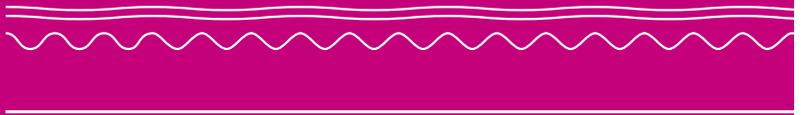


LES TRAITEMENTS DU MÉLANOME DE LA PEAU



L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 7.13 :**

Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : e-cancer.fr

Ce guide a été publié en juillet 2016 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements du mélanome de la peau*, collection Guides patients Cancer info, INCa, juillet 2016.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr



Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. Cette annonce peut provoquer d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions sur la maladie et sur le traitement et le suivi qui vous sont proposés. Ce guide est là pour vous apporter des éléments de réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent.

Que contient ce guide ?

Ce guide présente le traitement et le suivi du mélanome de la peau : les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets indésirables. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez et propose des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente également, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur et ont été validées par des spécialistes des mélanomes de la peau.

Ce guide traite des mélanomes de la peau, dits aussi mélanomes cutanés. Il n'aborde pas les mélanomes de l'œil, ni ceux des muqueuses* de la bouche, du nez, des sinus, du rectum ou des organes génitaux.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de ce guide de manière indépendante ou en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous pouvez obtenir d'autres informations sur les signes et symptômes ainsi que sur la prévention du mélanome, en vous rendant sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**. Le site de l'Institut national du cancer propose par ailleurs d'autres informations susceptibles de vous intéresser.



QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : les **cellules***. Au cœur des cellules, les gènes contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies ; le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

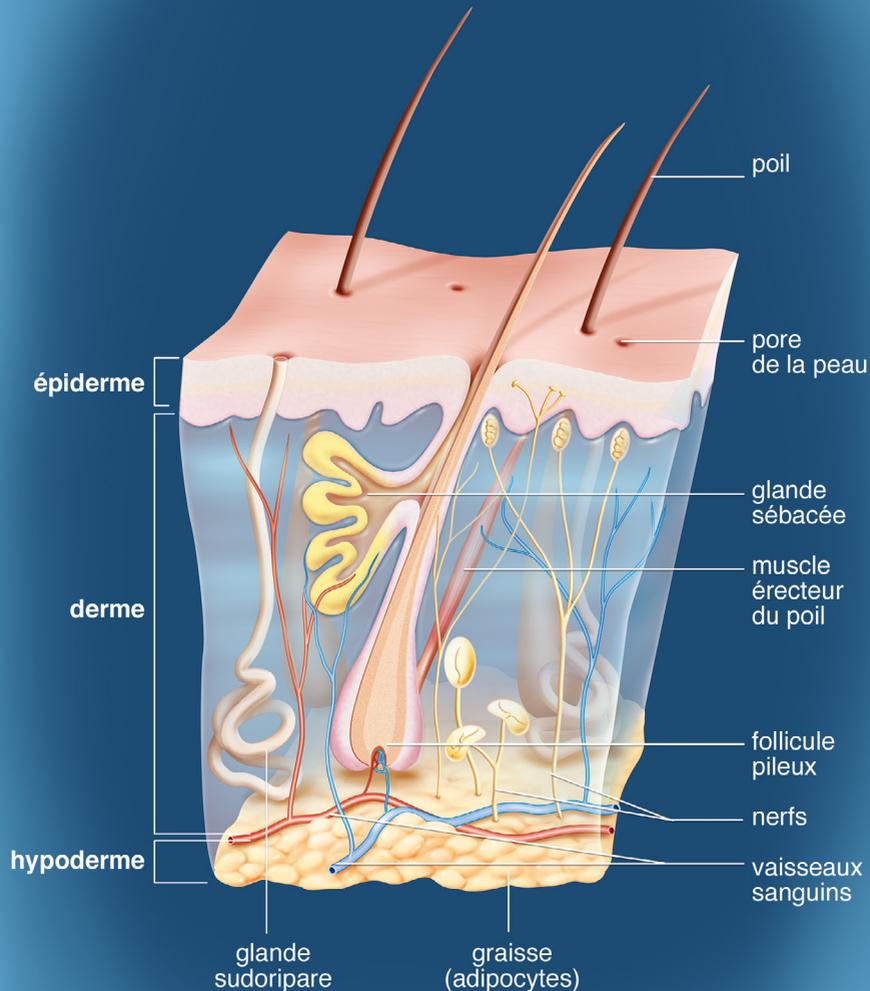
Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et qui se transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la **lymphe***, et former d'autres tumeurs à distance, les métastases.

Sommaire

1. Un mélanome de la peau, qu'est-ce que c'est?	9		
1.1 La peau	9		
1.2 Le développement d'un mélanome de la peau	13		
1.3 Le diagnostic	16		
2. Les traitements du mélanome de la peau	19		
2.1 Le choix de vos traitements	19		
2.2 Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	22		
2.3 Participer à un essai clinique	27		
2.4 Votre qualité de vie	28		
3. La chirurgie	31		
3.1 Comment se préparer à l'intervention?	31		
3.2 L'exérèse élargie	32		
3.3 L'exérèse du ganglion sentinelle	36		
3.4 Le curage ganglionnaire total	38		
3.5 Que se passe-t-il après l'intervention?	40		
3.6 Quels sont les effets indésirables et complications possibles?	41		
4. Traitements médicamenteux	45		
4.1 Quelles sont les indications des traitements médicamenteux et les molécules utilisées?	46		
4.2 Comment se déroule le traitement en pratique?	49		
4.3 Quels sont les effets indésirables possibles?	53		
5. La radiothérapie	67		
5.1 Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée?	68		
5.2 Comment se déroule la radiothérapie en pratique?	69		
5.3 Quels sont les effets indésirables possibles?	71		
		6. Suivi	73
		6.1 Quels sont les objectifs du suivi?	73
		6.2 En quoi consiste le suivi?	73
		6.3 Technique d'autodétection	74
		7. Les professionnels et leur rôle	77
		8. Questions de vie quotidienne	83
		8.1 Qu'est-ce que l'ALD?	83
		8.2 La vie professionnelle pendant les traitements	84
		8.3 Les aides à domicile	85
		8.4 Bénéficier d'un soutien psychologique	86
		8.5 Les aides à l'arrêt du tabac	87
		8.6 Les proches	88
		8.7 Les directives anticipées : faire connaître vos choix	89
		9. Ressources utiles	91
		9.1 La plateforme Cancer info	91
		9.2 Les associations	93
		9.3 Les lieux d'information et d'orientation	93
		10. Glossaire	95
		Annexe : les examens du bilan diagnostique	108
		Méthode et références	112

Les différentes couches de la peau



1. Un mélanome de la peau, qu'est-ce que c'est ?

LA PEAU
LE DÉVELOPPEMENT D'UN MÉLANOME DE LA PEAU
LE DIAGNOSTIC

Un mélanome de la peau est une maladie des cellules* de la peau appelées mélanocytes. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une lésion appelée tumeur maligne.

1.1 LA PEAU

Essentielle à la vie, la peau est l'organe le plus étendu et le plus lourd du corps humain. Chez l'adulte, elle mesure près de 2 m² de surface.

La peau possède de nombreuses fonctions indispensables à l'organisme :

- Elle constitue une barrière qui protège l'organisme des agressions extérieures : soleil, bactéries et virus, effets nocifs des produits chimiques, etc. Elle se défend et s'adapte continuellement aux agressions notamment grâce aux nombreuses cellules immunitaires* qu'elle contient. Son pouvoir de protection est cependant limité. À force d'être agressées par les ultraviolets* (UV) par exemple, les cellules de la peau peuvent subir des transformations qui aboutissent dans certains cas au développement d'un cancer de la peau, notamment un mélanome.
- Elle est un organe sensoriel : elle détecte des informations extérieures (froid, chaleur, douleur ou pression) grâce à des récepteurs nerveux, très nombreux, en particulier au bout des doigts.
- Elle contribue à réguler la température corporelle. Même au repos, notre organisme produit en permanence de la chaleur par la transformation des aliments. En l'absence de fièvre, la température du corps humain est maintenue constante à 37°. Elle est régulée par la transpiration, mais également par la circulation sanguine présente à la surface de la peau qui permet à la chaleur d'être évacuée et de s'échapper dans l'air.

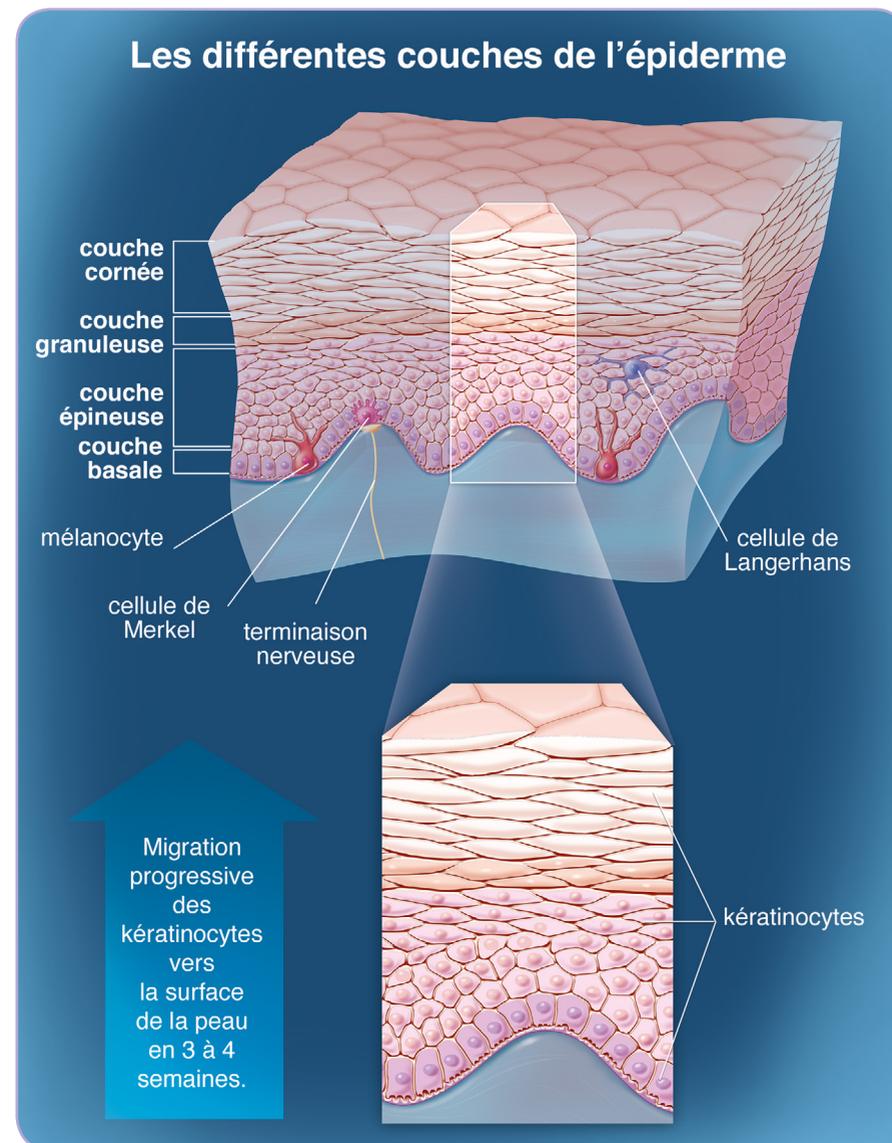
- Elle permet au corps de fabriquer de la vitamine D dès qu'elle est exposée au soleil. La vitamine D a pour fonction essentielle d'augmenter la capacité d'absorption du calcium et du phosphore par l'intestin. Cette bonne absorption permet notamment d'assurer une minéralisation optimale des os, des cartilages et des dents. Une carence en vitamine D peut provoquer certaines maladies notamment une déformation des os chez l'enfant appelée rachitisme.
- La peau joue également un rôle psychosocial important : élément majeur de notre apparence physique, la peau est un vecteur de communication entre nous et les autres.

Les différentes couches de la peau

La peau est constituée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

- L'**épiderme** est l'enveloppe externe de la peau. Il contient différents types de cellules, dont les mélanocytes (voir page 12). Il est lui-même composé de quatre étages : la couche cornée, la couche granuleuse, la couche épineuse et la couche basale (voir schéma ci-contre). Dépourvu de vaisseaux sanguins*, l'épiderme doit compter sur le derme pour se nourrir.
- Le **derme**, couche intermédiaire, se situe sous l'épiderme. Principal tissu* de soutien de la peau, il est responsable de sa solidité. Il est composé principalement de fibroblastes, cellules responsables de la production de fibres de collagène et de fibres élastiques, à l'origine de la souplesse et de l'élasticité de la peau. Le derme contient également des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques* et des terminaisons nerveuses. Il est également le siège des follicules pileux (qui forment la base du poil), des glandes sudoripares (qui produisent la sueur) et sébacées (qui produisent le sébum). Tous ces constituants assurent l'hydratation et la nutrition de la peau et participent à la protection du corps contre les agressions.
- L'**hypoderme**, couche la plus profonde, est situé sous le derme. Il est constitué de cellules grasses, les adipocytes. Cette couche de graisse stocke l'énergie, assure l'isolation pour conserver la chaleur du corps et protège les organes recouverts.

L'épaisseur de la peau varie en moyenne de 0,5 millimètre à 3 centimètres selon les parties du corps (cette épaisseur tient compte des 3 couches de la peau citées ci-dessus). Elle est la plus fine au niveau des paupières et la plus épaisse au niveau du dos, de l'abdomen ou encore au niveau des paumes des mains et des pieds.



Les mélanocytes: des cellules de l'épiderme

Les mélanocytes, cellules à l'origine du développement du mélanome de la peau, se situent dans l'épiderme. Ces cellules sont responsables de la production de mélanine, un pigment qui donne sa couleur à la peau. Elles siègent au niveau de la couche basale de l'épiderme. Lorsque la peau est exposée aux rayons ultraviolets, le nombre de mélanocytes augmente et la mélanine est plus abondante. Les mélanocytes produisent parfois une plus grande quantité de mélanine à certains endroits. C'est ce qui explique les taches de rousseur et certaines taches de vieillesse.

L'épiderme comporte aussi trois autres types de cellules :

- les kératinocytes, cellules les plus nombreuses. Elles contiennent une protéine*, la kératine, qui aide à protéger la peau contre les agressions extérieures. La kératine, qui se dépose progressivement en superficie, est le constituant principal de la couche cornée ;

LES DIFFÉRENTS TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

Outre les mélanomes qui représentent 10 % des cancers de la peau, il en existe d'autres types. Les plus fréquents sont les carcinomes : ils représentent 90 % de l'ensemble des cancers cutanés. Ils surviennent généralement après l'âge de 50 ans, sur les zones découvertes du corps. Ils sont le plus souvent dus à une exposition au soleil excessive et répétée. Contrairement au mélanome de la peau, le point de départ de ces cancers cutanés n'est pas les mélanocytes, mais d'autres cellules, les kératinocytes, également situées dans l'épiderme. On en distingue deux types :

- les carcinomes basocellulaires : ce sont les plus fréquents et les moins graves. Ils évoluent lentement et n'entraînent pas de métastases* à distance. Cependant, ils peuvent s'étendre localement et entraîner une destruction des tissus sous-cutanés (c'est-à-dire situés sous la peau). Il suffit, le plus souvent, de les retirer chirurgicalement pour en assurer la guérison ;
- les carcinomes épidermoïdes (anciennement appelés carcinomes spinocellulaires) : ils sont plus rares et peuvent entraîner des métastases. Ils sont toutefois facilement guérissables dans la plupart des cas, grâce à une détection précoce permettant un traitement chirurgical.

Les traitements proposés étant spécifiques à chaque type de cancer de la peau, il est important de connaître le nom précis de la maladie pour accéder à une information adaptée à votre situation.

- les cellules de Langerhans, spécialisées dans l'activation du système immunitaire*. Elles font partie des cellules dendritiques qui participent à la défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures, en permettant aux lymphocytes* de détecter les corps étrangers comme les bactéries et les virus ;
- les cellules de Merkel qui jouent un rôle dans la sensibilité de la peau au toucher grâce à des terminaisons nerveuses. Elles permettent d'identifier la forme et la matière des objets au contact de notre peau.

1.2 LE DÉVELOPPEMENT D'UN MÉLANOME DE LA PEAU

Quatre-vingt pour cent des mélanomes de la peau se développent à partir d'une peau saine, c'est-à-dire une peau ne présentant aucune tache ou lésion. Ils apparaissent sous la forme d'une tache pigmentée qui ressemble à un grain de beauté. Dans 20 % des cas, ils se développent à partir d'un grain de beauté (aussi appelé nævus) préexistant. Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles sont d'abord peu nombreuses et limitées à la surface de la peau. La plupart des mélanomes se développent d'abord horizontalement dans l'épiderme, puis verticalement. Tant que la tumeur* se situe au sein de l'épiderme, on parle de mélanome *in situ*. Si le mélanome est enlevé à ce stade, il n'y a pas de risque d'évolution métastatique*.

Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur progresse en profondeur à travers le derme, voire l'hypoderme. Lorsque la tumeur franchit la membrane basale* et atteint le derme, on dit que le cancer est invasif.

Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions* lymphatiques proches de la tumeur ;
- les canaux lymphatiques situés entre la tumeur primitive* et les premiers ganglions proches. Les cellules forment alors des tumeurs, cutanées ou sous-cutanées, sous la forme de nodules* dont la taille varie de celle d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres. On les appelle métastases en transit ;
- ou encore d'autres organes tels que les poumons, le foie, d'autres zones de la peau, les os ou le cerveau. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases.

Les principaux types de mélanomes de la peau

On distingue quatre principaux types de mélanomes de la peau :

- le mélanome superficiel extensif (60 à 70 % des cas), lié à des coups de soleil importants dans le passé. Il s'étend d'abord horizontalement à la surface de la peau puis en profondeur dans les couches de la peau. Il se présente sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire qui change lentement sur une période d'un à cinq ans, puis rapidement. Le mélanome superficiel extensif apparaît le plus fréquemment sur le cou, la partie supérieure du tronc chez l'homme et la partie inférieure des jambes chez la femme ;
- le mélanome de Dubreuilh (5 à 10 % des cas) se manifeste le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Il est lié à des expositions répétées aux rayons ultraviolets*. Son extension est d'abord horizontale, puis verticale. Il est parfois encore appelé mélanome de type lentigo malin*. Le mélanome de Dubreuilh apparaît le plus souvent dans des zones exposées au soleil, surtout au niveau du visage, mais aussi sur le cou et les mains. Il se manifeste par l'apparition d'une tache brune plus ou moins foncée qui augmente de taille très lentement ;
- le mélanome nodulaire est le type de mélanome dont la croissance est la plus rapide. Il peut atteindre toutes les parties de la peau, y compris les régions non exposées au soleil. Il représente moins de 5 % des mélanomes de la peau. Contrairement aux autres mélanomes qui commencent à s'étendre horizontalement, le mélanome nodulaire s'étend rapidement en profondeur (verticalement) dans les couches de la peau. Il se manifeste habituellement sous la forme d'une surélévation de la peau de couleur foncée ou de couleur « peau normale » ;
- le mélanome acrolentigineux (ou mélanome des extrémités) se découvre le plus souvent chez les personnes qui ont la peau foncée, sur la paume des mains, la plante des pieds ou sous les ongles. Il n'est pas lié à une surexposition aux ultraviolets et se développe d'abord horizontalement pendant plusieurs mois ou années, puis verticalement, en profondeur. Il apparaît habituellement sous la forme d'une lésion* foncée plane, puis sous forme de nodules. Lorsqu'il est de la couleur de la peau, il est alors très difficile à diagnostiquer car il peut être confondu avec une verrue plantaire.

Le traitement de ces différents types de mélanome repose essentiellement sur la chirurgie qui sera adaptée à la topographie (c'est-à-dire à l'endroit où est situé le mélanome) et à la profondeur de la lésion (voir page 31).

Facteurs de risque

Un facteur de risque désigne un élément qui peut favoriser le développement d'un cancer. La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'un cancer. Inversement, un cancer peut se développer sans qu'aucun des facteurs de risque connus ne soit présent.

L'exposition excessive au soleil et aux cabines à UV favorise le développement du mélanome de la peau. En limitant ces expositions, certains cas de mélanome pourraient être évités. Une journée nationale de prévention et de dépistage gratuit des tumeurs cutanées est organisée tous les ans, au mois de mai, par le Syndicat national des dermatologues-vénérologues.

Pour le mélanome de la peau, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. On distingue :

Les facteurs de risque externes, liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie :

- l'exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels ;
- les antécédents de coups de soleil reçus notamment pendant l'enfance.

Les facteurs de risque internes, c'est-à-dire constitutifs des individus :

- le phototype qui caractérise la sensibilité de la peau aux rayonnements ultraviolets. Il existe plusieurs phototypes correspondant à différents types de peaux et couleurs de cheveux (le phototype le plus à risque est celui de la peau claire avec cheveux roux ou blonds, yeux clairs, taches de rousseur) ;
- la sensibilité face au soleil (peau qui a tendance à brûler et ne bronze pas ou peu) ;
- un nombre élevé de grains de beauté (plus de 50), la présence de grains de beauté d'aspect inhabituel ou congénitaux (c'est-à-dire présents depuis la naissance) de grande taille ;

- les antécédents personnels ou familiaux (parents au 1^{er} degré) de mélanome, lorsque plusieurs cas de mélanome sont diagnostiqués au sein d'une même famille. Dans certains cas, votre dermatologue peut vous proposer une consultation d'oncogénétique* à la recherche de mutation au sein de gènes pouvant jouer un rôle dans le développement de mélanomes (analyse des gènes CDKN2A et CDK4 ou analyse d'un panel de gènes pouvant comprendre en outre MITF, BAP1, MC1R...);
- une immunodépression, c'est-à-dire un affaiblissement du système immunitaire*.

1.3 LE DIAGNOSTIC

L'apparition d'une lésion suspecte, le plus souvent une tache irrégulière, ou la modification d'un grain de beauté jusqu'alors stable peuvent alerter sur la présence d'un mélanome de la peau. Ce type de modifications peut être identifié par vous lors d'un autoexamen de votre peau ou par l'un de vos proches; c'est d'ailleurs la circonstance de découverte la plus fréquente (voir chapitre « Suivi » page 73). Il peut encore être découvert par votre dermatologue, votre médecin traitant ou tout autre médecin amené à vous examiner (qui vous oriente alors vers un dermatologue).

Lors de la consultation, le dermatologue vous interroge sur vos antécédents personnels et familiaux notamment de cancers cutanés, sur vos éventuels facteurs de risque ainsi que sur votre état de santé de façon plus globale.

Il réalise un examen clinique* pour examiner la taille de la lésion suspecte, sa forme, sa couleur et, chaque fois que possible, son caractère évolutif (c'est-à-dire une modification récente) notamment grâce aux critères de la règle ABCDE (Asymétrie, Bordure, Couleur, Diamètre, Évolution). Cette règle permet de contrôler toute modification de couleur, de forme ou de taille d'un grain de beauté pouvant constituer un signe d'alerte. Il inspecte également l'ensemble de votre peau pour vérifier notamment, la présence ou non d'une autre lésion. Il s'aide d'un appareil d'optique grossissant, un dermoscope, pour examiner la peau. Il peut également réaliser une palpation des aires ganglionnaires*.

Lorsque la suspicion de mélanome est confirmée par le dermatologue, la totalité de la lésion est retirée afin d'être analysée au laboratoire. Seul l'examen anatomopathologique* des tissus prélevés en totalité permet de confirmer le diagnostic de mélanome et de déterminer son stade. On parle d'exérèse diagnostique. Réalisée le plus souvent sous anesthésie locale, elle dure en général moins d'une demi-heure. Elle est effectuée, dans la majorité des cas, au cabinet de votre dermatologue et ne nécessite pas d'hospitalisation. Vous pouvez rentrer chez vous une fois l'intervention terminée.

Selon l'épaisseur de la lésion (calculée grâce à l'indice de Breslow, voir page 33), une seconde opération est réalisée, dans la majorité des cas, afin de s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont bien été retirées et limiter ainsi le risque de récurrence (voir le chapitre « La chirurgie » page 31). On parle d'exérèse élargie ou de reprise d'exérèse.

Certains cas de mélanomes ne nécessitent toutefois pas de seconde opération ni de traitement médicamenteux. Toutes les cellules cancéreuses sont retirées lors de la première exérèse qui sert pour établir le diagnostic de mélanome et qui est également l'unique traitement. Un suivi régulier avec votre dermatologue est alors mis en place.

Une fois le diagnostic de mélanome confirmé par l'exérèse et l'analyse complète de la lésion, un bilan complémentaire est nécessaire et d'autres examens peuvent être prescrits (voir « Les examens du bilan diagnostique » page 108).

QUELQUES CHIFFRES

Avec près de 11 176 cas estimés en 2012, le mélanome représente entre 2 et 3 % de l'ensemble des cancers. Il touche un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %) et l'âge moyen au diagnostic est de 56 ans. C'est le cancer pour lequel le nombre de nouveaux cas par an (incidence) augmente le plus (10 % par an depuis 50 ans).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Quels examens sont effectués pour poser le diagnostic du mélanome de la peau ?**
- Quel est le rôle de ces différents examens ?**
- Quelles sont les caractéristiques du mélanome dont je suis atteint ?**
- Connait-on son étendue ?**
- Quel est l'impact sur ma vie quotidienne ?**
- Quel est son caractère de gravité ?**

2. Les traitements du mélanome de la peau

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS
LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER
PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
VOTRE QUALITÉ DE VIE

Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou en combinaison, pour traiter le mélanome de la peau: la chirurgie, des traitements médicamenteux et la radiothérapie.

Selon les cas, les objectifs sont :

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

La chirurgie, les traitements médicamenteux et la radiothérapie sont réalisés au sein d'établissements qui sont autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur e-cancer.fr

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Il est adapté à votre cas personnel et dépend des caractéristiques du mélanome dont vous êtes atteint: son type histologique (type de cellules impliquées), sa localisation et son stade, c'est-à-dire son degré d'extension en profondeur ou vers d'autres tissus. Son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité est également pris en compte. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir page 108).

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, une analyse complémentaire est effectuée à la recherche de la présence éventuelle d'une altération moléculaire* c'est-à-dire une anomalie survenue au niveau

d'un gène* (par exemple la mutation* BRAF V600 ou plus rarement en cas de mutation C-KIT), qui conditionne également le choix de vos traitements.

Votre âge, vos antécédents médicaux, votre état de santé global, les contre-indications éventuelles à certains traitements évaluées lors du bilan préthérapeutique, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : dermatologue, chirurgien, oncologue médical, anatomopathologiste, etc. (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 77).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations de bonnes pratiques*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est discuté avec vous

Lors d'une consultation spécifique, la consultation d'annonce, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie, le ou les traitements proposés qui, selon les cas peuvent ne relever que d'une simple chirurgie accompagnée d'un suivi régulier chez votre dermatologue. Si, le cas échéant, des traitements médicamenteux et/ou une radiothérapie vous sont proposés, le médecin vous décrit les bénéfices attendus et les effets indésirables* possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues.

Les modalités de la proposition de traitements après la chirurgie d'exérèse initiale sont généralement décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates de vos différents examens de suivi et, le cas échéant, des traitements, ainsi que leur durée et les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Après

que vous avez donné votre accord sur la proposition de traitements, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre parcours de soins en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, peut vous être proposée, à vous et à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

Si votre mélanome est traité uniquement par une exérèse élargie (et pas de traitement médicamenteux), il nécessite néanmoins un suivi à vie. Votre médecin vous détaille la façon dont les examens de suivi sont programmés dans le temps. Ces rendez-vous sont importants ; ils doivent être effectués selon le programme prévu par votre équipe médicale (voir « Les objectifs du suivi » page 73).

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Quelle que soit la pathologie qui vous concerne, la personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (La personne de confiance, Les directives anticipées) sur le site du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr (espace Droits des usagers de la santé/Le guide)

2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements dépendent du stade du mélanome au moment du diagnostic, c'est-à-dire de son étendue.

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur un système international de classification, le système TNM (utilisé pour Tumor, Nodes, Metastasis, ce qui signifie, tumeur, ganglions, métastases) de l'UICC et de l'AJCC¹.

Pour évaluer le stade de votre mélanome, les médecins prennent en compte plusieurs critères.

Les caractéristiques de la tumeur primitive*

Son épaisseur

L'épaisseur maximale du mélanome, est mesurée au microscope et indiquée en millimètres. L'épaisseur de la tumeur est un facteur pronostique*. Cette information, appelée indice de Breslow, donne une indication du degré d'extension de la maladie dans les couches de la peau, au moment du diagnostic.

Son ulcération

L'ulcération en surface du mélanome est une destruction de l'épiderme qui est visible au microscope, mais aussi parfois à l'œil nu lorsque le mélanome saigne par exemple.

Le nombre de mitoses au mm²

Le processus de division d'une cellule en deux nouvelles cellules est appelé mitose. Le nombre de mitoses donne une indication de la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se divisent. Cet examen est effectué uniquement pour les mélanomes d'épaisseur inférieure ou égale à 1 mm : l'anatomopathologiste (voir le chapitre « Les professionnels de santé et leur rôle », page 77), grâce au microscope, dénombre les cellules en division sur une surface d'un millimètre carré.

1. À ne pas confondre avec le niveau de Clark également noté de I à IV qui évalue l'extension du mélanome dans les trois couches de la peau.

L'épaisseur du mélanome, son caractère ulcéré ou non, ainsi que le nombre de mitoses des cellules cancéreuses sont des facteurs pronostiques, c'est-à-dire qu'ils donnent une indication sur l'évolution possible de la maladie.

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

Des cellules cancéreuses peuvent s'échapper du mélanome primitif et se disséminer dans les ganglions lymphatiques, situés à proximité de l'endroit où le mélanome est apparu. Elles peuvent aussi former de nouvelles tumeurs cutanées ou sous cutanées (appelées métastases en transit) dans les vaisseaux lymphatiques, entre le mélanome primitif et les ganglions lymphatiques proches.

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

Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes situés à distance et y développer des métastases. Les organes le plus souvent touchés sont le poumon, la peau, le foie et le cerveau.

Pour les cas de mélanome présentant des métastases à distance, un dosage des LDH peut également être réalisé. La lactate déshydrogénase (LDH) est une enzyme* présente dans le sang et dans d'autres tissus et organes tels que la peau, les muscles, les reins, le foie, le cœur, etc. Mesuré grâce à une analyse sanguine, le dosage de LDH fournit également des renseignements sur le pronostic du mélanome. La LDH n'est pas spécifique du mélanome et son dosage peut être anormal dans d'autres situations.

Il existe quatre stades différents :

- les stades I et II désignent les mélanomes localisés, avec ou sans ulcération. Les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints. Il n'y a ni métastase en transit, ni métastase à distance. En fonction de l'épaisseur du mélanome, les stades I et II sont découpés en stades IA, IB, et II A à II C²;

2. Vous pouvez consulter la classification TNM de l'UICC et de l'AJCC18 (version 2009 en cours au moment de l'édition de ce document) dans le *Guide affection longue durée, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, mélanome cutané*, HAS/INCa, janvier 2012, page 37.

- le stade III désigne les mélanomes qui présentent des métastases locorégionales cutanées ou ganglionnaires, c'est-à-dire dans la région qui se situe autour du mélanome, avec ou sans ulcération ;
- le stade IV désigne les mélanomes qui présentent des métastases à distance. On parle aussi de mélanome métastatique.

Le tableau qui suit présente les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Les modalités citées dans ce tableau sont décrites en détail dans les chapitres 3 à 5.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
Mélanome localisé Stades I et II	<p>La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à retirer la lésion dans sa totalité. Une deuxième opération, appelée reprise d'exérèse pourra être programmée en fonction de l'épaisseur de la lésion, calculée grâce à l'indice de Breslow (voir page 33). L'objectif est de s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont bien été retirées.</p> <p>Pour les mélanomes de stade II dont l'épaisseur est supérieure à 1,5 millimètre ou les mélanomes ulcérés, une immunothérapie par le médicament interféron alpha peut être proposée en traitement adjuvant (c'est-à-dire en complément de la chirurgie). Elle vise à réduire le risque de récurrence. Cependant, ce traitement est aujourd'hui rarement utilisé.</p>
Mélanome avec métastase(s) locorégionale(s) cutanée(s) ou ganglionnaire(s) (atteinte des ganglions lymphatiques ou présence de métastases en transit) Stade III	<p>La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à retirer la lésion dans sa totalité. Une deuxième opération, appelée reprise d'exérèse pourra être programmée en fonction de l'épaisseur de la lésion, calculée grâce à l'indice de Breslow (voir page 33). L'objectif est de s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont bien été retirées. Un curage ganglionnaire est également réalisé (les ganglions situés à proximité de la tumeur sont enlevés).</p> <p>Un traitement médicamenteux (interféron alpha ou plus rarement une chimiothérapie classique, une ou des thérapies ciblées ou encore un ou des anticorps monoclonaux dans le cadre d'essais cliniques) peut être associé à la chirurgie. Ces possibilités sont décidées au cas par cas, en réunion de concertation pluridisciplinaire.</p>

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
Mélanome avec métastase(s) locorégionale(s) cutanée(s) ou ganglionnaire(s) (atteinte des ganglions lymphatiques ou présence de métastases en transit) Stade III	<p>Dans certaines situations, une radiothérapie externe peut également être utilisée comme traitement adjuvant (c'est-à-dire en complément de la chirurgie et/ou des traitements médicamenteux) après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.</p>
Mélanome avec métastase(s) à distance Stade IV ou Stade III non opérable	<p>En cas de lésions accessibles et peu nombreuses, une exérèse chirurgicale de la (des) métastase(s) pourra être proposée après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.</p> <p>Il existe plusieurs options de traitements médicamenteux pouvant être associés ou non à la chirurgie (voir le chapitre « Les traitements médicamenteux » page 45). Elles sont discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire.</p> <p>Dans certains cas, une radiothérapie externe peut être utilisée. Elle peut être proposée en cas de métastases osseuses ou cutanées douloureuses, ainsi qu'en cas de métastases hémorragiques (c'est-à-dire lorsque les métastases saignent). Elle peut également être utilisée seule ou après exérèse des métastases cérébrales.</p> <p>Elle vise à freiner la progression de la maladie et donc à atténuer les effets de cette progression dont la douleur.</p>

Pour les mélanomes présentant des métastases en transit ou à distance, d'autres traitements peuvent être proposés dans des situations particulières, discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire :

- La destruction des métastases par radiofréquence. La radiofréquence est une technique de chirurgie qui détruit les cellules cancéreuses par une chaleur intense produite par des ondes. Sous l'action de la

chaleur, les tissus s'échauffent et se détruisent. Cette technique est réalisée sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation d'environ trois jours. L'instrument utilisé se présente comme une aiguille constituée de deux parties. L'une permet de guider l'outil à travers la peau jusqu'à la zone à traiter, l'autre est une électrode qui envoie les ondes sur la tumeur.

