

UE 4-Urologie-Néphrologie

Dr J Verine

10 /12/2012 13h30-15h30

Ronéotypeur : Souphone

Ronéoelectrice : Eileen

Enseignement de pathologie urologique

Salut ! Bon alors ce cours est pas trop compliqué d'ailleurs si tu connais un minimum ta cancérologie, je t'invite directement au grand II car le I c'est vraiment des rappels de bases. Le gros du cours c'est pages 8-17. (enfin 9-17).

Ensuite, J'ai mis en gras ce que le prof a dit à l'oral sans mentionner « c'est pour votre culture » ou « c'est juste pour vous ». Après bon ok il a dit les chiffres à l'oral que je n'ai pas mit en gras mais bon je les entreF*st ! Pareil pour les rappels avant chaque partie (II III IV V) surtout que c'est des rappels éclairs et pas très détaillé !

Le reste viens des diapos, ce qu'il n'a pas du tout dit à l'oral n'est pas la non plus !!

PLAN.

I Rappel.

1) Définition.

2) Histoire naturelle du cancer.

3) Dysplasie.

- a) Définition.
- b) Facteur favorisant .
- c) Caractères microscopiques des dysplasies.
- d) Grading des dysplasies.

4) Carcinome in situ.

5) Cancer infiltrant.

- a) 6 propriétés des cellules cancéreuses.
- b) Morphologie de la cellule cancéreuse.

6) L'anapathologie et le cancer.

- a) Place de l'anapathologie en cancérologie.
- b) Nomenclature des tumeurs.
- c) Degré de différenciation des tumeurs.
- d) Grade histopronostic.
- e) Stade d'extension TNM.
- f) Compte rendu histologique.

II Les tumeurs du rein.

1) Rappel.

2) Généralité

3) Principales tumeurs du rein.

4) Aspect morphologique des principales tumeurs à cellules rénales.

5) Carcinome rénal à cellules claires.

6) Maladie de Von Hippel Lindau.

7) Grade nucléaire de Fuhrman.

III Tumeurs urothéliales de la vessie et des voies excrétrices urinaires.

1) Rappel.

2) Généralité.

3) Type histologique des tumeurs de vessie.

4) Pathologiste et urologue.

5) Grade et stade.

6) Cytologie urinaire.

IV Les lésions de la prostate.

1) Rappel.

2) Hypertrophie bénigne de la prostate.

3) Cancer de la prostate.

4) Grade et score de Gleason.

5) Stade pTNM.

V Pathologie testiculaire.

1) Rappel.

2) Torsion du testicule.

3) Tumeurs du testicule.

a) Généralité.

b) Tumeurs du testicule.

c) Tumeurs germinales du testicule.

d) TNM.

I Rappel

1) Définition.

- Une tumeur
 - ⇒ **Une prolifération de cellule excessive.**
 - ⇒ **Formant une masse tissulaire**, ressemblant plus ou moins au tissu originel.
 - ⇒ Tend à persister, croître, ce qui suggère une **autonomie biologique.**
- Tumeur maligne = cancer. A différencié de tumeur maligne.

2) Histoire naturelle du cancer.

- Etape schématique :
 - ⇒ Transformation cellule en cellule cancéreuse.
 - ⇒ Expansion clonale
 - ⇒ Croissance de la masse tumorale cliniquement détectable.
 - ⇒ Dissémination /métastases
- Etape de la progression :
 - ⇒ **Lésion précancéreuse = DYSPLASIE !**
 - ⇒ **Cancer : Phase local, limité au tissu originel, carcinome in situ** (infiltré pas mb basal)
 - ⇒ **Cancer : Phase loco-régionale, carcinome infiltrant** (invasion vasculaire et tissu adjacent)
 - ⇒ **Cancer : Généralisation**, Essaimage a distance.
 - ⇒ **Cancer : Métastases**, seconde tumeur à distance.

3) Dysplasie.

- Tout épithélium repose sur **une mb basale qui sépare épithélium et Chorion sous jacent !**

a) Définition.

