

ED1 - FGSM3
UE5 - Biopathologie tissulaire
Anatomie et cytologie pathologiques



Tumeurs n° 3 (autres tumeurs)
Cas Cliniques

Service de Pathologie Multisite des HCL - Site EST
Avril 2026

Cas Clinique n° 1

Cas clinique 1

- Une jeune **femme** de **27 ans** vient vous voir en consultation.
- Elle présente une **fatigue** depuis **1 mois**, associée à des **sueurs nocturnes** et un **fébricule à 38°C**
- A l'examen clinique, vous identifiez une **adénopathie** cervicale **unique, mobile, ferme** et **indolore de 2 cm** de diamètre
- Il n'y a **pas d'hépto-splénomégalie** et les **autres aires** ganglionnaires sont **libres**

Cas clinique 1

Quels examens complémentaires principaux prescrivez-vous pour le diagnostic étiologique?

- IDR/Quantiféron
- Radiographie pulmonaire
- Echographie cervico-thyroïdienne
- Biologie:
 - NFS, LDH
 - Sérologies virales, toxoplasmose



Cas clinique 1

- Votre bilan n'est pas en faveur d'une cause infectieuse ou inflammatoire autre.
- Les examens ont confirmé la nature ganglionnaire lymphatique du nodule

Vous réalisez une cytoponction ganglionnaire. Celle-ci est en faveur d'une maladie de Hodgkin.

Que faites-vous?

Cas clinique 1

Vous réalisez une cytoponction ganglionnaire. Celle-ci est en faveur d'une maladie de Hodgkin.

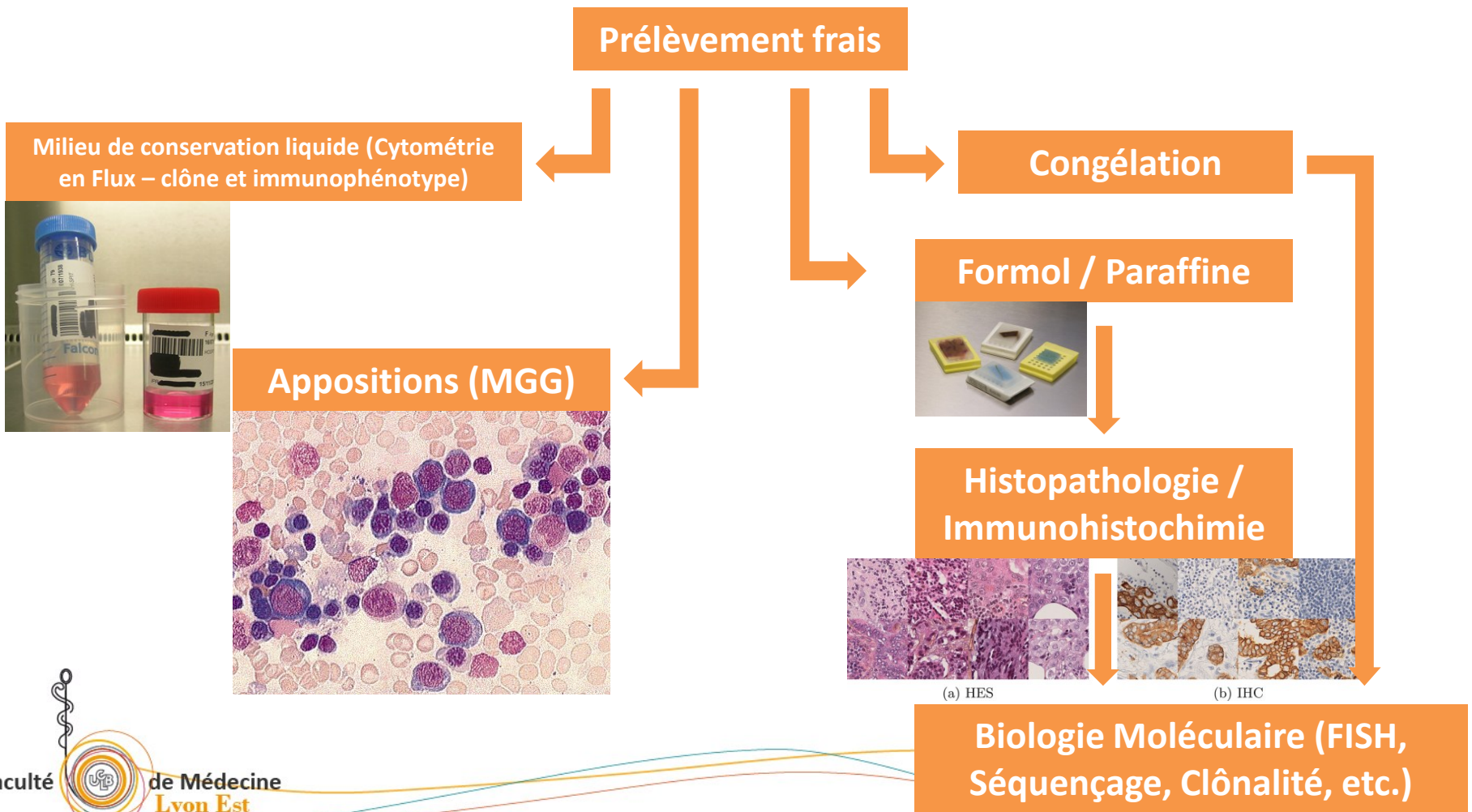
Que faites-vous?

Biopsie-exérèse chirurgicale

de l'adénopathie pour examen anatomopathologique

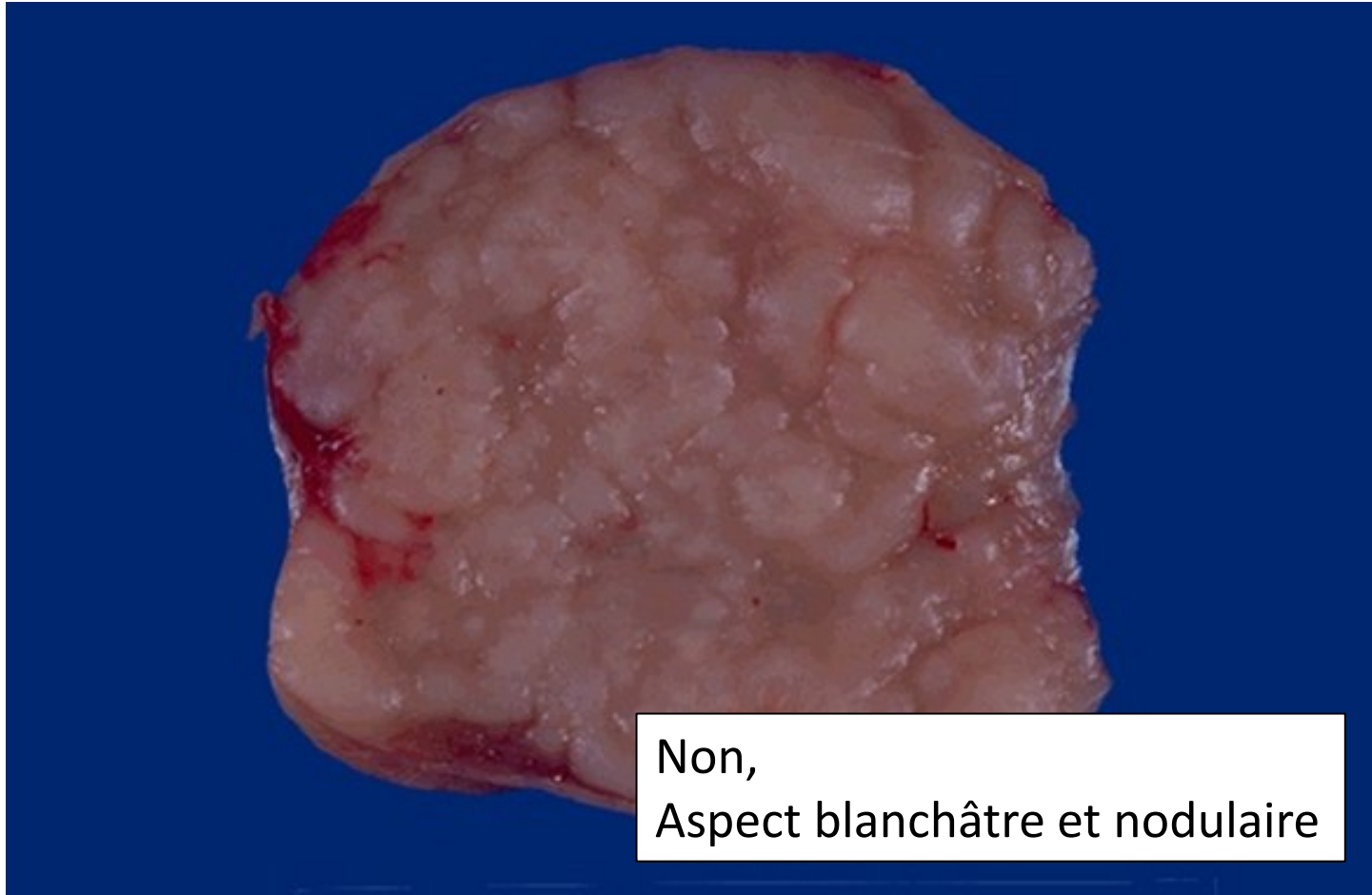
ATTENTION! La cytoponction (cytologie) oriente le diagnostic mais ne peut pas se substituer à l'examen histopathologique du ganglion lymphatique

Comment prenez-vous en charge ce prélèvement ganglionnaire ?



Cas clinique 1

Le ganglion lymphatique est-il normal?



