



Mélanome malin cutané: de l'identification du patient à risque à la prise en charge

O. Gugerli, M. Abdou, Ch. Girardet, Institut Central, Hôpital du Valais, Sion

Epidémiologie

A l'approche de la période estivale, l'incidence des articles liés au mélanome dans les médias est en hausse. Des campagnes gratuites de prévention s'organisent avec, comme chaque année, une journée de sensibilisation nationale, des actions ponctuelles dans les entreprises et lors de manifestations sportives ou culturelles. Des sites internet dédiés sont aussi à disposition; à relever en particulier celui de la ligue suisse contre le cancer : www.melanoma.ch

En 2008, en Valais, 103 personnes furent atteintes d'un mélanome invasif (42 hommes et 61 femmes). En Suisse, l'incidence globale est en hausse, celle-ci est liée aux actions de sensibilisation qui entraînent un dépistage plus précoce et contribuent à une diminution de la mortalité liée au mélanome.

Identification des groupes à risque [3]

Comme dans les autres formes de cancer, l'âge (>70ans) est un des facteurs de risque important de développer un mélanome cutané (les hommes davantage que les femmes). La présence d'un autre cancer cutané dans les **antécédents personnels** (carcinome basocellulaire, spinocellulaire) est également un facteur prédictif pour le développement d'un mélanome, ceci en particulier dans les 2 ans suivant la mise en évidence d'un autre cancer cutané. Le **nombre de naevi mélanocytaires** (>100), et/ou un nombre important de naevi atypique/dysplasiques (>5 lésions) correspond à un facteur de risque augmenté de 6 à 7 fois de développer une mélanome par rapport à une population sans naevi multiples ou atypiques/dysplasiques. Un patient de **phototype I** (sensibilité cutanée au soleil élevée) a un risque majoré de 2x par rapport à un patient de phototype IV, en rapport avec une exposition importante au rayonnement UV (bains de soleil, solarium). La **photoexposition intense**, en particulier celle à l'origine des coups de soleil avant l'âge adulte, est un facteur de risque supplémentaire. De plus, une **histoire familiale de mélanome** chez un parent du premier degré est un risque augmenté de 2x pour les proches. Certains **facteurs génétiques**, par exemple une mutation du CDKN2A dans un contexte de mélanome familial, contribuent à augmenter la fréquence d'apparition du mélanome. La variation dans le gène du récepteur de la Melanocortin-1 est un autre facteur d'augmentation de l'incidence. Un screening génétique n'est pas encore d'actualité, il ne permet pas à ce jour d'identifier des groupes à risque de façon pertinente et utilisable en pratique quotidienne.

Identification du mélanome

La moitié des mélanomes est détectée et évoquée par le patient lui-même. Il décrit une histoire de lésion pigmentée qui a changé et occasionne parfois un prurit, voir un saignement spontané. Par conséquent, l'observation par le patient d'une lésion pigmentée de croissance rapide nécessite dans tous les cas un examen cutané approfondi.

L'autre moitié est mise en évidence lors de contrôles médicaux, souvent de routine (médecine interne, gynécologue...), par un examen dénudé du patient ou lors d'un examen cutané dirigé. L'usage d'un dermatoscope par un clinicien entraîné (microscope à épiluminescence, grossissement de 10X) contribue à augmenter la sensibilité diagnostique (16 fois) en comparaison avec l'examen à l'œil nu. L'examen au dermatoscope réduit le pourcentage d'excision de lésions cutanées bénignes.

Excision

En cas de lésion pigmentée suspecte de mélanome, une excision totale de la lésion est recommandée. Les marges latérales ne doivent pas excéder 2 mm afin de ne pas interférer avec le drainage lymphatique, surtout dans le cas d'une éventuelle biopsie du ganglion sentinelle. Le prélèvement sera de préférence effectué sous forme d'un fuseau, atteignant en profondeur la partie superficielle de l'hypoderme. La fermeture primaire simple sera préférée à un lambeau de reconstruction en raison d'un possible reprise chirurgicale. Un prélèvement partiel de la lésion (biopsie-punch, shave superficiel ou biopsie incisionnelle) est à réserver pour des cas particuliers; par exemple, en cas de lésion de grande taille (lentigo au visage). Cette technique rend l'analyse histopathologique plus difficile, par exemple des foyers d'invasion mélanocytaires peuvent manquer sur le prélèvement. Relevons que le risque théorique de mélanome disséminé suite à une excision incomplète est infondé.

