

# Le mélanome

Ce que vous devez savoir

**6<sup>e</sup> édition**

**Vous avez des questions?**

Veuillez composer le 1 877 560-8035



Regardez notre vidéo  
sur le mélanome

# REMERCIEMENTS

Nous aimerais saluer les efforts des individus suivants et les remercier de nous avoir transmis leur savoir-faire et d'avoir suivi l'évolution de ce livret :

- **Annette Cyr**, fondatrice et présidente honoraire, Mélanome Canada
- **D<sup>r</sup> Marcus Butler**, professeur adjoint, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario
- **D<sup>r</sup> Danny Ghazarian**, médecin dermatopathologue, Réseau universitaire de santé (Princess Margaret/Toronto General Hospital/Toronto Western Hospital), professeur à l'Université de Toronto
- **D<sup>r</sup> Saima Hassan**, chercheuse, oncologie chirurgicale, Université de Toronto/Sunnybrook Research Institute
- **Margo Kennedy**, travailleuse sociale spécialisée en oncologie, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario
- **D<sup>r</sup> Elaine McWhirter**, professeure agrégée, Juravinski Cancer Centre, Hamilton, Ontario
- **D<sup>r</sup> Teresa Petrella**, professeure agrégée, Odette Cancer Centre, professeure adjointe, Université de Toronto
- **D<sup>r</sup> John Walker**, professeur adjoint, Cross Cancer Institute, Edmonton, Alberta
- **D<sup>r</sup> Frances Wright**, professeure de chirurgie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto

Les renseignements contenus dans ce livret sont fournis aux seules fins de consultation et d'information. Veuillez vous adresser à votre médecin pour obtenir des renseignements se rapportant particulièrement à votre santé personnelle.

**Ce livret est offert gratuitement  
par Mélanome Canada.**

**MÉLANOME**  
CANADA

Au service des personnes concernées  
par le cancer de la peau

**Mélanome Canada**

Téléphone : 905 901-5121

Appel sans frais : 1 877 560-8035

[melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca)

N<sup>o</sup> d'organisme de bienfaisance : BN 85491 3050 RR0001



**REGARDEZ**  
« Nous sommes  
Mélanome Canada »

# TABLE DES MATIÈRES

<b>À propos de ce livret .....</b>	<b>2</b>
<b>La peau .....</b>	<b>4</b>
Importance de la peau .....	4
Les couches de la peau .....	5
La croissance cellulaire : les cellules normales et les cellules cancéreuses....	6
<b>Tour d'horizon sur le mélanome.....</b>	<b>8</b>
Les signes du mélanome.....	10
Types de mélanome.....	12
Types rares de mélanome.....	15
Le mélanome de l'uvée .....	16
<b>Comment dépister le mélanome....</b>	<b>18</b>
Antécédents médicaux .....	18
Examen physique.....	20
Biopsie cutanée .....	21
<b>Diagnostic du mélanome .....</b>	<b>23</b>
Tests chirurgicaux pour la stadification du cancer .....	24
Biopsies .....	26
Effets secondaires de la chirurgicale .....	30
<b>Tests diagnostiques.....</b>	<b>31</b>
Analyses de sang .....	31
Examens d'imagerie.....	31
<b>Stades du mélanome .....</b>	<b>33</b>
Les stades du mélanome .....	35
Stade 0.....	36
Stade I .....	36
Stade II .....	37
Stade III.....	38
Stade IV .....	40
Maladie persistante ou récidivante....	41
<b>Traitements du mélanome .....</b>	<b>42</b>
Tour d'horizon .....	42
Équipe de traitement.....	42
Plan de traitement .....	43
Traitements selon le stade.....	45
<b>Options thérapeutiques.....</b>	<b>47</b>
Traitements adjuvant .....	47
Traitements localisé.....	47
Traitements à action générale.....	47
Immunothérapie .....	48
Traitements ciblés .....	50
Traitements ciblés d'association .....	52
Cytokines.....	55
Chimiothérapie.....	55
Radiothérapie .....	56
Essais cliniques .....	57
Traitements palliatifs non curatifs....	59
<b>Votre plan de suivi .....</b>	<b>60</b>
<b>Composer avec votre nouveau diagnostic .....</b>	<b>61</b>
<b>Prévenir le mélanome et les cancers de la peau .....</b>	<b>66</b>
Prendre ses précautions au soleil ....	66
Examen de votre peau.....	67
<b>Mélanome Canada</b>	
<b>Services de soutien .....</b>	<b>69</b>
<b>Ressources de Mélanome Canada .....</b>	<b>71</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>72</b>
<b>Références .....</b>	<b>79</b>

# À PROPOS DE CE LIVRET

L'objet de ce livret est de vous être utile en cas de diagnostic de mélanome, la forme la plus courante de cancer de la peau, qu'on appelle **mélanome cutané**. Il y est notamment question de cette forme de cancer de la peau et de son traitement.

Nous vous recommandons de commencer par lire tout le livret puis de repasser sur les sections qui s'appliquent à votre cas.

## Que m'apprendra ce livret?

Ce livret présente :

- **Les options thérapeutiques** pour tous les stades du mélanome offertes au Canada à la date de publication. Tous les traitements ne conviennent pas forcément à toutes les personnes atteintes d'un mélanome. Consultez votre équipe de soins pour connaître les options thérapeutiques qui s'offrent à vous.
- **Les questions à poser à votre médecin** à différentes phases du traitement. Pour vous aider à vous informer sur la maladie et à participer activement aux décisions concernant votre traitement :
  - Posez les questions nécessaires pour vous assurer de bien comprendre votre état et votre traitement.
  - Prenez des notes pour vous souvenir de vos questions et des réponses du médecin concernant votre maladie et votre traitement.
  - Demandez des copies de tous les résultats d'examens afin de pouvoir vous y reporter facilement ou de les consulter plus tard si vous avez des questions à poser. Certains centres de traitement et hôpitaux offrent un accès en ligne aux résultats des examens; renseignez-vous auprès de votre établissement de soins.

- Faites-vous accompagner d'un ami ou d'un membre de votre famille à vos rendez-vous pour vous aider à prendre des notes, écouter ou poser des questions. La présence d'une deuxième paire d'yeux et d'oreilles peut vous être utile et constituer un soutien précieux.

## **Ce que vous ne trouverez pas dans ce livret :**

Ce livret comprend une courte rubrique sur les types de mélanome plus rares, notamment **le mélanome des muqueuses**, **le mélanome de l'uvée** et **le mélanome desmoplastique**, mais il ne présente pas les options thérapeutiques qui s'y rapportent. Veuillez en discuter avec votre équipe médicale. Vous pouvez également consulter notre autre livret, le *Livret d'information sur le mélanome de l'uvée*.

Le livret ne traite pas d'autres types plus fréquents de cancers de la peau tels que le carcinome basocellulaire et le carcinome squameux cutané. Vous pouvez télécharger nos guides d'information sur le carcinome basocellulaire et le carcinome squameux destinés aux patients sur notre site Web ([melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca)) pour obtenir de plus amples renseignements sur ces types de cancer de la peau et leur traitement.

## **Qu'est-ce que je gagne à m'informer sur le mélanome et son traitement?**

Plus vous en saurez, plus vous pourrez prendre part activement aux choix concernant vos propres soins. Participer à vos soins :

- est un moyen de vous sentir plus en contrôle;
- permet de calmer l'anxiété liée au diagnostic;
- peut vous apporter une plus grande confiance dans votre traitement et dans les échanges avec votre équipe de soins.



## LA PEAU

### Importance de la peau

La peau a une fonction essentielle pour l'organisme. En fait, la peau est le plus vaste organe du corps dont il recouvre toute la surface. La peau est une couche de protection qui assure plusieurs fonctions :

- Elle est la première ligne de défense contre les blessures et les infections. Assurant une fonction importante du système immunitaire, une peau saine permet de prévenir les infections, de reconnaître les allergènes et de réparer les lésions à mesure qu'elles se produisent.
- Elle prévient la perte d'eau et la déshydratation de l'organisme, une fonction cruciale puisque l'organisme est principalement constitué d'eau.
- Elle protège contre la chaleur. Les glandes sudoripares sécrètent la sueur, qui rafraîchit la peau.
- Elle contribue à la production de vitamine D.
- Elle protège contre les dommages causés par **les rayons ultraviolets (UV)** comme ceux produits par le soleil, les lits de bronzage et les lampes solaires.

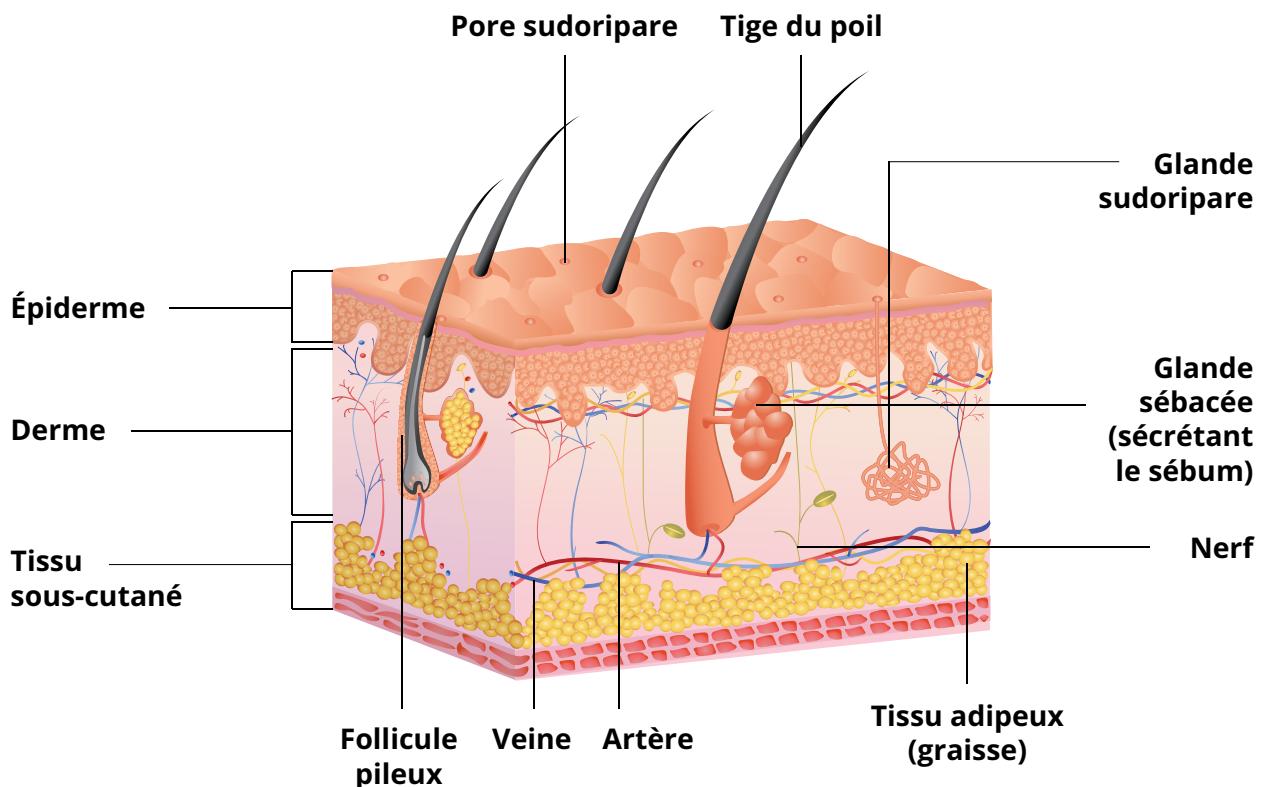
# Les couches de la peau

La peau est constituée de trois couches principales : l'épiderme, le derme et le tissu sous-cutané.

## Épiderme

**L'épiderme** est la fine couche supérieure visible de la peau. Plusieurs types de **cellules** constituent l'épiderme. Une cellule est la plus petite unité structurale microscopique qui forme les tissus comme la peau.

Les **mélanocytes** sont des cellules pigmentaires à la base de l'épiderme. Ils produisent la **mélanine**, pigment qui donne sa couleur à la peau. Lorsque la peau est exposée aux rayons UV, les mélanocytes produisent plus de mélanine pour protéger l'organisme contre les effets dommageables du rayonnement.



## Derme

Le **derme** est une couche épaisse sous l'épiderme. Il est composé de plusieurs types de cellules et de structures :

- **Les vaisseaux sanguins** transportent des nutriments et de l'oxygène vers la peau et évacuent les déchets.
- **Les vaisseaux lymphatiques** ramènent le plasma sanguin (le liquide où baigne le sang) des tissus vers le cœur.
- **Les glandes sudoripares** produisent la sueur qui permet de rafraîchir l'organisme.
- **Les glandes sébacées** produisent le sébum, substance huileuse prévenant la déshydratation de la peau.
- **Le tissu conjonctif** délimite ces structures et les maintient en place. Il permet également à la peau de s'étirer.
- **Les follicules pileux** produisent les cheveux et les poils.

## Tissu sous-cutané

Le tissu sous-cutané est sous le derme.

- Il rattache la peau au muscle sous-jacent.
- Il renferme du tissu conjonctif et du tissu adipeux où sont mises en réserve l'énergie et la chaleur corporelle.
- Il protège aussi l'organisme en amortissant les chocs.

## La croissance cellulaire : les cellules normales et les cellules cancéreuses

Les **cellules** sont de minuscules structures de l'organisme qui se regroupent et forment des tissus tels que les organes, les os, les muscles, les tissus adipeux et la peau. Les **gènes** sont les « instructions » contenues dans les cellules, qui dictent la production de nouvelles cellules et leur mode de fonctionnement.

Notre organisme a besoin de nouvelles cellules cutanées qui viennent remplacer les cellules mortes et guérir les blessures.



## Comment les cellules normales sont-elles produites?

Normalement, l'organisme ne produit de nouvelles cellules que lorsqu'il en a besoin. Les cellules se divisent jusqu'à ce que le nombre de nouvelles cellules soit suffisant, puis elles cessent de se diviser. Notre organisme régule le nombre de cellules à produire et détermine la partie du corps où elles sont produites.

## Comment les cellules cancéreuses sont-elles produites?

Le cancer se produit lorsque les cellules se multiplient et se divisent de manière incontrôlée dans l'organisme. Certaines altérations (mutations) des gènes peuvent transformer des cellules normales en cellules cancéreuses en accélérant la division cellulaire ou en interrompant les mécanismes normaux de contrôle du système.

### **Les cellules cancéreuses peuvent former des tumeurs**

Les cellules cancéreuses continuent de croître et de se diviser même si la multiplication des cellules n'est pas nécessaire (prolifération cellulaire). Elles peuvent alors former une masse appelée **tumeur**.

La première à se former est appelée la **tumeur primitive**.

Une tumeur éloignée de la **tumeur primitive** est appelée **métastase**. Les métastases peuvent remplacer ou comprimer les tissus sains et les empêcher de fonctionner normalement.

- Une métastase qui se forme à proximité de la tumeur primitive est appelée **métastase locale ou satellite**.
- Si une tumeur se développe loin de la tumeur primitive, on parle de **métastase à distance**.
- Un mélanome qui s'est propagé jusqu'à un vaisseau lymphatique local sans atteindre les ganglions lymphatiques est appelé **métastase en transit**.

### **Les cellules cancéreuses peuvent circuler dans l'organisme**

Les cellules cancéreuses peuvent sortir de la tumeur et circuler dans tout l'organisme en empruntant les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques, et continuer de croître et de se diviser.

**Les ganglions (nœuds) lymphatiques** sont de petites glandes immunitaires qui filtrent les substances nocives et attaquent et détruisent les microbes. Ils sont situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Les cellules cancéreuses se logent souvent dans les ganglions lymphatiques.

# TOUR D'HORIZON SUR LE MÉLANOME

Le mélanome est un cancer des **mélanocytes**, les cellules pigmentaires de la peau.

Le mélanome peut apparaître n'importe où sur la peau et prend généralement naissance sur un ancien ou un nouveau grain de beauté. Avec le temps, l'aspect du grain de beauté peut changer. Voici les indices possibles d'une lésion problématique :

- une tache noire ou brune qui s'élargit à partir du grain de beauté;
- des suintements, des démangeaisons ou des saignements.

## Qu'est-ce qu'un grain de beauté?

Un **grain de beauté** (naevus) est une tumeur cutanée courante non cancéreuse (bénigne). Les grains de beauté naissent aux dépens des mélanocytes. Presque tout le monde a des grains de beauté. Presque tous les grains de beauté sont inoffensifs, mais il en existe des types qui font augmenter le risque de mélanome (voir « Facteurs de risque du mélanome cutané », page 20).

Un certain type de grain de beauté (appelé **nævus de Spitz**) peut avoir l'aspect d'un mélanome. Il est plus fréquent chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Ce type de grain de beauté est généralement bénin et ne se propage pas. Il peut être difficile pour les médecins de distinguer un nævus de Spitz d'un mélanome, même à l'aide d'un microscope. Ils procèdent souvent à l'ablation des nævus de Spitz, par mesure de prudence.

## Où se forme le mélanome?

- Le mélanome se forme généralement sur les parties du corps souvent exposées au soleil.
- Chez les hommes, le mélanome apparaît souvent sur la tête, le cou et le dos; chez les femmes, il apparaît plutôt sur le dos, les bras et les jambes.
- Chez les personnes à la peau foncée, le mélanome se forme souvent sous les ongles des doigts ou des orteils, sur la paume des mains ou la plante des pieds. Le mélanome est moins fréquent chez les personnes à la peau foncée, mais constitue toujours un risque.

## Le mélanome se propage-t-il dans l'organisme?

Le mélanome peut se propager dans l'organisme. Le mélanome prend naissance dans l'épiderme, peut évoluer en profondeur et atteindre le derme. Plus le mélanome avance dans le derme, plus le risque de propagation par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins est élevé.



Une fois qu'il atteint le derme, le mélanome peut facilement se propager n'importe où dans l'organisme par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le mélanome est plus dangereux que d'autres types de cancer de la peau plus courants, car il est plus susceptible de se propager dans d'autres parties du corps s'il n'est pas décelé rapidement.

Heureusement, la plupart des mélanomes sont décelés par les patients ou leur médecin à un stade précoce, avant qu'ils ne se propagent (environ 84 %, soit 84 cas sur 100). Ces mélanomes au stade initial sont susceptibles d'être « guéris » au moyen d'un traitement chirurgical tel qu'une simple excision (intervention consistant à retirer le tissu cancéreux et une marge de peau saine adjacente à l'aide d'un scalpel).

## Comment peut-on prévenir le mélanome?

On peut prévenir le mélanome en évitant d'exposer sa peau aux rayons UV du soleil, des lits de bronzage et d'autres sources artificielles d'UV. Pour prévenir le mélanome :

- Surveillez les changements sur votre peau.
- Protégez votre peau et vos yeux des dommages causés par les rayons UV du soleil, en évitant de vous exposer au soleil et en portant un écran solaire dont l'indice de protection est égal ou supérieur à 50.
- Consultez votre dermatologue (médecin de la peau) ou votre médecin de famille en vue d'un examen de santé au moins une fois par an.
- Les personnes qui ont déjà présenté un mélanome doivent être suivies une fois par an jusqu'à la fin de leur vie.

## L'incidence du mélanome est en hausse

Le mélanome touche plus souvent les personnes qui passent plus de temps au soleil. En fait, les **rayons UV** du soleil ou des lits de bronzage sont la première cause de plus de 85 mélanomes sur 100 au Canada (85 %), selon l'Organisation mondiale de la Santé.

Au Canada, le mélanome est aujourd'hui le 7<sup>e</sup> cancer le plus fréquent et c'est l'un des plus répandus chez les jeunes de 15 à 29 ans<sup>1</sup>. En 2022, on a recensé environ 9000 nouveaux cas de mélanome au Canada, lesquels ont donné lieu à environ 1200 décès.

## Les signes du mélanome

Les grains de beauté normaux ont généralement une couleur uniforme, et sont pour la plupart ronds ou ovales. Ils tendent également à mesurer moins de 6 mm (diamètre inférieur à celui de la gomme d'un crayon).

Le premier signe d'un mélanome peut être :

- le changement d'aspect d'un grain de beauté existant, notamment un changement de forme, de couleur, de taille, de superficie ou de texture;
- l'apparition d'un nouveau grain de beauté.

Dans certains cas, les médecins ne parviennent pas à trouver le grain de beauté ou la lésion à l'origine du mélanome. Il arrive alors que le premier indice provienne d'un ganglion lymphatique enflé.

## Quels sont les signes du mélanome?

La grille **ABCDE** ci-dessous présente les signes les plus courants du mélanome. N'oubliez pas :

- L'aspect de chaque mélanome peut être très différent des autres cas de mélanome :
  - Certains mélanomes peuvent présenter tous les signes ABCDE
  - D'autres pourraient n'en présenter qu'un ou deux.
  - Certains ne correspondent pas du tout aux critères ABCDE (voir les critères EFC, page 14)
- Les mélanomes avancés peuvent présenter des changements dans leur texture ou leur consistance, et peuvent :
  - devenir durs ou bosselés;
  - avoir un aspect éraflé ou à vif, et suinter ou saigner;
  - démanger et être sensibles ou même douloureux.

Comme les mélanomes ne correspondent pas tous à ce schéma, il faut également rechercher le signe du « vilain petit canard », c'est-à-dire le grain de beauté ou la lésion qui ne ressemble pas aux autres. Si ce grain de beauté subit des changements, s'il vous démange ou saigne ou si une croûte s'y forme, veuillez consulter votre médecin pour qu'une **biopsie** soit effectuée.

## Les signes ABCDE du mélanome

### A - Asymétrie

Les deux moitiés du grain de beauté ont des formes différentes.



### B - Bordures

Les bordures du grain de beauté sont irrégulières. Son aspect peut être mal défini, discontinu ou échancré. Sa pigmentation peut se répandre dans la peau entourant le grain de beauté.



### C - Couleur

La couleur du grain de beauté est irrégulière. Le grain de beauté peut avoir différentes nuances de beige, de brun et de noir et parfois de bleu, de gris, de rouge, de rose ou de blanc.



### D - Diamètre

Les mélanomes mesurent généralement plus de 6 mm (la taille de la gomme d'un crayon) au moment de leur diagnostic, mais ils sont parfois plus petits.



### E - Évolution

Le grain de beauté a changé au cours des dernières semaines ou des derniers mois. Il est possible qu'il démange, se desquame ou saigne.

