

Comprendre le mélanome de la peau



Guide d'information à l'usage
des personnes malades et de leurs proches



Ce guide s'inscrit dans le cadre d'un programme
réalisé en partenariat avec



L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt CEDEX
Tél. : 01 41 10 50 00

Courriel : contact@institutcancer.fr
Internet : www.e-cancer.fr

Comprendre le mélanome de la peau

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les personnes atteintes d'un mélanome et leurs proches à mieux comprendre cette maladie et ses traitements.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux vivre la maladie. C'est la raison pour laquelle *Comprendre le mélanome de la peau* a été élaboré. Nous tentons d'expliquer, avec des mots que nous souhaitons simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement du mélanome, de ses traitements et de ses conséquences.

Ce guide propose des informations générales sur le mélanome. Votre cas est particulier, seul le dialogue avec votre médecin vous permettra d'adapter ces informations à votre situation.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide peut être consulté en fonction des besoins d'informations de chacun. Il est constitué de chapitres qui se lisent de façon indépendante.

Les messages clés « *À retenir* », situés à la fin de chaque chapitre, correspondent aux éléments essentiels identifiés par des patients, d'anciens patients et des personnes de leur entourage, qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Des fiches complémentaires proposent des informations plus détaillées sur des points particuliers.

Des témoignages de patients, d'anciens patients et de proches ont été recueillis lors de réunions de travail (voir « *Comment ce guide a-t-il été élaboré ?* »). Ils apparaissent en italique dans le texte.

Un glossaire, « *Les mots et leur sens* », situé à la fin du document, explique le vocabulaire médical employé dans le guide et dans les fiches. Les mots du glossaire sont identifiés par un astérisque dans le texte.

Un questionnaire destiné à recueillir votre avis est glissé dans ce guide. N'hésitez pas à le remplir et à nous le retourner. Vos remarques seront attentivement analysées et prises en compte lors d'une prochaine mise à jour.

D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont mentionnés au fil du texte. Ils complètent les informations sur différents thèmes: la fatigue, la douleur, les aspects sociaux liés au cancer, son impact sur le quotidien, les aides psychologiques possibles... N'hésitez pas à les consulter en fonction de vos besoins (voir « *Guides SOR SAVOIR PATIENT disponibles* » en fin de brochure).

Coordination

Line Leichtnam-Dugarin, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (méthodologiste)

Bernard Guillot, dermatologue, CHU Saint-Eloi, Montpellier (coordonnateur)

Sylvie Négrier, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon (coordonnateur)

Groupe de travail scientifique

Marie-Françoise Avril, dermatologue, Hôpital Cochin, Paris

Benoit Couturand, chirurgien, Institut Curie, Paris

Alain Danino, chirurgien-plasticien, Hôpital Bocage, FNCHRU, Dijon

Brigitte Dreno, dermatologue, CHU Hôtel-Dieu, Nantes

Jean-Yves Genot, oncologue médical, Centre François Baclesse, Caen

Eliane Marx, psychologue et psychothérapeute, Centre Paul Strauss, Strasbourg

Philippe Saiag, dermatologue, Hôpital Ambroise Paré, Paris

Olivier Verola, anatomopathologiste, Hôpital Saint-Louis, Paris

Groupe de travail SOR SAVOIR PATIENT

Sylvie Brusco, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

Julien Carretier, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

Marie Déchelette, méthodologiste, FNCLCC, Paris

Valérie Delavigne, linguiste, FNCLCC, Paris

Béatrice Fervers, oncologue médical, FNCLCC, Paris

Thierry Philip, pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon

Nous remercions chaleureusement les patients, les anciens patients et leurs proches qui ont contribué à l'élaboration de ce guide : Christelle Granier, Nicole Milon, Pascale d'Issernio, Dorothee Delmas, Michèle Gras, Françoise Gogibus, Marie-Thérèse Miserazzi, Josette Le Damany, Carmen Tanchon, Régine Gasc, et tous ceux qui ont souhaité rester anonymes.

Nous remercions les Docteurs **Stéphane Dalle**, Praticien Hospitalier et **Luc Thomas**, Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui ont fourni les photos médicales, ainsi que **Daphné Gouvrit** pour la réalisation de la couverture et des illustrations.

Ce document a été réalisé en collaboration avec la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer et la Société Française de Dermatologie.



Contre la **Toast Attitude**
un peu de crème solaire ne suffit pas...

soleil : mode d'emploi

-  Éviter le soleil de 12h à 16h
-  Rechercher l'ombre
-  Couvrir ses yeux
-  Réappliquer souvent
-  Prendre pauses - éviter l'échauffement



Campagne de sensibilisation de l'Institut National du Cancer

Sommaire

Le mélanome, une tumeur maligne 9

Diagnostiquer un mélanome 22

La chirurgie, traitement principal
du mélanome 28

Après le traitement, le suivi 39

Mieux vivre la maladie 44

Fiches d'informations complémentaires 49

Glossaire : les mots et leur sens 64

Les SOR SAVOIR PATIENT 73

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer est une maladie de la cellule.

La cellule est l'unité de base de la vie. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Toutes ont un rôle précis : cellules cutanées, musculaires, nerveuses, osseuses, etc.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée. Habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

Les cellules cancéreuses ont tendance à migrer dans d'autres parties du corps par les vaisseaux lymphatiques* ou par les vaisseaux sanguins*, et à y développer de nouvelles tumeurs qu'on appelle métastases*. On dit dans ce cas que le cancer est métastatique.

Chaque cancer est différent. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque cancer. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer plus rapidement.

Propagation des cellules cancéreuses

Cellules normales



Cellules cancéreuses



Rupture de la membrane, propagation par les capillaires et vaisseaux lymphatiques

Le mélanome, une tumeur maligne

Comment un mélanome se développe-t-il ?	10
Les différents types de mélanome	11
Quelles sont les causes d'un mélanome ?	12
Quels sont les différents stades d'un mélanome ?	16
Quels sont les signes d'un mélanome ?	19

Un mélanome est une tumeur cancéreuse qui se développe à partir de **cellules*** appelées mélanocytes.

Les mélanocytes sont présents essentiellement dans la peau, mais également au niveau de l'œil et des méninges (membranes qui enveloppent le cerveau et la **moelle épinière***). Ces cellules sont également présentes dans les **muqueuses*** de la bouche, du rectum ou des organes génitaux. Un mélanome peut donc se développer à ces différents endroits. Mais dans plus de 90 % des cas, il se situe sur la peau. Dans ce cas, il s'agit d'un **cancer de la peau**.

Ce guide aborde exclusivement le mélanome de la peau, qu'on appelle aussi mélanome cutané.

Le mélanome n'est pas un cancer fréquent. Toutefois, son nombre augmente chaque année (voir « *Les facteurs de risque de développement d'un mélanome* »). Environ 7 000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an en France.

Le mélanome, une tumeur maligne

Existe-t-il différents types de cancers de la peau ?

Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Les carcinomes cutanés et les mélanomes en sont les principaux. Leur gravité est différente.

Les carcinomes cutanés (basocellulaire, spinocellulaire ou épidermoïde) représentent la majorité des cancers de la peau. Ils se développent en général sur les parties du corps souvent exposées au soleil comme le visage, le cou ou le dos des mains. Ils surviennent en général après 50 ans et évoluent lentement. Ils sont beaucoup moins graves que les mélanomes (voir la brochure de la Ligue contre le cancer : *Les cancers de la peau*).

Les mélanomes représentent une minorité des cancers de la peau. Ils surviennent à tout âge mais ils sont plus fréquents à partir de l'âge adulte (après 20 ans) avec un pic vers 40-50 ans. Les mélanomes apparaissent sur n'importe quelle partie du corps, le plus souvent sur le **tronc*** chez l'homme et sur les jambes chez la femme. Les mélanomes évoluent parfois rapidement et sont plus graves que les carcinomes. Un mélanome peut apparaître chez l'adolescent et exceptionnellement chez l'enfant.

Comment un mélanome se développe-t-il ?

Dans la plupart des cas, un mélanome apparaît sur une partie de peau qui ne présentait pas d'anomalie jusqu'alors, et se développe progressivement. Un mélanome peut également se développer à partir d'un **grain de beauté***.

● ***Qu'est-ce qu'un grain de beauté ?***

Un grain de beauté est une tumeur **bénigne*** qui se développe à partir des mélanocytes. On l'appelle aussi *nævus*.

Presque tout le monde a des grains de beauté. Leur nombre, leur taille, leur forme et leur couleur varient selon les personnes. Les plus petits d'entre eux sont difficiles à différencier de la tache de rousseur. Un grain de beauté normal est soit de couleur brun clair, brun ou brun foncé, soit de couleur chair. Sa teinte est uniforme

et les contours sont bien définis. De forme ronde ou ovale, plat ou légèrement bombé, il mesure habituellement moins de 5 millimètres (1/4 de pouce) de diamètre.

Généralement, les grains de beauté apparaissent progressivement au cours de l'enfance et se développent entre 5 et 15 ans. Ils sont parfois présents dès la naissance; on dit alors qu'ils sont congénitaux. Ceux qui apparaissent après 30 ans doivent être montrés à un médecin; ce sont parfois des mélanomes.

Malgré une croyance très répandue, les traumatismes répétés d'un grain de beauté (frottements ou blessures) ne le transforment pas en cancer.



Un grain de beauté

Les différents types de mélanome

Il existe 4 types de mélanome.

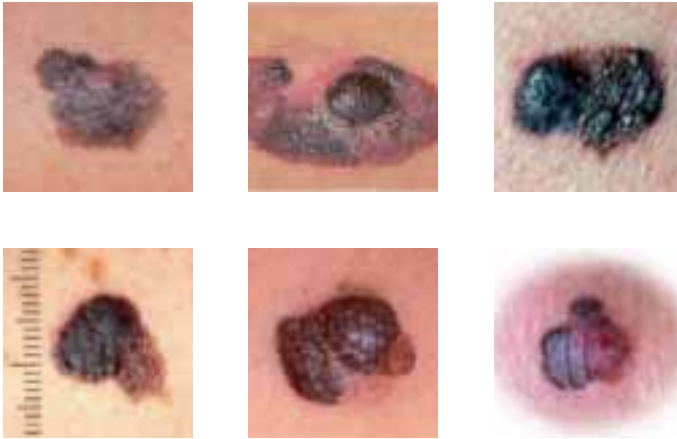
La plupart des mélanomes sont des **mélanomes à extension superficielle**, parfois abrégés en SSM, de son nom anglais *superficial spreading melanoma*. Ils se présentent sous la forme de taches irrégulières de différentes couleurs: noir, marron, rouge, ou non colorées. On les sent parfois sous les doigts.

D'autres mélanomes sont des **mélanomes nodulaires**, abrégés en MN. Ce sont des petites élévations rondes de peau noire ou non colorées, fermes sous le doigt. Ces mélanomes peuvent suinter, saigner et se recouvrir d'une croûte. Ils évoluent rapidement.

Le **mélanome de Dubreuilh** se présente sous la forme d'une tache colorées, allant du noir au marron foncé. Ce mélanome se développe sur les zones exposées au soleil, principalement sur le visage chez les personnes âgées.

Le mélanome, une tumeur maligne

Un autre type de mélanome se développe sur les zones non exposées au soleil. On l'appelle **mélanome acral-lentigineux**. Il apparaît sur la paume des mains ou la plante des pieds, sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire. Parfois, il se manifeste sur les ongles sous la forme d'une petite bande colorée.



Différents types de mélanomes

Quelles sont les causes d'un mélanome ?

Actuellement, on ne connaît pas les causes précises pour lesquelles un mélanome apparaît. Néanmoins, des études scientifiques (appelées études **épidémiologiques***) ont mis en évidence l'influence de l'environnement et le rôle de certaines caractéristiques individuelles (comportements et habitudes de vie). On appelle ces éléments des facteurs de **risque***.

Ces facteurs de risque ne permettent pas toujours de déterminer l'origine exacte d'un mélanome. En effet, une personne qui présente un ou plusieurs de ces facteurs de risque peut ne jamais développer un mélanome. À l'inverse, un mélanome peut apparaître chez une personne qui ne présente aucun facteur de risque.

■ Les facteurs de risque liés à l'environnement

Le principal facteur de risque lié à l'environnement est l'exposition intense aux rayons du soleil pendant l'enfance.

Le soleil est indispensable à la santé, il permet notamment de fixer la vitamine D dans la peau.

La fonction essentielle de la vitamine D est d'augmenter la capacité d'absorption du calcium et du phosphore par l'intestin ce qui permet notamment d'assurer une minéralisation optimale des os, des cartilages et des dents.

Des études scientifiques ont démontré que l'exposition intense de la peau au soleil pendant l'enfance peut favoriser le mélanome à l'âge adulte.

Les ultra-violets (UV) sont responsables d'effets négatifs à court terme et à long terme. À court terme, ils provoquent des

coups de soleil plus ou moins importants selon le type de peau. À plus long terme, ils accélèrent le vieillissement de la peau. Dans les cas les plus graves, ils favorisent des cancers de la peau. Les UV abîment les cellules qui voient leurs mécanismes de défenses diminuer. Elles ne peuvent plus se réparer normalement.

Les expositions au soleil pendant l'enfance et l'adolescence sont les plus dangereuses. Avant l'âge de 15 ans, elles doublent le risque de développer un mélanome.

Le bronzage est une réaction de défense de la peau contre les UV. Mais ce n'est qu'une barrière superficielle car il ne filtre qu'une partie des UV. En outre, certaines personnes bronzent plus ou moins et sont donc plus ou moins protégées. Il faut savoir qu'être bronzé n'empêche pas un mélanome de se développer.

Selon son type de peau, une personne est capable de supporter une certaine exposition au soleil. Au-delà, le risque de développer un mélanome devient plus important. Deux mélanomes sur trois sont liés à une exposition au soleil trop importante par rapport au type de peau. Cette proportion est plus élevée chez les personnes à peau claire (voir tableau ci-après « Les phototypes »).

L'exposition régulière aux UV artificiels (utilisation de lampes à bronzer ou solarium dans les centres de bronzage) double le risque de mélanome, particulièrement lorsque ce sont de jeunes adultes qui s'exposent (voir la fiche 2 « *Prévenir le mélanome* »).

Le mélanome, une tumeur maligne

Toute exposition au soleil présente un risque de mélanome. Or, le terme d'exposition au soleil est parfois mal compris. Toute activité en plein air expose au soleil et est donc un facteur de risque de mélanome. Ainsi jardiner, bricoler ou encore faire du sport en plein air expose au soleil au même titre que de se faire bronzer.



■ **Les facteurs de risque liés à l'individu**

Les facteurs de risque liés à l'individu sont :

- les **antécédents*** personnels et familiaux ;
- la sensibilité au soleil, c'est-à-dire le phototype ;
- le nombre de grains de beauté ;
- une diminution des défenses immunitaires.

● ***Les antécédents personnels et familiaux***

Un patient qui a déjà eu un mélanome a un risque accru d'en développer un second sur une autre partie du corps ou à proximité du premier. On parle d'antécédents personnels.

Un mélanome est rarement familial: 5 à 10 % des familles présentent un risque héréditaire. Lorsqu'au moins deux parents de 1^{er} degré (parents, enfants, frères et sœurs) ont été atteints d'un mélanome, un autre membre de cette famille a un risque plus élevé que la population générale d'en développer un à son tour. On parle d'antécédents familiaux. La surveillance des personnes atteintes et non atteintes de la famille permet de repérer au plus tôt les premiers **signes*** de mélanome et de le traiter précocement.

