



DERMATOZELE PRECANCEROASE

DERMATOZELE PRECANCEROASE

Caracteristicile cele mai importante ale leziunilor de tip precursori ai malignității și ai carcinomului *in situ* sunt:

dezvoltarea lor în epitelii cu aspect macroscopic normal

progresia unora din aceste leziuni în cancer invaziv

durata variabilă până la apariția carcinomului invaziv

Displazia (hiperplazia atipică) definește leziunile care au anumite trăsături histologice:

modificări ale orientării celulelor intraepiteliale dar cu menținerea stratificării epiteliale;

keratinocite cu atipii nucleocitoplasmatic

creșterea activității mitotice, dar mitozele sunt, încă, normale

Carcinomul in situ se caracterizează morfologic prin:

pierderea stratificării și a polarității celulare

diferențierea celulară este alterată cu apariția keratinizării în straturile inferioare

apariția de mitoze atipice localizate anarhic în epiteliu

membrana bazală este intactă



Keratozele

Keratozele actinice

Sunt neoplazii cutanate constituite din proliferarea de keratinocite epidermice aberante citologic dezvoltate ca răspuns la expunerea cronică la radiațiile ultraviolete

Clasic, keratozele actinice sunt considerate leziuni precanceroase cu potențial de transformare în carcinomul spinocelular (CSC)

Keratozele actinice au importanță clinică deosebită, deoarece prezența lor reprezintă un marker puternic al riscului de apariție a carcinoamelor cutanate și a melanomului

Keratozele actinice sunt cel mai frecvent carcinom in situ la om

Etiopatogenie

Predispoziția individuală

Fotoexpunerea

Imunosupresia

Genodermatoze

Sexul, Vârsta, zona geografică etc.

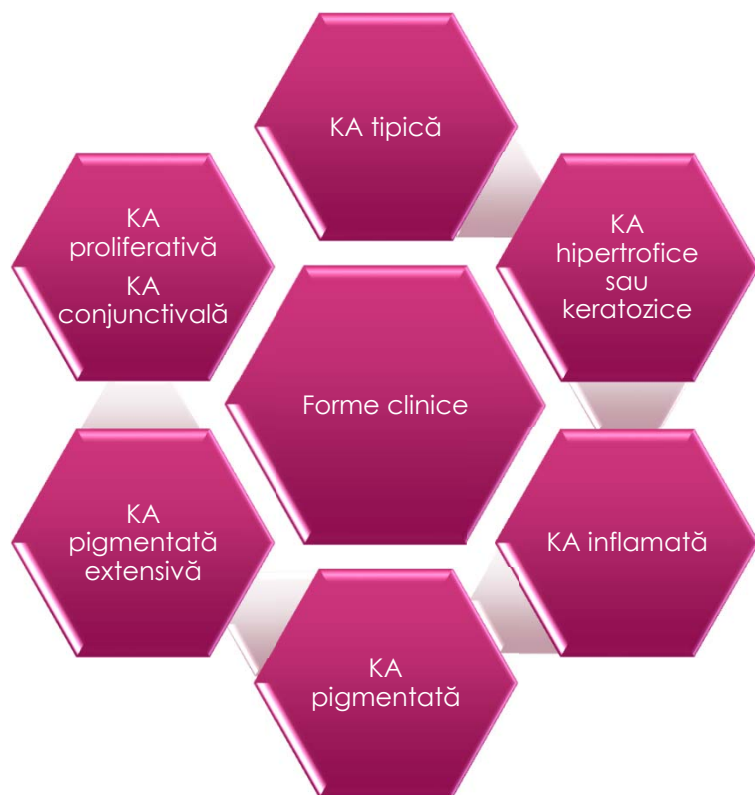
Infecția cu HPV

Keratozele actinice

Clinic, debutează prin macule sau papule, de formă și culori variate (cafenie, brună, eritematoasă, culoarea pielii) plane sau proeminente, imprecis delimitate, aspre la palpare, cu diametrul variind între 0,5-1,5 cm (rareori mai mare) care, cu timpul, se acoperă cu un depozit keratotic uscat și aderent, care îndepărtat lasă o bază exudativă eritematoasă



Keratozele actinice



În evoluție, numărul leziunilor crește, confluează, eritemul devine difuz cu aspect de rash. Keratoze actinice subclinice se pot dezvolta perilezional, în tegumentul fotoagresat (câmpul de cancerizare provocat de radiațiile UV). În timp, sub acțiunea UV ele pot deveni vizibile clinic. Au fost propuse mai multe definiții pentru câmpul de cancerizare:

mai mult de 2 KA în interiorul unei zone de tegument cu semne de fotoagresiune;

cel puțin 3 KA în interiorul unei zone de tegument de 25 cm²;

mai mult de 5 KA într-o regiune a corpului și zone de contiguitate de tegument cronic expus la soare și hiperkeratoză.

Keratozele actinice

De obicei, diagnosticul acestor leziuni este doar clinic, noi metode de diagnostic (dermatoscopia, microscopia cu scanare laser confocală) fiind folosite în creșterea acurateții diagnosticului clinic de keratoză actinică



Keratoză actinică aspect dermatoscopic - scuame albicioase, eritem și telangiectazii



Keratoză actinică aspect dermatoscopic cu pseudoreșea cu telangiectazii, foliculi pilosi înconjurați de un halou perifolicular cu aspect de căpșuna

Trăsăturile dermatoscopice comune ale *KA nepigmentate* sunt reprezentate de:

scuame

o pseudoreșea roșie cu eritem și configurație ondulată de telangiectazii

foliculii pot avea un halou perifolicular

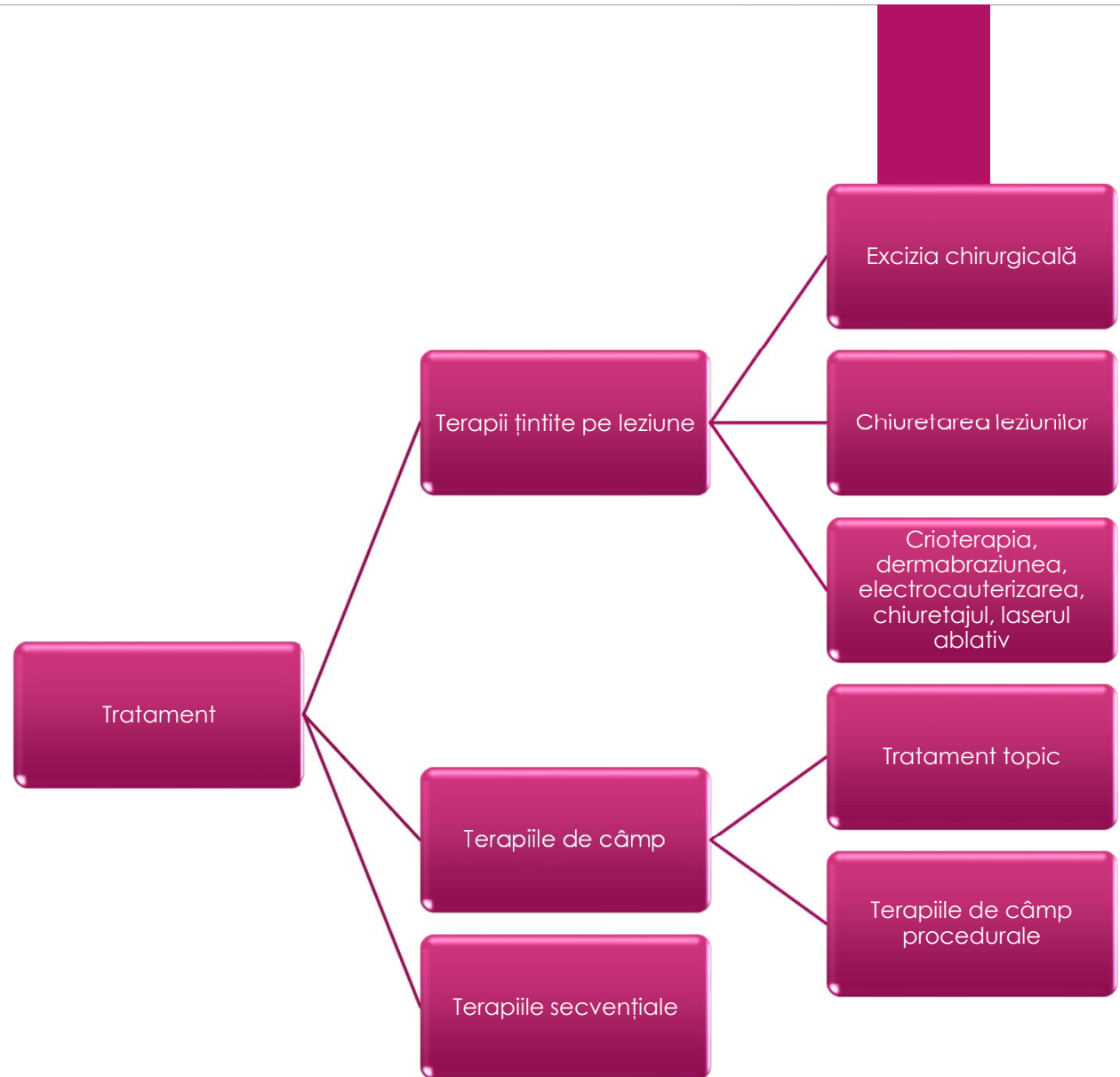
pattern targetoid

semnul rozetei

Keratozele actinice

Tratament

Necesitatea tratamentului este impusă de riscul de transformare în CȘC și de faptul că aceste leziuni induc pacientului discomfort, exprimat prin prurit sau durere



