

Le cancer de la peau

Maurice Thompson and Josée Malboeuf

Volume 57, Number 2, 1989

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1104703ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1104703ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Thompson, M. & Malboeuf, J. (1989). Le cancer de la peau. *Assurances*, 57(2), 255–263. <https://doi.org/10.7202/1104703ar>

Chronique de tarification des risques

par

Maurice Thompson⁽¹⁾

et

Josée Malboeuf⁽²⁾

255

Le cancer de la peau

Contrairement à d'autres types de cancers, le cancer de la peau peut être décelé très facilement par un simple examen de la peau. On peut donc le reconnaître dès le début et, de ce fait, son taux de guérison est très élevé, soit bien au-dessus de 95%.

Il existe plusieurs causes connues du cancer non mélanique de la peau, dont :

- les carcinogènes chimiques ;
- les rayons ultraviolets (UV) ;
- la radiation ;
- la déficience ou la suppression immunologique.

Les cicatrices, y compris les cicatrices de brûlures, et l'inflammation chronique sont également carcinogènes, bien que les stimuli qui entrent en jeu soient inconnus.

Comme vous le savez probablement, les rayons ultraviolets représentent le plus grand stimulus carcinogène pour la peau. La perforation de la couche d'ozone présente actuellement un problème sérieux à cause du surcroît de rayons ultraviolets qu'elle peut provoquer.

En ce qui concerne les cancers de la peau, il faut garder à l'esprit leur potentiel d'envahissement et de propagation. De plus, ils peuvent entraîner une invalidité grave, et même la mort.

⁽¹⁾ M. Maurice Thompson est directeur de la Tarification à La Nationale, Compagnie de Réassurance du Canada.

⁽²⁾ M^{me} Josée Malboeuf est tarificateur sénior à La Nationale, Compagnie de Réassurance du Canada.

Quoique rare, la propagation locale ainsi que les métastases éloignées de carcinomes baso-cellulaires ont été documentées. Quant aux carcinomes épidermoïdes, cette incidence est d'environ 0,5% à 3,3%.

Quelques statistiques

256

Aux États-Unis, l'incidence annuelle du cancer de la peau chez la population de race blanche est d'environ 165/100 000 personnes, soit 300 000 nouveaux cas chaque année. Au Canada, les statistiques de 1985 montrent que 17 210 personnes furent diagnostiquées d'un cancer de la peau (7 800 femmes et 9 410 hommes). De ce nombre, 240 femmes et 320 hommes sont décédés des suites de la maladie. Malgré tout, le taux de guérison du cancer de la peau dépasse 95%.

Types de carcinomes

Carcinomes baso-cellulaires

Les carcinomes baso-cellulaires sont de loin le type de cancer de la peau le plus répandu. Aux États-Unis, ils représentent 75% des cas dans les états du Sud et plus de 90% des cas dans le Nord.

Les lésions sont généralement lisses, luisantes, ayant un aspect perlé, et présentent des vaisseaux télangiectasiques qui apparaissent souvent directement sous la surface. Il n'y a généralement aucune sensibilité ou douleur, même dans les cas d'ulcération.

Il est rare que les carcinomes baso-cellulaires se propagent.

Ils peuvent toutefois envahir les tissus sous-cutanés, touchant les structures neuro-vasculaires et envahissant parfois les os. Lorsqu'ils sont situés sur la tête, ces carcinomes peuvent s'infiltrer par le crâne pour atteindre le cerveau.

Carcinomes épidermoïdes

Les carcinomes épidermoïdes sont des lésions érythémateuses qui peuvent être confondues avec le psoriasis, l'eczéma, les infections et les traumatismes.

Pour ce qui est des parties du corps exposées au soleil, ces carcinomes apparaissent sur les régions de la peau les plus fortement irradiées, comme le dessus du nez, le front, le bout de l'oreille, la lèvre inférieure et le dos des mains.

Ces lésions sur la surface de la peau ont à peu près le même degré de malignité biologique que les carcinomes baso-cellulaires, et présentent rarement des signes de métastases. Les patients immunosupprimés sont toutefois une exception à cette règle.

Les carcinomes épidermoïdes sur une peau relativement peu ou pas exposée au soleil présentent une malignité biologique beaucoup plus grande et une fréquence métastatique considérablement plus élevée.

Il existe deux autres types de carcinomes épidermoïdes : les carcinomes in situ et la kératose actinique. Cette dernière est une lésion pré-maligne.

257

Ces lésions apparaissent toujours sur une peau exposée au soleil et prennent la forme de plaques rouges et rugueuses très peu surélevées.

Puisque la kératose actinique est une lésion pré-maligne, les patients sont plus susceptibles de souffrir de carcinomes baso-cellulaires ou épidermoïdes. Ainsi, lorsqu'un tel diagnostic est rendu, il faut s'assurer que le médecin a fait subir au patient un examen complet.

