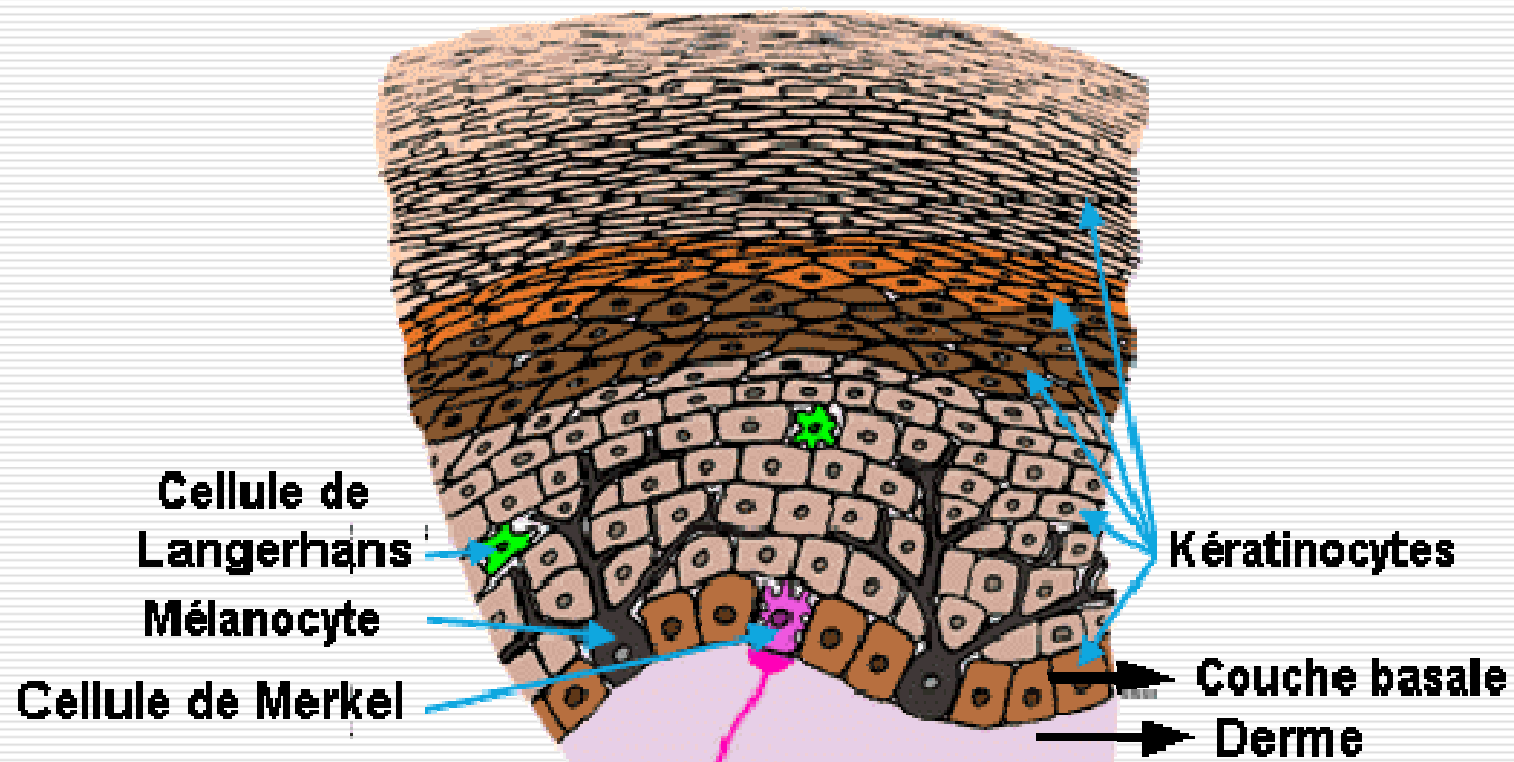


Cancérologie dermatologique

Carcinomes et sujets âgés

Delphine Legoupil
CHU de BREST

Les cellules de la peau



PLAN

- I : lésions pré-cancéreuses
 - KA et maladie de Bowen
 - II : carcinome basocellulaire
 - III : carcinome épidermoïde (ou spinocellulaire)
 - IV : 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*), imiquimod (aldara*) et mébutate d'ingénol (picato*)

□ La maladie de Bowen (CE in situ)

- Peut se transformer en CE
 - Ttt : chirurgical ou médical : cryoT, 5 FU topique
-

Kératoses actiniques



Zones découvertes :
visage, cc et mains

Lésions squameuses voire
crouteuses, chroniques, +/-
dl, +/- inflammatoires,
palpation ++

