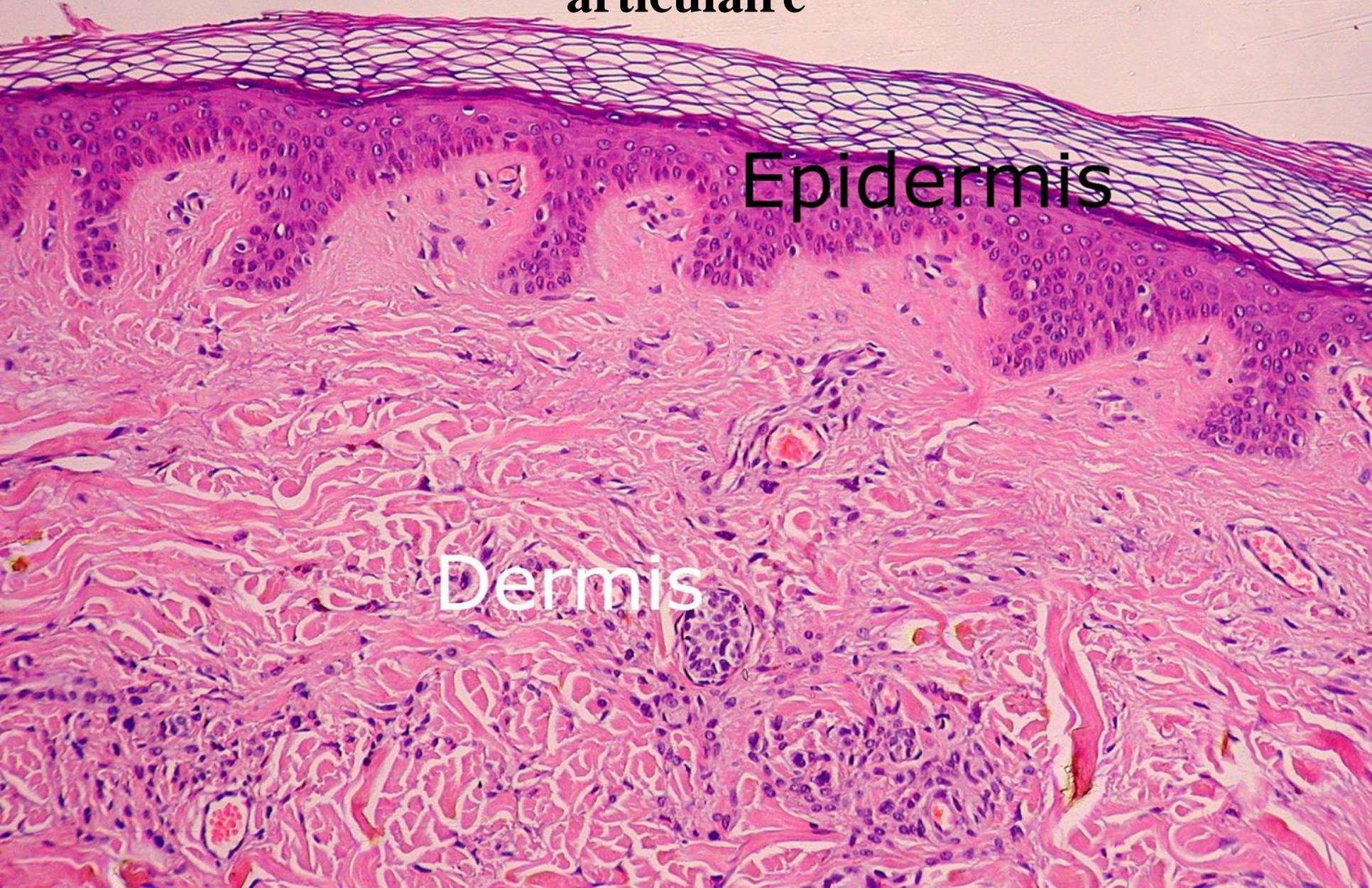


Pathologie de la peau, des tissus mous et du système osteo-articulaire



Epidermis

Dermis

Thème: Pathologie de la peau, des tissus mous et du système ostéo-articulaire

I. Micropréparations:

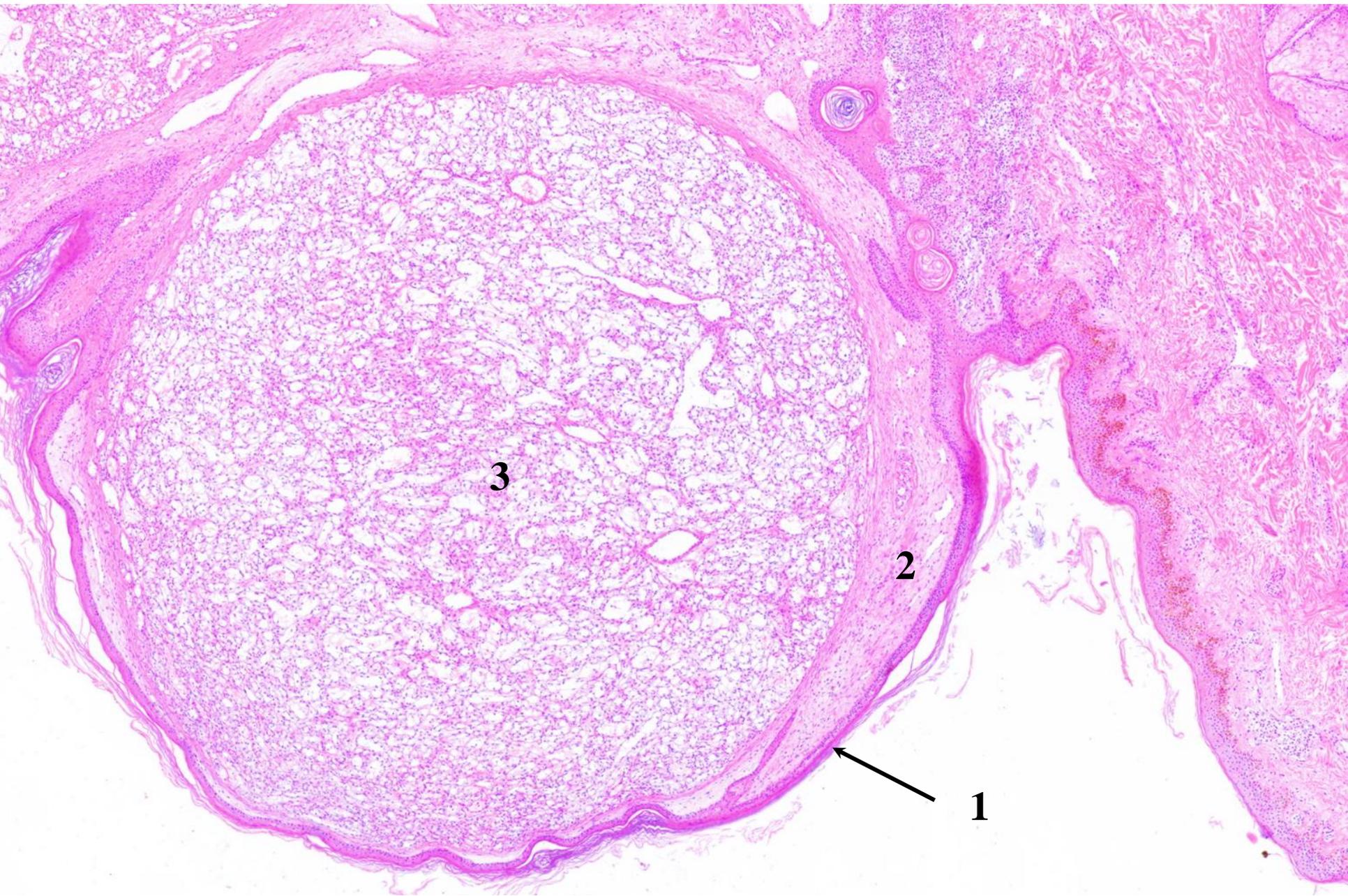
№ 188. Hémangiome capillaire. (Coloration H-E)

Indications :

- 1. Épidermes.**
- 2. Derme.**
- 3. Nodule tumoral avec espaces vasculaires.**

Dans la micropréparation, on observe un nodule tumoral sous-épidermique bien délimité, constitué de vaisseaux sanguins proliférants de type capillaire, avec un stroma pauvre et lâche; l'épiderme présente une structure histologique normale.

L'hémangiome est une tumeur bénigne d'origine vasculaire, les variantes histologiques incluent l'hémangiome capillaire, veineux et cavernole. Il se localise principalement dans la peau, la muqueuse du tractus gastro-intestinal, le foie. L'hémangiome capillaire est la tumeur bénigne la plus fréquente chez les enfants et a un caractère disembryoplasique, étant interprété comme un hamartome – une tumeur issue des tissus embryonnaires. Macroscopiquement, il présente l'aspect d'un nodule ou d'une plaque de couleur rouge-violet. Les hémangiomes cutanés peuvent se compliquer par ulcération, hémorragies, et association d'infections secondaires.



№ 188. Hémangiome capillaire (Coloration H-E)

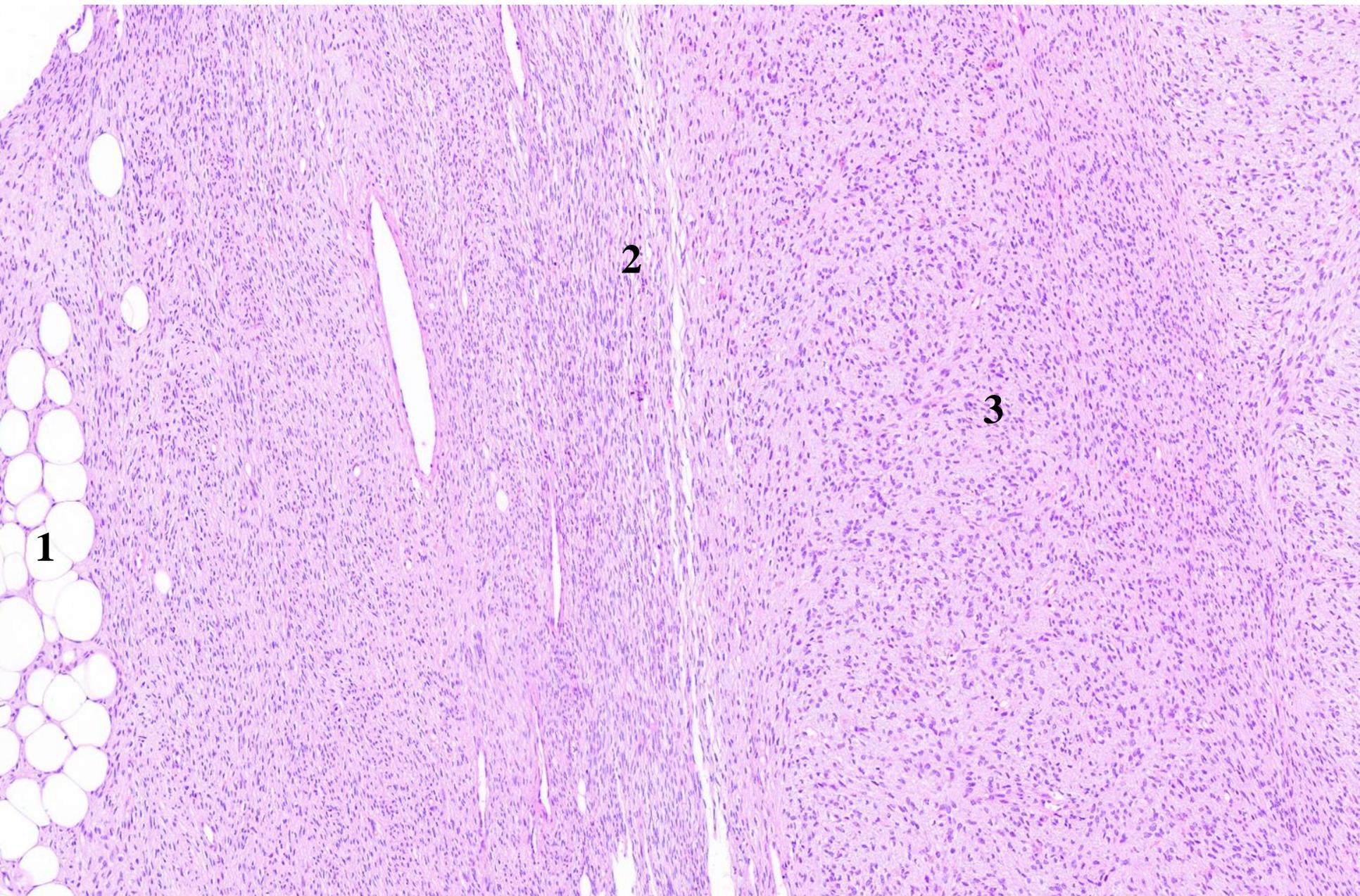
№ 43. Fibrosarcome. (Coloration H-E).

Indications:

- 1. Tissu adipeux.**
- 2. Faisceaux de fibres collagènes.**
- 3. Cellules tumorales atypiques (semblables aux fibroblastes).**

Dans l'hypoderme, on révèle un nodule tumoral riche en cellules, constitué principalement de cellules fusiformes, de type fibroblastes, disposées en faisceaux, qui s'entrecroisent dans différentes directions, la tumeur n'a pas de limites précises, on observe de nombreuses mitoses, le stroma est pauvre.

Le fibrosarcome est une tumeur maligne, dérivant des fibroblastes, pouvant avoir un degré de différenciation variable. Il se rencontre chez les adultes âgés de 40 à 70 ans, localisé plus fréquemment dans les tissus profonds de la hanche, du genou, dans la zone rétropéritonéale. Il a une croissance localement destructive, récidive après excision et peut métastaser par voie hématogène, généralement dans les poumons. Le taux de métastase est relativement bas dans les fibrosarcomes bien différenciés et très élevé dans les tumeurs avec faible différenciation. Pour identifier l'histogénèse et le degré de différenciation des tumeurs, des méthodes immunohistochimiques sont utilisées.



