

CAS 1 HRS Atelier du 19/09/2019

M né en 1960 avec un cancer de la vessie en 2018.

Est-ce qu'on a 1 ou 2 tumeurs ? Topo et Morpho ?

TUR-vessie le 04/06/2018

CR de l'ana-path du 04/06/2018

DIAGNOSTIC

Dôme de la vessie – adénocarcinome "entéroïde" moyennement différencié, suspectée primitif vésicale/ouraqué. Présence d'infiltration pariétale, au moins musculaire (pT2).

Remarque : il est nécessaire d'exclure cliniquement une origine primitive extravésicale (colique). Quelques colorations immuno histochimiques supplémentaires sont en cours. Un complément de rapport suivra.

INFORMATIONS CLINIQUES

Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s) (en MAJUSCULES svp)

Organe et latéralité :	Basen tumor, Basen dach
	TUMEUR VESSIE (DÔME).
	MACROSCOPIQUEMENT SUSPICION INFILTRATION
	MUSCULAIRE -
?	MAIGNITE? → STADE T. GRADE.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Multiples fragments mesurant ensemble 3,5 × 3,5 × 0,6 cm. Pesant 3,5 g ensemble tout inclut dans quatre cassettes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

A l'examen histologique on observe des fragments d'une paroi vésicale extensivement infiltrée d'une prolifération glandulaire atypique, d'un aspect solide partiel mais plutôt cribriforme. Les structures glandulaires possèdent un aspect entéroïde, avec un contenu luminal "sale". La lésion infiltre le chorion sous muqueux et des couches musculaires lisses profondes, sans pouvoir se positionner au-delà. La surface de la muqueuse est partiellement tapissée d'un épithélium transitionnel. D'autres parties sont nettement dysplasiques et morphologiquement compatibles avec un adénocarcinome in situ. Absence d'image incontestable d'une invasion vasculaire associée.

Bien que l'aspect histologique suggère une étiologie primitive vésicale/de l'ouraqué, une extension colique doit être néanmoins exclue.

Le profil immuno histochimique suspectée sera superposable à une néoplasie colique. Il est donc nécessaire de faire cette distinction. Afin d'exclure d'autres possibilités diagnostiques quelques colorations immuno histochimiques supplémentaires seront néanmoins effectuées. Un complément de compte rendu suivra.

Complément de compte rendu :

les colorations immuno histochimiques effectuées mettent en évidence le suivant immuno profil :

- CK7: négative.
- CK20: positive.
- CDX2: positif.
- B-catenin: positive.
- PSA: négatif.

Conclusion : profil immuno histochimique consistant avec le diagnostic préalable, ne permettant pas une certitude quant à une hypothétique origine primitive colique. A exclure cliniquement.

CR de l'ana-path du 10/07/2018

DIAGNOSTIC

1. Cystectomie partielle:

Adénocarcinome "entéroïde" moyennement différencié avec zones peu différenciées, envahissant macroscopiquement le tissu adipeux périvésical (pT3b), avec invasion périneurale et embolies tumorales endovasculaires et une métastase ganglionnaire (pN1).

Stade pathologique TNM: pT3b pN1 pMx (selon AJCC 8ème édition, 2017).

2. Ganglions lymphatiques pelviens droits:

Sept ganglions lymphatiques sans signes d'infiltration néoplasique. Absence de malignité. (0/7)

3. Ganglions lymphatiques pelviens gauches:

Quatre ganglions lymphatiques sans signes d'infiltration néoplasique. Absence de malignité. (0/4)

A situer dans le contexte clinique.

INFORMATIONS CLINIQUES

① museau testiculaire fait hist. uracilus beilnaden Co
② lymphknoten rechts
③ " " " links } pelvin

EXAMEN MACROSCOPIQUE

1. Pièce de cystectomie partielle constituée par un fragment de paroi vésicale mesurant 3,7 x 3,1 x 1,7 cm et de tissu adipeux adjacent mesurant 14 x 12 x 2,5 cm. La muqueuse vésicale est difficilement ulcérée montrant une nécrose étendue ; à la coupe, la paroi est infiltrée par un processus tumoral blanchâtre, envahissant le tissu adipeux périvésical, avec rétraction locale de la séreuse. C1-C18 paroi vésicale prélevée en totalité; C19 un ganglion périvésical en deux fragments; C20 un ganglion périvésical en deux fragments.

2. Pièce de curage ganglionnaire mesurant 10,5 x 6 x 2,5 cm. C21 4 ganglions; C22-C26 1 ganglion lipomateux; C27-C28 1 ganglion lipomateux; C29-C31 1 ganglion lipomateux.

3. Pièce de curage ganglionnaire mesurant 9 × 5 × 2,5 cm. C32-C35 1 ganglion lipomateux; C36-C39 1 ganglion lipomateux; C40 2 ganglions.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1.

- type histologique: **adénocarcinome infiltrant focalement d'aspect entéroïde**;
- grade histologique: **moyennement différencié avec zones d'aspect peu différencié**; nécrose étendue; ulcération;
- épicentre tumoral: paroi vésicale;
- extension tumorale microscopique: tumeur envahissant le tissu adipeux périvésical;
- **Invasion lympho-vasculaire: Identifiée**;
- **invasion périneurale: Identifiée**;
- **un ganglion lymphatique métastatique avec effraction capsulaire**; deux autres ganglions lymphatiques sans évidence d'infiltration tumorale **(1/3)**;

Etude IHC:

- positivité forte et diffuse pour les anticorps anti-**CK20**;
- positivité focale forte **membranaire** pour les anticorps anti-**Beta-Caténine** - dans les zones plus différenciées et dans le revêtement urothélial normal;
- positivité focale pour les anticorps anti-CDX2;
- négativité pour les anticorps anti-CK7, anti-PSA et anti-GATA3.

2. et 3. Cf. diagnostic.

CR de l'ana-path du 16/08/2019

DIAGNOSTIC

Biopsie de la vessie urinaire:

Aspect morphologique de carcinome peu différencié avec signes de différenciation neuroendocrine (positivité diffuse de l'anticorps Synaptophysine et positivité focale de l'anticorps Chromogranine).

A corrélér aux données cliniques, l'imagerie et les antécédents.

INFORMATIONS CLINIQUES

Biopsie Blase.

Bekanntes urachuskarzinom.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Un fragment mesurant 0,2 cm de grand axe, inclus in toto en C1.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Fragment millimétrique constitué d'une prolifération maligne de cellules de taille variable, comportant des noyaux hyperchromes avec nucléoles visibles et cytoplasme parfois abondant, éosinophile, distribués en structures trabéculaires et en plages tumorales.

Une étude immunohistochimique a été réalisée:

- les cellules tumorales expriment diffusément AE1/AE3, CK20 et Synaptophysine.
- on note une positivité zonale face à CDX2.
- les cellules tumorales expriment focalement Chromogranine A.
- les cellules tumorales sont négatives pour les anticorps TTF1, WT1, Beta-catenine, PSA, 34BetaE12, CK7, CD56, NSE.
- taux Ki67: ~80-90%.

