

# DERMATOLOGIE

## Conférences Scientifiques<sup>MC</sup>

TEL QUE PRÉSENTÉ LORS DES

CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES DE LA

DIVISION DE DERMATOLOGIE,

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

### Aperçu du carcinome basocellulaire

PAR GHANIMA ALOMER, M.D. ET ALFRED BALBUL, M.D., FRCPC

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur maligne la plus fréquente chez les êtres humains<sup>1,3</sup>. Il apparaît généralement dans les régions qui sont exposées chroniquement au soleil<sup>3,4</sup>. En général, le CBC est une tumeur qui se développe lentement<sup>2</sup>, mais il peut causer un défigement, en particulier s'il est négligé ou traité de façon inadéquate. Lorsqu'on administre un traitement approprié, il est généralement associé à un excellent pronostic. Le CBC se développe habituellement par extension contiguë et le CBC métastatique (CBCM) est rare<sup>1,3,5,6</sup>. La prévalence des métastases dans les cas de CBC primitif varie de 0,0028 % à 0,5 %. Lorsqu'il a métastasé, le CBC a une évolution agressive et < 20 % des patients qui manifestent un CBCM survivent un an<sup>2</sup>.

Le CBC est généralement observé chez les Caucasiens, en particulier ceux dont la peau est très claire. Il est rare chez les sujets à la peau foncée. On a signalé une prédominance chez les hommes avec un rapport de 3 : 2<sup>3</sup>. L'incidence annuelle estimée aux États-Unis est de 900 000 personnes (550 000 hommes, 350 000 femmes)<sup>7</sup>. Le risque estimé de CBC pendant la vie dans la population de race blanche est de 33 à 39 % chez les hommes et de 23 à 28 % chez les femmes. Le CBC apparaît le plus fréquemment à l'âge adulte, en particulier chez les personnes âgées. Dans ce numéro de *Dermatologie – Conférences scientifiques*, nous décrivons les divers tableaux cliniques et histologiques ainsi que les différentes modalités thérapeutiques du CBC.

#### Physiopathologie

On pense que le CBC provient de cellules multipotentes dans la couche basale de l'épiderme ou ses annexes. Pendant la vie, ces cellules se forment continuellement et sont capables de former les cheveux, les glandes sébacées et les glandes apocrines. Les tumeurs apparaissent habituellement dans l'épiderme et occasionnellement dans la gaine épithéliale externe du follicule pileux<sup>3</sup>, plus particulièrement dans les cellules qui se trouvent juste au-dessous du canal de la glande sébacée dans une zone appelée la protubérance.

On pense que les lésions de l'ADN causées par les rayons ultraviolets (UV) sont la cause la plus fréquente du CBC. Les rayons ultraviolets (UV) de plus courtes longueurs d'ondes (290-320 nm, rayons causant les coups de soleil) jouent un rôle plus important dans la formation du CBC que les rayons ultraviolets A (UVA) (320-400 nm, rayons permettant de bronzer). Une longue période de latence de 20 à 50 ans est typique entre le moment des lésions provoquées par les UV et l'apparition clinique du CBC. Des mutations causées par les rayons ultraviolets dans le gène suppresseur de tumeurs p53, qui se trouve sur le chromosome 17p, sont fréquemment observées dans le CBC<sup>8,9</sup>. D'autres facteurs de risque sont indiqués dans le tableau 1.

#### Mortalité/morbidité

Le CBC peut causer une morbidité importante si on le laisse progresser. Le défigement n'est pas rare, étant donné que ce cancer touche fréquemment la tête et le cou, survenant rarement sur les bras, les mains et la fesse<sup>15</sup>. En outre, ces néoplasmes sont souvent très friables et sujets à l'ulcération, fournissant un foyer d'infection. La mort due au CBC est extrêmement rare.

#### Caractéristiques cliniques

##### Anamnèse

Les patients se présentent souvent avec une plaie de durée variable et qui ne guérit pas. Ces lésions sont généralement observées sur la tête et le cou ou sur la partie supérieure du tronc. Un traumatisme minime, tels que le fait de se laver le visage, peut provoquer un saignement. Des antécédents d'exposition chronique au soleil pour des raisons récréatives ou professionnelles sont souvent établis.

