

Les mélanomes en 2026

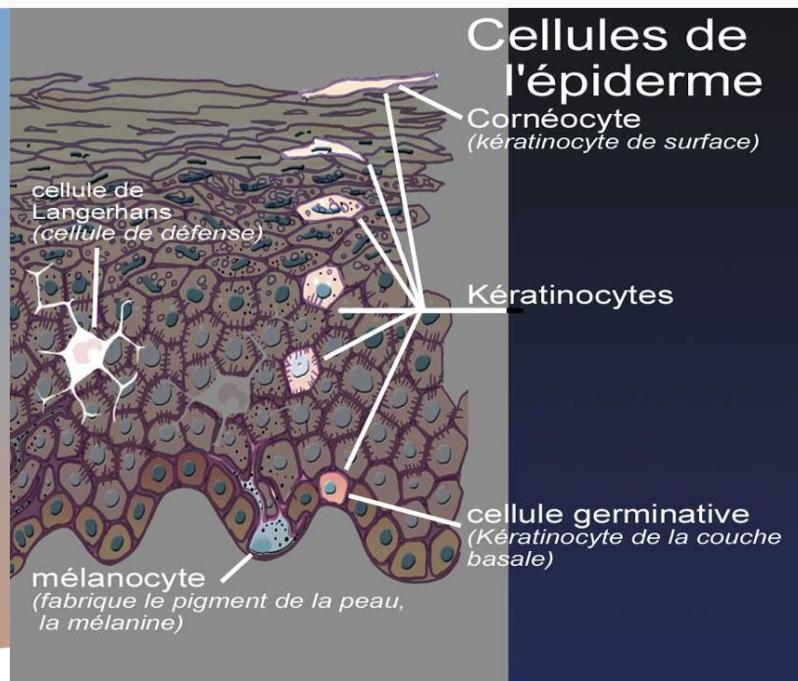


Dr Géraldine Jeudy
Dermatologie CHU Dijon
2 octobre 2026



Conflits d'intérêt

MSD, Pierre Fabre, Novartis, BMS



Peau, épiderme, carcinome et mélanome

Kératinocytes : cellules de la “carapace”, les plus nombreuses qui se divisent beaucoup.

> Responsables des carcinomes basocellulaires ou épidermoïdes cutanés.

Mélanocytes : cellules responsables de la pigmentation de la peau.

> Responsables des mélanomes

La plupart
des cancers cutanés ne
sont pas des mélanomes

- carcinomes basocellulaires
- carcinomes épidermoïdes



Carcinome basocellulaire



Carcinome épidermoïde

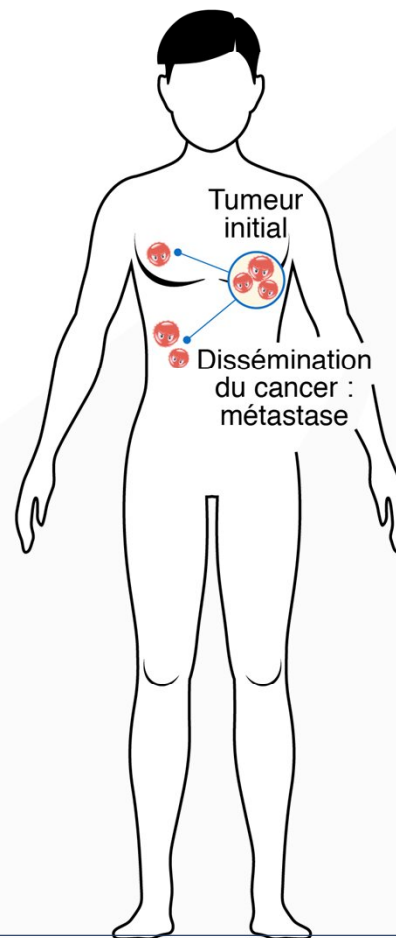
Type histologique	Fréquence	Gravité (à nuancer selon le stade clinique)
Basocellulaires	+++	-
Epidermoïdes cutanés	+	-
mélanome	-	+/-

Les cellules cancéreuses sont issues de **MUTATIONS**

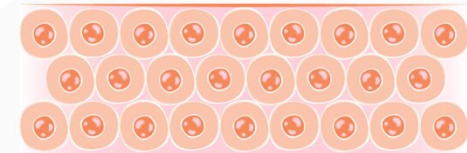
Leur prolifération :

- Compromet la fonction de l'organe atteint.
- Impacte la survie.

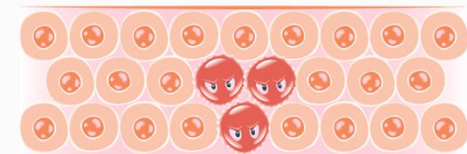
Leur dissémination entraîne la formation de métastases.



Cellules Normales



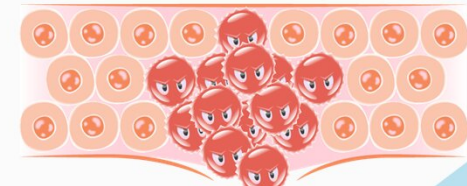
Cellules Cancéreuses



Cellules in situ

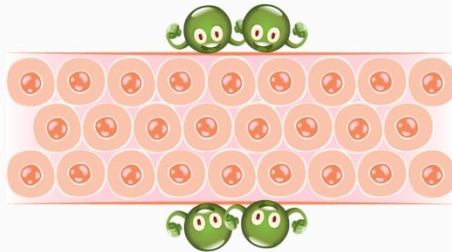


Cancer infiltrant

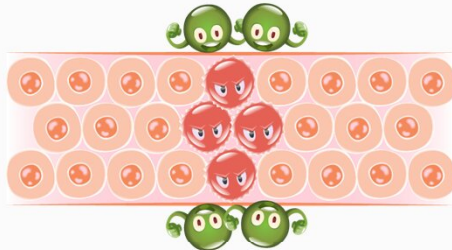


• **COMPRENDRE LE CANCER**

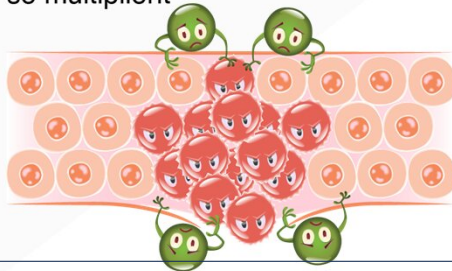
Cellules Saines



La multiplication des cellules cancéreuses est contrôlée

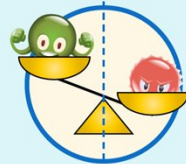
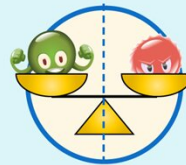
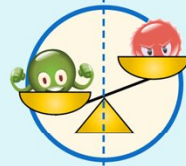


Les cellules cancéreuses se multiplient



Protection
immunitaire

Echappement
immunitaire



Notre système immunitaire
TRAQUE, IDENTIFIE ET DÉTRUIT
tout élément étranger à notre
corps

