

TUMEURS CUTANEEES MALIGNES

CARCINOMES ET MELANOME

Dr: KETTAF. N

MODULE DE DERMATOLOGIE

04 Janvier 2025

PLAN :

i-INTRODUCTION :

ii-LES CARCINOMES CUTANEEES

A. DEFINITION :

B. CLASSIFICATION :

C. RAPPEL :

D. FACTEURS DE RISQUE COMMUNS A LA CARCINOGENENSE EPITHELIALE :

E. CARCINOME BASO-CELLULAIRE

F. CARCINOME EPIDERMOIDE (SPINO-CELLULAIRE)

G. TRAITEMENTS DES CARCINOMES :

H. PREVENTION:

iii-MELANOME MALIN

E-CARCINOME BASO-CELLULAIRE

I-DEFINITION :

II-CLINIQUE :

III-FORMES ANATOMO-CLINIQUES :

1-Le CBC nodulaire :

2-Le CBC superficiel :

3-Le CBC sclérodermiforme

IV-DIAGNOSTIC POSITIF :

a- Clinique :

b- Histologie :

V-EVOLUTION :

VI-PRONOSTIC :

F-CARCINOME EPIDERMOÏDE CUTANÉ CEC (SPINOCELLULAIRE)

I-DEFINITION :

II-PRECURSEUR :

a-Précurseurs cutanés :

b-Précurseurs muqueux :

III-FORMES CLINIQUES DU CEC :

1/Carcinome intra-épithélial ou carcinome in situ (ex maladie de Bowen) :

2/ Carcinome épidermoïde primitif cutané invasif :

3/Carcinome épidermoïde des demi-muqueuses :

IV-DIAGNOSTIC POSITIF :

a- Clinique :

b- Histologie :

V-ÉVOLUTION :

i-INTRODUCTION :

Un cancer (ou tumeur maligne) cutané est une prolifération excessive et incontrôlée de cellules situées dans la peau. Il existe deux types:

- Les tumeurs épithéliales, qui se développent à partir des **kératinocytes** et sont des **carcinomes** (ou **Epithéliomas**) ;
- Les tumeurs mélaniques, qui se développent à partir des **mélanocytes** et sont des **mélanomes**.

ii-Les carcinomes cutanées

A-DEFINITION : Les carcinomes cutanés (Epithéliomas cutanées) : tumeurs malignes développées à partir des kératinocytes de l'épiderme.

- ✓ Ce sont **les cancers les plus fréquents** chez l'adulte car ils représentent **30 %** Tumeurs malignes.
- ✓ Ils sont également les plus fréquents des cancers cutanés (90 %).

B-CLASSIFICATION :

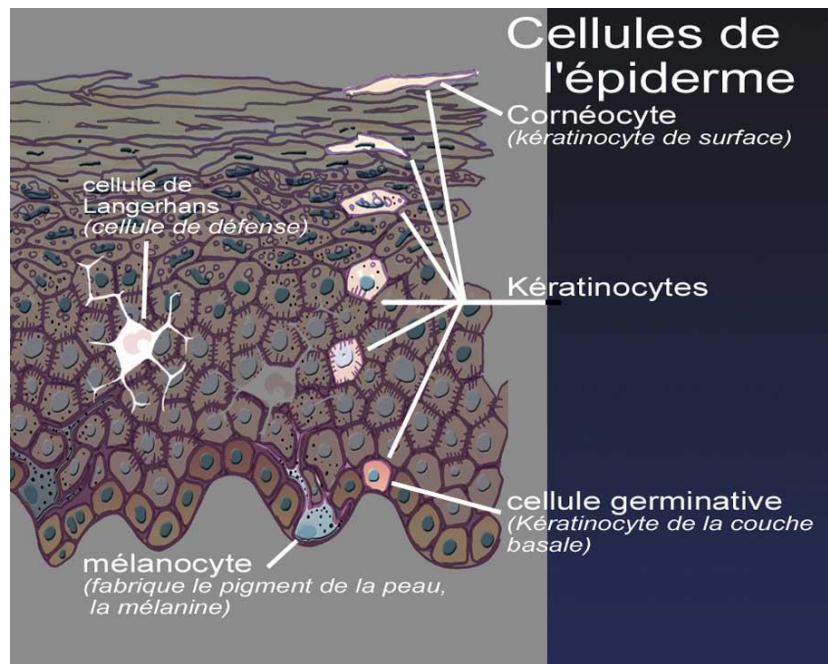
On distingue :

- Les carcinomes baso-cellulaires (CBC), les plus fréquents (**80%** des carcinomes cutanés), tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale, qui ne métastasent jamais.
- Les carcinomes épidermoïdes (CE) ou spino-cellulaires : **20%** des carcinomes cutanés, d'évolution beaucoup plus agressive, qui peuvent métastaser; touche la peau et les muqueuses.

