



# Carcinomes cutanés

DR MANSOUL

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019-2020

MODULE DE DERMATOLOGIE

6EME ANNÉE MÉDECINE

# Généralités

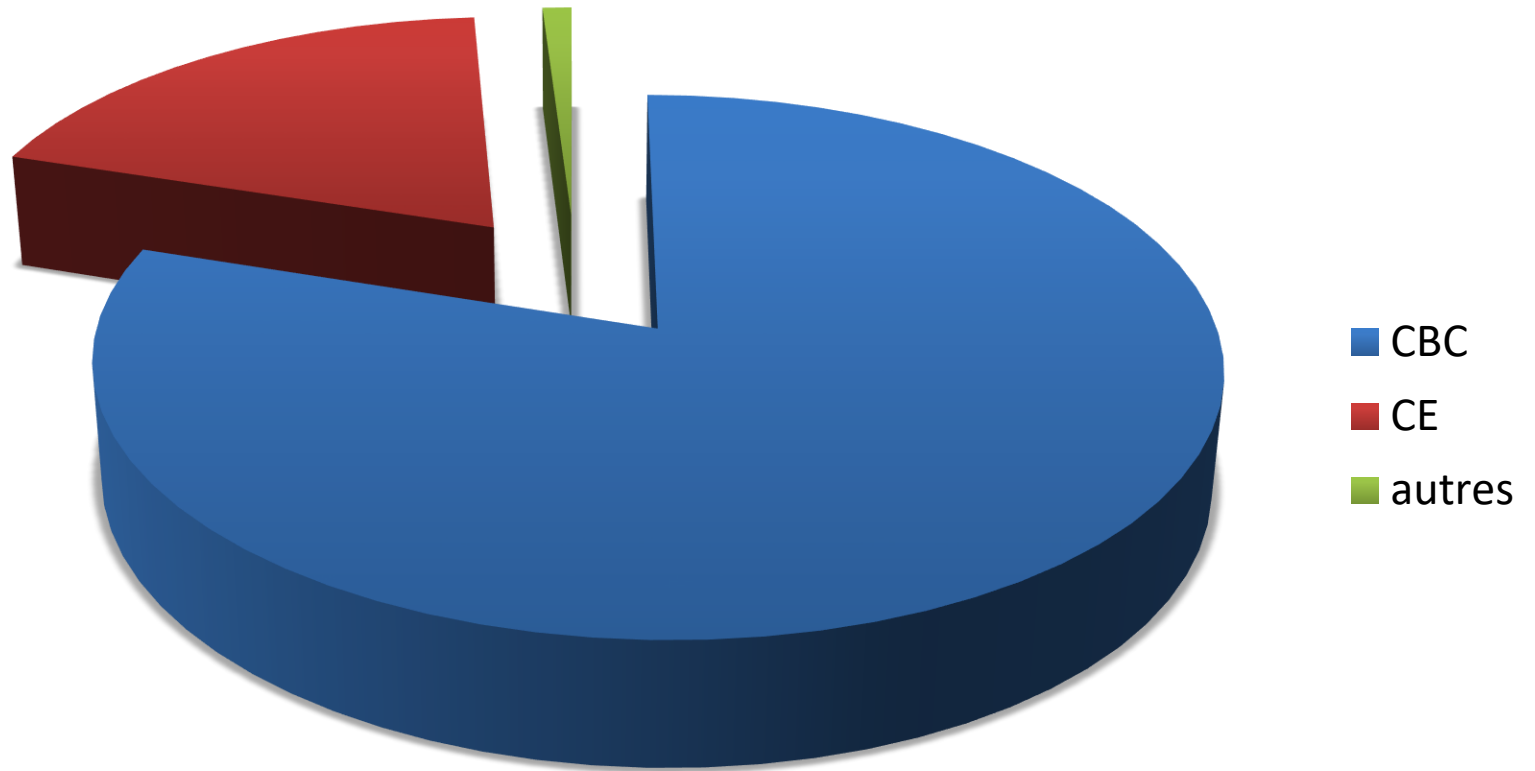
- Les cancers cutanés épithéliaux ou carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers humains en général et des cancers cutanés en particulier
- Le soleil reste de loin le facteur étiologique le plus incriminé dans leur apparition
- Si la grande majorité des carcinomes cutanés sont de bon pronostic, leur caractère *récidivant et multiple* et le fait qu'ils touchent davantage une *population âgée* font qu'ils représentent encore un grave problème de santé publique.

On distingue deux grands types de carcinomes cutanés :

- **Les carcinomes basocellulaires (CBC)**, les plus fréquents (2/3 des carcinomes cutanés chez le sujet immunocompétent) sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale, qui ne métastasent pour ainsi dire jamais.
- **Les carcinomes spinocellulaires** ou épidermoïdes (CE) ont une évolution locale beaucoup plus agressive et peuvent métastaser. Ils représentent 1/3 des carcinomes cutanés.



# fréquence



# **Les carcinomes basocellulaires (CBC)**

# Epidémiologie

- Les CBC touchent en France environ 70 individus pour 100 000 habitants par an.
- Cette incidence varie en fonction du phototype et de la latitude. Ainsi dans les pays de fort ensoleillement pour une population de phototype clair comme en Australie, l'incidence est augmentée à 400 cas pour 100 000 habitants par an.
- Son incidence maximale est située entre 45 et 60 ans, sans prédominance de sexe.

