

Carcinome épidermoïde cutané avancé

- 2 Qu'est-ce que le carcinome épidermoïde cutané ?
- 6 Qu'est-ce que le carcinome épidermoïde cutané avancé ?
- 7 Le carcinome épidermoïde cutané métastatique
- 10 Diagnostic
- 12 Biopsies supplémentaires
- 14 Stadification
- 18 Chirurgie
- 20 Radiothérapie (rayons)
- 21 Traitements systémiques
- 22 Questions à poser à votre médecin/oncologue au sujet de votre traitement
- 24 Que puis-je faire pour vivre au mieux avec ma maladie ?
- 25 Soins palliatifs
- 26 La recherche
- 28 Poser des questions
- 29 Glossaire

KARGER

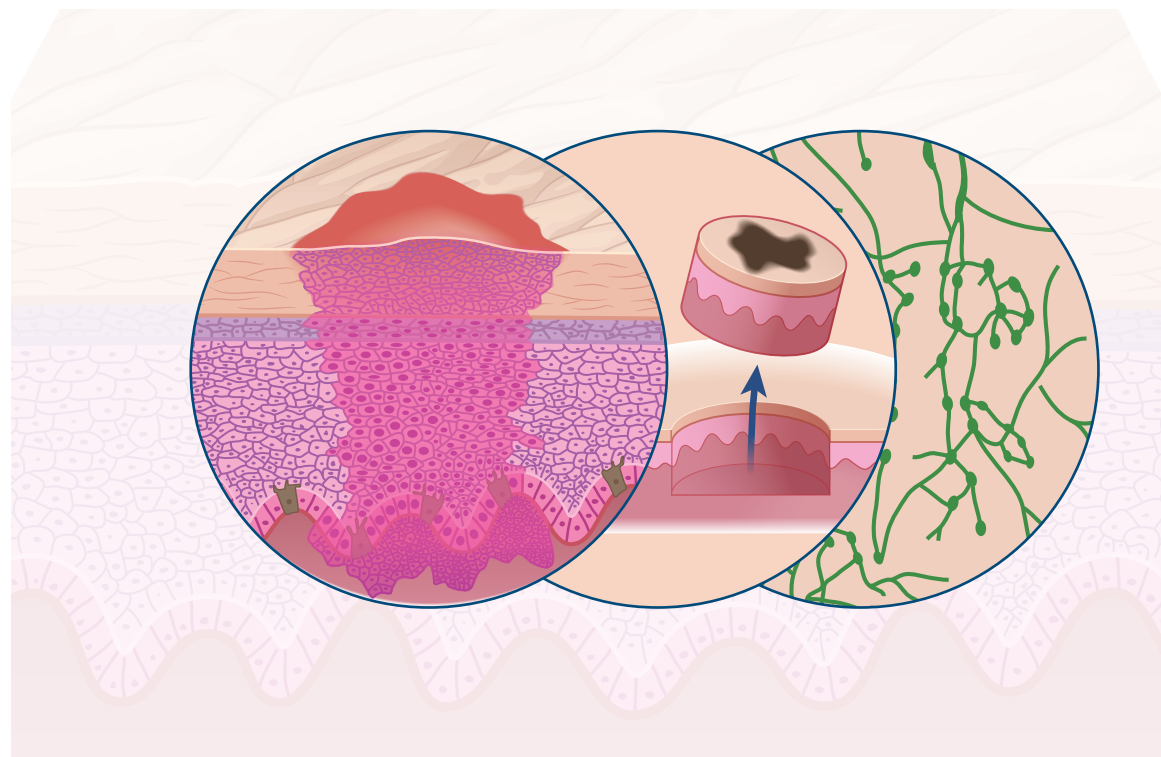
ISBN 978-3-318-06727-9



9 783318 067279 >

Carcinome épidermoïde cutané avancé

Rédigé par le **Dr Sarah T Arron**,
dermatologue spécialiste des cancers cutanés



Ressources utiles

Institut National du Cancer

<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-des-cancers-de-la-peau/Les-cancers-de-la-peau>

Société Française de Dermatologie

<https://www.sfdermato.org/>

Tout d'abord, quelques faits...

- 1** Le carcinome épidermoïde cutané (CEC), également appelé carcinome à cellules squameuses, est généralement traité par chirurgie, sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres traitements.
 - 2** Les CEC de taille importante qui présentent des caractéristiques à haut risque au microscope ou qui reviennent après une chirurgie nécessitent plus souvent des examens ou traitements supplémentaires.
 - 3** Un CEC est dit « avancé » s'il s'étend à des zones sous la peau ou à d'autres parties du corps.
 - 4** Le CEC avancé est diagnostiqué en examinant au microscope des échantillons de biopsie de la peau et des ganglions lymphatiques et, parfois, en examinant la zone lésée au moyen de l'imagerie.
 - 5** Le CEC avancé est traité par chirurgie, radiothérapie ou traitements médicamenteux, ou par une combinaison de ceux-ci.
 - 6** En cas d'échec du traitement, les soins palliatifs aident à soulager les symptômes du cancer.
-

Ce livret a pour but de vous aider à comprendre les options qui s'offrent à vous afin d'aborder plus facilement votre cancer et son traitement avec vos médecins, infirmiers et l'équipe médicale. Utilisez les espaces laissés à disposition sur les pages pour noter vos commentaires et questions.

Ce qui me préoccupe le plus

Notez ici tout ce dont vous souhaitez parler avec votre médecin...

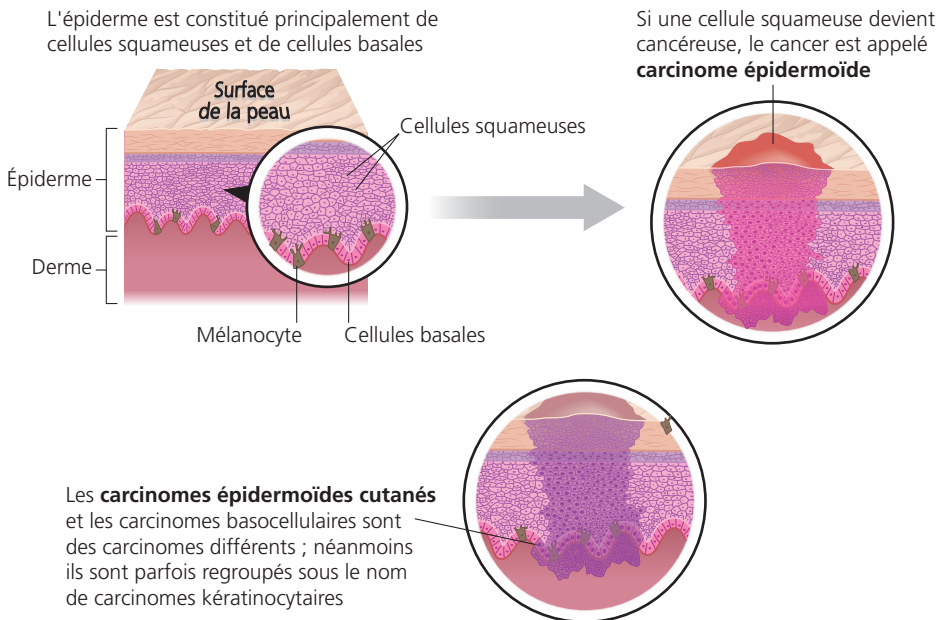
Qu'est-ce que le carcinome épidermoïde cutané ?

