



République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Université D'Alger I  
Benyoucef BENKHEDDA  
Faculté de Médecine

CONFERENCES INTERNAT

# Les cancers cutanés

## Aspects anatomo-pathologiques

**Pr S Aït-Younes**

**Anatomie-pathologique CHU Parnet**

Ziania, le 6 Mai 2017

# Les cancers cutanés

## Aspects anatomo-pathologiques

### PLAN

- Introduction
- Objectifs
- Rappel histologique
- Le Carcinome épidermoïde
- Le Carcinome basocellulaire
- Les mélanomes
- Autres cancers cutanés
- Conclusion

# Les cancers cutanés

## Aspects anatomo-pathologiques

- **Introduction**
- Cancers fréquents
- Les 3 types histologiques les plus fréquents:
  - Le carcinome basocellulaire ( 80%)
  - Le carcinome épidermoïde ( 16%)
  - Le mélanome ( 4%)
- < 1% autres cancers: Lymphomes, kaposi, carcinomes annexiels, carcinomes neuroendocrines...

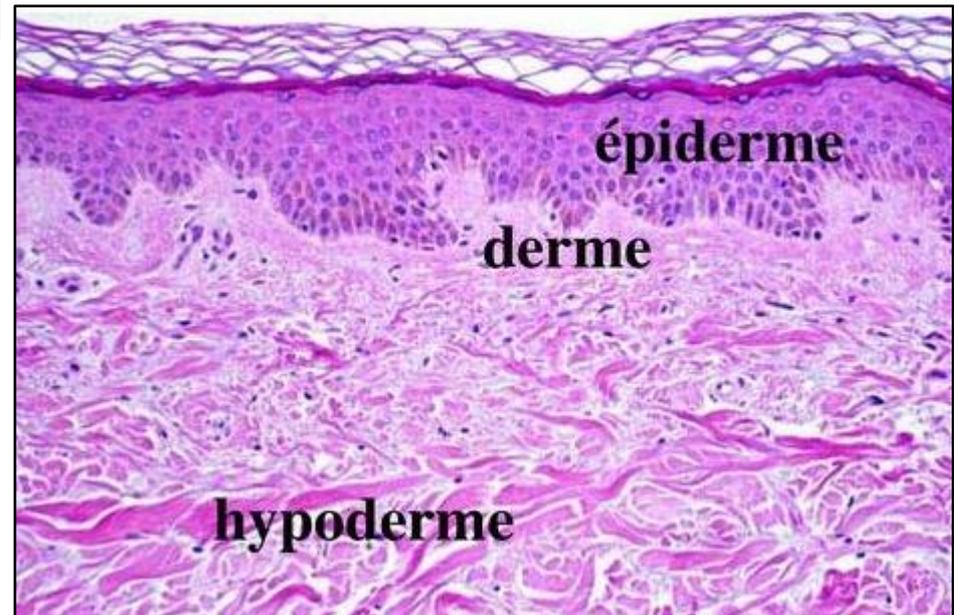
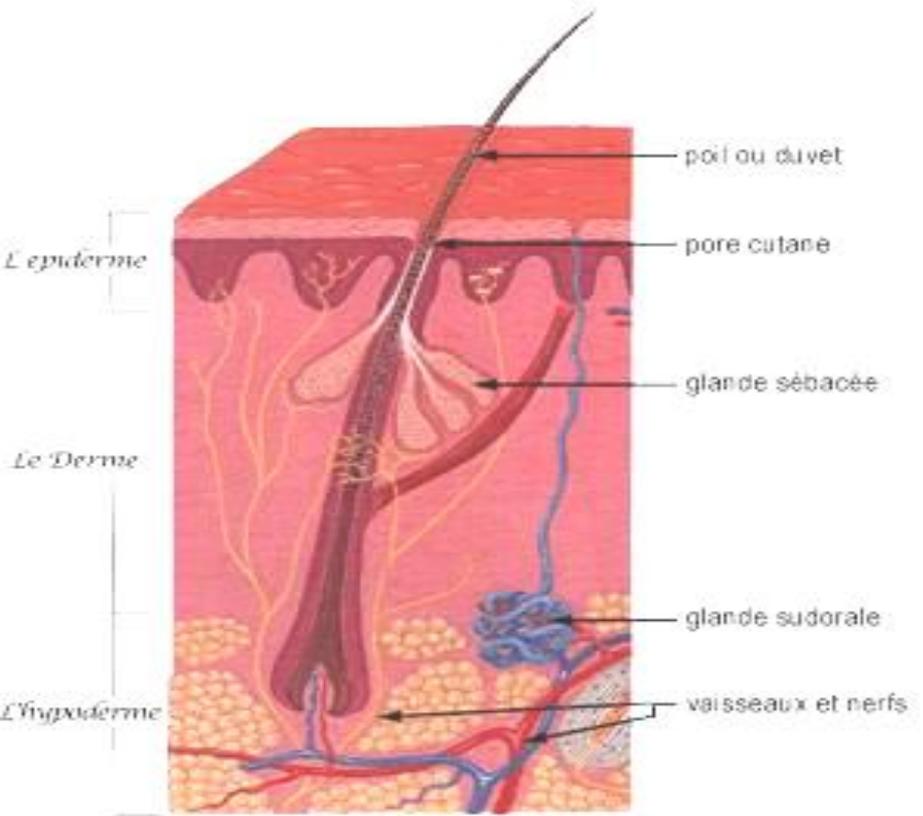
# Les cancers cutanés

## Aspects anatomo-pathologiques

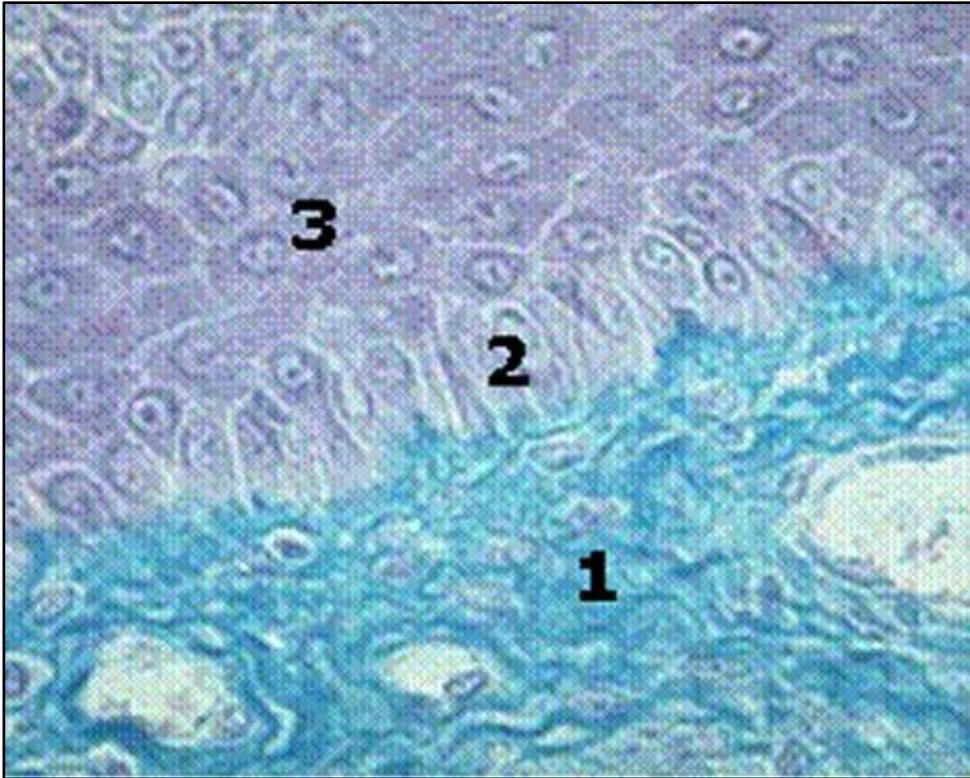
### Objectifs

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs et les principales lésions tissulaires précancéreuses.
- Connaître la place et l'apport de l'anatomie pathologique pour le diagnostic, pronostic et les moyens thérapeutiques.

## Rappel histologique (1)

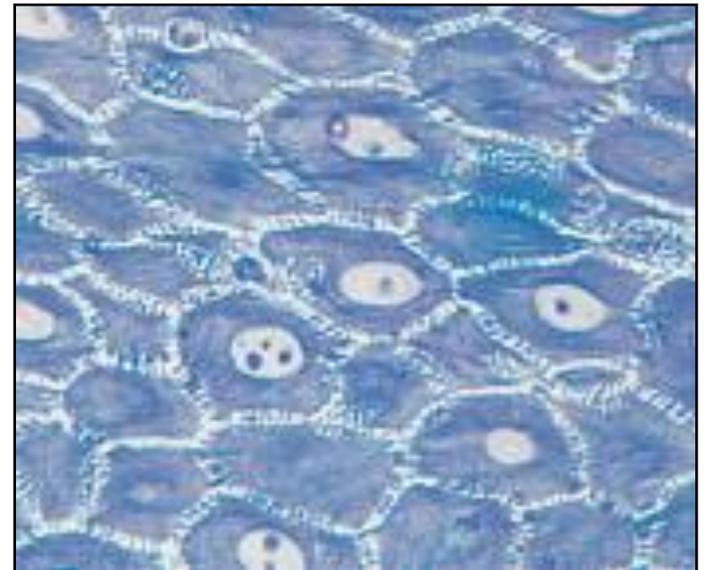


## Rappel histologique (2)

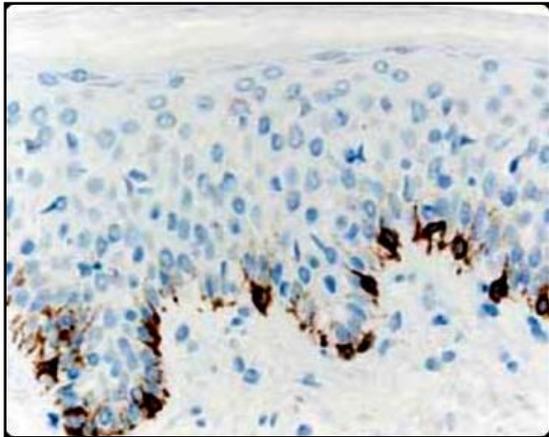
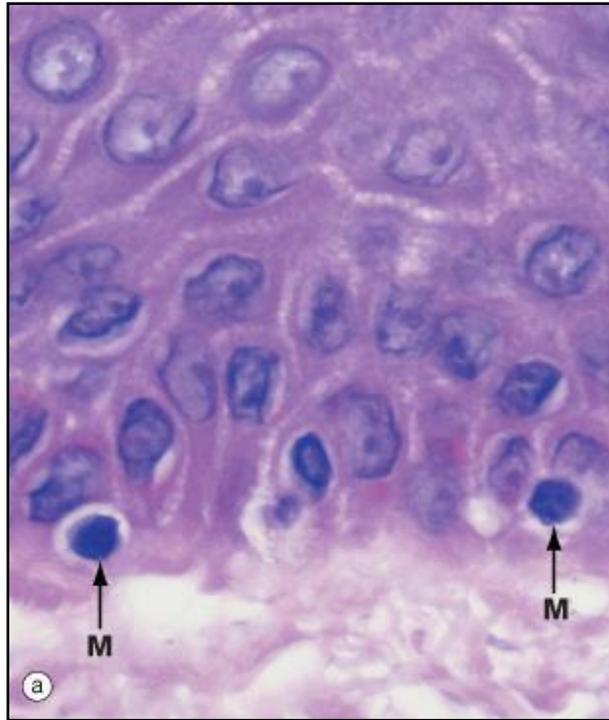


