

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA REGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency

Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ezanville

Agrément FMC 100-039

www.EPU95-montmorency.org

Les cancers cutanés

D'après un exposé du Dr Alain Archimbaud

Dermatologue Hôpital Saint Louis – Service Pr. Dubertret

Séance de formation du 14 mai 2009

PERIMETRE

Les cancers cutanés peuvent se regrouper en quatre grands chapitres :

- Les carcinomes baso-cellulaires
- Les carcinomes spinocellulaires ou carcinomes épidermoïdes
- Les mélanomes
- Les très rares sarcomes (Darier-Ferrand, l'angiosarcome), la tumeur de Merkel et les lymphomes

Ce sont les carcinomes cutanés qui sont les plus fréquents. Leur incidence augmente fortement en raison de facteurs concomitants et cumulatifs que sont :

- Le vieillissement de la population
- Les effets de l'exposition solaire

Les autres facteurs favorisants sont :

- Les virus, en particulier les *Papillomavirus humains* (HPV)
- L'immuno dépression, plus spécifiquement les malades greffés

Leur diagnostic est **CLINIQUE** et au moindre doute une biopsie sera réalisée pour les dépister précocement.

CARCINOMES BASO-CELLULAIRES (CBC)

Dans 80 % des cas ce sont des épithéliomas.

Le facteur étiologique majeur est le soleil et notamment l'exposition solaire forte et intermittente. En fait, c'est l'association entre coups de soleil bulleux et fréquents, surtout dans l'enfance qui constitue le meilleur terrain.

EPIDEMIOLOGIE

Ce sont les plus fréquents des cancers cutanés. L'incidence annuelle pour 100 000 habitants en France est estimée à :

- 80 en France
- 250 aux USA
- 4200 au Queensland en Australie !

L'âge moyen de survenue est 65 ans. Ils sont rares avant 40 ans. Cependant, il est noté une augmentation de l'incidence chez les sujets jeunes.

LES FACTEURS DE RIQUE

LE ROLE NOCIF DU SOLEIL

Il est supporté par une série d'arguments.

1. Le taux d'incidence très bas si la peau est pigmentée ; ils sont rares chez le noir. Dans ce contexte, le phototype est un facteur de risque déterminant. Un sujet avec un phototype clair, avec pâleur de la peau et yeux clairs est un sujet à haut risque !
2. Il existe une relation inverse pour population blanche entre incidence des cancers et latitude.
3. Le fait que 80 % des carcinomes surviennent au niveau tête et cou est aussi un bon argument.
4. La durée d'exposition va de pair avec l'augmentation régulière de la fréquence des basocellulaires avec l'âge

LES AUTRES FACTEURS DE RISQUE

L'implication de la puvathérapie et l'utilisation de lampes à bronzer est maintenant clairement démontrée. L'immunodépression est un facteur de risque important qui concerne surtout les greffes cardiaques, rénales, hépatiques.

- Les carcinomes cutanés sont les cancers les plus fréquents après greffe,
 - Plus de la moitié des patients greffés sont concernés, à long terme,
- ⇒ **DONC PROTECTION SOLAIRE +++ et SURVEILLANCE CUTANEE annuelle**

Ils concernent

- Les carcinomes post-radiothérapeutiques, post cicatrices, post brûlures,
- L'arsenicisme, rare de nos jours,
- L'albinisme, le xéoderma pigmentosum etc....

FORMES CLINIQUES

LE SIEGE

Rappelons que 85 % des CBC sont situés sur les zones photo-exposées et notamment sur le visage et sur le cou

- Le nez dans 25 % des cas, au niveau du sillon nasogénien,
- Périorbitaires au cantus interne,

Cependant, ils peuvent siéger n'importe où sur le corps, cependant :

- Ils sont rares au niveau de la vulve, du scrotum ou de l'anus
- Ils sont rarissimes au niveau des paumes et des plantes
- Ils n'affectent presque jamais sur les muqueuses

DEBUT INSIDIEUX

Il peut s'agir d'une petite tête d'épingle, ferme, rose. Dans d'autres cas, on découvre une papule translucide, perlée et télangiectasique qui s'étale en une petite plaque qui s'ulcère.

