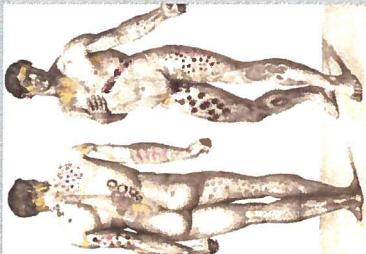


DEPISTAGE DES CANCERS CUTANÉS AU CABINET



Dr Alexandre Campanelli

Avt de La Roseraie 76A, 1205 Genève

Colloque MPR 10 février 2016, animatrice: Dr Arabelle Rieder

Les tumeurs cutanées malignes

Carcinome spinocellulaire	Mélanome
Maladie de Bowen	Tumeurs graisseuses
Métastases cutanées	Kératoacanthome
Carcinome basocellulaire	
Tumeurs fibreuses	Tumeurs annexielles
Tumeur de Merckel	Tumeurs musculaires
	Maladie de Paget

Les principaux cancers cutanés

1. Précancéreuses:

- Kératoses actiniques

2. Principaux cancers cutanés:

- **Carcinome basocellulaire** 70/100'000
- **Carcinome spinocellulaire** 23/100'000
- **Mélanome malin** 15/100'000



Albert, 68 ans

Carcinome basocellulaire

- BSH, 0 ATCD dermatologiques
- « Bouton » sur la joue
- Constaté depuis 9 mois
- Augmente lentement de taille
- Parfois saigne un peu
- Ne cicatrise jamais
- Bateau, golf +++

Basocellulaires et spinocellulaires

- 85-90% de toutes les tumeurs cutanées, 6x plus fréquents que le mélanome
- Rarement mortels, < 1/10 des décès de cancer de peau sont dûs à ces tumeurs
- Environ 15'000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année
- Représentent 1/3 de tous les cancers en Suisse
- L'incidence et le risque augmentent progressivement avec l'âge
- Risque de développer un CBC au cours de la vie: 20-30%

Carcinome basocellulaire

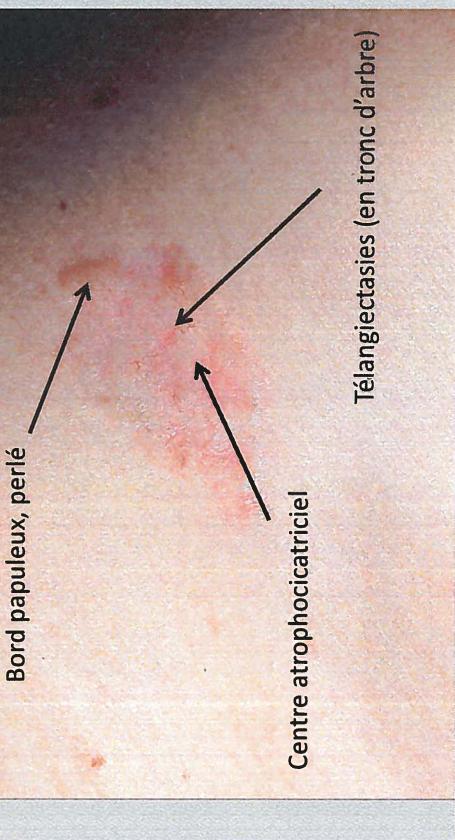
- Tumeur cutanée maligne la plus fréquente
- Se développe au départ des cellules basaloïdes de l'épiderme
- Méタstases extrêmement rares, mais tumeur localement destructrice!!!
- Anamnèse:
 - Fragilité cutanée
 - Lésion qui ne guérit pas
 - Lésion qui saigne



Facteurs de risque

- Phototypes clairs
- Exposition aux UV → exposition intermittentes de forte intensité pendant enfance et adolescence (?)
- Radiations ionisantes (rayons X)
- Immunosuppression
- Génodermatoses: albinisme, xéroderma pigmentosum, naevomatose basocellulaire

CBC plan (à bordure perlée)



Télangiectasies (en tronc d'arbre)