Les carcinomes in situ semblent presque toujours inoffensifs. Bien démarquées, ces plaques érythémateuses sont légèrement surélevées.

Il est important de retenir que les lésions in situ apparaissant sur une peau non exposée au soleil sont plus significatives, et peuvent indiquer une malignité interne.

Maladie de Bowen

La maladie de Bowen est une variante du carcinome épidermoïde in situ. Elle prend la forme d'une plaque érythémateuse asymptomatique, bien démarquée et légèrement surélevée. Pour fins de tarification, il n'est pas nécessaire de différencier ce type particulier de carcinome épidermoïde in situ des autres types de carcinomes du même genre.

Kérato-acanthome

Le kérato-acanthome est une lésion particulière d'un grand intérêt du point de vue clinique. Il apparaît généralement très rapide-

ment, dans l'espace de deux à trois semaines, sur un endroit exposé au soleil où il n'y a aucune lésion déjà existante. Il prend la forme d'un nodule rouge et lisse avec un bouchon central kératineux qui peut parfois avoir été arraché.

Ces lésions ne se propagent jamais. Elles soulèvent toutefois un problème du point de vue clinique puisqu'elles sont très difficiles à différencier des carcinomes épidermoïdes qui, eux, peuvent se répandre. S'il y a des doutes, il est recommandé de procéder à une biopsie. Toute pathologie douteuse doit être traitée comme s'il s'agissait d'un carcinome épidermoïde.

258

Maladie de Paget (non mammaire)

La maladie de Paget (non mammaire) présente une histogénèse contestée. Selon certains, il s'agit d'une métastase épidermique d'un carcinome sous-jacent. D'autres croient que cette maladie est une dédifférenciation épidermique localisée qui se propage vers le bas aux conduits glandulaires ou aux glandes elles-mêmes.

Ces lésions se trouvent généralement partout où il y a des glandes sudoripares apocrines, notamment dans la région anogénitale, l'aisselle et l'aréole du sein.

On doit au moins attribuer à ces lésions le statut de carcinome in situ. Il faut également envisager la possibilité qu'il s'agisse d'une métastase épidermique superficielle provenant d'un adénocarcinome sous-jacent.

De toute évidence, une métastase peut provenir de ces lésions, bien que les statistiques sur le nombre de ces cas soient peu révélatrices.

Diagnostics et stades

En ce qui concerne le carcinome baso-cellulaire, le stade est défini à la suite d'un examen physique afin de déterminer la taille de la lésion et son degré d'envahissement. Si la lésion a envahi des faisceaux neuro-vasculaires, les os, le cerveau, etc., des examens plus poussés devront être considérés.

Étant donné la faible incidence de métastases provenant d'un carcinome baso-cellulaire, on ne conseille généralement rien de plus

qu'un examen physique, à moins qu'un indice ou un symptôme justifie un examen plus approfondi.

Dans le cas des carcinomes épidermoïdes, on doit procéder à un examen méticuleux des ganglions au moment de l'examen physique.

Un tel examen de contrôle devrait suffire dans le cas de lésions sur les parties du corps exposées au soleil et pour lesquelles le risque de métastases est plutôt bas. En ce qui concerne les lésions sur la peau non exposée au soleil, particulièrement dans la région anogénitale, plusieurs examens peuvent être prescrits afin de déterminer les risques de métastases : scintigraphie au gallium, lymphangiogrammes, scintigraphies du foie et de la rate et radiographie des poumons.

259

Pour les carcinomes épidermoïdes in situ, aucune intervention majeure n'est nécessaire si ce n'est l'ablation de la lésion qui apparaît sur la peau exposée au soleil. Lorsque la lésion est sur une région de la peau qui n'est pas exposée au soleil, on doit envisager la possibilité qu'il y ait une malignité interne sous-jacente ayant une histologie non reliée. L'évaluation dépendra des résultats des examens de dépistage à la suite de l'étude du cas et de l'examen physique.

Le diagnostic de kérato-acanthome est établi par le biais de l'apparence clinique et de l'histopathologie. Seule l'excision de la lésion est nécessaire.

Biopsie

Le diagnostic est établi par le biais d'une biopsie. Il peut s'agir d'une biopsie par incision ou par excision. Une biopsie par incision ne prend qu'une portion de la lésion alors qu'une biopsie par excision enlève la lésion en entier.

Traitement

Les cinq principaux types de traitement du cancer de la peau sont :

- l'électrochirurgie (curetage et électrodissection) ;
- l'excision et la chirurgie de suture par obturation ;
- la radiothérapie ;
- la cryochirurgie ;
- la chirurgie selon la technique de Moh.

Le choix d'un traitement doit tenir compte des facteurs suivants :

- le type de cellule ;
- la taille et la profondeur ;
- la localisation ;
- la durée ;
- tumeur primaire ou récidivante ;
- tumeur simple ou multiple ;
- le degré de dommage causé par le soleil à la peau adjacente ;
- l'âge et l'état de santé général du patient.

