



Mélanome

H. Hammadi, S. Zobiri

Plan



INTRODUCTION

EPIDEMIOLOGIE

Incidence

Facteurs de risque

CLINIQUE

Type de description

Formes cliniques

DIAGNOSTIC POSITIF/ HISTOPATHOLOGIE DU MELANOME

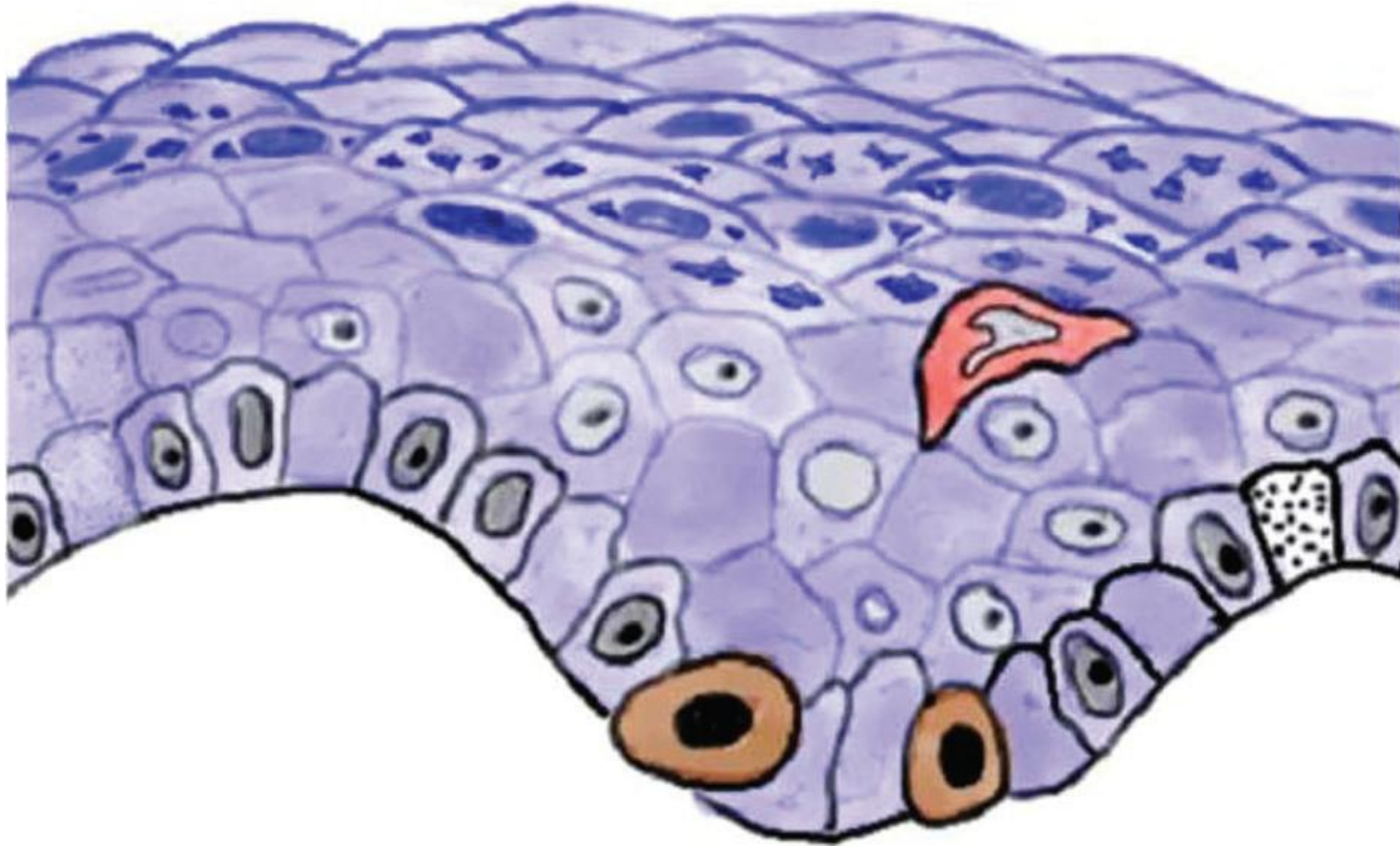
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

EVOLUTION / PRONOSTIC

TRAITEMENT

PREVENTION

INTRODUCTION



Rôle des mélanocytes:

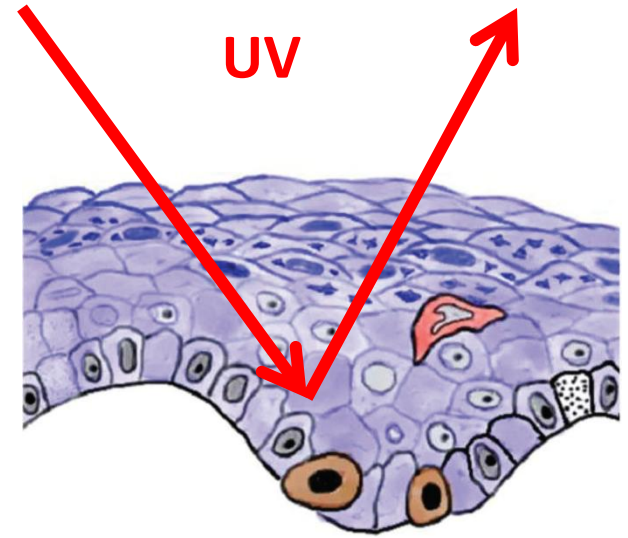
Production de mélanine

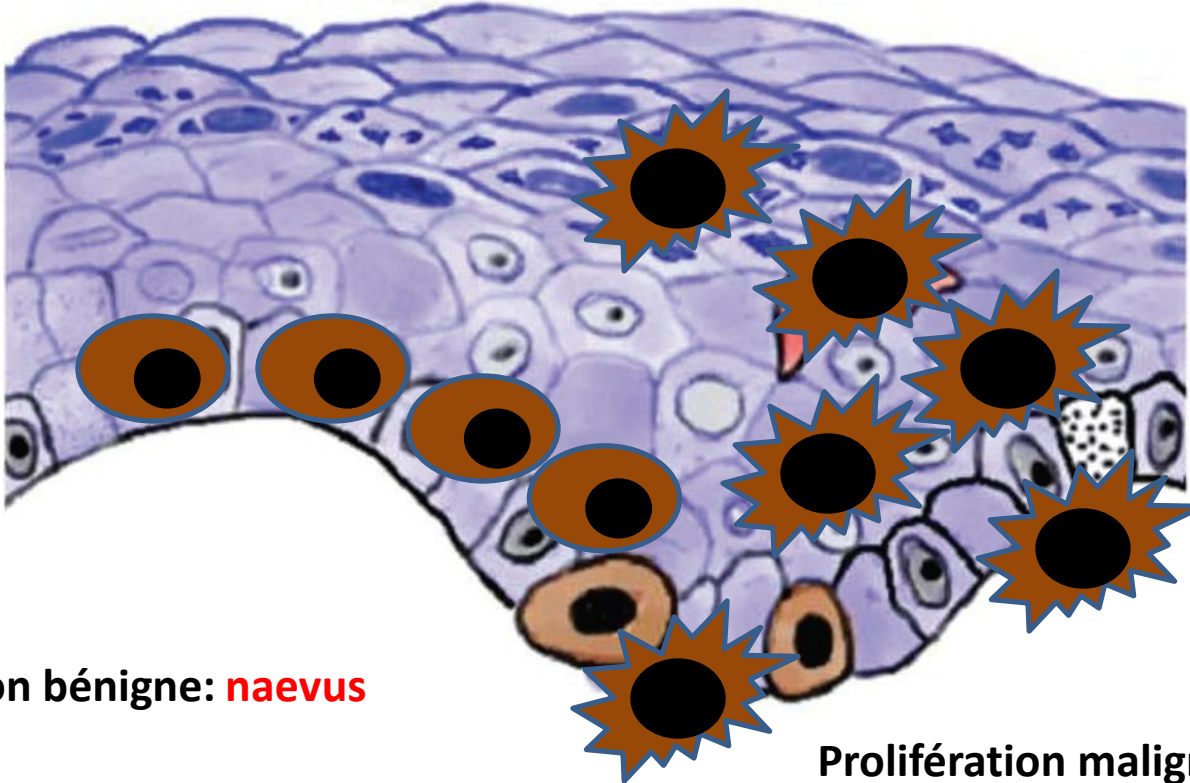


Photo protection



Réflexion des UV





Prolifération bénigne: **naevus**

Prolifération maligne: **mélanome**

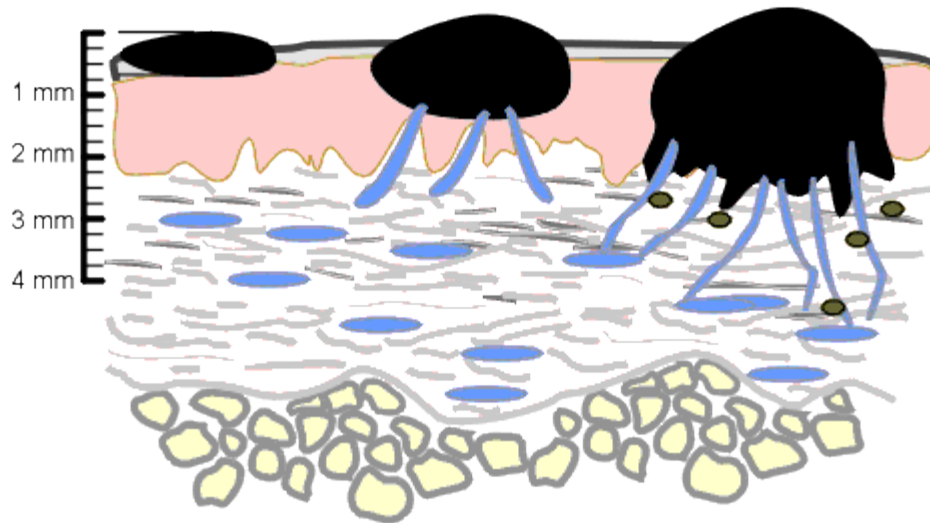
■ **Mélanome** → **tumeur maligne** , développée aux dépens des **mélanocytes**

■ apparaît le plus **souvent de novo** ou plus rarement sur un naevus préexistant

■ Il possède un grand potentiel métastatique

Objectif pédagogique du cours

Diagnostic **précoce** du mélanome



EPIDEMIOLOGIE

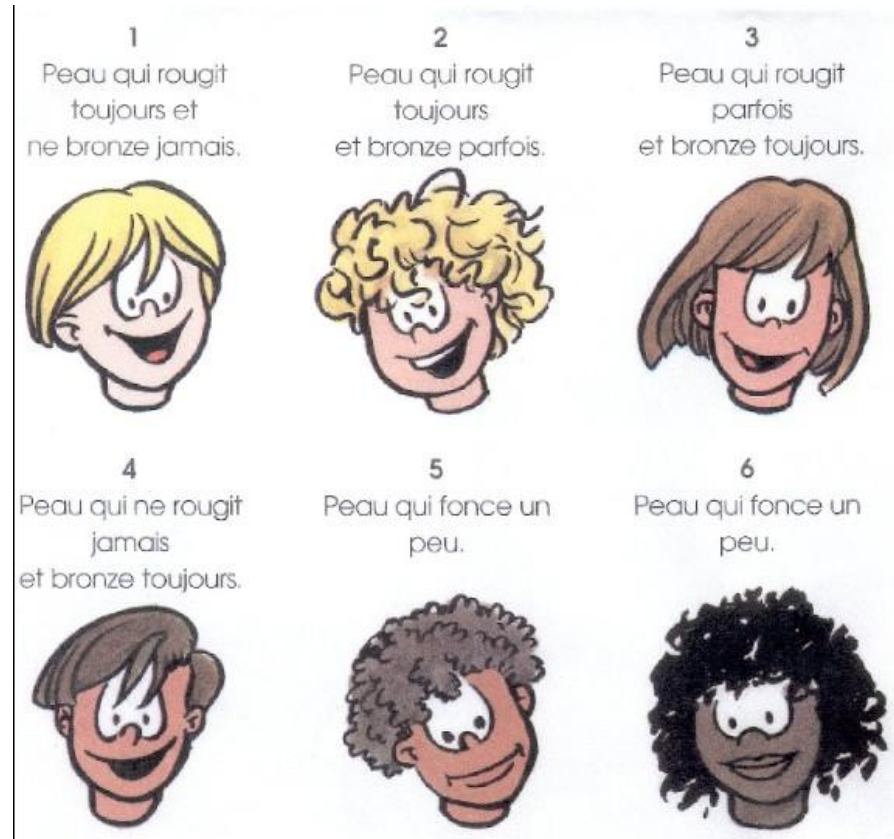
- **Incidence:** en augmentation dans tous les pays développés
- **L'âge moyen:**
 - 58 ans chez l'homme
 - 56 ans chez la femmepeut survenir à tout âge
- **Répartition géographique:**
 - Pays à fort ensoleillement +++
- **Sex ratio:** 0,8



EPIDEMIOLOGIE

Facteurs de risque

Le phototype 1 et 2



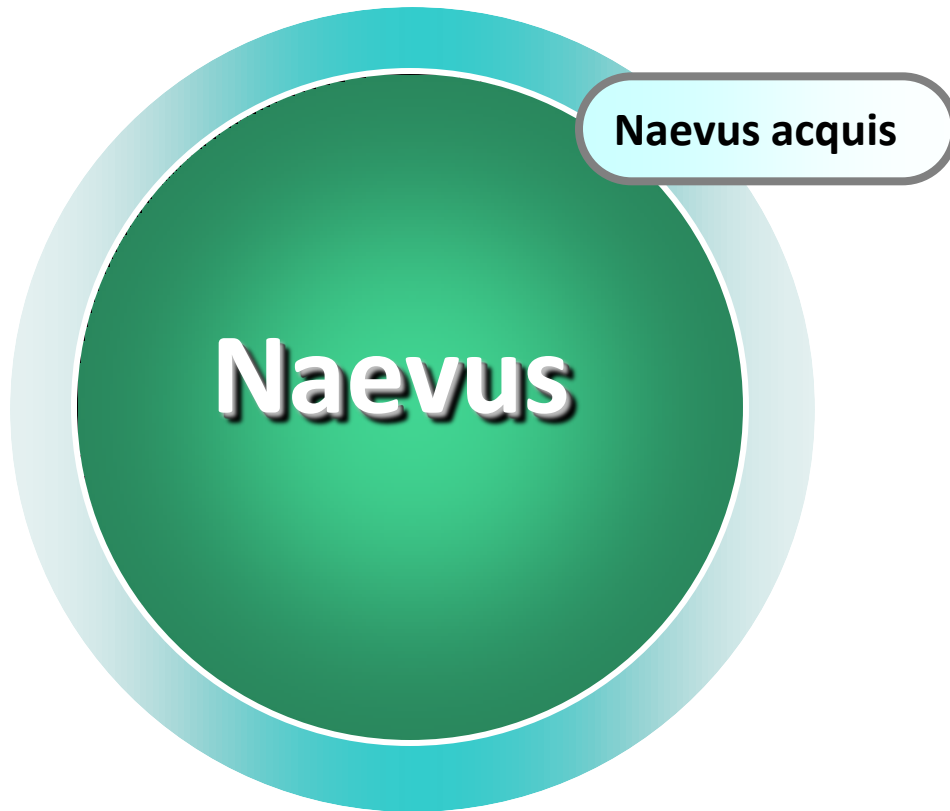
Le mélanome est **7 à 8** fois moins fréquent chez les Noirs et les Orientaux que chez les sujets à peau blanche vivant dans les même pays

EPIDEMIOLOGIE

Facteurs de risque



Association naevus-mélanome



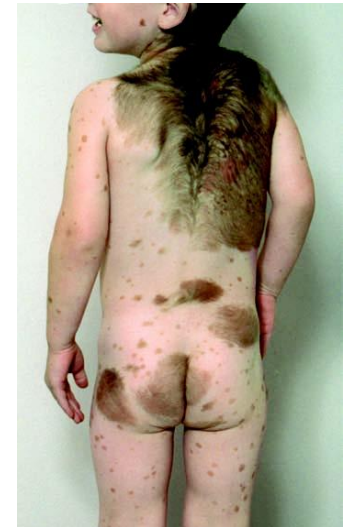
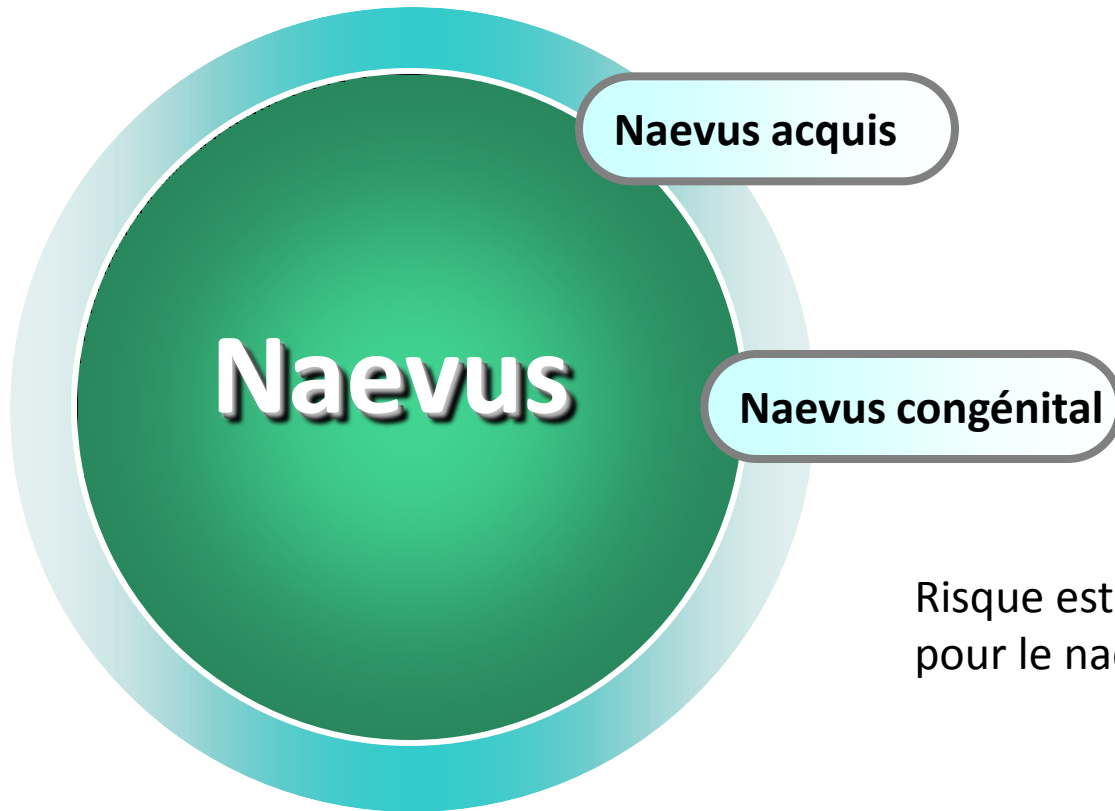
Transformation d'un
naevus banal: 1/ 7000

EPIDEMIOLOGIE

Facteurs de risque



Association naevus-mélanome

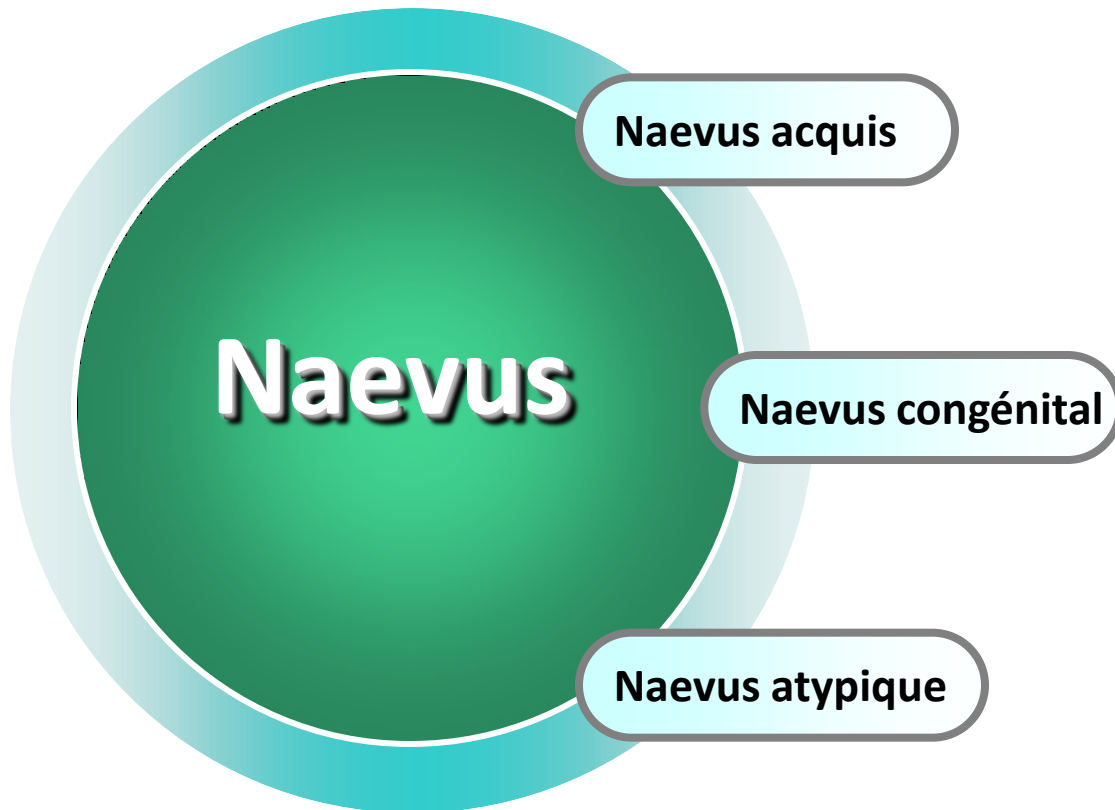


Risque estimé entre 5 et 15 %
pour le naevus congénital géant > 20 cm

EPIDEMIOLOGIE

Facteurs de risque

Association naevus-mélanome

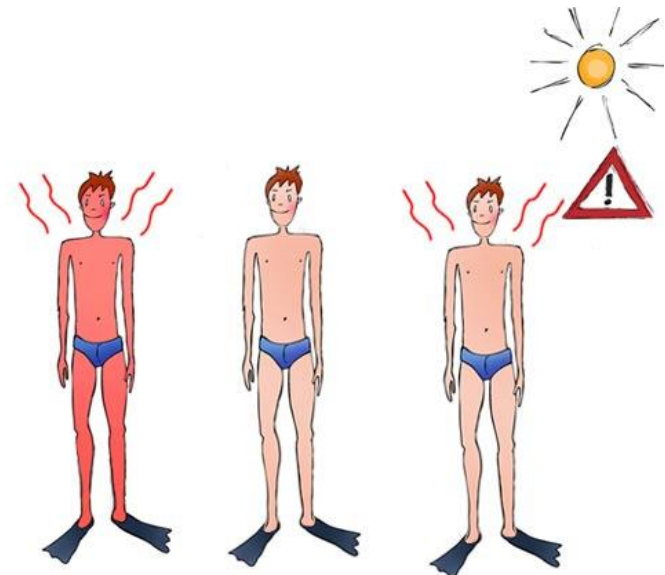


Multiple, tronc, bords irréguliers, couleur inhomogène, svt familial, > 6 mm, risque X 80, mélanome de novo
Surveillance +++



Soleil: La plus forte incidence du mélanome est observée dans les pays à **fort ensoleillement** où il touche principalement les **blancs** (Australie, Afrique du sud)

rôle majeur des expositions **intermittentes** et celles reçues dans **l'enfance** (coup de soleil)



Mélanome et ATCD familiaux : Un ATCD familial de M dans la parenté du 1er degré, augmente le risque de mélanome d'environ 2 à 3 fois
Environ 10% des M surviennent dans un contexte familial

Les états d'immunodépressions

Xéroderma pigmentosum



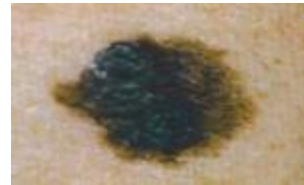
Marqueurs de risque de mélanome

Ce sont :

- les antécédents familiaux de mélanome ;
- les antécédents personnels de mélanome (risque de second mélanome = 5 à 8 %) ;
- la couleur claire de la peau et des cheveux (roux avec des éphélides, blond vénitien) ;
- un nombre élevé de nævus ;
- le « syndrome du nævus atypique » ;
- les antécédents d'expositions solaires intenses, avec coups de soleil.

CLINIQUE

Mélanome



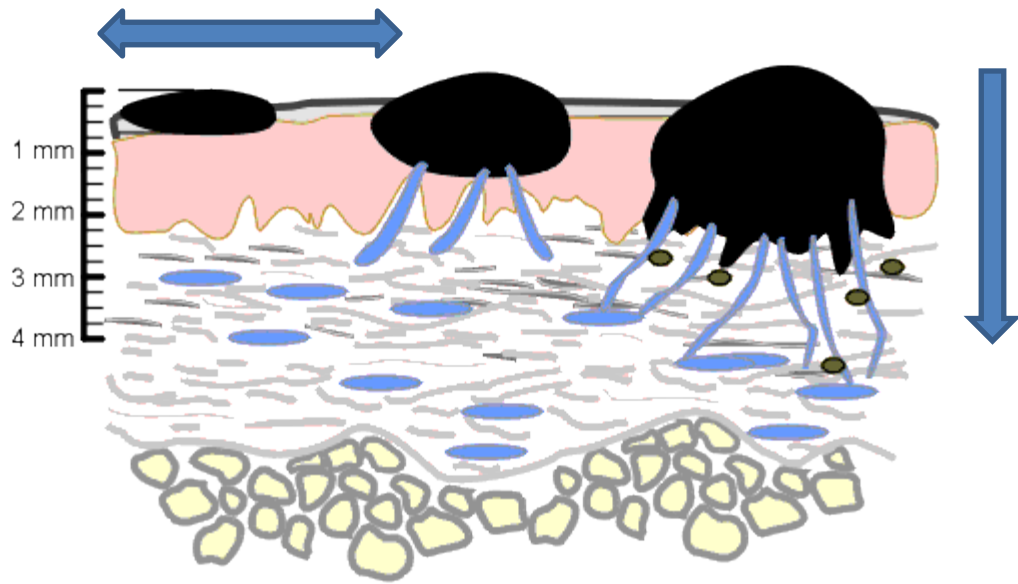
Quatre types anatomocliniques avec des particularités épidémiologiques et des pronostics différents :

Le mélanome à extension superficielle ou M superficiel extensif (SSM).

Le lentigo malin (LM) ou M de Dubreuilh

Le mélanome acrolentigineux (ALM)

Le mélanome nodulaire (MN)



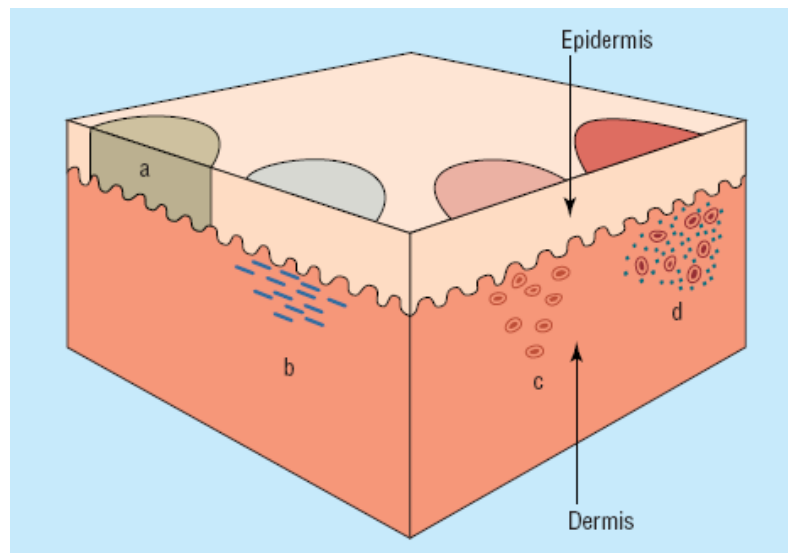
Mélanome à extension superficielle (SSM: Superficial spreading melanoma)

- **le plus fréquent (70 %)**
- l'âge moyen 40 et 50 ans.
- siège ubiquitaire , siège de prédilection : chez l'homme le dos, chez la femme le membre inférieur.

