

Référentiel régional de RCP (RR-RCP)

**PRISE EN CHARGE EN ONCOLOGIE
CUTANEE**

Version Juin 2015



CANCERS DERMATOLOGIQUES

REFERENTIEL NORD PAS DE CALAIS

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional.

- ✓ **Date du référentiel adopté** : 15 Décembre 2005
- ✓ **Date de validation** : Septembre 2006
- ✓ **Date d'actualisation** : Décembre 2013
- ✓ **Date de publication** : Juin 2015



Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais
180 Rue Eugène Avinée – Parc Eurasanté – 59120 LOOS
Tel : 03 20 13 72 10 - Fax : 03 20 86 11 27 info@onco-npdc.fr - Site Internet : www.onco-npdc.fr

SOMMAIRE

I. PRINCIPES GENERAUX	6
I. CONTRIBUTEURS.....	7
II. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE	8
III. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE.....	10
IV. CHARTE GRAPHIQUE.....	11
V. MELANOME.....	12
a) Diagnostic.....	12
b) Bilan initial	13
c) Adressage en RCP	14
d) Traitement.....	15
1. Marges d'exérèse	15
2. Ganglion sentinelle.....	15
3. Mélanomes de stade III.....	16
4. Mélanome métastatique.....	17
e) Suivi.....	17
VI. CARCINOME BASOCELLULAIRE	19
a) Définition des groupes pronostiques.....	19
b) Traitement.....	20
1. Des formes primaires	20
2. En cas d'exérèse incomplète.....	21
3. En cas de récurrence	22
4. Alternatives	22
c) Surveillance	22
d) Synthèse : Quand adresser en RCP ?	23
VII. CARCINOME EPIDERMOIDE	24
a) Définition des groupes pronostiques.....	24
b) Bilan initial	25
c) Traitement.....	25
1. Des formes primaires	25
2. En cas d'exérèse incomplète.....	26
3. En cas de chirurgie non réalisable d'emblée	26
4. En cas de métastases	26
d) En cas de kératoacanthome	26
e) Suivi.....	27
f) Synthèse : Quand adresser en RCP ?.....	27
VIII. Autres tumeurs	28

I. PRINCIPES GENERAUX

Ce référentiel constitue des propositions thérapeutiques qui servent de fondements aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il doit être apprécié sous la responsabilité de médecins dans le respect des principes déontologiques d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine conformément à l'article 64 du code de déontologie médicale, et en fonction de l'état pathologique du patient.

Ce référentiel a été élaboré par des professionnels de santé sur base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur élaboration. Ainsi, il ne peut être exclu qu'au moment de leur consultation pour la pratique médicale quotidienne, les données mises à disposition soient incomplètes, inexactes ou obsolètes. Il revient aux professionnels de santé de déterminer et de décider, sous leur responsabilité, de faire ou non application des référentiels.

Conformément à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier ».

Article 64 (article r.4127-64 du code de la santé publique)

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Le référentiel propose pour les situations cliniques les plus courantes une attitude diagnostique et thérapeutique de référence. Ces attitudes sont résumées sous la forme d'algorithmes plus faciles à utiliser dans le cadre des RCP.

- Un **standard** correspond à une attitude reconnue à l'unanimité par les experts.
- Une **option** correspond à une attitude clinique reconnue comme appropriée par les experts.

L'inclusion des patients dans un **essai de recherche clinique** doit être privilégiée.

I. CONTRIBUTEURS

Coordination et élaboration

Pr L. MORTIER, Dermatologue, Responsable de l'unité d'Onco-dermatologie, CHRU de Lille
Dr M. BERTRAND, Chef de clinique dermatologie, CHRU de Lille et CH Boulogne sur Mer
Dr S. VERCAMBRE-DARRAS, Dermatologue, CH Boulogne sur Mer
Dr P. GUERRESCHI, Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, CHRU de Lille
Dr X. MIRABEL, Oncologue Radiothérapeute, Centre Oscar Lambret
Dr E. DESMEDT, Dermatologue, CH de Douai

Services impliqués dans l'élaboration du document

Pr V. DUQUENNOY-MARTINOT, Service de Chirurgie Plastique, CHRU de Lille
Pr E. DELAPORTE, Service de Dermatologie, CHRU de Lille
Pr P. MODIANO, Service de Dermatologie, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille
Dr S. VERCAMBRE-DARRAS, Service de Dermatologie, CH Boulogne sur Mer
Dr A. VERMERSCH-LANGLIN, Service de Dermatologie, CH de Valenciennes
Pr E. LARTIGAU, Service de Radiothérapie, Centre Oscar Lambret, Lille

Relecture présentielle - Réunion du groupe de professionnels Onco-dermatologie

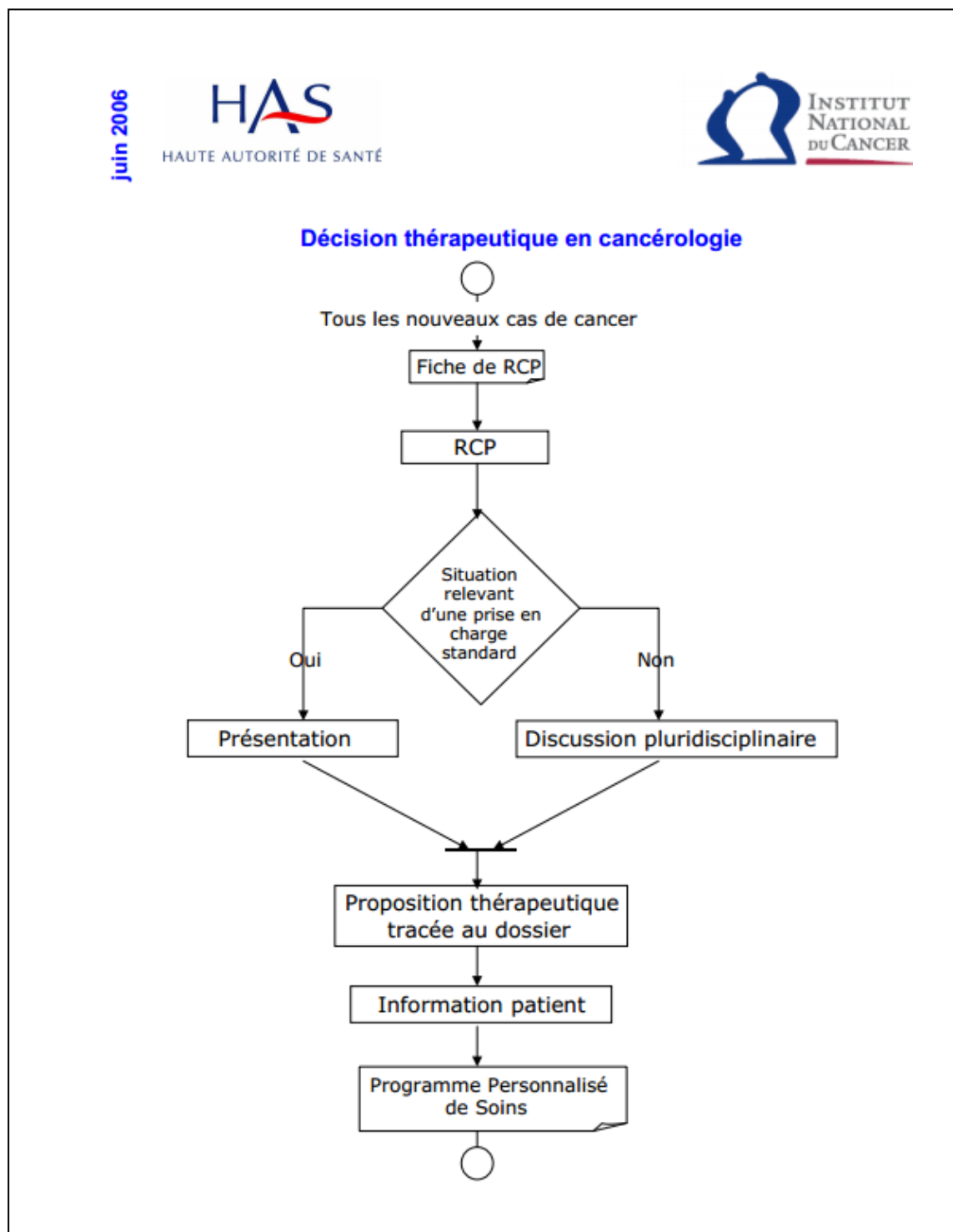
Dr A. BONNET, Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, CH Arras
Dr S. BUCHE, Dermatologue, CHRU de Lille
Dr O. CARPENTIER, Dermatologue, CH de Roubaix
Dr M. DROUARD, Dermatologue, CHRU de Lille
Dr I. DUCAMP, Dermatologue, Libérale, Cambrai
Dr E. KARIMOVA, Dermatologue, CH de Lens
Dr F. LENGRAND, Dermatologue, Libéral, Arras
Dr J. LEPLAT, Dermatologue, Libéral, Marcq-en-Barœul
Pr P. MODIANO, Dermatologue, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille
Dr C. TEMPLIER, Chef de clinique Assistant, CHRU de Lille
Dr T. WIART, Dermatologue, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille

Relecture – Groupe de professionnels Onco-dermatologie

Ensemble du groupe de professionnels régional d'Onco-dermatologie

II. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE

Extrait du livret HAS/INCa « Réunion de concertation pluridisciplinaire en Cancérologie », Juin 2006.



Modalités d'organisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le NPDC

1- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit être **présenté et validé par le président** de séance de la RCP **avant le premier acte thérapeutique**. Il peut s'agir d'un enregistrement simple ou d'une discussion pluridisciplinaire. Le plan de traitement sera ensuite proposé au patient.

2- Si le traitement correspond à un **traitement standard** (décrit dans les Référentiels Régionaux d'aide à la décision en RCP) il fera l'objet d'un **simple enregistrement en RCP avant l'acte thérapeutique**

3- S'il y a **différentes alternatives thérapeutiques**, le dossier fera l'objet **d'une discussion en RCP avant l'acte thérapeutique**

4- Les dossiers concernant une chirurgie des cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, du rectum sous péritonéal et de l'ovaire feront obligatoirement l'objet d'une discussion avant l'acte thérapeutique et en présence du chirurgien qui opérera le patient (cf. critère d'agrément).

5- En cas d'acte de **radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence**, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention : le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte, il devra faire l'objet d'une **discussion en RCP**.

6- Les SOS sont intégrés dans l'organisation des RCP

III. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tenant compte de son âge, du Performance Status (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.

Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches. Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le Parcours Personnalisé de Soins (PPS).

Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la douleur.

Le patient doit bénéficier de soins de support (diététique, réhabilitation...) tout au long de la prise en charge.

Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile.

Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique et d'une prise en charge sociale.










En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique peut être proposée.

La participation à un protocole de recherche clinique doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie.

IV. CHARTE GRAPHIQUE

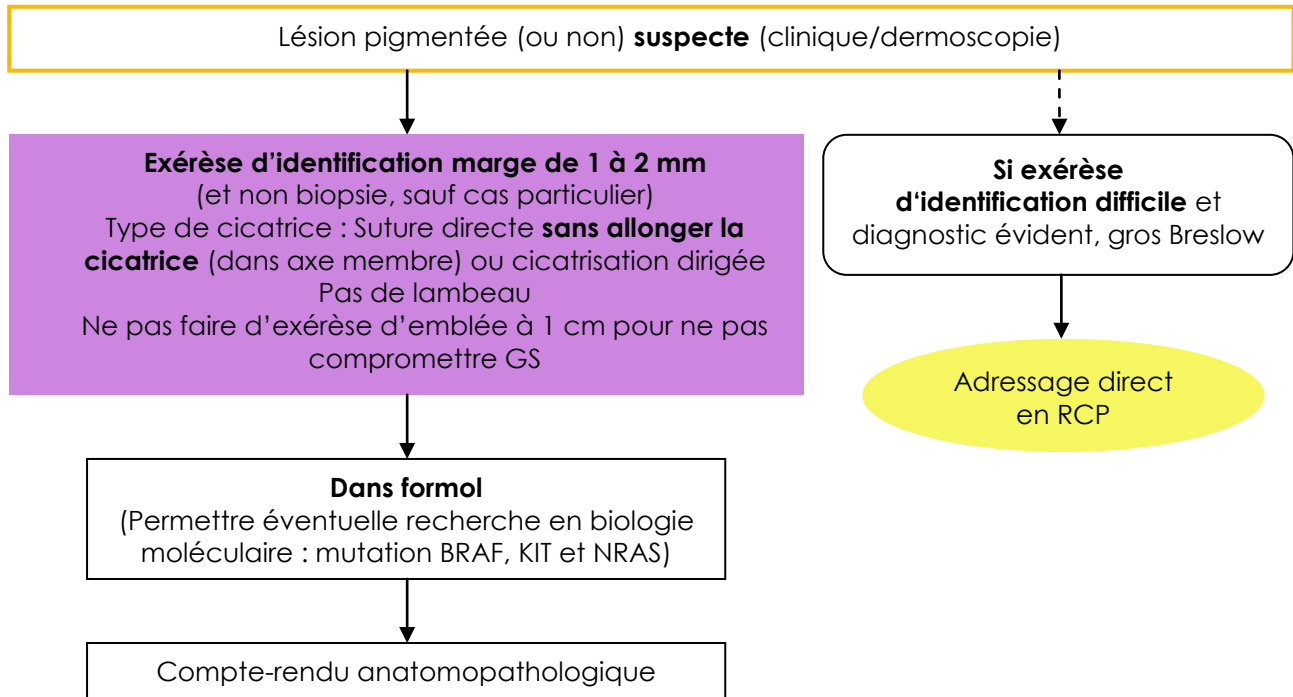
La charte graphique permet de concevoir de manière identique les arbres de décision dans chaque référentiel régional.

L'arborescence décisionnelle est constituée des formes suivantes:

	Situation de prise en charge
	Question
	Diagnostic
	Chirurgie
	Radiothérapie
	Traitement médical spécifique (Chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, ...)
	Traitement combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, ...)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

V. MELANOME

a) Diagnostic



Compte-rendu anatomopathologique :

