

UE10 Revêtement cutané  
Le 30/04/2018 à 15h30  
Pr L. Deschamps  
RT et RF : WEYL Emma et TOUZE Emmanuelle

## **ED D'ANATOMO-PATHOLOGIE**

*On vous a mis les lames en photo mais on vous conseille d'aller les voir en couleur sur moodle parce qu'on voit pas grand chose. Le mail de la prof si vous avez des questions : [lydia.deschamps@aphp.fr](mailto:lydia.deschamps@aphp.fr)*

**CAS N°1**

Félix, 7 ans se plaint de douleurs aux jambes. Il a remarqué des taches bleutées ou pourpres sur ses jambes.



A l'examen dermatologique, vous trouvez des lésions érythémateuses à violacées, dont certaines sont infiltrées. Quelques unes ont un centre nécrotique ou croûteux. En passant votre doigt, vous n'arrivez pas à faire disparaître ces lésions à la pression.

**Question 1 : De quelle lésion élémentaire dermatologique s'agit-il ?**

Lorsqu'on est face à une lésion érythémateuse (=rouge), il faut se demander si elle est purpurique ou non :

érythème purpurique (=purpura)	l'érythème NON purpurique est son diagnostic différentiel
correspond à une <b>extravasation des globules rouges dans le tissu cutané</b>	il correspond à une <b>vasodilatation mais les Globules Rouges restent dans les vaisseaux et n'infiltrent pas le tissu cutané</b>
—> la lésion <b>ne s'efface pas à la vitropression.</b>	—> c'est pourquoi quand on appui ça disparaît, <b>s'efface à la vitropression.</b>

Ici on est donc **dans le cas d'un purpura.**



Ce schéma représente une macule purpurique, on voit qu'en dessous de la macule des GR sont sortis des vaisseaux

Les lésions élémentaires secondaires correspondent aux ulcérations, nécroses, croûtes

**Question 2 : Quels signes de gravité recherchez-vous à l'examen clinique ?**

- signes infectieux** : s'il y a de la **fièvre**, un syndrome méningé —> suspicion de **purpura fulminans**
- syndrome hémorragique** : on recherche du purpura des muqueuses qui peut empêcher la déglutition, d'**autres hémorragies sur l'ensemble du corps**
- signes cutanés de gravité : purpura nécrotique/ecchymotique/extensif/acral
- autres signes extra-cutanés: neurologiques, cardio-respiratoire, articulaires, biologiques...

**Question 3 : Pourquoi ne semble-t-il pas s'agir d'un purpura d'origine hématologique ?**

Il existe 2 causes de purpura, soit le contenu est pathologique, le sang, soit le contenant, les vaisseaux :

<b>origine hématologique (thrombopénie)</b>	<b>origine vasculaire (vascularite)</b>
entraîne des <b>signes hémorragiques extériorisés</b> (saignement gingival, épistaxis, hémorragie conjonctivale, bulles hémorragiques des muqueuses, hémorragies digestives..)	la <b>paroi des vaisseaux est endommagée</b> , ce qui entraîne l' <b>extravasation des GR</b>
<b>la NFS est anormale (le plus souvent la cause est la thrombopénie)</b>	on retrouve des <b>signes d'infiltration</b> : on sent des <b>éléments palpables (papules)</b> , ce qui signifie que le derme est atteint, et comme les vaisseaux sont dans le derme c'est probablement une origine vasculaire

Vous prescrivez une NFS qui est normale, qui vous permet d'éliminer de façon formelle une origine hématologique.

*Vous expliquez à Félix qu'il est nécessaire d'effectuer un examen complémentaire.*

Ici il n'y a **pas d'autre signe hémorragique et la NFS est normale** donc le problème est limité uniquement à la peau. On palpe des **lésions infiltrantes, c'est donc un purpura vasculaire.**

**Question 4 : Quel examen à visée diagnostique demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?**

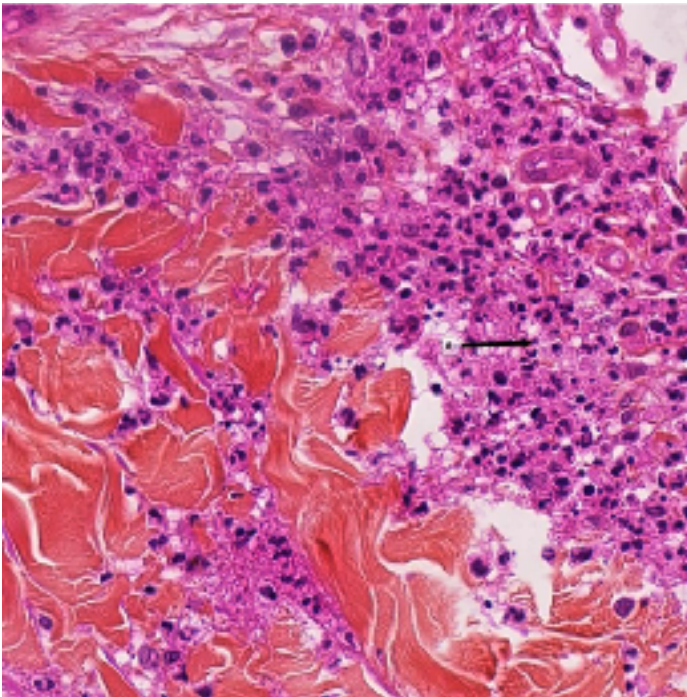
On réalise une **biopsie cutanée** d'un élément infiltré récent. On recherche un **argument histologique en faveur d'une vascularite** : l'inflammation de la paroi des vaisseaux capillaires de petit calibre (plus rarement vaisseaux de moyen calibre)