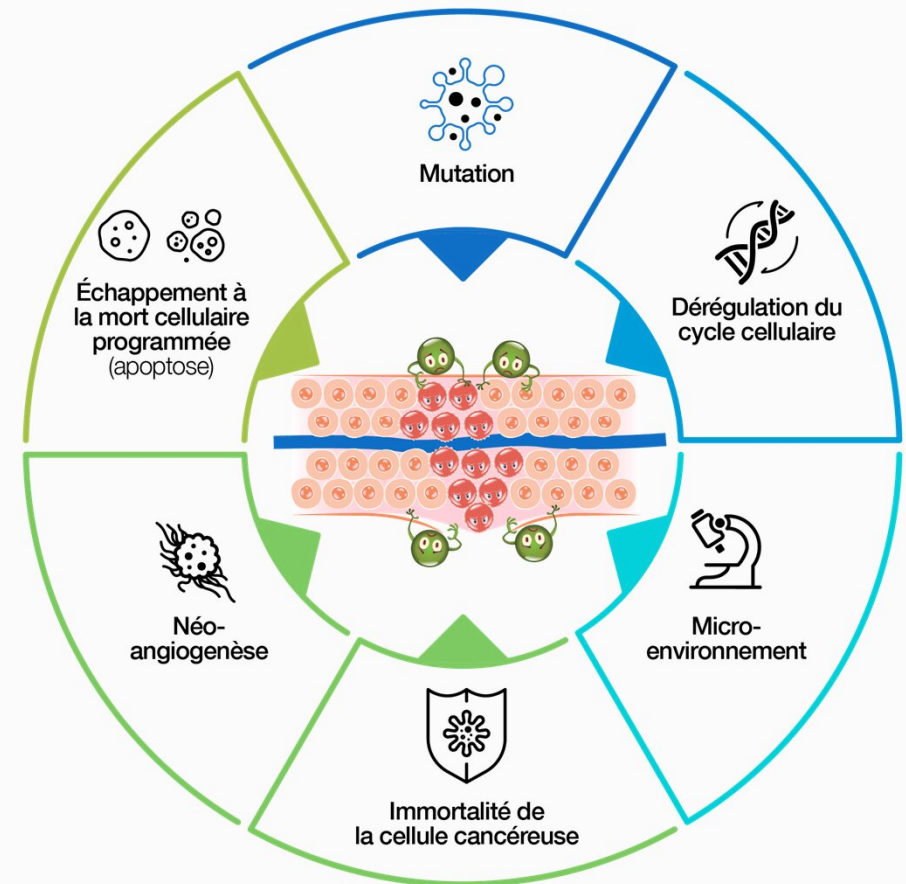
Il est chargé de **L'ÉLIMINATION** des agents
infectieux, des cellules infectées ou mutantes.

Un équilibre s'établit avec les cellules cancéreuses.

La rupture de cet équilibre se fait au profit des
cellules tumorales qui peuvent récidiver sur le site
tumoral ou à distance et donner des métastases.

• **COMPRENDRE LE CANCER**

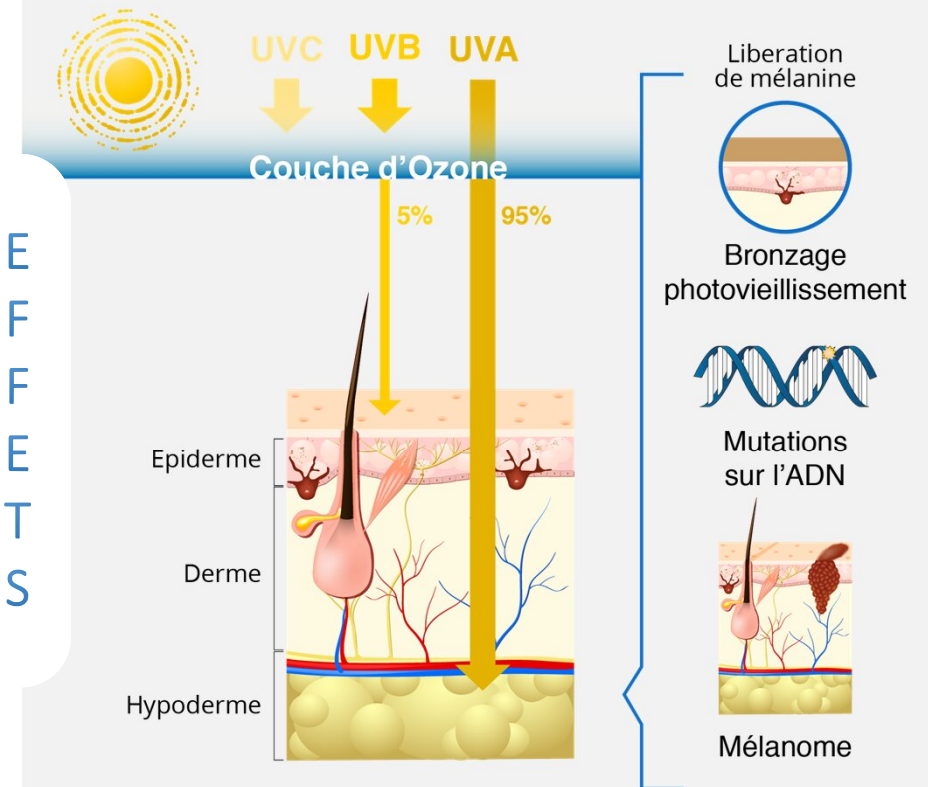
Différents facteurs biologiques **concourent** au développement du mélanome



Photobiologie

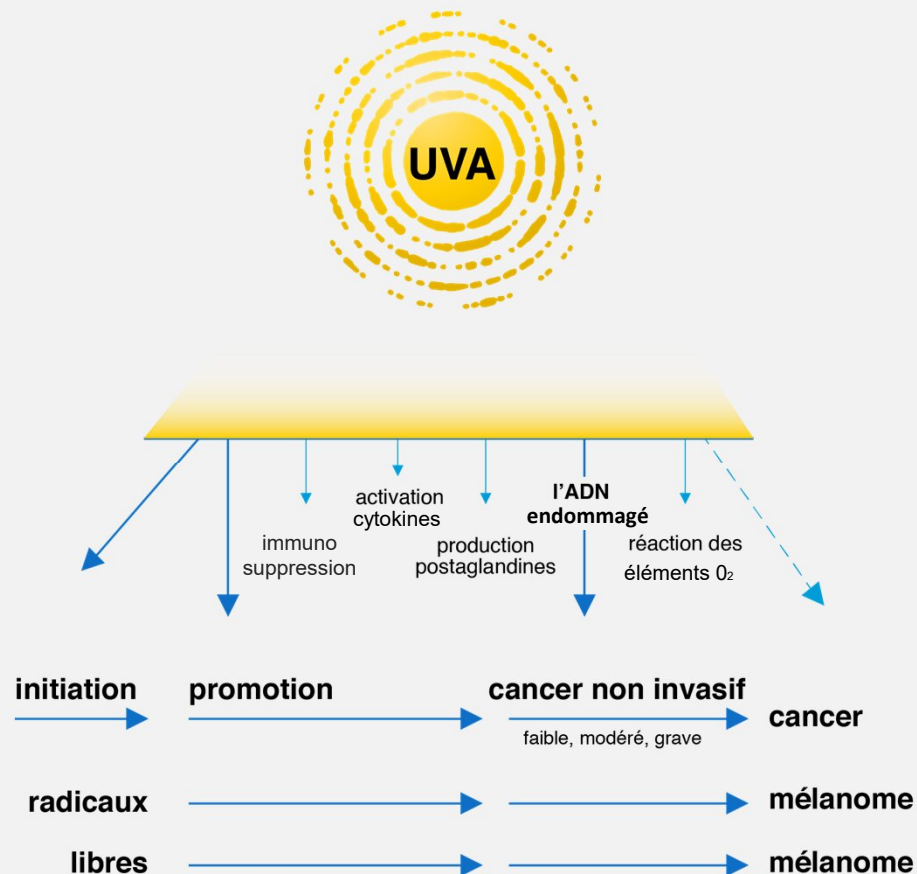
- L'exposition aux rayons UV est la principale cause de cancers de la peau. 70 à 90% des cancers cutanés seraient liés au soleil.
- L'exposition solaire est classée cancérigène par le Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS) depuis 1992.
- L'exposition aux UV artificiels (UVB et UVA) est classée cancérigène pour l'homme depuis 2009.

E F F E T S



EFFETS DU SOLEIL SUR LA PEAU

- IDENTIFIER LE MÉLANOME



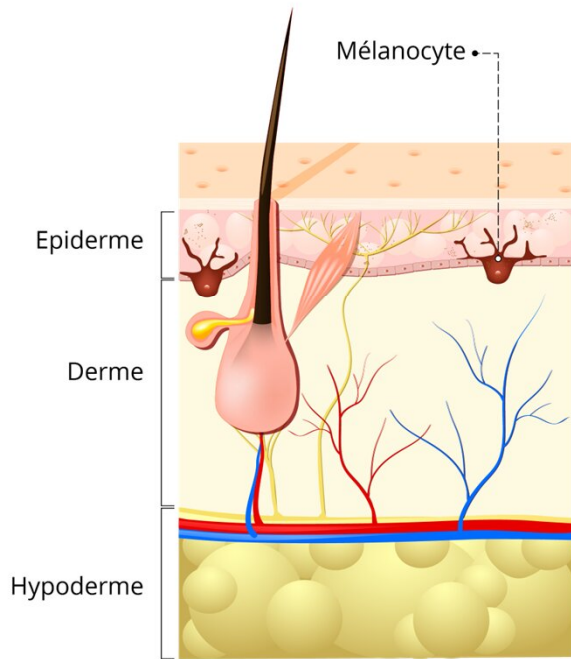
UVA

- Pénètrent plus profondément
- Diminuent les défenses immunitaires
- Altèrent les cellules et entraînent la formation de radicaux libres

UVB

- Bloqués par les couches superficielles de l'épiderme
- Responsables du coup de soleil
- Induisent des altérations de l'ADN

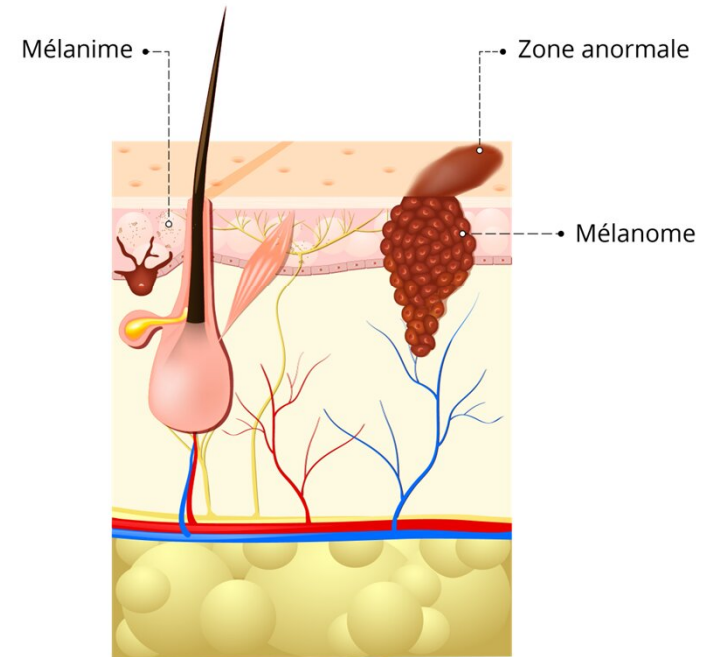
• IDENTIFIER LE MÉLANOME



Naevus ou grain de beauté

Tumeur **BENIGNE**
développée aux dépens
des mélanocytes

≠



Mélanome

Tumeur **MALIGNE**
développée aux dépens
des mélanocytes

• IDENTIFIER LE MÉLANOME

Les mélanomes



Epidémiologie du mélanome

10 % des cancers cutanés, potentiel métastatique

Age moyen au diagnostic : 60 ans femme, 66 ans homme

6^e cause de cancer chez la femme, 8^e cause de cancer chez l'homme

2023 : **17922** nouveaux cas

2012 : **11176** nouveaux cas

1995 : **4255** nouveaux cas



	1980	1990	2000	2010	2012	2017
HOMMES	2,4	4,3	7,6	8,2	10,8	14,9
FEMMES	3,9	6,0	9,5	8,8	11	13,6

Evolution incidence en France du MM cutané (INCA)
(taux standardisés sur la population mondiale /100000 hab)

Le mélanome en quelques chiffres

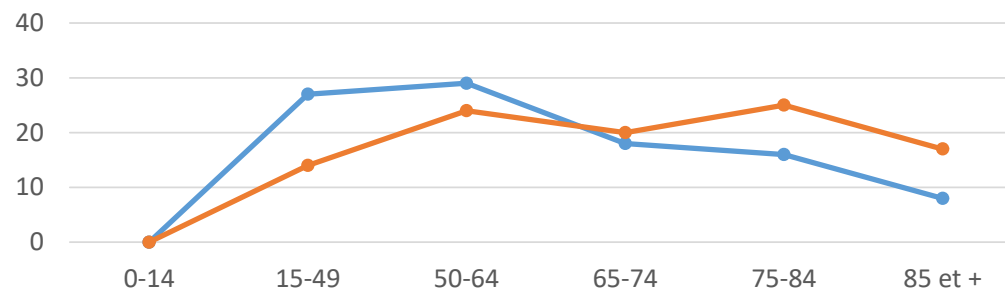
15 000 nouveaux cas de mélanome par an (INCa).

Le mélanome **peut toucher toutes les tranches d'âge avec un pic entre 50 et 60 ans.**

C'est l'un des cancers **ayant le plus augmenté en incidence** ces dernières années.

