



SOMMAIRE

507

Lésions cutanées
bénignes

508

Carcinomes
cutanés

- basocellulaires
- épidermoïdes
- ou spinocellulaires

511

Mélanome

CARCINOMES ET LÉSIONS CUTANÉES BÉNIGNES DU SUJET ÂGÉ

Une détection clinique précoce est indispensable pour proposer un traitement curatif.

La proportion des sujets de plus de 65 ans augmente, atteignant actuellement 16 à 17 % de la population générale. De ce fait, les cancers cutanés, touchant surtout les personnes âgées, deviennent de plus en plus fréquents, retentissant sur l'activité dermatologique hospitalière et libérale.^{1,2} La prévalence des demandes de soins dans ce domaine augmente d'ailleurs avec l'âge.³

La pathologie cutanée du sujet âgé comprend des lésions bénignes très fréquentes inhérentes au vieillissement intrinsèque comme les kératoses séborrhéiques ; des lésions précancéreuses liées essentiellement au vieillissement photo-induit comme les kératoses actiniques et des lésions carcinomateuses touchant particulièrement mais non exclusivement le sujet âgé.

Des recommandations de diagnostic et de prise en charge pour les trois types de carcinomes cutanés les plus fréquents (basocellulaire, épidermoïde et mélanome) ont été élaborées conjointement par

la HAS et la Société française de dermatologie au cours des 8 dernières années. Les tumeurs cutanées plus rares, comme le carcinome de Merkel et les lymphomes cutanés, ne sont pas abordées ici.

LÉSIONS CUTANÉES BÉNIGNES

Les proliférations épithéliales ou vasculaires bénignes apparaissent principalement sur le tronc (kératoses séborrhéiques, taches rubis) ou le visage (hyperplasies sébacées) sont des manifestations du vieillissement intrinsèque de la peau liées à l'âge.

Les kératoses séborrhéiques (fig. 1) sont extrêmement fréquentes, puisque retrouvées chez plus de 60 % des sujets au-delà de 65 ans. Leur aspect est très variable. Elles se développent sur l'ensemble du tégument, et en particulier sur le visage où elles peuvent motiver une demande d'exérèse dans un

Par Patricia Senet
Service de dermatologie,
hôpital Tenon, AP-HP,
75970 Paris Cedex 20.
patricia.senet@
ttn.aphp.fr

1 Classification pronostique des carcinomes basocellulaires (Anaes 2004)

Mauvais pronostic

- ➔ Formes cliniques sclérodermiformes ou mal limitées et formes histologiques agressives.
- ➔ Formes récidivées.
- ➔ Carcinomes basocellulaires de la zone à haut risque de récurrence (nez, zones péri-orificielles du visage) et de taille > 1 cm.

Bon pronostic

- ➔ Carcinomes basocellulaires superficiels primaires.
- ➔ Carcinomes basocellulaires nodulaires primaires bien limités, < 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence (front, joue, menton, cuir chevelu, cou) et > 2 cm sur la zone à bas risque (tronc, membres).

Pronostic intermédiaire

- ➔ Carcinomes basocellulaires superficiels récidivés.
- ➔ Carcinomes basocellulaires nodulaires < 1 cm sur zone à haut risque de récurrence, > 1 cm sur zone à risque intermédiaire et > 2 cm sur la zone à bas risque.

GUILLOT B. REV PRAT 2012;62:247-54.

but esthétique. Elles ne dégèrent jamais, mais certaines d'entre elles, de développement endophytique, très pigmentées, inquiètent parfois et peuvent simuler un nævus (grain de beauté) ou un mélanome. Dans le doute, ces lésions doivent être biopsiées.

Les hyperplasies sébacées du visage, petits nodules blanc-jaunâtre ombiliqués au centre, se développent essentiellement sur les peaux hyper-séborrhéiques et peuvent être confondues avec des carcinomes basocellulaires débutants.

Les manifestations cliniques du vieillissement photo-induit ou héliodermie sont plus complexes et caractéristiques.

