



avril 2013

**JEUDI 30 MAI 2013,
JOURNEE NATIONALE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE
DES CANCERS DE LA PEAU :**

Ne restez pas dans le flou, montrez votre peau, c'est si simple de savoir...

Depuis 15 ans, le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues s'est fixé pour **objectif d'informer le grand public sur la nécessité d'un dépistage précoce des cancers de la peau**, à travers l'organisation de la **Journée de prévention et de dépistage des cancers de la peau**. Lors de cette Journée annuelle, des centaines de dermatologues bénévoles se mobilisent et assurent des consultations de dépistage anonymes et gratuites en dehors de leurs cabinets, dans des centres dédiés, partout en France.

Le mélanome, cancer de la peau le plus grave, touche plus de 9 000 personnes chaque année et a provoqué 1 620 décès en 2011 en France.

La nouveauté de cette année est la mise en place d'une opération de télédermatologie dans certains départements pour répondre au problème des déserts médicaux. Une dizaine de centres de la Mutualité Sociale Agricole (partenaire de l'opération) participeront à cette première expérience dans des départements comptant peu de dermatologues. Les médecins de ces centres, au préalable formés par des dermatologues, prendront et enverront des photos de lésions suspectes ainsi que des images de dermoscopie pour une interprétation à distance. En effet, des experts dermatologues réunis sur une plate-forme technique en feront une analyse en temps réel, donneront un avis et redirigeront les patients lorsque c'est nécessaire vers un dermatologue.

Les coordonnées des centres de dépistage, ouverts le 30 mai, seront accessibles sur le site du Syndicat des Dermatologues www.dermatos.fr, en appelant le **0800 11 2013** numéro vert accessible dès le 2 mai (appel gratuit depuis un poste fixe), ainsi que par le biais de l'application « SoleilRisk » téléchargeable gratuitement sur smartphones, pour la troisième année, et à partir de cette année sur tablettes (iPad et autres).

La page **Facebook** du Syndicat des Dermatologues permet de relayer cette journée de santé publique auprès des jeunes publics.

Cette nouvelle édition de la Journée bénéficie toujours du **parrainage du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et du soutien de l'INCa**. Les partenariats sont renouvelés avec la MSA, les Laboratoires dermatologiques Avène, les Laboratoires Roche, La Roche Posay et Léo ainsi que Météo France et l'Association des Maires de France.

Pour plus d'informations www.dermatos.fr ou www.syndicatdermatos.org
Contact presse : Brigitte Jaillard – 01 55 63 91 78 – bjacom@wanadoo.fr

LA PREVENTION

FICHE « SE PROTEGER DU SOLEIL »

Les gestes essentiels pour se protéger du soleil* :

Éviter le soleil aux heures les plus chaudes soit entre 12h et 16h.

Ne jamais exposer au soleil les enfants de moins de 2 ans, même en dehors des heures les plus chaudes.

Choisir un endroit ombragé (sous un parasol, sous un arbre). A noter que le parasol est efficace uniquement sur sol foncé (herbe) car sur un sol clair comme le sable, le parasol ne protège pas de l'irradiation réfléchiée par le sol.

Adopter une bonne protection vestimentaire, essentielle pour les enfants. Protéger le corps avec un tee-shirt par exemple. Il existe aujourd'hui des vêtements anti-UV.

Protéger les yeux avec des lunettes de soleil. L'exposition aux UV peut en effet accroître les risques de cataracte.

Protéger le crâne à l'aide d'un chapeau permettant aussi de protéger le visage et les oreilles.

Utiliser une crème solaire en complément de la protection vestimentaire aux endroits encore exposés (comme le visage) et ce, même en cas de légère couverture nuageuse. Les autorités préconisent d'appliquer la crème 20 minutes avant de s'exposer, de la renouveler peu de temps après le début de l'exposition et après s'être baigné, après avoir transpiré ou s'être essuyé puis toutes les 2h.

En termes de quantité, on conseille d'appliquer pour un adulte de corpulence moyenne l'équivalent de 6 cuillères à café : l'équivalent d'une cuillère à café sur chaque bras et chaque jambe, et sur le dos et le torse ; la moitié de cet équivalent doit être appliquée sur le visage et sur le cou, sans oublier les oreilles, les tempes, le dos des mains et des pieds. Une quantité insuffisante diminue nettement le niveau de protection vis-à-vis de l'exposition solaire.