## PRÉCURSEUR

- Le CBC ne survient pas sur une lésion précancéreuse

# ETIOLOGIE

## Le soleil

- Le facteur causal le plus fréquemment évoqué est l'exposition solaire.
- Deux types d'exposition solaires peuvent être néfastes :
  - les expositions intermittentes aiguës sur une peau non préparée (coups de soleil sur une courte période de vacances)
  - l'exposition chronique (expositions répétées sur de longues années au rayonnement solaire).
- Les dangers du rayonnement solaire sur la peau sont étroitement corrélés au phototype cutané. Ainsi, les peaux les plus claires, prenant volontiers des coups de soleil, sont plus à risque que les peaux de phototype foncé, bronzant rapidement.



## les radiations ionisantes

- chez les malades faisant des CBC superficiels multiples sur zones irradiées.

## Maladies congénitales rares prédisposant à leur développement:

- Exp: le xeroderma pigmentosum, qui est lié à un déficit autosomique récessif des enzymes de réparation de l'ADN

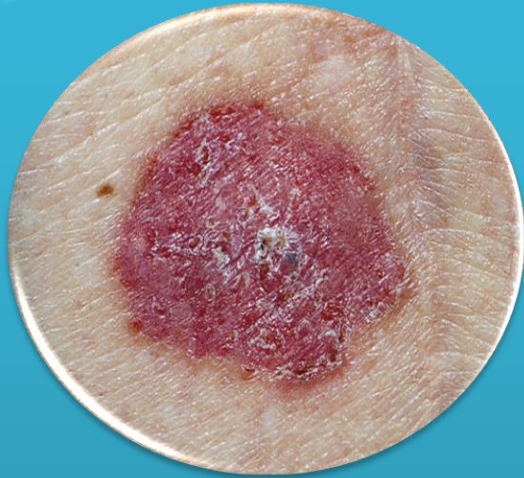


# Clinique

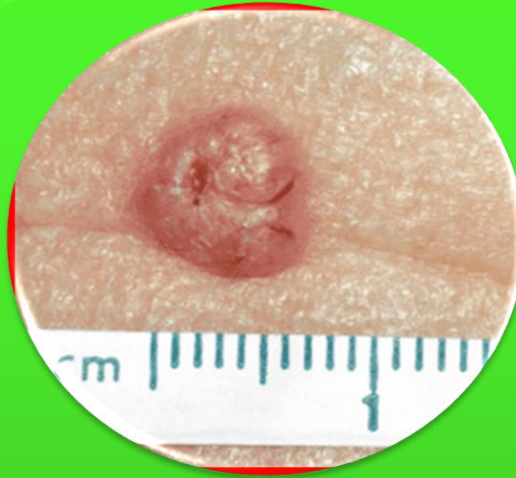
- Lésion élémentaire : Typiquement le CBC est une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui va s'étaler progressivement.



Il existe plusieurs variétés anatomo-cliniques de gravité variable.



Le CBC superficiel



Le CBC nodulaire

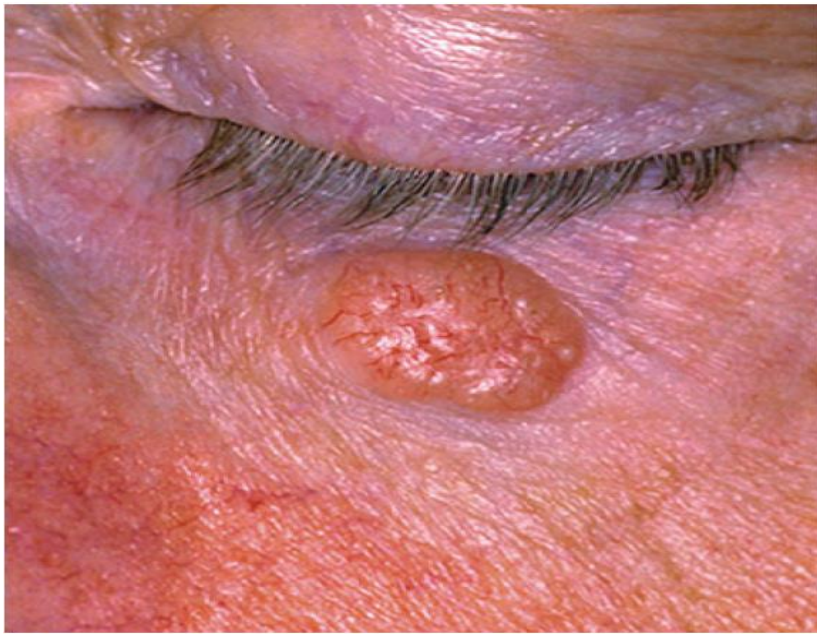


Le CBC  
sclérodermiforme



- Le *CBC nodulaire* est une tumeur ferme, bien limitée, lisse, pouvant simuler une lésion kystique. Sa surface peut devenir squameuse. C'est la forme la plus fréquente (60 p.100 des cas).





**A**



**B**



**C**



**D**

- Le *CBC sclérodermiforme* (5 p. 100 des cas) associe une intense fibrose à la prolifération tumorale et se présente sous la forme d'un placard atrophique infiltré mal limité. Sa surface est blanchâtre et ses limites imprécises. Cette forme récidive plus souvent.



- Le *CBC superficiel* ou *pagétoïde* d'évolution très lente, ayant une bordure perlée s'observe sur le tronc et a tendance à la multiplicité (10 à 25 p. 100 des cas).