Les kératoses actiniques (fig. 2) sont des lésions pré-épithéliomateuses dégérant dans moins de 10 % des cas, situées surtout sur le visage ou les mains des sujets à peau claire et sur le cuir chevelu alopecique des hommes âgés. Le diagnostic est clinique : squameuses, brunes ou érythémateuses,

adhérentes et rugueuses, elles sont souvent multiples. Elles peuvent persister ou parfois s'épaissir jusqu'à former des cornes. En histologie, il existe des anomalies architecturales de l'épiderme et des kératinocytes qui n'atteignent pas toute la hauteur épidermique. L'induration, l'infiltration ou un caractère bourgeonnant annoncent parfois la transformation en carcinome épidermoïde (fig. 3) et imposent une biopsie exérèse.

Dans les autres cas, le traitement habituel repose sur la destruction à l'azote liquide (opérateur-dépendant) ou, en présence de lésions multiples sur une même zone géographique (par exemple, le cuir chevelu), sur l'application de crèmes à base de 5 fluoro-uracile ou d'imiquimod (efficacité patient-dépendante). Ces topiques entraînent une inflammation locale, témoignant de leur efficacité, dont il faut informer les patients. En cas d'échec ou de récurrence, malgré un traitement bien conduit (application consciencieuse de crèmes ou cryothérapie), une biopsie s'impose.

Les lentigos séniles ou actiniques (fig. 4) apparaissent avec l'âge. Ils forment des macules brunes bien limitées, de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres de diamètre, essentiellement sur le dos des mains et le visage. Ils peuvent évoquer une mélanose de Dubreuilh ou un mélanome. En cas de doute, la biopsie est impérative. Ils peuvent être détruits avec de l'azote liquide, pulvérisés au laser ou traités avec des crèmes dépigmentantes si les patients sont demandeurs.

CARCINOMES CUTANÉS

Ils sont essentiellement représentés par les carcinomes cutanés épithéliaux (basocellulaires et épidermoïdes). Les mélanomes, développés aux dépens des mélanocytes, sont moins fréquents mais de pronostic plus sombre. Leur incidence augmente avec l'âge, car ils sont en partie liés à l'exposition solaire cumulée.⁴ Leur prévalence a été évaluée chez 248 patients hospitalisés en



Fig. 1 – Kératose séborrhéique.



Fig. 2 – Kératose actinique.



Fig. 3 – Kératose actinique infiltrée, suspecte de transformation.



Fig. 4 – Lentigo actinique.

gériatrie en soins de suite ou de longue durée. Les patients étaient systématiquement examinés par un dermatologue au moment de la toilette, sans qu'un avis dermatologique n'ait été demandé. La prévalence totale des cancers cutanés observée était de 5,6 % dans cette étude, 80 % des tumeurs étant situées en zone photo-exposée.⁵

Carcinomes basocellulaires⁶

Ce sont les plus fréquents des carcinomes épithéliaux cutanés (deux tiers des cas). Ils surviennent le plus souvent de façon sporadique, sans lésions précancéreuses. Leur incidence croît de façon linéaire après 40 ans. Après 85 ans, l'incidence annuelle est de 863 cas chez les hommes et 550 cas chez les femmes pour 100 000 habitants, deux tiers des tumeurs étant situées sur la région cervico-faciale.

Ils sont favorisés par un phototype clair (tableau 1), des expositions solaires courtes mais répétées et souvent traumatiques, l'immunosuppression au cours des greffes, notamment rénales, ou entrent dans le cadre de maladies génétiques rares comme le *xeroderma pigmentosum*.

Les tumeurs sont classées en 3 types cliniques, pouvant dans tous les cas s'ulcérer et se pigmenter (nodulaire, superficiel ou sclérodermiforme) et en 4 types histologiques (sclérodermiforme, nodulaire, infiltrant et superficiel).

