



RQSP

Regroupement québécois
en soins de plaies

Chef de file en soins de plaies

Tumeurs cutanées bénignes et malignes du membre inférieur :

Révision des diagnostics différentiels et cas clinique

Magali Brousseau-Foley, MD, DPM, MSc

Jacqueline Simoneau, finissante au doctorat en médecine podiatrique

13e édition des journées scientifiques - le 18 avril 2026

Déclaration de conflits d'intérêt

- Aucun conflit à déclarer en lien avec le contenu de cette présentation.
- Les produits et pansements sont présentés sous leurs noms génériques. La mention éventuelle de noms commerciaux n'est utilisée qu'à seule fin d'enseignement, pour faciliter la compréhension de l'auditoire, et ne vise aucunement la promotion d'une compagnie ou de ses produits.
- Les propos tenus dans cette présentation n'engagent que les auteurs. Le RQSP se dégage de toute responsabilité.



Objectifs

- Identifier les étiologies principales des tumeurs cutanées bénignes et malignes
- Reconnaître les présentations cliniques typiques et atypiques
- Maîtriser les étapes d'évaluation et les diagnostics différentiels



Pré-test

Q1. Vrai ou faux ? Le carcinome verruqueux est une variante du carcinome épidermoïde associée au VPH, caractérisée par un envahissement local profond des structures sous-jacentes ?



Pré-test

Q2. H54 ans, DT2, ulcère 4e orteil x 9 mois, sans amélioration malgré soins optimaux, vascularisation normale et absence d'ostéite. La plaie présente un tissu hypergranulé disproportionné. Quoi faire ?

- A) Poursuivre les soins avec un pansement à base d'argent x 4 semaines supplémentaires
- B) Biopsier de la lésion pour établir un Dx histologique
- C) Référer en chirurgie vasculaire
- D) Prescrire une antibiothérapie à large spectre



Tumeurs cutanées : Définition

- Prolifération cellulaire anormale dans les différentes couches de la peau
- **Classification**
- Bénignes : voir liste (nævus, lésions kératosiques, etc.)
- Malignes : carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, mélanome



Tumeurs bénignes cutanées : vue d'ensemble

Lésions mélanocytaires Lentigo solaire, lentigo simple, nævus mélanocytaires acquis communs (jonctionnel, mixte, intradermique), nævus bleu, nævus de Spitz, nævus acral, nævus de Reed, nævus congénital, nævus de Becker, nævus halo

Lésions kératosiques et épidermiques Kératose séborrhéique, kératose en stucco, porokératose (variants : classique de Mibelli, palmoplantaire ponctuée, linéaire, disséminée superficielle), corne cutanée, kératoacanthome, acanthome à cellules claires, acanthome épidermolytique

Lésions vasculaires Hémangiome de l'enfant, malformation vasculaire, angiome plan (nævus flammeus), angiome stellaire (spider angioma), granulome pyogénique, angiome sénile (cherry angioma), lymphangiome, angiokératome

Lésions annexielles (folliculaires, sébacées, sudoripares) Trichoepithéliome, trichofolliculome, trichilemmome, pilomatricome (épithéliome calcifiant de Malherbe), adénome sébacé, hyperplasie sébacée, syringome, porome eccrine, hidradénome, cylindrome, spiradenome

Lésions fibreuses et mésoenchymateuses Dermatofibrome (histiocytofibrome), fibrome mou (acrochordon/molluscum pendulum), angiofibrome, fibrome péri-unguéal (tumeur de Koenen), nodule géant ténosynovial, fibrome plantaire (fibromatose plantaire de Ledderhose), myxome

Lésions neurogènes Névrome de Morton (neuropathie intermétatarsienne), neurofibrome, schwannome (neurilemmome), neurome traumatique

Lésions lipomateuses Lipome (sous-cutané, intramusculaire), angiolipome, lipome pleomorphe, hibernome

Lésions kystiques Kyste épidermoïde, kyste trichilemmal, kyste dermique, stéatocystome, kyste ganglionnaire, kyste mucoïde digital, milium



