



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Référentiel régional

Prise en charge des carcinomes cutanés

Version 1
Décembre 2009

Sommaire

Contexte	4
<i>Epidémiologie</i>	4
<i>Objectifs</i>	4
<i>Champ d'application</i>	4
<i>Utilisateurs cibles</i>	5
<i>Information du patient</i>	5
<i>Définitions</i>	5
<i>Avertissement</i>	5
Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)	6
<i>Synthèse des situations où le dossier du patient doit être discuté en RCP (tirées des recommandations)</i>	6
Carcinomes basocellulaires	7
<i>La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention</i>	7
<i>Alternatives et traitements de 2^{ème} intention</i>	8
<i>Surveillance</i>	8
Carcinomes épidermoïdes	9
<i>La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention</i>	9
<i>Surveillance</i>	10
Carcinomes cutanés rares	11
Références	12
Elaboration du référentiel	13
<i>Contributeurs</i>	13
<i>Méthode d'élaboration et de validation</i>	13
<i>Publication et diffusion</i>	14
<i>Mise à jour</i>	14
<i>Indépendance par rapport aux organismes de financement</i>	14
<i>Prévention des conflits d'intérêts</i>	14
Annexe n°1 : Classification TNM	15
Annexe n°2 : Radiothérapie des carcinomes cutanés	16
Annexe n°3 : Essais thérapeutiques ouverts (décembre 2009)	17



Contexte

Epidémiologie

Bien qu'ils ne soient que rarement pris en compte dans les registres généraux des cancers, les données d'incidence suggèrent que les carcinomes cutanés représentent 20 à 25% de l'ensemble des cancers et sont donc les cancers les plus fréquents.

Les carcinomes basocellulaires sont plus fréquents (80%) que les carcinomes spinocellulaires, sauf chez l'immunodéprimé où ce rapport est inversé. L'incidence de l'ensemble des carcinomes augmente en raison de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales vis-à-vis des expositions solaires. Ils touchent les sujets à partir de 40 ans, et parfois la tranche des 20 à 30 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio entre 2 et 3). Les études d'incidence spécifique des carcinomes rapportent des chiffres variables selon la latitude et le phototype des sujets allant de 10 à 250 nouveaux cas annuels pour 100 000 habitants, les taux les plus importants étant rapportés en Australie. En France, ce chiffre, probablement sous-estimé à défaut d'enregistrement systématique prospectif de ces tumeurs, serait autour de 100 / 100 000 hbts / an.

Les décès liés aux carcinomes basocellulaires et spinocellulaires sont rares (ce qui explique d'ailleurs probablement qu'ils soient négligés par les registres des cancers) mais ces carcinomes, surtout s'ils sont pris en charge tardivement et/ou de manière inadéquate, sont source d'une importante morbidité. Chez l'immunodéprimé, en particulier le patient transplanté où les carcinomes spinocellulaires sont les plus fréquents, ces derniers sont souvent beaucoup plus agressifs avec un potentiel métastatique, et plus de 70% des patients greffés ayant eu un premier cancer cutané en ont un deuxième dans les 5 ans qui suivent.

Les facteurs carcinogènes impliqués sont en premier lieu les ultraviolets (naturels ou en cabine), devant les radiations ionisantes. Pour les carcinomes spinocellulaires, s'y rajoutent l'exposition à l'arsenic, aux hydrocarbures, certains papillomavirus et les dermatoses chroniques inflammatoires (brûlures en particulier).

Objectifs

L'objectif de ce référentiel est d'homogénéiser les pratiques de prise en charge des patients atteints de carcinome cutané dans les différents établissements de la région.

Il existe, au niveau national, des recommandations de pratiques établies après analyse de la littérature et qui reposent en grande partie sur les résultats validés de la recherche clinique : Recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'existence de ces recommandations est aujourd'hui connue de la majorité des médecins ayant des activités en cancérologie cutanée. Il est cependant établi que la simple diffusion de recommandations ne suffit pas pour améliorer les pratiques et qu'un moyen efficace pour augmenter l'adhésion aux recommandations est d'impliquer les professionnels de santé dans la démarche d'élaboration et/ou d'adaptation des recommandations au niveau régional et de les diffuser activement.