Pour le choix de l'indice de protection solaire, les autorités européennes ont défini 4 classes de produits en fonction de leur protection : faible, moyenne, haute et très haute (50+). Ce choix s'effectue en fonction du type de peau et de la puissance de l'irradiation c'est-à-dire l'intensité lumineuse multipliée par le temps d'exposition.

Cette protection solaire ne doit en aucun cas conduire à prolonger le temps d'exposition, de la même manière qu'il ne faut pas réduire la quantité et la fréquence d'application du produit de protection solaire sous prétexte d'utiliser un indice de protection élevé.

* source ANSM 2011

LA PREVENTION

FICHE « CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE »

NE PAS UTILISER LES CABINES UV

Pourquoi ?

La surexposition aux rayonnements ultraviolets naturels et artificiels représente un facteur de risque majeur dans le développement des cancers de la peau. L'évolution, ces 30 dernières années, de la pratique du bronzage est corrélée à une augmentation forte des cancers cutanés et en particulier des mélanomes, dont l'incidence a plus que triplé dans la période 1980-2005. La réduction des expositions aux UV et l'adoption de nouvelles habitudes de prévention représente donc un enjeu sanitaire important.

En Juillet 2009, le Centre International de Recherche sur le Cancer a classé «cancérogènes certains pour l'homme» les rayonnements UV solaires ainsi que les rayonnements émis par les installations de bronzage artificiel.

Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 portant sur le renforcement de la prévention à l'exposition aux rayonnements UV naturels et artificiels, **l'INCa a publié un état des lieux sur les risques de cancer encourus lors de la pratique du bronzage par lampe UV.**

S'exposer aux lampes de bronzage par UV augmente le risque de cancer de la peau

En effet, des données récentes ont mis en évidence que les personnes qui s'exposent aux UV artificiels ont un risque de cancers de la peau, et en particulier de mélanome, plus important que les autres.

Pourquoi les ultraviolets provoquent-ils des cancers de la peau ?

Les UVA et les UVB pénètrent dans la peau et induisent, dans le noyau des cellules, des altérations de la structure chimique de l'ADN. Des systèmes de contrôle veillent à la réparation de ces dommages pour assurer l'intégrité de l'ensemble des gènes (génom). Cependant, en cas d'expositions fortes et/ou rapprochées, l'accumulation des dommages peut entraîner une saturation de ces systèmes et ainsi conduire à l'apparition de mutations génétiques et de tumeurs cancéreuses. Les lésions de l'ADN apparaissent pour des doses d'UV inférieures à celles provoquant un coup de soleil.

Est-il plus dangereux de s'exposer aux UV artificiels ou au soleil ?

L'intensité du rayonnement émis par les cabines de bronzage par UV, en France, est comparable dans la majorité des cas à celle d'un soleil très intense. Ainsi, **une séance d'UV artificiels équivaut à une exposition de même durée sur une plage subtropicale sans protection solaire !** De plus, les signaux d'alerte (coups de soleil notamment) qui existent lors d'une exposition au soleil sont absents dans le cas d'une séance de bronzage en cabine. En effet, « l'effet coup de soleil » des UVA est retardé par rapport à celui du soleil et la

sensation de chaleur du soleil, due aux infrarouges, n'existe pas dans les cabines qui sont ventilées et rafraîchies.

Certaines personnes sont-elles plus à risque que d'autres ?

La sensibilité individuelle aux UV est hétérogène. Le risque de cancer cutané est dépendant du phototype de l'individu (capacité à bronzer, couleur de la peau, des cheveux,...) (cf. tableau ci-dessous), des antécédents personnels et familiaux de cancer cutané, de l'existence d'un état d'immunodépression, des expositions fortes au soleil pendant l'enfance, de la présence d'un grand nombre de grains de beauté. La sensibilité aux UV peut être également ponctuellement augmentée par la présence de produits cosmétiques ou de coups de soleil sur la zone exposée, et par la prise de certains médicaments (antibiotiques, somnifères, antidépresseurs, antiseptiques). Plus que toute autre personne, les personnes de phototype I et II ne doivent pas s'exposer aux UV artificiels (cf. tableau ci-dessous).