C-RAPPEL : histologique de l'épiderme :

Kératinocytes: représentent 80% des cellules de l'épiderme et se disposent en plusieurs couches cellulaires le long de l'épiderme.

- Couche superficielle= cornéocytes
- Couche profonde= cellules basales.



D-FACTEURS DE RISQUE COMMUNS A LA CARCINOGENESE EPITHELIALE:

- ✚ **les expositions aux ultraviolet (UV) chroniques ou intermittentes** : la plus grande partie des cancers cutanés survient chez des sujets ayant une héliodermie importante. Ils se développent essentiellement sur les zones photo exposées (visage, dos des mains).

CBC → exposition solaire courte et répétée
CEC → la dose totale UV reçue (cumulative)

- ✚ **Age avancé** : - Déficit immunitaire progressif physiologique lié à la sénescence et diminution des moyens de réparation des altérations de l'ADN.
- ✚ **Le phototype clair** ++++ : les peaux les plus claires sont plus à risque (**Susceptibilité** accrue aux rayons UV) que les peaux de phototype foncé.
- ✚ **Affections génétiques** : xeroderma pigmentosum (XP); épidermodysplasie verruciforme; Syndrome de Gorlin....
- ✚ **Immunodépression acquise**: VIH; greffés d'organe...
- ✚ **Autres** : (surtout dans le carcinome épidermoïde)
 - **Infection par Papillomavirus humain** : HPV Pouvoir oncogène (en insérant leur ADN au sein de l'ADN de la cellule hôte). Sérotypes oncogènes : 16, 18, 31,33
 - **Agents chimiques** Goudrons du tabac ; Pesticides
 - **Dermatoses inflammatoires chroniques** : ulcère, cicatrice de brûlure,...etc.

■ E-CARCINOME BASO-CELLULAIRE

I-DEFINITION :

- C'est une tumeur épithéliale maligne provenant du kératinocytes de la couche basale ;
- Evolution lente essentiellement locale ;
- Cancer cutané strict.
- Survient sur une peau saine.
- De bon pronostic : pas de métastases ; destruction local.

II-CLINIQUE :

Lésion élémentaire : Typiquement le CBC est une lésion **perlée** : papule arrondie translucide souvent avec télangiectasies qui va s'étaler progressivement.

Siège : zones photo-exposées, jamais sur les muqueuses.

III-FORMES ANATOMO-CLINIQUES :

03 formes cliniques de gravité variable :

1-Le CBC nodulaire : C'est la forme la plus fréquente (60% des cas).

- Une tumeur ferme, bien limitée, lisse, télangiectasique, typiquement perlée.
- Siège: zones photo-exposées : 89 %

2-Le CBC superficiel : 10 à 25 % des CBC

- D'évolution très lente,
- Plaques érythémateuses et squameuses ; bordure perlée ;
- Siège : tronc ++ et à tendance à la multiplicité +++

3-Le CBC sclérodermiforme : 5 % des cas

- il prend l'aspect d'une cicatrice blanchâtre, dure, mal limitée, parfois atrophique.
- Plus fréquent sur le visage.
- Cette forme récidive plus souvent.

■■■ Toutes ces formes peuvent **s'ulcérer** au cours de leur évolution.

-La **pigmentation** ne préjuge pas de l'évolution.



IV-DIAGNOSTIC POSITIF:

a- Clinique :

- ✓ Sujet âgé
- ✓ Siège : zone photo exposées
- ✓ Lésion persistante à centre atrophique ou ulcéré, bordure perlée +++

b- Histologie : (diagnostic de certitude)

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.

V-EVOLUTION :

- ❖ **Sans TRT :** * Progression lentement.
 - * Double de taille chaque année.
 - * Destruction tissulaires importante.
- ❖ **Traité :** * risque de récives.

VI-PRONOSTIC : -plus de **90%** de guérison.

- Potentiel malin purement local.
- Récidives fréquentes.

F-CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE CEC (SPINOCELLULAIRE)

I-DEFINITION :

- C'est une tumeur épithéliale d'origine kératinocytaire,
- Touche les zones cutanées + muqueuses,
- Souvent développée à partir de lésions précancéreuses variées,
- Caractérisée par une tendance infiltrante locale avec extension secondaire surtout par voie lymphatique.

