

Item299-Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur cutanée, épithéliale ou mélanique. - Planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
-Mélanome métastatique SFD INCa 2013 - HAS 2012: ALD mélanome - HAS 2006: diagnostic précoce mélanome - SFD 2005: mélanome - ANAES 2004: carcinome baso-cellulaire - Polycopié National Dermatologie 2011 - Polycopié National Cancérologie 2006	- CBC: peau saine / cutanée seulement - Perle épithéliomateuse / f. clinique (3) - Basale / palissadique / fente / monoM - Bilan d'extension clinique seulement - CE: sur lésion / cutanée ou muqueuse - Ulcéro-bourgeonnante / f. pré-K (3) - Epithéliale / globes cornés / pléioM - Rechercher ADP +/- RTx-écho abdo - Exérèse chirurgicale / marges / histo. - Photoprotection / auto-surveillance - Mélanome: facteurs de risque: 4 / Cl° - Ulcération / ADP / 2nde localisation - Biopsie exérèse complète + histologie - Echo Gg +/- TDM cérébrale + TAP + TEP - Exérèse élargie: marge selon Breslow - Stade III: curage +/- immuno-chimio - Auto-surveillance / photoprotection - Cs 1x/3M sur 5ans puis 1x/an A VIE - PenC 100% / soutien psy / palliatif InstanceEndEditable	- RCP et PPS - Examen cutané exhaustif - Examen aires Gg: schéma - Règle ABCDE - Biopsie exérèse complète - Indice de Breslow - Education: photoprotection - Auto-surveillance A VIE

A. TUMEURS CUTANÉES ÉPITHÉLIALES

Généralités

Définitions

- Tumeurs épithéliales = tumeurs dérivant des kératinocytes (≠ mélanocytes)
- On distingue les carcinomes baso-cellulaires (CBC) et épidermoïdes (CE = CSC)

Epidémiologie

- Tumeurs cutanées épithéliales (CBC + CE) = 20% des cancers
- Incidence en augmentation: CBC = 70/100 000 - CE = 15/100 000 en France
- Facteurs de risque
 - FdR principal pour les deux types de carcinomes
 - Exposition solaire cumulative: UVB ++ / UVA1
 - (exposition chronique tout au long de la vie: ≠ mélanome)
 - Autres FdR impliqués dans les carcinomes
 - Radiations ionisantes: antécédent de radiothérapie
 - Maladies génétiques rares: xeroderma pigmentosum, albinisme...
 - Immunodépression acquise chronique: transplantation ++ (cf item 127)
 - Pour les CE seulement
 - Facteurs chimiques: arsenic (!! MPI), goudrons, hydrocarbures, etc.
 - Papillomavirus (HPV16) / micro-traumatismes répétés / brûlures, etc.

Anatomopathologie

- Carcinome baso-cellulaire (80%)

- **Origine:** prolifération à partir de la couche basale de l'épiderme
- **Architecture:** organisation en lobules tumoraux avec:
 - Organisation **palissadique**: cellules tumorales en périphérie du lobule
 - Fentes de rétraction: entre lobule tumoral et stroma
- **Cytologie**
 - Population cellulaire **monomorphe**: petites cellules basaloïdes
 - Absence de ponts d'union inter-cellulaires
- **Carcinome épidermoïde (20%) = carcinome spino-cellulaire**
 - **Origine:** prolifération à partir de l'épithélium de l'épiderme
 - **Architecture:** organisation en lobules tumoraux aussi mais:
 - Présence de **globes cornés** au centre
 - Pas d'organisation palissadique ni de fente de rétraction
 - **Cytologie**
 - Population cellulaire **pléiomorphe**: grandes cellules polyédriques
 - Présence de ponts d'union intercellulaires