#### Membres de la Division de dermatologie

Denis Sasseville, MD, Chef de service  
Rédacteur, *Dermatologie – Conférences scientifiques*

Alfred Balbul, MD  
Alain Brassard, MD  
Judith Cameron, MD  
Wayne D. Carey, MD  
Ari Demirjian, MD  
Anna Doellinger, MD  
John D. Elie, MD  
Odette Fournier-Blake, MD  
Roy R. Forsey, MD  
William Gerstein, MD  
David Gratton, MD  
Raynald Molinari, MD  
Brenda Moroz, MD  
Khue Huu Nguyen, MD  
Elizabeth A. O'Brien, MD  
Maria Rozenfeld, MD  
Wendy R. Sissons, MD  
Marie St-Jacques, MD  
Beatrice Wang, MD  
Ralph D. Wilkinson, MD



Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre

Centre universitaire de santé McGill  
Division de dermatologie  
Hôpital Royal Victoria  
687, avenue Pine, Ouest  
Bureau A 4.17  
Montréal, Québec H3A 1A1  
Tél. : (514) 842-1231, poste 34648  
Fax : (514) 843-1570

Le contenu rédactionnel de *Dermatologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill

Disponible sur Internet  
[www.dermatologieconferences.ca](http://www.dermatologieconferences.ca)

**Tableau 1 : Facteurs de risque de CBC**

- Rayons ultraviolets UVB > UVA<sup>10</sup>
- Autres rayonnements : Rayons X et rayons-limites<sup>2</sup>
- Exposition à l'arsenic : (médicamenteuse, professionnelle ou alimentaire, eau potable contaminée)<sup>11</sup>
- Immunosuppression : légère augmentation du risque de CBC<sup>3</sup>
- Antécédents de cancer cutané autre que mélanome. (CBC ou carcinome spinocellulaire) : l'incidence de nouveau carcinome spinocellulaire non métastatique est de 35 % à 3 ans et de 50 % à 5 ans après un diagnostic initial de cancer de la peau<sup>12-14</sup>

### Examen physique

Plusieurs sous-types cliniques et histologiques de CBC ont été identifiés. Ils présentent différents types de comportement. Il est important de reconnaître les divers types, étant donné qu'un traitement plus agressif est souvent nécessaire pour les variantes agressives du CBC (p. ex. CBC micronodulaire, infiltrant et sclérodermiforme). L'utilisation d'une bonne lumière et d'un grossissement est très important dans l'examen de ces lésions. La peau présentant des lésions doit être tirée et palpée, afin que l'on puisse mieux estimer la taille et la profondeur de la tumeur.

### Variantes cliniques

#### CBC nodulaire

C'est la variété de CBC la plus fréquente<sup>1,3,16</sup>. Il se manifeste le plus souvent sur la tête, le cou et le haut du dos et présente certaines des caractéristiques suivantes : papules cireuses avec une dépression centrale ou une apparence perlée, érosions ou ulcération, lésions croûteuses, bordure ourlée (surélevée), translucidité et télangiectasie sur la surface. Le patient présente souvent des antécédents de saignement lors d'un traumatisme mineur.

#### CBC pigmenté

Comme le nom l'indique, ces lésions contiennent un fort pigment brun ou noir et sont plus fréquentes chez les personnes à la peau foncée<sup>13,15</sup>, autrement, elles ont des caractéristiques similaires au CBC nodulaire. Parfois, elles peuvent être confondues avec des naevi mélaniques ou des mélanomes malins.

#### CBC superficiel

Cette variété se manifeste sous la forme de papules ou de plaques squameuses de couleur rose à brun-rouge, avec une bordure filiforme et parfois une configuration annulaire<sup>3,16</sup>. On observe des érosions moins fréquemment que dans le CBC nodulaire. Il se manifeste le plus souvent sur le tronc et a peu tendance à devenir invasif. Il peut ressembler au psoriasis, à l'eczéma ou à une kératose séborrhéique irritée, mais est lentement progressif et son apparence n'a pas tendance à fluctuer. L'apparition de nombreux CBC superficiels doit faire soupçonner une exposition à de l'arsenic.

### CBC sclérodermiforme et infiltrant

Ce sont des formes agressives de CBC qui se manifestent sous la forme de plaques ou de papules scléreuses<sup>16</sup>. Ils ont habituellement une bordure mal définie et s'étendent souvent au-delà des marges cliniquement discernables. En outre, étant donné que l'ulcération, les saignements et la formation de croûtes sont rares, on peut souvent les confondre avec du tissu cicatriciel.

### CBC kistique

Les lésions du CBC kistique sont des nodules bleu-gris translucides qui peuvent simuler des lésions kystiques bénignes<sup>16</sup>.

