THESAURUS DU GROUM

VERSION N°17 du 6 et 7 octobre 2022

VALIDITE JUSQU'EN OCTOBRE 2024

Document également disponible sur le site du GROUM hébergé sur ***www.oncobretagne.fr***

Rédaction : Marc PRACHT m.pracht@rennes.unicancer.fr
Relectrice : Delphine Le Goupil delphine.legoupil@chu-brest.fr

COMPOSITION DU BUREAU 2021-2024

Présidente

Dr Caroline JACOBZONE-LEVEQUE, Dermatologue, GHBS Lorient

Vice-Présidente

Dr Delphine LE GOUPIL, Dermatologue, CHU Brest

Trésorier

Pr Franck JEGOUX, Chirurgien ORL, CHU Rennes

Secrétaire

Dr Marc PRACHT, Oncologue Médical,
Centre Eugène Marquis Rennes

Statuts de l'association
GROUM
(GRoupe OUest Mélanome)

Article 1 - Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, dénommée GROUM ou « GRoupe OUest Mélanome »

Article 2 - Objet

L'Association a pour objet de permettre aux médecins de la région Bretagne impliqués en oncodermatologie de garantir à tous leurs patients porteurs d'un mélanome ou d'une tumeur cutanée la même qualité des soins, quels que soient le lieu et la structure de prise en charge, et à proximité du lieu de vie chaque fois que possible :

- en harmonisant les modalités de prise en charge des patients porteurs de mélanomes et de tumeurs cutanées par la pluridisciplinarité ;
- en assurant la qualité des traitements par la complémentarité entre les établissements.

L'Association remplit ces objectifs :

- en élaborant un référentiel commun défini par un comité multidisciplinaire, intégrant les référentiels internationaux et nationaux déjà existants, décliné sous forme d'arbres décisionnels et d'annexes techniques et comportant la liste des essais thérapeutiques disponibles en Bretagne, ce référentiel devant être diffusé, évalué et actualisé ;
- en favorisant l'accès aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires Spécialisées (RCPS) en oncodermatologie ;
- en développant un système d'échanges entre les partenaires et en mettant en place de nouveaux outils d'information ;
- en facilitant la recherche en oncodermatologie ;
- en participant à l'enseignement et la formation des personnes impliquées en oncodermatologie.

Article 3 - Siège

Le siège social est fixé au Centre Eugène Marquis, CS44229, 35042 Rennes.
Il peut être changé par simple décision du Bureau de l'Association.

Article 4 - Durée

La durée de l'Association est illimitée.
Elle peut être dissoute sur décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Article 5 - Composition de l'Assemblée Générale

L'Association est composée de membres adhérents professionnels de santé concernés par le mélanome et les tumeurs cutanées.

Article 6 - Conditions d'adhésion

Les actes de candidature motivés sont adressés au Président.
Le Bureau de l'Association instruit les demandes.
Toute adhésion est validée par l'Assemblée Générale.

Article 7 - Cotisations

Les membres marquent leur engagement dans l'Association en s'acquittant chaque année du paiement d'une cotisation fixée par le Bureau et validée en Assemblée Générale.

Article 8 - Responsabilité des membres

Le régime juridique commun de mise en jeu de la responsabilité des associations s'applique aux présents statuts.

Article 9 - Démission, radiation

La qualité de membre se perd par :

- la démission ;
- le décès ;
- la radiation, prononcée pour non-paiement de la cotisation, pour motif grave, pour non-observation des statuts de l'association.

Cette radiation, proposée par le Bureau de l'Association, est prononcée par l'Assemblée Générale.

Article 10 - Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles des membres de l'Association ;
- de toutes autres dotations en nature ou en espèces que lui consentent ses membres ;
- de subventions accordées par l'Etat, les caisses d'assurance maladie, les collectivités publiques et les personnes morales assurant une mission de service public ;
- des dons et legs reçus de personnes physiques ou morales, y compris l'industrie pharmaceutique dans le cadre de la promotion de la recherche ou la formation scientifique, ou d'autres associations régies par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ;
- des sommes reçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- de toutes autres ressources autorisées par les textes législatifs et réglementaires.

Article 11 - Fonctionnement

Composition du Bureau de l'Association

L'Association est administrée par un Bureau de 4 membres élus en Assemblée Générale pour 3 ans.
Dans la mesure du possible, les membres du Bureau représenteront des secteurs sanitaires différents.
Le Bureau de l'Association désigne parmi ses membres et pour la durée de son mandat :

- un Président ;
- un Vice-président ;
- un Secrétaire ;
- un Trésorier.

Réunions

Le Bureau se réunit au moins une fois par an (y compris en vidéo-conférence) et chaque fois qu'il est convoqué à la demande du Président ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres.
Les modalités pratiques de convocation sont définies par le Règlement Intérieur.
Les décisions sont prises à la majorité absolue des présents, qui doivent représenter les 3/4 des membres du bureau ; en cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.
Le vote à bulletin secret est obligatoire lorsqu'il est demandé par un membre du Bureau.

Démission, exclusion

Les modalités de démission et d'exclusion sont fixées par le Règlement Intérieur de l'Association.

Rémunération

Les fonctions de membre du Bureau sont exercées à titre gracieux.

Pouvoirs

Le Bureau de l'Association est investi des pouvoirs les plus étendus dans la limite des buts de l'Association et dans le cadre des résolutions adoptées par les Assemblées Générales :

- il peut autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale Ordinaire ou Extraordinaire ;
- il se prononce sur toutes les admissions des membres de l'Association ;

- il propose les éventuelles mesures d'exclusion ou de radiation des membres ;
- il autorise le Président et le Trésorier à passer les contrats nécessaires à la poursuite de l'objet de l'Association ;

Missions des membres du Bureau

☑ **le Président** préside l'Association et les travaux du Bureau de l'Association. Il assure le fonctionnement de l'Association qu'il représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. En cas d'empêchement, il peut déléguer ses pouvoirs au Vice-président ou, sur avis du Bureau, à un autre de ses membres. Il fait ouvrir tous comptes en banque, aux chèques postaux ou autres établissements de crédit, et sollicite toutes subventions ;

☑ **le Vice-président** assiste le Président dans toutes ses attributions et le représente en son absence ;

☑ **le Secrétaire** est chargé de tout ce qui concerne la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il établit les procès-verbaux des réunions et en assure la transcription sur les registres prévus à cet effet. C'est lui qui tient le registre spécial prévu par la Loi du 1er Juillet 1901 ;

☑ **le Trésorier** tient les comptes de l'Association. Il peut être aidé par tout comptable, ou toutes autres compétences reconnues nécessaires dans ce domaine, permettant d'assurer la transparence de la gestion des budgets. Il effectue tout paiement et perçoit toute recette par délégation du Président et sous sa responsabilité. Il rend compte à l'Assemblée Générale annuelle qui statue sur la gestion.

Article 12 - Dispositions communes pour les Assemblées Générales

Nature et pouvoirs

Les Assemblées Générales régulièrement constituées représentent l'universalité des membres de l'Association et elles se composent de tous les membres de l'Association adhérents.
Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

Réunions

Elles se réunissent à la demande du Président ou à la demande d'au moins la moitié des membres de l'Association.
La présidence de l'Assemblée appartient au Président ou, en son absence, au Vice-président.
Le Bureau de l'Assemblée est celui de l'Association.
Les convocations aux Assemblées Générales doivent mentionner obligatoirement l'ordre du jour prévu et fixé par le Bureau de l'Association ; elles sont faites par lettres individuelles ou par courriers électroniques adressés aux membres quinze jours au moins avant la date fixée.
Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à l'ordre du jour.
Seuls auront le droit de vote les membres présents ou représentés, à jour de leur cotisation.
Le vote par procuration est autorisé, y compris les procurations reçues par voie électronique.
Chaque membre présent ne peut disposer que de 5 mandats en plus du sien.
Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Bureau de l'Assemblée Générale.

Article 13 - Assemblée Générale Ordinaire

Les adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire au moins une fois par an, dans les conditions prévues à l'article 12 des présents Statuts.
L'Assemblée Générale Ordinaire entend les rapports sur la gestion du Bureau de l'Association, notamment sur la situation morale et financière de l'Association.
L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir statué et délibéré sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.
Les délibérations et les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.
Selon le type de vote, il a lieu à mains levées, sauf si le quart au moins des membres présents exige le vote à bulletin secret.

A la demande d'un seul membre, les votes concernant des personnes nommément désignées se font à bulletin secret.
Pour la validité des décisions des Assemblées Générales Ordinaires, elles doivent comprendre (membres présents ou représentés) au moins ¼ plus un des membres de l'Association à jour de leurs cotisations ; dans le cas contraire, le vote pourra se faire ultérieurement par voie électronique, mais après au moins 15 jours d'intervalle.

Article 14 - Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions prévues à l'article 12 des présents statuts.
L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence, notamment les modifications à apporter aux présents statuts et la dissolution anticipée.
Les délibérations et les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des membres actifs présents ou représentés.
Pour la validité des décisions des Assemblées Générales Extraordinaires, elles doivent comprendre au moins la moitié plus un des membres actifs de l'Association ; si cette proportion n'est pas atteinte, une nouvelle Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée, mais après au moins 15 jours d'intervalle.
Elle peut alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Article 15 - Comptabilité

La comptabilité de l'Association est tenue conformément aux lois en vigueur.
Il est tenu au jour le jour une comptabilité en recettes et en dépenses pour l'enregistrement de toutes les opérations financières.
Les comptes tenus par le Trésorier sont vérifiés annuellement par le Président.
Le Trésorier doit présenter à l'Assemblée Générale Ordinaire appelée à statuer sur les comptes un rapport écrit sur leurs opérations de comptabilité.

Article 16 - Dissolution de l'Association

La dissolution est prononcée à la demande du Bureau par les deux tiers au moins des membres actifs présents ou représentés à l'Assemblée Générale Extraordinaire convoquée spécialement à cet effet.
En cas de nouvelle convocation si le quorum n'est pas atteint selon les modalités fixées par l'article 15, la dissolution est prononcée à la majorité simple.

Article 17 - Dévolution des biens

En cas de dissolution, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.
En aucun cas les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer une part quelconque des biens de l'Association.
L'actif net subsistant sera attribué obligatoirement à une ou plusieurs autres Associations poursuivant des buts similaires ou proches et qui seront nommément désignées par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Article 18 - Règlement Intérieur

Le Règlement Intérieur est établi et modifié autant que de besoin par le Bureau qui le fait approuver par l'Assemblée Générale.
Ce règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les présents statuts et ceux ayant trait au fonctionnement pratique des activités de l'Association.

Article 19 - Formalités administratives

Le Président du Bureau de l'association doit accomplir toutes les formalités de déclaration et de publication prévues par la loi du 1er Juillet 1901 et par le décret du 16 Août 1901 tant au moment de la création de l'Association qu'au cours de son existence.

REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION GROUM
10 septembre 2007

CONVOCATION DU BUREAU

Les convocations aux réunions de Bureau sont adressées par lettre individuelle ou par lettre électronique au moins 2 semaines avant la date de la réunion.

DEMISSION DU BUREAU

Tout membre du Bureau peut démissionner par simple lettre, motivée ou non, adressée au Président du Bureau.

EXCLUSION DU BUREAU

Pour motif grave ou non-observation des statuts de l'Association, tout membre du Bureau peut en être exclu.
Cette exclusion est notifiée au membre exclu par lettre individuelle rédigée par le Président après l'accord unanime à bulletin secret des autres membres du Bureau.

VOTE DU BUREAU

Les décisions sont prises à la majorité simple à main levée.
En cas d'égalité, le vote du Président est prépondérant.

Fiche RCP DERMATO

Dossier Communicant de Cancérologie Bretagne

RCP du :

Médecin demandeur : .....
Lieu d'exercice du médecin demandeur : .....

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : ..... Nom utilisé : .....

1er Prénom de naissance..... Sexe ☐ H ☐ F

Date de naissance / / Age : .....

Etablissement de prise en charge :

Correspondants du patient **Médecin traitant :** ..... Dermato :.....

Chirurgien : ..... Autres : .....

ANTÉCÉDENTS (familiaux, personnels, chirurgicaux) / COMORBIDITÉS

Facteurs de risques
Statut tabagique : ☐ Fumeur actif ☐ Ancien Fumeur ☐ N'a jamais fumé ____ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) : Dalai de sevrage / date de l'arrêt :

Phototype : ☐ I – Roux, blond pale ☐ II – Blond, yeux clairs, peau claire ☐ IIIa – Chatain, yeux clairs
☐ III.b – Châtain – Yeux foncés ☐ IV – Brun, yeux foncés, peau mate
☐ V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatiques mate, métisse ☐ VI - Noir

Immunodépression ☐ Oui ☐ Non Précisez :

Autres facteurs de risques :

HISTOIRE DE LA MALADIE

Traitements concomitants pertinents :

DONNÉES MÉDICALES

Situation clinique actuelle :
Phase de la maladie : ☐ Phase initiale ☐ Rechute **Progression :** ☐ Locale ☐ Régionale ☐ A distance
Date de la rechute :

Echelle de performance OMS : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Date d'observation :

Préservation de la fertilité : ☐ Faite/programmée ☐ Non concerné/non adapté ☐ A prévoir Préciser :

Score G8 : Dépistage G8 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Evaluation gériatrique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Programmée ☐ Ne sait pas

Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA – Patient âgé de 15 à 25 ans)
Discussion en RCP en présence d'un pédiatre : ☐ Faite ☐ Programmée ☐ A programmer

Commentaires / Situation clinique actuelle / Bilan d'imagerie :

Fiche RCP DERMATO

Dossier Communicant Cancérologie Bretagne

TUMEUR

☐ **Mélanome** ☐ **Carcinome épidermoïde** ☐ **Mélanome oculaire** ☐ **Autres tumeurs**

Numéro de la tumeur : **Type :** ☐ Primitif ☐ Secondaire ☐ Inconnu

Groupe / Localisation : Crâne et cou, Epaule et Membre supérieur, Face, Fesse/Hanche/Aine/Membre inférieur, Méninge, Œil (choroïde et uvée), Peau SAI, Tronc

Siège de la tumeur (code CIM) : **Sièges métastases (CIM-10) :**

Commentaires / localisation :

Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Médian ☐ Bilatéral ☐ Non applicable

Diamètre max (mm) : **Epaisseur max (mm) :**
Extension : ☐ extra-scléral ☐ nerf optique
Vision altérée : ☐ Oui ☐ Non Acuité visuelle :

Taille clinique de la tumeur (en mm) :

Stades AJCC
AJCC Initial : Stade T : Détail T : Stade N : Stade M : Stade :
AJCC Actuel Stade T : Détail T : Stade N : Stade M : Stade :

Adénopathies cliniques : ☐ Oui ☐ Non **Adénopathies échographiques :** ☐ Oui ☐ Non
Métastases : ☐ Oui ☐ Non ☐ En transit ☐ A distance **Commentaires / Métastases :** .....
Version du TNM clinique :
Bilan d'extension initial :

Type de prélèvement : ☐ Exérèse ☐ Biopsie du : ☐ Pas d'histologie

Taille histologique de la tumeur (mm) :

Marges cliniques d'exérèse (mm) : Latérales : Profondes :

Marges histologiques d'exérèse (mm) : Latérales : Profondes :

Type histologie (ADICAP) :

Conclusion du CRO *(à compléter si document non joint)* :

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie : *(à compléter si document non joint)* :

Symptômes neurologiques d'envahissement : ☐ oui ☐ non **Zone à risque :** ☐ oui ☐ non **Précisez :** .....

Différenciation : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Indifférenciée

Indice de Breslow / Epaisseur tumeur (mm) :

Niveau Clark / Profondeur : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Engainement périnerveux : ☐ oui ☐ non **Adhérence au plan profond :** ☐ oui ☐ non

Groupe pronostique :

Embols lymphatiques : ☐ + ☐ - **Embols vaculaires :** ☐ + ☐ -

Régression : ☐ oui ☐ non **Index mitotique :** ☐ < 1/mm² ☐ > 1/mm² ☐ = 1/mm²

Ulcération : ☐ oui ☐ non **Envahissement locorégional :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Douteux

Analyse du ganglion sentinelle : ☐ oui ☐ non

Curage ganglionnaire : ☐ oui ☐ non

Biologie moléculaire / génétique : ☐ Disponible ☐ Non demandé ☐ En attente

Fiche RCP DERMATO

Dossier Communicant Cancérologie Bretagne

Immunohistochimie PDL1 (%) :

Phénotype RER/MSI : ☐ MSS ☐ MSI ☐ non fait

Mutations somatiques portées par la tumeur : NRAS : ☐ muté ☐ Non muté (sauvage) ☐ en attente

cKIT : ☐ muté ☐ Non muté (sauvage) ☐ en attente

BRAF : ☐ muté ☐ Non muté (sauvage) ☐ en attente

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires/tumeur :

MARQUEURS BIOLOGIQUES

Date :

LDH (UI/L) :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Question posée à la RCP :

Statut du cas présenté : ☐ Discuté ☐ Enregistré

Consultation d'oncogénétique : ☐ Faite ☐Programmée ☐A Programmer

Proposition : .....

Complément (Protocole, Molécules,...)..... **Condition :** ☐ ET ☐OU ☐ET/OU ☐PUIS ☐SINON

Description de la proposition de prise en charge :

☐ **Tumeur rare**

Enregistrement à prévoir : ☐CARADERM ☐OB'AJA

☐ **Proposition d'inclusion dans un essai clinique** **Nom de l'essai/Protocole :** .....

☐ **Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**

Référentiel utilisé :

THÉSAURUS RÉGIONAL

17ème MISE A JOUR VALIDEE PAR :

Dr Sylvie AILLET	Chirurgie plastique	CHU Rennes
Dr Sophie AUBRY	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Sébastien BERROS		Brest
Dr Véronique BINEAU	Dermatologie	Cabinet Laval
Dr Eline BLIND	Dermatologie	GHBS Lorient
Dr Sylvie BOUILLON	Dermatologie	Cabinet Laval
Dr Lise BOUSSEMART	Dermatologie	CHU Rennes
Dr Claudine BUAN	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Marie-Paule CAMBIE	Dermatologie	Cabinet St Malo
Dr Valérie CANNIEUX	Dermatologie	Cabinet Cesson Sevigné
Dr Anne-Clémence CARRIOU	Dermatologie	Cabinet Lorient
Dr Cécile CHABERT	Dermatologie	Cabinet St Grégoire
Dr Anne CHATELLIER	ORL	CHU Caen
Dr Maud CHOPLIN	ORL	Cabinet Plérin
Dr Caroline-Jade CLERC	Dermatologie	Cabinet Niort
Dr Nicole COCHELIN	Dermatologie	Cabinet Montfort sur Meu
Dr Christophe COLLARD	Dermatologie	Cabinet Vannes
Dr Louise CRIVELLI	Oncogénétique	CEM Rennes
Dr Laure DARRIEUX	Dermatologie	CH St Brieuc
Dr Pierre DELAVAULT	Dermatologie	Cabinet Dinan
Dr Elisabeth DELHAY-ANTOLINI	Dermatologie	Cabinet Mayenne
Dr Anne DELMAS-DUPRE	Dermatologie	Cabinet St Renan
Dr Monica DINULESCU	Dermatologie	CHU Rennes
Dr Aurélie DUBREUIL	Dermatologie	Cabinet Quimperlé
Dr Dominique DUPRE-GOETGHEBEUR	Dermatologie	Cabinet Guipavas
Dr Corinne EMERY	Dermatologie	Cabinet Bruz
Dr Maxime ETIENNE	Dermatologie	CH Quimper
Dr Vincent FOUCAULT	Dermatologie	Cabinet Lorient
Dr Sophie FROMENTOUX	Dermatologie	Cabinet Lannion
Dr Nadia GARCON-MICHEL	Dermatologie	Cabinet Cesson-Sévigné
Dr Jean-Sébastien HENRY	ORL	GHBS Lorient
Dr Béatrice HERVAGAULT	Dermatologie	CHP St Grégoire
Dr Renaud HIBON	Chirurgie ORL	CH St Malo
Dr Caroline HOUCKE	Dermatologie	Cabinet Quévert
Dr Caroline JACOBZONE	Dermatologie	GHBS Lorient
Dr Raphaëlle JEGOU	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Olivier JUMBOU	Dermatologie	Cabinet Douarnenez

Dr Hend KETATA	Dermatologie	CH St Brieuc
Dr Michael KNECHT	Dermatologie	Cabinet Cesson Sévigné
Dr Anne-Françoise LAURENT	Dermatologie	Cabinet Cesson Sévigné
Dr Delphine LEGOUPIL	Dermatologie	CHU Brest
Dr Romain LEMERY	Dermatologie	CHU Rennes
Dr Thierry LESIMPLE	Oncologie médicale	CEM Rennes
Dr Marion LOPPIN	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Laure MASSON	Dermatologie	CHU Rennes
Dr Camille MAUGUEN	Médecine Générale	CHU Rennes
Dr Tiphaine MENEZ	Chirurgie plastique	CEM / CHU Rennes
Dr Alexandre METREAU	Chirurgie ORL	Clinique La Sagesse Rennes
Dr Isabelle NOGUES	Dermatologie	Cabinet Betton
Dr Isabelle OLIVIER	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Camille ORION	Dermatologie	Cabinet Servon sur Vilaine
Dr Véronique PAUMIER	Anatomopathologie	Cabinet Rennes
Dr Sonia PESSEL	Dermatologie	CHP St Grégoire
Dr Lucie PEUVREL	Dermatologie	ICO St Herblain
Dr Valérie PHAM HUU	Dermatologie	Cabinet Rennes
Dr Christine PIETO-LE-CORVAISIER	Dermatologie	Cabinet Dol de Bretagne
Dr Chantal PLICQUE	Dermatologie	Cabinet Betton
Dr Marc PORNEUF	Oncologie médicale	CH St Brieuc
Dr Marc PRACHT	Oncologie médicale	CEM Rennes / CH St Malo
Dr Diane RIBY	Oncologie médicale	GHBS Lorient
Dr Nadine RIVOALLAN	Dermatologie	Cabinet St Brieuc
Dr David RUSSO	Dermatologie	CEM / CHU Rennes
Dr Mélanie SAINT JEAN	Dermatologie	ICO St Herblain
Dr Justine SAUCEREAU	Médecine Générale	CHU Brest
Dr Patricia SCHOENLAUB	Médecine Générale	HIA Brest
Dr Sophie THIENOT	Chirurgie plastique	Clinique La Sagesse Rennes
Dr Alexis TOUBEL	Dermatologie	CHU Rennes
Dr Pierre WEILL	ORL	CHU Caen
Dr Laura YOFFO	Dermatologie	Cabinet Hennebont
Dr Marie-Yvonne ZAVADIL	Dermatologie	Cabinet St Brieuc

Le sigle :

☞

signifie qu'il existe des précisions techniques sur la conduite à tenir proposée

voir l'annexe correspondante

Le sigle : **RCP**

signifie que le dossier du patient doit être discuté dans une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncodermatologie

4 RCP d'Oncodermatologie existent en région Bretagne :

Lieu	Rennes/ Saint-Brieuc	Brest	Lorient	Quimper
Secrétaire	M.PRACHT M.PORNEUF	L.MISERY	C.JACOBZONE	M.ACQUITTER

ARBRES DECISIONNELS

MELANOME

M.1 Suspicion de mélanome ---------- p.16
M.2 Mélanome de Spitz et tumeur spitzoïde atypique ---------- p.17
M.3 Traitement d'un mélanome in situ ---------- p.18
M.4 Traitement d'un mélanome invasif d'indice de Breslow ≤ à 0.8 mm sans atteinte ganglionnaire clinique ---------- p.19
M.5 Bilan initial et traitement d'un mélanome d'indice de Breslow > à 0.8 mm, ≤ à 1 mm et sans atteinte ganglionnaire clinique ---------- p.20
M.6 Bilan initial d'un mélanome d'indice de Breslow > à 1 mm sans atteinte ganglionnaire clinique ---------- p.21
M.7 Mélanome sans atteinte ganglionnaire d'indice de Breslow ≥ à 0.8 mm et ulcéré ou ≥ à 1 mm ---------- p.22
M.8 Mélanome avec atteinte ganglionnaire macroscopique isolée ---------- p.23
M.9 Surveillance d'un mélanome après traitement initial ---------- p.24
M.10 Récidive locale d'un mélanome ---------- p.25
M.11 Récidive ganglionnaire d'un mélanome ---------- p.26
M.12 Récidive ganglionnaire isolée ou en transit d'un mélanome après curage ganglionnaire et sans traitement adjuvant antérieur ---------- p.27
M.13 Récidive ganglionnaire ou en transit d'un mélanome après curage ganglionnaire et avec traitement adjuvant antérieur ---------- p.28
M.14 Récidive métastatique en transit d'un mélanome ---------- p.29
M.15 Traitement de 1ère intention d'un mélanome avec métastases en transit isolées et inopérables ----- p.30
M.16 Traitement de 2ème intention d'un mélanome avec métastases en transit isolées et inopérables ---- p.31
M.17 Métastase unique d'un mélanome ---------- p.32
M.18 Traitement de 1ère intention d'un mélanome métastatique sans traitement adjuvant antérieur ----- p.33
M.19 Traitement de 1ère intention d'un mélanome métastatique par ANTI-PD-1 ---------- p.34
M.20 Traitement de 1ère intention d'un mélanome métastatique Braf muté avec traitement adjuvant antérieur ---------- p.35
M.21 Traitement de 1ère intention d'un mélanome métastatique Braf sauvage avec traitement adjuvant antérieur ---------- p.36
M.22 Traitement de 2ème intention d'un mélanome métastatique Braf muté ---------- p.37
M.23 Traitement de 2ème intention d'un mélanome métastatique Braf sauvage ---------- p.38
M.24 Traitement de 3ème intention d'un mélanome métastatique Braf muté ---------- p.39
M.25 Traitement de 3ème intention d'un mélanome métastatique Braf sauvage ---------- p.40
M.26 Synthèse des traitements médicaux systémiques adjuvants et métastatiques dans le mélanome --- p.41
M.27 Traitement symptomatique local d'un mélanome métastatique osseux ---------- p.42
M.28 Traitement local d'un mélanome avec métastases cérébrales ---------- p.43
M.29 Traitement systémique d'un mélanome avec métastases cérébrales ---------- p.44
M.30 Traitement de 1ère intention d'un mélanome avec oligo-métastases cérébrales ---------- p.45
M.31 Traitement de 2ème intention d'un mélanome avec métastases cérébrales ---------- p.46
M.32 Bilan diagnostique d'un mélanome de site primitif inconnu ---------- p.47
M.33 Bilan d'extension d'un mélanome de site primitif inconnu ---------- p.48
M.34 Mélanome unguéal sans atteinte ganglionnaire ---------- p.49
M.35 Mélanome muqueux des voies aérodigestives supérieures ---------- p.50
M.36 Mélanome muqueux des voies aérodigestives de stade I ---------- p.51
M.37 Mélanome muqueux des voies aérodigestives supérieures de stade II et III ---------- p.52
M.38 Mélanome muqueux du tractus génital féminin ---------- p.53
M.39 Mélanome vulvaire résécable ---------- p.54
M.40 Mélanome vaginal résécable ---------- p.55
M.41 Mélanome du col utérin résécable ---------- p.56
M.42 Mélanome muqueux du tractus génital féminin non résécable ---------- p.57
M.43 Mélanomes uvéaux localisés ---------- p.58
M.44 Surveillance mélanomes uvéaux localisés ---------- p.59
M.45 Mélanomes uvéaux avancés / M+ ---------- p.60

TUMEURS DE MERKEL

C.1 Lésion suspecte de carcinome à cellules de Merkel ---------- p.61
C.2 Carcinome à cellules de Merkel de stade I ou II opérable ---------- p.62
C.3 Carcinome à cellules de Merkel de stade I ou II non opérable ---------- p.63
C.4 Carcinome à cellules de Merkel de stade III ---------- p.64
C.5 Carcinome à cellules de Merkel de stade IV ---------- p.65

CARCINOME BASOCELLULAIRE

B.1 Lésion suspecte de carcinome basocellulaire ---------- p.66
B.2 Carcinome basocellulaire de bon pronostic ---------- p.67
B.3 Carcinome basocellulaire de pronostic intermédiaire ou mauvais et opérable ---------- p.68
B.4 Carcinome basocellulaire de pronostic intermédiaire et inopérable ---------- p.69
B.5 Carcinome basocellulaire de mauvais pronostic et inopérable ---------- p.70
B.6 Carcinome basocellulaire en L2 ---------- p.71
B.7 Carcinome basocellulaire de la paupière ---------- p. 72

CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE

S.1 Maladie de Bowen ---------- p.73
S.2 Keratoacanthome ---------- p.74
S.3 Carcinome épidermoïde cutané sans critère clinique de mauvais pronostic (gpe I) ---------- p.75
S.4 Carcinome épidermoïde cutané avec critère(s) clinique(s) et/ou histologique(s) de mauvais pronostic (gpe II) ---------- p.76
S.5 Carcinome épidermoïde cutané paupière ---------- p.77
S.6 Carcinome épidermoïde cutané inopérable ou avec reliquat tumoral après chirurgie et reprise impossible ---------- p.78
S.7 Carcinome épidermoïde cutané avec atteinte ganglionnaire, en transit et/ou métastatique ---------- p.79

DERMATOFIBROSARCOME

D.1 Sarcomes cutanés (superficiels) susaponévrotiques ---------- p.80
D.2 Dermatofibrosarcome opérable d'emblée ---------- p.81
D.3 Dermatofibroscarome non opérable d'emblée ---------- p.82

CARCINOME ANNEXIEL

A.1 Carcinome annexiel à différenciation folliculaire ---------- p.83
A.2 Carcinome annexiel à différenciation sébacée ---------- p.84
A.3 Carcinome annexiel à différenciation apocrine ---------- p.85
A.4 Carcinome annexiel à différenciation éccrine hors carcinome microkystique ---------- p.86
A.5 Carcinome annexiel à différenciation éccrine à type de carcinome microkystique ---------- p.87

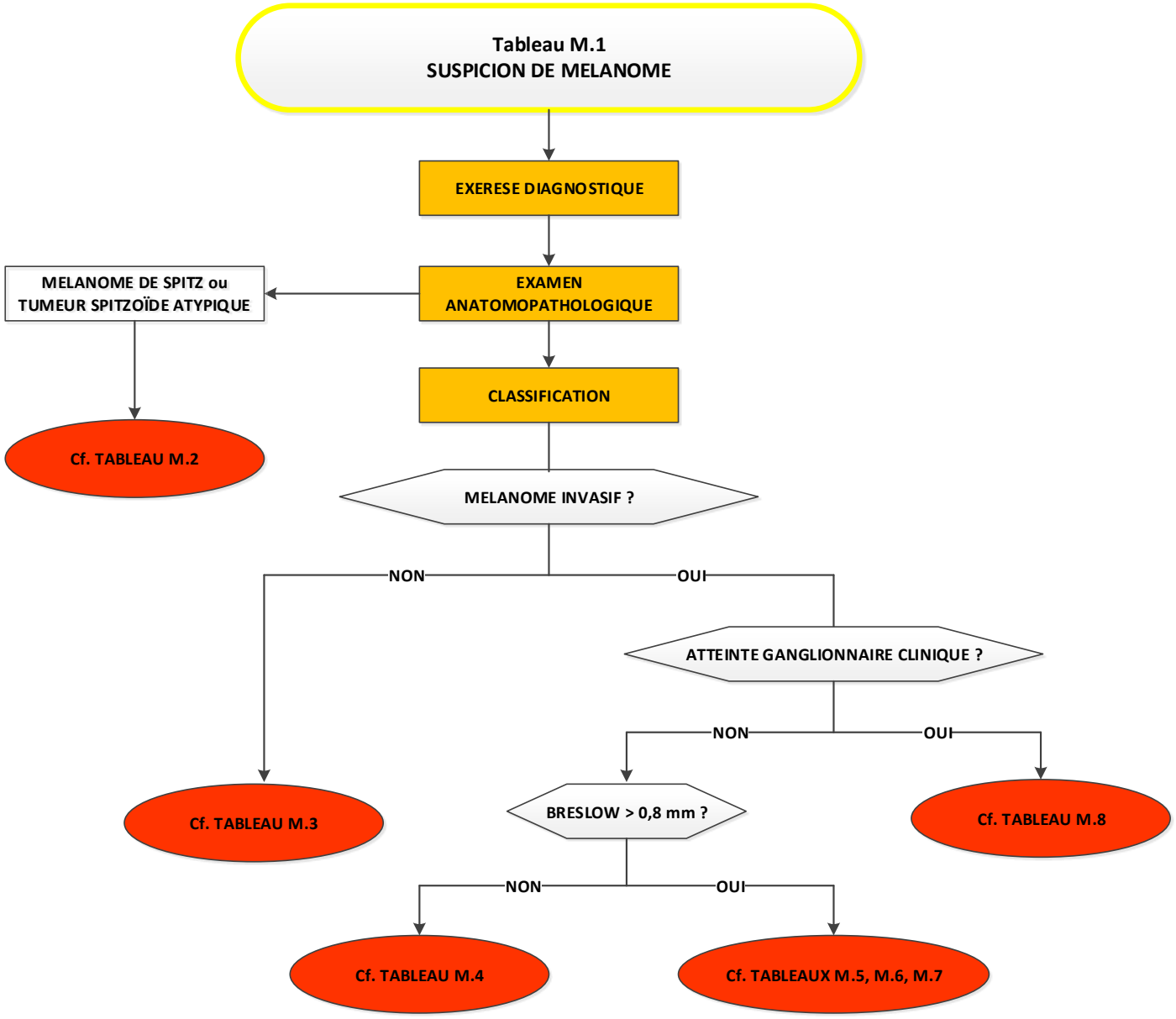


Tableau M.1
SUSPICION DE MELANOME
EXERESE DIAGNOSTIQUE
EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE
MELANOME DE SPITZ ou TUMEUR SPITZOÏDE ATYPIQUE
Cf. TABLEAU M.2
CLASSIFICATION
MELANOME INVASIF ?
NON
OUI
Cf. TABLEAU M.3
ATTEINTE GANGLIONNAIRE CLINIQUE ?
NON
OUI
BRESLOW > 0,8 mm ?
Cf. TABLEAU M.8
NON
OUI
Cf. TABLEAU M.4
Cf. TABLEAUX M.5, M.6, M.7

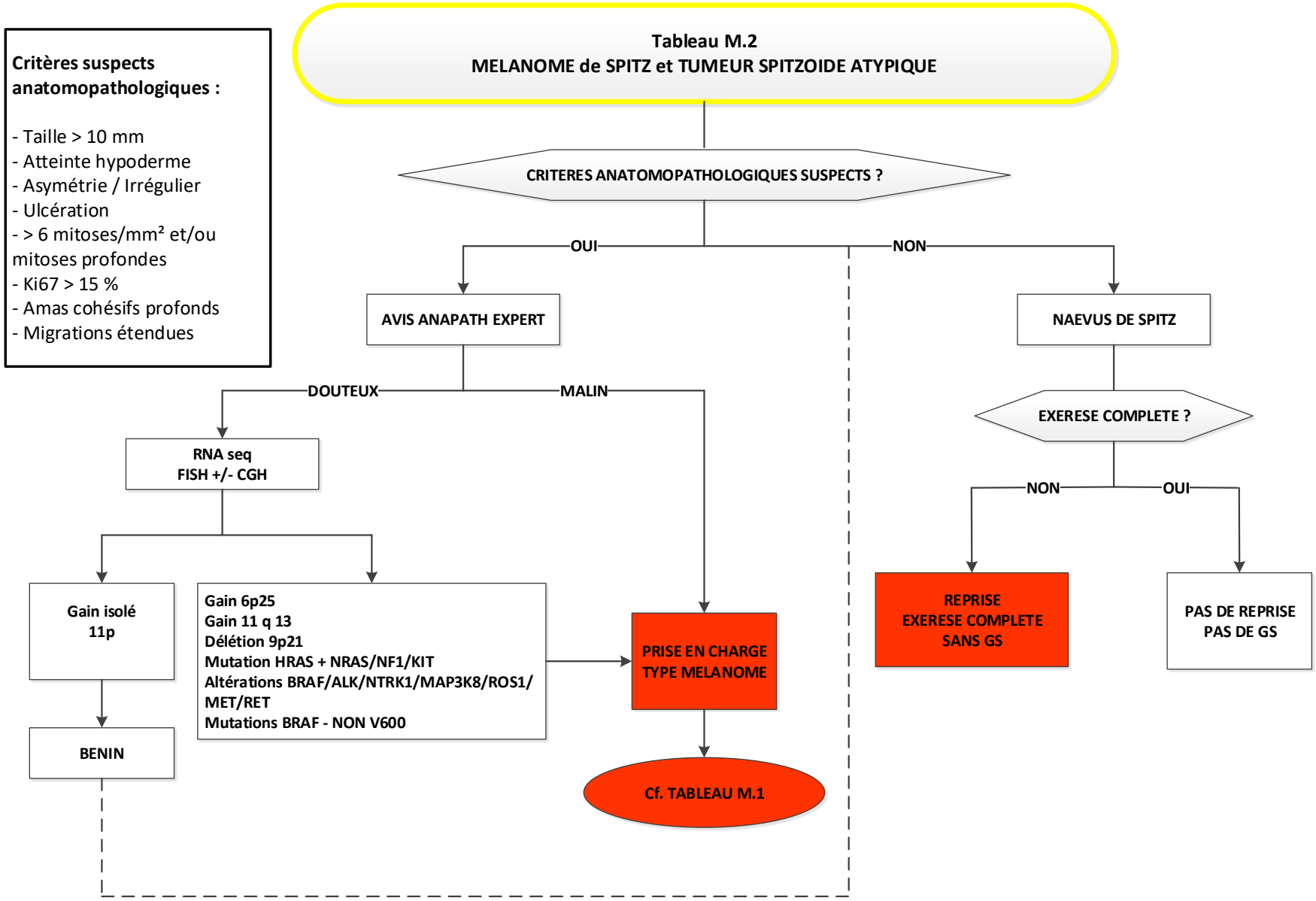


Tableau M.2
MELANOME de SPITZ et TUMEUR SPITZOIDE ATYPIQUE
Critères suspects anatomopathologiques :
- Taille > 10 mm
- Atteinte hypoderme
- Asymétrie / Irrégulier
- Ulcération
- > 6 mitoses/mm² et/ou mitoses profondes
- Ki67 > 15 %
- Amas cohésifs profonds
- Migrations étendues
CRITERES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUSPECTS ?
OUI
NON
AVIS ANAPATH EXPERT
NAEVUS DE SPITZ
DOUTEUX
MALIN
EXERESE COMPLETE ?
RNA seq
FISH +/- CGH
NON
OUI
Gain isolé
11p
Gain 6p25
Gain 11 q 13
Délétion 9p21
Mutation HRAS + NRAS/NF1/KIT
Altérations BRAF/ALK/NTRK1/MAP3K8/ROS1/MET/RET
Mutations BRAF - NON V600
PRISE EN CHARGE
TYPE MELANOME
REPRISE
EXERESE COMPLETE
SANS GS
PAS DE REPRISE
PAS DE GS
BENIN
Cf. TABLEAU M.1