Diagnostic

Examen clinique

- **Terrain**
 - Sexe = hommes > femmes / âge > 50ans ++
 - Phototype clair et exposition solaire (régions ensoleillées)
- **Carcinome baso-cellulaire**
 - **Lésion tumorale**
 - Lésion polymorphe: nombreuses formes cliniques (cf infra)
 - **Rechercher lésion élémentaire = perle épithéliomateuse +++**
 - Lésion commune à tous les CBC (!! mais inconstante)
 - **Papulo-nodule translucide** rosée ou chair / en périphérie de la tumeur
 - Taille: tête d'épingle à lentille / **télangiectasies** superficielles ++
 - **Localisation**
 - **sur peau saine** (pas de lésion pré-cancéreuse) / **visage** +++ (85%)
 - **cutanée** seulement = pas d'atteinte muqueuse
 - **Formes cliniques (3)**
 - **CBC nodulaire**
 - **Nodule** large en général unique / bien limité / d'extension progressive
 - Nombreuses petites perles épithéliomateuses en périphérique
 - Cas particulier: « CBC plan cicatriciel » = macule blanchâtre avec érosion
 - **CBC superficiel**
 - **Macule** érythémateuse / bien limitée / d'extension centrifuge lente
 - Surface parfois squameuse / perles épithéliomateuses peu visibles
 - **CBC sclérodermiforme**
 - **Placard** blanc-jaunâtre / mal limité / dur / brillant / évolution très lente
 - Pas de perle / difficile à voir (d'où diagnostic souvent tardif...)
- **Carcinome épidermoïde (= spino-cellulaire)**
 - **Lésion tumorale**
 - **Lésion élémentaire la plus fréquente: ulcéro-bourgeonnante +++**
 - Lésion dure et infiltrée / saignante / monomorphe
 - +/- « vermiottes » (points blancs laiteux): classique mais rare...
 - **Localisation**
 - **sur lésion précancéreuse** pré-existante +++
 - atteinte peau et/ou **muqueuse**
 - **Lésions pré-cancéreuses (3)**
 - **Kératose actinique (ou sénile)**
 - Due à l'exposition UV solaire / surtout chez les patients > 50ans
 - Tâches rosées-blanchâtres / surface **squamo-croûteuse** (kératosique)
 - Sièges = zones photo-exposées +++ : visage / mains / avant-bras
 - **Maladie de Bowen (= carcinome intra-épidermique ou in situ)**
 - Favorisé par exposition UV et arsenic / « CE » strictement intra-épithélial
 - Lésion rouge-brune / bien limitée / surface squameuse (!! ~ psoriasis)
 - Evolution lente mais constante vers CE invasif
 - **Leucoplasie (= leucokératose)**
 - Due à l'exposition UV et irritants (tabac +++)/ atteinte muqueuse ++
 - Tâche grisâtre / fixe / bien limitée / à surface érosive recouverte par enduit

- Siège = lèvres ++ (inférieure > supérieure) / cavité buccale

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif = histologie
 - Biopsie cutanée systématique (**A savoir !**) / par incision ou « punch » / incluant le derme
 - Exérèse chirurgicale complète d'emblée au cas par cas
 - Arguments en faveur d'un carcinome baso-cellulaire
 - Prolifération des kératinocytes de la couche **basale** (épithélium non atteint)
 - Organisation lobulaire palissadique / présence de fentes de rétraction
 - Cytologie **monomorphe** avec petites c. basaloïdes / pas de ponts inter-cellulaires
 - Arguments en faveur d'un carcinome épidermoïde
 - Prolifération des kératinocytes de la couche **épithéliale** de l'épiderme
 - Organisation lobulaire centrée par globes cornés / sans palissade ni fente
 - Cytologie **pléiomorphe** avec grandes c. polyédriques et ponts inter-cellulaires
- Pour bilan d'extension
 - CBC = évolution locale seulement
 - **Pas** de bilan d'extension clinique ni paraclinique
 - !! Mais examen cutané exhaustif à la recherche d'une **2nde localisation** (A savoir !)
 - CE = évolution local et à distance
 - **Bilan clinique +++**: recherche d'une ADP dans le territoire de drainage
 - **Bilan paraclinique**
 - ssi **CE primitifs à risque significatif**: échographie locorégionale de la zone de drainage
 - ssi **atteinte ganglionnaire avérée**: radio thorax + écho abdominale +/- TDM

En pratique, distinction CBC / CE :

Carcinome baso-cellulaire :	Carcinome épidermoïde :
<ul style="list-style-type: none"> • Perle épithéliomateuse • Sur peau saine • Localisation cutanée seulement • 3 formes cliniques • Evolution lente • Evolution uniquement locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion ulcéro-bourgeonnante • Lésion(s) pré-cancéreuse(s) • Localisation cutanée et/ou muqueuse • 3 types de lésions pré-CE • Evolution agressive • Potentiel métastatique