Keratozele actinice

Profilaxie



Keratozele

Keratozele arsenicale (Ka)

Keratozele arsenicale sunt precancere keratinocitare apărute în urma expunerii la arsenic și au cel mai frecvent caracterul unei boli profesionale

La nivelul palmelor și plantelor se observă papule hiperkeratozice galben-gri care atunci când confluează au aspect verucos

Keratozele de gudron

Sunt leziuni precanceroase care apar după expunerea prelungită la gudron

Leziunile tipice sunt papule keratozice plane, veruciforme sau reliefate, bine delimitate

Keratozele termice

Sunt leziuni precanceroase care apar după expunerea îndelungată la radiații infraroșii

Keratozele termice apar pe leziuni preexistente de eriteme "ab igne", agresiunile actinice sau termice favorizând dezvoltarea lor

Keratozele

Keratoze pe cicatrici cronice

Keratozele pe cicatrici cronice sunt leziuni precanceroase care apar pe cicatricile cu evoluție îndelungată, produse de diverse cauze (după arsuri, răni cronice, ulcere ale membrelor)

Transformarea carcinomatoasă a unei cicatrice (indiferent de cauza ei) care clinic îmbracă aspectul unei ulcerări definește *ulcerul Marjolin*

Keratozele induse de iradierea cronică

Keratozele induse de iradierea cronică sunt leziuni precanceroase care apar pe zonele iradiate, după ani de zile de la expunere și se pot transforma în CSC

Efectele biologice ale radiațiilor ionizante asupra tegumentului se exprimă clinic prin *radiodermite*



Cornul cutanat

Cornul cutanat

Cornul cutanat (CC) face parte din grupul tumorilor epiteliale benigne și este o formațiune keratozică, uneori răsucită, cu aspect comparabil cu coarnele animalelor

Diagnosticul de corn cutanat este unul clinic

Survine mai frecvent la persoanele cu pielea albă, vârstnice și se localizează preferențial pe arii cutanate fotoexpuse

Apariția cu predilecție pe zonele fotoexpuse sugerează importanța expunerii la soare în patogenia leziunii

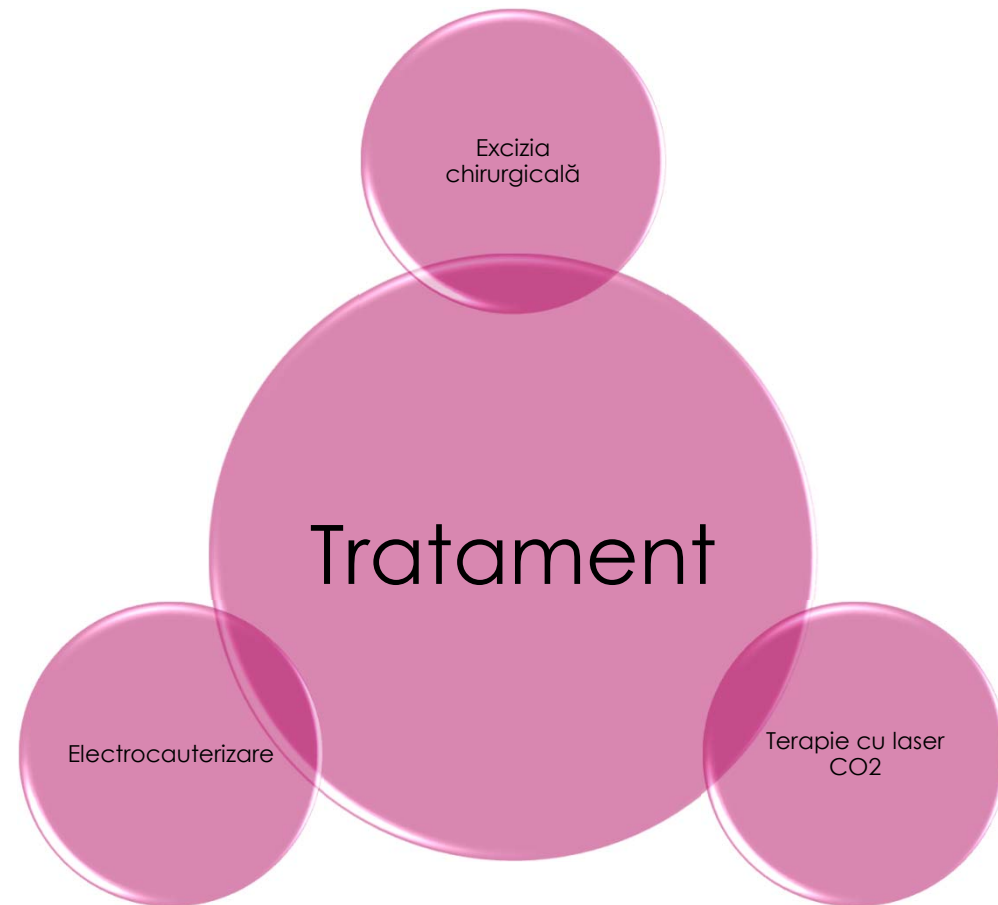


Cornul cutanat

Cornul cutanat apare ca o formațiune proeminentă, de consistență lemnoasă, culoare cenușie sau galben murdar, cu suprafața brăzdată de numeroase șanțuri paralele. În general, are o formă cilindrică fiind crescut perpendicular sau înclinat față de planul tegumentului, incurbat, baza de implantare în epiderm putând fi dură sau aparent normală

Cornul cutanat

Localizarea cea mai frecventă este pe față, urechi, dosul mâinilor, scalp, antebraț, nas. Se poate dezvolta pe pielea îndemnă, ca leziune primară, la orice vârstă și în orice regiune a corpului dar mai frecvent la extremități și pe mucoase sau pe leziuni preexistente





Keratoacantomul

Keratoacantomul

Keratoacantomul este o tumoră epitelială derivată din foliculul pilosebaceu cu un risc de transformare malignă de peste 15%

Se acceptă că, pe un teren genetic predispus sau imunodeprimat, acționează numeroși factori favorizanți care duc la dezvoltarea keratoacantomului

Keratoacantoamele apar, cel mai frecvent, pe pielea expusă la soare

În marea majoritate a cazurilor leziunea este solitară, rareori este multiplă

Keratoacantomul solitar debutează, în general, în jurul vârstei de 45 ani, peste 50% din leziuni întâlnindu-se între 60-70 de ani

Clinic, keratoacantomul tipic parcurge spontan 4 perioade evolutive distincte

Debutul, este rar surprins, în câteva săptămâni atingând diametrul maxim.

În faza de stare, keratoacantomul comportă două zone distincte: o zonă centrală crateriformă ce conține un dop keratozic și o porțiune periferică, constituind masa tumorală propriu-zisă

perioada
inițială
(proliferativă)



perioada de
maturație



perioada de
regresie



perioada
cicatricială



Keratoacantom solitar

Forme clinice de keratoacantom

Keratoacantomul
solitar tipic

Keratoacantomul
gigant

Keratoacantomul
centrifug marginat

Keratoacantomul
crateriform

Keratoacantomul
plan

Keratoacantomul
diskeratotic

Keratoacantoame
succesive

Keratoacantomul
„spinaliom”

Keratoacantomul

Forme particulare

Keratoacantomul subunghial

Keratoacantoamele mucoaselor și
semimucoaselor

Keratoacantoamele multiple

Keratoacantoame familiale multiple
tip Ferguson-Smith

Keratoacantoame eruptive generalizate
tip Grzybowski

Keratoacantoamele tip Witten – Zak

Keratoacantomul cu leziuni multiple
și persistente tip Poth

Sindromul Muir-Torre

Keratoacantomul

Diagnosticul pozitiv se bazează pe aspectul clinic, dermatoscopic și apoi confirmat de examenul histopatologic.

La examenul dermatoscopic se evidențiază o leziune cu centrul hiperkeratotic înconjurat de un halou alb ce conține capilare în ac de păr, orientate radial.

