



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

inca  
Institut National  
du Cancer

JUIN 2025

CANCER INFO

GUIDES PATIENTS

# LES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES DE LA PEAU

# CE FICHIER EST INTERACTIF, COMMENT L'UTILISER ?

Les guides Cancer info disponibles en ligne sont enrichis de fonctionnalités vous permettant de naviguer dans les chapitres, d'accéder à des définitions de termes qui vous paraîtraient complexes ou encore de consulter d'autres ressources.

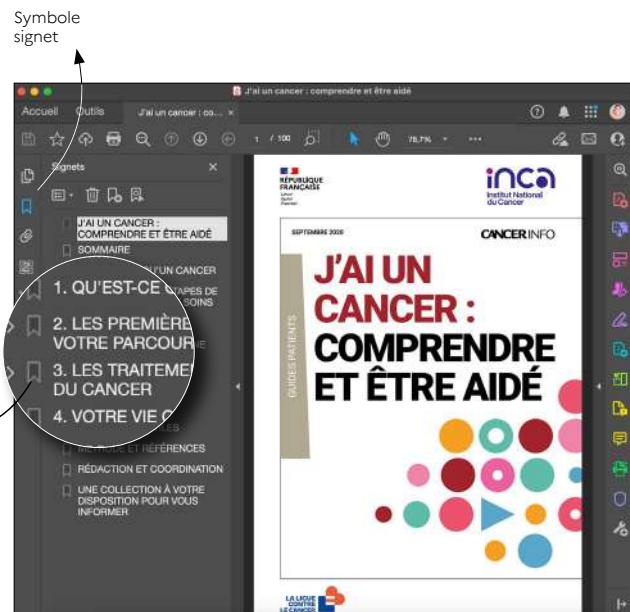
## COMMENT NAVIGUER DANS LE DOCUMENT ET REVENIR AU SOMMAIRE ?

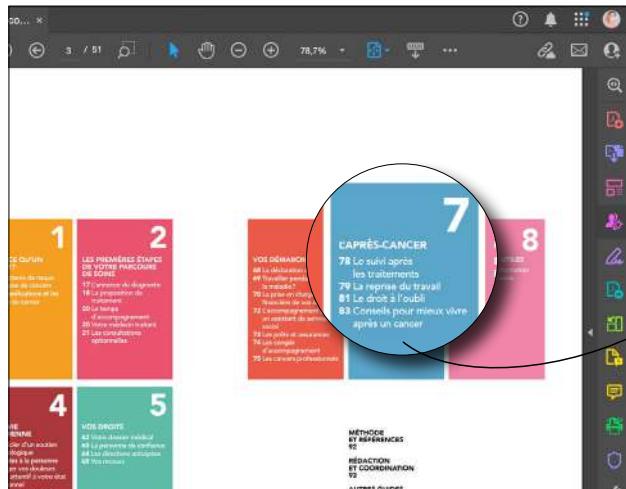
Afin de naviguer dans le document de manière optimale, il convient d'afficher les signets en cliquant sur le symbole correspondant. Le sommaire se déroule alors. Chaque chapitre numéroté peut se déployer permettant ainsi d'accéder aux sous-parties.

Si vous utilisez Aperçu pour Mac, il est plutôt conseillé d'afficher la Table des matières dans le menu Présentation.

## COMMENT CONSULTER LES SITES DE NOS PARTENAIRES ?

Vous pouvez directement consulter leur site internet en cliquant sur les logos. Vous pouvez également cliquer sur les liens au fil des pages.





## COMMENT UTILISER LE SOMMAIRE INTERACTIF ?

Comme les signets, le sommaire interactif permet de naviguer dans le document. Cliquez sur les chapitres ou les sous-parties auxquels vous souhaitez accéder. Vous pouvez revenir au sommaire grâce au signet « Sommaire ».

**5 LES TRAITEMENTS MÉDICAUX**

Si le cas d'un traitement métastatique, les séances de chimiothérapie ont lieu tous les 21 jours. Les patients regagnent, selon leurs cas, 4 à 8 rémissions.

**POUR ALLER PLUS LOIN**

Consultez le guide Comprendre la chimiothérapie.

**COMPRENDRE LA CHIMIOTHÉRAPIE**

Sur une, un examen dirigé (voir annexe 1) ou l'examen de sang sont réalisés pour vérifier si les tests permettent de minimiser le traitement par exemple, comme une baisse importante du taux de cholestérol. Le traitement peut être adapté, par exemple, le traitement peut être arrêté.

La chambre implantable

Sur les traitements médicamenteux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses et endommager vos veines.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable (CIP) appelée aussi chambre implantable, port-a-cath® ou PAC, est recommandée dans cas de chimiothérapie.

**5 LES TRAITEMENTS MÉDICALEMENTS SYSTÉMIQUES**

Les traitements médicamenteux systémiques des mélanomes ont évolué ces dernières années. Actuellement, plusieurs types de médicaments sont utilisés pour traiter les mélanomes de la peau : des molécules d'immunothérapie et de thérapies ciblées. D'autres médicaments sont en cours de développement (en essais cliniques) et disponibles dans les mois et années à venir.

L'immuno

Les thérapies ciblées n'ont pas le même mode d'action que l'immuno. Ces thérapies ciblées bloquent la croissance ou la propagation des tumeurs, en interférant avec les processus qu'elles présentent ou avec des processus qui sont à l'origine de leur développement et

## COMMENT CONSULTER DES DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES ?

Des ressources complémentaires sont parfois indiquées dans les marges de nos guides. Vous pouvez les télécharger ou les commander gratuitement sur le site [cancer.fr](http://cancer.fr).

## COMMENT ACCÉDER AUX MOTS DU GLOSSAIRE ?

Certains termes médicaux peuvent être difficiles à comprendre. Ils sont soulignés. Cliquez sur le mot pour faire apparaître sa définition.

Vous pouvez également cliquer sur la loupe pour afficher toutes les définitions de la page.

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence nationale d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a fait l'objet de plusieurs publications depuis 2011.  
L'édition de 2025 propose l'actualisation de certaines informations.



Ce guide a été publié en janvier 2026 avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.



Ce guide doit être cité comme suit : ©Les traitements des mélanomes de la peau, collection Guides patients Cancer info, INCa, janvier 2026.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur [cancer.fr](https://cancer.fr).

Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. Cette annonce peut provoquer d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions sur la maladie, le traitement et le suivi qui vous sont proposés. Ce guide est là pour vous apporter des éléments de réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent. N'hésitez pas à poser des questions à vos médecins et aux membres de votre équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés.

i

Ce guide peut également être utile à vos proches et les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

## QUE CONTIENT CE GUIDE ?

Ce guide présente les traitements et le suivi du mélanome de la peau : les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets indésirables. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez et propose des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente également, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont surlignés dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques en vigueur et ont été validées par des spécialistes des mélanomes de la peau.

Ce guide traite des mélanomes de la peau, aussi appelés mélanomes cutanés. Il n'aborde pas les mélanomes de l'œil, des muqueuses de la bouche, du nez, des sinus, du rectum ou des organes génitaux.

## COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Il vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de ce guide de manière indépendante ou en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous pouvez obtenir d'autres informations sur les signes et symptômes ainsi que sur la prévention du mélanome, en vous rendant sur [cancer.fr/personnes-malades](https://cancer.fr/personnes-malades). Le site de l'Institut national du cancer propose aussi d'autres informations susceptibles de vous intéresser, notamment le Registre des essais cliniques.

## QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : les cellules. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...). Au cœur des cellules, les gènes contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être déréglé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et qui se transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules déréglées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Le développement d'un cancer n'est pas limité à l'accumulation d'anomalies dans la cellule. La recherche a révélé que la transformation cellulaire entraîne des modifications des éléments qui entourent la cellule, son microenvironnement. Ces perturbations du microenvironnement cellulaire favorisent à leur tour la transformation de cellules normales en cellules cancéreuses.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe, et former d'autres tumeurs à distance, les métastases.

<p><b>1</b></p> <p><b>UN MÉLANOME DE LA PEAU, QU'EST-CE QUE C'EST ?</b></p> <p><b>11</b> La peau <b>13</b> Le développement d'un mélanome de la peau <b>18</b> Le diagnostic</p>	<p><b>2</b></p> <p><b>LES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES DE LA PEAU</b></p> <p><b>25</b> Le choix de vos traitements <b>28</b> Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer <b>35</b> Participer à un essai clinique <b>36</b> Les soins de support</p>	<p><b>3</b></p> <p><b>LES EXAMENS D'IMAGERIE</b></p> <p><b>43</b> L'échographie <b>44</b> Le scanner <b>45</b> L'imagerie par résonance magnétique (IRM) <b>48</b> La tomographie par émission de positons</p>
<p><b>4</b></p> <p><b>LA CHIRURGIE</b></p> <p><b>52</b> Comment se préparer à l'intervention? <b>54</b> L'exérèse chirurgicale de sécurité <b>58</b> L'exérèse du ganglion sentinelle <b>62</b> Le curage ganglionnaire total <b>63</b> Que se passe-t-il après l'intervention? <b>63</b> Quels sont les effets indésirables et complications possibles?</p>	<p><b>5</b></p> <p><b>LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES</b></p> <p><b>69</b> Quelles sont les indications des traitements systémiques et les molécules utilisées? <b>73</b> Comment se déroule le traitement en pratique? <b>76</b> Quels sont les effets indésirables possibles?</p>	<p><b>6</b></p> <p><b>LA RADIOTHÉRAPIE</b></p> <p><b>87</b></p>

# 7

## LE SUIVI

- 92** Quels sont les objectifs du suivi?
- 92** En quoi consiste le suivi?
- 94** Technique d'autodétection

# 8

## LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

99

# 9

## DÉMARCHE SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

- 108** Les démarches à effectuer
- 109** L'ALD et la prise en charge de vos soins?
- 110** La vie professionnelle pendant les traitements
- 111** Accéder à l'emprunt et le droit à l'oubli
- 113** Se faire accompagner par un assistant de service social

# 10

## QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

- 116** Bénéficier d'un soutien psychologique
- 118** Les aides à l'arrêt du tabac
- 119** Les aides à domicile
- 120** La vie intime et la sexualité
- 120** Fertilité et contraception
- 121** Les proches

# 11

## RESSOURCES UTILES

- 124** La plateforme Cancer info
- 125** Les associations
- 126** Les lieux d'information et d'orientation

## GLOSSAIRE

127

## ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

142

## MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

148

## AUTRES GUIDES DISPONIBLES

150



# 1

## UN MÉLANOME DE LA PEAU, QU'EST-CE QU' C'EST ?

ANATOMIE

DIAGNOSTIC

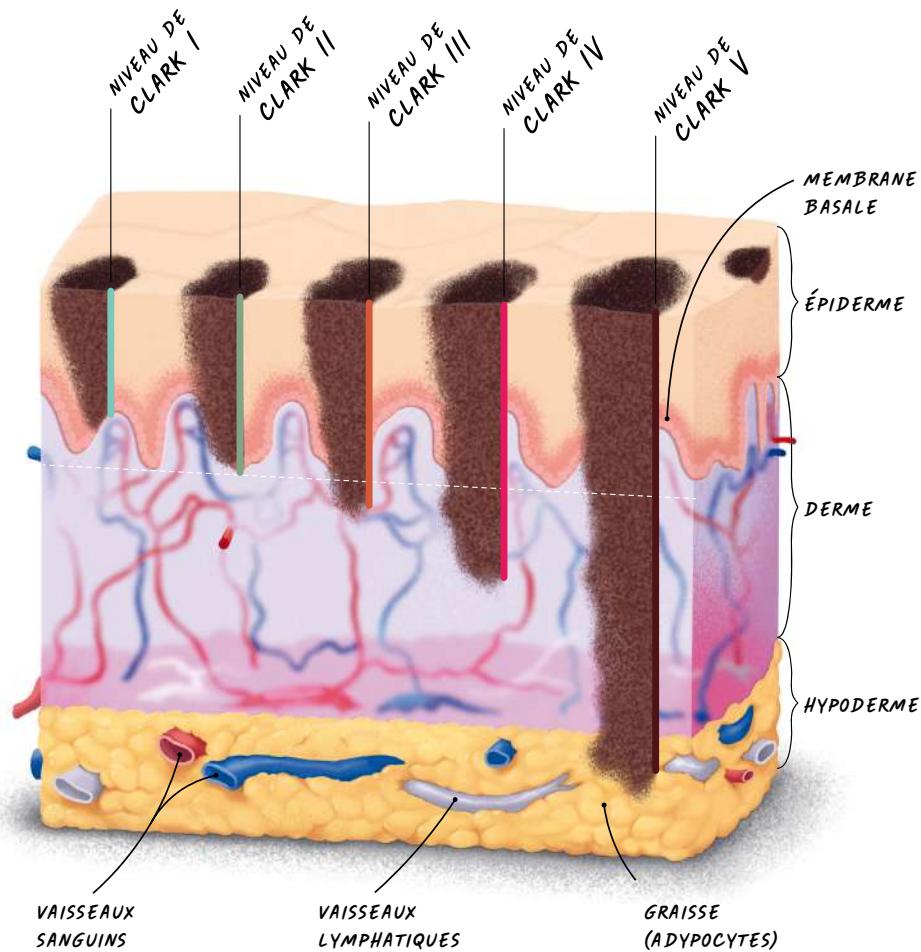
FACTEURS DE RISQUE

11. LA PEAU

13. LE DÉVELOPPEMENT D'UN MÉLANOME DE LA PEAU

18. LE DIAGNOSTIC

## LES DIFFÉRENTES COUCHES DE LA PEAU



Un mélanome de la peau est une maladie d'un type de cellules de la peau appelées mélanocytes. Il se développe généralement à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une lésion appelée tumeur maligne. Plus rarement, il peut se développer à partir d'un grain de beauté (nævus).

## LA PEAU

i

Essentielle à la vie, la peau est l'organe le plus étendu du corps humain. La peau possède de nombreuses fonctions indispensables à l'organisme :

- elle constitue une barrière qui protège l'organisme des agressions extérieures : soleil, bactéries et virus, effets nocifs des produits chimiques... Elle se défend et s'adapte continuellement aux agressions, notamment grâce aux nombreuses cellules immunitaires qu'elle contient. Son pouvoir de protection est cependant limité. À force d'être agressées, par les ultraviolets (UV) par exemple, les cellules de la peau peuvent subir des transformations qui aboutissent dans certains cas au développement d'un cancer de la peau, notamment un mélanome;
- elle est un organe sensoriel;
- elle contribue à réguler la température corporelle;
- elle permet au corps de fabriquer de la vitamine D dès qu'elle est exposée au soleil;
- la peau joue également un rôle psychosocial important : élément majeur de notre apparence physique, la peau est un vecteur de communication entre nous et les autres.

La peau est constituée de trois couches :

- l'épiderme, l'enveloppe externe de la peau. Il contient différents types de cellules, dont les mélanocytes et les kératinoctyes (voir page 12). Il est lui-même composé de quatre étages :

la couche cornée, la couche granuleuse, la couche épineuse et la couche basale. Dépourvu de vaisseaux sanguins, l'épiderme doit compter sur le derme pour se nourrir;

- le derme, couche intermédiaire, se situe sous l'épiderme. Principal tissu de soutien de la peau, il est responsable de sa solidité. Il est composé principalement de fibroblastes, cellules responsables de la production de fibres de collagène et de fibres élastiques, à l'origine de la souplesse et de l'élasticité de la peau. Le derme contient également des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques et des terminaisons nerveuses. Il est également le siège des follicules pileux (qui forment la base du poil), des glandes sudoripares (qui produisent la sueur) et sébacées (qui produisent le sébum). Tous ces constituants assurent l'hydratation et la nutrition de la peau et participent à la protection du corps contre les agressions;
- l'hypoderme, couche la plus profonde, située sous le derme. Il est constitué de cellules graisseuses, les adipocytes. Cette couche de graisse stocke l'énergie, assure l'isolation pour conserver la chaleur du corps et protège les organes recouverts.

L'épaisseur de la peau varie en moyenne de 0,5 millimètre à 5 millimètres selon les parties du corps (cette épaisseur tient compte des 3 couches de la peau citées ci-dessus). Elle est la plus fine au niveau des paupières et la plus épaisse au niveau du dos, de l'abdomen ou encore au niveau des paumes des mains et des pieds.

L'épiderme comporte quatre types de cellules :

- les mélanocytes sont les cellules à l'origine du développement du mélanome de la peau. Elles se situent dans l'épiderme et sont responsables de la production de mélanine, un pigment qui donne sa couleur à la peau. Elles siègent au niveau de la couche basale de l'épiderme. Lorsque la peau est exposée aux rayons ultraviolets, le nombre de mélanocytes augmente et la mélanine est plus abondante. Les mélanocytes produisent parfois une plus grande quantité de mélanine à certains endroits. C'est ce qui explique les

taches de rousseur et certaines taches de vieillesse ;

- les kératinocytes sont les cellules les plus nombreuses. Elles contiennent une protéine, la kératine, qui aide à protéger la peau contre les agressions extérieures. La kératine, qui se dépose progressivement en superficie, est le constituant principal de la couche cornée. La migration progressive des kératinocytes vers la surface de la peau a comme conséquence le renouvellement des cellules épidermiques ;
- les cellules de Langerhans sont spécialisées dans l'activation du système immunitaire. Elles font partie des cellules dendritiques qui participent à la défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures, en permettant aux lymphocytes de détecter les corps étrangers comme les bactéries et les virus ;
- les cellules de Merkel jouent un rôle dans la sensibilité de la peau au toucher grâce à des terminaisons nerveuses. Elles permettent d'identifier la forme et la matière des objets au contact de notre peau.

i

## LE DÉVELOPPEMENT D'UN MÉLANOME DE LA PEAU

Environ 80 % des mélanomes de la peau se développent sur une zone de peau saine, c'est-à-dire ne présentant aucune tache ou lésion. Ils apparaissent sous la forme d'une tache pigmentée qui ressemble à un nouveau grain de beauté, mais qui n'a pas la couleur des grains de beauté habituels de la personne. Dans le reste des cas, ils se développent à partir d'un grain de beauté (aussi appelé nævus) préexistant. La plupart des mélanomes se développent d'abord horizontalement dans l'épiderme, puis verticalement vers les couches plus profondes de la peau. Tant que la tumeur se situe au sein de l'épiderme, on parle de mélanome *in situ* ou de niveau de Clark I. Si le mélanome est enlevé à ce stade, il n'y a pas de risque de diffusion locale ou métastatique.



## POINT DE VIGILANCE

Le niveau de Clark décrit à quelle profondeur la tumeur a pénétré dans les différentes couches de la peau.

Le niveau de Clark utilise des chiffres romains (I à V) (1 à 5) pour décrire la profondeur de la tumeur primaire. Son utilisation n'est plus d'actualité aujourd'hui, car l'indice de Breslow,

qui mesure également l'épaisseur de la tumeur, est une meilleure estimation du pronostic.

Il ne doit pas être confondu avec le stade, lui aussi exprimé en chiffres romains (I-IV), qui est déterminé avec le bilan d'imagerie.

Les cellules cancéreuses peuvent franchir la membrane basale et atteindre le derme (niveau de Clark II), on dit alors que le mélanome est invasif (voir l'illustration 1, page 10). Avec le temps, et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur progresse en profondeur à travers le derme (niveau de Clark III, puis IV), voire l'hypoderme (niveau de Clark V).

Les cellules de mélanome peuvent alors se détacher de la tumeur de la peau et emprunter les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les **ganglions** lymphatiques proches du mélanome de la peau (au niveau de l'aisselle, de l'aine ou du cou);
- la peau entre la tumeur et les premiers ganglions proches sous la forme de **nodules** dont la taille varie de celle d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres. On les appelle métastases en transit;
- d'autres organes tels que les poumons, le foie, d'autres zones de la peau, les os ou le cerveau. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases à distance.



## LES DIFFÉRENTS TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

Les mélanomes ne sont pas les cancers de la peau les plus fréquents, ce sont les carcinomes qui représentent 90 % des cancers cutanés. Ils surviennent généralement après l'âge de 50 ans, sur les zones découvertes du corps. Ils sont le plus souvent dus à une exposition au soleil excessive et répétée tout au long de la vie.

Contrairement au mélanome de la peau, le point de départ de ces carcinomes cutanés n'est pas les mélanocytes, mais les kératinocytes, également situés dans l'épiderme.

On en distingue deux types :

- les carcinomes basocellulaires : ce sont les plus fréquents et les moins graves. Ils évoluent lentement et n'entraînent pas de métastases à distance. Cependant, ils peuvent

s'étendre localement et entraîner une destruction des tissus sous-cutanés (c'est-à-dire situés sous la peau). Il suffit, le plus souvent, de les retirer chirurgicalement pour en assurer la guérison ;

- les carcinomes épidermoïdes (anciennement appelés carcinomes spinocellulaires) : ils sont plus rares et peuvent entraîner des métastases. Ils sont toutefois facilement guérissables dans la plupart des cas, grâce à une détection précoce permettant un traitement chirurgical.

Les traitements proposés étant spécifiques à chaque type de cancer de la peau, il est important de connaître le nom précis de la maladie pour accéder à une information adaptée à votre situation.

### Les principaux types de mélanomes de la peau



On distingue quatre principaux types de mélanomes de la peau :

- le mélanome à extension superficielle (deux tiers des cas) aussi appelé SSM pour *Superficial Spreading Melanoma* en anglais, très souvent lié à des coups de soleil importants dans le passé. Il s'étend d'abord horizontalement à la surface de la peau puis en profondeur dans les couches de la peau. Il se présente sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire qui s'étend lentement. Ce mélanome apparaît le plus fréquemment sur le cou, la partie supérieure du tronc chez l'homme et la partie inférieure des jambes chez la femme;

- le mélanome acrolentigineux (ou mélanome des extrémités) se découvre sur la paume des mains, la plante des pieds ou sous les ongles. Il n'est pas lié à une surexposition aux ultraviolets et se développe d'abord horizontalement pendant plusieurs mois ou années, puis verticalement, en profondeur. Il apparaît habituellement sous la forme d'une lésion foncée plane, puis sous forme de nodules. Lorsqu'il est de la couleur de la peau, il est alors très difficile à diagnostiquer, car il peut être confondu avec une verrue plantaire;
- le mélanome de Dubreuilh apparaît le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Il est lié à des expositions répétées aux rayons ultraviolets. Son extension est d'abord horizontale, puis verticale. Il est parfois encore appelé mélanome de type lentigo malin. Le mélanome de Dubreuilh apparaît le plus souvent sur des zones exposées au soleil tous les jours, comme le visage, mais aussi sur le cou et les mains. C'est une tache brune plus ou moins foncée qui augmente de taille très lentement;
- le mélanome nodulaire est le type de mélanome dont la croissance est la plus rapide. Il peut atteindre toutes les parties de la peau, y compris les régions non exposées au soleil. Contrairement aux autres mélanomes qui commencent à s'étendre horizontalement, le mélanome nodulaire s'étend rapidement en profondeur (verticalement) dans les couches de la peau. Il se manifeste habituellement sous la forme d'un « bouton » de couleur foncée ou de couleur « peau normale ».

Le traitement de ces différents types de mélanome repose le plus souvent sur la chirurgie qui sera adaptée à la localisation et à la profondeur de la lésion (voir page 19).

