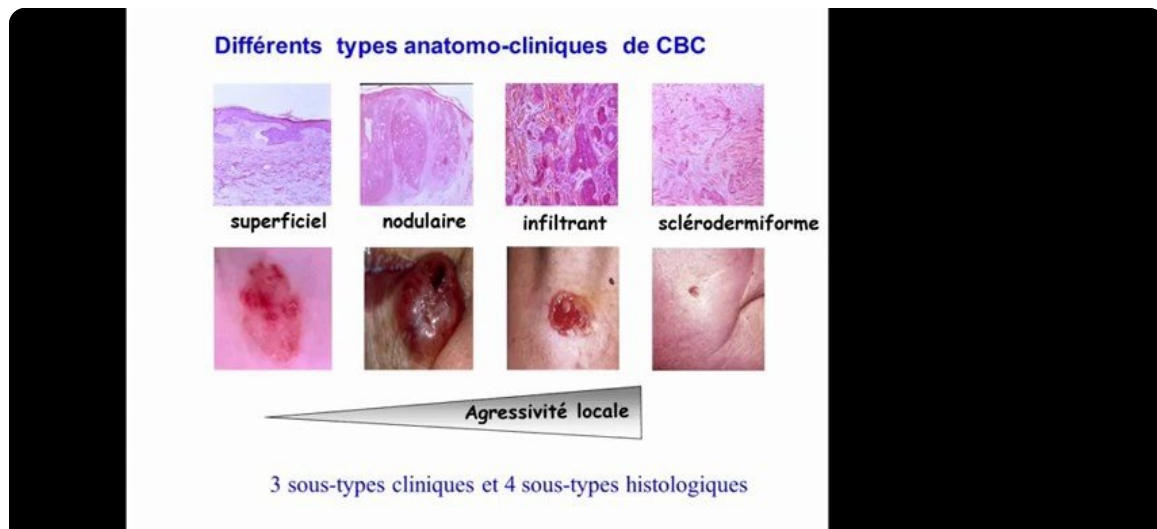


#001

Carcinomes basocellulaires — sous-types et clinique



Carcinome basocellulaire : 3 sous-types cliniques (superficiel, nodulaire, sclérodermoïde) et 4 sous-types histologiques, avec un gradient d'agressivité locale croissant.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Tumeur épithéliale maligne la plus fréquente chez l'adulte, développée de novo (jamais sur lésion précancéreuse), uniquement cutanée (jamais muqueuse), sans potentiel métastatique mais localement agressive.
- Facteurs de risque principaux : expositions solaires intermittentes aiguës (contrairement au carcinome épidermoïde), phototype clair.
- Forme nodulaire : la plus fréquente, perle épithéliomateuse translucide bordant une ulcération centrale ; forme superficielle : plaque érythémato-squameuse extensive, souvent tronculaire ; forme sclérodermoïde : la plus agressive localement, cicatricielle et mal limitée, risque de récurrence élevé.
- Facteurs de mauvais pronostic (récurrence locale) : localisation céphalique (zone à risque : nez, sillons, oreilles), forme mal limitée (sclérodermoïde), grande taille ; traitement de référence = exérèse chirurgicale avec marges adaptées au sous-type.

Carcinome épidermoïde et lésions précancéreuses

TUMEURS EPITHELIALES FACTEURS DE RISQUE



CARCINOMES EPIDERMOÏDES

Exposition solaire cumulative

HPV oncogènes

De novo ou sur lésion pré cancéreuse

- Kératose actinique
- Leucoplasie

Cutané ou muqueux

Carcinome in situ

Carcinome invasif

Métastases à distance

Kératoses actiniques multiples du scalp chauve (exposition solaire cumulative) et leucoplasie buccale : deux lésions précancéreuses pouvant évoluer vers un carcinome épidermoïde in situ puis invasif.

