



Allegato 2 : Sintesi linee guida di trattamenti

Anno di pubblicazione 2023
(rev.08-2024 pg.3)

Procedure

| Condizione | Procedure | Modalità di accesso | Timing richiesto |
|--|---|--|------------------|
| SCC operabile a basso rischio | <ul style="list-style-type: none"> • Exeresi lesionale a margini microscopicamente indenni ≥ 4 mm • Se margine: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Negativo</u>: follow-up • <u>Positivo</u>: <ul style="list-style-type: none"> - re-escissione o chirurgia di Mohs - valutare RT se non fattibile chirurgia • Se cSCC insorto su cheratosi attiniche multiple o su aree con tumori multipli in situ, considerare: crioterapia, curettage ed elettrocoagulazione, terapia fotodinamica con ALA o MAL, agenti topici (imiquimod, diclofenac gel) | <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologia • Chirurgia Plastica • Chirurgia generale • Oncologia | |
| SCC operabile ad alto rischio | <ul style="list-style-type: none"> • Exeresi lesionale a margini microscopicamente indenni ≥ 6 mm • Se margine: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Negativo</u>: follow-up; se esteso interessamento perineurale o altri fattori di rischio considerare RT post-operatoria • <u>Positivo</u>: re-escissione o chirurgia di Mohs; indicata RT+/-CT sensibilizzante se non fattibile chirurgia di reescissione • eventuale CT sistemica se chirurgia di escissione e RT non fattibili <p>se presente infiltrazione perineurale (PNI) clinica e/o radiologica indicata RT adiuvante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutare RT Se T3 (diametro>5 cm) o T4 (invasione locale), se margini close o < 5mm, se recidive dopo precedenti interventi/i di chirurgia con margini indenni, se presente PNI ≥ 0.1 mm all'esame istologico, se linfonodi positivi, RT soprattutto nei SCC del distretto testa-collo T4, e se trattasi di SCC desmoplastico o infiltrante in un contesto di immunosoppressione cronica • Da valutare eventuale trattamento combinato CT/RT e RT esclusivo, sulla base dell'estensione della lesione, della sede, della preferenza e delle condizioni generali del paziente | <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologia • Chirurgia Plastica • Chirurgia generale • ORL • Oncologia • Radioterapia | |
| Sede critica: SCC del labbro | <ul style="list-style-type: none"> • Se stadio T1-T2 N0 non operato per sede (commissura), eccesso di demolizione, età e/o condizioni cliniche: Brachiterapia interstiziale esclusiva con intento radicale • Se in stadio avanzato (T3-T4 N0-N1) non operato: RT con fotoni più eventuale sovradosaggio con brachiterapia interstiziale | | |
| SCC con masse linfonodali palpabili o sospette all'imaging | <ul style="list-style-type: none"> • Agoaspirato o agobiopsia • <u>Se negativo</u>: considerare ripetizione/metodica alternativa (se 2° valutazione negativa: follow-up a breve termine) | <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia generale • Chirurgia plastica • ORL • Radiologia interventistica | |