- 1 – derme
- 2 – couche basale
- 3 – couche épineuse

Cellules de Malpighi  
Cellules à épines

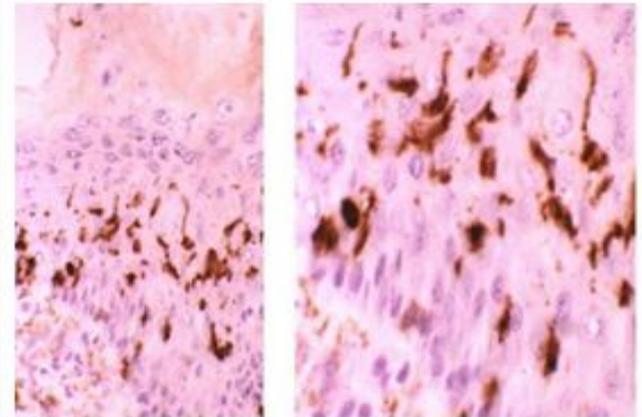


# Mélanocyte



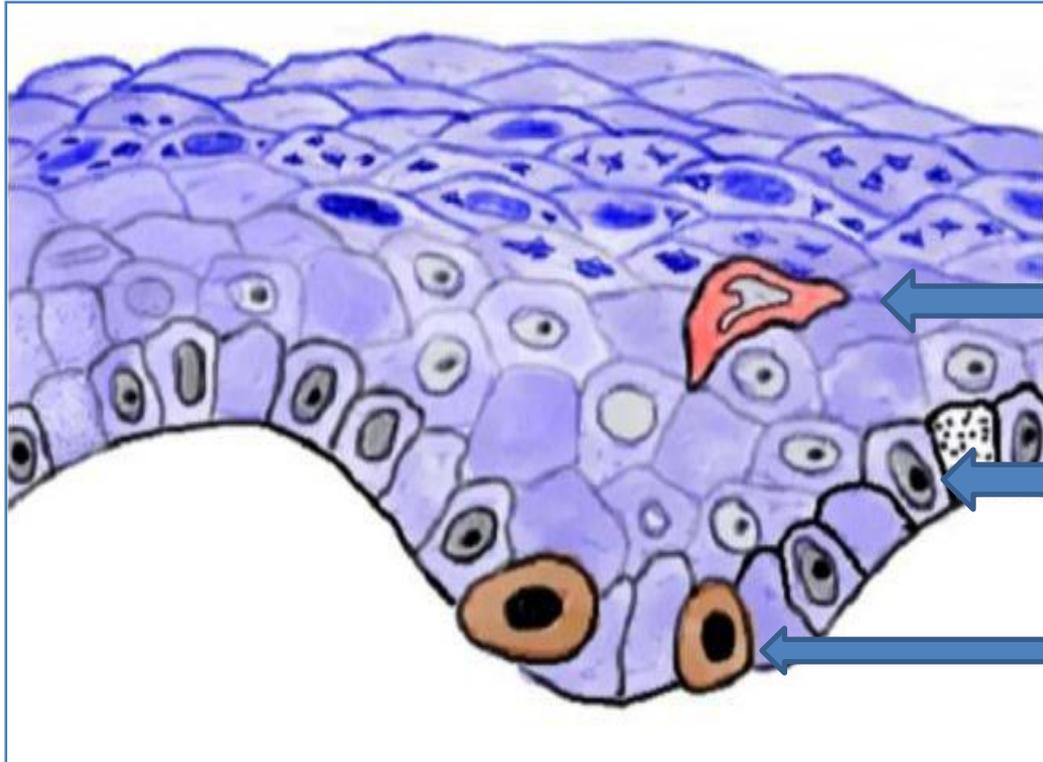
PS100, melanA

# Cellule de Langherans



Cd1a

## Les 3 types histologiques les plus fréquents



Carcinome épidermoïde

Carcinome basocellulaire

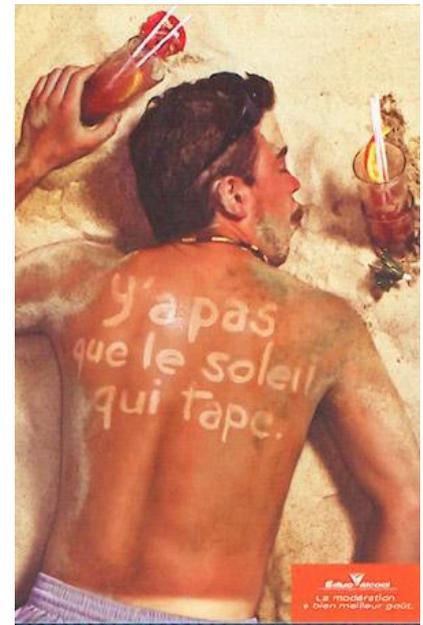
Mélanome

# Les cancers cutanés: Aspects anatomo-pathologiques

## Facteur étiologique commun:

### Soleil et UV

- kératoses, carcinomes baso cellulaire et épidermoïde: exposition chronique cumulée
- mélanome: coups de soleil
- & Type de peau : claire



# Le Carcinome épidermoïde

( Carcinome spinocellulaire)

# Carcinome épidermoïde (spinocellulaire) 1

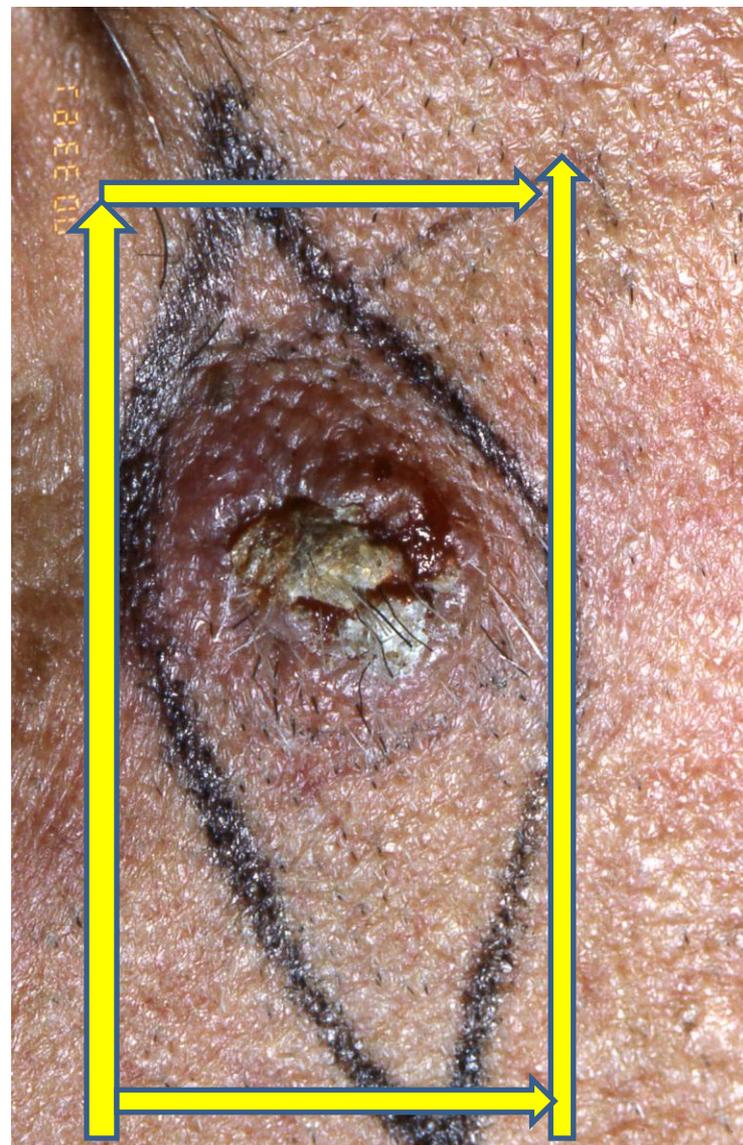
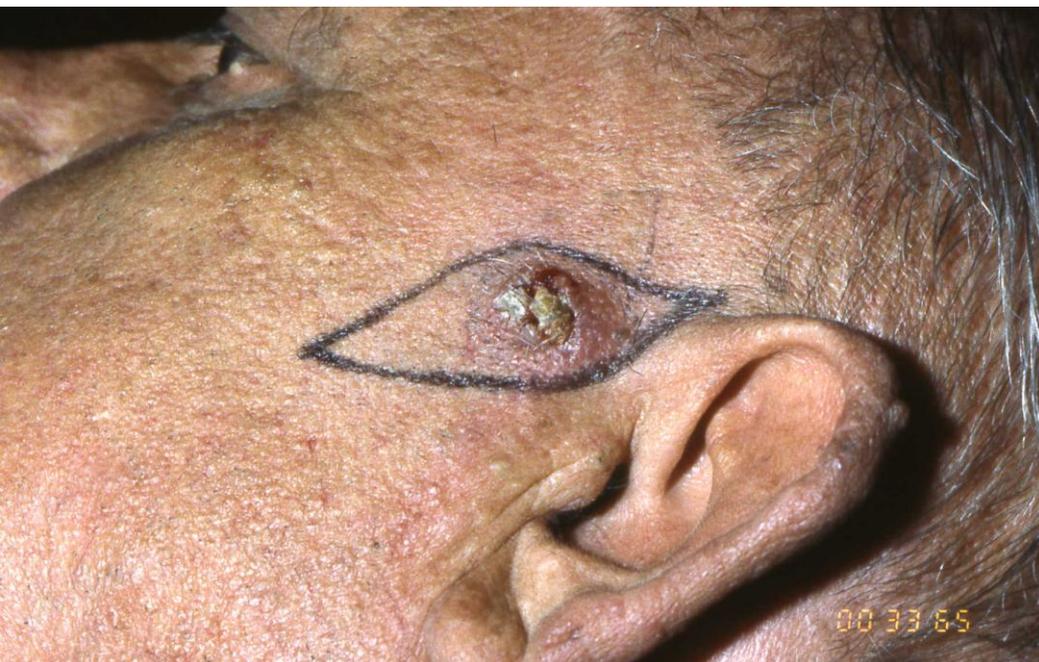
- Souvent lésion croûteuse, ulcérée, infiltrée
- Survient le plus souvent sur une lésion chronique précancéreuse :
  - Les kératoses UV-induites comme la kératose actinique
  - Les radiodermites
  - Les brûlures
  - Les plaies chroniques
- Malignité locale
- Possibilités de métastases
  - Ganglionnaires régionales
  - Viscérales, tardivement



## CLINIQUE : LE CARCINOME SPINOCELLULAIRE (2)

- Description : il s'agit typiquement d'une lésion croûteuse, brune jaunâtre, indurée, avec ulcération centrale.



