

Carcinomul spinocelular / epiteliomul spinocelular

1. Introducere

1.1. Definiție

Carcinomul spinocelular reprezintă forma de carcinom epitelial care apare pe piele sau pe mucoase și se caracterizează prin următoarele:

- se poate dezvolta pe leziuni precanceroase de tipul keratozei actinice, leucoplaziei, cicatricilor sau pe unele forme de carcinom in situ (boala Bowen, eritroplazie Queyrat)
- dezvoltare mai rapidă decât a carcinomului bazocelular
- poate metastaza, are grad de malignitate mai mare decât carcinomul bazocelular

1.2. Importanța medico-socială

- incidența este evaluată la 6-12: 100 000 în țările europene și 30-60:100 000 în SUA și Australia cu o rată de 5:1 până la 10:1 pentru carcinomul bazocelular și spinocelular.
- Carcinoamele cu metastaze ganglionare regionale au rata de supraviețuire la 5 ani de 20-25%.
- Sunt factori de risc pentru carcinomul spinocelular:
 - o Keratozele actinice, carcinoame in situ
 - o Expunere la radiația solară, terapia pe termen lung cu UV, radiația ionizantă
 - o Procese degenerative cronice și inflamatorii
 - o Carcinogeni chimici: gudroane, arsenic
 - o Terapii imunosupresoare
 - o Infecția cu unele tipuri de HPV

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale:

- nodul dur, la început mic, cu suprafața neregulată, care crește în dimensiuni
- leziunea se poate ulcera în timp, devine distructivă
- carcinomul poate apărea pe leziuni preexistente de tipul keratozei actinice, cheilitei erozive actinice, leucoplaziei prin apariție unui nodul dur, infiltrarea leziunii.
- Localizare: pe suprafețe fotoexpuse, buza inferioară, mucoasa bucală, mucoasa genitală

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- istoricul bolii și examenul obiectiv al întregului tegument
- biopsie din tumoră în scop diagnostic
- examen histopatologic al tumorii excizate și determinarea gradelor Broders

2.2.2. Opționale:

- ecografie ganglionară

2.2.3. Forme clinice și complicații

Forme clinice:

- nodular
- ulcerat
- ulcero-vegetant
- verucos

Complicații:

- infecția bacteriană a tumorilor ulcerate

- metastazare: mai frecventă și mai rapidă în formele slab diferențiate, formele cu localizare pe mucoase, cele dezvoltate pe cicatrici sau radiodermite, tumorile cu diametru mai mare de 2 cm și grosime mai mare de 4 mm.

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: expunere excesivă, repetată la soare
- educarea pacienților în sensul cunoașterii și evitării factorilor de risc
- fotoprotecție
- examen medical periodic al întregului tegument
- depistarea și tratarea leziunilor precanceroase

3.2.2. Tratament medicamentos

Nu este cazul

3.3. Criterii de internare și dirijare

- cazuri noi, suspecte de a fi carcinoame spinocelulare pentru diagnostic și tratament
- cazuri vechi tratate, pentru control
- cazuri vechi recidivate

3.4. Tratament în spital

Varianta terapeutică va fi aleasă în funcție de mărimea tumorii, localizare, prezența factorilor de risc, în funcție de vârsta pacientului și starea generală a sa.

- Excizia tumorii. Pentru tumorile cu risc scăzut, cu diametru mai mic de 2 cm se recomandă o margine de 4 mm, ceea ce asigură o rată a vindecării de 95%.

Notă! Pentru carcinoamele cu risc crescut se recomandă o margine de siguranță mai mare sau control histologic al marginilor de excizie.

Pentru carcinoamele buzei inferioare se poate realiza închiderea primară prin sutura marginilor plăgii operatorii în cazul în care s-a excizat până la o treime din buză. Pentru excizii mai largi este necesară utilizarea lamboului.

- crioterapie, curetaj și electrocauterizare
- radioterapie: doze fracționate de 3-5 Gy per zi până la o doză totală de 50-80 Gy. Este o metodă terapeutică rezervată pacienților în vârstă și tumorilor cu ritm de creștere foarte rapid.
- disecția ganglionului santinelă pentru unele cazuri de carcinoame cu risc crescut.

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi prin controale periodice; examen complet al tegumentului și mucoaselor
- controlul cazurilor vechi tratate pentru depistarea eventualelor recidive

- controlul periodic al celor care au avut carcinoame trebuie să aibă în vedere și depistarea unor tumori noi având în vedere faptul că cei mai mulți pacienți au un risc crescut.