

JUILLET 2024



LES MÉLANOMES CUTANÉS EN 10 POINTS CLÉS

OUTILS POUR LA PRATIQUE

1

Les mélanomes cutanés sont **souvent diagnostiqués à un stade précoce** et la majorité sont des formes à extension superficielle. Ils sont **généralement de bon pronostic** après exérèse chirurgicale. En revanche, un diagnostic tardif réduit considérablement les chances de guérison en raison de la **nature agressive et du fort potentiel métastatique de ce cancer**. Cependant, le traitement du mélanome cutané a connu de grands changements depuis 2011, avec la mise à disposition de nouvelles molécules de thérapies ciblées et d'immunothérapies qui ont transformé le pronostic du mélanome cutané métastatique ou à risque élevé de rechute.

2

Les principaux **facteurs de risque** des mélanomes cutanés sont :

- » **extrinsèques** : exposition aux UV naturels ou artificiels, antécédent de brûlures solaires au second degré en particulier pendant l'enfance ;
- » **intrinsèques** : phototype I ou II, nombre de nævus ≥ 40 , présence de nævus larges (+ de 5 mm) et irréguliers, antécédent personnel ou familial de cancer cutané, immunodépression constitutionnelle ou acquise.

3

Le mélanome cutané est une **lésion qui se développe « de novo » dans la majorité des cas** (environ 80 % des mélanomes). Plus rarement, il peut résulter de la transformation maligne d'un nævus préexistant.

4

L'analyse sémiologique de la lésion (le plus souvent pigmentée) peut se faire en pratique clinique à l'aide du **principe du « vilain petit canard »** (lésion différente des autres) et de la **règle ABCDE** (Asymétrie, Bordure, Couleur, Diamètre, Évolution). Une **ulcération** de la lésion est également recherchée.

5

La **confirmation du diagnostic** de mélanome cutané est faite par l'examen anatomopathologique. **L'exérèse complète d'emblée** de la lésion, avec des marges cliniques de 2 mm, est fortement recommandée par rapport à la biopsie, réservée à certaines lésions de grande taille, notamment du visage et des extrémités. L'exérèse confirme le diagnostic et précise l'épaisseur du mélanome, c'est l'**indice de Breslow, facteur pronostic principal**.

6

Le **bilan d'extension** est réalisé par l'équipe spécialisée en lien avec le médecin généraliste. Le stade IA asymptomatique ne justifie aucun examen d'imagerie.

7

La **chirurgie** est le traitement de référence du mélanome cutané non métastatique. Même si l'exérèse a été complète, une reprise chirurgicale (préventive et carcinologique) est nécessaire dans la majorité des cas. Selon les stades et l'existence de mutations somatiques, notamment celle affectant le gène *BRAF*, un **traitement systémique par immunothérapie ou par thérapies ciblées** peut être instauré en adjuvant ou en traitement premier. La chimiothérapie conventionnelle n'a plus d'indication en première ligne de traitement. La **radiothérapie** peut être utilisée en situation adjuvante ou métastatique.

8

Le **suivi**, organisé par le dermatologue en lien avec le médecin généraliste, repose sur l'examen clinique et l'imagerie. Pour les stades IA, aucun examen d'imagerie n'est à réaliser en dehors de signes d'appel. Le **suivi des patients traités pour un mélanome cutané est à vie**.

9

Environ **10 % des mélanomes sont des formes familiales**. Une **consultation d'oncogénétique** est recommandée dans les deux situations cliniques suivantes :

- › existence d'au moins deux mélanomes cutanés invasifs avant 75 ans chez deux apparentés du 1^{er} ou 2^e degré ou chez une même personne ;
- › association d'un mélanome cutané invasif à un mélanome oculaire, un cancer du pancréas, du rein, du système nerveux central ou à un mésothéliome, chez une même personne ou chez ses apparentés du 1^{er} ou 2^e degré.

10

Le **médecin généraliste** a un rôle essentiel à toutes les phases du parcours de soins, en collaboration avec l'équipe spécialisée, notamment dans la découverte d'une lésion suspecte, la gestion des effets indésirables des traitements, le rappel des principes de photoprotection, l'apprentissage de la méthode d'auto-examen cutané, ainsi que dans le suivi (en particulier pour le contrôle de la cicatrice et des aires ganglionnaires, la recherche de signes cliniques d'appel de métastases et la détection de lésions cutanées suspectes nécessitant un avis dermatologique).



- › Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter l'**Outil pour la pratique des médecins généralistes sur les mélanomes cutanés** (e-cancer.fr)