- La cryochirurgie des métastases hépatiques (localisations secondaires présentes dans le foie). Aussi appelée cryothérapie, il s'agit d'un traitement local* qui détruit les cellules cancéreuses par un froid intense. Guidé par une échographie*, le médecin insère des aiguilles dans la zone à traiter, au travers de la peau, afin de congeler la tumeur entre -40° à -60°C. Sous l'action du froid, les cellules cancéreuses gonflent, puis se rétractent et finissent par éclater. Toujours sous l'effet du froid, le sang contenu dans les vaisseaux sanguins qui irriguent la métastase coagule, privant ainsi les cellules tumorales de l'oxygène et des nutriments qu'il contient.
- La chimiothérapie sur membre perfusé isolé. Ce type de chimiothérapie vise à traiter dans son ensemble le bras ou la jambe atteints. La circulation sanguine du membre concerné est dérivée vers l'extérieur, de manière à l'isoler du reste du corps. De fortes doses de chimiothérapie sont ensuite administrées dans la circulation isolée. Cette méthode est réalisée dans des conditions d'hyperthermie, ce qui veut dire que la température du sang que l'on fait circuler dans le membre est élevée: entre 38° et 40°C. Cela permet une circulation optimale dans la tumeur et ainsi une bonne pénétration des médicaments.
- La radiothérapie stéréotaxique peut être utilisée notamment en cas de métastases cérébrales, pulmonaires, osseuses vertébrales. Elle consiste à administrer un faisceau de rayons qui se concentre sur la tumeur pour la détruire. Cette technique est particulièrement utilisée pour traiter des tumeurs profondes pour lesquelles il serait trop dangereux de réaliser une intervention chirurgicale. Contrairement aux radiothérapies classiques, la radiothérapie stéréotaxique nécessite très peu de séances; parfois une seule suffit. Dans certaines situations et certains centres de soins, une

radiochirurgie (qui est également une technique de radiothérapie stéréotaxique) peut être utilisée pour traiter des métastases cérébrales; cette technique nécessite une seule séance (voir page 68).

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec la participation de patients.

Les mélanomes de la peau font l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- identifier des altérations moléculaires au niveau des gènes des cellules cancéreuses et proposer aux patients les thérapies ciblées les plus adaptées;
- tester de nouveaux traitements médicamenteux (notamment des médicaments d'immunothérapie ou de thérapie ciblée*);
- évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants en mettant en place de nouvelles combinaisons de molécules. Ces nouvelles stratégies thérapeutiques ont notamment pour but d'améliorer l'efficacité des traitements et de réduire leurs effets indésirables;
- évaluer l'efficacité des médicaments de chimiothérapie utilisés pour les mélanomes métastatiques.

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai et fixés dans le protocole de l'essai.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et à terme, la manière dont les patients sont soignés. Ils sont soumis à autorisation préalable de l'Agence nationale pour la sécurité des médicaments et des produits de santé* (ANSM) et à avis favorable du Comité de protection des personnes* (CPP). C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement.

Pour en savoir plus, vous pouvez lire le guide *Cancer info Participer à un essai clinique en cancérologie*. Si vous souhaitez connaître les essais cliniques en cours sur les mélanomes de la peau, consultez le registre des essais cliniques sur e-cancer.fr

2.4 VOTRE QUALITÉ DE VIE

L'approche de vos soins est globale. En plus des traitements spécifiques contre le mélanome de la peau, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, difficultés psychologiques ou sociales...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant social, psychologue, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, diététicien, etc. (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 77).

Les soins de support comprennent notamment :

- la gestion des effets indésirables des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- la possibilité pour vous et vos proches de bénéficier d'un accompagnement psychologique ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives et financières.

Les soins de support font partie intégrante de votre parcours de soins. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. Quel que soit le stade de la maladie au moment du diagnostic et les traitements reçus, n'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante

de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer* sur e-cancer.fr

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou non conventionnelles. Elles peuvent apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété, etc. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre mélanome. Il est donc très important d'en parler avec lui.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses et coûteuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit ou votre médecin traitant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?

Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir/les soulager ?

Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?

Quelle est leur durée ?

Comment suis-je suivi pendant les traitements ?

3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

L'EXÉRÈSE ÉLARGIE

L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie a pour objectif d'enlever la lésion dans sa totalité, et selon les cas, de retirer les ganglions* lymphatiques correspondants (on parle de curage ganglionnaire). Elle constitue le traitement de référence des mélanomes cutanés qui ne présentent pas de métastases* à distance. Elle peut aussi être utilisée en association à un traitement médicamenteux et/ou une radiothérapie, pour traiter les mélanomes qui ont formé des métastases.

Une première chirurgie, appelée exérèse* diagnostique, permet d'enlever la lésion et de confirmer le diagnostic de mélanome. À la suite de cette première exérèse et selon l'épaisseur de la lésion retirée, une seconde intervention chirurgicale peut être programmée afin de la compléter. On parle cette fois d'exérèse élargie à but thérapeutique ou encore de reprise d'exérèse.

3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Une ou deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le dermatologue ou le chirurgien

Le médecin vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le médecin peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur* fasse l'objet d'une analyse génétique. Cette analyse vise à identifier d'éventuelles altérations moléculaires* présentes dans l'ADN* constituant les gènes

de la cellule cancéreuse. L'objectif est de déterminer si vos cellules sont sensibles à des traitements ciblant ces anomalies moléculaires et qui pourraient vous être proposés après la chirurgie. Cet échantillon peut également être conservé après l'opération dans une tumorotheque (bibliothèque de tumeurs) en vue de recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale ou générale selon les cas. Lorsqu'elle a lieu sous anesthésie générale, la consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (médicaments, rhume des foins, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation* liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants*), ainsi que votre consommation de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires. Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en à votre équipe soignante.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

3.2 L'EXÉRÈSE ÉLARGIE

Le dermatologue ou le chirurgien complète la première intervention chirurgicale (exérèse diagnostique) en enlevant une bande plus ou moins large de tissu* sain autour de la cicatrice de la première exérèse. Cette zone est aussi appelée marge de peau saine ou marge de sécurité.

La taille de cette marge dépend de l'épaisseur du mélanome qui a été mesurée au microscope lors de l'examen anatomopathologique*.

La chirurgie est également adaptée à la localisation du mélanome, notamment lorsqu'il est situé aux extrémités du corps ou sur le visage. Au moment de l'édition de ce document, les marges d'exérèse recommandées sont les suivantes :

- mélanome *in situ* : 0,5 centimètre ;
- mélanome de 1 millimètre ou moins : 1 centimètre ;
- mélanome de plus de 1 millimètre : 1 à 2 centimètres ;
- mélanome de 2 à 4 millimètres : 2 centimètres ;
- mélanome de plus de 4 millimètres : 2 à 3 centimètres.

Les marges d'exérèse supérieures à 3 centimètres ne sont pas réalisées, car au-delà aucun bénéfice thérapeutique n'est démontré.

Pour les mélanomes de Dubreuilh non invasifs, une marge de 1 centimètre est recommandée. Lorsque cette marge ne peut être respectée pour des raisons anatomiques et fonctionnelles (c'est-à-dire en fonction de la localisation), une marge de 0,5 centimètre peut être réalisée à condition que le tissu entourant la lésion soit contrôlé afin de s'assurer de l'absence de cellules cancéreuses.

Le déroulement d'une exérèse élargie

La durée d'intervention pour une exérèse élargie dépend de l'endroit où était situé le mélanome ; elle est en moyenne de moins d'une heure.

Elle est habituellement réalisée sous anesthésie locale et nécessite le plus souvent une seule journée d'hospitalisation. On parle aussi d'hospitalisation de jour : vous rentrez chez vous le jour même, après l'intervention. Dans certains cas, en fonction de l'endroit où était située la lésion et de la taille de la marge à retirer, l'intervention peut être effectuée sans hospitalisation, lors d'une consultation.

Si une exérèse du ganglion* sentinelle (voir page 36) est prévue dans le même temps que l'exérèse élargie, une anesthésie générale est recommandée. Une courte hospitalisation est alors nécessaire. Ce peut également être le cas selon l'endroit et la quantité de peau à enlever, ou lorsque la personne est âgée ou atteinte d'une autre maladie associée, ce qui lui permet d'être surveillée après l'opération.

N'hésitez pas à questionner votre médecin pour savoir quelle quantité de peau il pense devoir retirer. Pour les mélanomes situés sur les doigts, les orteils ou sous un ongle, l'exérèse élargie nécessite parfois d'enlever une ou deux phalanges. Les médecins font tout leur possible pour éviter cette ablation.

La suture de la peau

Lorsque le dermatologue ou le chirurgien a terminé l'exérèse, il referme la peau. Il utilise la technique la mieux adaptée à votre situation. Il en existe plusieurs types.

La suture simple

Sur certaines parties du corps, comme le dos ou le ventre par exemple, il est possible de retirer de grandes quantités de peau et de refermer la plaie en rapprochant simplement les deux bords. Le chirurgien recoud alors la peau avec des fils spéciaux : il s'agit d'une suture simple.

Deux types de fils sont utilisés pour refermer la plaie : les fils résorbables, qui s'éliminent seuls, ou les fils non résorbables qui sont à faire retirer par un médecin ou une infirmière entre le cinquième et le quinzième jour après la suture.

Les cicatrices ne sont jamais les mêmes d'un patient à l'autre. Une cicatrice normale est rose et épaisse pendant trois mois. Elle s'estompe progressivement en un à deux ans. Pendant cette période, il est souhaitable de la protéger du soleil afin d'éviter qu'elle ne se colore. Consultez votre dermatologue si votre cicatrice se modifie.

Parfois la cicatrice est boursouflée, rouge, douloureuse et elle démange. On parle de cicatrice hypertrophique ou chéloïde. Ce type de cicatrice se manifeste surtout sur les oreilles, sur le thorax, sur les épaules ou chez les patients à peau foncée. Des traitements locaux peuvent permettre de lui redonner un meilleur aspect et de diminuer ou supprimer la douleur.

La greffe de peau

Lorsque la zone d'exérèse chirurgicale ne peut pas être refermée directement, une greffe de peau est généralement effectuée. La greffe de peau consiste à prélever le derme et l'épiderme (voir schéma page 8)

à un endroit donné du corps pour recouvrir une plaie. Le prélèvement peut être plus ou moins proche de la plaie.

Les greffes de peau proposées sont des autogreffes, c'est-à-dire que la peau est prélevée sur le patient lui-même. Ainsi, il n'y a pas de risque de rejet. On appelle cette peau prélevée un greffon. En fonction de l'épaisseur du greffon, on parle de greffe de peau mince, demi-épaisse ou totale.

Une greffe de peau dure en général moins d'une heure. Cette intervention, réalisée par un dermatologue ou un chirurgien, s'effectue sous anesthésie. Une anesthésie locale suffit lorsque la surface de la greffe est de petite taille. Une anesthésie générale est envisagée lorsque la plaie est plus importante ou pour des localisations particulières.

Une hospitalisation peut être nécessaire. Sa durée dépend de la zone greffée, du type d'anesthésie (locale ou générale), de l'état général de la personne et de la nécessité ou non d'immobiliser la partie greffée le temps de la cicatrisation.

La technique de la cicatrisation dirigée

Lorsqu'il est impossible de refermer directement la plaie et lorsque la perte de peau n'est pas trop étendue, le médecin peut recourir à une cicatrisation dirigée. Elle est également indiquée sur certaines parties du corps comme la pointe du nez, la partie haute du front, ou bien la face interne de la cuisse, car elle donne parfois de meilleurs résultats que la greffe de peau.

La technique de la cicatrisation dirigée utilise des pansements spéciaux qui vont permettre de refermer la plaie laissée ouverte en quelques semaines. La plaie se comble du fond vers l'extérieur et la zone se couvre petit à petit à nouveau de peau.

Le lambeau de peau

Beaucoup plus rarement, le chirurgien est amené à utiliser ce qu'on appelle un lambeau pour recouvrir la plaie.

Un lambeau est un fragment épais de peau contenant les vaisseaux sanguins* qui la font vivre. Il est prélevé près de la lésion sans être

complètement détaché de l'endroit où il est retiré. Le chirurgien fait pivoter ce lambeau pour couvrir la zone opérée. Cette technique donne souvent de très bons résultats esthétiques. Cependant, il arrive qu'une partie des tissus meure (nécrose), ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

3.3 L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

Les objectifs

On appelle exérèse du ganglion sentinelle l'intervention qui consiste à retirer le ou les ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage* du mélanome. Cela permet de vérifier, par examen anatomopathologique, s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses (aussi appelées micrométastases). En général, un à trois ganglions sont retirés pendant l'intervention.

En renseignant sur l'envahissement ou non des ganglions, l'exérèse du ganglion sentinelle permet de préciser le stade du cancer, ce qui est indispensable pour décider d'un éventuel traitement complémentaire à la chirurgie. Si le ganglion sentinelle est envahi, le traitement proposé comprend, dans la plupart des cas, un curage ganglionnaire, parfois associé à un traitement adjuvant (traitement médicamenteux ou radiothérapie).

L'atteinte du ou des ganglions analysés donne également une indication pronostique. Le risque de récidive* du mélanome est en effet plus important pour les patients dont le ou les ganglions sentinelles sont atteints que chez ceux dont le ganglion sentinelle est indemne.

Les indications et contre-indications de l'exérèse du ganglion sentinelle

L'exérèse du ganglion sentinelle n'est pas recommandée de façon systématique. Réalisée par une équipe entraînée, elle peut être proposée en option ou dans le cadre d'essais cliniques* pour les mélanomes supérieurs à 1 millimètre d'épaisseur ou ulcérés et qui ne présentent pas de signes de métastases* régionales ou à distance.

Elle n'est pas proposée lorsque :

- une radiothérapie* a déjà été réalisée au niveau de la zone concernée;
- les ganglions lymphatiques sont palpables lors de l'examen clinique ou visibles à l'échographie*;
- il existe des métastases à distance.

Le déroulement de l'exérèse du ganglion sentinelle

Lorsqu'elle a lieu, l'exérèse du ganglion sentinelle se déroule en même temps que l'exérèse élargie, sous anesthésie générale.

Afin de localiser le ou les ganglions sentinelles, un produit est injecté au voisinage de la tumeur, par un médecin nucléaire (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 77). Deux produits sont le plus souvent utilisés : un colorant appelé bleu patenté ou un produit radioactif (sans danger pour le patient). Parfois, ces deux produits sont associés.

L'injection de la substance radioactive se fait quelques heures avant l'intervention chirurgicale. L'injection de colorant bleu a lieu en salle d'opération, quelques minutes avant la recherche des ganglions.

Le produit (colorant ou substance radioactive) est absorbé par les vaisseaux lymphatiques* et circule jusqu'aux premiers ganglions (le ou les ganglions sentinelles) en amont du mélanome.

Lorsque le produit utilisé est une substance radioactive, le ou les ganglions sont localisés grâce à une scintigraphie* effectuée par un médecin nucléaire avant l'intervention et à une sonde péroopératoire utilisée par le chirurgien pendant l'opération. S'il a choisi le colorant, le chirurgien recherche, pendant l'intervention, le ganglion teinté de bleu.