Clinique : une macule pigmentée

Macule: lésion visible mais non palpable.

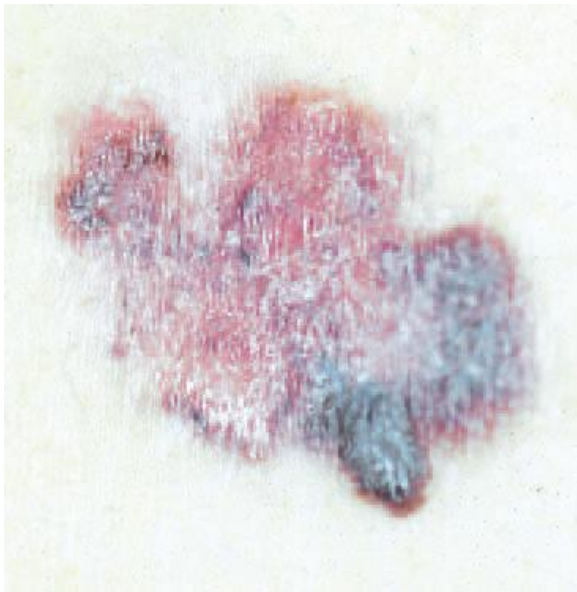
Elle résulte d'une modification localisée de la couleur de la peau sans altération visible de sa surface



Mélanome à extension superficielle (SSM: Superficial spreading melanoma)

- le plus fréquent (70 %)
- l'âge moyen 40 et 50 ans.
- siège ubiquitaire , siège de prédilection : chez l'homme le dos, chez la femme le membre inférieur.

Clinique : une macule pigmentée



CLINIQUE

A B C D E



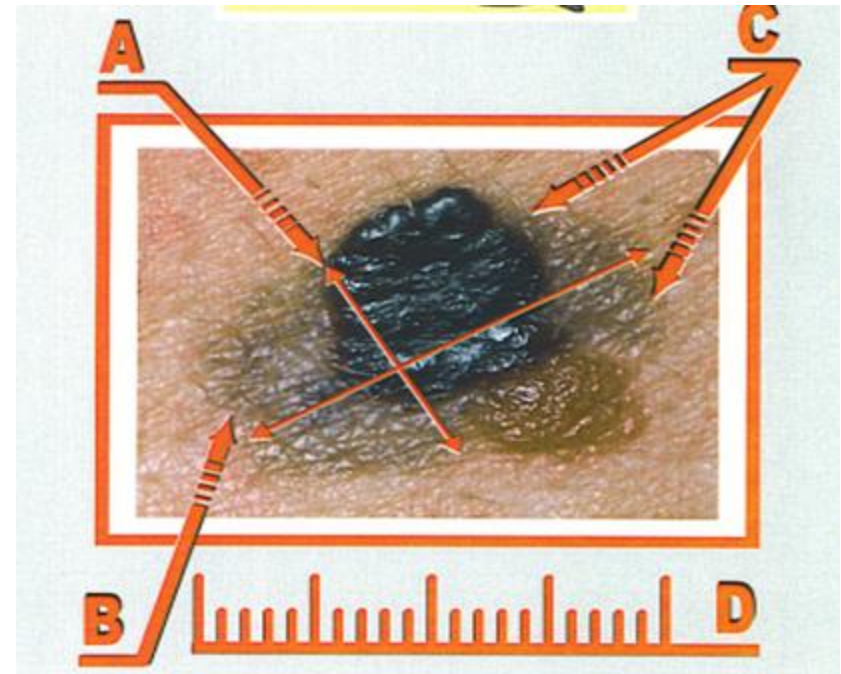
A: asymétrie

B: bords irréguliers

C: couleur inhomogène

D: diamètre > 6 mm

E: extension



Lentigo malin ou M de dubreuilh

4 à 10 % des cas de mélanome

Terrain :

- âge > **60 ans**, pic entre 60 et 80 ans
- Prédominance féminine
- siège : zones photoexposées, sur une peau actinique.
- **le facteur de risque essentiel est la dose cumulée de rayons UV.**

Clinique :

- Macule brune, qui s'étend progressivement avec les années pour atteindre 3 à 6cm de diamètre ou plus
-
- Les bords sont très irréguliers, déchiquetés
- couleur variable, brun clair au noir très foncé avec une zone achromique de régression réalisant un aspect polychrome



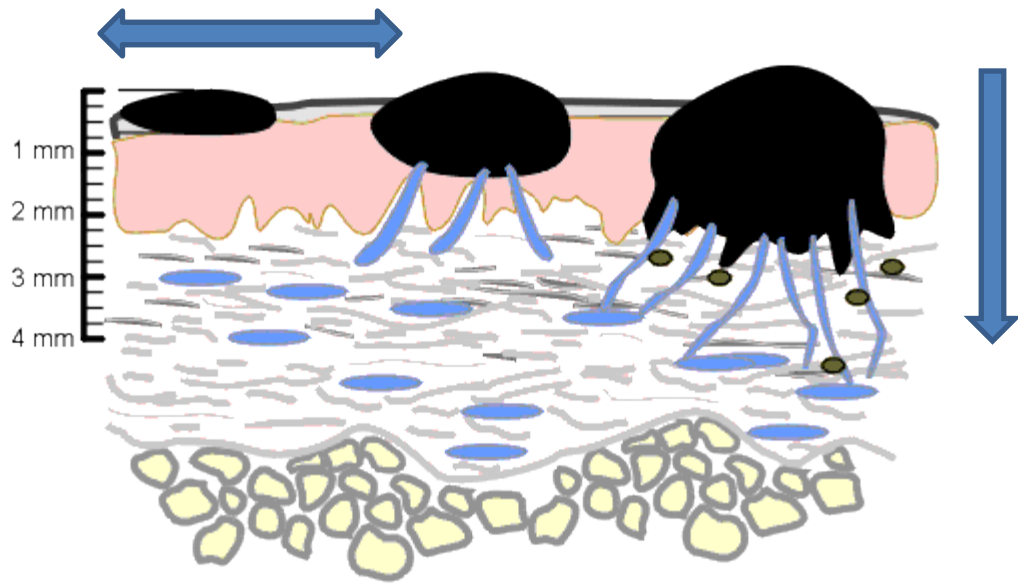
Mélanome acrolentigineux

- rare (2 à 8 %) des cas chez les blancs,
- plus fréquent (35 à 60 %) chez les noirs, les orientaux et les hispaniques.
- L'âge moyen 50 à 60 ans
- Siège : zones palmoplantaire ; sur le lit et le pourtour unguéal.

Clinique

- Début : macule brun noir qui forme en quelque mois ou années une plaque pigmentée de 2 – 3 cm de diamètre aux bords déchiquetés,
- Des nodules peuvent apparaître et forme des tumeurs exophytiques pouvant s'ulcérer, parfois achromique, ce qui augmente le délais de diagnostique.
- NB : dans ces localisations acrales, toute lésion pigmentée >7mm ou dont le diagnostic clinique est incertain ou qui se modifie doit être excisée.





Mélanome acrolentigineux

- rare (2 à 8 %) des cas chez les blancs,
- plus fréquent (35 à 60 %) chez les noirs, les orientaux et les hispaniques.
- L'âge moyen 50 à 60 ans
- Siège : zones palmoplantaire ; sur le lit et le pourtour unguéal.

Clinique

- Début : macule brun noir qui forme en quelque mois ou années une plaque pigmentée de 2 – 3 cm de diamètre aux bords déchiquetés,
- Des nodules peuvent apparaître et forme des tumeurs exophytiques pouvant s'ulcérer,



Mélanome nodulaire

15 à 30 % des M

c'est une Tm à **croissance rapide**

Terrain :

âge 50 à 60 ans.

sex-ratio : **2 hommes pour 1 femme**

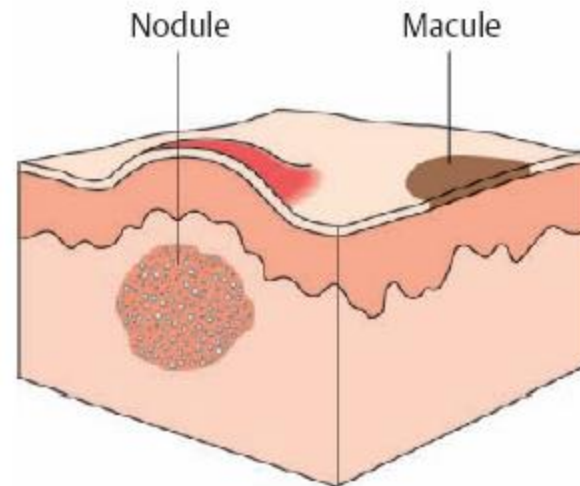
Siège : au niveau du tronc, tête et cou.

Clinique :

- Se présente sous forme de **nodule**
- souvent arrondi,
- couleur bleu noirâtre assez homogène
- mais **parfois achromique (5%)**.



Nodule: masse palpable, non liquidienne, mesurant plus de 10 mm.



CLINIQUE

Formes cliniques

M unguéal

M muqueux :

M achromique :

M de l'enfant :

Mélanome unguéal

Siège préférentiel ; gros orteil ou pouce

Macule brune ou noire du lit de l'ongle et du repli sous unguéal (signe de hutchinson), ce peut être une bande mélanonychique longitudinale acquise



Mélanome muqueux :

Fréquence : 5 %

La détection est tardive parfois au stade de métastases

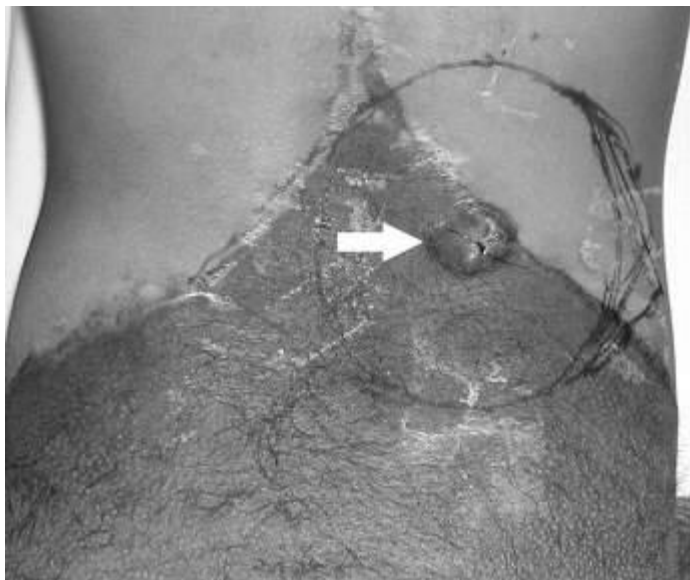


Mélanome achromique :

- la tumeur ne contient pas ou peu de pigment mélanique
- clinique : la lésion est rose ou rouge
 - Diagnostic : particulièrement difficile, souvent tardif



Mélanome de l'enfant :
Exceptionnel



DIAGNOSTIC POSITIF

Clinique: A B C D E

Dermato scopie microscopie de surface avec agrandissement optique



DIAGNOSTIC POSITIF

Histologie + + +

Diagnostic de certitude

il faut réaliser une **exérèse de la totalité** de la lésion suspecte

Compte rendu histologique :

Il doit préciser **six critères indispensables** :

- **le diagnostic de la nature mélanocytaire et de la malignité ;**
- **l'épaisseur maximale en millimètres selon la méthode de Breslow ;**
- **l'état des marges d'exérèse ;**
- **le niveau d'invasion (niveau de Clark) ;**
- **l'existence ou non d'une régression ;**
- **l'existence ou non d'une ulcération.**

DIAGNOSTIC POSITIF

Histologie + + +

Critères du diagnostic de malignité :

affirmer le diagnostic de malignité repose **sur deux sortes de critères :**

Critères architecturaux :

- Prolifération maligne de mélanocytes, groupées en thèques long de la membrane basale avec envahissement des couches superficielles de l'épiderme
- Invasion du derme dans un stade plus avancé

Critères cytologiques :

