



HAL
open science

Bénéfices et risques de la prise en charge chirurgicale ambulatoire de carcinomes cutanés chez la personne âgée très fragile

Jérôme Staal

► **To cite this version:**

Jérôme Staal. Bénéfices et risques de la prise en charge chirurgicale ambulatoire de carcinomes cutanés chez la personne âgée très fragile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732964

HAL Id: hal-01732964

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732964>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Jérôme STAAL

**Bénéfices et risques de la prise en charge chirurgicale
ambulatoire de carcinomes cutanés chez le patient âgé très fragile**

le 2 juillet 2013

Examineurs de la thèse :

M. le Pr Athanase BENETOS

M. le Pr Jean-Luc SCHMUTZ

Mme la Pr Christine PERRET-GUILLAUME

M. le Pr Honoraire Francis RAPHAEL

M. le Dr et M.C.A. Arnaud MASSON

Président

Juge

Juge

Juge

Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Asseseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Faculaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
 Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
 Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
 Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
 Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
 Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
 Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoinette RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
 Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
 Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
 Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER
 Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
 Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KÄRCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*ue)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Le Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

Remerciements

A mon président de thèse,
Monsieur Benetos, Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et
Biologie du Vieillessement,

*Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce travail avec rigueur
et bienveillance. Je vous suis reconnaissant de permettre
l'aboutissement de ces années d'étude et l'expression officielle de ma
vocation*

A mes juges,
Monsieur Schmutz, Professeur de Dermatologie,
Madame Perret-Guillaume, Professeure de Gériatrie,

*Qui avez accepté de juger. J'ai été l'un de vos étudiants et me
rappelle des enseignements reçus.*

A mon juge, maître et ami,
Monsieur le Professeur Honoraire Raphaël,

*Pour votre gentillesse, votre sollicitude et pour m'avoir appris
le métier de soignant.*

A Arnaud Masson, directeur, maître et ami,

Pour ton éducation médicale, ton soutien, tes conseils et la confiance que tu as placée en moi au cours de ces années.

A mes parents Joëlle et Daniel,

*Pour votre amour, vos principes et votre soutien
inconditionnel, pour avoir fait de moi l'homme de ce jour.*

A mon épouse et ma meilleure amie Hélène,

Toi qui sait tout de moi et que j'aime depuis si longtemps.

A mes filles Yael et Yona,

*J'espère être capable de vous donner autant d'amour que j'en
ai reçu.*

A Caroline, David, ma famille, mes amis, mes confrères,

Je ne pouvais vous laisser plus longtemps dans le flou.

Table des matières

Le Serment d'Hippocrate.....	8
Remerciements.....	9
Abréviations utilisées.....	15
Préambule.....	16
I. Introduction.....	17
II. Les lésions dermatologiques.....	18
A. Généralités.....	18
1. Exposition solaire et pigmentation.....	18
2. Les facteurs toxiques et iatrogènes.....	18
B. Lésions dermatologique précancéreuses.....	18
1. Les kératoses actiniques.....	18
a. Traitement des kératoses actiniques (selon l'H.A.S.)	19
2. La maladie de Bowen cutanée.....	20
C. Les lésions dermatologiques cancéreuses.....	20
1. Le carcinome basocellulaire.....	20
2. Le carcinome épidermoïde.....	21
3. Le carcinome trichilemnal.....	21
4. Hémangiome capillaire.....	22
III. Le patient âgé fragile.....	23
A. Le vieillissement.....	23
B. La pathologie.....	23
IV. Chirurgie ambulatoire.....	24
A. Définition.....	24
B. Structure.....	24
C. Le parcours d'un patient en chirurgie ambulatoire.....	24
D. En conclusion.....	25
V. Méthodologie.....	26
VI. Cas cliniques.....	27
A. Madame Bernadette D., 92 ans, carcinome spinocellulaire.....	27
B. Mme Mariette C., 89 ans, carcinome spinocellulaire.....	33
C. Mme Germaine D., 89 ans, hémangiome capillaire.....	34
D. Mme Marguerite G., 85 ans, mélanome de Dubreuilh.....	36
E. Mme Jeanne Z., 94 ans, carcinome trichilemnal.....	38
F. M. Jean-Louis E., 71 ans, carcinome basocellulaire.....	41
G. Mme Thérèse C., 87 ans, carcinome spinocellulaire.....	42
H. Synthèse de la prise en charge.....	44
VII. Discussion.....	45
A. Le patient.....	45
B. Le type de la tumeur.....	45
C. Le médecin généraliste.....	45
D. Le chirurgien.....	46
E. Regard sur les chiffres.....	46
VIII. En conclusion.....	47
IX. Annexes.....	50
X. Bibliographie.....	53
XI. Références.....	56

Abréviations utilisées

5-FU	5 fluorouracil
ACFA	arythmie complète par fibrillation auriculaire
anapath	anatopathologie(que)
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ASA	physical status score of American Society of Anesthesiologists
AVK	antivitamine K
BADL	basic activities of daily living
CBC	carcinome basocellulaire
CEC	carcinome épidermoïde cutané
CSC	carcinome spinocellulaire
DNID	diabète sucré non insulino-dépendant
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EGS	évaluation gériatrique standardisée
EHPAD	établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
EVA	évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en ambulatoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	instrumental activities of daily living
KA	kératose actinique
MG	médecin généraliste
Mini GSD	Geriatric Depression Scale
MMS	Mini Mental score ou test de Folstein
MNA	Mini Nutritional Assessment
SIOG	Société Internationale d'Oncologie Gériatrique
UVB	rayons ultraviolets B

Préambule

La médecine générale est devenue une spécialité depuis la réforme de l'internat en 2004 et la création du diplôme d'études spécialisées. Elle voit donc s'offrir à elle tout le champ de la médecine praticienne avec de nouvelles exigences reconnues par son statut de DES.

Ce sont ceux d'une plus grande qualité des soins avec la formation continue obligatoire, exigence de coordination des soins, prise en charge de l'orientation du malade dans le parcours de soins, éducation sanitaire du malade et en réalisant un travail de prévention.

Le rôle du médecin généraliste, spécialiste en soins primaires, demande une grande rigueur dans le diagnostic et des décisions difficiles pour juger de l'évolution des maladies afin de diriger ou non le malade chez un confrère ou vers l'hôpital.

Le MG est aussi à la meilleure place pour une relation privilégiée avec le malade qui devra être empreinte à la fois de bienveillance et d'humanisme mais aussi de rigueur devant les exigences de traitements dont l'intérêt pour lui-même peut échapper au malade. Il lui faudra souvent prendre plus de temps qu'il n'a été prévu et expliquer encore et encore...

Cette thèse montre entre autre l'action d'un médecin généraliste, son attention soutenue dans le temps et sa volonté d'apporter des solutions chez des patients fragiles et âgés sans qu'il soit jamais prétexté les nombreuses années ou l'évolution inexorable d'une maladie pour abandonner les traitements et l'espérance de prolonger leur confort de vie.

I. Introduction

Les carcinomes ou épithéliomas cutanés sont les cancers les plus fréquents surtout chez les personnes âgées(1). Il s'agit habituellement de carcinomes basocellulaires (70 % des cas) ou spinocellulaires (30 %). L'incidence des carcinomes cutanés est souvent sous-estimée du fait qu'elle ne prend en compte que les lésions histologiquement vérifiées. Le taux standardisé est variable d'un pays à l'autre, maximal dans la population blanche australienne (823/100 000 habitants) où ils représentent plus de 50 % des cancers et constituent un véritable problème de santé publique.

Les hommes sont plus touchés que les femmes(2) et le rapport carcinome basocellulaire / spinocellulaire, variant entre 3 et 4 d'un registre à l'autre, est à peu près constant. Il existe une forte augmentation de l'incidence à partir de la cinquième décennie dans les deux sexes (âge moyen de 76 ans(3)), le vieillissement augmentant relativement plus le nombre de cas chez les femmes. Le cumul et la majoration des temps d'exposition solaire sont responsables de l'augmentation de la fréquence des carcinomes et de leur apparition plus précoce depuis quelques décennies.

Nous nous proposons d'exposer, dans le cadre de la pratique de la médecine générale à la campagne, plusieurs cas cliniques de patients âgés fragiles ayant développé dans le temps des localisations diverses, uniques ou multiples. Ces cas cliniques devraient nous aider à cerner les particularités de la prise en charge dermatologique et carcinologique de malades âgés, atteints de polypathologies, de sa justification, de ses modalités et aussi de discuter des résultats obtenus dans ces circonstances particulières et par le médecin généraliste. Nous poserons quelques questions et nous tenteront d'y répondre grâce aux résultats de ces expériences vécues.

II. Les lésions dermatologiques

A. Généralités

1. Exposition solaire et pigmentation

L'exposition solaire est le facteur de risque majeur dans la survenue des carcinomes cutanés. Son action nocive est essentiellement due aux rayonnements UVB (longueur d'ondes de 280 à 320 nm) qui entraînent un « vieillissement » précoce de la peau. Les cabines de bronzage artificiel(4,5) sont l'illustration de ce risque. Le risque augmente avec le temps et l'intensité d'exposition ainsi que la plus faible capacité à bronzer.

2. Les facteurs toxiques et iatrogènes

Certains facteurs toxiques sont impliqués dans la survenue des carcinomes cutanés :

- Les hydrocarbures polycycliques aromatiques (goudrons, huiles minérales) : cette toxicité a été découverte initialement chez les jeunes ramoneurs qui développaient des carcinomes spinocellulaires du scrotum.
- L'arsenic : la toxicité à l'arsenic peut être d'origine professionnelle (viticulture), médicamenteuse (liqueur de Fowler, autrefois utilisée dans le Psoriasis) ou alimentaire. La recherche de dépôts toxiques se fait sur des prélèvements d'ongles et de cheveux. Cette intoxication est à l'heure actuelle exceptionnelle.

Les facteurs iatrogènes favorisant les carcinomes cutanés sont :

- La PUVA-thérapie(6) (PSORALENE per os + exposition aux UVA) : un recul de 10 ans montre qu'il existe un risque accentué de développer des carcinomes spinocellulaires.
- Les thérapeutiques immuno-suppressives, et plus particulièrement l'azathioprine, autrefois utilisé chez les greffés rénaux.
- Enfin, des cas de carcinome cutané ont été décrits au cours de l'évolution des sujets BIH+, mais aucune corrélation épidémiologique n'a pu être prouvée à ce jour entre les deux affections.

B. Lésions dermatologique précancéreuses

Les anciennes cicatrices (brûlures...), les ulcérations chroniques (ulcères de jambe) et les radiodermites sont des terrains favorisant.

Les kératoses actiniques sont des lésions fréquentes, volontiers rencontrées chez les sujets âgés mais dont la survenue est plus liée à la durée d'exposition cumulée aux UV qu'à l'âge.

1. Les kératoses actiniques

Elles sont des lésions précancéreuses, pour certaines de véritables petits cancers in situ

débutants dont les facteurs favorisants sont les phototypes clairs dont la peau a été chroniquement exposée au soleil et l'âge. Ces lésions prédisposent à la survenue du cancer cutané qui s'appelle le carcinome épidermoïde cutané ou CEC. Parfois ces lésions régressent spontanément, ou elles évoluent vers un carcinome épidermoïde même si le taux de transformation en carcinome et le risque invasifs sont très faibles. Au cours du vieillissement, c'est la lésion la plus souvent rencontrée comme en témoigne notre observation.

Cliniquement il s'agit de lésions brun/rouge, avec des croûtes plus ou moins épaisses qui mesurent de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre, parfois unique parfois multiples.

Elles apparaissent sur les zones découvertes (visage, cou, dos des mains), sous forme de macules jaunâtres ou brunâtres de quelques millimètres à plusieurs centimètres, recouvertes d'un enduit kératosique. La biopsie montre une hyperkératose, une hyperélastose et une désorganisation des cellules des couches basales de l'épiderme qui présentent des atypies et des images de mitoses. Sans traitement, le taux de transformation, généralement en carcinome spinocellulaire, est d'environ de 12 à 25 %.

Le diagnostic de kératose actinique est habituellement clinique. Histologiquement le diagnostic repose sur la présence d'anomalies de l'architecture épidermique et des kératinocytes qui par définition n'intéressent pas la totalité de l'épaisseur épidermique.