260

Chimiothérapie topique

L'application topique de 5 - Fluorouracil (5-FU) s'avère une excellente thérapie contre la kératose actinique.

Son utilisation est toutefois controversée lorsqu'il s'agit d'autres formes de cancer de la peau, comme les carcinomes épidermoïdes et les carcinomes baso-cellulaires.

L'épaisseur de ces cancers de la peau est telle que des concentrations adéquates de 5-FU n'atteignent pas la profondeur nécessaire pour détruire complètement les carcinomes. De plus, cette méthode présente un taux d'échec élevé.

Examens de relance

Plusieurs raisons expliquent l'importance de procéder à des examens de relance complets pendant 5 ans après le traitement d'un cancer de la peau :

- Une récurrence possible peut être décelée par le médecin bien avant que le patient ne remarque une anomalie.
- Plus une récurrence est traitée rapidement, meilleures sont les chances de guérison après la deuxième intervention chirurgicale.
- Un patient qui souffre d'un ou de plusieurs cancers de la peau sur une région exposée au soleil présente un plus grand risque de développer des cancers de la peau aux mêmes endroits.

Selon une étude récente (1987) menée auprès de patients souffrant d'un carcinome baso-cellulaire (CBC), 36% de ceux-ci ont développé un deuxième CBC au cours des cinq ans suivant le traitement du premier CBC.

Dans un autre groupe de patients, 41% de ceux qui avaient eu deux ou plusieurs cancers de la peau ont développé un autre CBC. La plupart de ces nouveaux cancers de la peau étaient inconnus du patient.

Métastases

261

Il est rare que les carcinomes baso-cellulaires deviennent malins et se propagent. C'est également le cas de la maladie de Bowen, du kérato-acanthome et de la kératose actinique.

Les carcinomes épidermoïdes présentent une faible incidence de malignité et de propagation, surtout dans les régions qui ne sont pas exposées au soleil. Lorsque cela se produit, il faut être encore plus prudent.

Une étude publiée en 1982 dans le *Southern Medical Journal* révélait des résultats très intéressants.

Elle a été menée auprès de 35 000 patients atteints d'un cancer de la peau et qui avaient été traités au *M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute*. L'étude débuta en 1944 et se termina en 1976.

- Parmi les 35 000 patients, 1 118 présentaient des carcinomes épidermoïdes localisés aux extrémités. Seize patients (1,4%) souffraient de métastases régionales ou éloignées. Quarante-vingt-dix patients (8%) avaient été vus la première fois suivant l'apparition de métastases, après que les lésions primaires aient été traitées ailleurs.
- Parmi ces 106 patients, 48,1% présentaient des métastases ganglionnaires régionales, 22,6% éprouvaient une récurrence locale et étaient atteints de métastases ganglionnaires régionales, et 14,2% avaient des métastases éloignées.

Il est donc manifeste que les carcinomes épidermoïdes doivent être étudiés plus attentivement.

Points à retenir

Bien qu'il soit clair que la plupart des cancers de la peau sont assurables sur une base régulière, quelques-uns d'entre eux présentent un taux de mortalité plus élevé.

Nous étudierons d'abord les exigences pour évaluer les cancers de la peau, et nous offrirons ensuite nos recommandations en matière de tarification.

Exigences

- 262
1. Compte rendu d'hôpital ou RMT afin de recueillir les renseignements suivants :
 - type de carcinome ;
 - tumeur récidivante ou envahissante ;
 - localisation de la tumeur (région exposée au soleil ou non) ;
 - atteinte régionale ;
 - métastases éloignées ;
 - traitements subis ?
 2. Examens de relance réguliers et adéquats, y compris les résultats de l'ensemble des tests et analyses de laboratoire.

Recommandations en matière de tarification

- Les carcinomes baso-cellulaires qui ne sont ni récidivants ni envahissants peuvent être acceptés sur une base régulière, tout comme les carcinomes récidivants. Nous vous conseillons toutefois d'être plus prudents dans ce dernier cas.
- Les carcinomes baso-cellulaires envahissants peuvent être acceptés avec une faible tarification, étant donné le risque de malignité interne. Les carcinomes épidermoïdes sur la peau exposée au soleil peuvent être acceptés sur base régulière. Quant aux régions non exposées au soleil, nous recommandons une surprime temporaire modérée pendant quelques années.

Les mêmes recommandations s'appliquent aux carcinomes épidermoïdes in situ, à la kératose actinique et à la maladie de Bowen.

- Un diagnostic certain de kérato-acanthome est acceptable sur une base régulière. Lorsque la pathologie est discutable, nous recom-

mandons une surprime temporaire modérée pendant quelques années.

- La maladie de Paget (non mammaire) dans la région anogénitale et l'aisselle peut être acceptée avec une surprime temporaire modérée si la pathologie révèle un diagnostic certain de néo in situ.
- Si la maladie se manifeste sur le sein, l'acceptation doit se limiter aux stades I et II seulement.