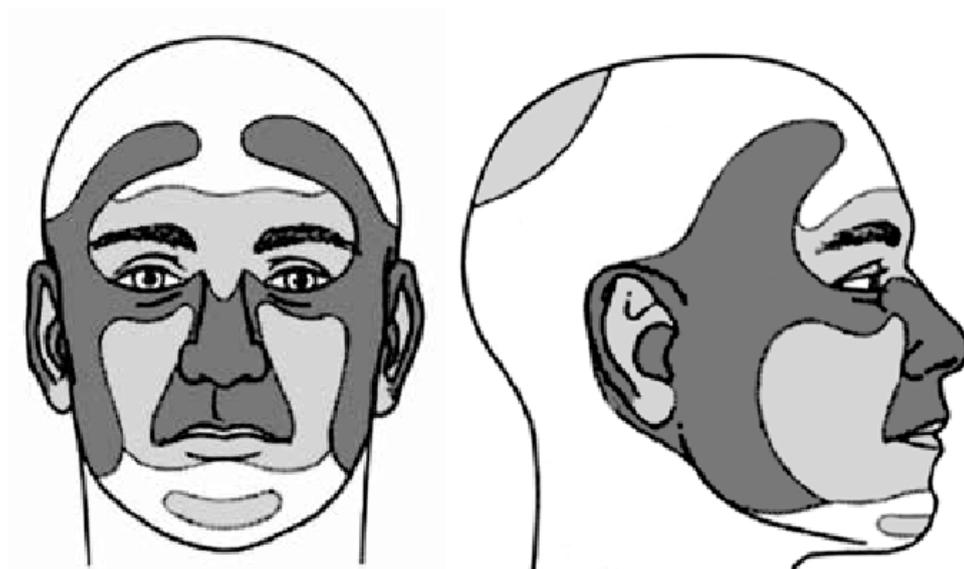
| | | | |
|--|---|--|--|
| | <u>Se positivo</u> : stadiazione e valutazione chirurgica | | |
| SCC con masse linfonodali accertate istologicamente operabile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escissione del primitivo e dissezione linfonodale regionale ▪ RT postoperatoria se multipli linfonodi interessati o estensione extra-nodale (<i>appendice RT_tumori cute</i>) ▪ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgia generale ▪ Chirurgia plastica ▪ ORL ▪ Radioterapia | |
| SCC non operabile SCC con masse linfonodali accertate istologicamente non operabile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ RT con finalità curativa, se fattibile a livello del primitivo e/o dei linfonodi loco-regionali in particolare nel distretto testa-collo, se possibile in associazione a chemioterapia radiosensibilizzante (cisplatino settimanale): - - <u>Se T1-T2</u>: Preferibile la RT esclusiva con ortovoltaggi, FOTONI, elettro-ni o brachiterapia; possibile usare anche la tomoterapia in casi selezionati (<i>appendice RT_tumori cute</i>) - <u>Se T3-T4</u>: RT esclusiva con intento curativo, oppure radioterapia palliativa, con vari ipofrazionamenti (<i>appendice RT_tumori cute</i>) ▪ <i>Cemiplimab±RT</i> ▪ <i>Cetuximab ± RT</i> ▪ Chemioterapia sistemica a base di platino, se non fattibili altri trattamenti | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dermatologia ▪ Oncologia ▪ Radioterapia | |
| SCC recidivato (non suscettibile di trattamenti locoregionali) o metastatico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Immunoterapia con Cemiplimab ▪ Chemioterapia a base di platino (cisplatino/carboplatino) ▪ Integrazione con cure palliative ab initio (simultaneous care) ▪ Integrazione con Cetuximab (su base individualizzata <i>off label</i> – soprattutto se distretto cervico-cefalico) ▪ Valutazione per eventuale arruolamento in trial clinici ▪ RT palliativa | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dermatologia ▪ Oncologia ▪ Radioterapia ▪ Cure palliative ▪ Centri di riferimento di patologia per trial clinici | |

2 Indicazioni alla tecnica di Mohs (da Fitzpatrick et al, 2003):

| |
|--|
| RECIDIVE |
| TUMORE PRIMITIVO con pattern istologico aggressivo in sedi aggressive del volto (vedi testo) margini clinicamente mal definiti ove necessaria conservazione tissutale |

3 Tabella aree di rischio

| | |
|---------------|---|
| Area H | "mask areas" del volto: <ul style="list-style-type: none">• volto centrale• palpebre• sopracciglia• regione periorbitale• naso• labbra• mento• mandibola• regione periauricolare e postauricolare• tempie• orecchio genitali mani piedi |
| Area M | Guance fronte cuoio capelluto collo regione pretibiale |
| Area L | Tronco estremità (escludendo mani, unghie, regione pretibiale, caviglie e piedi) |



"Mask areas" del volto (da Stein et al, 2004)