

Cancers cutanés de la face : avis comparés de réunions de concertation pluridisciplinaires françaises

Cutaneous Cancers of the face comparison and opinion of French multidisciplinary team meetings.

C. Gallard^a, M. Dinulescu *^a, C. Droitcourt^a, L. Boussemart^a, H. Adamski^a, C. Rousseau, A. Dupuy^a

^a *Service de dermatologie, CHU Rennes, 2 rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France*

^b *Service de Pharmacologie Clinique – CIC Inserm 1414, CHU Rennes, 2 rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France*

* *Auteur Correspondant* :

*Monica DINULESCU
Service de Dermatologie, CHU Rennes
2 rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes
Monica.dinulescu@chu-rennes.fr*

Résumé

Introduction : L'objectif de notre étude était d'évaluer la diversité, ou l'homogénéité, des recommandations des RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) dans la prise en charge des cancers cutanés de la face en France, et d'en analyser les déterminants.

Méthodes : Nous avons sollicité un panel de RCP d'onco-dermatologie et d'ORL et recueilli leurs recommandations pour trois cas cliniques : un carcinome épidermoïde avec marge d'exérèse incomplète chez un patient transplanté rénal (cas n°1), un carcinome basocellulaire localement avancé (cas n°2) et un mélanome de Dubreuilh *in situ* (cas n°3). Les réponses ont été analysées de façon globale, puis selon deux sous-groupes définis par la présence ou non d'un dermatologue au sein de la RCP. L'impact de la composition de la RCP (selon la présence d'un dermatologue, d'un plasticien, d'un oncologue et d'un ORL) a été évalué pour les principales propositions thérapeutiques.

Résultats : Les avis des 45 RCP ayant répondu à l'enquête étaient contrastés pour les trois cas, sur des éléments importants tels que l'indication de la reprise chirurgicale pour le cas n°1, la réalisation d'un traitement alternatif à la chirurgie pour le cas n°2 ou les modalités de surveillance pour le cas n°3. Certaines propositions étaient associées à la présence d'un dermatologue au sein de la RCP, telles que la discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur et le détail des marges chirurgicales à réaliser pour le cas n°1, ou la surveillance simple et le détail des modalités de surveillance dans le cas n°3.

Conclusion : L'implication des dermatologues dans les RCP est importante à maintenir, de par leur expertise dans l'ensemble des domaines thérapeutiques des cancers cutanés.

Mots-clés : Réunion de concertation pluridisciplinaire, cancers cutanés, dermatologues

Summary

Background: The aim of our study was to evaluate the diversity, or the homogeneity of the recommendations of the MTM in the management of cutaneous cancers of the face in France, and to analyze the determinants.

Methods: We questioned a panel of dermatology and ENT MTM and collected their recommendations for 3 clinical cases : epidermoid carcinoma in a renal transplant patient in margin of incomplete excision (case 1), locally advanced basal cell carcinoma (case 2), and Dubreuilh melanoma in situ (case 3). The responses were analyzed globally and then according to 2 subgroups defined by the presence or absence of a dermatologist in the MTM. The impact of the composition of MTM (according to the presence of a dermatologist, a plastic surgeon, an oncologist and an ENT) was evaluated for the main therapeutic proposals.

Results: The opinions of the 45 MTM that responded to the survey were mixed for the three cases, on important elements such as the indication of the surgical revision for the case 1, the realization of an alternative treatment to the surgery for the case 2 or the monitoring arrangements for case 3. Some proposals were associated with the presence of a dermatologist in the MTM, such as the discussion of the adaptation of the immunosuppressive treatment and the details of the surgical margins to be carried out for case 1, or the simple monitoring and the detail monitoring arrangements in case 3.

Conclusion: The involvement of dermatologists in the MTM is important to maintain, by its expertise in all therapeutic areas of skin cancers.

Keywords: Multidisciplinary team meetings, Cutaneous Cancers, Dermatologists

La prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de cancer s'inscrit parmi l'une des missions principales du Plan Cancer 2003 – 2007 [1]. L'objectif était d'assurer la discussion de tous les nouveaux cas de cancer en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), par un quorum d'au moins trois spécialistes distincts, dans le but d'obtenir une homogénéisation des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques [2]. Ainsi, la cancérologie s'est organisée au sein des régions autour des centres de coordination en cancérologie (3C) et des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), chargés d'assurer le bon fonctionnement des RCP de manière formalisée et de veiller au respect de la multidisciplinarité et à l'utilisation de référentiels pratiques validés [3].

La cancérologie cutanée est vaste et l'incidence des tumeurs cutanées est en constante augmentation du fait du vieillissement de la population et des habitudes comportementales. La place des RCP dans la prise en charge du mélanome est bien définie : les nouveaux cas de mélanome doivent systématiquement faire l'objet d'un enregistrement ou d'une discussion en RCP. En revanche, les cas de carcinomes basocellulaires et carcinomes épidermoïdes ne sont discutés en RCP que pour des situations cliniques complexes (localisation, comorbidités) ou de mauvais pronostic. Ils sont majoritairement situés sur la face. La prise en charge de ces cancers cutanés de la face fait appel à de nombreux spécialistes, aussi bien médicaux (dermatologue, oncologue), que chirurgicaux (ORL, maxillo-faciale, plasticien). Les dossiers sont alors discutés au sein d'un centre, et les décisions probablement influencées par le quorum des spécialités représentées et les habitudes locales [4].

