

Recommandations en cancérologie cutanée

Principes et marges d'exérèse carcinologiques en chirurgie dermatologique

Marie Beylot-Barry

**Service de Dermatologie – Unité d'Oncodermatologie, CHU de Bordeaux
INSERM U1053 -UMR BaRITOn; Equipe Oncogénèse des Lymphomes Cutanés,
Université de Bordeaux**



- **La chirurgie est le traitement de référence** (et souvent le seul traitement) des cancers cutanés



- Mais au préalable :
 - Connaître la tumeur
 - Connaître les recommandations
 - « Lire » la tumeur



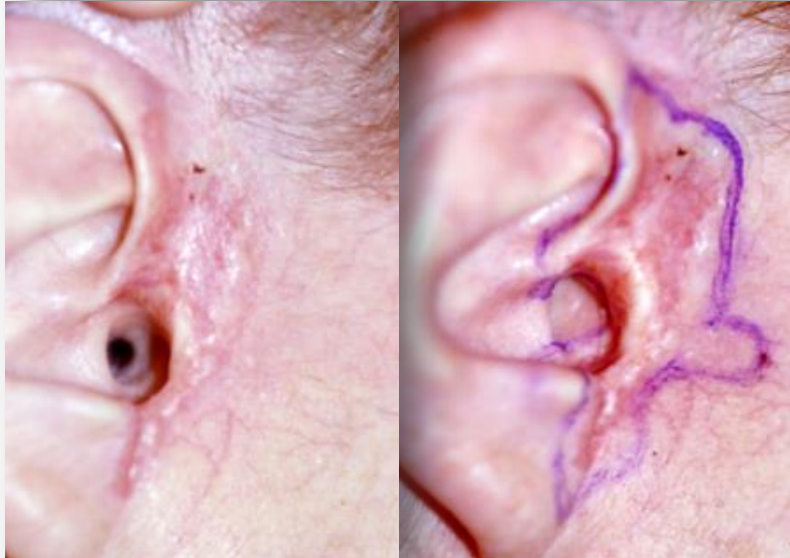
La lecture carcinologique

- Identifier la tumeur, infiltration, topographie
 - Impact pronostique + anticiper reconstruction
- Pour définir les « marges », d'abord évaluer les limites de la tumeur
- La qualité de cet examen conditionne l'acte chirurgical et son efficacité
- Capital pour carcinomes ++





Mais où sont les limites ?

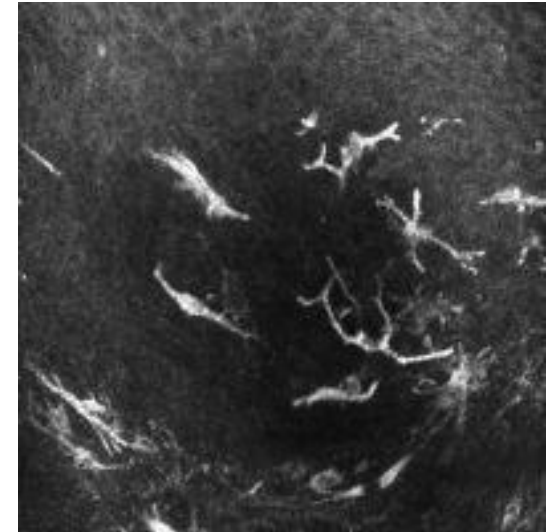
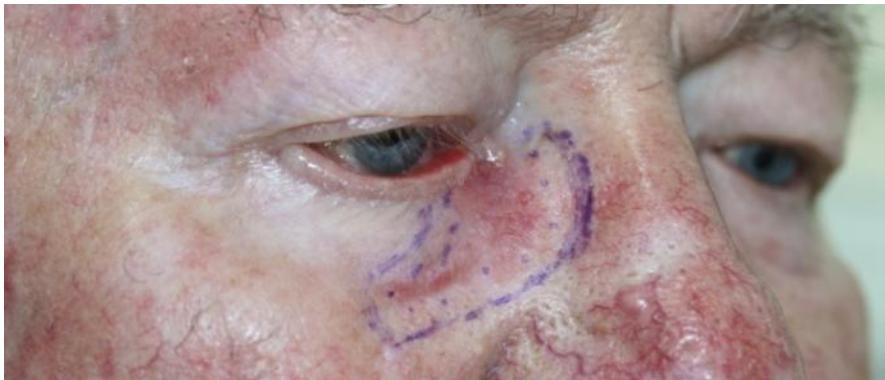


- Avant l'anesthésie locale
- Observer, palper, dessiner



Encore mieux voir...

- Dermoscopie
- Microscopie confocale



Marges cliniques

Marges histologiques

- Marges des recommandations
=> marges cliniques *in vivo*
- Marges « probabilistes »
- Excision de tissu sain autour de la lésion visible
- Limiter au maximum le risque de tumeur résiduelle (*invasion infra-clinique*)
- **A consigner dans compte-rendu opératoire**





J'ai pris 4 mm de marge mais l'anapath mesure 2 mm ???

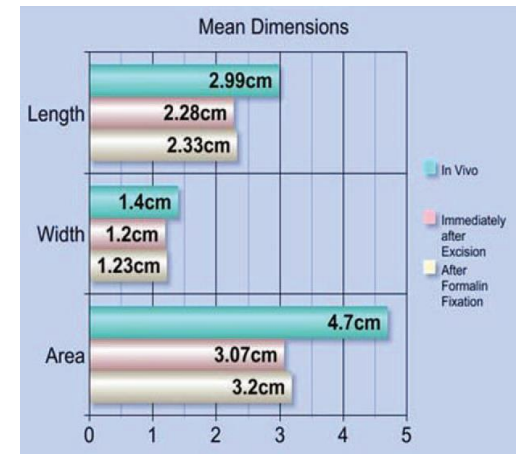
- Mauvaise évaluation de la limite de la tumeur ?
- Tumeur avec invasion infraclinique importante ?
- Mais cette discordance est aussi attendue +++

Rétraction de la pièce opératoire

- Liée aux propriétés biomécaniques de la peau
- 10-30% juste après l'exérèse et avant toute fixation
- ++ sujet jeune, peau non insolaée, membres, extrémités

Kerns MJ et al. J Cutan Pathol 2008

Dauendorffer JN et al. Br J Dermatol 2010



Marge sur lame + faible que marge mesurée en per-opératoire

- Pas de reprise d'exérèse si celle-ci est complète

MAIS :

- Ceci n'est vrai que si **bonne lecture tumorale**
- Bien lire le compte-rendu (critères histologiques d'agressivité) et discuter reprise si marge < 1 mm



AnalyseS histologiqueS

- Orienter la pièce opératoire

Analyse histologique classique (coupes verticales)

VS

Chirurgies micrographiques (analyse en 3D,
coupes horizontales : analyse exhaustive des
limites)



Faut-il faire une biopsie avant la chirurgie ?





