

JUILLET 2024



OUTILS POUR LA PRATIQUE

MÉLANOMES CUTANÉS

/Du diagnostic au suivi

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre les cancers, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informier et diffuser les connaissances liées aux cancers

MÉLANOMES CUTANÉS

Les mélanomes cutanés représentent 10 % des cancers de la peau et environ 4 % de l'ensemble des cancers. Leur incidence est en augmentation constante, avec des taux chez les hommes et les femmes (auparavant plus atteintes) qui se rapprochent. Ces évolutions sont majoritairement la conséquence d'une augmentation des expositions aux rayonnements ultraviolets naturels et artificiels. La mortalité, cependant, augmente peu.

Les mélanomes cutanés sont souvent diagnostiqués à un stade précoce et la majorité sont des formes à extension superficielle (voir Annexe 1). 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.

LES CHIFFRES DES MÉLANOMES CUTANÉS EN FRANCE				
	Nombre de nouveaux cas estimés en 2023	Âge médian au diagnostic	Nombre de décès estimés en 2018	Survie nette standardisée à 5 ans tous stades confondus
Hommes	9 109 (en ↑)	68 ans (en ↑)	1 135	91 %
Femmes	8 813 (en ↑)	62 ans (en ↑)	840	94 %
H et F	17 922		1 975	93 %

Considérés dans leur ensemble, les mélanomes cutanés sont des cancers de pronostic favorable. Toutefois, la survie dépend du stade au moment du diagnostic.

Principaux types histologiques (détails en Annexe 1)

- Mélanome à extension superficielle (le plus fréquent)
- Mélanome acrolentigineux
- Mélanome de Dubreuilh
- Mélanome nodulaire

Principaux facteurs de risque

Extrinsèques (sur lesquels il est possible d'agir par la prévention)

- Exposition aux UV :
 - naturels : pendant les vacances, les loisirs ou au travail ;
 - artificiels : cabines de bronzage, photothérapie...
- Antécédent de brûlures solaires au second degré (érythème + cloques), en particulier pendant l'enfance.

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte atteint de mélanome cutané. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site internet de l'INCa et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 32). Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 01/07/2024. Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2024-55 en date du 02/09/2024, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut (<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Registre-d-actes>). En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites internet, plateformes téléphoniques) pour les médecins généralistes et leurs patients sont répertoriées. Les renvois chiffrés (1) tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires qui sont situées en page 29.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document « Organisation des soins en cancérologie » (1).

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr)

Intrinsèques (constitutifs des individus)

- Phototype I ou II : cheveux blonds, roux ou châains, yeux clairs, nombreuses éphélides (taches de rousseur), peau très claire, sensibilité particulière au soleil (ne bronze pas ou difficilement, prend systématiquement ou souvent des coups de soleil).
- Nombre de nævus \geq 40, présence de nævus larges (+ de 5 mm) et irréguliers, antécédent de nævus géant congénital.
- Antécédent personnel ou familial de cancer cutané.
- Immunodépression constitutionnelle ou acquise.

› Oncogénétique

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.

› Détection précoce

La détection du mélanome cutané à un stade précoce est un enjeu de santé publique. Un autoexamen cutané (voir Annexe 2) tous les trois mois et une consultation annuelle par le dermatologue ou le médecin généraliste sont essentiels chez les personnes considérées comme à risque. Des informations sur la détection précoce des mélanomes cutanés, dont un document à l'usage des médecins généralistes, sont disponibles sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr (2).

Ce document concerne uniquement les mélanomes cutanés. Les mélanomes oculaires et muqueux sont beaucoup plus rares.

SOMMAIRE

1	Démarche diagnostique et bilan d'extension	6
2	Traitements spécialisés en oncodermatologie	9
3	Soins et démarches conjoints avec le médecin généraliste	12
4	Suivi conjoint des patients traités ou non par traitement systémique	20
	Annexe 1	23
	○ Principaux types histologiques de mélanomes cutanés	
	Annexe 2	24
	○ Autosurveillance cutanée	
	Annexe 3	25
	○ Mesure de l'épaisseur (indice de Breslow)	
	Annexe 4	26
	○ Classification pTNM des mélanomes cutanés de l'UICC et de l'AJCC (8 ^e édition)	
	Annexe 5	28
	○ Principes de photoprotection	
	Ressources (documents, sites internet, plateformes téléphoniques)	29
	Liste des participants	32
	Références	35

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN D'EXTENSION

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.

PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU MÉLANOME CUTANÉ

Les plus fréquentes

Apparition d'une nouvelle lésion, le plus souvent pigmentée
Modification d'un nævus jusqu'alors stable

Plus rares

Métastases locorégionales : ganglionnaires, cutanées ou sous-cutanées (nodules satellites, métastases « en transit »)
Métastases à distance : pulmonaires, hépatiques, osseuses, cérébrales

POINT DE VIGILANCE

Le pronostic dépend largement de l'extension locale et métastatique de la maladie au moment du diagnostic. La détection et le traitement d'un mélanome cutané doivent être les plus précoces possibles.

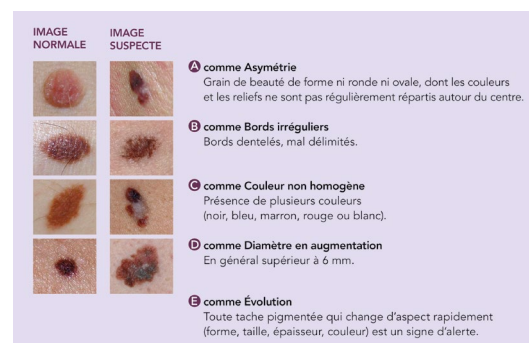
ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE MÉLANOME CUTANÉ

Antécédents familiaux de mélanome, de cancer du pancréas, du rein, du système nerveux central ou de mésothéliome

Facteurs de risque (voir introduction)

Analyse sémiologique de la lésion pigmentée

- Principe du « vilain petit canard »
Il s'agit d'analyser la lésion dans le contexte des autres nævus du patient : une lésion différente des autres, qui se démarque, doit alerter.
- Règle ABCDE (voir ci-contre)
- Recherche d'une ulcération de la lésion



Crédit photo : service dermatologique de l'Institut Gustave Roussy, Dr Michel Le Maître, Dr Philippe Deshayes, Dr Georges Reuter.

Inspection et palpation de la totalité du revêtement cutané (incluant le cuir chevelu, les espaces inter-orteils) et des muqueuses accessibles, à la recherche :

- d'une extension locorégionale ;
- d'autres lésions pigmentées suspectes ;
- de nodules sous-cutanés.

Palpation des aires ganglionnaires

Recherche d'une altération récente de l'état général, de douleurs inhabituelles, de signes neurologiques, etc.

À noter : une photothèque de lésions malignes est disponible sur le site Cancer et peau du Groupe de cancérologie cutanée (GCC), groupe thématique de la Société française de dermatologie : cancer-et-peau.com (3).

Il est utile de noter le siège de la lésion suspecte de mélanome, sa taille (diamètre) et de faire une photo de la lésion avant son exérèse.

POINTS DE VIGILANCE

- Certaines formes cliniques (notamment achromiques et nodulaires) ne répondent pas strictement aux critères de la règle ABCDE et rendent le diagnostic plus difficile.
- Ne pas négliger une lésion cutanée qui se modifie pendant la grossesse. Le mélanome cutané chez la femme enceinte peut être plus agressif du fait de l'immunosuppression de la grossesse et peut également récidiver en cas de nouvelle grossesse.
- L'absence de pigmentation brune ou noire (mélanome malin achromique) peut être source de retard au diagnostic.

Dermoscopie

La dermoscopie ou microscopie de surface ou « microscopie en épiluminescence » permet d'orienter le diagnostic et d'augmenter sa précision. Elle nécessite une formation médicale spécifique.

À CE STADE : un avis dermatologique est nécessaire sans délai pour confirmation du diagnostic. Une exérèse à visée diagnostique de toute la lésion visible doit être réalisée rapidement.

Téléexpertise (4)

Dans le contexte actuel, l'accès au dermatologue peut être difficile. En l'absence d'accès à celui-ci, il peut être utile de se renseigner sur les réseaux de téléexpertise disponibles sur le territoire de proximité, notamment auprès de l'hôpital de secteur, l'équipe de soins spécialisés, sa communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), son dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) (5), les plateformes de téléexpertise, son Agence régionale de santé (ARS).

À défaut, l'envoi par messagerie sécurisée à un dermatologue d'une photographie de la lésion cliniquement suspecte, de bonne qualité (de loin afin de situer la lésion + un gros plan) et accompagnée d'un résumé de l'histoire clinique, constitue une bonne alternative et peut permettre de mieux orienter les patients.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE MÉLANOME CUTANÉ PAR L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

En cas de suspicion clinique de mélanome, l'exérèse complète d'emblée de la lésion, avec des marges cliniques de 2 mm, est fortement recommandée par rapport à la biopsie. Exceptionnellement, cette dernière peut être pratiquée sur certaines lésions de grande taille, notamment du visage et des extrémités.

- L'examen anatomopathologique précise notamment le diagnostic de mélanome, son type histologique, son épaisseur ou indice de Breslow (voir Annexe 3), la présence d'une ulcération, la mesure de l'indice mitotique dermique (nombre de mitoses/mm²) et le caractère complet ou non de l'exérèse.
- Le tissu tumoral prélevé est fixé dans du formol afin de pouvoir réaliser de potentielles analyses moléculaires ultérieures (notamment la recherche d'une mutation BRAF^{V600E}) dans un objectif thérapeutique. L'immunohistochimie peut aider au diagnostic.

1. B-Raf proto-oncogène (sérine/thréonine kinase).

Classification

La classification la plus largement utilisée est la classification pTNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), présentée en Annexe 4.

À RETENIR

La classification des mélanomes cutanés en stades peut être simplifiée ainsi :

- stades I : mélanomes localisés, fins, ulcérés ou non ;
- stades II : mélanomes localisés, plus épais, ulcérés ou non ;
- stade III : mélanomes avec métastases locorégionales cutanées ou ganglionnaires ;
- stade IV : mélanomes avec métastases à distance.

