

GUIDE MEDECIN TRAITANT

Stratégie de diagnostic précoce du mélanome

OBJECTIFS

Améliorer et promouvoir le diagnostic précoce du mélanome : définition des populations à risque, prise en compte du parcours de soins coordonnés du patient, du médecin traitant et/ou du médecin du travail vers le dermatologue.

Le rapport complet et la fiche de synthèse sont disponibles sur le site de la HAS (www.has-sante.fr)

CONTEXTE

Le mélanome est un cancer peu fréquent par comparaison aux carcinomes épithéliaux mais c'est la plus grave des tumeurs malignes cutanées car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital du patient.

Des arguments forts incitent à valoriser le diagnostic précoce auprès du public et de l'ensemble des professionnels de santé :

- en 2006 les traitements du mélanome au stade métastatique n'ont pas d'effet sur la mortalité. Seul le diagnostic de mélanomes *in situ* (stade précoce du mélanome) et de mélanomes de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer.

Les données de la littérature montrent que le pronostic du patient dépend de la valeur de l'indice de Breslow et de la présence ou non d'une ulcération à l'examen histologique au moment de l'exérèse du mélanome :

- une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie après traitement est observée : le taux de survie à 5 ans est de 91-95 % lorsque cet indice est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm ;
- le taux de récurrences locales, régionales ou à distance est corrélé à l'indice de Breslow.

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué sur un mélanome ayant un indice de Breslow faible : efficacité sur la mortalité et/ou le taux de récurrences.

- Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce ont un impact positif (augmentation du nombre de mélanomes dépistés et diminution de l'épaisseur des mélanomes dont on a fait l'exérèse)

LES DIFFERENTS TYPES DE MELANOME

- Le **mélanome à extension superficielle** (SSM) : tache de contours irréguliers polycycliques, de couleur inhomogène polychrome (noir, marron, rouge, achromique), non palpable ou palpable selon sa phase d'évolution. Croissance lente (mois à années), 70-80 % des mélanomes.
- Le **mélanome nodulaire** (MN) : nodule de couleur noire (parfois achromique), ferme, arrondi, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner. Croissance rapide (semaines à mois), 4-18 % des mélanomes.
- Le **mélanome de Dubreuilh** : tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé, observée sur les zones photo-exposées chez le sujet âgé (visage principalement).
- Le **mélanome acral-lentigineux** : observé sur les paumes ou plantes (tache brune ou noire aux contours irréguliers), les ongles (bande mélanique > 6 mm de large, pigmentation irrégulière), les zones cutanées non exposées au soleil.

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

Les facteurs suivants augmentent le risque (risque multiplié par deux) de survenue d'un mélanome (pour le détail de ces facteurs, voir le tableau en dernière page) :

- nombreux nævus communs (*grains de beauté*), nævus atypiques ;
- mode de vie donnant lieu à une exposition solaire intense ;
- antécédents de coups de soleil (brûlures solaires) ;
- phototype cutané de type I (coups de soleil + absence de bronzage) ;
- antécédents personnels ou familiaux de mélanome ;
- caractéristiques physiques (couleur des cheveux ou de la peau, éphélides).

L'EXAMEN CLINIQUE

On ne peut connaître le stade de gravité du mélanome sur le seul aspect clinique (aucune corrélation entre le diamètre du mélanome et son épaisseur). L'examen clinique est une méthode performante à condition de connaître la sémiologie des mélanomes (importance de la formation).

La démarche analytique visuelle

- La règle ABCDE est la méthode de référence en France.
- L'acronyme ABCDE signifie : A = asymétrie ; B = bord ; C = couleur ; D = diamètre ; E = évolutivité (*voir tableau en dernière page*).
- Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés (le critère E étant le critère le plus pertinent).

La démarche cognitive visuelle

- Chez un sujet donné, les nævus ont un aspect clinique homogène (les nævus se ressemblent entre eux).
- Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres nævus du patient dans sa forme, sa couleur ou son épaisseur.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS DE VOTRE PATIENT

Vous avez identifié un patient à risque de mélanome, vous devez :

- l'inciter à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue ;
- l'inciter à l'auto-examen cutané une fois par trimestre (*voir ci-après*).
- l'informer sur les risques liés à l'exposition solaire.

Vous avez identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, vous devez adresser sans délai votre patient à un dermatologue :

- si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse de la lésion ;
- l'examen anatomo-pathologique confirmera ou non le diagnostic de mélanome ;
- en fonction des résultats de cet examen le dermatologue décidera de la prise en charge thérapeutique (traitement, surveillance) et l'expliquera à votre patient.

L'AUTO-EXAMEN CUTANÉ : POURQUOI ? COMMENT ?

L'auto-examen permet à votre patient d'examiner seul la totalité de sa peau (temps de réalisation : 15 minutes). *Votre patient devra rechercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres nævus ou d'apparition récente ou évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur.*

Étape 1

L'examen direct : le patient devra examiner à l'œil nu les paumes de ses mains et pieds, ses ongles, ses doigts et ses 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

L'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

L'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 examinées à l'aide du miroir à main. Le patient peut également demander l'aide d'une personne de son entourage.

LES ÉTAPES CLÉ DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

1- Le parcours de soin du patient :

Médecin traitant, médecin du travail ou dermatologue :

- identifie des sujets à risque (cf. points 2,3,4 ci-dessous) ;
- identifie une lésion suspecte (cf. point 5 ci-dessous).

Dermatologue :

- confirme de la suspicion diagnostique (à cette fin, lui adresser sans délai votre patient) ;
- pratique l'exérèse de la lésion, fait faire l'examen anatomo-pathologique et assure le suivi du patient.

2- Les facteurs de risque à rechercher :

- Nævus atypiques $n \geq 2$.
- Lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40 .
- Antécédents personnels ou familiaux de mélanome.
- Phototype I, antécédents de brûlures solaires.
- Cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire.
- Éphélides (taches de rousseur) nombreuses.
- Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

3- Les facteurs de risque liés au mode de vie ou à la profession du patient :

- Sujets ayant vécu dans des pays très ensoleillés (exposition solaire aiguë et intense) de par leur profession ou leur activité de loisirs.
- Pour le mélanome de Dubreuilh uniquement, les sujets avec un métier en extérieur (moniteurs sportifs, marins, agriculteurs, ouvriers du bâtiment et des travaux publics).

4- Les autres facteurs de risque à prendre en compte :

- Les antécédents personnels de cancer cutané autre qu'un mélanome.
- Les antécédents d'exérèse d'une lésion cutanée (rechercher les cicatrices d'intervention et le résultat de l'examen anatomo-pathologique s'il y en a eu un).
- Les traitements immunosuppresseurs.

5- L'examen clinique nécessite une bonne formation du praticien à la sémiologie des critères ABCDE :

Les conditions de réalisation de l'examen cutané :

- le patient est examiné dans une pièce bien éclairée ;
- le déshabillage du patient doit être complet ;
- l'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans oublier les plis et les espaces inter-digitaux ;
- les éléments pris en compte sont la forme des lésions, leur disposition, topographie, distribution et étendue.

Une lésion susceptible d'être un mélanome est :

- une lésion asymétrique (critère A) ;
- aux bords irréguliers, encochés, polycycliques, délimités par rapport à la peau environnante (critère B) ;
- de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (critère C). Des zones blanches où le pigment a disparu, des zones rouges inflammatoires ou des zones cicatricielles bleutées peuvent également être observées ;
- de diamètre > 6 mm (critère D) ;
- évolutive dans sa taille (la lésion s'élargit), sa couleur ou son épaisseur (critère E).