Champ d'application

Ce référentiel concerne :

- ✓ la prise en charge **initiale** des patients atteints de carcinome cutané,
- ✓ l'ensemble des étapes de cette prise en charge :
 - diagnostic,



- bilan d'extension,
- traitement,
- surveillance.

Utilisateurs cibles

Ce référentiel est utilisable en pratique quotidienne par les praticiens qui prennent en charge les patients, pour les guider lors de leurs décisions et lors de la réalisation des actes de soins.

Information du patient

Dans le cadre de la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient doit être informé :

- du nom du ou des médecin(s) référent(s),
- du passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire,
- du diagnostic, du traitement chirurgical et/ou du ou des traitement(s) complémentaire(s) retenu(s), des bénéfices, risques et effets secondaires.

Définitions

Les termes suivants sont utilisés dans le référentiel et sont inspirés des Standards, Options et Recommandations de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer et de la Haute Autorité de Santé :

- ✓ **Standards** : méthodes pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité.
Ils sont l'équivalent d'indications ou contre-indications absolues.
- ✓ **Options** : méthodes pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, par la majorité.
Elles sont l'équivalent d'indications ou contre-indications relatives.
- ✓ **Consensus régionaux** : recommandations régionales résultant d'une validation régionale.

Avertissement

Les informations contenues dans ce référentiel constituent des options que vous devez apprécier, sous votre responsabilité, en fonction de l'état pathologique de votre patient. En effet, l'utilisation de ces informations s'effectue sur le fondement des principes déontologiques fondamentaux d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine.

Les recommandations ont été élaborées par des professionnels de santé sur la base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur rédaction, et de la rigueur qui président à l'élaboration de tout référentiel médical.

Toutefois, compte tenu de l'évolution de la recherche et de la pratique médicale, il ne peut être exclu qu'au moment où vous prenez connaissance de ce référentiel et où vous décidez de l'utiliser dans le cadre de votre pratique médicale, les données soient incomplètes, obsolètes ou inexactes le temps qu'il soit mis à jour.



Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

Le patient doit être averti que son dossier sera discuté par un comité multidisciplinaire dans le cadre des procédures du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine. Après la concertation, le plan de traitement qui sera mis en place doit être soumis de manière détaillée au patient.

Le comité pluridisciplinaire doit comprendre les spécialistes suivants : un dermatologue, un chirurgien, un oncologue radiothérapeute. En fonction des situations, la présence d'un anatomopathologiste et d'un radiologue peut être requise.

Le dossier du patient doit être discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire :

- pour décider de la stratégie thérapeutique globale et particulière,
- pour proposer éventuellement l'inclusion dans les essais actifs selon les critères d'inclusion,
- en cas de progression de la maladie, dans le cadre d'un essai ou hors essai thérapeutique,
- en cas de rechute dans les mêmes conditions.

Il sera simplement enregistré dans le cas où un traitement standard est proposé.

Les modalités des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires Dermatologie sont détaillées sur le site internet du RCA :

- RCP du CHU de Bordeaux : <http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/soins/RCPchu.php>,
- RCP de Bayonne : <http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/soins/RCPbayonne.php>,
- RCP de Dordogne : <http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/soins/RCPdordogne.php>,
- RCP du Lot et Garonne : <http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/soins/RCPlotetgaronne.php>.

Synthèse des situations où le dossier du patient doit être discuté en RCP (tirées des recommandations)

Carcinomes basocellulaires

- Discussion de la conduite à tenir en RCP pour la chirurgie des CBC de mauvais pronostic.
- Alternative au traitement chirurgical : discussion en RCP d'une radiothérapie première.
- En cas de récurrence : discussion de la prise en charge en RCP.