Le bilan d'extension est réalisé par l'équipe spécialisée en lien avec le médecin généraliste.

BILAN D'EXTENSION DEVANT UN MÉLANOME CUTANÉ (éventuellement complété selon les patients)
IMAGERIE
Stade IA : aucun examen d'imagerie si le patient est asymptomatique
Pour les autres stades, le bilan est demandé par le dermatologue en fonction du stade du mélanome, des points d'appel cliniques, des antécédents du patient, de l'épaisseur de la tumeur et de la possibilité d'un traitement adjuvant.
<ul style="list-style-type: none"> • Échographie ganglionnaire de l'aire de drainage et de la région de la cicatrice <ul style="list-style-type: none"> – À partir du stade IB • TDM thoraco-abdomino-pelvienne ou TEP-TDM au 18-FDG et IRM cérébrale (ou TDM en cas de contre-indication) <ul style="list-style-type: none"> – Option pour les stades IIC de mauvais pronostic – Stades III et IV
BIOLOGIE (bilan adapté au patient et à la nature du traitement envisagé)
<ul style="list-style-type: none"> • Dosage des LDH : indiqué en cas de découverte de métastases (facteur pronostique) • Pas de marqueur tumoral utilisable en routine
EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE
<ul style="list-style-type: none"> • Facteur pronostique • Indiquée pour les mélanomes de Breslow ≥ 1 mm, sans ganglion palpable (stades IB à IIC) • Peut être proposée pour des mélanomes de Breslow compris entre 0,8 et 1 mm ou $< 0,8$ mm avec ulcération • En cas de ganglion sentinelle métastatique, il n'y a pas d'indication à faire un curage ganglionnaire systématique et immédiat pour la majorité des patients. Dans cette situation, un traitement adjuvant est indiqué.
AUTRES
Évaluation gériatrique (6) <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la fragilité gériatrique en utilisant les outils d'évaluation disponibles validés avant la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) • Selon les résultats, évaluation gériatrique avant de valider un traitement

2 TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS EN ONCODERMATOLOGIE

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient, et en lien avec le médecin généraliste, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire. Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé aux médecins qu'il aura désignés, dont son médecin traitant (généraliste le plus souvent).

Les modalités thérapeutiques sont établies en fonction notamment :

- de la localisation du mélanome ;
- du type histologique ;
- du stade ;
- de l'état général du patient (comorbidités éventuelles) ;
- des facteurs pronostiques ;
- du statut mutationnel de la tumeur ;
- des risques de toxicité des traitements.

La chirurgie

C'est le traitement de référence du mélanome cutané non métastatique. La première exérèse confirme le diagnostic et précise l'épaisseur du mélanome ou indice de Breslow (voir Annexe 3). Puis, même si l'exérèse est complète, une reprise chirurgicale (préventive et carcinologique) est nécessaire dans la majorité des cas. Les marges d'exérèse chirurgicale latérales de la reprise sont adaptées à l'indice de Breslow :

- mélanome *in situ* : 0,5 cm ;
- Breslow de 0 à 1 mm : 1 cm ;
- Breslow de 1,01 à 2 mm : 1 à 2 cm ;
- Breslow > 2 mm : 2 cm.

Compte tenu de l'étendue des pertes de substance résultant de la reprise d'exérèse (marges importantes), des techniques de chirurgie réparatrice peuvent être nécessaires (greffes, lambeaux, etc.).

REMARQUES

- Il s'agit des marges d'exérèse mesurées cliniquement et non données par le compte rendu anatomopathologique.
- En profondeur, la reprise comprend toute l'épaisseur de l'hypoderme, jusqu'au fascia, sans l'emporter.
- Une marge d'exérèse supérieure à 2 cm n'a pas d'intérêt thérapeutique.
- Des adaptations de marge à la baisse peuvent être nécessaires pour préserver la fonction dans les mélanomes des extrémités et de la face notamment.

- Pour les mélanomes de Dubreuilh (voir Annexe 1) non invasifs (*in situ*), une marge de 1 cm est recommandée. Lorsque cette marge ne peut pas être respectée pour des raisons anatomiques ou fonctionnelles, une marge de 0,5 cm est acceptable sous couvert d'un contrôle histologique strict des berges (technique de Slow Mohs).
- La reprise ne sert qu'à prévenir une récurrence locale et n'influe pas sur l'évolution métastatique.

Le traitement systémique

L'existence de mutations somatiques dans les mélanomes cutanés, notamment celle affectant le gène *BRAF*, permet l'utilisation de traitements ciblés. Des tests moléculaires sont possibles pour les stades IIB et IIC (voir classification en Annexe 4) et indiqués à partir du stade III pour orienter le traitement.

Le traitement systémique peut être instauré :

- en adjuvant pour les mélanomes complètement réséqués au stade IIB/IIC (immunothérapie) ou pour le stade III (immunothérapie ou thérapies ciblées pour les mélanomes *BRAF* mutés) ;
- en traitement premier pour les mélanomes de stades III inopérables/IV (immunothérapie quel que soit le statut mutationnel de *BRAF* ou thérapies ciblées uniquement pour certains mélanomes *BRAF* mutés).

MOLÉCULES DISPONIBLES DANS LE TRAITEMENT DU MÉLANOME CUTANÉ

(les algorithmes de traitement sont toujours en évolution du fait de l'arrivée de nouvelles molécules)

Bithérapies ciblées : inhibiteurs de protéine kinase (IPK) (administrés par voie orale)	
Ciblant respectivement <i>BRAF</i> et <i>MEK</i> ²	vemurafenib/cobimetinib
	dabrafenib/trametinib
	encorafenib/binimetinib
Immunothérapies : inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (administrés par voie injectable)	
Anticorps anti-PD-1	nivolumab
	pembrolizumab
Anticorps anti-CTLA-4	ipilimumab

La chimiothérapie conventionnelle n'a plus d'indication en première ligne de traitement.

La radiothérapie

Elle peut être utilisée en situation :

- adjuvante : en cas d'atteinte ganglionnaire chez les patients à haut risque de récurrence ganglionnaire après curage ganglionnaire (notamment en cas de rupture capsulaire ou de ganglions envahis en nombre important) ;
- oligométastatique : option de traitement ;
- multimétastatique : notamment irradiation pour les lésions cérébrales ou osseuses, mais aussi pour toutes les lésions symptomatiques (antalgique, de propreté en cas de suintement, hémostatique ou décompressive).

Préservation de la qualité de vie

La préservation de la qualité de vie du patient, notamment familiale, sociale, professionnelle, sexuelle et intime, constitue un objectif important et permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer la stratégie thérapeutique.

Préservation de la fertilité (7)

Les patients sont informés des conséquences des traitements sur leur fertilité et des modalités de préservation de la fertilité envisagées.

Les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

PRINCIPALES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION DES MÉLANOMES CUTANÉS

MÉLANOMES LOCALISÉS	
Stades I et IIA	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise d'exérèse chirurgicale du mélanome avec marges cliniques selon l'indice de Breslow • +/- exérèse du ganglion sentinelle (voir bilan d'extension en page 8) (cf. stade III si ganglion sentinelle métastatique)
Stades IIB et IIC	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise d'exérèse chirurgicale du mélanome avec marges cliniques selon l'indice de Breslow • +/- exérèse du ganglion sentinelle (voir bilan d'extension en page 8) (cf. stade III si ganglion sentinelle métastatique) • +/- traitement adjuvant pendant 1 an : immunothérapie par anti-PD1
MÉLANOMES AVEC MÉTASTASES LOCORÉGIONALES CUTANÉES OU GANGLIONNAIRES	
Stades III	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise d'exérèse chirurgicale du mélanome avec marges cliniques selon l'indice de Breslow • +/- exérèse des métastases cutanées • +/- exérèse du ganglion sentinelle • +/- curage ganglionnaire si adénopathie isolée locorégionale macroscopique (décelable cliniquement ou sur un examen échographique ou scanographique) • Traitement adjuvant systémique pendant 1 an choisi en fonction du statut mutationnel de la tumeur et des caractéristiques du patient : <ul style="list-style-type: none"> – <i>BRAF</i> muté : bithérapie ciblée ou immunothérapie – <i>BRAF</i> sauvage³ : immunothérapie • Traitement adjuvant par radiothérapie : en option chez les patients à haut risque de récurrence ganglionnaire après curage ganglionnaire
MÉLANOMES AVEC MÉTASTASES À DISTANCE ET MÉLANOMES DE STADE III INOPÉRABLES	
Stades IV Stades III inopérables	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise d'exérèse chirurgicale du mélanome avec marges cliniques selon l'indice de Breslow pour les mélanomes de stade IV opérables • Traitement systémique <ul style="list-style-type: none"> – Immunothérapie (indépendamment du statut mutationnel) – Alternative pour certains patients <i>BRAF</i> mutés : bithérapie ciblée anti-<i>BRAF</i> et anti-<i>MEK</i> • Traitements des métastases (hors métastases cérébrales) <ul style="list-style-type: none"> – Exérèse chirurgicale si métastase accessible – Autres traitements ablatifs en radiologie interventionnelle quand métastases peu nombreuses – Radiothérapie stéréotaxique • Traitement des métastases cérébrales <ul style="list-style-type: none"> – Radiothérapie stéréotaxique, exclusive ou après exérèse, ou techniques équivalentes en cas de petites métastases peu nombreuses

2. Mitogen-activated Extracellular-signal-regulated Kinase.

3. Non muté.

3 SOINS ET DÉMARCHES CONJOINTS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient de manière conjointe à toutes les phases du parcours de soins des patients, en lien avec le dermatologue, l'équipe spécialisée et les autres professionnels de premier recours. Un échange régulier d'informations est indispensable.