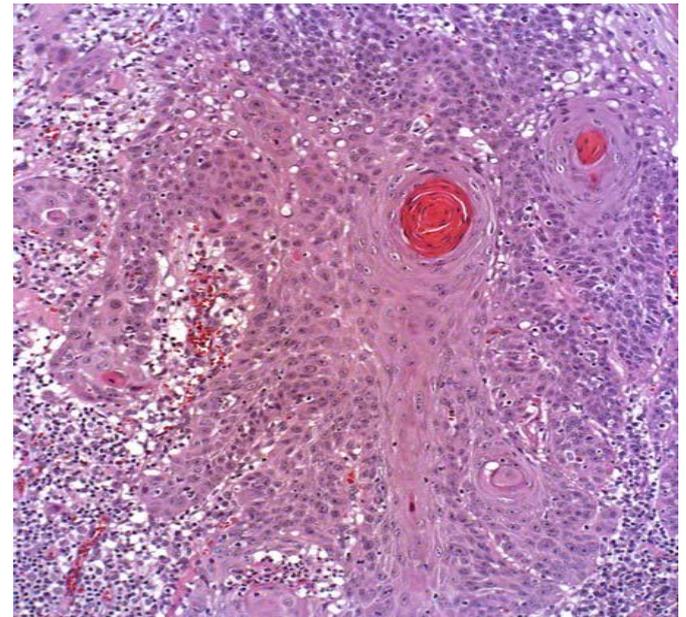
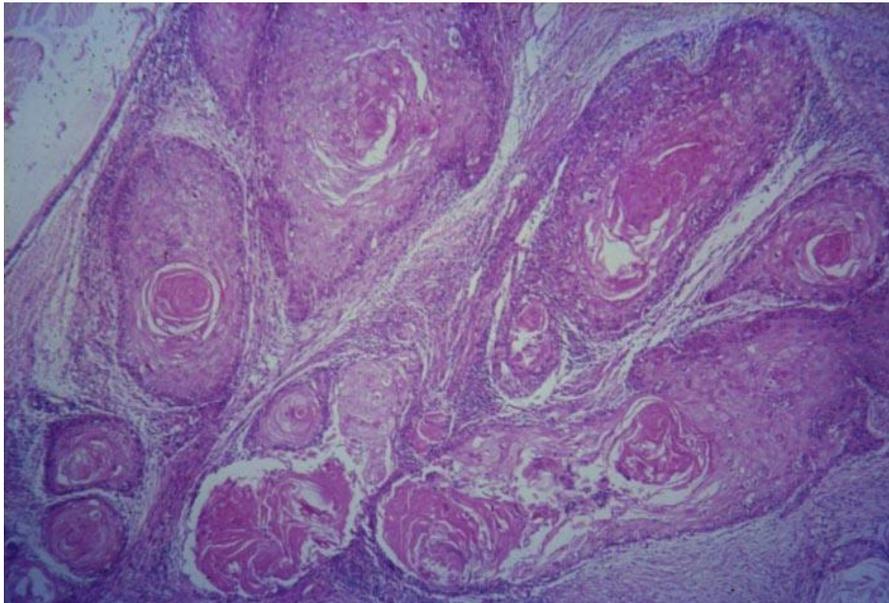


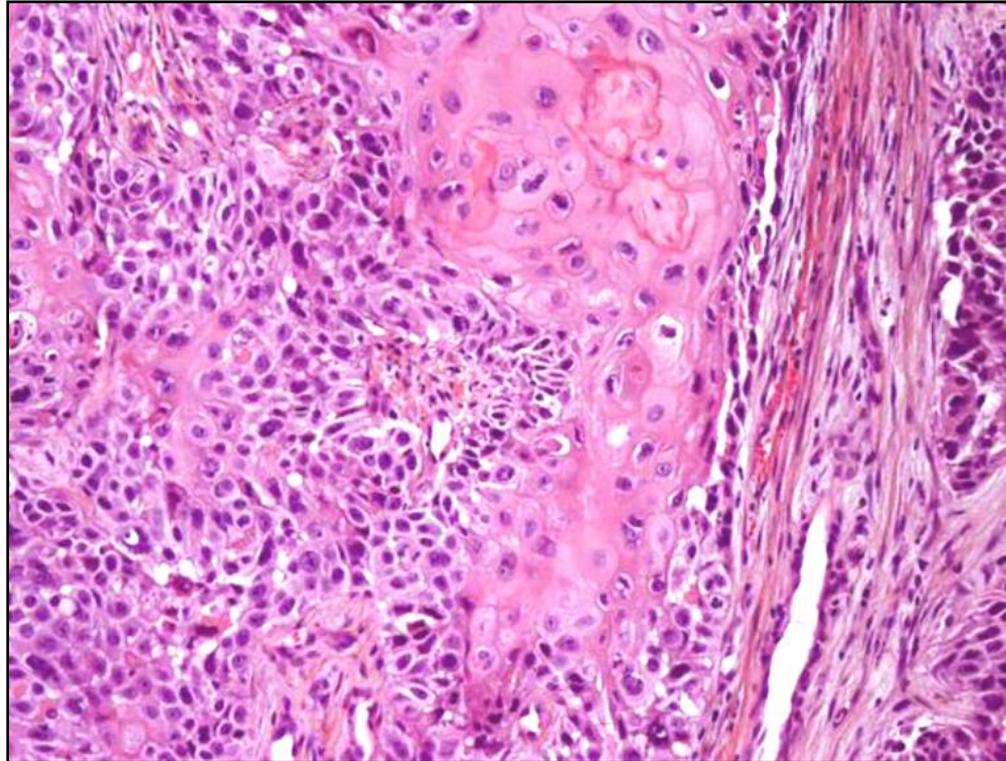
Appréciation des limites d'exérèse par le pathologiste

# LE CARCINOME SPINOCELLULAIRE (3)

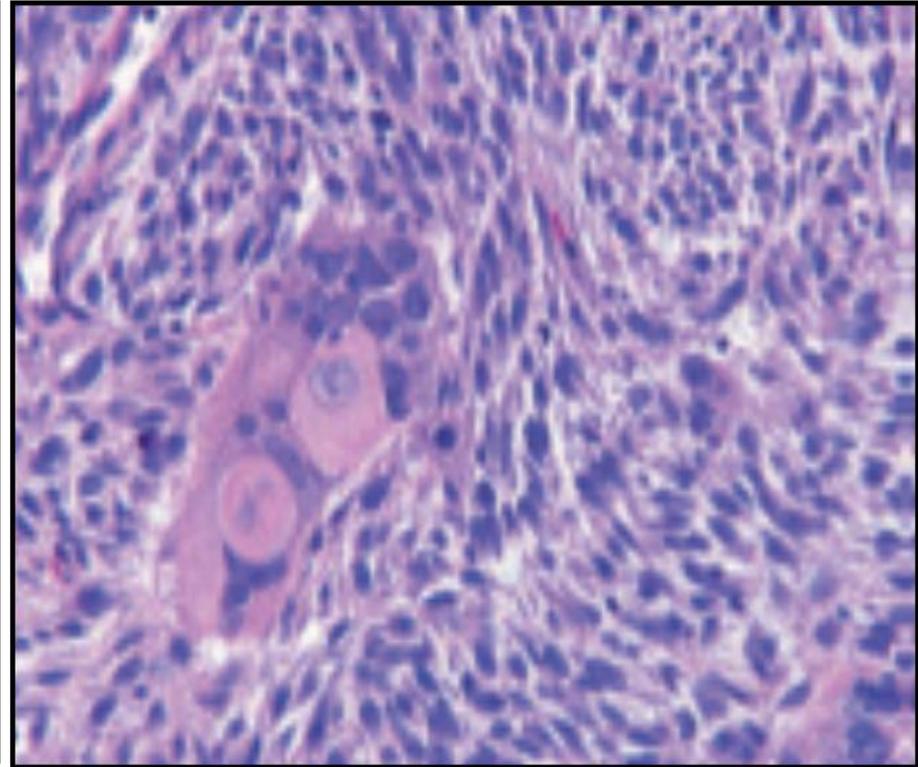
## HISTOLOGIE

- Prolifération maligne de cellules malpighiennes malignes ( cellules à épines) avec:
- Degré de différenciation variable ( présence de ponts d'union entre les cellules)
- Degré de maturation kératosique variable ( élaboration de kératine , globes cornés)





Carcinome épidermoïde bien ≠



Carcinome épidermoïde peu ≠

# LE CARCINOME SPINOCELLULAIRE (4)

## Lésions pré-cancéreuses :

- Kératose actinique (solaire, sénile)

