

Carcinomes cutanés

Dr Soualhi

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)
- ✓ sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale,
- ✓ Métastases exceptionnelles.



– **Les carcinomes spinocellulaires** ou épidermoïdes (CE):

- ✓ Ils représentent 1/3 des carcinomes cutanés.
- ✓ ont une évolution locale beaucoup plus agressive
- ✓ peuvent métastaser.



Les carcinomes basocellulaires (CBC)

Définition

- Le CBC est une tumeur maligne dérivant des kératinocytes touchant le sujet âgé de phototype claire.
- Se développe sur les zones exposées au soleil
- La malignité est locale(métastases exceptionnelles)
- De bon pronostic
- Avec un traitement adéquat ,la guérison est totale

Epidémiologie

- Le plus fréquent des cancers cutanés
- Les CBC touchent en France environ 70 individus pour 100 000 habitants par an.
- **L'incidence est plus élevée dans les pays ensoleillés avec une population à phototype clair**
- Sujet âgé (pic 45 et 60 ans, sans prédominance de sexe).

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).

Le phototype clair

- 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 :

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

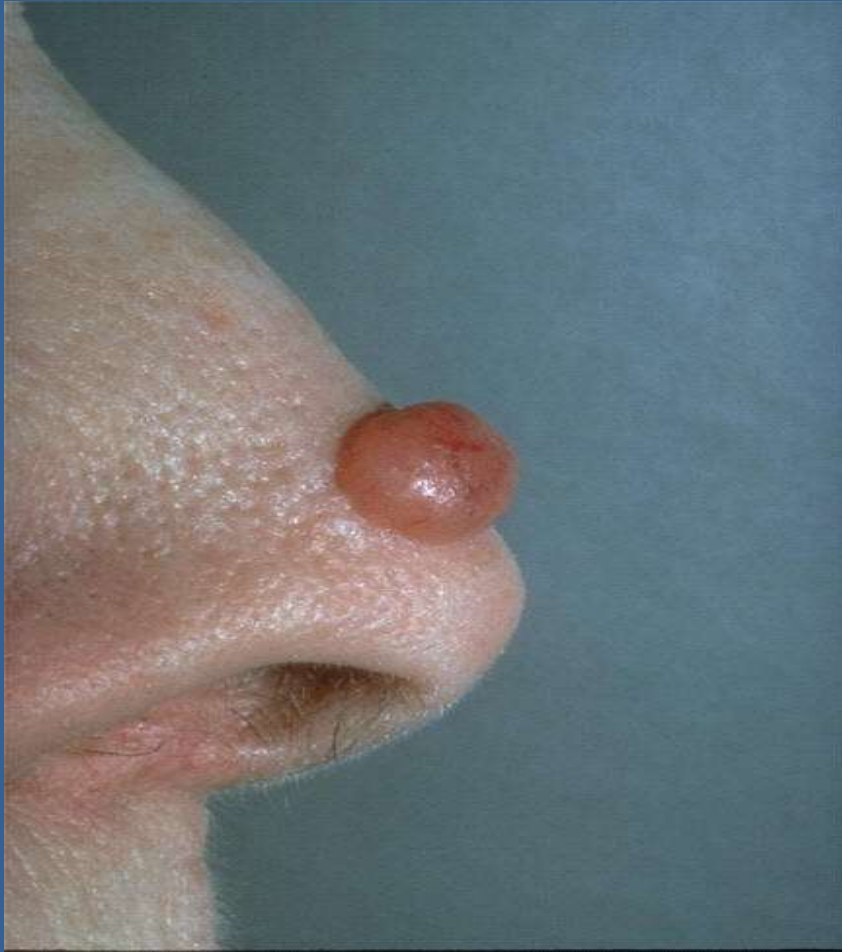


Lésion pré-existante « PRÉCURSEUR »

- Le CBC ne survient pas sur une lésion précancéreuse

Clinique

- **Lésion élémentaire :**
 - Débute par une **petite élevation rosée** de consistance **molle**
 - entourée de petits grains fermes, translucides, gris ou opalins, lisses, de 1 à 2mm, **les « perles »**
 - La papule devient télangiectasique et s'étale en **un petit placard dont le centre se déprime puis s'ulcère.**
- La Lésion est indolente et il n'ya **pas d'ADP.**



- **Formes cliniques:**
- Il existe plusieurs variétés anatomo-cliniques de gravité variable.
 - ❑ Le CBC superficiel
 - ❑ Le CBC nodulaire
 - ❑ Le CBC sclérodermique

1. Le *CBC nodulaire* : la plus fréquente (60%)

- est une tumeur unique, ferme,
- bien limitée,
- lisse, peut devenir squameuse.
- Siège essentiellement sur l'aile du nez



2. Le *CBC sclérodermiiforme* (5% des cas):

- associe une intense fibrose à la prolifération tumorale
- se présente sous la forme d'un placard atrophique infiltré mal limité.
- Sa surface est blanchâtre
- ses limites sont imprécises.
- Surtout le visage
- Cette forme récidive plus souvent.