№ 43. Fibrosarcome (Coloration H-E)

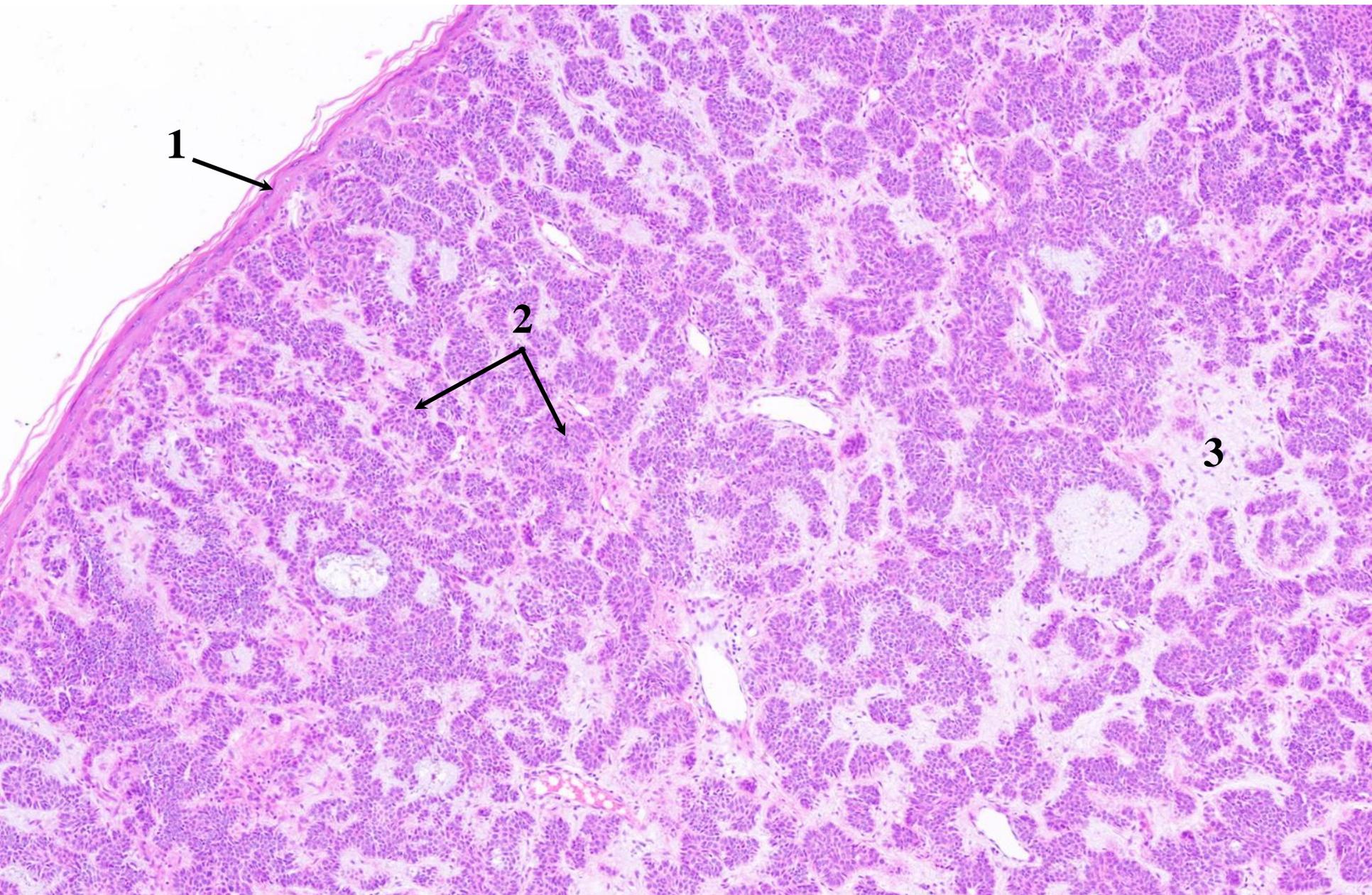
№ 142. Carcinom bazocelular (bazaliom). (*Colorație H-E*).

Indicații:

1. Epiderm.
2. Cuiburi de celule tumorale maligne (asemănătoare celulelor stratului bazal al epidermului).
3. Stroma conjunctivă.

În micropreparat, sub epiderm, se relevă cuiburi/insule tumorale solide, compacte, de formă rotundă, ovală sau neregulată, constituite din celule tumorale, care amintesc celulele normale ale stratului bazal al epidermului, majoritatea sunt fusiforme, cu nucleeele hiperchrome, citoplasmă puțină, colorată bazofil; celulele de la periferia insulelor sunt dispuse „în palisadă”, paralel una față de alta și perpendicular pe stroma înconjurătoare; stroma are aspect mixoid, cu infiltrație limfo-plasmocitară moderată; epidermul cu focare de hiperplazie a stratului malpighian (acantoză).

Carcinomul bazocelular este cea mai frecventă tumoare malignă a pielii. Se dezvoltă pe suprafețele expuse cronic la soare, îndeosebi la persoanele cu tegumentele de culoare deschisă. Se localizează cu predilecție pe față, mai sus de linia dintre colțul gurii și lobul auricular (90%). Nu se întâlnește pe mucoase. Este caracteristică creșterea lentă, cu invazie și distrucție locală, recidivează, dar extrem de rar metastazează (mai puțin de 1 caz la 10000 de tumori). Riscul de metastazare este mai mare în cazurile de tumori extinse, cu ulcerare profundă. Macroscopic are aspect perlat de placă sau nodul de diferite dimensiuni, cu vase sanguine dilatate, hiperemiate (teleangiectazii), cu eroziune sau ulcerare în centru. Tumoarea derivă din stratul bazal al epidermului, infiltrează dermul, se extinde pe țesuturile adiacente, poate să invadeze osul subiacent. Carcinomul bazocelular se poate complica cu hemoragie, inflamație secundară.



№ 142. Carcinome basocellulaire (basaliome) (Coloration H-E)

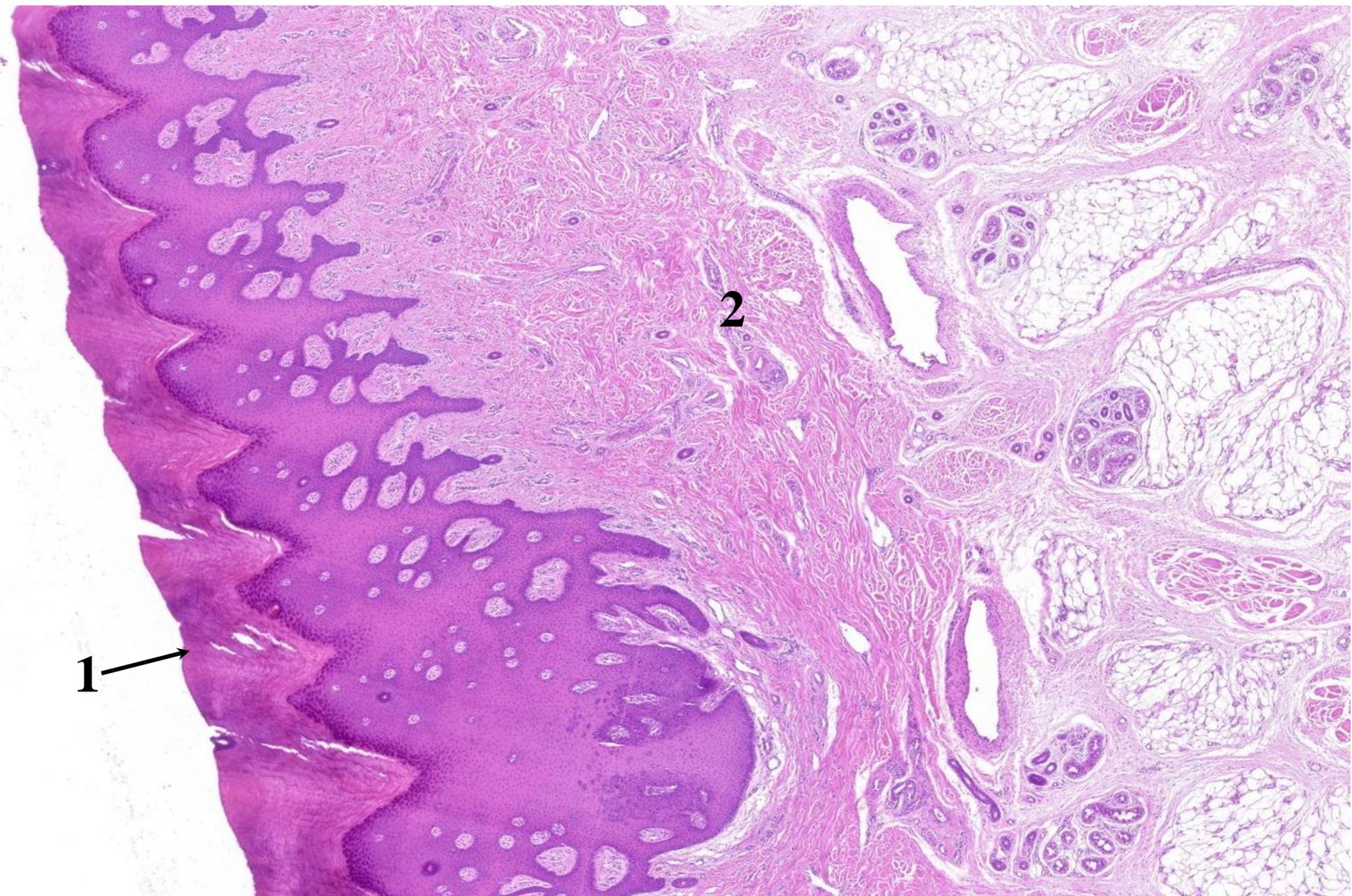
№ 159. Hyperkératose de la peau. (Coloration H-E).

Indications:

- 1. Épaississement de la couche cornée de l'épiderme (hyperkératose).**
- 2. Derme.**

La couche cornée de l'épiderme est considérablement épaissie, présentant des masses de kératine, parfois avec un aspect lamellaire, l'épiderme montrant une acanthose.

L'hyperkératose de la peau - formation excessive de kératine dans l'épithélium squameux de la peau, se rencontre dans de nombreuses maladies dermatologiques. Macroscopiquement, dans les foyers d'hyperkératose, la peau est épaissie, sèche, présentant un aspect de squames de poisson ou de cors. Les facteurs étiologiques les plus importants sont : l'inflammation chronique, l'infection virale, les avitaminoses, en particulier l'avitaminose A, les irritations chroniques, certaines anomalies du développement de la peau. On la rencontre dans le psoriasis, le pemphigus, l'eczéma, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, la kératose actinique, dans des tumeurs épidermiques bénignes et malignes, par exemple, dans le papillome, la kératose séborrhéique, le carcinome squameux, etc. Parmi les dermatoses congénitales, l'hyperkératose est observée dans l'ichtyose (du grec ichtys – poisson + osis - processus pathologique), la kératose palmaire et plantaire, le xeroderma pigmentosum, etc. L'ichtyose généralisée de haut degré peut être incompatible avec la vie.



№ 159. Hyperkératose de la peau (Coloration H-E)

II. Macropréparations:

Nº. 75. Métastases de mélanome dans le foie.

Le foie est augmenté en taille, sur la coupe et sous la capsule, il y a de multiples nodules tumoraux d'un diamètre de 0,5-1 à quelques cm, de forme ronde ou ovale, bien délimités, de couleur brun-noir, le parenchyme hépatique entre les nodules présentant des signes de stéatose.

Le mélanome est une tumeur maligne d'origine mélanocytaire, qui se rencontre sur la peau, dans la muqueuse buccale, anorectale, œsophage, méninges, globe oculaire. C'est extrêmement agressif, une tumeur d'une épaisseur de seulement quelques mm peut produire des métastases multiples. Il métastase par voie lymphogène dans les ganglions lymphatiques régionaux, et par voie hémotogène plus fréquemment dans le foie, les poumons, le cerveau et d'autres organes, pratiquement des métastases peuvent être présentes dans n'importe quelle région du corps. Dans la plupart des cas, les métastases ont une couleur noire en raison de leur contenu en mélanine.

Nº 251. Papillome cutané.

Sur la peau, il y a un nodule tumoral de forme sphérique, à base large, surface mamelonnée (rappelant un chou-fleur ou un fruit de framboise), d'un diamètre d'environ 1 cm.

Le papillome cutané est une tumeur bénigne épidermique, qui se développe à partir de l'épithélium squameux. Les manifestations cliniques et l'évolution dépendent de la localisation, il peut se compliquer par des exulcérations et une inflammation secondaire. Les papillomes peuvent être uniques ou multiples (papillomatose). Parfois, après excision, ils récidivent. Dans les cas d'excitation mécanique prolongée, le papillome peut devenir malin.



№ 75. Métastases de mélanome dans le foie



№ 251. Papillome cutané

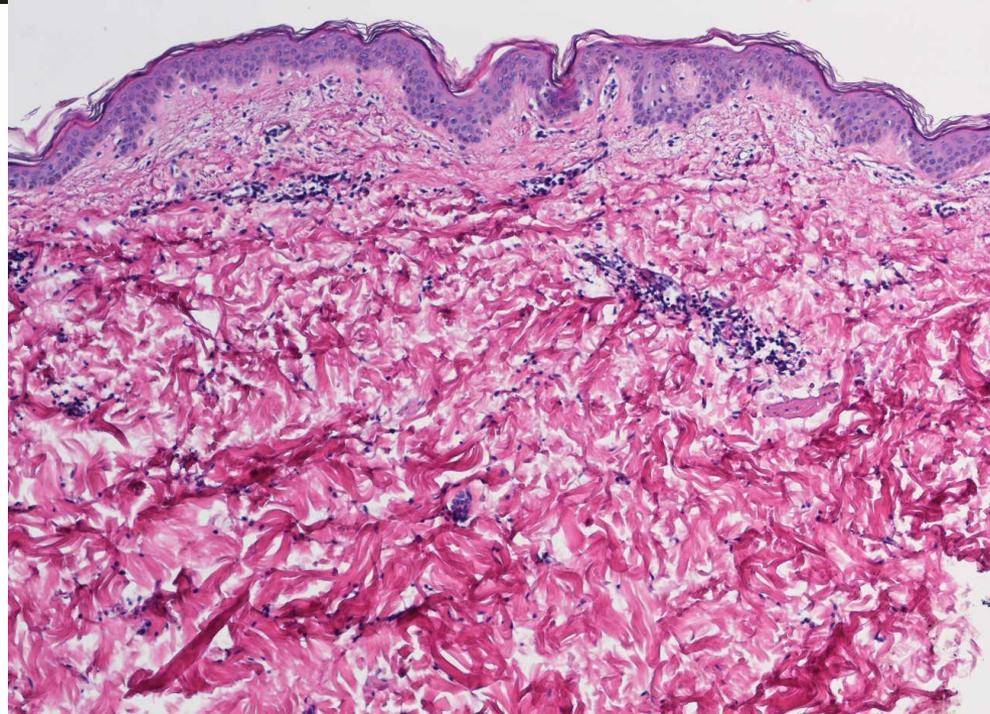


**Hyperkératose de la
peau**

**Dermatoses
inflammatoires aiguës**



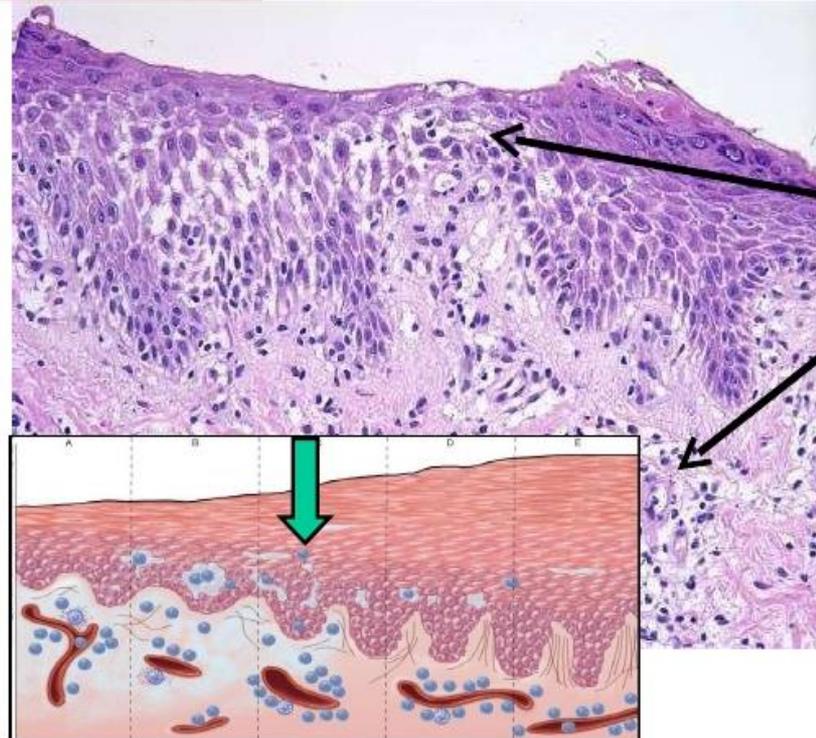
Urticaires



Dermatoses inflammatoires aiguës



Eczéma



Spongiosis
(Intraepidermal)
edema

Superficial
perivascular
lymphocytic
infiltrate

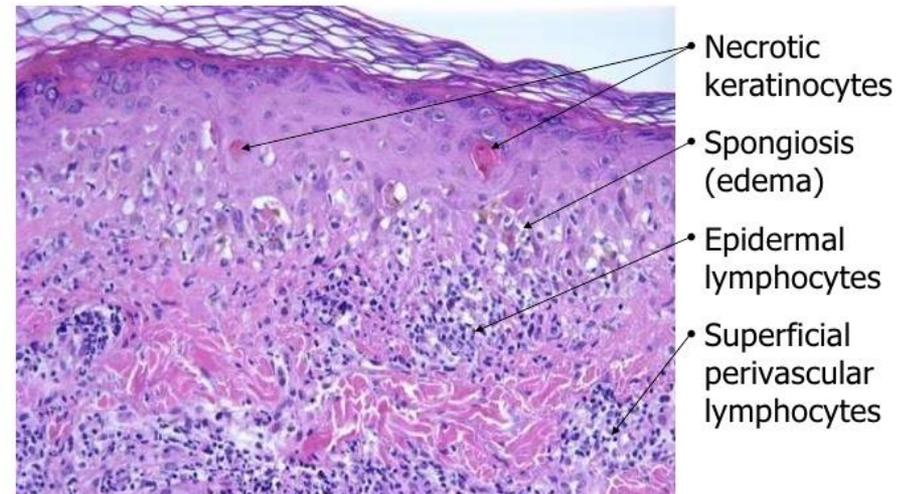


Dermatoses inflammatoires aiguës



ERYTHEMA MULTIFORME - Microscopy

Érythème polymorphe



Note: destruction of basal epidermal layer.