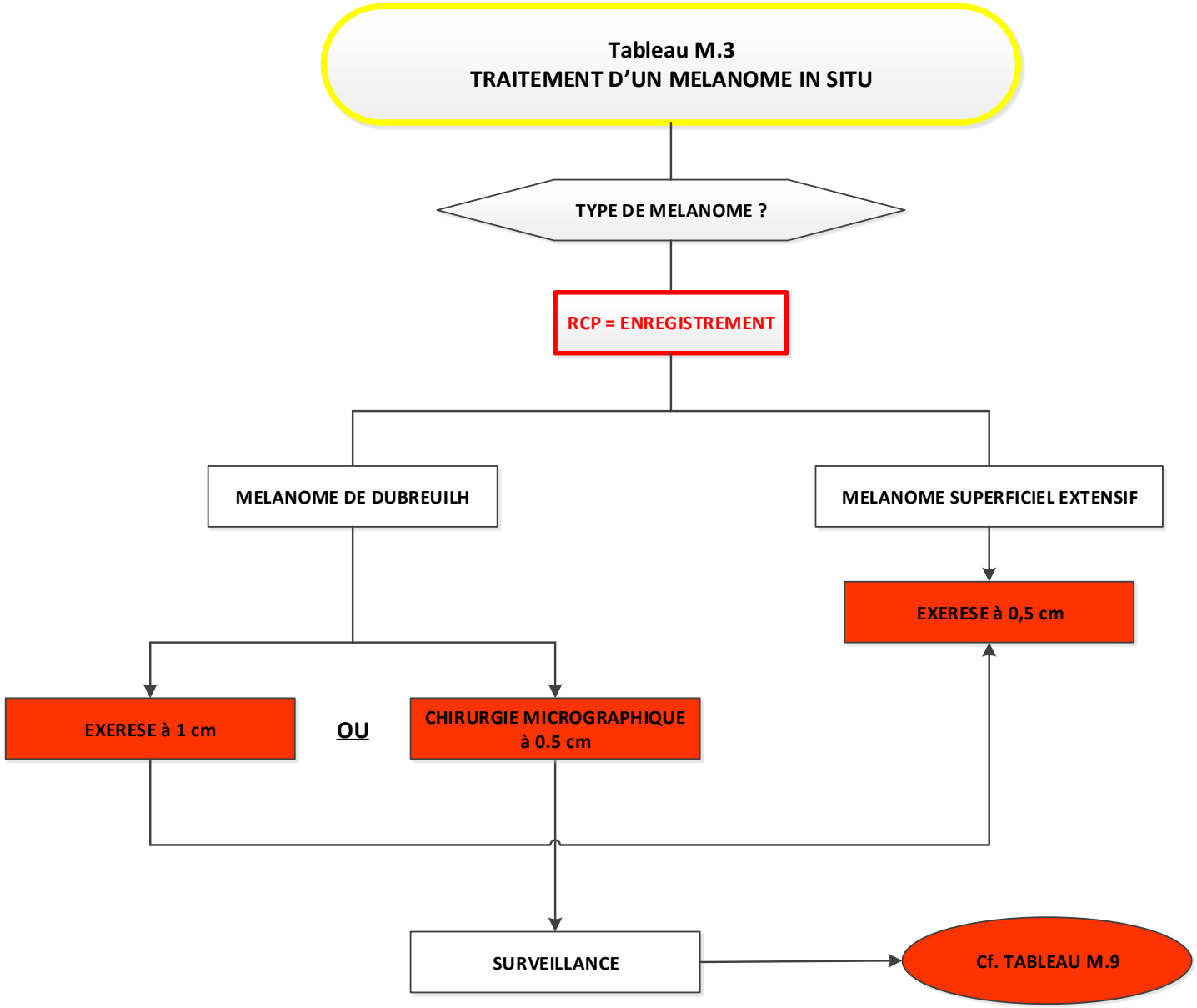


Tableau M.3
TRAITEMENT D'UN MELANOME IN SITU
TYPE DE MELANOME ?
RCP = ENREGISTREMENT
MELANOME DE DUBREUILH
MELANOME SUPERFICIEL EXTENSIF
EXERESE à 0,5 cm
EXERESE à 1 cm
OU
CHIRURGIE MICROGRAPHIQUE à 0.5 cm
SURVEILLANCE
Cf. TABLEAU M.9

Tableau M.4
TRAITEMENT D'UN MELANOME INVASIF D'INDICE DE BRESLOW INFERIEUR OU EGAL A 0,8 MM SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE CLINIQUE

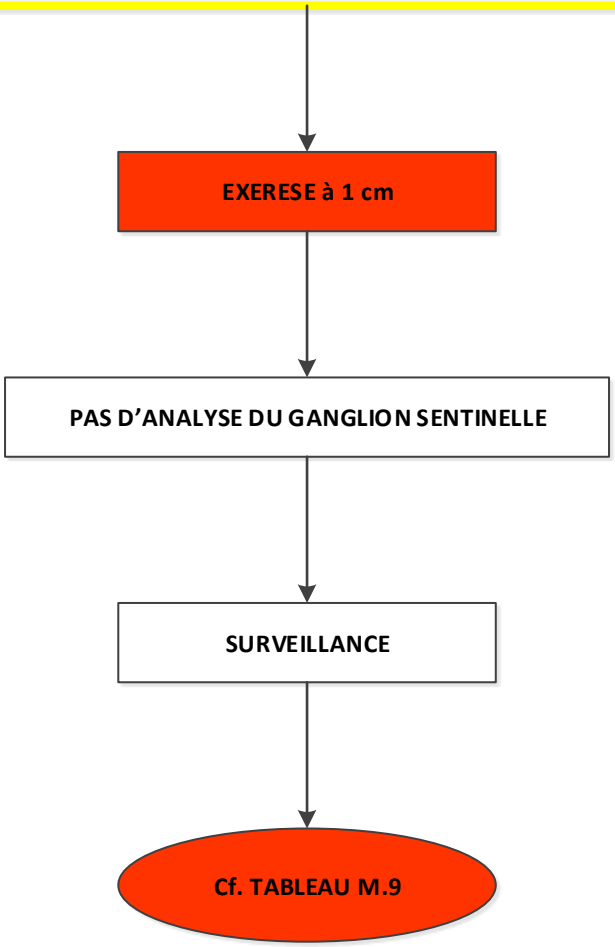


Tableau M.5
BILAN INITIAL ET TRAITEMENT D'UN MELANOME D'INDICE DE BRESLOW SUPERIEUR à 0,8 mm, INFERIEUR OU EGAL à 1 mm ET SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE CLINIQUE

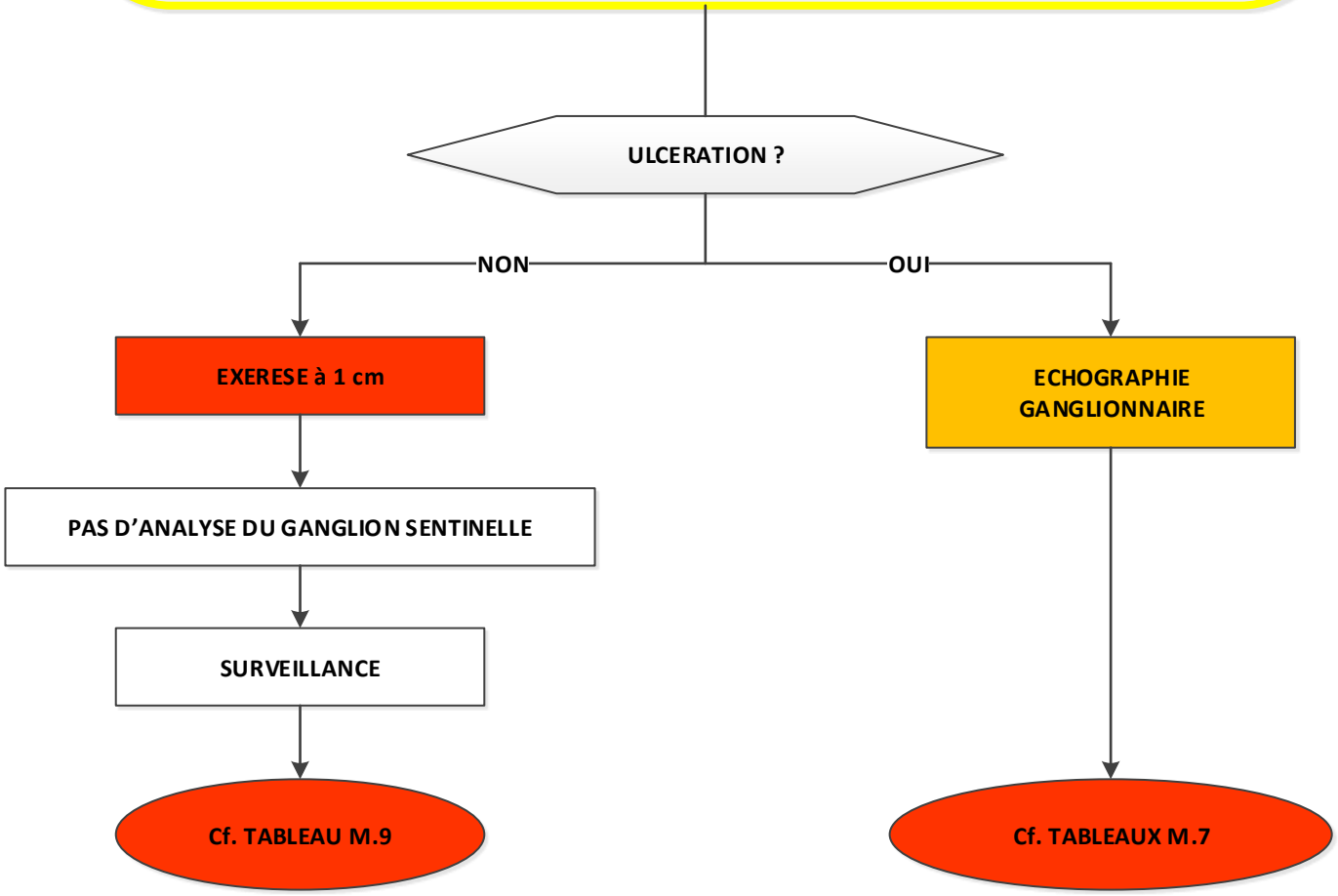
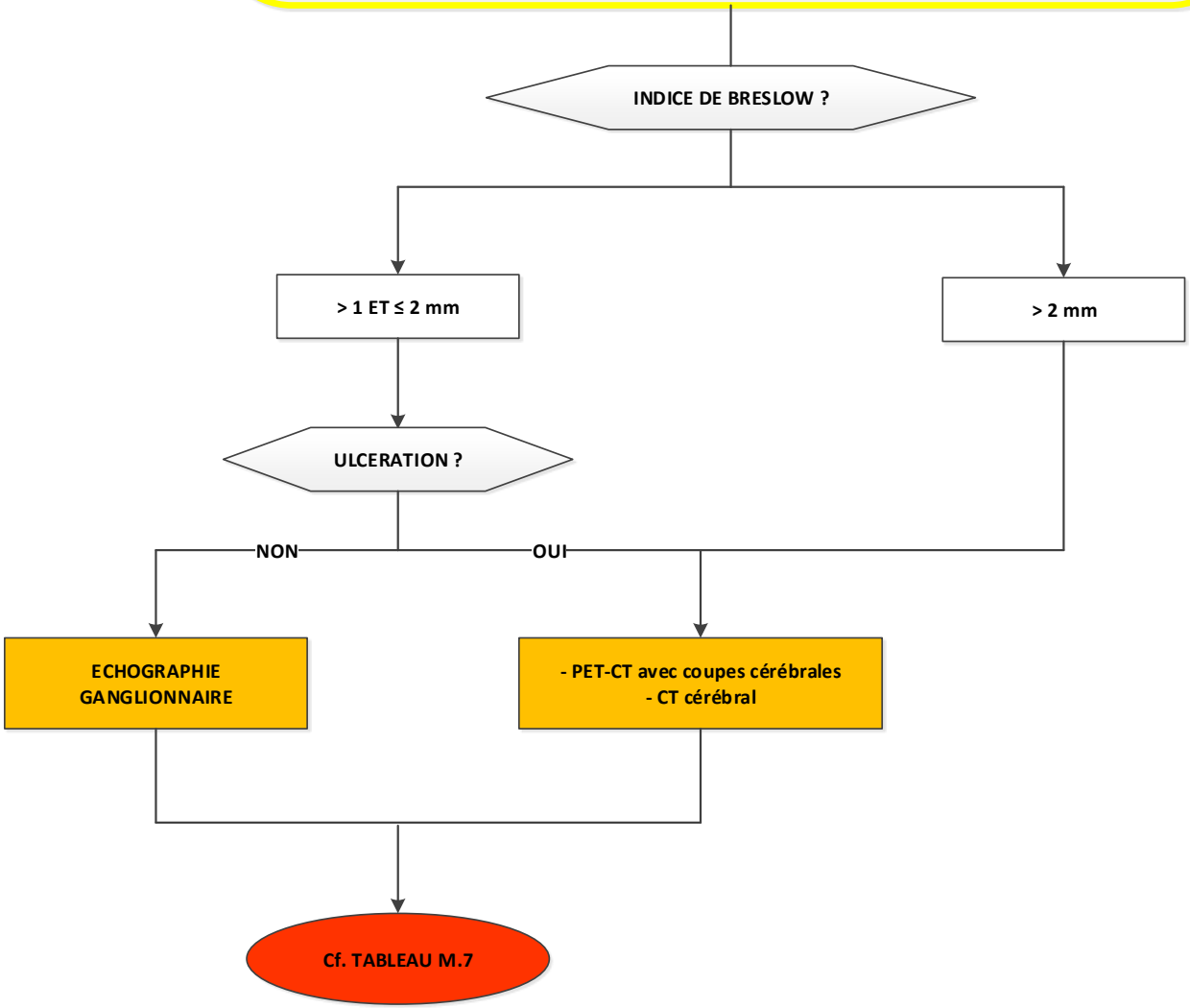


Tableau M.6
BILAN INITIAL D'UN MELANOME D'INDICE DE BRESLOW SUPERIEUR à 1 mm SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE CLINIQUE



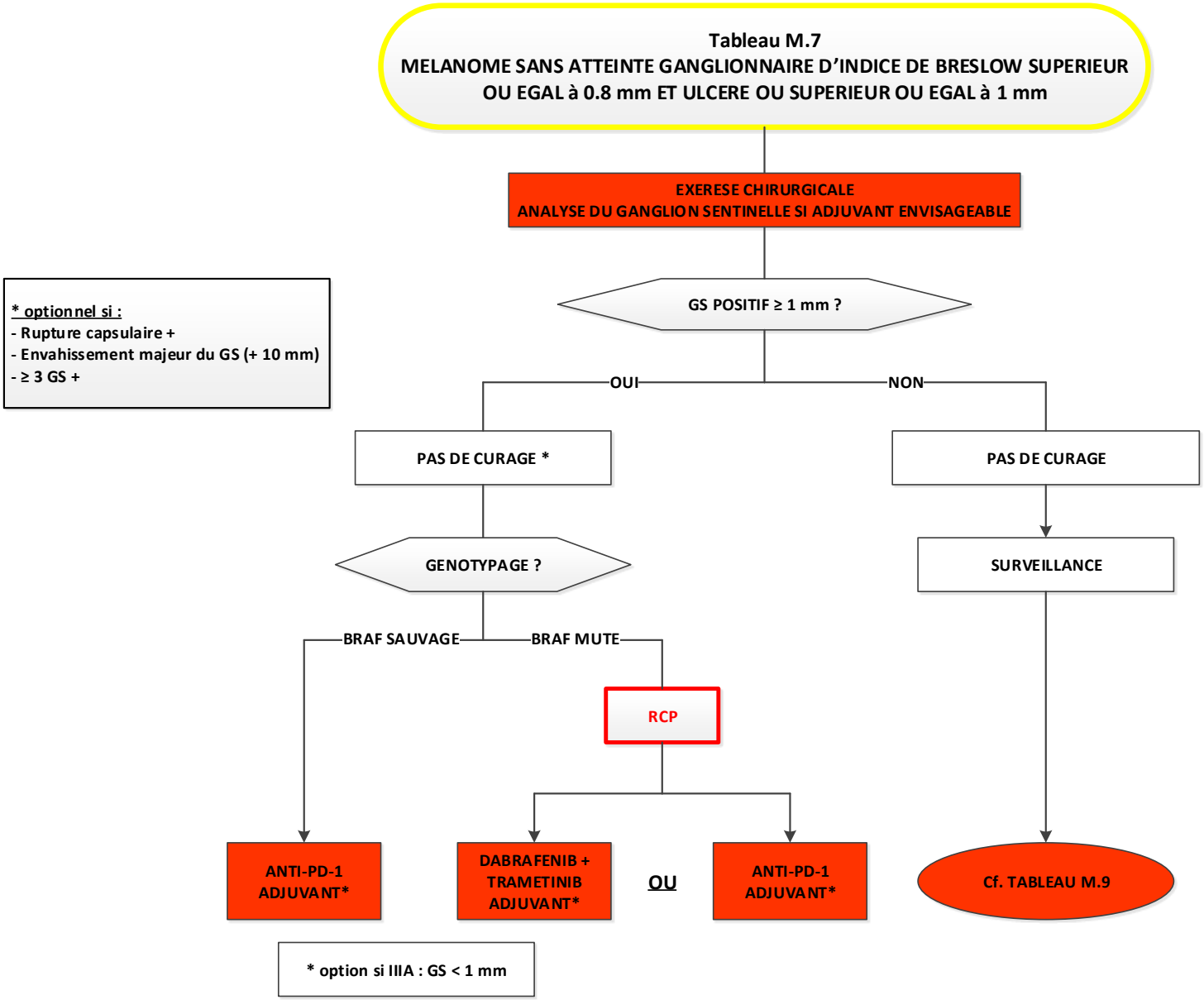


Tableau M.7
MELANOME SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE D'INDICE DE BRESLOW SUPERIEUR OU EGAL à 0.8 mm ET ULCERE OU SUPERIEUR OU EGAL à 1 mm
EXERESE CHIRURGICALE
ANALYSE DU GANGLION SENTINELLE SI ADJUVANT ENVISAGEABLE
GS POSITIF ≥ 1 mm ?
* optionnel si :
- Rupture capsulaire +
- Envahissement majeur du GS (+ 10 mm)
- ≥ 3 GS +
OUI
NON
PAS DE CURAGE *
PAS DE CURAGE
GENOTYPAGE ?
SURVEILLANCE
BRAF SAUVAGE
BRAF MUTE
RCP
ANTI-PD-1 ADJUVANT*
DABRAFENIB + TRAMETINIB ADJUVANT*
OU
ANTI-PD-1 ADJUVANT*
Cf. TABLEAU M.9
* option si IIIA : GS < 1 mm

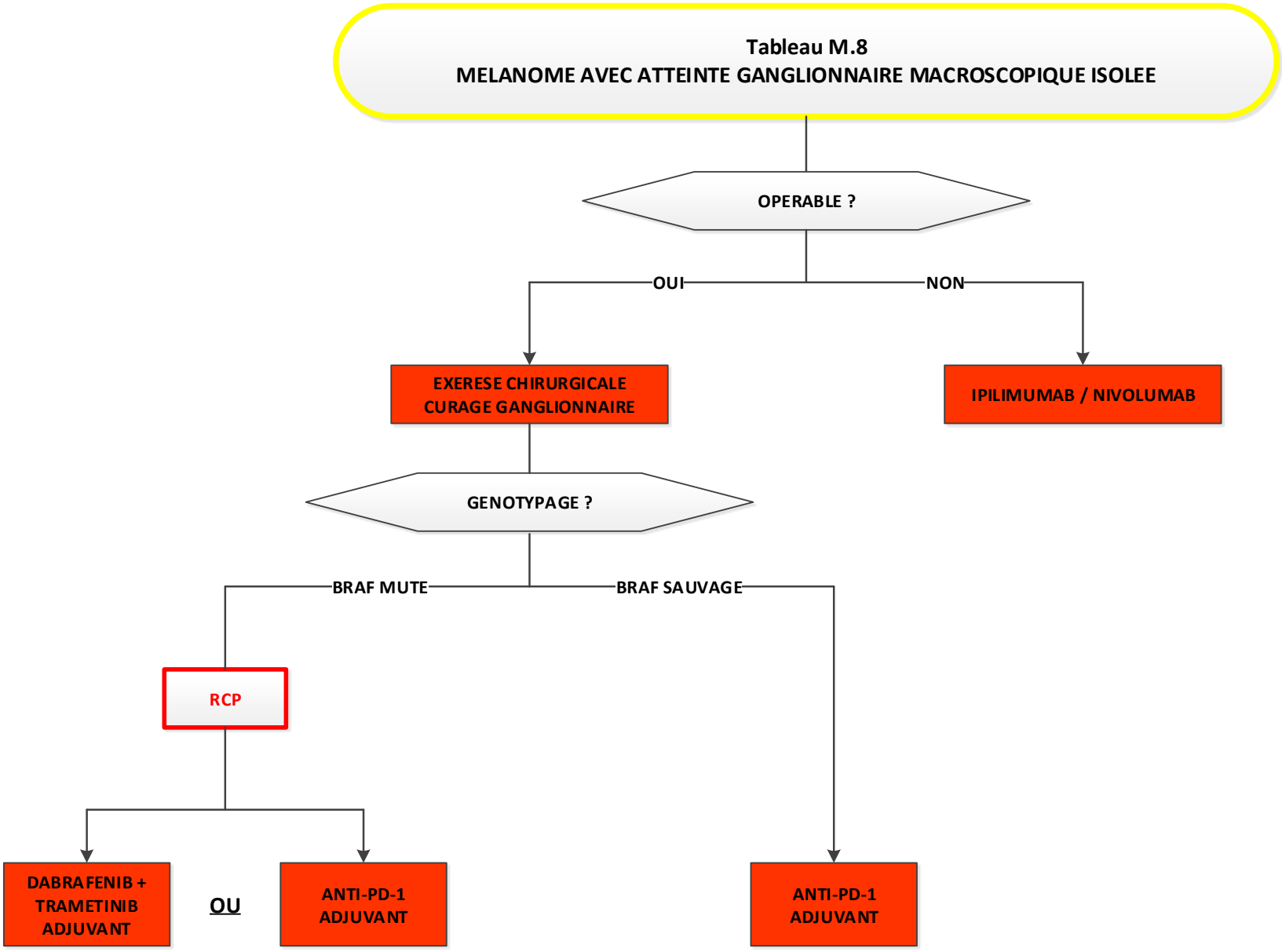
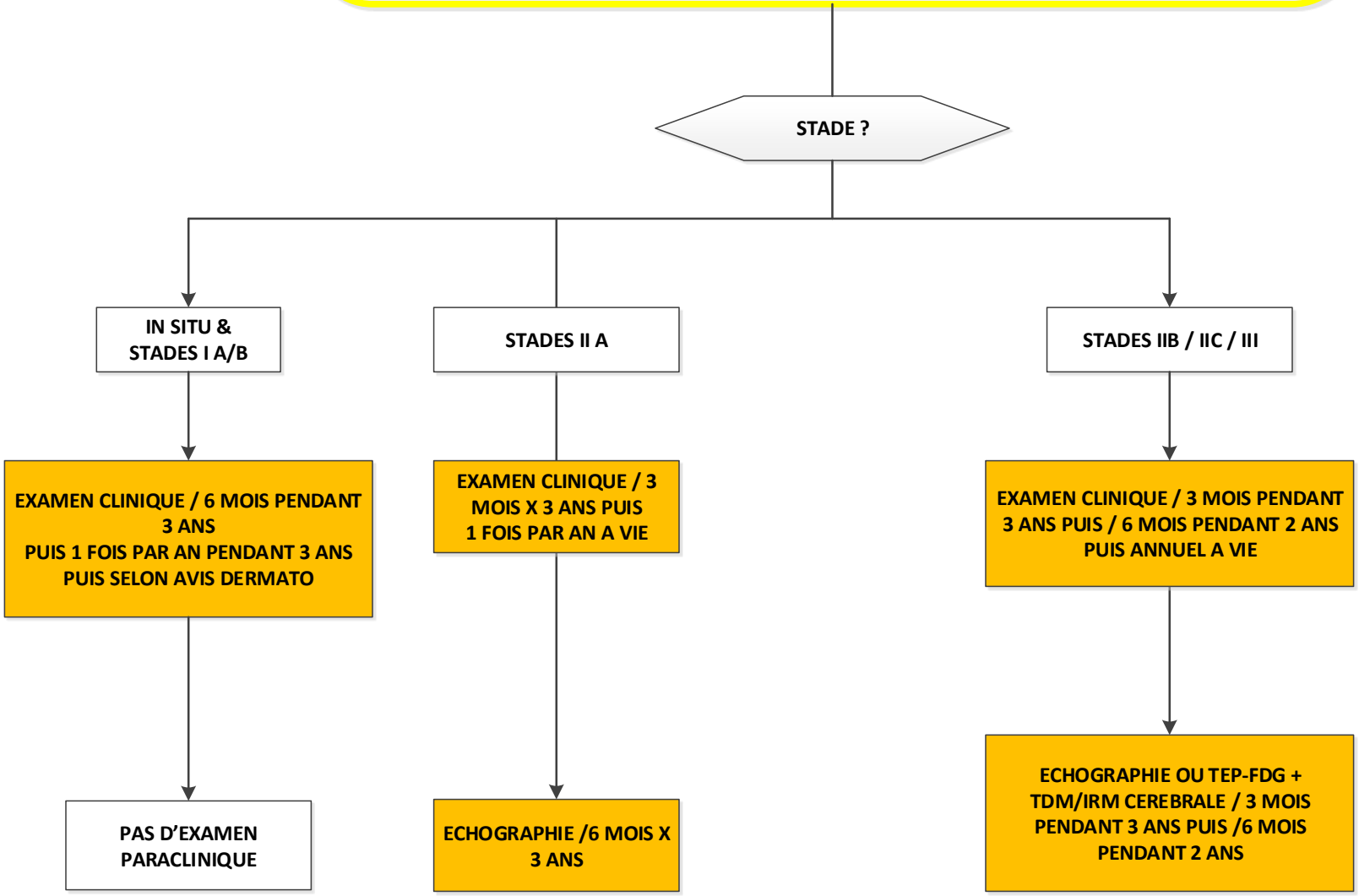


Tableau M.8
MELANOME AVEC ATTEINTE GANGLIONNAIRE MACROSCOPIQUE ISOLEE
OPERABLE ?
OUI
NON
EXERESE CHIRURGICALE
CURAGE GANGLIONNAIRE
IPILIMUMAB / NIVOLUMAB
GENOTYPAGE ?
BRAF MUTE
BRAF SAUVAGE
RCP
DABRAFENIB +
TRAMETINIB
ADJUVANT
OU
ANTI-PD-1
ADJUVANT
ANTI-PD-1
ADJUVANT

Tableau M.9
SURVEILLANCE D'UN MELANOME APRES TRAITEMENT INITIAL



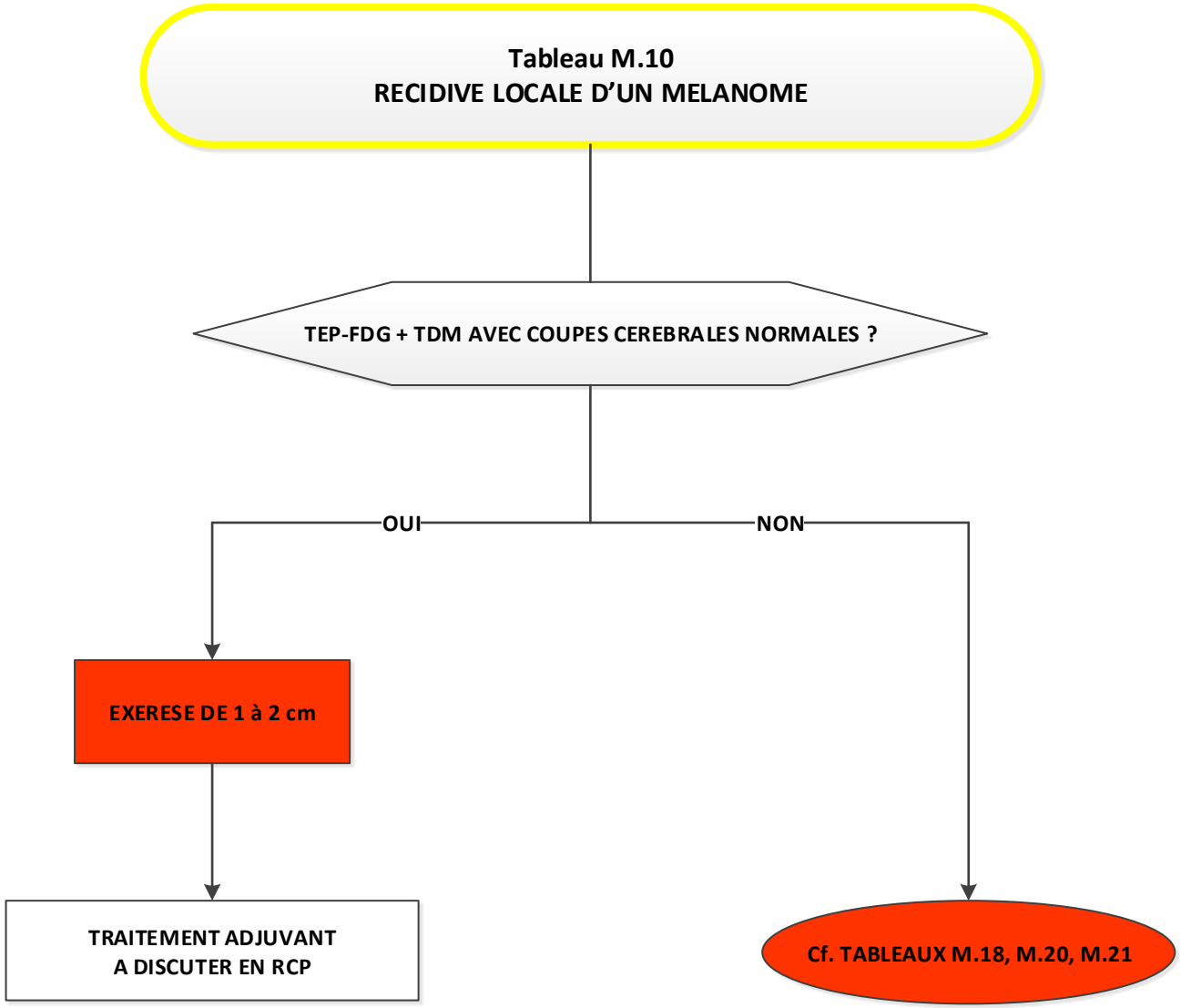


Tableau M.10
RECIDIVE LOCALE D'UN MELANOME
TEP-FDG + TDM AVEC COUPES CEREBRALES NORMALES ?
OUI
NON
EXERESE DE 1 à 2 cm
TRAITEMENT ADJUVANT
A DISCUTER EN RCP
Cf. TABLEAUX M.18, M.20, M.21

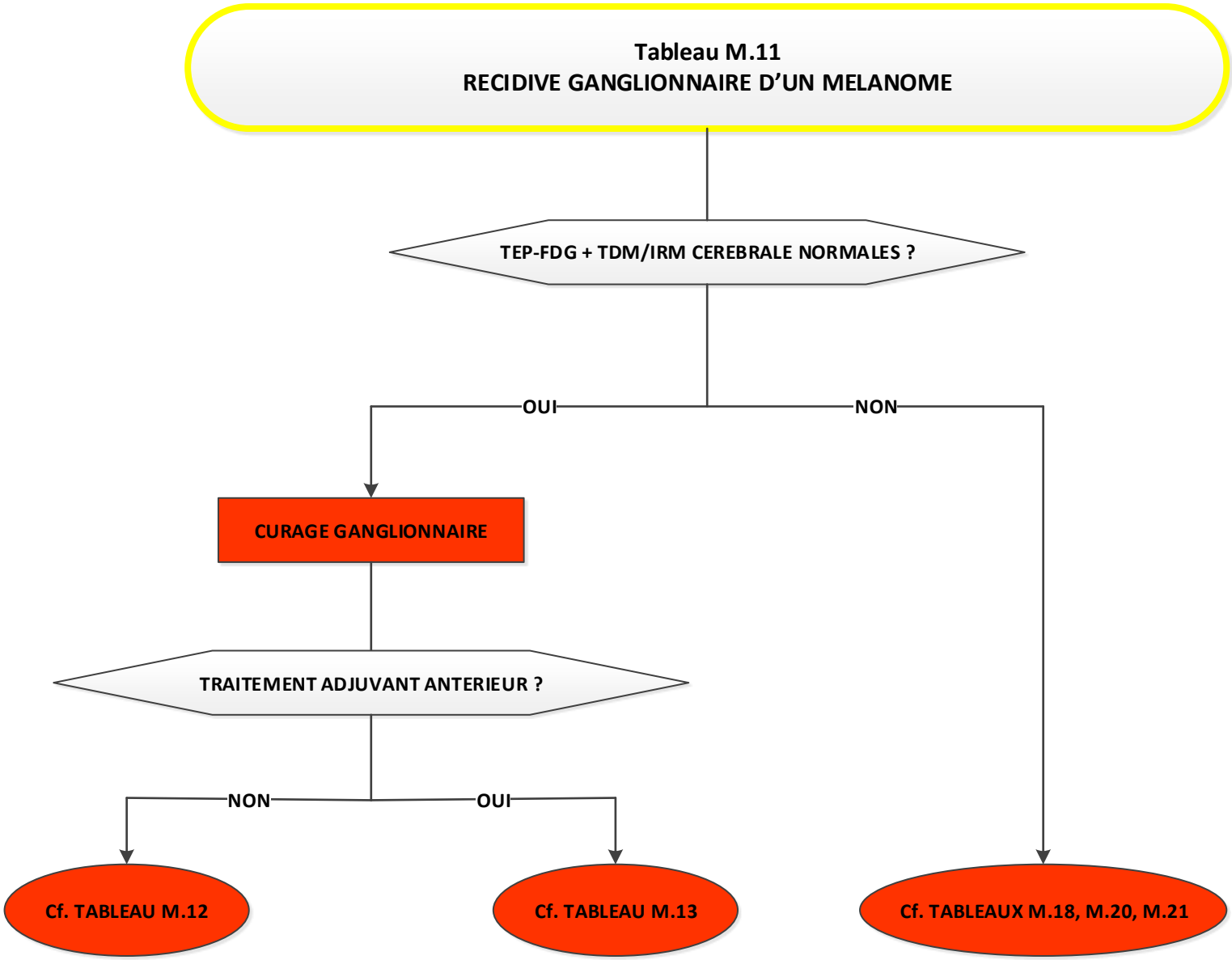


Tableau M.11
RECIDIVE GANGLIONNAIRE D'UN MELANOME
TEP-FDG + TDM/IRM CEREBRALE NORMALES ?
OUI
NON
CURAGE GANGLIONNAIRE
TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR ?
NON
OUI
Cf. TABLEAU M.12
Cf. TABLEAU M.13
Cf. TABLEAUX M.18, M.20, M.21

Tableau M.12
RECIDIVE GANGLIONNAIRE ISOLEE OU EN TRANSIT D'UN MELANOME APRES CURAGE GANGLIONNAIRE ET SANS TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR

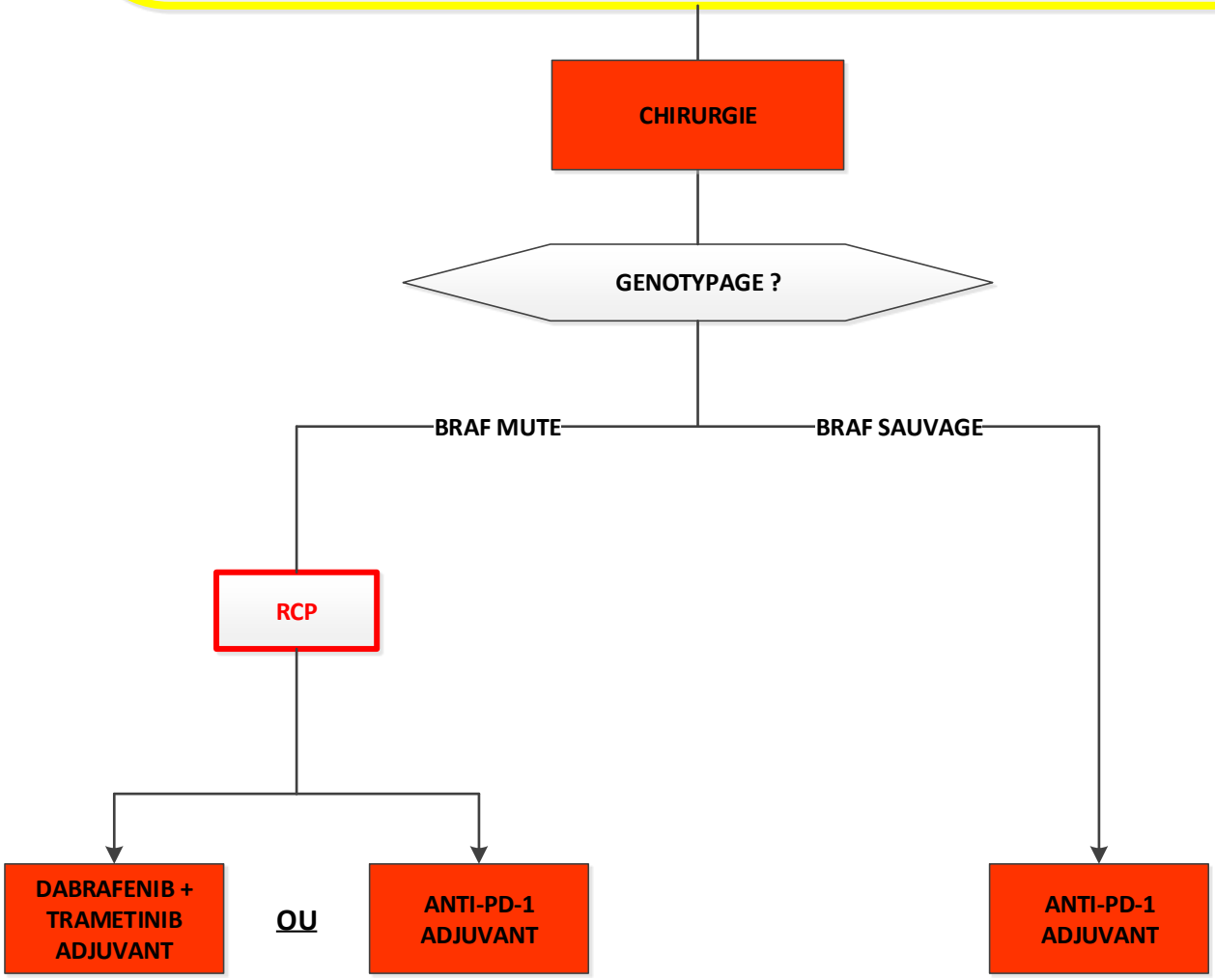
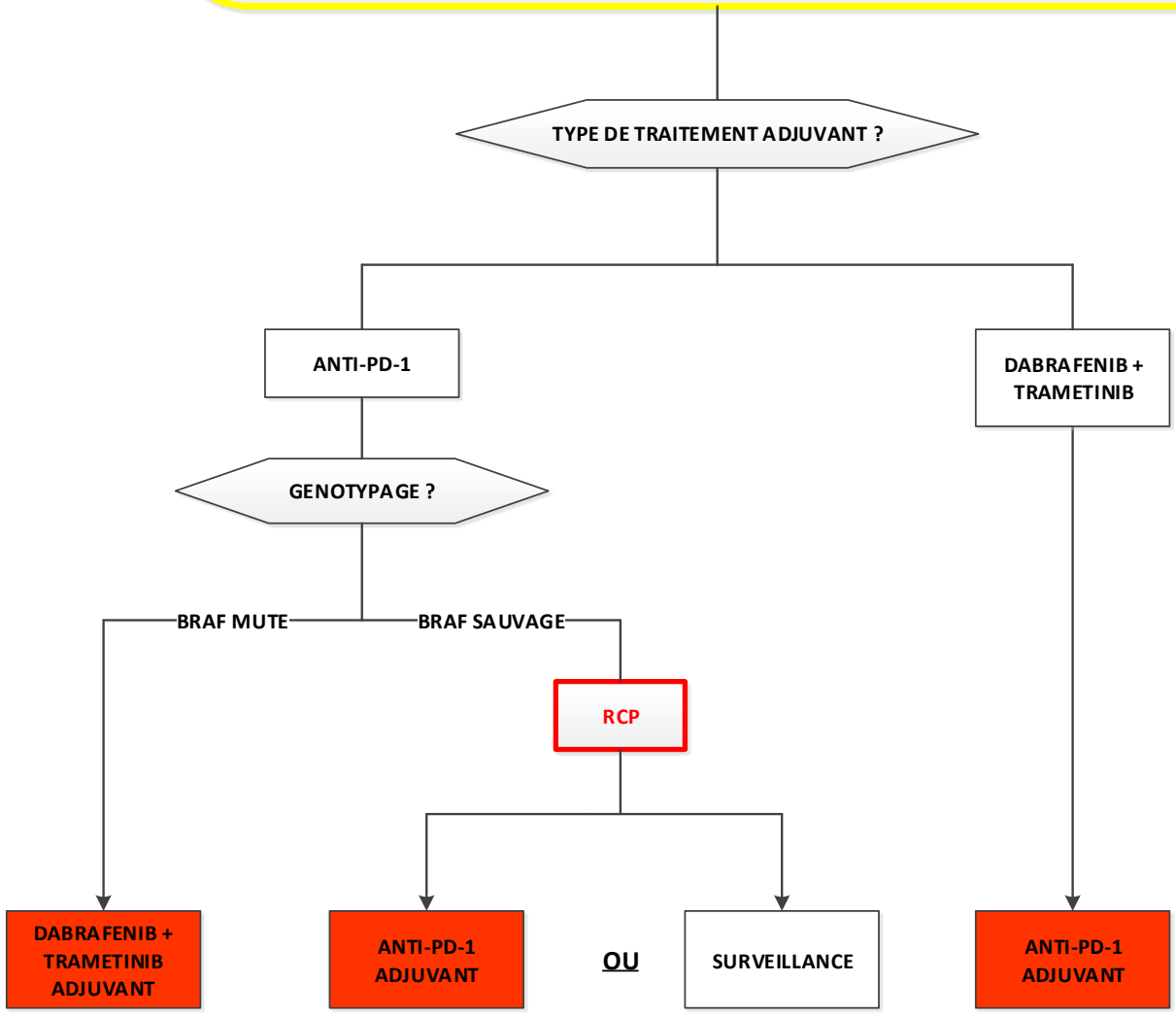


Tableau M.13
RECIDIVE GANGLIONNAIRE OU EN TRANSIT D'UN MELANOME APRES CURAGE GANGLIONNAIRE ET AVEC TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR



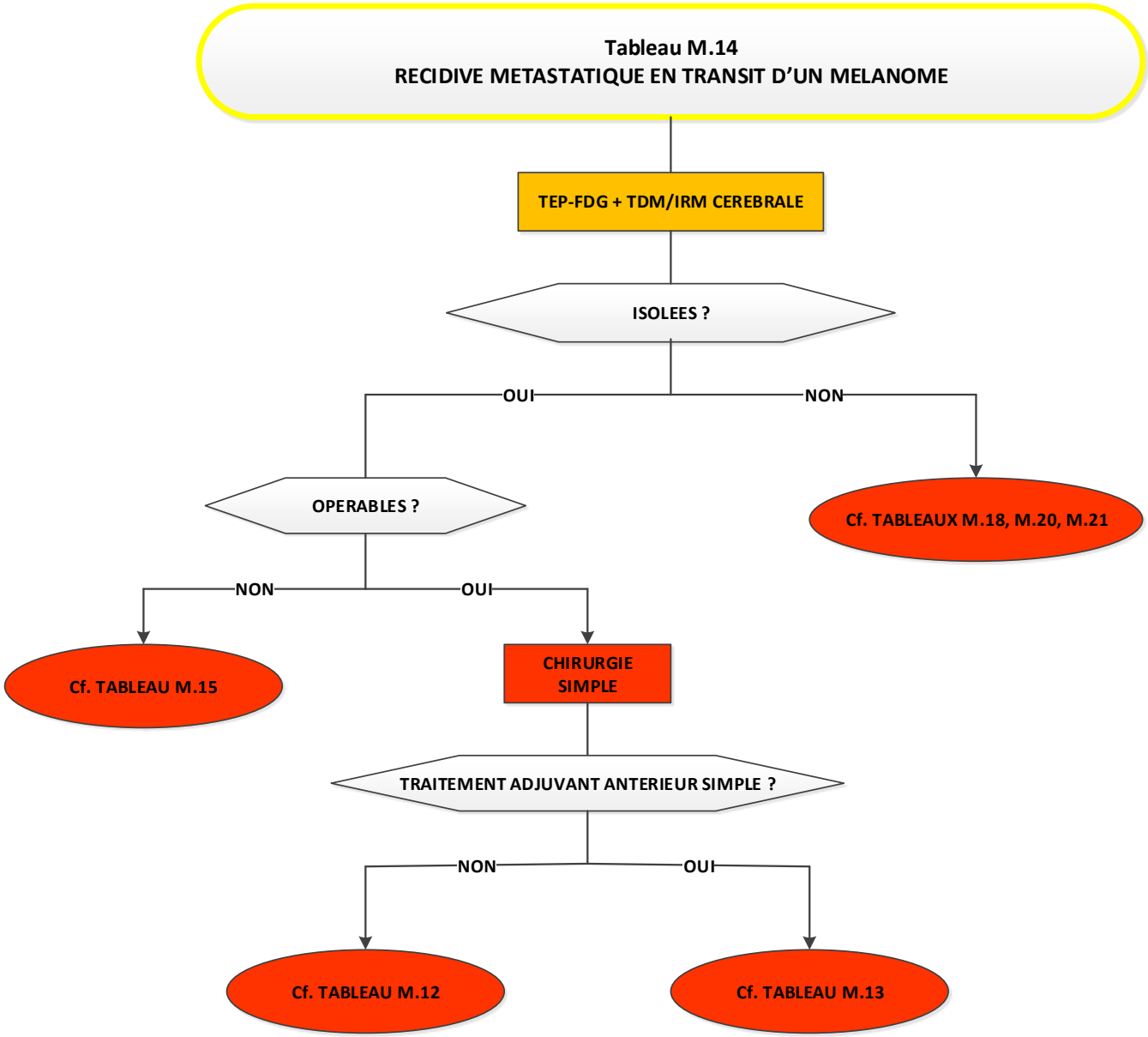


Tableau M.14
RECIDIVE METASTATIQUE EN TRANSIT D'UN MELANOME
TEP-FDG + TDM/IRM CEREBRALE
ISOLEES ?
OUI
NON
Cf. TABLEAUX M.18, M.20, M.21
OPERABLES ?
NON
OUI
Cf. TABLEAU M.15
CHIRURGIE SIMPLE
TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR SIMPLE ?
NON
OUI
Cf. TABLEAU M.12
Cf. TABLEAU M.13

Tableau M.15
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME
AVEC METASTASES EN TRANSIT ISOLEES ET INOPERABLES

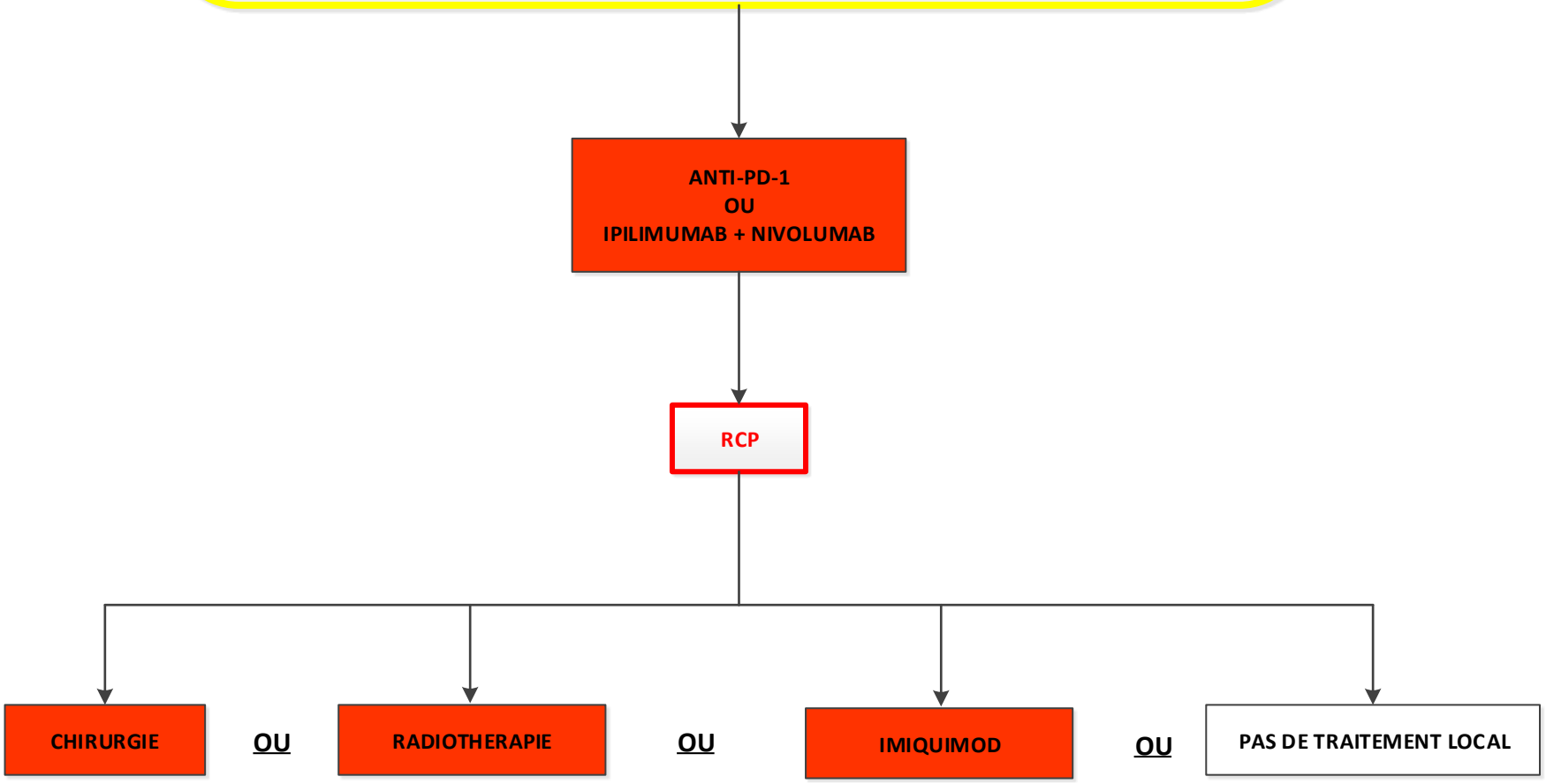
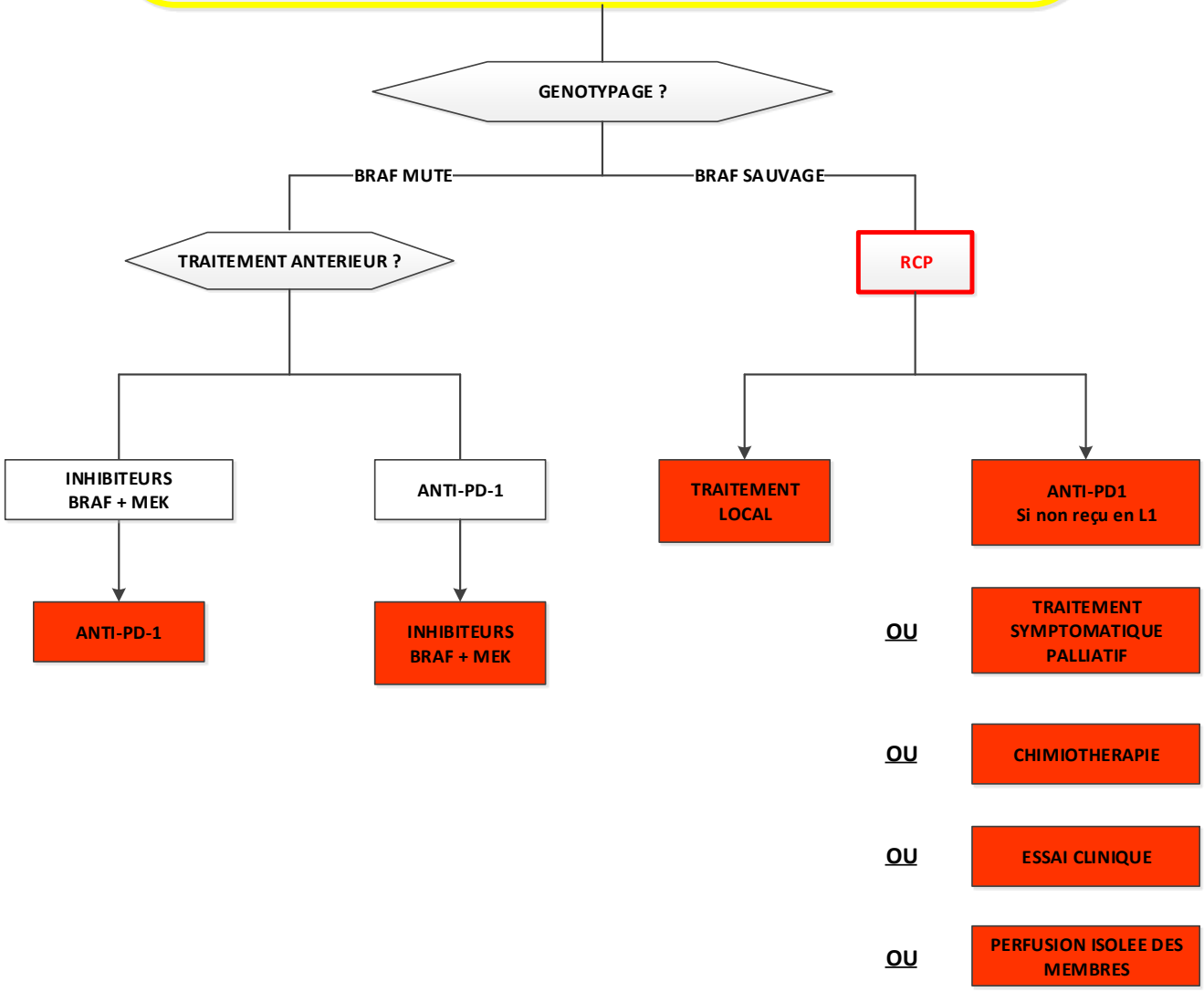


Tableau M.16
TRAITEMENT DE 2ème INTENTION D'UN MELANOME AVEC METASTASES EN TRANSIT ISOLEES ET INOPERABLES



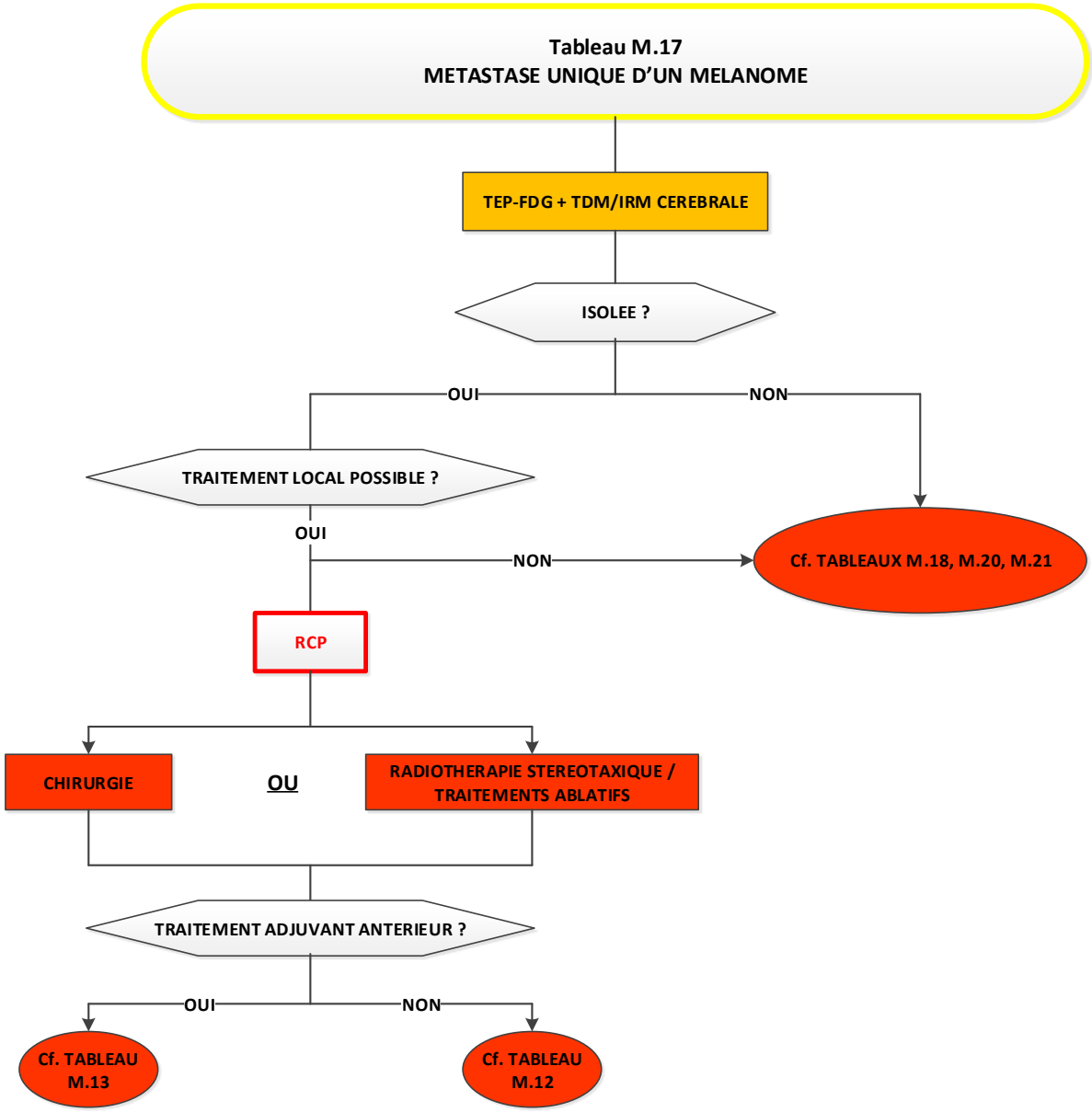


Tableau M.17
METASTASE UNIQUE D'UN MELANOME
TEP-FDG + TDM/IRM CEREBRALE
ISOLEE ?
OUI
NON
TRAITEMENT LOCAL POSSIBLE ?
OUI
NON
Cf. TABLEAUX M.18, M.20, M.21
RCP
CHIRURGIE
OU
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE / TRAITEMENTS ABLATIFS
TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR ?
OUI
NON
Cf. TABLEAU M.13
Cf. TABLEAU M.12

Tableau M.18
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE SANS TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR

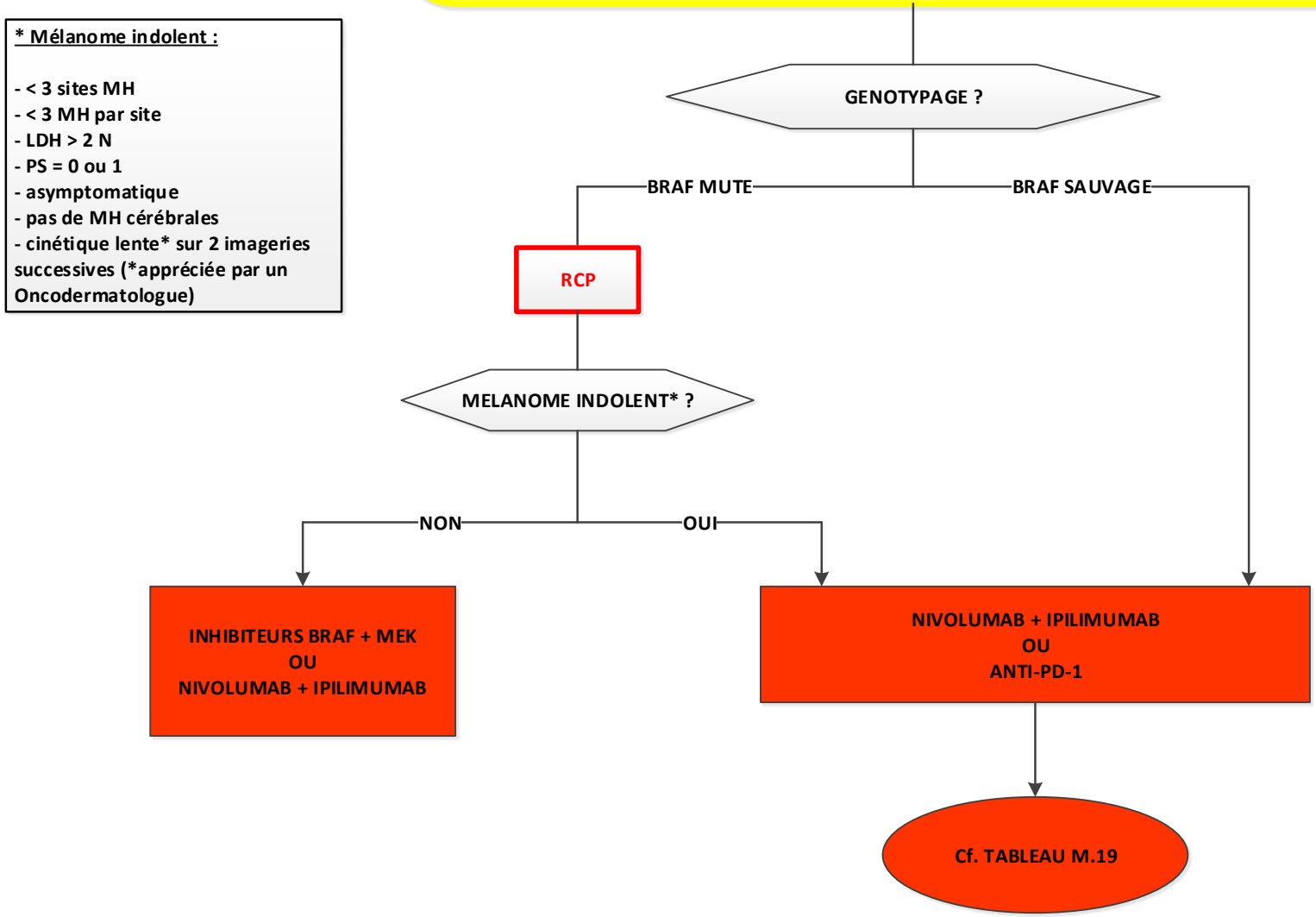


Tableau M.19
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE PAR ANTI-PD-1

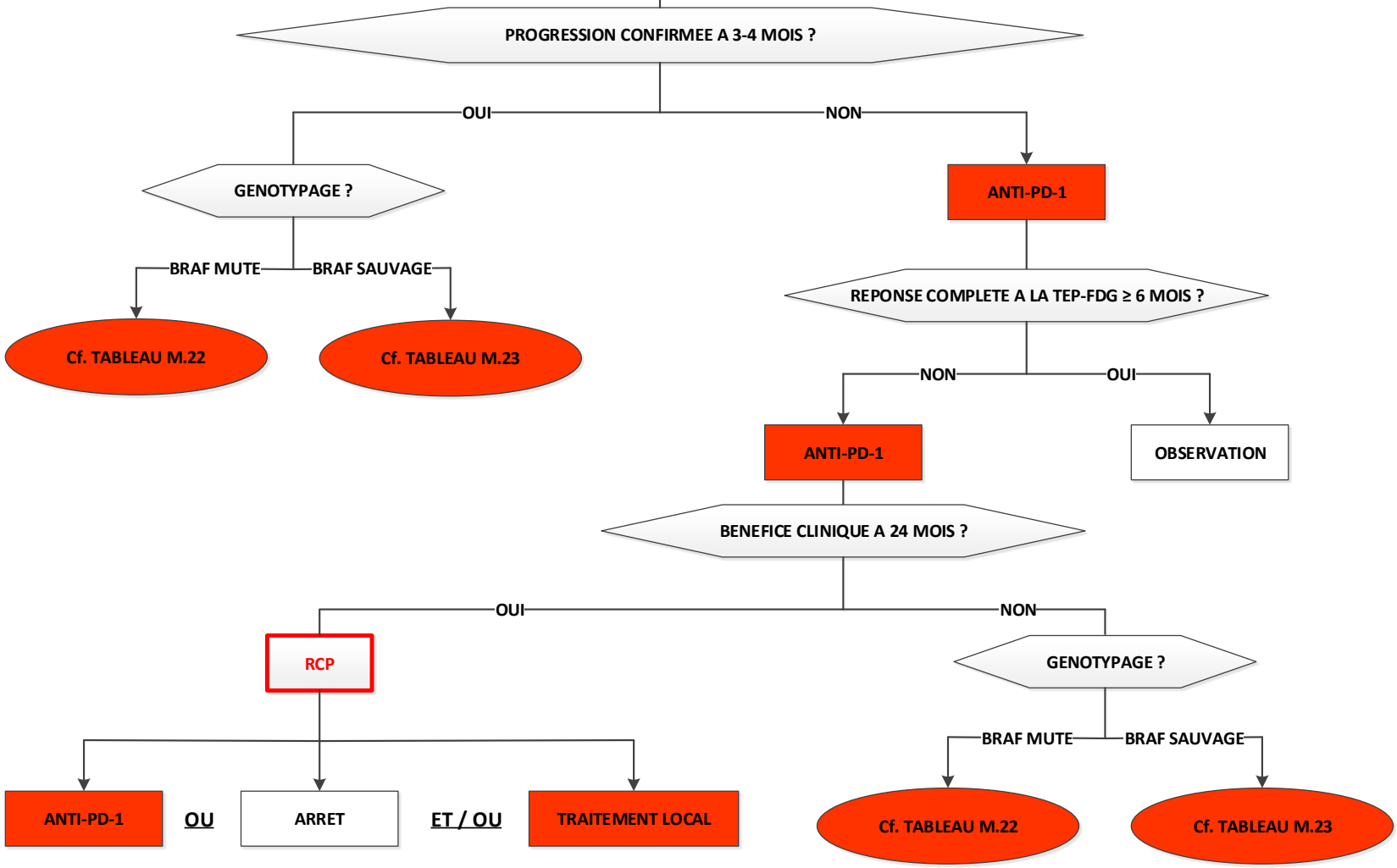


Tableau M.20
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF MUTE AVEC TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR

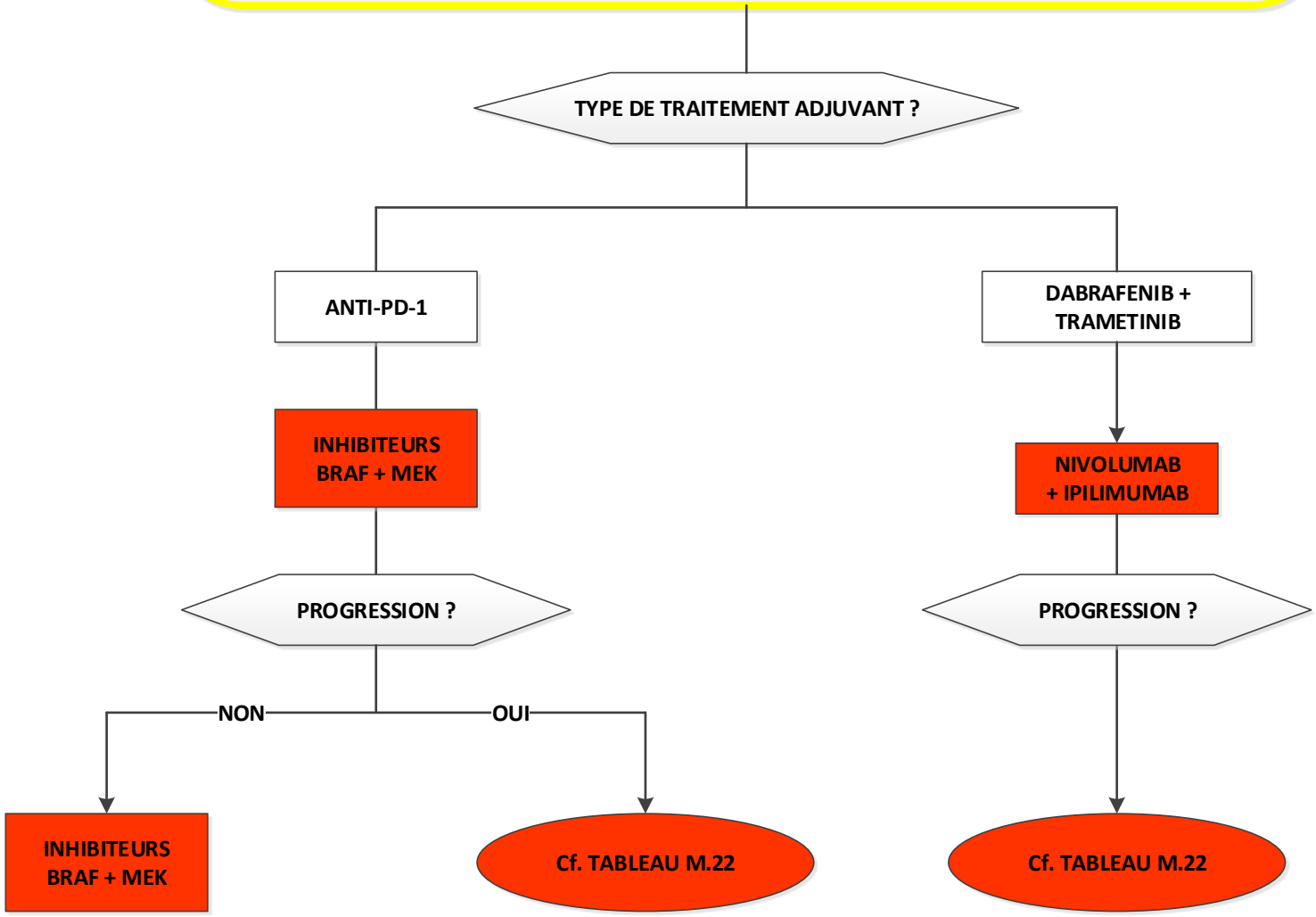


Tableau M.21
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF SAUVAGE AVEC TRAITEMENT ADJUVANT ANTERIEUR

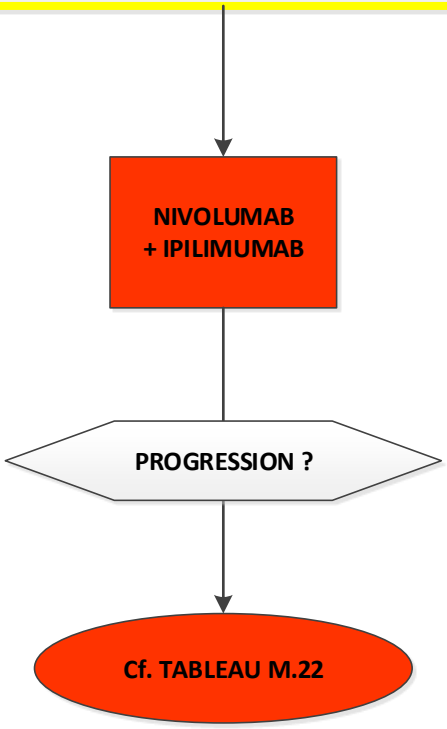
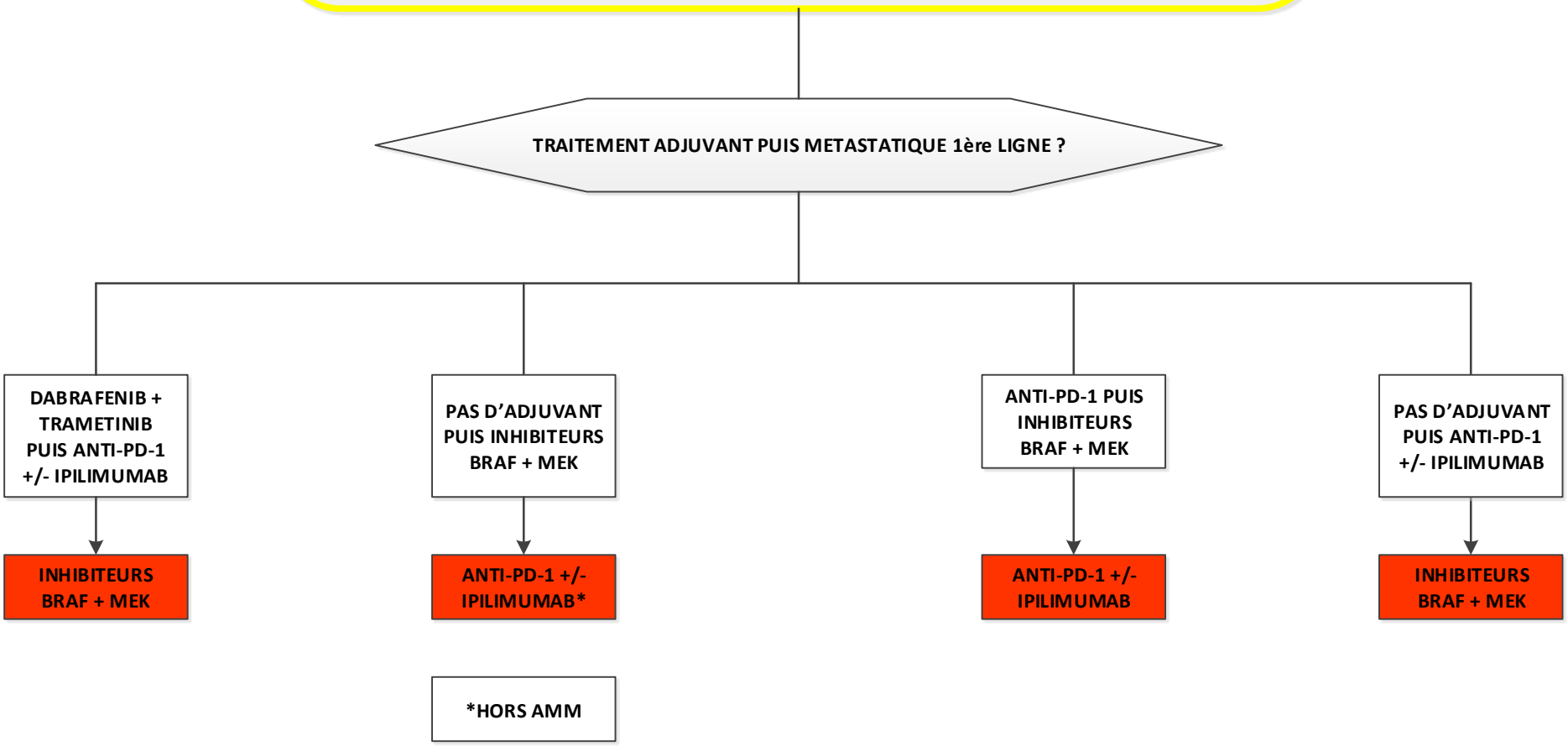