### Les facteurs de risque

Un facteur de risque désigne un élément qui peut favoriser le développement d'un cancer. La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'un cancer. Inversement, un cancer peut se développer sans qu'aucun des facteurs de risque connus ne soit présent.

Pour le mélanome de la peau, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. On distingue :



- **les facteurs de risque externes** liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie : l'exposition au soleil (pendant les vacances, les loisirs ou au travail) et aux ultraviolets artificiels (cabines de bronzage, photothérapie...), les antécédents de coups de soleil, reçus notamment pendant l'enfance ;
- **les facteurs de risque internes**, c'est-à-dire constitutifs des individus : le phototype qui caractérise la sensibilité de la peau aux rayonnements ultraviolets. Il existe plusieurs prototypes correspondant à différents types de peaux et couleurs de cheveux. Le phototype le plus à risque est celui de la peau très claire avec cheveux roux, blonds ou châtain, yeux clairs, nombreuses taches de rousseur, la sensibilité face au soleil (peau qui ne bronde pas ou peu, prend systématiquement ou souvent des coups de soleil), un nombre élevé de grains de beauté (plus de 40), la présence de grains de beauté d'aspect inhabituel, de grande taille et irréguliers, ou la présence d'un nœvus géant congénital (c'est-à-dire présent depuis la naissance), les antécédents personnels ou familiaux (parents au 1<sup>er</sup> degré) de mélanome, au sein d'une même famille. Environ 10 % des mélanomes sont des formes familiales. Dans certains cas, votre dermatologue peut vous proposer une consultation d'oncogénétique à la



## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

L'exposition excessive au soleil et aux cabines à UV favorise le développement du mélanome de la peau. En limitant ces expositions, certains cas de mélanome pourraient être évités. Tous les ans, au printemps, le Syndicat national des dermatologues-vénérologues organise la « Semaine

de prévention et de sensibilisation au dépistage des cancers de la peau ». Une campagne d'information essentiellement digitale informe le grand public des risques liés à l'exposition aux UV, qu'ils soient naturels ou artificiels, et met en lumière les réflexes de protection solaire à adopter.

recherche de **mutations** au sein de gènes pouvant jouer un rôle dans le développement de mélanomes (analyse des gènes CDKN2A et CDK4 ou analyse d'un panel de gènes pouvant comprendre en outre MITF, BAP1, MC1R...), une immunodépression, c'est-à-dire un affaiblissement du système immunitaire.

## LE DIAGNOSTIC

L'apparition d'une nouvelle lésion (tache ou bouton) différente des autres (principe du vilain petit canard) ou la modification d'un grain de beauté connu peuvent alerter sur la présence d'un mélanome de la peau. Ce type de modifications peut être identifié par vous, lors d'un autoexamen de votre peau, ou par l'un de vos proches; c'est d'ailleurs la circonstance de découverte la plus fréquente (voir le chapitre « Suivi » page 91).

Pour reconnaître les signes suspects, vous pouvez utiliser les critères de la règle « ABCDE » qui permet de repérer toute modification de couleur, de forme ou de taille d'un grain de beauté :

- **A comme Asymétrie** : grain de beauté de forme ni ronde ni ovale et dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour de son centre;
- **B comme Bords irréguliers** : bords dentelés, mal délimités;
- **C comme Couleur non homogène** : présence de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc);
- **D comme Diamètre en augmentation** : une lésion susceptible d'être un mélanome a généralement une taille supérieure à 6 millimètres;
- **E comme Évolution** : changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur d'une tache pigmentée.

Plus il y a de critères présents, plus le risque que la lésion soit un mélanome est élevé. La présence d'un ou plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

Un mélanome peut encore être découvert par votre dermatologue, votre médecin traitant ou tout autre médecin amené à vous examiner (qui vous oriente alors vers un dermatologue). Lors de la consultation, le dermatologue vous interroge sur vos antécédents personnels et familiaux, notamment de cancers cutanés, sur vos éventuels facteurs de risque ainsi que sur votre état de santé de façon plus globale.

i

Il réalise un examen clinique pour évaluer la taille de la lésion suspecte, sa forme, sa couleur et, chaque fois que possible, son caractère évolutif (c'est-à-dire une modification récente) notamment grâce aux critères de la règle ABCDE. Il inspecte également l'ensemble de votre peau pour vérifier notamment, la présence ou non d'une autre lésion. Il s'aide d'un appareil d'optique grossissant, un dermoscope, pour examiner la peau. Il peut également réaliser une palpation des aires ganglionnaires.

Chez les personnes à risque élevé de mélanome, il est possible de pratiquer une cartographie photographique numérisée et vidéo-dermoscopique du corps entier pour rechercher la modification ou l'apparition de nouvelles lésions.

Lorsque la suspicion de mélanome est confirmée par le dermatologue, la totalité de la lésion est retirée afin d'être analysée en laboratoire. Seul l'examen anatomopathologique des tissus prélevés permet de confirmer le diagnostic de mélanome et de déterminer son épaisseur. On parle d'extrême diagnostic. Réalisée le plus souvent sous anesthésie locale, elle dure en général moins d'une demi-heure. Elle est effectuée, dans la majorité des cas, au cabinet de votre dermatologue et ne nécessite pas d'hospitalisation. Vous pouvez rentrer chez vous une fois l'intervention terminée.

Selon l'épaisseur de la lésion (calculée grâce à l'indice de Breslow, voir page 29), une seconde opération est réalisée, dans la majorité des cas, afin de s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont bien été retirées et limiter ainsi le risque de récidive (voir le chapitre 4 «La chirurgie» page 51). On



## QUELQUES CHIFFRES

Avec 17 922 nouveaux cas estimés en France en 2023, les mélanomes de la peau représentent 10 % des cancers de la peau et 4 % de l'ensemble des cancers. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 62 pour les femmes et de 68 ans pour les hommes.  
Les hommes sont légèrement plus touchés que les femmes.

Les mélanomes de la peau sont considérés comme des cancers de pronostic favorable après exérèse chirurgicale : le taux de survie nette standardisée, tous stades confondus, à 5 ans est de 93 %.

parle de reprise d'exérèse ou de reprise chirurgicale de sécurité. Certains cas de mélanomes ne nécessitent toutefois pas de seconde opération ni de traitements systémiques (bithérapie ciblée ou immunothérapie). Toutes les cellules cancéreuses sont retirées lors de la première exérèse qui sert pour établir le diagnostic de mélanome et qui est également l'unique traitement. Un suivi régulier avec votre dermatologue est alors mis en place.

Les mélanomes de la peau sont classés en quatre stades distincts (voir le tableau sur « Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer », page 31) :

- **stade I** : mélanome localisé à la peau, de faible épaisseur, sans ulcération de la peau ni atteinte des ganglions lymphatiques;
- **stade II** : mélanome localisé à la peau, un peu épais ou avec ulcération de la peau, sans atteinte des ganglions;
- **stade III** : mélanome envahissant au-delà de la peau, avec atteintes de ganglions et, éventuellement, métastases cutanées ou ganglionnaires à proximité du mélanome;
- **stade IV** : mélanome métastatique.

Une fois le diagnostic de mélanome confirmé par l'exérèse et l'analyse complète de la lésion, un bilan complémentaire peut être nécessaire et des examens radiologiques peuvent être prescrits (voir chapitre 3, « Les examens du bilan diagnostique » page 41).



## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Quels examens sont effectués pour poser le diagnostic du mélanome de la peau ?
- Quel est le rôle de ces différents examens ?
- Quelles sont les caractéristiques du mélanome dont je suis atteint ?
- Connaît-on son étendue ?
- Quel est l'impact sur ma vie quotidienne ?
- Quel est son caractère de gravité ?



# 2

## LES TRAITEMENTS DES MÉLANOMES DE LA PEAU

RCP

PPS

SOINS DE SUPPORT

STADES

25. LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

28. LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

35. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

36. LES SOINS DE SUPPORT

Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou en combinaison, pour traiter le mélanome de la peau : la chirurgie, des traitements systémiques (médicaments) et la radiothérapie.

Le parcours type, selon l'épaisseur du mélanome, d'un patient est le suivant :

- consultation dermatologique avec ablation de la lésion, puis confirmation du diagnostic et annonce du mélanome de la peau;
- examens d'imagerie éventuels avant chirurgie;
- reprise d'exérèse (ou reprise chirurgicale de sécurité), +/- exérèse du ganglion sentinelle;
- décision de traitement complémentaire éventuel;
- consultations dermatologiques régulières de suivi;
- examens radiologiques réguliers éventuels pendant plusieurs années, la fréquence étant adaptée, au cas par cas.

Selon les cas, les objectifs du traitement sont de : supprimer la tumeur, réduire le risque de récidive, supprimer et/ou ralentir le développement des métastases, et traiter les symptômes engendrés par la maladie.

La chirurgie sous anesthésie locale est le plus souvent réalisée en cabinet libéral ou consultation ambulatoire hospitalière.

Seuls la chirurgie sous anesthésie générale, les traitements systémiques et la radiothérapie sont réalisés au sein d'établissements qui sont autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur [cancer.fr](http://cancer.fr).

Dans ce guide, sont indiqués uniquement les traitements administrés en première intention, c'est-à-dire après le diagnostic.



## LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

Quelle que soit la pathologie qui vous concerne, la personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, avec son accord. Elle peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée par l'équipe soignante si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il vous est possible de rédiger seul, avec l'aide d'un professionnel de santé ou de toute autre personne, des directives anticipées. Il s'agit de formuler, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas

où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment. Un arrêté du 3 août 2016 (qui peut être consulté sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)) présente deux modèles de directives anticipées, suivant la situation. Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans leur rédaction.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (La personne de confiance, Les directives anticipées) sur le site du ministère chargé de la santé : [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) (espace Droits des usagers de la santé/Le guide)

## LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Le choix de votre traitement est adapté à votre cas personnel et dépend des caractéristiques du mélanome dont vous êtes atteint :

- son type histologique (type de cellules impliquées) ;
- sa localisation sur le corps et son stade, c'est-à-dire son degré d'extension en profondeur dans la peau ou l'atteinte d'autres tissus ;
- son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité ;

Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir chapitre 3, page 41).

Lorsqu'un traitement médicamenteux systémique est nécessaire, une analyse complémentaire est effectuée à la recherche de la présence éventuelle d'une altération moléculaire c'est-à-dire une anomalie survenue au niveau d'un gène des cellules du mélanome (par exemple la mutation BRAF V600), qui conditionne également le choix de vos traitements.

Votre âge, vos antécédents médicaux, votre état de santé global, les contre-indications éventuelles à certains traitements évaluées lors du bilan préthérapeutique, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte lors du choix des traitements.

### **Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire**

Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités médicales différentes : dermatologue, chirurgien, oncologue médical, anatomo-pathologiste, radiologue... (voir chapitre 8, «Les professionnels et leur rôle», page 99).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision, appelés recommandations de bonnes pratiques, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique.

### **Le choix de vos traitements est discuté avec vous**

Lors d'une consultation spécifique, la consultation d'annonce, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie, le ou les traitements proposés qui, selon les cas, peuvent ne relever que d'une simple chirurgie accompagnée d'un suivi régulier chez votre dermatologue. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui et de donner votre avis sur la proposition qui vous est faite. Si, le cas échéant, des traitements médicamenteux systémiques et/ou une radiothérapie vous sont proposés, le médecin vous décrit les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles.

## POUR ALLER PLUS LOIN

Dès l'annonce de votre mélanome, il est important de se renseigner sur les démarches à réaliser et vos droits. Vous pouvez consulter les chapitres dédiés dans ce guide, page 108 et 116, ainsi que le guide « Démarches sociales et cancer ».

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré page 25). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et d'intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé avec ses conséquences sur l'organisation de votre vie quotidienne et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitements après la chirurgie d'exérèse initiale sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte notamment les dates de vos différents examens de suivi et, le cas échéant, des traitements, ainsi que leur durée et les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Après que vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. N'hésitez pas à le présenter aux infirmiers libéraux et au pharmacien qui vont vous suivre dans votre parcours de soins. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre parcours de soins en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent un infirmier, peut vous être proposée, à vous et à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmier évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente, au besoin, vers les professionnels concernés.

Le PPS contient également un volet social qui doit permettre de repérer précocement d'éventuelles difficultés et de mettre en œuvre un accompagnement adéquat.

## VOTRE PARCOURS DE SOINS

correspond à toutes les phases du traitement de votre maladie, depuis les examens du diagnostic jusqu'au suivi à long terme, en passant par les traitements du cancer et tous les soins qui vous sont proposés.



## LE SUIVI À LONG TERME

**Si votre mélanome est traité uniquement par une exérèse (et pas de traitement médicamenteux systémique), il nécessite néanmoins un suivi à vie. Votre médecin vous détaille la façon dont les consultations et les**

**examens de suivi sont programmés dans le temps. Ces rendez-vous sont importants; ils doivent être effectués selon le programme prévu par votre équipe médicale (voir chapitre 7, «Le suivi» page 91).**

Les médecins, les pharmaciens et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'ensemble de ces professionnels tout au long de votre parcours de soins.

## LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements dépendent de la localisation du mélanome, du type histologique, du stade, de l'état général du patient (comorbidités éventuelles, c'est-à-dire d'autres maladies), des facteurs pronostiques, du statut mutationnel de la tumeur (anomalies des gènes de la tumeur), et des risques de toxicité des traitements.

### BON À SAVOIR

Ne pas confondre le système TNM avec le niveau de Clark également noté de I à IV qui évalue l'extension du mélanome dans les trois couches de la peau.

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur un système international de classification, le système TNM (utilisé pour *Tumor*, *Nodes*, *Metastasis*, ce qui signifie, tumeur, ganglions, métastases) de l'UICC et de l'AJC. T décrit la taille de la tumeur et toute propagation du cancer dans les tissus voisins, N décrit la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques voisins et M décrit les métastases (c'est-à-dire la propagation du cancer à d'autres parties du corps).

Pour évaluer le stade de votre mélanome, les médecins prennent notamment en compte plusieurs critères.

## Les caractéristiques de la tumeur primitive

i

### Son épaisseur

L'épaisseur maximale du mélanome est mesurée au microscope et indiquée en millimètres. Cette information, appelée indice de Breslow, est le principal facteur pronostique en donnant une indication du degré d'extension de la maladie dans les couches de la peau, au moment du diagnostic. L'indice de Breslow est le principal facteur pronostique des mélanomes. Il correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur et se mesure sur une coupe histologique colorée standard.

### Son ulcération

L'ulcération en surface du mélanome est une destruction de l'épiderme qui est visible au microscope, mais aussi parfois à l'œil nu lorsque le mélanome saigne par exemple.

### Le nombre de mitoses au mm<sup>2</sup>

Le processus de division d'une cellule en deux nouvelles cellules est appelé mitose. Le nombre de mitoses donne une indication de la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se divisent. L'anatomopathologiste, grâce au microscope, dénombre les cellules en division sur une surface de 1 millimètre carré. Si le mélanome mesure moins de 1 millimètre d'épaisseur, ce critère peut participer à la discussion d'indication de recherche du ganglion sentinelle. Cet examen est effectué uniquement pour les mélanomes d'épaisseur inférieure à 1 millimètre : l'anatomopathologiste dénombre, grâce au microscope, les cellules en division sur une surface de 1 millimètre carré.

Ces trois caractéristiques sont des facteurs pronostiques, c'est-à-dire qu'ils donnent une indication sur l'évolution possible de la maladie.

### L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques, la présence ou non de métastases en transit

Des cellules cancéreuses peuvent s'échapper du mélanome primitif et se disséminer dans les ganglions lymphatiques, situés à proximité de l'endroit où le mélanome est apparu. Elles peuvent aussi former de nouvelles tumeurs cutanées

ou sous-cutanées (appelées métastases en transit) dans les vaisseaux lymphatiques, entre le mélanome primitif et les ganglions lymphatiques proches.

### La présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps

Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes situés à distance et y développer des métastases. Les organes le plus souvent touchés sont le poumon, la peau, le foie et le cerveau.

En cas d'évolution métastatique du mélanome, un dosage des lactates déshydrogénases (LDH) peut également être réalisé. La LDH est une enzyme présente dans le sang et dans d'autres tissus et organes tels que la peau, les muscles, les reins, le foie, le cœur... Mesuré grâce à une analyse sanguine (voir le tableau en annexe, page 142), le dosage de LDH fournit également des renseignements sur le pronostic du mélanome. La LDH n'est pas spécifique du mélanome et son dosage peut être abnormal dans d'autres situations.

#### BON À SAVOIR

Vous pouvez consulter la classification pTNM des mélanomes cutanés de l'UICC et de l'AJCC (8e édition) dans Outils pour la pratique à destination des médecins généralistes : mélanomes cutanés/Du diagnostic au suivi, juillet 2024.

Il existe quatre stades différents :

- les **stades I et II** désignent les mélanomes localisés, avec ou sans ulcération (destruction de l'épiderme visible). Les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints. Il n'y a ni métastase en transit ni métastase à distance. En fonction de l'épaisseur du mélanome, les stades I et II sont distingués en stades IA, IB, et II A à II C;
- le **stade III** désigne les mélanomes qui présentent des métastases locorégionales (à proximité) cutanées ou ganglionnaires, c'est-à-dire dans la région qui se situe autour du mélanome, avec ou sans ulcération;
- le **stade IV** désigne les mélanomes qui présentent des métastases à distance. On parle aussi de mélanome métastatique.

Le tableau qui suit présente les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Les modalités citées dans ce tableau sont décrites en détail dans les chapitres 3 à 5.



ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS
<input checked="" type="checkbox"/> MÉLANOMES LOCALISÉS	<p><b>Stades I et IIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à retirer la lésion dans sa totalité. Une deuxième opération, appelée reprise d'exérèse, est programmée en fonction de l'épaisseur de la lésion, calculée grâce à l'indice de Breslow (voir page 29). L'objectif est de s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont bien été retirées. Dans certains cas, le ganglion sentinelle est également prélevé.</li></ul>
<input checked="" type="checkbox"/> MÉLANOMES AVEC MÉTASTASES LOCORÉGIONALES CUTANÉES OU GANGLIONNAIRES	<p><b>Stades IIIB et IIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>En complément de la chirurgie (reprise d'exérèse et exérèse du ganglion sentinelle) décrite pour les stades I et IIA, un <b>curage ganglionnaire</b> en cas d'adénopathie isolée locorégionale (atteinte d'un ganglion isolé) peut être réalisé.</li><li>Une <b>immunothérapie</b> par anti-PD1 peut être proposée pendant 1 an.</li></ul>

Pour les mélanomes présentant des métastases en transit, c'est-à-dire ayant migré entre le site du mélanome et le site ganglionnaire de drainage le plus proche, ou à distance, d'autres traitements peuvent être proposés dans des situations particulières. La radiologie interventionnelle permet de détruire une ou des métastases, localement, en association le plus souvent à un **traitement systémique**. Elle peut être utilisée pour des métastases sous la peau, au niveau des poumons, des organes de

ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS
<input checked="" type="checkbox"/> MÉLANOMES AVEC MÉTASTASES LOCORÉGIONALES CUTANÉES OU GANGLIONNAIRES	
<b>Stades III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La chirurgie est également le traitement de référence.</li> <li>• Selon les cas, le ganglion sentinelle est également prélevé. Un curage ganglionnaire peut également être réalisé (les ganglions situés à proximité de la tumeur sont enlevés).</li> <li>• En cas de métastases cutanées ou ganglionnaires confirmées par une biopsie, un traitement chirurgical sera discuté.</li> <li>• Un traitement médicamenteux systémique complémentaire (bithérapie ciblée ou immunothérapie) peut être associé à la chirurgie pendant 1 an.</li> <li>• Pour certains patients à haut risque de récidive ganglionnaire après un curage, une radiothérapie externe peut également être utilisée comme traitement complémentaire à la chirurgie et/ou aux traitements médicamenteux.</li> </ul>

l'abdomen, des os. Plusieurs traitements locaux de ce type peuvent être réalisés chez une même personne.

Ces techniques utilisent le froid ou le chaud :

- le froid : technique de cryothérapie. La tumeur est congelée entre -40° à -60°C. Sous l'action du froid, les cellules cancéreuses gonflent, puis se rétractent et finissent par éclater. Toujours sous l'effet du froid, le sang contenu dans les vaisseaux sanguins qui irriguent la métastase coagule, privant ainsi les cellules tumorales de l'oxygène et des nutriments qu'il contient. La cryothérapie locale permet aussi de renforcer l'efficacité de l'immunothérapie systémique. Cette procédure n'est pas douloureuse. L'anesthésie locale suffit. C'est la technique la plus utilisée;

ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS
<p><input checked="" type="checkbox"/> MÉLANOMES AVEC MÉTASTASES À DISTANCE ET MÉLANOMES DE STADE III INOPÉRABLES</p> <p><b>Stades III inopérables et Stades IV</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La chirurgie consiste à retirer la lésion dans sa totalité pour les stades IV opérables, avec possible reprise d'exérèse en fonction de l'épaisseur de la lésion.</li> <li>• Pour les stades IV et les stades III inopérables, des traitements systémiques sont proposés : une immunothérapie ou une bithérapie ciblée, selon les cas, en présence de mutation (voir chapitre 6, «Les traitements médicamenteux systémiques» page 67)</li> <li>• En cas de métastases accessibles, une exérèse chirurgicale peut être proposée.</li> <li>• Une radiothérapie stéréotaxique peut être envisagée en cas de métastases osseuses ou cutanées douloureuses ainsi qu'en cas de métastases hémorragiques, c'est-à-dire qui saignent.</li> <li>• En présence de métastases cérébrales de petite taille et peu nombreuses, elle peut également être utilisée seule ou après exérèse.</li> <li>• Elle vise à freiner la progression de la maladie et à atténuer ses effets, dont la douleur.</li> <li>• D'autres traitements ablatifs en radiologie interventionnelle peuvent être envisagés si ces métastases sont peu nombreuses.</li> </ul>

- le chaud : micro-ondes ou radiofréquence. Les cellules cancéreuses sont détruites par une chaleur intense produite par des ondes. Cette technique est douloureuse et nécessite donc une courte anesthésie générale. Les micro-ondes tendent à être davantage utilisées actuellement que la

radiofréquence, car elles permettent de traiter une plus grande lésion plus rapidement. Elles sont le traitement privilégié des lésions du foie.



## LA BIOPSIE

Lorsqu'une anomalie est détectée en imagerie, une biopsie est programmée pour définir sa nature. La biopsie consiste à prélever de petits morceaux de l'anomalie, puis à les analyser sous microscope. Ces biopsies sont guidées par l'imagerie, elles sont donc réalisées par un radiologue. Si l'anomalie est vue en échographie, la biopsie sera guidée par l'échographie. Si au contraire elle est vue en scanner, la biopsie sera guidée par scanner. Lorsqu'une biopsie est programmée, il est souvent nécessaire d'interrompre les traitements anticoagulants, l'aspirine et/ou les anti-inflammatoires.

Informez votre médecin si vous avez des antécédents d'hémorragie ou des problèmes sanguins de plaquettes. Vous pouvez manger normalement avant le rendez-vous.