### Tumeur de Pinkus

C'est une variante inhabituelle du CBC qui se manifeste le plus souvent sur la partie inférieure du tronc, en particulier dans la région lombo-sacrée<sup>3</sup>. Les lésions peuvent être uniques ou multiples et apparaître sous la forme de nodules surélevés, modérément fermes, légèrement pédiculés, recouverts de peau lisse et légèrement érythémateuse. Cliniquement, elle ressemble à un fibrome et a habituellement une évolution indolente, mais peut devenir invasive.

### Syndromes cliniques associés au CBC

#### Xeroderam pigmentosum

Cette maladie à caractère récessif autosomique prédispose au vieillissement rapide de la peau exposée au soleil, débutant par des changements pigmentaires et progressant vers le CBC, le carcinome spinocellulaire et le mélanome malin. Les effets sont dus à l'incapacité à réparer les lésions de l'ADN provoquées par les UV<sup>3</sup>. D'autres caractéristiques comprennent l'opacité cornéenne entraînant la cécité et des déficits neurologiques.

#### Naevomatose basocellulaire

#### (syndrome de Gorlin-Gotz, syndrome de Gorlin)

Ce syndrome est une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante, caractérisée par l'apparence précoce et continue de nombreux CBC. Les caractéristiques cliniques comprennent les kératokystes odontogènes, les puits épidermiques palmo-plantaires, la calcification intracrânienne et des anomalies des côtes. Diverses tumeurs (p. ex. médulloblastomes, méningiomes, rhabdomyomes fœtaux et améloblastomes) peuvent également se manifester. Certaines données indiquent que la mutation d'un gène suppresseur de tumeurs sur la bande 9q22 pourrait être la cause de la naevomatose basocellulaire (gène PTCH)<sup>3,8,9</sup>.

#### Syndrome de Bazex

Les caractéristiques de ce syndrome comprennent l'atrophodermie folliculaire (dépressions en « pic à glace », en particulier sur le dos des mains), les CBC multiples et l'anhidrose locale<sup>17</sup>.

### Observations histologiques

#### CBC nodulaire

Les cellules tumorales du CBC nodulaire ont généralement un grand noyau ovale hyperchromatique et un cytoplasme réduit. Les cellules sont uniformes et les mitoses sont généralement peu nombreuses<sup>3,18,20</sup>. Les agrégats

**Tableau 2 : Diagnostic différentiel du CBC**

- Kératose actinique
- Maladie de Bowen
- Papule fibreuse
- Kératoacanthome
- Naevus mélanique et mélanome
- Hyperplasie sébacée
- Kératose séborrhéique
- Carcinome spinocellulaire
- Tricho-épithéliome

nodulaires peuvent être de diverses tailles, mais les cellules tumorales sont généralement alignées avec une plus grande densité selon une disposition palissadique à la périphérie de ces amas. Des lésions précoces peuvent être contiguës dans une certaine mesure à l'épiderme sus-jacent, mais une telle contiguïté peut être difficile à apprécier dans le cas de lésions de stade plus avancé. Une quantité accrue de mucine peut être présente dans le stroma dermique périphérique. La formation de fissures est fréquente entre les amas du CBC et le stroma périphérique. Cet artefact dû à la rétraction se forme durant la fixation et la coloration du tissu. Certains lobules peuvent présenter des zones de transformation pseudoglandulaire et c'est le changement prédominant dans le CBC adénoïde. Dans d'autres cas, des lobules tumoraux plus grands peuvent dégénérer au centre, formant des espaces pseudokystiques remplis de débris. Ces changements sont observés dans la variante nodulo-kystique du CBC.

### **CBC pigmenté**

Dans cette variante, les mélanocytes bénins dans et autour de la tumeur produisent une grande quantité de mélanine<sup>18,19</sup> et ces granules de mélanine sont captés par les cellules tumorales périphériques.

### **CBC superficiel**

Il se manifeste par des bourgeons de cellules basaloïdes fixés à l'hypoderme ou aux follicules pileux<sup>18</sup>. Des amas de diverses tailles sont souvent observés dans la couche supérieure du derme. Les agrégats de cellules tumorales ont généralement une disposition palissadique avec formation d'artefacts de rétraction<sup>18,19</sup>.

### **Le CBC sclérodermique et le CBC infiltrant**

Le CBC sclérodermique a l'apparence de boyaux fins de cellules tumorales (qui ont souvent l'épaisseur d'une seule couche de cellules) qui sont enchâssés dans un stroma fibreux dense. Le CBC infiltrant ne présente habituellement pas le stroma qui ressemble à du tissu cicatriciel observé dans le CBC sclérodermique<sup>19</sup>. Les travées cellulaires sont souvent plus épaisses et ont un aspect effrité et irrégulier. La disposition palissadique et la rétraction à la périphérie sont beaucoup moins prononcées dans le CBC sclérodermique et infiltrant que dans les formes de tumeur moins agressives et l'extension subclinique est souvent importante.

