

# UE 2.9 Processus Tumoraux

# Les cancers cutanés

**Dr Mona AMINI-ADLE**  
**Centre Léon Bérard**

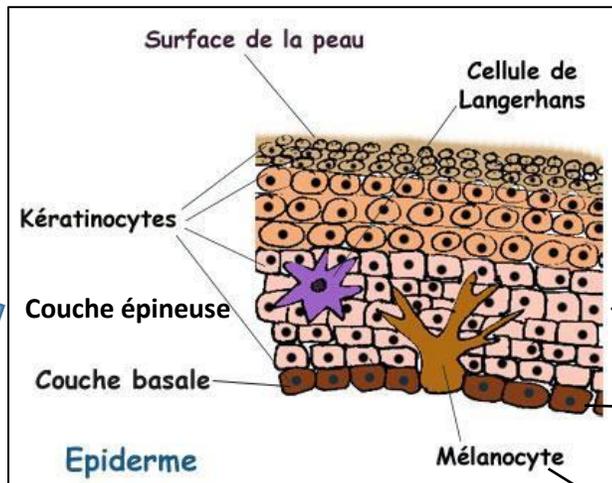
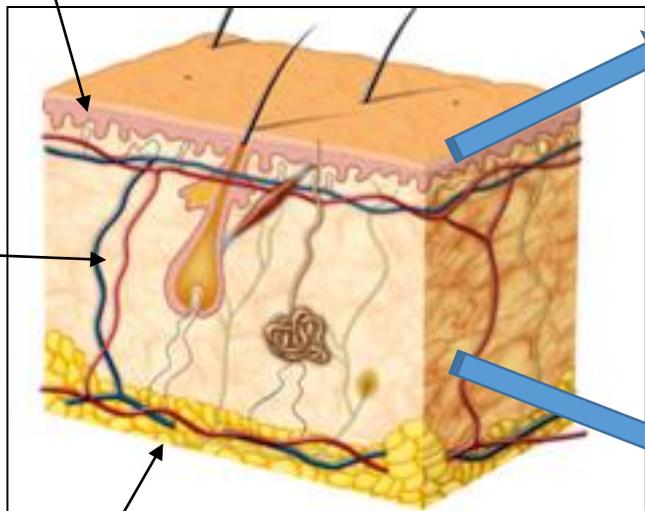




Epiderme

Derme

Hypoderme



L'épiderme, la couche la plus superficielle de la peau, est constitué de plusieurs couches de cellules formées essentiellement par les kératinocytes.

Les cancers cutanés se développant au dépens des kératinocytes de la couche **épineuse** s'appellent des carcinome **épidermoïdes**

Les cancers cutanés se développant au dépens des Kératinocytes de la couche **basale** s'appellent des carcinome **baso cellulaires**

Les cancers cutanés se développant au dépens des **mélanocytes** s'appellent des **mélanomes**

Le derme est une couche intermédiaire de la peau qui contient

- Les **annexes** de la peau formées par
  - les glandes sudorales qui fabriquent la sueur
  - Les glandes sébacées qui fabriquent le sébum
  - La tige pileuse formant les poils du corps et les cheveux
  - Les **carcinomes annexiels** sont des cancers cutanés rares se développent au dépend de ces annexes
- Les **cellules** fabriquant le tissu conjonctif qui est un tissu de soutien. Ces cellules s'appellent les fibroblastes. Le **dermatofibrosarcome de Darier Ferrand** est un cancer des tissus sous cutanés se développant au dépens des fibroblastes
- Le **tissu conjonctif** qui est constitué essentiellement des fibres de collagène et des fibres élastiques.

La peau est constituée de 3 couches (de la superficie à la profondeur) :

- l'épiderme
- le derme
- l'hypoderme

# FACTEURS DE RISQUES

## **Le soleil est le plus grand facteur de risque**

La peau claire

La mauvaise aptitude au bronzage et les coups de soleil de la petite enfance

Le nombre de grain de beauté (pour le mélanome)

L'exposition aux goudrons de houilles, arsenic, hydrocarbures (pour le carcinome épidermoïde)

Antécédents familiaux (pour le mélanome)

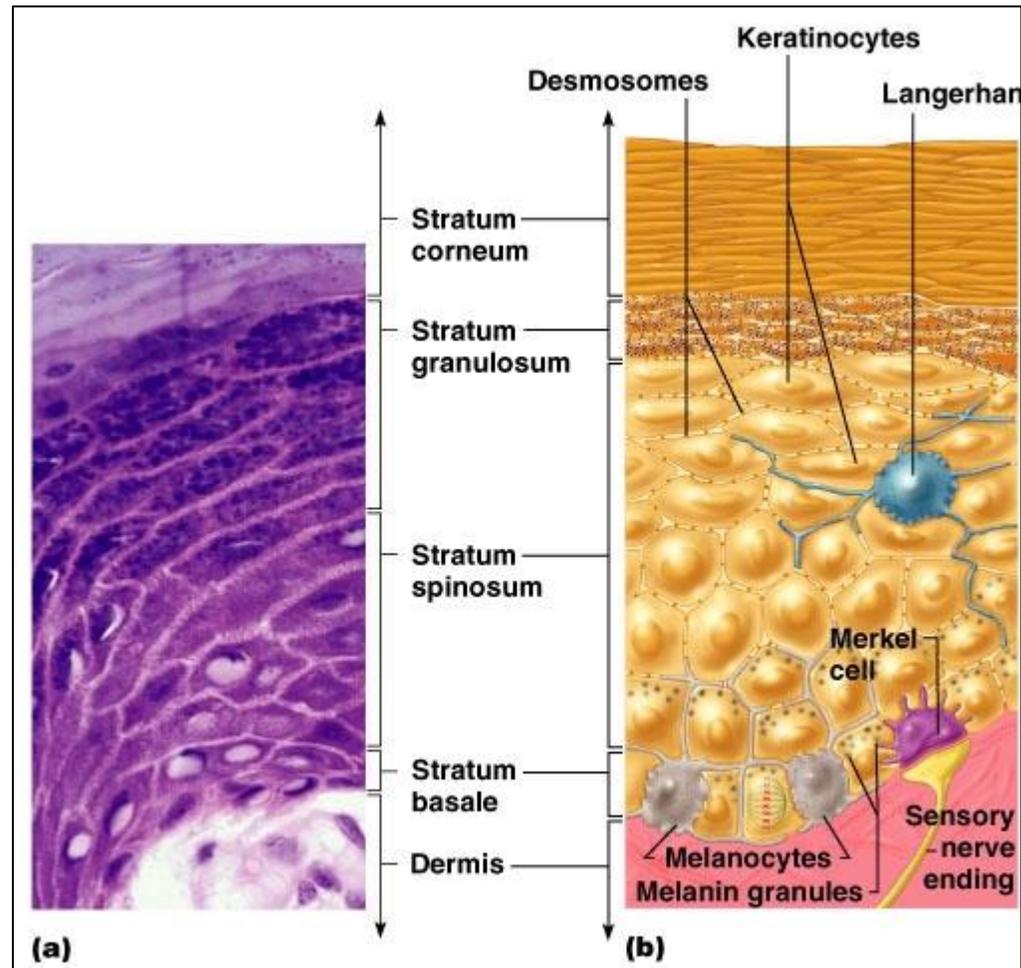
Génodermatoses (syndrome de Gorlin pour les carcinomes baso cellulaire)

