

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 19 avril 2019 à Poitiers
par **Monsieur Romain Lesbazeilles**

**Évaluation d'une consultation de diagnostic rapide des cancers cutanés,
une étude rétrospective monocentrique**

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame le Professeur France Roblot

Membres : Monsieur le Docteur Eric Frouin
Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet
Madame le Docteur Ewa Wierzbicka-Hainaut

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Damien Boutin

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Présidente du jury, Madame le Professeur Roblot,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour vos enseignements et votre bienveillance à notre égard au cours de ces années. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A mon Maître et membre du jury, Monsieur le Docteur Frouin,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir montré que la persévérance et le travail offrent des possibilités insoupçonnées. C'est avec plaisir que je poursuivrai l'apprentissage de la dermatopathologie à vos côtés, merci pour ces mardis riches d'enseignements. Recevez ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

A mon Maître et membre du jury, Madame le Docteur Victor-Chaplet

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci d'avoir accepté si gentiment et spontanément. Je vous remercie pour vos enseignements, ainsi que pour votre bienveillance et votre engagement auprès des étudiants. Recevez ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

A mon Maître et directeur de thèse, Monsieur le Docteur Boutin,

Damien, je te remercie chaleureusement de m'avoir proposé ce travail et de m'avoir offert de ton temps pour m'accompagner. Avec toi, j'ai pris goût à la dermatologie, merci pour la rigueur de tes enseignements. Tu as été mon interne, presque co-interne, chef puis PHC ; tu resteras un modèle et ami. Tu as été l'initiateur de l'alignement des planètes, je t'exprime ma profonde reconnaissance. C'est avec plaisir que je continuerai de travailler et d'apprendre à tes côtés.

A mon Maître et membre du jury, Madame le Docteur Wierzbicka-Hainaut,

Ewa, je te remercie sincèrement pour ces semestres passés à tes côtés. Je t'exprime ma sincère reconnaissance pour m'avoir ouvert des portes que je pensais fermées. Tu es un modèle de compétence, un exemple de bienveillance et de dynamisme. Merci d'avoir fait renaitre ce service, je suis heureux et fier de pouvoir intégrer ton équipe.

A mes parents

Je n'ai pas de mot pour exprimer ma reconnaissance. Votre amour et votre soutien inconditionnels ont fait de moi un médecin, mais avant tout l'adulte que je suis devenu. Merci des chances que vous m'avez données, vous êtes un exemple de générosité que tout parent devrait suivre.

Maman, merci pour ta douceur et ta présence à chaque instant depuis 27 ans.

Papa, merci de m'avoir donné cette curiosité qui m'a très certainement menée jusqu'ici.

La fierté que je vois dans vos yeux m'honore, la mienne est au moins aussi grande. Merci !

A Justine

Je ne te le dirai jamais assez, tu es sans aucun doute la plus belle personne qu'il m'ait été donné de rencontrer. Tu es un modèle et une aspiration de chaque instant, pour toutes ces choses simples mais si importantes. Merci pour ces belles années à tes côtés.

« Les vrais gens » c'est toi !

A mes grands-parents, et aux membres de ma famille qui m'ont soutenu, merci d'avoir été présents, chacun à votre façon, dans les moments qui comptent.

Aux médecins grâce à qui j'ai grandi

Merci au Docteur Hélis et au Docteur Fizelier de m'avoir montré la beauté de leur métier.

Merci au Docteur Perrotin et au Docteur Romen, de m'avoir tant appris et donné goût à la médecine générale.

Merci au Docteur Célerier et au Docteur Le Guyadec de m'avoir accueilli avec temps de générosité, vos enseignements ont été précieux.

Enfin, merci à l'équipe de dermatologie du CHU de Poitiers et mes co-internes, pour vos enseignements, votre gentillesse et merci de m'accueillir dans votre équipe.

A mes amis de fac

A Antoine bien sûr, et à Maxime, Paul et Sophie, merci pour ces années, pour votre bonne humeur et les litres de café. Merci Maxime d'avoir été mon acolyte des bibliothèques poitevines, mon copain de stage, mon ami, j'ai hâte d'être tonton ! Marion, merci pour ton amitié et l'œnologie hebdomadaire sur ton balcon. Laurine, merci pour ton humour et ton parlé du pays.

Aux amis et copains de La Rochelle, de Poitiers et d'ailleurs

Merci aux vieux qui m'ont accueilli si chaleureusement : les Croquetins et leur coup de cœur, les Leblanc de Berjonval, les Brugyons, Lucie, Raph et merci Anna ma sauveuse récidiveuse. Magali, merci d'avoir épaulé le chef pour qu'il m'épaulé à son tour. Alice, merci pour ton soutien jusqu'à la dernière minute. Hâte de rencontrer les petites puces que vous cachez dans vos ventres !

Merci aux jeunes avec qui j'ai partagé les premiers mois d'internat. Merci Rose pour ta délicatesse et Victor pour ton enthousiasme de chaque instant.

Martin, Charlotte et Antoine, merci d'avoir donné des couleurs aux hivers Rochelais.

A tous les autres que j'embrasse chaleureusement.

A Nicolas

Merci pour ton soutien ces derniers mois, merci d'avoir soulagé ma charge mentale, assuré l'intendance, l'illustration du mémoire, la conduite automobile ... et surtout merci pour tout le reste. Félicitation pour ton audace, merci pour ta vision de la vie, tes rêveries et ton immigration réussie.

Bientôt le jardin sur l'Île de Ré, c'est promis !