Oui la biopsie préalable s'impose au visage lorsqu'une reconstruction complexe (lambeau, greffe) est envisagée

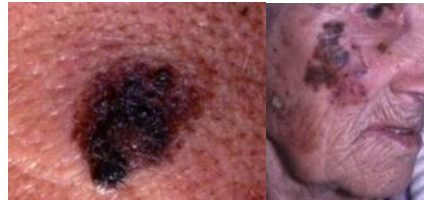
- Intérêt médico-légal (Tumeur bénignes trompeuses)
- Diagnostic > pronostic
- **Type histologique souvent non précisable** sur la biopsie (CBC)
 - Etude 243 CBC : concordance/exérèse = 61% - 15% type histo sous-estimé (*Roozeboom JEADV 2013*)
- Mais parfois risque de rendre **difficile la lecture secondaire**



Recommandations

Mélanome

SOR 2005 et 2016

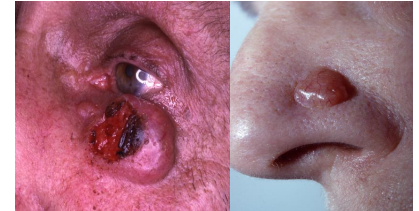


Prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané MO

<http://www.sfdermato.org/recommandations-scores-et-echelles/recommandations.html>

Carcinome basocellulaire

ANAFS 2004



Carcinome épidermoïde

INCA-HAS 2009



Carcinome de Merkel

GCC SFD 2011



Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009), 136, 5166-5175



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Annales de dermatologie et de vénéréologie (2011) 138, 475-482



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



OPINION D'EXPERT

Recommandations du groupe de cancérologie cutanée de la Société française de dermatologie pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome à cellules de Merkel



Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spino-cellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations

Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. Guidelines

On peut souvent (facilement) suivre les règles



Mais ces recommandations sont parfois mises en défaut ou insuffisantes

- Lésions agressives évoluées nécessitant une prise en charge multidisciplinaire => rôle et intérêt des RCP

- Lésions superficielles multiples ou étendues
- Lésions précarcinomateuses et cancers cutanés superficiels

Pour les adapter, connaître les limites... ses limites et les possibles

- Ne pas fixer le « seuil des limites » trop bas...
- Ne pas récuser la chirurgie trop vite

- Ne pas rater les tumeurs potentiellement agressives
- Et que proposer au-delà des limites ?



Ne pas fixer le « seuil des limites trop bas »



Les « superficiels » qui n'en sont pas





Ne pas fixer le « seuil des limites trop bas »



Ne pas récuser la chirurgie « trop vite »

Ne pas en avoir « peur »

Connaître et faire connaître les possibles



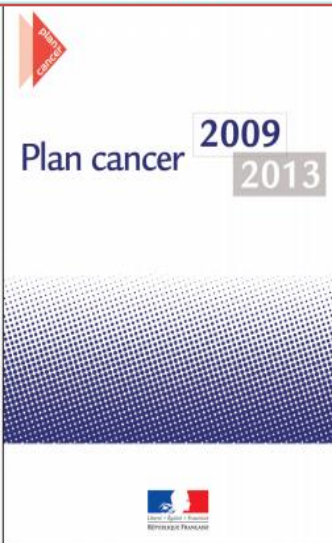
Réunion de concertation pluridisciplinaire

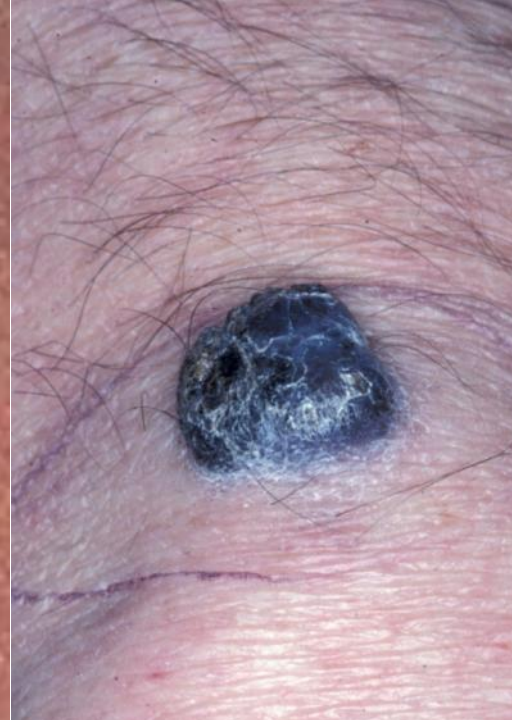
- **Enregistrement** des cas simples
- **Discussion** des cas complexes
 - Intérêt de la présence du patient pour les carcinomes cutanés
 - Avant décision thérapeutique initiale
 - Après la chirurgie

- Explorations complémentaires ?
- Opérabilité ?
- Quelle prise en charge chirurgicale ?
- Accès à des techniques spécifiques, essais
- Autre traitement ?

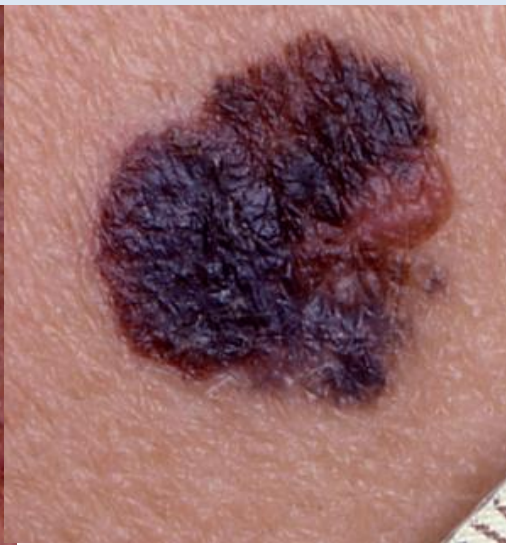


Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer





Mélanomes





Le traitement du mélanome primitif est la chirurgie

- Exérèse d'emblée
- Puis reprise avec marges adaptées au Breslow
 - Pas de marge > 2 cm

Epaisseur selon Breslow	Marges d'exérèse recommandées
Mélanome in situ	0,5 cm
≤ 1 mm	1 cm
1,01-2 mm	1-2 cm
> 2 mm	2 cm

Concernant la profondeur d'exérèse, en l'absence de données robustes, le Groupe de travail propose de réaliser une exérèse jusqu'au fascia tout en le respectant.



Après exérèse

- Privilégier technique de reconstruction ne modifiant peu ou pas les repères anatomiques pour la surveillance



Exérèse suture TRONC



Grefe ZONES PEU DONNEUSES, EXTREMITES



Mélanomes de Dubreuilh

- Pas une exérèse d'emblée (biopsie(s))