Le chirurgien retire le ou les ganglions sentinelles alors repérés, en faisant une petite incision* au-dessus d'eux. Le plus souvent, cette incision n'est pas réalisée au même endroit que celle de l'exérèse de la tumeur. Il y a donc deux cicatrices.

Lors de cette opération, un à trois ganglions lymphatiques sont habituellement enlevés.

Les résultats de l'analyse du ganglion sentinelle

Le ou les ganglions enlevés sont ensuite envoyés au laboratoire afin d'être analysés au microscope. Les résultats sont disponibles 10 à 15 jours après l'intervention. On parle de ganglions positifs lorsqu'ils contiennent des micrométastases du mélanome et de ganglions négatifs lorsqu'ils n'en contiennent pas.

Si le ganglion sentinelle contient des cellules cancéreuses (ganglion positif), un curage ganglionnaire* est proposé au patient lors d'une seconde intervention réalisée sous anesthésie générale.

Si le ganglion sentinelle est négatif, le risque que des micrométastases soient présentes dans d'autres ganglions et le risque de récurrence du mélanome sont faibles. Les autres ganglions lymphatiques sont donc laissés en place et il n'est habituellement pas proposé de curage.

3.4 LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

Les objectifs

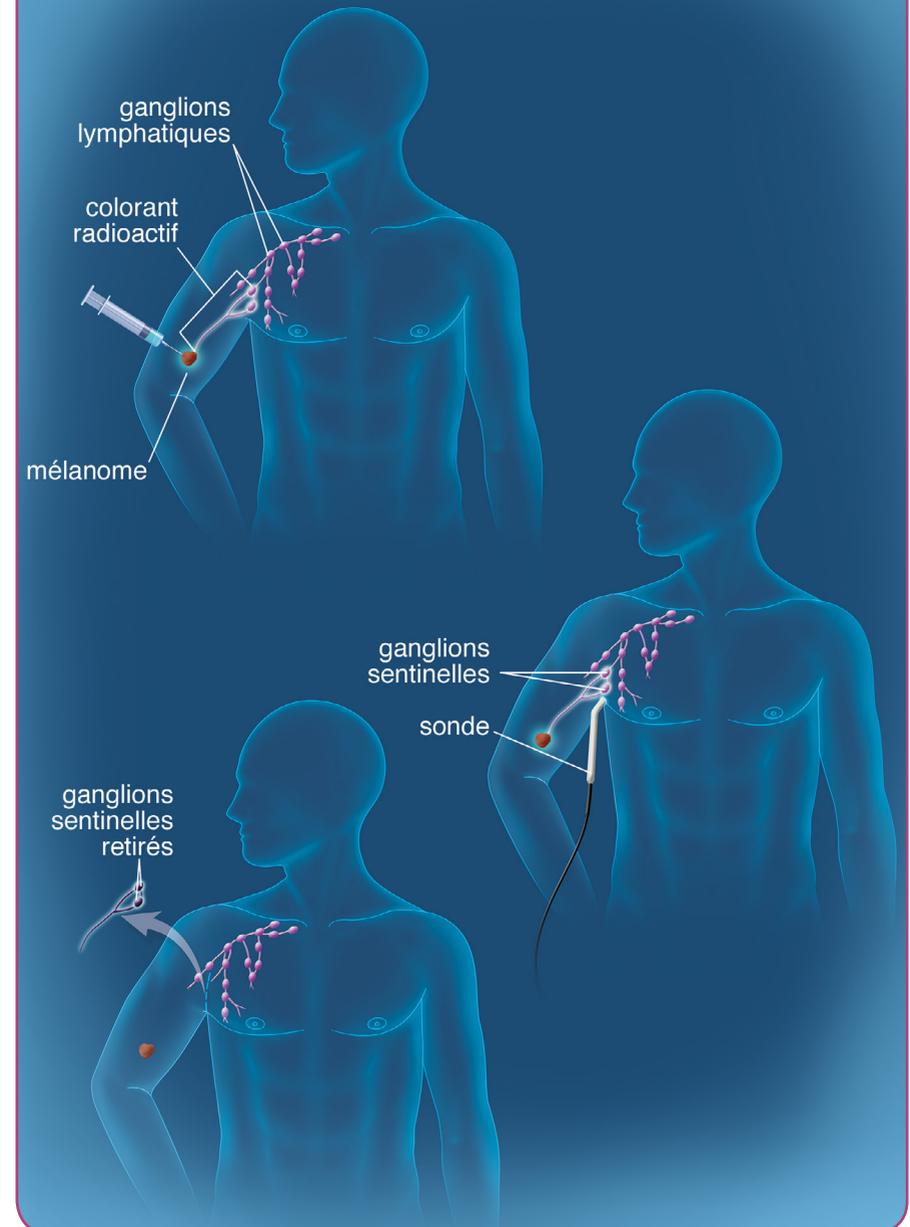
Un curage ganglionnaire total a pour but d'enlever les cellules cancéreuses qui se sont propagées jusqu'aux ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage du mélanome et ainsi de réduire le risque de récurrence de la maladie. Il permet aussi de préciser l'évolution de la maladie et donc de contribuer au choix des traitements complémentaires à la chirurgie.

Les indications

Le plus souvent, ce curage ganglionnaire est réalisé :

- à la suite d'un ganglion sentinelle positif ;
- lorsqu'un ganglion est palpable dans la zone de drainage du mélanome au moment du diagnostic (cette situation est plus rare) ;
- lorsque le suivi mis en place une fois les traitements terminés (examen clinique régulier, échographie, etc.) décèle une atteinte des ganglions (voir le chapitre « Le suivi » page 73). Dans ce cas, le curage ganglionnaire peut être réalisé des mois ou des années après l'exérèse élargie du mélanome ;
- parfois, lorsque le diagnostic est établi à la suite de la découverte d'une métastase sans que le mélanome primitif situé sur la peau ne puisse être identifié. Dans ce cas, un curage ganglionnaire peut être réalisé. Cette situation est très rare.

L'exérèse des ganglions sentinelles



Le déroulement

Le curage ganglionnaire total est réalisé sous anesthésie générale. Selon l'emplacement du mélanome, les ganglions atteints peuvent siéger à différents endroits. Le chirurgien les retire en faisant une incision au-dessus d'eux :

- lorsque le mélanome est situé sur le bras ou sur la partie supérieure du tronc, ce sont les ganglions axillaires (de l'aisselle) qui sont enlevés ;
- lorsque le mélanome est situé sur un membre inférieur ou sur la partie inférieure du tronc, ce sont les ganglions inguinaux (de l'aîne) qui sont concernés ;
- lorsque le mélanome est situé sur la tête, le cou ou la partie supérieure du tronc, ce sont les ganglions cervicaux (du cou) qui peuvent être atteints.

Le curage ganglionnaire retire donc le plus grand nombre de ganglions lymphatiques de la région qui draine la zone où siégeait la tumeur.

3.5 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale, vous êtes amené ensuite en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance.

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe qui vous entoure afin que le traitement puisse être adapté.

Pour en savoir plus sur la douleur, vous pouvez consulter le guide *Douleur et cancer* sur e-cancer.fr/patients-et-proches

Tout ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis à un laboratoire d'anatomopathologie pour être analysé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste.

L'examen anatomopathologique consiste à observer minutieusement, à l'œil nu, puis au microscope, les tissus* prélevés, appelés pièces opératoires, afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

C'est grâce à cet examen que le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, est défini et que les médecins statuent en RCP* si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie.

3.6 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Les effets indésirables à court terme

Les effets indésirables à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. Certains sont communs à toute chirurgie, comme un retard de cicatrisation, une infection générale, des saignements, une fatigue.

D'autres effets indésirables et complications liés à l'exérèse élargie peuvent également apparaître, parmi lesquels :

- La **formation d'un caillot de sang** dans une veine, appelée thrombose* veineuse ou phlébite. Comme après toute intervention sous anesthésie générale, cet effet indésirable peut apparaître notamment chez les personnes qui ont une fragilité vasculaire. Chez ces personnes, le médecin peut prescrire un médicament anticoagulant comme l'héparine, qui diminue la probabilité de formation de caillots sanguins.
- Des **problèmes de cicatrisation**. Il arrive qu'un hématome* ou une infection apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets indésirables guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.
- Des **difficultés à se déplacer** lorsque la cicatrice se situe au niveau d'une articulation. En fonction de l'endroit où l'opération a été réalisée (épaule, cheville), certains mouvements deviennent difficiles. Un masseur-kinésithérapeute peut aider à retrouver rapidement une meilleure mobilité en conseillant quelques exercices.

- Des **douleurs au niveau de la cicatrice**. Ces douleurs sont le plus souvent légères et diminuent en quelques heures avec des médicaments contre la douleur. N'hésitez pas à solliciter un membre de l'équipe soignante si besoin.
- Un **œdème**, fréquent lorsque la chirurgie est réalisée sur le visage.

Des complications et effets indésirables liés à la technique du ganglion sentinelle et au curage ganglionnaire peuvent également apparaître. Il peut s'agir :

- D'**une accumulation de lymphhe*** (lymphocèle) au niveau de la zone où a été réalisé le curage. Une compression par bande élastique pourra vous être proposée dans un premier temps. Cependant, le lymphocèle nécessite parfois d'être ponctionné à l'aiguille par le chirurgien s'il est trop gênant.
- D'**écoulements de lymphhe** (lymphorrhées) par la cicatrice qui surviennent généralement à la suite de l'infection d'une poche de lymphhe (lymphocèle) après l'exérèse des ganglions. Des pansements adaptés pourront être préconisés. La cicatrisation peut parfois être longue.
- D'**un risque d'infection accru**. Les ganglions lymphatiques agissent comme de petits filtres, c'est-à-dire qu'ils permettent notamment d'éliminer les cellules infectées. Lorsque certains d'entre eux sont enlevés, votre capacité de défense aux infections possibles dans la zone de drainage* opérée diminue. Il faut donc veiller à désinfecter toute plaie, aussi minime soit-elle (y compris les brûlures ou les égratignures).

Les effets indésirables à long terme

Des complications ainsi que des effets indésirables à long terme liés à l'exérèse de la lésion peuvent se manifester bien après l'intervention et durer longtemps. Ce peut être :

- Des problèmes de cicatrisation. Chez certains, une masse de tissu apparaît sur la cicatrice, on parle de cicatrice chéloïde. Avec le temps, la plupart des chéloïdes s'aplatissent et deviennent moins visibles.

- Des séquelles esthétiques qui sont fréquentes. Elles sont particulièrement difficiles à vivre lorsqu'elles se situent sur le visage. Une chirurgie réparatrice peut aider à retrouver une bonne image de soi ; une greffe de peau lorsque l'exérèse a été étendue ou une opération pour améliorer l'aspect esthétique de la cicatrice peuvent être envisagées.

Des complications et des effets indésirables liés à la technique du ganglion sentinelle et au curage ganglionnaire peuvent aussi apparaître, parmi lesquels :

- Une rétention de lymphhe dans la région opérée (lymphoedème) à la suite de l'exérèse d'un ganglion. Plus fréquent après un curage ganglionnaire total, un lymphoedème apparaît parfois à la suite de l'exérèse du ganglion sentinelle. Pour le résorber, le médecin peut prescrire des séances de kinésithérapie (drainage lymphatique manuel...), ainsi que le port de bas ou d'un manchon de contention.
- Des douleurs qui peuvent se traduire par des élancements, des sensations de brûlure, de décharges électriques, de froid ou de picotements. N'hésitez pas à les signaler à votre médecin qui pourra vous prescrire des médicaments afin de les contenir.

La survenue éventuelle de ces effets indésirables est surveillée pendant tout le temps de l'hospitalisation et lors des consultations qui suivent. N'hésitez pas à décrire aux professionnels que vous rencontrez tous les signes et symptômes que vous rencontrez.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quel type d'intervention va être réalisé ? Pourquoi ?
 Comment l'opération se déroule-t-elle ?
 Quels en sont les risques ?
 Comment puis-je me préparer au mieux ?
 Que va-t-il se passer après l'opération ?
 Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?

4. Traitements médicamenteux

QUELLES SONT LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET LES
 MOLÉCULES UTILISÉES ?
 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?
 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les traitements médicamenteux des mélanomes ont évolué ces dernières années. De nouveaux médicaments sont aujourd'hui accessibles ; d'autres sont en cours de développement (en essais cliniques) et seront disponibles dans les mois et années à venir.

Actuellement, plusieurs types de médicaments sont utilisés pour traiter les mélanomes de la peau : des molécules d'immunothérapie*, de thérapies ciblées* et de chimiothérapie* classique.

Ces traitements sont dits généraux ou encore systémiques, car ils agissent dans l'ensemble du corps.

L'immunothérapie, les thérapies ciblées et la chimiothérapie classique n'ont pas le même mode d'action :

- l'immunothérapie est un traitement qui vise, pour les molécules utilisées dans le mélanome (au moment de l'édition de ce document), à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses ;
- les thérapies ciblées bloquent la croissance ou la propagation des cellules cancéreuses, en interférant avec les altérations moléculaires* qu'elles présentent ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement et de leur dissémination ;
- les médicaments de chimiothérapie classique détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

Avant de démarrer un traitement par des médicaments anticancéreux, le médecin qui les prescrit vous en explique le principe et les objectifs. Il réalise également un bilan préthérapeutique et vous informe sur les effets indésirables* possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

De façon générale, vous devez informer tous les professionnels de santé qui vous suivent du traitement que vous recevez pour le mélanome afin notamment qu'ils évaluent le risque d'interaction avec d'autres traitements que vous pourriez également prendre pour une autre pathologie.

4.1 QUELLES SONT LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET LES MOLÉCULES UTILISÉES ?

Le recours aux traitements médicamenteux n'est pas systématique pour le mélanome de la peau. Ils peuvent être prescrits, selon les cas, pour certains mélanomes de stades II, III et IV. Le choix de proposer un traitement médicamenteux et le choix des molécules sont discutés, au cas par cas, en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP*).

Ces traitements ont pour objectif de maîtriser le développement de la maladie et de soulager les symptômes. Les bénéfices attendus et les effets indésirables* doivent être discutés avec le patient.

L'immunothérapie

Deux types de molécules d'immunothérapie sont utilisés :

Une immunothérapie spécifique : les anticorps monoclonaux

L'immunothérapie spécifique par anticorps monoclonaux est indiquée dans le traitement de certains mélanomes :

- de stade III dans le cadre d'essais cliniques ;
- de stade III non opérables ;
- de stade IV.

Les principaux anticorps monoclonaux utilisés dans le traitement des mélanomes sont (au moment de l'édition de ce guide) :

- le nivolumab (anticorps anti-PD1) en perfusion intraveineuse (associé dans certains cas à l'ipilimumab) ;
- l'ipilimumab (anticorps anti CTLA4) en perfusion intraveineuse (associé dans certains cas au nivolumab) ;
- le pembrolizumab (anticorps anti-PD1) en perfusion intraveineuse.

QU'EST-CE QU'UN ANTICORPS MONOCLONAL ?

Les anticorps sont des protéines fabriquées par le système de défense de l'organisme (système immunitaire). Leur rôle est de repérer et de neutraliser certaines substances étrangères comme les virus, les bactéries ainsi que les cellules anormales ou cancéreuses. Pour les neutraliser, l'anticorps se fixe sur une molécule, l'antigène* présent sur la surface de la substance étrangère ou de la cellule anormale ou cancéreuse, et permet son élimination par le système immunitaire.

Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits en laboratoire, à partir d'un clone de cellule (plusieurs cellules identiques, d'où le terme monoclonal). Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux « anticancer » ont pu être fabriqués. Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses ou de repérer la cellule cancéreuse elle-même pour qu'elle soit détruite.

La prescription de ces molécules implique la remise au patient par son médecin, d'une carte d'Alerte Patient. Si vous êtes dans cette situation, il est important de la conserver sur vous pendant toute la durée du traitement. Présentez-la à tout professionnel de santé que vous serez amené à rencontrer durant votre parcours de soins (médecin traitant, infirmières, pharmaciens...) afin qu'ils soient informés de ce traitement en cours.

L'interféron alpha

Désormais rarement proposé, l'interféron alpha peut être utilisé en traitement adjuvant, c'est-à-dire en complément de la chirurgie :

- pour les mélanomes de stade II dont l'épaisseur est supérieure à 1,5 millimètre et/ou en cas d'ulcération ;
- après une chirurgie pour certains mélanomes de stade III.

L'interféron alpha est administré en perfusion intraveineuse ou par injection sous-cutanée.

Il s'agit d'une option de traitement qui doit être discutée avec le patient, en prenant en compte :

- le bénéfice attendu. Pour le moment, seule une augmentation de la durée de la survie sans récidive* du mélanome a été démontrée.

Cela signifie que l'interféron recule la date d'apparition d'une récurrence (sans toutefois modifier la survie globale);

- les effets indésirables (voir page 53);
- les modalités d'administration (voir ci-après).

