

Facteurs de risques du mélanome:

- Expositions solaires intermittentes et intenses <25ans, sexe féminin
- Génétiques : ATCD perso/familiaux de mélanome, Xeroderma Pigmentosum, CDKN2A/p16 avec K pancréas
- Cutanés: naevus congénitaux géants/multiples/sd des naevus atypiques, phototype clair roux/blond, éphélides
- Immunodépression, PUVA-thérapie, UVB, UV cabine

Mauvais pronostic si:

- Principal= **Indice de Breslow +++** (=épaisseur max du mélanome) élevé : 0 = in situ; I = 0.1-1mm; II = 1-2mm; III = 2-4mm; IV = > 4mm
- **Nombre de mitoses / mm2 ++ élevé**
- **Ulcération +++**
- Stades III/IV AJCC
- **Taux de LDH** en cas de métastases
- Siège: tronc, tête
- Sexe masculin, > 40 ans,

Evolution : rémission , récurrence (sous cutanée, cutanée, ggl, méta), 2^e mélanome

Bilan Clinique : Patient nu avec dermoscope . Au besoin photos numériques datées comparatives. **Sur peau saine (de novo++)**, ou naevus pré-existant, rare avant la puberté

- Recherche « vilain petit canard » parmi nevi atypiques
- Critères ABCDE. **Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur hétérogène, Diamètre ≥ 6mm, Evolution récente (ABCDE)**
- + prurit ou saignement au contact = signes tardifs.

-Mélanomes avec phase d'extension horizontale

- ***Mélanome superficiel extensif (SSM) +++ 70%**
Lésion pigmentée à extension superficielle lente intra épidermique puis invasion intradermique.
- ***Mélanome de Dubreuilh 10%** : visage, >50ans, longtemps superficiel
- ***Mélanome acro-lentigineux** : palmo-plantaire, doigts, ongles (pas de lien direct avec expo UV)
- ***Mélanome muqueuses buccales et génitales rare**

-Mélanomes sans phase d'extension horizontale

- ***Mélanome nodulaire (NM) 20%** : nodule noir, infiltré, saignant, d'emblée invasif

Extension : autres mélanomes/naevus atypiques + ADP, méta en transit, foie, poumons, examen neuro

Stades AJCC: I-II: localisés III: méta locorégionales cutanées ou ggl IV: méta viscérale à distance

⇒ **Stades I et II: aucun examen complémentaire systématique** si pas de point appel clinique

	CARCINOME BASO-CELLULAIRE : 80%	CARCINOME SPINO-CELLULAIRE (ÉPIDERMOÏDE) : 20%
FDR	Expositions solaires prolongées et chroniques au cours de la vie (UVB)	
	<ul style="list-style-type: none"> > 50 ans génétiques (XP, albinisme), phototype claire, chimiques (hydrocarbures aromatiques, goudrons de houille), radiothérapie... immunodépression 	<ul style="list-style-type: none"> phototype clair, chimiques (hydrocarbures aromatiques, goudrons de houille), tabac, radiations ionisantes, PUVA thérapie, ATCD maladie inflam chronique, cicatrice, ulcère chronique, HPV pour muqueuses, ou peau chez patients greffés
Siège	Peau saine, zones photoexposées (face, cou, décolleté), cutanée pur	Sur lésions pré-cancéreuses: Maladie de Bowen, kératose sénile actinique, leucoplasie à traiter par
Types	Relief ! Avec perle épithéliomateuse (perlée, translucide, télangiectasique) ± ulcérée nodulaire / superficiel / sclérodermiforme (sans relief)	Tumeur ulcéro-végétante, bourgeonnante et infiltrante
Evolution	Locale cutanée et lente, pas de métastase	Infiltrante et destructrice cutanée et muqueuse , risque de métastases
FDR de récurrence	Lésion > 2cm, péri-orificielle, infiltration profonde, histo indifférenciée, signes neuro, immunodépression, lésions secondaires, récurrence=> éducation à l'auto-dépistage+++	
Histologies	Biopsie/exérèse obligatoire + examen anapath	
	Cellules basaloïdes, en palissade	Cellules épidermiques, globes cornés
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Exérèse chirurgicale complète + anapath ± curage si spinocellulaire -Si chirurgie impossible ou incomplète : Radiothérapie ou électrocoagulation. Ttt ciblé par vismodegib pour CBC -Prévention -Lésions précancéreuses: -cryothérapie, chimiothérapie locale par 5FU 	

MÉLANOME

Traitement:

- **Dès la suspicion : ANAPATH sur EXERESE TOTALE. EVITER BIOPSIE PARTIELLE !!!**
- Reprise chirurgicale avec marges proportionnelles au Breslow (jusqu'au fascia en profondeur) :In situ => marges 0.5cm / 0-1mm => 1cm / 2 et plus => 2cm +/- ganglion sentinelle
- Discuter traitement adjuvant par immunothérapie si N+ ou ou inhibiteur BRAF+ MEK si muté BRAF
- M+: Chirurgie; Radiothérapie; immunothérapie: Ac anti-CTLA4 (ipilimumab), Ac anti-PD1 (nivolumab)/PD-L1/ inhibiteur RAF si mutation B-RAF V600E ou inhibiteurs de MEK

Surveillance à vie:

- stade I : ex. clinique tous les 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans à vie
- Stade II -III: ex. clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les ans à vie +/- échographie zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans
- Prévention** essentielle :
I.: effets du soleil, ☹ exposition solaire, photoprotection
II.: dépistage précoce, familial, annuel
III.: dépistage 2^e localisation ou récurrence