

# CHIRURGIE DES CARCINOMES ÉPIDERMOÏDES (CE)

**Quels sont les carcinomes épidermoïdes (CE) à haut risque (de moins bon pronostic) ?**

## **Critères cliniques :**

- taille > 2cm
- localisation (lèvre, oreille, nez, zones non photo-exposées...)
- Marges peu visibles
- Patients immunodéprimés (facteur de risque majeur)
- Récidive locale du CE
- Tumeur à croissance rapide
- Tumeur survenant sur une cicatrice (brûlure ou traumatisme), radiothérapie antérieure, site tumoral ulcéré

## **Critères histologiques**

(Étude de la biopsie ou de la pièce opératoire en anapathologie) :

- Épaisseur > à 4mm ou Clark IV ou V, marquant l'adhérence au plan profond et le risque d'extension (les lésions > à 5 ou 6 mm Clark V ont un risque d'extension à distance dépassant 15%)
- Différenciation modérée ou faible
- Forme : CE acantholytique, CE muco-épidermoïde, CE desmoplastique
- Invasion péri-nerveuse (de 2 à 14% selon les séries)

**Quels sont les risques de récurrence suivant la localisation ?**

Concernant les CE, la Société Française de Dermatologie a retenu 6 facteurs cliniques et 5 facteurs histologiques qui interviennent dans le risque de récurrence tumorale et de métastase. Ils permettent de proposer une classification pronostique provisoire (nécessitant d'être évaluée et validée prospectivement) en distinguant deux groupes : groupe I (à faible risque) et groupe II (à risque élevé). La localisation tumorale fait partie des facteurs cliniques ; ainsi les zones cervico-faciales péri-orificielles (nez, lèvre, oreille, paupière) et le cuir chevelu sont considérées à risque élevé.

**Quand demander un bilan d'imagerie ?**

- Carcinome épidermoïde in situ et patient sans facteur de risque : échographie cervicale ganglionnaire.
- Si facteur(s) de risque pronostic et / ou signes cliniques d'appel : scanner cervico thoracique, scanner abdominopelvien, scanner cérébral.
- Si facteurs de risque d'extension périmerveuse et/ou signes cliniques neurologiques : IRM du trajet intra et extra cérébral des paires crâniennes.
- Surveillance : échographie cervicale ganglionnaire tous les 6 mois pendant 5 ans.

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 ?

Il est recommandé de respecter des marges latérales de 4 mm pour les CE à risque faible (Grade A) et d'au moins 6 mm pour les CE à risque élevé, c'est à dire présentant au moins un facteur de risque de récurrence.

Il est recommandé d'élargir à 10 mm, voire plus, pour les tumeurs cumulant les facteurs de risque d'extension infraclinique, (exérèse initiale incomplète, grade histologique élevé, niveau de Clark V, invasion périnerveuse).

Les marges en profondeur doivent être proportionnelles aux marges latérales, allant préférentiellement jusqu'au périoste au niveau du front et du scalp, allant jusqu'à l'aponévrose musculaire au niveau cervical. La résection doit le plus souvent transfixier le cartilage nasal et auriculaire.

Il est souvent difficile de respecter les marges retenues, sans grever le pronostic fonctionnel. Ces cas relèvent d'une prise en charge très spécialisée.

Dans ces cas une étude histologique des marges 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.

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 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 dit « lambeau » Vous serez mis en contact avec le chirurgien de la face et du cou référent en reconstruction faciale en possession d'un diplôme de microchirurgie.