

PDTA CARCINOMA BASOCELLULARE

NOTA 1

Il MMG od altro specialista del SSN invia il paziente al Dermatologo. L'indicazione alla visita dermatologica è data da:

- Presenza di una lesione, piccola, rosea, piana , con bordi variamente definiti (a volte netti, altre sfumati), desquamante;
- Evoluzione di una lesione papulare, che da poco visibile, cresce lentamente evolvendo in nodulo o placca, a volte con ulcerazione.

Solo nel caso in cui la clinica della lesione sia altamente sospetta (dimensioni, consistenza e presenza di ulcerazione) può essere richiesta direttamente una visita chirurgica per asportazione, eventualmente entro 30 giorni.

Il carcinoma basocellulare è più frequente nel sesso maschile (M:F = 2:1), in età avanzata, in soggetti di fototipo chiaro, con anamnesi di esposizione solare prolungata.

NOTA 2 VISITA DERMATOLOGICA

La valutazione dermatologica con dermatoscopia prevede l'esame completo della cute, per la possibile presenza di lesioni epiteliali multiple; inoltre, va posta attenzione alla storia clinica del paziente per identificare i fattori di rischio:

- Fototipo 1 – 2
- Esposizione cronica UV
- Precedente Radioterapia
- Terapia immunosoppressiva per trapianto d'organo, in particolare di rene
- Genodermatosi: xeroderma pigmentoso, Sindrome di Gorlin.

NOTA 3 BIOPSIA

La biopsia deve essere escissionale, preferibilmente con un margine libero di almeno 2 mm ed estendersi fino al grasso sottocutaneo. Solo in caso di lesioni molto estese o in sedi difficili (volto, estremità) è indicata la biopsia incisionale con un campionamento sia all'interno della lesione che sul margine, per una conferma diagnostica preliminare ad un'exeresi radicale, che potrebbe comportare un danno estetico/funzionale (Allegato 1).

NOTA 4 ESAME ISTOLOGICO

Il carcinoma basocellulare è caratterizzato da aggregati di cellule basaloidi che infiltrano il derma e/o il sottocute, frequentemente in connessione con l'epidermide. Presenta aspetti istopatologici molto diversi, che identificano numerose varianti, definite in base al tipo di crescita, all'architettura ed al tipo di differenziazione. Le varianti più comuni sono la nodulare o nodulo-cistica, la superficiale, la adenoide, la pigmentata. A volte varianti diverse sono associate nella stessa lesione. Il tipo di crescita e l'architettura sono importanti nel definire il rischio di invasione locale e quindi di recidiva.

Negli Allegati 2 e 3 sono riportati i fattori di rischio per recidiva del carcinoma basocellulare.

NOTA 5 FOLLOW UP DERMATOLOGICO

Il follow up si pianifica in base ai fattori di rischio del paziente (Nota 2)

In assenza di lesioni atipiche/sospette, il follow up dermatologico è essenzialmente indicato nei casi di immunosoppressione dopo trapianto d'organo e di genodermatosi; negli altri casi, invece, è proponibile l'autocontrollo domiciliare e l'educazione rispetto all'esposizione solare ed alla protezione.

NOTA 6 COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Quando il paziente entra in possesso del referto istologico, si rivolge allo specialista che lo ha in carico (dermatologo o chirurgo) per ricevere l'informazione più adeguata. Il medico referente si fa carico del percorso del paziente secondo il PDTA programmando l'ulteriore trattamento, in base alle caratteristiche dell'esame istologico ed ai fattori di rischio del paziente (Allegati 2, 3).

La stadiazione TNM – AJCC, 8° edizione, è riportata in Allegato 4.

NOTA 7 CRITERI DI OPERABILITÀ

I criteri di operabilità sono:

- Condizioni generali del paziente
- Possibilità di chirurgia con intento radicale
- Possibilità di riparazione adeguata con risultati cosmetici e funzionali accettabili
- Valutazione degli esiti di pregressi trattamenti, con particolare attenzione alla radioterapia

NOTA 8 TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'obiettivo del trattamento del carcinoma basocellulare è l'eradicazione completa della neoplasia, ai fini di ottenere la minor percentuale di recidiva possibile. Va scelta la metodica terapeutica più accettabile per il paziente e più conveniente in termini di costo-efficacia.

L'approccio di prima scelta è il trattamento chirurgico con margini macroscopicamente indenni, seguita dalla valutazione patologica, con l'esame definitivo dei margini.

Nel caso di carcinoma basocellulare operabile, è indicata, come prima opzione, l'escissione completa con margini = 3 mm. Solo in condizioni particolari (sede anatomica, lesioni a basso rischio) va considerato un margine inferiore a 3 mm.

Si deve comunque sottolineare che, ad oggi, non ci sono dati che indichino la necessità di una re-escissione, dopo asportazione completa con margini istologicamente liberi ma inferiori a 2 mm (2)

La ricostruzione è, nella maggior parte dei casi, la sutura per prima intenzione. Qualora fosse necessario un approccio diverso (innesto dermoepidermico, lembo), la scelta deve tener conto della sede anatomica, delle dimensioni della lesione, della profondità raggiunta, delle condizioni della cute adiacente e della scelta del paziente. In ogni caso la riparazione va pianificata dopo l'esame istologico definitivo dei margini.

NOTA 9 TRATTAMENTO TOPICO

Qualora le caratteristiche della lesione, le condizioni cliniche o la scelta terapeutica del paziente non consentano la chirurgia, si ricorre a trattamenti alternativi.

A) DIATERMOCOAGULAZIONE, CURETTAGE, CRIOTERAPIA E LASER CO2

Possono essere indicati per carcinomi basocellulari a basso rischio, ad esclusione di lesioni del cuoio capelluto (possibilità che le cellule neoplastiche si estendano al follicolo pilifero) e lesioni che coinvolgono l'ipoderma (la tecnica non permette di raggiungere con sicurezza margini esenti).

