



Allegato 2 : Sintesi linee guida di trattamenti

Anno di pubblicazione 2023

Procedure

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Timing richiesto
cSCC operabile a basso rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Exeresi lesionale a margini microscopicamente indenni ≥ 4 mm • Se margine: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Negativo</u>: follow-up ▪ <u>Positivo</u>: <ul style="list-style-type: none"> - re-escissione o chirurgia di Mohs - valutare RT se non fattibile chirurgia • Se cSCC insorto su cheratosi attiniche multiple o su aree con tumori multipli in situ, considerare: crioterapia, curettage ed elettrocoagulazione, terapia fotodinamica con ALA o MAL, agenti topici (imiquimod, diclofenac gel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologia • Chirurgia Plastica • Chirurgia generale • Oncologia 	
cSCC operabile ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Exeresi lesionale a margini microscopicamente indenni ≥ 6 mm • Se margine: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Negativo</u>: follow-up; se esteso interessamento perineurale o altri fattori di rischio considerare RT post-operatoria ▪ <u>Positivo</u>: re-escissione o chirurgia di Mohs; indicata RT+/-CT sensibilizzante se non fattibile chirurgia di reescissione ▪ eventuale CT sistemica se chirurgia di escissione e RT non fattibili <p>se presente infiltrazione perineurale clinica e/o radiologica indicata RT adiuvante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutare RT Se T3 (diametro>5 cm) o T4 (invasione locale), se margini close o < 5mm, se recidive dopo precedenti intervento/i di chirurgia con margini indenni, se presente PNI ≥ 0.1 mm all'esame istologico, se linfonodi positivi, RT soprattutto nei cSCC del distretto testa-collo T4, e se trattasi di cSCC desmoplastico o infiltrante in un contesto di immunosoppressione cronica • Da valutare eventuale trattamento combinato CT/RT e RT esclusivo, sulla base dell'estensione della lesione, della sede, della preferenza e delle condizioni generali del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologia • Chirurgia Plastica • Chirurgia generale • ORL • Oncologia • Radioterapia 	
Sede critica: cSCC del labbro	<ul style="list-style-type: none"> • Se stadio T1-T2 N0 non operato per sede (commissura), eccesso di demolizione, età e/o condizioni cliniche: Brachiterapia interstiziale esclusiva con intento radicale • Se in stadio avanzato (T3-T4 N0-N1) non operato: RT con fotoni più eventuale sovradosaggio con brachiterapia interstiziale 		
cSCC con masse linfonodali palpabili o sospette all'imaging	<ul style="list-style-type: none"> • Agoaspirato o agobiopsia • <u>Se negativo</u>: considerare ripetizione/metodica alternativa (se 2° valutazione negativa: follow-up) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia generale • Chirurgia plastica • ORL • Radiologia interventistica 	

	<u>Se positivo</u> : stadiazione e valutazione chirurgica		
cSCC con masse linfonodali accertate istologicamente operabile	<ul style="list-style-type: none"> • Escissione del primitivo e dissezione linfonodale regionale • RT postoperatoria se multipli linfonodi interessati o estensione extra-nodale (<i>appendice RT_tumori cute</i>) • 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia generale • Chirurgia plastica • ORL • Radioterapia 	
cSCC non operabile cSCC con masse linfonodali accertate istologicamente non operabile	<ul style="list-style-type: none"> • RT con finalità curativa, se fattibile a livello del primitivo e/o dei linfonodi loco-regionali in particolare nel distretto testa-collo, se possibile in associazione a chemioterapia radiosensibilizzante (cisplatino settimanale): - - <u>Se T1-T2</u>: Preferibile la RT esclusiva con ortovoltaggi, FOTONI, elettroni o brachiterapia; possibile usare anche la tomoterapia in casi selezionati (<i>appendice RT_tumori cute</i>) - <u>Se T3-T4</u>: RT esclusiva con intento curativo, oppure radioterapia palliativa, con vari ipofrazionamenti (<i>appendice RT_tumori cute</i>) • Cetuximab+RT (su base individualizzata <i>off label</i> – soprattutto se distretto cervico-cefalico) • Immunoterapia con Cemiplimab • Ceuximab <i>off label</i> • Chemioterapia sistemica a base di platino, se non fattibili altri trattamenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologia • Radioterapia 	
cSCC recidivato (non suscettibile di trattamenti locoregionali) o metastatico	<ul style="list-style-type: none"> • Immunoterapia con Cemiplimab • Chemioterapia a base di platino (cisplatino/ carboplatino) • Integrazione con cure palliative ab initio (simultaneous care) • Integrazione con Cetuximab (su base individualizzata <i>off label</i> – soprattutto se distretto cervico-cefalico) • Valutazione per eventuale arruolamento in trial clinici • RT palliativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologia • Radioterapia • Cure palliative • Centri di riferimento di patologia per trial clinici 	

2 Indicazioni alla tecnica di Mohs da [Fitzpatrick et al,2003]:

RECIDIVE
TUMORE PRIMITIVO con pattern istologico aggressivo in sedi aggressive del volto (vedi testo) marginari clinicamente mal definiti ove necessaria conservazione tissutale

3 Tabella aree di rischio

Area H	“ mask areas” del volto: <ul style="list-style-type: none">• volto centrale• palpebre• sopracciglia• regione periorbitale• naso• labbra• mento• mandibola• regione periauricolare e postauricolare• tempie• orecchio genitali mani piedi
Area M	Guance fronte cuoio capelluto collo regione pretibiale
Area L	Tronco estremità (escludendo mani, unghie, regione pretibiale, caviglie e piedi)