### **CBC micronodulaire**

Cette variante agressive se caractérise par de petits agrégats nodulaires de cellules basaloïdes<sup>18</sup>. Les artefacts dus à la rétraction sont souvent moins prononcés que dans la forme nodulaire de CBC et l'extension subclinique est souvent importante.

### **Tumeur de Pinkus**

Histologiquement, cette variante réunit certains aspects du CBC superficiel et de la kératose séborrhéique réticulée. De longues travées ramifiées de cellules basaloïdes sont connectées à la couche supérieure de l'épiderme et enchâssées dans un stroma fibromyxoïde<sup>3,18</sup>.

### **Carcinome spino-baso-cellulaire (mixte ou métatypique)**

Ces tumeurs ont des caractéristiques du CBC et du carcinome spino-cellulaire<sup>18</sup>; elles sont également considérées comme des cancers agressifs de la peau.

### **Diagnostic**

Sous ses diverses versions, le CBC peut simuler d'autres tumeurs cutanées, comme le montre le tableau 2. Idéalement, on effectue une biopsie cutanée pour confirmer le diagnostic et pour identifier le sous-type histologique de CBC. D'autres examens sont rarement nécessaires à moins qu'un désordre génétique soit soupçonné. Une biopsie cutanée peut être effectuée en utilisant l'une des techniques suivantes :

**Biopsie tangentielle :** Cette technique simple est suffisante pour diagnostiquer la plupart des CBC<sup>20</sup>. Il vaut mieux éviter d'effectuer une biopsie trop superficielle, car la tumeur peut alors passer inaperçue. Par exemple, un CBC ulcéré peut se recouvrir à nouveau d'un épithélium, l'épiderme redevenant ainsi normal, bien que la tumeur subsiste à un niveau plus profond<sup>21-23</sup>. Bien qu'une partie ou tout le CBC puisse être prélevé, une résection au-delà des marges cliniques n'est pas nécessaire si la biopsie est effectuée pour des raisons diagnostiques uniquement.

**Biopsie à l'emporte-pièce :** On peut prélever un échantillon de la zone d'une lésion la plus suspecte ou effectuer plusieurs biopsies si la tumeur a une apparence différente dans différentes zones<sup>20,21</sup>. Cette méthode permet de prélever un échantillon plus épais. On doit éviter la biopsie à l'emporte-pièce si on prévoit d'effectuer un curetage comme traitement définitif.

**Biopsie par curetage :** C'est la méthode préférée de plusieurs cliniciens dans notre division. Elle offre l'avantage de permettre de prélever sélectivement un échantillon de la tumeur, tout en préservant la peau normale. Cependant, elle est moins utile pour les lésions ayant une composante scléreuse.

### **Traitement**

Le choix d'une modalité thérapeutique donnée dépend de nombreux facteurs (p. ex. la taille et la localisation de la tumeur, l'âge du patient, la présence de maladies associées et la prise de médicaments en concomitance). En outre, l'expérience du médecin influera souvent fortement sur la sélection du mode de traitement. Les techniques les plus fréquemment utilisées par les dermatologues comprennent

le curetage, l'excision avec l'examen des marges et la chirurgie micrographique de Mohs.

**Curetage et électrodessiccation :** C'est la méthode la plus fréquemment utilisée, habituellement pour des lésions relativement petites (< 2 cm) situées dans des régions à faible risque<sup>2</sup>. Une lame se terminant en forme de cuillère (curette) est utilisée pour racler vigoureusement la tumeur en la délimitant de la zone adjacente normale<sup>21,24</sup>. Il faut commencer avec une grande curette pour réduire la taille de la tumeur, puis utiliser une plus petite curette pour mieux enlever les petits fragments de tumeur du stroma périphérique. Un curetage complet est suivi d'une hémostase et d'une électrodessiccation. Cette technique est la plus efficace dans les cas de CBC nodulaire ou superficiel, car ces tumeurs sont souvent friables et enchâssées dans le stroma fibreux. Le succès de ce traitement, même dans le cas de tumeurs non agressives dans des sites à faible risque, dépend fortement de l'expérience et de la technique de l'opérateur. On pense que de nombreux cas de récurrence après un curetage sont dus à un curetage insuffisant par le chirurgien. Le taux global de guérison est supérieur à 90 % pour les CBC à faible risque<sup>25</sup>. La méthode est rapide et simple et est moins coûteuse que la plupart des autres méthodes. Les désavantages comprennent le fait que c'est une technique à l'aveugle, étant donné que les spécimens ne peuvent pas être examinés pour contrôler les marges. En outre, bien que l'on épargne la peau normale, la cicatrisation par deuxième intention entraîne souvent des cicatrices blanches atrophiques qui peuvent ne pas être satisfaisantes dans des zones esthétiquement importantes<sup>21</sup>. Cependant, cette technique est moins utile pour les lésions scléreuses. Ces sous-types de CBC plus agressifs, tels que les tumeurs sclérodermiformes, infiltrantes, micronodulaires et récidivantes, sont souvent moins friables et donc leur ablation avec la curette est moins probable<sup>2</sup>.