Lecture tumorale souvent difficile

Dommmages actiniques

Tumeur multifocale

Invasion infraclinique +++

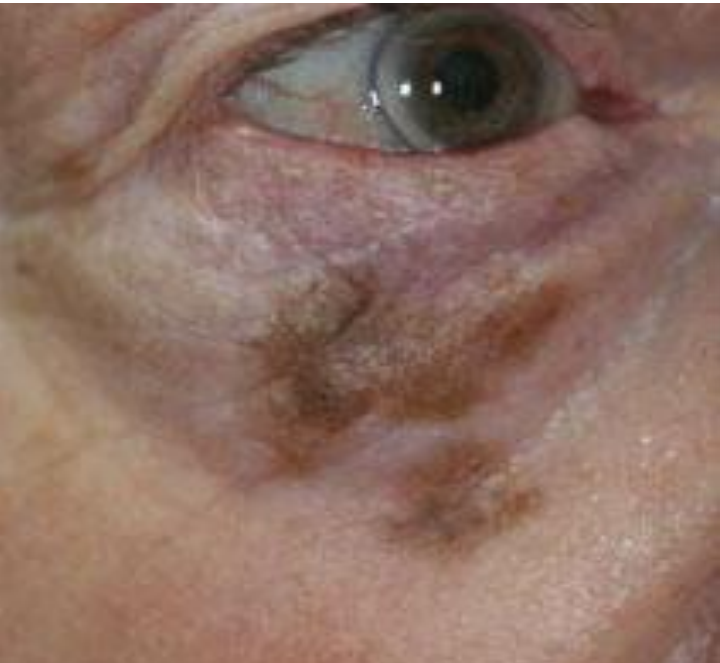


Recommandations: marges 1 cm mais difficile (taille, localisation) – alternative = 0,5 cm « si contrôle strict des berges » =





- « réduire les marges à 0,5 cm sous réserve d'un contrôle strict et exhaustif des berges »



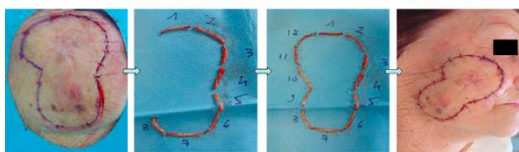
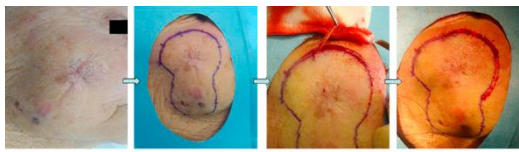
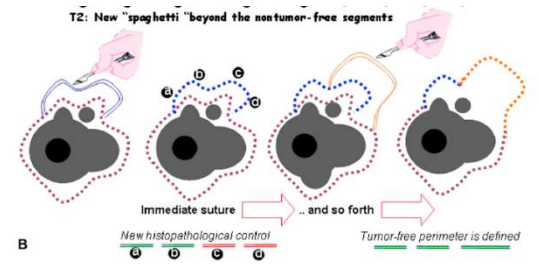
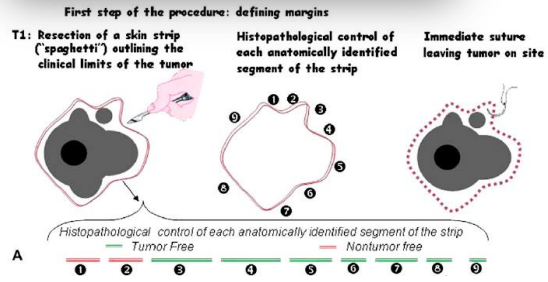
Techniques micrographiques sur tissu fixé



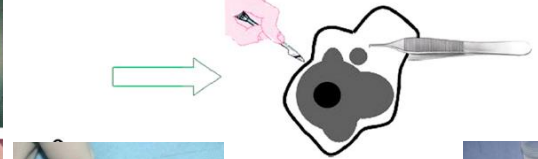
J AM ACAD DERMATOL
 JANUARY 2011

The "spaghetti technique": An alternative to Mohs surgery or staged surgery for problematic lentiginous melanoma (lentigo maligna and acral lentiginous melanoma)

Caroline Gaudy-Marqueste, MD, PhD,^a Anne-Sophie Perchenet, MD,^b Anne-Marie Tasci, MD,^c Nika Madjessi, MD,^a Guy Magalon, MD, PhD,^b Marie-Aleth Richard, MD, PhD,^a and Jean-Jacques Grob, MD, PhD^a
 Marseille, France



2nd Phase: Resection of the total area including the tumor, and immediate reconstruction



Mélanome de Dubreuilh

- **Marges 1 cm** : adaptées pour tumeurs de petite taille, bien limitées, zone anatomique « facile »
- **Lésions aux limites imprécises, grande taille, situation complexe** :
 - Chirurgie micrographique
 - Alternatives ou traitements complémentaires : radiothérapie / imiquimod



RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DU MÉLANOME STADE I à III STADES DE LA MALADIE – AJCC 7^{ème} édition

Stades	T	N	M
0	In situ	NO	MO
IA	T1a - Breslow ≤ 1 mm sans ulcération et mitoses <1/mm ²		
IB	T1b - Breslow ≤ 1 mm avec ulcération ou mitoses >1/mm ²		
	T2a - Breslow 1,01 à 2 mm sans ulcération		
IIA	T2b - Breslow 1,01 à 2 mm avec ulcération		
	T3a - Breslow 2,01 à 4 mm sans ulcération		
IIB	T3b - Breslow 2,01 à 4 mm avec ulcération		
	T4a - Breslow > 4 mm sans ulcération		
IIC	T4b - Breslow >4 mm avec ulcération		
IIIA	Tout T mais non ulcéré T (1 - 4)a		
IIIB	Tout T ulcéré T (1 - 4)b	N1a ou N2a	
	Tout T non ulcéré T (1 - 4)a	N1b ou N2b ou N2c b : macrométastase c : métastase (s) en transit satellite(s) sans ganglion métastatique	
IIIC	Tout T ulcéré T (1 - 4)b	N1b ou N2b ou N2c	
	Tout T	N3 ≥ 4 ganglions ou conglomérat d'adénopathies ou métastase (s) en transit satellite(s) avec ganglion métastatique	
IV	Tout T	Tout N	M1

M1a : Métastase(s) cutanée(s), ganglionnaire(s) à distance
Taux LDH normal

M1b : Métastase(s) pulmonaire(s)
Taux LDH normal

M1c : Toutes autres métastases viscérales - Taux LDH normal

M1c : Toute localisation métastatique
Taux LDH élevé

Pour en savoir plus, consulter le document complet en ligne sur le site de la SFD
www.sfdermato.org/recommandations-scores-et-echelles/recommandations.html



RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DU MÉLANOME STADE I à III - SYNOPSIS

		Stade IA-IB	Stade IIA-IIB	Stade IIC-IIIA	Stade IIIB-IIIC
BILAN INITIAL	Examen clinique complet	Recommandé			
	Echographie ganglionnaire	Recommandé	Recommandé		
	Scanner TAPC ¹ ou PET Scan	Recommandé		Recommandé	
GANGLION SENTINELLE		A partir de T2a			
CURAGE GANGLIONNAIRE		A partir du stade IIIA			
TRAITEMENTS ADJUVANTS	Interferon alpha	Faible dose			
	Radiothérapie des aires ganglionnaires	SI > 3N ou N > 3cm ou RC+ ²			
SUIVI	Examen clinique	• 2 fois/an, 3 ans • 1 fois/an, à vie	• 2 à 4 fois/an, 3 ans • 1 fois/an, à vie	• 4 fois/an, 3 ans • 2 à 4 fois/an, 2 ans • 1 fois/an, à vie	• 4 fois/an, 3 ans • 2 à 4 fois/an, 2 ans • 1 fois/an, à vie
	Dermoscopie	Recommandé			
	Echographie ganglionnaire (site de drainage)		2 à 4 fois/an, 3 ans	2 à 4 fois/an, 3 ans	4 fois/an, 3 ans
	Scanner TAPC ¹ ou PET Scan	Recommandé		2 fois/an, 3 ans	
	Education autodépistage	Recommandé			
	Photoprotection	Recommandé			
BIOLOGIE MOLÉCULAIRE	Recherche mutation BRAF V600 sur tissu tumoral ³	Recommandé			
BIOCHIMIE	LDH – PS 100	Recommandé			
CONSULTATION ONCOGÉNÉTIQUE	A proposer				

