

CONFRONTATION ANATOMO-CLINIQUE

Carcinome spinocellulaire de la jambe chez une octogénaire

P. QUATRESOOZ (1), B. LETOT (2), G.E. PIÉRARD (3)

RÉSUMÉ : Une dame octogénaire a développé des lésions des jambes qui ont évoqué le diagnostic de cancers cutanés à l'examen dermatologique.

Une biopsie a révélé la nature carcinomateuse de la néoplasie. Un examen immunohistochimique complémentaire a été réalisé à titre scientifique. Les boyaux tumoraux n'étaient pas entourés d'une membrane basale avec sa trame de collagène IV. Les dendrocytes dermiques étaient très nombreux dans le stroma péri-tumoral, ce qui a été considéré comme un facteur pronostic favorable.

MOTS-CLÉS : Carcinome spinocellulaire - Dendrocyte - Membrane basale

Une dame âgée de 89 ans souffrait de lésions suintantes et, en partie, érodées aux deux jambes depuis quelques années. Aucun signe d'infection n'était manifeste. Un aspect bourgeonnant était présent au centre des lésions alors que la périphérie était squameuse et brunâtre (Fig. 1). Des soins adaptés à des ulcères de jambe étaient administrés.

L'examen dermatologique a rapidement exclu le diagnostic d'un ulcère de jambe. En effet, il n'y avait pas de signe d'artériopathie, ni d'insuffisance veineuse. Il n'y avait pas non plus de signe d'angiodermatite de stase. La probabilité d'une néoplasie maligne était, en revanche, bien grande. Deux possibilités majeures étaient évoquées, soit un carcinome, soit un mélanome cutané. L'aspect en relief et hyperkératosique du

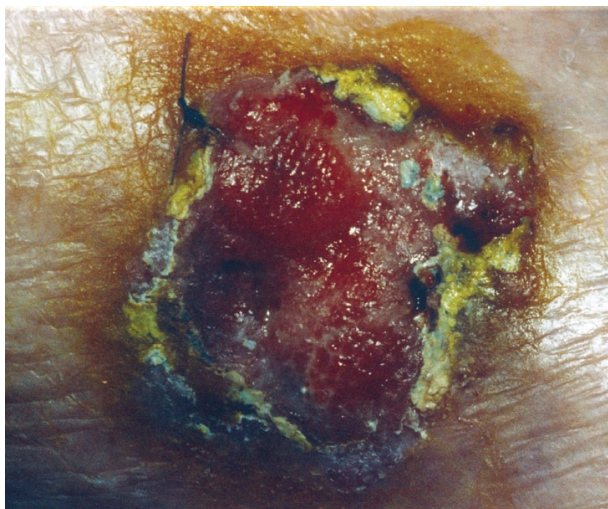


Fig. 1 : Carcinome spinocellulaire de la jambe.

(1) Chef de Laboratoire adjoint, (2) Collaborateur ULg, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LEG IN AN OCTOGENARIAN WOMAN

SUMMARY : An octogenarian woman developed lesions of the leg suggesting the diagnosis of cutaneous cancer at the dermatological examination. A biopsy revealed the carcinomatous nature of the neoplasm. An additional immunohistochemical examination was performed for scientific purposes. The neoplastic structures were not surrounded by a basement membrane and its framework of collagen IV. The dermal dendrocytes were abundant in the peritumoral stroma. This situation was previously interpreted as a favourable prognostic factor.

KEYWORDS : Squamous cell carcinoma - Dendrocyte - Basement membrane

bord de la lésion était en faveur d'un carcinome spinocellulaire. La pigmentation brunâtre périphérique pouvait correspondre à une mélanose réactionnelle ou à des dépôts d'hémossidérine. Cependant, une néoplasie mélanocytaire de type mélanome cutané ne pouvait être exclue (1). Les aires ganglionnaires régionales étaient indemnes de toute adénopathie suspecte. Devant l'incertitude du diagnostic, une biopsie a été réalisée dans le bord d'extension de la néoplasie.

L'examen histologique a révélé une néoplasie maligne prenant naissance dans la population des kératinocytes de l'épiderme (Fig. 2a). Les cellules néoplasiques étaient atypiques et certaines dyskératosiques (Fig. 2b). D'autres étaient en mitose. Il s'agissait donc d'un carcinome spinocellulaire. Le néoplasme envahissait massivement le derme. Le stroma péri-tumoral était fibrosé (Fig. 2 c).