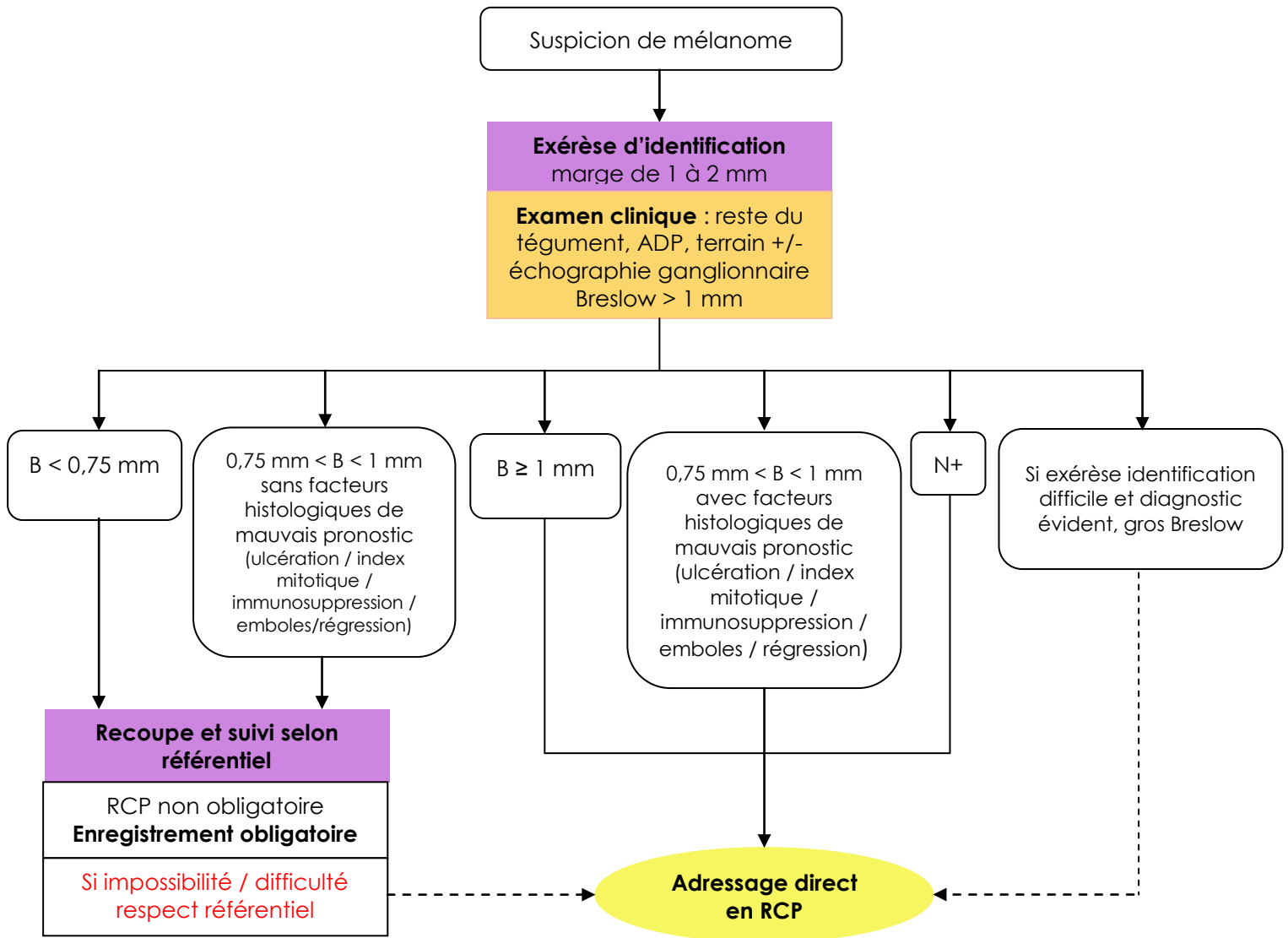
- Diagnostic de tumeur mélanocytaire et diagnostic de malignité
 - **Breslow**
 - **Etat des berges d'exérèse** (in sano ou non)
 - Niveau d'invasion (Clark)
 - Existence ou non d'une **ulcération**
 - **Régression**
 - **Index mitotique**
 - Type histologique
 - Lésions préexistantes
 - Embols, perméation
- ⇒ Parfois difficile de conclure : 2^{ème} avis anatomopathologique +/- avis RCP après relecture

b) Bilan initial

<p>⇒ Bilan clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen de l'ensemble du revêtement cutané - Palpation de toutes les aires ganglionnaires - Signes d'appel pour éventuelles métastases - Antécédents, traitements et allergies - Antécédents familiaux de mélanome et autres cancers - Recherche de facteurs de risque de mélanome (phototype, exposition solaire, UV en cabine, nombre élevé de naevus...) - Si envoi RCP : Préciser taille et localisation de la lésion 	<p>⇒ Examens complémentaires</p> <p>- Echographie ganglionnaire (Avant RCP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moindre doute clinique pour Breslow ≤ 1 mm ▪ Pour Breslow > 1 mm (Référentiel Régional 2006) <p>- Radio de thorax, Echographie abdominale, biologie : pas d'intérêt</p> <p>- Indication du bilan d'extension à discuter en RCP en fonction du SOR 2005 et du référentiel régional 2006, pouvant être adapté au cas par cas en fonction du sujet (âge, comorbidités, signe d'appel)</p>
--	---

Stade	TNM	Bilan selon SOR 2005	Bilan selon Référentiel Régional 2006
IA	T1a (≤ 1 mm non ulcéré et mitoses $< 1/\text{mm}^2$)	Seulement examen clinique (Echographie ganglionnaire si doute clinique)	Breslow ≤ 1 mm : Echographie ganglionnaire seulement si doute clinique
IB	T1b (≤ 1 mm ulcéré et/ou mitoses $\geq 1/\text{mm}^2$) T2a (1,01 à 2 mm non ulcéré)		Breslow 1,01 à 2 mm non ulcéré : Echographie ganglionnaire
IIA	T2b (1,01 à 2 mm ulcéré) T3a (2,01 à 4 mm non ulcéré)	Examen clinique + Echographie ganglionnaire	Si > 2 mm (ou dès > 1 mm si ulcéré) Echographie ganglionnaire + Scanner thoraco-abdomino- pelvien + IRM cérébrale
IIB	T3b (2,01 à 4 mm ulcéré) T4a (> 4 mm non ulcéré)		
IIC	T4b (> 4 mm ulcéré)	Echographie ganglionnaire Scanner thoraco-abdo- pelvien et imagerie cérébrale +/- TEP stade III	(+ Scintigraphie osseuse ou TEP SI N+)
III	Macro et micrométas ganglionnaires Nodules de perméation		

c) Adressage en RCP



RCP pratiquant la technique du Ganglion Sentinelle :

- CHRU de Lille
- CH Boulogne sur Mer
- Hôpital Saint Vincent de Paul
- CH d'Arras

d) Traitement

1. Marges d'exérèse

Recoupe obligatoire avec marges (en fonction du Breslow) dans un **délaï maximal de 6 semaines**.

Indice de Breslow	Marges cliniques d'exérèse
In situ	0,5 cm
Sauf Dubreuilh in situ	1 cm
≤ 1 mm	1 cm
1,01 à 2 mm	1 à 2 cm*
2,01 à 4 mm	2 cm
> 4 mm	2 à 3 cm*

*Si une fourchette est proposée : préférer la marge inférieure si le geste est significativement plus lourd avec la marge supérieure. (Références : SOR 2005 / guide ALD janvier 2012)

2. Ganglion sentinelle

- Nécessite une équipe multidisciplinaire et entraînée (chirurgien, médecine nucléaire et anatomopathologiste)
- Alourdit un peu la prise en charge chirurgicale (AG, hospitalisation, curage dans un 2^{ème} temps si positif)
- Morbidité faible : environ 10% de complications (infection, désunion, hématome, lymphocèle, lymphoœdème)
- **Est réalisé dans le même temps opératoire que la recoupe**

Intérêt thérapeutique direct ?