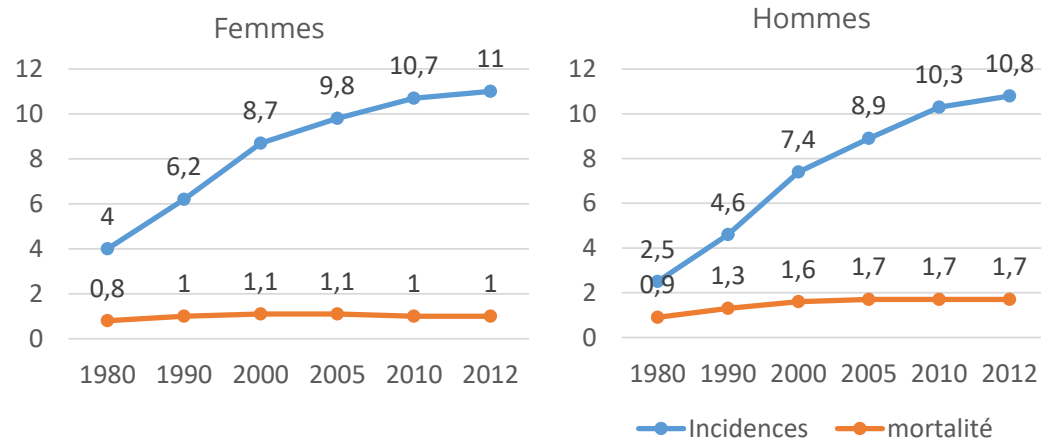
Incidence et mortalité liées au mélanome cutané

(INCa 2017)



Évolution de l'incidence et de la mortalité du mélanome cutané de 1980 à 2012 selon le sexe et l'âge

Binder-Foucard 2013. - Traitement INCa 2013
(standardisés monde pour 100 000 personnes-années)



• IDENTIFIER LE MÉLANOME

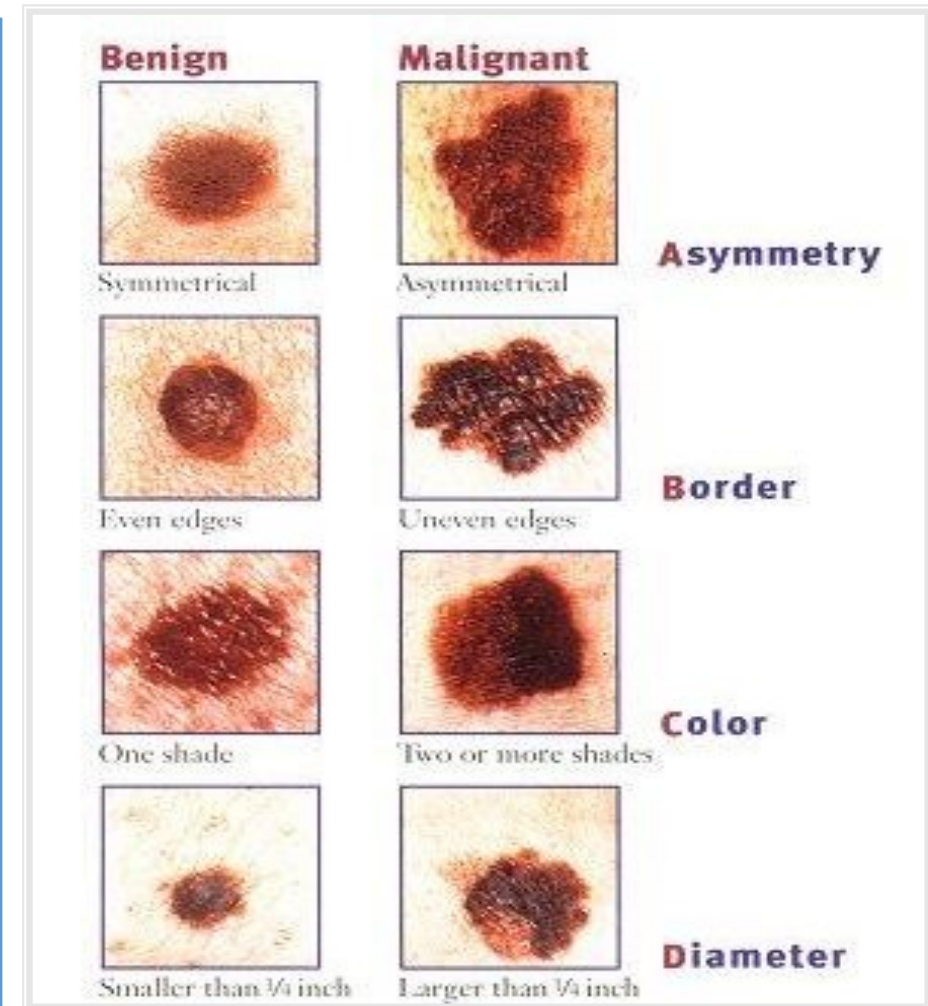
Le reconnaître



ABCDE

Toute lésion pigmentée avec

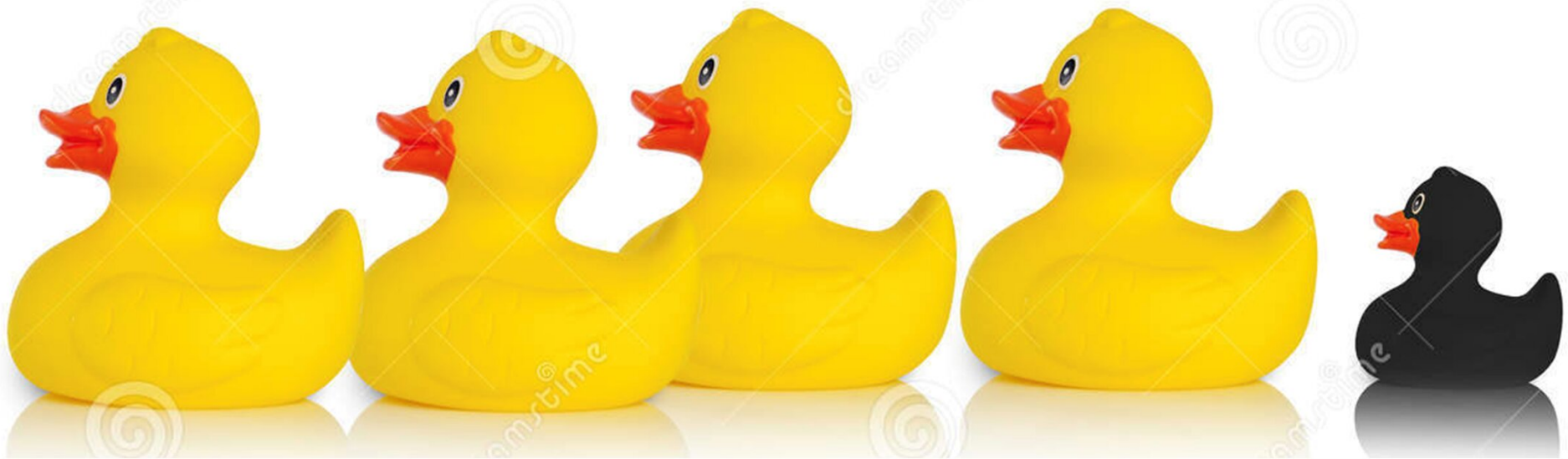
- **A** **ASYMETRIE**
- **B** **Bords irréguliers**
- **C** **Couleur**
hétérogène, bleu-noir, blanc-bleu, rouge
- **D** **Diamètre > 6 mm**
- **E** **Evolution** modification récente : surface, saignement, prurit, ulcération, couleur, augmentation de taille





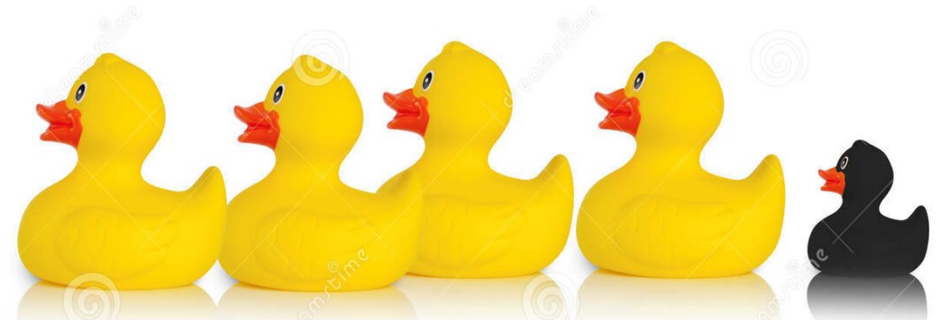
ABCDE + F

« le vilain petit canard »





ABCDE + F
« le vilain petit canard »



Surveillance vidéo-dermoscopique Cartographie corporelle totale

Concerne certains patients
"à risque" :

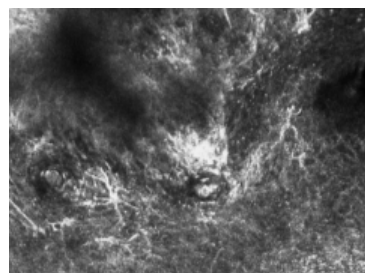
- Nombreux naevus
- Syndrome des nævus atypiques
- Mélanomes familiaux



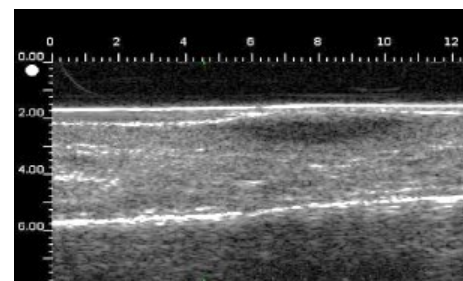
Dermoscopie



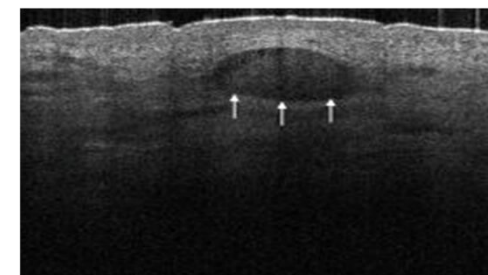
Microscopie confocale



Échographie HFHR



Tomographie par cohérence optique



Toute **lesion pigmentée** n'est pas synonyme de **mélanome**

Le plus souvent ce sont des lésions bénignes sans gravité.



Nævus / grain de
beauté

Kératose séborrhéique

Lentigo solaire

Tâche café au lait

Mélanome à extension superficielle SSM

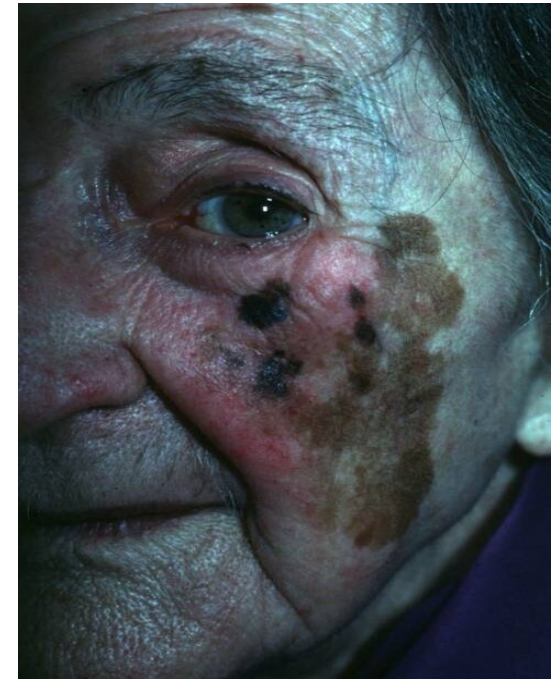




Mélanome nodulaire NM



Mélanomes de Dubreuilh (lentigo malignant melanoma)



Sujets âgés
Zone photo exposée ++
Phase initiale non invasive longue
Prolifération maligne lentigineuse

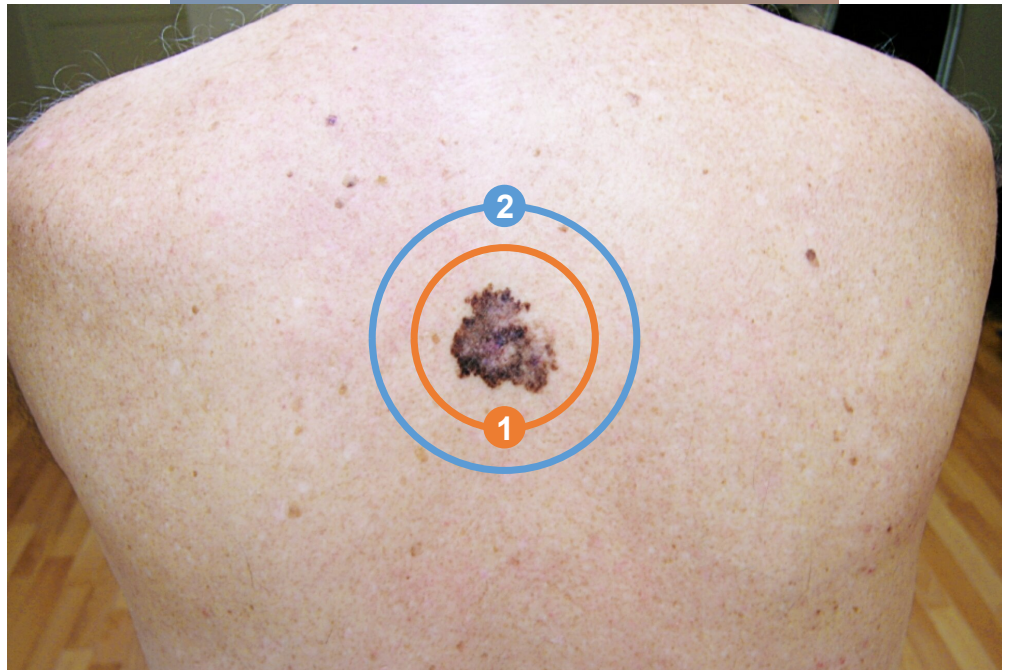
Mélanome acrolentigineux ALM



La chirurgie du mélanome primitif est **un traitement INDISPENSABLE** car le plus souvent curatif

Un traitement en deux temps:

- Une fois le diagnostic posé (1), un nouveau geste chirurgical (reprise) est nécessaire afin d'effectuer des marges de sécurité (2)
- Ces marges de sécurité seront définies selon l'épaisseur du mélanome mesurée au microscope (indice de Breslow)