- **Dysplasie = lésion précancéreuse !**
- Lésion **strictement intra-épithéliale.**
- Cellule avec **Trouble acquis de l'homéostasie**, perte de contrôle de prolifération et maturation cellulaire : **la prolifération est augmentée et la différenciation diminuée.**
- **Lésion précancéreuse** : cellule dysplasique **accumulent plus d'anomalie génétique**, les faisant tendre vers un cancer.

b) Facteur favorisant :

- **Inflammation chronique** (gastrique à hélicobacter, Endobrachyoesophage par reflux, Maladie inflammatoire chronique : Crohn).
- **Infection virale** (papillomavirus).
- **Tumeurs bénignes** (adénomes du colon).

c) Caractère microscopique des dysplasie.

- Histologie :
 - ⇒ **Augmentation densité cellulaire.**
 - ⇒ **Diminution de la différenciation.**
 - ⇒ **Anomalie de polarité.**
 - ⇒ **Désorganisation de l'architecture de l'épithélium.**
- Cytologie :
 - ⇒ **Nombre de mitose augmenté.**
 - ⇒ **Augmentation des rapports nucléo-cytoplasmique.**
 - ⇒ **Anisocytose et anisocaryose.**

d) Grading des dysplasies.

- **Anomalie microscopie +++**
- Plus elles sont **intenses et étendues**, plus le grade monte.
- Le grade est **proportionnel au risque d'apparition en cancer.**
- Le grade informe sur le **pronostic et l'attitude thérapeutique.**
- Différentes terminologies :
 - ⇒ Dysplasie légère, modéré, sévère
 - ⇒ Néoplasie intra épithéliale de degré I, II, III
 - ⇒ Dysplasie de bas / haut grade.

4) Carcinome in situ.

- Lésion **strictement intra épithéliale.**
- Carcinome in situ :
 - ⇒ **Cellule cancéreuse.**
 - ⇒ **Pas de franchissement de la membrane basale** et donc du chorion : tissu conjonctif.
 - ⇒ **Non invasif** (pour l'instant $>_{<}$) . = **PAS DE METASTASES POSSIBLE !**
- Distinction entre dysplasie sévère /haut grade et CIS :
 - ⇒ Distinction assez difficile et pas d'importance **car l'attitude thérapeutique est la même.**
 - ⇒ Donc on s'en fou si je comprends bien =).

5) Cancer infiltrant.

a) 6 propriétés des cellules cancéreuses.

- **Autosuffisance vis-à-vis des facteurs de croissances.**
- **Résistance aux signaux anti prolifératifs.**
- **Potentiel de réplication illimité. (pas de sénescence)**
- **Angiogénèse.**
- **Capacité d'invasion et métastases.**
- **Résistance à l'apoptose.**

b) Morphologie de la cellule cancéreuse.

- **Caractères nucléaires :**
 - ⇒ **Noyau taille augmenté.**
 - ⇒ **Anisocaryose.**
 - ⇒ **Chromatine et nucléole +++**
 - ⇒ **Augmentation du nombre de mitose (index mitotique élevé). Peuvent être irrégulière, cad tripolaire, quadripolaire .**
 - ⇒ **Forme anormale.**
 - ⇒ **Hyperchromatisme.**
- **Caractères cytoplasmique :**
 - ⇒ **Rapport nucléoplasmique toujours augmenté**
 - ⇒ **Cytoplasme + /- abondant**
 - ⇒ **Différenciation +/- vacuole +/-**
- **Absence de spécificité et de constance :**
 - ⇒ **Une cellule d'aspect cancéreuse peut être non cancéreuse (dystrophie post radiothérapie), inversement. (liposarcome lipoma-like).**

6) L'anapathologie et le cancer.

a) Place de l'anapathologie en cancérologie.

- **Cytologie de dépistage : Diagnostic / pronostic.**
- **Biopsie : Diagnostic / pronostic.**
- **Pièce opératoire : Diagnostic / pronostic / traitement.**
⇒ **Examen extemporané, macroscopie, histologie.**
- Autres techniques : Marqueur pronostiques, recherche : immunohistochimie, biologie moléculaire, banque de tissu frais.

b) Nomenclature des tumeurs.