L'objectif de notre étude était d'évaluer la diversité - ou l'homogénéité - des recommandations des RCP dans la prise en charge des cancers cutanés de la face en France, et d'en analyser les déterminants.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une enquête de pratiques, multicentrique, s'intéressant à la prise en charge des cancers cutanés localisés au visage, en France. Pour cela, nous avons créé un questionnaire électronique accessible sur un site web. Ce sondage a été adressé en janvier 2018 par e-mail aux 22 réseaux régionaux de cancérologie (RRC), dont les coordonnées ont été recueillies par le biais du site de l'Institut National du Cancer. Un appel téléphonique a été passé à chacun des RRC afin de les informer de la réalisation de cette enquête et de l'envoi prochain d'un mail à ce sujet. Chaque RRC était ensuite chargé de transmettre ce mail aux différents responsables des RCP de dermatologie et d'ORL de leur région. Ce mail a également été diffusé auprès des différents centres de coordination en cancérologie (3C), dont les adresses étaient disponibles sur internet. Il était accompagné d'une lettre d'information sur le projet en cours, et du lien vers l'enquête. Le sondage devait être complété de manière collégiale, par l'ensemble des participants de la RCP, au cours d'une séance de RCP habituelle. Nous avons également fait appel au Groupe de Cancérologie Cutanée (GCC) de la Société Française de Dermatologie pour l'aide de la diffusion de cette enquête auprès des différents responsables et participants aux RCP d'onco-dermatologie de France. Quarante-cinq RCP ont répondu à notre enquête (pour une estimation d'environ 200 RCP contactées). Les données ont ensuite été colligées et analysées durant le mois de mars.

Le questionnaire était organisé en deux parties. La première partie était axée sur le fonctionnement et l'organisation de la RCP et comportait des questions simples dont les réponses devaient être sélectionnées parmi les différents items proposés. La seconde partie était composée de trois situations cliniques fictives créées à partir de situations rencontrées dans notre pratique quotidienne (voir Annexe).

Pour l'ensemble de ces patients, il était demandé à la RCP de répondre à la question « quelle prise en charge proposez-vous ? », en répondant par écrit, dans un paragraphe libre, de la même manière que pour un cas habituellement discuté en RCP. Les RCP d'ORL qui déclaraient ne pas être compétentes pour répondre à la question ont été prises en compte et ont été indiquées par la mention « cas habituellement réadressés à la RCP onco-dermatologie ».

Les réponses aux questionnaires ont été analysées de façon globale, puis analysées selon deux sous-groupes définis par la présence ou non d'un dermatologue au sein de la RCP. L'impact de la composition de la RCP selon la présence d'un dermatologue, d'un oncologue, d'un chirurgien plasticien ou d'un ORL, a été évalué pour les principales propositions thérapeutiques (reprise chirurgicale et discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur pour le cas 1, chirurgie en première intention pour le cas 2, surveillance seule, et détail des modalités de surveillance pour le cas 3). Pour des raisons d'effectif, l'influence des radiothérapeutes et des anatomopathologistes n'a pas été calculée. Les groupes ont été comparés par des tests de Chi² ou tests non paramétriques de Fisher lorsque cela était nécessaire.

Résultats

Profil des RCP

Parmi les 45 RCP participant à notre étude, 34 (79,1%) étaient intitulées RCP d'onco-dermatologie et 9 (20,9%) étaient intitulées VADS (voies aéro-digestives supérieures). Les régions de France les plus représentées étaient le nord, l'ouest, et le sud-est (figure 2). Dans 78% des RCP, le nombre de participants était supérieur à six. La fréquence des RCP était au moins hebdomadaire pour 60% des RCP, et le nombre de dossiers discutés lors de la séance était inférieur à 30 pour 69% d'entre elles. Les deux spécialités les plus représentées étaient

la radiothérapie et la dermatologie (87% et 78% respectivement), tandis que les spécialités les moins représentées étaient la radiologie et la médecine nucléaire (24 et 16% respectivement). La représentation des spécialités selon leur fréquence est indiquée dans la figure 3. Chacune des RCP respectait la pluridisciplinarité, à savoir la présence d'au moins trois spécialités différentes.

Cas n° 1, carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal

Les propositions des RCP étaient contrastées, tant sur la proposition chirurgicale que sur les modalités de surveillance. Celles-ci sont représentées dans la figure 4. Le cas présenté correspondait à un cas plutôt ou très habituellement discuté pour 39 RCP (87%).

Cas n°2, carcinome basocellulaire récidivé, localement avancé

Les avis de la RCP étaient très hétérogènes concernant l'attitude thérapeutique. Quatorze (31%) d'entre elles proposaient plusieurs attitudes différentes, ordonnées ou non. L'ensemble des propositions est détaillé dans la figure 5. Trente-deux RCP (71%) déclaraient que ce cas type de cas était un cas plutôt ou très habituellement discuté au sein de la RCP.

Cas n°3, mélanome de Dubreuilh

Les avis étaient partagés entre la reprise chirurgicale et la surveillance seule. Les propositions des RCP sont résumées dans la figure 6. Ce cas correspondait à un dossier plutôt ou très habituellement discuté pour 35 RCP (78%).