Très fréquente

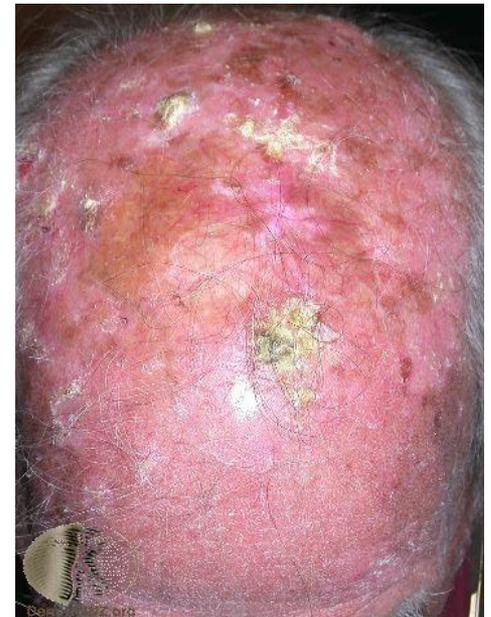
Sujet âgé

Zones photo-exposées

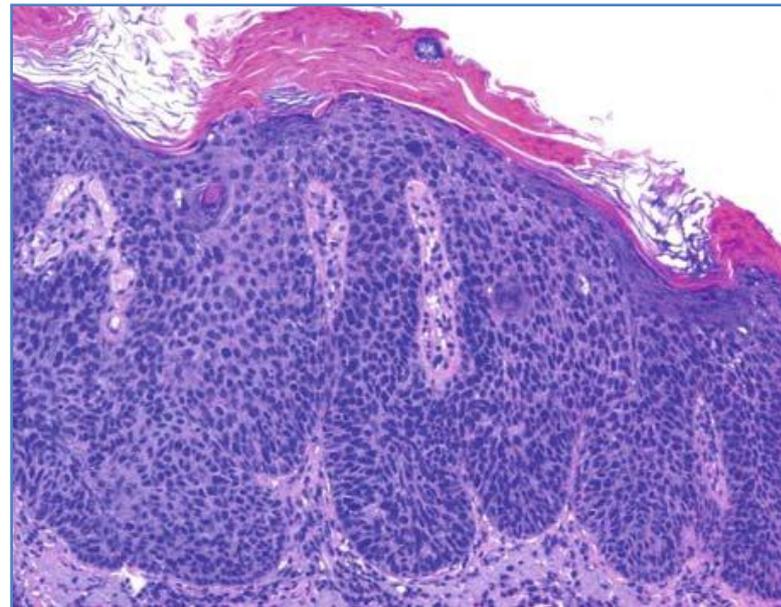
Lésions grises ou brunes, rugueuse



- **Maladie de Bowen** = carcinome épidermoïde intra épidermique



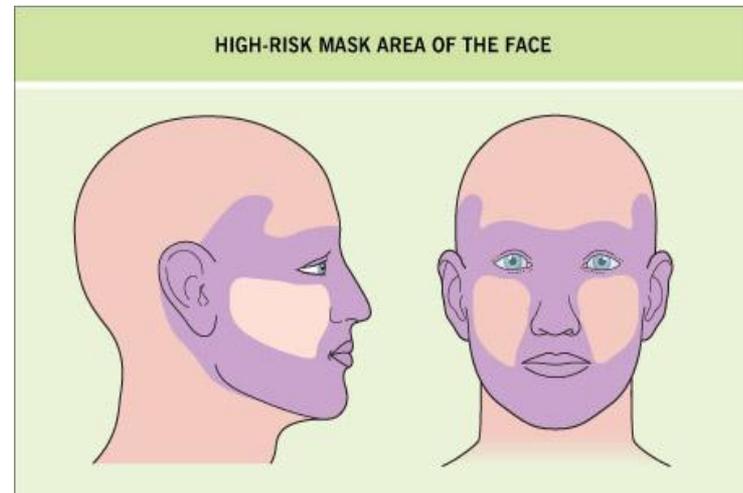
# Maladie de Bowen



# **Le Carcinome Basocellulaire**

# CLINIQUE : LE CARCINOME BASOCELLULAIRE (1)

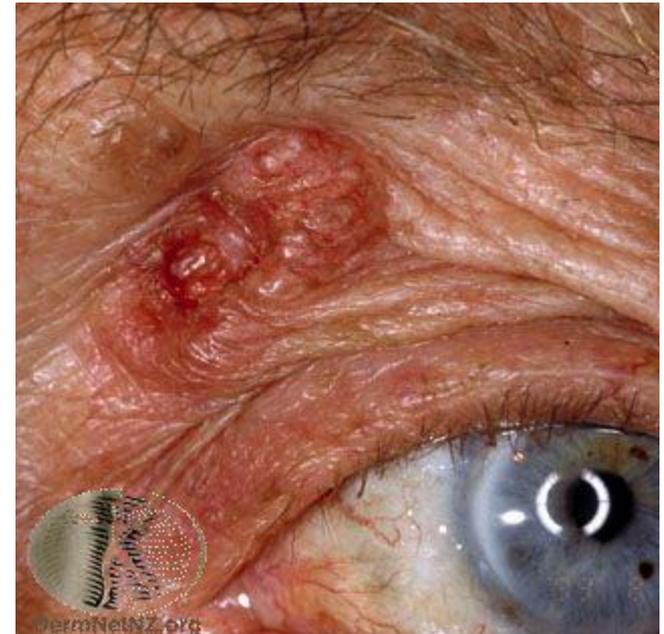
- Développé à partir de la couche de cellules germinatives de l'épiderme
- Localisations principales :
  - Zones photoexposées +++



- Age de découverte :
  - Pic de fréquence entre 45 et 60 ans dans la population générale
  - Parfois plus tôt en cas d'exposition professionnel le (délai de latence important)

# CLINIQUE : LE CARCINOME BASOCELLULAIRE (3)

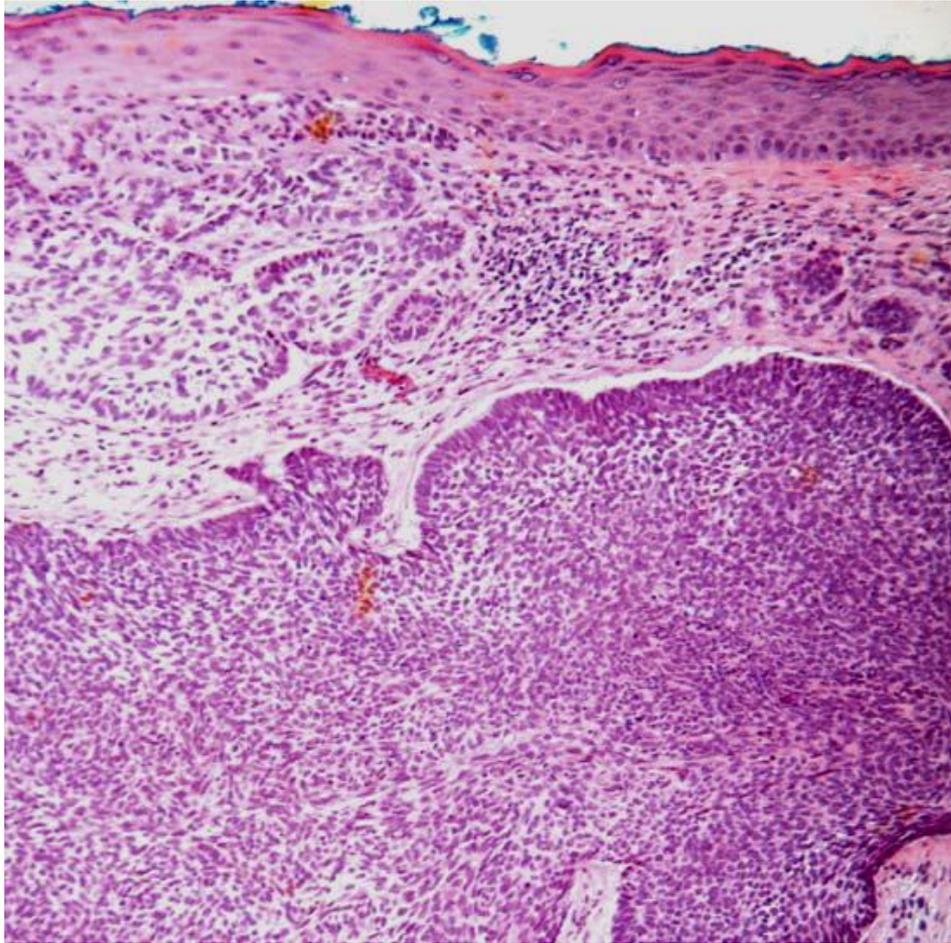
- **Description** : classiquement appelé « perle épithéliomateuse », le carcinome basocellulaire se présente sous l'aspect d'une lésion perlée, à type de papule arrondie translucide recouverte de télangiectasies
- **Formes cliniques**
  - CBC nodulaire
  - CBC sclérodermiforme
  - CBC superficiel ou pagétoïde
  - CBC pigmenté ou tatoué
  - CBC ulcéré





# LE CARCINOME BASOCELLULAIRE

## HISTOLOGIE



### Caractéristiques cytologiques et architecturales caractéristiques:

- Cellules basophiles avec rares mitoses
- Architecture en amas et lobules bien limités
- Disposition en « palissade » des cellules en périphérie des lobules.

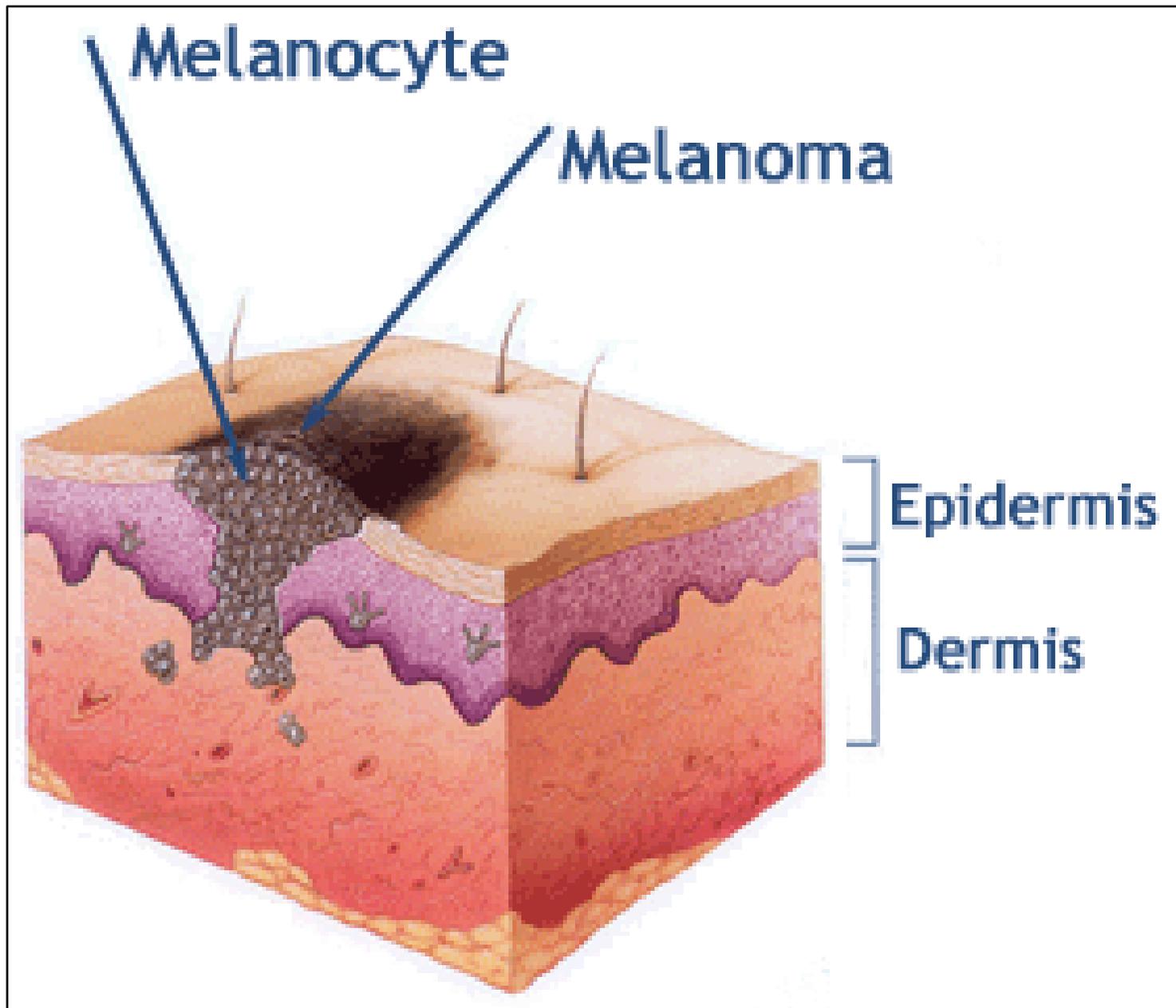
# CLINIQUE : LE CARCINOME BASOCELLULAIRE (4)