Tumeurs bénignes cutanées : vue d'ensemble

Lésions mélanocytaires Lentigo solaire, lentigo simple, nævus mélanocytaires acquis communs (jonctionnel, mixte, intradermique), nævus bleu, nævus de Spitz, nævus acral, nævus de Reed, nævus congénital, nævus de Becker, nævus halo

Lésions kératosiques et épidermiques Kératose séborrhéique, kératose en stucco, porokératose (variants : classique de Mibelli, palmoplantaire ponctuée, linéaire, disséminée superficielle), corne cutanée, kératoacanthome, acanthome à cellules claires, acanthome épidermolytique

Lésions vasculaires Hémangiome de l'enfant, malformation vasculaire, angiome plan (naevus flammeus), angiome stellaire (spider angioma), granulome pyogénique, angiome sénile (cherry angioma), lymphangiome, angiokératome

Lésions annexielles (folliculaires, sébacées, sudoripares) Trichoepitheliome, trichofolliculome, trichilemmome, pilomatricome (épithéliome calcifiant de Malherbe), adénome sébacé, hyperplasie sébacée, syringome, porome eccrine, hidradénome, cylindrome, spiradenome

Lésions fibreuses et mésenchymateuses Dermatofibrome (histiocytosé), fibrome mou (acrochordon/molluscum pendulum), angiofibrome, fibrome péri-unguéal (tumeur de Koenen), nodule géant ténosynovial, fibrome plantaire (fibromatose plantaire de Ledderhose), myxome

Lésions neurogènes Névrome de Morton (neuropathie intermétatarsienne), neurofibrome, schwannome (neurilemmome), neurome traumatique

Lésions lipomateuses Lipome (sous-cutané, intramusculaire), angiolipome, lipome pleomorphe, hibernome

Lésions kystiques Kyste épidermoïde, kyste trichilemmal, kyste dermique, stéatocystome, kyste ganglionnaire, kyste mucoïde digital, milium



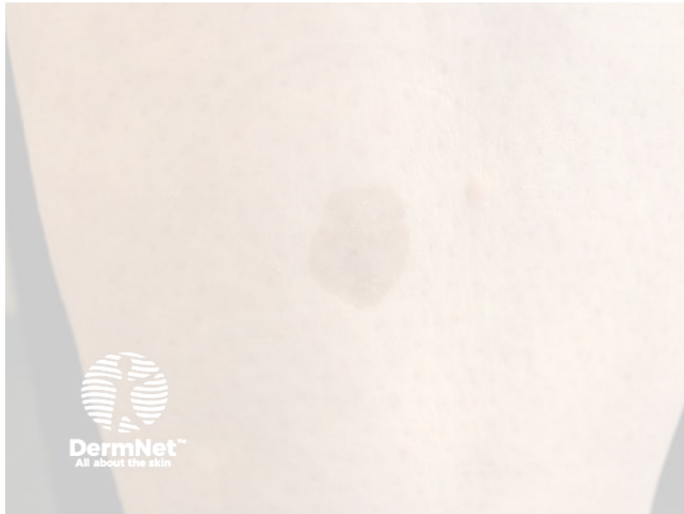
Lentigo solaire

- 90% des caucasiens > 60 ans
- Macules brun clair à foncé, bords irréguliers, taille variable (quelques mm à 2 cm)
- Secondaires à l'exposition solaire
- Visage, dos des mains, avant-bras, décolleté, devant membres inférieurs
- Asymptomatique
- **Surveiller** : tache qui change de couleur, de taille ou de forme (Ddx lentigo malin, forme débutante de mélanome)



Lésions
mélanocytaires

Lentigo solaire



Nævus mélanocytaires acquis communs

- Agrégat de mélanocytes; causé par des mutations dans la réplication de l'ADN
- Apparaissent graduellement dès l'enfance, pic à la puberté

Types selon profondeur

- **Jonctionnel** : maculaire, brun moyen-foncé, bien délimité (0,2-0,6 cm)
- **Mixte** : légèrement surélevé, couleur plus pâle
- **Intradermique** : plus surélevé, couleur très pâle à rosée