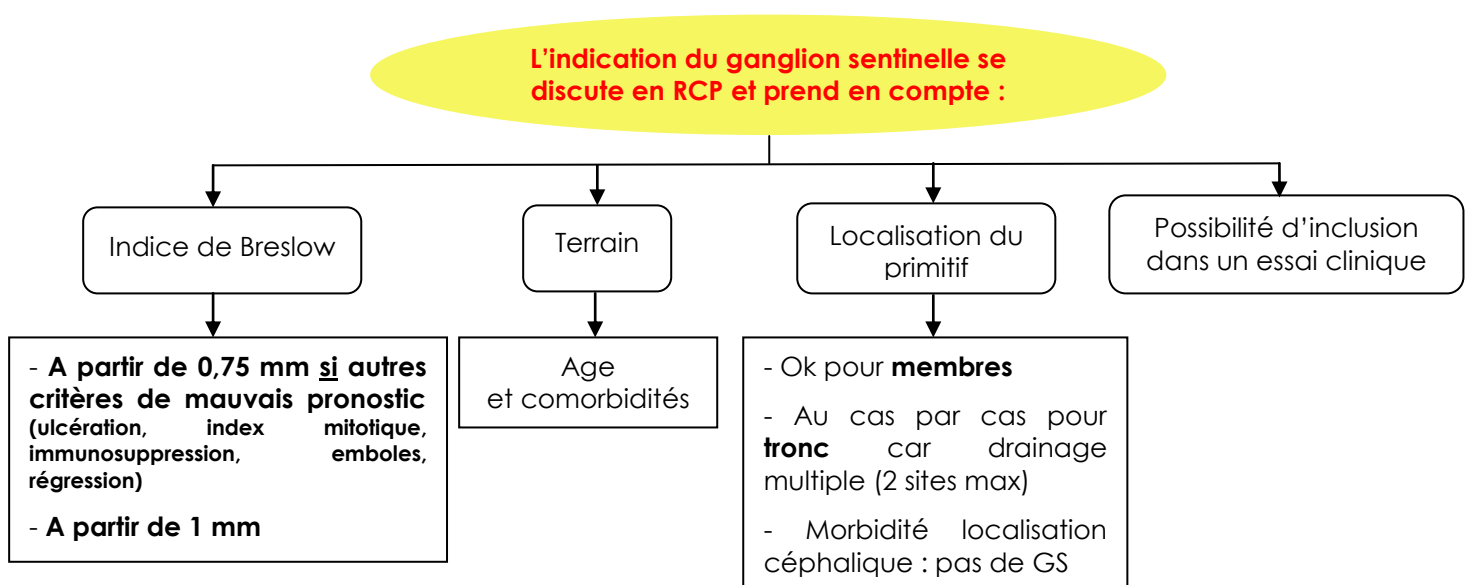
Pas d'impact sur la survie globale

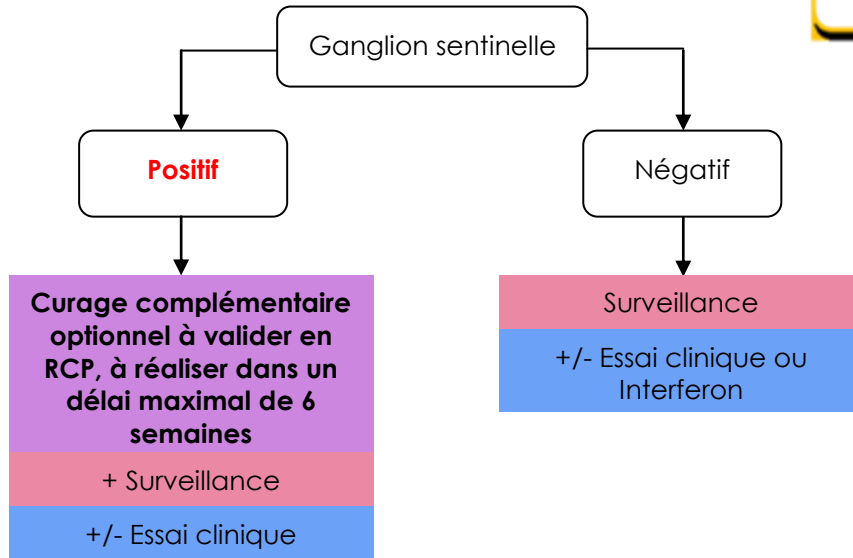
Peut-être impact sur la survie sans récïdive ? Meilleur contrôle locorégional ?

Traitement adjuvant ?

Souvent statut GS indispensable pour essai clinique

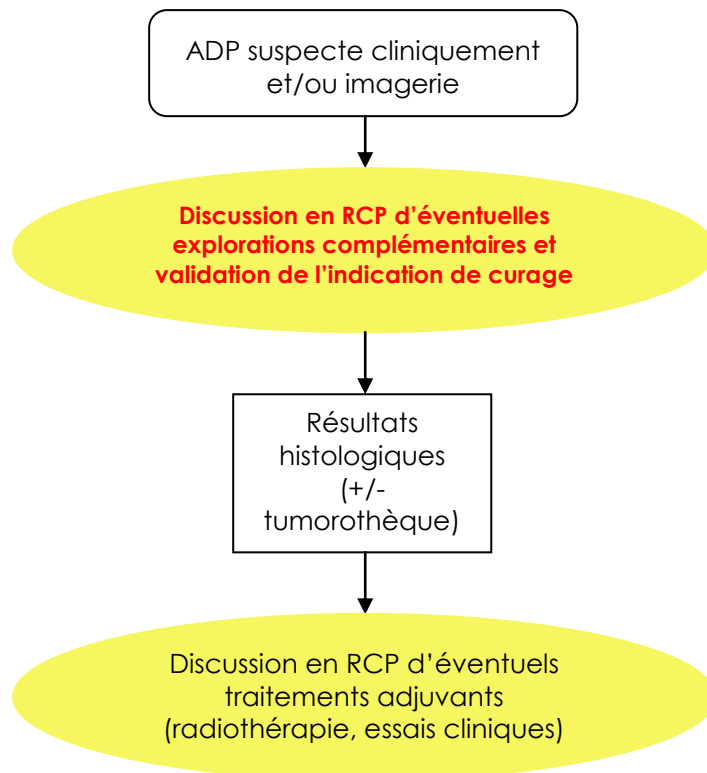
Adapter le suivi ultérieur au pronostic





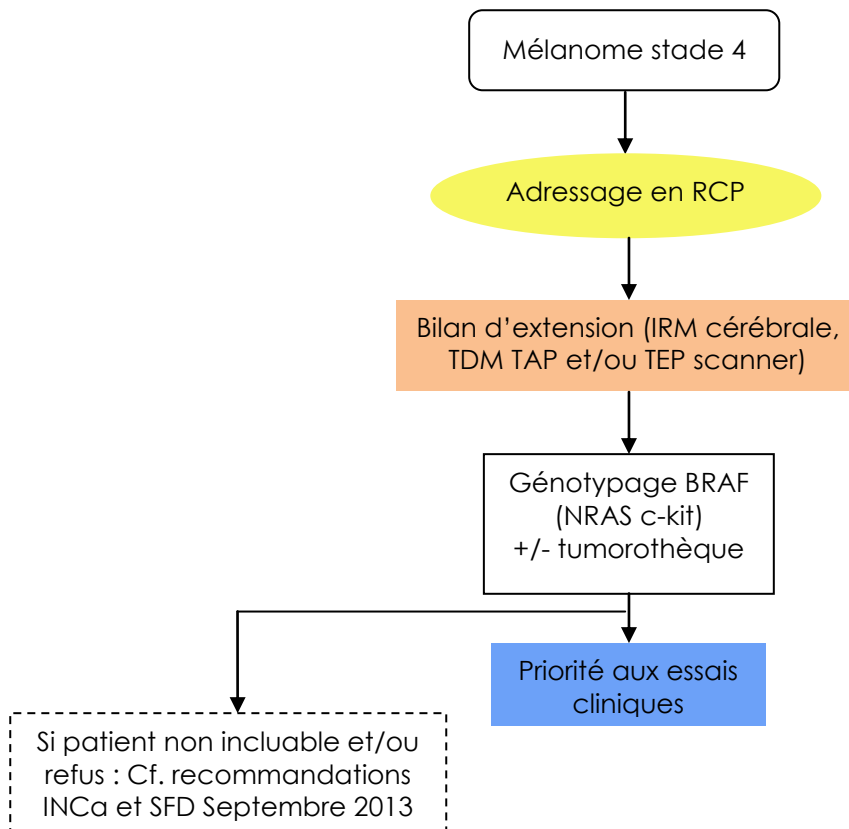
3. Mélanomes de stade III

Mauvais pronostic



Remarque : si ADP inguinale → Privilégier curage inguino-iliaque

4. Mélanome métastatique



e) Suivi

– Buts de la surveillance :

- Détecter une récurrence curable
- Détecter un second mélanome
- En évitant les examens inutiles et potentiellement irradiants
- Adaptée au risque de récurrence et données de survie de chaque stade

– Modalités :

- **Examen clinique obligatoire : examen cutané et ADP**
- **Auto-dépistage**
- **Rappel des règles de photoprotection,**
- **Dépistages apparentés**
- Pas d'intérêt de suivi biologique systématique

Bilan d'extension très variable d'un centre à un autre en France et Europe (à adapter au terrain)