Carcinomes épidermoïdes

- Pour les CE à risque élevé de récurrence ou de métastase : discussion de la prise en charge en RCP.
- Si patient N1 : curage ganglionnaire à effectuer sur le 1^{er} relais puis le groupe II, III, IV, V.
L'association d'une radiothérapie adjuvante est à envisager en RCP après analyse des comptes rendus anatomopathologiques du curage.

Carcinomes cutanés rares

- Prise en charge à discuter en RCP régionale voire en RCP nationale de recours



Carcinomes basocellulaires

La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention

Classification clinique et histologique simplifiée

- Carcinomes nodulaires.
- Carcinomes superficiels.
- Carcinomes sclérodermiformes.
- Carcinomes infiltrants non nodulaires ou non sclérodermiformes.
- Les 4 types peuvent se pigmenter ou s'ulcérer.

Classification topographique

- Bas risque : tronc, membres.
- Risque intermédiaire : front, joues, menton, cuir chevelu, cou.
- Haut risque : région centro-faciale, oculaire, auriculaire, nasale, zones péri-orificielles de fusion embryonnaire.
- Quelle que soit la localisation, il est important de prendre toujours les marges d'exérèse recommandées sans tenir compte des difficultés ultérieures de réparation.

Groupes pronostiques et recommandations

- Ils sont définis à partir de la taille, la localisation, du type histologique et du caractère primitif ou récidivé de la tumeur.
- Lorsque le diagnostic positif est évident et réunit les critères de bon pronostic, une exérèse d'emblée est réalisable.
- Lorsque le diagnostic est incertain et dans tous les autres cas une biopsie préalable est nécessaire.

Bon pronostic

- Carcinomes basocellulaires :
 - superficiels primaires,
 - nodulaires primaires,
 - < 1 cm en zone à risque intermédiaire,
 - < 2 cm en zone à bas risque.
- Chirurgie en un temps avec des marges cliniques de sécurité de 3 mm (standard).

Pronostic intermédiaire

- Carcinomes basocellulaires :
 - superficiels récidivés,
 - nodulaires,
 - < 1 cm en zone à haut risque,
 - > 1 cm en zone à risque intermédiaire,
 - > 2 cm en zone à bas risque.
- Chirurgie en un temps avec des marges cliniques strictes de 4 mm (standard).



Mauvais pronostic

- Il faut distinguer :
 - les carcinomes basocellulaires à haut risque :
 - nodulaires > 1 cm en zone à haut risque,
 - les carcinomes basocellulaires à très haut risque :
 - sclérodermiformes, mal limités, histologie agressive, micronodulaires, trabéculaires, infiltrants (discussion anatomopathologie),
 - récidivés après reconstruction complète (sauf superficiels).
- Discussion de la conduite à tenir en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (options) :
 - chirurgie en un temps avec des marges cliniques > 5 mm,
 - chirurgie en 2 temps ++ avec contrôle de la totalité des berges (technique standardisée à définir avec les anatomopathologistes), Mohs, Slow mohs, Histologie 3D (discuter les techniques réalisables en libéral Histologie 3D).

Alternatives et traitements de 2^{ème} intention

- Ils se discutent après évaluation oncogériatrique du patient.
- Superficiels primaires : alternatives de 1^{ère} intention à la chirurgie : Imiquimod, photothérapie dynamique (options).
- Carcinomes basocellulaires de bon pronostic : cryochirurgie (option).
- Pour les 3 groupes : radiothérapie :
 - discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'une radiothérapie première :
 - refus de toute chirurgie,
 - chirurgie mutilante et tumeurs étendues,
 - en revanche, les tumeurs infiltrantes de mauvais pronostic ne constituent pas une bonne indication de radiothérapie en 1^{ère} intention,
 - radiothérapie complémentaire :
 - berges positives en profond ou latérales non opérables,
 - récives multiples,
 - potentiel évolutif.
- En cas de récive : discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire :
 - reprise chirurgicale chaque fois que possible en 2 temps,
 - discussion d'un traitement complémentaire par radiothérapie.
- En cas d'exérèse incomplète : reprise chirurgicale.