Non,
Aspect blanchâtre et nodulaire



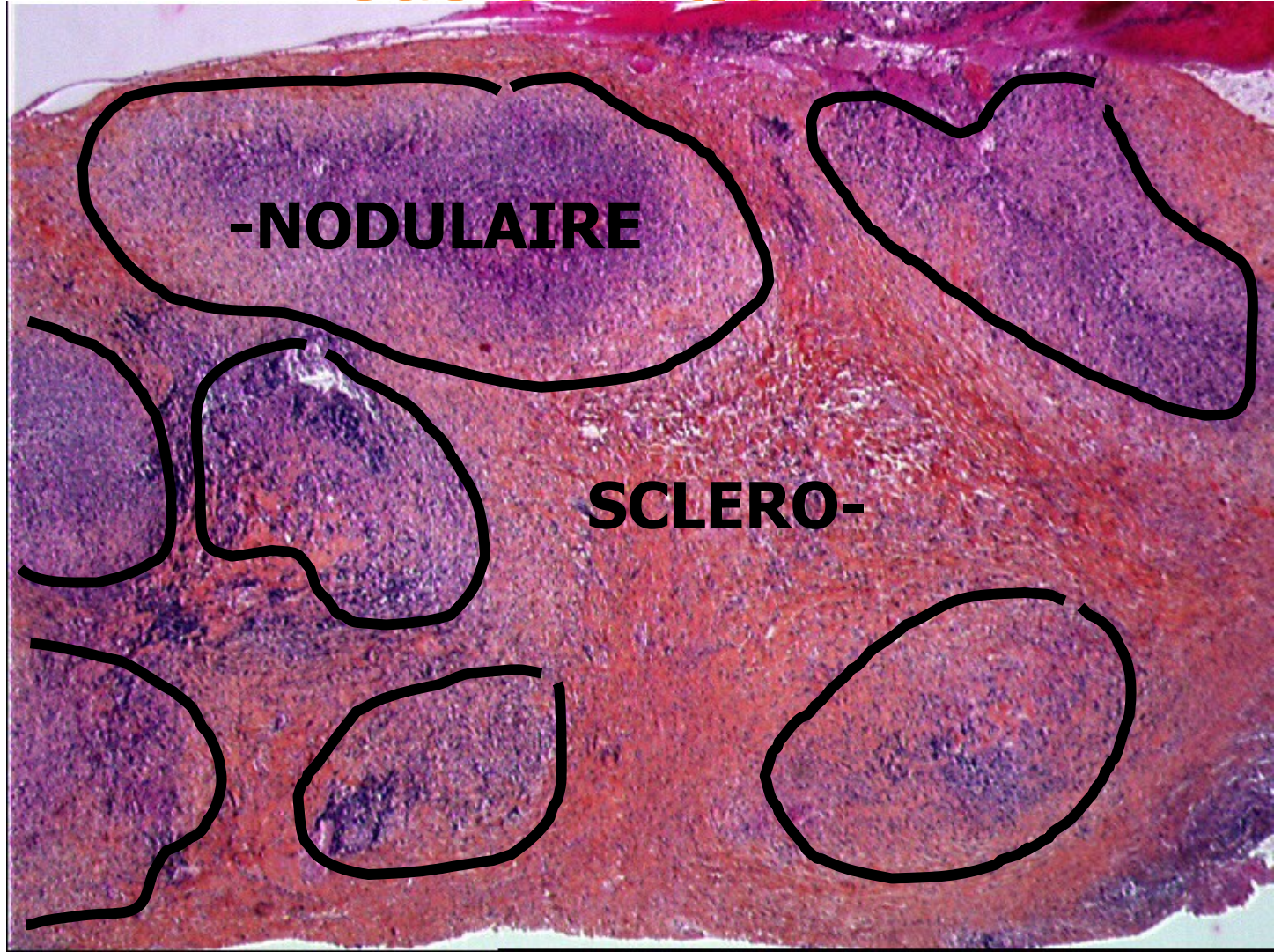
Cas clinique 1



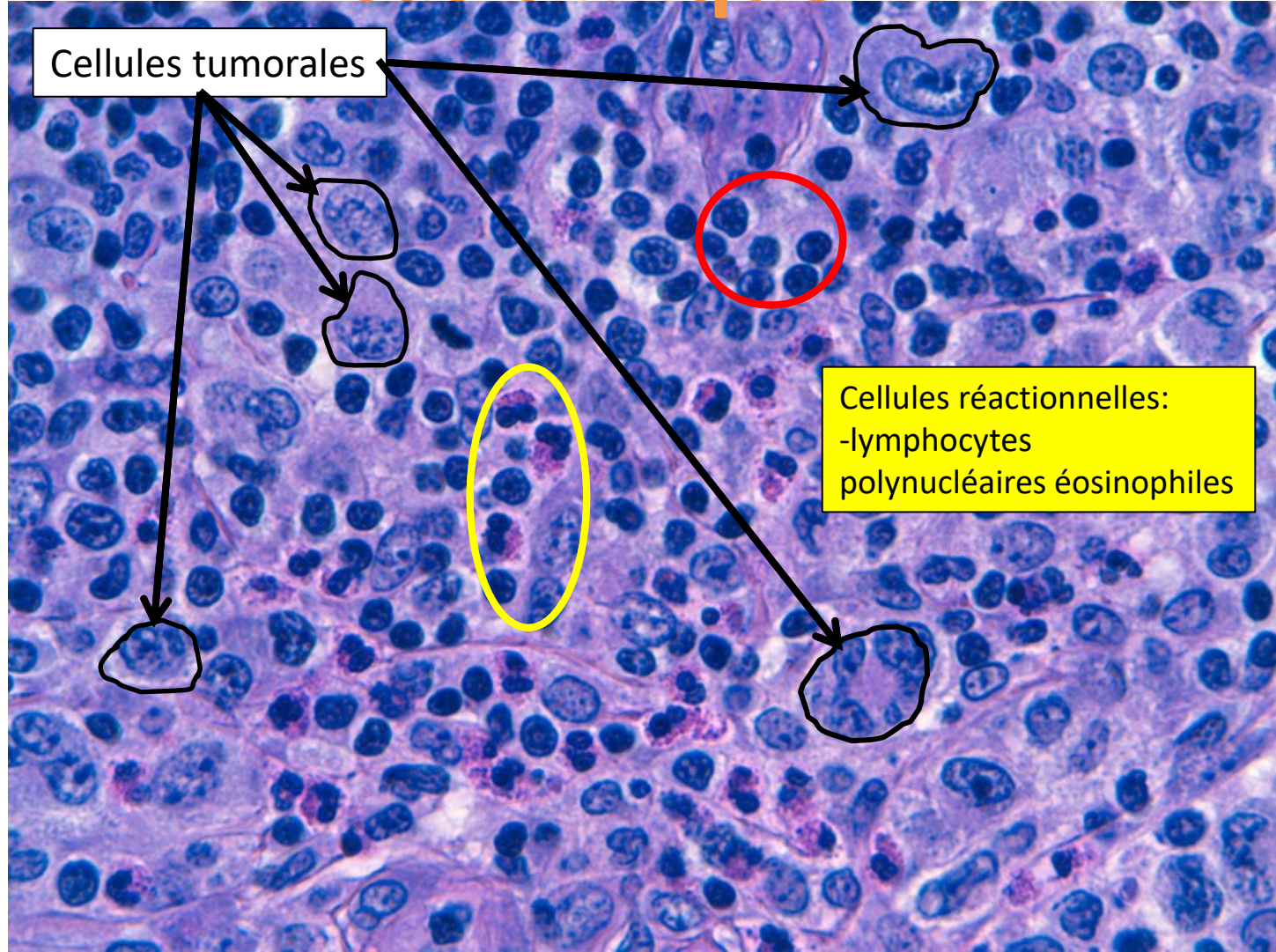
Architecture?