Phototype I	Peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts	Brûle facilement, ne bronze jamais
Phototype II	Peau claire, cheveux blonds roux à châains, yeux verts/bruns	Brûle facilement, bronze à peine
Phototype III	Peau moyenne, cheveux châains à bruns, yeux bruns	Brûle modérément, bronze graduellement
Phototype IV	Peau mâte, cheveux bruns/noirs, yeux bruns/noirs	Brûle à peine, bronze toujours bien
Phototype V	Peau brun foncé, cheveux noirs, yeux noirs	Brûle rarement, bronze beaucoup
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs	Ne brûle pas

Source INCa

Dans un avis rendu en janvier 2013, l'Anses recommande la cessation, à terme, de tout usage commercial du bronzage par UV artificiels et de la vente d'appareils délivrant des UV artificiels à visée esthétique.

LA PREVENTION

FICHE « S'EXAMINER REGULIEREMENT »

Il faut pratiquer une auto-surveillance très régulière. Plus on est familier avec sa peau, plus il est facile de repérer de nouvelles taches pigmentées ou des changements de ses grains de beauté.

Les visites régulières chez le dermatologue sont le moyen le plus sûr et efficace de prévenir et donc de guérir les cancers de peau.

Toutefois, ces visites peuvent être complétées par un auto-examen qu'il est utile de pratiquer régulièrement (au moins trois fois par an).

Chacun doit observer régulièrement ses grains de beauté sur toutes les parties de son corps, de la tête aux pieds, et en connaître les principales modifications constituant autant de symptômes d'alerte. Il ne faut pas hésiter à utiliser un miroir pour s'observer ou à demander l'aide d'un proche pour regarder des zones inaccessibles.

LA REGLE ABCDE DE L'AUTO-EXAMEN

La règle ABCDE permet de mémoriser les signes qui doivent alerter :

- A comme Asymétrie : forme non circulaire, avec deux moitiés qui ne se ressemblent pas.
- B comme Bords Irréguliers : bords dentelés, mal délimités avec parfois une extension du pigment sur la peau autour de la tache.
- C comme Couleur non homogène : présence de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc)
- D comme Diamètre : diamètre en augmentation, en général supérieur à 6mm.
- E comme Évolution : Toute tache qui change d'aspect rapidement (forme, taille, épaisseur, couleur) doit constituer un signe d'alerte.

LE DIAGNOSTIC

FICHE « SOUS L'ŒIL DE L'EXPERT »

Le rôle du dermatologue en présence d'une lésion suspecte

Le dermatologue réalise un examen de la peau minutieux et observe les lésions suspectes éventuelles grâce à son dermoscope. Cet appareil se compose traditionnellement d'une loupe (généralement x10), d'une source de lumière non polarisée, d'une surface de verre et d'un milieu liquide entre le verre et la peau, qui permet au dermatologue de regarder la lésion cutanée sans reflets de la lumière à partir de la surface cutanée. Les dermoscopes modernes n'utilisent pas de milieu liquide, mais une source de lumière polarisée.

Après cet examen, le dermatologue, s'il suspecte fortement un mélanome, procède à un prélèvement de la lésion qui sera soumis à un **examen anatomopathologique** qui seul peut affirmer qu'il s'agit ou non d'un mélanome.

Trois critères essentiels contribuent à évaluer l'extension et le pronostic du mélanome : les caractéristiques de la tumeur primitive (épaisseur et ulcération), l'atteinte éventuelle des ganglions lymphatiques et la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps.

Le 1^{er} critère

Les caractéristiques de la tumeur primitive sont analysées sous microscope par le médecin anatomopathologiste sur la pièce de biopsie-exérèse : cela permet, outre le diagnostic, de déterminer l'épaisseur de la tumeur ou **indice de Breslow**. Cet indice témoigne de l'importance de l'invasion de la tumeur en profondeur et reflète l'agressivité de la lésion et son aptitude à rejoindre les vaisseaux lymphatiques ou sanguins environnants. Plus une tumeur est épaisse, plus elle a envahi la peau en profondeur, plus elle est agressive.

L'ulcération en surface du mélanome est également un important facteur de pronostic. La présence d'une ulcération de l'épiderme parfois visible à l'œil nu (le mélanome saigne) est examinée au microscope : elle témoigne d'un désordre important des mélanocytes entraînant une agression du revêtement cutané. Récemment un nouveau paramètre est pris en compte, l'index mitotique (nombre de mitoses/mm²).

Si la mesure de l'épaisseur du mélanome révèle qu'il est **intraépidermique**, on dit qu'il est au niveau 1 de Clark. Il n'a pas franchi le derme, il s'agit donc d'un **mélanome in situ, non invasif**. Dans ce cas, le dermatologue procèdera à une reprise chirurgicale de la lésion et le suivi se fera annuellement pour détecter un éventuel second mélanome.

Si la mesure de l'épaisseur du mélanome révèle qu'il s'est étendu au **derme**, il s'agit d'un **mélanome invasif**. Le patient doit dès lors être pris en charge par une équipe lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire qui validera la prise en charge effectuée par le praticien traitant et qui décidera de la marche à suivre.

Schématiquement, devant un mélanome invasif, trois situations peuvent se présenter, selon l'indice de Breslow :

- **Si l'indice de Breslow est inférieur à 1 mm sans ulcération ni mitoses**, une reprise chirurgicale de la lésion sera effectuée, une surveillance accrue du malade et une consultation annuelle ou bi-annuelle chez le dermatologue seront nécessaires pour détecter un éventuel second mélanome. Un bilan d'extension comprenant une échographie abdominale et une radiographie des poumons peut être réalisé afin de constituer un bilan de référence utile dans le suivi.
- **Si l'indice de Breslow est inférieur à 1 mm mais avec ulcération ou mitoses, le patient pourra se voir proposer la recherche du ganglion sentinelle** : en effet, même si l'épaisseur du mélanome est mince, la présence d'une ulcération et de mitoses constitue des critères de risque de métastases.
- **Si l'indice de Breslow est supérieur à 1 mm** : l'extension du mélanome peut se révéler par la présence de **cellules tumorales au niveau ganglionnaire**. En effet, les cellules cancéreuses peuvent migrer hors de la tumeur via le système lymphatique et se disséminer ailleurs. Les ganglions lymphatiques situés à proximité de la tumeur peuvent alors être atteints. L'augmentation inhabituelle de volume et le durcissement des ganglions lors de la palpation peuvent indiquer une anomalie. Une échographie peut venir compléter ce bilan d'extension afin de confirmer l'examen clinique .

Le 2^{ème} critère

Dans la recherche d'une extension régionale, la **technique du ganglion sentinelle** est la plus sensible pour détecter une atteinte métastatique ganglionnaire.

Le 3^{ème} critère

La recherche de métastases systémiques viscérales ne se fait au stade de tumeur primitive que dans les cas de Breslow supérieur à 4 mm.

DIAGNOSTIC

FICHE « LES DIFFERENTS TYPES DE CANCERS DE LA PEAU »

Parmi les cancers de la peau, il faut principalement distinguer les cancers d'origine épithéliale (carcinome basocellulaire et carcinome spinocellulaire) et les mélanomes. Les carcinomes sont les plus fréquents, ; les mélanomes sont les plus dangereux.

L'incidence de tous ces cancers est croissante dans le monde.

Les différents types de cancers de la peau

• Le mélanome cutané, une tumeur maligne

Avec 9780* nouveaux cas estimés en , le mélanome cutané se situe au 9ème rang des cancers, tous sexes confondus, et représente 2,7% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers. Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 9,7 pour 100 000 hommes et 10,1 pour 100 000 femmes en 2011.

Près des trois quarts des cas sont diagnostiqués au-delà de 49 ans.

On estime en France le nombre de décès imputables à ce cancer à 1 620* (900 décès chez l'homme et 720 chez la femme). Le rapport annuel de l'INCa note que chez l'homme comme chez la femme, «

».

Cancer agressif, le mélanome doit être détecté dès le début de son évolution pour permettre **une prise en charge précoce, seul élément qui laisse au patient le maximum de chances de guérison.** Le seul traitement efficace consistant en l'ablation d'une tumeur débutante.

*

Le développement d'un mélanome

Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles sont d'abord peu nombreuses et limitées à la surface de la peau. La plupart des mélanomes se développent d'abord horizontalement dans l'épiderme. Tant que la tumeur se situe au sein de l'épiderme, on parle de mélanome . Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur progresse en profondeur à travers le derme et l'hypoderme. Dès lors que la tumeur franchit la couche basale et atteint le derme, on dit que le cancer est invasif. Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions lymphatiques proches de la tumeur ;
- les poumons, le foie, la peau ou le cerveau.

Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases.

Les mélanomes dérivent des cellules qui fabriquent le pigment de la peau (mélanine), les mélanocytes. **Les mélanomes** sont les cancers de la peau les plus dangereux, ils sont susceptibles d'essaimer dans les autres organes et d'avoir des conséquences mortelles.

Les mélanomes cutanés diagnostiqués à un stade métastatique sont de mauvais pronostic, les taux de survie à 5 ans ne dépassant pas 20 % pour ces patients.

C'est pourquoi la prévention et le diagnostic précoce du mélanome cutané sont essentiels.



- **Les carcinomes cutanés, les cancers les plus fréquents et les moins graves**

70 % des carcinomes cutanés sont des carcinomes basocellulaires. Ce sont les moins graves dans la mesure où ils menacent rarement le pronostic vital. En effet, leur développement, à partir de la couche basale de l'épiderme, reste local. Ils ne métastasent jamais et leur ablation complète assure donc leur guérison. Leur traitement doit néanmoins être précoce car ces tumeurs peuvent s'étendre en surface.

Ils dérivent des cellules constitutives de l'épiderme appelées kératinocytes.

Leur incidence en France est estimée à 150/an pour 100 000 habitants. Ils surviennent avec une plus grande fréquence après 50 ans, mais peuvent toucher des individus plus jeunes. Ils sont habituellement localisés sur les zones découvertes : visage, cou, dos des mains. Ces cancers augmentent progressivement de taille. Leur danger est lié à leur potentiel invasif local qui va entraîner des destructions tissulaires. Le traitement de première intention est l'ablation chirurgicale. Une prise en charge tardive impose parfois une chirurgie pouvant être mutilante. Un dépistage précoce permet un traitement chirurgical simple, réalisable sous anesthésie locale dans la majorité des cas.



(ou épidermoïdes) :

Les carcinomes épidermoïdes sont plus rares (20 % des cancers cutanés) mais plus agressifs que les carcinomes basocellulaires.

Leur incidence est d'environ 20/an pour 100 000 habitants. Ils apparaissent surtout après 60 ans. Ils surviennent comme les précédents préférentiellement sur des zones découvertes. Contrairement aux carcinomes basocellulaires, ils se développent parfois sur des lésions dites pré-cancéreuses : kératoses actiniques (ce sont des modifications de la peau ayant l'aspect de croûtes qui reposent sur une base rouge, ces lésions ne sont pas cancéreuses mais peuvent se transformer en carcinome épidermoïde). Ces cancers peuvent aussi apparaître sur des radiodermites (modifications de la peau produites par les radiations ionisantes) sur des cicatrices de brûlure, des plaies chroniques. Des virus de type HPV sont suspectés de jouer un rôle dans la genèse de certains de ces cancers localisés aux muqueuses (col de l'utérus, anus).



Plus agressifs que les basocellulaires, ils sont susceptibles d'envahir les ganglions lymphatiques et se disséminer dans d'autres organes (poumon, foie, cerveau). Les plus agressifs sont ceux localisés aux zones péri-orificielles et aux muqueuses (nez, bouche, organes génitaux). Un dépistage précoce permet, là aussi, un traitement chirurgical, en général aisé à mettre en œuvre, alors qu'une reconnaissance tardive impose souvent une chirurgie lourde.



Près de 70 000 nouveaux cas de cancer de la peau sont diagnostiqués chaque année.

L'INCa, l'Institut national du cancer, et le Syndicat de Dermatologues notent la progression croissante en France du nombre de cancers de la peau.

Près de 1 620 personnes meurent chaque année d'un cancer de la peau.

Plus de 9 000 nouveaux cas de mélanomes sont diagnostiqués chaque année en France.

L'incidence du mélanome, forme de cancer de la peau la plus sévère, croît depuis plusieurs décennies et double tous les 10 ans depuis 1945 dans tous les pays du monde.

LES TRAITEMENTS ET LE SUIVI DU MELANOME

FICHE « LES DIFFERENTS TRAITEMENTS DU MELANOME »

Deux principaux types de traitements sont utilisés pour traiter les mélanomes : la chirurgie et l'immunothérapie. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent être proposées dans des situations particulières.

Selon les cas, les traitements ont pour objectifs :

- de supprimer la tumeur ou les métastases ;
- de réduire le risque de récurrence ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes engendrés par la maladie.

LE CHOIX DE TRAITEMENT EN PRATIQUE

Le choix de traitement dépend des caractéristiques du cancer dont le patient est atteint : son type histologique c'est-à-dire le type de cellules impliquées, son stade (degré d'extension) et son grade (degré d'agressivité). Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique. L'âge, les antécédents médicaux et chirurgicaux, l'état de santé global, ainsi que les préférences sont également pris en compte dans le choix des traitements.

Le choix des traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

La prise en charge du cancer relève de plusieurs spécialités médicales. La situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : dermatologue, chirurgien, oncologue médical, pathologiste...

Compte tenu de la situation particulière du patient et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations, les médecins établissent une proposition de traitement.

Le choix des traitements est déterminé en accord avec le patient

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec le patient lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui prend en charge le patient, lui explique les caractéristiques de sa maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles. Après accord du patient sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates des différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de la prise en charge en fonction de l'état de santé et des réactions aux traitements du patient.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, est proposée, au patient et à ses proches. Le patient peut ainsi revenir sur les informations qui lui ont été données par le médecin, se les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi les besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et oriente le patient, si besoin, vers les professionnels concernés.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Pour évaluer cette étendue du cancer, les médecins prennent en compte trois critères :

Les caractéristiques de la tumeur primitive : épaisseur et ulcération

Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles sont d'abord localisées à l'enveloppe externe de la peau (l'épiderme). Puis, petit à petit, elles atteignent les couches plus profondes (le derme et l'hypoderme). L'épaisseur de la tumeur donne donc une indication du degré d'extension de la maladie au moment du diagnostic. On utilise l'indice de Breslow qui mesure l'épaisseur comprise entre les cellules superficielles de l'épiderme et la cellule cancéreuse la plus profonde.

L'ulcération en surface du mélanome est également un important facteur de pronostic. Cette destruction de l'épiderme est visible au microscope ou parfois, à l'œil nu, lorsque le mélanome saigne par exemple.

L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques, la présence ou non de métastases en transit

Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper du mélanome primitif et se disséminer ailleurs. Les ganglions lymphatiques, situés à proximité de l'endroit où le mélanome est apparu, peuvent alors être touchés. Les cellules cancéreuses qui circulent entre le mélanome primitif et les ganglions lymphatiques les plus proches peuvent former de nouvelles tumeurs cutanées ou sous cutanées appelées métastases en transit.

La présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps

Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes que les ganglions lymphatiques et y développer des métastases à distance. Les organes les plus souvent touchés par des métastases lors d'un mélanome sont le poumon, la peau, le foie et le cerveau.

Ces trois critères permettent de déterminer ce qu'on appelle le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension.

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS

- **Chirurgie** : le mélanome est retiré, tout comme les ganglions à proximité.

En complément, **Immunothérapie adjuvante** par interféron alpha : elle peut être proposée en option. Elle vise à réduire le risque de récurrence.

- **Chimiothérapie** : elle peut être proposée pour le traitement des mélanomes que l'on ne peut pas retirer par chirurgie. Mélanome avec métastases à distance

- **Radiothérapie externe** : c'est le traitement de référence des métastases osseuses. Elle est éventuellement associée à la chimiothérapie ou à la chirurgie. Elle est dite palliative, c'est-à-dire qu'elle vise à freiner la progression de la maladie, et donc à atténuer les effets de cette progression dont la douleur. Une radiothérapie peut également être utilisée seule ou après exérèse des métastases cérébrales.

D'autres traitements peuvent être proposés dans des situations particulières :

La destruction des métastases par radiofréquence

La radiofréquence est une technique de chirurgie qui détruit les cellules cancéreuses par une chaleur intense produite par des ondes.

La cryochirurgie des métastases hépatiques

La cryochirurgie est un traitement local qui détruit les cellules cancéreuses par un froid intense.

La chimiothérapie sur membre isolé

Ce type de chimiothérapie vise à traiter dans son ensemble un membre (supérieur ou inférieur) atteint. La circulation sanguine du membre est dérivée de manière à l'isoler du reste du corps.

LES AVANCEES THERAPEUTIQUES POUR TRAITER LE MELANOME

Première thérapie ciblée pour le mélanome

Ce nouveau médicament, le **Vémurafénib**, présenté au Congrès de Chicago en 2011, a été spécialement conçu par les laboratoires Roche-Genentech pour inhiber l'activité d'une protéine mutante, BRAF, intervenant dans la croissance et la survie normale des cellules. Or, dans la moitié des cas de mélanome, on retrouve une mutation de BRAF, tout particulièrement impliquée dans les mécanismes de prolifération cellulaire cancéreuse. Les résultats sont très impressionnants : un risque de décès réduit de 63% chez les personnes ayant reçu le Vémurafénib et une diminution de 74% du risque de voir la maladie progresser.

L'immunothérapie

La molécule dont il s'agit est l'**Ipilimumab** (Yervoy, laboratoires Bristol Myers Squibb). Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une thérapie ciblée mais d'une **immunothérapie** car le médicament stimule le système immunitaire. En association avec une chimiothérapie, la dacarbazine, il prolonge aussi la vie des patients.

LES DERNIERES AVANCEES ANNONCEES au Congrès de Chicago en juin 2012*

Deux nouveaux traitements efficaces contre le mélanome

Deux nouveaux agents, le **Dabrafenib** et le **Trametinib**, des traitements anticancéreux ciblés mis au point par la firme pharmaceutique britannique GlaxoSmithKline, se sont montrés très prometteurs au cours de deux études cliniques présentées lors du congrès de Chicago, en comparaison avec une chimiothérapie classique.

Selon ces essais, menés sur 250 participants, le Dabrafenib, qui cible le gène mutant BRAF, réduit de 70 % le risque de progression du mélanome chez les patients, permettant un répit de 5,1 mois, contre seulement 2,7 mois pour ceux traités par chimiothérapie.

Le Trametinib, de son côté, neutralise la protéine MEK qui contribue à la croissance de la tumeur, et qui fait partie du même mécanisme moléculaire que le gène BRAF.

a déclaré le docteur Caroline Robert, directrice du service de dermatologie à l'Institut Gustave Roussy (Paris), et principale auteure de l'essai clinique.

Pour le groupe ayant testé le Trametinib, l'étude a montré une réduction de 55 % du risque de progression du cancer, soit 4,8 mois pendant lesquels leur mélanome n'a pas progressé. Chez les autres, cette période n'est que d'un mois et demi. Le risque de décès diminue en parallèle de 46 % avec la prise de Trametinib.

A base d'anticorps humains, un seul médicament contre trois cancers

En parallèle à la conférence, le laboratoire américain Bristol-Myers a annoncé une découverte importante dans la lutte contre le cancer : le potentiel d'un seul médicament contre trois cancers avancés. L'un de ses nouveaux médicaments, testé en phase 1 de test clinique a donné des résultats prometteurs dans des cas de **cancers avancés du poumon, de la peau et du rein**. Le médicament utilise un anticorps humain, les anti-PD-1, des globules blancs jouant un rôle clé dans le système immunitaire.

De bons résultats ont été observés pour une minorité de patients traités, mais ils a précisé Bristol-Myers. Les tumeurs traitées pendant l'étude ont reculé dans 18 % des cas pour les patients souffrant d'un cancer du poumon, **28 % pour ceux atteints de mélanome** et 27 % pour les participants ayant un cancer du rein.

Des effets secondaires sont néanmoins survenus dans 11 % des cas. Mais l'étude marque **une avancée importante dans les travaux scientifiques visant à renforcer le système immunitaire contre le cancer.**

LES TRAITEMENTS ET LE SUIVI DU MELANOME

FICHE « LE SUIVI »

Les examens de surveillance

Une fois l'exérèse élargie de la tumeur réalisée et les autres traitements mis en place, le malade fait l'objet d'une surveillance régulière et prolongée. Ce suivi est destiné à :

- dépister un éventuel second mélanome cutané
- s'assurer que le mélanome ne s'est pas étendu à d'autres organes
- évaluer et traiter les éventuels effets secondaires tardifs des traitements
- évaluer la qualité de vie et prendre en charge ce qui peut l'affecter
- faciliter la réinsertion

La surveillance est réalisée par le dermatologue, le chirurgien ou bien le médecin traitant.

Le malade devra y jouer un rôle central puisqu'il devra d'une part, s'auto-examiner régulièrement et d'autre part, exprimer lors des consultations tout ce qui pourra lui sembler anormal ou inhabituel. S'il découvre une anomalie, il devra le signaler au médecin rapidement et ne pas attendre la prochaine consultation de suivi.

La fréquence des consultations ainsi que les examens complémentaires éventuels dépendent du stade auquel le mélanome aura été pris en charge.

- **Mélanome in situ** : un contrôle annuel est effectué à vie.
- **Mélanome invasif stade 1, indice de Breslow < 1 mm** : un examen complet de la peau et la palpation des ganglions surtout chez les sujets présentant beaucoup de grains de beauté et/ou un syndrome du naevus atypique devront être réalisés par le dermatologue **tous les 6 mois pendant 5 ans** puis tous les ans pour le reste de la vie.
- **Mélanome invasif stade 2, indice de Breslow > 1 mm** : un examen identique sera réalisé mais à une fréquence plus élevée à savoir tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà. Une échographie locorégionale des ganglions peut être prescrite tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années.
- **Mélanome invasif stade 3 (atteinte régionale des ganglions)** : un bilan identique au mélanome stade 2 est réalisé auquel peut s'ajouter un bilan complémentaire composé d'un PET-scan, un scanner abdomino-pelvien, cérébral ou hépatique pendant les 5 premières années pour rechercher d'éventuelles métastases à distance. Une IRM cérébrale peut aussi être envisagée.
- **Mélanome invasif stade 4 (métastatique)** : les autorités de santé recommandent un suivi identique au mélanome avec atteinte locorégionale, mais, il se fait le plus souvent au cas par cas.
- **En cas d'apparition d'anomalies lors d'une consultation de suivi**, un bilan d'imagerie global peut être proposé.

Les soins complémentaires

Le mélanome et ses traitements peuvent entraîner des conséquences non négligeables pour le malade. Douleurs, fatigue, troubles alimentaires, déséquilibre affectif, social ou encore psychologique peuvent survenir. La prise en charge de ces troubles constitue ce que l'on appelle des « soins de support » qui viennent en complément du traitement de la maladie elle-même (chirurgie, chimiothérapie...).

La prise en charge de la douleur

La douleur aiguë ou chronique peut être la conséquence soit de la tumeur elle-même, soit des traitements mis en place (douleur post-chirurgicale, post-chimiothérapeutique par exemple). Ses retentissements sur la qualité de vie sont multiples, anxiété, dépression ou encore troubles du sommeil.

Selon l'origine de la douleur et son intensité, différentes solutions existent. Le médecin peut prescrire des antalgiques et parfois des co-antalgiques, comme par exemple des corticoïdes ou des topiques locaux (cicatrisants, AINS...). Pour les douleurs dites neuropathiques, des traitements antiépileptiques ou anti-dépresseurs sont prescrits.

Des techniques non médicamenteuses telle que la kinésithérapie peuvent aussi être proposées et si besoin, le patient peut être orienté vers un centre anti-douleur où un médecin spécialiste, algologue, pourra évaluer et traiter spécifiquement sa douleur.

La prise en charge des troubles alimentaires

Les malades atteints de mélanome et notamment s'ils sont sous chimiothérapie peuvent souffrir d'une modification du goût pouvant conduire à un désintérêt pour l'alimentation. La prévention de la dénutrition fait également partie de la prise en charge globale des malades. Une prescription de compléments alimentaires hyperprotidiques et hypercaloriques peut être faite et certains services hospitaliers proposent des ateliers pour retrouver l'envie et le plaisir de manger.

Le soutien psychologique

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'annonce de la maladie, la mise en place des traitements, une rechute, l'angoisse de l'inconnu sont autant de situations qui peuvent déstabiliser. Un soutien psychologique dès le diagnostic puis tout au long de la prise en charge peut être proposé au patient pour qu'il puisse exprimer ses craintes, être écouté et échanger avec d'autres malades. L'entourage du malade peut aussi bénéficier de cet accompagnement.

Selon les besoins, la personnalité et les souhaits du malade, l'équipe médicale peut l'orienter soit vers un professionnel (un psychologue ou un psychiatre), soit vers des groupes de parole ou des associations de patients. Certains hôpitaux peuvent aussi proposer des consultations dédiées à des problématiques particulières telles que des consultations de maquillage thérapeutique au cours desquelles les malades vont apprendre à estomper des lésions cutanées, une cicatrice, des rougeurs sur le visage...

Les soins palliatifs

Les soins palliatifs font partie intégrante des soins de support. Ils s'adressent aux malades pour lesquels la guérison définitive n'est pas envisageable. Leur but est d'améliorer la qualité de vie en soulageant les symptômes désagréables et les douleurs physiques mais aussi de prendre en charge les souffrances de type psychologique, social et spirituel tout en respectant les priorités et les choix du malade. Ces soins sont délivrés dans une approche globale et pluridisciplinaire où médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, assistants socio-éducatifs, collaborent étroitement. Ils peuvent être dispensés à domicile ou en institution.

Les aides dans la vie quotidienne

L'ALD

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un suivi, des soins prolongés (plus de 6 mois), un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Le mélanome étant inscrit sur la liste des ALD exonérantes (ALD 30), le ticket modérateur est supprimé c'est-à-dire qu'il est pris en charge à 100%.