**Exemple :**



## Propagation du mélanome

Une **métastase** désigne la propagation d'un cancer. Le mélanome peut se propager (« métastaser ») de différentes manières :

- vers la peau adjacente, mais toujours sur le même bras ou la même jambe (**maladie en transit**);
- vers la peau adjacente et les ganglions lymphatiques situés dans la même zone, par les vaisseaux lymphatiques;
- aux organes éloignés tels que le cerveau, le foie et les poumons, par les vaisseaux sanguins.

Une fois que les cellules cancéreuses se sont propagées dans les ganglions lymphatiques ou des organes éloignés, elles peuvent se regrouper et croître. Une fois qu'elles ont atteint une taille suffisante, les cellules sont visibles à l'examen physique ou à l'aide de tests d'imagerie.

Le mélanome peut suivre certains schémas de propagation vers les ganglions lymphatiques :

- Les mélanomes au bras tendent à se propager aux ganglions lymphatiques des aisselles.
- Ceux aux jambes tendent plutôt à se propager aux ganglions lymphatiques de l'aine.
- Les mélanomes qui apparaissent sur le torse ou le dos sont plus imprévisibles et peuvent se propager à l'aisselle ou à l'aine.

## Types de mélanome de la peau (mélanome cutané)

Le mélanome de la peau (mélanome cutané) est de loin le mélanome le plus fréquent. Les médecins classent les mélanomes de la peau en quatre grands types en fonction de leur couleur, de leur forme, de leur emplacement et de leur mode de croissance.



Mélanome à extension superficielle : photographie publiée avec l'aimable autorisation du National Cancer Institute



Mélanome nodulaire : photographie publiée avec l'aimable autorisation de l'University of California



Mélanome lentigineux malin : photographie publiée avec l'aimable autorisation de la Skin Cancer Foundation



Mélanome acrolentigineux : provenance de l'image, DermNetNZ.org

## Mélanome superficiel extensif

Il s'agit du type de mélanome le plus fréquent, qui compte pour près de 70 % de tous les diagnostics de mélanome<sup>2</sup>. Le **mélanome superficiel extensif** est parfois appelé mélanome malin et mélanome cutané. Comme son nom l'indique, le mélanome superficiel extensif se manifeste habituellement par une mince plaque ressemblant souvent à une tache brun foncé ou noire qui s'éloigne d'un grain de beauté existant ou nouveau (phénomène connu sous le nom de croissance radiale) avant de s'étendre en profondeur pour envahir le derme, la couche la plus profonde de la peau. La propagation peut être rapide ou s'étaler sur une période relativement longue, allant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années.

Ce type de mélanome est le plus fréquent dans les zones de la peau qui ont été exposées aux rayons UV, en particulier là où la peau a déjà été endommagée par un coup de soleil. Le mélanome superficiel extensif est souvent décelé en premier lieu par les patients ou les membres de leur famille (plus de 50 % des cas sont décelés d'abord par les patients ou leurs proches) à l'aide des critères ABCDE (décrits à la page 11)<sup>3</sup>. La plupart du temps, les premiers changements sont uniquement d'ordre esthétique, tandis que les symptômes tels que les démangeaisons ou les saignements surviennent aux stades avancés.

## Mélanome nodulaire

Le **mélanome nodulaire** est une éluvre cutanée ferme en forme de dôme. Il croît rapidement en profondeur à travers l'épiderme, jusqu'au derme. Une fois qu'il a atteint cette zone, il peut **métastaser** ou se propager vers d'autres régions du corps. Le mélanome nodulaire est le deuxième sous-type de mélanome le plus fréquent; il représente 15 à 30 % de tous les cas de mélanomes et environ 40 à 50 % des mélanomes d'une épaisseur supérieure à 2 mm<sup>2</sup>. Il est généralement brun foncé ou noir et peut former une croûte ou s'ulcérer. Comme c'est le cas de tous les sous-types de mélanomes, le mélanome nodulaire peut être de couleur rose, rouge ou chair (amélanique); il peut, dans de rares cas, être incolore, notamment chez les personnes au teint très clair.

En général, le mélanome nodulaire ne répond pas aux critères ABCDE usuels révélateurs des autres mélanomes : ses bordures et sa couleur sont généralement uniformes, il est symétrique et de petit diamètre. Le mélanome nodulaire est souvent difficile à diagnostiquer. C'est pourquoi il est important que les médecins et les patients restent vigilants et se méfient des nouvelles lésions ou de celles qui évoluent. Un dermatologue se sert souvent d'un dermatoscope pour faciliter le diagnostic.

Le mélanome nodulaire croît plus rapidement, il est plus agressif et effectue un nombre accru de mitoses (autrement dit son taux mitotique révèle une croissance incontrôlée des cellules) comparativement aux autres types de mélanome. Il est également fréquent qu'il soit saillant et qu'il saigne<sup>6,7</sup>.

L'acronyme **EFC** sert à caractériser le mélanome nodulaire. Il résume les particularités cliniques les plus fréquentes de cette maladie :

- **Élevure** cutanée
- **Ferme** à la palpation (ou au toucher)
- **Croissance** continue pendant un mois<sup>8</sup>

## Mélanome lentigineux malin

Lorsque les cellules du **mélanome lentigineux malin** se limitent à l'épithélium de surface (la couche la plus superficielle de la peau) sans envahir ni pénétrer dans le derme (la couche profonde), ce mélanome est également considéré comme un mélanome *in situ* lié à l'exposition chronique au soleil. Ce type de mélanome représente 10 à 15 % de la totalité des cas<sup>2</sup>. Il apparaît sur une peau irrémédiablement endommagée par une exposition chronique au soleil, notamment chez les personnes âgées. Par conséquent, il siège surtout sur les bras, le visage, les oreilles ou le cou et plus souvent sur le nez et les joues. Étant donné qu'il s'agit d'un mélanome à un stade très précoce, l'exérèse complète, incluant des marges suffisantes et nettes, est généralement curative. Une fois que les cellules du mélanome envahissent le derme, celui-ci est appelé mélanome lentigineux malin. Son pronostic dépend de la profondeur de l'invasion, de l'ulcération, des mitoses et d'autres paramètres décrits dans le rapport de pathologie.

## Mélanome acrolentigineux

On en sait moins sur le mélanome acrolentigineux et le mélanome lentigineux malin que sur les autres formes de mélanome. Le **mélanome acrolentigineux** peut ressembler à une tache foncée ou à une ecchymose qui ne guérit pas. Il représente moins de 5 % de la totalité des cas<sup>2</sup>. Il peut apparaître sur la paume des mains et la plante des pieds. Lorsqu'il siège sous un ongle, le mélanome acrolentigineux peut avoir l'aspect d'un ruban foncé. Comme d'autres formes plates de mélanome au stade initial, il est reconnaissable par les critères CISER (Couleur, Incertitude, Saignement, Extension, Retard), mais il peut aussi être amélanique (non pigmenté, généralement de couleur rouge). Ce mélanome touche davantage les personnes d'origine africaine ou asiatique, mais il peut apparaître sur tout type de peau.

Vous trouverez un complément d'information sur le mélanome et les personnes de couleur au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).

# Types rares de mélanome

## Mélanome des muqueuses

Le **mélanome des muqueuses** est une forme rare de mélanome qui a tendance à se développer et à se propager rapidement. Il est souvent diagnostiqué à un stade avancé. Cette forme de mélanome n'est pas causée par l'exposition aux UV.

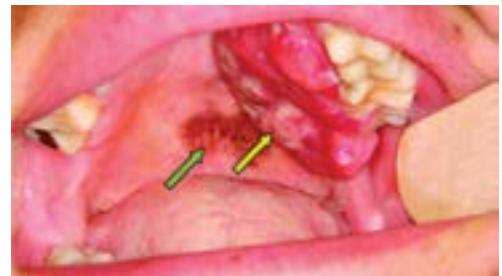
Le mélanome des muqueuses ne représente qu'un ou deux cas de mélanome sur 100 (1 à 2 %)<sup>9</sup>. Il se forme dans les mélanocytes, les cellules productrices de pigments à la surface des muqueuses telles que :

- la membrane ou muqueuse des sinus, du nez (voies nasales), de la bouche et de la gorge. Plus de 50 % des cas touchent ces muqueuses<sup>9</sup>;
- l'appareil génital féminin et la région anale ou rectale, où surviennent environ 24 % des cas;
- les voies urinaires, où surviennent environ 3 % des cas.

L'âge moyen des patients au moment du diagnostic est de plus de 70 ans. Par ailleurs, ce mélanome touche plus souvent les femmes que les hommes<sup>9</sup>. La stadification du mélanome des muqueuses est unique et différente de celle du mélanome cutané. Du fait de son emplacement, il est difficile de le dépister à un stade précoce et de le traiter complètement.

La plupart des patients présentent des micro-métastases (petites cellules cancéreuses qui se propagent à partir du foyer primaire) et de multiples récidives avant que le cancer ne se propage dans des parties éloignées du corps. Environ un tiers des patients présentent une atteinte des ganglions lymphatiques lorsque le mélanome des muqueuses est décelé.

Le taux de survie globale à 5 ans n'est que de 25 %<sup>9</sup>, car ce cancer s'est souvent déjà propagé avant d'être dépisté et ses récidives sont fréquentes. En outre, il ne répond pas très bien à la résection chirurgicale et aux traitements adjutants tels que l'immunothérapie et la chimiothérapie<sup>9</sup>.

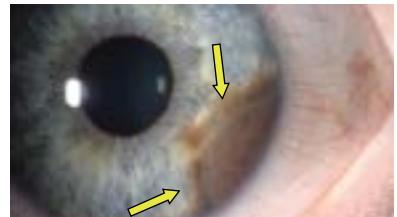


**Mélanome des muqueuses**

Image : The Oncologist Journal

## Mélanome de l'uvée

Le **mélanome de l'uvée** est une forme rare mais dangereuse de mélanome qui affecte l'uvée de l'œil, dont fait partie l'iris (il est également appelé mélanome intraoculaire primitif ou mélanome choroïdien). Il représente moins de 3 cas de mélanome sur 100 au Canada<sup>1</sup> (3 % ou 150 cas par an) et environ 4000 cas à l'échelle mondiale.



**Mélanome de l'uvée**  
Image : Skin Cancer Foundation

Le mélanome de l'uvée se propage souvent hors de l'œil avant d'être décelé, et si tel est le cas, seuls 40 patients sur 100 (environ 40 %) survivent au bout d'un an<sup>12</sup>. Entre 30 et 50 % des patients qui reçoivent un diagnostic présentent par la suite une maladie métastatique<sup>10,11</sup>. Les chercheurs essayent de découvrir des traitements efficaces, mais les options actuelles sont limitées.

Le mélanome de l'uvée touche les mélanocytes de l'uvée qui deviennent cancéreux. Ce processus peut toucher n'importe quelle partie de l'uvée : l'iris, le corps ciliaire ou la choroïde. Il siège dans la choroïde dans près 85 % des cas, dans le corps ciliaire dans 10 % des cas et dans l'iris dans près de 5 % des cas<sup>13</sup>. Sa stadification pathologique est établie selon sa taille, son emplacement et la présence ou l'absence de métastases.

Bien que le mélanome de l'uvée (œil) et le mélanome cutané (peau) affectent tous les deux les mélanocytes, il s'agit de cancers différents qui expriment des mutations génétiques distinctes et n'évoluent pas de la même manière. En outre, le mélanome cutané est beaucoup plus fréquent (environ 40 fois plus fréquent).

Les causes du mélanome de l'uvée ne sont pas claires. Contrairement au mélanome cutané, rien ne prouve qu'il soit causé par les rayons UV. Toutefois, les facteurs suivants sont associés à un risque accru de mélanome de l'uvée :

- des yeux de couleur claire comme les yeux bleus ou verts;
- une peau claire;
- l'âge avancé : l'âge moyen au moment du diagnostic est de 55 ans.

Le mélanome de l'uvée peut toucher n'importe qui, sans égard à l'âge, au sexe ou à la race. Pour en savoir plus sur le mélanome de l'uvée, veuillez consulter le livret intitulé *Livret d'information sur le mélanome de l'uvée* publié par Mélanome Canada au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).

## Mélanome desmoplastique

Le **mélanome desmoplastique** est un type rare de mélanome qui représente moins de 4 cas de mélanome cutané sur 100 (4 %)<sup>14</sup>. Il prend naissance dans la couche épaisse interne de la peau (derme) ou dans la couche de tissu conjonctif qui entoure le tissu muqueux (sous-muqueuse).

Le mélanome desmoplastique a tendance à évoluer vers les couches internes de la peau et à rester dans la région concernée, sans toucher les ganglions lymphatiques. En outre :

- il se forme généralement sur les parties de la peau longuement exposées au soleil, comme la tête et le cou (53 %), les bras et les jambes (26 %), et le torse (20 %)<sup>14</sup>;
- il prend souvent la forme d'une masse de la même teinte que la peau, qui peut parfois être colorée;
- il touche deux fois plus les hommes que les femmes, et il est plus fréquent chez les personnes âgées.

Les options thérapeutiques consistent généralement en l'ablation chirurgicale (excision) du mélanome desmoplastique et, dans certains cas avancés, à procéder ensuite à une radiothérapie. Lorsque la radiothérapie est administrée après l'intervention chirurgicale, on parle de **traitement adjuvant**.

Les patients atteints d'un mélanome desmoplastique ont très bien répondu au traitement par des anti-PD-1/PD-L1 activateurs du système immunitaire, à savoir le pembrolizumab (Keytruda®) ou le nivolumab (Opdivo™). Dans la phase d'apparition du cancer, les protéines PD-1 et PD-L1 ont un effet délétère sur le système immunitaire, ce qui permet aux cellules tumorales de continuer de croître. Les médicaments comme le pembrolizumab et le nivolumab freinent cette croissance et aident le système immunitaire à reconnaître et à détruire les cellules cancéreuses<sup>9,15</sup>.



### Mélanome desmoplastique

Image : Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology Klaus Wolff, Richard Allen Johnson, Dick Suurmond © The McGraw-Hill Companies, 2005, 2001, 1997, 1993.

# COMMENT DÉPISTER LE MÉLANOME

Si vous croyez avoir un mélanome ou un autre cancer de la peau, consultez immédiatement votre médecin. Ce dernier peut vous adresser à un **dermatologue**, un médecin spécialisé dans les maladies de la peau. Il vous posera des questions et procédera à un examen physique de votre peau. S'il pense que vous présentez un cancer de la peau, il effectuera également des tests.

## Antécédents médicaux

Votre médecin doit vous poser des questions sur votre santé et vos antécédents médicaux, et notamment sur :

- les affections médicales que vous avez déjà eues;
- vos symptômes cutanés actuels tels qu'un changement de l'aspect d'un grain de beauté ou d'autres marques sur la peau;
- tout antécédent de mélanome ou d'autres cancers de la peau;
- les facteurs de risque de mélanome (les éléments qui font augmenter votre risque de mélanome).

## Qu'est-ce qui favorise la survenue d'un mélanome?

Les scientifiques ont découvert de nombreux facteurs qui accroissent le risque de survenue d'un mélanome; c'est ce qu'on appelle les **facteurs de risque**. Voici quelques facteurs de risque :

### Exposition à la lumière UV

- **Exposition au soleil.** L'exposition aux rayons ultraviolets (UVA et UVB) du soleil est le plus important facteur de risque de mélanome.
  - **Coup de soleil accompagné de cloques.** Un seul coup de soleil grave accompagné de cloques fait augmenter le risque.
  - **Exposition au soleil à vie.** La durée totale passée à s'exposer au soleil.
  - **Bronzage.** Même les personnes qui bronzent sans brûler présentent un risque accru de mélanome car leur durée d'exposition totale au soleil est plus longue.
- **Sources artificielles de rayons UV.** Les lampes solaires et les lits de bronzage produisent des rayons UV et font donc augmenter le risque de mélanome. L'exposition à ces sources artificielles de rayons UV avant l'âge de 30 ans augmente particulièrement le risque de mélanome, mais le risque persiste à tout âge.

## Antécédents de mélanome

- **Antécédents personnels de mélanome.** Les personnes qui ont déjà eu un mélanome courent un risque accru d'en avoir un second.
- **Antécédents familiaux de mélanome.** Le fait d'avoir au moins deux proches parents qui ont déjà eu un mélanome est un facteur de risque. Les proches parents sont les parents, les frères et sœurs, et les enfants. Le mélanome peut avoir une composante héréditaire.

## Manifestations physiques

- **Peau claire et cheveux clairs.** Les personnes à la peau claire qui brûle facilement présentent un risque accru de mélanome. Ces personnes peuvent avoir des cheveux blonds ou roux, les yeux bleus ou gris, ou de nombreuses taches de rousseur.
- **Avoir plus de 50 grains de beauté.** La présence de nombreux grains de beauté est un facteur de risque de cancer de la peau. Les grains de beauté normaux sont plus petits que la gomme d'un crayon (6 mm) et de couleur uniforme, parfois rose, beige ou brun. Ils sont ronds ou ovales et lisses.
- **Grains de beauté atypiques (nævus dysplasiques).** Ces grains de beauté atypiques sont souvent héréditaires. Un faible pourcentage de nævus dysplasiques peuvent se transformer en un mélanome, mais la plupart d'entre eux ne deviennent jamais cancéreux. Ces grains de beauté :
  - ressemblent un peu à des grains de beauté normaux, mais ils peuvent avoir l'aspect d'un mélanome, par exemple, s'ils sont plus gros que les autres grains de beauté, s'ils ont une forme anormale ou s'ils affichent plusieurs couleurs;
  - sont généralement plats, et leur surface est irrégulière ou squameuse;
  - peuvent apparaître sur une peau exposée ou non au soleil, par exemple sur les fesses ou le cuir chevelu.
- **Syndrome du nævus dysplasique (également appelé FAMMM, de l'anglais *familial atypical multiple mole melanoma*).** Les personnes atteintes de ce syndrome héréditaire présentent de nombreux nævus dysplasiques et, en règle générale, un de leurs proches parents a déjà présenté un mélanome. Les personnes présentant un syndrome du nævus dysplasique sont très susceptibles de présenter un mélanome. Par conséquent :
  - elles doivent passer périodiquement des examens approfondis de la peau chez un dermatologue; le médecin prend parfois des photos du corps entier pour vérifier si les grains de beauté changent d'aspect et grossissent avec le temps;
  - elles doivent apprendre à examiner elles-mêmes leur peau et leurs grains de beauté tous les mois.

## Autres facteurs de risque pouvant augmenter le risque de mélanome

- **Âge.** Les personnes ayant des antécédents familiaux de mélanome peuvent contracter la maladie à un jeune âge. Toutefois, près de la moitié des mélanomes touchent des personnes âgées de plus de 50 ans.
- **Médicaments.** Certains médicaments comme les antibiotiques, les traitements hormonaux ou les antidépresseurs ont pour effet d'augmenter la sensibilité au soleil et, par conséquent, le risque de mélanome en cas d'exposition au soleil.
- **Système immunitaire affaibli.** Le système immunitaire combat les infections et élimine les cellules endommagées. Certaines maladies et certains médicaments affaiblissent le système immunitaire, ce qui accroît le risque de mélanome.

## Examen physique

Le médecin examinera votre peau à la recherche de grains de beauté ou de lésions anormales (tissu endommagé par une maladie ou une blessure prenant l'aspect d'une plaie), ou d'autres problèmes. Si le médecin soupçonne la présence d'un mélanome, il doit vous orienter vers un **dermatologue** le plus rapidement possible. Un dermatologue est un médecin spécialisé dans les maladies de la peau.

## Comment se déroule l'examen physique?

Durant un examen physique, le dermatologue ou le médecin doit :

- examiner soigneusement toute la peau, y compris le cuir chevelu, la peau entre les orteils et les doigts, et même autour des organes génitaux;
- examiner toutes les lésions ou tous les grains de beauté suspects à l'aide d'un **dermatoscope polarisé**, un appareil portatif qui permet d'observer une zone à fort grossissement à l'aide d'une lumière polarisée, pour faciliter le repérage des mélanomes, en particulier ceux qu'il est difficile de déceler à l'œil nu.
- **La dermoscopie** est une technique diagnostique non effractive très utilisée. Le diagnostic des lésions pigmentées établi avec cette technique est plus exact que celui posé à la suite d'un examen à l'œil nu. La dermoscopie permet de poser un diagnostic précoce du fait de son exactitude dans le dépistage du cancer<sup>4,5</sup>.



## Biopsie cutanée

Si votre médecin ou votre dermatologue découvre une lésion ou un grain de beauté suspect, il procède à une **biopsie** (qui consiste à prélever du tissu sur le grain de beauté pour l'examiner au microscope).

### Comment se déroule une biopsie?

1. Le médecin commence par insensibiliser la peau à l'aide d'un anesthésique local (médicament servant à insensibiliser une partie du corps, qui est souvent injecté à l'aide d'une aiguille).
2. Le médecin retire ensuite la totalité du grain de beauté ou de la lésion ainsi que la bordure de la peau normale environnante afin qu'un **pathologue** ou un **dermatopathologue** puisse établir un diagnostic exact. Un pathologue est un médecin chargé d'effectuer des analyses de laboratoire, qui interprète l'état des tissus et des liquides corporels et pose un diagnostic en conséquence. Un dermatopathologue est un pathologue spécialisé dans l'étude des maladies de la peau à l'échelle microscopique et moléculaire. L'un ou l'autre peut examiner le prélèvement biopsique.

Il existe plusieurs types de biopsies :

- **Biopsie-exérèse** : il s'agit du type de biopsie privilégié, le plus fréquent. Le médecin utilise un scalpel pour enlever toute la tumeur et une marge de tissu sain autour d'elle. La biopsie par rasage profond, également appelée « saucérisation » ou biopsie « en soucoupe », sert généralement à retirer la totalité d'un grain de beauté ou d'une lésion. Elle est différente de la biopsie par rasage superficiel (qui consiste à prélever un mince échantillon de tissu sur la partie supérieure d'une tumeur).
- **Biopsie d'incision** : si une lésion ou un grain de beauté est très large ou situé à un endroit où il est difficile de le retirer, il est recommandé de procéder à une biopsie d'incision pour en retirer une partie.
- **Biopsie à l'emporte-pièce** : le médecin utilise un instrument creux et aiguisé pour enlever le grain de beauté ou la lésion et un peu de tissu sain autour. Cette technique peut convenir à certaines parties corporelles comme le visage.

- **Biopsie par rasage :** elle n'est pas recommandée lorsqu'un mélanome est soupçonné, mais on l'utilise souvent s'il s'agit d'un cancer de la peau autre que le mélanome, comme le carcinome basocellulaire ou le carcinome squameux. La biopsie par rasage n'est pas recommandée car elle ne vise que les anomalies des couches supérieures ou externes de la peau.

## Les médecins peuvent-ils toujours déterminer l'origine d'un mélanome?

Non. Un médecin peut déceler un mélanome quelque part sur le corps sans jamais découvrir la zone cutanée où le cancer a pris naissance (le foyer primaire).

Dans de rares cas, le mélanome peut se résorber de lui-même sans traitement (**résolution spontanée**), mais certaines cellules cancéreuses peuvent se propager vers d'autres parties du corps. Certaines formes rares de mélanome peuvent également prendre naissance dans des organes internes (le mélanome des muqueuses en est un exemple). Si le mélanome est très dispersé dans l'organisme, il peut être impossible de connaître son foyer d'origine.

### Questions à poser à votre médecin avant de subir une biopsie :

- Quel type de biopsie me suggérez-vous?
- Comment allez-vous effectuer la biopsie?
- Où la biopsie sera-t-elle effectuée? À votre cabinet?
- Combien de temps dure une biopsie?
- Une biopsie est-elle douloureuse?
- La totalité de la lésion est-elle retirée pendant une biopsie?
- Quels sont les risques associés à une biopsie? Qu'en est-il des infections ou des saignements?
- Une biopsie laissera-t-elle une cicatrice? À quoi ressemblera-t-elle?
- Le tissu sera-t-il examiné par un pathologiste spécialisé en dermatologie? La dermatopathologie est une sous-spécialité de la pathologie qui concerne les maladies de la peau.
- Quand obtiendrai-je les résultats?
- Si j'ai le cancer, quelles sont les prochaines étapes à franchir, et qui me parlera du traitement?

# DIAGNOSTIC DU MÉLANOME

Une fois la biopsie terminée, les échantillons tissulaires sont envoyés à un laboratoire de pathologie pour être examinés par un **pathologue**. Un pathologue est un médecin qui examine de près les tissus et les cellules à l'aide d'un microscope et d'autres outils afin de diagnostiquer une maladie.

Pour vérifier si un échantillon de biopsie renferme un mélanome, le pathologue :

- applique un protocole minutieux qui peut prendre de quelques jours à quelques semaines;
- consulte parfois un dermatopathologue, un pathologue spécialisé dans le diagnostic des maladies de la peau, ce qui peut demander encore plus de temps;
- envoie un rapport de ses observations (**rapport de pathologie**) à votre dermatologue ou à votre médecin, ce qui permet de confirmer les observations initiales.

## Que contient un rapport de pathologie?

Les résultats de l'examen pathologique permettent d'établir le stade de la maladie et d'orienter le choix des options thérapeutiques. Selon la profondeur de la lésion et d'autres particularités énumérées ci-dessous, une intervention chirurgicale supplémentaire peut s'avérer nécessaire. Voici les renseignements fournis par un rapport d'examen pathologique sur le mélanome :

## Caractéristiques du mélanome

- **Type de mélanome** : selon l'examen microscopique.
- **Épaisseur de la tumeur ou indice de Breslow** : indique la profondeur en millimètres (mm) à laquelle les cellules du mélanome se sont implantées dans la peau; correspond à la mesure de la distance entre la couche supérieure de l'épiderme et le point le plus profond de la tumeur. Plus le mélanome est mince, plus les probabilités de guérison sont élevées. L'indice de Breslow est très important pour ce qui est de déterminer les traitements possibles.
- **Ulcération** : indique si la couche supérieure de peau qui recouvre la tumeur est intacte ou si elle est éraflée ou manquante (ulcérée). Souvent, un mélanome saigne s'il est ulcétré.
- **Propagation** : il s'agit de savoir si les cellules du mélanome se sont propagées dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins (invasion angiolympathique).
- **Croissance du mélanome autour des nerfs** (invasion périneurale ou neurotropisme) : ce phénomène est associé à un risque accru de récidive.

- **Présence de globules blancs** : présence ou absence de globules blancs (lymphocytes infiltrant la tumeur ou LIT) dans les mélanomes primitifs. Les LIT peuvent reconnaître et attaquer les cellules cancéreuses, et contribuer à améliorer les résultats du traitement.
- **Vitesse de croissance** : vitesse à laquelle les cellules du mélanome croissent et se divisent (**taux mitotique**).
- **Invasion angiolympathique** : infiltration des cellules du mélanome dans les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins.
- **Microsatellitose** : tumeurs microscopiques qui se sont propagées à proximité de la tumeur primitive du mélanome.
- **Croissance du mélanome à l'intérieur des vaisseaux sanguins ou du système lymphatique** (invasion lymphovasculaire).
- **Régression de la tumeur** : il y a régression de la tumeur lorsqu'il est avéré que les LIT du système immunitaire attaquent les cellules cancéreuses et réduisent la taille d'une tumeur.

## Élimination complète ou partielle des cellules cancéreuses

- **Statut des marges d'exérèse** : présence ou absence de cellules cancéreuses dans les tissus normaux des bordures d'une tumeur dont l'exérèse a été réalisée au moment de la biopsie initiale ou qui le sera pendant une chirurgie de suivi.

Demandez une copie du rapport de pathologie afin de pouvoir décider avec votre médecin des prochaines étapes, y compris en matière de traitement. Si vous ne comprenez pas quelque chose, demandez des explications à votre médecin ou à votre cancérologue (oncologue).

Heureusement, la plupart des mélanomes sont dépistés à un stade initial, de sorte que la première biopsie et la première ablation chirurgicale sont souvent suffisantes.

## Tests chirurgicaux pour la stadification du cancer

Lorsqu'une personne est atteinte d'un cancer, les médecins déterminent le « stade » de la maladie afin de savoir où le cancer est présent dans l'organisme et s'il s'est propagé.

Dans de nombreux cas, des examens chirurgicaux peuvent être nécessaires après la biopsie initiale pour permettre aux médecins de déterminer le stade du cancer.

## Première intervention chirurgicale cutanée

Les patients atteints d'un mélanome d'une très faible épaisseur et de stade précoce qui ne s'est pas propagé (*in situ*) devront probablement subir une petite excision chirurgicale consistant à retirer la lésion et une marge de 5 mm de tissu apparemment sain qui l'entoure. Une marge saine signifie qu'il n'y a pas de cellules cancéreuses aux bordures de l'endroit où le tissu a été retiré. La marge profonde désigne le tissu d'apparence normale situé sous une tumeur. Le statut des marges renseigne sur la présence ou l'absence de cellules cancéreuses dans le tissu d'apparence saine sous-jacent à la tumeur.

## Deuxième intervention chirurgicale cutanée

Certains patients atteints d'un mélanome doivent subir une seconde intervention appelée **excision locale large** même s'il semble que la lésion cancéreuse a été retirée. Une excision locale large consiste à retirer une plus grande quantité de tissu apparemment sain (une marge de 1 à 2 cm) pour éviter que de minuscules cellules cancéreuses (maladie microscopique) ne subsistent dans le tissu environnant le mélanome. Les médecins détermineront la quantité de tissu à retirer en fonction de facteurs tels que la profondeur et le siège de la lésion.

L'excision locale large :

- peut avoir lieu à l'hôpital, où les médecins auront recours soit à une anesthésie locale pour insensibiliser la zone, soit à une anesthésie générale pour vous endormir s'ils procèdent également à une biopsie des ganglions lymphatiques situés près du mélanome (biopsie des ganglions sentinelles);
- peut être pratiquée par un chirurgien plasticien si l'intervention risque de laisser une cicatrice importante ou une imperfection cutanée. Pour éviter la formation d'une cicatrice, le chirurgien peut recouvrir la peau concernée d'un lambeau ou d'une greffe de peau, généralement prélevés sur la cuisse. Cette opération est réalisée durant la chirurgie.

## Autres biopsies pouvant s'avérer nécessaires :

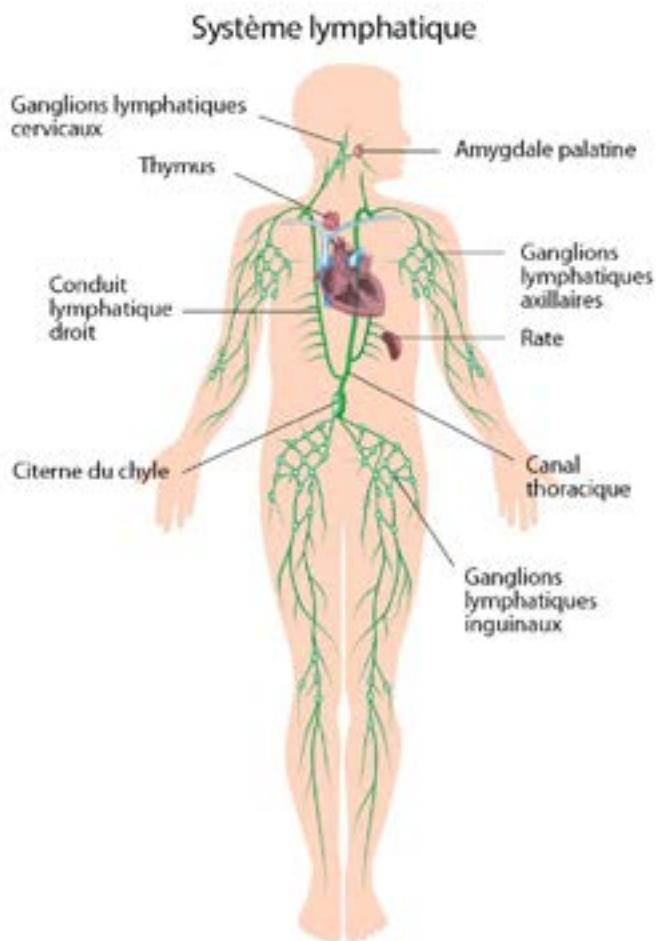
### Biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles

Le ou les premiers ganglions lymphatiques vers lesquels le cancer est susceptible de se propager à partir d'une tumeur primitive sont appelés ganglions lymphatiques sentinelles. Les médecins pratiquent une biopsie des **ganglions lymphatiques sentinelles** pour déterminer si le mélanome s'est propagé aux principales zones ganglionnaires, généralement dans le cou (ganglions cervicaux), l'aisselle (axillaires) ou l'aine (inguinaux).

Aux fins de la biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles, le médecin :

- injecte dans l'organisme un traceur radioactif et parfois aussi un colorant bleu qui est absorbé par les ganglions lymphatiques, ce qui permet au médecin de les repérer facilement;
- effectue une intervention chirurgicale sous anesthésie générale afin de retirer deux ou trois ganglions sentinelles;
- envoie les ganglions lymphatiques au pathologiste pour qu'il les examine.

Les médecins pratiquent une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles lorsque le risque de propagation du mélanome est plus élevé, par exemple lorsque le mélanome est d'une certaine taille (1 mm à 4 mm), car cette intervention s'est avérée utile sur le plan de la survie des patients et de l'évolution de la maladie. Ils peuvent recommander ce type de biopsie même si l'examen physique ou les examens d'imagerie tels que la tomodensitométrie ne permettent pas de démontrer que le mélanome s'est propagé.



La biopsie peut avoir des effets secondaires passagers, notamment :

- Engourdissement
- Douleur
- Ecchymose (bleu)
- Accumulation de liquide lymphatique dans le foyer chirurgical
- Rarement, un **lymphœdème** (enflure d'un membre causée par l'ablation des ganglions lymphatiques)

Que se passe-t-il ensuite?

- En l'absence de cellules de mélanome dans les ganglions sentinelles, aucune autre intervention chirurgicale ciblant les ganglions lymphatiques n'est nécessaire puisqu'il serait très improbable que le mélanome se soit propagé au-delà de ces ganglions.
- Si le ganglion sentinelle contient des cellules de mélanome, le chirurgien peut proposer une surveillance échographique de ce groupe de ganglions lymphatiques (zone ganglionnaire) pendant les cinq années suivantes.

## Biopsie à l'aiguille fine

Si un médecin peut sentir vos ganglions lymphatiques (s'ils sont palpables) ou s'il estime que leur état est préoccupant (s'ils sont enflés ou si vous présentez d'autres symptômes), il peut procéder à une biopsie à l'aiguille fine du ganglion lymphatique pour vérifier s'il renferme des cellules cancéreuses. Ce type de biopsie est moins effractif que les autres car les médecins se servent d'une aiguille au lieu de pratiquer une incision dans le corps. Cependant, la biopsie à l'aiguille fine ne permet pas toujours de prélever un échantillon d'une taille suffisante pour déterminer si une zone préoccupante est touchée par le mélanome.

Aux fins d'une biopsie à l'aiguille fine :

1. le médecin peut utiliser un anesthésique local pour insensibiliser une zone de la peau;
2. le médecin se sert d'une aiguille fine et creuse ainsi que d'une seringue pour prélever un petit échantillon tissulaire d'un ganglion lymphatique ou d'une tumeur (cette aiguille est plus petite que celle utilisée pour les prises de sang);
3. si le ganglion lymphatique est situé juste sous la peau, le médecin arrive souvent à le distinguer suffisamment bien pour pouvoir guider l'aiguille insérée à l'intérieur. Lorsqu'un ganglion lymphatique suspect

est plus profond ou qu'une tumeur siège dans un organe comme les poumons ou le foie, un examen d'imagerie comme l'échographie ou la tomodensitométrie permet au médecin de bien orienter l'aiguille;

4. le médecin envoie le tissu au pathologiste pour qu'il l'examine.

Cette intervention ne cause généralement pas beaucoup de désagrément et ne laisse pas de cicatrice.

## **Biopsie-exérèse d'un ganglion lymphatique**

Les médecins réalisent souvent une biopsie-exérèse du ganglion lymphatique si la taille d'un ganglion indique que le mélanome s'y est propagé, lorsqu'une biopsie à l'aiguille fine n'a pas été réalisée ou n'a pas révélé de cellules du mélanome.

Pour ce type de biopsie :

1. Le médecin peut utiliser un anesthésique local pour insensibiliser la zone si le ganglion lymphatique se trouve juste sous la peau, mais il peut endormir le patient par anesthésie générale si le ganglion lymphatique est situé plus en profondeur.
2. Le médecin pratique une petite incision dans la peau pour retirer le tissu du ganglion lymphatique.
3. Il envoie le tissu au pathologiste pour qu'il l'examine.

## **Lymphadénectomie radicale**

Si la biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles révèle la présence d'un mélanome dans plus d'un ganglion, le médecin peut, dans de rares cas, recommander une lymphadénectomie radicale. Une lymphadénectomie radicale (également appelée curage ganglionnaire) est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer tous les ganglions lymphatiques concentrés là où la tumeur s'est propagée.

Pour ce type d'intervention :

1. Les médecins ont habituellement recours à l'anesthésie générale pour endormir le patient.
2. Le patient peut généralement rentrer chez lui le jour même.
3. Le médecin incise la peau au-dessus de la zone des ganglions lymphatiques touchés et retire les ganglions, le tissu lymphatique avoisinant et certains tissus mous sous-jacents.
4. Les ganglions lymphatiques et les tissus sont envoyés au pathologiste pour qu'il les examine.

5. Pendant plusieurs semaines, le patient porte un tube servant à drainer le liquide qui s'écoule de la région opérée, et à prévenir l'accumulation de liquide. Lorsque les ganglions lymphatiques situés dans l'aine ou sous le bras sont retirés, du liquide peut s'accumuler car ceux-ci contribuent normalement à évacuer le liquide des membres.

Les effets de cette intervention peuvent inclure :

- Lymphœdème (accumulation de liquide dans un bras ou une jambe)
- Engourdissement
- Fourmillements
- Douleur au siège de l'intervention

Le lymphœdème (accumulation de liquide dans un membre, provoquant une enflure) peut être un effet secondaire permanent chez 50 % des patients ayant subi un curage des ganglions inguinaux, et 20 % des patients ayant subi un curage axillaire. Lorsque ce phénomène est sévère, il peut entraîner des problèmes cutanés et accroître le risque d'infection du membre. L'application de bandages compressifs, les massages de drainage lymphatique professionnels et le port de vêtements compressifs pourraient soulager certaines personnes atteintes de lymphœdème. Pour en savoir plus, consultez notre livret intitulé *Prise en charge du lymphœdème chez les patients atteints de mélanome*.

***Voici quelques questions utiles à poser à votre médecin au sujet de l'intervention chirurgicale :***

- Quelle intervention chirurgicale me recommandez-vous? Pourquoi?
- En quoi consiste cette intervention chirurgicale?
- Est-ce que je vais devoir rester à l'hôpital?
- Vais-je avoir mal après l'intervention? Comment traiterez-vous ma douleur?
- Est-il probable que j'aurai besoin d'antibiotiques pour prévenir une infection?
- À quels problèmes dois-je m'attendre après l'intervention chirurgicale?
- Aurai-je une cicatrice?
- Y a-t-il des effets secondaires à long terme?
- Aurai-je besoin de soins à domicile? Dans l'affirmative, comment ce service est-il organisé?
- Avec qui puis-je communiquer si j'ai des problèmes après l'intervention?



## Effets secondaires de la chirurgie

- **Effets secondaires des analgésiques** : votre équipe de soins de santé vous prescrira des analgésiques à prendre après l'intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit. Étant donné que les analgésiques perturbent souvent l'évacuation des selles (constipation), on vous prescrira probablement aussi des laxatifs.
- **Saignement**
- **Infections** : les infections sont traitées par des antibiotiques ou en ouvrant la plaie pour permettre au pus et aux bactéries de s'écouler.
- **Problèmes de cicatrisation et lymphœdème** : les interventions ciblant les ganglions lymphatiques entraînent parfois des problèmes de cicatrisation et peuvent souvent provoquer une accumulation de liquide dans le bras ou la jambe drainés par ces ganglions lymphatiques (lymphœdème). Le lymphœdème peut survenir peu après l'intervention chirurgicale ou beaucoup plus tard. Les effets à long terme d'un lymphœdème peuvent être passagers ou permanents.

Consultez votre équipe de soins de santé si les effets secondaires de l'intervention chirurgicale vous incommodent. Si vous présentez un lymphœdème, l'équipe peut vous aider à prendre en charge vos symptômes. Nous vous invitons également à vous reporter au livret intitulé *Prise en charge du lymphœdème chez les patients atteints de mélanome* téléchargeable sur notre site Web au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).



# TESTS DIAGNOSTIQUES

Une fois le diagnostic du mélanome confirmé, votre médecin pourrait prescrire d'autres examens, notamment si vous avez des symptômes ou s'il est possible que le mélanome se soit propagé.

Les tests diagnostiques servent à déterminer de quelle maladie ou affection une personne est atteinte en fonction des signes et des symptômes qu'elle présente. Ils peuvent également servir à :

- déterminer la gravité de la maladie ou de l'état du patient;
- faciliter la planification des traitements;
- vérifier si les traitements sont efficaces.

## Analyses de sang

Les analyses de sang sont utiles car les anomalies dans les taux sanguins de certaines enzymes (un type de protéine) peuvent être le signe que le mélanome s'est propagé dans d'autres parties du corps (métastases). L'une de ces enzymes est la **lactate déshydrogénase (LDH)**. Si vous présentez des taux élevés de LDH dans le sang, c'est peut-être le signe de certains problèmes ou d'une possible métastase, ce qui pourrait inciter votre médecin à demander d'autres tests.

## Examens d'imagerie

Différents examens d'imagerie permettent aux médecins de voir les tissus et organes internes, ce qui leur permet de déterminer si le mélanome s'est propagé ailleurs dans l'organisme.

- En cas de mélanome de stade 0 ou de stade I à faible risque, on n'a pas recours à l'imagerie.
- Si le mélanome est de stade I (1) ou II (2) à risque modéré, on ne recourt pas systématiquement à l'imagerie, sauf s'il faut évaluer certains symptômes comme la douleur.
- Si le mélanome est de stade III (3) ou IV (4), on recourt à l'imagerie pour évaluer certains symptômes et la propagation du mélanome.

Le type d'examen d'imagerie utilisé dépend des symptômes et du siège probable de propagation du mélanome.

- **Radiographie thoracique :** Les rayons X produisent des images de l'organisme à l'aide d'un type de rayonnement appelé ondes électromagnétiques. La radiographie thoracique permet d'examiner en profondeur les structures et les organes du thorax. Elle peut être effectuée en cas de mélanomes de stade I et II à risque intermédiaire. Elle est souvent effectuée pour les mélanomes de stade III et IV.

- **Échographie :** L'échographie consiste à produire des images de certaines parties du corps à l'aide d'ondes sonores. On peut avoir recours à l'échographie lorsque les ganglions sentinelles présentent des métastases du mélanome. Cette technique sert à vérifier si les ganglions lymphatiques restants (dans la tête et le cou, ou dans les aisselles et l'aine) présentent des signes de cancer.
- **Tomodensitométrie (TDM) :** cet examen consiste à injecter un produit de contraste et à prendre plusieurs radiographies de régions corporelles sous différents angles, de manière à analyser en détail les zones préoccupantes. On obtient ainsi des clichés en trois dimensions. On a souvent recours à la tomodensitométrie pour le dépistage d'un mélanome aux poumons.
- **Examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) :** l'examen d'IRM utilise des ondes radio et des aimants puissants pour prendre des photos d'organes et d'autres parties du corps. L'IRM est souvent utilisée pour le dépistage d'un mélanome au cerveau.
- **Tomographie par émission de positrons (TEP) :** la TEP consiste à injecter du glucose (sucre) radioactif dans une veine. Un appareil prend ensuite des clichés des zones de l'organisme dans lesquelles se trouve ce glucose. Les cellules cancéreuses sont plus brillantes sur les clichés parce qu'elles absorbent plus de glucose que les cellules normales. Les appareils de TEP servent à repérer les cellules cancéreuses dans l'organisme.

### ***Questions à poser à votre médecin concernant les tests de dépistage du mélanome***

- Quels examens me proposez-vous?
- Puis-je passer ces examens si je suis enceinte?
- Que dois-je apporter en vue de ces examens?
- Où vont se dérouler ces examens?
- Combien de temps les examens prennent-ils?
- Ces examens sont-ils douloureux? Vais-je recevoir une anesthésie locale?
- Dois-je me préparer avant ces examens?
- Dois-je apporter la liste de mes médicaments?
- Puis-je me faire accompagner?
- Combien de temps me faudra-t-il pour récupérer? Dois-je prendre un médicament après les examens?
- Quand obtiendrai-je les résultats? Qui me les expliquera?
- Pourrai-je accéder à mes examens en ligne?
- Si on me fait une biopsie, vais-je obtenir une copie du rapport de pathologie?
- Si j'ai le cancer, qui me parlera des prochaines étapes? Quand?
- Pourrai-je accéder aux résultats de mes examens en ligne?

# STADES DU MÉLANOME

La **stadification** est une étape de la conduite diagnostique consécutive à la réalisation de tous les examens chirurgicaux, d'imagerie et de pathologie. Elle permet, au patient et à son médecin, de :

- connaître le degré d'avancement du mélanome (s'il s'est propagé);
- décider de la marche à suivre en matière de traitement et de suivi;
- d'aborder le pronostic et les statistiques de survie.

Un **stade clinique** préliminaire est établi après l'examen physique et la biopsie initiale, mais il peut changer. Le rapport de pathologie définitif indique le stade **pathologique**, qui sert à définir les options thérapeutiques.

## Comment le stade du mélanome est-il déterminé?

Les stades du mélanome reposent sur plusieurs facteurs. Le système de stadification utilisé pour le mélanome est le système TNM de l'*American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Ce système est fondé sur trois éléments (TNM) et chaque lettre est associée à un chiffre.

### **T (thickness) : épaisseur de la tumeur principale (primitive)**

Il s'agit de l'épaisseur ou de la profondeur du cancer, ainsi que du statut de l'ulcération (peau éraflée).

- **Épaisseur de la tumeur** : L'épaisseur du mélanome correspond à ce qu'on appelle l'indice de **Breslow**. Il s'agit d'une mesure de la profondeur à laquelle les cellules du mélanome ont pénétré sous la surface de la peau. En général, il est très peu probable que les mélanomes de moins de 1 millimètre (environ 1/25 de pouce) d'épaisseur se propagent. Plus le mélanome s'épaissit, plus il risque de se propager.
- **Ulcération** : l'ulcération signifie que la peau est éraflée ou ne recouvre plus du tout le mélanome. Un mélanome avec ulcération est associé à un risque plus élevé qu'un mélanome de même épaisseur mais sans ulcération.

La catégorie T est subdivisée en quatre niveaux, de 1 à 4, selon la profondeur de la tumeur sous la peau; cette mesure est exprimée en millimètres (mm).

- Tis : mélanome *in situ*
- T1 : moins de 1,0 mm
- T2 : plus de 1,0 mm mais moins de 2,0 mm
- T3 : plus de 2,0 mm mais moins de 4,0 mm
- T4 : plus de 4,0 mm

## **N (nœuds lymphatiques) : propagation aux ganglions lymphatiques voisins**

Cette catégorie indique si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques locaux ou avoisinants. La catégorie N est divisée en niveaux allant de 0 à 3.

- N0 : absence de métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux.
- N1 : propagation de la tumeur dans un ganglion, métastases en transit, satellites et (ou) microsatellites.
- N2 : propagation de la tumeur dans deux ou trois ganglions, ou métastases en transit, satellites et (ou) microsatellites associées à une propagation de la tumeur dans un ganglion.
- N3 : propagation de la tumeur dans au moins quatre ganglions ou métastases en transit, satellites et (ou) microsatellites associées à une propagation de la tumeur dans deux ou trois ganglions, ou à tout nombre de ganglions renfermant des métastases satellites en transit et (ou) microsatellites.

## **M (métastases) : propagation dans des foyers éloignés**

Il s'agit de la propagation du cancer dans tout l'organisme, vers les ganglions lymphatiques ou les organes.

- M0 : aucun signe de métastases à distance.
- M1 : signes de métastases à distance.

## **Stade global**

Le score de chaque élément (T, N et M) est calculé puis cumulé de manière à obtenir le stade global. Il existe 5 stades globaux : 0, I, II, III et IV (0 à 4).

- Le **mélanome précoce** signifie qu'il est au stade I ou II.
- Le **mélanome avancé** signifie qu'il est au stade III ou IV.

## Quels sont les stades du mélanome?

Le système de stadification ci-dessous est la version simplifiée du système TNM la plus récente, datant de janvier 2018. La stadification du mélanome peut être complexe. Si vous avez des questions au sujet du stade de votre cancer ou de ses implications pour votre traitement, demandez à votre médecin de vous l'expliquer en des termes que vous comprenez.

En général, il est improbable que les mélanomes de moins de 1 mm d'épaisseur se propagent. Les mélanomes profonds sont plus susceptibles de s'être propagés. Ils sont également plus susceptibles de **récidiver**, c'est-à-dire de réapparaître après le traitement.

Pour en savoir plus sur le système de stadification, veuillez consulter notre site Web au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).

**Tableau. Vue d'ensemble du système de stadification pathologique TNM**

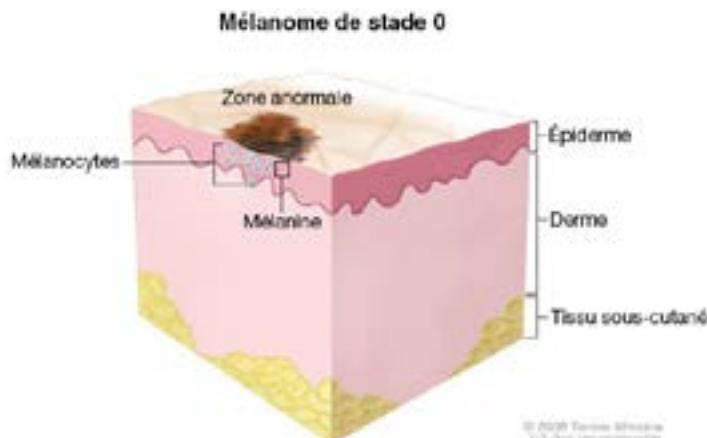
Stade	Tumeur	Nœud (ganglion)	Métastase
0	Tis	NO	MO
IA	T1a ou T1b	NO	MO
IB	T2a	NO	MO
IIA	T2b ou T3a	NO	MO
IIB	T3b ou T4a	NO	MO
IIC	T4b	NO	MO
IIIA	T1a/b ou T2a	N1a ou N2a	MO
	TO	N1b ou N1c	
IIIB	T1a/b ou T2a	N1b/c ou N2b	MO
	T2b ou T3a	N1a/b/c ou N2a/b	
IIIC	TO	N2b/c ou N3b/c	
	T1a/b ou T2a/b ou T3a	N2c ou N3a/b/c	
	T3b ou T4a	Tout N $\geq$ N1	MO
	T4b	N1a/b/c ou N2a/b/c	
IIID	T4b	N3a/b/c	MO
IV	Toute T, Tis	Tout N	M1

is : *in situ*; N : nombre de ganglions (nœuds) lymphatiques touchés par la tumeur; M : nombre de métastases éloignées; T : (de l'anglais « thickness ») épaisseur de la tumeur primitive. Source : Melanoma Research Alliance

## Stade 0 (mélanome *in situ*)

Au stade 0, le mélanome siège dans la fine couche externe de la peau (épiderme). Il ne s'est pas propagé à la couche inférieure de la peau (derme), ni à d'autres parties du corps ou aux ganglions lymphatiques. Le mélanome de stade 0 se guérit très bien et la probabilité qu'il se propage ou qu'il réapparaisse (récidive) est très faible.

Au stade 0, le mélanome est souvent appelé « mélanome *in situ* » et « mélanome lentigineux malin ».



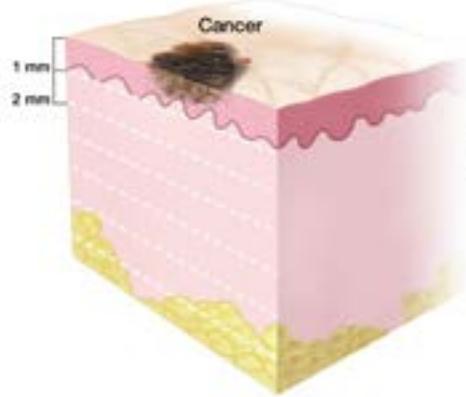
## Stade I (1)

Au stade I, le cancer s'est formé et le mélanome devient invasif. Il a évolué sous l'épiderme jusqu'au derme. Il ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques voisins ou à des foyers éloignés.

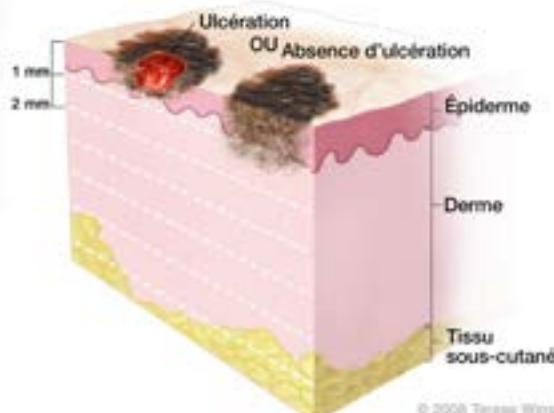
Le stade I est subdivisé en deux stades, les stades IA et IB :

- **Stade IA** : la tumeur ne dépasse pas 1 mm d'épaisseur; elle est parfois accompagnée d'une ulcération.
- **Stade IB** : la tumeur fait plus de 1 millimètre, mais moins de 2 mm d'épaisseur, et ne présente pas d'ulcération.

Mélanome de stade IA



Mélanome de stade IB

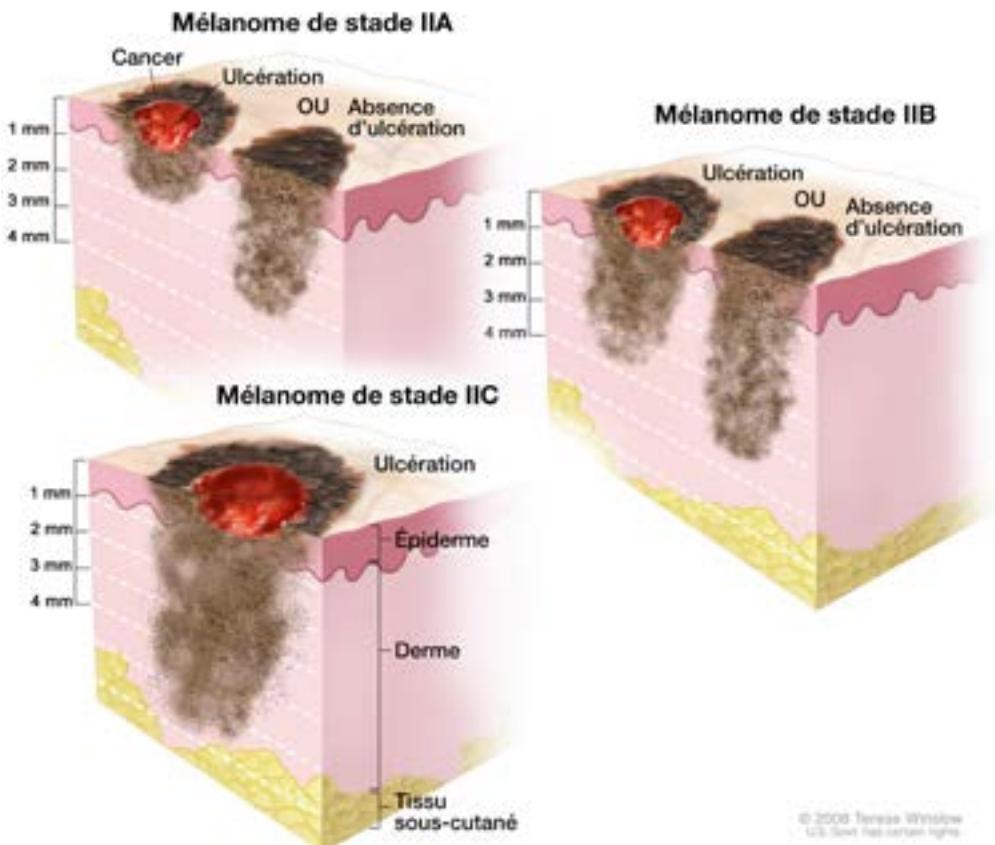


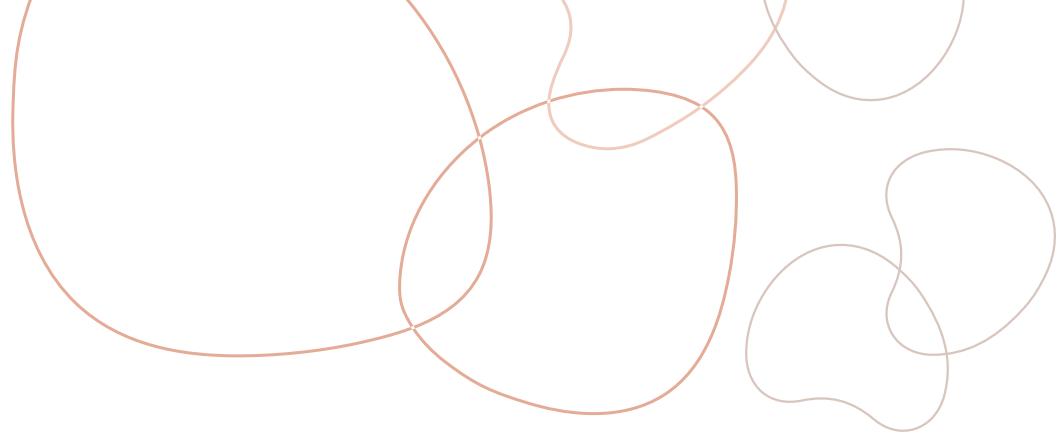
## Stade II (2)

Au stade II, les cellules cancéreuses se sont propagées dans le derme sous l'épiderme. Le mélanome ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques voisins ou à des foyers éloignés.

Le stade II est subdivisé en niveaux IIA, IIB et IIC :

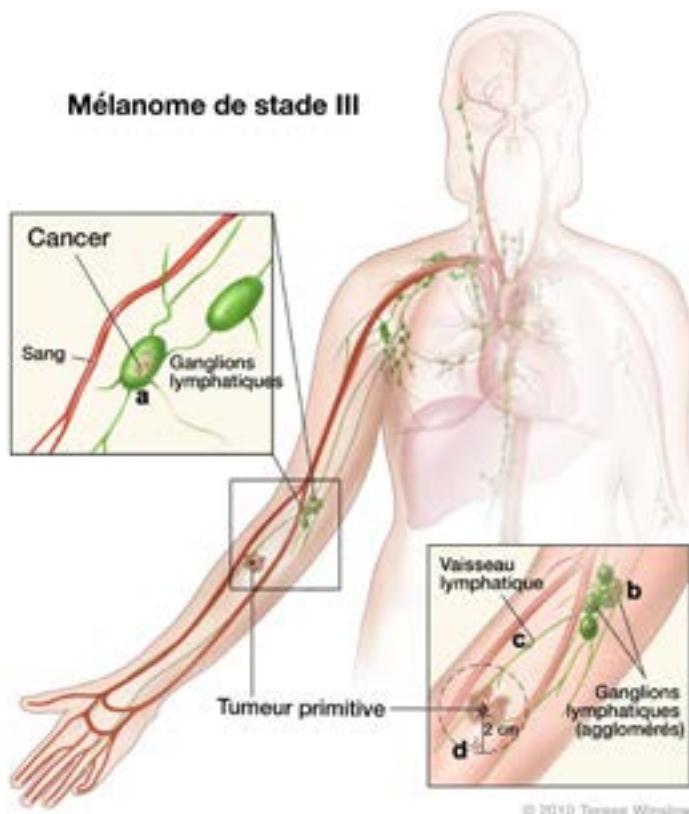
- **Stade IIA** : la tumeur mesure...
  - plus de 1 mm mais moins de 2 mm d'épaisseur; elle est parfois accompagnée d'une ulcération;
  - plus de 2 mm d'épaisseur mais moins de 4 mm d'épaisseur, et ne présente pas d'ulcération.
- **Stade IIB** : la tumeur mesure...
  - plus de 2 mm d'épaisseur mais moins de 4 mm d'épaisseur, et présente une ulcération;
  - plus de 4 mm d'épaisseur et ne présente pas d'ulcération.
- **Stade IIC** : la tumeur fait plus de 4 mm d'épaisseur, et présente une ulcération.





## Stade III (3)

Au stade III, le mélanome s'est propagé aux vaisseaux lymphatiques ou aux ganglions lymphatiques voisins. La tumeur peut être de n'importe quelle épaisseur et être ulcérée ou non. Le stade III est subdivisé en quatre niveaux : A, B, C et D. À tous les niveaux du stade III, la tumeur ne s'est pas propagée à des régions éloignées de l'organisme.



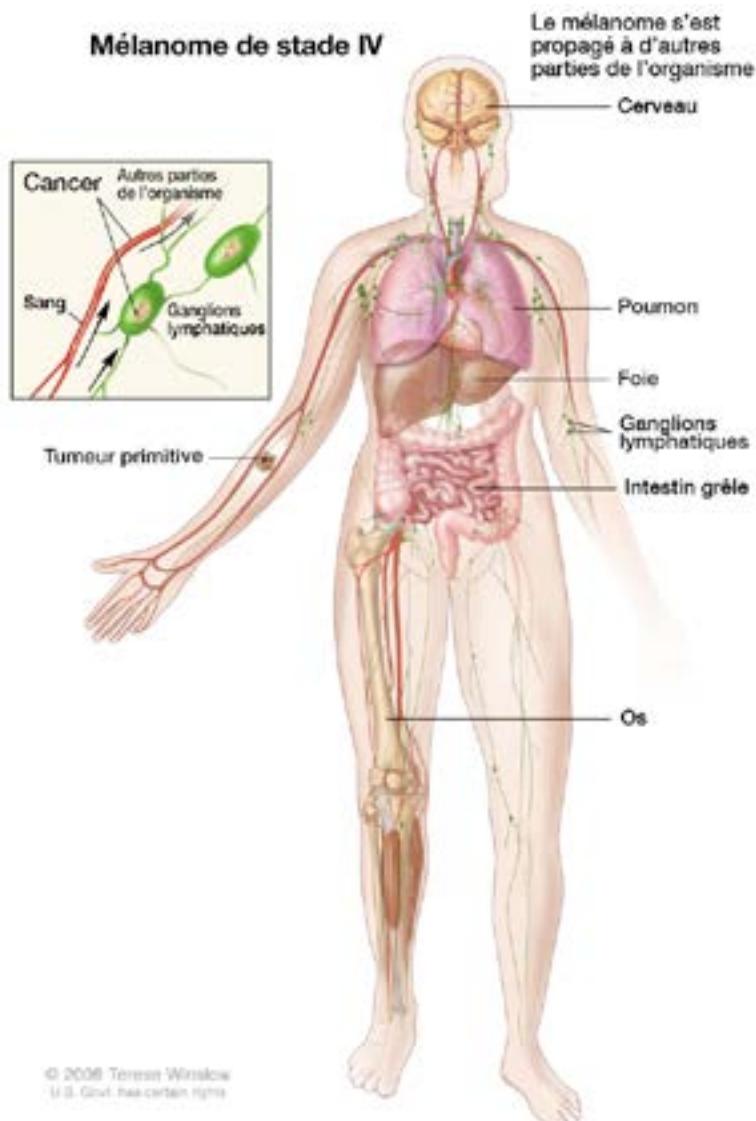
<b>Stade IIIA</b>	<p>La tumeur primitive (principale) ne dépasse pas 2 mm d'épaisseur. Elle peut être ulcérée ou non. Elle s'est propagée à un à trois ganglions lymphatiques voisins, mais elle est si petite qu'elle n'est visible qu'au microscope.</p>
<b>Stade IIIB</b>	<p>Il n'y a pas de trace de la tumeur primitive <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le mélanome s'est propagé à un seul ganglion lymphatique voisin <b>OU</b></li> <li>• Le mélanome s'est propagé à de très petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques (mince conduit qui achemine le liquide lymphatique et les globules blancs le long du système lymphatique).</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>Le mélanome primitif ne fait pas plus de 4 mm d'épaisseur et pourrait être ulcétré ou non <b>ET</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'est propagé à un maximum de 3 ganglions lymphatiques <b>OU</b></li> <li>• Il s'est propagé à de toutes petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques.</li> </ul>
<b>Stade IIIC</b>	<p>Il n'y a pas de trace de la tumeur primitive <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le mélanome s'est propagé à au moins 4 ganglions lymphatiques <b>OU</b></li> <li>• Le mélanome s'est propagé à au moins 2 ganglions lymphatiques et à de toutes petites zones cutanées voisines ou à des vaisseaux lymphatiques.</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>Le mélanome primitif ne fait pas plus de 4 mm d'épaisseur et pourrait être ulcétré ou non <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'est propagé à au moins 1 ganglion lymphatique ou à de toutes petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques ou à des ganglions lymphatiques agglomérés.</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>L'épaisseur de la tumeur fait plus de 2 mm mais moins de 4 mm; celle-ci peut être ulcérée ou non <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tumeur s'est propagée à au moins 1 ganglion lymphatique <b>OU</b></li> <li>• Elle s'est propagée à de toutes petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques ou à des ganglions lymphatiques agglomérés.</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>L'épaisseur de la tumeur est supérieure à 4 mm; celle-ci est ulcérée <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tumeur s'est propagée à 1-3 ganglions lymphatiques <b>OU</b></li> <li>• Elle s'est propagée à de toutes petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques.</li> </ul>
<b>Stade IIID</b>	<p>L'épaisseur de la tumeur est supérieure à 4 mm; celle-ci est ulcérée <b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tumeur s'est propagée à au moins 4 ganglions lymphatiques <b>OU</b></li> <li>• Le mélanome s'est propagé à de toutes petites zones cutanées voisines (tumeurs satellites) ou à des vaisseaux lymphatiques.</li> </ul>

## Stade IV (4)

Nous disposons de moins de données sur le mélanome de stade IV.

Au stade IV :

- la tumeur peut être de n'importe quelle épaisseur, et être ulcérée ou non;
- elle peut ou non s'être propagée aux ganglions lymphatiques voisins;
- elle s'est propagée vers d'autres parties du corps éloignées telles que les poumons, le foie, le cerveau, les os, les tissus mous ou le tractus gastro-intestinal (tube digestif);
- des tumeurs satellites peuvent être décelées sur la peau, loin du foyer primitif.



## Maladie persistante ou récidivante

Le mélanome peut réapparaître ou récidiver après le traitement. Les mélanomes profonds sont plus susceptibles de récidiver que les mélanomes de moindre épaisseur.

Un **mélanome persistant** est une tumeur qui n'a pas été complètement enrayée par le traitement. Il se trouve dans la cicatrice postchirurgicale. Le mélanome persistant n'a pas franchi l'épiderme.

On parle de **mélanome récidivant** lorsque le cancer réapparaît après un traitement. Il existe différents types de mélanome récidivant, définis en fonction de la zone où il réapparaît :

- On parle de **récidive locale** lorsque le cancer réapparaît sur la peau à proximité de la zone où il était apparu ou dans les vaisseaux lymphatiques voisins.
- On parle de **récidive régionale** lorsque le cancer réapparaît dans les ganglions lymphatiques proches du foyer initial du mélanome.
- On parle de **récidive à distance** lorsque le cancer réapparaît, mais qu'il s'est propagé au-delà des ganglions lymphatiques voisins.

Si vous présentez des signes de mélanome persistant ou récidivant :

- votre médecin effectuera une biopsie;
- vous devrez peut-être subir d'autres examens visant à vérifier si le mélanome s'est propagé dans d'autres parties du corps;
- les résultats de ces examens permettront de déterminer le stade du mélanome. Ces stades sont les mêmes que ceux qui ont été définis plus haut;
- le stade du mélanome récidivant permettra de déterminer votre traitement et le plan de suivi. Les médecins pourront vous proposer de participer à un essai clinique si vous avez un mélanome récidivant.



# TRAITEMENT DU MÉLANOME

## Tour d'horizon

Voici les principaux critères permettant aux médecins et aux patients d'orienter leur choix en matière d'options thérapeutiques :

- Profondeur de la tumeur
- Présence ou absence d'une ulcération (peau éraflée)
- Propagation ou non vers les ganglions lymphatiques

Traitements possibles du mélanome :

- **Intervention chirurgicale** : ablation du mélanome de la peau (excision).
- **Immunothérapie** : traitement qui stimule le système immunitaire de manière à ce qu'il repère et combatte les cellules cancéreuses.
- **Traitements ciblés** : traitement par des médicaments qui ciblent et désactivent les cellules cancéreuses présentant certaines mutations (altérations) de l'ADN.
- **Chimiothérapie** : traitement à base de médicaments qui tuent les cellules cancéreuses.
- **Radiothérapie** : traitement par un faisceau à haute énergie, visant à tuer les cellules cancéreuses.
- **Traitements adjuvants** : traitement complémentaire administré après une intervention chirurgicale pour réduire le risque de réapparition du cancer; il s'agit généralement d'une immunothérapie ou d'un traitement ciblé sous forme de médicaments.

## Équipe de traitement

Le traitement du cancer fait intervenir toute une équipe de professionnels de la santé. Votre équipe de traitement peut comprendre :

- un **dermatologue**, médecin spécialisé dans le traitement des maladies de la peau;
- un **chirurgien oncologue**, médecin qui pratique des interventions chirurgicales pour traiter le cancer;
- un **radio-oncologue**, médecin spécialisé dans le traitement du cancer par des rayonnements;
- un **oncologue médical**, médecin qui prescrit des médicaments pour tuer les cellules cancéreuses qui se sont propagées à partir du mélanome primitif.

## Plan de traitement

Un **plan de traitement** est un outil utile qui vous permet de comprendre votre traitement et vous aide à maîtriser un peu mieux la situation. L'élaboration d'un plan de traitement permet de calmer certaines des angoisses que peut susciter le diagnostic. Savoir comment votre équipe de professionnels de la santé prendra votre mélanome en charge vous donnera une idée de ce à quoi vous attendre, ce qui pourrait être un soulagement.

Un plan de traitement comprend :

- vos objectifs de traitement : par exemple, prolonger votre espérance de vie, améliorer votre qualité de vie, atténuer les symptômes, prévenir les complications, etc.;
- de l'information sur le type de mélanome dont vous êtes atteint;
- les traitements prévus par vos médecins;
- la prise en compte des éventuels effets secondaires;
- des explications concernant les problèmes physiques et émotionnels;
- des conseils de santé généraux, tels que l'arrêt du tabagisme ou la réduction de la consommation d'alcool.

Un plan de traitement est un outil utile pour toute personne atteinte d'un mélanome, mais il l'est davantage pour les personnes atteintes d'une maladie de stade IV. Il vous aidera et aidera votre équipe de soins à bien comprendre vos objectifs et vos souhaits. Demandez à votre équipe de soins de vous fournir un plan de traitement écrit.

## Deuxième avis médical

Si vous n'êtes pas tout à fait convaincu face aux options qui vous ont été proposées, il peut être judicieux de demander un deuxième avis à un autre médecin au sujet de votre diagnostic et du traitement suggéré. Le deuxième médecin peut être d'accord avec le premier plan de traitement ou il peut en suggérer un différent. Quoi qu'il en soit, vous en aurez appris davantage et vous vous sentirez peut-être plus rassuré face aux options thérapeutiques qui s'offrent à vous.

Voir un deuxième médecin peut demander quelques semaines. D'habitude, ce délai éventuel n'affecte pas le résultat du traitement. Vous pourriez toutefois demander à votre médecin si votre traitement doit débuter immédiatement.

## ***Questions à poser à votre médecin sur le traitement du mélanome***

- Quel est le stade de mon mélanome?
- Quels traitements sont recommandés à ce stade?
- Est-ce que mon âge, ma santé et d'autres affections médicales influent sur mes options thérapeutiques?
- Quels sont les risques, les avantages et les effets secondaires de chacune de mes options thérapeutiques?
- Existe-t-il des essais cliniques qui pourraient mieux répondre à mes besoins?
- Que dois-je faire pour me préparer au traitement?
- Quand puis-je commencer le traitement?
- Où vais-je être traité? Est-ce que je dois rester à l'hôpital ou est-ce que je peux rentrer à la maison après chaque traitement?
- Quelles seront les répercussions de ce traitement sur ma vie quotidienne?
- Quelles sont mes probabilités d'être débarrassé du mélanome après le traitement?
- Quels effets secondaires dois-je surveiller pendant le traitement?
- Quand pourrai-je reprendre mes activités habituelles?
- Quelle est la probabilité que mon cancer réapparaisse ou se propage après le traitement?

## Traitements selon le stade

### Pour le stade 0 :

Traitements du stade 0 :

- L'intervention chirurgicale consiste à réséquer le mélanome et une marge de peau saine qui l'entoure. À ce stade, le pronostic (résultat thérapeutique probable) est excellent.
- Après le traitement, les médecins recommandent d'effectuer des examens mensuels de la peau et de consulter un dermatologue au moins une fois par an pendant toute la durée de vie du patient.

### Pour le stade I (1) :

Traitements du stade I :

- Une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle si la tumeur fait plus de 1 mm d'épaisseur, pour vérifier si le mélanome s'est propagé aux ganglions lymphatiques.
- Après la première intervention chirurgicale (visant à retirer le mélanome et la bordure de peau saine qui l'entoure), une deuxième intervention visant à retirer une **plus large marge** de peau saine autour du siège de biopsie est pratiquée (« excision locale large »).
- Après le traitement, les médecins recommandent d'effectuer des examens mensuels de la peau et de consulter un dermatologue au moins une fois par an pendant toute la durée de vie du patient.

### Pour le stade II (2) :

Traitements du stade II :

- Une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle est recommandée lorsque le mélanome est de stade IIB ou IIC.
- Après la première intervention chirurgicale (visant à retirer le mélanome et la bordure de peau saine qui l'entoure), une deuxième intervention visant à retirer une plus large marge de peau saine autour du siège de biopsie est pratiquée (« excision locale large »).
- **Traitements adjutants** consécutifs à l'intervention chirurgicale du cancer de stade IIB ou IIC (après le premier traitement visant à réduire le risque de récidive du cancer), car le risque de récidive est élevé à ces stades.

Au stade IIA, le risque de propagation du cancer vers une autre région du corps ou de récidive est modéré.

Les stades IIB ou IIC comportent un risque accru de récidive et peuvent donc justifier des traitements supplémentaires.

### **Pour le stade III (3) :**

Traitements possibles du stade III :

- Une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles, en vue de choisir des options thérapeutiques parmi la radiothérapie ou la participation à des essais cliniques, ou de savoir quels patients bénéficieraient d'un traitement adjuvant.
- L'ablation d'une plus large marge de peau saine autour du siège de la biopsie (« excision locale large »).
- **Traitements adjuvants** (traitement consécutif à l'ablation chirurgicale du mélanome, visant à réduire le risque de réapparition du cancer).

### **Pour le stade IV (4) :**

La prise en charge d'un mélanome de stade IV consiste notamment à discuter avec votre oncologue des traitements offerts et à envisager de participer à un essai clinique.



# OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

## Traitement adjuvant

Un **traitement adjuvant** est un traitement complémentaire contre le cancer, prescrit après le traitement principal (intervention chirurgicale) pour diminuer les risques de récidive. Il peut s'agir d'une immunothérapie ou de traitements ciblés. Le traitement adjuvant est souvent prescrit dans les cas de mélanome de stade IIB, IIC ou III associé à un risque accru de récidive.

**Interféron alpha** : type d'immunothérapie proposée comme traitement adjuvant aux patients dont le risque de récidive est élevé.

## Traitement localisé

Le **traitement localisé** est injecté directement dans les tumeurs cutanées, si le cancer :

- ne peut pas être retiré par voie chirurgicale (non résécable);
- s'est propagé par un vaisseau lymphatique (métastase en transit).

### En cas de mélanome de moindre épaisseur :

Un médicament appelé aldesleukine (ou IL-2, interleukine 2, ou Proleukine) est administré pour inciter le système immunitaire à attaquer les tumeurs au point d'injection. Ce traitement consiste en des injections administrées toutes les 2 semaines dans des centres d'oncologie, en général pendant un maximum de 8 séances.

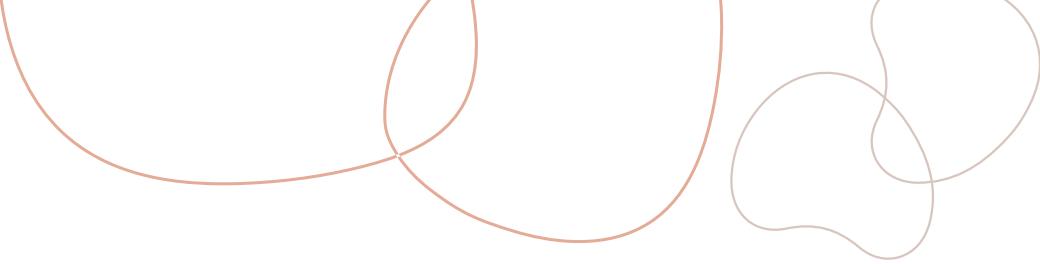
### En cas de mélanome de plus grande épaisseur :

Au nombre des autres traitements figurent l'infusion d'un membre isolé ou la perfusion d'un membre isolé. Il s'agit de faire circuler localement un médicament de chimiothérapie injecté dans la partie corporelle touchée par le mélanome. Cette opération se déroule dans une salle d'opération et nécessite une anesthésie générale. Les patients restent généralement à l'hôpital pendant quelques jours après l'intervention.

## Traitement à action générale

Le **traitement à action générale** circule dans tout l'organisme pour tuer les cellules du mélanome. Il peut être administré sous forme de comprimés ou par une veine (voie intraveineuse ou i.v.). Ce traitement s'applique au mélanome qui :

- s'est propagé à d'autres parties de l'organisme;
- n'est pas traitable par voie chirurgicale;
- est non résécable (stade IIIC à stade IV).



Voici les deux principales catégories de traitement à action générale :

- Traitements biologiques : immunothérapies, traitements ciblés et cytokines.
- Chimiothérapie

La radiothérapie est parfois utilisée à titre de traitement à action générale, notamment si le mélanome s'est propagé au cerveau.

Les médecins peuvent administrer un seul type de traitement ou en combiner plusieurs. Les traitements d'association sont complexes et généralement administrés dans des centres d'oncologie spécialisés. Les médecins peuvent administrer un deuxième traitement à action générale (**traitement de deuxième intention**) si le premier n'a pas fonctionné ou a cessé d'être efficace.

## Immunothérapie (un traitement biologique)

Les **immunothérapies** sont des médicaments qui incitent le système immunitaire (système de défense naturel de l'organisme contre les maladies) à trouver et à détruire les cellules cancéreuses. Les médicaments d'immunothérapie les plus courants sont les **inhibiteurs de points de contrôle**.

Les inhibiteurs de points de contrôle sont des médicaments qui « lèvent le frein » du système immunitaire. Ils peuvent souvent réduire la taille des tumeurs et prolonger la vie des personnes atteintes d'un mélanome de stade avancé. Voici par quel mécanisme :

- Les points de contrôle sont des molécules de l'organisme qui agissent comme des « freins » sur le système immunitaire (en particulier sur les lymphocytes T, des globules blancs qui protègent l'organisme contre les infections). L'organisme se sert des molécules de points de contrôle de manière à ce que le système immunitaire (et les lymphocytes T) ne s'attaque qu'aux bactéries et aux virus, et non à l'organisme lui-même.
- Les médicaments inhibiteurs de points de contrôle bloquent (ou inhibent) ces molécules, ce qui permet au système immunitaire de libérer davantage de lymphocytes T pour attaquer et tuer les cellules cancéreuses.

Ces médicaments sont homologués au Canada depuis 2012 pour le traitement des mélanomes inopérables (non résécables) ou qui se sont propagés à d'autres parties du corps (métastatiques), le plus souvent aux stades IIIC à IV.

## Médicaments d'immunothérapie actuels

L'**ipilimumab (Yervoy<sup>MD</sup>)** est un médicament qui cible et bloque une molécule de point de contrôle appelée **CTLA-4**, une protéine exprimée à la surface des lymphocytes T qui régule l'activité de ces lymphocytes. L'ipilimumab est administré par perfusion intraveineuse (i.v.) toutes les 3 semaines, à raison de 4 traitements. L'ipilimumab est utilisé pour le traitement des mélanomes de stade IIIC à IV.

## Inhibiteurs de PD-1

Le **pembrolizumab (Keytruda<sup>MD</sup>)** et le **nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>)** sont deux inhibiteurs de point de contrôle immunitaire ciblant la protéine PD-1. La protéine PD-1 est exprimée par les lymphocytes T (globules blancs qui aident l'organisme à lutter contre les maladies). Elle empêche normalement ces lymphocytes d'attaquer d'autres cellules de l'organisme. En bloquant la protéine PD-1, ces médicaments stimulent le système immunitaire pour qu'il attaque et tue les cellules du mélanome dans l'organisme et réduise les tumeurs.

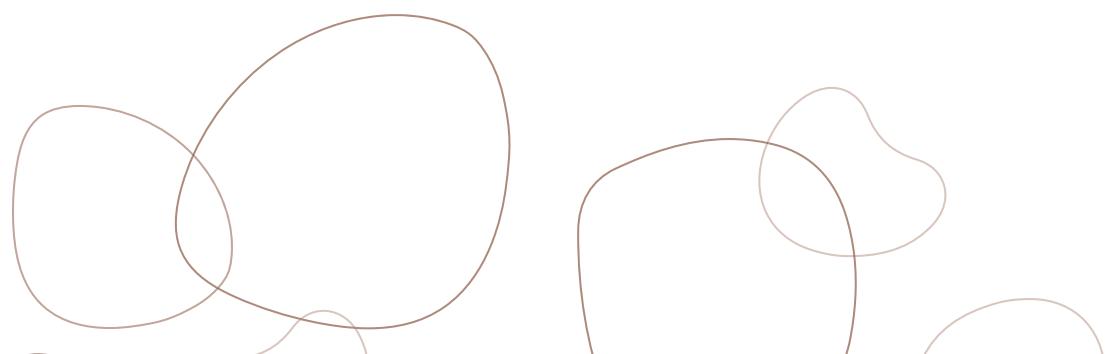
Le **pembrolizumab (Keytruda<sup>MD</sup>)** est utilisé pour le traitement du mélanome non résécable ou métastatique car il réduit la taille des tumeurs et prolonge la survie. Il s'administre en perfusion i.v. toutes les 3 à 6 semaines.

Le **nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>)** est utilisé pour le traitement du mélanome non résécable ou métastatique car il réduit la taille des tumeurs et prolonge la survie. Le nivolumab s'administre en perfusion i.v. toutes les 2 semaines. Il peut également servir de traitement adjuvant.

## Immunothérapie d'association

### Nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>) + ipilimumab (Yervoy<sup>MD</sup>)

Les médecins utilisent parfois une association d'ipilimumab et de nivolumab (Yervoy et Opdivo). Ensemble, ces médicaments bloquent le PD-1 et le CTLA-4, ce qui intensifie la réponse immunitaire de l'organisme. Ce traitement est plus efficace pour réduire les tumeurs et prolonger la durée de vie que l'un ou l'autre de ces médicaments en monothérapie.



## Effets secondaires des inhibiteurs de point de contrôle

Effets secondaires possibles de ces médicaments :

- Épuisement (sensation de faiblesse et de fatigue)
- Toux
- Démangeaisons ou éruptions cutanées
- Diminution de l'appétit
- Constipation
- Douleurs articulaires
- Diarrhée

D'autres effets secondaires plus graves sont moins fréquents. Étant donné que ces médicaments intensifient les réponses du système immunitaire, celui-ci s'attaque parfois à d'autres parties de l'organisme. Il peut alors s'ensuivre des problèmes graves, voire mortels, aux poumons, aux intestins, au foie, aux glandes productrices d'hormones, aux reins ou à d'autres organes.

**Il est donc très important de signaler rapidement tout nouvel effet secondaire** à votre équipe de soins. En cas d'effets secondaires graves, il se peut que vous deviez arrêter le traitement et que l'on vous prescrive des corticostéroïdes (médicaments anti-inflammatoires) pour supprimer votre système immunitaire.

## Traitements ciblés (médicaments biologiques)

L'ADN (qui renferme des renseignements génétiques) des cellules tumorales du mélanome exprime parfois de nombreuses mutations (altérations). Les traitements ciblés sont des traitements qui ciblent et éliminent les cellules présentant ces mutations spécifiques, et qui **s'attaquent donc spécifiquement** aux cellules du mélanome. Ainsi, les tumeurs peuvent rétrécir ou croître plus lentement.

Les traitements ciblés peuvent détruire les cellules cancéreuses sans nuire aux cellules saines. Ce n'est pas le cas de la chimiothérapie, qui agit sur toutes les cellules cancéreuses à division rapide ainsi que sur les cellules saines. Le traitement ciblé est un traitement à action générale (les médicaments passent par toutes les parties de l'organisme par la circulation sanguine).

Ces médicaments sont utilisés en cas de mélanome de stade avancé inopérable ou qui s'est propagé dans d'autres parties de l'organisme.

## Inhibiteurs de l'enzyme BRAF

Environ la moitié des patients atteints d'un mélanome présentent une mutation du gène produisant la protéine BRAF. Les gènes donnent à nos cellules des instructions pour la fabrication des protéines, ce qui permet à nos cellules et à notre organisme de fonctionner. Le gène *BRAF* indique aux cellules comment fabriquer la protéine BRAF. Voici le mode d'action des inhibiteurs de la protéine BRAF :

- La protéine BRAF régule habituellement les cellules de la peau en leur permettant de se multiplier uniquement lorsque cela est nécessaire.
- Si le gène *BRAF* est muté, la protéine BRAF ne fonctionne pas correctement et les cellules se multiplient de manière incontrôlée.
- Les inhibiteurs de la protéine BRAF sont des médicaments ciblant la protéine BRAF produite par les gènes *BRAF* mutés, et l'empêchent de se multiplier (effet inhibiteur), ce qui ralentit la croissance et la propagation du mélanome.

Ils sont pris sous forme de comprimés une ou deux fois par jour. En voici des exemples :

- Vémurafénib (Zelboraf®)
- Dabrafénib (Tafinlar<sup>MD</sup>)
- Encorafénib (Braftovi<sup>MD</sup>)

Pour savoir si ce traitement peut vous convenir, on procédera à l'analyse d'une biopsie de votre tumeur afin de déterminer si les cellules tumorales expriment une mutation du gène *BRAF*.

## Inhibiteurs des protéines MEK

La protéine BRAF agit conjointement avec une autre protéine appelée MEK. Les médicaments inhibant les protéines MEK peuvent également servir au traitement des tumeurs exprimant un gène *BRAF* muté.

Les inhibiteurs des protéines MEK sont pris sous forme de comprimés une ou deux fois par jour. En voici des exemples :

- Cobimétinib (Cotellic®)
- Tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>)
- Binimétinib (Mektovi<sup>MD</sup>)

Ces médicaments sont **réservés uniquement** aux personnes exprimant la mutation *BRAF*.

## Traitements ciblés d'association

Si votre cancer exprime la mutation V600 du gène *BRAF* et que votre mélanome est de stade IIIC à IV et non résécable ou métastatique, vous recevrez très probablement une association d'inhibiteurs des protéines *BRAF* et *MEK*. L'association de ces médicaments a pour effet de rétrécir ou d'éliminer les tumeurs plus longtemps que si l'on utilisait l'un ou l'autre de ces médicaments seul. Toutes ces associations de traitements se présentent sous la forme de comprimés à prendre quotidiennement.

Voici les traitements homologués associant des inhibiteurs des protéines *BRAF* et *MEK* :

- Le vémurafénib (Zelboraf<sup>®</sup>) cible la protéine *BRAF*; le cobimétinib (Cotellic<sup>®</sup>) cible les protéines *MEK*.
- Le dabrafénib (Tafinlar<sup>MD</sup>) cible la protéine *BRAF*; le tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>) cible les protéines *MEK*.
- L'encorafénib (Braftovi<sup>MD</sup>) cible la protéine *BRAF*; le binimétinib (Mektovi<sup>MD</sup>) cible les protéines *MEK*. En association, ces médicaments ciblent des enzymes cruciales de la voie de signalisation MAPK.

## Effets secondaires des traitements ciblés

Effets secondaires des **inhibiteurs de l'enzyme *BRAF*** :

- Épaississement de la peau
- Éruption cutanée
- Démangeaisons
- Photosensibilité
- Maux de tête
- Fièvre
- Douleurs articulaires
- Épuisement (sensation de faiblesse et de fatigue)
- Chute de cheveux
- Nausées

Effets secondaires moins fréquents mais graves des inhibiteurs de l'enzyme BRAF :

- Troubles du rythme cardiaque
- Troubles du foie
- Insuffisance rénale
- Réactions allergiques sévères
- Troubles cutanés et oculaires sévères
- Saignement
- Élévation de la glycémie
- Croissance de carcinomes squameux cutanés (type de cancer de la peau différent du mélanome, qui affecte des cellules de la peau appelées cellules squameuses)

Effets secondaires des **inhibiteurs de l'enzyme MEK** :

- Éruption cutanée
- Nausées
- Diarrhée
- œdème
- Photosensibilité

Effets secondaires moins fréquents mais graves des inhibiteurs de l'enzyme MEK :

- Lésions au cœur, aux poumons ou au foie
- Hémorragie ou caillots sanguins
- Troubles de la vision
- Lésions musculaires
- Infections cutanées

Certains effets secondaires (comme l'apparition d'autres cancers de la peau) sont moins fréquents avec le traitement d'association.