¹Scanner TAPC : Scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral - ²RC : Rupture capsulaire - ³Indispensable au stade IV

Recommandé
En option
Encore à évaluer

Recommandations réalisées dans le cadre du Centre de Preuves en Dermatologie



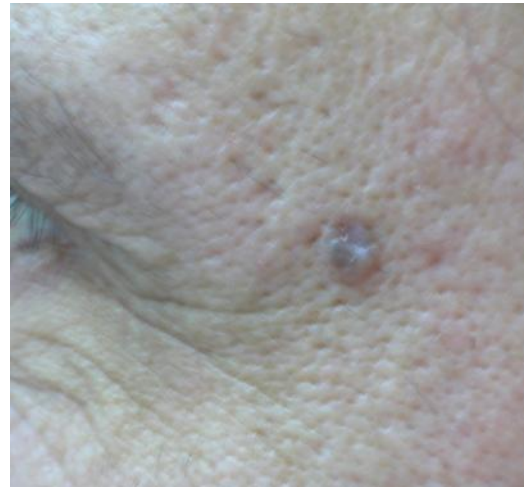


Carcinomes basocellulaires



Carcinomes basocellulaires

- La chirurgie est le traitement de référence
- Dans la majorité des cas : guérison sans récurrence

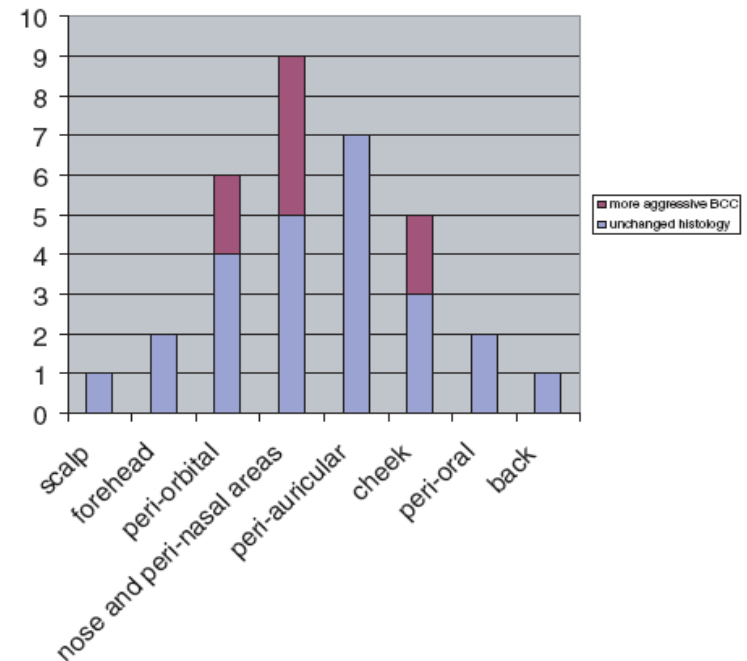


Ne pas « rater » les formes agressives

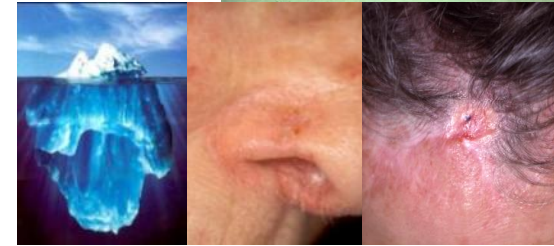
- Encore + agressives si traitement initial inadéquat



Boulinguez Br J Dermatol 2004

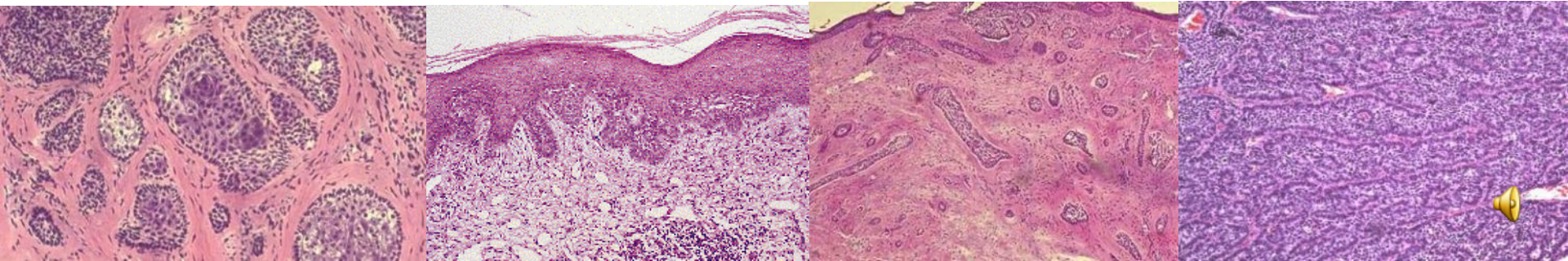


Recommandations pour la pratique ANAES 2004



Définition de 3 groupes pronostiques

- Classification clinique
- Classification histologique
- Taille
- Siège (risque haut, intermédiaire, élevé)
- Caractère primitif ou récidivé





Groupes pronostiques

Marges - modalités chirurgicales

Bon pronostic
-Superficiel primaire
-Nodulaire primaire :
< 1 cm en zone risque intermédiaire
< 2 cm en zone à faible risque

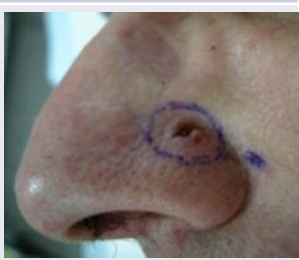
3-4 mm
Chirurgie en 1 temps



Pronostic intermédiaire
-Superficiel récidivé
-Nodulaire
< 1 cm en zone haut risque
> 1 cm en zone risque intermédiaire
> 2 cm en zone faible risque

≥ 4 mm
Chirurgie en 1 temps

Si la marge ne peut pas être respectée :
chirurgie en 2 temps ou examen extemporané

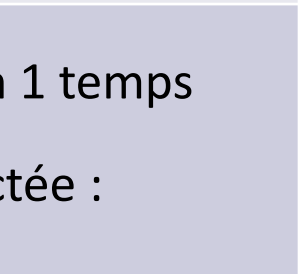


Mauvais pronostic
-Sclérodermiforme
-Cliniquement mal limité
-Histologie agressive
(sclérodermiformes, métatypiques, infiltrant
-Nodulaire > 1 cm zone haut-risque
-Carcinome récidivé (sauf superficiel)

≥ 5-10 mm si chirurgie classique en 1 temps

Si la marge ne peut pas être respectée :
Chirurgie en 2 temps ou **chirurgie micrographique**