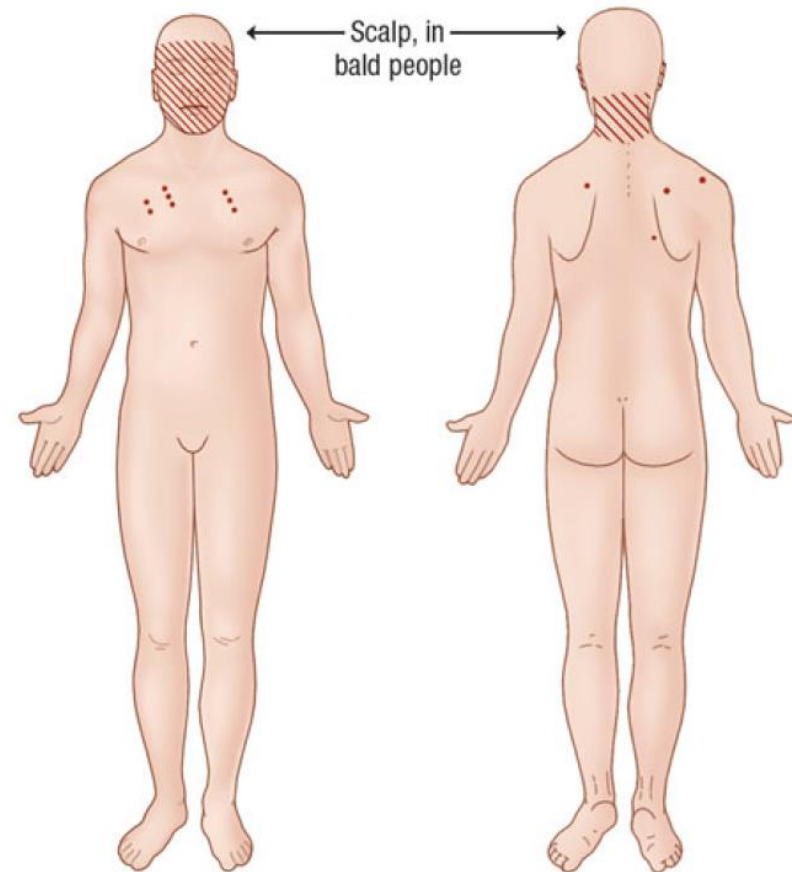
Ces trois formes anatomocliniques peuvent être :

1. **pigmentées** ou tatouées secondairement à la présence dans la tumeur de pigments mélaniques.
2. **Ulcerées** bordées d'un bourrelet perlé. L'ulcération peut avoir une évolution extensive et destructrice : il s'agit de formes dites térébrantes pouvant atteindre les structures musculaires ou osseuses sous-jacentes.



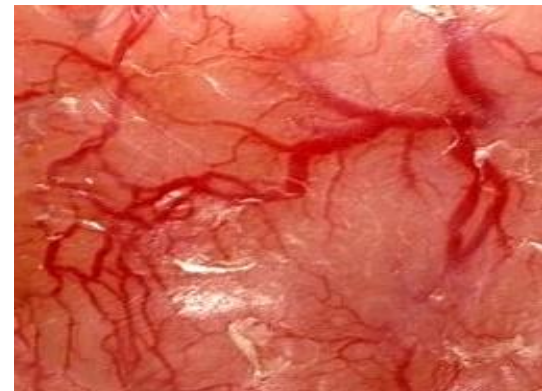


- Topographie : Le CBC survient dans les zones photoexposées dans plus de 85% des cas.
- Il n'est jamais localisé sur les muqueuses



# Dermoscopie

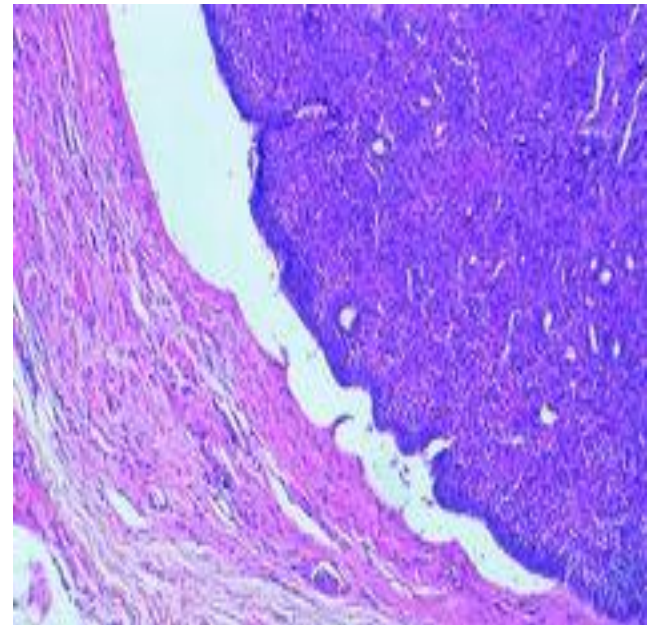
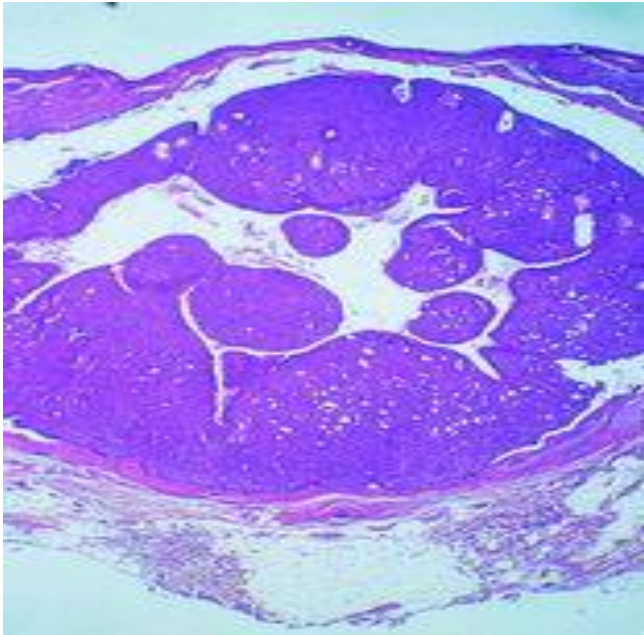
- **La microscopie de surface** par épiluminescence ou dermoscopie permet d'augmenter la sensibilité et la spécificité de l'examen à l'œil nu.



Elle permet la mise en évidence de signes caractéristiques du carcinome basocellulaire (vaisseaux arborescents, nids ovoïdes, roue dentée, ...etc)

# Examen Anatomie-pathologique

- L'examen anatomopathologique permet de confirmer et de préciser le type histologique
- Typiquement, le CBC est formé d'amas cellulaires compacts et arrondis de petites cellules basophiles à limites nettes



# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les autres tumeurs cutanées comme le Carcinome épidermoïde

# Evolution, pronostic

- Le CBC n'entraîne pas de métastase (ni ganglionnaire ni viscérale), mais a *un potentiel invasif local* pouvant entraîner des destructions tissulaires importantes.
- le degré de gravité de la tumeur s'accroît depuis la forme superficielle jusqu'à la forme sclérodermiforme ou térébrante
- Après traitement de toute forme de CBC, une surveillance régulière (tous les 6 mois puis tous les ans à vie) est recommandée pour dépister une récurrence de la lésion, mais aussi en raison du risque élevé d'apparition de nouveaux carcinomes cutanés.



# Traitement

## CARACTÉRISTIQUES TUMORALES À PRENDRE EN COMPTE

- Le geste thérapeutique sera toujours guidé par:
  - une analyse histologique préalable,
  - par la taille de la tumeur
  - par sa localisation.
- Enfin on tiendra compte du caractère primitif ou récidivant de la tumeur.

## CHOIX THÉRAPEUTIQUES

- ***la chirurgie***: c'est le traitement de choix car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non.









### ***Les autres méthodes***

- Elles sont réservées à des malades inopérables. Il s'agit essentiellement de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie) et de la cryochirurgie (azote liquide).
- Une chimiothérapie est rarement nécessaire, mais peut être intéressante dans les formes de grande taille pour réduire la masse tumorale avant l'intervention.
- D'autres techniques sont en cours d'évaluation comme la photothérapie dynamique

## TRAITEMENT PRÉVENTIF

- Il repose sur la photoprotection et le suivi régulier des malades à risques



PHOTOTYPE	CARACTÉRISTIQUES	RÉACTION AU SOLEIL	CONSEILS DE PROTECTION
1 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau très blanche</li> <li>• Cheveux roux ou blonds</li> <li>• Yeux bleus/verts</li> <li>• Souvent des taches de rousseur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil systématiques</li> <li>• Ne bronze jamais, rougit toujours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition fortement déconseillée</li> <li>• Rester à l'ombre le plus possible, ne pas chercher à bronzer, ne jamais s'exposer entre 12 h et 16 h</li> </ul>
2 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau claire</li> <li>• Cheveux blonds/roux à châtain</li> <li>• Yeux clairs à bruns</li> <li>• Parfois apparition de taches de rousseur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil fréquents</li> <li>• Bronze à peine ou très lentement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au soleil, protection maximale indispensable : vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS très haute protection (50+).</li> </ul>
3 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau intermédiaire</li> <li>• Cheveux châtain à bruns</li> <li>• Yeux bruns</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil occasionnels</li> <li>• Bronze graduellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition prudente et progressive</li> <li>• Éviter le soleil entre 12 h et 16 h</li> </ul>
4 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau mate</li> <li>• Cheveux bruns/noirs</li> <li>• Yeux bruns/noirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses</li> <li>• Bronze bien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au soleil, haute protection recommandée : vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS haute protection (30 - 50) ou protection moyenne (15 à 25).</li> </ul>
5 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau brun foncé</li> <li>• Cheveux noirs</li> <li>• Yeux noirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil rares</li> <li>• Bronze beaucoup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition progressive</li> <li>• Éviter le soleil entre 12 h et 16 h</li> </ul>
6 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau noire</li> <li>• Cheveux noirs</li> <li>• Yeux noirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coups de soleil très exceptionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au soleil, protection recommandée : chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS protection moyenne (15 à 25).</li> </ul>

# LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE

# Epidémiologie

- L'incidence des CE cutanés *est plus faible* que celle des CBC : 10 à 20 pour 100 000 habitants/an en France chez l'homme et 5 à 10/100 000 habitants chez la femme. En Australie, l'incidence est de 250 pour 100 000 habitants.
- Le CE, *d'apparition plus tardive* que le CBC, après 60 ans.
- Il représente environ 1/3 des carcinomes cutanés
- sa répartition selon le sexe est de *2 hommes pour une femme*.

## Précurseurs

Contrairement au CBC, le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse. Les plus fréquentes sont :

- les kératoses photo-induites (kératoses actiniques ou solaires ou encore dite « séniles ») ;
- les radiodermites ;
- les cicatrices de brûlures et autres cicatrices ;
- les plaies chroniques telles que les ulcères de jambes ;
- certaines lésions muqueuses virales à PVH.



# Etiologie

## LE SOLEIL

- L'exposition solaire est le facteur causal principal. Le soleil est responsable de la formation de lésions précancéreuses sur la peau photo-exposée, appelées kératoses actiniques.

## LES PAPILOMAVIRUS HUMAINS

- Le deuxième facteur carcinogène important est viral : il s'agit des papillomavirus oncogènes. L'infection par ces virus prédispose aux CE des muqueuses

## AUTRES CARCINOGENÈS

- D'autres facteurs carcinogènes peuvent favoriser le développement des CE. Il s'agit de l'exposition aux radiations ionisantes, de l'arsenic et au tabac



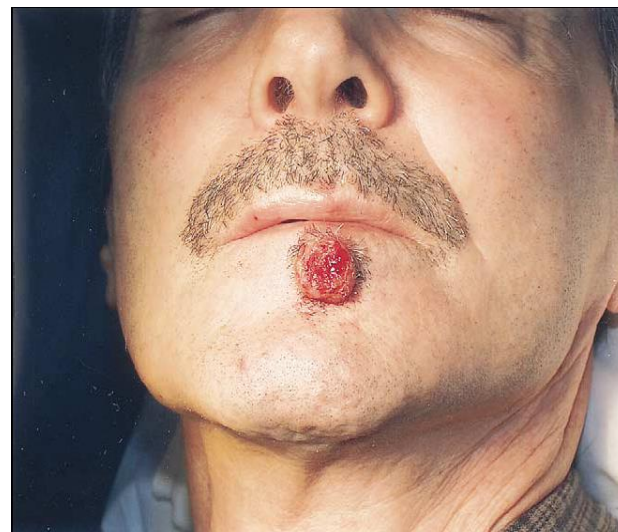
**maladies congénitales prédisposant** à leur développement comme le xeroderma pigmentosum, qui est lié à un déficit autosomique récessif dans les enzymes de réparation de l'ADN

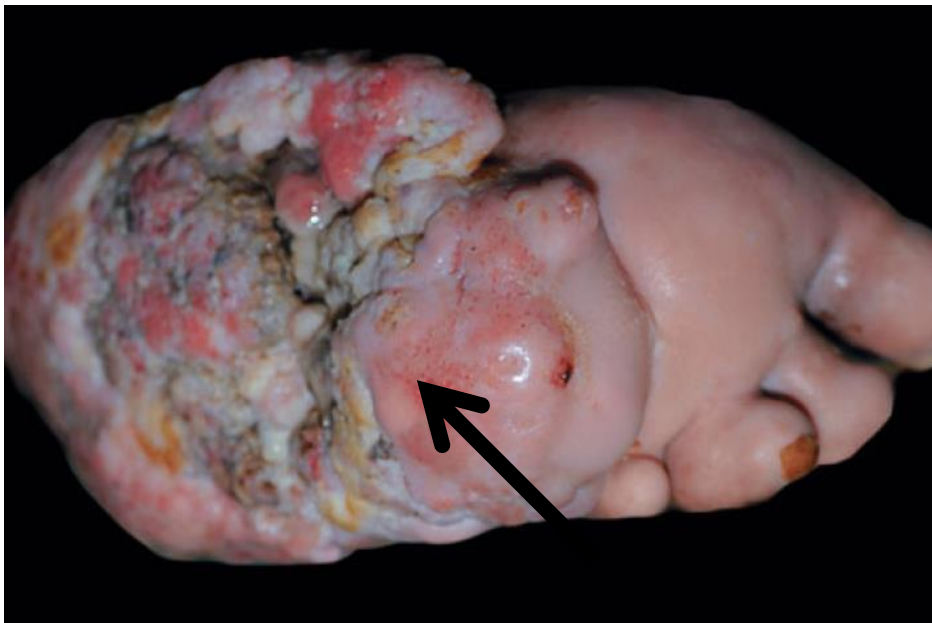
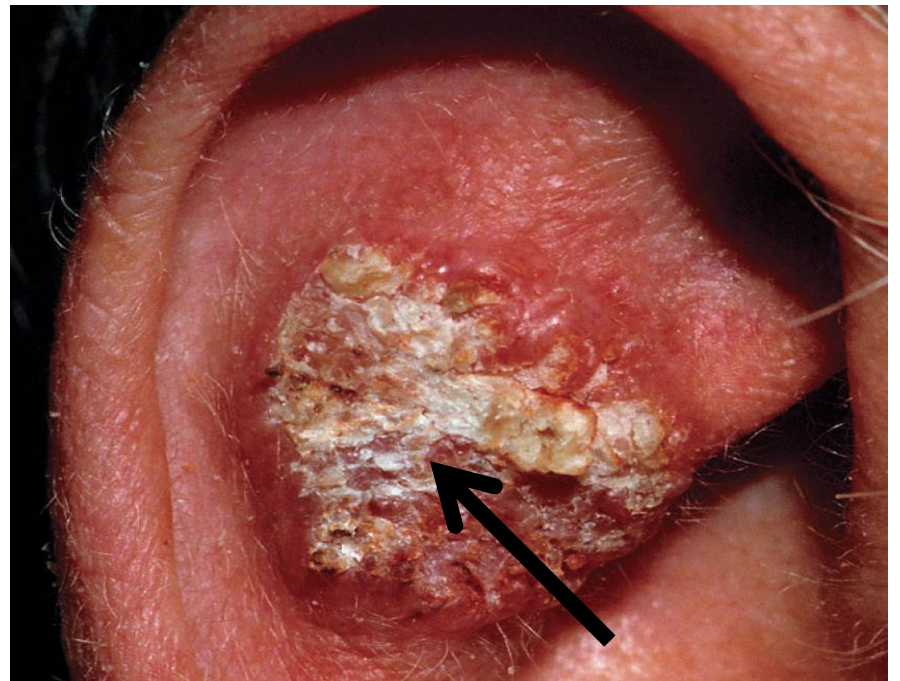
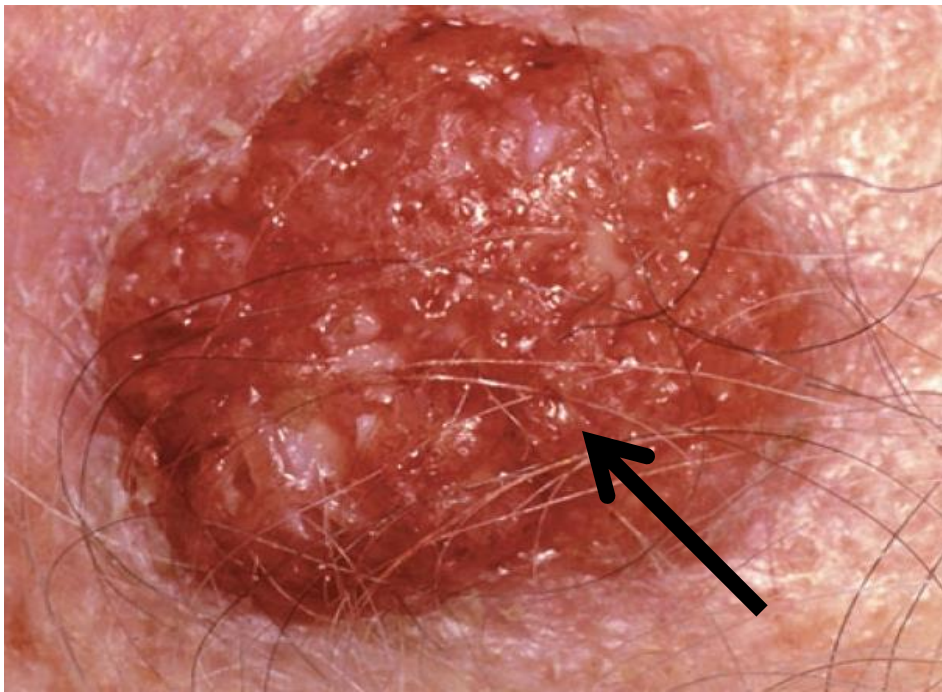


- **Immunodépression** : sujet greffé sous immunosupresseurs

# Clinique :

- Il s'agit typiquement d'une lésion croûteuse, jaunâtre, indurée avec ulcération centrale. Elle peut parfois prendre un caractère végétant ou bourgeonnant.

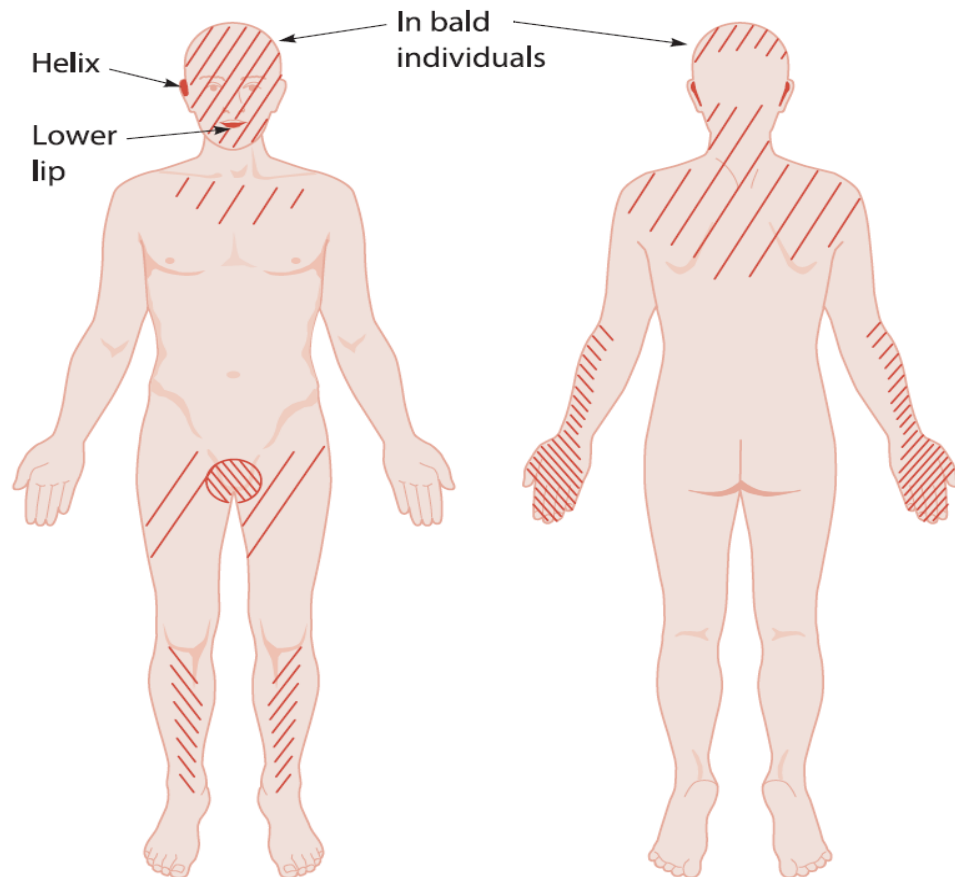




- Le carcinome intraépithélial (in situ) ou *maladie de Bowen* est une lésion strictement limitée à l'épiderme et n'ayant pas franchi la membrane basale. Il se présente comme une macule érythémateuse rosée ou brune, bien limitée, de caractère fixe.

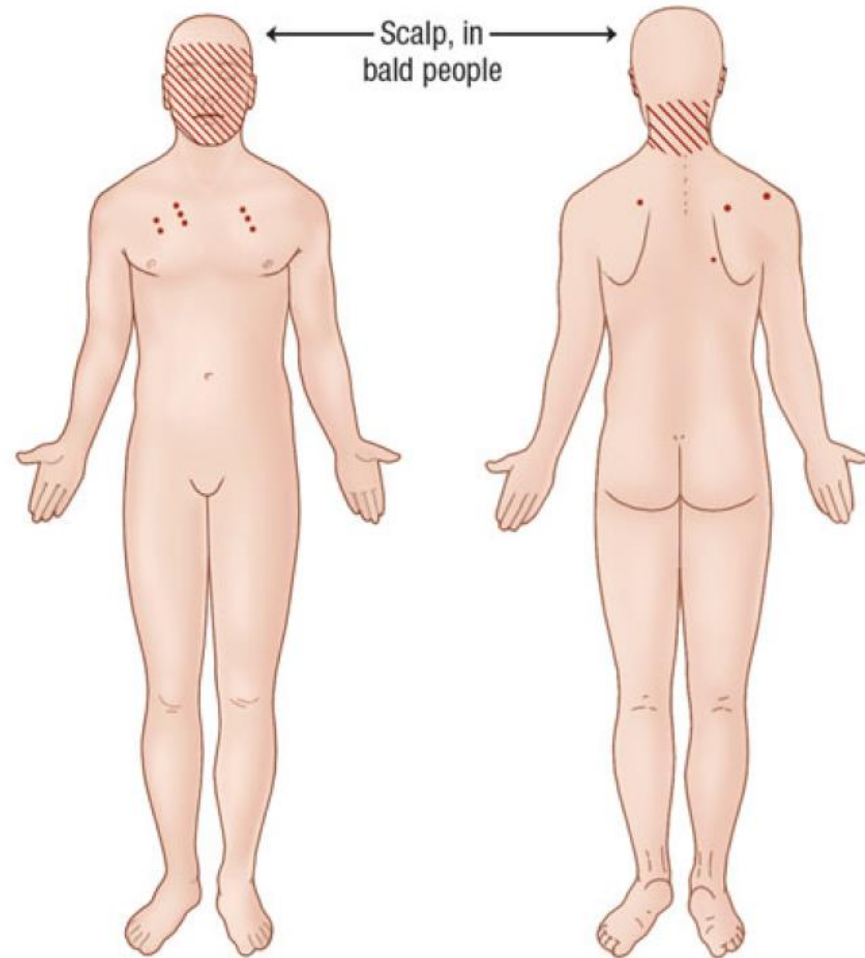
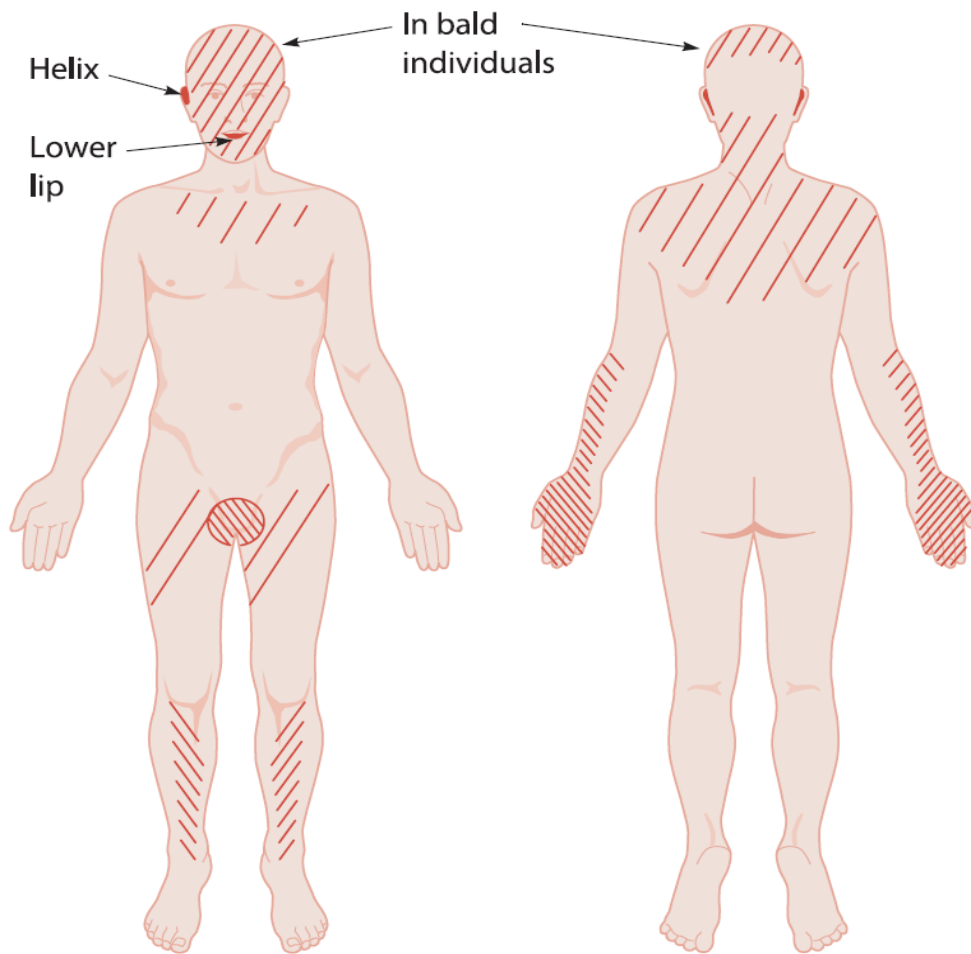


- Topographie : le carcinome epidermoide s'observe sur la peau et les muqueuses.



# CE

# CBC



# Dermoscopie

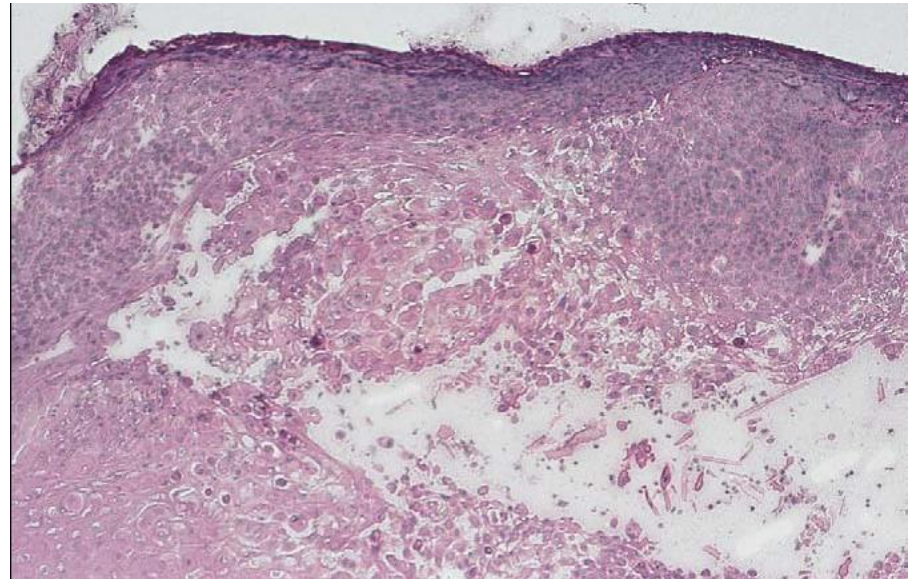
- **La microscopie de surface** par épiluminescence ou dermoscopie permet d'augmenter la sensibilité et la spécificité de l'examen à l'œil nu.



Elle permet la mise en évidence d'éléments en faveur du carcinome épidermoïde (vaisseaux en pointillés ou glomérulaires, ulcération, masse de kératine, etc)

# Anatomie-pathologie

- Le CE se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de *grande taille organisée en lobules ou en travées* souvent mal limitées, de disposition anarchique.
- Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente.
- Il existe de *nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires*. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire.
- Dans les cas difficiles de diagnostic différentiel on pourra s'aider des immunomarquages.



# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs cutanées

# Evolution, pronostic

- *Tout CE doit être considéré comme potentiellement agressif.*
- L'évolution se fait vers *l'extension de proche en proche* par infiltration le long des vaisseaux ou des et peut aboutir aux premiers relais ganglionnaires ou *cheminer par voie hématogène* jusqu'aux organes internes (poumons, foie, cerveau etc.). On recherchera donc toujours *une adénopathie* dans le territoire de drainage.
- Les CE muqueux (lèvres, régions ano-génitales) sont de moins bon pronostic du fait de la plus grande fréquence des extensions ganglionnaires.

# Traitement

## *TRAITEMENT CURATIF DE LA TUMEUR PRIMITIVE*

- Caractéristiques tumorales à prendre en compte:
  1. Elles sont les mêmes que pour le CBC. Le geste thérapeutique sera toujours guidé par une analyse histologique préalable
  2. Dans tous les cas également, la taille de la tumeur et sa localisation devront être prises en considération dans la décision thérapeutique.
  3. Enfin on tiendra également compte du caractère primitif ou récidivant de la tumeur

## *Choix thérapeutiques*

- Le traitement de choix est **la chirurgie** car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non. Les marges d'emblée sont plus larges que pour les CBC, proches du centimètre.



## **Les autres méthodes :**

- Elles sont schématiquement réservées à des malades inopérables ou pour certaines localisations. Il s'agit avant tout de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie) et de la cryochirurgie (azote liquide).

# Radiothérapie

## Modalités



### La radiothérapie externe

- utilise des photons X de faible énergie (contact thérapie), des photons X de forte énergie, des rayons gamma (télécobalt) ou des faisceaux d'électrons (accélérateurs linéaires).
- Une marge de sécurité de 1 à 1,5 cm autour de la tumeur est préconisée.
- 10 à 30 séances étalées sur 3 à 6 semaines .



### La curiethérapie interstitielle

- consiste à implanter dans la tumeur, des gaines plastiques permettant le chargement de fils d'iridium 192

## **La chimiothérapie :**

- Elle peut être intéressante dans les formes de grande taille pour réduire la masse tumorale avant l'intervention. Sinon elle est surtout réservée aux formes métastatiques

## ***TRAITEMENT DES ATTEINTES GANGLIONNAIRES***

- Toute adénopathie suspecte sera analysée ; si son atteinte est confirmée histologiquement, un curage ganglionnaire de la région doit être réalisé. Ce curage pourra être complété par une irradiation de l'aire ganglionnaire en cas d'effraction de la capsule ganglionnaire

## ***TRAITEMENT PRÉVENTIF***

- Il repose avant tout sur la photoprotection et le suivi régulier des patients à risques ainsi que sur le traitement des lésions précancéreuses.

# Conclusion

- *Le CBC est le plus fréquent des carcinomes épithéliaux. Son incidence augmente en fonction du phototype et de la latitude. Il ne survient pas sur une lésion précancéreuse. Il n'est pas localisé sur les muqueuses. L'évolution est lente, purement locale.*
- *Le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse : kératoses photo induites, cicatrices de brûlures ou de radiodermite, plaies chroniques, états scléro atrophiques génitaux, certaines lésions muqueuses virales à HPV. Il est potentiellement agressif (métastases ganglionnaires ou à distance).*