- **Suffixe « ome » : tumeur bénigne ou maligne.**
- **Préfixe « adéno » : épithéliale glandulaire.**
- **Préfixe « carcin » : Epithélial malin.**
- **Préfixe « sarc » : Conjonctif malin.**
- **Adénome : tumeur épithéliale glandulaire bénigne.**
- **Carcinome : tumeur épithéliale maligne.**
- **Adénocarcinome : Tumeur épithéliale glandulaire maligne.**
- **Sarcome : Tumeur conjonctive maligne.**

c) Degré de différenciation des tumeurs.

- **L'état de différenciation d'une tumeur est proportionnel à la faveur de son pronostic.**
- Tumeur différencier = good / tumeur non différencié = BAAAD !
- Quand on dit état de différenciation, on peut le dire : est ce que la tumeur ressemble au tissu originel ??

d) Grade histopronostic.

- Grade pronostic du cancer **varie selon l'organe**, critère :
 - ⇒ **Différenciation**
 - ⇒ **Atypie nucléaire ++++++++ ! et + !**
 - ⇒ **Nombre de mitoses.**
 - ⇒ **Nécrose tumorale.**
- Exemple :
 - ⇒ Grade de Scarff, Bloom et Richardson (sein) . (Diff, atypies nucl, mitoses).
 - ⇒ **Score de Gleason (prostate). (différenciation, architecture).**
 - ⇒ **score de Fuhrman (rein). (Caractéristique nucléaire).**

e) Stade d'extension TNM.

- Système international de classement des cancers selon leur extension anatomique.
- Permet d'harmoniser les traitements (entre différent endroit).
- Élément pronostic majeur.
- Différentes classification TNM :
 - ⇒ pTNM : Classification Anapath.
 - ⇒ cTNM : Classification clinique.
 - ⇒ rTNM : Classification radiologique.
- Cette classification dépend du site anatomique.

- Fonctionnement :
 - ⇒ **T : Tumeur primitive**
 - ✓ **Tx : statut de tumeur primitive inconnu.**
 - ✓ **T0 : Pas de tumeur primitive.**
 - ✓ **Tis : Carcinome in situ.**
 - ✓ **T1-4 : carcinome infiltrant**, dépend du diamètre lésionnel, envahissement des organes adjacent.
 - ⇒ **N : Extension ganglionnaire :**
 - ✓ **Nx : Statut ganglionnaire inconnu.**
 - ✓ **N0 : Pas de métastases ganglionnaire.**
 - ✓ **N1-3 : Dépend du territoire ganglionnaire touché**, proximité à la tumeur et dimension, nombre et fixation au tissu voisin des adénopathies.
 - ⇒ **M : Métastases :**
 - ✓ **Mx : Statut métastatique inconnu.**
 - ✓ **M0 : Absence de métastases.**
 - ✓ **M1 : Métastase viscérale.**

- Stade
 - ⇒ Groupe homogène de survie
 - ⇒ Rassemblement de différent groupe TNM pour en faire que 4 : I, II, III, IV.

f) Compte rendu histologique, contenu.

- Type histologique de la tumeur.
- Degré de différenciation.
- Grade histopronostic.
- Stade TNM.

II Les tumeurs du rein.

1) Rappel

a) Rappel Anatomique.

- Parenchyme rénal :
 - ⇒ Cortex : Contient les glomérules.
 - ⇒ Médullaire : forme des pyramides de malpigi.
 - ⇒ Papille : Sommet interne d'une pyramide, chaque papille contient en son extrémité un calice.
 - ⇒ Un rein = 1000 néphron (unité élémentaire)
- Cavité excrétrice :
 - ⇒ 8-10 calice se regroupent au niveau de trois tiges calicelles qui rejoignent le bassinnet.
 - ⇒ Le bassinnet se prolonge par l'uretère.

b) Rappel Histologique.