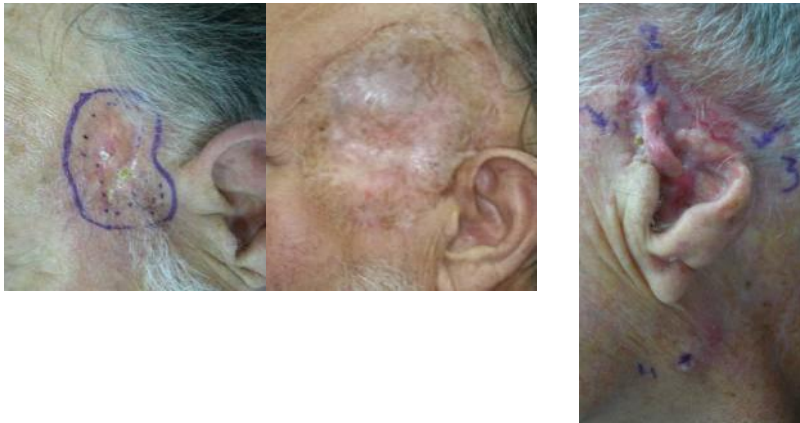
RCP



Réception du CR anapath

Exérèse complète

- Pas de reprise d'exérèse même si marges histo <
- Pas de traitement complémentaire



Exérèse incomplète RCP

- Reprise chirurgicale
 - Chirurgie classique pour CBC intermédiaires
 - Chirurgie 2 tps ou micrographique pour CBC haut-risque
- Radiothérapie si reprise impossible
- Surveillance discutée pour CBC bas risque



Une exérèse incomplète ? Des arguments d'agressivité histologique ?



Radiothérapie ?

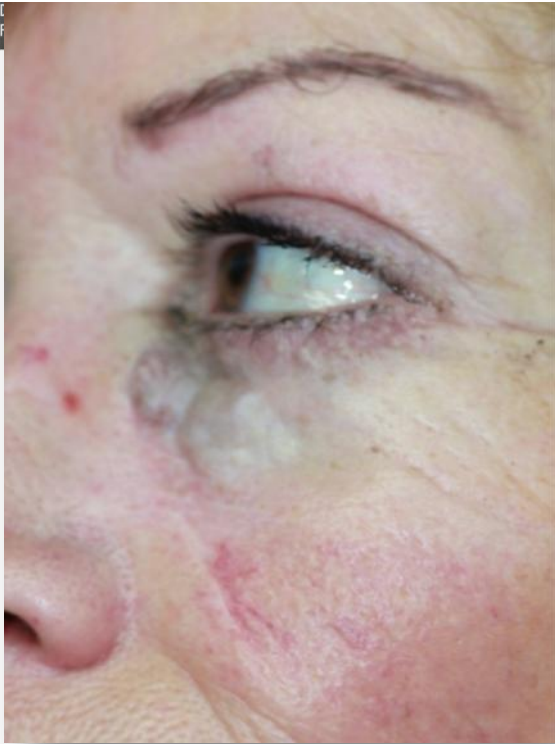


Reprise d'exérèse ?
Radiothérapie ?



Savoir aussi « passer la main »

- Femme 45 ans
- Carcinome basocellulaire récidivé
- Zone péri-orificielle et taille > 20 mm
- Adhérence au plan profond
- Ostéolyse débutante du maxillaire au TDM



Les cas inaccessibles à la chirurgie sont exceptionnels



Bulletin du Cancer Volume 97 • N° 12 • décembre 2010
Société Française du Cancer ©John Libbey Eurotext

**Voie de signalisation Sonic Hedgehog :
du développement embryonnaire
aux thérapies moléculaires ciblées**

Sonic Hedgehog signaling pathway: from embryology to molecular targeted therapies

S. Watson¹, C. Serrate², S. Vignot¹
¹Service d'oncologie médicale, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France
<stephane.vignot@psl.aphp.fr>
²Laboratoire de pharmacobiologie des anticancéreux, Inserm U728, Hôpital Beaujon, 92113 Clichy, France





Carcinomes épidermoïdes cutanés



L'exérèse chirurgicale est LE traitement du CEC

- La majorité sont peu agressifs



- Mais pour d'autres : **risque métastatique**

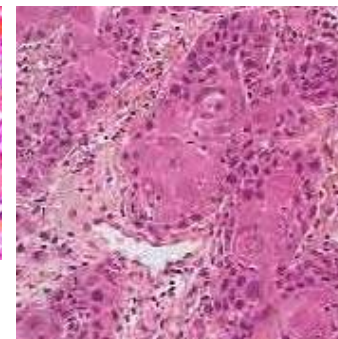
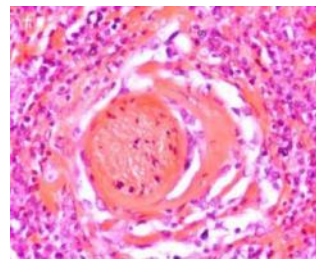
Conditionné par des **facteurs pronostiques liés au CEC** lui-même et **au terrain** sur lequel il se développe



Recommandations de prise en charge des CEC 2009 - INCA-HAS

Groupe 1 « *risque modéré* » vs Groupe 2 « *risque significatif de récurrence et/ou de métastase* »

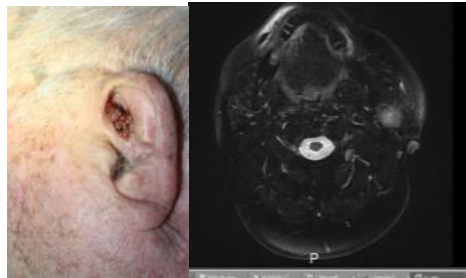
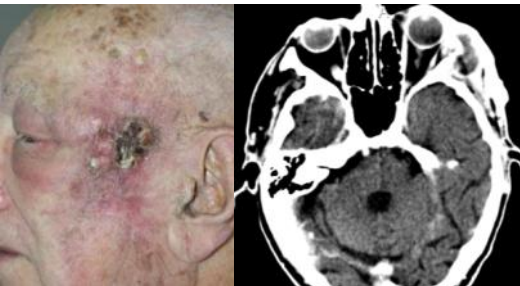
- Critères cliniques : taille, siège, récidivé vs primitif, adhérence au plan profond, symptômes neurologiques
- Critères liés au terrain : immunodépression
- Critères histologiques* : neurotropisme, degré de différenciation, sous-type histologique, épaisseur en mm et niveau de Clark



Bilan pré-chirurgical



- Lecture dermatologique
Particularité : **continuum KA-CEC**
- Bilan d'extension clinique
infiltration ? (T4), douleurs ?, palpation des aires ganglionnaires de drainage
- Explorations paracliniques :
 - ≥ T3 en zone péri-orificielle ou T4 : IRM-scanner
 - ≥ T2 lèvres, oreilles : écho aire ganglionnaire



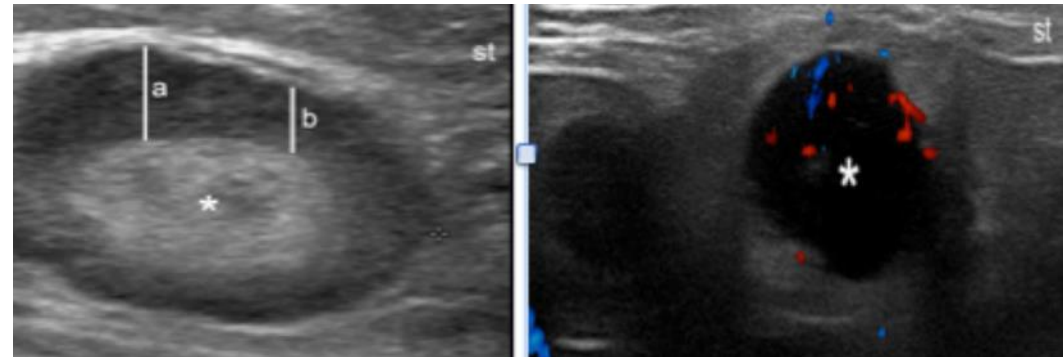
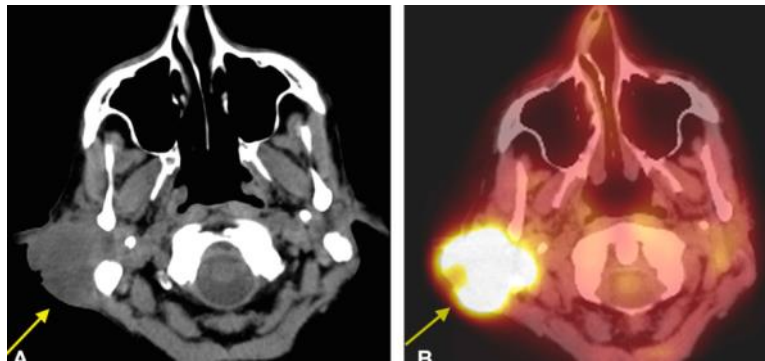
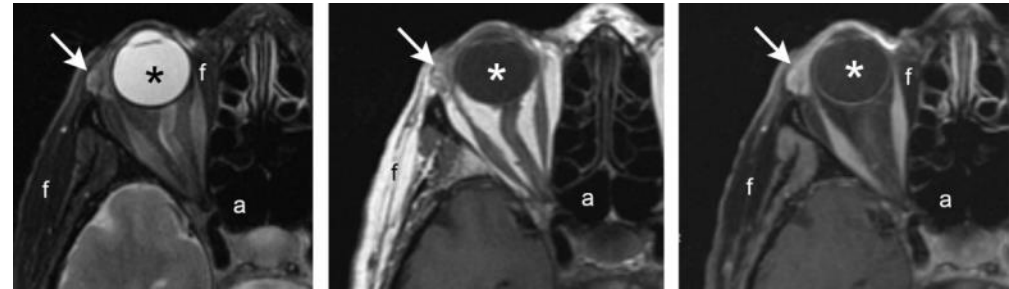
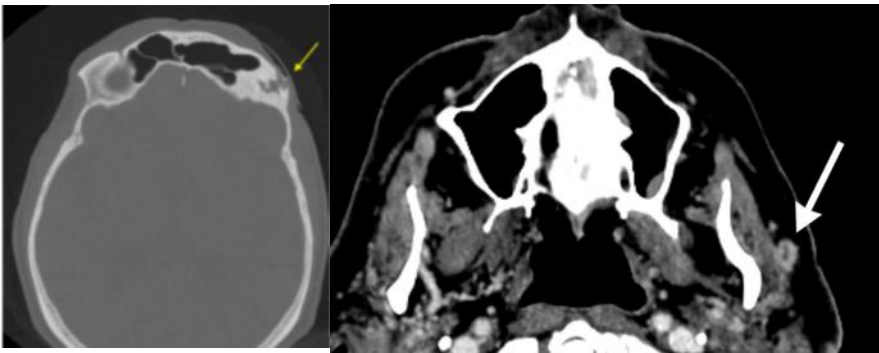
The role of imaging in the management of patients with nonmelanoma skin cancer



Diagnostic modalities and applications

Deborah MacFarlane, MD, MPH,^a Komal Shah, MD,^b Ashley Wysong, MD,^c Ximena Wortsman, MD,^{d,e}
and Tatyana R. Humphreys, MD^f
Houston, Texas; Los Angeles, California; Santiago, Chile; and Philadelphia, Pennsylvania

TDM : os + Adp; IRM : tissus mous, att nerveuse; TEP : métastases occultes, suivi; Echo : adp++



Groupe hétérogène ++

Groupe 1 « risque modéré »

Critères cliniques

Primitif
Pas d'infiltration clinique
Pas de signes neurologiques
Immunocompétent
Taille et localisation :
< 10 mm en zone à risque élevé
< 20 mm en zone à faible risque

Critères histologiques

Pas d'envahissement périnerveux
Bien différencié
CEC « commun », verruqueux,
fusiforme, mixte, métatypique
Profondeur (Clark) de niveau \leq III
Epaisseur \leq 3 mm

Groupe 2 « haut-risque »

1 seul critère suffit

Critères cliniques

Récidivé
Adhérent au plan profond (T4*)
Signes neurologiques
Immunodéprimé
Taille et localisation :
 \geq 10 mm en zone à risque élevé
 \geq 20 mm en zone à faible risque

Critères histologiques

Envahissement périnerveux
Moyennement différencié à indifférencié
CEC desmoplastique, mucoépidermoïde,
acantholytique
Profondeur (Clark) de niveau \geq IV
Epaisseur > 3 mm



Groupe 1 « risque modéré »

Marges préconisées

Marges latérales 4-6 mm

Marges profondes : hypoderme profond (ou structures sous-jacentes si envahies)

Réparation immédiate

Contrôle histologique « classique »

Si exérèse incomplète :

Reprise 4-6 mm

Chirurgie micrographique si disponible





Groupe 2 « haut-risque »

1 seul critère suffit

Marges préconisées

≥ 6 mm (si possible 10 mm)

Marges profondes : hypoderme profond (ou structures sous-jacentes si envahies)

Chirurgie en 2 temps ou contrôle extemporané

Chirurgie micrographique si disponible

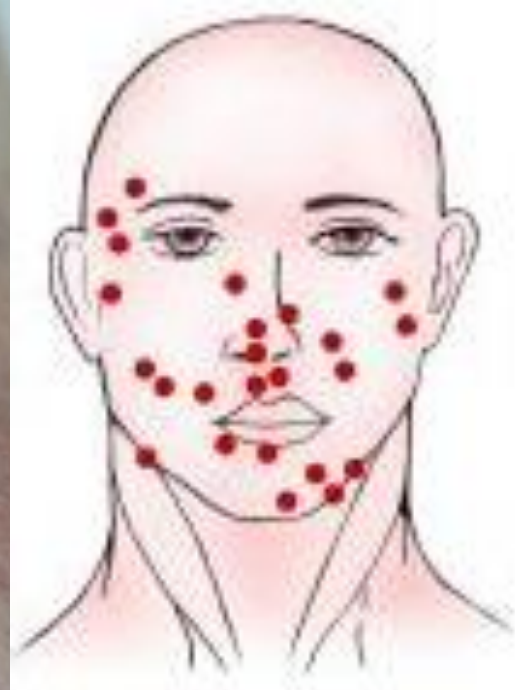
Si exérèse incomplète :

Chirurgie micrographique

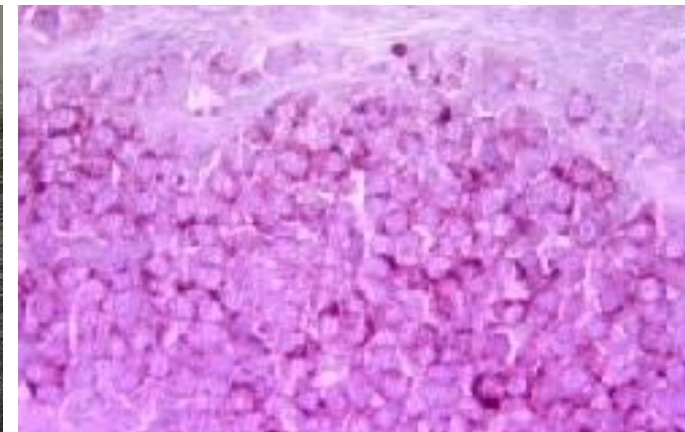
Avis RCP

Modification traitement immunosuppresseur (transplanté)





Carcinome à cellules de Merkel



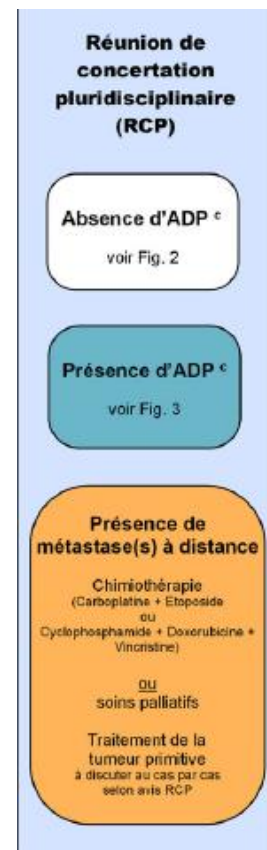


Carcinome de Merkel

- Une tumeur « rare » mais dont l'incidence augmente
- 30% de patients en décèdent

Recommandations publiées en 2011 (GCC de la SFD)

- Diagnostic : BIOPSIE
CK20, TTF1; épaisseur tumorale +
infiltration vasculaire
- Bilan initial : TAP + échographie
ganglionnaire



Reprise de l'exérèse : marges de 2-3 cm

Reconstruction ne modifiant pas les repères anatomiques

+ radiothérapie complémentaire 50 Gy + 10 Gy

-Si marges 2-3 cm non réalisables : marges 1 cm après avis RCP OU chirurgie micrographique

Si chirurgie non réalisable, radiothérapie exclusive



CCM sans adp palpable

Procédure du ganglion sentinelle (GS) lors de la reprise d'exérèse

GS +

Curage ganglionnaire + radiothérapie de l'aire ganglionnaire

GS -

Surveillance

Discussion RCP au cas par cas ($\geq T2$) d'une radiothérapie prophylactique de l'aire ganglionnaire

Si ganglion sentinelle non réalisable

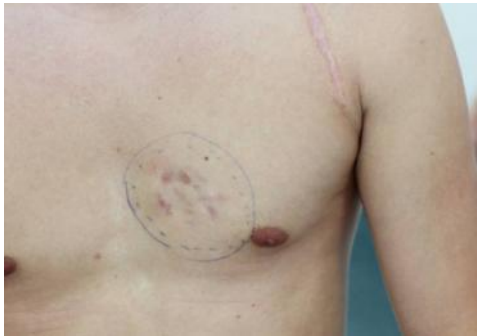
Discussion au cas par cas d'une radiothérapie prophylactique de l'aire ganglionnaire de drainage (recommandée si CCM > 2 cm)



Autres tumeurs cutanées

Pas de recommandations françaises

- Dermatofibrosarcome

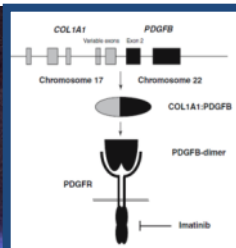
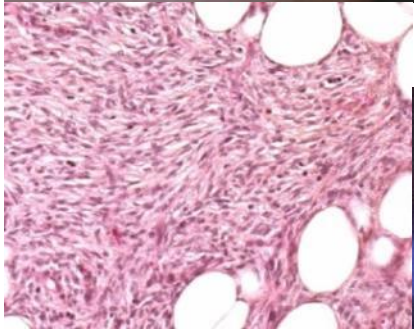


Intérêt de l'IRM en pré-opératoire
NCCN : 2-4 cm en histo classique
Slow-Mohs ++ :

marges 1-2 cm => aponévrose

Sei JF et al. Ann Dermatol Venereol 2004

Paradisi A; et al. Cancer Treat Rev 2008



Traitement néo-adjuvant ciblé dans formes évoluées : Imatinib

Kérob et al Clin Cancer Res 2010



ATTENTION AUX IMMUNODEPRIMES



Ce que l'on veut éviter...



ORIGINAL ARTICLE

Sirolimus and Secondary Skin-Cancer Prevention in Kidney Transplantation

Sylvie Euvrard, M.D., Emmanuel Morelon, M.D., Ph.D.,
Lionel Rostaing, M.D., Ph.D., Eric Goffin, M.D., Anabelle Brocard, M.D.,
Isabelle Tromme, M.D., Nilufer Broeders, M.D.,
Veronique del Marmol, M.D., Ph.D., Valérie Chatelet, M.D.,
Anne Dompmartin, M.D., Ph.D., Michèle Kessler, M.D., Andreas L. Serra, M.D.,
Günther F.L. Hofbauer, M.D., Claire Pouteil-Noble, M.D., Ph.D.,
Josep M. Campistol, M.D., Ph.D., Jean Kanitakis, M.D., Adeline S. Roux, M.Sc.,
Evelyne Decullier, Ph.D., and Jacques Dantal, M.D., Ph.D.,
for the TUMORAPA Study Group*

TUMORAPA-1

Etude européenne randomisée multicentrique prospective

120 greffés rénaux.

Après ≥ 1 cancer cutané



**Remplacement
par sirolimus**

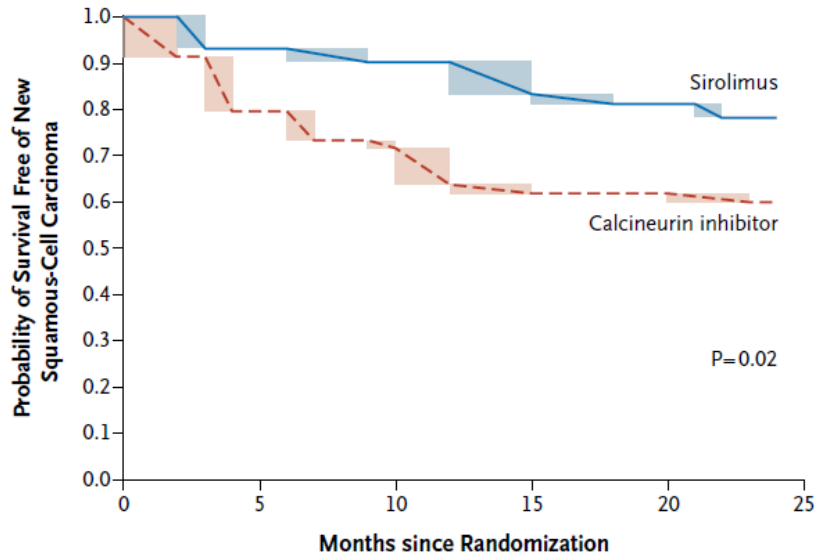
**Poursuite
anticalcineurines**

- 1. Absence de nouveau CEC à 2 ans**
- 2. Délai d'apparition d'un nouveau CEC**
- 3. Nouveau CEC, nombre de lésions**

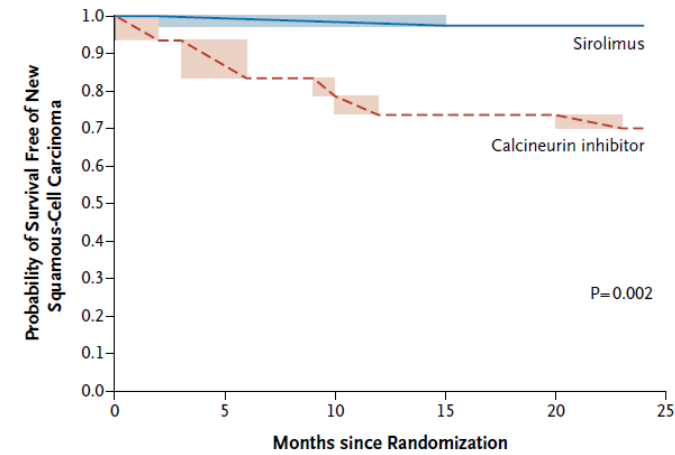


Sirolimus and Secondary Skin-Cancer Prevention in Kidney Transplantation

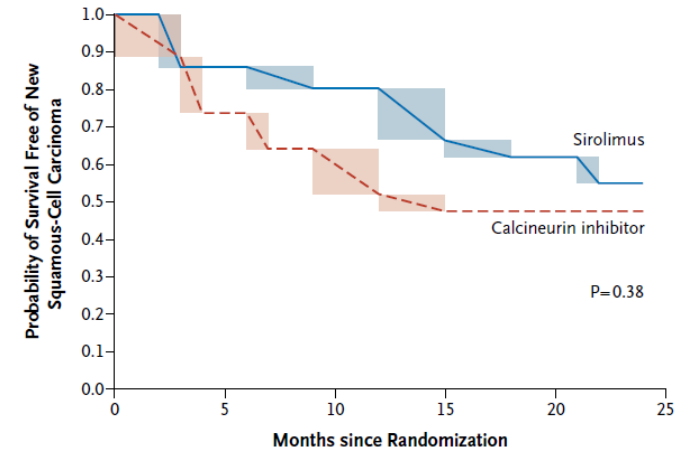
A All Patients



B Single Squamous-Cell Carcinoma



C More Than One Squamous-Cell Carcinoma



- **Nouveau CEC : 22% vs 39 % RR 0,56 (0,32-0,98)**
- **Délai d'apparition : 15 mois vs 7 mois (p = 0,02)**
- **Nombre de CEC à 2 ans : 71 (20/42 pts) vs 191 (21/44 pts)**
- *Aucun rejet de greffe*
- *Mais effets secondaires + fréquents dans groupe sirolimus*



Cancers cutanés : Carcinomes épidermoïdes, carcinomes neuroendocrines de Merkel, Mélanomes

Hémopathies chroniques

**Leucémie Lymphoïde
Chronique +++**

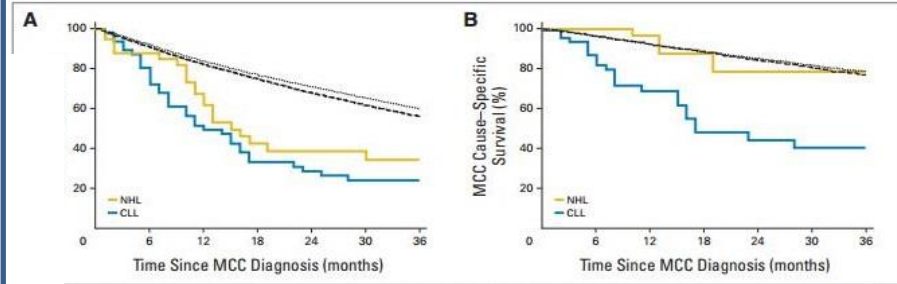


Des cancers cutanés plus fréquents et plus agressifs

(J Am Acad Dermatol 2015;72:302-9.)

Increased incidence and recurrence rates of nonmelanoma skin cancer in patients with non-Hodgkin lymphoma: A Rochester Epidemiology Project population-based study in Minnesota

Jerry D. Brewer, MD,^a Tait D. Shanafelt, MD,^b Farzaneh Khezri, MD,^a Ivette M. Sosa Seda, MD,^a Adeel S. Zubair, BS,^f Christian L. Baum, MD,^a Christopher J. Arpey, MD,^a James R. Cerhan, MD, PhD,^c Timothy G. Call, MD,^{b,d} Randall K. Roenigk, MD,^a Carin Y. Smith, BS,^e Amy L. Weaver, MS,^e and Clark C. Otley, MD^a
Rochester, Minnesota



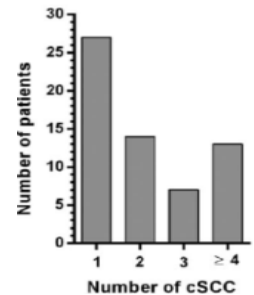
Kaplan-Meier survival curves showing (A) overall and (B) Merkel cell carcinoma (MCC) cause-specific survival for patients with MCC and a history of either non-Hodgkin lymphoma (NHL; gold lines; n = 42) or chronic lymphocytic leukemia (CLL; blue lines; n = 48). Dashed lines show corresponding expected survival.

Int J Med 2016

Incidence of cutaneous squamous cell carcinoma in a New Zealand population of chronic lymphocytic leukaemia patients

B. D. Hock,^{1,2} N. D. McIntosh,² J. L. McKenzie,^{1,2} J. F. Pearson,³ J. W. Simcock^{4,5} and S. A. MacPherson^{2,6}

371 LLC suivis 11 ans => 221 cancers dont 185 CSC (multiples ++); 8 MM
Incidence x 3-6 > /population générale



International Journal of Dermatology 2015, 54, e287-e293

Increased incidence of malignant melanoma and other rare cutaneous cancers in the setting of chronic lymphocytic leukemia

Jerry D. Brewer¹, MD, Tait D. Shanafelt², MD, Timothy G. Call², MD, James R. Cerhan³, MD, PhD, Randall K. Roenigk¹, MD, Amy L. Weaver⁴, MS, and Clark C. Otley¹, MD



Pour une prise en charge dermatologique réussie des cancers cutanés

La « technique » oui, mais aussi :

- **Connaître les tumeurs cutanées, leur potentiel évolutif, les recommandations**
- **Les reconnaître : Lecture tumorale ++**
- **Etre critique et attentif à la lecture du CR anatomopathologique**
- **Savoir avoir recours à une prise en charge multidisciplinaire si nécessaire (radioTTT...)**
- **Avoir recours à la RCP**