3. Le *CBC superficiel* ou *pagétoïde* (10% des cas):

- La périphérie est parsemée de plusieurs perles épithéliomateuses agencées en chapelet ,délimitant une lésions grossièrement arrondie
- Le centre est érythémato-squameux
- s'observe sur le tronc
- D'évolution tres lente

© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004



➤ Ces trois formes anatomocliniques peuvent être :

1. **pigmentées** ou tatouées secondairement (la présence dans la tumeur de pigments mélaniques).

2. **Ulcerées** entourée 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.







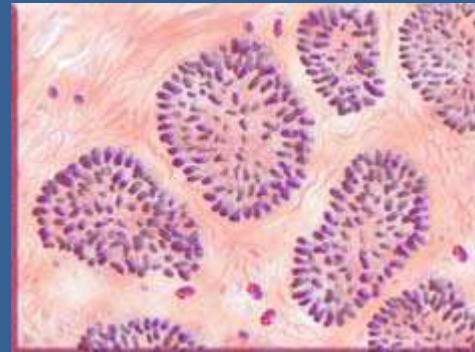
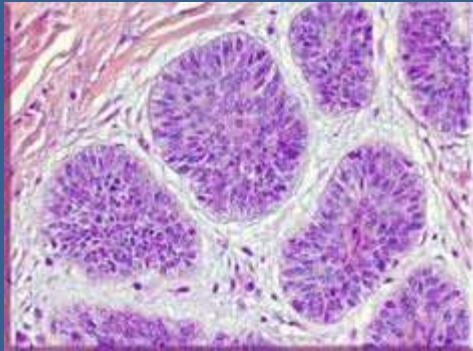




- **Topographie :**
- Le CBC survient dans les zones photoexposées dans plus de 85% des cas. (surtout le visage)
- Il n'est jamais localisé sur les muqueuses

Examen Anatomico-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
- ✓ permet de vérifier les marges d'exérèses.

- *Les autres méthodes*







- Elles sont réservées à des malades inopérables.
- ✓ de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie)
- ✓ et de la cryochirurgie (azote liquide).

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

Conclusion

- Le CBC est le plus fréquent des carcinomes épithéliaux.
- Son incidence augmente en fonction du phototype .
- Il ne survient pas sur une lésion précancéreuse.
- Il n'est pas localisé sur les muqueuses.
- L'évolution est lente, purement locale.

LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE

Définition

- Carcinome épidermoïde=carcinome spino-cellulaire
- Tumeur maligne épithéliale ,dérivant des kératinocytes
- En zone cutanée et muqueuse
- Se développe sur une lésions pré-existante (souvent:kératose actinique)
- Évolution locale,loco-régionale,et à distance
- Le pronostic est moins bon

Epidémiologie

- Son incidence est *plus faible* que celle des CBC : 10 à 20 pour 100 000 habitants/an en France
- 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 (leucoplasies blanches)
 - lésions buccales: dues au tabac
 - lésions ano-génitale: dues à l'HPV 16,18

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 PAPILLOMAVIRUS 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.
- ✓ l'exposition aux radiations ionisantes
- ✓ l'arsenic
- ✓ et au tabac



❑ **Maladies congénitales prédisposant:**

EX: 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.