Quelque soit l'aspect, si la lésion persiste, il faut la biopsier...

Si rien n'est mis en œuvre, la tumeur augmente de taille très progressivement sur mois ou années

TROIS FORMES CLINIQUES

Le CBC nodulaire

- Siège surtout visage
- Nodule translucide avec des télangiectasies +++ qui s'étend lentement pour former une plaque atrophique et cicatricielle à bordure perlée.

Le CBC superficiel

- Souvent sur le tronc
- C'est une plaque érythémateuse bien limitée
- De grande taille
- Parfois multiples

Le CBC sclérodermiforme

- Surtout visage
- Plaque blanche dure ++ brillante, enchâssée, ressemblant à une cicatrice mal limitée
- Son extension plus importante que la clinique le laisserait penser
- Les récurrences sont fréquentes

Ces trois formes peuvent se pigmenter ou s'ulcérer

CBC nodulaire	CBC superficiel	CBC sclérodermique
		

DIAGNOSTIC POSITIF

L'essentiel est d'y penser devant :

- La fixité d'une lésion +++
- La présence d'une bordure perlée
- L'existence de télangiectasies
- Une pigmentation

L'intérêt d'un diagnostic précoce réside dans le fait qu'il permet d'éviter un traitement mutilant.

EVOLUTION

L'évolution est lente et indolore mais un CBC double de taille chaque année. En pratique, les points importants sont :

- Les malades consultent tardivement car, dans un quart des cas, la lésion évolue depuis plus de 5 ans !
- Les CBC ne **métastase pas** (exceptionnel < 1/10 000)
- Les CBC ont une malignité locale :
 - **Faible** pour CBC superficiels et nodulaires
 - **Forte** pour CBC très ulcéreux ou sclérodermiques
 - Rarement, des formes térébrantes qui peuvent détruire les structures cartilagineuses ou osseuses cavités nasosinusiennes et orbitaires (méningites, hémorragies)

TRAITEMENTS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est chirurgical. C'est l'option de choix qui assure un taux de guérison de plus de 90 %. L'analyse histologique de la tumeur permet de vérifier le caractère complet de l'excision.

Pour les formes traitées précocement, la rançon cicatricielle est le souvent minime avec possibilité de retraiter une éventuelle récurrence. En effet, dans ce cas, les marges d'exérèse sont très petites, **4 mm**, si la **taille de la tumeur est inférieure à 2 cm** et qu'il n'existe pas de facteurs de mauvais pronostic.

Pour les formes avancées, les marges d'exérèse sont de **1 cm** si le CBC est **de plus de 2 cm** et/ou qu'il existe des facteurs de mauvais pronostic.

Les facteurs de mauvais pronostic, c'est-à-dire les CBC à haut risque de récurrence sont les suivants :

- Une localisation médiofaciale, sillons rétro-auriculaires, sillons nasogéniens,
- Certaines formes histologiques, infiltrantes ou sclérodermiques ou en cas d'immunosuppression.

LES ALTERNATIVES A LA CHIRURGIE

Ils ne s'imposent que seulement si la chirurgie n'est pas possible.

- La radiothérapie pour les tumeurs de grande taille ou inopérables du fait de l'état général du malade,
- La cryochirurgie,

- La chirurgie de Mohs comprend une fixation de la tumeur in situ par chlorure de zinc avant excision ou une congélation de la pièce d'exérèse horizontalement permettant l'analyse de 100 % des berges. Des coupes horizontales en série qui guident le geste opératoire sont réalisées au cours de l'intervention. Cette technique qui n'est disponible que dans certains centres spécialisés est très longue et coûteuse.

Pour les CBC superficiels d'autres techniques peuvent être proposées, comme :

- La photothérapie dynamique topique (protoporphyrine + lumière rouge),
- L'utilisation d'un immuno-modulateur topique, l'imiquimod (Aldara™) crème, en sachant que sa tolérance locale est imparfaite.

SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE

Tous les auteurs s'accordent pour souligner qu'il s'agit d'une démarche importante car il existe un risque de récurrences et/ou d'apparition de nouveaux CBC mais il n'y a pas de consensus.