Un temps de réflexion est le plus souvent donné aux patients avant de débiter un traitement par interféron alpha afin qu'ils puissent donner ou non leur accord pour recevoir ce traitement.

L'immunothérapie par interféron n'est pas recommandée dans certaines situations, notamment chez les malades atteints de maladies auto-immunes* et chez les personnes ayant des troubles psychiatriques ou dépressifs. En effet, le traitement peut provoquer l'apparition ou la dégradation d'un état dépressif.

Les thérapies ciblées

Des molécules de thérapies ciblées peuvent également être utilisées pour traiter les mélanomes présentant une mutation* appelée BRAF V600:

- de stade III dans le cadre d'essais cliniques;
- de stade III non opérables;
- de stade IV.

Au moment de l'impression de ce guide, les médicaments disponibles sont des inhibiteurs de protéine kinase. Ces composés agissent en bloquant des enzymes* connues sous le nom de protéine kinase, qui sont impliquées dans la croissance et le développement des cellules. En bloquant ces protéines kinases, les inhibiteurs contribuent à limiter la division et le développement des cellules cancéreuses.

Les molécules utilisées (au moment de l'édition de ce guide) sont:

- le vémurafenib, par voie orale;
- le dabrafénib, par voie orale;
- le tramétinib, par voie orale (en règle générale en association au dabrafénib);
- le cobimétinib, par voie orale (en règle générale en association au vémurafenib).

En cas de mutation c-kit (beaucoup plus rare que la mutation BRAF), peut se discuter une thérapie ciblée par inhibiteur de c-kit: imatinib, par voie orale (voir page 20).

Chimiothérapie classique

Une chimiothérapie classique peut être proposée pour traiter les mélanomes de stade III qui ne sont pas opérables, ou les mélanomes de stade IV. La chimiothérapie classique est aujourd'hui de moins en moins prescrite. Elle est le plus souvent utilisée après échec des traitements par immunothérapie et thérapies ciblées ou bien lorsque ces traitements sont contre-indiqués.

Les principaux médicaments de chimiothérapie classique utilisés dans le traitement du mélanome de la peau sont (au moment de l'édition du document):

- la dacarbazine (en perfusion intraveineuse);
- la fotémustine (en perfusion intraveineuse).

Dans certaines situations, d'autres molécules peuvent être utilisées.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr du ministère chargé de la santé.

Les médicaments employés, les doses administrées, le rythme des cures* ou encore la durée du traitement peuvent varier d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du mélanome et de la tolérance au traitement, sur la base de doses et de rythmes prédéfinis. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

4.2 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous suit vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule soit de façon continue, tous les jours pendant une période donnée, soit par cures successives. Chaque cure est suivie d'une période de repos. Une évaluation de la réponse thérapeutique, c'est-à-dire de la façon dont le mélanome réagit aux traitements, est réalisée après deux ou trois mois de traitement. Elle permet de prolonger le traitement s'il est efficace ou de le modifier s'il est inefficace.

Avant chaque cure, un examen clinique* et un bilan sanguin sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies, comme une baisse importante du nombre de globules blancs par exemple, le traitement peut être reporté ou modifié.

Les médicaments d'immunothérapie et de chimiothérapie classique sont généralement injectés dans une veine, par perfusion*. Certains médicaments peuvent être donnés sous forme de comprimés : on parle de traitement oral. C'est le cas par exemple de toutes les molécules de thérapie ciblée disponibles actuellement (voir page 51).

L'immunothérapie

Par anticorps monoclonaux

L'ipilimumab est administré par voie intraveineuse durant 90 minutes, suivi d'une période de repos de 3 semaines. Le traitement complet comprend 4 injections. Le pembrolizumab est administré par voie intraveineuse durant 30 minutes. L'injection se fait toutes les 3 semaines, tant que l'efficacité du traitement est observée. Le nivolumab est également administré par voie intraveineuse durant 60 minutes, toutes les 2 semaines tant que l'efficacité du traitement est observée. Toutes les injections sont effectuées à l'hôpital. En cas d'effets indésirables trop importants, elles peuvent être espacées ou interrompues.

Par interféron alpha

Le traitement commence rapidement après la chirurgie et dure entre un an et 18 mois selon la dose prescrite. Il est administré par des injections sous la peau (sous-cutanées) réalisées en ambulatoire*.

Deux protocoles sont actuellement utilisés en fonction de l'envahissement ganglionnaire :

- si les ganglions ne sont pas envahis, l'interféron alpha est administré à raison de 3 injections sous cutanées trois fois par semaine pendant 18 mois ;
- si les ganglions sont envahis, l'interféron alpha peut être proposé à plus forte dose en perfusion intraveineuse, 5 jours sur 7, pendant 1 mois suivi d'une dose un peu plus faible en sous-cutanée, trois fois par semaine pendant 11 mois. Une hospitalisation est alors souvent nécessaire, mais le traitement peut être réalisé en ambulatoire. Ce traitement à forte dose est rarement prescrit en France du fait des effets indésirables très lourds.

Les thérapies ciblées

Toutes les molécules de thérapies ciblées sont prises par voie orale, sous forme de comprimés. Elles peuvent être prescrites tant que l'efficacité du traitement est observée. Le traitement peut cependant être espacé ou interrompu en cas d'effets indésirables trop importants.

Le vémurafenib s'administre deux fois par jour, le dabrafénib deux fois par jour et le tramétinib une fois par jour. Le cobimétinib s'administre une fois par jour sur une période de 21 jours consécutifs, suivi d'une période de repos de 7 jours durant laquelle aucun cachet ne doit être pris. Le traitement peut recommencer une fois cette période de 7 jours écoulée.

Chimiothérapie classique

La dacarbazine s'administre par perfusion d'une heure toutes les 3 à 4 semaines. Il est déconseillé de manger avant l'injection afin de limiter les effets indésirables tels que les nausées et les vomissements. La fotémustine s'administre une fois par semaine pendant 3 semaines (traitement d'attaque), suivi, 5 semaines après la dernière perfusion, par un traitement d'entretien une fois toutes les trois semaines si le traitement d'attaque a été efficace.

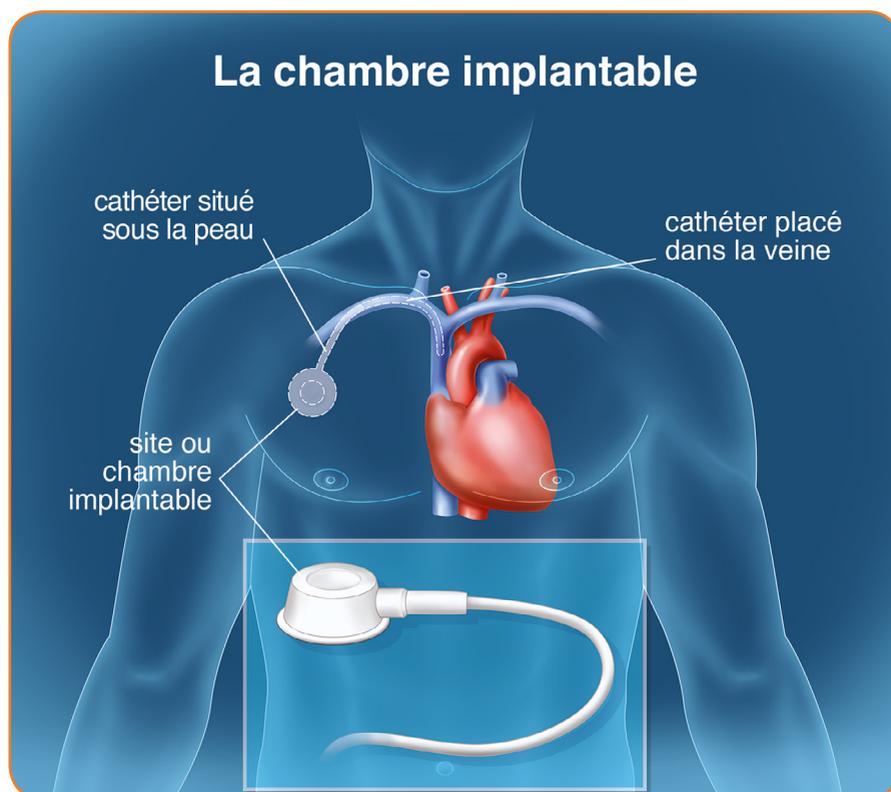
Lorsqu'un médicament par voie orale vous est prescrit, il est fondamental de respecter rigoureusement les doses et les prises indiquées par le médecin pour obtenir la meilleure efficacité du traitement tout en évitant un surdosage.

Avant de commencer le traitement intraveineux: la pose d'une chambre implantable peut être nécessaire.

Administrer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) peut parfois vous être proposée pour l'administration des molécules de chimiothérapie (dacarbazine et fotémustine) et d'immunothérapie spécifique (ipilimumab, pembrolizumab et nivolumab).

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier, la chambre implantable, et d'un tuyau souple et fin, un cathéter. Il est entièrement placé sous la



peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale et sous anesthésie locale. Le boîtier est placé en haut du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, une radiographie* du thorax est réalisée pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Elle reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité; cependant son port reste obligatoire.

Il existe aussi un faible risque de thrombose*, d'infection du cathéter ou encore de migration du boîtier qui peut se déplacer légèrement. Ces phénomènes sont surveillés par l'équipe médicale.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, consultez le guide *Comprendre la chimiothérapie*.

4.3 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables des traitements médicaux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes. Les effets indésirables des médicaments sont décrits dans les notices contenues dans les boîtes des médicaments. Si vous ne disposez pas de la boîte du médicament, car il vous est administré à l'hôpital, vous pouvez obtenir la notice en la demandant à votre équipe soignante.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le mélanome de la peau sont présentés ci-après. Le classement utilisé distingue :

- ceux qui peuvent vous gêner au quotidien et pour lesquels vous pouvez mettre en œuvre des conseils pratiques pour les prévenir et/ou les limiter ;
- ceux qui nécessitent la mise en place d'un suivi biologique pour surveiller leur survenue ;
- ceux, plus graves, qui peuvent entraîner une hospitalisation.

Pour chaque effet indésirable listé, la famille de traitement (chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie) et/ou les molécules concernées sont citées.

En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face. Certains effets indésirables peuvent survenir pendant le traitement, mais également jusqu'à 5 mois après son arrêt. N'hésitez pas à contacter votre médecin même lorsque les traitements médicamenteux sont terminés afin qu'il mette en place une solution adaptée.

EFFETS INDÉSIRABLES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité du traitement administré. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, ressentir de nombreux effets indésirables ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

FOCUS SUR LES EFFETS INDÉSIRABLES IMMUNOLOGIQUES DES IMMUNOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

Certains des effets indésirables des immunothérapies spécifiques (ipilimumab, pembrolizumab et nivolumab) peuvent être d'origine immunologique, liés à la stimulation du système immunitaire par ces médicaments. Il peut par exemple s'agir d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, du foie et des reins, des glandes endocrines*, de troubles respiratoires, de l'apparition d'un diabète. **La gestion de ces effets indésirables d'ordre immunologique est spécifique.**

Certains effets indésirables peuvent être graves. Vous devez prévenir immédiatement votre médecin si l'un des effets indésirables, signes ou symptômes suivants se produit notamment :

- une inflammation de l'intestin (colite), se traduisant notamment par des douleurs de l'estomac, du mucus ou du sang dans les selles, des diarrhées (voir page 57) ;
- des problèmes pulmonaires tels que des difficultés à respirer, une toux, des douleurs au niveau du thorax, etc. (voir page 64) ;
- une inflammation du foie qui se manifeste notamment par un jaunissement de la peau et du blanc des yeux, etc. (voir page 63) ;
- des troubles de la thyroïde qui peuvent notamment provoquer une prise ou une perte de poids, une fatigue, etc. (voir page 63) ;
- une inflammation de la peau (voir page 55).

Avant de commencer le traitement, lisez attentivement la notice que vous pouvez obtenir auprès de l'équipe soignante qui vous prend en charge.

Certains effets indésirables sont susceptibles de vous gêner au quotidien

Troubles cutanés

Les médicaments notamment de thérapie ciblée et d'immunothérapie peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau. Pour vous aider à les soulager, un suivi régulier avec votre dermatologue doit être programmé dès le début des traitements. Parmi ces troubles, des démangeaisons, une dépigmentation, des rougeurs, une sécheresse ou des lésions kératosiques (sous forme de boutons ou plaques) peuvent survenir.

Avec les molécules de thérapies ciblées, des tumeurs cutanées, le plus souvent sans gravité peuvent se développer; leur éventualité justifie une surveillance en dermatologie. Un syndrome main-pied peut également apparaître. Celui-ci se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds et se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques. Quelques conseils pratiques peuvent contribuer à limiter cette forme de troubles cutanés.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LE SYNDROME MAIN-PIED

À faire

- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un pain surgras).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

À éviter

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche prolongée et la course à pied.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Photosensibilité

Avec certains traitements, notamment certaines molécules de thérapies ciblées (cobimétinib et vémurafenib, parfois le dabrafénib) et de chimiothérapie classique (dacarbazine), votre peau peut devenir plus sensible au soleil. Il est important de limiter les expositions solaires notamment entre 12 heures et 16 heures, de porter des vêtements couvrants et de se protéger avec une crème solaire d'indice 50 au moins en renouvelant l'application toutes les deux heures. En cas de réactions importantes, contactez votre médecin.

Diarrhées

Des diarrhées importantes sont possibles pendant le traitement. Elles peuvent être dues aux médicaments d'immunothérapie, de thérapie ciblée

ainsi qu'à une molécule de chimiothérapie classique, la fotémustine. Votre médecin peut vous prescrire un traitement préventif ou curatif (en général un antidiarrhéique).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

Des colites

Les immunothérapies spécifiques peuvent provoquer des inflammations du côlon appelées colites. Elles peuvent se traduire par des douleurs abdominales, des diarrhées (selles liquides ou molles ou perte de selles), du mucus ou du sang dans les selles, ou des vomissements. Vous pouvez les limiter en évitant de manger des plats trop épicés, en prenant le temps de bien mastiquer les aliments et en vous hydratant fréquemment. Des médicaments anti-diarrhéiques pourront également vous être prescrits. Si les diarrhées persistent plusieurs jours malgré la prise de ces médicaments, il est important de prévenir votre médecin sans attendre, car une hospitalisation et un traitement par corticoïdes peuvent être nécessaires.

Constipation

À l'inverse, d'autres médicaments à savoir l'immunothérapie spécifique et les thérapies ciblées (tramétinib, dabrafénib et vémurafenib) peuvent entraîner une constipation à laquelle contribuent parfois les médicaments antiémétiques et le ralentissement de l'activité physique.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA CONSTIPATION

- Boire au moins 2 litres d'eau par jour.
- Privilégier une alimentation riche en fibres, à base de fruits et légumes frais, de compote de pruneaux.
- Consommer des céréales et du pain complet.
- Si possible, faire de l'exercice de façon adaptée et régulière.
- Boire un verre d'eau glacée ou un jus de fruits consommé froid au réveil.

Fièvre

Certaines molécules de thérapie ciblée (dabrafénib seul ou associé au tramétinib) et d'immunothérapie, peuvent générer de la fièvre, parfois accompagnée de courbatures. Il est important de la signaler à l'équipe soignante dès les premiers symptômes afin que des soins adaptés soient mis en place.

Des œdèmes

Des gonflements, appelés œdèmes, peuvent apparaître au niveau des membres (bras et jambes) et du visage. Ils sont notamment dus aux traitements d'immunothérapie spécifique et également à certaines molécules de thérapie ciblée (vémurafenib et tramétinib). Pour les limiter, il est conseillé de réduire votre consommation de sel, de porter des bas de contention et de surélever les pieds et les jambes lorsque vous êtes assis ou allongé. Il est également déconseillé de porter des vêtements trop serrés.

Fatigue

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et les traitements eux-mêmes peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit contrôlée le mieux possible.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la Fiche repère *Activité physique et cancer* sur e-cancer.fr

Nausées et vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la prise du traitement. Dans le mélanome de la peau, elles concernent les médicaments pris par voie orale, mais elles peuvent aussi se produire pour les formes injectables (en perfusion intraveineuse). Elles sont plus fréquentes avec les molécules de chimiothérapie classique. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir: elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les nausées ou vomissements ne persistent, en général, pas plus de 48 heures après le traitement.

Un traitement est le plus souvent prescrit avant, pendant et après l'administration des médicaments pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Boire plutôt avant ou après les repas. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées. Ne pas hésiter à utiliser une paille pour boire afin de diminuer le volume absorbé à chaque prise.
- Manger lentement en mastiquant bien afin de faciliter la digestion.
- Manger légèrement avant et après le traitement.

À éviter

- Les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Boire pendant les repas.
- Le tabac.