Liste des abréviations

AJCC : *American Joint Committee on Cancer*

ALM : *Acral Lentiginous Melanoma* (mélanome acro-lentigineux)

CBC : Carcinome BasoCellulaire

CEC : Carcinome Épidermoïde Cutané

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Études Spécialisés

HDJ : Hôpital de Jour

NCCN : *National Comprehensive Cancer Network*

SSM : *Superficial Spreading Melanoma* (mélanome superficiel extensif)

Table des matières

1. Introduction	page 9
Épidémiologie des principaux cancers cutanés	
Démographie des dermatologues	
Difficultés du médecin généraliste	
Contexte local	
Objectif de l'étude	
2. Matériels et méthodes	page 13
3. Résultats	page 15
Population	
Lettres des médecins généralistes	
L'avis du dermatologue lors de la lecture de la lettre du médecin traitant	
Diagnostic retenu à l'issu de la prise en charge en dermatologie	
Analyse de la corrélation entre la lettre et le diagnostic final	
4. Discussion	page 20
Pourquoi cette consultation ?	
Délai de consultation	
Contenu de la lettre des médecins généralistes	
Corrélation entre le diagnostic proposé par le médecin généraliste et le diagnostic final	
Efficacité de cette consultation sur le dépistage précoce	
Représentativité de la population étudiée	
Biais	
Ouverture	
5. Conclusion	page 26
6. Références	page 27
7. Résumé	page 33
8. Serment	page 34

ÉVALUATION D'UNE CONSULTATION DE DIAGNOSTIC RAPIDE DES CANCERS CUTANES, UNE ETUDE RETROSPECTIVE MONOCENTRIQUE

INTRODUCTION

En oncodermatologie, un diagnostic précoce conditionne le pronostic et assure une prise en charge simple. Alors que l'incidence des cancers cutanés ne cesse d'augmenter, l'effectif des dermatologues Français est en baisse constante. Une adaptation des pratiques paraît donc indispensable à une prise en charge rapide de ces patients.

Épidémiologie des principaux cancers cutanés

Carcinome basocellulaire

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le plus fréquent des cancers cutanés. Son incidence varie en fonction du phototype, de la latitude et de l'exposition solaire. En France, son incidence annuelle était estimée à 239 / 100 000 personnes en 2008 (1). Des données internationales plus récentes montrent une incidence de 76 / 100 000 en Grande-Bretagne, et comprise entre 146 et 422 / 100 000 personnes dans la population à peau blanche des États-Unis d'Amérique. L'incidence ajustée à l'âge a doublé en 30 ans. (2)

En considérant une fourchette basse de 146 à 239 CBC / 100 000 habitants par an, il y aura en 2019 entre 639 et 1 045 CBC en Vienne, entre 547 et 896 CBC dans les Deux-Sèvres et entre 8 741 et 14 308 CBC en Nouvelle-Aquitaine.

Carcinome épidermoïde cutané

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est le deuxième cancer de la peau le plus fréquent. Son incidence varie également en fonction du phototype, de la latitude et de l'exposition solaire. L'incidence annuelle est estimée à 38,2 / 100 000 habitants en Espagne (3), entre 5 et

499 / 100 000 habitants aux États-Unis, entre 16 et 34 / 100 000 au Canada, les estimations sont similaires en Europe du Nord (4).

Nous retiendrons ici l'incidence annuelle de 30 CEC / 100 000 habitants proposée par la Société Française de Dermatologie dans ses recommandations de 2009, qui semble une estimation basse compte tenu de l'augmentation de 50 à 200% de l'incidence au cours des 30 dernières années (5). Il y aura donc en 2019 au minimum 131 CEC en Vienne, 112 dans les Deux-Sèvres et 1 796 en Nouvelle-Aquitaine.

Mélanome

En France, le mélanome est le 7^{ème} cancer solide, à l'exclusion des cancers cutanés non mélaniques, avec en 2018, 13,6 mélanomes pour 100 000 habitants (6). Ce chiffre est peut-être sous-estimé, car les données du *National Cancer Institute* aux États-Unis retrouvent une incidence de 23 mélanomes / 100 000 habitants, toutes origines ethniques confondues (7).

En considérant le chiffre bas, il y aura en 2019 au moins 59 nouveaux mélanomes en Vienne, 51 dans les Deux-Sèvres et 814 en Nouvelle-Aquitaine.

L'incidence des différents types de cancers cutanés continue à croître à la faveur du vieillissement de la population, de l'exposition solaire professionnelle et de loisirs. Un diagnostic précoce est indispensable pour diminuer leur morbi-mortalité.

Démographie des dermatologues

La démographie médicale en France est en baisse constante. En dermatologie, la diminution du nombre de médecins en exercice est particulièrement marquée avec une baisse attendue de 32% entre 2006 et 2030 (8). Parallèlement, la population s'accroît et les disparités régionales creusent les écarts. Les zones densément peuplées voient le nombre de médecins croître moins rapidement que leur population. Les zones rurales à la démographie médicale déjà basse voient les derniers praticiens en exercice partir à la retraite sans successeur (9).

En 2016, la Nouvelle Aquitaine comptait 306 dermatologues en exercice avec un âge moyen de 52,3 ans, dont 28,1% de plus de 60 ans. La variation d'effectif entre 2007 et 2016 était de -4,7%.(10)

Difficultés du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un acteur clé dans le dépistage précoce des cancers cutanés et des lésions précancéreuses. Selon les dernières données disponibles de l'Observatoire de la Médecine Générale (fermé en 2011), les affections dermatologiques représentaient 6 % des motifs de consultations de premier recours. Les données internationales sont concordantes (11).