II-PRECURSEURS DES CE :

a-Précurseurs cutanés:

- **kératoses actiniques KA photo-induites** (ou solaires ou « séniles ») :
 - lésions précancéreuses les plus fréquentes
 - > 50 ans ; peau claire, multiple
 - Tache jaunes ou brunes, planes +/- érythémateuse
 - Recouverte d'un enduit kératosique gris ou brunâtre, dur, très adhérent.
 - Rugueuse au toucher+++ voire verruqueux,
 - Zones photo exposées (visage, dos des mains, avants bras, décolleté, cuir chevelu chez les chauves, face latérale du cou, pavillon des oreilles).



NB : Toute kératose actinique KA doit être détruite (cryothérapie ou électrocoagulation).

b- Précurseurs muqueux :

Lèvres :

- **La leucoplasie :** lésions blanchâtres circonscrites Kératosiques adhérente ne saignant pas au contact. Siège: labiale inférieure ++, rôle tabac et des UV.



Autre:

- Chéilite actinique chronique rôle de l'exposition solaire. Siège: lèvre inférieure++
- Lichen buccal érosif

Ano-génitale :

- **Papulose bowénoïde due à HPV :** Papules multifocales souvent pigmentées de la région anogénitale d'allure bénigne ressemblant aux condylomes plans.

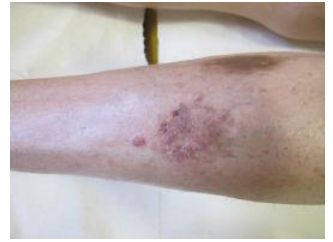
- **Lichen scléreux anogénitale** : affection **inflammatoire chronique** cutanéomuqueuse.

III-Formes cliniques du CEC :

01/Carcinome intra-épithélial ou carcinome in situ (ex maladie de Bowen) :

Forme non invasive de CE (pas de franchissement de la membrane basale, métastase impossible).

-Au niveau cutané : -une lésion le plus souvent **unique**, érythémateuse plus ou moins **pigmentée et croûteuse**; **toujours bien limitée**.



-À la muqueuse génitale :

-*Sujet féminin* : lésion unique, chronique, plane ou peu infiltrée, rosée avec plages pigmentées.

-*Sujet masculin* : « érythroplasie de Queyrat » (lésion érythémateuse du gland).

2/ Carcinome épidermoïde primitif cutané invasif :

Cliniquement le CEC commun (ou simplex) associe à des degrés variables 03 lésions élémentaires:

bourgeonnement, **ulcération**, et **l'infiltration**.

•La forme ulcéro-bourgeonnante :

-la plus fréquente, est une tumeur saillante, infiltrante, siège d'une ulcération le fond bourgeonnant, irrégulier et saignant.



-L'infiltration dépasse les limites visibles de la lésion.

•CE verruqueux :

- Tumeur végétante, exophytique, keratosique , en chou-fleur.
- Métastases tardives.



•Epithélioma cuniculatum : Forme endophytique

- Sur mal perforant plantaire,
- Très creusante, délabrante.

3/Carcinome épidermoïde des demi-muqueuses :

-Survient dans plus de 90% des cas sur une lésion précancéreuse pré-existante

-Sont de pronostic sévère car ils sont très lymphophile



IV-DIAGN **NB :** Quel qu'en soit l'aspect clinique, toute lésion **chronique**, **ulcérée** ou **nodulaire** doit faire pratiquer une **biopsie** qui va permettre de confirmer le diagnostic par l'analyse histologique.

a- Clinique

- ✓ H > 60 ans
- ✓ Phototype clair
- ✓ Zone photo-exposée
- ✓ Kératose actinique
- ✓ Tumeur ulcère-bourgeonnante

b- Histologie : diagnostic de certitude +++

1- Anomalies architecturales :

- Lobules ou travées de cellules mal limités
- Envahissement du derme → hypoderme

2- Anomalies cytologiques :

- Grands kératinocytes éosinophiles
- Nombreuses mitoses
- Atypies cyto nucleoplasmique ++
- Différenciation kératinocytaire = globes cornées

V-ÉVOLUTION :

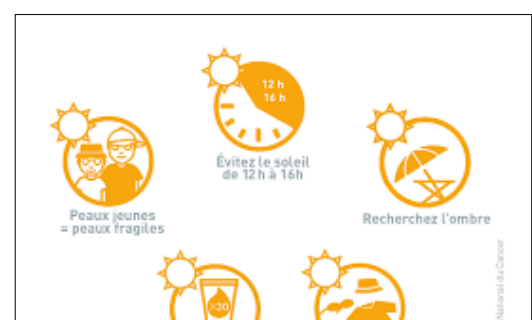
- En l'absence de TRT le CEC est considéré comme un carcinome agressif, évoluant vers la dissémination métastatique puis le décès.
- Évolution locale : → de proche en proche
 - le long des vaisseaux et des nerfs
- Dissémination : - Voie lymphatique → ADP satellite.
 - Voie hématogène → poumon, foie.

G-TRAITEMENTS DES CARCINOMES :

- Chirurgie:+++ avec respect des marges d'exérèse qui dépendent du groupe pronostic de la tumeur.
- Autres traitements: Radiothérapie, cryochirurgie, curetage-électrocoagulation.
- Surveillance s'impose à long terme pour dépister les récives précocement.

H-PREVENTION:

- ✚ Primaire: photoprotection



- ✓ Éviter les expositions solaires sans protection (entre 12H et 16 H).
- ✓ Préférer la protection vestimentaire++ pendant ces heures;
porter un chapeau et des lunettes de soleil;
- ✓ Utiliser de la crème protectrice solaire.
- ✓ Vaccin anti HPV →CEC.
- ✚ Secondaire:
 - ✓ suivi régulier des patients opérés et des sujets atteints de génodermatoses.
 - ✓ Dépistage des CEC et ces précurseurs.

Carcinome basocellulaire	Carcinome spinocellulaire
Peau (respecte les muqueuses)	Peau et Muqueuse
Evolution lente	Evolution rapide
Malignité locale sans métastases	Tumeur envahissante avec métastases ++ganglionnaire, voir viscérales
Survient sur une peau saine (de novo)	Survient souvent sur une lésion précancéreuse
Typique : Nodule bordé par des perles épithéliomateuses	Typique : Tumeur ulcéro-bourgeonnante

Tableau comparatif

NB : Héliodermie : Ensemble d'altérations cutanées induites par l'exposition chronique au soleil, se différenciant du vieillissement physiologique, mais s'y associant.

Télangiectasies : (macule vasculaire) : lésion acquise, rouge, non pulsatile, formant un trait fin, tortueux souvent en arborisation ou en réseau.

Génodermatoses : sont des maladies génétiques à expression cutanée.

LE MELANOME MALIN

Dr: KETTAF. N

MODULE DE DERMATOLOGIE

04 Janvier 2025

PLAN :

I-GENERALITES

II-EPIDEMIOLOGIE

III-FACTEURS DE RISQUE : A-Facteurs constitutifs :

B- Facteurs exogènes :

IV-DIAGNOSTIC : A-DIAGNOSTIC CLINIQUE :

B-EXAMEN DERMOSCOPIQUE:

C- LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE :

V-CLASSIFICATION ANATOMO-CLINIQUE :

1-Mélanome superficiel extensif : SSM

2-Mélanome nodulaire :

3-Mélanome acrolentigineux :

4-Mélanome de Dubreuilh :

5-Formes particulières : A-Mélanome des muqueuses :

B- Mélanome achromique :

C- Mélanome unguéal

D- Mélanome de l'enfant

VI- ÉVOLUTION :

VII- PRONOSTIC : 1- Clinique : 2- Histologique :

VIII-TRAITEMENT :

IX-PREVENTION : * Prévention primaire :

*Prévention secondaire :

X- CONCLUSION :

