

# Les traitements du mélanome de la peau

COLLECTION  
GUIDES DE RÉFÉRENCE

LE MÉLANOME

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LA CHIRURGIE

L'IMMUNOTHÉRAPIE

LA CHIMIOTHÉRAPIE

LA RADIOTHÉRAPIE

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE



L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en octobre 2010 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



**CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.**

## Mesure 19

**Action 19.5** : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements du mélanome de la peau*, collection Guides de référence Cancer info, INCa, octobre 2010.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : [diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)



Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. La survenue de cette maladie s'accompagne sans doute de nombreuses questions. En essayant d'y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne : mise en ALD (affection longue durée), activité professionnelle, aides à domicile, soutien psychologique, rôle des proches...

Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (\*) dans le texte.

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

Ce guide explique la prise en charge des mélanomes de la peau. Il n'aborde pas les mélanomes de l'œil, ni ceux des muqueuses de la bouche, du nez, des sinus, du rectum ou des organes génitaux.

Les informations proposées ici ne peuvent pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et du médecin qui vous suit. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées, mais n'ont pas valeur d'avis médical. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés : n'hésitez pas à leur poser des questions.

Pour obtenir des informations sur le suivi après les traitements d'un mélanome, rendez-vous sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)



# Points clés

- Un mélanome est une tumeur maligne qui se développe à partir de cellules de la peau appelées mélanocytes.
- Il représente une minorité des cancers de la peau, mais c'est le plus grave d'entre eux. Lorsqu'il est détecté tôt, au tout début de son développement, il peut être guéri.
- Dans 80 % des cas, le mélanome se manifeste par l'apparition d'une tache pigmentée sur la peau saine qui ressemble à un grain de beauté et dans 20 % des cas, par la modification de couleur et de forme d'un grain de beauté préexistant.
- On distingue quatre principaux types de mélanome de la peau :
  - le mélanome superficiel extensif ;
  - le mélanome nodulaire ;
  - le mélanome de Dubreuilh ;
  - le mélanome acrolentigineux.
- Chaque mélanome est unique et se caractérise en fonction :
  - de son épaisseur ;
  - de la présence ou non d'une ulcération (plaie) à sa surface ;
  - de son étendue éventuelle aux ganglions les plus proches ou sous forme de métastases dans d'autres organes.
- Le choix des traitements est personnalisé et adapté à votre situation. Plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour discuter des meilleures solutions de traitements possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonnes pratiques.
- L'équipe qui vous prend en charge rassemble selon vos besoins des professionnels de différentes spécialités : dermatologue, oncologue médical, chirurgien, pathologiste, psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, aide soignant, assistant social... Ils travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements ou en ville et en lien avec votre médecin traitant.

- Le traitement du mélanome est essentiellement chirurgical : une seconde opération vient compléter l'exérèse de la tumeur qui a permis d'établir le diagnostic de mélanome. Elle consiste à enlever largement la peau autour de la tumeur (1 à 2 centimètres) pour être sûr de ne laisser aucune cellule cancéreuse et réduire ainsi le risque de récurrence locale. On parle d'exérèse élargie. Parfois, les ganglions proches de la tumeur sont également retirés.
- L'opération dure en moyenne moins d'une heure. Elle est habituellement réalisée sous anesthésie locale et s'effectue de ce fait le plus souvent en ambulatoire, c'est-à-dire en une seule journée d'hospitalisation. Si des ganglions doivent être retirés, une anesthésie générale est alors souvent proposée et l'hospitalisation peut être plus longue.
- Après l'intervention, les tissus retirés font l'objet d'un examen anatomopathologique. Cette analyse, réalisée au microscope, permet d'évaluer l'étendue de la maladie et de décider si la chirurgie doit être complétée ou non par une immunothérapie. Ce traitement vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. Plus rarement, une chimiothérapie ou une radiothérapie peuvent également être utilisées.
- Tous les traitements peuvent provoquer des effets secondaires. Ils vous sont expliqués par le médecin qui vous suit et qui s'assure de leur prise en charge.
- La prise en charge du cancer est globale et comprend tous les soins et soutiens dont vous pourriez avoir besoin dès le diagnostic et après la fin des traitements : soutien psychologique pour vous et vos proches, aides sociales, prise en charge de la douleur...
- À tout moment de votre parcours de soins, il peut vous être proposé de participer à un essai clinique.