## ***Questions à poser à votre médecin sur les immunothérapies ou les traitements ciblés***

Comme chaque individu est différent, tous ces traitements ne conviennent pas à tous les patients atteints d'un mélanome. Voici quelques questions utiles à poser à votre médecin :

- Est-ce qu'une immunothérapie ou un traitement ciblé pourrait me convenir?
- Quelles sont les autres options possibles?
- Quelle est votre expérience en matière de traitements ciblés ou d'immunothérapies?
- Existe-t-il une association de médicaments qui conviendrait au traitement de mon mélanome?
- À quel point ce traitement a-t-il été efficace pour des patients comme moi?
- Quels sont les risques, les avantages et les effets secondaires de ce traitement?
- Devrais-je me rendre à l'hôpital pour recevoir ce traitement? Dans l'affirmative, à quelle fréquence?
- Y a-t-il un essai clinique relatif à l'un de ces traitements auquel je devrais envisager de participer?
- Quels autres traitements du mélanome de stade avancé sont approuvés par Santé Canada?
- Quels sont les objectifs de mon traitement?
- Combien de temps devrais-je suivre ce traitement?
- Y a-t-il un essai clinique évaluant des traitements plus efficaces que les traitements actuels, auquel je pourrais participer?
- Certains de ces traitements peuvent-ils affecter ma capacité à procréer?
- Ce traitement est-il couvert par le régime provincial ou par une assurance privée? Si ce n'est pas le cas, peut-on se le procurer et existe-t-il des programmes d'assistance couvrant une partie du coût du traitement?

## Cytokines (traitement biologique)

Les **cytokines** sont un type de protéines produites par certaines cellules immunitaires et non immunitaires, qui régulent le système immunitaire pour le stimuler ou l'affaiblir. Ces protéines, qui peuvent également être produites en laboratoire, sont utilisées pour inciter l'organisme à combattre un cancer, des infections et d'autres maladies. Les interleukines, les interférons et les facteurs stimulant la formation de colonies (filgrastim, sargramostim) sont des exemples de cytokines.

## Chimiothérapie (traitement à action générale)

La **chimiothérapie** est un traitement par des médicaments puissants qui tuent les cellules en division rapide comme les cellules cancéreuses. Toutefois, elle affecte aussi les cellules saines qui se divisent rapidement. Les cellules cancéreuses ne peuvent pas se remettre d'une chimiothérapie, contrairement aux cellules saines qui peuvent réparer les lésions moléculaires.

La chimiothérapie n'est pas aussi efficace contre le mélanome que contre d'autres types de cancer. On n'y a pas souvent recours car l'immunothérapie et les traitements ciblés sont généralement plus efficaces. On l'utilise parfois en cas d'échec des autres traitements.

Médicaments de chimiothérapie :

- Carboplatine
- Paclitaxel
- Dacarbazine

Ces médicaments peuvent être administrés sous forme de comprimés ou par injection dans une veine (i.v.). Ils peuvent être administrés seuls ou en association avec d'autres médicaments.

La chimiothérapie est généralement administrée par cycles, chaque traitement étant suivi d'une période de repos pour permettre à l'organisme de se rétablir. Ces cycles durent généralement 2 à 4 semaines.

## Effets secondaires de la chimiothérapie

Les effets secondaires de la chimiothérapie dépendent du type de médicaments et de leur dose, ainsi que de la durée de leur utilisation. Ceux-ci peuvent comprendre :

- Ulcérations dans la bouche
- Chute de cheveux
- Épuisement (sensation de faiblesse et de fatigue)
- Nausées et vomissements
- Diarrhée ou constipation

Ces effets secondaires disparaissent généralement à la fin du traitement.

## Radiothérapie

La **radiothérapie** consiste à utiliser un rayonnement à haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses. La radiothérapie, lorsqu'elle est recommandée, est généralement utilisée après la chirurgie pour tuer les cellules cancéreuses qui auraient pu échapper à la résection. Pour réduire le plus possible les dommages aux tissus normaux, de nombreux faisceaux de rayonnement sont dirigés vers la tumeur à plusieurs angles différents. Cette méthode permet d'envoyer plus de rayonnement sur la tumeur que sur les cellules saines adjacentes.

On peut recourir à la radiothérapie après une intervention chirurgicale dans les cas suivants :

- Le mélanome s'est propagé au-delà des ganglions lymphatiques ou les ganglions lymphatiques sont enflés.
- Le mélanome persiste après l'intervention chirurgicale ou celle-ci n'a pas permis de retirer toutes les cellules malignes.
- Le mélanome a considérablement envahi les ganglions lymphatiques et il est peu probable que l'intervention chirurgicale permette d'éliminer toutes les cellules cancéreuses.
- Pour prendre en charge et maîtriser la douleur dans le cadre des **soins palliatifs**.

Dans d'autres cas, on peut recourir à la radiothérapie avant l'intervention chirurgicale pour réduire la taille de la tumeur et favoriser la réussite de l'opération.

## Radiothérapie et métastases au cerveau

Le mélanome a beaucoup tendance à se propager au cerveau. Chez les personnes présentant un nombre limité de tumeurs cérébrales, les options thérapeutiques possibles sont la chirurgie seule ou la radiothérapie.

Il existe deux types de radiothérapie pour les tumeurs cérébrales :

- **Radiochirurgie stéréotaxique** : rayonnement ciblant les tumeurs seulement.
- **Radiothérapie du cerveau entier (RTCE)** : rayonnement appliqué au cerveau entier.

La radiochirurgie stéréotaxique est moins susceptible de causer des effets secondaires neurocognitifs comme la perte de mémoire, comparativement à la RTCE.

Le type de radiothérapie auquel les médecins ont recours dépend de nombreux facteurs, notamment :

- la durée de vie possible de la personne (espérance de vie);
- le nombre de tumeurs dans le cerveau;
- la taille des tumeurs;
- la quantité de cellules cancéreuses à l'extérieur du cerveau.

## **Effets secondaires de la radiothérapie**

La radiothérapie est indolore, mais elle peut entraîner des effets secondaires. Ces derniers dépendent de la quantité de rayonnement administrée et de la partie du corps traitée.

Dans la zone traitée, les effets secondaires peuvent être les suivants :

- Peau rouge, brûlante, sèche, sensible et qui démange
- Chute de cheveux
- Tissu cicatriciel et perte de sensibilité (ces effets disparaissent généralement au bout de six à douze mois)
- Épuisement (sensation de faiblesse et de fatigue)

Dans de rares cas, la radiothérapie peut causer une nouvelle tumeur.

Votre équipe de soins peut vous aider à soulager les effets secondaires de la radiothérapie.

## **Questions à poser à votre médecin au sujet de la radiothérapie :**

- Combien de temps dure le traitement?
- À quelle fréquence vais-je recevoir une radiothérapie?
- Vais-je ressentir de la douleur?
- Quels sont les effets secondaires de la radiothérapie? Y a-t-il des effets secondaires à long terme? Quels problèmes éventuels faut-il surveiller après une radiothérapie?
- Vais-je avoir une cicatrice?

## **Autres options thérapeutiques**

### **Participation à un essai clinique**

Les essais cliniques sont des études de recherche visant à déterminer l'innocuité et l'efficacité de nouveaux traitements. En général, les essais cliniques consistent à comparer un nouveau traitement avec des traitements existants.

Ils peuvent évaluer de nouveaux médicaments et de nouvelles associations de médicaments. Il peut s'agir d'associations de médicaments et d'associations parmi une radiothérapie, un traitement biologique, une chimiothérapie et un traitement ciblé.

Votre équipe soignante peut vous proposer de participer à un essai clinique dans les cas suivants :

- Mélanome à haut risque de stade II (stade IIB et IIC), de stade III ou de stade IV
- Mélanome persistant ou récidivant

Il se peut que des essais cliniques sur le mélanome soient en cours dans votre région. Parlez à votre médecin si vous souhaitez prendre part à un essai clinique. Pour de plus amples renseignements sur les phases des essais cliniques et sur les aspects à prendre en compte, veuillez consulter notre site Web ([melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca)).

### ***Questions à poser à votre médecin au sujet de la participation à un essai clinique***

- Y a-t-il des essais cliniques auxquels je peux participer?
- Ma participation à un essai clinique augmente-t-elle mes probabilités de guérison?
- Quel est l'objectif de l'essai clinique?
- Que me demandera-t-on de faire durant l'essai clinique?
- Quelles seront les répercussions de ma participation à cet essai clinique sur ma vie quotidienne?
- Quels sont les tests et les traitements qui font partie de l'essai clinique?
- Quels sont les effets du traitement à l'étude?
- Est-ce que le traitement à l'étude a déjà été testé?
- Occasionnera-t-il des effets secondaires? Ces effets peuvent-ils être prévenus ou traités?
- Vais-je savoir quel traitement je vais recevoir?
- Que risque-t-il de m'arriver si je reçois, ou si je ne reçois pas, ce nouveau traitement?
- Quelles sont mes autres options? Quels sont leurs avantages et leurs risques?
- Est-ce que je dois rester à l'hôpital pendant l'essai clinique? Dans l'affirmative, à quelle fréquence et pendant combien de temps?
- Vais-je recevoir des soins de suivi dans le cadre de l'essai clinique?
- Quelle est la phase (de 0 à III) de cet essai clinique?

## Traitements palliatifs non curatifs

La médecine palliative propose des traitements médicaux axés sur le soulagement des symptômes plutôt que sur la guérison de la maladie, lorsque celle-ci est considérée comme incurable.

Les soins palliatifs permettent d'améliorer la qualité de vie, de calmer l'anxiété et d'atténuer les symptômes. Le traitement palliatif vise les aspects suivants :

- Les symptômes
- La douleur
- Le stress physique
- Le stress mental
- Les préoccupations, les besoins, les espoirs et les craintes de votre famille et les vôtres

Dans le cas des personnes atteintes d'un mélanome, il peut s'agir de l'un des traitements mentionnés ci-dessus, ainsi que de la prise en charge de la douleur. Si les traitements disponibles ne permettent pas d'arrêter l'évolution du cancer ou de l'éliminer, votre centre de traitement peut vous proposer des soins palliatifs et du soutien.



# VOTRE PLAN DE SUIVI

Votre plan de suivi dépend du stade de votre mélanome et des lignes directrices de votre province ou de votre centre de traitement du cancer. Les rendez-vous de suivi permettront à votre médecin de vérifier si le cancer est réapparu (récidive).

Ces plans de suivi se veulent des directives générales à l'intention des personnes dont le mélanome a été traité, et qui ne présentent pas de symptômes ou de signes de la maladie.

Stade du mélanome	Plan de suivi
Mélanome <i>in situ</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Vous n'avez pas besoin de vous faire suivre par un oncologue (médecin spécialiste du cancer) après une intervention chirurgicale.</li><li>Vous devez passer un examen complet de la peau chez un dermatologue (médecin spécialiste de la peau) une fois par an, ou selon les recommandations de votre médecin membre de l'équipe d'oncologie.</li></ul>
Stade I à IIA	<ul style="list-style-type: none"><li>Vous n'avez pas besoin de vous faire suivre par un oncologue après une intervention chirurgicale.</li><li>Vous devez consulter un dermatologue tous les 6 à 12 mois, ou suivant les recommandations de votre médecin.</li></ul>
Stade IIB et IIC à haut risque (c'est-à-dire tumeurs volumineuses) et stade IIIA	<ul style="list-style-type: none"><li>Vous devez consulter un oncologue tous les 6 mois pendant les 3 premières années, puis une fois par an jusqu'à la 5<sup>e</sup> année. Il est possible que vous soyez orienté vers un dermatologue ou un médecin de famille après la 5<sup>e</sup> année.</li><li>Vous devez consulter un dermatologue tous les 6 à 12 mois, ou suivant les recommandations de votre médecin.</li></ul>
Stade IIIB, IIIC, IIID et stade IV réséqué (le mélanome a été complètement enlevé chirurgicalement)	<ul style="list-style-type: none"><li>Vous devez consulter un oncologue tous les 6 mois pendant les 3 premières années, puis une fois par an jusqu'à la 5<sup>e</sup> année, ou suivant les recommandations de votre médecin.</li><li>Vous devez consulter un dermatologue tous les 6 à 12 mois, ou suivant les recommandations de votre médecin.</li></ul>

Ces lignes directrices proviennent d'Action Cancer Ontario, un programme de soins fondés sur des données probantes; elles peuvent différer d'une province à l'autre. Pour en savoir plus sur les lignes directrices en vigueur dans votre province, veuillez consulter le site Web de l'organisme de lutte contre le cancer ou de l'autorité sanitaire de votre province ou territoire.



## COMPOSER AVEC VOTRE NOUVEAU DIAGNOSTIC

Recevoir un diagnostic de mélanome peut être éprouvant. Vous pourriez réagir par l'incrédulité, le choc, la crainte ou la colère. C'est normal. La plupart des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer passent par toutes sortes d'émotions au cours de cette période. Vous pourriez également vous sentir dépassé par l'avalanche d'information, de termes médicaux, de décisions et d'options thérapeutiques. Nous espérons que ce livret vous a aidé à comprendre le mélanome et les traitements possibles.

### Comment faire face à un diagnostic de mélanome?

Après un diagnostic, trouver des moyens de faire face à la situation est une étape importante de la guérison, au même titre que le traitement. Voici quelques moyens salutaires de faire face à un diagnostic de mélanome :

- Renseignez-vous sur votre cancer et sur les options thérapeutiques.
- Discutez avec votre famille et l'équipe soignante.
- Préparez-vous aux visites chez le médecin.
- Prenez soin de votre santé émotionnelle et mentale.
- Prenez soin de votre santé physique.
- Créez ou joignez-vous à un groupe de soutien.

### Renseignez-vous sur votre cancer et sur les options thérapeutiques

Plus vous en saurez, mieux vous comprendrez vos examens et vos traitements. En étant au fait des possibilités qui s'offrent à vous et de ce à quoi vous pouvez vous attendre, vous vous sentirez plus maître de la situation et plus confiant au moment de prendre des décisions.

**Posez des questions.** Demandez des explications à votre équipe soignante si vous ne comprenez pas quelque chose; vous êtes en droit de comprendre ce qui concerne votre santé. Le mélanome et son traitement peuvent être complexes. Une communication efficace avec votre équipe soignante peut vous aider à obtenir des soins plus satisfaisants. Lisez les questions à poser à votre médecin dans la rubrique « Plan de traitement » de ce livret ou sur le site Web de Mélanome Canada ([melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca)).

## Discutez avec votre famille et l'équipe soignante

**Parlez à votre famille de votre diagnostic.** L'une des premières pensées qui peuvent vous venir à l'esprit après avoir appris que vous êtes atteint d'un mélanome est la suivante : « Comment vais-je l'annoncer à ma famille? ». Il est compréhensible de vouloir épargner l'inquiétude à vos proches, mais les experts recommandent d'en parler ouvertement. Vous pouvez parler à votre famille de ce qui suit :

- Vos plans de traitement.
- Les ressources disponibles.
- Vos préoccupations et vos espoirs.

Même si cette période est éprouvante, elle peut renforcer les familles en les amenant à s'unir pour la surmonter. La discussion facilite la résolution des problèmes et la prise de décisions avisées.

**Exprimez vos sentiments.** Le fait d'exprimer ce que vous ressentez peut réduire votre niveau de stress et vous aider à assimiler ce que vous vivez. Essayez de :

- parler à un ami ou à un proche en qui vous avez confiance;
- tenir un journal ou un blog;
- faire appel à votre créativité en jouant de la musique, en peignant ou en dessinant.

**Demandez et acceptez de l'aide.** Il n'est pas toujours facile de suivre un traitement et de se rétablir. Pendant le traitement, il n'est peut-être pas réaliste d'assumer toutes les responsabilités et les tâches qui étaient les vôtres avant le diagnostic. Les amis et la famille se sentent souvent utiles et sont heureux de vous aider lorsque vous avez besoin d'eux. Cela ne signifie pas que vous êtes sans défense ou faible. Cela signifie que vous conservez toute votre énergie pour vous rétablir!

**Demandez un soutien concret.** Vous aurez peut-être besoin d'aide en ces matières :

- Questions financières
- Comprendre le régime d'assurance-médicaments
- Les responsabilités parentales
- Les problèmes liés au travail

Demandez à votre équipe soignante de vous mettre en relation avec un travailleur social. Ce dernier peut vous aider à obtenir des ressources et à bénéficier des programmes de soutien auxquels vous avez droit.

## Préparez-vous aux visites chez le médecin

**Soyez bien préparé avant vos visites chez le médecin.** Pour préparer vos visites chez le médecin, apportez :

- la liste de tous les médicaments, vitamines et suppléments que vous prenez;
- la liste de tous vos symptômes;
- une liste de questions à poser à votre médecin : classez vos questions par ordre d'importance au cas où vous manqueriez de temps.

Soyez accompagné d'un ami ou d'un proche qui vous apportera son soutien. Cette personne vous aidera à vous souvenir des choses que vous auriez pu omettre ou oublier.

**Soyez organisé.** Adoptez un système qui vous convient pour consigner tout ce qui suit :

- Rendez-vous
- Résultats des tests
- Questions à poser à votre équipe soignante
- Ordonnances
- Effets secondaires

Il existe de très bonnes applications mobiles, mais un classeur peut également faire l'affaire.

## Prenez soin de votre santé émotionnelle et mentale

Vous pouvez compter sur un soutien professionnel si vous en avez besoin. Il est normal de s'inquiéter, de se sentir anxieux et découragé. Si ces émotions commencent à perturber vos relations et votre vie en général, il peut être bon de demander l'aide d'un professionnel.

Demandez à votre équipe soignante de vous renseigner sur les services de conseil et de soutien si :

- vous avez du mal à vous concentrer;
- vous avez du mal à dormir;
- vous avez peu d'appétit ou pas du tout (moins envie de manger);
- vous avez perdu tout intérêt pour vos activités habituelles.

La plupart des centres d'oncologie offrent les services de travailleurs sociaux, de psychiatres et de psychologues dont les soins sont couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province.

**Essayez de garder espoir.** Miser sur l'espoir peut améliorer votre qualité de vie tout au long de votre traitement contre le cancer. L'espoir est un concept qui peut évoluer au fil du temps; cela ne signifie pas que vous devez être heureux et optimiste en permanence.

Il peut prendre différentes formes :

- simple et de courte durée, comme espérer passer une bonne journée avec des amis;
- ou de longue durée, comme espérer être débarrassé du cancer.

Il s'agit de trouver un équilibre, d'être conscient de ses sentiments et de les accepter.

**Trouvez un exutoire au stress.** C'est peut-être le bon moment de vous trouver un passe-temps, une activité ou un loisir qui vous permette de souffler un peu et d'oublier vos soucis pendant un petit moment. On ne peut pas penser au cancer tout le temps. C'est peut-être le moment de mettre à l'essai ou d'apprendre de nouvelles stratégies de réduction du stress, comme la méditation de pleine conscience.

**Faites face à l'incertitude.** Cette période peut être marquée par beaucoup de doute et d'incertitude. Il peut être exaspérant et épuisant d'essayer de maîtriser des situations qui échappent à notre contrôle, comme une infection postopératoire, ou de se faire des attentes quant à la tournure que prendront les événements. Essayez :

- d'être souple; cela vous aidera à faire face aux changements inattendus;
- de vous autoriser à ne pas avoir toutes les réponses en ce moment; ce sera peut-être difficile et désagréable au début, mais c'est possible;
- de vous concentrer sur l'acceptation. C'est un moyen de s'adapter à la réalité quotidienne du cancer et de mettre l'accent sur ce qui est le plus important pour vous.

## Prenez soin de votre santé physique

**Bougez!** Prenez le temps de faire de l'activité physique légère les jours où vous vous en sentez capable. Lorsque vous êtes actif, votre corps et votre cerveau produisent des substances chimiques qui contribuent à améliorer votre humeur et votre niveau d'énergie. Cela vous aidera également à surmonter l'agitation et les problèmes de sommeil. Essayez :

- Une promenade
- Le vélo
- Le yoga
- Le jardinage



**Mangez des aliments sains.** Mangez beaucoup de fruits, de légumes et de céréales complètes. Limitez votre consommation de repas prêt-à-manger, de sel et de sucre, car ces aliments peuvent faire fluctuer votre glycémie. L'hypoglycémie peut causer des problèmes de sommeil et des états d'anxiété.

**Accordez la priorité au sommeil.** Couchez-vous et réveillez-vous à peu près à la même heure tous les jours. Certaines applications peuvent vous aider à établir un programme de sommeil sain. S'assurer un temps de sommeil suffisant peut contribuer à améliorer votre humeur et votre mémoire.

## Créez ou joignez-vous à un groupe de soutien

**Envisagez de vous joindre à un groupe d'entraide ou de nouer des liens avec d'autres personnes qui ont été atteintes d'un mélanome.** Il est parfois très utile de parler à d'autres personnes qui ont été confrontées à des expériences similaires et qui ont suivi un traitement contre le mélanome. Le cancer affecte toute votre personne et vos proches, c'est pourquoi vous devez créer un réseau de soutien dans le cadre de votre prise en charge.

Consultez la rubrique « Services de soutien de Mélanome Canada » ci-dessous pour en savoir plus sur le groupe de soutien de Mélanome Canada et le programme de soutien par les pairs.

## Médecines douces et parallèles

### Traitements des médecines douces et parallèles :

- Vitamines
- Suppléments (minéraux, herbes ou plantes médicinales)
- Remèdes à base de plantes (c.-à-d. médecine à base de plantes)
- Réduction du stress (hypnothérapie, aromathérapie, massage)

L'effet de la plupart des médecines douces en guise de traitement du cancer n'a pas été étudié, mais on dispose de données sur les formes suivantes :

- L'acupuncture, pour soulager la douleur dans certains cas
- Le yoga
- La méditation

Ces médecines douces peuvent vous soulager, mais votre équipe soignante peut vous indiquer celles qui vous seront le plus utiles. Informez toujours votre équipe soignante de toutes les méthodes parallèles que vous utilisez, car certaines d'entre elles peuvent interagir avec des traitements contre le cancer.

# PRÉVENIR LE MÉLANOME ET LES CANCERS DE LA PEAU

## Prendre ses précautions au soleil

Les personnes atteintes d'un mélanome sont plus susceptibles de présenter à nouveau un mélanome. Il est important de prendre des mesures visant à prévenir l'apparition d'un autre mélanome ou d'autres types de cancer de la peau.

Environ 85 cas de mélanome sur 100 (85 %) sont causés par les rayons ultraviolets (UV). Les rayons UV traversent les nuages, les fenêtres, les pare-brise des voitures et les vêtements légers. La lumière du soleil est composée de rayons UVA et UVB, qui pénètrent et endommagent la peau.

Voici quelques mesures pour vous protéger du soleil et des rayons UV :

### Ne pas passer trop de temps sous les rayons UV

- Ne pas bronzer en plein air au soleil.
- Ne pas utiliser de lits de bronzage ni de lampes solaires. Le risque de mélanome augmente après une seule séance de lit de bronzage.
- Ne pas faire d'activités en plein air lorsque le soleil tape fort, c'est-à-dire entre 11 h et 15 h. Si vous êtes dehors pendant cette période, restez à l'ombre autant que possible.
- Protégez-vous des rayons du soleil qui sont réfléchis par l'eau, la glace, la neige, le sable et la chaussée. Les rayons UV réfléchis par la neige et la glace sont jusqu'à huit fois plus puissants que ceux réfléchis par l'eau.

### Portez des vêtements protecteurs, tels que :

- des vêtements tissés serrés qui couvrent les bras et les jambes (notons que les tissus transparents ne sont pas tissés serrés);
- des vêtements adaptés qui protègent du soleil et dont le facteur de protection contre les ultraviolets est d'au moins 50;
- un chapeau à large bord qui protège le visage, le cou et les oreilles;
- des lunettes de soleil offrant une protection totale contre les UVA et les UVB.

### Utilisez correctement les écrans solaires

- Trente minutes avant de vous exposer au soleil, appliquez un écran solaire à large spectre et résistant à l'eau, dont le facteur de protection solaire (FPS) est d'au moins 30 ou idéalement de 50.
- Réappliquez-le toutes les 2 heures ou plus souvent si vous transpirez ou si vous nagez.
- Appliquez un écran solaire toute l'année.



## Examen de votre peau

Examinez toute votre peau au moins une fois par mois : ça ne prend que 10 à 15 minutes. Un bon moment pour le faire est après avoir pris une douche ou un bain.

### Méthode d'examen de la peau

- Veillez à ce que la pièce soit suffisamment éclairée.
- Utilisez un miroir mural et un miroir à main pour voir où se trouvent vos grains de beauté, vos taches de naissance et autres marques cutanées. Prenez note de leur aspect et de la sensation au toucher, pour savoir s'ils changent et comprendre à quoi correspondent leur état « normal ». Examinez :
  - votre visage, votre cou, vos oreilles et votre cuir chevelu. Vous pouvez demander l'aide d'un ami ou d'un parent pour cette tâche, étant donné qu'il est difficile de vérifier son cuir chevelu soi-même;
  - votre corps de face et de dos;
  - vos bras et les deux côtés du corps;
  - vos coudes et vos mains, y compris les paumes et les ongles, et les deux bras;
  - l'avant, l'arrière et les côtés des jambes;
  - les parties génitales et la zone située entre les fesses;
  - les pieds, y compris les ongles, la plante des pieds et les espaces entre les orteils.
- Prenez une photo de tous les grains de beauté anormaux en plaçant une règle à côté comme échelle de mesure. Vous pourrez utiliser ces photos pour vérifier s'il y a eu des changements au fil du temps et les montrer à votre médecin.
- Il existe des sites Web et des applications permettant de surveiller l'évolution des grains de beauté.

## **Soyez attentif aux éléments suivants :**

- un nouveau grain de beauté à l'aspect différent (le vilain petit canard);
- une nouvelle tache rouge ou foncée et écailleuse parfois en saillie;
- une nouvelle bosse ferme de couleur chair;
- une plaie qui ne cicatrice pas;
- un changement sur un grain de beauté (rappelez-vous les critères ABCDE).

## **Pourquoi devrais-je examiner ma peau?**

- Les personnes qui examinent leur peau au moins une fois par mois repèrent 53 % des mélanomes.
- Neuf personnes sur 10 (90 %) qui repèrent un mélanome à un stade précoce peuvent être guéries.

Des recherches montrent qu'un examen périodique de la peau permet de déceler les mélanomes à un stade précoce et de diminuer le risque de mortalité de 63 %<sup>3</sup>.

En examinant votre peau régulièrement, vous saurez reconnaître son aspect normal. Si vous constatez quelque chose de nouveau et d'inhabituel, communiquez avec votre médecin. Des visites annuelles chez votre médecin de famille ou votre dermatologue sont également recommandées.

### **Conseil : le signe du vilain petit canard**

En règle générale, la plupart des grains de beauté sur le corps se ressemblent. Les mélanomes ont cependant un aspect différent de tous les autres grains de beauté. Habituellement, un seul mélanome se déclare à la fois. Un grain de beauté qui ne ressemble pas aux autres ou qui a une texture différente des autres grains de beauté – le signe du vilain petit canard – doit être examiné par votre médecin.





## SERVICES DE SOUTIEN OFFERTS PAR MÉLANOME CANADA

### Soutien par téléphone et courriel

Du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h (HNE). Nous essayons de répondre à tous les appels et courriels dans un délai de 48 heures. Tous les appels et les courriels sont confidentiels. Pour le soutien, composez le **1 877 560-8035** ou envoyez un courriel au **support@melanomacanada.ca**.

### Soutien par les pairs

Se mettre en relation avec un ancien patient ou un proche aidant peut être d'un grand soutien. Ce programme permet de mettre en relation un bénévole formé qui a eu un mélanome avec des patients qui viennent de recevoir un diagnostic ou qui suivent un traitement, ou avec leurs proches aidants. Les patients peuvent poser des questions et alléger en partie le stress, les inquiétudes et les craintes que suscite un diagnostic de mélanome.

Ce programme permet de mettre en contact des patients partout au Canada et peut se dérouler par téléphone ou par courriel.

Si vous souhaitez devenir bénévole du programme de soutien par les pairs ou être jumelé à un autre patient ou proche aidant, veuillez envoyer un courriel au **support@melanomacanada.ca**, composer le **1 877 560-8035** ou visiter le site **melanomecanada.ca**. (Veuillez noter que le soutien par les pairs ne saurait se substituer aux conseils d'un professionnel ou d'un médecin.)

### Groupe de soutien de Mélanome Canada

Joignez-vous au groupe de soutien aux patients de Mélanome Canada et faites connaissance avec d'autres patients qui ont reçu le même diagnostic. Ces réunions informelles sont une excellente occasion de partager de l'information et de la sympathie, de relever des défis, de poser des questions et d'échanger des points de vue.

La participation au groupe est gratuite et les réunions ont lieu le premier mercredi de chaque mois. Pour de plus amples renseignements ou pour vous inscrire, visitez le site **melanomecanada.ca** ou envoyez un courriel à l'adresse **support@melanomacanada.ca**.

## Séances d'information pour les patients

Les séances d'information sur le mélanome permettent d'obtenir des renseignements et des mises à jour sur les traitements les plus récents du mélanome et sur les services de soutien offerts. Les patients, leur famille et leurs amis, ainsi que les prestataires de soins de santé peuvent participer à ces séances. Celles-ci sont gratuites et ont lieu toute l'année. Pour en savoir plus, visitez notre site au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).

## Accompagnement en matière de cancer

Un accompagnateur peut vous aider à faire face aux difficultés émotionnelles, physiques et pratiques associées au diagnostic, au traitement et à la prise en charge d'un cancer. Un accompagnateur vous offre un soutien individuel en vue de déterminer les changements souhaités (p. ex., réduction du stress ou amélioration des habitudes de sommeil), de fixer des objectifs et d'élaborer un plan de mise en œuvre de ces changements. Pour en savoir plus, visitez notre site au [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca).



Balayez le code QR pour obtenir la liste complète de nos programmes de soutien.

# RESSOURCES DE MÉLANOME CANADA

Mélanome Canada a conçu et produit ces documents gratuits à l'intention des patients atteints de mélanome et de cancer de la peau, des aidants et des médecins. Vous pouvez télécharger tous les documents en format PDF sur votre ordinateur. Pour consulter toutes les ressources de Mélanome Canada, visitez [melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca) ou balayez le code QR.



## Guide à l'intention des patients pour mieux comprendre le carcinome basocellulaire (CBC)

Ce livret présente plus d'information sur le carcinome basocellulaire (CBC).



## Guide à l'intention des patients pour mieux comprendre le carcinome épidermoïde cutané (CEC)

Ce livret présente plus d'information sur le carcinome épidermoïde cutané (CEC).



## Livre d'information sur le mélanome de l'uvée

Ce livret présente une vue d'ensemble utile d'une forme rare de cancer de l'œil appelée mélanome de l'uvée.



## Le lymphoœdème chez les patients atteints d'un mélanome

Ce livret est un outil utile pour comprendre la prise en charge et le traitement du lymphoœdème après une intervention chirurgicale.

## Collection de vidéos d'information destinées aux patients atteints d'un mélanome

Nous publions des vidéos sur notre site Web et notre chaîne YouTube, notamment des séances d'information des patients animées par d'éminents experts du mélanome. Il s'agit notamment d'oncologues, de travailleurs sociaux, de psychologues et de « conseillers en matière de médicaments » (personnes qui aident les patients à déterminer dans quelle mesure leurs médicaments sont remboursés et à envisager d'autres options en la matière). Rendez-vous sur notre chaîne YouTube au [youtube.com/MelanomaCanada](https://youtube.com/MelanomaCanada).

# GLOSSAIRE

## ABCDE

Acronyme désignant les caractéristiques des grains de beauté susceptibles d'être cancéreux :

Asymétrie

Bordure

Couleur

Diamètre

Evolution ou changement.

## Aldesleukine (IL-2, interleukine-2, proleukine)

Type d'interleukine, c'est-à-dire un messager chimique ou une substance pouvant améliorer la réponse de l'organisme contre une maladie. Elle stimule la croissance de certains globules sanguins du système immunitaire luttant contre les maladies. Type de protéine produite par les lymphocytes, qui active d'autres lymphocytes du système immunitaire.

## Anesthésie

Utilisation de médicaments visant à prévenir la douleur pendant une intervention chirurgicale ou d'autres interventions, par l'atténuation de la sensation, avec ou sans endormissement.

## Anesthésique

Médicament utilisé pour prévenir la douleur au cours d'une intervention chirurgicale ou autre.

## Antécédents familiaux

Structure familiale et relations au sein de la famille, y compris les renseignements concernant les maladies des membres de la famille.

## Antécédents médicaux

Tous les événements médicaux survenus et les médicaments utilisés à ce jour.

## Aspiration à l'aiguille fine

Prélèvement d'un liquide ou d'un tissu organique à l'aide d'une aiguille fine.

## Asymétrie

Élément de l'acronyme ABCDE. Asymétrie d'une marque cutanée dont une moitié n'est pas identique à l'autre.

## Binimétinib (Mektovi<sup>MD</sup>)

Mektovi est un inhibiteur des protéines MEK qui cible les principales enzymes de la voie de signalisation MAPK (RAS-RAF-MEK-ERK). Il est utilisé en association avec l'encorafenib (Braftovi<sup>MD</sup>) comme traitement ciblé des tumeurs exprimant la mutation BRAF.

## Biopsie

Intervention médicale consistant à prélever des tissus.

## Biopsie cutanée

Prélèvement d'un échantillon de tissu cutané pour vérifier s'il est atteint par une maladie.

## Biopsie à l'emporte-pièce

Intervention consistant à retirer un petit échantillon de tissu de forme arrondie, de la taille d'une gomme à crayon, à l'aide d'un instrument circulaire creux et tranchant. Elle sert généralement à rechercher la présence d'un mélanome.

## Biopsie-exérèse

Technique qui consiste à retirer de la peau une lésion due au mélanome en découpant la zone affectée ainsi qu'une partie de la peau saine entourant la lésion. Cette technique sert également à retirer des lésions du mélanome de plus grande taille.

## Biopsie par exérèse de ganglions lymphatiques

Intervention chirurgicale visant à retirer la totalité d'un ganglion lymphatique hypertrophié.

## Biopsie d'un ganglion lymphatique

Prélèvement de la totalité ou d'une partie d'un ganglion lymphatique (amas de cellules particulières qui combattent les maladies, et se trouvent dans tout l'organisme) servant au dépistage d'un cancer.

## Biopsie du ganglion lymphatique sentinel

Intervention consistant à localiser le ganglion lymphatique sentinel, à le retirer et à l'examiner pour vérifier s'il contient des cellules cancéreuses.

## Biopsie d'incision

Intervention chirurgicale visant à retirer une partie de la tumeur.

## Biopsie par rasage

Chirurgie visant à prélever un mince échantillon tissulaire à la surface d'une tumeur.

## **BRAF**

Gène produisant une protéine participant à la croissance cellulaire. Chez environ 50 % des patients atteints d'un mélanome, ce gène est muté (anormal). Lorsque le gène est muté, la protéine dysfonctionnelle qu'il produit signale aux cellules de continuer de se diviser et de proliférer, ce qui entraîne la formation d'une tumeur.

## **Cancer**

Croissance anormale de cellules ayant tendance à se multiplier rapidement et de manière incontrôlée et, dans certains cas, à métastaser (se propager dans d'autres parties du corps). Des mutations des gènes peuvent provoquer un cancer en accélérant la division cellulaire ou en interrompant les mécanismes normaux de contrôle de la croissance cellulaire. Une masse de cellules cancéreuses qui augmente peut se transformer en une tumeur.

## **Cellule**

Plus petite unité structurale fondamentale de tous les tissus de l'organisme.

## **Chimiothérapie**

Médicaments qui tuent les cellules cancéreuses.

## **Chirurgien oncologue**

Chirurgien spécialisé dans la réalisation de biopsies et d'autres interventions chirurgicales chez des patients atteints d'un cancer

## **Cobimétinib (Cotellic®)**

Médicament inhibant les protéines MEK pour le traitement des patients dont la tumeur exprime une mutation (V600E ou V600K) du gène *BRAF*. Il est souvent utilisé en association avec le vémurafénib (Zelboraf®). Utilisé pour le traitement des mélanomes non résécables ou métastatiques.

## **Cytokines**

Type de protéines produites par certaines cellules immunitaires et non immunitaires, qui agissent sur le système immunitaire pour le stimuler ou l'affaiblir. Utilisées comme forme de traitement biologique.

## **Dabrafénib (Tafinlar®MD)**

Médicament inhibant les protéines BRAF pour le traitement des patients présentant une mutation V600 du gène *BRAF*; pris sous forme de comprimé par voie orale. Il

est souvent utilisé en association avec le tramétinib (Mekinist®MD).

## **Dépistage/contrôles**

Tests périodiques visant à déceler la présence d'une maladie.

## **Dermatologue**

Médecin spécialisé dans le traitement des maladies de la peau.

## **Dermatopathologiste**

Médecin ayant reçu une formation spécialisée dans le diagnostic des maladies de la peau à partir d'examens microscopiques de la peau.

## **Derme**

Deuxième couche de la peau qui se trouve sous l'épiderme.

## **Dermoscopie**

La dermoscopie est un outil non invasif d'usage courant, permettant aux médecins de diagnostiquer certains mélanomes à un stade précoce, comme le mélanome nodulaire. La dermoscopie est beaucoup plus précise que les examens effectués à l'œil nu.

## **Diagnostic**

Acte médical consistant à déceler et à nommer une maladie.

## **Effet secondaire**

Réaction physique ou émotionnelle imprévue à un traitement.

## **Encorafénib (Braftovi®MD)**

Braftovi est un inhibiteur de la protéine BRAF. Il est utilisé en association avec le binimétinib (Mektovi®MD) comme traitement ciblant une mutation BRAF exprimée chez certains patients.

## **Épiderme**

Couche externe de la peau.

## **Essai clinique**

Étude de recherche visant à comparer un nouveau traitement et un traitement existant pour nous permettre de déterminer lequel est plus efficace.

## **Extension en profondeur (verticale)**

Phase de croissance de la tumeur en profondeur dans l'épaisseur de la peau.

## **Facteur de risque**

Facteur qui augmente la probabilité de contracter une maladie.

## **Ganglion (nœud) lymphatique**

Amas de cellules immunitaires regroupées d'une manière particulière.

## **Ganglions lymphatiques régionaux**

Amas de cellules spécialisées dans la lutte contre les maladies, situés près de la tumeur.

## **Ganglion lymphatique sentinelle**

Premier ganglion majeur rejoint par les cellules cancéreuses sorties de la zone tumorale.

## **Glande**

Organe qui produit des liquides ou des substances chimiques dont l'organisme a besoin.

## **Globules blancs**

Type de globule sanguin du système immunitaire qui lutte contre les maladies.

## **Glucose**

Sucre naturel présent dans l'organisme, utilisé par les cellules comme source d'énergie.

## **Grain de beauté**

Excroissance cutanée. Se présente souvent sous la forme de petites taches brun foncé causées par des amas de cellules productrices de pigments (mélanocytes).

## **Hormones**

Substances chimiques de l'organisme qui activent des cellules ou des organes.

## **(Examens d')imagerie**

Examens médicaux consistant à produire des clichés de l'intérieur de l'organisme.

## **Imagerie par résonance magnétique (IRM)**

Intervention consistant à utiliser des ondes radio et un puissant aimant relié à un ordinateur pour créer des clichés détaillés de parties internes de l'organisme. Ces clichés peuvent mettre en évidence les différences entre un tissu sain et un tissu malade. L'IRM permet d'obtenir de meilleurs clichés des organes et des tissus mous que d'autres modalités d'imagerie telles que la tomodensitométrie ou la radiographie. L'IRM est particulièrement utile pour l'obtention de clichés du cerveau, de la colonne vertébrale, des tissus mous articulaires et de l'intérieur des os.

## **Immunothérapie**

Traitement qui stimule le système immunitaire pour combattre les maladies.

## **Indice de Breslow (épaisseur)**

Mesure en millimètres de la profondeur à laquelle une tumeur du mélanome s'est enfoncée sous la surface de la peau. L'épaisseur de la tumeur (profondeur) est généralement mesurée à partir du sommet de la tumeur jusqu'aux cellules tumorales les plus profondes. Si la tumeur est ulcérée (la peau est éraflée), elle est mesurée à partir de la base de l'ulcère jusqu'aux cellules tumorales les plus profondes. L'indice de Breslow permet de déterminer le stade du cancer. Les tumeurs épaisses sont associées à des taux de survie inférieurs.

## **Inhibiteurs de CTLA-4**

CTLA-4 est une protéine exprimée sur les lymphocytes T. Les inhibiteurs de CTLA-4, également appelés inhibiteurs des points de contrôle, sont des médicaments servant à inhiber la protéine CTLA-4. Ainsi, le système immunitaire et les lymphocytes T sont plus à même de tuer et d'attaquer les cellules cancéreuses.

## **Inhibiteurs des protéines MEK**

Ces médicaments sont utilisés pour traiter les mélanomes qui se sont propagés ou qui ne peuvent pas être entièrement retirés. Le gène *MEK* agit de concert avec le gène *BRAF*. Par conséquent, les médicaments qui bloquent les protéines MEK peuvent servir à traiter les patients atteints d'un mélanome dont le gène *BRAF* est altéré.

## **Inhibiteurs de PD-1**

La protéine PD-1 est une protéine des points de contrôle des lymphocytes T, qui empêche normalement ces derniers d'attaquer d'autres cellules de l'organisme. Les inhibiteurs de PD-1 sont des médicaments qui activent le système immunitaire et incitent les lymphocytes T à attaquer des cellules cancéreuses.

## **Inhibiteurs de points de contrôle**

Les inhibiteurs des points de contrôle sont une forme d'immunothérapie ciblant la protéine PD-1. Ils permettent aux lymphocytes T de mieux attaquer les cellules cancéreuses et de renforcer la réaction immunitaire contre les cellules cancéreuses.

## **Inhibiteur des protéines BRAF**

Les inhibiteurs des protéines BRAF sont des médicaments permettant de rétrécir des tumeurs ou de ralentir leur croissance chez les personnes dont le mélanome s'est propagé ou ne peut pas être retiré complètement.

## ***In situ***

Un mélanome *in situ* est la forme la plus précoce du mélanome (considéré comme étant de stade 0). Il s'agit du mélanome le plus facile à traiter (par exérèse), qui est presque toujours curable. *In situ* signifie que la tumeur ne s'est pas propagée au-delà de l'épiderme, la couche superficielle de la peau.

## **Interféron**

Type d'immunothérapie administrée comme traitement adjuvant. Proposé aux patients présentant un risque élevé de récidive pour réduire le risque de réapparition du mélanome.

## **Intervention chirurgicale**

Opération visant à enlever ou à réparer une partie du corps.

## **Invasion angiolympathique**

Mélanome qui a envahi les vaisseaux lymphatiques ou sanguins.

## **Ipilimumab**

Type d'immunothérapie appelé inhibiteur des points de contrôle ou inhibiteur anti-CTLA-4. Son objectif est d'inciter le système immunitaire à attaquer les cellules cancéreuses. Ce traitement administré en intraveineuse est prescrit aux patients atteints d'un mélanome non résécable ou métastatique. Il est souvent utilisé en association avec le nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>).

## **Lactate-déshydrogénase (LDH)**

Enzyme (type de protéine) présente dans le sang et d'autres tissus de l'organisme.

## **Lésion**

Tissu endommagé par une maladie ou une blessure. Le mélanome peut prendre naissance à partir d'un grain de beauté ou d'une lésion.

## **Lymphe**

Liquide clair faisant partie du système immunitaire, renfermant les globules blancs servant à combattre les maladies.

## **Lymphocytes T**

Type de globules blancs du système immunitaire. Les lymphocytes T aident l'organisme à lutter contre les infections.

## **Lymphœdème**

Affection caractérisée par l'accumulation de liquide lymphatique dans les tissus et par la formation d'un œdème (enflure). Elle peut se produire dans un bras ou une jambe si les vaisseaux lymphatiques sont obstrués, endommagés ou retirés à la suite d'une intervention chirurgicale.

## **Malin**

Cancéreux, qui prolifère de façon anarchique.

