

Item 299 (ex item 149) – Tumeurs cutanées, épithéliales

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Prérequis.....	3
2. Fréquence et épidémiologie.....	3
3. Types histologiques.....	3
4. Carcinome basocellulaire.....	5
4.1. Aspect histologique.....	5
4.2. Diagnostic et traitement.....	6
5. Carcinome épidermoïde.....	6
5.1. Lésions précancéreuses.....	6
5.2. Aspect histologique.....	7
5.3. Diagnostic et traitement.....	8

Objectifs ENC

- 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.

1. Prérequis

Histologie de la peau normale (avec kératinocytes, mélanocytes, épiderme, derme papillaire, etc.) (cf. chapitre 29).

2. Fréquence et épidémiologie

Les cancers cutanés sont les cancers les plus fréquents chez l'adulte.

90 % des cancers cutanés sont des carcinomes (tumeur épithéliale maligne).

Le carcinome basocellulaire est le plus fréquent (80 % des carcinomes cutanés).

3. Types histologiques

Les deux principaux carcinomes cutanés épithéliaux sont :

- le carcinome basocellulaire ;
- le carcinome épidermoïde cutané.

Le tableau 1 donne les principales caractéristiques histologiques et évolutives de ces deux carcinomes.

Tableau 1 : Caractéristiques histologiques et évolutives des carcinomes basocellulaire et épidermoïde

	Carcinome basocellulaire	Carcinome épidermoïde
Ressemblance	Cellules basales de l'épiderme	Cellules malpighiennes
Histologie	Cellules monomorphes, basaloïdes Cellules disposées en palissades Fentes de rétraction entre la tumeur et le stroma (figure 1)	Cellules pléiomorphes, atypiques Ponts d'union entre les cellules Kératine Infiltration (figure 2)
Évolution	Strictement locale (pas de métastase) Infiltration, récurrence locale	Possibilité de métastases ganglionnaires et viscérales Infiltration, récurrence locale ou à distance

Le tableau 2 résume les principales caractéristiques cliniques et les facteurs pronostiques de ces deux cancers.

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et facteurs pronostiques des carcinomes basocellulaire et épidermoïde

	Carcinome basocellulaire	Carcinome épidermoïde
Localisation	Peau exposée Pas les muqueuses	Peau exposée Muqueuses
Lésions précancéreuses	Non Survient en peau saine	Oui Survient très souvent sur lésions préexistantes : – kératose actinique (figure 3) – maladie de Bowen (figure 4) – érythroplasie de Queyrat – radiodermite, cicatrices, ulcération chronique – néoplasie intra-épithéliale ou dysplasie épithéliale des muqueuses (se traduisant par une leucoplasie d'un point de vue clinique)
Aspect clinique	Perle épithéliomateuse Forme clinique : – superficielle <ul style="list-style-type: none"> • nodulaire • infiltrante • sclérodermiforme 	
	Lésion ulcérée, bourgeonnante, infiltrante	
Pronostic	Localisation (3 zones) Taille (1 ou 2 cm en fn des zones) Forme récidivée Sous-types histologiques	Localisation (2 zones) Taille (1 ou 2 cm en fn des zones) Forme récidivée Immunodépression Niveau d'infiltration Sous-types histologiques Différenciation Invasion périnerveuse

4. Carcinome basocellulaire

C'est le plus fréquent (80 % des carcinomes cutanés).

Évolution strictement locale (pas de métastases).

Risques : infiltration, récurrence locale, développement d'une autre lésion.

Il survient en peau saine (pas de lésion précancéreuse).

4.1. Aspect histologique

Les cellules sont :

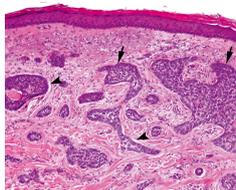
- monomorphes, basaloïdes (figure 1) ;
- disposées en palissades.

Il y a des fentes de rétraction entre la tumeur et le stroma.

Il existe plusieurs sous-types histologiques qui ont une valeur pronostique :

- superficiel ;
- nodulaire ;
- infiltrant ;
- sclérodermiforme (stroma fibreux abondant) ;
- métatypique ;
- composite.

Figure 1 : Carcinome basocellulaire de type infiltrant, formant des amas de cellules rappelant les cellules de la basale épidermique, formant une petite palissade en bordure (flèches) et parfois entourés d'un artéfact de rétraction (pointes de flèches)



N.B : les quatre premiers sous-types correspondent aussi à des sous-types cliniques.

