

IMAGE DU MOIS

Une tumeur préauriculaire

N. NIKKELS-TASSOUDI (1), A.F. NIKKELS (1,2), G.E. PIÉRARD (3)



Fig 1. Volumineuse tumeur préauriculaire.

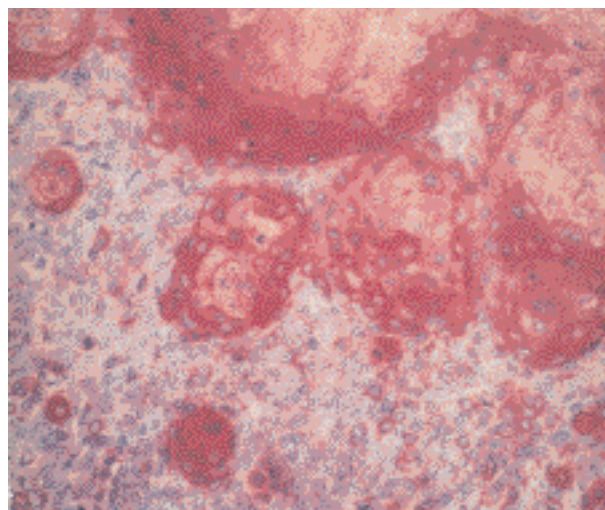


Fig. 2. Carcinome spinocellulaire avec différenciation hétérogène.

Une patiente de 82 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, a développé en quelques mois une tumeur au niveau de la région préauriculaire. La lésion est indurée, douloureuse, et mesure environ 7×4 cm (fig. 1). Aucune adénopathie loco-régionale n'est décelée.

Il est exceptionnel d'observer une tumeur cutanée aussi volumineuse et de croissance aussi rapide. Son aspect clinique est évocateur d'un carcinome spinocellulaire. L'analyse histopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale a confirmé ce diagnostic (fig. 2).

Les cancers cutanés primitifs sont les cancers les plus fréquemment observés chez l'être humain (1). Le carcinome basocellulaire représente la malignité la plus fréquente dans le monde, suivi à la deuxième place par le carcinome spinocellulaire (1). Le rapport entre les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires s'élève actuellement de 4 pour 1. L'incidence des carcinomes basocellulaires et spinocellulaires est environ 10 fois plus élevée que celle du mélanome (1). Depuis de nombreuses années, on observe une augmentation constante du nombre des carcinomes basocellulaires et spinocellulaires (1).

Les carcinomes spinocellulaires sont des tumeurs épithéliales malignes (2, 3). Le risque de développer un carcinome spinocellulaire de

la peau au cours de la vie se situe entre 9 et 14 % chez l'homme et entre 4 et 9 % chez la femme (4). Les localisations anatomiques de prédilection sont les zones photo-exposées, et en particulier le visage et la nuque.

La kératose actinique est un carcinome spinocellulaire en devenir. D'autres lésions précurseurs sont la maladie de Bowen, l'épidermodysplasie verruciforme, et l'érythroplasie de Queyrat, les kératoses arsénicales, et certains condylomes acuminés.

Certains facteurs peuvent favoriser son apparition tels que l'âge avancé, les radiations ultraviolettes B et A, les rayons X, l'hérédité, les traitements immunosuppresseurs des greffés, la prise d'arsenic, l'exposition chronique aux goudrons, insecticides et huiles minérales, et l'infection par certains Papillomaviridae (5). Le phototype, l'histoire de l'exposition solaire durant l'enfance, l'occupation professionnelle, les loisirs en plein air constituent d'autres facteurs de risque.

Contrairement aux carcinomes basocellulaires, les carcinomes spinocellulaires ont un potentiel métastatique par voie sanguine ou lymphatique. Le risque d'une récurrence locale à 5 ans est de 8 %. Le risque d'une métastase à 5 ans s'élève à 5 %. La taille de la lésion initiale, une croissance rapide, l'immunosuppression et la localisation anatomique influencent le potentiel métastatique. Les lèvres, l'oreille, le scalp, les tempes, le nez, les muqueuses, les organes génitaux externes, et les paupières sont des sites anatomiques à plus

(1) Dermatologue, Clinique St Joseph, St Vith, (2), Chargé de Recherche, (3), Chargé de Cours, Université de Liège, Chef de Service, Service de Dermatopathologie.

haut risque de métastase. Certaines maladies cutanées chroniques prédisposent au développement des carcinomes spinocellulaires agressifs, comme les ulcères de jambes, le lupus érythémateux discoïde, le lichen scléreux, le lichen, l'épidermolyse bulleuse dystrophique, et la tuberculose cutanée. Dans ces derniers cas, le risque de métastase atteint environ 40 %.

Les critères histologiques de mauvais pronostic sont une dédifférenciation importante, une épaisseur de plus de 4 mm, un envahissement du derme réticulaire, de l'hypoderme, ou des structures musculaires, cartilagineuses et osseuses, et un envahissement périneural.

Le pronostic vital d'un carcinome spinocellulaire primitif de la peau est bon mais en cas de métastases, le pronostic s'assombrit considérablement. La survie à 10 ans n'est que d'environ 20 % en cas de métastases locorégionales et diminue à 10 % si des lésions systémiques sont présentes (6).

Les traitements de première intention sont l'exérèse chirurgicale et la chirurgie micrographique de Mohs (7, 8). La radiothérapie est complémentaire et devrait être discutée en fonction du type histologique, ainsi que de l'état général et de l'âge du patient. Une radiothérapie prophylactique locale ou de l'aire ganglionnaire locorégionale doit être considérée dans certains cas de carcinome spinocellulaire à très mauvais pronostic. Le traitement des métastases ganglionnaires consiste en une approche combinée par

chirurgie et radiothérapie. En cas de métastases généralisées, la chimiothérapie et les IRM (immune response modifiers) peuvent être initiés, mais la réponse thérapeutique reste mauvaise et le pronostic très réservé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piérard-Franchimont C, Uhoda I, Piérard GE.— Cutaneous cancers in the Mosan region and Ardennes of Belgium. *Dermatology*, 1999, **198**, 187-191.
2. Alam M, Ratner D.— Cutaneous squamous-cell carcinoma. *New Engl J Med*, 2001, **344**, 975-983.
3. Arrese Estrada J, Greimers R, Ben Mosbah T, et al.— Epithélioma spinocellulaire. *Rev Med Liege*, 1991, **46**, 633-640.
4. Miller DL, Weinstock MA.— Nonmelanoma skin cancer in the United States : incidence. *J Am Acad Dermatol*, 1994, **30**, 774-778.
5. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al.— Sunlight exposure, pigmentation factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. II. Squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol*, 1995, **131**, 164-169.
6. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr.— Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip : implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol*, 1992, **26**, 976-990.
7. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, Fleming MD. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer*, 1995, **75** Suppl, 699-704.
8. Robins P, Dzubow LM, Rigel DS.— Squamous-cell carcinoma treated by Mohs' surgery : an experience with 414 cases in a period of 15 years. *J Dermatol Surg Oncol*, 1981, **7**, 800-801.