Perte d'appétit et modification du goût

Les médicaments d'immunothérapie et certains médicaments de thérapie ciblée (vémurafenib et dabrafénib) peuvent entraîner une perte de l'appétit. Une modification de la perception du goût peut également être ressentie avec le vémurafenib et le pembrolizumab : elle disparaît progressivement dès la fin des traitements.

Si la perte d'appétit se prolonge, elle peut entraîner un amaigrissement et à terme une situation de dénutrition*. La dénutrition a de nombreuses conséquences, comme une fonte des muscles ou une fatigue importante. Elle peut également empêcher le bon déroulement de votre traitement, c'est pourquoi il faut la limiter le plus précocement possible.

Un diététicien ou un nutritionniste peuvent vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement. En cas de nécessité, des compléments alimentaires pourront vous être prescrits, pour éviter un amaigrissement trop important.

CONSEILS PRATIQUES POUR ENTREtenir L'ESPRIT CONVIVIAL DES REPAS ET STIMULER VOTRE APPÉTIT

- Si possible, manger accompagné et non seul.
- Travailler la présentation des plats.
- S'installer à table, de préférence dans un cadre agréable.

Douleurs musculaires et articulaires

Des douleurs musculaires ou articulaires peuvent apparaître en particulier avec les molécules de thérapies ciblées et d'immunothérapie. Des médicaments antidouleur (comme le paracétamol) peuvent être prescrits par votre médecin. Vous pouvez également limiter ces douleurs, en vous hydratant fréquemment, en pratiquant une activité physique adaptée et en évitant les gestes répétitifs. Ces douleurs peuvent également être contenues grâce à l'aide de votre kinésithérapeute.

Chute et modification de la texture des cheveux

Les médicaments de thérapie ciblée (tramétinib, dabrafénib, vémurafenib) et d'immunothérapie peuvent provoquer la chute de vos cheveux ou en modifier la texture. Ils peuvent devenir plus fins et se mettre à onduler ou friser.

La chute des cheveux (appelée alopecie) peut être difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général deux à trois semaines après le début du traitement. Les cheveux commencent à repousser environ six à huit semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide Cancer info *Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur e-cancer.fr/patients-et-proches

Affections oculaires

Pendant le traitement, des troubles oculaires peuvent apparaître en particulier avec les molécules de thérapie ciblée et d'immunothérapie spécifique. Un gonflement, une rougeur des yeux, une sécheresse oculaire, une baisse de la vision et des douleurs peuvent apparaître. Si ces troubles surviennent, n'hésitez pas à les signaler à votre ophtalmologue qui mettra en place des soins adaptés.

Une modification de l'humeur

L'interféron alpha peut entraîner une réaction dépressive. Si vous constatez un changement d'humeur, ne le banalisez pas et signalez-le à votre médecin.

Traitements médicamenteux et sexualité

Comme avec tout traitement, la libido et la vie intime peuvent être modifiées pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. De même, le stress et l'inquiétude entraînent souvent une baisse de désir. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels ; elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, lorsque le traitement est terminé et que les effets indésirables disparaissent, le désir revient petit à petit à son niveau habituel.

Grossesse

Certains traitements provoquent des malformations fœtales : on dit qu'ils sont tératogènes. Une contraception efficace est nécessaire pendant toute la durée du traitement et au moins 6 mois après son arrêt.

Consultez votre médecin pour savoir combien de temps après l'arrêt de votre traitement une grossesse pourra être envisagée. N'hésitez pas à en parler et à informer rapidement votre médecin si vous êtes enceinte.

Fertilité

Si vous envisagez un projet de grossesse ou de paternité, parlez-en à votre médecin avant le début des traitements. Certains médicaments sont en effet susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité voire une infertilité. Celle-ci n'est pas forcément définitive. Cela dépend notamment de votre âge et du type de traitement employé. Une consultation dans une structure spécialisée dans la conservation des gamètes et tissus germinaux (CECOS) peut vous être proposée. Il est en effet possible d'envisager une congélation de sperme avant de commencer le traitement. Les spermatozoïdes sont recueillis et congelés pour une utilisation ultérieure. Pour les femmes en âge d'avoir des enfants, le recours à une équipe spécialisée dans la mise en œuvre de mesures permettant de préserver la fertilité peut être proposé dans certains cas.

D'autres effets indésirables nécessitent d'être suivis au plan biologique par votre équipe médicale afin d'éviter toutes complications

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie classique, d'immunothérapie et de thérapie ciblée (tramétinib, dacarbazine) ont souvent des effets indésirables sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection, car les moyens de défense du corps sont réduits ;
- une baisse du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine (anémie). L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes* (thrombopénie) qui participent au phénomène de coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'ecchymoses et de saignements.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure, des prises de sang permettent de vérifier le nombre de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, le traitement peut être remis à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

Mauvais fonctionnement du foie

Les traitements d'immunothérapie et de thérapie ciblée (tramétinib, vémurafenib) peuvent altérer le fonctionnement du foie. Cette altération, qui peut être d'origine immunologique, peut se traduire cliniquement par différents symptômes dont un jaunissement du blanc des yeux et de la peau, des douleurs au niveau du côté droit du ventre, des bleus qui apparaissent plus fréquemment, des saignements. Les urines peuvent également être plus foncées et les selles décolorées.

Un mauvais fonctionnement de la thyroïde et d'autres glandes endocrines

Les molécules d'immunothérapie peuvent altérer le fonctionnement des glandes hormonales, notamment de la thyroïde. Ces troubles peuvent se traduire par une prise ou une perte de poids inexpliquée, une modification de la voix qui devient plus grave, une sensation de froid ou encore une accélération du rythme cardiaque. Des maux de tête, une augmentation de la transpiration et une grande fatigue peuvent également être ressentis. Prévenez également votre médecin sans attendre.

Troubles rénaux

Certaines molécules, notamment les immunothérapies spécifiques et les thérapies ciblées, peuvent avoir une incidence sur la fonction rénale, le plus souvent sans générer de symptôme. Toutefois, la quantité d'urine pourra être plus faible et la couleur pourra également être modifiée. Il est important de signaler ces troubles, qui peuvent être d'origine immunologique, à l'équipe soignante.

Dans de rares cas, il existe des complications importantes qui nécessiteront votre hospitalisation

Troubles respiratoires

Avec les immunothérapies spécifiques et les molécules de thérapie ciblée, des difficultés à respirer, un essoufflement, des douleurs thoraciques peuvent être ressenties. Une toux peut également apparaître. Ces symptômes peuvent alerter sur la présence d'une infection ou d'une réaction pulmonaire au traitement. N'hésitez pas à les signaler à votre équipe soignante.

Réactions allergiques

Comme tout médicament, ceux de chimiothérapie classique, de thérapie ciblée et d'immunothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, de difficultés à respirer ou d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), ou de tout autre trouble inhabituel.

Un diabète

Les immunothérapies spécifiques peuvent provoquer l'apparition d'un diabète. Il peut se manifester par une perte de poids, un besoin d'uriner plus fréquent ainsi qu'une sensation de soif et de faim plus importante que d'habitude. Vous devez signaler sans attendre ces symptômes à votre médecin.

Insuffisance cardiaque

Les molécules de thérapie ciblée peuvent entraîner une insuffisance cardiaque. Une surveillance est effectuée pendant la durée du traitement, plus particulièrement en cas d'antécédents de maladies cardiaques.

D'autres effets indésirables sont possibles, mais ils sont moins fréquents. Votre médecin vous explique ceux qui peuvent survenir dans votre cas. Il est important de les signaler à l'équipe soignante, afin qu'ils soient pris en compte et que votre traitement soit adapté si besoin.

SIGNALER LES EFFETS INDÉSIRABLES INATTENDUS

Afin de garantir une amélioration continue de la sécurité des traitements pour les patients, il vous est possible de signaler les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament, directement au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Cette démarche concerne uniquement les effets indésirables inattendus, c'est-à-dire dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations réglementaires du médicament. Elle n'a pas pour objectif une gestion individuelle de vos effets indésirables.

La procédure ainsi que les formulaires de déclaration sont disponibles sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) : <http://ansm.sante.fr>

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels types de médicaments me seront administrés ? De quelle façon ?

Quels sont les objectifs du traitement ?

Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?

Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?

5. La radiothérapie

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus* sains et les organes avoisinants, dits organes à risque.

LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications ; ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, ils sont produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie ; c'est le principe de la radiothérapie externe. On peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie.

Avant de démarrer la radiothérapie, l'oncologue radiothérapeute vous explique le principe, les objectifs et la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également sur les effets indésirables possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

5.1 DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

De façon générale, la radiothérapie est peu utilisée dans le traitement du mélanome.

Elle vise à soulager les symptômes lorsqu'une métastase osseuse entraîne une douleur ou une compression (par exemple compression de la moelle épinière avec un risque de paralysie). Elle peut être utilisée sur les métastases cutanées douloureuses ou sur les métastases hémorragiques (c'est-à-dire qui saignent). Elle peut également être utilisée sur les métastases cérébrales, seule ou après leur exérèse par chirurgie.

Plusieurs types de radiothérapie sont possibles :

- la radiothérapie conformationnelle 3D (trois dimensions) est une technique qui permet de faire correspondre le plus précisément possible (de conformer) le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la zone à traiter. Elle utilise des images en 3D de la zone à traiter et des organes avoisinants obtenues par scanner, parfois associées à d'autres examens d'imagerie (IRM*, TEP*...). Elle est notamment employée sur les métastases osseuses ;
- la radiothérapie stéréotaxique est une technique de haute précision basée sur l'utilisation de microfaisceaux convergents permettant d'irradier à haute dose de très petits volumes. Elle est notamment employée pour détruire les métastases cérébrales de petite taille et peu nombreuses, mais elle peut aussi être utilisée pour traiter certaines métastases situées dans le foie et au niveau des vertèbres.

Dans de rares cas, le cerveau est irradié en totalité, lorsque les métastases sont trop nombreuses ou de grande taille, et non accessibles à la chirurgie. Cela permet de freiner le développement de la maladie et d'améliorer la qualité de vie.

Dans certains centres, une technique de radiothérapie appelée radiochirurgie peut être proposée pour traiter des métastases cérébrales. Une seule séance est nécessaire.

5.2 COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre les manipulateurs d'électroradiologie médicale, le physicien médical, le dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 77).

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision de la radiothérapie et le début effectif du traitement.

Le repérage

Pour la radiothérapie conformationnelle et pour la radiothérapie stéréotaxique, l'oncologue radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger. Pour cela, un scanner centré sur la zone à traiter est réalisé afin d'obtenir une image en trois dimensions de la zone à traiter et des organes voisins. Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance s'il y en a plusieurs. Pour cela, un marquage sur la peau ou des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) sont réalisés.

Pour la radiothérapie stéréotaxique un cadre métallique, dit de stéréotaxie dont la forme est adaptée à la zone à irradier, est nécessaire pour traiter des métastases au niveau du cerveau. Ce cadre de stéréotaxie doit être fixé sur le crâne sous anesthésie locale. Il peut être inconfortable, mais il n'est pas douloureux.

La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution – autrement dit la répartition – de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation de façon à traiter au mieux les métastases tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre et fréquence des séances...).

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégé en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 Gy correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

Le traitement

La durée du traitement ainsi que le nombre de séances varient selon la zone à traiter et la technique employée. Ces informations vous sont précisées par votre oncologue radiothérapeute.

UNE HOSPITALISATION EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

Le plus souvent, le traitement est réalisé en ambulatoire ; vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si un traitement médicamenteux vous est administré, si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite. Dans certains cas, l'irradiation du cerveau génère un œdème et des maux de tête ; une courte hospitalisation peut alors être programmée pour permettre de les traiter. Des corticoïdes peuvent également être prescrits afin de les atténuer.

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements ionisants.

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile.

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais obligatoire de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous recevez lors de la première ou de la deuxième séance.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées. L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

5.3 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

En irradiant des cellules cancéreuses, on ne peut pas éviter totalement d'irradier des cellules saines situées à proximité et donc de les altérer. C'est ce qui explique l'apparition possible d'effets indésirables.

Ils varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les éviter ou les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre cas et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

Les plus fréquemment rencontrés sont une rougeur ou une irritation de la peau et un œdème au niveau de la zone irradiée, et des maux de tête en

cas d'irradiation cérébrale, une fatigue. Les cheveux situés dans la zone irradiée peuvent également tomber. Cette chute peut être temporaire ou définitive en fonction de la dose reçue. N'hésitez pas à questionner votre médecin qui vous précisera les effets indésirables que vous êtes susceptible de présenter.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?

Comment se déroule le traitement ?

Combien de temps dure-t-il ?

Quels effets indésirables peuvent survenir ?

Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

6. Le suivi

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI ?

EN QUOI CONSISTE LE SUIVI ?

TECHNIQUE D'AUTODÉTECTION

Après la phase des traitements initiaux, un suivi à vie est mis en place.

6.1 QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI ?

Le suivi a pour objectifs de :

- détecter les signes d'une éventuelle récidive* de la maladie (locale ou sous forme de métastase), l'apparition d'un second mélanome ou d'un autre cancer cutané, pour les traiter rapidement ;
- rappeler les techniques d'autodétection toujours pour déceler, le plus tôt possible, l'apparition d'un second mélanome ou d'une récidive locale ou ganglionnaire ;
- rappeler les consignes pour se protéger du soleil (photoprotection) ;
- mettre en œuvre les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie. Cela concerne l'identification et la gestion d'éventuels effets indésirables des traitements et complications de la maladie, mais aussi la prise en compte de la fatigue, des conséquences psychologiques de la maladie sur votre vie sociale et affective, etc.

6.2 EN QUOI CONSISTE LE SUIVI ?

En général, le suivi est assuré par votre dermatologue, en lien avec votre médecin traitant. Il repose sur un examen clinique qui peut être associé à des examens d'imagerie.

Un examen clinique complet de toute la surface de la peau et de la cicatrice, ainsi qu'une palpation des aires ganglionnaires sont réalisés, généralement :

- tous les 6 mois pendant 5 ans, puis une fois par an au-delà pour les stades I ;
- tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà pour les stades II ;

- tous les 3 mois pendant 5 ans puis tous les 6 mois au-delà pour les stades III.

Le recours à des examens d'imagerie médicale est optionnel. Lorsqu'un bilan d'imagerie est prévu, il repose sur une échographie* qui peut être réalisée tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années pour les stades II et III notamment lorsque la palpation des aires ganglionnaires où se situent les ganglions de drainage de la cicatrice du mélanome est difficile. D'autres examens d'imagerie peuvent également être réalisés. Il peut s'agir :

- d'un scanner thoracoabdominopelvien* ;
- d'une TEP* ;
- d'une IRM* cérébrale.

La fréquence de ces examens est adaptée au cas par cas.

Pour les stades IV, la fréquence et la nature des examens sont décidées au cas par cas par votre équipe médicale.

Chez les patients qui ne présentent pas de symptôme de récurrence, aucun examen sanguin n'est justifié (en dehors des essais cliniques* et des traitements en cours).

6.3 TECHNIQUE D'AUTODÉTECTION

Le médecin vous rappelle les signes qui doivent vous amener à consulter en dehors des rendez-vous programmés, notamment l'apparition d'une lésion suspecte sur la peau, ou l'augmentation du volume d'un ganglion.

Pratiquer régulièrement un autoexamen de votre peau, en observant bien toutes les parties du corps, de la tête aux pieds, permet de repérer précocement toute lésion suspecte. Il vous est expliqué par votre médecin traitant et votre dermatologue, qui recommande sa fréquence de réalisation.

Cet autoexamen vous permet de vous familiariser avec votre propre peau, vos grains de beauté et vos taches de rousseur. Plus vous serez familier avec votre peau, plus il vous sera facile de repérer de nouvelles taches pigmentées ou des changements dans vos grains de beauté.

Le déroulement d'un autoexamen de peau

Pour réaliser cet autoexamen, vous utilisez un miroir en pied et un miroir à main. Assurez-vous que la pièce est bien éclairée.

Il se déroule le plus souvent en trois temps :

- l'examen direct : examinez à l'œil nu les paumes de vos mains et pieds, vos ongles, vos doigts et les espaces entre vos doigts et vos orteils, la face avant de vos bras et avant-bras, vos cuisses et vos jambes ;
- l'examen avec miroir en pied : placez-vous devant un miroir en pied vertical et examinez votre peau de haut en bas. Tournez vers le miroir le côté gauche, puis le côté droit de votre corps, les bras levés à la verticale ;
- l'examen avec un miroir à main : pour les zones de peau non accessibles à la vue, vous pouvez vous aider d'un miroir à main. Assis sur un tabouret, surélevez 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. Vous pouvez également demander l'aide d'une personne de votre entourage.

Les signes qui doivent vous alerter :

- repérez le grain de beauté différent des autres. Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard ») ;
- soyez vigilant à tout changement. Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) ;
- pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies pour vous permettre de comparer et de repérer toute évolution.

