



Article scientifique

Article

2014

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Prise en charge du patient âgé: Cancers cutanés épidermoïdes

Toutous Trelu, Laurence Marie

How to cite

TOUTOUS TRELLU, Laurence Marie. Prise en charge du patient âgé: Cancers cutanés épidermoïdes.
In: La gazette médicale - info@gériatrie, 2014, vol. 4.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:155059>

Prise en charge du patient âgé

Cancers cutanés épidermoïdes

La forte incidence des tumeurs de la peau non-mélanome génère une demande de soins allant du dépistage à la chirurgie qui nécessite une offre de nombreux professionnels en charge de ces tumeurs: les dermatologues et chirurgiens plasticiens essentiellement. La tendance est à une meilleure formation des médecins de premiers recours quant au dépistage de ces tumeurs. Au vu de cette forte mobilisation et dans une période d'optimisation des dépenses de santé, nous nous sommes intéressés à la prise en charge des tumeurs épithéliales fréquentes au grand âge: quelle utilité? quelle qualité? existe-t-il un « concept » gériatrique de leur prise en charge? La physiopathologie, le pronostic et la prise en charge du mélanome étant différents, nous ne traiterons pas ici de cette tumeur qui mérite à elle seule toute une formation. Le cas illustratif de mélanome d'un senior est décrit dans le document suivant qui traite de tumeurs cutanées plus rares.

Les cancers cutanés les plus fréquents sont le mélanome et les carcinomes épithéliaux de type basocellulaire et spinocellulaire. Ces derniers sont issus des cellules kératinocytaires et sont associés à une exposition solaire cumulée tout au long de la vie (1). En Suisse, chaque année, environ 13 000 personnes se voient diagnostiquer un cancer de la peau non-mélanome (2). Ces tumeurs sont souvent enlevées lors de la première consultation chez le médecin et ne nécessitent pas d'autre traitement.

Généralités et mise au point épidémiologique

Carcinome basocellulaire: Les carcinomes basocellulaires sont les plus fréquentes de toutes les tumeurs dans les populations de phototype clair. L'incidence dans la population générale est de 700 à 2000/ million selon les régions du globe. En Australie par exemple, une prévalence de 4.2% a été enregistrée. Parallèlement à ces valeurs d'incidence et de prévalence élevées, les pays concernés ont objectivé une augmentation de l'incidence de ces tumeurs dans les 2 dernières décennies, attribuée principalement à l'augmentation de l'espérance de vie et aux modifications des comportements en rapport à l'exposition solaire (1). Le carcinome basocellulaire a



Dr Laurence Toutous-Trellu
Genève

une malignité essentiellement locale et ses métastases sont rares. Son dépistage suivi d'un traitement adapté, entraîne rapidement la guérison. Le risque de récurrence locale après un traitement chirurgical est < 1 % à 5 ans mais dépend beaucoup de la localisation et de l'extension. Malgré une croissance lente et insidieuse de la tumeur, un traitement le plus précoce est recommandé. Des formes non seulement dysaesthétiques mais aussi délabrantes et mutilantes avec destruction des cartilages et de l'os adjacents sont régulièrement rencontrées chez les personnes très âgées soit par refus de traitement soit par retard de ce traitement (3). Des douleurs chroniques, des surinfections profondes (ostéomyélites), des saignements se rajoutent aux autres co-morbidités (fig. 1).

Carcinome spinocellulaire: son incidence dans le monde varie entre 50 et 300/ million d'habitants. Les incidences les plus fortes sont enregistrées dans les zones tropicales et subtropicales, chez des populations de peau claire telles qu'en Australie, en Floride. Les données suisses précises ne sont malheureusement pas disponibles, ce cancer n'étant pas enregistré systématiquement dans les registres des cancers. Une évaluation ponctuelle épidémiologique a été faite pour le canton de Vaud où une incidence de 290/million d'habitant était enregistrée (4).