Il existe peu d'études sur les pratiques des médecins généralistes en oncodermatologie car ce n'est que rarement un motif principal de consultation : la demande du patient est secondaire voire inexistante et le diagnostic est porté par le médecin généraliste sans que le patient n'en ait formulé la demande. Selon Rat et al., le patient était l'initiateur du dépistage du cancer de la peau dans seulement 29,3% des cas. Les patients âgés de 50 à 75 ans étaient les moins demandeurs (12).

Dans une étude de Halioua en 2014, les trois principaux obstacles au dépistage précoce des lésions cutanées étaient la difficulté de reconnaissance des lésions (40,7%), le manque de temps (37,2%) et la difficulté à déterminer les patients à risque (15%) (13). Les consultations de médecine générale où une problématique de cancer cutané était abordée étaient significativement plus longues que la moyenne des consultations (12).

En médecine générale, lors d'une consultation pour une lésion suspecte de cancer cutané, le recours au spécialiste est 3 fois plus fréquent (12). Un recours rapide à une expertise du dermatologue paraît donc nécessaire.

Contexte local

Dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, 11,3 demandes de consultation sont reçues en moyenne chaque jour. Ce chiffre ne prend pas en compte les demandes d'avis intra-hospitaliers, les suivis de patients, le recrutement des urgences ou d'autres services.

Pour répondre à cette demande croissante et à l'allongement des délais de consultation jusqu'à 6 mois, les médecins du service de dermatologie ont dû trouver des solutions. En avril 2018,

ils ont mis en place cette consultation de diagnostic rapide des lésions suspectes de cancers cutanés.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt d'une consultation de diagnostic rapide des cancers cutanés au CHU de Poitiers, en réponse aux demandes des médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

Patients et lettres du médecin traitant

Dans le service de dermatologie du CHU de Poitiers, l'ensemble des demandes de consultations était étudié par les médecins du service. Leur nombre était quotidiennement consigné. Les demandes d'avis pour une lésion cutanée étaient programmées à la consultation de diagnostic rapide des tumeurs cutanées, trois jeudis par mois.

L'ensemble des patients programmés en consultation d'avril à septembre 2018 ont été inclus. Ont ensuite été exclus : les patients adressés par un praticien non médecin généraliste ; ceux dont le courrier n'a pas été retrouvé ou non scanné dans le dossier ; les patients qui n'ont pas honoré leur rendez-vous ou décédés avant la consultation.

Les données objectives de la lettre du médecin généraliste ont été recueillies : localité du médecin rédacteur, date de rédaction, date de réception, date de programmation, âge et sexe du patient, localisation, délai d'apparition, rapidité d'évolution, proposition diagnostique.

L'avis du dermatologue

Pour l'étude, les lettres des médecins généralistes étaient relues par deux médecins du service. En fonction des renseignements qu'elles contenaient, les lettres étaient classées selon le degré d'inquiétude : pas inquiet, doute, inquiet. Ces données subjectives étaient estimées selon le degré d'urgence de la demande, les termes employés qui pouvaient faire suspecter clairement ou subtilement une lésion cancéreuse.

Les comptes-rendus de consultations ont ensuite été analysés : classification des lésions suite au diagnostic retenu par le dermatologue et par l'anatomopathologiste si nécessaire, corrélation avec le courrier du médecin traitant.

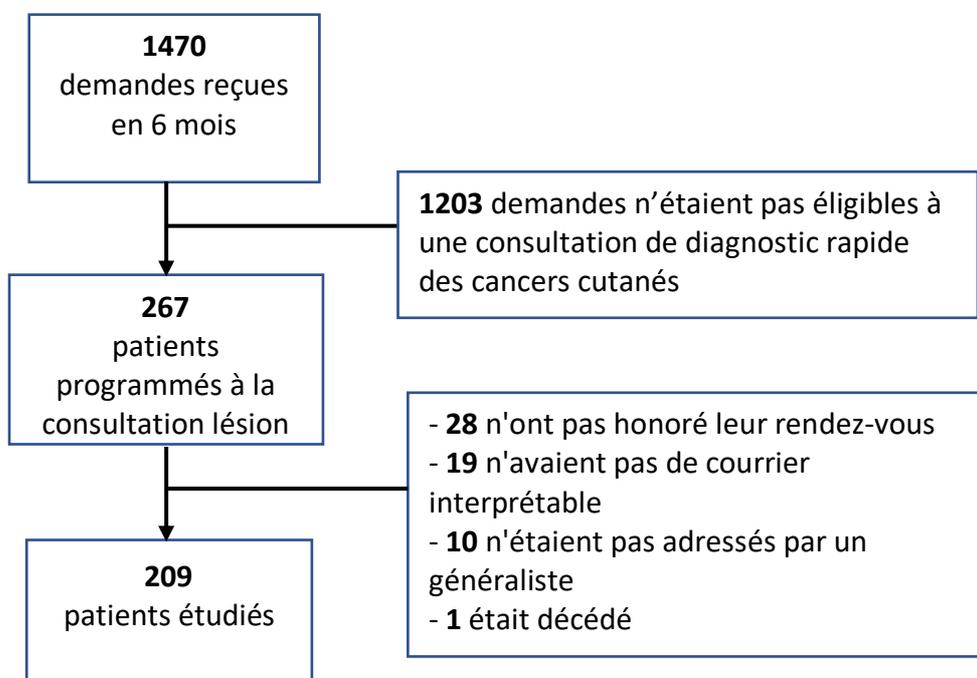
Analyse statistique

Les données ont été recueillies et exploitées dans un tableau Excel (Microsoft version 16.22 2019). Les variables qualitatives ont été décrites en pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne. Le test du χ^2 a été utilisé pour la comparaison des pourcentages.