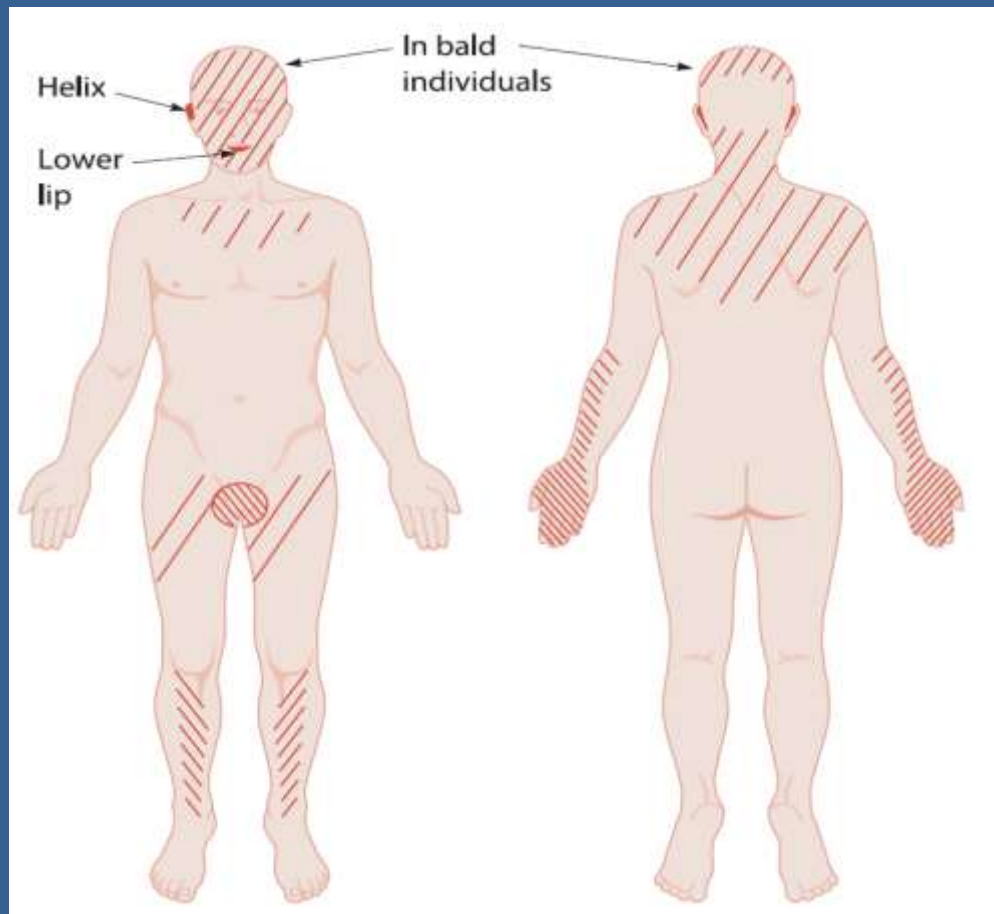








- **Topographie** : le carcinome epidermoide s'observe sur la peau et les muqueuses.

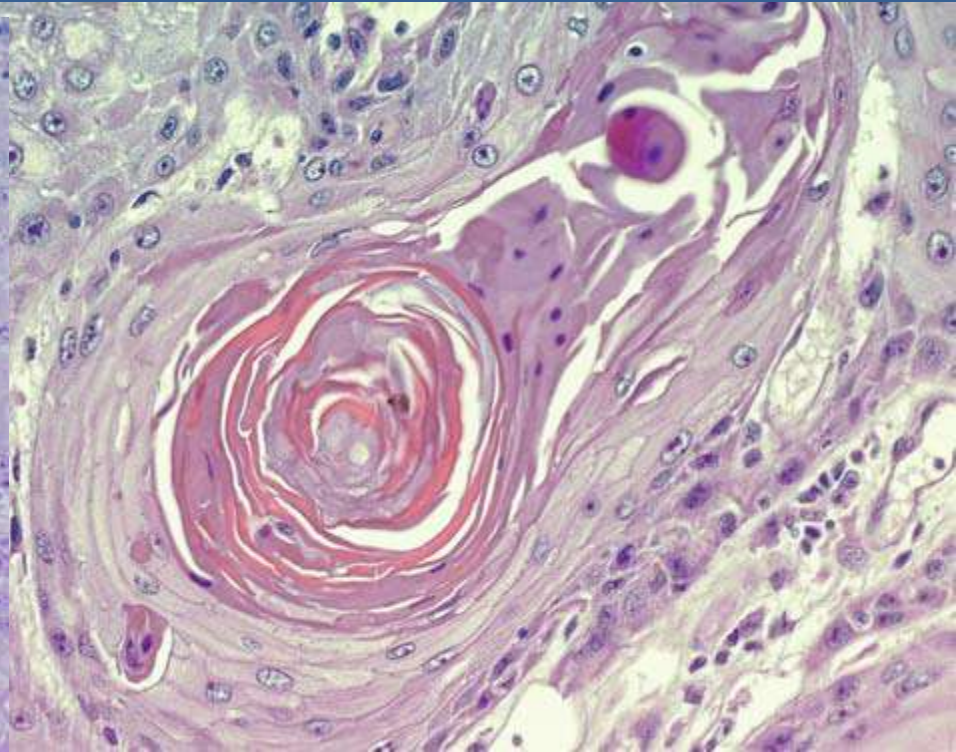
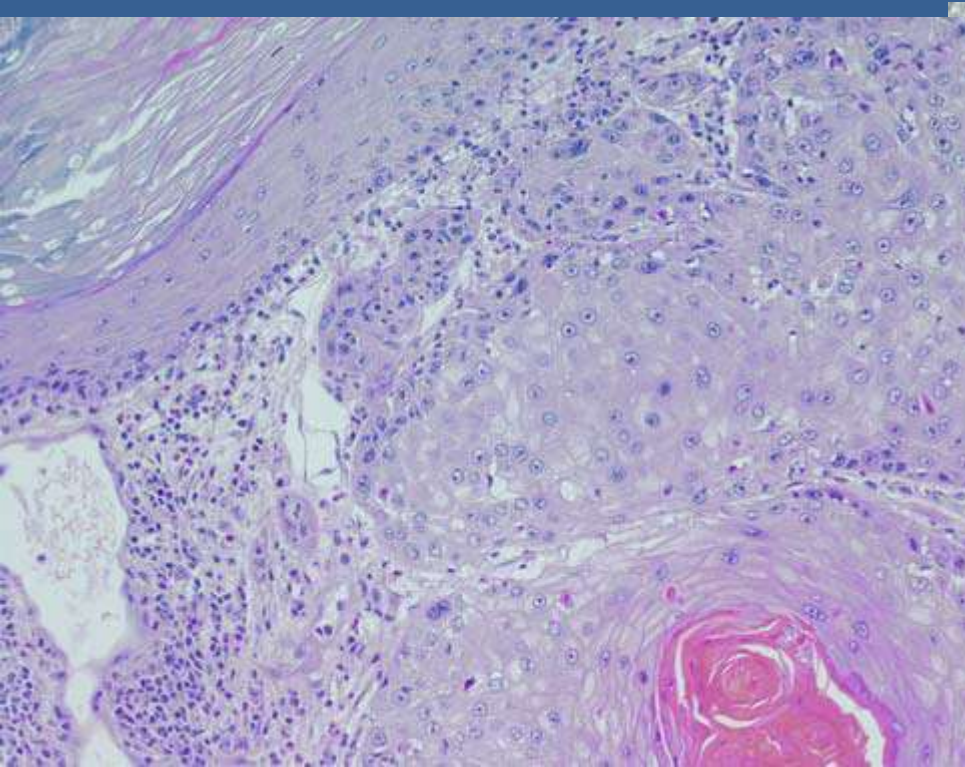


