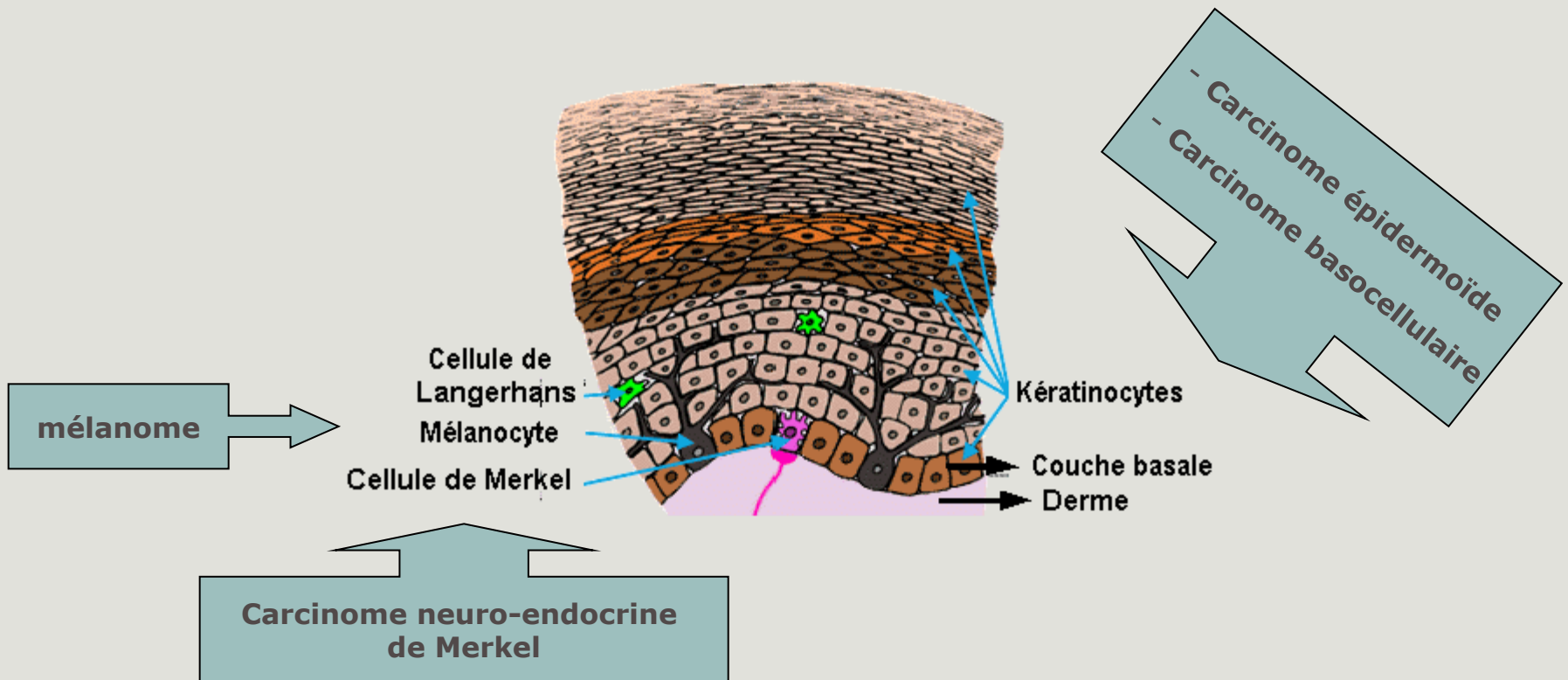


Diagnostic des cancers cutanés

Delphine Legoupil
CHU de BREST

Les cellules de la peau



K cutanés chez les sujets âgés

Augmentation d'incidence chez les sujets âgés des tumeurs cutanées (↑ espérance de vie et exposition solaire)

Plusieurs types :

- **Carcinomes basocellulaires**
 - Le plus fréquent mais le moins grave...
- **Carcinomes épidermoïdes**
- Mélanomes : Dubreuilh +++
- Carcinome de Merkel
- Autres tumeurs plus rares
 - Tumeurs annexielles
 - Angiosarcome,...