La kératose actinique est-elle un précurseur ou déjà un carcinome épidermoïde ? Quelle prise en charge choisir ?(7,8)

Selon la Haute Autorité de Santé cette question a des implications importantes en termes de traitement et de retentissement psychologique et social.

Une thèse uniciste considère que toute kératose actinique est déjà un CEC, mais on en connaît trois évolutions possibles : la disparition apparente spontanée, la persistance ou la progression vers un CEC. Le taux d'évolution des kératose actinique en carcinome invasif est faible (1/1000 à 5 ans selon une étude de Marks et al.(9)). La kératose actinique répond donc bien à la définition clinique d'un précurseur et il y a lieu de conserver la distinction entre kératose actinique et CEC(10).

a. *Traitement des kératoses actiniques (selon l'H.A.S.)*

L'intérêt de traiter systématiquement toutes les kératoses actiniques pour améliorer la survie spécifique ou la qualité de vie n'est pas démontré. On estime toutefois qu'un traitement doit être proposé au patient en l'informant des modalités thérapeutiques disponibles. L'abstention thérapeutique peut se discuter en fonction du souhait exprimé par le patient, de la situation oncogériatrique, voire de l'éloignement géographique.

Les méthodes de traitement sont à la fois chirurgicales et physicochimiques : exérèse d'indication fréquente, cryothérapie facile et peu coûteuse mais dont l'efficacité dépend de l'opérateur ; laser et curetage par électrocoagulation sont peu évaluées ; crème au 5-fluorouracile surtout localement, voire imiquimod ou crème de diclofénac ; photothérapie dynamique.

2. La maladie de Bowen cutanée

Elle correspond histologiquement à un carcinome spinocellulaire in situ peu différencié qui peut évoluer, à plus ou moins long terme, vers un carcinome infiltrant. Elle survient chez l'adulte âgé (en moyenne 60-65 ans), sur les surfaces découvertes et est généralement unique (multiple dans 10 à 18 % des cas).

Cliniquement, il s'agit de taches lenticulaires, peu saillantes, confluentes formant une plaque ovale ou polylobée, à limites nettes avec collerette de desquamation en périphérie. La surface est recouverte de squames jaunâtres ou grisâtres. De nombreux auteurs soulignent la prédisposition des sujets atteints de la maladie de Bowen à développer des cancers viscéraux (tumeurs pulmonaires, digestives et uro-génitales). La maladie de Bowen est, en outre, fréquente sur les muqueuses, en particulier génitales, bucco-pharyngées et conjonctivales.

Le traitement nécessite l'existence d'un diagnostic anatomopathologique, obtenu par une biopsie cutanée et la possibilité d'exercer un suivi ultérieur.

Si la lésion est petite une ablation chirurgicale ou une cryothérapie agressive sera tentée (avec des conditions restrictives d'utilisation : attention aux zones cutanées à trophicité précaire, existence d'un suivi ultérieur possible).

Lorsque cela est impossible, il est possible de se rabattre sur un traitement local classique: 5-FU, photothérapie dynamique, imiquimod.

C. Les lésions dermatologiques cancéreuses

1. Le carcinome basocellulaire

Les carcinomes basocellulaires sont les cancers les plus fréquents de l'adulte et représentent la majorité des cancers cutanés. La lésion caractéristique du carcinome basocellulaire est la perle c'est à dire une petite papule de quelques millimètres très ferme, indolore, translucide et non pigmentée le plus souvent qui est parcourue de petits vaisseaux.

Les carcinomes basocellulaires superficiels représentent un groupe de bons pronostics. Les carcinomes basocellulaires nodulaires sont considérés comme des tumeurs de risques intermédiaires essentiellement en fonction de la localisation de la taille de la lésion. Bien entendu ces lésions ne donnent jamais de métastases mais sont à risque de récurrence locale en cas d'exérèse incomplète.

Le carcinome basocellulaire infiltrant est un type de carcinome basocellulaire dont le traitement chirurgical doit être plus large en raison du risque d'exérèse initiale incomplète et donc de récurrence.

Le traitement des carcinomes basocellulaires repose sur la chirurgie en particulier pour les formes infiltrantes et nodulaires. Pour le carcinome basocellulaire superficiel, les alternatives sont à discuter en particulier en cas de lésions de grande taille ou situées sur une zone esthétique (visage, décolleté). Ces alternatives sont l'imiquimod, immunomodulateur, en application locale, et la photothérapie dynamique.

2. Le carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde anciennement appelé « carcinome spinocellulaire » est un cancer moins fréquent que le carcinome basocellulaire. Ses facteurs de risques sont les expositions solaires chroniques, des antécédents de radiothérapie, les cicatrices chroniques, les états inflammatoires chroniques, les infections à papillomavirus en particulier pour les régions génitales.

On peut suspecter une transformation en carcinome épidermoïde par l'apparition de 3 critères : l'induration, l'infiltration et l'épaississement. Cliniquement il s'agit d'une lésion infiltrée sous la forme d'un nodule le plus souvent qui peut s'ulcérer. Le diagnostic est parfois difficile avec le carcinome basocellulaire. Le plus souvent on retrouvera autour de ce carcinome épidermoïde des kératoses actiniques qui sont des lésions précancéreuses.

Les carcinomes épidermoïdes peuvent métastaser au niveau des ganglions et doivent donc être traités rapidement. Dans de rares cas, on va discuter une radiothérapie complémentaire en particulier en cas d'exérèse incomplète et en raison de la localisation, et d'envahissement périnerveux ou lymphatiques.

Le diagnostic est histologique, obtenu à partir d'une biopsie ou de la pièce opératoire.

La prise en charge⁽¹¹⁻¹³⁾ chirurgicale doit être la plus précoce possible, large tout en épargnant les tissus sains à visée esthétique. Il est recommandé autant que possible de recourir au contrôle histologique extemporané des limites d'exérèse avec au besoin réorientation des coupes, d'autant plus que la tumeur est étendue, mal délimitée, infiltrante ou récidivante. La plupart de ces gestes peuvent être réalisés en ambulatoire, moins souvent au bloc opératoire pour un geste étendu (reconstruction, curage ganglionnaire) ou nécessitant une anesthésie extra-locale.

La radiothérapie externe fait également partie de l'arsenal thérapeutique et peut concerner à la fois des lésions superficielles de l'ordre du millimètre d'épaisseur d'une part et évoluée (de l'ordre du centimètre) voire métastatiques d'autre part.

La curiethérapie dure entre trois et sept jours et une hospitalisation en secteur spécialisé est alors nécessaire. Elle répond aux critères globaux de la radiothérapie mais s'adresse plus spécifiquement aux lésions à conformation de relief variable.

La chimiothérapie⁽¹⁴⁾ par voie générale est peu utilisée : métastases, tumeurs à cellules de Merkel notamment. La chimiothérapie locale (pommade au 5-FU) concerne peu de cas également.

3. Le carcinome trichilemmal

Il s'agit d'un cancer cutané assez rare dont moins de 100 cas sont relevés dans la littérature médicale.

Ce type de tumeur se développe au dépend d'un follicule pileux et semble atteindre plus volontiers le sujet au troisième âge, en moyenne dans la septième décennie, un peu plus la femme que l'homme. Tout membre peut être atteint mais c'est le plus souvent au visage et

dans le cou qu'il est retrouvé. On peut observer à l'examen clinique un nodule sous-cutané rosé ou une lésion kératosique tumorale parfois ulcérée.

Cette tumeur se kératinise volontiers voire accueille des plages de nécrose. Des extensions pagétoïdes ont été également observées dans l'épiderme.

Son diagnostic est uniquement anatomopathologique. Il peut être confondu avec une forme bénigne, le trichilemmome, mais aussi avec des d'autres lésions cancéreuses : mélanome malin, carcinome sébacé, métastase cutanée d'un adénocarcinome rénal.

Le traitement est chirurgical exclusivement, avec une exérèse large d'emblée.

A noter qu'il existe une autre forme de nomenclature trompeuse, la tumeur trichilemmale proliférante maligne, issue d'un kyste trichilemmal initial, pour laquelle des cas de métastases ganglionnaires sont connus.

4. Hémangiome capillaire

Cette tumeur est une forme d'angiome touchant l'épithélium vasculaire au niveau de la peau ou des muqueuses. Elle touche classiquement l'enfant mais présente également une forme sénile, acquise au cours de la vie. La coloration sombre est due à des lacs sanguins plutôt qu'une pigmentation naevique. Le diagnostic différentiel avec un naevus ou un mélanome se pose fréquemment.

Chez l'enfant le traitement par laser peut permettre une réduction progressive de la taille tumorale. Chez l'adulte en revanche, l'exérèse est plus systématique.

III. Le patient âgé fragile

A. Le vieillissement

La prise en charge d'un patient très âgé ou « vieillard » nécessite une évaluation globale médicale, psychologique et sociale de l'individu. Le diagnostic est conditionné par le risque de décompensation fonctionnelle. Trois éléments prédominent : le vieillissement, les pathologies chroniques et les facteurs aigus intercurrents, conjointement responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles et pouvant aboutir à un **syndrome de « fragilité »**(15). Il est décrit 3 types de vieillissement : le vieillissement réussi avec des capacités physiques ou cognitives importantes, le vieillissement habituel avec des atteintes dites « physiologiques » et le vieillissement pathologique avec des maladies et/ou des incapacités.

Le vieillard fragile (« *frail elderly* ») a perdu ses réserves adaptatives, il est physiologiquement instable et plus capable de s'adapter ; il est donc exposé au risque de pathologies en cascade. Son âge est supérieur à 85 ans, avec une perte d'autonomie pour les activités habituelles, une altération des fonctions cognitives, des troubles sensoriels mal compensés, des déficiences organiques et une baisse des réserves nutritionnelles.

Les malades âgés « en bonne santé » apparente ou « faux beaux vieux » nécessitent des niveaux d'évaluation gériatrique plus performants biologiques et cliniques (les 5 critères de Fried) :

Les recommandations de la SIOG(16) pour tester « objectivement » un patient âgé proposent des dosages de l' albumine, l'hémoglobine et la créatinine ; le statut fonctionnel doit être évalué avec des outils plus spécifiques que « l'ECOG performance statut » en incluant les BADL et les IADL(17). Bien entendu, l'état psychique ne sera pas négligé, notamment le syndrome dépressif(18,19) qui peut affecter la résilience.

Le suivi de ces patients apparaît être une des clefs de l'efficacité de l'évaluation gériatrique.

B. La pathologie

Chaque personne de plus de 65 ans déclare en moyenne 7,6 maladies un jour donné (2,4 fois plus que les moins de 65 ans)(20). Ce sont surtout des maladies cardio-vasculaires : 19,4 % Des affections ophtalmologiques : 16,9 % des affections dentaires : 12,1 % des affections ostéo-articulaires : 10,7 % et des affections endocriniennes et métaboliques : 9,1 % (*Enquête 1990 de l'INSEE*)

L'espérance de vie en France conditionne la décision thérapeutique. Elle est de 78,2 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes.

IV. Chirurgie ambulatoire

A. Définition

Les actes chirurgicaux et anesthésiques sont les mêmes que ceux pratiqués dans le cadre d'une chirurgie avec hospitalisation « conventionnelle ». En revanche le patient sort le jour même et il doit être surveillé et les traitements poursuivis souvent grâce à une articulation avec des confrères extérieurs (souvent les médecins traitants).

La chirurgie ambulatoire s'adapte bien aux patients âgés avec une moindre exposition aux maladies nosocomiales, un moindre risque aux contaminations extérieures (interventions souvent micro-invasives), enfin un moindre coût en ressources matérielles et humaines et financières pour la société. La plus grande satisfaction des patients participe aussi à l'évaluation de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire.