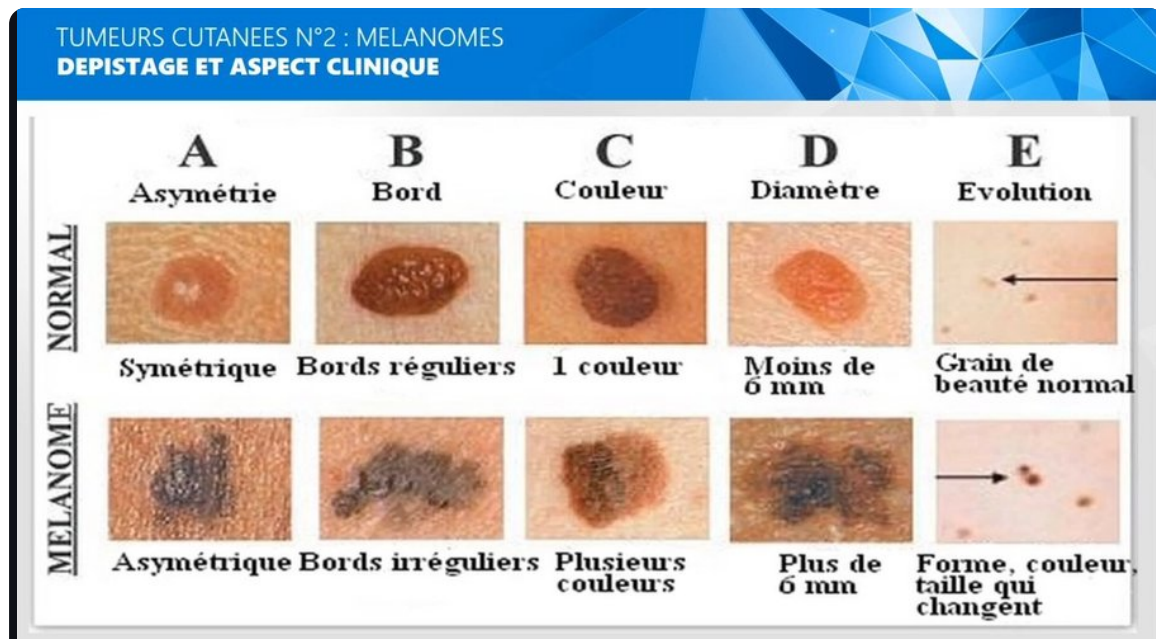
Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Contrairement au carcinome basocellulaire : le carcinome épidermoïde est lié à l'exposition solaire cumulative (dose totale de vie), peut être cutané OU muqueux, se développe de novo ou sur lésion précancéreuse, et possède un vrai potentiel métastatique.
- Lésions précancéreuses à connaître et traiter : kératose actinique (zones photo-exposées, risque de transformation faible par lésion mais fréquence élevée), leucoplasie (muqueuse buccale/génitale), cicatrices de brûlure, plaies chroniques.
- Autre facteur de risque à ne pas oublier : HPV oncogènes, en particulier pour les localisations muqueuses (génitales, oropharyngées) et péri-unguéales.
- Facteurs de mauvais pronostic : taille, profondeur d'invasion, degré de différenciation histologique, site anatomique à risque (lèvre, oreille), immunosuppression (risque et agressivité fortement majorés chez le transplanté d'organe).

Chez le transplanté d'organe sous immunosuppresseurs au long cours, le risque de carcinome épidermoïde est multiplié par plusieurs dizaines : une

surveillance dermatologique régulière et une photoprotection stricte sont indispensables.

Mélanome — dépistage et règle ABCDE



Règle ABCDE : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur inhomogène (plusieurs couleurs), Diamètre > 6mm, Évolution (forme/couleur/taille qui changent) — tout critère présent doit faire suspecter un mélanome.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Tumeur issue des mélanocytes, la plus agressive des tumeurs cutanées, incidence et mortalité en augmentation constante : le dépistage précoce est l'enjeu majeur (« DÉPISTER » avant tout).
- Règle ABCDE de dépistage : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur inhomogène, Diamètre > 6mm, Évolution — la règle du « vilain petit canard » (aspect discordant du naevus par rapport aux autres) est un signe d'alerte complémentaire à toujours rechercher.
- Facteurs de risque à rechercher : phototype clair, exposition solaire intense intermittente (surtout dans l'enfance), antécédent personnel/familial de mélanome, syndrome du nævus atypique, nombre élevé de nævus, immunodépression.
- Toute suspicion clinique impose une exérèse chirurgicale à visée diagnostique (jamais de simple biopsie partielle) avec examen anatomopathologique systématique — le diagnostic de certitude est histologique.

Mélanome — facteurs pronostiques et prise en charge

Place du Ganglion Sentinelle GS

ACTUALISATION 2018 DES DONNEES CONCERNANT LE MELANOME STADE III :
NOUVELLES RECOMMANDATIONS DU GROUPE
DE CANCEROLOGIE CUTANEE de la SFD

- Ganglion Sentinelle **recommandé** lorsqu'un **traitement adjuvant** est envisagé
- Si refus ou contre-indication du ttt adjuvant, GS reste une option
- Avant de procéder à la technique du GS, faire **bilan d'extension** : écho ganglionnaire 1^{er} relais / scanner CTAP ou PETscanner + imagerie cérébrale

Le ganglion sentinelle est recommandé quand un traitement adjuvant peut être proposé (mélanome > 1mm d'épaisseur) : repérage du premier relais ganglionnaire, intérêt pronostique et thérapeutique.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Facteur pronostique histologique majeur = indice de Breslow (épaisseur tumorale en mm), à côté de l'ulcération, de l'index mitotique et du niveau de Clark — le Breslow conditionne les marges chirurgicales et la suite de la prise en charge.
- Tumeur primitive isolée : chirurgie d'exérèse complète jusqu'au fascia, marges déterminées selon le Breslow ; suivi clinique (et imagerie si Breslow élevé).
- Ganglion sentinelle : recommandé si un traitement adjuvant peut être proposé (Breslow > 1mm), permet le repérage du premier relais ganglionnaire par scintigraphie + colorant bleu, avec intérêt pronostique et pour la décision thérapeutique adjuvante.
- Mélanome métastatique : recherche systématique de la mutation BRAF (conditionne le traitement) — thérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK) si mutation présente, immunothérapie (anti-PD1 +/- anti-CTLA4) en 1^{ère} intention sinon.

Un mélanome intra-épidermique (in situ) réséqué complètement guérit dans la quasi-totalité des cas ; au-delà, le risque de récurrence et de métastase

augmente directement avec l'indice de Breslow — d'où l'importance capitale du dépistage précoce.

Lymphomes cutanés T — mycosis fongoïde

Tumeurs cutanées
LYMPHOMES CUTANES

MYCOSIS FONGOÏDE



Stade 1 *plusieurs années / régression possible / biopsies itératives*

- Prurit
- Plaques fines
- Erythémato-squameuses
- Alternance limites nettes et floues
- Zones non photo-exposées
- Disparition puis récurrence sous DCS

Mycosis fongoïde, stade 1 (plusieurs années d'évolution possible, régression possible) : plaques fines érythémato-squameuses, limites alternant nettes et floues, prédominant en zones non photo-exposées.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Lymphome T cutané le plus fréquent, évolution habituellement très lente sur plusieurs années, avec des biopsies itératives souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic (aspect histologique parfois non spécifique aux stades précoces).
- Stade 1 (précoce) : plaques fines érythémato-squameuses, prurigineuses, à limites alternant nettes et floues, prédominant en zones non photo-exposées ; peuvent régresser puis récidiver sous dermocorticoïdes.
- Évolution possible vers des tumeurs cutanées infiltrées (stades plus avancés), voire une érythrodermie ; le pronostic reste globalement favorable dans les stades précoces limités à la peau.
- Diagnostic différentiel important aux stades précoces : eczéma chronique, psoriasis, autres dermatoses érythémato-squameuses — la biopsie cutanée avec analyse du clone T est l'examen clé en cas de doute persistant.

#006

Syndrome de Sézary

es
CUTANES

SYNDROME DE SEZARY



- Erythrodermie d'emblée
- Sèche ou œdème à gros plis
- Prurit intense insomniant
- Hyperpigmentation
- Adénopathies

*Cellules de Sézary > 1000/mm³ dans le sang
CD4/CD8 > 10
Clone T circulant*

Syndrome de Sézary : érythrodermie d'emblée, sèche ou avec œdème à gros plis, associée à un prurit intense insomniant et des adénopathies.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Forme leucémique et érythrodermique agressive de lymphome T cutané, souvent considérée comme apparentée au mycosis fongoïde mais d'emblée disséminée (peau, sang, ganglions).
- Triade clinique caractéristique : érythrodermie généralisée d'emblée (sèche ou avec œdème à gros plis), prurit intense et insomniant, adénopathies superficielles ; hyperpigmentation possible.
- Diagnostic biologique : présence de cellules de Sézary circulantes (> 1000/mm³ dans le sang), rapport CD4/CD8 très augmenté (> 10), mise en évidence d'un clone T circulant.
- Prise en charge multidisciplinaire spécialisée (photophérèse extracorporelle, rétinoïdes, interféron, chimiothérapies selon les cas) ; pronostic plus réservé que le mycosis fongoïde localisé du fait du caractère d'emblée disséminé.

Devant toute érythrodermie inexpliquée de l'adulte, penser systématiquement au syndrome de Sézary parmi les diagnostics différentiels (avec le psoriasis érythrodermique, la dermatite atopique sévère et les toxidermies).