Le médecin généraliste participe :

- au rappel des principes de photoprotection (présentés en Annexe 5) ;
- à l'apprentissage de la méthode d'autoexamen cutané pour le dépistage d'un éventuel deuxième mélanome (présentée en Annexe 2) ;
- aux conseils de dépistage des apparentés ;
- à l'aide à l'arrêt du tabac (8) (9).

Il collabore également aux traitements, notamment :

- de la douleur ;
- de l'asthénie ;
- du lymphœdème (10) ;
- de la dénutrition ;
- de la souffrance psychique (11) ;
- des troubles de la sexualité (7) ;
- d'autres complications qui peuvent être liées au traitement (effets indésirables) ou à la maladie elle-même, la gestion des comorbidités.

Il participe :

- à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer (ALD, etc.) ;
- au soutien des aidants et des proches ;
- au maintien et au retour à l'emploi lorsque cela s'avère pertinent (12) ;
- aux soins palliatifs.

Principaux effets indésirables des traitements

Le tableau ci-après décrit les principaux effets indésirables précoces des traitements et les conduites à tenir associées. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont pour la plupart mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments (13).

Des entretiens pharmaceutiques à l'hôpital ou à l'officine (entretiens d'initiation ou de suivi, sur la gestion des effets indésirables et la vie quotidienne ou d'observance, analyse d'interactions médicamenteuses, etc.) peuvent être proposés au patient.

POINT DE VIGILANCE

Les thérapies ciblées présentent de nombreuses interactions médicamenteuses, d'où la nécessité d'une vigilance accrue avant toute nouvelle prescription médicamenteuse ou tout recours à une pratique de soins non conventionnelle (phytothérapie notamment). Elles sont détaillées dans le thésaurus des interactions médicamenteuses de l'ANSM : ansm.sante.fr (14).

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES CUTANÉS ET CONDUITES À TENIR

(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer info « Les traitements du mélanome de la peau »)

CHIRURGIE CUTANÉE

Complications habituelles de la chirurgie

- Douleurs (fréquentes dans les suites d'exérèse souvent larges)
- Hémorragie
- Infection
- Troubles de la cicatrisation

Conséquences esthétiques et parfois fonctionnelles, notamment au niveau de la face

CURAGE GANGLIONNAIRE ET EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE (nécessitant une anesthésie générale)

Remarque : L'exérèse du ganglion sentinelle est bien moins morbide qu'un curage ganglionnaire et ses suites sont, dans la majorité des cas, simples.

Douleurs liées aux lésions nerveuses induites (très fréquentes)

- Douleurs neurologiques de type brûlures, picotements, peau cartonnée
- Prescription d'antalgiques
- Kinésithérapie

Lymphocèle (collection de lymphes au niveau de la zone d'adénectomie/curage, souvent asymptomatique)

- Rare après exérèse du ganglion sentinelle
- Régression spontanée dans la majorité des cas
- Traitement des seuls lymphocèles symptomatiques (douleurs, signes de compression), préférentiellement par drainage pouvant être radioguidé, à limiter en raison du risque d'infection et de récurrence

Lymphœdème (10)

- Rare après exérèse du ganglion sentinelle, assez fréquent après curage ganglionnaire
- Surtout au niveau des membres inférieurs
- Réalisation d'un doppler pour éliminer le diagnostic de thrombose veineuse profonde en cas de doute diagnostique devant une augmentation de volume d'un membre
- Réduction du poids chez les patients en surpoids ou obèses pour limiter la sévérité du lymphœdème
- Prévention et traitement des portes d'entrée infectieuses cutanées (coupures, griffures, intertrigo mycosique...) pour éviter un érysipèle (ou dermohypodermite bactérienne non nécrosante, DHBNN), information du patient sur les mesures de précaution et sur la nécessité de consulter en urgence en cas de fièvre et de rougeur dans la zone concernée
- Physiothérapie décongestive complète en deux phases (informations détaillées dans la fiche pour la pratique des médecins généralistes « Prévention et traitement du lymphœdème après traitement d'un cancer »⁴)

Contrairement à ce qui a été longtemps dit, il n'y a pas de contre-indication à :

- réaliser un prélèvement sanguin, une injection intraveineuse ou une mesure de la pression artérielle au niveau du bras ipsilatéral au cancer
- effectuer des vols en avion, quels que soient le nombre et la durée
- poursuivre les activités de la vie quotidienne, y compris le port de charges
- poursuivre ou reprendre une activité physique

Lymphorrhée (survenant en général après une infection de la lymphocèle)

- Drainage du lymphocèle accompagné de soins locaux (cicatrisation généralement longue)

4. Disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES CUTANÉS ET CONDUITES À TENIR

(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer info « Les traitements du mélanome de la peau »)

THÉRAPIES CIBLÉES ORALES

vemurafenib, cobimetinib, dabrafenib, trametinib, encorafenib, binimetinib⁵

En cas d'évènement indésirable sévère (grave) qui pourrait être imputé au traitement anticancéreux, le traitement peut être suspendu et l'arrêt transitoire doit être confirmé par le médecin prescripteur dans les 24 heures. D'une façon générale, l'interruption provisoire ou définitive d'un traitement anticancéreux ainsi que les modifications de dose relèvent du médecin prescripteur.

Troubles ophtalmologiques (détachement séreux rétinien, uvéite, occlusion de la veine rétinienne...)

- Avis spécialisé ophtalmologique en cas d'apparition de flou visuel (parfois dès les premiers jours de prise)
- Avis de l'équipe spécialisée (interruption ou poursuite du traitement)

Troubles cardiovasculaires

HTA

- Surveillance et traitement antihypertenseur

Dysfonction ventriculaire gauche

- Avis spécialisé cardiologique

Allongement du QTc

- Surveillance ECG et élimination des facteurs de risque
- Avis de l'équipe spécialisée (interruption ou poursuite du traitement)

Affections cutanées (éruption, syndrome main-pied, érythème, prurit, hyperkératose, rash, sécheresse...)

- Gel nettoyant sans savon, baume émollient, photoprotection
- Soins de pédicurie (2 actes remboursés en prévention du syndrome main-pied)
- Avis de l'équipe spécialisée (interruption ou poursuite du traitement)
- En cas de signes de gravité, arrêt immédiat du traitement et hospitalisation en urgence dans un service adapté

Alopécie

- Rare, le plus souvent partielle
- Prescription de prothèses et accessoires capillaires sur une ordonnance bizona, à part des autres prescriptions, notamment celles de médicaments (informations détaillées dans la fiche pour la pratique des médecins généralistes « Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer »⁶) (17)

Troubles digestifs (diarrhées)

- Mesures hygiéno-diététiques, antidiarrhéiques
- En cas de diarrhées importantes (4 à 6 selles par jour), interruption possible des traitements jusqu'à résolution

Arthralgies et myalgies

- Repos, mesures hygiéno-diététiques, traitement antalgique
- Recherche de facteur aggravant, arrêt des statines notamment

Épisode fébrile non infectieux

- Écarter une infection par un examen clinique, un bilan biologique et un ECBU
- Température < 38,5 °C : antipyrétiques
- Température ≥ 38,5 °C : antipyrétiques et interruption provisoire du traitement anticancéreux jusqu'au retour de l'apyrexie
- Température > 40 °C ou fièvre mal tolérée : hospitalisation

Fatigue

- Poursuite du traitement à la même dose
- Recherche d'une autre cause
- Activité physique adaptée

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES CUTANÉS ET CONDUITES À TENIR

(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer info « Les traitements du mélanome de la peau »)

IMMUNOTHÉRAPIE⁷

nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab

- Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire sont associés à des effets indésirables spécifiques, notamment immuno-induits, à l'origine de symptômes auto-immuns qui nécessitent une surveillance et une gestion particulières, différentes de celles des toxicités observées avec les chimiothérapies conventionnelles ou avec les thérapies ciblées.
- Les effets indésirables immuno-induits peuvent atteindre tous les organes : **éruption cutanée, vitiligo, dysthyroïdie, pneumopathie, hépatite, colite, néphrite, myocardite, hypophysite, anémie hémolytique, diabète de type 1, myosite, etc.**
- La majorité d'entre eux surviennent dans les premières semaines après l'initiation du traitement, mais ils peuvent également tous survenir plus tardivement pendant le traitement et après son arrêt.
- Une vigilance particulière est donc nécessaire afin de les détecter précocement, de contacter l'équipe spécialisée et de lui adresser le patient.
- Une carte d'alerte est remise au patient qui doit la conserver sur lui en permanence.
- Il doit consulter devant tout nouveau symptôme, notamment une **fatigue sévère, des maux de tête, une éruption cutanée, de la toux, un essoufflement, des douleurs thoraciques, des ballonnements abdominaux, une modification du transit intestinal, une perte de poids, des modifications de la vision ou une douleur oculaire, une faiblesse musculaire sévère, des douleurs sévères au niveau des muscles ou des articulations, etc.**

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE (19)

(Suivi régulier par le radiothérapeute durant la radiothérapie)

Complications habituelles de la radiothérapie, variant selon la localisation de la zone irradiée et la technique de radiothérapie, notamment :

Érythème cutané plus ou moins intense durant les trois premiers mois

- Il ne doit pas être soigné comme une brûlure.
- Pas de prescription de pansement avec adhésif.

! Avertir les patients de ne pas appliquer de produits de leur propre initiative, par exemple des huiles essentielles

Augmentation transitoire de la douleur (effet « flare up ») des métastases osseuses

Surrisque d'épisode épileptique ou de symptômes à type d'HTIC en cas de radiothérapie de métastases cérébrales

- Possible introduction d'une corticothérapie courte à visée symptomatique par le radiothérapeute si besoin

POINT DE VIGILANCE

Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament en ligne sur le portail dédié, signalement.social-sante.gouv.fr, informations également disponibles sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (20).

Vaccinations

Pour les patients immunodéprimés, les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques disponibles sur le site Vaccination info service⁸ (21).