Tableau M.22
TRAITEMENT DE 2ème INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF MUTE



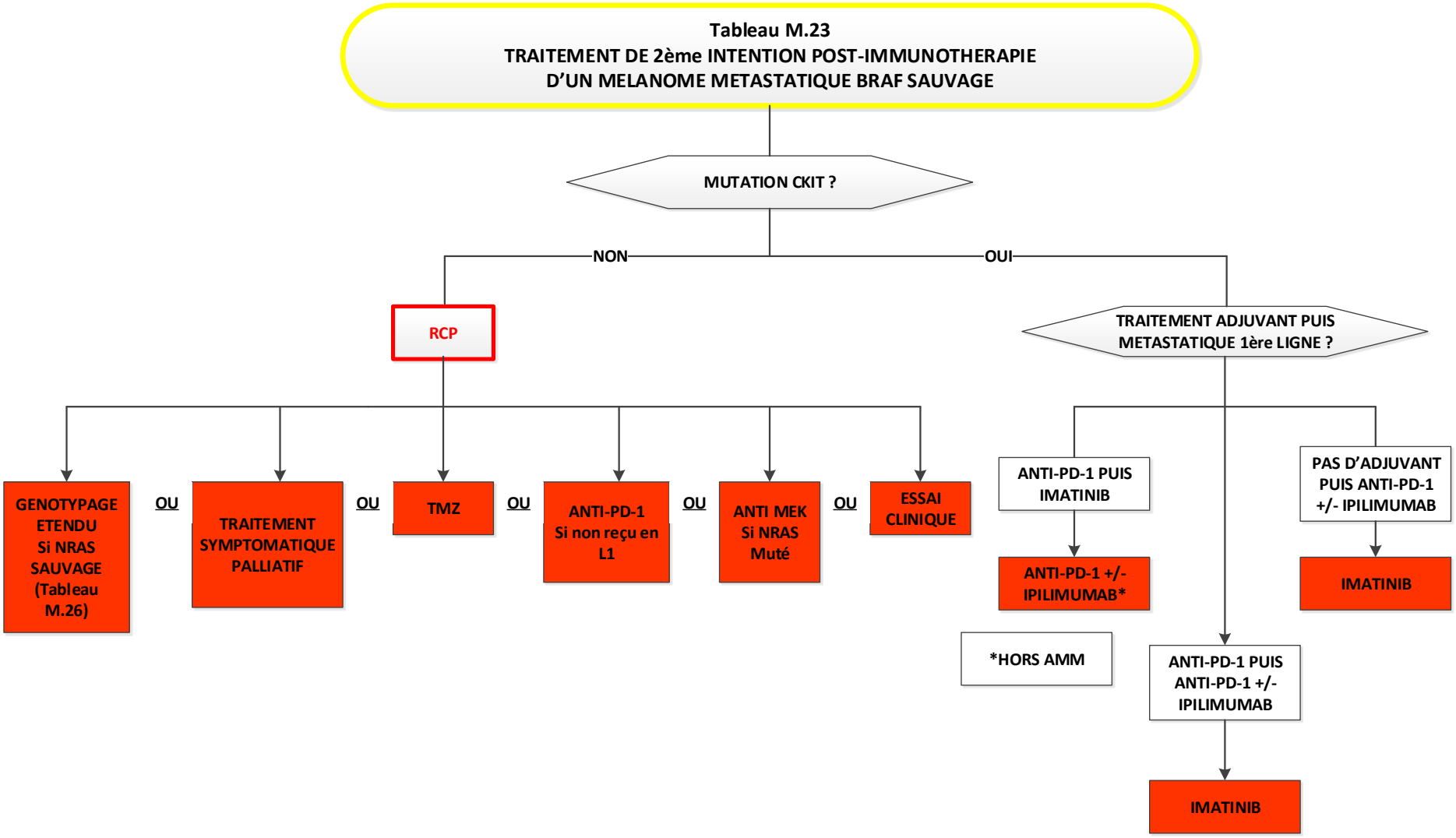


Tableau M.23
TRAITEMENT DE 2ème INTENTION POST-IMMUNOTHERAPIE
D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF SAUVAGE
MUTATION CKIT ?
NON
OUI
RCP
TRAITEMENT ADJUVANT PUIS METASTATIQUE 1ère LIGNE ?
GENOTYPAGE ETENDU Si NRAS SAUVAGE (Tableau M.26)
OU
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE PALLIATIF
OU
TMZ
OU
ANTI-PD-1 Si non reçu en L1
OU
ANTI MEK Si NRAS Muté
OU
ESSAI CLINIQUE
ANTI-PD-1 PUIS IMATINIB
ANTI-PD-1 +/- IPILIMUMAB*
*HORS AMM
PAS D'ADJUVANT PUIS ANTI-PD-1 +/- IPILIMUMAB
IMATINIB
ANTI-PD-1 PUIS ANTI-PD-1 +/- IPILIMUMAB
IMATINIB

Tableau M.24
TRAITEMENT DE 3ème INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF MUTE

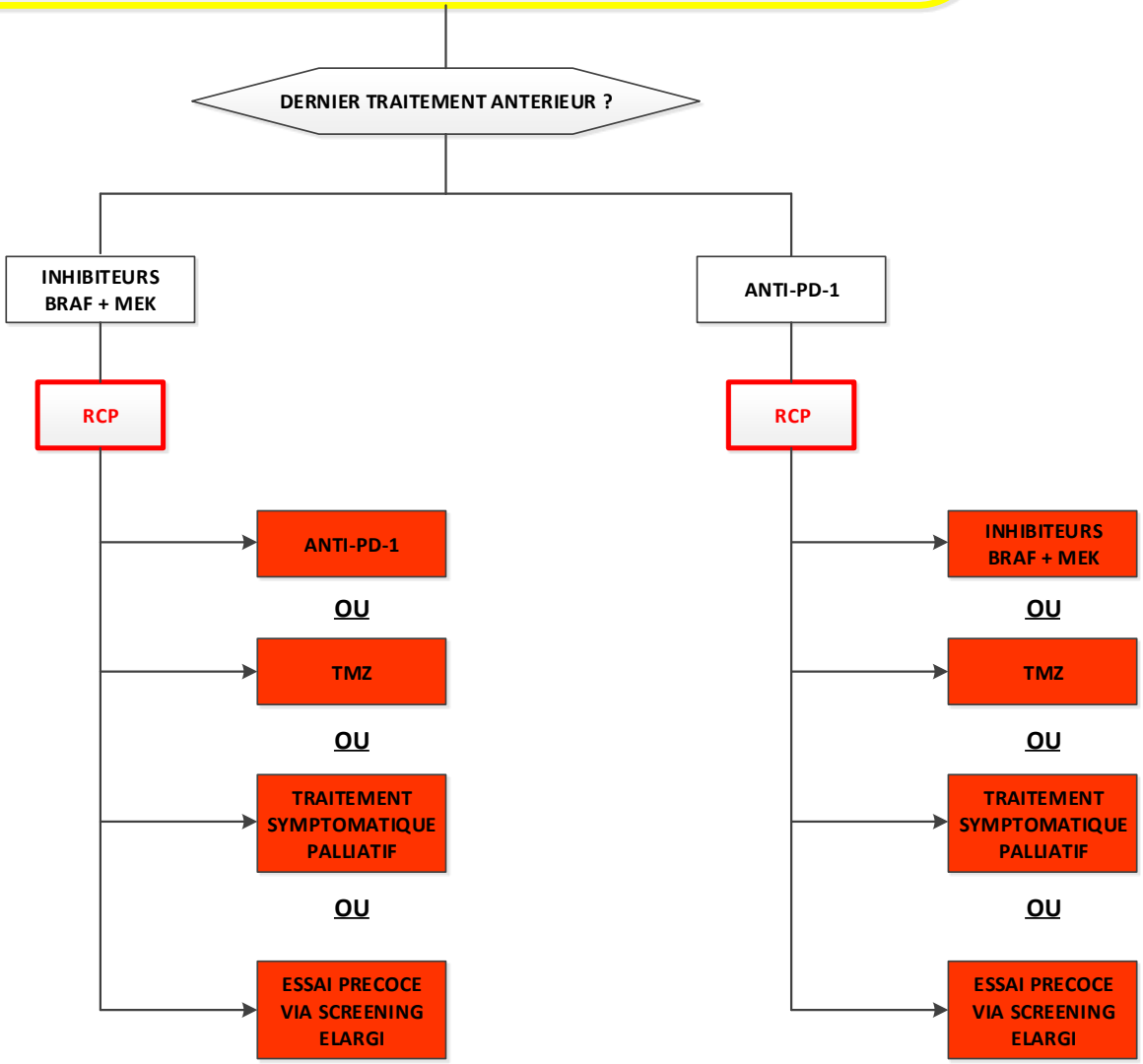


Tableau M.25
TRAITEMENT DE 3ème INTENTION D'UN MELANOME METASTATIQUE BRAF SAUVAGE

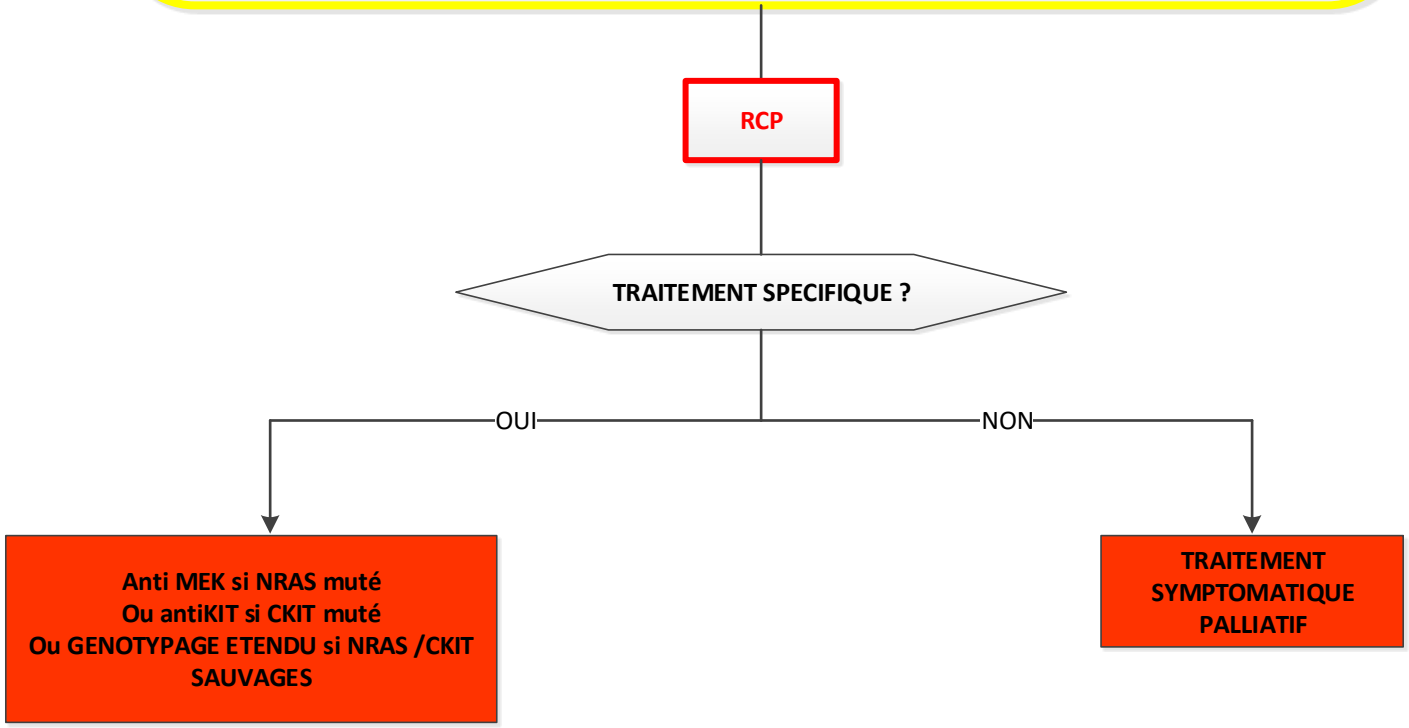


Tableau M.26
SYNTHESE DES TRAITEMENTS MEDICAUX SYSTEMIQUES ADJUVANTS ET METASTATIQUES DANS LE MELANOME

	BRAF MUTE								CKIT MUTE					NON MUTE			
ADJUVANT*	DAB + TRA		AP1		O				AP1			O		AP1		O	
1ère LIGNE*	AP1		IBRAF/MEK		IBRAF/MEK		AP1		IMA	AP1 +/- IPI		AP1 +/- IPI		AP1 +/- IPI		AP1 +/- IPI	
2ème LIGNE*/**	IBRAF/MEK		AP1		AP1		IBRAF/MEK		AP1	IMA		IMA		AP1	TMZ	AP1	TMZ
3ème LIGNE*/**	AP1	TMZ	IBRAF/MEK	TMZ	IBRAF/MEK	TMZ	AP1	TMZ	TMZ	AP1	TMZ	AP1	TMZ	TMZ	AP1	TMZ	AP1

** ou essai thérapeutique précoce ou non*
*** ou traitement symptomatique palliatif*

DAB + TRA : DABRAFENIB + TRAMETINIB
AP1 : ANTI-PD-1
IBRAF/MEK : INHIBITEURS BRAF + MEK

IMA : IMATINIB
TMZ : TEMOZOLOMIDE
IPI : IPILIMUMAB

recherche fusion NTRK + RET + MET

RCP ARPEGO : essai précoce ?

Tableau M.27
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE LOCAL D'UN MELANOME METASTATIQUE OSSEUX

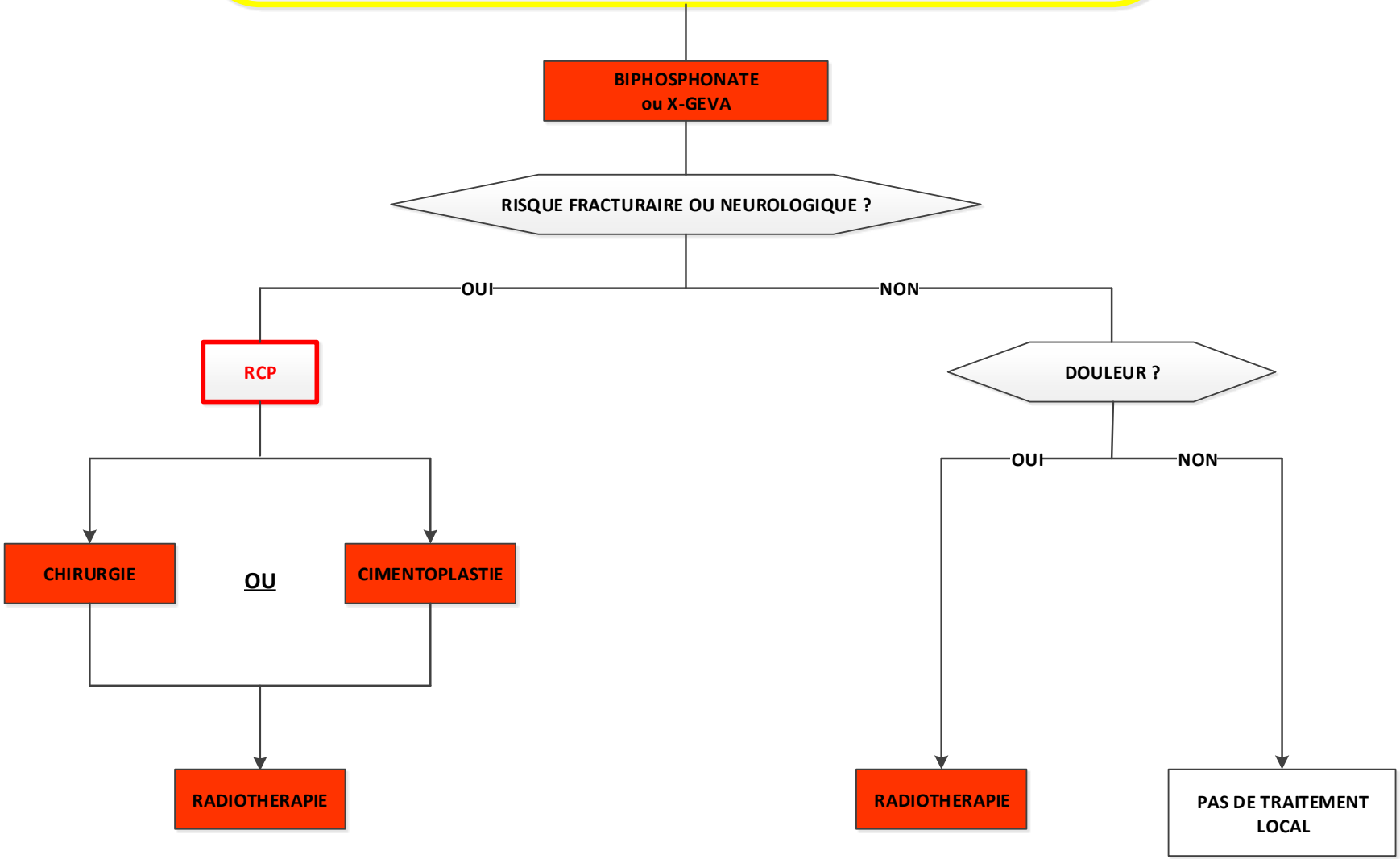


Tableau M.28
TRAITEMENT LOCAL D'UN MELANOME AVEC METASTASES CEREBRALES

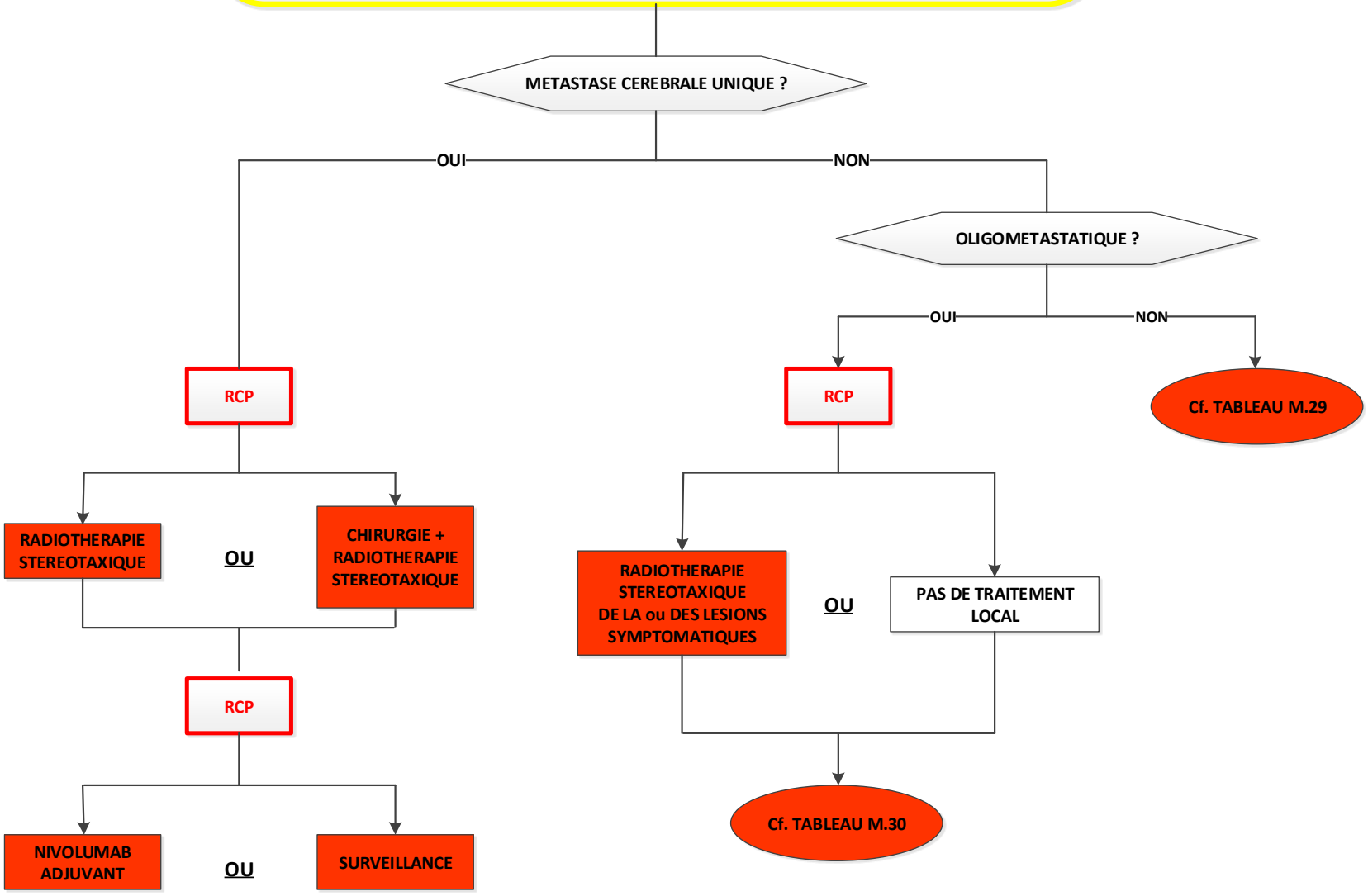


Tableau M.29
TRAITEMENT SYSTEMIQUE D'UN MELANOME AVEC METASTASES CEREBRALES

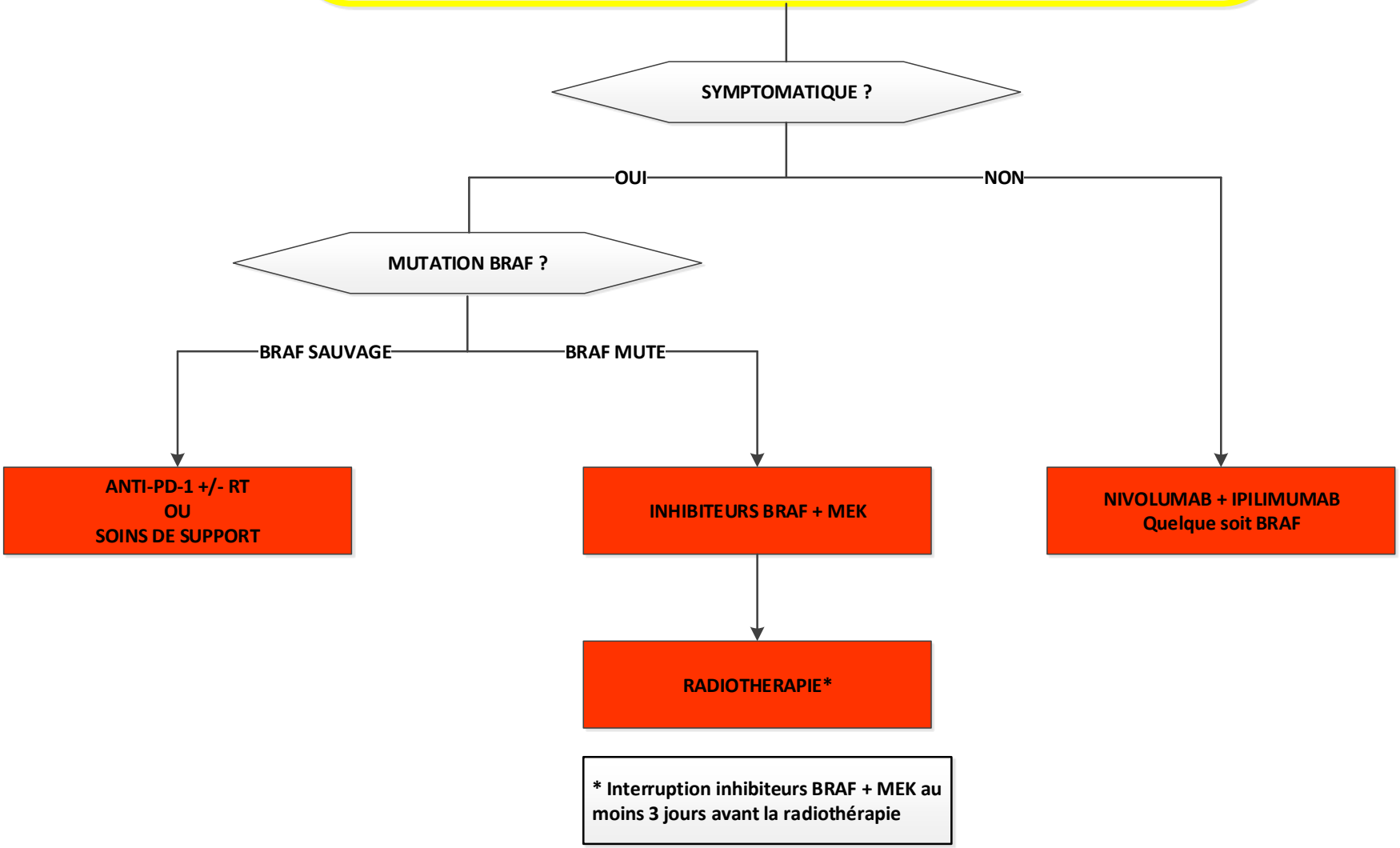


Tableau M.30
TRAITEMENT DE 1ère INTENTION D'UN MELANOME AVEC OLIGO METASTASES CEREBRALES

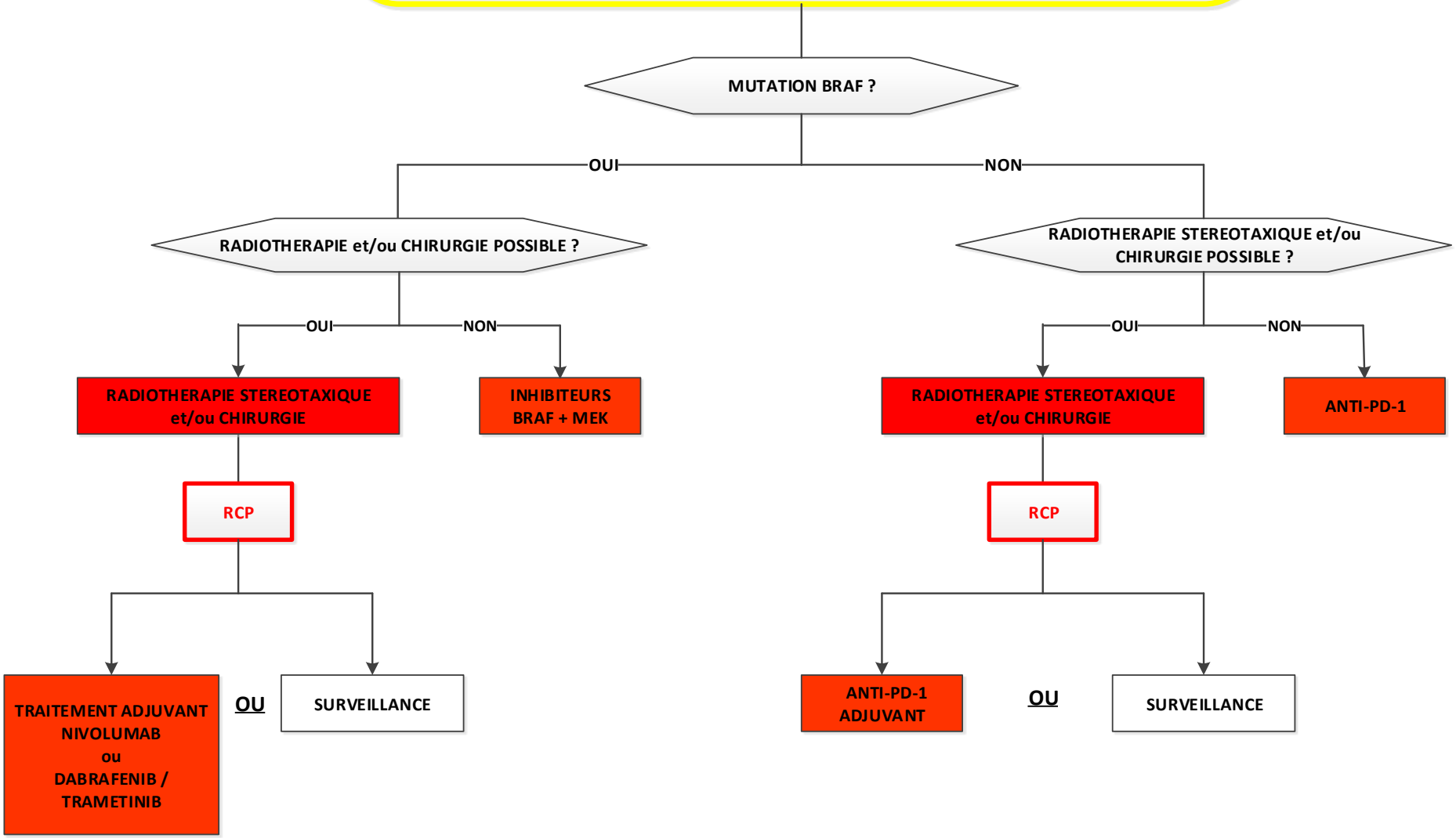


Tableau M.31
TRAITEMENT DE 2ème INTENTION D'UN MELANOME AVEC METASTASES CEREBRALES

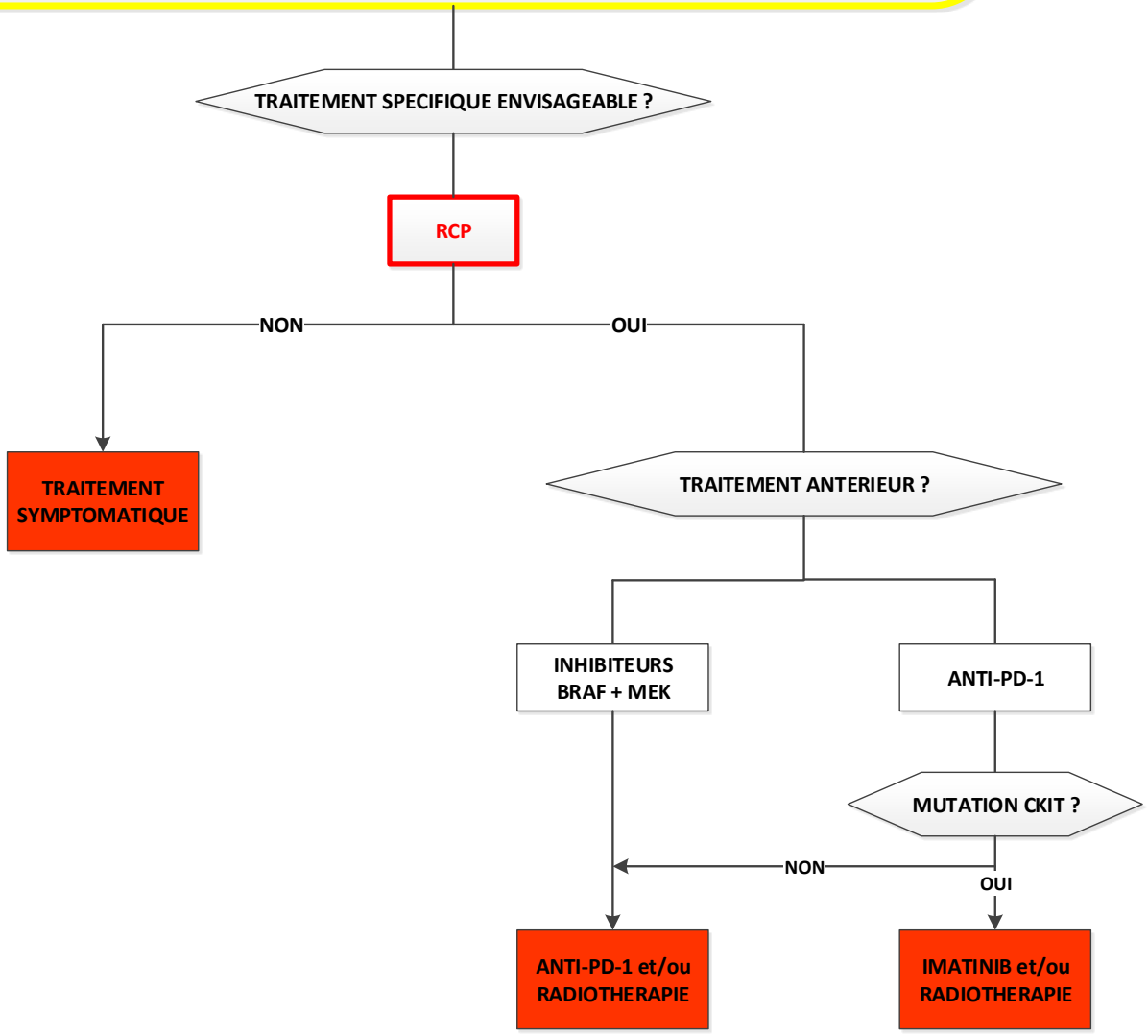


Tableau M.32
BILAN DIAGNOSTIQUE D'UN MELANOME DE SITE PRIMITIF INCONNU

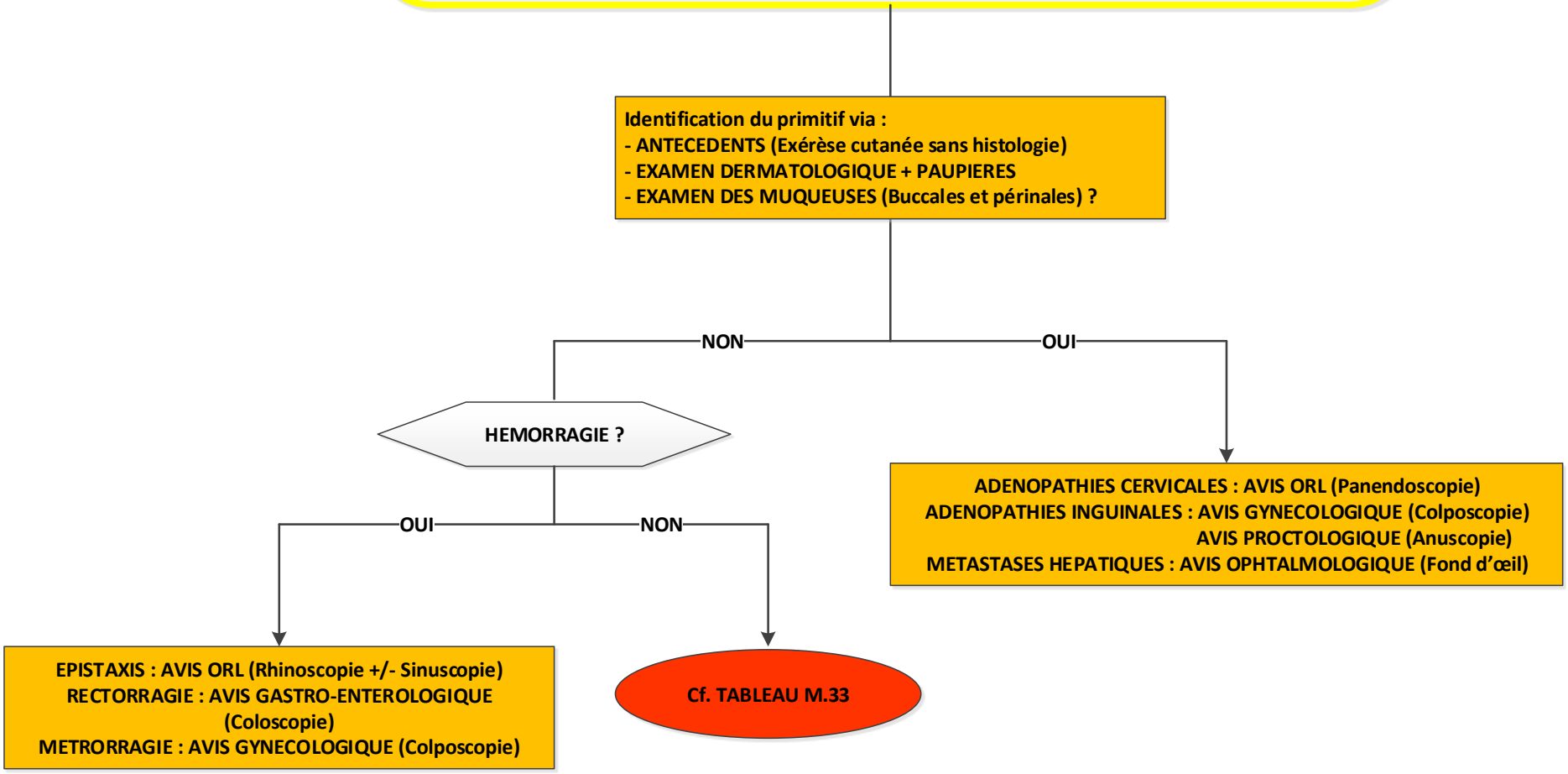
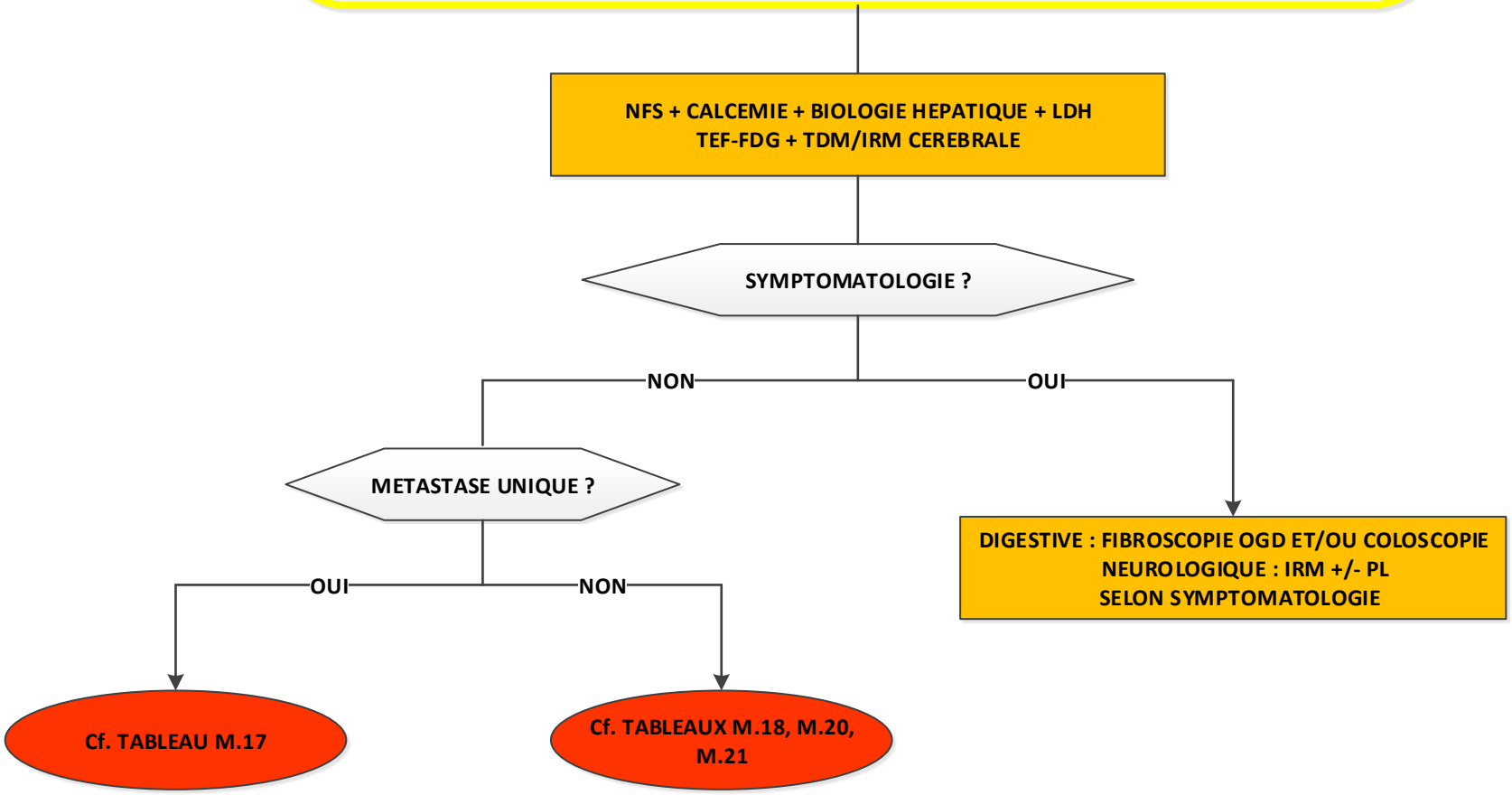


