

REFERENTIELS

Carcinome cutané ●●●

*Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **17 mars 2003**.*

- ▶ Généralités p1
- ▶ Diagnostic et bilan p2
- ▶ Anatomopathologie p3
- ▶ Classifications p4
- ▶ Arbres de décision p5
- ▶ Traitement p8
- ▶ Attitude sur M p7
- ▶ Surveillance p10

Date de révision : **17 mars 2003**

■ Carcinomes et lésions précancéreuses cutanées

Principes généraux

- ▶ Intérêt d'un traitement efficace et bien adapté d'emblée.
- ▶ Récidives fréquentes par insuffisance du premier traitement.
- ▶ Chaque récurrence rend le traitement plus mutilant et le résultat moins sûr.
- ▶ Il faut prendre en compte l'espérance de vie pour les décisions de traitement en particulier pour les lésions précancéreuses, les carcinomes in situ et les carcinomes basocellulaires.

□ Bilan diagnostique

Examen clinique

- ▶ Description détaillée des lésions avec schéma ou photo
 - lésion unique ou multiple
 - siège
 - dimension en cm
 - relief
 - importance de l'infiltration en profondeur
 - fixité ou mobilité par rapport aux structures sous-jacentes
- ▶ Etat de la peau avoisinante
- ▶ Palpation des aires ganglionnaires correspondant au siège anatomique des lésions

Examen paraclinique

- ▶ Biopsie ou exérèse-biopsie
- ▶ Echographie des aires ganglionnaires (sauf basocellulaire) si clinique insuffisante
- ▶ Bilan d'imagerie si fixité par rapport aux structures osseuses (TDM) pour les tumeurs invasives

Diagnostic

- ▶ Les données du bilan et de l'anatomopathologie permettent de préciser le **diagnostic**.
- ▶ La **prise en charge thérapeutique** est différente selon que l'on distingue :
 - les lésions précancéreuses p5
 - les tumeurs in situ (TIS) et les carcinomes intra-épidermiques p6
 - les carcinomes infiltrants parmi lesquels on distingue les carcinomes annexiels p6 et neuroendocrines d'une part et les carcinomes épidermoïdes et basocellulaires d'autre part.
- ▶ Cette prise en charge est également adaptée à l'**éventuelle atteinte ganglionnaire**. p7

■ Anato-mo-pathologie

Date de révision : 17 mars 2003

Etats précancéreux

Ce sont des lésions sur lesquelles se développent avec une fréquence relativement élevée et à plus ou moins brève échéance, des carcinomes généralement **spino-cellulaires**.

- ▶ Lésions précancéreuses **acquises** : kératoses solaires, lésions chimiques dues à l'arsenic, au goudron, radiodermes, cicatrices anciennes et fragiles (brûlures, ulcères et fistules cutanées, lupus tuberculeux...)
- ▶ Conditions précancéreuses **dysgénétiques** : xeroderma pigmentosum, naevomatose basocellulaire, épidermodysplasie verruciforme
- ▶ Tumeur **fibro-épithéliale** pré-maligne de Pinkus

Lésions cancéreuses intra-épidermiques et superficielles

- ▶ Maladie de **Bowen** : transformation maligne in situ
- ▶ Maladie de **Paget extra-mammaire** : lésion épidermique associée à un adénocarcinome sous-jacent d'une glande sudorale.

Tumeurs malignes invasives

- ▶ **Tumeurs épidermiques** (+ de 95% des cas)
 - carcinome **basocellulaire** (70%) : évolution strictement locale, ne donne ni adénopathie, ni métastase viscérale. Zone à haut risque : région centro-faciale
 - carcinome **spino-cellulaire** (25%) : carcinome **épidermoïde** plus ou moins mature, cancer lymphophile
 - carcinomes **intermédiaires** (existence discutée) et carcinomes **mixtes** (exceptionnels)
- ▶ **Tumeurs annexielles malignes**
 - tumeurs **eccrines** : adénocarcinome et variantes, porocarcinome, carcinome adénoïde kystique
 - tumeurs **apocrines**
 - tumeurs des **glandes sébacées**
 - tumeurs des **follicules pileux**
- ▶ **Carcinome neuro-endocrine** (tumeur de **Merkel** rare)

REFERENTIELS

Carcinome cutané ●●●

Date de révision : 17 mars 2003

□ Classification TNM 1998

Tumeur	
▶ T1	Tumeur ne dépassant pas 2 cm dans sa plus grande dimension
▶ T2	Tumeur de plus de 2 cm mais inférieure ou égale à 5 cm dans sa plus grande dimension
▶ T3	Tumeur dont la plus grande dimension est supérieure à 5 cm
▶ T4	Tumeur affectant d'autres structures (cartilage, os, muscle)
Ganglion (s)	
▶ N0	Pas de signe d'envahissement ganglionnaire régional
▶ N1	Ganglions régionaux homolatéraux mobiles mais présentant des signes d'envahissement
▶ N2	Ganglions régionaux contro ou bilatéraux mobiles mais présentant des signes d'envahissement
▶ N3	Ganglions régionaux fixés et envahis
Métastase (s)	
▶ M0	Pas de signe de métastase à distance
▶ M1	Présence de métastases à distance

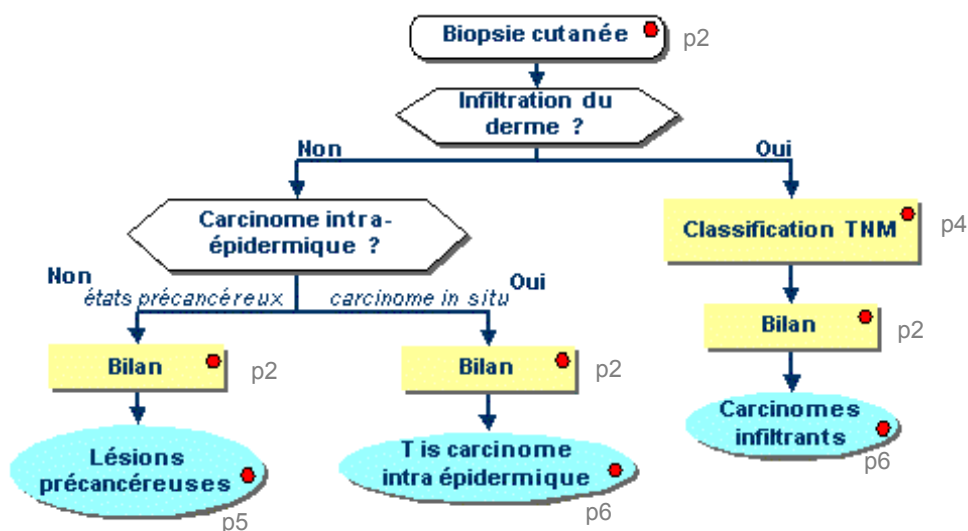
REFERENTIELS

Carcinome cutané ●●●

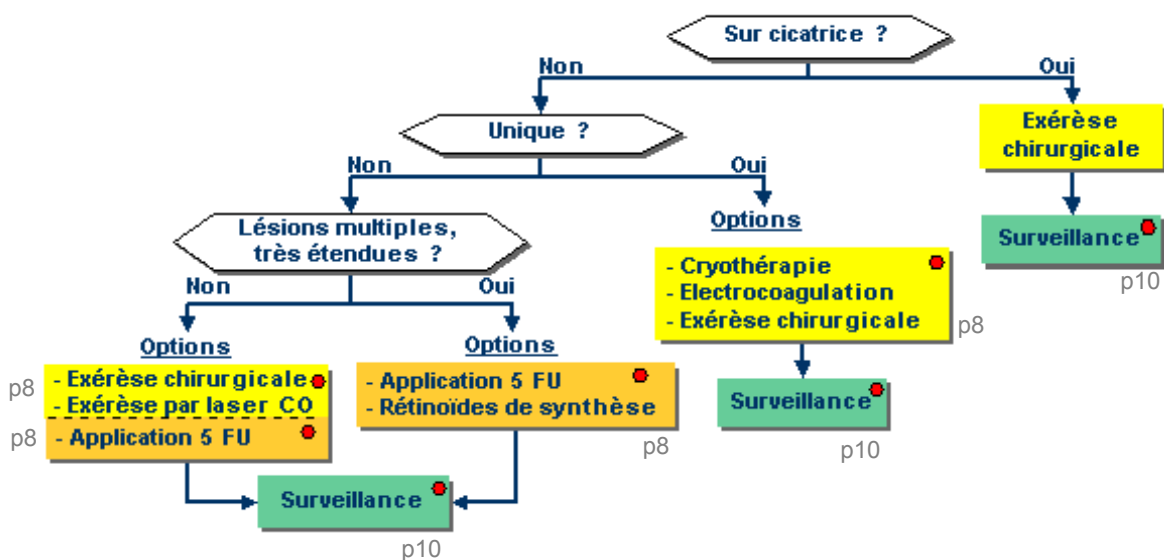
Date de révision : 17 mars 2003

□ Arbres de décision

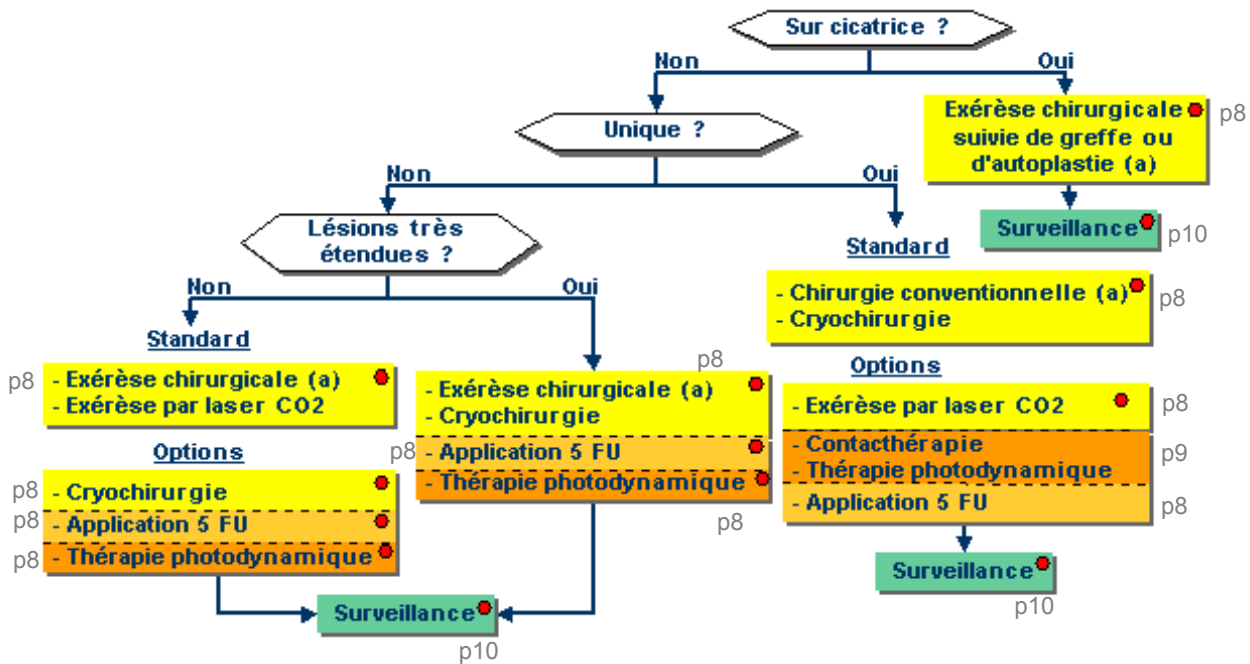
Bilan diagnostique



Lésions précancéreuses

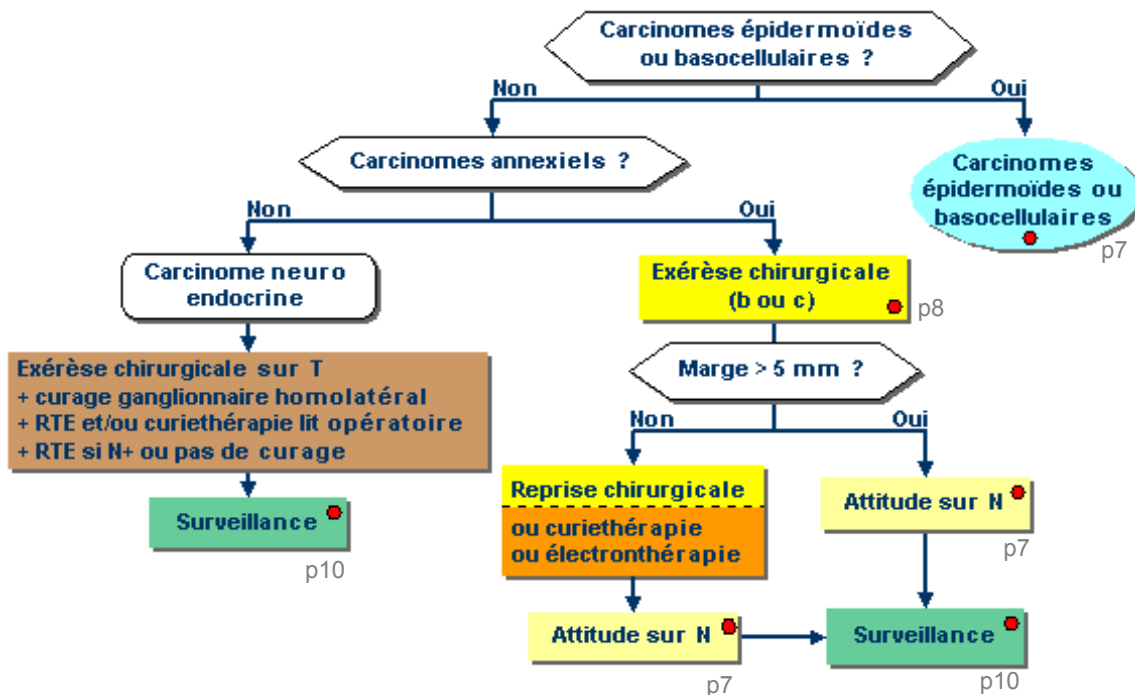


Tumeurs in situ et carcinomes intra-épithélieux

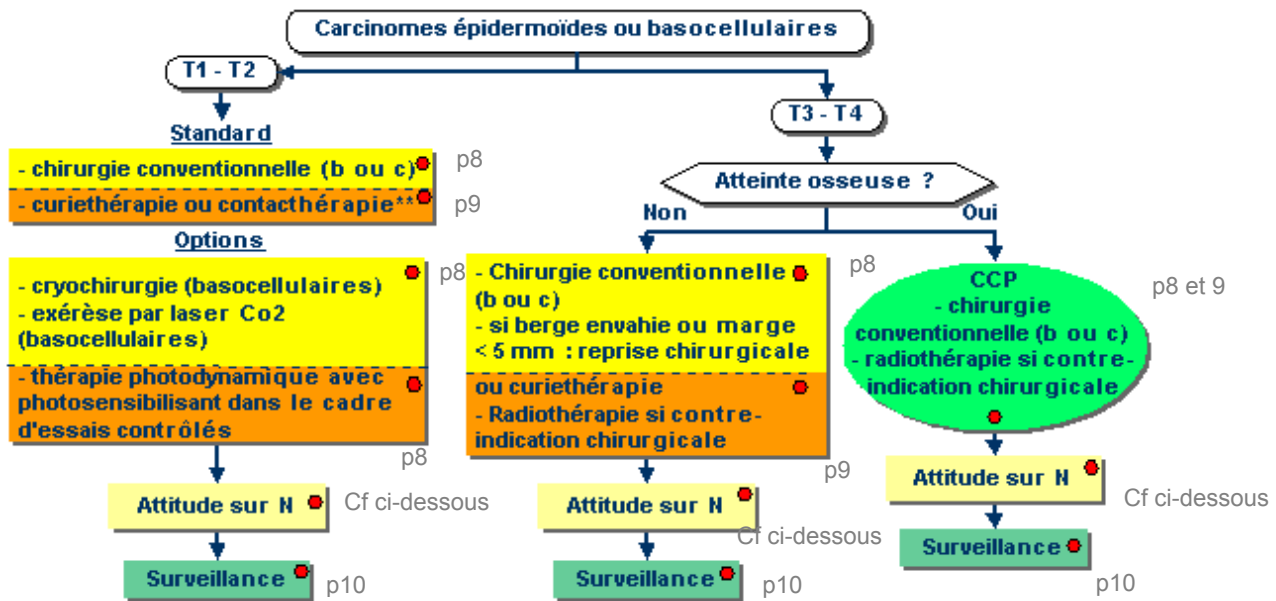


Carcinomes infiltrants

Carcinomes annexiels et neuroendocrines



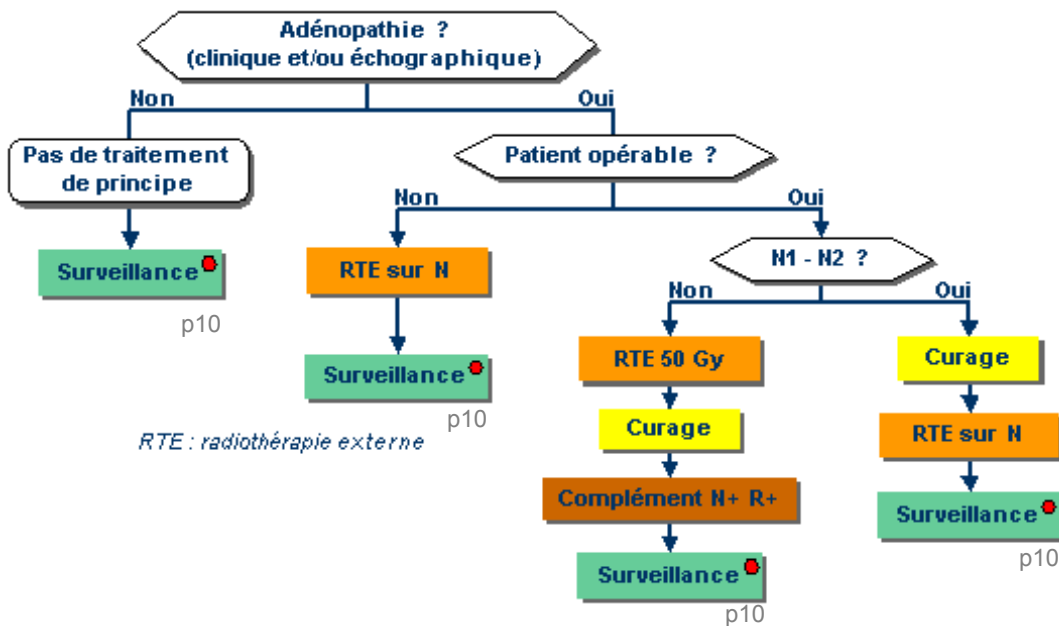
Carcinomes épidermoïdes et basocellulaires



* Traitement dépendant des contre-indications de chaque technique - Contre-indication à l'irradiation : carcinome sur lésions précancéreuses dysgénétiques, atteinte osseuse, atteinte des extrémités (mains en particulier).

** Contactthérapie : lésions sur une surface plane d'environ 1 cm² ayant une infiltration < à 2 mm

Attitude sur N



☐ **Modalités thérapeutiques**

Traitements médicaux

- ▶ Application de pommade au **5-fluoro-uracile** Efudix® crème après preuve biopsique et surveillance par un spécialiste
- ▶ **Rétinoïdes de synthèse** dans le cadre d'essais contrôlés

Traitements chirurgicaux

- ▶ **a) Exérèse chirurgicale** suivie de suture ou de greffe ou autoplastie selon les localisations (analyse histologique de la pièce opératoire orientée) et dans les tumeurs de Pinkus