Centre atrophocicatriciel

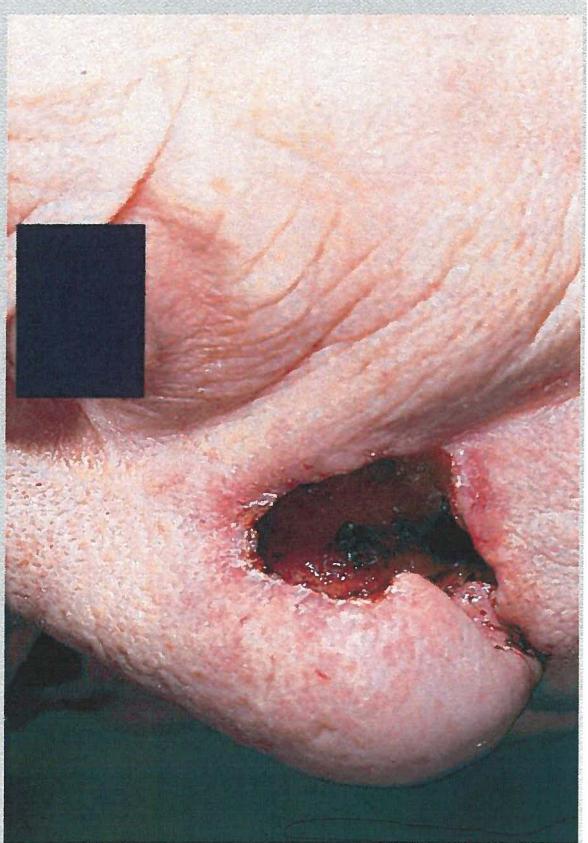
Bord papuleux, perlé

CBC nodulaire

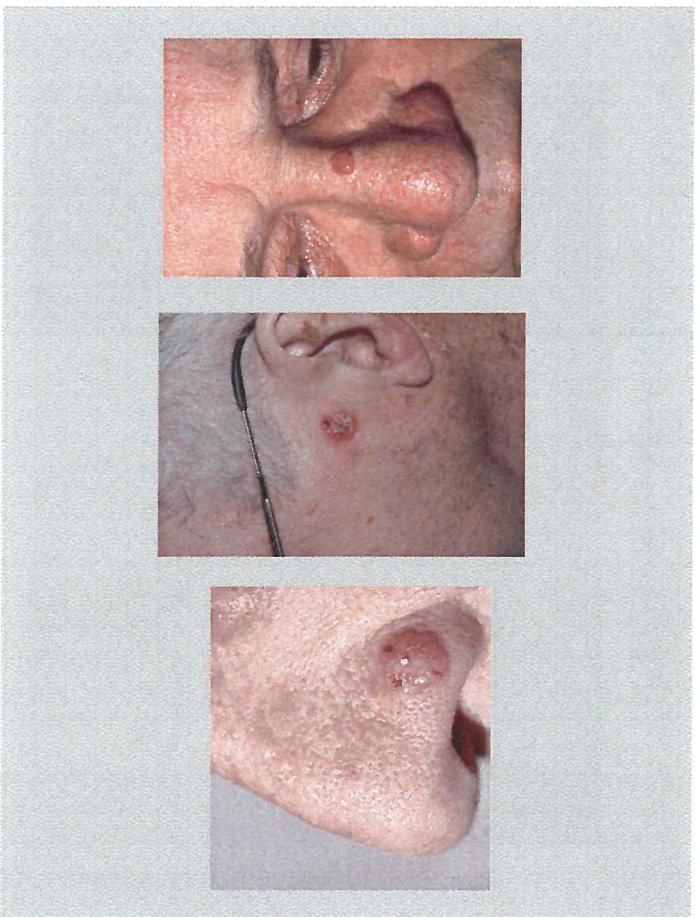
Erosions, surface friable



CBC ulcéreux



CBC superficiel



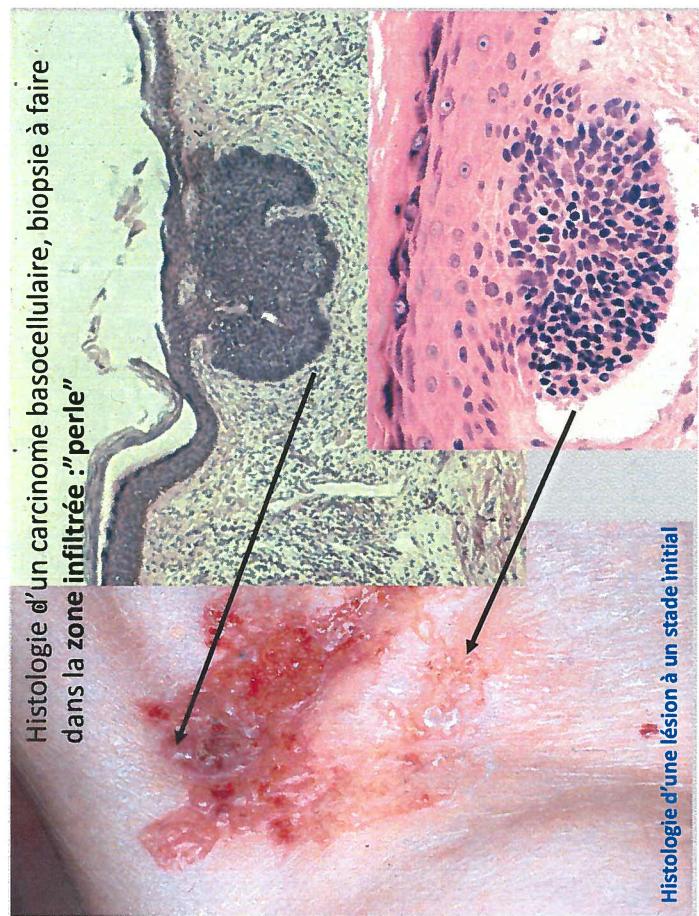
CBC pigmenté



CBC sclérodermiforme

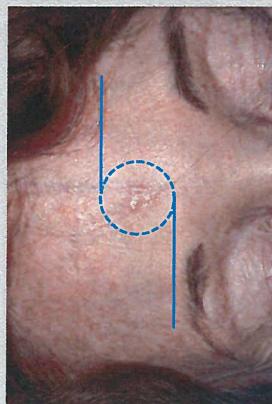


Mal délimité



Histologie d'un carcinome basocellulaire, biopsie à faire dans la zone infiltrée : "perle"

Histologie d'une lésion à un stade initial