Irradiations ionisantes

L'immunosuppression (greffé d'organe, le SIDA)

# Les Carcinomes basocellulaires

- Kératinocytes de la basale
- Peu agressif
- Bouton ou ulcération qui ne guérit pas
- Extension très progressive
- (Quasi) Jamais de métastase
- TTT : Chirurgie ou Aldara- PDT pour les formes superficielles



# FRÉQUENCE

- LE PLUS FREQUENT +
  - 50 à 75 % des cancers cutanés
  - Surtout entre 50 et 60 ans
  - Zones exposées
  - Survenant sur peau blanche +
  - Exceptionnel sur peau noire
- TOUCHANT LE VISAGE DANS 85 % DES CAS
- Jamais sur les paumes et plantes

# FORMES CLINIQUES

- **CBC nodulaire** : nodule ferme, translucide, peau fine et rosée.
- **CBC superficiel**: extension progressive, guérison au centre.
- **CBC sclérodermiforme** : petite plaque arrondie, blanche, indurée, délimitation difficile.



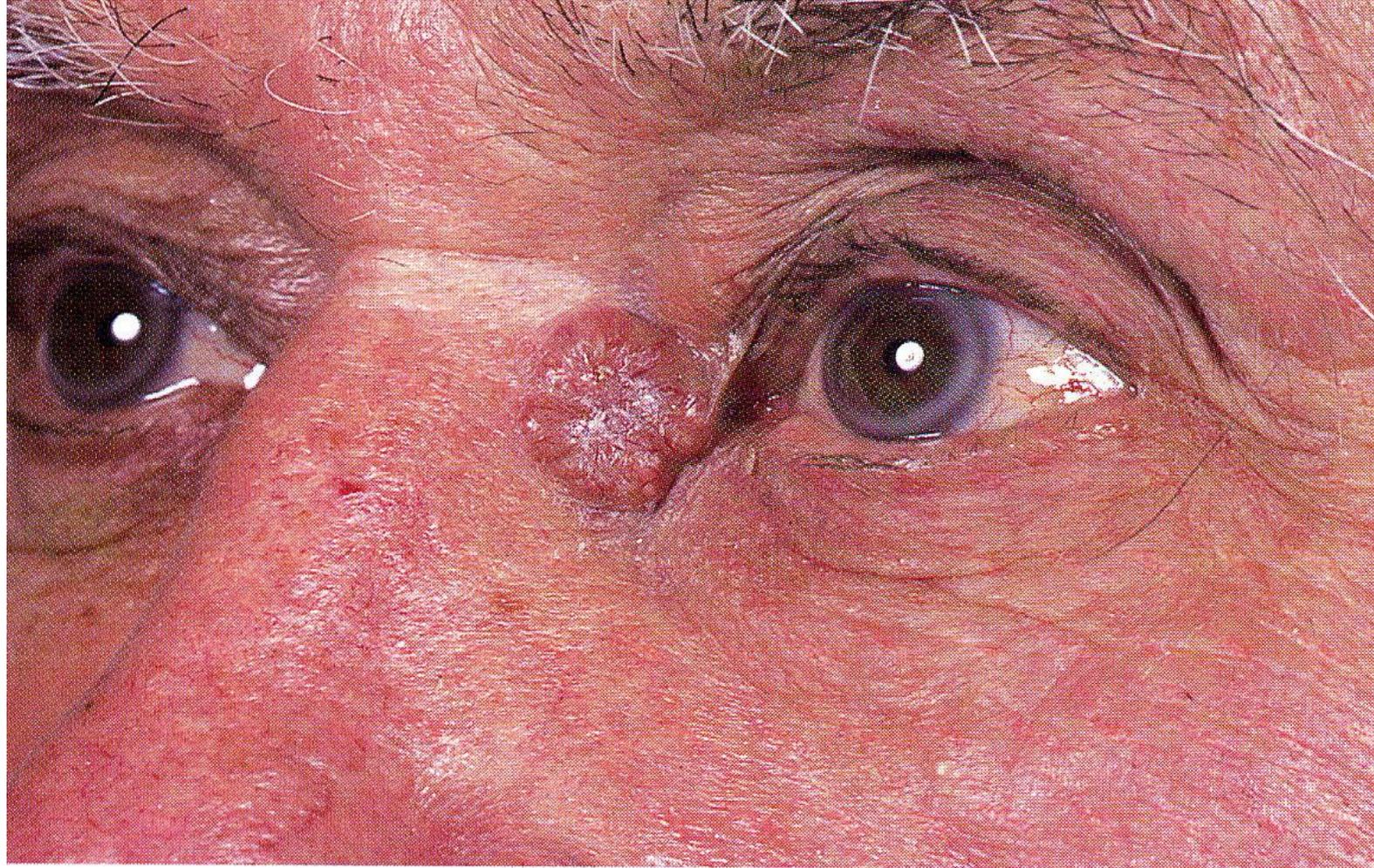
# CBC NODULAIRE ULCERE ( PAUPIÈRE INFÉRIEURE )