Evolution

Carcinome baso-cellulaire

- Evolution lente et purement locale mais parfois grave +++
 - Ulcération en profondeur pouvant atteindre les plans musculaires / osseux
 - Complications : hémorragies / infections / neurologiques
- Récidive ou CBC sur une autre localisation ++
 - Risque de CBC à une autre localisation = 30% → surveillance **À VIE**

Carcinome épidermoïde

- Extension locale
 - Infiltrante et destructrice (idem CBC): ulcération en profondeur
- Extension à distance (≠ CBC !)
 - Possibilité de métastases: **ganglionnaires** +++ (1-5% des CE)
 - Rarement: métastases viscérales (poumon / foie / cerveau / os)

Facteurs de mauvais pronostic (risque de récurrence) :

	Baso-cellulaire	Epidermoïde
Terrain	récidive / ID / hémopathie	
Localisation	Nez / péri-orificiel	Muqueuses
Taille	> 2cm	> 1cm
Histologie	Sclérodermiforme	Peu différencié

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (pas toujours en pratique)
- Diagnostic histologique par biopsie si non évident

Tt chirurgical à visée curative +++

- **Indications**
 - **Chirurgie 1ère** chaque fois que possible pour CBC et CE
- **Modalités**
 - Sous anesthésie locale si petite taille / sous AG si chirurgie délabrante
 - **Exérèse complète avec marges de résection** de 4-5 mm à 10mm en fonction type tumeur / critères gravité (plutôt 10mm si CE)
 - Examen extemporané (pour facteurs pronostiques) et **histologique**
 - Curage Gg (pour CE): ssi ADP suspecte dans l'aire de drainage
 - Reconstruction plastique dans un 2nd temps si chirurgie délabrante

Alternatives

- **Radiothérapie ++**
 - **Indications:** en 2nde intention en cas de contre-indication à la chirurgie
 - **Modalités:** radiothérapie « de contact » ou par curiethérapie (fils d'iridium)
- **Si CBC superficiel de petite taille**
 - **Cryochirurgie:** si CBC superficiels multiples ++
 - **Traitement médicamenteux:** imiquimod (Aldara®)

Conseils de prévention au décours +++ (A savoir !)

- **Photoprotection**
 - écran solaire / protection vestimentaire / éviter exposition solaire
- **Education à l'auto-surveillance**
 - inspection cutanée (miroir) / palpation des aires ganglionnaires
- **Dépistage des sujets apparentés**
 - NPO de toujours examiner les enfants ou la fratrie (même exposition !)

Mesures associées

- Prise en charge à 100% (ALD)

Surveillance

- **Clinique +++:** consultation dermatologique régulière (annuelle) **A VIE**
- **Paraclinique:** biopsie au moindre doute pour histologie

Tt préventif +++

- **Prévention I**
 - **Collective:** campagne d'information sur l'exposition au soleil
 - **Individuelle:** **photo-protection** (crème solaire) (A savoir !) / P° professionnelle
- **Prévention II**
 - = dépistage et destruction des **lésions pré-cancéreuses** (CSC) +++
 - **Kératose actinique:** **destruction** par **cryothérapie** ou crème au 5FU (Efudix®)
 - **Maladie de Bowen:** exérèse chirurgicale avec marges / photothérapie dynamique
- **Prévention III**
 - Dépistage d'une récurrence ou 2nde localisation: surveillance À VIE

B. TUMEURS CUTANÉES MÉLANIQUES

Généralités

Définition

- Prolifération tumorale des **mélanocytes** (situés dans couche basale de l'épiderme)

Epidémiologie

- Mélanomes = 5% des cancers cutanés / fréquence: 7ème cancer (F) et 13ème (H)
- Incidence en ↑ constante (10% par an !) / Mortalité = 1300 décès/an en France
- Ethnie: caucasien >> noirs/asiatiques / sex ratio: F > H = 3/2 / âge moyen = 50ans

- Facteurs de risque (4)
 - Exposition solaire +++ : intense et intermittente pendant l'enfance (≠ carcinomes)
 - Antécédent personnel ou familial de mélanome (formes familiales = 15-20%)
 - Phototype clair (cheveux blonds ou roux) / photosensibilité: incapacité à bronzer
 - Naevus: nombreux (> 50) / naevus congénital géant / Sd des naevus « dysplasiques »

Physiopathologie

- 1ère phase: extension horizontale: mélanocytes atypiques en nappe ou thèque
- 2nde phase: extension verticale: mélanocytes tumoraux invasifs en profondeur

Anatomopathologie: classification AJCC (7ème édition, 2009)

- Stades I et II = mélanome localisé / indice de Breslow (≤ 1 ; 1,01-2 ; 2,01-4 ; > 4) + ulcération + index mitotique

Stade I	<ul style="list-style-type: none"> • IA: si ≤ 1mm sans ulcération et index mitotique < 1/mm² • IB: si 1,01-2mm sans ulcération ou ≤ 1mm avec ulcération ou ≤ 1mm avec index mitotique ≥ 1/mm²
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> • IIA: si 2,01-4mm sans ulcération ou 1,01-2mm avec ulcération ou 1,01-2mm avec index mitotique ≥ 1/mm² • IIB: si > 4mm sans ulcération ou 2,01-4mm avec ulcération ou 2,01-4mm avec index mitotique ≥ 1/mm² • IIC: si > 4mm avec ulcération ou > 4mm avec index mitotique ≥ 1/mm²

- **Stade III = métastases ganglionnaires**
 - IIIA: pas d'ulcération + index mitotique < 1/mm² + micrométastases ganglionnaires (≤ 3)
 - IIIB: avec ulcération (et/ou index mitotique ≥ 1 /mm²) + μ métas Gg (≤ 3) ou sans ulcération et macrométas Gg (≤ 3) ou sans ulcération et métas en transit sans Gg métastatique
 - IIIC: avec ulcération (et/ou index mitotique ≥ 1 /mm²) + macroGg (≤ 3) ou atteinte ganglionnaire ≥ 4 ou métas en transit avec Gg métastatique ou Gg métastatique adhérent
- **Stade IV = métastases à distance**

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire = facteurs de risque (4)**
 - Exposition solaire (enfance) / atcd de mélanome
 - Phototype clair / Naevus nombreux ou atypiques
- **Lésion tumorale**
 - **Caractéristiques évocatrices (ABCDE) +++ (A savoir !)**
 - **A**symétrie
 - **B**ords: irréguliers / encochés
 - **C**ouleur: hétérogène (noir / marron / rouge...)
 - **D**iamètre: > 6mm
 - **E**volution: extension de taille, modification d'aspect...
 - **Signes associés à rechercher**
 - **Ulcération** +++ / prurit / saignement / « halo inflammatoire »
 - Surface irrégulière / infiltration en profondeur
- **Localisation**
 - Selon terrain: H = tronc / F = jambes / noirs = plantes des pieds (acral)
 - Apparition: sur peau saine (75%) ou sur naevus pré-existant (25%)
- **Bilan d'extension clinique (4) +++**
 - Examen des **aires ganglionnaires**: ADP satellite / !! schéma daté (**A savoir !**)
 - Rechercher signes évocateurs de **métastases**: (3) foie / poumon / cerveau
 - Rechercher une lésion satellite (≤ 2 cm) ou une métastase cutanée en **transit**
 - Recherche minutieuse d'une **seconde localisation** concomitante **cutanée, muqueuse ou unguéale (A savoir !)**
- **Remarque: devant métastase de mélanome sans lésion initiale retrouvée, évoquer:**
 - Mélanome achromique / mélanome muqueux / mélanome régressif (auto-involutif)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif = exérèse chirurgicale complète**
 - **Exérèse complète** de la lésion (!! jamais de biopsie partielle: **A savoir !**) / sous AL
 - **signes positifs**: prolifération mélanocytaire atypique dans épiderme +/- derme