Traitements

- Cryothérapie, 5-FU, imiquimod, PDT
- **Chirurgie**
- Chirurgie micrographique (MOHS)

- Radiothérapie (patients âgés, grandes lésions)
- Chimiothérapie
- Rétinoïdes (immunosupprimés)

Joséphine, 81 ans

Carcinome spinocellulaire

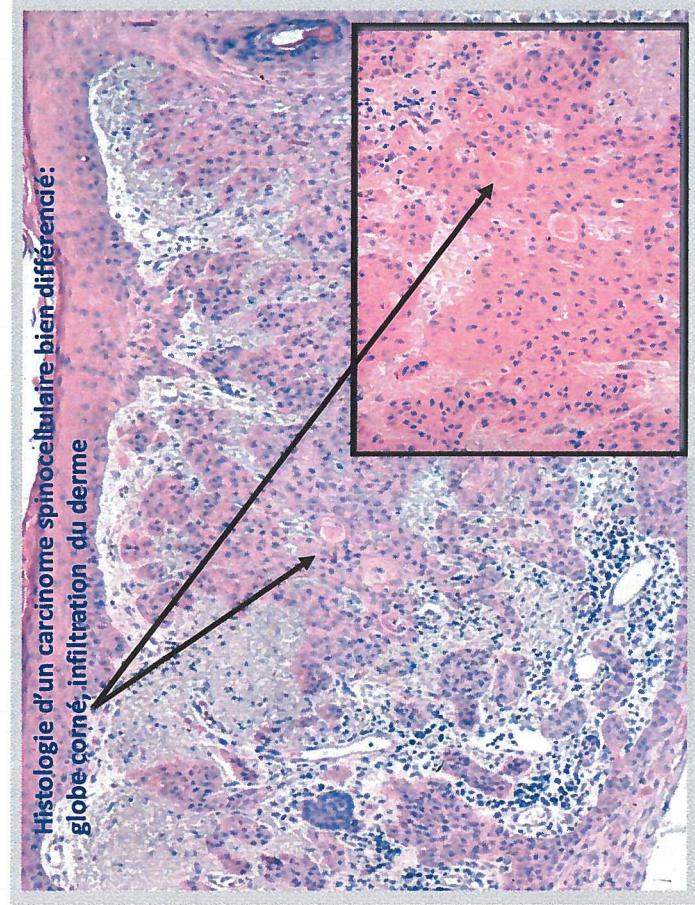
- A plusieurs croûtes sur le visage depuis longtemps
- Gênée par une croûte du cou
- S'est épaisse et est devenue un peu dure
- A mis un topique anti-verruqueux