Tratamentul chirurgical

excizia chirurgicală

tehnica chirurgicală Mohs

biopsie excizională adâncă și chiuretare

Metodele fizice

electrocauterizare

crioterapie

laser-terapie

Radioterapia

doze mici de radiații (sub 10Gy)

Tratamente medicamentoase sistemice sau locale

retinoizi

5-Fluorouracil

Metotrexat,
Bleomicina,
Ciclofosfamida

Interferon,
Imiquimod, terapia
fotodinamică



Cheilitele

Cheilitele

Cheilitele sunt afecțiuni inflamatorii ale semimucoasei buzelor, cu interesarea în special a buzei inferioare

Sunt implicați mai mulți factori, dintre care se detașează ca importanță radițiile actinice

Cheilite glandulare sunt rezultatul hiperplaziei și ulterior și a inflamației glandelor salivare heterotopice existând trei forme clinice

cheilita glandulară simplă

cheilita glandulară inflamatorie superficială Baelz-Unna

cheilita glandulară supurată profundă (cheilita apostematoasă Volkmann)

Cheilitele keratozice sunt mai frecvente la persoanele din mediul rural, care lucrează în aer liber și se instalează insidios

cheilita cronică descuamativă (exfoliativă)

cheilita în stadiul intermediar

cheilita abrazivă descrisă de Anzilotti- Manganotti



Cheilită keratozică stadiul intermediar

Cheilita actinică cronică

Cheilita actinică cronică este o cheilită keratozică

Bărbații din mediul rural sunt mai frecvent afectați, în special cei care lucrează în aer liber multe ore pe zi

Cheilita actinică cronică este consecința unor *expuneri solare repetate* și se instalează insidios și progresiv

În etiopatogenia cheilitei mai intervin și alți factori: fumatul, igiena buco-dentară defectuoasă, heteropia glandelor salivare

Aspectul clinic specific pentru această cheilită este cel descris la cheilita exfoliativă simplă, cu sau fără asocierea heterotopiei glandulare

Buza prezintă o atrofie generalizată cu descuamare, uscăciune și eroziuni. Are culoarea alb palid până la roz sau brună. Striații lineare, keratoze groase și crustificarea pot să apară, buza pierzându-și plasticitatea

Cheilitele

A fost descrisă și o formă acută de cheilită actinică, mai puțin obișnuită la vârstnici

Aceasta apare predominant în lunile de vară, după expunerea la soare

Buza devenind roșie și edemațiată cu congestie severă, fisurare și ulcerare, uneori apar vezicule, eroziuni și cruste,

Cheilitele

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza anamnezei, evidențierea expunerii cronice la soare, tabloul clinic sugestiv și examenul histopatologic

Evoluția este cronică, iar dacă apare transformarea malignă, invariabil cheilitele actinice se transformă în C5C

Tratament

Pentru formele focale

crioterapia,
electrocauterizarea

aplicarea de
acid tricloracetic,
gelul cu
Diclofenac 3%

Pentru formele extensive

5-fluoro-uracil,
Imiquimod

laser CO2,
laser Er:YAG

Cheilita keratozică abrazivă

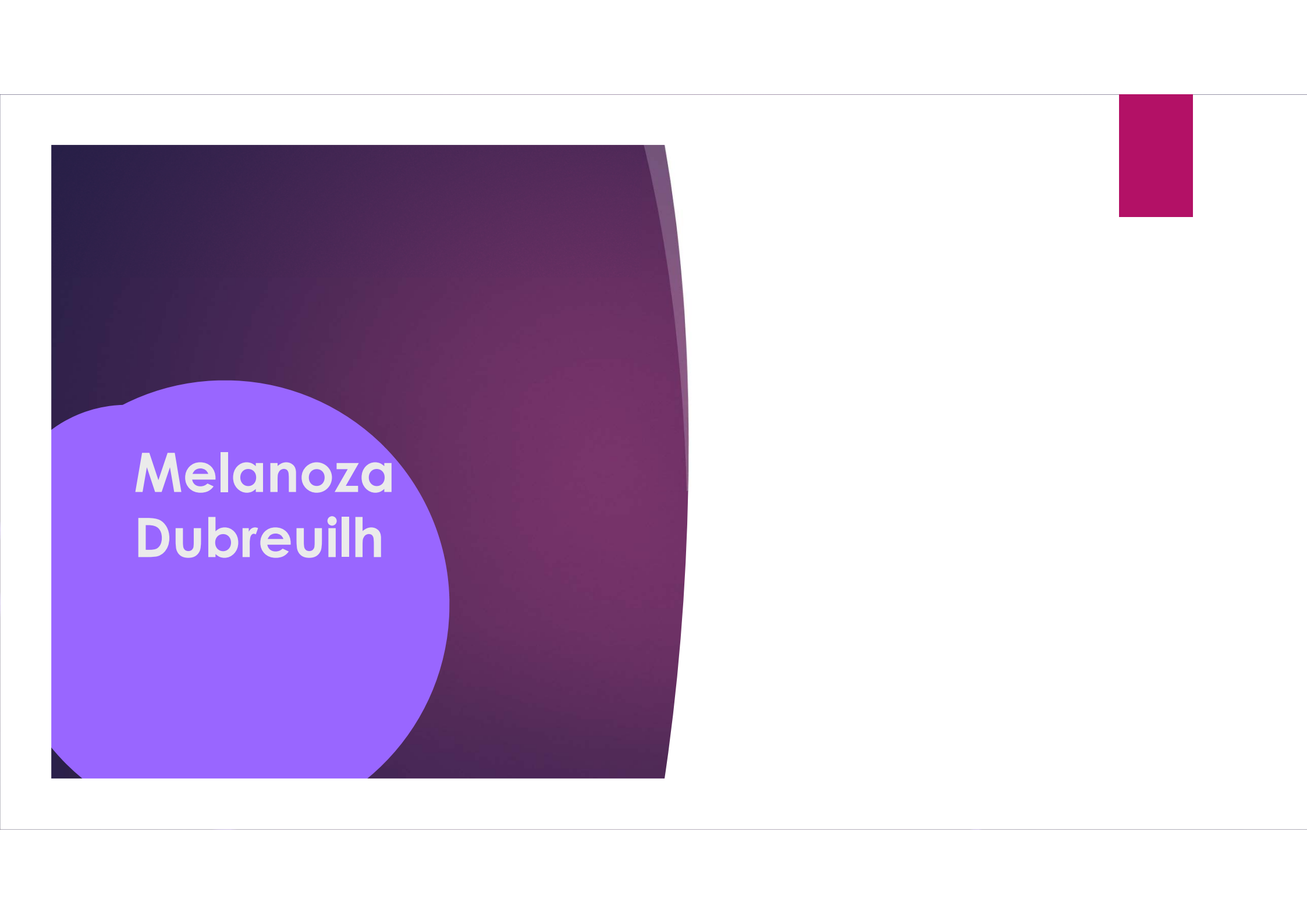
topice cu
antibiotice și
corticoizi

intervenție
chirurgicală

Cheilitele keratozice simple exfoliative

topicele grase și
keratolitice

vitamina A acidă



**Melanoza
Dubreuilh**

Melanoza Dubreuilh

Termenul de melanoză Dubreuilh a fost înlocuit cu lentigo malign sau melanomul Dubreuilh, care este considerat formă clinică de melanom

Lentigo malign (LM) este un melanom in situ cu o fază de creștere radială prelungită care atunci când devine invaziv este denumit **melanom pe lentigo malign**

Clinic, se prezintă ca o pată pigmentară plană, bine delimitată, căreia nuanța trece de la brun deschis spre brun închis - negru mai ales în periferie prin care evoluează.

O caracteristică a LM și LMM este tendința leziunilor să se dezvolte lateral, subclinic explicând numărul mare de recidive.

După o perioadă de 10-15 ani pe suprafața unei astfel de pete pot apărea formațiuni nodulare, eroziuni sau ulceratii, leziunea devine infiltrată, se închide la culoare.