Cas clinique 1



Cas clinique 1

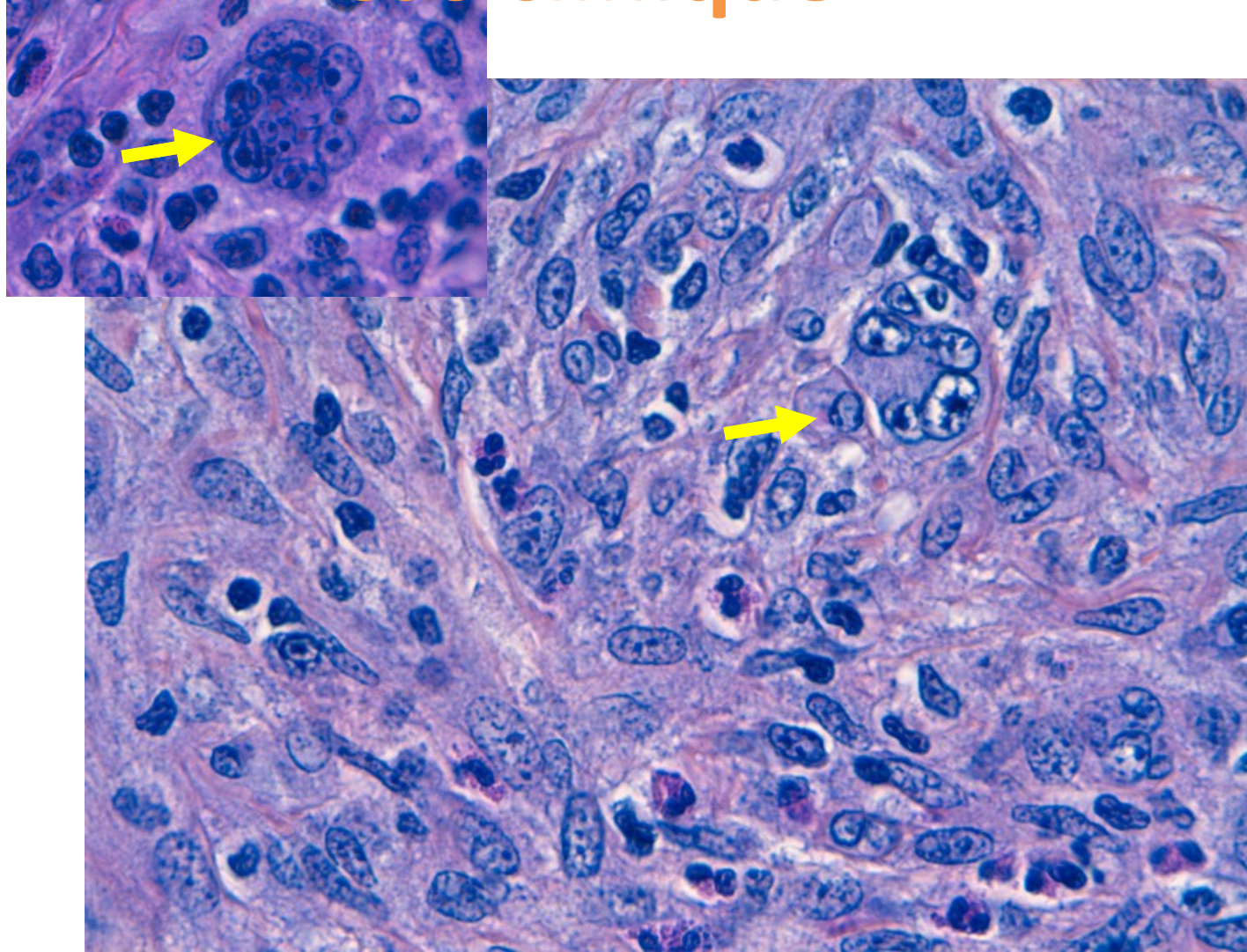


Cellules tumorales

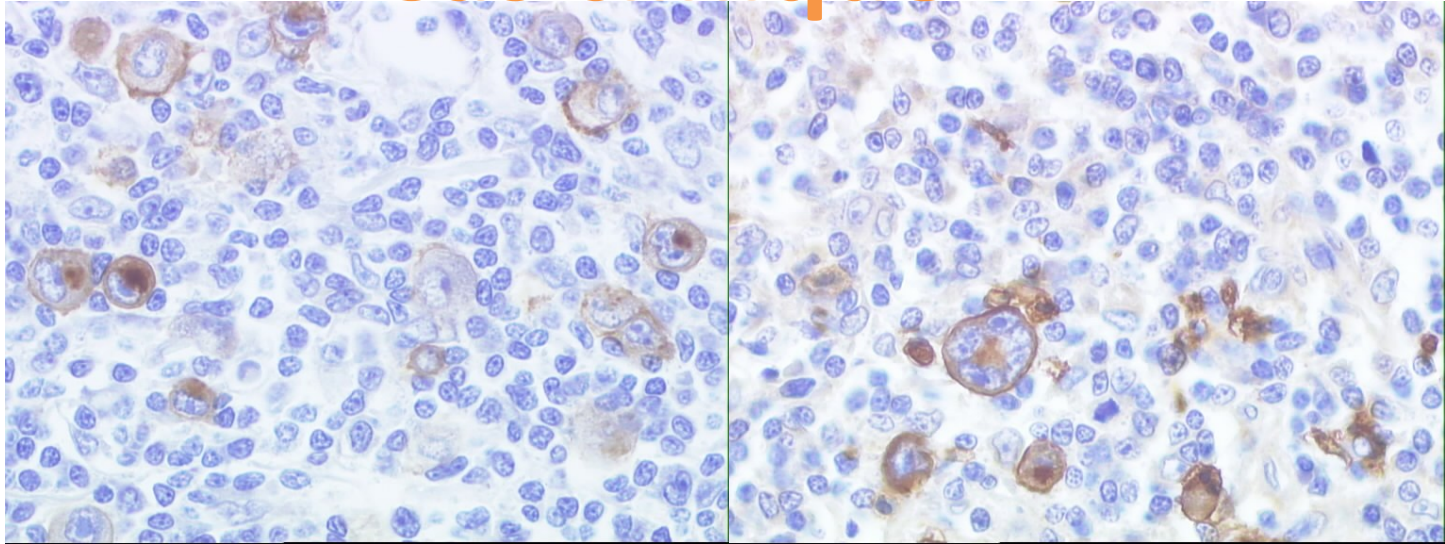
Cellules réactionnelles:
-lymphocytes
polynucléaires éosinophiles



Cas clinique 1



Cas clinique 1



CD30

CD15

Quel est votre diagnostic histopathologique?
Lymphome hodgkinien classique, scléro-nodulaire

Cas clinique 1

La cellule de RS la plus typique est d'aspect binucléée « en miroir » avec « yeux de hibou »



Cellule de Reed-Sternberg :
Cellule de grande taille à cytoplasme abondant
Plusieurs noyaux ou un noyau avec plusieurs lobes,
Chacun présentant un gros nucléole éosinophile



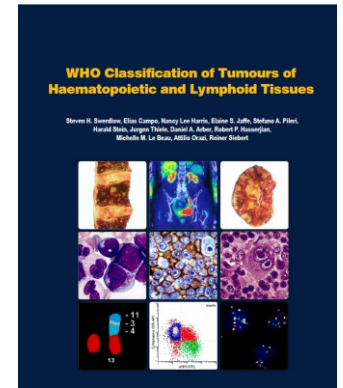
Cas clinique 1



Cellule de HODGKIN=
Cellule Reed-Sternberg à noyau unique non-segmenté



Classification OMS 2024 des lymphomes hodgkiniens



- **Lymphome de Hodgkin classique** (95%)
 - 4 variantes histopathologiques:
 - 1) Scléro-nodulaire (70%)
 - 2) À cellularité mixte (20-25%)
 - 3) Riche en lymphocytes (5%)
 - 4) À déplétion lymphocytaire (1%)
- **Lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire** (5%)

Cas clinique 1

Quel bilan d'extension de la maladie réalisez-vous?

Cas clinique 1

Quel bilan d'extension de la maladie réalisez-vous?

- **Radiographie thoracique** face et profil
(toujours pratiqué, surtout utile pour suivi)
- **Scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien**
(recherche d'adénopathies profondes)
- **Biopsie ostéo-médullaire** (recherche d'un envahissement médullaire)
- **PET-scan**

Extension

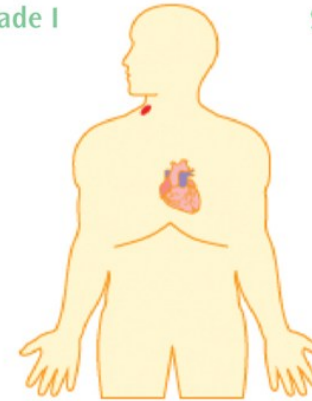
Stade de la maladie

Classification de Ann Arbor

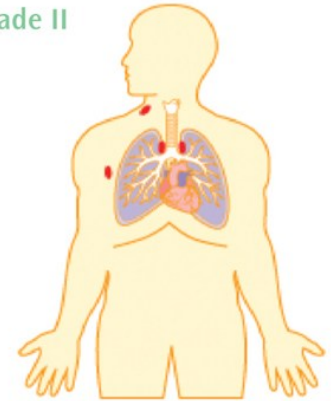
Stade	Définition
I	Un seul groupe de ganglions lymphatiques
II	Plusieurs groupes de ganglions lymphatiques d'un côté du diaphragme
III	Plusieurs groupes de ganglions lymphatiques des 2 côtés du diaphragme
IV	Atteinte viscérale (foie, poumons, moelle par exemple)

A (absence) / B (présence) de signes cliniques (fièvre, sueur, amaigrissement, etc.)
a (absence) / b (présence) de signes biologiques
E atteinte extra-ganglionnaire de continuité

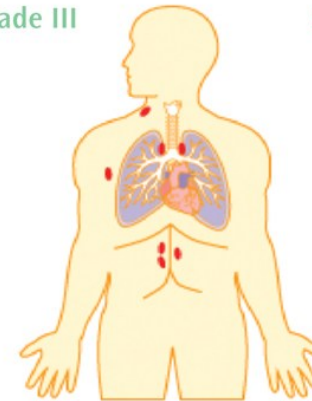
Stade I



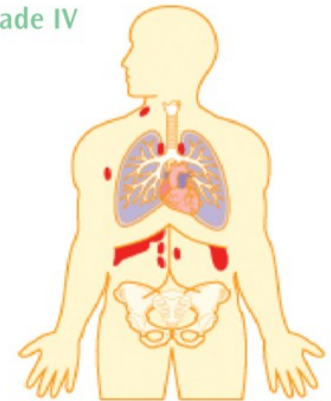
Stade II



Stade III



Stade IV



● = Site du lymphome

Source: lymphome canada

Cas clinique 1

**Quel type de traitement va recevoir
votre patiente?**

Cas clinique 1

Quel type de traitement va recevoir votre patiente?

- Poly-chimiothérapie (4 agents)
- \pm Radiothérapie (suivant le stade)

Cas clinique 1

Quel est le pronostic?



Cas clinique 1

Quel est le pronostic?

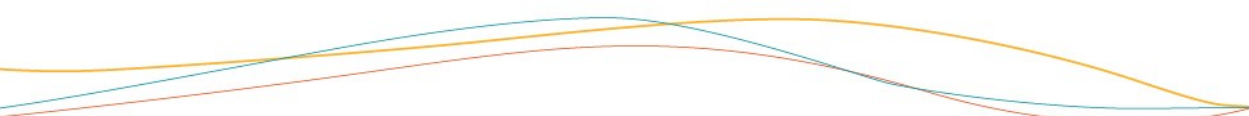
- Dépend du stade !
 - *Dans les formes sus-diaphragmatiques isolées : pronostic favorable, 95% des patients survivent à 10 ans.*

Cas Clinique n° 2



de Médecine
Lyon Est

Faculté



Cas clinique

- Vous êtes dermatologue.
- Le Dr Dupont, médecin généraliste, vous adresse une photographie d'une lésion pigmentée présente dans le dos d'une patiente de 45 ans, sans antécédent (cf. photo de la lésion).



**Quels sont les éléments à
rechercher à l'interrogatoire ?**



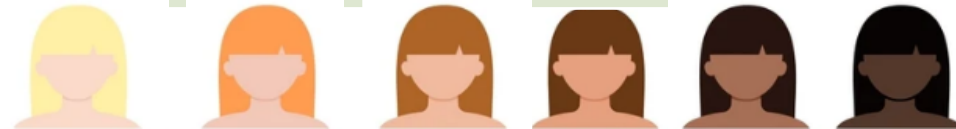
Eléments à rechercher à l'interrogatoire

Facteurs de risque de mélanome/naevi

- Exposition solaire
 - +++ pendant l'enfance
- Nombreux naevi
 - >50
- Phototype clair
 - I ou II
- Antécédent de mélanome
 - personnel
 - familial
- Naevi congénitaux géants
 - >20 cm
- Immunodépression



	I	II	III	IV	V	VI
Carnation	Laitieuse (tâches de rousseur)	Blanche	Blanche	Mate	Brune	Noire
Cheveux	Roux, blonds	Blonds, roux, châains clairs	Châtains à bruns	Bruns, noirs	Noirs	Noirs
Couleur des yeux	Claire	Claire	Foncée	Foncée	Foncée	Foncée
Bronzage	Impossible	Faible et difficile	Progressif	Bon	Intense	Intense et profond
Brulure solaire	++++	++	+	-	-	-



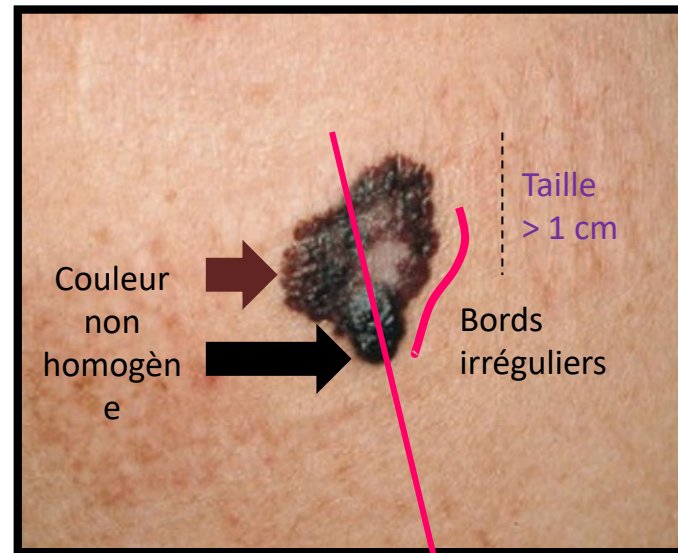
Comment décrivez vous la lésion ?