Tableau M.33
BILAN D'EXTENSION D'UN MELANOME DE SITE PRIMITIF INCONNU



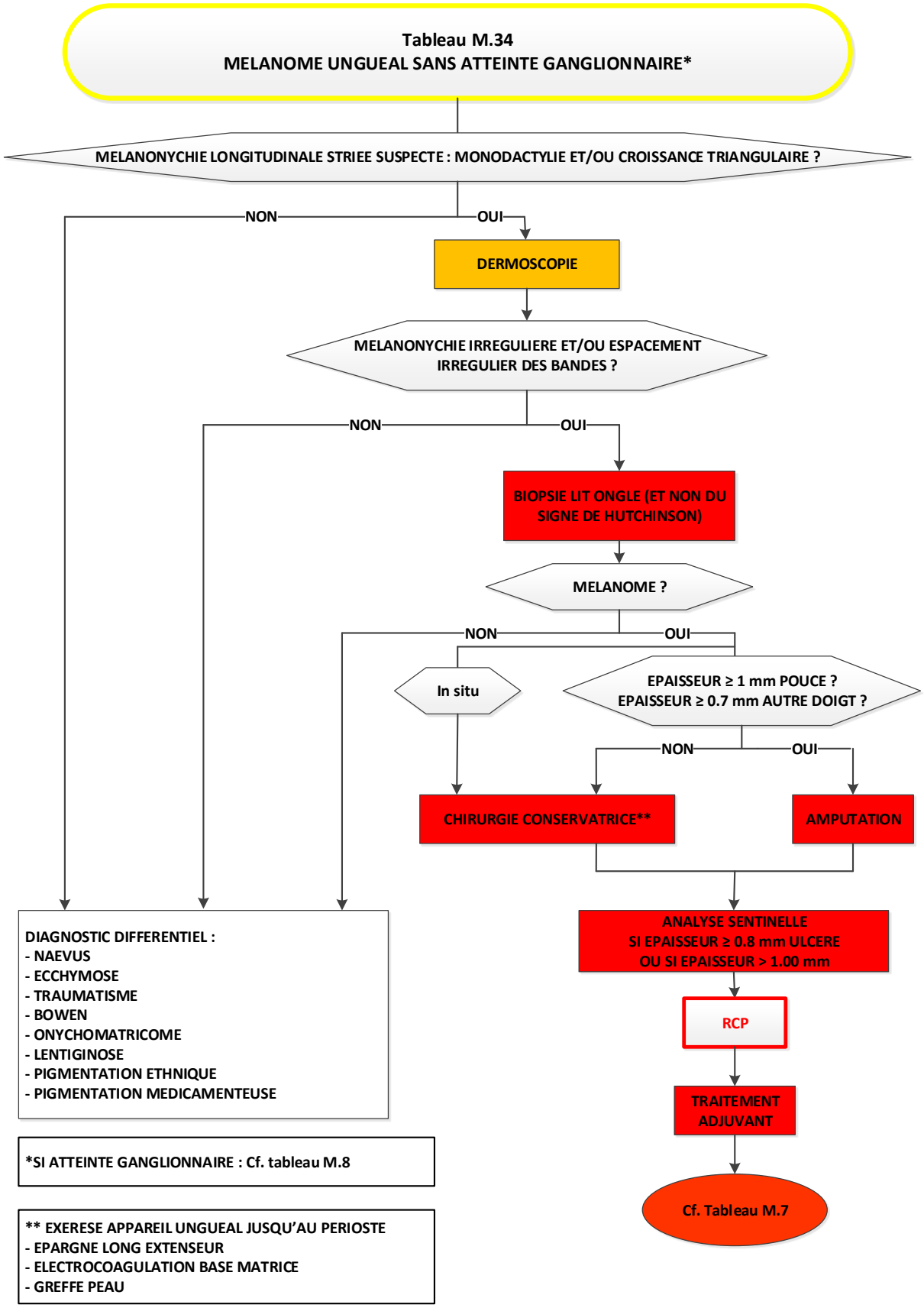


Tableau M.34
MELANOME UNGUEAL SANS ATTEINTE GANGLIONNAIRE*
MELANONYCHIE LONGITUDINALE STRIEE SUSPECTE : MONODACTYLIE ET/OU CROISSANCE TRIANGULAIRE ?
NON
OUI
DERMOSCOPIE
MELANONYCHIE IRREGULIERE ET/OU ESPACEMENT IRREGULIER DES BANDES ?
NON
OUI
BIOPSIE LIT ONGLE (ET NON DU SIGNE DE HUTCHINSON)
MELANOME ?
NON
OUI
In situ
EPAISSEUR ≥ 1 mm POUCE ?
EPAISSEUR ≥ 0.7 mm AUTRE DOIGT ?
NON
OUI
CHIRURGIE CONSERVATRICE**
AMPUTATION
ANALYSE SENTINELLE
SI EPAISSEUR ≥ 0.8 mm ULCERE
OU SI EPAISSEUR > 1.00 mm
RCP
TRAITEMENT ADJUVANT
Cf. Tableau M.7
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :
- NAEVUS
- ECCHYMOSE
- TRAUMATISME
- BOWEN
- ONYCHOMATRICOME
- LENTIGINOSE
- PIGMENTATION ETHNIQUE
- PIGMENTATION MEDICAMENTEUSE
*SI ATTEINTE GANGLIONNAIRE : Cf. tableau M.8
** EXERESE APPAREIL UNGUEAL JUSQU'AU PERIOSTE
- EPARGNE LONG EXTENSEUR
- ELECTROCOAGULATION BASE MATRICE
- GREFFE PEAU

Tableau M.35
MELANOME MUQUEUX DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES

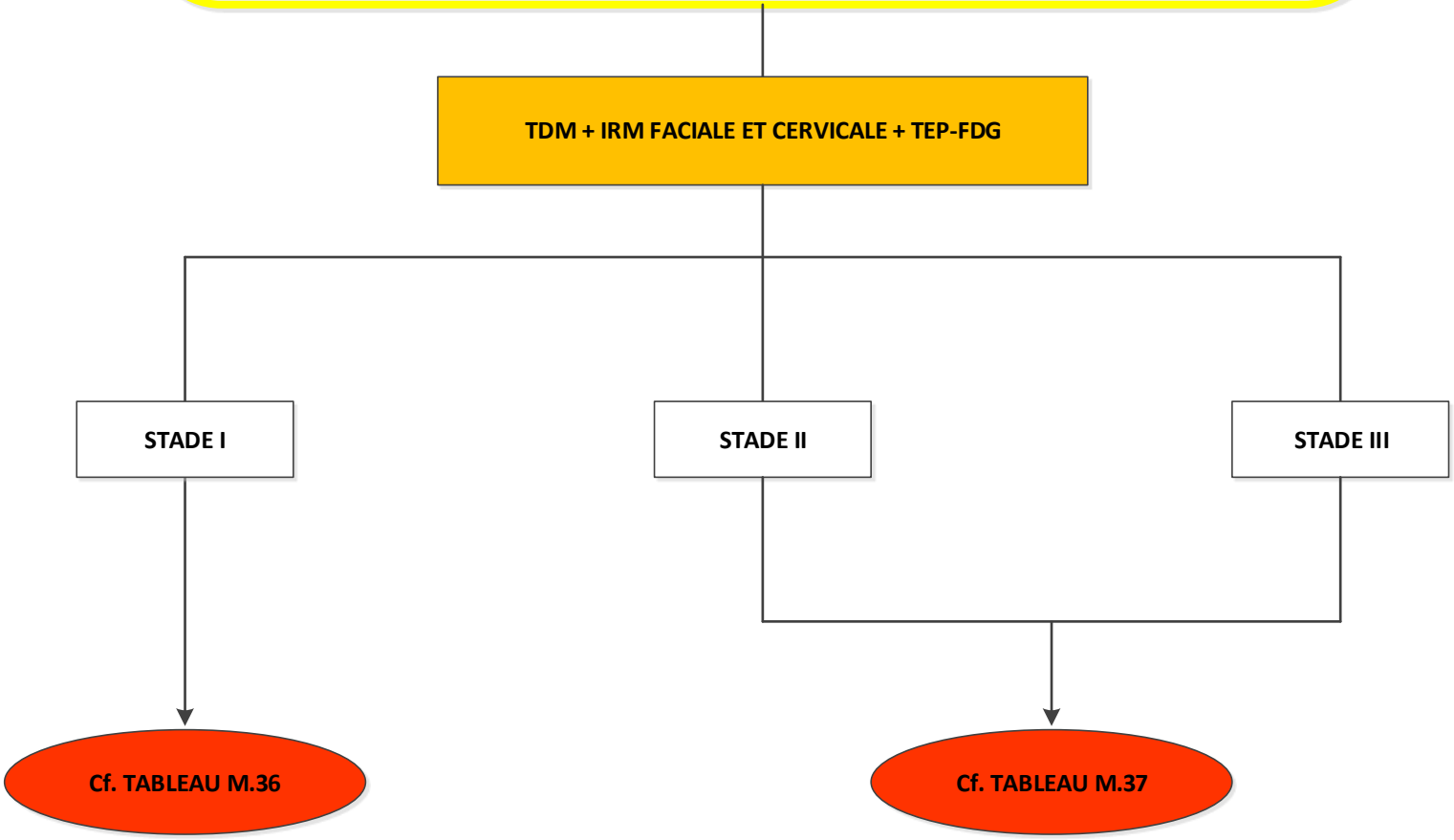


Tableau M.36
MELANOME MUQUEUX DES VOIES AERODIGESTIVES DE STADE I

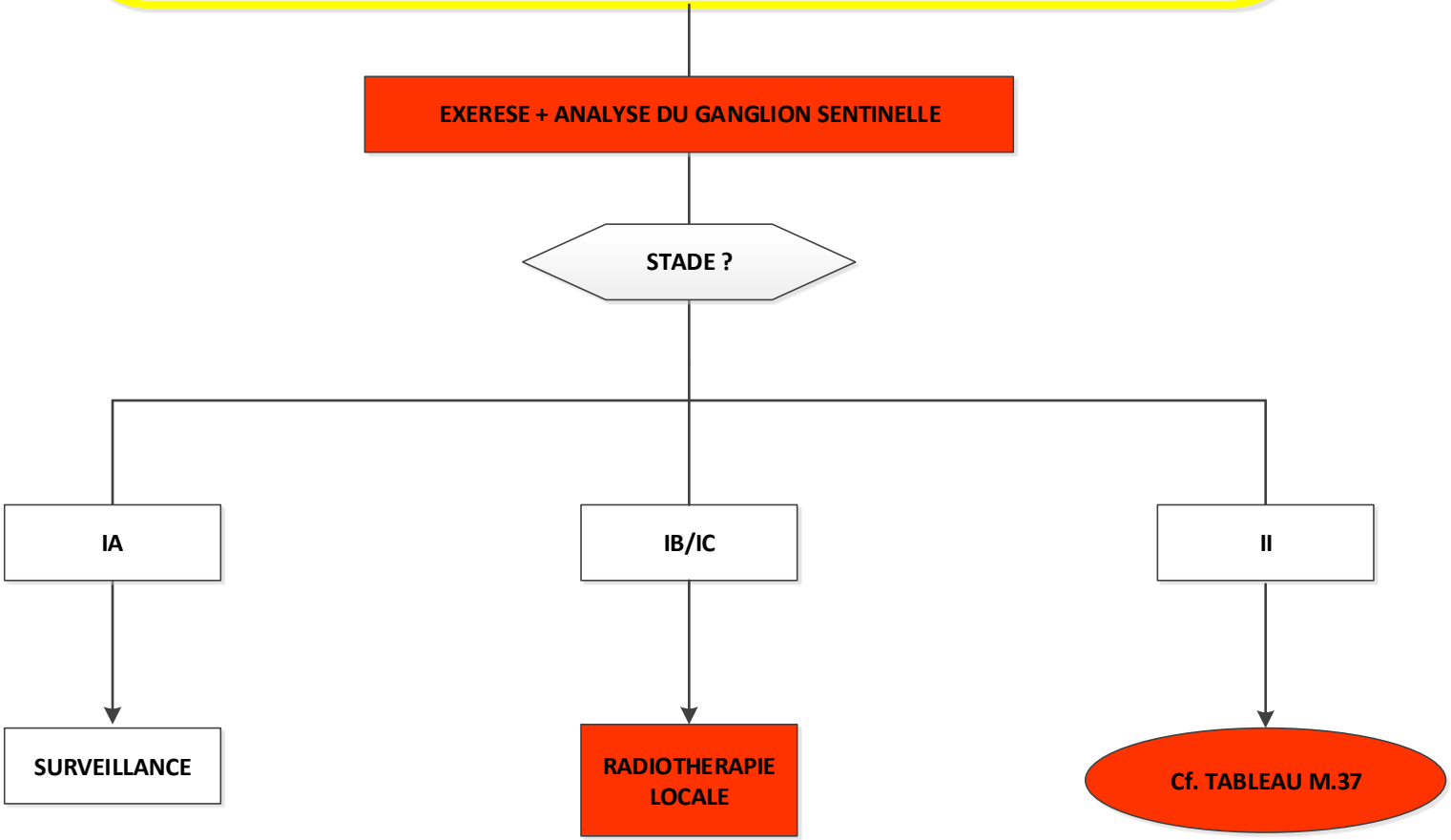


Tableau M.37
MELANOME MUQUEUX DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES DE STADE II ET III

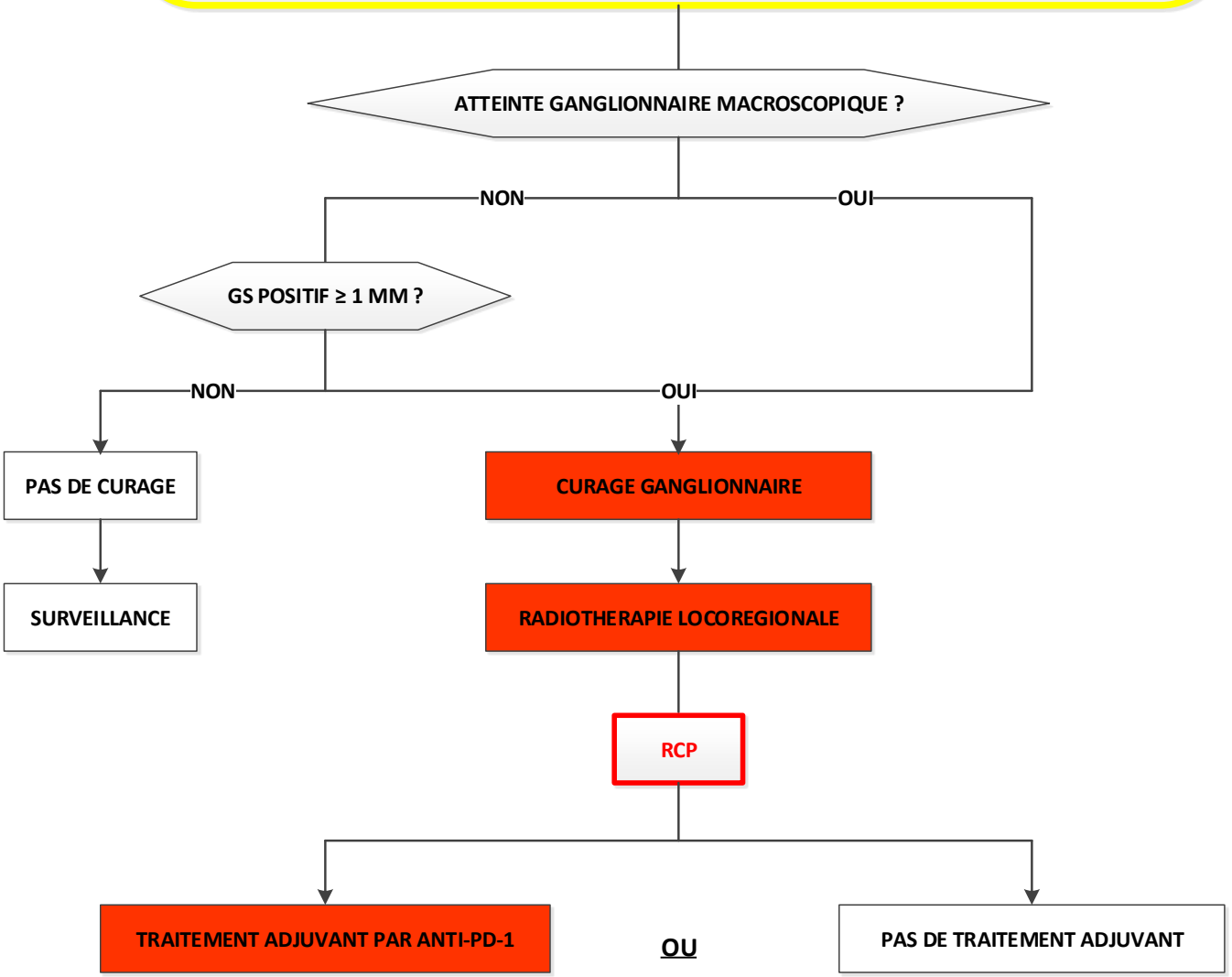
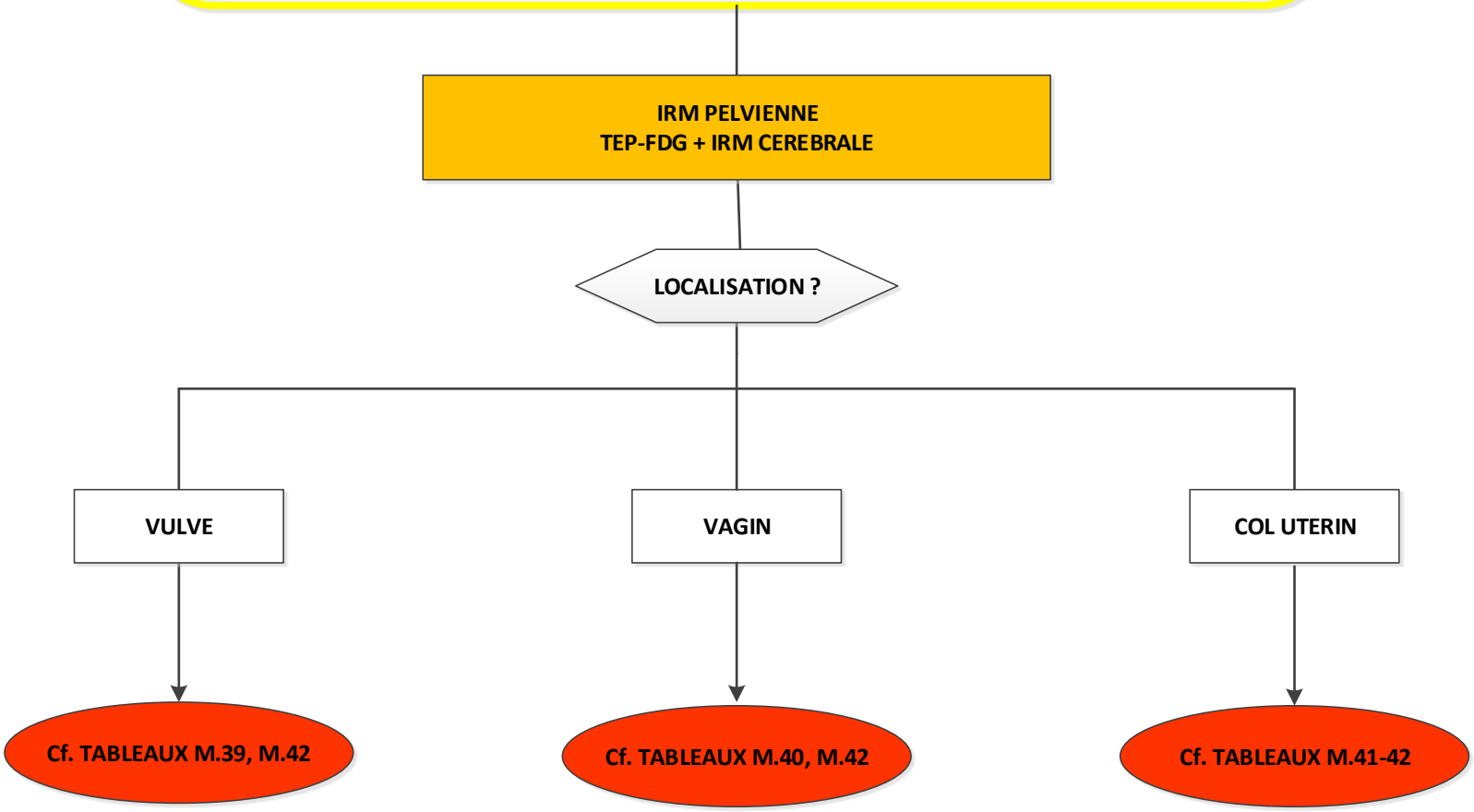


Tableau M.38
MELANOME MUQUEUX DU TRACTUS GENITAL FEMININ



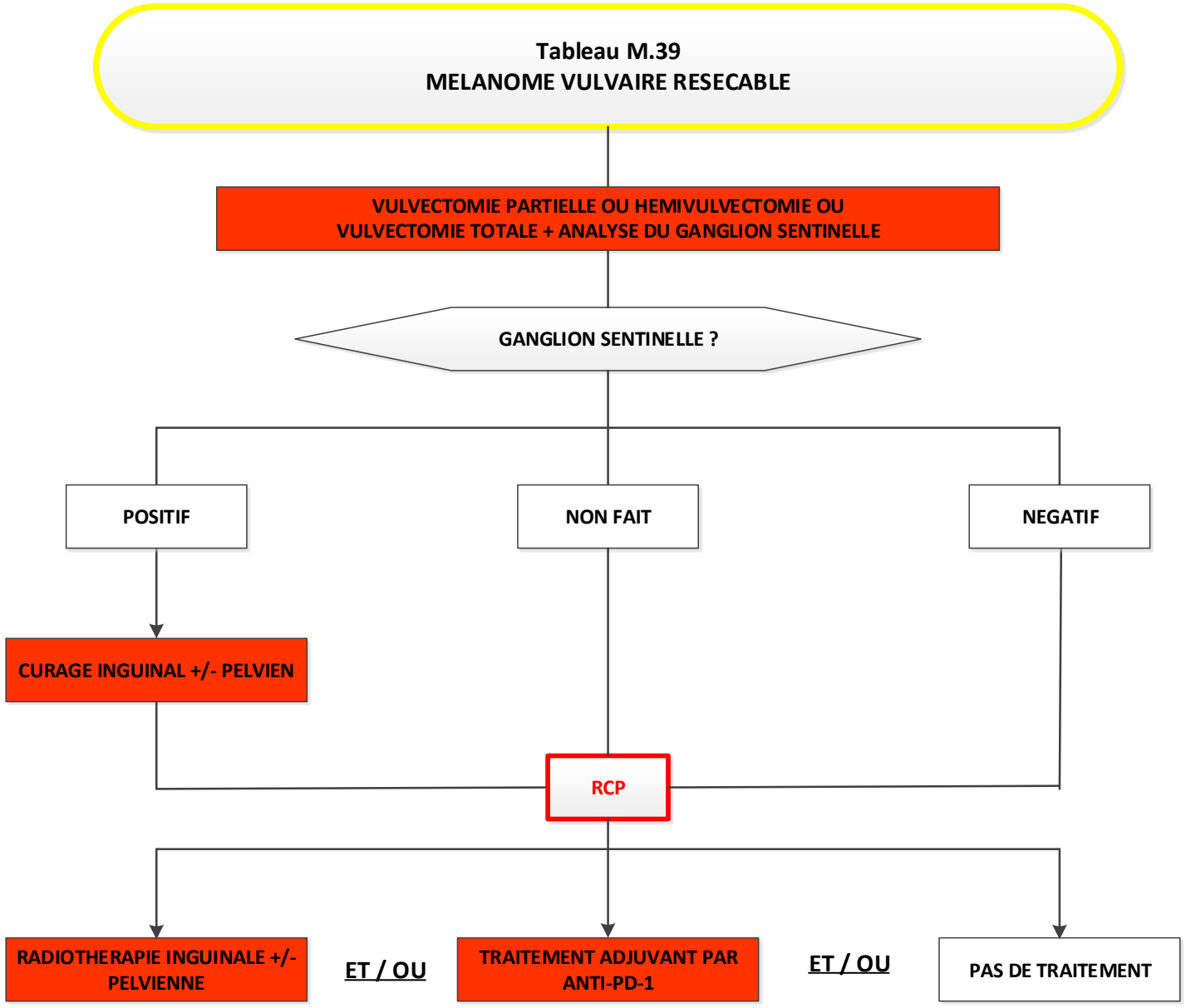


Tableau M.39
MELANOME VULVAIRE RESECABLE
VULVECTOMIE PARTIELLE OU HEMIVULVECTOMIE OU
VULVECTOMIE TOTALE + ANALYSE DU GANGLION SENTINELLE
GANGLION SENTINELLE ?
POSITIF
NON FAIT
NEGATIF
CURAGE INGUINAL +/- PELVIEN
RCP
RADIOTHERAPIE INGUINALE +/- PELVIENNE
ET / OU
TRAITEMENT ADJUVANT PAR ANTI-PD-1
ET / OU
PAS DE TRAITEMENT

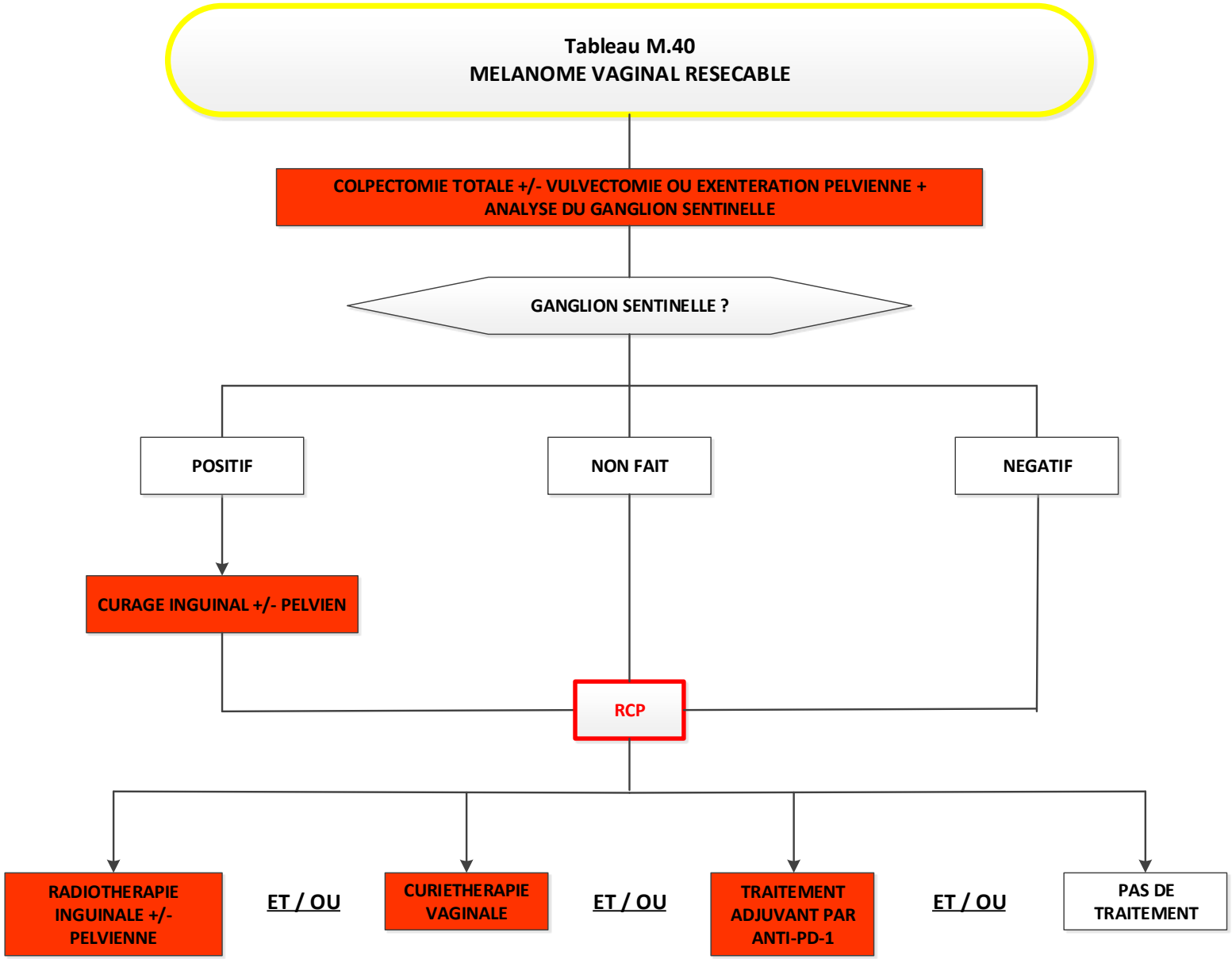


Tableau M.40
MELANOME VAGINAL RESECABLE
COLPECTOMIE TOTALE +/- VULVECTOMIE OU EXENTERATION PELVIENNE + ANALYSE DU GANGLION SENTINELLE
GANGLION SENTINELLE ?
POSITIF
NON FAIT
NEGATIF
CURAGE INGUINAL +/- PELVIEN
RCP
RADIOTHERAPIE INGUINALE +/- PELVIENNE
ET / OU
CURIETHERAPIE VAGINALE
ET / OU
TRAITEMENT ADJUVANT PAR ANTI-PD-1
ET / OU
PAS DE TRAITEMENT

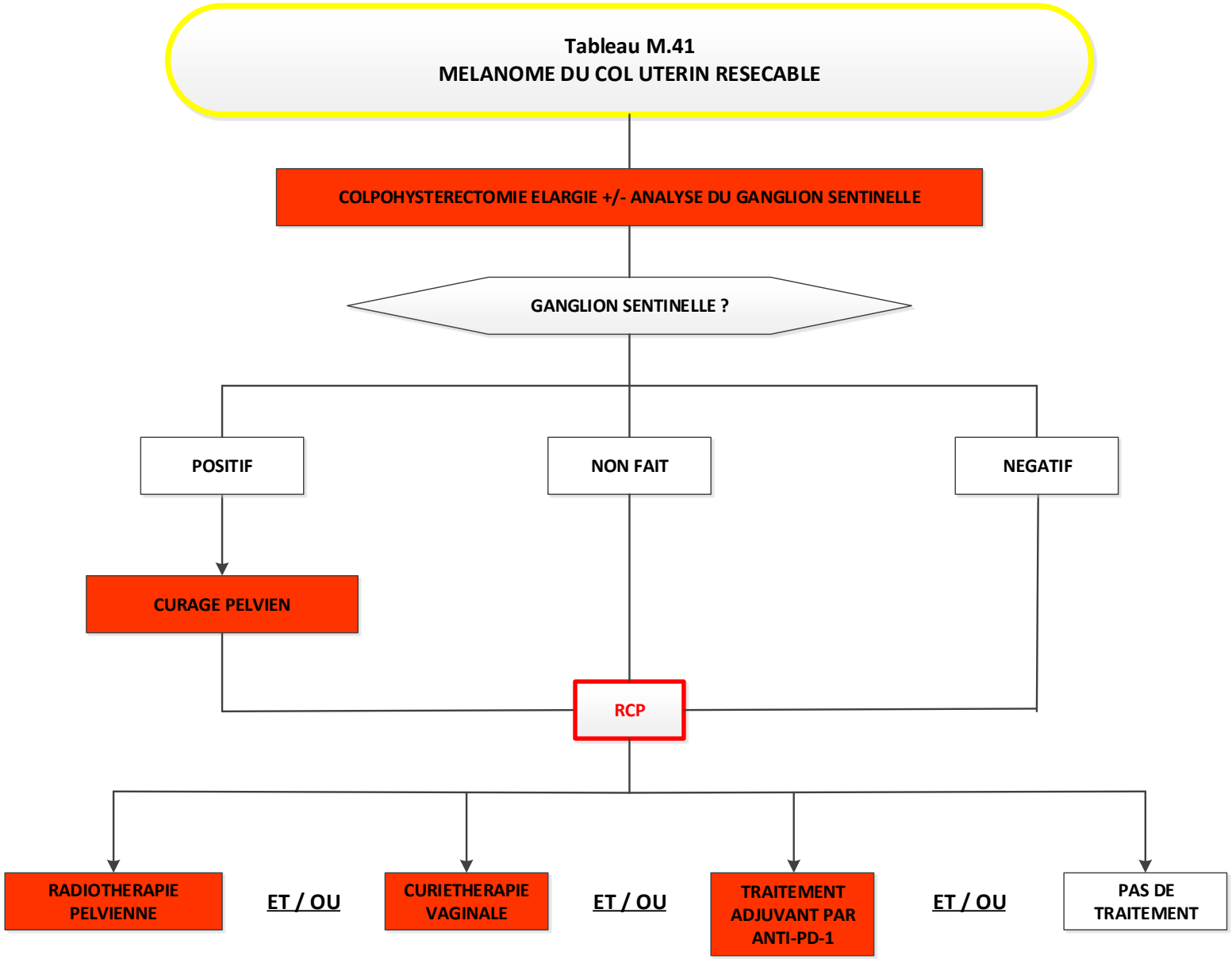
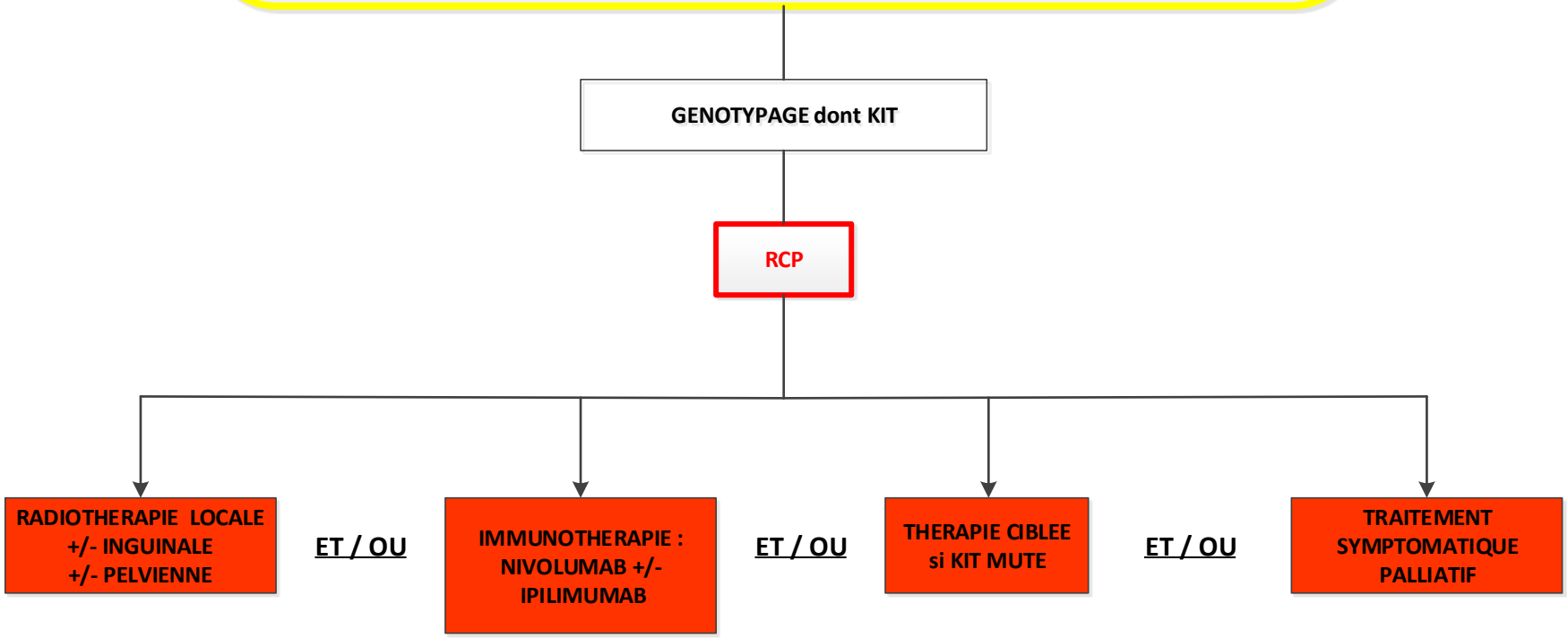