# CBC BASO-CELLULAIRE NODULAIRE (FRONT)



# CBC NODULAIRE (CANTHUS INTERNE)



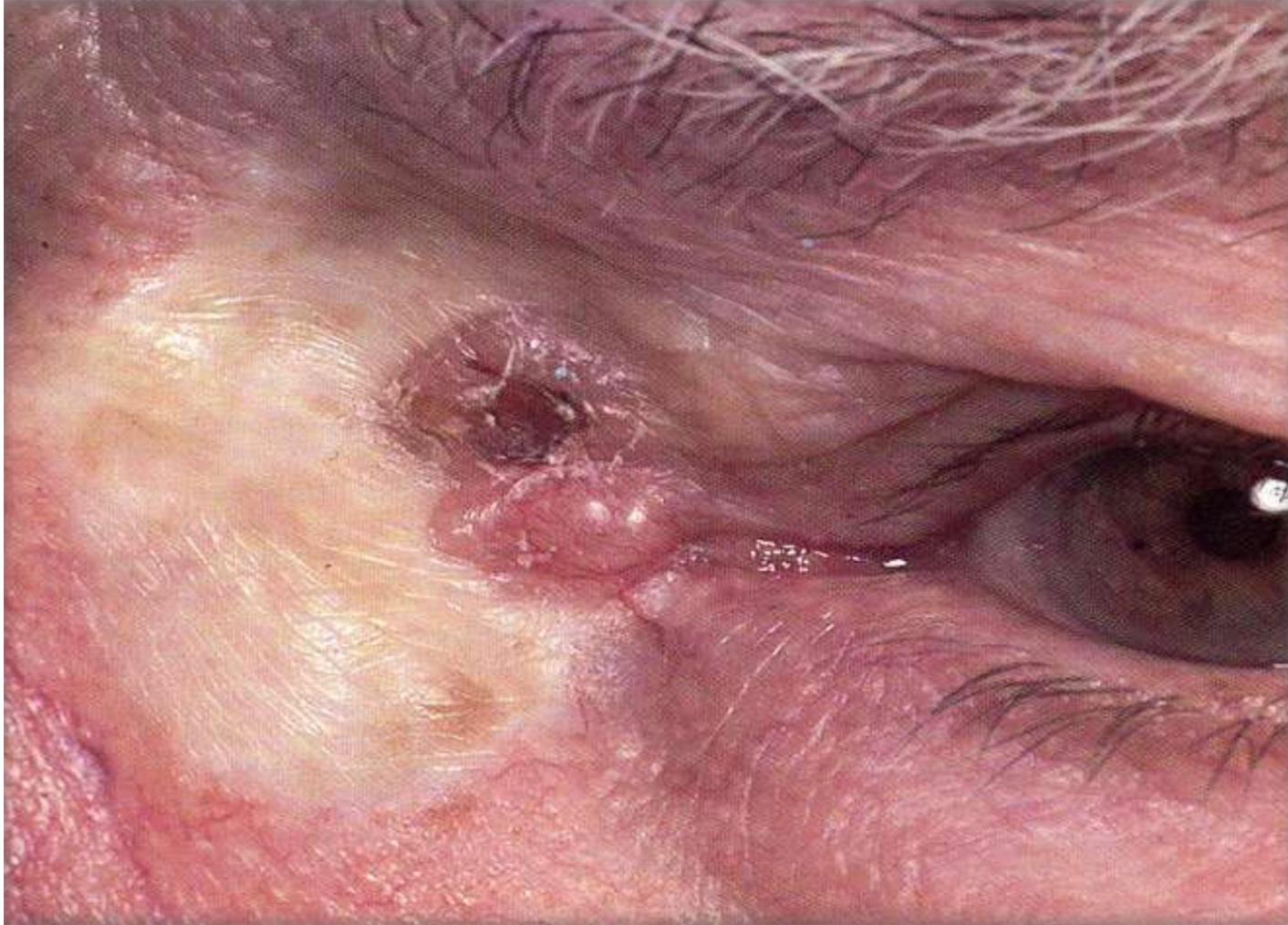
# CBC SCLERODERMIFORME



# CBC SCLERODERMIFORME



# CBC RÉCIDIVE



- Excellent +++
- Carcinologique et esthétique
- Risques :
  - négligence car extension progressive
  - récurrence locale si exérèse insuffisante
- Formes monstrueuses (rares)



# DOGME 1

- Toute lésion évolutive > 1 mois, en relief ou non, fragile (saignement facile), ulcérée ou croûteuse et ne montrant pas de tendance à la guérison, est une tumeur maligne jusqu'à preuve du contraire.
- En particulier en zone photoexposée, et pas seulement après 60 ans

# DOGME 2

- Biopsie cutanée de toute ulcère chronique surtout si siège inhabituelle ou contexte inhabituel



# PRISE EN CHARGE

- **Traitement Chirurgical**
  - Exérèse avec marge de sécurité de 4 mm à 1 cm en fonction du type histologique, de la localisation
  - Nécessite parfois la réalisation de plasties
- **Traitement médical possible** pour les CBC superficiels
  - Imiquimod (Aldara®)
  - Photothérapie dynamique
  - Laser CO2, cryothérapie appuyée
- **Surveillance +++** (30 % de nouveaux CBC à 5 ans) (une à deux fois par an)

- **Radiothérapie**
- **Anti SMO**
  - **Vismodégib** (ERIVEDGE®) ou Sonidegib (ODOMZO®)
    - Traitement per os
    - 4300 €/mois (!), 60% de réponse clinique  
33 % de réponses complètes, rechutes à l'arrêt
    - Tolérance médiocre
    - Utilisation néo-adjuvante avant chirurgie +++

# ULCUS RODENS- ÉVOLUTION SOUS VISMODÉGIB



# CEC ou spinocellulaire

# GÉNÉRALITÉS

- Kératinocytes différenciés
- Début = Croûtes = Kératoses actiniques ou solaires = corne cutanée
- Lésion précancéreuse
- Destruction progressive des tissus
- Risque = Métastases ganglionnaires
- TTT : Chirurgie réparatrice

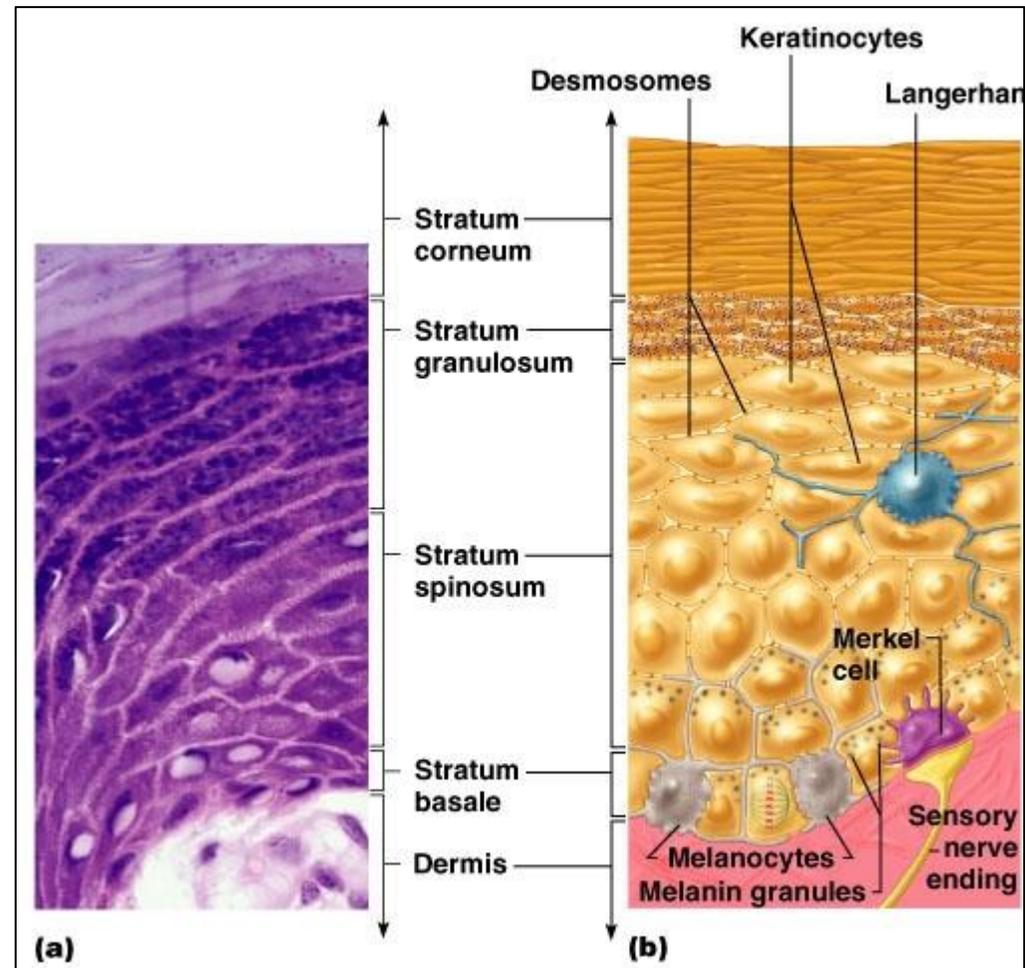
# FRÉQUENCE

## MOINS FREQUENT

- Survenant entre 60 et 80 ans
- Peaux claires, bronzant mal, longtemps exposées
- Personnes ayant vécu dans les pays à fort ensoleillement
- 15 à 40 % des cancers cutanés
- Rôle de l'immunosuppression, tabagisme et HPV