RESULTATS

Population

Entre avril et septembre 2018, 1470 demandes ont été reçues dont 267 patients éligibles à la consultation de diagnostic rapide des cancers cutanés. Sur ces 267 patients inclus, 28 ne sont pas venus à leur rendez-vous ; pour 19 d'entre eux la lettre du médecin traitant n'était pas retrouvée ; 10 étaient adressés par un praticien libéral non spécialiste en médecine générale (dont 3 dermatologues) ; 1 était décédé avant la consultation. Au total, 209 patients ont été étudiés.



Lettres des médecins généralistes

Parmi les médecins demandeurs d'avis pour une lésion suspecte de cancer cutané, 1 (0,5%) était localisé en Charentes, 2 (1,1%) en Charente-Maritime, 22 (10,5%) dans les Deux-Sèvres, 179 (85,6%) en Vienne, et 5 (2,3%) dans d'autres départements.

Le délai moyen de prise en charge des patients entre réception de la lettre et programmation à la consultation était de 47,8 jours.

Il y avait parmi les 209 patients, 123 femmes (58,8%) et 86 hommes (41,2%), l'âge moyen était de 58,6 ans (entre 3 et 99 ans). 103 (49,3%) de ces lésions étaient localisées dans la région tête et cou ; 48 (23,0%) sur le tronc ; 22 (10,5%) aux membres supérieurs ; 36 (17,2%) aux membres inférieurs.

Une durée d'évolution précise n'était renseignée que dans 10 (4,8%) cas, contre 199 (95,2%) non renseignés. La durée d'évolution approximative était renseignée pour 101 (48,3%) patients avec 31 (14,8%) lésions dont l'évolution était estimée rapide, et 70 (33,5%) lésions dont l'évolution était estimée lente ou non évolutive.

Il n'y avait pas de proposition diagnostique pour 143 (68,4%) patients ; dans 33 (15,8%) lettres, le médecin proposait un diagnostic de lésion maligne ; dans 33 (15,8%) des cas le médecin proposait un diagnostic de lésion bénigne.

Tableau 1 : Informations contenues dans la lettre du médecin		
Département d'origine du médecin		
16	1	0,5 %
17	2	1,1 %
79	22	10,5 %
86	179	85,6 %
Autres	5	2,3 %
Délai de prise en charge entre réception et programmation (jours)		
	47,8	
Caractéristiques des patients		
- femme	123	58,8 %
- homme	86	41,2 %
- âge moyen (années)	58,6	(3 – 99)
Localisation		
- tête et cou	103	49,3%
- tronc	48	23,0%
- membre supérieur	22	10,5%
- membre inférieur	36	17,2%
Durée d'évolution précise		
- non renseigné	199	95,2 %
- renseigné	10	4,8 %
Durée d'évolution approximative		
- non renseignée	108	51,7 %
- rapide	31	14,8 %
- lente/non évolutive	70	33,5 %

Proposition diagnostique		
- pas de proposition	143	68,4 %
- malin	33	15,8 %
- bénin	33	15,8 %

L'avis du dermatologue lors de la lecture de la lettre du médecin traitant

Lors de la relecture par deux médecins du service, 89 (42,6%) lettres étaient étiquetées « inquiétantes », alors que 67 (32,1%) et 53 (25,3%) d'entre-elles étaient respectivement étiquetées « douteuse » et « non inquiétantes ».

Tableau 2 : L'avis du dermatologue à la lecture de la lettre		
Degré d'inquiétude ressentie		
- pas inquiet	53	25,3 %
- doute	67	32,1 %
- inquiet	89	42,6 %

Diagnostic retenu à l'issu de la prise en charge en dermatologie

Il y avait 67 (32,1%) lésions malignes diagnostiquées, 26 (12,4%) carcinomes basocellulaires, 15 (7,2%) carcinomes épidermoïdes cutanés, 6 (2,9%) mélanomes, 19 (9,1%) kératoses actiniques, 1 (0,5%) lésion indéterminée. Il s'agissait d'un nævus avec de très nombreuses atypies qui était suffisamment suspect pour être pris en charge comme un mélanome in situ.

Il y avait 142 (67,9%) lésions bénignes diagnostiquées dont 51 (24,4%) nævus, 32 (15,3%) kératoses séborrhéiques, 7 (3,3%) lentigos actiniques, 5 (2,4%) verrues et papillomes verruqueux, 47 (22,5%) autres lésions bénignes.

Selon la Classification *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* 7^e édition de 2009, il y avait parmi les 6 mélanomes : deux mélanomes superficiels extensifs (SSM) stade 0, un SSM stade I, un SSM stade II A, un mélanome acro-lentigineux (ALM) stade II B, un ALM stade II C ; aucun n'était métastatique.

Parmi les 15 carcinomes épidermoïdes cutanés, il y avait 7 carcinomes in situ ; 8 étaient invasifs et du groupe à faible risque selon la classification *National Comprehensive Cancer*

Network (NCCN) ; aucun n'était classé dans le groupe à haut risque ; aucun n'était métastatique.