EXPOSITION SOLAIRE ET CABINES À UV ARTIFICIELS

La principale cause de l'augmentation des mélanomes est l'exposition au soleil. La façon la plus efficace d'atténuer ce risque est de réduire l'exposition aux rayons ultraviolets* (UV). Pour ce faire, cinq précautions sont à mettre en œuvre :

- éviter de s'exposer au soleil entre 12 heures et 16 heures pendant l'été ;
- rechercher l'ombre pour toutes vos activités de plein air ;
- se couvrir avec des vêtements (attention, les vêtements fins et de couleur blanche ou claire protègent moins du soleil), porter un chapeau à larges bords et des lunettes de soleil car la meilleure protection est vestimentaire ;
- en cas d'impossibilité de couverture vestimentaire, utiliser de la crème solaire protégeant à la fois des UVA et des UVB avec un indice SPF supérieur à 30. La crème solaire est à appliquer en quantité suffisante notamment sur les endroits du corps non recouverts pas des vêtements. L'application est à renouveler régulièrement (toutes les 2 heures) ;
- protéger tout particulièrement les enfants et adolescents, qui sont les plus fragiles.

Il est désormais prouvé que l'exposition aux ultraviolets artificiels des cabines de bronzage est associée à un risque accru de développement de cancers cutanés, notamment de mélanomes. Loin de préparer la peau au soleil, les UV artificiels ne font que s'ajouter aux UV du soleil : l'effet cancérigène est renforcé. Aujourd'hui, la fréquentation des cabines de bronzage est fortement déconseillée. Elle est même interdite aux moins de 18 ans, dont la peau est particulièrement fragile.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la Fiche repère *Rayonnements ultraviolets et risques de cancer* sur e-cancer.fr

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Comment se déroule le suivi en pratique ?**
- Quels professionnels assureront mon suivi ?**
- Quels examens seront nécessaires ?**
- À quel intervalle devrais-je être suivi ?**

7. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements. Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

L'**aide-soignant** participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers.

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les tissus* prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour poser le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et traite la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne dans vos démarches et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **biologiste** est un médecin ou un pharmacien, responsable des analyses médicales dans un laboratoire en ville ou à l'hôpital (analyses de sang par exemple). Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur*, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou améliorer l'apparence de la zone opérée. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable. Une technique de radiothérapie appelée radiochirurgie peut parfois être prescrite lors du traitement du mélanome de la peau. Elle est assurée par un neurochirurgien, un radiothérapeute ainsi qu'un physicien.

Le **dermatologue** est un médecin spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses*. En concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, il effectue le diagnostic et le traitement des tumeurs de la peau, puis le suivi du patient à l'issue des traitements. Certains dermatologues ont une formation en oncologie médicale, c'est-à-dire qu'ils peuvent prescrire des traitements médicamenteux en oncologie, uniquement dans leur spécialité (la dermatologie).

Le **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante, guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, adapte la gestion en cas de problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et des conséquences nutritionnelles des traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien médical, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie* et à la planification du traitement.

L'**infirmier diplômé d'État** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement.

L'**interne** en médecine est un médecin en fin de formation. Il examine les patients puis peut prescrire des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur d'électroradiologie médicale** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il est généralement choisi comme médecin traitant. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmière, kinésithérapeute, etc.) Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors du suivi après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Si besoin, il accompagne également votre entourage.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP* ou une scintigraphie osseuse.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

Le **nutritionniste** est un médecin spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition.

L'**oncogénéticien** est un médecin spécialiste de l'étude des gènes* et en particulier de ceux qui peuvent jouer un rôle dans le développement de cancers, appelés gènes de prédisposition au cancer. Lorsqu'une prédisposition génétique est suspectée, l'oncogénéticien peut proposer un test génétique afin de savoir si la personne est porteuse ou non d'une mutation au sein de ces gènes. Cela lui permet, le cas échéant, de conseiller le patient et les membres de sa famille, et de leur proposer une surveillance adaptée.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (dermatologue, pneumologue, hépatogastroentérologue, neurologue...) ou un chirurgien spécialisés en cancérologie.

Le **pharmacien** est un professionnel de santé chargé de contrôler la prescription des médicaments, de les préparer et de les délivrer. Il peut également donner des renseignements sur leur mode d'action, leur mode d'administration et leurs éventuels effets indésirables. Si vous le souhaitez, il peut créer votre dossier pharmaceutique (DP) avec votre carte vitale; ce dossier a pour but de recenser les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois et permet ainsi d'identifier d'éventuelles interactions entre médicaments. Il peut également vous renseigner sur les ressources disponibles sur votre territoire de vie (sport, santé, suivi psychologique, diététique, esthétique, coiffure, associations...). Un pharmacien peut travailler à l'hôpital (pharmacien hospitalier) ou exercer dans une officine, en ville (pharmacien d'officine).

Le **physicien médical** ou **radiophysicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement: le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles

cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de **psycho-oncologue** ou d'**oncopsychologue**.

Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens d'imagerie, tels qu'une radiographie, un scanner ou une échographie*. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle.

Le **radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothérapie). On parle aussi d'oncologue radiothérapeute. En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur, identifie les zones à traiter et celles à protéger, et planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur d'électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue, etc. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.

La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques: coiffure, maquillage, manucure, etc.

8. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES AIDES À L'ARRÊT DU TABAC

LES PROCHES

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

La maladie et la mise en place de vos traitements peut entraîner certains changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre vos soins et votre vie au quotidien.

8.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi, des examens, des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée. La demande de mise en ALD n'est pas systématiquement effectuée pour les patients ne nécessitant pas de traitement médicamenteux, relevant uniquement d'une chirurgie seule et d'un suivi médical en consultation (voir le chapitre « Les traitements du mélanome de la peau » page 19).

Le taux de remboursement à 100 % concerne les soins et les traitements remboursables par la Sécurité sociale en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de

ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la stratégie thérapeutique face à la maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements. Votre demande de mise en ALD peut également être faite par un médecin autre que votre médecin traitant (par exemple par un médecin hospitalier). Dans ce cas-là, vos droits sont ouverts pour une période de 6 mois. Votre médecin traitant devra réaliser une nouvelle demande pour le prolongement de votre statut en ALD.

Concernant les frais de transport, votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêche de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transports en série, convocation médicale...).

8.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets indésirables causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions. Vous n'êtes pas tenu de préciser les raisons de votre arrêt de travail.

Quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin conseil de votre caisse d'Assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

8.3 LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider dans :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui couvre une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez notamment faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi, au centre communal d'actions sociales de votre mairie (CCAS), prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer*.

8.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante et ce quel que soit le stade où vous avez été diagnostiqué. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients. Une consultation avec le psychologue de l'établissement dans lequel vous êtes suivi est également possible, y compris pour vos proches.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Bénéficiaire d'une écoute téléphonique

La Ligue nationale contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au 0805 123 124 (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur e-cancer.fr/patients-et-proches.

8.5 LES AIDES À L'ARRÊT DU TABAC

Si vous souffrez d'une dépendance au tabac, il est possible de vous faire aider. Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage.

Il ne s'agit pas d'une simple question de volonté. Le tabac est une substance très addictive. Vous aurez 80 % plus de chance d'arrêter de fumer si vous recevez l'aide d'un professionnel de santé. Votre médecin traitant est la personne qui peut vous accompagner dans cette démarche ou vous orienter vers des consultations dédiées. L'établissement dans lequel vous êtes traité pourra également vous apporter de l'aide. Ainsi, parlez-en avec les professionnels de santé que vous rencontrez.

Une aide à distance est également disponible.

- **La ligne téléphonique Tabac info service** vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un coaching, d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner. N° d'appel: 39 89 (appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures)

- **Le site internet Tabac info service** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, éviter les rechutes et entretenir votre motivation. www.tabac-info-service.fr
- **Tabac Info Service** propose de vous accompagner dans votre arrêt du tabac grâce à son application pour smartphones. Vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

Depuis 2015, les traitements nicotiniques de substitution (sous forme de patchs, gommes, pastilles, d'inhalation...) sont remboursés à hauteur de 150 euros par an pour les patients atteints de cancer. Il faut pour cela qu'un forfait soit prescrit par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute...).

Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

8.6 LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues, au besoin des psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées à destination des proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

8.7 LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

Il est possible d'établir avec le médecin des directives anticipées. Il s'agit d'exprimer, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Quelle que soit la pathologie, les directives anticipées permettent la prise en considération de vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (Les directives anticipées) sur le site du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr (espace Droits des usagers de la santé/Le guide)

9. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

9.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

■ **Cancer info, le service téléphonique: 0805 123 124** (service et appel gratuits)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

■ **Cancer info, la rubrique internet: e-cancer.fr/patients-et-proches**

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur les mélanomes de la peau, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, les questions de vie quotidienne, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

■ **Cancer info, les guides** (disponibles gratuitement sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**)

- **Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)**

Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé: Quel est l'objectif? Existe-t-il des risques? Quelle est la réglementation? Comment prendre sa décision? Etc.

- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée? (2015)**

Ce document de deux pages permet de comprendre ce qu'est la médecine de précision, une thérapie ciblée par rapport à la chimiothérapie classique, pourquoi et comment sont réalisées des analyses moléculaires de la tumeur.

- **Démarches sociales et cancer (2012)**
Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.
- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**
Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.
- **Comprendre la radiothérapie (2009)**
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.
- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.
- **Douleur et cancer (2007)**
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur traitement.
- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- **Fatigue et cancer (2005)**
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter son traitement.

9.2 LES ASSOCIATIONS

▲ **Ligue nationale contre le cancer**

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0800 940939 (service et appel gratuits) ou connectez-vous sur www.ligue-cancer.net

▲ **Association Vaincre le mélanome**

L'association Vaincre le mélanome participe à la diffusion de l'information sur le mélanome pour les malades et les proches *via* son site internet, ainsi que grâce aux rencontres et aux groupes de paroles organisés dans différentes régions de France. Elle soutient également la recherche sur le mélanome en France grâce aux dons qu'elle reçoit. Pour en savoir plus : <http://www.vaincrelemelanome.fr/>

9.3 LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix. Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic* et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'ERI (Espaces de Rencontres et d'Information), d'AIREs Cancer (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures semblables.

Les Accueils Cancer de la Ville de Paris proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur e-cancer.fr/patients-et-proches, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au 0805 123124 (service et appel gratuits).

10. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

ADN: abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes*. On parle aussi d'hélice d'ADN. Des segments d'ADN forment les gènes*. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule du corps.

agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM): agence qui évalue la sécurité et la qualité des produits utilisés au cours de la recherche, avec l'objectif de s'assurer que la sécurité des personnes se prêtant à la recherche clinique est garantie. Si ces conditions ne sont pas présentes, elle peut s'opposer à un essai.

aire ganglionnaire: zone du corps où sont rassemblés des ganglions* lymphatiques. Il existe plusieurs aires ganglionnaires réparties dans le corps et qui sont classées en fonction de leur localisation. Lors de l'examen clinique, le médecin les palpe afin d'évaluer l'étendue du cancer. En effet, les cellules cancéreuses peuvent envahir les ganglions les plus proches de la tumeur et en augmenter leur volume. On parle alors d'adénopathie.

altération moléculaire: anomalie survenant au niveau de l'ADN* constituant les gènes* de la cellule*. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN.

ambulatoire: se dit d'un examen ou d'un traitement pour lequel le patient ne reste que quelques heures dans l'établissement de santé sans y passer la nuit ou qui est réalisé en dehors de l'hôpital.

anatomopathologie: spécialité médicale qui consiste à observer et à étudier les organes, les tissus* ou les cellules, pour repérer et analyser des

anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou d'« anapath ».

anémie: diminution du taux d'hémoglobine* dans le sang qui peut se traduire par une grande fatigue, une pâleur, un essoufflement.

anticoagulant: médicament qui diminue la coagulation* du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins*.

anticorps: protéine produite par certains globules blancs*, les lymphocytes* B, en réaction à un antigène*, protéine* d'identification particulière d'une cellule* étrangère ou anormale. L'anticorps reconnaît l'antigène comme élément étranger et cherche à le détruire.

antigène: protéine d'identification située à la surface des cellules* par laquelle le système immunitaire* repère les cellules étrangères ou anormales. Il produit alors un anticorps* spécifique pour les détruire.

auto-immune: se dit d'une maladie provoquée par l'agression de l'organisme par son propre système immunitaire*.

C

cancer: maladie provoquée par la transformation de cellules* qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur* maligne.

cellule: unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu*. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

cellule immunitaire: cellule faisant partie du système immunitaire qui défend notre corps contre les infections, bactéries et virus. Les principales cellules immunitaires sont les globules blancs*.

chimiothérapie: traitement à l'aide de médicament dont l'action vise à détruire les cellules* cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier. Le chimiothérapie est un traitement général qui agit dans l'ensemble du corps.

chromosome: élément du noyau de la cellule* composé d'ADN* dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

coagulation: transformation d'une substance liquide (le sang par exemple) en une masse solide.

consultation d'oncogénétique: consultation réalisée par un médecin oncogénéticien qui consiste à recueillir les informations médicales du patient, à reconstituer son histoire personnelle et familiale et construire l'arbre généalogique de la famille. Au regard de l'ensemble de ces informations, le risque potentiel de cancer du patient est évalué et un test génétique est éventuellement prescrit. Ce test permet de savoir si une personne est porteuse ou non d'une mutation au sein d'un gène pouvant jouer un rôle dans le développement d'un cancer. S'il est positif, ce test permet de conseiller le patient et les membres de sa famille et de leur proposer un accompagnement et une surveillance adaptée.

comité de protection des personnes (CPP): comité dont le rôle est de vérifier, avant la mise en œuvre d'un projet de recherche, que celui-ci obéit aux grandes règles internationales de l'éthique de la recherche et que toutes les mesures sont prises pour protéger au mieux les personnes qui y participeront, leur participation ne pouvant être que volontaire et librement consentie après qu'une information claire leur ait été donnée.

curage ganglionnaire: opération chirurgicale qui consiste à enlever les ganglions d'une zone de drainage* lymphatique afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses.

cure: séance au cours de laquelle sont administrés les traitements médicamenteux.

d

dénutrition : état qui se caractérise par un manque d'éléments nutritifs. Une personne souffre de dénutrition lorsqu'elle ne mange pas en quantité suffisante pour couvrir ses besoins et à partir du moment où elle perd 5 % de son poids habituel en un mois ou 10 % en 6 mois (si une personne de 60 kilos perd 3 kilos en un mois ou 6 kilos en 6 mois, par exemple).

diagnostic : démarche par laquelle le médecin va identifier la maladie dont souffre le patient. Pour établir un diagnostic, le médecin s'appuie notamment sur les anomalies remarquées par le patient (les symptômes), ses antécédents médicaux, un examen clinique et, si nécessaire, divers examens complémentaires (analyses de sang, radiographie*...)

e

échographie : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision.

effet indésirable : conséquence prévisible d'un traitement survenant en plus de l'effet principal. Les effets indésirables n'apparaissent pas de façon systématique, mais dépendent des traitements reçus, de leur association avec d'autres, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont la personne malade réagit. Le patient doit être informé de l'apparition possible d'effets indésirables.

enzyme : protéine* présente dans les cellules*. Elle a pour fonction de faciliter les réactions chimiques qui s'y produisent. Par exemple, lors de la digestion, ce sont des enzymes qui accélèrent la décomposition et la transformation des aliments.

essai clinique : étude scientifique menée avec la participation de patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de stratégie thérapeutique ou de qualité de vie.

examen anatomopathologique : examen qui consiste à observer et à étudier des organes, des tissus* ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste ; son rôle est capital pour déterminer le diagnostic de cancer et les traitements à envisager.

examen clinique : examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, inspecte, palpe et ausculte le patient.

exérèse : opération qui consiste à enlever une anomalie, une tumeur*, une partie d'organe ou un organe entier. L'exérèse peut avoir pour objectif d'établir un diagnostic grâce à l'analyse de la partie enlevée. Elle constitue également le traitement principal du mélanome de la peau.

f

facteur de croissance : substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules*. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules qui en sont la cible.

g

ganglion : petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne) soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

gène: segment d'un chromosome*, constitué d'ADN*. L'Homme possède environ 20 000 gènes qui contiennent des informations sur son identité, lui permettent de transmettre ses particularités à sa descendance et font fonctionner normalement ses cellules*. Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule est alors dérégulé et celle-ci se comporte de façon anormale.

glande endocrine: organe dont la fonction est de fabriquer des hormones indispensables au bon fonctionnement de l'organisme, qui sont ensuite libérées dans le sang.

globule blanc: cellule qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans la lymphe*.

globule rouge: cellule du sang contenant de l'hémoglobine*, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

h

hématome: accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité, dans un organe ou un tissu (muscle...) à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins*.

hémoglobine: composant des globules rouges*, qui donne la couleur rouge au sang et qui, à l'aide du fer, permet de fixer successivement l'oxygène et le gaz carbonique.

histologie: spécialité médicale qui consiste à examiner au microscope des fragments de tissus* prélevés au niveau d'une anomalie. Cet examen permet d'affirmer ou d'éliminer avec certitude le diagnostic* de cancer*.

i

immunothérapie: traitement qui vise à stimuler les défenses naturelles de l'organisme contre les cellules cancéreuses pour les éliminer, à bloquer certains mécanismes spécifiques de croissance des cellules cancéreuses ou à repérer la cellule cancéreuse elle-même afin qu'elle soit détruite par le système immunitaire*.

incidence: nombre de nouveaux cas d'une maladie, pendant une période donnée et pour une population déterminée. En général, l'incidence est établie pour 100 000 habitants.

infection: pénétration et prolifération dans le corps d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bactérie, virus...), susceptible de provoquer des troubles. Une infection peut être locale ou généralisée (septicémie).

incision: ouverture de la peau avec un instrument chirurgical.