❑ Le carcinome intraépithélial (in situ) ou *maladie de Bowen* est une lésion strictement limitée à l'épiderme et n'ayant pas franchi la membrane basale. Il se présente comme une macule érythémateuse rosée ou brune, bien limitée, de caractère fixe.



Anatomo-pathologie

- 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,
- *nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires.*
- La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire.



Evolution, pronostic

- *Tout CE doit être considéré comme potentiellement agressif.*
- L'évolution se fait vers *l'extension de proche en proche* aboutissant aux *premiers relais ganglionnaires*.
- *par voie hématogène* jusqu'aux organes internes (poumons, foie, cerveau etc.).
- Les CE muqueux (lèvres, régions ano-génitales) sont de moins bon pronostic du fait de la plus grande fréquence des extensions ganglionnaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs cutanées

Traitement

TRAITEMENT CURATIF DE LA TUMEUR PRIMITIVE

- Caractéristiques tumorales à prendre en compte:
 - Le geste thérapeutique sera toujours guidé:
 - ✓ par une analyse histologique préalable
 - ✓ la taille de la tumeur
 - ✓ et sa localisation
 - 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).

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

❑ *Prévention primaire:*

- repose avant tout sur la photoprotection
- Campagne d'information contre le tabac et les IST
- le suivi régulier des patients à risques, maladies génétiques

❑ *Prévention secondaire:*

- le traitement des lésions précancéreuses (kératoses actiniques, leucoplasie)
- Surveillance: cicatrices de brûlures, radiodermite, ulcère de jambe

❑ *Prévention tertiaire:*

- Surveillance de la cicatrice d'exérèse
- Surveillance du reste du tégument à la recherche d'un deuxième cancer

Conclusion

- Le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse : kératoses actiniques, cicatrices de brûlures ou de radiodermite, plaies chroniques, certaines lésions muqueuses virales à HPV.
- Il est potentiellement agressif (métastases ganglionnaires ou à distance).
- La prévention reste le meilleur traitement.

Le mélanome

Dr Soualhi

INTRODUCTION :

- Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépends des mélanocytes.
- L'exposition solaire, le phototype clair, et la présence d'un grand nombre de nævus sont des facteurs de risque reconnus, néanmoins les facteurs génétiques sont de plus en plus incriminés
- Le diagnostic repose sur la clinique, aidé par la dermatoscopie et 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.
- La prévention repose sur:
 - ✓ la modification des comportements à risque,
 - ✓ le dépistage précoce,
 - ✓ et l'exérèse des lésions suspectes.

EPIDÉMIOLOGIE

- ***Incidence***

- Elle double environ tous les 10 ans dans les pays à population essentiellement blanche.
- Dans la plupart des pays d'Europe, on estime l'incidence entre 5 et 10 nouveaux cas/100 000 habitants et par an.
- De grandes différences s'observent en fonction de la latitude et des caractéristiques ethniques des populations.
- Cette incidence atteint des sommets (40 nouveaux cas/100 000 habitants et par an) chez les blancs en **Australie**, alors qu'elle est très faible chez les sujet de carnation foncée.

