



MÉLANOME

CANADA

Le mélanome

Ce que vous devez savoir

6^e Édition

Vous avez des questions?

Veuillez nous téléphoner au 1-877-560-8035

Ce livret est offert gratuitement par Mélanome Canada.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions 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**, présidente et fondatrice, Mélanome Canada
- **D^r Marcus Butler**, professeur adjoint, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario
- **D^r Danny Ghazarian**, médecin dermatopathologiste, University Health Network (Princess Margaret/Toronto General/Toronto Western Hospitals), Professeur à l'Université de Toronto
- **D^{re} Saima Hassan**, professeure adjointe, Université de Toronto/Sunnybrook Research Institute
- **Margo Kennedy**, travailleuse sociale spécialisée en oncologie, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario
- **D^{re} Elaine McWhirter**, professeure agrégée, Juravinski Cancer Centre, Hamilton, Ontario
- **D^{re} Teresa Petrella**, professeure agrégée, Odette Cancer Centre, Professeure associée, Université de Toronto
- **D^r John Walker**, professeur adjoint, Cross Cancer Institute, Edmonton, Alberta
- **D^{re} Frances Wright**, professeure de chirurgie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto

Les renseignements contenus ici sont destinés à être utilisés uniquement à titre de référence et dans un but éducatif. Veuillez consulter votre médecin pour des renseignements particuliers sur les questions de santé personnelle.

MÉLANOME
CANADA

soutien au réseau du
cancer de la peau

Mélanome Canada

Téléphone : 905-901-5121 | Appel sans frais : 1-877-560-8035
melanomecanada.ca

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



REGARDEZ

Nous sommes Mélanome Canada

TABLE DES MATIÈRES

À propos de ce livret	2	Stade 0 (Mélanome <i>in Situ</i>)	22
La peau.....	3	Stade I	23
Importance de la peau	3	Stade II	23
Couches de la peau.....	3	Stade III	24
La croissance cellulaire : les cellules normales et les cellules cancéreuses.....	4	Stade IV	25
Le mélanome	5	Maladie persistante ou récidivante	25
Grain de beauté : tumeurs bénignes qui commencent dans les mélanocytes	5	Traiter le mélanome	26
Types de mélanome cutané	6	Options de traitement.....	27
Types rares de mélanome.....	8	Essais cliniques	33
Mélanome Uveal	9	Traitements palliatifs non curatifs.....	34
Évaluer le mélanome	11	Seconde opinion.....	35
Antécédents médicaux	11	Plan de traitement	35
Facteurs de risque pour le mélanome cutané	11	Suivi.....	36
Examen physique.....	12	Les stades du mélanome et la fréquence des examens de suivi	36
Les caractéristiques du mélanome	13	Composer avec votre nouveau diagnostic	37
Biopsie cutanée	14	Suggestions utiles.....	37
Diagnostic du mélanome	15	Médecines complémentaires et alternatives	39
Examens chirurgicaux précédant la stadification définitive	16	Prévenir le mélanome et les cancers de la peau	40
Examens pour le diagnostic	19	Prendre ses précautions au soleil	40
Analyses de sang	19	Examen de votre peau	41
Imagerie	19	Services de soutien de Mélanome Canada	42
Évaluer le stade du mélanome	21	Ressources de Mélanome Canada	43
		Glossaire	44
		Références.....	51

À PROPOS DE CE LIVRET

Le but de ce livret est d'aider les personnes nouvellement diagnostiquées avec le type de mélanome le plus fréquent - le mélanome cutané - à se renseigner sur ce cancer de la peau et la façon dont il est traité. Bien que ce livret se concentre essentiellement sur le mélanome cutané, nous avons consacré une partie de celui-ci à des formes plus rares de mélanome, **notamment le mélanome des muqueuses, le mélanome de l'uvée** (nous vous invitons à consulter notre livret - Guide sur le mélanome de l'uvée) et le **mélanome desmoplastique**. Ce livret décrit notamment les différentes options de traitement correspondant à divers stades de mélanome disponibles au Canada au moment de la publication. Veuillez vous adresser à votre équipe de professionnels de la santé pour connaître toutes les options de traitement dont vous pouvez bénéficier dans votre centre de soins. Tous les traitements ne conviennent pas à toutes les personnes atteintes de mélanome, et il faut savoir que nous n'énumérons pas non plus ici toutes les options de traitement existantes pour les formes plus rares de mélanome. Pour obtenir plus de précisions, veuillez discuter avec votre équipe médicale.

Plus vous en savez, plus vous pouvez participer aux choix concernant vos soins. Vous investir dans le processus de soins vous donnera le sentiment de mieux maîtriser la situation, ce qui pourrait diminuer l'anxiété associée au diagnostic. Vous aurez également plus confiance en votre traitement si vous collaborez avec votre équipe de soins.

Nous vous recommandons de commencer par lire le livret au complet. Concentrez-vous ensuite sur les sections qui s'appliquent à votre phase de soins.

Ce livret contient également des exemples de questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin à différents stades de votre traitement. Poser des questions peut vous aider à en apprendre davantage sur la maladie et ainsi, prendre de bonnes décisions concernant les traitements. Il est utile de prendre des notes au sujet de votre état et de votre traitement chaque fois que vous consultez votre médecin ou que vous allez à la clinique d'oncologie. Demandez une copie de tous vos résultats d'examens de façon à ce que vous les ayez en main pour pouvoir vous y référer facilement ou pour les étudier ou poser d'éventuelles questions. Certains centres pourraient vous permettre d'accéder aux résultats de vos examens en ligne. Veuillez vous renseigner auprès de votre hôpital pour obtenir des informations complémentaires à ce sujet. C'est aussi une bonne idée d'amener un ami ou un membre de la famille aux rendez-vous pour vous aider à prendre des notes, ainsi que pour écouter et poser des questions. Avoir une personne présente, soit une seconde paire d'oreilles et d'yeux, est utile et pourrait également vous réconforter.

Ce livret ne traite pas d'autres types plus fréquents de cancers de la peau, tels que le carcinome basocellulaire et le carcinome squameux. Pour obtenir des renseignements complémentaires au sujet de ces cancers et de leurs traitements, veuillez vous rendre sur notre site Web (melanomecanada.ca).

LA PEAU

Importance de la peau

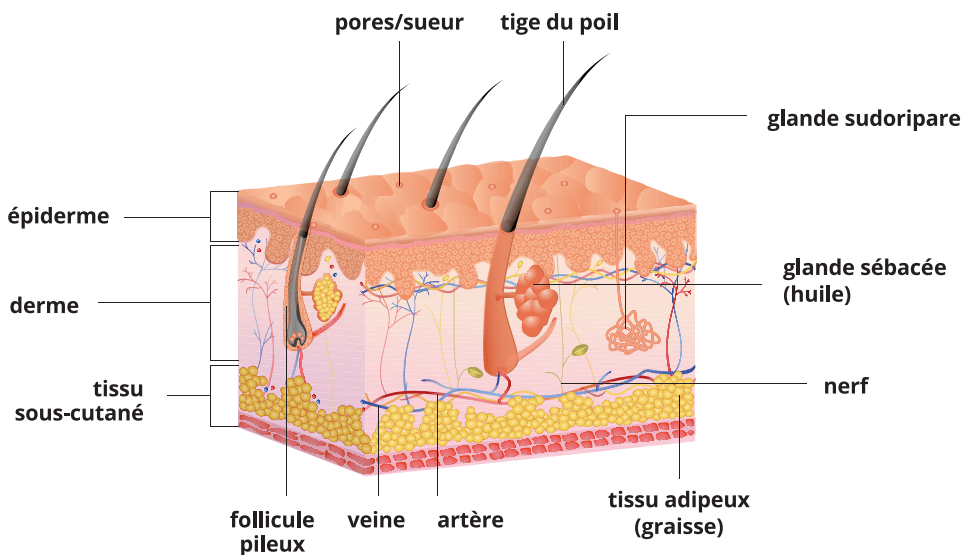
Votre peau joue un rôle important dans votre corps. En fait, votre peau est le plus grand organe de votre corps ; il en couvre toute la surface. La peau est une couche de protection qui assure plusieurs fonctions:

- La peau constitue la première ligne de défense contre les blessures et les infections. La peau est le plus grand organe immunitaire et elle effectue plusieurs tâches importantes pour le maintien d'un système immunitaire équilibré. Une peau saine contribue à prévenir les infections et à reconnaître les allergènes, en plus de réparer les dégâts quand ils se produisent.
- La peau empêche le corps de perdre de l'eau et de se dessécher. Cela est important étant donné que votre corps est en grande partie constitué d'eau.
- La peau vous protège de la chaleur. Les glandes sudoripares produisent de la sueur, un liquide qui refroidit la peau.
- La peau vous aide à produire de la vitamine D.
- La peau vous protège contre les dommages causés par **les rayons ultraviolets (UV)**. Le soleil et les lampes solaires produisent des rayons UV.

Couches de la peau

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

L'**épiderme** est la fine couche supérieure de la peau, que l'on peut voir. On retrouve plusieurs types de **cellules** dans l'épiderme. Les cellules sont les blocs de construction microscopiques qui composent les tissus comme la peau. Les **Mélanocytes** sont des cellules pigmentaires qui se trouvent dans la partie la plus profonde de l'épiderme. Les mélanocytes produisent la **mélanine**, pigment qui donne sa couleur à la peau. Lorsque la peau est exposée aux rayons UV, ils produisent plus de mélanine pour essayer de protéger le corps contre les dommages causés par le rayonnement.



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

- Les **vaisseaux sanguins** transportent des nutriments et de l'oxygène vers la peau et éliminent les déchets.
- Les **vaisseaux lymphatiques** transportent le plasma sanguin (la partie liquide du sang) des tissus vers le cœur.
- Les **glandes sudoripares** produisent de la sueur, un liquide qui permet de refroidir le corps.
- Les **glandes sébacées** produisent du sébum, une substance huileuse qui aide à protéger la peau du dessèchement.
- Un **tissu conjonctif** entoure ces structures et les maintient en place. Le tissu conjonctif permet à la peau de s'étirer.
- Les **follicules** pileux produisent vos cheveux et vos poils.

Le **tissu sous-cutané** se trouve sous le derme. Cette couche ne fait pas partie de la peau. Elle attache la peau à la surface des muscles en dessous. Elle contient un tissu conjonctif et de la graisse. Le tissu sous-cutané stocke l'énergie et la chaleur du corps. Il absorbe également les chocs pour protéger le corps.

La croissance des cellules : les cellules normales et les cellules cancéreuses

Les cellules sont des structures microscopiques du corps qui se regroupent en tissus. Les tissus forment les organes, les os, les muscles, la graisse et la peau . Les gènes contiennent des instructions dictant aux cellules de produire de nouvelles cellules et contrôlent la façon dont celles-ci se comportent. Le corps a besoin de nouvelles cellules de peau pour remplacer celles qui meurent et pour guérir les blessures. Normalement, votre corps fabrique de nouvelles cellules uniquement lorsque cela est nécessaire. Les cellules se divisent pour former de nouvelles cellules jusqu'à ce qu'un nombre suffisant de cellules ait été produit. Les cellules arrêtent ensuite de se diviser. L'organisme contrôle le nombre de cellules qui sont produites et l'endroit où elles sont produites.

Les cellules cancéreuses ont échappé au contrôle de l'organisme. Les changements anormaux dans les gènes (mutation) peuvent transformer des cellules normales en cellules cancéreuses. Les cellules cancéreuses ont aussi parfois d'autres caractéristiques anormales. Elles finissent éventuellement par former une masse **appelée tumeur**. La première à se former est appelée la **tumeur primaire**. Les cellules cancéreuses présentent aussi parfois d'autres caractéristiques anormales. Elles peuvent se détacher de la tumeur et circuler dans toutes les parties du corps en empruntant les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques et peuvent continuer à croître et à se diviser. Les **ganglions lymphatiques**, petites glandes immunitaires qui fonctionnent comme des filtres contre les substances nocives et qui attaquent et détruisent les microbes, sont situés le long des vaisseaux lymphatiques.

Les cellules cancéreuses se logent souvent dans les ganglions lymphatiques. Une nouvelle tumeur qui apparaît dans une partie du corps à distance de la première tumeur ou tumeur **primaire** 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 primaire est appelée **métastase locale ou satellite**. Si une tumeur se développe loin de la tumeur primaire, on parle d'une **métastase à distance**. Un mélanome qui s'est propagé jusqu'à un vaisseau lymphatique local, mais n'est pas parvenu aux ganglions lymphatiques est qualifié de **métastase en transit**.



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 se développe généralement à partir d'un ancien ou d'un nouveau grain de beauté. Avec le temps, le grain de beauté pourrait se transformer. Les signes indicateurs d'un problème pourraient comprendre une tache noire ou brune se propageant à l'extérieur d'un grain de beauté, un grain de beauté qui suinte, vous démange ou saigne. Tous ces signes sont indicateurs d'un problème. Chez les hommes, le mélanome se situe souvent sur la tête, le cou et le dos, zones du corps qui sont généralement exposées au soleil (rayons UV). Chez les femmes, le mélanome se retrouve plus souvent sur le dos et les extrémités comme les bras et le bas des jambes. Le mélanome est moins fréquent chez les personnes ayant la peau foncée, mais le risque reste présent. Cependant, chez les personnes ayant la peau foncée, le mélanome apparaît plus souvent sous les ongles des doigts ou des orteils, sur la paume des mains ou la plante des pieds.

Le mélanome se forme dans l'épiderme et peut progresser plus profondément, dans le derme. Plus le mélanome progresse dans le derme, plus le risque de propagation par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins est élevé. Une fois qu'il a atteint le derme, le mélanome peut facilement se propager à presque toutes les parties du corps par l'entremise du sang et des vaisseaux lymphatiques. Le mélanome est plus dangereux que d'autres formes de cancer de la peau, car il est plus probable qu'il se propage s'il n'est pas repéré tôt. Toutefois, la plupart des mélanomes – approximativement 84/100 – sont diagnostiqués tôt avant qu'ils aient eu le temps de se propager et pourront probablement être « guéris » en un traitement (généralement par excision). Une fois diagnostiqué, il est important d'être suivi à vie. Surveillez les changements de votre peau, protégez votre peau et vos yeux des dommages causés par les ultraviolets et faites-vous examiner par votre dermatologue au moins une fois par an.

L'incidence des mélanomes augmente rapidement en fonction du temps que les gens passent au soleil. D'ailleurs, d'après l'Organisation mondiale de la santé, des rayons UV du soleil ou des lits de bronzage sont estimés être responsables pour 85 % des cas de mélanomes au Canada. Nous savons donc que cette maladie peut être évitée. Au Canada, le mélanome est aujourd'hui le 7^e cancer le plus fréquent et c'est l'un des plus répandus au sein de notre jeune population âgée entre 15 et 29 ans.¹ D'ici 2019, la quantité de nouveaux diagnostics de mélanome au Canada dépassera les 8000 cas, ce qui résultera en un nombre de décès annuels supérieurs à 1240.¹

Grains de beauté : tumeurs bénignes qui commencent dans les mélanocytes

Un **grain de beauté** (naevus) est une tumeur bénigne de la peau qui se développe à partir des mélanocytes. Presque tout le monde a des grains de beauté. La plupart des grains de beauté ne présentent aucun danger, mais certains peuvent augmenter vos risques de mélanome. Consultez le paragraphe « Facteurs de risque pour le mélanome cutané » (page 10), pour obtenir des informations complémentaires au sujet des grains de beauté.

Un **nævus de Spitz** est un type de grain de beauté qui ressemble parfois à un mélanome. Il est plus fréquent chez les enfants et les adolescents, mais peut également être présent chez les adultes. Ces tumeurs sont généralement bénignes et ne se propagent pas. Parfois les médecins ont du mal à différencier les nævus de Spitz des véritables mélanomes, même lorsqu'ils les examinent au microscope. Ils sont par conséquent, par précautions, souvent retirés.

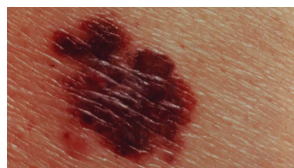
Propagation du mélanome

Les cellules du mélanome utilisent les vaisseaux lymphatiques pour se propager localement à la peau et aux ganglions lymphatiques régionaux les plus proches lors d'un processus qui s'appelle la métastase. Les cellules du mélanome peuvent également utiliser les vaisseaux sanguins pour se propager aux organes plus distants tels que le cerveau, le foie et les poumons. Les cellules cancérigènes qui se propagent à la peau avoisinante, mais qui se limitent à ce membre en particulier, s'appellent **maladie en transit**.

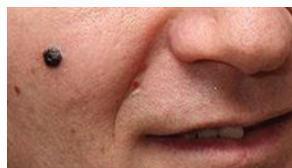
La propagation par les vaisseaux lymphatiques du mélanome peut suivre certains modèles :

- Les mélanomes qui se trouvent sur les bras ont tendance à se propager aux ganglions lymphatiques des aisselles.
- Les mélanomes des jambes ont tendance à se propager aux ganglions lymphatiques de l'aîne.
- Les mélanomes dont le point d'origine est le tronc ou le dos suivent un modèle plus divers et peuvent se propager aux aisselles ou à l'aîne.

Les mélanomes peuvent être très différents les uns des autres. Certains mélanomes peuvent présenter toutes les caractéristiques ABCDE (consultez les explications sur les signes du mélanome, page 13). D'autres ne pourraient présenter qu'une ou deux des caractéristiques ABCDE. Les mélanomes avancés peuvent présenter des changements dans leur texture ou leur consistance. Le mélanome peut devenir dur et bosselé. Sa surface peut s'ulcérer (apparaître grattée ou à vif et suinter ou saigner). Le mélanome peut provoquer des démangeaisons et être douloureux.



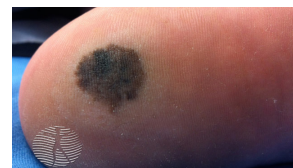
Mélanome à extension superficielle: Photographie publiée avec la permission du National Cancer Institute



Mélanome nodulaire : Photographie publiée avec la permission de l'Université de Californie



Mélanome malin à type de lentigo : Photographie publiée avec la permission du Skin Cancer Foundation



Source de la photographie : DermNetNZ.org

Types de mélanome cutané

Les médecins classent les mélanomes selon quatre types distincts. La classification est basée sur la couleur, la forme, l'emplacement et la façon dont ils croissent.

Mélanome à extension superficielle

Il s'agit du type de mélanome le plus fréquent et il compte pour presque 70 % de tous les mélanomes diagnostiqués.² Ce cancer est également connu sous les noms de **mélanome superficiel extensif**, mélanome malin et mélanome cutané. Comme son nom le suggère, le mélanome à extension superficielle forme d'habitude une mince couche ressemblant généralement à une tache brun foncé ou noire qui se répand à l'extérieur d'un grain de beauté existant ou nouveau (phénomène connu sous le nom de croissance radiale) avant d'envahir verticalement le derme qui est la couche inférieure de votre peau. La période de propagation peut être rapide ou relativement longue, variant de quelques mois

à des décennies. Ce type de mélanome est le plus souvent observé 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 à extension superficielle est souvent découvert par les patients ou des membres de leur famille (plus de 50 % des cas sont découverts ainsi) grâce à la méthode ABCDE permettant de repérer les caractéristiques d'un mélanome (voir page 12).³ La plupart du temps, les premiers changements sont purement visuels ; les symptômes (démangeaisons ou saignements) n'apparaissent qu'aux stades avancés.

Mélanome nodulaire

Le **mélanome nodulaire (MN)** est une bosse ferme en forme de dôme. Il croît rapidement profondément, à travers l'épiderme jusque dans le derme. Une fois là, il peut **former des métastases** ou se propager vers d'autres parties du corps. Le mélanome nodulaire est la deuxième sous-classe de mélanome en matière de fréquence. En effet, il compte pour 15 % à 30 % de tous les cas de mélanomes et pour 40 à 50 % des cas de mélanome dont l'épaisseur dépasse les 2 mm.² Il est généralement brun foncé ou noir et peut former une croûte ou s'ulcérer. Comme c'est le cas pour tous les sous-types de mélanomes, un mélanome peut rarement être incolore ou de couleur rose, rouge ou beige (amélanique), surtout chez les personnes au teint très pâle.

