



GRUPPO DI STUDIO
TUMORI DELLA CUTE

NEOPLASIE CUTANEE EPITELIALI (NMSC)
AD ALTO RISCHIO
INDICAZIONI GENERALI di
TERAPIA CHIRURGICA

A cura di:

Cesare Barbera (coordinatore)

Lucio Dodaro

Monica Ferraro

Roberto Manzoni

Paolo Pella

Il documento è stato valutato e validato da tutto il gruppo di studio sui tumori della cute così composto:

*Cesare Barbera, Michele Bertero, Fabrizio Carnevale, Enrico Colombo, Alessandra Farnetti,
Massimo Gattoni, Angela Giacalone, Elena Francesca Giacone,
Stefano Guzzetti, Marino Landra, Giuseppe Macripò, Maurizio Norat, Marcella Occelli,
Cinzia Pala, Carlo Palenzona, Alberto Pisacane, Paolo Pochettino, Pietro Quaglino,
David Rondonotti, Gianluca Rossotto, Luigi Santoro, Maria Scatolini, Rebecca Senetta,
Maria Tessa, Tiziana Venesio, Alessandro Zaccagna*

Indice

Introduzione	pag. 4
Tabella 1	pag. 5
• Fattori di criticita' - Carcinoma Basocellulare (BCC)	
- <i>Clinici</i>	
- <i>Istologici</i>	
- <i>Topografici</i>	
- <i>Cofattori</i>	
Tabella 2	pag. 6
• Fattori di criticita' - Carcinoma Spinocellulare (SCC)	
- <i>Clinici</i>	
- <i>Istologici</i>	
- <i>Topografici</i>	
- <i>Cofattori</i>	
Tabella 3	pag. 7
• Indicazioni generali di terapia chirurgica	
- <i>Sedi ANATOMICHE CRITICHE: zone ad alto rischio</i>	
Bibliografia	pag. 11

Introduzione

La definizione di alto rischio delle NMSC dipende da varie criticità: clinica, istologica, topografica e cofattoriale (tabelle 1 e 2)

Topograficamente sono considerate sedi critiche quelle in cui la neoplasia cutanea epiteliale può presentare un'alta incidenza di recidiva/persistenza o di diffusione loco-regionale/metastatica.

La criticità deriva da motivi anatomico-embriologici e/o difficoltà tecniche nel conseguimento della radicalità terapeutica.

Tuttavia il concetto topografico di criticità non è mai assoluto; infatti nell'ambito di aree anatomicamente 'critiche' possiamo riscontrare zone in cui l'invasività locale ed a distanza è più elevata, accanto a zone ove l'aggressività della neoplasia non si discosta da quella consueta.

Ad esempio, nel padiglione auricolare localizzazioni all'elice ed all'antelice non risultano statisticamente ad alto rischio, mentre le aree effettivamente critiche sono il solco retroauricolare, l'infraauricolare, la zona pretragica, la conca ed il meato.

Il concetto di criticità topografica va inoltre coniugato con gli altri fattori di criticità, clinici ed istologici, e va considerata la presenza di cofattori di rischio.

NB: in qualsiasi area anatomica, anche non critica, può configurarsi l'alto rischio qualora concorrano altri fattori di criticità.

Nella tabella 3 sono indicate, per ogni sede anatomica 'critica', le zone ad alto rischio e le indicazioni di massima di terapia chirurgica .

In appendice sono elencati i Centri Dermatologici di riferimento regionale.

Tabella 1

FATTORI di CRITICITA'

CARCINOMA BASOCELLULARE (BCC)

<p><u>CLINICI</u></p>	<p>DIMENSIONI >20 mm in: fronte,palpebre,orecchio,naso,labbra</p> <p>MARGINI macroscopicamente mal definibili</p> <p>INFILTRAZIONE (adesione ai piani profondi)</p> <p>TIPO: sclerodermiforme, infiltrante</p> <p>RICORRENZA / PERSISTENZA</p>
<p><u>ISTOLOGICI</u></p>	<p>ISTOTIPO: sclerodermiforme,infiltrativo,intermediario,metatipico</p> <p>INVASIONE: perivascolare, perineurale</p>
<p><u>TOPOGRAFICI</u></p>	<p>CAPILLIZIO / FRONTE</p> <p>ORECCHIO</p> <p>PALPEBRE</p> <p>NASO</p> <p>LABBRA</p>
<p><u>COFATTORI</u></p>	<p>IMMUNODEPRESSIONE</p> <p>GENODERMATOSI PREDISPONENTI: xeroderma pigmentoso, sindrome di Gorlin, albinismo, epidermodisplasia verruciforme</p>

Tabella 2

FATTORI di CRITICITA'

CARCINOMA SPINOCELLULARE (SCC)

<p><u>CLINICI</u></p>	<p>DIMENSIONI (la percentuale di recidiva e di mts cresce con le dimensioni del T)</p> <p>INFILTRAZIONE (adesione ai piani profondi)</p> <p>RICORRENZA / RECIDIVA / PERSISTENZA</p>
<p><u>ISTOLOGICI</u></p>	<p>DIFFERENZIAZIONE: grado di Broders</p> <p>INFILTRAZIONE: livello di Clark</p> <p>INVASIONE: perineurale, linfatica, ematica</p>
<p><u>TOPOGRAFICI</u></p>	<p>CAPILLIZIO / FRONTE</p> <p>ORECCHIO</p> <p>PALPEBRE</p> <p>LABBRA</p> <p>MANI / PIEDI</p> <p>PENE / VULVA / PERINEO / REGIONE SACROCOCCIGEA</p>
<p><u>COFATTORI</u></p>	<p>IMMUNODEPRESSIONE</p> <p>GENODERMATOSI PREDISponentI: xeroderma pigmentoso, epidermodisplasia verruciforme, albinismo, epidermolisi bullosa distrofica, sindrome di Ferguson Smith, sindrome KID, porocheratosi, discheratosi congenita</p> <p>PATOLOGIE CUTANEE PREESISTENTI <i>in loco</i>: cicatrici da ustione, ulcere, fistole croniche, radiodermatiti, LES, lichen scleroatrofico, lichen erosivo, displasia cronica da HPV</p>