B) TRATTAMENTI TOPICI

Vanno considerati soprattutto in presenza di lesioni multiple, preferibilmente dopo biopsia incisionale o punch. Comprendono:

- 5 FLUORO URACILE: formulazione 5% crema o soluzione. Il trattamento dura 4 settimane, durante le quali il paziente non deve esporsi al sole. È indicato nelle forme superficiali. Attualmente non disponibile in Italia.
- IMIQUIMOD: formulazione crema 5%; viene utilizzato nelle forme superficiali in aree a basso rischio e nelle forme nodulari (con una risposta inferiore). Il trattamento prevede 1 applicazione per 5 gg la settimana e dura 6 settimane. La terapia provoca irritazione locale, esfoliazione e, talvolta, effetti sistemici (affaticamento, sindrome influenzale). Attualmente non disponibile in Italia
- TERAPIA FOTODINAMICA: sulla cute si applica il metilaminolevulinato, precursore della porfirina fotosensibile Protoporfirina IX, che, a distanza di 3 ore, viene esposto a luce visibile attivante (luce rossa 630-635 nm). Di solito si programmano 2 sessioni separate da 1 settimana e ripetibili a 3 mesi, in caso di risposta incompleta. È indicata nelle forme superficiali.

NOTA 10 ELETTROCHEMIOTERAPIA

L'elettrochemioterapia è una procedura terapeutica basata sul fenomeno di elettroporazione della membrana cellulare, generata dall'applicazione di impulsi elettrici, che permette la diffusione all'interno della cellula di farmaci, che normalmente non superano la membrana cellulare.

Viene proposta in caso di:

- Carcinoma basocellulare non operabile (estensione, sede, condizioni del paziente)
- Rifiuto del trattamento
- Carcinoma basocellulare recidivo non suscettibile di trattamento

Rispetto ad altre neoplasie cutanee, nel carcinoma basocellulare, l'ECT ottiene una maggior risposta clinica.

NOTA 11 RADIOTERAPIA

La Radioterapia esclusiva nel trattamento sia del carcinoma basocellulare, che dello spino cellulare, deve essere programmata solo dopo un'accurata valutazione multidisciplinare. È indicata in caso di:

- Lesioni inoperabili
- Trattamento per sedi particolari (naso, orecchio, palpebra, canto mediale dell'occhio qualora l'intervento risulti particolarmente difficoltoso, invalidante o distruttivo)
- Pazienti anziani, fragili o con molteplici comorbidità
- Paziente che rifiuta l'intervento chirurgico

Le controindicazioni alla Radioterapia sono la presenza di malattie genetiche (es. Xeroderma pigmentosum, Sindrome di Gorlin) o di malattie del connettivo (es. Lupus in fase attiva). [1,2]

La dose totale da erogare non è ben definita. In linea di massima si consiglia di erogare almeno 60 Gy alfa/beta 10 in frazionamento convenzionale [1]

Un atteggiamento da poter adottare, differenziandolo in base alle dimensioni delle lesioni, potrebbe essere il seguente [3, 4, 5].

- $T < 2$ cm: 60 - 64 Gy in 30 frazioni
- $T \geq 2$ cm con interessamento di tessuti profondi (es. cartilagine osso): 60 – 76 Gy in 30 – 38 frazioni

La radioterapia ipofrazionata, in studi con follow up adeguato, ha risultati simili in termini di controllo di malattia ed esiti cosmetici sia nel carcinoma baso che nello spino cellulare. Pertanto è possibile valutare il trattamento con schedule ipofrazionate arrivando a dosi equivalenti biologiche per alfa/beta 3 (BED3) di circa 100 Gy.

Di seguito sono illustrati gli schemi più utilizzati in letteratura [1, 6, 7]

4.4 Gy /10 frazioni/5 gg settimana

3.0 Gy/18 frazioni/5 gg settimana

35 Gy/7 frazioni/5 gg settimana

35 Gy/5 frazioni/5 gg settimana

50 Gy/15 frazioni/5 gg settimana

36.75 Gy/7 frazioni/ 5 gg settimana

Essendo la mediana di età dei pazienti trattati con radioterapia piuttosto elevata (circa 72 anni) [4], sono da considerare trattamenti che prevedano anche regimi di frazionamento settimanale, per ridurre la frequenza di accesso alle strutture di radioterapia dei pazienti anziani e fragili [7, 8, 9]. Gli esempi di frazionamento sono qui indicati

35 Gy/5 frazioni/1 a settimana

30 Gy/5 frazioni/1 a settimana

45 Gy/9 frazioni/3 a settimana (per lesioni < 4 cm)

La radioterapia a scopo adiuvante è indicata nei seguenti casi:

- Tumori localmente avanzati (T4) con invasione non focale di tessuti molli, cartilagine, osso, radicalmente operati
- Persistenza di margini positivi, dopo radicalizzazioni multiple
- Presenza di margini positivi non radicalizzabili
- Presenza di coinvolgimento perineurale
- Presenza di metastasi linfonodali con estensione extracapsulare
- Presenza di istologia ad elevato rischio di recidiva

La dose totale prevista è di 60 Gy in 30 frazioni, potendo ricorrere in casi selezionati anche a schemi ipofrazionati.

Le energie utilizzabili nel trattamento del carcinoma basocellulare (come anche nello squamo cellulare) sono gli elettroni (con energia pari a 6 – 9 MeV e i fotoni (con o senza utilizzo di bolus) a bassa energia (KV).

Una tecnica largamente impiegata è la brachiterapia interstiziale o da contatto, sebbene per quest'ultima vi siano evidenze limitate.

NOTA 12 VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

La valutazione multidisciplinare è dedicata essenzialmente ai pazienti in stadio II con caratteri di alto rischio e/o margini positivi dopo escissione ampia, in stadio III, a quelli con tumore localmente avanzato inoperabile o in IV stadio.

Il gruppo multidisciplinare deve essere composto come minimo dalle seguenti professionalità: dermatologo, chirurgo (con esperienza nel trattamento di tumori cutanei), chirurgo plastico, radiologo, patologo, oncologo medico, radioterapista e case manager. Il case-manager garantisce il rispetto delle tempistiche previste nel PDTA in tutte le varie fasi della malattia, ed è il punto di riferimento per il paziente. Durante il meeting, avviene la discussione dei casi complessi, con l'intento di definire lo stadio di malattia, di pianificare la strategia terapeutica, con indicazioni condivise sull'approccio chirurgico, radioterapico, sulle terapie oncologiche sistemiche, con valutazione della relativa risposta. Vengono inoltre pianificati interventi riabilitativi, cure simultanee, di supporto e modalità di follow up, in rapporto a linee guida condivise.

Il gruppo inoltre può fornire un secondo parere su richiesta dei medici curanti, che operano nei Centri di I livello.

