GRUPPO DI STUDIO

TUMORI DELLA CUTE

CARCINOMA BASOCELLULARE

Documento redatto da:

Prof. Enrico Colombo **S.C. Dermatologia. AOU Maggiore della Carità – Novara.**

Dipartimento interaziendale ed interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino.
Presidio Ospedaliero Molinette
C.so Bramante n. 88 – 10126 Torino
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: ucr@reteoncologica.it

Carcinoma Basocellulare

Prof. Enrico Colombo

Il carcinoma basocellulare (CB) rappresenta il tumore maligno più diffuso nella popolazione caucasica e costituisce il 15 % di tutte le neoplasie. Il carcinoma basocellulare cresce lentamente, raramente metastatizza (0.1 %), ma è localmente invasivo, e se non correttamente trattato, tende ad estendersi con gravi danni anatomici, funzionali ed estetici.

Le localizzazioni topografiche più frequenti sono rappresentate dall'estremo cefalico, seguito dal tronco. L'istogenesi é tuttora discussa e si ritiene che origini da elementi cellulari immaturi presenti a livello epidermico o annessiale. L'incidenza annuale del CB negli USA é di 146 casi su 100.000 abitanti bianchi, mentre in Australia é di 778 casi.(*Bath-Hextall et al,* 2007), in Italia l'incidenza é di circa 100 casi ogni 100.000 abitanti. Il rapporto carcinoma basocellulare rispetto al carcinoma squamoso é di 4:1. Il rapporto maschi e femmine é 1:1 e la prevalenza aumenta dopo il 40° anno di età.

I fattori di rischio riconosciuti per il CB sono costituiti dal fototipo chiaro (I e II fototipo), l'esposizione protratta ai raggi ultravioletti, in particolare agli UVB con spettro tra i 290 e i 320 nm.

Esiste un modello genetico di carcinoma basocellulare che é la sindrome di Gorlin-Goltz, dove il gente PTCH1 condiziona carcinomi basocellulari multipli, dismorfie scheletriche ed altre alterazioni. L'espressività clinica di questo tumore é variabile. Si distinguono CB piano-superficiali (Bowenoide, Pagetoide, eritematoide), cicatriziali (piano-cicatriziale e sclerodermiforme), nodulari, pigmentati, Ulcus Rodens e carcinomi terebranti. L'istologia del CB é costituita da una proliferazione di nodi e cordoni di cellule basaloidi che assumono alla periferia una disposizione a palizzata. Lo stroma é ricco di fibroblasti. Gli istotipi principali sono il CB piano, il multifocale, lo sclerodermiforme, il nodulare, il pigmentato.

La terapia elettiva del CB é costituita dall'escissione chirurgica radicale che deve arrivare a comprendere cute e sottocute, fino al piano fasciale.

Trattamenti alternativi sono rappresentati dalla crioterapia, dal courettage, l'elettrodissecazione, la laser terapia, la terapia radiante e nel CB piano, la chemioterapia con 5-fluorouracile, la terapia immunomodulante con imiquimod e la terapia fotodinamica, ma tali metodiche sono gravate da un tasso di recidiva estremamente elevato.

Il tasso di recidiva globale del CB é intorno al 10 %, ma nei CB maggiori di 2 cm di diametro, quelli centro facciali e al padiglione auricolare, gli istotipi aggressivi (sclerodermiforme, nodulo-infiltrativo e multifocale) e nelle lesione incompletamente escisse e recidivate, il tasso di recidive a 5 anni sale al 42 % e > 50 % a 10 anni. Molti CB recidivati sono correlati ad una mancata radicalizzazione chirurgica, che l'istologia con sezioni istologiche verticali non ha evidenziato.

Per i CB "a rischio" si consiglia l'attuazione della chirurgia microtopografica secondo Mohs. Tale metodica, correttamente eseguita, é caratterizzata da asportazione con topografizzazione e marcatura dei margini. Tale metodo consente di intervenire solo nei quadranti ancora interessati dalla neoplasia. La peculiarità della chirurgia di Mohs é legata all'uso di sezioni istologiche orizzontali che consentono una valutazione dei margini da parte del patologo a 360°. Il tasso di recidiva di questa metodica correttamente eseguita é del 2 % per i CB primitivi e del 3.5 % per i CB recidivati. In Piemonte viene eseguita presso la Clinica Dermatologica di Novara e presso il Reparto Dermatologico di Vercelli.