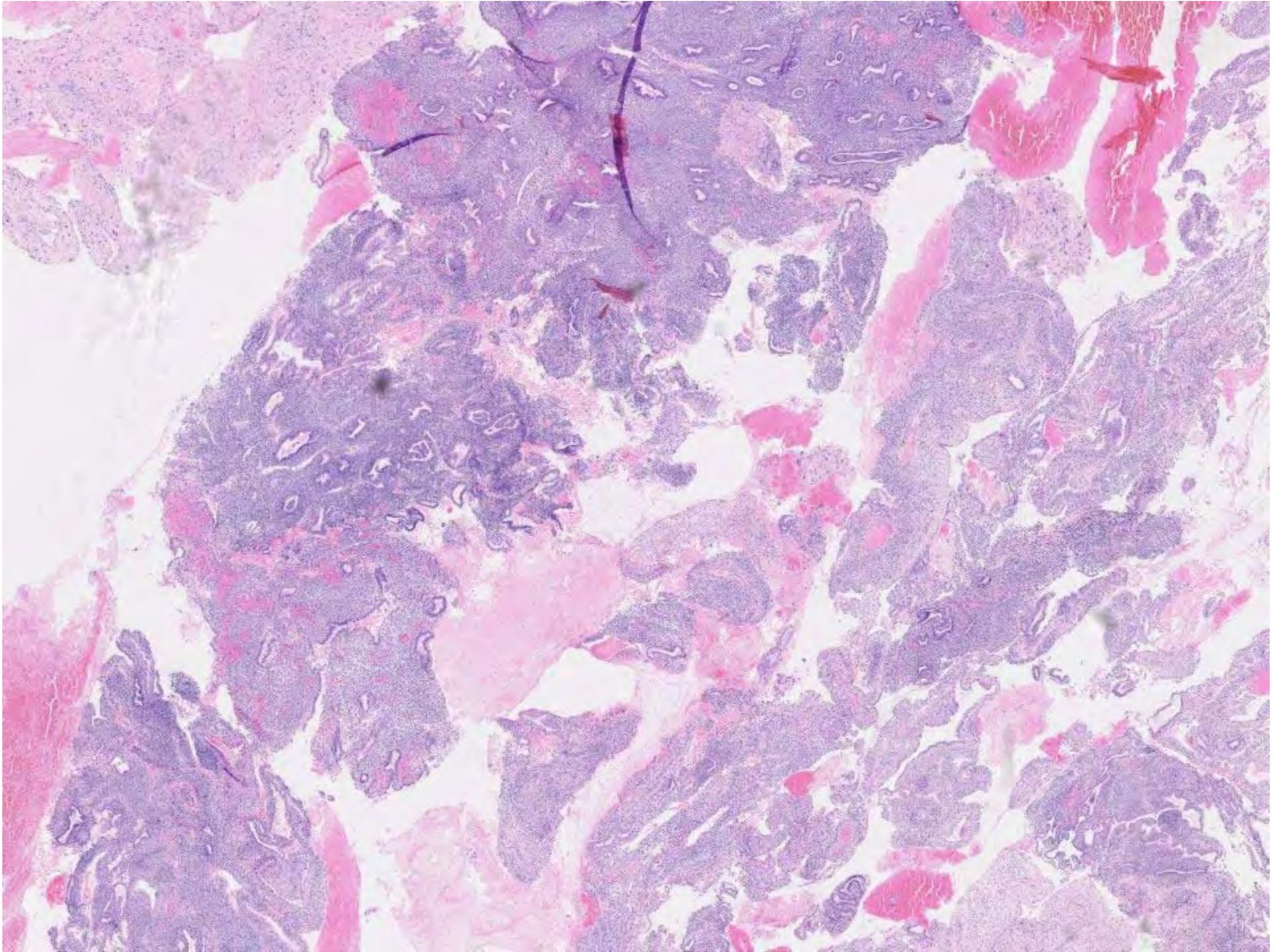
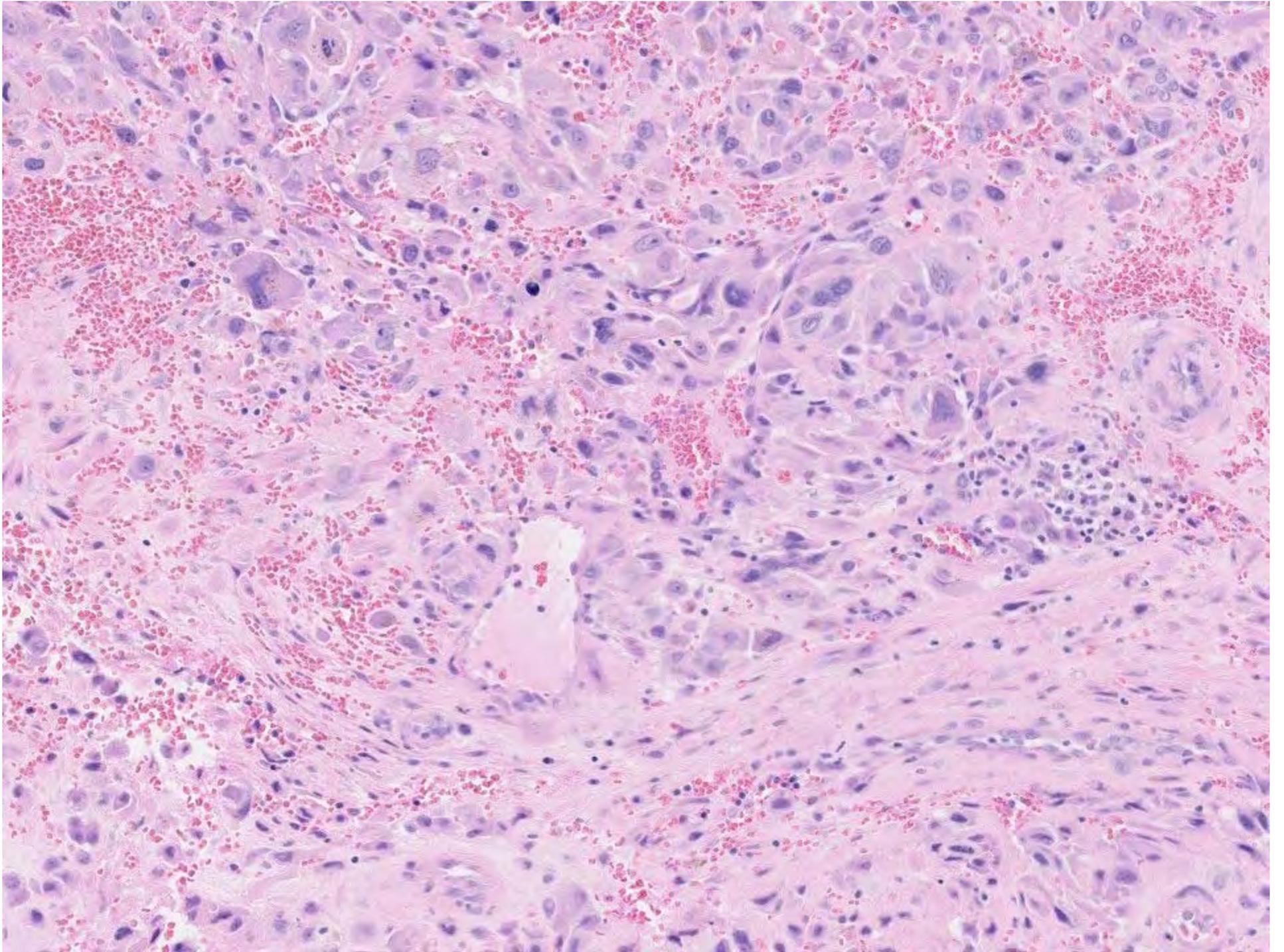
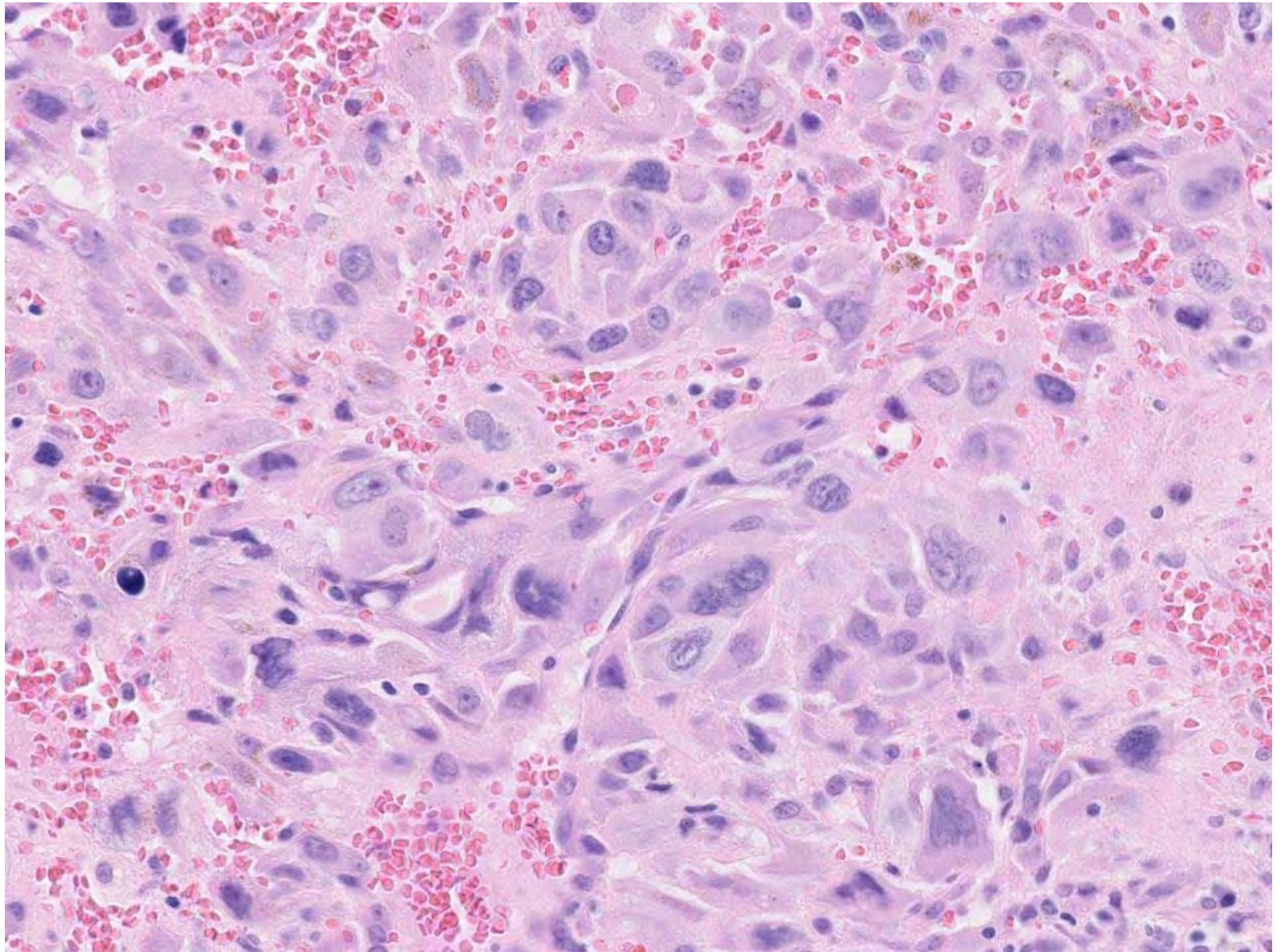


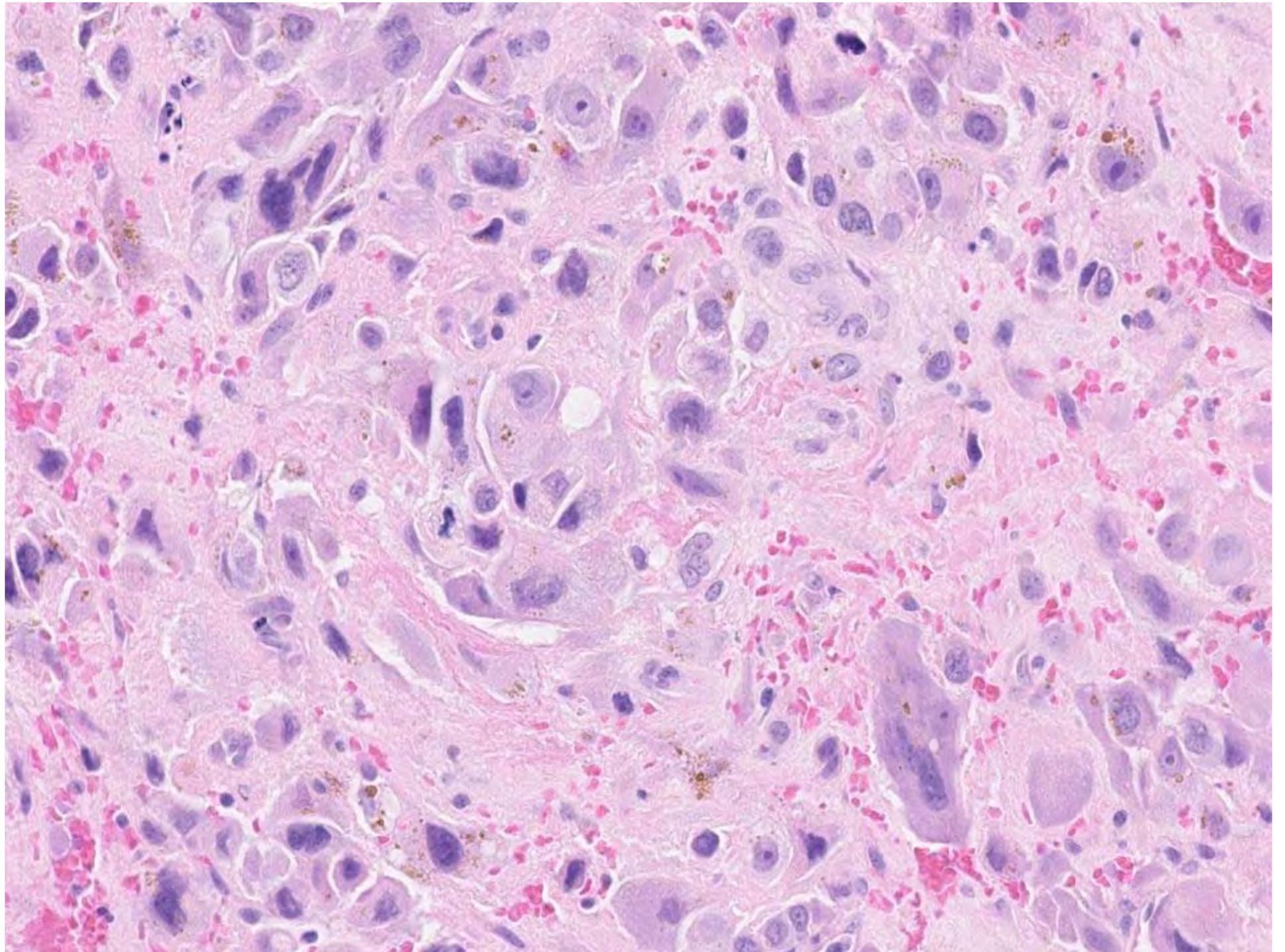
Histoire clinique:

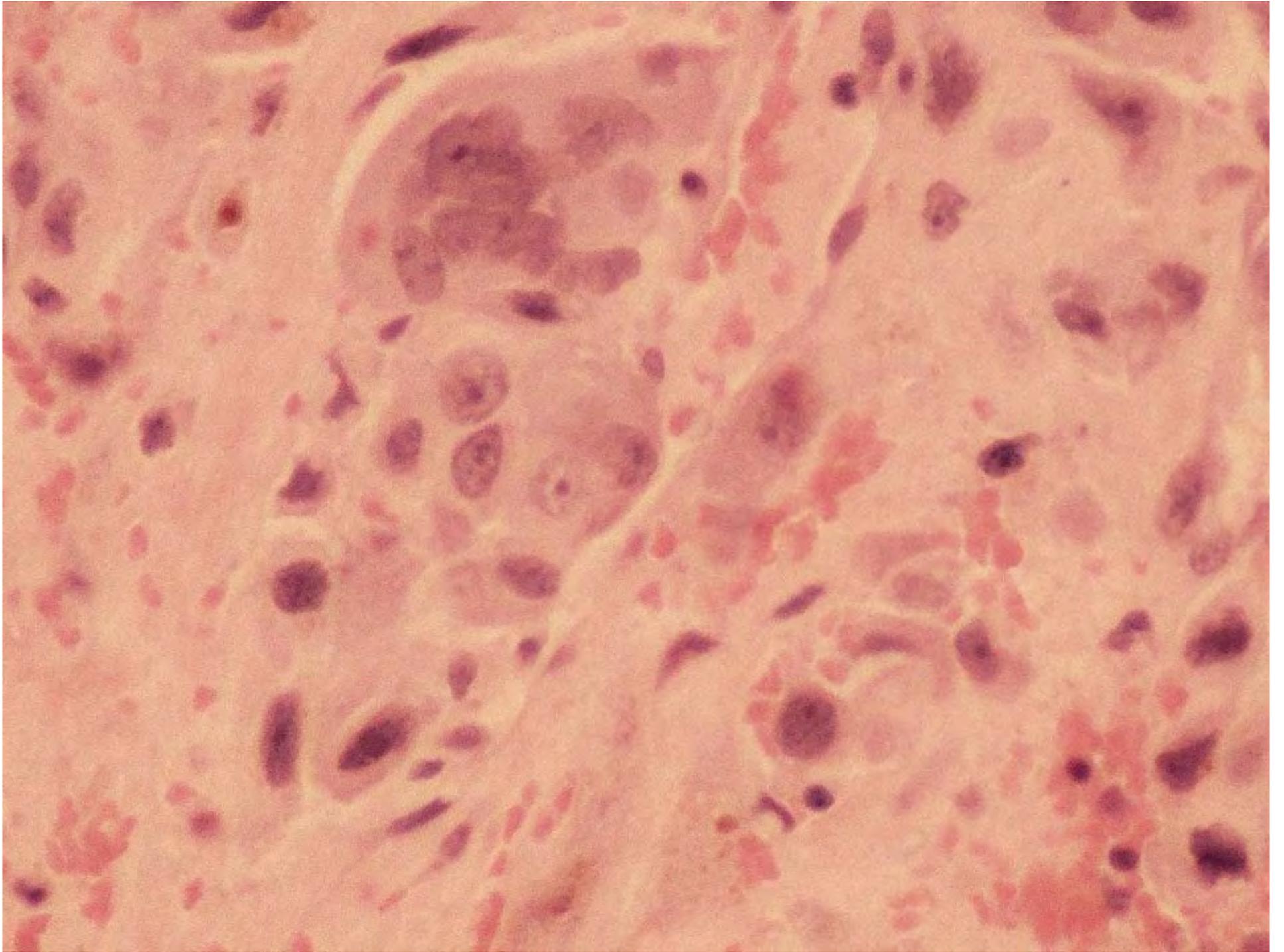
- Femme de 32 ans G2P2A0
- Accouchement du deuxième enfant le 22/09/2008
- Dernières règles normales en 01/09
- En février, petits saignements et test de grossesse positif
- Élévation rapide du β -hCG à 1269 U/L
- Curetage évacuateur fait

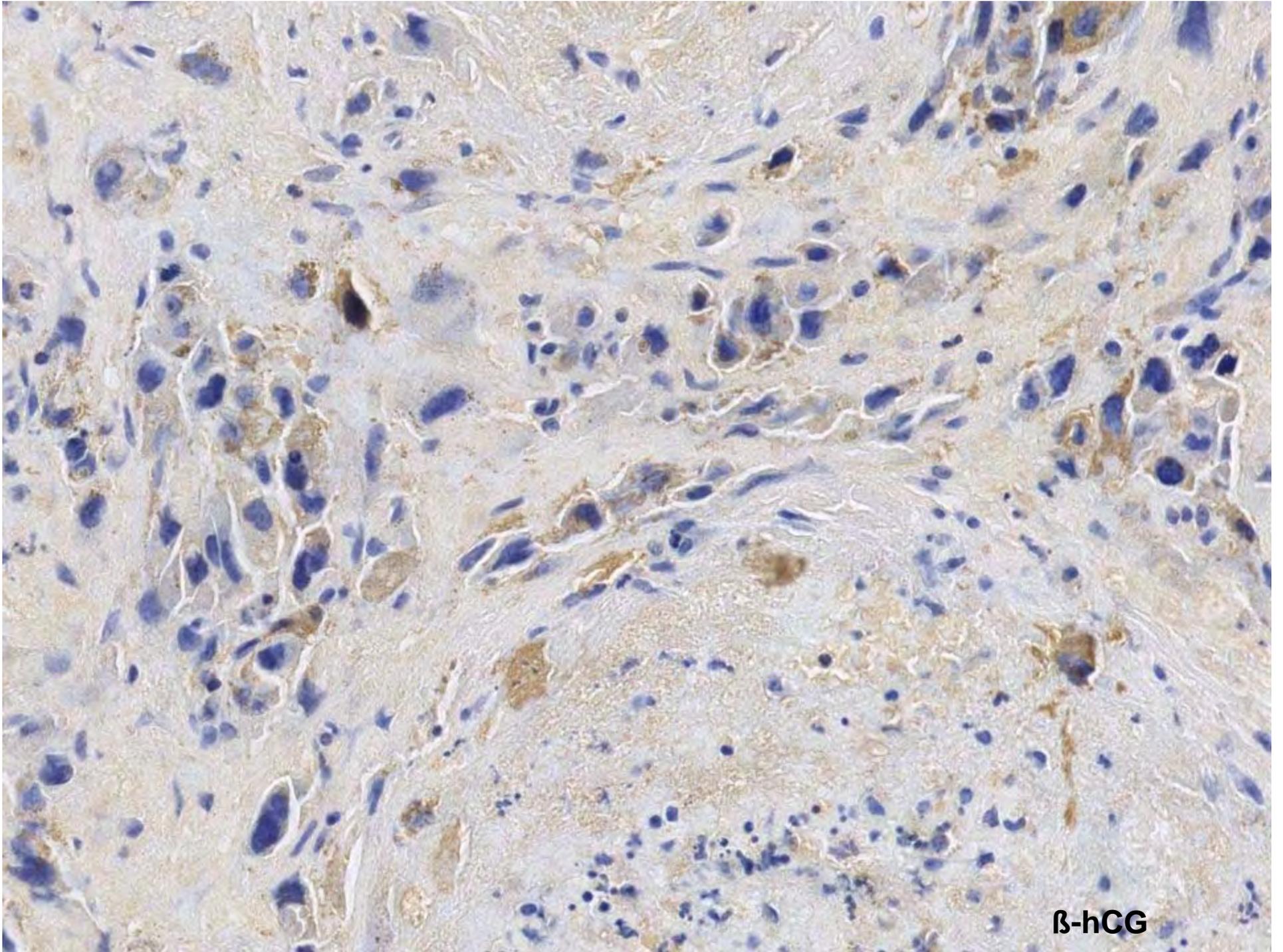




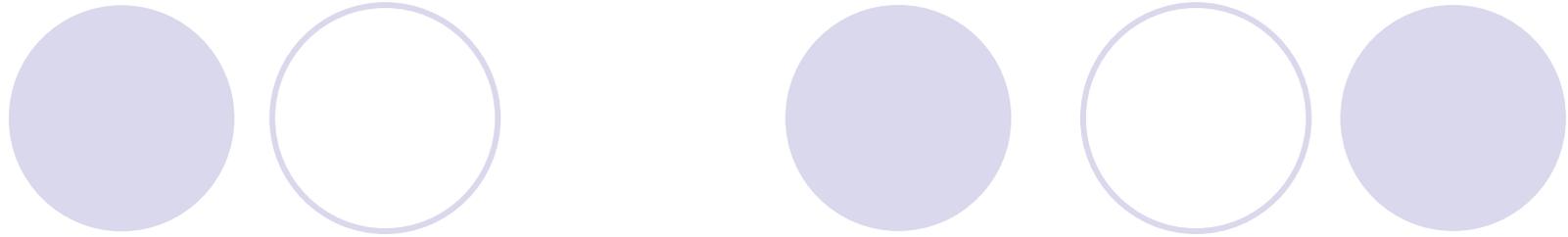






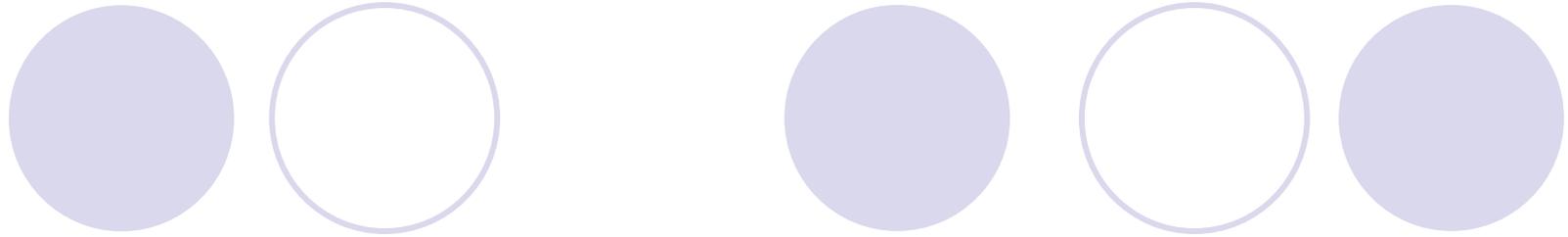


β -hCG



Histoire clinique, suite:

- Elle reçoit 2 doses de méthotrexate
- Un TACO cérébral démontre une lésion de 2 cm de diamètre au cervelet de nature indéterminée
- On décide de procéder à une hystérectomie



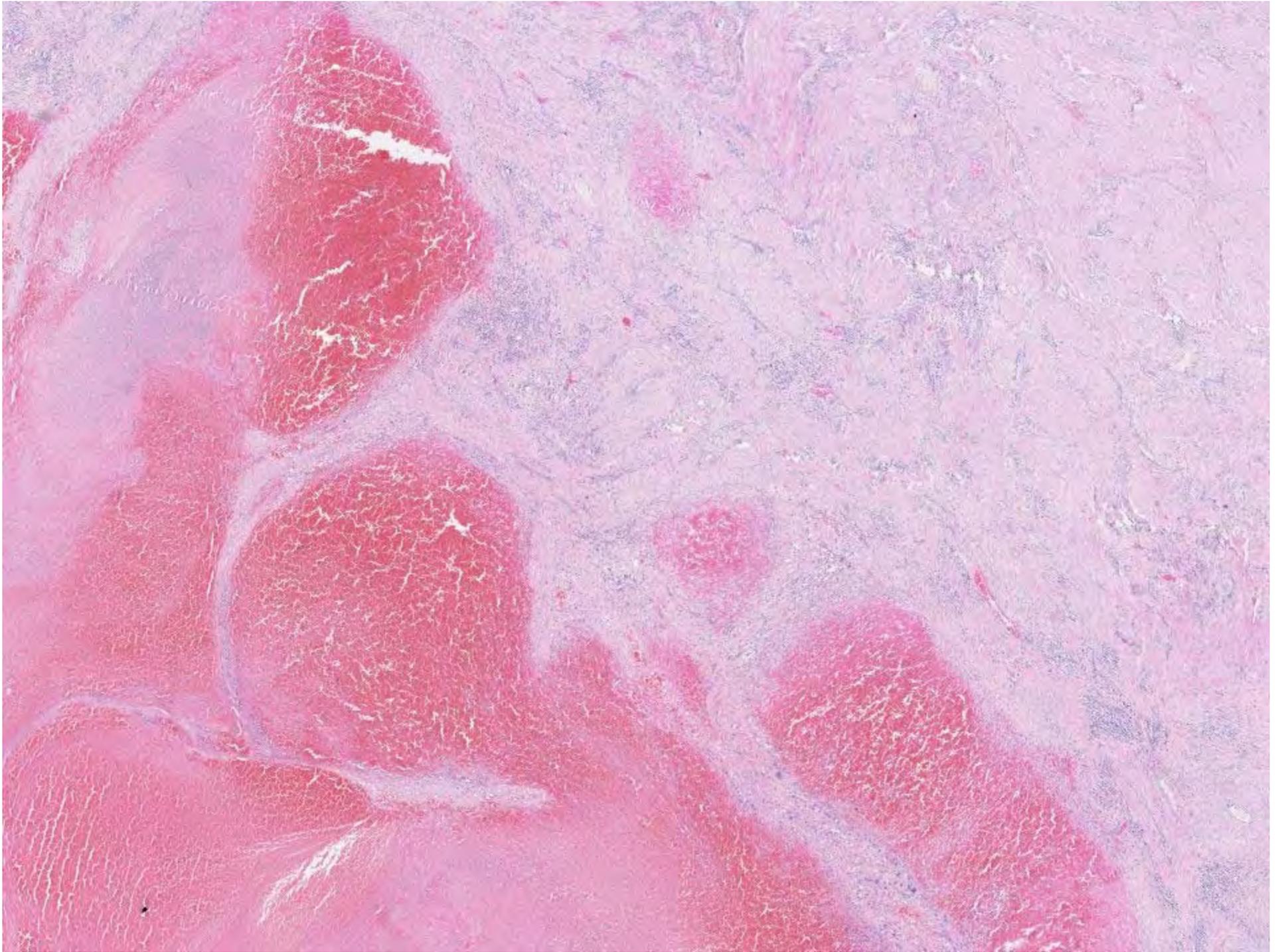
Macroscopie:

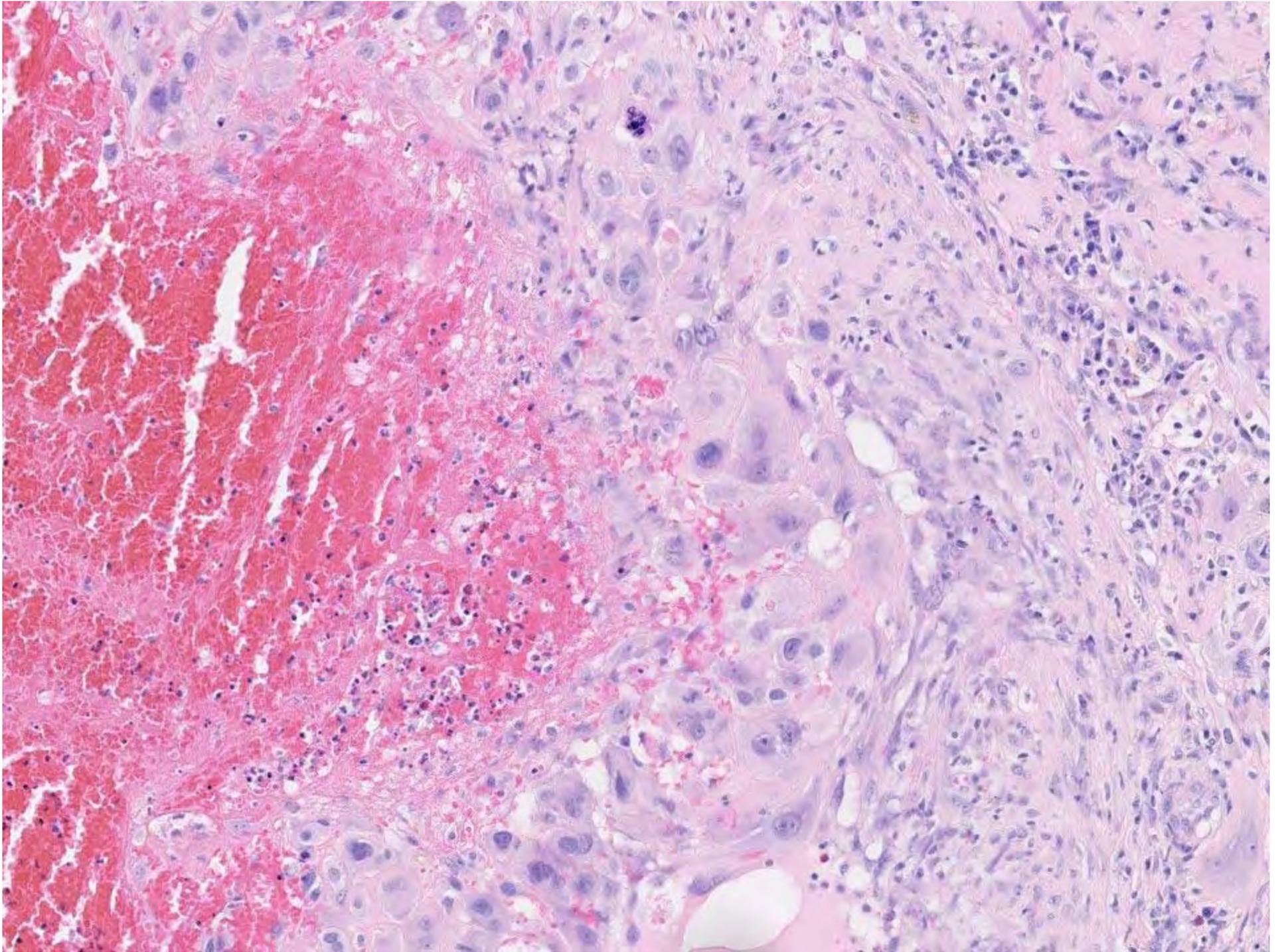
- Un utérus de 239 grammes
- La cavité endométriale renferme une tumeur hémorragique et nécrotique de 4 cm de diamètre
- La tumeur semble infiltrer profondément le myomètre