Pour commencer, le radiologue repère l'anomalie et choisit le trajet de l'aiguille. Le point d'entrée est marqué sur la peau. Une anesthésie locale est réalisée : à l'aide d'une fine aiguille, semblable à celle d'une prise de sang, le produit anesthésiant est injecté dans et sous la peau, autour de l'anomalie à biopsier. Ce produit pique

modérément environ 10 secondes puis endort totalement la zone. Vous continuez à garder la sensation du toucher sur la peau et de la pression de la sonde d'échographie, mais sans douleur. L'aiguille de biopsie est introduite plusieurs fois pour prendre de petits fragments de l'anomalie. Ces fragments mesurent 10 millimètres de longueur et 1 millimètre d'épaisseur. Les prélèvements ne font pas mal. Une cicatrice de 2 millimètres sera ensuite visible et disparaîtra totalement qui en quelques semaines. Un hématome peut survenir, qui disparaît également tout seul.

Les fragments recueillis sont conservés dans un liquide à base de formol et envoyés dans le laboratoire d'**anatomopathologie** pour analyse. Le compte rendu est envoyé au médecin qui vous a prescrit l'examen et qui vous expliquera les résultats lors d'un rendez-vous ultérieur. Votre médecin traitant reçoit un double des résultats, ainsi que vous-même si vous le souhaitez.

Pour plus d'informations sur les examens d'imagerie, voir chapitre 3, « Les examens d'imagerie », page 41.

Ces techniques sont guidées par l'imagerie, en général le scanner, parfois l'échographie. Il s'effectue donc dans un service de radiologie, en hôpital de jour le plus souvent. Rarement, une hospitalisation plus longue est nécessaire.

La lésion à traiter est d'abord repérée sur les images de scanner ou d'échographie. Un repère est placé sur la peau, pour marquer le point d'entrée de l'aiguille. Une anesthésie locale, à l'aide d'une aiguille fine, endort tout le trajet jusqu'à la lésion à traiter. Les aiguilles de traitement sont mises en place, souvent multiples. Le traitement lui-même dure 20 à 60 minutes. Au cours de la procédure puis lorsqu'elle est terminée, des images sont réalisées pour vérifier le bon déroulement du traitement, le positionnement des aiguilles, l'absence de complication.

i

L'immunothérapie intratumorale est en cours de développement, cette technique consiste à injecter le médicament d'immunothérapie directement dans les métastases.

## PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec la participation de patients. Cela ne peut être fait qu'après votre information et votre accord écrit.

Les mélanomes de la peau font l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- identifier des altérations moléculaires au niveau des gènes des cellules cancéreuses et proposer aux patients les thérapies ciblées les plus adaptées;
- tester de nouveaux traitements médicamenteux systémiques (notamment des médicaments d'immunothérapie ou de thérapie ciblée);
- évaluer les différentes façons d'utiliser les traitements existants en mettant en place de nouvelles combinaisons de molécules. Ces nouvelles stratégies thérapeutiques ont notamment pour but d'améliorer l'efficacité des traitements et de réduire leurs effets indésirables.

### POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide « Participer à un essai clinique en cancérologie ». Pour connaître les essais cliniques en cours sur les mélanomes de la peau, consultez le registre des essais cliniques sur [cancer.fr](http://cancer.fr)



Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai et fixés dans le protocole de l'essai. C'est le médecin qui vérifie la possibilité que vous puissiez participer ou non. Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et à terme, la manière dont les patients sont soignés. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement sans que cela ne modifie ni la qualité de vos soins ni votre rapport avec votre médecin.

## LES SOINS DE SUPPORT

Vos soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, difficultés psychologiques ou sociales, troubles de la sexualité...

Ces soins, appelés soins de support, peuvent être proposés tout au long de votre parcours de soins et visent à maintenir votre qualité de vie.

Les soins de support comprennent notamment :

- la gestion des effets indésirables des différents traitements;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer;
- l'aide à la pratique d'une activité physique adaptée, pendant ou après les traitements;

- la possibilité de préserver votre fertilité avant les traitements au sein d'un CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains);
- la gestion des troubles de la sexualité;
- la possibilité pour vous et vos proches de bénéficier d'un accompagnement psychologique;
- des conseils d'hygiène de vie (aide à l'arrêt du tabac, à la réduction de la consommation d'alcool, à l'arrêt de produits addictifs...);
- la possibilité de rencontrer un assistant de service social pour vous aider dans vos démarches administratives et financières.

i

Ces soins doivent être anticipés et discutés dès la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ils doivent être listés dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Vous pouvez également les demander à tout moment, votre situation et vos besoins pouvant changer lors de votre parcours de soins. N'hésitez pas à demander la liste des soins de support proposés par l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ainsi que les modalités pour y accéder. Ils sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante, votre médecin généraliste ou des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant de service social, orthophoniste, diététicien, kinésithérapeute, psychologue, sexologue, socio-esthéticienne... Ils peuvent se dérouler en établissement de santé (hôpital, clinique) ou en ville.

Les soins de support font partie intégrante de votre parcours de soins. Ils ne sont ni secondaires ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. Quel que soit le stade de la maladie au moment du diagnostic et les traitements reçus, n'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux.

 POUR ALLER PLUS LOIN

Plusieurs guides et fiches sont à votre disposition sur les soins de support, l'alimentation pendant les traitements, la douleur, la fatigue. Consultez [cancer.fr](http://cancer.fr)

Parmi les soins de support, l'aide à la reprise ou au maintien d'une activité physique adaptée (APA) permet de lutter contre la sédentarité et la fatigue pendant vos traitements. Lorsque les recommandations décrites dans l'illustration ci-contre «Quelle activité physique pratiquer?» ne sont pas réalisables, il peut être



## QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Ostéopathie, chiropraxie, hypnose, mésothérapie, auriculothérapie, acupuncture... Tous ces termes désignent des pratiques de soins dites non conventionnelles (PSNC). Parfois appelées «médecines alternatives», «médecines complémentaires», «médecines naturelles», ou encore «médecines douces», ces pratiques sont diverses, tant par les techniques qu'elles emploient que par les fondements théoriques qu'elles invoquent. Leur point commun est qu'elles ne sont ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé. De nombreux patients ont recours à des pratiques complémentaires. Certaines peuvent apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter la maladie, les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces pratiques de soins non conventionnelles, telles que la prise de compléments, peuvent aussi avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre cancer. La prise de ce type de «compléments» est généralement

recherchée par le pharmacien lors de la consultation tripartite d'initiation des thérapies orales ciblées. Ces interactions peuvent notamment diminuer l'efficacité de vos éventuels traitements et du traitement anticancéreux prescrit par votre médecin ou engendrer des toxicités. Il est donc très important d'en parler avec l'équipe soignante sans crainte d'être jugé.

Par ailleurs, si les pratiques de soins non conventionnelles peuvent vous soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades et/ou de leurs proches en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses, coûteuses et inefficaces. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit, votre médecin traitant ou encore votre pharmacien.

## QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE PRATIQUER ?



### ACTIVITÉ CARDIORESPIRATOIRE (MARCHE, NATATION OU VÉLO)

- 30 MINUTES PAR JOUR
- 5 JOURS PAR SEMAINE

### RENFORCEMENT MUSCULAIRE MODÉRÉ (MONTER DES ESCALIERS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE



### ASSOUPLISSEMENTS

- 2 À 3 FOIS PAR SEMAINE

### EXERCICES D'ÉQUILIBRE (POUR LES PLUS DE 65 ANS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE

préférable d'être accompagné. Dans ce cas, un professionnel formé et expérimenté aux spécificités des cancers établit avec vous un programme personnalisé. Votre médecin traitant peut vous prescrire une activité physique adaptée dès lors que vous êtes atteint d'une affection longue durée (ALD) (voir « L'ALD et la prise en charge de vos soins », page 109). Cette prescription n'ouvre toutefois pas le droit à un remboursement de votre activité par l'Assurance maladie. Certaines mutuelles santé peuvent financer tout ou partie du programme d'activité physique prescrit dans le cadre d'une affection de longue durée. Les montants remboursés sont variables selon les mutuelles. Certaines associations proposent une APA gratuite pour les patients atteints d'un cancer; retrouvez leurs adresses sur le site [cancer.fr](http://cancer.fr)

Si vous avez des questions par rapport à votre activité physique habituelle, ou si vous souhaitez débuter une activité physique, parlez-en à votre médecin traitant ou à l'équipe médicale qui vous suit pour être conseillé.



#### EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?
- Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?
- Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir/les soulager ?
- Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/ équipes médicales ?
- Quelle est leur durée ?
- Comment suis-je suivi pendant les traitements ?

# 3

## LES EXAMENS D'IMAGERIE

BILAN DIAGNOSTIQUE

COMpte rendu

- 43. L'ÉCHOGRAPHIE
- 44. LE SCANNER
- 45. L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)
- 48. LA TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS

Selon les caractéristiques de votre mélanome, et notamment son épaisseur, des examens d'imagerie sont prescrits pour compléter le bilan diagnostique. Ils sont aussi utilisés, selon les cas, lors du suivi après traitement. Il est important de bien comprendre le rôle et la nature des différents examens qui peuvent vous être prescrits.

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez les fiches Cancer Info dédiées à la tomographie par émission de positons-tomodensitométrie (TEP-TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le scanner ou tomodensitométrie (TDM).

Suivez attentivement les consignes de préparation qui vous ont été communiquées lors de la prise de rendez-vous et/ou par courrier. Lorsque vous arrivez, vous êtes reçu par les secrétaires pour la partie administrative : ordonnance, sécurité sociale et mutuelle, médecin traitant. Le manipulateur en électroradiologie médicale prend ensuite le relais : installation, préparation et passage en revue des contre-indications, pose éventuellement de perfusion.

Après l'examen, le radiologue, ou le médecin nucléaire, analyse les images et restitue les résultats par écrit sous la forme d'un compte rendu. Selon les centres, le radiologue ou le médecin nucléaire peut vous recevoir pour vous expliquer les résultats. Le compte rendu est envoyé au médecin qui vous a prescrit l'examen ainsi qu'à vous-même si vous le souhaitez.



#### IMPORTANT

Lors de vos examens, pensez à prendre avec vous :

- votre carte d'identité, votre carte Vitale et votre carte de mutuelle si vous en possédez une;
- l'ordonnance et/ou le courrier du médecin demandeur de l'examen d'imagerie;
- les ordonnances détaillant vos traitements en cours;
- les résultats de vos examens d'imagerie précédents

(IRM, **radiographie**, échographie, scanner...) et les Cd-Rom contenant les images;

- le compte rendu d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation, le cas échéant;
- la fiche de traçabilité si vous êtes porteur d'un dispositif médical implanté;
- le bon de transport signé par le prescripteur, au besoin.

## L'ÉCHOGRAPHIE

i

L'échographie est une technique d'imagerie par ultrasons. C'est l'examen le plus utilisé dans le bilan diagnostique et le suivi des mélanomes de la peau. Au moment du bilan diagnostique, le but est d'évaluer si les ganglions situés à proximité du mélanome sont atteints par des cellules cancéreuses. Les ganglions sont des organes présents dans le corps humain. Ils jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. L'échographie permet de rechercher une éventuelle modification de leur forme et de leur couleur qui pourrait indiquer un envahissement par le mélanome.

La zone du corps analysée dépend de la localisation du mélanome. Il y a de multiples zones de ganglions dans le corps : si votre mélanome était sur la jambe, les ganglions du pli de l'aine sont examinés ; si le mélanome était sur le bras, les ganglions axillaires, sous le bras, sont examinés.

L'échographie est un examen non invasif et non irradiant. Vous êtes allongé sur une table d'examen. Le radiologue applique du gel sur votre peau pour permettre la pénétration des ultrasons et utilise une petite sonde rectangulaire appliquée sur la peau pour réaliser les images. L'examen est généralement indolore, il peut parfois être nécessaire d'appuyer un peu fort avec la sonde.

L'image qui s'affiche sur l'écran est dynamique. Le radiologue doit analyser l'image en direct avant de pouvoir vous donner le résultat en fin d'examen. Il ne peut pas commenter chaque image au fur et à mesure.

Un autre appareil appelé doppler est parfois utilisé pour compléter l'échographie, car il permet l'affichage des vaisseaux sanguins en couleur. La répartition des vaisseaux est un élément important du diagnostic pour déterminer si un ganglion est normal ou non. Le radiologue enregistre des images, même lorsque tout est normal.

L'échographie dure environ 10 minutes. En fin d'examen, le radiologue peut vous donner les résultats. Puis il rédige un compte rendu qui vous est remis. Les images sont le plus souvent données en format papier. En fonction des conclusions du radiologue, une surveillance échographique ou une biopsie sont programmées.

**BON À SAVOIR**

Le radiologue évalue, pour chaque patient, le rapport entre les bénéfices attendus du scanner et les risques de cette petite irradiation.

## LE SCANNER

Le scanner a pour objectif de dépister les éventuelles métastases dans les organes profonds (notamment les poumons). Il permet d'analyser le thorax (les poumons) et/ou l'abdomen et le pelvis (le ventre). C'est une technique d'imagerie par rayons X, comme les radiographies. Les scanners permettent d'adapter précisément la dose de rayons X à votre morphologie, afin de délivrer la dose minimale efficace, car l'utilisation des rayons X doit être limitée autant que possible.

Pendant l'examen, vous êtes allongé sur une table positionnée sous un arceau d'environ 50 centimètres de longueur. La table se déplace rapidement sous l'arceau. Vous n'aurez pas la sensation d'être enfermé.

**BON À SAVOIR**

Les antécédents d'allergie aux fruits de mer ou aux antiséptiques à base de povidone iodée (comme la Bétadine) ne sont pas des facteurs de risque d'allergie au produit de contraste iodé utilisé lors d'un scanner.

L'examen dure environ 5 minutes. Il est très important de rester immobile pendant toute la durée d'acquisition des images. À certains moments, il pourra vous être demandé de retenir votre respiration quelques secondes.

Pour un scanner des poumons, il n'y a pas besoin d'injection. En revanche, pour le ventre, l'injection d'un produit de contraste iodé dans les veines est indispensable. Le manipulateur en électroradiologie médicale vous pose une perfusion en début d'examen pour l'injection de ce produit.

Signalez au manipulateur si :

- vous avez déjà réalisé un examen avec injection de produit de contraste iodé et avez présenté une réaction allergique : urticaire, œdème ou choc;

- vous êtes allergique à certains médicaments;
- vous êtes enceinte ou pensez l'être;
- vous allaitez;
- vous avez des antécédents de maladie ou de chirurgie des reins, souffrez d'hypertension artérielle, de diabète, d'asthme ou d'une autre maladie chronique pour laquelle vous prenez un traitement régulier;

Dans certains cas, la fonction rénale est vérifiée avant l'examen par une prise de sang.

Une fois l'acquisition des images réalisée, elles sont reconstituées par ordinateur. À titre d'exemple, un scanner du poumon et du ventre représente environ 2000 images.

Le radiologue analyse chaque organe successivement : poumons, foie, rate, os, reins...

Le scanner n'est généralement pas utilisé pour le cerveau, car il est insuffisant pour détecter d'éventuelles petites lésions. Le scanner a l'avantage d'explorer de grandes zones du corps en une seule acquisition.

Les images sont rendues sur un CD-Rom. Vous devez impérativement garder ce CD et l'apporter lors des examens ultérieurs pour pouvoir comparer entre eux les examens.

## L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un examen d'imagerie médicale qui permet d'analyser une petite zone du corps uniquement, un seul organe à la fois, à la différence du scanner qui regarde presque tout le corps en une seule fois. Cet examen utilise un aimant et des ondes électromagnétiques.

Dans le cas d'un mélanome de la peau, l'IRM est utilisée pour :

- dépister des localisations éventuelles de la maladie dans le cerveau;

### POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche « Le scanner ou tomodensitométrie (TDM) ».



### BON À SAVOIR

Les ganglions superficiels sont mieux analysés par l'échographie, alors que les ganglions profonds sont visibles au scanner seulement. C'est la raison pour laquelle les deux examens doivent être réalisés.

- mieux préciser une anomalie présente identifiée par un autre examen d'imagerie (principalement le foie).

L'appareil d'IRM est constitué d'un tunnel d'environ 1,60 mètre de long, entouré d'un aimant puissant. Il émet des ondes électromagnétiques qui font « vibrer » les atomes d'hydrogène composant votre corps. Ces atomes émettent des signaux qui sont captés par une antenne placée autour de la région à étudier. Enfin, les signaux sont assemblés par un ordinateur pour reconstituer des images en 2 ou 3 dimensions qui seront interprétées par un radiologue.

À votre arrivée, un manipulateur en électroradiologie médicale vous questionne sur votre état de santé (antécédents, maladies, traitements en cours, port d'un dispositif interne) et vous explique le déroulement de l'examen. Ensuite, vous êtes accompagné dans une cabine de préparation pour y déposer les accessoires et objets magnétiques ou contenant du métal (montre, bijoux, ceinture, clés, porte-monnaie, cartes de crédit ou de transport, téléphone portable, prothèses dentaires, appareils auditifs externes, perruques...) et, au besoin, revêtir la blouse en tissu ou en papier qui vous est remise.

Pendant l'IRM, vous êtes seul dans la salle. Néanmoins, la personne chargée de votre examen vous surveille en permanence.



### IMPORTANT

Si vous êtes porteur d'un dispositif interne métallique ou électronique (pacemakers, stimulateurs cardiaques, prothèses métalliques, implants...) et/ou si vous avez déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux, il est impératif de l'indiquer au médecin qui vous prescrit l'examen, ainsi que lors de la prise de rendez-vous.

En effet, le port de ce type de dispositif peut, dans certains cas, être une contre-indication à la réalisation d'une IRM. La force magnétique dégagée durant cet examen est puissante et pourrait endommager ou déplacer les dispositifs métalliques et dérégler les dispositifs électroniques. Dans ce cas, un autre type d'examen peut vous être prescrit.

Un micro et une sonnette vous permettent de communiquer avec elle pendant toute la durée de l'examen et elle peut intervenir à tout moment. Vous êtes allongé sur un lit qui se déplace à l'intérieur du tunnel de l'IRM qui est éclairé et ventilé. Selon la partie du corps à examiner, vous entrez dans l'appareil, la tête ou les pieds en premier.

L'examen complet dure 1 h 30 en moyenne (accueil, préparation, examen, surveillance et rendu des images) dont 15 à 45 minutes pour la réalisation de l'IRM en elle-même, selon l'étendue de la zone à visualiser et l'utilisation de produit de contraste.

L'appareil émet des bruits intermittents et répétitifs de martèlement qui peuvent être désagréables. Pour atténuer ces bruits, le manipulateur en électroradiologie médicale vous fournit des protections auditives ou un casque pour écouter de la musique. Quand le bruit s'arrête, c'est que le manipulateur programme la séquence suivante.

L'injection d'un produit dit « de contraste » dans la circulation sanguine est souvent nécessaire pour améliorer la visibilité de certains organes et la détection des anomalies. Un cathéter est alors posé au niveau du pli du coude ou du dos de la main. Il s'agit d'un petit tube en plastique souple placé dans une veine à l'aide d'une aiguille. Vous êtes ensuite accompagné en salle d'examen. Le produit de contraste est une substance qui opacifie les vaisseaux et imprègne les tissus afin de mieux visualiser les lésions cancéreuses sur les images acquises lors de l'examen. Ce produit de contraste, le plus souvent à base de gadolinium, est généralement bien toléré.

Les images sont rendues sur un CD-Rom. Il faut impérativement garder ce CD et l'apporter lors des examens ultérieurs pour pouvoir comparer entre eux les examens.

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche « L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ».



## LA TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS

La tomographie par émission de positons ou tomodensitométrie au 18FDG (fluorodésoxyglucose) est un examen de médecine nucléaire qui aide notamment au bilan diagnostique d'un cancer. Il est aussi appelé TEP-scanner, TEP-TDM, TEP ou bien PET scan.

Pour réaliser une TEP-TDM, un produit appelé radiopharmaceutique ou radiotraceur est d'abord injecté dans la circulation sanguine. Le radiotraceur le plus souvent utilisé pour la TEP est le 18F-FDG. Le 18F-FDG est composé d'une molécule vectrice (le FDG) marquée d'un élément radioactif (le 18F ou fluor-18). Le FDG est du sucre (glucose) que les cellules cancéreuses vont utiliser comme apport énergétique nécessaire à leur croissance. Après injection, ce glucose va pénétrer dans les cellules et s'y accumuler en particulier dans les cellules cancéreuses. Le marquage par l'élément radioactif (18Fluor) va permettre sa détection dans l'organisme. L'appareil TEP permet de former une image (une cartographie) des localisations où le 18FDG s'est accumulé dans les cellules. Ces images sont réalisées grâce aux rayonnements.

L'appareil de TEP-TDM ressemble à un large anneau et se compose d'une TEP et d'une TDM. Les images de ces deux appareils sont fusionnées par un ordinateur pour reconstituer des images en coupes et en trois dimensions qui seront interprétées par un médecin nucléaire.

La tomodensitométrie utilisant des rayons X permet de faciliter la localisation des cellules cancéreuses dans l'organisme et d'apporter des images de meilleure qualité.

À votre arrivée, un manipulateur en électroradiologie médicale vous questionne sur votre état de santé (antécédents, maladies, traitements en cours), de vérifier que vous à jeun depuis 4 à 6 heures et vous explique le déroulement de l'examen. Une mesure de votre sucre dans le sang (glycémie

capillaire) sera réalisée afin de s'assurer de la réalisation de la TEP. Vous êtes ensuite accompagné dans une pièce radio-protégée (ne laissant pas passer les radiations) où vous recevez la perfusion de 18FDG et où vous restez pour une durée de 1 heure. Ce temps d'attente permet au radiotraceur de circuler dans l'organisme et d'être consommé par les cellules. Il est important de rester calme et de bouger le moins possible pendant cette attente, l'agitation, la parole et le stress ayant une influence sur la consommation du traceur par l'organisme.

Après la TEP-TDM, le médecin nucléaire analyse les images et restitue les résultats par écrit sous la forme d'un compte rendu. Le compte rendu de la TEP est envoyé au médecin qui vous a prescrit l'examen et qui vous expliquera les résultats lors d'un rendez-vous ultérieur. Votre médecin traitant reçoit un double des résultats, ainsi que vous-même si vous le souhaitez.

Au cours de votre parcours de soins, le dermatologue, le radiologue et le médecin nucléaire sont trois professionnels de santé que vous serez amené à rencontrer très régulièrement. N'hésitez pas à leur poser des questions, et à parler de vos difficultés.



Consultez  
la fiche « La  
tomographie  
par émission de  
positions  
- Tomodensito-  
métrie  
(TEP-TDM) ».



MODALITÉS DES EXAMENS D'IMAGERIE				
	ÉCHO-GRAFIE	SCANNER	IRM	PET SCANNER
<b>Perfusion</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Durée de l'examen</b>	10 minutes	5 minutes	20 minutes	15 minutes
<b>Durée du rendez-vous</b>	Environ 1 heure	Environ 1 h 30	Entre 1 h 30 et 2 heures	Environ 2 heures
<b>Objectif principal</b>	Ganglions, anomalie sous la peau	Tout le corps sauf cerveau	Un organe à la fois, cerveau	Tout le corps sauf cerveau
<b>Avantages</b>	Pas d'irradiation, le meilleur pour analyser les ganglions	Tout le corps, voit les petites lésions	Pas d'irradiation, voit le cerveau, très bon contraste	Tout le corps, surtout l'os, sous la peau, le digestif
<b>Inconvénients</b>	Ne voit pas en profondeur	Irradiation, faible contraste entre tumeurs et organes	Long, un seul organe à la fois	Irradiant, imprécis analyse difficile pour les lésions inférieures à 1 centimètre, difficulté possible de différencier cancer et inflammation

# 4

## LA CHIRURGIE

EXÉRÈSE

ANESTHÉSIE

CURAGE GANGLIONNAIRE

ANATOMOPATHOLOGIE

52. COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

54. L'EXÉRÈSE À BUT THÉRAPEUTIQUE

58. L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

62. LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

63. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

63. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie a pour objectif d'enlever la lésion dans sa totalité et pour les mélanomes à risque de récidive de retirer éventuellement les ganglions sentinelles. Elle constitue le traitement de référence de la grande majorité des mélanomes cutanés qui ne présentent pas de métastases à distance. Dans le cas de mélanome opérable, mais à risque de récidive, un traitement systémique complémentaire est prévu (immunothérapie ou bithérapie ciblée). En cas d'atteinte ganglionnaire diagnostiquée avant la chirurgie, une immunothérapie complémentaire de la chirurgie sera discutée.