## Sommaire

---

<b>1.</b>	Un mélanome de la peau, qu'est-ce que c'est ?	9
<b>2.</b>	Les traitements du mélanome de la peau	15
2.1	Le choix de vos traitements en pratique	15
2.2	Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	17
2.3	Participer à un essai clinique	21
2.4	La prise en charge de la qualité de vie	22
<b>3.</b>	La chirurgie	25
3.1	Comment se préparer à l'intervention ?	25
3.2	L'exérèse élargie	26
3.3	L'exérèse du ganglion sentinelle	29
3.4	Le curage ganglionnaire total	31
3.5	Que se passe-t-il après l'intervention ?	32
3.6	Quels sont les effets secondaires possibles ?	33
<b>4.</b>	L'immunothérapie	37
4.1	Dans quels cas une immunothérapie est-elle indiquée ?	37
4.2	Comment se déroule le traitement en pratique ?	38
4.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	38
<b>5.</b>	La chimiothérapie	41
5.1	Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?	41
5.2	Quels sont les médicaments de chimiothérapie utilisés ?	41
5.3	Comment se déroule le traitement en pratique ?	42
5.4	Quels sont les effets secondaires possibles ?	43

---

<b>6.</b>	La radiothérapie	47
6.1	Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?	47
6.2	Comment se déroule la radiothérapie en pratique ?	47
6.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	49
<b>7.</b>	Les professionnels et leur rôle	51
<b>8.</b>	Questions de vie quotidienne	55
8.1	Qu'est-ce que l'ALD ?	55
8.2	La vie professionnelle pendant les traitements	56
8.3	Les aides à domicile	56
8.4	Bénéficier d'un soutien psychologique	57
8.5	Les proches	58
<b>9.</b>	Ressources utiles	59
9.1	La plateforme Cancer info	59
9.2	Les associations	60
<b>10.</b>	Glossaire	61
	Annexe : Les examens du bilan diagnostique	70
	Méthode et références	74





# 1. Un mélanome de la peau, qu'est-ce que c'est ?

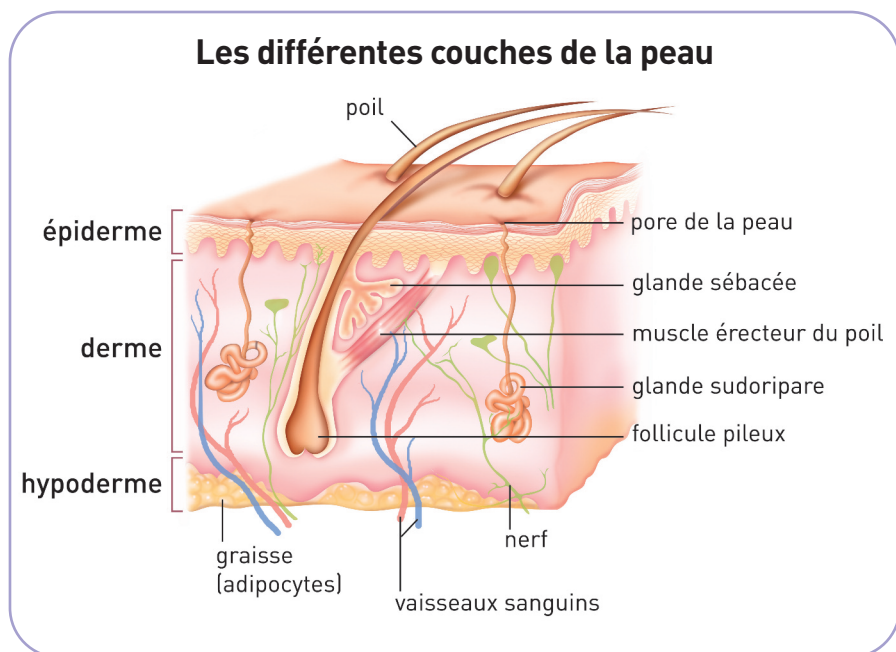
---

Un mélanome de la peau est une maladie des cellules de la peau appelées mélanocytes. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique.