- ***Age de survenu*** : C'est une tumeur qui touche tous les âges, en dehors de l'enfant chez qui le mélanome est exceptionnel.
- ***Sex-ratio*** : Prédominance féminine

- ***Facteurs étiologiques :***

- ***1. l'exposition solaire***

- Le soleil est le seul facteur d'environnement impliqué dans l'épidémiologie du mélanome.
- Les expositions intermittentes et celles reçues dans l'enfance semblent être les plus incriminées.
- Il y a cependant des exceptions : les mélanomes des paumes et des plantes ainsi que les mélanomes des muqueuses ne sont pas directement liés aux expositions solaires



2.La prédisposition familiale : les facteurs génétiques

- Environ 10% des mélanomes surviennent dans un contexte de **mélanome familial**.
- Sont génétiquement transmises :
 - 1/ la sensibilité au soleil qui s'exprime par le phototype.
 - 2/ Les sujets à peau claire à cheveux blonds et surtout roux, et les sujets qui ont des éphélides sont les plus sensibles au soleil

Phototypes selon Fitzpatrick

Phototype 1 :

Regroupe ceux qui brûlent, mais ne bronzent pas (albinos, roux et blonds pâles avec yeux clairs ou foncés).



Phototype 2 :

Regroupe ceux qui brûlent toujours et bronzent avec difficulté (blonds aux yeux clairs, parfois individus avec cheveux et yeux foncés, mais peau laiteuse).



Phototype 3 :

Regroupe ceux qui brûlent, mais qui finissent par bien bronzer (châtains ou bruns avec yeux foncés, plus rarement blonds aux yeux bleus).



Phototype 4 :

Correspond à ceux qui bronzent sans jamais brûler (cheveux et yeux bruns avec la peau mate).



Phototype 5 :

Regroupe les Asiatiques mats, les Méditerranéens et les mulâtres.



Phototype 6 :

Regroupe les Noirs d'Afrique et d'Amérique, les Aborigènes australiens et les Indiens du sud de l'Inde.



- 3/ la capacité à générer des nævus qui se traduit par le phénotype naevique, c'est à dire le nombre, la taille et l'aspect des nævus



3. Autres facteurs:

- *L'immunodépression* favorise la survenue du Mélanome
- *Les troubles de la réparation de l'ADN*, comme dans le Xéroderma pigmentosum , s'accompagne d'un risque élevé, X1000.



- *Les précurseurs*

- La plupart des mélanomes naissent de novo, hors de tout précurseur identifiable.
- occasionnellement sur nævus préexistant.
- Le risque de transformation maligne des petits nævus « communs » est quasi nul.
- Seuls les nævus congénitaux de grande taille ont un risque de transformation relativement élevé



- ***Les marqueurs de risque de mélanome***
- Ils découlent des facteurs épidémiologiques et sont :
 1. les antécédents familiaux de mélanome ;
 2. les antécédents personnels de mélanome ;
 3. Phototype clair rouquin (I) ou blond (II)
 4. un nombre élevé de nævus : le risque augmente avec le nombre des nævus et le « Syndrome du nævus atypique » représente l'extrême du phénotype naevique à risque ;
 5. des antécédents d'expositions solaires intenses au cours des loisirs, avec coups de soleil

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic du mélanome est anatomo-clinique

I/Diagnostic clinique

- Il repose sur l'analyse morphologique de la lésion cutanée « habituellement pigmentée » selon la règle de l'**ABCDaire**.
- et sur l'histoire de cette lésion rapportée par le malade,

Un mélanome se présente habituellement sous la forme d'une lésion :

- asymétrique (A)



- à bords (B) irréguliers.
- Les bords sont souvent encochés ou polycycliques ou se prolongent en coulées d'encre accentuant l'asymétrie de la lésion
-



- La couleur (C) est inhomogène avec des nuances variables dans les teintes du brun au noir, mais aussi des zones décolorées blanches ou inflammatoires rouges, ou cicatricielles bleutées.

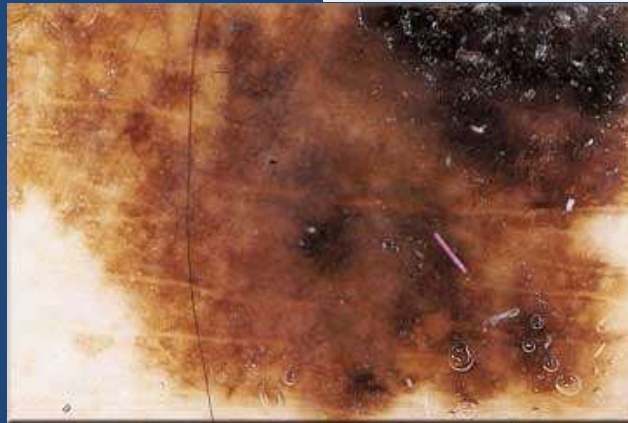


- un diamètre (D) de la lésion supérieur à 6 mm
- évolution(E) ou extension permanente de la lésion, changeant non seulement de taille, mais aussi de forme de couleur et de relief.



II/La microscopie de surface : dermoscopie

permet d'augmenter la sensibilité et la spécificité de l'examen à l'œil nu.