Le médecin peut proposer une consultation chez un spécialiste d'**oncologie génétique*** afin de donner des explications sur la transmission familiale.

● ***Le phototype***

Certaines personnes sont plus sensibles que d'autres aux effets des ultraviolets (UV). Il est important de connaître son type de peau pour moduler en conséquence la durée d'exposition et prendre des mesures de protection.

Le phototype permet de classer les types de peaux en fonction de leur sensibilité aux rayons ultraviolets. Il estime le risque lié à l'exposition solaire pour chaque type de peau et détermine l'importance des protections nécessaires. Il existe 6 phototypes, correspondant à 6 types de peaux et couleurs de cheveux. Plus la personne a un phototype faible, plus elle doit se protéger du soleil.

Phototype I	Peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts → Brûle facilement, ne bronze jamais
Phototype II	Peau claire, cheveux blonds roux à châains, yeux verts/bruns → Brûle facilement, bronze à peine
Phototype III	Peau moyenne, cheveux châains à bruns, yeux bruns → Brûle modérément, bronze graduellement
Phototype IV	Peau mate, cheveux bruns/noirs, yeux bruns/noirs → Brûle à peine, bronze toujours bien
Phototype V	Peau brun foncé, cheveux noirs, yeux noirs → Brûle rarement, bronze beaucoup
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs → Ne brûle pas

Même si les peaux à tendance rousse risquent davantage de développer un mélanome, tous les types de peaux sont concernés. En effet, une peau foncée, bien qu'elle possède davantage de mélanine (pigment responsable de la couleur de la peau), reste sensible aux effets nocifs des UV. Une personne de peau noire peut ainsi développer un mélanome (voir la fiche 1 « *La peau, un organe essentiel* »). **La protection aux UV concerne tous les types de peau.**

● **La présence de grains de beauté**

Plus les **grains de beauté*** sont nombreux, plus le risque de mélanome est important. **Lorsque le nombre de grains de beauté est supérieur à 50, le risque est multiplié par 4 à 5.**

Les grains de beauté présents dès la naissance n'ont pas plus de risque de dégénérer en mélanome que ceux qui apparaissent ensuite. Seuls quelques cas exceptionnels de nævus géants congénitaux, de taille supérieure à 20 centimètres, ont un plus grand risque de se transformer en mélanome. Pour cette raison, il est proposé d'enlever ce type de grain de beauté très tôt.

Le mélanome, une tumeur maligne

Une surveillance régulière une fois par an, permet de repérer au plus tôt les premiers signes de mélanome (voir « *Les signes du mélanome* »). Il est important de penser à prendre un rendez-vous spécialement pour cela auprès d'un **dermatologue***.

● ***Une diminution des défenses immunitaires***

Certains traitements utilisés en cas de transplantation d'organe entraînent une diminution des défenses immunitaires. Les patients qui ont reçu ce type de traitement ont plus de risque de développer des mélanomes (voir aussi la fiche 2 « *Prévenir le mélanome* »).

Quels sont les différents stades d'un mélanome ?

- Lorsqu'un mélanome se développe sur la peau sans s'étendre à d'autres organes, on parle de mélanome localisé. Dans ce cas, les cellules cancéreuses sont restées en place sans migrer vers d'autres parties du corps.
- Lorsque les cellules cancéreuses ont envahi les **ganglions*** proches du mélanome, on parle d'une atteinte régionale des ganglions.

En fonction de l'endroit où se situe le mélanome, les ganglions les plus souvent concernés se trouvent près de l'**aine*** (on les appelle ganglions inguinaux), sous les bras dans les **aisselles*** (ganglions axillaires) et au niveau du cou ou au-dessus de la **clavicule*** (ganglions cervicaux ou sus-claviculaires). Plus rarement, les cellules cancéreuses atteignent les ganglions situés derrière le genou (ganglions poplités) ou au niveau du coude (ganglions épitrochléens). Parfois, les cellules cancéreuses s'installent dans les canaux **lymphatiques*** situés entre la **tumeur primitive*** et les ganglions proches du mélanome. On parle alors de métastases en transit. À ce stade, le cancer est régional.

Les premiers ganglions atteints en fonction de la localisation du mélanome

Localisation du mélanome	Premiers ganglions atteints
Tête (visage, cuir chevelu)	Devant l'oreille ou au niveau du cou
Membres supérieurs (mains, avant bras et bras)	Dans les aisselles* ou plus rarement au niveau du coude
Tronc	Au-dessus de la clavicule* ou dans les aisselles, près de l'aîne*
Membres inférieurs (pieds, jambes, cuisses)	Près de l'aîne ou plus rarement derrière le genou

- Lorsque les cellules cancéreuses du mélanome se sont propagées et installées dans d'autres parties du corps comme le cerveau, le foie, les poumons, les muscles ou les os, on parle de **métastases***. On dit que le mélanome est métastatique.

Détecter rapidement un mélanome peut éviter cette propagation et permet de le traiter plus facilement.

Ce guide aborde uniquement le mélanome localisé, mélanome le plus fréquent.

Lorsqu'un mélanome n'est pas traité, il risque de se propager vers d'autres organes et donc d'être plus grave, voire mortel. C'est pour cela que le traitement doit débuter dès que le mélanome est **diagnostiqué***.

Les patients et leurs proches n'ont d'ailleurs parfois pas le temps de réaliser ce qui leur arrive et ils se demandent quelquefois pourquoi tout va si vite.

« Je suis venu pour un bouton et je repars avec un cancer. »

Le mélanome, une tumeur maligne

■ En résumé...

Les différents cancers de la peau			
Les mélanomes			Les carcinomes
Minorité des cancers de la peau			Majorité des cancers de la peau
Surviennent à l'âge adulte (après 20 ans) avec un pic vers 40-50 ans			Surviennent le plus souvent après 50 ans
Localisés le plus souvent sur le tronc chez l'homme et les jambes chez la femme			Localisés sur les parties du corps les plus exposées au soleil
Progressent parfois rapidement et sont parfois graves			Progressent lentement et sont rarement graves
Mélanome localisé	Mélanome avec envahissement lymphatique*	Mélanome métastatique	
Les cellules cancéreuses sont situées uniquement dans la peau	Les cellules cancéreuses ont envahi les ganglions proches de la tumeur ou les canaux lymphatiques entre la tumeur et ces ganglions	Les cellules cancéreuses ont envahi d'autres parties du corps (ex : cerveau, foie, poumons...)	

Des classifications internationales précisent les étapes de l'évolution de la maladie. Ces classifications comportent 4 **stades*** : stades I, II, III et IV. Les stades I et II correspondent à un mélanome localisé ; le stade III à un mélanome qui a atteint les ganglions situés à proximité de la tumeur et le stade IV à un stade métastatique.

Quels sont les signes d'un mélanome ?

Les **signes*** du mélanome dépendent de la façon dont il s'est développé.

- Lorsque le mélanome se développe sur une partie de la peau qui ne présentait pas d'anomalie jusqu'alors, une petite tache plane, généralement de couleur brun foncé ou noire (parfois rouge-rosé ou non colorée chez les personnes à peau claire) apparue récemment et qui se modifie rapidement, peut être un signe de mélanome. Dans un premier temps, cette tache s'étend. Elle peut ensuite s'épaissir et finir par changer de forme et de couleur.
- Lorsque le mélanome se développe à partir d'un **grain de beauté*** ancien, celui-ci augmente alors de surface ou change de couleur.

Les signes d'alerte du mélanome

- A : asymétrie
- B : bords qui deviennent irréguliers
- C : couleur non homogène
- D : diamètre qui augmente
- E : évolution

Le mélanome n'entraîne pas de modification du sang. Il n'est donc pas détectable par une prise de sang. Les signes du mélanome cutané ne sont visibles que sur la peau.

Le système **ABCDE** aide à découvrir de façon précoce les **signes*** d'un mélanome et permet de les surveiller. Si vous

remarquez par vous-même un ou plusieurs de ces signes, il est nécessaire de consulter un médecin sans attendre :

- une **A**symétrie : c'est-à-dire que la tache s'étend davantage d'un côté que de l'autre ;
- des **B**ords irréguliers ;
- plusieurs **C**ouleurs : nuances de brun, de noir, de rouge, parfois de bleu, ou même multicolore ;
- un **D**iamètre supérieur à 6 millimètres ;
- une **É**volution : changement de taille, de forme, d'épaisseur, de couleur, etc.

Le mélanome, une tumeur maligne

Les signes cités ci-dessus ne signifient pas obligatoirement qu'il s'agit d'un mélanome. En cas de doute, l'avis d'un **dermatologue*** est nécessaire.

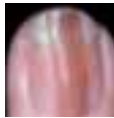
Un mélanome se développe parfois sous un ongle. On voit alors apparaître une bande brune ou noire dans le sens de la longueur. Cette bande s'élargit lentement et ne disparaît pas comme le ferait un hématome. Une zone très colorée peut également se développer sur la peau près de l'ongle.



Mélanome au niveau d'un doigt



Mélanome au niveau d'un orteil



Mélanome au niveau d'un ongle

Les médecins conseillent de demander un avis médical dès que l'on repère une anomalie ou un problème de peau. Il ne faut pas attendre et ne négliger aucune anomalie.

À retenir

Un mélanome est une tumeur maligne qui peut se développer à partir des mélanocytes présents dans la peau, au niveau de l'œil, des méninges et des muqueuses. Dans près de 90 % des cas, un mélanome se situe sur la peau.

Les carcinomes cutanés et les mélanomes sont les principaux cancers de la peau. Les carcinomes sont les plus fréquents et ils évoluent lentement. Les mélanomes évoluent parfois rapidement.

Le mélanome localisé est la forme la plus fréquente des mélanomes. Les formes régionales ou métastatiques d'un mélanome sont plus rares.

Le mélanome se développe le plus souvent sur une partie de peau qui ne présentait pas d'anomalie jusqu'alors ou, parfois à partir d'un grain de beauté.

Le principal facteur de risque de mélanome est l'exposition intense aux rayons du soleil pendant l'enfance.

Plus une personne a la peau claire, plus elle doit se protéger du soleil.

Lorsque le nombre de grains de beauté est supérieur à 50, le risque de développer un mélanome est multiplié par 4 à 5. Une surveillance régulière est alors recommandée.

Diagnostiquer un mélanome

Comment découvre-t-on un mélanome ?	22
L'examen de la peau permet de détecter une anomalie suspecte	23
Comment être certain du diagnostic de mélanome ?	24

Comment découvre-t-on un mélanome ?

Un mélanome est le plus souvent découvert à cinq occasions :

- **lors d'une consultation*** chez le médecin généraliste, le médecin du travail ou un **dermatologue***, professionnel de santé spécialisé dans les problèmes de peau. La personne peut le consulter pour contrôler ses grains de beauté ou pour une autre raison ;
- **par hasard**, par la personne elle-même ou le conjoint qui a repéré par exemple un **grain de beauté*** qui a changé ;
- **lors d'une consultation de dépistage***. Les dermatologues pratiquent régulièrement un dépistage des cancers de la peau. Par ailleurs, ils organisent chaque année, partout en France, une journée de dépistage gratuit et anonyme des cancers de la peau et des lésions précancéreuses ;
- **lors des consultations de surveillance** après un premier mélanome ;
- **lors de la surveillance des familles à risque héréditaire**. Les parents, les enfants et les frères et sœurs de patients atteints de mélanome doivent être examinés par un dermatologue au moins une fois afin de déterminer s'ils ont un risque élevé de développer un mélanome (voir la fiche 2 « *Prévenir le mélanome* »). Un suivi régulier par un dermatologue peut leur être proposé.

Lorsqu'un **diagnostic*** de mélanome est évoqué par un médecin **généraliste*** ou par un médecin spécialiste, **il est important que cette suspicion soit confirmée par un dermatologue**. C'est lui, en effet, qui est expert pour repérer les tumeurs de la peau avant d'envisager d'enlever l'anomalie suspecte. Le traitement initial du mélanome est la chirurgie (voir « *La chirurgie* »). Le dermatologue, qui connaît bien les tumeurs cutanées, peut éviter une chirurgie inutile réalisée sur une lésion **bénigne***.

L'examen de la peau permet de détecter une anomalie suspecte

Le dermatologue réalise un examen complet de la peau, y compris au niveau du cuir chevelu, des paumes des mains et des plantes des pieds. Il peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, un dermoscope, pour examiner la peau. Cet examen s'appelle une dermoscopie.

Le dermatologue interroge le patient notamment sur ses **antécédents*** personnels ou familiaux de cancers de la peau. Il lui pose des questions sur ses symptômes actuels. Il est important que le patient mentionne toutes les anomalies ou modifications de peau qu'il a repérées : elles peuvent guider le dermatologue dans son diagnostic.

Chez une personne qui a un grand nombre de taches pigmentées, des photographies régulières des lésions permettent d'observer des petits changements qui pourraient passer inaperçus. Elles peuvent attirer l'attention sur un mélanome en cours d'apparition.



L'examen de la peau

Diagnostiquer un mélanome

À la suite de cet examen de peau :

- soit le dermatologue suspecte fortement un mélanome et propose au patient de l'enlever pour confirmer le diagnostic (voir « *Comment être certain du diagnostic de mélanome ?* »);
- soit il ne constate rien d'anormal et considère que le patient ne présente pas de risque particulier de développer un mélanome. Il lui donne alors des conseils d'auto-surveillance et de protection solaire;
- soit il ne constate rien d'anormal mais considère que le patient a un risque de développer un mélanome. Il lui demande alors de réaliser un examen médical tous les ans. Cet examen doit être réalisé par un dermatologue expérimenté et formé à ce dépistage.

Comment être certain du diagnostic de mélanome ?

Lorsque le **dermatologue*** suspecte fortement un mélanome, il est nécessaire de confirmer le diagnostic en prélevant la lésion suspecte. Ce prélèvement sera ensuite examiné lors d'un examen **anatomopathologique***.

Pour cela, le dermatologue, ou un **chirurgien***, enlève la totalité de la lésion. On dit qu'il réalise une exérèse. On parle aussi d'exérèse à but diagnostique. Il effectue, le plus souvent sous **anesthésie*** locale, une **incision*** ovale qui passe à 2 millimètres au minimum de la lésion. Il incise jusqu'à l'hypoderme (voir schéma dans la fiche 1 « *La peau, un organe essentiel* »).



Prélèvement de la lésion suspecte (exérèse diagnostique)

L'exérèse à but diagnostique dure en général moins d'une demi-heure. Elle est réalisée au cabinet du dermatologue ou à l'hôpital et ne nécessite pas d'hospitalisation. Le patient rentre chez lui dès que l'intervention est terminée.

Le fragment de peau où se trouve la lésion est ensuite envoyé dans un laboratoire spécialisé pour être examiné par un médecin **anatomopathologiste***. L'examen anatomopathologique consiste à analyser au **microscope*** les **tissus*** prélevés lors de l'opération pour déterminer s'ils sont cancéreux ou non. Cet examen est indispensable pour dire avec certitude s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse. Il permet :

- de la différencier d'une autre lésion non cancéreuse ;
- de mesurer l'épaisseur du mélanome. Cette épaisseur est appelée indice micrométrique de Breslow ;
- de préciser si le mélanome a bien été enlevé dans sa totalité.