Tableau 3 : Diagnostic retenu		
Lésions malignes cliniques et histologiques	67	32,1%
- carcinome basocellulaire	26	12,4%
- carcinome épidermoïde cutané	15	7,2%
- mélanome	6	2,9%
- kératose actinique	19	9,1%
- indéterminée	1	0,5%
Lésions bénignes cliniques et histologiques	142	67,9%
- nævus tout type confondu	51	24,4%
- kératose séborrhéique	32	15,3%
- lentigo actinique	7	3,3%
- verrue et papillome	5	2,4%
- autres	47	22,5%
Parmi les mélanomes	SSM Stade 0	2
	SSM Stade I	1
	SSM Stade IIA	1
	ALM Stade IIB	1
	ALM Stade IIC	1
Parmi les carcinomes épidermoïdes cutanés	CEC in situ	7
	CEC invasif	8

Analyse de la corrélation entre la lettre et le diagnostic final

Parmi les 156 lettres où le dermatologue percevait une inquiétude ou un doute, il y avait 61 lésions malignes et 95 lésions bénignes. Parmi les 53 lettres où le dermatologue ne percevait pas d'inquiétude, il y avait 6 lésions malignes et 47 lésions bénignes.

L'inquiétude ressentie par le dermatologue à la lecture de la lettre était significativement liée au diagnostic de malignité ($p < 0,001$).

Lorsque la lésion était maligne, la probabilité que le dermatologue ait senti un doute ou une inquiétude était de 91%. Lorsque la lésion était bénigne, l'absence d'inquiétude ressentie n'était objectivée que dans 33% des cas.

Tableau 4 : Diagnostics selon le degré d'inquiétude ressenti dans la lettre			
	Lésions malignes	Lésions bénignes	Total
Ressenti du dermatologue			
- Inquiet / doute	61	95	156
- Pas d'inquiétude	6	47	53
Sensibilité			0,91
Spécificité			0,33

Parmi les 33 lettres où le médecin généraliste se prononçait en faveur d'une lésion maligne, il y avait 20 lésions malignes et 13 lésions bénignes. Parmi les 33 lettres où le médecin généraliste se prononçait en faveur d'une lésion bénigne, il y avait 2 lésions malignes et 31 lésions bénignes.

Les propositions diagnostiques des médecins généralistes étaient significativement liées au diagnostic de malignité ($p < 0,001$).

Lorsque la lésion était maligne et que le médecin généraliste avait proposé un diagnostic, la probabilité qu'il juge la lésion maligne était de 91%. Pour une lésion finalement bénigne, le médecin généraliste jugeait la lésion comme bénigne dans 70% des cas.

Tableau 5 : Diagnostics, selon les propositions des médecins généralistes			
	Lésions malignes	Lésions bénignes	Total
Proposition franche du MG			
- Lésions malignes	20	13	33
- Lésions bénignes	2	31	33
Sensibilité			0,91
Spécificité			0,70

DISCUSSION

Pourquoi cette consultation ?

Cette consultation a été mise en place pour répondre à la demande croissante d'avis des médecins généralistes pour des lésions suspectes de cancers cutanés. Dans le service de dermatologie du CHU de Poitiers, deux facteurs expliquaient cette problématique : l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés et le départ non remplacé des dermatologues libéraux notamment dans les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres. Il s'agissait d'une consultation de diagnostic rapide, initialement sans examen complet du tégument. Elle semblait imparfaite, mais sa mise en place répondait à une problématique d'urgence. Les délais moyens de consultation standard de 4 à 6 mois n'étaient pas acceptables en oncodermatologie.

Délai de consultation

Le délai moyen de cette consultation de diagnostic rapide était de 47,8 jours soit 1 mois et demi. Il peut sembler long, mais il est à comparer aux 4 à 6 mois de délai minimal pour obtenir un rendez-vous en dermatologie en Vienne, dans le secteur hospitalier ou privé. De plus, six mois après la fin de l'inclusion, ce délai de programmation a été réduit à une ou deux semaines. Après 1 an, le nombre de demandes en attente de programmation est nulle. Cette consultation a permis de répondre à une problématique régionale de manque de disponibilité des dermatologues pour programmer rapidement les consultations de dépistage en oncodermatologie.

Contenu de la lettre des médecins généralistes

Notre étude a mis en évidence un problème de communication entre le médecin généraliste et le dermatologue, par le peu d'informations contenues dans le courrier adressant les patients. La durée précise de l'évolution de la lésion était renseignée dans moins de 5% des demandes alors qu'il s'agit d'une information indispensable à la bonne orientation des patients et à la hiérarchisation des urgences.

Il existait une grande disparité de rédaction. Certaines lettres, très bien renseignées orientaient directement vers un diagnostic : « lésion perlée en zone photo-exposée », « lésion kératosique saignante et d'évolution rapide », « lésion pigmentée de grand diamètre, irrégulière et rapidement évolutive ». D'autres étaient très imprécises, sans description sémiologique ni chronologique.

Notre étude souligne deux difficultés rencontrées par le médecin généraliste : le manque de temps (pour l'examen dermatologique et la rédaction de la lettre) et la difficulté à reconnaître les lésions suspectes. Ces résultats sont similaires à ceux de Halioua (13).

Corrélation entre le diagnostic proposé par le médecin généraliste et le diagnostic final

Selon le degré d'inquiétude ressenti à la lecture de la lettre

Nos résultats montrent que les informations données par le médecin généraliste, même approximatives, permettent d'orienter correctement le patient par l'appréciation du dermatologue. En effet, lorsque le médecin généraliste exprimait une inquiétude, il y avait un lien significatif avec le diagnostic de malignité ($p < 0,001$). A l'aide de ces données approximatives, lorsque la lésion était maligne, la probabilité que le dermatologue ait ressenti un doute ou une inquiétude était de 91%.

Ces résultats montrent que les informations fournies dans la lettre permettent une bonne sensibilité de l'inquiétude du dermatologue, l'examen réalisé par le médecin généraliste est donc un bon test de dépistage. Cependant, la spécificité de l'inquiétude ressentie est insuffisante (33%), ce résultat reflète un besoin d'informations plus précises afin d'affiner l'orientation diagnostique du dermatologue.

Selon la proposition diagnostique du médecin généraliste

Pour 66 (31,6%) patients, une orientation diagnostique était avancée par le médecin traitant. Dans cette situation, la proposition était pertinente : lorsque le médecin généraliste proposait clairement un diagnostic, il y avait une association significative avec le diagnostic final ($p < 0,001$). Lorsque la lésion était maligne, la probabilité qu'il juge la lésion comme telle était

de 91%. En plus de cette bonne sensibilité, l'évaluation du médecin généraliste dans cette situation avait une spécificité tout à fait correcte (70%).

Lorsque le médecin généraliste se prononçait clairement en faveur d'un diagnostic, ses capacités de dépistage en oncodermatologie étaient très satisfaisantes. Malheureusement, il ne se positionnait que trop peu souvent pour que ce paramètre permette à lui seul une bonne orientation des patients.

Lésions bénignes : l'exemple de la kératose séborrhéique

Dans les lettres d'adressage des 32 kératoses séborrhéiques diagnostiquées à l'issu de la consultation de dépistage rapide, le médecin généraliste exprimait un doute ou une inquiétude pour 20 (62,5%) lésions, il n'exprimait pas d'inquiétude pour 12 (37,5%) lésions.

La kératose séborrhéique est une lésion bénigne et extrêmement fréquente. L'incertitude diagnostique qu'elle suscite illustre la difficulté des médecins généraliste à reconnaître les lésions. Ces résultats sont également en accord avec l'étude déclarative de Halioua (13).

Cet exemple illustre le besoin d'une meilleure formation des médecins généralistes au diagnostic des lésions fréquentes en dermatologie. Ainsi dans notre étude, pour le seul exemple des kératoses séborrhéiques, 20 (9,6%) consultations auraient pu être évitées.

Le rôle du médecin généraliste

Le rôle central du médecin généraliste a déjà été mis en évidence dans le dépistage des cancers cutanés, comme initiateur du dépistage et par la pertinence de son examen. (11)

Notre étude souligne ce rôle et montre l'intérêt de répondre rapidement aux demandes des médecins généralistes en oncodermatologie.

Efficacité de cette consultation sur le dépistage précoce

Cette consultation a permis de diagnostiquer 6 mélanomes non métastatiques, selon la Classification AJCC 7^e édition de 2009 : deux mélanomes superficiels extensifs (SSM) stade

0, un SSM stade I, un SSM stade II A, un mélanome acro-lentigineux (ALM) stade II B, un ALM stade II C. Hormis les deux ALMs de diagnostic difficile, les quatre SSMs étaient globalement de bon pronostic.

Parmi les 15 carcinomes épidermoïdes cutanés, il y avait 7 carcinomes in situ, d'excellent pronostic. Les autres étaient tous classés dans le groupe à faible risque selon la classification NCCN ; aucun n'était métastatique.

La mise en place de cette consultation a donc permis d'apporter un diagnostic précoce des cancers cutanés. Aucun n'était métastatique, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas avec les délais de consultations classiques. Cette consultation a permis à des patients présentant une lésion peu suspecte aux yeux du médecin généraliste, d'être vus dans un délai satisfaisant. Pour certains, il s'agissait d'un mélanome à un stade précoce.

Représentativité de la population étudiée

La sélection des patients et le caractère ambulatoire de cette consultation étaient une force dans notre étude. En analysant uniquement les patients adressés par le médecin traitant, les patients immunodéprimés suivis dans les hôpitaux de jour (HDJ) d'oncologie, hématologie, rhumatologie, médecine interne, infectieuse et gastro-entérologie, ont été exclus. Ces patients sont vus par les internes de dermatologie lors de leur séjour en HDJ. Il s'agit d'une population particulièrement à risque de développer des cancers cutanés. Dans notre étude, la population était donc plus proche de la population générale, en évitant ce recrutement hospitalier.

Biais

Notre étude comprenait un biais de sélection important. A la lecture des courriers reçus quotidiennement dans le service, lorsque le médecin généraliste donnait suffisamment d'informations sur une lésion mélanique hautement suspecte ou qu'il informait le service par téléphone, le patient était vu lors du premier créneau urgent disponible. Ce biais était particulièrement marqué au début de la mise en place de la consultation de diagnostic rapide car les délais restaient supérieurs à 6 semaines.

Aujourd'hui, les patients adressés pour une lésion pigmentée suspecte ou une lésion saignante sont programmés à la consultation de diagnostic rapide en moins de 10 jours, il y a donc plus de mélanome et carcinomes épidermoïdes cutanés diagnostiqués.