Stade	TNM	Bilan selon Référentiel Régional 2006
IA	T1a (≤ 1 mm non ulcéré et mitoses $< 1/\text{mm}^2$)	Breslow ≤ 1 mm : Clinique/6 mois pdt 10 ans puis 1/an à vie
IB	T1b (≤ 1 mm ulcéré et/ou mitoses $\geq 1/\text{mm}^2$) T2a (1,01 à 2 mm non ulcéré)	
IIA	T2b (1,01 à 2 mm ulcéré) T3a (2,01 à 4 mm non ulcéré)	Breslow > 1 mm et ≤ 4 mm non ulcéré et Breslow ≤ 2 mm ulcéré : Clinique/3 mois pdt 5 ans puis /6 mois pdt 5 ans puis 1/an à vie + Echographie ganglionnaire/6 mois pdt 5 ans (à 10 ans si $B \geq 2$ mm)
IIB	T3b (2,01 à 4 mm ulcéré) T4a (> 4 mm non ulcéré)	
IIC	T4b (> 4 mm ulcéré)	Breslow > 4 mm ou Breslow > 2 mm si ulcéré (ou avec signes de régression) et tous stade III : Clinique idem ci-dessus + Echographie ganglionnaire/3 mois pdt 5 ans puis /6 mois pdt 5 ans + Scanner TAP et IRM cérébrale +/- TEP / 6 mois pdt 3 ans puis 1/an pdt 2 ans puis sur point d'appel
III	Macro et micrométas ganglionnaires Nodules de perméation	

VI. CARCINOME BASOCELLULAIRE

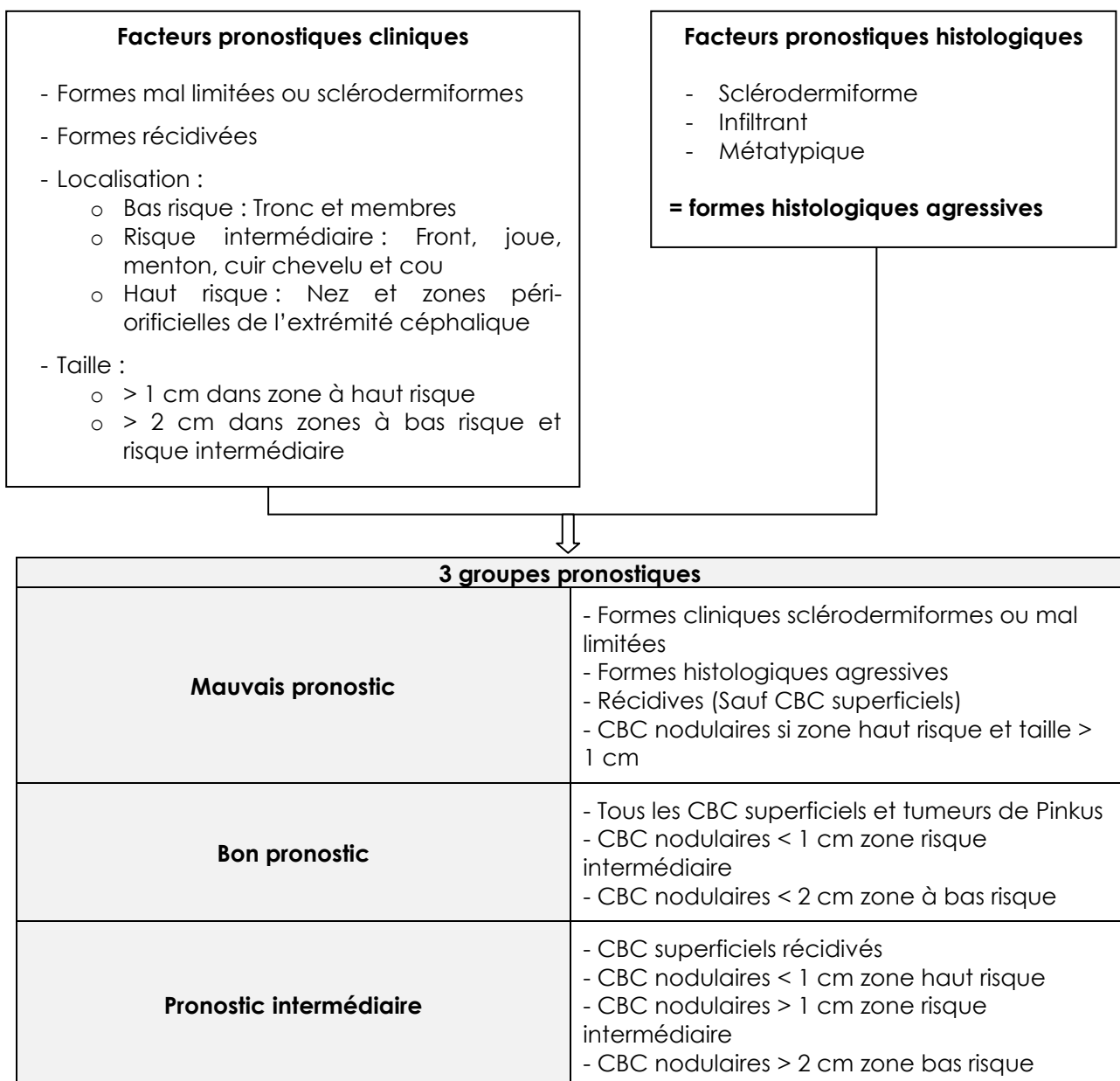
Recommandations ANAES Mars 2004

3 Groupes pronostiques :

- ⇒ Risque de récurrence
- ⇒ Risque d'envahissement local en cas de récurrence
- ⇒ Difficulté de prise en charge thérapeutique en cas de récurrence

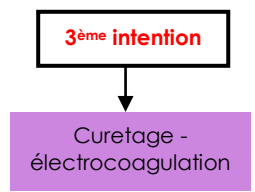
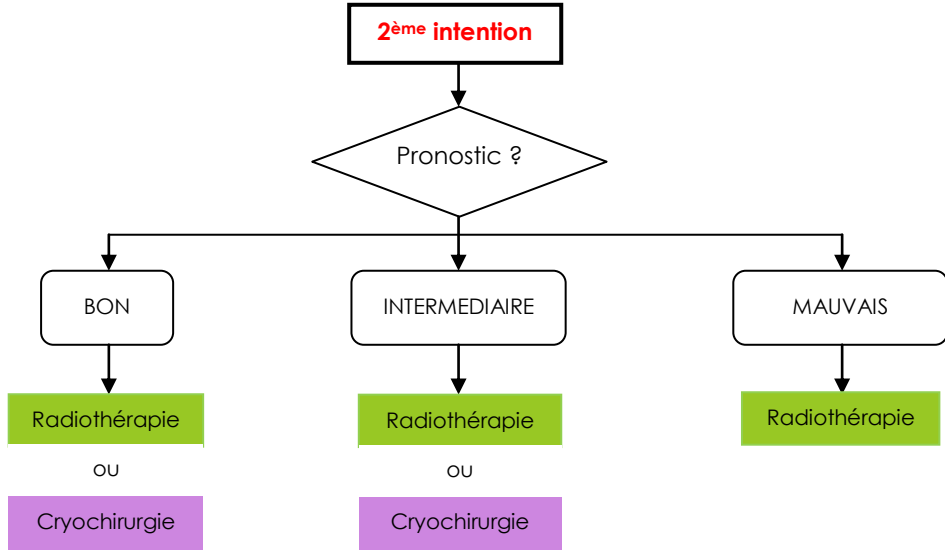
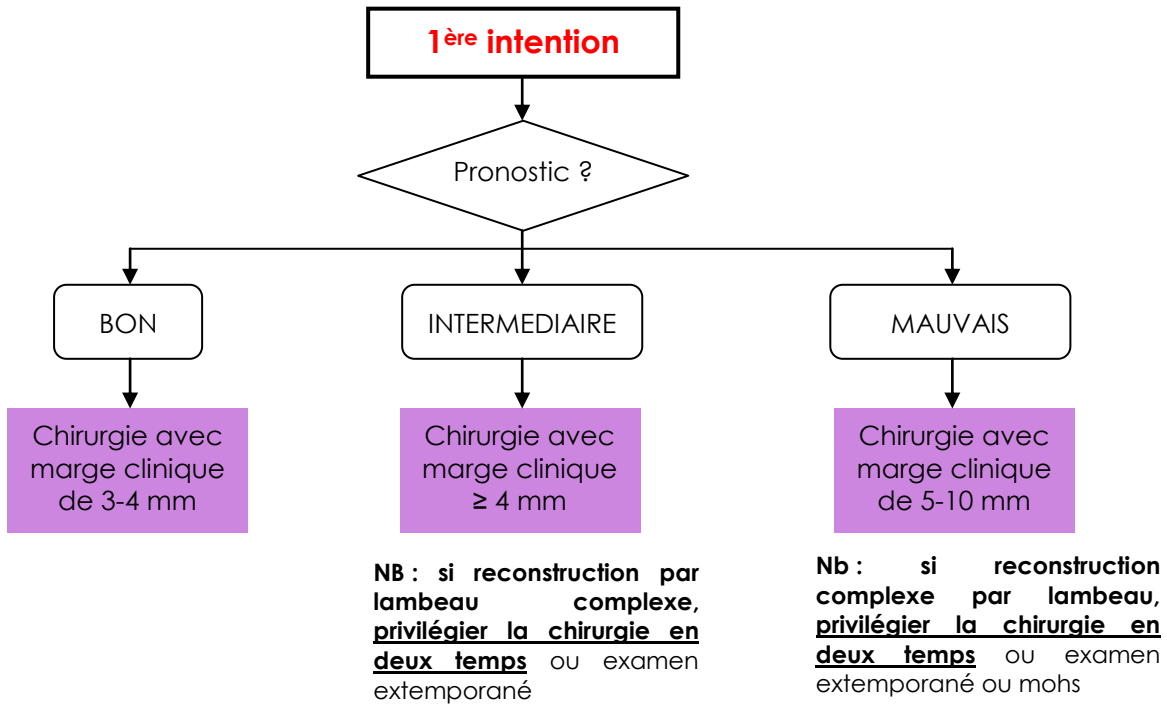
Recommandations thérapeutiques pour chaque groupe

a) Définition des groupes pronostiques

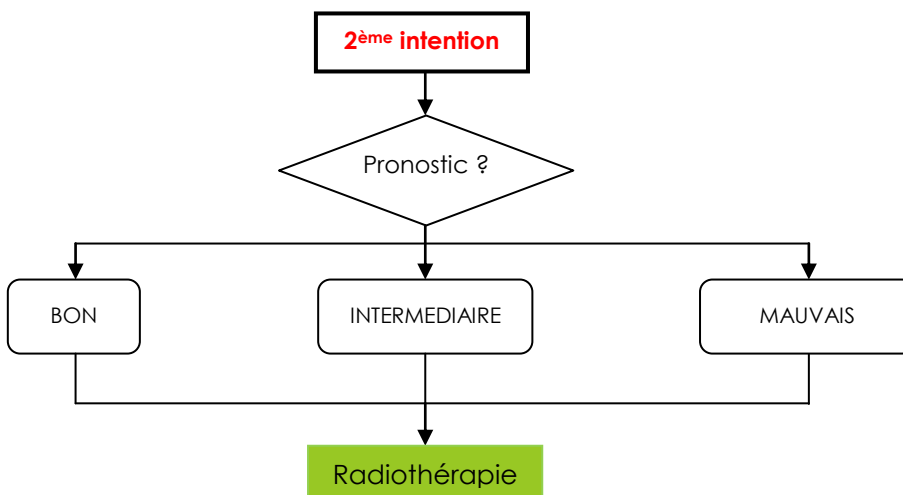
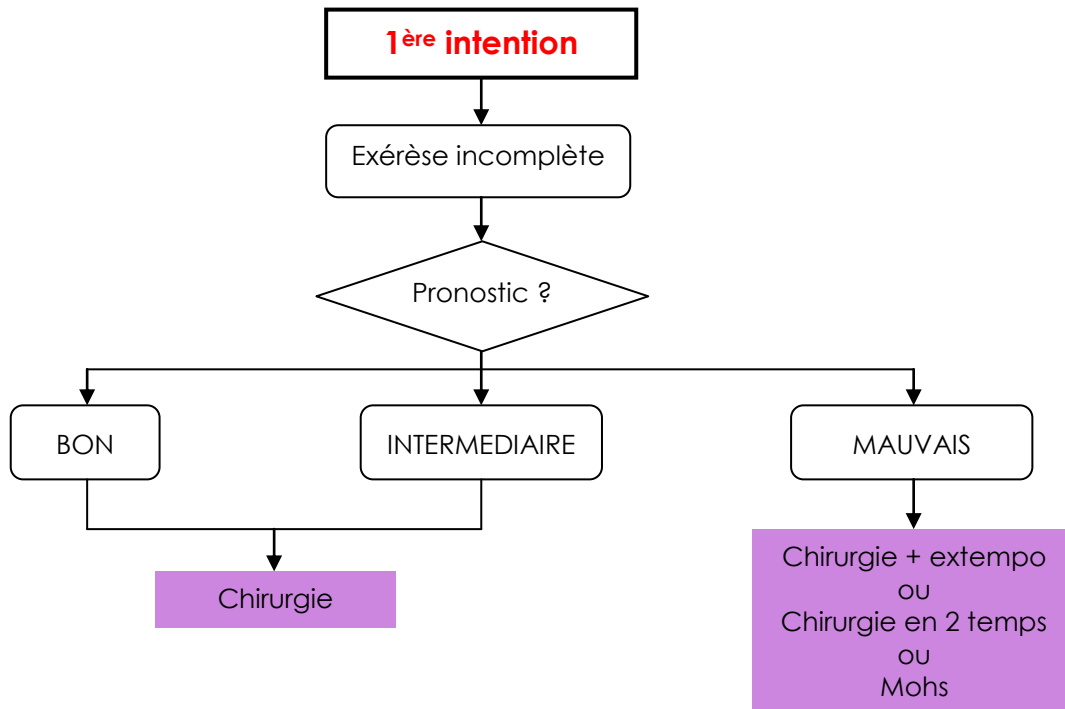


b) Traitement

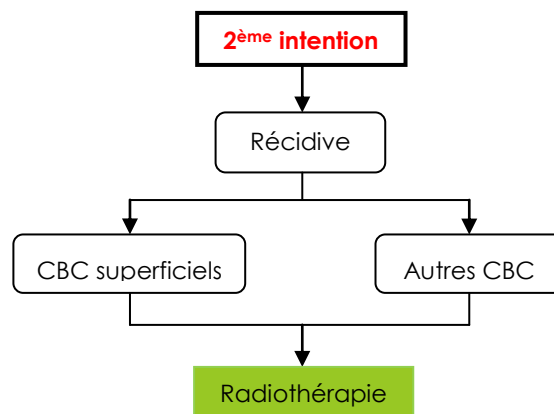
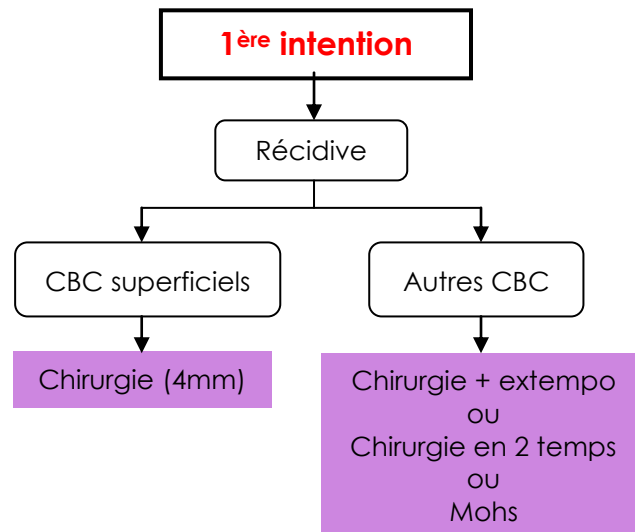
1. Des formes primaires



2. En cas d'exérèse incomplète



3. En cas de récurrence



4. Alternatives

Depuis, développement d'autres traitements qui n'ont pas été étudiés pour ces recommandations :

Photothérapie Dynamique : kératoses actiniques, Bowen et CBC superficiels

Imiquimod : kératoses actiniques, CBC superficiels

Vismodegib : Erivedge® : CBC localement avancé pour lequel la chirurgie ou la radiothérapie ne sont pas appropriées.

c) Surveillance

Au minimum 1 fois par an pendant au moins 5 ans et au mieux, à vie.

d) Synthèse : Quand adresser en RCP ?