**Comment fait-on une biopsie ?**

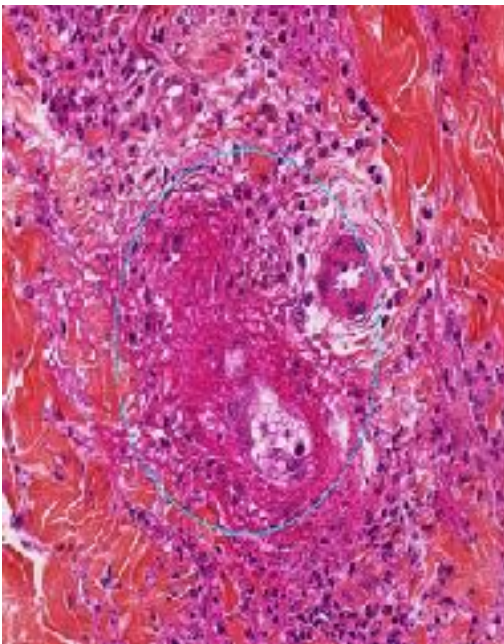
On désinfecte à la biseptine, on anesthésie avec de la xylocaïne, on prélève en stérile à l'aide d'un punch (petit cylindre qui découpe la peau comme un emporte-pièce pour faire des sablés dans une pâte) puis on suture. *La prof a très peu détaillé le déroulement de la biopsie, je vous mets les diapo qui correspondent à la fin du cas.*

Ce qui est surtout important c'est de bien décrire ce qu'on recherche à l'anapath sur le bon: l'**identité** du patient (**son âge +++**), le prescripteur et le demandeur, les renseignements cliniques avec le **type lésions**, leur **localisation**, leur **évolution**, le **traitement pris et s'il est efficace ou pas**.

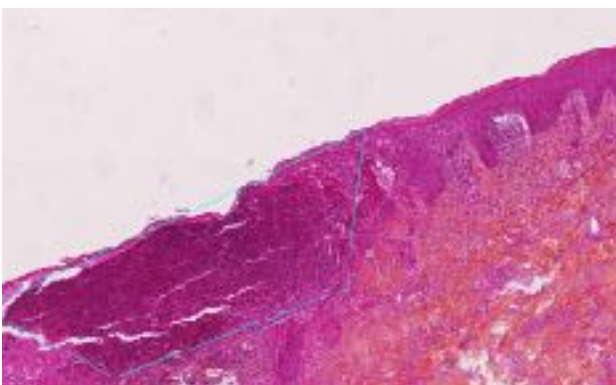
**Question 5 : A quoi correspondent les annotations sur la lame HES cas 1 parmi les propositions suivantes ?**



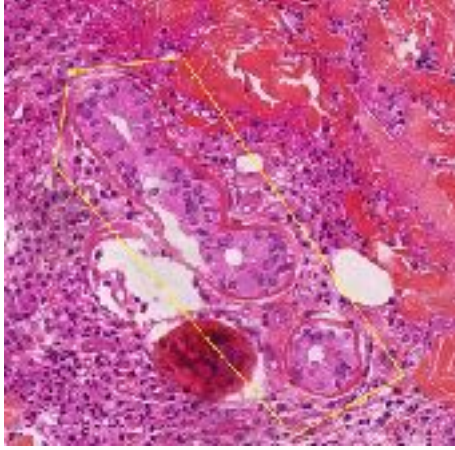
*Annotation A :* infiltrat de PNN à noyaux fragmentés périvasculaire , qu'on appelle des **débris leucocytoclasiques**, reflètent l'inflammation aiguë



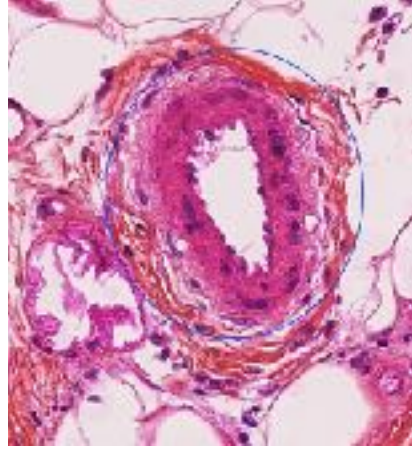
*Annotation B :* **nécrose fibrinoïde de la paroi d'un vaisseau capillaire** (on voit rien mais couleur est beaucoup plus rose et il y'a disparition des noyaux des cellules musculaires lisses de la paroi), c'est une **vascularite leucocytoplasique : infiltrat de PNN pénétrant la paroi nécrosée avec débris autours**



*Annotation C :* interruption et **nécrose de l'épiderme remplacé par un enduit fibrino-leucocytaire (PNN)**, c'est une **ulcération**



*Annotation D* : glande sudorale



*Annotation E* : section d'une artériole normale, pas de PNN au contact

Par ailleurs, Félix se plaint de douleurs abdominales et de douleurs articulaires.

**Question 5 : Quelle est votre hypothèse clinique ?**

La combinaison du purpura vasculaire + de la douleur abdo + articulaire + le jeune âge du patient font penser à une **maladie auto-immune : le purpura rhumatoïde. C'est un dépôt d'IgA dans la paroi des vaisseaux.**

**Conclusion cas 1 : Objectifs**

- purpura : ne s'efface pas a la vitropression**
- infiltration : atteinte du derme palpable, reflète une atteinte vasculaire**
- lésions élémentaires secondaires : nécrose, ulcération** (la prof n'en a pas parlé plus que ça en ED ..)
- importance de l'examen général recherchant des signes associés (biologiques etc..)**
- structures histologiques de la peau : épiderme, derme, hypoderme**

## BIOPSIE(S) CUTANÉE(S)

### PRÉPARATION DU MATÉRIEL

- Pour antiseptie (Biseptine®) et compresses
- Pour anesthésie locale :
  - . Flacon Xylocaïne
  - . 1 aiguille pompeuse
  - . 1 seringue (5 cc) + 1 aiguille ID
- Matériel biopsie et suture :
  - . 1 paire de gants stériles (taille adaptée)
  - . Punch (choix du diamètre) ou bistouri
  - . Pince à griffe, ciseaux
  - . Porte aiguille
  - . Fil de suture
  - . Pansements stériles
  - . Flacon à prélèvement avec son fixateur ou tube plastifié résistant au froid pour IFD

## BIOPSIE(S) CUTANÉE(S)

### ANESTHÉSIE LOCALE

- Désinfection peau (Biseptine®)
- Avec aiguille « pompeuse » prendre dans seringue (petite taille) Xylocaïne 1% Adrénalinée ou non adrénalinée (enfant, extrémités)
- Injection lésion choisie avec aiguille ID fine.