**Quels signes
fonctionnels/cliniques recherchez
vous ?**



Décrire la lésion

- Signe du « vilain petit canard »
- Critères ABCDE:
 - Assymétrie
 - Bord irréguliers
 - Couleur inhomogène
 - Diamètre >6mm
 - Evolutivité
- Prurit
- Saignement au contact
- Adénopathies



Lésion asymétrique

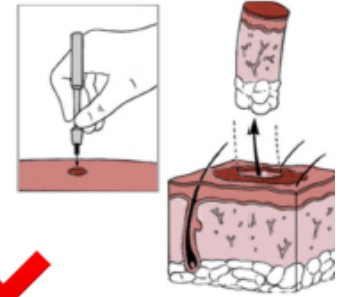
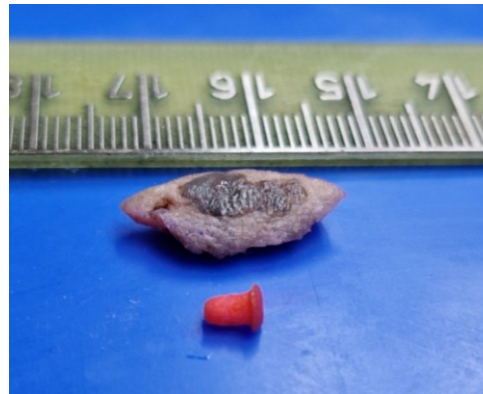


Quelle prise en charge proposez vous à votre confrère ?

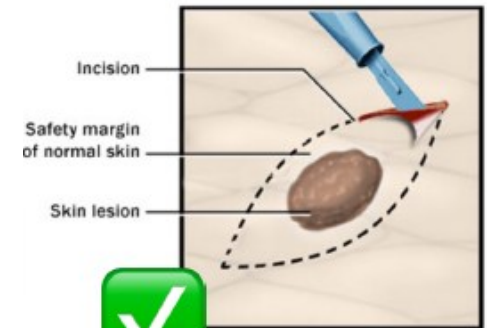


Proposition de prise en charge

- Toute lésion suspecte doit faire l'objet d'une analyse histologique
- Préférer les biopsies exérèse +++
 - SAUF
 - Au niveau du visage
 - Si séquelle esthétique importante



BIOPSIE
(punch)



EXERESE
(chirurgie)

Voici la conclusion du compte-rendu anatomo-pathologique

CONCLUSION : exérèse en zone saine d'un mélanome SSM, de niveau IV et d'épaisseur 1,2 mm.

Facteurs pronostiques :

ulcération : oui

embole : non

neurotropisme : non

mitoses : 2/ mm²

Régression : non

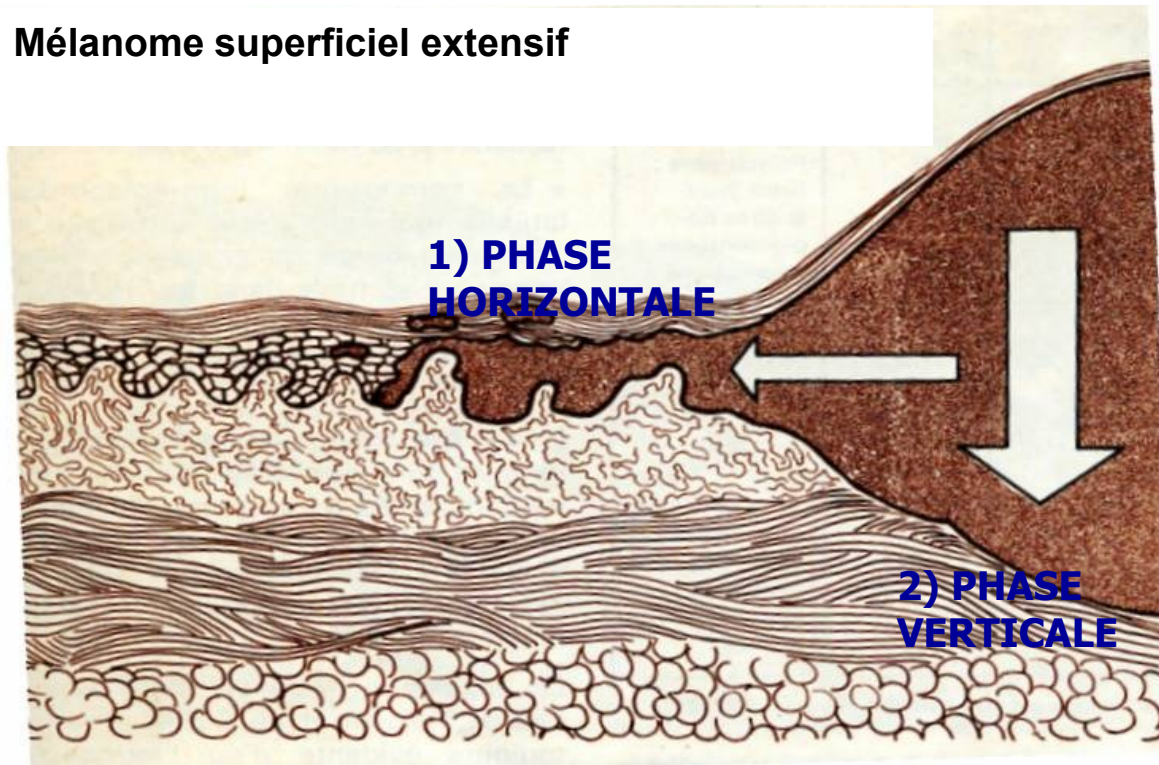


Qu'est ce qu'un « mélanome SSM »?

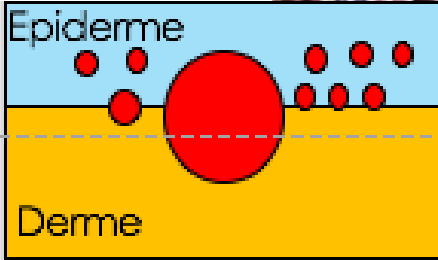
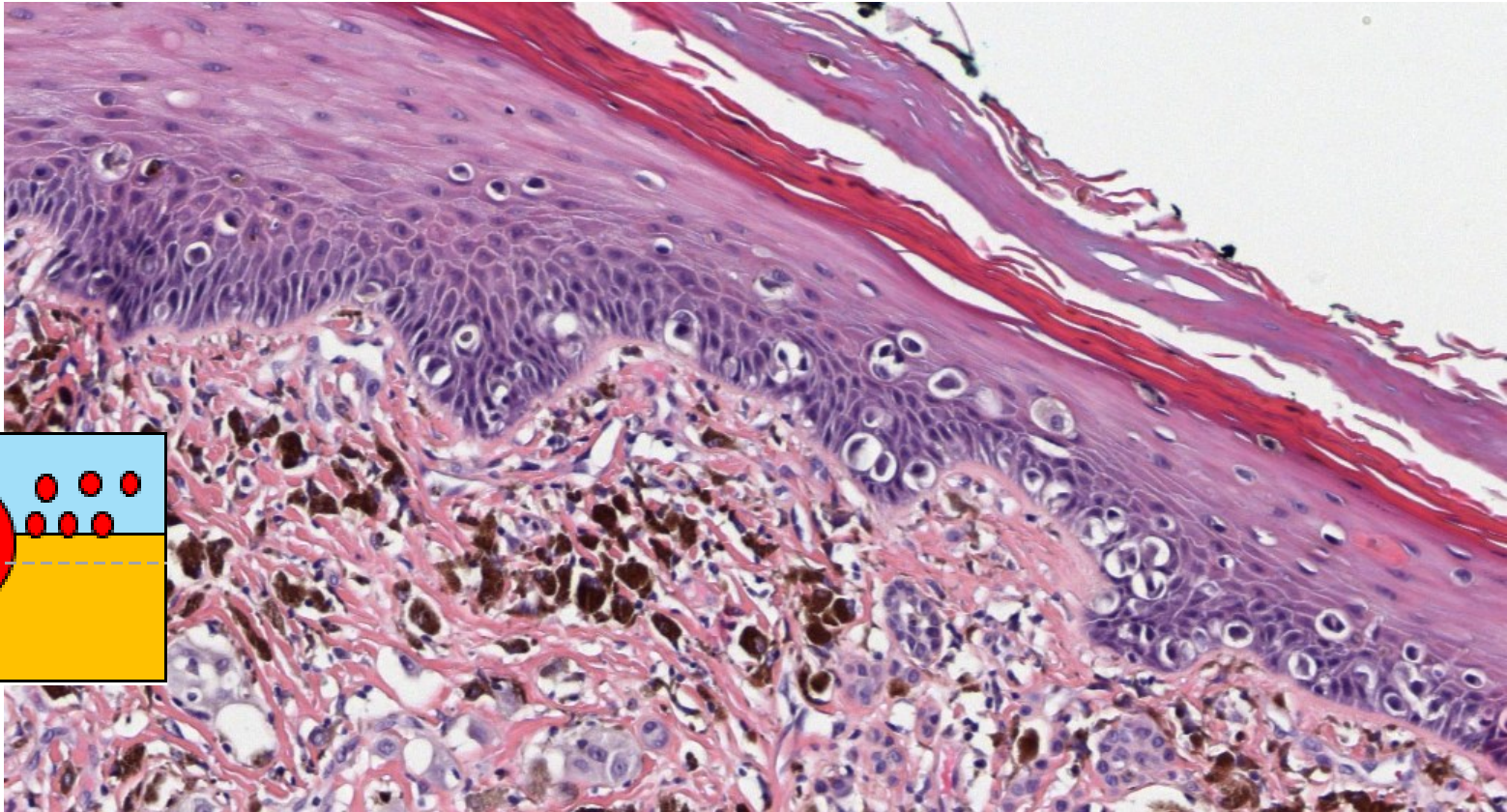
- Mélanome= Tumeur maligne mélanocytaire
- « SSM »: superficial spreading melanoma= mélanome superficiel extensif
- Le type histologique de mélanome le plus fréquent= 60%
- Développement en 2 phases= PHASE HORIZONTALE puis PHASE VERTICALE
- Architecture dite « pagétoïde »: ascensions monocellulaires transépidermiques



Mélanome superficiel extensif

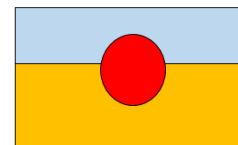
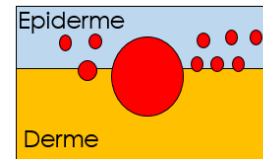
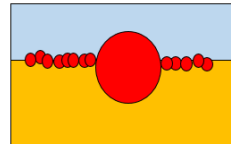
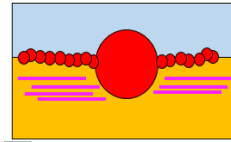


SSM



Types histologiques

- Dubreuilh
 - Visage, peau insolaée +++
 - Architecture lentigineuse
- ALM (acro-lentigineux)
 - Mains, pieds
 - Architecture lentigineuse
- SSM (superficial spreading melanoma)
 - Architecture pagétoïde
- Nodulaire

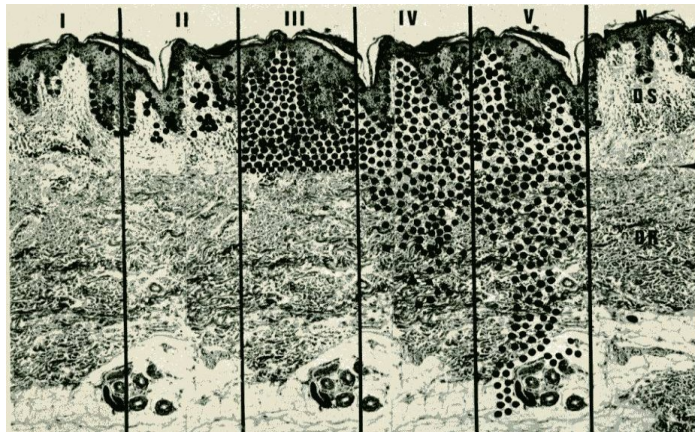


Que signifie « niveau IV » et « épaisseur de 1,2 mm »?

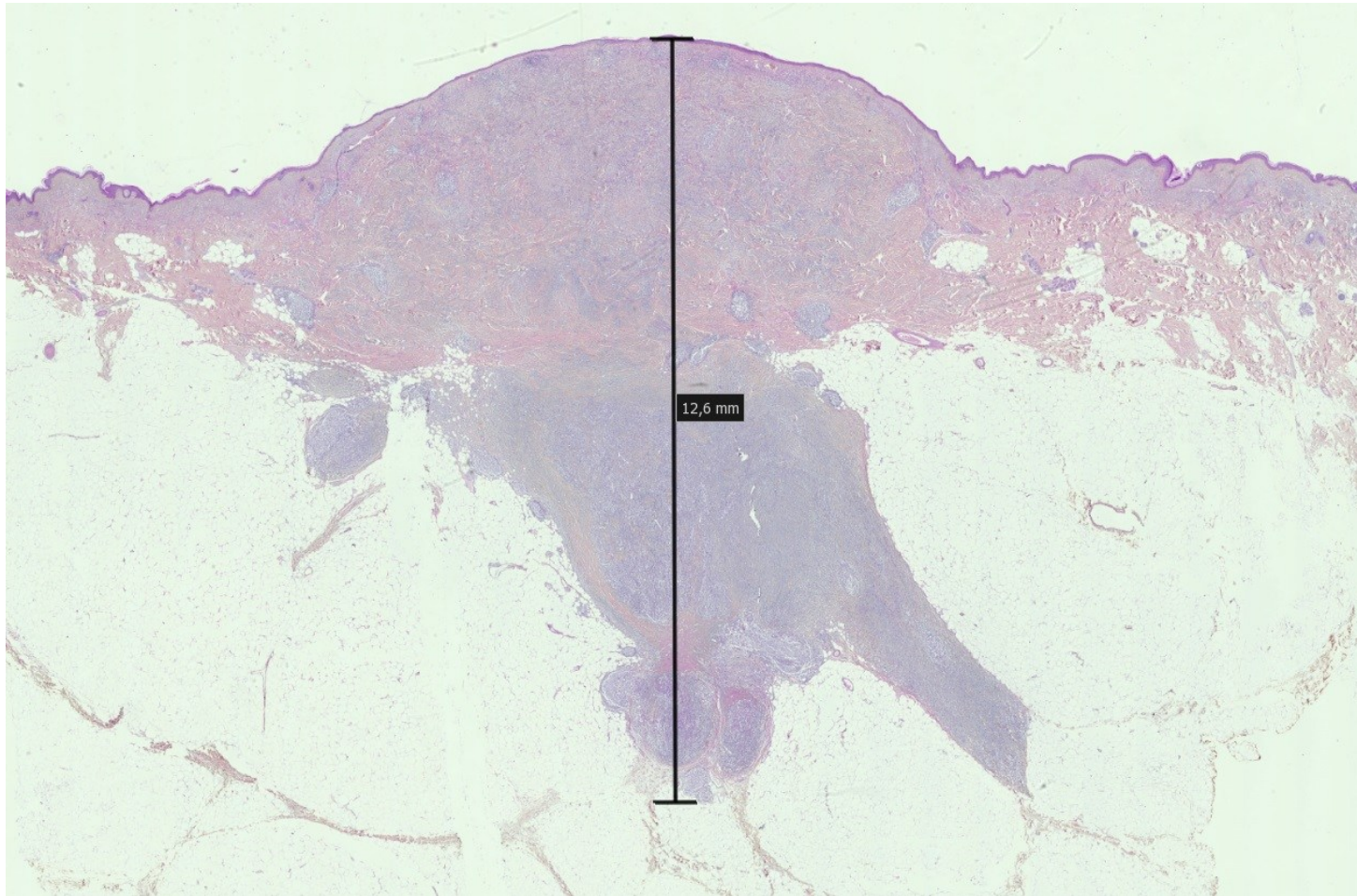
- Facteurs **HISTOPRONOSTIQUES**
- « niveau IV »= **niveaux de Clark**
- « épaisseur de 1,2 mm »= **indice de Breslow**

Indice de Breslow +++ (mesure de la couche granuleuse au mélanocyte tumoral le plus profond)

	Risque de récidence	Risque d'être décédé 5 ans plus tard	Risque d'être décédé 10 ans plus tard
Mélanome primitif, après exérèse			
Intraépidermique	0%	—	—
Breslow : 0,20–0,75 mm	< 10%	< 5%	< 5%
Breslow : 0,75–1,5 mm	20%	10%	15%
Breslow : 1,5–4 mm	40%	30%	40%
Breslow : > 4 mm	70%	40%	50%
Mélanome régional, après curage			
1 adénopathie +	70%	50%	> 60%
> 4 adénopathies +	> 80%	> 70%	> 80%



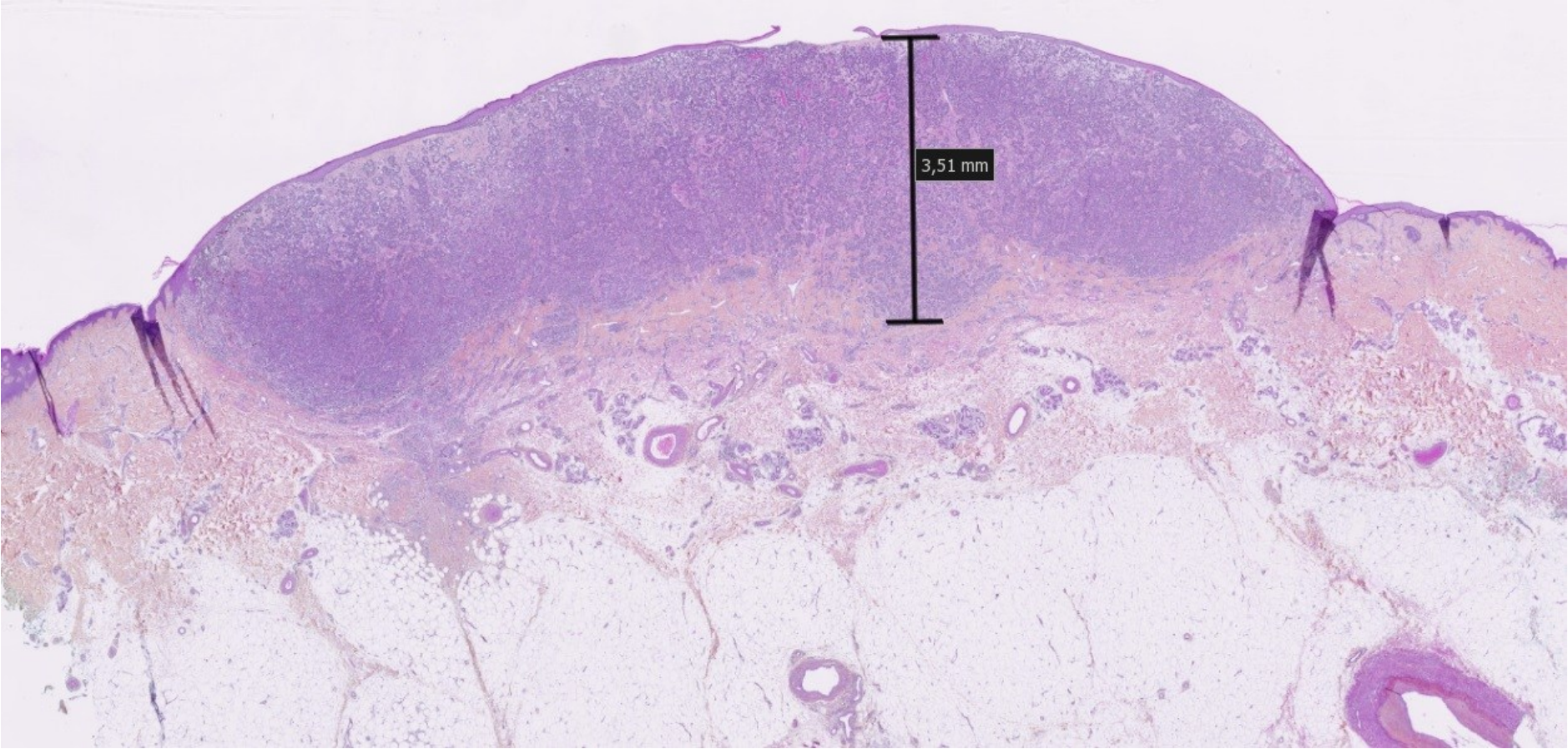
Niveau de Clark +



Niveau de clark V ⇔
infiltration de
l'hypoderme

Breslow 12,6mm





Niveau de clark IV ⇔ infiltration du derme profond

Breslow 3,51 mm

Quel traitement et mesures associées proposez-vous?

CONCLUSION : exérèse en zone saine d'un mélanome SSM, de niveau IV et d'épaisseur 1,2 mm.

Facteurs pronostiques :

ulcération : oui

embolie : non

neurotropisme : non

mitoses : 2/ mm²

Régression : non

Traitement ?

Mesures associées ?



Prise en charge de la patiente

- Reprise à x cm
- +/- ganglion sentinelle
 - Selon Breslow
- Surveillance clinique et radiologique

Epaisseur du Breslow	Marges de la reprise
In situ	0,5 cm
<1 mm	1 cm
1 et plus	2 cm



Gershenwald,
2018

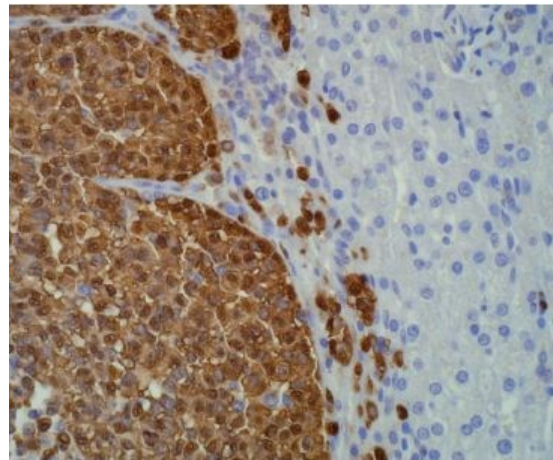
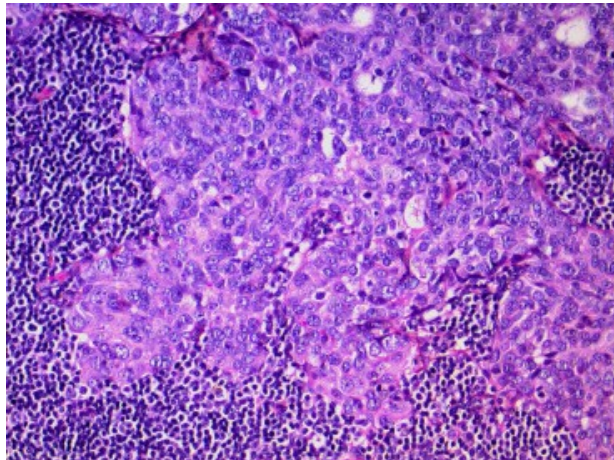
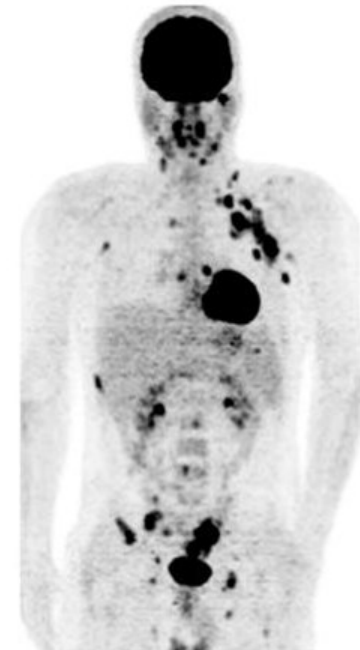
Prise en charge de la patiente

= modalités de prévention du mélanome

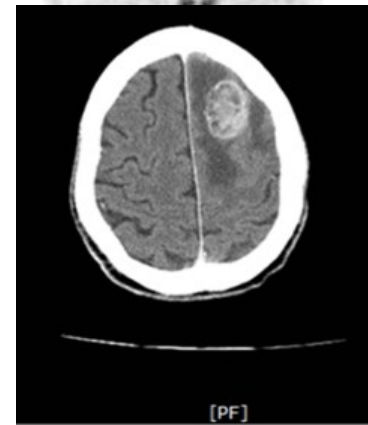
- Photo-protection
 - Éviter le soleil +++
 - entre midi et 16h
 - vêtements > crème solaire
 - Protéger le visage & les oreilles
 - chapeau > casquette
 - Pas de cabine UV
- Dépistage des apparentés au 1^{er} degré
- Auto surveillance



La patiente revient 10 ans plus tard, lors de la surveillance, une **polyadénopathie** et des **métastases cérébrales** ont été découvertes. L'histologie est en faveur d'une métastase de mélanome.



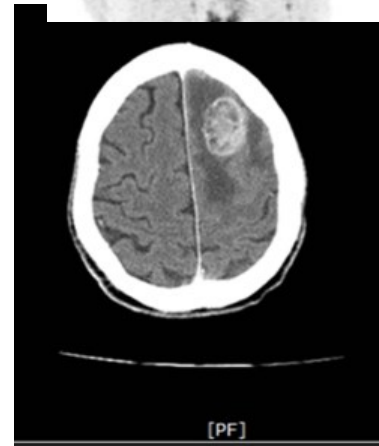
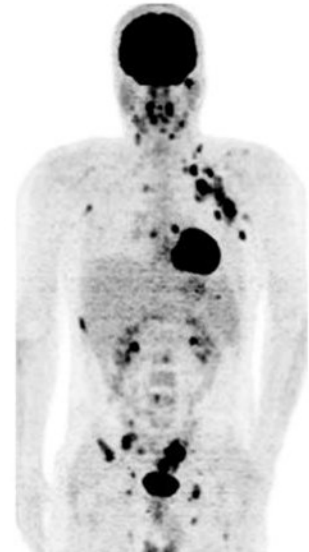
MelanA



La patiente revient 10 ans plus tard, lors de la surveillance, une **polyadénopathie** et des **métastases cérébrales** ont été découvertes. L'histologie est en faveur d'une métastase de mélanome.

Traitement en cas de mélanome métastatique ?

Rôle du pathologiste ?



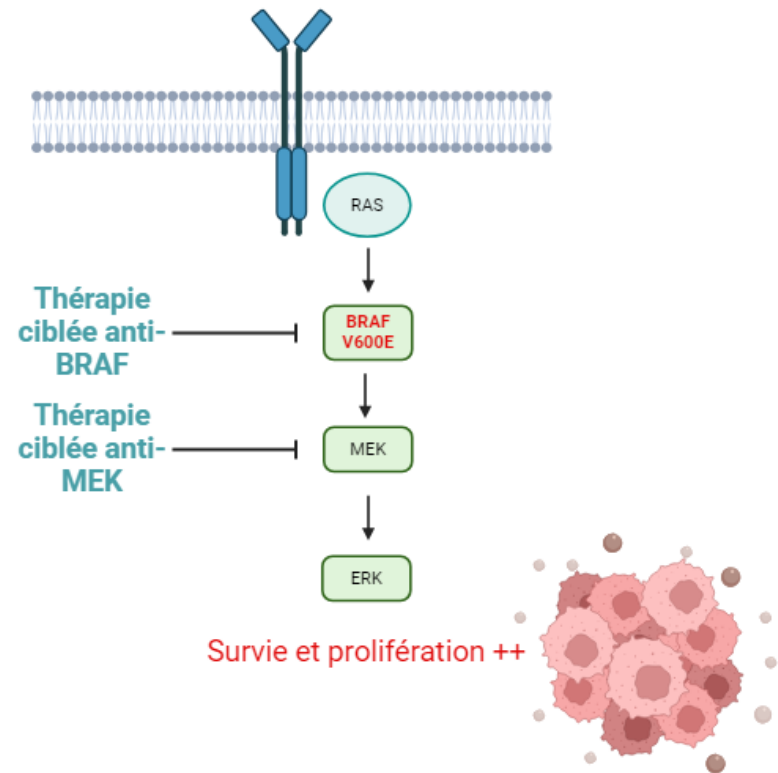
- Possibilités thérapeutiques: 2
 - Thérapie ciblée anti BRAF
 - Selon statut mutationnel BRAF
 - Immunothérapie

- Rôle diagnostic (positif de métastase)
- Rôle théranostic +++

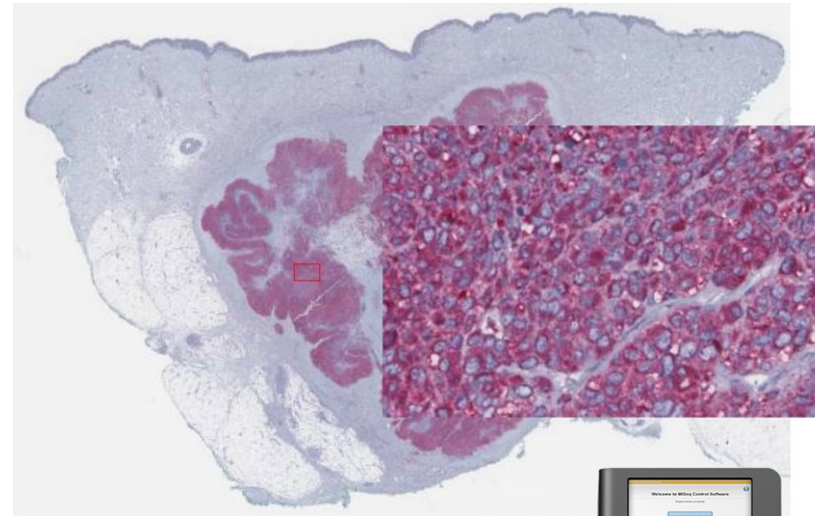
- Possibilités thérapeutiques: 2

- Thérapie ciblée anti BRAF
 - Selon statut mutationnel BRAF

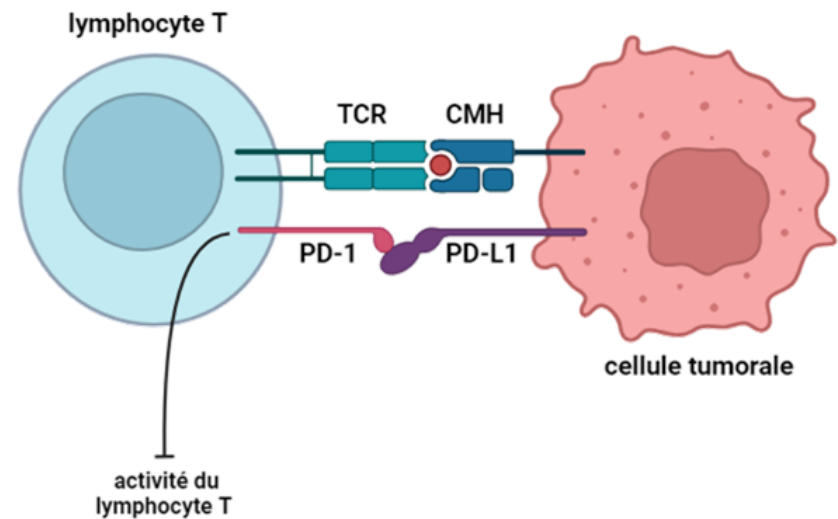
Comment peut-on mettre évaluer le statut mutationnel de BRAF ?