En cancérologie cutanée, divers aspects histologiques permettent d'établir une échelle de

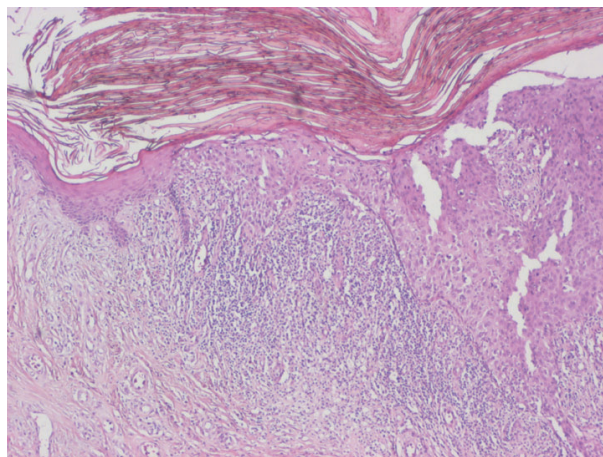


Fig. 2a : Aspect histologique du carcinome spinocellulaire : Carcinome issu de l'épiderme

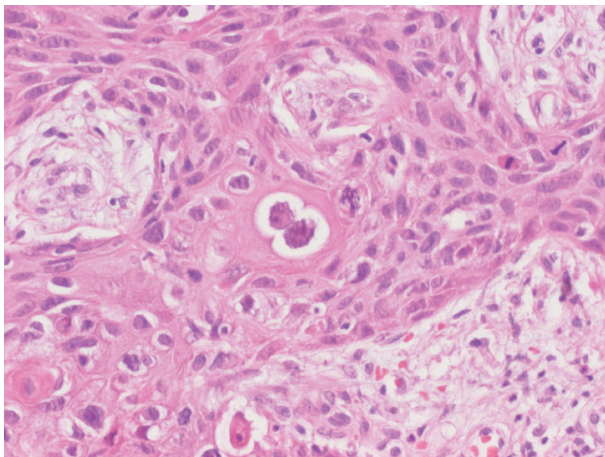


Fig. 2 b: Aspect histologique du carcinome spinocellulaire : Kératinocytes néoplasiques atypiques, dyskératosiques ou mitotiques

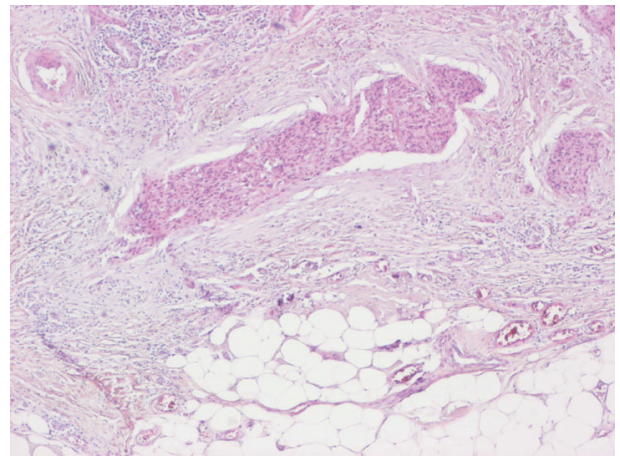


Fig. 2c : Aspect histologique du carcinome spinocellulaire : Infiltration néoplasique proche de l'hypoderme et entourée d'une ganguie fibrosée

risque évolutif dans la progression néoplasique et métastatique. La profondeur d'infiltration dans la peau, l'envahissement endovasculaire sanguin ou lymphatique et l'activité mitotique en sont des exemples. Des examens immunohistochimiques ciblés permettent d'affiner l'évaluation pronostique (2-4). Dans le cas ici rapporté, la densité des dendrocytes dermiques Facteur XIIIa-positifs et la structure de la membrane basale péri-tumorale ont été évaluées comme décrit antérieurement (1, 5-7). Le stroma péri-tumoral renfermait une population abondante de dendrocytes (Fig. 3), ce qui pourrait être interprété comme une réponse favorable de l'organisme visant à contenir l'envahissement du carcinome spinocellulaire (2). Le collagène de type IV, en particulier ses chaînes $\alpha 1$ et $\alpha 5$, n'était pas retrouvé en périphérie des boyaux néoplasiques (Fig. 4a, b). Ceci indique une altération de la structure de la membrane basale tumorale. La valeur pronostique de cette anomalie est incertaine (6, 7).