« Champ de
cancérisation »

Maladie de Bowen



TTT: cryoT



Application d'azote sur les kératoses

Avantages : rapide

Inconvénients : dl, hypopigmentation

Indication : KA hyperK, peu de lésions

TTT : 5 FU_{5%} crème (efudix)

- AMM : KA, Mie Bowen

 - 1 à 2/ j pendant 3-4 semaines ou
3/sem pendant 6 semaines

 - Effets 2nds : inflammation
 - Érythème → nécrose
-

Ttt : imiquimod

- AMM : KA non hyperK, visage et CC, chez l'adulte IC et CBCs
 - CBCs : 5j/7j - 6 sem - 8h env. contact
 - KA : 3j/7j - 4 sem à 8 sem - 8h env.

 - Effets 2nds : inflammation
 - Érythème → nécrose
-

Mébutate d'ingénol (picato*)

- ❑ Indications : KA non hyperK
- ❑ Modalités :
 - Sur visage et CC : 1/j -3 j (150 µg/g)
 - Sur le corps : 1/j – 2 j (500 µg/g)
- ❑ Effets 2nds :inflammation



Photothérapie dynamique



- Indications : KA (visage et CC), CBCs et maladie de Bowen, après réalisation d'un curetage SB
 - Principe : application d'un produit à pénétration cut.(accumulation dans les cellules tumorales) sous occlusif pendant 3 H puis activation par une source lumineuse (lampe ou lumière naturelle). Génération de ROS cytotoxiques avec destruction cellulaire.
-

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
 - Carcinome de merkel
 - Autres tumeurs plus rares
 - Tumeurs annexielles
 - Angiosarcome,...
-

II. 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 :

- Nodulaire
- Superficiel ou pagétoïde
- Sclérodermiforme
 - Toutes ces formes peuvent être tatouées et/ou ulcérées (ulcus rodens)

Formes histologiques :

- Idem + infiltrant
-

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.

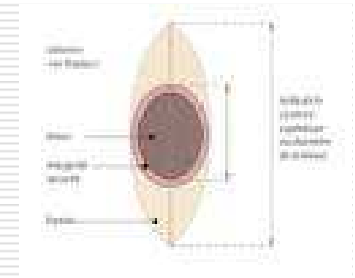
- Zones à bas risque : tronc et mb
- Zones à haut risque : nez et zones péri-orificielles
- Intermédiaires : CC, joues, front, menton et cou

Recommandations HAS 2004

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 pronostique : marges de 5 à 10 mm (2 tps ou Mohs)
 - Reconstruction : suture directe, lambeau, greffe, cicatrisation dirigée.

- **effets 2nds** : hémorragie, dl, infections,...



Traitement forme localisée (2)

□ Autres :

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

→ Prise en charge souvent simple

Traitement forme avancée

- **Chirurgie** curage gg si N+
 - **RT** tr inopérable, en adjuvant après curage,...
 - **Chimiothérapie**
 - 5FU, sels de platine,...
 - Peu efficace
 - **Ttt ciblé +++** (Erivedge*) en ATU : en PO
-

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** (VIH , 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 → exérèse



-
- Forme muqueuse
 - CE OGE sur lichen plan chronique
-

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

□ **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 récurrence

Carcinome épidermoïde : forme agressive

ID :