Tratamentul LM și LMM este chirurgical, se recomandă excizia largă



TUMORI MALIGNI

TUMORI MALIGNE

epidermice

În funcție
de țesutul
de
origine

mezenchimale

Annual, în țara noastră sunt raportate în medie 50.000 de noi pacienți cu cancer, 20% sunt cele care interesează organul cutanat

Carcinoamele cutanate reprezintă majoritatea tumorilor maligne ale pielii (până la 95% din total)

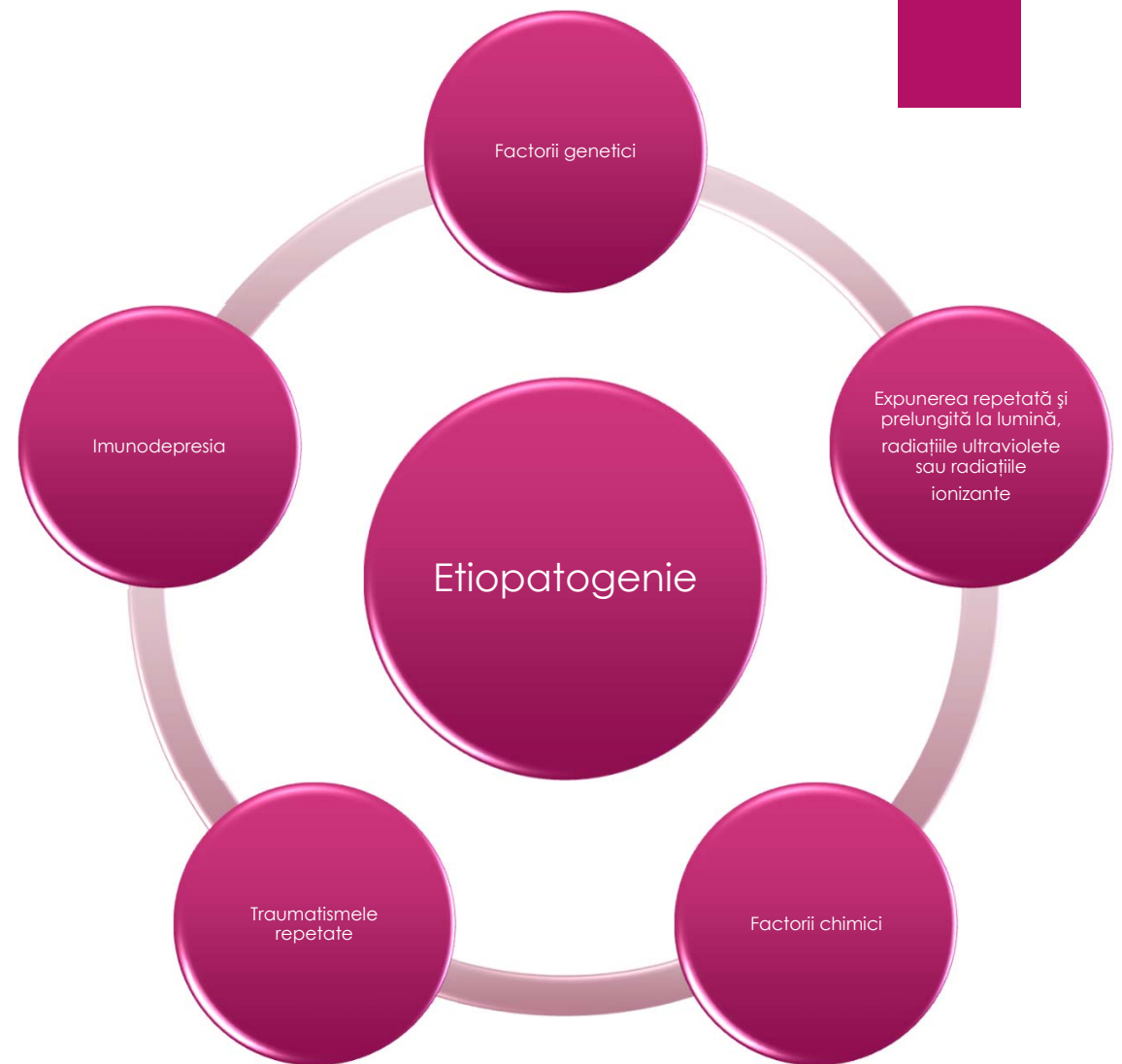


Carcinomul bazocelular (CBC)

Carcinomul bazocelular (CBC)

Cea mai puțin invazivă tumoră cutanată, dezvoltând strict o malignitate locală, cu evoluție lentă

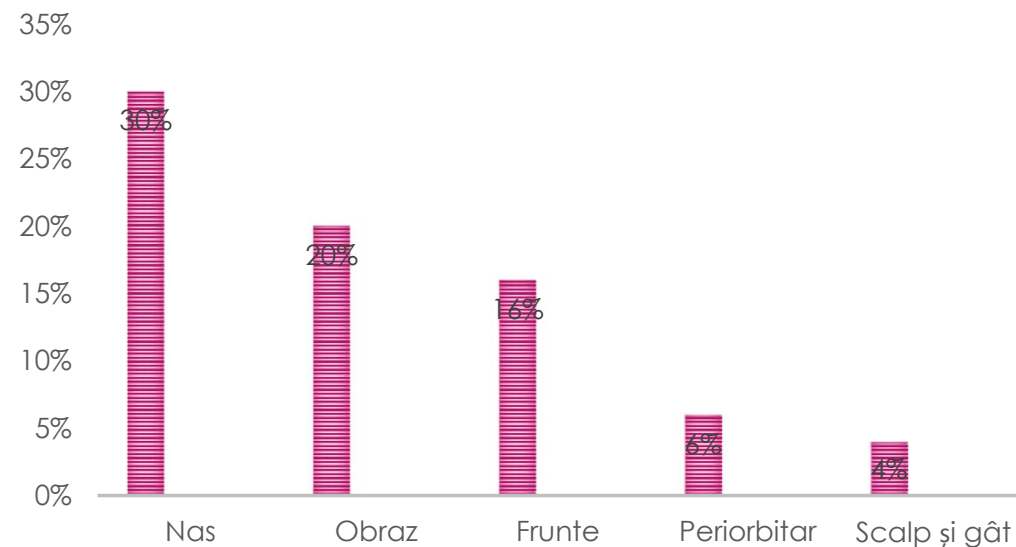
Este tumora malignă epidermică cea mai frecvent întâlnită, localizându-se pe zonele expuse la lumină



Carcinomul bazocelular (CBC)



LOCALIZĂRI FRECVENTE



Leziunile pot fi unice sau multiple (10 - 15% din cazuri)

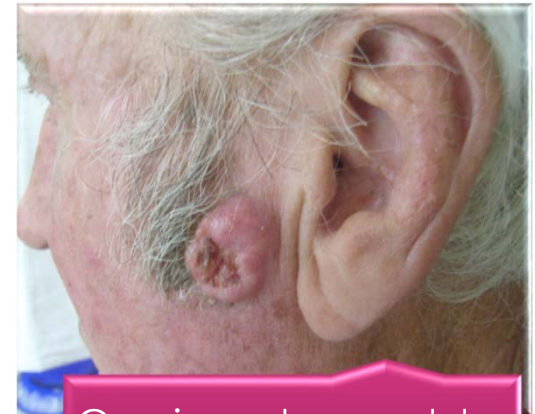
Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice

În perioada de stare se individualizează următoarele forme clinice:



Carcinom bazocelular nodular



Carcinom bazocelular nodular ulcerat

Carcinomul bazocelular nodular este cel mai frecvent tip clinic și se prezintă sub forma unui nodul solitar sau mai mulți noduli asociați într-un placard cu centrul deprimat, scuamos, ulcerat sau acoperit de cruste hemactice. Consistența este crescută iar subiectiv tumora este asimptomatică. Se localizează mai des pe nas, obraz, ureche, gât și toracele superior

Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice

Carcinomul bazocelular chistic

- Se localizează mai des la nivelul pleoapelor și sub acestea
- Noduli emisferici, elastici, uneori cu centrul ușor hiperpigmentat

Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice



Carcinom bazocelular perlat ulcerat



Carcinoame bazocelulare perlat și perlat ulcerat

Carcinomul bazocelular perlat și perlat-ulcerat sunt forme endofitice care, la debut, îmbracă aspectul unui mic nodul translucid asemănător unei perle care se grupează inelar. Ulterior, în evoluție, centrul leziunii se ulcerează, realizând aspectul de carcinom perlat-ulcerat.

Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice

Carcinom terebrant piramida nazală

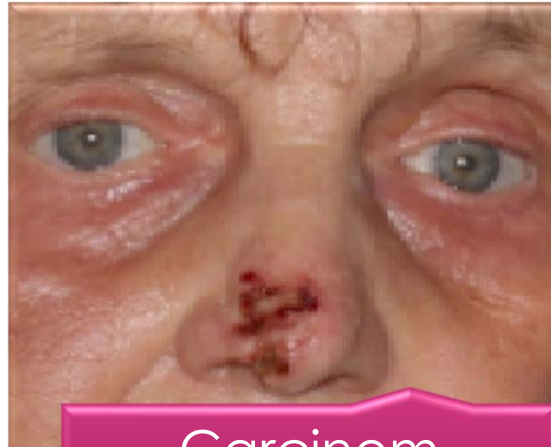


Carcinomul bazocelular ulcerat (ulcus rodens) reprezintă o ulcerăție de obicei cu margini perlate discrete, tăiate drept, cu fundul curat sau acoperit cu detritus necrotic.

O forma particulară de carcinom ulcerat este *carcinomul terebrant* care se caracterizează prin distrugerea masivă în profunzime a țesuturilor moi, ajungând până la os și cartilaj, evoluând mutilant.

Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice



Carcinom pagetoid

Carcinomul superficial (pagetoid, intraepidermic) are aspectul unei leziuni mici eritemato-perlate sau scuamoase cu aspect psoriaziform, uneori cu suprafața acoperită de eroziuni sau chiar cruste. Se localizează mai ales pe trunchi. Într-un procent mare de cazuri este hiperpigmentat. Se poate extinde centrifug, în suprafață ajungând până la 10 - 15 cm.

