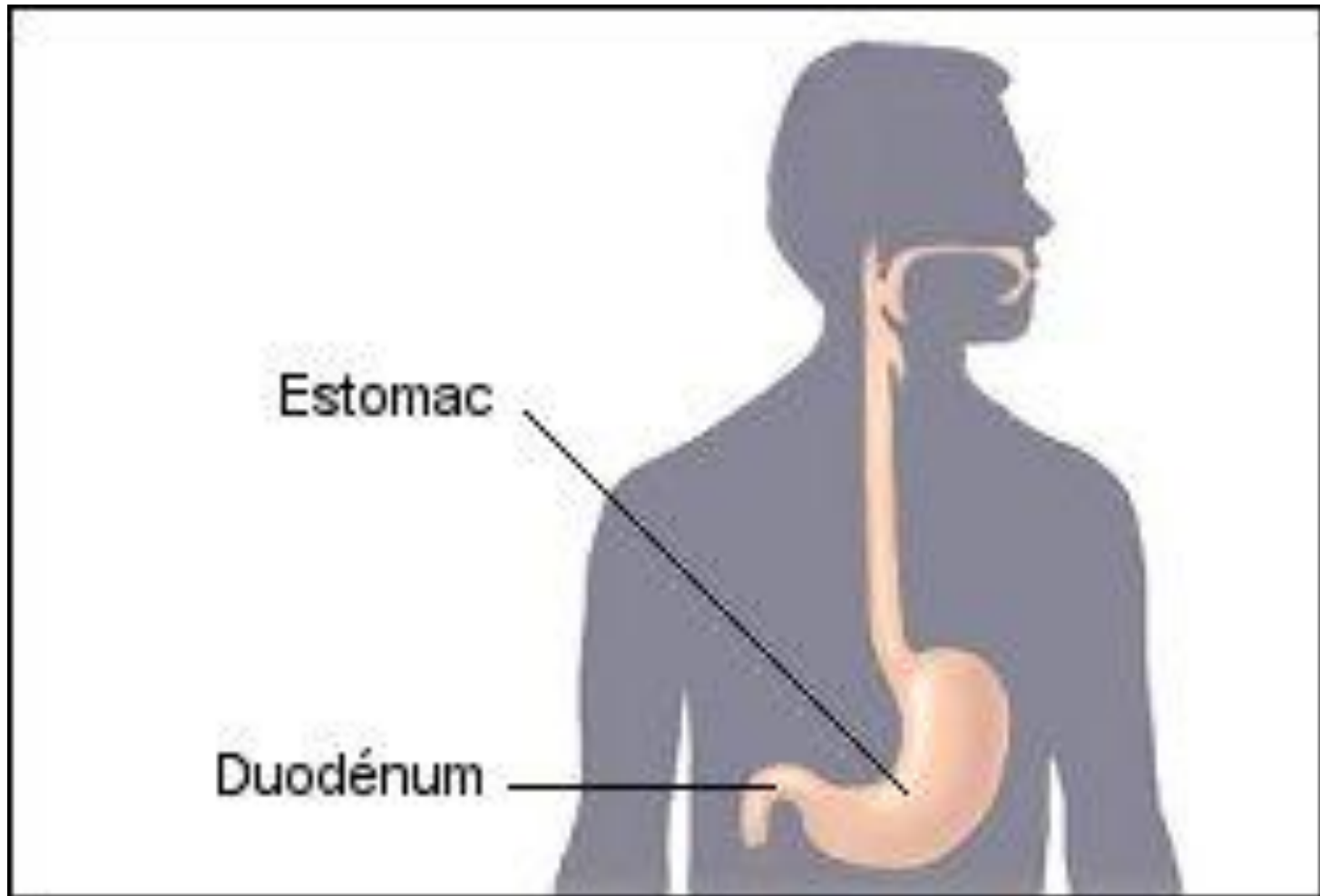


PATHOLOGIE TUMORALE DE L'ESTOMAC

Pr Abdellouche Chef de Service d'Anatomie Pathologique CHU
de Sétif.

I-Introduction -Rappels









Estomac organe accessible à la biopsie









HISTOLOGIE DES ORGANES

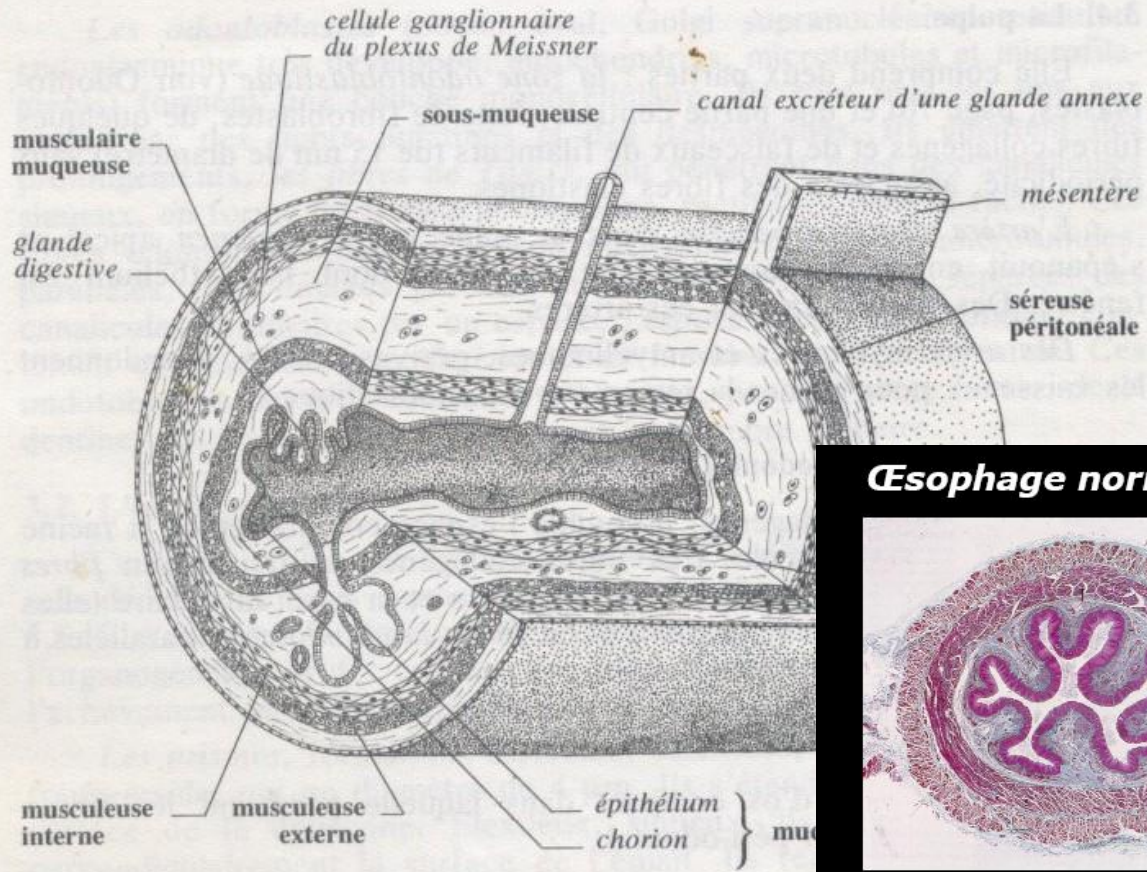
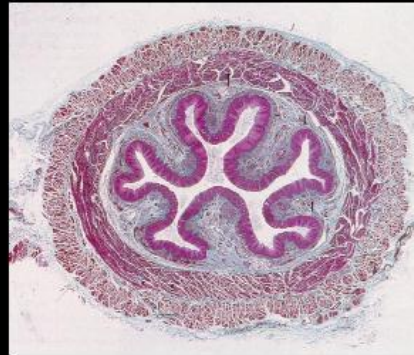


FIG. 4.4 ORGANISATION GÉNÉRALE DU TUB

Œsophage normal



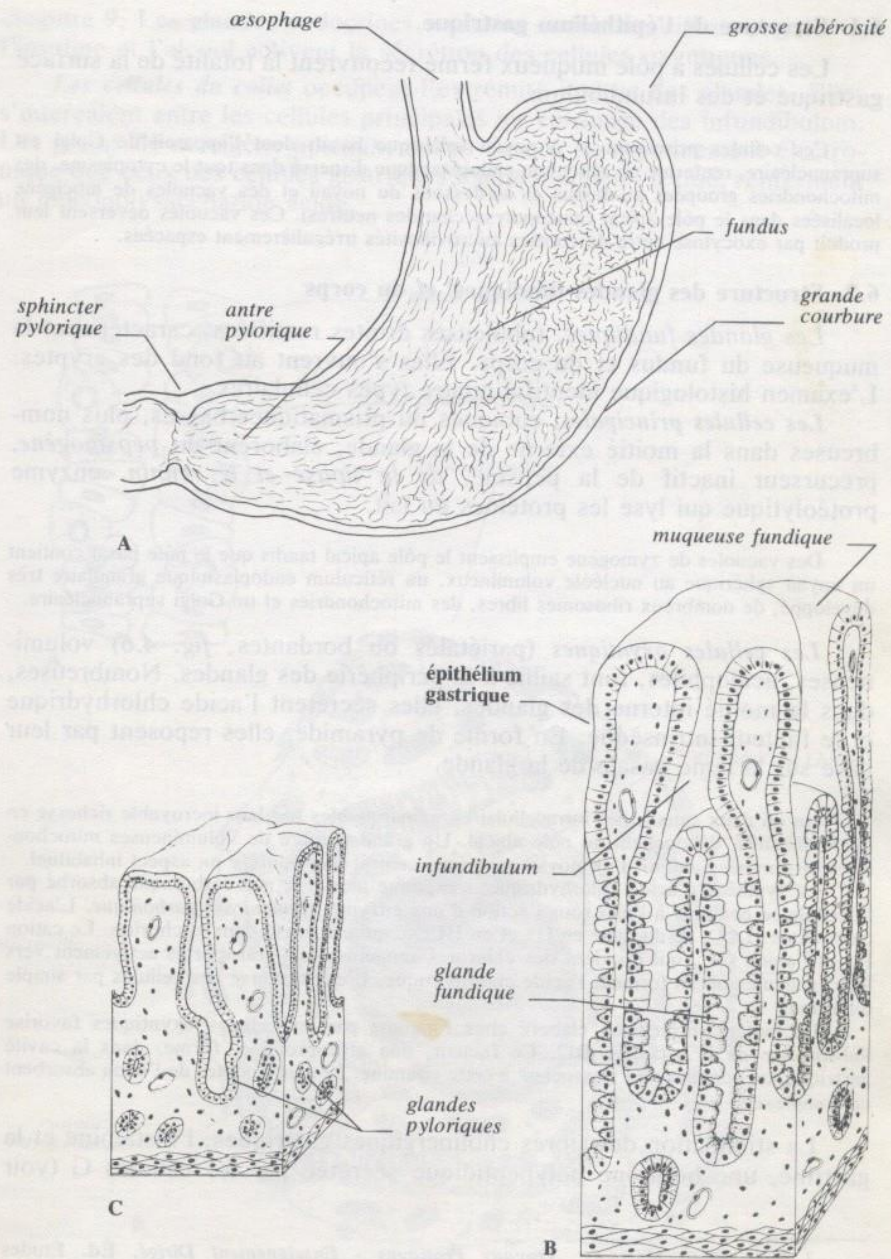


FIG. 4.5 ESTOMAC.

A. Rappel anatomique. B. Muqueuse fundique. C. Muqueuse pylorique.

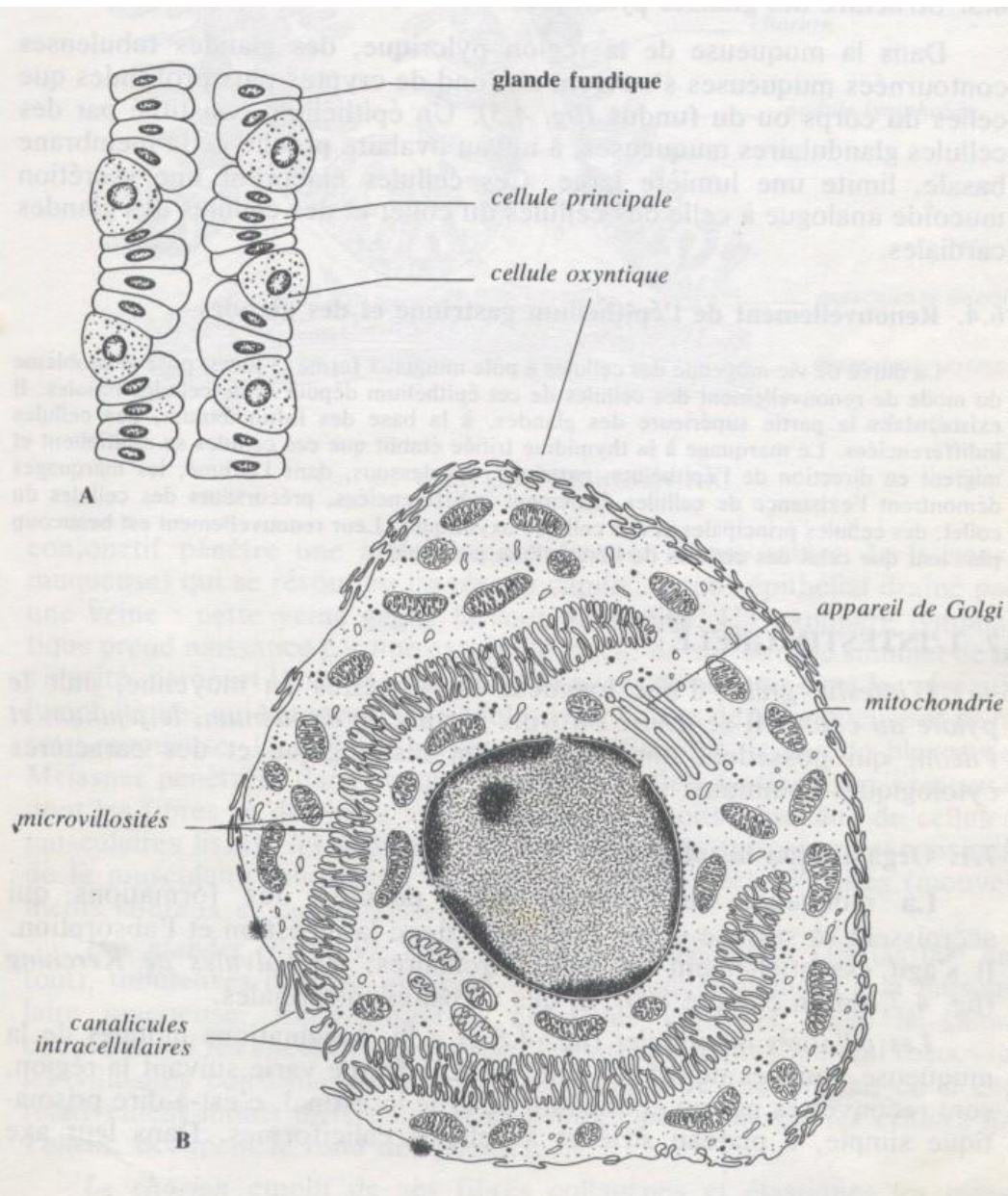


FIG. 4.6 ESTOMAC FUNDIQUE.

A. Glande fundique. B. Cellule oxyntique en microscopie électronique.

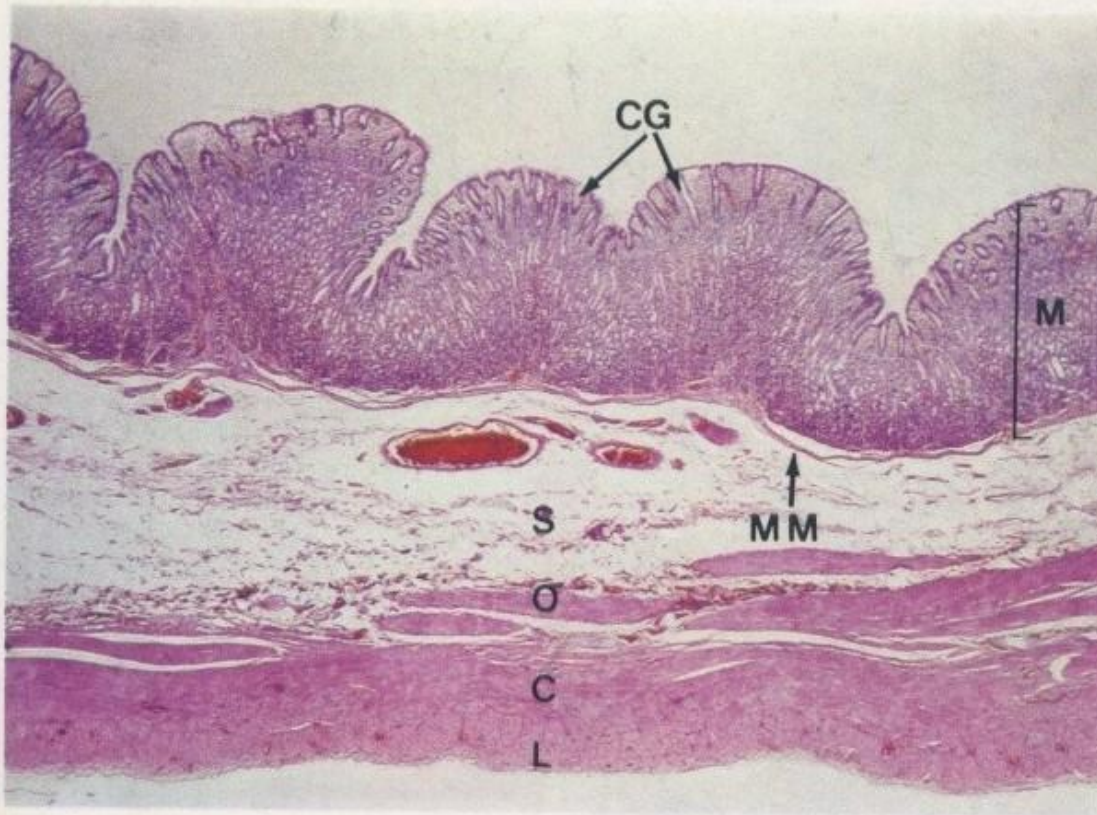


Fig. 12.26 Le corps de l'estomac

(HE × 12)

Cette microphotographie montre le corps de l'estomac à l'état de réplétion. La muqueuse forme des invaginations, les plis. La muqueuse **M** est constituée par des **glandes gastriques** qui s'étendent de la musculaire muqueuse **MM** jusqu'aux **cryptes gastriques CG** qui s'ouvrent dans la lumière. La musculature comprend la couche externe longitudinale **L** et la couche interne circulaire **C** qui est renforcée par une couche oblique **O**. Par ailleurs, des grands vaisseaux sanguins parcourent la sous-muqueuse **S**.

Fig. 12.27 Glandes gastriques

(HE × 120)

La muqueuse du fundus et du corps de l'estomac est constituée par des glandes tubuleuses droites qui synthétisent et sécrètent le liquide gastrique. Ce dernier est une sécrétion aqueuse qui contient de l'acide chlorhydrique (pH de 0,9 à 1,5), de la **pepsine**, enzyme capable d'hydrolyser les protéines en fragments polypeptidiques. La muqueuse gastrique est protégée des phénomènes d'auto-digestion par un revêtement épais de mucus. Les glandes gastriques comportent trois types cellulaires :

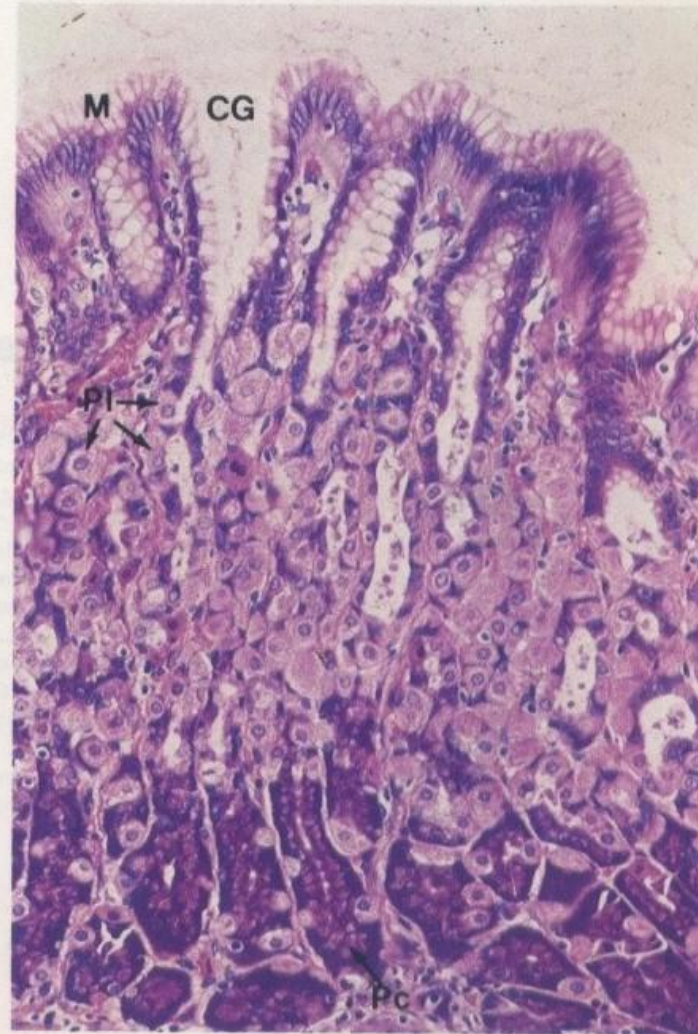
1) Les cellules muco-sécrétantes **M** recouvrent la surface apicale de l'estomac et bordent les cryptes gastriques **CG** dans lesquelles s'ouvrent les glandes gastriques. Les grains mucigènes qui remplissent le cytoplasme de ces cellules sont faiblement colorés par l'HE. On trouve un autre type de cellule muqueuse, la cellule muqueuse du collet au niveau de la partie distale de ces glandes.

