

# **CARCINOMES CUTANÉS**

Dr KHENNOUF

# Carcinomes basocellulaire

S



# I. Introduction

- Le plus fréquent des cancers cutanés (70 %) et de tous les cancers (30 %) chez les adultes de peau claire.
- Son incidence a tendance à croître avec les années.
- Principal FDR = exposition aux rayons ultraviolets.
- Evolution essentiellement locale, formes métastatiques très rares.
- TRT de référence = chirurgie

## II. Épidémiologie

- sujets âgés
- prédominance masculine (sex-ratio : 2/1).
- Chez les sujets de moins de 40 ans, le CBC se développe majoritairement chez les femmes.
- Incidence ↗ à mesure que la latitude ↘ sur le globe.
- Mortalité très faible (< à 0,1 %)

### III. Facteurs de risque

#### A. Facteurs intrinsèques :

##### 1) Phototype et carnation :

- phototype clair
- Le N° de coups de soleils reçus au cours de la vie, même peu fréquents, conditionnés par l'intensité d'exposition

##### 2) Facteurs génétiques :

Xeroderma pigmentosum XP

Sd de Gorlin ou nævomatose basocellulaire



**B. Facteurs extrinsèques :**

- 1) Rayonnement ultraviolet :  
Une exposition solaire  
intermittente et intense  
favorise le développement des  
CBC.**
- 2) Rayonnement ionisant**
- 3) Immunosuppression**

## IV. Formes cliniques :

### A. CBC nodulaire :

- 50 - 80 % des CBC
- Forme clinique la plus fréquente
- Papule ou nodule de consistance ferme, de taille variable, de couleur rosée ou translucide (bordure perlée), parcourue de télangiectasies arborescentes.
- Prédominant sur les zones photo-exposées.



## B. CBC superficiel :

- 10 - 30 % des CBC
- Plaque érythémateuse, parfois squameuse, non ou peu infiltrée, avec bordure bien limitée, pouvant être perlée.
- tronc et les membres++.
- Extension lentement centrifuge, pouvant parfois atteindre plusieurs centimètres de diamètre.
- Histologie souvent utile au stade initial car le diagnostic clinique est peu spécifique.



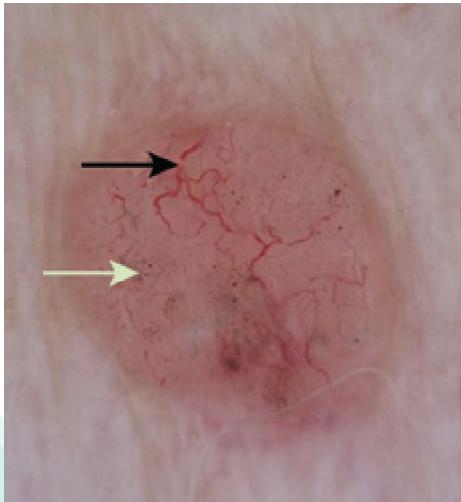
### C. CBC sclérodermiforme : < 10 %

- Beaucoup plus rare que les formes précédentes.
- Aspect blanc ivoire ou couleur chair, infiltrant le derme, induré, à bordures mal limitées.
- Parfois recouvert de croûtes ou érosions.

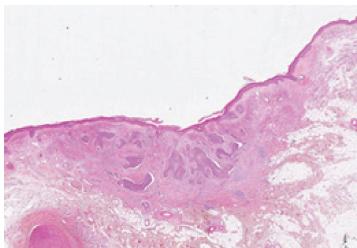
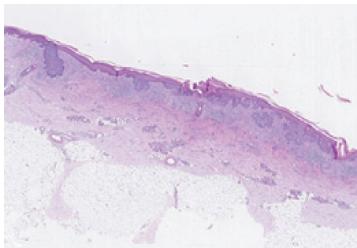
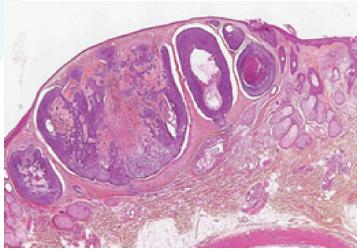


# V.

# Dermoscopie



## VI. Histologie :



la présence dans le derme d'un ou plusieurs massifs ou lobules larges ou travées bien circonscrites constituées de cellules basaloïdes.

- Les noyaux sont agencés en palissade en périphérie.

## VII. Facteurs pronostiques

### A. La localisation :

- Zones à haut risque : nez et zones péri-orificielles céphaliques.
- Zones à risque intermédiaire : cuir chevelu, front, joues, menton, cou.
- Zones à faible risque : tronc et membres.

### B. La taille :

- > à 1 cm sur zone à haut risque.
- > à 2 cm sur zone à risque intermédiaire ou faible.

### C. Le type histologique :

- Sclérodermiforme.
- Infiltrant ou nodulaire de grande taille.

## VIII. Diagnostic différentiel

- CEC, tumeurs annexielles bénignes et malignes.
- Les trichoépithéliomes , hyperplasies sébacées.
- Ezcéma
- Psoriasis.