Carcinomul bazocelular (CBC)

Forme clinice

În practică, cel mai frecvent întâlnit este carcinomul bazocelular nodular, apoi cel superficial și sclerodermiform. Formele sclerodermiforme și nodulare sunt cel mai des localizate pe cap și gât în timp ce forma superficială pe trunchi.



Carcinomul bazocelular (CBC)

Diagnosticul CBC se face pe baza aspectelor clinice, histopatologice și uneori dermatoscopice.

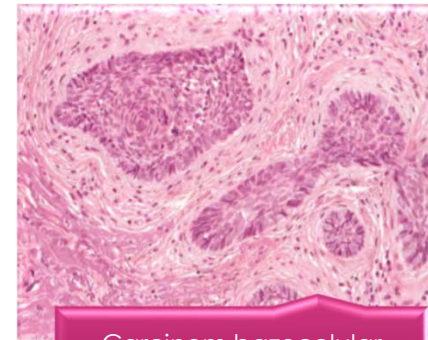
Examenul histopatologic evidențiază aspectul monomorf al proliferării tumorale formată din celule similare keratoblastelor care la marginea maselor tumorale au un aranjament caracteristic "în palisadă".



Carcinom bazocelular
aspect histologic - cuiburi
de celule bazaloide în derm



Carcinom bazocelular
aspect histologic - cuiburi
de celule bazaloide în derm



Carcinom bazocelular
- detaliu x100

Forma nodulară - celule mari bazaloide localizați în totalitatea dermului papilar sau reticular și retracția stromei

Carcinomul bazocelular (CBC) – aspecte histopatologice

Carcinomul bazocelular pigmentat prezintă trăsături similare celui nodular la care se adaugă un exces de melanocite.

Carcinomul bazocelular superficial prezintă celule maligne care se extind în derm din stratul bazal al epidermului. Stratul periferic prezintă celule în palisadă. Epidermul poate fi atrofic, iar invazia dermică este minimă.

Carcinomul bazocelular sclerodermiform (infiltrativ sau sclerozant) este format din cordoane de celule tumorale dispuse printre stroma fibroasă densă. Celulele tumorale sunt compacte și formează coloane.

Fibroepiteliomul lui Pinkus prezintă celule bazale dispuse în stroma fibroasă cu collagen abundent.

Carcinomul bazo-scuamos este o formă agresivă de carcinom. Prezintă celule bazale și scuamoase într-un pattern continuu.

Carcinomul bazocelular (CBC)

Aspecte dermatoscopice

ulcerații de mici dimensiuni în absența unui istoric de traumatisme

multipli globuli gri-albăstrui

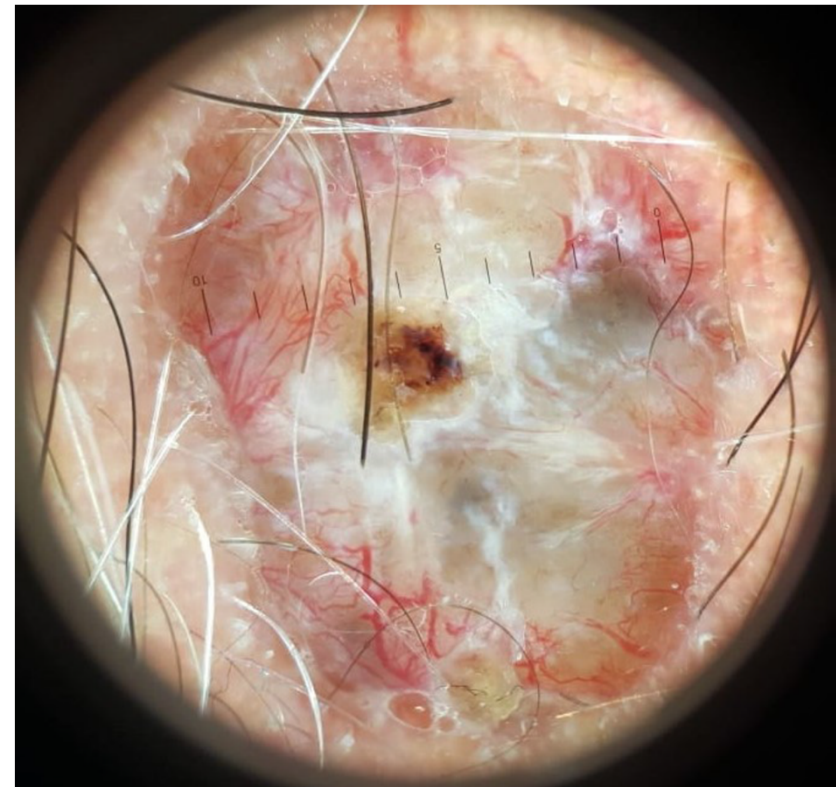
structuri foliacee

cuiburi ovoide mari gri-albăstrui

structuri în „spîță de roată”

telangiectazii arborizante

zone hipopigmentate



Clasificarea carcinoamelor bazocelulare

Clasificarea TNM

Parametri	Risc scăzut	Risc crescut
Clinic		
Localizare/ dimensiune	Aria L < 20 mm Aria M < 10 mm	Aria L ≥ 20 mm Aria M ≥ 10 mm Aria H
Margini	Bine delimitată	Imprecis delimitată
Primară vs recurentă	Primară	Recurentă
Imunosupresie	Nu	Da
Localizare pe zona iradiată anterior	Nu	Da
Patologic		
Pattern de creștere	Nodular, superficial	Agresiv
Afectare perineurală	Nu	Da

Carcinomul bazocelular (CBC)

Evoluție

Evoluția carcinomului bazocelular este îndelungată și prognosticul vital bun.

Riscul de a dezvolta un al doilea CBC variază între 36-50%.

Teoretic, nu metastazează, în literatură fiind raportate rarism apariția metastazelor, situație când acestea au fost interpretate mai degrabă ca recidive loco-regionale.

Invasia locală apare mai degrabă decât metastazarea. Carcinomul bazocelular este o tumoră cu creștere lentă, timpul de dublare fiind între 6 luni și 1 an. Netratat, determină invadarea țesutului subcutanat, mușchiului și chiar osului

Metastazele sunt rare și se crede că se corelează cu dimensiunea și profunzimea invaziei și mai puțin cu tipul histologic.

Afectarea ganglionară și pulmonară sunt cele mai frecvente teritorii de metastazare.

Factorii de risc pentru metastazare sunt: trăsături histologice agresive de tip sclerodermiform, metaplazia scuamoasă și invazia perineurală.

Carcinomul bazocelular (CBC)

Tratament

Metodele terapeutice trebuie adaptate formei clinice, dimensiunii, localizării, momentului evolutiv, vârstei și sexului pacientului sau terapiilor aplicate anterior

Excizia chirurgicală
Chirurgia Mohs
Electroexcizia
Chiuretarea
Fotocauterizarea cu laser CO2,
Electrocauterizarea
Criochirurgia

Topicele locale cu citostatice
Imiquimod cremă 5%
Radioterapia
Terapia fotodinamică
Interferonul
Retinoizii (Tigasonul)
Inhibitori ai căii Hedgehog

Monitorizare: O dată ce pacientul a fost diagnosticat cu carcinom bazocelular, el prezintă riscul de a dezvolta alte cancere cutanate și de aceea este recomandat un consult la 6-12 luni în primii 5 ani, apoi anual.