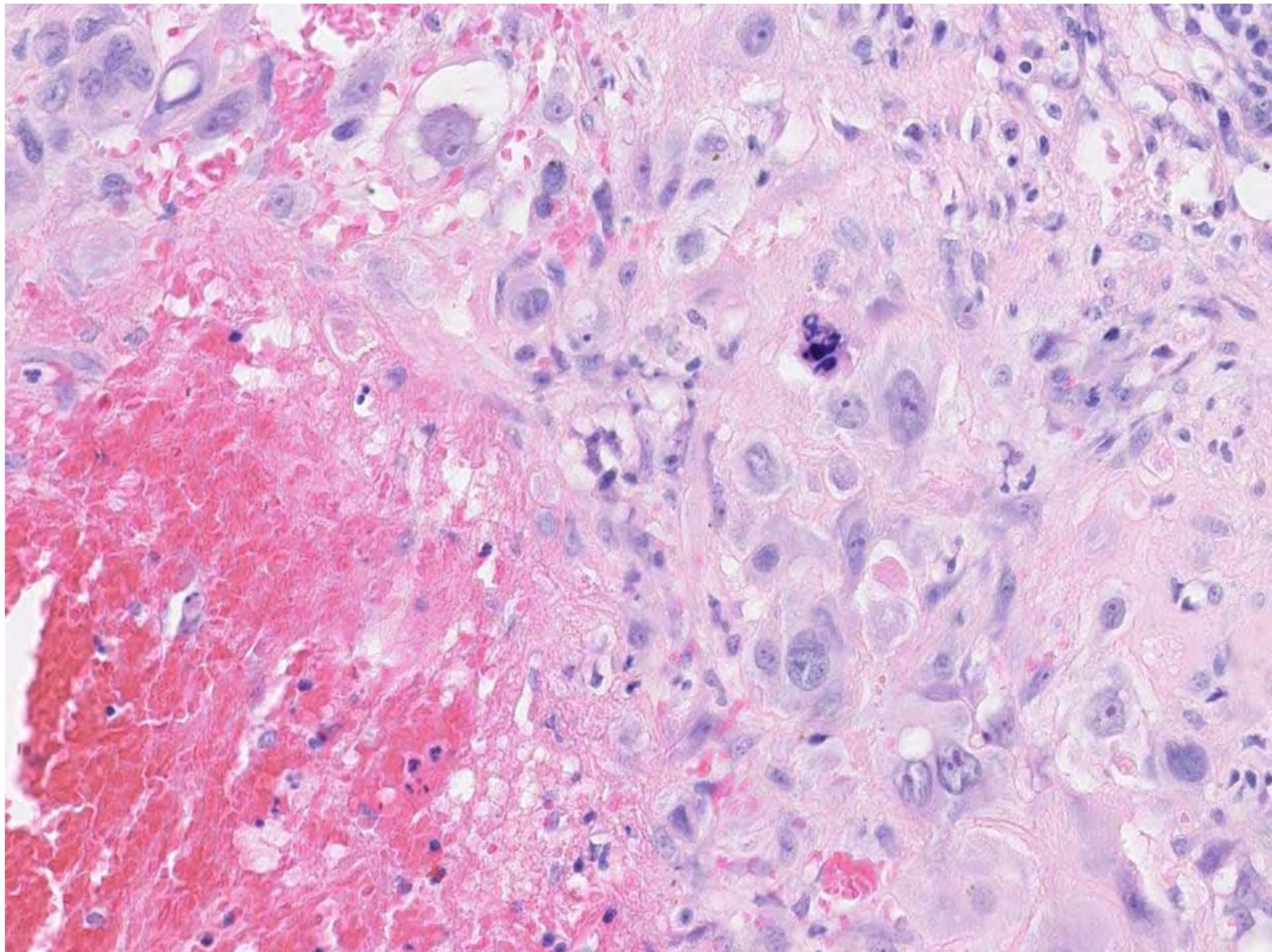
S3U3

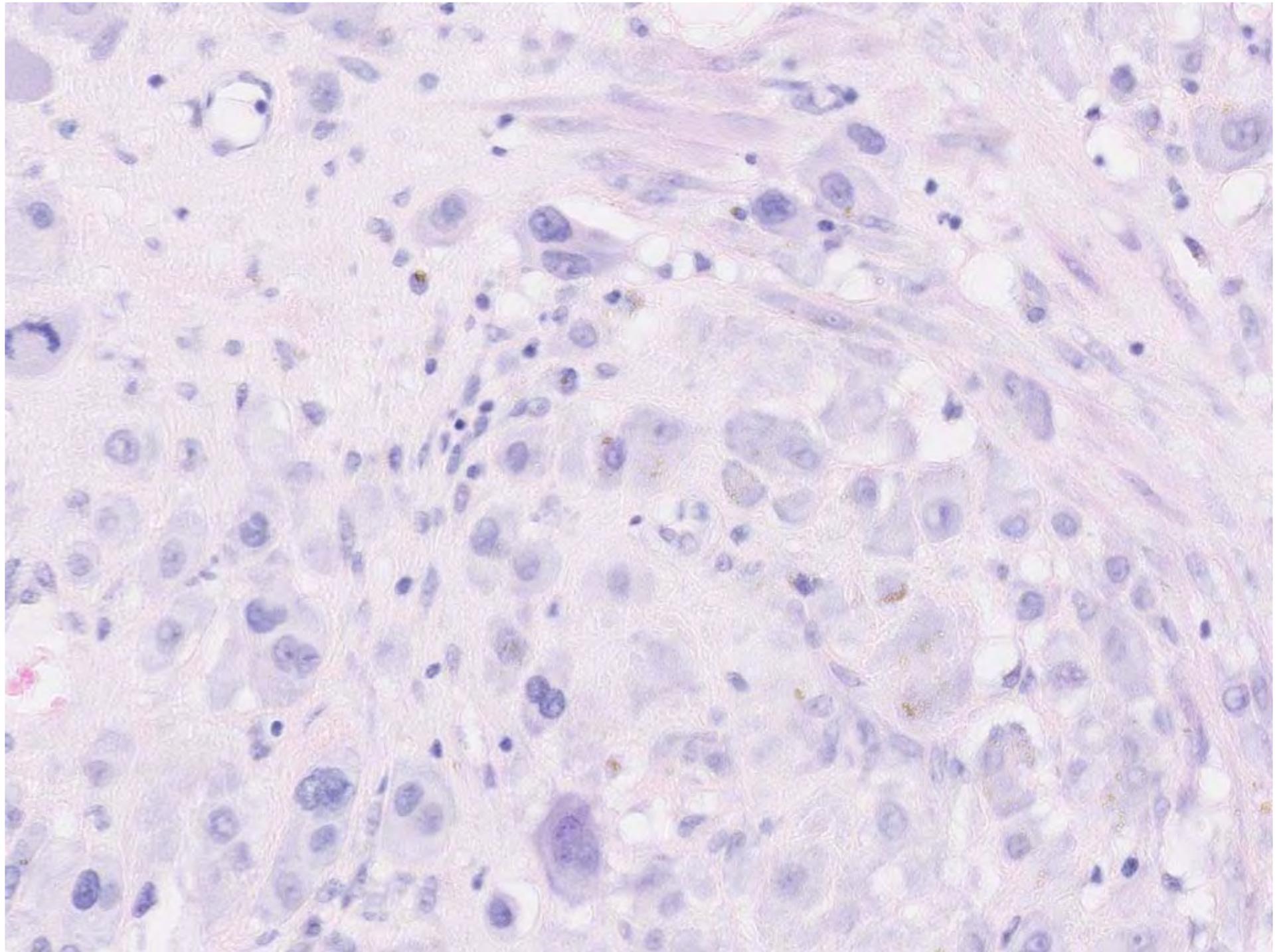


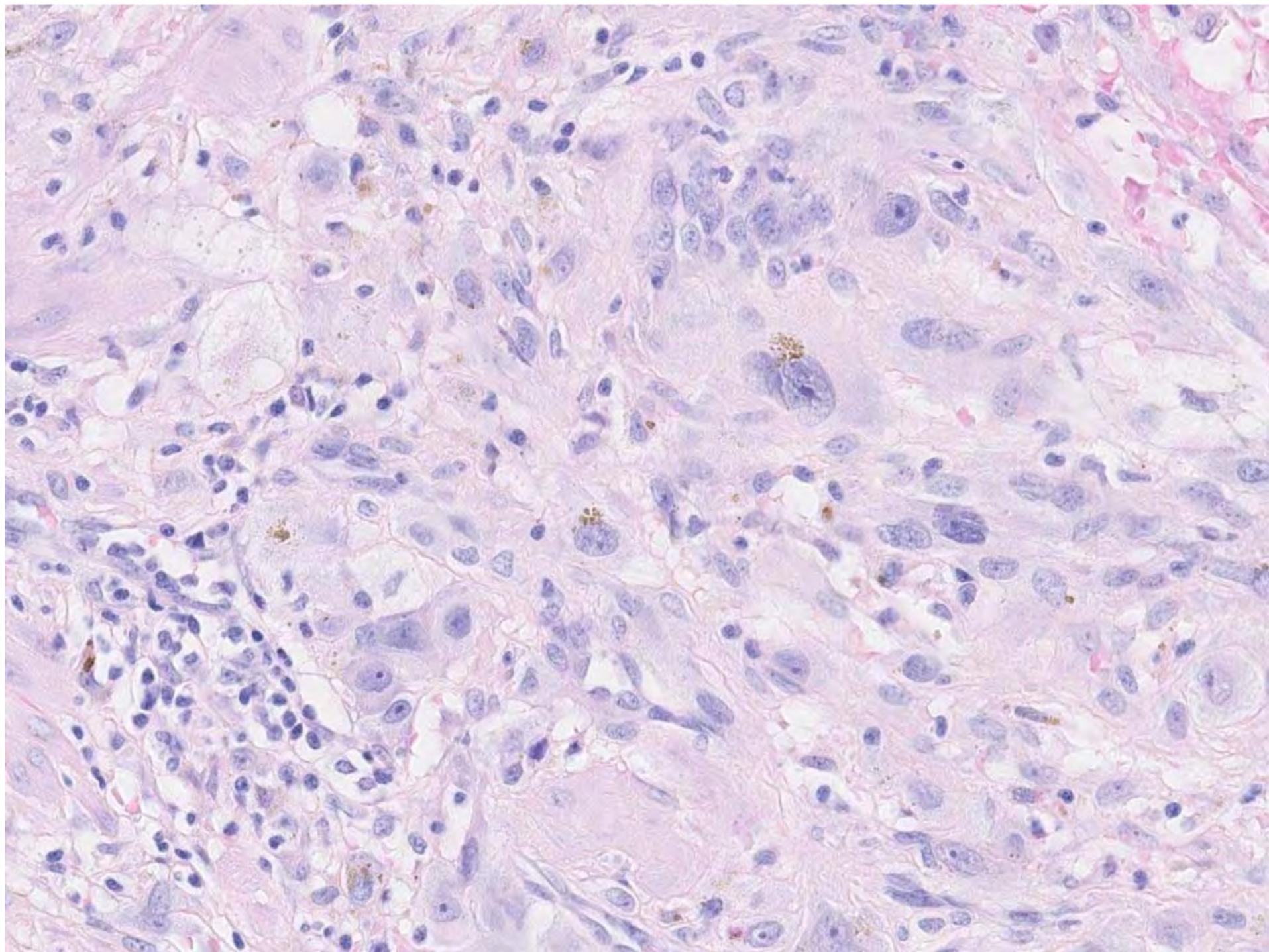
CM

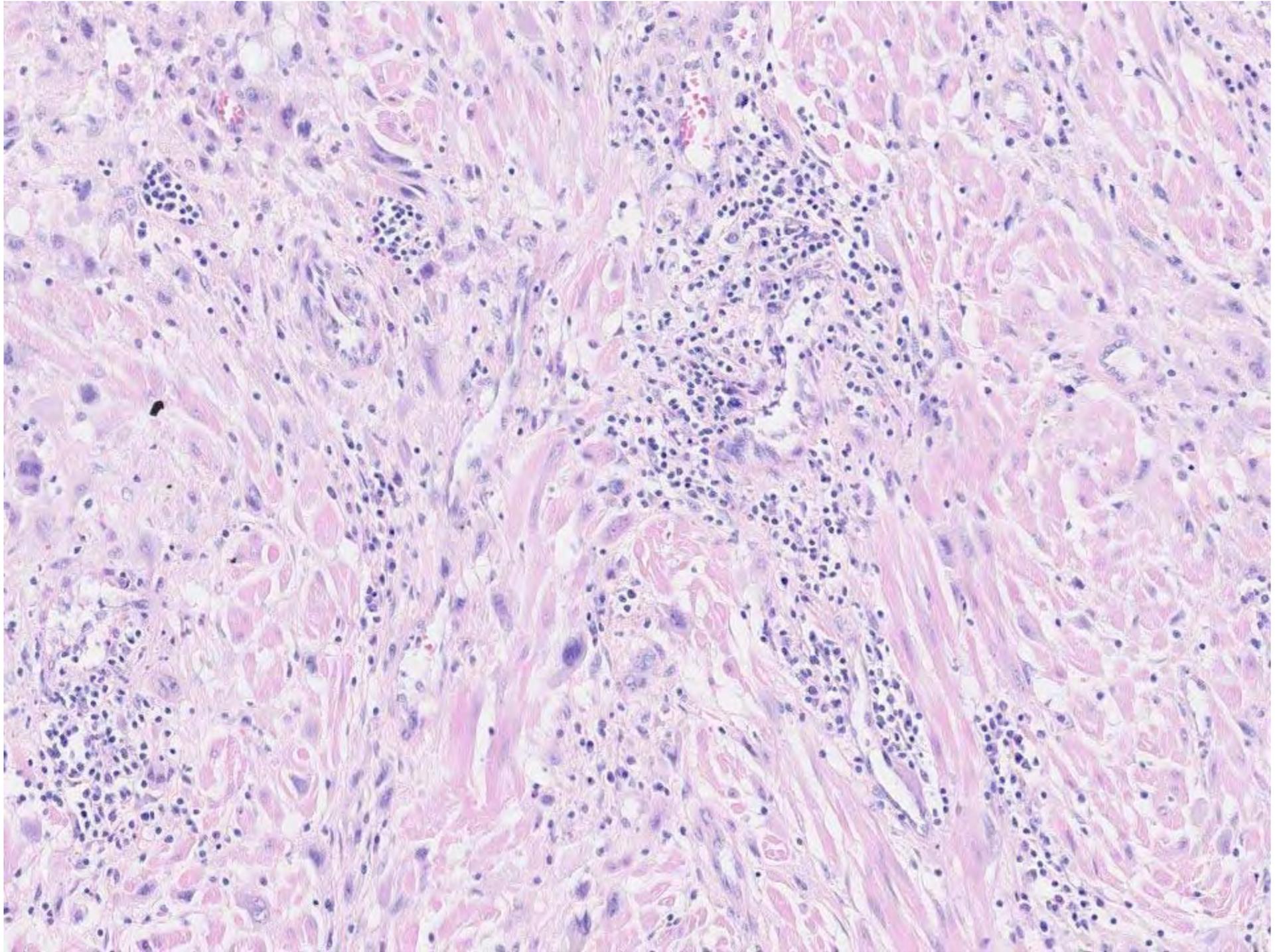


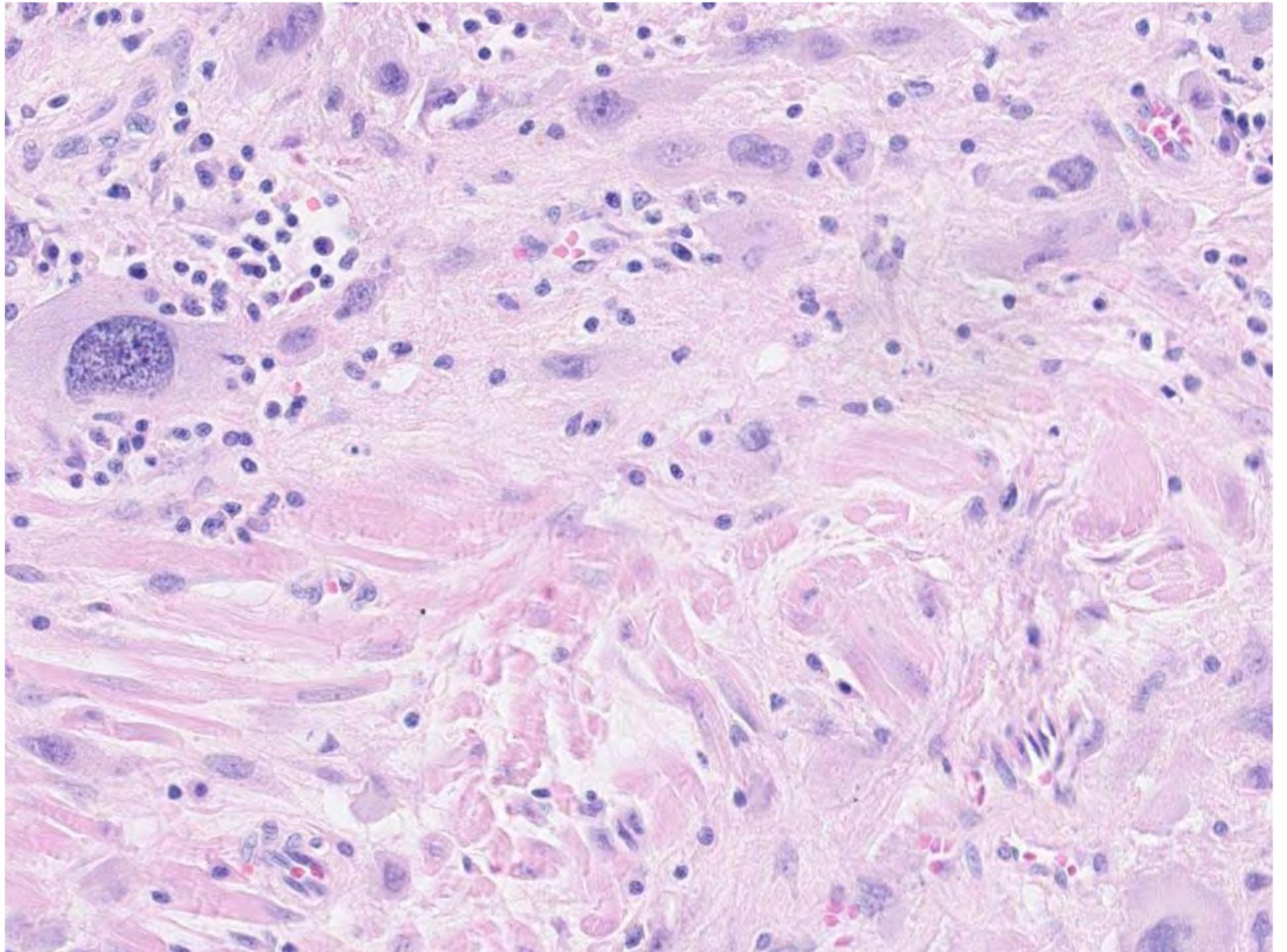


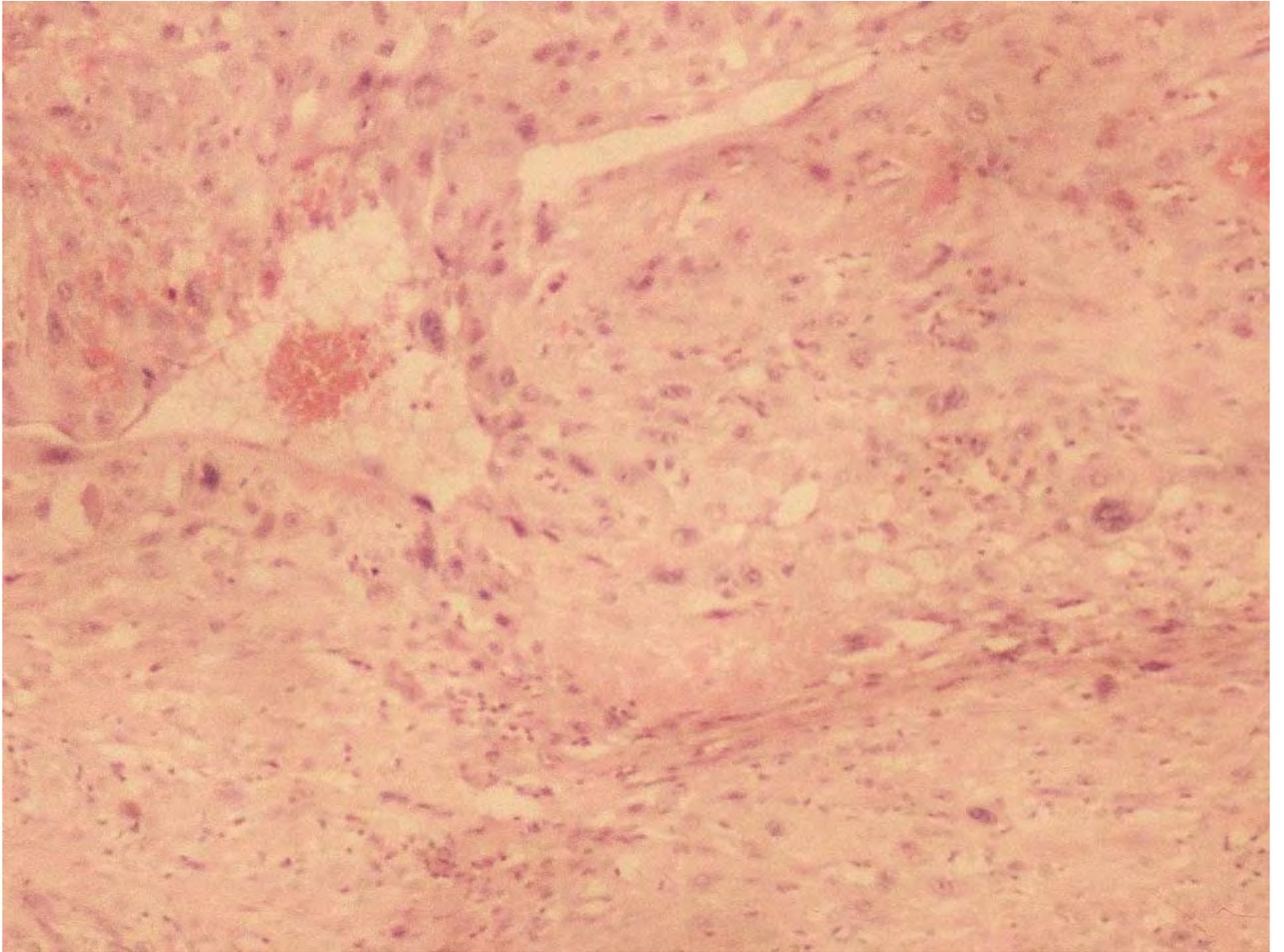


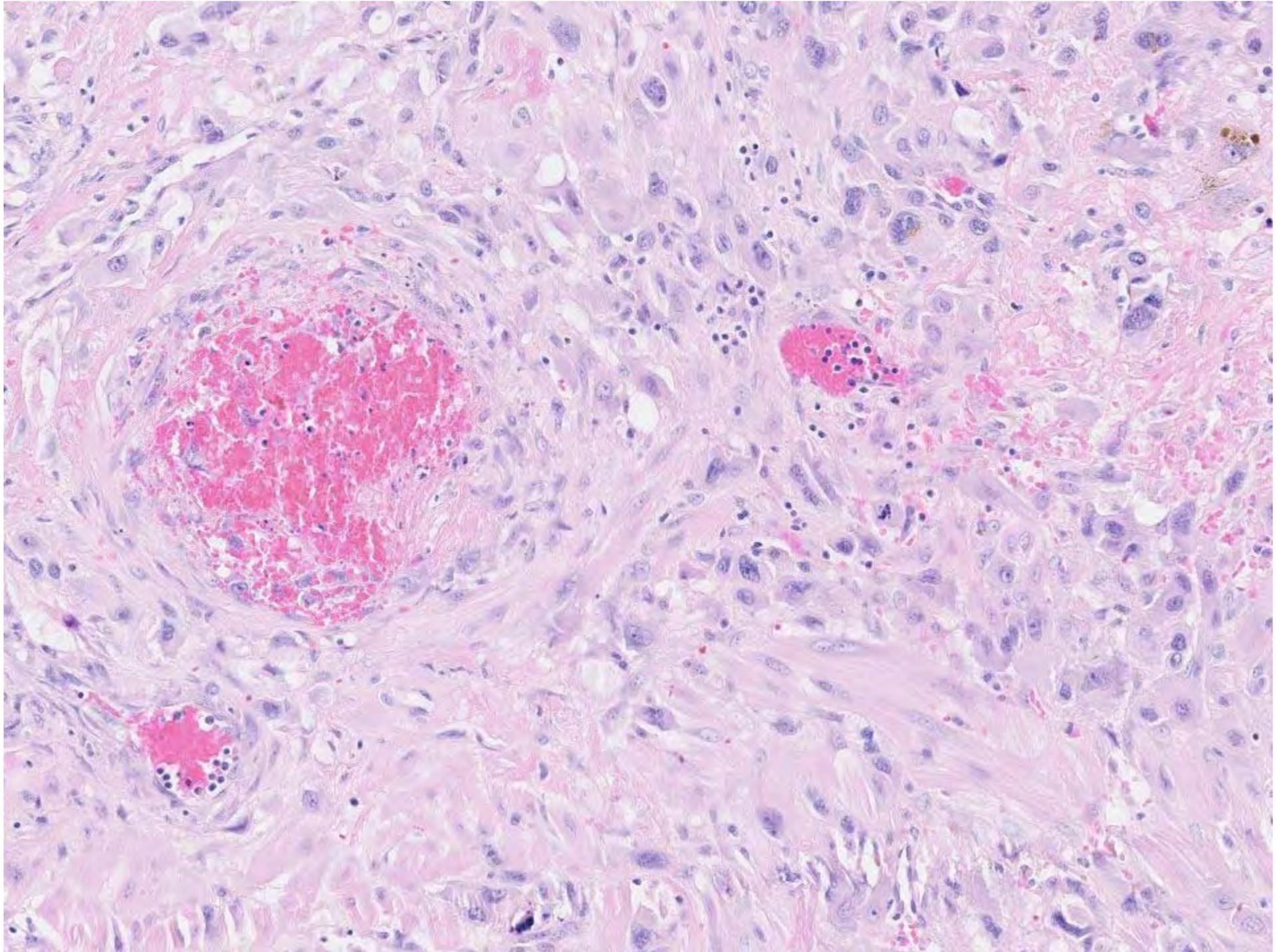


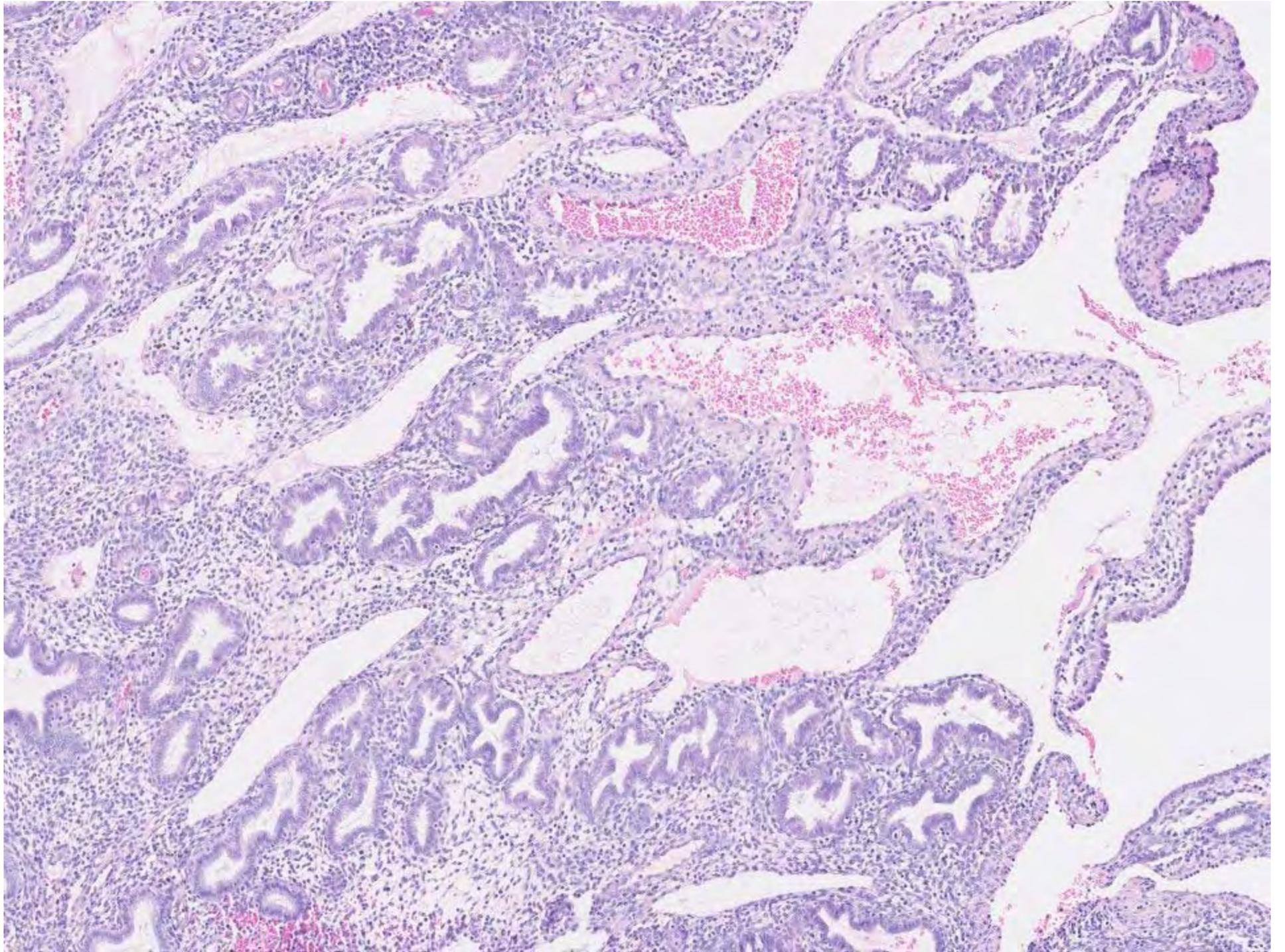




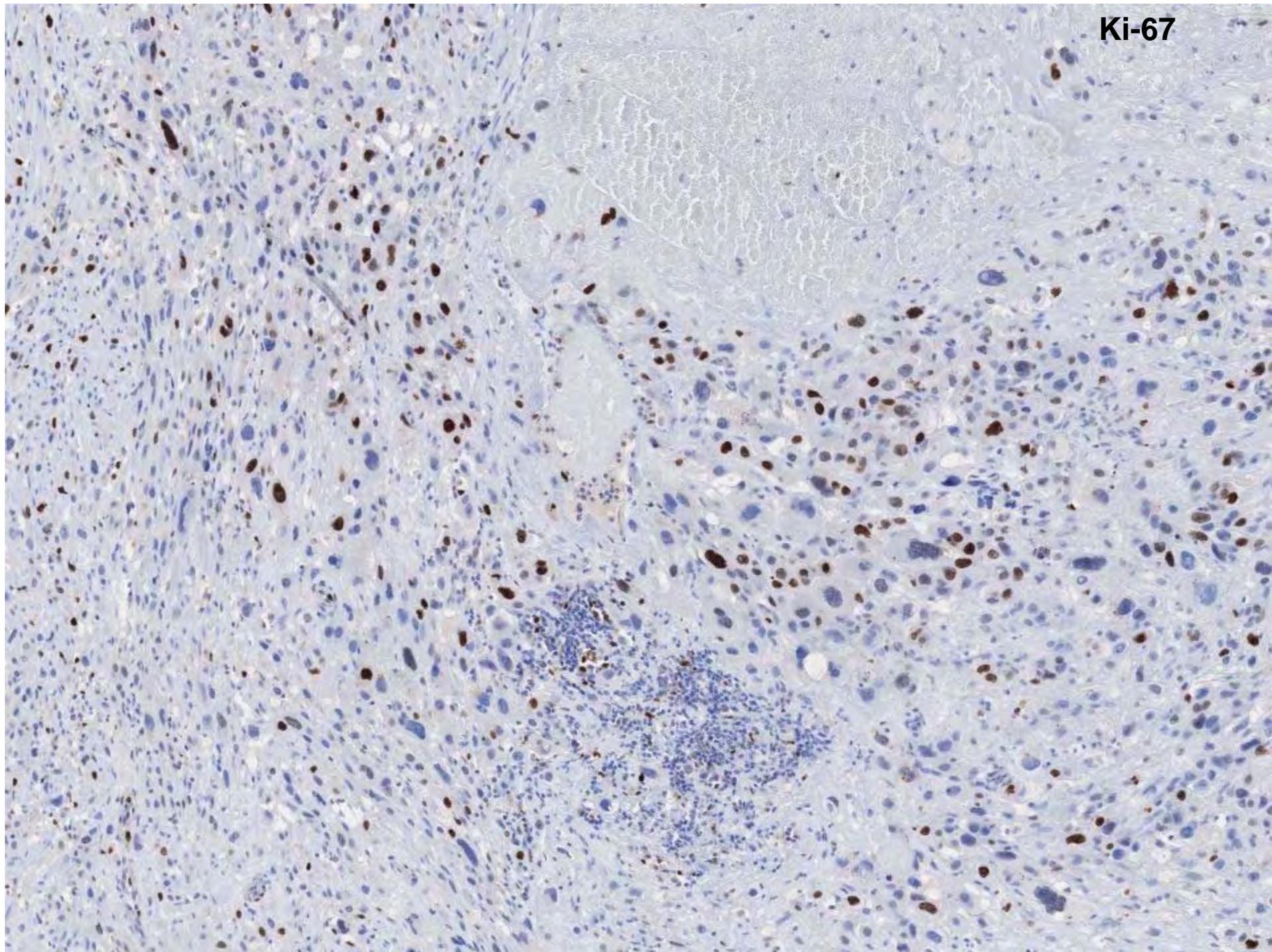


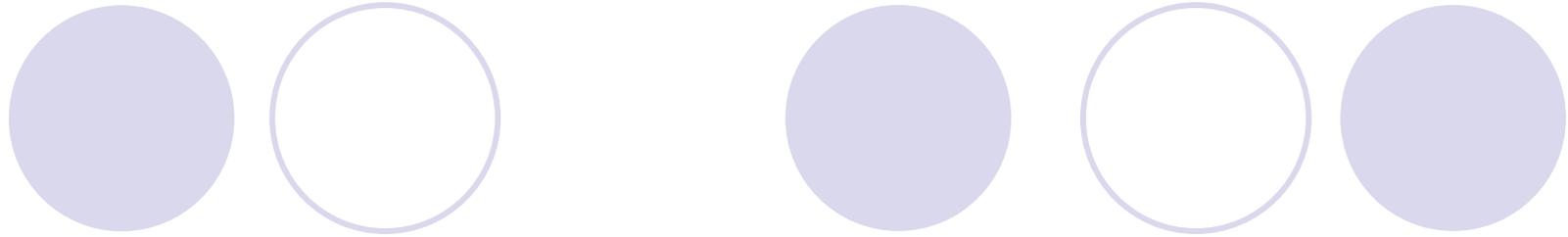






Ki-67





Évolution:

- Chimiothérapie post-opératoire
- Le β -hCG redevient normal
- Une écho pelvienne faite en 01/10 est normale

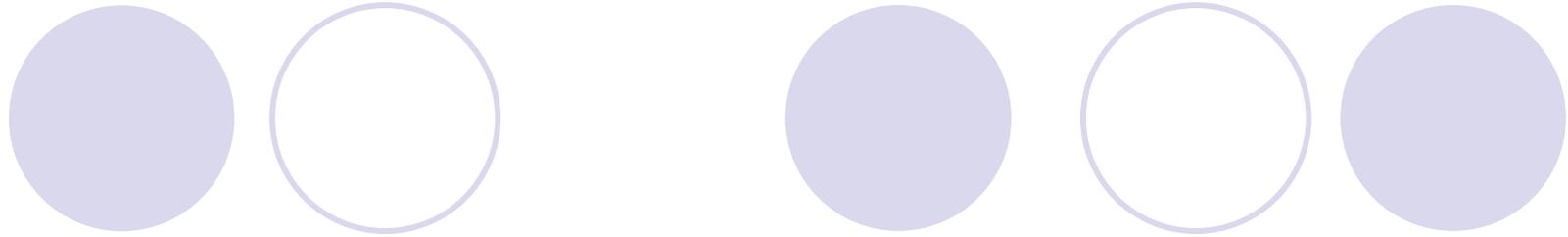


Classification de l'OMS des maladies gestationnelles trophoblastiques, 2003:

- **1) Lésions trophoblastiques bénignes**
 - A) nodule du site placentaire
 - B) implantation exagérée du placenta

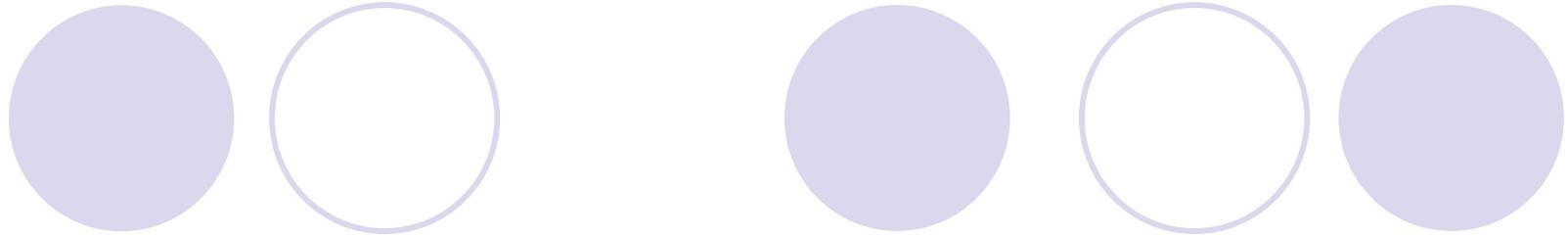
- **2) Mômes hydatiformes**
 - A) complète
 - B) partielle
 - C) infiltrante

- **3) Néoplasies trophoblastiques**
 - A) choriocarcinome
 - B) tumeur trophoblastique du site placentaire
 - C) tumeur trophoblastique épithélioïde



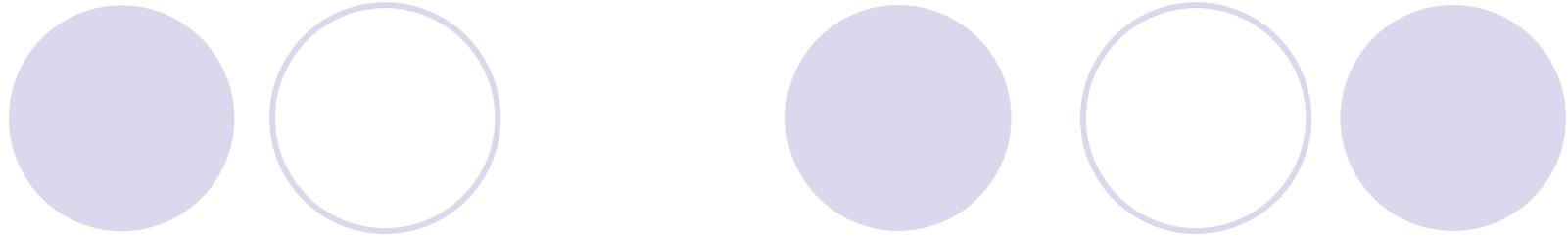
Elles peuvent également être divisées selon la présence ou l'absence de villosités:

- **1) Avec villosités:**
 - A) môle hydatiforme
 - B) choriocarcinome (dans sa forme intraplacentaire)
- **2) Sans villosités:**
 - A) nodule du site placentaire
 - B) implantation exagérée du placenta
 - C) choriocarcinome
 - D) tumeur trophoblastique du site placentaire
 - E) tumeur trophoblastique épithélioïde



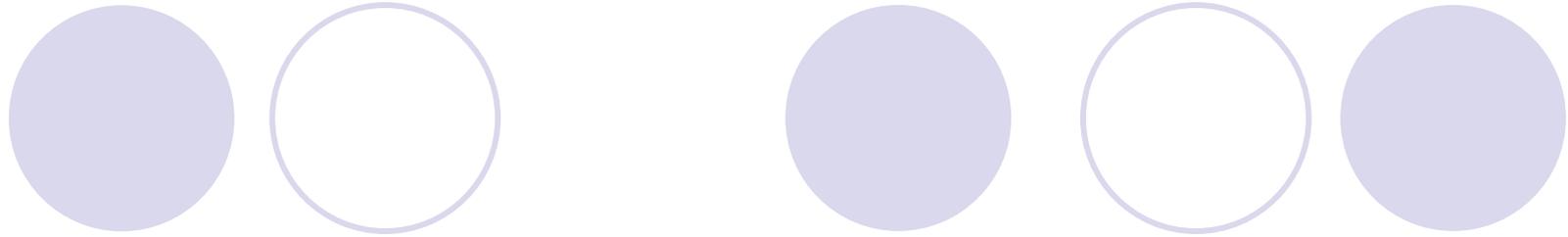
Nous allons nous attarder sur les tumeurs trophoblastiques.