PLAN

I : lésions précancéreuses

- KA et maladie de Bowen

II : carcinome épidermoïde

III : carcinome basocellulaire

IV : mélanome

V : K cutanés et âge - Synthèse

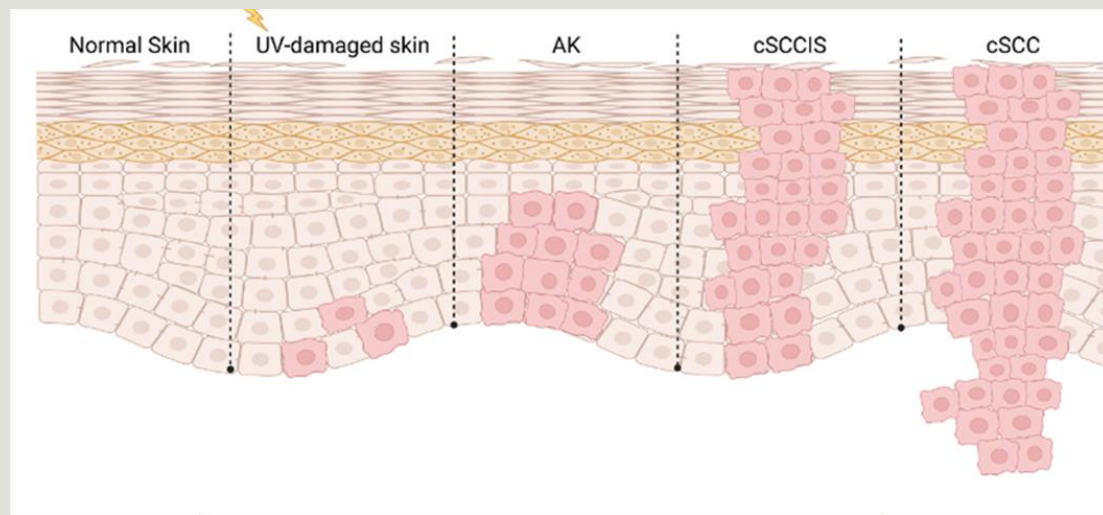
I. Les lésions précancéreuses

Les kératoses actiniques

- **FDR** : âge, HPV, soleil ++ et phototype clair
- Évolution variable mais elles peuvent se transformer en CE (10% ?)
- Ttt médicaux : cryoT, PDT, 5 FU topique (efudix*,tolak*), imiquimod (aldara* zyclara*)

La maladie de Bowen

- CE *in situ* → infiltrant
- Ttt : chirurgical
ou médical : cryoT, 5 FU topique



I. KA : diagnostic clinique +++

Très fréquent +++ notamment dans la population âgée

Diagnostic clinique =

- Lésions squameuses superficielles +/- hyperkératosiques, chroniques, situées sur des zones photo-exposées (tête et cou, mains, jambes,...)
- **Palpation** : rugueuses au toucher
- Érythémateuses le plus souvent
- +/- prurigineuses, sensibles,...
- Isolées/ confluentes (champ de cancérisation)

Formes particulières =

- Forme lichénoïde pigmentée (dermatoscopie, biopsie)
 - LM, CBC superficiel tatoué
- Chéilite actinique
- Corne cutanée





Champ de cancérisation



Concept essentiel : traitement plus global

- Atteinte cutanée de l'ensemble d'une zone : KA +/- MB, CEC, ...

→ Nécessité de traiter les **lésions cliniques ET infra cliniques**



Petit quizz !



Patient adressé par son oncologue devant l'apparition de lésions inflammatoires et douloureuses du cuir chevelu ?

Que suspectez vous ?



Inflammation de KA soit cliniquement visibles soit infra cliniques par sa chimiothérapie :

- 5 FU IV, XELODA, CAPECITABINE
- TAXANES
- DOXORUBICINE
- Sels de platines
- Atézolizumab

Peut favoriser leur disparition

→ dermocorticoïdes

I. KA : Traitements

Traitement de l'hyperkératose : cryothérapie/ curetage/ crème à l'urée/ vaseline salicylée

Plusieurs traitements (seuls ou combinés) =

- Cryothérapie
- 5FU (EFUDIX *, TOLAK *) +/- calcipotriol
- Imiquimod (ALDARA *, ZYCLARA *)
- PDT
- Laser CO2
- RT : en cas d'échec des autres ttt

CHAMP de
CANCERISATION

Fiches d'informations patients +++

- SFD

TTT: cryothérapie



Sur les KA hyperkératosiques ++

Modalités : 2 x 10 secondes

Avantages : rapide

Inconvénients : dl, **hypopigmentation résiduelle**,
lésions visibles

Indications: KA hyperK, peu de lésions, patient peu
compliant

Ttt : 5 FU crème (Efudix*, Tolak*)

AMM :

- KA non hyperkératosique ou hypertrophique (grades Olsen I-II), tête et cou
- Mie Bowen
- DPD ?