Impact de la présence des différents spécialistes sur les principales propositions thérapeutiques

Les propositions significativement associées aux RCP dans lesquelles participait un dermatologue étaient : pour le cas n°1 (carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal), la reprise chirurgicale, la précision des marges à réaliser, et la discussion du traitement

immunosuppresseur ; et pour le cas n°3 (mélanome de Dubreuilh *in situ*), la surveillance simple, le détail des modalités de surveillance, et la précision des marges à réaliser en cas de reprise chirurgicale. L'impact de la présence des autres spécialistes habituellement présents lors des séances de RCP (oncologue, chirurgien plasticien et ORL) a été évalué pour les principales propositions thérapeutiques des trois cas cliniques. Pour le cas n°1 (carcinome épidermoïde chez un patient transplanté), la reprise chirurgicale était proposée par les RCP au sein desquelles participait un dermatologue ou un chirurgien plasticien. La discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur était fortement associée à la présence d'un dermatologue et il n'y avait pas d'association avec la présence des autres spécialistes. Pour le cas n°2 (carcinome basocellulaire localement avancé), la proposition de chirurgie en première intention était associée à la présence d'un chirurgien plasticien, tandis que les réponses étaient partagées pour les autres spécialités. Enfin dans le cas n°3 (mélanome de Dubreuilh *in situ*), on observait une proposition attentiste avec surveillance seule associée à la présence d'un dermatologue et d'un plasticien, tandis que la proposition de reprise chirurgicale était significativement associée à la présence d'un ORL. Le détail des modalités de surveillance était significativement associé aux RCP composées d'un dermatologue, sans association avec la présence des autres spécialités. Les résultats détaillés sont présentés dans le tableau 1.

Discussion

La comparaison des 45 avis des RCP sur trois cas fictifs (carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal, carcinome basocellulaire localement avancé, et mélanome de Dubreuilh *in situ*) a montré des réponses contrastées, sur des éléments importants tels que l'indication de la reprise chirurgicale pour le cas n°1, la réalisation d'un traitement alternatif à la chirurgie pour le cas n°2 ou les modalités de surveillance pour le cas n°3. Certaines

propositions étaient associées à la présence d'un dermatologue au sein de la RCP, telles que la discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur et le détail des marges chirurgicales à réaliser pour le cas n°1, ou la préconisation d'une surveillance simple dans le cas n°3.

Pour l'ensemble des cas, les attitudes thérapeutiques proposées étaient variées. Dans le cas n°1 (carcinome épidermoïde chez un patient transplanté), la reprise chirurgicale était conseillée par 58% des RCP, et la discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur mentionnée par 40% des RCP. Ces deux attitudes étaient significativement associées à la présence d'un dermatologue. Cela est certainement lié à la sensibilité des dermatologues à la survenue des cancers cutanés chez les patients transplantés. La proposition de réalisation d'un bilan d'extension par échographie cervicale et parotidienne était faite par 40 % des RCP, sans association significative avec la présence d'un dermatologue. Ce pourcentage est relativement bas, pour cette situation où le potentiel agressif du carcinome épidermoïde est très important. La radiothérapie complémentaire a été proposée par deux RCP (un dermatologue était présent dans chacune de ces RCP). Dans le cas n°2 (carcinome basocellulaire localement avancé), on observait une proposition de chirurgie en première intention pour 82% des RCP, sous réserve d'un avis onco-gériatrique dans 24% des cas et/ou d'un avis anesthésique pour l'opérabilité dans 26% des cas. Les propositions alternatives à la chirurgie étaient la radiothérapie ou l'utilisation du vismodégib. Aucune des attitudes n'était significativement associée à la présence d'un dermatologue. Enfin, dans le cas n°3 (mélanome de Dubreuilh *in situ*), 73% des RCP ont conseillé la reprise chirurgicale. On observait que lorsque l'indication chirurgicale était retenue, la précision des marges à réaliser était détaillée dans 75 % des comptes rendu des RCP, avec une association significative à la présence d'un dermatologue au sein de la RCP. On constatait également que l'attitude attentiste avec surveillance seule était significativement associée à la présence d'un

dermatologue, de même que le détail des modalités de surveillance ultérieures. Cela est probablement expliqué par une meilleure connaissance de l'examen clinique cutané et du rythme de surveillance du mélanome chez les dermatologues. De manière générale, la présence du dermatologue était associée à une meilleure précision des réponses apportées par la RCP (détail des marges ou des modalités de surveillance).

Malgré un effectif restreint, la présence de différents spécialistes était associée à des types de décisions contrastées. On observait une certaine cohérence dans le type de décision thérapeutique, telle que la présence d'une spécialité médicale comme la dermatologie dans la proposition d'adaptation de traitement immunosuppresseur pour le carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal, ou dans le détail des modalités de surveillance du mélanome de Dubreuilh *in situ*. De la même manière, la présence d'une spécialité chirurgicale, notamment du plasticien, était associée à des propositions chirurgicales (chirurgie en première intention pour le carcinome basocellulaire localement avancé et reprise chirurgicale du carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal). En revanche, pour le mélanome de Dubreuilh *in situ*, les attitudes de deux spécialités chirurgicales (ORL et plasticien) étaient opposées sur les indications de la reprise chirurgicale.

Dans une période de reconfiguration des régions et de complexité d'accès direct aux secrétariats des RCP, l'effectif de 45 RCP participantes peut être considéré comme satisfaisant (nombre total estimé à environ 200). De plus, les RCP ont considéré que ces trois cas fictifs étaient représentatifs de leur cas habituels. En revanche, la méthode de recueil (en ligne, hors fiche de soumission habituelle) et l'annonce d'une étude d'évaluation peuvent avoir contribué à modifier les débats et les conclusions.

