2010, il existait en 2013 environ 2000 cas de liposarcomes sur les 10 000 sarcomes recensés ce qui représente 20% de l'ensemble des sarcomes (<http://www.conticabase.com/>).

Parmi les cas de tumeurs conjonctives reçues pour avis par les centres experts français, 15% correspondent à une tumeur adipeuse après relecture.

Les tumeurs adipeuses posent généralement peu de problèmes diagnostiques mais deux cas de figure récurrents s'imposent au pathologiste :

- celui de ne pas méconnaître une tumeur adipeuse atypique/liposarcome bien différencié (TAA/LPS BD) face à une tumeur adipeuse mature. Cette situation est souvent source d'angoisse pour le pathologiste et représente un des cas de figure le plus fréquemment reçu en consultation par les experts en tissus mous [2] ;
- celui de ne pas poser à tort le diagnostic de sarcome devant une tumeur adipeuse atypique. Dans l'étude d'Arbiser et al. portant sur les cas reçus pour avis par Sharon Weiss, les tumeurs adipeuses représentaient la part la plus importante (21%) des tumeurs bénignes diagnostiquées à tort comme sarcomes [2].

Classification OMS 2013 des tumeurs adipeuses

Les tumeurs adipeuses sont diagnostiquées selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle repose sur des critères histologiques et sur la mise en évidence d'anomalies moléculaires récurrentes dans plusieurs entités.

Elle a été actualisée en 2013 [1]. Très peu de changements sont intervenus par rapport à la classification OMS 2002 [3]. Il n'a pas été décrit de nouvelle entité. Par contre, l'entité « liposarcome mixte » a été supprimée. Les liposarcomes (LPS) mixtes étaient considérés comme des tumeurs rarissimes, rétropéritonéales correspondant à une collision entre un LPS myxoïde/à cellules rondes et un LPS bien différencié/dédifférencié (BD/DD) ou comme une collision entre un LPS pléomorphe et un LPS BD/DD. De nombreux travaux ont montré que ces tumeurs correspondaient à des LPS dédifférenciés avec un contingent à différenciation lipogénique homologue [4] et sont donc désormais classés comme tels.

Les tumeurs adipeuses bénignes sont les lipomes « ordinaires » ou conventionnels, les angioliipomes, les lipomes à cellules fusiformes/pléomorphes, les myoliipomes, les lipomes chondroïdes, les hibernomes et les lipoblastomes.

Les tumeurs adipeuses malignes sont les tumeurs adipeuses atypiques/LPS bien différenciés (TAA/LPS BD), les LPS dédifférenciés (LPS DD), les LPS myxoïdes/à cellules rondes, les LPS pléomorphes.

Les principales caractéristiques cliniques et les anomalies moléculaires des tumeurs adipeuses bénignes et malignes sont décrites de façon synthétique dans le [Tableau 1](#).

Lipomes conventionnels

Les lipomes conventionnels superficiels sont de loin les plus fréquents. Les lipomes profonds correspondent aux lipomes intra- ou intermusculaires, aux lipomes des gaines des tendons, aux lipomes arborescents de la synoviale et aux lipomes lombosacrés. Ces tumeurs posent rarement des problèmes diagnostiques sauf en cas de grande taille ou de remaniements importants.

Sur le plan immuno-histochimique, les adipocytes présentent un marquage intense et diffus, cytoplasmique et nucléaire pour la PS100 dans la totalité des cas, et un marquage nucléaire pour HMGA2 dans 86% des cas [5,6]. L'expression de HMGA2 en immuno-histochimie est corrélée au fait qu'il existe des réarrangements impliquant le gène *HMGA2* dans les lipomes ordinaires. Ce marquage n'est pas spécifique puisqu'il est observé dans de nombreuses tumeurs adipeuses bénignes ou malignes (86% des liposarcomes bien différenciés, 76% des liposarcomes dédifférenciés). Ce n'est pas non plus un marqueur de différenciation adipeuse puisqu'il est exprimé dans moins de 20% des lipomes à cellules pléomorphes et qu'il n'est pas exprimé dans les autres tumeurs adipeuses notamment les LPS myxoïdes [6]. Par ailleurs, HMGA2 est exprimé dans les lésions fibrohistiocytaires à type de fasciite nodulaire et les histiocytofibromes.

De façon intéressante, HMGA2 n'est pas exprimé dans le tissu adipeux normal et peut donc être une aide diagnostique sur microbiopsie ou en cas de ré-excision tumorale pour prouver l'origine tumorale du tissu adipeux échantillonné.

Il n'est pas noté d'expression de MDM2 et CDK4 en immuno-histochimie dans les lipomes. Dans la série de Binh et al. portant sur 559 tumeurs des tissus mous, seules trois tumeurs adipeuses bénignes sur 33 (toutes initialement classées comme lipomes à cellules fusiformes ou pléomorphes) présentaient un marquage nucléaire pour MDM2 et/ou CDK4 ; l'une d'entre elle présentait a posteriori une amplification de *MDM2* et *CDK4* en Hybridation In Situ en Fluorescence (FISH) et correspondait donc à un LPS BD/DD [7].

Les lipomes peuvent être le siège de remaniements soit du fait de leur taille ou de leur localisation. En effet, un défaut d'irrigation vasculaire peut entraîner infarctus, hémorragie, calcifications, fibrose cicatricielle et peut causer de remaniements pseudokystiques. De même, un traumatisme ou une infection peuvent entraîner une nécrose adipocytaire. Dans ces cas, on observe une atrophie adipocytaire caractérisée par une irrégularité de taille des adipocytes avec des secteurs nécrotiques entourés de nombreux macrophages lipophages, de quelques cellules inflammatoires et de cellules géantes multinucléées ([Fig. 1a](#)). Des images de lipodystrophie membrano-kystique peuvent être notées. Ces aspects de relative richesse cellulaire, de fibrose et d'anisocytose ne doivent pas faire évoquer à tort le diagnostic de TAA/LPS BD. L'analyse morphologique fine reste une clé du diagnostic, car les macrophages présentent des noyaux arrondis ou ovalaires à chromatine claire. Il faut garder en tête que les macrophages et les cellules géantes multinucléées peuvent présenter un marquage nucléaire généralement faible pour MDM2. Ils sont négatifs pour CDK4. L'analyse en FISH permet de redresser le diagnostic en montrant l'absence d'amplification des gènes *MDM2* et *CDK4* dans les lipomes remaniés.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128091>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128091>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)