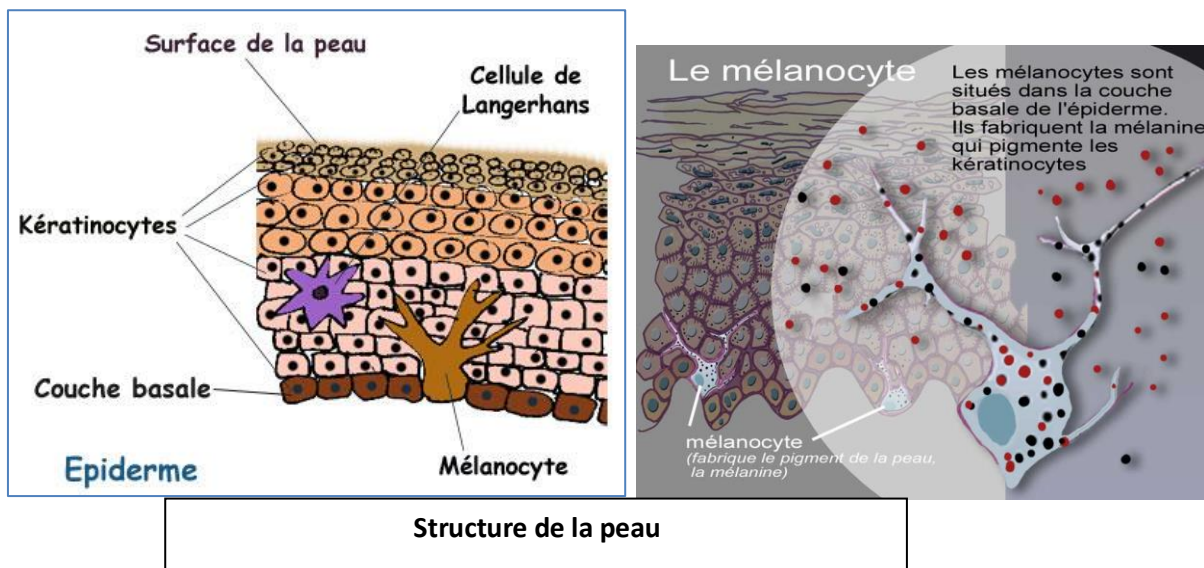
I-GENERALITES

- C'est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes.
- Apparaît le plus souvent de novo +++.
- Possède un grand potentiel métastatique.
- Le diagnostic repose sur la clinique, aidé par la dermatoscopie et confirmé par l'histologie.
- Le diagnostic précoce et l'exérèse correcte sont les clés du pronostic au stade primaire.

Rappel :

Mélanocytes: -situés dans les couches basales de l'épiderme.

- responsables de la synthèse de la mélanine.
- rôle : coloration constitutionnelle de la peau et rôle photo protecteur.
- distribution ubiquitaire : cutanée, muqueuse, rétinienne.



II-EPIDEMIOLOGIE :

- **Age** : tous les âges en dehors de l'enfant (exceptionnel).
- **Phototype** : claire +++
- **Site de prédilection** : selon le sexe :
 - Homme : tronc + membres supérieurs.
 - Femme : membres inférieurs et supérieurs.
- **Incidence** : est en augmentation dans toutes les populations à peau claire.

En Algérie : une étude rétrospective de 1985 à 1995 de 116 malades a montré : incidence plus élevée à l'ouest du pays (53.17%), âge : 40-50 ans (33.80%), sexe : 55.70% des femmes, aspect nodulaire (74.31%), siège : membres inférieurs (55.70%), terrain : de novo (82.07%), la consultation est tardive, niveau de Clark : V (47.91%).

III-FACTEURS DE RISQUE :

A-Facteurs constitutifs :

1-Phototype : la sensibilité de la peau au soleil est définie par le phototype. Les sujets à peau claire et à cheveux blonds et surtout roux avec éphélides (taches de rousseur) sont les plus sensibles au soleil (phototype I/II).

2- Association Naevus-mélanome :

-**Syndrome du naevus atypique :** forme particulière, défini par la présence en grand nombre de naevus (> 50), souvent de grande taille (>6 mm de diamètre), ayant des aspects atypiques (bords irréguliers, polychromie). Ces sujets feront l'objet d'une surveillance rigoureuse à cause du risque élevé de l'apparition d'un mélanome.

-Le risque de transformation maligne des **petits naevus « communs »** est quasi nul.

-Seuls les **naevus congénitaux de grande taille** ont un risque de transformation relativement élevé.

3- Antécédents: Contexte familial : environ 10% des mélanomes surviennent dans un contexte de « mélanome familial », défini comme au moins 2 mélanome sur 3 générations (gène **CDKN2A**).

4-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).
- la majorité des mélanomes naissent de novo, en peau, apparemment, saine sans précurseur.

B- Facteurs exogènes :

●**Soleil +++ :** est le seul facteur d'environnement impliqué dans l'épidémiologie du mélanome.

--**Mélanome superficiel extensif :** rôle majeur des expositions **intermittentes** et **intenses** et des **brûlures solaires** ; enfance>âge adulte.

--**Mélanome de Dubreuilh :** exposition **chronique cumulative**.

--**Mélanomes des paumes, des plantes et des muqueuses :** pas de lien avec les expositions solaires.

●UV artificiels.

• **En récapitulation :** les marqueurs de risque du mélanome :

1. ATCD familiaux de mélanome ;
2. ATCD personnels de mélanome (les mêmes causes produisent les mêmes effets) ;
3. la couleur claire de la peau et des cheveux et en particulier le marqueur roux avec des éphélides, cheveux roux, blond;
4. un nombre élevé de naevus : le risque augmente avec le nombre des naevus et le « Syndrome du naevus atypique » représente l'extrême du phénotype naevique à risque ;
5. des antécédents d'expositions solaires intenses au cours des loisirs, avec coups de soleil.