I pazienti complessi (vedi sopra), con malattia avanzata, vanno indirizzati direttamente ai centri di riferimento, identificati dalla Regione Veneto nel decreto 118 del 08.10.2018, per la Rete del melanoma Cutaneo.

NOTA 13 STADIAZIONE STRUMENTALE

Nei casi di carcinoma basocellulare esteso ai tessuti profondi (T3, T4) ed ai linfonodi (N1-3), pur in assenza di studi di confronto sul valore prognostico della stadi azione radiologica verso quella clinica, è opinione comune che la valutazione iniziale comprenda l'imaging radiologico, con esami scelti a giudizio dello specialista.

Le indagini radiologiche sono indicate:

- prima della chirurgia (es. linfadenectomia);
- nella pianificazione della radioterapia esclusiva od adiuvante;
- nella valutazione della malattia loco-regionale avanzata;
- nella ricerca di metastasi a distanza, in previsione di trattamento sistemico

Poiché spesso i pazienti sono anziani e compromessi, la stadiazione può evidenziare altri tumori primitivi e quindi indirizzare la strategia terapeutica.

NOTA 14 TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE METASTASI LINFONODALI.

Nel caso di metastasi linfonodali, il trattamento chirurgico prevede lo svuotamento radicale della stazione coinvolta, applicando procedure diverse a seconda della sede delle metastasi (ALLEGATO 6)

- Localizzazioni ascellari: linfadenectomia ascellare I, II e III livello con conservazione del piccolo pettorale;
- Localizzazioni inguinali: linfadenectomia inguino-crurale estesa ai linfonodi iliaci esterni ed otturatorî;
- Localizzazioni latero-cervicali: il trattamento chirurgico è differenziato in base alla localizzazione ed al carico di malattia:

- a) Unico linfonodo ≤ 3 cm, linfadenectomia selettiva, vale a dire con asportazione dei linfonodi metastatici e delle stazioni adiacenti in base alla sede del tumore primitivo
- b) Unico linfonodo > 3 cm o linfonodi multipli: linfadenectomia completa, con conservazione delle strutture (muscolo sternocleidomastoideo, vena giugulare e nervo accessorio spinale)
- c) Linfonodi parotidei positivi: parotidectomia superficiale e linfadenectomia completa con conservazione delle strutture

NOTA 15 FOLLOW UP CLINICO STRUMENTALE

Nel caso di carcinoma basocellulare con metastasi linfonodali, localmente avanzato o metastatico, pur in assenza di indicazioni basate su dati di letteratura, è raccomandato un follow up strumentale con metodiche di imaging analoghe a quelle utilizzate in corso di stadiazione, con tempistica a giudizio dello specialista.

Le indagini sono necessarie sia a documentare una ripresa di malattia che a verificare l'efficacia di un trattamento sistemico.

NOTA 16 TRATTAMENTO DEL CARCINOMA BASOCELLULARE LOCALMENTE AVANZATO E METASTATICO

Nel carcinoma basocellulare, il trattamento medico si applica ai pazienti con metastasi a distanza e nella forma localmente avanzata, definita come "lesione non suscettibile di chirurgia o radioterapia". Tale condizione va esaminata e definita dal gruppo multidisciplinare.

L'impossibilità ad effettuare un trattamento chirurgico può dipendere da:

- 1) Difficoltà ad ottenere resezione curativa (estensione della malattia)
- 2) Difficoltà nella fase ricostruttiva
- 3) Deformità o morbidità derivante dalla chirurgia (sedi particolari quali occhio, naso, orecchio oppure segmenti distali degli arti)
- 4) Lesione recidivante nella stessa sede dopo 2 o più resezioni, con rischio di ulteriore recidiva dopo asportazione
- 5) Condizioni cliniche o comorbidità

La Radioterapia può non essere indicata a causa di:

- A) Trattamento già effettuato nella stessa sede, per cui un ritrattamento non è fattibile con dose adeguata
- B) Vastità del campo da trattare
- C) Controindicazioni all'utilizzo della Radioterapia, quali rischio di secondo tumore e patologie concomitanti

La presenza di metastasi a distanza va accertata radiologicamente e confermata cito / istologicamente.

La terapia medica di prima scelta nel trattamento del carcinoma basocellulare è data dai farmaci target diretti contro il pathway Hedgehog (Inibitori di Hedgehog). Le alterazioni del pathway consistono in mutazioni inattivanti di PTCH1 (identificate nel 90% dei ca basocellulari) e mutazioni attivanti di SMO (identificate nel 10% dei casi).

I farmaci approvati da FDA ed EMA sono il VISMODEGIB ed il SONIDEGIB, entrambi indicati per la malattia localmente avanzata, mentre per la condizione metastatica è indicato solo il primo.

Il Vismodegib (dosaggio approvato 150 mg die) permette di ottenere tassi di risposta del 60.3% (durata mediana 26.2 mesi) nelle forme localmente avanzate e del 48.5% (durata mediana 14.8 mesi) nel paziente metastatico.

Con il Sonidegib (dosaggio approvato 200 mg die) il tasso di risposta è del 55%, con una durata mediana di 26.1 mesi.

Nel caso in cui gli inibitori di Hedgehog siano controindicati, oppure in caso di progressione di malattia, può essere presa in considerazione la chemioterapia, che utilizza nella maggior parte dei casi Cisplatino in associazione o meno con altri antitumorali (5FU, ciclofosfamide, taxani) con risposte intorno al 60% nelle forme localmente avanzate e del 30% nel metastatico, di durata inferiore ai 6 mesi.

NOTA 17 VALUTAZIONE PER LE CURE SIMULTANEE

I criteri generali per avviare un paziente ad un programma di cure simultanee sono:

- Malattia avanzata, non terminale
- Terapie antitumorali in corso

- Presenza di quadri clinici complessi (dolore, linfostasi ed edemi con trasudati, colonizzazione cutanea e linfonodale, trombosi di grossi vasi, deficit neurologici, denutrizione, distress psicologico)

NOTA 18 CURE PALLIATIVE

I criteri generali per la definizione di malattia terminale al fine di attivare un programma di cure palliative, nel setting appropriato e nel rispetto dei valori e dei desideri del malato e dei familiari, sono:

- Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, oppure rifiuto da parte del malato
- Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un indice di Karnofsky < 50
- Prognostico: previsione di sopravvivenza inferiore a 3 mesi

Viene considerato non appropriato un trattamento antitumorale entro 30 giorni (controllare l'intervallo di tempo) prima del decesso o un trattamento chirurgico nell'arco dello stesso tempo, quando questo non sia rivolto a migliorare la qualità di vita del paziente.