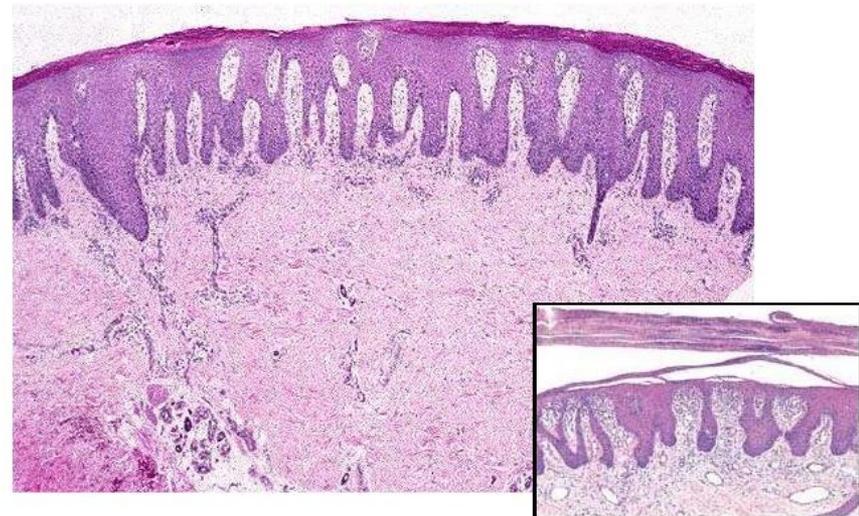


Dermatoses inflammatoires chroniques



Psoriasis: Histopathology

Psoriasis



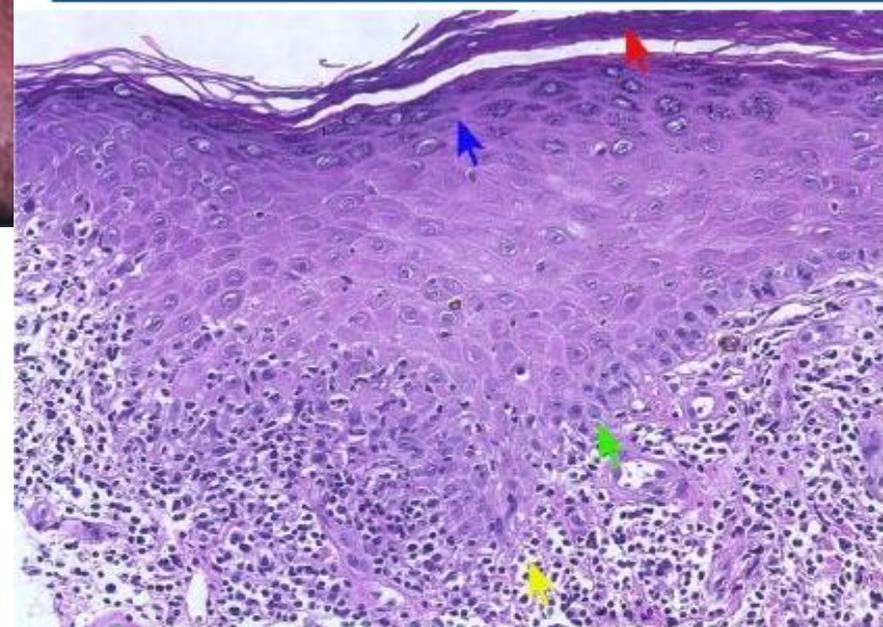
Acanthosis, Parakeratosis, neutrophilic microabscesses.



Dermatoses inflammatoires chroniques



Lichen plan

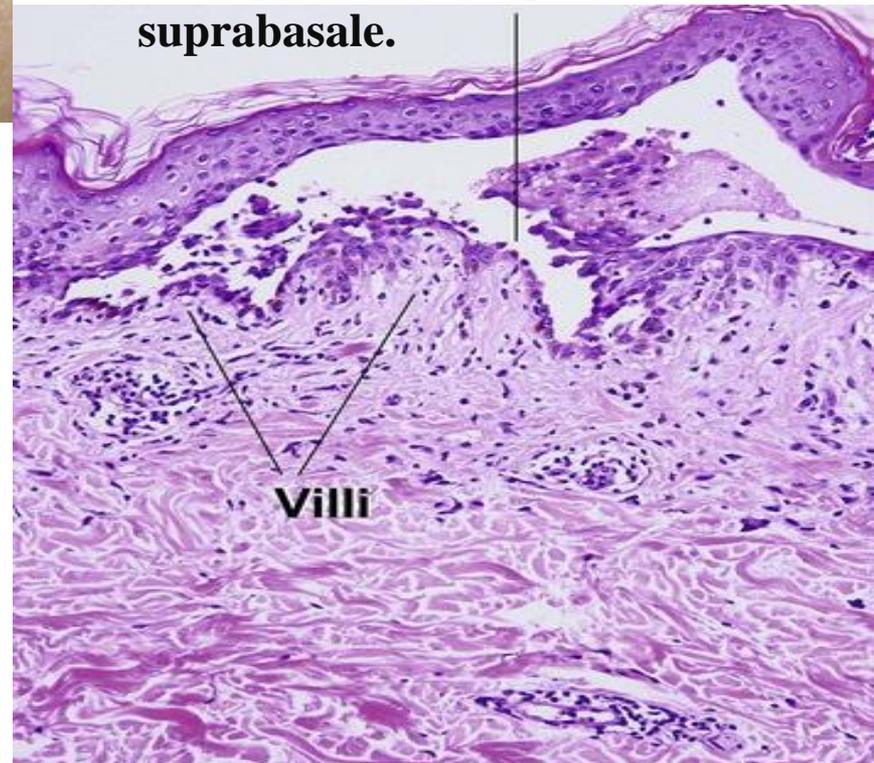


- ▶ Hyperkeratosis
- ▶ Thickened granular layer
- ▶ Jagged outline of epidermis
- ▶ Lymphocytes obscuring the dermal-epidermal infiltrate



Dermatoses bulleuses

Clivage acantolytique
suprabasale.

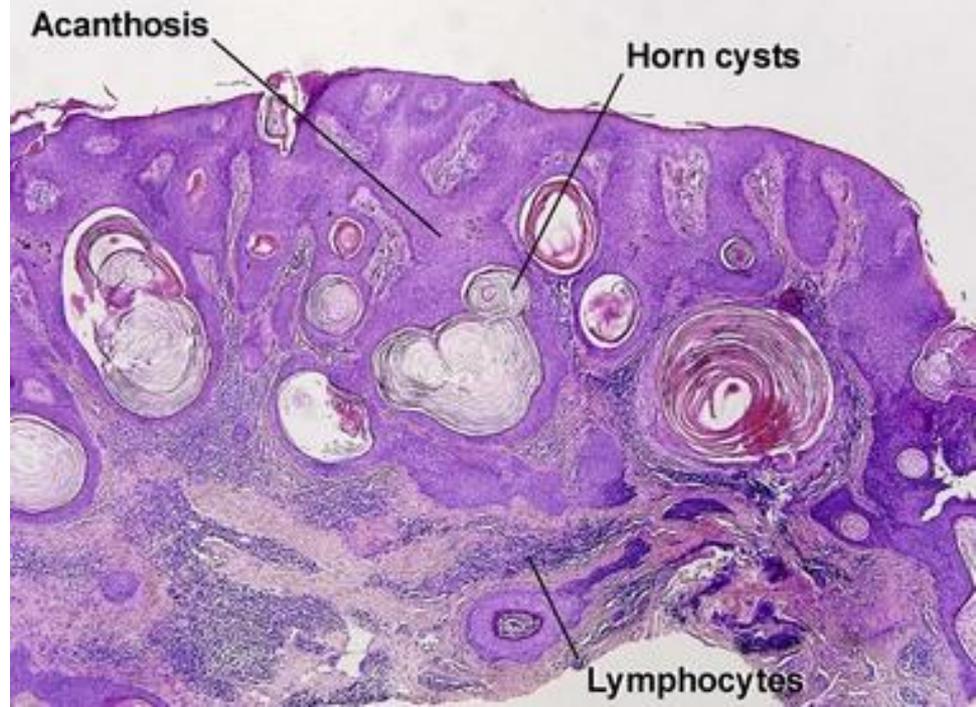


Pemphigus vulgaris

Tumeurs bénignes et lésions épithéliales prémalignes



Kératose séborrhéique



Tumeurs bénignes et lésions épithéliales prémalignes



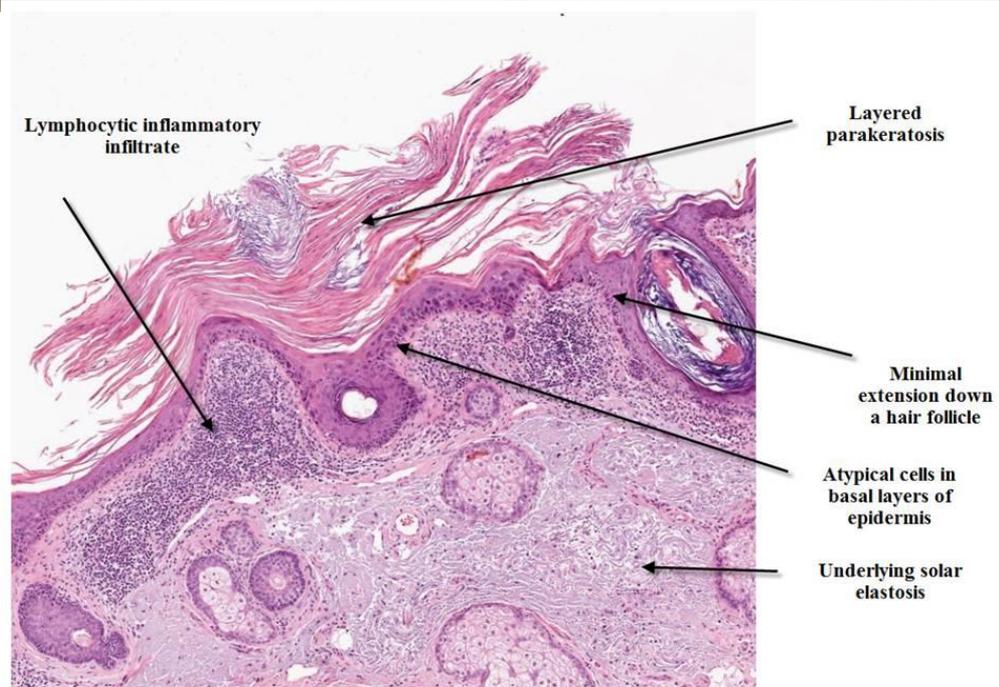
Kératoacantome



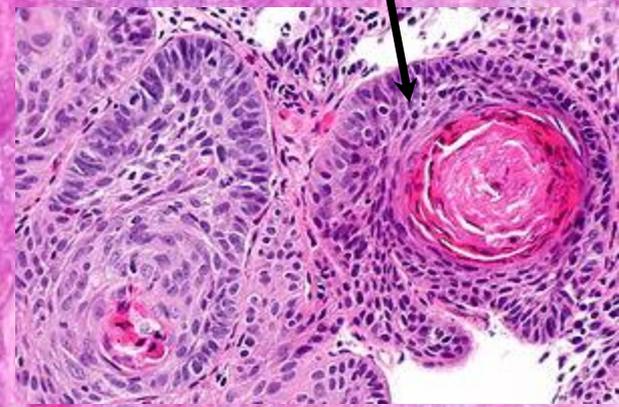
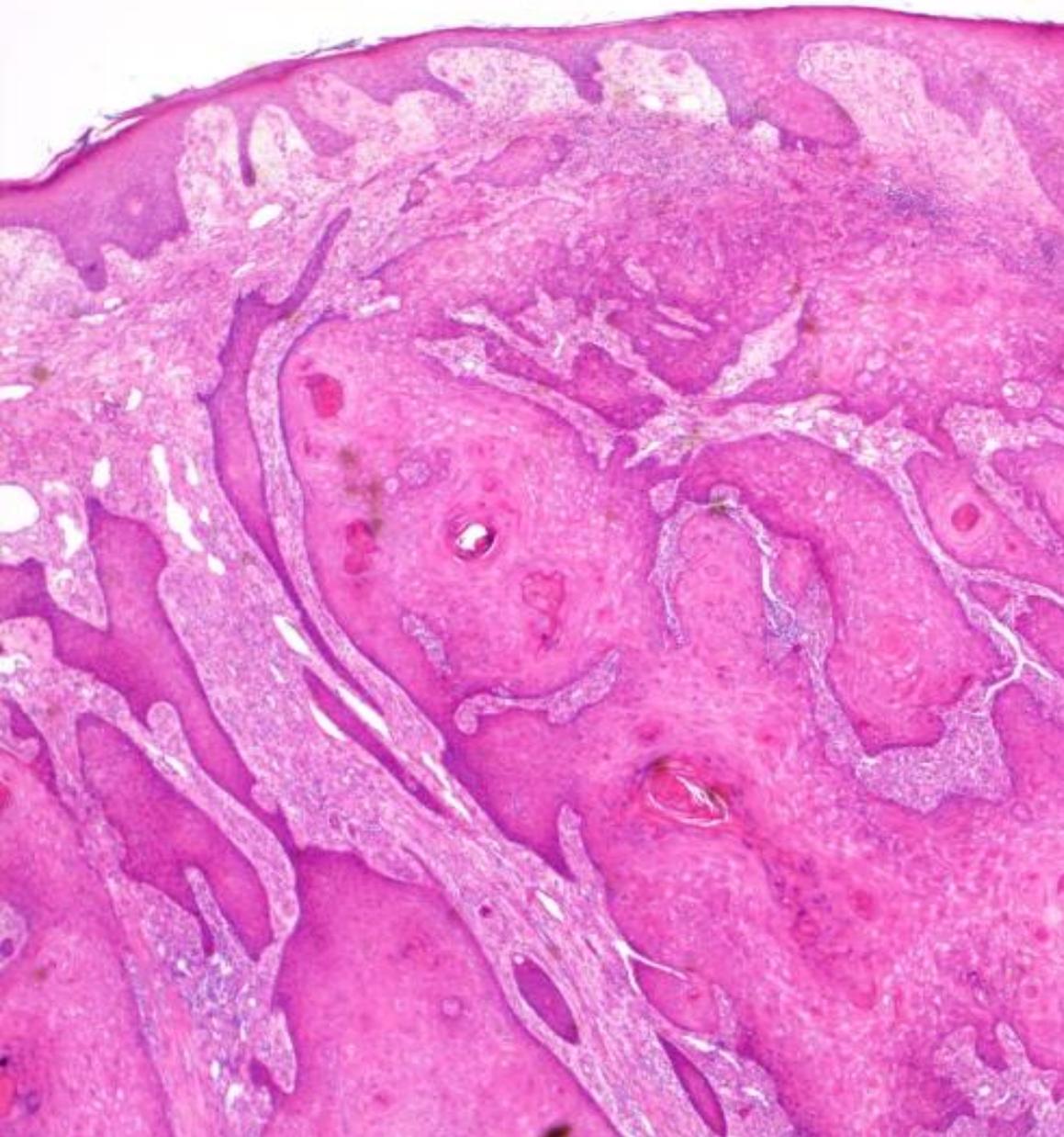
Tumeurs bénignes et lésions épithéliales pré-malignes



Kératose actinique



Tumeurs épidermiques malignes

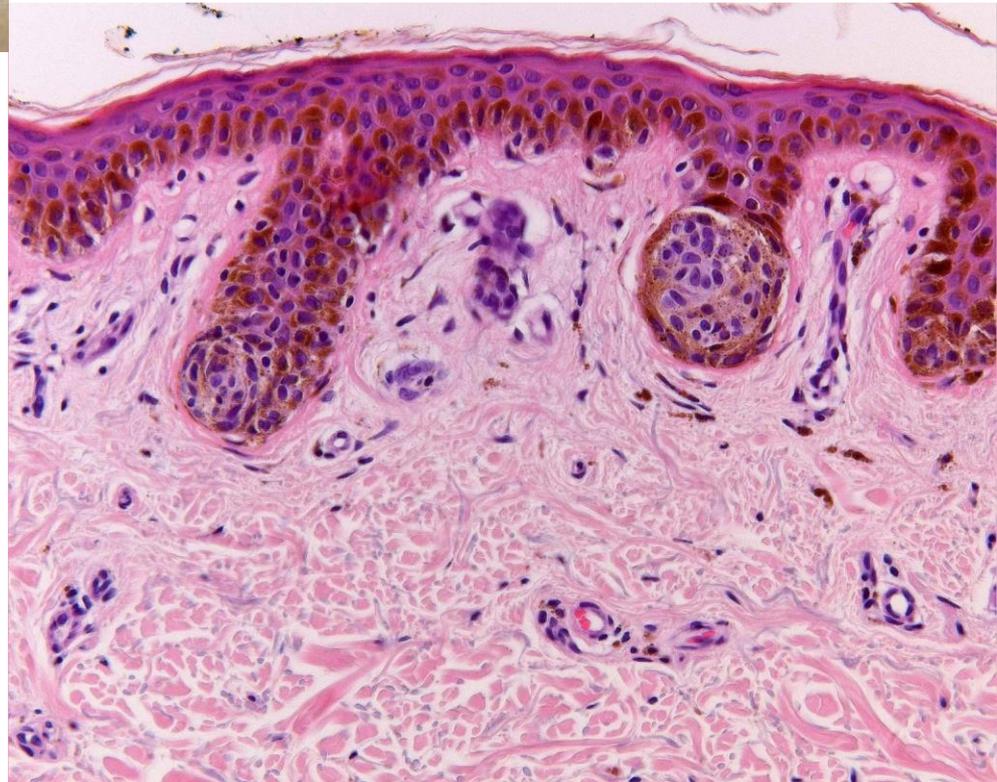


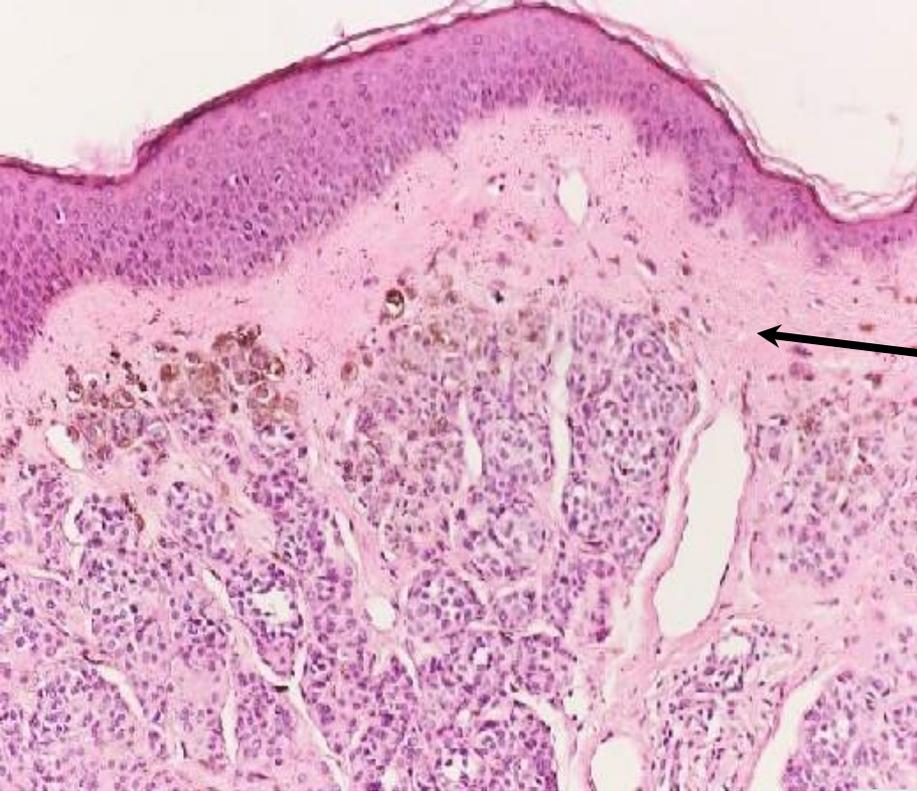
Carcinome épidermoïde kératinisé (coloration H-E)