Tableau M.41
MELANOME DU COL UTERIN RESECABLE
COLPOHYSTERECTOMIE ELARGIE +/- ANALYSE DU GANGLION SENTINELLE
GANGLION SENTINELLE ?
POSITIF
NON FAIT
NEGATIF
CURAGE PELVIEN
RCP
RADIOTHERAPIE PELVIENNE
ET / OU
CURIETHERAPIE VAGINALE
ET / OU
TRAITEMENT ADJUVANT PAR ANTI-PD-1
ET / OU
PAS DE TRAITEMENT

Tableau M.42
MELANOME MUQUEUX DU TRACTUS GENITAL FEMININ NON RESECABLE



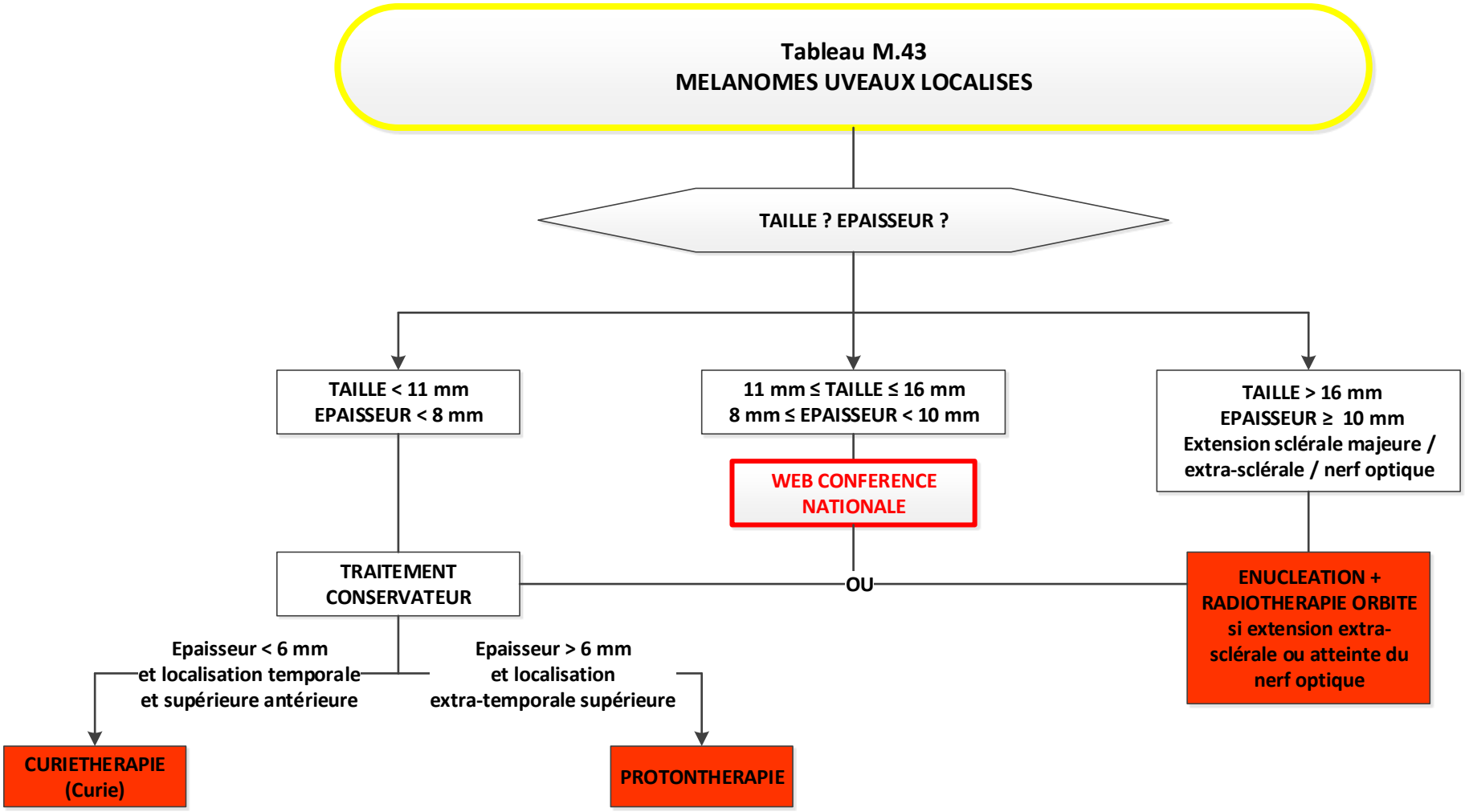


Tableau M.43
MELANOMES UVEAUX LOCALISES
TAILLE ? EPAISSEUR ?
TAILLE < 11 mm
EPAISSEUR < 8 mm
11 mm ≤ TAILLE ≤ 16 mm
8 mm ≤ EPAISSEUR < 10 mm
TAILLE > 16 mm
EPAISSEUR ≥ 10 mm
Extension sclérale majeure / extra-sclérale / nerf optique
WEB CONFERENCE NATIONALE
TRAITEMENT CONSERVATEUR
OU
ENUCLEATION + RADIOTHERAPIE ORBITE si extension extra-sclérale ou atteinte du nerf optique
Epaisseur < 6 mm et localisation temporale et supérieure antérieure
Epaisseur > 6 mm et localisation extra-temporale supérieure
CURIETHERAPIE (Curie)
PROTONTHERAPIE

Tableau M.44
SURVEILLANCE MELANOMES UVEAUX LOCALISES

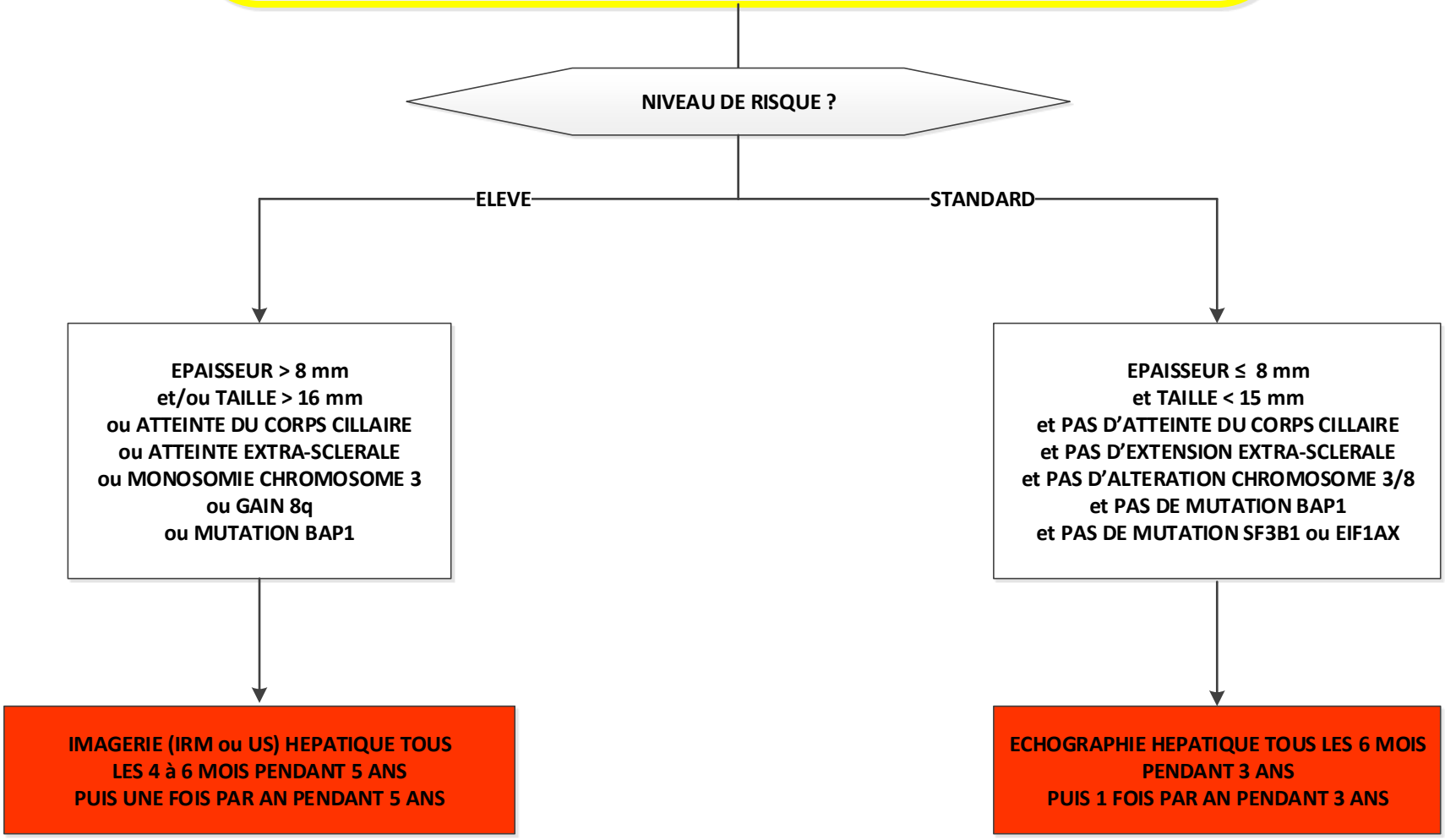


Tableau M.45
MELANOMES UVEAUX AVANCES / M+
CONSIDERER ESSAI THERAPEUTIQUE
MALADIE EXTRA-HEPATIQUE ?
OUI
NON
PS ?
MOINS DE 3 M+ EN IRM ?
> 2
≤ 2
NON
OUI
HLA A02:01 positif ?
SOINS DE SUPPORT
OUI
NON
TEBENTAFUSP ATU (L1 et +)
L1 : ESSAI CLINIQUE ou ANTI-PD1
TRAITEMENT ABLATIF ou CHIRURGIE + ESSAI ADJUVANT
L2 et + ESSAI CLINIQUE ou TEMOZOLOMIDE ou SORAFENIB ou CABOZANTINIB

Tableau C.1
LESION SUSPECTE DE CARCINOME A CELLULES DE MERKEL

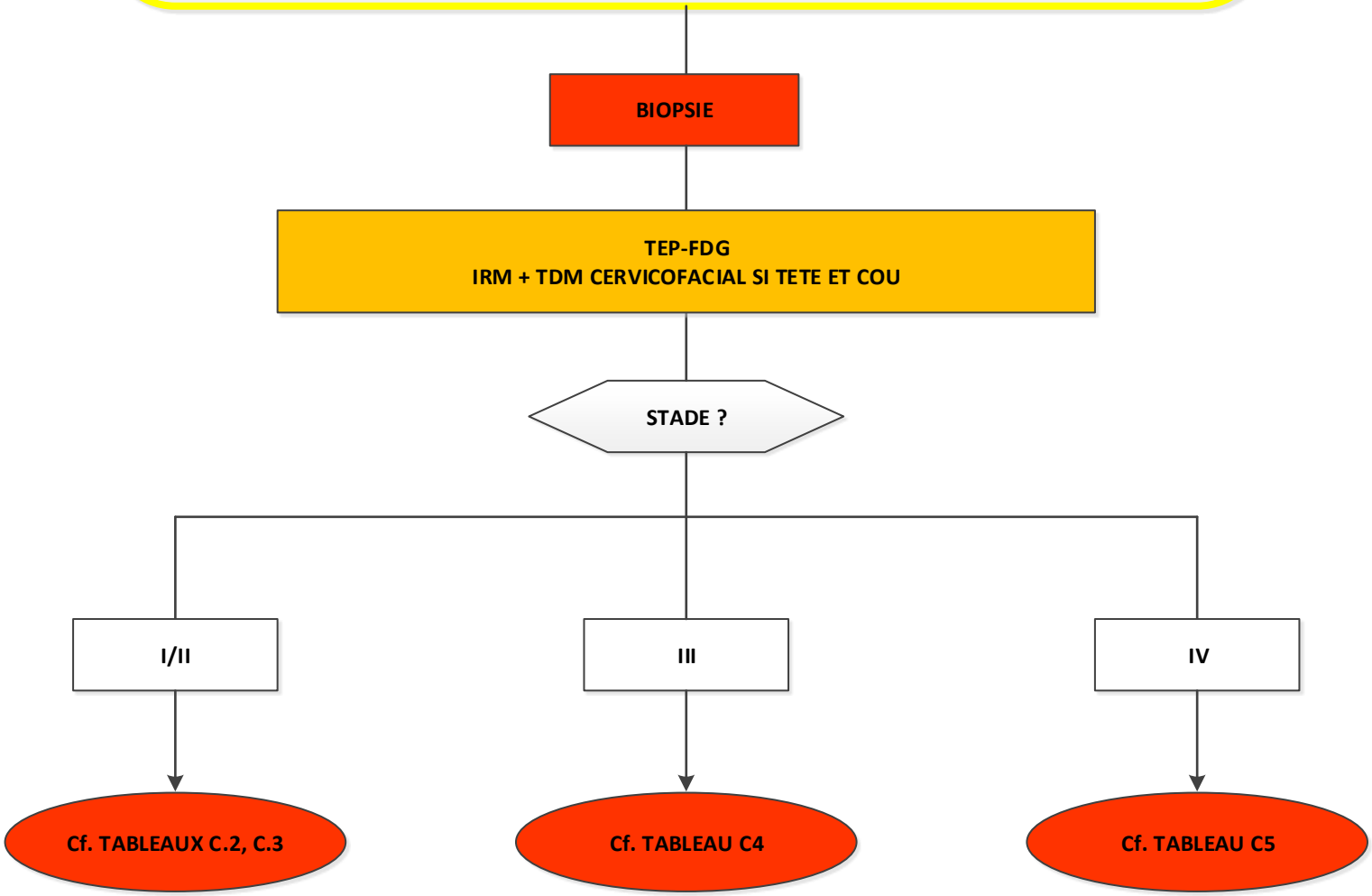


Tableau C.2
CARCINOME A CELLULES DE MERKEL DE STADE I OU II OPERABLE

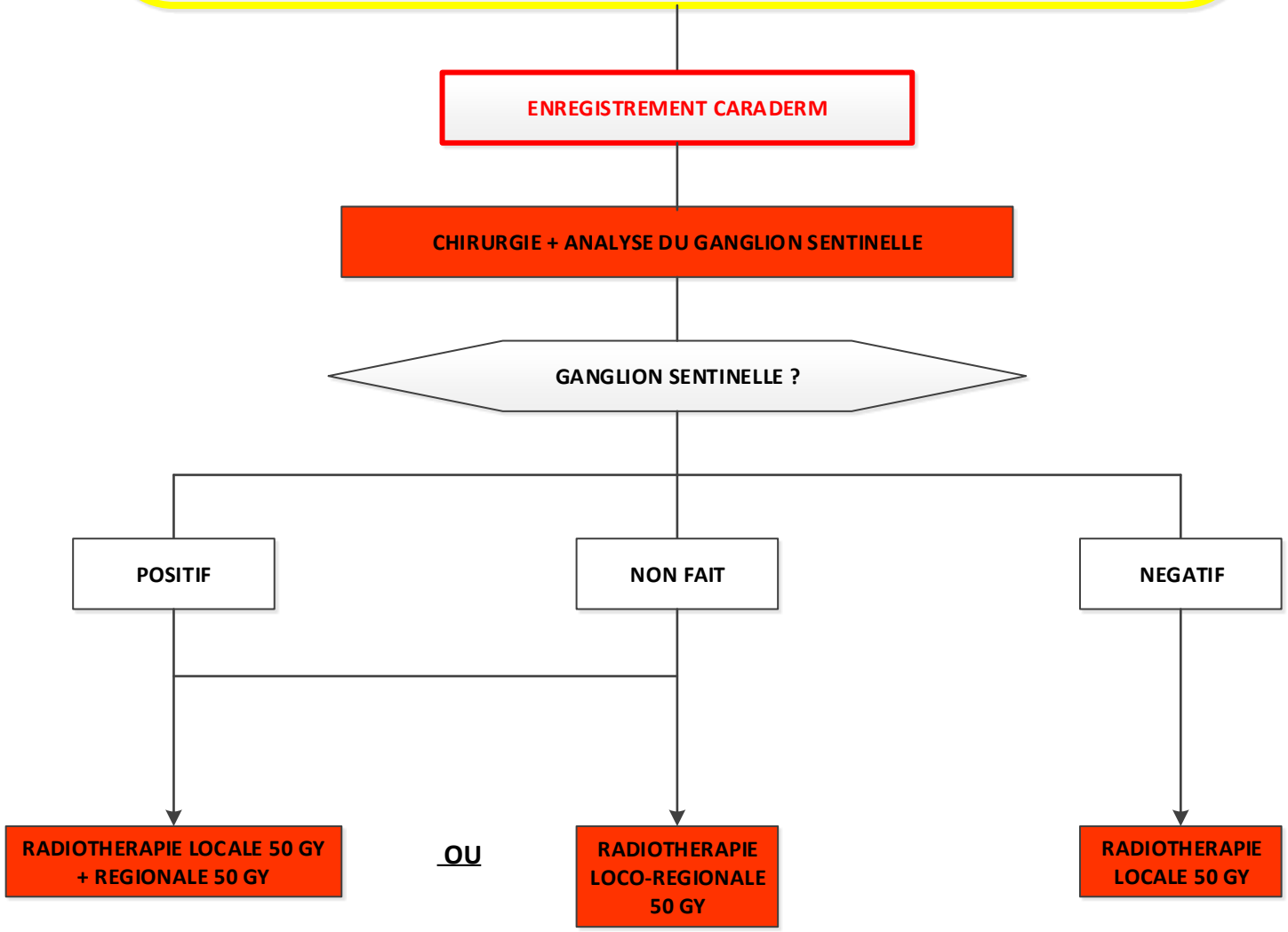


Tableau C.3
CARCINOME A CELLULES DE MERKEL DE STADE I OU II NON OPERABLE

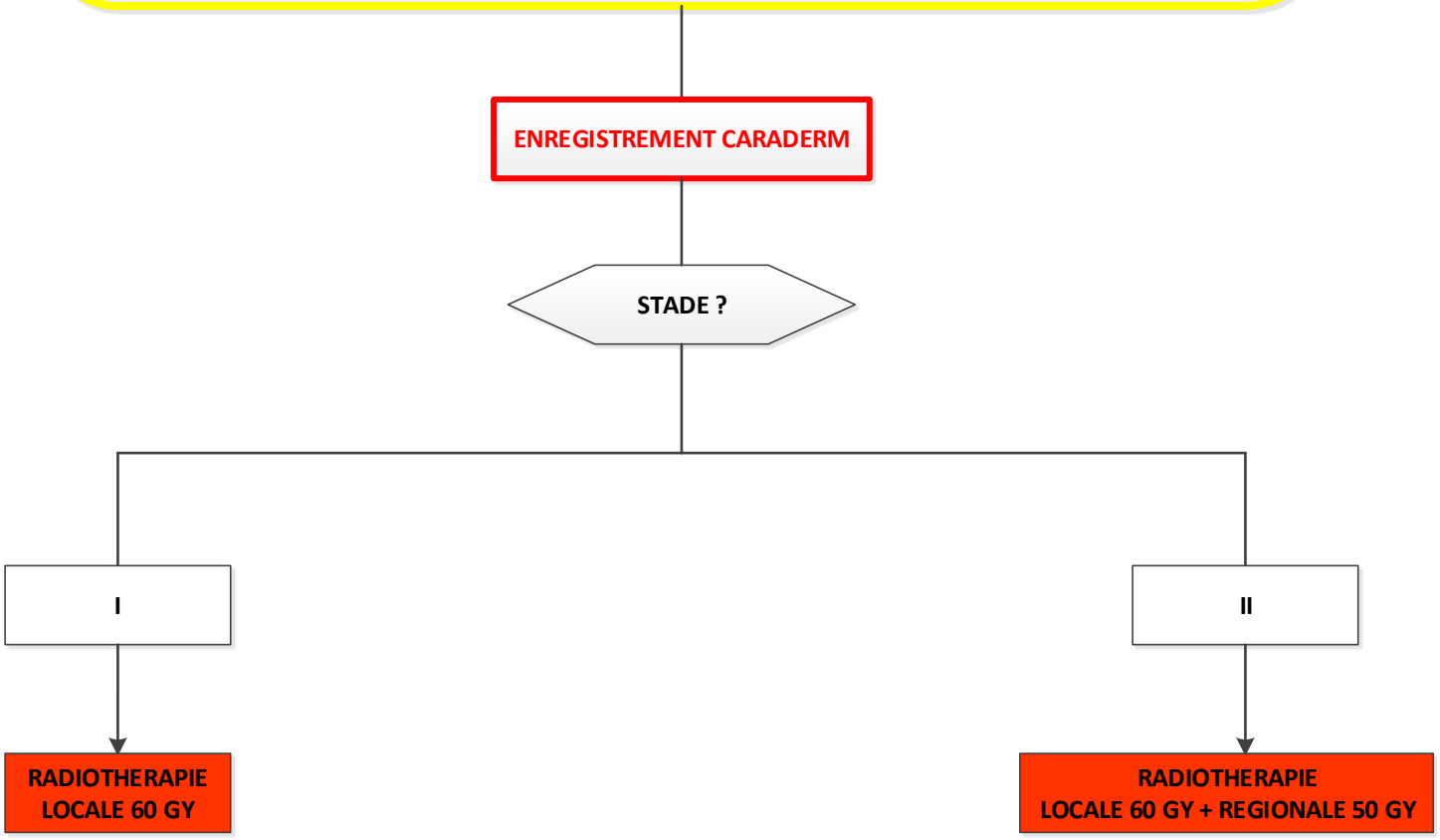


Tableau C.4
CARCINOME A CELLULES DE MERKEL DE STADE III

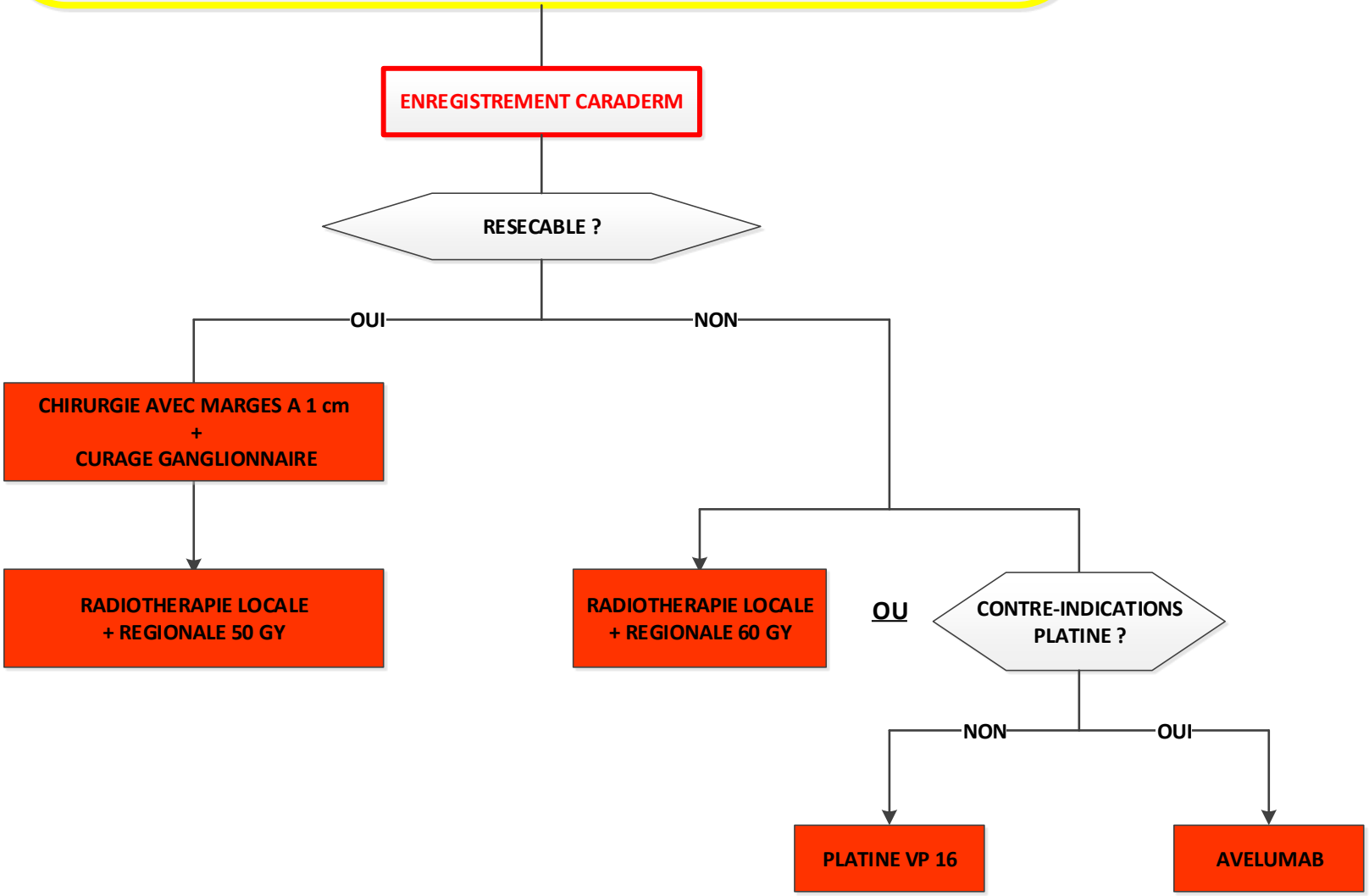
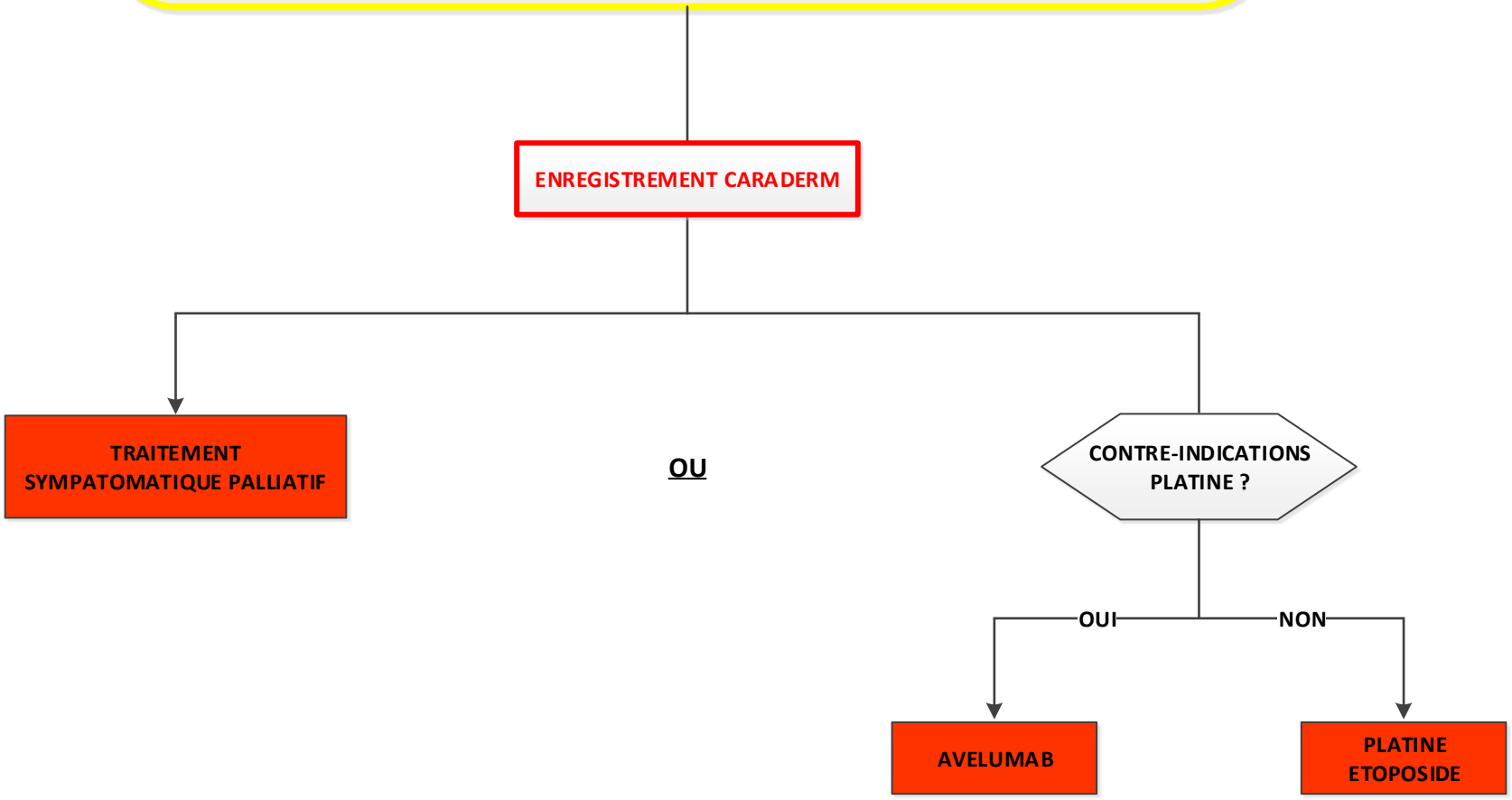


Tableau C.5
CARCINOME A CELLULES DE MERKEL DE STADE IV



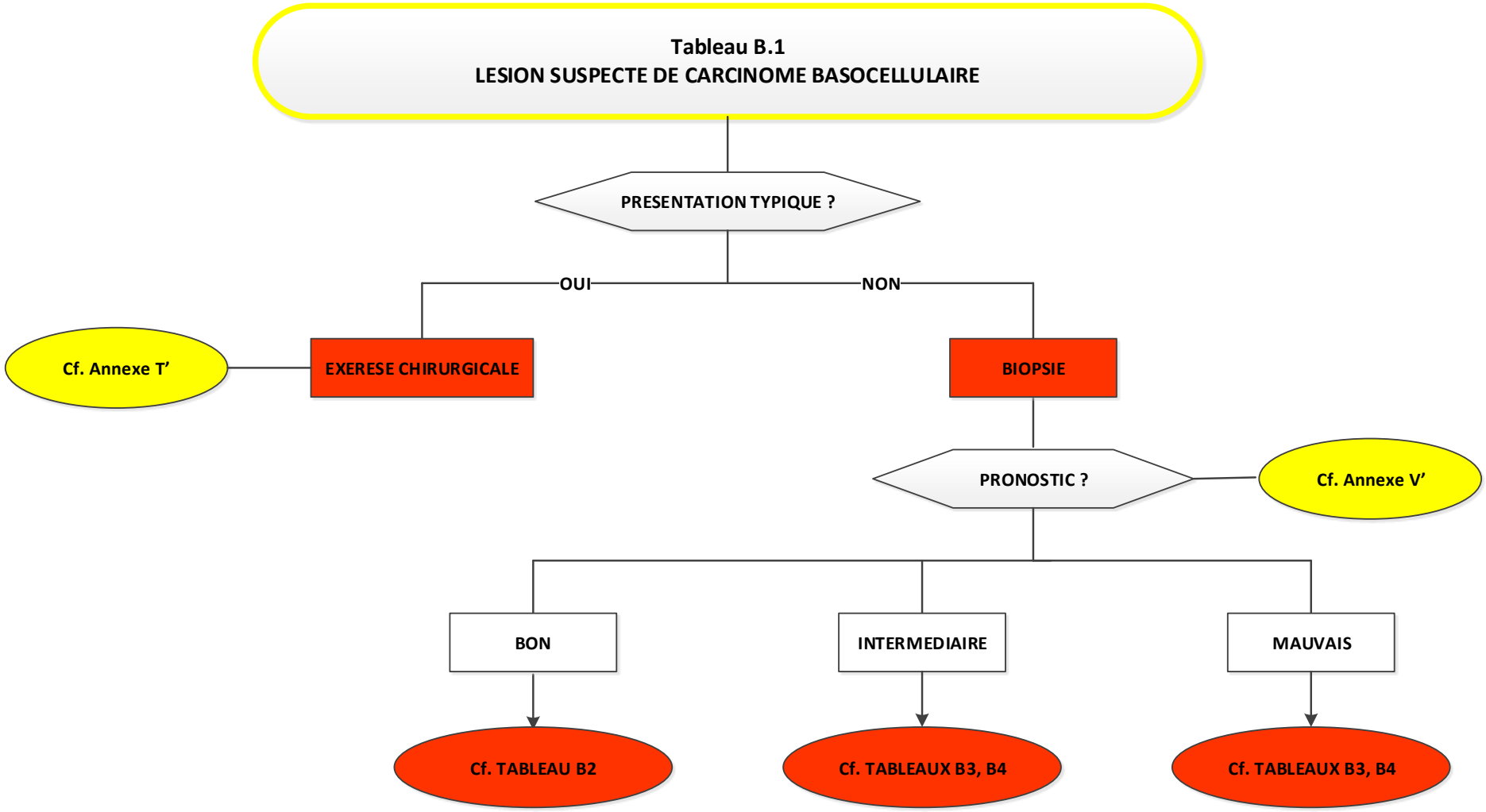


Tableau B.1
LESION SUSPECTE DE CARCINOME BASOCELLULAIRE
PRESENTATION TYPIQUE ?
OUI
NON
Cf. Annexe T'
EXERESE CHIRURGICALE
BIOPSIE
PRONOSTIC ?
Cf. Annexe V'
BON
INTERMEDIAIRE
MAUVAIS
Cf. TABLEAU B2
Cf. TABLEAUX B3, B4
Cf. TABLEAUX B3, B4