Facteurs pronostics histologiques

Les facteurs pronostics les plus importants qui permettent d'orienter la suite de la prise en charge, à observer dans le compte rendu histopathologique, sont : l'**épaisseur du mélanome** (phase de croissance verticale) selon l'**indice de Breslow** (donné en millimètre); le **niveau de Clark** qui correspond au niveau d'invasion et l'**ulcération**.

L'importance de l'index mitotique, de l'infiltrat lymphocytaire, de la régression et de l'angiogenèse sont d'autres paramètres pronostics en cours d'évaluation (en vue de préciser quels patients sont à risque de maladie métastatique).



Image 1 : Vue dermatoscopique d'un mélanome à extension superficielle : asymétrie, extension latérale irrégulière, hétérochromie et voile gris sont des critères en faveur d'un mélanome

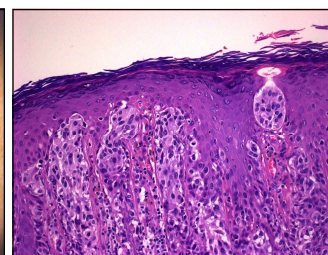


Image 2 : Vue histologique d'un mélanome invasif avec sa composante épidermotrope et invasive dans le derme.

Prise en charge [1,2]

Le traitement du mélanome est basé d'une part sur l'identification précoce, suivie d'une excision chirurgicale radicale adéquate (dictée par la lecture du compte rendu histopathologique):

- **Mélanome in situ** : reprise chirurgicale avec 5 mm de marge de chaque côté et en profondeur.
- **Mélanome invasif, Breslow <1mm, non ulcéré, Clark <IV** : reprise chirurgicale avec 1 cm de marge de chaque côté et en profondeur jusqu'au fascia (non compris).
- **Mélanome invasif, Breslow >0,75 mm, ulcéré ou Clark >III** : reprise chirurgicale avec 1 cm de marge de chaque côté et en profondeur jusqu'au début du fascia et biopsie du ganglion sentinelle.
- **Mélanome invasif, Breslow >1mm ou Clark >IV** : reprise chirurgicale avec 2 cm de marge latérale de chaque côté, si la localisation le permet et en profondeur jusqu'au fascia (non compris). La biopsie du ganglion sentinelle est à pratiquer dans le même temps opératoire. Un scanner thoraco-abdominal est conseillé. Un bilan sanguin n'est pas indiqué en dehors d'une maladie métastatique.

La biopsie du ganglion sentinelle, reste le facteur pronostic le plus important en ce qui concerne les métastases ganglionnaires. Toutefois, cette technique n'a pas montré davantage en terme de survie. Il n'est pas recommandé de curage ganglionnaire prophylactique en dehors d'un ganglion lymphatique sentinelle positif.

Suivi

L'excision d'un mélanome cutané primaire (in situ ou invasif) est un facteur de risque de développement d'une seconde lésion mélanocytaire maligne. Une extension métastatique n'est jamais exclue, raison pour laquelle un suivi à intervalles réguliers est recommandé.

Lors de chaque contrôle du suivi, il faudra procéder à un examen cutané avec dermatoscopie et insister sur la **palpation des aires ganglionnaires**.

La fréquence recommandée du suivi, pour les cas non compliqués, est :

- **Mélanome in situ ou invasif, Breslow <1mm** : chaque 6 mois la première année, puis 1 fois par année.
- **Mélanome invasif, Breslow 1-4mm avec ganglion sentinelle négatif** : chaque 3 mois la première année, chaque 4 mois la deuxième année, chaque 6 mois pour les 3 années suivantes, puis 1 fois par année.
- **Mélanome invasif, Breslow 1-4mm avec ganglion sentinelle positif ou Breslow >4 mm** : le suivi régulier rapproché chez un dermatologue est indiqué. Le risque de développer une extension métastatique est élevé.

Conclusion

La relation directe entre l'épaisseur du mélanome (Breslow) lors de l'excision primaire et le pronostic de survie doit encourager le clinicien à identifier au plus tôt, la population cible qui présente des facteurs de risque de développer un mélanome. Le bénéfice d'une surveillance clinique régulière est important.

Références

- [1] J.P. Cerottini, D. Guggisberg, M. Matter et al. Recommendations pour la prise en charge du Mélanome du Groupe Mélanome Lémanique.
- [2] R. Dummer, R. Panizzon, P.H. Bloch, G. Burg, on behalf of the task force 'Skin Cancer', Updated Swiss Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Cutaneous Melanoma. Dermatology 2005; 210:39-44
- [3] Clinical practice guidelines for the management of cutaneous melanoma in Australia and New Zealand, October 2009.

Personnes de contact

Dr Mohamed Abdou
Dr Oliver Gugerli

mohamed.abdou@ichv.ch
oliver.gugerli@ichv.ch