D'un point de vue pragmatique, un suivi annuel pendant toute la vie est préconisé, ce d'autant plus que :

- La plus forte probabilité de récurrence est au cours des 5 premières années,
- Le CBC était considéré comme à haut risque de récurrence.

PREVENTION

Un message simple : la photo protection +++

Surveiller sujets à risque

- ⇒ Peau claire
- ⇒ Adeptes du soleil
- ⇒ Professionnels exposés

CARCINOMES EPIDERMOÏDES OU CARCINOMES SPINO-CELLULAIRES

GENERALITES

Ils sont plus rares que les cancers baso-cellulaires mais sont beaucoup plus agressifs ce qui implique de les détecter précocement, notamment sur les demi muqueuses.

Le facteur de risque majeur principal est le soleil, cependant, pour certaines localisations génitales et péri-anales, le rôle de certains *Papillomavirus* est essentiel.

EPIDEMIOLOGIE

Ils représentent 10 à 20 % des épithéliomas. Il touche surtout les personnes âgées et les immunodéprimés

L'incidence augmente avec le vieillissement de la population.

Elle augmente avec l'âge et un pic de fréquence vers 70 ans.

L'homme est plus souvent touché.

FACTEURS DE RISQUE

Le risque de développer un cancer épidermoïde repose principalement sur deux facteurs :

- La dose **cumulative** d'exposition solaire,
- Le phototype, c'est-à-dire, les sujets à peau claire.

Les autres facteurs de risque comprennent :

- L'immunodépression au cours de laquelle une augmentation des épithéliomas après greffe (rénale ou cardiaque surtout) est observée. Chez ces patients, le carcinome épidermoïde est le cancer cutané le plus fréquent. En règle générale, la fréquence augmente avec la durée de l'immunosuppression et le degré d'exposition solaire (interaction des différents facteurs),
- L'utilisation chronique et répétée des PUVA et UVA,
- Les *Papillomavirus* oncogènes de type HPV 16 sur les carcinomes épidermoïdes muqueux génitaux.

Les expositions professionnelles (maladie professionnelles) :

- Aux goudrons (tableaux RG16bis, RA 35bis)
- L'arsenic, thérapeutique autrefois; actuellement professionnel (tableaux RA 10 et RG 20),

Par ailleurs, ces cancers peuvent se développer.

- Sur une cicatrice, surtout de brûlure parfois sur une plaie chronique comme un ulcère de jambe,

- Après une irradiation, thérapeutique, souvent plusieurs années après radiothérapie ou chez les radiologues.

TOPOGRAPHIE

Ils affectent avec prédilection les zones particulièrement insolées surtout le visage et le dos des mains. Plus rarement ils se développent sur le tronc ou les membres.

Ils peuvent toucher les muqueuses, comme les lèvres et les organes génitaux.

ASPECTS CLINIQUES

Au début, il peut survenir sur une kératose pré épithéliomateuse. C'est une tache brune ou rose, irrégulière au doigt, fixe, indolore qui, au fil du temps, s'épaissit, s'indure. Apparaissent alors, des érosions, des croûtes, un bourgeonnement, parfois saignant. C'est une lésion qu'il faut biopsier +++

Il peut, aussi, s'agir d'un bourgeon d'emblée

Non traitée, la tumeur devient globuleuse, dure, enchâssée et parfois ulcérée et à centre kératosique, ce qui pose le problème de diagnostic de kérato-acanthome.

Quelques formes particulières topographiques

- L'oreille : très fréquent chez l'homme (cheveux courts ?) ; souvent sur le bord libre de l'hélix qui pose le diagnostic différentiel avec un nodule douloureux de l'oreille.
- La lèvre inférieure : demi-muqueuse (vermillon) avec un rôle important du soleil, du tabac. Il se développe parfois sur une leucoplasie. Au début, il s'agit d'une érosion ou d'une ulcération indurée qui ne guérit pas. Devant une telle lésion, une biopsie s'impose. Enfin, elle doit faire rechercher un autre cancer partageant les mêmes facteurs de risque au niveau des voies aérodigestives supérieures chez le fumeur (endoscopie)
- La muqueuse endobuccale, parfois sur une leucoplasie, ou sur lichen érosif.