Si raccomanda la tempestiva informazione del MMG per avviare gli strumenti più idonei ad una tempestiva assistenza domiciliare.

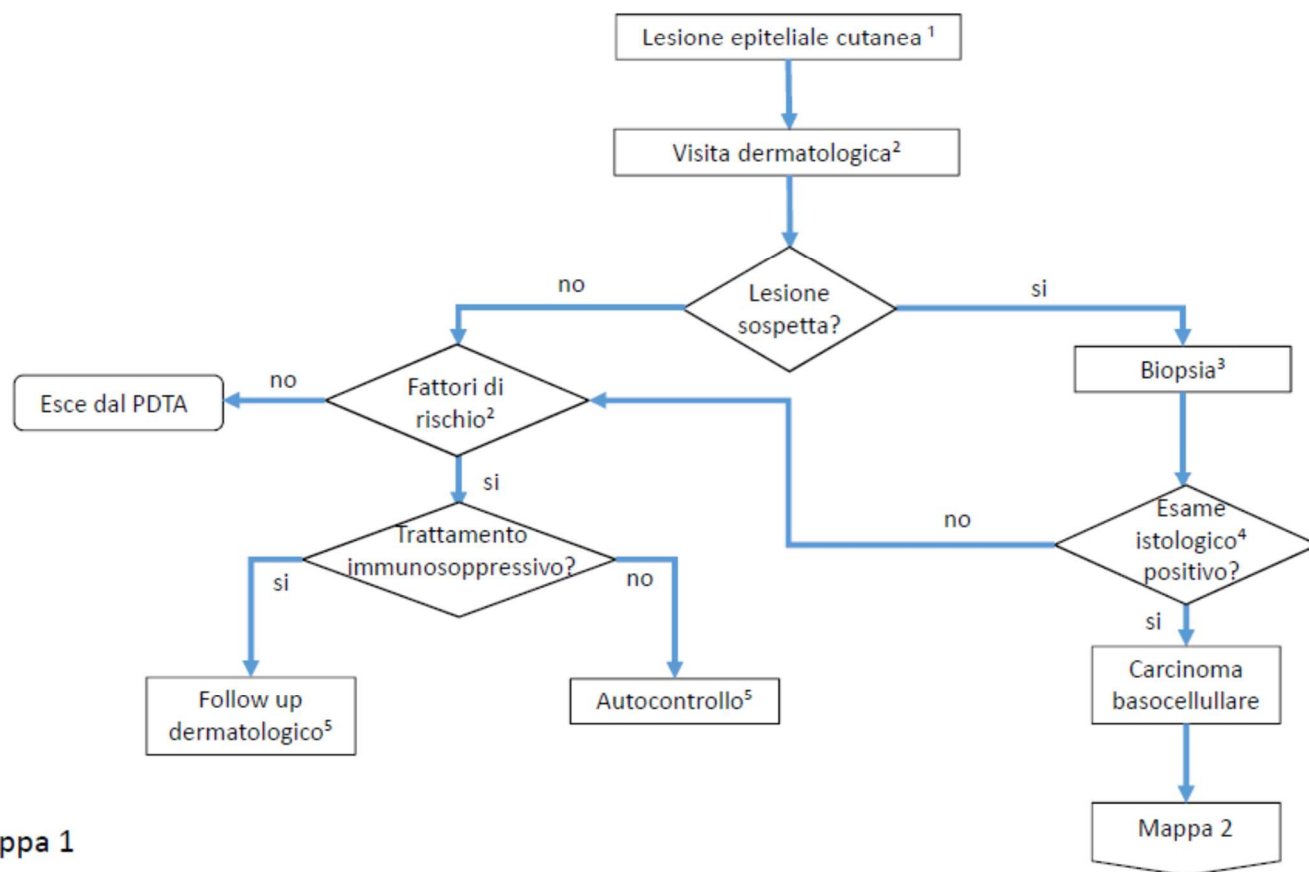
Il presente documento fa riferimento ai seguenti documenti informativi:

- 1) LINEE GUIDA AIOM TUMORI CUTANEI NON MELANOMA. Carcinoma baso-cellulare cutaneo, Edizione 2019
- 2) K. Peris et al.: Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. EJC 118, 10 – 34, 2019
- 3) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Basal Cell Skin Cancer Version 1.2018

- 4) Griep C. et al. Electron beam therapy is not inferior to superficial x-ray therapy in the treatment of skin carcinoma Volume 32, Issue 5, 30 Jul. 1995, Pages 1347-1350
- 5) Strom T. Radiotherapy for management of basal and squamous cell carcinoma Current Problems in Cancer, 39, 4 Jan 01: 237 – 247
- 6) Dundar Y et al. Radiotherapy regimens in patients with nonmelanoma head and neck skin cancers. Int J Dermatol. 2018 Apr; 57(4): 441 – 448. Doi: 10.1111/ijd. 13879. Epub 2018 Jan 22.
- 7) Nicholas G. Zaorsky et al. Hypofractionated radiation therapy for basal and squamous cell skin cancer: A meta-analysis. Radiotherapy and Oncology 125 (2017) 13 – 20.
- 8) Guanaratne DA, Veness MJ Efficacy of hypofractionated radiation therapy in patients with non-melanoma skin cancer: Results of a systematic review. J Med Imaging Radiat Oncol. 2018 Jun; 62(3): 401 – 411. Doi:10.1111/1754-9485.12718. Epub 2018 Mar 9.
- 9) Schulte KW et al. Soft x-ray therapy for cutaneous basal cell and squamous cell carcinomas. J Am Acad Dermatol. 2005 Dec; 53(6): 993 – 1000.