## La peau est essentielle à la vie. Elle a quatre fonctions principales.

- La peau constitue une barrière qui protège l'organisme des agressions extérieures : soleil, bactéries et virus, effets nocifs des produits chimiques... 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 détecte des informations extérieures (froid, chaleur, douleur ou pression) grâce à des récepteurs nerveux.
- La peau régule la température corporelle par la transpiration, mais également par la circulation sanguine présente à la surface de la peau.
- Le corps fabrique de la vitamine D dès que notre peau est exposée au soleil. La vitamine D a pour fonction essentielle d'augmenter la capacité d'absorption du calcium et du phosphore par l'intestin.

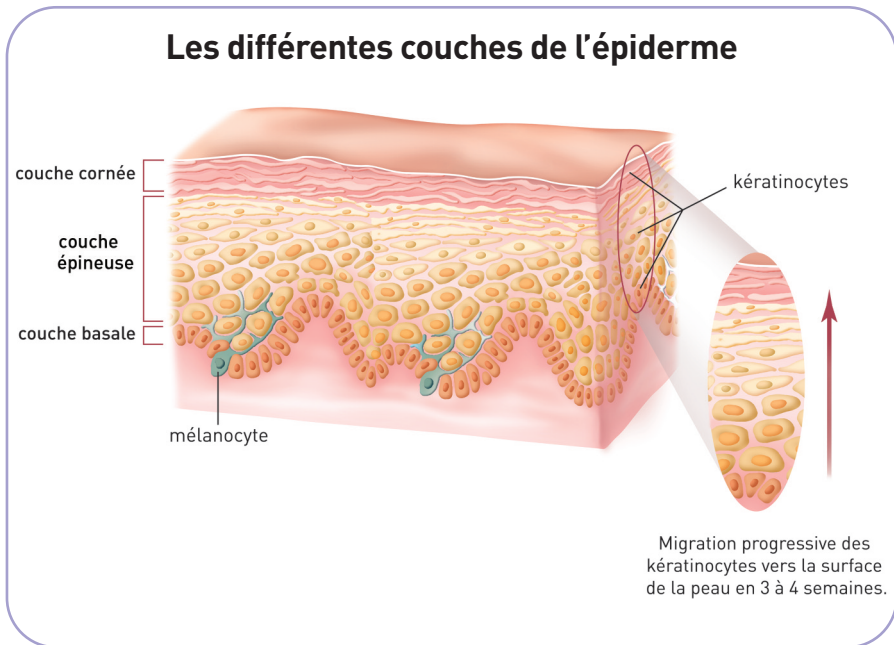
La peau est constituée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme



- L'épiderme est l'enveloppe externe de la peau. Il protège le corps des agressions extérieures comme les ultraviolets (UV). Dépourvu de vaisseaux sanguins\*, l'épiderme doit compter sur le derme pour se nourrir.
- Le derme se situe sous l'épiderme. C'est le principal tissu\* de soutien de la peau : il est responsable de sa solidité.
- L'hypoderme est situé sous le derme. Il est constitué de cellules graisseuses. Cette couche de graisse stocke l'énergie, assure l'isolation pour conserver la chaleur du corps et protège les organes recouverts.

## Les mélanocytes, des cellules de l'épiderme

L'épiderme est composé de trois étages : les couches cornée, épineuse et basale. Il est par ailleurs constitué de deux principaux types de cellules : les kératinocytes et les mélanocytes.



Les mélanocytes sont responsables de la production de mélanine, un pigment qui donne sa couleur à la peau. Ils se situent au niveau de la couche basale. 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. Un mélanome de la peau se développe à partir des mélanocytes.

## Le développement d'un mélanome

Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles sont d'abord peu nombreuses et limitées à la surface de la peau. La plupart des mélanomes se développent d'abord horizontalement dans l'épiderme. Tant que la tumeur\* se situe au sein de l'épiderme, on parle de mélanome *in situ*.

Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur progresse en profondeur à travers le derme et l'hypoderme. Dès lors que la tumeur franchit la couche basale et atteint le derme, on dit que le cancer est invasif.

Envahissement de l'épiderme sans franchissement de la couche basale = Mélanome *in situ*

Franchissement de la couche basale = Mélanome invasif

Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques\* pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions\* lymphatiques proches de la tumeur ;
- les poumons, le foie, la peau ou le cerveau. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases\*.

Au moment du diagnostic\*, les médecins étudient l'étendue du cancer afin de proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

On distingue quatre principaux types de mélanome de la peau :

- le mélanome superficiel extensif est le plus fréquent (70 à 80 %), il est lié à des coups de soleil importants dans le passé ;
- le mélanome de Dubreuilh (5 à 10 %) se manifeste le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Il est lié à des expositions répétées aux rayons ultraviolets ;
- 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 ;
- le mélanome acrolentigineux (ou mélanome des extrémités) siège sur la paume des mains, la plante des pieds ou sous les ongles. Il se manifeste le plus souvent chez les personnes qui ont la peau foncée (phototypes V-VI).

## QUELQUES CHIFFRES

Le mélanome de la peau touche plus de 8 000 nouvelles personnes chaque année, un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %). Le nombre de nouveaux cas annuel augmente de 10 % par an depuis 50 ans. C'est le cancer dont le nombre de nouveaux cas par an augmente le plus. L'âge moyen auquel il est diagnostiqué est de 56 ans. La plupart du temps (80 %), les mélanomes de la peau se développent à partir d'une peau saine et apparaissent sous la forme d'une tache pigmentée qui ressemble à un grain de beauté. Dans 20 % des cas, ils se développent à partir d'un grain de beauté préexistant.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

***Quelles sont les caractéristiques de mon mélanome ?***

***Connaît-on son étendue ?***

***Quel est son caractère de gravité ?***

***Quelles sont les solutions de traitement ?***



## 2. Les traitements du mélanome de la peau

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE  
 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER  
 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE  
 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

---

Deux principaux types de traitements sont utilisés pour traiter les mélanomes de la peau : la chirurgie et l'immunothérapie. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent être proposées dans des situations particulières.

Selon les cas, les traitements ont pour objectifs :

- de supprimer la tumeur\* ou les métastases\* ;
- de réduire le risque de récidive\* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes engendrés par la maladie.

### 2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

---

#### Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : son type histologique c'est-à-dire le type de cellules impliquées, son stade, c'est-à-dire son degré d'extension et son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 70). Votre âge, vos antécédents\* médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos préférences sont également pris en compte dans le choix de vos traitements.

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

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : dermatologue, chirurgien,

oncologue médical, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 51).

Compte tenu de votre situation particulière et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations\*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique\*.

### **Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous**

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires\* possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge 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 une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. 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'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.



À chaque étape, vous pouvez être accompagné par un proche ou la personne de confiance que vous avez désignée. La personne de confiance est la personne choisie par le patient à son entrée à l'hôpital pour être consultée si celui-ci se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. Ce peut être une personne appartenant ou non à la famille.

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

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Pour évaluer cette étendue du cancer, les médecins prennent en compte trois critères.

### Les caractéristiques de la tumeur primitive\* : épaisseur et ulcération

Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles sont d'abord localisées à l'enveloppe externe de la peau (l'épiderme). Puis, petit à petit, elles atteignent les couches plus profondes (le derme et l'hypoderme). L'épaisseur de la tumeur donne donc une indication du degré d'extension de la maladie au moment du diagnostic. On utilise l'indice de Breslow qui mesure l'épaisseur comprise entre les cellules superficielles de l'épiderme et la cellule cancéreuse la plus profonde.

L'ulcération en surface du mélanome est également un important facteur de pronostic\*. Cette destruction de l'épiderme est visible au microscope ou parfois, à l'œil nu, lorsque le mélanome saigne par exemple.

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

Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper du mélanome primitif et se disséminer ailleurs. Les ganglions lymphatiques, situés à proximité de l'endroit où le mélanome est apparu, peuvent alors être touchés. Les cellules cancéreuses qui circulent entre le mélanome primitif et les ganglions lymphatiques les plus proches peuvent former de nouvelles tumeurs cutanées ou sous cutanées appelées métastases en transit.

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

Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes que les ganglions lymphatiques et y développer des métastases à distance. Les organes les plus souvent touchés par des métastases lors d'un mélanome sont le poumon, la peau, le foie et le cerveau.

Ces trois critères permettent de déterminer ce qu'on appelle le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension. Il existe quatre stades différents, numérotés de I à IV :

- le stade I désigne les mélanomes localisés de faible épaisseur ou non ulcérés. Les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints. Il n'y a ni métastase en transit, ni métastase à distance ;
- le stade II désigne les mélanomes localisés de plus grande épaisseur ou avec ulcération. Les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints. Il n'y a ni métastase en transit, ni métastase à distance ;
- le stade III désigne les mélanomes qui, quelle que soit leur épaisseur, présentent un envahissement locorégional c'est-à-dire dans la région qui se situe autour du mélanome : atteinte des ganglions lymphatiques ou présence de métastases en transit ;
- le stade IV désigne les mélanomes qui, quelles que soient leur épaisseur et l'atteinte ganglionnaire, 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.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitements
Mélanome localisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Chirurgie</b> : le mélanome est enlevé.</li> <li>■ <b>Immunothérapie</b> adjuvante (c'est-à-dire en complément de la chirurgie) par interféron alpha : elle peut être proposée en option pour les mélanomes dont l'épaisseur est supérieure à 1,5 millimètre. Elle vise à réduire le risque de récurrence.</li> </ul>
Mélanome avec envahissement locorégional (atteinte des ganglions lymphatiques ou présence de métastases en transit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Chirurgie</b> : le mélanome est retiré, tout comme les ganglions à proximité.</li> <li>■ <b>Immunothérapie</b> adjuvante (c'est-à-dire en complément de la chirurgie) par interféron alpha : elle peut être proposée en option. Elle vise à réduire le risque de récurrence.</li> <li>■ <b>Radiothérapie externe</b> : elle peut être utilisée comme traitement adjuvant après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.</li> <li>■ <b>Chimiothérapie</b> : elle peut être proposée pour le traitement des mélanomes que l'on ne peut pas retirer par chirurgie.</li> </ul>
Mélanome avec métastases à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Chirurgie</b> : l'exérèse chirurgicale des métastases est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire.</li> <li>■ <b>Radiothérapie externe</b> : c'est le traitement de référence des métastases osseuses. Elle est éventuellement associée à la chimiothérapie ou à la chirurgie. Elle est dite palliative, c'est-à-dire qu'elle vise à freiner la progression de la maladie, et donc à atténuer les effets de cette progression dont la douleur. Une radiothérapie peut également être utilisée seule ou après exérèse des métastases cérébrales.</li> <li>■ <b>Chimiothérapie</b> : elle peut être proposée pour maîtriser le développement de la maladie et soulager les symptômes d'une maladie avancée (chimiothérapie palliative).</li> <li>■ <b>Immunothérapie</b> : elle peut être proposée après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.</li> </ul>

D'autres traitements peuvent être proposés dans des situations particulières discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire.

### La destruction des métastases par radiofréquence

La radiofréquence est une technique de chirurgie qui détruit les cellules cancéreuses par une chaleur intense produite par des ondes. Sous l'action de la chaleur, les tissus s'échauffent et se détruisent. Cette technique est réalisée sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation d'environ trois jours. L'instrument utilisé se présente comme une aiguille constituée de deux parties. L'une permet de guider l'outil à travers la peau jusqu'à la zone à traiter, l'autre est une électrode qui envoie les ondes sur la tumeur.

### La cryochirurgie des métastases hépatiques

La cryochirurgie est un traitement local qui détruit les cellules cancéreuses par un froid intense. Guidé par une échographie, le médecin insère des aiguilles dans la zone à traiter au travers de la peau afin de congeler la tumeur entre moins 40° à moins 60°C. Sous l'action du froid, les cellules cancéreuses se rompent et meurent. On parle aussi de cryothérapie.

### La chimiothérapie sur membre isolé

Ce type de chimiothérapie vise à traiter dans son ensemble un membre (supérieur ou inférieur) atteint. La circulation sanguine du membre est dérivée de manière à l'isoler du reste du corps. De fortes doses de chimiothérapie sont ensuite administrées dans la circulation isolée. Cette méthode est réalisée dans des conditions d'hyperthermie, ce qui veut dire que la température du sang que l'on fait circuler dans le membre est élevée : entre 38° et 40°C. Cela permet une circulation optimale dans la tumeur et ainsi une bonne pénétration des médicaments.

### La radiochirurgie stéréotaxique ou techniques équivalentes en cas de petites lésions cérébrales

La radiochirurgie stéréotaxique est une technique récente de radiothérapie. Elle consiste à administrer un faisceau de rayons\* qui se concentrent sur la tumeur pour la détruire. Cette technique est particulièrement utile pour traiter des tumeurs profondes pour lesquelles il serait trop dangereux de réaliser une intervention chirurgicale.