- Elles sont constituées d'un ou plus des trois types de cellules trophoblastiques et rappellent l'architecture placentaire à différents stades
- Le choriocarcinome est formé des trois types cellulaires et représente la tumeur la plus primitive
- Les deux autres sont formées de cellules intermédiaires
- Elles sont plus fréquentes dans une grossesse molaire



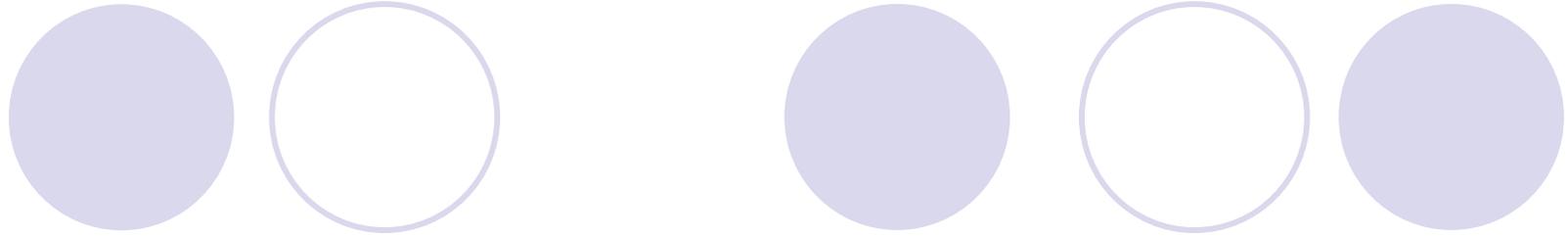
Stades selon la classification de FIGO, 2000:

- **Stade 1:**
 - Limitée à l'utérus
- **Stade 2:**
 - Extension en dehors de l'utérus, mais limitée aux structures pelviennes
- **Stade 3:**
 - Extension dans les poumons, avec ou sans atteinte des structures génitales
- **Stade 4:**
 - Autres sites métastatiques



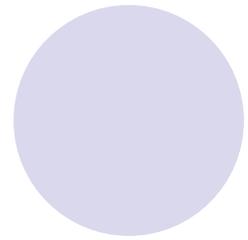
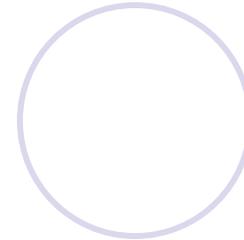
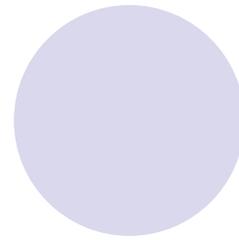
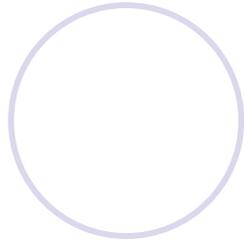
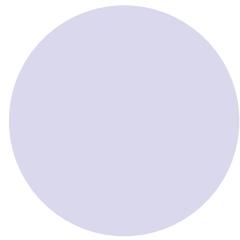
Choriocarcinome:

- Tumeur maligne, agressive et angioinvasive
- Très sensible à la chimio, avec un taux de guérison de près de 90%
- Formée d'un mélange de cellules ST, IT et quelques CT
- Surtout chez les femmes jeunes
- Plus la grossesse est anormale, plus le risque est élevé
 - A) grossesse molaire: 50%
 - B) avortement: 25%
 - C) grossesse normale: 22.5%
 - D) grossesse ectopique: 2.5%



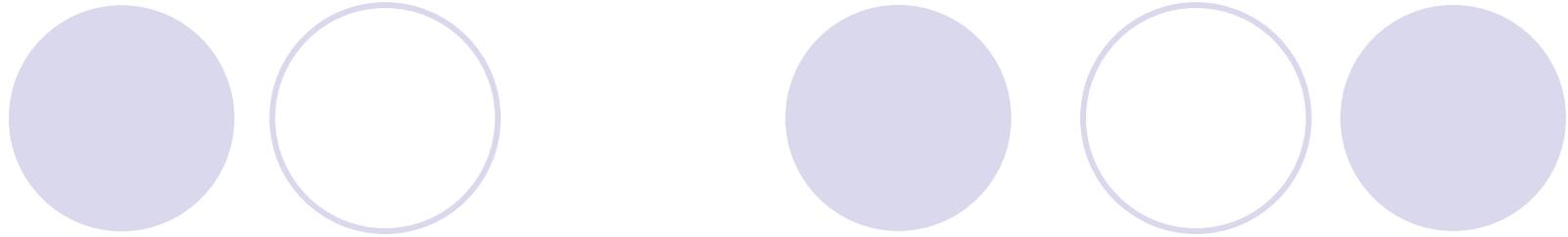
Présentation:

- Habituellement, saignements anormaux avec élévation du hCG
- Parfois, la présentation clinique est liée aux sites des métastases
 - Exemple: hémoptysies



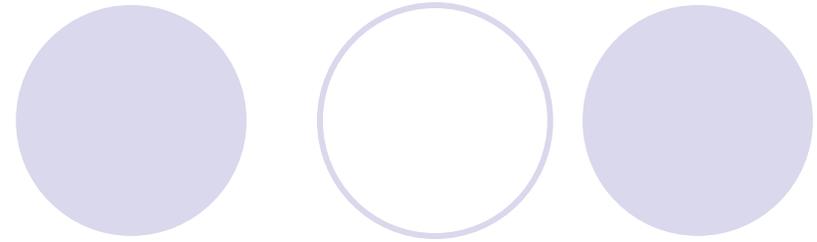
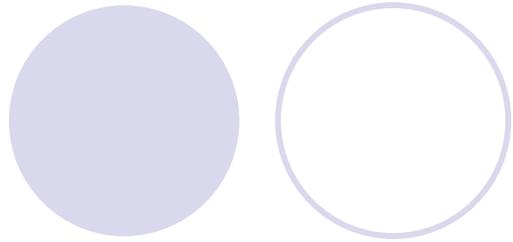
Macroscopie:

- Taille variable
- Lésion tumorale hémorragique et nécrotique



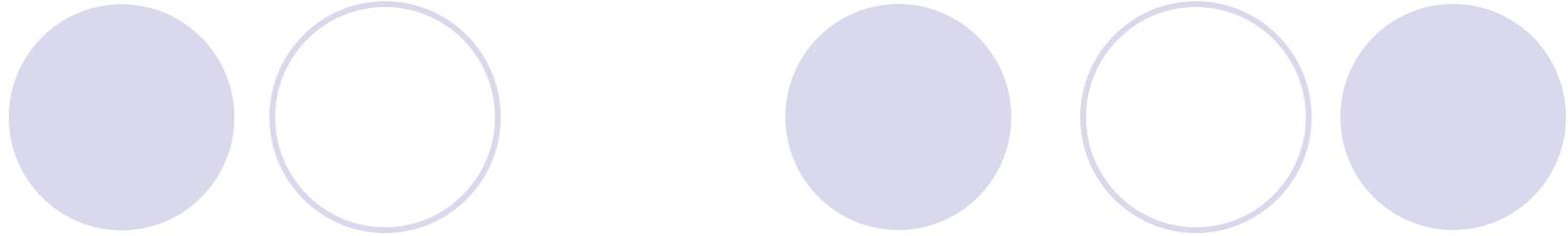
Microscopie:

- Plages de cellules trophoblastiques avec nécrose et nombreux foyers d'invasion vasculaire
- Tumeur biphasique avec prolifération de cellules ST et cellules trophoblastiques mononucléées
- Les cellules ST sont grandes, plurinucléées avec une forme allongée
- Les cellules mononucléées (IT et CT) forment des amas et des plages qui sont séparés par des cellules ST
- La proportion de cellules IT varie de 1 à 90% de la masse tumorale
- Parfois, les cellules ST sont très rares, et les cellules IT peuvent être plurinucléées
- Atypies nucléaires fréquentes avec mitoses atypiques
- Pas de villosité, sauf dans la forme intraplacentaire
- Pas de composante stromale



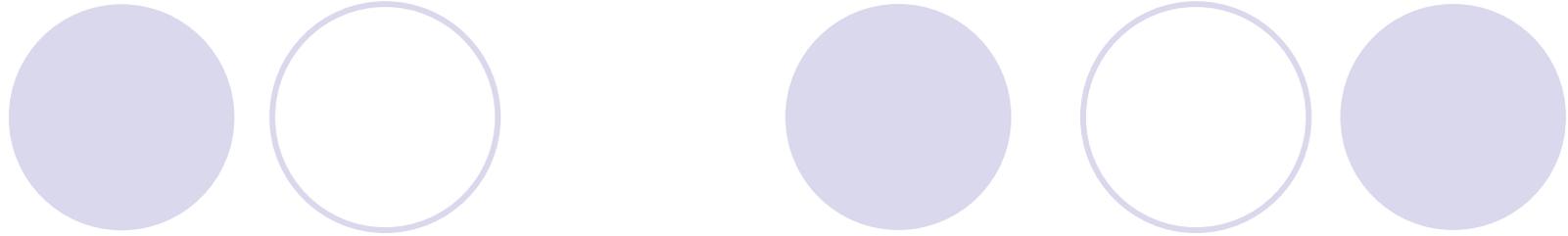
Immunohistochimie et ploïdie:

- Les cellules ST sont positives pour:
 - CK
 - ?-hCG
 - hPL (faiblement)
- Les cellules IT sont positives pour:
 - CK
 - hPL
 - ?-hCG (faiblement)
- Le Ki-67 est > 50%
- Il s'agit de tumeurs diploïdes



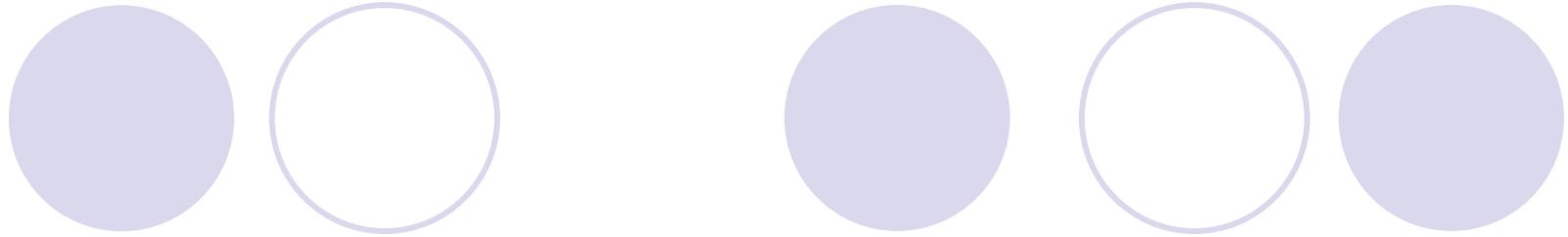
Diagnostic différentiel:

- **1) Grossesse précoce ou molaire**
 - Recherche de villosités
 - Absence de nécrose
 - Niveau de β -hCG
- **2) Tumeur trophoblastique du site placentaire**
 - Pas de cellule ST (se méfier des cellules plurinucléées)
 - Cellules seulement focalement positives pour le β -hCG
- **3) Carcinome indifférencié**
 - Rechercher aspect biphasique
 - Immunohistochimie



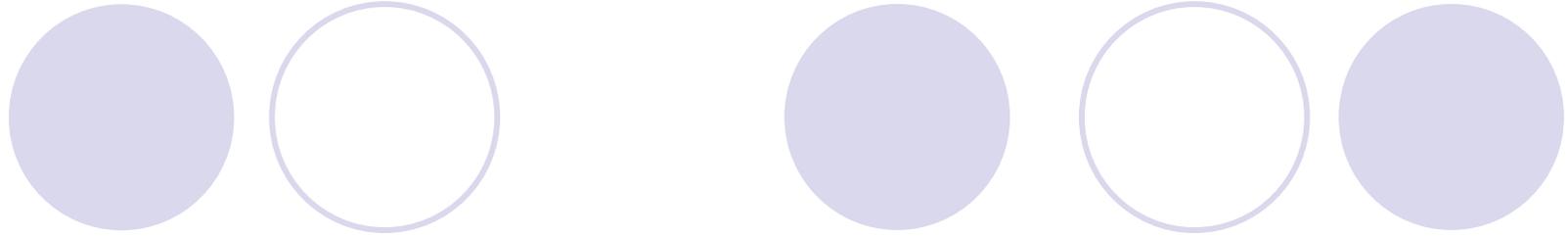
Évolution:

- L'hystérectomie est le traitement de choix
- Chimiothérapie par la suite
- Survie globale de 90%
- Facteurs de mauvais pronostic :
 - Stade avancé
 - Haut taux de β -hCG
 - Intervalle de > 4 mois entre l'apparition de la tumeur et la grossesse
 - Présence de métastases
 - Selon certains, un nombre peu élevé de cellules ST
- Sites de métastases:
 - Poumons (80%)
 - Vagin (30%)
 - Cerveau et foie (10%)



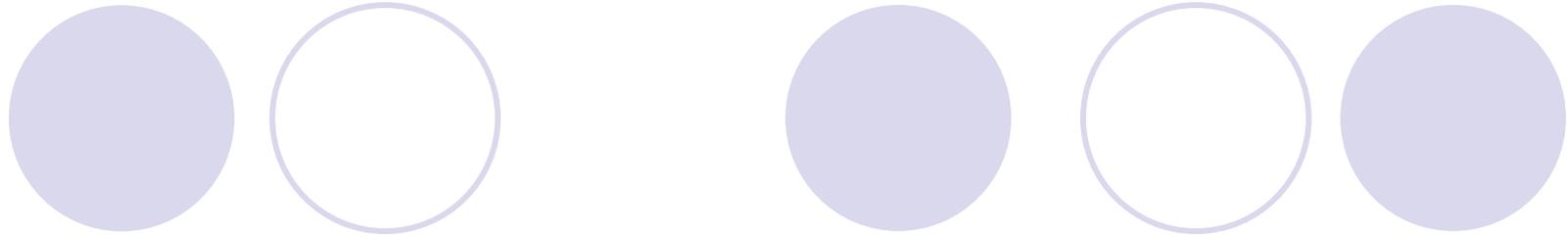
Tumeur trophoblastique du site placentaire:

- Tumeur rare (1-2% des tumeurs trophoblastiques)
- Se développe à partir de cellules IT du site d'insertion
- Habituellement, survient après une grossesse normale
- Comportement agressif dans 15%



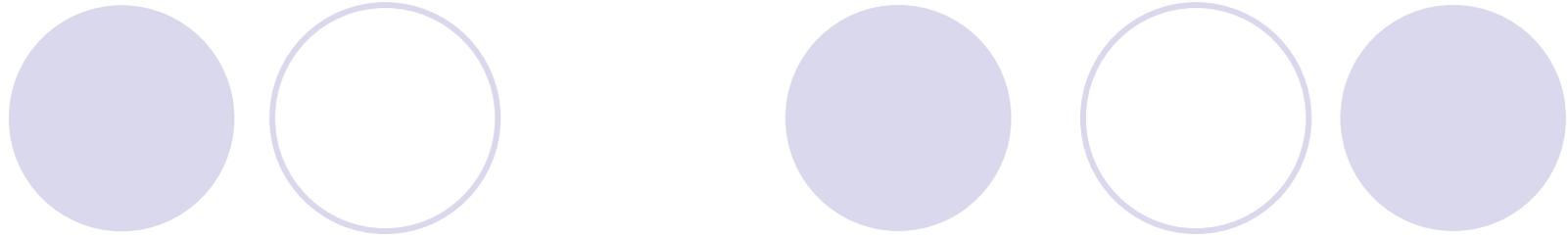
Présentation:

- Âge moyen: 30 ans
- Saignements anormaux et légère élévation du β -hCG
- Parfois:
 - Virilisation
 - Syndrome néphritique
 - Érythrocytose
- 10 à 30% auront des métastases à la présentation, et 10% en développeront lors du suivi



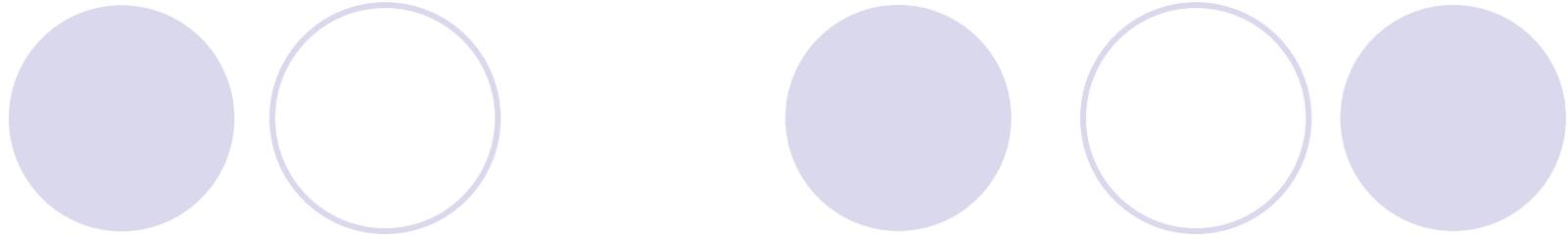
Macroscopie:

- Tumeur beige, bien délimitée mais infiltrante
- Parfois:
 - Masse polypoïde dans la cavité endométriale
 - Lésion endophytique qui infiltre le myomètre
- Petits foyers hémorragiques ou de nécrose



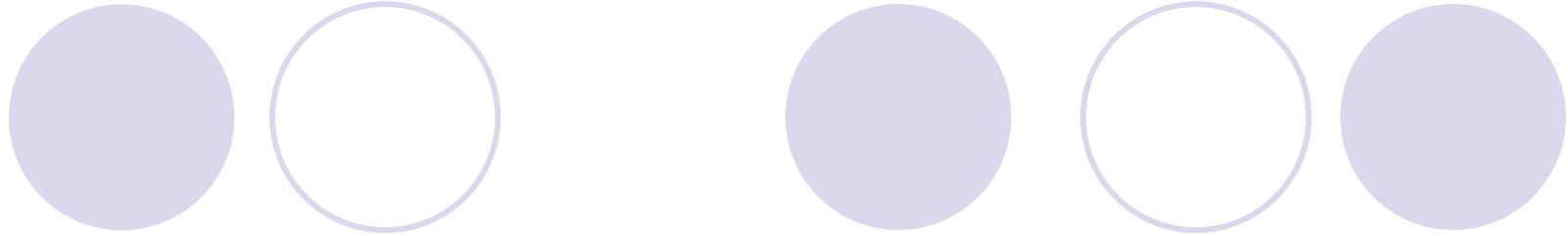
Microscopie:

- Population assez monotone de cellules polygonales avec noyaux irréguliers IT
- Parfois, les cellules deviennent fusiformes près des fibres musculaires
- Noyaux plurinucléés dans 10% des cas (à ne pas confondre avec des cellules ST)
- Cytoplasme abondant et clair/éosinophile/amphophile
- Nombre de mitoses variable (0 à 20/10 CFG): moyenne 5
- Les cellules forment des plages confluentes jusqu'à ce qu'elles viennent en contact avec le myomètre
- Entre les cellules, présence de matériel fibrinoïde et éosinophile
- Peuvent infiltrer très profondément le myomètre
- Dans les cas avancés, présence d'envahissement vasculaire
- Pas de villosités



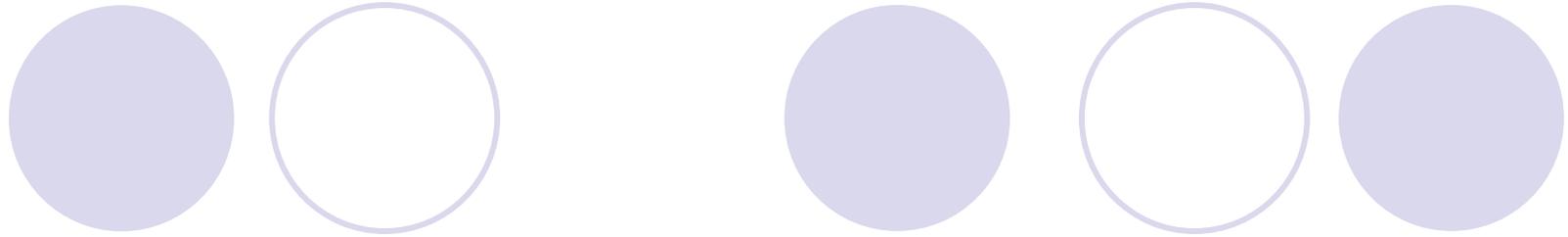
Immunohistochimie et ploïdie:

- Les cellules sont positives pour:
 - CK
 - EMA
 - Inhibine-a
 - hPL
 - CD146 (Mel-CAM)
- Elles sont négatives ou faiblement positives pour:
 - ?-hCG
 - PLAP
 - p63
- La plupart des tumeurs sont diploïdes



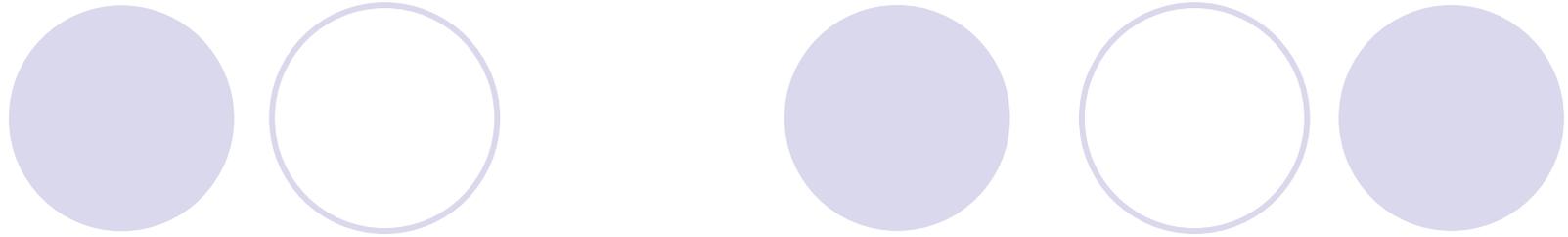
Diagnostic différentiel:

- **1) Site d'insertion placentaire exagéré**
 - Rechercher des villosités
 - Noter la taille de la lésion, le nombre peu élevé de mitoses et la quantité abondante de matériel fibrinoïde
 - Ki-67 près de 0
- **2) Choriocarcinome**
 - Rechercher une population cellulaire biphasique
 - Les cellules ST sont positives pour le β -hCG
 - Taux sérique de hCG plus élevé pour le choriocarcinome
- **3) Tumeur trophoblastique épithélioïde**
 - Patron de croissance nodulaire
 - Renferme plus d'hémorragie et de nécrose, avec des calcifications
 - Pas d'envahissement vasculaire
 - Diffusément positive pour le p63



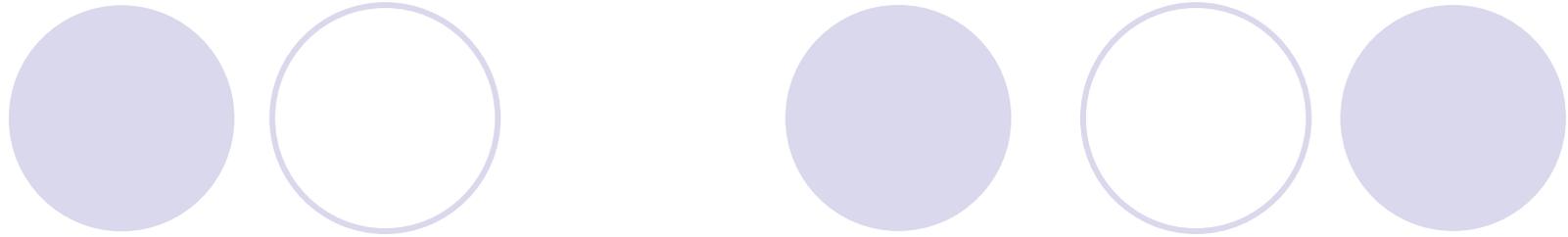
Évolution:

- La plupart ont un comportement bénin et seront guéries par un traitement chirurgical
- 10-15% auront un comportement malin, avec une réponse à la chimio plus faible que pour le choriocarcinome
- Parfois, RT sur les métastases localisées
- Le meilleur facteur pronostique est le stade clinique



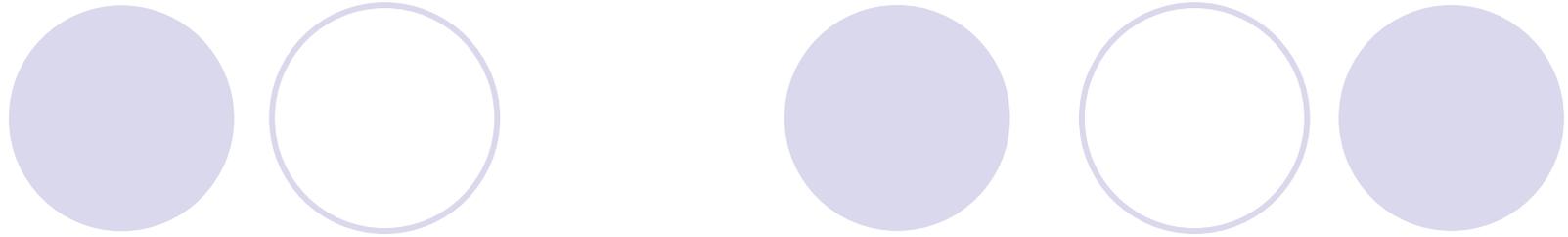
Tumeur trophoblastique épithélioïde:

- Est formée de cellules intermédiaires de type chorionique
- La moyenne d'âge est de 36 ans
- Elle survient surtout après une grossesse normale
 - Le délai est habituellement de 6 ans
- Les femmes se présenteront avec des saignements anormaux et une légère élévation du hCG



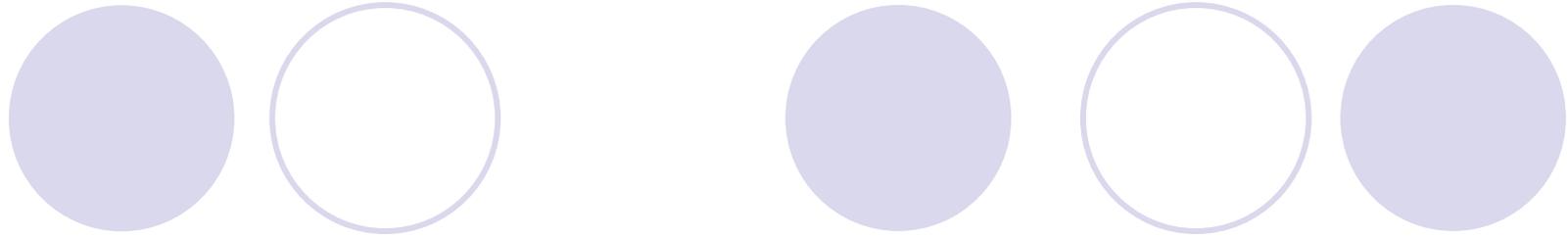
Macroscopie:

- 30% se situent au corps utérin, 50% à la partie inférieure de l'utérus ou au col, et 20% dans des sites extra-utérins
- Nodules solitaires qui semblent bien délimités, mais qui infiltrent profondément le stroma
- La taille varie entre 0.5 et 4 cm
- Lésion beige à brunâtre, et solide ou kystique
- Quantité variable de nécrose et d'hémorragie



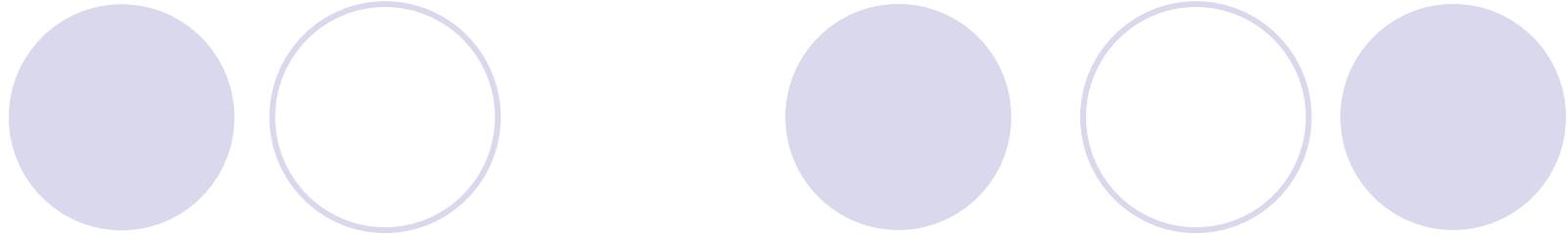
Microscopie:

- Prolifération de cellules rondes à polygonales avec noyaux ronds et uniformes
- Cytoplasme clair ou éosinophile
- En moyenne 2 mitoses/10 CFG
- Présence de cellules IT multinucléées distribuées à travers la lésion
- Les cellules forment des amas ou des cordons
 - centrés d'un vaisseau et de matériel éosinophile et fibrillaire, et de débris nécrotiques
- Présence de calcifications focales



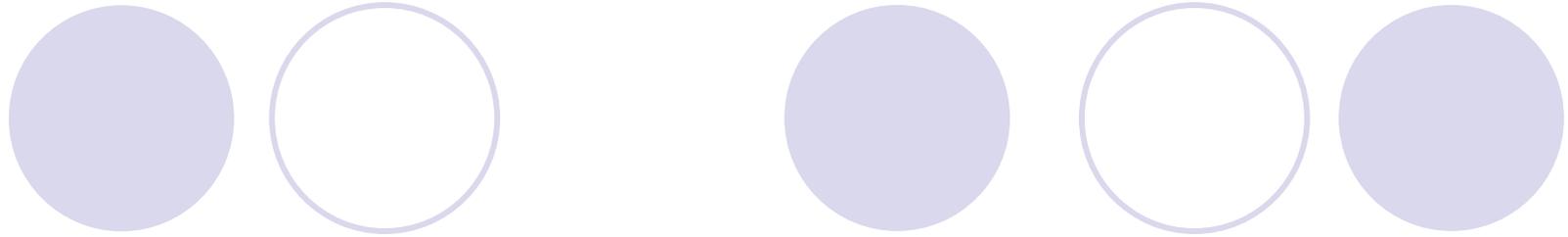
Immunohistochimie:

- Les cellules sont positives pour:
 - CK et EMA
 - E-cadhérine
 - Inhibine-a
 - p63
- Réaction focale pour:
 - hPL
 - ?-hCG
 - CD146
- L'index de prolifération se situe entre 10 et 25%



Diagnostic différentiel:

- **1) Tumeur trophoblastique du site placentaire**
 - Elle est très infiltrante avec de l'envahissement vasculaire
 - Les cellules forment des plages plutôt que des amas ou cordons
 - Pas de calcification
 - Négative pour le p63, et diffusément positive pour le hPL
- **2) Nodule du site placentaire**
 - Lésion microscopique avec rebords bien délimités
 - Moins cellulaire et ne renferme pas de nécrose
 - Ki-67 < 10%
- **3) Choriocarcinome**
 - Double population cellulaire
 - Pas de matériel fibrinoïde
 - Positif pour le β -hCG, +/- pour le p63, et Ki-67 > 50%
- **4) Carcinome malpighien**
 - Rechercher une exposition au HPV
 - Habituellement positif pour le p16

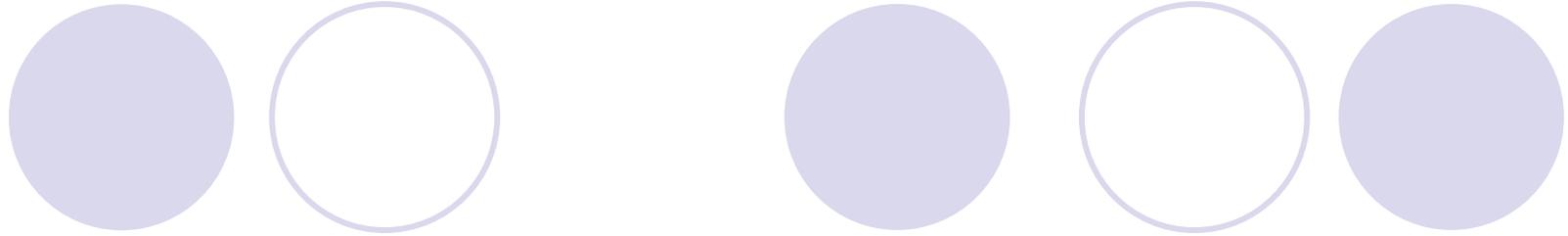


Évolution:

- Le comportement est similaire à celui de la tumeur trophoblastique du site placentaire
- Métastases dans 25% des cas, et décès dans 10%
- Le traitement de choix est l'hystérectomie
- Réponse mitigée à la chimio

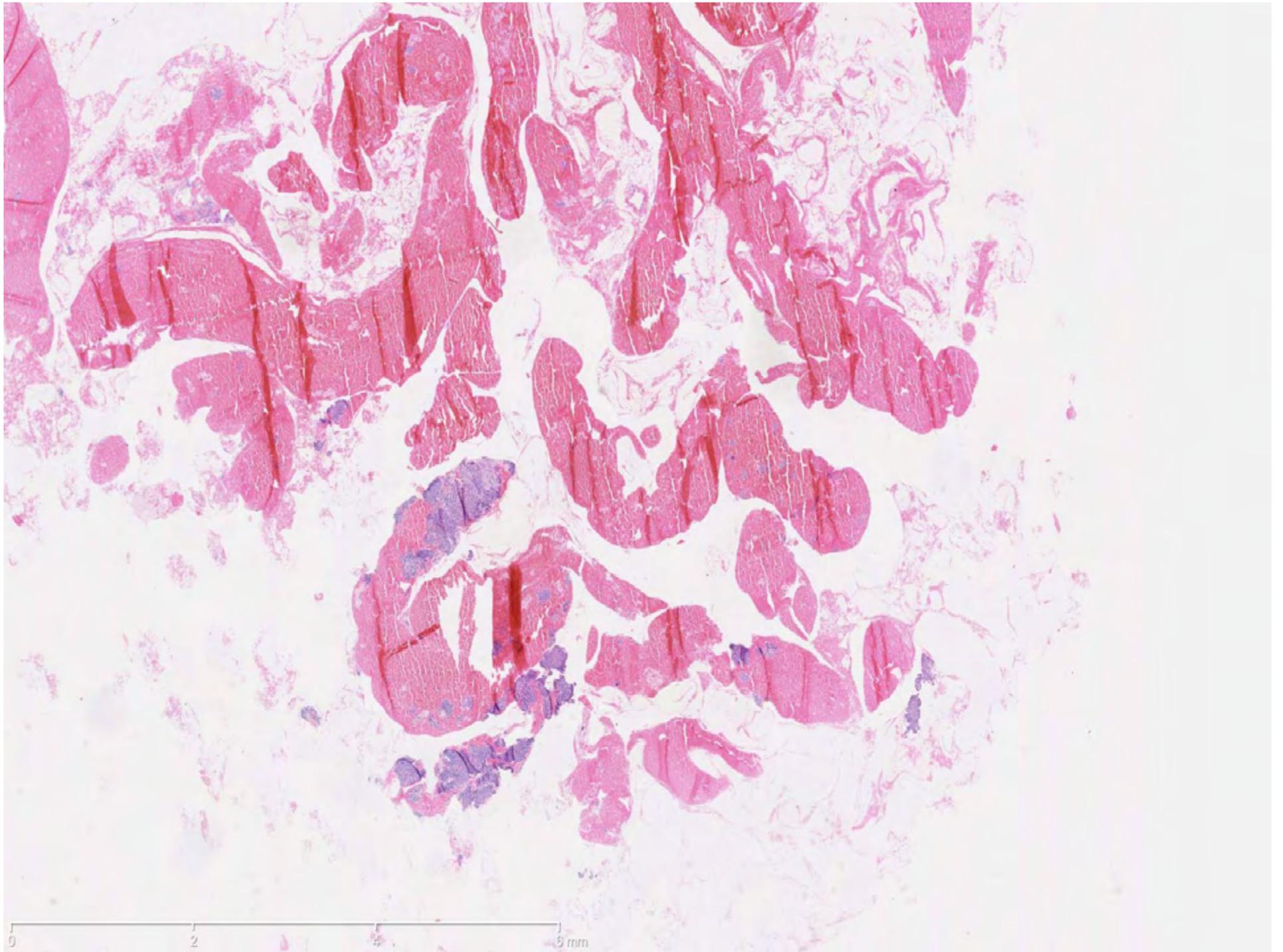
Caractéristique	Tumeur trophoblastique du site placentaire	Tumeur trophoblastique épithélioïde	Choriocarcinome
Présentation	Saignements	Saignements	Saignements
Histoire de môle	5-8%	14%	50%
hCG sérique	Bas	Bas	élevé
Comportement	Autolimitant, persistant, agressif	Autolimitant, persistant, agressif	Agressif si non traité
Réponse à la chimio	Variable	Variable	Excellente
Population cellulaire	Monomorphe, cellules IT	Monomorphe, cellules IT	Biphasique, cellules mononucléaires et ST
Taille et forme des cellules	Grandes et pléomorphes	Petites, rondes, uniformes	Très variable
Cytoplasme	Abondant., éosinophile	Éosinophile ou clair	Éosinophile à basophile
Patron de croissance	Plages ou cellules individuelles	Cordons ou amas, parfois solide	Plages
Marges	Infiltrantes	Bien délimitées, expansives	Bien délimitées, expansives
Hémorragie	Focale	Habituellement présente	Massive et centrale
Nécrose	Absente	Étendue	Étendue
Calcifications	Absentes	Habituellement présentes	Absentes
Envahissement vasculaire	Présente	Absente	Présente
Changement fibrinoïde	Présent	Présent	Absent
Mitoses	0-6/10CFG	1-10/10 CFG	2-22/10 CFG