IRM (imagerie par résonance magnétique): technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue.

k

kinésithérapie: discipline paramédicale qui utilise des mouvements adaptés, des techniques de massages ou un appareillage à des fins de rééducation.

l

lésion : altération d'un tissu ou d'un organe, due à une blessure ou à une maladie.

lymphe : liquide translucide qui transporte les globules blancs* et évacue les déchets des cellules*. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques*, qui rejoignent ensuite les vaisseaux sanguins*.

lymphocyte : variété de globules blancs* qui aide l'organisme à lutter contre les infections*. Les lymphocytes identifient les cellules* étrangères et agissent rapidement pour les détruire.

m

malin : se dit d'une tumeur lorsque celle-ci est cancéreuse c'est-à-dire qui se caractérise par la prolifération de cellules anormales au potentiel invasif local puis à distance.

membrane basale : zone qui sépare le derme de l'épiderme. Elle joue un rôle de maintien entre ces deux couches. Elle est également appelée jonction dermo-épidermique.

métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins* dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

métastatique : qui a produit des métastases*. Un cancer est dit métastatique quand ses cellules* se sont propagées dans un ou plusieurs autres endroits du corps.

mitose : processus de division d'une cellule qui permet de donner naissance à deux nouvelles cellules identiques. On parle de cellule mère et de cellules filles.

muqueuse : membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et les organes génitaux.

mutation : modification de l'information génétique d'une cellule.

n

nodule : formation anormale, généralement arrondie et de petite taille, cancéreuse ou non, qui peut se développer à la surface d'un tissu ou d'un organe.

p

perfusion : injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

plaquette : composant du sang qui arrête les saignements et contribue à la cicatrisation. La quantité de plaquettes peut diminuer pendant ou après un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie. Cette diminution s'appelle une thrombopénie.

pronostic : appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

protéine : composant de toutes les cellules* de l'organisme. De formes très variées, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'entretien et le renouvellement des tissus*, et remplissent de nombreuses fonctions au niveau des cellules : construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes*.

r

radiographie: examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X*. Une radio est un examen d'imagerie.

radiothérapie: traitement local* du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons tout en préservant au mieux les tissus voisins.

rayon X: rayon invisible qui est utilisé, selon la puissance, pour réaliser des examens d'imagerie médicale (par exemple une radiographie*) ou des traitements (radiothérapie*). Les rayons X sont également appelés photons X.

RCP: réunion de concertation pluridisciplinaire. Réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur, des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaires rassemblent au minimum trois spécialistes différents. Le médecin informe ensuite le patient et lui remet son programme personnalisé de soins (PPS).

récidive: réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission*. On parle aussi de rechute.

recommandations de bonnes pratiques: document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les stratégies de diagnostic, traitement et suivi, les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* internationaux et sur l'avis d'experts. Elles ne sont pas figées et évoluent au fur et à mesure des nouvelles connaissances. On parle parfois de RPC (recommandation pour la pratique clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

rémission: diminution ou disparition des symptômes d'une maladie. Dans le cas du cancer, on parle de rémission dès lors que toute trace du cancer a disparu.

s

scanner thoracoabdominopelvien: examen qui permet d'obtenir à l'aide de rayons X* des images en coupes du thorax, du ventre et du pelvis (partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes de la reproduction). Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomодensitométrie, abrégée en TDM. L'examen est interprété par un radiologue.

scintigraphie: technique d'examen qui permet d'obtenir des images du corps en utilisant des produits faiblement radioactifs non toxiques, (appelés traceurs), qui sont injectés dans le corps, puis repérés sur un écran. Cet examen permet de détecter certaines tumeurs* ou des métastases*.

système immunitaire: ensemble des cellules*, des tissus* et des organes qui assurent la défense de l'organisme contre les agents étrangers (bactéries, virus) ou anormaux (cellules cancéreuses). Ce système comprend le système lymphatique*, les cellules de défense et les différentes molécules que ces cellules sont susceptibles de produire.

système lymphatique: ensemble des vaisseaux, tissus* et organes qui produisent, stockent et transportent des globules blancs* appelés lymphocytes, chargés de lutter contre les infections et les autres maladies. Le système lymphatique fait partie du système immunitaire*.

t

TEP: abréviation de tomographie par émission de positons. Examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en trois dimensions sur un écran d'ordinateur. Une TEP est une scintigraphie effectuée après avoir injecté dans une veine un traceur faiblement radioactif: le fluorodéoxyglucose (en abrégé 18F-FDG). Ce traceur, va se fixer au niveau des cellules cancéreuses et émettre, de façon temporaire, des rayonnements que l'on peut suivre dans l'organisme du patient grâce à une caméra spéciale, une caméra TEP. Le médecin peut proposer une TEP à différentes étapes de la maladie, que ce soit pour le diagnostic, le suivi du traitement ou la surveillance. On parle aussi de PET scan.

thérapie ciblée: ensemble de médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales, en interférant avec des altérations moléculaires* ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement ou de leur dissémination. Cette action dite « ciblée » permet d'agir plus spécifiquement sur les cellules tumorales et ainsi, de limiter les dommages induits aux cellules normales. Elles ont toutefois des effets indésirables spécifiques.

thrombose: formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin.

tissu: ensemble de cellules* qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

traitement local: traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur* ou sur la région où est située la tumeur. Le but de ce type de traitement est d'éliminer toutes les cellules cancéreuses dans la région de la tumeur. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locorégionaux du cancer*.

tumeur: grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne). Les tumeurs bénignes (comme les verrues...) se développent de façon localisée sans altérer les tissus voisins. Les tumeurs malignes (cancer) ont tendance à envahir les tissus voisins et à migrer dans d'autres parties du corps, produisant des métastases*.

tumeur primitive: tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui peuvent former des métastases* dans d'autres parties du corps.

U

ultraviolet: rayon lumineux invisible pour l'œil humain qui, dans le spectre solaire, se place au-delà du violet. Les principales sources d'exposition aux rayonnements ultraviolets sont le soleil et les lampes à bronzer. Une exposition trop souvent répétée aux ultraviolets peut être responsable de cancer de la peau. On parle aussi d'UV.

V

vaisseau lymphatique: canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions* entre eux pour former le système lymphatique*, impliqué dans la défense de l'organisme.

vaisseau sanguin: canal par lequel circule le sang (artère ou veine par exemple).

Z

zone de drainage: partie du système lymphatique* alimentant une région du corps. Lors de l'exérèse du ganglion sentinelle, c'est le premier ganglion appartenant à la zone de drainage de la tumeur qui est retiré et analysé.

Annexe : les examens du bilan diagnostique

Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin,

d'autres peuvent vous être proposés. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

EXAMEN	DESCRIPTION	OBJECTIF
<p>Interrogatoire et examen clinique</p> <p>Examen systématique</p>	<p>Examen réalisé lors d'une consultation qui comprend tout d'abord un entretien avec le patient. Le dermatologue ou le médecin traitant vous questionne sur vos antécédents personnels et familiaux notamment de mélanome. Il s'informe également sur la présence de facteurs de risque et d'autres maladies.</p> <p>Le médecin réalise ensuite un examen de la totalité de la peau, y compris au niveau du cuir chevelu, des paumes des mains et des plantes des pieds. Il peut pour cela, s'aider d'un appareil d'optique grossissant appelé dermatoscope. Une palpation des ganglions est également réalisée.</p>	<p>Évaluer votre état de santé général et analyser la taille, la forme, la couleur et, chaque fois que possible, l'évolution de la lésion cutanée. Le reste de la peau est aussi examiné visuellement afin de repérer d'éventuelles autres taches ou grains de beauté pouvant être suspects.</p> <p>Cet examen permet également de détecter d'éventuelles grosseurs au niveau des ganglions qui pourraient indiquer que le mélanome s'est disséminé.</p>
<p>Exérèse diagnostique</p> <p>Examen systématique</p>	<p>Exérèse de la lésion pratiquée par un dermatologue ou un chirurgien. La totalité de la lésion est retirée. L'intervention ne nécessite généralement pas d'hospitalisation.</p>	<p>Retirer la tumeur pour la faire analyser afin de déterminer de façon certaine si elle est cancéreuse ou non et déterminer son type (<u>histologie*</u>).</p>
<p>Examen anatomopathologique</p> <p>Examen systématique</p>	<p>Examen qui consiste à examiner la lésion qui a été prélevée lors de l'exérèse diagnostique, à l'œil nu puis au microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.</p>	<p>C'est l'examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules cancéreuses de la tumeur (histologie) et de déterminer le type de mélanome. Il renseigne aussi sur les principaux facteurs pronostiques que sont l'épaisseur du mélanome, (mesurée par l'indice de Breslow), la présence ou non d'une ulcération du mélanome, ainsi que le calcul du nombre de mitoses* au mm² (pour les mélanomes d'épaisseur inférieure ou égale à 1 millimètre). Ceci permet de définir le stade du mélanome et d'orienter le choix des traitements.</p>
<p>Test moléculaire</p>	<p>Examen réalisé grâce à l'analyse en laboratoire des cellules cancéreuses prélevées lors de l'exérèse diagnostique.</p> <p>Il est réalisé pour les cas de mélanome nécessitant un traitement médicamenteux. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.</p>	<p>Cette analyse permet par exemple de rechercher l'anomalie moléculaire appelée <u>mutation*</u> BRAF V600 ou plus rarement la mutation C-KIT.</p> <p>Cet examen est réalisé pour orienter la prescription de certaines <u>thérapies ciblées*</u>.</p>

EXAMEN	DESCRIPTION	OBJECTIF
Exérèse du ganglion sentinelle	<p>Technique qui consiste à retirer le ou les ganglions lymphatiques (en moyenne 1 à 3) situés les plus proche du mélanome.</p> <p>Elle est proposée en option ou dans le cadre d'essais cliniques*, pour les mélanomes d'épaisseur supérieure à 1 millimètre ou ulcérés.</p> <p>Lorsqu'elle a lieu, l'exérèse du ganglion sentinelle est réalisée lors de la seconde intervention chirurgicale appelée « exérèse élargie ».</p>	<p>L'exérèse du ganglion sentinelle renseigne sur l'envahissement ou non par des cellules cancéreuses des ganglions situés à proximité du mélanome, et contribue à déterminer le stade du cancer qui est utile au choix du traitement.</p> <p>C'est un facteur pronostique.</p>
Dosage des LDH	<p>En présence de métastases, cet examen permet d'évaluer le taux de lactate déshydrogénase (abrégé en LDH), une enzyme présente dans le sang et les autres tissus.</p> <p>Le dosage des LDH est réalisé sur prélèvement sanguin.</p>	Il renseigne sur le pronostic du mélanome.
BILAN D'IMAGERIE MÉDICALE		<p>Le stade I asymptomatique ne nécessite pas de bilan d'imagerie.</p> <p>Pour les autres stades, le dermatologue prescrit les examens en fonction notamment de l'épaisseur de la tumeur, de vos antécédents médicaux et familiaux, de la présence de signes cliniques, etc.</p>
Échographie des ganglions lymphatiques situés à proximité de la tumeur.	Examen qui permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est réalisé par un médecin radiologue.	<p>L'échographie des ganglions permet de repérer d'éventuelles modifications de leurs structures, évocatrices de l'envahissement de ces derniers par les cellules cancéreuses.</p> <p>L'échographie des ganglions peut être réalisée lorsque le patient ne ressent pas de symptômes de la maladie.</p>
Scanner thoracoabdomino-pelvien et cérébral	<p>Examen qui permet de réaliser des images en trois dimensions de certaines zones du corps, grâce à des rayons X. On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM.</p> <p>Avant l'examen, un produit de contraste qui permet de visualiser les vaisseaux et les différents organes voisins est injecté dans une veine du bras.</p> <p>L'examen est réalisé par un radiologue, dans certaines situations, en complément de l'échographie locorégionale des ganglions lymphatiques.</p>	Le scanner permet de détecter des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer. Il détecte des anomalies de petite taille (inférieure ou égale à 3 millimètres).
Tomographie par émission de positons (TEP ou TEP Scan ou Pet Scan) au FDG (fluorodésoxyglucose)	Examen indolore, à discuter pour les stades III en complément des deux examens d'imagerie indiqués ci-dessus. Il permet de reconstituer une image en 3 dimensions et en couleurs du corps entier, grâce à l'utilisation d'un traceur faiblement radioactif, le 18F- FDG. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps visualisable par ordinateur.	Elle est utilisée pour rechercher d'éventuelles métastases invisibles sur les images obtenues par les autres techniques d'imagerie ou plus souvent pour vérifier s'il n'y a pas de récurrence après les traitements.

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie rigoureuse basée sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources de référence

- Guide affection longue durée, *Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - mélanome cutané*, HAS/INCa, janvier 2012.
- Médicaments ciblant BRAF en monothérapie: *vémurafénib, dabrafénib - médicaments ciblant BRAF ou MEK en association: vémurafénib + cobimétinib, dabrafénib + tramétinib - Anticancéreux par voie orale: informer, prévenir et gérer leurs effets indésirables*, collection Recommandations et référentiels, INCa, avril 2016.
- *Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres du réseau cancer FRANCIM*, INCa/InVS, septembre 2013.
- *Mélanome cutané métastatique, rapport intégral, collection Avis et recommandations*, INCa, septembre 2013.

PARTICIPANTS

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de la Société française de dermatologie (SFD), de l'Association française des infirmières en cancérologie (AFIC), de la société française de chirurgie plastique et reconstructrice (SoFCPre) et de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC).

Ont participé au groupe de travail

- **Sylvie Aubert**, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Pôle régional de cancérologie du CHU de Poitiers
- Dr Frédéric Bodin**, chirurgien spécialisé en chirurgie plastique et reconstructrice, Strasbourg
- Dr Clément Charra**, médecin généraliste, Ladoix Serrigny
- Régine Delannay**, représentante de malades, Gennevilliers
- Dr Nora Kramkimel**, médecin hospitalier, dermatologue, spécialisée en oncodermatologie, Paris
- Anne-Isabelle Marques**, représentante de malades, Boulogne
- Pr Jean-Jacques Mazon**, médecin hospitalier radiothérapeute, Paris
- Dr Claude Rougeron**, médecin généraliste, Anet
- Dr François Truchetet**, médecin hospitalier spécialisé en oncodermatologie, CHR Metz-Thionville

Ont rendu une contribution écrite

- **Dr Géraldine Jeudy**, médecin hospitalier spécialisée en oncodermatologie, Dijon
- Nicole Rama**, cadre de santé clinique de L'union, vice-présidente de l'AFIC (Association française des infirmières de cancérologie)
- Dr Bruno Sassolas**, médecin hospitalier spécialisé en oncodermatologie, CHRU Brest
- Jérôme Sicard**, pharmacien, Châlons-en-Champagne
- Pr Luc Thomas**, médecin hospitalier spécialisé en oncodermatologie, Lyon

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

■ **Rédaction et coordination**

■ **Myriam Bouyahi**, chargée de projet, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.

Marianne Duperray, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.

Dr Chantal Bélorgey, direction des Recommandations et du médicament (jusqu'en juin 2016).

■ **Conformité aux recommandations**

■ **Dr Marie de Montbel**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.

Sophie Negellen, pharmacien, responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du médicament.

Pour en savoir plus et télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)

Tous droits réservés - Siren 185512777

Conception : INCa

Réalisation : INCa

Impression : CIA GRAPHICS

Couverture : Olivier Cauquil

Illustrations : Sophie Jacopin

ISBN 978-2-37219-212-5

ISBN net 978-2-37219-213-2

DEPÔT LÉGAL JUILLET 2016



Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets indésirables ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, validées par des spécialistes des mélanomes de la peau.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

