

Bilan et suivi des patients opérés sans métastases à distance

Introduction

Après le diagnostic initial, le patient est exposé aux risques évolutifs suivants :

- récurrence locale, en transit, régionale ou à distance du mélanome, avec des probabilités et des délais variables selon le stade AJCC et les indices histopronostiques. En règle générale, les évolutions défavorables tardives concernent les patients atteints de formes *a priori* moins sévères,

- apparition d'un autre mélanome, avec une fréquence de l'ordre de 5 à 10 %. Le mélanome suivant est généralement de plus faible épaisseur et de meilleur pronostic que le premier mélanome chez les patients surveillés [142],

- apparition d'une autre tumeur (liée au mélanome dans la plupart des études épidémiologiques) comme les carcinomes basocellulaires et les carcinomes épidermoïdes cutanés.

Le risque de récurrence d'un mélanome est principalement déterminé par l'épaisseur tumorale. Kelly *et al.* et Mc Carthy *et al.* ont publié des données sur les taux de récurrence des mélanomes de différentes épaisseurs [143, 144]. Rogers *et al.* et Singluff *et al.* ont approfondi la dynamique du risque annuel de progression chez les patients atteints de mélanomes de stade I AJCC [145, 146]. Les données conjointes montrent que :

- le risque de récurrence pour les mélanomes inférieurs à 0,76 mm est d'environ 1 % ; ce risque est uniforme pour une période de 15 ans et il ne diminue pas avec le temps,

- pour les tumeurs d'épaisseur comprise entre 0,76 mm et 1,5 mm, le risque de récurrence est relativement constant et avoisine 5 % par an,

- pour les patients qui ont un mélanome de 1,5 à 4 mm d'épaisseur, le risque de récurrence est de 12 à 19 % par an dans les 2 premières années ; ce risque décroît ensuite pour atteindre un risque annuel de 5 % par an à la cinquième année,

- pour les tumeurs de plus de 4 mm d'épaisseur, le risque est supérieur à 30 % dans la première année, et est d'environ 12 % de la deuxième à la quatrième année. Différents schémas de surveillance ont été suggérés par divers auteurs, sur la base de ces données et d'autres données similaires [143-150].

Les questions posées dans le cadre de la mise à jour sont les suivantes :

- faut-il faire un bilan initial au moment du diagnostic ? Quelles modalités pour ce bilan ?

- quel bilan doit être proposé lorsqu'un traitement adjuvant est envisagé ?

■ quel suivi pratiquer, avec quelle fréquence et pour quels objectifs ?

La réponse à ces questions impose, dans un premier temps, de préciser la valeur diagnostique des différentes techniques d'examen cliniques et paracliniques, dans le contexte des événements évolutifs possibles d'un patient porteur d'un mélanome. Les conséquences psychiques d'un diagnostic de mélanome et les effets secondaires d'un éventuel traitement adjuvant ou curatif sont également à prendre en compte.

Méthode

CRITÈRES DE SÉLECTION DES ÉTUDES

Types d'études

Les types d'études recherchées ont été les suivants :

- recommandations pour la pratique clinique,
- méta-analyses et synthèses méthodiques,
- essais randomisés,
- études prospectives (non randomisées) ou rétrospectives évaluant la performance des tests diagnostiques.

Type de population

Patients atteints d'un mélanome cutané non métastatique opéré (stades I à III).

Types d'interventions

Les interventions considérées ont été l'examen clinique, l'échographie ganglionnaire, l'échographie hépatique, la radiographie du thorax, la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG), le dosage de marqueurs biologiques. Les études comparant les performances diagnostiques par différents professionnels de santé pour le diagnostic du mélanome primitif n'ont pas été retenues. Les études purement morphologiques précisant seulement la sémiologie des métastases en transit ou ganglionnaires avec des techniques particulières comme la sonographie Doppler n'ont pas été retenues.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Les performances diagnostiques ont été exprimées avec un certain nombre de paramètres dont les principales définitions et modes de calcul sont présentés en annexe (Tableau XXIV).

Les données recueillies ont été chaque fois que possible :

- le nombre de vrais positifs (VP) et de faux négatifs (FN),
- la sensibilité (Se) et la spécificité (Sp).