CSC de la lèvre	CSC de l'oreille	CBC sclérodermiforme
		

QUELQUES FORMES PARTICULIERES TOPOGRAPHIQUES

L'ATTEINTE VULVAIRE

Le carcinome parfois révéler par un prurit mais qui est inconstant, complique en règle une lésion préexistante comme :

- Une maladie de Bowen et un carcinome épidermoïde *in situ* qui se présente sous forme d'une tache érythémateuse bien limitée. L'implication des HPV oncogènes est la même que pour le cancer du col utérin,
- Un lichen scléreux se présentant sous forme de plaques blanches brillantes, parfois ecchymotiques

LES CARCINOMES DE LA VERGE

Ils sont très rares très rares. Ils se voient chez les sujets circoncis dans la 1^{ère} enfance. Ils se présentent souvent sous la forme d'une tache érythémateuse qui s'ulcère. Les HPV sont impliqués dans sa pathogénie.

LE PRONOSTIC DES ATTEINTES GENITALES

Il est mauvais en raison d'un envahissement ganglionnaire précoce. La survie à 5 ans est de 75 %.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Il s'agit d'une prolifération de kératinocytes malins franchissant la basale épidermique. Ces cellules ressemblent aux cellules squameuses de l'épiderme.

Les facteurs pronostiques histologiques de la tumeur sont :

- La profondeur de l'atteinte tumorale : moins ou plus de 4 mm
- Le degré de différenciation de la tumeur
- Le neurotropisme

Le carcinome verruqueux est une prolifération bien différenciée, sans atypie ni mitose qui envahit profondément le derme et les tissus sous jacents. Il s'agit d'une tumeur à malignité essentiellement locale

EVOLUTION

Tous les carcinomes spinocellulaires doivent être considérés comme potentiellement agressifs et traités comme tels. Les facteurs pronostiques principaux sont :

- Cliniques
 - La taille de la tumeur,
 - La localisation : les oreilles, les lèvres et les organes génitaux sont des organes très lymphophiles.
- Histologiques, c'est-à-dire le niveau d'invasion et de différenciation.

La survenue de métastases ganglionnaires est estimée entre 2 et 5 %. Elles sont plus fréquentes, de l'ordre de 35 %, lorsque la tumeur se développe sur une cicatrice ou ulcération chronique. A ce stade, le taux de guérison à 5 ans après atteinte ganglionnaire n'est seulement que de 30 %.

TRAITEMENT

LES OPTIONS

La chirurgie permet une survie sans récurrence de 90 % à 5 ans; mais les résultats sont très variables selon les facteurs pronostiques décrits plus haut. Les marges d'excision sont de 5 à 10 mm selon la tumeur.

La radiothérapie est indiquée en cas de contre indication à la chirurgie notamment tumeur de grande taille ou avec atteinte des tissus sous jacents

EN CAS DE METASTASES

En cas de métastases ganglionnaires, le curage ganglionnaire est suivi d'une radiothérapie complémentaire.

En cas de métastases viscérales, le pronostic est très sombre. Leur prise en charge fait appel, parfois à la chirurgie s'il s'agit d'une métastase viscérale unique accessible. Dans les autres cas, une chimiothérapie (cisplatine, bléomycine, 5 FU) à titre palliatif peut être tentée. Dans l'avenir les anti-EGF, comme le cétuximab (Erbix™) pourraient avoir une place dans la stratégie thérapeutique.

LE SUIVI DU TRAITEMENT

Il implique une surveillance tous les 3 mois pendant 1 an ; tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans ensuite.

EN CONCLUSION, UN MAITRE MOT : LA PREVENTION

- Photo protection +++
- Surveiller sujets à risque
 - Peau claire
 - Immunodéprimés
 - Professionnels exposés +++
- Détruire les kératoses pré épithéliomateuses
 - Par cryothérapie +++
 - Si multiples : Aldara™ crème, photothérapie dynamique topique

LES MELANOMES

EPIDEMIOLOGIE

INCIDENCE

La fréquence du mélanome double tous les 10 ans. L'incidence annuelle d'une maladie est exprimée en nombre de cas par pour 100 000 habitants est très variable, selon la latitude et la composition ethnique des populations.

