



## **ALGORITHME CEC**

Prise en charge des  
Carcinomes Épidermoïdes Cutanés

# CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ PRIMITIF RÉSÉCABLE

**Bas risque**

**Haut risque \*\***

Discussion en  
RCP obligatoire

Exérèse chirurgicale avec marges cliniques de 5 mm \*

Exérèse chirurgicale avec marges cliniques de 6 à 10 mm \*\*\*

Pas de ganglion sentinelle systématique

Si transplanté, discuter une diminution de l'immunosuppression  
incluant la prescription d'un inhibiteur de mTOR

Si marges + ou infra millimétriques : reprise chirurgicale si possible \*\*\*\*

Discuter au cas par cas d'une radiothérapie \*\*\*\*\*

\* Privilégier une exérèse ne modifiant pas les repères anatomiques (exérèse suture simple, greffe ou cicatrisation dirigée) dans l'attente du résultat anatomopathologique définitif; si une chirurgie est contre indiquée, envisager une radiothérapie première.

\*\* Localisation péri orificielle de la face / diamètre > 2 cm / épaisseur > 6 mm ou invasion au delà du tissu graisseux sous cutané dont invasion osseuse/tumeur peu ou pas différenciée / neurotropisme / Immunosuppression / croissance rapide / caractère récidivant.

\*\*\* Selon la topographie des marges réduites sont acceptables si une chirurgie micrographique est réalisée.

\*\*\*\* S'assurer du caractère non résécable auprès d'un chirurgien expérimenté.

\*\*\*\*\* Radiothérapie si exérèse incomplète microscopique (R1) ou macroscopique (R2) sans reprise possible / Radiothérapie adjuvante à discuter si critères de gravité en particulier : neurotropisme (++) / récidive / envahissement osseux / mauvaise différenciation / embolies / Immunosuppression.

# CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ LOCALEMENT AVANCÉ OU MÉTASTATIQUE

**Carcinome épidermoïde localement avancé**

**Métastases régionales (ganglionnaires/en transit)**

**Métastases à distance**

Discussion en RCP

**Tumeurs opérables**

**Tumeurs inopérables \*\***

Immunothérapie néoadjuvante par anti-PD1 en option

Chirurgie (marges de 6-10 mm)  
Curage si maladie ganglionnaire

Traitement systémique  
ou Radiothérapie  
ou Soins palliatifs

Radiothérapie adjuvante \*

**Essais thérapeutiques à privilégier**

\* Radiothérapie adjuvante de la tumeur +/- des aires ganglionnaires à discuter si critères de gravité en particulier : mauvaise différenciation / Immunosuppression / envahissement osseux / rupture capsulaire / plusieurs ganglions envahis.

\*\* Pour des raisons chirurgicales ou de terrain. Le caractère inopérable doit être confirmé par un chirurgien expérimenté.

## BILAN ET SURVEILLANCE EN FONCTION DU STADE

### CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CUTANÉ PRIMITIF RÉSECABLE

#### Bas risque

Pas d'imagerie

Surveillance clinique,  
au moins annuelle 3 ans  
Puis surveillance dermatologique  
dont le rythme est défini  
par le terrain

#### Haut risque \*

Imagerie conseillée en cas  
de topographie tête et cou,  
extrémités, OGE \*\*

Surveillance clinique /3-6 mois pendant 3 ans,  
puis au moins annuelle ensuite  
(fréquence à adapter en fonction du terrain)  
Imagerie (echo/TDM) à discuter au cas par cas  
selon le terrain pendant 3 ans au moins  
Chez un immunodéprimé, surveillance à vie \*\*\*

### CARCINOME EPIDERMOÏDE CUTANÉ LOCALEMENT AVANCÉ OU MÉTASTATIQUE

Bilan d'extension  
(IRM/TDM ou TEP)

Surveillance clinique /3 mois  
+ imagerie

\* Localisation péri-orificielle de la face / diamètre > 2 cm / épaisseur > 6 mm ou invasion au delà du tissu graisseux sous cutané dont invasion osseuse / tumeur peu ou pas différenciée / neurotropisme / croissance rapide / caractère récidivant / embolies.

\*\* Tête et cou : bilan régional par échographie cervicale ou IRM parotide / TDM cervico thoracique +- bilan local par TDM/IRM  
Extrémités ou OGE : bilan locorégional adapté à la localisation par échographie, TDM, IRM ou TEP.

\*\*\* Fréquence à adapter à la cinétique d'apparition des lésions.

## TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Discussion en  
RCP obligatoire

1<sup>re</sup> LIGNE

### Anti PD1 \*

Transplanté : discussion bénéfice /risque de l'immunothérapie  
par rapport à la chimiothérapie et accord transplanteur

2<sup>e</sup> LIGNE \*\*

Mono/poly  
chimiothérapie \*\*\*

Anti EGFR +/-  
chimio/radiothérapie  
ou Anti EGFR +/-  
Anti PD1

Soins  
palliatifs

**Traitements locaux  
complémentaires**  
(chirurgie, radiothérapie,  
radiologie interventionnelle/  
radiofréquence...)

ESSAIS

3<sup>e</sup> LIGNE

Anti EGFR +/-  
chimio/radiothérapie  
ou Anti EGFR +/-  
anti PD1  
ou Mono/poly  
chimiothérapie \*\*\*

Anti EGFR +/-  
chimio/radiothérapie  
ou Anti EGFR +/-  
anti PD1

Soins  
palliatifs

**Traitements locaux  
complémentaires**  
(chirurgie, radiothérapie,  
radiologie interventionnelle/  
radiofréquence...)

**Essais thérapeutiques à privilégier**

\* Le cemiplimab et le pembrolizumab ont été évalués dans cette indication, mais seul le cemiplimab dispose d'une AMM et d'un remboursement limité en France aux patients non éligibles à la chimiothérapie.

\*\* À adresser à un centre expert.

\*\*\* Sel de platine, taxanes, 5FU...