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est un type de cancer qui se développe dans la couche la plus externe de la peau (cutané = de la peau), à partir des cellules squameuses. Cette couche externe de la peau est appelée l'**épiderme**. Il s'agit de la barrière qui protège le corps de l'environnement.

On trouve également des cellules squameuses dans la paroi interne de certaines zones comme la gorge, les poumons et le col de l'utérus. Bien que ces cellules puissent se développer en carcinomes épidermoïdes, ces cancers sont différents du CEC.

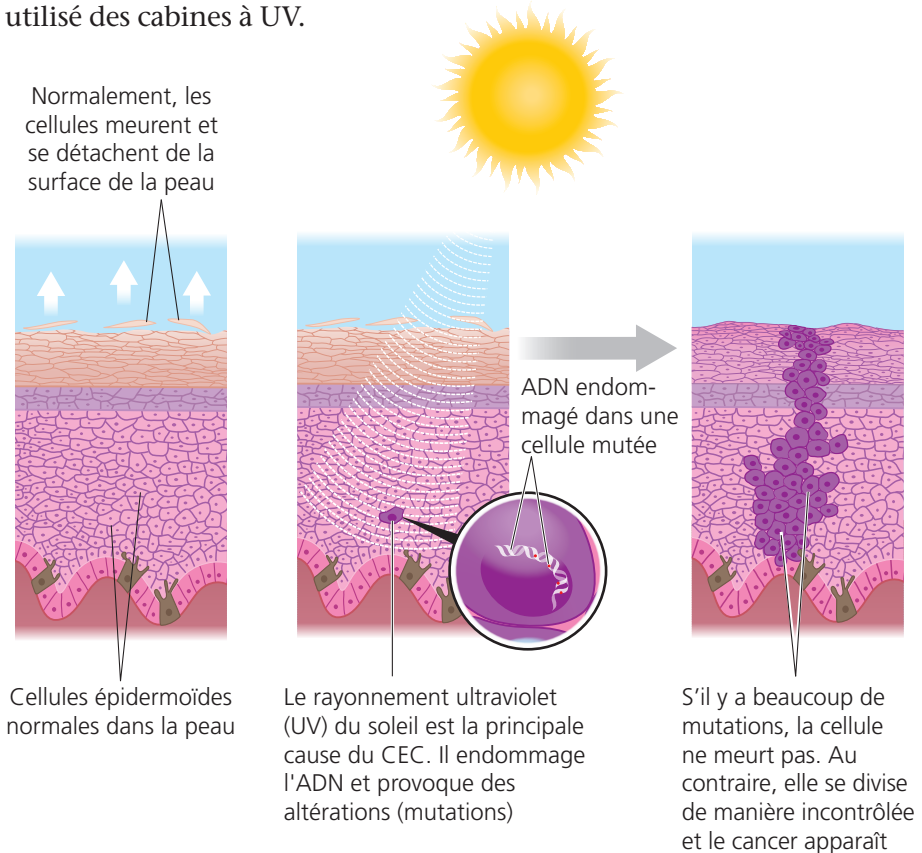
Si vous lisez des informations sur le carcinome épidermoïde, **vérifiez qu'elles portent sur la peau.**

Le carcinome épidermoïde cutané et le carcinome basocellulaire sont des **cancers de la peau** qui diffèrent du mélanome, qui provient d'un autre type de cellule, le mélanocyte.

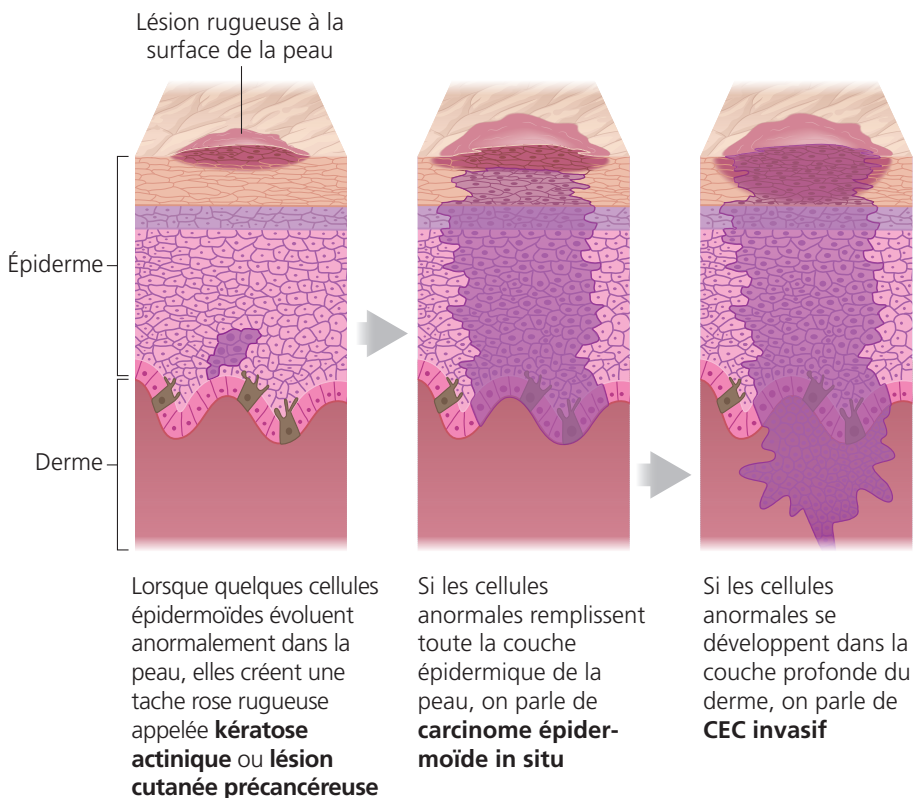


Pourquoi suis je affecté(e) ?

Certaines personnes ont plus de risques que d'autres de développer un CEC – il est par exemple plus fréquent chez les hommes plus âgés et à la peau claire. Les personnes dont la peau est parsemée de taches de rousseur ou rougit facilement au soleil sont plus à risque, tout comme les personnes qui ont passé beaucoup de temps à l'extérieur ou qui ont utilisé des cabines à UV.