- 0,4 cas en Afrique Noire ; 0,8 cas en Asie
- 10 cas en Europe
- 20 cas aux USA,
- 40 cas en Australie

En France, 7231 cas en 2000 soit 10 nouveaux cas / an pour 100 000 habitants.

L'augmentation de l'incidence des mélanomes de faible épaisseur est plus forte que celle des mélanomes épais ce qui pourrait traduire un meilleur dépistage de la maladie.

C'est le plus grave des cancers cutanés avec, en France, plus de 1364 décès en 2000. Ce taux a été multiplié par 3 entre 1969 et 1997

Il survient à **tout** âge à partir de 20 ans mais reste exceptionnel chez l'enfant. Le sexe ratio : 54 % de femmes et 46 % d'hommes.

LES FACTEURS DE RISQUE

Principalement

- L'existence de cas personnel ou familial de mélanome (6 à 12 % de cas familiaux) multiplie le risque par 3,
- La présence de plus d'une cinquantaine de naevi,
- La présence de naevi atypiques, de naevi congénitaux,
- L'existence de naevi de taille, forme et couleur très variées (naevus atypique).

Mais aussi...

- De nombreuses taches de rousseur (éphélides),
- Un phototype clair
 - Peau, cheveux et yeux clairs, avec coups de soleil faciles,
 - Peu d'aptitude à bronzer,
- Des antécédents de coups de soleil sévères dans l'enfance ou l'adolescence avec présence de lentigo solaires,
- Comportementaux, comme une exposition solaire ou aux UV artificiels abusive en cabine.

LE ROLE DU SOLEIL

La plus forte incidence du mélanome est observée dans les pays à fort ensoleillement où il touche principalement les blancs (Australie, Afrique du Sud, Israël)

Les UVB mais aussi des UVA sont impliqués

Le rôle de l'exposition solaire **intermittente +++** et notamment des coups de soleil dans l'enfance est primordial. Ceci est corroboré par le fait que chez les migrants en Australie, la fréquence du mélanome augmente significativement, en fonction de leur âge d'arrivée

Le nombre de naevi augmente proportionnellement à l'exposition solaire dans une population blanche dont l'âge médian est de 20 ans.

DEPISTAGE

C'EST LE MAITRE MOT...

Il s'agit d'identifier les sujets à risque et de leur proposer très tôt une photoprotection, la pratique d'une autosurveillance et un examen cutané médical régulier pour certains.

Il faut leur apprendre l'auto-examen, en sachant que 70 % des mélanomes sont découverts par le malade lui-même !

Il est important de repérer les mélanomes à croissance rapide responsables de l'essentiel de la mortalité. Dans le domaine le rôle du médecin généraliste est essentiel.

LA CLASSIQUE REGLE ABCD

C'est l'abécédaire du diagnostic. Il consiste à évaluer une tache :

- A = Asymétrique
- B = à Bords irréguliers
- C = de Couleur inhomogène
- D = Diamètre de grande taille, souvent supérieur à 6 mm

A

A = Asymétrie	B = Bords irréguliers	C = Couleur inhomogène
		
La tâche s'étend davantage sur un côté que de l'autre	Le mélanome a des bords irréguliers et festonnés	Homogène ou inhomogène = nuances de brun, apparition de couleur noire, bleue ou rouge; il est souvent de plus de deux couleurs ou de deux teintes

EN PRATIQUE

Il faut éduquer le patient à consulter VITE au moindre doute en cas d'évolution, de modification rapide et récente d'un grain de beauté.

Les signes d'alerte sont :

- Une modification de forme,
- Une **modification de couleur**, les tâches sont alors de couleur brun foncé ou noir et souvent plus de deux couleurs (ou deux teintes),
- Une forme et de contours irréguliers et s'élargissent,
- **L'apparition rapide d'une nouvelle lésion** qui persiste, ne guérit pas, colorée ou non, parfois de couleur chair, rosé,
- D'une **tache différente** des autres grains de beauté = le « vilain petit canard ».