- Glomérule
 - ⇒ Capsule qui contient vaisseaux et TC
- Tube proximal, distale.

2) Généralité.

- 2/3% cancer de l'adulte.
- 3^e cancer urologique après celui de la prostate et de la vessie.
- **Age moyen de découverte : 60 ans**
- **Sex ratio : 2 hommes pour une femme.**
- **Facteur favorisant : Tabac, obésité, maladie kystique acquise du dialysé, maladie de VHL, polykystose rénal etc.**
- **Les cellules d'origines de ces tumeurs sont principalement les cellules tubulaires.**

3) Principales tumeurs du rein.

- **Tumeurs à cellules rénales (90%) :**
 - ⇒ **Benigne :**
 - ✓ **Oncocytome.**
 - ✓ **Adénome papillaire.**
 - ⇒ **Maligne :**
 - ✓ **Carcinome à cellule claire. (75%)**

- ✓ **Carcinome papillaire.** (10-15%)
 - ✓ **Carcinome à cellule chromophobes.** (5-10%)
 - ✓ **Carcinome des tubes collecteurs** (de bellini) (1%)
- ⇒ Autre : Tumeurs conjonctives, angiomyolipome, tumeurs embryonnaires pour les gosses !

4) Aspect morphologique des principales tumeurs à cellules rénales.

- **Carcinome à cellule claire :** Cellule paraissent claire, car c'est cellule chargé de graisse, laisse du vide après dissolution au toluène.
- **Carcinome papillaire :** Formation de papilles avec des macrophages spumeux.
- **Carcinome à cellules chromophobes :** membrane cytoplasmique très visible.
- **Oncocytome :** cellule très rouge (beaucoup de mitochondries).

5) Carcinome rénal à cellules claires.

- 70-75 % cancer du rein.
- **Développé à partir des tubes contournés proximaux.**
- **Associé à une altération du gène VHL (Von Hippel Lindau), gène suppresseur de tumeur.**
- 2 forme :
 - ⇒ Sporadique : mutation VHL, Délétion du locus du gène, méthylation.
 - ⇒ Hériditaire : mutation germinale.

6) Maladie de Von Hippel Lindau.

- **Maladie autosomique dominante.**
- **Mutation gène VHL : Mutation ponctuelle (70 %) Délétion (30%).**
- **Critère diagnostique :**
 - ⇒ **2 lésions majeures dont un hémangioblastome.**
 - ⇒ **1 lésion majeure + ATCD**
- **Manifestation cliniques majeures :**
 - ⇒ **Hémangioblastome. (rétine et SNC).**
 - ⇒ **Rein (kyste et cancer).**
 - ⇒ **Pancréas (kyste et cancer).**

- ⇒ **Phéochromocytome.**
- ⇒ Tumeur du sac endolymphatique.

7) Grade nucléaire de Fuhrman et TNM.

- **SEULEMENT pour le rein.**
- **Le grade définit l'agressivité de la tumeur.**
- **L'aspect du noyau ++++++ !**
 - ⇒ **Taille.**
 - ⇒ **Contour régulier/forme.**
 - ⇒ **Nucléole.**
- **Le TNM dépend de la TAILLE de la tumeur**
- **Cancer qui envahit les voies veineuses ++++++ !**

III Tumeurs urothéliales de la vessie et des voies excrétrices urinaires.

1) Rappel.

a) Rappel anatomique.

- Grosse musculature et muqueuse fine.

b) Rappel Histologique.

- Epithélium pseudo stratifié / muqueuse.
- Chorion.
- Musculaire +++++.

2) Généralité.

- 3-4% cancer de l'adulte.
- **Sexe ratio : 3-5 homme/1 femme.**

- Facteurs favorisants :
 - ⇒ **Tabac** (30-40 % cancer de la vessie.)
 - ⇒ **Carcinogène industriel.** (30%)
- Circonstance de découverte/révélation de la tumeur :
 - ⇒ **Mode superficiel** (70%)
 - ⇒ **Mode infiltrant** (25%)
 - ⇒ **Métastases** (5%)
- **Récidive +++ !**
 - ⇒ Le polype, entre deux récurrences, revient plus vite, plus agressif.