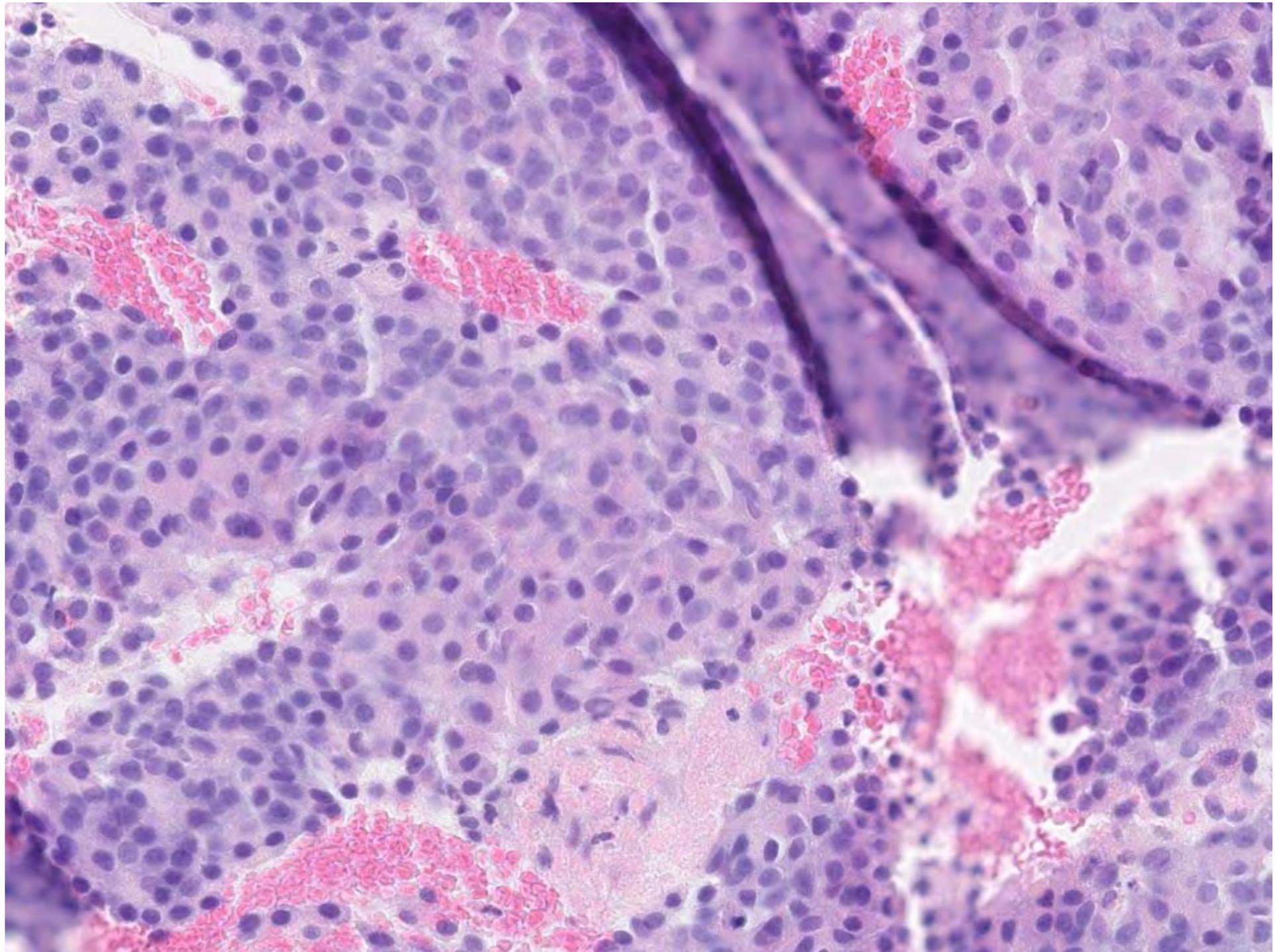


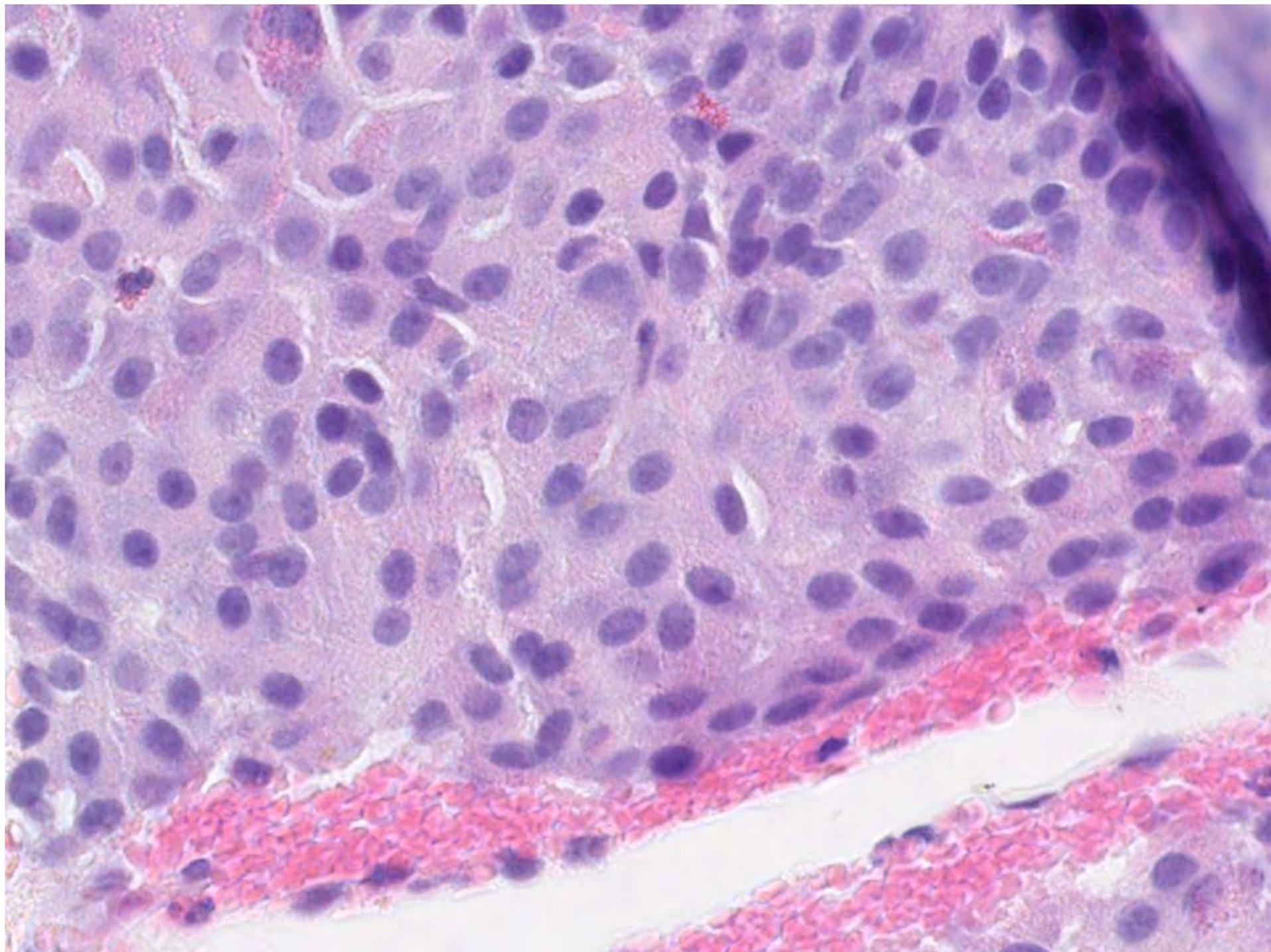


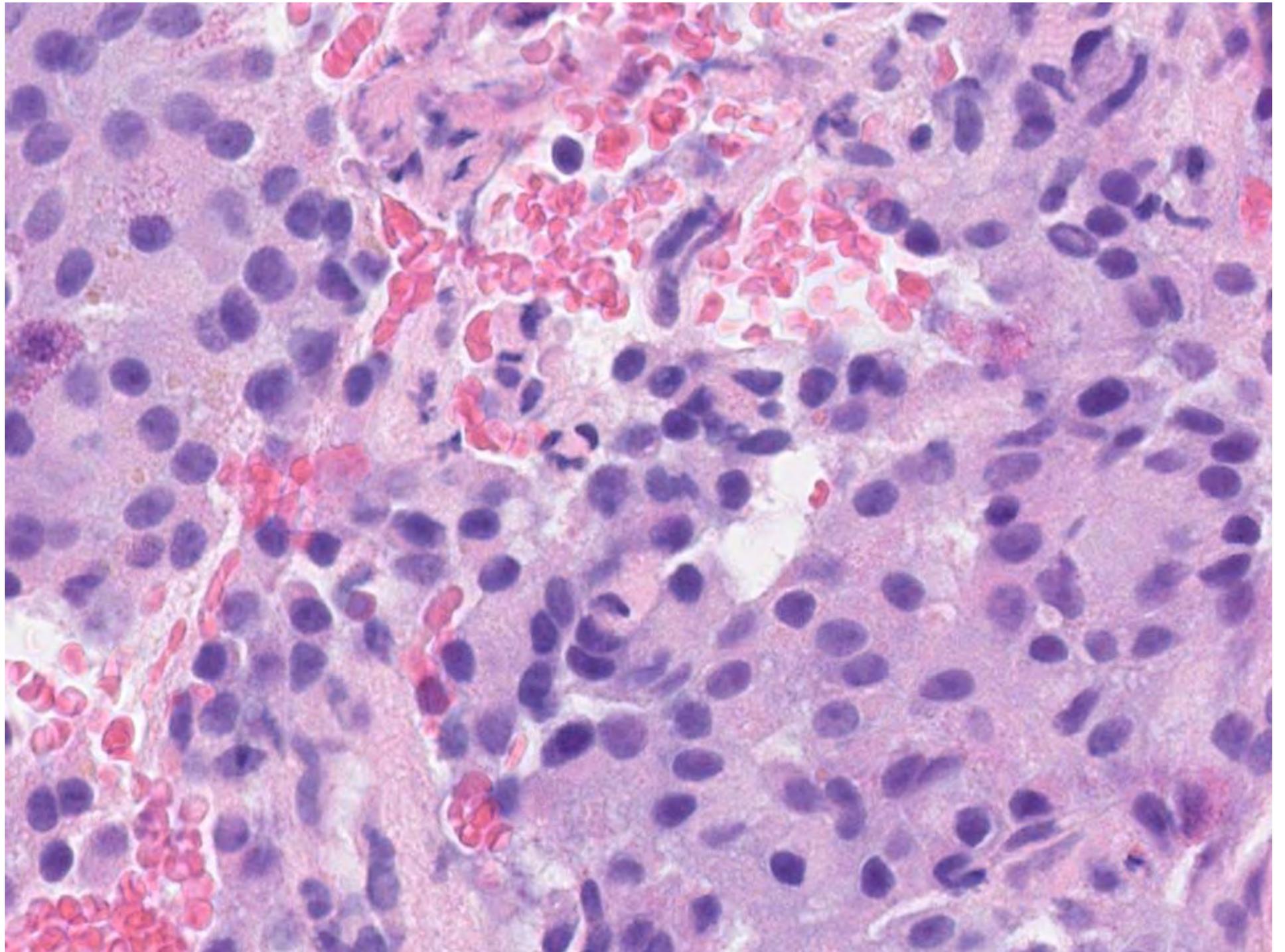
Histoire clinique:

- Homme de 28 ans sans antécédents qui se présente pour une douleur abdominale
- À l'examen, sensibilité au flanc gauche
- CA19-9 et CEA normaux
- Au TACO, volumineuse masse de 7,9 cm à la queue du pancréas
- À l'échoendoscopie, présence d'une masse de 7 cm à la queue du pancréas

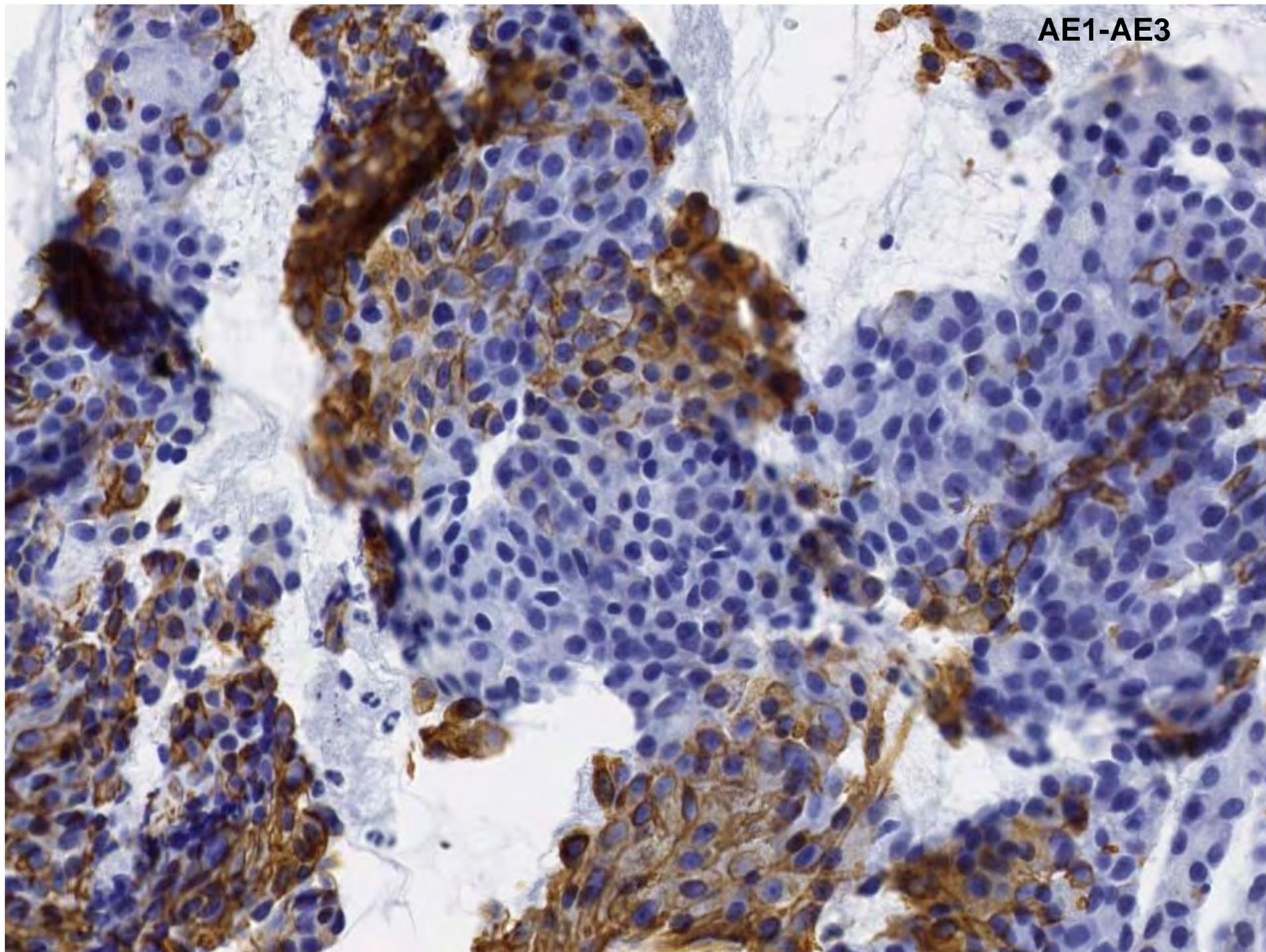


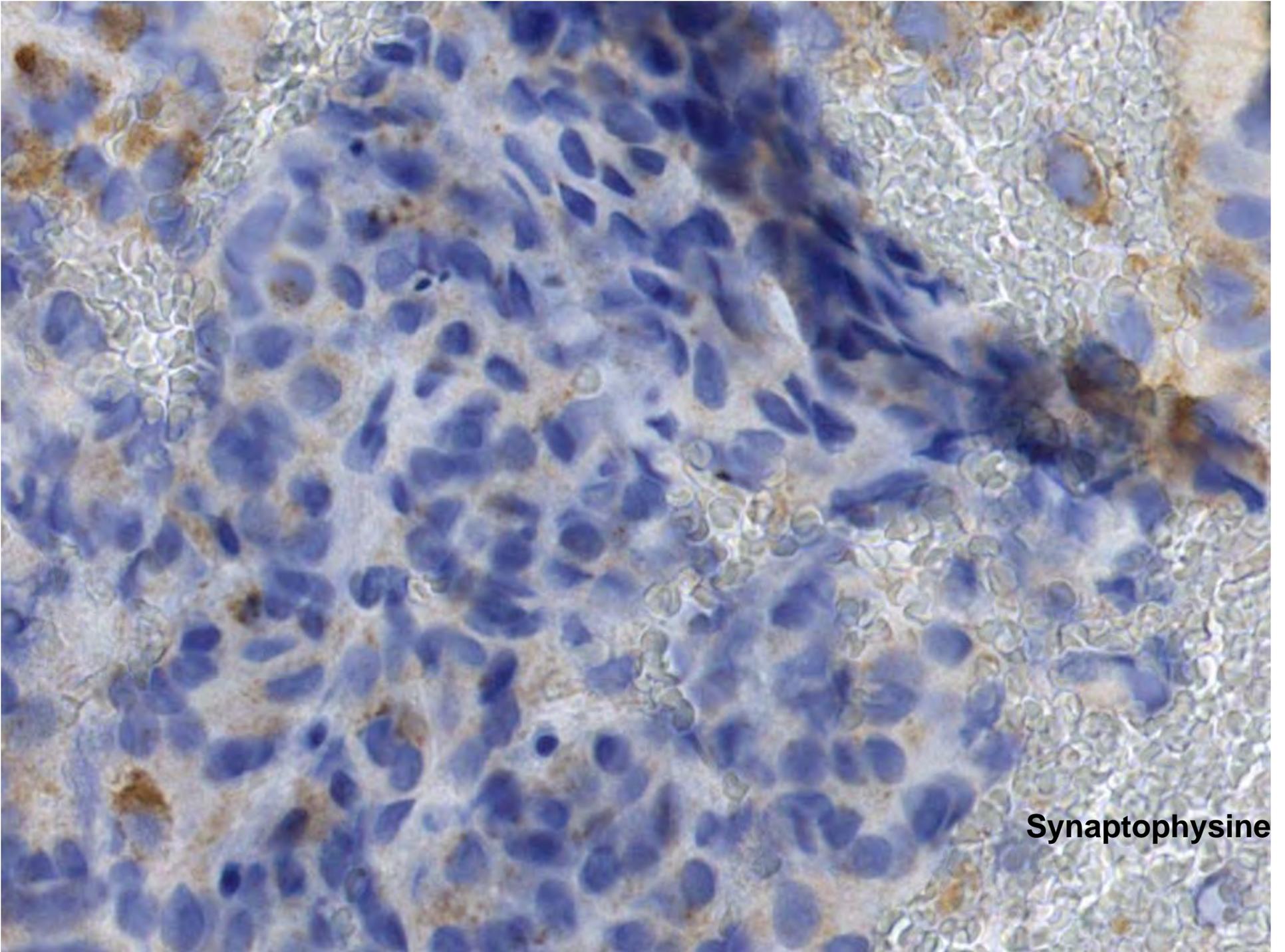




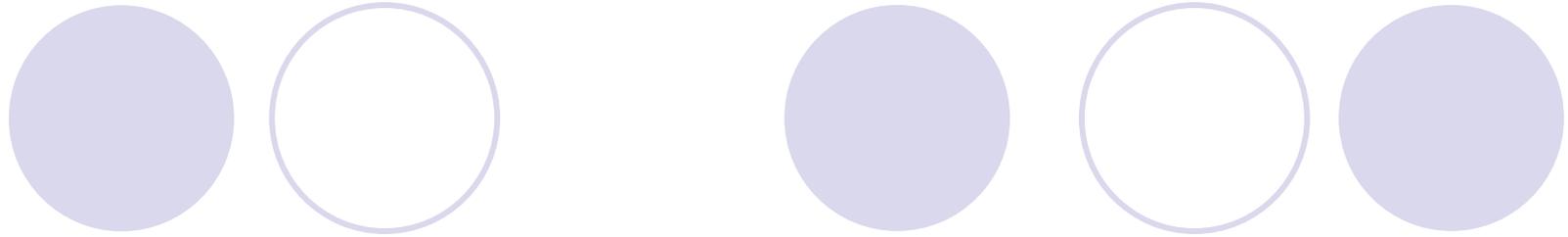


AE1-AE3



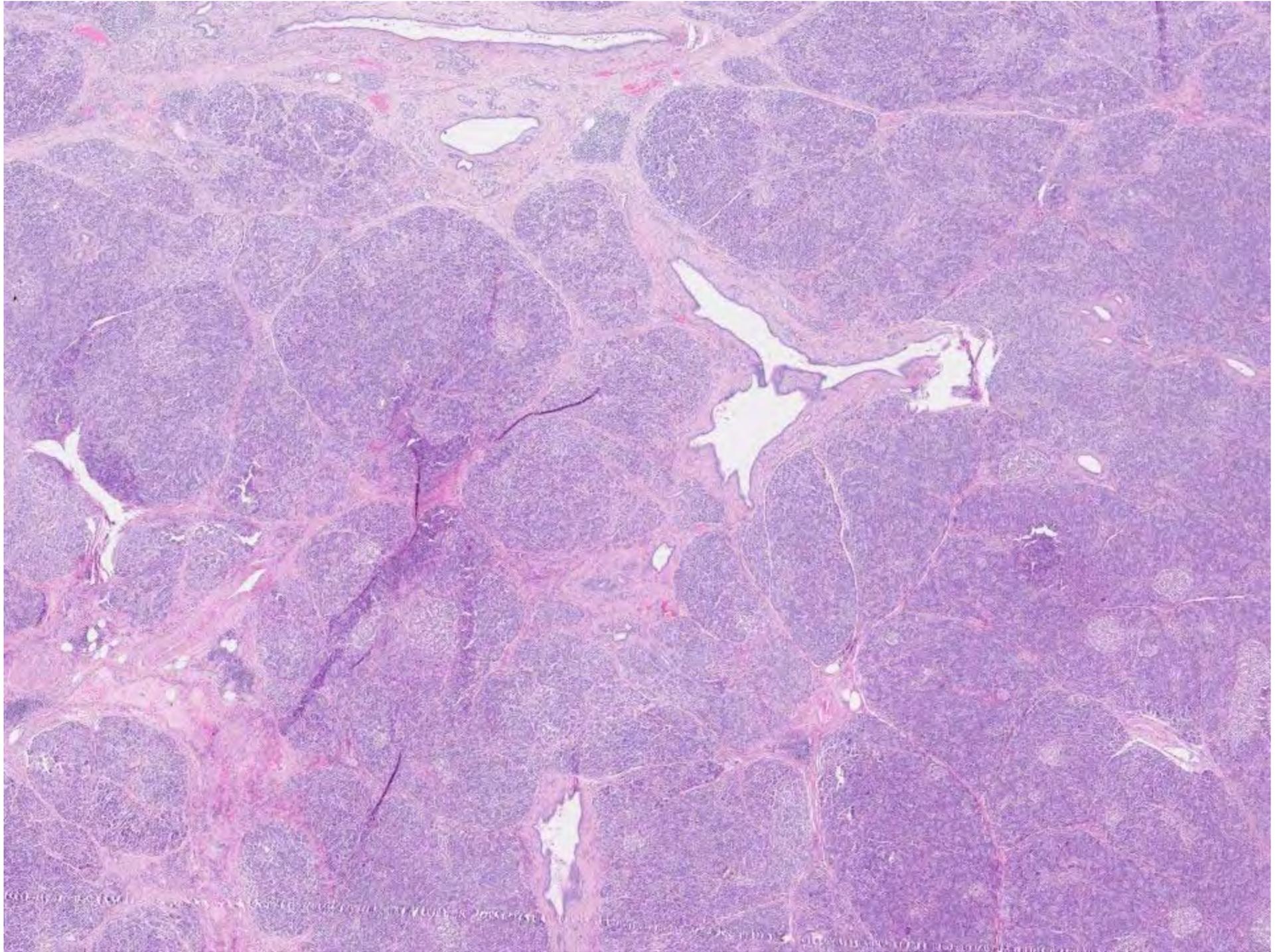


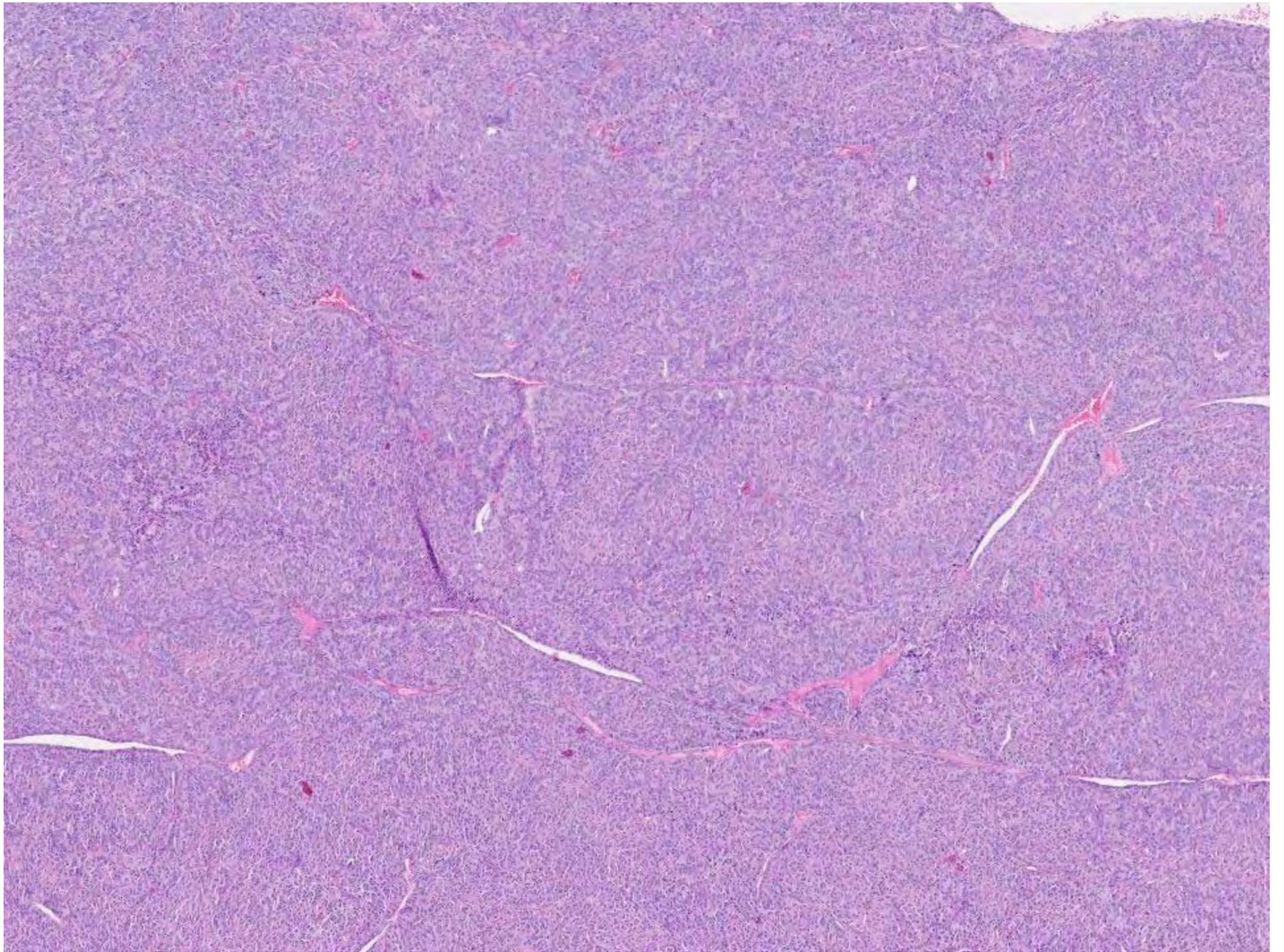
Synaptophysine

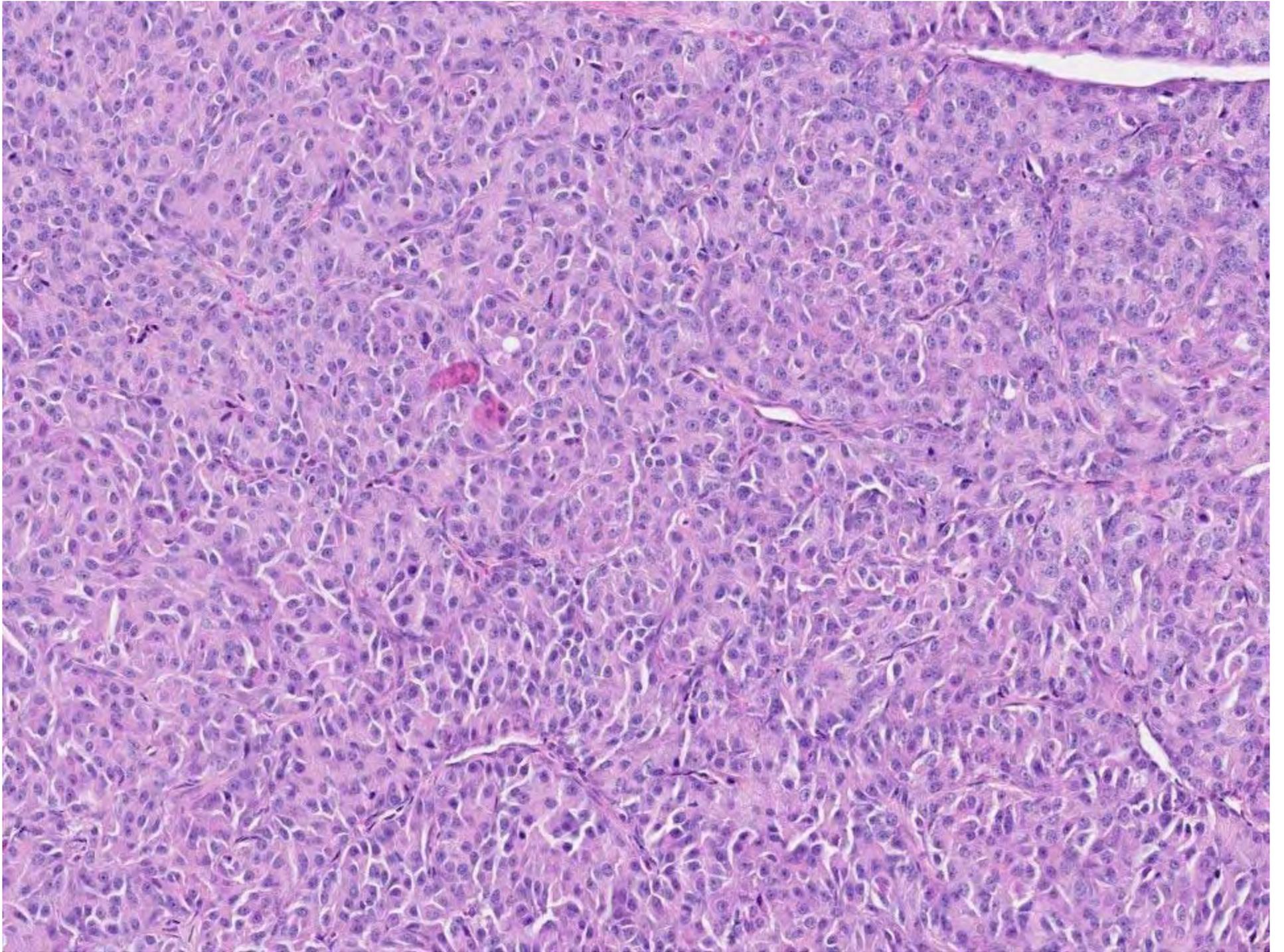


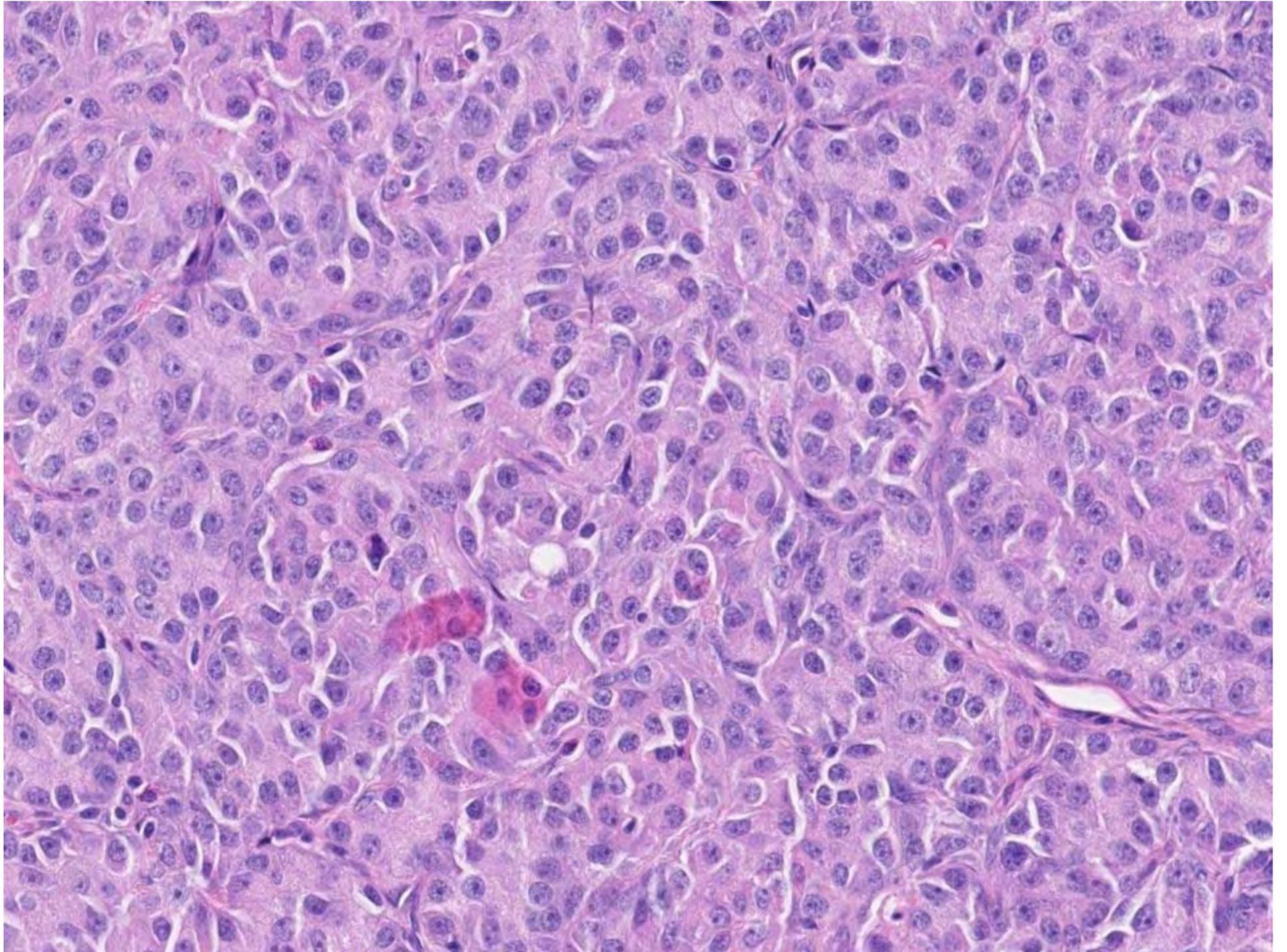
Macroscopie:

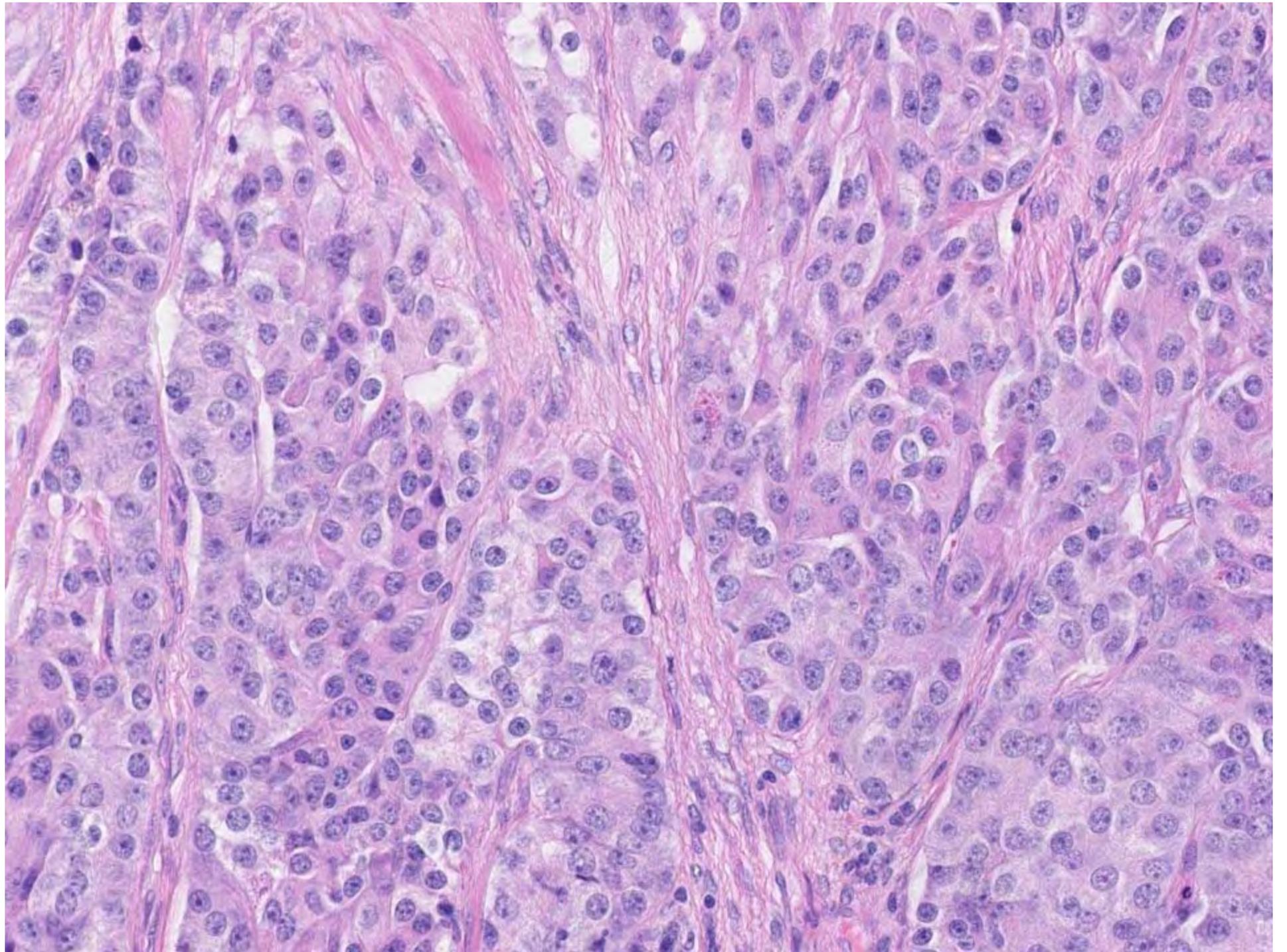
- Produit de pancréatectomie distale avec splénectomie
- Pancréas presque entièrement occupé par une tumeur beige et lobulée de 8.5 cm se rapprochant à 1,8 cm de la marge pancréatique
- Rate sans particularité
- Présence de stéatonécrose péri tumorale