Une première chirurgie, appelée **exérèse** diagnostique, permet d'enlever la lésion et de confirmer le diagnostic de mélanome. À la suite de cette première exérèse et selon l'épaisseur de la lésion retirée, une seconde intervention chirurgicale est programmée afin de la compléter. On parle cette fois d'exérèse chirurgicale de sécurité ou encore de reprise d'exérèse.

## COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Une ou deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention : une consultation avec le chirurgien chargé de votre opération et une autre avec l'anesthésiste au besoin.

### La consultation avec le dermatologue ou le chirurgien

Le médecin vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le médecin peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur fasse l'objet d'une analyse génétique. Cette analyse vise à identifier d'éventuelles altérations moléculaires présentes dans l'ADN constituant les gènes de la cellule cancéreuse. L'objectif est de déterminer si vos cellules sont sensibles à des traitements ciblant ces anomalies moléculaires et qui pourraient vous être proposés après la chirurgie. Cet échantillon peut également être conservé après l'opération dans une tumorothèque (bibliothèque de tumeurs) en vue de recherches ultérieures.

i

## La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale ou générale selon les cas. Lorsqu'elle a lieu sous anesthésie générale, la consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux et d'apporter les courriers médicaux en lien avec vos différents problèmes.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (médicaments, rhume des foins...), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension, par exemple), les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.



## BÉNÉFICIEZ D'UNE AIDE POUR ARRÊTER DE FUMER

L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention est important pour réduire les risques de complications pendant et après l'opération (risques de complications pulmonaires, d'infection de la zone opérée et de problèmes de

cicatrisation). Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en avec votre équipe soignante et consultez « Les aides à l'arrêt du tabac », page 118.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

## L'EXÉRÈSE CHIRURGICALE DE SÉCURITÉ

Le dermatologue, ou le chirurgien, complète la première intervention chirurgicale (exérèse diagnostique) en enlevant une bande plus ou moins large de tissu sain autour de la cicatrice de la première exérèse. Cette zone est aussi appelée marge de peau saine ou marge de sécurité.

La taille de cette marge dépend de l'épaisseur du mélanome (indice de Breslow) qui a été mesurée au microscope lors de l'examen anatomopathologique. La chirurgie est également adaptée à la localisation du mélanome, notamment lorsqu'il est situé aux extrémités du corps ou sur le visage. Au moment de l'édition de ce document, les marges d'exérèse recommandées sont les suivantes :

- pour un mélanome *in situ* : 0,5 centimètre;
- pour un mélanome de 1 millimètre ou moins : 1 centimètre;
- pour un mélanome de plus de 1 à 2 millimètres : 1 à 2 centimètres;
- pour un mélanome de plus de 2 millimètres : 2 centimètres.

Les marges d'exérèse supérieures à 2 centimètres ne sont pas réalisées, car au-delà aucun bénéfice thérapeutique n'est démontré.

Pour les mélanomes de Dubreuilh non invasifs, une marge de 1 centimètre est recommandée. Lorsque cette marge ne peut être respectée pour des raisons anatomiques et fonctionnelles (c'est-à-dire en fonction de la localisation), une marge de moins de 1 centimètre peut être suffisante, grâce à une technique chirurgicale et d'analyse histologique appelée *slow Mohs*, permettant de s'assurer de l'absence de cellules cancéreuses sur toute la périphérie de la pièce opératoire.

## **Le déroulement d'une exérèse à but thérapeutique**

i

La durée d'intervention pour une exérèse dépend de l'endroit où était situé le mélanome ; elle est en moyenne de moins de 1 heure.

Elle est habituellement réalisée sous anesthésie locale et nécessite le plus souvent une seule journée d'hospitalisation. On parle aussi d'hospitalisation de jour ou de soins en ambulatoire : vous rentrez chez vous le jour même, après l'intervention. Dans certains cas, en fonction de l'endroit où est située la lésion et de la taille de la marge à retirer, l'intervention peut être effectuée sans hospitalisation, lors d'une consultation.

Si une exérèse du **ganglion sentinelle** (voir page 58) est prévue dans le même temps que l'exérèse, une anesthésie générale est recommandée et une courte hospitalisation est alors nécessaire. Une hospitalisation de quelques jours peut également être envisagée selon la localisation et la taille du mélanome ou lorsque la personne est âgée ou atteinte d'une autre maladie associée, ce qui lui permet d'être surveillée après l'opération.

N'hésitez pas à questionner votre médecin pour savoir quelles marges de sécurité il pense devoir retirer. Pour les mélanomes situés sur les doigts, les orteils ou sous un ongle, l'exérèse peut aller parfois jusqu'à amputer une ou deux phalanges.

## **La suture de la peau**

Lorsque le dermatologue ou le chirurgien a terminé l'exérèse, il referme la peau. Il utilise la technique la mieux adaptée à votre situation. Il en existe plusieurs types.

### **La suture simple**

Sur certaines parties du corps, comme le dos ou le ventre par exemple, il est possible de retirer de grandes quantités de peau et de refermer la plaie en rapprochant simplement

les deux bords. Le chirurgien recoud alors la peau avec des fils spéciaux : il s'agit d'une suture simple.

Deux types de fils sont utilisés pour refermer la plaie : les fils résorbables, qui s'éliminent seuls, ou les fils non résorbables qui sont à faire retirer par un médecin ou un infirmier entre le cinquième et le quinzième jour après la suture.

Les cicatrices ne sont jamais les mêmes d'un patient à l'autre. Une cicatrice normale est rose et épaisse pendant trois mois. Elle s'estompe progressivement en un à deux ans. Pendant cette période, il est souhaitable de la protéger du soleil afin d'éviter qu'elle ne se colore. Consultez votre dermatologue si votre cicatrice se modifie.

Parfois, la cicatrice est boursouflée, rouge, douloureuse et elle démange. On parle de cicatrice hypertrophique ou chéloïde, quand elle s'aggrave. Ce type de cicatrice se manifeste surtout sur les oreilles et les zones sous tension comme le thorax, les épaules, les genoux ou chez les patients à peau foncée. Des traitements locaux peuvent permettre de lui redonner un meilleur aspect et de diminuer ou supprimer la douleur.

### **La technique de la cicatrisation dirigée**

Lorsqu'il est impossible de refermer directement la plaie et lorsque la perte de peau n'est pas trop étendue, le médecin peut recourir à une cicatrisation dirigée. Elle est également indiquée sur certaines parties du corps comme la pointe du nez, la partie haute du front, ou bien la face interne de la cuisse, car elle donne parfois de meilleurs résultats que la greffe de peau.

La technique de la cicatrisation dirigée utilise des pansements spéciaux qui vont permettre de refermer la plaie laissée ouverte en quelques semaines. La plaie se comble du fond vers l'extérieur et la zone se couvre petit à petit à nouveau de peau.

## **La greffe de peau**

Lorsque la zone d'exérèse chirurgicale est large et ne peut pas être refermée directement, une greffe de peau est généralement effectuée. La greffe de peau consiste à prélever le derme et l'épiderme (voir illustration 1 page 10) à un endroit donné du corps pour recouvrir une plaie. Le prélèvement peut être plus ou moins proche de la plaie.

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. En fonction de l'épaisseur du greffon, on parle de greffe de peau mince, demi-épaisse ou totale.

Une greffe de peau dure en général moins d'une heure. Cette intervention, réalisée par un dermatologue ou un chirurgien, s'effectue sous anesthésie. Une anesthésie locale suffit lorsque la surface de la greffe est de petite taille. Une anesthésie générale est envisagée lorsque la plaie est plus importante ou pour des localisations particulières.

Une hospitalisation peut être nécessaire. Sa durée dépend de la zone greffée, du type d'anesthésie (locale ou générale), de l'état général de la personne et de la nécessité ou non d'imobiliser la partie greffée le temps de la cicatrisation.

Il est recommandé en cas de greffe d'être au repos les jours qui suivent la greffe en particulier sur le membre inférieur pour éviter la survenue d'oedème qui tend à retarder la cicatrisation. Il arrive qu'une partie des tissus greffés meure (nécrose), et dans ce cas la cicatrisation sera dirigée sur cette zone.

## **Le lambeau de peau**

Beaucoup plus rarement, le chirurgien est amené à utiliser ce qu'on appelle un lambeau pour recouvrir la plaie.

Un lambeau est un fragment épais de peau contenant les vaisseaux sanguins qui la font vivre. Il est prélevé près de la

lésion sans être complètement détaché de l'endroit où il est retiré. Le chirurgien fait pivoter ce lambeau pour couvrir la zone opérée. Cette technique donne souvent de très bons résultats esthétiques. Cependant, il arrive qu'une partie des tissus meure (nécrose), ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

## L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

On appelle exérèse du ganglion sentinelle l'intervention qui consiste à retirer le ou les premiers ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage du mélanome. Un bilan ganglionnaire est réalisé, par échographie, avant toute exérèse.

### **Les objectifs de l'exérèse du ganglion sentinelle**

Cette intervention permet de vérifier, par examen anatomo-pathologique, s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses (aussi appelées micrométastases). En général, un à trois ganglions sont retirés pendant l'intervention.

En renseignant sur l'envahissement ou non des ganglions, l'exérèse du ganglion sentinelle permet de préciser le stade du cancer, ce qui est indispensable pour décider d'un éventuel traitement complémentaire à la chirurgie. Si le ganglion sentinelle est envahi, le traitement proposé comprend, un traitement complémentaire pendant une durée d'un an. Il n'y a pas lieu de réintervenir au niveau ganglionnaire en pratiquant un curage ganglionnaire.

L'atteinte du ou des ganglions analysés donne également une indication pronostique. Le risque de récidive du mélanome est en effet plus important pour les patients avec un ganglion sentinelle atteint que chez ceux chez qui il est indemne.

## **Les indications et contre-indications de l'exérèse du ganglion sentinelle**

i

L'exérèse du ganglion sentinelle, qui est pratiquée par une équipe entraînée, n'est pas recommandée de façon systématique. Elle est indiquée pour les mélanomes dont l'indice de Breslow est égal ou supérieur à 1 millimètre, sans ganglion palpable ou atteinte visible à l'échographie (c'est-à-dire pour les stades IB à IIC). Elle peut être proposée pour des mélanomes dont l'indice de Breslow est compris entre 0,8 et 1 millimètre ou inférieur à 0,8 millimètre qui présente une ulcération (destruction de l'épiderme visible).

Enfin, l'exploration du ganglion sentinelle n'est recommandée que si un traitement systémique complémentaire est envisageable et accepté par le patient.

## **Le déroulement de l'exérèse du ganglion sentinelle**

Lorsqu'elle a lieu, l'exérèse du ganglion sentinelle se déroule en même temps que l'exérèse, sous anesthésie générale. Afin de localiser le ou les ganglions sentinelles, un produit est injecté au voisinage de la tumeur, par un médecin. Deux produits sont le plus souvent utilisés : un colorant appelé bleu patenté (injecté par le chirurgien au bloc opératoire) ou un produit légèrement radioactif (sans danger pour le patient) dans le service de médecine nucléaire avant la chirurgie. Parfois, ces deux produits peuvent être associés.

Le produit (colorant ou radioactif) est absorbé par les vaisseaux lymphatiques et circule jusqu'aux premiers ganglions (le ou les ganglions sentinelles) dans la zone de drainage lymphatique du mélanome.

Lorsque le produit utilisé est une substance radioactive, le ou les ganglions sont localisés grâce à une scintigraphie effectuée par un médecin nucléaire avant l'intervention et à une sonde peropératoire utilisée par le chirurgien pendant l'opération. S'il a choisi le colorant, le chirurgien recherche, pendant l'intervention, le ganglion teinté de bleu.

Le chirurgien retire le ou les ganglions sentinelles alors repérés, en faisant une petite incision au-dessus d'eux. Le plus souvent, cette incision n'est pas réalisée au même endroit que celle de l'exérèse de la tumeur. Il y a donc deux cicatrices.

Selon l'emplacement du mélanome, les ganglions atteints peuvent siéger à différents endroits. Le chirurgien les retire en faisant une incision au-dessus d'eux :

- lorsque le mélanome est situé sur le bras ou sur la partie supérieure du tronc, ce sont les ganglions axillaires (de l'aiselle) qui sont enlevés;
- lorsque le mélanome est situé sur un membre inférieur ou sur la partie inférieure du tronc, ce sont les ganglions inguinaux (de l'aine) qui sont concernés;
- lorsque le mélanome est situé sur la tête, le cou ou la partie supérieure du tronc, ce sont les ganglions cervicaux (du cou) qui peuvent être atteints.

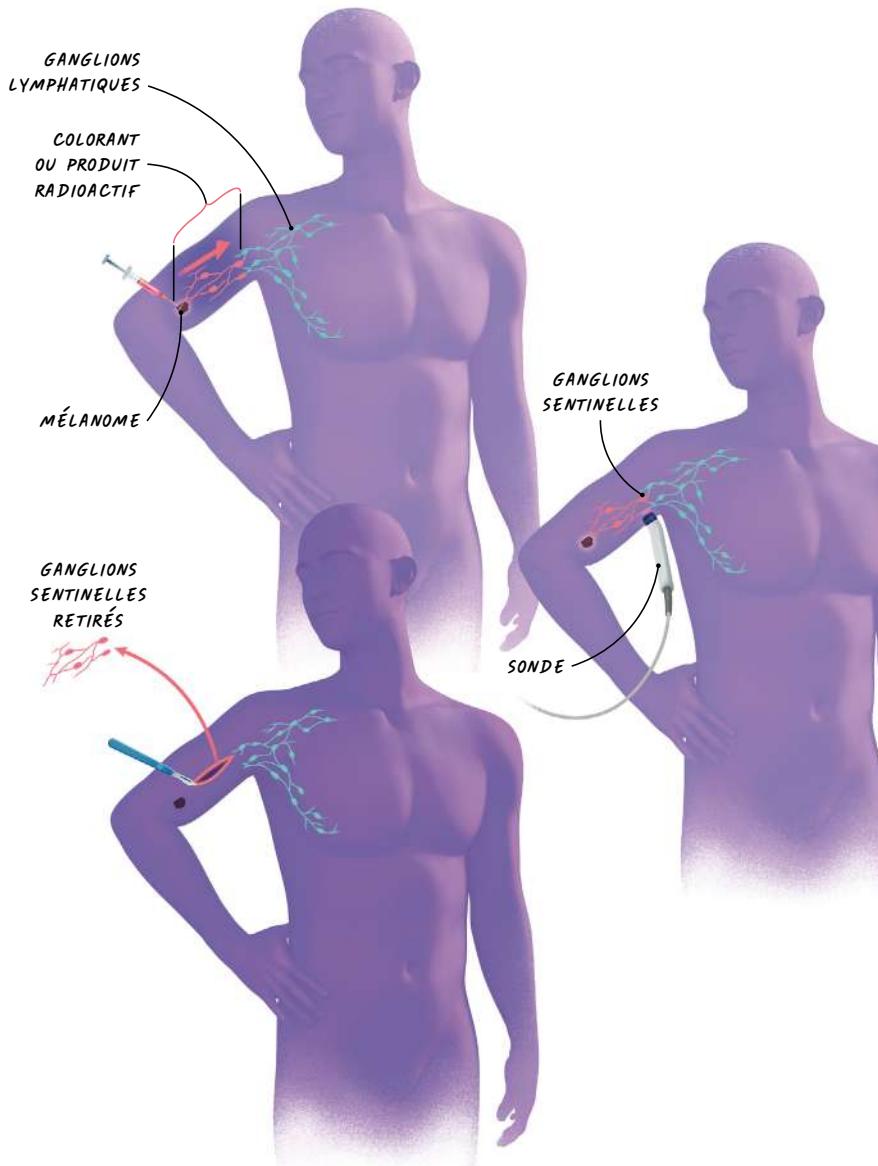
Lors de cette opération, un à trois ganglions lymphatiques sont habituellement enlevés. Rarement, surtout en cas de localisation sur la tête, le ganglion sentinelle n'est pas retrouvé ou ne peut être enlevé.

### **Les résultats de l'analyse du ganglion sentinelle**

Le ou les ganglions enlevés sont ensuite envoyés au laboratoire afin d'être analysés au microscope. Les résultats sont disponibles 2 à 3 semaines après l'intervention. On parle de ganglions positifs lorsqu'ils contiennent des micrométastases du mélanome et de ganglions négatifs lorsqu'ils n'en contiennent pas.

Si le ganglion sentinelle contient des cellules de mélanome (ganglion positif), il n'y a pas d'indication à faire un curage ganglionnaire systématique et immédiat pour la majorité des patients. Dans cette situation, un traitement complémentaire, dit adjuvant, est indiqué.

## L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE



Si le ganglion sentinelle est négatif, le risque que des micrométastases soient présentes dans d'autres ganglions et le risque de récidive du mélanome sont faibles. Les autres ganglions lymphatiques sont donc laissés en place.

## LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

### Les objectifs du curage ganglionnaire total

Un curage ganglionnaire a pour but d'enlever les cellules cancéreuses qui se sont propagées jusqu'aux ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage du mélanome et ainsi de réduire le risque de récidive de la maladie. Il permet aussi de préciser le stade de la maladie et donc de contribuer au choix d'un éventuel traitement postopératoire.

### Les indications

Le plus souvent, ce curage ganglionnaire est réalisé :

- lorsque le suivi mis en place une fois les traitements terminés (examen clinique régulier, échographie...) décèle une atteinte des ganglions (voir le chapitre «Le suivi», page 91). Dans ce cas, le curage ganglionnaire peut être réalisé des mois ou des années après l'exérèse du mélanome;
- lorsqu'un ganglion est largement envahi (ganglion palpable ou anormal à l'imagerie), dans la zone de drainage du mélanome au moment du diagnostic initial (cette situation est rare);
- parfois, lorsque le diagnostic est établi à la suite de la découverte d'une métastase sans que le mélanome primitif situé sur la peau ne puisse être identifié. Dans ce cas, un curage ganglionnaire peut être réalisé. Cette situation est très rare.

### Le déroulement

Le curage ganglionnaire est réalisé sous anesthésie générale selon l'emplacement des ganglions atteints. Le chirurgien retire l'ensemble de la zone ganglionnaire de cette région qui draine la zone.

## QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale, vous êtes amené ensuite en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance. À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe qui vous entoure afin que le traitement puisse être adapté.

Tout ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis à un laboratoire d'anatomopathologie pour être analysé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste. L'examen anatomopathologique consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés, appelés pièces opératoires, afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. C'est grâce à cet examen que le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, est défini et que les médecins statuent en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie.

## QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Des effets indésirables à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. S'ils persistent, on parle alors d'effets indésirables à long terme. Tous ces effets indésirables sont connus de votre équipe soignante et leur traitement fait partie intégrante de votre parcours de soins.



Consultez  
le guide  
« Douleur et  
cancer ».



La survenue éventuelle d'effets indésirables est surveillée pendant votre hospitalisation et lors des consultations qui suivent. N'hésitez pas à décrire aux professionnels de santé tous les signes et symptômes que vous rencontrez.

## Les effets indésirables à court terme

Les effets indésirables à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. Certains sont communs à toute chirurgie, comme un retard de cicatrisation, une infection locale ou générale, des saignements, une fatigue.

D'autres effets indésirables et complications peuvent également apparaître.

Vous pouvez rencontrer des problèmes de cicatrisation : il arrive qu'un hématome (accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité, dans un organe ou un tissu à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins) ou une infection apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets indésirables guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, un traitement par antibiotiques, voire une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.

Des douleurs au niveau de la cicatrice sont très fréquentes. Ces douleurs sont le plus souvent légères et diminuent en quelques heures avec des médicaments contre la douleur. N'hésitez pas à solliciter l'équipe soignante au besoin. Des antalgiques et/ou des séances de kinésithérapie peuvent vous être prescrits.

La formation d'un caillot de sang dans une veine, appelée thrombose veineuse ou phlébite est possible. Comme après toute intervention sous anesthésie générale, cet effet indésirable peut apparaître notamment chez les personnes qui ont une fragilité vasculaire. Chez ces personnes, le médecin peut prescrire un médicament anticoagulant comme l'héparine, qui diminue la probabilité de formation de caillots sanguins;

vous pouvez avoir des difficultés à vous déplacer lorsque la cicatrice se situe au niveau d'une articulation. 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;

i

Un œdème est fréquent lorsque la chirurgie est réalisée sur le visage.

Des complications et effets indésirables liés à l'exérèse du ganglion sentinelle et au curage ganglionnaire peuvent également apparaître.

Une accumulation de **lymphé** (lymphocèle) au niveau de la zone où a été réalisée la chirurgie (aisselle ou aine) peut apparaître. Une compression par bande élastique pourra vous être proposée dans un premier temps. Cependant, le lymphocèle nécessite parfois d'être ponctionné à l'aiguille par le chirurgien s'il est trop gênant.

Un écoulement de lymphé (lymphorrhées) par la cicatrice survient généralement à la suite de l'infection d'une poche de lymphé (lymphocèle) après l'exérèse des ganglions. Un drainage et des pansements adaptés pourront être préconisés. La cicatrisation peut parfois être longue.

Un risque accru d'infection est possible. Les ganglions lymphatiques agissent comme de petits filtres, c'est-à-dire qu'ils permettent notamment d'éliminer les cellules infectées. Lorsque certains d'entre eux sont enlevés, votre capacité de défense aux infections possibles dans la zone de drainage opérée diminue. Il faut donc veiller à désinfecter toute plaie, aussi minime soit-elle (y compris les brûlures ou les égratignures).

## Les effets indésirables à long terme

Des complications ainsi que des effets indésirables à long terme liés à l'exérèse de la lésion peuvent se manifester bien après l'intervention et durer longtemps.

**POUR ALLER  
PLUS LOIN**

Consultez la fiche «Le lymphoédème après traitement d'un cancer», ainsi que les guides «Douleur et cancer», «Fatigue et cancer» et «Vivre pendant et après un cancer».

Des problèmes de cicatrisation peuvent apparaître chez certains (une masse de tissu apparaît sur la cicatrice), on parle de cicatrice chéloïde. Avec le temps, la plupart des chéloïdes s'aplatissent et deviennent moins visibles.

Des séquelles esthétiques sont fréquentes. Elles sont particulièrement difficiles à vivre lorsqu'elles se situent sur le visage. Une chirurgie réparatrice peut aider à retrouver une bonne image de soi, et une greffe de peau, lorsque l'exérèse a été étendue, ou une opération pour améliorer l'aspect esthétique de la cicatrice peuvent être envisagées.

Des complications et des effets indésirables liés à la technique du ganglion sentinelle et au curage ganglionnaire peuvent aussi apparaître. Une rétention de lymphéma dans la région opérée (lymphoédème) à la suite de l'exérèse d'un ganglion peut apparaître. Plus fréquent après un curage ganglionnaire total, un lymphoédème apparaît parfois à la suite de l'exérèse du ganglion sentinelle. Pour le résorber, le médecin peut prescrire des séances de kinésithérapie (drainage lymphatique manuel...), ainsi que le port de bas ou d'un manchon de contention.

Vous pouvez ressentir des douleurs qui peuvent se traduire par des élancements, des sensations de brûlure, de décharges électriques, de froid ou de picotements. N'hésitez pas à les signaler à votre médecin qui pourra vous prescrire des médicaments afin de les contenir.

**EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

- ❑ Quel type d'intervention va être réalisé ? Pourquoi ?
- ❑ Comment l'opération se déroule-t-elle ?
- ❑ Quels sont les risques ?
- ❑ Comment puis-je me préparer au mieux ?
- ❑ Que va-t-il se passer après l'opération ?
- ❑ Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?

# 5

## LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES

IMMUNOTHÉRAPIE

THÉRAPIES CIBLÉES

EFFETS INDÉSIRABLES

69. QUELLES SONT LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES ET LES MOLÉCULES UTILISÉES ?

73. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

76. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les traitements médicamenteux systémiques des mélanomes ont évolué ces dernières années. Actuellement, plusieurs types de médicaments sont utilisés pour traiter les mélanomes de la peau : des molécules d'immunothérapie et de thérapies ciblées. D'autres médicaments sont en cours de développement (en essais cliniques) et seront disponibles dans les mois et années à venir.

L'immunothérapie et les thérapies ciblées n'ont pas le même mode d'action :

- l'immunothérapie est un traitement qui vise, à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses ;
- les thérapies ciblées bloquent la croissance ou la propagation des cellules cancéreuses, en interférant avec les altérations moléculaires qu'elles présentent ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement et de leur dissémination.

Ces traitements sont dits généraux ou encore systémiques, car ils agissent dans l'ensemble du corps.

L'existence de mutations au niveau des gènes des cellules du mélanome, notamment celles affectant le gène BRAF, permet l'utilisation de thérapies ciblées. Des tests moléculaires sont possibles pour les stades IIB et IIC et indiqués à partir du stade III (avec métastases locorégionales cutanées ou ganglionnaires) pour orienter le traitement.

Avant de démarrer un traitement systémique, le médecin qui les prescrit vous en explique le principe et les objectifs. Il réalise également un bilan préthérapeutique et vous informe sur les effets indésirables possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.



## IMPORTANT

De façon générale, vous devez informer tous les professionnels de santé qui vous suivent du traitement que vous recevez pour le mélanome afin qu'ils évaluent, notamment, le

risque d'interaction avec d'autres traitements que vous pourriez également prendre pour une autre pathologie.

## QUELLES SONT LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES ET LES MOLECULES UTILISÉES ?



Le recours aux traitements systémiques n'est pas systématique pour le mélanome de la peau. Le choix de proposer un traitement médicamenteux et le choix des molécules sont discutés, au cas par cas, en **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**.

Les traitements systémiques peuvent être prescrits en complément (**adjuvant**) de la chirurgie :

- pour les mélanomes avec ulcération d'une taille supérieure à 2 millimètres et pour les mélanomes de taille supérieure à 4 millimètres complètement enlevés (stades IIB et IIC) : immunothérapie ;
- pour les mélanomes avec atteinte ganglionnaire de stade III : immunothérapie ou bithérapie ciblée pour les mélanomes avec une mutation BRAF.

Ils peuvent également être prescrits en premier traitement pour les mélanomes ganglionnaires inopérables (stade III) et/ou métastatiques (stade IV) (immunothérapie quel que soit le statut mutationnel de BRAF ou bithérapie ciblée en présence d'une mutation BRAF).

Ces traitements ont pour objectif de maîtriser le développement de la maladie et de soulager les symptômes. Les bénéfices attendus et les effets indésirables doivent être discutés avec le patient.

## L'immunothérapie

Une immunothérapie spécifique par **anticorps monoclonaux** est indiquée dans le traitement de certains mélanomes de la peau. On emploie, dans ce guide, le terme d'**immunothérapie** pour simplifier la lecture.

Le système immunitaire est notre système de défense contre ce qui menace notre corps (virus, bactéries, mais aussi cellules cancéreuses). Il fait intervenir de nombreuses cellules, dont un type de **globules blancs**, les lymphocytes. Les cellules interagissent entre elles par l'intermédiaire de récepteurs situés à leur surface.

Une immunothérapie, contrairement à la chimiothérapie ou la thérapie ciblée, n'agit pas directement sur les cellules cancéreuses. C'est un traitement qui agit sur le système immunitaire, en lui donnant un «coup de pouce» pour qu'il puisse mieux reconnaître et détruire les cellules de mélanome. Il peut stimuler directement le système immunitaire ou lever les freins mis en place par les cellules de mélanome pour échapper à la détection et à la destruction par le système immunitaire. Il s'agit de médicaments spécifiques appelés anticorps monoclonaux.

Ainsi, l'immunothérapie anti-PD-1 est un type spécifique d'immunothérapie qui cible une protéine appelée PD-1, qui agit comme un «frein» sur les cellules immunitaires, en particulier les lymphocytes T. Lorsque PD-1 se lie à ses partenaires (appelés ligands PD-L1 et PD-L2), cela empêche les lymphocytes T d'attaquer les cellules de mélanome. Les médicaments anti-PD-1 (nivolumab, pembrolizumab) bloquent PD-1 et empêchent ainsi les cellules cancéreuses de «désactiver» le système immunitaire.

Les principaux anticorps monoclonaux utilisés dans le traitement des mélanomes, pour traiter les stades IIB et IIC (mélanomes localisés), pour les stades III (avec métastases locorégionales

cutanées ou ganglionnaires), ainsi que les stades IV (métastatiques) sont, au moment de l'édition du document :

- le nivolumab (anticorps anti-PD-1), commercialisé sous le nom de OPDIVO®;
- le pembrolizumab (anticorps anti-PD-1), commercialisé sous le nom de KEYTRUDA®;
- l'ipilimumab (anticorps anti CTLA-4), commercialisé sous le nom de YERVOY®;
- le relatlimab (anticorps anti-LAG-3), en association avec le nivolumab, commercialisé sous le nom d'OPDUALAG®.

i

Tous ces traitements sont administrés par **perfusion** intraveineuse.

## Les thérapies ciblées

Des molécules de thérapies ciblées peuvent également être utilisées en association, on parle alors de bithérapie ciblée, pour traiter les mélanomes présentant une **mutation**, appelée BRAF V600 :

- en complément après ganglion sentinelle positif ou curage ganglionnaire (mélanome avec atteinte ganglionnaire de stade III);
- de stade ganglionnaire non opérable (stade III);
- et de stade métastatique (mélanome métastasé de stade IV) en traitement alternatif à l'immunothérapie.

Des mutations (modifications acquises changeant la fonction du gène) retrouvées au niveau des gènes des cellules de mélanome peuvent être associées au développement de ce cancer. C'est le cas de la mutation présente sur le gène BRAF dans environ 50 % des cas de mélanome. Cette transformation permet à la cellule de mélanome de se multiplier de plus en plus et faire croître la tumeur rapidement. Ces tests génétiques se pratiquent sur la pièce opératoire après la chirurgie du mélanome ou sur une biopsie d'une métastase ganglionnaire ou d'un organe.

Il est possible d'utiliser des thérapies ciblées sur cette anomalie génétique chez les patients dont le mélanome est

porteur de cette mutation du gène BRAF. En inactivant la mutation BRAF, la thérapie ciblée bloque la prolifération.

Les inhibiteurs de BRAF se lient spécifiquement à la forme mutée de BRAF et bloquent son activité, freinant ainsi la prolifération des cellules (multiplication incontrôlée) des cellules de mélanome et donc la croissance de la tumeur.

Les inhibiteurs de MEK ciblent une protéine en aval de BRAF dans la voie de prolifération cellulaire. L'association d'un inhibiteur de BRAF avec un inhibiteur de MEK permet de contourner une partie des mécanismes de résistance qui peuvent survenir si l'on n'inhibe que BRAF, car parfois la cellule de mélanome peut contourner cette inhibition en activant la voie en aval (par exemple via MEK). Cette approche combinée permet ainsi d'obtenir un contrôle plus durable et plus complet du mélanome.

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments [www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr](http://www.base donnees publique medicaments.gouv.fr) du ministère chargé de la santé

Les molécules utilisées, au moment de l'édition de ce guide, sont :

- le dabrafenib (commercialisé sous le nom de TAFINLAR®) et le trametinib (MEKINIST®), en association ;
- l'encorafenib (BRAFTOVI®) et le binimetinib (MEKTOVI®), en association ;
- le vemurafenib (ZELBORAF®) et le cobimetinib (COTELIC®), en association (de moins en moins prescrit).

Tous ces médicaments sont administrés par voie orale, sous forme de comprimés ou de gélules.

Les médicaments employés, les doses administrées, le rythme des **cures** ou encore la durée du traitement peuvent varier d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du mélanome et de la tolérance au traitement, sur la base de doses et de rythmes prédéfinis. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

## COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

i

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous suit vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Pour les bithérapies ciblées, il se déroule de façon continue, tous les jours pendant une période donnée. Pour l'immunothérapie, il se déroule par cures successives : chaque cure est suivie d'une période de repos. Une évaluation de la réponse thérapeutique, c'est-à-dire de la façon dont le mélanome réagit aux traitements, est réalisée après deux ou trois mois de traitement. Elle permet de prolonger le traitement s'il est efficace ou de le modifier s'il est inefficace.

Avant chaque cure, un examen clinique et un bilan sanguin sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies sur la prise de sang, le traitement peut être reporté ou modifié.

### L'immunothérapie

Le nivolumab est administré par voie intraveineuse durant 60 minutes, toutes les 2 semaines en dose simple ou toutes les 4 semaines en dose double.

Le pembrolizumab est administré par voie intraveineuse durant 30 minutes. L'injection se fait toutes les 3 semaines en dose simple ou toutes les 6 semaines en dose double.

L'ipilimumab est administré par voie intraveineuse durant 90 minutes, suivi d'une période de repos de 3 semaines. Il est le plus souvent associé au nivolumab. Le traitement complet comprend 4 injections. Ce traitement ne concerne que les mélanomes métastatiques.



## LA CHAMBRE IMPLANTABLE

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable peut être nécessaire. Administrer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses. Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) vous est rarement proposée pour l'administration des molécules d'immunothérapie (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab et relatlimab).

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier, la chambre implantable, et d'un tuyau souple et fin, un cathéter. Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Le boîtier est placé en haut du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, une radiographie du thorax est réalisée pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la fiche « La chambre à cathéter implantable » sur [cancer.fr](http://cancer.fr)

L'association du relatlimab et du nivolumab est également administrée par voie intraveineuse durant 30 minutes toutes les 4 semaines. Ces deux molécules sont systématiquement utilisées ensemble. Ce traitement ne concerne également que les mélanomes métastatiques.

Les injections sont effectuées à l'hôpital ou, selon les possibilités, au domicile du patient (hospitalisation à domicile, abrégée en HAD). En cas d'effets indésirables trop importants, elles peuvent être espacées ou interrompues.

## Les thérapies ciblées

Toutes les molécules de thérapies ciblées sont prises par voie orale, sous forme de comprimés ou de gélules. Elles peuvent être prescrites tant que l'efficacité du traitement est observée, elles sont disponibles en pharmacie de ville (officine). Le traitement peut cependant être espacé ou interrompu en cas d'effets indésirables trop importants.

Le **dabrafenib** s'administre en deux prises par jour avec un grand verre d'eau au moins 1 heure avant ou au moins 2 heures

après un repas, avec un intervalle d'environ 12 heures entre les doses. Si une dose de dabrafenib est omise, elle ne doit pas être prise s'il reste moins de 6 heures avant la prise suivante.

Le **trametinib** s'administre en 1 fois par jour, tous les jours avec un grand verre d'eau, au moins 1 heure avant ou 2 heures après un repas. Si une dose de trametinib est oubliée, ne prenez pas la dose s'il reste moins de 12 heures avant la prise suivante.

**L'encorafenib** s'administre en 1 fois par jour, avec un grand verre d'eau, pendant ou en dehors des repas. Si une dose est omise, elle peut être prise jusqu'à 12 heures avant la dose suivante.

Le **binimetinib** s'administre en 2 fois par jour à environ 12 heures d'intervalle, avec un grand verre d'eau, pendant ou en dehors des repas. Si une dose de binimetinib est oubliée, ne prenez pas la dose s'il reste moins de 12 heures avant la prise suivante.

Le **vemurafenib** s'administre 2 fois par jour, tous les jours, pendant ou peu de temps après un repas. Si une dose est omise, elle peut être prise jusqu'à 4 heures avant la dose suivante.

Le **cobimetinib** s'administre 1 fois par jour, pendant ou peu de temps après un repas, pendant 21 jours avec un arrêt pendant 7 jours (cycle complet de 28 jours). Le traitement peut recommencer une fois cette période de 7 jours écoulée. Si une dose est omise, elle peut être prise jusqu'à 12 heures avant la dose suivante.

Ces médicaments doivent être pris approximativement à la même heure chaque jour. En cas de vomissements ou en cas d'oubli d'une dose (au-delà du délai autorisé pour prendre la dose manquée), ne prenez pas de dose supplémentaire et prenez la dose suivante à l'heure habituelle.

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Lorsqu'un médicament par voie orale vous est prescrit, il est fondamental de respecter rigoureusement les doses et les prises indiquées par le médecin pour obtenir la meilleure efficacité du traitement tout en évitant un surdosage.

## QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables des traitements systémiques varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes. Les effets indésirables des médicaments sont décrits dans les notices contenues dans les boîtes des médicaments et dans le carnet patient qui vous est remis. Si vous ne disposez pas de la boîte du médicament, car il vous est administré à l'hôpital, vous pouvez obtenir la notice en la demandant à votre équipe soignante.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le mélanome de la peau sont présentés ci-après. Le classement utilisé distingue :

- ceux qui peuvent vous gêner au quotidien et pour lesquels vous pouvez mettre en œuvre des conseils pratiques pour les prévenir et/ou les limiter;
- ceux qui nécessitent la mise en place d'un suivi biologique pour surveiller leur survenue;
- ceux, plus graves, qui peuvent entraîner une hospitalisation.

Pour chaque effet indésirable listé, la famille de traitement (thérapie ciblée, immunothérapie) et/ou les molécules concernées sont citées.

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité du traitement administré. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, ressentir de nombreux effets indésirables ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerter et vous informe sur les moyens d'y faire face. Certains effets indésirables peuvent survenir pendant le traitement, mais également plusieurs mois après son arrêt. N'hésitez pas à contacter votre médecin même lorsque les traitements sont terminés afin qu'il mette en place une solution adaptée.

i

La majorité des effets indésirables des immunothérapies (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab et relatlimab) sont d'origine immunologique, liés à la stimulation du système immunitaire par ces médicaments. Il peut par exemple s'agir d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, du foie, des reins, des glandes endocrines, de troubles respiratoires ou de l'apparition d'un diabète. **La gestion de ces effets indésirables d'ordre immunologique est spécifique. Certains effets indésirables peuvent être graves. Vous devez prévenir immédiatement votre médecin si un des effets indésirables, signes ou symptômes suivants se produit :**

- une fatigue sévère;
- des maux de tête;
- une éruption cutanée;
- de la toux;
- un essoufflement;
- des douleurs thoraciques;
- des ballonnements abdominaux;
- une modification du transit intestinal;
- une perte de poids;
- des modifications de la vision ou une douleur oculaire;
- une faiblesse musculaire sévère;
- des douleurs sévères au niveau des muscles ou des articulations.

Avant de commencer le traitement, lisez attentivement la notice que vous pouvez obtenir auprès de l'équipe soignante qui vous prend en charge.



## IMPORTANT

L'automédication n'est pas recommandée avec les traitements médicamenteux contre le cancer, notamment en raison d'interactions médicamenteuses potentielles. Certaines molécules pouvant être obtenues avec ou sans prescription médicale, ainsi que certains compléments alimentaires et produits phytopharmaceutiques

(produits à base de plantes, comme le millepertuis), peuvent limiter l'effet de médicaments anticancéreux (comme certaines thérapies ciblées) ou augmenter les effets indésirables. C'est, par exemple, le cas du pamplemousse (frais et en jus). L'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire avant toute initiation d'un nouveau traitement.

Une carte d'Alerte Patient vous est remise par votre médecin, il est important de la conserver sur vous pendant toute la durée du traitement. Présentez-la à tout professionnel de santé que vous serez amené à rencontrer durant votre parcours de soins (médecin traitant, infirmiers, pharmaciens...) afin qu'ils soient informés de ce traitement en cours.

## Les effets indésirables gênants au quotidien

### Nausées

Des nausées peuvent survenir avec certaines molécules de thérapies ciblées. L'équipe médicale vous informe à l'avance de la conduite à tenir dans ce cas. Si nécessaire, un traitement contre les nausées et les vomissements (antiémétique) vous est prescrit.

### Troubles cutanés

Les médicaments de thérapies ciblées et d'immunothérapie peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau. Parmi ces troubles, des démangeaisons, une dépigmentation, des rougeurs, des éruptions bulleuses, une sécheresse ou des lésions crouteuses (sous forme de boutons ou plaques) peuvent survenir. Pour vous aider à les soulager, un suivi régulier avec votre dermatologue doit être programmé dès le début des traitements.

## CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LE SYNDROME MAIN-PIED ET AUTRES EFFETS CUTANÉS

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).</li> <li>• Utiliser un gel nettoyant sans savon.</li> <li>• Se protéger du soleil avec une crème solaire.</li> <li>• Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un pain sur gras).</li> <li>• Porter des vêtements amples et des chaussures souples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).</li> <li>• Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).</li> <li>• Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.</li> <li>• La marche prolongée et la course à pied en cas de difficulté.</li> </ul>

Un syndrome main-pied peut également apparaître. Celui-ci se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds et se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse, une sensation de brûlure ou des cloques. Quelques conseils pratiques peuvent contribuer à limiter cette forme de troubles cutanés. Avec les molécules de thérapie ciblée, des tumeurs cutanées, le plus souvent sans gravité peuvent se développer; leur éventualité justifie une surveillance en dermatologie.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur prescrits par votre médecin ou des soins locaux peuvent les soulager.

**POUR ALLER PLUS LOIN**

Consultez la fiche «Cancers : votre alimentation pendant les traitements».



## Photosensibilité

Avec certaines molécules de thérapies ciblées (vemurafenib et cobimetinib), votre peau peut devenir plus sensible au soleil. Il est important de limiter les expositions solaires, notamment entre 12 heures et 16 heures, de porter des vêtements couvrants et de se protéger avec une crème solaire d'indice 50 minimum en renouvelant l'application toutes les 2 heures. En cas de réactions importantes, contactez votre médecin.

## Diarrhées

Des diarrhées importantes sont possibles pendant le traitement. Elles peuvent être dues aux médicaments d'immunothérapie ou de thérapie ciblée. Votre médecin peut vous prescrire un traitement préventif ou curatif (en général un antidiarrhéique).

### CONSEIL PRATIQUE POUR LIMITER LA DIARRHÉE

#### ✓ À FAIRE

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, compote, fruits cuits comme la pomme ou la poire, gelée de fruits, fromage à pâte cuite et biscuits, pain blanc (non frais).

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante associée à de la fièvre ou des vomissements, d'une perte de poids qui s'aggrave, si vous présentez au moins 7 selles par jour ou si du sang est présent dans les selles.

## Colites

Les immunothérapies spécifiques peuvent provoquer des inflammations du côlon appelées colites. Elles peuvent se traduire par des douleurs abdominales, des diarrhées (selles liquides ou molles ou perte de selles), du mucus ou du sang dans les selles, ou des vomissements. Vous pouvez les limi-

ter en évitant de manger des plats trop épicés, en prenant le temps de bien mastiquer les aliments et en vous hydratant fréquemment. Des médicaments antidiarrhéiques pourront également vous être prescrits. Si les diarrhées persistent plusieurs jours malgré la prise de ces médicaments, il est important de prévenir votre médecin sans attendre, car une hospitalisation et un traitement par corticoïdes peuvent être nécessaires.

### Constipation

À l'inverse, d'autres médicaments d'immunothérapie et de thérapie ciblée (trametinib, dabrafenib, encorafenib, binimétinib et vemurafenib) peuvent entraîner une constipation à laquelle contribuent parfois les médicaments antiémétiques ou antalgiques et le ralentissement de l'activité physique.

#### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA CONSTIPATION

##### ✓ À FAIRE

- Boire au moins 2 litres d'eau par jour.
- Privilégier une alimentation riche en fibres, à base de fruits et légumes frais, de compote de pruneaux.
- Consommer des céréales et du pain complet.
- Si possible, faire de l'exercice de façon adaptée et régulière.
- Boire un verre d'eau glacée ou un jus de fruits consommé froid au réveil.
- Utiliser un repose-pied pour améliorer sa position sur les toilettes.

### Fièvre

Certaines molécules de thérapie ciblée (dabrafenib, trametinib, vemurafenib, encorafenib, binimétinib et cobimetinib) et d'immunothérapie peuvent générer de la fièvre, parfois accompagnée de courbatures, de frissons et/ou de sueurs nocturnes. La fièvre survient généralement au cours du premier mois de traitement, mais elle peut aussi être plus tardive. Il est important de la signaler à l'équipe soignante dès

les premiers symptômes afin que des soins adaptés soient mis en place.

### Œdème

Des gonflements, appelés œdèmes, peuvent apparaître au niveau des membres (bras et jambes) et du visage. Ils sont notamment dus aux traitements d'immunothérapie spécifique et également à certaines molécules de thérapie ciblée (dabrafenib, vemurafenib et trametinib). Pour les limiter, il est conseillé de réduire votre consommation de sel, de porter des bas de contention et de surélever les pieds et les jambes lorsque vous êtes assis ou allongé. Il est également déconseillé de porter des vêtements trop serrés.

### Fatigue

La fatigue est l'une des conséquences les plus fréquentes de la maladie et de ses traitements. La fatigue est un état qui se traduit par une difficulté à effectuer des efforts physiques et à maintenir une activité intellectuelle. Elle peut ne pas avoir de cause apparente et/ou être due à une maladie. Elle est généralement provoquée par de nombreux facteurs : physiques, psychologiques et sociaux. N'hésitez pas à mobiliser toute l'aide disponible. Pratiquer une activité physique régulière s'avère être une réponse pour lutter efficacement contre la fatigue, des programmes d'activité physique adaptée (APA) peuvent vous être proposés. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit contrôlée le mieux possible.

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Consulter les fiches « Activité physique et cancer » et « Cancers et soins de support » sur [cancer.fr](http://cancer.fr)

### Douleurs musculaires et articulaires

Des douleurs musculaires (myalgie) ou articulaires (arthralgie) peuvent apparaître avec les molécules de thérapies ciblées et d'immunothérapie. Des médicaments antidiouleur (comme le paracétamol) peuvent être prescrits par votre médecin. Vous pouvez également limiter ces douleurs, en vous hydratant fréquemment, en pratiquant une activité physique adaptée et en évitant les gestes répétitifs. Ces douleurs peuvent également être contenues grâce à l'aide de votre kinésithérapeute.