## TOUCHANT LES PARTIES DECOUVERTES

- Mais aussi les muqueuses +



# LÉSIONS PRÉ-CANCÉREUSES

- **KERATOSES ACTINIQUES (SENILES)**

- Taches +/- rouges, kératosiques, rugueuses, saignant après arrachement
- Multiples sur zones exposées
- Parfois confluentes (« champs de cancérisation »)
- Guérison spontanée possible

- **LESIONS INFLAMMATOIRES CHRONIQUES**

- Radiodermites, ulcères de jambe, brûlures
- Lichen scléreux génital
- Leucokératose - Leucoplasie des muqueuses

# KERATOSES ACTINIQUES MULTIPLES



# CHEILITE ACTINIQUE



# FORMES CLINIQUES

- Carcinome spinocellulaire **in situ** (maladie de Bowen) :
  - Plaque rouge d'extension progressive, kératosique
- Carcinome spinocellulaire **invasif**
  - Formes ulcéreuses pures ou ulcéro-végétantes
  - Formes bourgeonnantes
- Carcinome **verruqueux**
- **Kérato-acanthome**

# CSC IN SITU (MALADIE DE BOWEN)



# CSC INVASIF (FORME ULCÉRO-VÉGÉTANTE)



# Évolution

- Progressive vers extension plus rapide
- Destruction des tissus sous-jacents
- Métastases ganglionnaires
- Surtout :
  - si formes ulcérées touchant extrémités : oreilles +++
  - en cas d'atteinte cutanéomuqueuses : lèvres, organes génitaux

# SPINOCELLULAIRE : ULCERATION





***Sir Percival Pott a été le premier à  
décrire  
le l'augmentation d'incidence de  
carcinome  
scrotal chez les ramoneurs exposés aux  
goudrons de houille***

***Premier modèle de carcinogène chimique et cancer  
professionnel***



# KANGRI BASKET SYNDROME





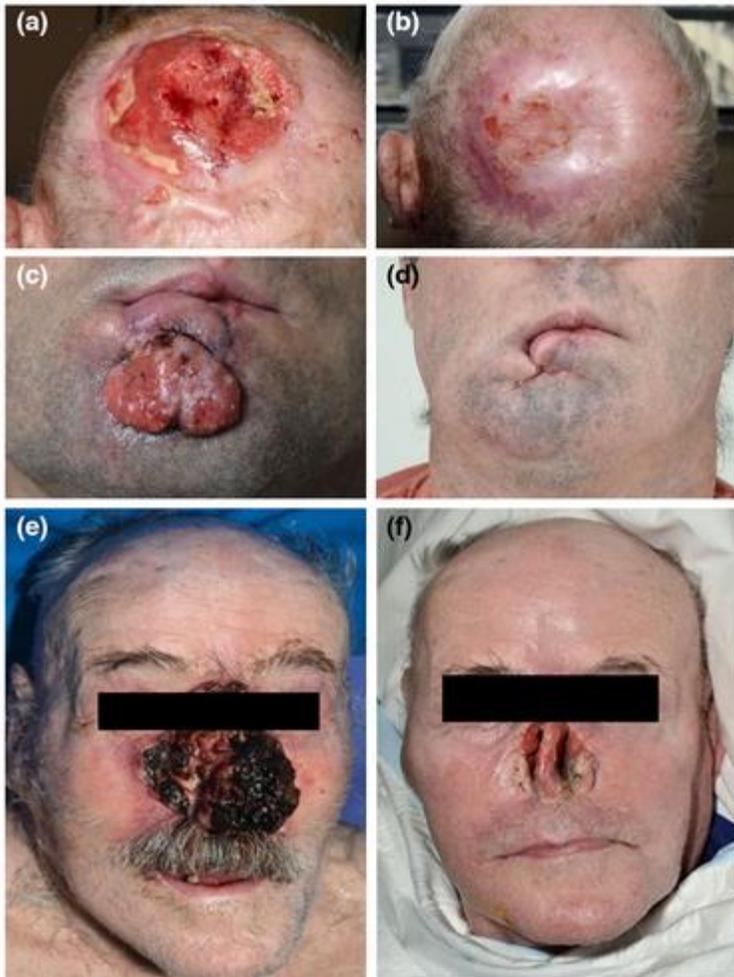
# Ulcère de MARJOLIN



# TRAITEMENT

- Cryothérapie (Azote liquide) : lésions débutantes
- Photothérapie dynamique (en lumière du jour)
- Chirurgie réparatrice sous AL
- Laser à CO2
  
- Traitement médical si lésions multiples ou personnes très âgées :
  - imiquimod (ALDARA®)
  - 5-fluoro-uracile (EFUDIX®)

# GRANDE ÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE: ANTI PD-1 DANS LES FORMES NON OPÉRABLES



*[Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2018-Nov](#)*



# Mélanome Malin

# ÉPIDÉMIOLOGIE

- Incidence  $\pm$  15 / 100 000 / an
- 7200 nouveaux cas par an, plus de 1300 décès par an
- Une personne sur 63
  - Au 13<sup>ème</sup> rang des cancer chez l'homme,
  - Au 7<sup>ème</sup> chez la femme
- Augmentation de 10% par an depuis 50 ans
- Aucune tendance à diminuer
- Touche tous les âges mais exceptionnel chez l'enfant
  - 1<sup>er</sup> cancer chez l'homme entre 15 et 35 ans
  - 1<sup>er</sup> cancer chez la femme entre 15 et 26 ans
- 1<sup>ere</sup> cause d'hospitalisation en dermatologie
- 1<sup>ere</sup> cause de mortalité en dermatologie

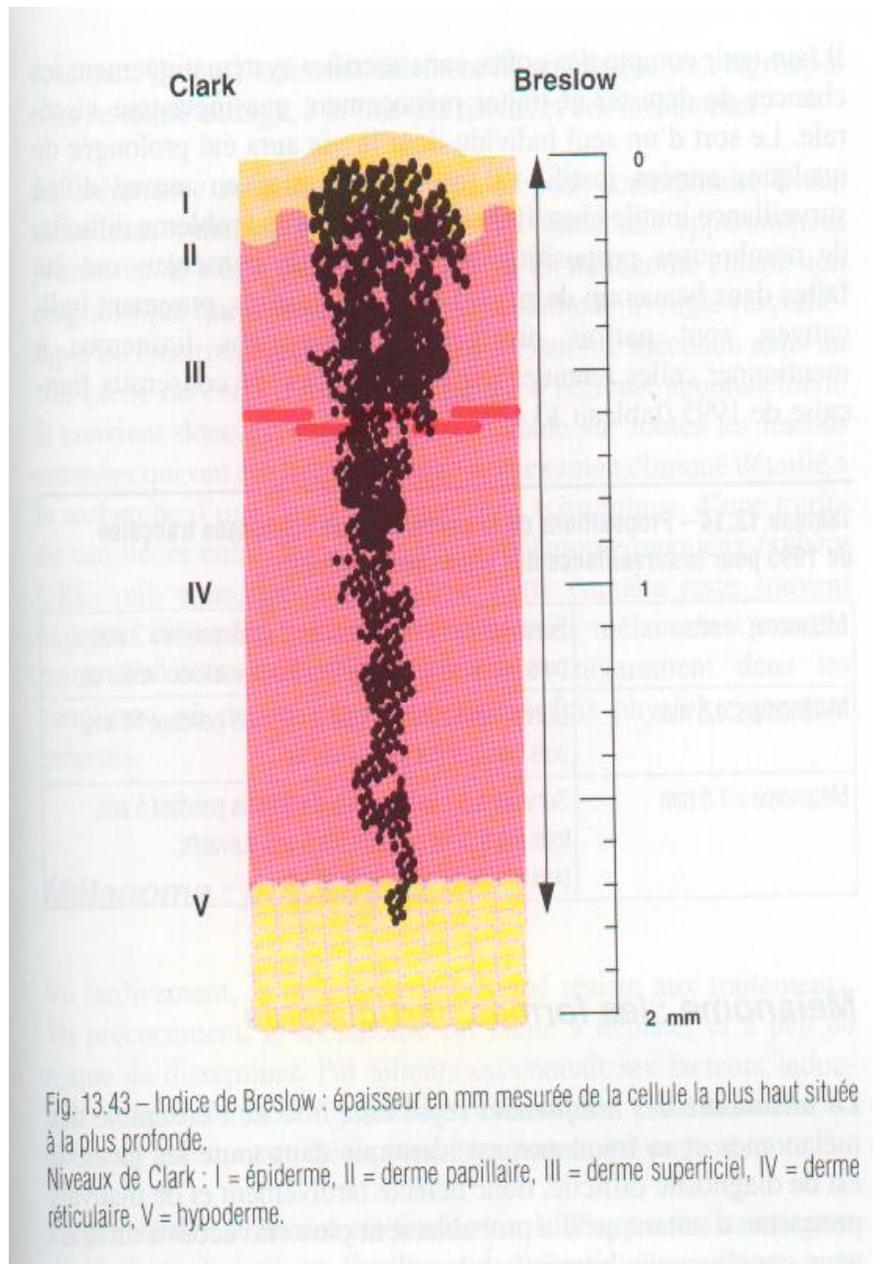
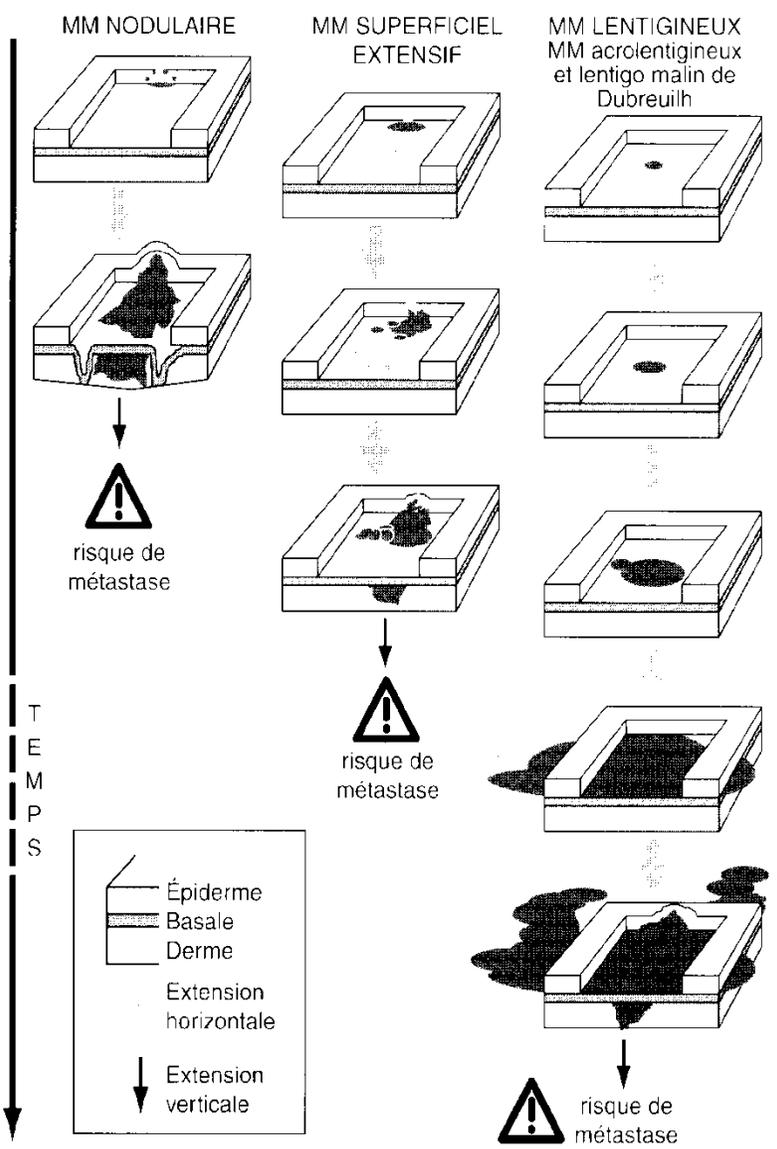


Fig. 13.36 – Histoire naturelle du mélanome et de ses différentes formes anatomocliniques.

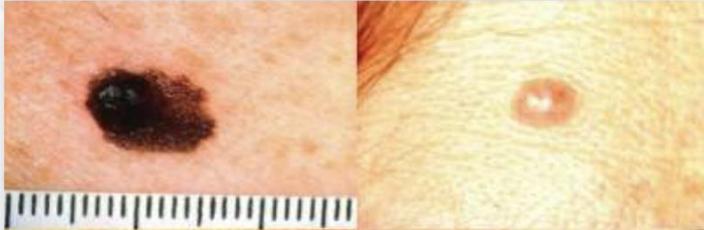
# TYPES HISTOLOGIQUES

5 types histologiques :

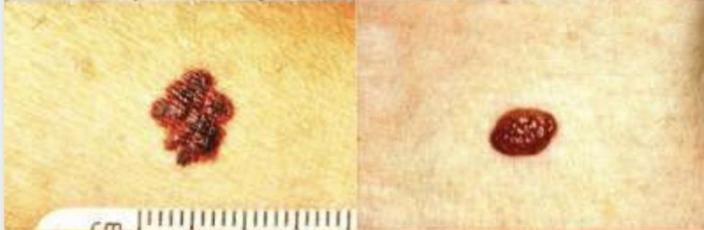
- **SSM**
  - superficial spreading melanoma
- **NM**
  - Nodulaire
- **LMM**
  - Mélanome de Dubreuilh
- **ALM**
  - Mélanome acral-lentigineux
- **MLM**
  - Mélanome des muqueuses

# CRITÈRES A-B-C-D-E

Asymétrie



Bords



Couleur



Diamètre



Malin

Bénin

**Evolutivité +++**

# DIAGNOSTIC

- Toute lésion pigmentée qui se modifie ou saigne

- Règle du « vilain petit canard »