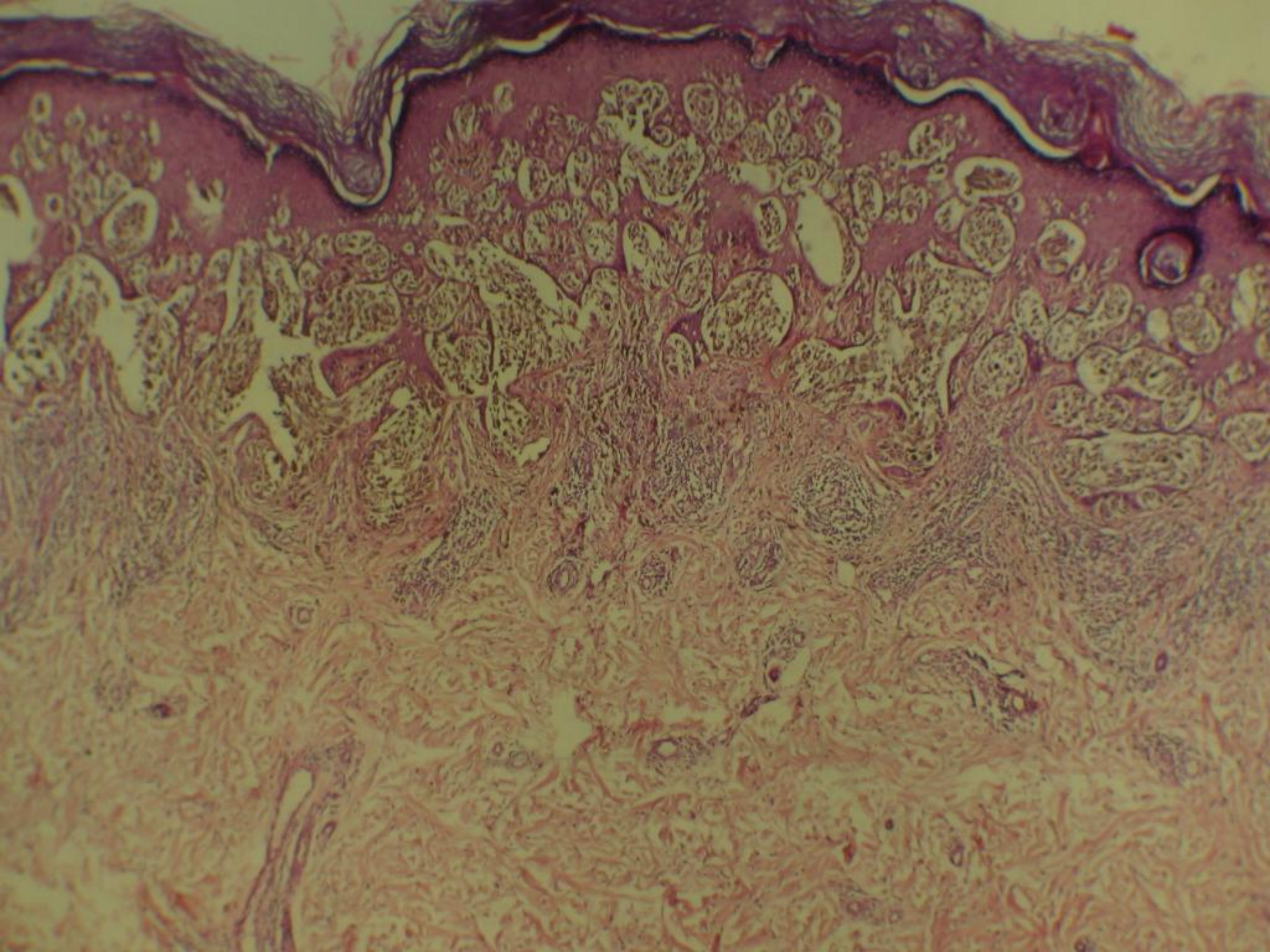
Ils sont **moins importants.**

Atypie cellulaire

Atypies nucléaires

Index mitotique faible

- Immunomarquage: HMB 45 +



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Kératose séborrhéique

- Souvent multiples,
- Se situent sur les régions séborrhéiques du visage et du tronc
- Stables



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Carcinome basocellulaire pigmenté

- Diagnostic différentiel difficile
- La **présence d'un bourrelet perlé** permet d'orienter le diagnostic.
- l'examen **histologique** redresse le diagnostic.



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Histiocytobrome pigmenté :

- Tumeur bénigne
- Fréquente chez la femme
- Siège: membre <
- Nodule ferme indolore, bien limité, stable dans le temps
- Histologie: tissu conjonctif



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Hémangiome:

Il peut ressembler à un mélanome essentiellement en cas **d'irritation ou de thrombose.**

La dermatoscopie est souvent caractéristique



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Botryomycome

Tumeur inflammatoire, rouge foncé, saignant au contact



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Hématome sous-unguéal

Apparition brutale,

La notion d'un traumatisme

Absence habituelle de signe de Hutchinson



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Naevus atypique:



EVOLUTION/ PRONOSTIC

Le risque évolutif du mélanome est la survenue de métastases

Locorégionales



Viscérales

Par ordre de fréquence:

Poumon

Système nerveux centrale

Foie

Os

Le taux de survie du mélanome métastatique: 6 à 9 mois

PRONOSTIC

Il dépend de

1) Facteurs **histologiques**:

a) L'épaisseur de la tumeur: indice de **breslow**

b) Le niveau d'invasion en profondeur: niveau de **clarck**

c) **Ulcération** destruction de l'épiderme par des cellules tumorales elle a une **valeur péjorative**.

d) **Régression** histologique

2) Facteurs **cliniques**:

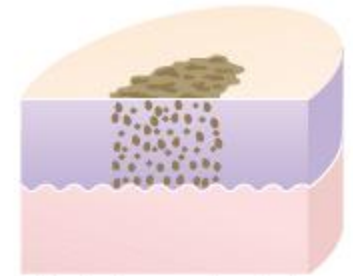
Sexe masculin, topographie axiale et acrale
l'existence d'adénopathie ou de métastase

PRONOSTIC

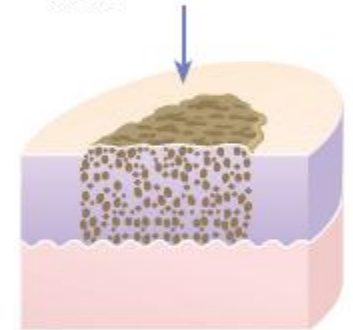
L'épaisseur de la tumeur: indice de breslow

Mesure en **mm** de l'épaisseur maximale depuis la couche **granuleuse** la plus haute de l'épiderme jusqu'à la cellule maligne la plus **profonde**

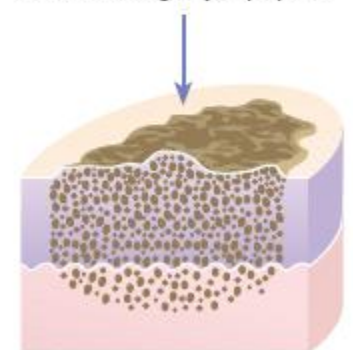
Les bornes en épaisseur les plus utilisées sont :
1, 2 et 4 mm.