Lésions
mélanocytaires

Nævus jonctionnel



Collection personnelle M. B-Foley



Lésions
mélanocytaires

Nævus mixte



Collection personnelle M.B-Foley



Lésions
mélanocytaires

Nævus intradermique



Collection personnelle M. B-Foley



Collection personnelle M. B-Foley



Nævus acral

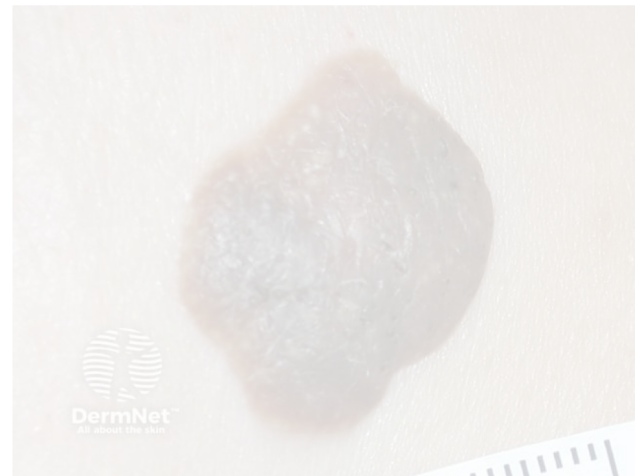
- Commun (~1/3 de la population)
- Plus fréquent peau foncée
- Pic 20-40 ans
- Patron dermoscopique caractéristique (sillons parallèles)



dermnetnz.org

Kératose séborrhéique

- Extrêmement fréquente >40aine
- Plaque surélevée, brun clair à noir, aspect « collé sur la peau », surface verruqueuse ou grasse, taille de quelques mm à plusieurs cm
- Tronc, visage, cuir chevelu, membres
- Asymptomatique le plus souvent
- Aucun traitement nécessaire sauf si impact fonctionnel



dermetnz.org

Kératose en stucco

- Papules grises-blanches mm, dures et opaques; accumulation de kératine
- Distribution symétrique membres inférieurs
- > 40 ans, 4H:1F



Collection personnelle M.B-Foley

Kératoacanthome

- Considéré bénin ou variante du carcinome épidermoïde (pseudo-malin)
- Papule solitaire croissant rapidement en quelques semaines → nodule bien délimité avec dépression centrale kératisée ou ulcérée (0,5–1,5 cm)
- Peut se résoudre spontanément sur plusieurs mois → cicatrice atrophique vs transformation maligne

Traitement

- Observation rapprochée
- Exérèse (recommandée si doute diagnostique/évolution non favorable)

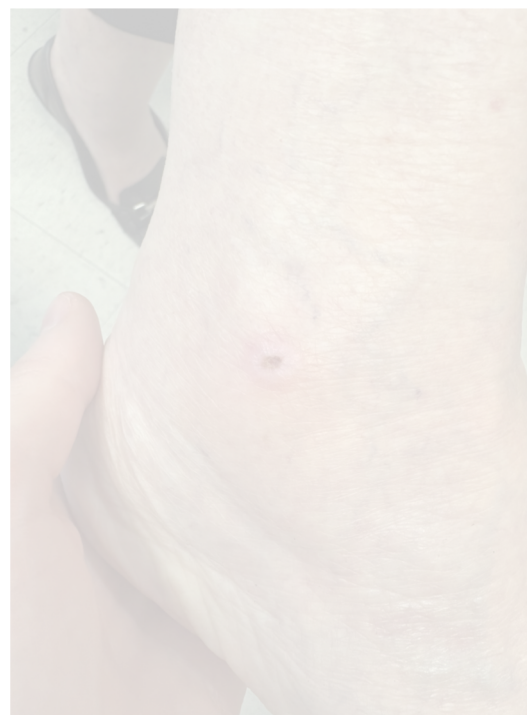


Lésions
kératosiques

Kératoacanthome



dermnetnz.org



Collection personnelle M.B-Foley



Granulome pyogénique

- Croissance rapide, souvent déclenchée par trauma
- Papule/nodule rouge vif, saignant facilement de qqes mm à 1 cm
- Fréquent au pied
- Traitement : exérèse (résolution spontanée rare)