**Proliférations
mélanocytaires.**



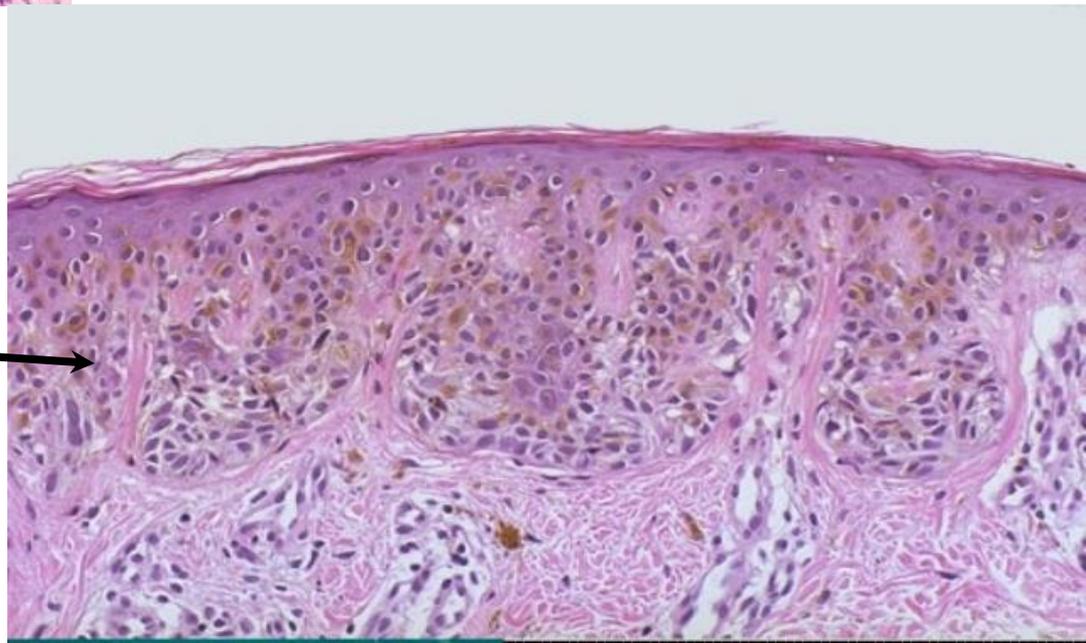
Név de jonction





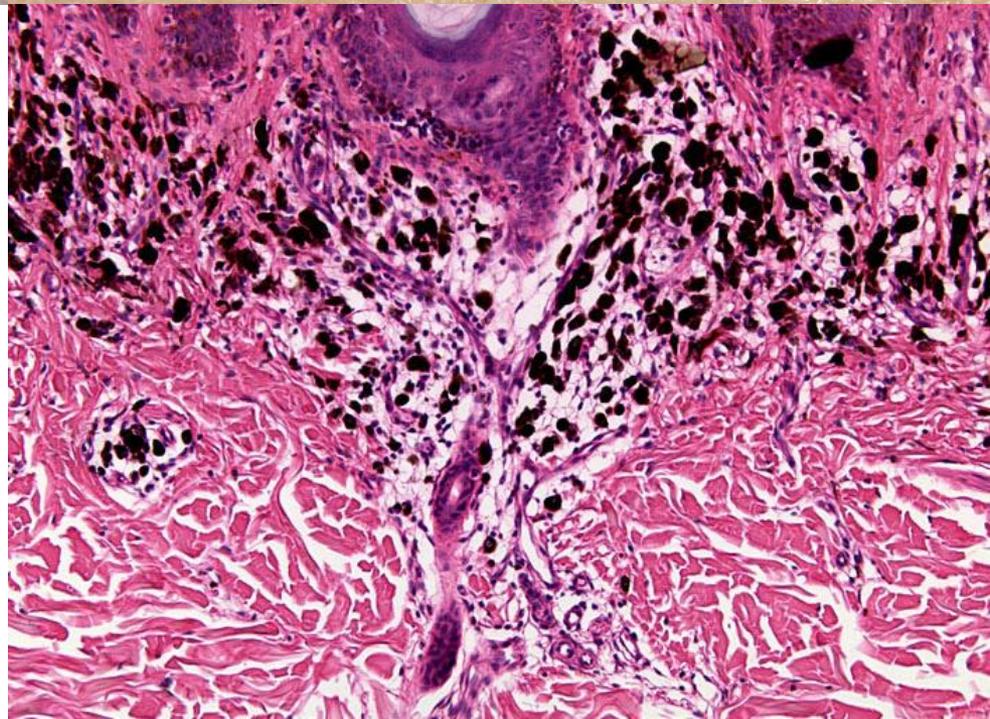
Névrose intradermique

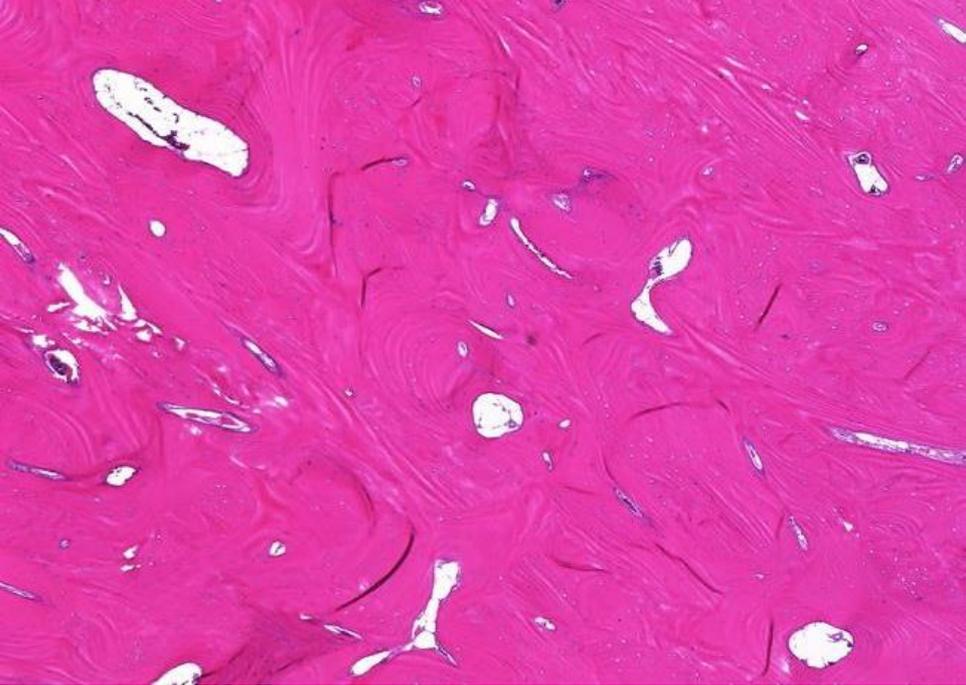
**Névrose composée
(mixte)**





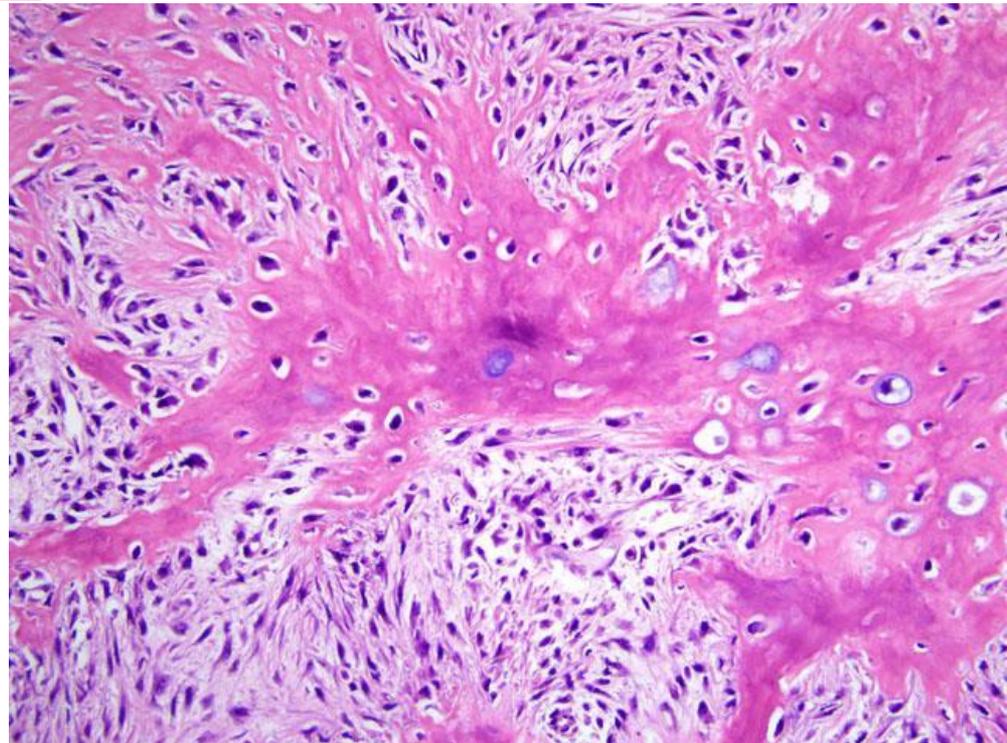
Mélanome

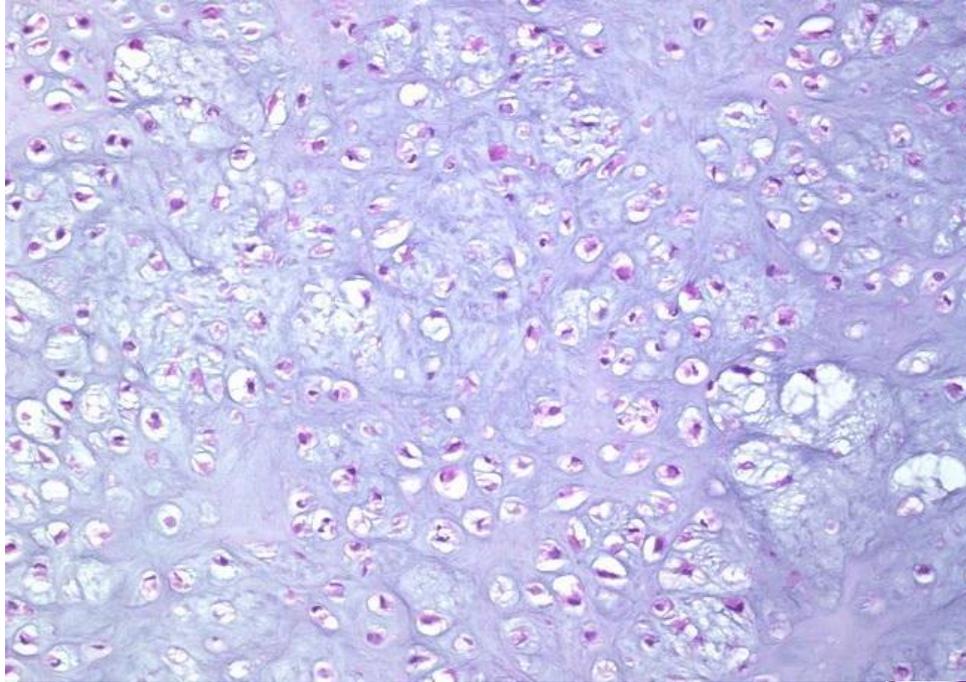




Ostéosarcome

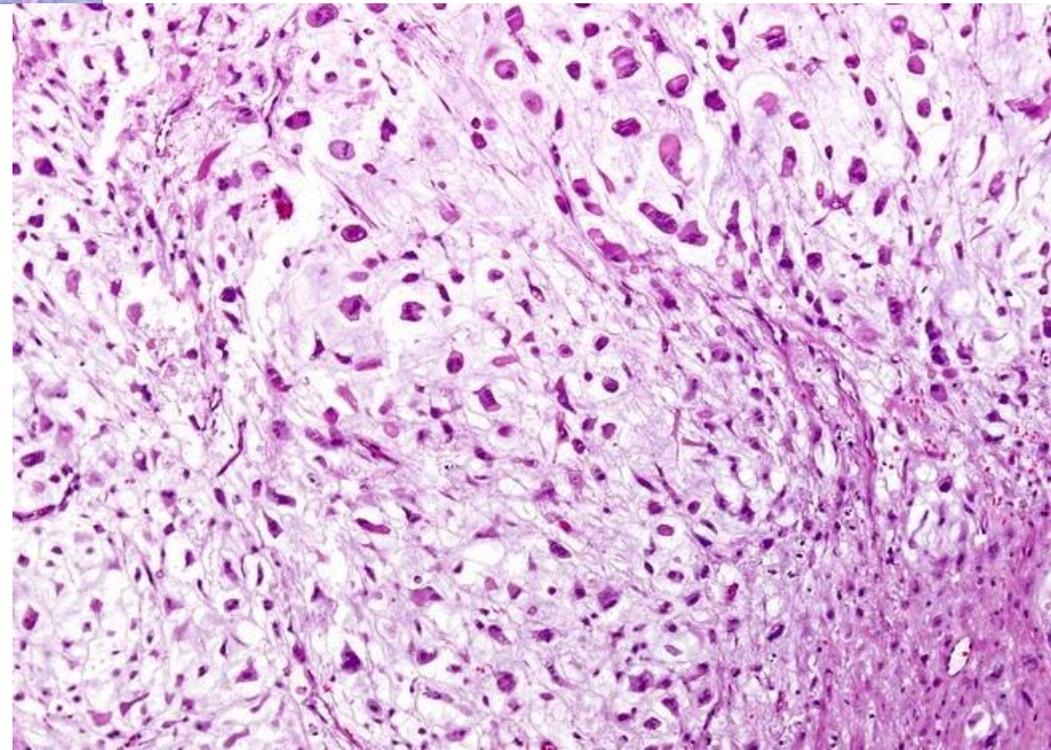
Ostéome ostéoïde

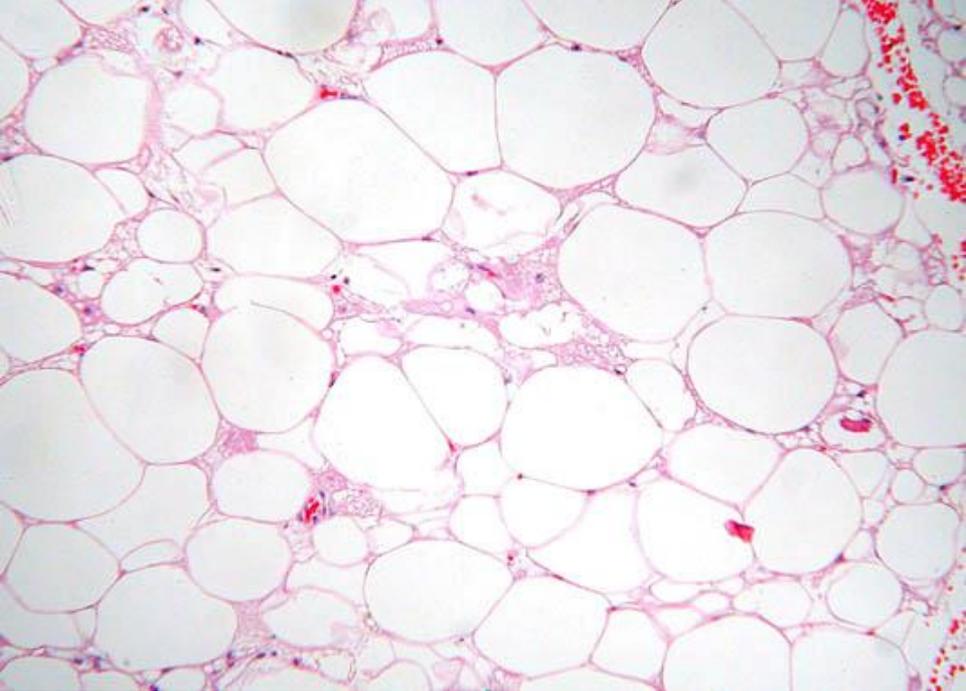




Chondrosarcome

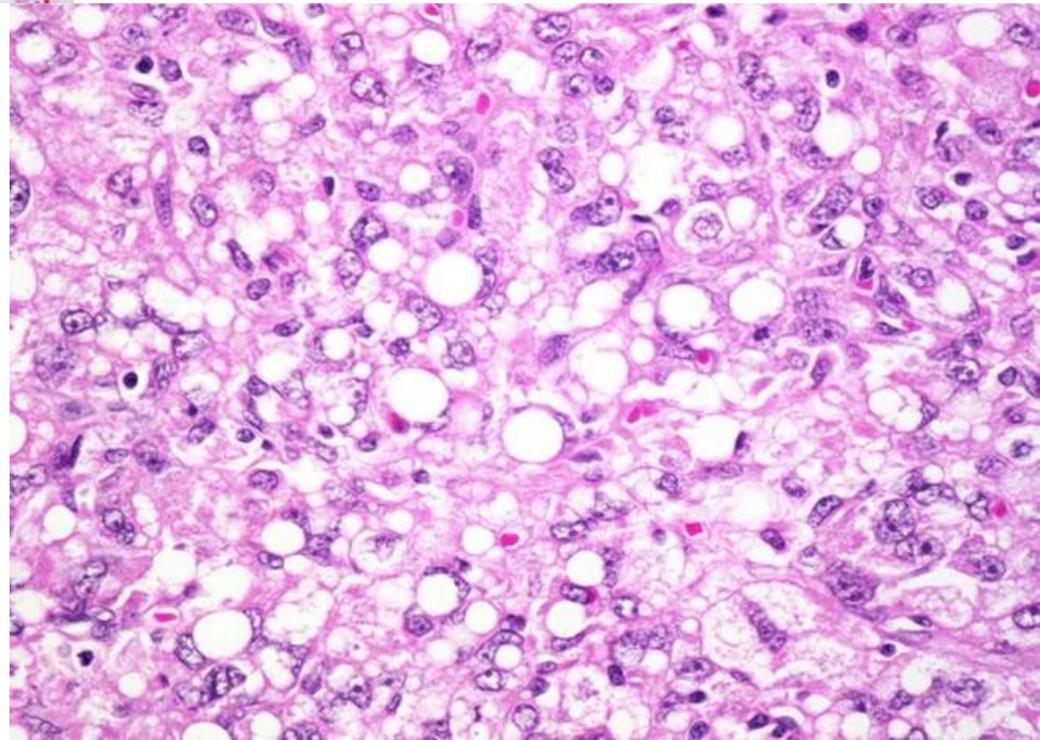
Chondrome

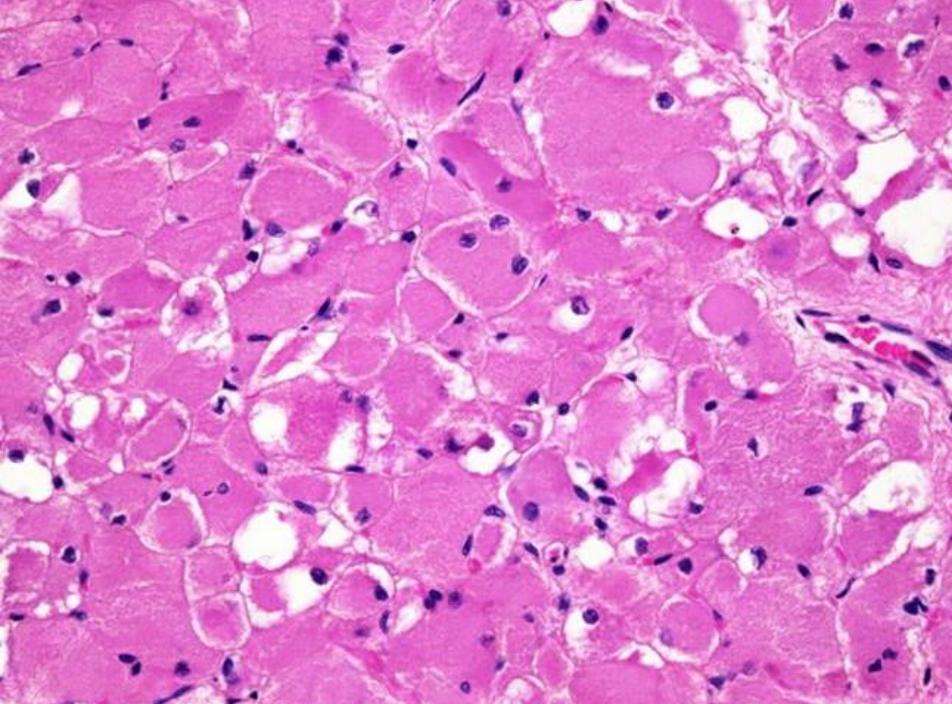




**Liposarcome
pléomorphe**

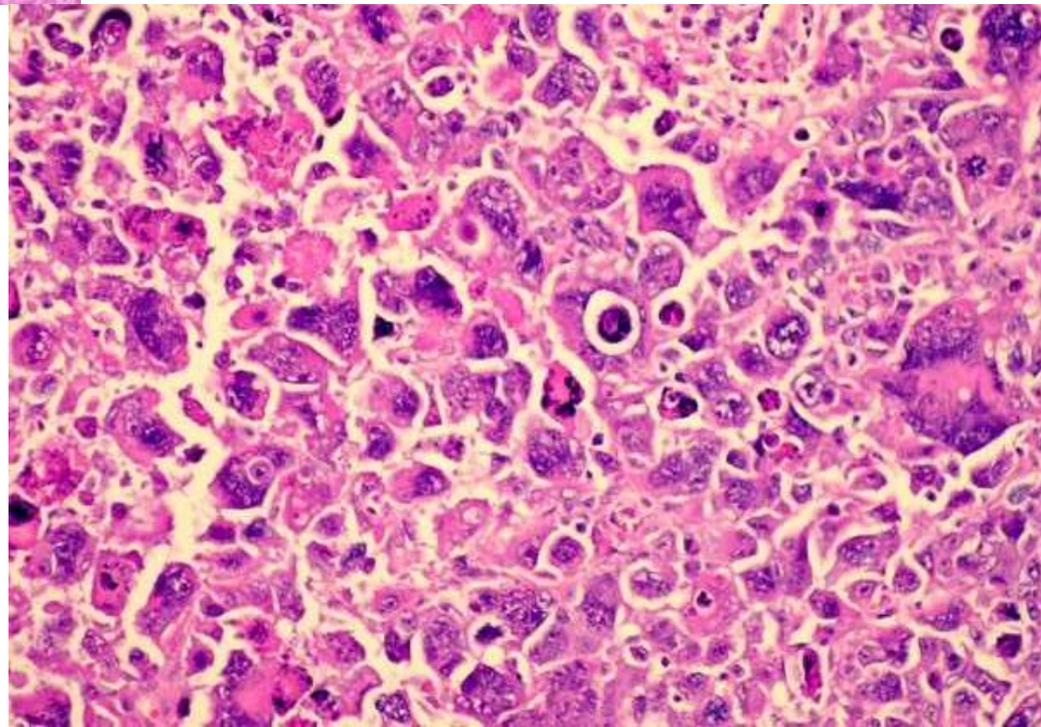
Lipome

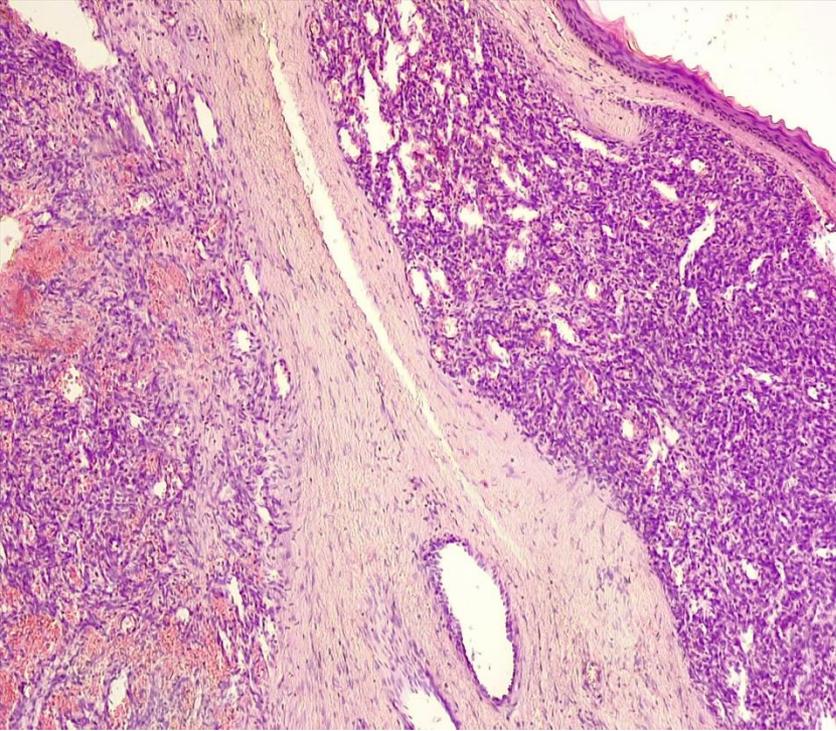




**Rhabdomyosarcome
pleomorphe**

Rhabdomyome





**Hémangiome
capillaire**



- Les maladies cutanées sont fréquentes et variées, allant de l'acné (une affection bénigne mais agaçante) au mélanome (qui a un potentiel létal). Beaucoup sont propres à la peau, mais certaines représentent des manifestations de maladies touchant d'autres tissus, comme le lupus érythémateux ou des syndromes génétiques tels que les neurofibromatoses. Dans ce sens, la peau représente une «fenêtre» unique, facilement accessible, à travers laquelle de nombreuses affections peuvent être observées et reconnues.

- La peau n'est pas seulement un manteau protecteur, mais constitue un organe complexe qui participe activement aux réactions régulatrices cellulaires et moléculaires à la base des interactions du corps avec l'environnement externe. Elle entre constamment en contact avec des antigènes microbiens et non microbiens.

- Celles-ci sont traitées par les cellules de Langhans intraépithéliales, qui transportent leur charge antigénique vers les ganglions lymphatiques régionaux et initient les réponses immunitaires. Les cellules squameuses (kératinocytes) aident à maintenir l'homéostasie cutanée, en assurant une barrière physique contre les agressions de l'environnement environnant et en sécrétant plusieurs cytokines qui influencent à la fois le microclimat épidermique et celui dermique.

Les termes pour les lésions dermiques macroscopiques:

- L'excorication: la lésion traumatique avec solution de continuité au niveau de l'épiderme et produisant un signe rouge, linéaire (une profonde éraflure); souvent autoprédite.
- Lichénification: la peau épaissie et dure, caractérisée par un relief cutané proéminent; généralement le résultat de frictions répétées.
- Macule: lésion plate, circonscrite, d'un diamètre allant jusqu'à 5 mm, qui se distingue de la peau environnante par sa coloration. Si son diamètre dépasse 5 mm, elle est appelée tache.

Papule: lésion surélevée, avec une surface plate ou convexe, d'un diamètre maximum de 5 mm. Si elle a un diamètre supérieur à 5 mm, on l'appelle nodule.

Plaque: lésion surélevée, avec une surface plate, généralement plus grande que 5 mm de diamètre.

Pustule: lésion discrète, surélevée, remplie de pus.

Squame: excroissance sèche, cornée, sous forme de lamelle; généralement le résultat d'une kératinisation imparfaite.

Vésicule: lésion surélevée contenant un liquide, d'un diamètre de 5 mm ou moins; si elle est plus grande, on l'appelle bulle.

Termes de microscopie

Acantolyse: perte de l'adhérence intercellulaire des kératinocytes.

Acantoze: hyperplasie diffuse de l'épiderme.

Dyskeratose: kératinisation anormale, apparue prématurément et touchant certaines cellules individuelles ou groupes de cellules, disposées sous la couche granuleuse.

Hyperkératose: hyperplasie de la couche cornée.

- Lentiginose: prolifération mélanocytaire linéaire le long de la couche basale épidermique ; peut apparaître comme une modification réactive ou comme partie d'un néoplasme mélanocytaire.
- Papillomatose: surélévation causée par l'hyperplasie et l'élargissement des papilles dermiques.
- Parakeratose: kératinisation caractérisée par la persistance des noyaux dans la couche cornée. Au niveau des muqueuses pavimenteuses, comme la muqueuse buccale, la parakeratose est normale.
- Spongiose: œdème intercellulaire épidermique.

Dermatoses inflammatoires aiguës

- Il existe des milliers de types de dermatoses inflammatoires, qui mettent à l'épreuve la précision du diagnostic, même pour les cliniciens les plus expérimentés. En général, les lésions aiguës durent de quelques jours à quelques semaines, et se caractérisent par une inflammation (souvent plus représentée par des cellules mononucléaires que par des neutrophiles, et définie comme aiguë en raison de la durée limitée de son évolution naturelle), un œdème et parfois une atteinte épidermique, vasculaire ou sous-cutanée. Certaines lésions peuvent persister et passer à une phase chronique, tandis que d'autres sont autolimitantes.

Urticaria

- L'urticaire est une affection fréquente médiée par la dégranulation locale des mastocytes, ce qui conduit à une hyperperméabilité des petits vaisseaux dans le derme. Les plaques érythémateuses, œdémateuses et prurigineuses qui en résultent portent le nom de plaques urticariennes.

- Dans la plupart des cas, l'urticaire est le résultat d'une réaction d'hypersensibilité immédiate (type I), dans laquelle les antigènes déclenchent la dégranulation des mastocytes en se liant aux anticorps de type immunoglobuline E, présents à la surface des mastocytes.

- L'urticaire affecte les lèvres, les paupières, les organes génitaux et les extrémités distales. Lorsque le larynx est touché, la maladie peut être dangereuse car elle compromet la perméabilité des voies respiratoires.

- Les caractéristiques histologiques de l'urticaire sont souvent subtiles. Il y a généralement un minime infiltrat inflammatoire superficiel, périvasculaire, avec des cellules mononucléées, des neutrophiles rares et parfois des éosinophiles. L'œdème dermique superficiel provoque un espacement des fibres de collagène.

Urticaire



Urticaire



- La dégranulation des mastocytes, qui se produit normalement autour des veinules dermatologiques superficielles, est difficile à apprécier sur la coloration de routine hématoxyline-eosine, mais peut être mise en évidence par l'utilisation de la coloration de Giemsa.

- L'urticaire affecte les personnes âgées de 20 à 40 ans, mais elle peut survenir à tout âge. En général, les lésions apparaissent et disparaissent en quelques heures, mais les épisodes peuvent persister plusieurs jours, voire plusieurs mois.

Dermatite eczématoïde aiguë

- L'eczéma est un terme clinique qui désigne de nombreuses affections de différentes étiologies. Les lésions nouvelles se présentent sous la forme de papules rouges, souvent avec des vésicules à la surface, qui, par exsudation, forment des croûtes. Avec le temps, ces lésions se transforment en plaques couvertes de squames, en relief. La nature et le degré de ces modifications varient en fonction du sous-type clinique de la maladie:

- La dermatite allergique de contact apparaît à la suite d'une exposition topique à un antigène
- La dermatite atopique est considérée comme résultant de défauts (d'origine génétique) de la fonction barrière des kératinocytes
- La dermatite eczémateuse induite par des médicaments, une réaction d'hypersensibilité à un médicament

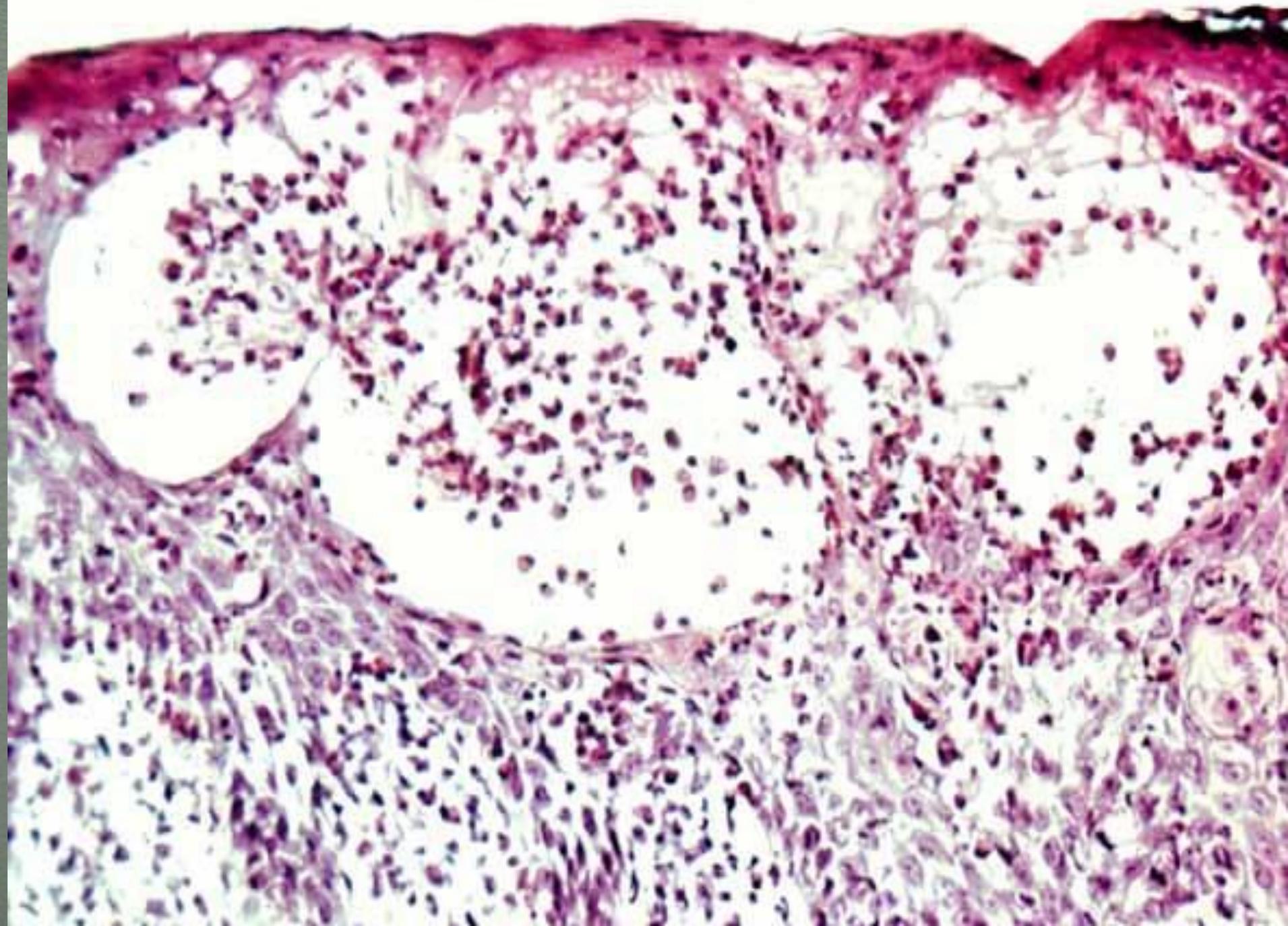
- Dermatite de photosensibilité, où l'eczéma apparaît comme une réaction aux rayons UV ou aux radiations lumineuses du spectre visible
- Dermatite irritante primaire, causée par l'exposition à des substances qui provoquent des lésions cutanées chimiques, physiques ou mécaniques

Dans la dermatite de contact, l'atteinte cutanée est limitée aux zones de contact avec l'agent déclencheur, tandis que dans d'autres formes d'eczéma, les lésions peuvent être largement répandues. La spongiose, ou l'œdème épidermique, est une caractéristique de toutes les formes de dermatite eczémateuse aiguë – d'où le synonyme de dermatite spongiotique.

- Le liquide d'œdème pénètre dans l'épiderme, où il provoque l'éloignement des kératinocytes. Les ponts intercellulaires sont allongés, deviennent plus proéminents et sont plus faciles à visualiser. Ce changement est accompagné d'un infiltrat lymphocytaire périvasculaire superficiel, d'un œdème des papilles dermiques et de dégranulation des mastocytes.







Lichen simple chronique

- Le lichen simple chronique se manifeste par un épaissement de la peau, qui prend un aspect semblable à celui du lichen sur un arbre. Il représente une réponse à des traumatismes locaux répétés, tels que des frottements ou des grattages continus. La pathogenèse du lichen simple chronique n'a pas été élucidée, mais on suppose que les traumatismes induisent une hyperplasie épithéliale et, en fin de compte, des cicatrices dermiques.

- Le lichen simple chronique se caractérise par une acanthose, une hyperkératose et une hypergranulose. De plus, il y a un allongement du réseau interpapillaire, une fibrose du derme papillaire et un infiltrat inflammatoire dermique chronique. Il est important de noter que ces lésions ressemblent à la peau normale volaire (plamée ou plantaire), où l'épaississement cutané est une adaptation au stress mécanique répétitif.

Pemphigus (vulgaire et foliacé)

- Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune rare, qui survient à la suite de la perte des liens intercellulaires normaux au niveau de l'épiderme et de l'épithélium des muqueuses pavimenteuses.

Il existe trois variantes principales:

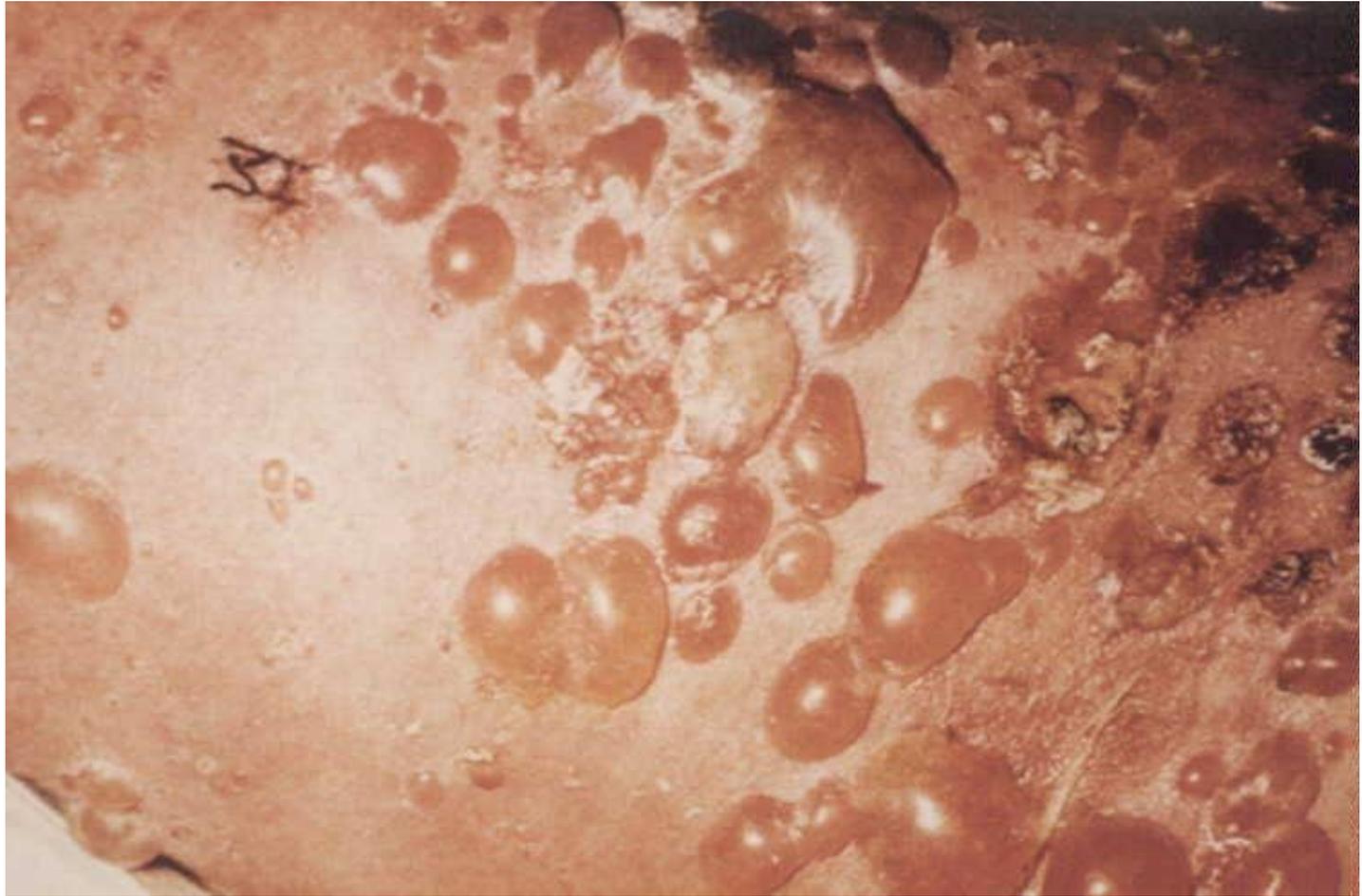
- Pemphigus vulgaire (le type le plus courant)
- Pemphigus foliaceus
- Pemphigus paranéoplasique

- Le pemphigus vulgaire, de loin le type le plus courant, concerne à la fois la muqueuse et le tegument, en particulier celui qui couvre l'omoplate, le visage, les aisselles, les organes génitaux, le tronc et les zones de pression. Les lésions se présentent sous forme de vésicules et de bulles superficielles, flasques, qui se rompent facilement et laissent une érosion profonde, étendue, recouverte d'une croûte séreuse.