**Cryochirurgie :** Ce traitement a été initialement décrit pour les CBC relativement petits et précoces dans des zones qui ne présentent pas un risque élevé ainsi que pour les types superficiels de CBC. La cryochirurgie est également un traitement efficace pour la plupart des CBC non agressifs, le taux de guérison approchant les 90 %<sup>21</sup>. On obtient des taux de guérison optimaux lorsque l'on mesure la profondeur, la durée et la température du traitement à l'aide d'une instrumentation spéciale (p. ex. cryosondes). Cependant, le succès du traitement dépend fortement de l'expérience de l'opérateur. Les patients doivent accepter de supporter l'œdème immédiat après le traitement, la nécrose des zones traitées et les cicatrices imprévisibles pouvant se former avec cette approche. Cette méthode n'est pas fréquemment utilisée pour le traitement du CBC, sauf par des spécialistes de la cryochirurgie très expérimentés.

**Curetage suivi de la cryochirurgie :** Cette méthode est une combinaison de curetage tel que nous l'avons décrit ci-dessus suivi de l'hémostase (généralement avec du chlorure d'aluminium) et finalement de la cryochirurgie au moyen d'une cryovaporisation<sup>21</sup>. On effectue tout d'abord l'ablation macroscopique de la

tumeur avec la curette<sup>26</sup>. Puis, on congèle les foyers microscopiques qui peuvent persister. Cette méthode offre l'avantage d'être moins destructrice pour le stroma périphérique et avec les techniques modernes de soins des plaies, elle entraîne des résultats esthétiques bien supérieurs au curetage et à l'électrodessiccation traditionnels. Dans notre service, les récurrences ont été remarquablement rares.

**Excision chirurgicale :** Cette modalité consiste en l'excision chirurgicale de la tumeur cliniquement apparente et d'une marge de peau apparaissant comme cliniquement normale<sup>3,21,27</sup>. Habituellement, cette méthode peut être utilisée dans un contexte ambulatoire et permet au pathologiste de disposer d'un spécimen à des fins d'examen des marges tissulaires. Le temps de cicatrisation est généralement plus court lorsque la plaie est refermée par des points de suture que par deuxième intention, et l'aspect esthétique se compare favorablement à celui résultant du curetage. Cependant, l'excision chirurgicale prend plus de temps et est plus coûteuse que le curetage. En outre, cette méthode nécessite de sacrifier du tissu normal pour obtenir un taux de guérison acceptable. On recommande des marges d'au moins 4 mm même pour les CBC les moins agressifs pour obtenir un taux de guérison de 95 %. Fréquemment, cette recommandation n'est pas respectée et le taux de récurrence est donc > 5 %<sup>3</sup>. Un autre désavantage est lié au traitement du spécimen pathologique. La technique conventionnelle par sections verticales peut laisser passer inaperçues certaines zones d'extension marginale, étant donné que l'on n'évalue qu'une portion du spécimen.

**Chirurgie micrographique de Mohs :** Cette méthode, décrite en détail dans le numéro de mars 2003 de *Dermatologie – Conférences scientifiques*, est réservée aux zones à haut risque, au CBC de grande taille (> 2 cm), aux lésions récidivantes<sup>3,9</sup> et est pratiquée par un chirurgien dermatologue ayant une formation spéciale. La chirurgie de Mohs implique l'ablation de la tumeur cliniquement apparente ainsi que d'une mince bordure de peau d'apparence normale<sup>21</sup>. Ce spécimen à la configuration en soucoupe représente le tissu adjacent à la tumeur ou la marge entourant la tumeur. Ce spécimen est sectionné et marqué de façon à ce que toute la surface sous la tumeur et les bords extérieurs soient examinés au microscope, afin de minimiser la possibilité d'erreur par omission<sup>28</sup>. L'utilisation de la technique de coupe d'échantillons congelés permet l'examen du tissu pendant que le patient se trouve dans le cabinet du médecin. Le tissu est cartographié microscopiquement, de telle façon que si des foyers tumoraux persistent, d'autres excisions peuvent être effectuées uniquement dans ces zones, en préservant le tissu normal. La technique de Mohs permet d'examiner près de 100 % des marges tissulaires, comparativement à la coupe verticale standard qui permet d'examiner < 1 % des marges extérieures. Étant donné que des couches de peau relativement fines sont prélevées uniquement dans les zones de la tumeur, cette technique permet de conserver le tissu sain. Habituellement, l'excision et la réparation peuvent être effectuées le même jour. Et