- **signes associés:** **ulcération** / berges / inflammation stromale / régression tumorale
- **facteurs histo-pronostiques +++**
 - Indice de **Breslow** (A savoir !) = épaisseur maximale de la prolifération tumorale
 - Indice de Clark = niveau d'invasion (1: épiderme à 5: hypoderme)
- **le compte-rendu histologique doit préciser**
 - Nature mélanocytaire maligne / Breslow / Clark / ulcération / index mitotique
 - Forme clinique / lésion pré-existante / invasion vasculaire / marges d'exérèse
- **Pour bilan d'extension = selon stade AJCC**
 - **Stade IA/B: AUCUN** examen recommandé +++
 - **Stades IIA/B:** échographie ganglionnaire locorégionale (zone de drainage)
 - **Stades IIC/III:** échographie Gg + TDM cérébrale + TDM TAP +/- TEP FDG si Stade III
 - **Stades IV :** LDH si métastases (facteur pronostique)
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - Bilan préopératoire standard (hémostase / groupe-Rh-RAI / anesthésie)

Formes cliniques

- **Mélanome à extension superficielle (70%)**
 - Chez adulte jeune ++
 - Phase initiale = croissance horizontale (2-5ans): lésion plane / ABCDE
 - Puis phase d'invasion verticale: nodule ou ulcération = pronostic ↓ ↓
- **Mélanome nodulaire (20%)**
 - Nodule infiltré brunâtre (parfois rosé: mélanome achromique)
 - Forme invasive d'emblée: ulcération / évolution rapidement progressive
- **Autres formes cliniques**
 - **Mélanome de Dubreuilh (5-10%) (!! NPC avec Bowen)**
 - Sujets âgés +++ (> 60ans) / Sur zones photoexposées: visage ++
 - Phase d'extension horizontale lente initiale: macule brun-noire
 - Puis phase invasive tardive (+5-15ans): infiltration / nodule / ulcération
 - **Mélanome lentigineux acral**
 - 5-10% des cas chez les blancs mais 50% chez noirs et asiatiques !
 - Lésion asymétrique hétérochrome / sur plante des pieds et paumes +++
 - **Mélanome muqueux**
 - 1% des cas seulement mais diagnostic tardif → pronostic sombre..

Diagnostics différentiels

- **Naevus naevo-cellulaire +++**
 - = tumeur mélanocytaire **bénigne**
 - **Aspect clinique**
 - « Grains de beauté »: aspect très polymorphe / plans ou saillants
 - Vérifier la présence des « caractéristiques rassurantes »: (ABCDE en opposé)
 - → symétrique / bords réguliers / couleur uniforme / < 6mm / non évolutif
 - **Evolution**
 - Absents à la naissance (sauf naevus géant congénital): apparition progressive
 - Transformation maligne très rare et imprévisible: rester vigilant (ABCDE +++)
- **Tumeurs cutanées non mélanocytaires**
 - **Bénignes:** verrue séborrhéique / angiome thrombosé / lentigo
 - **Malignes:** carcinome baso-cellulaire / kératose actinique / M. de Kaposi

Evolution

Evolution naturelle

- Guérison possible au stade I mais exceptionnelle après...
- **Récidives loco-régionales (voie lymphatique)**
 - Récidive cutanées: locale sur cicatrice / « en transit » si entre cicatrice et 1er Gg
 - Récidive ganglionnaire: 1er relais +++ puis extra-régionales
- **Métastases (voie hématogène)**
 - Poumon (80%) > foie (70%) > cerveau (50%) > os

Facteurs pronostiques

- **Si le mélanome est localisé**
 - **Facteurs prédictifs du risque métastatique (5)**
 - **Indice de Breslow** +++ (A savoir !) / mauvais si > 2mm (stade II)
 - Présence d'une **ulcération** à l'examen clinique ou anapath.
 - **Index mitotique** (réintégré à la nouvelle classification AJCC 2009)
 - Indice de **Clark** (V = hypoderme: proximité des vaisseaux)

- **Autres facteurs**
 - Micro-métastases dans le ganglion sentinelle
 - Siège (mauvais si extrémités et muqueuse)
 - Terrain (âge; sexe: H < F) / exérèse totale ou non / réponse...
- **Si le mélanome est métastatique**
 - Ganglion: nombre et caractère micro (= découverte sur biopsie +/- exérèse du Gg sentinelle) ou macro (= ADP clinique confirmée histologiquement ou nette effraction extracapsulaire ganglionnaire) de l'atteinte
 - Métastases viscérales: pronostic très sombre...