## BIOPSIE(S) CUTANÉE(S)

### CHOIX DE LA LÉSION A BIOPSIER

- Non remaniée par érosion, infection, croûtelles
- Récente, non traitée et primitive
- Si multiples et identiques, choisir le territoire sans rançon cicatricielle ou en peau couverte
- En peau saine péri-lésionnelle pour IFD des maladies bulleuses
- Si plusieurs biopsies du même patient, numéroter les lésions en fonction du siège
- Biopsie chirurgicale ou profonde (au bistouri) avec suture
- Punch : 2 – 3 mm (visage) ; 4 mm avec suture.

## BIOPSIE(S) CUTANÉE(S)

### RÉALISATION DU GESTE

- Ouvrir le kit et y ajouter instrument(s) manquant(s) ou rassembler dans plateau stérile les instruments stériles.
- Mettre gants stériles
- Placer le champ percé, centré par la lésion
- Vérifier anesthésie
- Prélèvement jusqu'à l'hypoderme, à saisir à la pince et placer dans fixateur
- Suture (3/0 ou 4 voire 5/0 -visage-)
- Pansement
- Ordonnance ablation fils



## BIOPSIE(S) CUTANÉE(S)

### ANATOMOPATHOLOGIE

- Remplir la feuille de demande identité, âge, phototype, description de la lésion et siège, hypothèses diagnostiques
- Demande de coloration(s) spéciale(s) ou marqueur(s).
- Numéroter les biopsies selon le siège, à mettre dans des flacons séparés.



**CAS N°2 :**



*Madame Bulle, 82 ans, consulte divers médecins depuis 6 mois pour un prurit intense associé à des lésions de grattage. Finalement, quand elle vous est adressée, il s'associe à ce prurit une éruption bulleuse touchant principalement l'abdomen et la racine des membres, sans atteinte muqueuse. Les bulles sont tendues et siègent sur une base érythémateuse. L'hétérogénéité des lésions est liée à leur « ancienneté » (différents stades)*

**Question 1 = Vous orientez-vous vers une bulle sous-épidermique ou intra-épidermique ? Pensez-vous trouver un signe de Nikolsky ?**

Décollement sous épidermique/ jonctionnel	Décollement intra-épidermique
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Bulles tendues, sur une peau lésée, inflammatoire</li> <li>•Pas de signe de Nikolsky</li> <li>•Pemphigoïde ++</li> <li>•IFD : IgG et C3 le long de la jonction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Bulles flasques et fragiles sur une peau fragile</li> <li>•Signe de Nikolsky positif</li> <li>•Pemphigus ++</li> <li>•IFD : IgG et C3 intra épidermique</li> </ul>

Le **signe de Nikolsky** : on frotte la peau en région péri-bulleuse si la peau se « détache » il est positif, cela signifie que c'est l'**épiderme** qui est **pathologique** et qu'on a donc un décollement intra-épidermique.

*La numération formule sanguine retrouve une hyperéosinophilie modérée. Vous réalisez une biopsie cutanée.*

**Question 2 = Quel site choisissez-vous (peau saine, peau bulleuse, peau péri-bulleuse...)? pour quelles techniques ?**

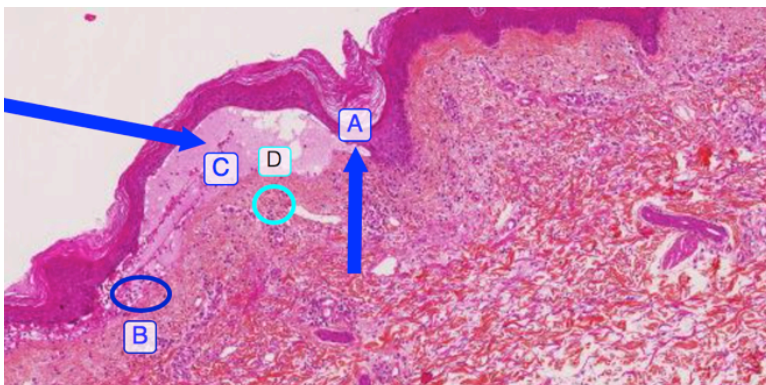
La biopsie se fait sur :

- une lésion bulleuse récente et intacte pour une étude histologique standard
- la peau saine, péri-bulleuse pour l'immunofluorescence directe (IFD)

L'IFD permet de localiser les anticorps qui peuvent être intra épidermique ou sous épidermique/ jonctionnels.

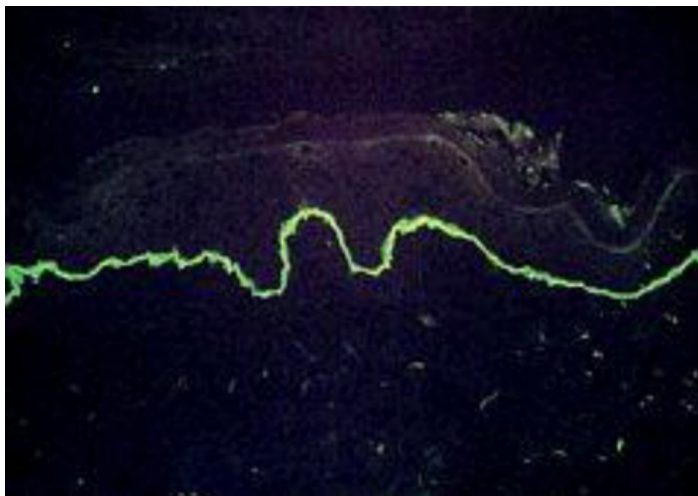
**Question 3 = Quelles sont les annotations A à D ?**

*Lame de la biopsie d'une lésion bulleuse :*



- A : Zone de clivage sous épidermique à la jonction dermo-épidermique
- B : PN éosinophiles dans la cavité bulleuse et dans le plancher dermique
- C : Bulle jonctionnelle contenant un exsudat
- D : Infiltrat dermique péri-vasculaire peu dense, contenant quelques PN éosinophile

*L'immunofluorescence cutanée directe, réalisée en peau péri-bulleuse, met en évidence des dépôts linéaires d'IgG et de C3 le long de la jonction dermoépidermique IFD :*



Dépôt linéaire fluorescent le long de la jonction dermo-épidermique

**Question 4 = Quel diagnostic retenir-vous?**

- En étude histologique standard on a une bulle jonctionnelle / sous épidermique
- En IFD on retrouve des dépôts linéaires d'IgG et de C3 le long de la jonction dermo-épidermique

=> Dermatose bulleuse auto-immune de la jonction, très probable pemphigoïde bulleuse

La **pemphigoïde bulleuse** est la DABI (dermatose bulleuse auto-immune) la plus fréquente, elle touche surtout les **sujets âgés**.

Elle débute fréquemment par un **prurit généralisé**, avec ou sans éruptions urticariennes ou eczématiformes.

Les **lésions bulleuses sont symétriques**.

Les atteintes muqueuses sont exceptionnelles

**Question 5 = Quels sont les signes de gravité d'une dermatose bulleuse ?**

- **Étendue** des lésions, **nombre** de bulles, **rapidité d'apparition** des bulles
- **Lésions muqueuses**
- **Retentissement sur l'état général** (personnes âgées ++)
- Toute forme étendue ou rapidement évolutive nécessite l'hospitalisation

**CAS N°3 :**



*Un homme de 43 ans vient vous consulter pour surveillance de ses nombreux grains de beauté. Vous décidez de retirer l'un de ses naevus, car il est en zone de frottement.*

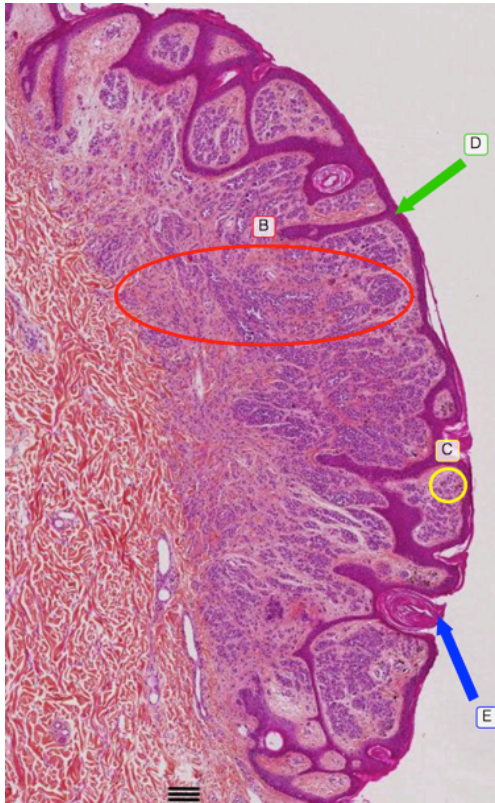


La description des lésions mélanocytaires comprend (*moyen mnémotechnique ABCDE*)

- (A)symétrie ?
- Bords réguliers ?
- Couleur homogène ?
- Diamètre ?
- Evolution ?

Lame du naevus du patient (HES) :

**Question 1 = A quoi correspondent les annotations A à E ?**



- A : Prolifération mélanocytaire dermique soulevant l'épiderme (ensemble de la tumeur sur la lame)
- B : Maturation cytotologique et architecturale des mélanocytes
- C : Mélanocytes intra épidermique
- D : Epiderme normal
- E : Bouchon cornée

Ici :

En histologie, la lésion est symétrique, ses bords sont réguliers, on observe un gradient de maturation architectural avec en superficie des thèques (groupement de cellules mélanocytaires) et en profondeur des nappes de cellules, ainsi qu'un gradient de maturation cytotologique avec en superficie des cellules larges et en profondeur des petites cellules.

*Vous concluez à un naevus naevocellulaire dermique bénin.*

*Quelques mois plus tard, le patient vous consulte à nouveau pour l'apparition d'une lésion pigmentée de la jambe gauche.*

**Question 2 = Quels sont les critères cliniques orientant vers une lésion mélanocytaire suspecte ?**

Une prolifération mélanocytaire peut être :

- bénigne : naevus
- maligne : mélanome

Les critères cliniques orientant vers une lésion mélanocytaire suspecte sont : (*rappel moyen mnémotechnique ABCDE*)



- Asymétrie
- Bords irréguliers
- Couleur hétérogène
- Diamètre >6 mm
- Evolution rapide

**Question 3 = Quelle est votre première hypothèse diagnostique? Pour la confirmer, réalisez-vous une biopsie ou une exérèse d'emblée?**

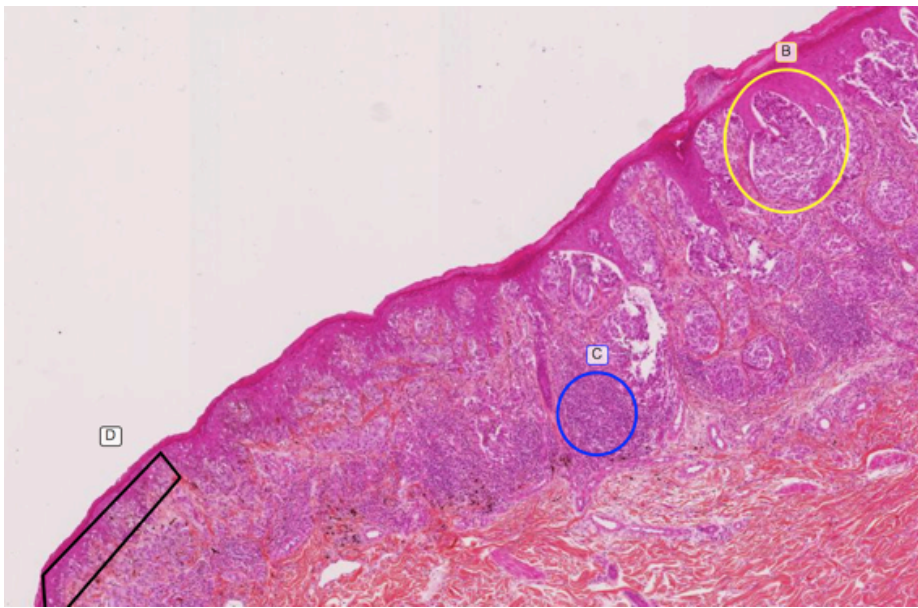
La première hypothèse diagnostique est un mélanome : tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes.

