CHAMP DE **CANCERISATION**

Le champ de cancérisation est probablement plus à risque de développer un CE, surtout s'il n'est pas traité. [6]

Des traitements ciblés du champ peuvent réduire la progression vers le CE et le taux de récidive de la KA. [3,6]

Les réactions cutanées locales correspondent à une réponse normale au traitement liée à son effet pharmacologique. Elles sont transitoires et peuvent être contrôlées. [7,8]

Le traitement de la KA est important et la prévention reste essentielle. [8]

Que faut-il traiter ?

Traiter les lésions individuelles s'il s'agit de lésions uniques ou de quelques lésions largement distribuées (c'est-à-dire éparpillées sur le visage, le cuir chevelu ou les mains). Traiter le champ de cancérisation si la zone cutanée présente plusieurs KA associées à un fond de lentigos, de télangiectasies, de rides et d'autres changements caractéristiques d'une peau endommagée par le soleil.

Comment réduire le risque d'évolution vers le CE ?

Une protection solaire régulière et efficace est la première recommandation à donner aux patients atteints de KA. L'application de traitements dirigés sur toute la zone du champ réduit le nombre total de lésions visibles et infracliniques. Moins les patients ont de lésions, plus le risque de développer un CE est faible.

Quels avertissements faut-il donner aux patients ?

Tous les traitements topiques du champ de cancérisation provoquent des réactions cutanées locales, gage de leur effet pharmacologique sur les cellules dysplasiques. Si elles sont sévères, des émollients ou des corticostéroïdes topiques peuvent être utilisés pour réduire les symptômes, ou, si nécessaire, l'adaptation du traitement peut être envisagée. Les patients doivent être informés qu'ils doivent s'attendre à cette inflammation et à cet inconfort transitoire pendant la période du traitement.

Quels conseils pour les patients ?

Informez les patients que la disparition des lésions n'intervient qu'après la fin du traitement (1 à 3 semaines après). Toujours encourager les patients à adopter des mesures de prévention : examiner leur peau et signaler tout changement anormal, utiliser des crèmes solaires SPF50+ et des vêtements de protection qui sont efficaces lorsqu'ils sont bien utilisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Willenbrick et al. Field cancerization: definition, epidemiology, risk factors and outcomes. JAAD 2020;.83(3):709-717
2. Trakatelli et al. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in Europe: accurate and comparable data are needed for effective public health monitoring and interventions. BJD 2007 156 (Suppl. 3), 1-7
3. Figueras et al. Defining the actinic keratosis field: a literature review and discussion. EADV 2018, 32, 544–563
4. Cinotti et al. Line-field confocal optical coherence tomography for actinic keratosis and squamous cell carcinoma: a descriptive study. Clin Expert Dermatol 2021
5. Lenoir et al. Line-field confocal optical coherence tomography of actinic keratosis: a case series. JEADV 2021, Volume 35, Issue 6 p. e399-e401
6. Stockfleth. The importance of treating the field in actinic keratosis. JEADV 2017, 31 (Suppl. 2), 8–11
7. Balcere et al. Prevalence, Discontinuation Rate, and Risk Factors for Severe Local Site Reactions with Topical Field Treatment Options for Actinic Keratosis of the Face and Scalp. Medicina 2019, 55, 92
8. Dormston et al. Patient-centered management of actinic keratosis. Results of a multi-center clinical consensus analyzing non-melanoma skin cancer patient profiles and field-treatment strategies. Journal of Dermatological Treatment 2020, Vol. 31, No. 6, 576–582

ăS TERRES DU SUD 263 794 - 04/23

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

KERATOSES ACTINIQUES : UNE PLONGEE DANS LE CHAMP DE CANCERISATION

AU-DELA DES LESIONS VISIBLES AVEC LA LC-OCT

Avec la participation de :

Pr Eggert STOCKFLETH
Directeur de l'Unité de Dermatologie -Vénéréologie et Allergologie - Clinique de Bochum, ALLEMAGNE
Président de l'European Skin Cancer Foundation

Pr Jean-Luc PERROT
Service de Dermato-Allergo-Onco-dermatologie
CHU de Saint-Etienne, FRANCE

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE
L'EXPERTISE DANS LA PEAU

KERATOSE ACTINIQUE

La kératose actinique (KA) est un carcinome cutané in situ pouvant se développer sur les zones exposées au soleil. Sa fréquence augmente avec l'âge et elle peut évoluer vers un cancer de la peau, comme un Carcinome Epidermoïde (CE). Ainsi, la prise en charge des lésions de KA ne doit pas être négligée.

La KA représente le diagnostic le plus courant en dermatologie chez les patients ≥ 45 ans aux États-Unis. [1]

Les lésions de KA sont des lésions pré-cancéreuses : le risque de transformation maligne en 10 ans est de 6,1% à 10,2% en Europe. [2]

Le risque de progression de la KA vers un CE est difficile à déterminer : un CE invasif (CEi) peut survenir à partir de zones de KA, à partir de différents niveaux de sévérité de KA et sur plusieurs zônes de la peau exposées au soleil, mais aussi au niveau de zônes épidermiques d'apparence normale. L'imagerie médicale comme la LC OCT* peut aider à observer un CEi. [4,5]

** Line-field Confocal OCT*

Qui doit prendre en charge la KA ?

Un grand nombre de patients sont atteints de KA, la majorité devrait donc être prise en charge par des Dermatologues et des Médecins Généralistes.

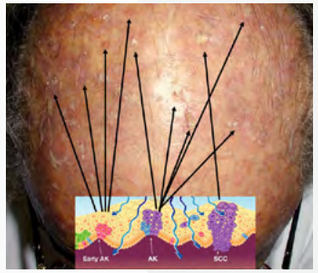
Qui sont les patients à risque ?

- Les patients avec un diagnostic incertain ou avec des lésions actiniques plus étendues / sévères.
- Les patients avec un CE suspect, ou avec un risque plus élevé de développer un CE (patients immunodéprimés en particulier en post-greffe ou patients très jeunes atteints de KA pour lesquels xeroderma pigmentosum pourra être envisagé) devraient être adressés à un Dermatologue.

Comment évaluer le risque de CEi ?

Les lésions de KA sont entourées d'un champ de cancérisation correspondant à des lésions infracliniques, non visibles dans les zones endommagées par le soleil. [3]

Champ de cancérisation sur cuir chevelu



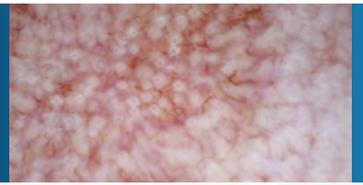
Avec l'aimable autorisation du Pr Stockfleth

AU-DELA DES LESIONS VISIBLES

Les lésions de KA non visibles et les CEi dans un champ de cancérisation peuvent être observés par de nouvelles techniques d'imagerie telles que la Tomographie par Cohérence Optique (OCT). La LC-OCT crée des images verticales et horizontales en temps réel avec une résolution et une profondeur de pénétration optimales pour diagnostiquer KA et CEi.*

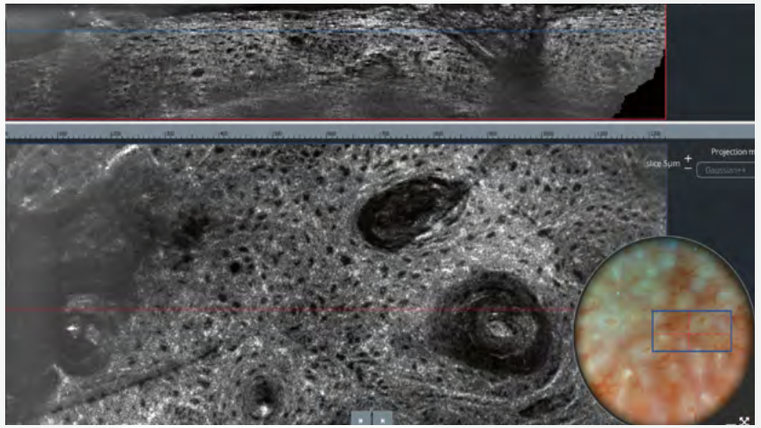
Avec l'aimable autorisation du Pr Perrot

Aspect clinique d'une lésion de KA sur la joue



La même lésion de KA en dermoscopie : modèle "en fraise" typique identifié par dermoscopie (x30, Horus, Trapani, Italie) de cellules dysplasiques de KA du patient avec KA sur la joue.

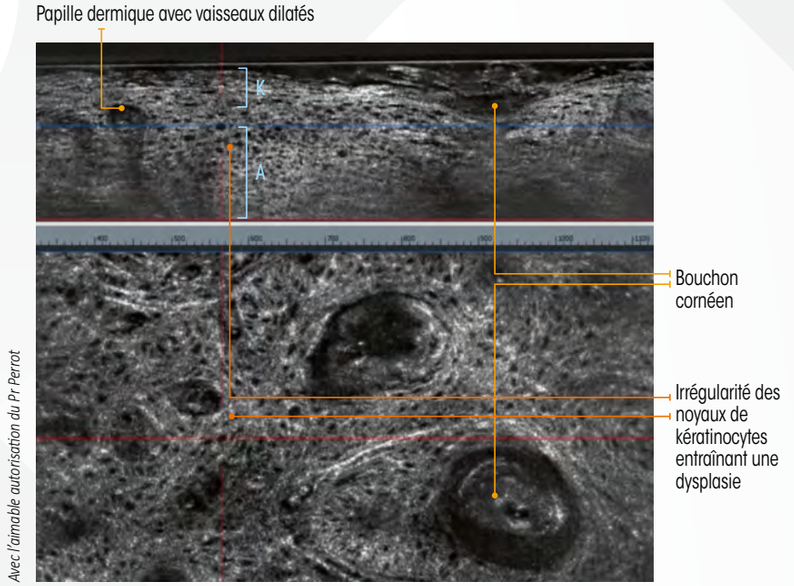
Avec l'aimable autorisation du Pr Perrot



Corrélation entre Dermatoscopie (encadré bleu) et LC-OCT de cette lésion de KA (sur la joue) : bouchons cornéens (point noir à 800 – 1000 µm) dans l'épithélium. Dysplasie des kératinocytes à noyaux irréguliers (400-500 µm).

L'encadré bleu correspond à l'image horizontale et la ligne rouge correspond à l'image verticale.

LC-OCT DES LESIONS INFRACLINIQUES ET VISIBLES DE KA



K = Hyperkératose- A = Hyperacanthose
LC-OCT de cette lésion de KA : La couche cornée est épaissie avec des bouchons cornéens. L'épaisseur de l'épiderme est irrégulière avec hyperacanthose et hyperkératose. L'irrégularité de la forme et de la taille des noyaux reflète la dysplasie des lésions infracliniques de KA.

La LC-OCT permet également de visualiser les changements initiaux de la morphologie épidermique et de l'atypie cellulaire avant que la maladie ne devienne cliniquement apparente; elle est donc utile pour l'évaluation de la cancérisation du champ et la détection des lésions de KA subcliniques. [4,5]