

Homme né en 1924.

TUR vessie en 2014, pas d'autre traitement.

Questions : nombre de tumeurs, topo, morpho, cTNM, pTNM, récurrence ?

- 12/03/2014 cr anapath TUR

Prélèv.	Entrée	Sortie
12/03/2014	13/03/2014	20/03/2014

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Vessie + urètre prostatique
Lésions vessie suspectes de néo
Lésions papillaires suspectes dans l'urètre prostatique

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Du matériel de 3 x 2,5 x 1,3 cm.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Des fragments compatibles avec une origine de la vessie et de la prostate en partie avec des remaniements artificiels marqués et étendus. En partie des structures papillaires sous forme des axes conjonctivo-vasculaires grêles revêtus par de nombreuses couches de cellules urothéliales avec une anisocaryose et anisocytose modérée accompagné de quelques mitoses.

L'aspect histologique est celui d'un carcinome papillaire à cellules transitionnelles moyennement différencié de grade II de malignité.

A noter aussi des foyers avec une perturbation marquée de l'épithélium urothélial à la manière d'une dysplasie sévère.

En partie une propagation dans des canaux intraprostatiques.

Absence de foyer de croissance invasif.

CONCLUSION

Vessie + urètre prostatique – carcinome papillaire à cellules transitionnelles moyennement différencié de grade II de malignité et petit foyer de dysplasie sévère dans l'épithélium urothélial non papillaire ; absence de foyer de croissance invasif.

- 06/08/2014 cr anapath TUR

Prélèv.	Entrée	Sortie
06/08/2014	07/08/2014	12/09/2014

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

vessie.
récidive néo vessie.
T ? G ?

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Plusieurs copeaux de tissu fixé, mesurant en tout 2 x 2 x 0,5 cm.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

A l'examen histologique on observe une muqueuse de la vessie et du tissu prostatique. La surface de la vessie est revêtue par un urothélium avec des atypies sévères et par endroit un aspect glandulaire focal. En profondeur, il existe une néoplasie peu différenciée " de cellules de petite taille et bleuâtres ". Les éléments cellulaires infiltrants décrits se disposent à la façon d'une néoplasie endocrine maligne.

L'examen immunohistochimique montre :

- CD45 : négatif.
 - Kératine : AE1/AE3 : positive.
 - CK7/CK20 : négatifs.
 - Chromogranine : positive.
 - Synaptophysine : positive faible.
 - TTF1 : négatif.
 - PS63 : négatif.
 - PSA : négatif.
 - Uroplakine : négatif.
 - L'index de prolifération nucléaire des cellules décrites (Ki67) excède les 90%.
- Il existe par ailleurs une composante maligne d'aspect glandulaire et l'image d'un carcinome urothélial in situ avoisinant.

CONCLUSION

matériel biopsique de la vessie – infiltration par un carcinome neuroendocrine peu différencié.

2ème avis pathologiste pour le même prélèvement :

Pathologisch-anatomische Begutachtung:

Makroskopie

I.-III. Schnittpräparate der auswärtigen U-Nr. 11411-14 1.-3.

IV. Schnittpräparate der auswärtigen U-Nr. 33647-14.

Mikroskopie

I. In dem Resektat teils erhaltenes Urothel und ortständige prostatiche Drüsen. Daneben abschnittsweise an markierter Stelle bedeckendes teils stark thermisch lädiertes Urothel mit vergrößerten Kernen und fokal pseudoglandulärem Wachstum. In dem mitübersandten immunhistochemischen Ki67-Präparat eine deutlich gesteigerte proliferative Aktivität bei ungleichmäßiger Darstellung mit Zytokeratin 34 Beta E12.

II. Fokal atypische pleomorphe invasive tubuläre bis papilläre und auch solide Epithelproliferate mit deutlich gesteigerter proliferativer Aktivität und partieller Darstellung für Zytokeratin 34 Beta E12 auch in den tubulären Abschnitten. Miterfaßt tumorfreie Muskulatur.

III. Neben prostatiche Drüsen offenbar intraductale pleomorphe urothelartige Proliferate mit Komedonekrosen und pseudoglandulären Abschnitten. Wiederum eine deutlich gesteigerte proliferative Aktivität auch innerhalb des wiederum teils stark lädierten Oberflächenurothels.

Kritischer Bericht

Blasenresektat (11411-14) mit papillärem und solidem teils pseudoglandulärem invasivem urotheliale high-grade-Carcinom mit intraductaler Ausbreitung auf die Prostata. An diesem Material pT1.

IV. Fokal sehr zeldichte dunkelkernige neoplastische Proliferate mit nur winzigen Nucleolen und zahlreichen Apoptosen und Mitosen. Stellenweise unmittelbar benachbart atypische invasive tubuläre Proliferate. Immunhistochemisch in beiden Tumorkomponenten eine Negativität für prostataspezifisches Antigen und Uroplakin. Zytokeratin 7 ist in der tubulären Komponente stark positiv bei nur einzelnen dargestellten Zellen innerhalb des kleinzelligen Tumors, ähnlich auch Zytokeratin 20. In dem kleinzelligen Tumor eine hochgradige feingranuläre Expression von

Chromogranin A und nur schwache fokale Expression von Synaptophysin jeweils bei Negativität der tubulären Komponente. Die proliferative Aktivität (Ki67) ist in dem kleinzelligen Tumor extrem hoch (weit über 90% markierte Tumorzellen) und in dem tubulären Tumoranteil geringer jedoch ebenfalls deutlich erhöht. P63 ist jeweils negativ, ebenso CD45. Zytokeratin AE1-3 ist überwiegend diffus hochgradig in beiden Tumorkomponenten exprimiert.

Kritischer Bericht

Invasives kleinzelliges neuroendokrines Carcinom in einem Resektat von Blase und Prostata neben weiteren überwiegend pseudoglandulären Anteilen des urothelialen high-grade-Carcinoms.

Es kann sich hier durchaus um einen Kollisionstumor eines partiell pseudoglandulär differenzierten urothelialen und eines kleinzelligen neuroendokrinen Carcinoms der Harnblase handeln.