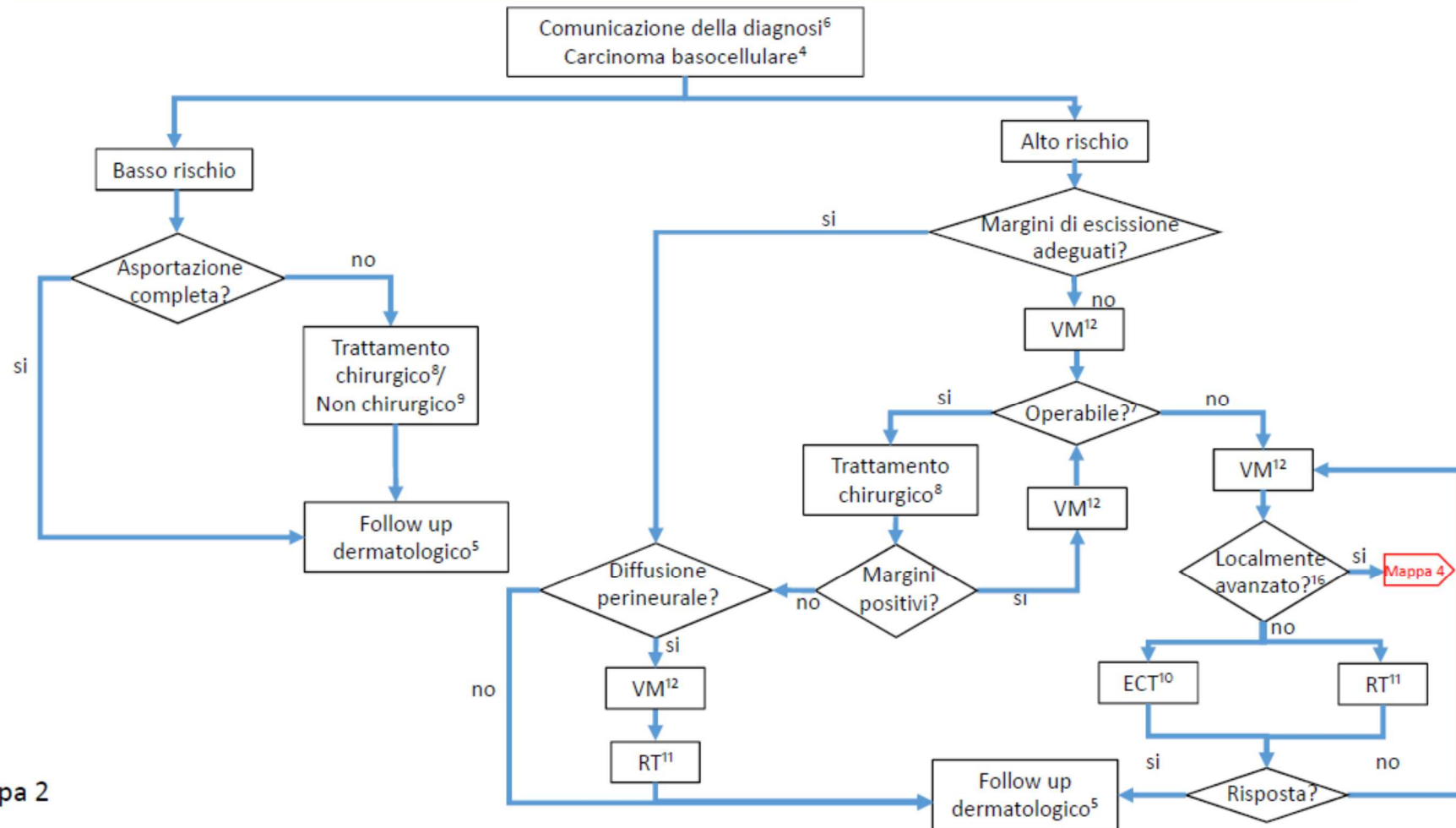
MAPPE

BOLLA



Mappa 1

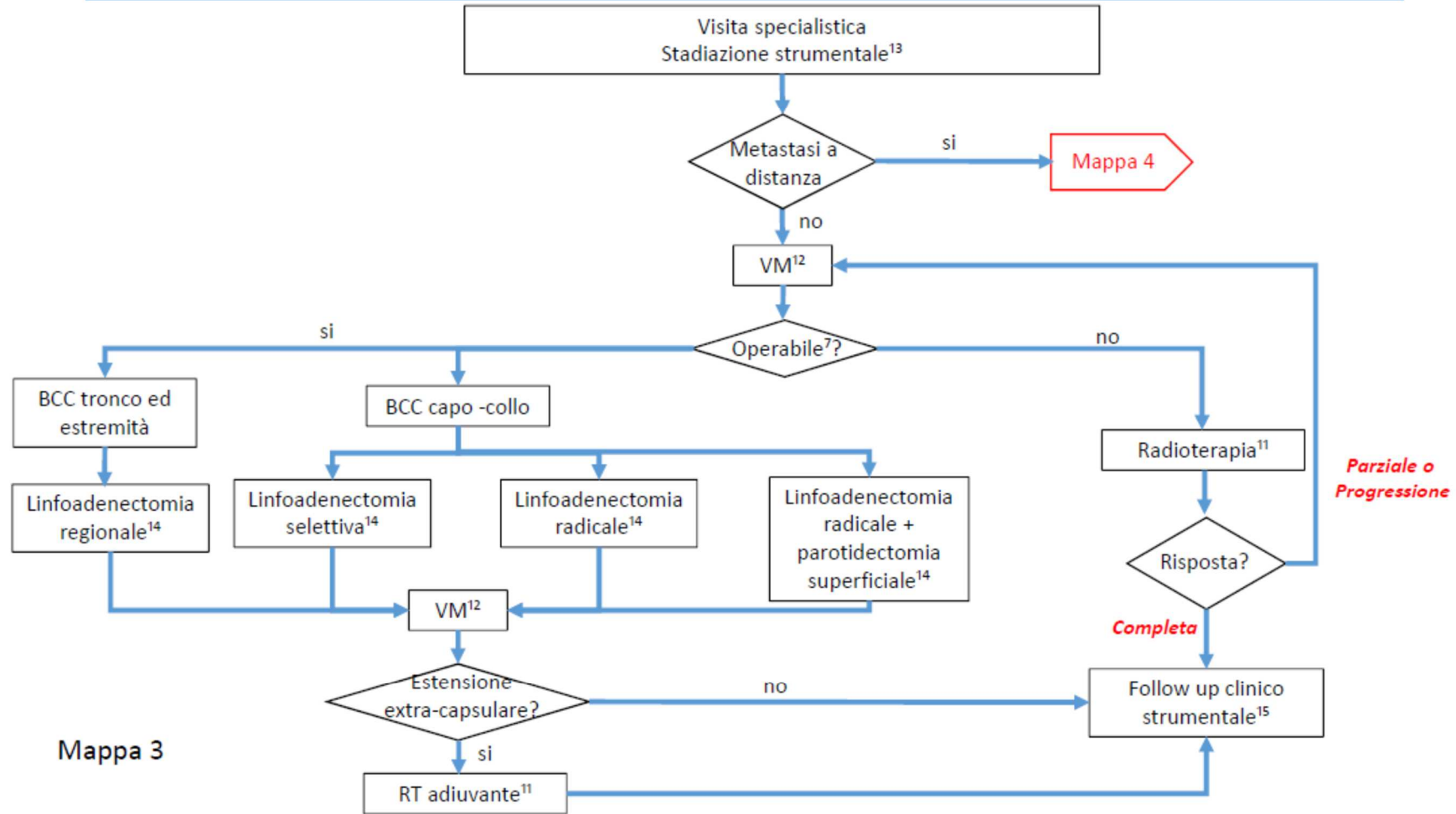
Carcinoma basocellulare



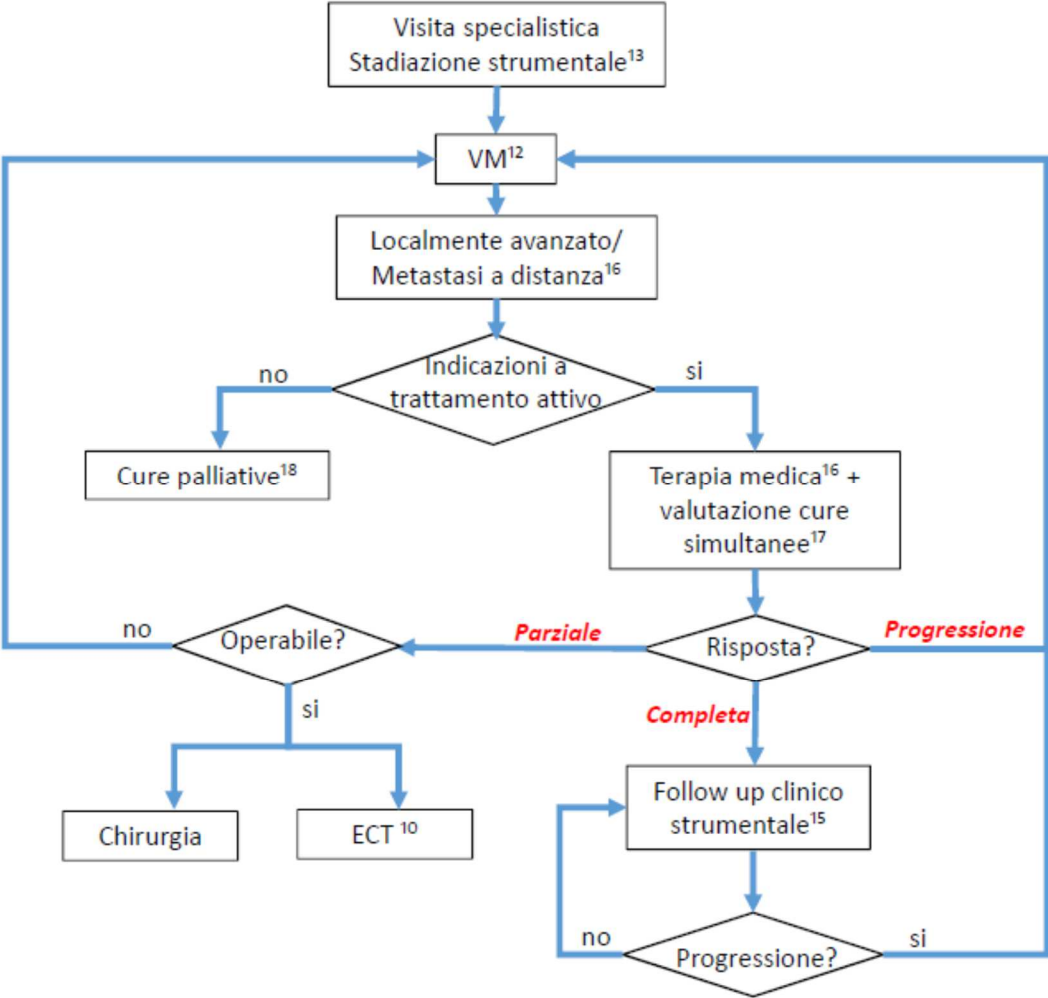
Mappe 2

Mapa 2

Metastasi linfonodali



Carcinoma basocellulare localmente avanzato - metastatico

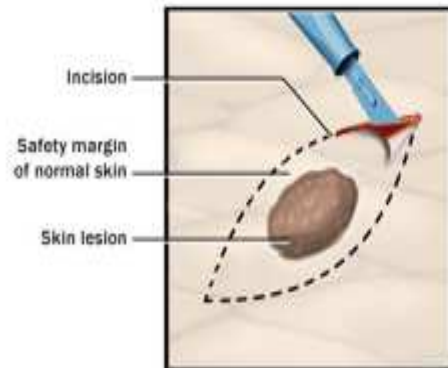


Mappa 4

ALLEGATI

BOLLA

ALLEGATO 1 - TECNICA DI BIOPSIA



Biopsia escissionale di lesione sospetta

L'orientamento della losanga deve essere preferibilmente longitudinale a livello degli arti e lungo le linee di forza cutanee a livello della testa, del collo e del tronco per facilitare l'eventuale radicalizzazione.

Biopsia incisionale

La lesione non è contenuta completamente entro i margini dell'incisione.

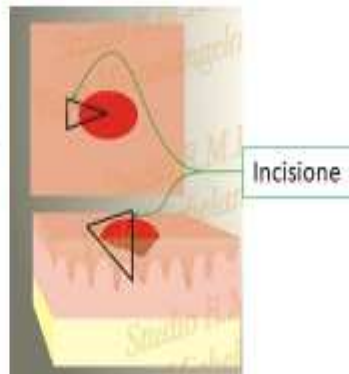
Tale biopsia viene eseguita solo nei casi in cui la lesione non può essere escissa completamente per motivi morfologici o topografici.

