



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”

BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

Ziua 04 Luna 02 2015



Aprobat Manager
Dr. Emilian Ioan Imbri

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. Importanță 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 rată 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 suprafață neregulată, care crește în dimensiuni
- leziunea se poate ulceră în timp, devine distructivă
- carcinomul poate apărea pe leziuni preexistente de tipul keratozei actinice, cheilitei erozive actinice, leucoplaziei prin apariția 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. Optionale:

- ecografie ganglionară

2.2.3. Forme clinice și complicații

Forme clinice:

- nodular
- ulcerat
- ulcerovogetant
- verucos

Complicații:

- infecția bacteriană a tumorilor ulcerate
- metastazare: mai frecventă și mai rapidă în formele slab diferențiate, formele cu



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



localizare pe mucoase, cele dezvoltate pe cicatrici sau radiodermite, tumorile si diametru mai mare de 2 cm si grosime mai mare de 4 mm.

3. Atitudine terapeutica

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice:

- maximale: rata de vindecare care se poate obține este peste 95%
- minimale: îndepărtarea completa apreciata clinic si histologic

3.2. Tratament prespitalicesc

3.2.1. Masuri generale

- evitarea factorilor de risc: expunere excesiva, repetata la soare
- educarea pacientilor în sensul cunoasterii si evitarii factorilor de risc
- fotoprotectie
- examen medical periodic al întregului tegument
- depistarea si 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 si tratament
- cazuri vechi tratate, pentru control
- cazuri vechi recidivate

3.4. Tratament în spital

Varianta terapeutica va fi aleasa în functie de marimea tumorii, localizare, prezenta factorilor de risc, în functie de vârsta pacientului si starea generala a sa.

- Excizia tumorii. Pentru tumorile cu risc scazut, cu diametru mai mic de 2 cm se recomanda o margine de 4 mm, ceea ce asigura o rata a vindecarii de 95%.

Nota! Pentru carcinoamele cu risc crescut se recomanda o margine de siguranta mai mare sau control histologic al marginilor de excizie.

Pentru carcinoamele buzei inferioare se poate realiza închiderea primara prin sutura marginilor plagii operatorii în cazul în care s-a excizat până la o treime din buza. Pentru excizii mai largi este necesara utilizarea lamboului.

- crioterapie, curetaj si electrocauterizare
- radioterapie: doze fractionate de 3-5 Gy per zi până la o doza totala de 50-80 Gy. Este o metoda terapeutica rezervata pacientilor în vârsta si tumorilor cu ritm de crestere foarte rapid.
- disectia ganglionului santinela 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 si mucoaselor
- controlul cazurilor vechi tratate pentru depistarea eventualelor recidive
- controlul periodic al celor care au avut carcinoame trebuie sa aiba în vedere si depistarea unor tumori noi având în vedere faptul cu cei mai multi pacienti au un risc crescut.

Intocmit

Prof Dr Simona Georgescu

Medic Primar Dermato-venerologie

Dr. Simona Roxana Georgescu
Profesor Universitar
Medic primar Dermato-Venerolog
Cod 602786

Director Medical
Dr Simin Aysel Florescu