B. Structure

Plusieurs modèles coexistent, avec pour chacun des avantages et des inconvénients :

- *structure intégrée* dans une unité d'hospitalisation classique, avec des locaux d'accueil et de séjour dédiés, mais un bloc opératoire commun à l'ambulatoire et la chirurgie classique
- *structure de fonctionnement autonome* avec locaux d'accueil et de séjour dédiés et un bloc opératoire indépendant au sein d'un bloc global accueillant d'autres chirurgies
- *structure satellite* entièrement indépendant quant aux locaux et au bloc, mais localisé dans l'enceinte d'une structure hospitalière
- *structure indépendante* qui, à la différence de la structure satellite ci-dessus, ne réside pas dans l'enceinte d'un établissement de santé avec hospitalisation conventionnelle

Il faut que soient présents au moins 1 médecin et 1 infirmier pour 5 patients ; et en sus 1 médecin anesthésiste réanimateur et 2 infirmiers supplémentaires pour toute la durée d'utilisation du bloc opératoire. En outre, un médecin coordonnateur gère l'organisation médicale, la gestion des dossiers de patients et la continuité des soins ; il fait partie de l'équipe pour chaque unité de chirurgie ambulatoire.

C. Le parcours d'un patient en chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire sélectionne les patients. Les patients trop fragiles avec un score ASA V sont toujours réfutés, et IV acceptés au cas par cas. Les indications opératoires toujours plus nombreuses, différentes selon les lieux mais les procédures anesthésiques sont strictement les mêmes que celles pratiquées dans le cadre conventionnel.

Comme c'est l'habitude, le patient se soumet à une consultation anesthésique

préopératoire et à des formalités administratives d'admission le jour même, Le geste effectué, le parcours se poursuit en salle de soins post-interventionnelle jusqu'à la récupération ; enfin un médecin anesthésiste et le chirurgien, évaluent son « 'aptitude à la rue », et signent l'autorisation de sortie de l'établissement. Le patient sort alors, muni du compte-rendu opératoire, de son bulletin de sortie signé sur lequel figure les recommandations postopératoires quant aux soins éventuels, à l'auto-surveillance et les coordonnées de l'établissement assurant la permanence des soins.

Il est souhaitable que le suivi soit assuré en liaison directe avec les partenaires médicaux de ville (médecin traitant, spécialiste libéral, équipe paramédicale). Le lendemain, il est systématiquement rappelé pour une réévaluation au téléphone du bon déroulement des suites de l'intervention.

D. En conclusion

Les contraintes des indications de la chirurgie ambulatoire sont plus liées à l'état du patient et à sa pathologie qu'aux possibilités techniques qui sont toujours en progrès.

Le patient âgé peut bénéficier de la chirurgie ambulatoire, mais requiert une plus grande prudence pré-opératoire, notamment sur la plan hémodynamique. En post-opératoire il tire un plus grand bénéfice d'un moindre taux de complications (troubles cognitifs et du comportement, vertiges, douleur).

Bien que la balance bénéfices/risques soit favorable à la chirurgie ambulatoire qui se développe(21), son essor en Europe ne lui permet pas encore, en 2011, de rattraper son retard de développement.

V. Méthodologie

Ce document est illustré par des cas cliniques issus des archives de la consultation médicale du Dr A. Masson. Tous l'ont déclaré comme médecin traitant et font partie de sa patientèle régulière.

Les lésions dermatologiques qui sont étudiées ont reçu un premier diagnostic en consultation. Les traitements chirurgicaux ambulatoires ont été pratiqués par le Dr Masson à son cabinet ou au domicile des patients (avec parfois une aide paramédicale) ou encore en service de chirurgie stomatologique et O.R.L. à l'hôpital. C'est un laboratoire privé qui a assuré les diagnostics anatomopathologiques.

Les critères de sélection des dossiers sont les suivants :

- l'âge supérieur à 75 ans
- la notion préférentielle de fragilité et/ou de polyopathie
- les lésions dermatologiques à nature carcinologiquement prouvées
- l'acte chirurgical pratiqué en ambulatoire pour une majorité des cas
- l'emploi parfois, en complément, de thérapeutiques non chirurgicales

Chaque cas est relaté comme le résumé d'une situation clinique avec une base narrative et un exposé « objectif » de la situation. Les antécédents sont notés en vue d'exposer le degré de dépendance et de fragilité de la personne et suivis de la chronologie de la prise en charge des cancers dermatologiques qui sont étudiés.

VI. Cas cliniques

A. *Madame Bernadette D., 92 ans, carcinome spinocellulaire*

Nous allons présenter l'histoire de Madame D. chronologiquement en commençant en mars 1991. Elle a alors 71 ans.

Il paraît intéressant d'exposer chronologiquement les différents événements médicaux qui ont amené cette chirurgie dermatologique itérative tant à domicile qu'en hospitalier ambulatoire.

Mme D. est née le 29 mars 1920, mère de trois filles nées en 1944, 45 et 49. Elle n'a jamais fumé et ne boit pas d'alcool.

Son mari est décédé. Elle habite un petit village, milieu très rural où elle s'occupe du jardin, des poules, des lapins... Elle va accueillir un grand nombre d'enfants de la DASS qu'elle va élever, ce qui correspond à un travail de nourrice agréée actuel. Deux de ces enfants pris en garde très jeunes seront élevés comme deux enfants de la famille. Cette prise en charge où le lien affectif reste omniprésent correspond à une source minime mais réelle de revenus.

Elle vit donc seule dans sa maison familiale.

Jusqu'en 1991 Mme D. voit très peu de médecins, si ce n'est en raison de plaies variqueuses récidivantes aux jambes, qu'elle soigne elle-même le plus souvent.

Elle consulte son médecin traitant en mars 1991 pour une conjonctivite. Un examen attentif chez cette patiente "qu'il ne voit pas très souvent" va mettre en évidence un profil tensionnel trop élevé, une activité extra-systolique significative. Il va donc demander une consultation spécialisée cardiologique et revoir la patiente pour un bilan gynécologique. Ainsi va être mis en évidence:

- une hypertension artérielle
- un nodule toxique thyroïdien
- un polype gynécologique accouché au col

Mme D. est désormais traitée par inhibiteur de l'enzyme de conversion (lisinopril 20mg), réalise un bilan d'hyperthyroïdie concluant à un adénome en début de toxicité localisé au pôle supérieur du lobe thyroïdien droit. Elle est traitée par iode 131 un mois après son hystérectomie en avril 1991 pour polype hypervascularisé; en euthyroïdie à l'issue du traitement.

En 1996 (76 ans), elle est suivie pour lombalgie suite à une chute. Elle présente alors une cyphose dorsale, une arthrose interapophysaire postérieure étagée et un tassement post-traumatique du plateau supérieur de L1. Elle présente aussi une insuffisance veineuse chronique compliquée de dermo-hypodermite sclérosante et d'ulcères variqueux récidivants.

En 1998 son cardiologue note une "cardiopathie hypertensive modérée compensée en

rythme sinusal”: elle est désormais traitée par l’association lisinopril-hydrochlorothiazide.

En mars 1999 (79 ans) elle est opérée d’une cataracte droite, l’année suivante de l’œil gauche.

En 2002 (82 ans) est fait un protocole de prise en charge d’affection de longue durée au titre de sa cardiopathie hypertensive devenue sévère, avec hypertrophie ventriculaire gauche, ainsi qu’une rétinopathie hypertensive et un syndrome métabolique (glycémie à 1,17 g/l).

Son ulcère malléolaire interne droit ne cicatrise désormais plus et des lésions identiques naissent à gauche. Un écho-Doppler artérioveineux est demandé qui montre une thrombose veineuse superficielle de la veine saphène interne de la cuisse gauche (la patiente est mise sous héparine de bas poids moléculaire, puis sous antivitamine K) et un athérome vasculaire diffus non sténosant.

L’état prédiabétique ne nécessite toujours pas de traitement.

En fin d’année 2004 le médecin traitant repère une plaque kératosique superficielle sur la joue gauche qu’il décide de traiter par cryothérapie (Histofreezer) et application de pommade de 5 fluorouracile.

En octobre 2004 (84 ans), Mme D. vit toujours seule chez elle et présente un état fébrile avec surinfection de ses ulcères de jambe et trouble du rythme supraventriculaire. Une hospitalisation de 20 jours est nécessaire pour la prise en charge de l’érésipèle nécessitant de multiples antibiothérapies successives, avec un retour sinusal spontané par ailleurs et l’arrêt du traitement par antivitamine K.

Cette hospitalisation amène un état de grabatisation. Ses enfants se relayent alors au domicile où un lit médicalisé est installé. La kinésithérapie et les soins attentifs de la famille permettent une reprise progressive de la marche.

Les ulcères de jambe bilatéraux sont toujours présents, non douloureux, importants, nécessitant des pansements quotidiens et le port de bas de contention.

Aucune cicatrisation ne sera jamais obtenue malgré de multiples protocoles de soins de plaies persistantes. Cependant l’absence de douleur, l’environnement familial, permettent une amélioration en quelques semaines. Les enfants ne se relayent plus au domicile que la nuit.

Sont alors mis en évidence des troubles mnésiques, le bilan fait par le médecin traitant aux compétences gériatriques (M.M.S. à 22/30) conclue à une démence mixte débutante suite à l’état confusionnel concomitant de l’hospitalisation. Il réalise alors une véritable évaluation gérontologique et discute avec les trois filles des conditions de prise en charge à domicile de la patiente qui ne désire pas changer son mode de vie.

Une première évaluation gérontologique est réalisée en 2004 par le médecin traitant (*cf. texte 1*).

Mme D. est considérée comme **fragile** (4 critères selon Paquid(22)) :

- Sédentarité, confinement, instabilité à la marche
- Comportement inadapté (déclin des fonctions cognitives)
- Polyopathie avec polymédication
- Chute avec incapacité à se relever seule

Outre un lit médicalisé, une présence renforcée de la famille, et une surveillance médicale, la patiente nécessite la venue du médecin tous les 15 jours pour surveiller l'évolution des pansements et de l'état cognitif.

On retrouve **en 2000 et en 2002** des lésions hyperkératosiques de la joue gauche et du front traitées localement par 5FU et cryothérapie portative par le médecin traitant. Néanmoins les problèmes cutanés de Mme D. débutent véritablement en 2005 (85 ans).

Le 13 juillet 2005 son médecin traitant réalise l'exérèse chirurgicale de deux lésions du visage (front et arcade sourcilière) et du bras. En raison de l'état de fragilité cutanée, du refus de la patiente d'être hospitalisée, de l'accord de la famille et de la compétence chirurgicale dermatologique, il réalise donc à son cabinet l'exérèse des lésions.

Il s'agit de trois pièces de 0,6 à 1,1 cm cm pour la plus grande ne montrant pas de signes de malignité ; il s'agit de papillokératomes.

En novembre 2005 la progression des lésions kératosiques de l'aile du nez est traitée par cryothérapie au cabinet (Histofreezer) avec complément par 5 FU (Efudix).

Le visage de Mme D. présente de multiples petites kératoses que l'on surveille pendant deux ans. La priorité est donnée au traitement de ses ulcères de jambe, à l'apparition d'une ACFA avec insuffisance cardiaque et d'un DNID de type 2.

Mais en 2007 (87 ans) l'ulcération d'une lésion de la tempe gauche, devenue sensible, amène à un geste d'exérèse au cabinet ramenant un pièce de 2 cm de long. Il s'agit d'une première lésion néoplasique à type de carcinome épidermoïde, dont la marge d'exérèse profonde paraît insuffisante. Il est alors décidé d'en surveiller l'évolution. Il n'y aura pas de récurrence.

Jusqu'en février 2009 (88 ans) où une induration douloureuse du sourcil gauche fait suspecter un évolution de même nature. Du fait des antécédents de 2007, du caractère ulcéré et abcédé de la lésion, de la survie de la patiente dans un état stable et donc d'une espérance de vie difficile à évaluer, le médecin généraliste décide de demander un avis spécialisé à un chirurgien plasticien ORL et maxillo-facial.

Lors de sa consultation du **5 février 2009**, en concertation avec le médecin traitant, il notera : « *nous ferons le geste le moins délétère possible et le plus simple possible compte tenu de la fragilité de la patiente* ». L'exérèse se fera en ambulatoire avec retour immédiat au domicile.

L'anatomopathologie dit : « *carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant, infiltrant les plans dermo-hypodermiques et la partie superficielle des plans musculaires sous-cutanés avec engainement péri-nerveux sans embolie vasculaire du sourcil gauche* ».