- Evolution :
  - Potentiel invasif local important, mais lent,
  - Pas de dissémination sanguine, lymphatique ou nerveuse --> **JAMAIS DE METASTASES**
  - Séquelles fonctionnelles et/ou esthétiques importantes après ttt

# Les mélanomes

# Mélanome (1)

- **Mélanome** = Tumeur maligne développée à partir des cellules pigmentaires (mélanocytes)
- Cancer cutané **grave** en raison de la précocité des métastases et de la difficulté de traitement des formes métastatiques
- Diagnostic précoce → Guérison par simple exérèse chirurgicale large



# CLINIQUE : LE MELANOME (2)

- Analyse morphologique de la lésion, selon la **règle de l'ABCDaire** :
  - **A** = Asymétrie
  - **B** = Bords irrégulier
  - **C** = Couleurs hétérogènes
  - **D** = Diamètre > 6 mm ou ayant augmenté récemment
  - **E** = Evolution récente, extension
- Tout « grain de beauté » qui change
- Différents aspects...
- **Au moindre doute**
  - Avis dermatologique,
  - Exérèse et histologie

# CRITERES ABCDE

**A** Asymétrie

**B** Bords irréguliers

**C** Couleur

**D** Diamètre  $\geq 6$  mm

**E** Evolutivité



# LE MELANOME (3)

## Lésions précancéreuses

- **Lésions précancéreuses**
- La majorité des mélanomes surviennent de novo en peau apparemment saine.
- Certains mélanomes se développent sur des nævus.
- Le risque de transformation d'un nævus commun est très faible.
- Il existe par contre un risque plus élevé de transformation des nævus congénitaux.

# LE MELANOME (4)

## Formes cliniques

- Formes cliniques :
  - Mélanome superficiel extensif (60 à 70 %)
  - Mélanome nodulaire (10 à 20 %)
  - Mélanome lentigineux :
    - Mélanome Acral (2 à 10 %)
    - Mélanose de Dubreuilh (5 à 10 %)
    - Mélanome des muqueuses (diagnostic difficile)

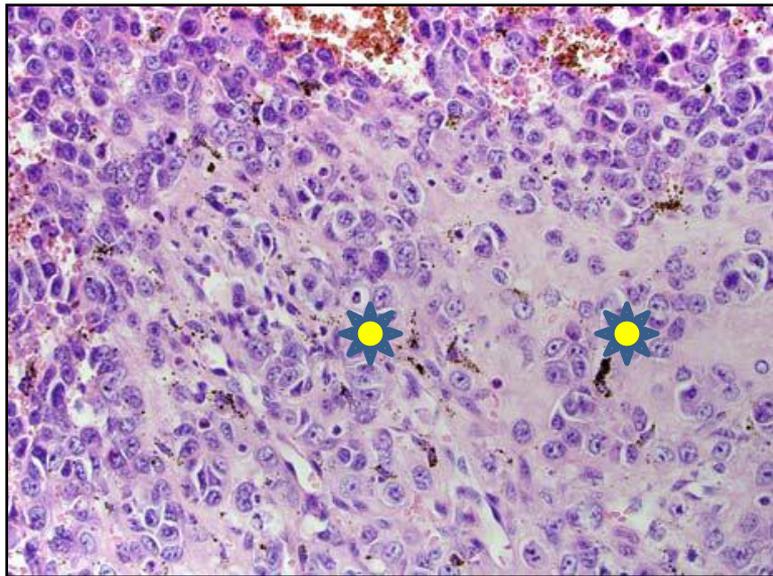


# LE MELANOME (5)

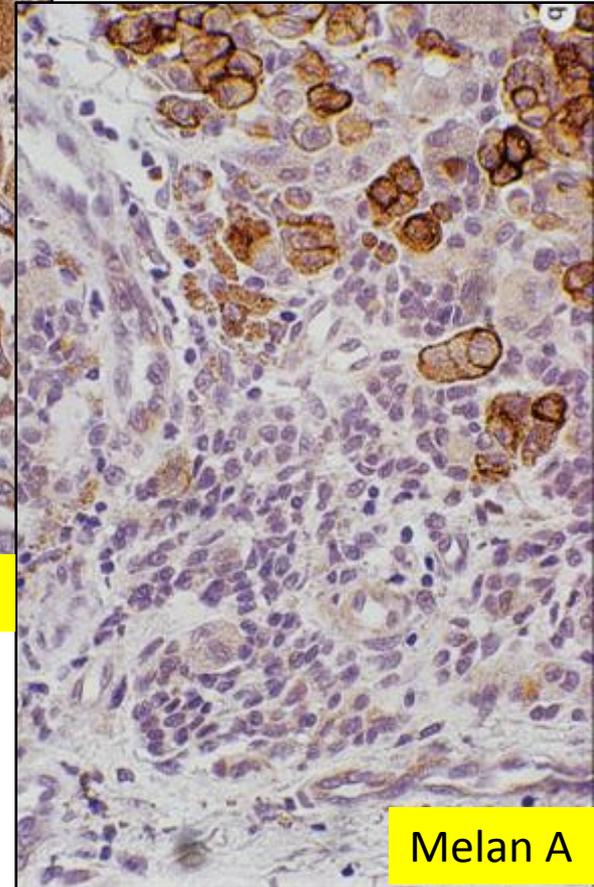
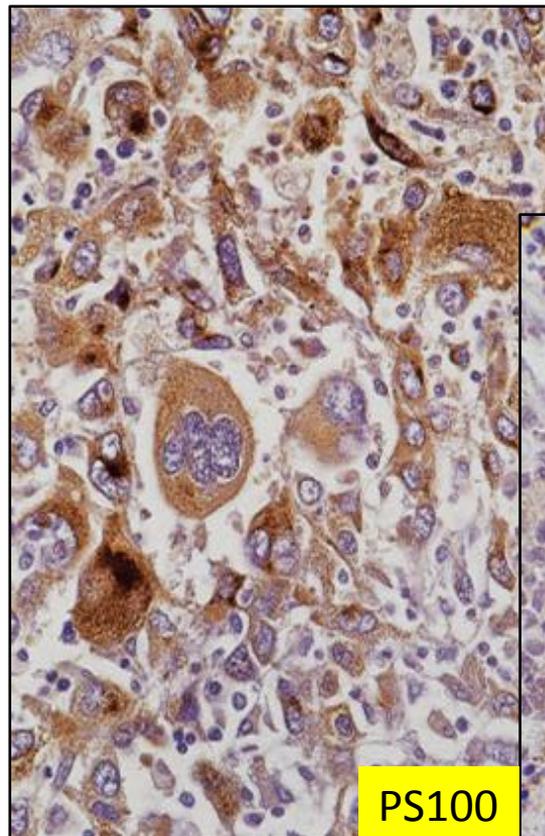
## HISTOLOGIE

- **Diagnostic anatomopathologique**

- L'analyse histologique a pour objectifs de :
  - ➔ Faire le diagnostic de la lésion pigmentée :  
(mélanome, nævus ou autre lésion pigmentée ...)
  - ➔ Rechercher certains facteurs pronostiques, avec au premier plan la mesure de l'épaisseur maximale de la lésion (indice de Breslow ++)
- Il est impératif de faire un prélèvement **de l'ensemble de la lésion**, avec une petite marge de tissu sain (**biopsie-exérèse**) ++.
- Il ne faut jamais faire une biopsie partielle: le Dc ≠ nævus et mélanome est parfois difficile , en cas de biopsie partielle d'un nævus, la lésion se remanie ultérieurement et peut prendre un aspect très proche d'un mélanome, pouvant conduire ultérieurement à un diagnostic faussement positif de mélanome.



Présence de pigments mélaniques dans les cellules néoplasiques;  HEX 100.