Tableau B.2
CARCINOME BASOCELLULAIRE DE BON PRONOSTIC

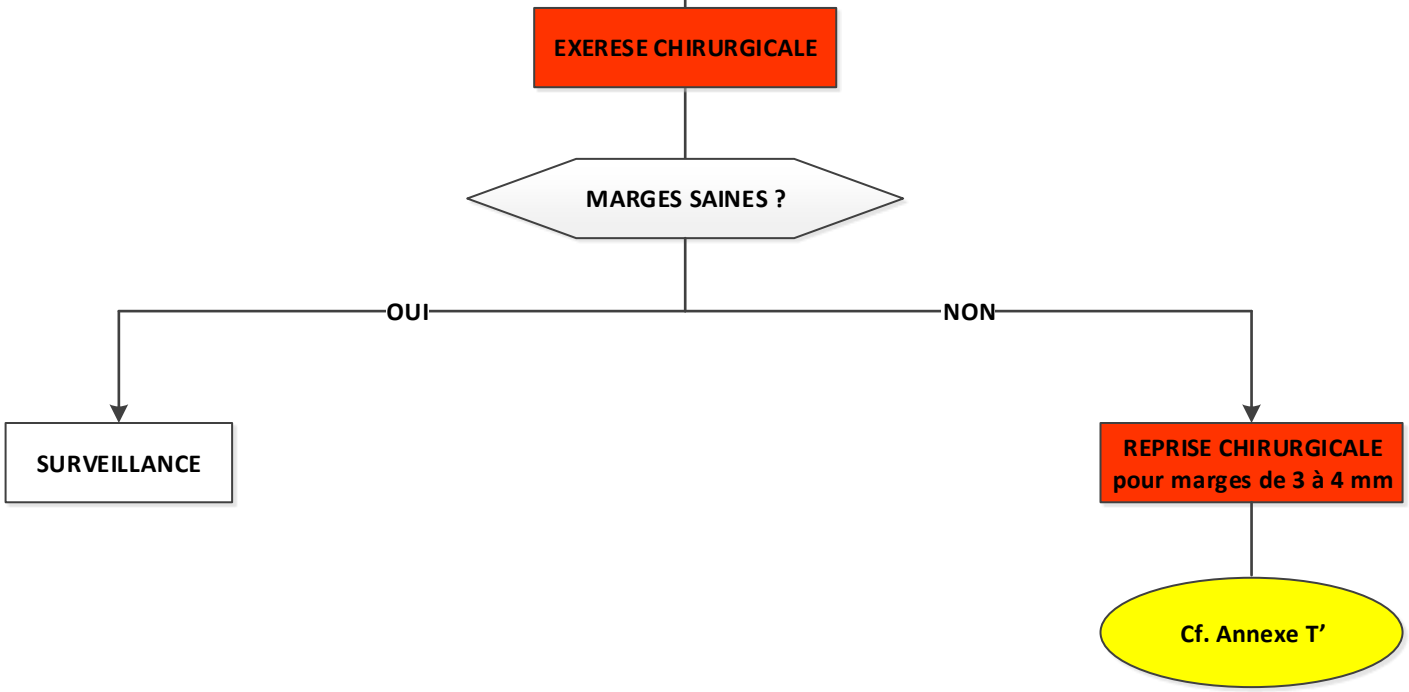
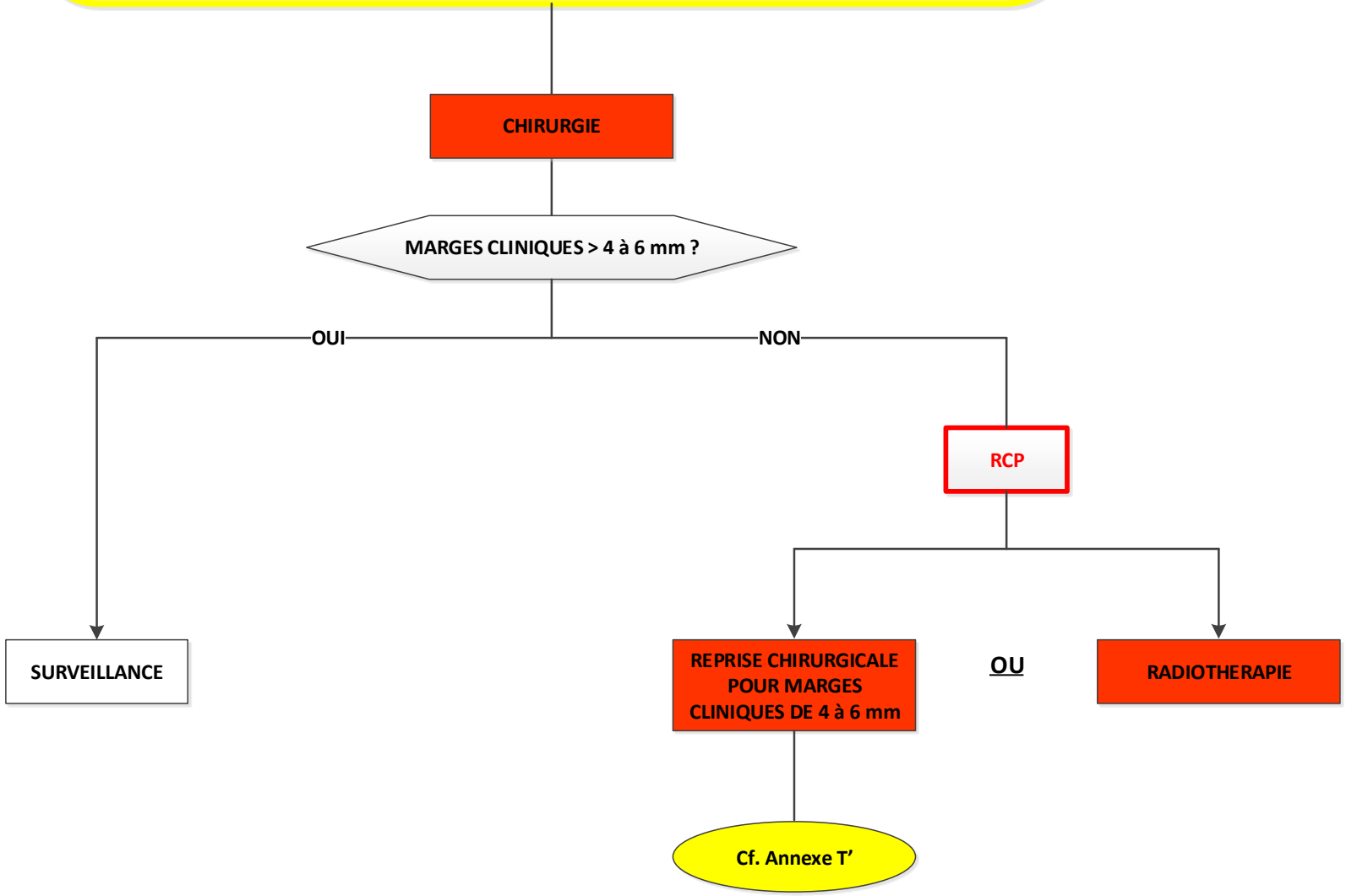


Tableau B.3
CARCINOME BASOCELLULAIRE DE PRONOSTIC INTERMEDIAIRE OU MAUVAIS ET OPERABLE



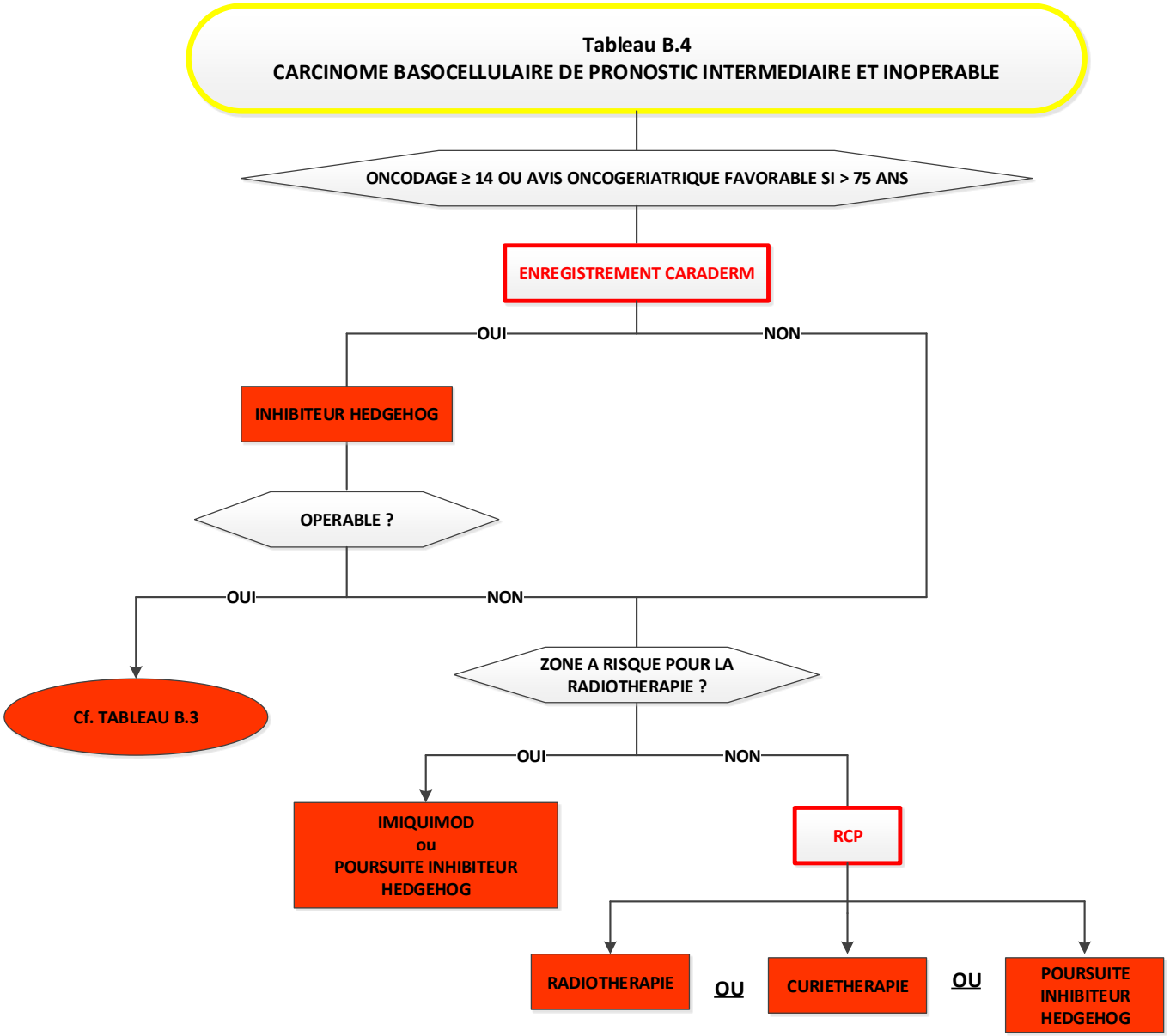


Tableau B.4
CARCINOME BASOCELLULAIRE DE PRONOSTIC INTERMEDIAIRE ET INOPERABLE
ONCODAGE ≥ 14 OU AVIS ONCOGERIATRIQUE FAVORABLE SI > 75 ANS
ENREGISTREMENT CARADERM
OUI
NON
INHIBITEUR HEDGEHOG
OPERABLE ?
OUI
NON
Cf. TABLEAU B.3
ZONE A RISQUE POUR LA RADIOTHERAPIE ?
OUI
NON
IMIQUIMOD ou POURSUITE INHIBITEUR HEDGEHOG
RCP
RADIOTHERAPIE
OU
CURIETHERAPIE
OU
POURSUITE INHIBITEUR HEDGEHOG

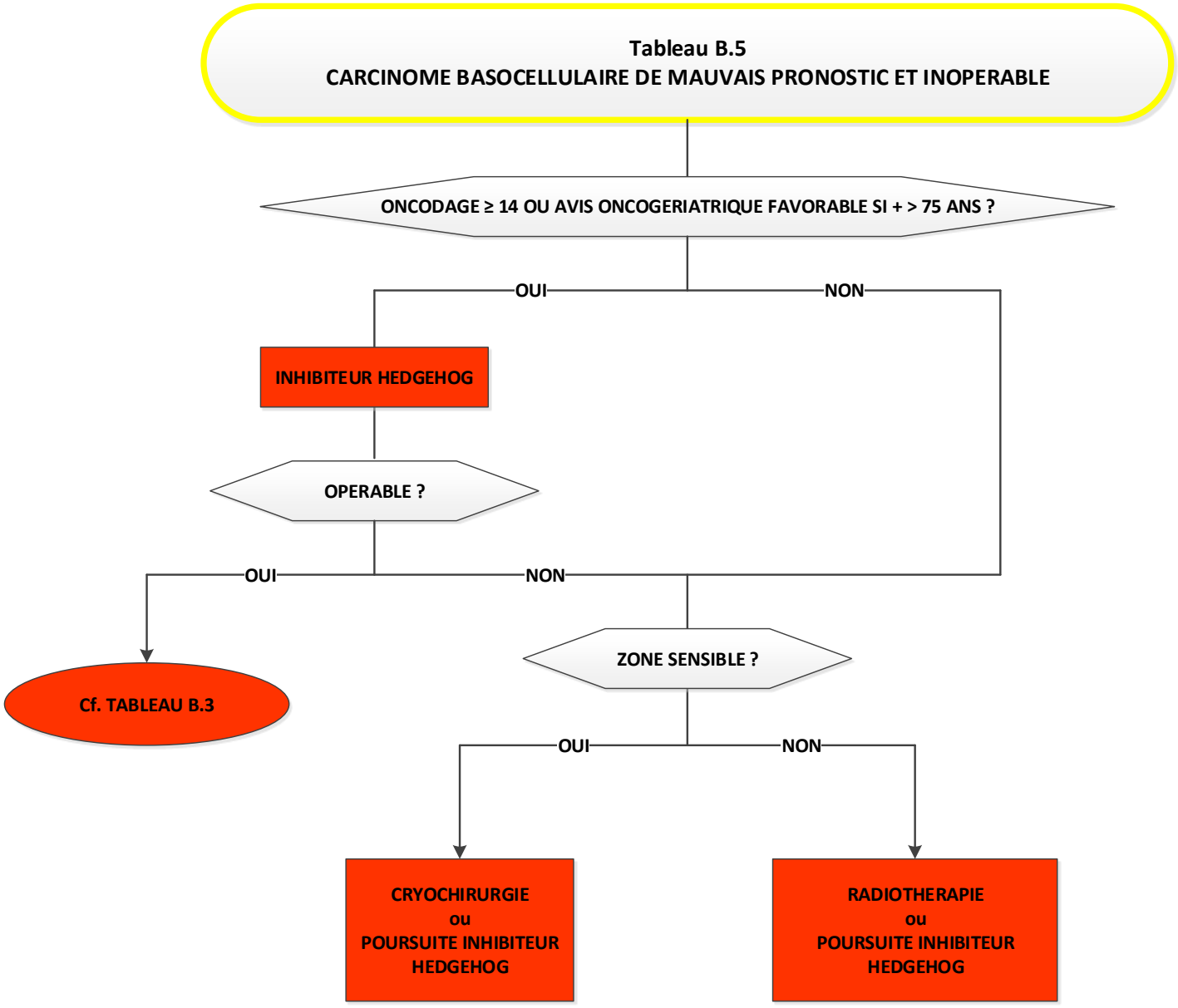
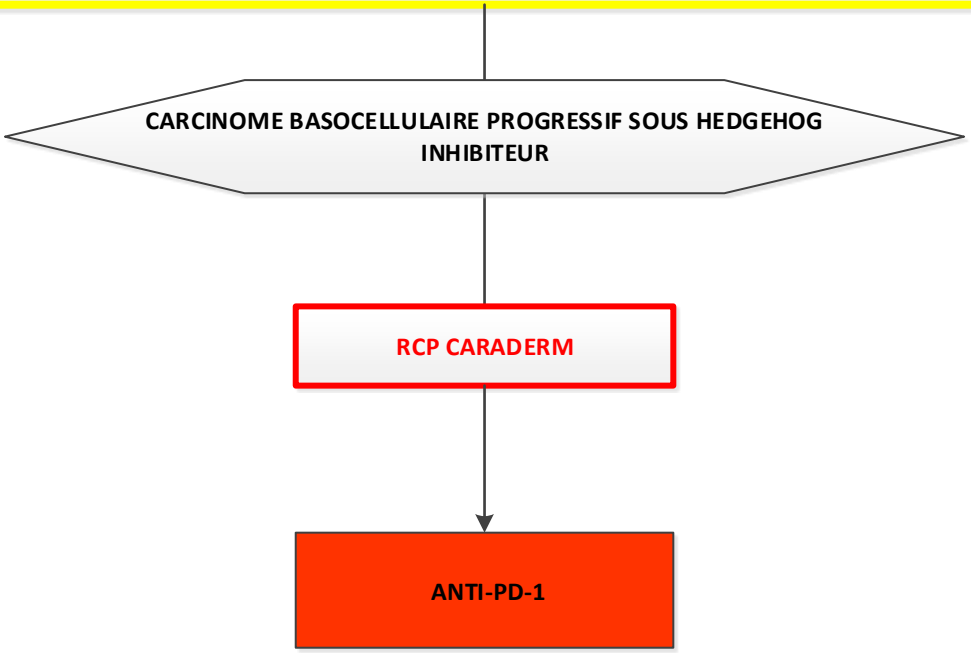


Tableau B.5
CARCINOME BASOCELLULAIRE DE MAUVAIS PRONOSTIC ET INOPERABLE
ONCODAGE ≥ 14 OU AVIS ONCOGERIATRIQUE FAVORABLE SI + > 75 ANS ?
OUI
NON
INHIBITEUR HEDGEHOG
OPERABLE ?
OUI
NON
Cf. TABLEAU B.3
ZONE SENSIBLE ?
OUI
NON
CRYOCHIRURGIE
ou
POURSUITE INHIBITEUR
HEDGEHOG
RADIOTHERAPIE
ou
POURSUITE INHIBITEUR
HEDGEHOG

Tableau B.6
CARCINOME BASOCELLULAIRE EN L2



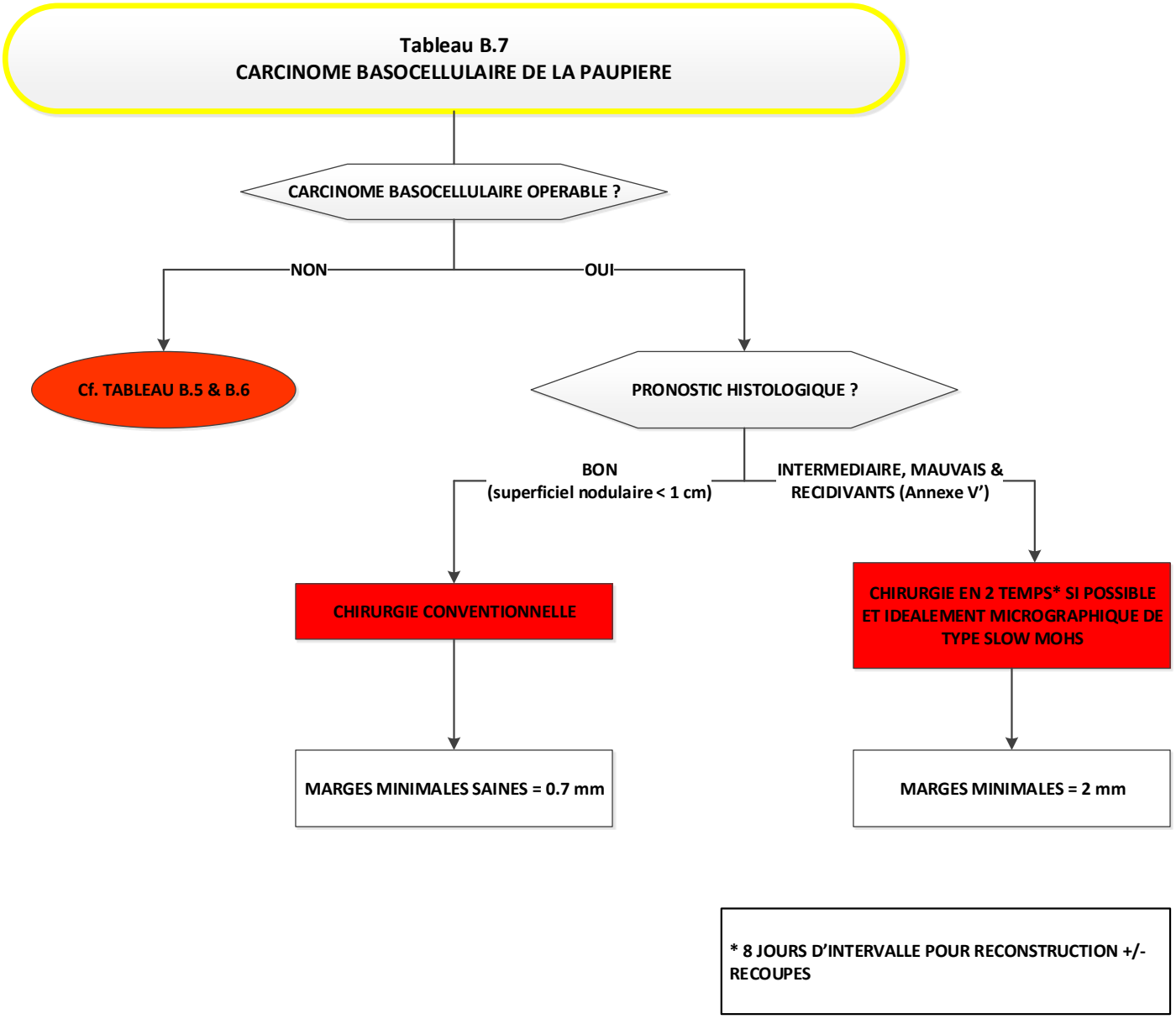
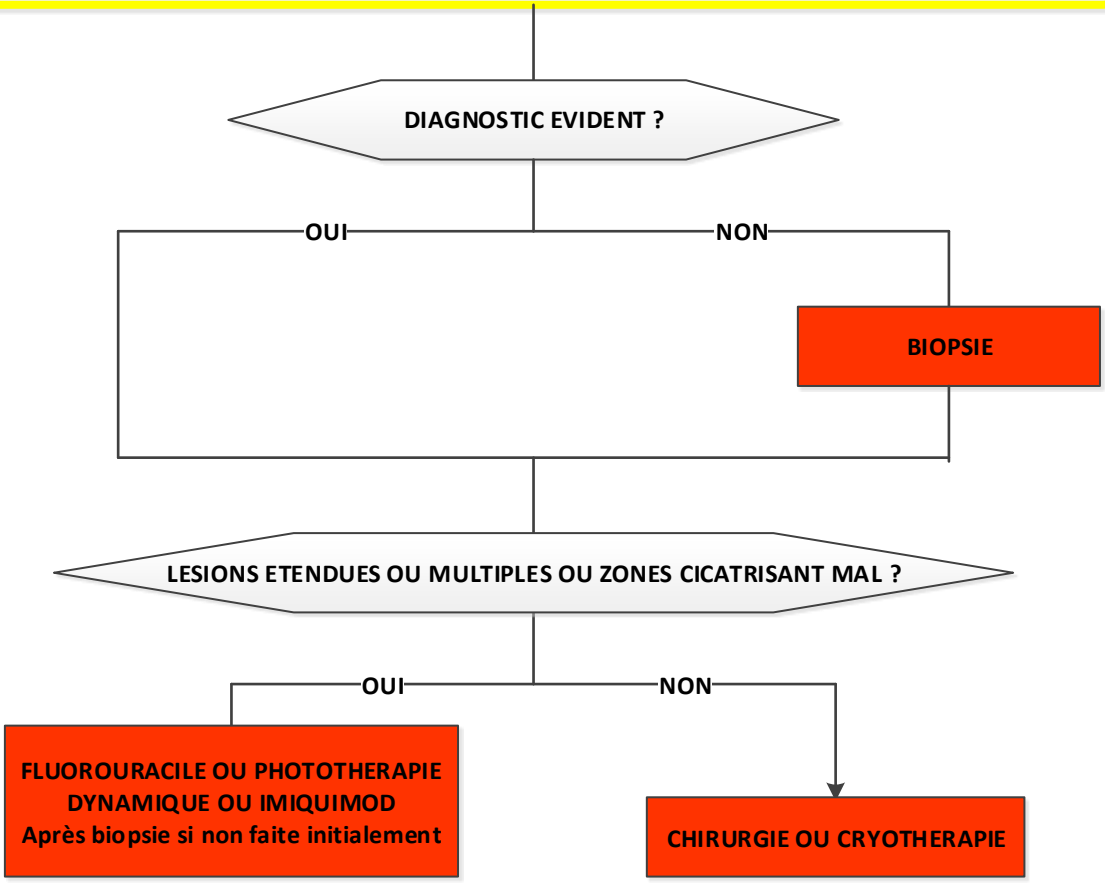


Tableau B.7
CARCINOME BASOCELLULAIRE DE LA PAUPIERE
CARCINOME BASOCELLULAIRE OPERABLE ?
NON
OUI
Cf. TABLEAU B.5 & B.6
PRONOSTIC HISTOLOGIQUE ?
BON
(superficiel nodulaire < 1 cm)
INTERMEDIAIRE, MAUVAIS &
RECIDIVANTS (Annexe V')
CHIRURGIE CONVENTIONNELLE
CHIRURGIE EN 2 TEMPS* SI POSSIBLE
ET IDEALEMENT MICROGRAPHIQUE DE
TYPE SLOW MOHS
MARGES MINIMALES SAINES = 0.7 mm
MARGES MINIMALES = 2 mm
* 8 JOURS D'INTERVALLE POUR RECONSTRUCTION +/-
RECOUPES

Tableau S.1
MALADIE DE BOWEN



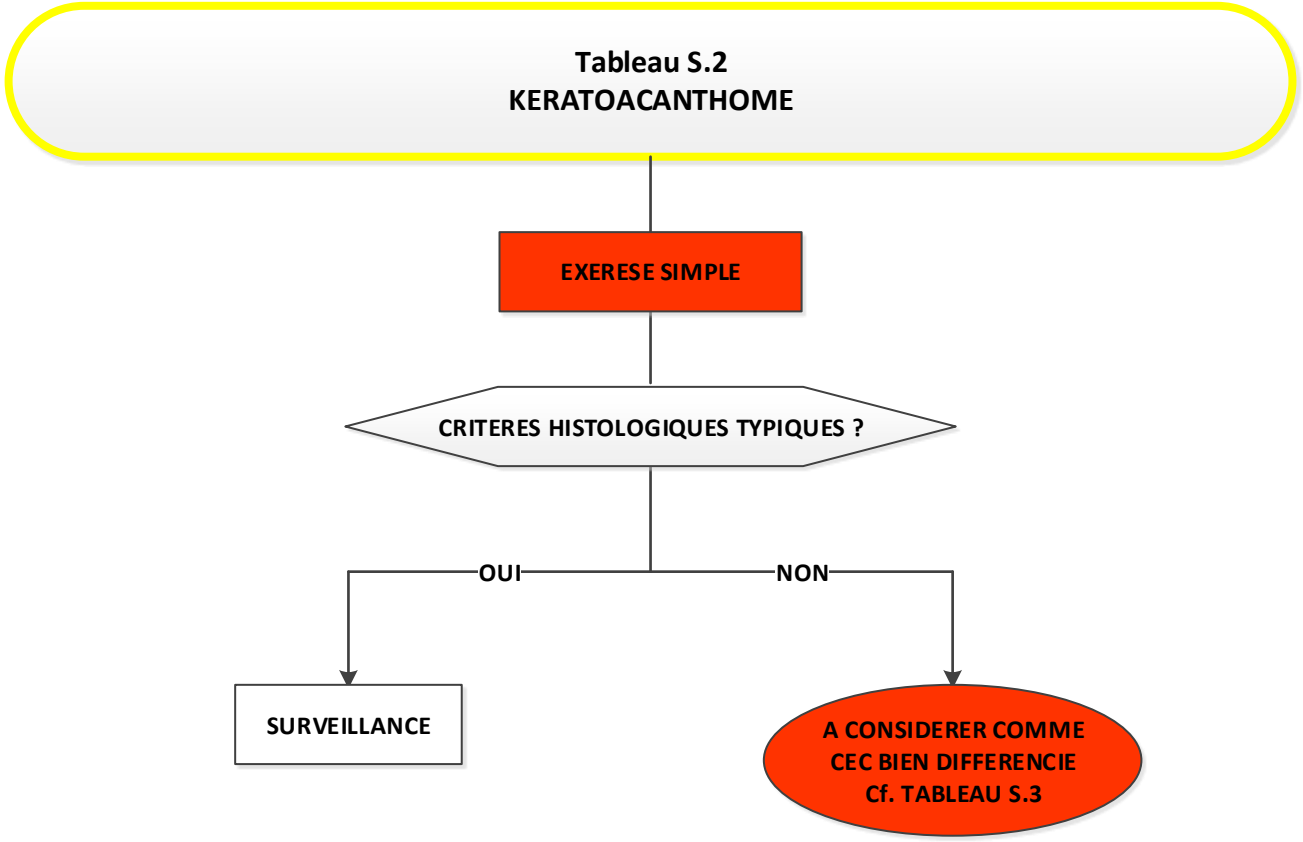
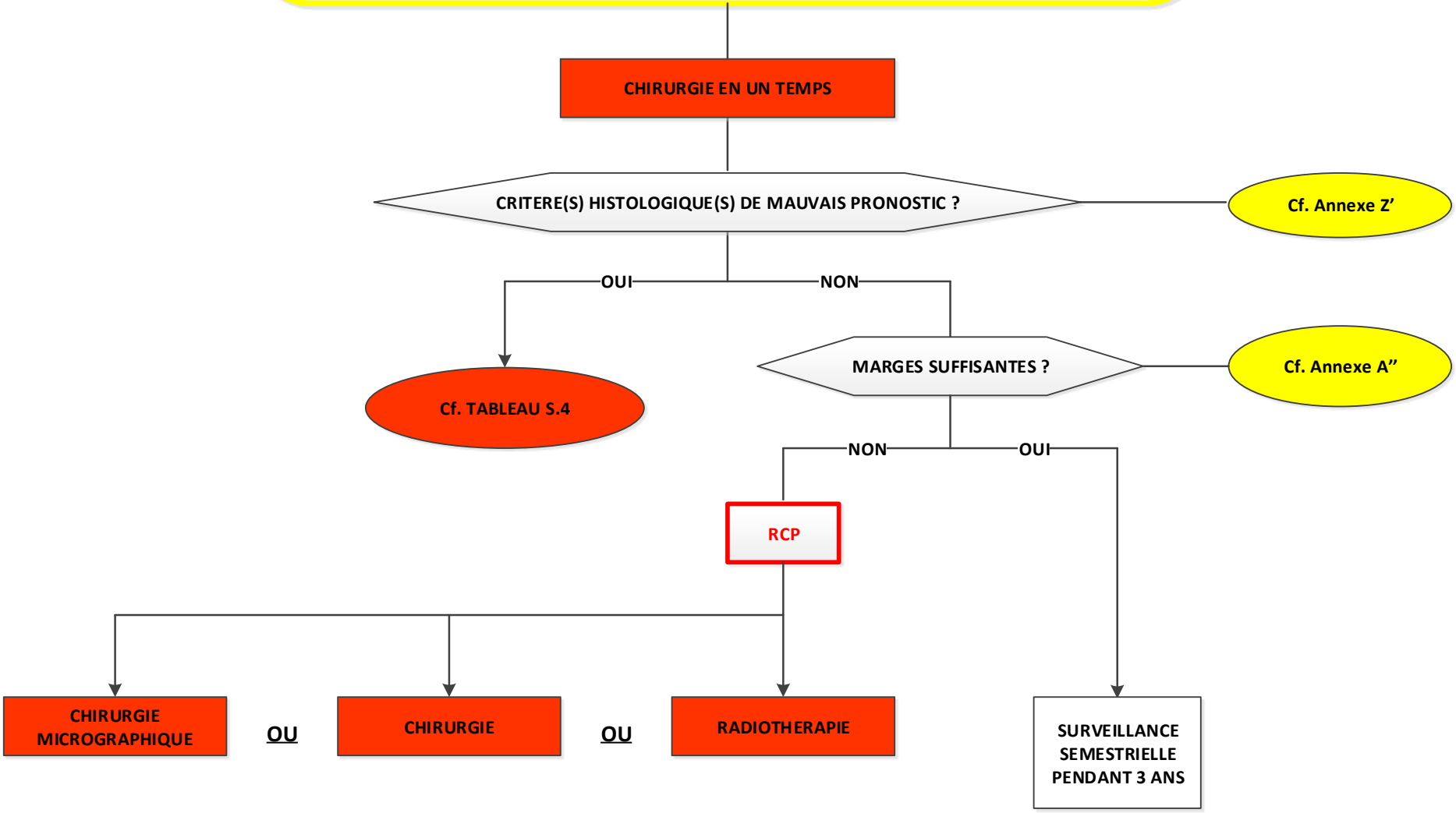


Tableau S.2
KERATOACANTHOME
EXERESE SIMPLE
CRITERES HISTOLOGIQUES TYPIQUES ?
OUI
NON
SURVEILLANCE
A CONSIDERER COMME
CEC BIEN DIFFERENCIE
Cf. TABLEAU S.3

Tableau S.3
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE SANS CRITERE CLINIQUE DE MAUVAIS PRONOSTIC (GROUPE 1)



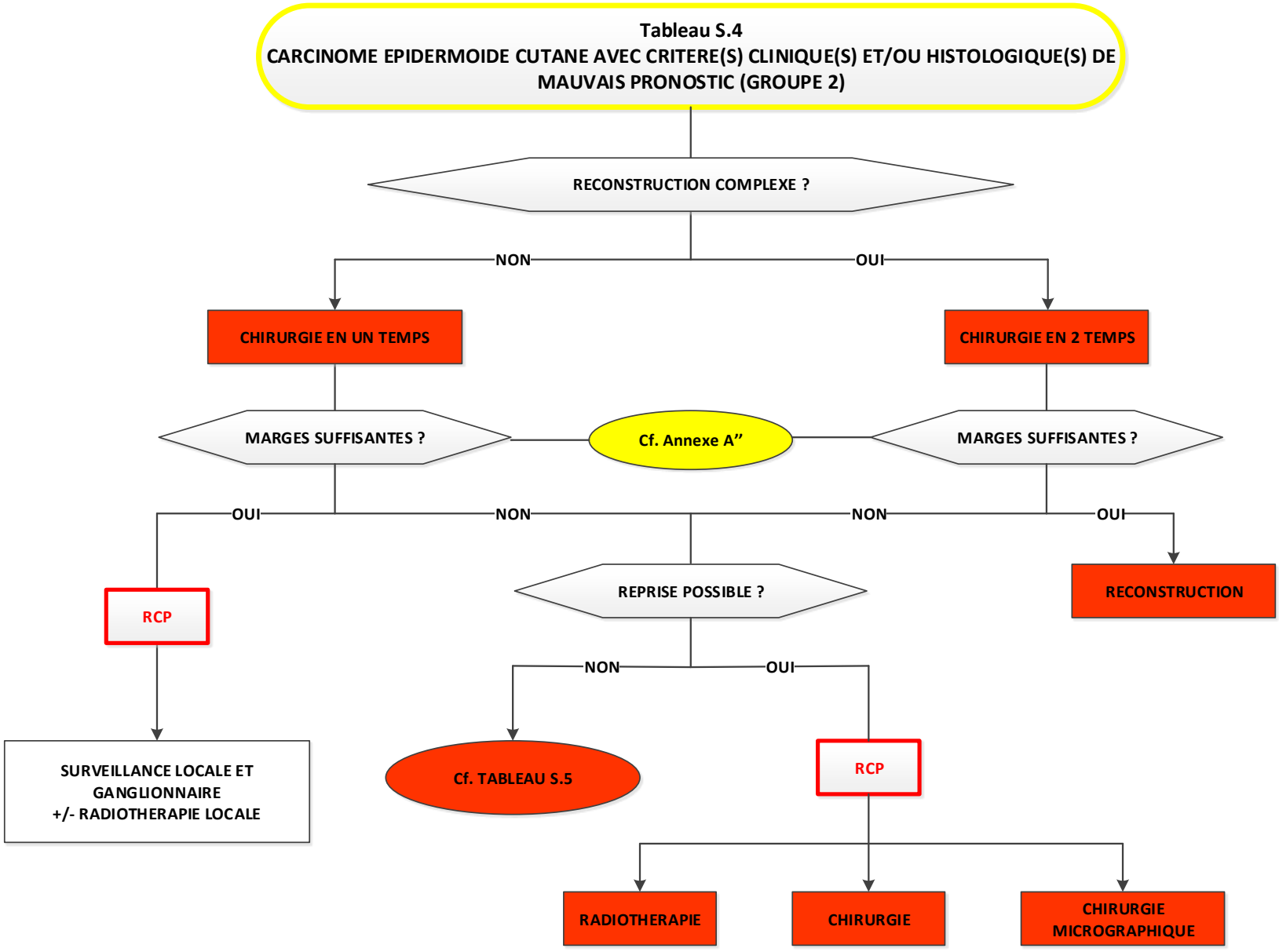


Tableau S.4
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE AVEC CRITERE(S) CLINIQUE(S) ET/OU HISTOLOGIQUE(S) DE MAUVAIS PRONOSTIC (GROUPE 2)
RECONSTRUCTION COMPLEXE ?
NON
OUI
CHIRURGIE EN UN TEMPS
CHIRURGIE EN 2 TEMPS
MARGES SUFFISANTES ?
Cf. Annexe A''
MARGES SUFFISANTES ?
OUI
NON
NON
OUI
RCP
REPRISE POSSIBLE ?
RECONSTRUCTION
NON
OUI
SURVEILLANCE LOCALE ET GANGLIONNAIRE +/- RADIOTHERAPIE LOCALE
Cf. TABLEAU S.5
RCP
RADIOTHERAPIE
CHIRURGIE
CHIRURGIE MICROGRAPHIQUE