Criteri per adeguatezza della biopsia:

Profondità minima: 3 mm

Lunghezza minima: 3-6 mm

Larghezza minima: 1-2 mm



ALLEGATO 2 – VARIANTI ISTOLOGICHE DEL CARCINOMA BASOCELLULARE E RISCHIO DI RECIDIVA

TIPO ISTOLOGICO	RISCHIO DI RECIDIVA
Nodulare	Basso rischio
Superficiale (multicentrico)	
Nodulocistico	
Adenoide	
Cheratosico	
Con differenziazione annessiale	
Pleomorfo	
A cellule chiare	
A cellule ad anello con castone	
Micronodulare	
Infiltrativo	
Morfeiforme	
Morfeiforme con invasione neurale	
Basosquamoso	

ALLEGATO 3 – CARCINOMA BASOCELLULARE: FATTORI DI RISCHIO PER RECIDIVA

FATTORI DI RISCHIO	BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO
CLINICO - ANAMNESTICI		
Sede e dimensioni	Area L < 20 mm Area M < 10 mm	Area L ≥ 20 mm Area M ≥ 10 mm Area H
Bordi	Ben definiti	Scarsamente definiti
Tumore primitivo vs recidiva	Tumore primitivo	Recidiva
Immunosoppressione	No	Si
Pregressa radioterapia	No	Si
ISTOPATOLOGICI		
Sottotipi istologici	Nodulare/Superficiale	Pattern di crescita aggressivo
Interessamento perineurale	No	Si

Area L: tronco ed estremità (escluse mani, piedi, falangi ungueali, area pre-tibiale, caviglie)

Area M: guance, fronte, cuoio capelluto, collo, area pre-tibiale

Area H: mani, piedi, genitali, volto (area centrale, palpebre, sopracciglio, orbita, naso, labbra, mento, padiglione auricolare, cute pre e post-auricolare)

ALLEGATO 4 - TNM (AJCC 2017) CARCINOMA DELLA CUTE (escluso capo-collo, palpebra e cute ano-genitale)

Tumore primitivo (T)	
Categorie	Criteri
Tx	Tumore primitivo non identificato
T0	Non evidenza di T (primitivo occulto)
Tis	Carcinoma In Situ
T1	Diametro massimo < 2 cm
T2	Diametro massimo > 2 cm < 4 cm
T3	Diametro massimo > 4 cm o erosione minore dell'osso o invasione perineurale *o invasione profonda **
T4 a T4 b	Invasione macroscopica dell'osso/cavità midollare Invasione dello scheletro assiale con interessamento foraminale e/o coinvolgimento dei forami vertebrali verso lo spazio epidurale.

**invasione profonda: invasione oltre il grasso sottocutaneo o > 6 mm (misurata dallo strato granulare dell'epidermide normale adiacente alla base del tumore)

*invasione perineurale: coinvolgimento clinico o radiologico di nervi principali senza invasione o superamento di forami o della base del cranio

Nel caso di tumori multipli simultanei, si classifica il tumore con la categoria T più elevata e il numero di tumori sincroni viene indicato tra parentesi. Esempio: T2(5)

Linfonodi Regionali (LR)	
Categorie	Criteri
Nx	LR non valutabili
N0	No metastasi linfonodali all'istologico
N1	Metastasi ad un singolo linfonodo ≤ 3 cm
N2	Metastasi ad un unico linfonodo ipsilaterale > 3 cm ≤ 6 cm oppure a più linfonodi ipsilaterali di diametro ≤ 6 cm
N3	Metastasi linfonodale > 6 cm

Le categorie T e N patologiche corrispondono alle categorie cliniche.

Metastasi a distanza (M)

	Categorie	Criteri
Stadiazione Clinica (cM)	M0	No metastasi a distanza
	M1	Metastasi a distanza**
Stadiazione patologica (pM)	M1	Metastasi a distanza microscopicamente confermate

** metastasi ai linfonodi controlaterali sono considerati metastasi a distanza

Stadiazione AJCC del carcinoma della cute, 8° edizione

STADIAZIONE PATOLOGICA			
Stadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV A	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Ogni N	M0
IV B	Ogni T	Ogni N	M1

TNM (AJCC 2017) CARCINOMA DELLA CUTE DEL CAPO-COLLO

Tumore primitivo (T) ^	
Categorie	Criteri
Tx	Tumore primitivo non identificato
T0	Non evidenza di T (primitivo occulto)
Tis	Carcinoma In Situ
T1	Diametro massimo < 2 cm
T2	Diametro massimo > 2 cm < 4 cm
T3	Diametro massimo > 4 cm o erosione minore dell'osso o invasione perineurale o invasione profonda *
T4 a T4 b	Invasione macroscopica dell'osso/cavità midollare Invasione della base cranica o dello scheletro assiale con interessamento foraminale e/o coinvolgimento dei forami vertebrali verso lo spazio epidurale.

^ le categorie patologiche e cliniche corrispondono

**invasione profonda: invasione oltre il grasso sottocutaneo o > 6 mm (misurata dallo strato granulare dell'epidermide normale adiacente alla base del tumore)

*invasione perineurale: coinvolgimento clinico o radiologico di nervi principali senza invasione o superamento di forami o della base del cranio

infonodi Regionali (LR)

	Categorie	Criteri
Stadiazione clinica	N0	No metastasi ai linfonodi regionali
	N1	Metastasi in un singolo linfonodo ipsilaterale ≤ 3 cm senza estensione extranodale
	N2	Metastasi descritta come:
	N2 a	Metastasi in un singolo linfonodo ipsilaterale > 3 cm ≤ 6 cm senza estensione extranodale
	N2 b	Metastasi in linfonodi ipsilaterali multipli ≤ 6 cm senza estensione extranodale
	N2 c	Metastasi linfonodali bilaterali o controlaterali ≤ 6 cm senza estensione extranodale
	N3	Metastasi descritta come
	N3 a	Metastasi in un linfonodo > 6 cm senza estensione extranodale
	N3 b	Metastasi in uno o più linfonodi con estensione clinica extranodale ~
Stadiazione patologica (pN) [^]	Nx	Linfonodi regionali non valutabili
	N0	No metastasi ai linfonodi regionali
	N1	Metastasi in un singolo linfonodo ipsilaterale ≤ 3 cm senza estensione extranodale
	N2	Metastasi descritta come:
	N2 a	Metastasi in un singolo linfonodo < 3 cm con estensione extranodale oppure > 3 cm ≤ 6 cm senza estensione extranodale