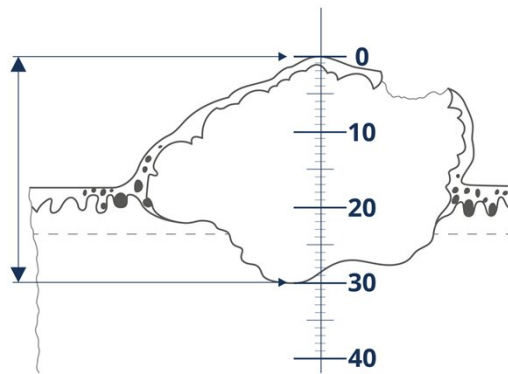
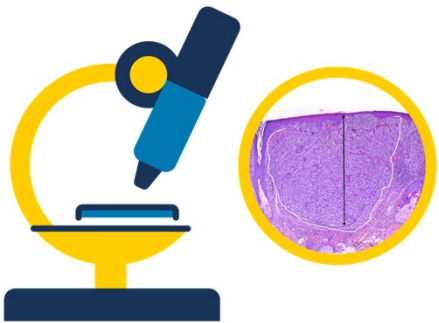


Biopsie exérèse au bistouri...

**... Pour confirmation
par l'analyse anatomo-
pathologique**



Analyse du prélèvement au microscope
par un médecin anatomo-pathologiste



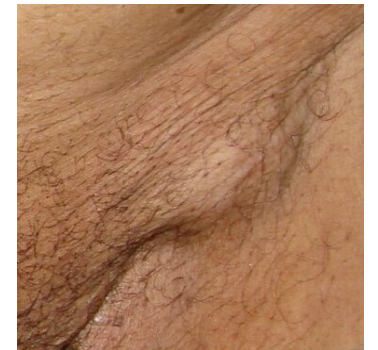
Epaisseur de la tumeur
(indice de Breslow en mm)

Aspect sous le microscope et critères pronostiques :

- Epaisseur de la tumeur (indice de Breslow en mm)
- Ulcération
- Mitoses
- Tropisme pour les nerfs et vaisseaux

Histoire naturelle du mélanome

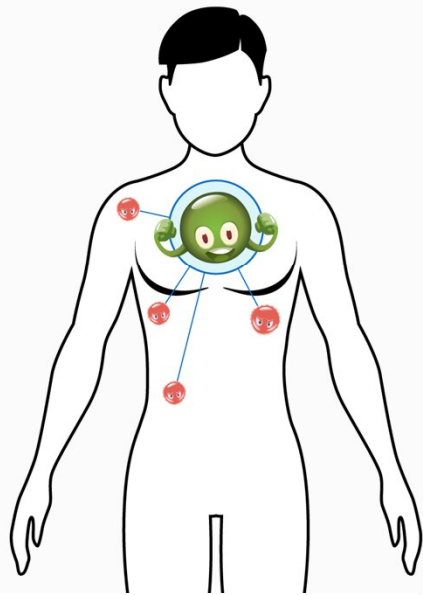
- Mélanome **cutané : stade I et II AJCC**
- Récidive **cutanée ou ganglionnaire : stade III**
- **Métastases à distance** : pulmonaires, cérébrales, hépatiques, osseuses... **Stade IV**
- **80% des mélanomes ne récidiveront pas**
- Indice de Breslow +++
- 90% des métastases surviennent au cours des **3 premières années**
- **60-70% des patients avec atteintes ganglionnaires deviendront métastatiques**



Le mélanome au stade avancé

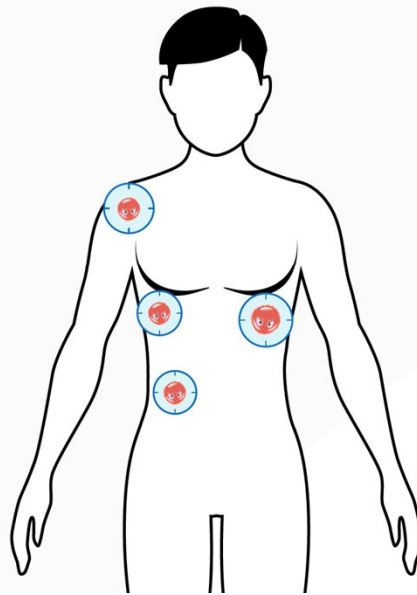
« Localisations secondaires » ou métastases à distance

2 CONCEPTS RÉVOLUTIONNAIRES



IMMUNOTHÉRAPIE

Stimuler les défenses
immunitaires
du patient



THÉRAPIE CIBLÉE

Cibler
la tumeur

Traitements du **mélanome AVANCE** en 2021 :

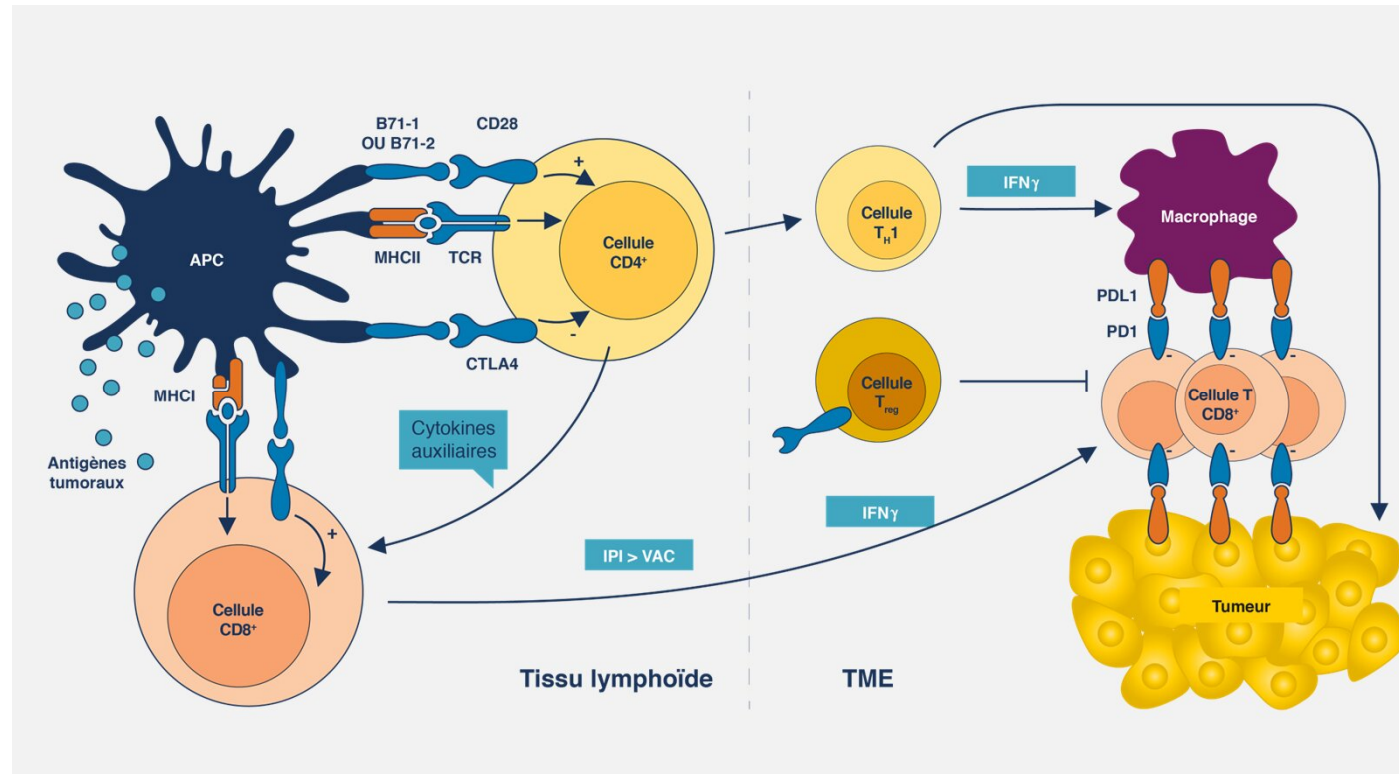
- La chimiothérapie ne fait plus partie du traitement de première intention...
- Les essais cliniques ont permis d'identifier des traitements efficaces : **immunothérapie et thérapie ciblée**.

• **TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ**

IMMUNOTHÉRAPIE

L'immunothérapie est maintenant le traitement de nombreux cancers métastatiques : poumon, rein...

Sa prescription est devenue très large.

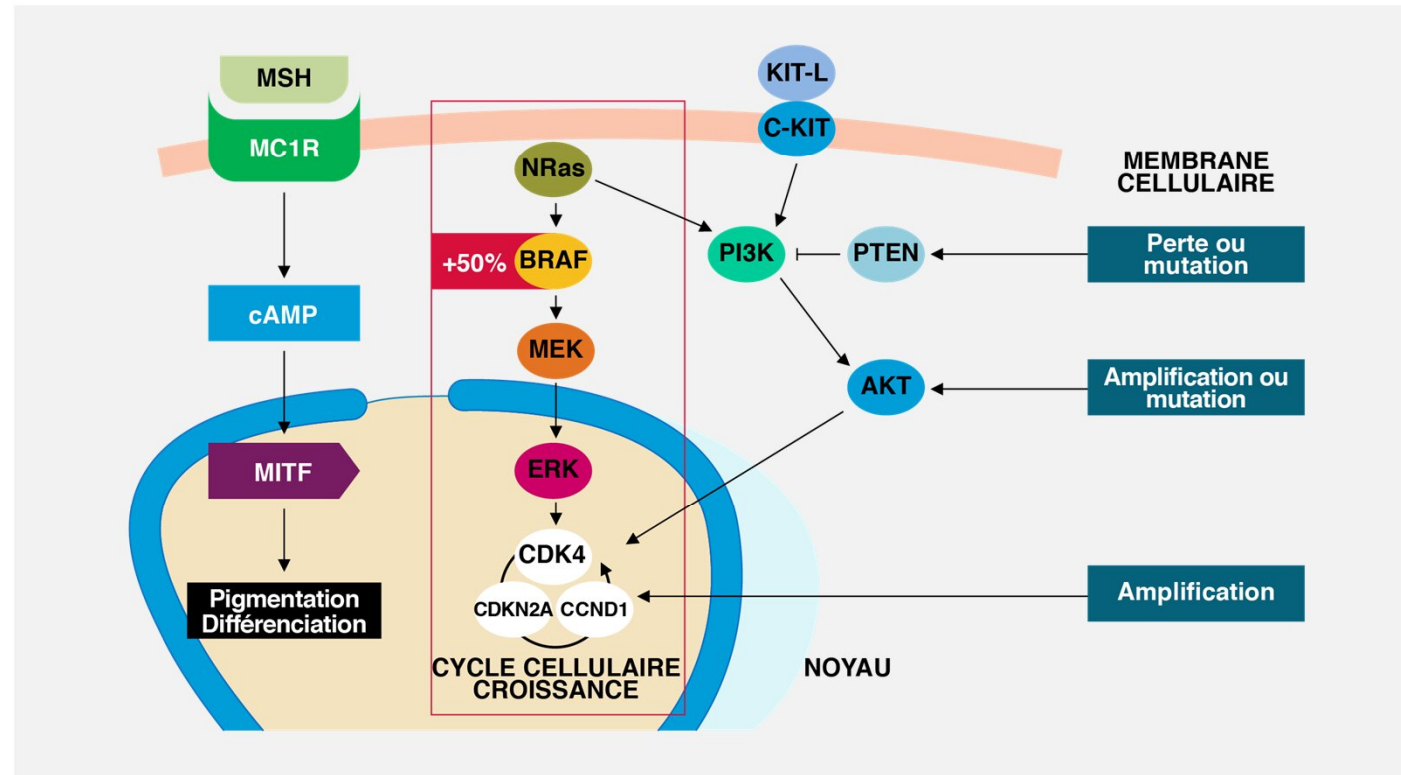


• TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ

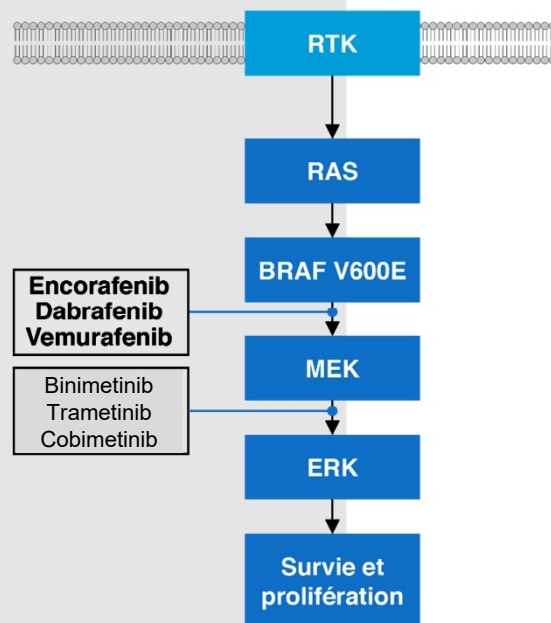
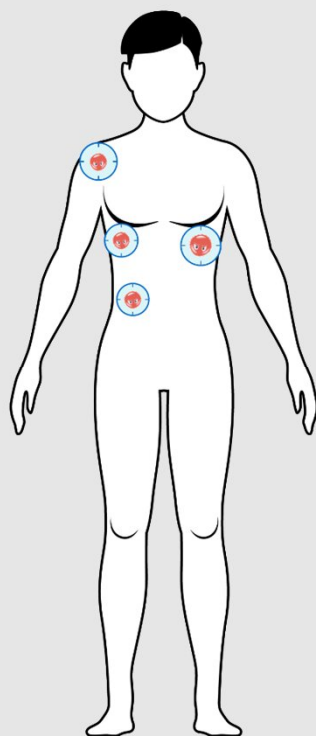
THERAPIES CIBLEES

Ciblent les mutations
=
la carte d'identité
moléculaire du
mélanome

La mutation centrale
est **BRAF**



• TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ



Les thérapies ciblées

Uniquement en cas de présence
de la **mutation BRAF V600**
(analyse moléculaire à partir de la tumeur)

Prise combinée ORALE (matin et soir)
d'un **anti-BRAF**
(dabrafenib ou vemurafenib ou encorafenib)
+
d'un **anti-MEK**
(trametinib ou cobimetinib ou binimetinib)

• TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ

Traitement adjuvant = **Traitement préventif secondaire**

- Un traitement adjuvant est prescrit après le traitement chirurgical et a pour objet de « **guérir plus** » de sujets, de « **consolider** » la guérison.
- Concerne les patients pour lesquels **le risque de récurrence est important.**

- Dès 2018, ces traitements ont pu être administrés **plus tôt dans l'évolution de la maladie** :
 - Juste après l'ablation du ganglion sentinelle ou après curage ganglionnaire (stade III opéré) pour les **thérapies ciblées et l'immunothérapie.**
 - Ou après retrait d'une lésion secondaire (stade IV opéré) pour **l'immunothérapie.**



La radiothérapie (stéréotaxique) peut être envisagée :

- Seule ou en association avec les traitements généraux, immunothérapie ou thérapie ciblée.
- Le nombre de séances est fonction de la localisation, de même que la dose délivrée.

• **TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ**



La chirurgie peut être envisagée

- Seule ou plus souvent en association avec les traitements généraux, immunothérapie ou thérapie ciblée.
- Sur une lésion source de symptômes ou ne répondant pas bien au traitement général.
- Autres types de traitements interventionnels: radiofréquence, cryoablation, etc...

• **TRAITEMENT AU STADE AVANCÉ**

Essais cliniques

("protocoles", aussi appelé essais thérapeutiques)

OBJECTIFS : Etudier l'effet d'un médicament actif contre une maladie chez des personnes qui en sont atteintes.

- Systématiques sur tous les nouveaux médicaments, pour une évaluation rigoureuse de leur activité et leur tolérance, avant d'autoriser leur prescription.
- Dans des "centres investigateurs", selon un cadre scientifique, éthique et réglementaire très précis
- Chez des patients volontaires, avec des caractéristiques communes (critères d'inclusion et de non-inclusion) et des conditions de suivi et de prise en charge identiques

Types d'essais cliniques

PHASE I/II
Petit nbre
de patient

OBJECTIFS : Etude de la diffusion du produit dans l'organisme, déterminer la meilleure dose, répertorier les effets indésirables et s'assurer que l'activité du médicament est conforme à celle attendue.

PHASE III
Grand nbre
de patient

OBJECTIFS : Obtenir l'autorisation de prescription (AMM), souvent en comparant le nouveau médicament à un traitement dont l'efficacité est déjà prouvée pour savoir s'il est plus actif et/ou mieux toléré.

PHASE IV
Grand nbre
de patient

après que le nouveau médicament ait été mis à la disposition des médecins et des patients
OBJECTIFS : Mieux connaître sa tolérance dans des conditions réelles d'utilisation.

La garantie d'une prise en charge **OPTIMALE**

Pour tous les patients

RCP

Réunion de concertation
pluridisciplinaire en
oncologie

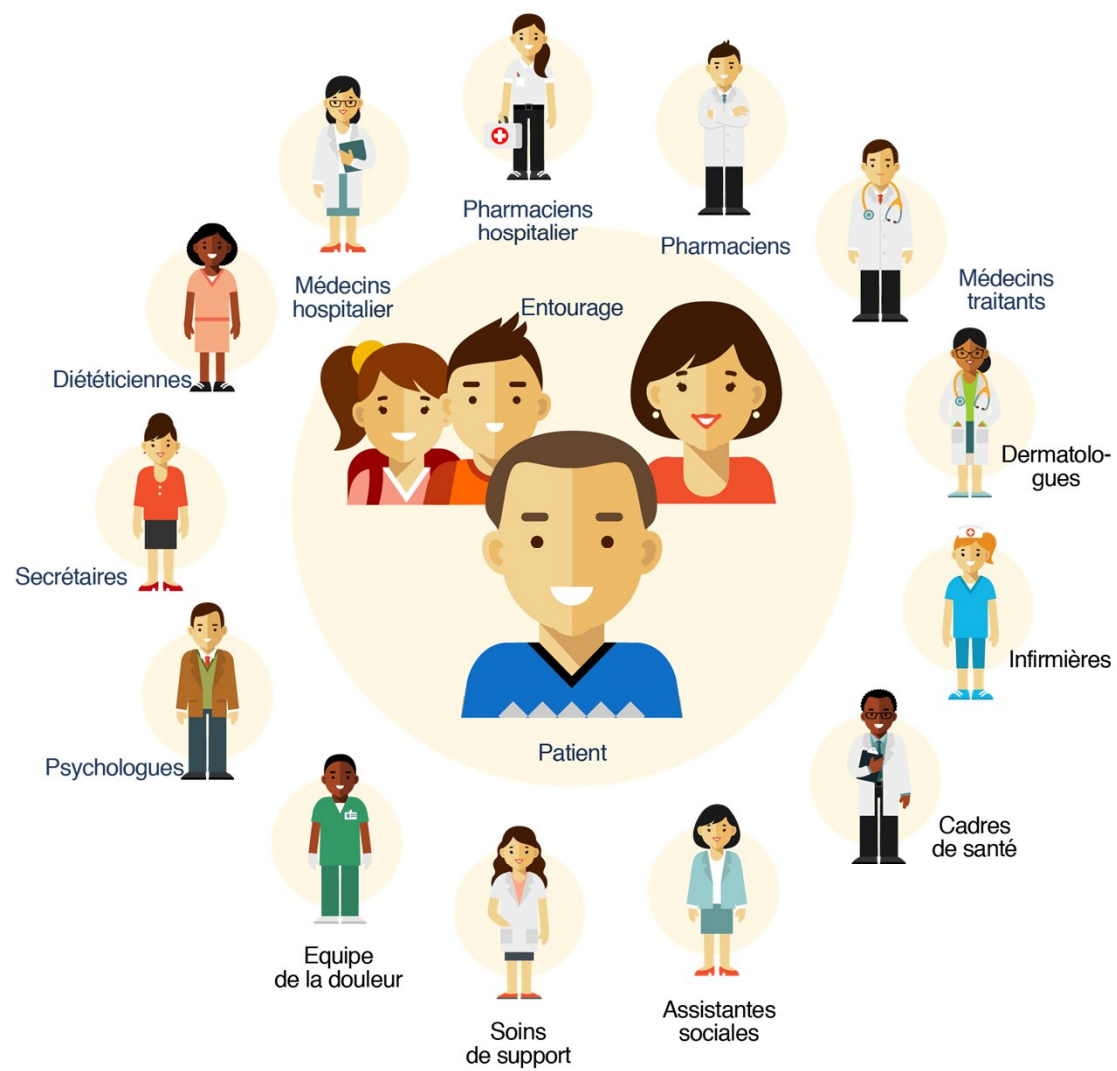
Mesure phare
du plan cancer

Définition :



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

Le patient au centre d'une prise en charge multi-disciplinaire



• ÉQUIPE SOIGNANTE