Collection personnelle M.B-Foley



Collection personnelle M.B-Foley

Angiome sénile



dermnetnz.org



Collection personnelle
M.B-Foley

- Extrêmement fréquente, >la 30aine et ↑ avec l'âge
- Papule rouge vif à violacée, arrondie, bien délimitée, 1 mm à quelques mm — ne blanchit pas complètement à la vitropression
- Tronc, membres
- Asymptomatique



Angiokératome

- Dilatation des capillaires superficiels avec hyperkératose épidermique sus-jacente
- Papule rouge foncé à noire, verruqueuse, rugueuse au toucher, 2 à 10 mm
- Localisation variable (plusieurs sous-types)
- Maladie de Fabry = présentation diffuse avec atteinte des extrémités, douleurs neuropathiques et IRC (maladie lysosomale rare mais traitable)



dermnetnz.org



dermnetnz.org



Dermatofibrome

- Surtout membres inférieurs à l'âge adulte
- Papules de planes à en forme de dôme, habituellement < 1 cm
- Souvent hyperpigmentée, attachée au tissu sous-cutané (signe de la fossette)
- Multiple variantes histopathologiques et cliniques
- Étiologie inconnue (trauma ?); multiples dans le lupus



Traitement

- Observation (persistance dans le temps vs possible régression centrale)
- Exérèse

Lésions
fibreuses

Dermatofibrome



Collection personnelle M. B-Foley



Collection personnelle M. B-Foley



Kystes

- **Épithélium pavimenteux stratié**
- Kyste épidermoïde (visage, tronc) — Miliun — Kyste trichilemmal (cuir chevelu)
- Kyste verruqueux — Stéatocystome — Kyste dermoïde
- **Pseudokystes (absence d'épithélium)**
- Mucocèle — Kyste mucoïde digital — Kyste ganglionnaire
- Kyste synovial métaplasique cutané
- **Épithélium non-stratié**
- Kyste cilié cutané — Kyste bronchogénique — Kyste du raphé médian

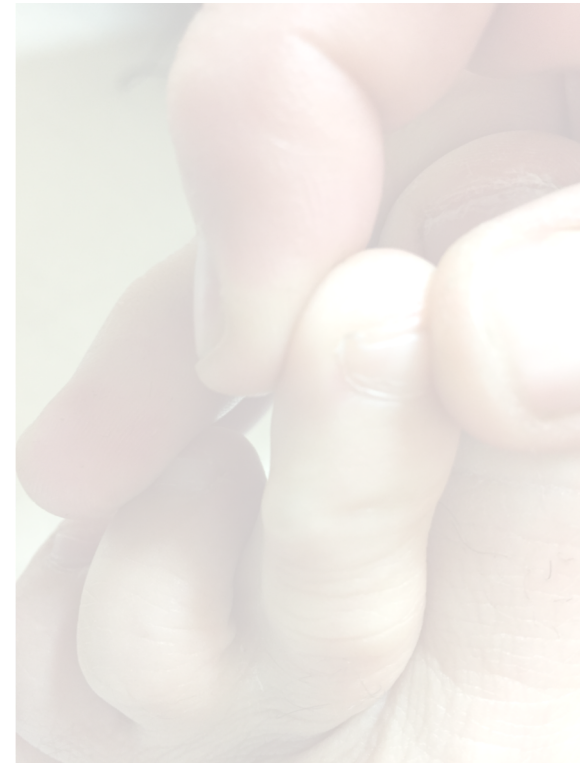


Kyste mucoïde digital

- **Kyste mucoïde digital**
- Surface dorsale/dorso-latérale de la phalange distale (orteil 6%, doigt 94%)
- Possible atteinte de l'ongle (dépression distale)

Traitement

- Injection (61-77%), cryothérapie (72%), exérèse (95%)



Collection personnelle M.B-Foley

Kyste ganglionnaire

- Masse kystique molle pouvant atteindre 4 cm
- Dorsal du poignet ++, aussi palmaire, dorsal des pieds/chevilles/genoux
- Asymptomatique ou inconfort à l'activité et réduction de la mobilité
- Généralement attaché à une gaine tendineuse ou capsule articulaire