**Tableau 3 : Taux de récurrence après le traitement du CBC primitif<sup>3</sup>**

Modalité thérapeutique	Taux de récurrence à 5 ans
• Excision chirurgicale	10 %
• Curetage et électrodessiccation	7-8 %
• Radiothérapie	8-9 %
• Cryothérapie	7-7,5 %
• Toutes les modalités autres que la chirurgie de Mohs	8-9 %
• Chirurgie micrographique de Mohs	≤1,0 %

surtout, l'excision chirurgicale micrographique de Mohs entraîne des taux optimaux de guérison à long terme par rapport à toutes les modalités thérapeutiques utilisées pour le CBC. Les taux de guérison pour le CBC primitif sont de 98 à 99 % avec l'excision de Mohs et de 94 % à 96 % pour le CBC récidivant<sup>3</sup>. Les principaux désavantages de la chirurgie de Mohs sont son coût plus élevé et sa durée plus longue comparativement au curetage.

**5-fluorouracil topique (Efudex<sup>®</sup>, à 5 % en crème) :** On peut essayer ce traitement topique pour les CBC de petite taille, en particulier les types superficiels sur le tronc<sup>29</sup>. On peut également l'utiliser chez les patients pour lesquels la chirurgie n'est pas envisagée. Notre expérience avec cette modalité est très limitée.

**Imiquimod topique (Aldara<sup>®</sup>, à 5 % en crème) :** Des études récentes montrent que ce traitement topique est efficace dans les cas de CBC superficiel. L'imiquimod, qui provoque la libération de cytokines intervenant dans les réponses immunitaires à médiation cellulaire, comprenant l'interféron, a été efficace pour guérir près de 90 % des CBC superficiels dans une étude multicentrique menée en Australie. Cette méthode récente est utilisée dans différents contextes, tels que pour de petites lésions et le CBC superficiel où les cicatrices sont une source de préoccupation (p. ex. chez un jeune patient présentant une petite lésion sur le visage). Dans certains cas, il n'y a pratiquement pas de cicatrice après que la lésion se soit résorbée. Nous utilisons couramment Aldara<sup>®</sup> chez les patients chez qui une petite lésion a été ponctionnée et l'examen pathologique confirme le diagnostic de CBC, mais aucune masse tumorale n'a été laissée. Les facteurs limitant son utilisation sont l'irritation et le coût (1 boîte coûte environ 160 à 180 \$). En conclusion, c'est une nouvelle modalité prometteuse pour le traitement de certains cas de CBC. Il reste encore à établir des protocoles optimaux de traitement (p. ex. fréquence d'application et durée du traitement).

**Radiothérapie :** La radiothérapie est rarement utilisée dans notre centre. Elle est principalement utilisée lorsque la chirurgie est difficile (le patient est âgé ou extrêmement faible et n'est donc pas un bon candidat à la chirurgie) ou contre-indiquée. Elle est également

utile chez les patients qui refusent la chirurgie en raison de la taille d'une lésion ou de sa proximité avec des structures vitales<sup>2</sup>. La radiothérapie est efficace comme traitement de première intention pour la plupart des CBC non agressifs, mais elle n'est pas le traitement optimal pour les types agressifs<sup>30</sup>. Grâce au fractionnement des doses de rayonnement, on obtient généralement un excellent résultat esthétique. Les désavantages comprennent la possibilité d'effets tardifs des rayonnements sur la peau ainsi que l'incapacité à examiner les marges cutanées. Après une radiothérapie, les patients doivent être suivis étroitement, afin de détecter toute récurrence et toute tumeur maligne causée tardivement par les rayonnements<sup>31</sup>.

### Pronostic

Le CBC qui n'est pas traité complètement peut récidiver et par conséquent toutes les régions traitées doivent être surveillées après le traitement<sup>32,33</sup>. Le taux de récurrence après un traitement apparemment adéquat est indiqué dans le tableau 3. Les sujets chez qui l'on diagnostique un CBC présentent un risque d'environ 30 % plus élevé que la population générale de présenter un autre CBC non lié à la lésion précédente<sup>14</sup>.