2) Les **cellules peptiques**, ou **cellules principales Pc** élaborent la pepsine; elles sont groupées en amas à la base des glandes gastriques. Ces cellules se reconnaissent à leur cytoplasme granulaire hyperchromatique et à leurs noyaux denses, situés contre la basale.

3) Les cellules sécrétant l'acide chlorhydrique, appelées cellules bordantes, ou **cellules pariétales PI** se retrouvent tout le long des glandes mais sont plus nombreuses dans la partie moyenne de l'estomac. Ces cellules, grandes, arrondies, ont un cytoplasme éosinophile abondant et leur noyau est central.

De fines bandes de musculaire muqueuse s'étendent entre les glandes gastriques; la contraction de ce muscle pousse les sécrétions gastriques dans la lumière de l'estomac.

En plus des cellules exocrines de la muqueuse gastrique, des cellules sécrétoires endocrines sont éparpillées dans la muqueuse gastrique et dans la muqueuse de tout le tractus gastro-intestinal (voir chap. 14).



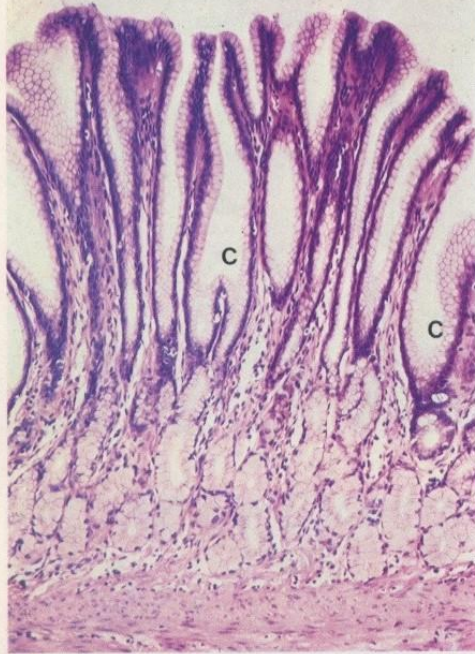


Fig. 12.33 La muqueuse pylorique

(HE × 120)

Contrairement aux glandes tubuleuses droites du fundus et du corps de l'estomac, les glandes pyloriques sont anastomosées et sont uniquement composées de cellules muco-sécrétantes. Les glandes s'ouvrent dans des cryptes **C** irrégulières, profondes. Le mucus élaboré par les glandes pyloriques sert à lubrifier et à protéger le passage dans le duodénum.

Parmi les glandes muqueuses pyloriques, on observe des glandes endocrines qui sécrètent la gastrine et sont par conséquent appelées cellules « G ». La mise en évidence de ces cellules « G » nécessite des méthodes histochimiques spéciales. La présence de matériel alimentaire dans la lumière gastrique stimule la sécrétion de gastrine dans le courant sanguin; la gastrine stimule ensuite la sécrétion de pepsine et d'acide par les glandes du fundus et du corps gastrique. Elle stimule aussi la motilité gastrique. On peut trouver des cellules sécrétant la gastrine mais en plus petit nombre dans d'autres endroits du tractus gastro-intestinal, notamment au niveau des îlots endocrines du pancréas. (voir chap. 14).

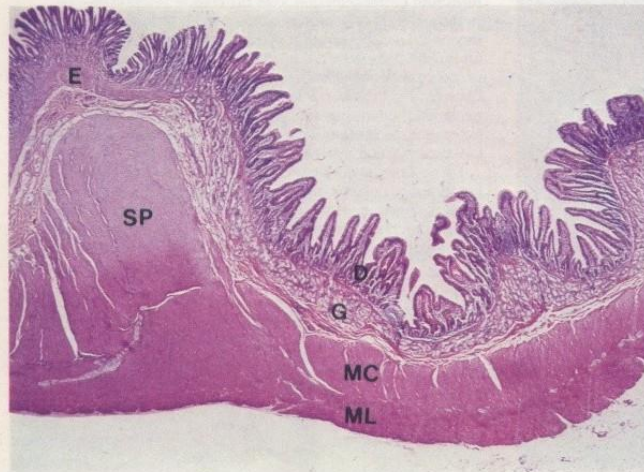


Fig. 12.34 Jonction gastro-intestinale

(Singe : HE × 12)

Le sphincter pylorique **SP** est une importante jonction de la muqueuse gastro-intestinale. La muqueuse glandulaire de l'estomac **E** fait place à un arrangement villositaire caractéristique de tout l'intestin grêle, depuis le duodénum jusqu'à la jonction iléo-cœcale. La muqueuse duodénale **D** forme des villosités et des cryptes dont la structure sera détaillée ultérieurement. Le duodénum est caractérisé par la présence de nombreuses glandes muco-sécrétantes **G** dans la sous-muqueuse. **Les glandes de Brunner**, ne se retrouvent nulle part ailleurs dans l'intestin grêle.

Le sphincter pylorique consiste en un épaissement important de la couche circulaire de la musculature à la jonction gastro-duodénale. Il faut noter la solution de continuité des couches circulaires **MC** et longitudinales **ML** de la musculature entre le pylore et le duodénum.

II- LES TUMEURS BENIGNES:

- Frce réelle difficile à évaluée (5 à 10% de toutes les Tm gastriques).
- Les adénomes et les léiomyomes sont les + frt.
- Se voient à tout âge, touchent les 2 sexes.
- Se développent en n'importe quel point de l'estomac ,avec prédilection pour la région antrale.
- Svt unique que multiple.

A- LES TM BENIGNES EPITHELIALES:

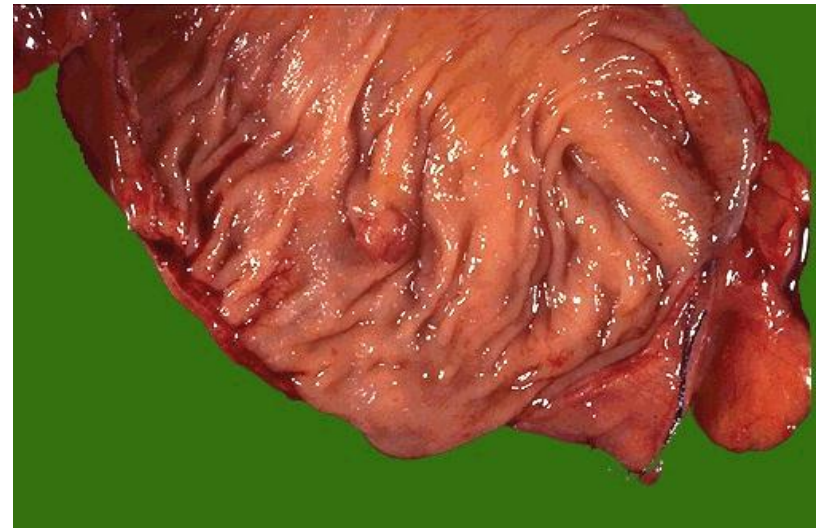
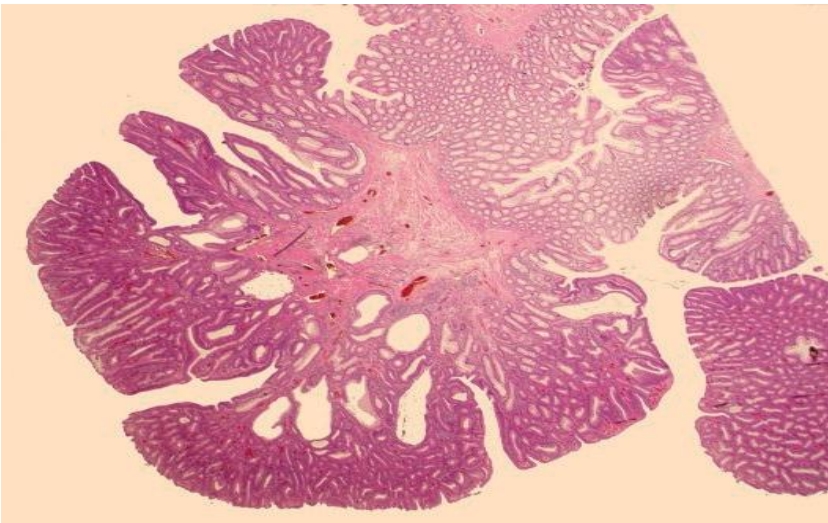
1. Les polypes hyperplasiques.
2. Les polypes adénomateux et papillaires.
3. Les hamartomes.

1. LES POLYPES HYPERPLASIQUES:

- Petite taille 1 à 2 cm de diamètre.
- Svt multiple.
- Svt sessile que pédiculé.

2- LES POLYPES ADENOMATEUX ET PAPILLAIRES:

- Rares, masse de 2 cm de diamètre.
- Sessiles ou pédiculés.
- Svt associés à une gastrite atrophique ou la maladie de Biermer.
- Quand ils sont X ; rechercher une polyposes familiale.
- Potentiel de Kc augmente de 5 à 25%.



3- POLYPPES HAMARTOIDES:

- Polyposes gastro-intestinales.
- Pigmentation mélanique cutanéomuqueuse: lentiginose periorificielle (taches brunes ou noires cutanéomuqueuses autour de la bouche et de la région ano-génitale),
Héréditaire (mode dominant).

B- LES TM BENIGNES CONJONCTIVES:

1- Les léiomyomes:

- Nodule de 2 à 3 cm, encapsulé, ferme, rond ou ovoïde.
- Svt de découverte fortuite.
- L'évolution maligne n'est pas exceptionnelle.

2- Autres tumeurs: lipome; neurologique, vasculaires.

III- LES TUMEURS MALIGNES:

A- LES CARCINOMES:

1. GENERALITES:

- Le kc de l'estomac est le + frt des kc du TD.
- Chez l'homme, il occupe le **3ème** rang après le kc bronchique et colo-rectal.
- Chez la femme, il occupe le **4ème** rang après le kc du sein , utérus et le colon.
- Touches les 2 sexes avec prédominance **masculine**.
- En France, le kc gastrique se situe au 5ème rang après le colo-rectal, sein, poumon, prostate.

- Se voit à partir de 50 ans.
- Topographie:
 - 50% la région antro-pylorique.
 - 25% petite courbure.
 - 25% le reste de l'estomac.
- Répartition géographique:
 - ✓ Pays à haut risque: Japon, Chine, Amérique du sud.
 - ✓ Pays à risque faible: Amérique du nord.

- Incidence:
- En baisse dans le monde en raison de l'amélioration des conditions de nutrition

2. ETIOPATHOGENIE:

➤ Facteurs alimentaires:

excès de sel, conserves, hydrocarbures polycycliques.

Les facteurs favorisant du cancer gastrique sont de type alimentaire (consommation excessive de viande ou de poisson fumé et de sel) et le reflux biliaire gastrique (notamment en cas de gastrectomie partielle avec anastomose gastro-jéjunale).

rôle protecteurs des fruits, des légumes, vit C et de la B.caroténe.

➤ Facteurs génétiques:

mutation P53/APC.

groupe sanguin A ont 20 à 30% de risque de développer un kc de l'estomac.

➤ Rôle de l'infection par l'HP: le risque est 2 à 6 X + élevé chez les sujets atteints d'une infection à HP. l'HP est un facteur carcinogène certain.

➤ Rôle favorisant du tabac et de l'alcool.

Année 1982



The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2005

"for their discovery of the bacterium *Helicobacter pylori* and its role in gastritis and peptic ulcer disease"



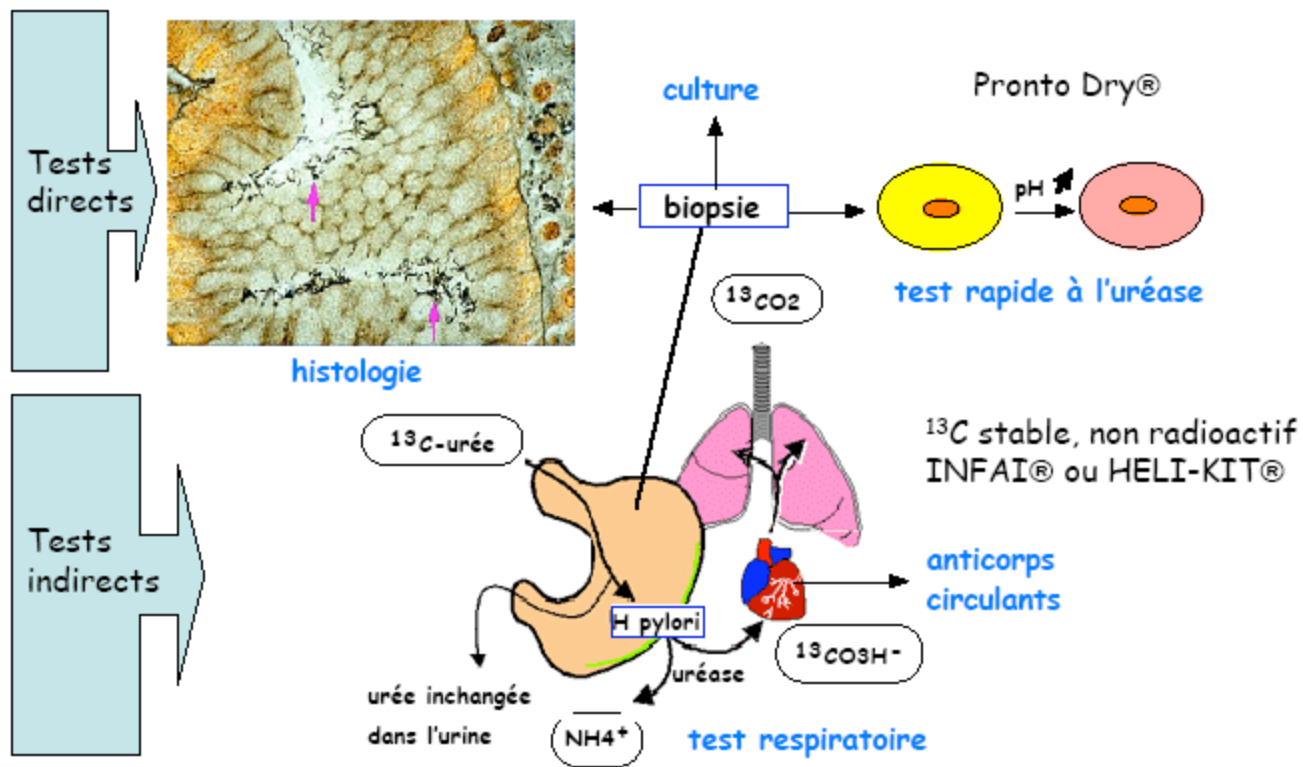
Barry J. Marshall



J. Robin Warren

Examens paracliniques

Recherche d'*Helicobacter pylori*

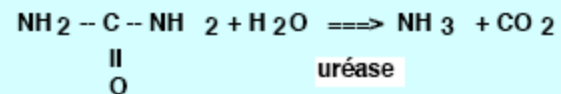
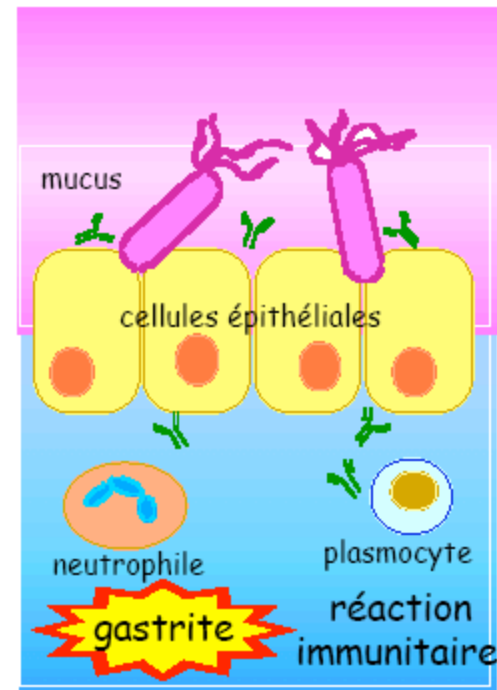


Physio-pathologie

Hélicobacter pylori



- Bactérie gram - spiralée, flagellée
- 30 à 40 % de la population sont +
- Infection surtout dans l'enfance
- Fréquence fonction des conditions d'hygiène
- Mode de propagation discuté
- Vit dans l'estomac grâce
 - * à son enfouissement dans le mucus
 - * à la présence d'une uréase

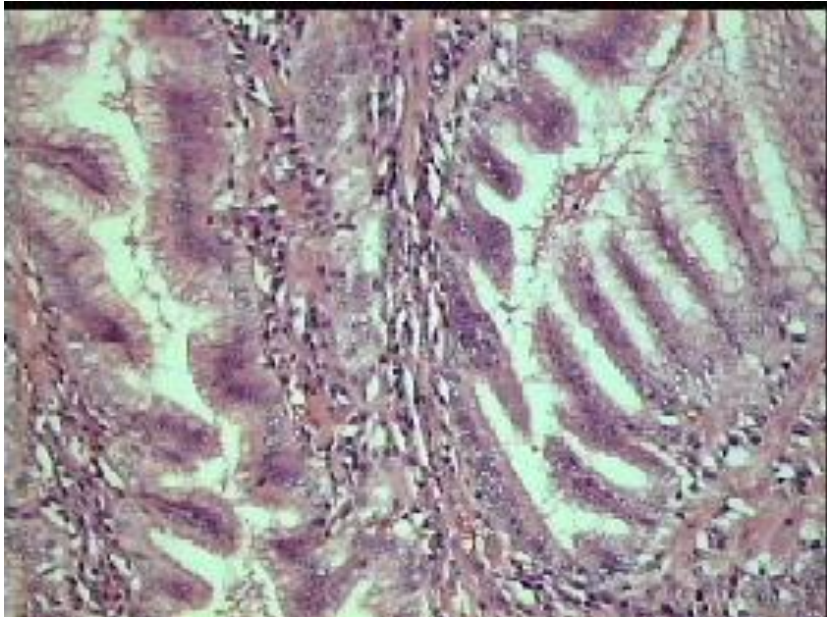
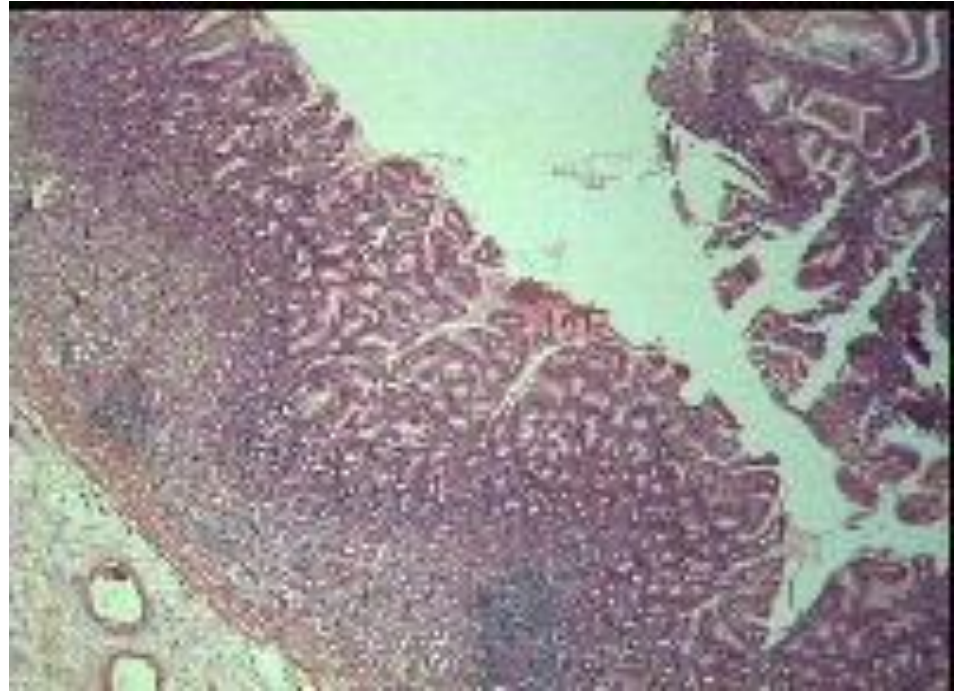
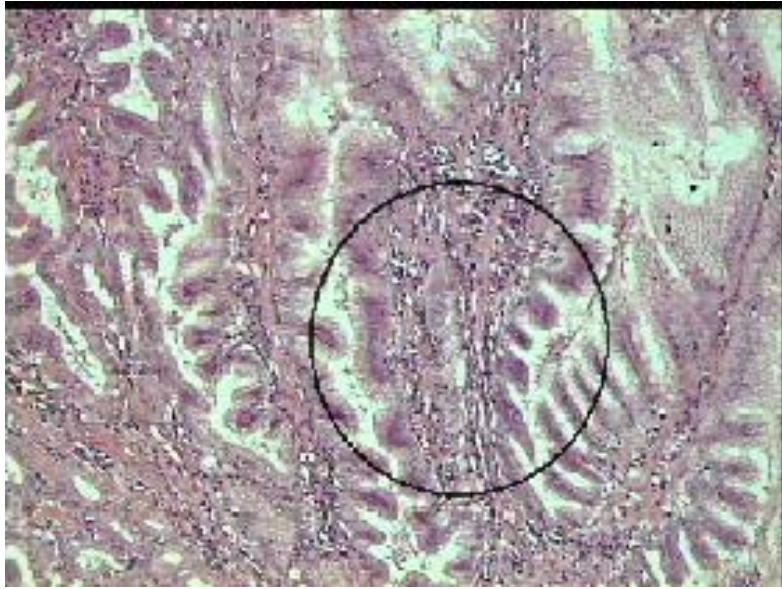


3. Les lésions précancéreuses:

- Gastrite chronique atrophique et infection à HP: qlq soit son origine auto-immune ou bactérienne.
- Adénomes: 5% des kc gastrique se développent à partir d'un adénome.
- Ulcère chronique: difficile de déterminer si le kc à pris naissance à partir d'un ulcère ou c'est l'ulcère qui a compliqué le dvpt d'un kc.
- Moignons d'une gastrectomie: le kc est une complication connue à lg terme des gastrectomies partielle.