Surveillance

- Tous les ans pendant 5 ans.
- Carcinomes basocellulaires à haut risque : tous les 6 mois pendant 5 ans.



Carcinomes épidermoïdes

La chirurgie : traitement de référence et de 1^{ère} intention

Les facteurs décisionnels

- Clinique peu discriminante avec un spectre clinique continu de la kératose actinique au carcinome épidermoïde. Les critères suivants doivent conduire à une biopsie pour obtenir une histologie de certitude qui guide la conduite thérapeutique ultérieure (critères IDRBEU) :
 - induration / inflammation,
 - diamètre > 1 cm,
 - rapide augmentation de taille,
 - bleeding (saignement),
 - érythème,
 - ulcération.
- Histologie :
 - différenciation,
 - neurotropisme.
- Site tumoral : gradient de gravité :
 - zones photo-exposées : front et crâne, mains et membres (excluant lèvre et oreille),
 - lèvre et oreille,
 - zones couvertes (sacrum, plante, périnée...).
- Taille de la tumeur :
 - < 2 cm,
 - > 2 cm.
- Profondeur (mesure histologique) :
 - profondeur < 4 mm,
 - > 4 mm.
- Statut immunitaire de l'hôte : leucémie lymphoïde chronique et greffé.
- Statut ganglionnaire ++ :
 - N0,
 - N1.
- Bilan d'extension ++ :
 - au-delà de T2 en l'absence de données de la littérature, il peut être envisagé selon les cas de procéder à une imagerie par scanner à la recherche de localisations secondaires, surtout pour les carcinomes épidermoïdes de l'oreille et de la lèvre,
 - os ou cartilage sous-jacent (radiographie, IRM),
 - recherche d'une autre localisation oro-digestive.

Groupes pronostiques et recommandations

Risque modéré

- Carcinomes épidermoïdes :
 - tumeur < 2 cm de diamètre hors zones à haut risque,
 - bien différenciée.
- Chirurgie en un temps avec des marges cliniques de 5 mm (exérèse complète dans 95% des cas) (standard).



Risque élevé de récurrence ou de métastase

- Carcinomes épidermoïdes :
 - tumeur > 2 cm,
 - zone à risque : lèvre, oreille++, paupière, nez, cuir chevelu,
 - histologie peu différenciée ou neurotropisme,
 - carcinomes épidermoïdes sur brûlure.
- Discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (options) :
 - chirurgie en un temps avec des marges cliniques > 6 mm,
 - chirurgie en 2 temps avec contrôle histologique complet des berges (technique standardisée à discuter avec les anatomopathologistes et le GT), Histo 3D ou Mohs si possible.

Cas particuliers

- Carcinomes épidermoïdes chez l'immunodéprimé :
 - prise en charge rapide dans les meilleurs délais,
 - discuter l'adaptation du traitement immunosuppresseur,
 - pas de radiothérapie chez le transplanté et sur les carcinomes épidermoïdes sur brûlure.
- En cas d'exérèse incomplète, récurrence, neurotropisme :
 - reprise chirurgicale chaque fois que possible,
 - radiothérapie complémentaire.
- En cas de chirurgie de carcinome épidermoïde en champ de cancérisation, la notion d'exérèse en zone de carcinome in situ impose systématiquement une reprise chirurgicale mais doit faire discuter un traitement de champs par 5FU, imiquimod, pDT ou laser CO₂ ultra-pulsé.
- Concernant l'atteinte ganglionnaire :
 - si patient N0 et carcinome épidermoïde à risque modéré : pas de curage ganglionnaire,
 - si patient N0 et carcinome épidermoïde à risque élevé de récurrence et de métastase : contrôle du 1^{er} relais ganglionnaire par une chirurgie avec examen anatomopathologique extemporané, et si celle-ci est positive poursuite par un curage ganglionnaire correspondant aux aires de drainage du site tumoral. (*Cette attitude est proposée par le groupe de travail bien qu'il n'existe pas de véritable consensus.*)
 - si patient N1 : curage ganglionnaire à effectuer sur le 1^{er} relais puis le groupe II, III, IV, V. L'association d'une radiothérapie adjuvante est à envisager en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire après analyse des comptes rendus anatomopathologiques du curage.
 - Les curages ganglionnaires sélectifs après technique du ganglion sentinelle ne sont actuellement pas recommandés et leur intérêt est en cours d'évaluation.

