

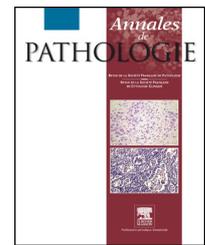


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Tumeurs des tissus mous intra-abdominales. Ce qu'il faut savoir pour parvenir à un diagnostic en s'aidant de l'immunohistochimie, de la FISH, et de la biologie moléculaire

Intra-abdominal soft tissue tumors. What needs to be known to reach the diagnosis with the help of immunohistochemistry, FISH and molecular biology

Françoise Collin^{a,*}, Nicolas de Saint Aubain^b

^a *Département de biologie et pathologie des tumeurs, centre Georges-François-Leclerc, 1, rue du Professeur Marion, 21079 Dijon cedex, France*

^b *Service d'anatomie pathologique, institut Jules-Bordet, 1, rue Héger-Bordet, Bruxelles, Belgique*

Reçu le 13 novembre 2014 ; accepté pour publication le 25 novembre 2014

MOTS CLÉS

Tumeurs
intra-abdominales ;
Tumeurs stromales
gastro-intestinales ;
Tumeurs conjonctives

Résumé À l'exception des tumeurs stromales du tube digestif, toutes les autres tumeurs intra-abdominales d'origine conjonctive sont rares, et constituent un chapitre hautement hétéroclite de lésions bénignes et malignes, avec tous les intermédiaires possibles. Le pathologiste doit se remémorer lorsqu'il est confronté à cette situation, la liste de toutes les entités à envisager, avant de mettre en route une étude immunohistochimique économique en matériel et en coût, donc optimisée, puis d'éventuelles analyses faisant appel à diverses techniques de biologie moléculaire, dont il doit connaître les indications, les résultats attendus, et les équipes susceptibles de les réaliser. Les principaux types tumoraux sont rappelés avec les bases actuelles de leur diagnostic et un aperçu des conséquences thérapeutiques qui en découlent.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fcollin@cgfl.fr (F. Collin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annpat.2014.11.007>

0242-6498/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Intra-abdominal tumors;
Gastro-intestinal stromal tumors;
Mesenchymal tumors

Summary Connective tissue tumors located inside the abdomen are a rare heterogeneous group of tumors, except for gastro-intestinal stromal tumors. They may be benign, malignant, or intermediate in terms of biologic potential. Pathologists have to remember the list of all the lesions possibly involved, with their immunohistochemical characteristics, and to know which molecular analyses are needed, with which expected results, and by which team they can be performed. The main tumor types are discussed with diagnostic tools and treatment consequences.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les tumeurs conjonctives intra-abdominales se caractérisent avant tout par leur grande diversité [1], tant en ce qui concerne leur point de départ que leur type histologique, leur comportement ou leur traitement. Le pathologiste est impliqué dans toutes les étapes, et sa tâche n'est pas mince car il doit le plus souvent se contenter d'un matériel réduit, qu'il devra économiser pour obtenir à la fois un diagnostic histologique et des analyses de biologie moléculaire destinées à assurer le diagnostic et/ou à guider une thérapie ciblée ou du moins « à la carte ». En effet, les circonstances du diagnostic de ces lésions ont évolué avec les progrès de l'imagerie. Certaines tumeurs sont asymptomatiques et découvertes fortuitement, d'autres au cours d'un bilan pour des signes généraux non spécifiques, mais le plus souvent le patient présente des signes d'orientation tels que pesanteur abdominale, douleurs, trouble du transit ou hémorragie. Intervient alors le radiologue qui va pratiquer d'abord une échographie abdominale, puis scanner et IRM qui préciseront la nature de la lésion (tissulaire, kystique, mixte, avec nécrose, calcifications, capsule...), l'organe ou le compartiment d'origine, les rapports avec les organes de voisinage et les extensions de la tumeur. Au cours de ces investigations, seront réalisées les microbiopsies, qui sont devenues presque systématiques, en tout cas prônées par toutes les recommandations [2,3]. Le pathologiste est responsable de l'optimisation de leur prise en charge technique : fixation formolée qui ne sera pas inutilement prolongée, inclusion en paraffine « économique » sous la forme de plusieurs blocs. La plupart des investigations usuelles de biologie moléculaire se pratiquent maintenant sur ce matériel (dit FFPE : *formalin fixed paraffin embedded*), il est donc impératif d'en conserver une quantité suffisante dans ce but, et de ne pas le dilapider en réactions immunohistochimiques peu contributives. Quand le matériel obtenu n'est pas suffisant, des biopsies chirurgicales peuvent être obtenues sous coelioscopie. Au total, ce n'est que rarement, notamment lors d'une intervention d'urgence, que le pathologiste se trouvera confronté d'emblée à la tumeur dans son ensemble : la plupart du temps des biopsies auront déjà sinon mené le diagnostic à son terme, tout du moins permis d'éliminer carcinome ou lymphome, et offert un cadre restreint à la discussion, lorsque la pièce opératoire rencontre la cuvette.