### Éducation des patients

On recommande d'éviter l'exposition aux rayons UV. Des mesures préventives utiles comprennent la planification soignée des activités extérieures, le port d'un chapeau à large bord durant les activités extérieures et l'utilisation d'écrans solaires avec un FPS de 15 ou plus<sup>34</sup>.

### Références

- Lang PG, Maize JC. Basal cell carcinoma. In: Friedman RJ, Rigel, Kopf AW, Harris MN, Baker D, eds. *Cancer of the Skin* 1991: 35-73.
- Schoelch SB. Recognition and management of high-risk cutaneous tumors. *Dermatol Clin* 1999;17(1):93-111, viii-ix.
- Basal Cell Carcinoma. In: Freedberg IM, Fitzpatrick TB, et al. Eds. *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 5th ed., 2 vol.* New York: McGraw-Hill Health Professions Division; 1998:857-863.
- Woolley T. Sun-related behaviours of outdoor workingmen with a history of non-melanoma skin cancer. *J Occup Environ Med* 2002; 44(9):847-54.
- Padgett JK. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaryngol Clin North Am* 2001;34(3):523-53.
- Preston DS, Stern RS. Nonmelanoma cancers of the skin. *N Engl J Med* 1992;327(23):1649-62.
- Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol* 1994;30(5 Pt 1): 774-8.
- Ratner D. UV-specific p53 and PTCH mutations in sporadic basal cell carcinoma of sun-exposed skin. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44(2):293-7.
- Mirowski GW. Nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(6):1092-3.
- Pennello G. Association of surface ultraviolet B radiation levels with melanoma and nonmelanoma skin cancer in the United States blacks. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000;9(3):291-7.
- Boonchai W. Basal cell carcinoma in chronic arsenicosis occurring in Queensland, Australia, after ingestion of an asthma medication. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(4):664-9.
- Schinstine M. Risk of synchronous and metachronous second non-melanoma skin cancer when referred for Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(3):497-9.
- Frankel DH, Hanusa BH, Zitelli JA. New primary nonmelanoma skin cancer in patients with a history of squamous cell carcinoma of the skin. Implications and recommendations for follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1992;26(5 Pt 1):720-6.

14. Karagas MR. Occurrence of cutaneous basal cell and squamous cell malignancies among those with a prior history of skin cancer. The Skin Cancer Prevention Study Group. *J Invest Dermatol* 1994;102(6):10S-13S.
15. Herzinger T. Basal cell carcinoma of the toenail unit. *J Am Acad Dermatol* 2003;48(2):277-8.
16. Maloney ME, Miller SJ. Aggressive versus nonaggressive subtypes (basal cell carcinoma). In: Miller SJ, Maloney ME, Eds. *Cutaneous Oncology: pathophysiology, diagnosis, and management*. Malden, MA: Blackwell Science; 1998:609-613.
17. Metry D, Guill C. Generalized basaloid follicular hamartoma syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(4):644-6.
18. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Jr, Eds. *Lever's Histopathology of the Skin*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 1997:719-746.
19. Lowe L. Histology (basal cell carcinoma). In: Miller SJ, Maloney ME, Eds. *Cutaneous Oncology: pathophysiology, diagnosis, and management*. Malden, MA: Blackwell Science; 1998:633-645.
20. Russell EB. Basal cell carcinoma: a comparison of shave biopsy versus punch biopsy techniques in subtype diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(1):69-71.
21. Orengo I. Techniques in the removal of skin lesions. *Otolaryngol Clin North Am* 2002;35(1):153-70, vii.
22. Michael E, Lutz MD. Surgical Pearl "Curettage before cutaneous surgery to identify an unidentifiable biopsy site." *J Am Acad Dermatol* 2002;46:591-2.
23. Holmkvist KA. Incidence of residual basal cell carcinoma in patients who appear tumor free after biopsy. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(4):600-5.
24. Goldman G. The current status of curettage and electrodesiccation. *Dermatol Clin* 2002;20(3):569-78, ix.
25. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2: Curettage- electrodesiccation. *J Dermatol Surg Oncol* 1991;17(9):720-6.
26. Nordin P. Five-year results of curettage-cryosurgery for 100 consecutive auricular non-melanoma skin cancers. *J Laryngol Otol* 2002;116(11):893-8.
27. Ratner D, Skouge JW. Surgical management of local disease (basal cell carcinoma). In: Miller SJ, Maloney ME, Eds. *Cutaneous Oncology: pathophysiology, diagnosis, and management*. Malden, MA: Blackwell Science; 1998:664-671.
28. Florell SR. A comparison of touch imprint cytology and Mohs frozen-section histology in the evaluation of Mohs micrographic surgical margins. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(4):660-4.
29. Kerr C. 'Rub on' treatment for basal-cell carcinoma. *Lancet Oncol* 2002;3(4):201.
30. Habeck M. Good results with radiotherapy for BCCs. *Lancet Oncol* 2001;2(6):326.
31. Little MP. Cancer after exposure to radiation in the course of treatment for benign and malignant disease. *Lancet Oncol* 2001;2(4):212-20.
32. Robinson JK. Recurrent basal cell carcinoma after incomplete resection. *Arch Dermatol* 2000;136(11):1318-24.
33. Robinson JK. What are adequate treatment and follow-up care for non-melanoma cutaneous cancer? *Arch Dermatol* 1987;123(3):331-3.
34. Ramirez R. Practical guide to sun protection. *Surg Clin North Am* 2003;83(1):97.