Pour la confirmer, on pratique une **exérèse complète d'emblée**.

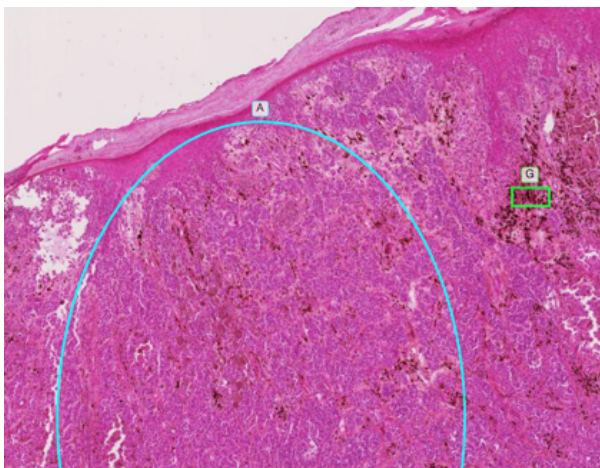
En effet quand on est face à une **lésion mélanocytaire suspecte il faut ABSOLUMENT réaliser une exérèse** de celle ci pour en déterminer sa profondeur d'invasion, calculée grâce à **l'indice de Breslow**, ou classée en niveau de Clark.

Lame de la lésion suspecte du patient (HES)

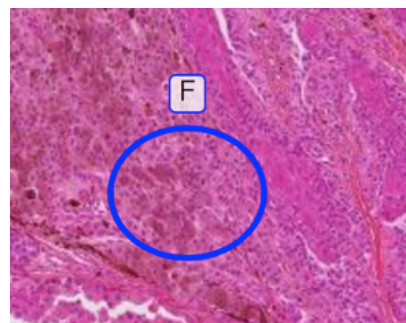
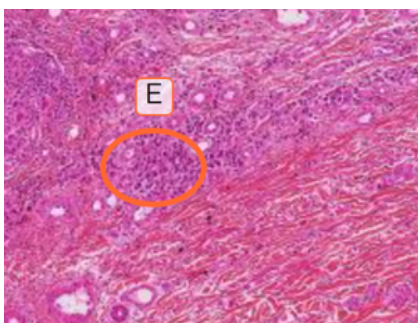
**Question 4 = A quoi correspondent les annotations A à G ? (je vous conseille d'aller voir directement la lame sur Moodle pour une vue d'ensemble)**



B : Thèques jonctionnelles de grande taille  
C : Infiltrat inflammatoire lymphocytaire  
D : Composante mélanocytaire latérale intra-épidermique



A : Prolifération tumorale mélanocytaire invasive  
G : Mélanophages



E : Infiltrat inflammatoire plasmocytaire

F : Mélanocytes atypiques, aux cytoplasmes éosinophiles abondants parfois pigmentés, aux noyaux nucléolés présentant des mitoses

Ici, on a une lésion asymétrique, le derme est envahi, sans gradients de maturation architectural et cytologique, et la mélanine (normalement dans l'épiderme uniquement) est dispersée au sein de la prolifération. On observe une **désorganisation** complète de l'architecture.

Les mélanocytes sont atypiques, irréguliers, plus nombreux et on voit des **mitoses**.

Un autre argument histologique en faveur de malignité est la présence d'une **réaction inflammatoire** au contact de la prolifération tumorale.

*L'anatomopathologiste conclue à un mélanome de type SSM (mélanome superficiel extensif), de niveau III, d'épaisseur 1,5 mm, non ulcéré, non régressif. L'exérèse est complète.*

L'indice de Breslow se calcule en mm, de la cellule la plus superficielle à la cellule la plus profonde de la lésion.

Les 5 niveaux de Clark sont fonction de la couche de la peau la plus profonde touchée par la lésion de I : in situ (ne franchit pas la membrane basale, pas de risque de métastase) à V : atteint l'hypoderme.

**Question 5 = Quels autres types de mélanome connaissez vous ?**

- Superficiel extensif (SSM) : le + fréquent
- Lentigineux de type Dubreuilh (sujets âgés ++, peau insolaée)
- Acro-lentigineux
- Nodulaire (parfois achromique !)

**Question 6 = Quelle prise en charge dermatologique proposez-vous? Rappelez les facteurs de risque de mélanome.**

En fonction de l'indice de Breslow, il faut reprendre les marges d'exérèse :

Epaisseur	Marges
In situ	0,5 cm
0-1 mm	1 cm
1-2 mm	1 à 2 cm
>2 mm	2 cm

On peut proposer la technique du ganglion sentinelle, mais cela n'est pas obligatoire (facteur pronostic permettant d'observer l'extension loco-régionale).

Le patient doit être examiné régulièrement, on doit lui donner des conseils d'autosurveillance, ainsi que des conseils de photoprotection et dépister les apparentés au premier degrés du patient.