Traitement

- Rassurance si asymptomatique (rémission spontanée 40-58%)
- Compression, injection corticostéroïdes (efficacité limitée)
- Exérèse (taux de succès ~70%)



Lésions
kystiques

Kyste ganglionnaire



Collection personnelle M.B-Foley



Collection personnelle M.B-Foley



MALIN

Tumeurs malignes : vue d'ensemble

Carcinome basocellulaire

- Cancer de la peau le plus fréquent; FDR principal = exposition solaire

Carcinome épidermoïde (spinocellulaire)

- Infiltrant — In situ (maladie de Bowen) — Verruqueux (epithelioma cuniculatum)

Mélanome

- 4 sous-types : superficiel extensif, nodulaire, lentigo malin, malin des extrémités
- Possible forme amélanosique

Métastases cutanées

- Très haut risque : mélanome, sein, poumon
- Haut risque : Colorectal, ovaire, rein, vessie, thyroïde

MALIN

Carcinome basocellulaire

- Cancer de la peau le plus fréquent
- FDR principal : exposition solaire (aussi immunosuppression et radiation)
- Prolifération des cellules basales de l'épiderme
- Généralement non pigmenté mais pas exclu; variété de sous-types

Traitement

- Exérèse (chirurgie de Mohs si localisation à risque)
- Électrodessication, radiation, 5-FU topique, immunothérapie



MALIN

Carcinome basocellulaire



dermnetnz.org



dermnetnz.org



MALIN

Carcinome basocellulaire



Collection personnelle M.B-Foley



Collection personnelle M.B-Foley



Collection personnelle M.B-Foley



MALIN

Carcinome épidermoïde

- FDR : exposition solaire, immunosuppression, radiation, inflammation chronique
- Prolifération/atypie des kératinocytes confirmée à la biopsie
- Généralement érythémateux; atteinte périneurale → paresthésies possibles

Formes

- Infiltrant : risque de métastases (ganglions, foie, poumons)
- In situ (maladie de Bowen) : plaque érythémateuse et squameuse; Ddx difficile
- Verruqueux (epithelioma cuniculatum) : plante du pied, associé au VPH, envahissement local profond

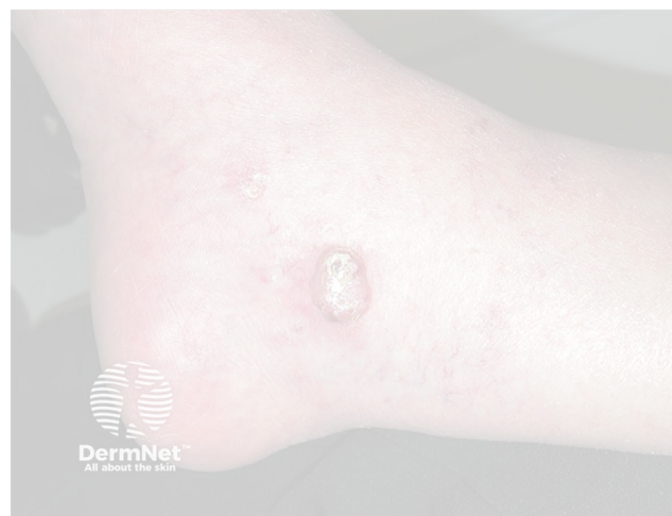


MALIN

Carcinome épidermoïde



dermnetnz.org

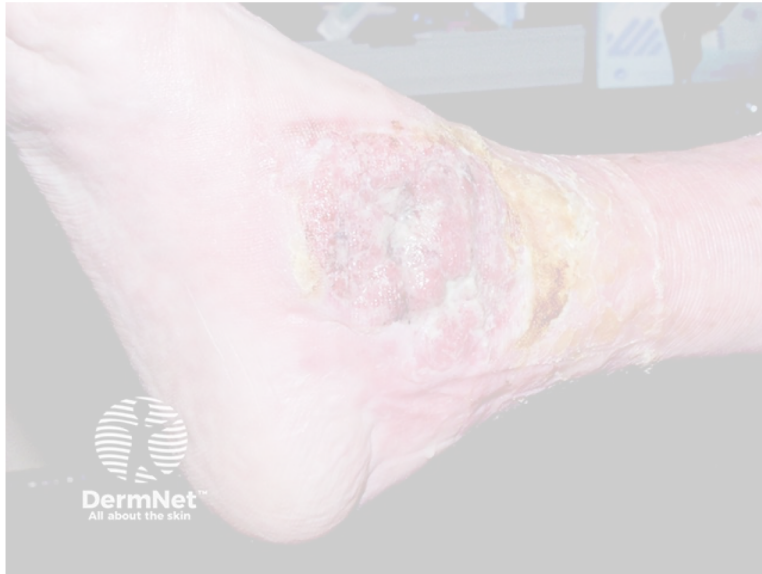


dermnetnz.org



MALIN

Ulcère de Marjolin



dermnetnz.org

- ≈30 ans après une lésion cutanée (délai variant de 10 à 75 ans)
- Incidence estimée : 2% des cicatrices de brûlures thermiques et 0,7% des lésions ostéomyéle
- 2-3H : 1F
- Membres inférieurs et pieds, tête et le cou



MALIN

Carcinome verruqueux



- Variante rare bien différenciée, croissance lente et localement agressive
- Surtout chez les adultes d'âge moyen à avancé
- Tumeur exophytique verruqueuse de grande taille, souvent associée au VPH
- Sous-type plantaire (*epithelioma cuniculatum*) envahit en profondeur les structures sous-jacentes

MALIN

Mélanome

- Tumeur originant des mélanocytes; parmi les cancers les plus fréquents chez les jeunes adultes
- FDR : génétiques, phénotypiques (nb et taille des naevus) et environnement

4 sous-types principaux

- Superficiel extensif (le plus fréquent)
- Nodulaire (croissance rapide et verticale)
- Lentigo malin (visage, personnes âgées)
- Malin des extrémités (paumes, plantes, ongles)

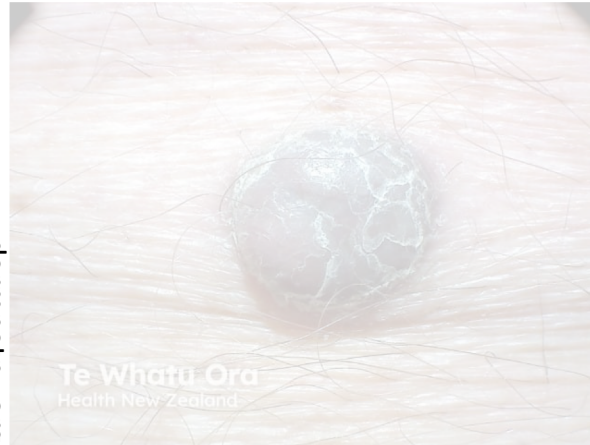
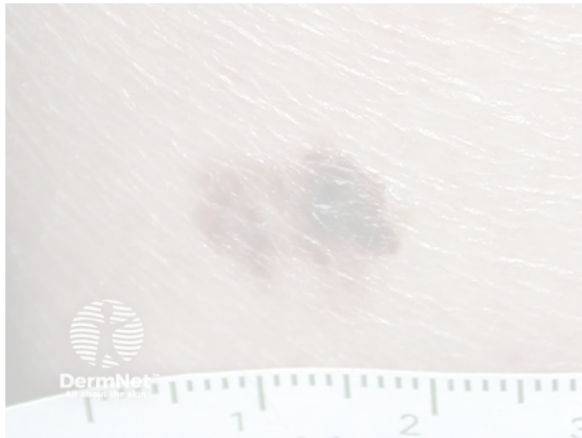
Peut se présenter en forme amélanosique

Traitement : exérèse + thérapies systémiques



MALIN

Mélanome



MALIN

Métastases cutanées

- Souvent nodules fermes, indolores, à croissance rapide, parfois ulcérés
- Généralement près du site primitif (drainage lymphatique régional), sauf mélanome et sein
- Toute lésion cutanée atypique chez un patient avec antécédent de cancer doit faire évoquer une métastase
- Signe de Soeur Mary Joseph (nodule ombilical) est quasi pathognomonique de métastase d'un cancer abdomino-pelvien



Métastases cutanées



dermnetnz.org



dermnetnz.org



Cas clinique

- H59 ans, DT2, obésité morbide (IMC 48,7), MPOC, dyslipidémie, dépendance aux opioïdes, tabac+
- Ulcère persistant sous le 4e orteil gauche depuis 4 mois (**printemps 2024**), sans traumatisme initial

Évaluation initiale

- Lésion de 1,0 cm², ulcère artériel/diabétique
- Index tibio-brachial normal et sensibilité protectrice préservée (monofilament 10 g)
- Soins conservateurs initiés : pansements à l'iode, hydrofibre d'argent ionique, décharge



Évolution

- Soins infirmiers quotidiens x 5 mois → amélioration minimale
- **Août 2024** : détérioration — culture superficielle : *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus*
- Antibiothérapie séquentielle : amoxicilline-clavulanate → ciprofloxacine → ertapénem IV (7 jours)
- **Septembre 2024** : scintigraphie osseuse au gallium-67 → inflammation des tissus mous, pas d'ostéite
- **Octobre 2024** : ulcère s'agrandit à 2,5 x 2,0 cm, hypergranulatoïn, macération importante



Aggravation et décision d'amputation

- **Novembre 2024 : aggravation marquée**
- Douleur intense, saignement spontané, drainage purulent nauséabond
- Cavité hypergranulée avec espace mort, sans contact sonde-os

- **Amputation de l'orteil recommandée par l'équipe traitante : réalisée 3 jours plus tard**



Collection personnelle M.B-Foley



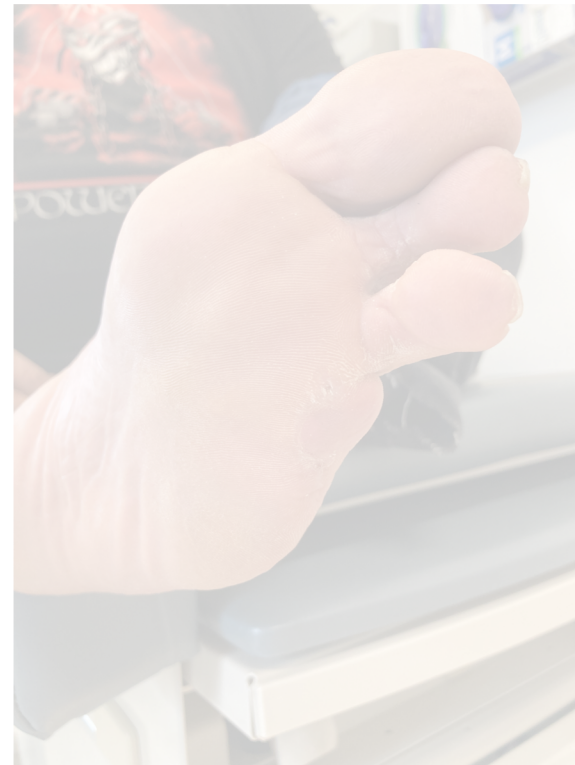
Analyse anatomopathologique

- Reçue 2 mois plus tard (**janvier 2025**)
- Mélanome malin superficiel extensif invasif avec ulcération
- Profondeur de Breslow : 12 mm — Indice mitotique : 20/mm²



Bilan d'extension et PEC oncologique

- **Janvier 2025** : TEP-FDG onco → aucune métastase
- **Mars 2025** : IRM cérébrale → aucune métastase
- **Mars 2025** : chirurgie complémentaire
 - Révision marges d'exérèse
 - Biopsie ganglion sentinelle → négatif
 - Immunothérapie adjuvante débutée



Collection personnelle M.B-Foley



Évolution clinique

- **Novembre 2026** : métastases cérébrales et gastriques identifiées à l'imagerie de suivi
- Patient actuellement sous traitement actif — pronostic réservé