Seul cet examen anatomopathologique permet d'affirmer qu'il s'agit ou non d'un mélanome.

Dès que le médecin reçoit la confirmation du diagnostic par l'examen anatomopathologique, il l'annonce au patient, dans le cadre du **dispositif d'annonce*** du cancer.

Si le diagnostic de mélanome est posé, le médecin réalise un **examen clinique*** afin de vérifier si le mélanome est bien localisé. Il réalise un examen complet de la peau et palpe les **ganglions*** lymphatiques proches de la tumeur. L'augmentation de taille ou le durcissement des ganglions qui ne sont habituellement pas palpables (sauf chez les personnes maigres) peut indiquer une anomalie.

Vous en avez entendu parler...

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur. On mesure cette épaisseur en millimètres au microscope. C'est principalement cet indice qui révèle la gravité du mélanome. En effet, la gravité d'un mélanome varie en fonction de son épaisseur : plus le mélanome est épais, plus il est grave. Les traitements et la surveillance du mélanome varient d'ailleurs en fonction de son épaisseur (voir « *La surveillance d'un mélanome épais* »).

Le niveau d'invasion ou niveau de Clark correspond au niveau de pénétration de la tumeur dans les différentes couches de la peau. Le niveau de Clark renseigne moins bien que l'indice de Breslow sur la gravité du mélanome.

Diagnostiquer un mélanome

Parfois, une **échographie*** des ganglions est réalisée. À ce stade, il n'est pas systématiquement nécessaire de réaliser d'autres **examens complémentaires*** (scanner*, IRM*, etc.).

Chacun réagit différemment à l'annonce du cancer. En fonction de l'histoire personnelle et familiale, des conditions et de la façon dont cette annonce a été faite, certains la vivent comme un choc. Un soutien psychologique peut être nécessaire.

« Lorsqu'on m'a annoncé le diagnostic, j'ai été comme assommée : Mais qu'est ce qu'il m'arrive... ? Je ne m'y attendais pas du tout. L'émotion ensuite m'a submergée... puis l'angoisse également. La dermatologue m'expliquait mais je crois que je n'intégrais pas tout... En sortant, j'ai eu besoin d'en parler à mes proches, de le DIRE... Puis, j'ai eu besoin de m'informer pour me rassurer... je suis donc allée chercher des informations... ».

« L'annonce fut un choc physique et psychologique ».

Des informations concernant les aspects psychologiques liés à l'annonce du diagnostic d'un cancer sont parfois utiles (voir les guides *Vivre pendant et après un cancer* et *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*).

À retenir

Un mélanome est le plus souvent découvert par hasard, lors d'une consultation pour des problèmes de peau, lors d'un dépistage ou lors de la surveillance d'un premier mélanome ou des familles à risque.

Pour être sûr du diagnostic de mélanome, un dermatologue, ou un chirurgien, enlève l'anomalie suspecte. C'est ce qu'on appelle une exérèse à but diagnostique. L'examen anatomopathologique du prélèvement permet de déterminer s'il s'agit ou non d'un mélanome.

L'information est un droit. La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose au médecin toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation. Il est possible de se faire accompagner par la personne de son choix lors des consultations médicales.



Questions à poser

La chirurgie, traitement principal du mélanome

Les SOR sont des recommandations destinées aux médecins spécialistes. Ces documents médicaux résument les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. À partir de ces données et de l'expérience des **oncologues***, les SOR définissent la meilleure prise en charge existante pour un cancer donné. Il existe deux types de recommandations : les **standards** et les **options***.

La chirurgie est le traitement **standard*** du mélanome c'est-à-dire qu'elle est considérée comme le meilleur traitement pour soigner un mélanome.

La chimiothérapie et la radiothérapie sont connues pour être les traitements complémentaires habituels des cancers. Mais ces deux traitements ne sont pas proposés pour traiter un mélanome localisé car ils n'apportent aucun bénéfice par rapport à la chirurgie seule.

Le choix du traitement et le suivi du mélanome sont définis en concertation avec le patient sur la base de l'avis rendu en **réunion de concertation pluridisciplinaire*** (RCP). Ces réunions regroupent des médecins de plusieurs spécialités intervenant dans la prise en charge des mélanomes (**dermatologues***, **chirurgiens***, **anatomopathologistes***). Après accord du patient, l'ensemble de la prise en charge est consigné dans le **Programme Personnalisé de Soins*** (PPS) remis au patient.

L'établissement dans lequel le patient est pris en charge doit appartenir à un réseau de cancérologie. Cette équipe pluridisciplinaire travaille en lien avec le dermatologue libéral qui a pu diagnostiquer le mélanome.



La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Les médecins proposent parfois aux patients de participer à un essai thérapeutique. Un essai thérapeutique est une étude dont l'objectif est de tester un nouveau traitement. L'étude doit avoir pour but de montrer s'il existe un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleure efficacité, diminution des effets secondaires*, amélioration de la qualité de vie).

La participation à un essai thérapeutique offre la possibilité d'accéder à des thérapeutiques innovantes et de contribuer au progrès dans la recherche de nouveaux traitements.

Un essai thérapeutique peut également avoir pour objectif d'évaluer précisément certains aspects d'un traitement déjà connu. Le médecin explique les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude, le ou les traitements utilisés et les effets secondaires éventuels, ainsi que les examens de surveillance à réaliser. Un patient qui participe à un essai thérapeutique est davantage suivi. Seuls les patients qui le souhaitent participent à un essai thérapeutique. Ils doivent recevoir une notice d'information, donner leur accord par écrit et peuvent revenir sur leur décision à tout moment et quitter l'étude.

La chirurgie

Dès que le diagnostic de mélanome est confirmé (voir « *Comment être certain du diagnostic de mélanome?* »), une seconde intervention chirurgicale est programmée pour compléter la première exérèse. On parle d'exérèse élargie à but thérapeutique.

Les patients qui ont participé à l'élaboration de ce guide témoignent de la rapidité avec laquelle tout s'enchaîne. Même s'il n'y a pas d'urgence, il y a souvent très peu de temps entre le diagnostic et cette exérèse qui constitue le traitement.

« Tout a été très vite, notamment entre le premier et le deuxième prélèvement. La disponibilité de ma dermatologue a été précieuse parce que je l'ai appelée à plusieurs reprises lorsque j'avais des questions angoissantes à poser... ».

L'exérèse élargie est un **traitement local*** du cancer. Elle vise à enlever la peau autour de la tumeur pour être sûr de n'y laisser aucune cellule cancéreuse. Cette exérèse a pour but de guérir la personne et de réduire le risque de **récidive***.

La chirurgie, traitement principal du mélanome

Le patient doit être pris en charge par une équipe entraînée à la chirurgie du mélanome (dermatologue ou chirurgien).

Les patients porteurs d'un stimulateur cardiaque ou qui ont un traitement anticoagulant doivent le signaler au chirurgien.

■ **Comment se déroule la chirurgie ?**

● *L'exérèse élargie*

Le dermatologue ou le chirurgien complète la première intervention chirurgicale en enlevant une bande plus ou moins large de **tissu*** sain autour de la cicatrice de la première exérèse. On appelle aussi cette zone marge de peau saine ou marge de sécurité. La taille de cette marge dépend de l'épaisseur du mélanome qui a été mesurée au **microscope***. Plus le mélanome est épais, plus cette marge est importante. Elle n'excède toutefois jamais 3 centimètres de chaque côté (soit une largeur de 6 centimètres au total).

Parfois, le chirurgien enlève aussi des ganglions lymphatiques. On parle de curage. Ce curage est proposé uniquement lorsque des ganglions sont palpables lors de l'**examen clinique*** ou repérés à l'échographie.

Dans le cadre d'**essais thérapeutiques*** ou lors de **protocoles*** d'évaluation, votre médecin peut vous proposer la technique du ganglion sentinelle. Le ganglion sentinelle est le ganglion le plus proche de la tumeur ; il est donc le premier ganglion à être envahi par les cellules cancéreuses lorsque le mélanome commence à s'étendre. La technique du ganglion sentinelle consiste à rechercher ce ganglion afin de savoir si le mélanome s'est étendu. Il est conseillé d'avoir une information très complète sur cette technique pour faire le choix de participer ou non à l'essai thérapeutique ou au protocole proposé.

La plupart des patients s'attendent à ce qu'on leur enlève simplement la tumeur visible (**grain de beauté*** ou anomalie de la peau). Ils ne sont pas toujours informés de la quantité de peau que le médecin sera amené à retirer lors de l'intervention. Certains patients ont fait part du choc ressenti par l'absence d'information sur cette pratique. Il est donc important d'être prévenu sur l'étendue du geste chirurgical.

Pour les mélanomes situés sur les doigts, les orteils ou sous un ongle, l'exérèse élargie nécessite parfois une amputation d'une ou deux phalanges. Les médecins font tout leur possible pour éviter cette amputation.

Chaque cas est particulier. N'hésitez pas à poser des questions. Une bonne communication avec le médecin et l'équipe soignante crée un climat de confiance utile pour traverser au mieux l'épreuve de la maladie. Voir également le guide SOR SAVOIR PATIENT *Vivre pendant et après un cancer*.

Combien de temps dure l'opération ?

La durée de l'exérèse* élargie dépend de l'endroit où est située la tumeur. Elle dure en moyenne moins d'une heure. Elle s'effectue le plus souvent en ambulatoire, c'est-à-dire en une seule journée d'hospitalisation. Le patient rentre chez lui le jour même après l'intervention. On parle aussi d'hospitalisation de jour.

Dans certains cas, une courte hospitalisation est nécessaire. C'est notamment le cas lorsque :

- une personne est âgée ou atteinte d'une autre maladie associée, elle pourra ainsi être surveillée après l'opération ;
- une **anesthésie*** générale a été nécessaire ;
- une **greffe de peau*** a eu lieu.

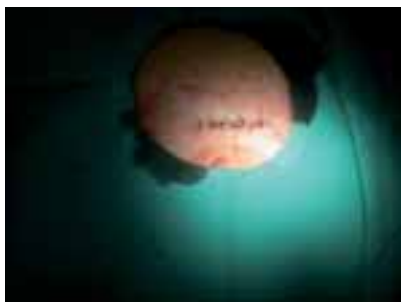
● ***La fermeture de la peau suite à l'exérèse***

Lorsque le dermatologue, ou le chirurgien, a terminé l'exérèse, il doit refermer la peau.

Une **suture simple** par rapprochement des deux bords de la peau est la technique la plus simple pour refermer. Mais elle n'est pas toujours possible.

Lorsqu'on enlève un mélanome, il est nécessaire de retirer des quantités importantes de peau saine autour de la tumeur (voir « *L'exérèse élargie* »). Sur certaines parties du corps il est possible de retirer de grandes quantités de peau et de refermer la plaie en rapprochant simplement les côtés de la cicatrice. C'est le cas par exemple du dos, de l'**abdomen***. Le chirurgien recoud ensuite la peau avec des fils spéciaux : il s'agit d'une suture simple.

La chirurgie, traitement principal du mélanome



La suture

À d'autres endroits comme la cheville par exemple, il est impossible de refermer directement la plaie car il n'y a pas assez de peau. Dans ce cas, la plaie peut être couverte par des pansements spéciaux qui favorisent la cicatrisation en faisant bourgeonner la chair pour combler le « trou ».

Grâce à cette technique, dite **technique de la cicatrisation dirigée**, la zone se couvrira petit à petit à nouveau de peau. La cicatrisation dirigée permet le plus souvent de refermer complètement la peau en quelques semaines. Elle laisse parfois une cicatrice peu esthétique.

Si la cicatrisation est trop longue ou impossible, il faut utiliser d'autres techniques : greffe de peau ou lambeau de peau.

Une **greffe de peau** consiste à prélever de la peau et à la poser sur la zone opérée. Le plus souvent, ce morceau de peau est prélevé sur le devant de la cuisse (voir la fiche 3 « *Les greffes de peau* »).

Deux types de fils sont utilisés pour refermer la plaie : les fils résorbables qui s'éliminent seuls et les fils non résorbables qui sont à retirer 5 à 15 jours suivant la suture à l'aide d'une pince par un soignant.

Après une suture simple, les douches sont parfois autorisées. Il faut alors soigneusement sécher la plaie et refaire le pansement.

Les cicatrices ne sont jamais les mêmes d'un patient à l'autre. Une cicatrice normale est rose et épaisse pendant 3 mois. Elle s'estompe progressivement en 1 à 2 ans. Pendant cette période, il est souhaitable de la protéger du soleil.

Parfois la cicatrice est boursouflée, rouge et douloureuse. On parle de cicatrice hypertrophique puis chéloïde (surtout aux oreilles et chez les patients à peau foncée). Des traitements locaux permettent de la soigner.

Beaucoup plus rarement, le chirurgien est amené à réaliser ce qu'on appelle un **lambeau*** pour recouvrir la plaie. Un lambeau est un morceau épais de peau qui contient les vaisseaux sanguins qui la font vivre. Il est prélevé près de la lésion sans être complètement détaché de l'endroit où il est prélevé. Le chirurgien fait pivoter le morceau de peau pour couvrir la zone opérée. Cette technique donne souvent de très bons résultats esthétiques. Cependant, elle présente un risque de mort des **tissus*** (nécrose) qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

Votre chirurgien vous expliquera la technique la mieux adaptée à votre situation.

■ Quels sont les effets secondaires de la chirurgie ?

Des **effets secondaires*** peuvent apparaître rapidement après l'opération ou plus tardivement.

Comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée est parfois douloureuse. Il ne faut pas hésiter à signaler la douleur à l'équipe soignante. Des dispositions sont prises dès l'intervention pour la contrôler. Les douleurs sont le plus souvent légères et diminuent en quelques heures avec des médicaments contre la douleur comme le paracétamol.

Voir aussi le guide SOR SAVOIR PATIENT *Douleur et cancer*.

Un **œdème*** est fréquent lorsque la chirurgie est réalisée au niveau du visage. Il arrive qu'un **hématome*** ou une **infection*** apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets secondaires guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.

Sur le visage, les pansements sont parfois importants. Ils peuvent gêner la vie sociale.

Il arrive que d'autres complications apparaissent: **infection*** générale, retard de cicatrisation, saignements, etc. Mais elles sont rares.

Les **séquelles*** esthétiques liées à la chirurgie du mélanome sont fréquentes. Elles sont souvent particulièrement difficiles à vivre lorsqu'elles se situent sur le visage ou les bras. Une **chirurgie réparatrice*** est alors proposée. Elle aide à retrouver une bonne image de soi.

La chirurgie, traitement principal du mélanome

Cette chirurgie est adaptée à chaque situation. Il peut s'agir :

- d'une greffe de peau lorsque l'exérèse a été étendue ;
- d'une amélioration de l'aspect esthétique de la cicatrice d'exérèse, etc.

Le patient ne doit pas hésiter à parler de cette chirurgie reconstructrice à son médecin.

Les complications éventuelles du curage des ganglions :

L'exérèse d'un ganglion entraîne parfois des écoulements de lymphes (lymphorrhées) par la cicatrice ou la formation locale d'une poche de lymphes (lymphocèle). La lymphe est un liquide produit par le corps dans lequel baignent les cellules. Ces écoulements s'arrêtent généralement en quelques jours. À plus long terme, l'exérèse d'un ganglion peut entraîner une rétention de lymphes dans le membre opéré (lymphœdème).