Immunohistochimie: positivité des cellules néoplasiques à la PS100 et Melan A

## ➤ **Analyse anatomopathologique de la tumeur**

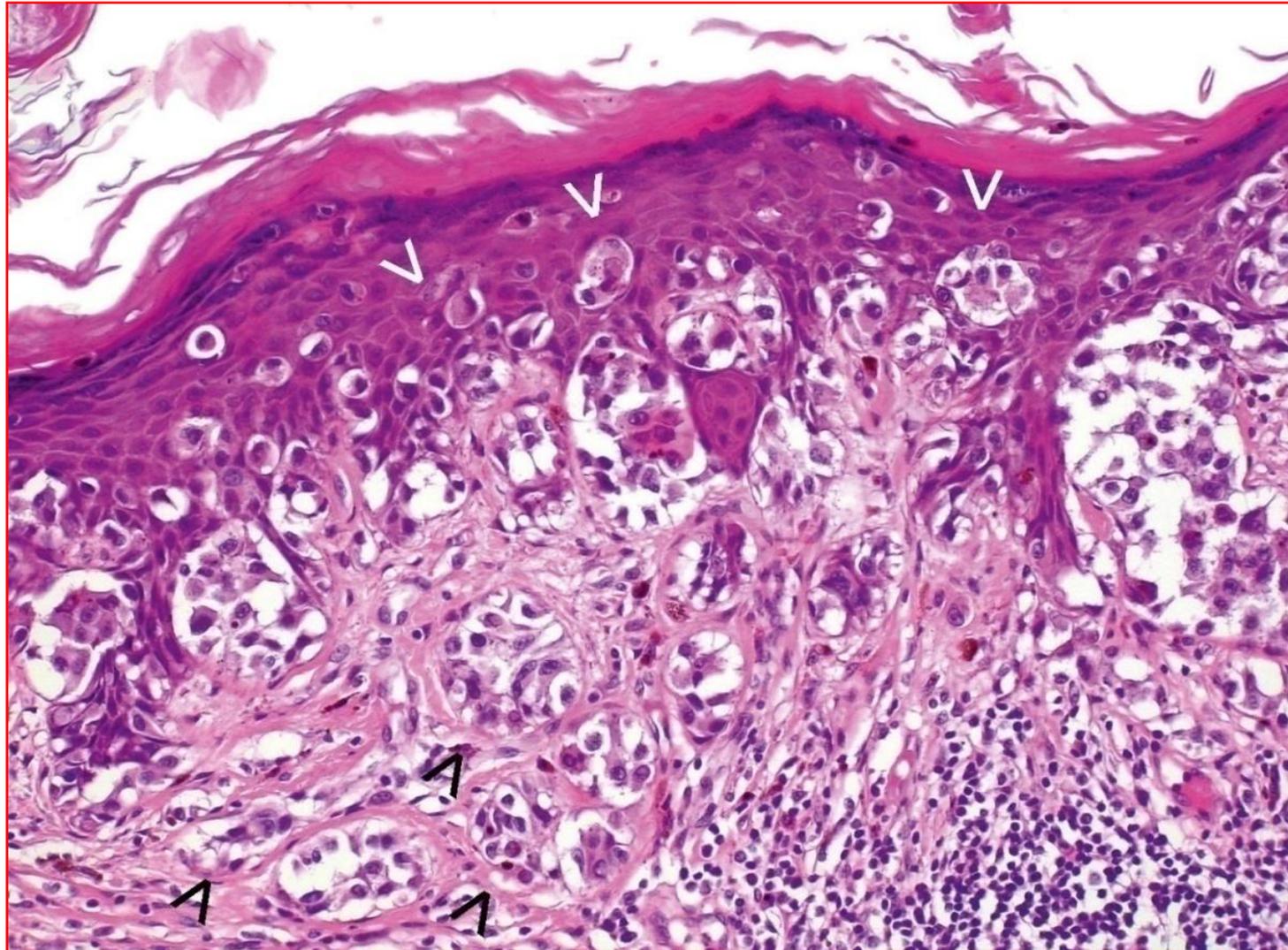
- En cas de mélanome, l'examen histologique doit préciser les éléments suivants (recommandations INCa, Décembre 2011) :
  - ✓ Taille du prélèvement, taille de la lésion ;
  - ✓ Type histologique
  - ✓ Epaisseur en mm de la lésion = indice de Breslow ;
  - ✓ Stade d'invasion de Clark (niveaux de Clark) (facultatif) ;
  - ✓ Ulcération (non/oui) ;
  - ✓ Index mitotique ;
  - ✓ Qualité de l'exérèse (latéralement et en profondeur) ;
  - ✓ Exérèse complète (oui/non). Si oui préciser la marge ;
  - ✓ Stade pT de la classification pTNM (2010)
    - le T dépend de l'épaisseur et de la présence d'une ulcération ;
    - le N dépend du nombre de ganglions métastatiques.

# LE MELANOME (5)

## Sous-types histologiques

- Il existe différents sous-types anatomocliniques de mélanomes qui ont une valeur pronostique.
- 1- Mélanome superficiel extensif (superficial spreading melanoma, SSM)**
- C'est la forme la plus fréquente de mélanome (60 %).
- La lésion évolue en deux phases:
  - 1- d'abord « radiaire » avec prolifération des mélanocytes dans l'épiderme, sans franchissement de la membrane basale,
  - 2- Puis verticale où les cellules tumorales envahissent le derme progressivement
- Au stade radiaire (cancer in situ), l'exérèse est curative.

## Mélanome superficiel extensif (superficial spreading melanoma, SSM)



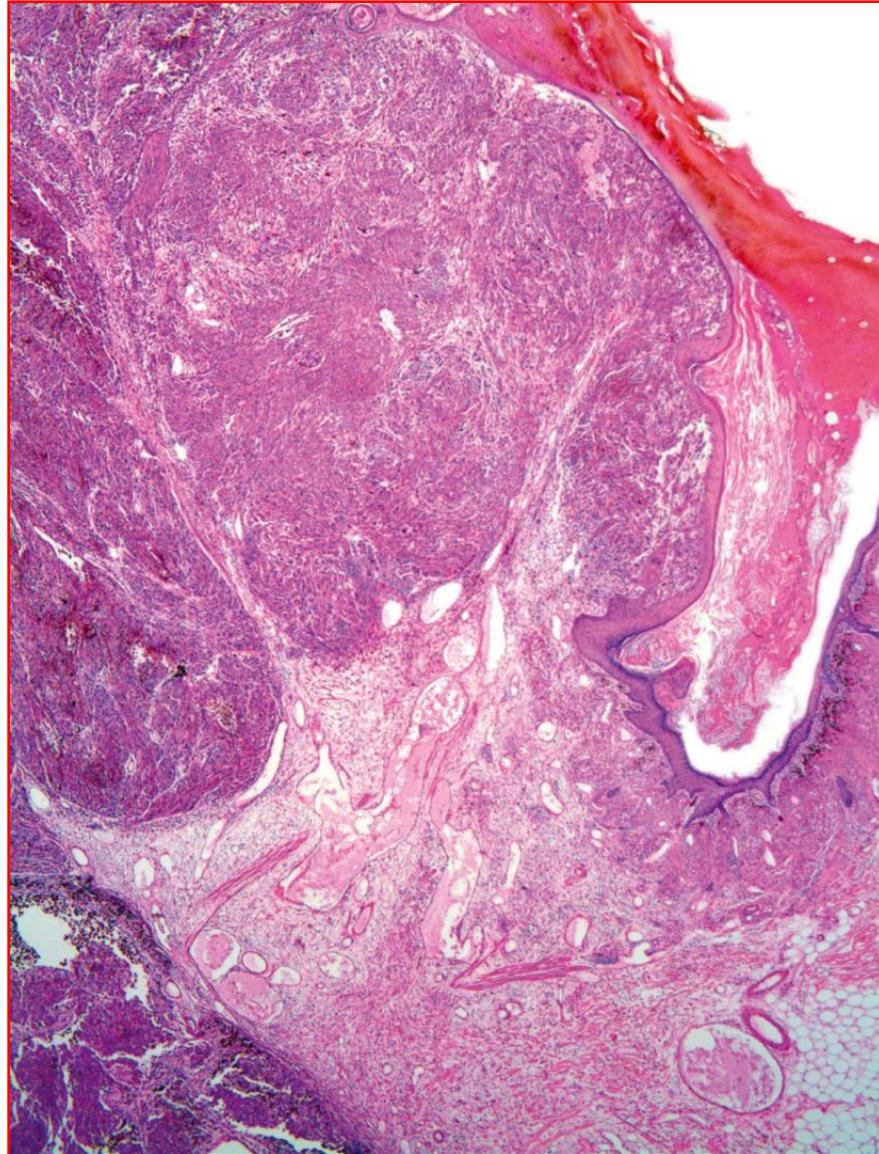
# LE MELANOME (5)

## Sous-types histologiques

### 2. Mélanome nodulaire

- Il représente 10 à 20 % des mélanomes.
- C'est la forme la plus agressive, d'emblée invasive.
- Histologiquement, la lésion forme un nodule intradermique , sans contingent tumoral épidermique,
- constitué des cellules mélanocytaires tumorales souvent clairement atypiques, avec des mitoses.

# Mélanome nodulaire

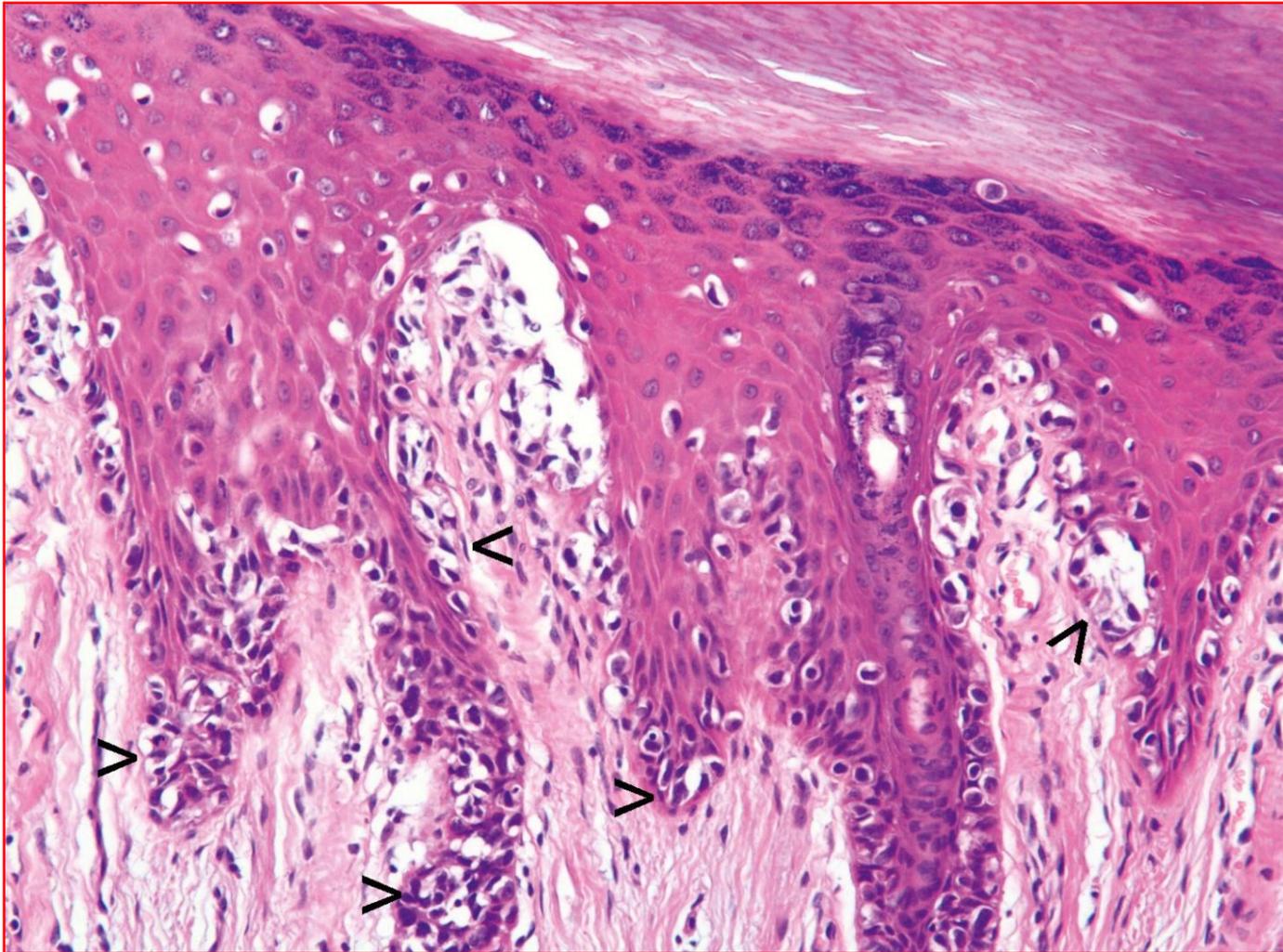


# LE MELANOME (5)

## Sous-types histologiques

- **3. Mélanome acrolentigineux**
- Il représente environ 2 % des mélanomes.
- C'est un mélanome à extension superficielle extensive initiale qui se localise sur les régions palmoplantaires.
- Histologiquement, la lésion forme une prolifération de mélanocytes atypiques d'abord intra-épidermique alignés dans la couche basale et/ou regroupés en thèques puis envahit le derme.