La diversité des recommandations des RCP dans les attitudes thérapeutiques pour un même cas est d'autant plus compréhensible que le cas est complexe et n'entre pas dans le cadre de recommandations standards. La discussion porte dans ces situations sur la meilleure

solution à proposer. Une étude française d'urologie a comparé les choix thérapeutiques de quatre RCP parisiennes à partir de trois dossiers, et a montré que pour les dossiers difficiles, sans référentiel clairement établi, les attitudes différentes étaient influencées par la construction locale de la RCP [4]. A l'inverse, pour les cas standards où l'on dispose d'un référentiel établi et de recommandations précises, la discussion du dossier en RCP n'est pas nécessaire et un enregistrement simple peut être réalisé. Enfin, certaines situations cliniques intermédiaires sont considérées comme habituelles et relativement standards mais nécessitent une discussion en RCP. Le format de la discussion multidisciplinaire pour ces cas devrait pouvoir homogénéiser les attitudes thérapeutiques. La variabilité des propositions des RCP peut traduire dans ces situations des différences de qualité de prise en charge. Ainsi, pour le cas n°1, la discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur peut être considérée comme fortement souhaitable.

Notre étude a montré que les RCP composées d'un dermatologue étaient associées à des réponses plus détaillées, tant sur les propositions thérapeutiques (détail des marges à réaliser par exemple) que sur les modalités de surveillance. Le lien causal ne peut toutefois être établi ; le facteur « présence d'un dermatologue » peut traduire une orientation globale plus médicale de la RCP. Les RCP ont été mises en place pour homogénéiser les pratiques et reposent sur la multidisciplinarité. Mais la composition de la RCP est un facteur auquel il faut prêter attention, et c'est l'équilibre entre les différentes spécialités qui permet certainement une meilleure homogénéité. La prise en charge des cancers cutanés est un domaine partagé, faisant appel à de nombreux spécialistes, aussi bien chirurgicaux (ORL, maxillo-faciale, plasticien), que médicaux (dermatologue, oncologue).

La majorité des cancers cutanés surviennent chez des patients âgés, et avec le vieillissement de la population, on peut s'attendre à une augmentation de leur incidence [5]. Les carcinomes cutanés épithéliaux sont un motif croissant de consultation et sont

diagnostiqués à des stades plus tardifs chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes [6]. La prise en charge des cancers chez la personne âgée est donc un enjeu majeur, et nécessite le développement de l'onco-gériatrie. Une étude récente a comparé à un stade égal de la maladie, la prise en charge du mélanome du sujet âgé (plus de 75 ans) à celle du sujet jeune (de moins de 75 ans) à partir des données d'enregistrement en RCP. Cette étude montrait que la décision thérapeutique était globalement influencée par les facteurs cliniques affectant l'état de santé, mais que l'âge civil n'influçait pas le choix du traitement [7]. En effet, le processus de vieillissement est très variable selon les individus et l'âge (≥ 75 ans) est un critère insuffisant pour évaluer l'état physiologique d'une personne. L'évaluation gériatrique approfondie (EGA) en cancérologie répond à la nécessité d'adapter le traitement anticancéreux en prenant en compte les spécificités des personnes âgées et s'appuie sur des outils d'évaluation regroupant de multiples paramètres : état fonctionnel, comorbidités, état nutritionnel et psychologique, syndrome gériatrique, statut socio-économique [8]. Cela encourage le développement des consultations pluridisciplinaires, en présence du patient et de sa famille, permettant de se concerter et discuter la meilleure décision. Plusieurs équipes étudient d'ailleurs l'impact de la présence du patient lors de la présentation de leur dossier en RCP [9].

Au-delà de la chirurgie, il existe pour les cancers cutanés une multitude de propositions thérapeutiques : les traitements topiques (imiquimod, fluorouracile) mais aussi les procédures instrumentales telles que la cryochirurgie et la photothérapie dynamique, ainsi que les traitements systémiques, comme le vismodégib. Il est certainement important de conserver une approche qui ne soit pas exclusivement chirurgicale. Malgré leur future démographie en baisse [10], alors même que l'incidence des cancers cutanés est amenée à croître du fait du vieillissement de la population, l'implication des dermatologues dans les RCP est importante à maintenir, de par son expertise dans l'ensemble de ces domaines.

Remerciements

- Groupe de cancérologie cutanée française (GCC)
- Dr Marie ACQUITTER
- Dr Florian HERMS
- Pr Laurent MACHET
- Pr Gaëlle QUEREUX
- Dr Jean-Philippe SANNAJUST
- Pr Jean-Philippe LACOUR
- Dr Julie de QUATREBARBES
- Pr Raphaël LOPEZ
- Dr Florence DUPUIS
- Dr Guido BENS
- Dr Antoine CHARACHON
- Dr Caroline JACOBZONE
- Dr Candice LESAGE
- Dr René-Jean BENSADOUN
- Dr Anne Catherine BIRON-SCHNEIDER
- Dr Adrien BONNET
- Dr Safia ABED
- Dr Laurent GILBEAU
- Dr Yannick LE CORRE
- Pr Nicolas MEYER
- Dr Andreea STEFAN
- Pr Eve MAUBEC
- Pr Franck JEGOUX
- Dr Thierry LESIMPLE
- Pr Philippe MODIANO
- Pr Marie Françoise AVRIL
- Pr Marie BEYLOT-BARRY
- Dr Ouidad ZEHOU
- Dr Caroline DUTRIAUX
- Dr Léa DOUSSET
- Dr Olivier COGREL
- Dr Sorilla PREY
- Dr Emilie GERARD
- Dr Florence BRUNET-POSSENTI
- Dr Sandrine MANSARD
- Pr Laurent MISERY
- Dr Virginie PAPILLON
- Pr Jean-Jacques GROB
- Dr Quentin MAGIS
- Dr Yoann POINTREAU
- Dr Cedrik LAFOND
- Dr Jean-Philippe ARNAULT
- Dr Guillaume CHABY
- Dr Amandine ALGRIN
- Dr Ali DADBAN
- Dr Apolline BOU

Conflit d'intérêts : aucun

Références

- 1- Mission interministérielle de lutte contre le cancer. Plan cancer 2003-2007 (www.plancancer.fr)
- 2- Circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>.
- 3- Circulaire DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-10/a0100154.htm>.
- 4- Audenet F, Lejay V, Mejean A, De La Taille A, Abbou CC, Lebret T, et al. Les décisions sont-elles homogènes en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en onco-urologie ? Comparaison des choix thérapeutiques dans quatre RCP parisiennes. *Prog urol* 2012;22:433-7.
- 5- Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K, Jooste V, Defossez G, Monnereau A, et al. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. *Bull Cancer* 2019;DOI: 10.1016/j.bulcan.2018.11.016.
- 6- Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau JC, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129:1261-5.
- 7- Carre T, Gaudy-Marqueste C, Alessandrini M, Crétel E, Grob JJ, Richard MA. Spécificité de prise en charge des mélanomes du sujet âgé. Analyse par les données de la réunion de concertation pluridisciplinaire. *Ann Dermatol Venereol* 2015; 142(12S):467. CO088 : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2015.10.089>
- 8- Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 2011;10 :223-9.
- 9- Massoubre J, Lapeyre M, Pastourel R, Dupuch V, Biau J, Dillies AF et al. Will the presence of the patient at multidisciplinary meetings influence the decision in head and neck oncology management? *Acta Otolaryngol.* 2018;138:185-9.
- 10- Halioua B, Beaulieu P, Le Maitre M. Étude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine en 2011. *Ann Dermatol Venereol* 2012 ; 139 :803-11.
- 11- Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations INCa-HAS. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136:166-75.
- 12-Schena F, Pascoe M, Alberu J et al. Conversion from calcineurin inhibitors to sirolimus maintenance therapy in renal allograft recipients: 24-month efficacy and safety results from the CONVERT trial. *Transplantation* 2009;87:233-42.

13-Euvrard S, Morelon E, Rostaing L et al. TUMORAPA study group. Sirolimus and secondary skin cancer prevention in kidney transplantation. *New Engl J Med* 2012;367:329-39.

14- Carcinome basocellulaire, recommandations pour la pratique clinique (Anaes 2004). *Ann Dermatol Venereol* 2004;131:669-77.

15- Guillot B, Dalac S, Denis MG, Dupuy A, Emile JF, De La Fouchardière A, et al. Actualisation des recommandations de prise en charge du mélanome de stade I à III. *Ann Dermatol Venereol* 2016; 143:629-52.

Accepted Manuscript

Tableau 1 : Impact de la présence des différents spécialistes pour les principales propositions thérapeutiques

Cas clinique <u>Décision de la RCP</u>	Proposé par la RCP		P*
	OUI n(%)	NON n(%)	
Cas 1: carcinome épidermoïde chez un patient transplanté			
<u>Reprise chirurgicale</u>	N =26	N=19	
Présence d'un dermatologue	24 (92%)	11 (58%)	0,01
Présence d'un plasticien	18 (69%)	8 (42%)	0,07
Présence d'un oncologue	16 (61%)	14 (74%)	0,39
Présence d'un ORL	12 (46%)	9 (47%)	0,94
 <u>Discussion de l'adaptation du traitement immunosuppresseur</u>			
	N=18	N=27	
Présence d'un dermatologue	18 (100 %)	17 (63%)	<0,01
Présence d'un plasticien	11 (61%)	15 (56%)	0,71
Présence d'un oncologue	13 (72%)	17 (63%)	0,51
Présence d'un ORL	7 (38%)	14 (52%)	0,39
 Cas 2: carcinome basocellulaire localement avancé			
<u>Chirurgie en 1ère intention</u>	N=37	N=8	
Présence d'un dermatologue	29 (78%)	6 (75%)	1
Présence d'un plasticien	24 (65%)	2 (25%)	0,05
Présence d'un oncologue	25 (68%)	5 (63%)	1
Présence d'un ORL	17 (46%)	4 (50%)	1
 Cas 3 : mélanome de Dubreuilh <i>in situ</i>			
<u>Surveillance seule (absence de chirurgie en 1ère intention)</u>	N=13	N=32	
Présence d'un dermatologue	13 (100%)	22 (69%)	0,04
Présence d'un plasticien	11 (85%)	15 (47%)	0,02
Présence d'un oncologue	8 (62%)	22 (69%)	0,73
Présence d'un ORL	3 (23%)	18 (56%)	0,04
 <u>Modalités de surveillance détaillées</u>			
	N=16	N=29	
Présence d'un dermatologue	16 (100%)	19 (66%)	<0,01
Présence d'un plasticien	11 (69%)	15 (52%)	0,27
Présence d'un oncologue	10 (63%)	20 (69%)	0,66
Présence d'un ORL	5 (31%)	16 (55%)	0,12