Il faut impérativement repérer les mélanomes à croissance rapide car ils sont responsables de l'essentiel de la mortalité.

FORMES CLINIQUES

DE NOVO

Il peut survenir sur un naevus préexistant mais le plus souvent, il survient d'emblée. Il faut savoir que

- 65 % des mélanomes surviennent d'emblée sans naevus préexistant

- 35 % restants se développent sur un naevus qui se modifie

OU ?

Les localisations préférentielles sont :

- Le tronc chez l'homme
- Les membres inférieurs chez la femme

Cependant, aucune région est épargnée, d'où la nécessité d'examiner tout le corps et notamment le cuir chevelu, les pieds, les fesses et les organes génitaux

QUELQUES FORMES CLINIQUES PARTICULIÈRES

L'incidence chez l'enfant est faible de 1 à 4 % de tous les mélanomes. Il survient surtout au cours de la deuxième décennie

Les mélanomes unguéaux pour lesquels il faut se méfier d'une bande unique qui incite à réaliser rapidement une biopsie

Les mélanomes muqueux qui sont de pronostic souvent mauvais car méconnus

Les mélanomes achromiques qui sont de diagnostic difficile et peuvent simuler un botriomycome à la plante du pied

EN FONCTION DE L'ASPECT CLINIQUE, HISTOPATHOLOGIQUE, ET DE LEUR MODE DE PROGRESSION TUMORALE

On distingue 4 types anatomo cliniques

Le mélanome à extension superficielle (SSM)

- C'est une macule
- C'est la forme la plus fréquente (70 % des cas)
- L'âge moyen de découverte est 40 à 50 ans

Le mélanome nodulaire (MN)

- C'est un nodule bleu ou noir, parfois achromique
- D'évolution rapide
- L'âge de survenue est 50 à 60 ans
- Il se voit surtout chez l'homme

Le lentigo malin ou mélanose de Dubreuilh (LM)

- Il représente 5 à 10 % des mélanomes
- Il affecte le sujet âgé de plus de 60 ans et plus souvent la femme
- Il siège dans une zone photo-exposée

Le mélanome acro-lentigineux (ALM)

- C'est une macule
- Il siège à la plante des pieds
- Il peut être retrouvé sur les muqueuses

HISTOPATHOLOGIE

Le compte rendu histologique de la pièce d'exérèse doit comporter les informations suivantes pour préciser le pronostic :

- L'épaisseur maximale de la lésion en millimètres mesurée par rapport à l'épiderme non tumoral → ce qui permet de déterminer l'indice de Breslow qui impacte directement le **pronostic**
- Les marges d'exérèse : complète ou non ?
- Le niveau d'invasion, estimé par le niveau de Clark,
- L'existence de signes de régression,
- La présence d'une ulcération qui a une signification péjorative.

Niveau de Clark		Indice Breslow
-----------------	--	----------------

<p><i>I in situ</i> II partie du derme papillaire III tout le derme papillaire IV; derme réticulaire V hypoderme</p>	<p>CLARK = Niveaux I II III IV V</p> <p>Epiderme</p> <p>D. papillaire</p> <p>D. réticulaire</p> <p>Hypoderme</p> <p>Couche des cellules granuleuses</p> <p>BRESLOW = épaisseur [en millimètre(s)]</p>	<p>< 0,75 mm 0,76 à 1,50 mm 1,51 à 4 mm > 4 mm</p>
--	---	---

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'ÉPAISSEUR

Exérèse PRECOCE est le garant de la guérison ; à l'inverse un diagnostic tardif expose au risque de métastases. Le **pronostic** est essentiellement fonction de l'**épaisseur**. Le taux de survie à 5 ans est de :

- < 0,75 mm = 95 %
- 0,75 à 1,5 mm = 80 à 85 %
- 1,5 à 2,5 mm = 70 à 75 %
- 2,5 à 4 mm = 60 à 65 %
- > 4 mm = 40 %

LES ADENOPATHIES

Comme tout cancer, le mélanome peut envahir les ganglions. Dans ce cas, la survie à 5 ans est de 40 %, **si un seul ganglion** est envahi et de 15 %, si 5 ganglions sont touchés.