Différents types histologiques peuvent être associés dans une même tumeur, il faut toujours donner dans le compte-rendu le sous-type le plus péjoratif.

Les premiers (superficiel et nodulaire) sont de meilleur pronostic.

Les formes infiltrantes et sclérodermiformes ont des limites imprécises rendant l'exérèse complète d'emblée plus difficile.

Dans les deux derniers sous-types, il existe un contingent tumoral épidermoïde. Si les secteurs épidermoïdes sont mêlés aux secteurs de carcinome basocellulaire, on parle de forme métatypique ; si les secteurs épidermoïdes sont bien individualisés on parle de forme mixte ou composite.

4.2. Diagnostic et traitement

Le traitement chirurgical avec exérèse complète de la lésion est le traitement de référence.

Une biopsie préalable au geste d'exérèse peut être faite pour affirmer le diagnostic s'il existe un doute clinique, si le traitement proposé n'est pas chirurgical, pour toutes les formes cliniques de mauvais pronostic ou si le geste chirurgical nécessite une reconstruction importante.

Le compte-rendu d'anatomie pathologique doit comporter (recommandations ANAES, mars 2004) les éléments suivants :

- taille de la pièce d'exérèse ;
- orientation (oui/non) ;
- lésions visibles macroscopiquement (oui/non). Si oui préciser aspect/taille de la lésion ;
- histologie : carcinome basocellulaire.
Donner le sous-type histologique (superficiel, nodulaire, infiltrant, sclérodermiforme, métatypique, composite) ;
- qualité de l'exérèse (limites latérales et profondes) :
 - en tissu tumoral,
 - au ras de la tumeur,
 - en tissu sain (préciser la marge minimale) ;

- limites profondes :
 - en tissu tumoral,
 - au ras de la tumeur,
 - en tissu sain (préciser la marge minimale).

5. Carcinome épidermoïde

Il est beaucoup moins fréquent que le carcinome basocellulaire.

L'évolution est locale, et il y a possibilité de métastases (ganglionnaires ou viscérales).

Risques : infiltration, récurrence locale, métastases, développement d'une autre lésion.

Le carcinome épidermoïde survient le plus souvent en peau lésée (lésion précancéreuse), et peut toucher les muqueuses.

5.1. Lésions précancéreuses

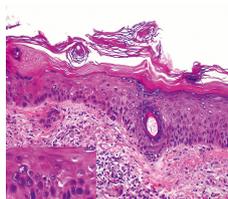
1. Kératose actinique

Les lésions sont liées aux UV (peau exposée).

Histologiquement, il y a une prolifération des cellules basales de l'épiderme qui apparaissent atypiques, tassées les unes contre les autres, avec des mitoses (figure 2).

La kératose actinique évolue assez rarement en carcinome épidermoïde et peut régresser.

Figure 2 : Kératose actinique caractérisée par une hyperkératose et un bourgeonnement de la basale épidermique, où les kératinocytes sont atypiques, pourvus de gros noyaux, et se chevauchent (encart en bas à gauche)

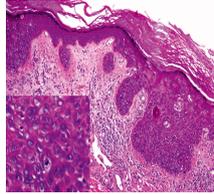


2. Maladie de Bowen

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde in situ (intra-épithélial). Il se transforme en carcinome épidermoïde infiltrant dans environ 3 % à 5 % des cas.

Sur le plan anatomopathologique, l'épiderme est désorganisé et constitué sur toute son épaisseur de kératinocytes atypiques mais qui, par définition, ne franchissent pas la membrane basale (figure 3).

Figure 3 : Maladie de Bowen (carcinome épidermoïde in situ)



Elle se caractérise par une désorganisation de l'épiderme sur toute sa hauteur, avec des kératinocytes atypiques et des mitoses (encart en bas à gauche), mais sans franchissement de la membrane basale.

3. Leucoplasie

Il s'agit d'une lésion clinique : plaque blanchâtre au niveau des muqueuses.

Histologiquement, cela correspond le plus souvent à de la dysplasie épithéliale malpighienne, classée en trois grades (dysplasie légère, modérée, sévère) selon que les atypies nucléaires, la désorganisation architecturale et les mitoses concernent le tiers inférieur, les deux tiers inférieurs ou plus des deux tiers de la hauteur de l'épithélium.