Surveillance

- Carcinomes épidermoïdes à bas risque : 2 fois par an pendant 5 ans.
- Carcinomes épidermoïdes à haut risque : 4 fois par an pendant un an puis 2 fois par an ensuite.



Carcinomes cutanés rares

- Prise en charge à discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire régionale voire en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire nationale de recours.



Références

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 4-3-2002.

Actinic keratosis : how to differentiate the good from the bad ones? Quaedvlieg PJF et al. European Journal of Dermatology. 2006;16,335-9.

Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. Motley R et al. British Journal of Plastic Surgery. 2003;56:85-91.

ANAES. Carcinomes basocellulaires. Recommandations pour la pratique clinique 2004. Ann Dermatol Veneréol. 2004;13:680-756.

SFD. Guide pratique de prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané. Annales Dermatol. Vénérolog. 2009;136,S166-89.



Elaboration du référentiel

Contributeurs

Groupe de travail Carcinomes (coordonnateurs en gras)

Dr Jean-Michel AMICI	<i>Dermatologue</i>	Cabinet libéral - Cenon / Hôpital Saint André - Bordeaux
Dr Philippe BOUDARD	<i>Chirurgien plasticien</i>	Cabinet libéral - Bordeaux
Dr Olivier COGREL	<i>Dermatologue</i>	Hôpital Haut Lévêque - Pessac
Pr Marie BEYLOT-BARRY	<i>Dermatologue</i>	Hôpital Haut Lévêque - Pessac
Dr Régine DARPEIX	<i>Dermatologue</i>	Centre Hospitalier - Libourne
Dr Jean-Luc DUCOURS	<i>Chirurgien plasticien</i>	Clinique Esquirol-Saint Hilaire - Agen
Dr Laurent DUPOIRIEUX	<i>Chirurgien plasticien</i>	Clinique du Marmandais - Marmande
Dr Franck FALKENRODT	<i>Chirurgien plasticien</i>	Cabinet libéral - Bordeaux
Dr Patrick GUILLOT	<i>Dermatologue</i>	Cabinet libéral - Arès / Hôpital Haut Lévêque - Pessac
Dr Nathalie LALANNE	<i>Dermatologue</i>	Hôpital Saint André - Bordeaux
Dr Philippe LALANNE	<i>Chirurgien plasticien</i>	Cabinet libéral - Lormont
Dr Eric LONGUEVILLE	<i>Ophthalmologiste</i>	Cabinet libéral - Bordeaux
Dr Sophie LOUBEYRES	<i>Dermatologue</i>	Cabinet libéral - Pau
Dr Jean-Pierre MERAUD	<i>Dermatologue</i>	Centre Hospitalier - Périgueux
Dr Delphine MERIGOU-GOMEZ	<i>Dermatologue</i>	Cabinet libéral - La Teste
Dr Nora OUHABRACHE	<i>Oncologue radiothérapeute</i>	Hôpital Saint André - Bordeaux
Dr Vincent PINSOLLE	<i>Chirurgien plasticien</i>	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Anne-François REAU	<i>Chirurgien plasticien</i>	Cabinet libéral - Bordeaux
Dr Jérôme RIBIERE	<i>Chirurgien plasticien</i>	Cabinet libéral - Biarritz
Dr Anne-Sophie RICARD	<i>Chirurgien maxillo-facial</i>	Hôpital Pellegrin - Bordeaux
Dr Laurence THOMAS	<i>Oncologue radiothérapeute</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Pr Béatrice VERGIER	<i>Anatomopathologiste</i>	Hôpital Haut Lévêque - Pessac
Dr Julie VERSAPUECH	<i>Dermatologue</i>	Hôpital Saint André - Bordeaux