Les berges d'exérèse sont en zone saine.¹

La famille, le médecin généraliste et le chirurgien se félicitent du résultat après bien des doutes.

Le médecin généraliste a bien conscience d'avoir peut-être trop attendu pour se décider à un acte chirurgical mais il considère la prise en charge de cette patiente comme un accompagnement palliatif de sa polyopathie. Mme D. va être victime alors de deux chutes à domicile qui aggravent encore son état de dépendance.

En février 2011 l'apparition d'une corne cutanée en pleine joue gauche amène le médecin généraliste à réaliser une biopsie exérèse chez cette patiente de 90 ans. L'examen anatomopathologique du 8 février sera faussement rassurant, témoignant d'une importante corne cutanée ulcérée.

La récurrence immédiate du 23 du même mois le décide à réaliser une exérèse élargie, au cabinet, de 2,5x1,5 cm sur cette lésion kératosique bénigne mais à fort potentiel carcinomateux. Malheureusement la réponse anatomopathologique conclut à un carcinome épidermoïde atteignant les limites latérales et profondes. Un nouvel avis spécialisé chez le même chirurgien est demandé devant la reprise évolutive sur la joue mais aussi dans la zone sourcilière gauche. Les deux lésions sont désormais douloureuses. La famille, le chirurgien et le médecin généraliste sont très réticents mais le caractère douloureux emportera la décision chez cette patiente de 91 ans.

On note dans le compte-rendu du chirurgien : « *je suis à ta disposition pour réaliser l'exérèse mais sa fille, qui l'accompagnait aujourd'hui, veut prendre un avis familial, sachant que je devrais faire un mustardé et/ou une greffe de peau notamment au niveau de la console malaise et ensuite sous-sourcilière compte-tenu de la proximité de la fente palpébrale...* ». Devant l'importance du geste chirurgical, la patiente passera une journée en soins intensifs et deux jours en service avant de rejoindre son domicile, dans un état confusionnel qui s'améliorera rapidement.

En revanche, l'ectopie de la paupière inférieure et la tendance de cette patiente à « bricoler » son pansement va entraîner une surinfection staphylococcique de la face avec altération de l'état général, fièvre et décompensation de sa cardiopathie rythmique. Elle est hospitalisée durant vingt jours, en cours séjour gériatrique, dans le même hôpital que le service où elle a été opérée. Elle va même bénéficier d'un angioscanner par crainte d'une embolie pulmonaire...

Une antibiothérapie adaptée va permettre la guérison cutanée. Elle rentre en hospitalisation à domicile, affaiblie et confuse et désormais tributaire d'un déambulateur durant un mois.

La famille, le médecin généraliste pensaient bien être arrivés au terme du raisonnable.

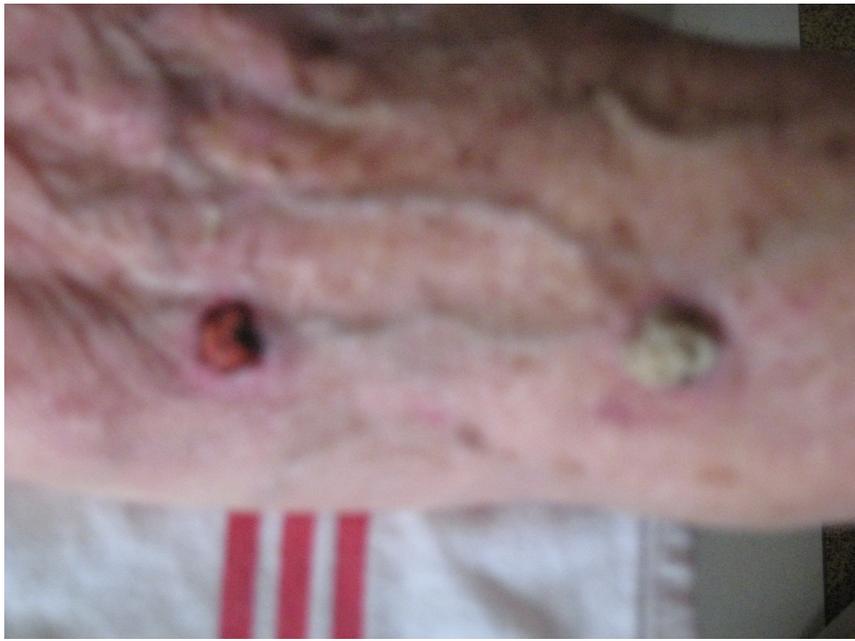
1 Devant la nécessité de pratiquer la résection de presque tout le sourcil gauche, l'acte chirurgical va nécessiter de faire un lambeau en LLL Dufourmentel. Celui-ci est limité et il existe au réveil un défaut d'occlusion palpébrale. Il est décidé conjointement des soins locaux et une surveillance plutôt qu'une reprise avec greffe cutanée. Notons la conclusion du chirurgien : « compte tenu du grand âge de la patiente (89 ans), je n'ai pas été plus agressif et compte sur ta surveillance. »

En juillet-août 2011 la récurrence de deux lésions kératosiques, cornées, pyramidales, importantes sur la main et le bras gauche, qu'elle gratte sans arrêt, pousse le MG à réintervenir sur la table de la cuisine. En effet, après mûre réflexion, concertation téléphonique avec le chirurgien, accord téléphonique de la famille, il est aidé par une petite-fille de la patiente infirmière de bloc opératoire et va réaliser en deux temps l'ablation des lésions ; ceci en passant au large grâce à la possibilité de refermer facilement du fait d'une bonne élasticité de la peau en surface (exérèse de 2,3x1,3x0,7 cm). La limite d'exérèse profonde trop juste de 0,05 cm va encore poser bien des soucis de décision de prise en charge. Il est alors réalisé une nouvelle évaluation gériatrique.

8 ans après en 2012 une deuxième évaluation gériatrique est réalisée (*cf. texte 2*).

Mme D. est donc considérée comme une personne fragile avec 5 critères PAQUID:

- Sédentarité, confinement, instabilité à la marche
- Déficience sensorielle mal compensée
- Comportement inadapté (déclin des fonctions cognitives)
- Polypathologie, polymédication
- Chute(s) avec incapacité à se relever seule



B. Mme Mariette C., 89 ans, carcinome spinocellulaire

Madame Mariette C, née le 17 avril 1921, a 89 ans lorsqu'elle est opérée d'un carcinome spinocellulaire jugal gauche par un médecin O.R.L. en ambulatoire à l'hôpital, avec retour immédiat dans l'EHPAD nouvellement intégré.

Cette patiente arrive en maison de retraite avec un diagnostic de maladie de Bowen avec carcinome épidermoïde sur une biopsie réalisée par sa dermatologue. Elle l'a traitée par cryothérapie pour kératose actinique de la joue gauche avec échappement thérapeutique.

Malheureusement Mme C. a chuté à domicile avec fracture du coude gauche et état confusionnel, aggravant une démence et rendant son retour à domicile impossible. Elle a donc été admise en EHPAD pour perte d'autonomie, mais cela a d'autant différé sa prise en charge dermatologique.

On note dans ses antécédents :

- diabète insulinodépendant
- hypertension artérielle
- arythmie supraventriculaire
- dyslipidémie
- embolie pulmonaire
- hypothyroïdie
- insuffisance rénale chronique sévère d'étiologie discutée, soit vasculaire pure soit diabétique
- évolution démentielle
- carcinome épidermoïde

Le prélèvement anatomopathologie initial réalisé en suite de cryothérapie, décrit sur une pièce de 0.7 x 0.4 cm un carcinome épidermoïde micro-invasif, développé à partir d'une maladie de Bowen pré-existante. Une exérèse est indiquée. Devant l'importance et la persistance de l'état confusionnel à son admission, celle-ci est différée de six mois et nécessite même une réévaluation du rapport bénéfice-risque avec l'équipe de soins et l'entourage familial. Compte-tenu de l'état général fragile de la patiente, c'est un geste chirurgical mesuré et pragmatique qui est prévu. Une exérèse simple est réalisée, sans reconstruction complexe. Les sutures sont sous tension. Elle réintègre le soir même l'établissement.

Dès le lendemain on note des lâchages de sutures mais des soins locaux seuls sont décidés.

Ils permettent une cicatrisation dirigée en deux mois.

La patiente décède cinq mois plus tard avec une cicatrisation complète, mais une aggravation progressive de son état cognitivocomportemental et une grabatisation.

C. Mme Germaine D., 89 ans, hémangiome capillaire

Madame Germaine D., née le 3 mars 1922, a 89 ans lors de sa première opération d'un bourgeon hyperplasique charnu de la lèvre.

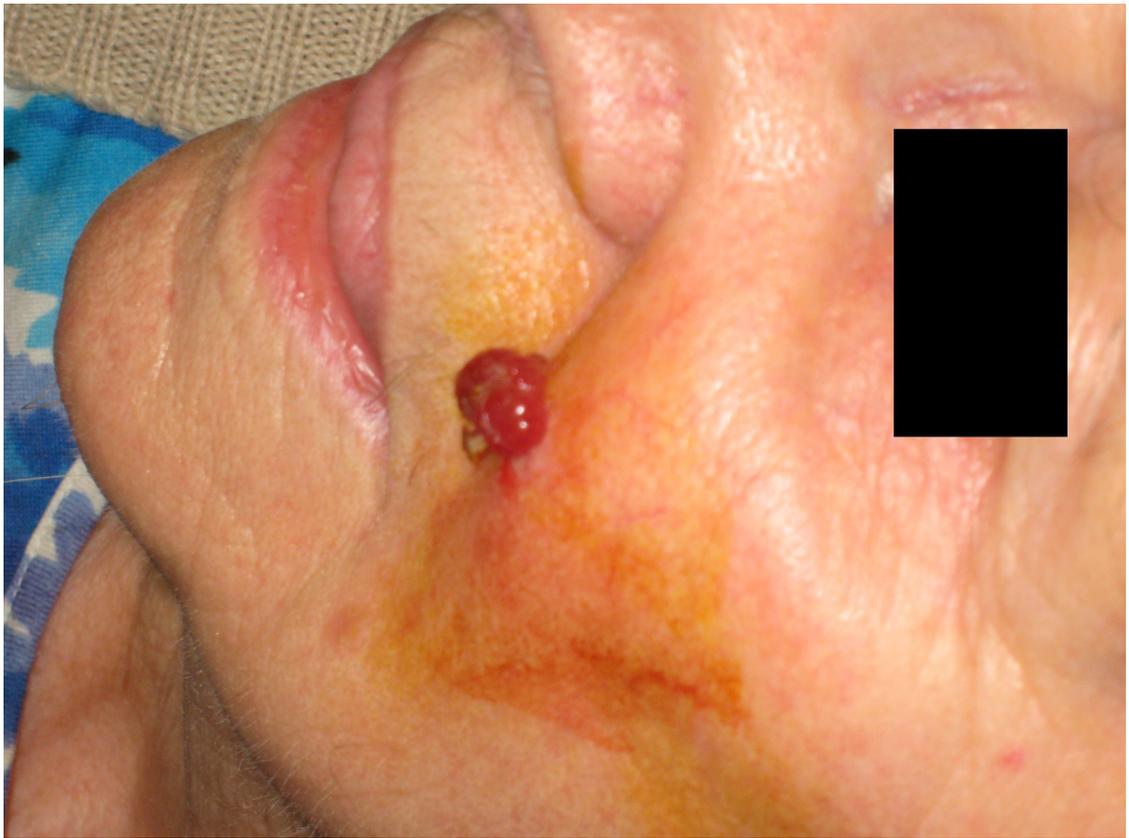
Son médecin traitant découvre cette patiente au domicile de son fils, au retour d'une hospitalisation en gériatrie pour un état confusionnel en janvier 2011. Elle vit jusqu'alors seule à domicile et est suivie pour une hypertension artérielle avec troubles mnésiques rapportés à une démence vasculaire. Elle bénéficie de portage de repas à domicile et de l'intervention du SSIAD pour sa toilette. Le diagnostic hospitalier rend compte d'une hyponatrémie sévère avec hypokaliémie, d'évolution favorable après supplémentation. Le MMS fait en service est à 28/30 avec EEG et scanner cérébral normaux.

Au domicile de son fils le médecin généraliste découvre une patiente très anxieuse à l'idée de ne pas pouvoir rentrer chez elle, voire dépressive et résignée. Les capacités de résilience existent. Un traitement antidépresseur (paroxétine) est ajouté à son traitement (nicardipine LP 50mg, pantoprazole 40mg). L'appui unipodal est impossible et la marche se fait en déambulateur. Le MMS est à 20/30. Il faut l'accompagner aux toilettes, la stimuler pour manger et communiquer. Une institutionnalisation est demandée à proximité devant la perte d'autonomie.

Mme D. est admise le 7 février 2011 en EHPAD. Elle chute un mois après avec luxation de l'épaule droite, réduite aux urgences et suivie d'une immobilisation "coude au corps". Parallèlement son adaptation au sein de l'établissement est bonne. Elle se réfugie et s'isole volontiers dans sa chambre mais sans souffrance et communique désormais de manière spontanée. Cette reprise d'autonomie s'accompagne malheureusement de deux chutes mécaniques, source d'un regain d'anxiété.

Il apparaît un bourgeon charnu de la lèvre. Elle le mordille en permanence. Il grossit à vue d'oeil ce qui amène le médecin traitant à proposer d'en faire l'exérèse. Le consentement éclairé signé, l'intervention est pratiquée au cabinet le 12 septembre 2011, enlevant une pièce d'1cm de grand axe. L'histologie parle de "bourgeon charnu hyperplasique".

Trois mois après apparaît une nouvelle lésion ulcérée du pli nasogénien gauche, qu'elle gratte constamment. L'exérèse est à nouveau décidée et réalisée le 3 décembre 2011, toujours en ambulatoire au cabinet. Il s'agit d'un fragment de 0.5cm de grand axe de type "bourgeon charnu hyperplasique" (comparaison demandée à l'histologie précédente) mais affiné comme un hémangiome capillaire exulcéré avec nécrose fibrinoleucytaire. Aucune récurrence ne sera déplorée.



D. Mme Marguerite G., 85 ans, mélanome de Dubreuilh

Mme Marguerite G., née le 18 octobre 1927, a 85 ans lorsqu'elle est opérée d'un mélanome de Dubreuilh de l'aile gauche du nez.

Suite à une chute à domicile avec rhabdomyolyse et état confusionnel (sur un terrain vasculaire avec HTA ancienne et ostéoporose sévère), elle est hospitalisée au CHR en mai 2011. A sa sortie elle intègre un EHPAD dans le Midi où réside un fils.

Désirant se rapprocher de sa fille et de sa résidence, elle est transférée dans un deuxième établissement. Mais le désir omniprésent de rentrer chez elle amène un état dépressif réactionnel. Ses enfants la trouvent trop fragile et dépendante pour accéder à sa demande.

Cependant elle est à nouveau transférée dans l'établissement actuel, plus convivial. Elle exprime une nette satisfaction dans ce nouveau lieu de vie. On peut expliquer ses difficultés d'adaptation, mais l'effective amélioration cognitive par la régression progressive d'un état confusionnel en lien avec un traumatisme cérébral sévère sans lésion intra crânienne. On notait la présence d'un énorme hématome sous cutané pariétal gauche, impressionnant au scanner.

Ses antécédents sont marqués par:

- une ostéoporose avec fractures à répétitions: poignets, tassements L1, L2, L3,
- DMLA avec utilisation d'une loupe,
- hypertension artérielle sévère

Le problème actuel est celui d'une extension mélanique de l'aile du nez qui évoque une mélanose de Dubreuilh. Bien qu'elle ne voit pas la lésion, du fait de ses troubles visuels, elle accepte volontiers l'idée de sa prise en charge. Elle est adressée en service de dermatologie hospitalier: "Vous suspectiez un mélanome de Dubreuilh et l'anatomopathologie confirme ce diagnostic. Compte tenue de l'étendue de la lésion qui touche l'aile gauche du nez, la partie gauche de l'arête nasale et de la marge d'exérèse dans les mélanomes de Dubreuilh, qui est au mieux de 1 cm selon les formes anatomiques, nous avons confié Mme G. à notre chirurgien ORL pour en réaliser l'exérèse complète. Il s'agira d'une résection totale avec reconstruction par un lambeau local, sous anesthésie générale avec intubation ; il s'agit d'une véritable amputation du bord libre de la fosse nasale gauche dont la résection en profondeur passe au contact des cartilages alaires et triangulaires avec perte de substance."

La patiente réalise l'importance de la chirurgie proposée. Elle accepte la situation qui justifie finalement son institutionnalisation. Le médecin traitant a hésité à proposer l'exérèse chirurgicale en raison de ses doutes quant à l'état cognitif de la patiente, entre évolution démentielle et dépression réactionnelle. C'est la patiente elle-même qui, lors de sa prise en charge dermatologique, réclame l'intervention.

On note ainsi que chez une patiente chuteuse, fragile car dépressive, n'acceptant pas son institutionnalisation, l'intervention lui a finalement permis d'exprimer ses capacités de résilience.



E. Mme Jeanne Z., 94 ans, carcinome trichilemmal

Mme Jeanne Z., née le 26/12/1917, a 94 ans le 15/09/2011 le jour où son médecin traitant l'opère de sa lésion faciale située devant l'oreille gauche.

Elle vit à domicile dans une maison individuelle dont elle occupe le rez-de-chaussée, sa fille unique habitant le premier étage. Son mari est décédé en 2006 après qu'elle l'ait assisté dans sa maladie cardiaque.

Elle a longtemps travaillé comme couturière au domicile de particuliers.

Elle est suivie pour :

- cardiopathie rythmique (ACFA) et ischémique fonctionnelle (angor) à partir de 1995,
- thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit en 1995 (stripping) et embolie pulmonaire en 2002,
- diverticulose colo-sigmoïdienne responsable de micro-hémorragies sous anticoagulants oraux, elles-mêmes responsables d'anémie,
- adénome vilieux avec dysplasie de haut grade (ablation endoscopique en 2009),
- épithélioma vésical (cautérisation-instillation en 1990),
- prothèse totale de hanche droite en 1991 suite à une ostéotomie de valgisation en 1971 sur une coxarthrose évoluée,
- gonarthrose bilatérale avec pose de prothèse totale de genou gauche en 1995,
- canal lombaire étroit arthrosique responsable de lombocruralgies droites et sciatique L5 gauche à bascule,
- kyste mucoïde de l'articulation interphalangienne distale du majeur droit (exérèse chirurgicale en 2002),
- cataracte droite (phako-émulsification en 1997) et gauche (phako-émulsification en 1998)

On note un suivi ambulatoire cardiologique en ville jusqu'en mars 2007. Les déplacements deviennent ensuite difficiles, en raison de l'évolution d'une ostéoporose avec microfractures-tassements de la colonne dorsale moyenne et d'une évolution arthrosique cervicodorsolombaire sévère.

Une hospitalisation urgente (7 jours en cardiologie) est nécessaire en mai 2009 pour angor fonctionnel sur une anémie ferriprive sévère (hémoglobine à 6.8 g/dL) qui donne lieu à une transfusion de culots globulaires. L'évolution est rapidement favorable et permet la réalisation d'une fibroscopie digestive haute, normale; la coloscopie est programmée en ambulatoire. Cette dernière est effectuée 15 jours après, avec résection d'un polype centimétrique du bas-fond caecal par mucosectomie (adénome vilieux) mais surtout mise en place d'un clip hémostatique sur une importante diverticulose sigmoïdocolique gauche connue.

Le retour à domicile est difficile à 92 ans, avec un syndrome dépressif réactionnel, une marche à petits pas en déambulateur, une dépendance pour les actes de la vie journalière. Sa

filles lui prépare les repas et effectue sa toilette. C'est désormais une patiente âgée fragile qui ne veut plus aller à l'hôpital. L'évaluation gériatrique standardisée montre un amaigrissement, une dépendance à l'alimentation, des IADL déficitaires, un appui unipodal impossible, une récupération cognitive, une EVA à 6/10 (polyarthrosique) et une polymédication (en particulier les AVK).

On retrouve dès 2007 un suivi dermatologique pour des lésions kératosiques du visage traitées localement par diclofénac. L'exérèse (à ras) d'une lésion jugale droite par le dermatologue va révéler un premier carcinome in situ (maladie de Bowen) qui nécessite un suivi clinique et applications ultérieures par son médecin traitant de diclofénac et 5-fluorouracile sur diverses lésions auriculaires, faciales et des bras.

En 2011 une lésion se développe à nouveau et grossit devant l'oreille gauche, résiste au traitement et devient hémorragique (AVK). Le médecin traitant propose l'exérèse au cours d'une courte hospitalisation mais la patiente et sa fille insistent pour qu'il en fasse lui-même l'exérèse au cabinet. Un consentement éclairé est signé. Mme Z. est mise sous héparine de bas poids moléculaire et est opérée en ambulatoire le 15/9/2011, emportant un lambeau cutané de 1.6 x 1.3 x 0.7 cm comportant une lésion blanchâtre kératinisée de 1.5 cm de plus grand axe; les limites d'exérèse passent en zone saine latéralement et en profondeur, avec une marge saine inférieure à 1mm. Il s'agit d'un carcinome trichilemmal dont l'exérèse est totale.

Le médecin traitant contacte conjointement l'anatomopathologiste et un chirurgien stomatologue afin de définir la conduite à tenir. Une simple surveillance est décidée.

Aucune récurrence n'est apparue jusqu'à son décès par comorbidité cardiaque.



F. M. Jean-Louis E., 71 ans, carcinome basocellulaire

Monsieur Jean-Louis E., a 71 ans le jour où son médecin traitant l'opère d'une lésion temporale gauche de 5 mm au-dessus de l'oreille, correspondant à une irritation chronique par la branche de ses lunettes. Cette lésion a grossi en quelques semaines et inquiète le patient qui la gratte.

Il est parfaitement autonome malgré:

- une spondylarthrite ankylosante ancienne (facteurs rhumatoïdes positifs), avec sans doute un état polyarthrosique sévère associé, en particulier une rhizarthrose bilatérale nécessitant le port continu d'orthèses; cela lui permet le maintien d'une activité de bricolage et de chasse, avec maladie goutteuse
- antécédent de chirurgie de hernie discale L4-L5 en 1980
- thrombopénie idiopathique ancienne
- rétrécissement aortique lache et valvulopathie mitrale sur hypertension artérielle
- diabète sucré de type 2 non insulino-dépendant (depuis 2003)
- cure de hernie inguinale en 1995
- adénome prostatique avec hypertrophie bénigne

Il vit à domicile avec sa femme et est retraité de son activité d'agriculture et d'élevage de poulets. Après explication des possibilités chirurgicales, il désire une intervention ambulatoire au cabinet ; un consentement éclairé est signé.

La chirurgie emporte un lambeau cutané losangique de 1,6 x 1 x 0,3 cm, lésion légèrement surélevée et nodulaire de 0,7 cm de grand axe. L'histologie montre un carcinome basocellulaire à forme nodulaire. L'exérèse est complète avec une marge saine de 2 mm. Une surveillance est instaurée.

G. Mme Thérèse C., 87 ans, carcinome spinocellulaire

Madame Thérèse C., née le 13/06/1925, a 87 ans en janvier 2012 lorsqu'elle est réopérée de lésions exulcérées des deux joues. Elle a été adressée au dermatologue qui la suivait déjà depuis 1998 pour kératose actinique récidivante du visage et des mains.

C'est la troisième fois qu'elle est opérée de telles lésions cutanées.

Elle vit à domicile, seule depuis son veuvage, mère de 6 enfants. Elle est aidée à domicile par une auxiliaire de vie pour les gestes de la vie courante, notamment l'hygiène corporelle, l'alimentation et l'administration des traitements. Elle marche avec deux cannes anglaises et un déambulateur pour quelques mètres seulement et en intérieur. Elle porte une contention veineuse. Elle est capable de téléphoner, voit et entend correctement pour son âge.