III/Diagnostic histologique:

- Toute lésion suspecte de mélanome doit être excisée en vue d'un examen histopathologique
- L'histogénèse des mélanomes suit la théorie biphasique, qui postule que les mélanomes évoluent:
 1. dans une première phase « *horizontalement* » en nappe, au dessus de la membrane basale (phase intraépidermique)
 2. puis dans le derme superficiel (phase *microinvasive*),
 3. et dans une deuxième phase « *verticalement* » pénétrant profondément le derme (phase invasive).

Niveau

N

1

2

3

4

5

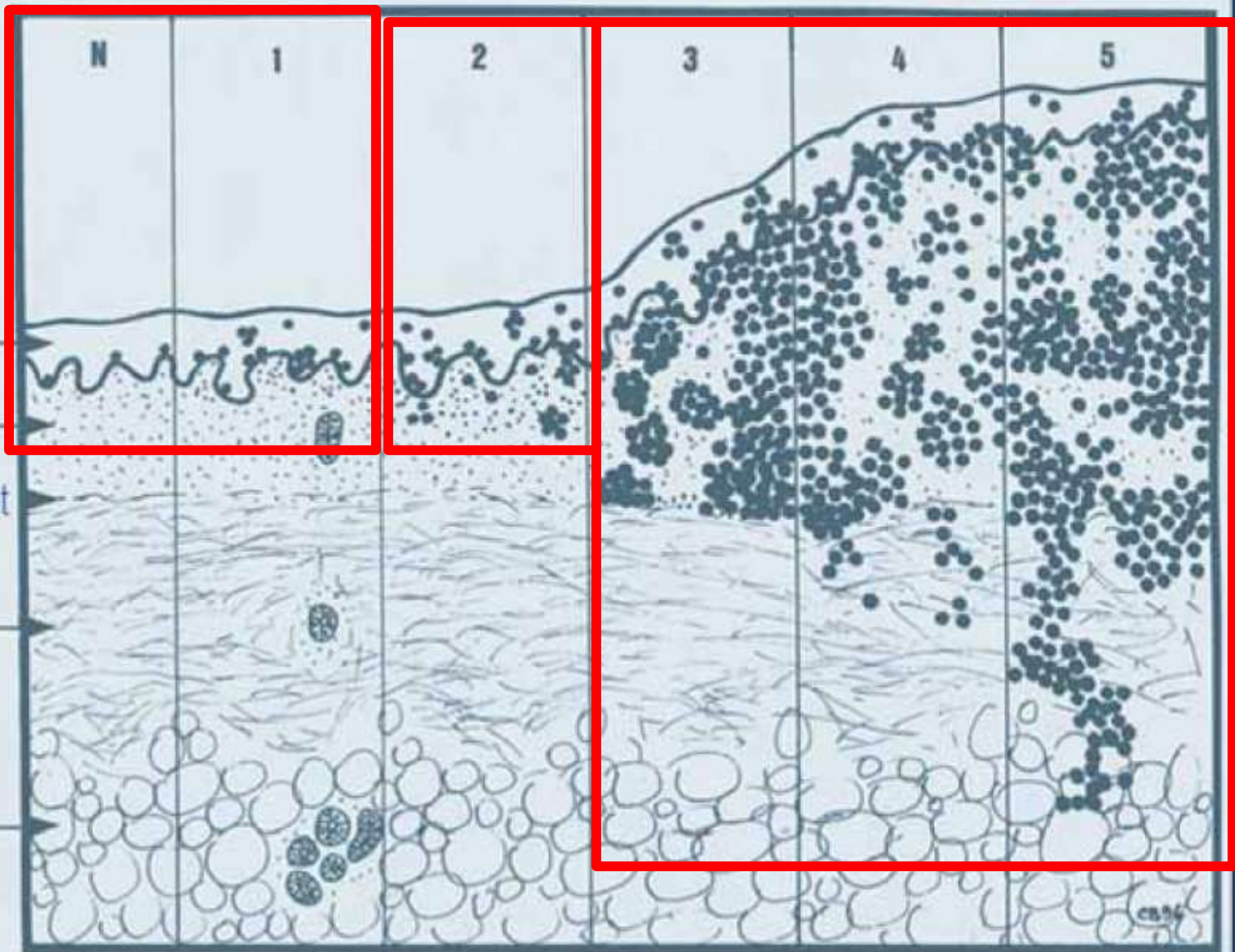
Epiderme

Derme papillaire

Interface entre
Derme papillaire et
Derme réticulaire

Derme réticulaire

Hypoderme



- L'examen histologique permet :
 - ☐ d'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur,
 - ☐ d'affirmer sa malignité
 - ☐ et d'évaluer son degré d'invasion en profondeur(indice de Clarck)
 - ☐ et de mesurer **son épaisseur (indice de Breslow)** qui est le principal facteur pronostique

Formes anatomo-cliniques

1/mélanome superficiel extensif : SSM

- 60 à 70 p. 100 des cas
- Touche l'adulte jeune après 40ans
- Siège sur le dos chez l'homme ,la face antérieure de la jambe chez la femme
- réalise une Macule ou une plaque pigmentée, à surface lisse ou légèrement squameuse, qui présente les caractéristiques:ABCDaire
- L'évolution horizontale intra-épidermique sur plusieurs mois
- Lorsqu'il n'est pas diagnostiqué à temps ,il devient invasif et réalise un nodule.