Pour ce cancer, deux principaux facteurs favorisants sont relevés: l'exposition aux UV et le phototype de peau. Pour rappel, la peau la plus claire est I et la plus foncée V. Des études ont bien montré les modifications oncogéniques induites par les UV. Les UVB entraînent des mutations sur le gène suppresseur p53 dans les kératinocytes, induisant le cancer. D'autres facteurs sont démontrés tels que le tabac, et la présence de virus papilloma humain (HPV) en particuliers les sous types 16, 18, 31, 33, 35 (1, 5).

Les carcinomes spinocellulaires se développent essentiellement localement mais sont plus agressifs que les basocellulaires. 1% de ces tumeurs métastasent. Le contexte immun (transplantés, VIH) mais aussi des facteurs locaux augmentent le risque d'apparition de ces tumeurs. Les facteurs locaux bien connus sont les zones irradiées, les cicatrices de brûlures et les plaies chroniques.

L'âge avancé est pour les deux types de carcinomes un facteur associé à lui seul: d'une part en raison du risque cumulé d'exposition solaire et d'autre part en raison de la perte progressive des mécanismes de réparation cellulaire et ces cancers cutanés font donc partie des pathologies gériatriques tout comme l'ostéoporose ou l'hypertension artérielle. Pour cette raison l'impact de la démarche diagnostique et de la prise en charge est important pour les médecins qui soignent des personnes âgées et les institutions qui les accueillent.



Fig. 1 : Carcinome basocellulaire du rebord orbitaire

La prise en charge : du dépistage au traitement chez les patients âgés

La demande du patient: le dermatologue est quotidiennement confronté aux demandes de patients qui prennent rendez-vous pour de petites lésions chroniques (croûtes) soit par éducation et sensibilisation des campagnes d'information sur les effets du soleil (journées nationales du cancer de la peau par exemple) soit en raison de saignement itératifs, ou selon la topographie de gène au rasage, à l'alimentation. Ces démarches actives de la part du patient tendent à s'effiloche avec les années pour des raisons de priorités d'autres atteintes d'organes vitaux, de moins d'importance donnée aux considérations esthétiques ou tout simplement plus la possibilité de se déplacer régulièrement vers tous les spécialistes (ophtalmologue, urologue, rhumatologue, dermatologue etc.). Le gériatre est donc seul maître à bord de ce suivi cutané. Une étude faite en 2008 dans un centre de moyen et long séjour de gériatrie français retrouve une prévalence de 5.6% de ces tumeurs lors d'un examen systématique (6). Nous avons évalué également en 2008 que les tumeurs cutanées représentaient 25% de la demande de consultation de dermatologie à l'hôpital de gériatrie des hôpitaux Universitaires de Genève (7). Dans ces situations où le patient n'est pas forcément demandeur, une information claire sur la tumeur, son évolution (ici plus que pronostic vital) et son traitement est plus que jamais requise.

Dès que la tumeur épithéliale est suspectée, l'enjeu est de l'enlever le plus radicalement et simplement possible (8). Lorsqu'il n'existe pas de problème technique propre (taille, topographie) ou de troubles majeurs du comportement ou de co-morbidité trop active la chirurgie par excision sous anesthésie locale est, quel que soit l'âge, le traitement de première intention pour les carcinomes épithéliaux. Seule la chirurgie a prouvé le meilleur taux de succès dans les récurrences locales. Les suites opératoires sont souvent beaucoup plus simples que lors de traitements médicaux induisant beaucoup d'inflammation (radiothérapie par exemple) et la cicatrisation sur la plupart des zones devenues très élastiques avec l'âge est excellente. Lors de récurrence, la chirurgie est de nouveau proposée mais d'autres types de traitements peuvent être utiles (Tableau 1). Lorsqu'une chirurgie n'est pas possible, parfois en raison de contraintes d'anesthésie, le traitement alternatif sera méthodiquement choisi en fonction du contexte, le gériatre a de nouveau un rôle majeur à jouer.

Le consentement du patient et de son entourage est bien sûr indispensable et sera d'autant plus facile à obtenir que l'information sur le problème cutané et sa prise en charge seront adaptés au contexte lors du diagnostic. Par ailleurs, un circuit clinique simple de la prise en charge est indispensable: bonne communication et transmission des informations entre médecin traitant et dermatologue, proximité géographique, rappels pour les rendez-vous qui paraissent parfois lointains et sont oubliés.