Dans ses antécédents on note:

- mutation du facteur V de Leiden qui va expliquer des antécédents de phlébite pendant une de ses grossesses (6 enfants) et l'embolie pulmonaire post-hystérectomie
- dès 1985 un suivi d'hypertension et d'hyperlipidémie
- cholécystectomie en juin 1995
- canal carpien opéré en 1994
- arthrose multifocale avec gonarthrose et coxarthrose gauche (prothèse totale gauche en 2002, droite en 2005), périarthrite scapulo-humérale, sciatalgies sur lombarthrose
- tassement vertébral de T11 en 1996 suite à une chute
- adénocarcinome utérin en novembre 2005; suite à la pose de prothèse totale de hanche droite en septembre, Mme C. développe une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit nécessitant la mise sous antivitamine K qui va révéler la lésion utérine suite à une métrorragie; elle va bénéficier à 91 ans d'un curetage biopsique puis d'une hystérectomie et curiethérapie se compliquant d'une embolie pulmonaire. Très désorientée et affaiblie, elle est admise en EHPAD.
- Embolie pulmonaire en 2005
- Passage en arythmie complète par fibrillation auriculaire en 2011 sous antivitamine K

Elle est confiée au dermatologue en 1998 pour des lésions kératosiques de la joue droite identifiées comme des épithéliomas et traitées par cryothérapie avec un suivi spécialisé continu. Elle est opérée pour la première fois, en ambulatoire à l'hôpital, d'un carcinome spinocellulaire du dos de la main gauche en novembre 2002. En juillet 2005 elle est à nouveau prise en charge pour des lésions kératosiques du front et de la joue, traitées par cryothérapie en dermatologie hospitalière ambulatoire.

Un suivi annuel est réalisé avec récurrence identique en 2008, sanctionnée par cryothérapie et 5-FU local; bien qu'une chirurgie ait été évoquée. En effet Mme C. a présenté un adénocarcinome moyennement différencié de l'endomètre en août 2006, traité par hystérectomie et radiothérapie; compliqué d'une embolie pulmonaire et arythmie par fibrillation auriculaire. Les problèmes dermatologiques passent alors en second plan.

En janvier 2012 l'aggravation des lésions de la joue va nécessiter une prise en charge chirurgicale plus importante, après identification sur les deux joues d'une kératose pré-épithéliomateuse exulcérée et micro-invasive bilatérale d'une part et d'un carcinome épidermoïde peu différencié de la joue droite d'autre part.

La patiente a bien récupéré de sa prise en charge carcinologique utérine et cardiovasculaire. Elle a été admise transitoirement en EHPAD et le retour à l'autonomie permet son retour à domicile tant souhaité. Les lésions du visage sont devenues saignotantes et nécessitent une prise en charge par les dermatologues qui la suivent. De ce fait il n'existe dans son dossier que des compte-rendus anatomopathologiques et des lettres succinctes, le suivi ayant été réalisé entre dermatologues et chirurgiens. Au final les lésions ont bénéficié d'une triple exérèse palliative (2 à droite, 1 à gauche). L'anatomopathologie étudie des biopsies de 0.3 cm de grand axe: la biopsie n°1 conclue: « *le derme profond et la jonction avec l'hypoderme sont sans particularité* » sur un carcinome épidermoïde peu différencié; la biopsie n°2 conclue: « *lésion de kératose pré-épithéliomateuse d'aspect focalement Bowenoïde sans signe d'infiltration du derme* »; la biopsie n°3 conclue: « *lésion de kératose pré-épithéliomateuse avec exulcération et probable début de micro-invasion du derme sous-jacent, mais le derme profond et la jonction avec l'hypoderme sont sans particularité* ».

Elle décède à domicile en 2012 d'une carcinomatose péritonéale terminale compliquant la résurgence de sa néoplasie utérine.

H. Synthèse de la prise en charge

L'étude de ces cas clinique regroupe 24 prises en charges dermatologiques individuelles.

A chaque fois qu'il y a eu exérèse et diagnostic histologique, plusieurs lésions ont été répertoriées : **carcinome épidermoïde** (anciennement « spinocellulaire » ; 35%), kératose ou corne cutanée (30%), maladie de Bowen (10%), puis à égalité hémangiome capillaire, mélanose de Dubreuilh, carcinome trichilemmal, carcinome basocellulaire, bourgeon charnu hyperplasique (5 % chacun). Il faut bien noter que le recrutement des patients a été effectué de manière arbitraire, sur l'intérêt particulier de chacun.

Un diagnostic histologique a été posé 21 fois (87,5% des prises en charges).

Le traitement a été fait pour moitié **au cabinet de médecine générale** (13 fois soit 54,17%), puis en hospitalisation « conventionnelle » (7 fois soit 29,17%), au domicile (3 fois soit 12,5%) et en ambulatoire hospitalier (1 fois soit 4,17%).

Le traitement a consisté très majoritairement en **une exérèse lésionnelle chirurgicale** (21 actes soit 87,5 % des prises en charges), puis par cryothérapie (8,33%) puis traitement topique (4,17%).

Dans la majeure partie des cas, **le traitement effectué est indiqué** (70,83%) (non indiqué : 16,67 %, non déterminé 12,5%).

L'efficacité des gestes chirurgicaux est plus nuancée : exérèse incertaine le plus souvent (47,62 % soit 10 fois), complète (28,57% soit 6 fois) ou pas (23,81% soit 5 fois) pour le reste.

VII. Discussion

Les difficultés de prise en charge de ce cas sont liées à plusieurs facteurs :

A. Le patient

Sa polypathologie, sa fragilité, son élection aux soins palliatifs, peut avancer ou retarder les décisions thérapeutiques et freiner sans doute l'intervention du MG en ambulatoire ou à domicile.

Certains des patients étudiés, notamment Mme Bernadette D., sont « étiquetés » relevant d'une prise en charge palliative depuis des années et pourtant ne voient pas leur santé se dégrader comme attendu, ce qui peut faussement allonger le temps décisionnel.

L'état des fonctions supérieures, cognitives et comportementales, est un élément décisionnel majeur pour décider d'une hospitalisation. La perte de repère entraînée par un séjour en établissement de soin peut avoir des conséquences durables, parfois bien après le retour à domicile, dans la bonne gestion du quotidien, l'observance médicamenteuse, la relation aux aidants lorsqu'il y en a.

L'entourage (personne de confiance, famille) a son rôle par ailleurs, tantôt soutenant uniquement le patient, tantôt uniquement le médecin, tantôt faisant le lien vers une prise en charge positive et tantôt s'opposant à toute prise en charge par peur d'une obstination médicale déraisonnable.

B. Le type de la tumeur

Pour les kératoses ou le cancer épidermoïde, la frontière clinique est ténue et le diagnostic est histologique. Le choix entre une surveillance et une intervention se fonde sur l'évolution, en étendue, en profondeur (induration) et l'apparition d'une douleur.

L'exérèse réalisée et la nature néoplasique avérée, la nécessité de limites suffisantes en zone saine exigerait parfois une réintervention qui devrait être pratiquée d'une façon beaucoup plus large. Dans nos cas cliniques, elle ne sera systématiquement proposée lorsque théoriquement nécessaire.

L'apparition d'une récurrence, surtout douloureuse ou d'une surinfection peut pousser à l'intervention. Dans le cas de Mme Bernadette D., le caractère inéluctable et récidivant des lésions, associé à l'apparition de nouvelles pathologies incite à toujours se dire que « cette fois-ci c'est la dernière ».

Les carcinomes basocellulaires nécessitent aussi une sanction chirurgicale fréquente sitôt qu'ils sont évolués ou même responsables d'un préjudice esthétique, qui n'est pas à déconsidérer pour des raisons d'âge du patient même avancé.

La mélanose de Bowen requiert de manière totalement objective une exérèse précoce. Ici aussi, le temps est déjà chirurgical pour réaliser le diagnostic histologique de certitude, le geste proprement dit peut être la simple continuation du premier.

C. Le médecin généraliste

Son empathie devant un patient âgé fragile, « polypathologique » et résistant a priori à l'idée d'intervention chirurgicale, l'incite à un attentisme qui peut être responsable d'un certain retard du diagnostic (histologique surtout) et de la prise en charge thérapeutique.

Sa compétence en chirurgie ambulatoire(23) fait qu'il travaille seul, et qu'il lui manque la concertation pluridisciplinaire, difficile chez des patients s'ils sont grabataires et à domicile.

Son succès incontestable dans des exérèses précédentes, la confiance que lui vouent le malade et souvent la famille l'incite à intervenir et même à domicile. L'intervention en hospitalisation conventionnelle n'aurait pas été plus efficace pour ce résultat clinique favorable...

L'évaluation gérontologique standardisée est une bonne photographie de l'état de la patiente pour le MG, mais ce n'est pas ici un outil utile à l'aide décisionnelle.

D. Le chirurgien

Il est prêt à intervenir en ambulatoire mais des consultations pré-anesthésique et chirurgicales sont nécessaires avec des déplacements que le patient peut redouter ou simplement n'être pas capable de réaliser même en mettant en place une logistique de transport adaptée. En outre, le cadre hospitalier favorise encore fréquemment le rejet de l'idée d'intervention ce qui risque de majorer un état confusionnel prêt à décompenser à tout moment chez les patients avec des troubles des fonctions supérieures (démence, confusion, dépression).

Il n'y a pas d'indications précises ou spécifiques de la chirurgie ambulatoire chez des patients âgés, polyopathologiques et fragiles. Ils seront pourtant de plus en plus candidats à de telles interventions, en particulier pour la dermatologie.

E. Regard sur les chiffres

On peut se risquer à regarder les chiffres issus de l'étude de ce faible échantillon de sujets d'observation, tout en gardant en tête que cette thèse se veut qualitative et illustrative.

On retrouve une grande majorité de cas de carcinome épidermoïde : il représente probablement l'association d'une grande fréquence de diagnostic et d'une réelle possibilité d'évolution péjorative (moindre pour le basocellulaire ; le mélanome aurait été intéressant à étudier mais aucun cas n'a été repéré dans la population de recrutement).

La plupart des traitements ont été indiqués, reposant essentiellement sur un geste d'exérèse chirurgicale, ce qui respecte les recommandations en vigueur pour les lésions concernées. Les traitements locaux non chirurgicaux ont été utilisés plutôt à bon escient mais surtout sur des lésions dont la suspicion diagnostique clinique était moins nette que pour la chirurgie. Aucune des prises en charge n'a posé de problème particulier si ce n'est le lambeau facial avec une séquelles à la fois esthétique et fonctionnelle (Mme Bernadette D.).

Le lieu d'intervention a majoritairement été du fait du médecin généraliste (cabinet et domicile). Aucun problème particulier n'a été relevé dans le cadre et les suites des passages hospitaliers, tant en ambulatoire que de manière conventionnelle.

Le point le plus important est la part importante d'exérèses insuffisantes, pour chaque opérateur. Il n'y a pas d'élément permettant d'expliquer ce fait.

VIII. En conclusion

Ces observations posent plusieurs questions portées par la recherche prioritaire de l'intérêt du malade :

- Une biopsie de peau et l'exérèse d'une lésion kératosique , voire d'une lésion suspectée carcinomateuse peuvent-elles être pratiquées par un MG s'il en a la compétence ?
Ce geste de petite chirurgie s'inscrit dans le processus normal du diagnostic et de la décision thérapeutique.
- Des circonstances particulières chez un « malade fragile », susceptible de décompenser une polypathologie lourde, semble justifier une telle approche. Ces mêmes facteurs pourraient inciter a contrario à la simple surveillance mais qui pourrait favoriser l'évolution carcinomateuse...(24,25)
- La question de l'étendue et de la qualité de l'exérèse peut faire se demander si un chirurgien, plutôt qu'un médecin dermatologue ou généraliste, ne réaliserait une exérèse plus large et carcinologiquement plus adaptée. Ce n'est qu'au temps anatomopathologique qu'on peut juger de la validité de l'intervention et c'est souvent la fragilité de la patiente qui pourraient justifier chez les médecins traitants l'intervention la plus limitée possible
- Est-il légitime de réintervenir dans les mêmes conditions et quels arguments développer auprès du malade pour obtenir en deuxième ligne une chirurgie ambulatoire à l'extérieur?