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Documents initiaux 1995 et 1998

Les stratégies de la recherche bibliographique utilisées dans le cadre de la conférence de consensus française de 1995 sont présentées dans 9 articles publiés en 1995 dans les *Annales de dermatologie* [151-159].

Mise à jour 2005

La recherche bibliographique a été basée sur :

- l'interrogation en janvier 2004 de la base de données *Medline*® sur la période 1995-2004, basée sur les critères de sélection des études (chapitre « Critères de sélection des études »). Les équations de recherche utilisées sont présentées en annexe (*Tableau XXVIII*),

- le suivi prospectif et continu de la littérature dans la base de données *Medline*® entre janvier 2004 et décembre 2004 (système des alertes OVID),

- la consultation de plusieurs sites d'*evidence based medicine* (EBM) présentant des recommandations pour la pratique clinique ou des revues systématiques de la littérature (*Tableau XXVII*).

La stratégie de la recherche bibliographique a été limitée aux publications de langues française et anglaise.

Résultats de la recherche bibliographique

DOCUMENTS INITIAUX 1995 ET 1998

Les résultats de la recherche bibliographique issus de la conférence de consensus française de 1995 sont présentés dans 9 articles publiés dans les *Annales de dermatologie* [151-159].

MISE À JOUR 2005

Au total, l'équation de recherche utilisée pour interroger la base de données *Medline*® a permis de retrouver 210 références, entre janvier 1995 et décembre 2004. L'interrogation des sites internet d'*evidence based medicine* a également permis de retrouver des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et des consensus nationaux :

- des recommandations élaborées par le *Scottish intercollegiate guidelines network* [8],
- des recommandations élaborées par le *National health medical research council* [9],
- des recommandations élaborées par le *Melanoma study group* [10],
- des recommandations élaborées par le *Melanoma of the swiss group for clinical cancer research* [13],
- une conférence de consensus hollandaise [14],

- un rapport américain élaboré par l'*Agency for healthcare research and quality* [17].

Parmi les 210 références retrouvées dans la base de données *Medline*® (89 références concernant l'imagerie et 121 références concernant les marqueurs biologiques), 28 ont été retenues pour l'analyse critique de la littérature. Aucun essai randomisé n'a été retrouvé. Au total, ont été retenues :

- 3 méta-analyses,
- 4 enquêtes de pratiques,
- 21 études prospectives et rétrospectives.

Données des recommandations nationales et internationales

Les recommandations émises par d'autres organismes sont disponibles en annexe (*Tableau XXXII*).

Valeur diagnostique des examens cliniques et paracliniques

EXAMEN CLINIQUE, DERMOSCOPIE

Les performances diagnostiques de l'examen clinique et de la dermoscopie dans le diagnostic des tumeurs cutanées font actuellement l'objet d'une expertise par la Haute Autorité de Santé (HAS) et ne seront donc ici qu'évoquées. Ces performances ont surtout été étudiées pour le diagnostic initial du mélanome, et non dans la situation spécifique du patient ayant déjà eu un mélanome. Pour ces derniers, la probabilité de survenue d'un autre mélanome est beaucoup plus élevée que dans la population générale.

Une revue systématique publiée par l'*Agency for healthcare research and quality* (AHRQ) a récemment revu les performances de l'examen clinique pour établir une éventuelle stratégie de dépistage systématique des cancers de la peau et a montré que les performances diagnostiques (en termes de sensibilité et de spécificité) des dermatologues étaient supérieures à celles des non-dermatologues [17]. À noter cependant que cette revue systématique a été faite avant que la dermoscopie, une technique initialement mise au point en Europe et en Australie, soit largement diffusée aux États-Unis.

Deux méta-analyses récentes ont montré que pour les dermatologues expérimentés, la dermoscopie améliorait les performances diagnostiques [160, 161]. Dans l'étude de Bafounta *et al.*, le rapport de vraisemblance positif estimé de la dermoscopie et de l'examen clinique ont été respectivement de 9,0 [IC95 : 5,9-19,0] et 3,7 [IC95 : 2,8-5,3] [160]. La méta-analyse de Kittler *et al.* a confirmé ces données, montrant clairement que seuls les opérateurs expérimentés amélioreraient leurs performances diagnostiques [161].

RADIOGRAPHIE THORACIQUE STANDARD

Une nouvelle étude prospective et 2 nouvelles études rétrospectives ont montré que la réalisation systématique de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9223773>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9223773>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)