# IX. Traitement

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

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.
- Topiques : imiquimod , 5FU
- Thérapie ciblée

## X. Prévention et surveillance

La photoprotection est l'axe majeur de préventions primaire et secondaire des cancers cutanés :

- limiter l'exposition solaire aux heures de fort ensoleillement
- favoriser une protection vestimentaire
- utiliser un écran solaire (crème solaire) à indice de protection élevé
- éviter l'exposition solaire chez les enfants.

Chaque patient doit être informé du risque de récidive

# Carcinome épidermoï de



# I. Introduction

Le second cancer de la peau le plus fréquent après le CBC.

- Défini comme la tumeur primitive de la peau exprimant une différenciation malpighienne prédominante
- Survenue le plus souvent à partir de lésions précurseurs
- FDR évitable le plus important = l'exposition aux ultraviolets (UV) naturels ou artificiels.
- Morbidité importante
- Mortalité limitée.
- TRT : Chirurgie

## II . Facteurs de risque

### A. Facteurs constitutionnels :

- Age
- Sensibilité aux UV de la peau : les phototypes clairs étant les plus à risque
- Génodermatoses

- B. Facteurs extrinsèques :
  - Exposition solaire
  - Sources artificielles d'UV
  - Immunosuppression chronique
  - Infections virales
  - Médicaments
- Autres expositions à risque :
  - Exposition professionnelle : arsenic...
  - Tabac
    - Radiations ionisantes
    - Habitudes alimentaires et surpoids
  - Consommation d'alcool



### III. Clinique

Le CSC se développe souvent sur une lésion précancéreuse :

A.Kératose actinique.

B. Dermatoses chroniques :

- Inflammation chronique de la peau

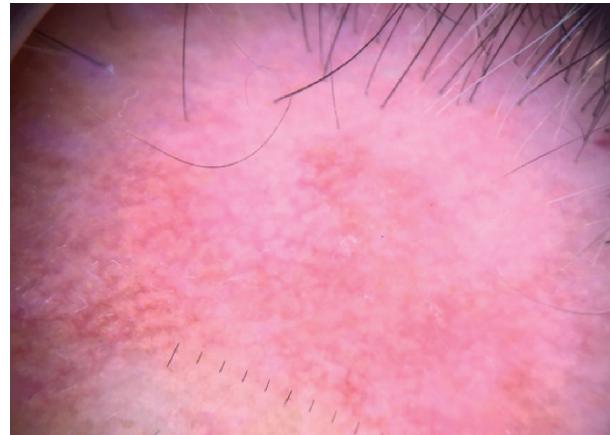
1) Ulcères chroniques

2) Toute lésion cutanée inflammatoire

ou cicatricielle chronique :

3) Radiodermite.

4) Kératose arsenicale





Sur les muqueuses :

Chéilité actinique.

Leucoplasie labiale +++ tabagique.

\*Dysplasie épithéliale ano-génitales HPV induites.

\*Papulose Bowenoïde.

\*Lichen scléro-atrophique ano-génital.



## IV. Formes cliniques

Forme commune du CEC :

Clinique :

- Aspect clinique variable, mais association classique de 3 éléments : bourgeonnement, ulcération et infiltration.
- L'irrégularité des bords, l'aspect kératosique ou croûteux, parfois nodulaire y sont associés.
- Siège : sur les zones photoexposées principalement.



## Carcinome verruqueux :

- Il se présente sous forme d'une tumeur végétante et exophytique d'évolution lente.
- Pronostic local essentiellement.

\*Carcinome cuniculatum (jambes, pieds),  
et papillomatose orale floride (muqueuse orale) \*Tumeur de Buschke-Löwenstein = condylome acuminé géant



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.

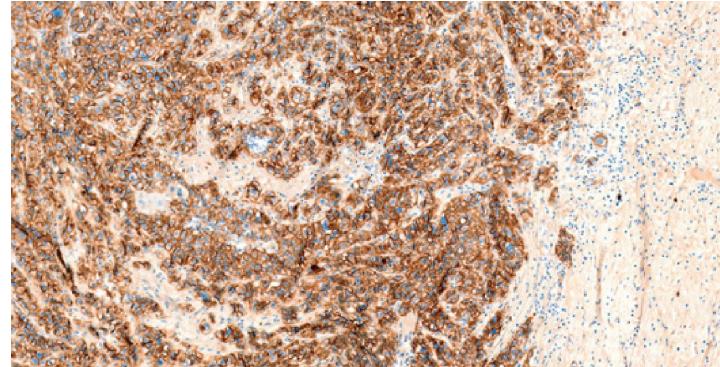
Aspect : lésion érythémateuse plus ou moins pigmentée et croûteuse bien limitée, d'évolution lente, centrifuge.

Elle survient volontiers sur les zones photo-exposées



## V. 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.  
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.



## VI. Diagnostic différentiel

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



## VII. Facteurs pronostiques du CEC

### a) Facteurs pronostiques cliniques :

- Localisation : zones à haut risque de récidive = les zones périorificielles et le CC, les zones non insolées, les radiodermites, les ulcères, les cicatrices ou les inflammations chroniques.
- Taille : le seuil de 2 cm
- Forme récidivée.
- Immunodépression sous-jacente.

b) Facteurs pronostiques histologiques :

- Épaisseur et profondeur d'invasion
- Invasion périnerveuse
- Degré de différenciation cytologique : les tumeurs indifférenciées ont un pronostic péjoratif.
- Type histologique

# VIII. Traitement

## 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 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 CO<sub>2</sub>.
- Chimiothérapie
- Thérapie ciblée
- Immunothérapies

## IX. Prévention

\* Photoprotection solaire.

\* Traitement de toute lésion précancéreuse.

\* Education des patients à l'autoexamen et l'autodetection d'une récidive. \*

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.

# MELANOME



# I. INTRODUCTION

Tumeur **maligne** développée aux dépens des **mélanocytes**

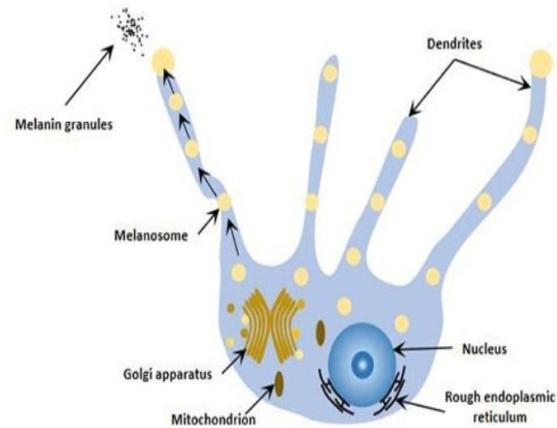


Figure 1 The diagram of melanocytes

Peut apparaître sur une peau saine (dans 70 à 80 % des cas) ou résulter de la transformation maligne d'un nævus,

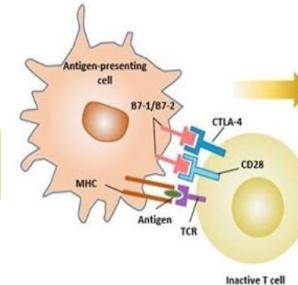
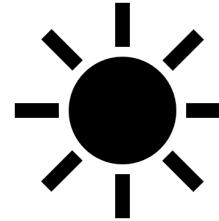


Acteurs principaux

Environnement

Génétique

Système immunitaire





## Diagnostic

Suspecté par la clinique (**ABCD**)

Aidé par la **dermoscopie**

Confirmé par **l'histologie**



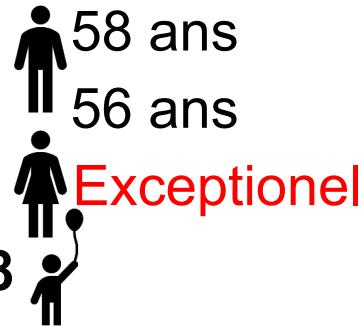
L'exérèse **chirurgicale** constitue le seul traitement curatif du mélanome.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, essentiellement **l'indice de Breslow**

## II- ÉPIDÉMIOLOGIE

- 5 % des KC cutanés
- 80% sur peau saine
- 19ème cancer le plus fréquent
- 6° ♀
- 8° ♂

□ AGE :



□ SEX RATIO : 0.8

une prédominance féminine surtout avant 50 ans

## EN ALGÉRIE

Étude rétrospective de 1985 à 1995: 116 malades hospitalisés

Pr Otsmane

- Taux des malades hospitalisés dans les services de dermatologie plus élevé à l'**ouest** du pays :53,17%
- Age: 33,80%: **40-50 ans.**
- Sexe: 55,70% des femmes.
- Aspect **nodulaire** :74,31%.
- Siège: 55,70% **membres inférieurs.**
- Terrain: **de novo**:82,07%.
- La consultation est **tardive**.
- Niveau de Clark:**47,91 %:V**

SADEC 2013

ORGANISÉ DU 23 AU 25 OCTOBRE 2014  
LE XXI<sup>EME</sup> CONGRES MAGHREBIN DE DERMATOLOGIE  
COUPLE AU  
XXVII<sup>EME</sup> CONGRES NATIONAL DE DERMATOLOGIE  
SKHIRATE (PALAIS DE CONGRÈS DE SKHIRATE)

Profil du mélanome en Algérie  
Etude multicentrique (sur 83  
PATIENTS hospitalisés)

**Pr Zobiri, Pr Hammadi**

\***Légère prédominance masculine**

\***Délai moyen de consultation: 10 mois**

# III. Facteurs de risque du mélanome



Phénotype



Expositions  
intermittentes



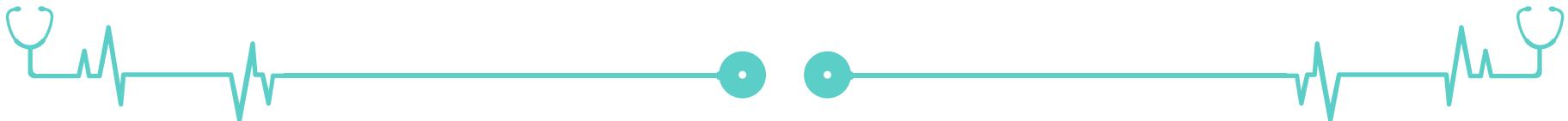
Coups de  
soleil



Régions  
ensoleillées



Phénotype  
naevique



## RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF MELANOMA

### Genetic factors

- Family history of atypical (dysplastic) nevi or melanoma
- Lightly pigmented skin
- Tendency to burn, inability to tan
- Red hair color
- DNA repair defects (e.g. xeroderma pigmentosum)

### Environmental factors

- Intense intermittent sun exposure
- Sunburn
- Residence in equatorial latitudes

### Phenotypic expressions of gene/environment interactions

- Melanocytic nevi:
  - Increased total number
  - Multiple atypical (dysplastic)
  - Congenital (particularly large axial lesions with multiple satellites)
- Ephelides
- Personal history of melanoma

Table 113.1 Risk factors for the development of melanoma.

## **IV. CLINIQUE**

# **1. M à extension superficielle**

**(SSM: Superficial spreading melanoma)**

- La plus fréquente (70%)
- Age moyen 40-50 ans

*Initialement:*

- Macule pigmentée, surface lisse ou légèrement squameuse.
- Plage plus foncée, qui apparaît sur un nœvus préexistant.



# Siège

ubiquitaire

- siège de préférence :

Chez la femme le MI

Chez l'homme le dos

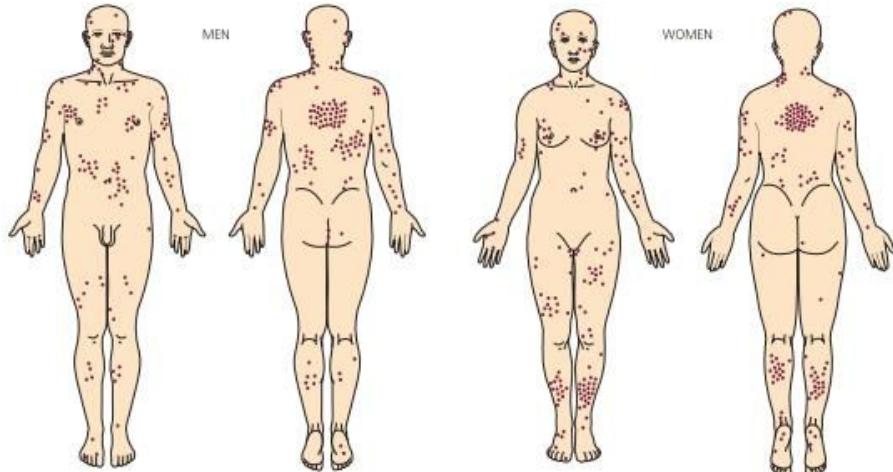


FIGURE 22-27 ■ Distribution of superficial spreading melanoma of the skin in men and women. (From *Causes and effects of changes in stratospheric ozone*, Washington, DC, National Academy Press. Courtesy New York University Melanoma Cooperative Group and the National Academy Press.)



## **2 Lentigo malin ou Melanome de Dubreuilh:**

- 4 à 10 % des M
- Age: pic entre 60 et 80 ans
- Plus fréquent chez la femme
- Siège zones photoexposées, sur une peau actinique.
- Facteur de risque essentiel:

la dose cumulée de rayons UV



## Aspect

- **Début:** Macule brune type lentigo solaire
- **Extension** progressivement pendant des années pour atteindre **3 à 6cm** de diamètre ou plus
- **Bords** très irréguliers, déchiquetés
- **Couleur** variable: brun clair au noir très foncé, avec zone achromique de régression réalisant un aspect polychrome.



### **3. Mélanome Acrolentigineux:**

- Fréquent (35 à 60 %) chez les sujets de phototype foncé. +++
- Rare : (2 à 8 % ) chez les blancs mais beaucoup plus frequent chez les orientaux, les hispanique et les noirs
- Age: 50 à 60 ans



- Début: macule brun noir, puis une plaque pigmentée de 2 – 3 cm,bords déchiquetés, avec des plages achromiques, de surface lisse ou hyperkératosique.
- Des **nodules** peuvent apparaître +/- ulcération.
- Parfois achromique.



#### **4 . Mélanome nodulaire**

- 15 à 30 % des M
- Age: adulte entre 50à 60 ans.
- Sex-ratio : 2 H / 1F
- Il survient **de novo** plus souvent



- Nodule arrondi .
- Bleu noirâtre.
- Bords irréguliers, entourés d'un halo inflammatoire.
- Parfois achromique (5%).
- Sa croissance rapide peut donner un aspect de lésion polypoïde, d'ulcération spontanée recouverte d'une croûte

Siège : **tronc**, tête et cou.





### DIFFERENT TYPES OF PRIMARY CUTANEOUS MELANOMA

Type of melanoma	Frequency (%)	Site	Radial growth	Special features
Superficial spreading melanoma	60-70	Any site, preference for lower extremities (women), trunk (men and women)	Yes	More pagetoid spread, less solar elastosis
Nodular melanoma	15-30	Any site, preference for trunk, head, neck	No	Nodule with more rapid vertical growth
Lentigo maligna melanoma	5-15	Face, especially nose and cheeks	Yes	Slower growth over years within sun-damaged skin
Acral lentiginous melanoma	5-10	Palms, soles, nail unit	Yes	Most common melanoma type in patients with darker skin types

## V. FORMES CLINIQUES PARTICULIERES

### 1. Mélanome des muqueuses :

il représente 5% de l'ensemble des mélanomes, il s'agit, en général, de mélanomes de diagnostic tardif et de mauvais pronostic, et ce d'autant plus que la tumeur a probablement un accès plus rapide à un drainage ganglionnaire (mélanome vulvaire, mélanome des fosses nasales, mélanome anorectal...)



## 2. Mélanome ungueal

Appartient au groupe des M acrolentigineux

Mêmes caractéristiques épidémiologiques et pronostic.

**Siège préférentiel:** gros orteil ou pouce

Macule brune ou noire du lit de l'ongle et du repli sous unguéal (signe de hutchinson)

Bandé mélanonychique longitudinale acquise



### 3. MÉLANOME DE L'ENFANT

- Rare 2 % de tous les cas de mélanome et 1% à 3% des kc pédiatrique.
- 40% à 80 % des mélanomes de l'enfant et de l'adolescent surviennent de novo.
- Il peut se développer sur un nævus préexistant ou dans le cadre d'affections génétiques qui augmentent la sensibilité aux UV.



Figure 1. Mélanome spitzoïde avec envahissement ganglionnaire (coll. Dr S. Guero).

# VI. Diagnostic positif

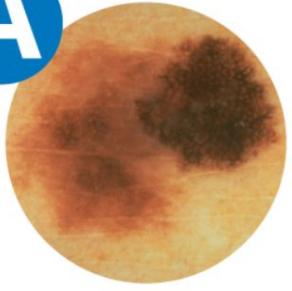
## 1. Interrogatoire

- les antécédents personnels et familiaux
- les facteurs de risque et les comorbidités
- Les antécédents de mélanome dans la famille

## 2. Examen Clinique

- l'ensemble du tégument avec un bon éclairage
- inspection et la palpation de la totalité du revêtement cutané et des muqueuses
- la palpation de toutes les aires ganglionnaires

**A**



**B**



**C**



**Asymétrie**

Sensibilité 57%  
Spécificité 72%

**D**

6mm



**Diamètre**

**Bord**

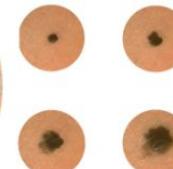
57%  
71%

**E**



**Couleur**

65%  
59%



**Évolution**

84%  
**90%**

90%  
63%

Suspicion : est clinique

- o Règle ABCDE :

- A : Asymétrique
- B : Bords irréguliers, souvent encochés ou polycycliques
- C : Couleur inhomogène (brun, noir, marron ou bleu, zones dépigmentées, halo inflammatoire)
- D : Diamètre > 6 cm
- E : Évolution permanente, documentée (extension en taille, en forme, en relief, en couleur)

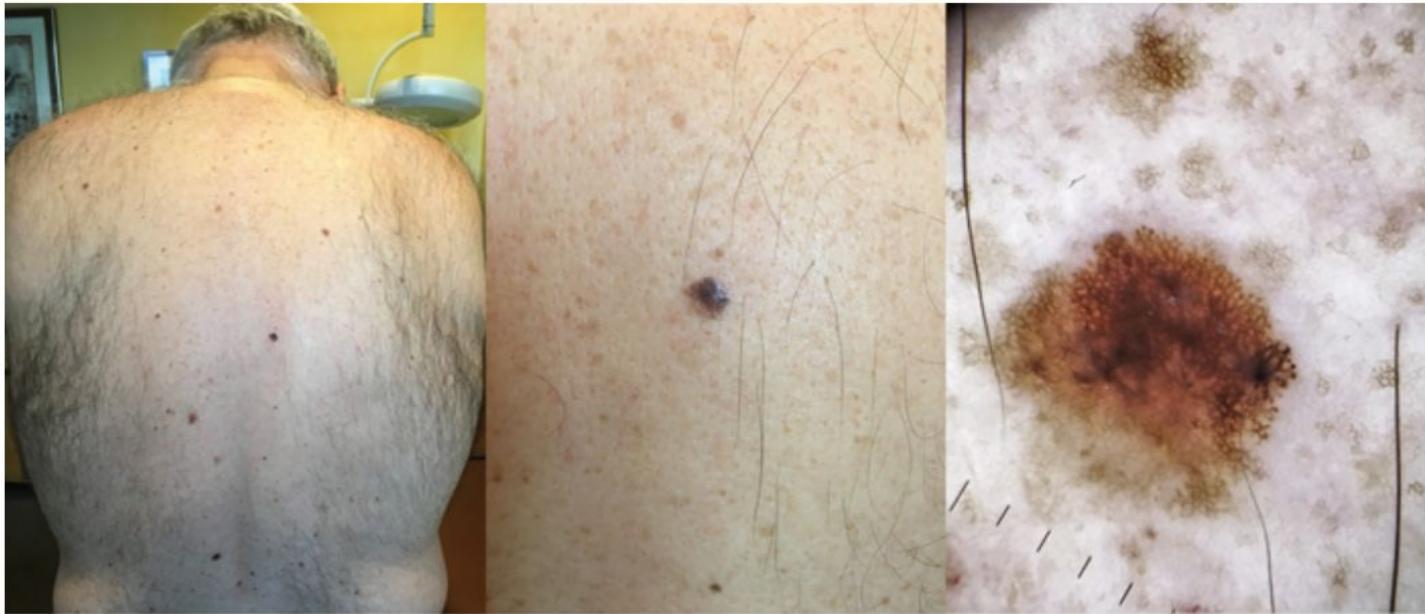
Un prurit ou un saignement au contact sont également possibles quand la tumeur progresse

une lésion pigmentée différente  
des autres nævi du sujet étudié  
(théorie du « vilain petit canard »)



un nævus différent de tous les autres chez un même individu devait faire craindre qu'il s'agisse en fait d'un mélanome

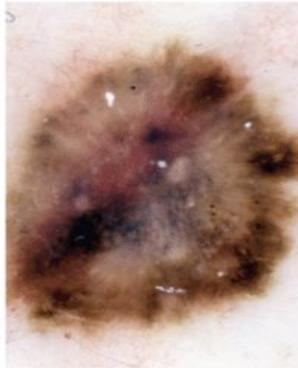
1	-	✓	✓
1	✓	✓	-
✓	-	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	-	-



# Dermoscopy



**A**symmetry



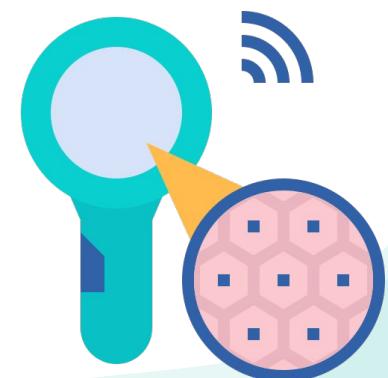
**B**order  
irregularity



**C**olor



**D**ifferential  
Structure

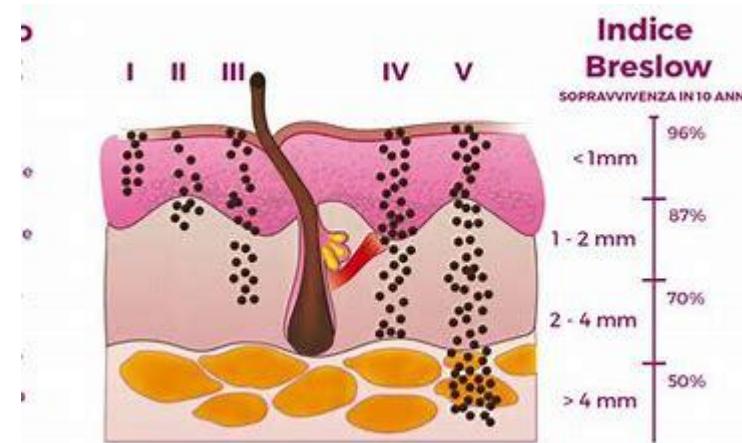


### 3. L'examen histologique permet :

- D'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur : pigment mélanique, disposition, immunohistochimie...
- D'affirmer la malignité de la tumeur : un certain nombre de critères architecturaux et cytologiques permettent d'affirmer la malignité de la lésion, c'est-à-dire, de faire la distinction entre nævus et mélanome : désordre architectural, présence d'atypies nucléo-cytoplasmiques, d'images mitotiques, d'emboles vasculaires, d'une extension neurotrophe ou la perte du gradient morphologique habituellement observé dans les nævus de la superficie vers la profondeur

Le compte-rendu anatomopathologique doit préciser

- Indice de Breslow : elle représente la mesure en millimètres, au microscope optique, de l'épaisseur maximale comprise entre la couche granuleuse de l'épiderme en haut et la cellule mélanique maligne la plus profonde.



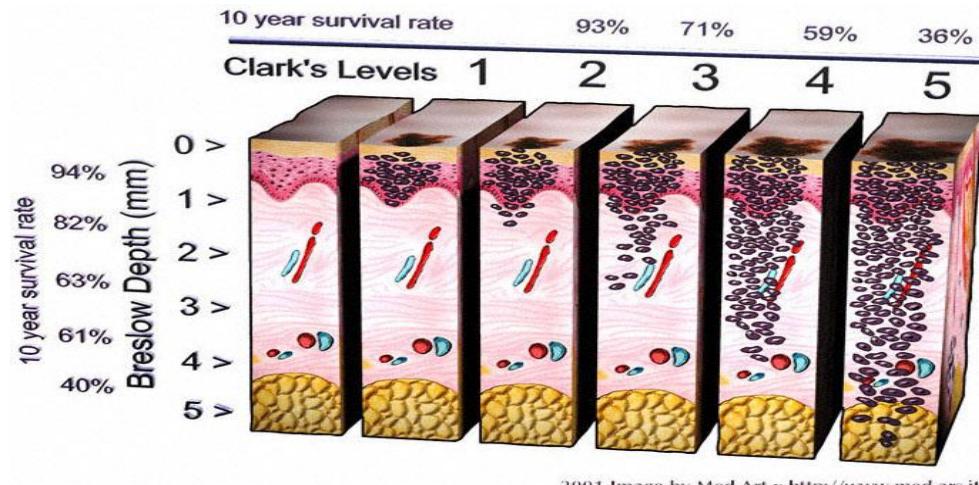
## *Le niveaux d'invasion de Clark*

Valeur pronostique moins établie que l'épaisseur de Breslow.

Sa valeur pronostique paraît intéressante, pour les mélanomes de faible épaisseur (inférieure à 1mm).

Ulcération

Regression



## VII. Traitement

En-dehors du traitement chirurgical qui peut constituer, dans certains cas, un traitement curatif, les autres traitements restent palliatifs

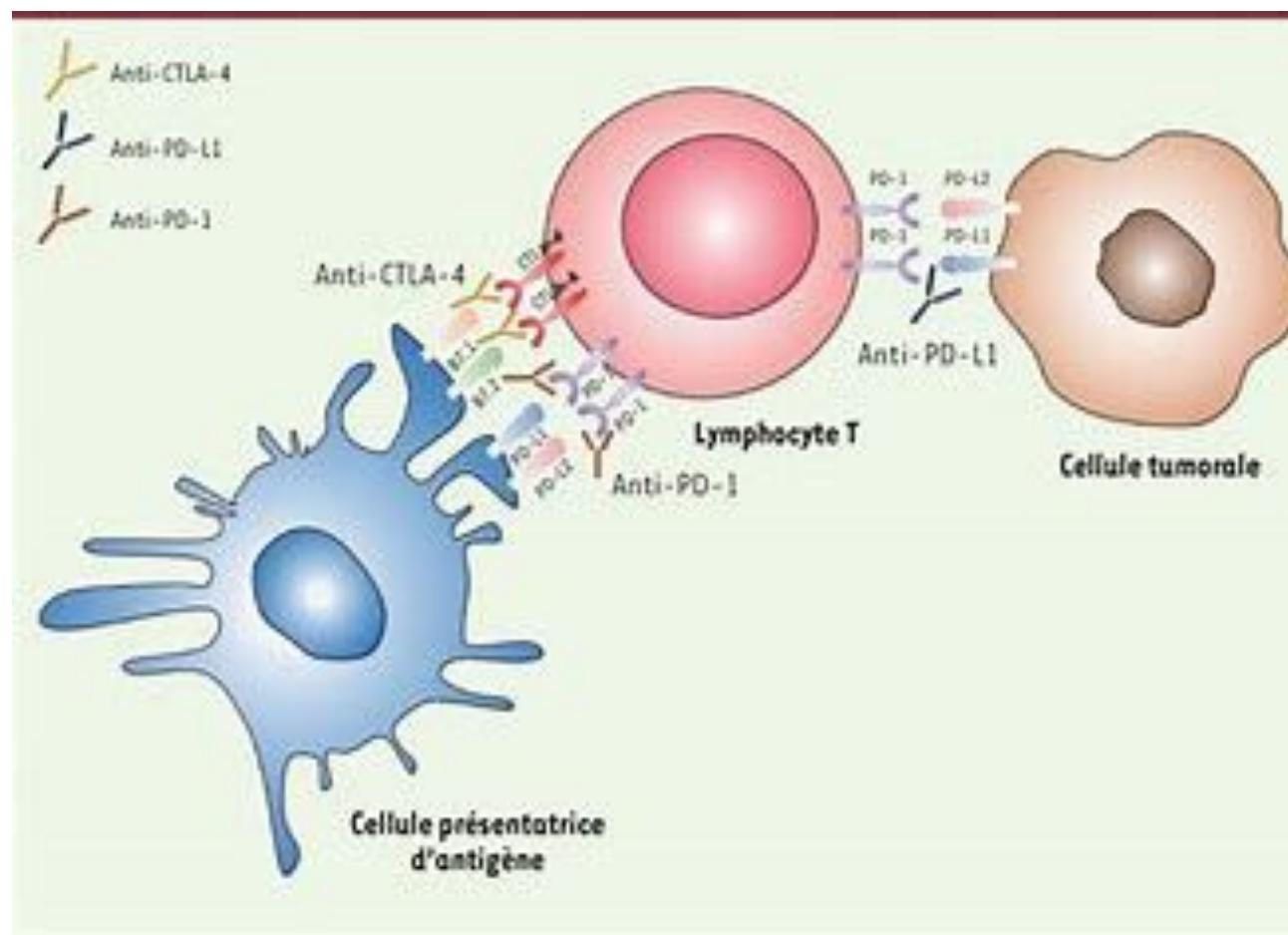
Le but du traitement est d'assurer une survie la longue possible et d'éviter les récidives locorégionales et les métastases cutanées, ganglionnaires et viscérales

1- Chirurgical : l'exérèse chirurgicale doit être précoce, au stade non-invasif, car permet la guérison Au stade d'envahissement ganglionnaire ou de métastases, le traitement fera appel à l'exérèse chirurgicale du mélanome suivie de l'exérèse des métastases lorsque cela est possible

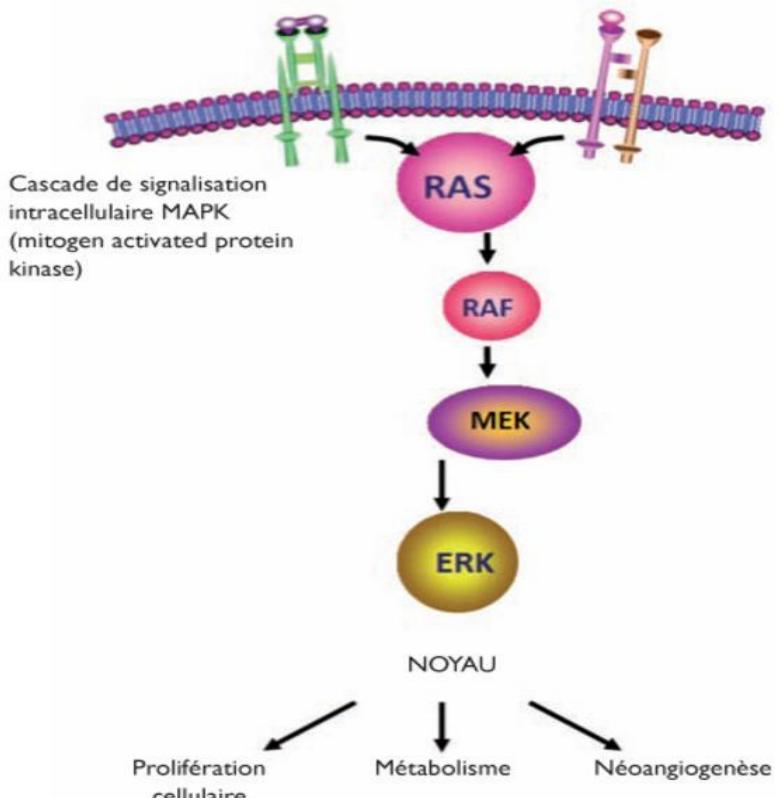
2- Chimiothérapie : divers drogues et protocoles sont utilisés mais le mélanome reste peu sensible à la chimiothérapie

3- Radiothérapie : trouve son utilité en cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique

4-Thérapie ciblée / immunothérapie



Récepteurs tyrosine kinase  
EGFR, VEGFR, PDGFR, RET...



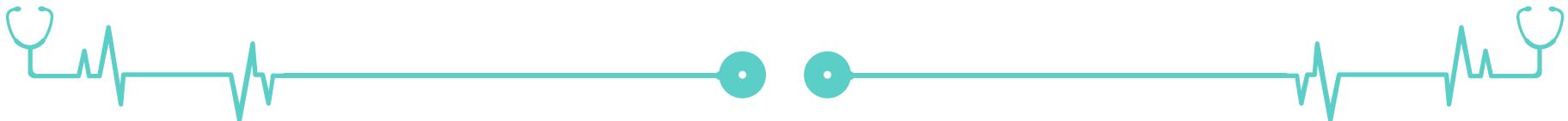
## VIII. PREVENTION

- Prévention primaire (réduction des risques) : passe par l'information des populations quant au risque lié aux expositions solaires et par la réduction de ces expositions
- Prévention secondaire (dépistage) : doit être précoce pour améliorer le pronostic, en effet, plus un mélanome est dépisté tardivement, plus il a de risque d'être invasif (phase verticale) et de donner des métastases. Les médecins doivent savoir examiner le tégument de leurs patients dans son intégralité et doivent repérer les lésions pigmentées suspectes

# CONCLUSION

- **Carcinome basocellulaire (CBC)** : Cancer cutané le plus courant, généralement localisé et avec un excellent pronostic lorsqu'il est traité tôt.
- **Carcinome épidermoïde cutané (CEC)** : Plus agressif que le CBC, nécessite une détection précoce pour éviter les métastases. Pronostic favorable en cas de prise en charge rapide.
- **Mélanome** : Le plus grave, avec un risque élevé de métastases. Une détection précoce est cruciale pour un pronostic favorable, et des traitements avancés améliorent la survie.

La prévention, la détection précoce et un traitement approprié sont essentiels pour améliorer le pronostic de tous les types de cancers cutanés.



Thank You!

