

Le dossier – Actualités dans les kératoses actiniques



Éditorial

Kératose actinique : simple marqueur ou réel précurseur ?

J.-M. AMICI

Service de Dermatologie,
CHU de BORDEAUX.

Les kératoses actiniques (KA) constituent un motif de consultation de plus en plus fréquent en particulier chez sujets âgés, dont l'espérance de vie a été allongée de 25 ans en 30 ans [1].

Elles surviennent en zones photo-exposées et sont la conséquence de la dose totale cumulée d'UV reçue et signent un photo-vieillessement cutané.

Elles constituent ainsi pour beaucoup **un simple marqueur**, sans autres conséquences d'un dommage actinique cumulé quotidien par photo-exposition soit "subie" du fait d'une activité professionnelle photo-exposée, soit "recherchée" par une exposition volontaire au soleil [2, 3].

Le génie évolutif des KA est majoritairement la stabilité, parfois la régression spontanée lorsque le système de réparation reprend le dessus mais aussi la possibilité d'évolution vers un carcinome épidermoïde (CEC) dans 10 % des cas à 10 ans. Elles sont retrouvées comme **réel précurseur des CEC** dans 60 % des cas [4]. Elles présentent alors des caractéristiques menaçantes et/ou surviennent sur des localisations ou des terrains à risque [5]. Elles se multiplient en "champs de cancérisation" sur les plus photo-exposés que sont le scalp devenu glabre, le front et les tempes [5]. Elles présentent alors des caractéristiques menaçantes identifiables cliniquement [6]. Les oreilles et la lèvre inférieure sont considérées comme des localisations à risque. Enfin, le terrain du patient est déterminant dans la possibilité de transformation en cancer cutané. En effet, le génome, le phototype, un métier et un mode de vie photo-exposé, les pathologies telles que les hémopathies, les maladies inflammatoires chroniques, les traitements immunosuppresseurs, biologiques et les immunosuppresseurs lourds chez les greffés d'organe, constituent des facteurs favorisant l'évolution vers un CEC [7].

C'est alors au clinicien, avec discernement, d'évaluer au cas par cas, dans une **approche personnalisée**, la meilleure stratégie thérapeutique qui passe impérativement par la prise en compte du terrain, les caractéristiques cliniques des KA et leur génie évolutif. Il convient alors d'organiser un suivi, un traitement de champ et d'envisager rapidement un traitement chirurgical devant une KA menaçante évolutive suspecte de cancérisation et d'obtenir l'observance d'une photoprotection.

BIBLIOGRAPHIE

1. DE VRIES E, VAN DE POLL-FRANSE LV, LOUWMAN WJ *et al.* Predictions of skin cancer incidence in Netherlands up to 2015. *Br J Dermatol*, 2005;152:481-488.
2. DEL BOZ J, FERNANDEZ-MORANO T, PADILLA-ESPAÑA L *et al.* Skin cancer prevention and detection campaign at golf courses on Spain's costa del sol. *Actas Dermosifiliogr*, 2015;106:51-60.
3. FERRÁNDIZ C, PLAZAS MJ, SABATÉ M *et al.* Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. *Actas Dermosifiliogr*, 2016;107:674-668.
4. SMT P, PLOMP E, NEUMANN HAM *et al.* The influence of the location of the lesion on the absolute risk of the development of skin cancer in a patient with actinic keratosis. *JEADV*, 2013;27:667-671.
5. STOCKFLETH E. The importance of treating the field in actinic keratosis. *JEADV*, 2017;31:8-11.
6. QUAEDVLIET PJF, TIRSI E, THISSEN MRTM *et al.* Actinic keratosis : how to differentiate the good from the bad ones? *Eur J Dermatol*, 2006;16:335-339.
7. GIBSON JAG, CORDARO A, DOBBS TD *et al.* The association between immunosuppression and skin cancer in solid organ transplant recipients: a control-matched cohort study of 2852 patients. *Eur J Dermatol*, 2021;712-721.