

Nouveautés en anatomopathologie

Pr C. Badoual

Session GETTEC 20/06/2019

Concernant les lésions pré néoplasiques du larynx et du pharynx, il existe une nouvelle classification OMS 2017.

La dysplasie correspond à un spectre d'atypies cytonucléaires de l'épithélium de surface. Les facteurs favorisants de la dysplasie sont le tabac, l'alcool et le reflux gastro-œsophagien (bien que cette notion reste discutée) ; HPV a un rôle mineur voire nul dans les dysplasies du larynx. Les lésions de dysplasie peuvent évoluer ou régresser.

L'aspect macroscopique des dysplasies peut être variable (leucoplasie, érythroplasie, laryngite chronique...). Elles atteignent le plus fréquemment le plan glottique de façon uni ou bilatéral, et rarement le plan glottique.

Attention ! la nouvelle classification OMS 2017 classe deux types de dysplasie, mais ne concerne que le larynx/hypopharynx (contrairement à celle de 2005 qui en comportait 3)

- La dysplasie de bas grade correspond à la maturation anormale de la moitié de l'épithélium (hyperplasies épithéliales et dysplasies légères de l'ancienne classification)
- La dysplasie de haut grade correspond à une maturation anormale sur plus de la moitié de l'épithélium (une partie ou toute la hauteur), avec des atypies cytonucléaires plus marquées (dysplasie modérée, sévère ou carcinome *in situ* de l'ancienne classification).

Les lésions sans potentiel de malignité (métaplasie et hyperplasie malpighienne, hyperplasie pseudo-épithéliomateuse, kératose et parakératose) ne nécessitent ni de traitement ni de surveillance.

Les lésions avec potentiel de malignité (dyskératose, néoplasie intra-épithéliale laryngée, dysplasies, carcinome *in situ*) nécessitent une surveillance et souvent un traitement complémentaire.

Des études rétrospectives ont retrouvé un risque d'évolution de la dysplasie vers la malignité de 1,6% pour les dysplasies de bas grade et de 12,5% pour les dysplasies de haut grade (jusqu'à 40% en cas de carcinome *in situ*).

Lésions de la cavité orale

Les lésions dysplasiques de la cavité buccale sont encore classifiées en trois stades : bas grade, grade intermédiaire et haut grade.

Dans la nouvelle classification TNM de la cavité buccale (AJCC), la profondeur d'invasion est à prendre en compte. Pour ce faire, il faut trouver la ligne horizontale de la membrane basale, dessiner un trait perpendiculaire à cette ligne pour calculer la profondeur d'invasion.

L'invasion osseuse est définie par une perforation complète de l'os cortical avec une infiltration de l'espace médullaire. Il existe deux types d'invasion : l'érosion (front tumoral large, avec une interface bien nette entre l'os et la tumeur. On retrouve une résorption osseuse ostéoclastique et de la fibrose sur le front d'invasion sans îlots osseux dans la tumeur) et l'infiltration (présence de nids et projections tumoraux au sein d'un front d'invasion irrégulier. Présence d'îlots osseux au sein de la tumeur).

Carcinome épidermoïde de l'oropharynx

L'incidence des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx liés à l'intoxication alcoolo-tabagique est en diminution alors que l'incidence des cancers de l'oropharynx liés à HPV est en augmentation. Les caractéristiques microscopiques des carcinomes HPV+ sont les suivantes : non kératinisant (ou kératinisation minime), épithélium de surface en général non dysplasique, tumeur qui prend son origine dans les cryptes, extension sous forme de nids ou lobules avec nécrose centrale, haut rapport nucléo-cytoplasmique, index mitotique élevé, nombreuses figures mitotiques basaloïdes.