- ▶ **b) Chirurgie conventionnelle** avec examen histologique **extemporané** des berges de l'exérèse (ou technique de Mohs proprement dite) et reconstruction **immédiate** par suture, greffe ou autoplastie
- ▶ **c) Chirurgie conventionnelle** avec examen **histologique** des berges de l'exérèse et fermeture chirurgicale **secondaire** par greffe ou autoplastie. En cas de berges cutanées envahies ou "limites" (marges < 5 mm) à l'examen anatomopathologique : reprise chirurgicale ou [curiethérapie](#) p9

Anatomopathologie de la pièce opératoire

- Nécessité d'un examen histologique des berges de l'exérèse en extemporané si un procédé de chirurgie plastique est nécessaire pour fermer la perte de substance en extemporané ou en examen histologique conventionnel en cas d'exérèse-suture simple ou d'exérèse avec reconstruction différée de la perte de substance
 - Avec analyse histologique de la pièce opératoire en cas de tumeur de Pinkus
- ▶ **d) Exérèse par laser Co2** avec analyse histologique de la pièce opératoire orientée (berges). Le laser Co2 doit être considéré comme un bistouri ou un agent

de destruction (photo-volatilisation) créant des dommages limités sur les berges traitées. Son usage suppose une formation spécifique. Utilisation admise dans les basocellulaires (avec contrôle des berges)

▶ **e) Cryochirurgie** dans le cadre d'essais contrôlés

▶ **f) Thérapie photodynamique** avec photosensibilisant dans le cadre d'essais contrôlés

Traitements radiothérapeutiques

▶ **Contactothérapie** : 50 à 85 kV

▶ **Radiothérapie** externe : photons ou électrons

▶ **Curiethérapie** interstitielle à l'iridium 192

REFERENTIELS

Carcinome cutané ●●●

Date de révision : 17 mars 2003

■ Surveillance

- ▶ Surveillance **clinique** T + N (sauf basocellulaire), **à vie** (autres localisations).
- ▶ Surveillance **annuelle** sauf pour les carcinomes annexiels, carcinomes neuro-endocrines et carcinomes spinocellulaires.
- ▶ Il n'y a **pas d'examen complémentaire spécifique** à prévoir, en l'absence de symptomatologie.
- ▶ Pour les carcinomes **annexiels** et **neuro-endocrines** : tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois.