

*Ministère de l'Enseignement supérieure
et de la Recherche Scientifique*

*Université Constantine 3
Faculté de Médecine*

*Docteur L. HASSANI
Service De Dermatologie
CHU Ben Badis. Constantine.*

Module de Dermatologie

 *LES CANCERS EPITHELIAUX CUTANES*

Pour les étudiants inscrits en 6^{ann}ée de Médecine

Année Universitaire : 2020/2021

LES CANCERS EPITHELIAUX CUTANES

Tumeurs malignes primitives de la peau, développées à partir des cellules épithéliales (kératinocytes +++) et représentent 90% des cancers de la peau. Ils se divisent en 2 types principaux :

- Carcinomes basocellulaires.
- Carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes.

CARCINOMES BASOCELLULAIRES (CBC)

I. Introduction :

Le carcinome basocellulaire est le plus fréquent des Kc cutanés, caractérisé par :

- * Survenue plus fréquente chez le sujet âgé de peau blanche (phototype I et II).
- * Respect des muqueuses.
- * Malignité +++ locale.
- * Pronostic relativement favorable.

II. Facteurs étiologiques :

Le carcinome basocellulaire se développe souvent de novo (ne survient pas sur une lésion précancéreuse), cependant certains facteurs peuvent favoriser son apparition.

1- Les ultraviolets : le rôle prépondérant des expositions solaires intermittentes, courtes, répétées et intenses (coups de soleil).

2-Phototype : peau claire (phototypes I et II)

3-Génodermatoses :

- Xeroderma pigmentosum.
- Albinisme oculocutané.
- Epidermodysplasie verruciforme.
- Nævomatose basocellulaire (syndrome de Gorlin)

4- Radiothérapie.

5- Arsénicisme chronique.

6- Immunodépression : greffés d'organes +++.

III. Clinique :

A- Début : toujours insidieux.

B- Topographie :

- Le CBC se localise essentiellement sur les zones photoexposées.
- Dans 80% des cas, la tête et le cou. Le nez est la localisation la plus fréquente.
- Les autres localisations sont les joues, le front, les régions périorbitaires en particulier, l'angle interne de l'œil.
- Le CBC peut par ailleurs, siéger sur tout le tégument mais ne touche jamais les muqueuses

C- Formes cliniques :

Trois formes cliniques peuvent être individualisées.

1-CBC nodulaire :

- C'est la forme la plus fréquente.
- Se présente comme une papule ou un nodule ferme, lisse, translucide, grisâtre, parcouru par de fines télangiectasies.
- Souvent, le CBC se ramollit totalement ou partiellement devenant dépressible du fait d'une désintégration pseudokystique intratumorale.

2- CBC superficiel :

- Il peut être multiple d'emblée.
- Diffère des autres formes par sa localisation préférentielle sur le tronc et les membres et sa survenue à un âge plus jeune.
- Réalise une plaque rouge plane, bien limitée, parfois recouverte de squames ou de croûtes, à extension centrifuge.

3- CBC sclérodermiforme :

- Plaque blanc jaunâtre, dure, male limitée, dont la surface est déprimée et rétractile.
- Cette lésion peut rester longtemps méconnue et finir par s'ulcérer.

NB : Toutes ces formes peuvent s'ulcérer ou se pigmenter au cours de leur évolution.

IV. Diagnostic histologique:

Des aspects histologiques multiples ont été décrits. Par ailleurs, les CBC ont en commun, des caractères cytologiques et architecturaux assez typiques.

- La tumeur est dermique, constituée de cellules basaloides agencées en travées, en lobules ou en nodules dont certains peuvent être appendus à l'épiderme, avec une disposition palissadique des noyaux en périphérie.
- Il n'existe habituellement pas d'atypie cellulaire.
- Des images de différenciation (pilaire, kératinisante) sont possibles.

V. Diagnostic différentiel :

- * Tumeurs annéxielles bénignes ou malignes.
- * Carcinome spinocellulaire.
- * Mélanome malin dans les formes pigmentées.
- * Plaque de psoriasis ou une dermarphytie dans la forme superficielle.

VI. Evolution/Pronostic :

A- Evolution :

Lente. Le risque métastatique est rare voire exceptionnel. En revanche, l'extension locale avec destruction des structures voisines (derme, fascia, périoste, périchondre, gaines nerveuses) est très importante.

