



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

Prise en charge des carcinomes cutanés

- décembre 2009 -

CARCINOMES BASOCELLULAIRES

La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention

Classification clinique et histologique simplifiée

Carcinomes nodulaires.

Carcinomes superficiels.

Carcinomes sclérodermiformes.

Carcinomes infiltrants non nodulaires ou non sclérodermiformes.

Les 4 types peuvent se pigmenter ou s'ulcérer.

Classification topographique

Bas risque : tronc, membres.

Risque intermédiaire : front, joues, menton, cuir chevelu, cou.

Haut risque : région centro-faciale, oculaire, auriculaire, nasale, zones péri-orificielles de fusion embryonnaire.

Quelle que soit la localisation, il est important de prendre toujours les marges d'exérèse recommandées sans tenir compte des difficultés ultérieures de réparation.

Groupes pronostiques et recommandations

Ils sont définis à partir de la taille, la localisation, du type histologique et du caractère primitif ou récidivé de la tumeur.

Lorsque le diagnostic positif est évident et réunit les critères de bon pronostic, une exérèse d'emblée est réalisable.

Lorsque le diagnostic est incertain et dans tous les autres cas une biopsie préalable est nécessaire.

Bon pronostic

Carcinomes basocellulaires :

- superficiels primaires,
- nodulaires primaires,
- < 1 cm en zone à risque intermédiaire,
- < 2 cm en zone à bas risque.

Chirurgie en un temps avec des marges cliniques de sécurité de 3 mm (standard).

Pronostic intermédiaire

Carcinomes basocellulaires :

- superficiels récidivés,
- nodulaires,
- < 1 cm en zone à haut risque,
- > 1 cm en zone à risque intermédiaire,
- > 2 cm en zone à bas risque.

Chirurgie en un temps avec des marges cliniques strictes de 4 mm (standard).

Mauvais pronostic

Il faut distinguer :

- les carcinomes basocellulaires à haut risque :
 - nodulaires > 1 cm en zone à haut risque,
- les carcinomes basocellulaires à très haut risque :
 - sclérodermiformes, mal limités, histologie agressive, micronodulaires, trabéculaires, infiltrants (discussion anatomopathologie),
 - récidivés après reconstruction complète (sauf superficiels).

Discussion de la conduite à tenir en RCP (options) :

- chirurgie en un temps avec des marges cliniques > 5 mm,
- chirurgie en 2 temps ++ avec contrôle de la totalité des berges (technique standardisée à définir avec les anatomopathologistes), Mohs, Slow mohs, Histologie 3D (discuter les techniques réalisables en libéral Histologie 3D).

Alternatives et traitements de 2^{ème} intention

Ils se discutent après évaluation oncogériatrique du patient.

Superficiels primaires : alternatives de 1^{ère} intention à la chirurgie : Imiquimod, photothérapie dynamique (options).

Carcinomes basocellulaires de bon pronostic : cryochirurgie (option).

Pour les 3 groupes : radiothérapie :

- discussion en RCP d'une radiothérapie première :
 - refus de toute chirurgie,
 - chirurgie mutilante et tumeurs étendues,
 - en revanche, les tumeurs infiltrantes de mauvais pronostic ne constituent pas une bonne indication de radiothérapie en 1^{ère} intention,
- radiothérapie complémentaire :
 - berges positives en profond ou latérales non opérables,
 - récidives multiples,
 - potentiel évolutif.

En cas de récurrence : discussion en RCP :

- reprise chirurgicale chaque fois que possible en 2 temps,
- discussion d'un traitement complémentaire par radiothérapie.

En cas d'exérèse incomplète : reprise chirurgicale.

Surveillance

Tous les ans pendant 5 ans.

Carcinomes basocellulaires à haut risque : tous les 6 mois pendant 5 ans.

CARCINOMES EPIDERMOÏDES

La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention

Les facteurs décisionnels

Clinique peu discriminante avec un spectre clinique continu de la kératose actinique au carcinome épidermoïde. Les critères suivants doivent conduire à une biopsie pour obtenir une histologie de certitude qui guide la conduite thérapeutique ultérieure (critères IDRBEU) :

- induration / inflammation,
- diamètre > 1 cm,
- rapide augmentation de taille,
- bleeding (saignement),
- érythème,
- ulcération.