Les soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support, au médecin généraliste, à des équipes spécialisées en soins de support et aux autres professionnels (dermatologue, IDE, tabacologue, diététicien, pharmacien, travailleur social, psychiatre/psychologue, kinésithérapeute, professionnel de santé diplômé en sexologie, etc.) doit être suffisamment précoce et anticipé. Ce souci d'anticipation doit être régulier pour le

5. Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter les fiches médicaments pour les professionnels de santé « Informer, prévenir et gérer les effets indésirables » disponibles sur le site de l'Institut national du cancer :
• Vemurafenib +/- cobimetinib, février 2017 : e-cancer.fr (15) ;
• Dabrafenib +/- trametinib, février 2017 : e-cancer.fr (16).

6. Disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

7. Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter le référentiel sur la prévention et la gestion des effets indésirables des médicaments inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (anti PD-1, anti PD-L1 et anti CTLA4), à destination des professionnels de santé. Disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr (18).

8. professionnels.vaccination-info-service.fr

soulagement des symptômes physiques (douleurs liées à la tumeur, aux traitements ou à des métastases, asthénie, dénutrition, lymphœdème, troubles de la sexualité, etc.) et des souffrances psychologiques, sociofamiliales et existentielles.

La douleur (1) (22) (23) (24)

La recherche d'une symptomatologie douloureuse doit être systématique chez tout patient atteint d'un mélanome cutané. Liées à la maladie ou aux traitements, ces douleurs altèrent la qualité de vie. Elles doivent être traitées précocement et activement, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Lorsque ces traitements sont peu efficaces et/ou générateurs d'effets indésirables importants, le patient sera orienté vers une consultation en algologie ou un centre de la douleur. Un avis auprès de l'équipe spécialisée sera demandé en parallèle.

L'accompagnement au sevrage tabagique (8) (9)

L'arrêt du tabac est recommandé. Fumer majeure, entre autres, le risque de complications des traitements. Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global, intervient pour aider au sevrage tabagique des patients atteints de mélanomes cutanés, quel qu'en soit le stade. Depuis 2019, plusieurs substituts nicotiques sont remboursés par l'Assurance maladie sur prescription.

La pratique d'activité physique (25)

La pratique ou la poursuite d'une activité physique quotidienne adaptée au patient et à ses capacités est à encourager. Elle permet notamment de lutter contre la fatigue, d'agir sur la condition physique, d'avoir une meilleure tolérance aux traitements et de réduire le risque de perte d'autonomie du patient. Le médecin généraliste adapte la prescription de la pratique d'une activité physique adaptée, en lien avec l'équipe spécialisée, en fonction des évolutions de la condition physique, de l'état de santé et des risques du patient.

L'état nutritionnel (26) (27)

L'état nutritionnel des patients est à évaluer tout au long du parcours, à chaque consultation, pour prévenir et repérer une dénutrition. Un accompagnement nutritionnel peut être mis en place, avec si nécessaire une orientation vers une personne-ressource, médecin nutritionniste ou diététicien.

Le repérage de la souffrance psychique⁹ (11)

Le médecin généraliste tient une place essentielle dans le repérage de la souffrance psychique de ses patients atteints d'un mélanome cutané, en collaboration étroite avec l'équipe spécialisée. Les facteurs de vulnérabilité personnelle sont à identifier dès le début de la maladie, puis au cours de celle-ci, notamment lors des périodes critiques du parcours de soins. Une vigilance particulière est à apporter aux patients atteints de mélanome cutané de la face, dont les séquelles esthétiques, et parfois fonctionnelles, du traitement chirurgical peuvent entraîner un isolement social, voire une dépression.

La préservation de la santé sexuelle (7)

Le mélanome cutané peut entraîner une altération de la qualité de vie sexuelle et intime des patients, notamment en raison de l'impact délétère des traitements. Aussi, la préservation de la santé sexuelle est à intégrer tout au long du parcours de soins, y compris en cas de situation palliative, au titre de la prise en soins globale et des soins de support. Les troubles sexuels et/ou les symptômes pouvant impacter la vie sexuelle ou intime sont à dépister précocement et à réévaluer régulièrement. Ainsi, un traitement et un accompagnement adaptés peuvent être proposés précocement.

Les pratiques de soins non conventionnelles

Les pratiques de soins non conventionnelles (PSNC), encore appelées médecines complémentaires, alternatives ou naturelles, regroupent des pratiques très diverses. Le cancer, par les questionnements et les inquiétudes qu'il génère chez les patients, constitue une porte d'entrée vers ces pratiques. Ainsi, de nombreux patients y ont recours, pour tenter de mieux supporter les effets indésirables des traitements tels que la fatigue et la douleur ou encore l'anxiété liée à la maladie, mais également à la recherche d'un traitement qui pourrait les guérir.

Beaucoup de ces patients n'osent pas aborder cette thématique avec leur médecin généraliste ou l'équipe spécialisée qui les suit. Aussi, instaurer un dialogue à ce sujet va permettre de les informer que, même si certaines peuvent les soulager, les PSNC :

- ne peuvent en aucun cas se substituer aux traitements habituels du cancer ;
- peuvent entraîner un risque de perte de chance s'ils devaient retarder les soins conventionnels du cancer ou le non-recours à ceux-ci ;
- peuvent avoir des effets indésirables ;
- peuvent interagir avec les traitements du cancer.

Questionner les patients sur la façon dont ils vivent la maladie et les traitements permet de leur apporter les soins de support nécessaires et de les orienter au besoin vers les professionnels spécialisés dans les domaines psychologique, social, nutritionnel, algologique, etc.

Il est également important d'inciter les patients, notamment les plus vulnérables, et leurs familles à la plus grande prudence devant des propositions de méthodes de traitement qui leur seraient faites et présentées comme plus efficaces que les traitements conventionnels et qui pourraient s'avérer dangereuses, coûteuses et inefficaces. En cas de doute, ils ne doivent pas hésiter à interroger leur médecin généraliste, l'équipe spécialisée qui les suit ou leur pharmacien.

› Droits et démarches

Maintien et retour à l'emploi¹⁰ (12)

Dès l'entrée du patient dans le parcours de soins, il est essentiel d'anticiper en prenant en compte son activité professionnelle ainsi que les conséquences éventuelles de la maladie sur celle-ci. Le médecin généraliste est un acteur clé pour accompagner le patient, l'informer et le sensibiliser aux différents dispositifs dont il peut bénéficier. Parmi ceux-ci, il est important de mettre en avant l'intérêt de la visite de préreprise et

9. Informations dans la fiche « Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer », collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2018, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

10. Informations dans la fiche « Maintien et retour à l'emploi pendant et après un cancer », collection Outils pour la pratique des médecins généralistes / Droits et démarches, INCa, avril 2024, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

d'encourager le patient à en faire la demande (car elle est facultative) et à la préparer. Elle permet d'anticiper le retour à l'emploi dans de bonnes conditions.

Accès à l'emprunt¹¹ (28)

Les patients ayant eu un mélanome cutané bénéficient, comme tous les anciens patients atteints de cancer, du **droit à l'oubli** (possibilité de non-déclaration du mélanome lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur lorsque le protocole thérapeutique est achevé depuis 5 ans et en l'absence de rechute).

Par ailleurs, la **grille de référence AERAS** (GRA) a été mise en place dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies. Elle liste les cancers pour lesquels les surprimes et exclusions de garanties de contrat sont interdites ou encadrées moins de 5 ans après la fin du protocole thérapeutique. Pour les mélanomes cutanés, ce dispositif permet l'accès à l'assurance emprunteur à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si le cancer répond à certains critères précisés sur la grille de référence, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

POINT DE VIGILANCE

Pour le dispositif de grille de référence AERAS, contrairement à celui du droit à l'oubli, le mélanome cutané est à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé.

Directives anticipées et personne de confiance¹² (1)

Le patient doit être informé de la possibilité de :

- choisir une **personne de confiance** (29), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment ;
- rédiger des **directives anticipées** (30) pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, modifiée par la loi du 2 février 2016).

Soins palliatifs (31) (32) (33)

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins palliatifs peut être également proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques sont poursuivis.

Dans cette phase avancée du cancer, le médecin généraliste assure souvent le suivi du patient et l'accompagnement de fin de vie. Le patient peut se référer à lui en dehors

de l'hôpital. Il assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il évalue, en dialoguant avec lui, le moment de l'instauration et les moyens choisis en matière de soins palliatifs, en fonction des ressources locales et des désirs du patient et de son entourage. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel, en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

La place des aidants est déterminante. Leur épuisement doit être dépisté et pris en compte. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile. Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) (31).

11. Informations dans la fiche « Accès à l'emprunt et droit à l'oubli après un cancer », collection Outils pour la pratique des médecins généralistes / Droits et démarches », INCa, janvier 2023, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

12. Des modèles de désignation d'une personne de confiance et de directives anticipées sont indiqués dans les ressources (en fin de document).

4 SUIVI CONJOINT DES PATIENTS TRAITÉS OU NON PAR TRAITEMENT SYSTEMIQUE

Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans le suivi des patients, en particulier pour le contrôle de la cicatrice et des aires ganglionnaires, la recherche de signes cliniques d'appel de métastases, la détection de lésions cutanées suspectes nécessitant un avis dermatologique, ainsi que pour la gestion des effets indésirables. Le suivi est organisé par le dermatologue, en lien avec le médecin généraliste. Un échange régulier d'informations entre le médecin généraliste et les autres spécialistes est indispensable.

Les objectifs du suivi d'un patient atteint d'un mélanome cutané traité ou non par traitement systémique sont les suivants :

- rechercher et traiter les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, veiller à la qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires ;
- détecter précocement :
 - les récurrences locales (symptomatiques ou non),
 - les métastases,
 - un autre mélanome ou un autre cancer cutané ;
- rappeler aux patients :
 - la méthode d'autoexamen cutané ainsi que la règle ABCDE (présentées en Annexe 2) pour déceler les récurrences locales ou ganglionnaires ou un deuxième mélanome (et prendre en compte les résultats),
 - les principes de photoprotection (présentés en Annexe 5),
 - l'intérêt du dépistage des apparentés au premier degré ;
- faciliter l'éventuel retour à l'emploi (12).