➤ La maladie de Ménétrier ou polyadénomes en nappe ou hyperplasie hypertrophique géante.





4. Moyens diagnostics:

➤ Cliniques:

- Signes fonctionnels: douleurs épigastriques, anorexie, AMG, dysphagie, hoquet, vomissement, hématuries...
- Signes généraux: inconstants: AEG, fièvre, pâleur.
- Signe physique: sensibilité du creux épigastrique

➤ Biologie: anémie, troubles électrolytiques, ACE dans 40% des cas.

➤ Endoscopie: plusieurs aspects(plan, polypoïde, ulcération, végétation,...), permet de pratiquer des biopsies.

5. Etude anatomo-pathologique:

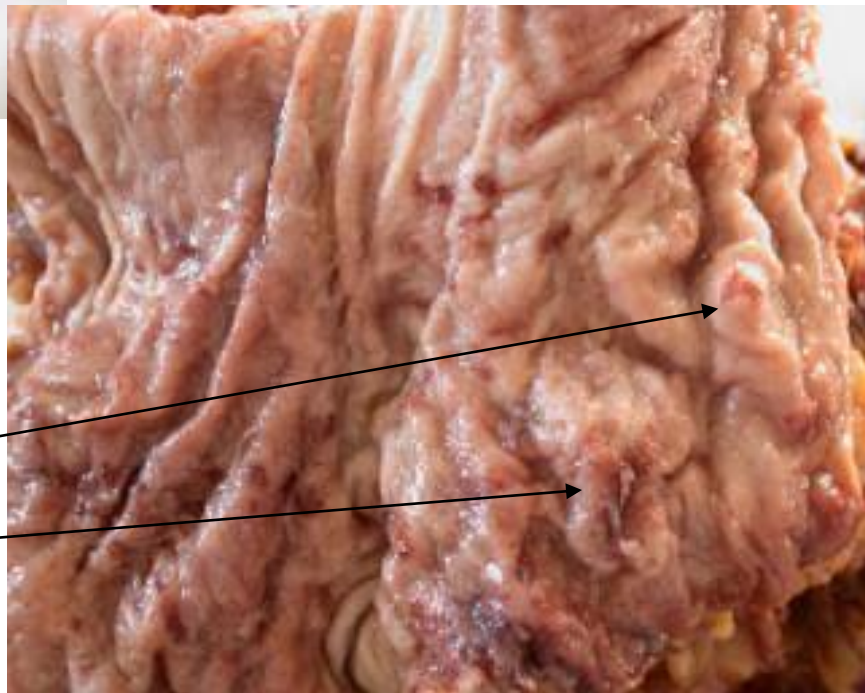
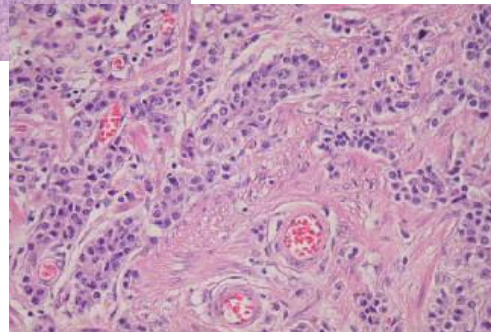
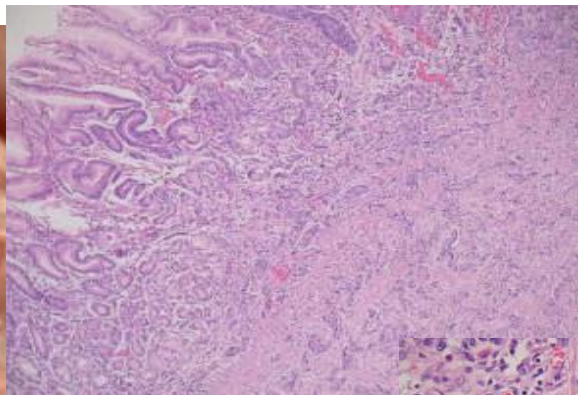
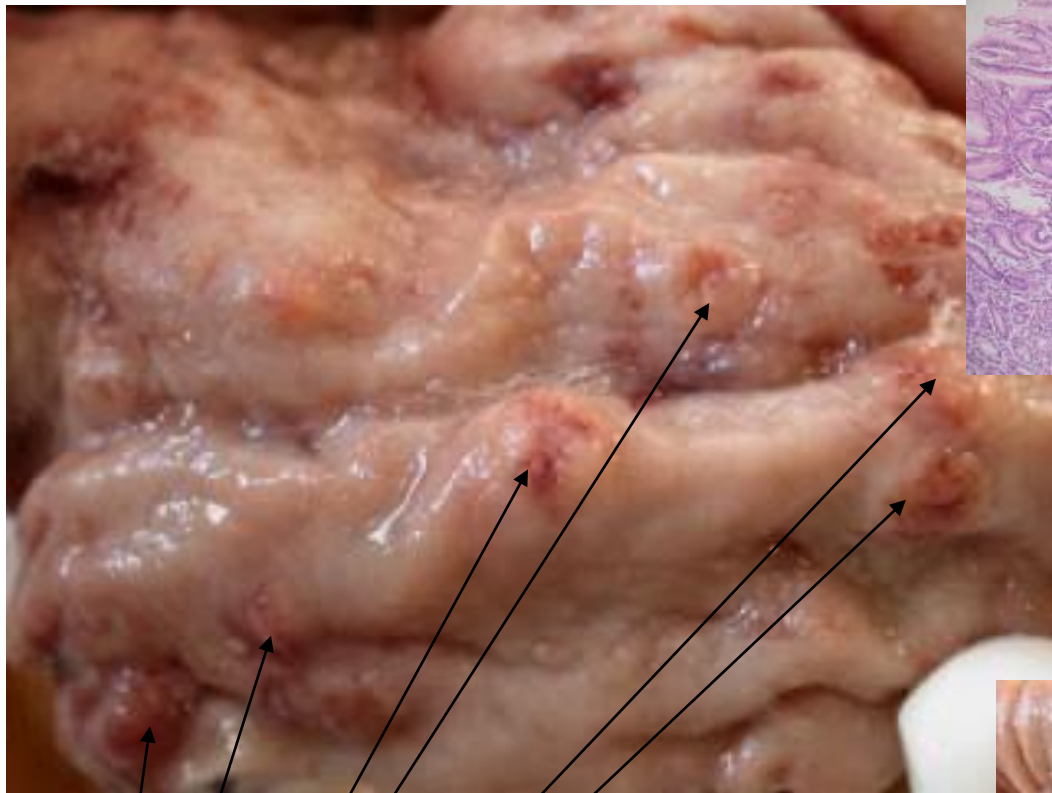
❖ Aspect macroscopique: on distingue,

Formes précoces:

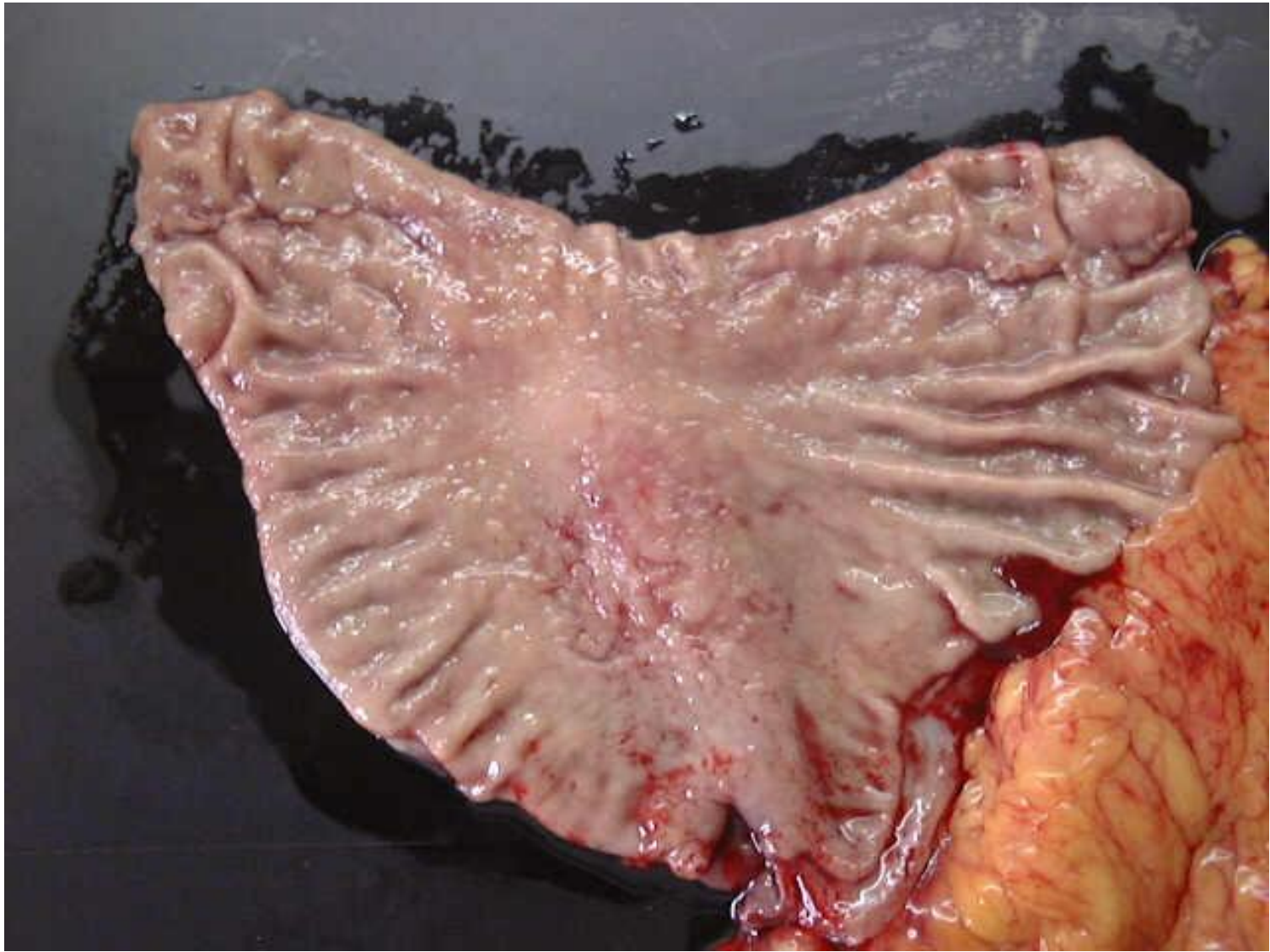
- Le kc intra muqueux (insitu). 5%(lésions planes)

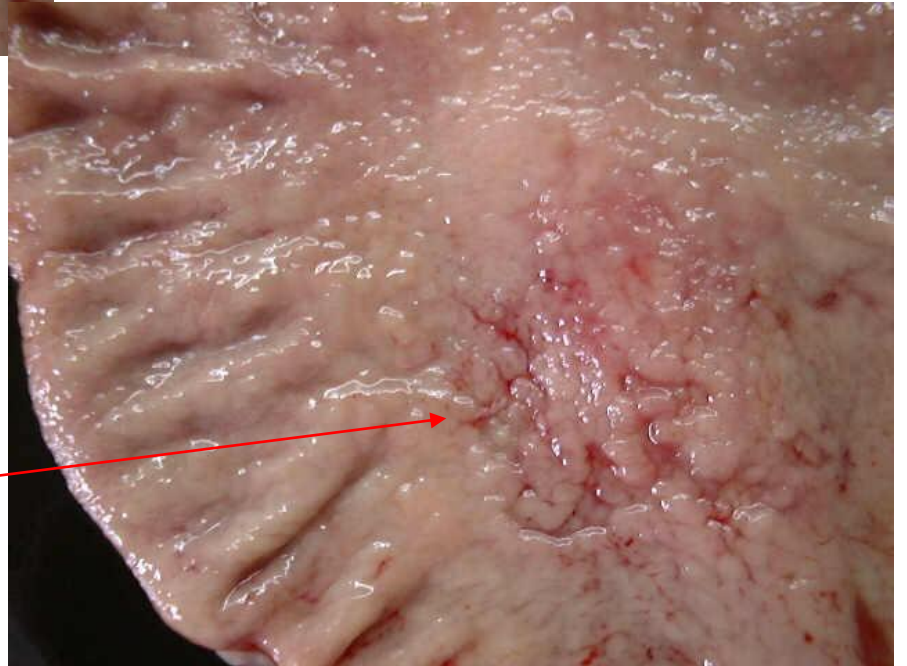
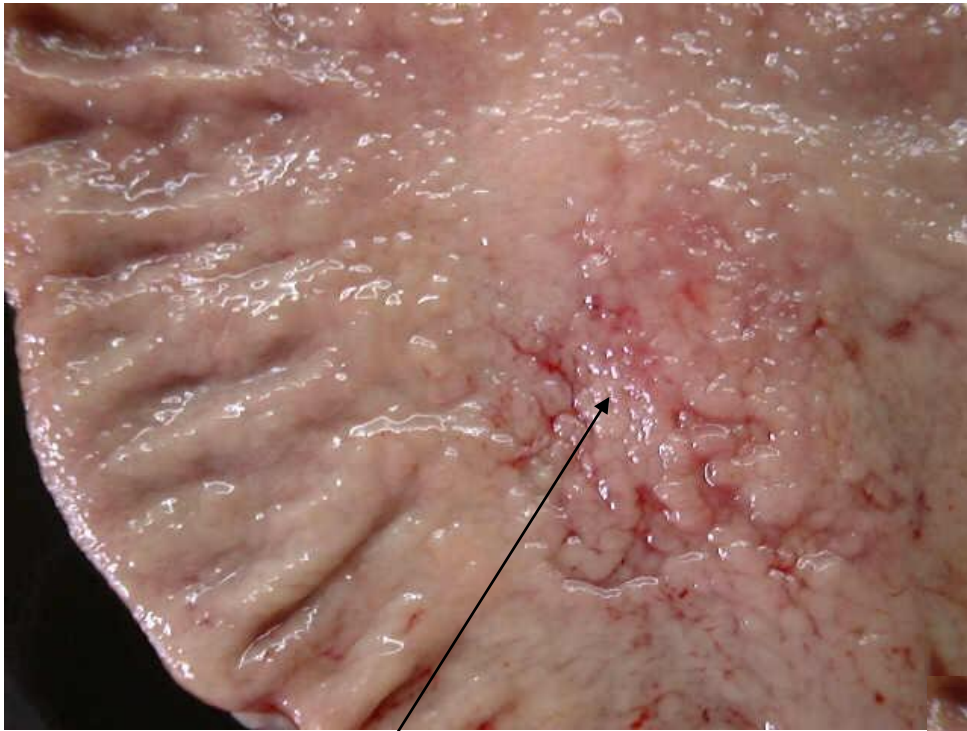
Formes avancées classées selon Bormann:

- Le kc polypoïde de type I, ulcéro-bourgeonnant de type II, ulcéré de type III et infiltrant de type IV
- Le kc végétant faisant saillie dans l'estomac. 25%
- Le kc infiltrant. 30 à 50%
- La limite plastique:

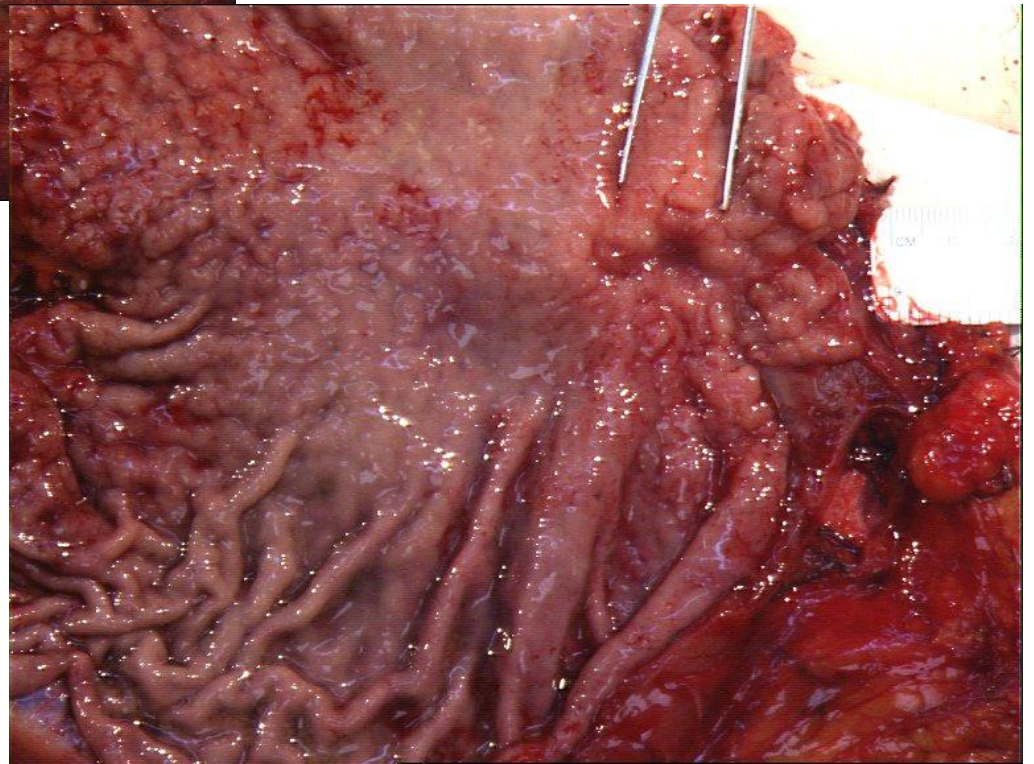
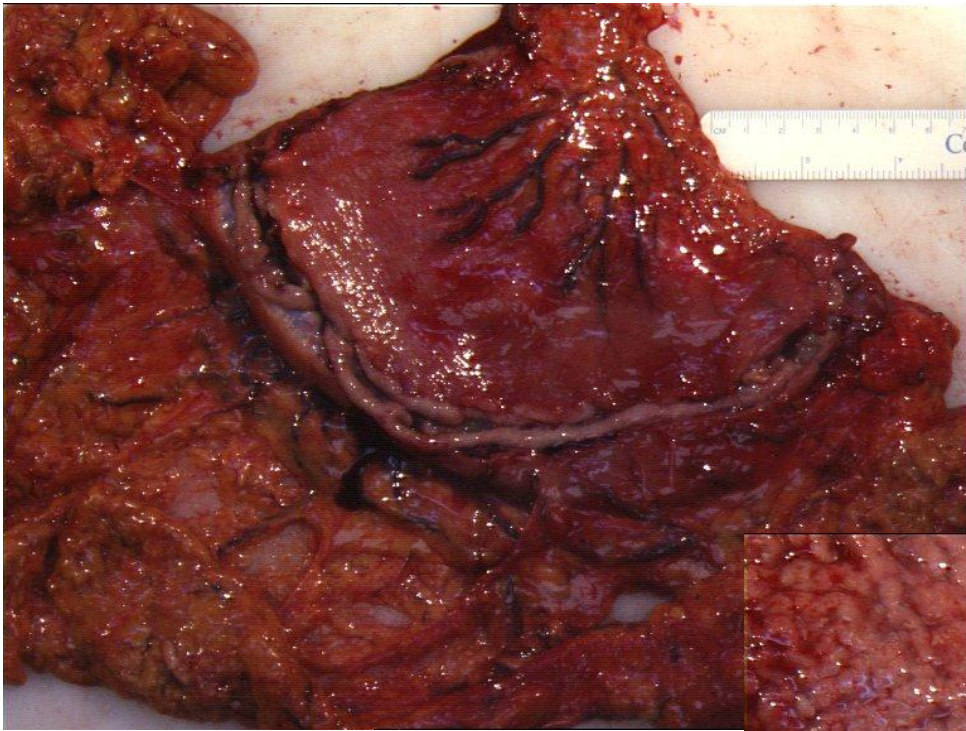