## **Marge périphérique**

Tissu d'apparence saine entourant les bordures d'une tumeur.

## **Marge profonde**

Tissu d'apparence saine situé sous une tumeur.

## **(Protéine ) MEK**

Molécule qui contribue à la régulation de la croissance cellulaire. Le gène *MEK* agit de concert avec le gène *BRAF*, de sorte que les médicaments qui inhibent les protéines MEK peuvent également servir au traitement des patients dont les protéines BRAF sont produites par des gènes mutés.

## **Mélanine**

Pigment qui confère une couleur à la peau et aux yeux, et les protège contre les lésions causées par les rayons ultraviolets.

## **Mélanocytes**

Cellules cutanées de l'épiderme. Ces cellules produisent la mélanine, un pigment, qui confère sa couleur à la peau.

## **Mélanome**

Type de cancer de la peau qui se déclare dans les mélanocytes. Il peut prendre naissance dans un grain de beauté (mélanome de la peau), mais aussi dans d'autres tissus pigmentés comme l'œil ou les intestins.

## **Mélanome acrolentigineux**

Type de mélanome peu courant qui prend l'aspect d'une ecchymose sur la paume des mains ou la plante des pieds, ou d'un ruban foncé sur un ongle.

## **Mélanome desmoplastique**

Le mélanome desmoplastique est un sous-type rare de mélanome qui apparaît généralement sur les zones exposées au soleil comme la tête et le cou; il est généralement observé chez les patients âgés. Il représente moins de 4 % des mélanomes qui pénètrent profondément dans la peau (mélanomes invasifs).

## **Mélanome lentigineux malin**

Type de mélanome qui peut se confondre avec un lentigo solaire. Il s'agit d'un type précoce de mélanome dans lequel les cellules malignes ne dépassent pas l'épiderme; c'est pourquoi on l'appelle souvent mélanome *in situ*. Il apparaît sur une peau endommagée par le soleil. Il siège généralement sur le visage ou le cou, en particulier sur le nez et les joues, et touche souvent les personnes âgées.

## **Métastase à distance**

Cellules cancéreuses qui se sont propagées dans une partie du corps éloignée de la tumeur initiale (primitive) du mélanome.

## **Métastases en transit (récidives nodulaires sous-cutanées intermédiaires)**

Cancer qui s'est propagé dans les vaisseaux lymphatiques voisins de la tumeur primitive, mais non dans les ganglions lymphatiques (amas de cellules spécialisées luttant contre des maladies).

## **Mélanome nodulaire**

Type de mélanome présentant une forme de dôme, qui croît rapidement dans le derme (deuxième couche de la peau).

## **Mélanome persistant (récidivant)**

Cancer qui n'a pas été complètement retiré ou éliminé par un traitement. Le mélanome persistant apparaît au siège de la cicatrice postchirurgicale où se trouvait le mélanome primitif, ou juste à côté. Aussi appelé « véritable récidive locale dans une cicatrice ».

## **Mélanome superficiel extensif**

Type de mélanome le plus courant. Il se propage généralement à partir d'un grain de beauté existant ou nouveau.

## **Mélanome de stade avancé**

Cancer qui s'est propagé au-delà de la zone avoisinant la tumeur primitive.

## **Métastases**

Tumeurs qui se sont propagées du siège tumoral primitif vers d'autres parties de l'organisme.

## **Métastaser**

Propagation de cellules cancéreuses de la tumeur primitive vers une autre partie de l'organisme.

## **Métastatique**

Qui renferme des cellules cancéreuses qui se sont propagées depuis la tumeur primitive.

## **Microsatellite**

Minuscules tumeurs à proximité de la tumeur principale, observables au microscope.

## **Nævus**

Terme médical désignant un grain de beauté.

## **Nævus dysplasique**

Grain de beauté de grande taille, aux contours irréguliers ou aux couleurs disparates, qui ressemble à un œuf poêlé.

## **Nivolumab (Opdivo<sup>MD</sup>)**

Médicament de la classe des inhibiteurs des points de contrôle. Type d'immunothérapie qui fait en sorte que les cellules cancéreuses deviennent plus exposées aux attaques du système immunitaire. Souvent utilisé comme traitement adjuvant et en association avec l'ipilimumab (Yervoy<sup>MD</sup>).

## **Oncologue médical**

Médecin spécialisé dans les traitements du cancer par des médicaments.

## **Pathologue**

Spécialiste qui interprète les changements causés par une maladie dans les tissus et les liquides corporels, et pose ensuite un diagnostic.

## **Pembrolizumab (Keytruda<sup>MD</sup>)**

Médicament de la classe des inhibiteurs des points de contrôle, un type d'immunothérapie qui rend les cellules cancéreuses plus faciles à attaquer par le système immunitaire. Il est utilisé pour le traitement des mélanomes de stade avancé non résécables ou métastatiques.

## **Pigment**

Substance conférant une couleur.

**Profondeur des marges**

Présence ou absence de cellules cancéreuses dans le tissu d'apparence saine, sous-jacent à une tumeur.

**Pronostic**

Évolution et issue probable d'une maladie.

**Radioactif**

Qui contient une énergie puissante appelée rayonnement.

**Radiographie**

Technique consistant à utiliser de faibles quantités de rayonnement pour obtenir des clichés des organes et des structures internes de l'organisme.

**Radio-oncologue**

Médecin qui se spécialise dans le traitement du cancer par radiothérapie.

**Radiothérapie**

Utilisation de rayons à haute énergie pour endommager les cellules cancéreuses, et les empêcher de croître et de se diviser. Comme l'intervention chirurgicale, la radiothérapie est un traitement local qui n'affecte que les cellules cancéreuses de la zone traitée.

**Rapport de pathologie**

Document d'information sur les cellules et les tissus cancéreux qui ont été prélevés (biopsie) de l'organisme et examinés au microscope dans le cadre du bilan d'une maladie.

**Récidive**

Cancer qui réapparaît, généralement après être resté inaperçu pendant un certain temps. Le cancer pourrait réapparaître au même endroit que la tumeur initiale (primitive) ou dans une autre partie du corps. Également appelée cancer récidivant.

**Récidive aux ganglions lymphatiques locaux**

Réapparition du cancer, après le traitement, dans les ganglions lymphatiques (amas de cellules spécialisées dans la lutte contre les maladies) adjacents au mélanome primitif.

**Récidive locale**

Cancer qui réapparaît après un traitement au même emplacement que la tumeur initiale, ou tout près. Une récidive satellite est un type de récidive locale.

**Régression tumorale**

Réaction inflammatoire aux cellules tumorales, entraînant une diminution de la taille d'une tumeur.

**Rayonnement ultraviolet (UV)**

Énergie lumineuse dont la longueur d'onde est plus courte que celle de la lumière visible mais plus longue que celle des rayons X. Une trop grande quantité de rayons UV émanant du soleil ou des lits de bronzage peut endommager l'ADN des cellules cutanées. L'ADN dicte aux cellules leur mode de fonctionnement. Si l'ADN est suffisamment altéré au fil du temps, les cellules peuvent commencer à se multiplier de manière incontrôlée, ce qui peut entraîner un cancer de la peau.

**Siège de la tumeur**

Zone corporelle où se trouve la tumeur.

**Stade (du cancer)**

Degré de propagation du cancer dans l'organisme. Il est déterminé à partir des caractéristiques de la tumeur primitive et de sa propagation ou non vers d'autres parties du corps (métastases).

**Stade pathologique**

Stade du cancer déterminé par un pathologiste après l'examen d'échantillons de tissus.

**Stade précoce**

Caractéristique d'un cancer qui s'est peu étendu dans les tissus adjacents.

**Statut des marges périphériques**

Présence ou absence de cellules cancéreuses dans le tissu d'apparence saine entourant les bordures d'une tumeur.

**Sous-type**

Regroupement des types de cancer en fonction des caractéristiques des cellules cancéreuses.

**Système immunitaire**

Défense naturelle de l'organisme contre les maladies.

**Taux mitotique**

Mesure du nombre de cellules tumorales en pleine croissance.

**Tissu conjonctif**

Fibres de soutien et de fixation telles que les muscles, les vaisseaux sanguins, les os et les nerfs.

**Tissu sous-cutané**

Couche de tissus adipeux et conjonctifs sous le derme (deuxième couche cutanée).

## **Tomodensitométrie (TDM)**

Technique d'imagerie consistant à réaliser, à l'aide d'un ordinateur relié à un appareil à rayons X, une série d'images détaillées de parties internes de l'organisme. Les clichés pris sous différents angles permettent de visualiser en trois dimensions (3D) les tissus et les organes. La TDM peut servir à diagnostiquer une maladie, à planifier un traitement ou à évaluer l'efficacité d'un traitement. Également appelée tomodensitogramme.

## **Tomographie par émission de positrons (TEP)**

Examen consistant à injecter une petite quantité de glucose (sucré) radioactif dans une veine, et à produire des clichés détaillés et informatisés des zones de l'organisme où le glucose a été absorbé. Étant donné que les cellules cancéreuses sont plus susceptibles d'absorber plus de glucose que les cellules normales, les clichés peuvent servir à repérer les cellules cancéreuses dans l'organisme.

## **Traitements à action générale**

Médicaments agissant sur tout l'organisme pour tuer les cellules cancéreuses qui se sont propagées.

## **Traitements adjuvants**

Traitements anticancéreux complémentaires administrés après le traitement principal (généralement une intervention chirurgicale) pour réduire le risque de réapparition du cancer. Le traitement adjuvant peut consister en des traitements biologiques (tels que les cytokines, les immunothérapies, les traitements ciblés), la chimiothérapie ou la radiothérapie.

## **Traitements biologiques (biothérapie)**

Traitements ciblant le système immunitaire pour lutter contre les infections et certaines maladies, ou pour protéger l'organisme contre certains effets secondaires du traitement.

## **Traitements ciblés**

Traitements qui freinent la croissance des cellules cancéreuses en s'attaquant à une caractéristique spécifique ou unique du cancer.

## **Traitements de deuxième intention**

Traitements administrés après l'échec du premier traitement.

## **Traitements palliatifs non curatifs**

Traitements médicaux visant à soulager les symptômes plutôt qu'à guérir une maladie lorsque celle-ci n'est pas considérée comme curable. Il peut s'agir de soulager les symptômes et d'atténuer les souffrances causées par le cancer et d'autres maladies potentiellement mortelles.

## **Tramétinib (Mekinist<sup>MD</sup>)**

Le tramétinib est un type de traitement ciblé à administration orale de la classe des inhibiteurs des protéines MEK. Il est utilisé seul (monothérapie) ou en association avec le dabrafénib (Tafinlar<sup>MD</sup>) pour le traitement du mélanome chez les patients dont la tumeur exprime une mutation (altération) du gène *BRAF* appelée V600. Le tramétinib inhibe les protéines appelées MEK1 et MEK2, ce qui empêcherait les cellules cancéreuses de croître et permettrait de les détruire.

## **Tumeur**

Masse de tissu issu d'une prolifération anormale de cellules.

## **Tumeur primitive**

Tumeur initiale ou tumeur siégeant dans la partie de l'organisme où elle s'est formée.

## **Ulcération**

Peau éraflée recouvrant le mélanome.

## **Vaisseaux lymphatiques**

Conduits qui transportent la lymphe (liquide clair contenant les globules blancs servant à combattre les maladies et les infections) dans tout l'organisme et relient entre eux les ganglions lymphatiques. Également appelés canaux lymphatiques.

## **Vaisseau**

Conduit qui fait circuler le sang dans tout l'organisme.

## **Vémurafénib (Zelboraf<sup>®</sup>)**

Le vémurafénib est un médicament à administration orale de la classe des inhibiteurs de l'enzyme BRAF, conçu pour traiter les patients adultes atteints d'un mélanome non résécable ou métastatique exprimant une mutation V600 du gène *BRAF*. Le vémurafénib inhibe l'activité de la protéine BRAF produite par un gène muté, laquelle signale aux cellules de croître anormalement et de se diviser de manière incontrôlée. Il est souvent prescrit en association avec le cobimétinib (Cotellic<sup>®</sup>).

# RÉFÉRENCES

1. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer des Statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer, 2017 [Internet]. Toronto : Société canadienne du cancer; juin 2017 [cité le 28 mars 2018]. Disponible au : [cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR](http://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR)
2. Nessim C, Rotstein L, Goldstein D, Sun A, Hogg D, McCready D, et al. Princess Margaret Cancer Centre Clinical Practice Guidelines: Melanoma [Internet]. Toronto : Réseau universitaire de santé; août 2015 [cité le 27 sept. 2018]. 21 p. Disponible au : [uhn.ca/PrincessMargaret/Health\\_Professionals/Programs\\_Departments/Documents/CPG\\_Melanoma.pdf](http://uhn.ca/PrincessMargaret/Health_Professionals/Programs_Departments/Documents/CPG_Melanoma.pdf)
3. Association canadienne de dermatologie. Mélanome [Internet]. 2018 [cité le 28 sept. 2018]. Disponible au : [www.dermatology.ca/fr/patients-et-grand-public/peau/le-melanome/](http://www.dermatology.ca/fr/patients-et-grand-public/peau/le-melanome/)
4. Chamberlain AJ, Fritschi L, Giles GG, Dowling JP, Kelly JW. Nodular type and older age as the most significant associations of thick melanoma in Victoria, Australia. *Arch Dermatol.* 2002 May;138(5):609-14.
5. Murray CS, Stockton DL, Doherty VR. Thick melanoma: the challenge persists. *Br J Dermatol.* 2005 Jan;152(1):104-9.
6. Liu W, Dowling JP, Murray WK, McArthur GA, Thompson JF, Wolfe R, Kelly JW. Rate of growth in melanomas: characteristics and associations of rapidly growing melanomas. *Arch Dermatol.* 2006 Dec;142(12):1551-8.
7. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P, et al. Melanoma and tumour thickness: challenges of early diagnosis. *Arch Dermatol.* 1999 Mar;135(3):269-74.
8. Kelly JW. Nodular melanoma: how current approaches to early detection are failing. *J Drugs Dermatol.* 2005;4(6):790-3.
9. Patrick RJ, Fenske NA, Messina JL. Primary mucosal melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2007 May;56(5):828-34.
10. Carvajal RD, Schwartz GK, Tezel T, Marr B, Francis JH, Nathan PD. Metastatic disease from uveal melanoma: treatment options and future prospects. *Br J Ophthalmol.* 2017 Jan;101(1):38-44. doi: 10.1136/bjophthalmol-2016-309034.
11. Kujala E, Mäkitie T, Kivelä T. Very long-term prognosis of patients with malignant uveal melanoma. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2003 Nov;44(11):4651-9.
12. Khoja L, Atenafu E, Joshua A et al The International Rare Cancer's Initiative-Ocular Melanoma Group. Meta-analysis of phase II trials in metastatic uveal melanoma (MUM) to determine progression-free (PFS) and overall survival (OS) benchmarks for future phase II trials: An ircc-ocular melanoma initiative. *J of Clin Onc.* 2016; 34 Suppl 15:S9567. doi: 10.1200/JCO.2016.34.15\_suppl.9567.
13. Yang J, Manson DK, Marr BP, Carvajal RD. Treatment of uveal melanoma: where are we now? *Ther Adv Med Oncol.* 2018 Feb 21;10:1758834018757175. doi: 10.1177/1758834018757175.
14. Lens MB, Newton-Bishop JA, Boon AP. Desmoplastic malignant melanoma: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2005 Apr;152(4):673-8.
15. Hamid O, Carvajal RD, Morton DL, Faries M. Unusual melanomas. Dans : Raghavan D, Blanke CD, Johnson DH, Moots PL, Reaman GH, Rose PG, et al., éditeurs. Textbook of uncommon cancer, 4<sup>e</sup> édition. Wiley-Blackwell; 2012 Nov. p. 691-708.

# RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

Canadian Journal of Surgery. Marges d'exérèse optimales du mélanome cutané primitif [Internet]. Disponible au : <https://www.cansurg.ca/content/cjs/46/6/419.full.pdf>.

National Library of Medicine. Traitement à action générale du mélanome cutané non résécable de stade III ou métastatique [Internet]. Disponible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491081/>.

Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Nov;65(5):1032-47. doi: 10.1016/j.jaad.2011.04.031.

British Columbia Cancer Agency. Mélanome malin confirmé par biopsie [Internet]. Révisé en 2016. Disponible au : <http://www.bccancer.bc.ca/books/melanoma/management/biopsy-proven-malignant-melanoma>.

British Columbia Cancer Agency. Mélanome : surveillance et détection précoce chez les patients présentant un risque élevé de mélanome [Internet]. Révisé en 2014. Disponible au :

<http://www.bccancer.bc.ca/books/melanoma/surveillance-and-early-detection-in-high-risk-patients>.

Action Cancer Ontario. Interleukine-2 en monothérapie dans le traitement du mélanome métastatique [Internet]. 2011. 50 p. Disponible au :

[https://www.cancercareontario.ca/en/file/3176/download?token=C\\_ISRgOa](https://www.cancercareontario.ca/en/file/3176/download?token=C_ISRgOa).

Action Cancer Ontario. Traitement adjuvant à action générale pour les patients présentant un risque élevé de récidive du mélanome [Internet]. Révisé en 2019. Disponible au :

<https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/1161>.

Kottschade LA, Grotz TE, Dronca RS, Salomao DR, Pulido JS, Wasif N, et al. Rare presentations of primary melanoma and special populations: a systematic review. *Am J Clin Oncol*. 2014 Dec;37(6):635-41. doi: 10.1097/COC.0b013e3182868e82.

Mayo Clinic. Melanoma [Internet]. [cité le 7 novembre 2012]. Disponible au : [mayoclinic.com/health/melanoma/DS00439](http://mayoclinic.com/health/melanoma/DS00439).

McGuire ST, Secrest AM, Andrulonis R, Ferris LK. Surveillance of patients for early detection of melanoma: patterns in dermatologist vs patient discovery. *Arch Dermatol*. 2011 Jun;147(6):673-8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.135.

National Cancer Institute. Skin Cancer (Including Melanoma)—Patient Version [Internet].

U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Disponible au : [cancer.gov/types/skin](http://cancer.gov/types/skin).

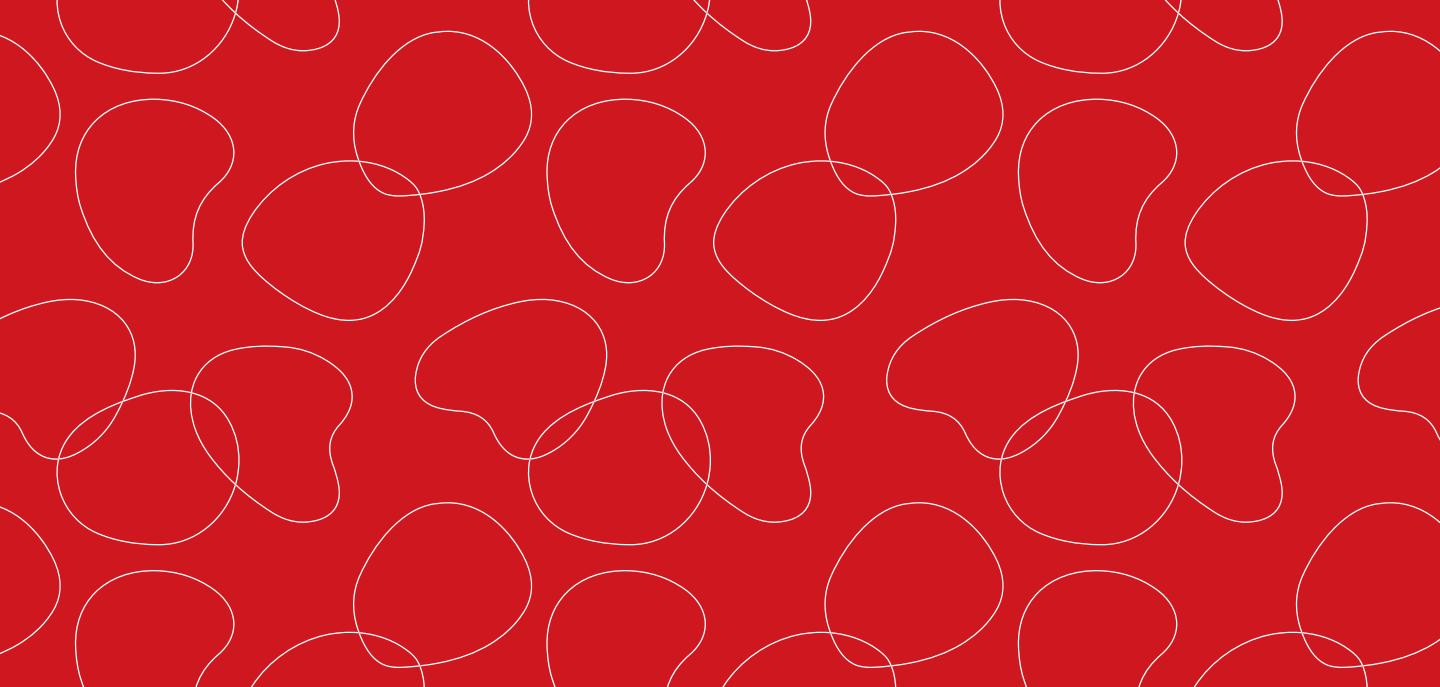
National Comprehensive Cancer Network. Lignes directrices du NCCN sur le mélanome à l'intention des patients [Internet]. 2018 [mis à jour en 2023]. Disponible au :

<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/melanoma-patient.pdf>.

Rajagopal S, Souter LH, Baetz T, McWhirter E, Knight G, Rosen CF, et al. Suivi des cas de mélanome de stade I, II, III ou IV résécable ayant reçu un traitement à visée curative [Internet]. Action Cancer Ontario; 2015 [mis à jour en 2023]. Disponible au :

<https://www.cancercareontario.ca/en/file/44496/download?token=voOcEGEC>.

## NOTES



# MÉLANOME

CANADA

#### **Notre mission :**

Mélanome Canada défend et soutient les Canadiens atteints d'un mélanome ou d'un cancer de la peau en mettant à leur disposition des ressources utiles, des services d'information et de soutien psychosocial, et bien d'autres services.

#### **Mélanome Canada**

Téléphone : 905 901-5121 | Appel sans frais : 1 877 560-8035  
[melanomecanada.ca](http://melanomecanada.ca)

N° d'organisme de bienfaisance : BN 85491 3050 RR0001

**Mélanome Canada remercie ses partenaires du secteur privé pour leur contribution à son fonds de ressources :**



**FAITES UN DON  
AUJOURD'HUI**