La lésion élémentaire caractéristique est la perle : petite papule arrondie, ferme, translucide, indolore, parcourue de télangiectasies. Elle augmente progressivement de taille et s'individualise en différentes variétés cliniques :

- le carcinome basocellulaire nodulaire (fig. 5) est la forme la plus fréquente ; la lésion correspond à un ou plusieurs nodules lisses, translucides (perle), télangiectasiques, éventuellement ulcérés et croûteux ;
- le basocellulaire superficiel (fig. 6) est une plaque rouge, croûteuse, indurée, à extension centrifuge, quelquefois bordée de petites perles ;

TABLEAU 1 CLASSIFICATION DES PHOTOTYPES		
Phototype	Phénotype	Aptitude au bronzage
I	Peau blanche, yeux bleus/gris, cheveux roux	Brûle toujours, ne bronze jamais
II	Peau claire, yeux bleus	Brûle facilement, bronze peu
III	Peau légèrement pigmentée	Bronze après coup de soleil initial
IV	Peau brune claire	Peu de coups de soleil, bronze facilement
V	Peau brune	Coups de soleil rares, bronze fortement
VI	Peau noire	Ne brûle jamais, bronze toujours

GUILLOT B. REV PRAT 2012;62:247-54.

- le basocellulaire sclérodermiforme (fig. 7), plaque dure mal limitée, ressemble à une cicatrice blanchâtre.

Le risque métastatique est exceptionnel. Pour autant, ces tumeurs sont à dépister et à traiter précocement en raison de leur potentiel invasif et destructeur en surface et en profondeur, notamment vis-à-vis des structures osseuses sous-jacentes (cuir chevelu).

Le traitement de première intention est chirurgical. Il prend en compte le risque de récurrence évalué selon la localisation du carcinome (plus élevé pour les lésions situées autour des orifices naturels de la face), la taille, le type clinique (sclérodermiforme) et histologique, le risque d'envahissement local et les possibilités de prise en charge en cas de récurrence (encadré 1). Les marges d'exérèse vont de 3 à 10 mm, selon le risque. Les autres traitements (radiothérapie, cryochirurgie) ne sont discutés que lorsque la chirurgie est impossible. L'imiquimod a obtenu l'AMM pour les carcinomes basocellulaires superficiels de petite taille.



Fig. 5 – Carcinome basocellulaire nodulaire.



Fig. 6 – Carcinome basocellulaire superficiel.



Fig. 7 – Carcinome basocellulaire sclérodermiforme.

2. Maladie de Bowen : risque de transformation dans 3 à 5 % des cas

C'est un carcinome épidermoïde in situ ou intra-épithélial, à risque de progression en quelques mois ou années vers un cancer invasif. La lésion est le plus souvent unique, survenant préférentiellement en zone exposée : plaque érythémateuse ou rouge foncé, à bords nets mais irréguliers, recouverte de squames plus ou moins épais (fig. 8). Il existe des formes pigmentées, en particulier dans les plis et la région périnéale.

Le traitement de première intention est l'exérèse chirurgicale ou la cryothérapie appuyée, après confirmation histologique préalable et si une surveillance est possible. La photothérapie dynamique, le 5-fluorouracile topique ou l'imiquimod sont proposés sous certaines conditions en seconde intention. Une surveillance annuelle est nécessaire.



Une surveillance clinique annuelle est essentielle, en raison du risque de récurrence et d'apparition d'autres tumeurs cutanées (basocellulaire, épidermoïde, voire mélanome).

Carcinomes épidermoïdes ou spinocellulaires⁷

Leur incidence est plus faible : 30 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an. L'âge moyen de découverte est de 76 ans. Ils représentent un quart à un tiers des carcinomes cutanés. Ils surviennent en majorité de manière sporadique, soit de novo, soit plus fréquemment sur des lésions précancéreuses, essentiellement les kératoses actiniques et la maladie de Bowen (encadré 2).

Le principal facteur de risque est la dose cumulée d'ultraviolets reçue au cours de la vie, incluant donc l'exposition solaire professionnelle et de loisirs, ainsi que les séances éventuelles de photothérapie, médicales ou non. Le risque dépend du

phototype, il est bien sûr plus élevé pour les patients à peau et yeux clairs, à cheveux roux ou blonds (tableau 1). D'autres facteurs de risque sont identifiés : le tabac pour les carcinomes de la lèvre, les immunosuppresseurs chez les greffés d'organes, les papillomavirus pour les carcinomes anaux et génitaux, les inflammations cutanées chroniques comme les plaies. Un dépistage systématique après 50 ans est recommandé chez les sujets ayant un ou plusieurs facteurs de risque : phototype clair, exposition solaire ou photothérapie cumulée importante, exposition aux autres carcinogènes cutanés, héliodermie, radiothérapie, ulcération ou inflammation cutanée chronique, transplantation d'organe, antécédent personnel de carcinome cutané.

La forme ulcéro-végétante est la plus fréquente : il s'agit d'une lésion nodulaire, saillante et enchâssée dans le derme, à bords durs, épais, avec une ulcération de surface, croûteuse et irrégulière (fig. 9). Dans la forme bourgeonnante, il n'y a pas encore d'ulcération mais un ou plusieurs nodules, rouge-rosé (fig. 10), pouvant prendre un aspect exophytique, voire kératosique dans certaines localisations comme les ulcérations chroniques (fig. 11). Le diagnostic est histologique sur une biopsie ou une pièce opératoire.

Contrairement aux carcinomes basocellulaires, ils ont un potentiel métastatique, d'abord lymphophile (80 % des métastases), puis systémique (poumons, encéphale).

Le traitement de première intention, en l'absence de métastase, est chirurgical car il permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse. Le choix des modalités thérapeutiques est déterminé par la présence ou non de critères de mauvais pronostic, définis sur des arguments cliniques et histologiques. Les carcinomes localisés au tronc et aux membres sont à faible risque ; ceux situés sur la partie centro-faciale, les oreilles, les tempes, les organes génitaux, les muqueuses



Fig. 9 – Carcinome épidermoïde végétant.



Fig. 10 – Carcinome épidermoïde papulo-nodulaire sur la joue.



Fig. 11 – Carcinome épidermoïde verruqueux développé ulcéro-sur un ulcère chronique de jambe.

et les zones palmo-plantaires sont à risque évolutif élevé. Aucun curage ganglionnaire systématique n'est pratiqué. Les marges de sécurité utilisées sont entre 4 et 10 mm. Les traitements alternatifs, si la chirurgie est impossible, sont principalement la radiothérapie externe et la curiethérapie interstitielle. La décision est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire.

La surveillance est nécessaire pour dépister une récurrence locale (taux moyen de 10 %), faire le diagnostic des métastases (moins de 0,01 %), traiter les lésions pré-épithéliomateuses et découvrir de nouveaux carcinomes. Le suivi est réalisé une fois par an pendant 5 ans au moins, sans examen complémentaire le plus souvent. En cas de mauvais pronostic, il est plus rapproché – tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans – avec une échographie locorégionale tous les 6 mois en cas de haut risque de récurrence.

MÉLANOME 8,9

C'est le plus fréquent des carcinomes cutanés non épithéliaux (5 à 10 % des cancers cutanés) avec une incidence en augmentation depuis plusieurs dizaines d'années, y compris chez les sujets âgés. En France, elle est actuellement de 8 à 10 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an (5 100 nouveaux cas estimés en 2011 chez la femme, et 4 680 chez l'homme, BEH 2012). L'âge médian au diagnostic est de 58 ans chez la femme et de 60 ans chez l'homme. Environ trois quarts des mélanomes surviennent sur peau saine, les autres sur un nævus préexistant. Dix pour cent ont un caractère familial.

Il en existe plusieurs types avec des facteurs de risque différents : les mélanomes à forte composante génétique, survenant chez des sujets jeunes ayant des nævus multiples, même en l'absence de forte exposition solaire ; et ceux apparaissant plus tardivement au cours de la vie, sur des zones photo-exposées comme le mélanome de Dubreuilh.

3. Critères ABCDE d'aide au diagnostic précoce de mélanome cutané

- A** → Asymétrie des contours.
- B** → Bords irréguliers, encochés, polycycliques.
- C** → Couleurs multiples (brun, rouge, noir, grisâtre), de répartition anarchique.
- D** → Diamètre supérieur à 6 mm.
- E** → Evolutivité dans la taille, la couleur et l'épaisseur.

PRONOSTIC DES MÉLANOMES PRIMITIFS APRÈS EXÉRÈSE EN FONCTION DU GRADE HISTOLOGIQUE			
TABLEAU 2	Risque de récurrence	Risque de décès à 5 ans	Risque de décès à 10 ans
In situ	0 %	–	–
Breslow < 0,75 mm	< 10 %	< 5 %	< 5 %
Breslow 0,75-1,5 mm	20 %	10 %	15 %
Breslow 1,5-4 mm	40 %	30 %	40 %
Breslow > 4 mm	70 %	40 %	50 %

GUILLOT B. REV PRAT 2012;62:247-54.

La couleur de cheveux (roux ou blonds), les antécédents personnels ou familiaux de mélanome, un nombre de nævus supérieur à 40, plus de deux nævus atypiques, les antécédents de brûlure solaire, de multiples éphélides (taches de rousseur du visage ou du tronc) ou un phototype clair définissent la population à cible de dépistage systématique (risque relatif ≥ 2). Enfin, l'utilisation d'UV artificiels et l'immunodépression, notamment au cours des greffes d'organes, sont également des facteurs de risque.

Le diagnostic clinique repose sur l'analyse morphologique d'une lésion cutanée habituellement pigmentée, asymétrique, irrégulière pour ses bords, son relief et sa couleur, à l'aide de la règle ABCDE (encadré 3).

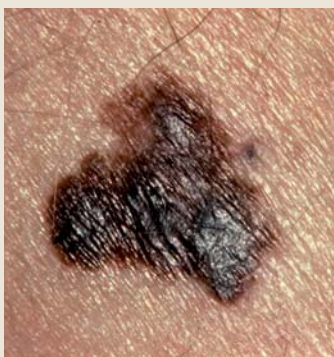


Fig. 12 – Mélanome à type de SSM.



Fig. 13 – Mélanome nodulaire d'emblée.

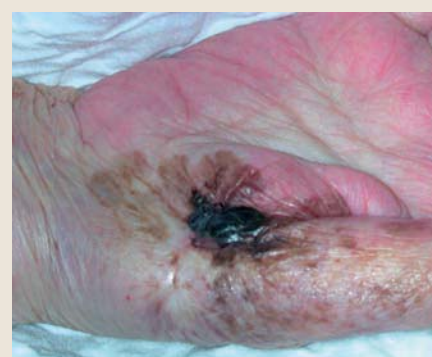


Fig. 14 – Mélanome de Dubreuilh de la main avec développement d'un mélanome infiltrant au centre.

À retenir

Tout patient à risque de mélanome ou ayant une lésion suspecte de mélanome à l'examen doit être adressé au dermatologue.

Une surveillance régulière est nécessaire en cas d'antécédent de cancer cutané en raison du risque de survenue d'une deuxième tumeur.

Les kératoses actiniques sont des lésions pré-épithéliomateuses dégénérant dans moins de 10 % des cas. Elles nécessitent une surveillance et un traitement.

Les carcinomes basocellulaires n'ont quasiment pas de risque métastatique mais imposent une exérèse précoce en raison de leur potentiel invasif et destructeur des tissus sous-jacents (os).

Pour le carcinome épidermoïde, un dépistage systématique après 50 ans est recommandé chez les sujets ayant un ou plusieurs facteurs de risque : phototype clair, exposition solaire ou photothérapie cumulée importante, exposition aux autres carcinogènes cutanés, héliodermie, radiothérapie, ulcération ou inflammation cutanée chronique, transplantation d'organe, antécédent personnel de carcinome cutané.