Le mélanome nodulaire ne présente pas les caractéristiques ABCDE spécifiques, révélatrices des autres mélanomes. En effet, ses bords et sa couleur sont généralement uniformes, il est souvent symétrique et de petit diamètre. Il 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 utilisera souvent un dermatoscope pour faciliter le diagnostic. La dermoscopie est une technique de diagnostic non invasive fréquemment utilisée. Le diagnostic des lésions pigmentées établi grâce à cette technique est plus fiable que celui obtenu par examen à l'œil nu. La dermoscopie aide au diagnostic précoce des MN parce qu'elle obtient des informations plus évocatrices et révèle donc généralement plus de malignités qu'un examen clinique le ferait.^{4,5}

Il a été démontré que le mélanome nodulaire possède un taux de croissance plus rapide, adopte un comportement plus agressif et détient un nombre accru de mitoses (croissance incontrôlée des cellules souvent appelées taux mitotique), lorsque comparé aux autres sous-classes de mélanome. Il est aussi couramment surélevé et saigne fréquemment.^{6,7}

L'acronyme **EFG** qui résume les caractéristiques cliniques les plus fréquentes du NM a été créé pour mieux l'identifier :

- **Élévation**
- **Ferme** au toucher
- **Croissance** continue pendant un mois⁸

Mélanome malin à type de lentigo

Lorsqu'il se limite à la surface de l'épithélium, la couche la plus superficielle de la peau, et n'envahit ou ne pénètre pas le derme qui est la couche plus profonde, le **mélanome malin à type de lentigo** est également appelé mélanome in situ de type solaire. Ce sous-type de mélanome représente de 10 à 15 % de tous les cas.² Il se manifeste sur des peaux irrémédiablement endommagées par le soleil, particulièrement chez les personnes âgées et est, par conséquent, souvent situé sur le haut des bras, sur le visage, les oreilles ou le cou et plus généralement sur le nez et les joues. Dans l'ensemble, comme il s'agit d'un stade très précoce de la maladie, l'excision complète, avec des marges appropriées et nettes, est curative. Une fois que les cellules du mélanome ont envahi le derme, celui-ci est alors

appelé mélanome malin à type de lentigo. Alors, le pronostic dépend de la profondeur de l'invasion, de l'ulcération des mitoses et d'autres paramètres énumérés dans le rapport de pathologie.

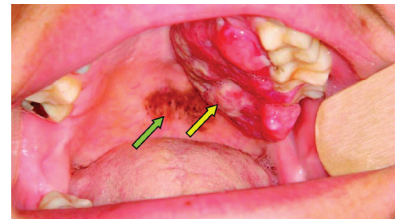
Mélanome lentigineux des extrémités

Il existe moins d'informations sur le mélanome lentigineux des extrémités et le mélanome malin à type de lentigo que sur les autres formes de mélanome. **Le mélanome lentigineux des extrémités** peut ressembler à une tache sombre ou à une ecchymose qui ne guérit pas. Ce sous-type de mélanome représente moins de 5 % de la totalité des cas.² Il peut apparaître n'importe où sur le corps. On peut le retrouver sur la paume des mains et la plante des pieds. Lorsqu'il est localisé sous un ongle, le mélanome lentigineux des extrémités peut avoir l'aspect d'une bande sombre. Comme les autres formes précoces de mélanome plat, il peut être reconnu par les règles ABCDE (Asymétrie, Bord, Couleur, Diamètre, Évolution) bien qu'il puisse aussi être amélanique (non pigmenté, généralement de couleur rouge). Ce mélanome touche davantage les personnes d'origine africaine et asiatique, mais il peut apparaître sur tous les types de peau. Pour en savoir plus sur la peau de couleur, visitez le melanomecanada.ca.

Types rares de mélanome

Mélanome des muqueuses

Le **mélanome des muqueuses** est une forme de mélanome rare, biologiquement agressive, qui compte pour 1 à 2 % des cas de mélanome.⁹ Les mélanocytes, cellules du corps qui produisent les pigments et sont présentes dans toutes les parties du corps, le sont également dans les muqueuses, membrane qui tapisse les sinus, les voies nasales, la cavité buccale, le vagin, l'anus et autres zones du corps. De même qu'avec les mélanocytes se trouvant dans d'autres parties du corps, celles-ci peuvent se transformer en cellules cancéreuses puis en mélanome des muqueuses.



Mélanome des muqueuse

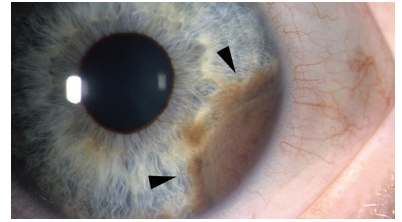
Image de : The Oncologist Journal

Plus de 50 % des mélanomes des muqueuses se développent dans les voies nasales, dans la membrane muqueuse des cavités sinusales, dans la bouche ou la gorge.⁹ Environ 20 % se développent sur le système génital féminin, 24 % dans les régions anales ou rectales et 3 % dans le système urinaire. Cette forme de mélanome n'a aucun lien avec l'exposition au soleil contrairement à la plupart des autres mélanomes cutanés. Il est généralement diagnostiqué tard et a tendance à croître et à se propager rapidement.

L'âge moyen auquel ce mélanome est diagnostiqué est 70 ans, les femmes en étant plus souvent atteintes que les hommes.⁹ La stadification du mélanome des muqueuses est unique et différente de celle du mélanome cutané. Les plus grandes chances de guérison dépendent d'un dépistage précoce, ce qui est souvent très difficile à obtenir étant donné la localisation de cette maladie. Malheureusement, la plupart des individus qui reçoivent un tel diagnostic sont également souvent atteints d'une maladie micrométastatique difficile à détecter et il se peut qu'ils endurent multiples récurrences locales avant le développement clinique d'une métastase à distance. À sa détection, ce mélanome aura déjà atteint les ganglions d'à peu près un tiers des patients et le taux général de survie sur cinq ans est de 25 % uniquement.⁹ Malgré une résection chirurgicale agressive et l'utilisation de traitements adjuvants comme l'immunothérapie et la chimiothérapie, le pronostic reste sombre.⁹

LE MÉLANOME OCULAIRE DE L'UVÉE

Le **mélanome de l'uvée** est une forme agressive de mélanome qui atteint les yeux et est aussi connu sous le nom de mélanome oculaire primaire ou mélanome choroïdien. Il constitue moins de 3 % (150 cas par an) de tous les cas de mélanome au Canada¹ et environ 4000 cas sont diagnostiqués dans le monde chaque année. Le pronostic du mélanome de l'uvée est sombre et environ 50 % de ceux qui reçoivent un diagnostic développent une maladie métastatique.^{10,11} Si le cancer se propage hors de l'œil, seuls environ 40 % des patients y survivront pendant un an.¹² Bien que des recherches de traitement efficace soient en cours, les traitements actuels sont pour l'instant assez limités.



Mélanome de l'uvée
Image de : Skin Cancer Foundation

Le mélanome oculaire de l'uvée est le résultat de la transformation des mélanocytes de l'uvée en cellules cancéreuses. Ce mélanome peut se développer n'importe où dans l'uvée : l'iris, le corps ciliaire et/ou la choroïde. Il se développe dans la choroïde dans à peu près 85 % des cas, dans le corps ciliaire dans environ 10 % des cas et dans l'iris dans approximativement 5 % des cas.¹³ Sa stadification pathologique est établie selon sa taille, sa masse, 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 ont des mutations génétiques distinctes et ne se comportent 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 qui est souvent associé aux dommages causés par les rayons UV du soleil ou d'autres sources, il n'y a, dans le cas du mélanome de l'uvée, pas de preuves permettant d'établir un lien de causalité. Cependant, il existe pour le mélanome de l'uvée, des facteurs associés à une augmentation du risque. Notamment :

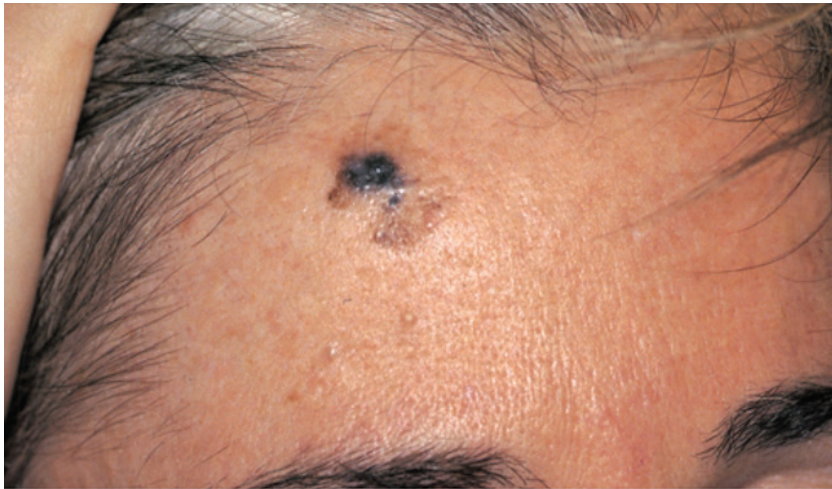
1. des yeux de couleur claire comme les yeux bleus ou verts,
2. une peau claire,
3. un âge avancé. La moyenne d'âge des personnes recevant un diagnostic est de 55 ans.

Bien que des recherches cliniques aient trouvé des corrélations entre ces facteurs et le mélanome de l'uvée, tout le monde pourrait en être atteint, qu'importe leur âge, leur sexe ou leur race. Mélanome Canada met à votre disposition un guide plus approfondi sur le mélanome de l'uvée intitulé *Un guide sur le mélanome de l'uvée*, vous pouvez y accéder en vous rendant sur melanomecanada.ca.

Mélanome desmoplastique

Le **mélanome desmoplastique (MD)** est un type de mélanome assez rare qui compte pour moins de 4 % des mélanomes cutanés primaires.¹⁴ Il se développe dans la partie épaisse intérieure de la peau (le derme), dans la couche du tissu conjonctif qui entoure la muqueuse (la sous-muqueuse) et prend souvent l'apparence d'une grosseur de la même couleur que votre peau.

Il progresse généralement plus profondément dans la peau, a tendance à persister à un seul endroit et développe rarement des métastases ganglionnaires. Le mélanome desmoplastique peut être pigmenté ou non, deux fois plus d'hommes sont atteints que de femmes et on le trouve généralement chez des patients plus âgés. Les trois emplacements les plus communs du MD incluent notamment les zones du corps qui sont sans cesse exposées au soleil, soit la tête et le cou (53 %), les extrémités (26 %) et le torse (20 %).¹⁴ Le traitement du MD implique généralement une excision chirurgicale et dans certains cas avancés, une radiothérapie adjuvante pourrait être proposée. Plus récemment, des patients atteints de MD ont répondu particulièrement positivement aux traitements d'activation immunitaire anti-PD-1/PD-L1, pembrolizumab (Keytruda) ou nivolumab (Opdivo). Ces médicaments bloquent l'interaction entre les protéines PD-1 et PD-L1. Pendant que le cancer se développe, le PD-1 et PD-L1 font obstacle au système immunitaire qui ne détecte pas les cellules de la tumeur autorisant ainsi le cancer à se développer. En bloquant l'interaction entre ces protéines, les médicaments d'activation immunitaire poussent le système immunitaire à détecter des cellules cancéreuses et à les détruire.^{9,15}



Mélanome desmoplastique

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

ÉVALUER LE MÉLANOME

Si votre médecin soupçonne que vous pourriez avoir un mélanome, il pourrait vous envoyer consulter un **dermatologue**, soit un médecin spécialisé dans les maladies de la peau.

Antécédents médicaux

Votre médecin vous interrogera sur les problèmes de santé que vous avez eus ainsi que sur vos symptômes actuels, comme l'évolution d'un grain de beauté ou de toutes autres marques de votre peau ainsi que sur de possibles antécédents de mélanome ou d'autres cancers de la peau. Il évaluera également vos facteurs de risque relatifs à la contraction d'un mélanome et vous posera probablement des questions sur les membres de votre famille immédiate et sur les cancers cutanés qu'ils ont pu contracter.

Facteurs de risque pour le mélanome cutané

Les scientifiques ont identifié de nombreux facteurs qui augmentent le risque de développer un mélanome. Par exemple :

- **L'exposition au soleil** : l'exposition aux rayons ultraviolets du soleil (UVA et UVB) est le plus important facteur de risque de mélanome.
 - **Les coups de soleil avec cloques** : même un seul coup de soleil avec cloques graves augmente le risque de mélanome.
 - **L'exposition au soleil au cours de la vie** : la durée totale passée à s'exposer au soleil est un facteur de risque.
 - **Le bronzage** : même les gens qui bronzent sans brûler présentent un risque accru de mélanome en raison d'une plus grande exposition totale au soleil.
- **Les sources artificielles de rayons UV** : les sources artificielles de rayons UV, les lampes solaires et les lits de bronzage produisent des rayons UV. Ces appareils augmentent par conséquent le risque de mélanome. L'utilisation de ces sources artificielles de rayons UV avant l'âge de 30 ans augmente particulièrement le risque de mélanome, mais le danger existe à tout âge.
- **Antécédents personnels de mélanome** : les personnes qui ont des antécédents personnels de mélanome courent un risque accru d'en développer 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 de mélanome. Les proches parents sont les parents, les frères et sœurs, et les enfants. Le mélanome peut être lié à votre bagage génétique.
- **Peau claire et cheveux clairs** : les personnes ayant la peau pâle et qui brûlent facilement présentent un risque accru de mélanome. Ces personnes peuvent avoir des cheveux blonds ou roux, des yeux bleus ou gris, ou de nombreuses taches de rousseur.
- **Plus de 50 grains de beauté** : les grains de beauté normaux sont plus petits qu'un pois (6 mm) et ont une couleur uniforme. Ils peuvent être de rose, beige ou brun. Ils sont ronds ou ovales et lisses. Le fait d'avoir de nombreux grains de beauté augmente le risque de cancer de la peau.



- **Grains de beauté atypiques (naevus dysplasique)** : naevus est le terme médical pour grain de beauté. Ces grains de beauté ressemblent un peu à des grains de beauté normaux, mais ont également certaines des caractéristiques du mélanome. Ils sont souvent plus grands que d'autres grains de beauté standards, mais ont une forme ou une couleur anormale. Ils peuvent apparaître sur une peau qui a été exposée au soleil ainsi que sur une peau qui est généralement couverte, comme les fesses ou le cuir chevelu. Les naevus dysplasiques se manifestent souvent chez les personnes d'une même famille. Un petit pourcentage de naevus dysplasiques pourrait se transformer en un mélanome, mais la plupart d'entre eux ne deviennent jamais cancéreux. Ils peuvent être de plusieurs couleurs, peuvent avoir des bords irréguliers et sont généralement plats avec une surface irrégulière ou écailleuse. Un naevus dysplasique présente plus de risques qu'un grain de beauté normal de se transformer en mélanome, même si celui-ci est faible.
- **Syndrome des naevus dysplasiques (également connu sous les noms de syndrome familial des naevus atypiques, mélanome familial ou FAMMM)** : les personnes atteintes de cette maladie héréditaire présentent beaucoup de naevus dysplasiques et ont généralement un proche parent qui a déjà été atteint de mélanome. Les individus qui sont touchés par cette condition courent des risques très élevés de contracter un mélanome. Ils doivent par conséquent faire examiner leur peau régulièrement et très minutieusement par un dermatologue. Parfois, des photos du corps entier sont prises pour aider le médecin à repérer les grains de beauté qui changent et augmentent de taille. Il est recommandé que ces patients apprennent également à auto-examiner leur peau mensuellement.
- **Âge** : les personnes ayant des antécédents familiaux de mélanome peuvent développer la maladie à un jeune âge. Cependant, la moitié environ des mélanomes apparaissent chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
- **Médicaments** : certains médicaments comme les antibiotiques, les hormones ou les antidépresseurs augmentent la sensibilité au soleil. Ces médicaments augmentent donc aussi les risques de contracter un mélanome.
- **Immunosuppression** : Le **système immunitaire** combat les infections et élimine les cellules endommagées. Certaines maladies et certains médicaments affaiblissent le système immunitaire. Cela augmente le risque de mélanome.

Examen physique

Le médecin vérifiera que votre peau ne présente aucune **lésion** ou anomalie. S'il suspecte un mélanome, il devrait alors vous envoyer voir un **dermatologue** le plus rapidement possible. Le dermatologue est un médecin spécialisé dans les maladies de la peau. Un dermatologue ou un médecin procédera à un contrôle minutieux de votre peau, y compris le cuir chevelu, l'espace entre les orteils et les doigts et même autour des organes génitaux. Idéalement, celui-ci examinera toutes les lésions ou tous les grains de beauté suspects avec un **dermatoscope polarisé**. Le dermatoscope est un appareil portable qui utilise de la lumière polarisée pouvant grossir jusqu'à 10 fois la zone examinée et ainsi révéler avec plus de justesse la présence de mélanomes – particulièrement ceux qui sont difficiles à reconnaître à l'œil nu. Le médecin pourrait également vérifier d'autres parties de votre corps à la recherche de signes de cancer.

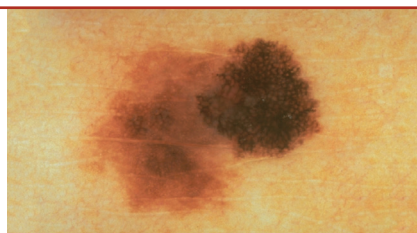


Les caractéristiques du mélanome

Les grains de beauté normaux ont généralement une couleur uniforme et sont essentiellement ronds ou ovales. Ils ont également tendance à faire moins de 6 mm (plus petit que le diamètre d'une gomme à effacer d'un crayon). Le premier signe d'un mélanome peut être un changement qui apparaît sur un grain de beauté, petite tache pigmentée sur la peau. Ce changement peut toucher la forme, la couleur, la taille, la surface ou la texture du grain de beauté. Un mélanome peut aussi se développer en tant que nouveau grain de beauté. Dans certains cas, la lésion ou le grain de beauté primaire pourrait ne pas être identifié comme étant un mélanome et le premier indice pourrait se révéler être un ganglion lymphatique enflé. L'acronyme **ABCDE** présenté dans le tableau ci-dessous résume les signes les plus fréquents de mélanome. Bien que cet outil soit d'une grande utilité pour reconnaître un mélanome, il faut savoir que beaucoup de mélanomes ne suivent pas ce schéma. Il est, pour cette raison, également utile d'envisager le principe du « vilain petit canard » – un grain de beauté ou une lésion qui est différente des autres. Si ce grain de beauté subit des changements, s'il vous démange ou saigne ou si une croûte s'y forme, faites faire une biopsie.

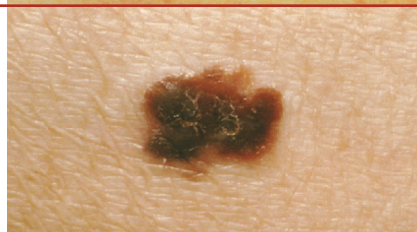
A - Asymétrie

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



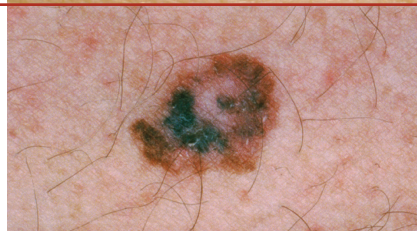
B - Bord

Le bord du grain de beauté est irrégulier. Il peut apparaître flou, irrégulier ou cranté. La pigmentation peut se répandre dans la peau autour du 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 contenir du bleu, du gris, du rouge, du rose ou du blanc.



D - Diamètre

Bien que les mélanomes fassent généralement plus de 6 mm (la taille d'une gomme à effacer d'un crayon), ils pourraient être plus petits au moment du diagnostic.



E - Évolution

Le grain de beauté a changé au cours des dernières semaines ou des derniers mois. Sa présence peut causer des démangeaisons, des desquamations ou des saignements.