L'observation de Mme Bernadette D. tout particulièrement -la plus complète- pourrait faire penser, comme l'affirment la HAS, que « *L'intérêt de traiter systématiquement toutes les kératoses actiniques pour améliorer la survie spécifique ou la qualité de vie n'est pas démontré. Le groupe de travail estime toutefois qu'un traitement doit être proposé au patient en l'informant des modalités thérapeutiques disponibles. L' abstention thérapeutique peut se discuter en fonction du souhait exprimé par le patient, de la situation oncogériatrique, voire de l'éloignement géographique.* »

On pourrait donc prétendre, sans doute « trop objectivement », que les interventions de fin 2004 sur la joue gauche et de juillet 2005 sur les deux lésions du visage et du bras n'étaient pas indispensables ; ça n'est qu'en mai 2007 que le premier CEC est apparu sur la tempe gauche. En parallèle on peut imaginer que l'évolution s'est bien faite dès le début, sans doute différée et retardée par la prise en charge. Il est à noter que le MG a été alerté par le caractère douloureux de la lésion récidivante. L'insuffisance de son exérèse lui a fait opter pour la prudence puisqu'en février 2009, devant la lésion indurée puis ulcérée du sourcil gauche, il a demandé la consultation d'un chirurgien spécialiste maxillo-facial qui est intervenu.

La rechute de février 2011 (91 ans) d'une corne cutanée de la joue gauche fait pratiquer par le MG une dernière biopsie peu traumatisante ; son caractère faussement rassurant ainsi que les antécédents de Mme D. et l'évolution de la lésion estimée défavorable, justifient la

pratique de cette exérèse. L'analyse anapath du fragment d'exérèse confirme à nouveau une évolution encore défavorable.

D'une manière plus générale, le rôle du MG est de surveiller attentivement les pathologies générales, intercurrentes et aussi locales. Pour justifier la nécessité d'un acte chirurgical, le MG s'est appuyé sur des évaluations gériatriques standardisées. Mais on se rend bien compte des limites de cet outil en la circonstance. En effet même si l'on note une aggravation de son état de dépendance et de sa fragilité, le malade peut avoir -comme c'est le cas ici- des capacités de résilience malgré un contexte théoriquement défavorable qui permettent sa survie malgré tout.

La réflexion de type bénéfice-risque confrontée à la qualité de vie du patient mais aussi à l'estimation de la survie par rapport au génie évolutif de certaines lésions rend difficile la décision du généraliste. Dans chacun des cas présentés ci-dessus, il ne semble pas qu'il y ait eu de perte de temps ni de chances dans l'évolution et le traitement des patients.

On veut ici témoigner à l'issue de l'analyse de ce cas clinique complexe d'un certain nombre de réflexions :

- Le généraliste est confronté à un diagnostic probabiliste de lésion cutanée où la frontière entre kératose et carcinome est ténue
- La décision du choix interventionnel doit se faire avec l'estimation du bénéfice-risque, de la qualité de vie post-opératoire espérée mais aussi celle de la survie, pour laquelle on est à peu près sûr de se tromper...
- L'évaluation gériatrique standardisée ne semble pas formelle dans le choix décisionnel chez un patient parfois déjà fragile à la première évaluation. Elle reste cependant pour le MG une pièce maîtresse du dossier médical, notamment concernant la consultation pré-anesthésique.
- L'état reconnu de fragilité objective le désir d'abstention thérapeutique souvent exprimé par la famille semblent parfois pousser le MG à un acte qui pourrait être jugé ultérieurement suffisant
- A quel moment est-il le plus judicieux d'intervenir ? La réponse nécessite sans doute une concertation pluridisciplinaire. Mais le MG présent auprès de ce type de patient grabataire à domicile et souvent seul, n'a que peu d'outils pour valider ses choix. Il sait qu'un avis spécialisé est souvent le prélude à une intervention...
- Une étude quantitative comparative entre acte ambulatoire au domicile, au cabinet du MG et dans des conditions hospitalières pourrait être intéressante à grande échelle, dans la mesure où l'on pourrait en mesurer les conséquences sur l'évolution des pathologies et la qualité de vie (épisode confusionnel, grabatisation...) du malade

Le MG semble donc apte, car au plus près du malade, à poser ou non l'indication d'un geste thérapeutique chirurgical d'exérèse cutanée sous anesthésie locale, geste qui peut être pratiqué en ambulatoire (voir encore au domicile du malade ?). On est obligé de tenir

compte, surtout en campagne, du désir du malade et/ou de la famille de rester chez lui. Ce désir profond entraîne soit un attentisme soit une intervention « à l'aveugle ».

Quels pourraient être les critères précis concernant les conditions pathologiques exactes qui permettent l'intervention du MG et surtout les limites qui l'inciteraient à proposer d'emblée une chirurgie ambulatoire ?

Comme toujours on pourrait penser que le dernier mot reste au malade et/ou à la famille qui jouissent de leur liberté individuelle et prennent, en toute conscience et en connaissance de leur cas, leurs responsabilités. Dans l'idéal, le médecin lui-même devrait avoir des outils simples et efficaces pour pouvoir définir la hauteur du rapport de bénéfice-risque et le risque évolutif et pouvoir présenter des critères de choix fiables à son patient et aboutir finalement à une décision collective.

Quelques-uns des patients étudiés sont à présent décédés, les autres sont toujours dans le même environnement de vie, sans préjudice apparent consécutif à la prise en charge dermatologique. Dans ce cas précis et à ce jour, aucun des patients étudiés n'est décédé de sa pathologie cutanée.

IX. Annexes

Options thérapeutiques :

Tableau récapitulatif des options thérapeutiques en fonction des caractéristiques du malade et des lésions. (Les choix exprimés sont des propositions par le groupe de travail, basées sur le type de situation et sur l'évaluation de l'efficacité, de la facilité d'utilisation, des effets secondaires et du coût des traitements.)

	1ère intention	2ème intention	Commentaires
Caractéristiques des kératoses actiniques			
KA isolée ou en petit nombre	Cryothérapie	5FU, imiquimod, diclofénac ou PDT	Classement par coût : Diclo, PDT non remboursés
KA multiples ou confluentes	5FU imiquimod ou PDT		Cryothérapie souvent mal tolérée
KA hypertrophiques	Biopsie recommandée	Cryothérapie, si suivi et biopsie possibles si échec	
Echec traitement bien conduit	Biopsie recommandée		
Localisation			
Vertex, oreilles, nez, joues, front	Cryothérapie, 5FU	imiquimod, PDT	
Zones Périorbitaires	diclofénac ou cryothérapie	Autres topiques	Œdème inflammatoire avec une majorité de traitements
KA confluentes du vertex	5FU	imiquimod ou PDT	
Caractéristiques du patient			
Patient peu autonome	cryothérapie	5FU, imiquimod, ou PDT, si soins infirmiers disponibles	Suivi et soins à réaliser par une équipe paramédicale
Eloignement	cryothérapie	5FU, diclofénac, imiquimod	Surveillance souhaitable

Tableau 1: Traitement de la kératose actinique

Première évaluation gériatrique standardisée par le médecin traitant en 2004

- Evaluation sociale et familiale
Mme D. marche avec une canne mais continue à nourrir ses poules et ses lapins, elle cuisine elle-même, elle s'occupe seule de son hygiène corporelle mais bénéficie d'une infirmière quotidiennement pour ses pansements de jambe; la famille vient toujours la nuit et réalise le ménage
- Evaluation de l'état nutritionnel
Mme D. a bon appétit, elle se fait à manger seule mais ses filles qui apportent aussi des plats préparés.
- Le MNA(26) simplifié A2 B3 C2 D2 E1 = 13 : état nutritionnel normal.
- Autonomie
Mme D. refuse toute idée d'institutionnalisation.
IADL difficile : elle gère uniquement ses médicaments dans la mesure où ils lui sont préparés dans un pilulier. Elle ne téléphone pas spontanément, on l'appelle. Elle ne sort plus, elle ne gère plus son budget ; score 1/4
- Sensorielle : hypoacousie relative non appareillée.
- Locomoteur
Le risque de chute est important : Mme D. n'utilise pas correctement sa canne tripode et refuse le déambulateur. Le Get up and Go est possible avec une canne. L'appui monopodal est impossible. L'épreuve de Tinetti montre un risque de chute important (en particulier les yeux fermés).
On met en place un lit médicalisé.
- Evaluation cognitive et thymique
Le MMS(27) est de 22/30.
Le Test de l'horloge montre de nombreuses erreurs. La fluence verbale conservée.
Les tests mnésiques de Dubois montrent des troubles mnésiques importants avec nécessité d'indication.
Il n'y a pas de prise de conscience de son déficit cognitif. Elle n'a pas de troubles de l'humeur.
- Douleur : 2/10 avec des lombalgies rhumatismales dégénératives.
- Polymédication
Amarel 2mg ; Aricept ; Hémidigoxine 0,125 ; Triatec 5 ; buflomédil 150 ; Actonel 35 ; Burinex ; Préviscan

Texte 1: Première évaluation gériatrique

Deuxième évaluation gériatrique standardisée de Mme D. en 2012

Mme D., 84 ans, 75kg/1,61m, est en ACFA bien tolérée. Sa Ta est à 130/180. La marche est difficile avec déambulateur, l'appui unipodal est impossible. Elle souffre de sa gonarthrose droite, elle garde son humour mais n'est pas consciente de son état de dépendance avec un risque certain de chute. Elle nécessite désormais une surveillance quotidienne ? Outre les soins journaliers de ses escarres artériels.

Elle mange bien mais elle doit être accompagnée aux toilettes et porte des protections.

- Evaluation sociale
Les enfants ont organisé une présence quotidienne avec aussi une aide ménagère. L'infirmière réalise chaque jour la réfection des pansements et la surveillance glycémique par mesure transcutanée GIR2
- État nutritionnel
La patiente ne porte plus sa prothèse dentaire mais a un bon appétit, elle a même grossi.
- Le MNA simplifié A2 B3 Co D2 E1 F3 (IMC 28,9) ce qui donne un score de 11 soit un risque simple de malnutrition.
Il existe une simple hernie hiatale.
- Autonomie : Mme D. ne réalise plus rien spontanément mais sait réclamer de l'aide.
- IADL 0/4 (téléphone : 0, moyens transport : 0, médicaments : 0, gestion budget : 0)
- Evaluation sensorielle
Elle reste assise la journée dans son fauteuil à regarder par la fenêtre.
Elle ne lit plus, elle ne regarde pas la télévision mais elle s'intéresse à son environnement et participe à une conversation mais de façon limitée en raison d'une hypoacousie importante et non appareillée.
- Équilibre et marche
L'appui monopodal est impossible, la marche est aidée par un déambulateur ; la kinésithérapie est pratiquée à domicile chaque semaine pour l'entretien de la marche, la lutte contre la grabatisation et la prévention des chutes.
Le Get up and Go est impossible, elle dort dans un lit médicalisé avec deux barrières.
- Evaluation cognitive et thymique
Il existe une démence vasculaire avec surtout une amnésie mixte antérograde et rétrograde. Le MMS est difficile à réaliser : 12/30 ; elle n'est pas capable de réaliser une épreuve en double tâche.
Elle garde une bonne humeur, son contact est facile. On note une réelle anosognosie car elle parle de donner à manger à ses poules (qui n'existent plus!).
Le mini GDS : 0/4. Elle n'exprime aucun signe de souffrance morale.
- Evaluation de la douleur : EVA : 4/10 par gonalgie droite
- La polymédication certaine
Lantus insuline le soir sous-cutanée ; Plavix 75 : 1/j ; Dafalgan 1g : 3/j ; Cardensiel 1,25 : 1/j ; Tareg 160 : 1/j ; Ikorel 10 : 2/j ; Inexium 40 : 1/j