Certains médicaments augmentent la sensibilité au soleil et le risque de cancer. Et certaines personnes ont un système immunitaire qui ne fonctionne pas efficacement, ce qui favorise la survenue d'un CEC.



Lésions précancéreuses et cancéreuses

Le CEC étant principalement dû à l'exposition au soleil, il est fréquent que les patients dont la peau est très abimée par le soleil aient plusieurs CEC.

Avoir plus d'un CEC sur une zone de la peau fréquemment exposée au soleil n'est pas la même chose qu'avoir un CEC qui s'est propagé à d'autres parties du corps. La partie qui suit traite du carcinome épidermoïde cutané qui se propage.

Le saviez-vous ?

Le carcinome qui se développe dans la bouche ou dans la gorge est parfois appelé **carcinome épidermoïde de la tête et du cou** qui est en réalité un cancer des voies aéro-digestives supérieures (cancer ORL). Il peut être facilement confondu avec les CEC qui surviennent sur la peau du visage, de la tête ou du cou.

Questions que vous vous posez peut-être

- **Le carcinome épidermoïde cutané est-il contagieux ?**

Non, le carcinome épidermoïde cutané n'est pas contagieux - vous ne pouvez pas l'attraper de quelqu'un d'autre. Et vous ne pouvez pas non plus le transmettre à d'autres.

- **Ai-je hérité ce cancer de mes parents ?**

La réponse n'est pas aussi évidente.

Avoir la peau, les yeux ou les cheveux clairs, sont des facteurs de risques du carcinome épidermoïde cutané que vous avez hérités de vos parents. Cependant, le carcinome épidermoïde cutané lui-même n'est généralement pas considéré comme une maladie génétique.

Il y a des exceptions lorsque le CEC survient en raison d'une maladie génétique très rare comme la xérodémie pigmentaire ou l'albinisme oculo-cutané. Ces troubles font que la personne atteinte a plus de risque de contracter un CEC. Mais chez la plupart des gens, le CEC n'est pas directement lié à une maladie génétique héréditaire.

Mes questions

Qu'est-ce que le carcinome épidermoïde cutané avancé ?

Le carcinome épidermoïde cutané souvent diagnostiqué en premier lieu est appelé carcinome **primitif**. Il s'agit généralement d'un cancer isolé sur la peau qui peut être enlevé par chirurgie.

Mais dans certains cas, le cancer peut être plus agressif. On dit alors qu'il est avancé. Un carcinome épidermoïde cutané avancé est soit :

- **localement avancé**, c'est-à-dire qu'il s'est beaucoup étendu ou qu'il est compliqué à retirer, soit
- **métastatique**, ce qui signifie qu'il s'est propagé à d'autres endroits du corps.

L'évolution vers un carcinome épidermoïde cutané avancé est différente d'un individu à l'autre.

Chez certaines personnes, un carcinome primitif traité par chirurgie revient plus tard au même endroit ; c'est ce qu'on appelle un **carcinome récidivant**.

Chez d'autres, le carcinome primitif et les métastases sont diagnostiqués au même moment.

Chez certaines personnes enfin, des carcinomes métastatiques sont diagnostiqués dans d'autres parties du corps des années après le traitement d'un carcinome primitif.

Invasion localisée

Carcinome épidermoïde cutané localement avancé

Les carcinomes épidermoïdes cutanés localement avancés peuvent se développer dans les zones saines voisines. Selon la localisation du cancer, il peut se répandre au tissu graisseux, au muscle ou à l'os. Le cancer peut également affecter un organe situé à proximité, tel qu'un œil ou une oreille.

Invasion périneurale

Le carcinome épidermoïde cutané localement avancé peut également envahir les nerfs de la peau ou la gaine qui entoure les nerfs. C'est ce que l'on appelle l'invasion périneurale, la propagation périneurale ou la métastase périneurale.

Le carcinome épidermoïde cutané métastatique

Pourquoi le carcinome épidermoïde cutané s'étend-il ?

Il est rare que le carcinome épidermoïde cutané se propage à un autre endroit du corps. Mais certaines caractéristiques du carcinome primitif font que le risque de propagation est plus probable, notamment par :

- une taille importante (plus de 2 cm)
- la réapparition du carcinome au même endroit après la chirurgie
- un carcinome touchant l'oreille ou la lèvre.

Il y a également quelques caractéristiques qui peuvent être mises en évidence par les analyses de biopsie en laboratoire :

- les nerfs peuvent être impliqués (invasion périneurale – voir page 6)
- les cellules cancéreuses peuvent être peu différenciées, ce qui signifie qu'elles sont fusiformes ou différentes des cellules cancéreuses habituelles
- le cancer peut avoir créé une zone d'aspect différent autour de lui-même (appelée **desmoplasie**)
- le cancer peut s'être étendu en profondeur à travers la peau jusqu'à la couche de graisse, au muscle ou à l'os.

Il y a également plus de risque que le carcinome épidermoïde cutané se propage chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli, ce qui est le cas dans certaines maladies, telles que la leucémie, le lymphome et le VIH/sida, ou après une greffe d'organe.

Qu'est-ce qu'une biopsie ?

Une biopsie est une procédure qui consiste à prélever un échantillon de tissu dans une partie du corps. L'échantillon peut être envoyé à un laboratoire pour obtenir plus d'informations sur les types de cellules présentes dans l'échantillon - par exemple, un anatomopathologiste peut les examiner au microscope pour voir quels types de cellules sont impliqués.

Souvent, des échantillons de ganglions lymphatiques sont également prélevés. Les ganglions lymphatiques sont des sites de prélèvement importants pour les cellules cancéreuses. Ils peuvent être le premier endroit à montrer des signes de propagation du cancer. Voir page 13 pour plus d'informations.

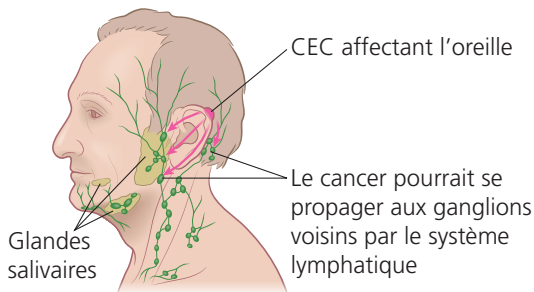
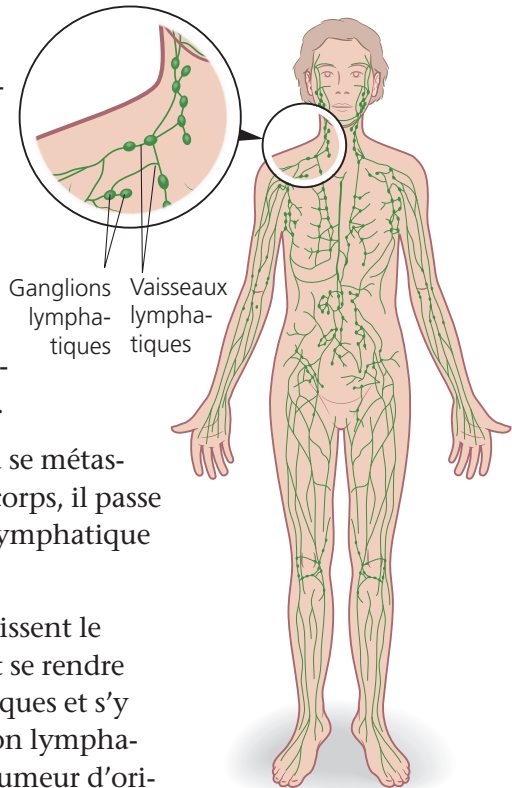
Métastases régionales et en transit

Le **système lymphatique** est constitué de petits vaisseaux et de ganglions lymphatiques. Il parcourt le corps le long des vaisseaux sanguins. (Ganglions lymphatiques = 'glandes'.)

C'est une partie importante du système immunitaire, car il permet aux cellules immunitaires de circuler dans le corps.

Lorsque le CEC se propage, ou se métastase, dans d'autres parties du corps, il passe généralement par le système lymphatique ou la circulation sanguine.

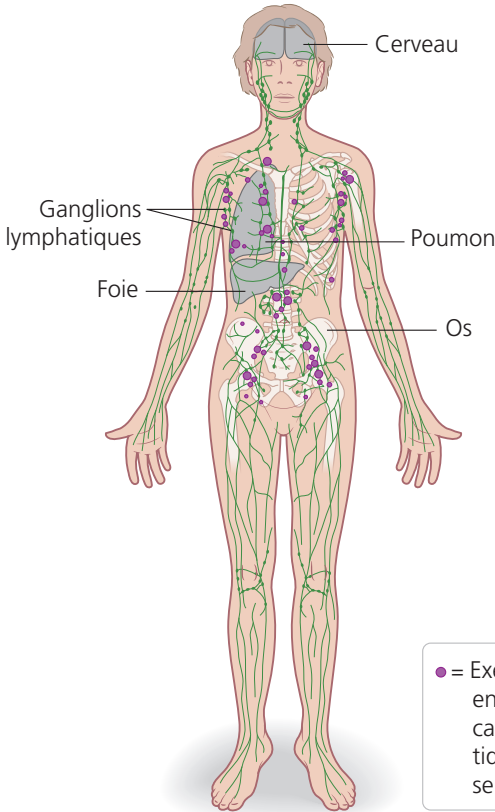
Les cellules du CEC qui envahissent le système lymphatique peuvent se rendre jusqu'aux ganglions lymphatiques et s'y développer. Lorsque le ganglion lymphatique affecté est proche de la tumeur d'origine, on parle de **métastase régionale**.



Très rarement, le CEC se propage par le système lymphatique et se développe sous forme de multiples tumeurs sous la peau le long de la voie lymphatique. C'est ce que l'on appelle des **métastases en transit**.

Métastase à distance

On parle de métastase à distance lorsque les cellules du CEC vont au-delà des ganglions lymphatiques régionaux pour atteindre des ganglions lymphatiques ou des organes situés à d'autres endroits du corps, comme le montre le schéma :



La position de la tumeur primitive influence l'endroit où le cancer se propagera, mais il n'est pas toujours possible pour les médecins de prédire où il apparaîtra.

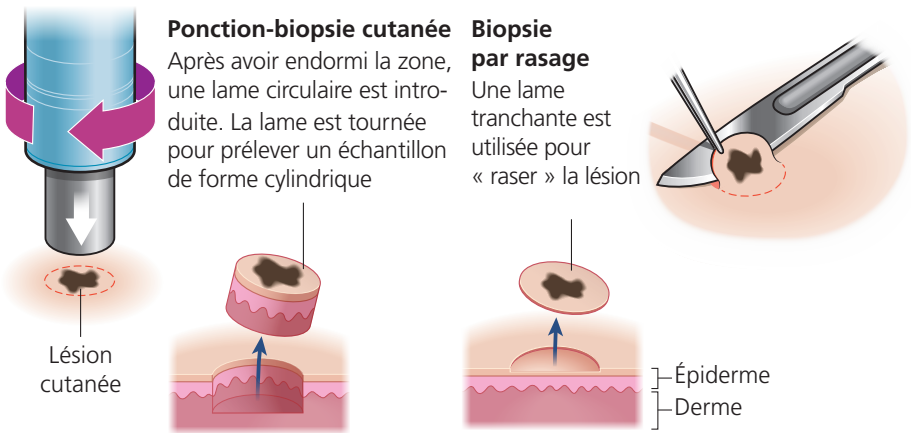
Mon cancer s'est-il propagé ?

Diagnostic

Faire une biopsie de la peau à des fins diagnostiques

Un carcinome épidermoïde cutané primitif se manifeste habituellement par une excroissance au niveau de la peau ou une plaie. Il est diagnostiqué par une biopsie de la peau. Il s'agit d'une intervention mineure effectuée dans le cabinet de votre dermatologue, souvent au même moment que votre examen clinique de la peau.

Le médecin nettoiera la peau et injectera une petite quantité d'anesthésique local pour endormir la zone. Un échantillon de l'excroissance est prélevé et le médecin fera quelques points de suture ou laissera la zone guérir sans points de suture. Dans la plupart des cas, la biopsie est suffisante pour établir le diagnostic et planifier le traitement, qui est normalement une chirurgie. Dans ce cas, aucun autre examen n'est nécessaire.



Autres examens

D'autres examens peuvent être réalisés dans le cas du carcinome épidermoïde cutané avancé. Il s'agit des examens de **bilan** ou de **stadification**. Ils peuvent aider à planifier la chirurgie. Ils peuvent aussi être recommandés après l'opération pour voir si un traitement supplémentaire est nécessaire. Certains sont décrits dans les pages suivantes.

Imagerie

Le type d'imagerie utilisé dépend de votre cancer. Certaines personnes n'en ont pas besoin.

Tomodensitométrie (= tomographie assistée par ordinateur)

La tomodensitométrie (également appelé « CT scan » ou simplement « scanner ») consiste à utiliser une série de rayons X pour produire une image en coupe du corps. La tomodensitométrie est utilisée pour voir si le CEC s'est propagé aux ganglions lymphatiques ou aux os.

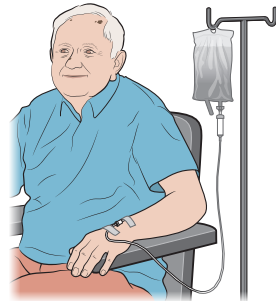
IRM (= imagerie par résonance magnétique)



L'IRM utilise le champ magnétique pour créer une image d'une zone. Comme le scanner, elle donne une image en coupe.