Exemple :



Biopsie cutanée

Si votre médecin ou votre dermatologue découvre un grain de beauté suspect, une **biopsie** sera effectuée ou un échantillon de tissus du grain de beauté sera prélevé et un examen au microscope réalisé. Le médecin engourdit d'abord la peau avec l'injection d'un anesthésique local. La totalité de la lésion et une partie de la peau saine environnante devraient être retirées afin qu'un **pathologiste** ou un **dermatologue** puisse prononcer un diagnostic précis. Un pathologiste est un médecin qui interprète les changements causés par la maladie dans les tissus et les liquides corporels et propose un diagnostic les décrivant. Un dermatologue est un médecin spécialisé qui se concentre sur l'étude des maladies de la peau à l'échelle microscopique et moléculaire.

Il existe plusieurs types de biopsies :

- **Biopsie-exérèse** : il s'agit du type de biopsie privilégiée. Le médecin utilise un scalpel pour enlever toute la lésion et un peu de tissu autour d'elle. C'est le type de biopsie la plus commune lorsqu'un mélanome est suspecté. Il s'agit d'une biopsie par rasage profond, également connu sous le nom de biopsie « en soucoupe » qui est fréquemment utilisée pour retirer tout le grain de beauté (lésion) et qu'il ne faut pas confondre avec la biopsie par rasage superficiel.
- **Biopsie incisionnelle** : il arrive parfois que la lésion soit très grande ou dans un endroit où il n'est pas facile de la retirer. Une biopsie par incision est faite dans ces cas. Une biopsie incisionnelle consiste à enlever une partie seulement de la lésion.
- **Biopsie à l'emporte-pièce** : le médecin utilise un instrument creux et aiguisé pour enlever la lésion et un peu de tissu normal autour d'elle. Ce type de biopsie peut être utilisé pour certaines zones du corps comme le visage.
- **Biopsie par rasage** : Cette technique n'est pas recommandée pour les lésions pigmentées de la peau ou les mélanomes probables. Une biopsie par rasage pourrait entraver un diagnostic précis de cancer de la peau, ce qui pourrait conduire à un traitement inadéquat, et par conséquent à une récurrence du cancer de la peau, à la propagation probable du cancer et pour finir à un décès qui aurait pu être évité.

Dans certains cas, le mélanome peut être trouvé à certains endroits du corps sans que son origine sur la peau (la tumeur primaire) ne soit jamais découverte. En de rares occasions, des lésions de la peau se trouvant être des mélanomes disparaissent seules sans aucun traitement (ce phénomène est nommé **régression spontanée**). Cependant, la régression pourrait ne pas être totale et des cellules cancéreuses pourraient subsister et se propager à d'autres parties du corps. Certaines formes plus rares de mélanome peuvent également se développer dans les organes internes (le mélanome des muqueuses en est un exemple) et si le mélanome s'est largement propagé dans les corps, il pourrait ne pas être possible de dire où celui-ci a commencé.

Vous pourriez vouloir poser ces questions 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? Dans votre cabinet?
- Combien de temps faut-il pour effectuer une biopsie?
- Est-ce que la biopsie fera mal?
- Est-ce que vous allez retirer toute la lésion?
- Quels sont les risques d'une biopsie? Qu'en est-il des infections ou des saignements?
- Est-ce que la biopsie laissera une cicatrice? À quoi cela ressemblera t-il?
- Quand obtiendrai-je les résultats?
- Si j'ai le cancer, quelles sont les prochaines étapes à franchir et qui va me parler du traitement?

DIAGNOSTIC DU MÉLANOME

Une fois la biopsie terminée, les échantillons de tissus seront envoyés à un laboratoire et examinés par un **pathologiste**. Un pathologiste est un médecin qui évalue les cellules et les analyse à l'aide d'un microscope et d'autres instruments qui permettent de diagnostiquer la maladie. Un échantillon de la biopsie est envoyé au laboratoire de pathologie pour qu'il le prépare. La première étape consiste en un processus dont l'objectif est de préserver les tissus et les cellules. Le pathologiste examine ensuite les tissus à l'œil nu, les scelle dans de la cire, les tranche très finement et les place sur des lames où ils seront teintés à l'aide de différents colorants pour tissus. Le pathologiste peut alors examiner la biopsie sous un microscope pour diagnostiquer le mélanome. Ce procédé prend du temps et peut durer de quelques jours à une ou deux semaines selon les difficultés que présente la biopsie. Un dermatopathologiste, un pathologiste qui se spécialise dans le diagnostic des maladies de la peau, peut parfois être consulté. Les délais peuvent alors être plus longs.

Le pathologiste enverra un rapport à votre dermatologue ou à votre médecin de façon à ce qu'il confirme les découvertes initiales. Si le mélanome est confirmé et selon la profondeur de la lésion ainsi que d'autres facteurs, une chirurgie supplémentaire pourrait être exigée. Heureusement, la majorité des mélanomes sont détectés tôt et la première biopsie et excision chirurgicale sont, dans la plupart des cas, tout ce qui est requis. Les conclusions du pathologiste figurent dans un rapport de pathologie. Un rapport de pathologie typique de mélanome peut contenir d'autres informations, par exemple :

- **Le type de mélanome** : selon l'examen microscopique
- **L'épaisseur de la profondeur de Breslow** : un facteur de pronostic important utilisé par les pathologistes pour décrire la profondeur de pénétration des cellules de mélanome dans la peau. L'épaisseur de Breslow mesure en millimètres la distance entre la couche supérieure externe de la peau et le point de pénétration le plus profond de la tumeur. Plus le mélanome est mince plus les chances de guérison sont importantes. Par conséquent, l'épaisseur de Breslow est considérée comme l'un des facteurs les plus importants pour prédire la progression de la maladie.
- Présence d'**ulcérations de la peau** : informations relatives à la couche supérieure de la peau sur la tumeur, celle-ci peut être intacte (non ulcérée), abîmée ou manquante (ulcérée). Souvent, un mélanome saigne lorsqu'il est ulcéré.
- **Lymphocytes infiltrants la tumeur** : présence ou absence des globules blancs qui pourraient être présents dans les mélanomes primaires.
- Vitesse à laquelle les cellules du mélanome croissent et se divisent (**taux mitotique**)
- **Invasion angiolymphatique** : Les cellules de mélanome ont envahi les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins.
- Croissance du mélanome autour des nerfs (**invasion périneurale ou neurotropisme**)
- **Microsatellitose** : tumeurs microscopiques qui se sont propagées à proximité de la tumeur primaire du mélanome.



- Croissance du mélanome à l'intérieur des vaisseaux sanguins (**infiltration lymphovasculaire**)
- **Régression de la tumeur** : la présence de globules blancs appelés lymphocytes qui suggèrent que le système immunitaire attaque les cellules cancéreuses.
- Excision complète ou **état des marges périphériques** - la présence ou l'absence de cellules cancéreuses dans les tissus normaux qui entouraient la tumeur et qui ont été enlevés au moment de la biopsie ou d'une chirurgie ultérieure.

Il est utile de demander un exemplaire du rapport de pathologie. Posez des questions à votre oncologue s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas. Les résultats de l'analyse de pathologie déterminent la stadification de la maladie et aident à définir les options de traitement.

Examens chirurgicaux précédant la stadification définitive

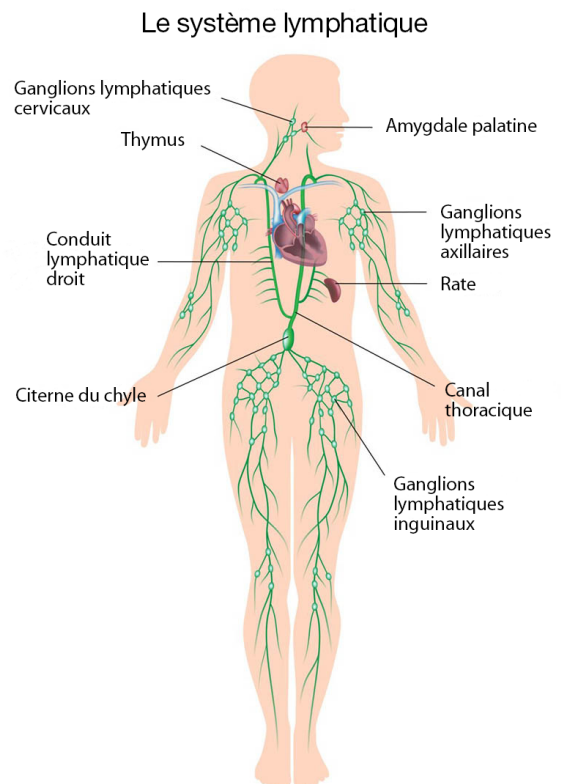
Les patients recevant un diagnostic de mélanome mince in situ de stade préliminaire devront certainement subir une petite excision chirurgicale avec une bordure de 5 mm autour de la lésion. Pour les autres patients atteints de mélanome, même si la lésion semble avoir été enlevée, il est important de subir une deuxième **excision locale large (ELL)** afin de retirer plus de tissus (une marge de 1 à 2 cm), et ce, pour garantir qu'il n'y ait qu'une chance infime que des cellules cancéreuses microscopiques demeurent dans les tissus environnant la tumeur. La quantité de tissu retiré est déterminée par des normes chirurgicales qui prennent en compte divers facteurs tels que la profondeur de la lésion et l'endroit du corps où celle-ci se situe.

Cette seconde intervention pourrait avoir lieu à l'hôpital sous anesthésie locale. Une anesthésie générale pourrait toutefois être nécessaire si une biopsie des ganglions sentinelles devait également être effectuée. S'il apparaît qu'une excision locale large peut avoir pour conséquence un défaut cutané important, un chirurgien esthétique peut être consulté afin de réparer la zone directement dans le bloc opératoire avec une greffe de peau provenant habituellement de la cuisse.

Biopsie du ganglion sentinelle

Effectuer des biopsies dans des zones autres que la peau pourrait, dans certains cas, être requis.

Le **ganglion sentinelle** est le ou sont les premiers ganglions lymphatiques auxquels le cancer est susceptible de se propager à partir de la tumeur primaire. Une biopsie des ganglions sentinelles pourrait être réalisée afin de savoir si le mélanome s'est propagé aux ganglions lymphatiques. Un colorant radioactif, possiblement un colorant bleu, est injecté, puis suivi jusqu'aux ganglions sentinelles. Ceux-ci sont normalement situés dans l'une des régions ganglionnaires importantes, soit les cervicales (le cou), les aisselles (les dessous de bras) ou la région inguinale (l'aîne). Une chirurgie sous anesthésie générale est alors pratiquée pour les enlever (il y en a généralement deux ou trois). Ceux-ci sont alors envoyés au pathologiste afin qu'il les examine. Une biopsie des ganglions lymphatiques est effectuée lorsqu'il n'y a pas d'indication de métastases ou de métastases à distance (obtenue par le biais d'examen physique, de TDM ou d'autres examens d'imagerie réalisés pour le diagnostic), mais que l'on suspecte une propagation du mélanome.



Les possibles effets secondaires de la biopsie comprennent notamment l'engourdissement, la douleur et les contusions ainsi que l'accumulation de liquide lymphatique à l'emplacement de la chirurgie. La plupart des effets secondaires sont temporaires et les risques de développer des **lymphoedèmes** (gonflement du membre affecté par la suppression des ganglions lymphatiques) à l'occasion de ce type de biopsie sont rares.

S'il n'y a pas de cellules de mélanome dans les ganglions sentinelles, aucune autre chirurgie des ganglions lymphatiques ne sera exigée puisqu'il serait très improbable que le mélanome se soit propagé au-delà de ce point. Si des cellules de mélanome sont découvertes dans les ganglions sentinelles, votre chirurgien pourrait, vous proposer de surveiller cette zone ganglionnaire par échographie pendant cinq ans.

Les patients ayant un mélanome de $0,75 \text{ mm} < 1 \text{ mm}$ de profondeur seront amenés à discuter des avantages d'une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles avec leur médecin en prenant en compte les résultats de la première biopsie. Pour les patients atteints d'un mélanome de taille intermédiaire ou d'un mélanome de $1 \text{ mm} > 4 \text{ mm}$ d'épaisseur, un contrôle loco-régional est généralement recommandé et des informations relatives aux pronostics doivent généralement être obtenues.

Biopsie à l'aiguille fine (BAF)

Les patients dont les ganglions lymphatiques sont palpables ou suspects pourraient avoir à subir une ponction du ganglion à l'aiguille fine pour repérer la présence de cellules cancéreuses. Contrairement aux autres types de biopsies, cette technique n'est pas invasive, mais il se pourrait que l'échantillon collecté ne soit pas suffisant pour dire si la zone en question contient des cellules de mélanome.

Pour effectuer une BAF, le médecin utilise une aiguille fine et creuse ainsi qu'une seringue. À l'aide de cet instrument, il enlève un petit échantillon de tissus de ganglions lymphatiques ou de tumeur. L'aiguille est plus petite que celle utilisée pour un examen sanguin. Une anesthésie locale est parfois utilisée pour engourdir au préalable la zone à examiner. Cet examen ne cause généralement aucune forme d'inconfort et ne laisse pas de cicatrice.

Le ganglion lymphatique est situé juste sous la peau et le médecin peut souvent suffisamment le sentir pour guider l'aiguille à l'intérieur. Lorsque l'on suspecte qu'il y a atteinte d'un ganglion lymphatique situé plus en profondeur dans le corps ou qu'il existe une tumeur sur un organe comme les poumons ou le foie, le médecin utilisera des techniques d'imagerie comme l'échographie ou la TDM pour guider l'aiguille au bon endroit.

Biopsie par excision du ganglion lymphatique

Une biopsie par excision du ganglion lymphatique est souvent effectuée si la taille d'un ganglion lymphatique présuppose que le mélanome s'y est propagé, mais qu'une BAF n'a pas été réalisée ou que la présence de cellules de mélanome n'a pas été constatée.

Une petite incision est pratiquée sur la peau. Une anesthésie locale est souvent utilisée si le ganglion lymphatique est juste sous la peau, mais le patient pourrait être placé sous anesthésie générale si le ganglion lymphatique est situé plus profondément dans le corps.

Lymphadénectomie radicale

Si la biopsie des ganglions lymphatiques se révèle positive pour le mélanome dans plus d'un ganglion, une lymphadénectomie radicale pourrait alors être recommandée dans de rares cas. Une lymphadénectomie radicale (aussi connue sous le nom de dissection des ganglions lymphatiques), est une intervention chirurgicale durant laquelle tous les ganglions lymphatiques de la zone ganglionnaire sont supprimés. Cette opération est habituellement effectuée sous anesthésie générale et les patients pourront rentrer chez eux le jour même.

Une incision est pratiquée dans la peau à l'endroit où se trouvent les ganglions lymphatiques affectés. Les ganglions lymphatiques, les tissus lymphatiques environnants et certains des tissus mous sous-jacents sont alors retirés et examinés. Les patients auront besoin d'un drain qu'ils devront garder pendant plusieurs semaines après la chirurgie pour leur permettre d'éliminer l'accumulation de fluide causée par la chirurgie. Parmi les complications pouvant survenir après cette intervention, on compte le lymphœdème, l'engourdissement de la zone opérée, les fourmillements et les douleurs. Le lymphœdème pourrait être un effet secondaire permanent chez jusqu'à 50 % des patients, 50 % pour une dissection de l'aîne et 15 à 20 % avec une dissection axillaire, selon la région où les ganglions lymphatiques ont été retirés. Les ganglions lymphatiques situés à l'aîne ou sous le bras aident normalement le corps à drainer le liquide des membres. S'ils sont retirés, ce liquide pourrait s'accumuler et causer le gonflement du membre affecté. Cette condition ne disparaît pas toujours avec le temps. Si ce phénomène est assez sévère, il peut entraîner des problèmes de peau et accroître les risques. L'application de bandages, des massages de drainage lymphatiques effectués par des professionnels et des vêtements de compression pourraient aider certaines personnes atteintes de cette condition. Pour toute information complémentaire, consultez notre guide intitulé *Prise en charge du lymphœdème chez les patients atteints de mélanome* [*Gestion du lymphœdème pour les patients atteints de mélanome* – guide uniquement disponible en anglais].

Voici des questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin au sujet de la chirurgie :

- Quelle chirurgie me recommandez-vous? Pourquoi?
- En quoi consiste cette chirurgie?
- Devrai-je rester à l'hôpital?
- Sentirai-je de la douleur après la chirurgie? Comment gérerez-vous ma douleur?
- Est-il probable que j'ai besoin de prendre des antibiotiques pour éviter une infection?
- Quels sont les problèmes auxquels je dois m'attendre après la chirurgie?
- Aurai-je une cicatrice?
- Subirai-je des effets secondaires à long terme?
- Aurai-je besoin d'une assistance à domicile et si oui, comment ce service est-il organisé?
- À qui pourrai-je m'adresser si je rencontre des problèmes après la chirurgie?

Effets secondaires de la chirurgie

Des médicaments pour la douleur sont offerts après chaque type de chirurgie. Étant donné que les médicaments pour la douleur entraînent généralement de la constipation, des médicaments pour la constipation sont aussi habituellement proposés. Les effets secondaires courants de la chirurgie sont les saignements et les infections. Les infections peuvent être traitées avec des antibiotiques ou par l'incision de la plaie pour permettre de drainer le pus et les bactéries de cette dernière.

Les chirurgies impliquant les ganglions lymphatiques occasionnent parfois des problèmes de cicatrisation et entraînent souvent une accumulation de liquide lymphatique dans le membre, un phénomène appelé lymphœdème. Le lymphœdème peut survenir peu après la chirurgie ou beaucoup plus tard. Les effets à long terme d'un lymphœdème peuvent être transitoires ou permanents. Parlez à votre équipe de soins si vous avez des effets secondaires gênants après une intervention chirurgicale, ou pour savoir quoi faire pour réduire les problèmes de lymphœdème le cas échéant. Nous vous invitons également à vous reporter au livret *Prise en charge du lymphœdème chez les patients atteints de mélanome* disponible en copie papier auprès de Réseau mélanome Canada ou téléchargeable sur notre site Web à melanomecanada.ca.

EXAMENS POUR LE DIAGNOSTIC

Une fois que la présence du mélanome est confirmée, votre médecin pourrait vouloir effectuer d'autres examens, particulièrement si vous avez des symptômes ou s'il est probable que le mélanome se soit propagé.

Analyses de sang

Les analyses de sang ne sont pas utilisées pour diagnostiquer le mélanome, mais un niveau atypique de certains enzymes dans le sang peut indiquer la présence d'une maladie métastatique. Le **dosage du lactate déshydrogénase (LDH)** est une analyse de sang ; un taux élevé de LDH peut indiquer la présence d'affections, mais si ce taux élevé est isolé, ce n'est pas un indicateur précis de la présence d'une maladie.

Imagerie

Différentes formes d'imagerie permettent aux médecins de voir les tissus et organes internes. Ces examens permettent de déterminer si le mélanome s'est propagé dans tout le corps. L'imagerie n'est pas utilisée pour les personnes atteintes de mélanome de stade 0 ou de stade I à faible risque. Pour les mélanomes de risque intermédiaire de stade I ou II, l'imagerie est principalement utilisée afin d'évaluer les symptômes particuliers comme la douleur. L'imagerie n'est pas un test de routine dans le cas du mélanome précoce. Pour les stades III et IV de la maladie, l'imagerie est utilisée pour évaluer des symptômes particuliers. Elle est également utilisée pour évaluer le degré de propagation du mélanome. Le type d'imagerie dépend des symptômes et de la localisation probable de la propagation du mélanome.

- **Radiographie thoracique** : Une radiographie du thorax peut être effectuée pour certains mélanomes de stade I et II. Elle est souvent effectuée pour les mélanomes de stade III et IV.
- **Échographie** : Si les ganglions sentinelles ont des métastases, une échographie pourrait être réalisée pour examiner tous les ganglions lymphatiques y compris ceux des autres zones ganglionnaires (tête et cou, aisselles et aine).



- **Examen par tomodensitométrie (TDM)** : Un TDM prend plusieurs radiographies de parties du corps sous des angles différents. Cela permet d'obtenir une image tridimensionnelle. L'injection d'un agent de contraste permet de mettre en évidence la zone d'intérêt. Le TDM est le meilleur appareil d'imagerie pour détecter le mélanome dans les poumons.
- **Examen par imagerie par résonance magnétique (IRM)** : L'examen par IRM utilise des ondes radio et des aimants pour prendre des photos d'organes et d'autres parties du corps. L'appareil d'IRM est le meilleur appareil d'imagerie pour trouver un mélanome dans le cerveau.
- **Examen de tomographie par émission de positons (TEP)** : Une injection de glucose (sucre) radioactif est effectuée avant ce test. L'analyse identifie les zones qui contiennent le plus de glucose (correspondent surtout aux cellules cancéreuses étant donné qu'elles collectent le glucose).

Voici quelques questions que vous pourriez poser à votre médecin au sujet du mélanome :

- Quels sont les examens que vous me proposez?
- Où vont se dérouler ces examens? Est-ce que je devrai me rendre à l'hôpital?
- Combien de temps les examens prennent-ils?
- Est-ce que ce sera douloureux? Vais-je recevoir une anesthésie locale?
- Qu'advient-il si je suis enceinte?
- Dois-je me préparer aux examens?
- Ai-je besoin d'apporter une 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 va me les expliquer?
- Si on me fait une biopsie, vais-je obtenir une copie du rapport de pathologie?
- Si j'ai le cancer, qui va me parler des prochaines étapes? Quand?
- Pourrai-je accéder à mes examens en lignes?



ÉVALUER LE STADE DU MÉLANOME

Lorsque tous les examens chirurgicaux et d'imagerie médicale ont été réalisés et que les rapports de pathologie ont été reçus, les médecins essaieront de découvrir si le cancer s'est propagé et si oui, jusqu'à quel point. Ce processus s'appelle la **stadification**. Il permet de déterminer la gravité du cancer et la meilleure façon de le traiter. Les médecins utilisent aussi le stade du cancer lorsqu'ils parlent de pronostics et de statistiques de survie. Un **stade clinique** préliminaire est attribué après l'examen physique et la biopsie initiale. Le dernier rapport de pathologie indique le **stade pathologique** et permet de définir les différentes options de traitement.

Les stades du mélanome sont basés sur plusieurs facteurs. Le système de stadification utilisé pour le mélanome et le système du American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM. Celui-ci se base sur trois éléments essentiels - **T** (thickness of the tumour [épaisseur de la tumeur]), **N** (lymph node involvement [propagation aux ganglions lymphatiques]) ; **M** (metastasis [métastases]) :

T : Épaisseur de la tumeur. À quelle profondeur le cancer est-il parvenu dans la peau? L'épaisseur du mélanome est connue comme mesure de **Breslow**. Il est en général très peu probable que les mélanomes dont l'épaisseur ne dépasse pas 1 millimètre (mm) (environ 1/25 de pouce) se propagent. Plus le mélanome s'épaissit plus il y a de chances qu'il se propage.

Le cancer est-il ulcéré? L'état d'ulcération nous informe du degré de détérioration de la peau qui couvre le mélanome. La peau qui couvre la tumeur est-elle présente, abîmée ou manquante (ulcérée)? Les perspectives d'avenir des patients dont le mélanome est ulcéré tendent à être pires.

La catégorie T est sous divisée en quatre niveaux qui définissent la profondeur de la tumeur sous la peau. Celle-ci est mesurée en millimètres (mm).

N : propagation (métastases) aux ganglions lymphatiques. Le cancer s'est-il propagé aux ganglions lymphatiques avoisinants?

M : propagation (métastases) à des zones distantes. Le cancer s'est-il propagé à des ganglions lymphatiques ou à des organes distants comme les poumons ou le cerveau?

Une valeur numérique apportant plus de précision est alors assignée à chaque lettre. Les résultats de cette analyse sont regroupés en cinq stades (0, I, II, III, et IV).

- **Le mélanome précoce** est défini comme étant un mélanome de stade I ou II.
- **Le mélanome avancé** correspond à une maladie de stade III ou IV.

Le système de stadification ci-dessous se rapporte au stade pathologique du cancer. Nous vous proposons une version simplifiée du système TNM de janvier 2018 (le dernier en date). Il est important de savoir que la stadification d'un cancer de type mélanome peut être complexe. Si vous avez des questions au sujet du stade de votre cancer ou de ce que cela signifie pour votre traitement, demandez à votre médecin de vous l'expliquer afin que vous puissiez le comprendre. Pour obtenir des informations plus précises au sujet du système de stadification, veuillez vous rendre sur notre site Web à melanomecanada.ca.

Tableau. Aperçu du système TNM de stadification du mélanome

Stade	Tumeur	Ganglion	Métastases
O	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
IIIB	T0	N1b ou N1c	MO
	T1a/b ou T2a T2b ou T3a	N1b/c ou N2b N1a/b/c ou N2a/b	
IIIC	T0	N2b/c ou N3b/c	MO
	T1a/b ou T2a/b ou T3a T3b ou T4a	N2c ou N3a/b/c	
	T4b	Tout N ≥N1 N1a/b/c ou N2a/b/c	
IIID	T4b	N3a/b/c	MO
IV	Tout T, Tis	Tout N	M1

N, nombre de ganglions lymphatiques touchés par la tumeur; M, nombre de métastases à distance; T, épaisseur de la tumeur primaire.

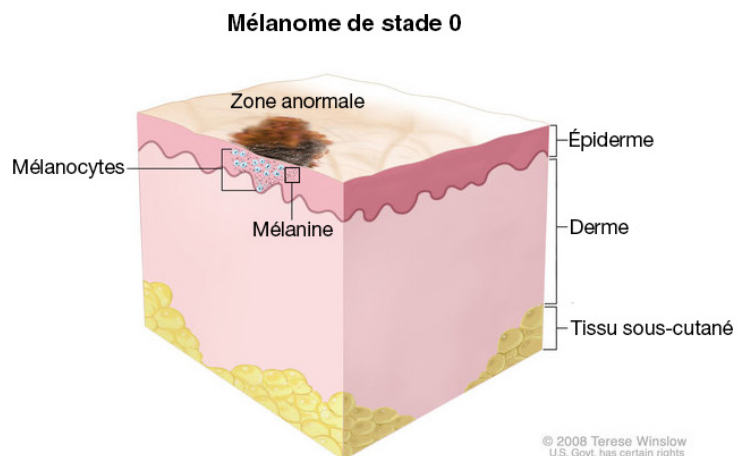
Source: Melanoma Research Alliance

Stade 0 (mélanome *in situ*)

Au stade zéro, des mélanocytes atypiques sont trouvés dans l'épiderme, la couche supérieure de la peau, mais ne se sont pas propagés au derme (la deuxième couche de la peau, sous l'épiderme). Le mélanome ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à des emplacements distants. Le stade 0 est aussi appelé mélanome *in situ* ou encore appelé mélanome malin à type lentigo.

La chirurgie pour enlever le mélanome avec un peu de peau normale autour complète le traitement. À ce stade, le pronostic est excellent. Il est toutefois recommandé de se faire suivre par un dermatologue au moins une fois par an

pour le reste de sa vie et d'autoévaluer sa peau régulièrement chaque mois.

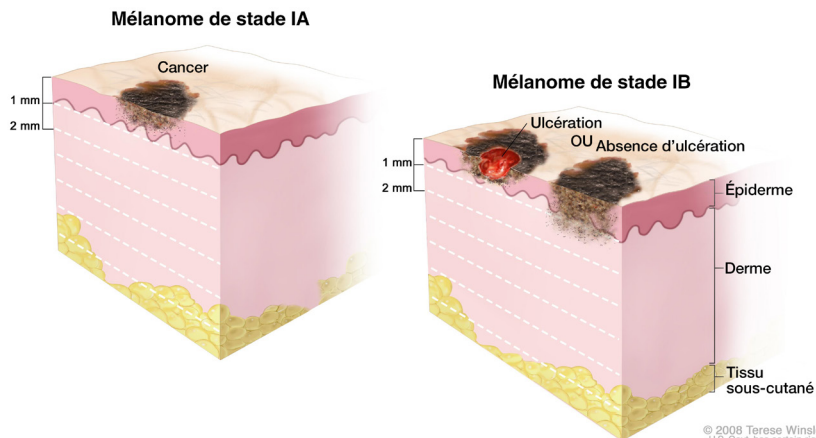


Stade I

Au stade I, le cancer s'est développé. Le cancer ne s'est pas propagé à des ganglions lymphatiques avoisinants ou à des zones plus distantes du corps. Le stade I est divisé en deux stades, les stades IA et IB.

- **Stade IA** : Au stade IA, la tumeur ne dépasse pas 1 mm d'épaisseur et présente ou ne présente pas d'ulcérations.
- **Stade IB** : Au stade IB, la tumeur fait plus d'un millimètre, mais moins de 2 mm d'épaisseur et ne présente pas d'ulcérations.

Le traitement de stade I comprend une seconde intervention chirurgicale pour enlever une plus grande surface de peau autour du site de la biopsie (une excision locale large). Dans certains cas, la biopsie d'un ganglion lymphatique sentinelle pourrait être recommandée, particulièrement si la tumeur fait plus d'un millimètre d'épaisseur. Il est recommandé de se faire suivre par un dermatologue au moins une fois par an pour le reste de sa vie et d'autoévaluer sa peau régulièrement chaque mois.

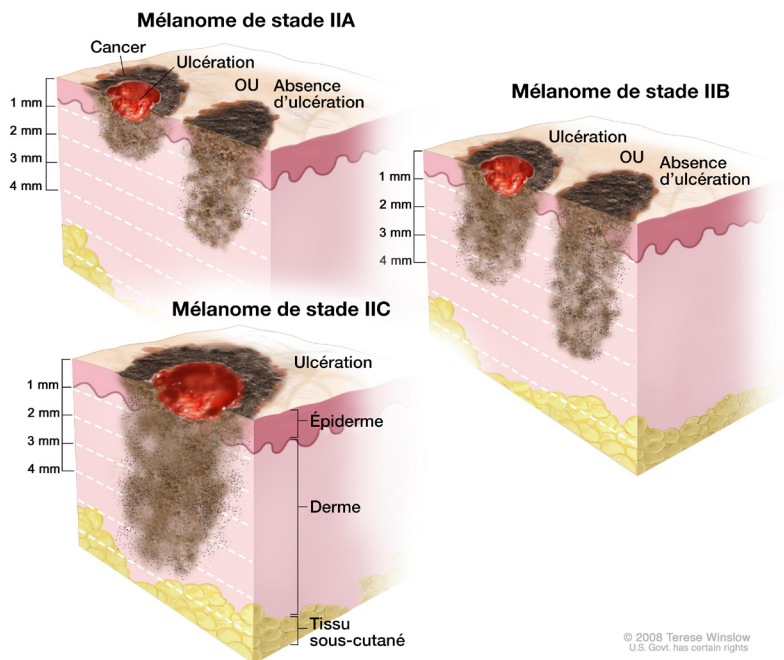


© 2008 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Stade II

Au stade II, le cancer ne s'est pas propagé à des ganglions lymphatiques avoisinants ou à des zones plus distantes du corps. Le stade II est composé des niveaux IIA, IIB et IIC.

- **Stade IIA** : au stade IIA, la tumeur fait soit :
 - plus d'un millimètre, mais pas plus de 2 mm d'épaisseur et présente une ulcération ; ou
 - plus de 2 mm, mais pas plus de 4 mm d'épaisseur, sans ulcération.
- **Stade IIB** : au stade IIB, la tumeur fait soit :
 - plus de 2 mm, mais pas plus de 4 mm d'épaisseur et avec ulcération ; ou
 - plus de 4 mm d'épaisseur, sans ulcération.
- **Stade IIC** : au stade IIC, la tumeur fait plus de 4 mm d'épaisseur, avec ulcération.



© 2008 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Le traitement de stade II comprend une seconde intervention chirurgicale pour enlever une plus grande surface de peau autour du site de la biopsie (excision locale large). Au stade IIA, le risque de récurrence, d'un retour du mélanome ou d'une propagation à une autre partie du corps est modéré. Certaines personnes ayant de plus grandes tumeurs (stade IIB ou IIC) ont un risque plus élevé de récurrence et peuvent bénéficier de traitements supplémentaires. Pour ces patients, une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelle est recommandée.

Stade III

Au stade III, le mélanome s'est propagé aux vaisseaux lymphatiques ou aux ganglions lymphatiques avoisinants. La tumeur peut faire n'importe quelle épaisseur et peut présenter une ulcération ou pas. Le stade III est divisé en quatre niveaux : - A, B, C et D.

Stade IIIA : Le mélanome primaire ne fait pas plus de 2 mm d'épaisseur. Il pourrait être ulcéré ou pas. Les examens pathologiques n'ont pas décelé de propagation allant au-delà de trois ganglions lymphatiques (les ganglions palpables ne sont ici pas en question). Le mélanome ne s'est pas propagé à des zones du corps plus distantes.

Stade IIIB : Le site primaire n'a pas pu être découvert et celui-ci ne s'est propagé qu'à un seul ganglion lymphatique ou il s'est propagé à des zones très limitées de la peau environnante (métastases satellites) ou aux vaisseaux lymphatiques sans pour autant se propager à des endroits plus distants du corps, **OU**

Le mélanome primaire ne fait pas plus de 4 mm d'épaisseur et pourrait être ulcéré ou non. Il s'est propagé à trois ganglions lymphatiques au maximum ou à des zones très limitées de la peau environnante (tumeurs satellites) ou aux canaux lymphatiques. Il ne s'est pas propagé à des endroits plus distants du corps.

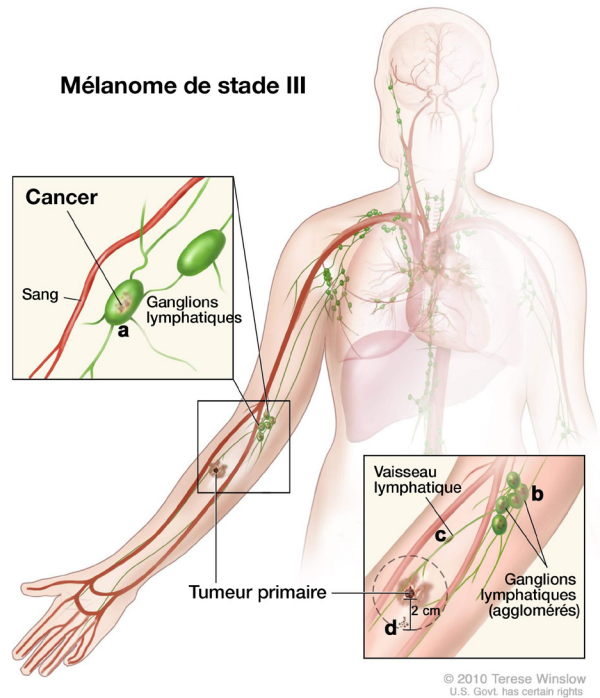
Stade IIIC : Le site primaire du mélanome n'a pas pu être découvert **ET** le mélanome s'est propagé à au moins quatre ganglions lymphatiques **OU** à plus de deux ganglions lymphatiques et à des zones très limitées de la peau environnante (métastases satellites) ou des vaisseaux lymphatiques, sans pour autant se propager à des endroits du corps plus distants, **OU**

Le mélanome primaire ne fait pas plus de 4 mm d'épaisseur et pourrait être ulcéré ou non. Il s'est propagé à un ganglion lymphatique ou plus ou à des zones très limitées de la peau environnante (tumeurs satellites) ou aux canaux lymphatiques ou à des ganglions lymphatiques amassés. Il ne s'est pas propagé à des zones plus distantes du corps plus distant, **OU**

Le mélanome fait entre 2,1 mm et 4 mm d'épaisseur et pourrait être ulcéré ou non **ET** s'est propagé à un ganglion lymphatique ou plus ou à des zones très limitées de la peau environnante (tumeurs satellites) ou aux canaux lymphatiques ou à un des ganglions lymphatiques amassés. Il ne s'est pas propagé à des zones plus distantes du corps, **OU**

Le mélanome fait plus de 4 mm d'épaisseur, est ulcéré et ne s'est pas propagé à plus de trois ganglions lymphatiques ou à des zones très limitées de la peau environnante (tumeurs satellites) ou aux canaux lymphatiques. Il ne s'est pas propagé à des endroits plus distants du corps.

Stade IIID : Le mélanome primaire fait plus de 4 mm d'épaisseur, est ulcéré **ET** s'est propagé à quatre ganglions lymphatiques ou plus **OU** s'est propagé à des zones très limitées de la peau environnante (tumeurs satellites) ou aux canaux lymphatiques. Il ne s'est pas propagé à des endroits plus distants du corps.



Le traitement d'un mélanome de stade III pourrait comprendre une seconde intervention chirurgicale pour enlever une plus grande surface de peau autour du site de la biopsie. Une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles est recommandée afin d'effectuer un contrôle locorégional et de découvrir les patients qui pourraient bénéficier d'une thérapie adjuvante, de radiothérapie et/ou d'une participation à des essais cliniques adjuvants. Une thérapie adjuvante et une chirurgie pourraient être recommandées après la biopsie (ces options sont discutées dans la partie traitement ci-dessous).

Stade IV

On dispose de moins d'informations sur le mélanome de stade IV. Au stade IV, le cancer pourrait être de toute épaisseur et pourrait être ulcéré ou non. Il pourrait s'être propagé aux ganglions lymphatiques environnants ou pas, mais il s'est propagé à d'autres endroits distants du corps, comme les poumons, le foie, le cerveau, les os, les tissus mous ou le tube digestif. Le cancer s'est peut-être propagé sur la peau à des endroits distants de son point d'origine.

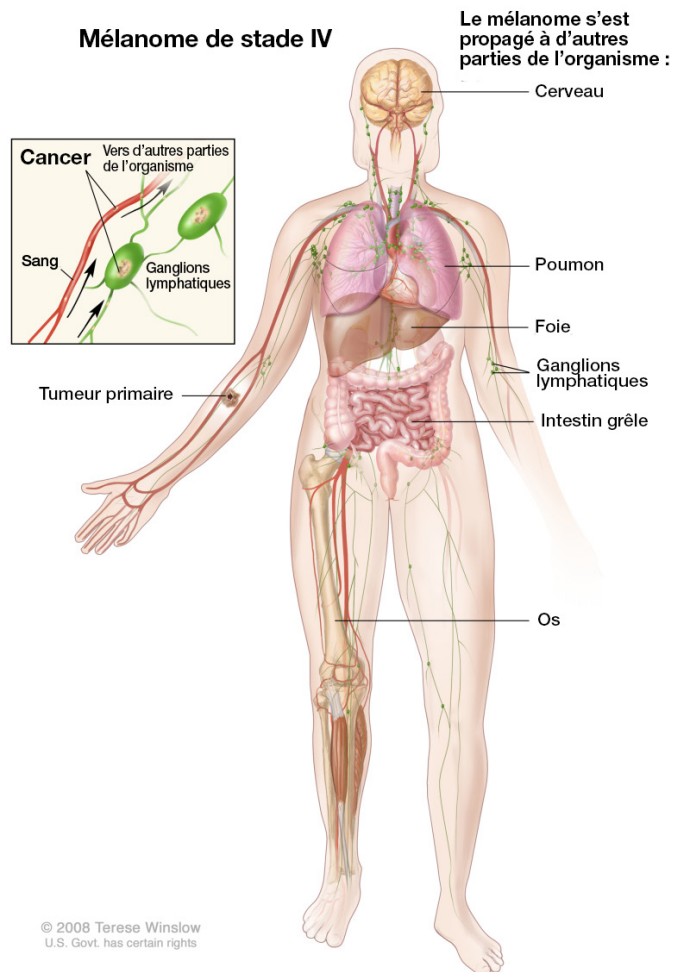
Le traitement du mélanome de stade IV implique une discussion avec votre oncologue concernant les traitements disponibles et la possibilité de participer à des essais cliniques.

Maladie persistante ou récidivante

Le mélanome peut réapparaître après le traitement.