Texte 2: Deuxième évaluation gériatrique

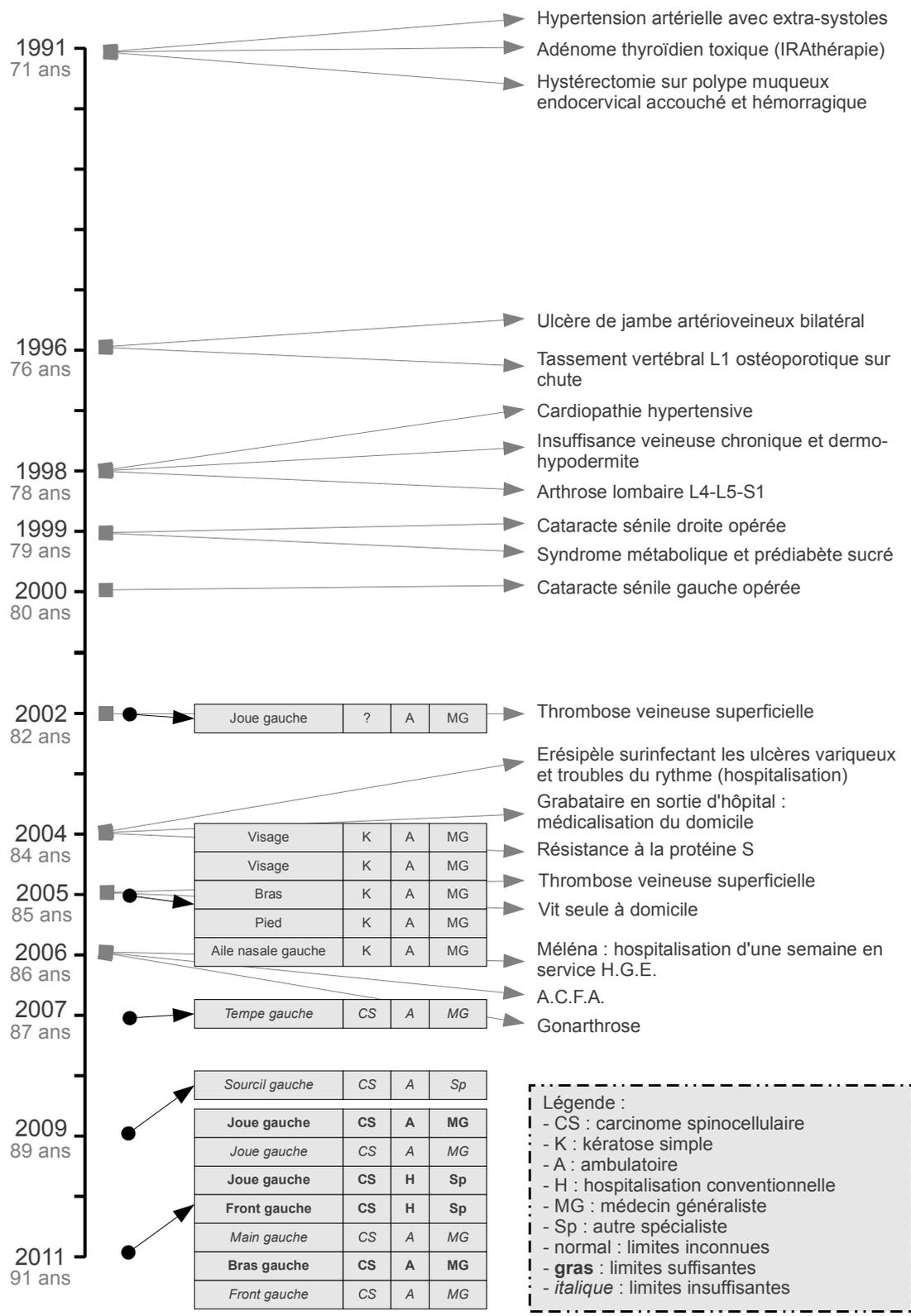


Tableau 2: Récapitulatif des antécédents de la patiente Bernadette D.

X. Bibliographie

1. Mseddi M, Borgi N, Sellami L, Meziou TJ, Turki H, Zahaf A. Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. mars 2006;133(3):272-274.
2. Rosenblatt R, Vincent A. Héliodermie, cancers cutanés, épidémiologie chez le sujet de plus de 65 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.l.]: [s.n.]; 2010 [cité 26 août 2012]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/149108893>
3. Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. *Guidelines. Ann. Dermatol. Vénérologie*. sept 2009;136, Supplement 5(0):S177-S186.
4. Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 24 juill 2012;345(jul24 2):e4757-e4757.
5. Wehner MR, Shive ML, Chren M-M, Han J, Qureshi AA, Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2 oct 2012;345(oct02 3):e5909-e5909.
6. Schmutz J-L, Trechot P. Puvathérapie et risque de carcinome épidermoïde. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. mai 2012;139(5):414.
7. Chaussade V. De la kératose actinique au carcinome épidermoïde cutané : stratégies thérapeutiques. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. juin 2012;139(6-7, Supplement 1):H9.
8. Cribier B. De la kératose actinique au carcinome spinocellulaire. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. juin 2012;139(6-7, Supplement 1):H8.
9. Marks R, Rennie G, Selwood T. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. 1988;
10. Petit A. Les kératoses actiniques sont des kératoses actiniques. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. févr 2008;135(2):93-96.
11. Martin L, Bonerandi J-J. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. sept 2009;136, Supplement 5(0):S163-S164.
12. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire): Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique Argumentaire - Mai 2009: Ce guide de pratique a été élaboré à la demande de la Société Française de Dermatologie. *Ann. Dermatol. Vénérologie*. sept 2009;136, Supplement 5(0):S189-S242.
13. Société Française de Dermatologie, Haute Autorité de Santé, Institut National Contre le Cancer. Carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et ses précurseurs. 2009 [cité 3 août 2012]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4050-carcinome-epidermoide-cutane-plaquette
14. Hebert D, Salomon D, Dietrich P-Y. Chimiothérapie ambulatoire des carcinomes spinocellulaires de la peau : Dermatologie. *Médecine Hygiène*. 59(2345):996-997.
15. Lang PO, Trivalle C, Dramé M. La fragilité : mythe ou réalité ? *Npg Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie*. août 2012;12(70):163-170.
16. International Society of Geriatric Oncology. Geriatric Assessment Tools [Internet]. [cité 5 sept 2012]. Disponible sur: http://www.sio.org/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=78
17. Evaluation de l'autonomie IADL-E [Internet]. Disponible sur:

http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/evaluation-dependance-echelle-ia_44.pdf

18. Thomas P, Hazif C. Dépression, présentation clinique et diagnostic chez la personne âgée. Rev. Gériatrie. mars 2003;28(3).
19. MASEF. Geriatric Depression Scale [Internet]. Disponible sur: <http://www.masef.com/scores/depressionminigds.htm>
20. Ancelle T, Antona D, Arwidson P, Bloch J, Flores P, Aubert J-P, et al. La santé des personnes âgées. Institut National de Veille Sanitaire, éditeur. 7 févr 2006;(5-6).
21. Martin L. Chirurgie ambulatoire: 1 acte sur 2 d'ici 2012. Panor. Médecin. 10 sept 2012; (5274):14-17.
22. Barberger-Gateau P, Rouch I, Letenneur L. PAQUID: 10 ans déjà... Synthèse des derniers résultats = PAQUID : 10 years later : Synthesis of recent findings. 25(7):443-452.
23. Gay B, Saccone P, Valverde-Carrillo A. 80 gestes techniques en médecine générale: guide des bonnes pratiques. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006.
24. Fontaine J, Mielczarek S, Meaume S, Senet P. Fréquence des cancers cutanés non diagnostiqués en hôpital gériatrique. Ann. Dermatol. Vénéréologie. oct 2008;135(10):651-655.
25. Richard MA. Faut-il traiter les cancers de la peau du vieillard ? Ann. Dermatol. Vénéréologie. oct 2008;135(10):641-643.
26. Nestle nutrition service. Mini Nutritional Assessment mna. Disponible sur: <http://www.nutrimetre.org/PDF/MNAcomplet.pdf>
27. Telesante Pays de la Loire. MMS: Mini Mental Score ou test de FOLSTEIN [Internet]. [cité 5 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.telesante-paysdelaloire.fr/portail-pdl/pro/aides-a-la-pratique-1/geriatrie-1/geriatrie/page22015.html>

XI. Références

1. Braun R.P., Thomas L. Atlas de dermoscopie. Elsevier Masson SAS; 2007.
2. Cancers cutanés épithéliaux - Epidémiologie, étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, principes de traitement - - Examen Classant National : Question(s) 149 Module(s) 10 - (Notice Doc'CISMeF) [Internet]. [cité 1 mai 2012]. Disponible sur: <http://doccismef.chu-rouen.fr/html/nl/11/011778.html>
3. Amici J-M, Bailly J-Y, Beylot-Barry M, Egasse D, Thomas L, Dréno B, et al. Chirurgie dermatologique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
4. Héliot I. Cryochirurgie des tumeurs cutanées malignes : étude monocentrique rétrospective de 187 tumeurs traitées entre 1995 et 1999 [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2002 [cité 1 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/069476160>
5. Haute Autorité de Santé - Comment réduire les erreurs de site d'exérèse de lésions cutanées? [Internet]. [cité 19 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1524018/fr/comment-reduire-les-erreurs-de-site-dexerese-de-lesions-cutanees
6. Hémangiome [Internet]. Wikipédia. 2012 [cité 21 janv 2013]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=H%C3%A9mangiome&oldid=85220518>
7. Dr Michels. Hémangiome capillaire [Internet]. Anabible. [cité 21 janv 2013]. Disponible sur: <http://anabible.webethan.com/spip.php?article2214>
8. Item 149 – Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. oct 2012;139(11, Supplement):A135-A143.
9. V Chaussade, J-F Sei, B Guillot. Marges d'exérèse et recommandations. Chirurgie dermatologique. Elsevier Masson. 2012. p. 113-122.
10. Baccard M, Verola O. Mélanome de Dubreuilh. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. oct 2009;136(10):749-751.
11. Briant A. Pratique des exérèses cutanées: atlas en couleur. Paris, France: Arnette; 1993.
12. Oncolor. Référentiel: carcinome cutané. Oncolor [Internet]. 2003/03/17; [cité 1 mai 2012]. Disponible sur: http://www.oncolor.org/referentiels/peau/carc_cutan_print.pdf
13. Dr Pelissier. Traitement chirurgical des tumeurs cutanées.
14. Degos R. Végétations et verrucosités, Papillomatoses. Flammarion Ed.; 1981.
15. 7-EGS lorraine Dr Abraham.ppt [Internet]. ERGS Quels outile, quels supports,quelle utilisation. [cité 6 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/7-EGS%20lorraine%20Dr%20Abraham.ppt>
16. Ancelle T, Antona D, Arwidson P, Bloch J, Flores P, Aubert J-P, et al. La santé des personnes âgées. Institut National de Veille Sanitaire, éditeur. 7 févr 2006;(5-6).
17. Faculté de Médecine de Strasbourg. Le malade âgé: ses particularités psychologiques, nosologiques et séméiologique - Cours de DCEM3. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2005.
18. Syndicat National des Dermato-Vénérologues. UV, vieillissement & cancers cutanés.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La population générale vieillit et le « quatrième âge » est une réalité. Certains sujets très âgés sont qualifiés de « fragiles » et requièrent une prise en charge adaptée à cet état, mêlant la polyopathie à la perte d'autonomie psychique ou physique.

C'est dans ce cadre que sont étudiés les parcours de sujet très âgés fragiles face à des pathologies cancéreuses cutanées et la place active du médecin généraliste, leur médecin traitant.

Par une analyse qualitative de ces prises en charge, cette thèse tente de cerner l'intérêt de cette action, ses limites et la nature de ces dernières : compétences ? réseau interprofessionnel ?

Il en ressort des questionnements nécessaires quant aux outils à utiliser, encore insuffisants, et une marge d'action importante du médecin généraliste dès le diagnostic, mais également ensuite dans la pose de l'indication d'une prise en charge extérieure ou même la réalisation du geste chirurgical lui-même, parfois au plus près du patient, au cabinet ou au domicile.

Il transparaît également la nécessité d'une plus grande interaction entre le généraliste et les spécialistes concernés.

TITRE EN ANGLAIS

Benefits and risks of ambulatory surgical treatment of cutaneous carcinoma among a frail elder population

MOTS-CLEFS

Cancer cutané ; carcinome épidermoïde ; carcinome basocellulaire ; carcinome trichilemmal ; hémangiome capillaire ; mélanome de Dubreuilh ; chirurgie ambulatoire ; médecine générale ; fragilité ; patient âgé

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex