

# Carcinomes cutanés basocellulaires et épidermoïdes : quelles marges pour quelles lésions ?

**RÉSUMÉ :** La prise en charge des carcinomes cutanés repose sur la chirurgie dans la grande majorité des cas, et requiert une collaboration entre dermatologue et chirurgien. La définition des marges d'exérèse est fonction du type de tumeur et de facteurs pronostiques simples tels que la localisation ou la taille de la tumeur, mais également de données plus spécifiques telles que le sous-type histologique ou la présence d'une immunodépression sous-jacente.

Dans cet article, nous détaillons les éléments à prendre en compte pour la chirurgie des carcinomes cutanés basocellulaires et épidermoïdes, des marges d'exérèse aux indications de discussion en RCP ou de traitement adjuvant éventuel, sur la base des recommandations françaises.



→ O. ZEHOU  
Service de Dermatologie,  
CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Les carcinomes cutanés sont des tumeurs fréquentes, d'incidence croissante, estimés à plus de 65 000 nouveaux cas par an et probablement sous-estimés. Ils représentent 90 % des cancers cutanés et surviennent en général chez des sujets âgés de plus de 50 ans. On distingue les carcinomes basocellulaires (CBC), les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) et d'autres formes de carcinomes plus rares (carcinome neuroendocrine de Merkel, annexiels) qui ne seront pas traités ici. La prise en charge de ces tumeurs repose sur la chirurgie dans la grande majorité des cas et nécessite une coordination entre dermatologue et chirurgien. Leur localisation fréquente à l'extrémité céphalique pose le problème de la reconstruction, qui ne doit cependant pas prévaloir sur la nécessité d'une exérèse carcinologique.

L'objectif de cette mise au point est de rappeler les éléments à prendre en compte pour définir la prise en charge

chirurgicale d'un carcinome cutané, notamment les marges d'exérèse, sur la base des recommandations françaises.

## Carcinome basocellulaire

Le carcinome basocellulaire est la tumeur maligne la plus fréquente. Les facteurs étiologiques connus sont l'exposition cumulative aux UV ou aux radiations ionisantes, des facteurs génétiques (phototype clair, gènesodermatoses type nævomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin, *xeroderma pigmentosum*) et plus rarement des facteurs chimiques comme l'arsenic ou les hydrocarbures polycycliques (métallurgie, fabrication ou utilisation de pesticides...). Leur évolution est locale et l'extension métastatique exceptionnelle. On distingue trois sous-types cliniques de CBC: nodulaire (**fig. 1**), superficiel, sclérodermiforme (**fig. 2**) et quatre sous-types histologiques (parfois associés): nodulaire,

# PASSERELLES



FIG. 1: Carcinome basocellulaire nodulaire de la pointe du nez.



FIG. 2: Carcinome basocellulaire sclérodermiforme de la joue.

superficiel (anciennement pagétoïde), infiltrant (qui comprend les CBC trabéculaires et micronodulaires) et sclérodermiformes.

La prise en charge des CBC est chirurgicale en première intention, et dépend de facteurs pronostiques (risque de récurrence) et de l'extension locale. Les CBC superficiels peuvent relever d'un traitement médical exclusif. Il est recommandé de réaliser une biopsie systématique avant traitement; une exérèse d'emblée peut être réalisée en cas de diagnostic très probable, pour des tumeurs de bon pronostic avec reconstruction simple.

Les facteurs pronostiques des CBC sont:

- localisation: zones à risque de récurrence bas (tronc, membres), intermédiaire (front, joue, menton, cuir chevelu et cou) ou haut (nez et zones péri-orificielles de l'extrémité céphalique);
- taille: supérieure à 1 ou 2 cm en fonction de la localisation;
- aspect clinique mal limité ou sclérodermiforme;
- caractère récidivant;
- histologiques: sous-type histologique agressif (sclérodermiforme, infiltrant), forme métatypique de mauvais pronostic.

Le caractère pigmenté ou ulcéré n'a pas de valeur pronostique. Ces facteurs

Bon pronostic	Pronostic intermédiaire	Mauvais pronostic (un seul critère nécessaire)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC superficiel primaire.</li> <li>• CBC nodulaire primaire, bien limité, &lt; 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence, ou &lt; 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC superficiel récidivé.</li> <li>• CBC nodulaire de taille &lt; 1 cm sur la zone à haut risque de récurrence, &gt; 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence, ou &gt; 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique: sclérodermiforme ou mal limité.</li> <li>• Histologie: sclérodermiforme, infiltrant (trabéculaire, micronodulaire), métatypique</li> <li>• Récidivant (hors CBC superficiels).</li> <li>• CBC nodulaires en zone à haut risque de récurrence de taille &gt;1 cm.</li> </ul>
3-4 mm	≥ 4 mm	5-10 mm ± examen extemporané ou chirurgie en deux temps, voire chirurgie micrographique de Mohs si réalisable.
Zone à bas risque de récurrence: tronc et membres. Zone à risque intermédiaire de récurrence: front, joue, menton, cuir chevelu et cou. Zone à haut risque de récurrence: nez et zones péri-orificielles de l'extrémité céphalique.		