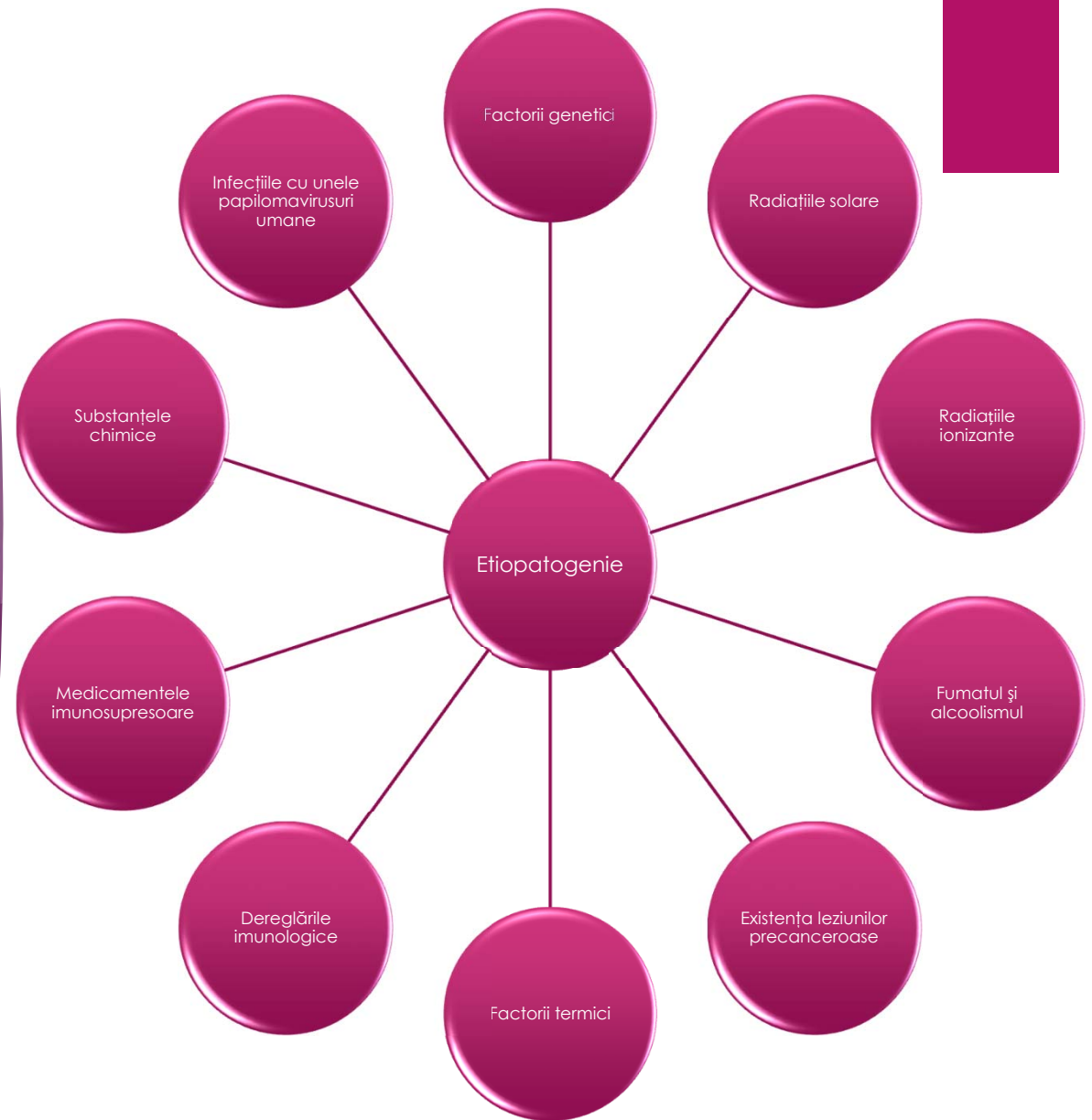
Profilaxia carcinoamelor bazocelulare necesită evitarea expunerii prelungite la soare, utilizarea de topice cu factori de protecție anti UV



Carcinomul spinocelular (CS)

Carcinomul spinocelular (CS)

Carcinomul spinocelular este o tumoră malignă cu punct de plecare la nivelul keratinocitelor stratului spinos al epidermului și mucoaselor, cu evoluție și invazivitate locală rapidă și potențial metastatic mare



Carcinomul spinocelular (CS)

Manifestările clinice ale carcinomului spinocelular se localizează la nivelul mucoaselor și tegumentului. Majoritatea formelor clinice apar pe zonele fotoexpuse

La nivelul mucoaselor, debutul se face printr-o leziune fisurară, erozivă sau ulcerativă persistentă

CS al *cavității orale* apare la pacienții cu istoric îndelungat de consum de țigări, alcool și mestecat de tutun. Există o predominanță masculină iar palatul și limba sunt cel mai des afectate.

Carcinomul spinocelular (CS)

Cel mai frecvent este afectată semimucoasa buzei inferioare unde apariția carcinomului se face prin transformarea unei cheilite actinice, keratozice, fisurare sau leucoplazice.



Carcinom spinocelular nodular ulcerat buza inferioară

Carcinomul spinocelular nodular, se prezintă ca o formațiune emisferică, nodulară, roșiatică cu suprafața uneori erodată și ușor sângerândă, fermă la palpare și nedureroasă

Carcinomul spinocelular (CS)

Carcinomul spinocelular ulcero-vegetant, inițial cu aspect vegetant, are o evoluție rapidă spre ulcerare și prezintă aspectul unei denivelări centrale necrotice și fetide cu margini reliefate, răzbuzate, indurate



Carcinom spinocelular
ulcerovegetant gigant

Carcinomul spinocelular (CS)

Carcinomul spinocelular keratozic este o tumoră vegetantă cu aspect verucos, galben cenușie, sesilă și nedureroasă

Carcinomul spinocelular vegetant evoluează ca o tumoră de dimensiuni mari, reliefată, cu suprafața boselată, umedă

Carcinomul spinocelular ulceros evoluează, de la debut, ca o ulcerăție cu margini și bază infiltrată și nedureroasă

Carcinomul spinocelular fisurar ocupă zona mijlocie a buzei inferioare sau șanțul sublingual.

Carcinomul spinocelular infiltrativ, cu extensie radială, afectează și buza inferioară

Carcinomul spinocelular actinomicozic, formă foarte rară, evoluează ca noduli fermi localizați în profunzimea buzei care în timp se ramolesc și se necrozează

Carcinomul spinocelular (CS)

La nivelul mucoasei genitale, se întâlnește carcinomul spinocelular fisurar, ulcerat, keratozic, mai rar ulcero-vegetant

CS vulvar apare cel mai des la nivelul labiei mari anterioare și începe ca un nodul keratozic mic sau ca o placă eritematoasă erozivă.

CS localizat la nivelul cervixului este asociat cu HPV tipul 16.

CS penian apare, de obicei, la persoane necircumscise, un precursor fiind eritroplazia Queyrat

Forma de CS de la nivelul scrotului debutează printr-o leziune mică, verucoasă, pruriginoasă, care se mărește și devine friabilă

Carcinomul spinocelular (CS)

La nivelul tegumentului, mai ales pe ariile cu degenerescențe elastice actinice, keratoze, pigmentări sau telangiectazii de pe față și dosul mâinilor, CS debutează ca o placă eritemato-infiltrativă superficială sau o formațiune nodulară care se acoperă cu scuame.

Forme clinice pe tegumente

CS nodular ulcerat

CS ulcero-vegetant

ulcerul Marjolin

CS forma fisurată

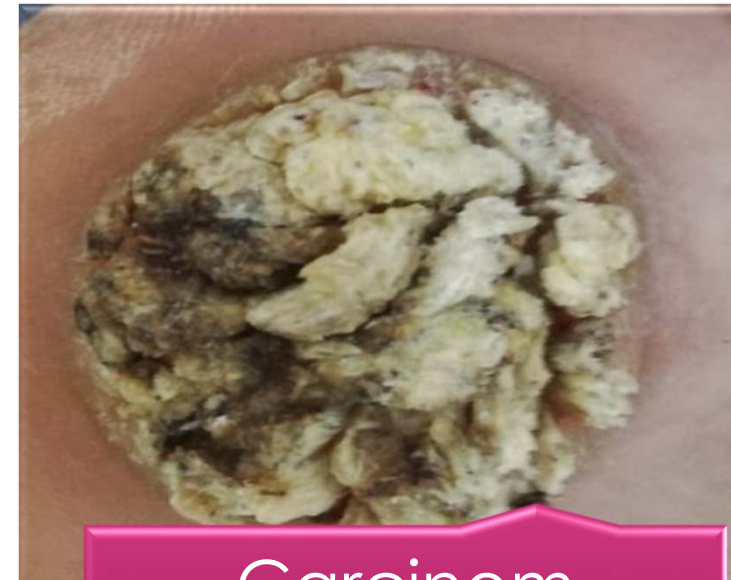
CS infiltrativ

CS forma actinomicozică

Carcinomul verucos (tip I, II, III, IV)

Carcinomul scuamos metastatic

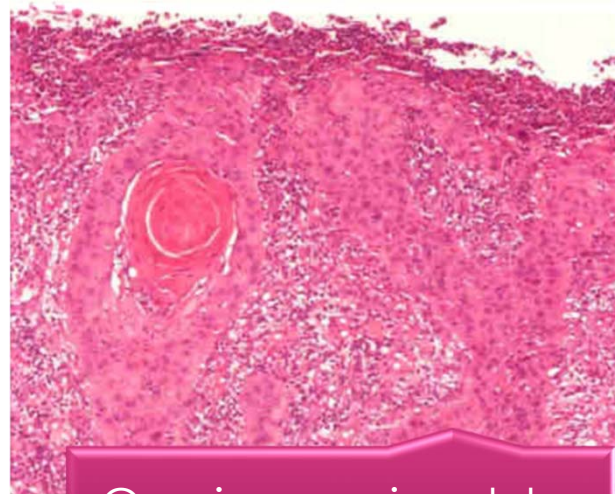
Keratoacantomul



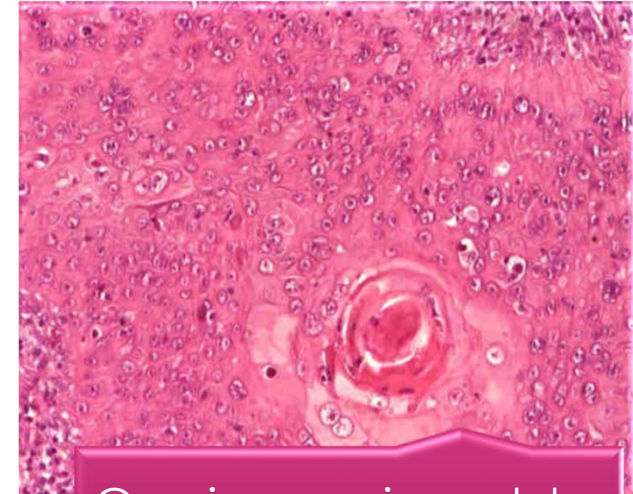
Carcinom verucos calcâi

Carcinomul spinocelular (CS)

Diagnosticul histopatologic confirmă prezența masei tumorale formate din keratinocite similare celor din stratul spinos, cu modificări caracteristice



Carcinom spincelular
ulcerat G2 x40



Carcinom spinocelular
cu perlă keratozică

Carcinomul spinocelular (CS)

Evoluție

- ❖ *Evoluția* carcinomului spinocelular este destul de rapidă (proporțională cu dimensiunea, profunzimea și gradul de diferențiere al tumorii).
- ❖ Tumora este invazivă local, distrugând țesuturile subiacente și învecinate și metastazează pe cale limfatică și mai rar hematogenă.
- ❖ Asocierea metastazelor întunecă mult prognosticul vital al bolii.
- ❖ Metastazele sunt de obicei cutanate, în tranzit sau localizate la ganglionii locali și sunt diagnosticate la 1-3 ani după diagnosticul și tratamentul inițial.
- ❖ Riscul de metastazare la 5 ani este de 5% (85% fiind ganglionare), iar în cazul imunodeprimaților este de 2-3 ori mai mare.
- ❖ Metastazele tind să apară în cazul tumorilor mari, recurente și care afectează structurile profunde și nervii cutanați

Carcinomul spinocelular (CS)

Stadializare

Stadializarea tumorii primare (stadializarea TNM, AJCC a 7-a ediție, 2010)

Categorie	Definiție
Tis	Carcinom spinocelular in situ
T1	Tumora $\leq 2\text{cm}$ cu mai puțin de doi factori de risc crescut
T2	Tumora $> 2\text{cm}$ cu/fără un factor de risc crescut, sau orice mărime cu peste doi factori de risc crescut
T3	Tumora cu invazie în mușchi, os sau cartilaj la nivelul maxilarului, mandibulei, orbitei, temporal
T4	Tumora cu invazia scheletului (axial sau apendicular) sau invazia perineurală a bazei craniului

Sistemul de clasificare TNM al carcinomului spinocelular cutanat

Stadiul	Tumora primar	Ganglioni limfatici regionali	Metastaza la distanta
stadiul 0	Tis	N 0	M0
stadiul I	T1	N0	M0
stadiul II	T2	N0	M0
stadiul III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
	T4	N0	M0
stadiul IV	Oricare T	N 2-3	M0
	Oricate T	Oricare NM	M1

Carcinomul spinocelular (CS)

Tratamentul vizează
extirparea cât mai precoce a
formațiunii tumorale, tehnica
folosită fiind corelată cu
mărimea, sediul, momentul
de evoluție și gradul de
diferențiere al tumorii

Excizia chirurgicală

Chirurgia Mohs

Electrocauterizarea,
fotocoagularea laser
sau radiocauterizarea
asociate sau nu cu
chiureta

Crioterapia

Radioterapia

Terapia topică

Chimioterapia



Melanomul

Melanomul

Este neoplazia malignă de origină melanocitară cu cel mai grav prognostic

Mortalitatea datorată melanomului reprezintă 75% din decesele cauzate de cancere cutanate

Apare la orice vârstă (chiar înainte de naștere) însă este mai frecvent întâlnit prepubertar sau după 45 de ani, afectând sensibil mai des femeile

Incidența crește cu vârsta, mai ales la bărbați

Localizarea poate fi oriunde la nivelul tegumentului sau mucoaselor, la bărbați observându-se mai frecvent localizarea pe toracele superior iar la femei pe gambe și apoi pe trunchi

Melanomul

Etiopatogenie

Predispoziția genetică

Acțiunea hormonilor estrogeni

Fototipul

Factori de mediu

Lumina artificială

Nevi

Traumatismele

Imunodepresia

Melanomul

Tablou clinic

Melanomul extensiv în suprafață (pagetoid)

reprezintă până la 70% din totalul melanoamelor și afectează de 3 ori mai des femeile

Se localizează cel mai adesea pe zone fotoexpușe intermitent.

Margini neregulate și pigmentare neomogenă, dar se poate prezenta și ca o zonă hiperpigmentată în cadrul unui nev preexistent.

Debutază ca o pată brună, net delimitată, plană sau ușor reliefată și uneori cu un discret halou periferic eritematos

Ulterior, tumora evoluează prin periferie, lent, centrul putându-se depigmenta

Este subtipul care se asociază cel mai adesea cu nevi preexistenți



Melanom extensiv în suprafață

*Melanom extensiv
în suprafață cu
invazie verticală*



Melanomul nodular este al doilea cel mai comun subtip și reprezintă până la 20% (15 - 30%) dintre melanoame. Afectează preferențial bărbații după 50 - 60 de ani, tumora se declanșează în urma expunerii prelungite și repetate la soare. Trunchiul este cea mai comună localizare.

Clinic, afecțiunea evoluează ca un nodul de dimensiuni variate, friabil și ușor sângerând la traumatizări minore, de nuanță brun închisă-negricioasă, neagră-albăstruie sau roșu-albăstruie dar tumora se ulcerează precoce



Melanom nodular
torace posterior



Melanom nodular cu
fugă de pigment

Lentigo malign (Melanomul Dübreyilh)

Este un melanom *in situ* cu o fază de creștere radială prelungită, iar când devine invaziv se numește melanom dezvoltat pe lentigo malign

Clinic, lentigo malign (LM) se exprimă sub forma unor pete plane sau discret reliefate de nuanțe brun-negricioase sau albastrii, de forme și dimensiuni variate (4-10 cm) care evoluează asimptomatic foarte lent

În patogeneză se crede că este implicată expunerea cronică cumulativă mai degrabă decât expunerea intermitentă

Melanomul acral

(acrolentiginos) constituie aproximativ 10% din totalul melanoamelor și se localizează la nivelul extremităților. Vârsta medie de debut este de 65 de ani. Constă din prezența unor macule brun-negriceoase (dar și brun deschis sau roșu cu colorație variată și margini neregulate), inițial plane pe care se dezvoltă rapid formațiuni reliefate, infiltrate, nodulare, invazive care se ulcerează frecvent.



Melanom nodular
plantar

O formă particulară de melanom acral o reprezintă **melanomul subunghial**. Debutază ca o pată brună subunghială sau sub forma unei benzi brune periunghiale la nivelul repliului proximal (semnul *Hutchinson*) de la care pleacă o dungă longitudinală brună, fie ca modificări de culoare și fisuri ale lamei unghiale sau excrescență în patul unghial sau ca paronichie asociată cu distrofie unghială.