1 à 2/ j pendant 3-4 semaines (EFUDIX) durée de conservation = 3 mois

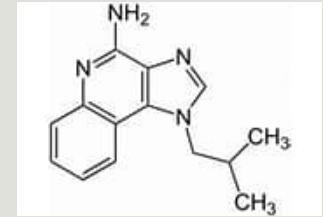
1/j – 4 semaines (TOLAK) – durée de conservation du tube = 1 mois (SS 15 %-)

Effets 2nds : inflammation +/-

- Érythème → nécrose
- Infos +++
- Compliance ?



Ttt : imiquimod



Immunomodulateur (ligans TLR 7-8 → sécrétion de cytokines/ activation de la voie des caspases → apoptose)

AMM : KA non hyperK, visage et CC, chez l'adulte IC en 2^e intention

- KA :
 - ALDARA * 5% (1 boîte de 12 sachets – SS 65%- 51 euros) : 3 j (1 à 2 sachets /semaine – 4 sem à 8 sem - 8h env. de contact
 - ZYCLARA* 3,75 % (1 boîte de 28 sachets – SS 15% - prix 52 euros)
: 1 (1 à 2 sachets) /j / 2 semaines, 2 semaines de pause puis 1/j/ 2 semaines – 8 h de contact

Effets 2nds : inflammation

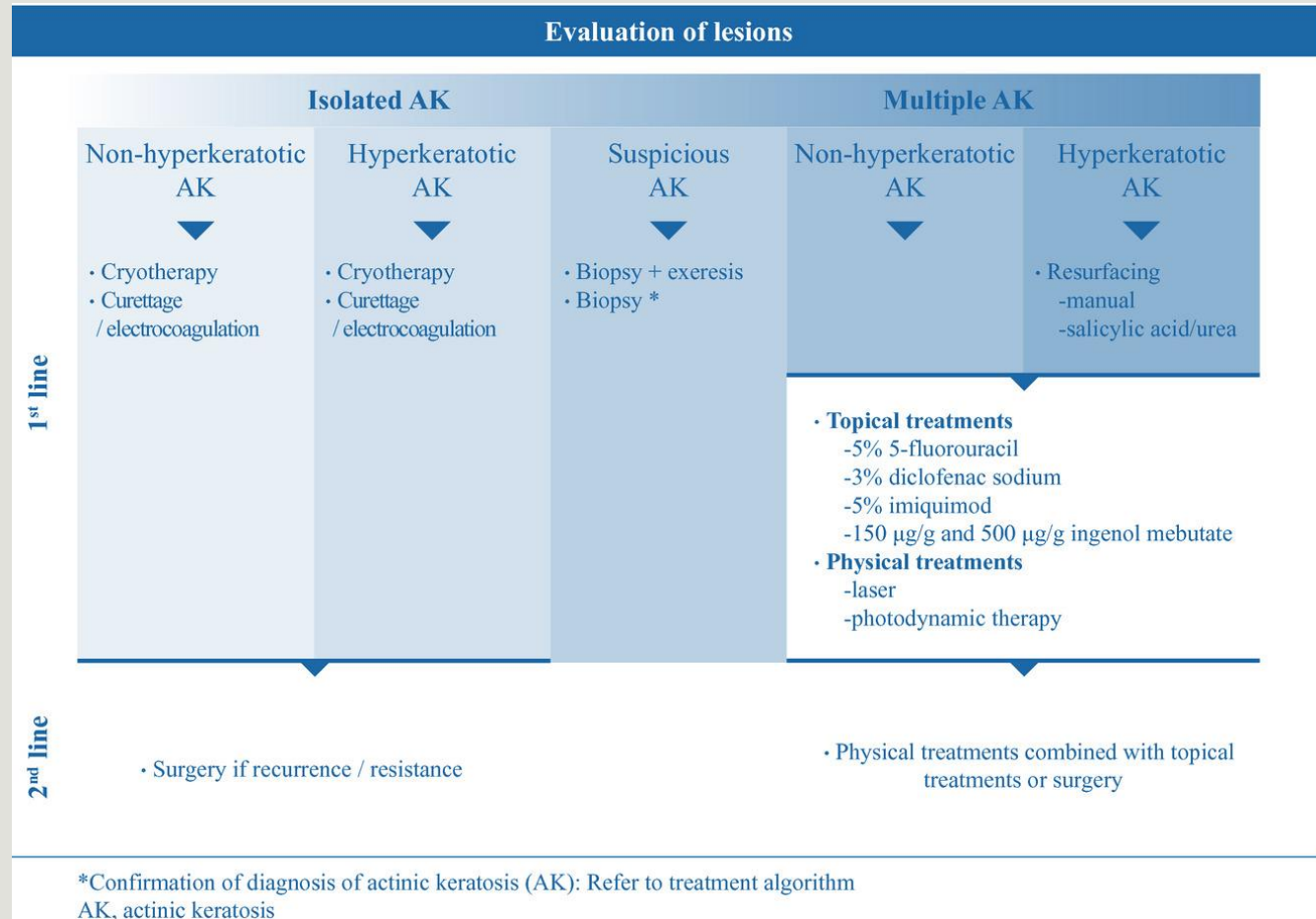
- Érythème → nécrose
- Syndrome pseudo grippal
- cicatrice