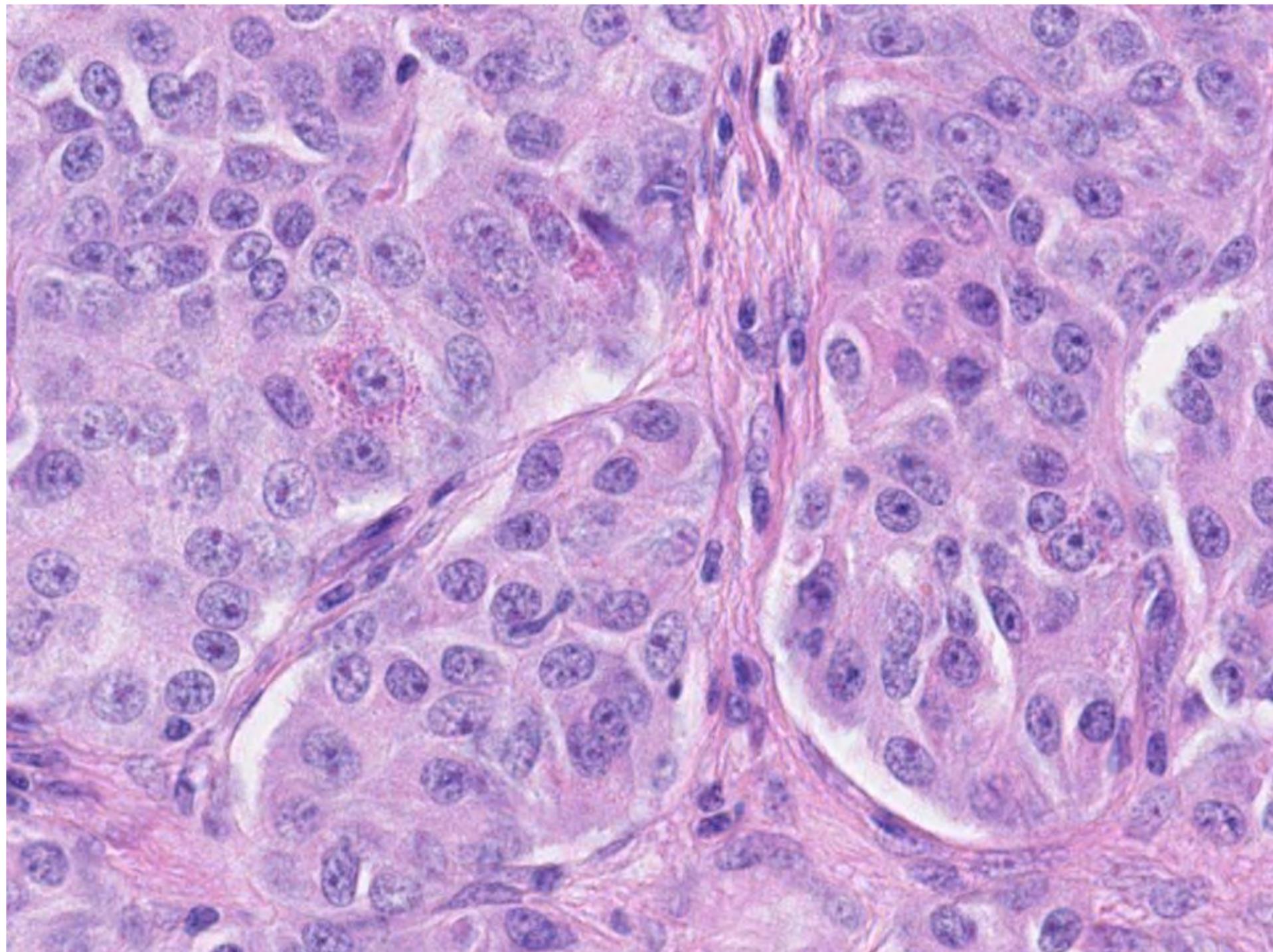


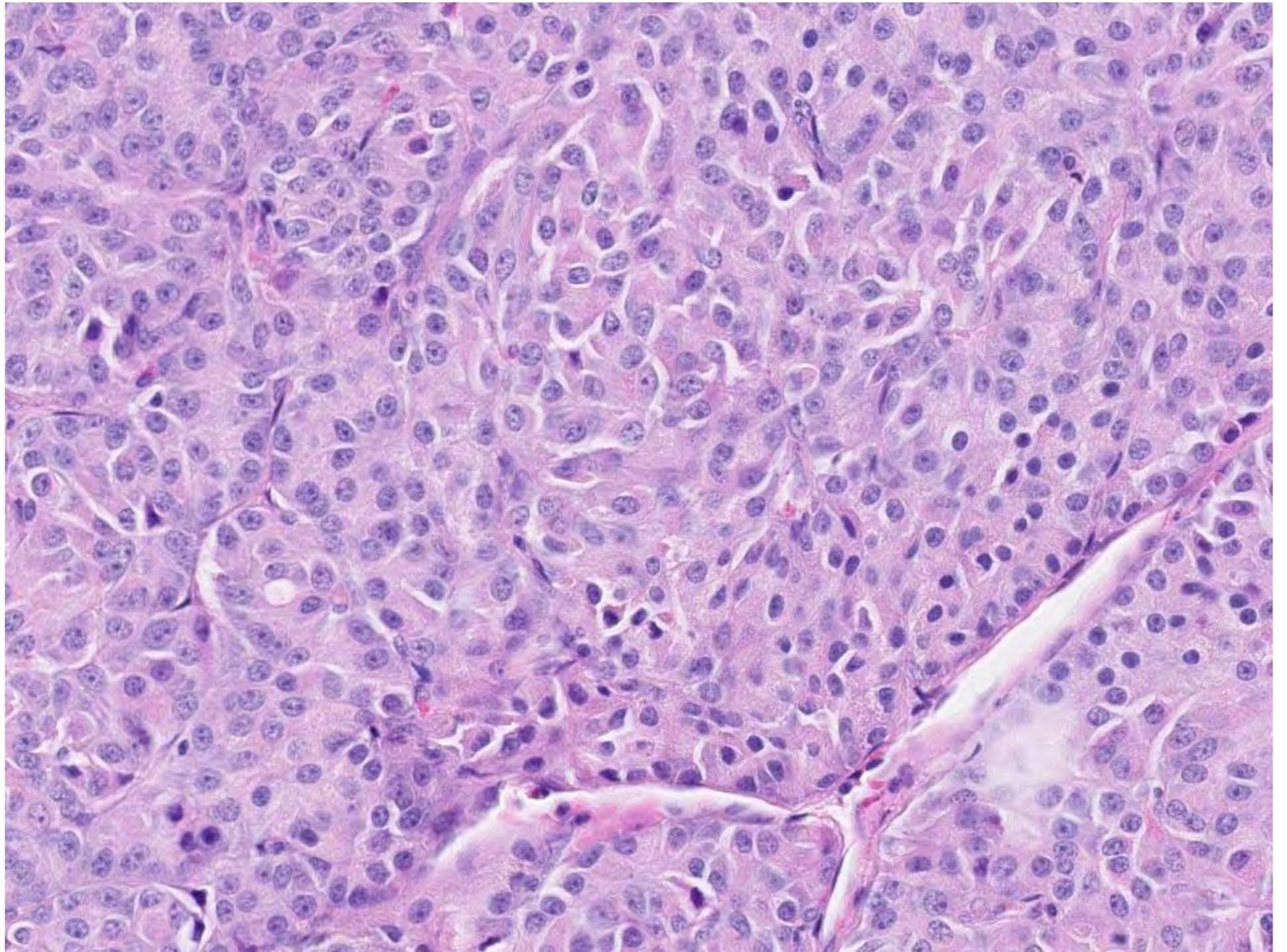


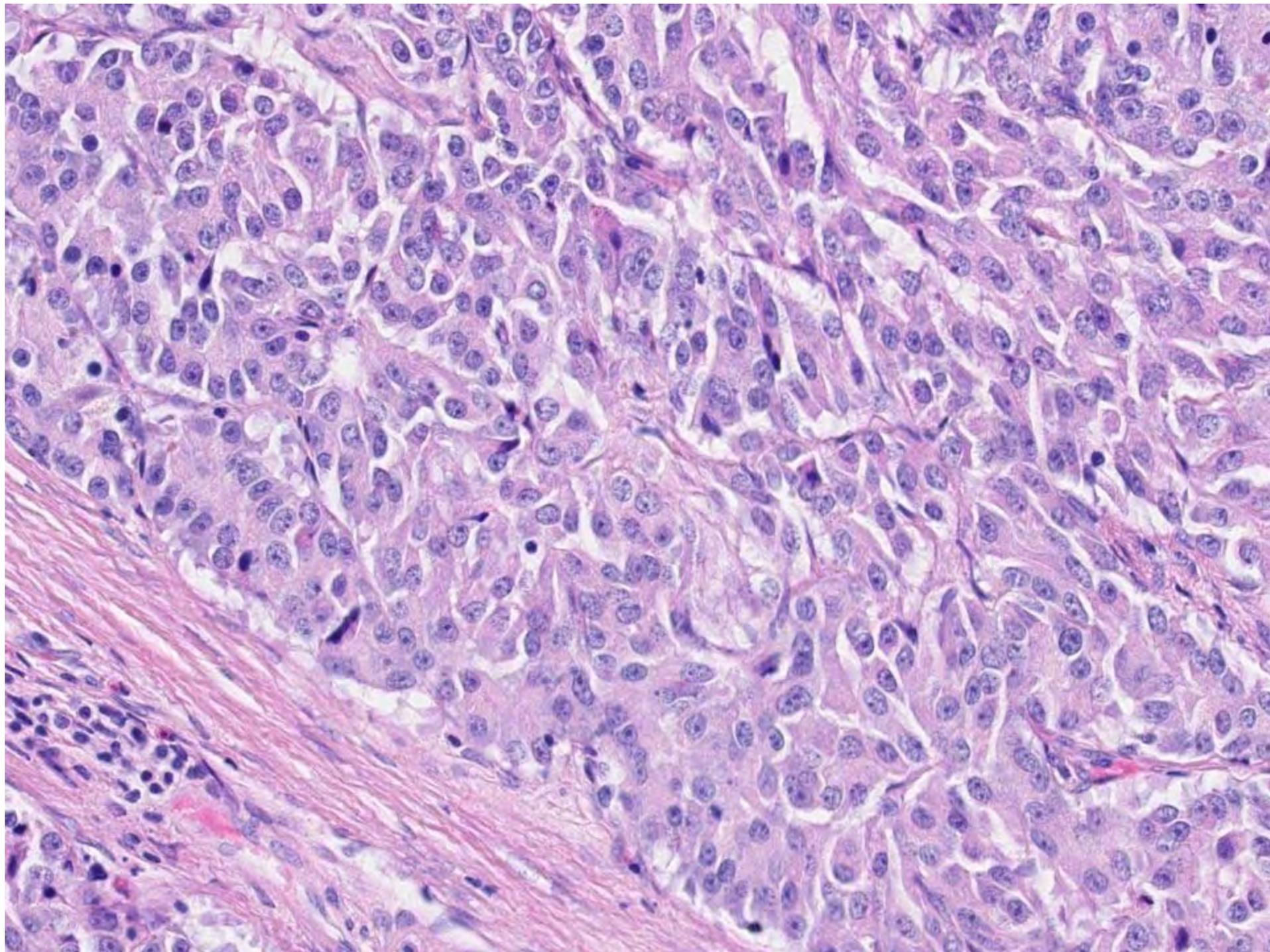


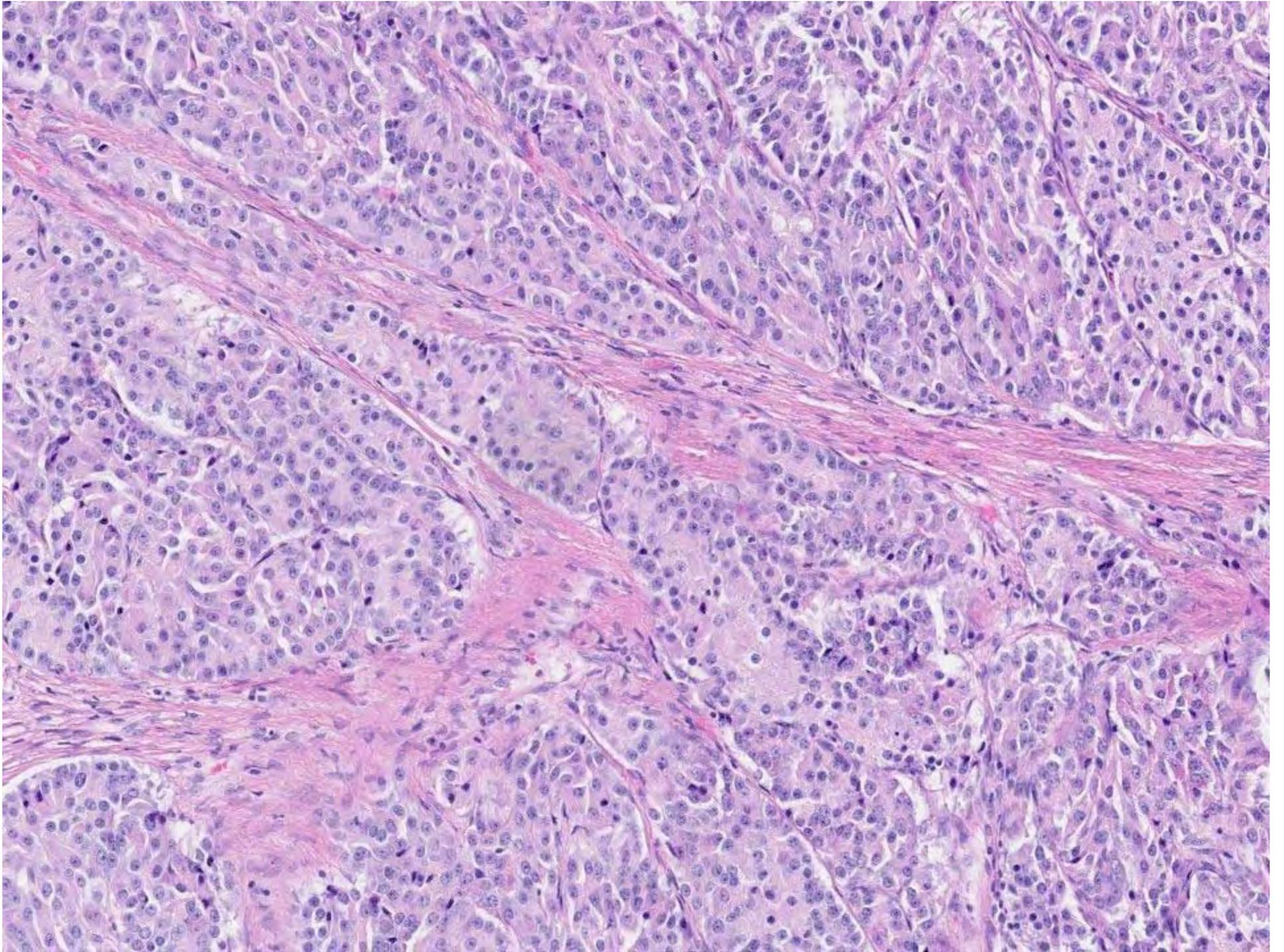


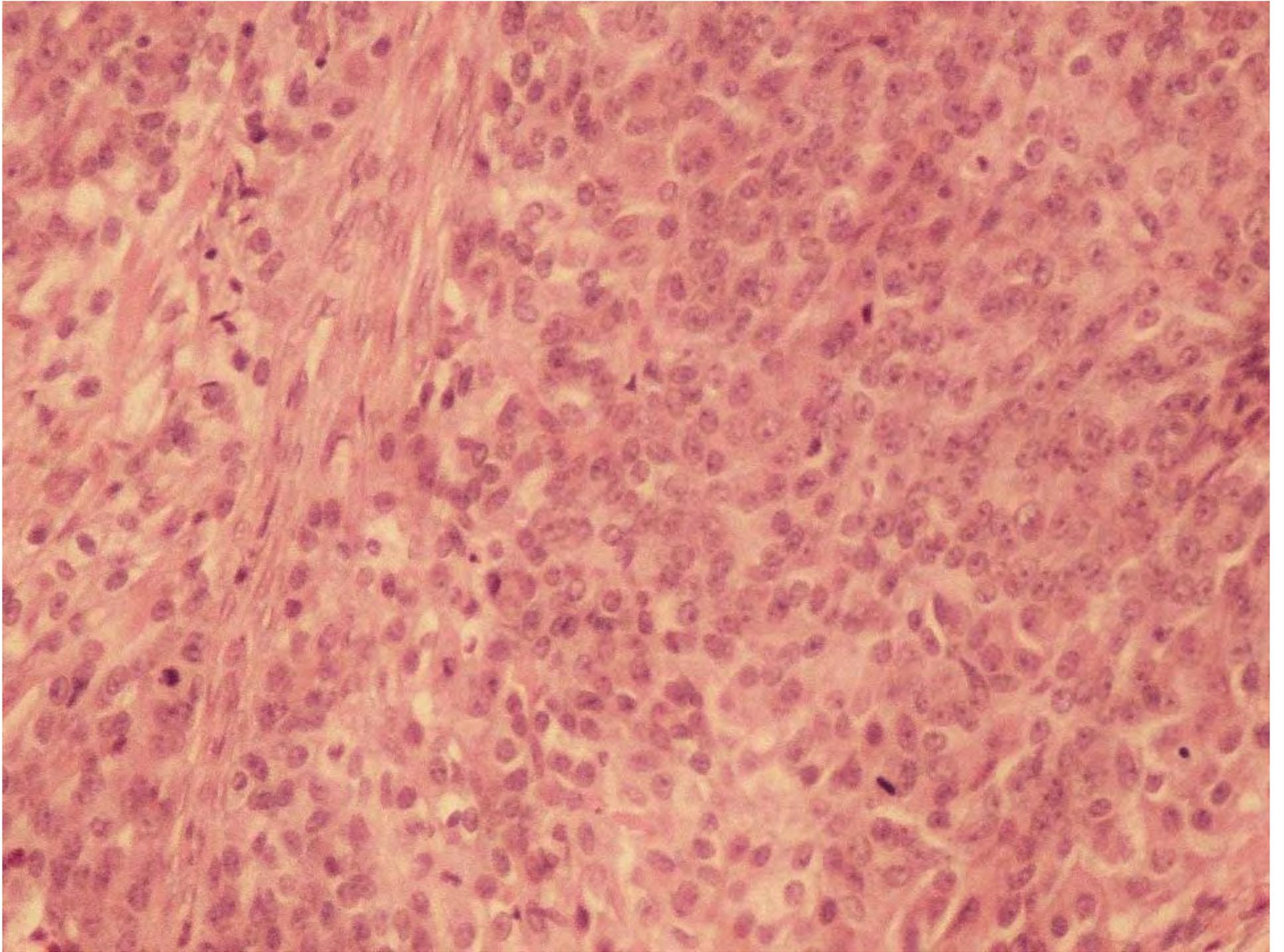


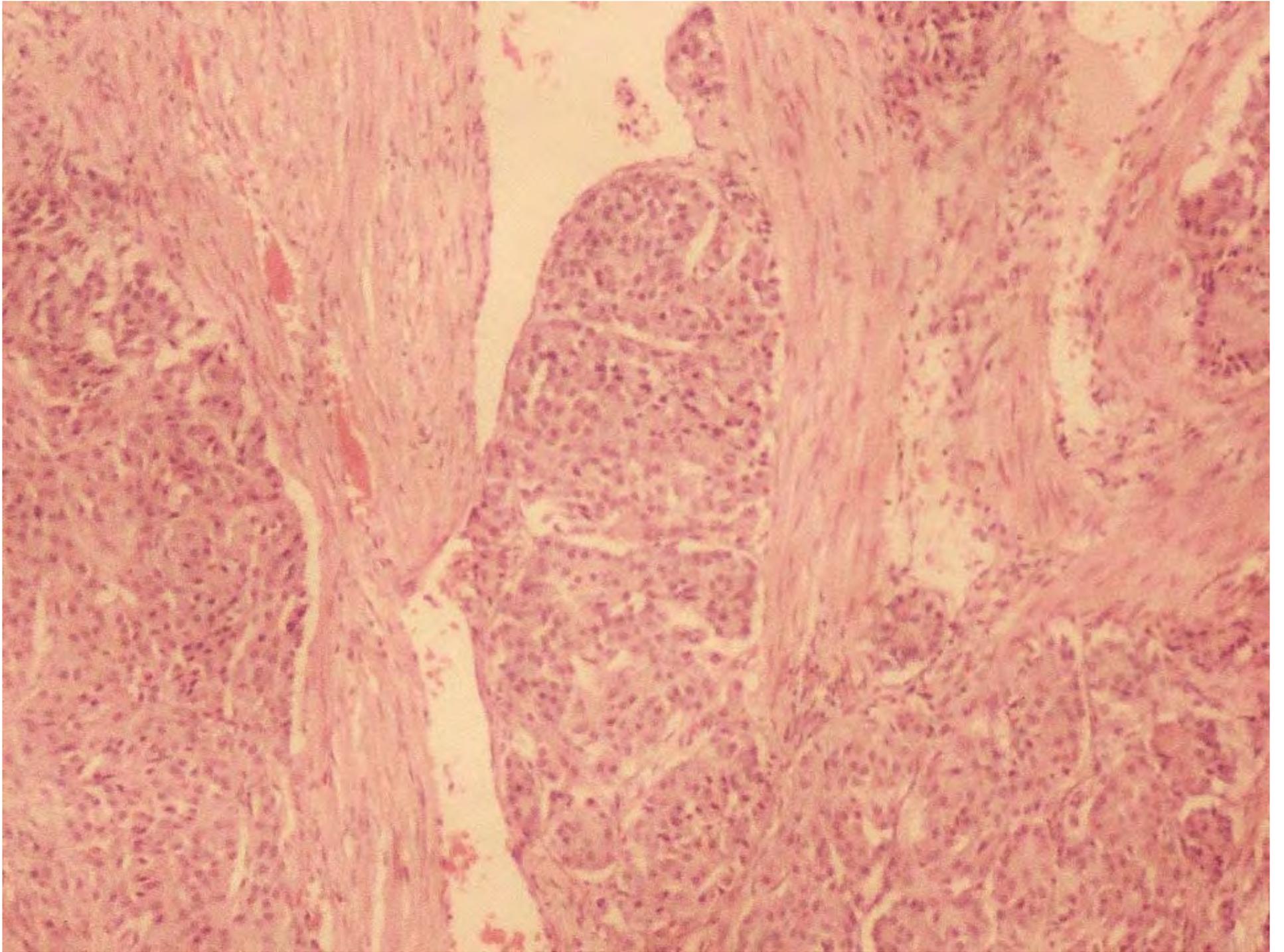


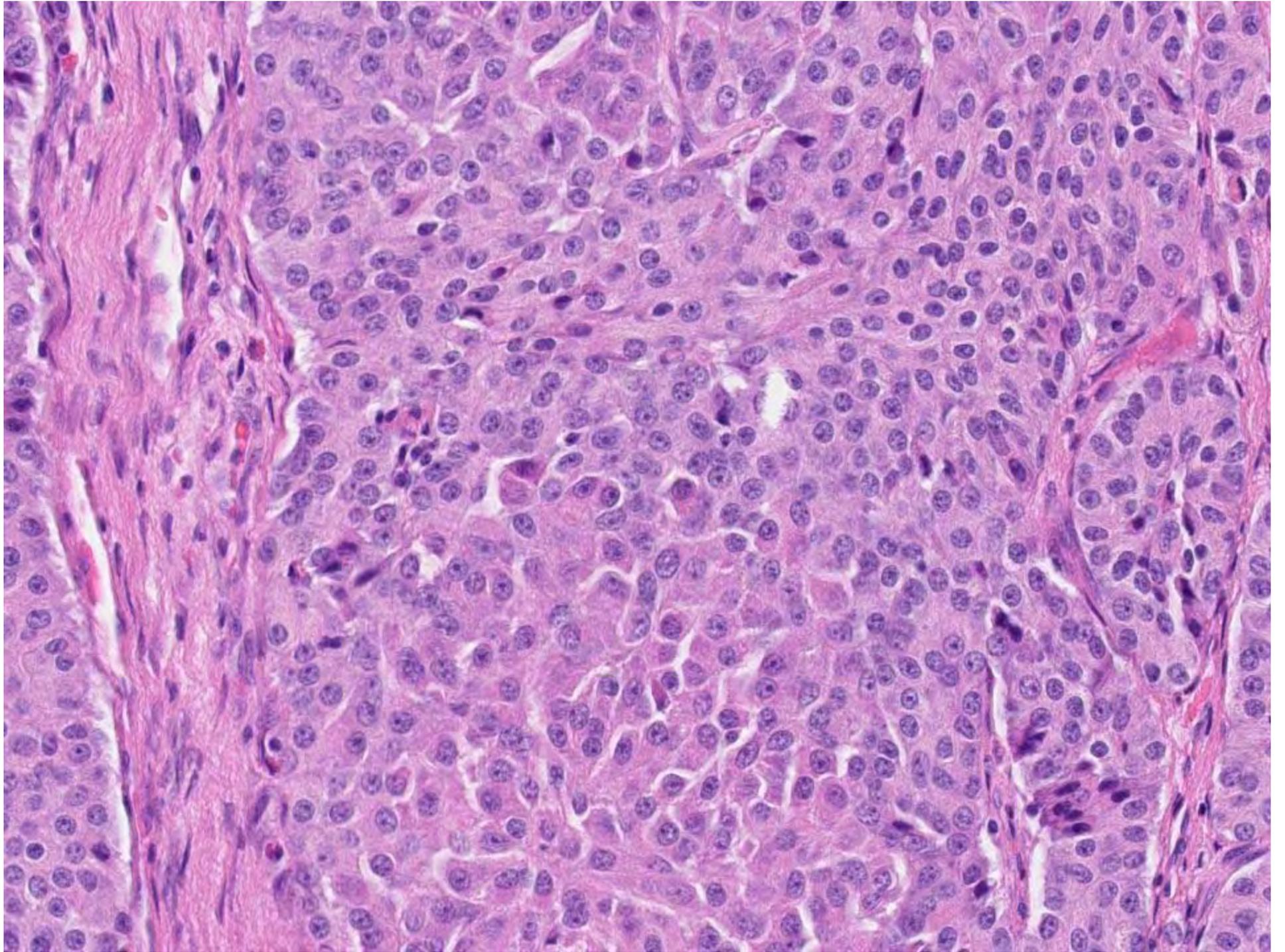


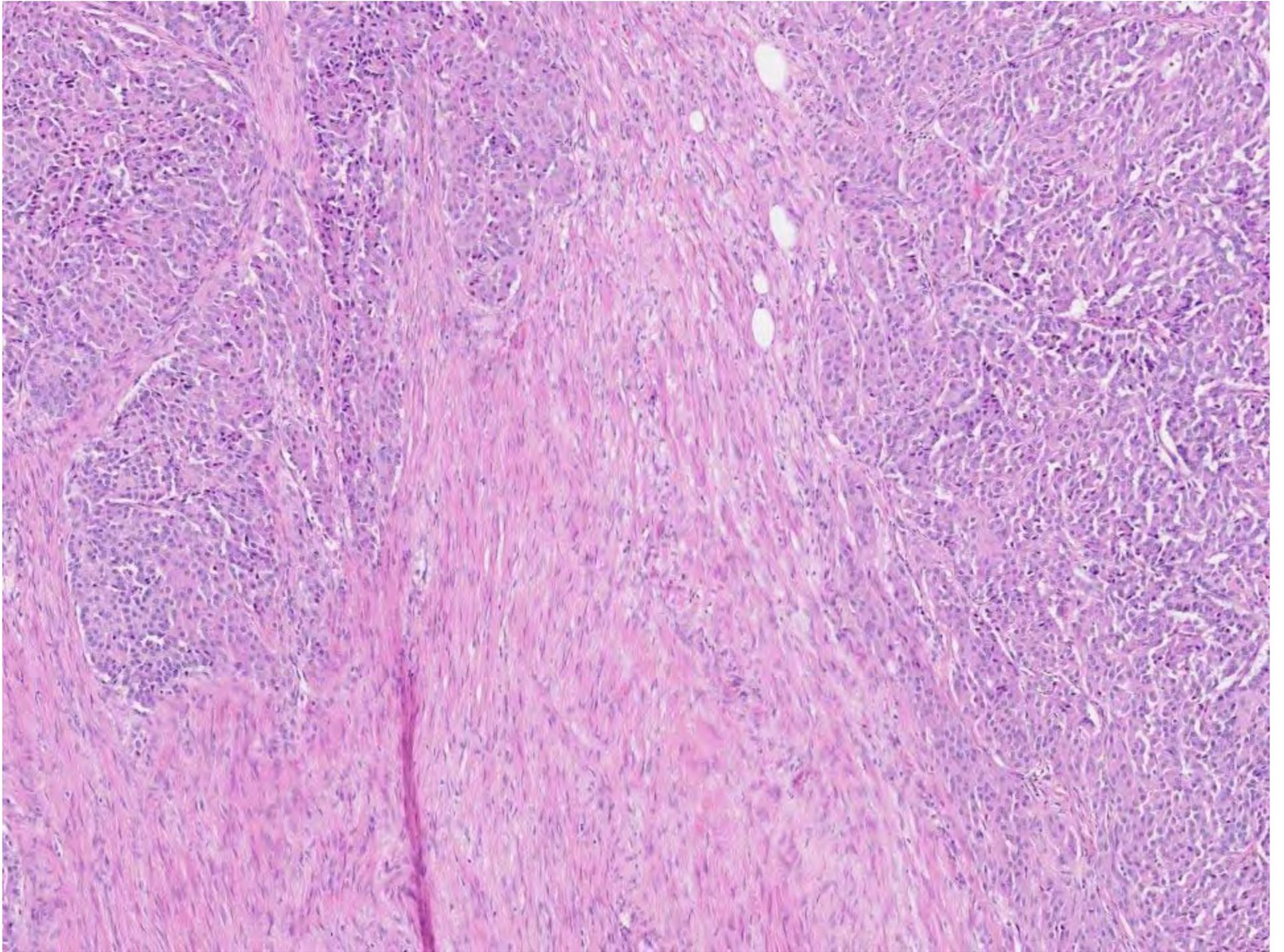




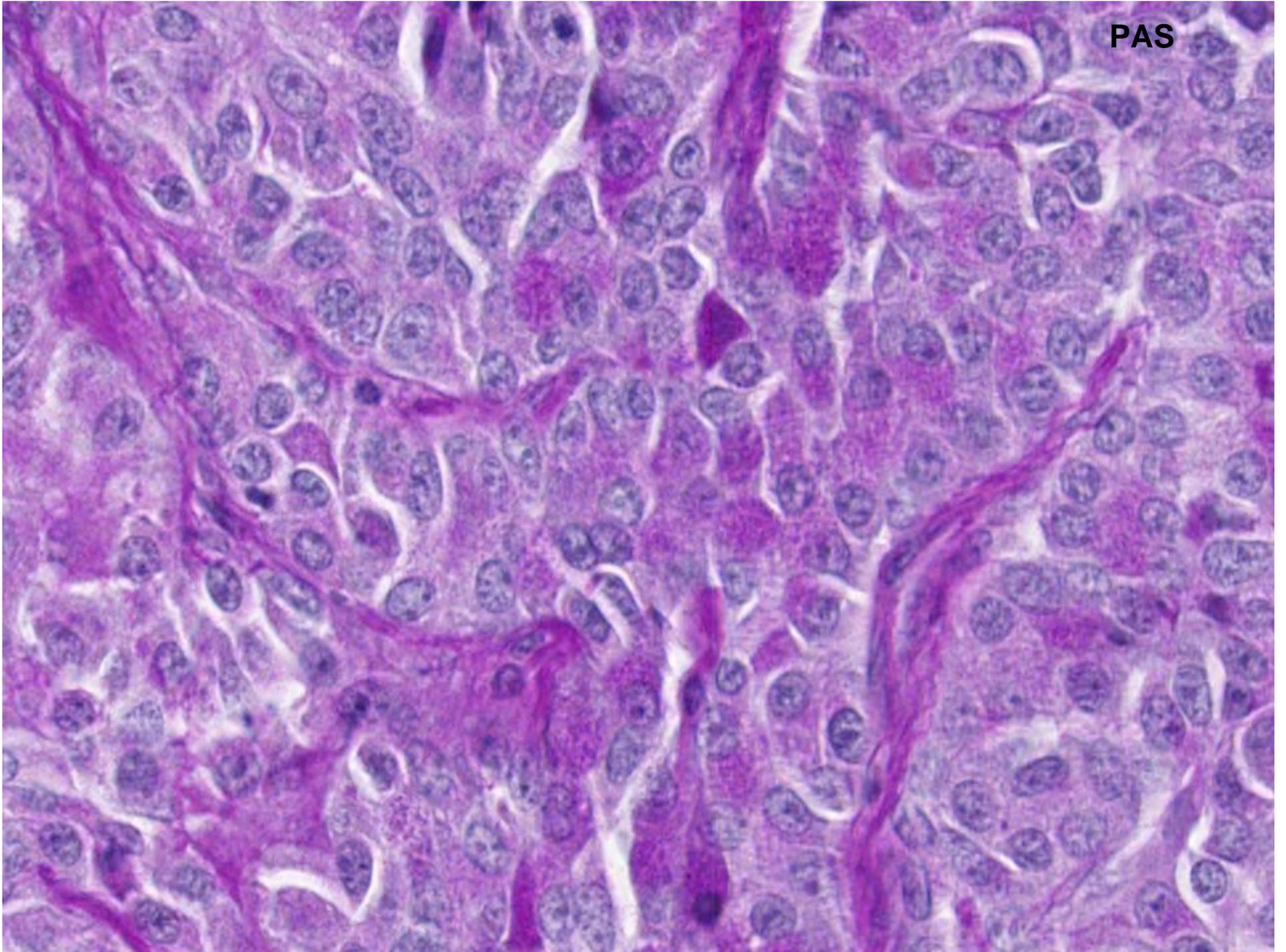




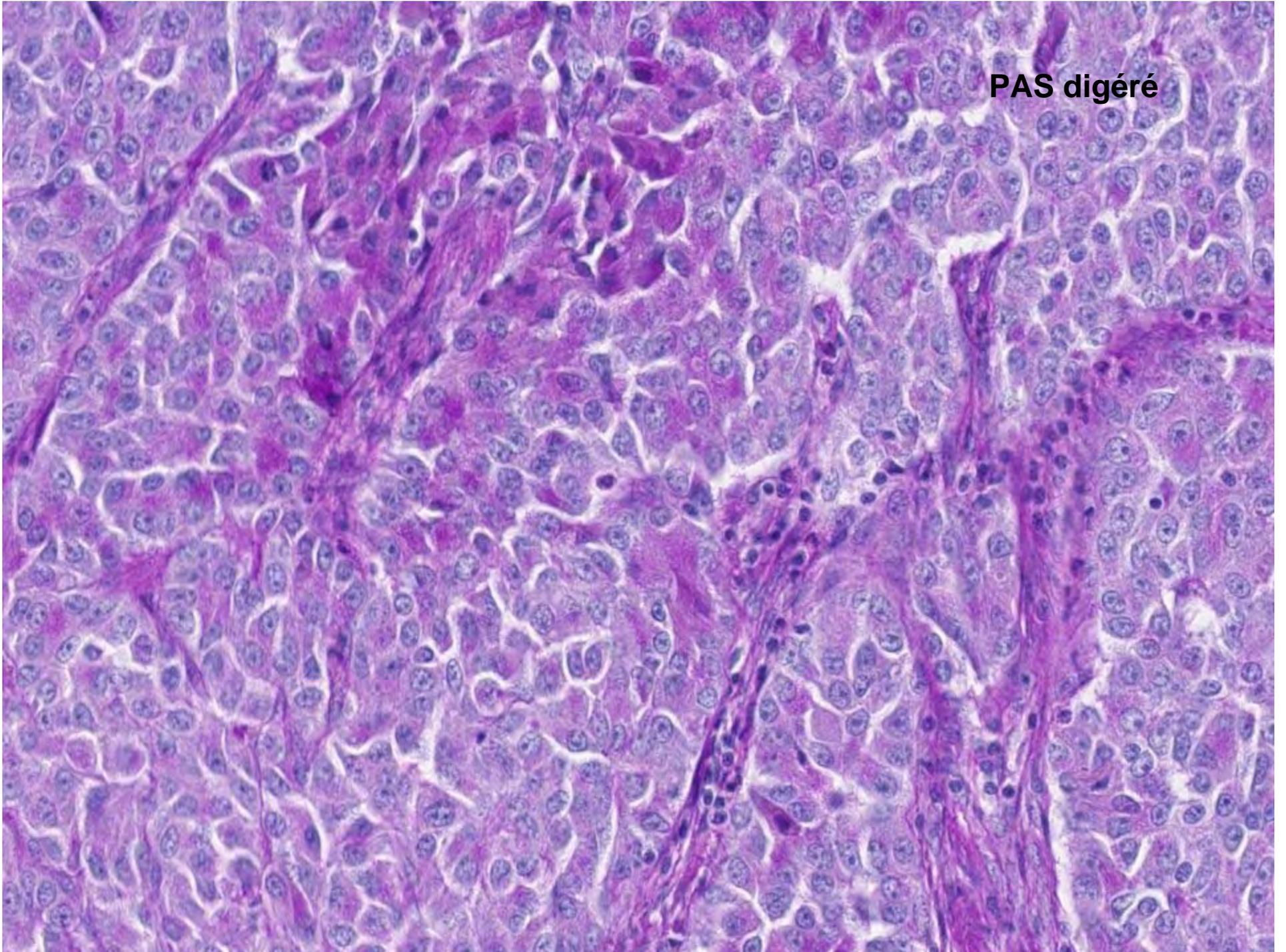




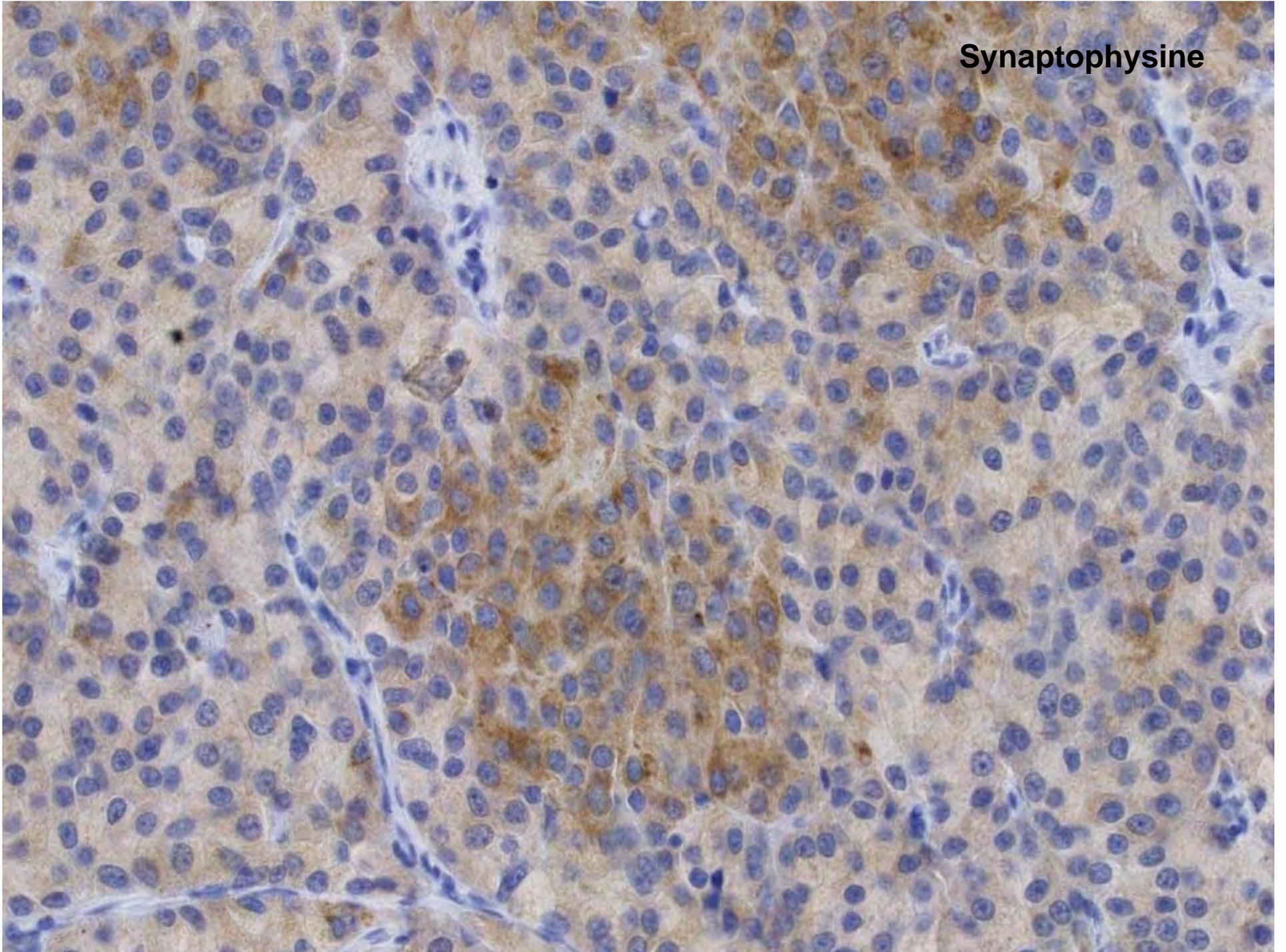
PAS

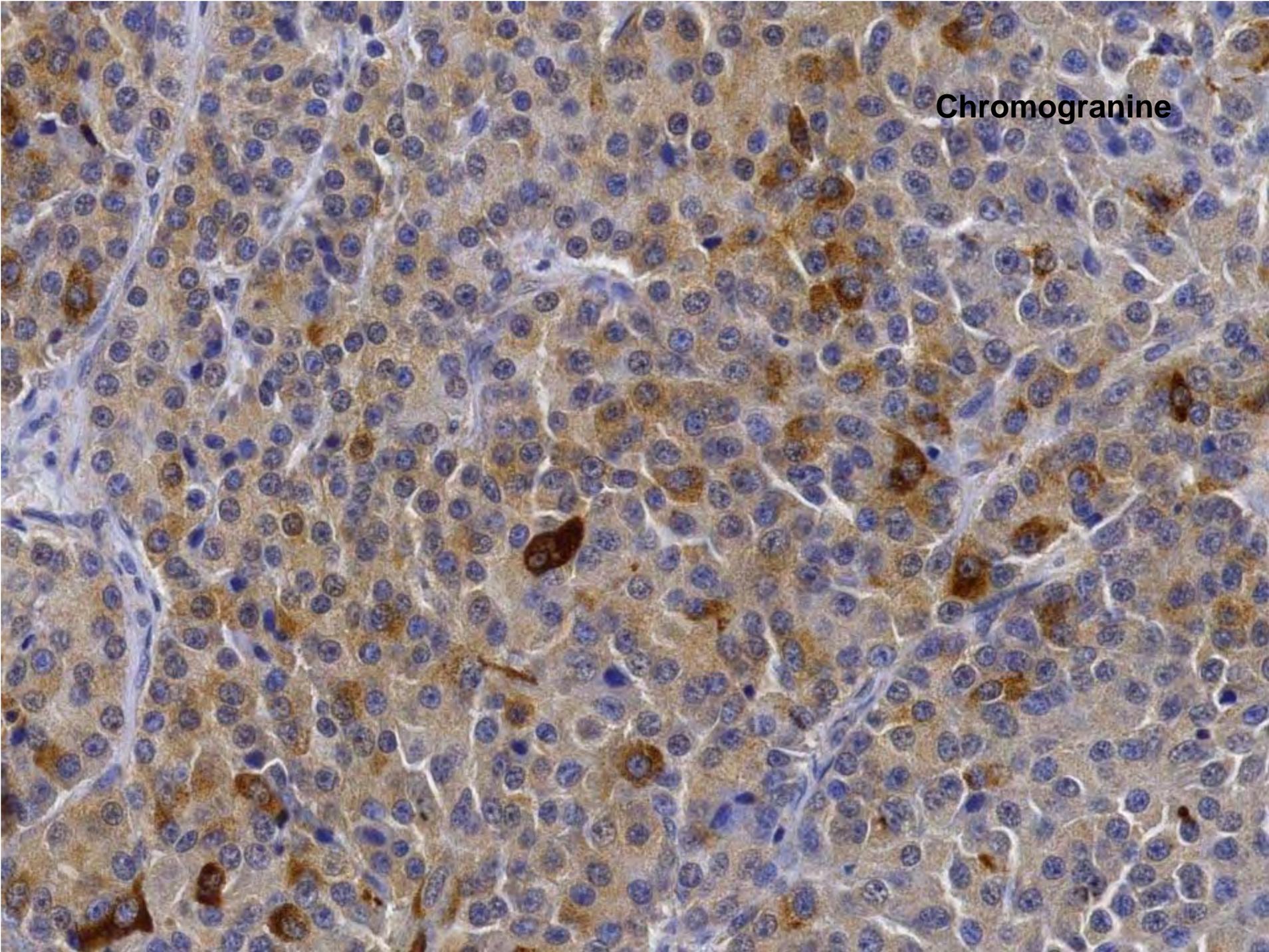


PAS digéré



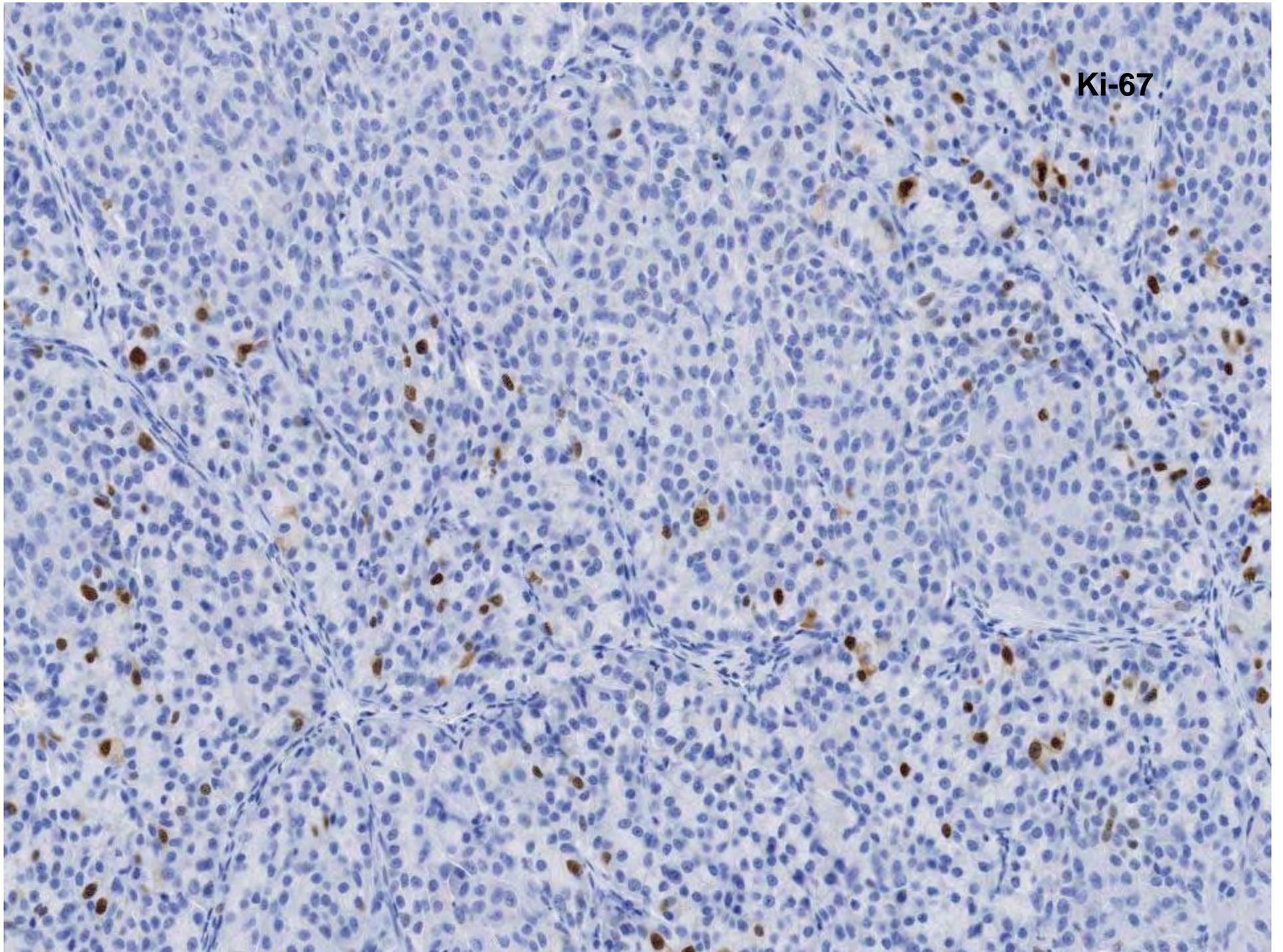
Synaptophysine

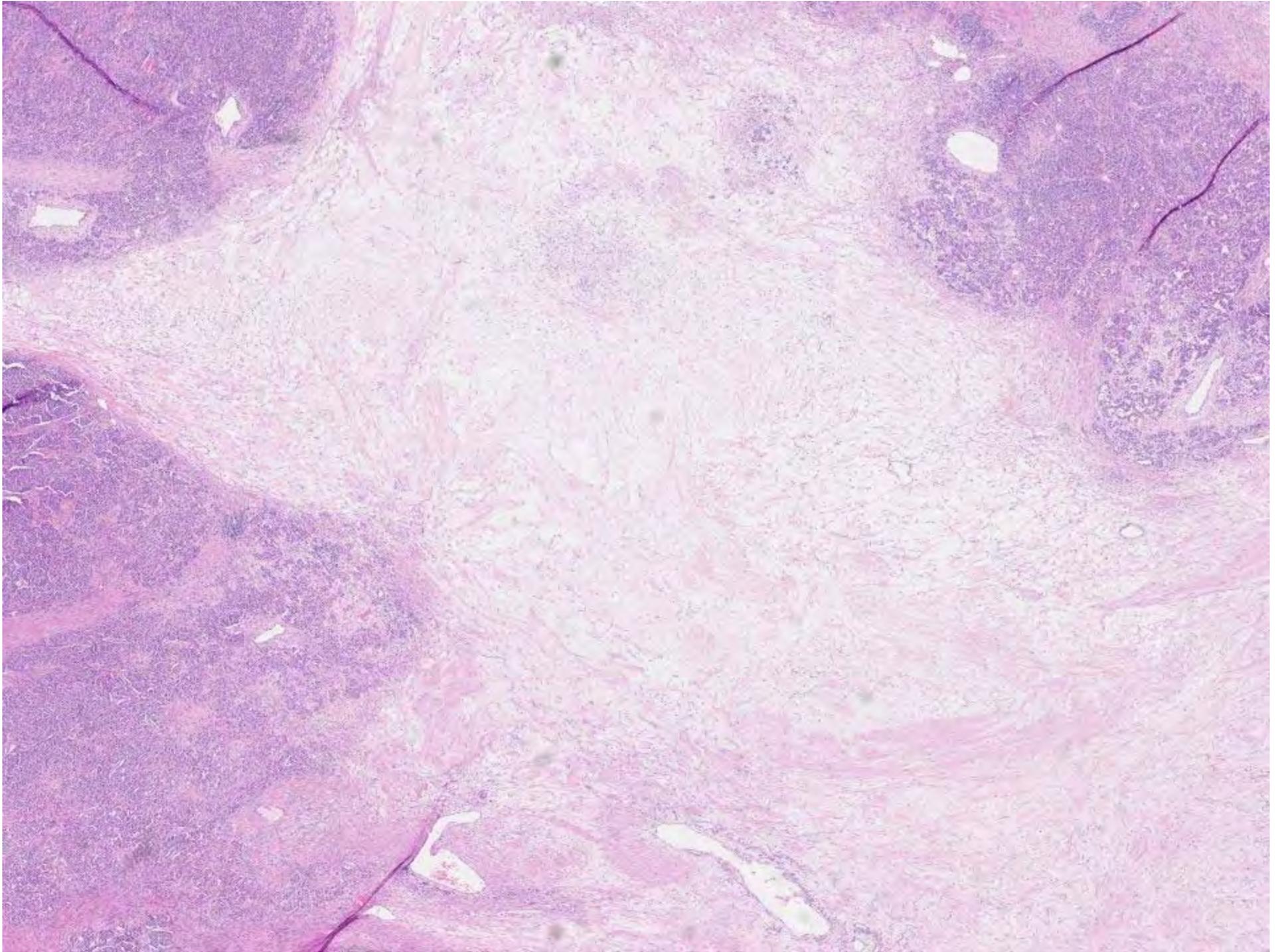


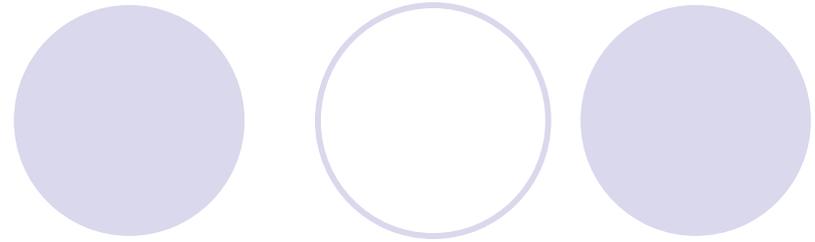
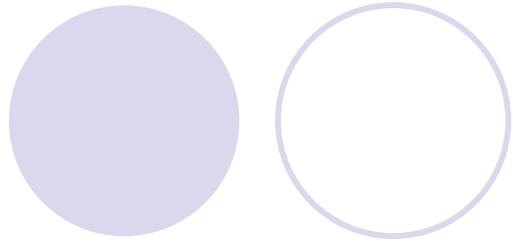


Chromogranine

Ki-67

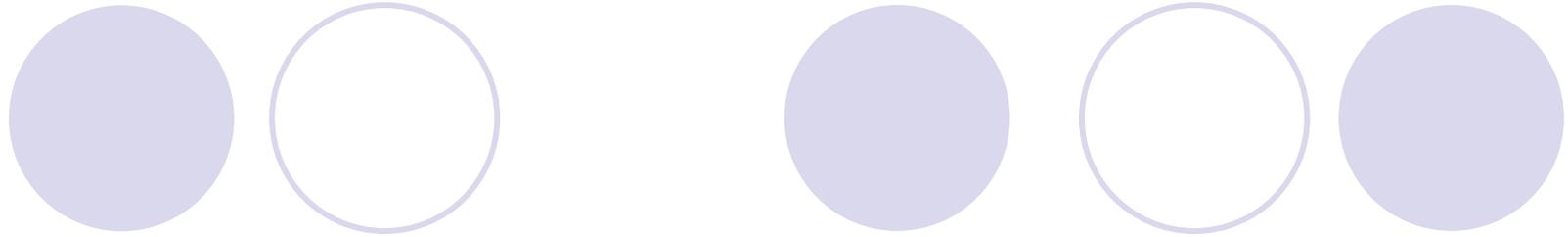






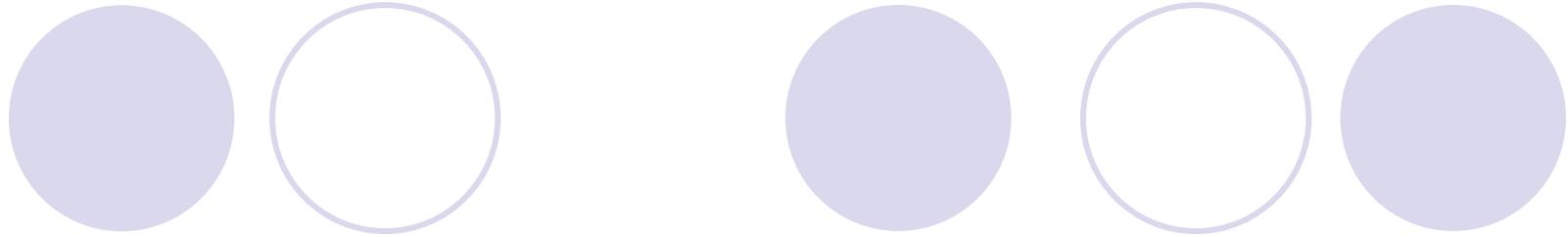
Immunohistochimie AFIP:

- Kermix +
- Chromogranine inadéquate
- Synaptophysine +
- A1-AT +
- Anti-chymotrypsine +
- Glucagon/HPP/insuline/somatostatine -



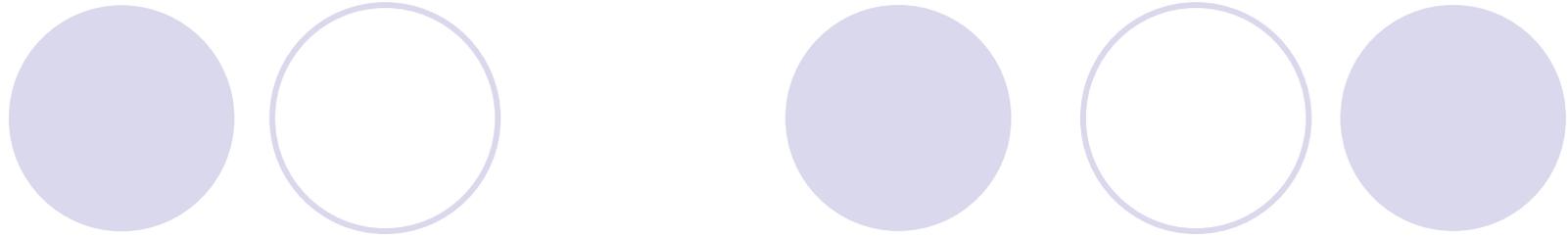
Évolution:

- Le patient présente une douleur abdominale vague depuis quelques semaines
- Marqueurs tumoraux normaux
- Au TACO, apparition de nodules hépatiques nécrosés et suspects de métastases
- Biopsie hépatique faite
 - Positive pour une métastase du carcinome pancréatique



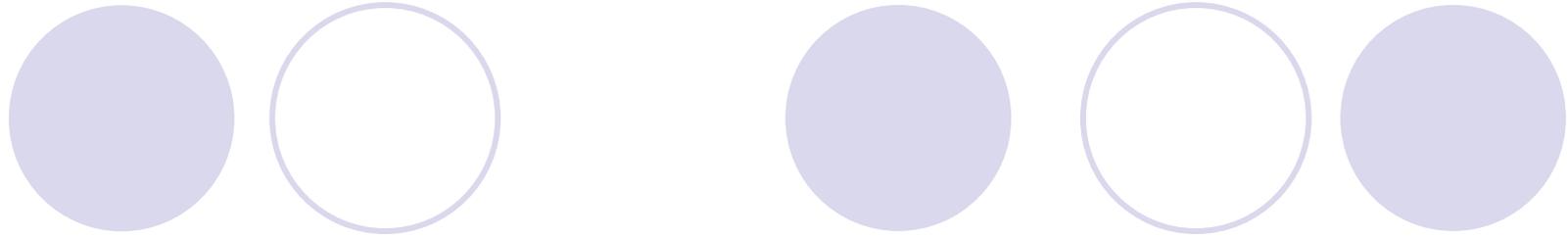
Tumeurs mixtes du pancréas:

- Il y a trois catégories de tumeurs mixtes endocrines:
 - **1) Tumeurs de collision:**
 - Présence de 2 contingents tumoraux indépendants
 - **2) Tumeurs composites:**
 - Présence de 2 contingents dérivant d'un précurseur commun
 - **3) Tumeurs amphicrines:**
 - Formées de cellules tumorales présentant une double différenciation
- La classification de l'OMS réserve le terme de tumeur mixte aux lésions comportant au moins 30% de cellules endocrines.



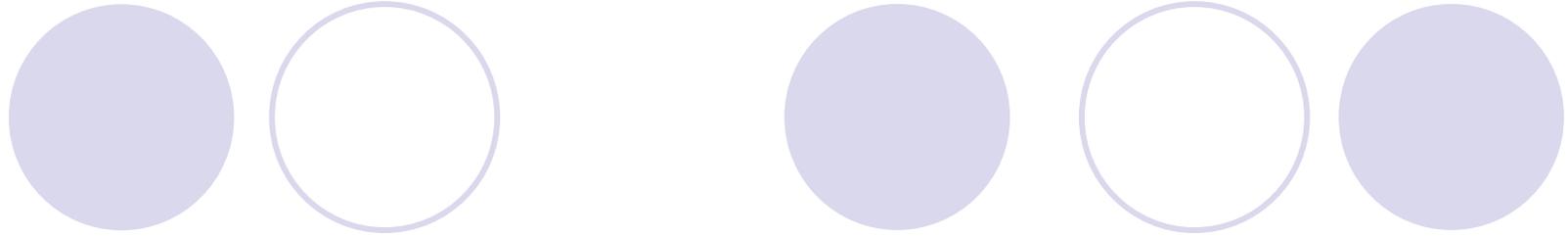
Tumeurs mixtes pancréatiques, suite:

- Le diagnostic de tumeur mixte endocrine comprend 3 étapes:
 - 1) Affirmer la nature endocrine de l'un des contingents: 2 pièges à éviter:
 - A) porter abusivement le diagnostic de tumeur mixte avec une composante endocrine minoritaire
 - B) porter un diagnostic de tumeur mixte devant l'expression isolée d'un marqueur neuroendocrinien par tout ou une partie des cellules tumorales
 - 2) Déterminer si le terme de tumeur mixte peut être employé
 - 3) Évaluer les caractéristiques du contingent endocrinien
 - - carcinome à petites cellules?



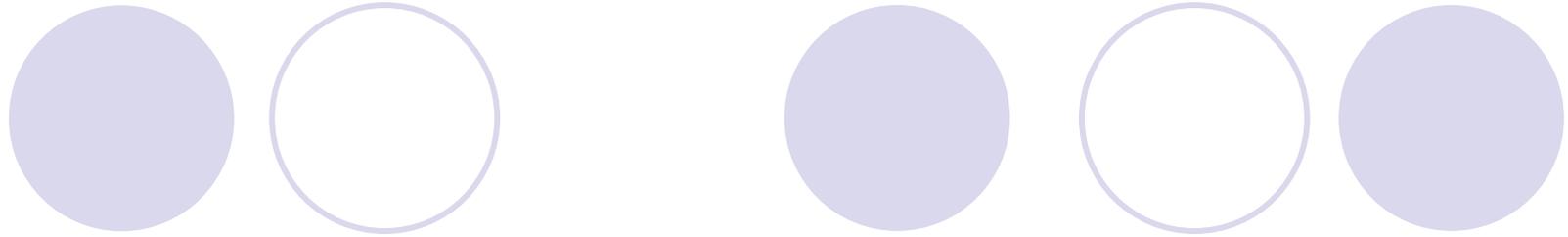
Types de tumeurs mixtes endocrines/exocrines pancréatiques:

- 1) Canalaire/endocrine:
 - - la plus fréquente
- 2) Acinaire/endocrine
- 3) Canalaire/acinaire/endocrine



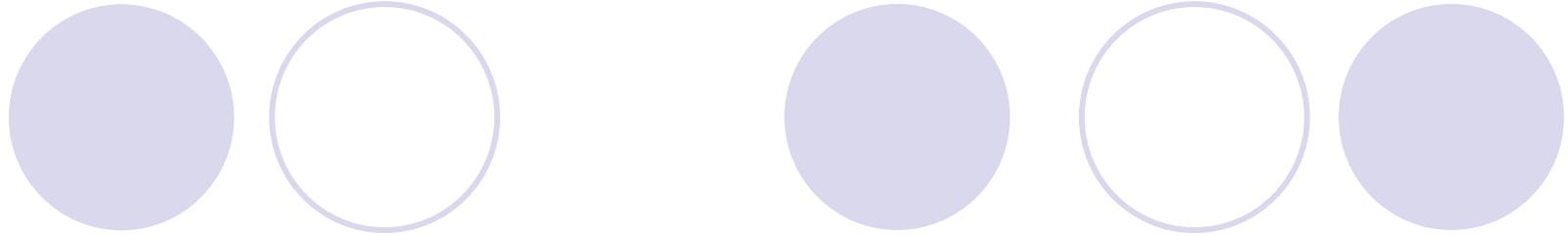
Tumeurs acinaires du pancréas:

- Tumeurs rares
 - < 2% des carcinomes pancréatiques de l'adulte
 - 15% chez les enfants
- La présence de différenciation acinaire se définit par la production d'enzymes pancréatiques
 - Trypsine
 - Chymotrypsine
 - Amylase
 - Lipase
- La majorité des tumeurs sont malignes



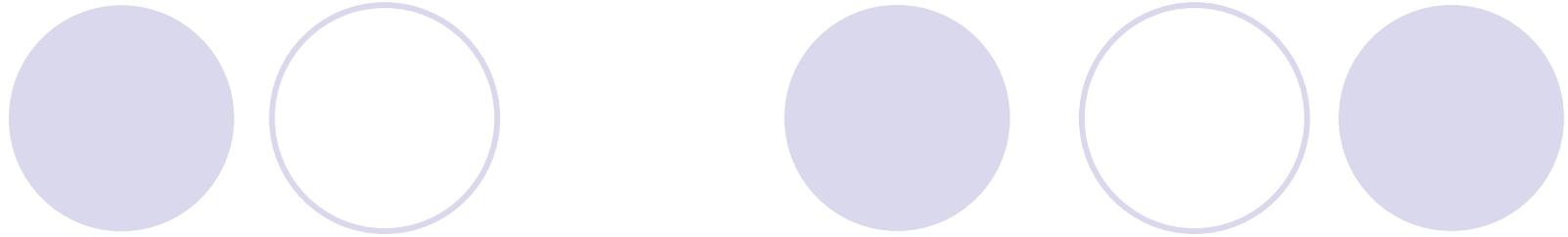
Présentation clinique:

- Surtout chez les hommes entre 60 et 70 ans
- Les patients se présentent avec des douleurs abdominales, nausées et perte de poids
- Parfois, syndrome d'hypersécrétion de la lipase
- La plupart auront des métastases tôt dans leur maladie



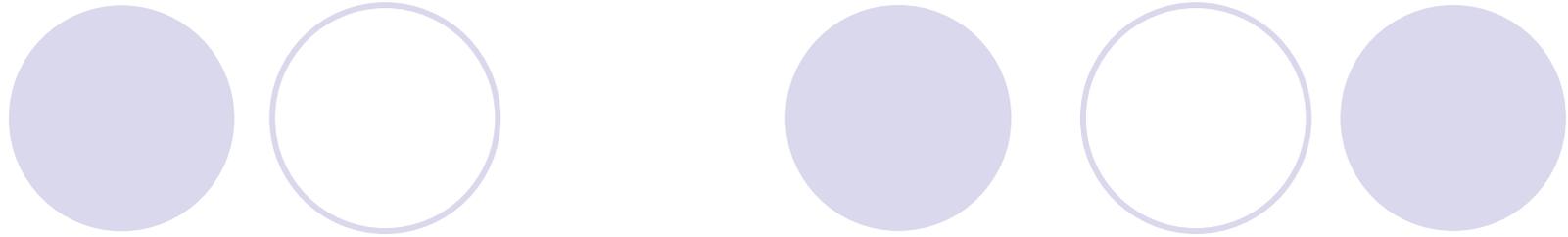
Macroscopie:

- **Sites:**
 - Tête du pancréas: 56%
 - Queue: 36%
 - Corps: 8%
- Il s'agit habituellement d'une tumeur volumineuse
 - Taille moyenne 10 cm
- Parfois, nécrose importante ou dégénérescence kystique



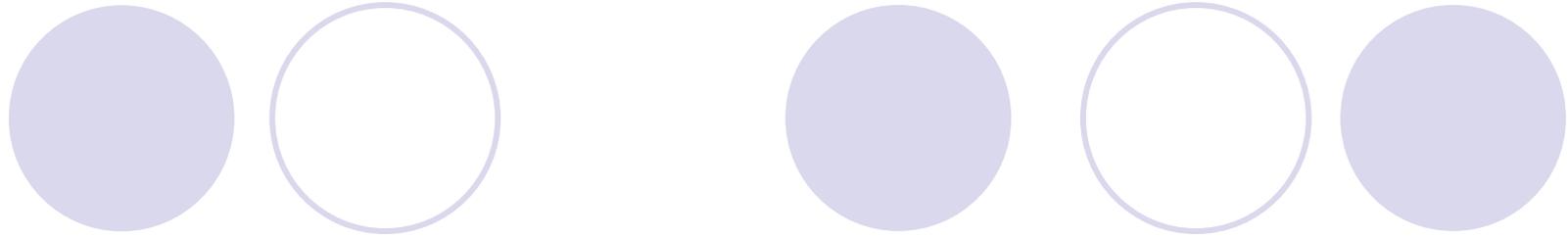
Cytologie:

- Petites cellules rondes formant des amas assez cohésifs
- Cytoplasme clair ou granuleux
- Noyaux ronds avec nucléoles proéminents



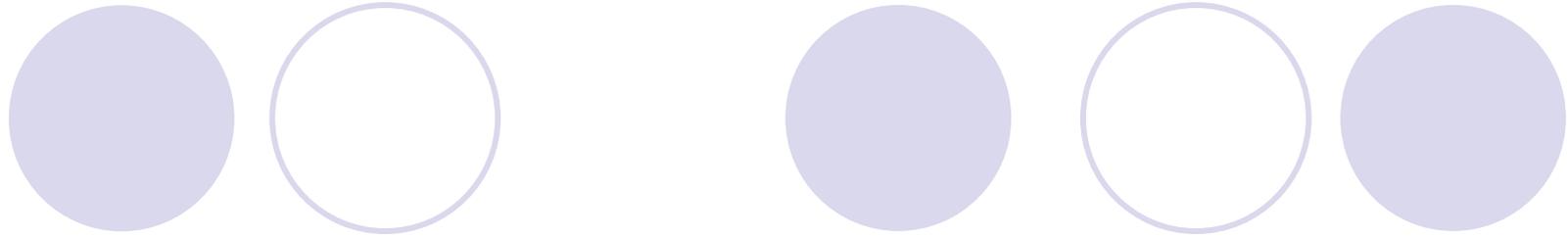
Microscopie:

- Tumeur très cellulaire avec peu de stroma
- Bien délimitée
- Cellules polygonales et uniformes
- Nucléoles proéminents
- Cytoplasme abondant, éosinophile
 - - riche en granules PAS + résistantes à la diastase
- Mitoses fréquentes
- Architecture variable
 - Plages solides
 - Structures acinaires
 - Autres (glandulaire, trabéculaire, mixte)
- Rarement, structures kystiques tapissées de cellules acinaires



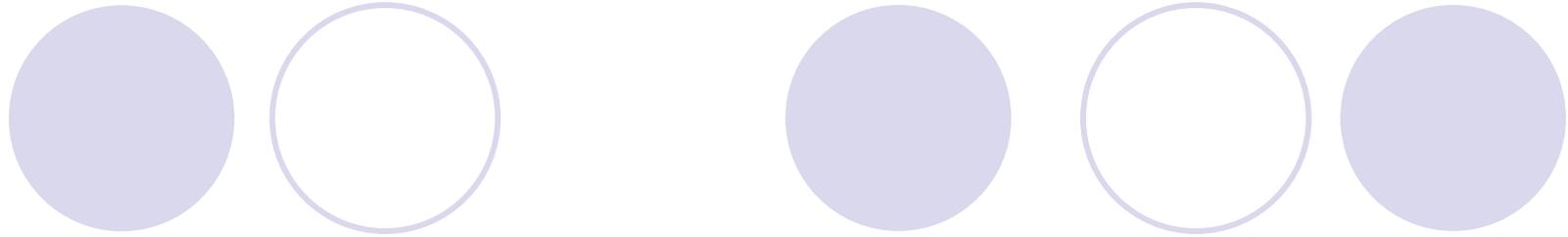
Immunohistochimie et cytogénétique:

- Idéalement, il faut démontrer la présence d'enzymes pancréatiques
- Également:
 - Kératine ++
 - ?1-AT +
 - Vimentine et CEA -
- 35-54% des tumeurs renfermeront des cellules dispersées dans la lésion qui seront positives pour:
 - Chromogranine
 - Synaptophysine
- Pas de mutation du k-ras, p53, p16 ou DPC4
- 50% auront une perte du 11p
- 25% auront une anomalie du APC/ β -catenin



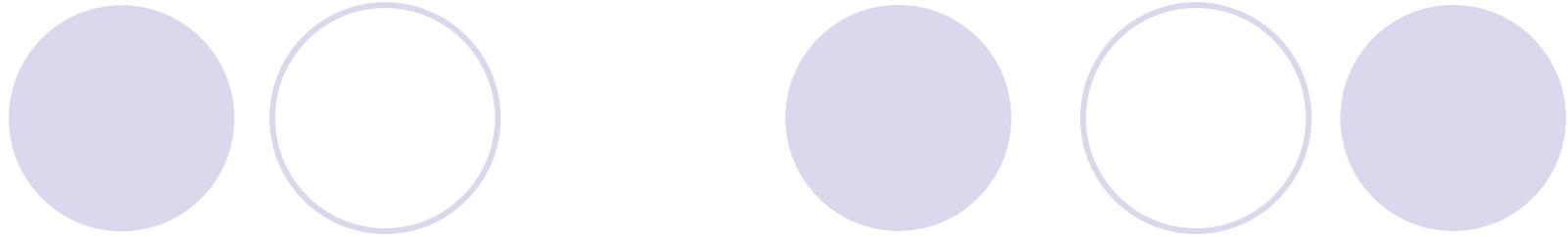
Diagnostic différentiel:

- **1) Tumeur endocrine**
 - Rechercher granules cytoplasmiques PAS + résistantes à la diastase
 - Immunohistochimie pour évaluer la proportion de cellules endocrines, si présentes, et détecter les enzymes pancréatiques
- **2) Pancréatoblastome**
 - Surtout chez les enfants
 - Renferme une double différenciation
 - Formé de lobules de cellules pâles (« squamoid nests ») et de cellules plus foncées
 - Stroma fibreux et hypercellulaire
 - CEA +
- **3) Tumeur solide pseudopapillaire**
 - Plages solides de cellules uniformes
 - Zones de changements dégénératifs avec structures pseudopapillaires
 - Cellules + vimentine, CD10 et CD56
 - Cellules – pour CK, CEA, chromogranine, trypsine et chymotrypsine



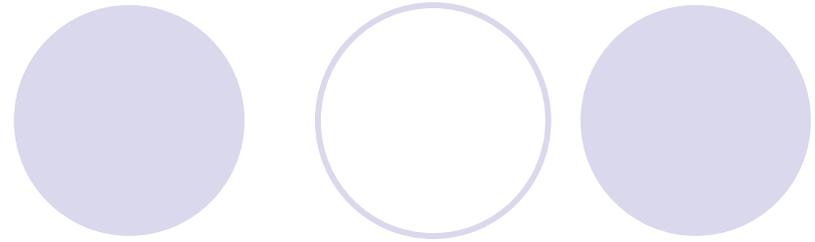
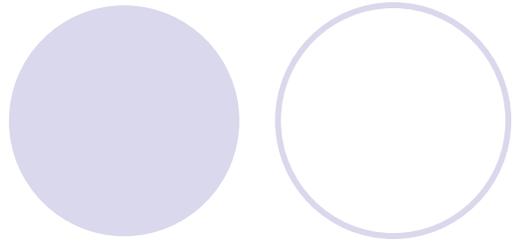
Évolution:

- Tumeur agressive
 - - survie à 5 ans 6%
- 50% auront des métastases à la présentation
- La chirurgie demeure le meilleur traitement
- Parfois, chimio préop ou comme traitement palliatif



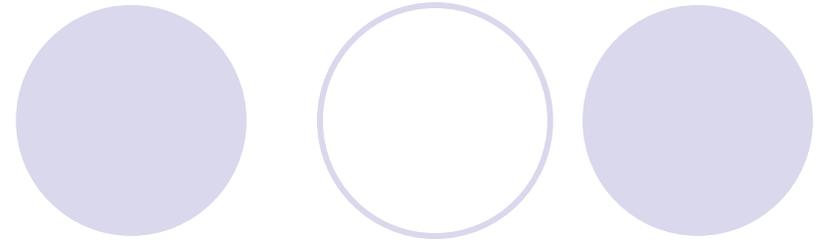
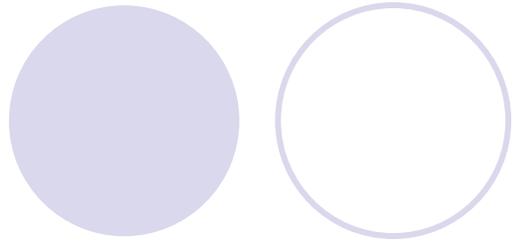
Tumeur mixte acinaire et endocrine:

- Formée de cellules acinaires, endocrines et à double différenciation
- Habituellement, l'histologie seule ne fera que suggérer la possibilité d'une double différenciation
 - Doit être confirmée avec l'immunohistochimie
- Très rare
 - 15% des carcinomes acinaires



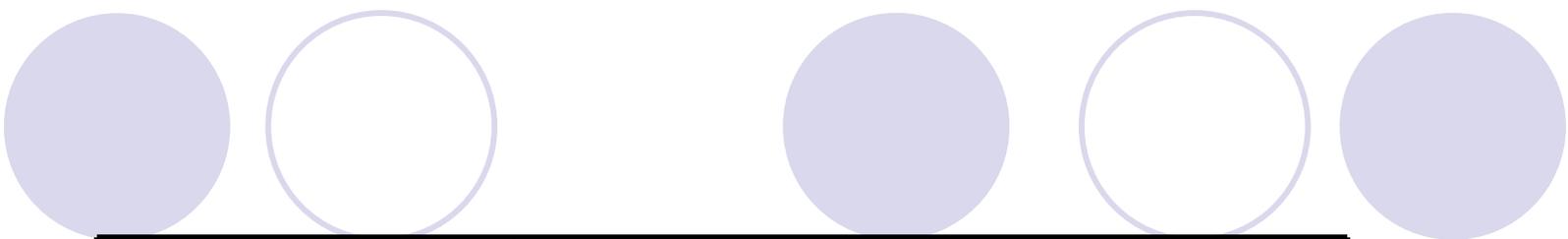
Présentation clinique:

- Survient entre 18 et 75 ans
- Se présente avec de la douleur et perte de poids

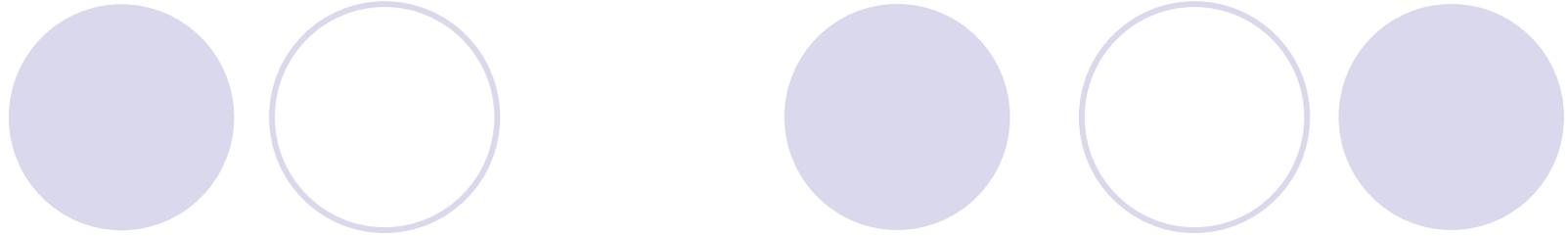


Macroscopie:

- Peut se retrouver partout dans le pancréas
- Tumeur beige à jaunâtre
- Bien délimitée et mollassse
- La taille varie entre 3 et 11 cm
 - Moyenne 8 cm

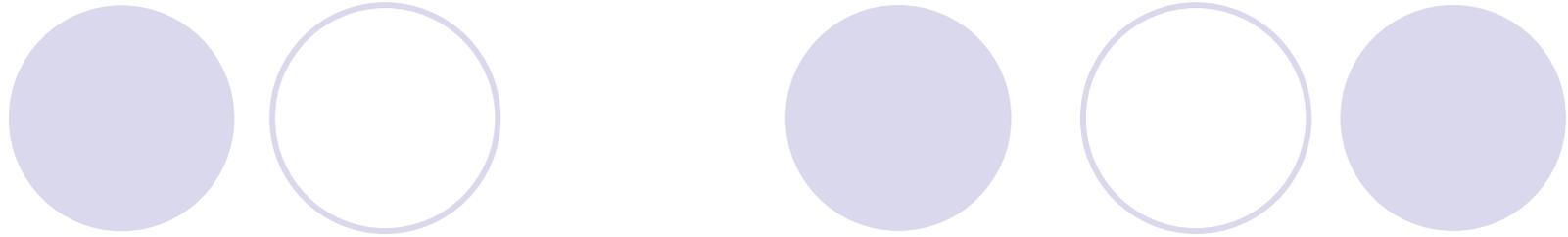


	Tumeur endocrine	Carcinome des cellules acinaires
Arrangement cellulaire	Très cellulaire, cellules isolées, parfois rosettes	Amas cohésifs, parfois acini
Forme cellulaire	Ronde, polygonale, plasmocytoïde, petites cellules	Cubique, cylindrique, triangulaire, polygonale, habituellement grandes cellules
Noyaux	Ronds, ovales, uniformes, parfois excentriques, binucléés	Ronds, ovales, uniformes, membrane légèrement irrégulière
Chromatine	Sel et poivre, distribution régulière	Forme des amas
Nucléole	Unique, petit	Unique, proéminent
Cytoplasme	Quantité variable, basophile	Quantité variable, granulaire, éosinophile
Fond	Propre	Propre



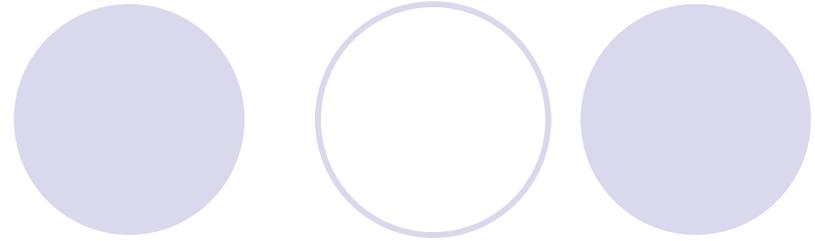
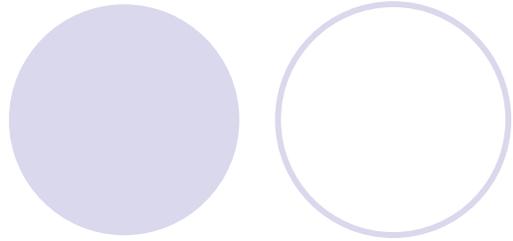
Microscopie:

- Habituellement, la transition entre les deux composantes est graduelle
- Prédominance de la composante acinaire
- La composante endocrine est habituellement difficile à reconnaître
 - Devra être mise en évidence avec de l'immunohistochimie
 - Les cellules sont plus petites
 - Le cytoplasme est basophile
 - Les noyaux n'ont pas de nucléole proéminent
 - Disposition en îlots ou trabéculaire



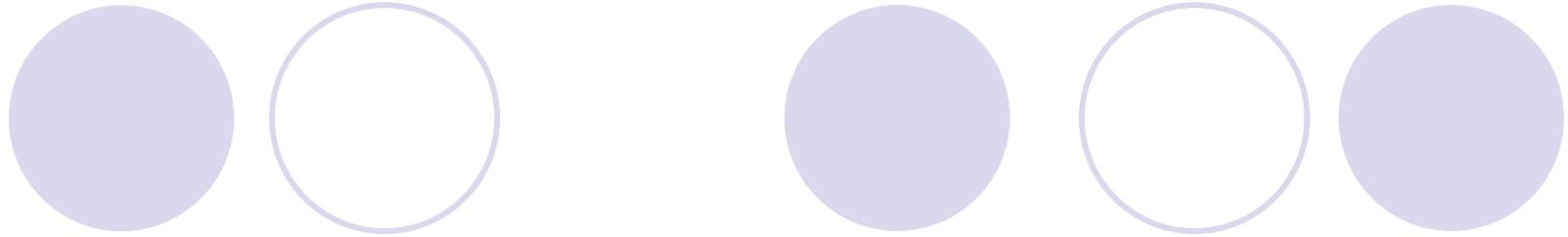
Immunohistochimie:

- Les cellules sont positives pour:
 - CK
 - Chromogranine
 - Synaptophysine
 - CD56
 - Trypsine/chymotrypsine
 - A1-AT
- Les cellules sont négatives pour:
 - CEA
 - vimentine
- Quelques cellules expriment les deux types de marqueurs
- Pas d'étude de cytogénétique de disponible



Diagnostic différentiel:

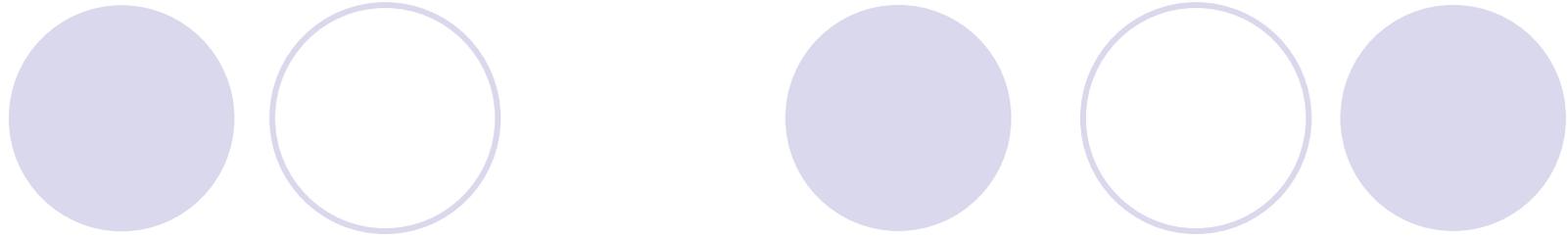
- Le même que pour les carcinomes acinaires NOS



Évolution:

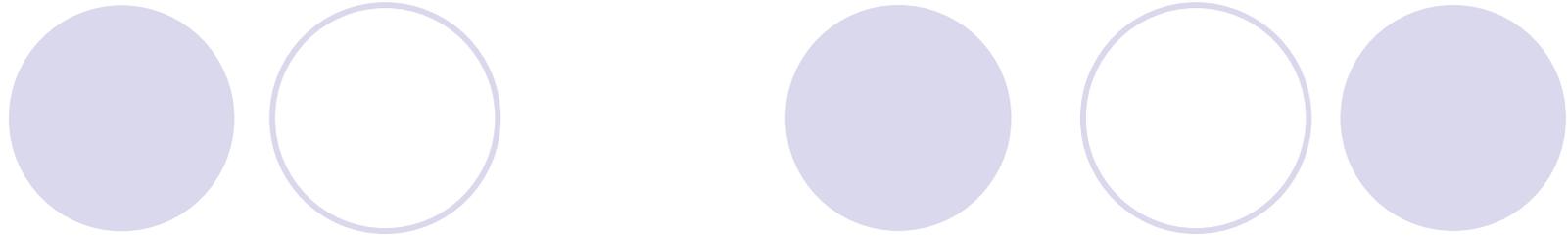
- Sera similaire à celle du carcinome acinaire usuel
- Les mêmes choix thérapeutiques sont à considérer





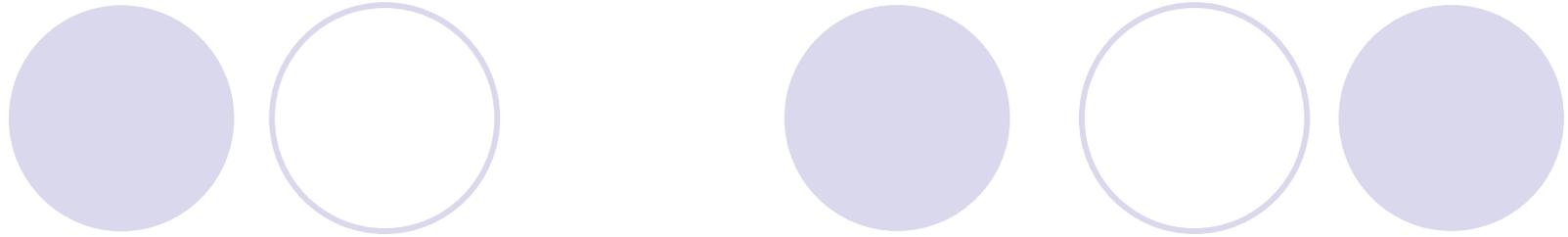
Histoire clinique:

- Femme de 18 ans sans antécédents
- Référée pour une lésion radiologique à l'apex des dents 42 et 43
- Découverte fortuite
- Examen physique normal



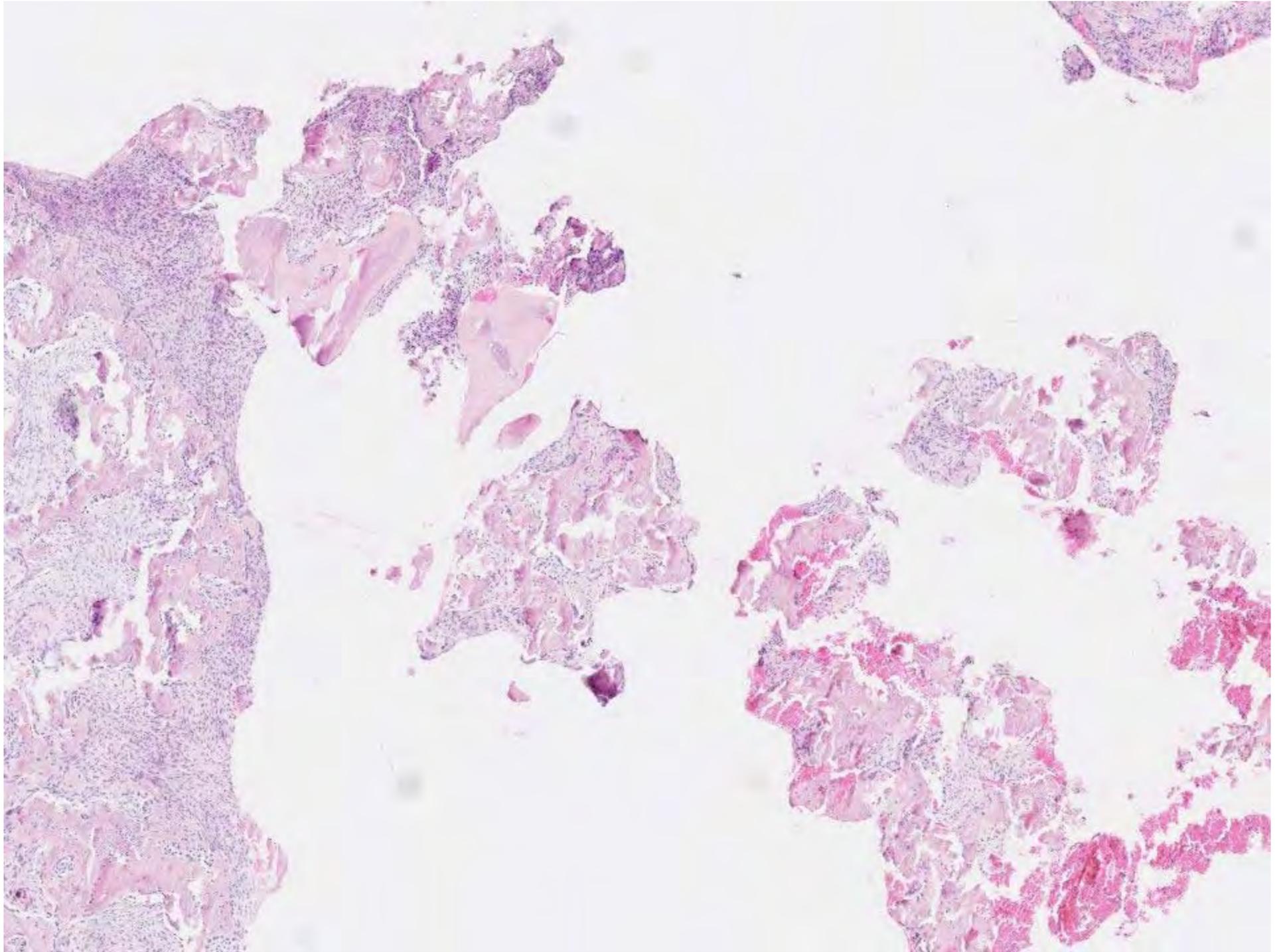
Radiologie:

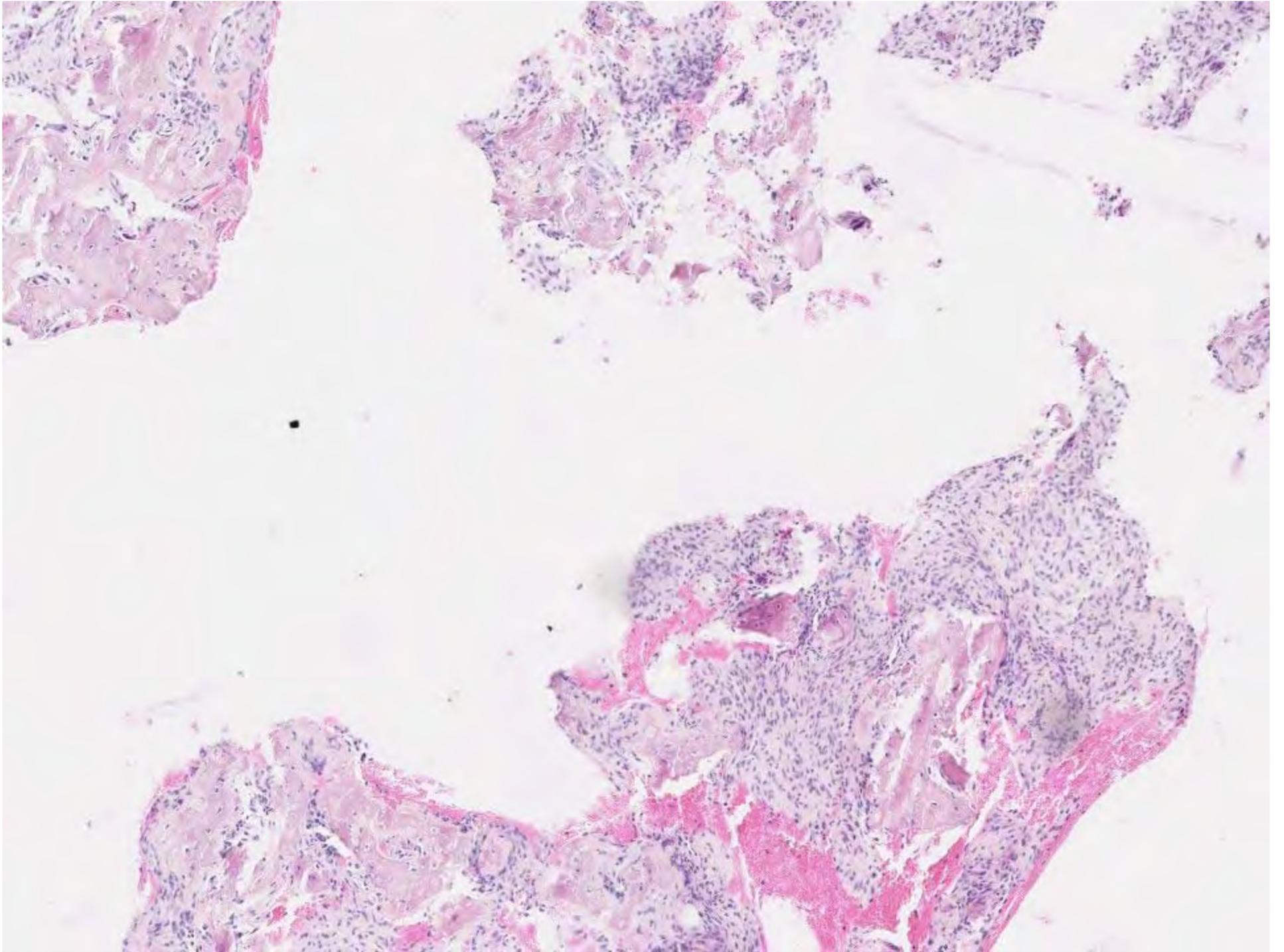
- Au panoramme:
 - Lésion bien délimitée, radiolucide et ostéolytique de 1 cm de diamètre à l'apex des dents 42 et 43
 - Délimitée par une zone de sclérose
- Au TACO:
 - Lésion lytique intra-osseuse à l'apex de la racine des dents 42 et 43
- Hypothèse radiologiques:
 - Kyste périapical
 - Granulome central
 - Fibrome ossifiant

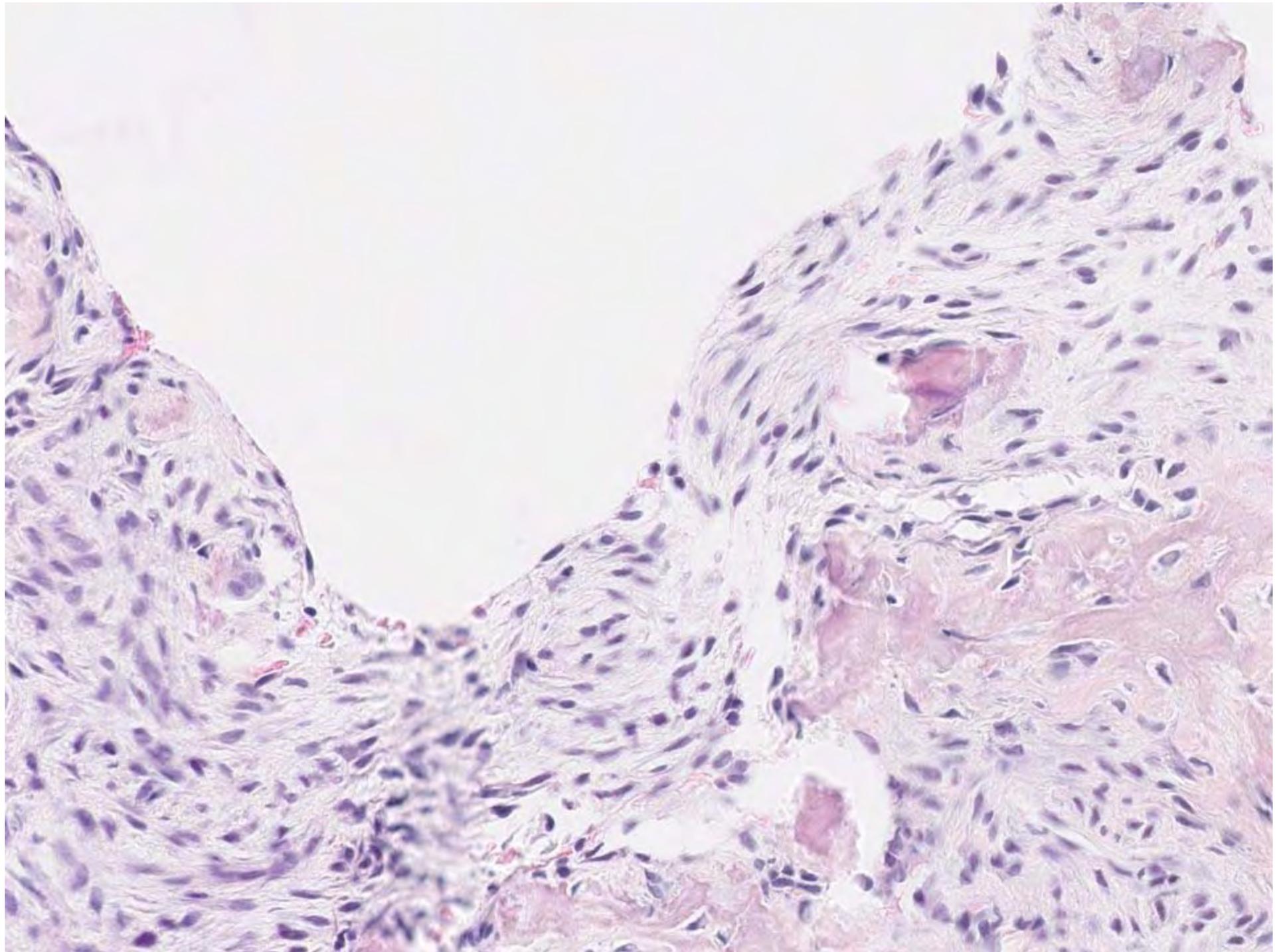


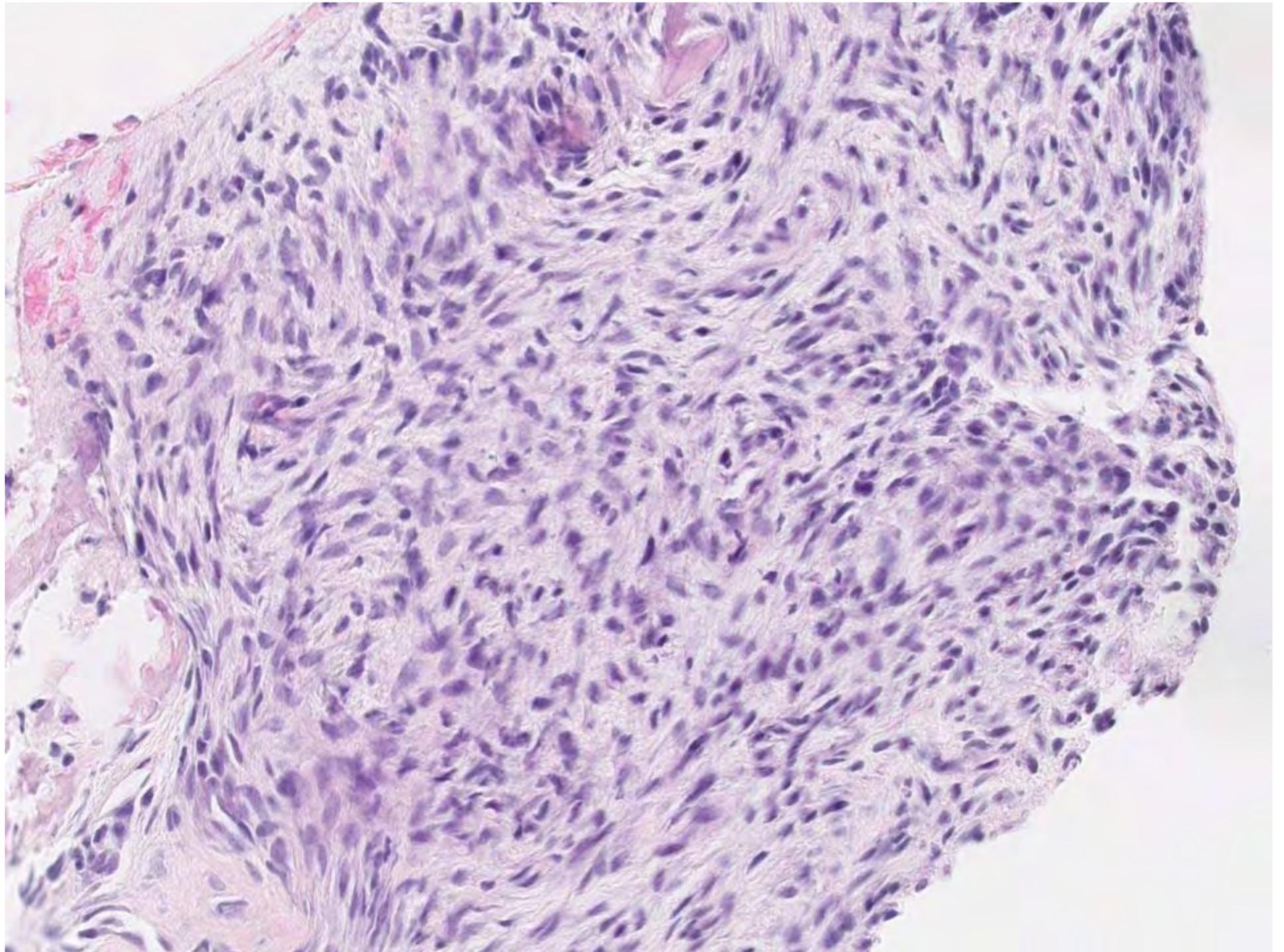
Macroscopie:

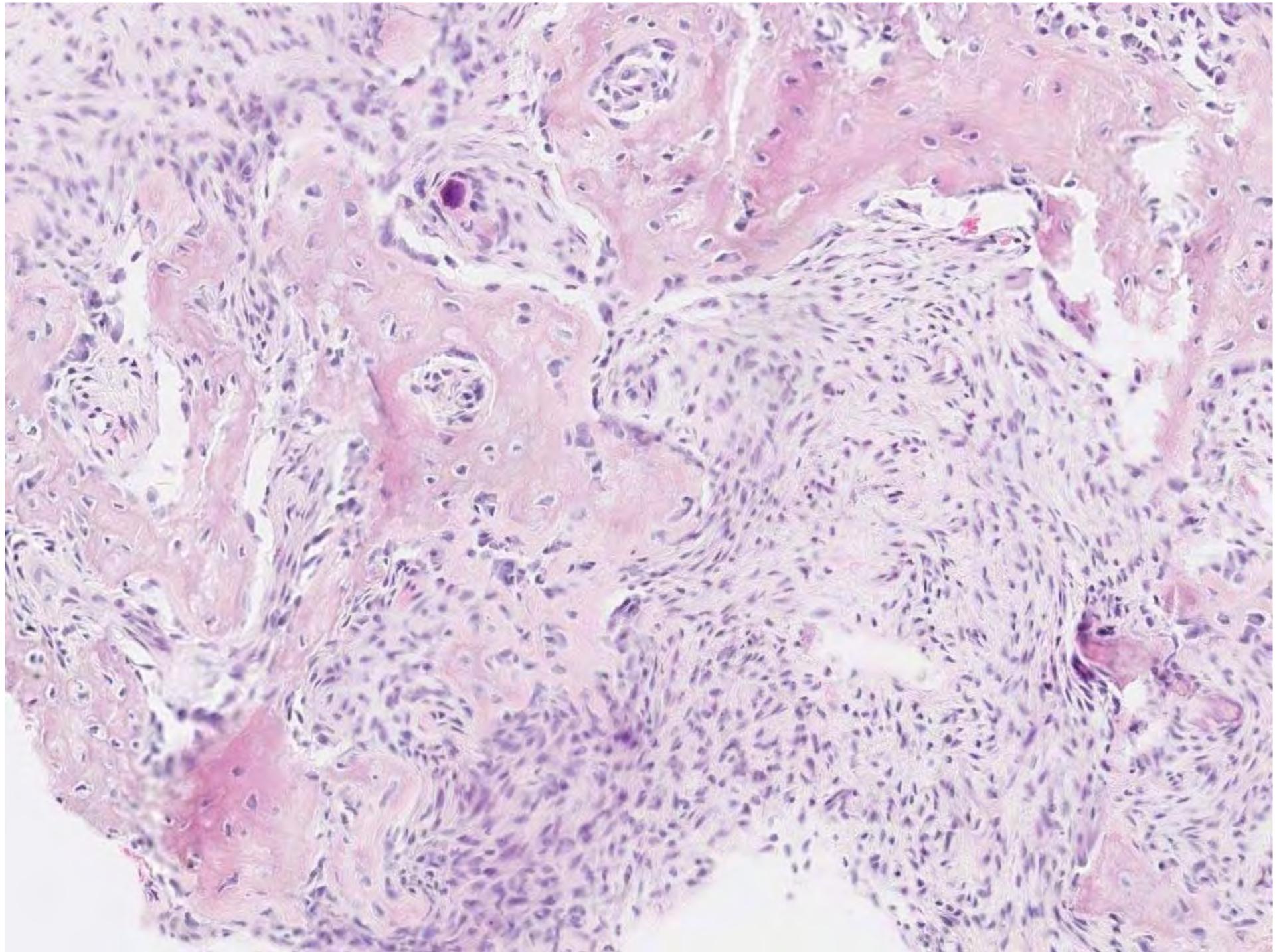
- Le chirurgien décrit la lésion comme étant solide et hémorragique
- On reçoit un agrégat de fragments brunâtres formant un amas de 1 cm de diamètre

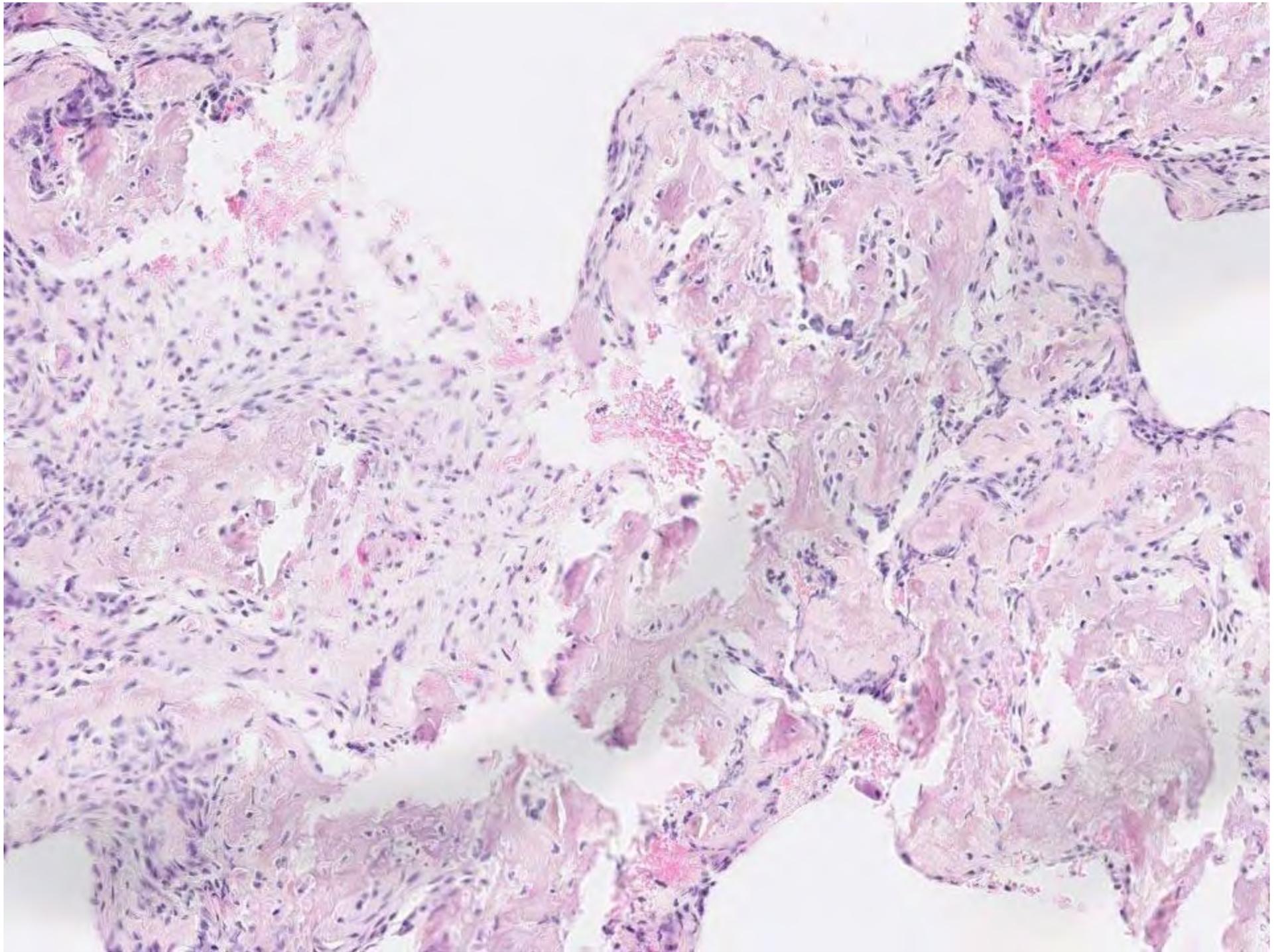


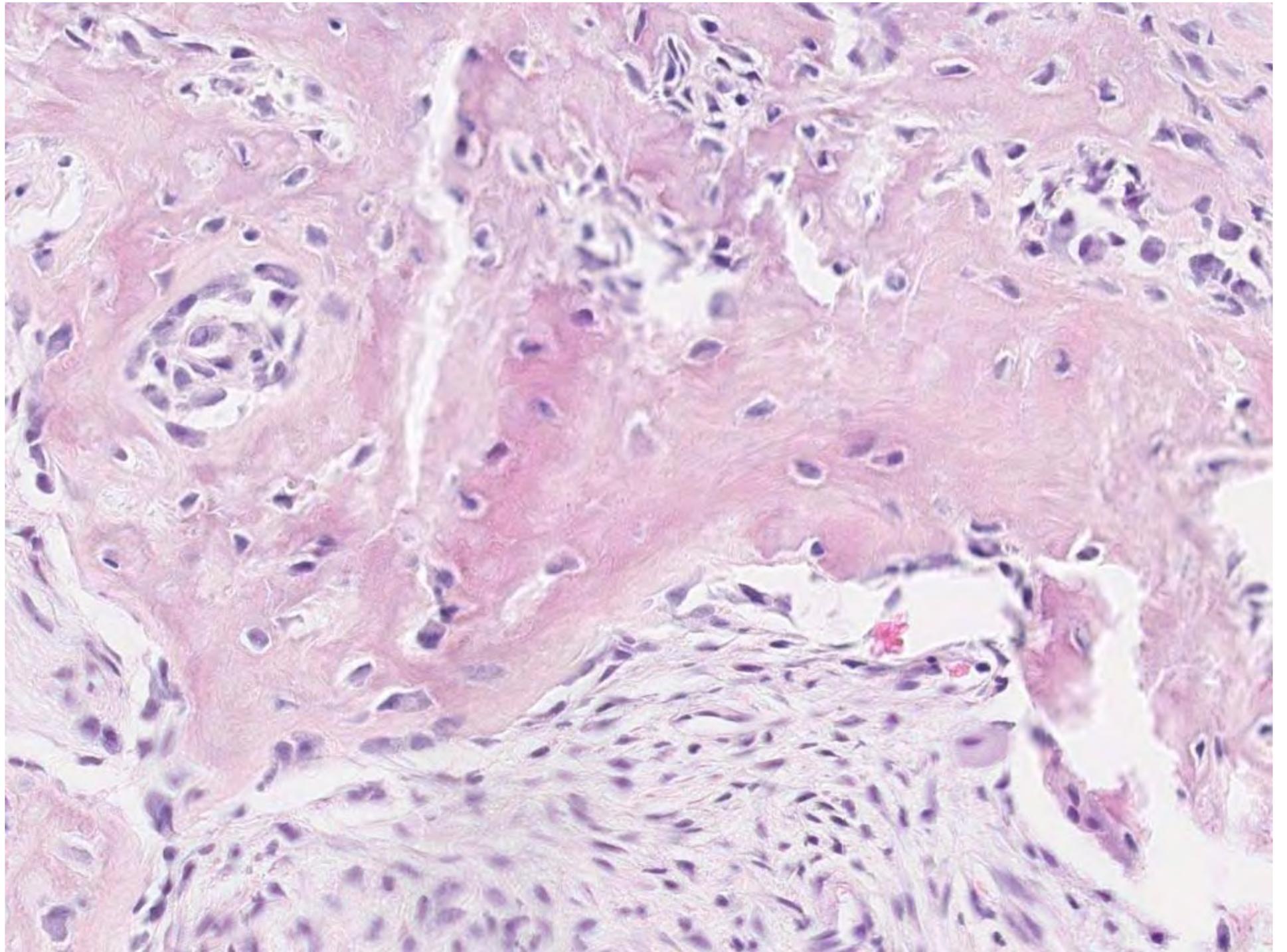


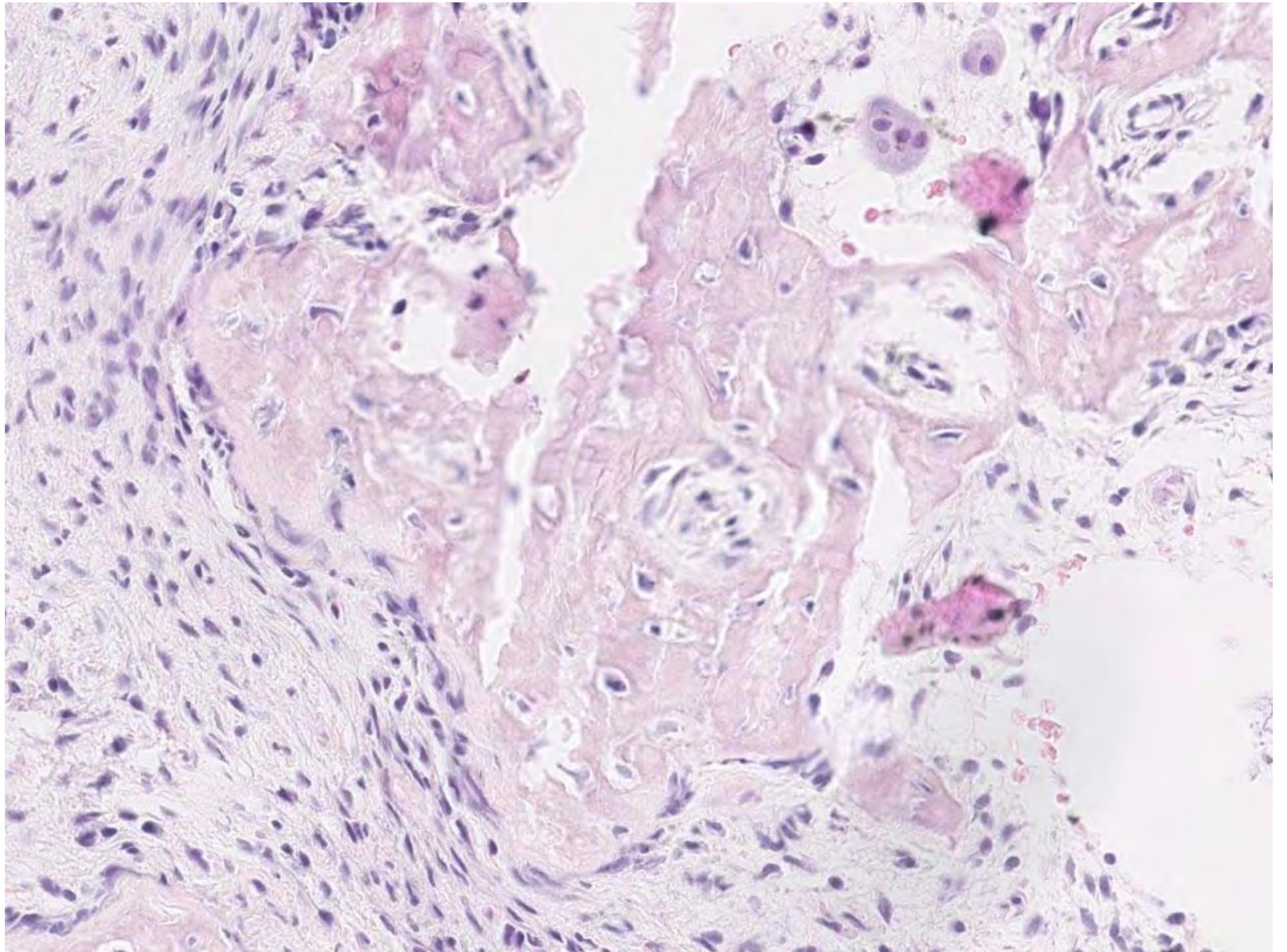


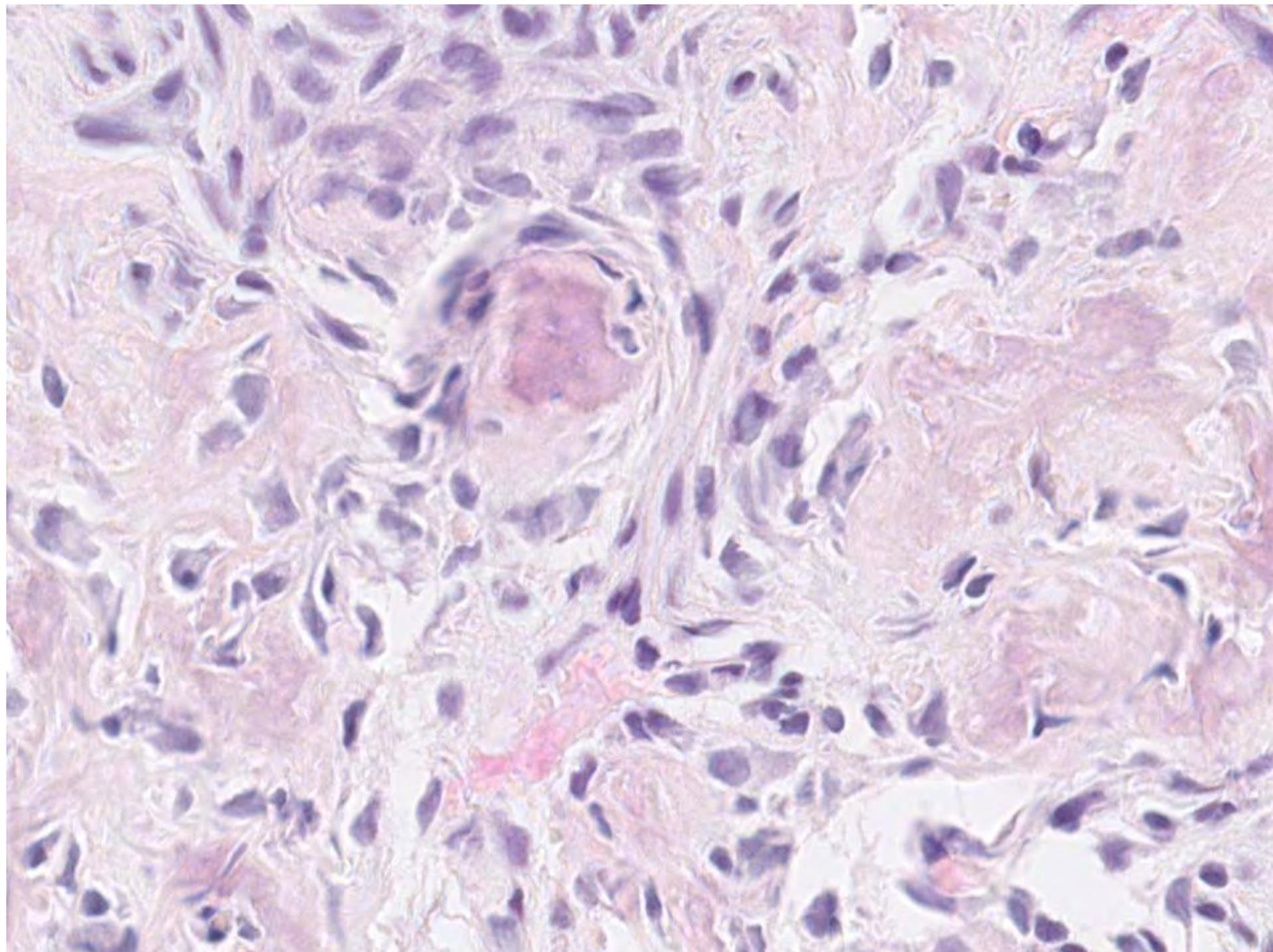


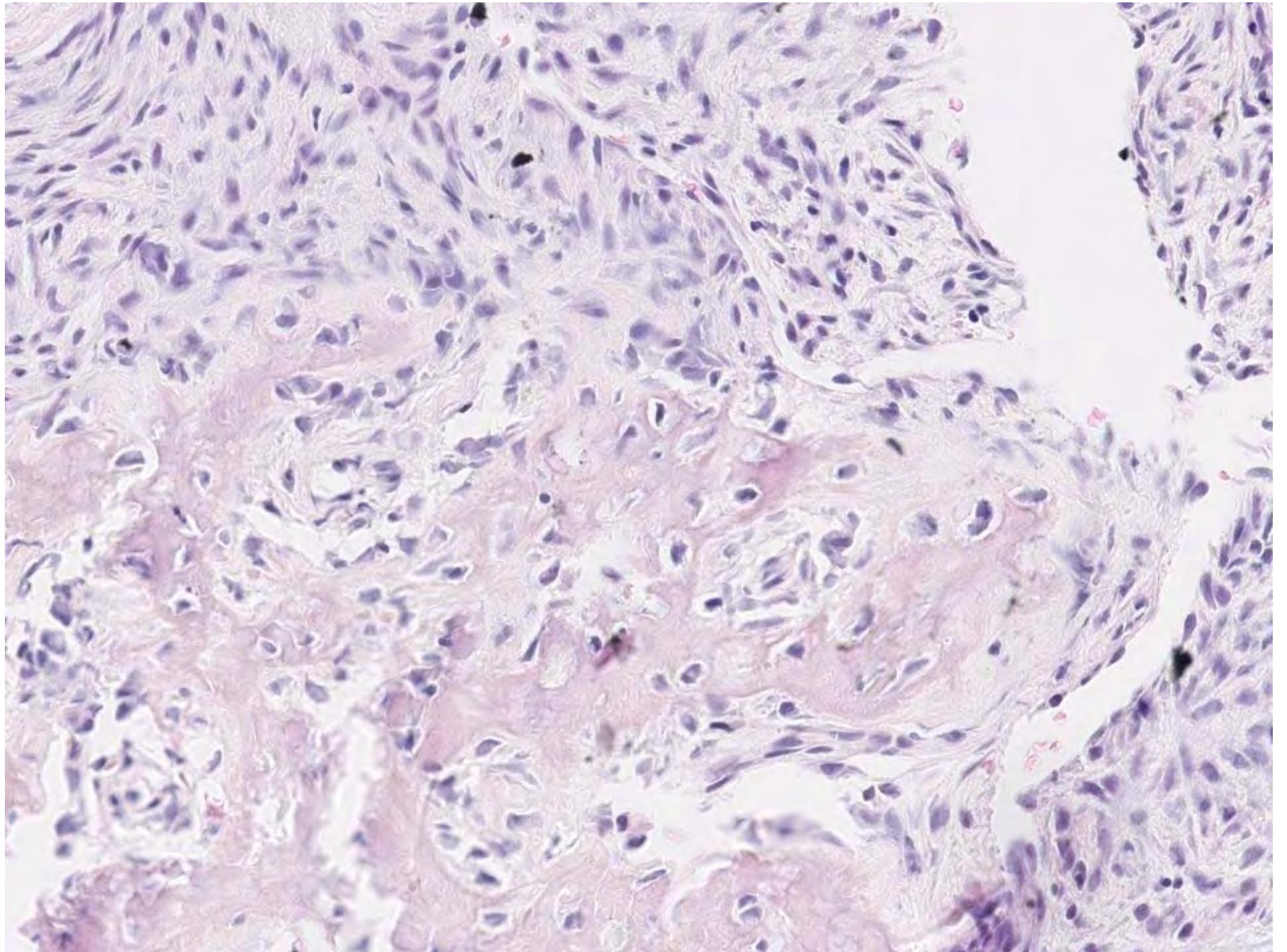


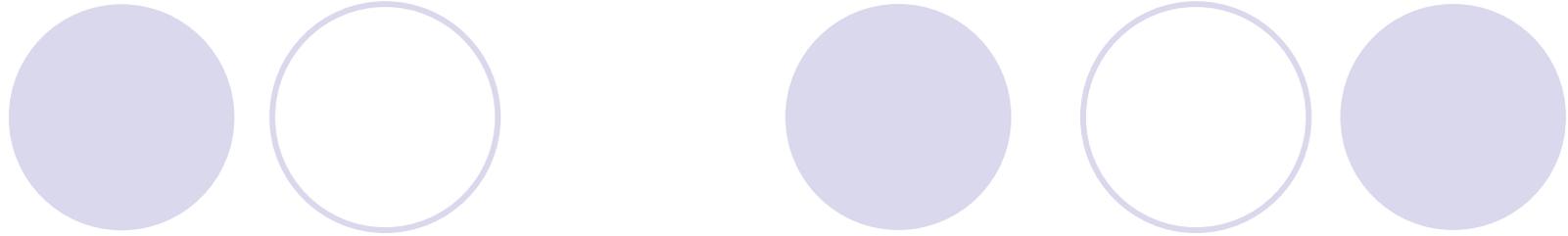






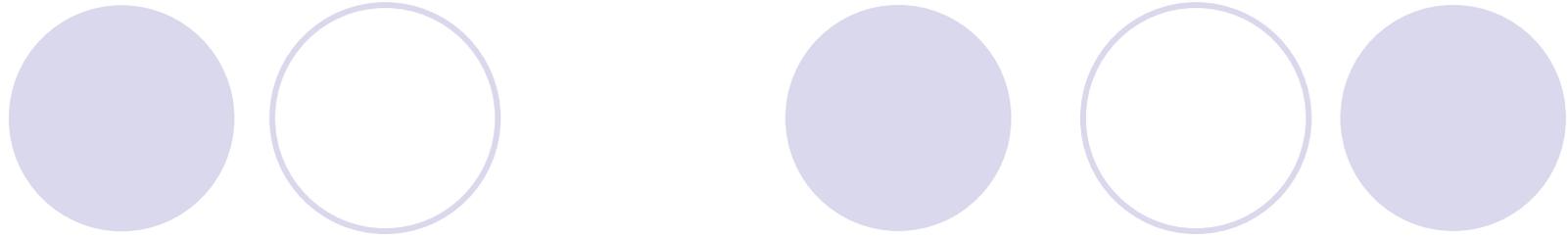






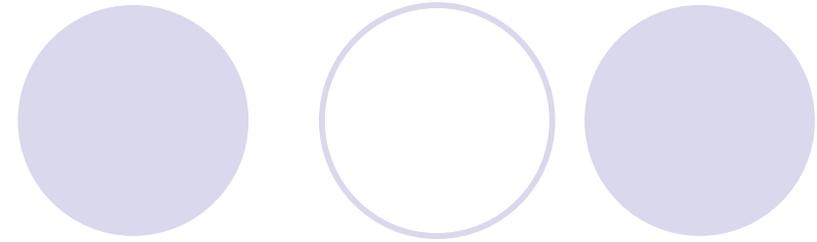
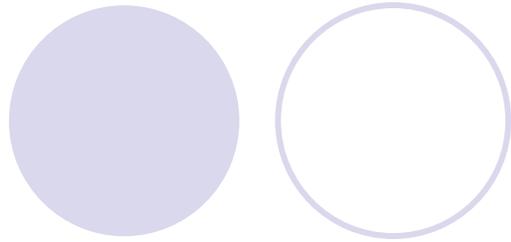
Classification de l'OMS des tumeurs odontogènes:

- **1) Tumeurs malignes**
 - A) carcinomes odontogènes
 - Exemple: carcinome améloblastique
 - B) sarcomes odontogènes
 - Exemple: fibrosarcome améloblastique
- **2) Tumeurs bénignes**
 - A) épithélium odontogène sans composante mésenchymateuse odontogène
 - Exemple: améloblastome
 - B) épithélium odontogène avec composante mésenchymateuse odontogène
 - Exemple: fibro-odontome améloblastique
 - C) mésenchyme et/ou mésenchyme odontogène, avec/sans épithélium odontogène
 - Exemple: fibrome odontogène
 - D) lésions osseuses
 - Fibrome ossifiant
 - Dysplasie fibreuse
 - Dysplasie osseuse
 - Granulome central à cellules géantes
 - Cherubism
 - Kyste anévrysmal osseux
 - Kyste osseux simple

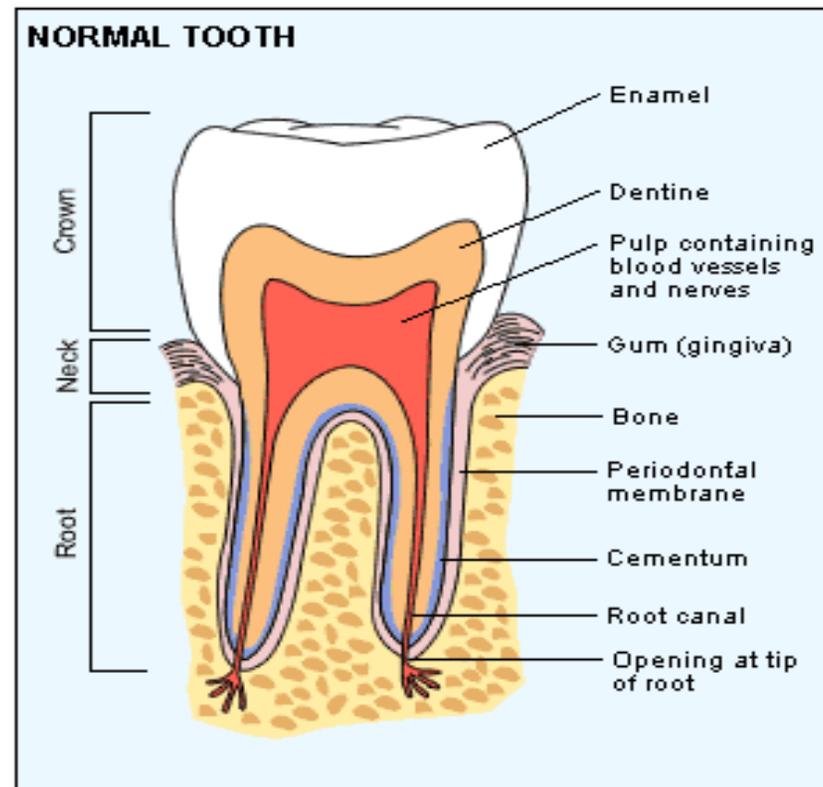


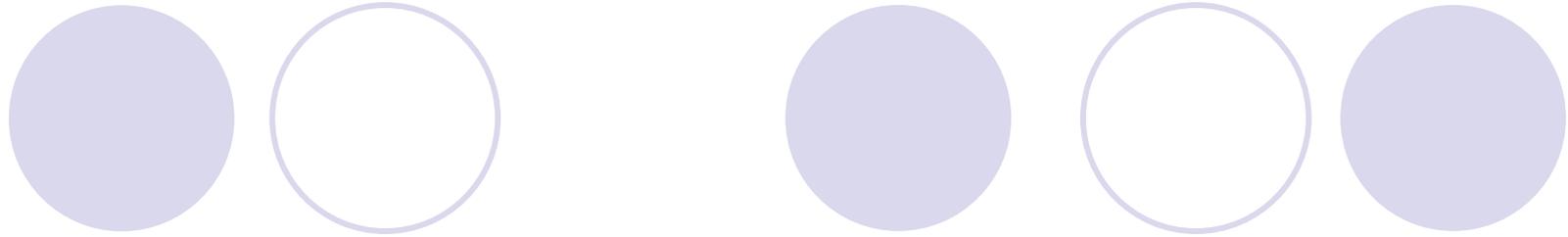
Classification des lésions fibro-osseuses de la région maxillo-faciale selon Barnes, 2005:

- **1) Dysplasie fibreuse**
 - Mono-osseuse
 - Poly-osseuse
 - Cranio-faciale
- **2) Dysplasie osseuse**
 - Dysplasie (cemento) osseuse périapicale
 - Dysplasie (cemento) osseuse focale
 - Dysplasie (cemento) osseuse florride (cementome familial géant)
- **3) Fibrome (cemento) ossifiant**



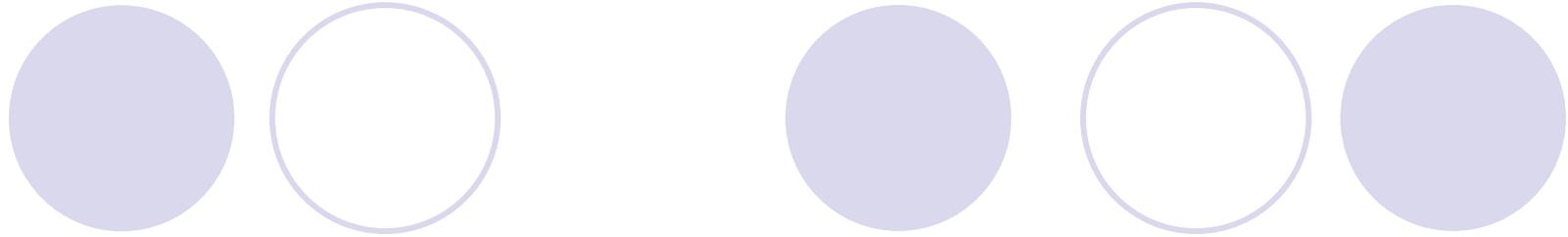
- Les 3 formes de dysplasie osseuse représentent le même processus pathologique.
- La cause est inconnue
- Se développeraient à partir des fibroblastes du ligament périodontal





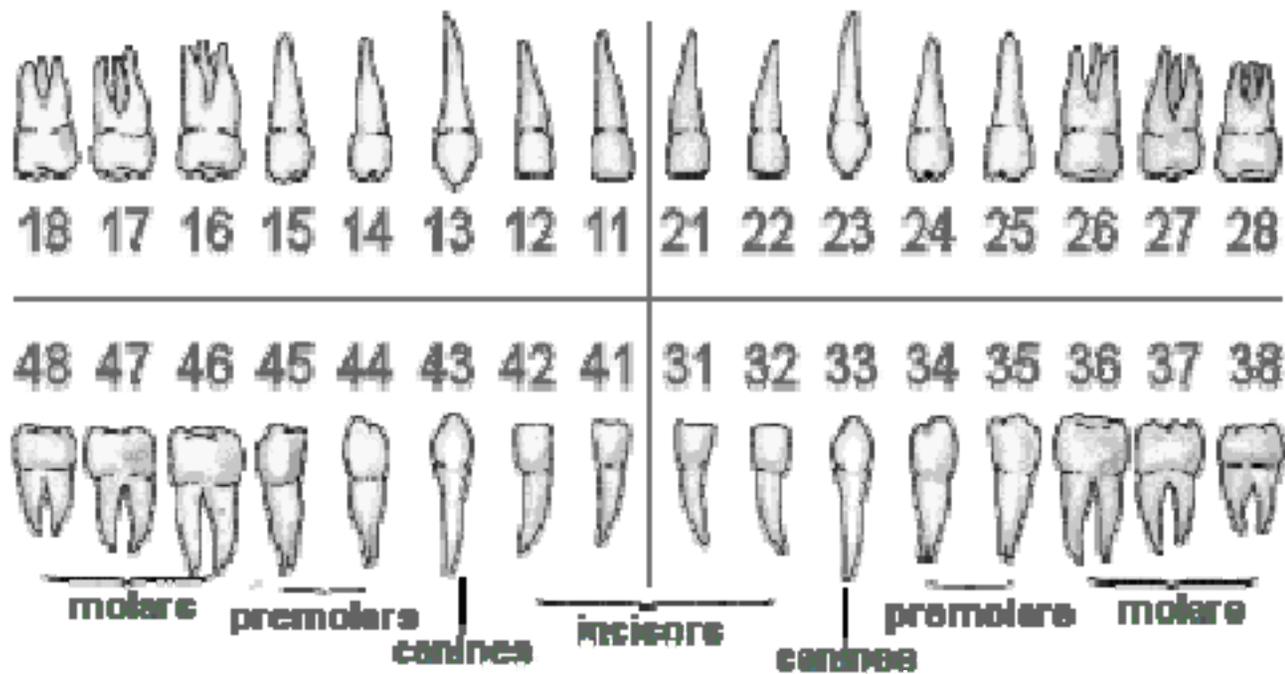
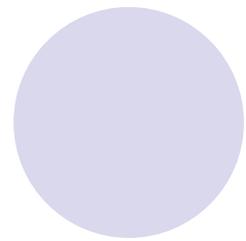
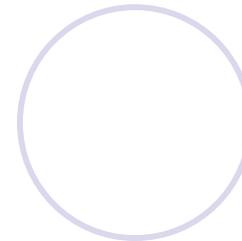
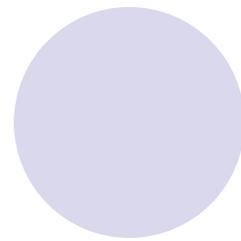
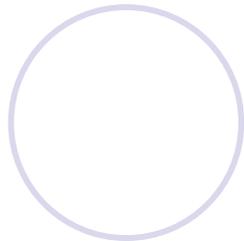
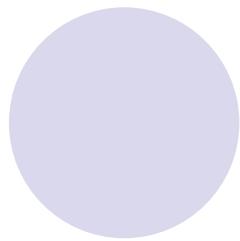
Dysplasies osseuses, suite:

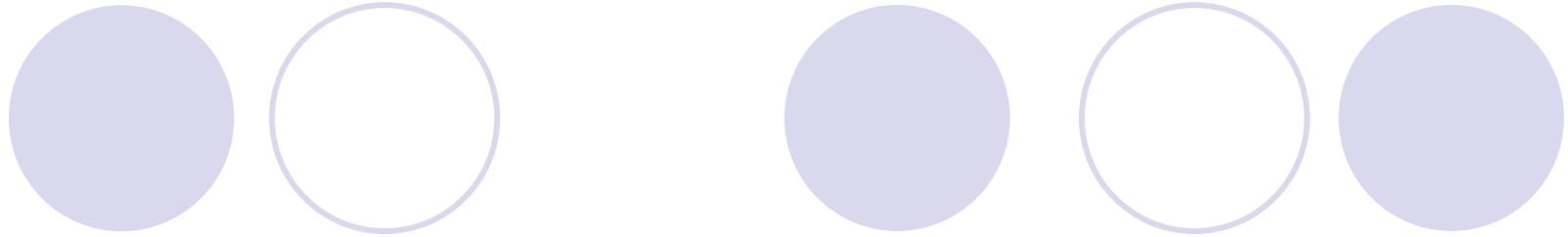
- Elles seraient possiblement secondaires à un traumatisme ou inflammation locale
- Sont formées de:
 - Stroma fibreux
 - Quantité variable de:
 - Os lamellaire et os tissé
 - Calcifications
 - Sphérules de matériel de type ciment
- Plus la lésion est vieille, plus il y a de matériel minéralisé
- Pas de communication avec la dent
- Se fuse à l'os



Dysplasies osseuses, suite:

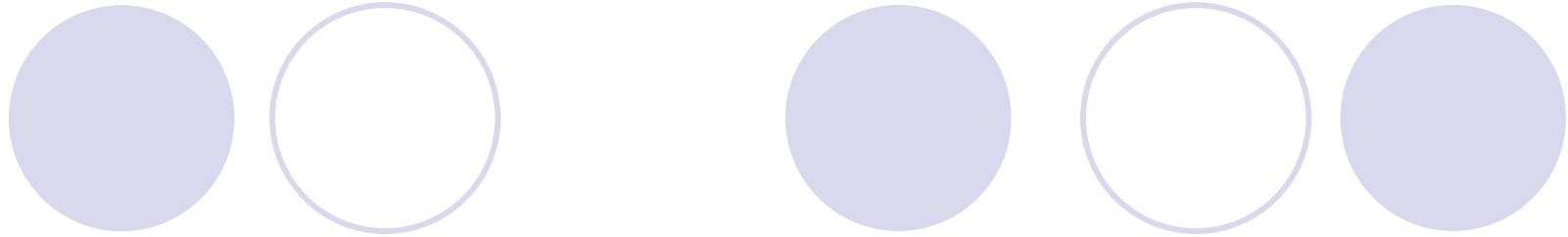
- La localisation est variable
 - A) **Forme périapicale**: mandibule antérieure
 - N'intéresse que quelques dents adjacentes
 - B) **Forme focale**: partie postérieure de la mandibule
 - N'intéresse que quelques dents adjacentes
 - C) **Forme floride**: atteint plus d'un quadrant





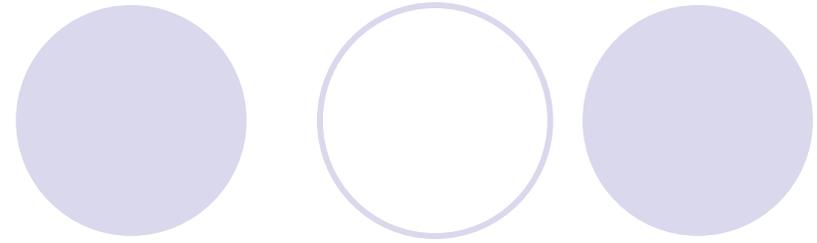
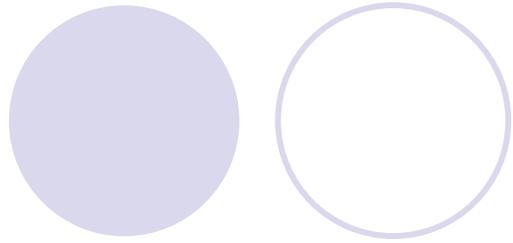
Dysplasie cemento-osseuse périapicale:

- Est maintenant considérée comme une lésion non tumorale
- S'agit d'un processus réactionnel où l'os normal est remplacé par du tissu fibreux et du matériel de type ciment
- Surtout chez les femmes (10 -15/1)
- Âge moyen: 39 ans
- Plus fréquent chez les personnes de race noire
- Atteint la partie antérieure de la mandibule
- Est asymptomatique
 - Découverte fortuite



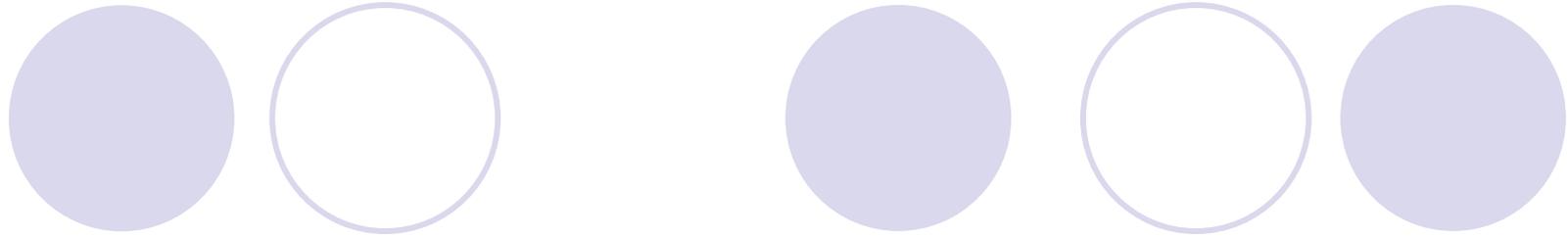
Radiologie:

- **Précoce:**
 - Lésion ronde et radiolucide à la base de la dent
 - Simule un granulome périapical
- **Plus tardivement:**
 - Devient radio-opaque débutant à la partie centrale avec présence de petits foyers opaques (formation de ciment)
- **Mature:**
 - La lésion est complètement opaque, sauf pour un liséré radiolucide qui la sépare de l'os
 - Mesure habituellement moins de 1 cm



Macroscopie:

- Lésion très adhérente à l'os
- Agrégat de fragments hémorragiques

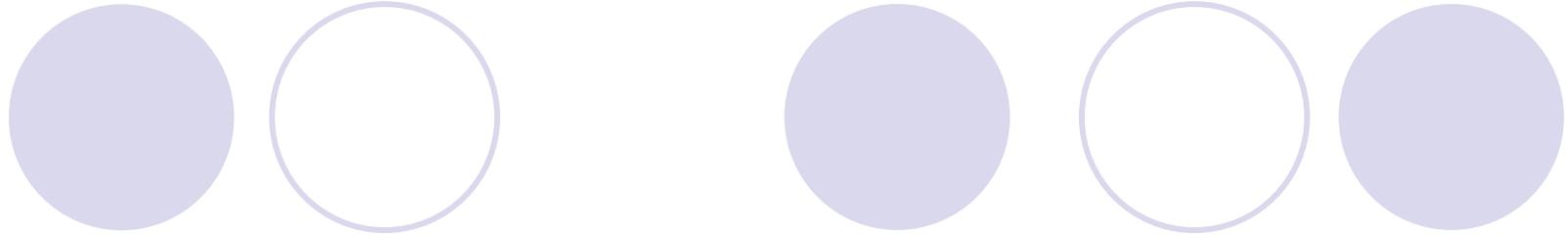


Microscopie:

- **Phase ostéolytique:**
 - L'os est remplacé par un tissu fibreux avec vaisseaux dilatés
 - Déposition d'ostéoïde et de sphérules de ciment
- **Phase cementoblastique:**
 - Calcification du stroma fibreux
 - Déposition de matériel de type ciment
 - Formation d'os tissé tapissé d'ostéoblastes
- **Phase mature:**
 - Moins de stroma fibreux
 - Masses de ciment, d'os tissé et d'os lamellaire

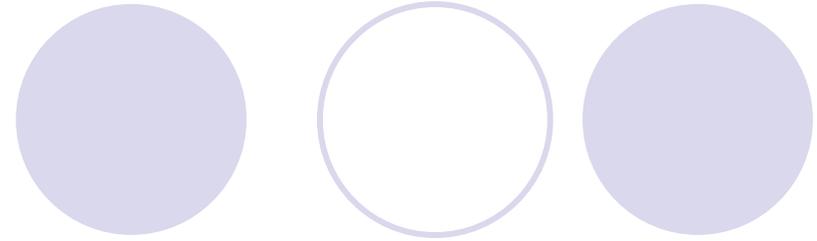
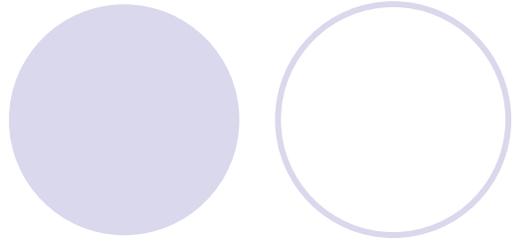
Corrélation radiologique et histologique:

Stade	Radiologie	Histologie
Ostéolytique	Zone radiolucide, bien délimitée, périapicale	Stroma fibreux avec fibroblastes, vaisseaux, petites sphérules de ciment, ostéoïde, os
Cémentoblastique	Zone périapicale radiolucide et radio-opaque, calcifications centrales	Stroma fibreux, cémentoblastes et/ou ostéoblastes, îlots de ciment, os
Mature	Masse radio-opaque régulière ou irrégulière, liséré radiolucide périphérique	Peu de stroma fibreux, masses irrégulières de ciment et d'os



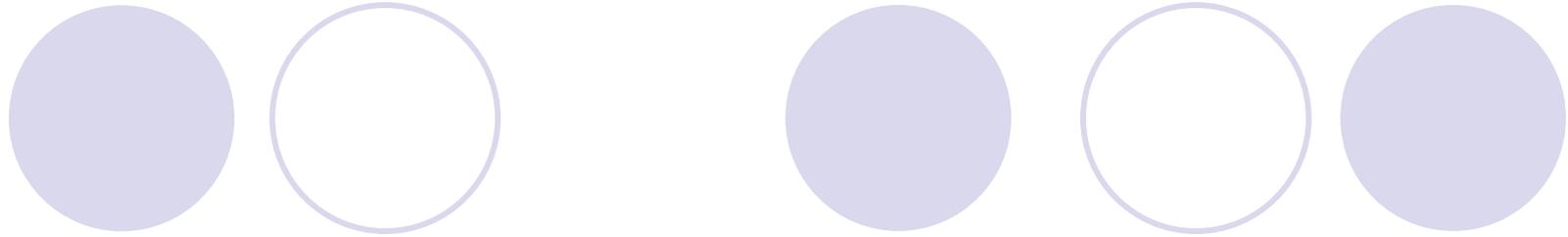
Diagnostic différentiel:

- **1) Fibrome cemento-ossifiant**
 - Lésion radiolucide qui provoque une expansion de la mâchoire
 - Déposition d'os lamellaire avec bordure d'ostéoblastes
 - Différenciation sur une base histologique parfois impossible
- **2) Dysplasie fibreuse**
 - Travées curvilignes d'os tissé sans ostéoblastes ou ciment
- **3) Ostéomyélite sclérosante**
 - Os lamellaire scléreux avec stroma fibreux renfermant des cellules inflammatoires
 - Pas de ciment
 - L'os a une distribution plus régulière
 - Contexte clinique essentiel



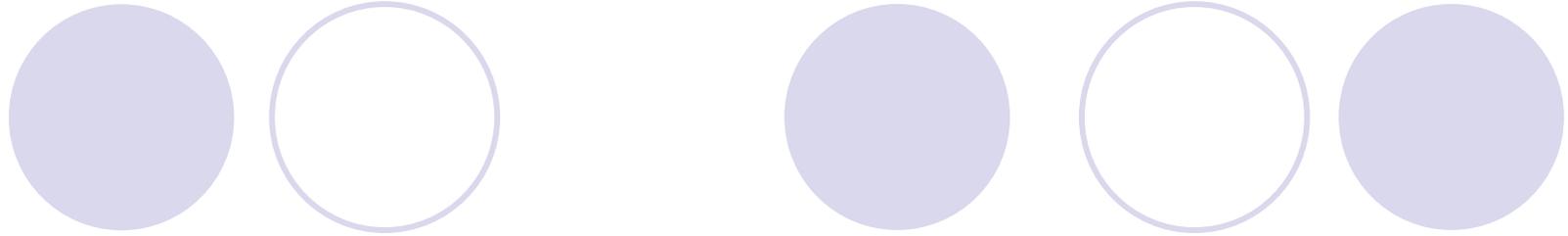
Traitement:

- Un traitement n'est pas indiqué, sauf:
 - Pour des raisons cosmétiques
 - Le diagnostic est en doute
 - La lésion est infectée



Dysplasie cemento-osseuse focale:

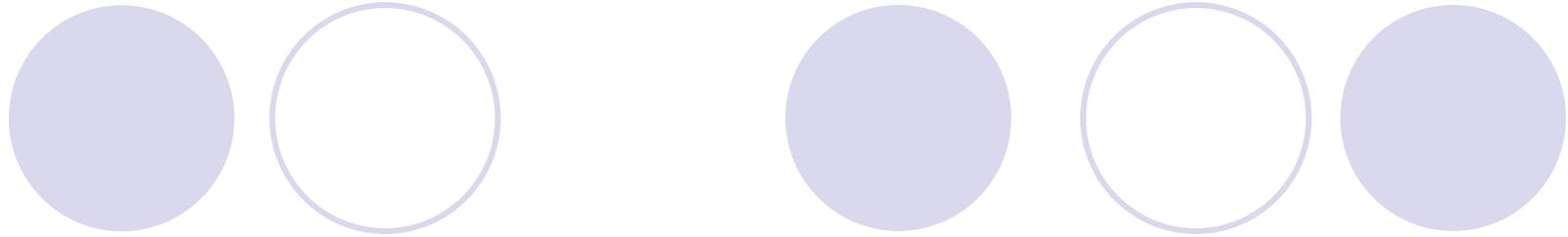
- La forme la plus fréquente des dysplasies osseuses
- Surtout chez les femmes
- Âge moyen: 37 ans
- Se situe au niveau de la mandibule postérieure
- Asymptomatique
- À la radiologie:
 - Lésion bien délimitée, en partie radiolucide, en partie radio-opaque
 - Moins de 2 cm
 - Parfois entourée d'une zone scléreuse



Microscopie:

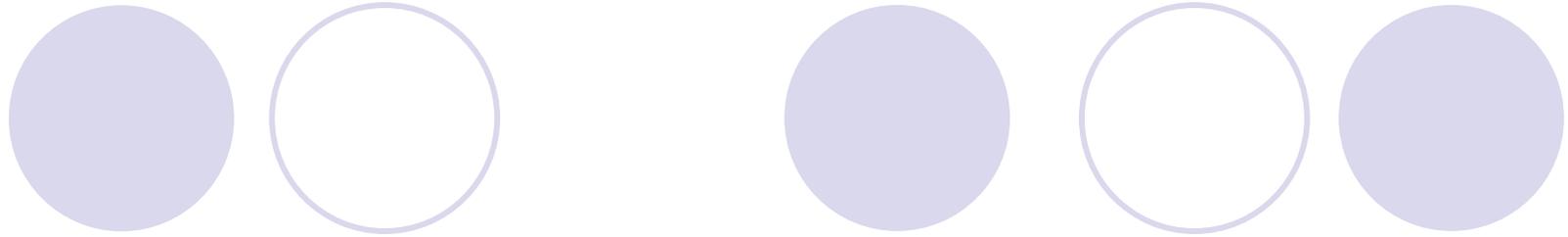
- Stroma fibreux et cellulaire
- Plusieurs petits vaisseaux
- Présence d'os tissé et de sphérules de ciment
- La partie périphérique peut être hémorragique

- Aucun traitement n'est requis.



Dysplasie cemento-osseuse florissante:

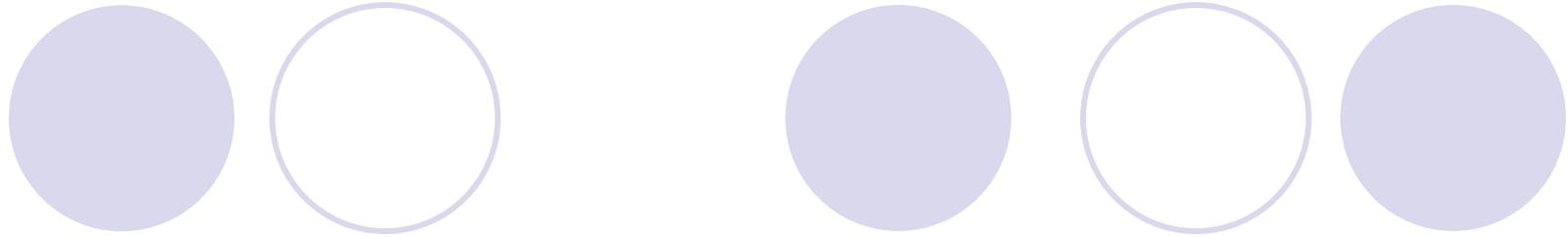
- Surtout chez les femmes de race noire et d'âge moyen
- Peut atteindre les 4 quadrants et devenir symptomatique si infectée
- Peut provoquer une déformation locale
- À la radiologie:
 - Lésions radio-opaques, irrégulières
 - Parsemées de foyers radiolucides
 - Peuvent être associées à un kyste osseux simple



Microscopie:

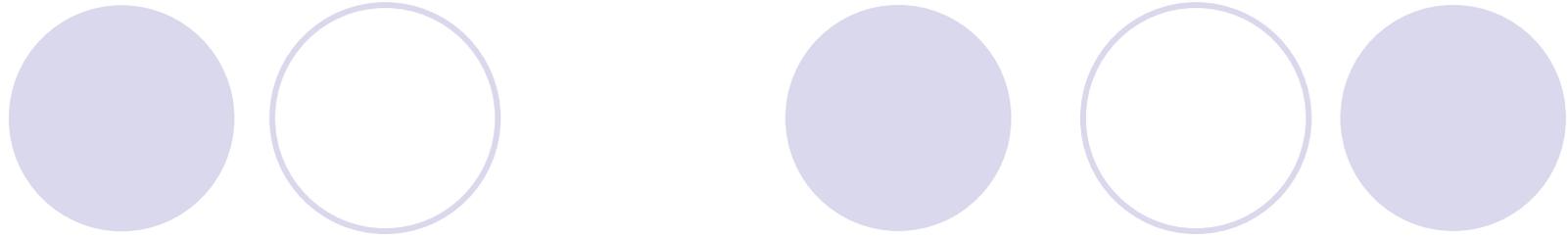
- Masses de matériel très calcifié ressemblant à du ciment
- Parfois fusionnée à une racine dentaire

- Aucun traitement requis.



Fibrome cemento-ossifiant:

- Surtout chez les femmes entre 20 et 40 ans
- Se développe dans les régions molaires, surtout à la mandibule
- Peut donner un gonflement local qui est non douloureux, mais peut être volumineux
- À la radiologie:
 - Lésion bien délimitée et radiolucide
 - Quelques calcifications, surtout centrales
 - Parfois, résorption de la racine dentaire avoisinante



Microscopie:

- Délimitée par une capsule
- Stroma modérément cellulaire avec fibroblastes fusiformes ou étoilés
- Parfois, disposition storiforme
- Stroma peu vascularisé avec quantité variable de collagène
- Travées d'os tissé avec ostéoblastes
- Travées d'os lamellaire
- Calcifications dystrophiques
- Parfois, sphérules de ciment
- **Traitement:**
 - Énucléation
 - Peu de récurrence

