

Peau et médecine légale

Perte de chance très difficile à évaluer

→ **S. KORNFELD-LECANU**
Service de Dermatologie,
Institut Arthur Vernes, PARIS.

Cas clinique

Une jeune patiente née en 1989 était suivie par le dermatologue de la famille, adolescente pour de l'acné (traitée par Roaccutane[®]) puis pour ses nævi. Sur les recommandations de son dermatologue elle consultait en 2005 un chirurgien plasticien pour exérèse d'un nævus pigmentaire du 4^e orteil du pied gauche à titre préventif. Au final, la lésion de l'orteil était retirée par celui-ci avec deux autres nævi : un jugal droit et un cervical droit en 2009, en ambulatoire. Concernant ces trois lésions pigmentaires, celles-ci étaient apparues dans l'enfance. Nous ne disposons pas de photos ni d'autres renseignements.

La patiente a revu le chirurgien et le dermatologue avec les trois résultats histologiques identiques : nævus nævo-cellulaire composé à prédominance dermique, exérèse complète.

En avril 2018, la patiente faisait un malaise lors d'un footing avec sensation d'engourdissement du bras droit. Aux urgences, le diagnostic d'hypoglycémie au cours d'un effort était posé.

En juin 2018, son médecin traitant lui prescrivait un scanner cérébral, une radio du rachis cervical et une échographie du creux axillaire gauche car la patiente avait palpé un nodule en regard du creux axillaire en sous-cutané. Les examens n'étaient pas réalisés mais début juillet elle perdait connaissance. Cette perte de connaissance était précédée de prodromes avec clonies du membre supérieur droit.

Le scanner cérébral réalisé en urgence mettait en évidence des lésions encéphaliques. Des lésions secondaires pulmonaires étaient également présentes. Une exérèse en neurochirurgie révélait une métastase cérébrale compressive de mélanome. Le nodule axillaire était une métastase cutanée et non ganglionnaire. La relecture des lames de 2009 retrouvait un mélanome jugal droit de 1,05 mm niveau Clark IV et pas d'index mitotique à l'époque.

Discussion médico-légale

Les experts anatomo-pathologistes ont insisté sur la difficulté du diagnostic (comme souvent en clinique en présence d'une lésion achromique ou atypique). Toutefois, l'anatomopathologiste aurait dû demander un second avis et une erreur de diagnostic est admise. Une fois cette faute d'erreur diagnostique établie, toute la discussion porte sur l'éventuelle perte de chance pour la patiente quant à l'évolution plus favorable de son mélanome s'il avait été diagnostiqué plus tôt. Le dossier est complexe compte tenu du jeune âge de la patiente au moment de l'exérèse de la lésion et du délai de la découverte des métastases (9 ans après).

Si le diagnostic de mélanome de la joue droite avait été porté en 2009 (il s'agissait, après relecture des lames, d'un SSM [*superficial spreading melanoma*] de Breslow 1,05 mm niveau Clark IV) la patiente était, selon la classification TNM, à un stade IB (T2A, N0, M0). En 2009, une reprise chirurgicale de la lésion entre 1 et 2 cm aurait été effectuée. Le ganglion sentinelle était une option mais n'était pas recommandé de façon systématique [1].

La patiente n'aurait également pas bénéficié d'un traitement adjuvant : aucun

traitement adjuvant n'étant recommandé pour les Breslow inférieurs à 1,5 mm et NO clinique, ce qui était le cas de la patiente en 2009. **Au total, seule une chirurgie de reprise entre 1 et 2 cm aurait été proposée en 2009.** Elle aurait eu un suivi semestriel tous les 6 mois pendant 5 ans, puis annuel à vie.

Le but de cette surveillance purement clinique est de rechercher un second mélanome (2,3 fois plus de risque/population générale) ainsi qu'une récurrence locale ou régionale (palpation des aires ganglionnaires).

Toute la difficulté d'évaluation de la perte de chance dans cette expertise repose sur l'évolution imprévisible du mélanome. Il est probable que, même avec une reprise adéquate de la lésion et un suivi clinique régulier, les métastases cérébrales seraient apparues. En effet, de nombreuses études et publications ont étudié les facteurs de risque de métastases de mélanomes ayant été réopérés mais dont la reprise n'a pas empêché la survenue de métastases [2, 3].

Entre 1988 et 2004, 5 essais contrôlés randomisés multicentriques ont été identifiés, qui ont donné lieu à 11 publications portant sur la marge d'exérèse optimale visant à améliorer la survie globale. Une méta-analyse a été réalisée à partir de ces 5 essais. Les conclusions des auteurs étaient qu'aucun des essais ni la méta-analyse réalisée ne retrouvaient de différence significative (HR : 1,04 ; IC 95 % : 0,95-1,15) pour la survie globale entre le groupe excision large et le groupe excision limitée [4].

Toutefois, la patiente n'a pas pu être suivie correctement ; elle n'a pas bénéficié de l'information adéquate et les méde-

I Peau et médecine légale

cins, dès son premier malaise, auraient effectué un scanner cérébral s'ils avaient eu la notion d'un mélanome diagnostiqué 9 ans plus tôt. La prise en charge en 2018 des métastases cérébrales aurait été plus rapide si le diagnostic avait été posé en 2009. Les experts judiciaires ont retenu une perte de chance de 50 %.

Évaluer la perte de chance en expertise dermatologique lors d'un retard de diagnostic d'un mélanome

Les juridictions ont recours à cette notion dès lors qu'une victime a été privée d'une espérance future dont il est impossible de savoir si elle se serait réalisée en l'absence du fait dommageable. Il s'agit d'une causalité présumée et non d'un lien direct et certain entre la faute et le dommage car souvent en médecine impossible à établir (notamment en cancérologie).

Certains juristes ont critiqué l'utilisation de cette notion de perte de chance pour contourner la preuve du lien de causalité direct et certain. En tant que médecin, on comprend toutefois la difficulté pour les experts médicaux d'évaluer cette perte de chance à l'origine d'une indemnisation pour le patient. L'expert doit en effet évaluer l'impact réel de ce retard de diagnostic : y a-t-il eu ou non une perte de chance effective en termes de prise en charge et surtout en termes de survie ?

Le Pr Grob, dans un édito des *Annales* en 1998, posait la question suivante : le retard diagnostique est-il encore le principal responsable du pronostic dans le mélanome ? Il concluait en recommandant de bien garder en mémoire que l'épaisseur d'un mélanome est la conséquence de son comportement biologique et pas seulement du retard diagnostique. Seul un médecin expert de la même spé-

cialité pourra apprécier l'impact réel du retard de diagnostic du mélanome. Par exemple, plusieurs études et méta-analyses démontrent en effet que la reprise chirurgicale réalisée après la découverte du mélanome influence uniquement le taux de récurrence locale, *in situ*, sans retentir sur l'évolution métastatique, la survie sans récurrence ni la survie globale.

L'expert dermatologue sait que la perte de chance peut être très faible dans le cas d'une forme superficielle (SSM) ou au contraire très délétère dans le cadre d'un mélanome nodulaire (vitesse de croissance d'un mélanome comprise entre 0,05 mm et 4 mm par mois).

Certains experts judiciaires en cancérologie essayent d'évaluer le plus rationnellement possible ce taux de perte de chance de la façon suivante, en s'appuyant sur les statistiques de l'AJCC qui a réalisé une base de données incluant la situation clinique lors du diagnostic du mélanome et son évolution :

- hypothèse A : si diagnostic sans retard, stade TNM avec X % de survie à 5 ans ;
- hypothèse B : au moment du diagnostic, souvent révélé par une métastase ganglionnaire (N) ou viscérale (M), stade TNM plus avancé avec Y % de survie à 5 ans ;
- hypothèse de perte de chance : Z % = X % – Y %.

D'autres experts réfutent cette façon de raisonner car, pour eux, la classification TNM n'est utilisable que pour le diagnostic initial et non lors d'une rechute. La rechute concerne en effet la population de mauvais pronostic au sein du mélanome initialement pris en charge.

Si l'avis de l'expert médical concernant la faute et la responsabilité du médecin mis en cause est fréquemment suivi par

le tribunal, le chiffrage de la perte de chance est souvent débattu et le juge conserve une grande liberté sur cette évaluation. Il est bien précisé, par un arrêt rendu le 12 septembre 2018 par la Cour de cassation, que la gravité de la faute ne peut en aucun cas déterminer le taux de la perte de chance. C'est au juge (appréciation souveraine) qu'il reviendra de retenir ou non une perte de chance, et d'accepter de l'indemniser ou non. Le juge n'étant pas un technicien, il a besoin de l'avis de l'expert médical dont le rôle est de l'assister.

Le juge dans sa mission expertale doit bien demander à l'expert de préciser si une perte de chance a eu lieu car le fait de répondre à la question classique de dire si les soins ont été conformes aux données acquises de la science n'est pas suffisant pour évaluer une éventuelle perte de chance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Recommandations 2005 prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané M0. *Ann Dermatol Venerol*, 2005;132:10S14-5.
2. PITTONI J. Facteurs de risque de métastases cérébrales dans le mélanome. Thèse d'exercice à Limoges, octobre 2019.
3. LOUIS G. Récidives tardives, au-delà de 5 ans, du mélanome cutané : étude et prospective à propos de 36 cas. *Sciences du Vivant [q-bio]*, 2001.
4. SLADDEN MJ, BALCH C, BARZILAI DA *et al.* Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009;(4):CD004835.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.