Relecteurs

Dr Isabelle BARRE FELIX	<i>Anatomopathologiste</i>	Laboratoire Frérot - Agen
Dr Bin Nguyen BUI	<i>Oncologue médical</i>	Institut Bergonié - Bordeaux
Dr Christel BUZENET	<i>Dermatologue</i>	Cabinet libéral - Bayonne
Dr Denis CELERIER	<i>Oncologue radiothérapeute</i>	Centre d'Oncologie et de Radiothérapie - Bayonne
Dr Vanessa CONRI	<i>Chirurgien gynécologique</i>	Hôpital Saint André - Bordeaux
Dr Françoise PERRAUDEAU	<i>Anatomopathologiste</i>	Laboratoire d'Anatomie Pathologique - Agen
Dr Nicolas PONTIER	<i>Oncologue radiothérapeute</i>	Centre Hospitalier de Dax - Dax
Dr Daniel SCHLAIFER	<i>Oncologue médical</i>	Centre de Radiothérapie et d'Oncologie - Pau

Méthodologistes du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Mme Isabelle CIRILO-CASSAIGNE	<i>Chargée d'études</i>
Dr Hélène DEMAUX	<i>Médecin coordonnateur RCA</i>

Méthode d'élaboration et de validation

Depuis la création du RCA en 2000, des Groupes Thématiques Régionaux (GTR) se sont mis en place sur différentes thématiques (par localisation cancéreuse et par discipline transversale). Au sein du GTR Dermatologie, un groupe de travail pluridisciplinaire Carcinomes cutanés a été constitué avec deux coordonnateurs.



Les coordonnateurs du groupe de travail ont proposé des recommandations régionales à partir des recommandations nationales et internationales. Le référentiel a ensuite été validé en interne par les 3 groupes de travail (Mélanomes, Carcinomes, Lymphomes cutanés), puis la version corrigée a été soumise à validation externe par un groupe de lecture (Groupes Thématiques Régionaux Dermatologie, Radiothérapie, Oncologie médicale, Anatomopathologie, Centres de Coordination en Cancérologie d'Aquitaine (CCC), et groupe régional pharmaciens cancérologie OMEDIT). Ce groupe de lecture, composé d'experts de compétence, mode d'exercice et origine géographique divers, a été consulté par courrier pour apprécier la qualité méthodologique, la validité scientifique, la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du référentiel.

Le référentiel était accompagné d'un questionnaire d'évaluation établi à partir de la « Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique » (AGREE Collaboration - janvier 2002).

Seules les personnes ayant répondu figurent de façon nominative dans le paragraphe « Relecteurs » de ce document.

Publication et diffusion

Ce référentiel est disponible sous forme :

- de « version intégrale » présentant la méthode d'élaboration, les recommandations, les indicateurs de qualité, les références bibliographiques, les contributeurs, les annexes,
- de « version abrégée » présentant uniquement les recommandations pour la pratique clinique.

Le référentiel est diffusé sous forme papier dans chaque CCC, et mis à disposition sur le site du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (<http://www.canceraquitaine.org>).

Mise à jour

La mise à jour du référentiel se fera à intervalles réguliers qui seront définis par le Groupe Thématique Régional Dermatologie :

- chaque fois que les recommandations nationales et internationales connaissent des avancées diagnostiques et/ou thérapeutiques significatives,
- au minimum tous les deux ans.

Les coordonnateurs des groupes de travail proposent des modifications des recommandations qui sont ensuite validées par l'ensemble des membres des groupes de travail pluridisciplinaires.