Effets secondaires cutanés



Algorithmme (Dréno. B. EADV 2014)



Faut il traiter les KA ?



OUI et notamment chez l'ID, grand champ de cancérisation, zones à risque, KA hyperkératosique, atcds personnels K mais à adapter à l'EG du patient !!!

- à visée de confort
- à visée esthétique
- et possiblement pour diminuer le risque d'évolution vers un CE

Maladie de Bowen

Carcinome *in situ* → CE

FDR idem KA

Diagnostics différentiels : CBCs, KA, SSM, lichen, psoriasis, maladie de Paget,...

Dermatoscopie/ MC +/- **BIOPSIE**

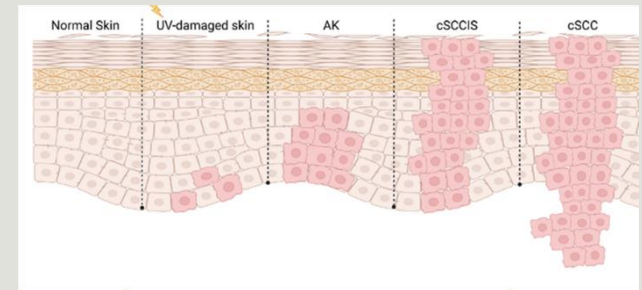
Traitements : idem KA + **chirurgie**



III. Carcinomes épidermoïdes cutanés

Souvent précédé par une KA (ou une maladie de Bowen), sur ulcère chronique, brûlure ancienne,...

UV+, HPV (16,18), Arsenic, goudrons, tabac



Immuno-déprimés (hémopathies, greffés d'organe) +++

Formes cliniques :

- Ulcéro-végétant, bourgeonnant ou verruqueux

→ croissance plus rapide et risque métastatique + surtt gg

Kératoacanthome

Carcinome épidermoïde de bas grade

Lésion de croissance rapide, avec auto-involution possible

Aspect de « tomate farcie »

TTT :

- chirurgical
- si difficilement opérable : MTX intra lésionnel







Formes très avancées



Formes particulières



biopsie

Classifications CE

Critères cliniques de mauvais pronostic

- Récidive locale ;
- Adhérence au plan profond ;
- Signe neurologique d'envahissement (facial, trijumeau) ;
- Immunodépression ;
- Diamètre ≥ 10 mm (zone à risque*) ou ≥ 20 mm (zone à moindre risque*).

Critères histologiques de mauvais pronostic

- Invasion périnerveuse ;
- Degré de différenciation cellulaire moyen à non différencié ;
- Desmoplastique > muco-épidermoïde > acantholytique ;
- Niveau de Clark \geq IV ;
- Épaisseur > 3 mm (ou 5 mm pour certains auteurs).