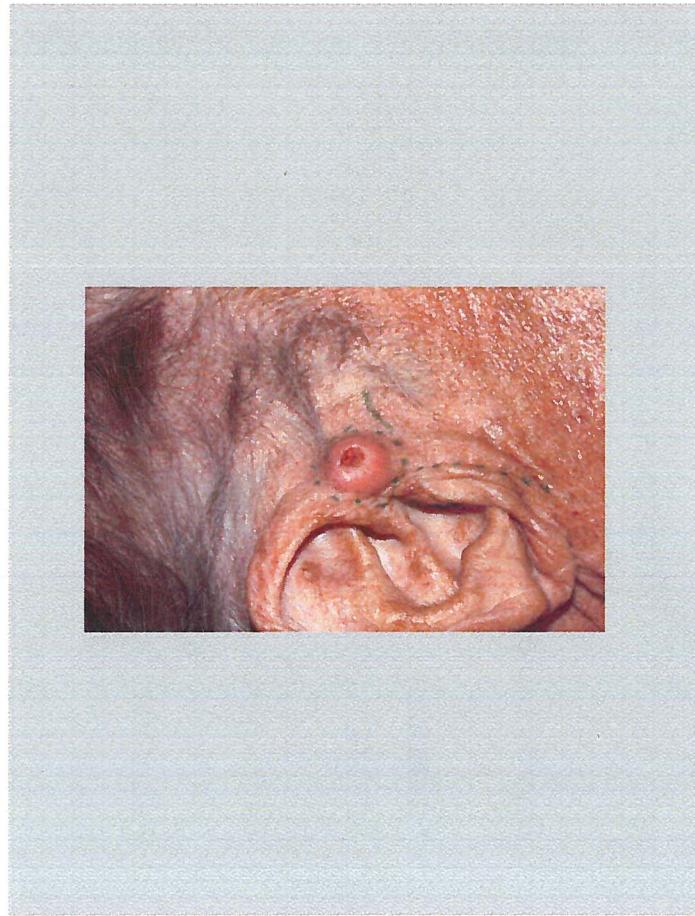
Carcinome spinocellulaire

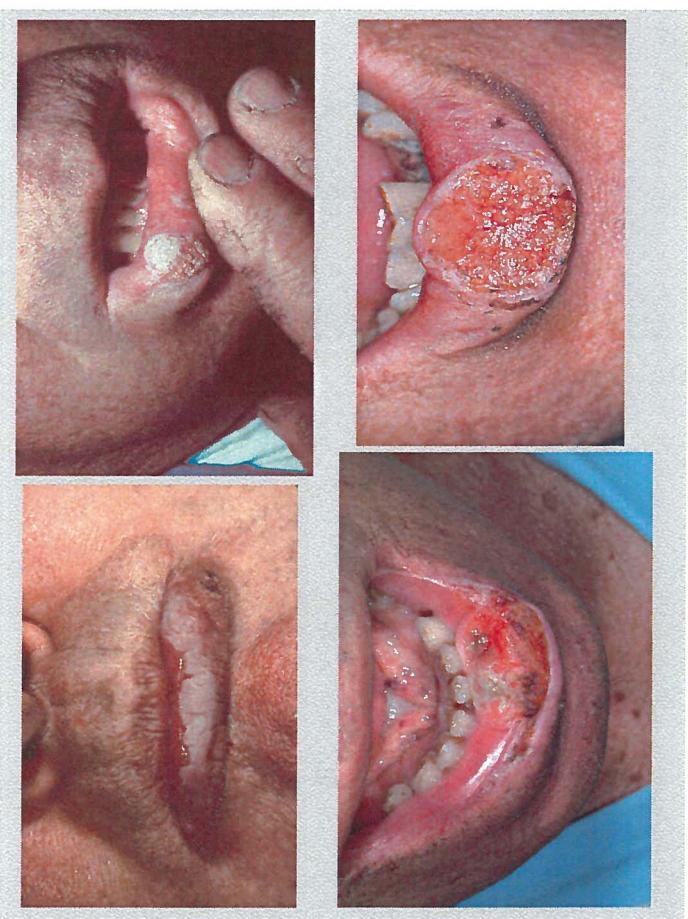
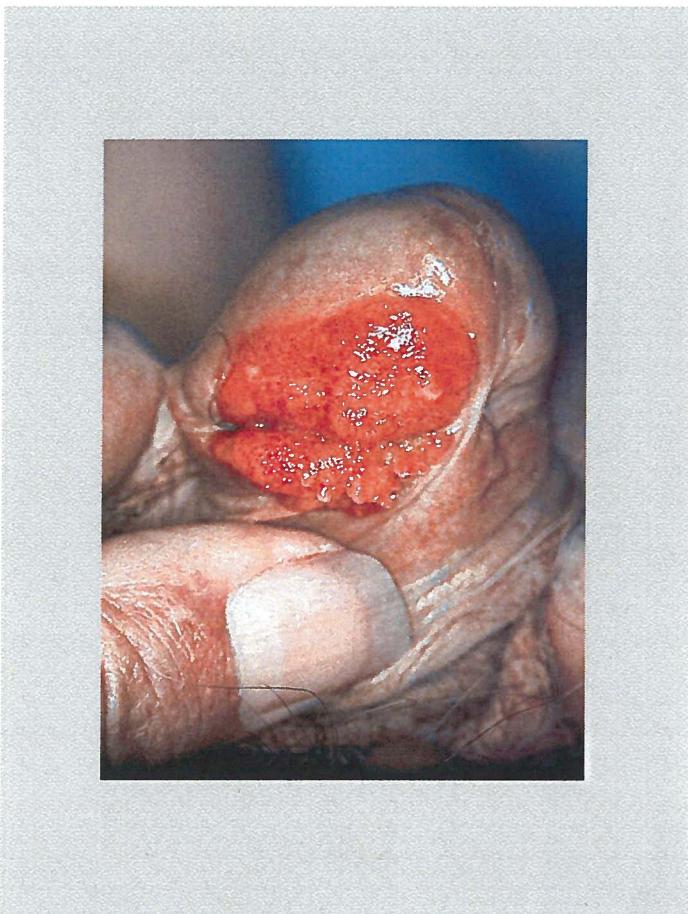
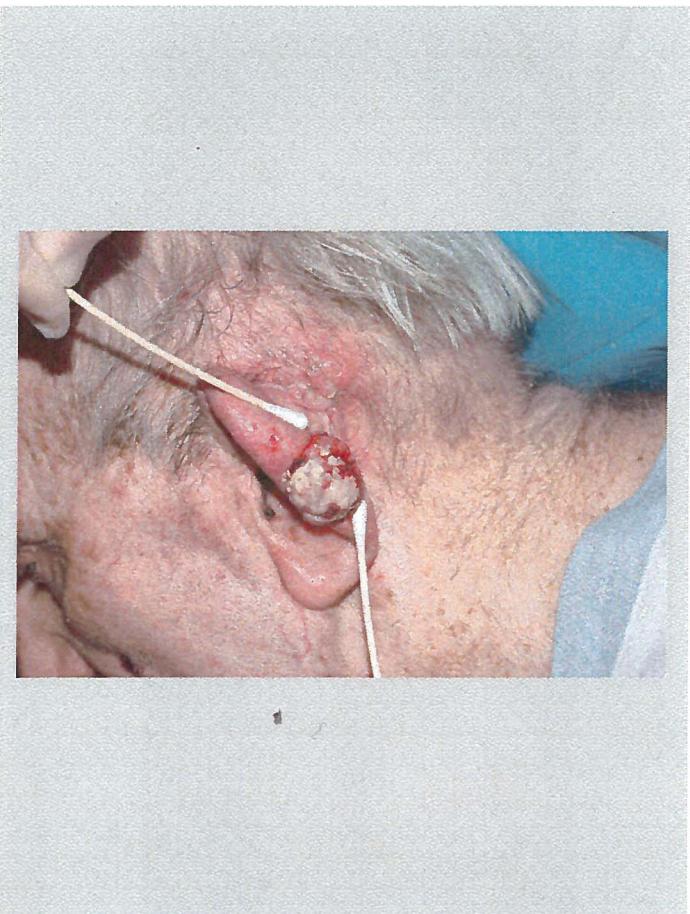
- Tumeur épidermique maligne, qui peut métastaser
- Anamnèse: **croûte / bouton qui ne guérît pas**
- Étiologies:
 - ✓ Ultraviolets
 - ✓ Immunosuppression
 - ✓ Rayons X
 - ✓ Hydrocarbures polycycliques
 - ✓ Arsenic
 - ✓ **Ulcères chroniques et cicatrices!**
 - ✓ Maladies inflammatoires chroniques de la peau
 - ✓ Infections → Human papilloma virus
 - ✓ Génétique (albinisme, xeroderma pigmentosum)





