

Fiche récapitulative ARC Carcinome Epidermoïde

Définition

- Tumeur épithéliale maligne développée au dépend des **kératinocytes**
- Fait partie des **cancers les plus fréquents** avec le carcinome baso-cellulaire / incidence en **augmentation**

Facteurs de risque :

- Exposition solaire (bien demander le métier du patient, ici agriculteur : exposition +++)
 - Carcinome **épidermoïde** = exposition **chronique** et **cumulative**
 - Carcinome baso-cellulaire = exposition intense et intermittente
- Phototype clair
- Âge avancé (> 60 ans)
- Autres : radiations ionisantes, immunodépression, dermatoses inflammatoires, plaies chroniques, maladies rares type xeroderma pigmentosum,...

Lésion élémentaire typique :

- Lésion ulcéro-bourgeonnante, croûteuse, jaunâtre, dure et infiltrée, avec ulcération centrale, saignant facilement au contact
- Sur zones photo-exposées +++
- Retenir 3 clés sémiologiques ± associées : **CUB** = **Croûte / Ulcération / Bourgeonnement**
- NB : Le CE est cutané OU muqueux tandis que le CBC n'est QUE cutané



Éventuellement, présence de lésions pré-cancéreuses :

- Kératoses actiniques (sur peau photo-exposée)
- Leucokératose (sur muqueuses)



← Kératoses actiniques

Leucokératose →



TIPS : s'entraîner à toujours décrire précisément les lésions dermato !!

Identifier des facteurs de mauvais pronostic :

- Terrain : récurrence / immunodépression / radiodermite / cicatrices de brûlure / ulcères chroniques,...
- Localisation : zones péri-orificielles / muqueuses
- Taille : > 2cm si localisation faible risque / > 1cm si localisation haut risque
- **Histologie : voir CR anapath**

TIPS : ne jamais communiquer de résultat important au patient par courrier ou téléphone, on ne sait jamais comment le patient va le prendre, est-ce qu'il est en train de conduire par exemple, ... pour cette raison → consultation programmée pour annonce des résultats, même si rien de grave !!

Examens complémentaires

- Pour affirmer le diagnostic et caractériser le stade histopronostique : **BIOPSIE-exérèse** (comme souvent en dermato)
- Pour bilan d'extension (car ≠ au CBC → risque de métastase +++)
 - Essentiellement clinique : rechercher adénopathies & inspection cutanée complète +++
 - Si CE à risque significatif : échographie locorégionale de la zone de drainage
 - Et si atteinte ganglionnaire avérée : Rx thoracique + échographie abdominale/ganglionnaire ± TDM

Traitement

- Exérèse de la lésion (souvent dans le même temps que la biopsie pour les petites lésions)
- Traitement des éventuelles lésions pré-cancéreuses existantes = prévention SECONDAIRE
 - Pour les kératoses actiniques : cryothérapie / électrocoagulation / 5-FU
 - Pour les leucokératoses : chirurgie / électrocoagulation / laser O2

Mesures associées, à penser de façon plus large pour les cancers ou maladies chroniques :

- RCP : ne s'y prête pas trop ici, car biopsie-exérèse en 1 seul temps, mais réflexe à avoir pour tous les cancers !
- ALD : prise en charge à 100 %
- **Éducation thérapeutique** sur l'auto-surveillance
- **Agir sur les facteurs de risque** : traitement des lésions pré-cancéreuses / photoprotection / sevrage tabac,...
- **Dépistage des sujets apparentés**

Même, après le traitement, le risque de récurrence justifie une surveillance A VIE :

- Surveillance clinique +++ : consultation 1x/an / plus régulièrement si facteurs de mauvais pronostic
- **Paraclinique : non-systématique / biopsie au moindre doute pour analyse histologique**

Dernier TIPS : se constituer une banque d'images et la visionner régulièrement pour bien ancrer les images !!

Tableau récap' important à connaître :

Tableau 8.6. Comparaison CBC et CEC.

	CBC	CEC
Origine épidermique	Couche basale (profonde)	Couche épineuse
Âge moyen (ans)	73	76
Incidence/100 000	80/150	30
Exposition solaire	Répétée et aiguë	Répétée et chronique
Siège des lésions	Visage	Visage et mains
Atteinte des muqueuses	Non	Oui
Lésion préexistante	Non	Oui
Risque métastatique	Quasi nul	2 % (ganglions ++)

Ici, le cas clinique était centré sur le carcinome épidermoïde du patient, mais il présentait également un **urticaire** d'étiologie probablement allergique (du à la prise récente d'AINS), et de **nombreux nævus** :

- **Pour l'urticaire** :
 - Bien faire décrire la temporalité des symptômes pour évaluer l'**imputabilité** du médicament suspecté
 - Si doute : allo pharmacovigilance / souvent de très bons conseils
- **Pour les nævus** :
 - Inspection : règle ABCDE / règle du « vilain petit canard »
 - Savoir rassurer le caractère bénin ++