

## Le dossier – Oncodermatologie

### Éditorial

# Oncodermatologie : le paradigme d'une prise en charge partagée ville-hôpital



**J.-M. AMICI**

Service de Dermatologie, CHU de BORDEAUX ;  
Groupe chirurgical de la Société française de  
dermatologie.

L'incidence constamment croissante des cancers cutanés est devenue un enjeu majeur de santé publique. Les dermatologues sont en première ligne pour prendre en charge ces patients dans une concertation ville-hôpital. Les carcinomes globalement à risque modéré de récurrence locale sont majoritairement traités en ville, en externe sous anesthésie locale, en respectant les recommandations de bonne pratique et les considérations médico-économiques. Le CEDEF (Collège des enseignants en dermatologie de France) a mis en place en ce sens un enseignement dermato-chirurgical de base durant le DES (diplôme d'études spécialisées). Des formations plus avancées de DIU (diplôme interuniversitaire) de dermatologie chirurgicale et un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) d'oncologie permettent à nombre d'entre nous de se spécialiser dans la prise en charge des cancers cutanés.

Malgré un algorithme bien établi de la prise en charge des patients, quelques points nous semblent mériter des éclaircissements afin de limiter les controverses. Le traitement de première ligne du carcinome basocellulaire (CBC) est chirurgical et nombreux s'interrogent sur l'utilité d'une biopsie préalable, d'autres confondent les marges cliniques et les marges histologiques, enfin le résultat histologique est riche d'éléments à prendre en compte pour la conduite à tenir ultérieure. Les CBC plus complexes et avancés relèvent d'une stratégie thérapeutique discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire, en mettant en balance avantages et inconvénients d'une chirurgie lourde ou d'un traitement par inhibiteur de la voie Hedgehog.

Au-delà du choix, ces traitements ne sont pas en opposition mais complémentaires, faisant discuter l'ordre optimal de leur utilisation. Par ailleurs, la prise en charge du mélanome évolue avec un retour de l'intérêt de réaliser un ganglion sentinelle pour les mélanomes de Breslow > 1 mm ou de 0,8 mm ulcérés, modifiant récemment les recommandations antérieures. Nombreux sont ceux qui attendent des précisions sur sa réalisation pratique, sur le moment auquel le faire et par qui le réaliser. Enfin, le traitement du mélanome métastatique a été transformé par l'arrivée des traitements anti-BRAF et anti-PD1, et la stratégie de leur utilisation mérite des éclairages.

Ainsi, nous espérons apporter à nos collègues d'un bout à l'autre de la chaîne des soins oncodermatologiques ville-hôpital quelques réponses à ces sujets qui font parfois controverse.