- **Un mélanome persistant** est une tumeur qui n'a pas été complètement éliminée par le traitement. Il se trouve dans la cicatrice opératoire. Le mélanome persistant n'a pas pénétré sous l'épiderme.
- **Un mélanome récidivant** peut être de plusieurs types. Une récurrence locale est la réapparition du mélanome au voisinage d'un mélanome précédemment retiré ou en route vers la région du bassin de ganglions lymphatiques (métastase en transit).
- **Une récurrence régionale** est un mélanome qui s'est propagé aux ganglions lymphatiques près du premier mélanome.
- **Une récurrence à distance** est une propagation au-delà des ganglions lymphatiques régionaux.

L'investigation d'un mélanome persistant et récidivant commence par une biopsie. Les tests supplémentaires effectués après cette première étape dépendent du stade de la maladie, comme cela a été décrit précédemment. Le stade de la récurrence détermine également le type de traitement donné et le calendrier de suivi. En cas de récurrence, une participation à un essai clinique pourrait être offerte.



TRAITER LE MÉLANOME

Les principaux facteurs qui influent sur le choix de traitement sont la profondeur de la tumeur, la présence d'ulcération et l'implication des ganglions lymphatiques. Les mélanomes plus profonds sont plus susceptibles de s'être propagés. Ils sont également plus susceptibles de causer des **récidives**, c'est-à-dire de réapparaître après le traitement. Il est peu probable que les mélanomes de moins de 1 mm d'épaisseur se propagent.

Le traitement du mélanome peut comprendre les interventions suivantes :

- Une **chirurgie**, une excision chirurgicale spécifique pour retirer ou exciser un mélanome de la peau.
- Une **immunothérapie**, traitement qui stimule le système immunitaire pour lutter contre la maladie.
- Une **thérapie ciblée**, traitement pour les personnes dont le mélanome possède des modifications génétiques particulières.
- Une **chimiothérapie**, traitement qui utilise un faisceau à haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses.
- Une **radiothérapie**, ou traitement qui utilise un faisceau à haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses.

Le traitement du cancer fait intervenir toute une équipe de professionnels de la santé. Votre équipe de soins peut inclure les personnes suivantes :

- Un dermatologue.
- Un chirurgien ou un chirurgien-oncologue.
- Un **radio-oncologue**, médecin qui utilise les radiations pour traiter le cancer.
- Un **oncologue médical**, médecin qui utilise des médicaments pour tuer les cellules cancéreuses qui se sont propagées à partir du mélanome primaire.

Voici quelques questions que vous pourriez poser à votre médecin au sujet du traitement du mélanome :

- Quels sont les résultats de mon test BRAF?
- Quel est le stade de mon mélanome?
- Quels sont les traitements recommandés à ce stade?
- Est-ce que mon âge, ma santé et d'autres conditions médicales affectent mes options de traitement?
- Quels sont les risques et les avantages de chaque traitement du mélanome?
- 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?
- Que dois-je faire pour me préparer au traitement?
- Quand puis-je commencer le traitement?
- Quelles sont les chances d'être débarrassé du mélanome après le traitement?
- Quels sont les effets secondaires auxquels je dois m'attendre pendant le traitement?
- Quand pourrai-je reprendre mes activités normales?
- Quelle est la probabilité que mon cancer réapparaisse ou se propage?
- Que dois-je faire une fois le traitement terminé?

Options de traitement

Traitement adjuvant

Un mélanome précoce qui ne s'est pas propagé au-delà de la peau ou des ganglions lymphatiques avoisinants est généralement traité par le biais d'une chirurgie (reportez-vous aux pages 16 à 18 ayant trait à la chirurgie). Un **traitement adjuvant** est un traitement contre le cancer supplémentaire qui est prescrit après le premier traitement (chirurgie) pour diminuer les risques de récurrence. Les patients atteints d'un cancer de stade IIB, IIC ou III dont la tumeur a été totalement réséquée et ne présentant plus de traces de la maladie pourraient malgré tout courir des risques élevés de récurrence du mélanome.

D'habitude, un traitement adjuvant ou des essais cliniques sont proposés aux patients atteints d'un mélanome de stade IIB, IIC ou III une fois leur mélanome entièrement réséqué chirurgicalement. Veuillez discuter avec votre équipe médicale pour être informé des traitements et des essais cliniques actuels disponibles pour les patients atteints d'un mélanome de stade III ou consulter le site Web de Mélanome Canada.

Depuis janvier 2020, l'association de deux agents à effets ciblés, le dabrafénib et le tramétinib, a été homologuée par Santé Canada comme traitement adjuvant pour les patients atteints d'un cancer de stade III. De même, les immunothérapies par le pembrolizumab et le nivolumab ont été homologuées par Santé Canada comme traitements adjuvants. Veuillez consulter notre site Web, votre équipe d'oncologie ou votre assurance privée (le cas échéant) pour connaître le statut de la couverture dans votre province.

Thérapie localisée

Les patients atteints d'un mélanome non résecable en transit pourraient bénéficier d'un traitement qui est injecté directement dans les tumeurs. Pour les patients atteints d'une maladie de petit volume, la thérapie médicamenteuse aldesleukin (ou IL-2, interleukin 2, ou Proleukin), injectée localement, peut aider à stimuler le système immunitaire afin que celui-ci attaque les tumeurs. Ce traitement consiste en une série d'injections effectuées toutes les 2 semaines dans des centres d'oncologie, durant, généralement, un maximum de huit séances.

Occasionnellement, d'autres thérapies comme une infusion ou une perfusion de membre isolé sont utilisées pour les patients dont la maladie présente un plus grand volume de tumeurs. Ces techniques impliquent l'administration et le recyclage de chimiothérapie dans le membre affecté. Ce traitement est effectué dans un bloc opératoire, sous anesthésie générale et, après la procédure, le patient reste généralement à l'hôpital pendant quelques jours.

La thérapie systémique

Mélanome de stade IIIC à IV, non résecable

Un mélanome qui s'est propagé à d'autres parties du corps et qui n'est pas opérable peut être traité avec une thérapie systémique. Les thérapies systémiques, qui peuvent être administrées par voie orale, à l'aide de comprimés, ou en intraveineuse, soignent la totalité du corps dans le but de tuer toutes les cellules de mélanome présentes. La thérapie systémique est un type de soin qui traite tout le corps et peut être administré avec des comprimés ou en intraveineuse. Quelquefois, particulièrement si le mélanome s'est propagé au cerveau, une radiothérapie pourrait être recommandée.

Il existe deux principaux types de thérapies systémiques : la **thérapie biologique (notamment les immunothérapies, les thérapies ciblées et les cytokines)** et la **chimiothérapie**. La thérapie systémique pourrait être utilisée lorsque le mélanome s'est propagé au-delà de la peau. Un seul type de traitement ou une combinaison de traitements peuvent être proposés. Les traitements combinés sont complexes et généralement administrés dans des centres spécialisés. Un second traitement systémique (**traitement de deuxième intention**) peut être donné si le premier est inefficace ou a cessé de fonctionner.

Les thérapies biologiques

Immunothérapie

Les traitements d'immunothérapie sont de nouveaux types de médicaments qui ont été développés pour stimuler le système immunitaire de la personne qui les prend de façon à ce que ce dernier reconnaisse et détruise les cellules cancéreuses. Plusieurs inhibiteurs de point de contrôle immunitaire sont maintenant disponibles. Ceux-ci semblent libérer le système immunitaire lui permettant ainsi d'engager une attaque plus puissante et efficace contre les cellules cancéreuses. Ces médicaments ciblent certaines des protéines des cellules qui agissent comme des freins ou des points de contrôle. En libérant ces freins immuns, les médicaments provoquent une attaque immune plus brutale et puissante contre le cancer.

Depuis 2012, une variété d'immunothérapies a été approuvée au Canada pour le traitement du mélanome avancé non résecable ou métastatique (stades III C - IV), notamment le pembrolizumab (Keytruda), nivolumab (Opdivo) et l'ipilimumab (Yervoy).

Les effets secondaires de ces médicaments peuvent inclure la fatigue, la toux, les démangeaisons, les éruptions cutanées, la perte d'appétit, la constipation, les douleurs aux articulations et la diarrhée. D'autres effets secondaires plus sérieux pourraient se produire, mais ceux-ci sont moins fréquents. Comme ces médicaments fonctionnent en libérant le système immunitaire de ses freins, il arrive donc parfois que celui-ci se mette à attaquer d'autres parties du corps. Des problèmes graves, voire potentiellement mortels, peuvent avoir lieu lorsque le système immunitaire s'en prend aux poumons, aux intestins, au foie, aux glandes responsables de la fabrication des hormones, aux reins ou à d'autres organes.

Il est ainsi très important de signaler rapidement tout nouvel effet secondaire à votre équipe de soins. Si de sérieux effets secondaires se font sentir, vous pourriez devoir cesser le traitement et avoir à prendre des doses élevées de corticostéroïdes pour inhiber votre système immunitaire.

Médicaments d'immunothérapie actuels :

Ipilimumab (Yervoy) : il s'agit d'une immunothérapie qui aide le système immunitaire à reconnaître et à détruire les cellules de mélanome. Elle bloque le CTLA-4, une protéine des cellules T qui normalement les contrôlent. L'ipilimumab est administré par voie intraveineuse. Quatre traitements sont à administrer à raison d'un traitement toutes les trois semaines. L'ipilimumab peut rallonger la vie des personnes atteintes d'une maladie avancée et d'un mélanome qui ne peut pas être éliminé par le biais d'une chirurgie ou qui s'est propagé à d'autres parties du corps (stade III - IV). L'ipilimumab est parfois prescrit en combinaison avec le nivolumab, combinaison grâce à laquelle les patients survivent plus longtemps sans que le cancer ne progresse et qui permet d'obtenir des taux de réponses objectives plus élevés qu'avec l'ipilimumab seul.

Pembrolizumab (Keytruda) : ce médicament est un inhibiteur de point de contrôle immunitaire qui cible le PD-1, une protéine des cellules du système immunitaire (nommées cellules T), qui normalement empêche ces mêmes cellules d'attaquer d'autres cellules du corps. Keytruda peut être utilisé pour traiter les mélanomes qui ne peuvent pas être réséqués par chirurgie ou qui se sont propagés à d'autres parties du corps. En bloquant le PD-1, ce médicament stimule la réponse immunitaire contre les cellules du mélanome. Ce médicament permet souvent de réduire les tumeurs et permet ainsi aux patients de vivre plus longtemps. Keytruda est habituellement administré toutes les trois à six semaines en intraveineuse (IV).

Nivolumab (Opdivo) : il s'agit d'un inhibiteur de point de contrôle immunitaire qui cible le PD-1, une protéine des cellules du système immunitaire (nommées cellules T), qui normalement empêche ces cellules d'attaquer d'autres cellules du corps. En bloquant le PD-1, ce médicament stimule la réponse immunitaire contre les cellules du mélanome. Ce médicament permet souvent de réduire les tumeurs et permet par conséquent aux patients de survivre plus longtemps à la maladie. Ces médicaments sont administrés toutes les deux semaines en intraveineuse (IV). Le nivolumab est parfois prescrit en combinaison avec l'ipilimumab, combinaison grâce à laquelle les patients survivent plus longtemps sans que le cancer ne progresse et qui permet d'obtenir des taux de réponses objectives plus élevés qu'avec l'ipilimumab seul.



Médicaments d'immunothérapie combinée actuellement disponibles :

Nivolumab (Opdivo) + ipilimumab (Yervoy) : Les cellules cancéreuses peuvent exploiter des voies «régulatrices», telles que les voies des points de contrôle, pour se cacher du système immunitaire et protéger la tumeur de l'attaque immunitaire. OPDIVO® et YERVOY® sont des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires qui ciblent des voies de contrôle séparées, distinctes et complémentaires (PD-1 et CTLA-4), ce qui accroît la réponse immunitaire de votre corps. Les médicaments activent les cellules immunitaires – les libérant, en fait – afin qu'elles puissent envahir les tumeurs et attaquer les cellules de mélanome.

Thérapies ciblées

Une thérapie ciblée est un type de médicaments contre le cancer qui cible des cellules de cancer du mélanome. Ce médicament identifie les cellules cancéreuses avec précision et les attaque. Ainsi, il endommage moins des cellules saines ou normales. La thérapie ciblée interfère avec les cellules du cancer et l'empêche donc de se développer. Ce traitement peut tuer une cellule de cancer sans endommager les cellules saines. Cela diffère de la chimiothérapie standard qui agit sur toutes les cellules cancéreuses à divisions rapides, mais également sur toutes les cellules normales.

Comment les thérapies ciblées fonctionnent-elles?

L'objectif de la thérapie ciblée consiste à faire taire les molécules de protéines mutées de façon à ralentir la croissance des cellules de mélanome sans endommager les tissus sains. La thérapie ciblée est un traitement systémique, ce qui signifie que les médicaments circulent dans le système sanguin et atteignent tous les organes du corps.

Test pour le BRAF en cas de mélanome

Environ la moitié des patients atteints de mélanome présentent une mutation génétique particulière de la protéine BRAF, protéines responsables de la croissance du cancer. Une mutation BRAF déclenche un développement anormal des cellules et leur division incontrôlée. Les combinaisons de médicaments de thérapies ciblées (ci-dessous) paralysent l'activité des protéines BRAF mutées et des protéines MEK, protéines qui jouent également un rôle dans la progression du cancer. Le résultat pourrait être le ralentissement ou l'arrêt de la croissance du mélanome et par conséquent, l'interruption de sa propagation. La combinaison des inhibiteurs de BRAF et MEK réduit, voire élimine les tumeurs pour une période plus longue que lorsqu'ils sont utilisés seuls.

Si vous êtes atteints d'un mélanome avancé non résecable ou métastatique, une biopsie de votre tumeur sera certainement réalisée pour vérifier si les cellules de votre cancer présentent une mutation BRAF. Il est peu probable que les médicaments qui ciblent les protéines BRAF (ou les protéines MEK) fonctionnent auprès des patients dont le mélanome présente un gène BRAF normal.

Les combinaisons de thérapies ciblées suivantes sont utilisées au Canada :

Vemurafenib (Zelboraf) plus cobimetinib (Cotellic) : il s'agit d'un traitement de première intention destiné aux patients atteints d'un mélanome - avec une mutation BRAF V600 positive - métastatique ou non résecable de stade IIIC ou IV. Le vemurafenib cible les protéines BRAF mutées et le cobimetinib agit contre les protéines MEK. Le traitement est administré par voie orale et des comprimés sont à prendre quotidiennement. Les effets secondaires peuvent inclure des éruptions cutanées, de la nausée, de la diarrhée, des gonflements, de la fatigue et une sensibilité extrême à la lumière du soleil (rayons UV). Des effets secondaires rares, mais graves, pourraient inclure des dommages au cœur, des saignements excessifs, une perte de vision, des problèmes pulmonaires et des infections de la peau. Certains effets secondaires (comme le développement d'autres cancers de la peau) sont, en fait, moins communs avec un traitement combiné.

Dabrafenib (Tafinlar) plus trametinib (Mekinist) : Il s'agit d'un traitement de première intention destiné aux patients atteints d'un mélanome - avec une mutation BRAF V600 positive - métastatique ou non résecable de stade IIIC ou IV. Le dabrafenib agit comme inhibiteur de la protéine BRAF et ralentit ou interrompt la croissance des cellules cancéreuses pendant que le trametinib agit contre la protéine MEK. Le traitement est administré par voie orale et des comprimés sont à prendre quotidiennement. Les effets secondaires peuvent inclure des éruptions cutanées, de la nausée, de la fièvre, des maux de tête, de l'anémie, des troubles de la vision, de la diarrhée, des gonflements et de la fatigue. Des effets secondaires rares, mais graves pourraient inclure des dommages au cœur, des saignements excessifs, une perte de vision, des problèmes pulmonaires et des infections de la peau.

Braftovi (Encorafénib) plus mektovi (Binimétinib) : BRAFTOVI est un inhibiteur oral de petite molécule de la kinase BRAF et MEKTOVI est un inhibiteur oral de petite molécule de la MEK qui cible les enzymes clés de la voie de signalisation MAPK (RAS-RAF-MEK-ERK). Il a été démontré que l'activation inappropriée des protéines de cette voie se produit dans le mélanome. Au Canada, BRAFTOVI et MEKTOVI sont approuvés pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec une mutation BRAF V600, telle que détectée par un test validé.

Voici quelques questions que vous pourriez poser à votre médecin au sujet de l'immunothérapie ou des thérapies ciblées.

Ces thérapies ne fonctionnent pas toutes pour tous les patients atteints de mélanome. En effet, nous sommes tous différents et avons une constitution génétique différente. Voici quelques questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin :

- Est-ce qu'une immunothérapie ou une thérapie ciblée pourrait me convenir? Quelles sont les alternatives possibles?
- Avez-vous déjà recouru à des thérapies ciblées ou des immunothérapies?
- Existe-t-il un traitement combiné qui pourrait me convenir?
- Quelle a été l'efficacité du traitement que vous me recommandez sur des patients comme moi?
- Quels sont les effets secondaires de ce traitement?
- Les médicaments seront-ils administrés oralement ou en intraveineuse? Devrais-je me rendre à l'hôpital pour le traitement et si oui, à quelle fréquence?
- Existe-t-il des essais cliniques relatifs à l'un de ces traitements qui pourraient me concerner?
- Quelles autres thérapies pour le traitement du mélanome avancé sont approuvées par Santé Canada?
- Quels sont les risques et les avantages des traitements à ma disposition?
- Quel est l'objectif de mon traitement?
- Combien de temps devrais-je suivre ce traitement?
- Ce traitement est-il couvert par le gouvernement provincial ou par une assurance privée? Si tel n'est pas le cas, peut-on se le procurer et existe-t-il des programmes d'assistance pour compenser le coût du traitement?
- Existe-t-il des essais cliniques auxquels je pourrais participer qui étudient des thérapies donnant de meilleurs résultats que les traitements actuellement disponibles?
- Quelles conséquences ces traitements auront-ils sur ma fertilité?

Chimiothérapie

La **chimiothérapie** n'est pas très efficace pour traiter le mélanome et a en grande partie été remplacée par les immunothérapies et les thérapies ciblées. La chimiothérapie utilise des médicaments puissants pour tuer les cellules cancéreuses. Il peut s'agir d'un médicament seul, d'un **régime médicamenteux** ou d'une combinaison de médicaments. Ces médicaments peuvent être administrés sous forme de comprimés, en injection ou en perfusion intraveineuse. La chimiothérapie est généralement administrée par cycles dont la durée peut varier entre deux et quatre semaines. Les médicaments chimiothérapeutiques comprennent le carboplatine, le paclitaxel et la dacarbazine.

Effets secondaires de la chimiothérapie

Les effets secondaires de la chimiothérapie dépendent du médicament utilisé. La chimiothérapie détruit les cellules à division rapide comme les cellules cancéreuses. Elle endommage également les cellules normales qui se divisent rapidement. Les cellules cancéreuses ne peuvent pas se remettre de la chimiothérapie, mais les cellules normales peuvent réparer les dégâts. La chimiothérapie peut provoquer bon nombre d'effets secondaires, dont des ulcères buccaux, la perte des cheveux, de la fatigue, de la nausée, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. Les effets secondaires cessent généralement une fois la chimiothérapie terminée.

La radiothérapie

La **radiothérapie** utilise un faisceau 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, on dirige des faisceaux de rayonnement à partir de plusieurs angles différents sur la tumeur. Cela permet d'envoyer plus de rayonnement sur la tumeur que sur les cellules saines autour d'elle. Une radiothérapie postopératoire pourrait être considérée dans les situations suivantes :

- Le mélanome s'est propagé au-delà des ganglions lymphatiques ou les ganglions lymphatiques sont considérablement élargis.
- Des traces de la maladie demeurent une fois la chirurgie terminée ou il n'est pas possible de contrôler la maladie localement grâce à la chirurgie.
- Les ganglions lymphatiques sont fortement touchés par le mélanome et il est peu probable que la chirurgie puisse enlever toutes les cellules cancéreuses.
- Il est nécessaire de gérer et de maîtriser la douleur pour les soins palliatifs.