Pronostic et survie

- **Survie à 5ans tous stades** = 75%
- **Mélanome localisé**: survie à 10ans selon Breslow = 90% si ≤ 1mm et 50% si > 4mm
- **Mélanome avec atteinte ganglionnaire**: survie à 10ans < 40%
- **Mélanome avec atteinte viscérale**: survie moyenne = 3 à 6 mois...

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**)
- Proposition d'un programme personnalisés de soins (**PPS**)
- Consultation d'annonce dédiée
- **!! Dès la 1ère consultation devant toute suspicion de mélanome, il faut:**
 - Confirmer le diagnostic: exérèse totale + anapath en **urgence** +++
 - Faire le bilan d'extension clinique: ADP / métastase / transit / 2nde localisation
 - **Inform**er le patient: une reprise chirurgicale sera toujours nécessaire (A savoir !)

Tt chirurgical à visée curative = reprise d'exérèse avec marges

- **Indications**
 - **Systématique** si tumeur localisée (stades I et II) ou extension Gg (stade III)
 - Le plus souvent même si métastases viscérales (sauf si fin de vie...)
 - **!!** il s'agit d'une « reprise chirurgicale » puisque déjà biopsie-exérèse complète
- **Modalités**
 - **Exérèse élargie avec marge de résection selon l'indice de Breslow +++**

Breslow	Marge
in situ	0,5cm
< 1mm	1cm
1-2mm	1-2cm
2-4mm	2cm
> 4mm	2-3cm

- **!!** en pratique on dépasse rarement 2 cm (Gillgren et al., Lancet, 2011)
 - **Curage ganglionnaire**
 - **Stade localisé (I ou II)**: ganglion **sentinelle** peut être proposé si Breslow > 1mm ou ulcération ou index mitotique ≥ 1/mm²
 - **Stade III (ADP à l'extension)**: curage large systématique + **anapath**

Tt complémentaires

- **Immunothérapie**
 - Indication: à discuter à partir du stade II
 - Tt adjuvant par **IFNα** / bénéfices modestes mais ES importants...
- **Chimiothérapie**
 - A discuter à partir du stade IV
 - Efficacité limitée (réponse < 20% des cas...)
- **Radiothérapie**
 - Sur mélanome: essentiellement à visée antalgique (très peu radiosensible)
 - En adjuvant sur métastases viscérales radiosensibles (os)
- **Nouvelles molécules** (hors programme, domaine en évolution)
 - **Vémurafénib** (inhibiteur de B-RAF): AMM en 1ère ligne métastatique
 - **Ipilimumab** (immunothérapie, anti CTL A4): AMM en 2ème ligne métastatique
- **!!** en pratique à l'ECN: se contenter de proposer l'inclusion du patient dans un essai clinique

Conseils de prévention au décours +++ (A savoir !)

- **Photoprotection**
 - Ecran solaire / protection vestimentaire / éviter exposition solaire
- **Education à l'auto-surveillance**
 - Inspection cutanée (miroir) / palpation des aires ganglionnaires
- **Dépistage des sujets apparentés**
 - NPO de toujours examiner les enfants ou la fratrie (même exposition !)

Mesures associées

- Prise en charge à **100%** (ALD)
- Soutien psychologique à proposer
- En palliatif: prise en charge de la douleur ++

Surveillance

- **Clinique +++**
 - Cs: 1x/6M (stade I) ou **1x/3 mois** (stades II/III) pendant **5ans** puis 1x/an **À VIE** (stade IV = PEC adaptée spécialisée)
 - **!! Éléments à rechercher lors de l'examen physique de suivi (8)**
 - Récidive locale (métastases péri-lésionnelle) / examen de la cicatrice
 - Loco-régionale: métastases en transit / aires ganglionnaire (drainage et autres)
 - A distance: points d'appel métastatique / état général (poids ++)
 - 2nde localisation / autres lésions cutanées (carcinomes ++ / naevus)
 - **!! Education thérapeutique = toujours rappeler les techniques:**
 - D'autodépistage d'un nouveau mélanome
 - D'autodétection d'une récurrence
 - De photoprotection
- **Paraclinique**
 - **Stade I:** aucun si pas d'anomalie clinique
 - **Stades II/A/B:** optionnel, sur avis spécialisé:
 - Echographie des aires ganglionnaires 1x/3-6 mois pendant 5ans
 - **Stades II/C/III:** optionnel, sur avis spécialisé :
 - Echographie des aires ganglionnaires 1x/3-6 mois pendant 5ans
 - TDM TAP/TDM cérébral /TEP (fréquence au cas par cas)
 - **Stade IV:** PEC adaptée spécialisée

Tt préventif +++

- **Prévention I: éviter l'exposition aux facteurs de risque**
 - Prévention collective = campagnes d'information
 - Prévention individuelle = photo-protection physique (lunettes...) et chimique (crème)
- **Prévention II: dépistage précoce des mélanomes**
 - Surveillance rapprochée pour sujets à risque (phototype clair, atcd...)
 - Education à l'auto-inspection de la population générale
- **Prévention III: dépistage des récurrences**
 - Surveillance A VIE / éducation à l'auto-surveillance +++

C. TUMEURS A PAPILLOMAVIRUS

Généralités

Définition

- Lésion muqueuse et/ou cutanée HPV induite la plupart bénigne mais avec un potentiel carcinogène pour certaines

Formes cliniques

- **Lésions cutanées**
 - verrue plantaire: myrmécie (HPV1)+++ , verrue profonde, douloureuse à la pression, circonscrite par un anneau kératosique, surface centrale piquetée de points noirs (micro-hémorragie)
 - verrue vulgaire: HPV2, localisée à la face dorsale de la main et des doigts, élévation hérissée de saillies villosités kératosiques
- **Lésions muqueuses: condylomes**
 - acuminés, plans
 - néoplasies intraépithéliales (lésions précancéreuses): maladie de Bowen, lésions cervicales (CIN), anales (VIH+++)

Traitement

Verrues

- Kératolytiques
- Cryothérapie
- Laser CO2

Condylomes

- Préventif:
 - Vaccination: avant tout rapport sexuel ou dans l'année pour les femmes de 14 à 23 ans (cf gynéco)
 - Dépistage par frottis cervico-utérin
 - Préservatif
- Curatif:
 - Cryothérapie
 - Electrocoagulation
 - laser CO2
 - Imiquimod (Aldara)

D. NAEVUS

Généralités

Définition

- Tumeurs bénignes cutanées développées à partir des mélanocytes qui se regroupent en amas

Anatomopathologie: selon la répartition des cellules mélanocytaires

- Junctionnel
- dermique
- mixte

Formes cliniques

- Naevus communs ou pigmenté
- Naevus cliniquement atypique
 - grande taille
 - couleur rosée ou brune
 - "mélanome-like"
- Naevus géant congénitaux: hamartome pigmentaire +/- hypertrichose, géant = > 2cm
- Unguéal: craindre mélanome+++
 - acuminés, plans
 - néoplasies intraépithéliales (lésions précancéreuses): maladie de Bowen, lésions cervicales (CIN), anales (VIH+++)

Evolution

Risque de transformation en mélanome: en cas de doute, biopsier la lésion+++

- faible++++
- plus important pour naevus géant congénitaux
- Facteurs de risques majeurs
- grand nombre
- grande taille
- atypique
- ATCD F/P de mélanome

Traitement

Pas d'exérèse préventive systématique+++

- A visée diagnostique ou esthétique
 - sous AL
 - marges macroscopiques 2 mm
 - analyse anatomopathologique+++

surveillance régulière dermatologique et autosurveillance pour sujets à risque de mélanome

éducation: consulter sans tarder en cas de transformation d'un naevus

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 6 renseignements à rechercher sur un compte-rendu d'anatomopathologie pour exérèse d'un mélanome ?

- Diagnostic: mélanome - Type histologique - Breslow - Ulcération - Index mitotique - Caractère complet de l'exérèse

Quelles sont les 4 indicateurs pronostiques les plus fiables ?

- Breslow - Ulcération - Envahissement du ganglion sentinelle - Index mitotique

Quelles sont les 3 complications les plus fréquentes de la technique du ganglion sentinelle ?

- Lymphocèle - Lymphoedème chronique - Lymphorrhée

Quelles sont les 3 étapes de l'autoexamen cutané ?

- Examen direct - Examen avec miroir en pied - Examen avec miroir à main