- Possibilités thérapeutiques:
 - **Thérapie ciblée anti BRAF**
 - **Selon statut mutationnel BRAF**
 - Immunohistochimie
 - Biologie moléculaire
 - recherche de la mutation au niveau génomique
 - PCR
 - Séquençage haut débit (NGS)



- Possibilités thérapeutiques:
 - Thérapie ciblée anti BRAF
 - Selon statut mutationnel BRAF
 - Immunothérapie



Cas Clinique n° 3



de Médecine
Lyon Est

Faculté



Cas clinique 3

Une jeune **femme** de **19** ans, se présente chez son **gynécologue** pour **pesanteur pelvienne**

- L' examen identifie une petite **masse pelvienne** séparée de l'utérus par un **sillon**
- Le reste de l'**examen** est **normal**
- L' échographie pelvienne identifie une **tumeur kystique ovarienne gauche**
- Une **exérèse chirurgicale** est décidée

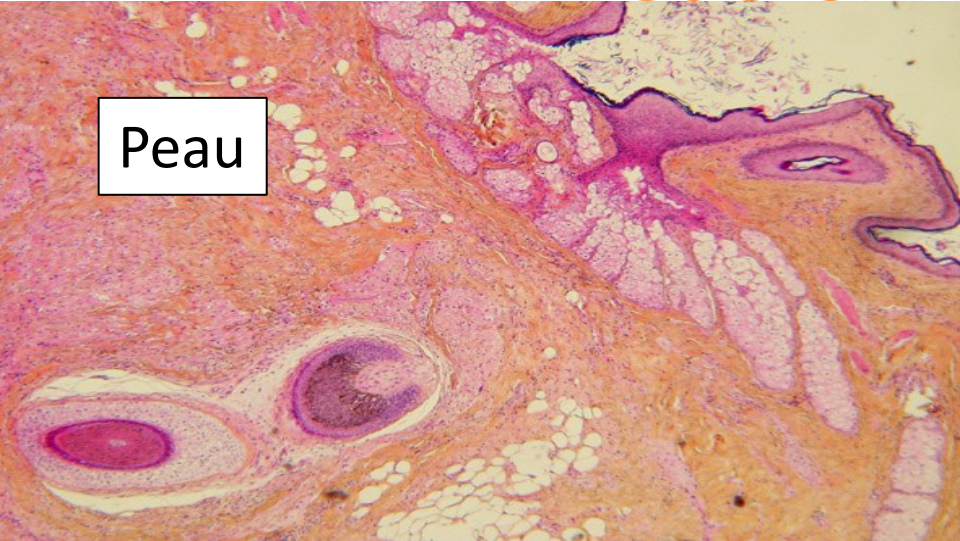
Cas clinique 3



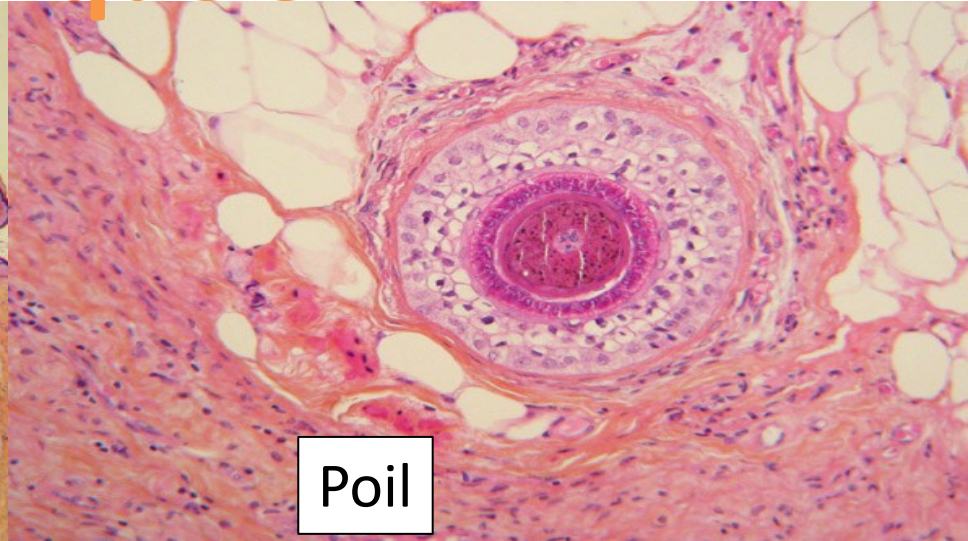
Décrivez l'aspect macroscopique



Cas clinique 3



Peau



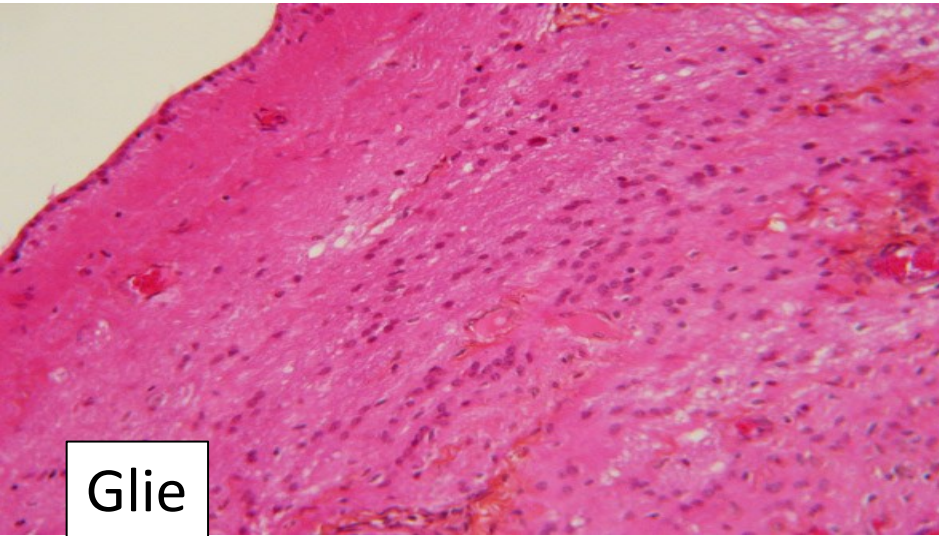
Poil



Glande sébacée

Quelles structures histologiques observez vous ?

Cas clinique 3

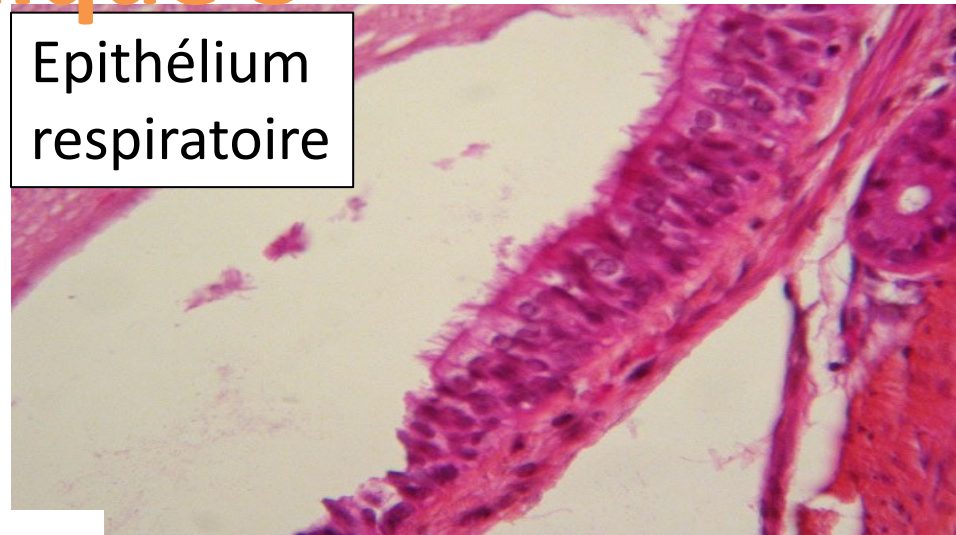


Décrivez

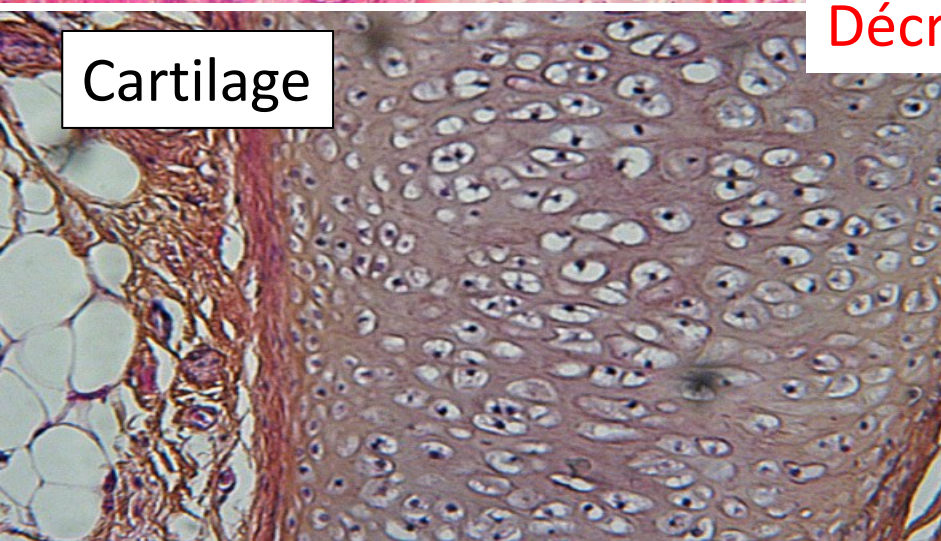
Cas clinique 3



Bronche



Epithélium
respiratoire



Cartilage

Décrivez



Glandes séro-muqueuses

Cas clinique 3

Quel est votre diagnostic ?

Tératome pluri-tissulaire mature

Tumeur composée de tissus **matures** dérivés des 3 feuillets embryonnaires:

-**Ectoblaste**: tissu cutané et nerveux

-**Mésoblaste**: tissu musculaire lisse, cartilage, tissu adipeux

-**Entoblaste**: tissu broncho-pulmonaire

Cas clinique 3

Quelles sont les principales différences entre hamartome et tératome?

Cas clinique 3

Quelles sont les principales différences entre hamartome et tératome?

- **Hamartome** : tout organe
- **Tératome**: gonades, ligne médiane (tumeur germinale)

- **Hamartome**: tissus identiques à l'organe qui l'abrite, désorganisés.
- **Tératome**: tissus étrangers à l'organe qui l'abrite

Aparté

Tumeurs germinales

Définition

tumeurs qui dériveraient des **cellules germinales primordiales** (CGP) = cellules à l'origine des gamètes.

Différents types histologiques qui récapitulent le développement humain (de la fécondation > organisme adulte en passant par l'embryon / fœtus)

Localisations

Gonadique (testicules, ovaires), **extra gonadique** (ligne médiane: médiastin, glande pinéale, etc.)