L'incidence du mélanome est en augmentation depuis plusieurs années. Le traitement est chirurgical et le pronostic directement lié à l'épaisseur de la tumeur primitive.

Quatre formes sont décrites :

- le mélanome superficiel extensif ou SSM (fig. 12) est le plus fréquent, il est surtout localisé sur les membres et touche préférentiellement la femme ;
- le mélanome nodulaire (fig. 13), plus rare, évolue rapidement ;
- le mélanome acro-lentigineux ;
- le mélanome de Dubreuilh (anciennement mélanose) est une tumeur in situ, c'est-à-dire intra-épidermique du sujet âgé, se présentant comme une nappe pigmentée irrégulière, le plus souvent sur la joue. Son exérèse complète avec une marge si possible de 1 cm est nécessaire en raison du risque invasif (fig. 14).

Que dire à vos patients

- Une lésion cutanée qui ne disparaît pas après 1 à 2 mois
- Une plaie qui ne cicatrise pas
- Une rougeur, un bouton ou une croûte qui persistent ou se modifient

Doivent conduire à demander un avis médical.

Une confirmation histologique est nécessaire par biopsie. Celle-ci emporte la lésion d'emblée dans la limite du possible, elle n'est partielle qu'en cas de lésion étendue. Les marqueurs pronostiques principaux sont cliniques (ulcération) et histologiques, dominés par l'épaisseur tumorale exprimée en millimètres (indice de Breslow). Ils guident le bilan d'extension et l'étendue de l'exérèse chirurgicale (tableau 2).

Le bilan ultérieur, le traitement et le rythme de surveillance sont déterminés au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncodermatologie. L'exérèse est complétée par une reprise chirurgicale avec des marges comprises entre 1 cm pour un mélanome de 0 à 1 mm d'épaisseur et 2 à 3 cm pour des mélanomes supérieurs à 4 mm d'épaisseur. Le curage ganglionnaire n'est indiqué qu'en cas d'atteinte ganglionnaire macroscopique ou microscopique. La technique du ganglion sentinelle est réalisée de façon non systématique, pour les mélanomes > 1 mm ou avec des facteurs de mauvais pronostic. Un traitement adjuvant par interféron alpha-2b est proposé en cas de Breslow supérieur à 1,5 mm ou d'atteinte ganglionnaire histologique. Le risque métastatique est élevé (ganglion puis poumon, foie, cerveau), imposant une surveillance à vie, tous les 3 mois au début. Les protocoles de chimiothérapie proposés au stade métastatique reposent sur la dacarbazine, la fotémustine et plus récemment l'ipilimumab (anti-CTLA4) et le vémurafénib (anti-BRAF). ●

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Modeste AB, Josset V, Hautemanière A, Roujeau JC, Plantin P, Joly P. Enquête sur l'activité des services de dermatologie hospitaliers français. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129:1266-70.
2. Lukaszewicz E, Martel J, Roujeau JC, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129:1261-5.
3. Fleischer AB Jr, McFarlane M, Hinds MA, Mittelmark MB. Skin conditions and symptoms are common in the elderly: the prevalence of skin symptoms and conditions in an elderly population. *J Geriatr Dermatol* 1996;4:78-89.
4. Katalinic A, Kunze U, Schäfer T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumour stages and localization (epidemiology of skin cancer). *Br J Dermatol* 2003;149:1200-6.
5. Fontaine J, Mielczarek S, Meaume S, Senet P. Prévalence des cancers cutanés non diagnostiqués en hôpital gériatrique. *Ann Dermatol Venerol* 2008;135:651-5.
6. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du carcinome basocellulaire de l'adulte. *Ann Dermatol Venerol* 2004;131:665-756.
7. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) : recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Ann Dermatol Venerol* 2009;136(Suppl 5):S167-S242.
8. Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. Management of cutaneous melanoma. *N Engl J Med* 2004;351:998-1012.
9. HAS. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandations en santé publique. Octobre 2006.