- CBC pour lesquels l'exérèse chirurgicale doit être mise en balance avec d'autres traitements (radiothérapie, cryochirurgie, traitement médical par vismodegib, ...) : localisation péri-orificielle, nasale, palpébrale, comorbidités, multiplicité des sites tumoraux, ...
- Si référentiel difficilement applicable et notamment pour les CBC de mauvais pronostic : formes cliniques sclérodermiformes ou mal limitées, formes histologiques agressives, récidives (sauf CBC superficiels), CBC nodulaires si Zone Haut Risque et taille > 1 cm

Rappel : Zones à haut risque : nez et zones péri-orificielles de l'extrémité céphalique

VII. CARCINOME EPIDERMOÏDE

Risque métastatique : 2,3% à 5%

Problème : Repérer les situations de mauvais pronostic et prise en charge adaptée d'emblée, intérêt de discuter en RCP au cas par cas.

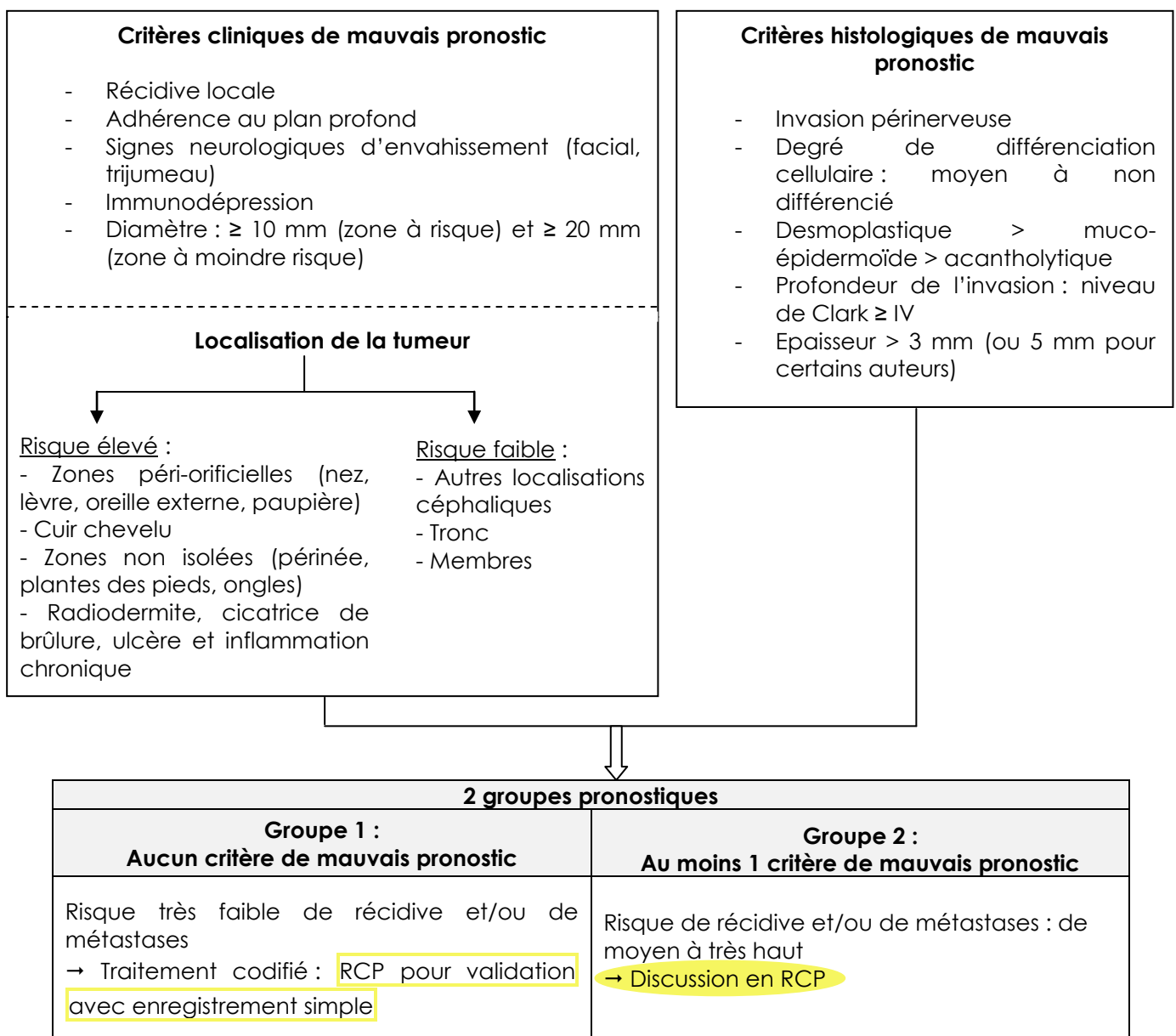
Recommandations publiées en 2009 :

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs.

Ann Dermatol Venereol 2009 ;136 : S166-S175

En collaboration avec HAS et INCa

a) Définition des groupes pronostiques



Très hétérogène +++

b) Bilan initial

Groupe 1 : Aucun critère de mauvais pronostic	Groupe 2 : Au moins 1 critère de mauvais pronostic
Examen clinique : totalité du tégument + palpation aires ganglionnaires	Examen clinique : totalité du tégument + palpation aires ganglionnaires
Aucun examen paraclinique	Option : Echographie loco-régionale (zone de drainage) A discuter en RCP : BE selon point d'appel clinique ou critères pronostiques

Nb : **Biopsie préalable recommandée**

- Diagnostic clinique incertain
- Si traitement non chirurgical envisagé
- Avant intervention extensive

Prendre aussi en compte : comorbidités, traitements +/- évaluation oncogériatrique

c) Traitement

1. Des formes primaires

⇒ **Traitement de référence = Chirurgie**

Carcinome épidermoïde Groupe 1	Carcinome épidermoïde Groupe 2
RCP pour validation avec enregistrement simple si on peut appliquer les recommandations	Avis RCP nécessaire (évaluation du pronostic au cas par cas)
- Exérèse marges latérales de 4 à 6 mm et hypoderme en profondeur	- Exérèse marges latérales ≥ 6 mm, voire 10 mm et hypoderme en profondeur - Contrôle extemporané ou chirurgie en 2 temps avant toute reconstruction complexe

⇒ **Résultats anatomopathologiques**

<p>Pièce orientée avec indications des marges cliniques</p> <p>Compte-rendu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthode d'échantillonnage macroscopique des PLV - Statut des marges latérales et profondes - Taille de la tumeur (petit et grand axe) - Type histologique - Degré de différenciation - Epaisseur tumorale - Profondeur d'invasion - Existence d'images d'invasion périnerveuse et d'embolies lymphatiques microscopiques