Ce cas rapporte une localisation peu fréquente d'un carcinome cutané. Il faut cependant prendre

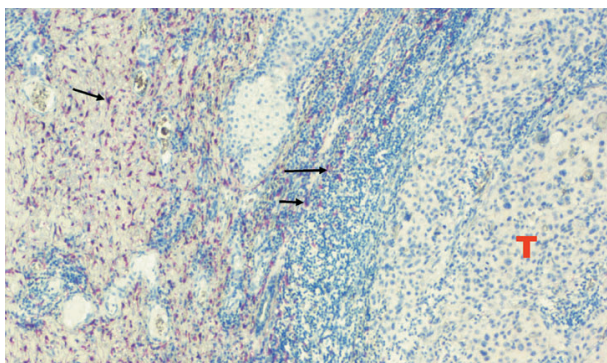


Fig. 3 : Présence de nombreux dendrocytes positifs pour l'anticorps anti-Facteur XIIIa dans le stroma péri-tumoral (T (rouge) = tumeur, carcinome spinocellulaire; → = dendrocytes)

conscience que l'accroissement continu de l'incidence des cancers de la peau dans la population de la région wallonne et germanophone (8-10) place de plus en plus souvent le médecin devant un diagnostic différentiel oncologique.

La mise en évidence par un examen en lumière ultraviolette de la mélanodermie infra-clinique en mosaïque est un moyen non invasif qui pourrait être utilisé pour détecter les personnes à plus haut risque de développer un carcinome (11).

Certains cancers cutanés débutants superficiels pourraient être détruits par l'application d'imiquimod (12-17). La réponse thérapeutique apparaît être modulée par l'abondance des dendrocytes dermiques (12-14, 16, 17), ce qui était le cas chez notre patiente qui aurait donc pu bénéficier de ce type d'immunothérapie topique au début de l'évolution de ses carcinomes. Cependant, au stade actuel invasif dans la peau,

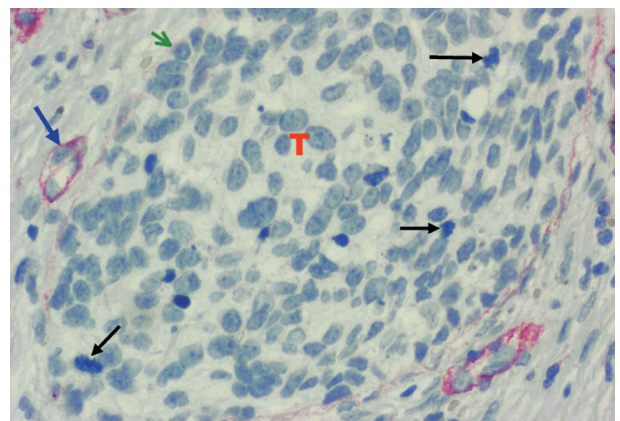


Fig. 4 : Absence d'immunoréactivité pour le collagène IV des membranes basales péri-tumorales
a : chaîne $\alpha 1$: T (rouge) = tumeur, carcinome spinocellulaire; → = mitose; → (bleu) = membrane basale péri-vasculaire positive; → (vert) = membrane basale péri-tumorale négative

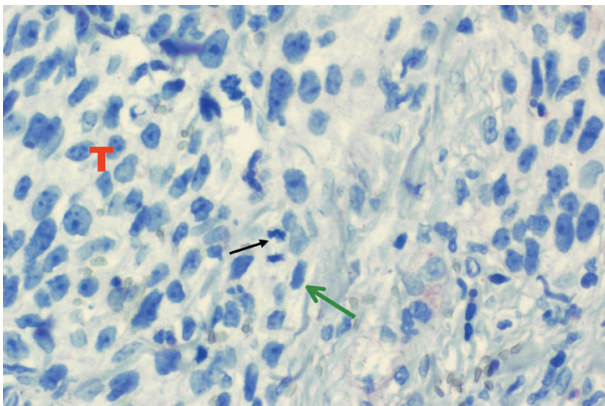


Fig. 4 : Absence d'immunoréactivité pour le collagène IV des membranes basales péri-tumorales
b : chaîne $\alpha 5$: T (rouge) = tumeur, carcinome spinocellulaire; \rightarrow = mitose; \rightarrow (vert) = membrane basale péri-tumorale négative

la chirurgie d'exérèse représente le premier choix thérapeutique.