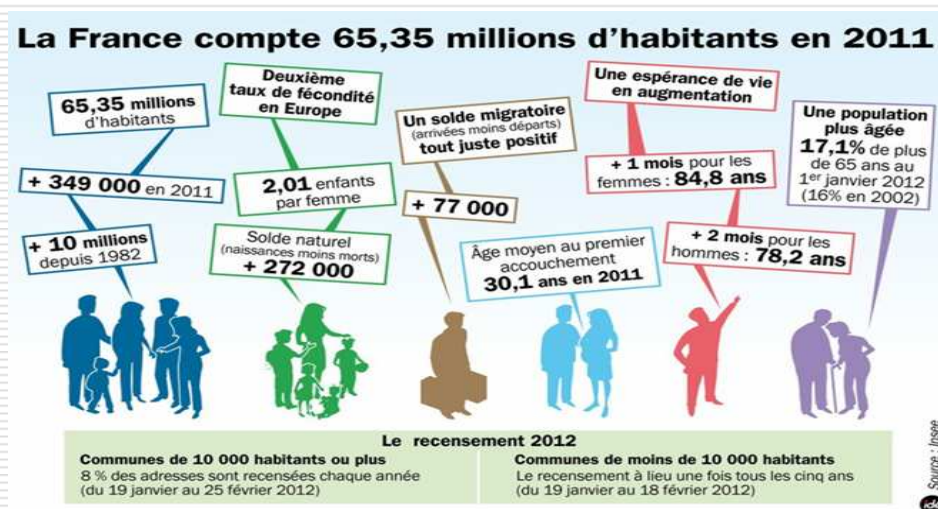
Patient greffé rénal

Patient VIH

Traitements

- ❑ **Chirurgie** si possible
 - Parfois mutilante
 - Curage GG si N+ clinique ou radiologique
 - ❑ **Radiothérapie ou curiethérapie** (2^e intention)
 - ❑ **Chimiothérapie** :
 - En néo-adjuvant : sur tumeurs volumineuses et/ou N+ (5FU-platines +/- cétuximab hors AMM)
 - Palliative : sels de platine, 5FU, taxanes, EGFRi, ...
 - ❑ **Soins palliatifs**
- **Avis oncogériatrique** si prise en charge difficile
-

IV- K cutanés et âge - Synthèse



- ↑ espérance de vie (17,1% de la population a plus de 65 ans)
- de plus en plus de personnes de plus de 75 ans

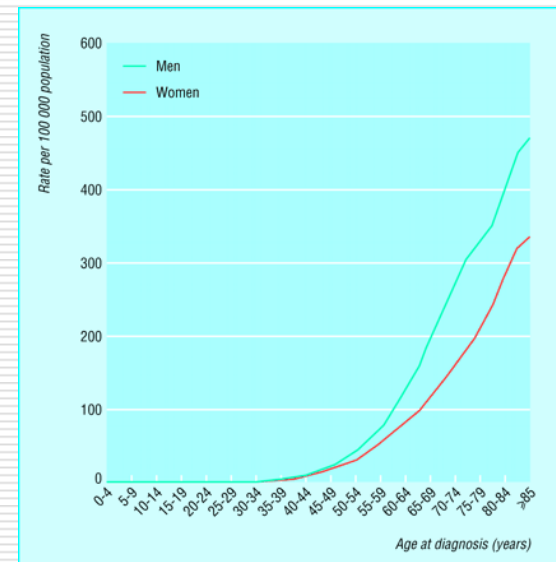
Epidémiologie : K et sujets âgés

□ L'âge est un facteur de risque de cancer

- +60 % le nb de nvx cas de K en 20 ans liés au vieillissement

□ ↑ incidence des K y compris cutanés avec l'âge

- 1/3 des K diagnostiqués chez les + de 75 ans
- ↑ mélanome chez les + de 70 ans
- Tx de survie plus faible (IS) avec un pronostic moins bon



Population âgée hétérogène

- Vieillesse inégale selon le mode de vie et les co-morbidités

- 3 grands groupes :
 - Bon état de santé

 - État de santé correct mais risque de décompensation si stress

 - dépendance



Prise en charge d'un cancer chez le sujet âgé

□ Caractéristiques du patient :

- Âge chronologique : non pertinent
- Co-morbidités
- PS : non pertinent
- 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 ≤ 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 la maladie
 - Stade de la maladie
 - Agressivité de la tumeur
 - Ttt possibles : chirurgie, RT, CT, thérapies ciblées,...
-

Chirurgie du sujet âgé

Gestion du geste :

- AL / AG
- Risque hémorragique (ttt)
- Gestion de la douleur et de l'anxiété
- Gestion de troubles cognitifs (réassurance)

En post op :

- Risque de Sd confusionnel, de dégradation cognitive et de désadaptation posturale
 - Risque de décès (hémorragie,...) : rare !
 - Gestion des pansements
 - DI / nutrition / rééducation
-

Radiothérapie et sujet âgé

- ❑ Ttt ambulatoire avec nb trajets
- ❑ Manque de coopération
- ❑ Difficulté de mobilisation
- ❑ Effets secondaires selon la localisation (radiodermite, mucite,...)
- ❑ Déstabilisation possible de patients précaires



Spécificité des cancers cutanés

- ❑ Fréquence des K cut
 - ❑ Bon pronostic le plus sv
 - ❑ Lésions multiples (histo et stades différents)
 - ❑ 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, patient et entourage, personne soignant,...
 - ❑ Formes d'évolution rapide,...
-

K cutanés chez les sujets âgés

- Prévention primaire ++ (photo-protection)
 - Dépistage +++
 - Diagnostic précoce et prévention secondaire (↑ 2ème K)
 - TTT précoces
 - Des lésions pré-cancéreuses 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
 - Difficulté de prise en charge liée à l'âge (rapidité d'évolution)
 - Place de l'oncogériatrie : formes avancées e/o ttt lourds (chirurgie délabrante/ RT/ CT ,.....)
-