

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ (SPINOCELLULAIRE) ET SES PRÉCURSEURS



Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou spinocellulaires touchent les sujets âgés (âge moyen au diagnostic : 76 ans). Le principal facteur de risque est la dose cumulée d'UV reçue.

Les CEC surviennent *de novo* ou plus souvent sur une lésion non invasive préexistante : kératose actinique ou maladie de Bowen (présentation clinique particulière de CEC *in situ*). Le traitement de ces lésions est rappelé ci-dessous.

Kératose actinique (KA)

Les modalités possibles de traitement sont :

- la cryothérapie (Cryo) ;
- le 5-fluoro-uracile (en crème) (5-FU) ;
- l'imiquimod (IMQ) ;
- la photothérapie dynamique (PTD) ;
- le diclofenac (gel 3 %) (DCF).

	1 ^{re} intention	2 ^e intention
KA ISOLÉE OU EN PETIT NOMBRE	Cryo	5-FU ou IMQ ou PTD ou DCF
KA MULTIPLES OU CONFLUENTES ¹	5-FU	IMQ ou PTD
KA HYPERTROPHIQUES	Biopsie	Cryo
VERTEX, OREILLES, NEZ, JOUES, FRONT	Cryo ou 5-FU	IMQ ou PTD
ZONES PÉRIORBITAIRES	Cryo ou DCF	5-FU ou IMQ ou PTD

¹cryothérapie souvent mal tolérée.

Biopsie si échec du traitement bien conduit.

Maladie de Bowen

Traitement de 1^{re} intention

- Exérèse chirurgicale avec contrôle anatomopathologique
- ou**
- Après confirmation diagnostique par biopsie : cryothérapie appuyée puis surveillance.

Traitement de 2^e intention

(ex : lésions étendues ou multiples ou zones cicatrisant mal)

- Après confirmation diagnostique par biopsie : 5-FU ou photothérapie dynamique ou imiquimod, puis surveillance.

PRISE EN CHARGE D'UN CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ NON MÉTASTATIQUE

Le diagnostic de CEC est histologique. Il est fait sur biopsie ou sur pièce opératoire. La prise en charge d'un CEC repose sur la définition de groupes pronostiques établis selon des critères anatomocliniques :

Critères cliniques de mauvais pronostic

- Récidive locale ;
- Adhérence au plan profond ;
- Signe neurologique d'envahissement (facial, trijumeau) ;
- Immunodépression ;
- Diamètre ≥ 10 mm (zone à risque*) ou ≥ 20 mm (zone à moindre risque*).

Critères histologiques de mauvais pronostic

- Invasion périnerveuse ;
- Degré de différenciation cellulaire moyen à non différencié ;
- Desmoplastique > muco-épidermoïde > acantholytique ;
- Niveau de Clark \geq IV ;
- Épaisseur > 3 mm (ou 5 mm pour certains auteurs).

*Zones à risque : zones péri-orificielles (nez, lèvres, oreille externe, paupière) ; cuir chevelu ; zones non insolées (périnée, plante des pieds, ongle) ; radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation ou ulcère chroniques. Zones à moindre risque : autres localisations de l'extrémité céphalique, du tronc et des membres.

GROUPE 1 - absence de critère de mauvais pronostic.

Risque très faible de récurrence et/ou de métastases.

GROUPE 2 - au moins un critère de mauvais pronostic.

Risque de récurrence et/ou de métastases : de moyen à très haut, en fonction des critères présents (nombre et valeurs).

BILAN INITIAL

Le délai de prise en charge est un facteur pronostique.

Groupe 1 et Carcinome *in situ*

Examen clinique :

- ▶ Totalité du tégument + aires ganglionnaires de drainage.
- Aucun examen paraclinique n'est recommandé.

Groupe 2

Examen clinique :

- Totalité du tégument + aires ganglionnaires de drainage ;
- Recherche de localisations métastatiques.

Examens paracliniques :

- Échographie locorégionale (zone de drainage) pour étude de l'échogénicité du hile (optionnelle) ;
- Autre(s) : orienté(s) selon les points d'appel cliniques ou selon les critères pronostiques associés.

Évaluation oncogériatrique si traitement systémique.

TRAITEMENT

L'exérèse chirurgicale est le traitement de référence.
Aucun curage ganglionnaire systématique ne doit être pratiqué.

Carcinome *in situ* (cf. Maladie de Bowen)

Groupe 1

- Biopsie préalable si doute diagnostique.
- **Exérèse chirurgicale avec réparation chirurgicale immédiate :**
 - Marges latérales standardisées à 4-6 mm des limites cliniques et marge profonde hypodermique ;
 - Contrôle histologique sur pièce orientée :
 - si marges positives : reprise chirurgicale (chirurgie micrographique si disponible) ;
 - si présence d'un critère histologique de mauvais pronostic : requalification en groupe 2 pour complément éventuel du traitement.