	N2 b	Metastasi in linfonodi ipsilaterali multipli ≤ 6 cm senza estensione extranodale
	N2 c	Metastasi linfonodali bilaterali o controlaterali ≤ 6 cm senza estensione extranodale
	N3	Metastasi descritta come
	N3 a	Metastasi in un linfonodo > 6 cm senza estensione extranodale
	N3 b	Metastasi in un linfonodo > 3 cm con estensione extranodale o metastasi multiple ipsilaterali oppure metastasi controlaterali o bilaterali con estensione extranodale

~ Estensione clinica extranodale: presenza di coinvolgimento della cute o invasione dei tessuti molli con infiltrazione del muscolo sottostante o delle strutture adiacenti o segni clinici di coinvolgimento nervoso

^ l'esame istologico di una dissezione selettiva del collo deve comprendere almeno 10 linfonodi. L'esame istologico di una dissezione radicale/modificata del collo deve comprendere almeno 15 linfonodi

Metastasi a distanza (M)

	Categorie	Criteri
Stadiazione Clinica (cM)	M0	No metastasi a distanza
	M1	Metastasi a distanza
Stadiazione patologica (pM)	M1	Metastasi a distanza microscopicamente confermate

Stadiazione AJCC del carcinoma della cute, 8° edizione

STADIAZIONE PATOLOGICA			
Stadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV A	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Ogni N	M0
IV B	Ogni T	Ogni N	M1

ALLEGATO 5

Latero cervicale modificata

Lo svuotamento latero cervicale I – V livello è indicata in caso di linfadenopatia clinicamente evidente; l'asportazione della parotide viene effettuata se la ghiandola risulta coinvolta. Nel caso di metastasi linfonodali al linfonodo sentinella, la linfadenectomia è selettiva, con asportazione dei linfonodi in base alla sede del primitivo, del linfonodo sentinella e del flusso linfatico evidenziato alla linfoscintigrafia.

Limiti:

- Posteriore: margine anteriore del m. trapezio
- Anteriore: linea mediana del collo
- Superiore: margine inferiore della mandibola
- Inferiore: clavicola

Incisione a Y lungo il corpo del m. sternocleidomastoideo, fino all'estremità mediale della clavicola; dal 3 medio dell'incisione si diparte una seconda incisione orizzontale, obliqua in alto, fino a 2 cm dalla sinfisi mentoniera. Allestimento dei 3 lembi cutanei; la dissezione linfonodale inizia a livello dell'estremità inferiore del m sternocleidomastoideo, represso posteriormente, e procede prossimalmente, lungo i grossi vasi del collo, risparmiando la vena giugulare interna ed il nervo accessorio spinale. La dissezione prosegue in senso anteriore rimuovendo i linfonodi del triangolo sottomandibolare. Nel caso in cui sia indicata la parotidectomia superficiale si completa lo svuotamento con i seguenti tempi chirurgici:

- Prolungamento dell'incisione cutanea in sede antitragica
- Isolamento del tronco del facciale e creazione di un piano di clivaggio tra tessuto parotideo e rami nervosi
- Asportazione del lobo superficiale della parotide

Ascellare

Per l'ascella la linfadenectomia comprende il I, II e III livello linfonodale.

Limiti:

- Superiore: m. succlavio
- Inferiore: n toracico ungo, all'ingresso nel m dentato anteriore

- Posteriore: margine anteriore del m. gran dorsale
- Anteriore: margine laterale del m grande pettorale

Incisione orizzontale della cute dal pilastro ascellare anteriore a quello posteriore. Allestimento dei lembi cutanei fino al piano fasciale secondo i limiti dello svuotamento. Linfadenectomia del I, II e III livello in blocco con il muscolo piccolo pettorale, rispettando i nervi toracico lungo e toraco dorsale.

Inguino-iliaco-otturatoria

Per l'inguine la linfadenectomia prevede l'asportazione dei linfonodi inguinali, iliaci esterni ed otturatori.

Tempo inguinale

Limiti:

- Superiore: fascia del muscolo obliquo esterno
- Inferiore: apice del triangolo di Scarpa
- Mediale margine del m adduttore lungo della coscia
- Laterale: margine del m sartorio

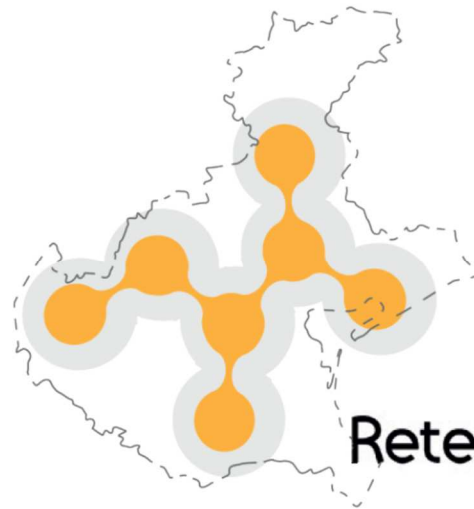
Incisione della cute a losanga, 5 cm sopra la spina iliaca anteriore-superiore fino all'apice del triangolo di Scarpa, a 10 – 12 cm dal ligamento inguinale. Allestimento dei lembi cutanei fino al piano fasciale. Isolamento, legatura e sezione della vena grande safena al vertice inferiore del triangolo di Scarpa ed alla giunzione safeno-femorale. Legatura e sezione di tutte le collaterali dei vasi femorali, fino ad isolare l'arteria, e la vena. Asportazione dei linfonodi superficiali e profondi.

Tempo iliaco-otturatorio

Limiti:

- Superiore: biforcazione dell'arteria iliaca comune
- Inferiore: linfonodo di Cloquet
- Mediale: fossa otturatoria

Sezione del legamento inguinale e della parete muscolare a 3 cm dalla spina iliaca anteriore superiore, per un tratto di circa 10 cm, in verticale. Legatura e sezione dei vasi epigastrici e circonflessi interni. Linfadenectomia iliaca esterna (arteria e vena) a partire dall'incrocio dell'uretere, per via extraperitoneale.



Rete Oncologica Veneta

Ricerca, innovazione, assistenza