Dresser un catalogue raisonné des tumeurs intra-abdominales n'est pas facile : on peut procéder en fonction de leur point de départ, de leur type histologique, de leur caractère bénin ou malin, de leur fréquence. Comme il s'agit ici d'être pragmatique, en envisageant les situations auxquelles le pathologiste est confronté, on examinera d'abord les lésions les plus fréquentes, qui sont les tumeurs stromales digestives, puis les autres tumeurs du tube digestif, puis les lésions d'autre origine, qu'elles proviennent

des autres viscères abdominaux, du péritoine, d'une évolution vers l'abdomen d'une tumeur rétropéritonéale ou d'une tumeur pelvienne. Toutefois, les tumeurs d'origine pelvienne proprement dite (c'est-à-dire les tumeurs génito-urinaires) ne seront pas abordées. Pour chacune de ces lésions, les principaux caractères morphologiques ne seront que succinctement rappelés, pour laisser plus de place au diagnostic différentiel et aux critères actuels du diagnostic, que le pathologiste doit savoir aller chercher en faisant appel à des techniques d'hybridation in situ et de biologie moléculaire (et à des confrères qui les maîtrisent) dans le cadre d'un diagnostic intégré et collégial. Le problème se pose alors du coût de ces analyses. En France, le travail en réseau facilite leur réalisation et leur financement par l'intermédiaire du réseau RRePS (réseau de référence en pathologie des sarcomes), qui organise la double lecture et la réalisation des analyses moléculaires pour les sarcomes des tissus mous, les tumeurs stromales digestives et les tumeurs desmoïdes. L'impact de ces pratiques sur le diagnostic final de ces lésions est largement démontré [4,5].

Les tumeurs stromales digestives ou GIST (*gastro-intestinal stromal tumors*)

Depuis plusieurs années, ces tumeurs ont fait l'objet d'un regain d'intérêt, motivé par l'apparition de thérapies ciblées après la découverte d'altérations génétiques spécifiques. Le pathologiste joue ici un rôle majeur car c'est lui qui va porter le diagnostic (par l'histologie et l'immunohistochimie), évaluer le pronostic, et fournir ainsi au clinicien les bases de la décision thérapeutique et de la prescription des inhibiteurs de tyrosine kinases. C'est également lui qui transmet le matériel histologique pour détermination du statut mutationnel lorsque cela est nécessaire.

Les GIST, tumeurs développées à partir des cellules de Cajal (ou cellules pacemaker du tube digestif, associées aux plexus d'Auerbach), surviennent à tous les âges avec un pic entre 40 et 70 ans, dans les 2 sexes [6]. Elles représentent 80% des tumeurs mésoenchymateuses malignes du tube digestif. Leur taille varie de 1 mm à 40 cm (médiane 6 cm dans l'estomac, 4,5 cm dans l'intestin grêle). Les signes cliniques comportent douleurs, hémorragies, ballonnements, signes de compression et parfois perforation. Les tumeurs de l'intestin grêle sont cliniquement les plus parlantes. Les explorations mettent en évidence une tumeur centrée sur la paroi digestive et souvent ulcérée. Les métastases sont le plus souvent péritonéales et hépatiques, rarement ganglionnaires lymphatiques. Quelques fois, des métastases à distance peuvent survenir en fin d'évolution. Les localisations des GIST sont avant tout l'estomac (60%), et l'intestin grêle (30%), œsophage, colon et rectum

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128097>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128097>

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