Les facteurs de risques de mélanome sont :

- **ATCDs** personnel ou familiaux de mélanome
- Nombre élevé de naevus
- Syndrome de naevus atypique (>50 naevus, souvent de grande taille, et atypiques)
- **Phototype clair** : peau claire, cheveux blonds ou roux, éphélides (= tâches de rousseur)
- **Expositions solaires intenses**

## CAS N°4

Un homme âgé de 83 ans vient vous voir pour des taches pigmentées du dos des mains, du visage et du décolleté, apparues progressivement au fil des années. Vous examinez l'ensemble du tégument et ne trouvez pas d'autres lésions. Il vous raconte qu'il aime particulièrement le soleil de la côte d'azur et qu'il bronze bien.  
**Question 1 : Quels conseils dermatologiques préconisez-vous ?**

Le patient présente des lésions sur les mains, le visage et le décolleté, qui correspondent à des zones photo exposées. On lui préconise la **photo protection** (diminution de l'exposition au soleil, crème solaire) et l'**auto surveillance de ses lésions** car il est à risque de développer des lésions pré cancéreuses, à malignité potentielle, pouvant évoluer progressivement vers un cancer invasif.

### COMMENT SE PROTEGER ?

**1 - Vêtements = photo protection vestimentaire dite « passive »**

**C'est l'élément essentiel :**

- . Chapeau,
- . Tee-shirt,
- . Lunettes.

**2 - Produits anti-solaires = photo-protection « active ».**

**C'est un complément à la condition d'un choix et d'une application selon certains critères d'efficacité.**

- Anti-UVB et anti-UVA (les anciens filtres solaires ont une action réduite sur les UVA moyens et longs).
- Il doit être fait mention d'un facteur de protection solaire (FPS) ou d'un indice de protection (IP).

**Pour l'instant, c'est la capacité à se protéger du coup de soleil qui est utilisée pour calibrer les produits anti-solaires. L'alarme est supprimée, l'exposition prolongée ainsi permise pourrait malgré tout entraîner des dégâts.**

Ce patient présente des **lésions d'héliodermie**, c'est du vieillissement cutané **lié à l'exposition solaire prolongée**, qui correspond à:  
-une **diminution de l'épaisseur cutanée** et une altération du tissu élastique —> fragilité cutanée  
-une **diminution des mélanocytes** —> protection contre les UV diminuée  
-une diminution des **cellules de Langerhans** —> diminution de la réponse immunitaire  
-une diminution des annexes et **sécrétions sudorales et sébacées** —> sécheresse cutanée

En elle même l'**héliodermie est bénigne**, non grave, mais on sait que les patients avec des lésions d'héliodermie sont des terrains plus à risque de développer des mélanomes et des carcinomes car ils ont beaucoup été exposés au soleil.

#### Effets des UV sur la peau :

UVA	UVB
<b>Derme et épiderme</b>	<b>Epiderme +++</b>
Coup de soleil (rôle pour 20 %)	Coup de soleil qq heures après expo solaire intense (rôle pour 80 %)
<b>Pas d'effet protecteur</b> (pas d'épaississement de la couche cornée) + <b>effet nocif des UVA artificiels</b>	<b>Épaississement de la couche cornée</b> après qq jours —> <b>protection naturelle</b>
<b>Hâte immédiat</b> , bronzage (rôle pour 20 %)	<b>Pigmentation retardée</b> (bronzage 80%): néo-synthèse de mélanine

UV et vieillissement	
UVA ET UVB +++	qui pénètrent <b>plus profondément dans le derme</b>
UVA	<b>augmentent la fraction du collagène insoluble</b> et participent au photo vieillissement  <b>modifient de l'élastine</b> responsable de l'élastose solaire= hyperplasie des fibres élastiques.
UVB	altèrent également le <b>collagène</b>

### UV et cancer :

- altérations de l'ADN (**mutations**)
- production de **cytokines: promotion tumorale**
- **altération** du gardien du génome: la **protéine P53**
- immunosuppression
- par effet des UVB mais **surtout des UVA+++**

*Il revient vous voir l'année suivante, car il n'a pas vraiment suivi vos conseils et a noté l'apparition d'une lésion en relief entre les sourcils.*

### **Question 2 : Comment décrivez-vous cette lésion ? Quelle est votre hypothèse clinique ?**

On reprend la méthode **ABCDE** pour décrire la lésion :

**A**symétrique

**B**ords irréguliers

**C**ouleur hétérogène

**D**iamètre ?

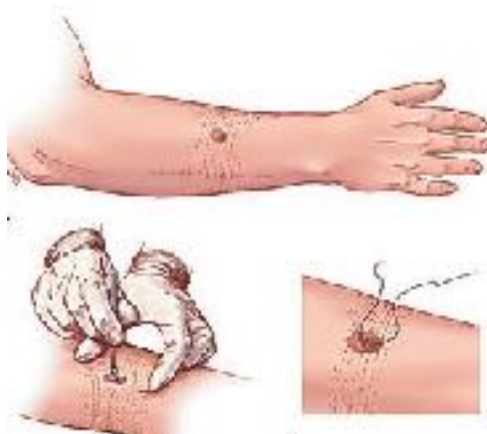
**E**volution ...

Cette lésion est située dans une zone photo exposée, elle est papulo-croûteuse avec un **aspect brillant qu'on appelle la perle**.

La **perle est typique du carcinome basocellulaire (baso)**, le plus fréquent chez la personne âgée qui s'est beaucoup exposée.

### **Question 3 : Quel geste de prélèvement à visée diagnostique proposez-vous ? Détaillez-le.**

On fait une **biopsie simple pour les baso** (contrairement au mélanome ou on fait une exérèse complète). Pour rappeler, le mélanome se développe à partir des mélanocytes, alors que le carcinome se développe à partir des kératinocytes (cellules majoritaires de l'épiderme).



*Biopsie cutanée pour confirmer le diagnostic*

- Désinfection préalable
- Anesthésie locale
- Biopsie au punch de 4mm - Suture par un fil.