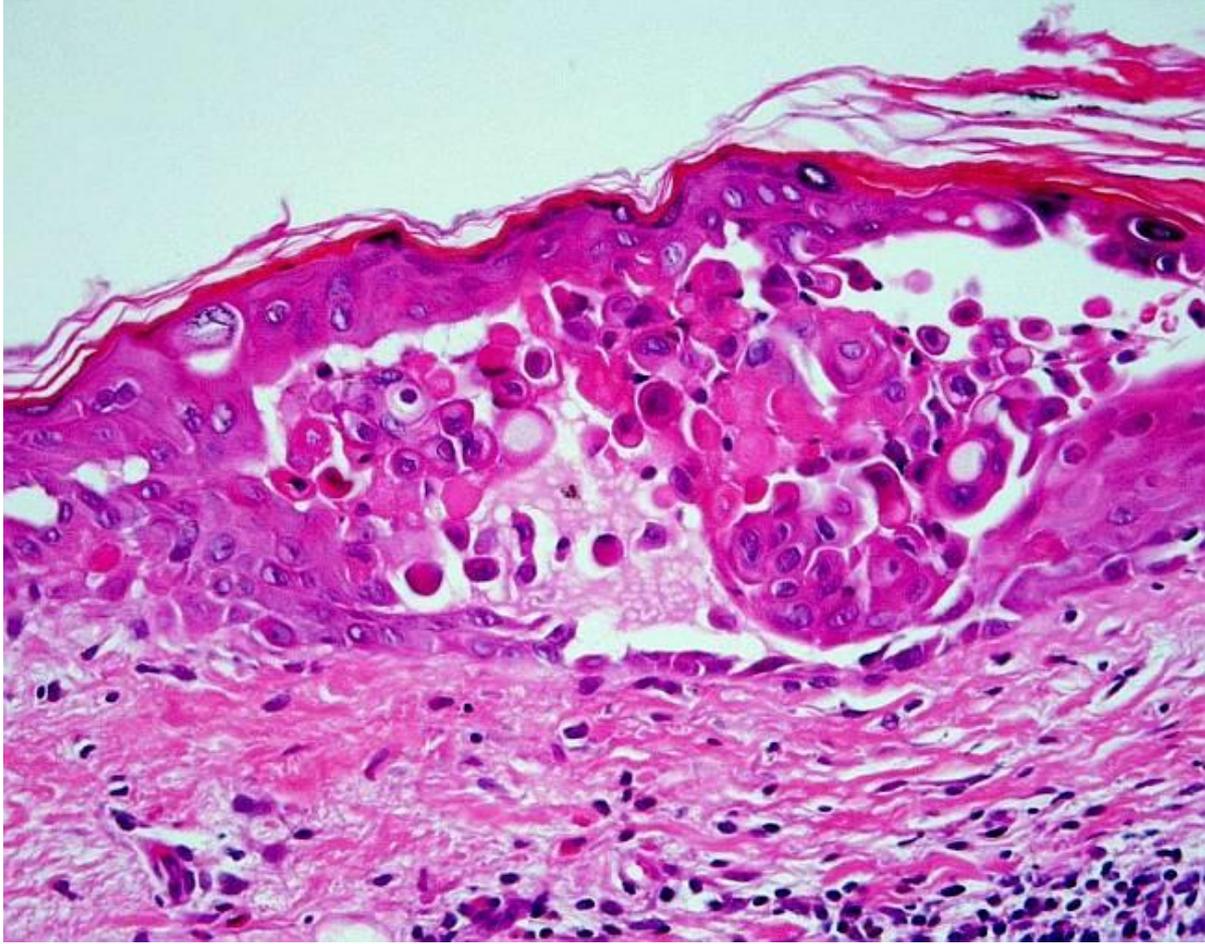
- Le pemphigus folliculaire, une forme rare de pemphigus, plus bénigne, se caractérise par des bulles limitées au niveau de la peau, avec une atteinte moins fréquente des muqueuses. Dans cette affection, les vésicules sont superficielles, de sorte que l'on observe plusieurs zones d'érythème et de croûtes des vésiculations rompues.

- Dans toutes les formes de pemphigus, le dénominateur commun histologique est l'acanthose, la lyse des jonctions intercellulaires qui assurent l'adhérence entre les cellules épithéliales squameuses voisines, entraînant l'apparence arrondie des cellules détachées.

• Dans le pemphigus vulgaris, l'acanthose implique sélectivement la couche cellulaire juste au-dessus de la couche basale, avec formation d'une vésicule acantholytique supra-basale. Dans le pemphigus foliaceus, l'acanthose implique sélectivement l'épiderme superficiel au niveau de la couche granuleuse. Toutes les formes de pemphigus sont accompagnées d'un infiltrat inflammatoire dermique superficiel variable, composé de lymphocytes, macrophages et éosinophiles.







Psoriasis

- Le psoriasis est une maladie auto-immune multifactorielle, à laquelle contribuent à la fois des facteurs génétiques et environnementaux. La lésion typique est une plaque bien délimitée, de couleur rose, recouverte de squames blanc-argenté qui peuvent être facilement enlevées.

- On observe un épaissement marqué de l'épiderme (acanthose), avec un allongement uniforme des crêtes épidermiques. L'aspect de cette extension en profondeur a été comparé à des "éprouvettes dans un support". Le taux accru de régénération épidermique et l'absence de maturation entraînent la perte de la couche granuleuse et une parakératose excessive.

- On observe également l'atrophie de l'épiderme qui recouvre le sommet des papilles dermiques (atrophie suprapapillaire), ainsi que la présence de vaisseaux dilatés et sinueux au niveau des papilles. Ces vaisseaux saignent légèrement lors du retrait des squames, ce qui entraîne l'apparition de nombreuses hémorragies ponctuelles.

- Les neutrophiles forment de petits agrégats à la fois dans l'épiderme superficiel spongieux et dans la couche cornée parakeratotique. Des modifications similaires peuvent également être présentes dans les infections fongiques superficielles, qui doivent être exclues par des colorations spéciales.

- Le psoriasis affecte le plus souvent la peau qui recouvre les coudes, les genoux, le cuir chevelu, les zones lombaires et sacrées, le sillon interfessier et le gland du pénis. Les modifications des ongles des doigts des mains et des pieds apparaissent dans 30 % des cas. Dans la majorité des cas, le psoriasis a une distribution limitée, mais il peut également exister des formes graves avec des atteintes étendues.

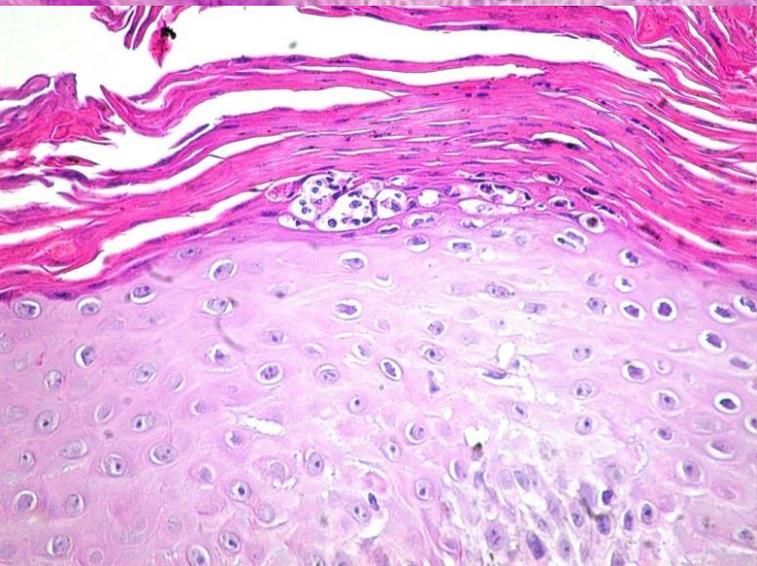
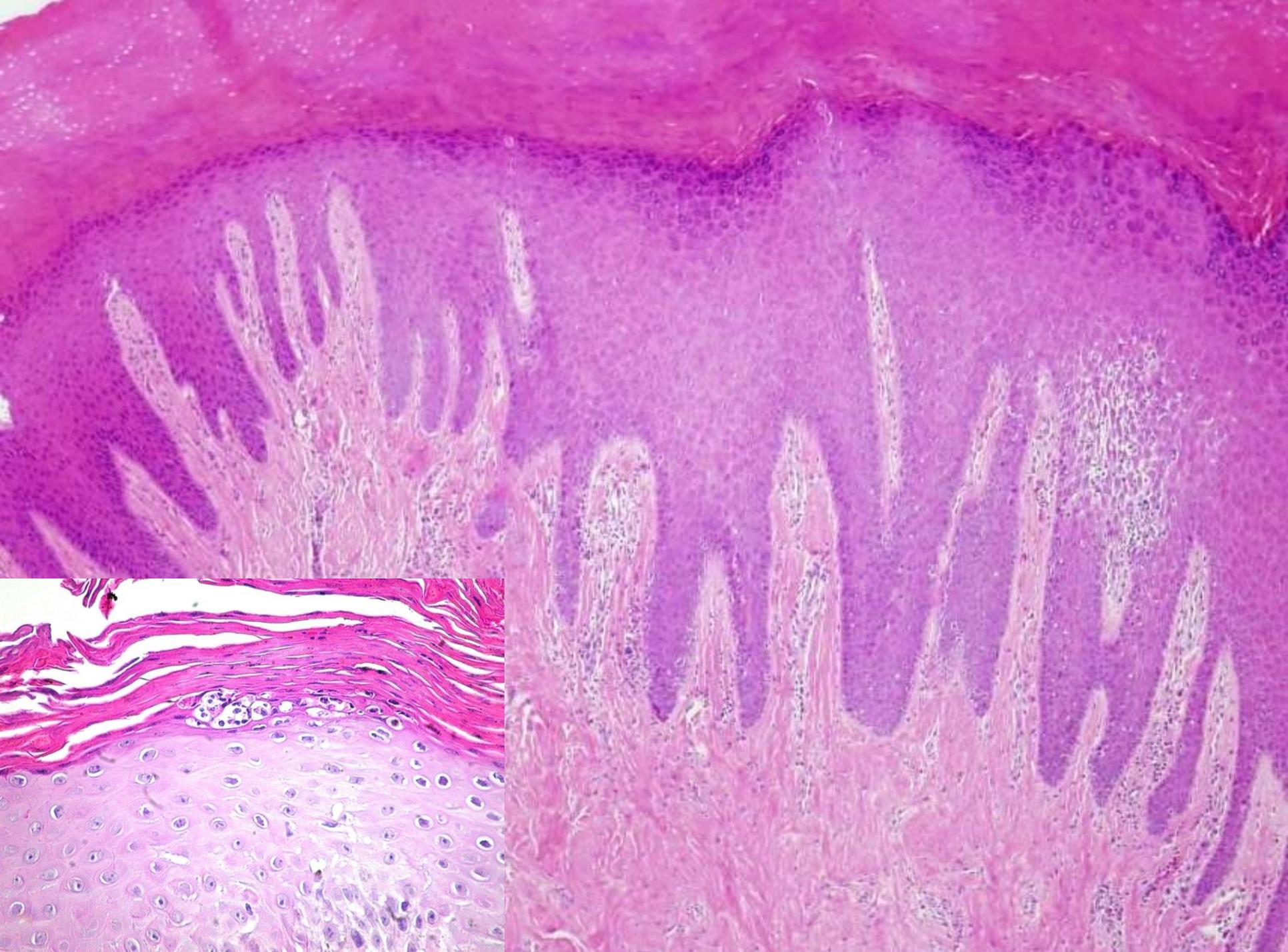




DERMATITE DE STASE



DERMATITE DE STASE



Tumeurs bénignes et prémalignes

Kératose séborrhéique.

Ces tumeurs épidermiques pigmentées sont fréquemment rencontrées et apparaissent généralement chez des personnes d'âge moyen ou avancé. Elles apparaissent spontanément et sont nombreuses principalement au niveau du tronc, mais peuvent également apparaître sur les extrémités, la tête et le cou.

- Les chéloïdes séborrhéiques sont des plaques rondes, exophytes, de forme multiple, dont le diamètre varie de quelques millimètres à quelques centimètres et qui semblent être collées. Elles sont de couleur brun clair à brun foncé et ont une surface veloutée ou granuleuse. Parfois, la couleur foncée suggère un mélanome, ce qui nécessite une excision chirurgicale.

- Au niveau microscopique, les kératoses séborrhéiques sont composées de zones uniformes de petites cellules, qui ressemblent aux cellules de la couche basale de l'épiderme normal. Ces cellules basaloïdes présentent une pigmentation mélanique variable, qui confère la couleur brune observée macromiquement.

- À la surface, il existe une hyperkératose, et la présence de petits kystes remplis de kératine (kystes cornés) ainsi que l'apparition de kératine en profondeur dans la masse tumorale principale (pseudo-kystes cornés) sont des caractéristiques spécifiques.

Kératose actinique

- Les tumeurs malignes de l'épiderme peuvent être précédées par une série de modifications dysplaques progressives. Étant donné que ces lésions sont généralement le résultat d'une exposition chronique à la lumière solaire et sont associées à une hyperkératose, on les appelle kératoses actiniques.

- Le fait que toutes les kératoses actiniques évoluent avec le temps vers un carcinome n'est qu'une hypothèse. De nombreuses lésions régresse ou restent stables. Cependant, un nombre suffisamment élevé se malinise, ce qui justifie leur excision locale.

- En général, les kératoses actiniques sont des lésions d'un petit diamètre de 1 cm, de couleur brun clair ou rouge et rugueuses au toucher (comme du papier de verre). Au niveau microscopique, les portions inférieures de l'épiderme présentent une atypie cytologique, souvent associée à une hyperplasie des cellules de la couche basale ou à une atrophie et un amincissement diffus de l'épiderme.