3) Types histologiques des tumeurs de vessie.

- **Tumeurs /carcinomes UROTHELIAUX +++++++ (90%)**
- Carcinome épidermoïde (6%) : bilharziose. (Développé sur des lésions pré existantes de métaplasie épidermoïde de l'épithélium, cad urothélium devient malphigien).
- Adénocarcinome (2%) : Développé sur des vestiges de l'ouraque(vestige embryonnaire) ou foyers de métaplasie glandulaires.
- Carcinome neuro-endocrine à petites cellules (>1%)

4) Tumeurs urothéliales de la vessie : Pathologiste / Urologue.

- Pathologiste : Tumeurs **NON INFILTRANTES** = pas franchit la mb basale.
- Urologue : tumeurs **SUPERFICIELLES** = tumeur non infiltrante + tumeur infiltrant le chorion mais **SANS INFILTRATION DU MUSCLE DETRUSOR.**
 - ⇒ L'urologue réfléchi de façon thérapeutique : si c'est superficielle pas de cystectomie, si c'est non superficielle cystectomie !

5) Grade / TNM / Cytologie.

- Grade :
 - ⇒ Le prof a décrit des lames en précisant **que ce n'était pas à savoir.**
 - ⇒ Mais si vous n'avez pas le cerveau assez chargé, sachez qu'il existe, dans le grading plusieurs catégories de tumeurs non infiltrantes : tumeurs papillaires de faible potentiel de malignité, carcinome papillaire de bas grade, puis de haut grade, CIS.

- TNM
 - ⇒ Repose uniquement sur la **profondeur d'infiltration +++++**
 - ⇒ La taille de la tumeur n'a pas d'importance.

- Cytologie
 - ⇒ Urinaire !
 - ⇒ Urine fraîche.
 - ⇒ **Analyse des cellules urothéliales desquamées.**
 - ⇒ Examen **peu sensible (Faux négatif +++)** mais **très spécifique (Faux positif - - -)**
 - ✓ (Pour les m**des comme moi en biostat, ça veut dire, si le test est négatif, ça n'a pas beaucoup d'importance, s'il est positif, t'es quasi sur d'être atteint)
 - ⇒ Diagnostic initial mais surtout **suivi des patients +++++** (car récurrences +++++).
 - ⇒ Critères cytologiques (dans les rappels =X)

IV Les lésions de la prostate.

1) Rappel.

a) Rappel anatomique.

- Situé juste en dessous de la vessie.
- Plusieurs parties dont deux importantes :
 - ⇒ Zone centrale : Adénome.
 - ⇒ Zone périphérique : cancer +++

b) Rappel histologique.

- Epithélium glandulaire festonné.
 - ⇒ Assise cellule glandulaire.
 - ⇒ Assise cellule basale.
- TC fibro-musculaire.

2) Hypertrophie bénigne de la prostate.

- **Adénomyofibrome.**
- Eléments constitutifs hyperplasique :
 - ⇒ Glandes
 - ⇒ Muscles lisses
 - ⇒ Tissu fibreux

3) Cancer de la prostate.

- 1^{ère} cause de cancer de l'homme > 50 ans.
- 2^e cause de décès de cancer en France après le cancer du poumon.
- FDR :
 - ⇒ **Age**
 - ⇒ **Origine afro-antillaise**
 - ⇒ **ATCD familiaux**
- Localisation :
 - ⇒ **Zone périphérique +++ (70%)**
 - ⇒ **Zone centrale (20%)**
 - ⇒ Zone de transition (10%)
- **Adénocarcinomes +++++ (90%)**
 - ⇒ Cancer infiltrant : Plus d'assises de cellule basales, nucléoles proéminents.
- Carcinomes neuroendocrine dans 10% cas (rarement isolé)

4) Score de Gleason.