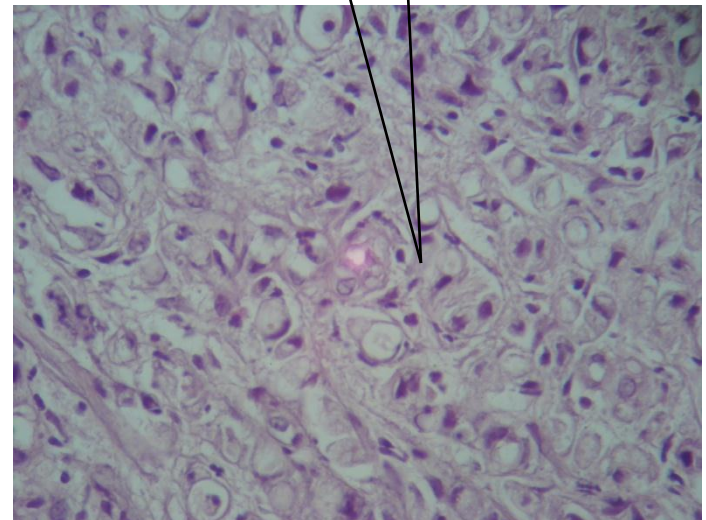
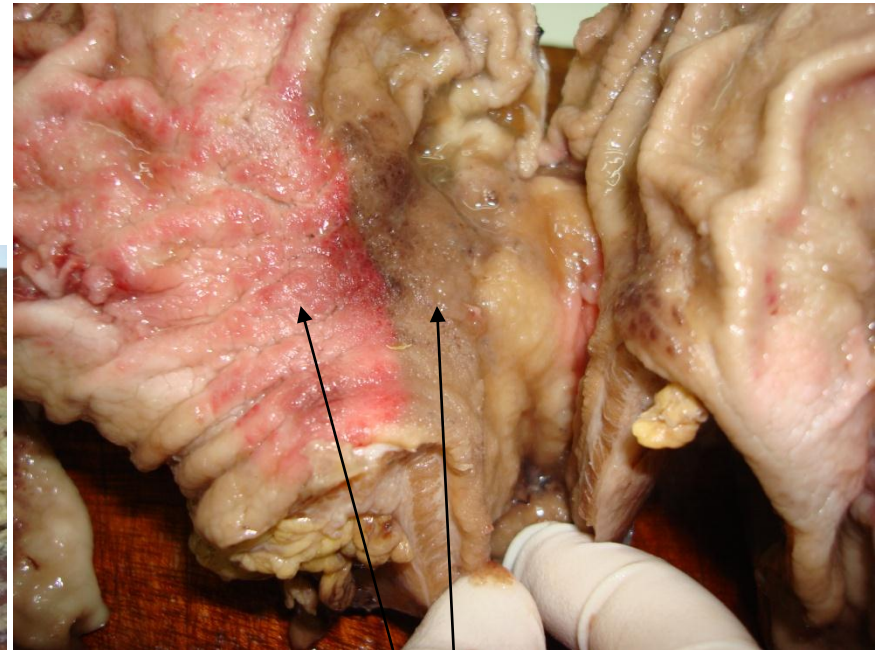
Tumeurs carcinoides de l'estomac



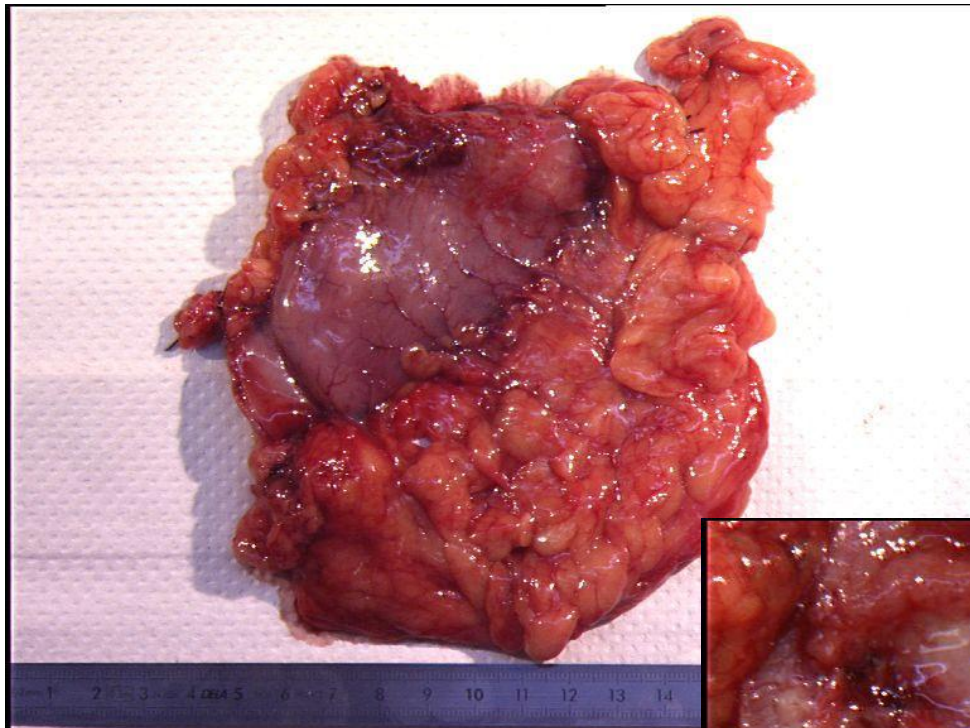


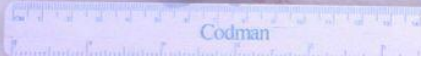
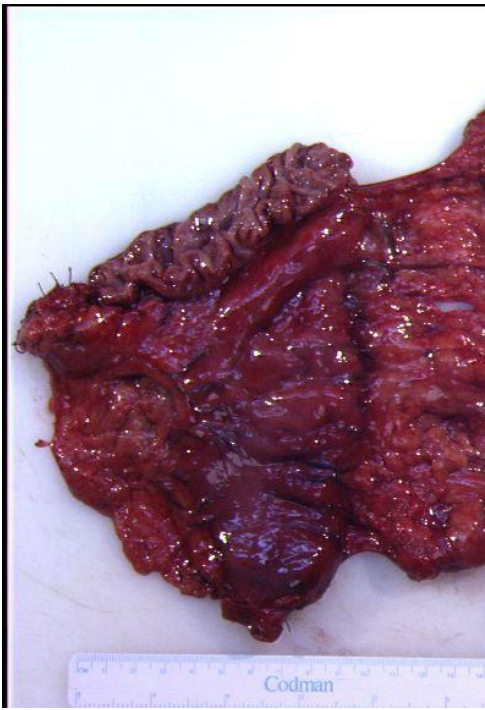
Cancer de l'estomac Antral





Femme de 31 ans : cancer de l'estomac antral , forme à cellules en bague à chaton



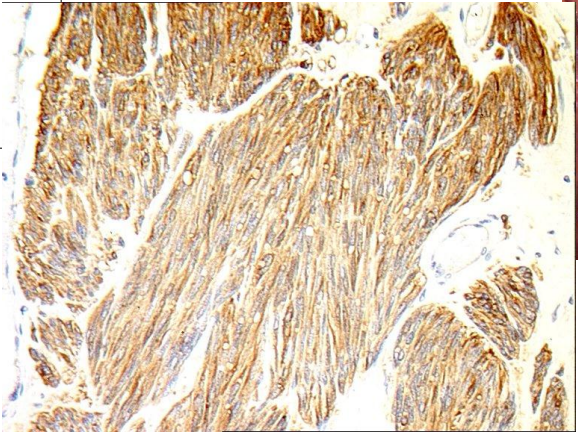
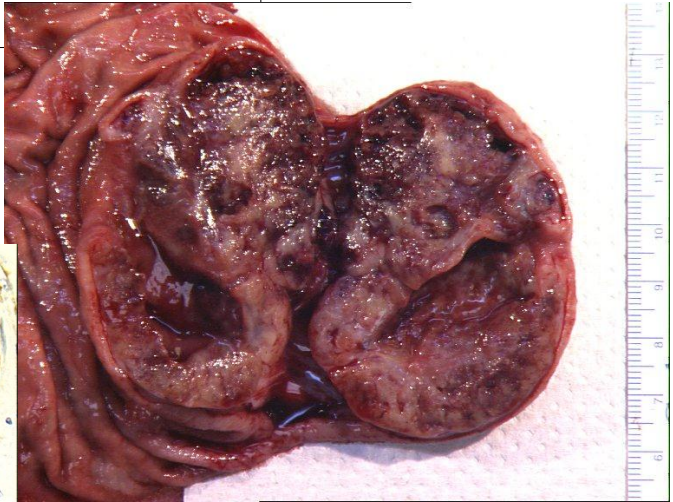
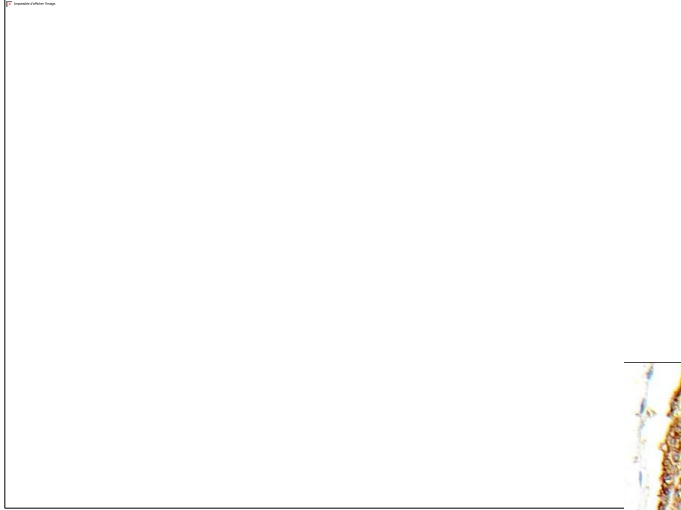
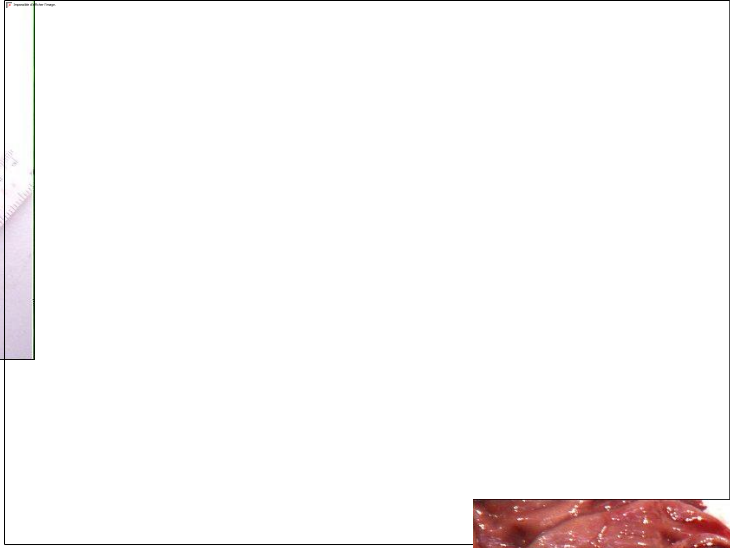


Ductum

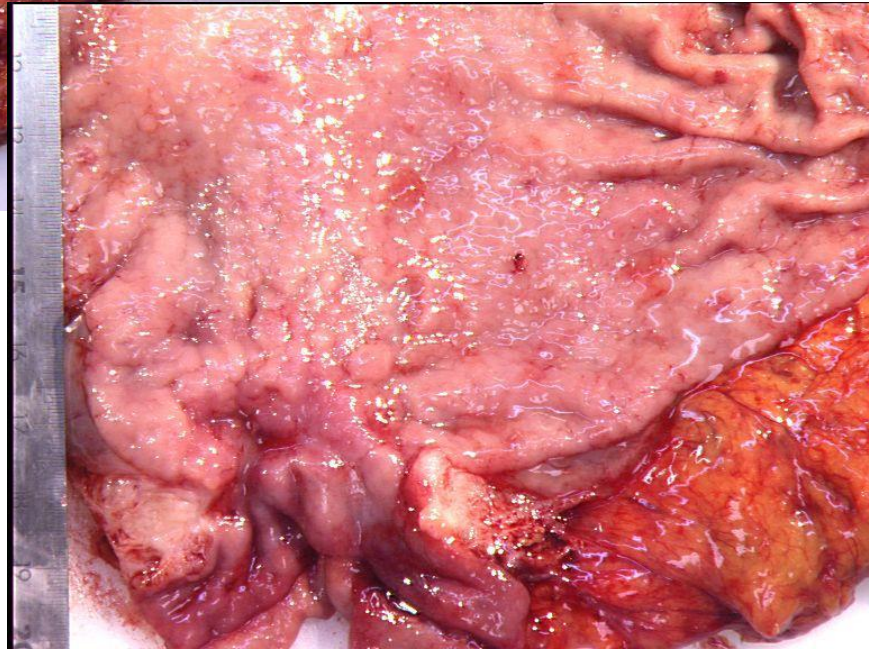
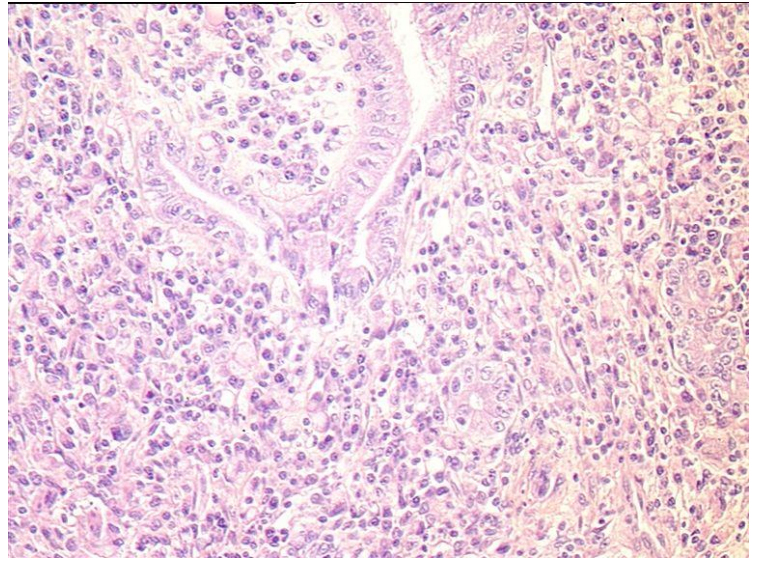
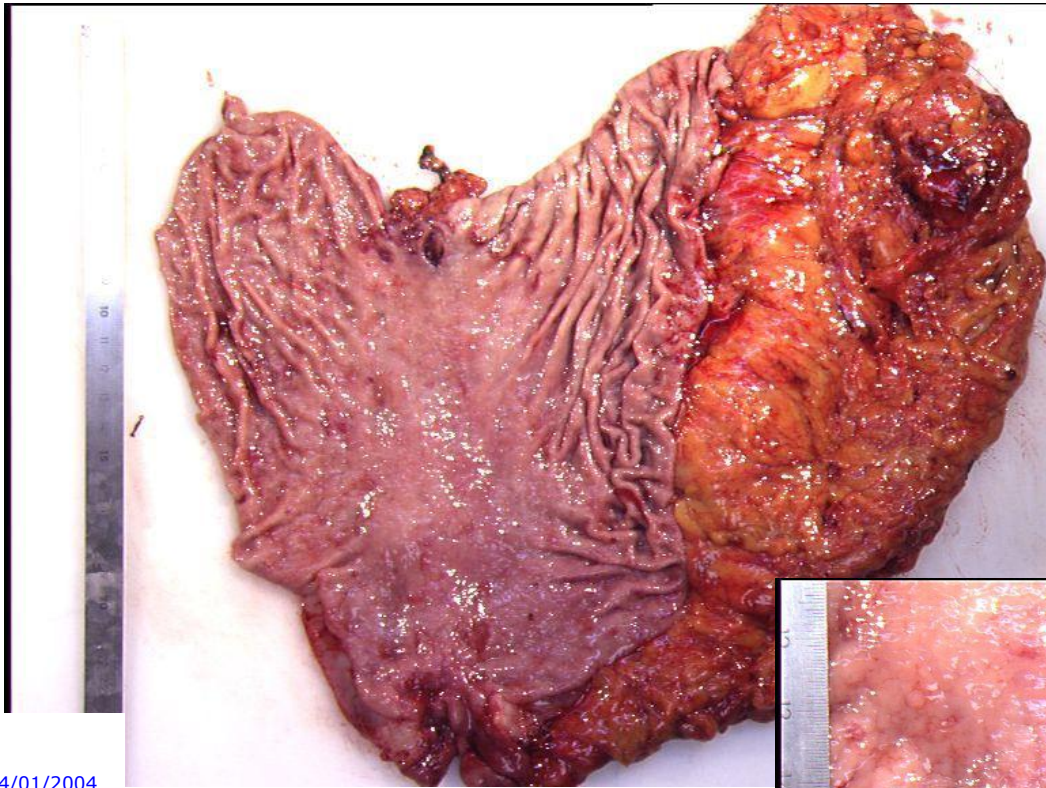