## Résumé scientifique d'intérêt connexe

### Le situation actuelle du curetage et de l'électrodessiccation

GOLDMAN G, BURLINGTON, VT

Le curetage et l'électrodessiccation (C&E) est une technique très répandue pour la destruction des néoplasmes cutanés bénins et certains néoplasmes cutanés malins. Le C&E est utilisé principalement par les dermatologues et les médecins de famille, alors que les chirurgiens plastiques et les autres chirurgiens pratiquent l'excision de la plupart des lésions bénignes et malignes. Nombreux sont ceux qui ont vanté l'utilisation du C&E pour le traitement du cancer de la peau, mais cette technique a été également très critiquée. Certains médecins traitent la plupart des carcinomes cutanés autres que le

mélanome avec le C&E et d'autres ont recommandé d'abandonner la technique dans le traitement de ces lésions. Une revue complète des écrits scientifiques révèle que le C&E offre à la fois des avantages et des inconvénients. En adoptant une approche rationnelle à l'égard du traitement des lésions cutanées bénignes et malignes, il est essentiel de connaître les données de base sur le C&E, le taux de guérison probable de certaines lésions et l'aspect esthétique prévu. Étant donné que le traitement chirurgical du cancer de la peau fait maintenant partie intégrante du domaine de la dermatologie, il est intéressant d'examiner cette technique en profondeur et de tirer des conclusions valables sur son utilisation chez les patients atteints de cancer de la peau et de lésions cutanées bénignes associées. L'année dernière, une revue favorable remarquablement complète et exhaustive du curetage, de l'électrochirurgie et du cancer de la peau a été publiée par Sheridan et Dawber. Toute personne effectuant un curetage doit lire cet article. Toutefois, l'auteur adopte une perspective légèrement différente, celle d'un chirurgien dermatologue. Bien que l'auteur pense que le C&E est une technique valable et qu'il l'utilise fréquemment, il n'est pas d'accord sur certaines vérités allant de soi exprimées dans les écrits scientifiques sur le C&E et cherche à définir précisément ce qui d'après lui sont les points forts et les points faibles de cette technique.

*Dermatol Clin* 2002;20(3):569-78, ix.

## Réunions scientifiques à venir

25 au 29 juillet 2003

**ACADEMY '03**

**Réunion d'été de l'American Academy of Dermatology**

Hyatt Regency, Chicago, IL

RENSEIGNEMENTS : AAD

[www.aad.org](http://www.aad.org)

Tél. : 847-330-0230 Fax : 847-330-1090

19 au 20 septembre 2003

**Twenty-fourth Paul A. O'Leary Meeting**

**and Minnesota Dermatologic Society**

Rochester, Minnesota

RENSEIGNEMENTS : Mayo Clinic

Service de dermatologie

Tél. : 507-284-3668 Fax : 507-284-2072

16 au 19 octobre 2003

**Conférence de dermatologie clinique d'automne**

Luxor, Las Vegas

RENSEIGNEMENTS : Center for Bio-Medical Communication

Tél. : 201-883-5874 Fax : 201-342-7555

[www.cbcbiomed.com](http://www.cbcbiomed.com)

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement pour *Dermatologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Dermatologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

**Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.**

© 2003 Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, seule responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration de la Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill. <sup>SM</sup>*Dermatologie – Conférences scientifiques* est une marque de commerce de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Dermatologie – Conférences scientifiques* doit être conforme aux renseignements d'ordonnance reconnus au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.