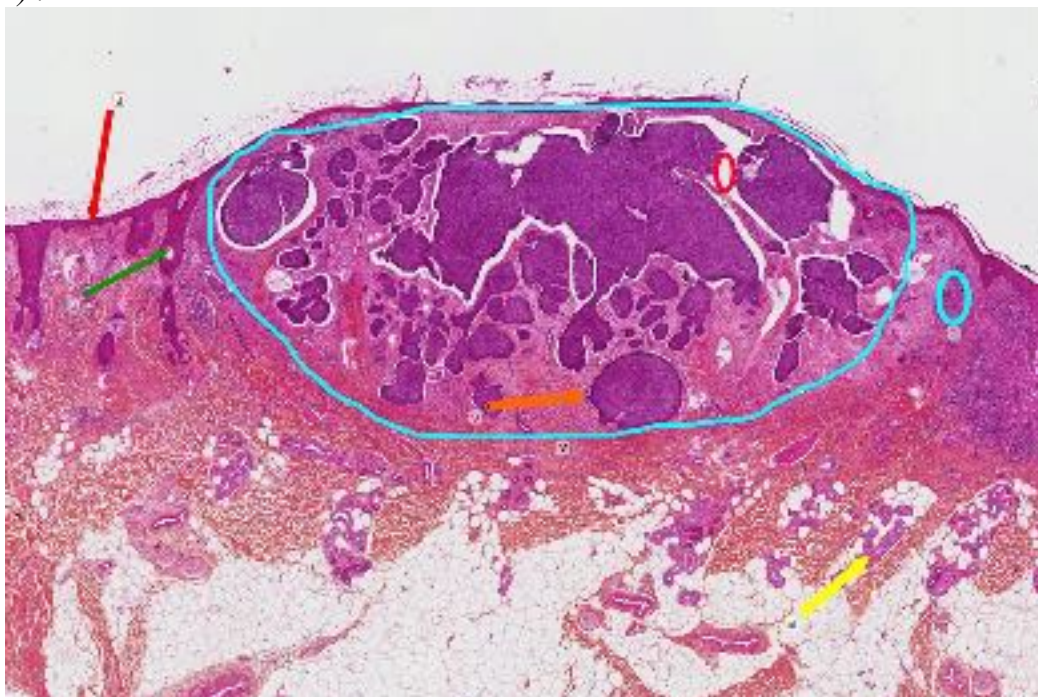
*Fragment biopsique fixé en formol :*

- adressé au laboratoire d'anatomie pathologique,
- avec une feuille de demande remplie

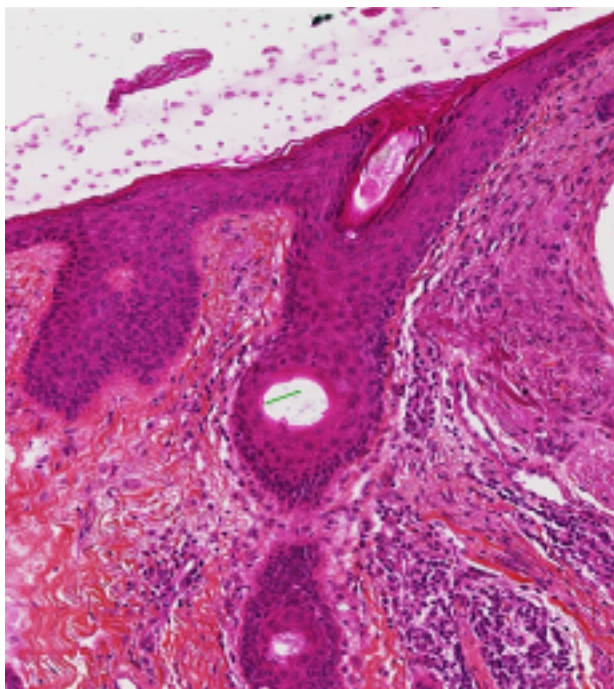
*Le pathologiste reçoit au laboratoire votre prélèvement.*

**Question 4 : A quoi correspondent les annotations A à G sur la lame HES 1 cas 4 parmi les propositions suivantes ?**

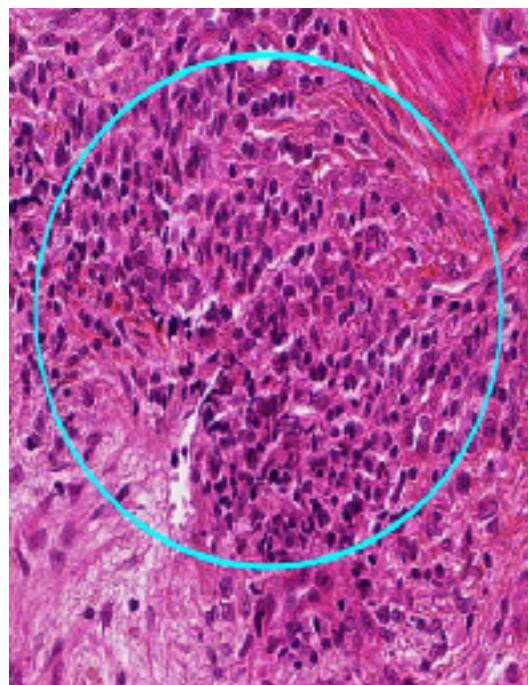
Voici la préparation histologique colorée en HES après fixation en formol et inclusion en paraffine (Lame 1) :



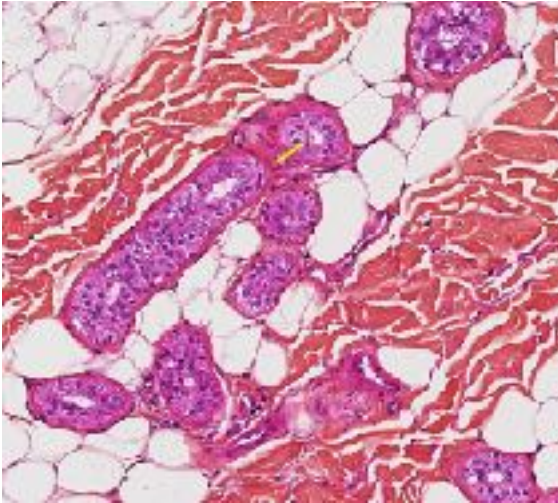
**Annotation A : Prolifération épithéliale dermique qui naît de l'épiderme.** La lésion est un carcinome, elle se développe donc à partir des cellules épithéliales de l'épiderme (kératinocytes), et envahit le derme.



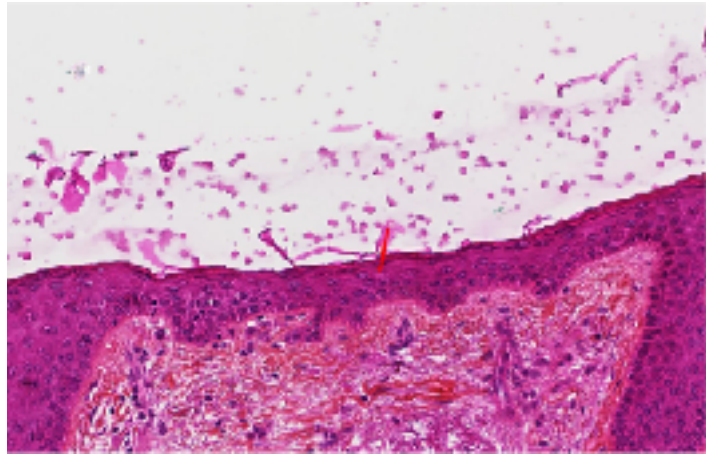
**B : Follicule pileux**, on voit une invagination de l'épiderme (+ foncé) dans le derme, avec une lumière au milieu où se développe le poil.



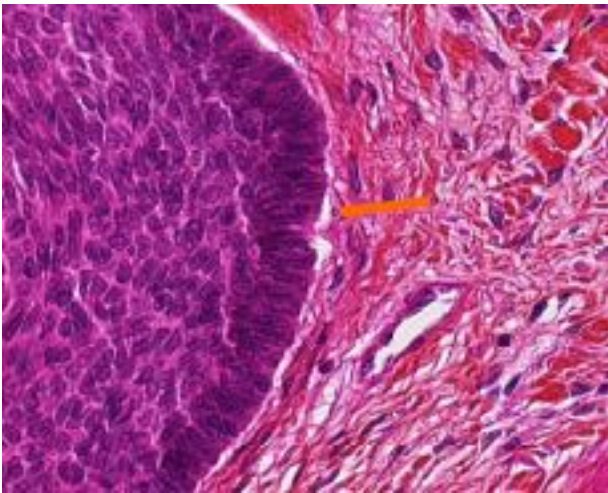
**C : Infiltrat inflammatoire pérítumoral** (petits noyaux = lymphocytes)



E: Glandes sudorales



F: Epiderme adjacent à la lésion, normal



G : lobule de cellules basaloïde avec **palissade périphérique**. La palissade est un critère architectural du carcinome basocellulaire.

**Question 5 : La prolifération étant bien limitée au sein du derme, quel type histologique retenez-vous ?**

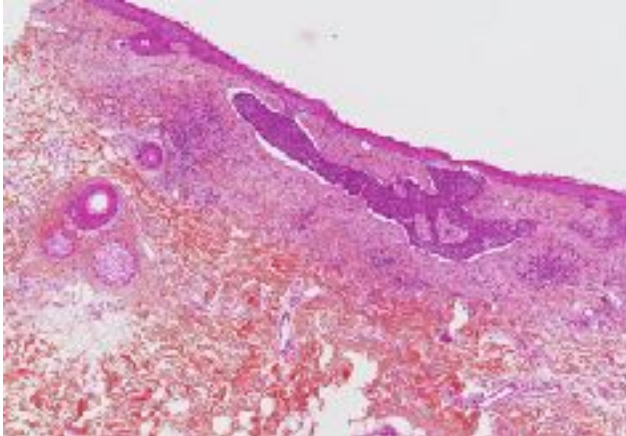
Prolifération **tumorale épithéliale maligne = carcinome**. On retient donc le carcinome basocellulaire grâce à la présence de la palissade, et **de type nodulaire car il est bien délimité**. C'est le **cancer cutané le plus fréquent, il augmente de fréquence avec l'âge, prédomine en peau photo exposée**.

Plusieurs tumeurs sont possibles chez un même patient au cours du temps.

*A l'examen clinique, outre cette lésion d'allure tumorale, vous trouvez également une seconde lésion suspecte du dos. Elle est maculeuse, crouteuse et télangiectasique au pourtour. Les aires ganglionnaires sont libres.*



**Question 6 : Sur la biopsie de la lésion du dos, les lobules de cellules basaloïdes restent appendus à la face profonde de l'épiderme. Qu'en concluez vous ?**



Lame 2

On décrit **carcinome basocellulaire de type superficiel** car il est appendu à l'épiderme, dans le derme.

**Question 7 : Connaissez-vous d'autres types histologiques de carcinome basocellulaire ?**

Il existe **4 types histologiques de carcinome basocellulaire** :

- **nodulaire** : le plus fréquent, chez la personne âgée en zone photoexposée, comme dans la 1ère lésion
- **superficiel** comme c'est le cas dans la 2ème lésion
- l'infiltrant avec des fines travées très en profondeur
- sclerodermiforme, infiltrée (peau de la lésion très dure)

*Vous faites alors réaliser l'exérèse de ces deux lésions, et l'examen histologique confirme les diagnostics portés sur les biopsies.*

*Le patient vous demande alors s'il peut avoir des métastases.*

**Question 8 : Que lui répondez-vous ? Que proposez-vous comme suivi ?**

La **particularité du carcinome basocellulaire (tous types histologiques)** est qu'il ne métastase jamais, à l'inverse du carcinome épidermoïde ou du mélanome. Son **évolution est purement loco-régionale**, elle peut être très importante et infiltrer tous les tissus aux alentours (jusqu'à l'os) mais **ne va jamais envahir les ganglions**.

Le risque principal de ce cancer est donc cette extension locale et la récurrence. On propose donc au patient une surveillance clinique dermatologique.

**Conclusion du Cas n°4, à retenir :**

- le **carcinome cutané le + fréquent est le basocellulaire**, il se développe à partir des **kératinocytes de l'épiderme** comme le carcinome épidermoïde, et sa particularité est qu'il **ne métastase jamais**
- **effets des UVA et UVB sur la peau, le vieillissement cutané et les cancers**
- **sémiologie cutanée du carcinome basocellulaire et ses variantes**