Le délai de programmation était également probablement surestimé. L'étude n'a pas pris en compte le premier rendez-vous proposé et les délais étaient allongés lorsque le patient repoussait la date de consultation. En période estivale, nous estimons que 5 à 10 % des patients ont repoussé leur rendez-vous. Également, la consultation n'était possible que 3 jeudis par mois pour des raisons d'organisation du service et peu de créneaux étaient disponibles.

Le recueil des données était très subjectif, l'appréciation de la lettre du généraliste par le dermatologue peut être variable selon le médecin. Cependant, ce recueil de données en « vie réelle » reste intéressant, et les résultats sont concordants avec les études précédentes.

Ouverture

Besoin de formation des médecins généralistes

Dans une étude de Rousset publiée en décembre 2018 (14), 92% des internes en dernière année de médecine générale interrogés, estimaient que leurs connaissances en dermatologie n'étaient pas suffisantes pour leur pratique future. Seuls 37% avaient fait un stage en dermatologie pendant l'externat, et 55% avaient bénéficié d'un enseignement en dermatologie au cours de leur Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Il n'est donc pas étonnant que le premier obstacle au dépistage des cancers cutanés en médecine de premier recours soit la reconnaissance des lésions, avant le manque de temps.

Cette consultation de diagnostic rapide était organisée pour examiner une lésion suspecte, il n'y avait pas de temps dédié à l'examen de l'ensemble du tégument. Le médecin généraliste doit donc rester l'acteur central du dépistage cutané. Notre étude incite à l'organisation plus fréquente de formations pour les médecins généralistes. Il serait intéressant d'organiser des réunions locales, brèves, richement illustrées pour entraîner l'œil des médecins généralistes aux dépistages : imprégnation iconographique de kératoses séborrhéiques, de CBC, information sur les lésions plus rares, aide au repérage des lésions pigmentées suspectes etc.

Cela permettrait également de mettre en relation les médecins généralistes et les dermatologues.

Un courrier standard, pour une meilleure communication

Le manque de temps lors des consultations de médecine générale est parfois un frein à un examen complet du tégument, et encore plus à la rédaction d'une lettre détaillée. Pour répondre à cette difficulté, nous proposons d'envoyer aux médecins généralistes de l'aire de rayonnement du CHU de Poitiers une lettre standard, à intégrer directement à leur logiciel informatique. Pour atteindre son objectif, elle doit être brève, et cibler les informations indispensables à l'orientation des patients : durée précise d'évolution en semaines ou mois, localisation exacte, lésion suspecte de cancer cutané ou non, pigmentée ou non, antécédent personnel ou familial de cancer cutané en plus des autres antécédents.

Téléexpertise et téléconsultation en oncodermatologie

La téléexpertise en dermatologie se met progressivement en place dans certaines régions. En Nouvelle-Aquitaine, le projet SmartDerm permet de mettre en relation les médecins généralistes membres du réseau avec des dermatologues libéraux et hospitaliers volontaires pour répondre rapidement aux demandes d'avis dermatologiques.

En oncodermatologie, l'examen clinique reste indispensable à l'appréciation des lésions : évaluation en 3 dimensions, retrait de la croûte, palpation de la base de la lésion, comparaison avec les autres lésions présentes sur le tégument, examen dermoscopique.

La télédermatologie apparaît dans ce domaine comme un outil de hiérarchisation du degré d'urgence et de bonne orientation des patients, mais ne peut être une alternative à une évaluation clinique des patients.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est un acteur incontournable de la prévention primaire et secondaire des cancers cutanées. Les évolutions démographiques en dermatologie imposent une meilleure coordination des réseaux de soins et une meilleure formation des acteurs de soins primaires.

Cette consultation semble donc être un bon outil complémentaire à ceux déjà mis en place pour répondre à la baisse de la démographie des dermatologues et à l'augmentation inacceptable des délais de consultation en oncodermatologie. Il semble intéressant d'améliorer le parcours de soins des patients par une meilleure orientation via des outils d'accompagnement des médecins généralistes : aide à la rédaction de lettres types, téléexpertise, formation initiale et continue ; puis de pouvoir rapidement recevoir les patients, par exemple lors de cette consultation hebdomadaire dédiée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bernard P, Dupuy A, Sasco A, Brun P, Duru G, Nicoloyannis N, et al. Basal cell carcinomas and actinic keratoses seen in dermatological practice in France: a cross-sectional survey. *Dermatol Basel Switz.* 2008;216(3):194–9.
2. Tanese K. Diagnosis and Management of Basal Cell Carcinoma. *Curr Treat Options Oncol.* 2019 Feb 11;20(2):13.
3. Tejera-Vaquerizo A, Descalzo-Gallego MA, Otero-Rivas MM, Posada-García C, Rodríguez-Pazos L, Pastushenko I, et al. Skin Cancer Incidence and Mortality in Spain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 May;107(4):318–28.
4. Madan V, Lear JT, Szeimies R-M. Non-melanoma skin cancer. *Lancet Lond Engl.* 2010 Feb 20;375(9715):673–85.
5. Waldman A, Schmults C. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019 Feb;33(1):1–12.
6. Cancer today [Internet]. [cited 2019 Mar 17]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/home>
7. Melanoma of the Skin - Cancer Stat Facts [Internet]. SEER. [cited 2019 Mar 17]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>
8. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *J Pédiatrie Puériculture.* 2009 Jul;22(4–5):245–53.
9. actes_accès_soins-16oct2012.pdf [Internet]. [cited 2019 Jan 22]. Available from: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_accès_soins-16oct2012.pdf
10. Dr Patrick BOUET CNDLDM. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. 2017. :326.
11. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Aug;45(2):250–5.
12. Rat C, Houd S, Gaultier A, Grimault C, Quereux G, Mercier A, et al. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. *BMJ Open [Internet].* 2017 Jan 30 [cited 2019 Feb 2];7(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293869/>
13. Halioua B, Houta B, Tibi M, Wolkenstein P, Chosidow O. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 2014 Décembre;141(12, Supplément):S324–5.
14. Rousset L, Azot A, Halioua B. Évaluation du niveau de connaissance et des demandes de formation en dermatologie des internes en médecine générale. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 2018 Décembre;145(12, Supplément):S252–3.

TABLEAUX

Tableau 1 : Informations contenues dans la lettre du médecin		
Département d'origine du médecin		
16	1	0,5 %
17	2	1,1 %
79	22	10,5 %
86	179	85,6 %
Autres	5	2,3 %
Délai de prise en charge entre réception et programmation (jours)		
	47,8	
Caractéristiques des patients		
- femme	123	58,8 %
- homme	86	41,2 %
- âge moyen (années)	58,6	(3 – 99)
Localisation		
- tête et cou	103	49,3%
- tronc	48	23,0%
- membre supérieur	22	10,5%
- membre inférieur	36	17,2%
Durée d'évolution précise		
- non renseigné	199	95,2 %
- renseigné	10	4,8 %
Durée d'évolution approximative		
- non renseignée	108	51,7 %
- rapide	31	14,8 %
- lente/non évolutive	70	33,5 %
Proposition diagnostique		
- pas de proposition	143	68,4 %
- malin	33	15,8 %
- bénin	33	15,8 %

Tableau 2 : L'avis du dermatologue à la lecture de la lettre		
Degré d'inquiétude ressentie		
- pas inquiet	53	25,3 %
- doute	67	32,1 %
- inquiet	89	42,6 %

Tableau 3 : Diagnostic retenu		
Lésions malignes cliniques et histologiques	67	32,1%
- carcinome basocellulaire	26	12,4%
- carcinome épidermoïde cutané	15	7,2%
- mélanome	6	2,9%
- kératose actinique	19	9,1%
- indéterminée	1	0,5%
Lésions bénignes cliniques et histologiques	142	67,9%
- nævus tout type confondu	51	24,4%
- kératose séborrhéique	32	15,3%
- lentigo actinique	7	3,3%
- verrue et papillome	5	2,4%
- autres	47	22,5%
Parmi les mélanomes	SSM Stade 0	2
	SSM Stade I	1
	SSM Stade IIA	1
	ALM Stade IIB	1
	ALM Stade IIC	1
Parmi les carcinomes épidermoïdes cutanés	CEC in situ	7
	CEC invasif	8

Tableau 4 : Diagnostics selon le degré d'inquiétude ressenti dans la lettre			
	Lésions malignes	Lésions bénignes	Total
Ressenti du dermatologue			
- Inquiet / doute	61	95	156
- Pas d'inquiétude	6	47	53
Sensibilité			0,91
Spécificité			0,33

Tableau 5 : Diagnostics, selon les propositions des médecins généralistes			
	Lésions malignes	Lésions bénignes	Total
Proposition franche du MG			
- Lésions malignes	20	13	33
- Lésions bénignes	2	31	33
Sensibilité			0,91
Spécificité			0,70

RÉSUMÉ

Introduction : En oncodermatologie, un diagnostic précoce conditionne le pronostic et assure une prise en charge simple. Alors que l'incidence des cancers cutanés ne cesse d'augmenter, l'effectif des dermatologues Français est en baisse constante. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'intérêt d'une consultation de diagnostic rapide des cancers cutanés au CHU de Poitiers, en réponse aux demandes des médecins généralistes.

Matériels et méthodes : Entre avril et septembre 2018, les patients adressés par un médecin généraliste pour une lésion suspecte et reçus à la consultation de diagnostic rapide ont été inclus. Les lettres des médecins généralistes étaient étudiées, ainsi que l'appréciation subjective du dermatologue lors de la lecture. La corrélation entre l'évaluation initiale et le diagnostic final a été analysée.

Résultats : Au total, 209 patients ont été étudiés. Le délai moyen de programmation était de 47,8 jours. La durée d'évolution de la lésion n'était pas renseignée dans 199 (95,2%) cas. 67 lésions malignes ont été diagnostiquées, dont 6 mélanomes, 15 carcinomes épidermoïdes cutanés, 26 carcinomes basocellulaires. L'inquiétude ressentie par le dermatologue à la lecture de la lettre était significativement liée au diagnostic de malignité ($p < 0,001$). La sensibilité de l'inquiétude ressentie à la lecture du courrier était de 91%. Les propositions diagnostiques des médecins généralistes étaient établies pour 66 (31,6%) patients et significativement liées au diagnostic de malignité ($p < 0,001$).

Discussion : La mise en place de cette consultation de diagnostic rapide a permis la prise en charge de nombreuses lésions malignes à un stade précoce. Les informations données par le médecin généraliste, même approximatives, permettent d'orienter correctement le dermatologue. Cette consultation semble être un bon outil complémentaire à ceux déjà mis en place pour répondre à la baisse de la démographie des dermatologues et à l'augmentation des délais de consultation en oncodermatologie. Notre étude confirme le rôle central du médecin généraliste, mais souligne également la nécessité d'une formation plus complète pour permettre une meilleure orientation des patients.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