Tabella 3

INDICAZIONI GENERALI DI TERAPIA CHIRURGICA

<p><u>Sedi ANATOMICHE CRITICHE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zone ad alto rischio 	<p>BCC e SCC</p>
<p><u>CAPILLIZIO / FRONTE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Temporo - sopraciliare 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione dell'integrità della teca cranica)</p> <p><i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1 e 2)</p>
<p><u>ORECCHIO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solco retroauricolare • Solco infraauricolare • Conca / Meato • Preauricolare 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione dell'integrità del condotto uditivo esterno)</p> <p><i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1 e 2)</p>
<p><u>PALPEBRE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canti <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bordo ciliare coinvolto • Congiuntiva coinvolta 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione dell'integrità delle strutture orbitarie)</p> <p><i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1 e 2)</p> <p>.....</p> <p>Escissione <i>full thickness</i> microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione dell'integrità delle strutture orbitarie)</p>

<p><u>NASO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zona para-alare • 2/3 inferiori della piramide nasale • Bordo rinale 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo <i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1 e 2)</p> <p>.....</p> <p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità osteo-cartilaginea) <i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1 e 2)</p> <p>Escissione <i>full-thickness</i> per le forme infiltranti</p>	
<p><u>Sedi ANATOMICHE CRITICHE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zone ad ALTO RISCHIO 	<p>BCC</p>	<p>SCC</p>
<p><u>LABBRA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solco naso-labiale • Commessure • Vermiglione 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo</p> <p><i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 1)</p> <p>Escissione <i>full-thickness</i> per le forme infiltranti</p>	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo</p> <p><i>MOHS' SURGERY</i> nei casi con fattori di criticità clinici / istologici (vedi Tabella 2)</p> <p>Escissione <i>full-thickness</i> per le forme infiltranti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi non palpabili <p>ECT e/o TAC linfonodale + eventuale agobiopsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi palpabili <p>Agobiopsia + eventuale linfadenectomia</p>

<p><u>MANI / PIEDI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dita • Solchi interdigitali • Apparato ungueale 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità osteo-tendinea)</p> <p>Eventuale amputazione per le forme infiltranti</p>	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità osteo-tendinea)</p> <p>Eventuale amputazione per le forme infiltranti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi non palpabili <p>ECT e/o TAC linfonodale + eventuale agobiopsia</p> <p>BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA: consigliata (non validata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi palpabili <p>Agobiopsia + eventuale linfadenectomia</p>
<p><u>Sedi ANATOMICHE CRITICHE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zone ad ALTO RISCHIO 	<p>BCC</p>	<p>SCC</p>

<p><u>PENE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Glande • Prepuzio 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità uretrale)</p>	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità uretra e corpi cavernosi)</p> <p>Eventuale amputazione per le forme infiltranti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi non palpabili <p>ECT e/o TAC linfonodale + eventuale agobiopsia <i>oppure</i></p> <p>BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA (validata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi palpabili <p>Agobiopsia + eventuale linfadenectomia</p>
<p><u>VULVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutte 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità uretrovaginale)</p> <p>Vulvectomy per le forme infiltranti</p>	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità uretrovaginale)</p> <p>Vulvectomy per le forme infiltranti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi non palpabili <p>ECT e/o TAC linfonodale + eventuale agobiopsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfonodi palpabili <p>Agobiopsia + eventuale linfadenectomia</p>

<p><u>Sedi ANATOMICHE CRITICHE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Zone ad ALTO RISCHIO 	<p>BCC</p>	<p>SCC</p>
<p><u>PERINEO/ SACRO-COCCIGEA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tutte 	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità anorettale)</p>	<p>Escissione microscopicamente controllata: margini laterali e profondo (previa valutazione integrità anorettale)</p> <ul style="list-style-type: none"> Linfonodi non palpabili <p>ECT e/o TAC linfonodale + eventuale agobiopsia</p> <ul style="list-style-type: none"> Linfonodi palpabili <p>Agobiopsia + eventuale linfadenectomia</p>

Bibliografia

- Buongiorno MR, Doukaki G, Leigheb G, Bernengo MG, Calmieri S, Aricò M; Linee guida e raccomandazioni SIDeMaST. Pacini Editore Medicina, Pisa 2011; 145-165
- Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines: the management of basal cell carcinoma. BrJ Dermatol 2008; 159:35-48
- Motley R, Kersey P, Lawrence C; British Association of Plastic Surgeons: Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. BrJ Plast Surg 2003; 56: 85-91
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; Non Melanoma Skin Cancer; National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Brian Hill Edit 2-2012
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; Head and Neck Cancers; Cancer of the Lip; National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Brian Hill Edit 2011; LIP 1-4
- Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T; Guidelines on Penile Cancer: European Association of the Urology 2006
- Merseyside and Cheshire Gynaecological Cancer Network Group; Oncological Management of vulvar cancer. Gynaecological Oncology Guidelines Group 2012