La place de la chirurgie est aussi pour les patients en soins de confort: à visée «fonctionnelle» la malignité locale de la tumeur induit des ulcérations, des douleurs au contact, des saignements. Ceci nécessite des soins quasi similaires aux soins de plaies chroniques, avec actes infirmiers répétés, pansements. A visée esthétique: la tumeur, souvent localisée sur les zones photo-exposées est donc visible à tout l'entourage. L'image de la fragilité, de la maladie et de l'âge est accentuée par ces anomalies cutanées. Les recouvrir d'un pansement pour les cacher fait encore plus «malade».

TAB. 1 Traitements de deuxième* ligne:

Les stratégies entre les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires étant différentes, l'indication majoritaire et la plus pratiquée par type de carcinome est spécifiée. (Issu des références 3 et 8)
Radiothérapie: carcinome spinocellulaire > baso
Cryothérapie: baso > spino
Curetage- électrocoagulation: baso > spino
Photothérapie dynamique: spino- baso
Injection intralésionnelle de methotrexate, bléomycine: formes de spinocellulaire
Immunomodulation par imiquimod topique: basocellulaire >> spino in situ
Cytostatique topique: 5 fluorouracil
Chimiothérapies systémiques – vismodegib: chimiothérapie ciblée pour le baso dans les tumeurs dépassées, multiples, tels que dans des syndromes génétiques: syndrome des basocellulaires multiples, syndrome de Gorlin-Goltz. – Cisplatine, bléomycine pour les spinocellulaires métastatiques
* deuxième à la chirurgie

La chirurgie de confort pour diminuer la masse tumorale est ainsi proposée et pratiquée largement pour d'autres tumeurs: récidives ou métastases de cancers du sein, lymphomes etc.

Dr Laurence Toutous Trellu

Dermatologie et vénéréologie, HUG

Rue Gabrielle Perret-Gentil 4, 1205 Genève

laurence.trellu@hcuge.ch

Références:

- Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. Lancet. 2010 Feb 20;375:673-85.
- <http://www.krebsliga.ch/fr/prevention/prevention-des-differents-types-de-cancers/cancer-de-la-peau>
- Guillaume JC. Carcinomes basocellulaires. Chapitre 13 Tumeurs de la peau. P640-7. In Dermatologie et infections sexuellement transmises. Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Masson 4ème édition.
- Bulliard JL, Panizzon RG, Levi F. Épidémiologie des cancers cutanés épithéliaux. Rev Med Suisse 2009;5:882, 884-8
- Leonardi-Bee J, Ellison T, Bath-Hextall F. Smoking and the risk of nonmelanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. Arch Dermatol. 2012;148:939-46
- Fontaine J, Mielczarek S, Meaume S, Senet P. Fréquence des cancers cutanés non diagnostiqués en hôpital gériatrique. Ann Dermatol Venereol 2008;135:651-5
- Toutous Trellu L, Perrenoud JJ, Michel JP. Practicing dermatology in an integrated geriatrics swiss hospital. JAMA 2008;56:1984
- Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and pooled analysis of observational studies. BMJ. 2013 Nov 4;347:f6153. doi: 10.1136/bmj.f6153. Review

Message à retenir

- ◆ Les carcinomes épithéliaux sont les tumeurs cutanées les plus répandues et leur apparition fortement corrélée à l'avancée en âge
- ◆ Le dépistage reste clinique et fait appel au suivi habituel du médecin de famille qui demandera suffisamment à temps une aide spécialisée
- ◆ La question de la rapidité d'évolution de ces tumeurs à développement majoritaire local, par rapport à celle de l'espérance de vie pour un patient donné, ne doit pas induire un retard systématique du traitement
- ◆ Si le patient ne fait pas de lui-même la démarche envers ce cancer, une bonne discussion entre le patient et sa famille, le médecin traitant et le spécialiste interventionnel assurent dans la plupart des cas la possibilité du traitement chirurgical qui demeure la première ligne de toutes les méthodes curatives et assure le meilleur confort
- ◆ Les formes compliquées et invalidantes sont le plus souvent associées à un déni/oubli de cette-petite-croûte-qui-revenait-sans-arrêt