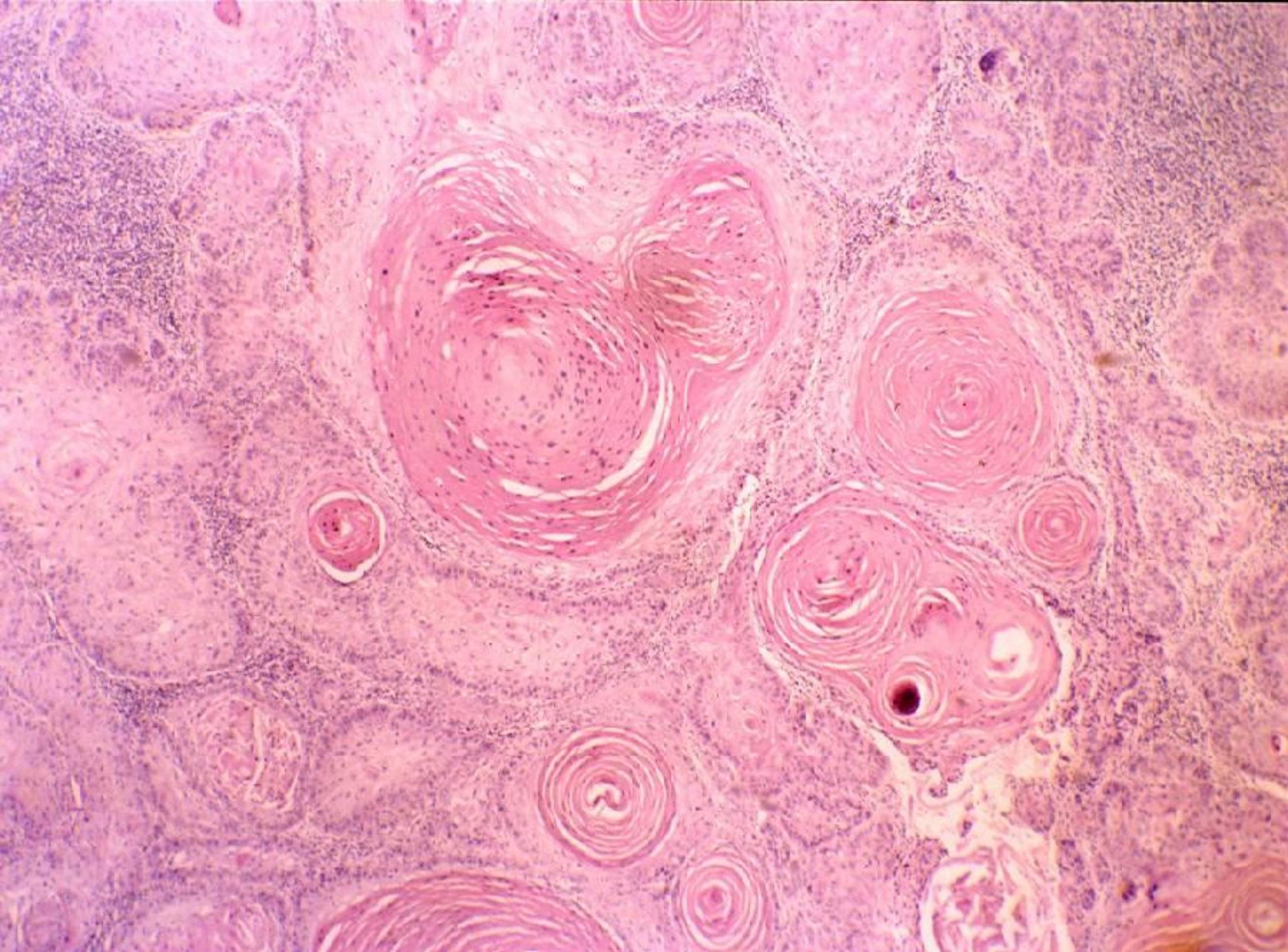
- Le derme contient des fibres élastiques épaissies, gris-bleu (élastose solaire), résultat de lésions solaires chroniques. La couche cornée est épaissie, avec persistance des noyaux (parakératose). Dans certaines lésions, il existe une atypie sur toute l'épaisseur de l'épiderme. De telles lésions sont considérées comme des formes de carcinome spinocellulaire in situ.

Tumeurs épidermiques malignes

Le carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde est une tumeur fréquente qui apparaît chez les personnes âgées, sur les régions exposées au soleil. Ces tumeurs ont une incidence plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Parmi les facteurs prédisposants, en plus de la lumière du soleil, on trouve également les carcinogènes industriels (goudrons et produits pétroliers), les ulcères chroniques, les anciennes cicatrices résultant de brûlures, l'ingestion d'arsenic et les radiations ionisantes.

- Comme les carcinomes épidermoïdes à d'autres localisations, ceux cutanés peuvent être précédés de lésions in situ. Les carcinomes épidermoïdes in situ se présentent sous forme de plaques bien délimitées, rouges, recouvertes de squames. Les lésions invasives avancées sont nodulaires, présentent une desquamation variable et peuvent ulcérer.

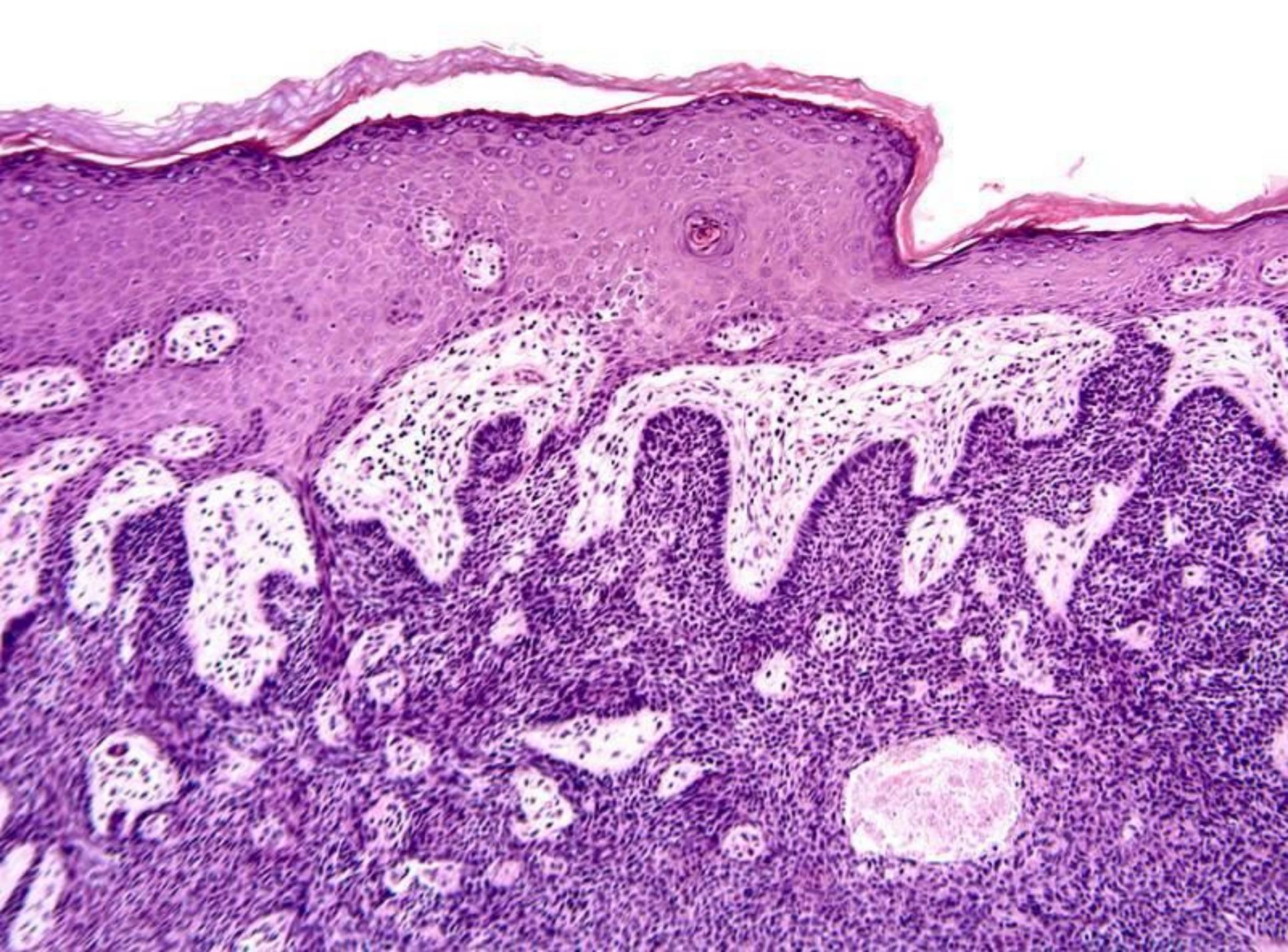


Carcinome basocellulaire

- Le carcinome basocellulaire est un cancer à croissance lente, qui métastase rarement. Il a tendance à apparaître sur les surfaces exposées de manière chronique au soleil et chez les individus à la peau claire.
- Macroscopiquement, le carcinome basocellulaire présente l'aspect d'une papule perlée, avec des vaisseaux sanguins proéminents, dilatés, sous-épidermiques (télangiectasies).

- Certaines tumeurs contiennent de la mélanine et ont alors un aspect semblable à celui des nævi mélanocytaires ou des mélanomes. Au microscope, les cellules tumorales ressemblent aux cellules normales de la couche basale de l'épiderme dont elles proviennent. Étant donné qu'elles prennent naissance soit dans l'épiderme, soit dans l'épithélium folliculaire, ces tumeurs n'apparaissent pas sur les muqueuses.

- Deux aspects plus fréquents se rencontrent : des lésions multifocales, d'origine épidermique (type superficielles), ou des lésions nodulaires, qui se développent en profondeur vers le derme, sous forme de cordons et d'îlots de cellules à basophilie variable, avec des noyaux hyperchromiques, entourés d'une matrice stromale fibreuse ou mucoïde.



Proliférations mélanocytaires

Nævus mélanocytaire

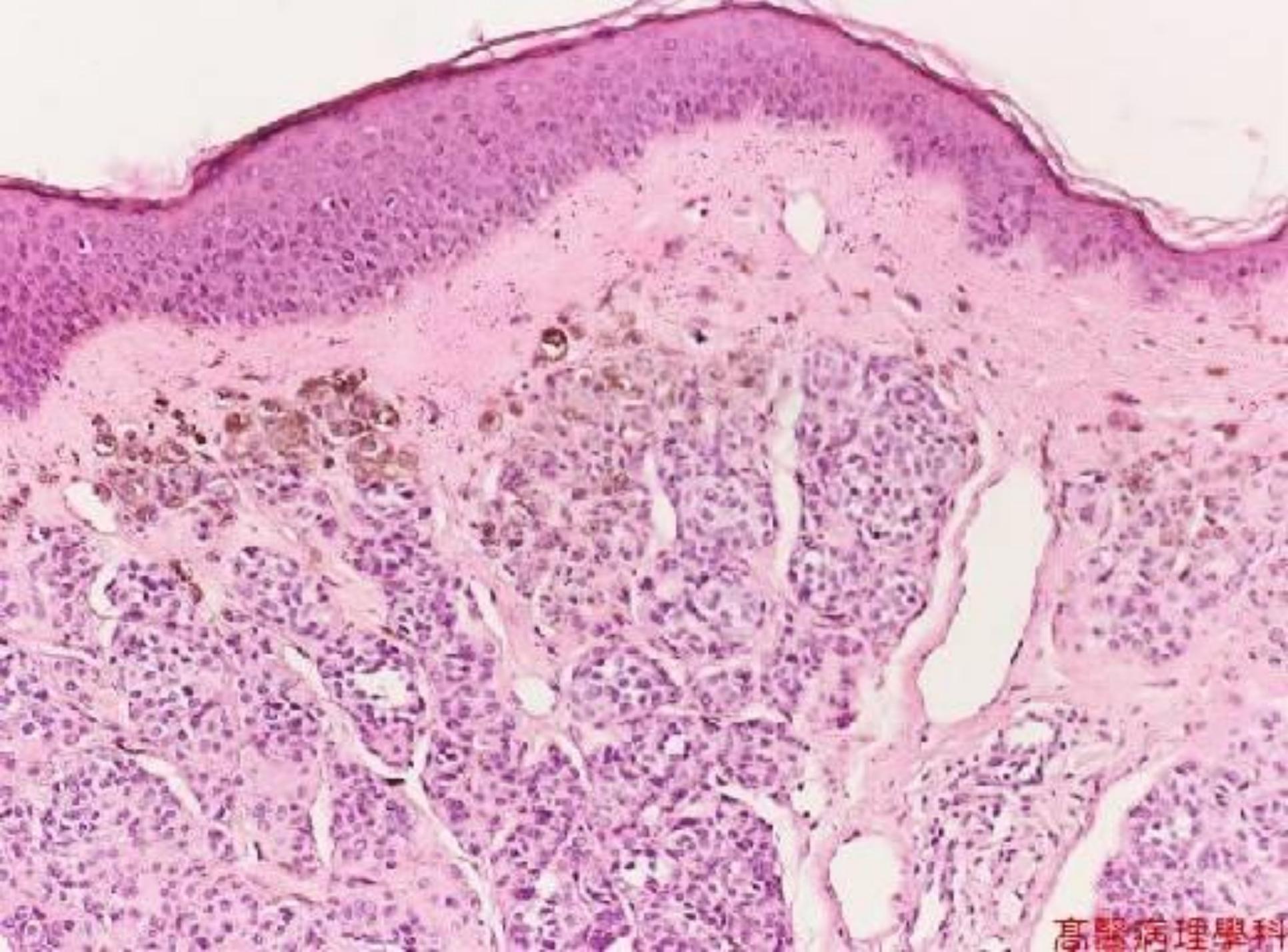
Strictement parlant, le terme de nævus désigne toute lésion cutanée congénitale. Cependant, le nævus mélanocytaire fait référence à toute tumeur mélanocytaire bénigne, congénitale ou acquise.

- Les naevi mélanocytaires ordinaires sont de petites papules (d'un diamètre maximal de 5 mm), uniformément pigmentées, de couleur brun clair ou foncé, avec des bords arrondis, bien définis. Les lésions précoces sont composées de cellules rondes à ovales, qui croissent en « nids » le long de la jonction dermo-épidermique.

- Les noyaux sont uniformes et ronds, contiennent des nucléoles rares et présentent une activité mitotique faible ou absente. De telles lésions précoces sont appelées nævi jonctionnels. Enfin, la plupart des nævi jonctionnels croissent dans le derme sous-jacent, sous forme de niches ou de cordons cellulaires (nævi composés), et dans les lésions plus anciennes, les niches épidermiques peuvent disparaître complètement, donnant ainsi naissance à des nævi dermiques.



**Név
intradermique**





Nevus displasique

Les nevi displasiques peuvent être sporadiques ou familiaux. Les nevi displasiques sont plus grands que la plupart des nevi acquis (diamètre supérieur à 5 mm) et peuvent être présents par centaines. Ils se présentent sous forme de macules planes ou de papules légèrement surélevées, avec une surface papillomateuse. Ils ont généralement une pigmentation variable (polychromie) et des bords irréguliers.

- Microscopique, la plupart des nævi displasiques sont des nævi composés, avec des atypies architecturales et cytologiques. Les amas de cellules næviques dans l'épiderme peuvent être grands et peuvent fusionner ou confluer anormalement avec ceux adjacents (par formation de ponts). Dans le cadre de ce processus, les cellules næviques individuelles commencent à remplacer la couche cellulaire basale normale située le long de la jonction dermoépidermique, produisant la soi-disant hyperplasie lentigineuse.

- On observe fréquemment une atypie cellulaire, caractérisée par des noyaux à contour irrégulier, souvent angulés et hyperchromes. Des lésions associées apparaissent également dans le derme superficiel. Elles consistent en un infiltrat lymphocytaire réduit, une libération de pigment mélanique, qui est phagocyté par les macrophages dermiques, et une fibrose linéaire, qui entoure les nids épidermiques de mélanocytes. Ces modifications dermiques représentent les éléments de la réponse de l'hôte à ces lésions.

Le mélanome

Le mélanome est moins fréquent, mais plus létal que les carcinomes basocellulaires ou spinocellulaires.

Contrairement aux nævi bénins, les mélanomes présentent des variations importantes de pigmentation, dont des nuances de noir, marron, rouge, bleu foncé et gris.

- Les marges sont irrégulières et souvent «dentelées». Au microscope, les cellules malignes s'organisent en grappes mal délimitées ou isolées, à tous les niveaux de l'épiderme et sous la forme de nodules dermiques envahissants. Celles-ci constituent les phases de croissance rapide et, respectivement, verticale.

- La nature et le degré d'extension de la phase de croissance verticale déterminent le comportement biologique du mélanome. En enregistrant ces variables et d'autres, il est possible de déterminer le pronostic avec une assez grande précision.

- En général, les cellules des mélanomes sont considérablement plus grandes que les cellules des naevi. Elles ont de grands noyaux, à la contour irrégulier, une chromatine dense, disposée vers la périphérie de la membrane nucléaire et des nucléoles éosinophiles bien visibles. Les tests immunohistochimiques peuvent être utiles pour identifier les métastases.

Mélanom