2/mélanome nodulaire :

- 10 à 20 p. 100 des cas
- De mauvais pronostic car d'emblée invasif, il n'y a pas de phase de croissance horizontale
- réalise un nodule arrondi de coloration bleu noirâtre, entouré d'un halo inflammatoire.
- Parfois achromique
- Siège ubiquitaire



3/mélanome acro-lentigineux :

- ☐ 2 à 10 p. 100 des cas mais 35% à 60% des cas chez les sujets à carnation foncée
- ☐ il réalise une macule brune, noire ou parfois achromique, qui évolue vers la formation d'une plaque pigmentée de 2 – 3 cm.
- ☐ Les bords sont déchiquetés
- ☐ la surface peut être lisse ou hyperkératosique
- ☐ Des nodules peuvent apparaître +/- une ulcération.
- ☐ Topographie : les paumes, les plantes et les ongles
- ☐ Le diagnostic est souvent tardif





4/mélanome de Dubreuilh :

- ❑ 5 à 10 p. 100 des cas
- ❑ Touche le sujet agé de phototype clair ayant une profession exposant au soleil
- ❑ il réalise une macule brune à type de lentigo solaire qui s'étend progressivement avec les années pour atteindre 3 à 6cm de diamètre ou plus
- ❑ Les Bords sont très irréguliers et déchiquetés.
- ❑ La Couleur est variable: brun clair au noir très foncé, avec zone achromique
- ❑ Topographie : visage
- ❑ Évolution lente



5/mélanomes des muqueuses :

- ❑ 5% des Mélanomes
- ❑ Aspect: Souvent lentigineux, rarement nodulaire



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Il doit écarter les autres tumeurs noires qui sont plus fréquentes que le mélanome.
- **Les nævus :**
 - hyperplasie des mélanocytes,
 - circonscrite et bénigne dans la peau.



- **Les mélanoses circonscrites:**

- qui sont de simples pigmentations liées à un hyperfonctionnement des mélanocytes,
- comme les taches café au lait, et les éphélides du sujet roux.



- **Les kératoses séborrhéïques:**

- qui répondent volontiers aux critères B et C,
- mais dont la surface est mate, quadrillée avec des microkystes.

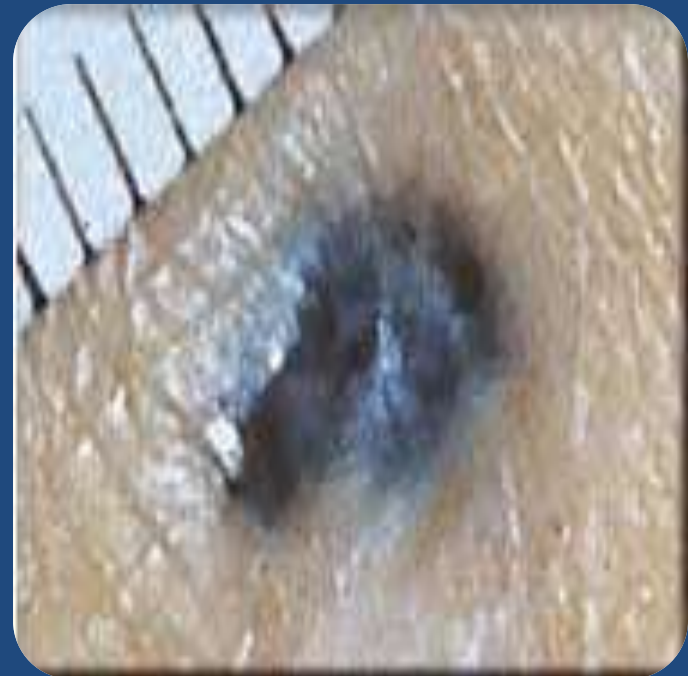


- **Les carcinomes basocellulaires**

- « tatoués »,
- qui sont identifiables sur leur aspect perlé.



- **Les angiomes thrombosés**
 - qui peuvent mimer un petit mélanome nodulaire.