Indépendance par rapport aux organismes de financement

L'élaboration de ce référentiel n'a fait appel à aucun financement extérieur, notamment de l'industrie pharmaceutique.

Prévention des conflits d'intérêts

Les membres du groupe de travail participant à la rédaction du référentiel ont effectué une « Déclaration publique d'intérêts » auprès du RCA afin d'identifier les conflits d'intérêts potentiels qu'ils pourraient avoir vis à vis de l'industrie pharmaceutique concernant la thématique traitée dans le référentiel. Ils s'engagent à rester indépendants de la dite industrie pharmaceutique au cours de leurs travaux sur ce référentiel.

La déclaration est actualisée à chaque mise à jour du référentiel.



Annexe n°1 : Classification TNM

UICC. Classification TNM des tumeurs malignes, 6^{ème} édition. 2003.

T = tumeur primitive

- T0 pas de signe de tumeur primitive
- Tx renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
- Tis carcinome in situ
- T1 tumeur ≤ 2 cm dans son plus grand diamètre
- T2 tumeur > 2 et ≤ 5 cm dans son plus grand diamètre
- T3 tumeur > 5 cm dans son plus grand diamètre
- T4 envahissement des tissus sous-dermiques (= cartilages, muscles, os)

N = adénopathies régionales

- N0 pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- Nx renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

M = métastases à distance

- M0 pas de signe de métastases à distance
- Mx renseignements insuffisants pour déterminer la présence de métastases à distance
- M1 présence de métastase(s) à distance



Annexe n°2 : Radiothérapie des carcinomes cutanés

Elle peut faire appel :

- à la curiethérapie,
- à la radiothérapie de haute énergie (photons ou électrons),
- à la radiothérapie de basse énergie, dite « de contact » (disponible au CHU de Bordeaux).

Elle est une alternative à la chirurgie et doit faire l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

En **radiothérapie externe** la dose prescrite est comprise entre 65 et 70 Gy, en fractionnement classique (2 Gy par fraction, 5 jours par semaine), s'il s'agit de radiothérapie de haute énergie. On peut proposer pour les patients très âgés ou éloignés du centre de traitement une irradiation hypofractionnée (3 ou 4 séances par semaine).

En **radiothérapie de contact** plusieurs types de fractionnement sont envisageables selon l'étendue de la lésion, sa localisation, l'âge et l'état clinique du patient, par exemple 40 Gy en 10 fractions donnent de bons résultats thérapeutiques et esthétiques.

La **curiethérapie** consiste à mettre en place, grâce à un vecteur adapté à la localisation traitée, un ou plusieurs fils d'iridium*, sous anesthésie locale. La dose est l'équivalent de 65 à 70 Gy, délivrée en 3 à 7 jours environ. Cette technique est particulièrement adaptée aux zones péri-orificielles (paupières, ailes du nez, etc...).

Pour toutes ces techniques, il est recommandé de respecter des marges de sécurité de 5 à 10 mm.



Annexe n°3 : Essais thérapeutiques ouverts (décembre 2009)

La liste des essais thérapeutiques en cours ouverts dans la région est disponible sur les sites internet :

- du **Réseau de Cancérologie d'Aquitaine** : www.canceraquitaine.org (dans l'onglet Informations Professionnels / Les essais cliniques),
- de l'**INCa** : www.e-cancer.fr (dans l'onglet Les essais cliniques / Registre des essais cliniques (*possibilité de chercher uniquement dans la région en tapant Aquitaine dans la zone de recherche*)),
- du **National Institutes of Health** : www.clinicaltrials.gov.

Code de l'essai	Titre	Promoteur	Investigateur régional	Etablissement
STIC 2007	STIC 2007 : chirurgie micrographique de Mohs dans les carcinomes basocellulaires à Haut-Risque : évaluation médico-économique.	AP-HP	Pr Marie Beylot-Barry Co-investigateurs : Dr O. Cogrel Dr P. Guillot	Hôpital Haut-Lévêque CHU de Bordeaux