# Mélanome acrolentigineux

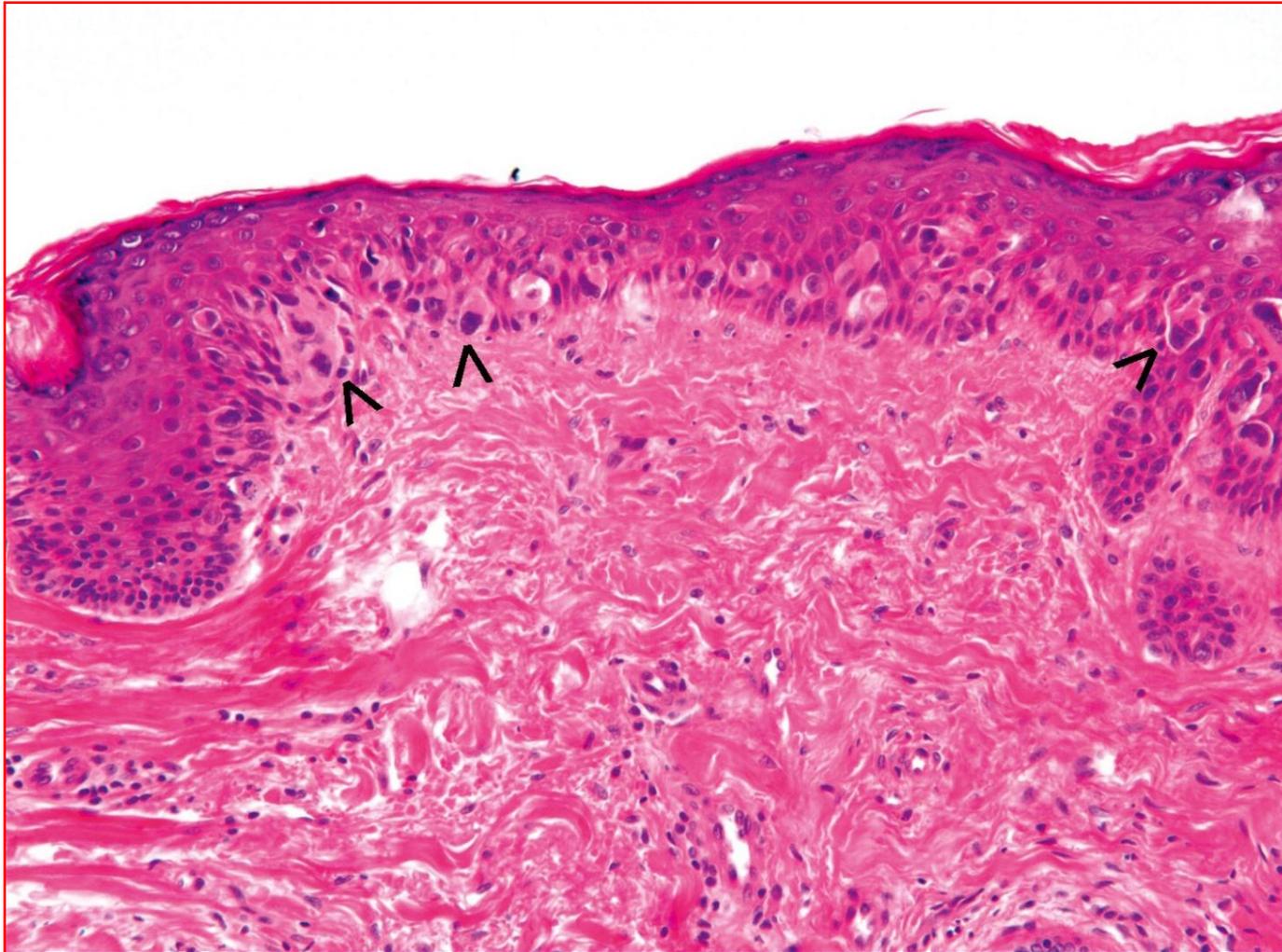


# LE MELANOME (5)

## Sous-types histologiques

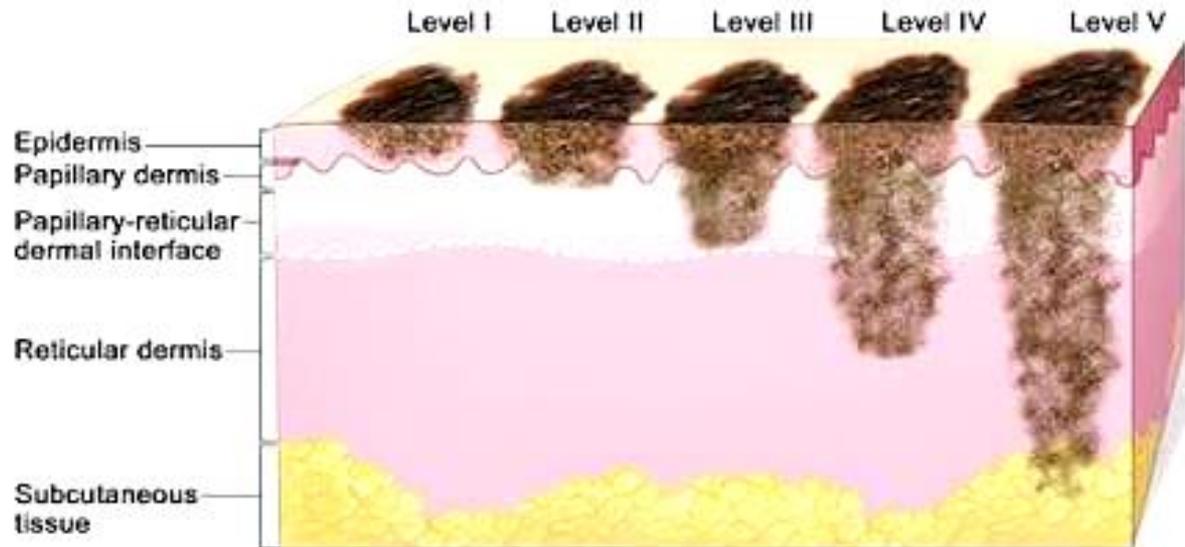
- **4. Mélanome de Dubreuilh**
- Il représente environ 10 % des cas.
- C'est la forme la moins rapidement évolutive.
- Il s'agit d'une lésion localisée sur le visage, en zone photo-exposée (malaire, temporale), qui forme une plaque brune souvent étendue.
- Histologiquement, la lésion est constituée d'une prolifération de mélanocytes atypiques alignés dans la couche basale, associée à une atrophie de l'épiderme .
- Avec le temps, se forment des regroupements en thèques, puis tardivement survient une invasion dermique.

# Mélanome de Dubreuilh

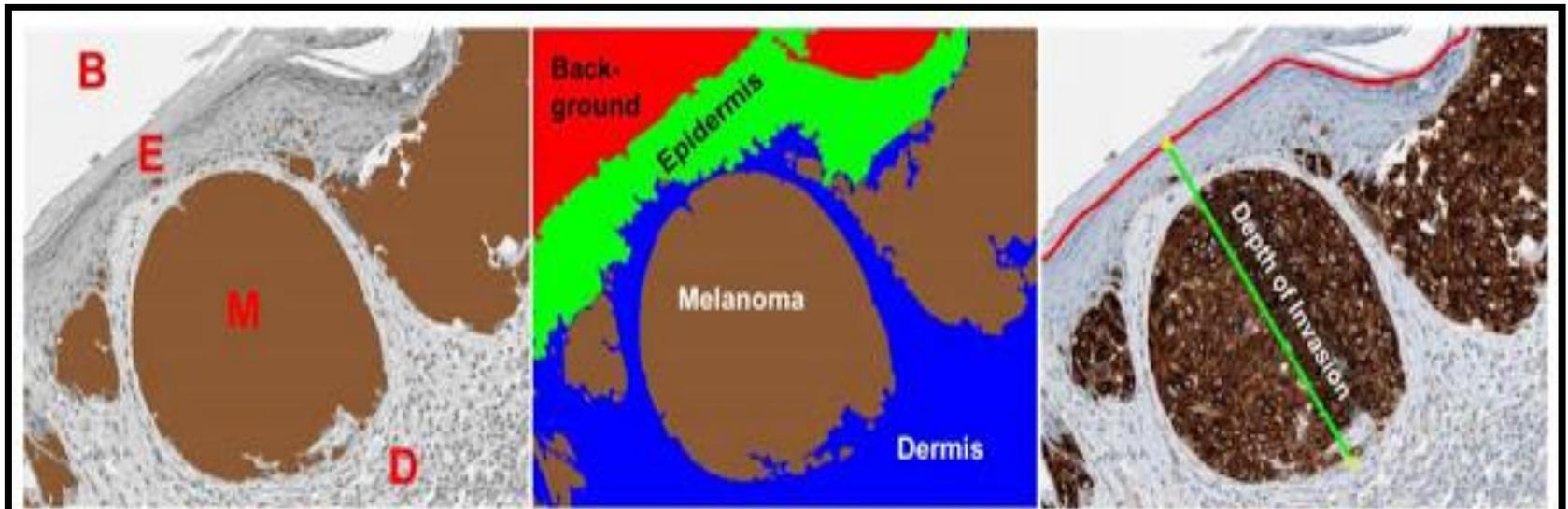


- **Les niveaux de Clark** correspondent à la profondeur de l'infiltration par rapport à l'histologie de la peau;  
(Ils ont moins de valeur pronostique que l'indice de Breslow)
- ✓ Niveau de Clark 1 : intra-épidermique.
- ✓ Niveau de Clark 2 : infiltration du derme papillaire.
- ✓ Niveau de Clark 3 : infiltration entre derme papillaire et réticulaire.
- ✓ Niveau de Clark 4 : infiltration du derme réticulaire (profond).
- ✓ Niveau de Clark 5 : infiltration de l'hypoderme.