- Critères A-B-C-D-E

- Apport du dermatoscope



# SYNDROME DES NAEVUS ATYPIQUES



# MELANOME MALIN SUPERFICIEL (SSM)





# MELANOME MALIN NODULAIRE



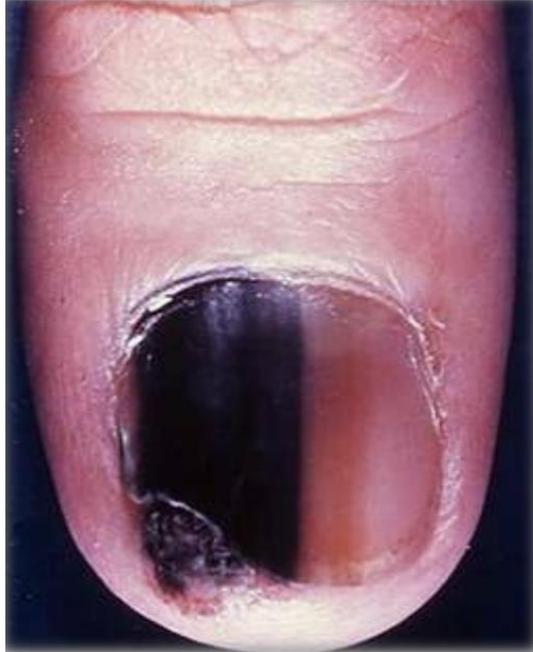
# NODULES DE PERMEATION



# MELANOME ACRAL LENTIGINEUX



# MELANOME UNGUAL



# MELANOME DE DUBREUILH



# MELANOME ACHROMIQUE



# TRAITEMENTS

- Chirurgie puis reprise des marges d' exérèse à 1 ou 2 cm
- Si Breslow > 1,0 mm procédure du ganglion sentinelle avec reprise à 2 cm.
- Si atteintes ganglionnaires ou viscérales : révolution de deux grandes classes de traitement
  - Immunothérapie
  - Thérapie ciblée anti BRAF, anti MEK
- **Surveillance à VIE.**
  - stade ganglionnaire, examen clinique, + scanner CTAP / 3 mois 3 ans, puis semestriel clinique 2 ans, puis une fois par an à vie.

# SURVEILLANCE

- Surtout phototypes clairs ou séjours en pays très ensoleillés
- Contrôle dermatologique tous les 3 à 6 mois pendant 3 à 5 ans, puis 1 fois par an à vie
- Consultation de contrôle pour tous les membres de la famille (facteurs génétiques)
- Le MM nodulaire du dos possède l'évolution la plus rapide

# Cas et Exemples

# DE QUOI A ETE ATTEINT LOUIS ARMSTRONG ?



# CARCINOME SPINOCELLULAIRE DE LA LEVRE

- Plaie négligée de la lèvre inférieure
- Apparition d'une adénopathie sous mentonnière
- Exérèse élargie avec curage ganglionnaire
- Mort d'un infarctus quelques semaines plus tard ...
- Rôle de la cigarette et du frottement répété par la hanche de trompette ?

# DE QUOI EST MORT BOB MARLEY ?



# MELANOME MALIN DU GROS ORTEIL

- Seules localisations du MM chez le sujet de couleur : paumes et plantes car pigmentation moindre
- Rôle des traumatismes ? Footballeur aux pieds nus
- Exérèse insuffisante car a refusé l'amputation du gros orteil par crainte de ne plus pouvoir danser !

# TAKE HOME MESSAGES

- TOUTE LESION QUI NE GUERIT PAS OU QUI S'ETEND DOIT ÊTRE MONTREE AU DERMATOLOGUE
- LE PRONOSTIC EST EN REGLE FAVORABLE
- ATTENTION SI TACHE PIGMENTEE

# PHOTO-PROTECTION

D'éviter le soleil entre midi et 16h

Recherchez l'ombre le plus souvent possible.

De porter un chapeau, des lunettes de soleil et un tee-shirt et utiliser une protection solaire en la renouvelant fréquemment (indice 30 minimum / renouveler toutes les 2 heures). Faire attention aux zones à risque d'attraper des coups de soleil : les oreilles ; la nuque ; dos des pieds si chaussures découvertes.

Attention : l'eau et la transpiration suppriment l'effet protecteur de la crème solaire.

Se méfier des nuages, les UV nocifs traversent les nuages !

Se méfier du parasol, qui ne crée pas une ombre protectrice (risque de réverbération sur le sable et de coup de soleil).

Protégez vos enfants dès leur plus jeune âge et apprenez-leur les bons gestes.

Evitez les cabines de bronzage : elles entraînent des risques de cancers cutanés, au même titre qu'une exposition au soleil sans protection

**La meilleure protection reste vestimentaire !**



**Quizz....**

***Bénin ou pas bénin: faut il adresser à un dermato?***



# CAS 1

- H 65 ans
- ATCD
  - HTA
  - Hypercholesterolemie
- Depuis quelques mois  
lesion de la joue D



## CAS 2

- H 67 ans
- Le patient connaît depuis toujours cette lésion



# CAS 3

- F 46 ans
- Lésion saignotante depuis quelques mois



## CAS 4

- H 65 ans
- Lésion pigmentée depuis l'enfance
- Modification depuis 6 ans



# CAS 5

- H 16 ans
- ATCD 0
- Depuis 1 mois, changement de couleur



# CAS 6

- Homme 61 ans
- Suivi pour des kératoses actiniques



# CAS 7

- F 45 ans
- Anteriorite inconnue

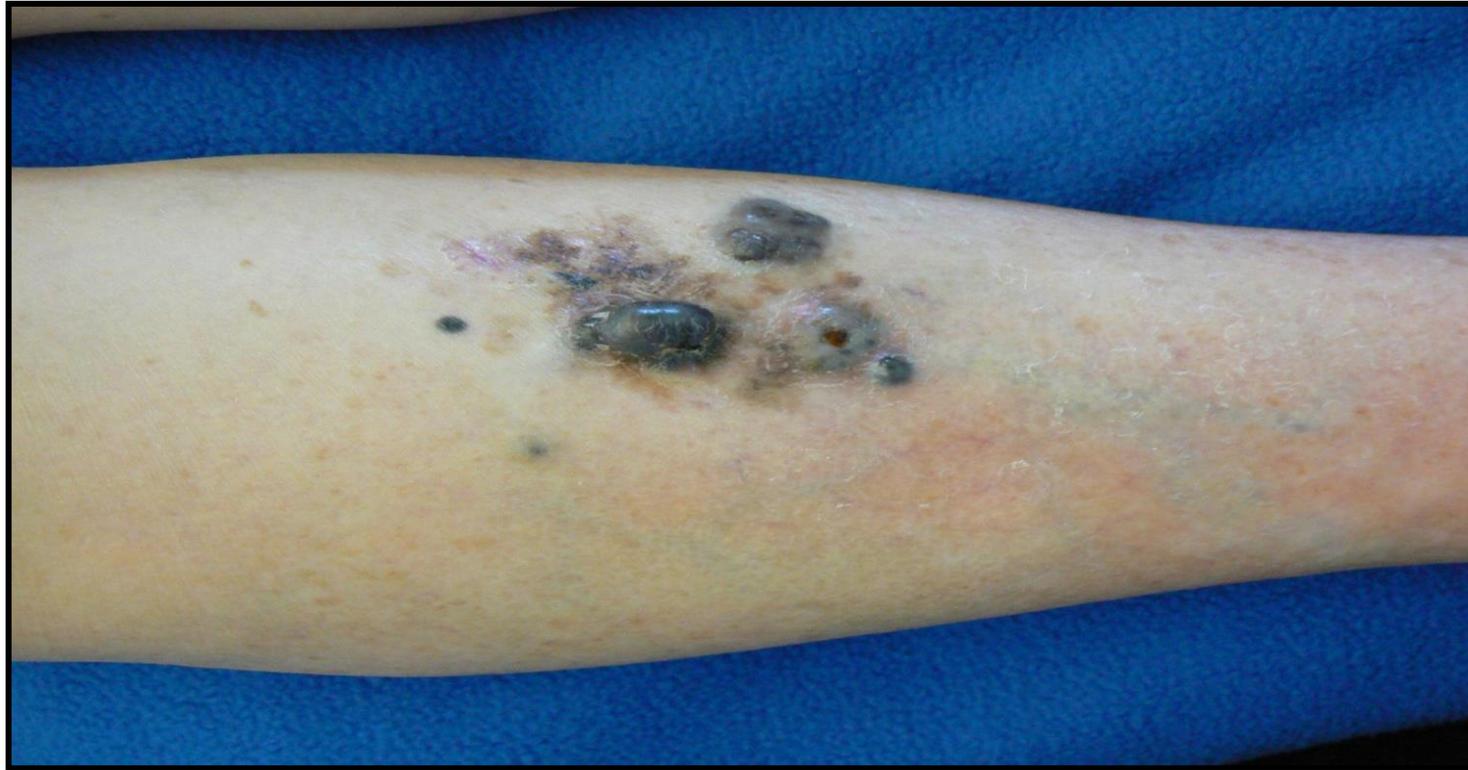


# CAS 8

- F 58 ans
- Depuis nbx années



- Depuis 10 ans, plusieurs avis : thrombose sur varices



# CAS 10

- Femme de 65 ans
- sd dépressif ++ qui l'a conduit à négliger cette lésion connu depuis l'enfance mais très modifié depuis 2 ans



# CAS 1

- H 65 ans
- ATCD
  - HTA
  - Hypercholesterolemie
- Depuis quelques mois  
lesion de la joue D



**CARCINOME BASOCELLULAIRE**

## CAS 2

- H 67 ans
- Le patient connaît depuis toujours cette lésion

• **mélanome**



## CAS 3

- F 46 ans
- Lésion saignotante depuis quelques mois

- ***Botriomycome***



## CAS 4

- H 65 ans
- Lésion pigmentée depuis l'enfance
- Modification depuis 6 ans

**Mélanome SSM 1mm,**

**ganglion sentinelle négatif**



- H 16 ans
- ATCD 0
- Depuis 1 mois, changement de couleur

## *Hématome*

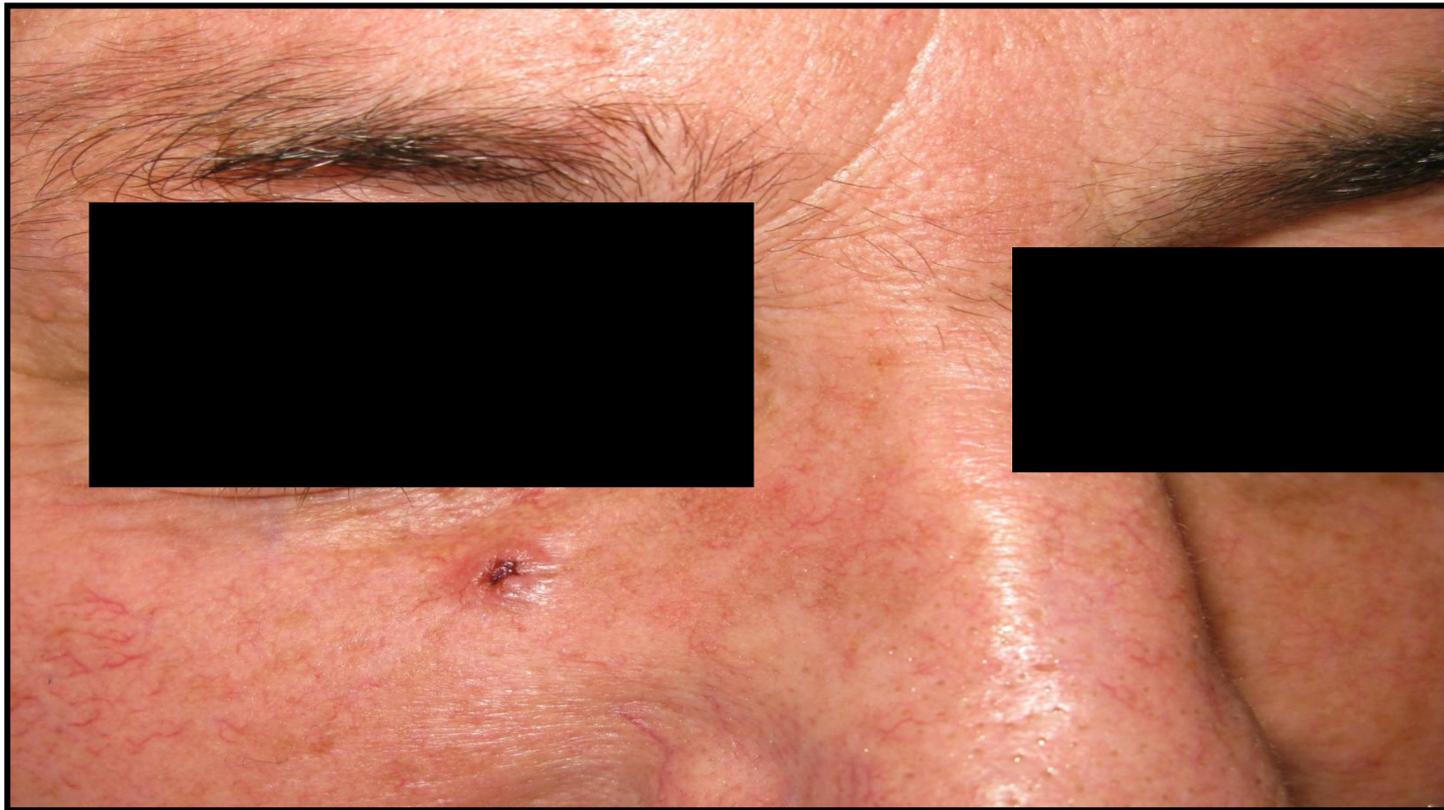


# CAS 6

- Homme 61 ans
- Suivi pour des kératoses actiniques

• **Carcinome basocellulaire**

• **Bordure perlée avec ulcération centrale**



# CAS 7

- F 45 ans
- Anteriorite inconnue

## *Naevus*



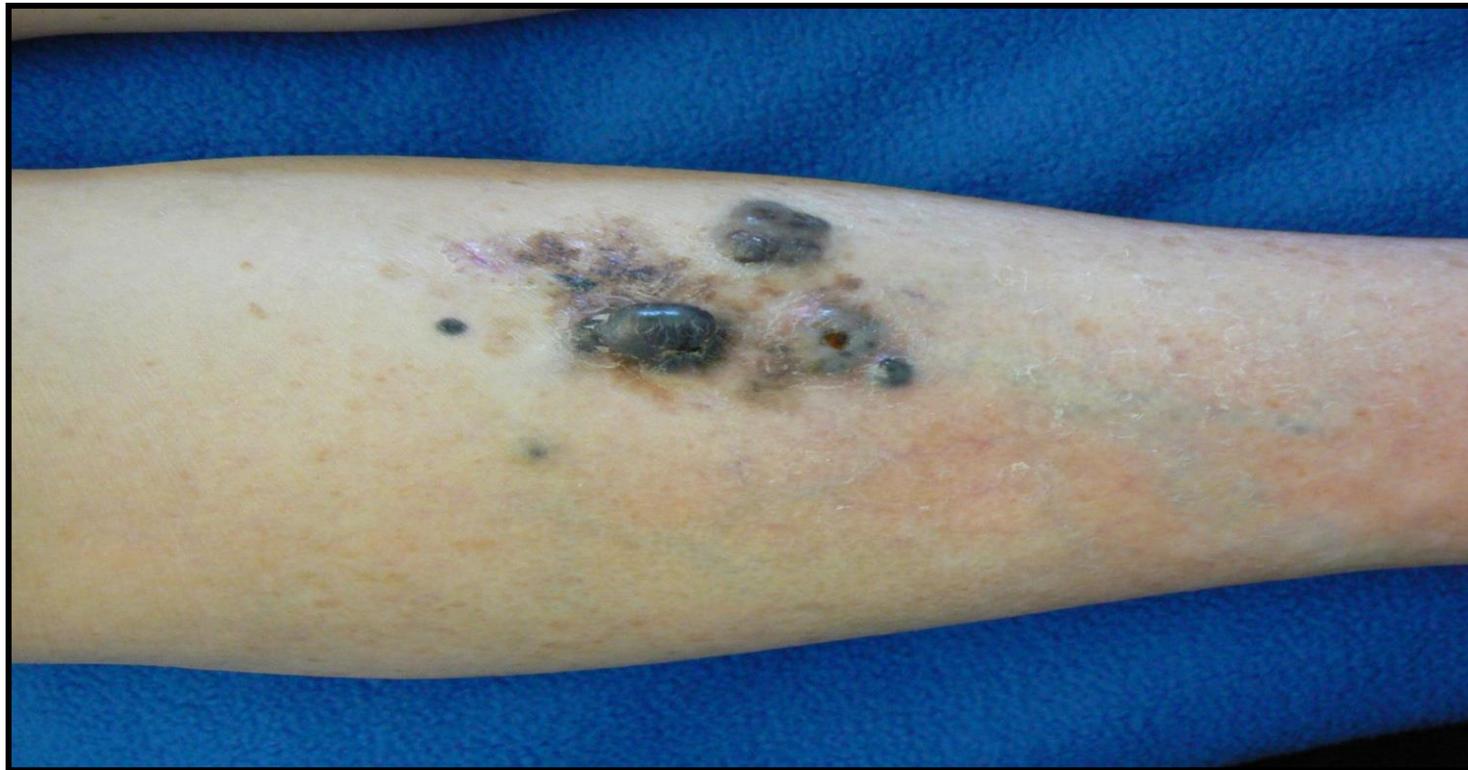
# CAS 8

- F 58 ans
- Depuis nbx années
- ***Carcinome baso cellulaire***



- Depuis 10 ans, plusieurs avis : thrombose sur varices

• **Métastase en transit de mélanome**



## CAS 10

- Femme de 65 ans
- ***SSM 2,05 mm,***
- ***Sur naevus congénital (à droite sur la photo)***
- ***ganglion sentinelle positif***
- sd dépressif ++ qui l'a conduit à négliger cette lésion connu depuis l'enfance mais très modifié depuis 2 ans



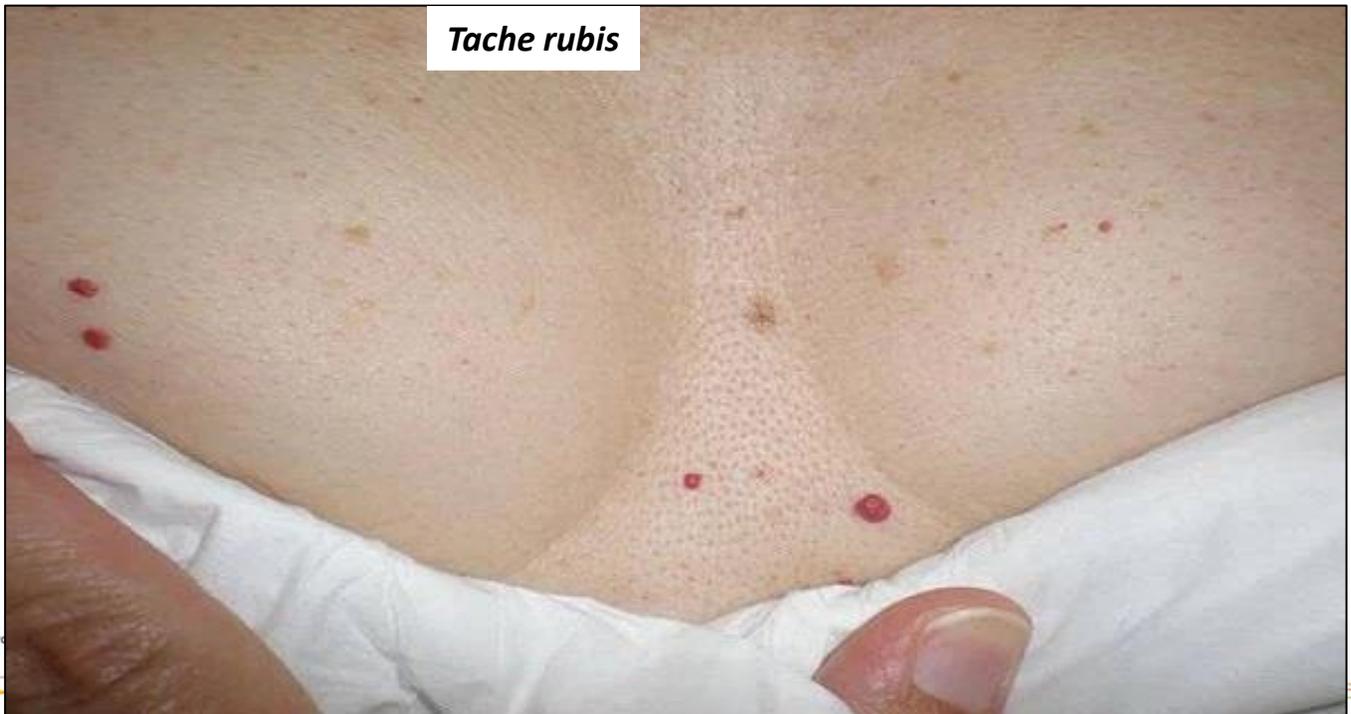
# TUMEURS BENIGNES FREQUENTES



**Kératose séborrhéique**



**Molluscum pendulum**



**Tache rubis**



**Angiome thrombosé**

*Molluscum pendulum*



*Angiome thrombosé*





**Lentigo**



**Histiocytobrome**



**Mamelon surnuméraire**

# Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1  
Soutien financier : Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA