

Mélanomes

Cancers de la peau développés à partir des mélanocytes ou des nævus

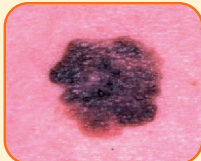
Incidence en augmentation constante

Mortalité globale : 18 % mais 100 % de guérison possible au stade *in situ* par simple exérèse

Aspects cliniques

Peut toucher toute la peau, même les zones photo-protégées, cachées, négligées : dos (miroir), cuir chevelu, ongles, pieds...

Le plus souvent pigmenté, rarement achromique (trompeur ++)



Mélano superficial extensif



Mélano superficial évolué



Mélano nodulaire achromique



M. de Dubreuilh



M. acrolentigineux



M. acrolentigineux

Dépistage

Si précoce => 100 % de guérison

Par le repérage des sujets à risque :

- nombre élevé de nævus (> 50)
- phototype à risque (0, I, II)
- antécédent de mélanome (personnel et/ou familial)

Par l'éducation des patients :

- à l'autosurveillance
- à réagir rapidement en cas d'anomalie

Par l'examen :

- évolutivité (interrogatoire ++)
- irrégularité (contour et couleur)
- différence par rapport aux autres nævus (signe du « vilain petit canard »)

Orienter vers le dermatologue (en urgence si forte suspicion)

L'examen est aussi possible selon la règle **ABCDE** : **A**symétrie ; **B**ordure irrégulière ; **C**ouleur inhomogène ; **D**iamètre > 6 mm ; **E**volutivité (taille, couleur, épaisseur)

Évolution

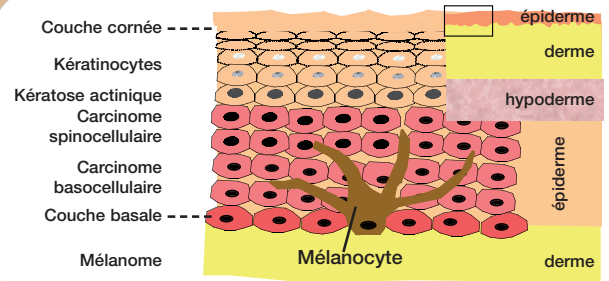
Risques d'extension locale, régionale (adénopathies) et viscérale (100 % de mortalité)

Traitement

Exérèse chirurgicale complète avec marge suffisante (0,5 à 3 cm selon indice de Breslow)

Formes N+/M+ : chirurgie, protocoles thérapeutiques, chimio-immunothérapie

Le pronostic est fonction de l'indice de Breslow et du degré d'extension



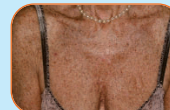
Carcinome basocellulaire (100/100 000 hab./an)
Sujet âgé ; pas de métastase ; pouvoir destructeur local
Carcinome spinocellulaire (30/100 000 hab./an)
Sujet âgé ; lésion précancéreuse ; kératose actinique
Risque métastatique ++
Mélanome (10/100 000 hab./an) ; tous âges
Dépistage au stade précoce = guérison par exérèse
Stade tardif (métastases) : traitement médical difficile

Peau, soleil et cancer

- **CBC, CE, KA** et **mélanome** ont comme facteur de risque commun l'exposition solaire et/ou artificielle excessive ;
- **CBC, CE, KA**, et **M. de Dubreuilh** sont favorisés par une exposition chronique ;
- **Mélanome superficiel ou nodulaire** sont favorisés par des expositions intenses et répétés (coups de soleil)

- **Phototype 0** : albinos, absence totale de mélanine, bronzage impossible, brûlures constantes graves par le soleil
- **Phototype I** : roux et peau laiteuse, mélanine particulière, bronzage impossible, coups de soleil constants
- **Phototype II** : blond et peau claire, type nordique, bronzage possible, mais coups de soleil quasi constants
- **Phototype III** : châtain et peau claire, bronzage correct, mais coups de soleil fréquents
- **Phototype IV** : brun et peau mate, bronzage foncé, coups de soleil plus rares
- **Phototype V** : bruns et peau mate ; type méditerranéen, asiatique, arabe ; bronzage très foncé sans coups de soleil
- **Phototype VI** : peau noire ; type africain ; bronzage constant, pas de coups de soleil

Repérer, par l'examen des zones découvertes, le vieillissement cutané prématuré lié au soleil identifiant des sujets à risque



Réalisation

Dermatologie Hôpital Saint-Louis - Paris
Dr M. BACCARD - Pr C. LEBBÉ - Dr E. BOURRAT - Dr D. KÉROB
Dermatologie Hôpital Bichat - Paris
Pr B. CRICKX - Dr E. MAUBEC
Réseau Paris Nord - Dr Amaury de GOUVELLO
Dr J.P. AUBERT - 75018 Paris