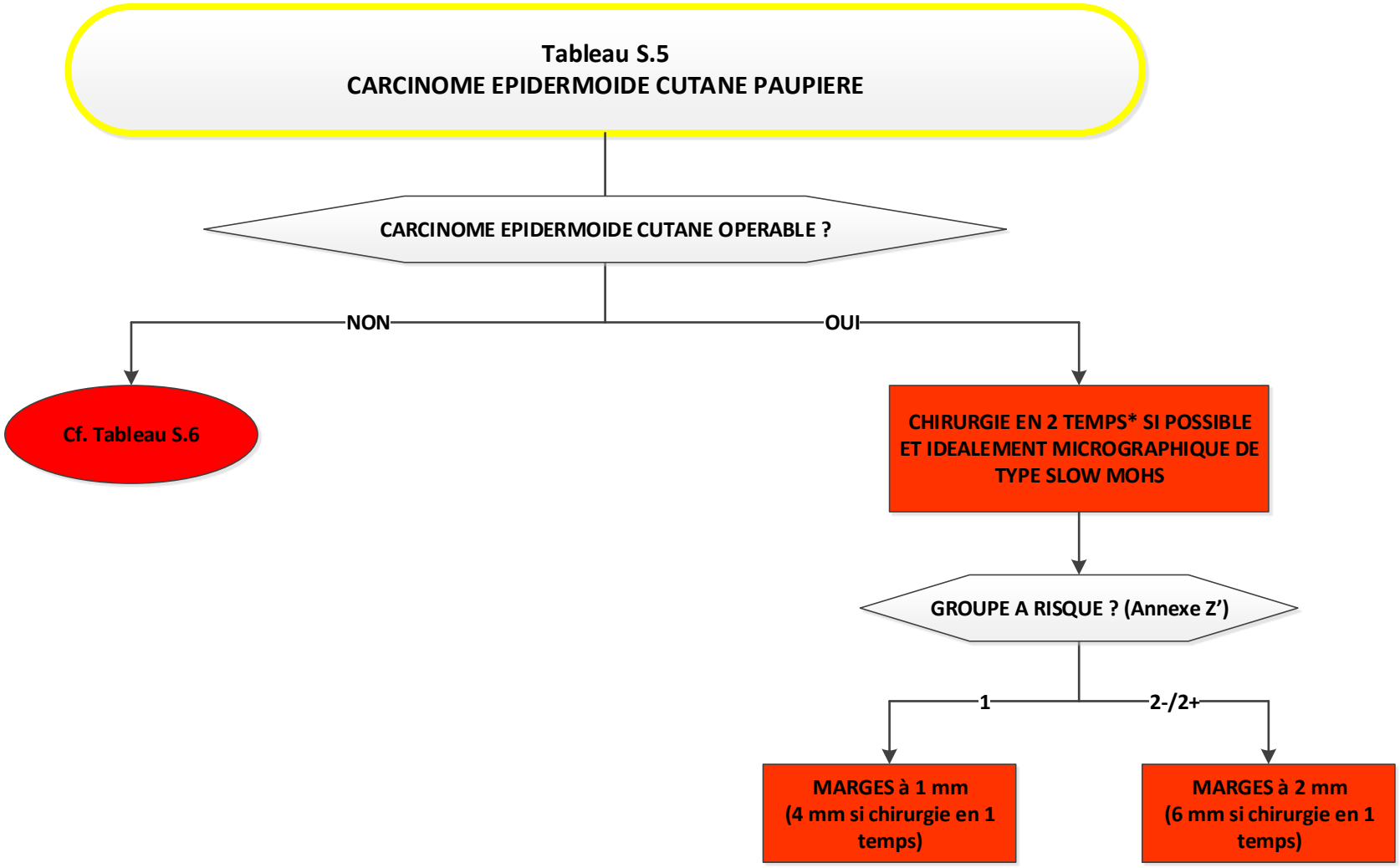


Tableau S.5
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE PAUPIERE
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE OPERABLE ?
NON
OUI
Cf. Tableau S.6
CHIRURGIE EN 2 TEMPS* SI POSSIBLE ET IDEALEMENT MICROGRAPHIQUE DE TYPE SLOW MOHS
GROUPE A RISQUE ? (Annexe Z')
1
2-/2+
MARGES à 1 mm (4 mm si chirurgie en 1 temps)
MARGES à 2 mm (6 mm si chirurgie en 1 temps)

Tableau S.6
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE INOPERABLE OU AVEC RELIQUAT TUMORAL APRES CHIRURGIE ET REPRISE IMPOSSIBLE

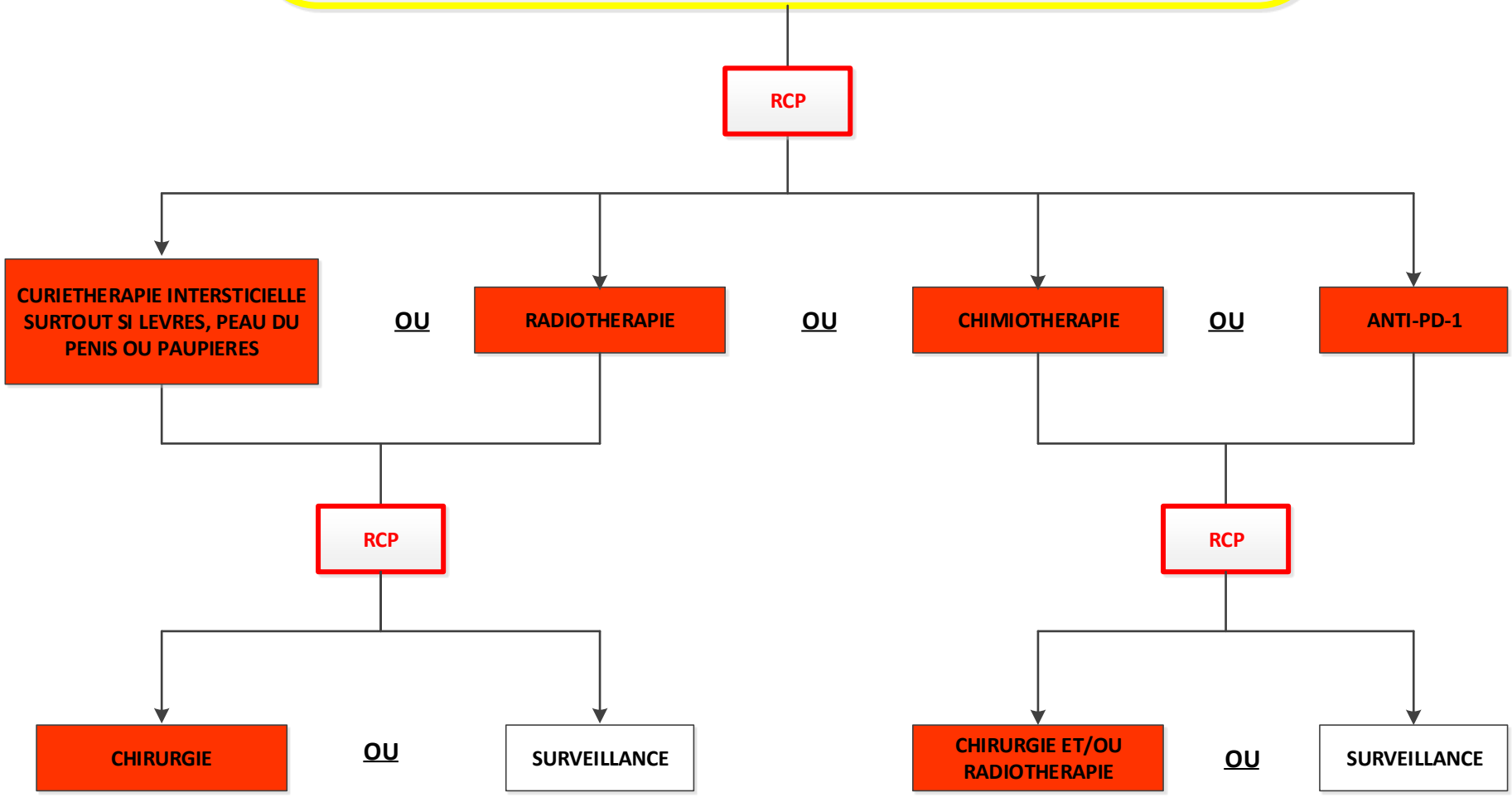
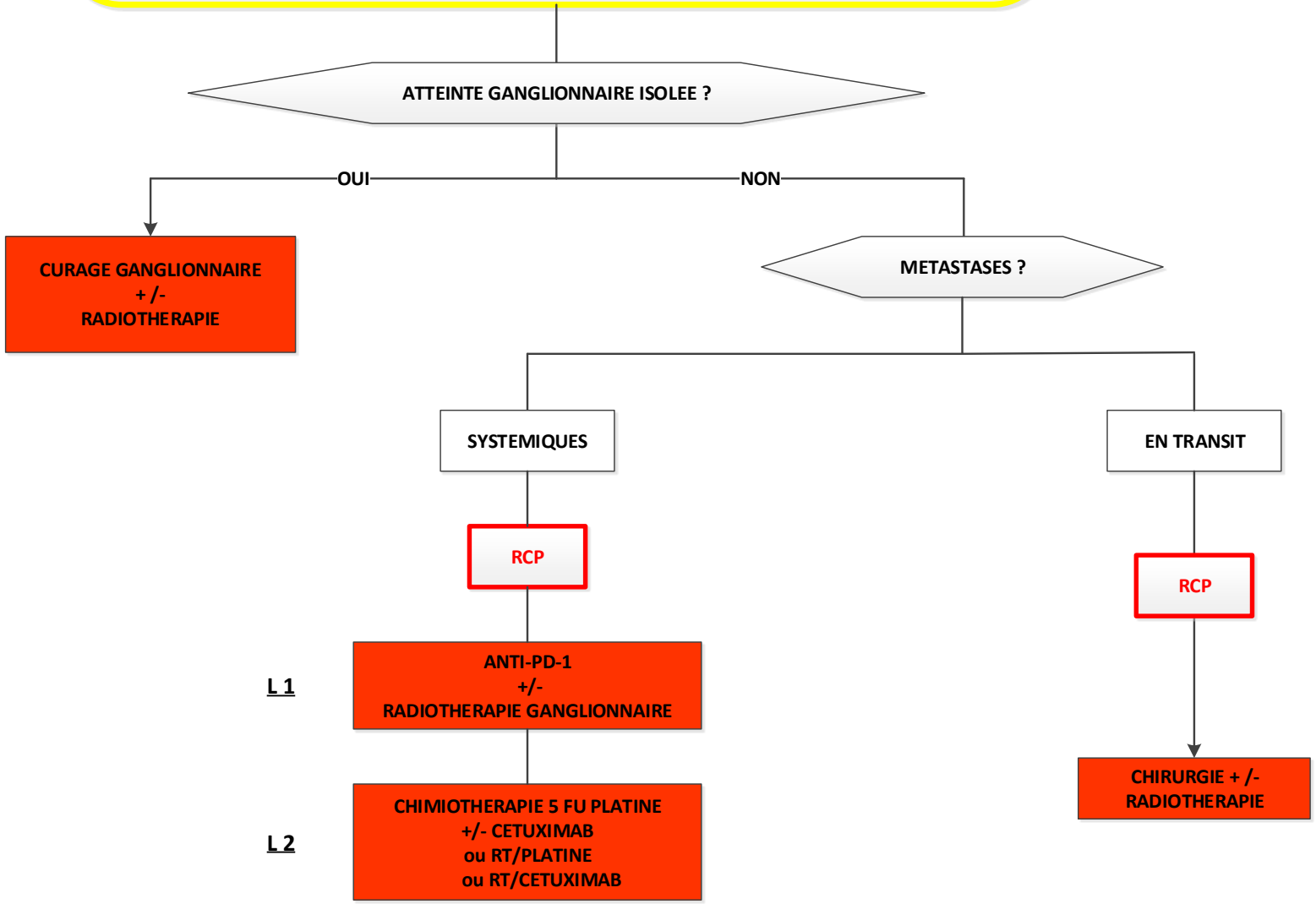


Tableau S.7
CARCINOME EPIDERMOIDE CUTANE AVEC ATTEINTE GANGLIONNAIRE, EN TRANSIT ET/OU METASTATIQUE



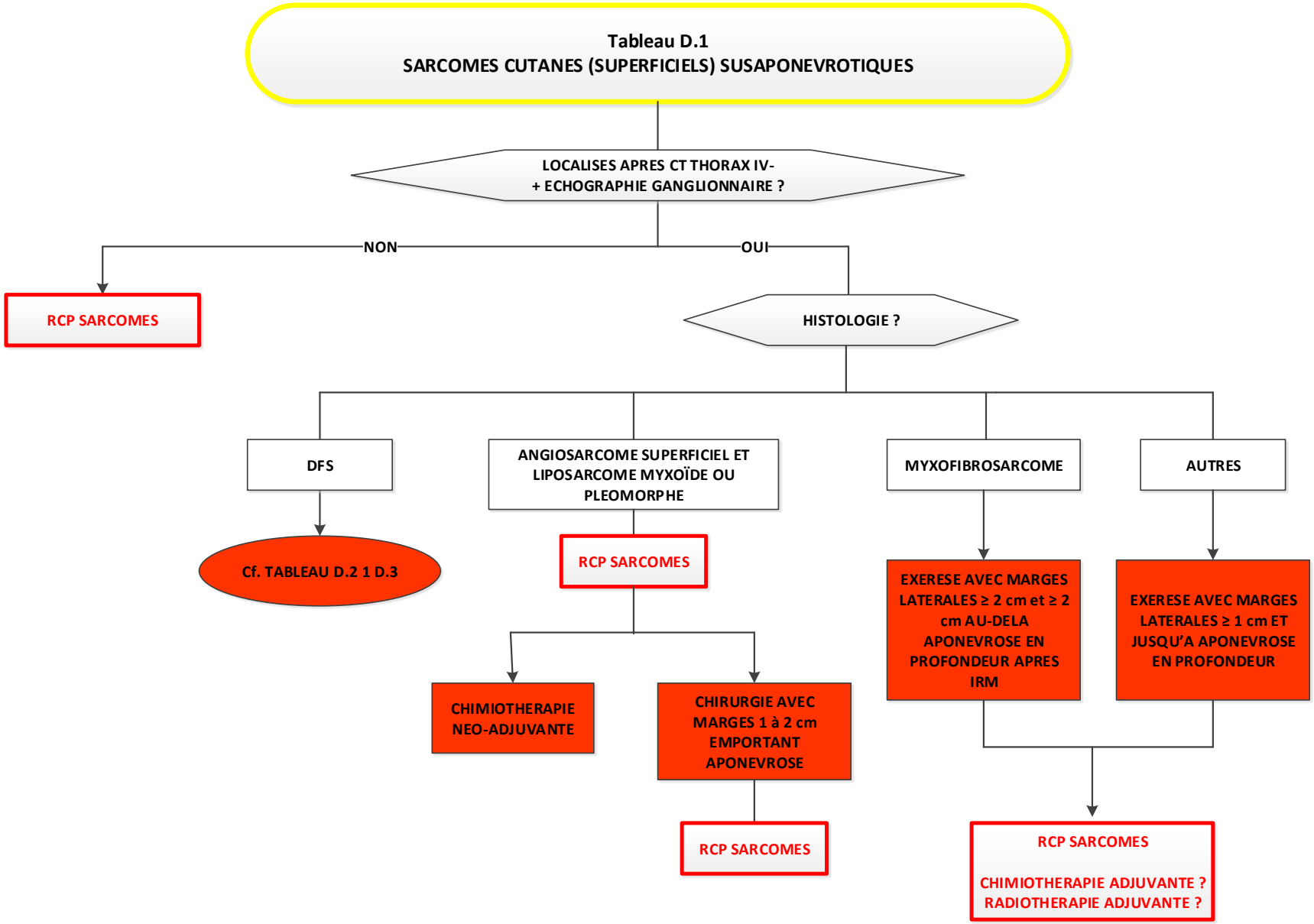


Tableau D.1
SARCOMES CUTANES (SUPERFICIELS) SUSAPONEVROTIQUES
LOCALISES APRES CT THORAX IV-
+ ECHOGRAPHIE GANGLIONNAIRE ?
NON
OUI
RCP SARCOMES
HISTOLOGIE ?
DFS
ANGIOSARCOME SUPERFICIEL ET LIPOSARCOME MYXOÏDE OU PLEOMORPHE
MYXOFIBROSARCOME
AUTRES
Cf. TABLEAU D.2 1 D.3
RCP SARCOMES
EXERESE AVEC MARGES LATERALES ≥ 2 cm et ≥ 2 cm AU-DELA APONEVROSE EN PROFONDEUR APRES IRM
EXERESE AVEC MARGES LATERALES ≥ 1 cm ET JUSQU'A APONEVROSE EN PROFONDEUR
CHIMIOTHERAPIE NEO-ADJUVANTE
CHIRURGIE AVEC MARGES 1 à 2 cm EMPORTANT APONEVROSE
RCP SARCOMES
RCP SARCOMES
CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE ?
RADIOTHERAPIE ADJUVANTE ?

Tableau D.2
DERMATOFIBROSARCOME OPERABLE D'EMBLEE

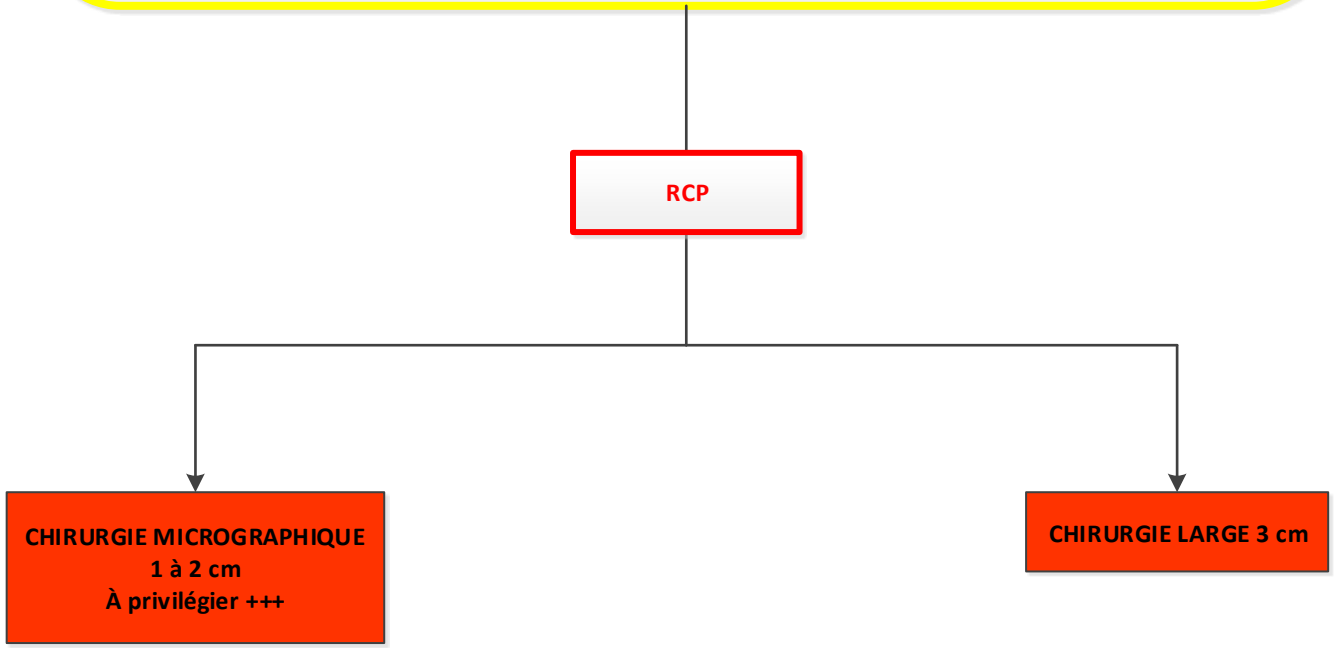


Tableau D.3
DERMATOFIBROSARCOME NON OPERABLE D'EMBLEE

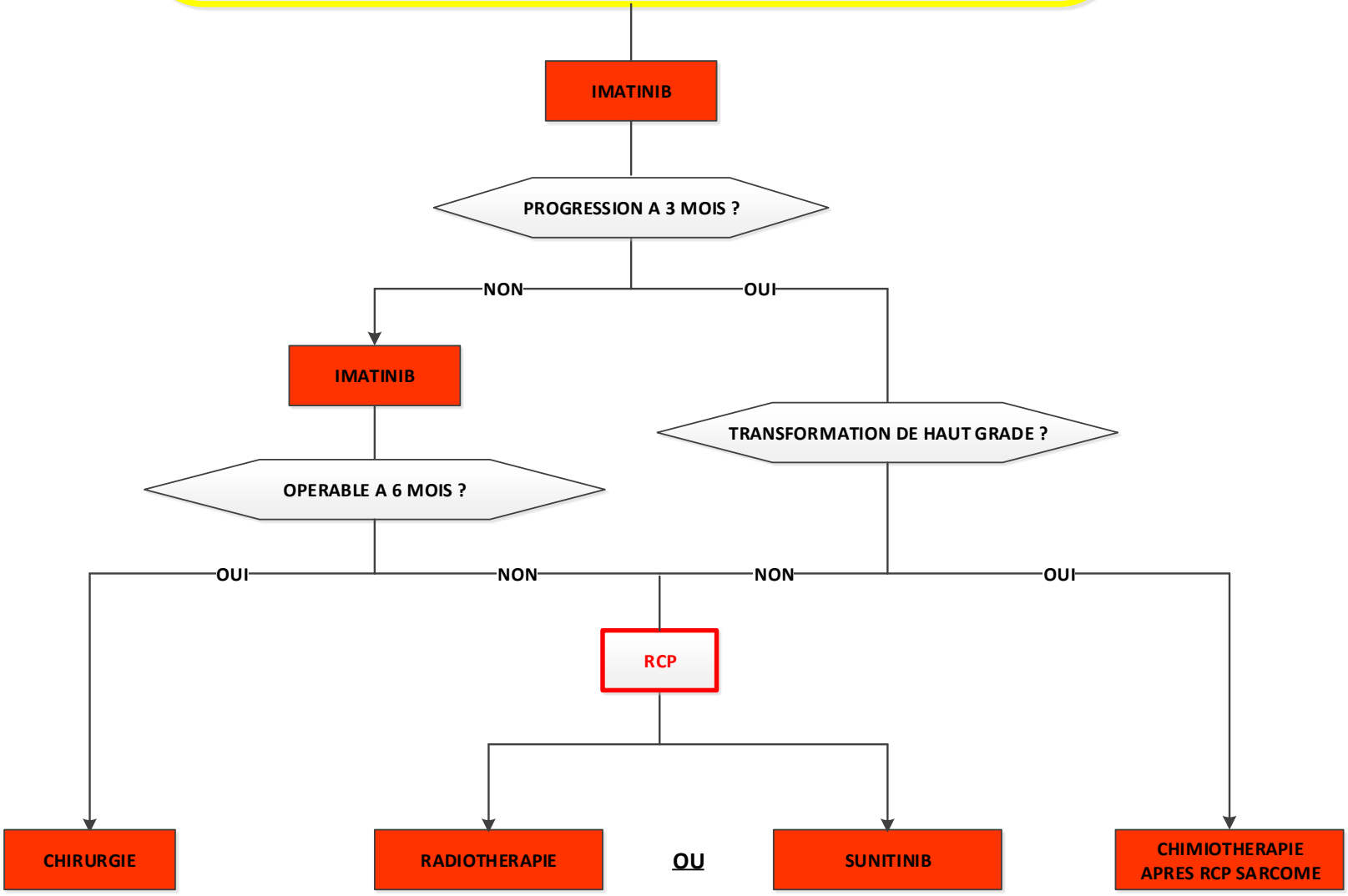


Tableau A.1
CARCINOME ANNEXIEL A DIFFERENCIATION FOLLICULAIRE

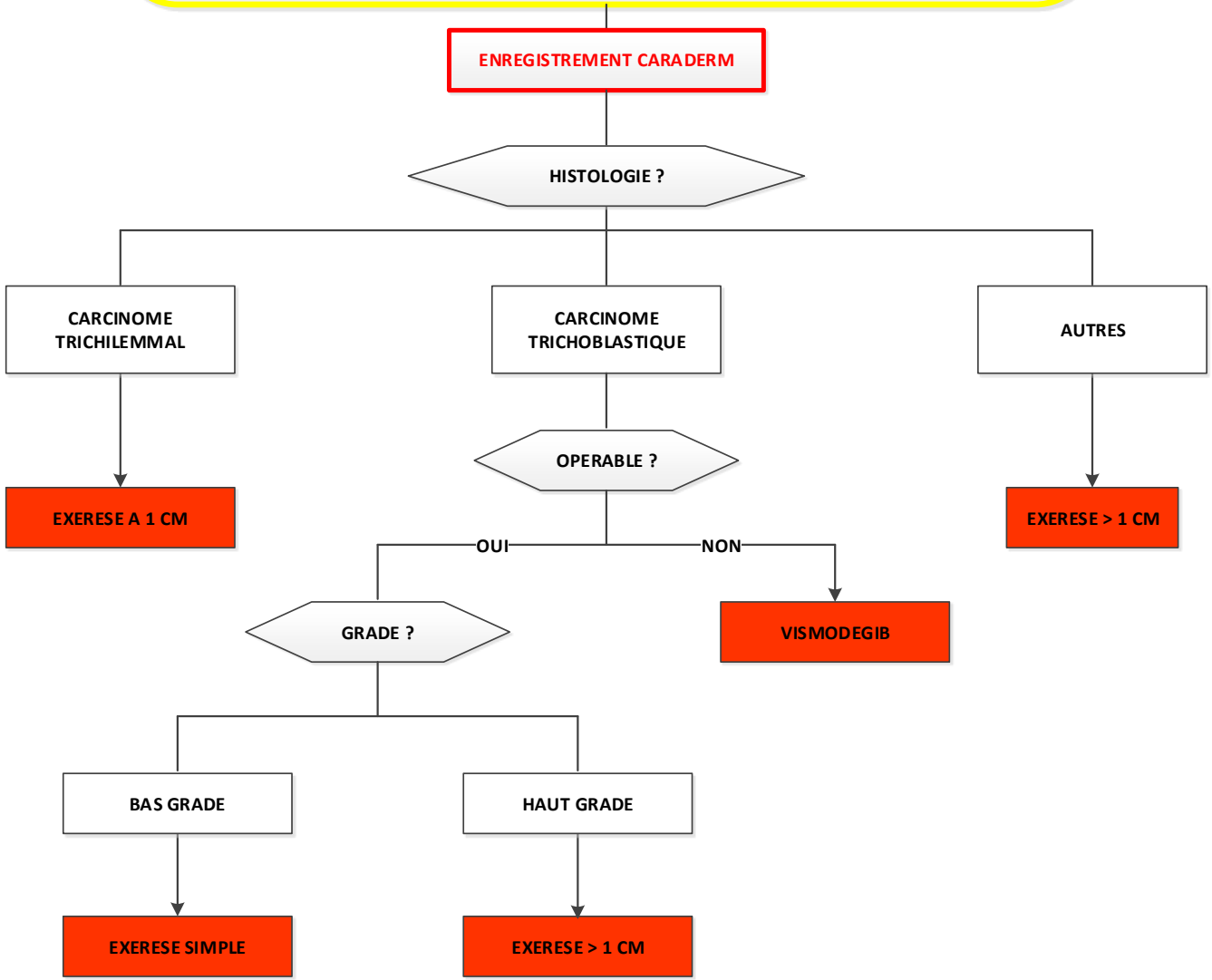


Tableau A.2
CARCINOME ANNEXIEL A DIFFERENCIATION SEBACEE

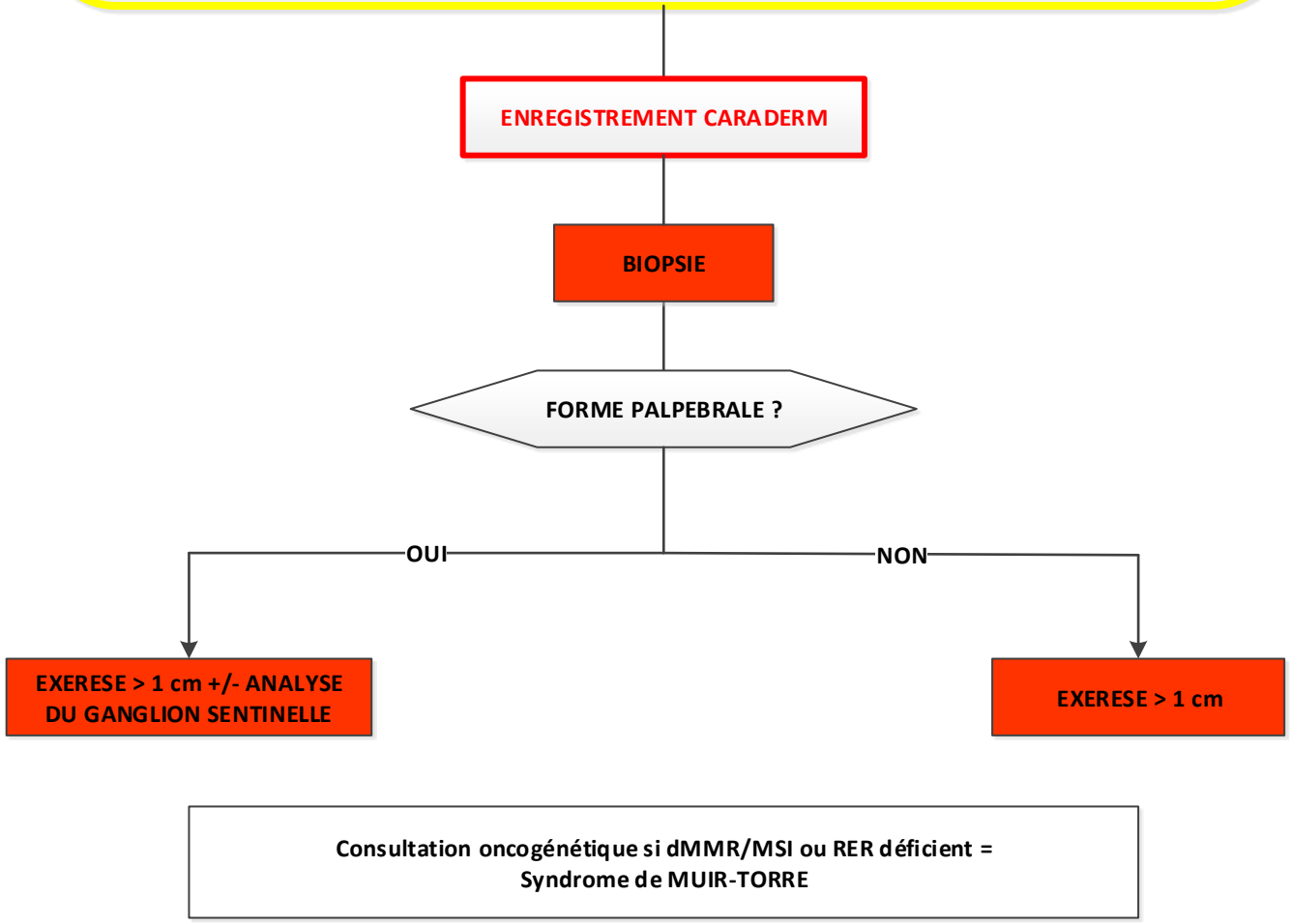


Tableau A.3
CARCINOME ANNEXIEL A DIFFERENCIATION APOCRINE

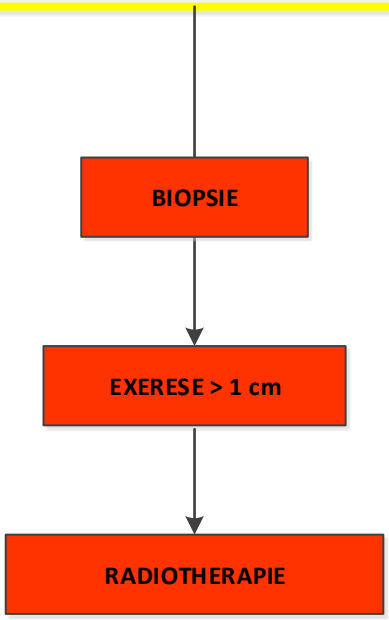


Tableau A.4
CARCINOME ANNEXIEL A DIFFERENCIATION ECCRINE HORS CARCINOME MICROKYSTIQUE

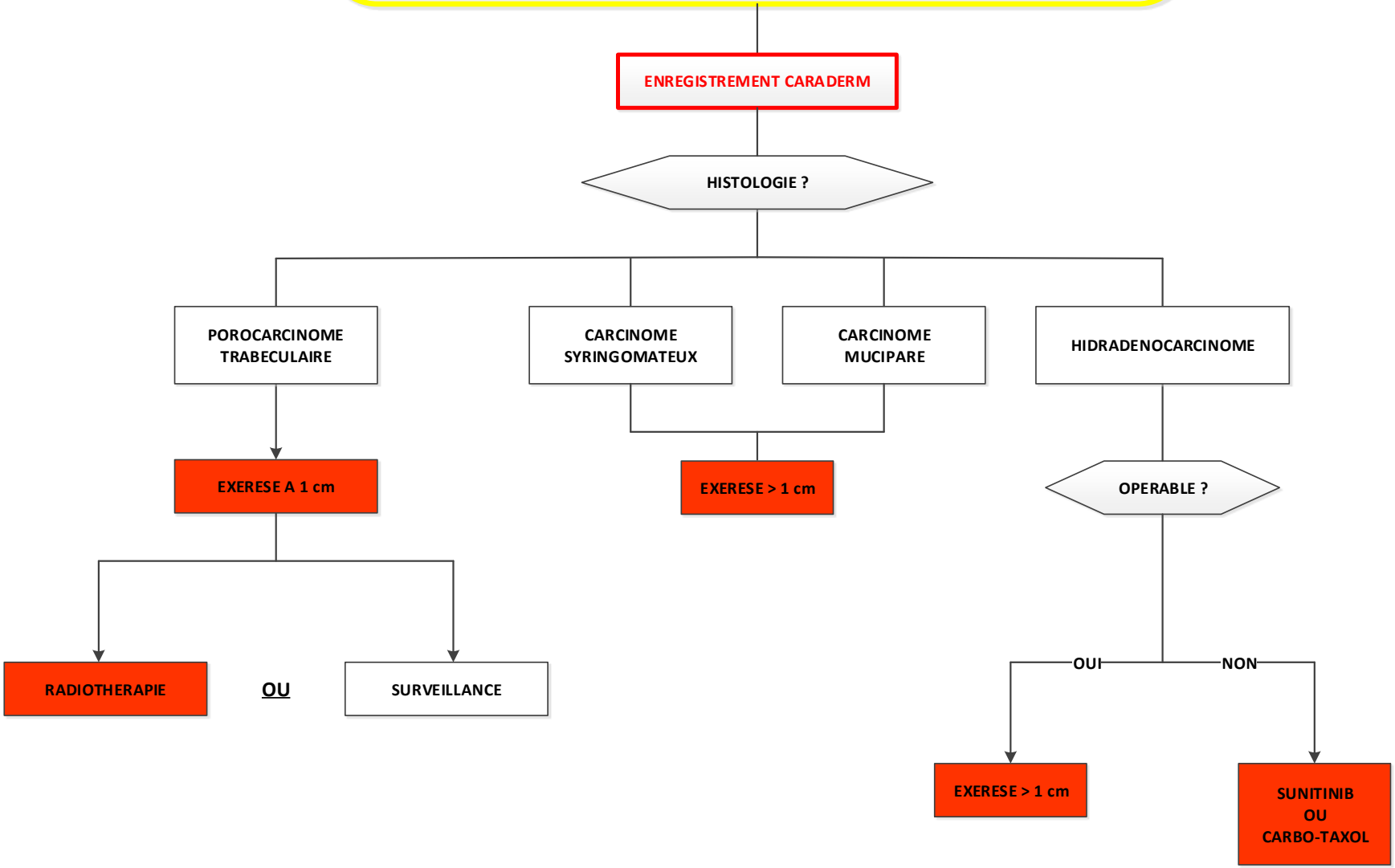
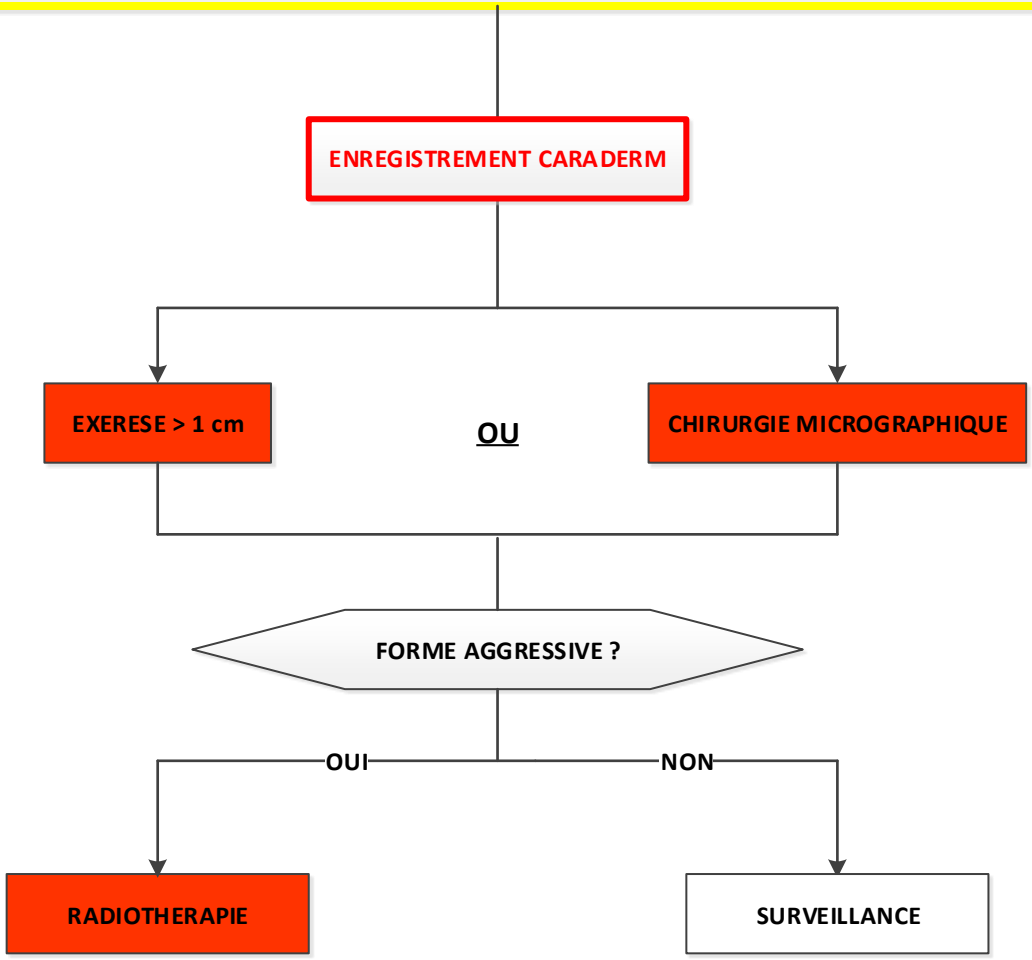



Tableau A.5
CARCINOME ANNEXIEL A DIFFERENCIATION ECCRINE A TYPE DE CARCINOME MICROKYSTIQUE