La kinésithérapie permet de traiter certaines de ces complications par des techniques adaptées (drainage lymphatique manuel...). Un **masseur-kinésithérapeute*** peut répondre à vos questions.

Chez les patients obèses, gros fumeurs ou diabétiques, le curage des ganglions situés au niveau de l'**aine*** (curage inguinal) se complique plus souvent d'un retard de cicatrisation ou d'une réouverture de la cicatrice.

Les patients informés des éventuels effets secondaires de la chirurgie vivent mieux leur convalescence car ils savent à quoi s'attendre. C'est pourquoi les personnes malades qui ont participé à l'élaboration de ce guide conseillent de poser des questions avant l'opération : « Combien de temps après l'intervention puis-je me lever ? Y a-t-il des soins spécifiques à faire ? Vais-je pouvoir retravailler tout de suite ? etc. ».

Vous pouvez noter ces questions et toutes celles qui vous préoccupent afin de ne pas les oublier lors de la consultation.

■ La convalescence

Un temps de convalescence est parfois nécessaire après l'exérèse* élargie. Le patient rentre généralement chez lui assez rapidement après l'opération. Son rythme de vie n'est toutefois pas tout à fait le même qu'avant la chirurgie. Selon les patients, le temps de convalescence est plus ou moins long. Il est important d'avoir obtenu le maximum de conseils auprès de l'équipe soignante avant de rentrer chez soi.

*« Le repos ensuite a été long pour moi. Mon mélanome étant situé sur le mollet, je me déplaçais difficilement... J'ai vraiment vécu ce repos comme une convalescence assez lente...
Et puis, c'est difficile d'être diminuée physiquement, d'être obligée de demander à être aidée... ».*

La douleur, lorsqu'elle est présente, perturbe parfois la vie quotidienne au niveau familial comme professionnel. Si les médicaments prescrits contre la douleur ne suffisent pas, le médecin peut augmenter les dosages ou donner des médicaments plus puissants. N'hésitez surtout pas et n'attendez pas qu'une douleur devienne insupportable pour faire appel à un soignant.

En fonction de l'endroit où l'opération a été réalisée (épaule, cheville), certains mouvements deviennent difficiles. Un masseur-kinésithérapeute peut aider à retrouver rapidement une meilleure mobilité en conseillant quelques exercices. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou un kinésithérapeute.

Voir aussi le guide SOR SAVOIR PATIENT *Douleur et cancer*.

La chirurgie, traitement principal du mélanome

L'immunothérapie

L'immunothérapie stimule le système de défense que le corps utilise pour combattre les infections (le système immunitaire) et les cancers. Pour cela, elle utilise souvent une **protéine*** naturelle découverte en 1957, appelée l'interféron alpha.

L'immunothérapie n'est pas systématiquement proposée dans le traitement du mélanome : il s'agit d'une option* de traitement. Les études scientifiques tendent à montrer qu'elle diminuerait le risque de récurrence mais ne modifierait pas la survie. Elle peut être proposée aux patients en les informant de ses effets secondaires et de l'incertitude concernant son efficacité.

Ce traitement d'immunothérapie par interféron alpha peut être proposé aux patients lorsque l'épaisseur de la tumeur est supérieure à 1,5 millimètre. Il commence rapidement après la chirurgie par des injections réalisées sous la peau. Il dure en général plus d'un an.

L'immunothérapie par interféron entraîne très souvent des **effets secondaires*** importants mais variables selon les patients et les doses utilisées :

- une fièvre et des courbatures ;
- une perte d'appétit et de poids ;
- une grande fatigue qui augmente avec la durée du traitement ;
- une réaction dépressive. Si cet effet persiste, l'arrêt du traitement est envisagé ;
- des troubles digestifs (nausées, diarrhées) ;
- un mauvais fonctionnement de la thyroïde et du foie ;
- une baisse du nombre de **globules blancs*** (neutropénie) et donc un risque d'infection ;
- une baisse du nombre de **plaquettes*** (thrombopénie) et donc un risque de saignement.

Ces effets varient en fonction de la dose administrée. Ils peuvent disparaître rapidement ou nécessiter l'arrêt du traitement.

Les patients témoignent du fait qu'une réorganisation familiale et professionnelle est souvent nécessaire suite à ces effets

secondaires. Il est utile de se faire aider dans les tâches ménagères. En début de traitement, un mi-temps thérapeutique ou un arrêt de travail complet est parfois conseillé par les médecins.

Un temps de réflexion est le plus souvent donné aux patients avant de débiter une immunothérapie afin qu'ils puissent donner ou non leur accord pour recevoir ce traitement. Aucune étude ne prouve que ce traitement puisse apporter un bénéfice certain pour la guérison du patient.

L'immunothérapie par interféron n'est pas recommandée chez les personnes qui ont des troubles psychiatriques ou dépressifs et chez les personnes âgées.

D'autres formes d'immunothérapie peuvent être proposées dans le cadre d'**essais thérapeutiques***.

Des informations concernant l'impact psychologique des traitements sur la personne malade et ses proches sont parfois utiles (voir les guides *Vivre pendant et après un cancer* et *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*).

Des informations souvent contradictoires circulent sur des nouvelles voies de recherche concernant le traitement du mélanome. Ce cancer est régulièrement utilisé comme modèle dans la recherche sur les cancers en général. Avant de savoir si un progrès observé chez l'animal ou en laboratoire peut avoir un intérêt pour une personne malade en particulier, il est important d'en discuter avec l'équipe médicale qui s'occupe de vous.

Des informations sur d'éventuels vaccins utilisés dans le traitement du mélanome circulent dans les médias. À ce jour, aucune étude scientifique n'a prouvé l'efficacité réelle de vaccins en complément de l'opération du mélanome localisé. Cependant, des études sont toujours en cours. Dans le cadre de protocole de recherche, des essais thérapeutiques qui utilisent de nouveaux vaccins peuvent être proposés dans certains centres spécialisés.

À retenir

La chirurgie est le traitement standard du mélanome. Après la première exérèse qui a permis d'établir le diagnostic, une exérèse élargie complète cette première opération : un dermatologue ou un chirurgien enlève une bande de tissu sain autour de la cicatrice de l'exérèse initiale.

Des effets secondaires peuvent apparaître après l'opération.

Un temps de convalescence est parfois nécessaire après une exérèse élargie.

L'information est un droit. La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose au médecin toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation. Il est possible de se faire accompagner par la personne de son choix lors des consultations médicales.



Questions à poser

Après le traitement, le suivi

Pourquoi surveiller ?	39
En quoi consiste la surveillance après les traitements ?	40
À quel rythme surveiller ?	42

Pourquoi surveiller ?

Les traitements ont pour buts de soigner le mélanome et de réduire le risque qu'il revienne au même endroit ou à proximité (**récidive*** locale ou locorégionale) ou qu'il apparaisse ailleurs, sous forme de **métastases*** (notamment dans le cerveau, le foie, les poumons, les os ou les muscles). Après les traitements, la surveillance d'un mélanome a deux objectifs :

1. Détecter les signes de récives. Les signes de récives peuvent être identiques à ceux observés lors de l'apparition du premier mélanome (voir « *Les signes du mélanome* »). Il s'agit le plus souvent de l'apparition de ganglions ou parfois de petites surélévations de la peau qu'il ne faut pas négliger. La surveillance est utile et efficace : elle permet de mettre rapidement en place un traitement chirurgical adapté si nécessaire.

Le risque de récive est variable. Il dépend de l'épaisseur du mélanome au moment du diagnostic.

Lorsque les récives surviennent, c'est le plus souvent dans les premières années qui suivent le diagnostic. Ces récives sont rarement plus tardives. Mais dans la plupart des cas, le mélanome ne récive jamais.

2. Rechercher un second mélanome (voir « *Les facteurs de risque liés à l'individu* »).

Après le traitement, le suivi

La surveillance est prévue et organisée à l'avance (**consultations***, examens et rythme de surveillance). Elle est là aussi pour rassurer le patient et répondre à ses questions. Le médecin peut le mettre en contact avec d'autres professionnels (**psychiatres*** ou **psychologues***, **assistantes sociales***, etc.) ou des associations d'anciennes personnes malades. Ces professionnels et associations peuvent aider le patient et son entourage à reprendre une vie la plus normale possible.

« Le suivi est obligatoire, il a l'avantage de me rassurer ».

« C'est très rassurant d'être suivi par des professionnels, 3 ou 4 fois par an... et puis je peux leur parler de mes angoisses... Pour moi, c'est également un soutien... ».

En quoi consiste la surveillance après les traitements ?

La surveillance consiste en des consultations médicales pendant lesquelles le médecin examine le patient et, si nécessaire, des examens complémentaires.

■ Les consultations médicales de surveillance

Pendant la consultation, le médecin interroge et examine le patient. L'entretien a pour but de rechercher des **signes*** qui peuvent faire penser à une récurrence du mélanome. **Il est très important que le patient exprime et décrive tout ce qu'il ressent d'anormal ou d'inhabituel.** Dans ce cas, il faut le signaler rapidement au médecin sans attendre le prochain rendez-vous de surveillance.

La surveillance d'un mélanome se fait essentiellement par un examen clinique de toute la surface de la peau : c'est l'examen **standard*.** Il est réalisé par le **dermatologue*** qui palpe également les ganglions.

Le dermatologue s'aide parfois du dermatoscope (sorte de loupe grossissante) ou de la vidéodermoscopie. Les photographies comparatives sont également utiles pour surveiller l'apparition d'un nouveau mélanome.

Le patient a un rôle à jouer pour sa surveillance : le dermatologue lui apprend à faire de l'auto-détection d'une récurrence et de l'auto-dépistage d'un nouveau mélanome en lui montrant comment surveiller toute sa peau (voir la fiche 2 « *Prévenir le mélanome* »).

■ Les examens de surveillance

Les stratégies de surveillance varient en fonction des caractéristiques du mélanome.

Si l'examen clinique pratiqué par le médecin ne révèle pas d'anomalie, aucun autre examen n'est nécessaire. La surveillance consiste alors uniquement en des visites régulières de contrôle (voir « *Les consultations médicales de surveillance* »).

Un mélanome épais a un risque de récurrence plus important. Le médecin prescrit parfois une **échographie*** des zones où se situent les ganglions pour compléter l'examen clinique.

En cas d'apparition d'anomalies découvertes par le médecin lors de l'examen clinique, ou si le mélanome était épais, des **examens complémentaires*** peuvent être réalisés pour rechercher d'éventuelles métastases : **échographie*** abdominale, **scanner*** de l'**abdomen*** et du **pelvis***, du cerveau ou du **thorax***, **Tomodensitométrie par Émission de Positons*** (TEP-FDG).

En l'absence de symptôme ou d'anomalie lors de l'examen clinique, les spécialistes ne recommandent pas de réaliser systématiquement des examens complémentaires. Ces examens provoquent des angoisses inutiles. Il est donc important de ne pas les multiplier sans raison.

Vous pouvez consulter la fiche SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre le scanner* et le guide *Comprendre la TEP-FDG*.

Après le traitement, le suivi

À quel rythme surveiller ?

Les études scientifiques publiées récemment proposent une surveillance régulière et prolongée dont le rythme varie selon l'épaisseur du mélanome :

- **pour les mélanomes peu épais**, un examen complet doit être réalisé tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans pendant toute la vie ;
- **pour les mélanomes plus épais**, un examen complet doit être réalisé tous les 3 mois pendant 5 ans, puis tous les ans pendant toute la vie.

Ces examens réguliers sont réalisés par le dermatologue. Le médecin généraliste expérimenté à la surveillance d'un mélanome peut également participer à certains examens réguliers de suivi du patient en alternance avec le dermatologue. Une bonne coopération entre ces deux professionnels de santé est alors souhaitable.

« L'obligation de suivi reste toujours une angoisse mais nous rassure sur notre état ».

À retenir

La surveillance d'un mélanome consiste à détecter les signes de récives et à rechercher un second mélanome.

Elle se fait essentiellement par le biais d'un examen clinique de toute la surface de la peau. En fonction des besoins, le médecin peut proposer différents examens complémentaires : échographie abdominale, scanner de l'abdomen et du pelvis, du cerveau ou du thorax ou TEP-FDG.

La surveillance est là aussi pour rassurer le patient et répondre à ses questions.

L'information est un droit. La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose au médecin toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation. Il est possible de se faire accompagner par la personne de son choix lors des consultations médicales.



Questions à poser

Mieux vivre la maladie

■ Être soutenu

Dans la vie d'un homme ou d'une femme, la maladie est un moment difficile. Elle engendre des émotions particulièrement intenses chez la personne malade et son entourage. Chaque étape de la maladie génère des sentiments différents. Les exprimer et les partager avec d'autres permet souvent de mieux les vivre.

Les personnes malades ont besoin d'être écoutées, aidées et soutenues, notamment par ceux qui les entourent : leur famille, leurs amis, leurs collègues. La maladie se vit mieux quand on est accompagné.

Il est important que le patient puisse parler de la maladie s'il le souhaite. Pouvoir exprimer ses sentiments, témoigner de son expérience, se sentir reconnu, aide à conserver ou à retrouver un certain équilibre.

Des associations, des groupes de parole, des espaces de rencontre et d'information (ERI) dans les établissements de soins, des kiosques « info cancer » en ville, la présence de bénévoles et l'écoute d'un psychologue ou d'un psychiatre, sont autant de lieux ou de moyens pour exprimer et partager ses sentiments. L'équipe soignante peut vous aider à vous rapprocher de ces structures ou de ces professionnels.

« C'est une période où je me suis sentie très fragile et où j'ai eu besoin d'être entourée tout en sachant que j'étais seule devant cette épreuve... ».

« J'étais un peu déprimée... Le soutien de mes amis m'a aidée parce que je ne les sentais pas trop inquiets... Par contre, l'angoisse de mes proches se rajoutait à la mienne et je me sentais obligée de les rassurer ».

« Il est important de se sentir épaulé par son entourage ».

Une bonne communication avec le médecin et l'équipe soignante crée un climat de confiance utile pour traverser l'épreuve de la maladie. La qualité des informations dépend de la relation établie avec l'équipe médicale et paramédicale, du sentiment d'être compris, reconnu ou entendu, et du temps consacré aux échanges.

« La relation de confiance que j'ai établie avec mon dermatologue est primordiale ».

Vous ne devez pas hésiter à poser des questions, à les poser à nouveau si vous avez besoin d'éclaircissements, ni à poser toutes les autres questions qui vous préoccupent. Dans la mesure du possible, le médecin prendra le temps nécessaire pour y répondre. S'il n'a pas le temps, il est possible de demander à le voir à un autre moment ou de prendre rendez-vous avec le médecin généraliste qui connaît votre dossier médical.

Les patients ne doivent pas hésiter à revoir le médecin après la chirurgie car ils peuvent avoir d'autres questions à lui poser à ce moment-là.

« Grâce à la compréhension du corps médical (réponses à mes questions et angoisses avec explications du protocole) et au soutien de mes proches je me suis rétabli ».

Mieux vivre la maladie

■ Attention aux sectes

Des patients, anciens patients atteints de cancer et proches signalent avoir été sollicités par des sectes ou des personnes appartenant à des associations non identifiées. Ces sollicitations peuvent prendre plusieurs formes : propositions d'aide à la guérison, invitations à des groupes de discussion, etc. Ces mouvements sectaires profitent du désarroi des patients ou de leur entourage. Ils se manifestent soit aux abords de l'établissement où est suivi le patient, soit en le démarchant à son domicile.

En cas de doute, renseignez-vous auprès de :

**La Mission interministérielle de vigilance
et lutte contre les dérives sectaires (Miviludes)**

13 rue de Bourgogne - 75007 Paris

Tél. : 01 42 75 76 10

**L'Union nationale des associations de défense des familles
et de l'individu victimes de sectes (UNADFI),**

Tél. : 01 44 92 35 92

www.unadfi.org

Le site officiel www.info-sectes.org

propose une liste des sectes
et précise comment les reconnaître.

■ Reprendre son travail

Retrouver ou non son activité professionnelle peu de temps après la chirurgie dépend du type de mélanome et de la façon dont s'est déroulé le traitement, de l'état physique du patient, mais aussi de sa profession et enfin, de ses préférences. Certains patients ressentent le besoin de continuer à travailler ; d'autres, même s'ils en sont capables physiquement, ont besoin de s'arrêter un moment.

« Il me tardait de reprendre le travail pour sortir de chez moi ».

Des contraintes financières ou professionnelles imposent quelquefois de maintenir son activité professionnelle (patient non salarié ou à un moment charnière de sa vie professionnelle). Rencontrer très tôt le service social est alors très utile, notamment pour essayer d'anticiper les difficultés et de les résoudre quand elles surviennent. Le service social peut donner des informations sur tous les aspects administratifs et médico-sociaux en lien avec la prise en charge de chaque patient.

■ **Connaître ses droits**

Le mélanome est un cancer qui touche parfois les personnes jeunes. Ceci pose souvent problème en cas de recherche d'assurance-vie ou d'accès à un prêt par exemple. La convention Belorgey cède la place à un nouveau dispositif d'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Depuis le 6 janvier 2007, les personnes malades peuvent profiter des dispositions de la convention AREAS (Assurer et emprunter avec un risque aggravé de Santé). Vous trouverez des informations sur cette convention sur le site de la Ligue Nationale Contre le Cancer, www.ligue-cancer.asso.fr.

Voir aussi le guide SOR SAVOIR PATIENT *Démarches sociales et cancer*.

■ **Avoir un enfant**

La femme ou le couple qui souhaite avoir un enfant est invité à en parler avec son médecin. Il est en général conseillé d'attendre un certain temps après le diagnostic avant d'envisager une grossesse. Ce temps d'attente varie en fonction du type de mélanome. Les médecins déconseillent d'envisager une grossesse dans les premières années qui suivent le diagnostic de mélanome épais car c'est la période où le risque de récives associées à ce type de mélanome est le plus élevé.

À retenir

Il est nécessaire de communiquer et de créer une relation de confiance avec son chirurgien ou son dermatologue.

Il est important de se sentir épaulé par son entourage.

Reprendre une activité professionnelle ou maintenir ses activités quotidiennes, quand cela est possible, est parfois bénéfique.

L'information est un droit. La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose au médecin toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation. Il est possible de se faire accompagner par la personne de son choix lors des consultations médicales.



Questions à poser

Fiches d'informations complémentaires

FICHE 1 : La peau, un organe essentiel **51**

FICHE 2 : Prévenir le mélanome **53**

FICHE 3 : Les greffes de peau **60**

La peau, un organe essentiel

La peau recouvre la totalité du corps. Pour une personne de 70 kilos, le poids de la peau est de 4 kilos environ. Son épaisseur varie en moyenne de 0,5 à 2 millimètres selon les parties du corps. Elle est plus épaisse sur la paume des mains et la plante des pieds où elle atteint 3 millimètres d'épaisseur.

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

L'épiderme est l'enveloppe externe de la peau. Il protège le corps des agressions extérieures comme les UV. Il est lui-même composé de différentes couches. La plus externe s'appelle la couche cornée.

En temps normal, l'épiderme se renouvelle en un mois. Il est principalement constitué de deux types de **cellules*** :

- **Les kératinocytes** fabriquent la kératine et forment la peau dans son épaisseur. Ils se renouvellent sans cesse et ont un rôle de barrière ;
- **Les mélanocytes** produisent la mélanine ; ils sont situés dans

Le terme de mélanine vient du grec *melas* : noir. C'est un pigment qui donne à la peau sa coloration foncée lorsque l'on bronze.

la profondeur de l'épiderme. Il existe deux principaux types de mélanine : la mélanine noire et la mélanine rouge. Seule la mélanine noire est protectrice vis-à-vis des UV car elle renvoie la lumière. Le

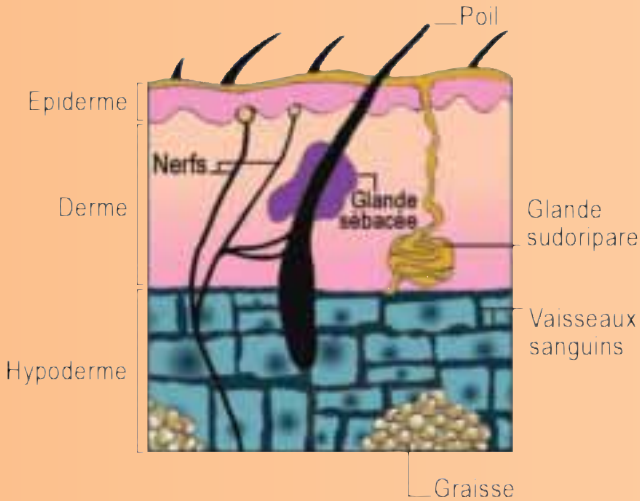
bronzage est dû à la mélanine noire. La couleur de la peau varie en fonction de la présence plus ou moins importante de cette mélanine qui protège du soleil. Les personnes à tendance rousse, qui ont une mélanine rouge, ont une peau plus blanche et ne bronzent pas réellement.

Le derme se trouve sous l'épiderme. Il contient des cellules appelées fibroblastes, des fibres de collagène, des fibres élastiques, des nerfs, des vaisseaux et d'autres structures (poils, glandes, etc.). Ces constituants assurent l'hydratation et la nutrition de la peau. Ils sont à l'origine de sa souplesse et de son

La peau, un organe essentiel

élasticité. Le derme est le principal tissu de soutien responsable de la solidité de la peau.

La troisième couche, l'**hypoderme**, est essentiellement constituée de graisse. Elle stocke l'énergie, assure l'isolation pour conserver la chaleur du corps et protège les organes qu'elle recouvre.



Les différentes couches de la peau

La peau est essentielle à notre vie. Sa principale fonction est d'être une barrière qui protège l'organisme des agressions extérieures (soleil, bactéries et virus, effets nocifs des produits chimiques et de la perte d'eau). C'est un lieu d'échange qui régule la température du corps en laissant passer l'eau qui s'évapore sous forme de sueur.

La peau se défend et s'adapte continuellement aux agressions. Son pouvoir de protection est cependant limité. À force d'être agressées par les UV, les cellules de la peau peuvent subir des transformations qui aboutissent dans certains cas au développement d'un mélanome.

Prévenir le mélanome

Comment prévenir un mélanome ? 53

Les conseils des professionnels de santé face au soleil 58

Comment prévenir un mélanome ?

Il existe deux types de prévention du mélanome :

- la prévention primaire consiste à éviter l'exposition aux facteurs de **risque*** connus de mélanome (voir « *Les facteurs de risque de développement d'un mélanome* ») ;
- la prévention secondaire consiste à diagnostiquer un mélanome le plus tôt possible afin de le guérir et surveiller les personnes à risque.

■ Éviter l'exposition au soleil

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la principale cause externe de l'augmentation des mélanomes est l'exposition au soleil.

Les études montrent que l'exposition au soleil pendant l'enfance augmente le risque de développer un mélanome à l'âge adulte.

Les enfants et les adolescents sont extrêmement sensibles au soleil. Jusqu'à l'âge de la puberté, leur peau est fine et sensible. Ils doivent donc être tout particulièrement protégés. Aux heures les plus chaudes (entre midi et 16 heures), une exposition au soleil, même de courte durée, peut entraîner de graves brûlures.

Prévenir le mélanome

● *Comment protéger les enfants ?*

En plus des recommandations habituelles face au soleil, les médecins conseillent de :

- ne jamais exposer un nourrisson de moins de 12 mois, y compris en dehors des heures les plus chaudes (12 heures-16 heures) ;
- ne pas laisser les enfants dormir sous la lumière directe du soleil ;
- ne pas les laisser à l'extérieur pendant des périodes prolongées, même s'ils portent un écran solaire ;
- s'assurer qu'ils portent un chapeau, un tee-shirt et des lunettes de soleil s'ils doivent rester à l'extérieur ;
- les habituer à se protéger les parties du corps les plus exposées, c'est-à-dire le visage, le cou, les épaules, le dos des mains, le dos, les genoux et le dessus des pieds, par des vêtements, avec un parasol, etc. S'il n'est pas possible de se protéger, il est nécessaire d'utiliser des crèmes solaires.



De manière générale et pour toute la famille, les médecins conseillent de :

- choisir des endroits ombragés pour les activités extérieures. Même quand le ciel est nuageux et qu'il ne fait pas chaud, les UV sont présents et le risque persiste. Un parasol protège de l'irradiation directe des UV mais ne protège pas de l'irradiation réfléchiée par le sol. Un parasol est donc efficace sur un sol foncé (herbe) mais inefficace sur un sol clair (sable, neige) ;
- éviter de s'exposer au soleil au milieu de la journée, entre 12 heures et 16 heures l'été en France métropolitaine, car c'est le moment où les rayons solaires sont les plus intenses, donc les plus dangereux ;
- s'assurer que toute la famille est équipée de chapeau, tee-shirt et lunettes de soleil car la meilleure protection est vestimentaire ;

- s'il n'est pas possible de se couvrir, une crème solaire à indice de protection solaire haute est recommandée (voir « *Classement des produits de protection solaire* », page 56). Elle doit protéger des UVA et UVB. Son application doit être faite un peu avant l'exposition et renouvelée peu de temps après le début du bain de soleil pour que la quantité de crème soit suffisante. Elle doit être renouvelée toutes les 3 à 4 heures et après chaque bain, même pour les crèmes dites « résistantes » à l'eau. Il est important de garder à l'esprit qu'une protection solaire haute ne permet pas une exposition plus longue. **Il n'a pas été démontré que l'utilisation de crèmes solaires prévenait l'apparition d'un mélanome.**

Les UVA et UVB sont des rayons qui dégagent une forte énergie ; ils provoquent des brûlures au niveau de la peau. Ils sont différents de par leur intensité, leur longueur d'onde et leur capacité à pénétrer la peau de façon plus ou moins profonde.

Les crèmes qui contiennent de l'essence de bergamote (psoralène) ou celles qui accélèrent le bronzage augmentent l'action des UV : elles sont déconseillées. Les huiles solaires, le monoï ou la graisse à traire ont un faible indice de protection solaire. Il est déconseillé d'utiliser les lampes solaires ou les cabines

à UV qui augmentent la quantité d'UV reçus par la peau et sa durée d'exposition en s'ajoutant à celles du soleil. Contrairement aux idées reçues, les séances d'UV ne préparent pas la peau au soleil avant l'été. Les quantités d'UV reçus en cabine sont nocives : elles n'apportent aucune protection et augmentent le risque. Il est important d'en informer les adolescents qui aiment fréquenter les centres de bronzage et s'exposer au soleil sur de longues périodes.

Les produits auto-bronzants ne protègent pas la peau des effets du soleil.

Prévenir le mélanome

Classement des produits de protection solaire

(Agence Française de Sécurité Sanitaire
des Produits de Santé AFSSAPS)

Catégories	Facteur de protection anti-UVA	SFP (Sun Protection Factor = facteur de protection solaire)
Protection faible	variable	6-8-10
Protection moyenne	variable	15-20-25
Protection haute	variable	30-40-50
Protection très haute	variable	50 et +



Réduire l'exposition aux UV du soleil et des lampes artificielles limite les risques d'apparition d'un mélanome.

S'exposer raisonnablement au soleil est le moyen le plus sûr de ne pas favoriser le développement d'un mélanome.

■ Diagnostiquer au plus tôt un mélanome

Surveiller les **grains de beauté*** pour diagnostiquer au plus tôt un mélanome.

Un grain de beauté asymétrique aux bords irréguliers, dont la couleur n'est pas homogène, dont la surface augmente et qui a récemment changé d'aspect doit

amener à demander un avis médical (voir règle ABCDE « *Les signes du mélanome* »).

Il est important de reconnaître le plus tôt possible un mélanome car un mélanome de faible épaisseur se guérit plus facilement.

Cette surveillance peut se faire par le patient lui-même (auto-surveillance): celui-ci doit alerter son médecin dès qu'il repère quelque chose de suspect, que ce soit lors d'un examen habituel chez le médecin ou lors d'un **dépistage*** chez un **dermatologue*** (voir « *Le diagnostic* »).

● **Surveillance particulière**

Les statistiques montrent que les parents, les enfants et les frères et sœurs des patients atteints de mélanome ont un risque plus important de développer un mélanome. Ces personnes doivent être examinées au moins une fois afin d'évaluer ce risque.

Cela permet de repérer et de mettre en place une surveillance des personnes qui ont un risque plus grand de développer un mélanome : grains de beauté très nombreux, suspects ou de forme et d'aspect irréguliers (ou atypiques).

Si le médecin détermine que les membres de la famille d'un patient atteint de mélanome ont un risque élevé de mélanome, ils doivent être surveillés systématiquement tous les ans par un dermatologue. Il leur recommande de se surveiller eux-mêmes et leur donne des conseils pour se protéger du soleil.

La meilleure façon de déceler le plus tôt possible un mélanome est d'examiner souvent sa peau et de consulter un médecin si :

- une nouvelle tache anormalement foncée est apparue et évolue ;
- un grain de beauté évolue ou se modifie (changement de couleur, de taille ou de forme) ;
- un bouton persiste, coloré ou non.

Un patient qui a de nombreux grains de beauté ou dont la peau est très sensible aux UV (voir « *Le phototype* », page 15) ou qui a des antécédents* familiaux de mélanome doit faire l'objet d'un dépistage, une fois par an, chez un dermatologue.

Il ne faut pas hésiter à se faire aider d'un proche pour examiner les parties de sa peau difficilement accessibles seul.

Prévenir le mélanome

Les conseils des professionnels de santé face au soleil

■ Faut-il faire retirer ses grains de beauté ?

Sans anomalie repérée par le dermatologue, le médecin ou le patient lui-même, il n'est pas utile d'enlever systématiquement des grains de beauté.

En effet, les modifications d'un grain de beauté ne sont pas toujours synonymes de cancer. De nombreux grains de beauté restent bénins et n'évoluent pas vers un mélanome.

C'est le dermatologue, ou le médecin, qui fait la différence entre une lésion suspecte de mélanome et un grain de beauté. C'est donc lui qui confirme la nécessité ou non de l'enlever. C'est notamment le cas lorsqu'un grain de beauté présente une asymétrie, des bords qui deviennent irréguliers, une couleur non homogène ou un diamètre qui augmente.

Si cela s'avère nécessaire, un grain de beauté est enlevé sans danger au cours d'une intervention chirurgicale localisée. Contrairement aux idées reçues, enlever un grain de beauté ne favorise pas le cancer.