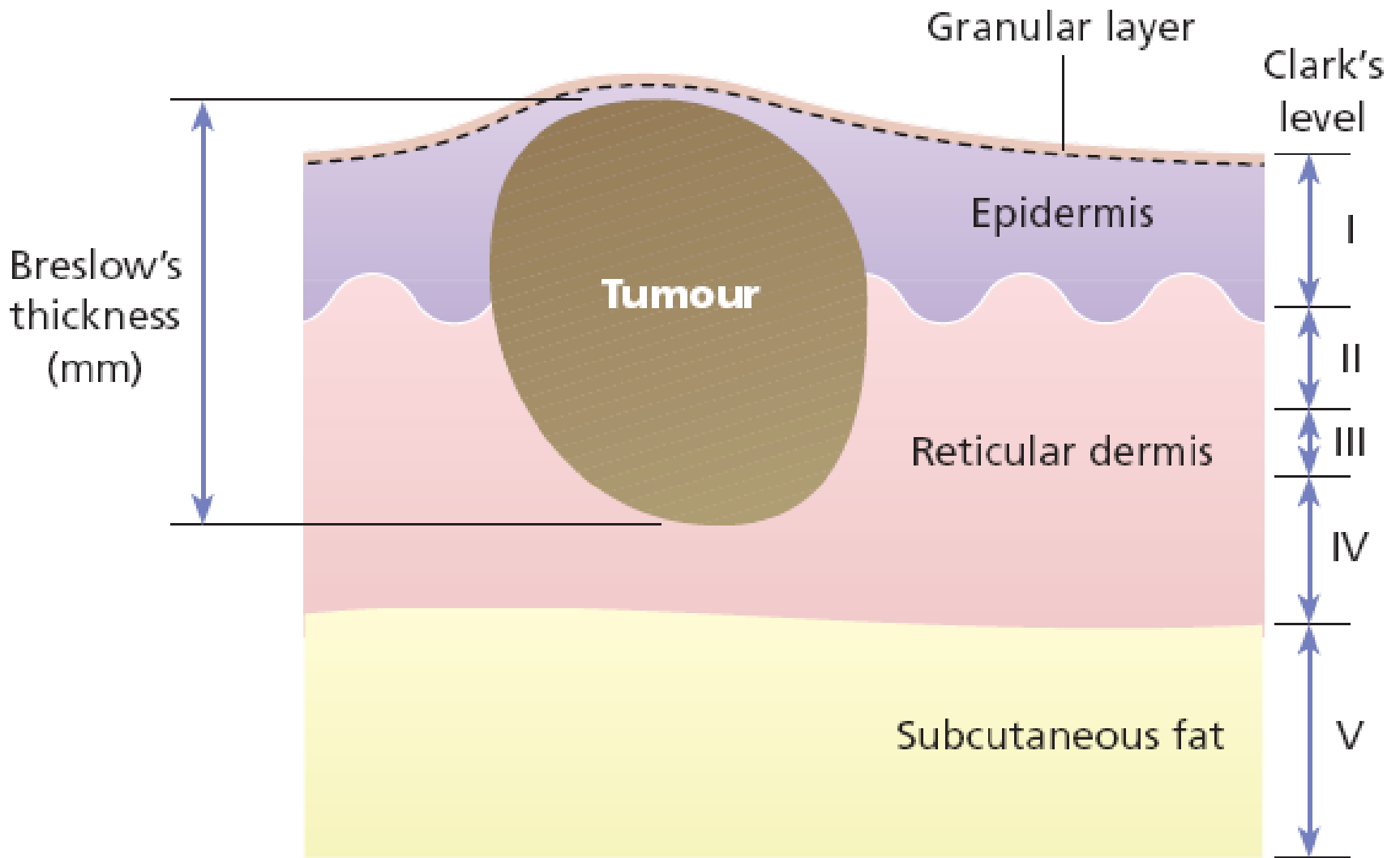
1 *In situ* change – irregularly pigmented and asymmetrical macule



2 *In situ* change – just palpable



3 Invasive, easily palpable nodule within plaque of *in situ* change



PRONOSTIC

Il dépend de

1) Facteurs **histologiques**:

a) L'épaisseur de la tumeur: indice de **breslow**

b) Le niveau d'invasion en profondeur: niveau de **clarck**

c) **Ulcération** destruction de l'épiderme par des cellules tumorales elle a une **valeur péjorative**.

d) **Régression** histologique

2) Facteurs **cliniques**:

Sexe masculin, topographie axiale et acrale
l'existence d'adénopathie ou de métastase

Classification TNM

Classification pTNM de l'UICC et de l'AJCC, 5^e édition. Une 6^e classification a été établie, plus complexe et surtout z pronostique.

Stades	Critères
Stade IA	Mélanome primitif inférieur ou égal à 0,75 mm d'épaisseur et/ou de niveau II de Clark (pT1) ; sans ganglion ni métastase (N0, M0)
Stade IB	Mélanome primitif de 0,76 à 1,50 mm d'épaisseur et/ou de niveau III de Clark (pT2 ; N0, M0)
Stade IIA	Mélanome primitif de 1,50 à 4 mm d'épaisseur et/ou de niveau IV de Clark (pT3 ; N0, M0)
Stade IIB	Mélanome primitif supérieur à 4 mm d'épaisseur et/ou de niveau V de Clark (pT2 ; N0, M0)
Stade III	Envahissement ganglionnaire régional et/ou métastase en transit (pTx, N1 ou N2, M0) N1 : métastase ganglionnaire ou métastase en transit inférieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2 : métastase ganglionnaire ou métastase en transit supérieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2a : métastase ganglionnaire supérieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2b : métastase en transit N2c : les deux
Stade IV	Métastases systémiques (pTx, Nx, M1)

Bilan initial (consensus 2005)

Le bilan initial comprend :

- au stade I,

un examen clinique complet (inspection de la totalité du revêtement cutané et palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension

locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques)

- au stade II, la même attitude.

L'échographie locorégionale de la zone de drainage est optionnelle.

Les autres examens complémentaires ne sont pas recommandés en dehors de signes d'appel

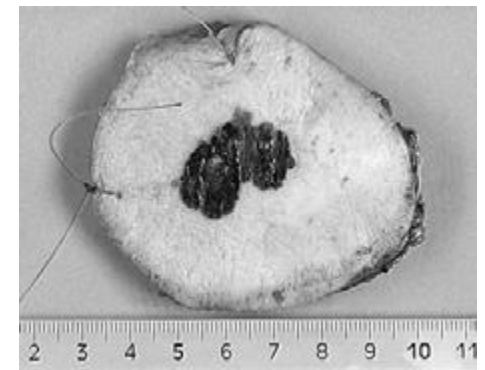
Traitement

Le traitement du mélanome ne peut être radical qu'à la phase de tumeur primitive

Le traitement le plus efficace à ces stades est la **chirurgie**

Épaisseur de Breslow (classification)	Marges d'exérèse recommandées
Mélanome <i>in situ</i> (pTis)	=> 0,5 cm
0- 1mm (Pt1)	=> 1 cm
1,01-2 mm (Pt2)	=> 1-2 cm
2,01-4 mm (Pt3)	=> 2 cm
> 4 mm (Pt4)	=> 2-3 cm

En profondeur:
l'exérèse **doit emporter tout l'hypoderme**





Traitement

Stade de métastases

- Curage de l'aire ganglionnaire atteinte

- Chimiothérapie

- Radiothérapie

- Immunothérapie



Prévention

Prévention primaire

Elle a pour objectif de diminuer l'incidence du mélanome en agissant sur les facteurs de risques

Campagnes de sensibilisation du danger de l'exposition solaire

La **protection solaire** consiste à:

- Éviter de s'exposer pendant les heures chaudes de la journée (entre 12 h et 16 h)
- Porter des vêtements appropriés
- Les photoprotecteurs externes





Prévention

Prévention secondaire

La prévention secondaire a pour but de diminuer la morbidité et la mortalité du mélanome en **découvrant la maladie à un stade précoce**

L'exérèse préventive des lésions à haut risque de transformation

Autosurveillance