En cas de métastase en transit, la survie à 10 ans est de 24 % et la médiane de survie de 3,5 ans. Si la métastase en transit est associée à une atteinte ganglionnaire, la médiane de survie à 10 ans est de 19 %.

LES METASTASES VISCÉRALES

Elles affectent surtout le poumon, le foie et le cerveau.

La médiane de survie est alors de 8 mois si site unique et seulement de 2 mois si 3 sites sont touchés. La survie à 5 ans pour ces patients est de 5 %.

BILAN D'EXTENSION

Il est simple.

- S'il s'agit d'une lésion cutanée isolée sans atteinte ganglionnaire, l'examen clinique seul suffit.
- S'il y a une atteinte ganglionnaire, un bilan en imagerie médicale (scanner corps entier) s'impose.

TRAITEMENT

DE BASE

La chirurgie est la base incontournable du traitement. Elle permet :

- L'exérèse de la lésion
- Une reprise complémentaire avec une marge de 1 à 3 cm en dehors de la tumeur
 - a. De 1 cm si tumeur < à 1mm,
 - b. De 2 cm si tumeur de 1 à 4 mm,
 - c. De 3 cm si tumeur de plus 4 mm,
- Une suture ou une greffe si les marges d'excision sont trop grandes.

Un curage ganglionnaire est associé si un ganglion est atteint en utilisant la technique du ganglion sentinelle qui correspond au premier relai de drainage lymphatique du mélanome.

DANS LES FORMES AVANCEES

En cas de métastase viscérale :

- Une chimiothérapie par la dacarbazine (Déticène™),
- Le taux de réponse est 10 à 20 %,
- Parfois une chirurgie, si la métastase est unique et accessible.

Les autres options envisageables

- L'utilisation de l'interféron en traitement adjuvant qui augmente la survie sans récurrence mais pas la survie globale,
- Une vaccination par lysat de cellules mélaniques, ou par cellules dendritiques stimulées *ex vivo* qui est décevant,
- Dans l'avenir, peut être les thérapies ciblées (biochimiothérapies)
 - Le sorafénib (Nexavar™), un inhibiteur oral du VEGFR et du raf,
 - Les antisens anti bcl2, oblimersen, pour favoriser l'apoptose,
 - Les anticorps monoclonaux dirigés contre le CTLA-4 (*Cytotoxic T Lymphocyte-associated Antigen 4*), comme l'ipilimumab (MDX-010) ou le ticalimumab (CP-675206).

LE SUIVI

Après traitement un suivi s'impose tous les 3 à 6 mois selon épaisseur du mélanome durant 5 ans et ensuite toute la vie.

LA PREVENTION

La prévention primaire consiste à agir sur le facteur solaire, en conseillant le patient.

La prévention secondaire s'adresse au dépistage précoce du mélanome :

- Par l'autosurveillance +++
- Le dépistage des sujets à risque
- En conseillant de se protéger du soleil, en n'oubliant pas que l'on s'expose au soleil non seulement sur une plage, mais aussi lors de la pratique d'un sport de plein air, en jardinant, ou en marchant simplement au soleil !

EN GUISE DE CONCLUSION...

Le message : « **se protéger du soleil c'est économiser son capital soleil** » !

Porter un chapeau, une chemise ou un tee-shirt de couleur sombre et des lunettes lorsqu'on est au soleil

Éviter au maximum l'exposition entre 12 et 16 heures, soit 2 heures avant et 2 heures après le midi solaire.

Appliquer suffisamment de crème protectrice solaire, de coefficient 20 à 30, avant chaque exposition solaire et la renouveler toutes les deux heures et après la baignade.

Apprendre la protection solaire aux enfants et protéger les bébés du soleil

Se méfier :

- De la réflexion des rayons sur la neige, le sable et l'eau (le parasol n'évite pas les coups de soleil)
- D'un temps nuageux
- Du soleil en haute altitude ou sous les tropiques : risque de brûlures

Dans tous les cas déconseiller la pratique des séances d'UVA qui augmentent le risque de cancer cutané et accélèrent le vieillissement de la peau