- ## Carcinome spinocellulaire
- Aspect kératosique, évolution vers tumeur bourgeonnante, infiltrante, végétante, ulcérée
 - Les CSC n'apparaissent pas tous sur une kératose actinique
 - Topographie: ubiquitaire, zones exposition solaire
 - Grave : lèvre, OGE, membres
 - Evolution: métastases ganglionnaires





Facteurs de risque de métastases

Localisation

- Organes génitaux, région anale (30-80%)
- Lèvres (2-16%)



Céphalique

- Péri-auriculaire, oreille
- Scalp antérieur
- Nez
- Tempes
- Paupières

Acrale

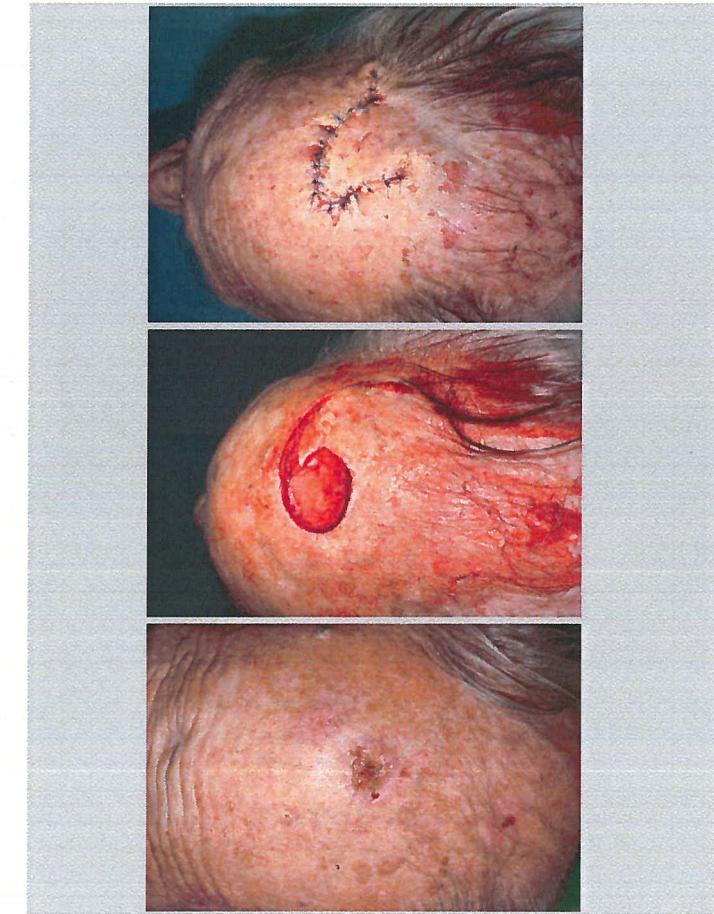
- Plantes des pieds
- Dos des mains

CSC et métastases

Taux de métastases: 3 à 5 %

→ en tenant compte de tous les types de CSC

→ en tenant compte de tous les facteurs

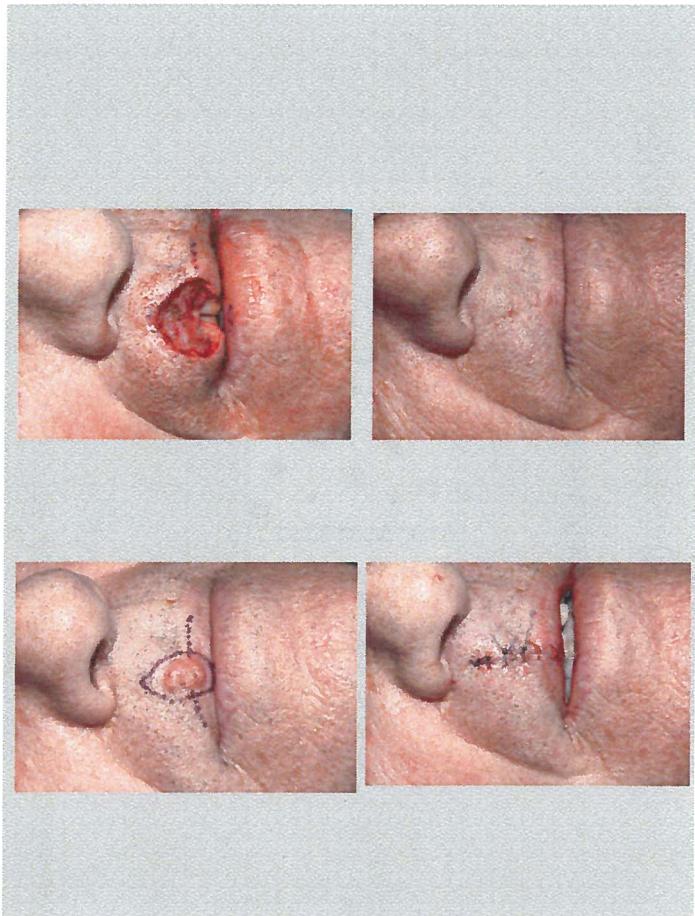


Traitements

- Cryothérapie
 - Immunothérapie topique (Imiquimod, 5-FU)
 - Photothérapie dynamique
- à discuter selon type de CSC, âge et localisation

CHIRURGIE

- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Rétinoïdes (immunodéprimés)



Chantal, 52 ans

- Vous la rassurez sur cette lésion...



- Mais... vous remarquez ça:

Mélanome malin



Chantal, 52 ans

- Présente une lésion pigmentée du dos
- Devenue plus épaisse et parfois saigne
- Très inquiète car sa collègue est décédée d'un mélanome



Tache rubis (hémangiome capillaire)= bénigne

Le mélanome

- L'incidence double tous les 15-20 ans dans les pays à population caucasienne
- Antécédents familiaux
- Phototypes clairs
- Nombre de naevi élevé (> 50)
- Syndrome naevus dysplasique
- Antécédents d'exposition solaire intermittentes intenses et coups de soleil dans l'enfance
- Périodes d'immunosuppression

Marqueurs de risque

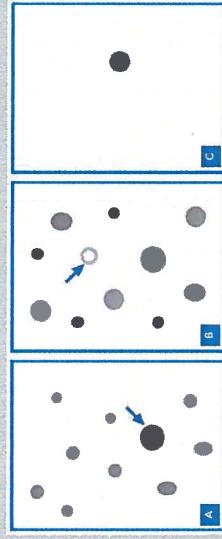
- Antécédents personnels (risque de second MM 5-8%)
- Antécédents familiaux
- Phototypes clairs
- Nombre de naevi élevé (> 50)
- Syndrome naevus dysplasique
- Antécédents d'exposition solaire intermittentes intenses et coups de soleil dans l'enfance
- Périodes d'immunosuppression