## **Modification de la texture des cheveux**

Les médicaments de thérapie ciblée (trametinib, dabrafenib, vemurafenib) et d'immunothérapie peuvent modifier la texture. Ils peuvent devenir plus fins et se mettre à onduler ou friser.

## **Affections oculaires**

Pendant le traitement, des troubles oculaires peuvent apparaître que ce soit avec les molécules de thérapies ciblées et d'immunothérapie spécifique. Un gonflement, une rougeur des yeux, une sécheresse oculaire, une baisse de la vision parfois associée à des flashes, une vision floue et des douleurs peuvent apparaître. Si un de ces troubles survient, n'hésitez pas à les signaler à votre ophtalmologue qui mettra en place des soins adaptés.

## **Sexualité**

Comme avec tout traitement, la libido et la vie intime peuvent être modifiées pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. De même, le stress et l'inquiétude entraînent souvent une baisse de désir. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels; elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, lorsque le traitement est terminé et que les effets indésirables disparaissent, le désir revient petit à petit à son niveau habituel.

## **Fertilité**

Si vous envisagez un projet de grossesse ou de paternité, parlez-en à votre médecin avant le début des traitements. Certains médicaments sont en effet susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité voire une infertilité. Celle-ci n'est pas forcément définitive. Cela dépend notamment de votre âge et du type de traitement employé. Une consultation dans une structure spécialisée dans la conservation des gamètes et tissus germinaux (CECOS) peut vous être proposée. Il est en effet possible d'envisager une congélation de sperme avant de commencer le traitement. Les spermatozoïdes sont



Consultez les fiches Cancer info suivantes :  
« Prendre soin de soi et de son image pendant et après un cancer : cheveux, ongles et peau », « Préservation de la santé sexuelle et cancers », « Préservation de la fertilité et cancers ».

recueillis et congelés pour une utilisation ultérieure. Pour les femmes en âge d'avoir des enfants, le recours à une équipe spécialisée dans la mise en œuvre de mesures permettant de préserver la fertilité peut être proposé dans certains cas.

### Grossesse

Certains traitements provoquent des malformations fœtales : on dit qu'ils sont tératogènes. Une contraception efficace est nécessaire, la durée vous est indiquée par votre médecin. Consultez-le pour savoir combien de temps après l'arrêt de votre traitement une grossesse pourra être envisagée. N'hésitez pas à en parler et à informer rapidement votre médecin si vous êtes enceinte.

### Autres effets indésirables

La survenue éventuelle d'effets indésirables est surveillée par des prises de sang afin d'éviter toutes complications.

### Mauvais fonctionnement du foie

Les médicaments d'immunothérapies et les thérapies ciblées (trametinib, vemurafenib) peuvent altérer le fonctionnement du foie. Cela peut se traduire par différents symptômes, dont un jaunissement du blanc des yeux et de la peau, des douleurs au niveau du côté droit du ventre, des bleus qui apparaissent plus fréquemment, des saignements. Les urines peuvent également être plus foncées et les selles décolorées.

### Mauvais fonctionnement de la thyroïde et d'autres glandes endocrines

Les immunothérapies peuvent altérer le fonctionnement des glandes hormonales, notamment celles de la thyroïde. Ces troubles peuvent se traduire par une prise ou une perte de poids inexplicable, une modification de la voix qui devient plus grave, une sensation de froid ou encore une accélération du rythme cardiaque. Des maux de tête, une augmentation de la transpiration et une grande fatigue peuvent également être ressentis. Prévenez également votre médecin sans attendre.

## **Troubles rénaux**

Les molécules d'immunothérapie et de thérapies ciblées peuvent avoir une incidence sur la fonction rénale, le plus souvent sans générer de symptôme. Toutefois, la quantité d'urine pourra être plus faible et la couleur pourra également être modifiée. Il est important de signaler ces troubles, qui peuvent être d'origine immunologique, à l'équipe soignante.

## **Dans de rares cas, il existe des complications importantes qui nécessiteront votre hospitalisation.**

### **Troubles respiratoires**

Avec les immunothérapies spécifiques et les thérapies ciblées, des difficultés à respirer, un essoufflement, et des douleurs thoraciques peuvent être ressentis. Une toux peut également apparaître. Ces symptômes peuvent alerter sur la présence d'une infection ou d'une réaction pulmonaire au traitement. N'hésitez pas à les signaler à votre équipe soignante.

### **Réactions allergiques**

Comme tout médicament, ceux de thérapie ciblée et d'immunothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, de difficultés à respirer ou d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), ou de tout autre trouble inhabituel.

### **Diabète**

Les immunothérapies sont susceptibles de provoquer l'apparition d'un diabète. Il peut se manifester par une perte de poids, un besoin d'uriner plus fréquent ainsi qu'une sensation de soif et de faim plus importante que d'habitude. Vous devez signaler sans attendre ces symptômes à votre médecin.

### Insuffisance cardiaque

Les molécules de thérapie ciblée peuvent entraîner une insuffisance cardiaque. Une surveillance est effectuée pendant la durée du traitement, plus particulièrement en cas d'antécédents de maladies cardiaques.

D'autres effets indésirables sont possibles, mais ils sont moins fréquents. Votre médecin vous explique ceux qui peuvent survenir dans votre cas. Il est important de les signaler à l'équipe soignante, afin qu'ils soient pris en compte et que votre traitement soit adapté au besoin.



### SIGNALER LES EFFETS INDÉSIRABLES INATTENDUS

Afin de garantir une amélioration continue de la sécurité des traitements pour les patients, il vous est possible de signaler les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament, directement au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Cette démarche concerne uniquement les effets indésirables inattendus, c'est-à-dire dont la nature, la sévérité

ou l'évolution ne correspondent pas aux informations réglementaires du médicament. Elle n'a pas pour objectif une gestion individuelle de vos effets indésirables.

La procédure ainsi que les formulaires de déclaration sont disponibles sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) : [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)



# LA RADIOOTHÉRAPIE

RAYONS

SÉANCES

REPÉRAGE

DOSIMÉTRIE

**La radiothérapie est rarement utilisée dans le traitement des mélanomes de la peau. Elle vise à soulager les symptômes lorsqu'une métastase entraîne une douleur ou une compression (par exemple, compression de la moelle épinière avec un risque de paralysie).**

La radiothérapie peut être utilisée sur les métastases cutanées douloureuses ou sur les métastases hémorragiques (c'est-à-dire qui saignent). Elle peut également être utilisée sur les métastases cérébrales, seule ou après leur exérèse par chirurgie. Enfin, elle peut être discutée pour traiter certains stades ganglionnaires évolués.

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants, c'est-à-dire de très forte énergie, pour détruire les cellules cancéreuses. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur les cellules cancéreuses, tout en préservant le mieux possible les tissus et les organes sains avoisinants. Ces rayonnements sont produits par un accélérateur de particules. Ils sont dirigés en faisceau, à travers la peau, sur les zones où se trouvent les métastases.

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter qui repose sur la réalisation d'un scanner et une étape de dosimétrie, c'est-à-dire de calcul de la dose nécessaire au traitement de la tumeur.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose totale nécessaire au traitement de la tumeur et ses modalités de délivrance, à savoir la dose délivrée par séance, le nombre et la fréquence des séances.

Pour la radiothérapie stéréotaxique traitant les métastases cérébrales, un masque thermoformé ou un cadre métallique, dit de stéréotaxie, est nécessaire. En cas d'utilisation de cadre, celui-ci sera posé sous anesthésie locale. Il peut être inconfortable, mais il n'est pas douloureux.

De manière générale, la radiothérapie réalisée pour traiter des métastases des mélanomes de la peau provoque peu d'effets indésirables. Ils varient selon la zone traitée — soit en fonction de la localisation des métastases (cerveau, os) —, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre cas et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont :

- une irritation ou une rougeur de la peau (érythème), dans ce cas, il est important de consulter un médecin avant tout traitement (pas de pansement avec adhésif, pas d'huiles essentielles);
- un œdème au niveau de la zone irradiée;
- des maux de tête en cas d'irradiation cérébrale;
- une fatigue;
- une chute de cheveux dans la zone irradiée, temporaire ou définitive en fonction de la dose reçue.



#### EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?
- Comment se déroule le traitement ?
- Combien de temps dure-t-il ?
- Quels effets indésirables peuvent survenir ?
- Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?
- Comment et par qui est effectué le suivi ?



# 7

## LE SUIVI

SURVEILLANCE

EXAMEN

PRÉVENTION

RÉCIDIVE

**92. QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI ?**

**92. EN QUOI CONSISTE LE SUIVI ?**

**94. TECHNIQUE D'AUTODETECTION**

Après la phase des traitements initiaux, un suivi à vie est mis en place. Défini par l'équipe spécialisée, il est effectué conjointement par votre médecin généraliste et votre dermatologue.

## QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI ?

Le suivi a pour objectifs de :

- détecter les signes d'une éventuelle récidive locale ou régionale du mélanome et l'apparition d'un second mélanome ou d'un autre cancer cutané pour les traiter rapidement;
- rappeler les techniques d'autodétection (autoexamen cutané à la recherche d'un « vilain petit canard ») (règle ABCDE) et toilette à mains nues pour identifier toute anomalie sur ou sous la peau, en particulier la cicatrice de mélanome et la zone de ganglions proches (toujours pour déceler, le plus tôt possible, l'apparition d'un second mélanome ou d'une récidive locale ou ganglionnaire; rappeler les consignes pour se protéger du soleil (photoprotection);
- mettre en œuvre les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie. Cela concerne l'identification et la gestion d'éventuels effets indésirables des traitements et complications de la maladie, mais aussi la prise en compte de la fatigue, des conséquences psychologiques de la maladie sur votre vie sociale et affective...

## EN QUOI CONSISTE LE SUIVI ?

En général, le suivi est assuré par votre dermatologue, en lien avec votre médecin traitant. Il repose sur un examen clinique qui peut être associé à des examens d'imagerie.

Un examen clinique complet de toute la surface de la peau et de la cicatrice ainsi qu'une palpation des aires ganglionnaires sont réalisés, généralement :

i

- 2 fois par an pendant 3 ans, puis 1 fois par an à vie pour les mélanomes localisés de stade IA;
- 2 à 4 fois par an pendant 3 ans, puis 1 fois par an à vie pour les mélanomes localisés de stades IB, IIA et IIB;
- 4 fois par an pendant 3 ans, puis 2 à 4 fois par an pendant 2 ans, puis 1 fois par an à vie pour les mélanomes localisés de stade IIC et les mélanomes avec atteinte ganglionnaire de stade III ;
- le suivi des mélanomes métastatiques de stade IV est adapté au cas par cas et effectué par l'équipe spécialisée.

Le recours à des examens d'imagerie médicale dépend du stade de la maladie. Pour les mélanomes localisés de stade IA, ils ne sont pas nécessaires en l'absence de symptômes.

Lorsqu'un bilan d'imagerie est demandé par le dermatologue, il repose principalement sur une échographie ganglionnaire dont l'objectif est de détecter une éventuelle récidive sous la peau ou dans les ganglions. La fréquence de réalisation de cet examen dépend de l'épaisseur du mélanome. Elle peut être réalisée :

- 2 fois par an pendant les 3 premières années pour les mélanomes localisés de stades IB à IIB ;
- 2 à 4 fois par an pendant 3 ans pour les mélanomes localisés de stades IIC aux mélanomes avec atteinte ganglionnaire de stade III.

L'échographie (l'examen est décrit dans le chapitre 3 « Les examens d'imagerie », page 41) concerne la cicatrice du mélanome à la recherche de récidives locales. Les aires ganglionnaires en aval du mélanome sont examinées, et notamment l'aire du ganglion sentinelle s'il a eu lieu. Cet examen est celui qui peut détecter le plus tôt une récidive dans les ganglions, en visualisant des anomalies dès 3 millimètres parfois.

#### BON À SAVOIR

L'échographie est un examen indolore, non invasif et non irradiant.

D'autres examens d'imagerie peuvent également être réalisés (voir chapitre 3 Les examens d'imagerie, page 41). Il peut s'agir :

- d'un scanner (ou tomodensitométrie TDM) thoraco-abdomino-pelvien (TAP);

**BON À SAVOIR**

Le scanner doit toujours être comparé aux précédents scanners s'ils existent, ce qui augmente le temps d'interprétation.

Pensez à amener vos anciens CD-Rom lors de vos examens.

- d'un TEP scanner;
- d'une IRM cérébrale.

Ces examens sont optionnels pour les stades IIC, ils sont réalisés 2 fois par an pendant 3 ans pour les mélanomes avec atteinte ganglionnaire de stades III et de 2 à 4 fois par an pour les stades IIID.

La fréquence de ces examens est adaptée au cas par cas et déterminée par votre équipe spécialisée.

Pour les mélanomes métastatiques de stade IV, la fréquence et la nature des examens sont décidées au cas par cas par votre équipe médicale.

Chez les patients qui ne présentent pas de symptômes de récidive, aucun examen sanguin de surveillance n'est justifié (en dehors des essais cliniques et des traitements en cours).

## TECHNIQUE D'AUTODETECTION

Le médecin vous rappelle les signes qui doivent vous amener à consulter en dehors des rendez-vous programmés, notamment l'apparition d'une lésion suspecte sur la peau, ou l'augmentation du volume d'un ganglion. Pratiquer régulièrement un autoexamen de votre peau, en observant bien toutes les parties du corps, de la tête aux pieds, permet de repérer précocelement toute lésion suspecte. Il vous est expliqué par votre médecin traitant et votre dermatologue, qui recommande sa fréquence de réalisation.

Cet autoexamen vous permet de vous familiariser avec votre propre peau, vos grains de beauté et vos taches de rousseur. Plus vous serez familier avec votre peau, plus il vous sera facile de repérer de nouvelles taches pigmentées ou des changements dans vos grains de beauté.



## PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT D'UN CANCER

Depuis fin décembre 2020, les personnes malades suivies pour un cancer peuvent bénéficier d'un ensemble de bilans et de consultations dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique adaptée qui permet de déterminer vos besoins en fonction de vos capacités, ainsi qu'un bilan

diététique et/ou psychologique. Ce dernier peut donner lieu à 6 consultations (au maximum) de suivi diététique et/ou psychologique.

Ces bilans et consultations peuvent être prescrits par votre médecin traitant, votre cancérologue ou le pédiatre jusqu'à 12 mois après la fin du traitement dans la limite d'un montant maximal de 180 euros par an.

### Le déroulement d'un autoexamen de peau

Pour réaliser cet autoexamen, vous utilisez un miroir en pied et un miroir à main. Assurez-vous que la pièce est bien éclairée. Il se déroule le plus souvent en trois temps :

- l'examen direct : examinez à l'œil nu les paumes de vos mains et pieds, vos ongles, vos doigts et les espaces entre vos doigts et vos orteils, la face avant de vos bras et avant-bras, vos cuisses et vos jambes;
- l'examen avec miroir en pied : placez-vous devant un miroir en pied vertical et examinez votre peau de haut en bas. Tournez vers le miroir le côté gauche, puis le côté droit de votre corps, les bras levés à la verticale;
- l'examen avec un miroir à main : pour les zones de peau non accessibles à la vue, vous pouvez vous aider d'un miroir à main. Assis sur un tabouret, surélevez chaque jambe pour examiner la face interne, externe et postérieure du mollet et de la cuisse. La face postérieure des bras, de la nuque, du dos, le cuir chevelu et la région génitale seront aussi examinés à l'aide du miroir à main. Vous pouvez également demander l'aide d'une personne de votre entourage.

### Les signes qui doivent vous alerter

Surveillez votre peau, repérez le grain de beauté différent des autres. Tous les grains de beauté d'une même personne se

ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du «vilein petit canard»). Soyez vigilant à tout changement. Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur).



## EXPOSITION SOLAIRE ET CABINES À UV ARTIFICIELS : PROTÉGEZ-VOUS

La principale cause de l'augmentation des mélanomes est l'exposition au soleil. Pour réduire ce risque d'exposition aux rayons ultraviolets (UV), six précautions sont à mettre en œuvre :

- éviter de s'exposer au soleil entre 12 heures et 16 heures pendant l'été et au printemps;
- rechercher l'ombre pour toutes vos activités de plein air;
- se couvrir avec des vêtements (attention, les vêtements fins et de couleur blanche ou claire protègent moins des UV), porter un chapeau à larges bords et des lunettes de soleil, car la meilleure protection est vestimentaire;
- en cas d'impossibilité de couverture vestimentaire, en particulier sur le visage, utiliser de la crème solaire protégeant à la fois des UVA et des UVB avec un indice SPF supérieur à 30. La crème solaire est à appliquer en quantité suffisante notamment sur les parties du corps non recouvertes par des vêtements. L'application est à renouveler régulièrement (toutes les

2 heures) si la peau est essuyée après la baignade ou le sport;

- protéger tout particulièrement les enfants et adolescents, qui sont les plus fragiles;
- consulter l'indice UV notamment via l'application météo du téléphone mobile.

Il est désormais prouvé que l'exposition aux ultraviolets artificiels des cabines de bronzage est associée à un risque accru de développement de cancers cutanés, notamment de mélanomes. Loin de préparer la peau au soleil, les UV artificiels ne font que s'ajouter aux UV du soleil : l'effet cancérogène est renforcé. Aujourd'hui, la fréquentation des cabines de bronzage est fortement déconseillée. Elle est même interdite aux moins de 18 ans, dont la peau est particulièrement fragile.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la fiche «Rayonnements ultraviolets et risques de cancer» sur [cancer.fr](http://cancer.fr)



## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Comment se déroule le suivi en pratique ?
- Quels professionnels assureront mon suivi ?
- Quels examens seront nécessaires ?
- À quel intervalle devrais-je être suivi ?



# 8

## LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

**Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements.**

Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

**L'aide-soignant** participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers.

**L'anatomopathologiste** ou **pathologue** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour poser le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

**L'anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et traite la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

**L'assistant de service social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne dans vos démarches et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **biogiste** est un médecin ou un pharmacien responsable des analyses médicales dans un laboratoire en ville ou à l'hôpital (analyses de sang par exemple). Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou améliorer l'apparence de la zone opérée. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

Le **dermatologue** est un médecin spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses. Il effectue le diagnostic et le traitement chirurgical des tumeurs de la peau, puis le suivi du patient à l'issue des traitements décidés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Certains dermatologues ont une formation en oncologie médicale, c'est-à-dire qu'ils peuvent prescrire des traitements médicamenteux systémiques en oncologie, uniquement dans leur spécialité (la dermatologie).

Le **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante, guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, adapte la gestion en cas de problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et des conséquences nutritionnelles des traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien médical, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

L'**infirmier diplômé d'État (IDE)** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement. Vous êtes également susceptible de rencontrer d'autres profils spécialisés qui peuvent vous proposer un accompagnement et un suivi de proximité et personnalisé.

L'**interne** en médecine est un médecin en fin de formation de spécialité. Il examine les patients puis peut prescrire des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés et des massages. Sur prescription médicale, il réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur en électroradiologie médicale** est un technicien responsable du maniement des appareils d'imagerie médicale (scanner, IRM, scintigraphie par exemple) et de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de l'examen d'imagerie ou de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il est généralement choisi comme médecin traitant. Il coordonne les acteurs de proximité (médecin spécialiste,

infirmier, kinésithérapeute...). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors du suivi après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Au besoin, il accompagne également votre entourage.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des produits radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP ou une scintigraphie.

Le médecin **nutritionniste** est spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition.

Le **médecin du travail** veille à la prévention de la santé et à la sécurité au travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et la santé physique et mentale des travailleurs : stress, fatigue, maladie professionnelle... Il statue sur l'aptitude à reprendre le travail et peut proposer un aménagement de poste et du temps de travail. Le médecin du travail est salarié de l'entreprise ou appartient à un service interentreprises de prévention et de santé au travail.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncogénéticien** est un médecin spécialiste de l'étude des gènes et en particulier de ceux qui peuvent jouer un rôle dans le développement de cancers, appelés gènes de prédisposition au cancer. Lorsqu'une prédisposition génétique est suspectée, l'oncogénéticien peut proposer un test géno-

tique afin de savoir si la personne est porteuse ou non d'une mutation au sein de ces gènes. Cela lui permet, le cas échéant, de conseiller le patient et les membres de sa famille, et de leur proposer une surveillance adaptée.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste des traitements médicamenteux systémiques (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (dermatologue, pneumologue, neurologue...) ou un chirurgien spécialisé en cancérologie.

Le **pharmacien** exerce en ville, en officine (pharmacien officinal) ou dans un établissement de santé (pharmacien hospitalier). Il travaille en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Il est notamment chargé d'analyser la prescription des médicaments et d'autres produits de santé, de les préparer et de les dispenser. Selon les besoins du patient, le pharmacien donne toute information utile à leur bon usage et leur mode d'action, leur mode d'administration, les précautions d'emploi, les éventuels effets indésirables, les conseils hygiénodiététiques associés, les éventuelles interactions médicamenteuses... Le pharmacien peut également vous accompagner dans le suivi de votre traitement au travers d'entretiens pharmaceutiques réalisés en officine ou à l'hôpital, participer aux séances d'éducation thérapeutique et faciliter les liens ville hôpital en réalisant la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Celle-ci permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Il est en mesure de créer, avec votre accord, votre **dossier pharmaceutique** (DP), qui recense les médicaments qui vous ont été dispensés au cours des quatre derniers mois. Cela facilite l'identification d'interactions entre les médicaments et permet une meilleure continuité des traitements, notamment lors des hospitalisations.

À l'hôpital, le pharmacien est également responsable de la préparation des médicaments anticancéreux injectables qui

seront administrés. Il peut aussi, lorsque vous n'êtes pas hospitalisé, vous dispenser certains médicaments dits « de rétrocession » qui ne sont pas disponibles en officine de ville.

Le **physicien médical** ou **radiophysicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement (le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance) et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. Le radiophysicien peut être assisté par un dosimétriste.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, il est généralement appelé **oncopsviatre**.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de **psycho-oncologue** ou d'**oncopsvologue**.

Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens d'imagerie, tels qu'une radiographie, un scanner, une IRM ou une échographie. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle : biopsies ou traitements de tumeurs. Il est assisté par un manipulateur en électroradiologie médicale.

Le **radiothérapeute**, ou **oncologue radiothérapeute**, est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothéra-

pie). En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur, identifie les zones à traiter et celles à protéger, et planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur en électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue... N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.

La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure...

# 9

## DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

ALD

REMBOURSEMENTS

TRAVAIL

108. LES DÉMARCHES À EFFECTUER

109. L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

110. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

111. ACCÉDER À L'EMPRUNT ET LE DROIT À L'OUBLI

113. SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

Avec la maladie, des changements peuvent survenir dans votre vie personnelle, familiale et professionnelle. Vous devez effectuer différentes démarches administratives et sociales afin de concilier au mieux votre parcours de soins et votre vie quotidienne.