TABLEAU I: Groupes pronostiques de carcinomes basocellulaires et marges latérales recommandées.

permettent de définir trois groupes pronostiques, dictant les marges d'exérèse recommandées pour un taux d'exérèse complète < 5 % (tableau I): marge latérale de 3-4 mm pour les CBC de bon pronostic, ≥ 4 mm pour les CBC de pronostic intermédiaire. Pour les tumeurs de mauvais pronostic, la marge latérale varie de 5 mm pour certaines tumeurs bien limitées à > 10 mm pour les CBC récidivants ou

sclérodermiformes. Si ces marges ne peuvent pas être respectées pour des raisons fonctionnelles ou esthétiques, il est recommandé une chirurgie avec examen extemporané ou en deux temps pour s'assurer que la marge est saine. Les marges profondes sont situées dans le tissu graisseux sous-cutané jusqu'à l'aponévrose, le péri-chondre ou le périoste en les respectant (sauf envahissement).



**FIG. 3 :** Carcinome épidermoïde infiltrant de la joue, jouxtant une kératose séborrhéique.



**FIG. 4 :** Champ de kératoses actiniques du vertex (photos provenant de la collection du service de Dermatologie du CHU Henri-Mondor, Créteil).

En cas d'exérèse incomplète, une reprise est recommandée du fait d'un risque de récurrence important. Les marges lors de cette reprise ne font l'objet d'aucune recommandation ; il est habituel de reprendre la marge de la première exérèse, si nécessaire avec examen extemporané, ou en deux temps, ou de type Mohs si réalisable.

La majorité des CBC ne nécessite pas d'enregistrement en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les formes posant des problèmes de prise en charge et les CBC de mauvais pronostic doivent être discutées en RCP, avant une chirurgie complexe ou pour envisager des traitements alternatifs à la chirurgie si celle-ci ne peut être réalisée : radiothérapie ou traitement médical par vismodegib pour les rares cas de CBC métastatique symptomatique ou localement avancé. Le risque de nouveau CBC justifie une surveillance au minimum annuelle, à vie, ainsi que des consignes de photoprotection.

## Carcinome épidermoïde cutané

Le carcinome épidermoïde cutané, anciennement spinocellulaire, est le

second cancer cutané le plus fréquent (**fig. 3**). Le principal facteur étiologique du CEC et de ses précurseurs (maladie de Bowen, kératose actinique (**fig. 4**)) est l'exposition cumulative aux UV. Les autres facteurs favorisants sont le phototype clair, l'immunodépression, l'inflammation chronique. La prise en charge des kératoses actiniques, précurseurs des CEC, fait appel à des traitements médicaux : cryothérapie à l'azote liquide, 5-fluorouracile, imiquimod, photothérapie dynamique, diclofénac, mébutate d'ingénol. En cas d'échec, une exérèse chirurgicale est recommandée. Le traitement des CEC invasifs est chirurgical en première intention.

Les CEC peuvent évoluer localement, ou se compliquer de métastases ganglionnaires ou viscérales, mettant en jeu le pronostic vital. L'évaluation clinique doit systématiquement comporter un examen de la lésion (avec mesure des dimensions, permettant d'évaluer l'évolutivité et de s'accorder sur les limites de la tumeur) et des aires ganglionnaires de drainage, et peut être complété par une échographie loco-régionale de la zone de drainage en cas de facteurs pronostiques péjoratifs. La classification pronostique des CEC repose sur six critères cliniques et cinq critères histologiques (**tableau II**).

### Cliniques :

- caractère récidivant ;
- infiltration clinique ;
- présence de signes neurologiques ;
- présence d'une immunodépression ;
- taille  $\geq 10$  mm en zone à risque significatif ou  $\geq 20$  mm en zone à risque bas ;
- localisation à risque : zones péri-orificielles (nez, lèvres, oreille externe, paupières), les zones non insolaées (périnée, sacrum, plantes des pieds, ongles) ou les sites d'inflammation chronique (radiodermite, cicatrice de brûlure, ulcère chronique).