4. Érythroplasie de Queyrat

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde in situ au niveau des muqueuses.

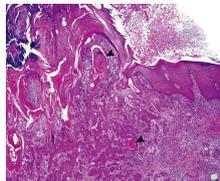
Il se transforme en carcinome infiltrant dans environ 10 % des cas.

5.2. Aspect histologique

Aspect histologique du carcinome épidermoïde de la peau (figure 4) :

- cellules malpighiennes atypiques ;
- ponts d'union entre les cellules ;
- kératine (globes cornés) ;
- infiltration (franchissement de la membrane basale).

Figure 4 : Carcinome épidermoïde cutané, formant des amas et travées tumorales en connexion avec l'épiderme, envahissant le derme



Les cellules tumorales ressemblent aux kératinocytes de l'épiderme et forment de la kératine qui s'accumule sous la forme de globes cornés (pointes de flèches).

Il existe plusieurs sous-types histologiques qui ont une valeur pronostique.

Ainsi, seraient de meilleur pronostic les carcinomes :

- épidermoïdes verruqueux (très bien différenciés, exophytiques) ;
- mixtes baso-squameux (cf. cancer basocellulaire).

En revanche, seraient de plus mauvais pronostic les formes :

- acantholytiques (les cellules se détachent les unes des autres) ;
- adénosquameuses (forme mixte adénocarcinome, carcinome épidermoïde) ;
- desmoplastiques (stroma fibreux abondant).

5.3. Diagnostic et traitement

Le traitement chirurgical avec exérèse complète de la lésion est le traitement de référence.

Une biopsie préalable au geste d'exérèse peut être faite.

Elle est recommandée :

- si le diagnostic clinique est incertain ;
- si un traitement non chirurgical est envisagé ;
- pour confirmation diagnostique préopératoire avant une intervention extensive.

Le compte-rendu d'anatomie pathologique doit mentionner tous les éléments permettant de déterminer le pronostic de la tumeur :

- taille de la pièce d'exérèse ;
- orientation (oui/non) ;
- taille de la tumeur ;
- histologie : carcinome épidermoïde.
Préciser éventuellement le sous-type histologique à valeur pronostique (verruqueux, fusiforme, mixte avec basocellulaire, adenosquameux, acantholytique, desmoplastique) ;
- différenciation (bien/moyennement/peu) ;
- images d'invasion périnerveuse (oui/non identifiée) ;
- images d'embolies lymphatiques microscopiques (oui/non identifiées) ;
- épaisseur tumorale sur coupe histologique (mesure en mm) ;
- profondeur d'invasion selon les niveaux de Clark (*cf.* chapitre 32 « Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques », item 299 [149]) ;
- qualité de l'exérèse :
 - limites latérales : en tissu tumoral, au ras de la tumeur, en tissu sain (préciser la marge minimale),
 - limites profondes : en tissu tumoral, au ras de la tumeur, en tissu sain (préciser la marge minimale) ;
 - pTN (préciser l'année d'édition).

Points essentiels

Concernant le carcinome basocellulaire :

- il est le plus fréquent (80 % des carcinomes cutanés) ;
- son évolution est strictement locale ;
- il survient en peau saine (exposée) ;
- les sous-types histologiques ont une valeur pronostique ;
- le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale ;
- le CR anatomopathologique de l'exérèse doit préciser la taille de la lésion, son sous-type histologique, la qualité de l'exérèse avec mesure de la marge (limites latérales et profondes) ; le pTNM.

Concernant le carcinome épidermoïde :

- il est moins fréquent ;

- son évolution est locale avec possibilité de métastases ;
- il survient souvent en peau lésée (lésions précancéreuses : kératose actinique, maladie de Bowen, leucoplasie) ;
- il peut toucher les muqueuses ;
- les sous-types histologiques ont une valeur pronostique ;
- le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale ;
- le CR anatomopathologique de l'exérèse doit préciser la taille de la lésion, son sous-type histologique, la présence ou non d'embolies vasculaires ou périnerveux, l'épaisseur tumorale sur coupe histologique (mesure en mm), la profondeur d'invasion selon les niveaux de Clark, la qualité de l'exérèse avec mesure de la marge (limites latérales et profondes), le pTNM.