* test du Chi2 ou Fisher

Annexe 1 : Situations cliniques

Le premier cas était celui d'un patient de 72 ans, ancien agriculteur, greffé rénal, OMS 0. Il était transplanté rénal depuis 2001 pour insuffisance rénale sur néphro-angiosclérose. Il avait pour antécédents une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire et une hypertension artérielle. Son traitement habituel comportait : prednisone 5mg/j, tacrolimus 6mg x2/j, apixaban, ramipril, bisoprolol. Il avait été opéré d'un carcinome épidermoïde de la pointe du nez de 1,5 x 0,8 cm, dont l'exérèse chirurgicale avait été réalisée le 22/12/17. L'étude histologique objectivait un carcinome épidermoïde moyennement différencié, invasif, mesurant 1,5 cm de grand axe, non ulcéré, infiltrant le derme réticulaire, de Clark 4 et d'épaisseur 4 mm, sans embole vasculaire ni engainement périnerveux. Les limites d'exérèse passaient en zone saine au plus près à 0,2 cm à 6 heures ; 0,4 cm à 3 heures et plus de 0,6 cm sur le reste de la pièce.

Le deuxième patient était un homme de 82 ans, OMS 2. Il avait pour antécédents une fibrillation auriculaire paroxystique, un double remplacement valvulaire (aortique et mitral en 2006) et un AVC ischémique sylvien gauche en 2008. Son traitement comportait warfarine, flécaïnide, acide acétylsalicylique, bisoprolol, atorvastatine et ésoméprazole. L'exérèse d'un carcinome basocellulaire (CBC) ulcéré infiltrant du front latéralisé à gauche, avait été réalisée en 2012. Des récurrences avaient été opérées en 2014 et 2015. Il était adressé pour une nouvelle récurrence depuis octobre 2017, avec cliniquement la présence d'une tumeur ulcérée de 6x4 cm (figure 1). La biopsie cutanée du 15/12/17 montrait un CBC ulcéré infiltrant. Il n'y avait pas de lyse osseuse en regard de la tumeur sur le scanner crânien.

Le troisième patient était une femme de 88 ans, veuve depuis 5 ans, sans enfant, OMS 2. Elle avait pour antécédent un carcinome canalaire infiltrant sein droit, traité par mastectomie (2004) radiothérapie adjuvante et hormonothérapie, un syndrome anxio-dépressif, et des troubles cognitifs débutants. Son traitement associait escitalopram et alprazolam. L'exérèse d'une lésion mélanocytaire de 2,3 x 2 cm de la joue droite avait été réalisée le 5/01/18. Le compte rendu anatomopathologique mentionnait : mélanome de Dubreuilh intra-épidermique, faible activité mitotique, absence d'ulcération, absence d'infiltration dermique, d'exérèse totale avec marge latérale à 0,1 cm à 3h, et à plus de 0,4cm sur le reste de la pièce.

Annexe 2 : Discussion des recommandations pour chaque cas clinique

Le cas n°1 était un carcinome épidermoïde cutané à risque élevé de récurrence (groupe 2 de la classification pronostique) chez un patient immunodéprimé (transplantation rénale de plus de dix ans). L'avis d'une RCP était indispensable [11]. Chez ce patient, les marges d'exérèse limites incitaient à la reprise chirurgicale comme une attitude de sécurité. Par ailleurs, plusieurs études prospectives randomisées ont montré que la conversion des inhibiteurs de la calcineurine par un inhibiteur de mTOR en prévention secondaire après la survenue d'un carcinome épidermoïde cutané, permettait de diminuer l'incidence de survenue de nouveaux carcinomes épidermoïdes [12,13].

Le cas n°2 était celui d'un carcinome basocellulaire à haut risque de forme récidivée. Il existait une indication à l'exérèse chirurgicale avec des marges de 0,5 à 1cm d'après les recommandations de 2004 [14], dont la réalisation pouvait être chez ce patient limitée par de potentielles difficultés opératoires, potentialisées par la prise d'anticoagulant et d'antiagrégants plaquettaires.

Le cas numéro 3 était celui d'un mélanome de Dubreuilh intra-épidermique chez une patiente âgée, dont l'exérèse totale avait été réalisée avec une marge latérale très étroite à 0,1 cm sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, faisant discuter la réalisation d'une reprise chirurgicale [15].



Figure 1 : carcinome basocellulaire (cas n°2)

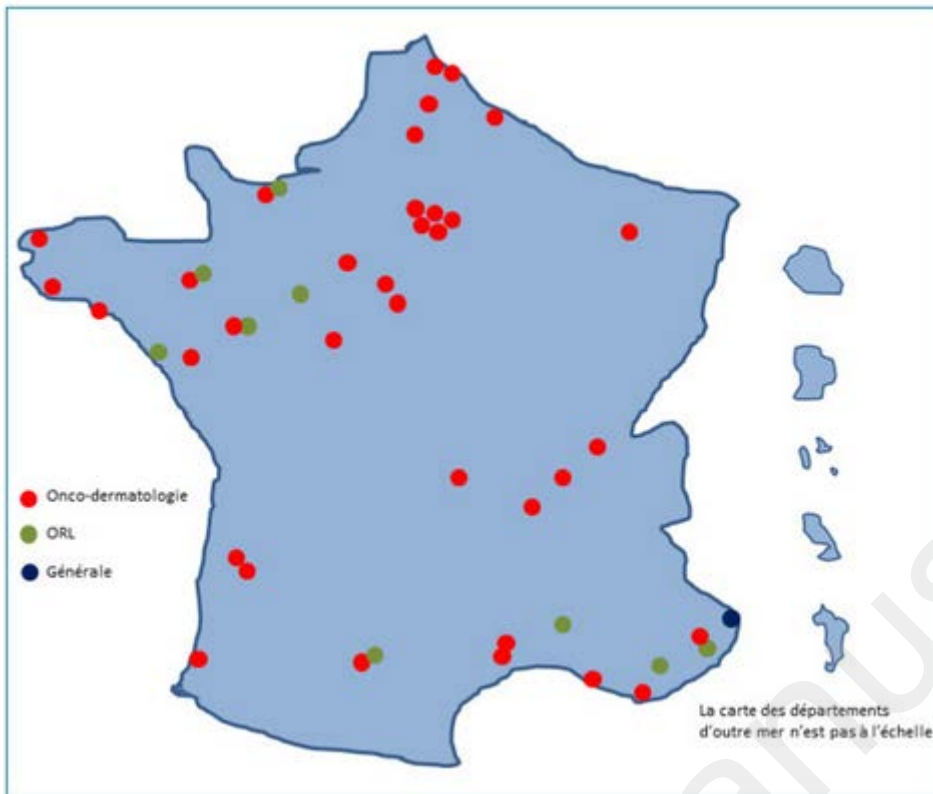


Figure 2 : Type et localisation géographique des RCP ayant participé à l'étude.

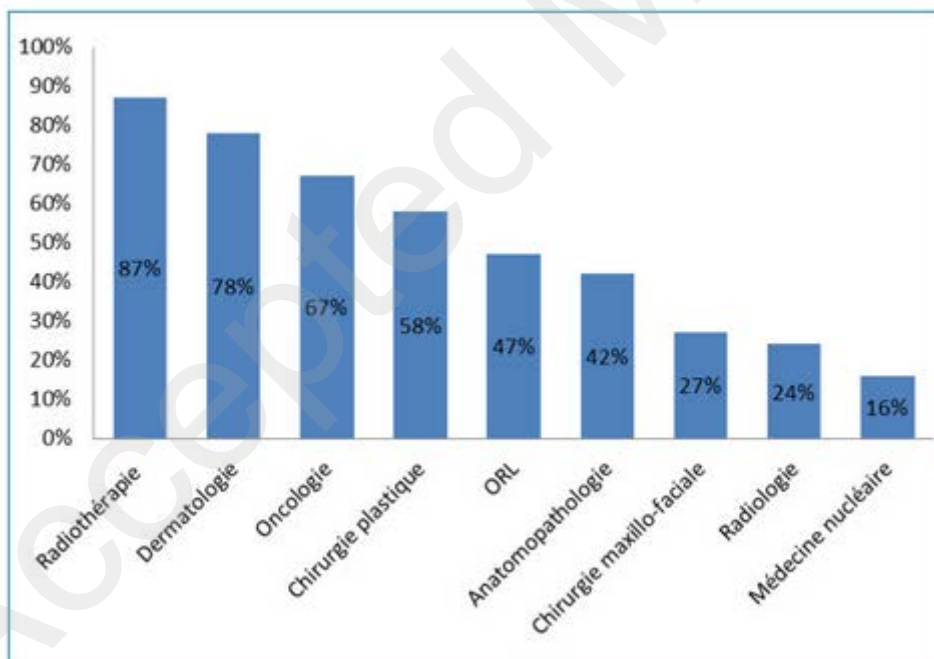


Figure 3 : Spécialités représentées dans les RCP (N=45).

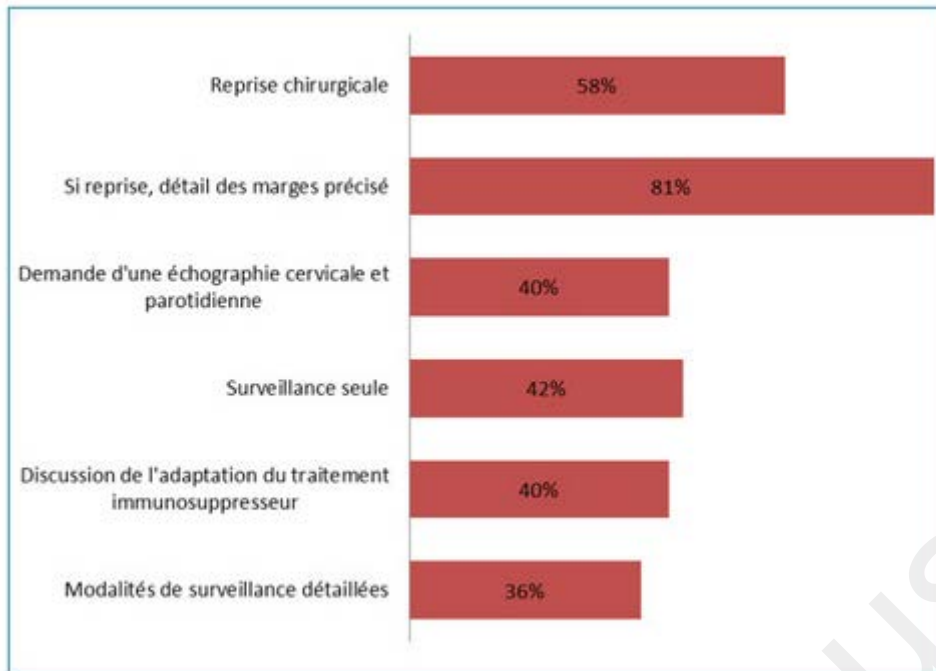


Figure 4 : Propositions des RCP (N=45) pour le cas n°1 (carcinome épidermoïde chez un patient transplanté rénal).

