

# REFERENTIEL CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE

D'après « Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde et de ses précurseurs. Recommandations » par la Société Française de Dermatologie » (2009)

## 2 GROUPES D'EVOLUTION PRONOSTIQUE (risque de récurrence et/ou de métastase) selon CLINIQUE et HISTOLOGIE

Le traitement des CEC du Groupe 1 est facile à codifier et peut être décidé hors RCP.

Un seul critère de la colonne « à risque significatif » est suffisant pour faire classer le CEC dans le Groupe 2, mais les critères pronostiques des CEC du Groupe 2 demandent à être évalués au cas par cas sur une échelle allant de « risque moyen » à « très haut risque », car seuls 5 de ces critères (immunodépression, récurrence, adhérence au plan profond, signes clinique et/ou histologique d'envahissement périnerveux) ont un caractère intrinsèquement péjoratif. Ceci justifie que la conduite à tenir en matière d'explorations et de traitement des CEC du Groupe 2 se discute en RCP.

Tableau 2. Classification pronostique des CEC.		
Critères	Groupe 1 : à faible risque	Groupe 2 : à risque significatif
<b>Cliniques</b>		
Primitif vs récurrence	Primitif	Récurrence
Degré d'infiltration clinique	Absence	Adhérence au plan profond
Symptômes neurologiques d'envahissement	Non	Oui
Statut immunitaire	Immunocompétent	Immunodéprimé
Taille (diamètre) en fonction de la localisation	< 10 mm en zone R+ < 20 mm en zone R-	≥ 10 mm en zone R+ ≥ 20 mm en zone R-
<b>Anatomopathologiques</b>		
Envahissement périnerveux	Non	Oui
Degré de différenciation cellulaire	Bon	Moyen à indifférencié
Formes histologiques	CEC commun, verruqueux, fusiforme (hors zone irradiée), mixte ou métatypique	CEC desmoplastique > muco-épidermoïde > acantholytique
Profondeur (niveau de Clark) et épaisseur tumorale	Niveau ≤ III Épaisseur ≤ 3 mm	Niveau ≥ IV Épaisseur > 3 (ou 4 ou 5) mm

Zone à risque (R+) : zones péri-orificielles (nez, lèvres, oreille externe, paupière) et le cuir chevelu ; zones non insulées (périnée, plante des pieds, ongle) ; radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation ou ulcère chroniques.

Zone à risque bas (R-) : autres localisations de l'extrémité céphalique, du tronc et des membres.

# MARGES D'EXERERE CHIRURGICALES DES CEC EN BREF

## 1/ Exérèse à 4 à 6 mm des limites cliniques et jusqu'à l'hypoderme

**Si GROUPE 1 :** BIEN DIFFERENCIE

SANS ENVAHISSEMENT PERINERVEUX

EPAISSEUR < ou = 3 mm

NIVEAU < ou = III

TAILLE < 10 mm sur nez, lèvre, oreille, paupière, cuir chevelu, périnée, plante, ongle, radiodermite, brulure ou ulcère

TAILLE < 20 mm sur autres localisations de la tête, tronc ou membres

La biopsie préalable n'est recommandée qu'en cas de diagnostic clinique incertain.

Contrôle anatomopathologique classique des berges de la pièce opératoire, sur pièce orientée.

En cas d'exérèse incomplète, reprise avec marges de 4 à 6 mm.

## 2/ Exérèse à 6 à 10 mm des limites cliniques et jusqu'à l'hypoderme

(en respectant l'aponévrose ou le périchondre, à condition que ces structures ne soient ni au contact, ni envahies par le CEC) avec contrôle anatomopathologique extemporané et/ou retardé (chirurgie en 2 temps) avant tout geste de reconstruction complexe, comme lambeau ou greffe.

**Si GROUPE 2** RECIDIVE

ADHERENCE AU PLAN PROFOND

SIGNES NEUROLOGIQUES D'ENVAHISSEMENT

IMMUNODEPRIME

MOYENNEMENT OU INDIFFERENCIE

DESMOPLASTIQUE ou MUCO-EPIDERMOIDE OU ACANTHOLYTIQUE

ENVAHISSEMENT PERINERVEUX HISTOLOGIQUE

EPAISSEUR > 3 mm

NIVEAU > ou = IV

TAILLE > ou = 10 mm sur nez, lèvre, oreille, paupière, cuir chevelu, périnée, plante, ongle, radiodermite, brulure ou ulcère

TAILLE > ou = 20 mm sur autres localisations de la tête, tronc ou membre

## BILAN INITIAL

**Echographie locorégionale de la zone de drainage** (étude de l'échogénicité du hile) proposée pour les CEC du Groupe 2.

Tout autre examen n'est justifié que devant des signes cliniques d'appel ou par une décision prise en RCP du fait de l'accumulation de critères de mauvais pronostic.

## SUIVI DES CEC

### 1/ Carcinome in situ et CEC du Groupe 1 :

**Examen clinique une fois par an pendant au moins 5 ans.** Education du patient à l'auto-examen et autodétection d'une récurrence et à la photoprotection. Pas d'examen biologique, ni imagerie complémentaire, en dehors de signes cliniques d'appel.

### 2/ CEC du Groupe 2 :

**Examen clinique tous les 3 à 6 mois, selon les critères de pronostic, pendant 5 ans,** puis à espacer. Education du patient à l'auto-examen et autodétection d'une récurrence et à la photoprotection.

**Echographie locorégionale de la zone de drainage tous les 6 mois pendant 5 ans, pour les CEC du groupe 2 à haut risque, identifiés en RCP.** Tout autre examen n'est justifié que devant des signes cliniques d'appel.

## RADIOTHERAPIE et CHIMIOTHERAPIE

Radiothérapie non recommandée si chirurgie d'exérèse simple réalisable, ni sur certaines zones (mains, pieds, jambes, organes génitaux, à l'exception de la curiethérapie des CEC du pénis).

**Si CEC avec reliquat tumoral ou faible probabilité de contrôle complet de la lésion par la chirurgie** (par ex, exérèse incomplète sans possibilité de reprise chirurgicale, engainement périnerveux, non accessible chirurgicalement), **un traitement complémentaire est à discuter en RCP** : radiothérapie adjuvante ou chimiothérapie de réduction tumorale (5-FU, platines) puis chirurgie et/ou radiothérapie, cetuximab (hors AMM) ou antiPD1 (essai thérapeutique).

**Dans tous les cas, le curage ganglionnaire systématique n'est pas recommandé.**