MODALITÉS DE SUIVI D'UN MÉLANOME CUTANÉ

Ce schéma peut être adapté, notamment en fonction des facteurs pronostiques et des traitements reçus. En cas de traitement adjuvant, un suivi plus rapproché est proposé sous traitement ; il est relayé par un suivi adapté au stade.

SUIVI	EXAMENS	RYTHME
Clinique	<p>Entretien, examen clinique, comprenant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'inspection et la palpation de tout le tégument, et en particulier de la cicatrice et des aires ganglionnaires • la recherche de l'apparition : <ul style="list-style-type: none"> – d'un nouveau mélanome – d'une récurrence – d'un autre cancer cutané • la recherche de complications liées aux traitements • le rappel des méthodes : <ul style="list-style-type: none"> – d'autoexamen cutané à la recherche d'un nouveau mélanome (présentée en Annexe 2) – d'autodétection d'une récurrence cutanée ou ganglionnaire – de protection solaire (présentée en Annexe 5) 	<p>Stades IA</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 fois par an pendant 3 ans • puis 1 fois par an à vie <p>Stades IB, IIA et IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 à 4 fois par an pendant 3 ans • puis 1 fois par an à vie <p>Stades IIC et III</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 fois par an pendant 3 ans • puis 2 à 4 fois par an pendant 2 ans • puis 1 fois par an à vie <p>Stades IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi effectué par l'équipe spécialisée, adapté au cas par cas
Imagerie	<p>Stades IA</p> <p>Aucun examen d'imagerie complémentaire n'est à réaliser en dehors de signes d'appel</p>	
	<p>Stades IB à III</p> <p>Le bilan est réalisé par l'équipe spécialisée et peut reposer, selon le stade et le patient, sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une échographie ganglionnaire de l'aire de drainage et de la région de la cicatrice <p>+/-</p> <ul style="list-style-type: none"> • une TDM thoraco-abdomino-pelvienne ou une TEP-TDM au 18-FDG • et une IRM cérébrale (ou TDM en cas de contre-indication) 	<p>Rythme déterminé par l'équipe spécialisée, par exemple :</p> <p>Stades IB à IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 fois par an pendant 3 ans <p>Stades IIC à III</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 à 4 fois par an pendant 3 ans <p>Stades IIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • optionnel <p>Stades III</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 fois par an pendant 3 ans (sauf pour le stade IIID : 2 à 4 fois par an)
	<p>Stades IV</p> <p>Bilan réalisé par l'équipe spécialisée, adapté au cas par cas</p>	
Biologie	Pas de surveillance biologique chez les patients asymptomatiques (en dehors des essais cliniques et des traitements en cours)	

POINTS DE VIGILANCE

- Le suivi des patients traités pour un mélanome cutané est à vie.
- Le patient doit être informé sur la nécessité (outre le suivi systématique) de consulter en cas d'apparition des signes les plus fréquents de récurrence (apparition d'une lésion cutanée douteuse, d'un ganglion ou d'une masse sous-cutanée). L'apparition d'une symptomatologie (notamment douleur inhabituelle ou signe neurologique) nécessite de faire des examens complémentaires, car un tiers des rechutes se font sur un mode viscéral d'emblée.
- Il est également utile de rappeler régulièrement au patient les règles de photoprotection (présentées en Annexe 5).
- L'intérêt d'un examen clinique cutané de dépistage des apparentés au premier degré (parents, enfants [à partir de l'adolescence], fratrie) doit être souligné au patient. Dans le cas des formes familiales, l'importance de l'autoexamen cutané doit également être indiquée pour les apparentés du premier degré.
- Les patients traités par thérapies ciblées nécessitent un suivi cardiologique régulier.

Principales complications tardives des traitements

Le tableau ci-après décrit les principales complications tardives des traitements et les conduites à tenir associées.

PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES CUTANÉS ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer info « Les traitements du mélanome de la peau »)	
CHIRURGIE	
Séquelles esthétiques et parfois fonctionnelles, notamment au niveau de la face	
CURAGE GANGLIONNAIRE	
Lymphœdème chronique (10) Voir tableau en page 13	
Douleurs neuropathiques chroniques • Consultation en algologie	
THÉRAPIES CIBLÉES ORALES ET IMMUNOTHÉRAPIES Voir tableaux en pages 14 et 15	
RADIOTHÉRAPIE EXTERNE (19) (en fonction de la localisation de la zone irradiée et de la technique de radiothérapie)	
Troubles de la cicatrisation	
Fibrose cutané-musculaire	
Lymphœdème chronique après radiothérapie ganglionnaire (10) Voir tableau en page 13	
Troubles cognitifs • En cas d'irradiation cérébrale • Beaucoup moins fréquents avec la radiothérapie stéréotaxique	
Radionécrose cérébrale après radiothérapie cérébrale • Survenant classiquement entre 6 mois et 2 ans après la fin de la radiothérapie, surtout stéréotaxique • Diagnostic difficile, peut se révéler par des troubles déficitaires • Nécessite un avis spécialisé	
Télangiectasies (rares)	
Fracture vertébrale secondaire (rare) après radiothérapie stéréotaxique vertébrale • Nécessite un avis spécialisé	
Pneumopathie radique après radiothérapie stéréotaxique pulmonaire • Souvent asymptomatique mais visible au scanner	

RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN MÉLANOME CUTANÉ ET PRINCIPALES LOCALISATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> Supérieur à celui de la population générale Concerne tout particulièrement les patients diagnostiqués avant 30 ans Importance des mesures de protection vis-à-vis des UV naturels¹³ et de l'éviction stricte des UV artificiels 	Autres cancers cutanés (notamment carcinomes)
	Second mélanome cutané

DÉPISTAGES ORGANISÉS D'AUTRES CANCERS
<ul style="list-style-type: none"> Cancer colorectal chez les patients de 50 à 74 ans Cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans Cancer du col de l'utérus chez les patientes de 25 à 65 ans

ANNEXE 1 : PRINCIPAUX TYPES HISTOLOGIQUES DE MÉLANOMES CUTANÉS

La classification des quatre types principaux de mélanomes est basée sur l'examen anatomopathologique. Un mélanome cutané peut se développer :

- le plus souvent en deux temps (phase d'extension horizontale, puis verticale), comprenant :
 - le **mélanome à extension superficielle** (SSM, *Superficial Spreading Melanoma*), type histologique le plus fréquent (2/3 des cas), associé aux coups de soleil répétés, parfois sur un naevus ;
 - le **mélanome acrolentigineux** (ALM, *Acral Lentiginous Melanoma*), indépendant de l'exposition solaire ;
 - le **mélanome de Dubreuilh** (appelé, selon les Standards, options et recommandations en cancérologie (SOR) de 2006, *Lentigo Maligna Melanoma* (LMM) dans sa forme invasive et *Lentigo Maligna* (LM) dans sa forme *in situ*, qui inclut l'ancienne mélanose de Dubreuilh). Il est lié à l'exposition solaire chronique, notamment sur le visage, et présente le plus de risque de récurrence locale ;
- plus rarement en un temps (phases verticale et horizontale synchrones) dans le **mélanome nodulaire** (NM, *Nodular Melanoma*), très agressif. Il ne s'agit pas d'un sous-type particulier, mais de l'apparition dans un des trois types de mélanome d'un clone très proliférant formant un nodule dermique de croissance clinique rapide.

Il existe d'autres formes très rares, avec des spécificités pronostiques.

13. Informations sur : e-cancer.fr

ANNEXE 2 : AUTOSURVEILLANCE CUTANÉE

› Méthode d'autoexamen cutané¹⁴

L'autoexamen cutané permet au patient d'examiner seul la totalité de sa peau (temps de réalisation : 15 minutes). Le patient devra rechercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres nævus (= principe du « vilain petit canard ») ou d'apparition récente ou évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur.

Étape 1 : examen direct

Le patient devra examiner à l'œil nu les paumes de ses mains et pieds, ses ongles, ses doigts et les espaces entre les doigts des mains et des pieds, la face avant de ses bras et avant-bras, ses cuisses et ses jambes.

Étape 2 : examen avec miroir en pied

Le patient devra se placer devant un miroir en pied vertical et examiner sa peau de haut en bas. Il tournera vers le miroir le côté gauche, puis le côté droit de son corps, les bras levés à la verticale.

Étape 3 : examen avec un miroir à main

Pour les zones de peau non accessibles à la vue, le patient peut s'aider d'un miroir à main. Assis sur un tabouret, il surélève chaque jambe pour examiner la face interne, externe et postérieure du mollet et de la cuisse. La face postérieure des bras, de la nuque, du dos, le cuir chevelu et la région génitale seront aussi examinés à l'aide du miroir à main. Le patient peut également demander l'aide d'une personne de son entourage.

› Règle ABCDE (voir photos page 6)

- **Asymétrie** : une lésion susceptible d'être un mélanome est, le plus souvent, de forme asymétrique.
- **Bordure** : une lésion susceptible d'être un mélanome a souvent des bords irréguliers, encochés, polycycliques.
- **Couleur** : une lésion susceptible d'être un mélanome est souvent de couleur hétérogène, c'est-à-dire associant 3 couleurs ou plus (brun clair ou foncé, rouge, bleuté, noir...).
- **Diamètre** : une lésion susceptible d'être un mélanome a volontiers, mais pas toujours, une taille supérieure à 6 mm.
- **Évolution** : une lésion susceptible d'être un mélanome change d'aspect, de taille, de couleur, d'épaisseur, peut saigner, devenir prurigineuse.

L'évolutivité de la lésion est l'élément le plus important (intérêt des photos).