Précurseurs

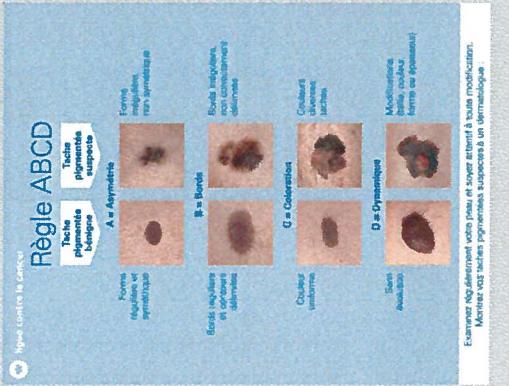
- De *novo* = majorité de mélanomes
- Sur naevus commun = risque faible
- Sur naevus congénital = risque faible
- Sur naevus congénital géant $> 20\text{cm}$ = risque plus élevé

Suspicion clinique de mélanome

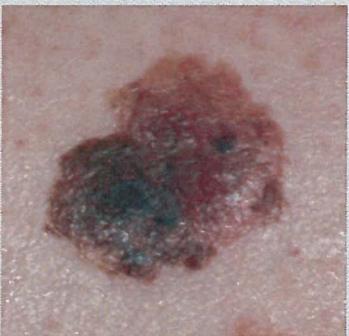
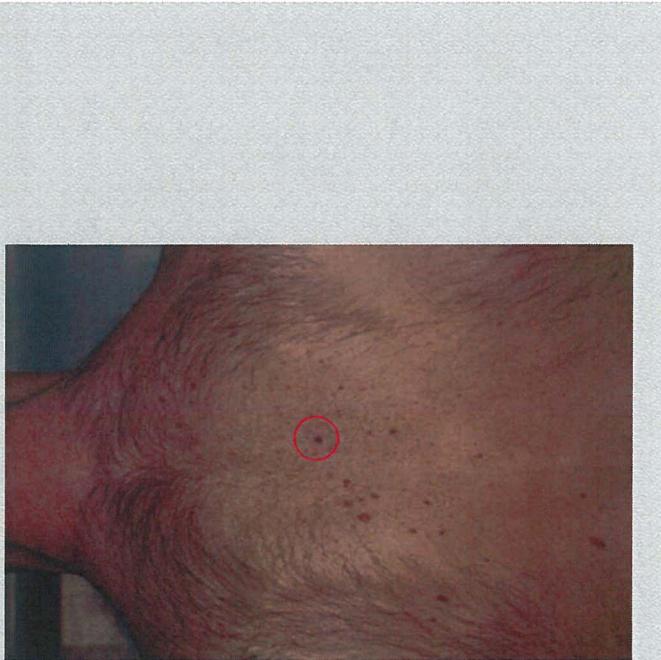
Le vilain petit canard



Suspicion clinique de mélanome



La dermatoscopie

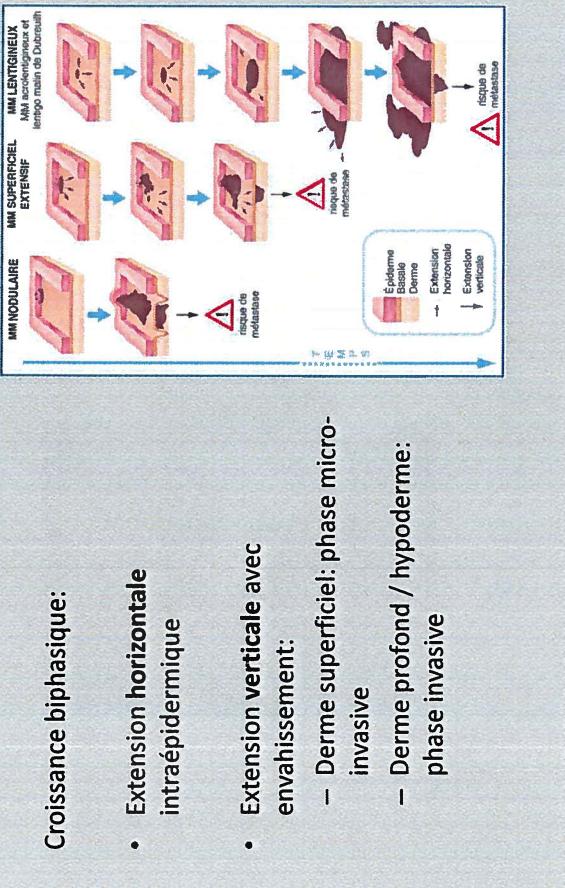


Classification anatomo-clinique

- Mélanome superficiel extensif (SSM); 60-70%
Croissance horizontale puis verticale
- Lentigo malin (mélanome de Dubreuilh); 10%
Sur zones photoexposées, sujet > 60 ans
Evolution horizontale pendant des mois et années
- Mélanome acro-lentigineux (ALM); 2%
Paumes, plantes, doigts, orteils et ongles
- Mélanome nodulaire: 10-20%.
Evolution très rapidement verticale invasive.