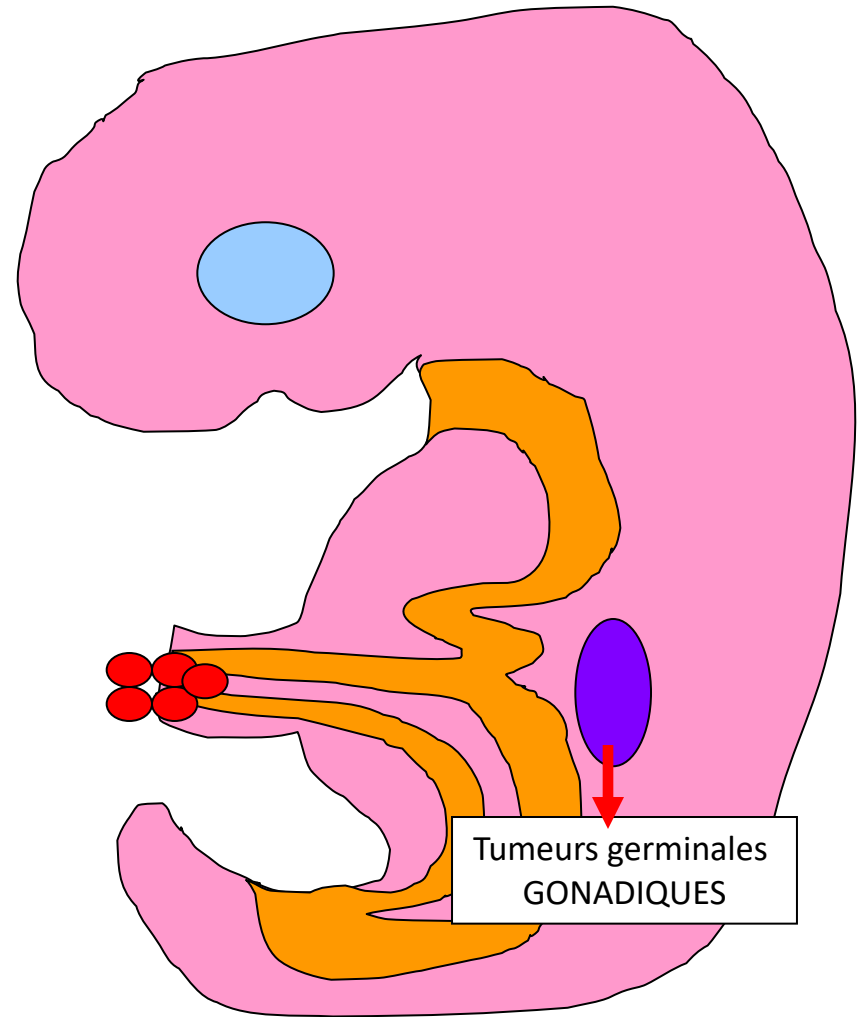
Peuvent sécréter certaines substances (**HCG; alpha-fœtoprotéine**)

➤ **marqueurs tumoraux**



Aparté – Tumeurs Germinales

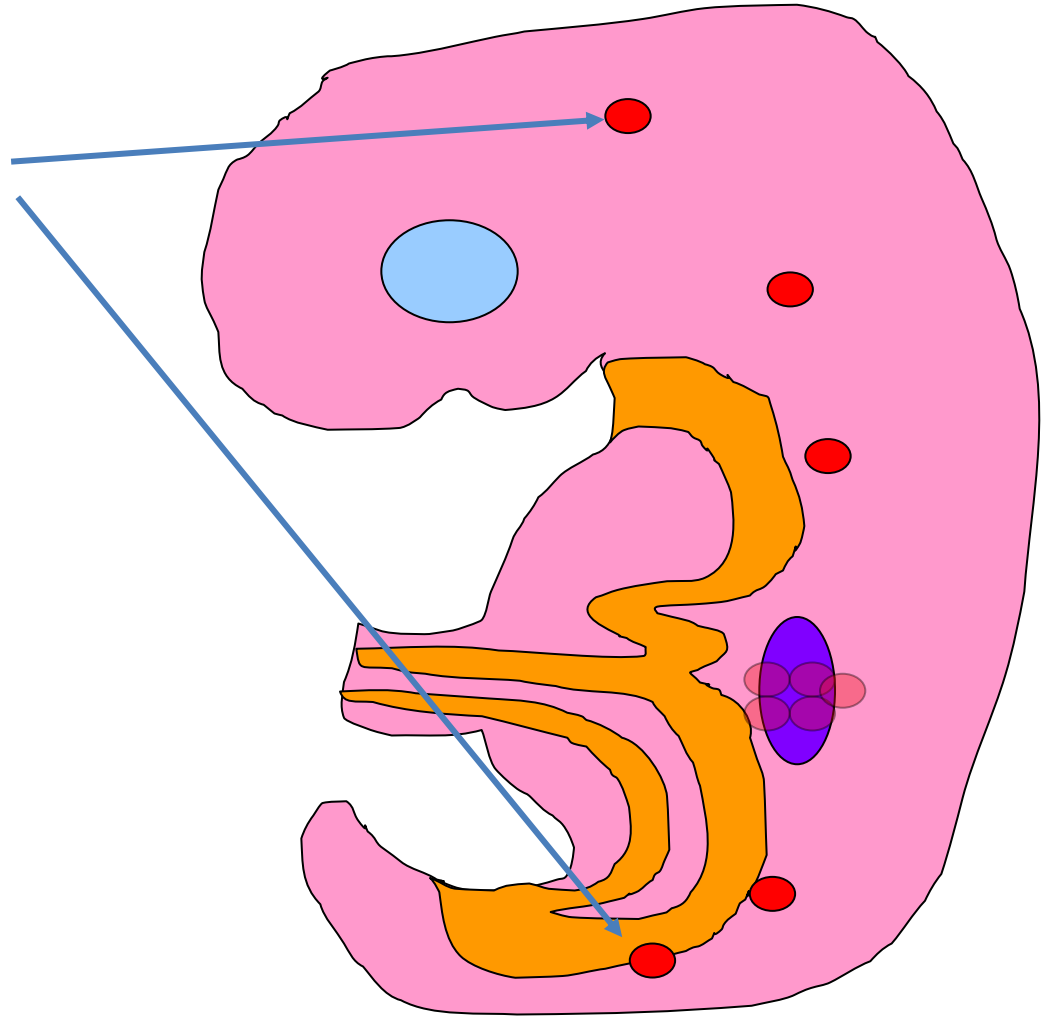
Migration des CGP
à partir de la 5ème-6ème SD,
du sac vitellin vers les crêtes génitales
le long de l'axe embryonnaire



Aparté – Tumeurs Germinales

Tumeurs germinales
EXTRAGONADIQUES

Migration aberrante des CGP
en position extragonadique
(le long de la ligne médiane)



Aparté – Tumeurs Germinales

Cellule germinale primordiale

Germinome/Séminome/Dysgerminome

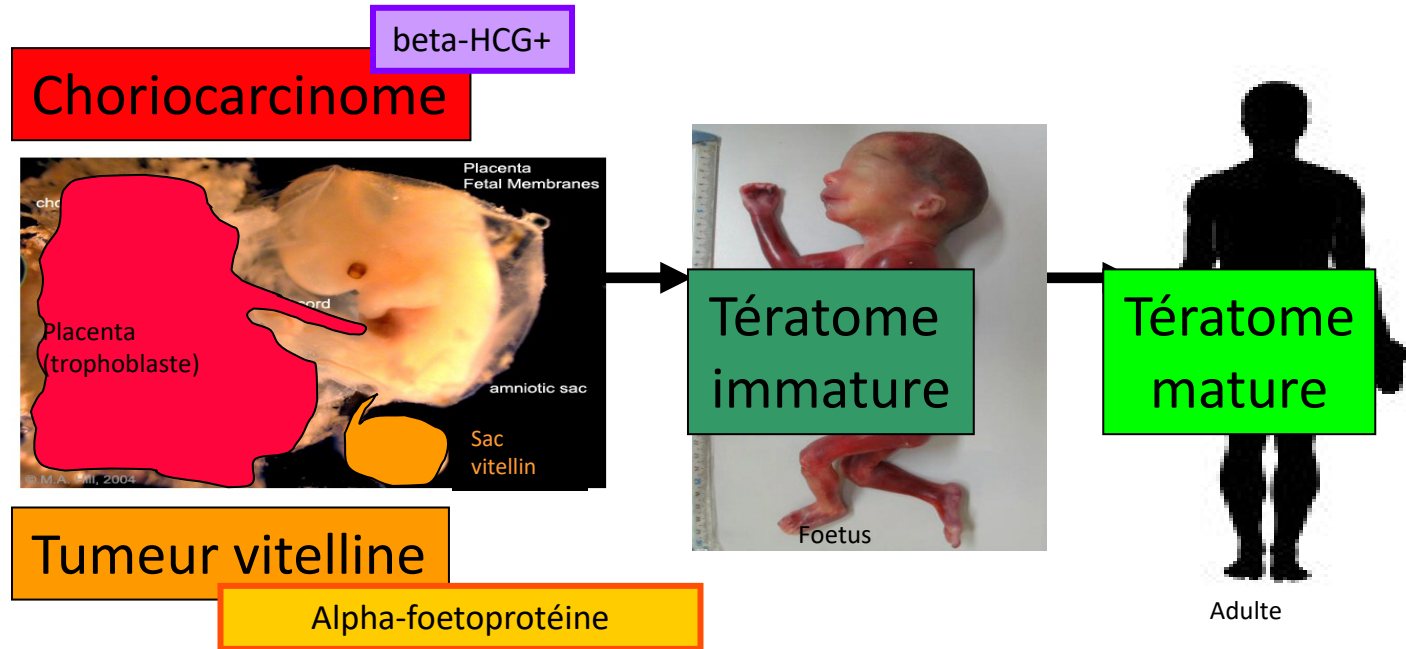


Fécondation



Carcinome embryonnaire

Aparté – Tumeurs Germinales



Aparté – Tumeurs Germinales

Classification selon l'histologie, guide le traitement pour les cliniciens

Tumeur Germinale Séminomateuse	Tumeurs Germinales non-Séminomateuse
<ul style="list-style-type: none">• Séminome pur = Germinome pur	<ul style="list-style-type: none">• Choriocarcinome• Carcinome Embryonnaire• Tumeur Vitelline• > 1 type cellulaire (mixte/combiné, dont séminomes « combiné ») • Tératome(s) NB : tératome mature de la femme jeune : tumeur avec comportement bénin, généralement pas de récurrence après exérèse complète.