PET scan (= tomographie par émission de positons)

Avant un PET scan, un marqueur faiblement radioactif est injecté dans un vaisseau sanguin. Ce marqueur se répand dans le corps, s'accumulant aux endroits où les cellules cancéreuses sont présentes. Ces zones sont ensuite mises en évidence par le scanner. Le PET scan est utilisé pour voir si le cancer s'est propagé.



Souvent, un PET scan, un scanner ou une IRM sont pratiqués.

Échographie

L'échographie utilise des ondes sonores haute fréquence. Elle est utilisée pour voir si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques ou pour vérifier les ganglions lymphatiques après une opération.

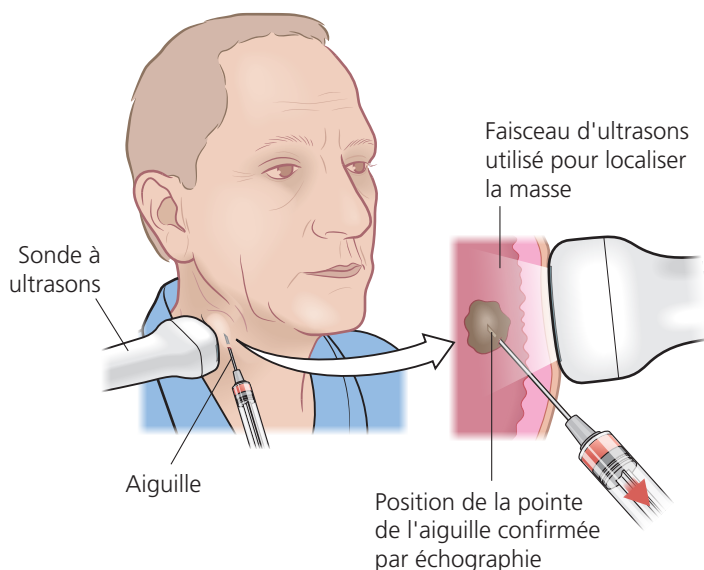
Biopsies supplémentaires

Biopsie à l'aiguille

Si vous ou votre médecin sentez une masse plus profonde sous la peau, ou si votre imagerie montre une masse suspecte dans un de vos ganglions lymphatiques, une biopsie à l'aiguille ou une aspiration à l'aiguille fine peut être utilisée pour prélever un échantillon dans la zone concernée.

Le médecin nettoiera la peau et injectera une petite quantité d'anesthésique pour endormir la zone. Si la masse est difficile à palper, le médecin peut utiliser l'échographie pour l'aider à la localiser.

Une aiguille est introduite dans la peau pour prélever un échantillon de cellules de la masse. Plusieurs échantillons peuvent être prélevés. Une fois la biopsie terminée, les échantillons prélevés seront envoyés au laboratoire. Demandez à votre médecin quand les résultats seront disponibles.



Biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles

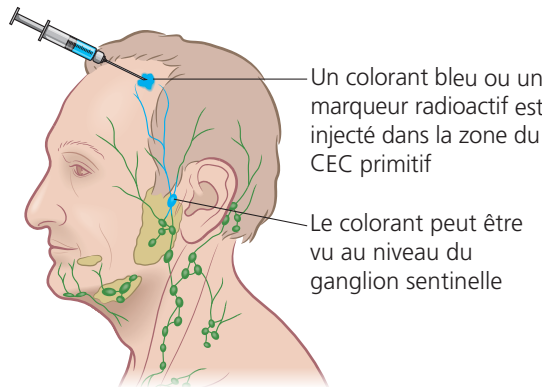
La biopsie des ganglions sentinelles est utilisée pour voir si votre carcinome épidermoïde cutané s'est propagé dans votre système lymphatique - les **ganglions sentinelles** sont les premiers ganglions touchés si votre cancer s'est propagé.

Pour identifier les ganglions sentinelles, un marqueur radioactif et/ou un colorant bleu sont injectés dans la zone du carcinome épidermoïde cutané primaire. Le marqueur radioactif est injecté quelques heures ou un jour avant l'opération. Le colorant bleu est généralement injecté pendant l'opération.

Le colorant ou le marqueur se déplace à travers le système lymphatique jusqu'aux ganglions lymphatiques voisins. Votre chirurgien détectera le marqueur grâce à sa radioactivité, tandis que le colorant fera apparaître les ganglions lymphatiques en bleu. Une fois les ganglions sentinelles identifiés, un ou plusieurs d'entre eux seront retirés et envoyés au laboratoire pour vérifier s'ils contiennent des cellules tumorales.

Les risques de cette procédure dépendent de la localisation de votre cancer et des ganglions lymphatiques.

Demandez à votre chirurgien quels sont les risques dans votre cas.



Retrait d'autres ganglions lymphatiques de la zone

Si une biopsie des ganglions sentinelles est pratiquée ou si vos ganglions lymphatiques présentent des signes indiquant une invasion par le CEC, vos chirurgiens discuteront de la nécessité d'enlever complètement les autres ganglions lymphatiques de la région.

Stadification

La stadification du cancer est une façon de décrire l'étendue ou la propagation d'un cancer. La stadification de votre CEC aidera l'équipe médicale à déterminer les options thérapeutiques envisageables et votre pronostic.

Pour ce faire, la classification appelée TNM est utilisée :

- **T** décrit le degré d'avancement de votre Tumeur, de T1 (avancement minimal) à T4 (avancement maximal).
- **N** décrit le degré de propagation de votre CEC à vos ganglions lymphatiques : N1 ou plus élevé signifie que vos ganglions lymphatiques sont touchés par le cancer.
- **M** décrit la présence de **Métastases** à des endroits autres que les ganglions lymphatiques : M1 signifie que le CEC s'est propagé.



Les scores T, N et M sont combinés pour donner une stadification globale. Une tumeur in situ ou « Tis » signifie que des cellules anormales sont présentes, mais que les cellules cancéreuses sont confinées à la couche épidermique et n'ont pas envahi le derme.

Détermination du stade du cancer

Score T : si la tumeur...	Le score T est :
occupe la couche épidermique de la peau	Tis
mesure 2 cm ou moins	T1
mesure plus de 2 cm, mais moins de 4 cm	T2
mesure plus de 4 cm ou commence à toucher l'os ou les nerfs voisins, s'est développée à travers la couche de graisse sous la peau ou à une profondeur supérieure à 6 mm	T3
se développe dans l'os	T4

Les procédures de stadification ne sont pas toujours nécessaires

Tous les carcinomes épidermoïdes cutanés ne nécessitent pas une imagerie ou une biopsie des ganglions sentinelles - cela dépend des caractéristiques initiales. Si le risque de propagation du cancer est faible, il se peut que les risques impliqués par l'imagerie ou la biopsie soient plus importants que le bénéfice escompté.

Score N : les ganglions lymphatiques sont-ils affectés ?		Le score N est :
Non		N0
	Un ganglion affecté, du même côté, pas plus de 3 cm et sans propagation à l'extérieur du ganglion	N1
Un ganglion affecté, du même côté, pas plus de 3 cm, mais début de propagation à l'extérieur du ganglion, <i>OU</i> Un ganglion, du même côté, entre 3 et 6 cm, mais sans propagation à l'extérieur du ganglion		N2a
Plus d'un ganglion affecté, du même côté, aucun de plus de 6 cm et sans propagation à l'extérieur des ganglions		N2b
	Plus d'un ganglion affecté, des deux côtés ou du côté opposé, aucun de plus de 6 cm et sans propagation à l'extérieur des ganglions	N2c
Mesure plus de 6 cm, mais pas de propagation à l'extérieur du/des ganglion(s)		N3a
Un ganglion affecté, du même côté, plus de 3 cm et début de propagation à l'extérieur du ganglion, <i>OU</i> Plusieurs ganglions affectés (même côté, côté opposé ou des deux côtés) et au moins un s'est propagé à l'extérieur du ganglion, <i>OU</i> Un ganglion affecté, du côté opposé et début de propagation à l'extérieur du ganglion		N3b

Termes utilisés

Même côté (ipsilatéral) : ganglion du même côté que le cancer

Côté opposé (contralatéral) : ganglion situé sur le côté opposé par rapport au cancer

Des deux côtés (bilatéral) : ganglions des deux côtés

Propagation à l'extérieur du ganglion : commence à se développer dans la couche de graisse entourant le ganglion

Score M : le cancer s'est-il propagé à un autre endroit du corps ?	Le score M est :
Non	M0
Oui	M1

Lorsque T est :	et N est :	et M est :	Le cancer est de stade :
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	II
T3	N0	M0	III
T1	N1	M0	III
T2	N1	M0	III
T3	N1	M0	III
T1	N2	M0	IV
T2	N2	M0	IV
T3	N2	M0	IV
Tous T confondus	N3	M0	IV
T4	Tous N confondus	M0	IV
Tous T confondus	Tous N confondus	M1	IV

Scores TNM et stade de mon cancer			
T :	N :	M :	Stade :

Caractéristiques de mon cancer

Notez ici toutes les caractéristiques individuelles de votre cancer dont votre médecin vous a parlé (par exemple, la position ou l'étendue) ...

L'évolution de mon cancer

Notez ici l'évolution de votre cancer si cela peut vous être utile (par exemple, s'agit-il d'une récurrence ?) ...

Mes questions

Si vous pensez à des questions que vous aimeriez poser à votre médecin, notez-les ici ...

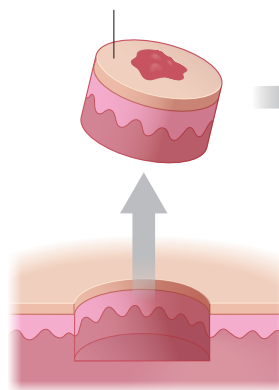
Chirurgie

Exérèse locale étendue

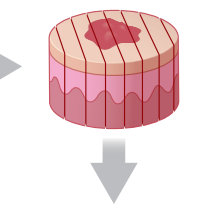
L'exérèse locale étendue a pour but d'enlever le cancer et une zone de peau normale autour du cancer, puis de reconstruire la peau et la zone environnante.

La zone de peau normale est appelée la **marge**. Elle est envoyée au laboratoire pour vérifier si elle présente des signes de cancer. Si la marge est saine, il est probable que tout le cancer ait été retiré. L'anatomopathologiste vérifiera également si les échantillons prélevés présentent des caractéristiques à haut risque (voir page 7).

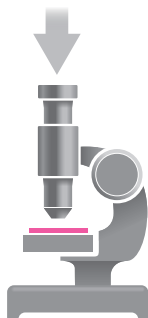
La partie visible du cancer est enlevée en même temps qu'une bordure de peau (marge)



Il peut y avoir plus d'un chirurgien impliqué dans l'opération. Cela dépend de l'emplacement du cancer.



La section qui a été enlevée est préparée pour être examinée au microscope



Mes notes sur la chirurgie

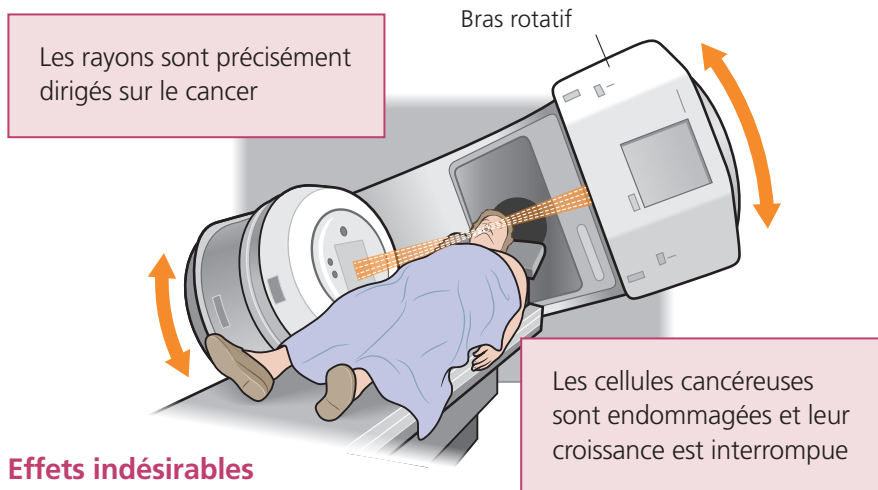
Notez ici les questions que vous vous posez concernant la chirurgie...

Radiothérapie (rayons)

Des séances de radiothérapie peuvent être recommandées :

- pour prévenir la récurrence d'un carcinome épidermoïde cutané avancé après son ablation complète par chirurgie (**traitement adjuvant**), ou
- pour traiter toutes cellules cancéreuses restantes si le cancer ne peut pas être complètement enlevé par chirurgie, ou
- pour traiter un CEC avancé qui ne peut être traité par chirurgie (**traitement définitif**), ou
- si elle peut aider à soulager la douleur ou les symptômes d'un carcinome épidermoïde cutané incurable (**radiothérapie palliative**).

Un masque individuel est tout d'abord fabriqué. Il est porté pendant chaque séance de radiothérapie afin que vous soyez dans la même position à chaque fois. Ensuite, des images sont prises et un traitement est planifié. De minuscules marques ou tatouages peuvent être nécessaires pour s'assurer que vous êtes dans la même position à chaque fois.



Effets indésirables

Les effets indésirables peuvent inclure fatigue, perte d'appétit, altération de la peau ou perte de cheveux. Si le traitement concerne votre tête ou votre cou, des plaies dans la bouche, des changements au niveau du goût, des caries dentaires ou des difficultés à avaler peuvent apparaître.