IV-DIAGNOSTIC :

Le diagnostic du mélanome est anatomo-clinique :

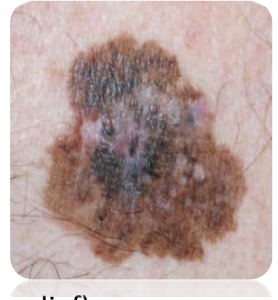
a-DIAGNOSTIC CLINIQUE : (suspicion)

Règle ABCDE :

• Suspicion de mélanome si ≥ 2 critères parmi :

- **asymétrique (A)** ;
- **à bords (B)** irréguliers, souvent encochés ou polycycliques ;
- **La couleur (C)** est inhomogène (brun, noir, marron ou bleu, zones dépigmentées, halo inflammatoire) ;
- **Le diamètre (D)** > 6 mm ;
- **L'évolution (E)** récente documentée (modification de taille, de forme, de couleur, de relief).

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



b-EXAMEN DERMOSCOPIQUE (épiluminescence) : est une méthode d'examen complémentaire non-invasive qui utilise une sémiologie qui lui est propre, reposant sur l'analyse de l'image observée dans son ensemble et facilite le diagnostic différentiel mais opérateur-dépendant.

c- LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE : ➔ **Diagnostic de certitude**

L'histogénèse des mélanomes suit la théorie biphasique, qui postule que les mélanomes évoluent dans :

1- La première phase : L'extension est « **horizontale** » intra épidermique, au-dessus de la membrane basale.

2- La seconde phase : L'extension est « **verticale** »

- Envahissement du derme superficiel (phase micro-invasive).
- Envahissement du derme profond et de l'hypoderme (phase invasive).

L'examen histologique permet :

- D'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur;
- D'affirmer ensuite la malignité de la tumeur et déterminer le sous-type anatomoclinique. 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.
- D'évaluer le niveau d'invasion de la tumeur en profondeur dans le derme (niveau de Clark) ;
- De mesurer son épaisseur : indice de **Breslow**, qui est le principal facteur pronostique ;
- préciser le caractère complet ou non de l'exérèse (une reprise chirurgicale sera de toute façon effectuée) ;

Critères architecturaux :

- Invasion des couches superficielles ;
- Présence d'embolies vasculaires.

Critères cytologiques :

- Mise en évidence du mélanocyte malin ;
- Mitoses élevées ;
- Atypies cellulaires.

Immunomarquages : Systématique ++ : **protéine S100, HMB45.**

V-CLASSIFICATION ANATOMO-CLINIQUE :

1-Mélanome superficiel extensif : SSM

-Le plus fréquent des mélanomes : 60 à 70 % des cas.

-Age : 40 -50 ans.

-Siege : ubiquitaire (dos : H, mb< : F).

-Réalise une Macule ou une plaque pigmentée, à surface lisse ou légèrement squameuse.



2-Mélanome nodulaire : 10 à 20 % des cas.

-Réalise un nodule arrondi de coloration bleu noirâtre, entouré d'un halo inflammatoire.

-Très agressif +++



3-Mélanome acrolentigineux : 2 à 10% des cas.

- Age : 50-60 ans.
- Terrain : noirs, orientaux, hispanique.
- Siege : extrémités : paumes, plantes, doigts, orteils et ongles.
- Aspect : Macule brune noire ; Bords déchiquetés

Nodules peuvent apparaître +/- une ulcération.

➔ une tumeur exophytique

- Fréquent en Algérie : mélanome nodulaire acral +++



4-Mélanome de Dubreuilh : 5 à 10 %des cas

- Le moins agressif
- Age > 60 ans
- Surtout l'homme
- Terrain : peau actinique
- Siege : zones photoexposées : visage + décolleté
- Aspect : **macule** pigmenté lentigineuse sur laquelle apparait un petit nodule



5-Formes particulières :

A-Mélanome des muqueuses :

- Exposition solaire n'a aucun rôle.
- Diagnostic difficile → détection tardivement.
- Aspect : lentigineux ou nodulaire.
- Pronostic: mauvais +++



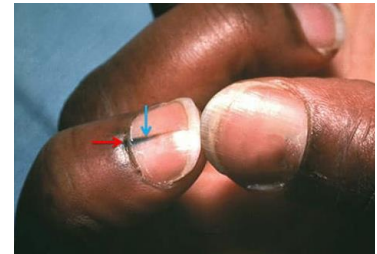
B- Mélanome achromique :

- Peu ou pas de pigment mélanique.
- Diagnostic : difficile+++
- Tardif.