- **Grade histopronostic du cancer de la prostate.**
- **Repose sur le degré de différenciation +++++**
- **Grade de Gleason :**
 - ⇒ **1 : Adénose (lésion non cancéreuse)**
 - ⇒ **2-5 : Cancer (Différencié à moins différencié, donc moins bon pronostic).**
- Score de Gleason : de 4 à 10.
 - ⇒ **C'est une addition de deux grades ! Selon le prélèvement .**
 - ⇒ **Biopsie :**
 - ✓ **Grade du contingent le plus représenté + grade du plus agressif.**
 - ⇒ **RTUP et prostatectomie radicale :**
 - ✓ **Grade des deux les plus représentés + un troisième si présence d'un grade plus agressif.**
- Exemple : adénocarcinome prostatique infiltrant constitué de :
 - ⇒ Un contingent de grade 3 (60%)
 - ⇒ Un contingent de grade 4 (35%)
 - ⇒ Un contingent de grade 5 (5%)
 - ✓ Sur une biopsie : Score 8 (3 + 5) / sur une prostatectomie Score 7 (3+4) + Grade 5 (5%)

5) pTNM.

- **Repose sur l'étendu de l'infiltration.**
- Pour votre savoir :
 - ⇒ T1 : Cancer limité à un lobe.
 - ⇒ T2 : Deux lobes.
 - ⇒ T3 : Cancer s'étend en dehors de la prostate.
 - ⇒ T4 : Atteinte des organes adjacents, ex : vessie.

V Pathologie testiculaire.

1) Rappel.

a) Rappel anatomique.

- Glandes situés dans le scrotum.
- Testicule enveloppé de péritoine => Vaginale.
- Testicule => divisé en lobules spermatiques => Dans chaque, il y a des canaux => 3-4 tubes séminifères => relié dans la rete testis => Epididyme => canal déférent => Prostate.

b) Rappel histologique.

- Tubes séminifères : 2 types cellulaires :
 - ⇒ Cellules germinales.
 - ⇒ Cellules de Sertoli (soutient).
- En dehors, cellule de Leydig (endocrine).

2) Torsion testiculaire.

- **Urgence**
- **Risque de nécrose hémorragique du testicule par torsion du cordon spermatique.**

3) Tumeur du testicule.

a) Généralité.

- 1% cancer chez l'homme (Tout âge confondu)
- Plus fréquent chez le jeune adulte.
- Cancer le plus fréquent (30%) entre 25-30 ans.

- **Aspect nodulaire.**
- **Facteurs favorisants :**
 - ⇒ **Atrophie testiculaire** : Dysgénésie gonadique (Klinefelter etc) Post traumatique, infectieuse etc.
 - ⇒ **Cryptorchidie** et ectopie testiculaire. (En gros le matos n'est pas à sa place !).
- **Tumeurs germinales (maligne) (90%) :**
 - ⇒ **Séminomes** : tumeurs germinales séminomateuse.
 - ⇒ **Tumeurs germinales non séminomateuse :**
 - ✓ **Carcinome embryonnaire.**
 - ✓ **Tumeur vitelline**
 - ✓ **Choriocarcinome.**
 - ✓ **Tératome.**
 - ✓ **+/- Séminome.** (avec d'autre chose).
- Tumeurs des cordons sexuels (10%)
 - ⇒ Tumeur à cellule de Sertoli (90 % bénigne)
 - ⇒ Tumeur à cellule de Leydig (90 % bénigne)
- **Néoplasies germinale intra-tubulaire.**
 - ⇒ **Précurseur des tumeurs germinales du testicule. (Equivalent au CIS pour les carcinomes)**
 - ⇒ **Développe à partir des cellules germinales des tubes séminifères.**
 - ⇒ **Pas de franchissement de la membrane basale.**
 - ⇒ **Disparition de spermatogénèse.**

c) Tumeurs germinales du testicule.

