

Ghid de diagnostic și tratament pentru carcinomul epitelial cutanat Carcinomul bazocelular / epiteliomul bazocelular / bazaliomul

1. Introducere

1.1. Definiție

Cancerul cutanat a devenit cel mai frecvent cancer la om. Carcinomul bazocelular și carcinomul spinocelular reprezintă carcinomul epitelial cutanat și are ca și agent cauzator radiația ultravioletă, fie naturală/actinică fie artificială.

Carcinomul bazocelular reprezintă forma de carcinom epitelial cutanat cu grad de malignitate foarte redus care se caracterizează prin următoarele:

- nodul tumoral sau placă infiltrată sau ulcerată care prezintă la periferie un chenar format din „perle epiteliomatoase”
- creștere foarte lentă în timp a tumorii
- nu metastazează sau metastazează foarte rar
- nu are localizări la nivelul mucoaselor

1.2. Importanța medico-socială

- O treime din totalitatea cancerelor sunt cancere cutanate iar 97% dintre acestea sunt cancere nemelanomatoase. Riscul cancerului cutanat este apreciat în SUA la 1:5.

Carcinomul bazocelular:

- incidența este evaluată la 150/ 100 000 per an în Europa și are valori mai mari în SUA (300/100 000) și Australia (1600/100 000). Incidența s-a dublat în ultimii 15 ani.
- Sunt factori de risc pentru carcinomul bazocelular:
 - o Fototipul deschis la culoare (I, II)
 - o Expunerea la soare
 - o Factor geografic: populații care trăiesc la altitudini mai mari, zone apropiate de ecuator)
 - o Expunerea la arsenic, radiații ionizante,
 - o Este mai frecvent la persoane în vârstă, la femei

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale:

- papule și plăci infiltrate eritematoase, cu suprafața netedă, lucioasă care cresc lent în dimensiuni; plăcile pot fi delimitate de chenar de papule lucioase (perle epiteliomatoase)
- localizare: predominant în cele 2/3 superioare ale feței (80%) dar și pe trunchi.
- Leziunile sunt de obicei asimptomatice
- Dezvoltare lentă, în ani de zile cu excepția formelor ulcerate

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- istoric personal și examinarea tegumentului și mucoaselor
- biopsie cutanată în scop diagnostic
- examinare histopatologică a tumorilor excizate, cu controlul marginilor și bazei tumorilor

2.2.2. Opționale:

- dermatoscopie pentru formele pigmentare

2.3. Forme clinice și complicații:

Forme clinice:

- Carcinom bazocelular nodular: tumoră nodulară cu margine perlată, telangiectazii pe suprafață
- Carcinom bazocelular ulcerat: tumoră ulcerată, cu margine perlată; poate invada și distruge structurile profunde
- Carcinom bazocelular pigmentar
- Carcinom bazocelular sclerozant / morfeiformaspect de placa infiltrată, de cicatrice atrofică cu fine telangiectazii
- Carcinom bazocelular chistic: papulă sau nodul moale, translucid, situat adesea periocular
- Carcinom bazocelular superficial/ pagetoid: placă eritematoasă, crustoasă, cu extindere lentă.

Complicații

- sunt mai agresive formele sclerozante, micronodulare și infiltrative:
- distrucția structurilor profunde osoase și cartilajinoase în cazul formelor ulcerate

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice:

- maximale: rata de vindecare care se poate obține este peste 95%
- minimale: îndepărtarea completă apreciată clinic și histologic

3.2. Tratament prespitalicesc

3.2.1. Măsuri generale:

- evitarea factorilor de risc
- educarea pacienților în sensul cunoașterii și evitării factorilor de risc
- fotoprotecție
- examen medical periodic al întregului tegument

3.2.2. Tratament medicamentos:

- nu este cazul

3.3. Criterii de internare și dirijare

- cazuri noi cu diagnostic de suspiciune, pentru confirmare și tratare
- cazuri vechi tratate și recidivate
- cazurile tratate care sunt supuse controlului dermatologic oncologic după tratament: la 2,6 și 12 luni în primul an, apoi anual. Riscul ca un pacient care a avut un carcinom bazocelular să facă alte carcinoame, este crescut.

3.4. Tratament în spital

Alegerea metodei de tratament este în funcție de mărimea, localizarea și tipul tumorii.

Rata recidivelor este apreciată la 5% .

- tratament chirurgical: excizia tumorii cu o margine de 5 mm; formele sclerozante necesită o margine de excizie până la 1 cm.
 - Este necesar control histologic al tumorilor excizate, al marginilor și bazei tumorii.
 - variantă: chirurgia micrografică
- crioterapie: profundă, a întregii tumori, cu azot lichid. Se recomandă numai în formele de carcinom bazocelular superficial.

- curetajul tumorii și electrocauterizarea bazei pentru tumorile mai mici de 1 cm și pentru formele superficiale; lipsește controlul histologic al marginilor, vindecare prelungită, rezultate cosmetice mai puțin satisfăcătoare decât cu metoda chirurgicală.
- radioterapia: doze fracționate de 3-5 Gy până la doza totală de 50-60Gy; rezultate estetice bune dar se recomandă doar persoanelor vârstnice, celor care refuză tratamentul chirurgical.
- terapia fotodinamică
- tratament sistemic cu retinoizi aromatici în cazul pacienților cu sindrom nevoid bazocelular, xeroderma pigmentosum.

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- Depistarea cazurilor noi: control periodic, anual al întregului tegument pentru a constata apariția eventualelor tumori cutanate
- Depistarea recidivelor: control al pacienților cu carcinoame tratate
- Educarea pacienților pentru profilaxia carcinoamelor de piele: evitarea expunerii la soare, la surse artificiale de UV, fotoprotecție