NB: à épaisseur tumorale (indice de Breslow) identique, ces formes ont le même pronostic

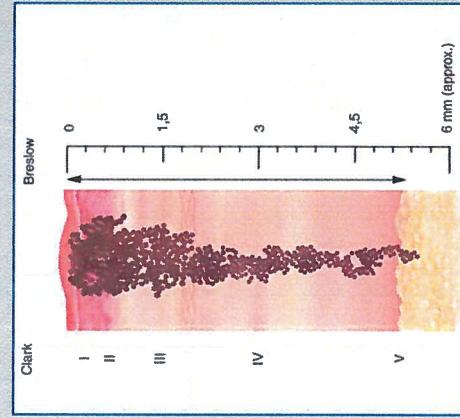
Histogénése



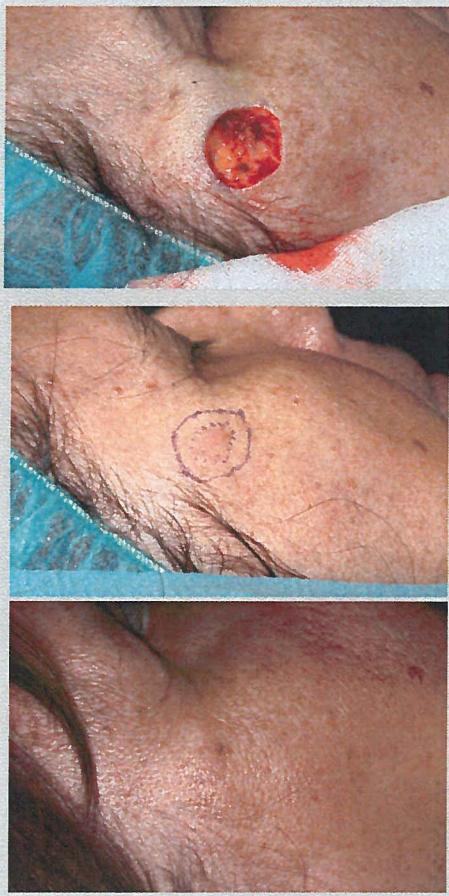
- Croissance biphasique:
 - Extension horizontale intraépidermique
 - Extension verticale avec envahissement:
 - Derme superficiel: phase micro-invasive
 - Derme profond / hypoderme: phase invasive

Critères du pronostic

- Corrélation linéaire entre épaisseur et mortalité
- Indice de Breslow: épaisseur tumorale
- Niveau de Clark: supplanté par les autres critères
- Diagnostic précoce et exérèse correcte
- Ulcération (clinique ou histo): valeur péjorative
- Index mitotique
- Micrométastases infracliniques du premier ganglion relais: ganglion sentinelle



Lentigo malin



Mélanome nodulaire



Mélanome superficiel extensif



Mélanome acro-lentigineux

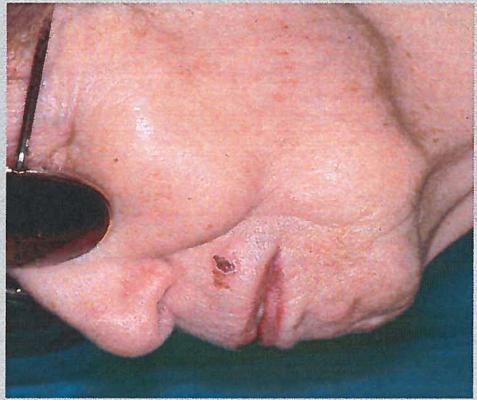


Mélanome amélanique



Quelques tumeurs cutanées...

Carcinome basocellulaire



Naevus dermique



Carcinome spinocellulaire



Méタstase cutanée



Carcinome basocellulaire



Mélanome



Carcinome spinocellulaire



Mélanome amélanique



Histiocytofibrome



Cicatrice chéloïde



Kératose séborrhéique



Carcinome basocellulaire



Carcinome basocellulaire



Conclusions

- Les tumeurs cutanées sont les tumeurs les plus fréquentes chez l'homme
- Problème de santé publique
- L'incidence de tumeurs cutanées augmente avec le **vieillissement de la population**
- Même si la plupart d'entre elles présente un excellent pronostic, certaines peuvent développer des lésions métastatiques avec un pronostic néfaste

Conclusions

- Un diagnostic **PRECOC**E est très important afin de garantir un succès thérapeutique
- **Dépistage: médecins de premier recours**
 - Diagnostic, traitement, suivi: dermatologues
 - Cas complexes: prise en charge pluridisciplinaire (plasticiens, ORL, ophtalmologues, oncologues, radiothérapeutes,...)