Mélanome malin des extrémités

- Forme rare mais agressive de mélanome : paumes, plantes des pieds, ongles
- Incidence similaire dans toutes les ethnies (2–5% des mélanomes), mais surreprésenté chez les personnes à peau foncée
- Ne présente pas toujours les critères ABCDE classiques → diagnostic souvent tardif
- Peut se présenter comme une ulcère chronique, une lésion hypergranulée ou une lésion amélanosique

Mélanome malin des extrémités

- Association diabète de type 2 et mélanome ulcéré avancé : rapportée dans la littérature (pas plus fréquent mais Dx plus tardif)
- Délai Dx = facteur pronostique majeur (Breslow > 4 mm → survie significativement réduite)



dermnetnz.org



Collection personnelle M.B-Foley

Indices diagnostiques rétrospectifs

Signaux d'alarme présents mais non reconnus initialement :

- Plaie persistante > 9 mois malgré soins optimaux
- Tissu hypergranulatoïde disproportionné vs hyperkératose
- Aggravation progressive malgré bilan vasculaire normal
- Absence d'ostéite confirmée à la scintigraphie

Multiples intervenants impliqués (pas de suivi longitudinal)

Biopsie non réalisée avant l'amputation

- Diagnostic différentiel du mélanome non envisagé malgré l'évolution atypique



Cas similaires dans la littérature

Torres et al. (2010)

- H54 ans, ulcère du pied traité comme ulcère diabétique pendant 12 mois
- Biopsie tardive → mélanome Breslow 5,3 mm → décès 8 mois après amputation du pied

Gao et al. (2017)

- F78 ans, 2 ulcères du pied droit traités comme ulcères diabétiques × 6 mois
- Biopsie précoce après 2 semaines d'échec → mélanome Breslow 1,6 mm → traitement curatif possible

Point commun : diagnostic initial de mélanome non envisagé



Messages clés

- Toute tumeur n'est pas maligne — l'observation sériée peut être acceptable selon les caractéristiques de la lésion
- Peu d'images des membres inférieurs/pieds dans les ressources en dermatologie malgré des lésions cutanées souvent moins typiques
- Évolution non favorable ou apparence atypique doit amener une remise en question du Dx, même si FDR orientent vers le Dx présomptif
- Envoyer en pathologie tout spécimen avec un risque raisonnable de Dx non bénin ou si Dx incertain.



Post-test

Q1. Vrai ou faux ? Le carcinome verruqueux est une variante du carcinome épidermoïde associée au VPH, caractérisée par un envahissement local profond des structures sous-jacentes ?



Post-test

Q2. H54 ans, DT2, ulcère 4e orteil x 9 mois, sans amélioration malgré soins optimaux, vascularisation normale et absence d'ostéite. La plaie présente un tissu hypergranulé disproportionné. Quoi faire ?

- A) Poursuivre les soins avec un pansement à base d'argent x 4 semaines supplémentaires
- B) Biopsier de la lésion pour établir un Dx histologique
- C) Référer en chirurgie vasculaire
- D) Prescrire une antibiothérapie à large spectre



Références

- Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology Fifth Edition. Elsevier, 2025.
- Fukuyama M et al. Cutaneous metaplastic synovial cyst. Keio J Med. 2016;66(1):9-13.
- Irisawa R et al. Porokeratosis plantaris palmaris et disseminata. Dermatol Online J. 2012;18(8).
- Jabbour S et al. Management of digital mucous cysts. Int J Dermatol. 2017;56:701-708.
- Jerome JTJ, Karunanithi D. Giant cell tumor of the tendon sheath. J Musculoskelet Surg Res. 2025;9:28-41.
- Suen M et al. Treatment of Ganglion Cysts. ISRN. 2013;940615.
- <https://dermnetnz.org>
- Torres T, Rosmaninho A, Caetano M, Selores M. Malignant melanoma misdiagnosed as a diabetic foot ulcer. *Diabetic medicine*. 2010;27(11):1302-1303.
- Gao W, Chen D, Ran X. Malignant melanoma misdiagnosed as diabetic foot ulcer: a case report. *Medicine*. 2017;96(29):e7541.