Traitements systémiques

Un traitement systémique est nécessaire si le CEC s'est propagé dans tout l'organisme (voir pages 7-9). Votre traitement sera prescrit par un spécialiste du traitement médical du cancer (oncologue ou médecin compétent en cancérologie). Parlez avec votre médecin de vos options thérapeutiques, ainsi que des risques et des avantages de chaque choix.

La **chimiothérapie** tue directement les cellules cancéreuses

Les effets indésirables possibles comprennent : nausées, vomissements, perte d'appétit, perte de cheveux, fatigue, anémie (faible taux de globules rouges), risque d'infection, changements auditifs/bourdonnements dans les oreilles, neuropathie (engourdissement et picotements dans les mains et les pieds), neutropénie (faible nombre de globules blancs), risque d'infection.

Des **thérapies ciblées** tuent les cellules en bloquant des mécanismes spécifiques au cancer

Les effets indésirables possibles comprennent : éruption cutanée, altérations oculaires, diarrhée, nausées, diminution de l'appétit, constipation, neutropénie (faible nombre de globules blancs), risque d'infection, problèmes hépatiques, problèmes pulmonaires

L'**immunothérapie** permet de surmonter la façon dont le cancer se cache de votre système immunitaire afin que les défenses immunitaires de l'organisme agissent contre les cellules cancéreuses

Les effets indésirables possibles comprennent : fatigue, éruption cutanée, diarrhée, nausées, diminution de l'appétit, constipation, douleurs musculaires, problèmes auto-immuns

Informez votre médecin traitant ou votre oncologue de tout changement constaté - les effets indésirables varient d'une personne à l'autre.

Questions à poser à votre médecin au sujet de votre traitement

Si une **chirurgie** va être pratiquée :

- Quels risques implique cette procédure ?
- Dois-je arrêter de prendre mes médicaments avant l'opération ?
- À quoi dois-je m'attendre après mon opération ?
- Aurai-je besoin d'aide à la maison pendant ma convalescence ?

Si vous allez recevoir une **radiothérapie** :

- Quels risques implique la radiothérapie ?
- Combien de traitements vais-je avoir ?
- À quoi dois-je m'attendre pendant ma radiothérapie ?
- Aurai-je besoin d'aide à la maison ?

Si vous allez recevoir un **traitement systémique** :

- Quel traitement me convient le mieux ?
- Faudra-t-il venir à l'hôpital pour un traitement intraveineux ?
À quelle fréquence ?
- Comment saurez-vous si le traitement est efficace ?
- Comment vais-je me sentir pendant le traitement ?
- Aurai-je besoin d'aide à la maison ?

Mes questions

Notez ici toutes les questions que vous souhaitez poser à votre médecin ...

Comment faire pour vivre au mieux avec votre maladie ?

Prendre soin de son corps et de son esprit peut vous aider pendant le traitement de votre cancer et pendant la période de convalescence.

Quoi que vous fassiez, faites-le avec modération. N'hésitez pas à demander à votre médecin si vous avez des doutes.

- **Optez pour une alimentation équilibrée et variée** riche en légumes, fruits, poulet et poisson et réduisez les graisses, les glucides et les sucreries.



- **Essayez de faire de l'exercice régulièrement**

- même une marche quotidienne aidera à renforcer vos capacités physiques (si vous avez des difficultés à marcher et à garder l'équilibre, discutez-en avec votre médecin).



- **Continuez d'examiner votre peau** pour détecter d'éventuelles nouvelles lésions.

Protégez-vous du soleil avec un écran solaire, un chapeau et des vêtements.

- **Sortez** - l'air frais et la lumière du soleil (avec un écran solaire, bien sûr !) auront un effet positif sur votre humeur.
- **Si vous fumez, essayez de réduire ou d'arrêter.**
- **Si votre médecin vous dit que vous pouvez boire de l'alcool, faites-le avec modération.**



- **Envisagez la méditation, le yoga ou des techniques de relaxation** pour apaiser votre esprit si vous vous sentez stressé(e).
- **Trouvez des petites choses à apprécier chaque jour.**
- **Pensez à rejoindre un groupe de soutien** - échanger avec d'autres personnes qui vivent la même chose peut être d'une grande aide.

Soins palliatifs

Si votre maladie devient incurable, vous serez dirigé(e) vers une équipe de soins palliatifs. Une évaluation complète peut mettre en évidence des questions ou des problèmes qui vont au-delà de tout symptôme spécifique, comme des difficultés sociales ou des préoccupations concernant les soins futurs. Il existe différentes sortes de soutien.

Soins de fin de vie

Beaucoup de choses peuvent être entreprises pour soulager vos symptômes dans les derniers stades du cancer. Toutefois, il est important d'avoir des discussions ouvertes et franches avec votre équipe médicale, votre famille et vos amis, et toute autre personne impliquée dans vos soins afin que vos attentes soient réalistes. Vous devrez faire connaître vos préférences en matière de soins futurs, y compris les soins que vous aimeriez recevoir en fin de vie et votre position concernant les traitements de maintien de la vie.

Vos sentiments et impressions

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise façon de se sentir par rapport à sa maladie et à l'avenir, mais les conseils suivants peuvent aider :

- Concentrez-vous sur ce qui est important pour vous
- Passez du temps avec vos proches
- Planifiez des choses à l'avance pour vous et votre famille
- Gardez vos habitudes pour maintenir un sentiment de normalité
- Acceptez l'idée qu'il y aura des bons et des mauvais jours
- Demandez à votre équipe médicale quelles sont les options en matière de soutien social et moral ainsi que de soutien physique.

La recherche

Pour les cancers de la peau, la recherche se concentre en particulier sur :

- les nouveaux traitements, tels que les thérapies ciblées et les immunothérapies (voir page 21)
- l'amélioration des méthodes d'imagerie pour de meilleures techniques de biopsie de la peau
- le développement de nouvelles façons de diagnostiquer le CEC et de prédire son évolution.

La recherche sur le CEC serait impossible sans les personnes :

- participant aux essais cliniques portant sur de nouveaux traitements
- donnant des échantillons de sang ou de tissus pour la recherche
- collectant des fonds pour des organismes de recherche dans leur propre hôpital ou à l'échelle nationale.

Si vous souhaitez vous impliquer davantage dans la recherche, discutez des possibilités avec votre équipe médicale ou contactez une organisation ou une association spécialisée dans le cancer de la peau.

Essais cliniques

Les nouvelles thérapies anticancéreuses évoluent sans cesse. L'un des moyens d'accéder aux nouveaux traitements est de participer à un essai clinique. Demandez à votre oncologue s'il existe un essai clinique qui vous convient et discutez des risques et des avantages d'une participation.