Interligne AC/AeG 2010

Cancers de la peau

Dépistage et prévention

Destiné aux médecins généralistes



Carcinomes basocellulaires

Kératoses actiniques

Carcinomes spinocellulaires

Mélanomes



Services de dermatologie
Hôpital Saint-Louis - Hôpital Bichat

Carcinomes basocellulaires CBC

Le plus souvent après 50 ans, sans lésion préexistante

Aspects cliniques

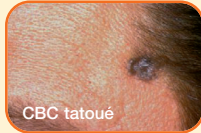
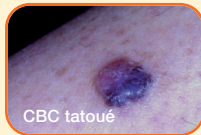
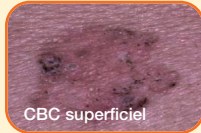
Lésion caractéristique :

- « perle » : petite papule ferme, indolore, translucide, parcourue de fines télangiectasies



Formes cliniques :

- nodulaire avec perle unique
- superficiel avec perles en bordure
- ulcéreux
- sclérodermiforme
- pigmenté (basocellulaire « tatoué »)



Toute lésion du visage qui ne guérit pas doit faire évoquer un CBC

Évolution

Lente, le plus souvent en surface, plus rarement en profondeur
Pas de métastases mais pouvoir local destructeur

La localisation conditionne le pronostic car peut compliquer le geste chirurgical

Un diagnostic précoce évite des évolutions dramatiques avec des séquelles post-thérapeutiques sévères



Traitement

Exérèse chirurgicale avec marges de 3-4 mm (parfois 1 cm)



Autres traitements possibles pour les CBC superficiels :

- Topique immunomodulateur (imiquimod)
- Photothérapie dynamique

Kératoses actiniques KA

Aspects cliniques

Lésions chroniques rugueuses d'épaisseur variable
Touche les peaux claires et les zones exposées

(cuir chevelu dégarni, visage, mains)

« Croûte qui revient tout le temps ! » selon le patient



Évolution

- Régression (prévention, traitement) ou persistance
- Transformation en CE (5 à 20 % des KA en 10 à 25 ans)
Se méfier si évolution rapide, infiltration, ulcération, saignement => biopsie

Prévention

- photoprotection
- couverture des zones exposées

Traitement

- cryothérapie (azote liquide)
- photothérapie dynamique
- topique immunomodulateur (imiquimod)
- autres topiques : diclofénac, 5FU

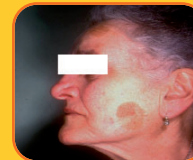
Kératoses séborrhéiques

« verrue séborrhéique »

Posent plutôt le problème du diagnostic différentiel surtout avec les KA mais parfois avec le mélanome



Pas d'évolution vers un CSC



Traitement : cryothérapie (selon volonté du patient)

Contacts utiles réservés aux professionnels de santé

Réseau Paris Nord - 3/5 rue de Metz 75010 Paris

Tél. : 01 53 24 80 80 - coordination@reseau-paris-nord.com

Site : www.reseau-paris-nord.com

Hôpital Saint-Louis Tél. : 01 42 38 54 10

Hôpital Bichat Tél. : 01 40 25 73 00

Carcinomes épidermoïdes CE

aussi appelés carcinomes spinocellulaires (CSC)

Âge moyen de découverte > 70 ans

Surtout sur zones photoexposées

Facteur de risque

- constitutionnel (phototypes 0, I, II)
- acquis :
 - excès d'UV naturels ou artificiels
 - sujet transplanté

Le CSC survient de novo ou sur kératose actinique

Aspects cliniques

Au début, **kératose actinique** « qui ne guérit pas »

Puis lésion en relief, infiltrée, ulcérée mais aspects variant selon le degré de différenciation :

- de la corne cutanée bien limitée (1-2) : **CE bien différencié**
- à la tumeur bourgeonnante ou ulcérovégétante (3-4-5) : **CE indifférencié**



Évolution

Rapidement progressif avec **risque métastatique**

Facteurs de mauvais pronostic :

- taille > 2 cm
- faible différenciation histologique
- atteinte des muqueuses, du dos des mains, des oreilles
- sujet immunodéprimé ++

Traitement

Exérèse chirurgicale complète

Photothérapie dynamique (formes étendues, visage)

5FU local pour les carcinomes *in situ* difficiles à opérer

Cas particuliers : photothérapie dynamique, 5FU local

Formes évoluées : radiothérapie, chimiothérapie