C- Mélanome unguéal :

- Groupe des mélanomes acrolentigineux
- Aspect : macule brune-noire du lit de l'ongle débordant parfois sur le repli unguéal (**signe de Hutchinson**)



D- Mélanome de l'enfant :

- Rare
- Mélanome spitzoïde
- Transformation d'un nævus congénital géant
- Xéroderma pigmentosum (XP)
- Immunodépression

VI- ÉVOLUTION :

- **Le mélanome *in situ* (intraépidermique)** → guérison assurée par l'exérèse
- Risque de récurrence
- Survenue d'un 2^{ème} mélanome primitif
- **Évolution vers une métastase** : Régionale, ganglionnaire, cutanée ou sous-cutanée et viscérales
- Les risques de récurrence ganglionnaire régionale et de métastases viscérales sont étroitement corrélés à l'épaisseur tumorale ou **indice de Breslow**

VII- PRONOSTIC :

1- Clinique : Signes de mauvais pronostic : sujet âgé; sexe masculin, Localisation céphalique et muqueuses.

2- Histologique :

A- Clark : évalue le niveau d'invasion de la tumeur en profondeur dans le derme

B- indice de Breslow, mesure l'épaisseur de la tumeur, qui est le principal facteur pronostique ++++

< 1,5 mm : risque de récurrence 20%

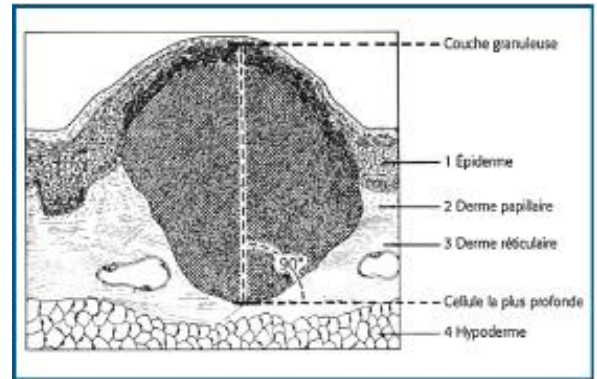
1,5-4 mm : risque 40%

4mm : risque 70%

C- Type nodulaire et acral..

D- L'index mitotique (nombre de mitoses/mm²).

E- L'ulcération : péjoratif.



VIII-TRAITEMENT :

o 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.

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

o Radiothérapie : trouve son utilité en cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique.

o Biothérapie et vaccination antitumorale : semblent être des voies prometteuses.

IX/PREVENTION :

*** Prévention primaire** (réduction des risques) : l'information des populations quant au risque lié aux expositions solaires et la réduction de ces expositions (limitation des expositions aux heures de plus fort ensoleillement, protection vestimentaire et usage répété de photo-protecteurs externes),

*** Prévention secondaire (dépistage)** : doit être précoce pour améliorer le pronostic.

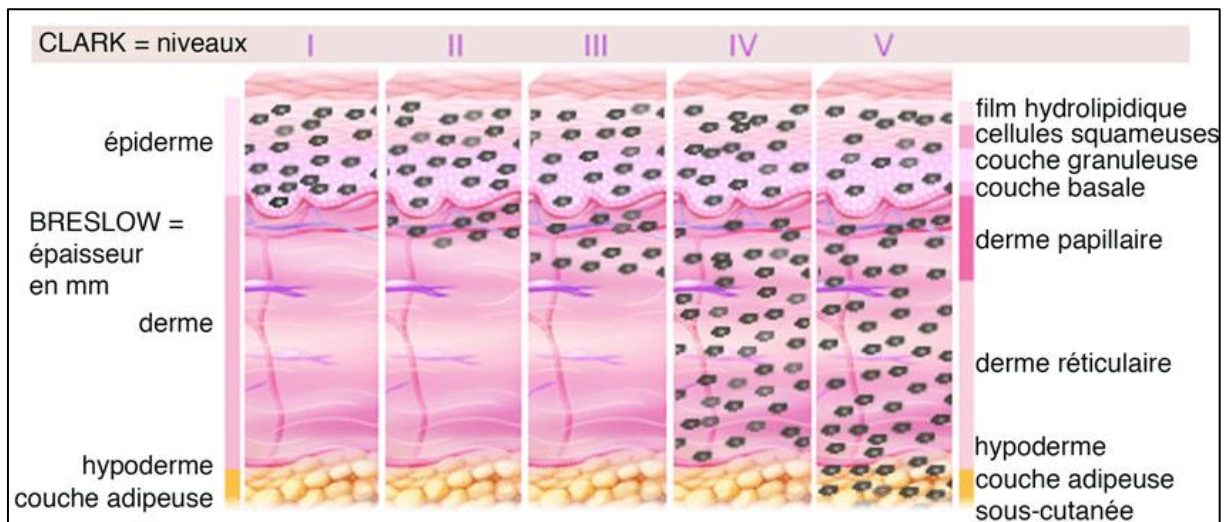
-Les médecins doivent savoir examiner le tégument de leurs patients dans son intégralité et doivent repérer les lésions pigmentées suspectes.

