

CHIRURGIE DES CARCINOMES BASOCELLULAIRES (CBC)

Quelle fréquence dans la population ?

Le CBC est le cancer de la peau de la face le plus fréquent. Cette tumeur est d'évolution locale lente. Une simple exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité suffisent à traiter ce cancer et donc d'obtenir une guérison. Parfois en dépit du traitement local, il peut récidiver et donner une lésion de grande taille et exceptionnellement des métastases.

En revanche, il existe 3 sous-types histologiques de CBC agressifs : le CBC sclérodermiforme, le CBC infiltrant, le CBC micronodulaire.

Risque de récurrence suivant localisation ?

Le CBC, sauf cas exceptionnel, ne se développe que localement. La localisation anatomique a son importance dans les possibilités de propagation du CBC qui va varier en fonction de la résistance des tissus sous-jacents. Il a plutôt tendance, sauf cas particuliers liés aux sous types histologiques et au volume tumoral, à s'étendre le long des structures telles que le cartilage ou l'os et à se développer en profondeur au niveau des tissus de résistance moindre correspondant aux zones de jonction tissulaire et aux plans de fusion embryologique. Les zones à risque de récurrence de CBC sont toutes localisées au niveau de l'extrémité céphalique (les localisations à faible risque étant le tronc et les membres). Les zones à haut risque de récurrence sont les oreilles et les zones péri-orificielles de la tête. Les zones à risque intermédiaire sont le front, les joues, le menton, le cuir chevelu et le cou.

Quand demander un bilan d'imagerie ?

Dans la majorité des cas : pas de bilan d'imagerie pour apprécier l'extension.

Si envahissement profond ou locorégional :

- Faire échographie cervicale ou scanner si atteinte ganglionnaire
- Faire IRM si atteinte des parties molles en profondeur (ex : orbite, œil, méninge, espace masticateur, glande parotide, etc.)
- Faire scanner si atteinte osseuse

Ceci est basé sur le guide de recommandation pratique de la Société Française de chirurgie de la face et du cou/ ORL de novembre 2014, que vous pouvez télécharger [en cliquant ici](#)

Quel est le stade de votre tumeur ?

Pour cela on s'aide d'une classification internationale dite TNM.

T= taille de la tumeur ; N= nombre et taille des ganglions ; M= présence de métastase

Classification clinique TNM des carcinomes cutanés d'après l'UICC.

T Tumeur primitive	
TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de la tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur inférieure ou égale à 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur supérieure à 2 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur s'étendant aux structures profondes telles que muscle, os, cartilage, mâchoire et orbite
T4	Tumeur avec invasion directe ou péri-nerveuse de la base du crâne ou du squelette axial
En cas de tumeurs multiples simultanées, la tumeur ayant la catégorie T la plus élevée sera prise en compte. Le nombre de tumeurs individualisées sera indiqué entre parenthèses.	
N Adénopathies régionales	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional, dans sa plus grande dimension inférieur ou égal à 3 cm
N2	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional, supérieur à 3 cm et inférieur ou égal à 6 cm dans sa plus grande dimension, ou atteintes ganglionnaires multiples, aucune supérieure à 6 cm
N3	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional, supérieur à 6 cm dans sa plus grande dimension
M Métastases à distance	
M0	Pas de signe de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Quel sera le traitement ?

Toute la problématique est que ce type de lésion touche le visage. Du fait de l'extraction de la tumeur et des tissus avoisinants une simple suture n'est pas réalisable. Une reconstruction est dans ce cas nécessaire.

En revanche s'il s'agit de CBC agressifs, ces marges d'exérèses seront plus larges : 1 cm.

[En cliquant ici vous trouverez la fiche informative de notre société savante concernant la chirurgie pour ce type de pathologie](#)

En cas de reconstruction après ablation de la tumeur par une greffe dite « lambeau », vous serez mis en contact avec le chirurgien de la face et du cou référent en reconstruction faciale et en possession d'un diplôme de microchirurgie.

Dans ces cas une étude des berges de la pièce opératoire (afin de vérifier que la tumeur a bien été retirée de manière large) est absolument nécessaire. Mais elle nécessite une analyse d'une dizaine de jours. C'est pour cela que la chirurgie se fera en deux temps : le premier pour extraire la tumeur et le deuxième pour la reconstruction.