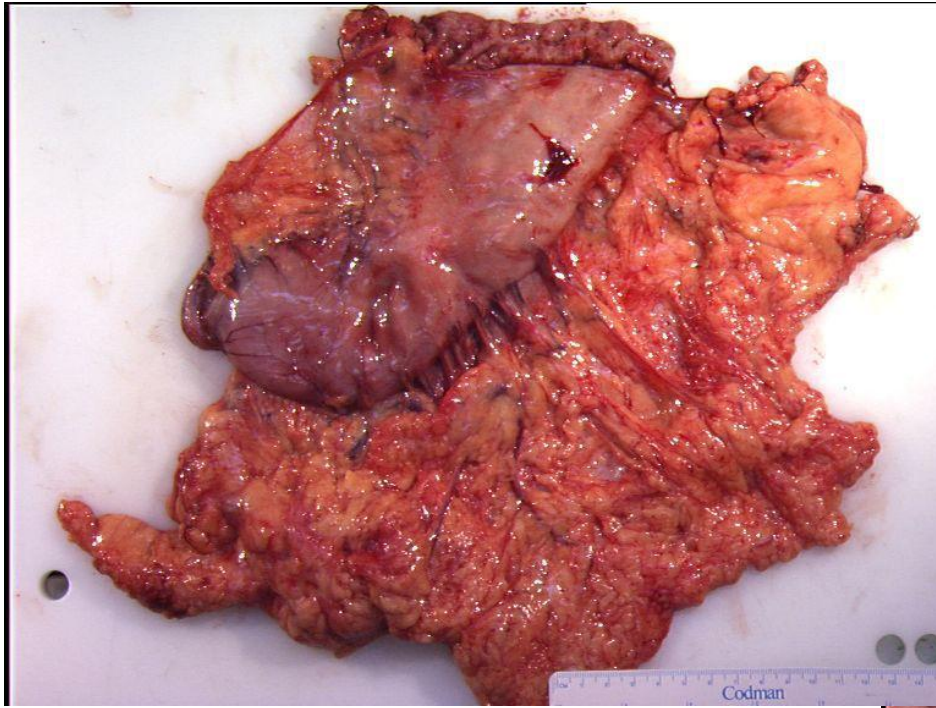


GIST CD 34+ & CD 117(Ckit) +



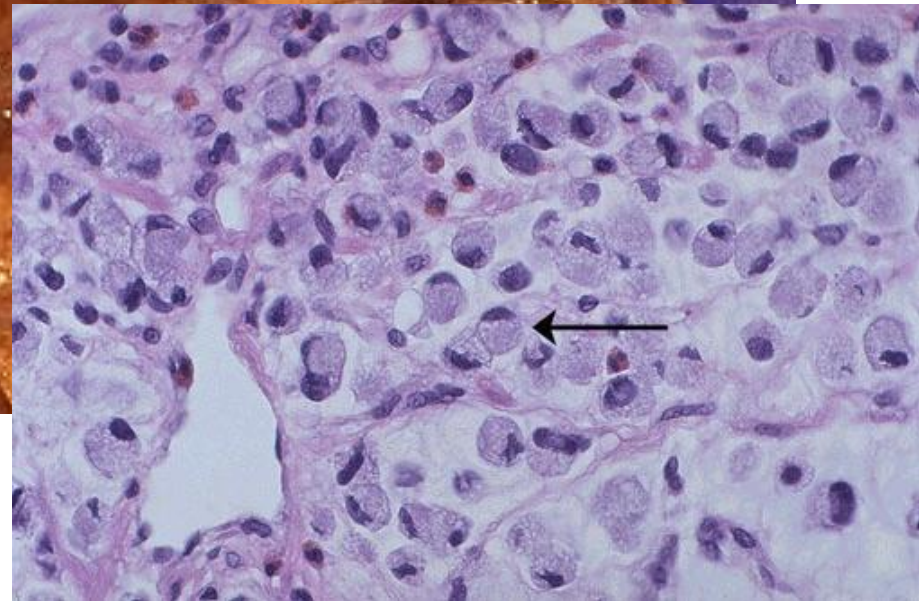
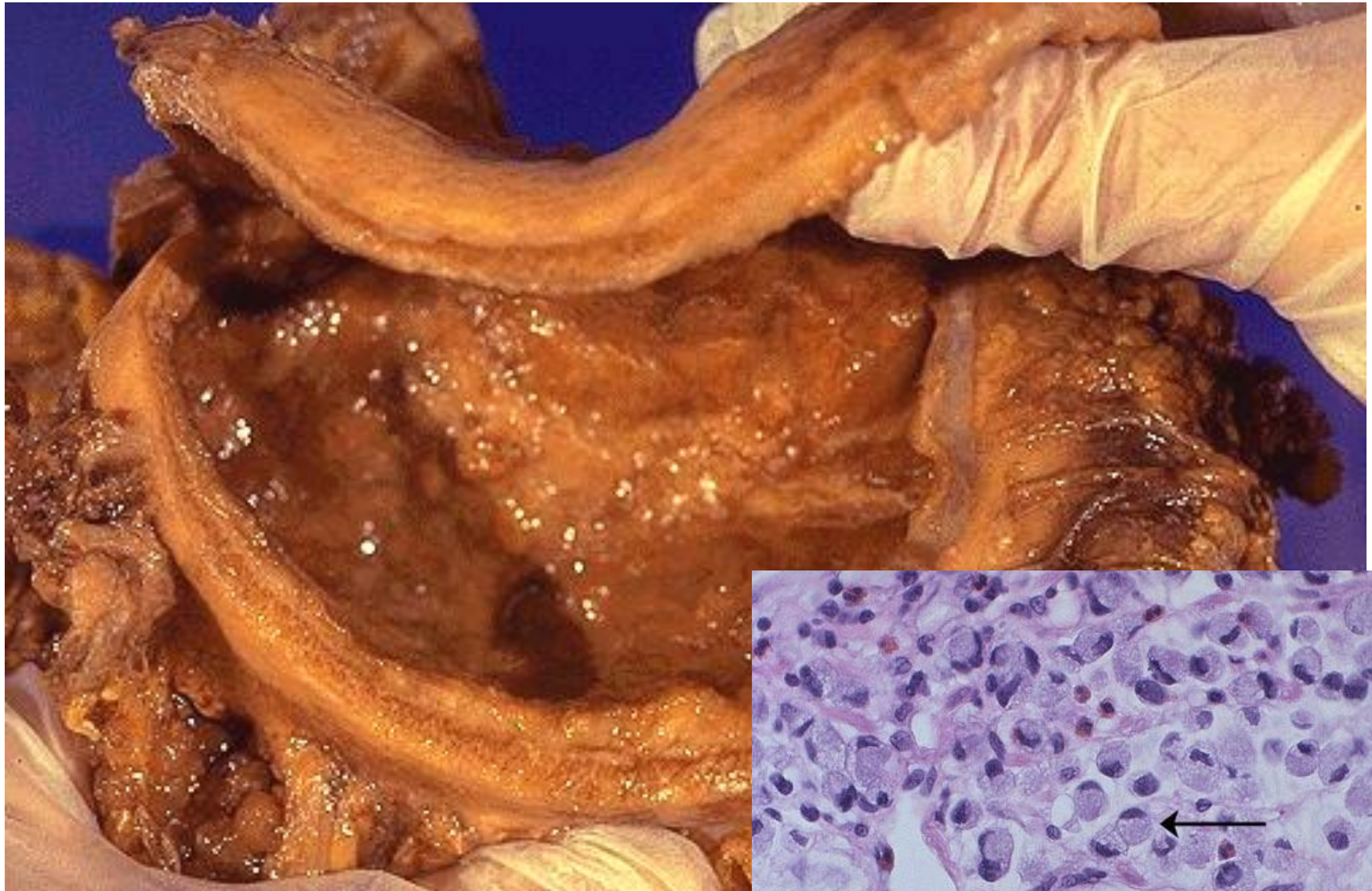
14/01/2004

GASTRECTOMIE DES 4/5



Adénocarcinome ulcéré à cellules indépendantes, infiltrant la paroi gastrique sur toute son épaisseur et atteignant la séreuse.

LINITE PLASTIQUE Montrant la rigidité de la paroi de l'estomac



Le **lin cultivé** (*Linum usitatissimum*) est une espèce de plantes dicotylédones de la famille des *Linaceae*, originaire d'Eurasie. C'est une plante herbacée annuelle, largement cultivée pour ses fibres textiles et ses graines oléagineuses¹.

Les graines de lin sont particulièrement riches en fibres (27,3 g de fibres pour 100 g de graines de lin), essentiellement des fibres solubles reconnues pour réguler la glycémie et le cholestérol dans le sang¹.

L'huile de lin

"Les graines de lin sont à distinguer de l'huile de lin. L'huile de lin est exclusivement composée de lipides et conserve une richesse en Oméga-3 et Oméga-6."

Le **lin ne pousse** que sur une bande côtière située entre le Calvados et Amsterdam, en passant par la Normandie et les Flandres. Ces 90 000 hectares au climat bien particulier produisent 110 000 tonnes de fibres, dont environ 80 % partent en Chine pour être filés, avant de revenir en Europe. 4 juin 2018





Le lin et le fibre de lin : ...
mesrideaux.fr



Le lin textile en 6 questions - Textile Addict
textileaddict.me



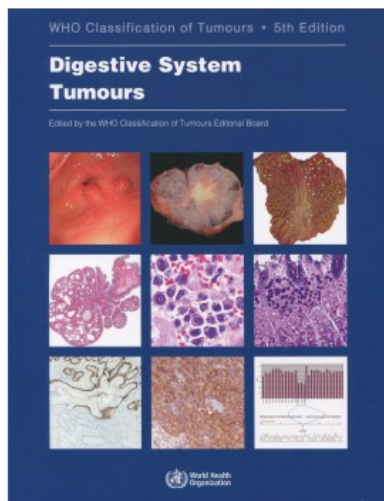
Lin textile image stock. Image du vieux, con...
fr.dreamstime.com



1000 x 482

Le lin textile, une culture européenne
challenges.fr





WHO classification of tumours: Digestive System Tumours, 5th ed.

Auteur(s) : **Collectif**

Editeur : **IARC PRESS**

Collection : **WorldHealthOrganization IARC Press**

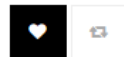
Date de parution : 30/09/2019

Nombre de pages : 648

ISBN : 9789283244998

★★★★★ | [Ajoutez votre commentaire](#)

[Envoyer à un ami](#)



WHO classification of tumours

203,00 €

En réapprovisionnement

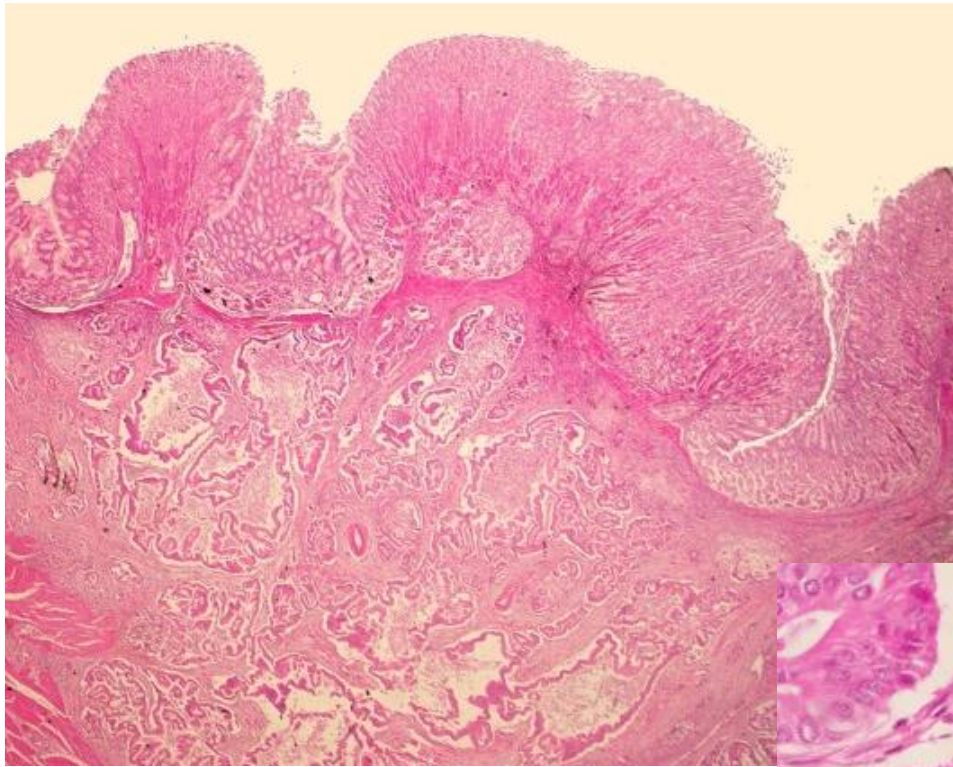
Expédié sous 10 jours

AJOUTER AU PANIER

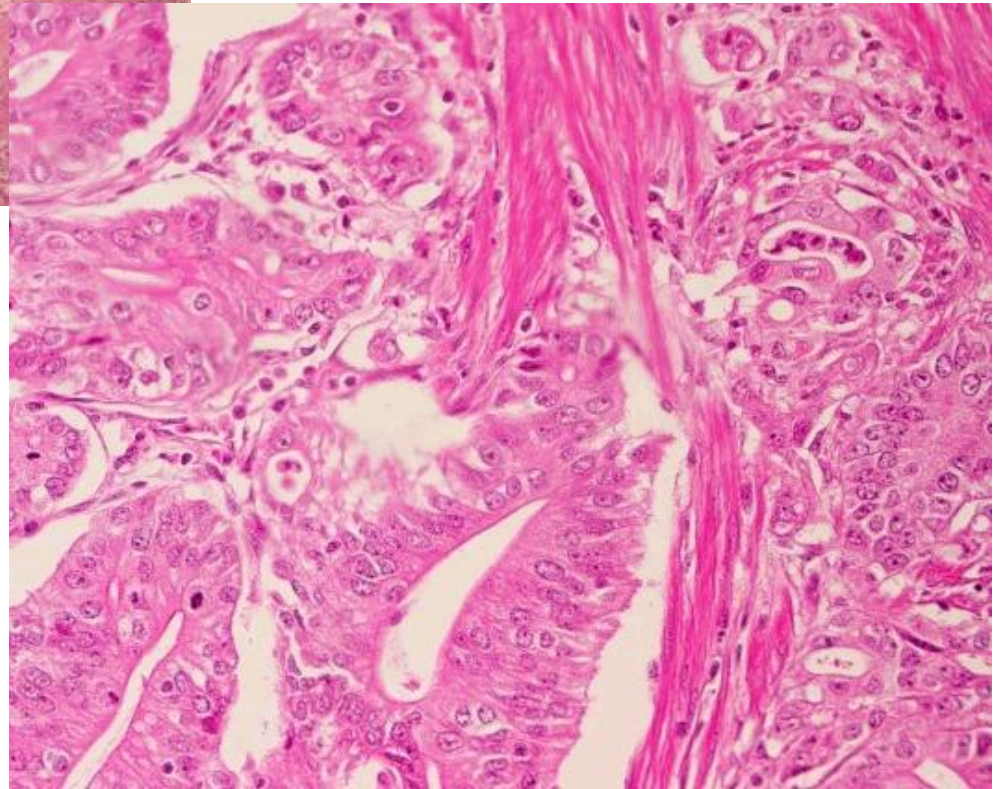
❖ Aspect microscopique:

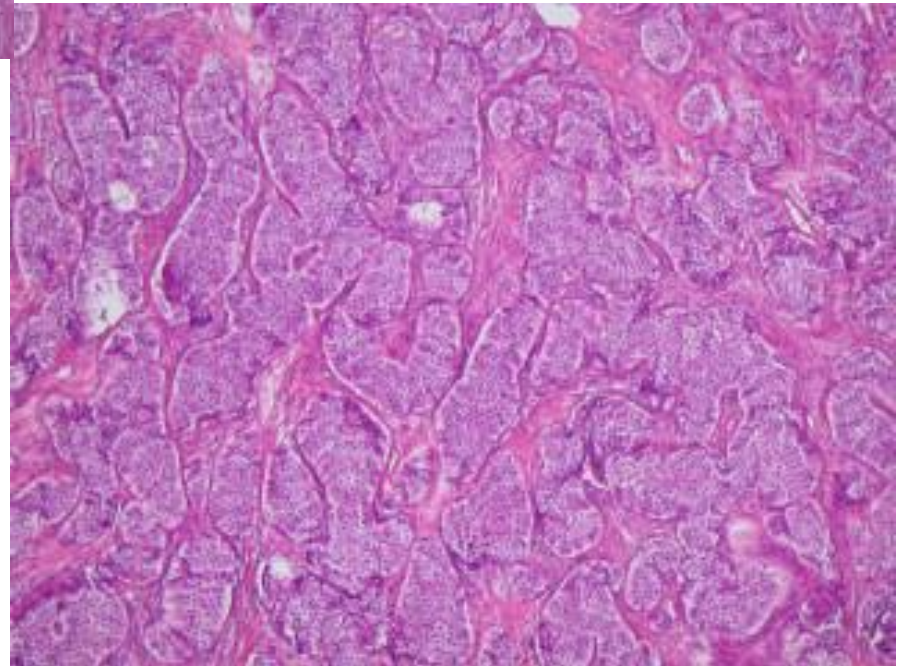
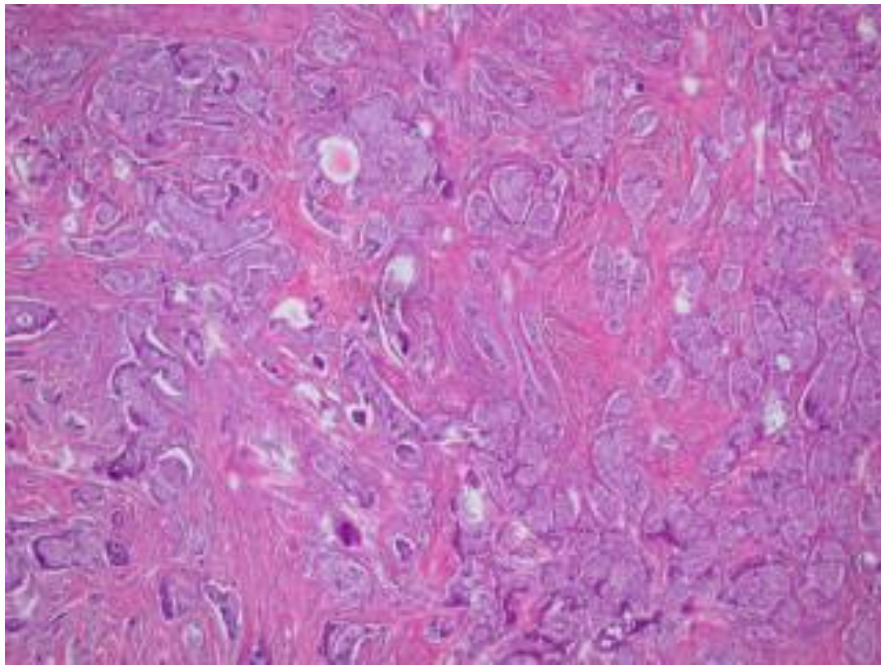
- Adénocarcinome papillaire (tumeur exophytique, bien différenciée)
- Adénocarcinome tubulo-papillaire: c'est le plus fréquent, il peut être bien, moyennement ou indifférencié, il est fait de cellules cubiques disposées en tubes glandulaires, en structures papillaires, en cordons.
- Adénocarcinome colloïde muqueux: sup à 50% de mucus. La composante mucineuse peiore le Pc
- Adénocarcinome mucipare avec cellules en bague à chaton.

- Adénocarcinome à cellules indépendantes:
> 50% de cellules indépendantes.
- autres formes rares:
- carcinomes adénosquameux, épidermoïde, indifférencié à petites cellules.
- Le kc superficiel de l'estomac dit encore mucoérosif: fréquent, de bon pronostic, kc limité à la muqueuse avec extension à la s/m avec ou sans méta gg.



gastrique



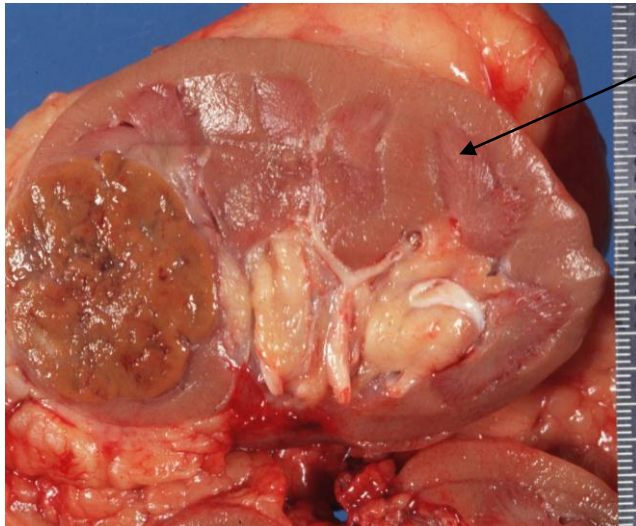
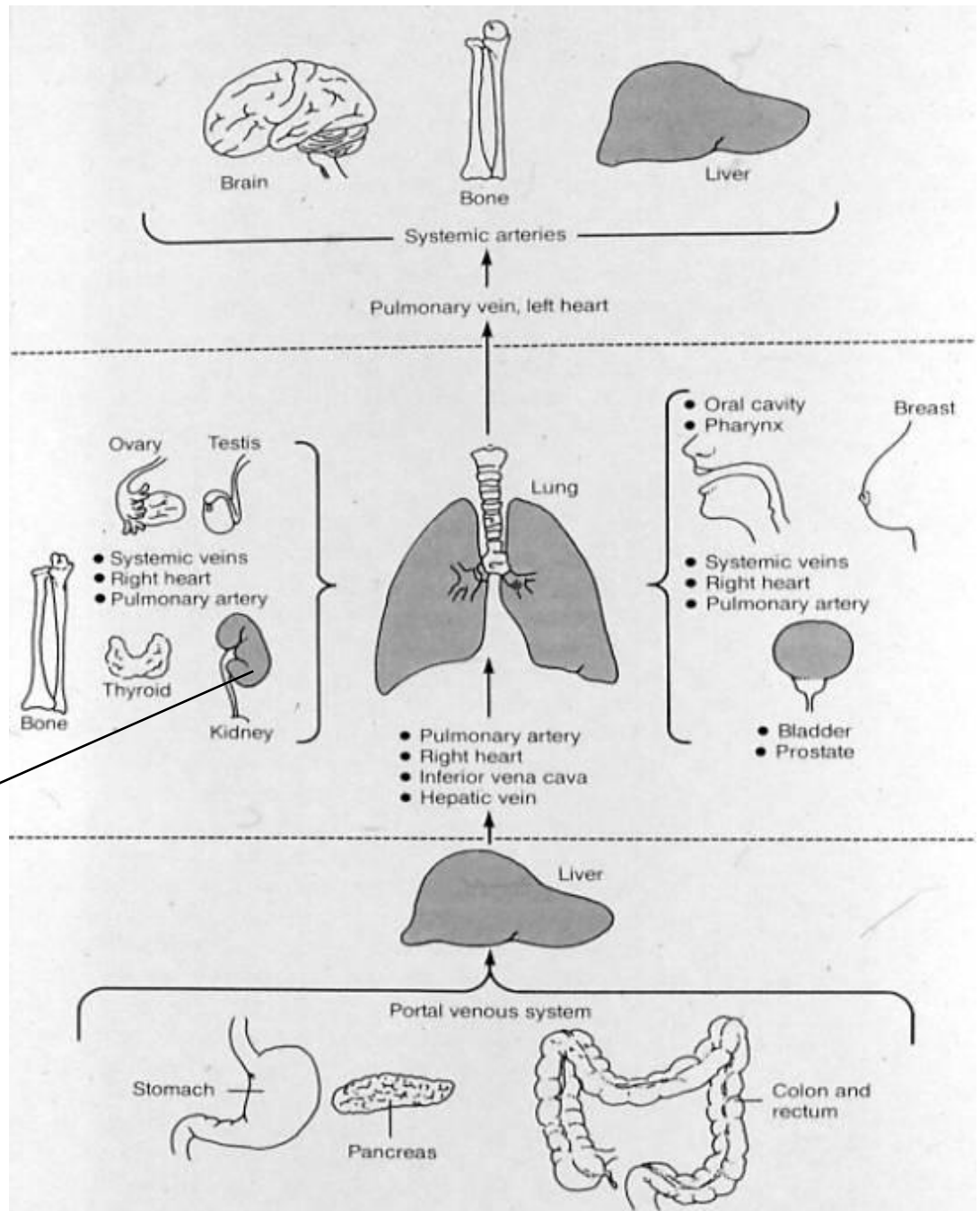


Tumeur carcinoïde de l'estomac: histologie

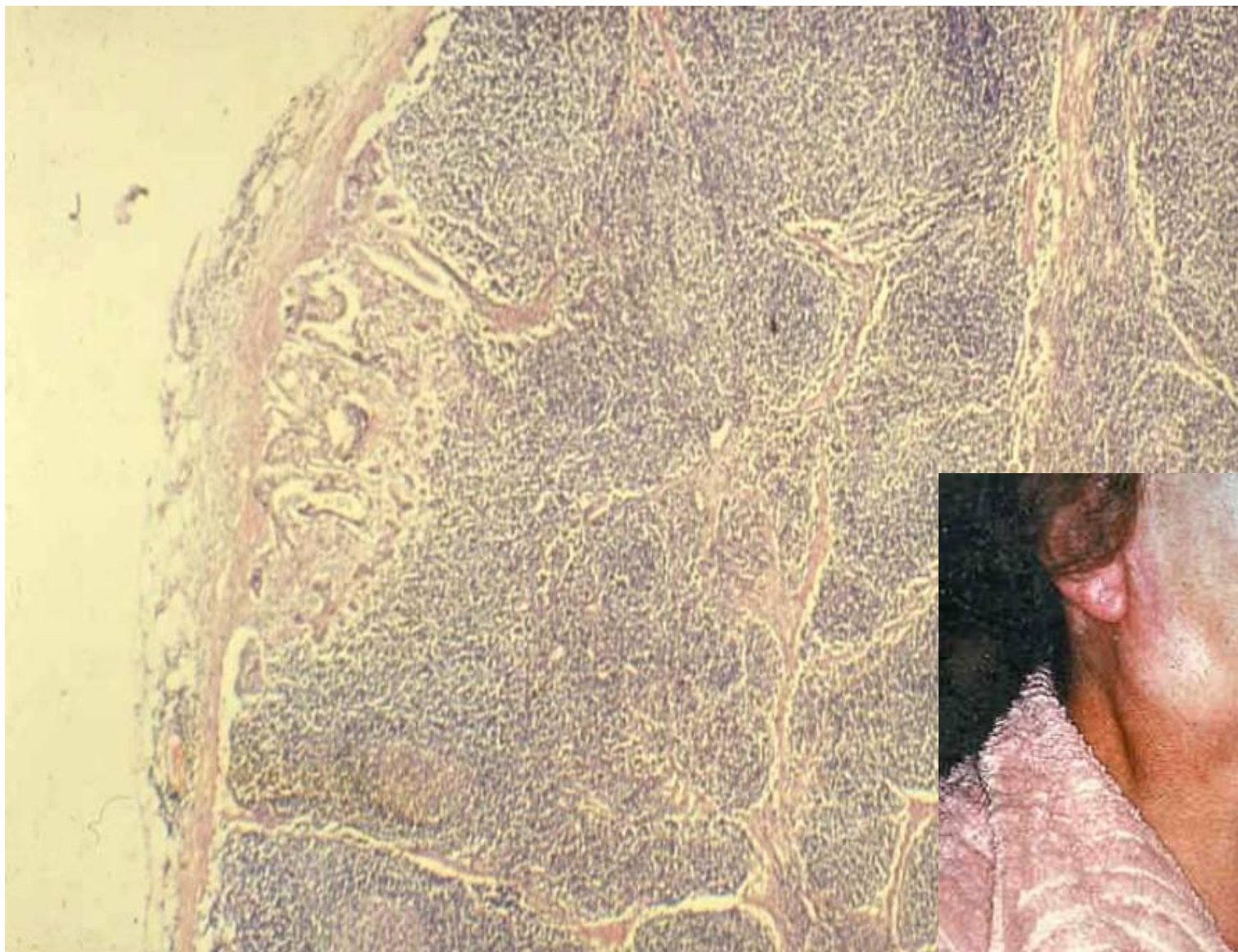
6. Extension du kc gastrique: le Pc des ADK de l'estomac est très variable en Fonction de leur extension pariétale et métastatique:

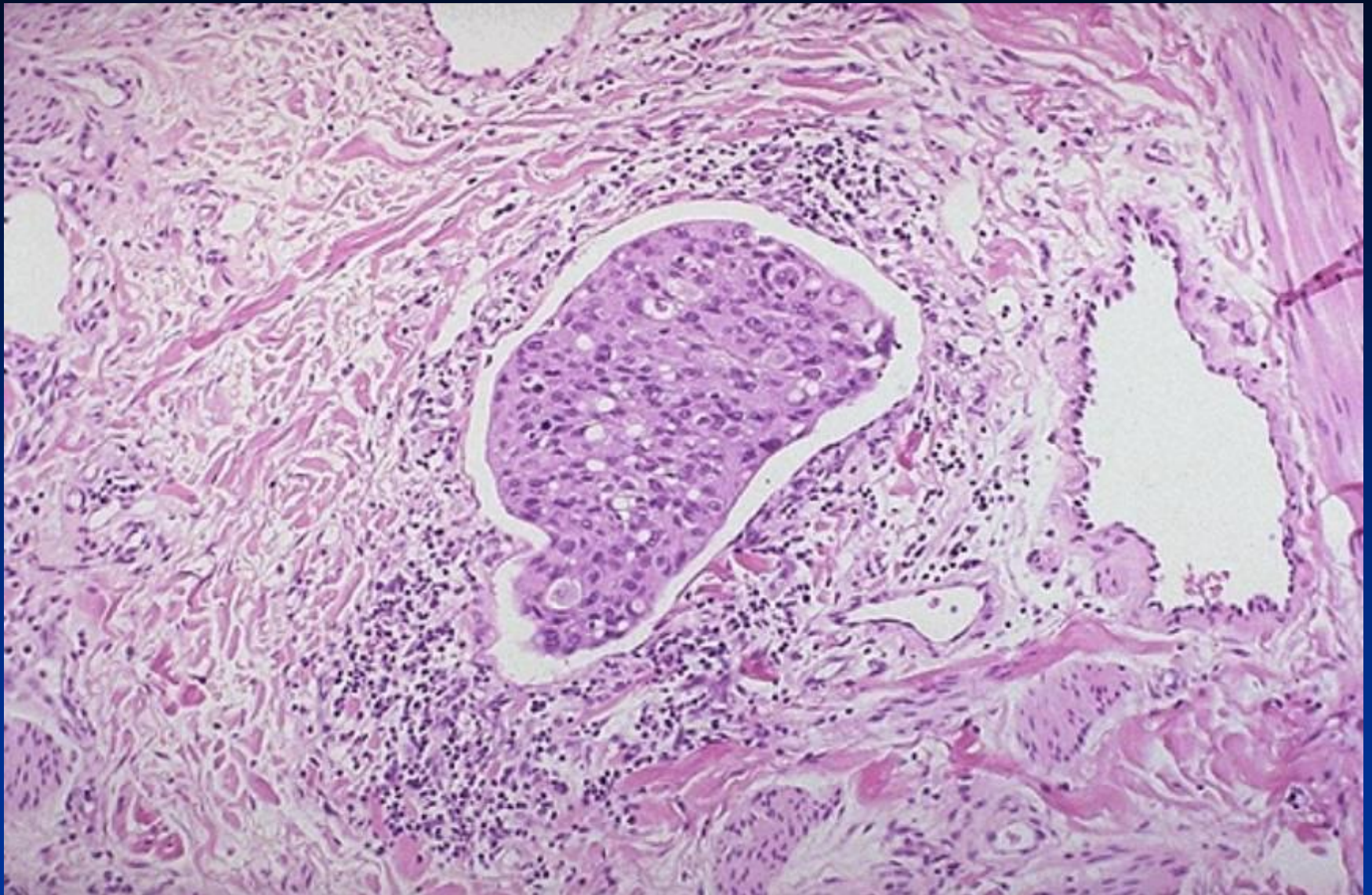
- Par contigüité: précoce, vers les organes voisins(pancréas, vésicule biliaire,...) vers le péritoine (kc ovarien ou Krukenberg).
- Lymphatique: gg régionaux et à distance gg de troisièr.
- Sanguine: foie, surrénale, os(Kc ostéophile).....

Voies de métastatisation



Une micrométastase ganglionnaire





Vaisseaux lymphatique injecté par un embole tumoral

7. Classification pTNM:

- pTis: Carcinome in situ.
- pT1: Tm infiltrant le chorion de la muqueuse ou la couche s/m.
- pT2: Tm infiltrant la musculature ou la s/ séreus.
- pT3: Tm infiltrant la séreuse.
- pT4: Tm infiltrant les structures adjacentes.
- pN0: absence de méta gg
- pN1: 1 à 6 gg lymphatiques régionaux métastatiques.
- pN2: 7 à 15 gg \ \ \ \ \ \
- pN3: sup à 15 gg \ \ \ \ \ \

- pM0: absence de métastases à distance.
- pM1: métastases à distances.

8. Facteurs pronostics: le pronostic est meilleur si:

- Pas de méta gg
 - Tm de petite taille (<à 2cm).
 - Kc bien différencié.
 - Stroma réaction riche en lymphocytes.
-
- **Mais généralement le pronostic est redoutable.**
La survie à 5 ans est de 60 à 80 % en l'absence d'envahissement ganglionnaire et n'est que de 15 % si plus de 20 % des ganglions examinés sont envahis.
 - En présence de métastases, la survie à 5 ans est nulle.

'Staging' des tumeurs: le système TNM

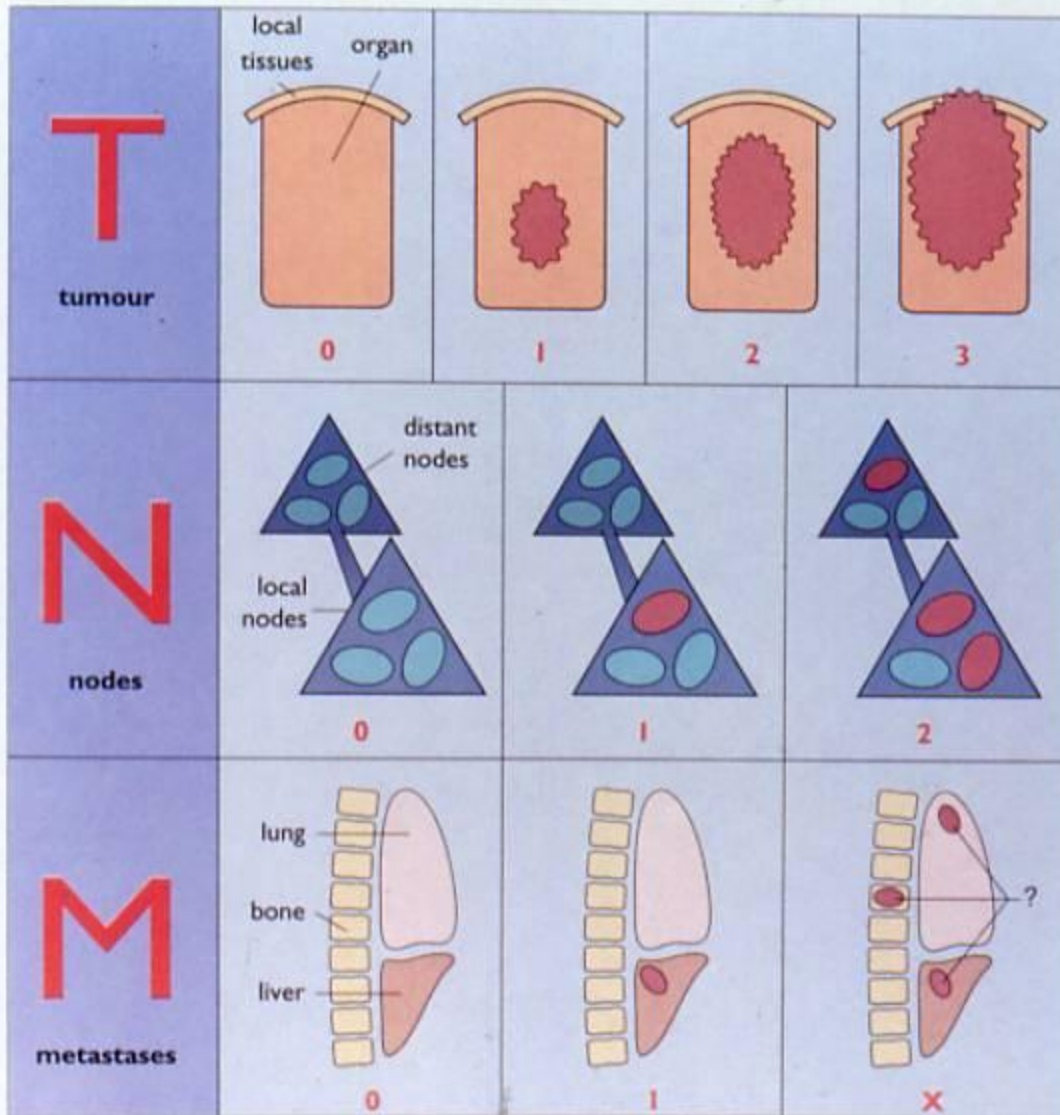


Fig. 4.11 Staging of carcinoma by TNM system.

The general principles of TNM staging are as follows:

T refers to primary tumour. The accompanying number denotes the size of tumour and its local extent. The number varies according to site.

N refers to lymph node involvement, and a high number denotes increasing extent of involvement.

M refers to the extent of distant metastases.

As an example, the TNM system for staging malignant neoplasms of the breast is:

T0 = Breast free of tumour

T1 = lesion < 2 cm in size

T2 = lesion 2–5 cm

T3 = skin and/or chest wall involved by invasion

N0 = no axillary nodes involved

N1 = mobile nodes involved

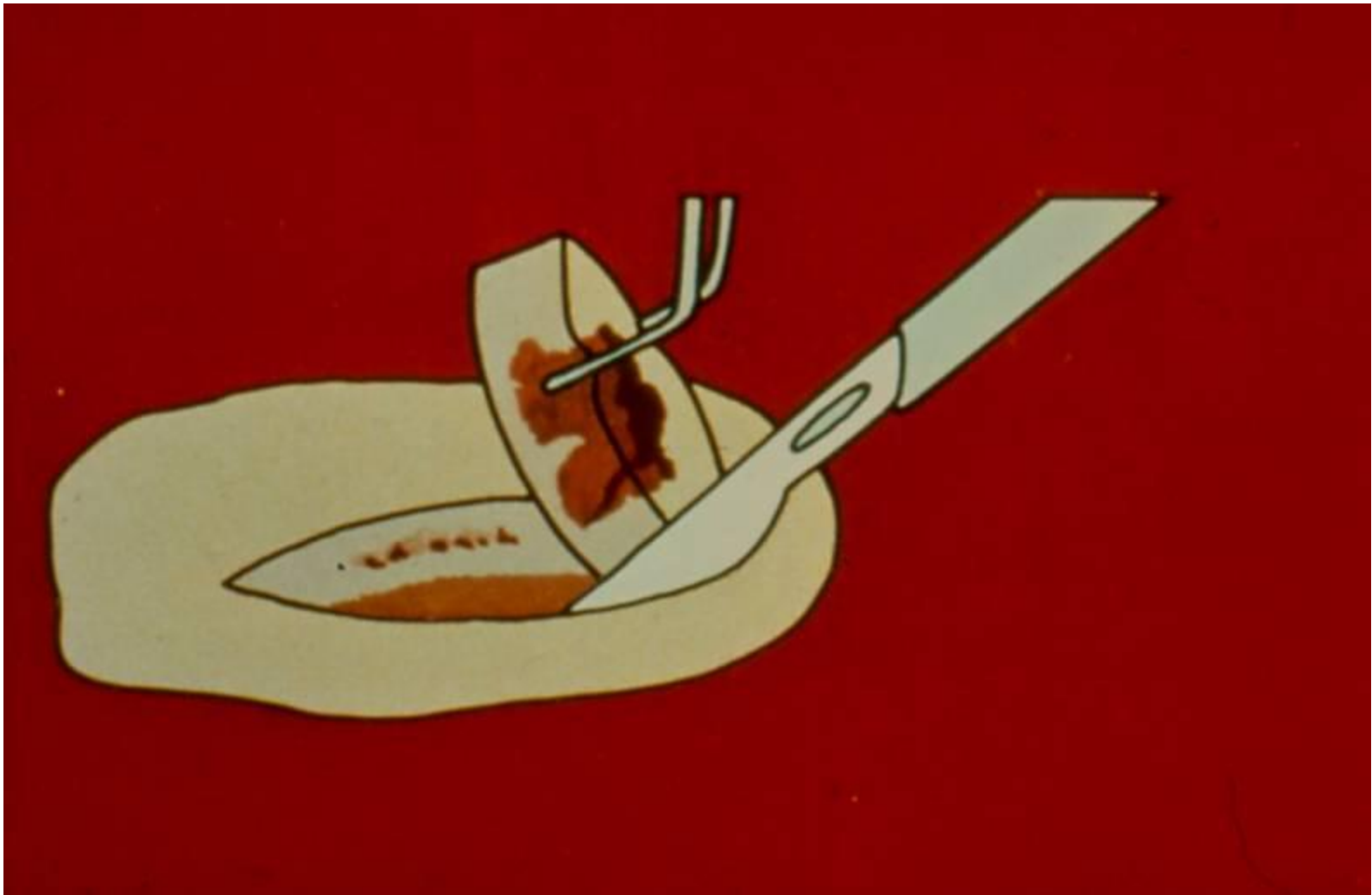
N2 = fixed nodes involved

M0 = no metastases

M1 = demonstrable metastases

MX = suspected metastases

Pourquoi les tumeurs malignes récidivent



9. Traitement:

➤ Chirurgie: c'est la base du traitement, plusieurs méthodes:

- Gastrectomie polaire supérieure ou inférieure.
- Gastrectomie totale.
- Gastrectomie élargie au pancréas.
- Gastrectomie avec entérostomie.

La survie à 5 ans est de 5 à 30% selon l'âge du sujet.

10: DC DIFFRENTIEL: se fait avec l' ULCERE GASTRIQUE dégénéré



- Le traitement à visée curative reste basé sur l'exérèse chirurgicale :
 - **gastrectomie partielle** si possible ou totale si nécessaire avec curage ganglionnaire.
 - La gastrectomie partielle est suffisante pour les cancers distaux.
 - **La gastrectomie totale** est nécessaire pour les cancers de la partie supérieure de l'estomac et du cardia.
 - **Le curage ganglionnaire** permet une stadification précise du cancer. -
 - L'extension de l'exérèse à la rate, au pancréas voire au colon n'est envisagée qu'en cas de nécessité.

Aucune chimiothérapie adjuvante n'a fait la preuve de son efficacité.

Le traitement palliatif de l'adénocarcinome gastrique peut comporter :

- l'exérèse de la tumeur gastrique lorsqu'elle est possible, dans le but d'éviter les complications (obstruction, hémorragie) ;
- une chimiothérapie. Il n'existe actuellement pas de protocole faisant l'objet d'un consensus. L'amélioration obtenue sur la survie et sur la qualité de vie par rapport à un simple traitement symptomatique est modérée.

B. LES TM NEUROENDOCRINES: CARCINOIDES:

la localisation gastrique est rare. Les tumeurs naissent à partir des cellules ECL » entérochromaffines like »

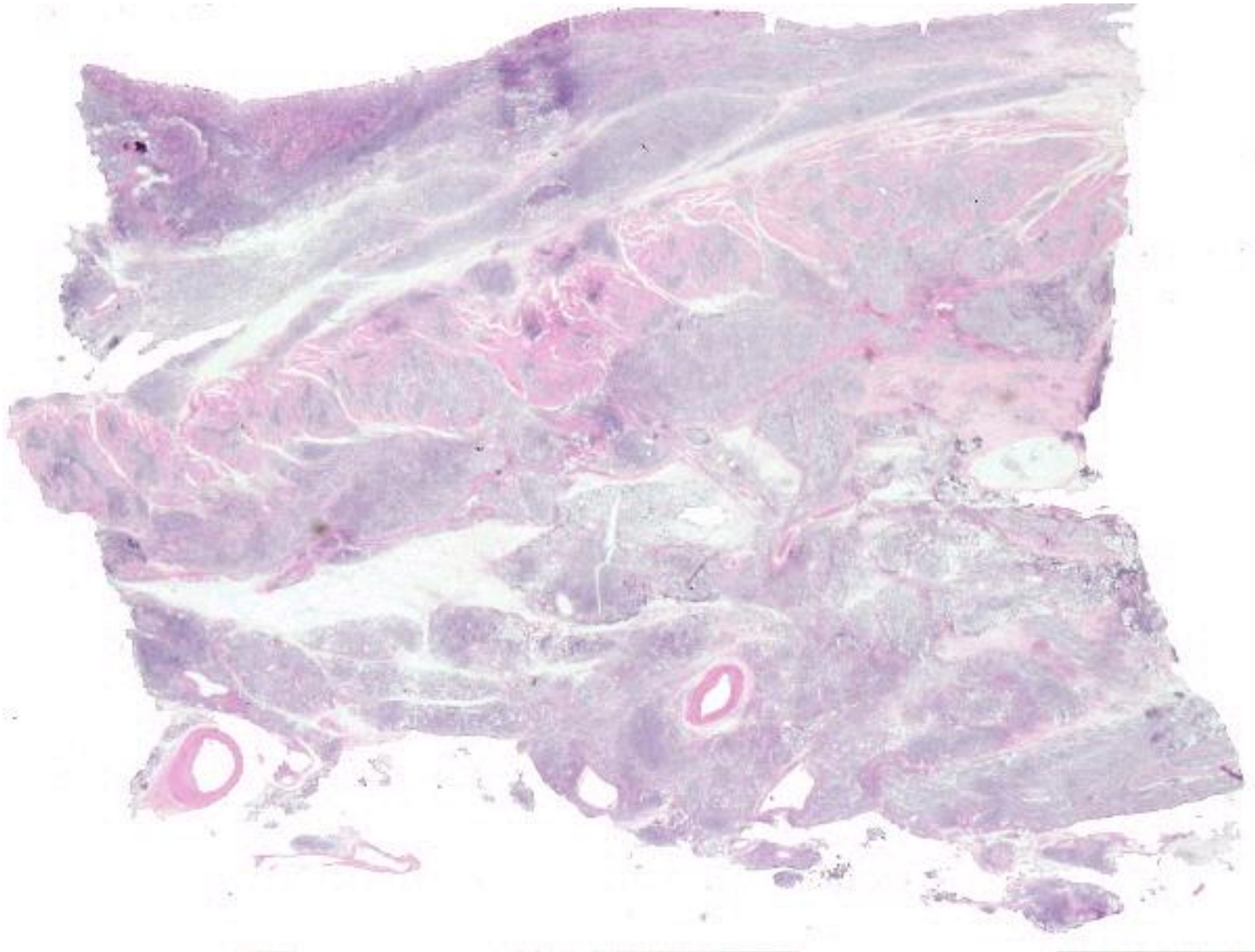
C. LES TM CONJONCTIVES:

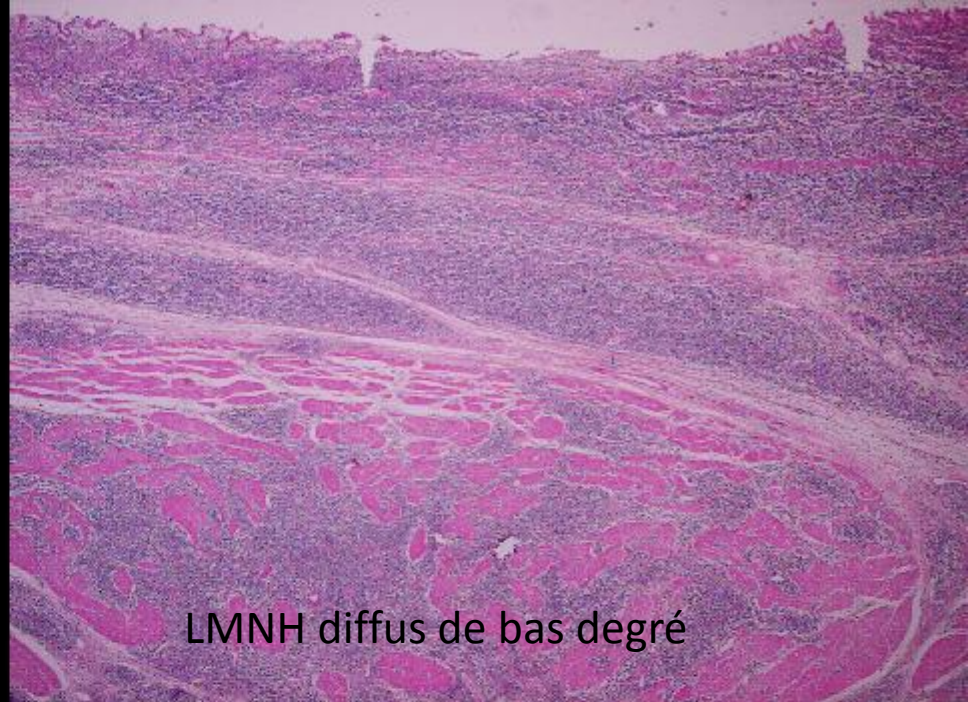
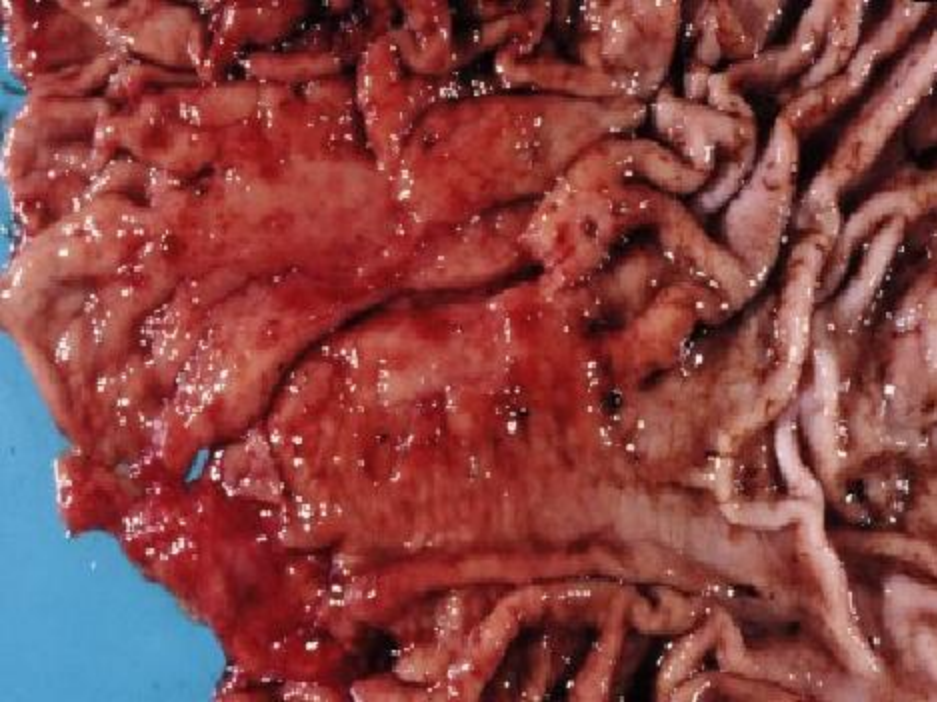
- Tm stromale: représente la grande majorité des Tm mésoenchymateuse maligne appelée « GIST ou GIPACT pour gastro intestinal pace maker cell tumor » depuis la découverte du gène Ckit mis en évidence en IHC par le CD117 (Trt: Glivec ou imatinib)
- leiomyosarcome.
- Sarcome de Kaposi: au cours du SIDA.

D. LES LYMPHOMES: surtout LES MALT et L. manteau.

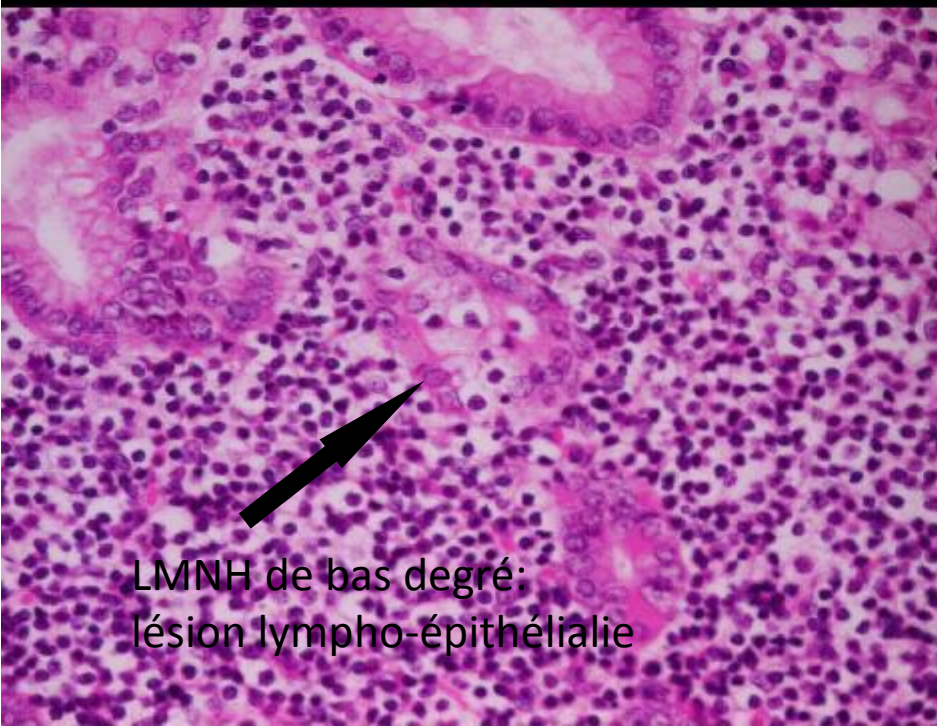
Autres types de LMNH: Burkitt- LMNH B à grandes cellules et LMNH T

LMNH ESTOMAC

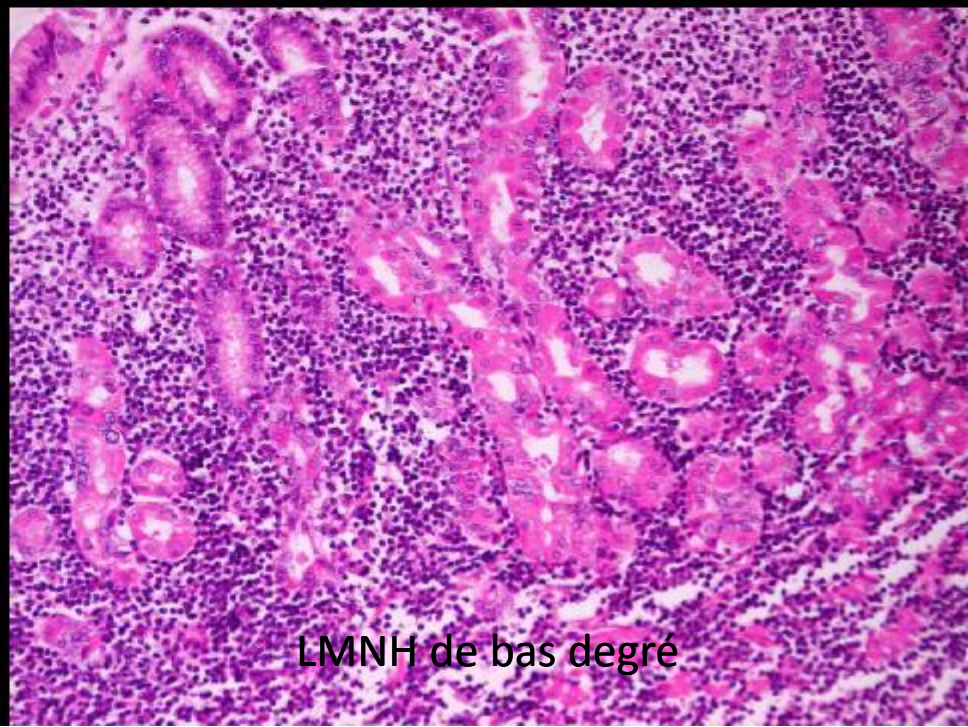




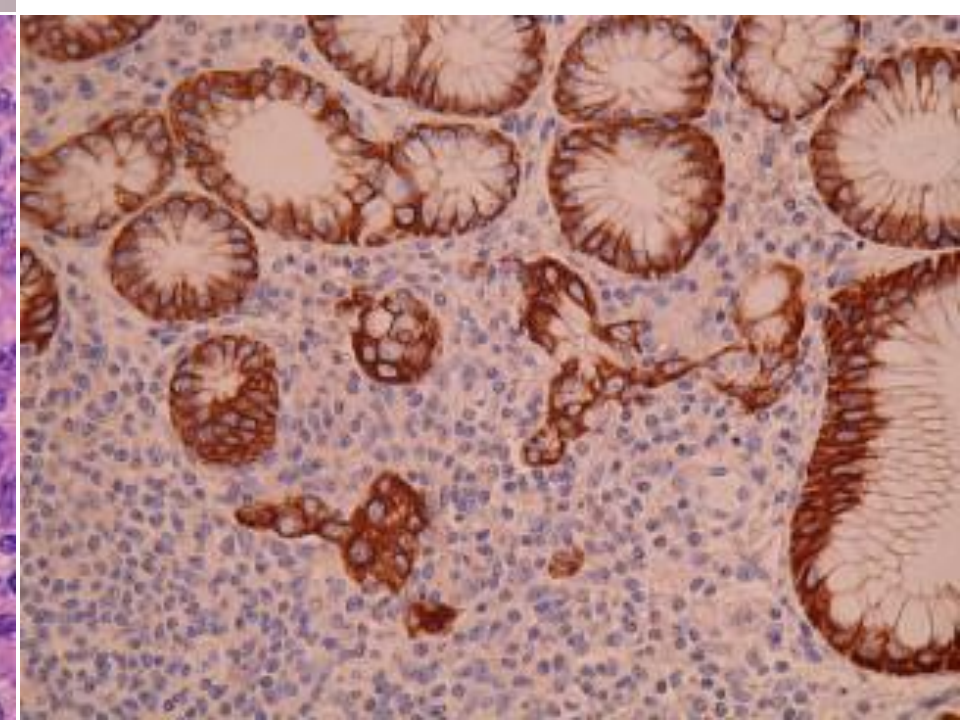
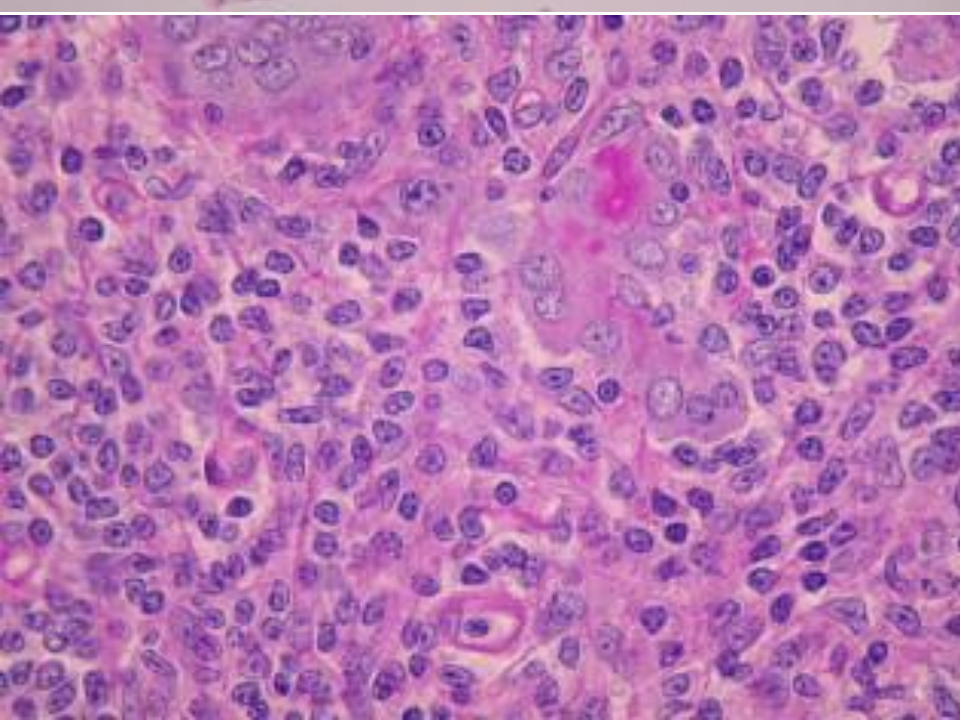
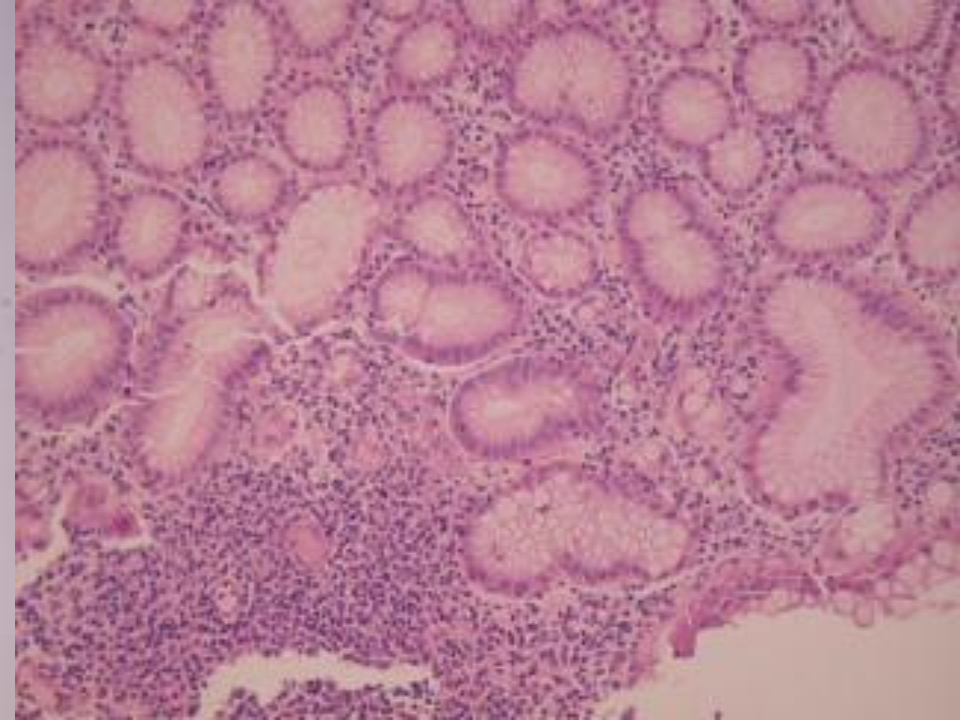
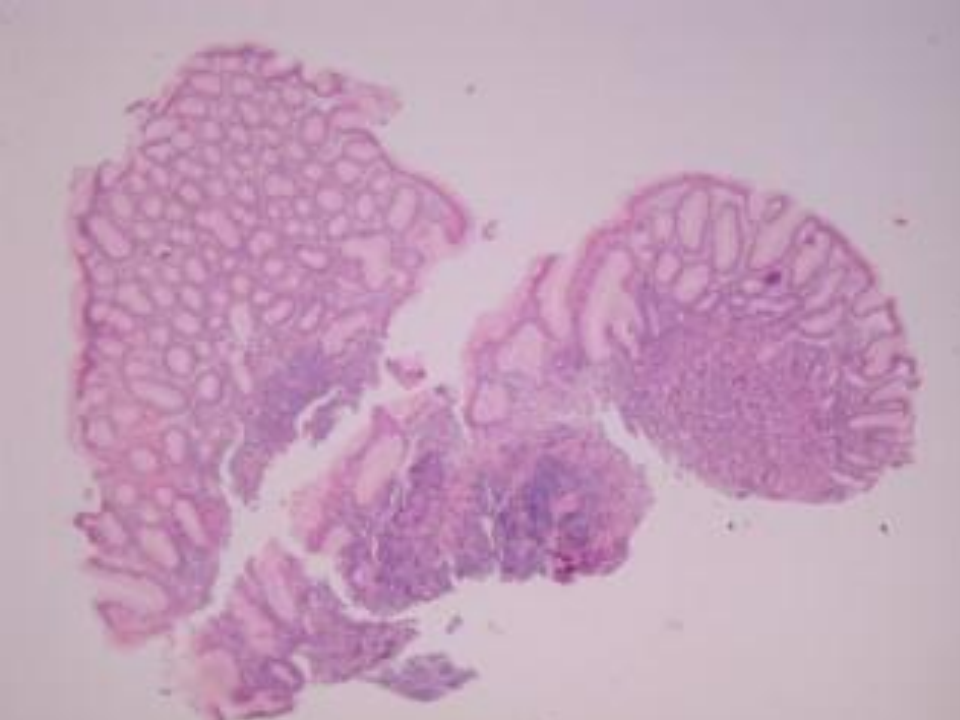
LMNH diffus de bas degré



LMNH de bas degré:
lésion lympho-épithéliale



LMNH de bas degré





Hôpitaux de Bordeaux

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
Groupe Hospitalier Haut-Lévêque
Professeur A. de MASCAREL

Avenue Magellan F-33604 Pessac Cedex ☎: 05 57 65 64 75 ou 05 57 65 64 55 📠 05 57 65 63 72

Nom : MESSAI

Prénom : ALI

Age : 62 ans - Né le 02/05/1947

Prescripteur : Docteur Djamel ABDELLOUCHE

Docteur Djamel ABDELLOUCHE

Chef de Service

Service d'Anatomie Pathologique

CHU de SETIF 19000 ALGERIE

Date de prélèvement : 05/05/2009

Date d'enregistrement : 05/05/2009

Dossier N° : S0906771

∞

Bordeaux, le 14/05/2009

Renseignements cliniques :

1 bloc + 1 lame adressés pour avis - Ref 2506.09

- Tumeur gastrique : MALT ? ; carcinome indifférencié ?

Monsieur,

J'ai examiné les biopsies gastriques de *Monsieur MESSAI*. Elles sont effectivement le siège d'une prolifération cellulaire faite de cellules de grande taille aux noyaux un peu irréguliers, parfois en mitoses, associées à de très nombreux polynucléaires dont des éosinophiles, et à des éléments lymphocytaires.

Quelques zones de nécrose sont visibles.

En immunohistochimie, ces cellules restent négatives avec la pan cyto-kératine AE1/AE3, ainsi que le Pan-B, CD 20. Par contre, elles sont positives avec les Pan-T, CD 3, CD 5 et pour 20 % granzyme B et TiA 1. Certaines réagissent avec l'EBV-LMP et le CD 30.

IL s'agit donc de la localisation gastrique d'un lymphome à grandes cellules T périphérique, NOS dans la nouvelle classification de l'OMS.