- **Botryomycome:**

- Tumeur benigne d'origine vasculaire



- **Fibrome mou(molluscum pendulome)**



- **Hémorragies sous-unguéales :**

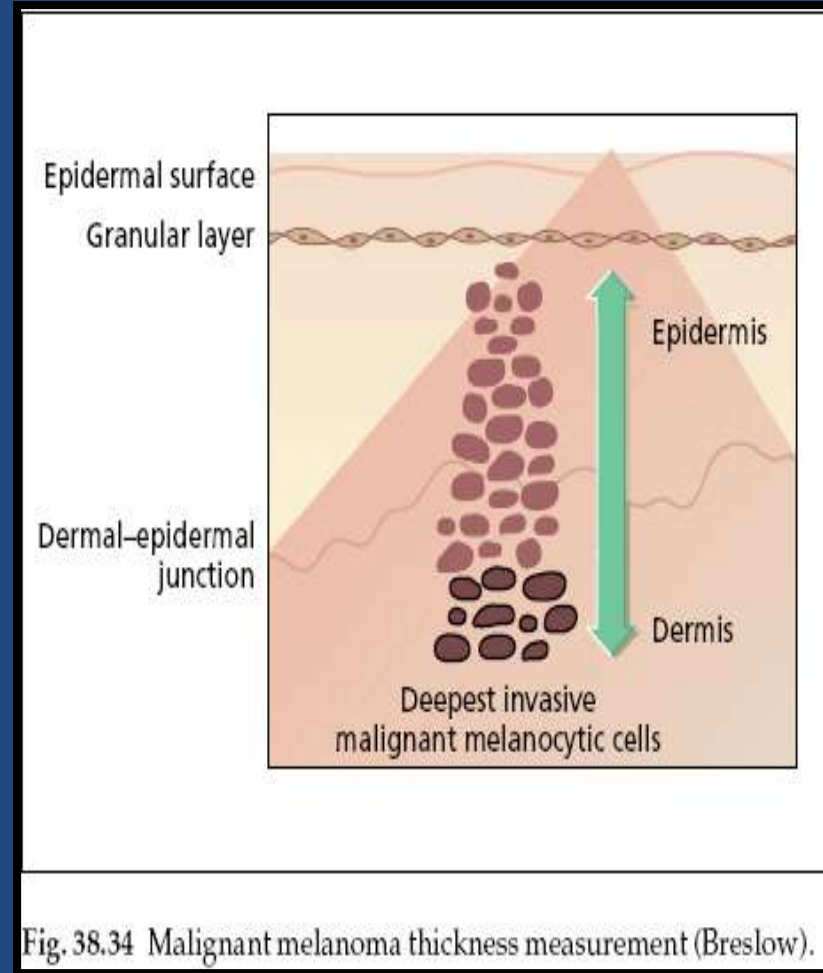
- ☐ Elles apparaissent après un traumatisme qui peut être méconnu.
- ☐ Leur couleur est plus rouge ou rouge violacé que noire.
- ☐ La lésion progresse vers le bord distal de l'ongle avec sa croissance.
- ☐ Au moindre doute l'ablation de la tablette et une biopsie doivent être faites

Evolution

- L'évolution spontanée habituelle est marquée:
 - par un envahissement local avec extension possible à la peau adjacente ou à distance,
 - aux ganglions régionaux et apparition de métastases, habituellement multiples (Tissus mous, poumons, foie, cerveau, os,...)
- La majorité des métastases survient entre 2 et 5 ans après le traitement de la tumeur primitive

Pronostic

- C'est la première cause de décès par cancer cutané
- le diagnostic précoce et l'exérèse correcte sont les clés du bon pronostic.
- Les marqueurs pronostiques sont surtout histologiques.
- Ils sont dominés par l'épaisseur tumorale selon Breslow, qui est la mesure sur coupe histologique standard de l'épaisseur maximum comprise entre les cellules superficielles de la couche granuleuse épidermique et la cellule maligne la plus profonde



TRAITEMENT

- ***La chirurgie :***
 - ❑ L'exérèse de la tumeur doit être la plus précoce possible
 - ❑ Les limites de l'exérèse chirurgicale sont déterminées en fonction de l'épaisseur de la tumeur, c'est à dire de l'indice de Breslow.
- ***Les chimiothérapies :*** divers drogue et protocoles sont utilisées mais le mélanome reste peu sensible à la chimiothérapie.
- ***La radiothérapie :*** trouve son utilité en cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique
- ***Les biothérapies et la vaccination anti tumorale*** semblent etre des voies prometteuses.

DEPISTAGE

- Le dépistage doit être précoce pour être efficace, puisque plus un mélanome est dépisté tard plus il a de risque d'être invasif (phase verticale) et de donner des métastases
- Les médecins doivent savoir examiner tout le tégument de leur patient. Ils doivent être formés au repérage des lésions suspectes.

PREVENTION

- Informer sur les risques liés à l'exposition solaire et sur les moyens de protection
- Éviction des expositions solaires intenses et répétées (heures où le rayonnement UV est maximal)
- Utilisation d'une protection vestimentaire adaptée lorsque l'exposition ne peut être évitée

PREVENTION

- Il n'y a donc aucun intérêt à faire l'exérèse systématique préventive des nævus communs. Seule l'exérèse préventive précoce des grands nævus congénitaux est souhaitable
- Eduquer les patients à l'auto surveillance et à la reconnaissance des lésions potentiellement suspectes
- Surveiller les patients a risque



MERCI