-La population générale doit connaître les signes d'appel qui doivent inciter à consulter.

- Les familles à haut risque doivent faire l'objet d'une surveillance médicale particulière.
- Les sujets à risque doivent être informés et les sujets à très haut risque (premier mélanome syndrome du nævus atypique) doivent avoir un suivi médicalisé spécifique (photographique, dermatoscopique).

X- CONCLUSION :

- Le mélanome est une tumeur agressive, au potentiel métastatique important, l'incidence est en augmentation.
- Le diagnostic précoce et l'exérèse chirurgicale sont la seule façon de guérir un mélanome.
- Le principal facteur pronostique est constitué par l'indice de Breslow.
- L'information des patients (afin de modifier les comportements solaires à risque) et le dépistage des lésions suspectes constituent la base de la prévention.



Classification de Clark et indice de Breslow. : La classification de **Clark** permet d'évaluer le niveau d'invasion d'une tumeur et l'indice de **Breslow** de mesurer son épaisseur. L'utilisation conjuguée de ces deux facteurs permet un meilleur pronostic du niveau d'invasion d'un mélanome.

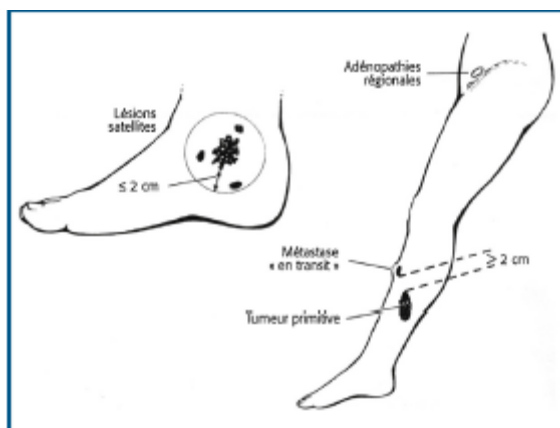


Figure 24. Recherche de métastases locorégionales

Tableau 3 Signes cliniques du vieillissement.

Perte de l'élasticité et anomalies épidermiques	Sécheresse cutanée (xérose) Rides, atrophie cutanée Peau rugueuse, jaunâtre (front, nuque)
Signes vasculaires	Cicatrices stellaires (avant-bras) Angiomes séniles (tronc) Télangiectasies (visage) Purpura sénile de Bateman (avant-bras)
Signes pigmentaires	Éphélides/lentigos (partie supérieure du tronc) Lentigo (visage) Dépigmentation (jambes et avant-bras)
Proliférations cutanées	Kératoses actiniques (zones photo-exposées, visage et mains +++) Kératoses séborrhéiques (tronc)

Tableau 2 Classification des phototypes selon Fitzpatrick.

Phototype	Réaction au soleil	Phénotype
I	Bronzage = 0 coups de soleil = systématique	Carnation très claire, Cheveux blonds ou roux Éphélides permanentes
II	Bronze = ± (difficilement) coups de soleil = souvent	Carnation très claire, Cheveux blonds ou châains, Éphélides UV-induites
III	Bronzage = progressif coups de soleil = parfois	Carnation claire, Cheveux blonds ou châains
IV	Bronzage = facile coups de soleil = peu	Carnation mate, Cheveux châains ou bruns
V	Bronzage = très facile Coups de soleil = exceptionnel	Peau foncée, Cheveux foncés
VI	Bronzage = constant Coups de soleil = absents	Peau noire

Tableau 9 Marges chirurgicales conseillées d'après l'épaisseur tumorale selon Breslow (recommandations 2016).

Épaisseur selon Breslow	Marges chirurgicales conseillées
Intra-épidermique	0,5 cm
0,1-1 mm	1 cm
1,1-2 mm	1 à 2 cm
> 2 mm	2 cm
Concernant la profondeur d'exérèse, en l'absence de données robustes, le GT propose de réaliser une exérèse jusqu'au fascia tout en le respectant	