Melanonichie
striată – benzi
de pigment
cu aspect
neregulat



Melanomul

Forme clinice

Melanomul acromic

10-12% din aceste tumori

Nodul reliefat roz-roșiatic de dimensiuni variate

Caracteristica acestei forme de melanom este absența pigmentului

Melanomul desmoplastic

Clinic, leziunile sunt ferme, sclerotice sau indurate

Aproximativ jumătate din leziuni apar în asociere cu LM

Se asociază cu rată de recurență locală crescută

Melanomul mucoaselor

Pete negricioase plane cu contur neregulat sau chiar cu sângerare

Ca o tumoră apărută la aproximativ 70% din cazuri în mod primitiv

Evoluție rapidă cu prognostic vital nefavorabil



Alte forme de melanom malign



Melanomul
nevoid

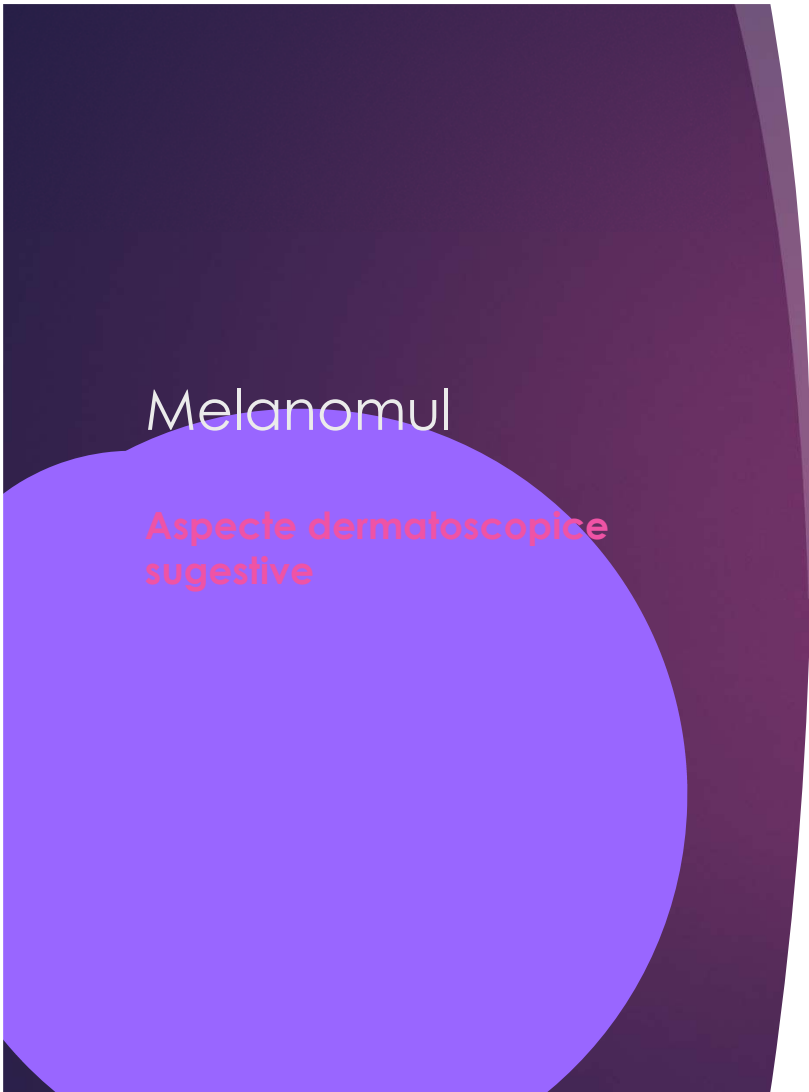
Melanomul
spitzoid

Melanomul
în sarcină

Melanomul
la copii

Melanomul
multiplu

Alte forme
rare de
melanom



Melanomul

Aspecte dermatoscopice sugestive

- ▶ rețea pigmentară atipică
- ▶ vâl albastru lăptos
- ▶ pattern vascular atipic
- ▶ pigment dispus periferic sub formă de globuli de mici dimensiuni sau sub formă de grămezi neregulate
- ▶ culori multiple (5-6) pe suprafața tumorii, în special, roșu și albastru
- ▶ pseudopode neregulate
- ▶ rețea pigmentară negativă
- ▶ margini tumorale neregulate, întrerupte brusc
- ▶ zone de regresie asemănătoare unei cicatrici

Melanomul

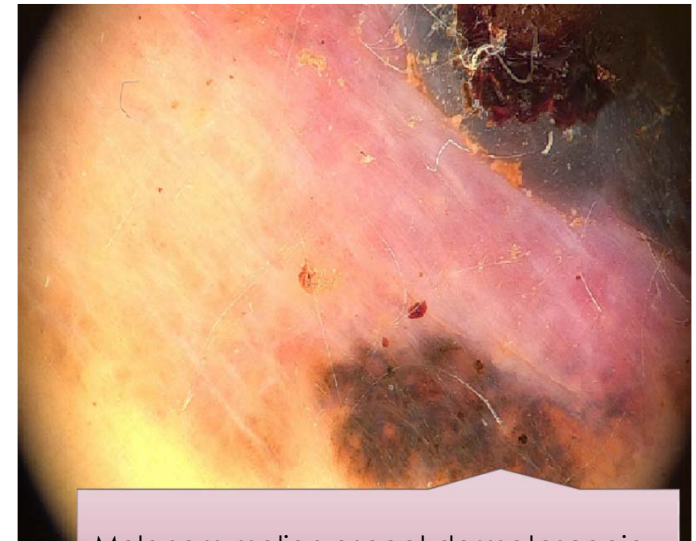
Aspecte dermatoscopice



Melanom malign aspect dermatoscopic -
retea pigmentară atipică, pigment sub
formă de grămezi
neregulate, pseudopode prezente



Melanom malign aspect dermatoscopic -
retea pigmentară atipică la periferie,
pigment sub formă de grămezi
neregulate, vâl prezent



Melanom malign aspect dermatoscopic -
retea pigmentară
atipică, vâl prezent, zonă de retracție

Melanomul

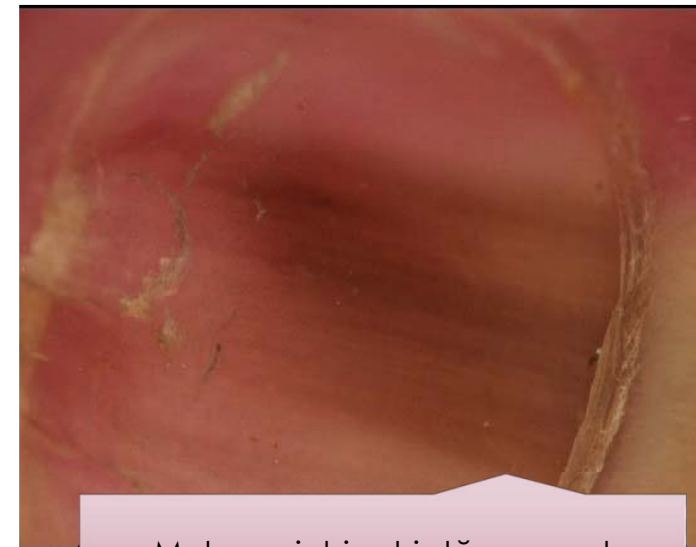
Aspecte dermatoscopice



Melanom malign aspect dermatoscopic - rețea pigmentară atipică, vâl prezent, zonă de retracție



Melanom malign aspect dermatoscopic - rețea pigmentară atipică, pigment dispus sub formă de globuli neregulați



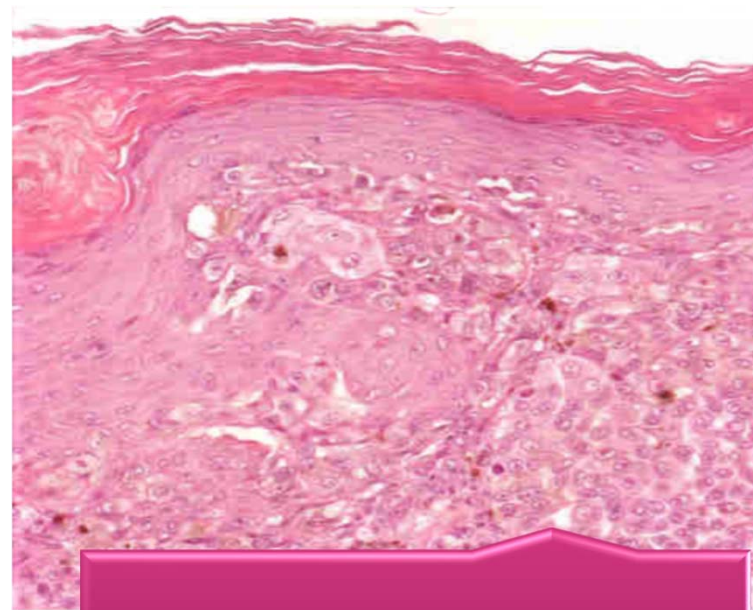
Melanonichie striată –aspect dermatoscopic benzi de pigment cu aspect neregulat)

Melanomul

Aspecte histopatologice



Melanom malign nodular invaziv cu crestere verticala cu proliferare de melanocite atipice si pigmentare difuza, col HEx40



Melanom malign nodular – detaliu, col HE x100

Melanomul

Tratament

Excizia chirurgicală a formațiunii tumorale, prin excizie largă cu margine de siguranță. Evidarea ganglionară simultană sau succesivă rămâne încă o problemă controversată

Chimioterapia

Noile terapii includ inhibitori de RAF (Sorafenib) care inhibă B-Raf și C-Raf kinaza

Imunoterapia

Radioterapia

Melanomul

Pacienții cu melanom au risc de a face recidive locale, regionale și la distanță. Ei necesită vizite anuale pentru toată viața cu intervale care variază între 3 și 6 luni pentru 1-3 ani și apoi anual în funcție de stadiul bolii.

Pacienții cu factori de risc ca: istoric familial pozitiv de melanom, nevi numeroși, mutație p16 sau BRAF, pot necesita mai multe vizite. Vizita constă în examinarea completă a tegumentului și palparea stațiilor ganglionare cu atenție sporită asupra stației ganglionare aferente localizării melanomului primar.

Prevenția primară constă în limitarea expunerii la radiații ultraviolete, a arsurilor solare mai ales în timpul copilăriei și adolescenței, evitarea expunerii la soare la orele de vârf, fotoprotecție cu creme și vestimentară.

Prevenția secundară include diagnosticul precoce care reduce semnificativ mortalitatea și morbiditatea.

Sfatul genetic este recomandat pacienților care au istoric familial de melanom invaziv sau cancer pancreatic deoarece s-a constatat o mutație genetică identică pentru cele două tipuri de neoplazii