Le prélèvement sera envoyé dans un laboratoire d'anatomopathologie où un médecin **anatomopathologiste*** l'examinera au microscope : c'est cet examen qui permet d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

■ Des programmes de sensibilisation aux dangers du soleil

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Académie de Médecine et du Plan national de lutte contre le cancer, des programmes d'information et d'éducation sur les effets du soleil ont été mis en œuvre dans les écoles et les centres de loisirs. L'objectif est de sensibiliser et d'impliquer l'ensemble des professionnels qui entourent les enfants.

Différents outils sont conçus et proposés aux enseignants, animateurs et parents : brochures papier, affiches, formations ou présentations, expositions, etc. L'Institut National du Cancer et la

Société Française de Dermatologie soutiennent le développement de ces programmes dans les écoles.

Par ailleurs, l'Institut National du Cancer mène chaque été des campagnes de sensibilisation auprès du grand public, et plus particulièrement auprès des parents, sur les risques de mélanome liés à l'exposition solaire, ainsi que sur les gestes à adopter pour se protéger et protéger les enfants du soleil. Des informations sont disponibles sur le site internet : www.e-cancer.fr.



Campagne de sensibilisation de l'Institut National du Cancer (INCa).

Les greffes de peau

Une greffe de peau consiste à utiliser la couche superficielle de la peau pour recouvrir une plaie soit pour qu'elle cicatrise, soit comme pansement.

À la suite de l'**exérèse*** du mélanome, si la cicatrisation est trop longue ou impossible, une greffe de peau est envisagée. Elle peut également être proposée pour des raisons esthétiques.

Les greffes de peau proposées sont des autogreffes, c'est-à-dire que la peau est prélevée sur le patient lui-même. Ainsi, il n'y a pas de risque de rejet. On appelle cette peau prélevée un greffon.

C'est le **chirurgien*** qui réalise la greffe de peau. En fonction de l'épaisseur de peau prélevée, on parle de greffe de peau mince, demi-épaisse ou totale.

Pour la **greffe de peau mince**, l'épiderme et la partie superficielle du derme sont prélevés à l'aide d'un rasoir ou d'un dermatome. Le dermatome est un couteau avec une lame de rasoir réglable pour découper l'épaisseur souhaitée de peau.

Pour la **greffe de peau demi-épaisse**, l'épiderme et une partie plus ou moins profonde du derme sont prélevés.

Pour ces deux épaisseurs de greffes, l'endroit où l'on a pris la peau va cicatriser spontanément en quelques semaines à l'aide de pansements (voir « *La cicatrisation dirigée* »). Les zones de prélèvement sont habituellement les cuisses et les fesses, mais ce peut être aussi le thorax, l'**abdomen***, le dos, et le cuir chevelu.

Pour la **greffe de peau totale**, toute l'épaisseur de la peau est prélevée à l'aide d'un **bistouri***. La zone donneuse ne peut pas cicatriser seule et doit être suturée : la plaie créée est refermée en rapprochant les deux bords. Le fragment de peau récupéré est débarrassé de la graisse afin que le greffon ait le maximum de chance d'adhérer à la surface receveuse.

Pour une greffe du visage, les zones de prélèvement possibles sont situées le plus près possible de la zone receveuse : sur les paupières supérieures (pour la paupière inférieure), devant et derrière les oreilles et à la base du cou au-dessus de la clavicule. Pour une greffe d'une autre partie du corps, les zones de prélèvement

utilisées sont les régions de l'**aine***, du dessus du pubis, de la face interne du bras, du pli du coude et du pli du poignet. La zone où la plus grande surface de peau totale est prélevable est l'abdomen.

Plus une greffe est mince, plus elle prend facilement, mais moins elle est esthétique (sa texture et sa couleur sont peu satisfaisantes) et plus elle se rétracte. Plus la greffe est épaisse, plus la cicatrisation est longue mais les résultats esthétiques sont meilleurs.

Une greffe a bien pris lorsqu'elle est correctement nourrie grâce aux vaisseaux sanguins des tissus sur laquelle elle a été posée.

Une préparation spécifique est-elle nécessaire avant la greffe de peau ?

Pour qu'une greffe réussisse (on dit aussi « qu'elle prenne »), c'est-à-dire qu'elle soit correctement vascularisée, les **tissus*** sur lesquels elle va être posée doivent être de bonne qualité. Les chirurgiens parlent de « sous-sol » ou de « bourgeon » de qualité.

Une anesthésie est-elle nécessaire ?

Une greffe de peau est réalisée sous **anesthésie***. Une anesthésie locale suffit lorsque la surface de la greffe est de petite taille. Une anesthésie générale est nécessaire pour une plaie plus importante.

Combien de temps dure une greffe de peau ?

Une greffe de peau dure en général moins d'une heure.

Une hospitalisation est-elle nécessaire ?

Une hospitalisation est le plus souvent nécessaire après une greffe de peau. La durée d'hospitalisation dépend de la zone greffée, de l'état général de la personne et de la nécessité d'immobiliser la partie greffée le temps de la cicatrisation (voir « *Y a-t-il des précautions particulières à prendre après la greffe ?* »).

Les greffes de peau

Une greffe de peau est-elle douloureuse ?

Une greffe de peau n'est pas douloureuse.

« La greffe n'est pas seulement une intervention en plus, mais le meilleur mode de cicatrisation ».

Quelles sont les complications éventuelles suite à une greffe de peau ?

Après la greffe, un **hématome***, un **épanchement*** ou une **infection*** peuvent apparaître sous la greffe. Ces complications peuvent compromettre la réussite de la greffe.

Des tissus de mauvaise qualité, une immobilisation insuffisante ou un pansement trop serré peuvent être à l'origine de l'échec de la greffe. Lorsque la greffe ne prend pas, une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire.

Y a-t-il des précautions particulières à prendre après une greffe ?

Il est important d'immobiliser la greffe et de la maintenir en contact avec la zone receveuse sans mouvement afin qu'elle se vascularise correctement. Sur les jambes, par exemple, on utilise des attelles en plâtre que la personne garde plusieurs jours le temps de la cicatrisation. Le patient peut marcher très rapidement en fonction de l'évolution de la cicatrisation.

La peau greffée a tendance à sécher puis à peler. Il est conseillé de l'hydrater pendant plusieurs mois avec de la vaseline.

Y a-t-il des médicaments à prendre après une greffe de peau ?

Il n'y a pas de médicaments particuliers à prendre après une greffe de peau.

Retrouve-t-on la même sensibilité au niveau de la greffe qu'avant ?

Au début, une greffe est insensible. Petit à petit, une légère sensation au toucher revient, mais la sensibilité reste de mauvaise qualité. Elle ne sera jamais la même qu'avant. Certaines personnes ont parfois une sensation au toucher semblable à une légère brûlure.

Quel est l'aspect esthétique d'une greffe ?

Il y a très souvent une différence de couleur entre la peau saine et la greffe. Par ailleurs, la jonction entre la greffe et la peau normale est parfois boursouflée, volumineuse, rouge et dure, et elle peut démanger. On parle alors de cicatrice hypertrophique. Ces symptômes s'améliorent généralement en 2 ou 3 ans. Si la cicatrice n'évolue pas et reste stable, voire s'aggrave avec le temps, on parle de cicatrice chéloïde.

La cicatrisation dirigée (voir « *La fermeture de la peau suite à l'exérèse* ») donne de meilleurs résultats qu'une greffe de peau sur certaines parties du corps. C'est le cas de la pointe du nez, de la partie haute du front ou de la face interne de la cuisse...

Combien de temps après une greffe peut-on appliquer des produits cosmétiques ?

Les produits cosmétiques habituels (crème hydratante, etc.) peuvent être utilisés dès que la greffe est prise, c'est-à-dire quelques jours après l'intervention.

Peut-on exposer la zone greffée au soleil ?

Les médecins recommandent de ne pas exposer au soleil la zone greffée au minimum pendant les deux mois qui suivent la greffe. Au-delà de cette période, il est recommandé de suivre les conseils habituels des professionnels de santé face au soleil (voir la fiche 1 « *Prévenir le mélanome* »).

Glossaire: Les mots et leur sens

Ce glossaire explique spécifiquement les termes en rapport avec ce guide *Comprendre le mélanome de la peau*.

Un dictionnaire plus complet sur l'ensemble des cancers figure dans le livre *Les cancers de A à Z*. Il est disponible sur le site Internet de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (www.fnclcc.fr) et à l'adresse suivante : Éditions Frison Roche, 18 rue Dauphine, 75006 Paris, Tél. 01 40 46 94 94. * voir ce mot

A

abdomen : partie inférieure du **tronc*** du corps humain située sous la poitrine. Il est couramment appelé ventre.

aine : partie du corps située entre le haut de la cuisse et le bas-ventre.

aisselle : espace creux situé sous le bras.

anatomopathologie : examen au **microscope*** de **cellules*** (examen cytologique ou cytologie) ou de **tissus*** (examen histologique ou histologie) de l'organisme. Les médecins parlent parfois « d'anapath ». C'est l'examen histologique qui permet d'établir de façon certaine le **diagnostic*** de cancer.

anatomopathologiste : médecin spécialiste qui examine au microscope des **cellules*** et des **tissus*** prélevés sur le patient. Son rôle est déterminant dans le **diagnostic*** et l'orientation du choix des traitements lors de la **réunion de concertation pluridisciplinaire***. Il est aussi dénommé pathologiste.

anesthésie : acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale).

antécédent : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille.

assistant social : personne qui accompagne les individus et les familles en difficulté sociale. Pour cela, elle aide à mettre en œuvre toutes les actions susceptibles de prévenir de telles difficultés pour améliorer leurs conditions de vie.

B

bénin (bénigne) : non cancéreux. Une tumeur bénigne n'est pas cancéreuse.

bilan : ensemble d'examen médicaux qui évaluent l'état de santé d'une personne à un moment donné. Il existe différents types de bilan : **bilan diagnostique***, **bilan d'extension***, **bilan préthérapeutique***.

bilan d'extension: ensemble d'exams médicaux destinés à évaluer l'étendue du cancer et la présence ou non de **métastases*** dans d'autres organes.

bilan diagnostique: ensemble d'exams médicaux qui ont pour but de déterminer si le patient a un cancer et si tel est le cas, d'identifier le type de cancer.

bilan préthérapeutique: bilan* qui réunit tous les éléments nécessaires à l'établissement d'un **plan thérapeutique*** (ou **Plan Personnalisé de Soins***). Au terme de ce bilan, le médecin dispose de renseignements qui lui permettent de poser un diagnostic et de proposer un traitement adapté à la situation lors de la consultation du **dispositif d'annonce***.

bistouri: instrument chirurgical très tranchant servant à pratiquer des incisions.

C

cancer: ensemble de **cellules*** anormales qui se sont modifiées et se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur **maligne***.

cancérologue: médecin spécialiste du cancer. On parle aussi d'oncologue. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de chimiothérapie (oncologue médical) ou de radiothérapie (oncologue radiothérapeute).

cellule: élément visible au **microscope*** dont est constitué tout organisme vivant. Plantes et animaux sont composés de cellules très différentes qui se multi-

plient, meurent et se renouvellent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un **tissu***. Des cellules cancéreuses sont des cellules qui se sont modifiées et se multiplient de façon anormale. Voir **cancer***.

chirurgie plastique: chirurgie qui vise à restaurer les formes normales d'un organe ou d'une partie d'organe. On parle aussi de chirurgie réparatrice.

chirurgien: médecin qui pratique des opérations pour diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou effectuer des réparations (chirurgie plastique...).

clavicule: os long sur l'avant de l'épaule.

consultation: examen d'un patient par un médecin dans son cabinet. Le médecin pose des questions en relation avec la maladie, examine le patient avec ses mains (palpations) et éventuellement divers outils (**dermoscope***...).

Glossaire:

Les mots et leur sens

D

dépistage: recherche systématique chez une personne en bonne santé apparente de **signes*** ou de **symptômes*** traduisant une maladie.

dermatologue: médecin spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses. C'est l'expert du diagnostic des tumeurs de la peau et du suivi de la personne après traitement.

dermoscope: sorte de loupe grossissante dont le médecin s'aide parfois pour réaliser l'examen de la peau.

diagnostic: démarche qui permet d'identifier la maladie à l'origine des **signes*** ou des **symptômes*** ressentis ou observés par le patient. Voir **bilan***.

dispositif d'annonce: dispositif destiné à informer le patient du **diagnostic*** ou d'une éventuelle rechute, ainsi que des traitements envisagés, au cours de plusieurs consultations médicales et paramédicales. Il vise à permettre au patient d'être pris en charge par différents professionnels : psychologue, diététicien, travailleur social, etc.

E

échographie: technique d'imagerie par **ultrasons***. Cet examen permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide d'une sonde reliée à un écran de télévision et à un ordinateur. La sonde envoie des ultrasons qui permettent de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Cet examen est indolore.

éducation thérapeutique: ensemble d'actions proposées aux patients tout au long d'une maladie. Ces actions ont pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, de participer aux soins de façon plus active et de favoriser un retour à une vie normale. La notion d'éducation thérapeutique recouvre un large champ qui va de l'aide psychologique et sociale à l'information sur la maladie et ses traitements, en passant par l'organisation et la façon dont les soins se déroulent à l'hôpital.

effet secondaire: conséquence désagréable d'un traitement. Les effets secondaires n'apparaissent pas de façon systématique. Ils dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont chacun réagit aux traitements. Il existe deux types d'effets secondaires: les **effets secondaires immédiats*** et les **effets secondaires tardifs***. On parle aussi d'effet indésirable.

effet secondaire immédiat: effet secondaire à court terme (nausées, fièvre, etc.). Temporaire, il disparaît généralement après la fin des traitements.

effet secondaire tardif: effet secondaire à long terme (cicatrice douloureuse, etc.). Un effet secondaire peut persister longtemps après l'arrêt des traitements, parfois jusqu'à la fin de la vie. Il est alors appelé **séquelle***.

épanchement: accumulation de liquide.

équipe pluridisciplinaire: équipe soignante constituée de plusieurs

spécialistes (dermatologue, chirurgien, oncologue, etc.) qui se réunissent pour réfléchir sur les situations médicales des patients au cours de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et proposer au patient le traitement le mieux adapté à sa situation.

essai thérapeutique: étude dont l'objectif est de tester un nouveau traitement. L'étude doit montrer qu'il existe un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleure efficacité, diminution des effets secondaires*, amélioration de la qualité de vie). Un essai thérapeutique peut également avoir pour objectif d'évaluer précisément certains aspects d'un traitement déjà connu. On parle aussi d'étude clinique.

étude épidémiologique: étude des rapports entre une maladie et différents facteurs (tabagisme, consommation d'alcool, exposition à un produit toxique, etc.).

examen anatomopathologique: voir anatomopathologie*.

examen clinique: examen réalisé par le médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, examine la peau du patient, palpe les ganglions et le ventre avec ses mains et éventuellement divers outils (stéthoscope, marteau à réflexe, dermoscope*...).

examen complémentaire: examen qui permet d'affirmer le diagnostic ou de réaliser un bilan d'extension*, c'est-à-dire de déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres endroits du corps.

examen d'imagerie: examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou d'un organe. Il existe deux types d'examen d'imagerie: les examens radiologiques (radiographie*, échographie*, scanner*, IRM*, etc.) et les examens de médecine nucléaire (TEP*, par exemple).

exérèse: intervention chirurgicale qui consiste à enlever un morceau de peau. Pour cela, une incision* est réalisée à l'aide d'un bistouri*. Le fragment de peau est ensuite examiné par un anatomopathologiste*.

extension: stade d'évolution d'un cancer. Un cancer commence par le développement d'une ou plusieurs cellules* cancéreuses. Ces cellules se multiplient et forment une tumeur. Quand les cellules cancéreuses restent dans l'organe d'origine, on parle d'évolution ou d'extension locale du cancer. Plus les cellules se multiplient, plus l'anomalie grossit. Elle risque alors de laisser échapper des cellules cancéreuses vers d'autres endroits de l'organisme. Si les cellules cancéreuses atteignent des ganglions*, on parle d'extension régionale. Lorsqu'on retrouve des cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, os, poumon, etc.), on parle d'extension métastatique, ou d'extension à distance de la tumeur primitive*. Voir métastase*.

F

facteur de risque: élément qui peut favoriser le développement d'un cancer* ou d'une récurrence*.

Glossaire:

Les mots et leur sens

G

ganglion: petit renflement réparti le long des **vaisseaux lymphatiques***. Disposés dans certaines parties du corps, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'**aisselle***, l'**aine***), soit profonds (dans l'**abdomen***, le **thorax***). Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les **infections*** ou les **cellules*** cancéreuses. Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre.

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

grain de beauté: **tumeur bénigne***. Un grain de beauté normal est soit de couleur brun clair, brun, brun foncé, soit de couleur chair, sa teinte est uniforme et les contours sont bien définis. De forme ronde ou ovale, il mesure habituellement moins de 5 millimètres (1/4 de pouce) de diamètre. Il est plat ou légèrement bombé. Voir **nævus***.

greffe: intervention chirurgicale consistant à transférer sur un individu un morceau de peau prélevée sur une partie de son corps. Le morceau de peau est recousu et sert de couverture pour recouvrir la zone où le mélanome a été enlevé.

H

hématome: accumulation de sang sous la peau ou dans une cavité naturelle à la suite d'une rupture des **vaisseaux sanguins***. Le sang forme un bleu.

I

incision: entaille de la chair avec un instrument chirurgical.

infection: présence d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bactérie, bacille, virus), susceptible de provoquer des maladies.

IRM (Imagerie par Résonance Magnétique): technique d'examen qui permet de créer des images précises des organes ou d'une partie du corps en utilisant les propriétés de l'hydrogène présent dans les molécules d'eau de notre corps. L'appareil contient un aimant très puissant (d'où le terme de magnétique) qui fait réagir les molécules d'hydrogène et permet de les visualiser.

L

lambeau: morceau de peau prélevé près de la zone opérée sans être totalement enlevé. Le lambeau est déplacé sur la zone opérée sur laquelle il est recousu.

lymphatique: se dit du réseau de petits **vaisseaux*** qui transportent la **lymphe***. L'ensemble de ces vaisseaux et des **ganglions*** forme le système lymphatique.

lymphe: liquide légèrement coloré produit par le corps dans lequel baignent les **cellules*** de notre organisme. La lymphe transporte et évacue les déchets des **cellules***. Comme le sang, la lymphe circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux **lymphatiques***.

M

malin (maligne): se dit d'une tumeur cancéreuse. Voir **cancer***.

masseur-kinésithérapeute (kinésithérapeute): personne spécialisée dans la rééducation des différentes parties du corps. Son intervention a pour but d'aider le patient à maintenir ou récupérer une facilité de mouvements. Pour ce faire, le masseur-kinésithérapeute réalise sur prescription médicale des actes manuellement ou à l'aide d'appareils adaptés, et apprend au patient des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à ses déficits.

médecin généraliste: médecin habituel du patient. Il prend en charge ses différents problèmes de santé. Il a un rôle très important lors du diagnostic, du traitement et de la surveillance du cancer pendant les périodes où le patient est à son domicile. Il fait le lien par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux avec l'hôpital ou la clinique où est soigné le patient. Il peut être le **médecin traitant*** déclaré en tant que tel à la Sécurité sociale.

médecin traitant: médecin choisi par la personne malade pour coordonner ses soins, la guider vers d'autres professionnels de santé, gérer son dossier médical et assurer une prévention personnalisée. La personne malade s'adresse en priorité à lui en cas de problème de santé. Le médecin traitant peut être un **médecin généraliste*** ou un spécialiste. Il peut exercer en libéral, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

métastase: cellule cancéreuse provenant d'une première tumeur. On parle également de maladie métastatique, ou de localisation secondaire du cancer. Voir **extension***.

microscope: instrument d'optique à très fort grossissement qui permet d'examiner les objets qui ne sont pas visibles à l'œil nu. C'est l'équivalent d'une grosse loupe.

moelle épinière: partie du système nerveux qui se trouve dans la colonne vertébrale. La moelle épinière conduit les informations du cerveau vers les organes et inversement, des organes vers le cerveau.

muqueuse: membrane qui recouvre le tube digestif (de la bouche au rectum), l'appareil respiratoire, ainsi que l'appareil urinaire et génital. Les muqueuses fabriquent du mucus, ce qui leur permet de rester humides.

N

nævus: grain de beauté. C'est une tache plane ou en relief qui correspond à un amas de cellules de la peau: les mélanocytes. Voir **grain de beauté***.

O

œdème: gonflement des tissus causé par une accumulation anormale de liquide.

oncologie génétique (oncogénétique): spécialité médicale qui étudie les facteurs héréditaires pouvant favoriser le développement de certains cancers.

option: **recommandation*** d'examen ou

Glossaire: Les mots et leur sens

de traitement. Dans une même situation, les recherches scientifiques n'ont pas identifié d'examen ou de traitement qui présente plus d'avantages que d'autres. Voir aussi **standard***.

P

pelvis: partie du corps située sous l'**abdomen*** et contenant entre autre la vessie et le rectum.

plan thérapeutique: ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien défini. Par exemple, une chirurgie peut être suivie d'une immunothérapie.

plaquette: cellule du sang qui arrête les saignements et permet la cicatrisation.

programme personnalisé de soins (PPS): description du traitement particulier proposé à chaque patient. Ce programme est élaboré au cours d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire*** et soumis au patient lors d'une consultation spécifique dans le cadre du **dispositif d'annonce***. À l'issue de cette consultation, le médecin lui remet un document qui indique le ou les traitements à réaliser, leur durée, le lieu et les dates prévisibles auxquelles ils doivent se dérouler. Le programme personnalisé de soins, parfois abrégé en PPS, peut être adapté ou interrompu en fonction de la tolérance du patient aux traitements ou de leur efficacité, et de l'évolution de la maladie.

protéine: substance nécessaire au bon fonctionnement des **tissus*** et des **cellules***.

protocole: description précise des conditions et du déroulement d'une étude ou d'un traitement.

psychiatre: médecin spécialiste des maladies mentales et de certains troubles psychologiques liés à des événements particuliers comme la maladie et ses traitements (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. On parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychiatre.

psychologue: professionnel diplômé spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il assure un soutien et un suivi psychothérapeutique des patients et de leur famille par des entretiens individuels ou en groupe. Il est aussi à même de repérer la détresse liée à la maladie et à ses traitements, et les troubles psychopathologiques. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

R

radiographie (radio): examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de **rayons X***. Il s'agit d'un **examen d'imagerie***. Voir **radiologie***.

radiologie: spécialité médicale qui utilise des **rayons X*** ou des **ultrasons*** pour obtenir des images d'une partie du corps ou des organes (**radiographie***, **échographie***, **scanner***).

S

radiothérapie: traitement local* du cancer à l'aide d'un appareil qui émet des rayons. Ces rayons, dirigés vers la tumeur, la détruisent. Ce traitement se fait dans un service spécialisé de radiothérapie. On parle aussi de rayons ou de séances de rayons.

rayons X: rayons invisibles plus ou moins arrêtés selon les différents composants du corps qu'ils traversent. Les rayons qui peuvent traverser sont détectés et dessinent des images de l'intérieur du corps. Ils sont également appelés photons X.

récidive: réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. On parle aussi de rechute.

recommandation: examen ou traitement préconisé dans une situation donnée qui suit les résultats des recherches scientifiques. On distingue deux types de recommandations: les **standards***, lorsqu'il existe une seule recommandation, et les **options***, lorsqu'il existe plusieurs recommandations.

réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP): moment d'échanges périodiques entre professionnels de santé où se discutent les traitements proposés à un patient, l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter et l'analyse des bénéfices et des risques qu'il encourt. Le patient est informé des traitements qui lui sont proposés et reçoit son **programme personnalisé de soins*** (PPS).

scanner: examen qui permet d'obtenir des images du corps à l'aide de **rayons X***. C'est un type de **radiographie*** dont les images sont reconstituées par ordinateur et grâce auxquelles on peut faire une analyse précise des différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomodynamomètre, abrégé en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

séquelle: conséquence d'un traitement ou d'une maladie qui persiste après la fin du traitement ou de la maladie. Les séquelles peuvent être psychologiques, esthétiques (cicatrice après une opération, par exemple) ou affecter le fonctionnement d'un organe.

signe: manifestation anormale observée par le patient ou par le médecin.

stade: ensemble des informations sur la taille de la **tumeur***, l'envahissement des **ganglions*** et la présence éventuelle de **métastases***. Voir **extension***.

standard: examen ou traitement pour lequel les résultats sont connus et qui est considéré comme le meilleur examen ou traitement. Un examen ou traitement standard est proposé de façon systématique dans une situation donnée. Il arrive que le médecin ne puisse pas disposer de l'examen ou appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie; le médecin propose alors un ou plusieurs examens ou traitements mieux adaptés à la situation. Voir **recommandation*** et **option***.

Glossaire: Les mots et leur sens

symptôme: manifestation anormale provoquée par la maladie sur l'organisme (gêne, douleur, brûlure, sensation d'étouffement, tache, etc.). Un symptôme est ressenti d'une façon différente d'un patient à l'autre. L'apparition de tout nouveau symptôme doit être signalée au médecin.

T

thorax: partie supérieure du tronc qui contient le cœur et les poumons.

tissu: ensemble de **cellules*** qui ont une même fonction (tissu cutané par exemple).

tomographie par émission de positons (TEP): examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à un **traceur*** faiblement radioactif. Ces images sont reconstituées en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

traceur: produit radioactif qui, une fois injecté lors de différents examens comme une **TEP***, peut être visualisé dans l'organisme du patient. Le traceur, en se fixant sur différents organes, permet d'en analyser le fonctionnement.

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

tronc: partie principale du corps humain sur laquelle sont fixés la tête et les membres.

tumeur: masse plus ou moins volumineuse de **tissu***, qui peut être formée de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne). Le développement des tumeurs bénignes (grains de beauté, verrues...) reste localisé et n'altère pas les tissus voisins. Les tumeurs malignes ont tendance à se développer en dehors des règles habituelles et à envoyer des cellules à distance (**métastases***). Voir **cancer***.

tumeur maligne: masse de cellules cancéreuses. Voir **cancer***.

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

U

ultrason: vibration que l'oreille humaine ne peut pas entendre et qui est utilisée lors de certains **examens d'imagerie*** (**échographie***) ou de certains traitements.

V

vaisseau capillaire: **vaisseau sanguin*** de très petite taille.

vaisseau lymphatique: canal par lequel circule la **lymphé*** et qui relie les **ganglions*** entre eux pour former le système lymphatique.

vaisseau sanguin: canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit **vaisseau capillaire***).

Les SOR SAVOIR PATIENT

Le programme SOR SAVOIR PATIENT, « Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients », est mené depuis 1998 par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer et les vingt Centres Régionaux de Lutte contre le Cancer, en collaboration avec la Ligue Nationale Contre le Cancer, la Fédération Hospitalière de France, la Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers Régionaux et universitaires, la Fédération Française de Cancérologie des Centres Hospitaliers Généraux et l'Institut National du Cancer.

Ce programme vise à :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée sur le cancer ;
- mieux leur faire comprendre les différents aspects de la maladie et ses répercussions, tant sur le plan médical que social, familial et psychologique ;
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de mieux participer au choix de leurs traitements.

■ **Des guides pour les personnes malades et leurs proches**

Le programme SOR SAVOIR PATIENT élabore des guides d'information et de dialogue pour différents cancers, à destination des personnes malades et de leurs proches. Les informations médicales contenues dans ces guides sont issues de documents scientifiques élaborés par des experts spécialistes du cancer : les Standards, Options et Recommandations, abrégés en SOR.

Les SOR SAVOIR PATIENT

Les SOR sont des recommandations destinées aux médecins spécialistes. Ces documents médicaux résument les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. À partir de ces données et de l'expérience des **cancérologues***, les SOR définissent la meilleure prise en charge existante pour un cancer donné. Il existe deux types de recommandations: les **standards*** et les **options***. L'objectif de ces recommandations est d'aider les médecins et les patients à prendre les décisions médicales les plus appropriées, que ce soit au niveau du diagnostic, des traitements ou de la surveillance. Ces documents sont disponibles auprès de la FNCLCC (101, rue de Tolbiac - 75013 Paris - Tél. : 01 76 64 78 00- www.fnclcc.fr).

Ce guide *Comprendre le mélanome de la peau* est une version adaptée du SOR « *Le mélanome cutané* ». Associant étroitement groupes de patients et proches de patients, cette adaptation en langage non scientifique a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de santé spécialistes du cancer, de professionnels paramédicaux, de chargés de missions en santé et d'une spécialiste du langage, en tenant compte de l'avis de patients, d'anciens patients et de leurs proches (voir la liste des membres du groupe de travail).

Ce guide peut permettre de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il complète ou renforce l'information que le médecin est tenu de donner. C'est un outil d'information, consultable par les proches et utilisable dans une démarche d'**éducation thérapeutique*** du patient.

Le médecin ne connaît pas ce que le patient sait déjà, ni la quantité d'information qu'il souhaite avoir. Il ne sait pas ce qu'il peut entendre, ni ce qu'il veut comprendre. Les médecins disposent de nombreux éléments d'informations. Certains en donnent spontanément, d'autres moins. Certains utilisent des mots simples, d'autres un langage plus technique. Le médecin doit s'adapter à chacun de ses patients pour fournir une information aussi compréhensible que possible. Si le patient estime qu'il n'est pas suffisamment informé, il est en droit de demander des explications supplémentaires.

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont régulièrement mis à jour en fonction des nouveaux résultats de la recherche.

■ Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Vingt-et-un patients, anciens patients, proches et membres de comités de patients ont été impliqués dans le travail d'élaboration de ce guide, par des réunions, des entretiens individuels et des relectures par questionnaires. Leur participation a permis d'adapter les informations aux besoins qu'ils ont exprimés. Certains d'entre eux ont participé directement à la rédaction de ce guide.

L'ensemble des informations médicales a été validé par des spécialistes de la prise en charge du traitement du mélanome (voir la liste des membres du groupe de travail et des relecteurs).

Ce guide concerne le mélanome de la peau. Il n'aborde pas :

- les autres formes de mélanome (de l'œil ou des méninges) ;
- les autres formes de cancer de la peau ;
- les cancers métastatiques et le traitement des **récidives*** ;
- la prise en charge de la douleur et de la fatigue ;
- les aspects psychologiques en lien avec un cancer ;
- les démarches sociales liées au cancer (congé maladie, aides sociales, etc.).

Ces thèmes sont abordés de façon détaillée dans d'autres guides d'information et de dialogue (voir « *Guides SOR SAVOIR PATIENT disponibles* »).

Ce guide a bénéficié d'un soutien financier des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), de la Ligue Nationale Contre le Cancer et de l'Institut National du Cancer (INCa).

Les SOR SAVOIR PATIENT

Relecteurs

Lucile ANDRAC-MEYER, Pathologiste, Hôpital Nord Marseille, Marseille; **Gérard AUCLERC**, Oncologue, Société Française de Cancérologie Privée, Nantes; **Anne BATAILLARD**, médecin généraliste, FNCLCC, Paris; **P. BELAUBE**, Dermatologue, CH La Seyne/Mer, Toulon; **Pierre BENSIMON**, Ligue contre le cancer, Comité de la Drome, Valence; **Pierre BEY**, Oncologue Radiothérapeute, Institut Curie, Paris; **Françoise BOITIER**, Onco-dermatologue, Cabinet médical, Paris; **Jacques BONNETERRE**, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret, Lille; **Xavier BOUISSOU**, Dermatologue, Clinique Saint-Jean Languedoc, Toulouse; **Elisabeth BRISSY**, Animatrice ERI, Centre Léon Bérard, Lyon; **Éliane BURE**, Dermatologue, Cabinet médical, Les Herbiers; **Valérie CALLOT**, Dermatologue, Hôpital Simone Veil, Montmorency; **Marie-France CARETTE**, Radiologue, Hôpital Tenon, Paris; **Bénédicte CAVELIER-BALLOY**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris; **Laurent CENARD**, Directeur, ONCO 94, Chevilly Larue; **Jean CHOMANT**, Médecin nucléaire, Sévis; **Isabelle CIRILO-CASSAIGNE**, Chargée d'étude du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine, Bordeaux; **Pierre CLAVERE**, Oncologue Radiothérapeute, Hôpital Universitaire Dupuytren, Limoges; **Noëlle COLIN-CHAMLEY**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris; **Thérèse COMMEAU**, membre du Comité patients, Centre René Gauducheau, Nantes Saint-Herblain; **Thierry CONROY**, Oncologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy; **Benoît COUTURAUD**, Chirurgien, Institut Curie, Paris; **Bernard CRIBIER**, Dermatologue, Hôpital Universitaire, Strasbourg; **Didier CUISSOL**, Oncologue médical, Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier; **Sophie DALAC-RAT**, Dermatologue, CHU Hôpital du Bocage, Dijon; **Rémy DELVA**, Oncologue, Hôpital Édouard Herriot, Lyon; **Vincent DESCAMPS**, Dermatologue, Hôpital Bichat, Paris; **Marie-Laurence DORDAIN-BIGOT**, Dermatologue, Hôpital d'Instruction des Armées Begin, Saint-Mandé; **Marie-Sylvie DOUTRE**, Présidente SFD, Dermatologue, Hôpital Haut-Levêque, Pessac; **Louis DUBERTRET**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris; **Christine DUFOUR**, Dermatologue, Cabinet médical, Angers; **Isabelle DURAND-ZALESKI**, Médecin de santé publique Hôpital Henri-Mondor, Créteil; **Xavier DURRANDO**, Oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand; **Susan ERNY**, Dermatologue, Cabinet médical, Guebwiller; **Pierre FARGEOT**, Oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon; **Jean-François FORESTIER**, Dermatologue, Cabinet médical, Chalon-sur-Saône; **Jean FRAISSE**, Chirurgien, Centre Georges-François Leclerc, Dijon; **Christian FRICK**, Dermatologue, Vénérologue, Cabinet médical, Saint-Jean-de-Maurienne; **Jean-Pierre GERARD**, Oncologue Radiothérapeute, Centre Antoine Lacassagne, Nice; **Maggy GROSSIN**, Dermatopathologiste, Hôpital Louis Mourier, Colombes; **Michèle HENRY**, Dermatologue, Cabinet médical, Rennes; **Nicolas ISAMBERT**, Oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon; **Michel JEANMOUGIN**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris; **Pierre KERBRAT**, Oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes; **Fabienne KLEIN**, Dermatologue, Centre Antoine Lacassagne, Nice; **Alain LAMPERT**, Dermatologue, Cabinet médical, Montigny-le-Bretonneau;

Laurette LAUNAY, membre du Comité patients, Centre René Gauducheau, Nantes Saint-Herblain; **Marie-Thérèse LECCIA**, Dermatologue, CHU Albert Michalon, Grenoble; **Françoise LEFORT**, Médecin coordonnateur du réseau de cancérologie de Basse Normandie, Caen; **Thierry LESIMPLE**, Oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes; **Christine LONGVERT**, Dermatologue, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt; **Alain LORTHOLARY**, Oncologue médical, Centre Catherine-de-Sienne, Nantes; **Pierre-Yves MARCY**, Radiologue, Centre Antoine Lacassagne, Nice; **Marc MAGNET**, Oncologue médical, Hospitalisation à domicile Soins et Santé, Caluire et Cuire; **Jacques MARTEL**, Dermatologue, Centre hospitalier, Chambéry; **Erick MARTHAN**, Dermatologue, Clinique Pasteur, Royan; **Françoise MAURICE**, Animatrice ERI, Centre Alexis Vautrin, Nancy; **Françoise MAY-LEVIN**, Oncologue médicale, Ligue Contre le Cancer, Paris; **Valérie MAZEAU-WOYNAR**, Responsable du Département Recommandations, Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt; **Maud METZGER**, Animatrice ERI, Centre Alexis Vautrin, Nancy; **Laurent MISERY**, Dermatologue, CHU, Brest; **Philippe MODIANO**, Dermatologue, Hôpital Saint-Philibert, Lomme; **Marie DE MONTBEL**, Département Recommandations, Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt; **Hubert ORFEUVRE**, Oncohématologue, Centre Hospitalier, Bourg-en-Bresse; **Christine PAUWELS**, Dermatologue, CHI Poissy/Saint-Germain-en-Laye, Saint-Germain-en-Laye; **Christine PERRIN NICOLET**, Dermatologue, Cabinet médical, Lyon; **Jean-Luc PERROT**, Dermatologue, CHU, Hôpital de Bellevue, Saint-Etienne; **Philippe PEUDUVALLON**, Dermatologue, Cabinet médical, Brest; **Laurent PEYRET**, Dermatologue, Cabinet médical, Auch; **Thierry PHILIP**, pédiatre, FNCLCC, Paris; **Gaëlle QUEREUX**, Dermatologue, CHU Nantes; **Anne RAMON**, Directeur du département information des publics, Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt; **Catherine RENAUD-VILREM**, Dermato-oncologue, Centre René Huguenin, Saint-Cloud; **Jean-Jacques RENAUT**, Dermatologue, Cabinet médical, Nantes; **Caroline ROBERT**, Dermatologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif; **Thierry ROLAND**, membre du Comité patients, Centre René Gauducheau, Nantes Saint-Herblain; **Bernard ROSSI**, Dermatologue, Clinique Mathilde, Rouen; **Stéphane RUCK**, Oncologue médical, Centre Hospitalier Jean Monnet, Epinal; **Hélène SANCHO-GARNIER**, Médecin de santé publique, Epidémiologiste, Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier; **Bruno SASSOLAS**, Dermatologue, CHU, Brest; **Jean-François SEI**, Dermatologue, Cabinet médical, Saint-Germain-en-Laye; **Pascal TOUSSAINT**, Dermatologue, Hôpital d'Instruction des Armées, Bordeaux; **Luc THOMAS**, Dermatologue, Hôpital Hôtel Dieu, Lyon; **Raoul TRILLER**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris; **François TRUCHETET**, Dermatologue, CHR Hôpital Beauregard, Thionville; **Isabelle VAN PRAAGH**, Coordonnateur réseau, Oncauvergne, Centre Jean-Perrin, Clermont-Ferrand; **Manuelle VIGUIER**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris; **Jean-Jacques VOIGT**, Pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse; **Philippe ZABARINO**, Dermatologue Vénérologue, Cabinet médical, Montpellier.

Les SOR SAVOIR PATIENT

Comité d'organisation des SOR

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Paris.

T. Philip, directeur des SOR, pédiatre

B. Fervers, directrice adjointe des SOR, coordinatrice des projets internationaux, oncologue médical

■ SOR à destination des spécialistes

A. Bataillard, coordinatrice du programme SOR spécialistes, médecin généraliste

L. Bosquet, responsable des méthodologistes, chef de projet

S. Guillo, méthodologiste, chef de projet

D. Kassab-Chahmi, méthodologiste, chef de projet

F. Planchamp, méthodologiste, chef de projet

S. Rousmans, méthodologiste, chef de projet

C. Séblain-El Guerche, méthodologiste, chef de projet

H. Cazeneuve, chargé de projet en sociologie

E. Luporsi, méthodologiste associée, oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Nancy

S. Theobald, méthodologiste associé, médecin de santé publique, Centre Paul Strauss

F. Farsi, référent réseau, médecin de santé publique, Réseau Oncora, Lyon

■ SOR SAVOIR PATIENT

J. Carretier, coordonnateur du programme, chargé de mission en santé

L. Leichtnam-Dugarin, responsable méthodologistes, chargée de mission en santé

S. Brusco, méthodologiste, chargée de mission en santé

M. Déchelette, méthodologiste

V. Delavigne, linguiste

■ PROJETS INTERNATIONAUX

N. Lepreux, chef de projet CoCanCPG

M. Rémy-Stockinger, chargée de projet international

S. Belleville, assistante de gestion CoCanCPG et projets internationaux

■ SERVICE ADMINISTRATIF

I. Caraguel, responsable administrative

L. Pretet, assistante de gestion

A. Adon, employée administrative

■ DOCUMENTATION

R. Barataud, documentaliste

C. Prot, documentaliste

■ SERVICE ÉDITORIAL

H. Borges-Paninho, responsable de l'édition

D. Gouvrit, assistante de gestion

E. Sabatier, assistante de gestion

Guides SOR SAVOIR PATIENT disponibles

■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet et sur papier

- Vivre pendant et après un cancer (2007)
- Douleur et cancer (2007)
- Comprendre la nutrition entérale (2007)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2007)
- Comprendre le néphroblastome (2006)
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
- Comprendre le cancer du rectum (2005)
- Fatigue et cancer (2005)
- Comprendre le cancer de la prostate (2005)
- Comprendre la chimiothérapie (2004)
- Démarches sociales & cancer (2004)
- Comprendre le cancer du poumon et En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)

■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet

- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie (2004)

■ Fiches d'information SOR SAVOIR PATIENT parues

- Comprendre le scanner (2004 et 2007)
- Comprendre l'IRM (2004 et 2007)
- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)

■ D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus

- Comprendre la radiothérapie
- Comprendre les tumeurs cérébrales
- Sexualité et cancer
- Kinésithérapie et cancer
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre la chimiothérapie (actualisation)
- etc.

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre aux questions d'ordre médical. Pour toute question de cet ordre, nous vous invitons à en parler à votre médecin.

Un service téléphonique d'information, de conseil et de soutien « *Cancer info service* », assuré par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue Nationale contre le Cancer, répond aux besoins d'informations de tous ceux qui sont concernés par le cancer : Cancer info service 0 810 810 821 (Numéro Azur, prix d'un appel local).

Des informations complémentaires sur les différents cancers sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC (<http://www.fnclcc.fr>) et de la Ligue nationale contre le cancer (<http://www.ligue-cancer.asso.fr>).



Notes personnelles

Nous remercions Pfizer pour sa participation
à l'édition et à la diffusion de ce guide, sans aucune implication
scientifique et financière dans la phase d'élaboration.

Mentions légales

Les SOR SAVOIR PATIENT sont des guides d'information et de dialogue, accessibles sur l'internet, à destination des patients atteints de cancer et de leurs proches. Ces guides ont pour fonction d'aider les patients et leurs proches à mieux communiquer avec les médecins en ce qui concerne les maladies cancéreuses, leurs traitements et les modalités de prise en charge. Ils associent ainsi davantage le patient à l'acte thérapeutique.

Ces guides participent à l'information du patient sans pour autant pouvoir se substituer aux informations données par les médecins ni remplacer la relation individuelle et personnelle entre le médecin et le patient.

Les SOR SAVOIR PATIENT sont de simples outils d'informations médicales, décrivant en termes compréhensibles par les patients et leurs proches l'état des connaissances sur la prise en charge des différents cancers. Ils se basent sur une revue critique des données de la littérature scientifique et du jugement argumenté des experts. Ces guides sont d'un usage facultatif. Ils n'ont donc aucune valeur en termes d'avis thérapeutique ou de prescription et, malgré tout le soin qui a été apporté à leur rédaction, ils peuvent inévitablement comporter des erreurs ou des approximations. À ce titre, la FNCLCC n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation par les patients des données extraites du document, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Les SOR SAVOIR PATIENT, élaborés à l'initiative de la FNCLCC, utilisent et adaptent en langage non scientifique des informations médicales empruntées aux SOR. Ils constituent des œuvres dérivées au sens de l'article L 113-2 du Code de la Propriété Intellectuelle (CPI).

L'adaptation de l'œuvre première que constitue les SOR ayant été réalisée à l'initiative de la FNCLCC, celle-ci est seule investie des droits d'auteur de nature patrimoniale sur l'œuvre nouvelle en application de l'article L 113-4 du CPI.

Vous êtes autorisé à télécharger, imprimer et utiliser des extraits des SOR SAVOIR PATIENT pour votre usage personnel non commercial, sous réserve de la citation de la source originelle.

Si vous souhaitez diffuser des guides SOR SAVOIR PATIENT, téléchargez les bons de commande correspondant aux guides d'information et de dialogue souhaités sur le site internet de la FNCLCC.

Pour toute autre utilisation des SOR SAVOIR PATIENT et, en particulier pour leur republication ou leur redistribution, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, vous devez obtenir l'autorisation expresse et préalable de la FNCLCC. S'il est effectué sans autorisation, ce type d'utilisation peut être constitutif d'actes de contrefaçon susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de leur auteur. Les demandes d'autorisation peuvent être adressées au Service des SOR de la FNCLCC.

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

101, rue de Tolbiac - 75013 Paris
Tél. : 01 76 64 78 00 – Fax : 01 45 82 07 59
Courriel : fnclcc@fnclcc.fr – Internet : www.fnclcc.fr

Société Française de Dermatologie - Maison de la Dermatologie

25, rue de la Boétie - 75008 Paris
Tél. : (33) 01 43 27 01 56 - Fax (33) 0 1 43 27 0186
Courriel : sfd@wanadoo.fr – Internet : www.sfdermato.com

Où se procurer les guides SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles
sur les sites internet de la FNCLCC

www.fnclcc.fr

et de la Ligue Nationale Contre le Cancer

www.ligue-cancer.asso.fr

Vous pouvez également vous les procurer dans le
Centre de lutte contre le cancer le plus proche de chez vous,
ainsi qu'à la Ligue nationale contre le cancer
14, rue Corvisart 75 013 Paris

Ce guide peut vous être remis gracieusement
par un médecin ou une association partenaire.

Société Française de Dermatologie
Maison de la Dermatologie

25, rue de la Boétie - 75 008 Paris

Tél. : (33) 01 43 27 01 56 - Fax (33) 01 43 27 01 86

Courriel : sfd@wanadoo.fr - Internet : www.sfdermato.com

CANCER **NO SERVICE**
0810 810 821