Une fiche destinée à aider les médecins généralistes est disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

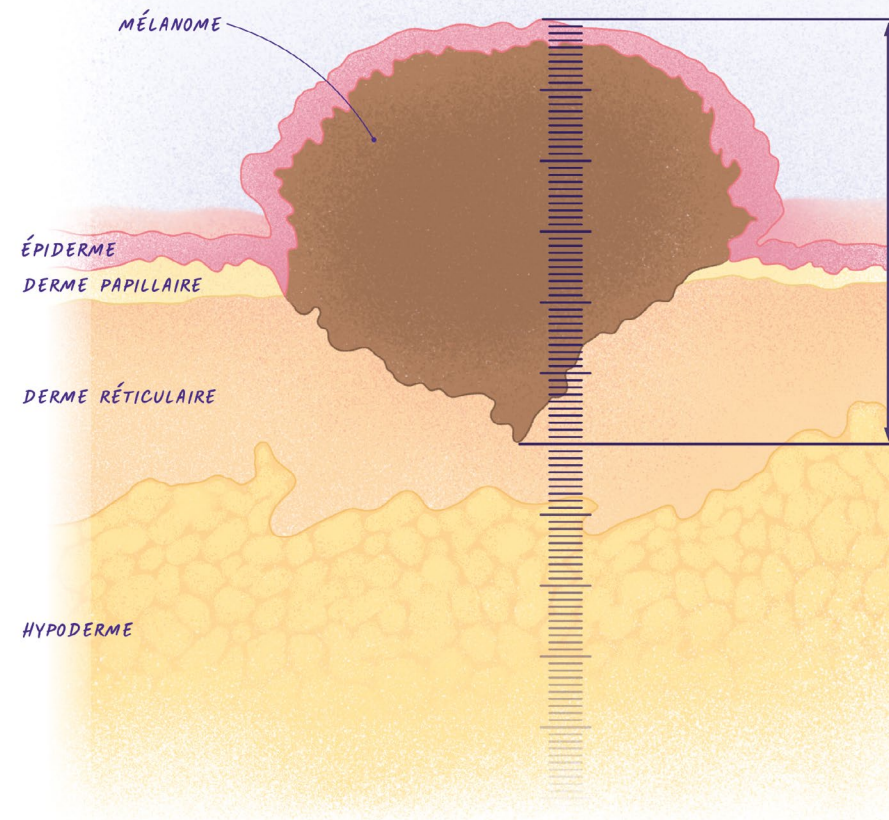
14. « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome », HAS, 2006.

ANNEXE 3 : MESURE DE L'ÉPAISSEUR (INDICE DE BRESLOW)

L'indice de Breslow est le principal facteur pronostique des mélanomes. Il correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur et se mesure sur une coupe histologique colorée standard. La mesure s'effectue au microscope avec l'aide d'un micromètre oculaire ou sur lame numérique. On mesure la zone invasive la plus épaisse depuis la couche granuleuse de l'épiderme. L'épaisseur est donnée en millimètres, arrondie à 0,1 mm. Les seuils importants sont 0,8 mm, 1 mm, 2 mm et 4 mm.

On ne mesure l'indice de Breslow que pour les mélanomes envahissant le derme et non pour les mélanomes *in situ* ou intraépidermiques (sans risque métastatique). Il est sous-estimé en cas d'ulcération, c'est pourquoi le caractère ulcéré est pris en compte dans la classification pTNM. Il n'est pas pertinent dans les récurrences ou métastases épidermotropes de mélanome.

ÉPAISSEUR MAXIMALE DU MÉLANOME MESURÉE
AU MICROSCOPE À L'AIDE D'UNE RÈGLE MICROMÉTRIQUE



ANNEXE 4 : CLASSIFICATION pTNM DES MÉLANOMES CUTANÉS DE L'UICC ET DE L'AJCC (8^e ÉDITION)

TUMEUR PRIMITIVE PT	
pTX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
pT0	Pas de tumeur à l'examen histologique de la pièce
pTis	Mélanome <i>in situ</i>
pT1	Tumeur ≤ 1 mm d'épaisseur • pT1a : < 0,8 mm d'épaisseur sans ulcération • pT1b : < 0,8 mm d'épaisseur avec ulcération ou ≥ 0,8 mm et ≤ 1 mm d'épaisseur avec ou sans ulcération
pT2	Tumeur > 1 mm et ≤ 2 mm d'épaisseur • pT2a : sans ulcération • pT2b : avec ulcération
pT3	Tumeur > 2 mm et ≤ 4 mm d'épaisseur • pT3a : sans ulcération • pT3b : avec ulcération
pT4	Tumeur > 4 mm d'épaisseur • pT4a : sans ulcération • pT4b : avec ulcération
ADÉNOPATHIES RÉGIONALES N	
NX	Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastase dans un ganglion lymphatique régional ou métastase régionale intralympatique sans métastase ganglionnaire • N1a : métastase microscopique seulement (cliniquement occulte) • N1b : métastase macroscopique (cliniquement décelable) • N1c : nodule satellite ¹⁵ ou métastase en transit ¹⁶ sans atteinte ganglionnaire régionale
N2	Métastases dans 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastase régionale intralympatique avec métastases ganglionnaires • N2a : métastases ganglionnaires lymphatiques microscopiques seulement • N2b : métastases ganglionnaires lymphatiques macroscopiques • N2c : nodule satellite ou métastases en transit avec une seule métastase ganglionnaire régionale
N3	Métastases dans 4 ganglions lymphatiques régionaux ou plus, ou métastases ganglionnaires régionales confluentes ou nodules satellites ou métastases en transit avec métastase(s) dans 2 ganglions régionaux ou plus • N3a : métastases ganglionnaires microscopiques seulement • N3b : métastases ganglionnaires lymphatiques macroscopiques • N3c : nodules satellites ou métastases en transit avec 2 métastases ganglionnaires régionales ou plus
MÉTASTASES À DISTANCE M	
M0	Pas de signe de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance • M1a : métastases cutanées, sous-cutanées ou ganglionnaires siégeant au-delà des ganglions lymphatiques régionaux • M1b : poumons • M1c : autres sites autres que le système nerveux central • M1d : système nerveux central

15. Les nodules satellites sont des foyers tumoraux ou des nodules (macro ou microscopiques) à moins de 2 cm de la tumeur primitive.

16. Les métastases en transit siègent dans le tissu cutané ou sous-cutané à plus de 2 cm de la tumeur primitive mais pas au-delà des ganglions lymphatiques régionaux.

GROUPEMENT PAR STADES CLINIQUES			
Stade 0	pTis	N0	M0
Stade IA	pT1a	N0	M0
Stade IB	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	M0
Stade IIA	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	N0
Stade IIB	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
Stade IIC	pT4b	N0	M0
Stade III	tous pT	N1, N2, N3	M0
Stade IV	tous pT	tous N	M1

ANNEXE 5 : PRINCIPES DE PHOTOPROTECTION

Les gestes de protection contre les rayons UV sont :

- rechercher l'ombre au maximum ;
- ne pas s'exposer entre 12 h à 16 h ;
- se couvrir avec des vêtements longs et amples (voire utiliser des maillots ou vêtements anti-UV), un chapeau à bords larges et des lunettes de soleil avec filtre anti-UV ;
- protéger les parties découvertes du corps (sans oublier les oreilles et le crâne en cas de calvitie) avec de la crème solaire indice SPF50 anti-UVA et anti-UVB, à renouveler toutes les 2 h et après la baignade.

Il est important de rappeler également aux patients :

- la nécessité de l'éviction stricte des UV artificiels (ils ne préparent pas la peau au soleil et leurs effets nocifs se cumulent avec ceux des UV naturels du soleil) ;
- que les crèmes solaires protègent de coups de soleil, mais qu'elles ne protègent pas à elles seules contre le risque de cancer cutané ;
- qu'il n'existe pas de bronzage sain : le bronzage constitue déjà une agression de la peau ;
- que pour produire de la vitamine D, une exposition du visage et des avant-bras 5 à 10 min par jour durant l'été, au cours d'une balade ou d'une activité extérieure, même en ayant appliqué une crème solaire, est suffisante pour éviter une carence, dans le cadre d'une alimentation équilibrée par ailleurs.

RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

› Documents et sites internet

Pour les médecins généralistes

- (1) **Organisation des soins en cancérologie**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, juillet 2016, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (2) Dossier **Détection précoce des cancers de la peau**, sur le site de l'Institut national du cancer, comprenant un **document à l'usage des médecins généralistes**, INCa, octobre 2017 : e-cancer.fr
- (3) Site Cancer et peau, du Groupe de cancérologie cutanée (GCC), groupe thématique de la Société française de dermatologie, avec notamment une **photothèque de lésions malignes** : cancer-et-peau.com
- (4) **Téléconsultation et téléexpertise** : guide de bonnes pratiques, Haute Autorité de santé (HAS), mai 2019, disponible sur le site de la HAS : has-sante.fr
- (5) Dossier **Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC)** avec leurs coordonnées sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (6) Dossier **Oncogériatrie**, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (7) **Préservation de la santé sexuelle et de la fertilité en cas de cancer**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, mai 2022, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (8) **L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2016, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (9) Dossier **Aide au sevrage tabagique**, sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (10) **Prévention et traitement du lymphœdème après traitement d'un cancer**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, avril 2022, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (11) **Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2018, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (12) **Maintien et retour à l'emploi pendant et après un cancer**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes / Droits et démarches, INCa, avril 2024, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (13) **Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France** qui propose toutes les informations disponibles sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la Haute Autorité de santé, leurs prix et leurs conditions de prescription : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- (14) **Thésaurus des interactions médicamenteuses** de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) disponible sur son site internet : ansm.sante.fr
- (15) **Informier, prévenir et gérer les effets indésirables, vemurafénib +/- cobimetinib**, INCa, février 2017, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr

- (16) Informer, prévenir et gérer les effets indésirables, dabrafenib +/- trametinib, INCa, février 2017, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (17) Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, décembre 2018, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (18) Prévention et gestion des effets indésirables des anticancéreux, référentiel de bonnes pratiques cliniques, immunothérapies : inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (anti PD-1, anti PD-L1 et anti CTLA4), INCa, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (19) Médecin traitant et patient en radiothérapie : conseils pratiques, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, janvier 2008, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (20) Pour déclarer un effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament en ligne sur le portail dédié signalement.social-sante.gouv.fr, informations également disponibles sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- (21) Recommandations vaccinales pour les patients immunodéprimés sur le site Vaccination-info-service : professionnels.vaccination-info-service.fr
- (22) La douleur en cancérologie, collection Fiches repères, INCa, juin 2011, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (23) Centre national de ressources de lutte contre la douleur : cnrd.fr
- (24) Dossier Structures spécialisées douleur chroniques – SDC, comprenant un annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : solidarites-sante.gouv.fr
- (25) Dossier Accompagnement de l'activité physique pendant et après les traitements, sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (26) Dossier Dénutrition pendant et après cancer, sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (27) Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) : afsos.org
- (28) Accès à l'emprunt et droit à l'oubli après un cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, Droits et démarches, INCa, janvier 2023, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (29) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance : service-public.fr
- (30) Modèle de directives anticipées : service-public.fr
- (31) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire : sfap.org
- (32) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale.
- (33) Conférence de consensus : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » HAS/SFAP : has-sante.fr

Pour les patients et leurs proches

Guides Cancer Info et fiches patients, disponibles gratuitement sur le site de l'Institut national du cancer, dont en particulier :

- Les traitements du mélanome de la peau
- Démarches sociales et cancer
- Participer à un essai clinique en cancérologie
- Douleur et cancer
- Fatigue et cancer
- Vivre pendant et après un cancer
- Cancer : maintien et retour à l'emploi
- Préservation de la fertilité et cancers
- Le lymphœdème après traitement d'un cancer
- Préservation de la santé sexuelle et cancers
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Le scanner ou tomodensitométrie (TDM)
- La tomographie par émission de positons-tomodensitométrie (TEP-TDM)
- La chambre à cathéter implantable
- Le cathéter central à insertion périphérique ou PICC
- Les soins palliatifs en fin de vie

Plateformes téléphoniques

- **Tabac Info Service : 3989** (appel non surtaxé) : un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue.
- **Ligne Cancer Info** (service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer) au **0805 123 124** (service et appel gratuits) : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** : « Accompagner la fin de la vie ; s'informer, en parler » : au **0811 020 300** (prix d'un appel local) : informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.

LISTE DES PARTICIPANTS

Chaque expert a participé *intuitu personae* et ne représentait pas son organisme d'appartenance.

L'Institut a sélectionné les experts du groupe de travail en s'appuyant notamment sur l'analyse de leurs *curriculum vitae*, de leurs productions scientifiques, de leurs déclarations d'intérêts (DPI) et, le cas échéant, des informations les concernant disponibles dans la base Transparence – Santé¹⁷.

Des experts ont déclaré des liens d'intérêts avec une ou plusieurs des 9 industries de santé membres fondateurs de l'association FIAC¹⁸.

Au regard des points traités dans l'expertise, pour chaque membre du groupe de travail, préalablement à leur nomination et tout au long des travaux, l'Institut a considéré que les liens d'intérêts déclarés et les informations de la base Transparence – Santé ne faisaient pas obstacle à sa participation aux travaux de la présente expertise.

Les DPI des membres du groupe de travail sont consultables sur le site unique DPI-SANTE¹⁹.

Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail/relecture

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Société française de dermatologie (SFD)
- Société française de chirurgie oncologique (SFCO)
- Société française de radiologie (SFR)
- Société française de médecine nucléaire (SFMN)
- Société française du cancer (SFC)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française de pharmacie oncologique (SFPO)
- Société française de pharmacie clinique (SFPC)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)

Groupe de travail

- Dr Charlotte BERARD, pharmacienne, CHU de la Timone, Marseille
- Dr Cécile FARGES, radiologue, Paris
- Dr Arnaud de la FOUCHARDIÈRE, anatomopathologiste, Centre Léon Bérard, Lyon
- Pr Bernard FRECHE, médecin généraliste, Vaux-sur-Mer et Université de Poitiers
- Dr Dimitri GANGLOFF, chirurgien plasticien, Oncopôle Claudius Regaud, Institut universitaire du cancer de Toulouse
- Pr Nathalie LASSAU, radiologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif et Université Paris-Saclay
- Dr Candice LESAGE, oncodermatologue, Institut du cancer de Montpellier et Hôpital Saint Éloi, CHU de Montpellier
- Dr Laura LOPEZ, radiothérapeute, Institut du cancer de Montpellier
- Pr Ève MAUBEC, dermatologue, Hôpital Avicenne et Université Paris 13, Bobigny

17. La base de données publique Transparence – Santé rend accessible les informations concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant les entreprises et les acteurs du secteur de la santé : transparence.sante.gouv.fr

18. e-cancer.fr

19. dpi.sante.gouv.fr

- Dr Jean-Marc PAULY, médecin généraliste, Rodemack
- Dr Marcel RUETSCH, médecin généraliste, Dessenheim
- Dr Stéphanie SATGER, pharmacienne d'officine, Lorient-du-Comtat
- Dr Marie TERROIR-CASSOU-MOUNAT, médecin nucléaire, IUCT-Oncopôle, Toulouse
- Dr Damien TOMASSO, médecin généraliste, Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris

Relecture nationale

76 relecteurs, dont 3 n'ayant pas souhaité être cités

- Mme Margaux ANDRÉ, IPA mention oncologie et hémato-oncologie, Marseille
- Dr Marie Luce AURIAULT-ALLENNO, anatomopathologiste, CH de La Rochelle
- Dr Anne-Sophie AZUAR, gynécologue obstétricien, CH de Grasse
- Dr Christophe BARDIN, pharmacien, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris
- Dr Paule BAYLE, dermatologue, Hôpital Rangueil, CHU de Toulouse
- Dr Caroline BEAUDELOT, oncologue radiothérapeute, CHU de Lille
- Dr David BEAUSIRE, médecin généraliste, HAD Santé Relais Domicile, Toulouse
- Dr Émilie BEULQUE, ORL et chirurgien cervico-facial, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- Pr Marie BEYLOT-BARRY, dermatologue, CHU de Bordeaux
- Dr Patrick BIASON, médecin généraliste retraité, Toulouse
- Dr François BIDAULT, radiologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- Dr Isabelle BODEIN, médecin généraliste, Cassel
- Dr Adrien BONNET, chirurgien plasticien, CH d'Arras
- Dr Philippe BOUDARD, ORL et chirurgien cervico-facial, chirurgien plasticien, Bordeaux
- Dr Xavier BOUISSOU, dermatologue, Toulouse
- Pr Alexandre BOZEC, ORL et chirurgien cervico-facial, Centre Antoine Lacassagne – Institut universitaire de la Face et du Cou, Nice
- Dr Claire CARLIER, oncologue médicale, Institut Godinot, Reims
- Dr Thibaut CASSOU MOUNAT, médecin nucléaire, IUCT-Oncopôle, Toulouse
- Pr Clément CHARRA, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- Dr Sébastien COLIN, dermatologue, CHR Metz-Thionville, Ars-Laquenexy
- Pr Desirée DEANDREIS, médecin nucléaire, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- Dr Monica DINULESCU, oncologue médicale, CHU de Rennes
- Pr Gilles DOLIVET, ORL et chirurgien cervico-facial, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- Pr Brigitte DRENO, oncodermatologue, CHU de Nantes
- Pr Xavier DURANDO, oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- Dr Jean-Christophe FAIVRE, oncologue radiothérapeute, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- Dr Jessica FAREAU, dermatologue, CHU de la Timone, Marseille
- Mme Nadine FAURE, cadre infirmière anesthésiste, Hôpitaux Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône
- Dr Raphaële FORGEOT, médecin généraliste, Civaux
- Pr Caroline GAUDY-MARQUESTE, dermatologue, CHU de la Timone, Marseille
- Dr Guillaume GORY DELABAERE, pharmacien d'officine, Beaulieu Restinclières
- Dr Jean Yves GOUDAL, chirurgien maxillo-facial, Marcey-Les-Grèves
- Pr Bernard GUILLOT, oncodermatologue, Université de Montpellier
- Dr Christine JACOMET, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand
- Dr Jean-Pierre JACQUET, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey
- Dr Raphaël JANELA-LAPERT, dermatologue, CHU de Rouen

- Dr Frédéric JEAN, médecin généraliste, Limogne-en-Quercy
 - Pr Eric de KERVILER, radiologue, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris
 - Dr Ugo LANCIEN, chirurgien plasticien, CHU de Nantes
 - Dr Vincent LARUE, médecin généraliste, IUCT-OncoPôle, Toulouse
 - Dr Erick LE ROUX, médecin généraliste, Le Gosier
 - Dr Freddy LENGRAND, dermatologue, Arras
 - Mme Sandrine LIMA, IDE, Eyzin-Pinet
 - Pr Béatrice LOGNOS, médecin généraliste, Saint-Georges-d'Orques
 - Dr Élise LUPON, chirurgien plasticien, Institut universitaire Locomoteur et du Sport, CHU de Nice
 - Dr Isabelle MADELAINE, pharmacienne, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris
 - Dr Guillaume MARIE, oncologue médical, CH de Boulogne-sur-Mer
 - Dr Mélanie MARQUET, médecin généraliste, Institut du cancer de Montpellier
 - Dr Romina MASTRONICOLA, ORL et chirurgien cervico-facial, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
 - Dr Catherine MICHEL, dermatologue, GHR Mulhouse Sud Alsace, Mulhouse
 - Dr Mathilde MINET, médecin généraliste, Mende
 - Pr Henri MONTAUDIÉ, dermatologue, Hôpital l'Archet, CHU de Nice
 - Dr Laurence OLLIVAUD, oncodermatologue, Hôpital privé Paul d'Égine, Champigny-sur-Marne
 - Dr Amel OTMANE CHETTIBI, oncologue médical, CH de Saintes
 - Dr Annabelle PICARD, ORL et chirurgien cervico-facial, CH de Périgueux
 - Dr Stéphane POUDEROUX, médecin généraliste, Institut du cancer de Montpellier
 - Dr Bertrand POURROY, pharmacien, CHU de la Timone, Marseille
 - M. Valentin PRÉCOURT, IPA mention oncologie et hémato-oncologie, Centre François Baclesse, Caen
 - Dr Julie de QUATREBARBES, dermatologue, Centre hospitalier Annecy-Genevois, Annecy
 - Pr Laurent QUERO, oncologue radiothérapeute, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris
 - Dr Florence RANCHON, pharmacienne, Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite
 - Pr Marie-Ève ROUGE BUGAT, médecin généraliste, Toulouse
 - Dr Quentin SAMARAN, dermatologue, CHU de Montpellier
 - Dr Adrien SANCHEZ, dermatologue, CH Princesse Grace, Monaco
 - Dr Jean SAYEUX, ORL et chirurgien cervico-facial, MSPB Bordeaux Bagatelle, Talence
 - Dr Jessica SERRAND, oncologue radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon
 - Dr Françoise THELU, anatomopathologiste, Centre de pathologie Bichat, Paris
 - Dr Muriel THOMASO, médecin soins palliatifs et algologie, Institut du cancer de Montpellier
 - Mme Camille TREFCON, IPA mention oncologie et hémato-oncologie, Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite
 - Dr Clélia VANHAECKE, dermatologue, CHU Robert Debré, Reims
 - Pr Laetitia VERCELLINO, médecin nucléaire, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris
 - Dr Marc ZECCONI, médecin généraliste, Aubessagne
 - Dr Ouidad ZEHOUI, oncodermatologue, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil
- 】 Institut national du cancer
- Dr Marie de MONTBEL, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
 - Marianne DUPERRAY, directrice, direction des Recommandations et du Médicament

RÉFÉRENCES

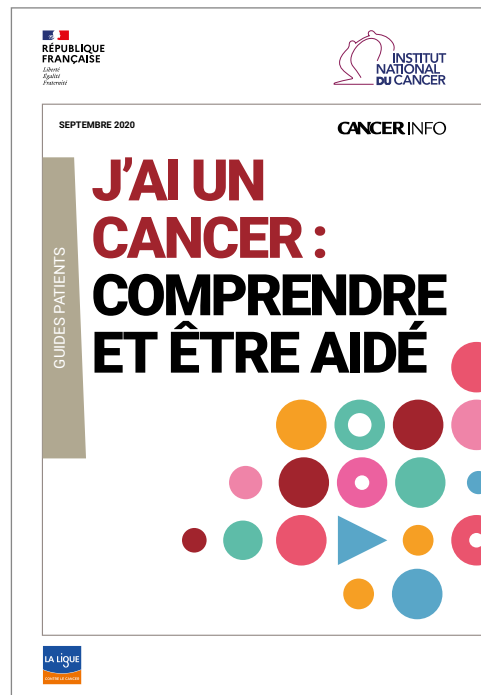
- Avril M-F, *et al.* Recommandations pour le diagnostic de prédisposition génétique au mélanome cutané et pour la prise en charge des personnes à risque. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2015) 142, 26-36
- Estimation du risque de second cancer en France / Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, les données, avril 2015. Disponible à partir de l'URL : e-cancer.fr
- European Society For Medical Oncology, Cutaneous melanoma : ESMO Clinical Practice. Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019. Disponible à partir de l'URL : esmo.org
- Garbes C, *et al.* European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Update 2022. *European Journal of cancer* 170 (2022) : 236-284
- Guizard AV, *et al.* Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Mélanome cutané. *Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer*, mars 2021, 12 p. Disponible à partir des URL : e-cancer.fr et santepubliquefrance.fr
- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD – Mélanome cutané. Janvier 2012. Disponible à partir de l'URL : e-cancer.fr
- Institut national du cancer (INCa). Panorama des cancers en France, édition 2023, collection État des lieux et des connaissances, disponible à partir des URL : e-cancer.fr et has-sante.fr
- Institut national du cancer (INCa). Patients atteints d'un mélanome cutané ou muqueux / Indication des tests moléculaires en vue de la prescription de traitements de précision, collection Recommandations et référentiels, septembre 2023. Disponible à partir de l'URL : e-cancer.fr
- Lapôtre-Ledoux B, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. beh.sante-publiquefrance.fr
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Melanoma : cutaneous, 3.2023. Disponible à partir de l'URL : nccn.org
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Melanoma : assessment and management. 2022. Disponible à partir de l'URL : nice.org.uk
- Rajagopal S, *et al.* Surveillance of patients with stage I, II, III, or resectable IV melanoma who were treated with curative intent. *Toronto (ON) : Ontario health (Cancer care Ontario) ; 2023 march 31. Program in Evidence-Based Care Guideline N° : 8-7*
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous melanoma. 2023. Disponible à partir de l'URL : sign.ac.uk
- Société française de dermatologie. Actualisation des recommandations de prise en charge du mélanome Stade I à III, 2016. Disponible à partir de l'URL : sfdermato.org
- Société française de dermatologie. Patients atteints de mélanome de stade III inopérable ou de stade IV, septembre 2017. Disponible à partir des URL : sfdermato.org et e-cancer.fr
- Société française de dermatologie. Actualisation des données concernant le mélanome stade III : nouvelles recommandations du Groupe de cancérologie cutané, 2018. Disponible à partir de l'URL : sfdermato.org

UN GUIDE COMPLET POUR ACCOMPAGNER VOS PATIENTS DURANT LEUR PARCOURS DE SOINS ET APRÈS LA MALADIE

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Quelles sont les étapes du parcours de soins ?

Comment sont choisis les traitements ?



Qui sont les professionnels qui vont les accompagner au quotidien ?

Que mettre en place pour faciliter la vie quotidienne ?

Quel suivi après le cancer ?

« Grâce aux explications fournies par ce guide sur mon parcours de soins, mes traitements et sur certains mots médicaux, j'ai pu communiquer plus facilement avec mon équipe soignante. »

Michel H., 71 ans.

« La lecture de ce guide, qui a été remis à ma mère lorsqu'elle a appris sa maladie, m'a permis de comprendre ce qu'elle vivait et de l'accompagner au mieux. »

Sandra M., 41 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

@ **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



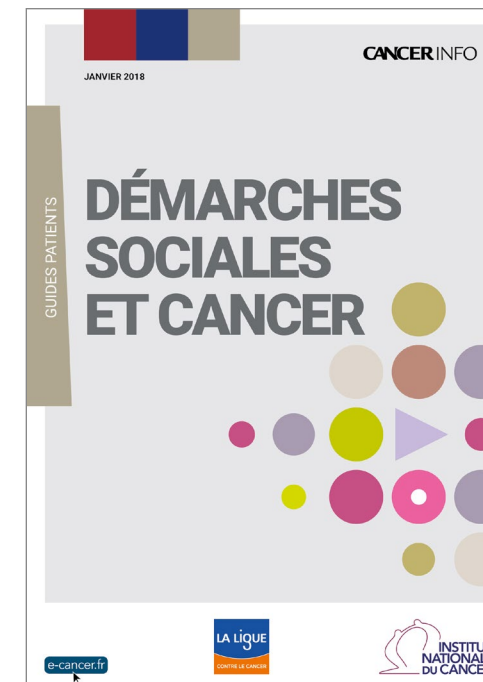
UN GUIDE POUR TOUT SAVOIR DES DÉMARCHES, AIDES ET SOLUTIONS, QUELLE QUE SOIT LEUR SITUATION

Qui sont les principaux interlocuteurs administratifs ?

Quels sont les droits pendant l'hospitalisation ?

Quelle prise en charge financière des soins ?

Quels sont les revenus pendant un arrêt de travail ?



Quels congés pour le proche qui l'accompagne ?

Comment s'organise la reprise du travail ?

Comment contracter un prêt bancaire après la maladie ?

Dans quels cas le cancer est-il reconnu comme maladie professionnelle ?

Une collection GRATUITE à disposition

« Ce guide m'a permis d'y voir plus clair dans les démarches administratives. »

Fabienne K., 65 ans.

« En lisant ce guide, j'ai appris que j'avais droit à un congé pour accompagner ma femme malade. »

Laurent V., 54 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

@ **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



NOTES



A series of horizontal dashed lines for taking notes.

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Desk (www.desk53.com.fr)
Illustration : Pierre Bourcier

ISBN : 978-2-38559-074-1
ISBN net : 978-2-38559-075-8

DÉPÔT LÉGAL SEPTEMBRE 2024

RETROUVEZ SUR E-CANCER.FR UNE COLLECTION D'OUTILS PRATIQUES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Disponibles gratuitement en version interactive et à la commande



LES OUTILS POUR LA PRATIQUE PAR LOCALISATION DE CANCER

(comprenant la démarche diagnostique, le bilan initial, les modalités thérapeutiques de première intention, la gestion des effets indésirables et les examens de suivi)

- Cancers du sein
- Cancers bronchopulmonaires
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
- Cancers colorectaux
- Lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire (LAGC-AIM)
 - Cancers de l'ovaire
 - Cancers du pancréas
- Cancers invasifs du col utérin
 - Cancer du foie
- Leucémie lymphoïde chronique
- Cancers de la thyroïde

LES FICHES THÉMATIQUES

- L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer
- Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer
 - Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer
- Préservation de la santé sexuelle et de la fertilité en cas de cancer
- Prévention et traitement du lymphoedème après traitement d'un cancer
 - Accès à l'emprunt et droit à l'oubli après un cancer
- Maintien et retour à l'emploi pendant et après un cancer

Le guide digital « **ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE** » décrit les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie

COMMENT SE PROCURER LES TITRES DE LA COLLECTION ?

- Pour commander gratuitement, rendez-vous sur :
e-cancer.fr



Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