B- Pronostic :

Le pronostic des CBC est conditionné par le risque de récurrence. Les principaux facteurs qui conditionnent les récurrences sont cliniques et histologiques.

1-Facteurs cliniques

- Localisation :
 - Zone à haut risque : nez et zones péri-orificielles céphaliques.
 - Zone à risque intermédiaire : front, joues, menton, cuir chevelu et cou.
 - Zone à bas risque : tronc et membres
- Taille :
 - Supérieure à 1 cm sur les zones à haut risque.
 - Supérieure à 2 cm sur les zones à risque intermédiaire et à bas risque.

2- Facteurs histologiques :

- Formes histologiques agressives.
- L'existence d'une infiltration périnerveuse.

3- L'évolutivité: le caractère récidivant de la tumeur.

VII. Traitement :

1-Chirurgie : c'est le traitement de choix. Il permet un contrôle histologique des marges d'exérèse.

- Les marges latérales d'exérèse varient en fonction du pronostic de la tumeur :
 - *Tumeurs de bon pronostic : 3-4 mm.
 - *Tumeurs de pronostic intermédiaire : ≥ 4 mm.
 - *Tumeurs de pronostic défavorable : marges latérales de 5-10 mm ou plus pour certains CBC récidivés et pour certains CBC sclérodermiformes.
- Dans tous les cas, les marges profondes sont situées dans le tissu graisseux sous-cutané.

2-Autres armes thérapeutiques : en cas de topographie à risque et/ou lésions multiples ou sujet à risque :

- Radiothérapie.
- Cryothérapie à l'azote liquide.
- Photothérapie dynamique.
- Laser CO2.

VIII. Surveillance et prévention :

- La prévention primaire et secondaire repose sur la photoprotection.
- Le risque de récurrence d'un CBC survient essentiellement au cours des cinq premières années (80%), mais reste possible pendant 10 ans.
- Le suivi des patients après traitement, au moins 1 fois/an pendant 5 ans pour dépister :
 - *Une récurrence locale.
 - *Un nouveau CBC voire un mélanome.

CARCINOME SPINOCELLULAIRE (CSC)

I. Introduction :

Le CSC ou carcinome épidermoïde (CE), est un cancer primitif à risque métastatique, développé à partir des kératinocytes cutanés ou muqueux. Les facteurs étiologiques majeurs sont l'exposition chronique aux ultraviolets sur la peau et les papillomas virus sur les muqueuses.

II. Facteurs étiologiques :

Les facteurs de risque carcinogènes impliqués dans le développement des lésions sont similaires à ceux du CBC.

- Contrairement au CBC, l'exposition solaire chronique représente le facteur étiologique principal du CSC.
- L'infection par certaines souches d'HPV (*papillomavirus humain*) dits «oncogènes» intervient dans le développement des CSC de certaines localisations, notamment dans les régions anogénitale et périunguëale.

III. Clinique :

A- Début :

Le CSC se développe souvent sur une lésion précancéreuse :

- *Kératose actinique.
- *Chéilite actinique : le tabac joue un rôle de cofacteur carcinogène.
- * Leucoplasie labiale +++ tabagique.
- *Dysplasie épithéliale ano-génitales HPV induites.
- *Papulose Bowenoid.
- *Lichen scléro-atrophique ano-génital.
- *Radiodermite.
- *Ulcération chronique.

B- Topographie :

- *Régions découvertes (tête, cou) mais également les membres inférieurs et le thorax.
- *Muqueuses et demi-muqueuses : langue, lèvres, vulve et gland.

C- Formes cliniques :

1-Forme typique : Forme ulcère -végétante :

- La plus fréquente.
- Aspect : se présente sous forme d'une tumeur saillante indurée, enchâssée dans le derme à surface irrégulière, bourgeonnante et ulcérée. La peau avoisinante est souvent pathologique, présentant des signes d'héliodermie, des kératoses actiniques, radiodermite... .