### Histologiques :

- niveau de Clark  $\geq$  IV ;
- indice de Breslow (épaisseur)  $>$  3 mm ;
- présence d'un envahissement périnerveux ;
- degré de différenciation cellulaire modéré ou faible ;
- type histologique : desmoplastique, mucoépidermoïde, acantholytique.

La présence d'un de ces facteurs définit un CEC à risque significatif et justifie d'un bilan d'extension par échographie ganglionnaire, d'une discussion en RCP et d'une exérèse avec des marges de 6 à 10 mm. Un traitement complémentaire sera discuté.

**TABLEAU II :** Facteurs pronostiques péjoratifs des CEC et conséquences sur la prise en charge.

## PASSERELLES

### POINTS FORTS

- ➔ Examen clinique : examen de la lésion (topographie, limites, taille, adhérence au plan profond), examen ganglionnaire et recherche de signes neurologiques en cas de CEC ; dépistage des autres lésions suspectes.
- ➔ Évaluation du pronostic de la lésion.
- ➔ Détermination du type d'exérèse : marges, indication à une chirurgie en deux temps ? Extemporane ? Chirurgie micrographique ?
- ➔ Indication à une validation ou une discussion en RCP ? Pas de RCP pour les CBC de pronostic bon ou intermédiaire, validation pour les CEC du groupe 1, discussion pour les CBC de mauvais pronostic et les CEC du groupe 2, notamment concernant les indications de traitement complémentaire.
- ➔ Au décours, prise en charge dermatologique : surveillance annuelle, prise en charge des autres lésions précancéreuses et des champs de cancérisation, éducation à la photoprotection.

Les topographies à risque significatif sont les zones péri-orificielles (nez, lèvres, oreille externe, paupières), les zones non insolées (périnée, sacrum, plantes des pieds, ongles) ou les sites d'inflammation chronique (radiodermite, cicatrice de brûlure, ulcère chronique). Les zones à risque bas sont les zones photo-exposées : autres localisations de l'extrémité céphalique, du tronc et des membres.

Deux groupes de CEC sont ainsi définis : groupe 1, regroupant les CEC à faible risque de récurrence et/ou de métastases, n'ayant aucun facteur pronostique péjoratif ; groupe 2, incluant les CEC à risque significatif de récurrence et/ou de métastases. La marge d'exérèse est dictée par cette classification pronostique :

– marge latérale de 4 à 6 mm pour les CEC du groupe 1, avec examen histologique standard et échantillonnage macroscopique le plus informatif possible des berges. Un enregistrement en RCP est suffisant ;

– marge latérale de 6 à 10 mm pour les CEC du groupe 2, si besoin en deux temps ou avec examen extemporané, voire chirurgie micrographique. Une discussion du dossier en RCP est nécessaire.

L'exérèse doit emporter l'hypoderme en profondeur, en zone non infiltrée par la tumeur. Le compte rendu opératoire doit faire apparaître : marge latérale clinique, constatations péroratoires, marge profonde et notamment barrière anatomique.

Les pièces d'exérèse doivent être orientées et repérées, au mieux avec un schéma, avant d'être communiquées au laboratoire d'anatomie pathologique. L'exérèse sera précédée d'une biopsie en cas d'incertitude diagnostique ou en présence de facteurs pronostiques péjoratifs. En cas d'exérèse incomplète, une reprise chirurgicale doit être proposée. Si la chirurgie n'est pas réalisable, une radiothérapie doit être proposée.

La technique du ganglion sentinelle n'est pas recommandée en routine, mais est réalisée par certaines équipes, et le curage ganglionnaire n'est indiqué qu'en cas d'envahissement.

Les CEC du groupe 2 doivent être présentés en RCP, avec discussion des indications de radiothérapie adjuvante en cas d'engainement périnerveux ou d'atteinte ganglionnaire confirmée par exemple, ou après exérèse incomplète sans possibilité de reprise chirurgicale.

En cas de maladie avancée, les indications de thermo-chimiothérapie en perfusion régionale sur membre isolé, de radiothérapie, parfois associée à la chimiothérapie ou au cétuximab (anti-EGFR), ou de chimiothérapie systémique, seront également envisagées en RCP.

Après exérèse d'un CEC localisé, une surveillance clinique est indispensable : annuelle pour les tumeurs du groupe 1, trimestrielle à semestrielle pour les CEC du groupe 2. Les consignes de photoprotection sont indispensables.

#### Pour en savoir plus

- Recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte, juin 2004, HAS-INCA.
- Recommandation de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique : Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire), septembre 2009, HAS-INCA

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