Histologie :

- différenciation,
- neurotropisme.

Taille de la tumeur :

- < 2 cm,
- > 2 cm.

Profondeur (mesure histologique) :

- profondeur < 4 mm,
- > 4 mm.

Statut immunitaire de l'hôte : leucémie lymphoïde chronique et greffé.

Statut ganglionnaire ++ :

- N0,
- N1.

Bilan d'extension ++ :

- au-delà de T2 en l'absence de données de la littérature, il peut être envisagé selon les cas de procéder à une imagerie par scanner à la recherche de localisations secondaires, surtout pour les carcinomes épidermoïdes de l'oreille et de la lèvre,
- os ou cartilage sous-jacent (radiographie, IRM),
- recherche d'une autre localisation oro-digestive.

Groupes pronostiques et recommandations

Risque modéré

Carcinomes épidermoïdes :

- tumeur < 2 cm de diamètre hors zones à haut risque,
- bien différenciée.

Chirurgie en un temps avec des marges cliniques de 5 mm (exérèse complète dans 95% des cas) (standard).

Risque élevé de récurrence ou de métastase

Carcinomes épidermoïdes :

- tumeur > 2 cm,
- zone à risque : lèvre, oreille++, paupière, nez, cuir chevelu,
- histologie peu différenciée ou neurotropisme,
- carcinomes épidermoïdes sur brûlure.

Discussion en RCP (options) :

- chirurgie en un temps avec des marges cliniques > 6 mm,
- chirurgie en 2 temps avec contrôle histologique complet des berges (technique standardisée à discuter avec les anatomopathologistes et le GT), Histo 3D ou Mohs si possible.

Cas particuliers

Carcinomes épidermoïdes chez l'immunodéprimé :

- prise en charge rapide dans les meilleurs délais,
- discuter l'adaptation du traitement immunosuppresseur,
- pas de radiothérapie chez le transplanté et sur les carcinomes épidermoïdes sur brûlure.

En cas d'exérèse incomplète, récurrence, neurotropisme :

- reprise chirurgicale chaque fois que possible,
- radiothérapie complémentaire.

En cas de chirurgie de carcinome épidermoïde en champ de cancérisation, la notion d'exérèse en zone de carcinome in situ impose systématiquement une reprise chirurgicale mais doit faire discuter un traitement de champs par 5FU, imiquimod, pDT ou laser CO₂ ultra-pulsé.

Concernant l'atteinte ganglionnaire :

- si patient N0 et carcinome épidermoïde à risque modéré : pas de curage ganglionnaire,
- si patient N0 et carcinome épidermoïde à risque élevé de récurrence et de métastase : contrôle du 1^{er} relais ganglionnaire par une chirurgie avec examen anatomopathologique extemporané, et si celle-ci est positive poursuite par un curage ganglionnaire correspondant aux aires de drainage du site tumoral. (*Cette attitude est proposée par le groupe de travail bien qu'il n'existe pas de véritable consensus.*)
- si patient N1 : curage ganglionnaire à effectuer sur le 1^{er} relais puis le groupe II, III, IV, V. L'association d'une radiothérapie adjuvante est à envisager en RCP après analyse des comptes rendus anatomopathologiques du curage.
- Les curages ganglionnaires sélectifs après technique du ganglion sentinelle ne sont actuellement pas recommandés et leur intérêt est en cours d'évaluation.

Surveillance

Carcinomes épidermoïdes à bas risque : 2 fois par an pendant 5 ans.

Carcinomes épidermoïdes à haut risque : 4 fois par an pendant un an puis 2 fois par an ensuite.

CARCINOMES CUTANES RARES

Prise en charge à discuter en RCP régionale voire en RCP nationale de recours.

Ce référentiel a été réalisé par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.
Le référentiel complet avec les participants à sa réalisation est disponible sur le site internet
du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : www.canceraquitaine.org

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : *Chargée d'études*

✉ icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : *Assistante du RCA*

✉ sveiga@canceraquitaine.org