### Clark Levels



© 2019 Teosda Winchde  
www.teosda.com



# LE MELANOME (6)

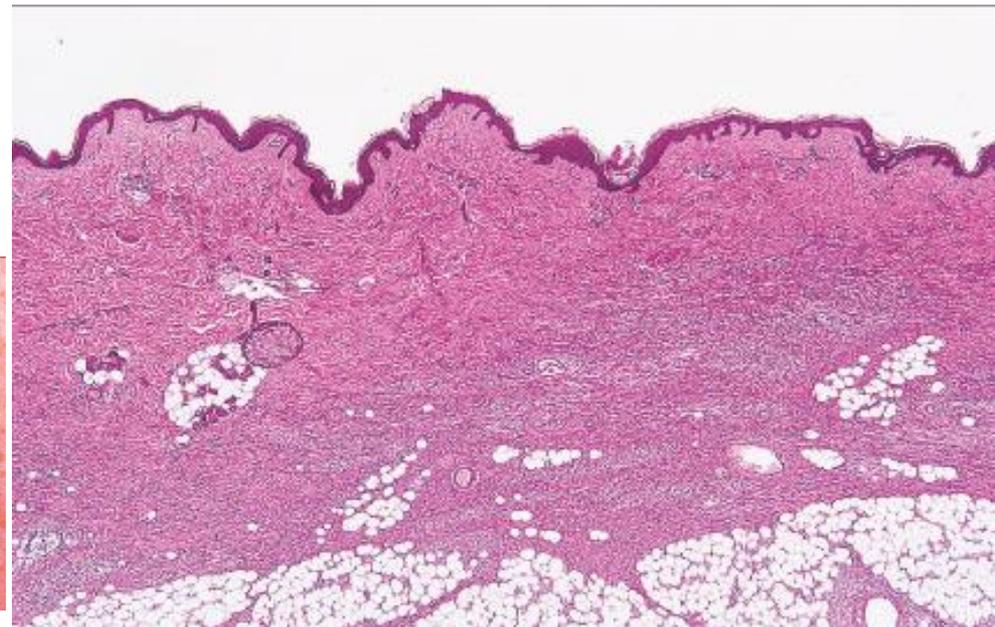
## Evolution et Pronostic

- Le pronostic dépend directement de la précocité du diagnostic et notamment de l'épaisseur tumorale mesurée par l'indice de Breslow (= mesure en millimètres sur coupe histologique)
  - Breslow <0,76 mm : 95% de survie à 5 ans
  - Breslow >3 mm : 50% de survie à 5 ans
- Sauf au stade de mélanome in situ (intra-épidermique), le patient est exposé au risque de récurrence, de métastases locales ou régionales et de métastases viscérales. À titre d'exemple, la présence d'une adénopathie réduit l'espérance de vie à 50 % à 5 ans et à moins de 40 % à 10 ans.

# Autres cancers cutanés

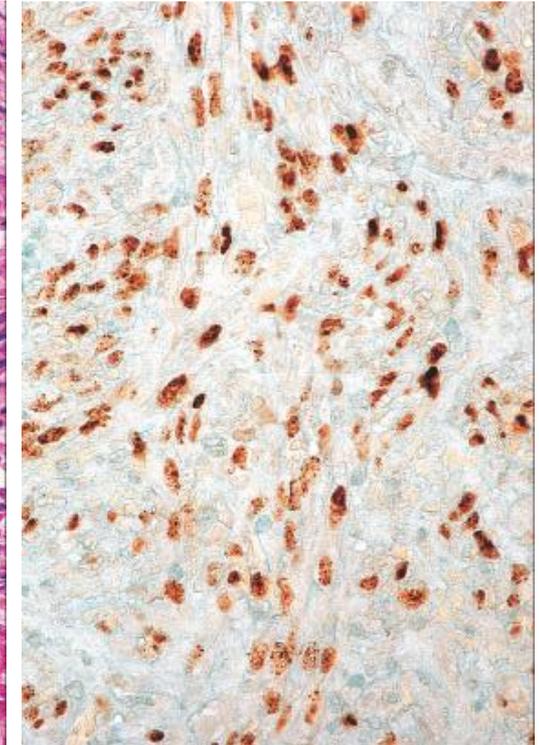
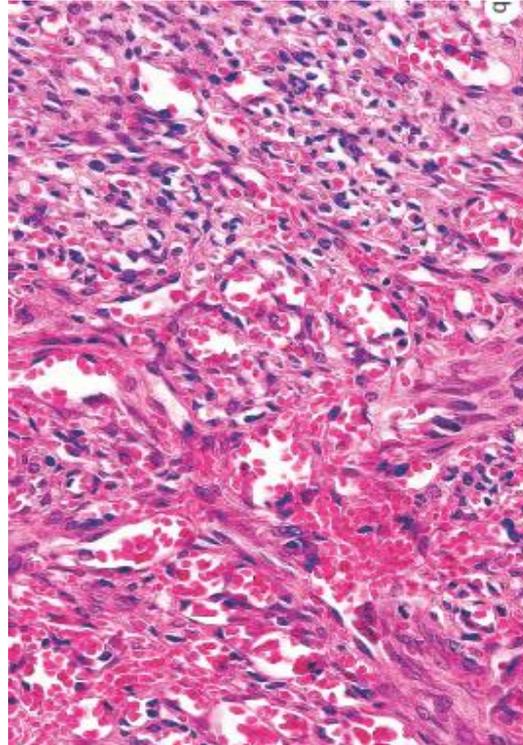
# 1- Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand ( Dermatofibrosarcoma Protuberans)

- C'est la plus fréquente des tumeurs mésoenchymateuses malignes, particulière au revêtement cutané ;
- Siège de prédilection: abdomen, région ombilicale, épaule.
- Histologie: Tumeur fusocellulaire dense, richement cellulaire envahissant le derme et l'hypoderme
- Comportement évolutif particulier: évolution locale, sans métastases ganglionnaires ou viscérales, mais récurrences fréquentes++ , peut se transformer en véritable sarcome



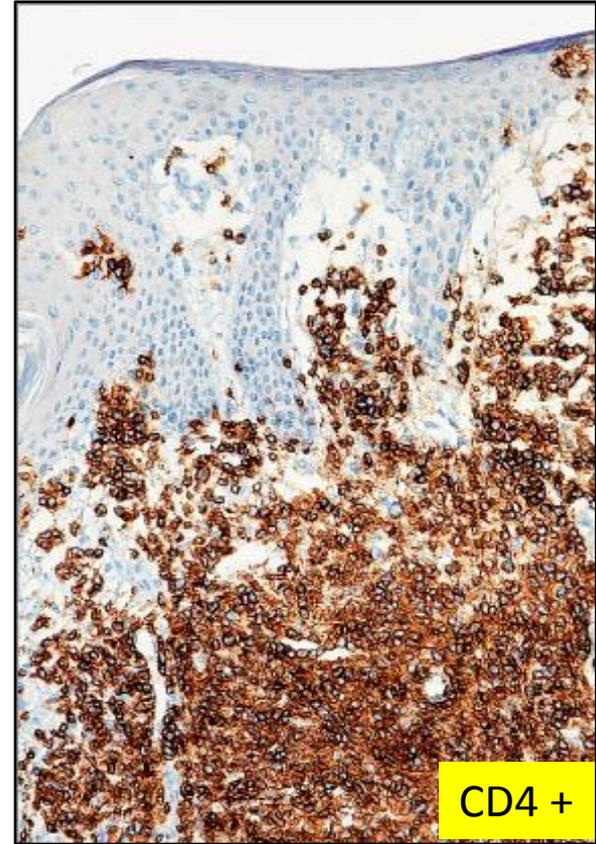
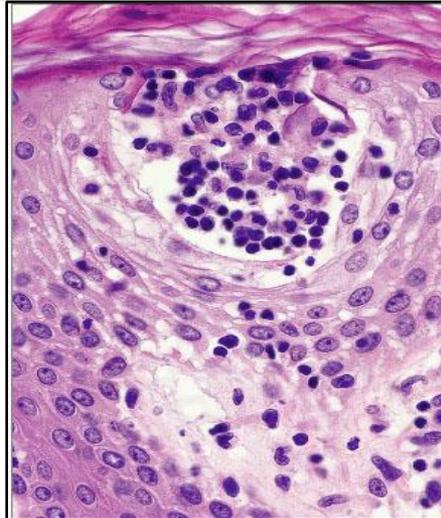
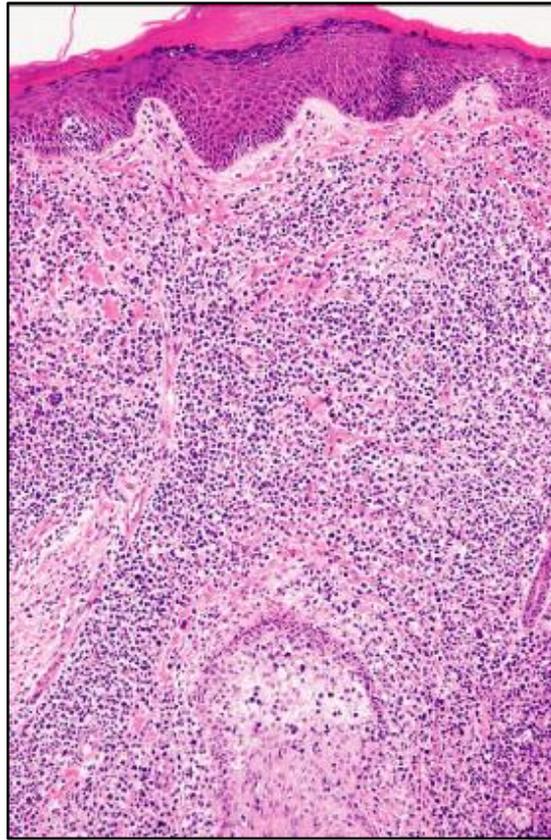
## 2- Sarcome de Kaposi

- Prolifération mésenchymateuse maligne vasculaire et fibroblastique.
- Endémique, HIV, transplantation rénale
- Associé à HHV8 ( Kaposi Sarcoma Virus)
- Plaques erythémato- angiomateuses , nodules prédominant aux extrémités des membres, distribution symétrique
- Histologie: nodule  $\pm$  bien limité constitué ; prolifération cellulaire, vasculaire et hémorragie +++
- Immunohistochimie: Ac anti-HHV8 positif



## 3-Lymphomes cutanés

- Plusieurs types de lymphomes dominés par le Mycosis Fongoïde (MF)
- **MF**: lymphome cutané épidermotrope à T lymphocytes
- L'évolution est très lente (années ou décennies).
- Les manifestations cutanées sont le plus souvent isolées : plaques non infiltrées, de plusieurs centimètres, érythémato-squameuses, s'infiltrant ultérieurement;
- Diagnostic histologique est basé sur:
  - la topographie des lésions :épidermotropisme ++, abcès de Pautrier
  - la morphologie cellulaire
  - L'immunohistochimie: marqueur T (CD4++)



# Les cancers cutanés

## Aspects anatomo-pathologiques

### CONCLUSION

- Les cancers cutanés sont dominés par le carcinome épidermoïde, le carcinome basocellulaire et les mélanomes.
- Le diagnostic histopathologique doit se faire sur biopsie –exérèse de la lésion, il doit tenir compte de:
  - La topographie de la lésion
  - La durée d'évolution
  - L'aspect clinique
  - Les aspects morphologiques souvent complétés par l'immunohistochimie
- Une étroite collaboration avec le dermatologue est nécessaire.



**Moi, je suis bien dans ma peau!**