***Zones à risque** : zones péri-orificielles (nez, lèvre, oreille externe, paupière) ; cuir chevelu ; zones non insolées (périnée, plante des pieds, ongle) ; radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation ou ulcère chroniques.

Zones à moindre risque : autres localisations de l'extrémité céphalique, du tronc et des membres.

GROUPE 1 - absence de critère de mauvais pronostic

- Risque très faible de récurrence et/ou de métastases.

GROUPE 2 - au moins un critère de mauvais pronostic.

- Risque de récurrence et/ou de métastases : de moyen à très haut, en fonction des critères présents (nombre et valeurs).

Traitements

Formes localisées

○ Chirurgie +++

- Pour le groupe 1 : marges cliniques de 4 à 6 mm et marge profonde hypodermique
- Pour le groupe 2 : marges de 6 à 10 mm en 2 tps si besoin

- Radiothérapie (+/_ CT) si lésion inopérable ou après chirurgie en adjuvant si haut risque de récidence

Formes LA/N+

- Dr Bourien



Algorithmes de prise en charge thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané invasif. Recommandations de prise en charge du Groupe de Cancérologie Cutanée de la Société Française de Dermatologie - 21/11/25

Algorithms for the therapeutic management of invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Management recommendations of the Cutaneous Oncology Group of the French Society of Dermatology

Doi : 10.1016/j.ijfander.2025.06.006

C. Gaudy-Marqueste ^{a,*, 1}, S. Dalac ^b, E. Funck-Brentano ^c, T. Jouary ^d, C. Lebbé ^e, M.-T. Leccia ^f, H. Montaudie ^g, G. Quereux ^h, M. Samimi ⁱ, L. Mortier ^j, E. Maubec ^{k, 1}

au

nom du Groupe de Cancérologie Cutanée de la Société Française de Dermatologie

III. Carcinomes baso-cellulaires

- Cancer cutané le plus fréquent (800 sur 100000 chez l'homme, 550 sur 100000 chez la femme)
- Peu de pouvoir métastatique (<0,5%) mais survie à 5 ans de 10% si M +
- Lié à l'exposition solaire, rayons X, phototype clair
- Maladies génétiques : XP, syndrome de Gorlin,...

Carcinomes baso-cellulaires

Formes cliniques :

- 1- Nodulaire ++
- 2- Superficiel ou pagétoïde
- 3- Sclérodermiforme
 - Toutes ces formes peuvent être tatouées (4) et/ou ulcérées (ulcus rodens)



Formes histologiques :

- Idem + infiltrant

Forme nodulaire typique



Papule perlée

Vx arborescents

ulcération



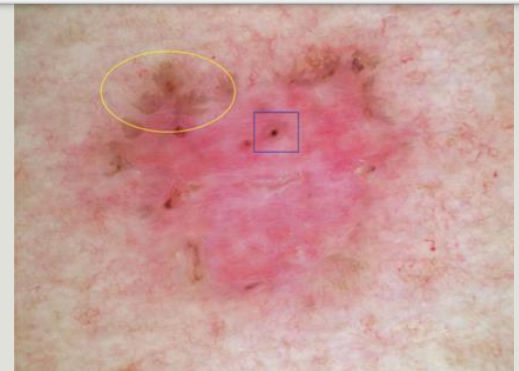
CBC sclérodermiforme



CBC tatoués



CBC superficiels



CBC: groupes pronostiques

selon le type histologique, la taille et la localisation

- **Le groupe de mauvais pronostic comprend :**

- les formes cliniques sclérodermiformes ou mal limitées et les formes histologiques agressives ;
- les formes récidivées (à l'exception des CBC superficiels) ;
- les CBC nodulaires de la zone à haut risque de récurrence et de taille supérieure à 1 cm.

- **Le groupe de bon pronostic comprend :**

- tous les CBC superficiels primaires et la tumeur de Pinkus ;
- les CBC nodulaires primaires, bien limités, de moins de 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence et de moins de 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.

- **Le groupe de pronostic intermédiaire comprend :**

- les CBC superficiels récidivés ;
- les CBC nodulaires < 1 cm sur la zone à haut risque de récurrence, > 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence et > 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.

- Zones à bas risque : tronc et mb
- Zones à haut risque : nez et zones péri-orificielles
- Intermédiaires : CC, joues, front, menton et cou

Traitement forme localisée (1)

Chirurgie : 1ère intention +++

- marges cliniques de 3-4 mm à 6 mm et marge profonde hypodermique pour les 2 1^{ers} groupes
- Pour le groupe de mauvais pronostic : marges de 5 à 10 mm (2 tps ou Mohs)
- Reconstruction : suture directe, lambeau, greffe, cicatrisation dirigée.

Autres :

- RT
- Cryochirurgie (CBC nodulaire du nez ++)
- ttt médicaux = imiquimod et PDT (formes superficielles),...

→ Prise en charge souvent simple

Prise en charge : formes localisées avancées



- Chirurgie

- RT : R1/ non opérable

- Ttt ciblé +++ anti SMO :

(VISMODEGIB, SONIDEGIB): en PO

- Immunothérapie (2è ligne) =

cemiplimab (AMM)

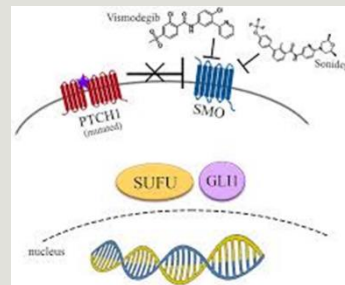


La majorité des CBC se développe suite à l'activation de la voie Hedgehog, qui est activé au stade embryonnaire et qui s'inactive par la suite.

Dans le CBC : anomalie ou mutation de l'expression des gènes PTCH ou SMO, entraînant une levée de l'inhibition, ce qui conduit à une prolifération cellulaire

Sd de Gorlin : mutation PTCH1

→ développement de thérapie ciblée anti SMO en PO qui bloque cette protéine et entraîne une inactivation des gènes en aval



IV. Tumeurs mélaniques

1. Bénignes:

- **Nævus** communs et congénitaux
- Diagnostics différentiels :
 - hypermélanoses (éphélides, lentigines, TCL, lentigos) et KS

2. Malignes: mélanome

Tumeur mélanocytaire maligne : mélanome

- Apparition de novo le plus souvent ou sur nævus préexistant (dont nævus congénital géant)
- Incidence : 18000 nouveaux cas/an (2023), en augmentation
- Age médian : 66 ans H/ 60 ans F
- Différentes formes : SSM, nodulaire, achromique, acral, muqueuses, de Dubreuilh

Facteurs de risque : intrinsèque

Génétique :

- Env. 10 % de mélanomes familiaux
 - CDKN2A (↑ K pancréas,..)
 - CDK4
 - BAP1 (mélanome oculaire, mésothéliome,...)
 - BRCA2 (k du sein)
 - Multifactorielle (variants,...)

Phototypes clairs (I-III), cheveux roux

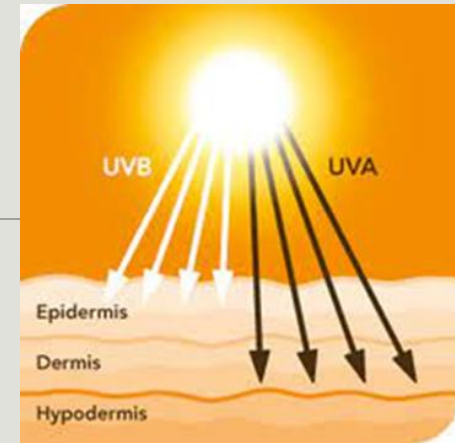
Sd de nævus dysplasiques

N congénital géant

Facteurs de risque extrinsèques

Environnementaux :

- Soleil (UV), UV artificiels
 - UVA (95% - derme)
 - UVB (5% - épiderme)
- Coups de soleil intenses, dans l'enfance
- Ou soleil chronique
 - → mélanome de Dubreuilh



Diagnostic clinique

Règles ABCDE

A: asymétrie

B: bords

C: couleur

D: diamètre >6mm

E: évolutivité

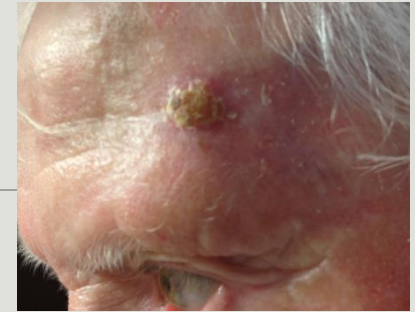


Signe du vilain petit canard

Mélanome : SSM



Autres formes



Mélanome achromique

- 2 formes : forme érythémateuse plane de diagnostic difficile et forme nodulaire d'évolution rapide

Mélanome acral lentigineux

- Palmo-plantaire
- unguéal

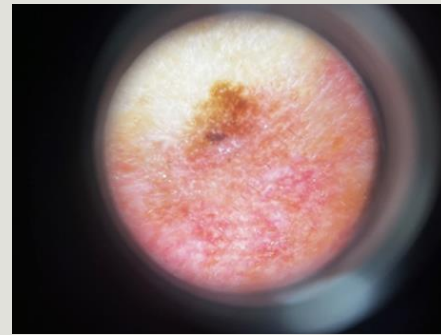


Mélanome des muqueuses



Mélanome de Dubreuilh

In situ



Mélanome de Dubreuilh infiltrant



Mélanome : prise en charge initiale

- Reprise chirurgicale selon recommandations

Standards, Options et Recommandations

Définition des marges d'exérèse

Standards

Les marges d'exérèse doivent être adaptées à l'épaisseur de la tumeur.
Aucune marge supérieure à 3 cm ne doit être réalisée.

Épaisseur de Breslow (classification)

Mélanome *in situ* (pTis)

0- 1mm (Pt1)

1,01-2 mm (Pt2)

2,01-4 mm (Pt3)

> 4 mm (Pt4)

Marges d'exérèse recommandées

=> 0,5 cm

=> 1 cm

=> 1-2 cm

=> 2 cm

=> 2-3 cm

Pour les mélanomes de Dubreuilh non invasifs, une marge de 1 cm est recommandée. Lorsque cette marge ne peut pas être respectée pour des raisons anatomiques et fonctionnelles, une marge de 0,5 cm est acceptable sous couvert d'un contrôle histologique strict des berges (accord d'experts).

Pour les mélanomes de Dubreuilh *in situ* de grande taille et/ou mal limités
IMIQUIMOD à discuter

V- K cutanés et âge - Synthèse



- vieillissement de la population et augmentation de l'incidence des cancers cutanés
- Population gériatrique hétérogène

Prise en charge d'un cancer chez le sujet âgé

Caractéristiques du patient :

- Âge chronologique : non pertinent
- Co-morbidités
- PS
- Espérance de vie*
- Ciblage (oncodage)
- Evaluation gériatrique standardisée +++
→ Si besoin

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 - 17

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

Prise en charge d'un cancer chez le sujet âgé

Caractéristiques tumorales :

- Localisation
- Type de cancer
- Stade de la maladie
- Agressivité de la tumeur et rapidité d'évolution
- Ttt possibles : chirurgie, RT, thérapies ciblées et immunothérapie

Spécificité des cancers cutanés chez le sujet âgé

- Fréquence / lésions multiples
- Bon pronostic le plus svr (sauf chez les patients ID), si pris en charge précoce
- Ttt chirurgical suffisant le plus souvent et en ambulatoire
 - TTT bien toléré avec peu de complications

Mais retard de prise en charge fréquent

- **multifactoriel** : méconnaissance des diagnostics et des traitements , réticence des patients, de l'entourage mais aussi du personne soignant,...



K cutanés chez les sujets âgés

Prévention primaire ++ (photo-protection)

Dépistage +++

- Diagnostic précoce et prévention secondaire (↑ 2ème K)

TTT précoces

- Des lésions précancéreuses et carcinomes débutants (CE)
- CBC superficiels et nodulaires : surveillance selon l'EG ? Essai ttt médical?

Réflexion sur la prise en charge des sujets âgés :

- **formation des soignants au dépistage et connaissance des nouveaux traitements (thérapie ciblée et immunothérapie)**
- **Qualité de vie (≠ survie)**

Place de l'oncogériatrie : ++++

- Aide à la décision et à la prise en charge



Merci de votre attention



PROGRAMME

Jeudi 05 Février 2026
11^{ème} CONGRÈS ANNUEL DE L'UCOG
EN PARTENARIAT AVEC LE GROUM

**AU CENTRE DES CONGRES
DE DINAN**

CANCERS CUTANES
CHEZ LA PERSONNE AGE
IMMUNOTHERAPIE EN
ONCOGERIATRIE