Groupe 2

- Biopsie préalable si doute diagnostique.
- **Exérèse chirurgicale :**
 - Marges latérales standardisées ≥ 6 mm (si possible 10 mm ou plus) et marge profonde hypodermique ;
 - Contrôle histologique :
 - extemporané et/ou retardé (chirurgie en deux temps) avant tout geste de reconstruction complexe tel qu'un lambeau ;
 - contrôle exhaustif des berges si chirurgie micrographique disponible.
- Discussion sur le type de reconstruction, la nécessité ou non d'un traitement complémentaire et les modalités du suivi.

En cas de reliquat tumoral après exérèse chirurgicale :

- Reprise chirurgicale ;
- Si reprise chirurgicale d'emblée non réalisable : radiothérapie adjuvante, chimiothérapie de réduction tumorale (5-FU, platines) puis chirurgie et/ou radiothérapie, cetuximab (hors AMM).

En cas de chirurgie non réalisable d'emblée (risque de troubles fonctionnels majeurs, contre-indication médicale, refus du patient) :

- Biopsie systématique pour confirmation diagnostique ;
- Alternatives : radiothérapie externe, curiethérapie interstitielle (si zones à géométrie complexe : CEC péri-orificiels, sillon nasogénien et rétroauriculaire), radiochimiothérapie, thermochemiothérapie sur membre isolé en traitement néoadjuvant ou palliatif.

SUIVI

Éducation du patient à l'auto-examen, à l'autodétection d'une récurrence et à la photoprotection.

Groupe 1 et Carcinome *in situ*

Examen clinique :

- Tous les ans, pendant au moins 5 ans.

Aucun examen paraclinique n'est recommandé (hors point d'appel clinique).

Groupe 2

Examen clinique :

- Tous les 3 à 6 mois, pendant au moins 5 ans (voire plus fréquent selon les critères pronostiques).

Examens paracliniques :

- Si haut risque : échographie locorégionale tous les 6 mois pendant 5 ans ;
- Autre(s) : orientés selon les points d'appel cliniques.

PRISE EN CHARGE D'UN CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ MÉTASTATIQUE

Métastases locales (en transit)

- Exérèse chirurgicale si compatible avec obtention de marges cliniques saines.
- Une radiothérapie adjuvante est à discuter.

Suspicion d'atteinte ganglionnaire

Si ganglion suspect (cliniquement ou à l'imagerie) : biopsie chirurgicale avec contrôle histologique

Si N - :

- Pas de curage ganglionnaire complémentaire.

Si N + :

- Curage ganglionnaire complet avec histologie de tout ganglion repéré macroscopiquement sur la pièce opératoire.
- Irradiation adjuvante du relais ganglionnaire si envahissement métastatique et/ou si curage incomplet ou douteux.

Technique du ganglion sentinelle en cours d'évaluation.

Métastase à distance

- Chirurgie, radiothérapie, mono- ou polychimiothérapie, cetuximab (hors AMM).

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES D'UN CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ

Sur biopsie cutanée (et/ou pièce opératoire orientée avec mention des marges chirurgicales cliniques) :

- méthode d'échantillonnage des prélèvements ;
- statut des marges latérales et profondes sur les plans de coupes examinés ;
- taille de la tumeur (grand et petit axes) ;
- type histologique ;
- degré de différenciation ;
- épaisseur tumorale sur coupe histologique ;
- profondeur d'invasion (niveau de Clark) ;
- invasion périnerveuse ;
- embolies lymphatiques microscopiques.

Si curage ganglionnaire :

- nombre total de ganglions examinés ;
- facteurs pronostiques : nombre et taille des ganglions envahis ; rupture(s) capsulaire(s).

KÉRATOACANTHOME

Le kératoacanthome peut être considéré comme une forme particulière de CEC, habituellement spontanément régressive. Le diagnostic est fait après examen histologique de la totalité de la lésion pour exclusion de tout CEC.

Traitement des cas typiques

- Exérèse chirurgicale complète sans marge.

Traitement des cas atypiques (infiltration profonde ou ulcération centrale ou absence de régression)

- Exérèse carcinologique devant tout doute clinique ou histologique.

Le rapport intégral de ces recommandations est téléchargeable gratuitement sur les sites internet de la SFD (www.sfdermato.org), de l'INCa (www.e-cancer.fr) et de la HAS (www.has-sante.fr).

Ces recommandations professionnelles ont reçu le label conjoint HAS-INCa. Ce label signifie que les recommandations ont été élaborées selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par l'INCa et la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès des sociétés promotrices.