2. En cas d'exérèse incomplète

Reprise chirurgicale +++

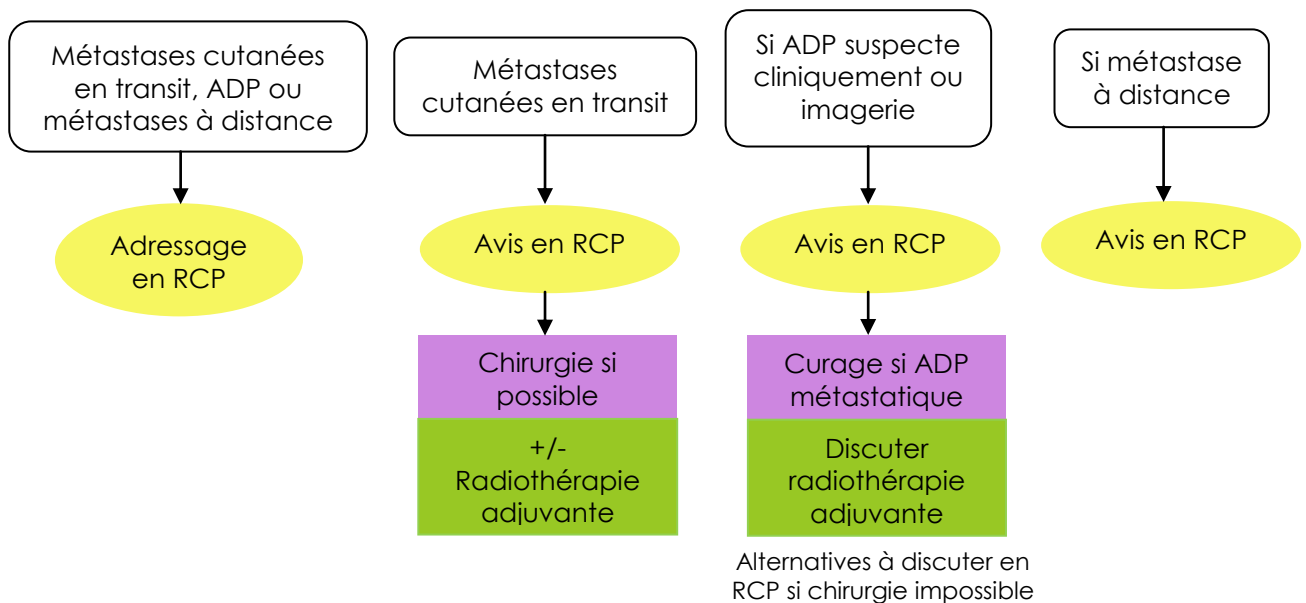
Si impossible : discuter en RCP radiothérapie adjuvante (chimiothérapie néoadjuvante, cetuximab (hors AMM) néoadjuvant puis chirurgie et/ou radiothérapie)

3. En cas de chirurgie non réalisable d'emblée

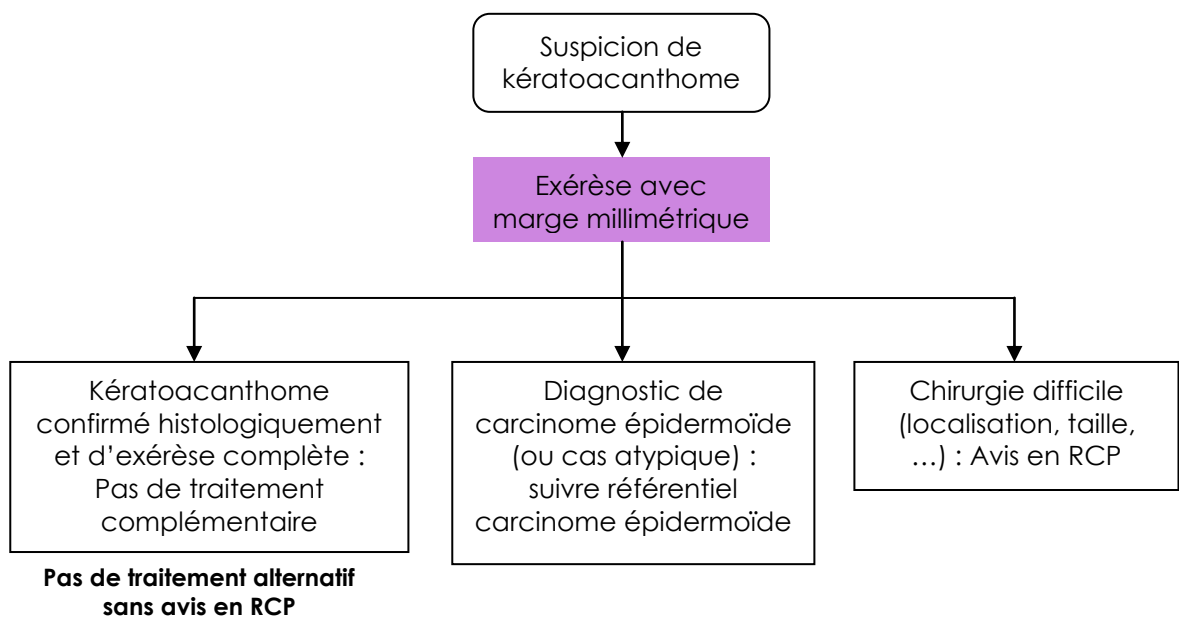
Biopsie indispensable

Alternatives à discuter en RCP : Radiothérapie externe, curiethérapie, radiochimiothérapie, ...

4. En cas de métastases



d) En cas de kératoacanthome



e) Suivi

Groupe 1 : Aucun critère de mauvais pronostic	Groupe 2 : Au moins 1 critère de mauvais pronostic
Examen clinique 1 fois par an pendant au moins 5 ans	Examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant au moins 5 ans
Aucun examen clinique recommandé (hors point d'appel clinique)	Si haut risque : échographie locorégionale tous les 6 mois pendant 5 ans

Le suivi à vie semble souhaitable (à adapter au terrain)

f) Synthèse : Quand adresser en RCP ?

Critères cliniques de mauvais pronostic :

- Récidive locale
- Adhérence au plan profond
- Signes neurologiques d'envahissement (facial, trijumeau)
- Immunodépression
- Diamètre ≥ 10 mm (zone à risque) et ≥ 20 mm (zone à moindre risque)

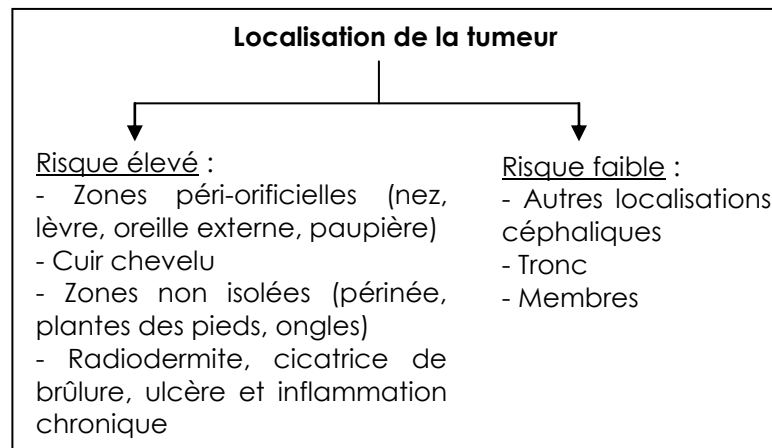
Adressage
en RCP

Tumeur ≥ 5 mm sur zone à risque élevé ou tumeur ≥ 1 cm sur zone à faible risque et critères histologiques de mauvais pronostic :

- Invasion périnerveuse
- Degré de différenciation cellulaire : moyen à non différencié
- Desmoplasique > muco-épidermoïde > acantholytique
- Profondeur de l'invasion : niveau de Clark \geq IV
- Epaisseur > 3 mm (ou 5 mm pour certains auteurs)

Peut amener une
discussion en RCP

Rappel:



VIII. Autres tumeurs

Carcinome neuroendocrine de Merkel, dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand, tumeurs annexielles, CBC nécessitant un traitement par Vismodegib, ... INCa

Plus rares

Pas de référentiels (Hormis les recommandations récemment publiées par la SFD en 2011 pour Merkel)

Prise en charge spécialisée +++

→ A valider en **RCP régionale au CHRU de Lille**

→ Relecture anatomopathologique conseillée

→ Centre de référence des tumeurs rares