Dans certains cas, la radiothérapie pourrait être utilisée en phase préopératoire afin de réduire la taille de la tumeur et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats chirurgicaux.

La radiothérapie et les métastases au cerveau

Le mélanome a tendance à se métastaser au cerveau. Chez les patients dont le nombre de métastases au cerveau est limité, les options de traitement comprennent la résection chirurgicale et/ou la radiothérapie. La radiothérapie peut être administrée de différentes manières. Elle peut se concentrer uniquement sur les métastases et est, dans ce cas, appelée une radiochirurgie stéréotaxique (RS) ou peut être appliquée à tout le cerveau (radiothérapie du cerveau entier - RTCE). La RS peut réduire les risques d'effets secondaires neurocognitifs (p. ex. la perte de mémoire), plus fréquents avec la RTCE. Cependant, la RTCE s'attaque également aux cellules de mélanome microscopiques qui pourraient ne pas être visibles par imagerie médicale et peut par conséquent réduire les risques de nouvelles métastases au cerveau. Le traitement recommandé dépend d'une multitude de facteurs, notamment l'espérance de vie du patient, le nombre de métastases au cerveau, leur taille, ainsi que le volume de la maladie à l'extérieur du cerveau.

Les effets secondaires de la radiothérapie

La radiothérapie est indolore. Par contre, elle peut avoir d'autres effets secondaires. Ces derniers dépendent de la quantité de radiation que vous recevez et de la partie du corps traitée. La peau traitée par radiothérapie peut sembler brûlée comme par un coup de soleil, devenir rouge, sèche et endolorie, et démanger. Une perte de cheveux peut se produire dans la zone traitée. Du tissu cicatriciel pourrait également se former au niveau de la zone traitée et une perte de sensation à ce même endroit pourrait être observée. Les changements au niveau de la peau disparaissent habituellement dans les six à douze mois. La radiothérapie s'accompagne souvent de fatigue. En règle générale, le niveau d'énergie revient à la normale après le traitement. Dans de rares cas, la radiothérapie peut entraîner l'apparition d'une nouvelle tumeur. Votre équipe de soins peut vous aider à gérer les effets secondaires de la radiothérapie.

Voici des questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin au sujet de la radiothérapie :

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

Essais cliniques

Les essais cliniques sont des études réalisées sur de nouveaux traitements afin de déterminer si ceux-ci sont sûrs et efficaces. Généralement, les essais cliniques comparent de nouveaux traitements avec des thérapies actuelles. Ils pourraient évaluer de nouveaux médicaments et de nouvelles combinaisons de traitements. Cela pourrait inclure des combinaisons de médicaments, de radiation, de thérapie biologique, de chimiothérapie et de thérapie ciblée.

La participation à un essai clinique est souvent offerte aux personnes ayant un mélanome de stade II, III ou IV à haut risque. Les personnes atteintes de mélanome persistant ou récidivant peuvent également avoir l'occasion de participer à un essai clinique. Il pourrait y avoir des essais cliniques sur le mélanome en cours dans votre région. Parlez à votre médecin si vous souhaitez participer à un essai clinique. Pour obtenir des informations complémentaires sur les différentes phases d'essais cliniques et sur les multiples points à considérer, veuillez vous rendre sur notre site Web à melanomecanada.ca. Vous trouverez d'autres informations au sujet d'essais cliniques importants sur le site melanomecanada.ca.



Voici des questions sur les essais cliniques que vous pourriez vouloir poser à votre médecin :

- Y a-t-il des essais cliniques auxquels je pourrais participer?
- Quel est le but de l'étude?
- Quels sont les tests et les traitements qui font partie de l'étude?
- Que fait le traitement?
- Est-ce que le traitement à l'étude a déjà été testé? Pour quels types de cancer?
- Vais-je savoir quel traitement je vais recevoir?
- Que risque-t-il de m'arriver avec ou sans ce nouveau traitement?
- Quelles sont mes autres options? Quels sont leurs avantages et leurs risques?
- Qu'est-ce que la participation à l'étude signifie pour ma vie quotidienne?
- Dois-je m'attendre à des effets secondaires lors de l'étude? Peuvent-ils être prévenus ou traités?
- Est-ce que l'étude implique un séjour à l'hôpital? Si oui, à quelle fréquence et pendant combien de temps?
- Est-ce que prendre part à l'étude augmente mes chances de guérison?
- Est-ce que l'étude comprend des soins de suivi?
- Dans quelle phase se trouve cet essai clinique? (phase 0-III)

Traitements palliatifs non curatifs

Lorsque les traitements disponibles se révèlent inefficaces pour contrôler ou éliminer le cancer, des traitements palliatifs non curatifs sont prescrits. Vous pouvez y accéder par l'intermédiaire de votre centre de traitement qui vous dira également comment obtenir du soutien. Des traitements palliatifs non curatifs, sans intention de soigner, sont prescrits lorsqu'aucune guérison ne peut être espérée. Ces traitements ont pour fins de soulager les symptômes et réduire la souffrance causée par le cancer ou toute autre maladie terminale.

Pour les patients atteints de mélanome, cela pourrait inclure toutes les interventions et tous les traitements discutés précédemment, ainsi que des traitements de gestion de la douleur. La médecine palliative offre des traitements médicaux axés sur les symptômes, mais n'ayant pas pour objectif de soigner une maladie.

Les professionnels de la santé spécialisés en soins palliatifs se concentrent sur les symptômes et font tout leur possible pour soulager la douleur ainsi que la tension physique et mentale associée à un diagnostic terminal. Leur rôle est d'aider les patients et leurs familles qui pourront discuter avec eux de leurs inquiétudes, leurs attentes, leurs besoins, leurs espérances et leurs peurs.

Grâce à une gestion efficace des symptômes avec les soins palliatifs, beaucoup de personnes voient une amélioration de leur qualité de vie ainsi qu'une diminution de leur anxiété.

Seconde opinion

Dans certaines circonstances, obtenir l'avis d'un autre médecin au sujet de votre diagnostic et du traitement proposé peut être une bonne idée. Le deuxième médecin peut être d'accord avec le plan de traitement proposé ou il pourrait suggérer une approche différente. Dans les deux cas, vous en aurez appris plus et vous serez également plus sûr de connaître les options de traitement. Vous serez alors en mesure de prendre la meilleure décision. Voir un deuxième médecin peut demander quelques semaines. Le délai possible n'affecte généralement pas le résultat du traitement. Vous pourriez vouloir demander à votre médecin si votre traitement doit commencer immédiatement.

Plan de traitement

Un **plan de traitement** est un outil utile qui vous permettra de comprendre votre traitement et vous aidera à maîtriser un peu mieux la situation. Élaborer un plan de traitement peut réduire un peu l'anxiété associée au fait de se trouver confronté à tant d'inconnu après un 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 de l'information sur le mélanome, le traitement prévu et les effets secondaires possibles. Votre plan peut également inclure des renseignements ayant trait à des préoccupations ou des difficultés d'ordre physique et émotionnel et à vos objectifs de traitement ou à des mesures de santé générales, comme arrêter de fumer ou limiter la consommation d'alcool. Un plan de traitement est un outil important pour les personnes atteintes de mélanome, mais il l'est davantage pour les personnes atteintes d'une forme avancée de la maladie. 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.

Voici quelques questions que vous pourriez vouloir poser à votre médecin au sujet du traitement du mélanome :

- Quel est le stade de mon mélanome?
- Quels sont les traitements recommandés pour mon stade de mélanome?
- Est-ce que mon âge, ma santé et d'autres conditions médicales affectent mes options de traitement?
- Quels sont les risques et les avantages de chaque traitement du mélanome?
- 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?
- Que dois-je faire pour me préparer au traitement?
- Quand puis-je commencer le traitement?
- Quelles sont mes chances d'être libéré du mélanome après le traitement?
- Quels sont les effets secondaires auxquels je dois m'attendre pendant le traitement?
- Quand pourrai-je reprendre mes activités normales?
- Quelle est la probabilité que mon cancer réapparaisse ou se propage?
- Que dois-je faire après la fin du traitement?
- Existe-t-il des essais cliniques en cours qui pourraient me proposer de meilleures solutions de traitement que celles qui sont disponibles actuellement?



SUIVI

Votre plan de suivi dépend du stade de votre mélanome et des lignes directrices de votre centre provincial de lutte contre le cancer. Vos rendez-vous de suivi permettent à votre médecin de surveiller une possible réapparition du mélanome. Les plans de suivi ci-dessous sont des lignes directrices générales destinées aux personnes dont la maladie a été traitée et ne présentant pour l'instant plus de symptômes. Sachez toutefois que ces lignes directrices proviennent du PSFR d'Action Cancer Ontario et qu'elles pourraient donc varier selon les provinces.

Stade du mélanome Fréquence

Mélanome *In situ*

- Une fois le traitement chirurgical terminé, aucun suivi avec un oncologue n'est nécessaire.
- Un examen de la peau effectué par un dermatologue devrait être réalisé annuellement ou selon le tableau clinique.

Stade I à IIA

- Une fois le traitement chirurgical terminé, aucun suivi avec un oncologue n'est nécessaire.
- Un examen de la peau effectué par un dermatologue devrait être réalisé tous les six mois ou selon le tableau clinique.

Risque élevé stade IIB/C et stage IIIA

- Les patients devraient voir un oncologue tous les six mois pendant les trois premières années puis une fois par an pendant les deux années suivantes (jusqu'à la cinquième année après le traitement). Le cas échéant, les patients pourraient ne plus avoir à consulter leur dermatologue et leur médecin de famille après 5 ans.
- Un suivi avec un dermatologue devrait être réalisé tous les six à douze mois ou selon le tableau clinique.

Stade IIIB à D et stade réséqué IV

- Les patients devraient voir un oncologue tous les trois à six mois pendant les trois premières années puis une fois tous les six mois au cours de la quatrième et de la cinquième année ou selon le tableau clinique.
- Un suivi avec un dermatologue devrait avoir lieu tous les six à douze mois ou selon le tableau clinique.



COMPOSER AVEC VOTRE NOUVEAU DIAGNOSTIC

Recevoir un diagnostic de mélanome peut être éprouvant. Assimiler toutes les informations au sujet de la maladie et prendre des décisions relatives à votre traitement sont généralement les premières tâches majeures auxquelles vous serez confronté. De nombreuses personnes se sentent noyées sous les informations et désorientées par la multitude de termes médicaux auxquels elles se retrouvent confrontées. La quantité de données à retenir peut en effet se révéler très importante et il s'agit d'une courbe d'apprentissage brusque. Heureusement, ce livret a été conçu pour vous aider à comprendre ce qu'est le mélanome et la façon dont cette maladie est traitée.

Il est également important de prendre en compte l'impact émotionnel d'un tel diagnostic. Chaque personne réagit différemment. Vous pourriez entretenir un sentiment d'incrédulité, être sous le choc, bouleversé ou dévasté, vous pourriez également avoir peur, ressentir de la colère ou avoir l'impression que cela ne vous touche pas. Ces émotions sont normales et ce sont des sentiments auxquels tous les nouveaux patients doivent faire face. Vous pourriez avoir la sensation de perdre la tête tant vos émotions sont fortes ou avoir l'impression que votre vie, telle que vous la concevez, touche à sa fin.

S'adapter à votre nouvelle situation et trouver des façons de composer avec un diagnostic de mélanome fait, avec le traitement, partie intégrante du processus de guérison. Vous trouverez ci-dessous des suggestions qui pourraient vous aider à affronter les difficultés qui vous attendent ainsi que certains conseils et outils qui vous permettront de mieux composer avec le diagnostic.

Suggestions utiles

Recevoir un diagnostic de cancer est un peu comme commencer un nouveau travail. Il est difficile de savoir ce à quoi s'attendre. Il s'agit d'une nouvelle fonction et d'une nouvelle culture à laquelle vous devez vous adapter. Le traitement peut être éprouvant et demande du temps et de l'énergie. Vous adapter à ce changement de vie pourrait se révéler être un défi. Le moment est donc peut-être venu de prendre de la distance, de définir vos priorités, de déléguer et d'essayer de vous concentrer au maximum sur vous-même. Souvenez-vous que vous n'êtes pas seul. **Mélanome Canada peut vous aider en vous transmettant des informations, en répondant à vos questions et en vous soutenant.**

Parlez de votre diagnostic avec votre famille. L'une des premières pensées qui viennent à l'esprit de certains lorsqu'ils reçoivent un diagnostic de mélanome est « comment vais-je l'annoncer à ma famille? ». Le cancer affecte réellement toute la famille. Il est compréhensible que vous vouliez protéger ceux que vous aimez et ne pas les inquiéter, mais une communication ouverte est recommandée par bon nombre d'experts en la matière. Parler de votre plan de traitement et des ressources auxquelles vous avez accès et discuter ouvertement de vos préoccupations et de vos espoirs pourrait être les éléments essentiels de la discussion. Bien qu'il s'agisse de moments éprouvants, vous pouvez renforcer encore davantage les liens familiaux qui vous unissent en réfléchissant ensemble à des stratégies qui vous aideront à affronter cette expérience.

Renseignez-vous sur votre maladie et sur les options de traitement. Cela peut vous aider à comprendre les tests que vous subissez et les traitements qui sont recommandés. Si vous désirez en savoir plus au sujet de votre mélanome, demandez à votre médecin de vous fournir plus de précisions et de vous informer du type du mélanome que vous avez, de son stade et de votre pronostic. Demandez à voir des informations actuelles et fiables en ce qui concerne vos options de traitement. Participer à vos soins, savoir ce à quoi vous attendre et connaître vos options pourraient vous donner le sentiment de mieux gérer la situation et vous permettre d'accroître votre confiance dans vos prises de décisions. Certaines personnes préfèrent en savoir moins. Parlez à votre médecin de vos préférences en ce qui concerne la quantité d'informations d'ordre médical que vous désirez recevoir. Quelquefois, la stratégie « ce qu'il me faut savoir maintenant » fonctionne.

Envisagez de rejoindre un groupe de soutien ou d'entrer en communication avec d'autres personnes qui ont également été touchées par un mélanome. Parler à d'autres personnes qui ont vécu une expérience similaire à la vôtre et qui ont été traitées pour un mélanome peut être d'un grand recours. Le cancer s'empare de tout votre être et il atteint également tous ceux que vous aimez. Créer un réseau de soutien est donc important et doit faire partie de la gestion de vos soins. Mélanome Canada offre un programme de soutien par les pairs qui est à votre disposition si vous désirez entrer en communication téléphonique avec un autre patient ou un aidant qui a vécu une expérience similaire à la vôtre. Des groupes de soutien, organisés par Mélanome Canada, pourraient également être proposés dans votre région. Nous vous invitons à nous appeler si vous désirez obtenir des informations complémentaires à ce sujet.

Tenez compte de vos émotions et de la façon dont vous vous adaptez à la situation. De l'aide et du soutien professionnel sont à votre disposition si vous éprouvez des difficultés. Il est normal pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer de s'inquiéter, d'être anxieuses ou démoralisées. Si toutefois ces émotions deviennent excessives et interfèrent avec vos relations ou votre vie en général, il pourrait être utile de consulter un professionnel. Si vous éprouvez des difficultés à vous concentrer, à dormir ou à manger ou que vos activités habituelles semblent ne plus vous intéresser, parlez à votre équipe de soins et demandez-leur de vous donner des informations en ce qui concerne les services de soutien et de consultation psychologiques disponibles. Beaucoup de centres de lutte contre le cancer ont accès à un réseau de travailleurs sociaux, de psychiatres et de psychologues dont les soins sont couverts par l'assurance-maladie de votre province. Accédez au programme de coaching en matière de cancer de Mélanome Canada à l'adresse melanomecanada.ca.

Prenez soin de vous. Pendant votre traitement contre le cancer, faites de votre bien-être une priorité. Dormez bien et assez, suivez un régime riche en fruits et légumes, prenez le temps de faire de légers exercices les jours où vous vous en sentez capable et trouvez également du temps à consacrer à ce que vous aimez, comme la lecture, la méditation ou la musique. Si vous en ressentez le besoin, laissez aux autres le soin de s'occuper de vous pendant quelque temps. Cela ne signifie pas que vous êtes sans défense ou faible. Cela signifie que vous conservez toute votre énergie pour vous rétablir!

Posez des questions. N'ayez pas peur de poser des questions à votre équipe de soins si vous ne comprenez pas quelque chose. Le mélanome peut-être une maladie compliquée et les options de traitement sont complexes. Maintenir une bonne communication avec votre équipe de professionnels de la santé est essentiel. Obtenir des réponses à vos questions peut vous aider à bien comprendre votre diagnostic et votre traitement et par conséquent, à vous fier davantage à vos soins en général. Lisez les questions à poser aux médecins que nous mettons à votre disposition dans ce livret ou sur le site Web de Mélanome Canada. (melanomecanada.ca).

Exprimez vos sentiments. Parlez à un ami ou un membre de votre famille en qui vous avez confiance, tenez un journal ou un blogue ou exprimez-vous par le biais de la musique, de la peinture ou du dessin. Trouvez l'occasion d'exprimer vos sentiments peut être d'un grand soulagement.

Préparez-vous bien à vos rendez-vous chez différents médecins. Apportez une liste de tous les médicaments, de toutes les vitamines ou de tous les suppléments alimentaires que vous prenez et prenez note de tous vos symptômes. Ayez quelqu'un à vos côtés lors de vos visites médicales. Il peut être difficile de se souvenir de toutes les informations qui nous ont été données. La personne qui vous accompagne

pourra vous parler après le rendez-vous et il se pourrait qu'elle se souvienne de quelque chose que vous avez oublié ou n'avez pas retenu. Le temps que vous passez auprès de votre médecin est limité, préparer une liste de questions vous permettra donc d'en profiter au maximum. Classez vos questions de la plus à la moins importante au cas où vous n'auriez pas le temps de toutes les poser.

Organisez-vous. Trouvez un système qui vous convient et qui vous aide à ne pas oublier et à toujours avoir en mémoire, ou sous la main, les résultats de vos examens, les questions posées à votre équipe de soins, vos ordonnances, les effets secondaires, etc. Il existe pour cela des applications efficaces pour téléphones cellulaires ou, si vous préférez, un simple cartable pourrait faire l'affaire.

Demandez et acceptez de l'aide. Tournez-vous vers vos amis et votre famille. Essayer d'assumer toutes les responsabilités et d'accomplir toutes les tâches dont vous vous acquittiez avant votre diagnostic pourrait ne pas être réaliste. Suivre un traitement contre le cancer et s'en remettre demande beaucoup d'efforts et est difficile sur le plan émotionnel. Les amis et la famille sont contents de pouvoir aider. Vous aider peut leur donner le sentiment d'être utiles et de participer, tout en vous rendant service.

Trouvez un moyen de soulager votre tension. Cela pourrait être le moment de vous trouver un passe-temps ou un loisir qui vous permettrait de vous reposer, de vous changer les idées et d'oublier vos soucis pendant quelque temps. Personne ne peut vivre son cancer 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Ce pourrait être aussi un bon moment pour vous initier à de nouveaux outils de soulagement de la tension comme la méditation pleine conscience.

Essayez de garder espoir. Conserver l'espoir pourrait vous permettre d'améliorer votre qualité de vie malgré votre traitement contre le cancer. L'espoir est un concept qui peut changer avec le temps. Nos espoirs peuvent être simples et à court terme ou à long terme. Nous pouvons par exemple espérer passer une bonne journée avec des amis ou espérer être débarrassés du cancer. Cela ne signifie en aucune façon que vous devez être heureux et positif à chaque instant. Il s'agit plutôt d'une question d'équilibre, d'être conscient de vos sentiments et de les accepter.

Soutien pratique. Les questions financières, les préoccupations liées à la couverture de vos soins, à votre rôle de parents et à votre travail pourraient compter parmi les difficultés pratiques auxquelles vous pourriez vous heurter. Demandez à votre équipe de professionnels de la santé comment entrer en communication avec un travailleur social qui pourrait, à son tour, vous aider à vous y retrouver parmi toutes les ressources potentielles. Les travailleurs sociaux peuvent garantir que vous êtes au courant de toutes les ressources à votre disposition et peuvent s'assurer que vous avez accès à tout le soutien auquel vous avez droit.

Affronter l'incertitude. Un diagnostic de mélanome peut être une période remplie d'incertitude et d'inconnu. Essayer de contrôler des éléments qui, en grande majorité, échappent à notre contrôle (p. ex. être victime d'une infection après la chirurgie), ou se fixer des attentes relatives à la façon dont les choses se dérouleront peut être frustrant, voire épuisant. Garder un esprit ouvert et se donner la permission de ne pas tout savoir et de ne pas toujours avoir une réponse immédiate à tout peut être utile. Au début, cela pourrait se révéler très difficile et gênant, mais retrouver une certaine paix intérieure malgré l'incertitude est possible.

Médecines complémentaires et alternatives

Les médecines complémentaires et alternatives (MCA) comprennent des traitements à base de vitamines ou d'extraits de plantes, des suppléments nutritionnels et des techniques de réduction du stress. **La plupart des MCA n'ont pas été étudiées comme traitement du cancer.** Il est important de mentionner à votre équipe de soins les MCA que vous prenez. Certaines MCA peuvent interagir avec les traitements contre le cancer. Les thérapies complémentaires qui ont été étudiées sont l'acupuncture, qui peut soulager la douleur dans certaines conditions, le yoga et la méditation, qui peut être efficace pour la relaxation. Ces thérapies peuvent vous aider à vous sentir mieux. Votre équipe de soins peut vous conseiller au sujet des thérapies complémentaires qui pourraient vous aider.

PRÉVENIR LE MÉLANOME ET LES CANCERS DE LA PEAU

Prendre ses précautions face au soleil

Les personnes atteintes de mélanome ont un risque accru d'avoir un autre mélanome. Il est très important de prendre des mesures pour tenter de prévenir l'apparition d'un autre mélanome ou d'autres types de cancer de la peau. Rappelez-vous qu'environ 85 % des mélanomes sont causés par les rayons UV. Il est également important de savoir que les rayons UV peuvent traverser les fenêtres, les parebrises et les vêtements légers. Les nuages ne protègent pas contre l'exposition aux UV. Suivez ces mesures préventives importantes :

- Mettez un écran solaire à large spectre avec un facteur de protection solaire (FPS) d'au moins 30 (FPS 50 ou plus serait même mieux), environ 30 minutes avant de sortir. Réappliquer toutes les deux heures ou plus fréquemment si vous transpirez ou si vous nagez. Portez un écran solaire toute l'année. N'utilisez pas un écran solaire pour rester au soleil plus longtemps.
- Limitez votre temps au soleil.
- N'utilisez pas les lampes solaires ni les lits de bronzage. Le risque de mélanome augmente après une seule utilisation d'un lit de bronzage.
- Évitez le bronzage.
- Évitez les activités de plein air quand le soleil est au plus fort, soit entre 11 h et 15 h. Si vous êtes à l'extérieur à ces heures là, mettez-vous à l'ombre dès que vous le pouvez.
- 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 tissés serrés qui couvrent vos bras et vos jambes ou choisissez des vêtements de protection solaire dont le facteur de protection contre les ultraviolets (FP UV) est de 50 ou plus.
- Portez un chapeau à large bord (pas une casquette) qui protège votre visage, votre cou et vos oreilles.
- Portez des lunettes de soleil avec protection UV pour protéger vos yeux et la peau qui les entoure.



Examen de votre peau

Examinez votre peau en entier une fois par mois. Un bon moment pour le faire est après avoir pris une douche ou un bain. Examiner votre peau ne prend que 10 ou 15 minutes. Assurez-vous que la pièce est assez éclairée et qu'elle possède un miroir pleine longueur. Utilisez aussi un miroir à main. Répertoriez vos grains de beauté, vos taches de naissance et les marques sur votre peau et mémorisez leur apparence et leur texture. Vérifiez s'il y a des changements. Les gens qui vérifient leur peau régulièrement découvrent 53 % des mélanomes et les membres de la famille découvrent 17 % des mélanomes. Trouver un mélanome à un stade précoce peut conduire à un taux de guérison de 90 %. Des recherches ont montré qu'un examen régulier de votre peau permet de trouver les mélanomes à un stade précoce et de diminuer le risque de mortalité de 63 %.³

- Regardez 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.
- Examinez l'avant et l'arrière de votre corps.
- Levez les bras et examinez les deux côtés de votre corps.
- Pliez les coudes et examinez vos deux bras et vos mains, y compris les paumes et les ongles.
- Examinez le devant, l'arrière et les côtés de vos jambes.
- Examinez votre région génitale et entre vos fesses.
- Asseyez-vous et examinez vos pieds, y compris vos ongles, la plante des pieds et la peau entre vos orteils.

Recherchez ce qui suit :

- Un nouveau grain de beauté qui semble différent (le vilain petit canard)
- Une nouvelle bosse ferme de couleur chair
- Un changement d'un grain de beauté (rappelez-vous les lettres ABCDE)
- Une nouvelle tache rouge ou noire feuilletée qui peut être soulevée
- Une plaie qui ne guérit pas

L'examen régulier de votre peau vous aide à connaître l'aspect normal de votre peau. Si vous trouvez quelque chose de nouveau et d'inhabituel, parlez-en avec votre médecin. Il est également important de demander à votre médecin d'examiner votre peau régulièrement. Il est utile de faire examiner votre peau par un dermatologue si vous avez de nombreux grains de beauté.

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 apparaît 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.

Prenez une photo et placez une règle en guise d'échelle de mesure à côté de tout grain de beauté étrange et gardez des notes pour vous aider à les surveiller et pour pouvoir les montrer à votre médecin. Il y a aujourd'hui beaucoup de sites Web et d'applications disponibles qui vous aideront à surveiller vos grains de beauté. Vous pouvez aussi réduire votre risque de mélanome en faisant enlever les grains de beauté suspects ou anormaux par votre médecin ou faites une cartographie des grains de beauté pour en suivre l'évolution.

RESSOURCES ET SERVICES DE SOUTIEN DE MÉLANOME CANADA

Soutien par téléphone et courriel

Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h HNE. Nous essayons de répondre à toutes les requêtes dans les 48 heures. Tous les appels et courriels resteront confidentiels.

Pour obtenir du soutien, appelez le **1-877-560-8035** ou écrivez à info@melanomacanada.ca.

Soutien par les pairs

Parler avec un ancien patient ou avec un aidant qui a vécu ce que vous vivez actuellement peut être un appui incommensurable. Ce programme permet à de nouveaux patients, à des patients confrontés à des difficultés continues ayant trait à la maladie et à des aidants de parler à des bénévoles certifiés, eux-mêmes patients ou aidants, qui ont vécu une expérience similaire. Ce service est proposé par téléphone ou par courriel et peut réunir des patients de l'ensemble du Canada. Grâce à ce service, les patients peuvent poser des questions et discuter des soucis, préoccupations et peurs qui accompagnent un diagnostic de mélanome. Ils peuvent ainsi soulager un peu de leur tension. Le programme de soutien par les pairs de Mélanome Canada ne remplace ni les services de soutien professionnel ni les conseils de votre équipe de soins. Si participer à ce programme comme bénévole vous intéresse ou si vous désirez être apparié à un patient/aidant dont l'expérience est similaire à la vôtre, veuillez nous écrire à info@melanomacanada.ca, nous téléphoner au **1-877-560-8035** ou vous rendre sur melanomecanada.ca.

Groupes de soutien

Joignez-vous à un groupe de soutien pour les patients atteints de mélanome pour rencontrer d'autres personnes confrontées à un même diagnostic. Dirigées par Mélanome Canada, ces réunions informelles sont une merveilleuse occasion de transmettre des informations, de poser des questions et de parler de sa vision des choses, de ses connaissances et des défis à affronter. Ces rencontres gratuites sont tenues le premier mercredi de chaque mois. Pour obtenir des informations complémentaires ou vous inscrire, rendez-vous sur melanomecanada.ca ou envoyez-nous un courriel à info@melanomacanada.ca.

Séances d'information pour les patients

Les séances d'information sur le mélanome fournissent aux patients, à leurs familles et amis, ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé, des informations et des mises à jour sur les dernières thérapies de traitement et le soutien liés au mélanome. Ces séances sont gratuites et se déroulent tout au long de l'année. melanomecanada.ca.

Coaching en matière de cancer

Une rencontre avec un coach en matière de cancer peut vous apporter du soutien individuel afin de vous aider à identifier les domaines où vous souhaitez apporter des changements. Trois domaines clés à propos desquels un coach en matière de cancer peut offrir son soutien sont les aspects émotionnels, physiques et pratiques qui se présentent lors du diagnostic, du traitement et de la prise en charge du cancer. melanomacanada.ca/fr/cancercoaching.

RESSOURCES DE MÉLANOME CANADA

Nos publications de premier plan sont conçues et produites par Mélanome Canada pour les patients atteints de mélanome, les aidants et les médecins. Toutes les publications sont en format PDF et peuvent être téléchargées. Pour consulter toutes les publications de Mélanome Canada, visitez melanomecanada.ca ou scannez le code QR.



Les thérapies adjuvantes contre le mélanome : un guide pour comprendre les options thérapeutiques

Téléchargez GRATUITEMENT votre guide pour les patients au sujet des thérapies adjuvantes contre le mélanome de Mélanome Canada. Le logiciel Adobe Acrobat Reader doit être installé sur votre ordinateur.



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

Téléchargez GRATUITEMENT votre guide pour les patients au sujet du carcinome basocellulaire (CBC) à partir du site web de Mélanome Canada. Le logiciel Adobe Acrobat Reader doit être installé sur votre ordinateur.



Prise en charge du lymphœdème chez les patients atteints d'un mélanome

Ce guide au sujet du lymphœdème des membres supérieurs et inférieurs pour les patients atteints de mélanome est utile pour comprendre comment traiter un lymphœdème survenant après une chirurgie.



Livret sur le mélanome de l'uvée

Une vue d'ensemble utile ayant trait à cette rare forme de cancer oculaire. Ce guide qui a été écrit avec l'aide de grands spécialistes du pays offre un bon aperçu de cette maladie souvent complexe.

Collection de vidéos éducatives destinées aux patients atteints de mélanome

Ces vidéos sont disponibles sur notre site Web et sur notre chaîne YouTube. Les sujets des vidéos couvrent des enregistrements de séances d'information pour les patients auxquelles ont participé des experts du mélanome – oncologues, travailleurs sociaux, psychologues, consultants spécialisés dans les stratégies de remboursement des médicaments et autres. Rendez-vous sur notre chaîne YouTube à youtube.com/user/MelanomaCanada.



Scannez le code QR pour notre liste complète de programmes de soutien

GLOSSAIRE

ABCDE

Acronyme mnémotechnique permettant de distinguer les caractéristiques des grains de beauté qui pourraient être des cancers.

A = Asymétrie

B = Bord

C = Couleur

D = Diamètre

E = Évolution ou changement

Aldelesleukin (IL-2, Interleukin 2, Proleukin)

Un type d'interleukine, un messager chimique ou une substance qui peut améliorer la réponse du corps à la maladie. Elle stimule la croissance de certaines cellules sanguines qui combattent la maladie dans le système immunitaire. Un type de protéine produite par les lymphocytes qui active d'autres lymphocytes dans le système immunitaire.

Anesthésiant

Une substance ou un médicament utilisé de façon planifiée et induisant une perte de sensation, avec ou sans perte de conscience.

Anesthésie

Une perte de sensation planifiée accompagnée ou pas d'une perte de conscience.

Antécédents familiaux

La structure de la famille et les relations au sein de la famille, y compris les renseignements sur les maladies des membres de la famille.

Antécédents médicaux

Passé médical et médicaments pris jusqu'à ce jour.

Asymétrie

Absence de symétrie d'une tache sur la peau ; une moitié ne correspond pas à l'autre.

Biopsie

Un acte médical effectué pour recueillir des tissus.

Biopsie à l'emporte-pièce

Intervention lors de laquelle un petit morceau de tissu rond de la taille d'une gomme à effacer d'un crayon est extrait à l'aide d'un outil creux et tranchant généralement utilisé pour déceler la présence éventuelle de mélanome.

Biopsie cutanée

Le prélèvement d'un échantillon de tissu de la peau afin de déceler la présence éventuelle de la maladie.

Biopsie des ganglions lymphatiques

Ablation d'un certain nombre des ganglions lymphatiques voire de leur totalité (groupe de cellules spécialisées dans la lutte contre les maladies situées partout dans le corps) afin de les examiner pour y déceler la présence éventuelle de la maladie.

Biopsie du ganglion sentinelle

Pratique par laquelle le ganglion sentinelle est identifié, enlevé par chirurgie, et examiné pour déterminer s'il y a présence de cellules cancéreuses.

Biopsie incisionnelle

Chirurgie faite pour enlever une partie de la tumeur.

Biopsie par excision du ganglion lymphatique

Chirurgie ayant pour but d'enlever l'ensemble du ou des ganglions lymphatiques élargis.

Biopsie par rasage

Intervention chirurgicale effectuée pour enlever un échantillon de tissu mince du dessus d'une tumeur.

Biopsie-exérèse

Cette technique est également utilisée pour enlever des lésions plus importantes.

BRAF

Tout le monde possède un gène BRAF ; votre mélanome sera envoyé à un laboratoire afin de faire analyser ce gène. BRAF transmet des instructions à une protéine impliquée dans la croissance cellulaire. Chez environ 50 % des patients atteints de mélanome, ce gène présente une mutation (anomalie). Lorsque le gène a subi une mutation, la protéine ne fonctionne pas correctement, et les cellules continuent à se diviser et à se développer, ce qui entraîne une tumeur.

Braftovi (Encorafénib) + Mektovi (Binimétinib)

BRAFTOVI est une petite molécule inhibitrice des protéines kinases BRAF et administrée par voie orale. MEKTOVI (binimétinib) est une petite molécule inhibitrice de MEK et administrée par voie orale, qui cible les principaux enzymes de la voie de signalisation MAPK (RAS-RAF-MEK-ERK).

Cancer

Une croissance anormale des cellules qui ont tendance à proliférer de manière incontrôlée et, dans certains cas, à former des métastases (se propager).

Cellule

L'unité individuelle qui constitue l'élément de base de tous les tissus de l'organisme.

Chimiothérapie

Traitement à base de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses.

Chirurgie

Intervention ayant pour objectif de retirer un organe ou des tissus ou de réparer une partie du corps.

Chirurgien-oncologue

Un chirurgien spécialisé dans la réalisation de biopsie et d'autres interventions chirurgicales liées au cancer.

Cobimetinib (Cotellic)

Le cobimetinib est un inhibiteur de kinase indiqué pour les patients atteints de mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600E ou V600K. Celui-ci est généralement prescrit en combinaison avec le vemurafenib (Zelboraf)

Cytokine

Un type de protéines qui est produit par certaines cellules immunes et non immunes et qui affecte le système immunitaire. Certaines cytokines stimulent le système immunitaire alors que d'autres le dépriment. Cette protéine, qui peut également être produite en laboratoire, est utilisée pour aider le corps à combattre le cancer, les infections ou d'autres maladies. Parmi les cytokines utilisées pour combattre le cancer, on compte les interleukines, les interférons et les facteurs stimulant les colonies (filgrastim, sargramostim).

Dabrafenib (Tafinlar)

Une thérapie ciblée à base d'inhibiteurs de BRAF prescrite aux patients présentant une mutation BRAF V600. Il s'agit d'une monothérapie administrée par voie orale pour le traitement du mélanome avancé. Le dabrafenib inhibe l'activité d'une protéine mutée dénommée BRAF, une molécule qui aide à réguler la croissance des cellules. Ce médicament est souvent prescrit en combinaison avec le trametinib (Mekinist).

Dépistage

Tests réguliers employés pour détecter une maladie.

Dermatologue

Médecin spécialisé dans les maladies de la peau.

Dermatopathologiste

Médecin qui a reçu une formation spéciale et qui est capable de diagnostiquer des maladies en se basant sur l'examen microscopique de la peau.

Derme

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

Dermoscopie

La dermoscopie est une technique non invasive très utilisée pour le diagnostic des tumeurs. Le diagnostic des lésions pigmentées établi avec cette technique est plus fiable que celui obtenu par examen à l'œil nu. L'utilisation d'un dermoscope permet de procéder à un examen plus approfondi de la structure de la peau.

Desmoplasie pure

Présence ou absence de tissu conjonctif dense.

Diagnostic

Identification d'une maladie.

Effet secondaire

Toute réponse physique ou émotionnelle à un traitement qui n'est pas planifiée.

Épaisseur de Breslow (profondeur)

Une mesure indiquant la profondeur de la tumeur dans la peau. L'épaisseur de la tumeur (profondeur) est généralement mesurée du haut (partie supérieure) de la tumeur à la partie la plus profonde contenant des cellules tumorales. Si la tumeur est ulcérée (la peau est endommagée), la mesure est prise de la base de l'ulcère à la partie la plus profonde de la tumeur. L'épaisseur de Breslow est utilisée pour déterminer le stade du cancer. Plus les tumeurs sont épaisses, moins les pronostics de survie sont bons. Également appelé profondeur de Breslow. La profondeur jusqu'à laquelle une lésion de type mélanome s'enfonce sous la surface de la peau, mesurée en millimètres.

Épiderme

Couche externe de la peau.

Essai clinique

Étude de recherche comparant des traitements nouveaux et actuels pour savoir lequel est le plus efficace.

État de l'ulcère

La présence ou l'absence de la couche supérieure de la peau sur la tumeur.

État de la marge profonde

La présence ou l'absence de cellules cancéreuses dans le tissu d'aspect normal situé sous une tumeur.

État des marges périphériques

Présence ou absence de cellules cancéreuses dans le tissu d'aspect normal autour d'une tumeur.

Examen par tomodensitométrie (TDM)

Une procédure qui utilise un appareil de radiographie relié à un ordinateur de façon à prendre une série d'images détaillées d'une partie choisie de l'organisme. Ces images sont prises à partir de différents angles et sont utilisées pour créer des vues en trois dimensions (3D) des tissus et des organes. Une TDM peut être utilisée pour faciliter le diagnostic, planifier le traitement ou suivre les progrès du patient une fois le traitement commencé.

Examens d'imagerie

Tests médicaux qui permettent de prendre des photos de l'intérieur du corps.

Facteur de risque

Quelque chose qui augmente le risque de contracter une maladie.

Ganglion

Un organe qui fabrique les fluides ou les produits chimiques dont le corps a besoin.

Ganglion lymphatique

Amas de cellules immunitaires regroupées d'une manière spéciale.

Ganglion sentinelle

Le premier ganglion principal où passe la lymphé après avoir quitté la zone tumorale.

Ganglions lymphatiques régionaux

Groupes de cellules qui avoisinent la tumeur et sont spécialisées dans le combat des maladies.

Globules blancs

Type de cellule sanguine qui combat les maladies ; les globules blancs font partie du système immunitaire.

Glucose

Sucre naturel présent dans le corps qui est utilisé par les cellules comme source d'énergie.

Grain de beauté

Zone à densité élevée de mélanine.

Hormones

Produits chimiques de l'organisme qui activent les cellules et les organes.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Une procédure employant un appareil connecté à un ordinateur qui utilise des ondes radio et des aimants puissants pour créer des images précises de l'intérieur du corps. Ces images peuvent révéler la différence entre des tissus sains et des tissus malades. Une IRM produit de meilleures images des organes et des tissus que d'autres techniques d'imagerie médicale, comme la tomodensitométrie (TDM) ou la radiographie. L'IRM est particulièrement utile pour réaliser des images du cerveau, de la colonne vertébrale, des tissus mous, des articulations et de l'intérieur des os.

Immunothérapie

Traitement qui utilise le système immunitaire pour combattre la maladie.

In situ

Un mélanome *in situ* est la forme la plus précoce du mélanome (considéré comme étant de stade 0). Il s'agit de la tumeur de mélanome la plus facile à soigner (par excision). À ce stade, un mélanome est généralement toujours guérissable. *In situ*, signifie que la tumeur ne s'est pas propagée plus loin que l'épiderme, la couche supérieure de la peau.

Interferon (intron-a)

L'interferon est un type d'immunothérapie prescrit comme traitement adjuvant pour les patients présentant un risque élevé de récurrence afin d'en diminuer le danger.

Invasion angiolymphatique

Un mélanome qui a envahi les vaisseaux lymphatiques ou le sang.

Ipilimumab (Yervoy)

L'ipilimumab est un type d'immunothérapie connue sous le nom d'inhibiteur de point de contrôle ou inhibiteur anti-CTLA-4, et dont l'objectif est d'encourager le système immunitaire de la personne à qui les médicaments sont administrés à attaquer les cellules cancéreuses. L'ipilimumab suspend l'activité du CTLA-4, une protéine qui empêche les cellules T de combattre les autres cellules de l'organisme, que celles-ci soient saines ou cancéreuses. Ce médicament administré en intraveineuse est prescrit aux patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique. Il est souvent utilisé en combinaison avec le nivolumab (Opdivo).

La thérapie systémique

Traitement employant des médicaments qui agissent sur l'ensemble du corps afin de détruire les cellules cancéreuses qui se sont propagées.

Lactate déshydrogénase (LDH)

Une enzyme présente dans le sang et les autres tissus du corps.

Lésion

Tissu qui a été endommagé par une maladie ou une blessure.

Localisation de la tumeur

Endroit du corps où se trouve la tumeur.

Lumière ultraviolette

Énergie lumineuse de longueur d'onde plus courte que la lumière visible, mais plus longue que les rayons X.

Lymphhe

Liquide clair contenant des globules blancs.

Lymphœdème

Une condition dans laquelle un supplément de fluide lymphatique s'accumule dans les tissus provoquant par conséquent des gonflements. Cela peut se produire au niveau des bras ou des jambes si les vaisseaux lymphatiques sont bloqués, endommagés ou retirés par voie chirurgicale.

Maladies auto-immunes

Maladies qui poussent le système immunitaire à attaquer le corps.

Malin

Cancéreux, qui prolifère de façon anarchique.

Marge périphérique

Tissu d'aspect normal autour d'une tumeur.

Marge profonde

Tissu d'aspect normal sous une tumeur.

La protéine MEK

Une molécule qui aide à réguler la croissance cellulaire.

Mélanine

Un pigment qui donne sa couleur à la peau et aux yeux et qui aide à les protéger des dommages infligés par les ultraviolets.

Mélanocytes

Cellules de l'épiderme (partie supérieure de la peau).

Mélanome

Une forme de cancer de la peau qui commence dans les mélanocytes (cellules qui produisent les pigments de mélanine). Il peut commencer dans un grain de beauté (mélanome cutané), mais peut également commencer dans d'autres tissus pigmentés, comme les yeux ou les intestins.

Mélanome à extension superficielle

Il s'agit du type de mélanome le plus fréquent. Ce dernier se propage généralement à partir d'un grain de beauté déjà existant.

Mélanome avancé

Un cancer qui s'est propagé plus loin que les zones avoisinant la tumeur principale.

Mélanome desmoplastique

Le mélanome desmoplastique est une forme rare de mélanome qui se développe généralement sur les parties du corps souvent exposées au soleil, comme la tête et le cou et que l'on retrouve souvent chez les patients plus âgés. Il compte pour moins de 4 % des mélanomes invasifs.

Mélanome lentigineux des extrémités

Un type rare de mélanome qui ressemble à un bleu sur la paume des mains ou la plante des pieds ou à une bande sombre sous un ongle.

Mélanome malin à type de lentigo

Un type de mélanome qui est parfois confondu avec une tache causée par le soleil. Il s'agit d'une forme précoce du mélanome dans laquelle les cellules malignes de la tumeur restent confinées au tissu d'origine, l'épiderme, et qui, par conséquent, est souvent diagnostiquée comme un mélanome *in situ*. Ce mélanome se développe souvent sur des parties de la peau endommagées par le soleil. On le retrouve donc plus généralement sur le visage ou le cou et plus particulièrement sur le nez et les joues. On l'observe plus fréquemment chez les personnes âgées.

Mélanome nodulaire

Type de mélanome qui a une forme de dôme et se développe rapidement dans le derme.

Mélanome persistant (récidivant)

Cancer qui n'a pas été totalement supprimé ou détruit par un traitement. Un mélanome persistant se développe dans les tissus cicatriciels de la tumeur primaire ou à côté de ceux-ci. Ce phénomène est également nommé récurrence cicatricielle ou récurrence locale.

Métastase

La propagation des cellules cancéreuses de la tumeur primaire à d'autres parties du corps.

Métastase en transit

Cancer qui s'est propagé dans les vaisseaux lymphatiques avoisinants la tumeur, mais qui n'a pas atteint les ganglions lymphatiques (groupes de cellules spécialisées dans le combat des maladies).

Métastaser

Croissance du cancer au-delà des tissus locaux.

Métastases distantes

Cellules cancéreuses qui se sont propagées à des parties du corps très éloignées de la première tumeur de mélanome (tumeur primaire).

Métastatique

Qui contient des cellules cancéreuses qui se sont propagées de la tumeur primaire à d'autres parties du corps.

Microsatellitose

Petites tumeurs à proximité de la tumeur principale vues avec un microscope.

Mitose

La mitose est le processus par lequel une cellule se divise en deux cellules identiques, chacune composée de son propre noyau. Le cancer est la division ou la croissance incontrôlée des cellules. Des mutations au niveau des gènes accélérant la division cellulaire ou inhibant les contrôles du système comme le cycle cellulaire ou la mort programmée des cellules peuvent causer un cancer. Une masse de cellules cancéreuses qui augmente peut se transformer en une tumeur.

Nævus

Terme médical désignant un grain de beauté.

Nævus dysplasique

Grain de beauté qui est grand ou a des bords irréguliers ou des couleurs variables ; grain de beauté anormal qui a l'apparence d'un œuf au plat.

Nivolumab (Opdivo)

Le nivolumab est un médicament connu comme inhibiteur de point de contrôle. Un type d'immunothérapie qui fait en sorte que les cellules cancéreuses deviennent plus vulnérables aux attaques du système immunitaire. Il encourage la destruction des tumeurs par les cellules T (globules blancs qui aident votre corps à combattre la maladie). En outre, le nivolumab est utilisé comme traitement adjuvant. C'est-à-dire

un traitement qui est prescrit après la résection chirurgicale complète du mélanome. Il est souvent utilisé en combinaison avec l'ipilimumab (Yervoy).

Oncologue

Un médecin spécialisé dans le traitement du cancer.

Pathologiste

Spécialiste en pathologie ; celui qui interprète et pose le diagnostic des changements causés par la maladie dans les tissus et les liquides corporels.

Pembrolizumab (Keytruda)

Le pembrolizumab est un inhibiteur anti-PD-1, il s'agit d'un type d'immunothérapie connue comme inhibiteur de point de contrôle. Il fait en sorte que les cellules cancéreuses soient plus vulnérables aux attaques du système immunitaire et encourage la destruction des tumeurs par les cellules T (globules blancs qui aident le corps à combattre la maladie). Il est utilisé pour traiter les mélanomes avancés non résecables ou qui se sont propagés à d'autres organes et à d'autres parties du corps. En outre, le pembrolizumab est utilisé comme traitement adjuvant.

Phase de croissance verticale

Étape où la croissance d'une tumeur se fait vers le bas, dans la peau.

Pigment

Substance de couleur.

Plaquettes

Cellules sanguines responsables de la coagulation du sang.

Ponction à l'aiguille fine

Utilisation d'une aiguille fine pour retirer du liquide ou du tissu du corps.

Pronostic

Évolution et résultat probables d'une maladie.

Radio-oncologue

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

Radioactif

Qui contient une énergie puissante sous forme de radioactivité.

Radiographie (rayon X)

Utilisation d'une petite quantité de radiations pour obtenir une image des organes et des structures de l'organisme.

Rapport de pathologie

Un document contenant des informations au sujet des cellules cancéreuses et des tissus qui ont été extraits du corps et examinés sous un microscope pour y déceler les traces éventuelles de la maladie.

Récidive

Un cancer qui a récidivé (qui est revenu), généralement après une période de temps durant laquelle le cancer n'a pas pu être détecté. Le cancer pourrait revenir au même endroit que de la tumeur originale (primaire) ou dans une autre partie du corps. Également appelé cancer récidivant.

Récidive au niveau des ganglions lymphatiques régionaux

Cancer qui est revenu après le traitement des ganglions lymphatiques (groupes de cellules spécialisées dans le combat des maladies) avoisinant le mélanome primaire.

Récidive locale

Un cancer qui réapparaît à proximité de la tumeur primaire ou au même endroit après avoir été traité. Une récidive satellite est un type de récidive locale

Régime

Un plan de traitement qui précise le dosage, la fréquence et la durée du traitement.

Régression tumorale

Une réaction inflammatoire aux cellules de la tumeur qui a pour résultat une diminution de sa taille.

Sous-type histologique

Regroupement des types de cancer basé sur les caractéristiques des cellules cancéreuses.

Stade (d'un cancer)

Mesure de l'étendue de la malignité obtenue après l'examen de la tumeur primaire et la recherche d'indication de possibles métastases.

Stade pathologique

Stade du développement d'un cancer déterminé par un pathologiste d'après les échantillons de tissus.

Stade précoce

Cancer qui présente peu de croissance dans les tissus avoisinants.

Système immunitaire

La défense naturelle du corps contre la maladie.

Taux mitotique cutané

Mesure du nombre de cellules tumorales actuellement en croissance.

Thérapie biologique (biothérapie)

Traitement dont le but est de stimuler ou de restaurer la capacité du système immunitaire de manière à ce qu'il combatte les infections et les maladies. Les thérapies biologiques sont des formes de traitement qui utilisent le système immunitaire afin de combattre les infections et les maladies ou de protéger l'organisme de certains effets secondaires.

Thérapie ciblée

Traitement qui arrête la croissance des cellules cancéreuses en s'attaquant à une fonction spécifique ou unique du cancer.

Thérapie par radiation (Radiothérapie)

Traitement consistant à administrer des rayons de haute énergie pour endommager les cellules cancéreuses et les empêcher de croître et de se diviser. Comme la chirurgie, la radiothérapie est un traitement local qui n'affecte les cellules cancéreuses que dans la zone traitée.

Tissu conjonctif

Tissu composé de fibres de soutien et de liaison.

Tissu sous-cutané

Couche de tissus adipeux et conjonctifs sous le derme.

Tomographie par émission de positons (TEP)

Une intervention durant laquelle une petite quantité de glucose (sucre) est injectée dans la veine et un dispositif de balayage est utilisé pour réaliser des images numériques précises de la zone du corps dans laquelle le glucose a été injecté. Étant donné que les cellules de cancer absorbent souvent plus de glucose que les cellules saines, cette technique peut être employée pour déceler des cellules cancéreuses dans le corps.

Traitement adjuvant

Traitement supplémentaire contre le cancer qui est prescrit après le premier traitement (généralement une chirurgie) pour diminuer les risques de récidive. Un traitement adjuvant pourrait être une thérapie biologique (comme un traitement aux cytokines, une immunothérapie ou une thérapie ciblée), une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Traitement de deuxième intention

Traitement administré après l'échec d'un premier traitement.

Traitements palliatifs non curatifs

Ces traitements, dont l'intention n'est pas de soigner, sont prescrits lorsqu'aucune guérison ne peut être espérée. Ce type de soins comprend des traitements dont l'objectif est de soulager les symptômes et de réduire la souffrance causée par le cancer ou toute autre maladie terminale.

Trametinib (Mekinist)

Le trametinib est un type de thérapie ciblée administrée oralement appelée un inhibiteur de MEK. Ce traitement est utilisé seul (monothérapie) ou en combinaison avec le dabrafenib (Tafinlar) pour traiter le mélanome chez des patients dont le cancer présente une forme mutée (changée) du gène BRAF, également appelé une mutation BRAF V600. Le trametinib inhibe les protéines appelées MEK1 et MEK1. Ce médicament empêche les cellules cancéreuses de se développer et arrive parfois à les détruire.

Tumeur

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

Tumeur métastatique

Tumeur qui s'est développée à partir des cellules cancéreuses qui se sont échappées de la tumeur primaire et se sont propagées à d'autres parties du corps.

Tumeur primaire

Tumeur initiale ou partie du corps où elle se forme.

Vaisseau sanguin

Un canal qui transporte le sang à travers le corps.

Vaisseaux lymphatiques

Canaux qui transportent la lymphe - un fluide clair contenant les globules du sang qui lutte contre la maladie ou l'infection - à travers l'organisme et qui connectent les ganglions lymphatiques entre eux. Également appelé canaux lymphatiques.

Vemurafenib (Zelboraf)

Le vemurafenib est un médicament administré oralement connu sous le nom d'inhibiteur d'enzyme BRAF qui a été développé pour traiter les patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique avec une mutation BRAF V600. Le vemurafenib inhibe l'activité des protéines mutées BRAF qui indiquent aux cellules de se développer anormalement et de se diviser de manière incontrôlée. Ce médicament est souvent prescrit en combinaison avec le cobimetinib (Cotellic).

RÉFÉRENCES

1. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017 [Internet]. Toronto: Société canadienne du cancer; juin 2017 [cité le 28 mars 2018]. Disponible à l'adresse: www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR
2. Nessim C, Rotstein L, Goldstein D, Sun A, Hogg D, McCready D, et collab. Princess Margaret Cancer Centre Clinical Practice Guidelines: Melanoma [Internet]. Toronto: University Health Network; août 2015 [cité le 27 sept. 2018]. 21 p. Disponible à l'adresse: www.uhn.ca/PrincessMargaret/Health_Professionals/Programs_Departments/Documents/CPG_Melanoma.pdf.
3. Association canadienne de dermatologie. Melanome [Internet]. 2018 [cité le 28 sept. 2018]. Disponible à l'adresse: 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 collab. Melanoma and tumor 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, and 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 irci-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. In Raghavan D, Blanke CD, Johnson DH, Moots PL, Reaman GH, Rose PG, et collab., *Textbook of uncommon cancer*, 4e éd. Chez Wiley-Blackwell; nov. 2012 p. 691-708.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

Alberta Provincial Cutaneous Tumour Team. Optimal excision margins for primary cutaneous melanoma [Internet]. Alberta Health Services; 2013. 10 p. Disponible à l'adresse: www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-cu010-optimal-margins.pdf.

Alberta Provincial Cutaneous Tumour Team. Preoperative and pretreatment investigations for malignant melanoma [Internet]. Alberta Health Services; 2013. 9 p. Disponible à l'adresse: www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-cu007-preop-pretreat-invest.pdf.

Alberta Provincial Cutaneous Tumour Team. Systemic therapy for unresectable stage III or metastatic cutaneous melanoma [Internet]. Alberta Health Services; 2012 [révisé en 2015]. 14 p. Disponible à l'adresse: www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-cu012-systemic-therapy.pdf.

Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et collab. 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. Melanoma: Biopsy proven malignant melanoma [Internet]. 2013. Disponible sur : www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/cancer-management-guidelines/skin/melanoma.

British Columbia Cancer Agency. Melanoma: Surveillance and early detection in high risk patients [Internet]. 2013. Disponible sur : www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/cancer-management-guidelines/skin/melanoma.

Cancer Care Ontario. Single-agent interleukin-2 in the treatment of metastatic melanoma [Internet]. 2011. 50 p. Disponible à l'adresse: www.archive.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=34367.

Cancer Care Ontario. Systemic adjuvant therapy for patients at high risk for recurrent melanoma [Internet]. 2005 [mis à jour en 2009]. 88 p. Disponible à l'adresse: www.archive.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=34373.

Kottschade LA, Grotz TE, Dronca RS, Salomao DR, Pulido JS, Wasif N, et collab. 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 nov. 2012]. Disponible à l'adresse: www.mayoclinic.com/health/melanoma/DS00439.

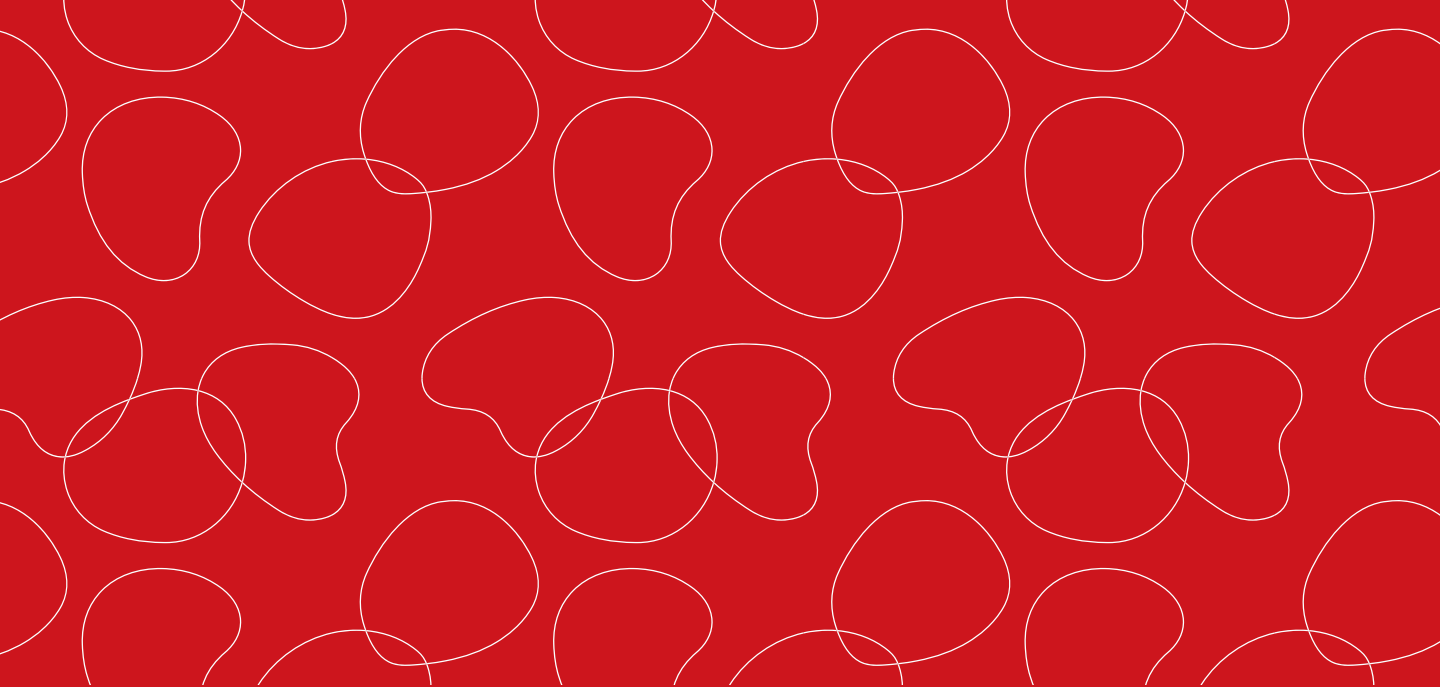
Surveillance of patients for early detection of melanoma: patterns in dermatologist vs patient discovery. Arch Dermatol. 2011 Jun;147(6): 673-8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.135.

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

U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Disponible à l'adresse: www.cancer.gov/types/skin.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients: Melanoma [Internet]. 2018. Disponible à l'adresse: www.nccn.org/patients/guidelines/melanoma.

Rajagopal S, Souter LH, Baetz T, McWhirter E, Knight G, Rosen CF, et collab. Follow-up of Patients with Cutaneous Melanoma who were Treated with Curative Intent [Internet]. Cancer Care Ontario; 2015 [cité le 3 nov. 2015]. 6 p. Disponible à l'adresse: www.archive.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=352598.



MÉLANOME CANADA

Notre mission:

Mélanome Canada défend les droits des Canadiens atteints du mélanome et du cancer de la peau et leur apporte son soutien en leur offrant des ressources utiles, de l'éducation, des services de soutien, et plus encore.

Mélanome Canada

Téléphone : 905-901-5121 | Appel sans frais : 1-877-560-8035

melanomecanada.ca

No d'organisme de bienfaisance: # BN 85491 3050 RR0001



**Faites un don
aujourd'hui**