En vous remerciant de votre confiance,

Je vous demande de croire, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments très respectueux.

Code Adicap : BLDEJ7R3, BLDE0172

Professeur A. de MASCAREL

Poste 56467



HOTEL DIEU
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Professeur Josée AUDOUIN
1, Place du Parvis Notre-Dame 75181 Paris Cedex 04
Tél. direct: 01 42 34 82 82

Dr Agnès LE TOURNEAU
MCU-PH

Tél. (33) 01 42 34 82 82
Fax (33) 01 42 34 86 41
agnes.letourneau@htd.ap-hop-paris.fr

Docteur D. ABDELLOUCHE
Anatomie Pathologique
C.H.U. de SETIF
Saadna Med Abdenour
SETIF ALGERIE

Paris, le 20/05/2009

N° Réf. H.Dieu : 09B02377
Vos réf. 2480.09

Cher Monsieur,

Voici le compte-rendu concernant les biopsies gastriques que vous m'avez adressées au nom de **Monsieur MERABET Salim**.

Cette tumeur, indifférenciée sur le plan morphologique, correspond bien à une tumeur hématopoïétique vivement CD45(+). Les cellules tumorales, de grande taille et inclassable, expriment par ailleurs, pour la plupart, CD79a. Elles ne sont que très partiellement CD30(+). Aussi est-ce un diagnostic de lymphome B, à grandes cellules, inclassable que je vous propose.

Ci-joint lames et bloc confiés.

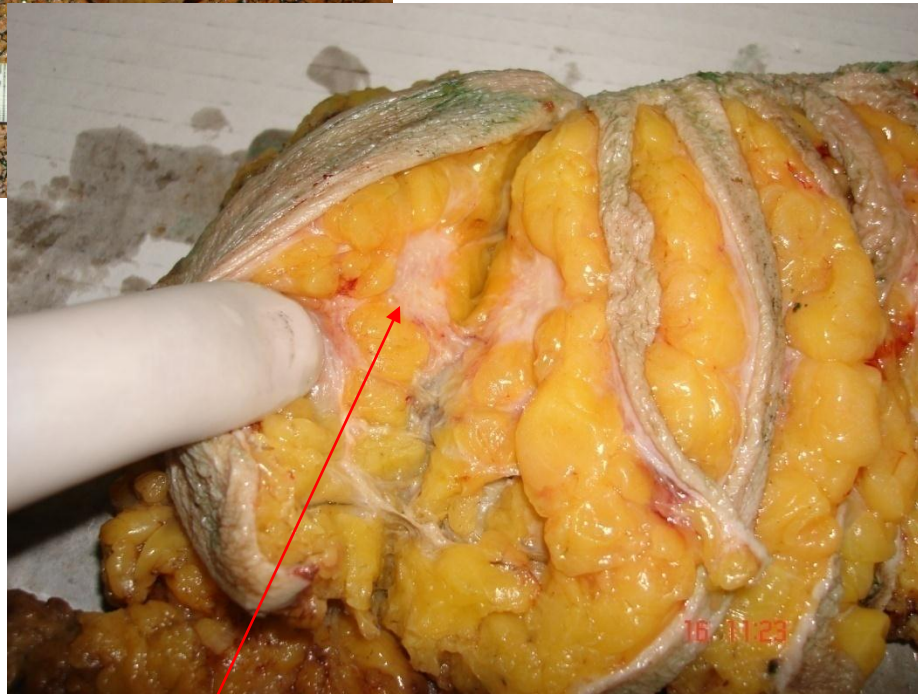
Je vous remercie de m'avoir montré cette observation difficile et inhabituelle et vous prie de croire, Cher Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Agnès LE TOURNEAU

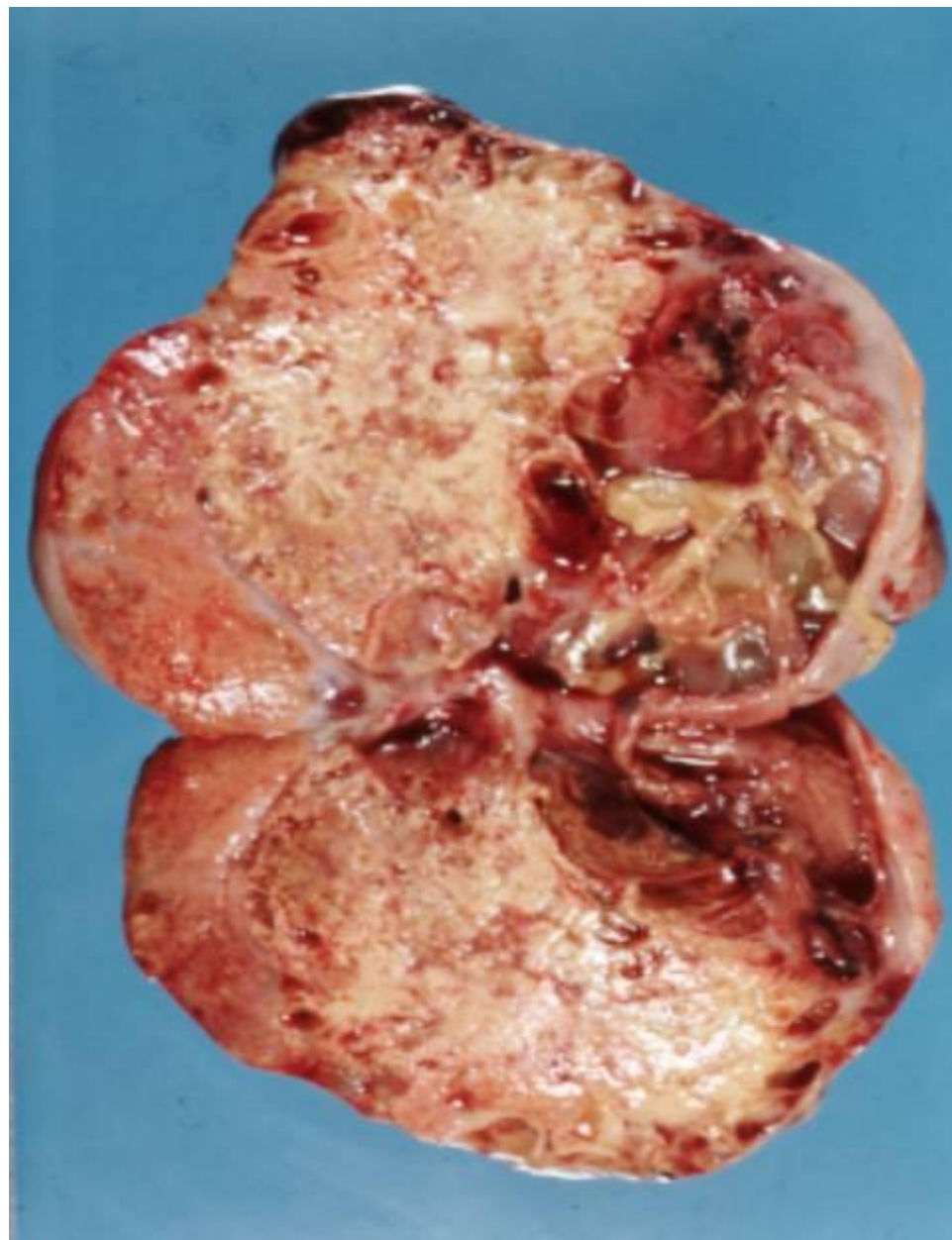
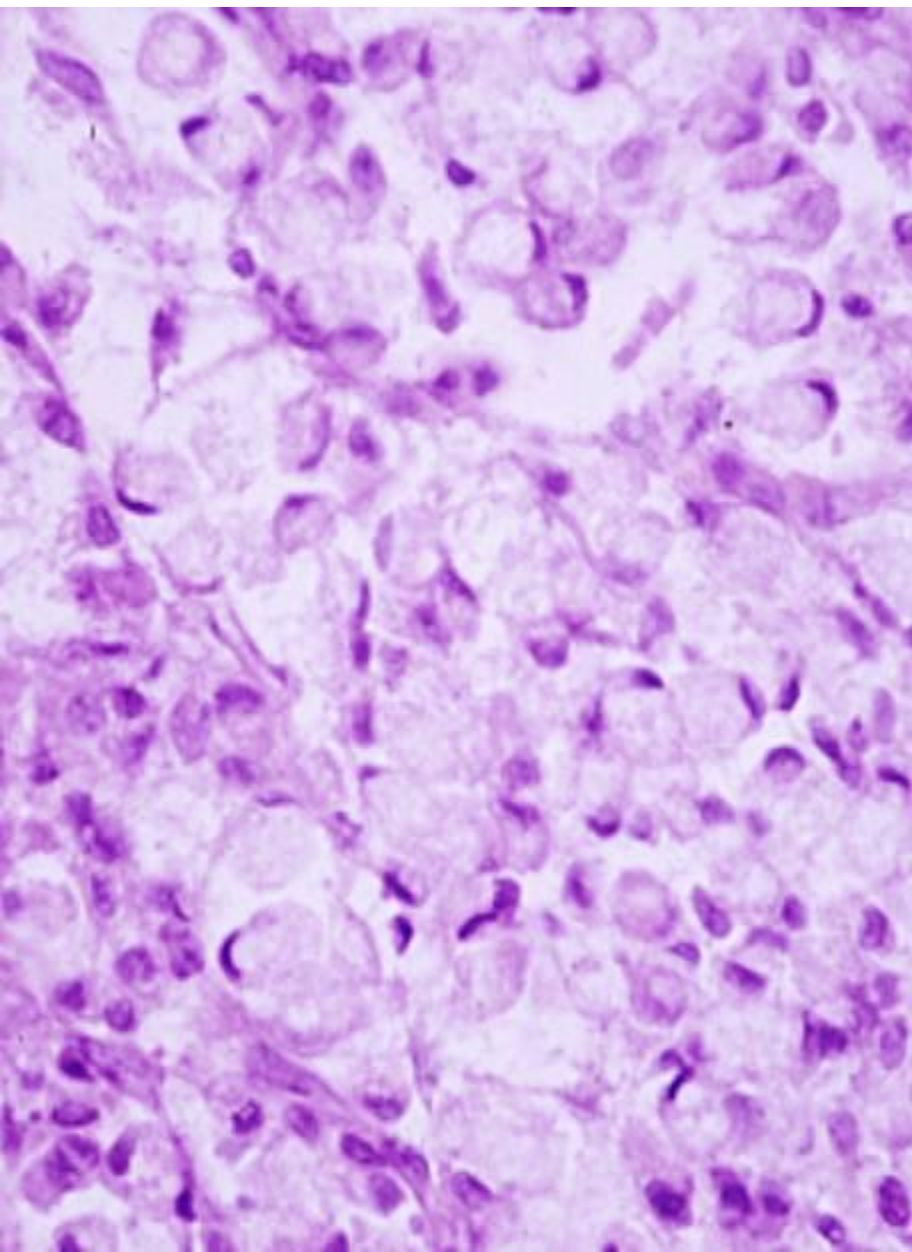
B. LES TUMEURS SECONDAIRES:

Elles sont rares.

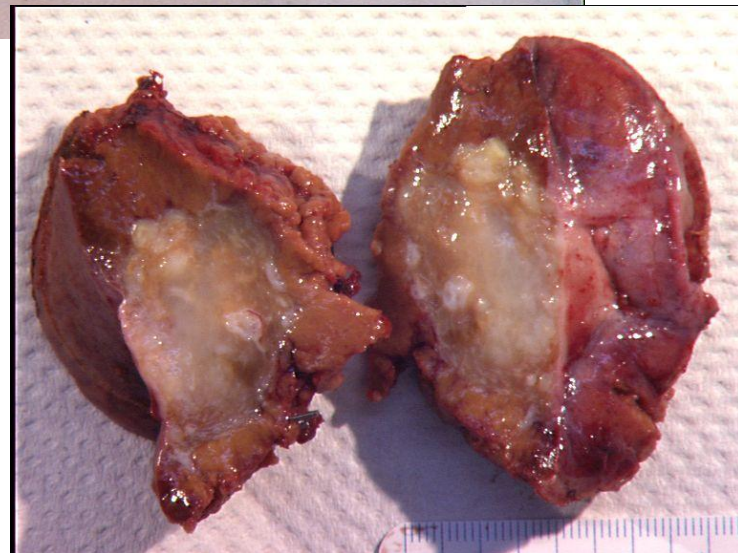
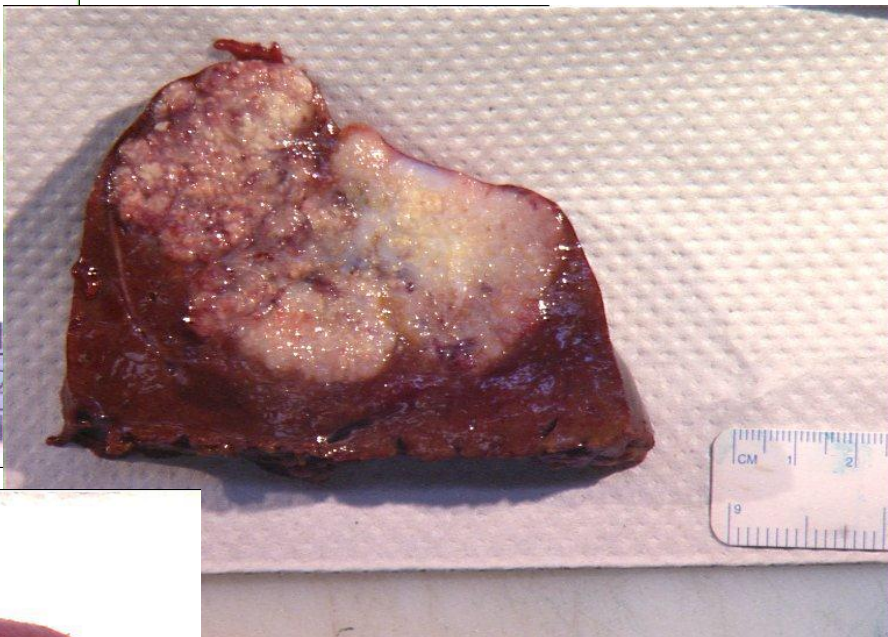
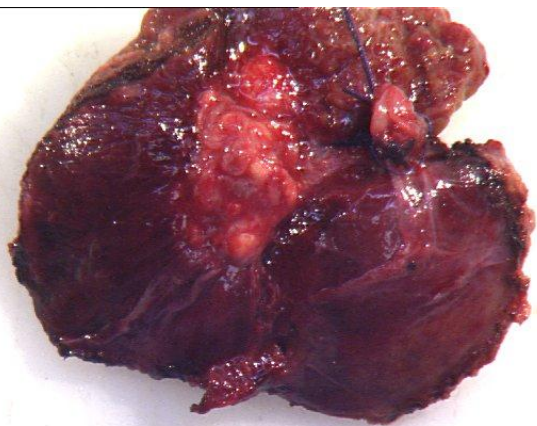
Elles proviennent d'un kc mammaire, excréto-urinaire, bronchique mais aussi thyroïdien, hépato cellulaire ou d'un mélanome malin.



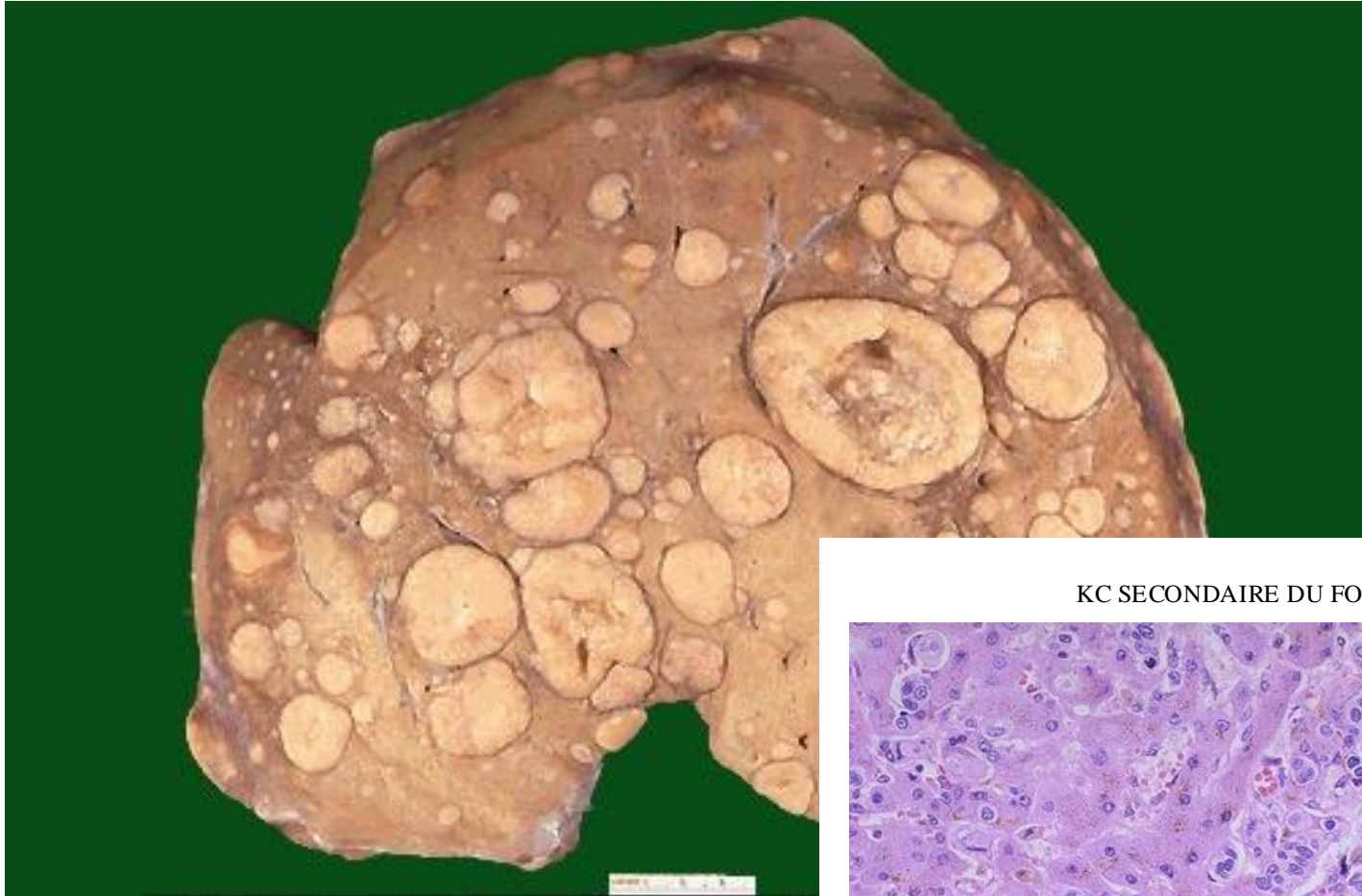
Femme de 72 ans: cancer du sein QSE



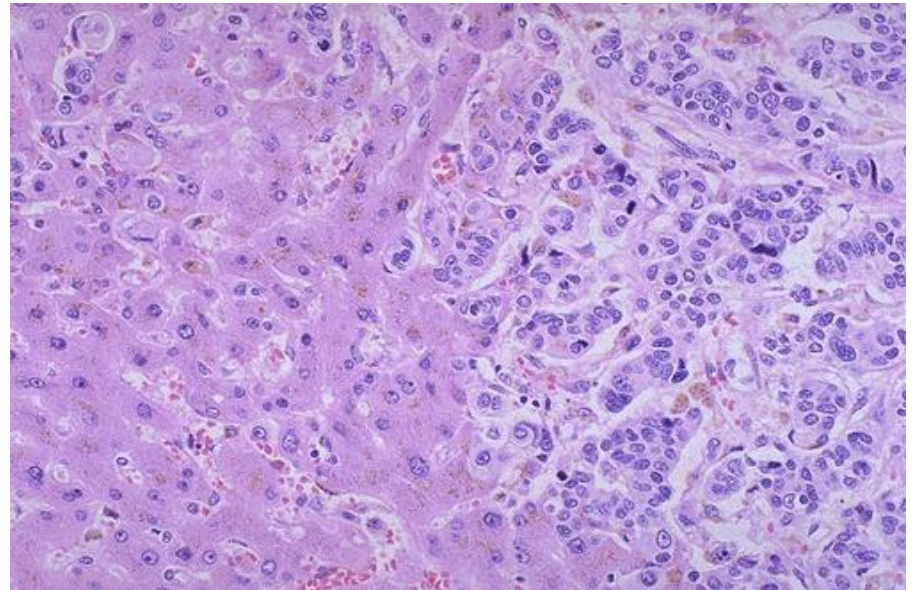
Tumeur de Kruckenberg



FOIE METASTATIQUE (Kc secondaire du foie)



KC SECONDAIRE DU FOIE (kc sein)



Foie nodulaire ou kc secondaire du foie



IV-LES PSEUDO-TUMEURS: on cite:

- Hétérotopie Brunnerienne:
 - Rate accessoire.
 - Surrénale accessoire.
 - Kyste dysembryoplasique, tératome.

- Pseudo Tm inflammatoire:
 - Pseudo polype inflammatoire.
 - Le granulome éosinophile.
 - La gastrite pseudo lymphomateuse.