Si vous voulez en savoir plus sur les essais cliniques portant sur le CEC, rendez-vous sur les sites www.clinicaltrials.gov, www.clinicaltrialsregister.eu, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-la-recherche/Recherche-clinique/Le-registre-des-essais-cliniques/Le-registre-des-essais-cliniques> ou cherchez « base de données des essais cliniques ».

Mes notes sur la recherche

Notez ici vos commentaires ou questions sur les études de recherche ...

Poser des questions

Chacun a une approche différente du cancer. Vous pouvez souhaiter recueillir des renseignements détaillés et faire des recherches sur votre cancer, ou préférer au contraire faire confiance à votre équipe médicale pour vous guider. Être informé(e) vous aidera à avoir des entretiens plus ciblés avec le personnel médical et à prendre des décisions concernant votre traitement et vos soins.

Certaines conversations avec votre médecin peuvent comporter beaucoup de nouveaux renseignements et de questions. Amener un membre de la famille ou un ami et prendre des notes peut vous aider à conserver ces informations et à prendre des décisions.

Posez les questions qui vous préoccupent, concernant votre traitement. Si vous n'êtes pas sûr d'avoir bien compris, posez-les à nouveau. N'ayez pas peur de demander un deuxième avis - c'est tout à fait compréhensible.

Notez ci-dessous les professionnels de la santé qui font partie de votre équipe médicale.

Nom	Spécialité ou rôle	Coordonnées

Glossaire

Biopsie : procédure permettant de prélever un échantillon de tissu afin d'en étudier les caractéristiques

Carcinome basocellulaire : cancer qui se développe à partir d'une cellule basale (plutôt que d'une cellule squameuse, comme c'est le cas dans le CEC).

CEC : abréviation de carcinome épidermoïde cutané

CEC in situ : lorsque les cellules squameuses anormales remplissent la couche d'épiderme.

Chirurgie micrographique de Mohs : procédure chirurgicale au cours de laquelle la zone est enlevée en couches successives qui sont ensuite examinées à la recherche de signes de cancer ; les couches continuent à être enlevées tant qu'il y a encore des signes de cancer.

Derme : couche de la peau située plus en profondeur, sous l'épiderme

Invasif : un cancer est dit invasif s'il s'est propagé hors de la zone dans laquelle il est apparu et s'il se développe dans les zones saines environnantes.

Épiderme : couche externe de la peau

Essai clinique : étude impliquant des personnes et conçue pour répondre à une question spécifique sur un traitement

Ganglion lymphatique : ganglion qui fait partie du système lymphatique du corps. Les ganglions filtrent le liquide qui circule dans le système lymphatique (appelé lymph). Ils contiennent également des globules blancs qui combattent les infections. Le système lymphatique comprend des centaines de ganglions.

Ganglion lymphatique sentinelle : ganglion lymphatique le plus susceptible d'être le premier à être affecté par un cancer qui se propage.

Invasion péri neurale : quand le cancer se propage dans les nerfs.

IRM : abréviation d'imagerie par résonance magnétique. Un ordinateur produit des images détaillées des zones à l'intérieur du corps à partir de signaux générés par des ondes radio et un aimant.

Kératose actinique : tache rose et rugueuse sur la peau formée par des cellules squameuses anormales (parfois appelée lésion cutanée précancéreuse)

Localement avancé : un cancer est dit localement avancé s'il se développe dans les zones saines avoisinantes.

Marge : bordure ou limite apparemment normale de la peau (ou d'un autre tissu) qui est enlevée lors d'une chirurgie pour un cancer. La marge est examinée à la recherche de cellules cancéreuses - s'il n'y a pas de cellules cancéreuses, la marge est dite saine ou négative, dans le cas inverse, elle est dite positive.

Mélanome : cancer qui se développe à partir d'un mélanocyte ou d'un autre type de cellule qui produit du pigment (plutôt qu'une cellule squameuse, comme c'est le cas dans le CEC).

Métastase : lorsque les cellules cancéreuses se détachent de la tumeur d'origine, se déplacent vers un autre endroit du corps via le système sanguin ou lymphatique et qu'une nouvelle tumeur se développe.

Radiothérapie : utilisation de rayonnements de haute énergie provenant de rayons X, de rayons gamma, de neutrons, de protons et d'autres sources pour empêcher les cellules cancéreuses de croître et de se diviser.

Récidive : lorsqu'un cancer revient après avoir été indétectable pendant un certain temps après le traitement.

Stade : étendue du cancer dans l'organisme

TEP : abréviation de tomographie par émission de positons. Une petite quantité de marqueur radioactif est injectée dans une veine et s'accumule ensuite aux endroits où le cancer se développe. Ces zones apparaissent ensuite sur les images du scanner.

Thérapie systémique : traitement par des médicaments anticancéreux qui circulent dans le sang et atteignent toutes les cellules cancéreuses du corps.

Tomodensitométrie : également appelée scanner. La tomodensitométrie permet d'obtenir une image tridimensionnelle de la zone examinée créée par un ordinateur à partir de plusieurs images radiographiques.

Sources utilisées pour la préparation de ce document

American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Form Supplement. AJCC Cancer Staging Manual*, 8th edn. Chicago: AJCC, 2018.

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatology*, 4th edn. Philadelphia: Elsevier, 2017.

Chen L, Aria AB, Silapunt S, Migden MR. Emerging nonsurgical therapies for locally advanced and metastatic nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Surg* 2019;45:1–16.

Koefman SA, Cooper JS, Beitler JJ et al. ACR Appropriateness Criteria® aggressive nonmelanomatous skin cancer of the head and neck. *Head Neck* 2016;38:175–82.

Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol* 2018;78: 237–47.

Schmults CD, Blitzblau R, Aasi SZ et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®) squamous cell skin cancer; version 1.2020 2 October 2019, National Comprehensive Cancer Network Inc. Available at NCCN.org (registration required). A patient version is available at www.nccn.org/patients/guidelines/squamous_cell/index.html.

Tolkachjov SN, Brodland DG, Coldiron BM et al. Understanding Mohs micrographic surgery: a review and practical guide for the nondermatologist. *Mayo Clin Proc* 2017;92:1261–71.

Trodello C, Pepper JP, Wong M, Wysong A. Cisplatin and cetuximab treatment for metastatic cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review. *Dermatol Surg* 2017;43:40–9.



Rédigé par **Dr Sarah Arron** MD PhD

Professeure adjointe de dermatologie
Directrice du programme du cancer de la peau à haut risque
Chef de la chirurgie micrographique de Mohs, San Francisco
Veterans Administration Medical Center
Université de Californie, San Francisco
CA, États-Unis

© 2020 dans cette édition S. Karger Publishers Limited

ISBN : 978-3-318-06727-9

SANOFI GENZYME  | **REGENERON**

Avec le soutien institutionnel de Sanofi-Genzyme