## LES DÉMARCHES À EFFECTUER

Selon votre cas personnel, les démarches à effectuer à l'annonce du diagnostic sont :

- rencontrer votre médecin traitant afin qu'il remplisse la demande de prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) (voir ci-après);
- contacter la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour étudier vos droits à diverses aides;
- prendre rendez-vous avec votre banquier pour faire un bilan financier;
- si votre état de santé vous amène de façon prolongée à ne plus pouvoir exercer une activité professionnelle, monter un dossier «sinistre assurance emprunteur» dans le cadre d'une prise en charge de la mensualité du prêt si cette option d'assurance a été prise au moment du prêt;
- se renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître les éventuels dispositifs d'aide de celle-ci;
- rencontrer votre employeur pour connaître les aides mises en place dans l'entreprise, y compris au niveau du comité social et économique (CSE), tout en préservant le secret médical;
- pour les professions non salariées, se renseigner auprès de la Sécurité sociale pour les indépendants;
- pour les étudiants, des aménagements de cours sont possibles. Faire la demande auprès de l'établissement.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez réaliser ces démarches en étant accompagné d'un proche. Il peut aussi les faire pour vous sous procuration. Vous pouvez également

avoir recours à un assistant de service social pour vous accompagner dans vos différentes démarches (voir page 113).

N'oubliez pas tous les documents nécessaires à la constitution des dossiers : certificat médical, arrêt de travail, indemnités de Sécurité sociale, attestation d'ALD, carte Vitale et carte de mutuelle... Vous pouvez également en effectuer des photocopies.

## L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi, des examens, des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée. La mise en ALD n'est ni obligatoire ni systématique pour les patients ne nécessitant pas de traitement médicamenteux, relevant uniquement d'une chirurgie seule et d'un suivi médical en consultation (voir chapitre 2, « Les traitements des mélanomes de la peau », page 23).

Le taux de remboursement à 100 % concerne les soins et les traitements remboursables par la Sécurité sociale en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire selon votre contrat.

C'est votre médecin traitant, ou le dermatologue, qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie sous format électronique ou papier. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est

### BON À SAVOIR

Après avoir obtenu votre protocole de soins, vous devez actualiser votre carte Vitale dans les bornes adaptées à cet effet (caisse d'Assurance maladie, hôpital, pharmacie).

**POUR ALLER  
PLUS LOIN**

Consultez la fiche de l'Assurance maladie en ligne ameli.fr/assures, rubrique « Remboursements », puis « Combien vous serez remboursé » et enfin « Frais de transports : prise en charge et remboursements ».

remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la stratégie thérapeutique face à la maladie, sur sa durée et sur vos remboursements. Votre demande de mise en ALD peut également être faite par un médecin autre que votre médecin traitant (par exemple par un médecin hospitalier). Dans ce cas-là, vos droits sont ouverts pour une période de 6 mois. Votre médecin traitant devra réaliser une nouvelle demande pour le prolongement de votre statut en ALD.

### Les frais de transport

Votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêchent de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transports en série, convocation médicale...) en lien avec l'ALD. Dans tous les cas, une prescription médicale de transport doit être établie au préalable (sauf situation d'urgence). Pour certains transports, une demande d'entente préalable doit être adressée à la caisse d'Assurance maladie.

## LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets indésirables causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts

professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale...).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dans un délai maximum de 48 heures par l'envoi de votre certificat d'arrêt de travail ou d'un bulletin d'hospitalisation. En raison du secret médical, vous n'êtes pas tenu de préciser les raisons de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

En cas d'arrêt maladie de plus de 3 mois et quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin conseil de votre caisse d'Assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de prévention et de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

## ACCÉDER À L'EMPRUNT ET LE DROIT À L'OUBLI

Il existe deux dispositifs majeurs facilitant l'accès à l'assurance emprunteur pour les personnes en risque aggravé de santé : le droit à l'oubli et la grille de référence.

Le droit à l'oubli est un dispositif qui offre la possibilité, lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur, de

 POUR ALLER  
PLUS LOIN

Consultez  
le guide  
« Démarches  
sociales  
et cancer ».



ne pas déclarer une ancienne pathologie cancéreuse (quels qu'en soient la localisation et le type histologique) :

- lorsque le protocole thérapeutique est achevé depuis au moins 5 ans ;
- en l'absence de rechute ;
- sans distinction d'âge ;
- et sans se voir appliquer de surprime ou d'exclusion de garanties.

Pour les personnes qui ne relèvent pas du droit à l'oubli, la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé (AERAS) a mis en place une grille de référence dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées cancéreuses et autres, y compris chroniques.

#### BON À SAVOIR

Le niveau de Clark évalue l'extension du mélanome dans les trois couches de la peau ; il est noté de I à IV.

À ne pas confondre avec l'indice de Breslow.

Cette grille a pour objectif d'élargir l'accès à l'assurance emprunteur, et donc à l'emprunt, aux personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé. Ce dispositif permet l'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standards (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si le patient répond à ces critères :

Mélanome *in situ* pur sans caractère micro-infiltrant ou de niveau I de Clark :

- exérèse complète ;
- absence de syndrome des nævi dysplasiques.

Le délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute est alors de 1 an.

**Le mélanome de la peau faisant partie des pathologies listées de la grille de référence AERAS, il doit être déclaré à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé.**



## À NOTER

Depuis septembre 2022, la loi Lemoine supprime le questionnaire de santé de l'assurance emprunteur pour les emprunts inférieurs à 200 000 euros par assuré (400 000 euros pour un couple) dont l'échéance de remboursement intervient avant les 60 ans de l'emprunteur.

En dehors de ces dispositifs, d'autres solutions sont possibles. Celles-ci, ainsi que les relais pouvant accompagner les patients dans cette démarche sont détaillés sur le site de la convention AERAS, [aeras-infos.fr](http://aeras-infos.fr)

## SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est là pour vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie, et contribuer à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel.

Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- les problèmes administratifs;
- votre situation professionnelle;
- les aspects financiers;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle le cas échéant;
- l'organisation familiale;
- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques;
- la protection des personnes (tutelle, curatelle...);
- l'accès aux soins;
- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter un assistant de service social auprès :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné;
- du régime d'Assurance maladie dont vous dépendez;
- de votre caisse d'allocations familiales;
- de votre caisse de retraite;
- du Centre communal d'action sociale (CCAS) de votre mairie;
- de votre conseil départemental;
- de votre CROUS si vous êtes étudiant;
- des services sociaux de votre entreprise s'ils existent;
- d'un comité départemental de la Ligue contre le cancer.



## LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION (DAC)

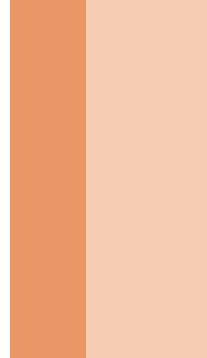
Ils viennent en appui à des patients faisant face à un cumul de difficultés et aux besoins de santé complexes et/ou aux professionnels de santé, sociaux et médicosociaux qui les accompagnent. Ces dispositifs permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils sont mobilisables par les professionnels du secteur et les patients.

Le DAC facilite votre parcours de santé et aide à préserver votre autonomie pour rester chez vous. Il vous apporte un soutien personnalisé à votre domicile, quel que soit votre âge, pour vous

informer, évaluer vos besoins, accompagner vos proches et vous proposer des solutions adaptées.

Les équipes sont composées de différents professionnels (infirmier, assistant de service social, psychologue...). L'un d'entre eux devient votre interlocuteur privilégié. Il travaille avec votre médecin traitant et est en lien avec les professionnels qui vous entourent (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, assistants de service social, services d'aide...).

Les coordonnées et les modalités de fonctionnement des DAC sont directement disponibles sur le site internet de chacune des Agences régionales de santé (ARS).



# 10 QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

SOUTIEN

ADDICTION

SEXUALITÉ

PROCHES

- 116. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
- 118. LES AIDES À L'ARRÊT DU TABAC
- 119. LES AIDES À DOMICILE
- 120. LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ
- 120. FERTILITÉ ET CONTRACEPTION
- 121. LES PROCHES

La maladie et la mise en place de vos traitements peuvent entraîner certains changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre vos soins et votre vie au quotidien.

## BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante, et ce quel que soit le stade où vous avez été diagnostiqué. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients. Une consultation avec le psychologue de l'établissement dans lequel vous êtes suivi est également possible, y compris pour vos proches.

### Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

L'Assurance maladie a mis en place, pour toute personne angoissée, déprimée ou en souffrance psychique d'intensité légère à modérée, le dispositif « Mon soutien psy » qui permet de prendre rendez-vous directement avec un psychologue partenaire du dispositif, conventionné par l'Assurance maladie. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site **ameli.fr**

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent également être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

### Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

### Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

### Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au 0805 123124 (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.



Consultez  
le guide « Vivre  
pendant et après  
un cancer » pour  
plus  
d'informations  
sur les aspects  
psychologiques  
de la maladie.  
Retrouvez les  
coordonnées des  
associations près  
de chez vous sur  
**cancer.fr**

## LES AIDES À L'ARRÊT DU TABAC

Si vous souffrez d'une dépendance au tabac, il est possible de vous faire aider. Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage.

Il ne s'agit pas d'une simple question de volonté. Le tabac est une substance très addictive. Vous aurez 80 % plus de chance d'arrêter de fumer si vous recevez l'aide d'un professionnel de santé. Votre médecin traitant est la personne qui peut vous accompagner dans cette démarche ou vous orienter vers des consultations dédiées. L'établissement dans lequel vous êtes traité pourra également vous apporter de l'aide. Ainsi, parlez-en avec les professionnels de santé que vous rencontrez.

Une aide à distance est également disponible.

- **La ligne téléphonique Tabac info service** vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un coaching, d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner. N° d'appel : 39 89 (appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures)
- **Le site internet Tabac info service** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, éviter les rechutes et entretenir votre motivation : [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)
- **Tabac Info Service** propose de vous accompagner dans votre arrêt du tabac grâce à son application pour smartphones. Vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

Depuis 2015, les traitements nicotiniques de substitution (sous forme de patchs, gommes, pastilles, d'inhalation...) sont remboursés à hauteur de 150 euros par an pour les patients atteints de cancer. Il faut pour cela qu'un forfait soit prescrit par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute...).

Les traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

## LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider dans :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas;
- les démarches administratives;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui couvre une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour plus d'informations sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez notamment faire appel à l'assistant de service social de l'établissement dans lequel vous êtes suivi, au centre communal d'actions sociales de votre mairie (CCAS) et prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie..

**POUR ALLER  
PLUS LOIN**

Consultez la fiche «Préservation de la santé sexuelle et cancers».

**LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ**

Le cancer et ses traitements peuvent affecter divers aspects de votre vie, dont votre vie intime et votre sexualité.

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. Un traitement hormonal qui ne serait pas encore parfaitement dosé peut également contribuer à une baisse de la libido. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels. Elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient petit à petit.

Un peu de temps peut être nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements, et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire facilitent le réapprentissage de la sexualité.

Demandez conseil à votre médecin ou à l'équipe médicale pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets indésirables des traitements. Des entretiens avec un psychologue ou un psychiatre peuvent aider à mieux vivre certaines situations difficiles. Vous pouvez également consulter un sexologue.

**POUR ALLER  
PLUS LOIN**

Consultez la fiche «Préservation de la fertilité et cancers».

**FERTILITÉ ET CONTRACEPTION**

Le mélanome de la peau et ses traitements ne sont pas incompatibles avec un projet de parentalité. Cela dépend notamment de votre âge et du type de traitement employé. Une consultation dans une structure spécialisée dans la conservation des gamètes et tissus germinaux (CECOS) peut vous être proposée. Il est en effet possible d'envisager une congélation de sperme avant de commencer le traitement. Les spermatozoïdes sont recueillis et congelés pour une utilisation ultérieure. Pour les femmes en âge d'avoir des enfants, le recours à une équipe spécialisée dans la mise en œuvre de mesures permettant de préserver la fertilité

peut être proposé dans certains cas. N'hésitez pas à discuter de vos éventuels projets de parentalité avec votre médecin qui saura vous conseiller.

## LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues, au besoin des psychiatres, sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue contre le cancer.



Des informations détaillées à destination des proches sont à consulter dans le guide « Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer ».





# 11

## RESSOURCES UTILES

- 124. LA PLATEFORME CANCER INFO
- 125. LES ASSOCIATIONS
- 126. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Voici une liste de contacts et de ressources qui peuvent vous être utiles tout au long de votre parcours de soins et après la maladie.

## LA PLATEFORME CANCER INFO

- **Cancer info, le service téléphonique :**  
**0805 123 124 (service et appel gratuits)**

Une équipe constituée de chargés d'information répond, en toute confidentialité, à vos questions d'ordre général sur les cancers, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures). Les informations d'ordre général communiquées ne peuvent en aucun cas remplacer un avis médical.

- **Cancer info, la rubrique internet :**  
**cancer.fr/patients-et-proches**

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur les mélanomes de la peau, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, les questions de vie quotidienne, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous...

- **Cancer info, les guides**

Ces guides, conçus en « miroir » des recommandations professionnelles, sur chaque type de cancer, les traitements et leurs effets secondaires éventuels, sont disponibles au téléchargement sur le site **cancer.fr**. Vous pouvez également les commander gratuitement sur le catalogue des publications (il est nécessaire de créer votre compte).

- **Cancer info, les fiches pratiques**

Ces fiches proposent des informations pratiques sur les examens, les consultations, les soins spécialisés, les équipements... Vous pouvez les télécharger ou les commander sur le site [cancer.fr](http://cancer.fr)

## LES ASSOCIATIONS

- **La Ligue contre le cancer**

La Ligue contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services :appelez le **0800 940939** (service et appel gratuits) ou connectez-vous sur [ligue-cancer.net](http://ligue-cancer.net)

- **France Asso cancer et peau**

L'association France Asso cancer et peau participe à la diffusion de l'information sur le mélanome pour les malades et les proches via son site internet, ainsi que grâce aux rencontres et aux groupes de paroles organisés dans différentes régions de France. Elle soutient également la recherche sur le mélanome en France grâce aux dons qu'elle reçoit. Pour en savoir plus : [franceassocanceretpeau.fr](http://franceassocanceretpeau.fr)

## LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

### POUR ALLER PLUS LOIN

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **cancer.fr**, rubrique « Patients et proches », ouappelez Cancer info au **0805 123 124** (service et appel gratuits).

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'**ERI** (Espaces de Rencontres et d'Information), d'**AIRES Cancer** (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures semblables.

Les **Accueils Cancer de la Ville de Paris** proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

# **GLOSSAIRE**

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

# A

**ADN**

abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes. On parle aussi d'hélice d'ADN. Des segments d'ADN forment les gènes. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule du corps.

**ADJUVANT**

un traitement adjuvant est administré après le traitement principal, généralement la chirurgie, dans le but de réduire le risque de rechute du mélanome, car même après une intervention chirurgicale réussie, il peut subsister des cellules cancéreuses microscopiques susceptibles de provoquer une rechute dans les mois à années suivantes. Pour le mélanome, les traitements adjuvants peuvent être une immunothérapie ou une thérapie ciblée.

**AIRE GANGLIONNAIRE**

zone du corps où sont rassemblés des ganglions

lymphatiques. Il existe plusieurs aires ganglionnaires réparties dans le corps (cou, aisselles, aine). Lors de l'examen clinique, le médecin palpe les aires ganglionnaires superficielles afin d'évaluer l'étendue du mélanome de la peau. L'échographie permet d'analyser précisément chaque ganglion. En effet, les cellules cancéreuses peuvent envahir les ganglions les plus proches de la tumeur et en augmenter leur volume. On parle alors d'adénopathie.

**ALTÉRATION MOLÉCULAIRE**

anomalie survenant au niveau de l'ADN constituant les gènes de la cellule. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN.

**ANATOMOPATHOLOGIE**

spécialité médicale qui consiste à observer les prélèvements chirurgicaux de tissus ou les cellules obtenus par biopsie ou chirurgie, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou d'« anapath ».

## **ANTICOAGULANT**

médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.



## **ANTICORPS**

protéine produite par certains globules blancs, les lymphocytes B, en réaction à un antigène, protéine d'identification particulière d'une cellule étrangère ou anormale. L'anticorps reconnaît l'antigène comme élément étranger et cherche à le détruire.

## **ANTIGÈNE**

protéine d'identification située à la surface des cellules par laquelle le système immunitaire repère les cellules étrangères ou anormales. Il produit alors un anticorps spécifique pour les détruire.

## **CELLULE**

unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

## **CHROMOSOME**

élément du noyau de la cellule composé d'ADN dont des fragments forment les gènes. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

## **COAGULATION**

transformation d'une substance liquide (le sang, par exemple) en une masse solide.

**CONSULTATION  
D'ONCOGÉNÉTIQUE**

consultation réalisée par un médecin oncogénéticien qui consiste à recueillir les informations médicales du patient, à reconstituer son histoire personnelle et familiale et construire l'arbre généalogique de la famille. Au regard de l'ensemble de ces informations, le risque potentiel de cancer du patient est évalué et un test génétique est éventuellement prescrit. Ce test permet de savoir si une personne est porteuse ou non d'une mutation au sein d'un gène pouvant jouer un rôle dans le développement d'un cancer. S'il est positif, ce test permet de conseiller le patient et les membres de sa famille et de leur proposer un accompagnement et une surveillance adapté.

**CURAGE GANGLIONNAIRE**

opération chirurgicale qui consiste à enlever les ganglions d'une zone de drainage lymphatique afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses.

**CURE**

séance au cours de laquelle sont administrés les traitements médicamenteux systémiques.

**DIAGNOSTIC**

démarche par laquelle le médecin va identifier la maladie dont souffre le patient. Pour établir un diagnostic, le médecin s'appuie notamment sur les anomalies remarquées par le patient (les symptômes), ses antécédents médicaux, un examen clinique et, si nécessaire, divers examens complémentaires (analyses de sang, examens d'imagerie...).

**DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)**

dossier informatique gratuit créé automatiquement, sauf opposition de votre part. Il est consulté et alimenté par votre pharmacien. Il recense les médicaments qui vous ont été délivrés, ainsi que les traitements et prises en cours.

# E

## ÉCHOGRAPHIE

examen qui permet d'examiner un organe interne (le foie ou des ganglions, par exemple). Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde recouverte d'un gel qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision. C'est indolore, non toxique, non irradiant.

## EFFET INDÉSIRABLE

conséquence prévisible non voulue d'un traitement survenant en plus de l'effet principal souhaité. Les effets indésirables n'apparaissent pas de façon systématique, mais dépendent des traitements reçus, de leur association avec d'autres, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont la personne malade réagit. Le patient doit être informé de l'apparition possible d'effets indésirables.

## ENZYME

protéine présente dans les cellules. Elle a pour fonction de faciliter les réactions chimiques qui s'y produisent. Par exemple, lors de la digestion, ce sont des enzymes qui accélèrent la décomposition et la transformation des aliments.

## EXAMEN

### ANATOMOPATHOLOGIQUE

examen qui consiste à observer les prélèvements des tissus ou des cellules prélevés sur un patient, par chirurgie ou par biopsie sous imagerie, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait au microscope. Le médecin chargé de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste ; son rôle est capital pour déterminer le diagnostic de cancer et les traitements à envisager.

## EXAMEN CLINIQUE

examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, inspecte, palpe et ausculte le patient.

**EXÉRÈSE**

opération chirurgicale qui consiste à enlever une anomalie, une tumeur, une partie d'organe ou un organe entier. L'exérèse peut avoir pour objectif d'établir un diagnostic grâce à l'analyse de la partie retirée. Elle constitue également le traitement principal du mélanome de la peau.

**GANGLION**

petit organe situé sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aine) soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. Ils contiennent les cellules de l'immunité et détectent les cellules anormales (bactéries, virus, cellules cancéreuses).

**GÈNE**

segment d'un chromosome, constitué d'ADN. L'être humain possède environ 20000 gènes qui contiennent des informations sur son identité, lui permettent de transmettre ses particularités à sa descendance et font fonctionner normalement ses cellules. Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule est alors déréglé et celle-ci se comporte de façon anormale.

**GLANDE ENDOCRINE**

organe dont la fonction est de fabriquer des hormones indispensables au bon fonctionnement de l'organisme, qui sont ensuite libérées dans le sang.

**GLOBULE BLANC**

cellule qui assure la défense (immunité) du corps contre les infections et les cancers. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans la lymphe.

# H

## **HISTOLOGIE**

spécialité médicale qui consiste à examiner au microscope des fragments de tissus prélevés au niveau d'une anomalie. Cet examen permet d'affirmer ou d'éliminer avec certitude le diagnostic de cancer. Il est pratiqué par les anatomo-pathologistes.

# I

## **IMMUNOTHÉRAPIE**

traitement qui vise à stimuler les défenses naturelles de l'organisme contre les cellules cancéreuses pour les éliminer, à bloquer certains mécanismes spécifiques de croissance des cellules cancéreuses ou à repérer la cellule cancéreuse elle-même afin qu'elle soit détruite par le système immunitaire.

## **INFECTION**

pénétration et prolifération dans le corps d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bactérie, virus...), susceptible de provoquer des troubles. Une infection peut être locale ou générale.

## **INCISION**

ouverture de la peau avec un instrument chirurgical.

## **IRM (IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE)**

technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue.

# K

## **KINÉSITHÉRAPIE**

discipline paramédicale qui utilise des mouvements adaptés, des techniques de massage ou un appareillage à des fins de rééducation.

# L

**LÉSION**

altération d'un tissu ou d'un organe, due à une blessure ou à une maladie, par exemple un cancer.

**LYMPHE**

liquide translucide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques, qui rejoignent ensuite les vaisseaux sanguins.

**LYMPHOCYTE**

variété de globules blancs qui aide l'organisme à lutter contre les infections et les cancers. Les lymphocytes identifient les cellules étrangères et agissent rapidement pour les détruire

# M

**MALIN/MALIGNE**

se dit d'une tumeur lorsque celle-ci est cancéreuse, c'est-à-dire caractérisée par la prolifération de cellules anormales au potentiel invasif local puis à distance (par opposition à bénin ou bénigne, non cancéreux).

**MEMBRANE BASALE**

zone qui sépare le derme de l'épiderme. Elle joue un rôle de maintien entre ces deux couches. Elle est également appelée jonction dermo-épidermique.

**MÉTASTASE**

tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

## **MÉTASTATIQUE**

qui a produit des métastases. Un cancer est dit métastatique quand ses cellules se sont propagées dans un ou plusieurs autres endroits du corps.

## **MITOSE**

processus de division d'une cellule qui permet de donner naissance à deux nouvelles cellules identiques. On parle de cellule mère et de cellules filles.

## **MUQUEUSE**

membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et les organes génitaux.

## **MUTATION**

modification de l'information génétique d'une cellule.



## **NODULE**

formation anormale, généralement arrondie et de petite taille, cancéreuse ou non (bénin), qui peut se développer dans un tissu ou un organe.



## **PERFUSION**

injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

## **PLAQUETTE**

composant du sang qui arrête les saignements et contribue à la cicatrisation. La quantité de plaquettes peut diminuer pendant ou après un traitement de radiothérapie. Cette diminution s'appelle une thrombopénie.

**PRONOSTIC**

appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

**PROTÉINE**

composant de toutes les cellules de l'organisme. De formes très variées, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'entretien et le renouvellement des tissus, et remplissent de nombreuses fonctions au niveau des cellules : construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes.

**RADIOGRAPHIE**

examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Une radio est un examen d'imagerie.

**RADIOTHÉRAPIE**

traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons X tout en préservant au mieux les tissus voisins.

**RAYON X**

rayon invisible qui est utilisé, selon la puissance, pour réaliser des examens d'imagerie médicale (par exemple une radiographie ou un scanner) ou des traitements (radiothérapie). Les rayons X sont également appelés photons X.

**RÉCIDIVE**

réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle encore de rechute.

**RECOMMANDATIONS  
DE BONNES PRATIQUES**

document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les stratégies de diagnostic, de traitement ou de suivi les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade. L'élaboration des recommandations s'appuie sur

l'analyse des essais cliniques internationaux et sur l'avis d'experts. Elles ne sont pas figées et évoluent au fur et à mesure des nouvelles connaissances. On parle parfois de recommandation pour la pratique clinique (RPC) ou de référentiel de bonnes pratiques.

### RÉMISSION

diminution ou disparition des symptômes d'une maladie. Dans le cas du cancer, on parle de rémission complète dès lors que toute trace du cancer a disparu.

### RÉUNION DE CONCERTATION

#### PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)

réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient et les traitements possibles en fonction des recommandations de bonnes pratiques en vigueur et 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 soins (PPS).



### SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIAN

examen qui permet d'obtenir à l'aide de rayons X des images en coupes du thorax, du ventre et du pelvis (partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes de la reproduction). Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. L'examen est interprété par un radiologue.

### SCINTIGRAPHIE

technique d'examen qui permet d'obtenir des images du corps en utilisant des produits très faiblement radioactifs non toxiques (appelés traceurs) injectés dans le corps par des manipulateurs en électroradiologie pour former une image. Cet examen peut permettre de surveiller certaines fonctions (comme la fonction cardiaque), de visualiser le ganglion sentinelle, de déceler certaines tumeurs ou des

métastases selon le type de scintigraphie réalisée. Elle est interprétée par un médecin nucléaire.

#### **SYSTÈME IMMUNITAIRE**

ensemble des cellules, des tissus et des organes qui assurent la défense de l'organisme contre les agents étrangers (bactéries, virus) ou anormaux (cellules cancéreuses). Ce système comprend le système lymphatique, les ganglions, les cellules de défense et les différentes molécules que ces cellules sont susceptibles de produire.

#### **SYSTÈME LYMPHATIQUE**

ensemble des vaisseaux, tissus et organes (ganglions, rate) qui produisent, stockent et transportent des globules blancs (dont les lymphocytes), chargés de lutter contre les infections et les autres maladies. Le système lymphatique fait partie du système immunitaire.



#### **THÉRAPIE CIBLÉE**

ensemble de médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales, en interférant avec des altérations moléculaires ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement ou de leur dissémination. Cette action dite « ciblée » permet d'agir plus spécifiquement sur les cellules tumorales et ainsi, de limiter les dommages induits aux cellules normales. Elles ont toutefois des effets indésirables spécifiques.

#### **THROMBOSE**

formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin.

#### **TISSU**

ensemble de cellules qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

## **TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS (TEP OU PET SCAN)**

Examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en trois dimensions sur un écran d'ordinateur. Une TEP est une scintigraphie effectuée après avoir injecté dans une veine un traceur très faiblement radioactif : le fluorodéoxyglucose qui correspond à du sucre (en abrégé 18FDG). Ce traceur va se fixer au niveau des cellules cancéreuses et émettre, de façon temporaire, des rayonnements que l'on peut suivre dans l'organisme du patient grâce à une caméra spéciale, une caméra TEP. Cet examen est couplé à un scanner qui permet de bien localiser les anomalies dans le corps. Le médecin peut proposer une TEP à différentes étapes de la maladie, que ce soit pour le diagnostic, le suivi du traitement ou la surveillance. L'examen est interprété par un médecin nucléaire.

## **TRAITEMENT LOCAL**

traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur ou sur la région où est située la tumeur. Le but de ce type de

traitement est d'éliminer toutes les cellules cancéreuses dans la région de la tumeur. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locorégionaux du cancer.

## **TRAITEMENT SYSTÉMIQUE**

thérapie médicamenteuse qui agit sur l'ensemble du corps. Le traitement systémique du cancer comprend la chimiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie et la thérapie ciblée. Il peut être administré par injection, par perfusion ou par voie orale.

## **TUMEUR**

grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne). Les tumeurs bénignes (comme les verrues ou les kystes...) se développent de façon localisée sans altérer les tissus voisins. Les tumeurs malignes (cancer) ont tendance à envahir les tissus voisins et à migrer dans d'autres parties du corps, produisant des métastases.

**TUMEUR PRIMITIVE**

tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui peuvent former des métastases dans d'autres parties du corps.

**ULCÉRATION**

plaie parfois profonde, qui ne cicatrise pas facilement.

**ULTRAVIOLET**

rayon lumineux invisible pour l'œil humain qui, dans le spectre solaire, se place au-delà du violet. Ils ne chauffent pas et traversent les nuages. Les principales sources d'exposition aux rayonnements ultraviolets sont le soleil et les lampes à bronzer. Une exposition trop souvent répétée aux ultraviolets peut être responsable de cancers de la peau. On parle aussi d'UV.

**VASSEAU LYMPHATIQUE**

canal par lequel circule la lymphé. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

**VASSEAU SANGUIN**

canal par lequel circule le sang (artère ou veine par exemple).

**ZONE DE DRAINAGE**

partie du système lymphatique alimentant une région du corps. Lors de l'exérèse du ganglion sentinelle, c'est le premier ganglion appartenant à la zone de drainage de la tumeur qui est retiré et analysé.

# **ANNEXES**

**142. ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE**

## ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

Le tableau ci-dessous présente les examens le plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, au besoin, d'autres peuvent vous être proposés. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	X OBJECTIFS
<b>EXAMENS DU BILAN INITIAL</b>	
<b>INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE (SYSTÉMATIQUE)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen réalisé lors d'une consultation qui comprend tout d'abord un entretien avec le patient. Le dermatologue ou le médecin traitant vous questionne sur vos antécédents personnels et familiaux notamment de mélanome. Il s'informe également sur la présence de facteurs de risque et d'autres maladies.</li> <li>• Le médecin réalise ensuite un examen de la totalité de la peau, y compris au niveau du cuir chevelu, des paumes des mains et des plantes des pieds. Il peut, pour cela, s'aider d'un appareil d'optique grossissant appelé dermoscope. Une palpation des ganglions est également réalisée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer votre état de santé général et analyser la taille, la forme, la couleur et, chaque fois que possible, l'évolution de la lésion cutanée. Le reste de la peau est aussi examiné visuellement afin de repérer d'éventuelles autres taches ou grains de beauté pouvant être suspects.</li> <li>• Cet examen permet également de déceler d'éventuelles grossesses au niveau des ganglions qui pourraient indiquer que le mélanome s'est disséminé.</li> </ul>

## LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE (SUITE)

EXAMENS	OBJECTIFS
<b>EXÉRÈSE DIAGNOSTIQUE (SYSTÉMATIQUE)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Exérèse de la lésion pratiquée par un dermatologue ou un chirurgien. La totalité de la lésion est retirée. L'intervention ne nécessite généralement pas d'hospitalisation.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Retirer la tumeur pour la faire analyser afin de déterminer de façon certaine si elle est cancéreuse ou non et déterminer son type (<b>histologie</b>).</li></ul>
<b>EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE (SYSTÉMATIQUE)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Examen qui consiste à examiner la lésion qui a été prélevée lors de l'exérèse diagnostique, à l'œil nu puis au microscope.</li><li>Le médecin chargé de cet examen est appelé <b>anatomopathologiste</b> ou <b>pathologiste</b>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>C'est l'examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules cancéreuses de la tumeur (<b>histologie</b>) et de déterminer le type de mélanome. Il renseigne aussi sur les principaux facteurs pronostiques : épaisseur du mélanome (mesurée par l'indice de Breslow), présence ou non d'une ulcération du mélanome, calcul du nombre de mitoses au mm<sup>2</sup> (pour les mélanomes d'épaisseur inférieure à 1 millimètre). Ceci permet de définir le stade du mélanome et d'orienter le choix des traitements.</li></ul>

## LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE (SUITE)

✓ EXAMENS	X OBJECTIFS
<p><b>TEST MOLÉCULAIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen réalisé grâce à l'analyse en laboratoire des cellules cancéreuses prélevées lors de l'exérèse diagnostique.</li> <li>• Il est réalisé pour les cas de mélanome nécessitant un traitement médicamenteux systémique. Le médecin chargé de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette analyse permet par exemple de rechercher l'anomalie moléculaire appelée <b>mutation BRAF V600</b>.</li> <li>• Cet examen est réalisé pour orienter la prescription de certaines thérapies ciblées.</li> </ul>
<p><b>EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique qui consiste à retirer le ou les ganglions lymphatiques (en moyenne 1 à 3) les plus proches du mélanome.</li> <li>• Elle est proposée en option ou dans le cadre d'essais cliniques, pour les mélanomes d'épaisseur supérieure à 1 millimètre ou ulcérés.</li> <li>• Lorsqu'elle a lieu, l'exérèse du ganglion sentinelle est réalisée lors de la seconde intervention chirurgicale appelée exérèse ou reprise chirurgicale de sécurité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exérèse du ganglion sentinelle renseigne sur l'envahissement ou non par des cellules cancéreuses des ganglions situés à proximité du mélanome, et contribue à déterminer le stade du cancer qui est utile au choix du traitement.</li> </ul>

## LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE (SUITE)

EXAMENS	OBJECTIFS
<b>DOSAGE DES LDH</b> <ul style="list-style-type: none"><li>En présence de métastases, cet examen permet d'évaluer le taux de lactate déshydrogénase (abrégé en LDH), une enzyme présente dans le sang et les autres tissus.</li><li>Le dosage des LDH est réalisé sur prélèvement sanguin.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Il renseigne sur le pronostic du mélanome.</li></ul>
<b>BILAN D'IMAGERIE MÉDICALE</b> <p>Le stade IA ne nécessite pas de bilan d'imagerie. Pour les autres stades, le dermatologue prescrit les examens en fonction notamment de l'épaisseur de la tumeur, de vos antécédents médicaux et familiaux, de la présence de signes cliniques...</p>	
<b>ÉCHOGRAPHIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES SITUÉS À PROXIMITÉ DE LA TUMEUR (À PARTIR DU STADE IB)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Examen qui permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est réalisé par un médecin radiologue.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>L'échographie des ganglions permet de repérer d'éventuelles modifications de leurs structures, évocatrices de l'envahissement de ces derniers par les cellules cancéreuses.</li><li>L'échographie des ganglions peut être réalisée lorsque le patient ne ressent pas de symptômes de la maladie.</li></ul>

## LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE (SUITE)

✓ EXAMENS	X OBJECTIFS
<b>SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIAN (OPTIONNEL POUR LES STADES IIC DE MAUVAIS PRONOSTIC; STADES III ET IV)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen qui permet de réaliser des images en trois dimensions de certaines zones du corps, grâce à des rayons X. On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. Avant l'examen, un produit de contraste qui permet de visualiser les vaisseaux et les différents organes voisins est injecté dans une veine du bras. L'examen est réalisé par un radiologue, dans certaines situations, en complément de l'échographie locorégionale des ganglions lymphatiques..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le scanner permet de détecter des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer. Il détecte des anomalies de petite taille (à partir de 3 millimètres).</li> </ul>
<b>TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS (TEP OU TEP SCAN OU PET SCAN) AU 18FDG (FLUORODÉSOXYGLUCOSE) (OPTIONNEL POUR LES STADES IIC DE MAUVAIS PRONOSTIC; STADES III ET IV)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen indolore, à discuter pour les stades III en complément des deux examens d'imagerie indiqués ci-dessus. Il est réalisé à jeun. Il permet de reconstituer une image en 3 dimensions et en couleurs de la tête aux cuisses (voire du corps entier si nécessaire), grâce à l'utilisation d'un traceur très faiblement radioactif, le 18FDG. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps visualisable par ordinateur. L'examen est réalisé par un médecin nucléaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elle est utilisée pour détecter des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer en particulier en recherchant d'éventuelles métastases invisibles sur les images obtenues par les autres techniques d'imagerie pour vérifier s'il n'y a pas de récidive après les traitements.</li> </ul>

## LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE (SUITE)

EXAMENS	OBJECTIFS
<p><b>IRM (IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE) CÉRÉBRALE (OPTIONNEL POUR LES STADES IIC DE MAUVAIS PRONOSTIC; STADES III ET IV)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen indolore qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images lues sur un ordinateur. À la différence du scanner, un seul organe est visualisé à la fois. L'IRM dans le mélanome nécessite l'injection d'un produit de contraste dans les veines, le gadolinium.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elle est utilisée pour rechercher une propagation du mélanome dans le cerveau ou en complément du scanner pour le foie par exemple, ou dans les os.</li></ul>
<p><b>ÉVALUATION GÉRIATRIQUE (SYSTÉMATIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensemble de tests visant à repérer la fragilité du patient. Si ces tests repèrent une ou des fragilités, alors il est indiqué de voir un gériatre avant le traitement.</li><li>• L'évaluation gériatrique reposera sur :<ul style="list-style-type: none"><li>- l'autonomie motrice ;</li><li>- les maladies chroniques ;</li><li>- le nombre de médicaments pris au long cours, leurs indications et les risques d'interactions ;</li><li>- l'évaluation nutritionnelle ;</li><li>- l'état des fonctions cognitives ;</li><li>- l'état psychologique :</li><li>- l'environnement social.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cette évaluation en cancérologie permet d'adapter les traitements anticancéreux, de prendre en compte les spécificités des personnes âgées et de proposer, en cas de besoin, un plan personnalisé de soins adapté aux éventuelles fragilités du patient.</li></ul>

## MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie rigoureuse basée sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

### Sources de référence

- Mélanomes cutanés - Du diagnostic au suivi, collection « Outils pour la pratique des médecins généralistes », Institut national du cancer, septembre 2024, disponible sur le site **cancer.fr**
- Informer, prévenir et gérer les effets indésirables, vemurafenib +/- cobimetinib, collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, février 2017, disponible sur le site de l'Institut national du cancer : **cancer.fr**
- Informer, prévenir et gérer les effets indésirables, dabrafenib +/- trametinib, Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, février 2017, disponible sur le site **cancer.fr**

### Participants

Le groupe de travail a notamment été constitué avec la contribution de la Société française de dermatologie (SFD) et de la Ligue contre le cancer.

#### Ont participé au groupe de travail

- **Pascale BENAKSAS**, représentante de patients, France Asso cancer et peau
- **Dr Charlotte BÉRARD**, pharmacien, CHU de la Timone Marseille

- **Dr Monica DINULESCU**, dermatologue, CHU Rennes
- **Dr Cécile FARGES**, radiologue, Paris
- **Dr Dimitri GANGLOFF**, chirurgien plasticien, Oncopole Claudius Régaud, Institut universitaire du cancer de Toulouse
- **Dr Raphaël JANELA-LAPERT**, Praticien Hospitalier, Clinique dermatologique, CHU de Rouen
- **Stéphanie LELIÈVRE**, représentante de patients, France Asso cancer et peau
- **Dr Laura LOPEZ**, radiothérapeute, Institut du cancer de Montpellier
- **Pr Ève MAUBEC**, dermatologue, Hôpital Avicenne et Université Paris 13, Bobigny
- **Dr Laurence OLLIVAUD**, dermatologue, Hôpital privé Paul d'Égine, Champigny-sur-Marne
- **Mme Éléonore PIOT-DE-VILLARS**, représentante de patients, Ligue contre le cancer et présidente de LYMPHOSPORT, Paris
- **Dr Marie TERROIR-CASSOU-MOUNAT**, médecin nucléaire IUCT-Oncopole, Toulouse
- **Dr Damien TOMASSO**, médecin généraliste, Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris

## Institut national du cancer

### Rédaction et coordination

- **Élodie POTIER**, cheffe de projets, département des Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Marianne DUPERRAY**, directrice, direction des Recommandations et du médicament

### Conformité aux recommandations

- **Dr Marie de MONTBEL**, responsable de projets, département des Bonnes pratiques, direction des Recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

## UNE COLLECTION À VOTRE DISPOSITION POUR VOUS INFORMER

### Les fiches

- **Emprunter après un cancer** (2025)
- **Cancers : votre alimentation pendant les traitements** (2025)
- **Cancers et soins de support** (2025)
- **Prendre soin de soi et de son image pendant et après un cancer : cheveux, ongles et peau** (2024)
- **Cancer : maintien et retour à l'emploi** (2024)
- **Préservation de la fertilité et cancers** (2023)
- **Préservation de la santé sexuelle et cancers** (2023)
- **La résection transurétrrale de vessie ou RTUV** (2023)
- **La biopsie de la prostate** (2023)
- **La biopsie percutanée du sein** (2023)
- **La biopsie chirurgicale du sein** (2023)
- **L'endoscopie bronchique ou bronchoscopie souple** (2023)
- **L'endoscopie des voies aériennes et digestives supérieures** (2023)
- **La gastroscopie ou endoscopie digestive haute** (2023)
- **Le lymphœdème après traitement d'un cancer** (2023)
- **La coloscopie ou endoscopie digestive basse** (2023)
- **Le cathéter central à insertion périphérique ou PICC** (2021)
- **La chambre à cathéter implantable** (2021)
- **La tomographie par émission de positions - tomodensitométrie (TEP-TDM)** (2020)
- **La consultation d'oncogénétique** (2020)
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)** (2020)
- **La stomie digestive** (2020)
- **Le scanner ou tomodensitométrie (TDM)** (2020)
- **La scintigraphie osseuse** (2020)
- **Les soins palliatifs en fin de vie** (2020)

## **Les guides**

### **Mieux comprendre la maladie et les traitements**

- **Les traitements des cancers de la thyroïde** (2024)
- **La leucémie lymphoïde chronique** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2023)
- **Les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus** (2022)
- **J'ai un cancer, comprendre et être aidé** (2020)
- **Les traitements des cancers du rectum** (2020)
- **Les traitements des cancers de l'ovaire** (2020)
- **Les traitements des cancers du côlon** (2020)
- **Les traitements des cancers du pancréas** (2020)
- **Comprendre le lymphome non hodgkinien** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2019)
- **Les traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures** (2018)
- **Les traitements des cancers du poumon** (2017)
- **Les traitements des cancers de la prostate** (2016)
- **Comprendre le myélome multiple** (2015)
- **Les traitements des cancers de l'œsophage** (2015)
- **Participer à un essai clinique en cancérologie** (2015)
- **Comprendre le lymphome hodgkinien** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2015)
- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ?** (2015)
- **Les traitements des cancers de l'estomac** (2014)
- **Les traitements des cancers du testicule** (2014)
- **Les traitements des cancers de la vessie** (2014)
- **Les traitements des cancers du sein** (2013)
- **Les traitements du cancer de l'endomètre** (2013)
- **Les traitements du cancer du rein** (2013)
- **La polypose adénomateuse familiale** (2011)
- **Les traitements du cancer du foie** (2011)
- **Comprendre la chimiothérapie** (2011)
- **Les tumeurs du cerveau** (2010)
- **Comprendre la radiothérapie** (2009)

### **La vie avec un cancer**

- **Démarches sociales et cancer (2025)**
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2024)**
- **Fatigue et cancer (2023)**
- **Vivre pendant et après un cancer (2023)**
- **Douleur et cancer (2007)**

### **Les cancers chez l'enfant**

**La participation de mon enfant à une recherche clinique sur le cancer** (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent [SFCE] et l'Espace éthique — Région Île-de-France) (2016)

**Mon enfant a un cancer : comprendre et être aidé** (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent [SFCE]) (2014)

### À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT



**cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



## **LA PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE**

Nous avons besoin de certaines de vos données pour accélérer la lutte contre les cancers.

Pour cela, l’Institut national du cancer développe une plateforme de données en cancérologie.

## **POUR QUELS BÉNÉFICES L’INSTITUT RÉUTILISE-T-IL VOS DONNÉES ?**

Vos données sont réutilisées pour mener des études dans le domaine de la santé – et plus particulièrement pour faire avancer la recherche contre le cancer : améliorer le dépistage, les traitements, le parcours de soins, la qualité de vie et la survie. La plateforme répond ainsi à un motif d’intérêt public essentiel.

## **QUELLES SONT LES CATÉGORIES DE DONNÉES RÉUTILISÉES PAR L’INSTITUT ?**

État civil (sex, mois, année de naissance), habitudes de vie (tabac, alimentation), situation professionnelle, données de santé (type de cancer, parcours de soins, traitements, antécédents) et des données d’ordre économique et social (remboursements, indemnités).

**Aucune donnée nominative telle que votre nom ou votre prénom n'est accessible aux personnes qui mènent les études sur les données de la plateforme.**

## **QUI A ACCÈS À VOS DONNÉES SUR LA PLATEFORME DE L’INSTITUT ?**

Seules les personnes habilitées par l’Institut peuvent accéder aux données vous concernant. Ces personnes signent en plus un engagement de confidentialité et sont soumises à l’obligation de secret professionnel prévue par le Code pénal. Chaque réutilisation de données nécessite l’accord préalable du comité scientifique et éthique de la plateforme qui est totalement

indépendant, et si nécessaire celui du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

## **COMMENT VOS DONNÉES SONT-ELLES COLLECTÉES ET CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?**

Seules des données déjà collectées par les professionnels de santé et l'assurance maladie lors de votre prise en charge ou les données issues d'études en cancérologie menées antérieurement par l'Institut, seul ou avec ses partenaires, pourront être réutilisées. L'Institut conserve vos données chez un hébergeur de données de santé, sécurisé et certifié, pour une durée de 20 ans afin de permettre une observation sur le long terme nécessaire aux travaux de recherche en matière de prévention, rémission, récidives, séquelles et conséquences sur la qualité de vie. La plateforme répond à toutes les exigences du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés et a été autorisée par la CNIL. Vos données ne seront jamais transférées hors de l'Union européenne et ne feront l'objet d'aucune transaction commerciale.

## **QUELS SONT VOS DROITS SUR VOS DONNÉES CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?**

À tout moment vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement et de limitation. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL et définir des directives anticipées relatives à vos données, dans les conditions prévues par le RGPD et la loi informatique et libertés. **Le fait d'exercer vos droits n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge et votre traitement.**



Pour consulter les projets réutilisant des données,  
pour plus d'informations et exercer vos droits :

**<http://lesdonnees.e-cancer.fr>**

Délégué à la protection des données : **dpo@institutcancer.fr**



Imprimé sur papier  
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)  
Tous droits réservés – Siren 185512777  
Conception : Ici Barbès  
Réalisation : INCa  
Illustrations : Pierre Bourcier et Agence WAT  
Impression : CIA GRAPHIC  
ISBN : 978-2-38559-100-1  
ISBN net : 978-2-38559-161-8

DÉPÔT LÉGAL JANVIER 2026

**0 805 123 124** ► Service & appel  
gratuits

### **Les traitements des mélanome de la peau**

Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets indésirables ?

Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, validées par des spécialistes des mélanomes de la peau.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

D'autres guides et fiches d'information existent et sont à votre disposition au sein de la collection Guides Patients. Conçus par l'Institut national du cancer et validés par des spécialistes, ces documents garantissent des informations médicales de référence.

Pour vous informer sur la prévention,  
les dépistages et les traitements des cancers,  
consultez **cancer.fr**