2- Autres formes cliniques :

a)- Carcinome in situ ou maladie de Bowen cutanée:

- C'est la forme non invasive du CSC (pas de franchissement de la membrane basale). Elle est associée à la présence de HPV16.
- Aspect : lésion érythémateuse plus ou moins pigmentée et croûteuse bien limitée, d'évolution lente, centrifuge. Elle survient volontiers sur les zones photo-exposées (visage, mains et jambes en particulier).

b)- Carcinome épidermoïde verruqueux :

- Variété particulière par l'atteinte volontiers des muqueuses, une malignité essentiellement locale et le rôle d'une infection à HPV dans leur genèse.
- Aspect : tumeur exophytique en choux-fleur.
- On rattache à cette entité le carcinome cuniculatum (jambe,pièd), papillomatose orale floride (bouche), la tumeur de Buschk-Lowenstein (région ano-génitale).

c)- Carcinome épidermoïde du vermillon :

- Siège sur la lèvre inférieure dans 88 à 98% des cas.
- Les principaux facteurs de de risque sont l'exposition solaire chronique, le tabagisme, le mauvais état buccodentaire.
- Aspect : Sur une chéilite actinique chronique, apparaît une lésion hyperkératosique, papuleuse ou ulcéro-croûteuse qui peut évoluer vers une tumeur végétante et infiltrée.

d)- Carcinomes épidermoïdes de la zone ano-génitale :

- Siègent sur la vulve, la verge et l'anus.
- Les facteurs étiologiques : partenaires sexuels multiples, infection à HPV, et une mauvaise hygiène locale.

e)- Carcinomes unguéaux et périunguéraux :

- Possible transmission sexuelle de PVH 16 dans les régions périunguérales suggèrent un rôle de ce virus dans la survenue de carcinome.

IV. Diagnostic histologique:

Prolifération irrégulière et anarchique de cellules malpighiennes avec une maturation (différenciation) cornée variable.

- La tumeur est formée de lobules ou cordons mal limités, s'ordonnant parfois autour de petites masses de kératine (globes cornés).
- Les cellules sont riches en mitoses et en monstruosité cyto- nucléaires.
- CE *in situ*, ou maladie de Bowen : la lésion est limitée à l'épiderme.
- CE invasif : franchissement de la membrane basale et envahissement du derme, voire de l'hypoderme.

V. Diagnostic différentiel :

- * Botriomycome.
- * Kératoacanthome.
- * Carcinomes annexiels.
- * Mélanome nodulaire.

VI. Evolution/Pronostic :

- Tout CE doit être considéré comme potentiellement agressif.
- L'extension relativement rapide locorégionale avec envahissement ggs. Le risque métastatique (hépatiques et pulmonaires) est majeur +++ pour les formes ulcérées et muqueuses.
- Les critères de mauvais pronostic sont :
 - Diamètre de la tumeur ≥ 1 cm dans les zones à haut risque (péri-orificielles, génitales, cicatrices de brûlure, radiodermite, ulcères chroniques) ou ≥ 2 cm (zone à moindre risque).
 - Récidive locale.
 - Immunodépression.
 - Envahissement neurologique.

VII. Traitement :

Le traitement fait appel aux mêmes principes que celui des CBC.

1-Traitement chirurgical : c'est le traitement de première intention car il permet un contrôle histologique de la tumeur et des marges d'exérèse.

- Les marges latérales de sécurité pour :
 - CE à faible risque de récurrence et/ou de métastases (ne présentant aucun des critères pronostic) : 4-6mm.
 - CE à risque de récurrence et/ou de métastases (présentant au moins un critère de mauvais pronostic) : ≥ 6 mm voire 10mm ou plus.
- Les marges en profondeur : doivent emporter l'hypoderme tout en respectant les structures sous-jacentes si elles ne sont pas envahies par la tumeur.

2-Autres armes thérapeutiques : en cas de topographie à risque et/ou lésions multiples ou sujet à risque :

- Radiothérapie (électron- ou curiethérapie).
- Cryochirurgie.
- Laser CO2.
- Chimiothérapie :
 - * De « réduction tumorale » pour les CE de grande taille (réduire la masse tumorale avant l'exérèse chirurgicale).
 - * Palliative : pour les CE inopérables et les CE avec métastases viscérales.

VIII. Prévention :

- * Photoprotection solaire.
- * Traitement de toute lésion précancéreuse.
- * Education des patients à l'autoexamen et l'autodétection d'une récurrence.
- * Etablir un protocole de surveillance pour les patients déjà traités à raison de :
 - 1fois /an pendant au moins 5ans pour les CE sans facteurs de risques.
 - Tous les 3 à 6mois pendant 5ans pour les CE avec facteurs de risques.
- * Dépistage et surveillance des sujets à haut risque.