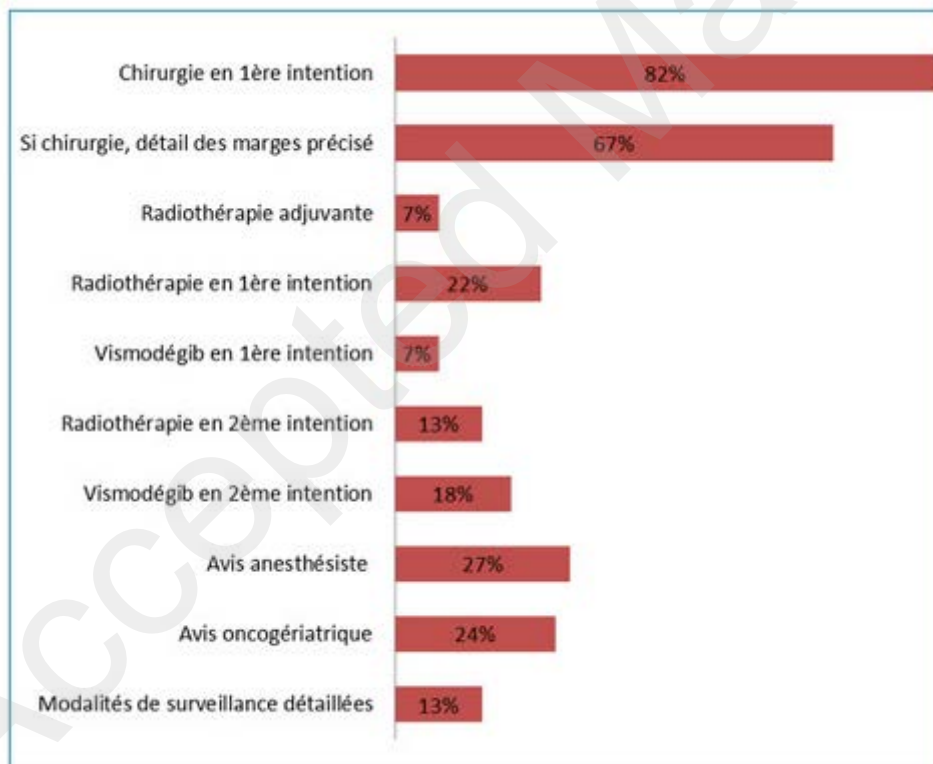


Figure 5 : Propositions des RCP (N=45) pour le cas n°2 (carcinome basocellulaire récidivé localement avancé).

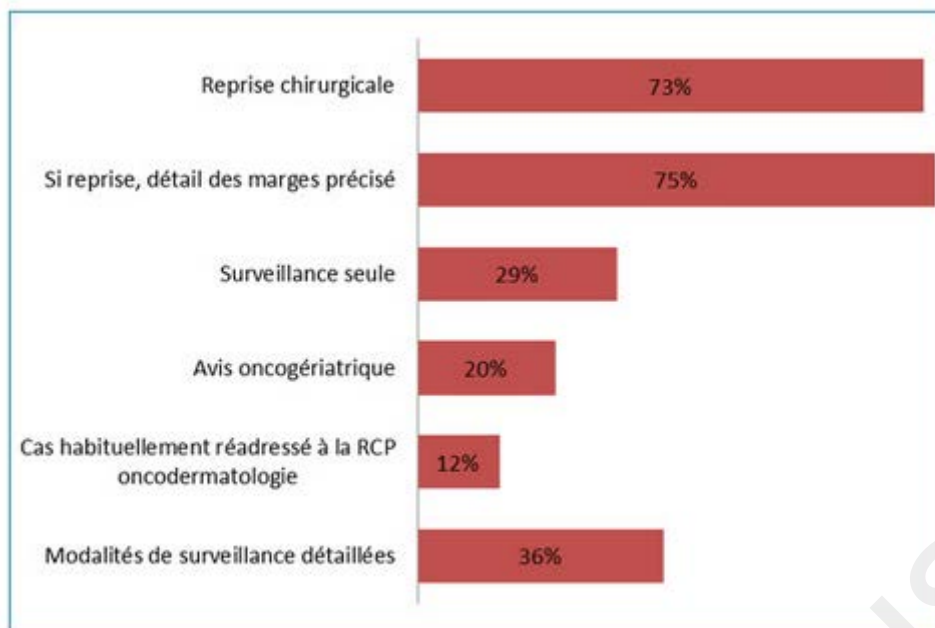


Figure 6 : Propositions des RCP (N=45) pour le cas n°3 (mélanome de Dubreuilh *in situ*).