En conclusion, le cas rapporté illustre certaines difficultés diagnostiques en dermatologie gériatrique. L'accroissement du nombre d'individus atteignant un grand âge augmente la fréquence de ce problème. En particulier, la dermatologie onco-gériatrique apporte son cortège de cas déroutants qui ne peuvent être diagnostiqués que par l'examen dermatopathologique. Ce dernier, appuyé par une immunopathologie ciblée, permet aujourd'hui de mieux prévoir la réponse à certains traitements et de mieux définir un pronostic évolutif.

RÉFÉRENCES

1. Uhoda I, Piérard-Franchimont C, Arrese JE, et al.— Comment j'explore... une tache noire au cours de la grossesse. Une tâche parfois difficile pour le clinicien. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 766-769.
2. Piérard-Franchimont C, Arrese JE, Nikkels AF, et al.— Factor XIIIa-positive dermal dendrocytes and proliferative activity of cutaneous cancers. *Virch Archiv*, 1996, **429**, 43-48.
3. Quatresooz P, Arrese JE, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Immunohistochemical aid at risk stratification of melanocytic neoplasms. *Int J Oncol*, 2004, **24**, 211-216.
4. Claessens N, Piérard GE, Piérard-Franchimont C, et al.— Immunohistochemical detection of incipient melanoma micrometastases. Relationship with sentinel lymph node involvement. *Melanoma Res*, sous presse.
5. Quatresooz P, Martalo O, Piérard GE.— Differential expression of $\alpha 1$ (IV) and $\alpha 5$ (IV) collagen chains in basal cell carcinoma. *J Cutan Pathol*, 2003, **30**, 548-552.
6. Quatresooz P, Piérard GE.— Distinct expression patterns of $\alpha 1$ (IV) and $\alpha 5$ (IV) collagen chains in cylindroma and malignant cylindroma. *Int J Mol Med*, 2005, **15**, 27-31.
7. Quatresooz P, Piérard GE.— Immunohistochemical investigation of $\alpha 1$ (IV) and $\alpha 5$ (IV) collagen chains in a broad spectrum of melanocytic tumours. *Melanoma Res*, sous presse.
8. Uhoda I, Quatresooz P, Fumal I, et al.— Updating trends in cutaneous cancers in south-east Belgium. *Oncol Reports*, 2004, **12**, 111-114.
9. Quatresooz P, Uhoda I, Fumal I, et al.— Revisiting the gender-linked melanoma burden. *Dermatology*, 2004, **209**, 197-201.
10. Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Jerusalem-Noury E, et al.— Skin cancer screening campaign in the German speaking community of Belgium. *Acta Clin Belg*, 2004, **59**, 194-198.
11. Quatresooz P, Petit L, Uhoda I, et al.— Mosaic subclinical melanoderma. An Achilles heel for UV-related epidermal carcinogenesis. *Int J Oncol*, 2004, **25**, 1763-1768.
12. Quatresooz P, Piérard GE.— Imiquimod- responsive basal cell carcinomas and factor XIIIa-enriched dendrocytes. *Clin Exp Dermatol*, 2003, **28**, S27-S29.
13. Uhoda I, Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Nudging epidermal field cancerogenesis by imiquimod. *Dermatology*, 2003, **206**, 357-360.
14. Hermans-Lê T, Paquet P, Nikkels AF, et al.— Prolonged imiquimod treatment and graft-versus-host reaction: histological mimicry in the pattern of monocyte-macrophage-dendrocyte lineage skin infiltration. *Dermatology*, 2003, **206**, 361-365.
15. Urošević M, Dummer R.— Role of imiquimod in skin cancer treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2004, **5**, 453-458.
16. Piérard-Franchimont C, Nikkels AF, Paquet P, et al.— Comment je traite...un carcinome basocellulaire par l'imiquimod topique (Aldara®). *Rev Med Liège*, sous presse.
17. Bourguignon R, Paquet P, Quatresooz P, Piérard GE.— Comment je traite...un lentigo malin par l'imiquimod topique (Aldara.). *Rev Med Liège*, sous presse.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. P. Quatresooz, service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.
E-mail : pascale.quatresooz@chu.ulg.ac.be