- **Séminomes (35%) : Dissémination essentiellement lymphatique.**
- **Tumeurs non séminomateuse :**
 - ⇒ Tumeurs constituées d'un seul type histologique :
 - ✓ **Carcinome embryonnaire (20%): Agressivité +++ / Dissémination lymphatique et sanguine +++ / Malignité +++**
 - ✓ **Choriocarcinome : Dissémination lymphatique et sanguine +++ / Malignité +++, Beta HCG dosable !**

- ✓ **Tumeur vitelline : Chez l'enfant +++ / Agressivité +++ / alpha Foetoprotéine dosable !**
- ✓ **Tératome : Bénigne chez l'enfant / Maligne chez l'adulte. Sur coupe, aspect normal d'épithélium malphigien mais potentiel malin.**

- **Tumeurs mixtes : (plusieurs types histologiques) (40%)**

d) TNM.

- **Dépend du degré d'invasion.**
- Pour le bon savoir de ce qui n'en ont pas assez :
 - ⇒ T0 : Pas de tumeur primitive.
 - ⇒ Tis : CIS
 - ⇒ T1 : Tumeur limitée au testicule et épидидyme.
 - ⇒ T2 : + invasion vasculaire, lymphatique, vaginale, et l'albuginée.
 - ⇒ T3 : + invasion du cordon spermatique, avec ou sans invasion vasculaire / lymphatique.
 - ⇒ T4 : + envahissement du scrotum, avec ou sans invasion vasculaire / lymphatique.

Important POINT (pas toi will ...) :

- Comprendre termes : Dysplasie, CIS, carcinome infiltrant. (EASY WIN)
 - Connaître les caractéristiques histologiques des cellules cancéreuses.
 - Nomenclature des tumeurs.
 - Comprendre les principes :
 - ⇒ Degré de différenciation.
 - ⇒ Grade histopronostique.
 - ⇒ TNM.
 - Grade de Fuhrman.
 - Score de Gleason.
- ⇒ J'ai recopié la diapo Points important ...

Assis là, fermentant dans mon lit, las d'effectuer un labeur, 9 jours avant notre fin inéluctable, je me réjouissais de contempler le filet de lumière perforant mes rideaux et irradiant mon pauvre petit corps frêle.

Qu'aurais je envie de faire autre que de travailler ? Geeker ? Non cette corruption ne m'a jamais atteinte... De la musique ? Non non ... mon pauvre petite corps frêle grelotant et mourant ne subsisterait pas à la pluie déferlante ouvrant la porte à l'orage et le vent engendré par mes agissements.

Ces temps si triste d'obscurité et de froid, assombrissait mon âme. Je n'eu dès lors que pour seule quête et obsession, de trouver la personne qui emplirai mon esprit de sa vie.

Me vint d'abord à l'esprit cette demoiselle, qui me soutint dans mon labeur, qui pris la moitié des notes qu'il m'était du de faire. Enfin bien que charmante, elle n'en n'est pour le moins méchante ... La preuve audio existe. =)

Je pensais à cette à cette fille, qui parmi mes confrères est celle, que je connais depuis bien plus fort longtemps que les autres. Ah ... elle sut toujours m'étonner, sa langue est aussi cru que l'inversement de la hauteur de sa taille, enfin elle pourrait séduire bien des mâles si elle ne laissait pas les lapins assouvir leurs pulsions sur son petit corps robuste et vif.

Encore une femelle ! Ne prenez garde à ce terme mesdames, mesdemoiselles, il n'est aucune volonté de causer le mal ici, la seule volonté est celle de ne point faire de répétition. Donc cette femelle ! Ah penser à elle me fait également revoir sa camarade de vie. Plutôt, belle femme, Cheveux bouclés volumineux, soyeux, elle rêve de domination sur les hommes, mais malheureusement elle ne su parvenir à ses fins avec moi, peut être me parle t'elle encore dans ce but ? o_O, Sa camarade, ah ... quel beau sourire, radiant, étincelant, la voir empli mon âme d'une fine joie, cependant malgré le fait que j'eu apprécié les fois ou nous échangeâmes de long discours, le temps se déroba, fuyais beaucoup trop vite, me laissant ivre de parole.

Puis je pensais à mes frères d'armes, ceux qui me « supportent » dans mes combats, il me « feed » je les « carry » c'est un marché équitable et je triomphe pour eux. J'eu une métaphore à l'esprit : j'eu deux écuyer et je fut un chevalier, donc ils sellent mon cheval, me donnèrent les armes pour me battre, ramassent mes selles... tout cela mène forcément au triomphe, mais le chevalier perd seulement s'il n'a pas d'arme ou s'il doit ramasser tout seul ce qu'il laisse derrière lui, c'est donc c'est écuyer les fautifs ... Donc merci à vous d'être aussi « supportatif » ! Mais quelque fois je me demande si l'un est retardé mental car trop lent et si l'autre c'est malheureusement fait lacérer la gorge par un chien portant la rage ...

Mais peut être voudrais je repartir, sur l'île paradisiaque qu'il m'eu été donné de visité avec ces mâles viriles se demandant à longueur de journée « s'il l'avait fait » et ces jolies demoiselles de formes fortes généreuses ... ou repartir en terre lointaines, dans la chaleur, avec encore ces filles et ce mâles, ah non la je dirai femelle ou animal, elle ne pensait qu'au besoin primaire ! Guidé par leurs instincts ce fut : Manger, boire, et les selles ... bien qu'une eu un besoin primaire en plus que je ne me remémorerai point pour l'intégrité de ma jeunesse spirituelle.

La écrivant, effectuant cette activités littéraire, je me demandai quel autre activité je préfèrerai faire avec mon corps, et une me vint à l'esprit ! Non non, ce n'est point cela, ôtez vous cette perversitude

de votre esprit confrère ! C'était du sport. Pensant au sport, je me souvins d'eux, de ma fratrie... Ceux dont ne dois pas prononcer le nom ... Cette fratrie d'homme virile, robuste mais gentleman à la fois ne jurant que par le sport et la boisson. Là revisualisant ces braves, je me souvins qu'il comblait pour moi un déficit de la partie inférieure du corps dû à mes origines, Non non, ce n'est point cela, ôtez vous cette perversitude de votre esprit confrère ! Je parlais de mon manque d'enzyme pour digérer la boisson ... Mais dans ce groupe de mâles, fussent, étaient, sont et seront, quelques amazones, non non ! Elles n'avaient pas un sein en moins et ressemblèrent point à des bonhommes, elles étaient juste plus fortes que la plus part des confrères que nous sommes, plus sexy que les femelles des autres fratries de dessin ou de bisoutage !

Là essayant de prononcer un mot, je me rendu compte que ma voix était atteinte, je me souvins, c'était là ... avec ce mâle, moi assis sur une chaise ... lui debout ... moi la bouche grande ouverte, et je commençais un morceau de musique =)

D'ailleurs me souvenant de lui, je visualisais également cette fille souvent à ses cotés, qui ne se regarde pas dans la glace en sortant de chez elle ... Non non, elle était très bien habillée, c'est juste que l'épiderme qui recouvrait ses seins était à 75% à l'air libre, recouvrant le soleil ... Ce qui fut sans cesse rebondir cette fille très très peu expressive et qui cachait les fristis de la base de sa chevelure. Mais également ce bel homme qui lorsqu'il disait non, ce fut « OH NOOONNNN » comme si c'était la fin de sa vie !

Mon réveil sonna me ramenant à la réalité, j'eus peu être oublié des personnes dans mes pensées.

Je repris mes esprit et tenta d'envoyer le fruit de mon labeur à ma ronéoelectrice, tapant l'adresse mail d'Eileen, c'est là que vint le spleen, un brise pure de pensée fine, à cette personne peu citadine.

Fin de journal du mercredi 12 décembre 2012, 14h38. Fait à Saint Ouen l'Aumône.

PETITE DEDICACE EN PLUS A TOUTE LES ASSOS !!!! J'avais pas assez d'inspiration pour ça =(.

