

# Principales tumeurs cutanées:

- Bénignes:
  - Infection à HPV, très fréquente
  - Naevus:
- Malignes:
  - Carcinomes cutanés:
    - 90% des cancers cutanés
    - augmentation de l'incidence
    - 2 types: spino-cellulaire/ épidermoïde (incidence: >30 cas /100.000 hab/an) et baso-cellulaire (Incidence: >150 cas/100.000 hab/an)
    - Age d'apparition > 40 ans ou facteurs favorisants (immunodépression, Xeroderma Pigmentosum, syndrome de Gorlin)
    - Mélanomes : 5<sup>ème</sup> cancer par fréquence en France
    - Incidence double tous les 10ans
    - Environ 10 cas/100.000 hab
    - Mortalité augmente moins que l'incidence (diagnostic précoce)
    - Contexte familiale dans 10%
    - Age médian de survenu: 55 ans, rare avant la puberté

- TUMEURS EPITHELIALES BENIGNES A HPV (>120 génotypes)**
- Lésions épithéliales bénignes cutanées (verrues) ou muqueuses (condylomes)
  - Transformation cancéreuse possible: muqueuse > cutanée, présence de co-carcinogènes le + souvent
  - Verrues: prévalence de 7 à 10%
  - Verrues plantaires:
- Myrmécie:** la + fréquente, douloureuse, circonscrite par anneau de kératosique
- En mosaïque:** non douloureuse, multiples verrues
- Verrues vulgaires: faces dorsales mains et pieds++, péri-unguéales ou sous-unguéales
  - Verrues planes communes: visages, dos des mains et membres++, régression habituelle en – de 2ans
  - Diagnostic différentiel: durillon, autres tumeurs
  - Pas de traitement spécifiques, disparition des lésions macroscopiquement visibles, récurrence dans 30%, régression des verrues le plus souvent spontanée
  - Prévention: limiter la diffusion par application d'un vernis incolore (piscine ect), mesures d'hygiène familiales simples
  - Traitements curatifs: destruction chimiques par kératolytiques, cryothérapie, laser CO2

	CARCINOME BASO-CELLULAIRE: 80%	CARCINOME SPINO-CELLULAIRE/ EPIDERMOÏDE: 20%
<b>FDR</b>	<b>Expositions solaires</b> chroniques (CE) et/ou intermittentes (CBC), âge avancé, terrain/facteurs génétiques, phototypes clairs	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Age &gt;50ans</li> <li>➤ Génétiques: XP, Sd de Gorlin</li> <li>➤ Immunodépression</li> <li>➤ Radiothérapie</li> <li>➤ Chimiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Chimiques: hydrocarbures aromatiques, goudrons, arsenic, tabac,</li> <li>➤ radiations ionisantes,</li> <li>➤ Dermatoses inflammatoires (lupus),</li> <li>➤ Plaies chroniques</li> <li>➤ Infection à HPV</li> <li>➤ Affections génétiques (XP, synd de Gorlin)</li> <li>➤ Immunodépression acquise</li> </ul>
<b>Siège</b>	-Sur peau saine, pas de précurseurs -JAMAIS sur les muqueuses	-Sur lésions pré-cancéreuses cutanées kératose actinique ou muqueuses: leucoplasie
<b>Clinique</b>	<b>Lésion perlée:</b> papule rosée arrondie, translucide +/- télangiectasies, -3 types: CBC nodulaire, superficiel ou sclérodermiforme	Lésions ulcéro-bourgeonnante, +/- croûteuse au niveau cutané Infiltration ++
<b>Evolution</b>	Risque de récurrence, agression locorégionale, survenue d'un autre cancer + agressif, métastase exceptionnelle <i>Pas de bilan d'extension</i>	Agressif, risque récurrence locale: 7% Evolution métastatique lymphophile puis hémotogène (poumons ++) <i>Pas de bilan d'extension sauf: CE à risque, recherche adénopathie</i>
<b>Facteurs de mauvais pronostic</b>	-Localisation à extrémité céphalique -Formes mal limitées (sclérodermiforme) -Diamètre > 2cm -Caractère récidivant	-Localisation: zone péro-orificielle visage, muqueuse, sur terrain pathologique -Taille >2cm -Immunodépression -Récurrence locale, <b>éducation à l'auto-dépistage ++</b> -Invasion: adhérence plan profond, embolies
<b>Prévention</b>	Réduction des expositions solaires, auto- dépistage Après ttt: surveillance médicale 1X/an à vie	
<b>Traitement (RCP de validation)</b>	<i>Chirurgie d'exérèse avec marges de sécurité+ anapath</i> <i>Si inopérable ou localisation délabrante: cryochirurgie, radiothérapie, photothérapie</i> <i>Cas particuliers: chimio de réduction tumorale, thérapie ciblée</i> <i>M+: chirurgie, radiothérapie, curage gg, chimio, immunothérapie</i>	

## Facteurs de risques du mélanome:

- Expositions solaires intermittentes et intenses (enfance surtout), sexe féminin
- Génétiques : ATCD perso/familiaux de mélanome, Xeroderma Pigmentosum, CDKN2A/p16 avec K pancréas
- Cutanés: naevus congénitaux géants/multiples (>50)/sd des naevus atypiques, phototype clair roux/blond, éphélides
- Immunodépression, PUVA-thérapie, UVB, UV cabine

### ▪ Mauvais pronostic si:

#### - Indice de Breslow élevé+++

(=épaisseur max du mélanome) : 0 = *in situ*; I = 0.1-1mm; II = 1-2mm; III = 2- 4mm; IV = > 4mm

#### - Nombre de mitoses / mm<sup>2</sup> élevé

#### - Ulcération +++ (fause le Breslow)

- Stades III/IV AJCC

- **Taux de LDH** en cas de métastases, >3 M+ hépatiques, > 3 organes atteints, M+ cérébraux symptomatiques ou >3 asymptomatiques

- Sièges: tronc, tête

-Sexe masculin, > 40 ans,

- Présence de gg métastatiques
- Envahissement gg sentinelle

**Bilan Clinique** : Patient nu avec dermoscope . Au besoin photos numériques datées comparatives.

- Recherche « vilain petit canard » parmi nevi atypiques
- Critères ABCDE. **Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur hétérogène, Diamètre ≥ 6mm, Evolution récente (ABCDE)**
- + prurit ou saignement au contact = signes tardifs.

-Dès la suspicion : **ANAPATH sur EXERESE TOTALE. EVITER BIOPSIE !!!**

### -Mélanomes avec phase d'extension horizontale

\*Mélanome superficiel extensif (SSM) +++ 70%

Lésion pigmentée à extension horizontale intra épidermique puis invasion dermique.

\*Mélanome de Dubreuilh 10% : zones photo-

exposées (visage++), >60ans, longtemps superficiel

\*Mélanome acro-lentigineux 2 à 5% : palmo-plantaire, doigts et orteils, ongles. Majorité des cas chez sujets avec peau pigmentée

\*Mélanome muqueuses buccales et génitales: rare

### -Mélanomes sans phase d'extension horizontale

\*Mélanome nodulaire (NM) 10 à 20% : nodule noir,

infiltré, saignant, d'emblée invasif

Extension : autres mélanomes/naevus atypiques + ADP, méta en transit, foie, poumons, examen neuro

Stades AJCC: I-II: localisés III: méta locorégionales cutanés ou ggl

IV: méta viscérale à distance

→Stades I et II: aucun examen complémentaire systématique si pas de point appel clinique

**NAEVI**: prolifération et/ou accumulation mélanocytaire anormale. Non évolutifs, réguliers, plan ou en relief et comparables aux autres. Apparition vers 4ans, régression à partir de 60ans

- Naevus acquis/mélanocytaires/ communs: les + fréquents, tumeurs bénignes acquises
- Naevus congétinaux/ mélanoses dermiques: phénomènes malformatifs.
- Tumeurs malignes: mélanomes
- Anapath: naevus jonctionnel ou dermique ou mixte
- FDR gd nombre de naevus: phototype clair, exposition solaire, immunodépression
- Risque de transformation en mélanome:

- Naevus communs: possible mais rare. FDR: nb important, grande taille, atypies, ATCD familiaux
- Naevus congénitaux: petite taille= comparable aux communs, géants (rares, >20cm)= précurseurs potentiels, exérèse préventive souhaitable

- Diagnostics différentiels: lentigos de petite taille (bénin), éphélides (tache de rousseur), histiocytofibrome (bénin), kératose séborrhéique (bénin), carcinome baso-cellulaire nodulaire, angiome.

Si doute diagnostic: exérèse chirurgicale pour examen anapath

**- 20% des mélanomes se développent à partir d'un naevus, 80% de novo ++**

## MÉLANOME

### Traitement:

-Reprise chirurgicale avec marges proportionnelles au Breslow (jusqu'au fascia en profondeur) :*In situ* => marges 0.5cm / 0-1mm => 1cm / 2 et plus => 2cm +/- ganglion sentinelle

Discuter traitement adjuvant par immunothérapie si N+ ou ou inhibiteur BRAF+ MEK si muté BRAF

-M+: Chirurgie; Radiothérapie; immunothérapie: Ac anti-CTLA4 (ipilimumab), Ac anti-PD1 (nivolumab)/PD-L1/ inhibiteur RAF si mutation B-RAF V600E ou inhibiteurs de MEK

### Surveillance à vie: auto-surveillance++

stade I : ex. clinique tous les 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans à vie

Stade II -III: ex. clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les ans à vie +/- échographie gnaire tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans +/- scanner tous les 6mois/3ans

### Prévention +++:

- Information pop risques liés aux UV
- Diminution exposition solaire, photo-protecteurs
- Dépistage familiale quand ATCD
- Auto-surveillance

### Processus de cancérisation:

-Cellules cancéreuse se développent d'abord horizontalement dans l'épiderme, puis verticalement. Tant que la tumeur se situe au sein de l'épiderme, on parle de **mélanome in situ**. Si enlevé à ce stade -> pas de métastases

-Avec le temps et si aucun traitement, la tumeur progresse en profondeur à travers le derme, voire l'hypoderme, **mélanome invasif, métastases possibles** (ganglionnaires, viscérales)