Contrairement aux radiothérapies classiques, la radiochirurgie nécessite très peu de séances ; parfois une seule suffit.

Des essais cliniques testant de nouveaux médicaments plus ciblés sont proposés dans les centres spécialisés.

Pour en savoir plus sur ces techniques, n'hésitez pas à poser des questions à l'équipe médicale.

## 2.3 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 des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont sans cesse réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

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

- à évaluer l'interaction de certains gènes\* dans le développement d'un mélanome de la peau ;
- à tester de nouveaux traitements anticancéreux (médicaments d'immunothérapie ou thérapie ciblée\*) ;
- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- à évaluer l'efficacité des médicaments de chimiothérapie utilisés pour les mélanomes métastatiques.

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 vous-même, de quitter un essai clinique et de bénéficier du traitement de référence.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur les mélanomes de la peau, consultez le registre des essais cliniques sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

## 2.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

---

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du mélanome de la peau, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, assistant social, psychologue, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, diététicien, etc.). Voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 51.

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. 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 plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

## QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

**H**oméopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue ou l'anxiété.

Si ces médecines peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Certaines peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est important d'en parler avec lui.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

***Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?***

***Pourquoi ?***

***Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?***

***Quels en sont les effets secondaires ?***

***Où et quand se déroulent les traitements ?***

***Avec quels médecins/équipes médicales ?***

***Quelle est leur durée ?***

***Comment suis-je suivi(e) pendant les traitements ?***





## 3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

L'EXÉRÈSE ÉLARGIE

L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

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

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Une première chirurgie, appelée exérèse\* diagnostique, a permis de confirmer le diagnostic de mélanome (pour en savoir plus sur le diagnostic, vous pouvez consulter le dossier « Les mélanomes de la peau » sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)). À la suite de cette première exérèse, une seconde intervention chirurgicale est programmée afin de la compléter. On parle cette fois d'exérèse élargie à but thérapeutique ou encore de reprise d'exérèse.

### 3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

#### La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien 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 chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur fasse l'objet d'une analyse génétique. L'objectif est de déterminer si vos cellules sont sensibles à des traitements dits ciblés 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.

#### 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.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants\* et aspirine, ainsi que votre consommation de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

### 3.2 L'EXÉRÈSE ÉLARGIE

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. On appelle aussi cette zone marge de peau saine ou marge de sécurité.

La taille de cette marge dépend de l'épaisseur du mélanome qui a été mesurée au microscope lors de l'examen anatomopathologique\*. Les marges d'exérèse recommandées sont les suivantes :

- mélanome *in situ* : 0,5 centimètre ;
- mélanome de 1 millimètre ou moins : 1 centimètre ;
- mélanome de 1 à 2 millimètres : 1 à 2 centimètres ;
- mélanome de 2 à 4 millimètres : 2 centimètres ;
- mélanome de plus de 4 millimètres : 2 à 3 centimètres.

Pour les mélanomes de Dubreuilh non invasifs, une marge de 1 centimètre est recommandée.

#### Le déroulement d'une exérèse élargie

La durée de l'exérèse élargie dépend de l'endroit où est située la tumeur. Elle dure en moyenne moins d'une heure.

Elle est habituellement réalisée sous anesthésie locale et s'effectue de ce fait le plus souvent en ambulatoire, c'est-à-dire en une seule journée d'hospitalisation. On parle aussi d'hospitalisation de jour : vous rentrez chez vous le jour même après l'intervention.

La plupart des patients s'attendent à ce qu'on leur enlève simplement la tumeur visible (grain de beauté ou anomalie de la peau). Ils ne sont pas toujours informés de la quantité totale de peau que le médecin est

amené à retirer à l'issue de cette deuxième exérèse. Certains patients ont fait part du choc ressenti par l'absence d'information sur ce point. Être prévenu sur l'étendue de la chirurgie permet de s'y préparer.

Si une exérèse du ganglion\* sentinelle (voir le paragraphe « L'exérèse du ganglion sentinelle » page 29) est prévue dans le même temps que l'exérèse élargie, une anesthésie générale est recommandée. Une courte hospitalisation est alors nécessaire. Ce peut également être le cas selon l'endroit et la quantité de peau à enlever, ou lorsque la personne est âgée ou atteinte d'une autre maladie associée, ce qui lui permettra d'être surveillée après l'opération.

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

### 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.

#### 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 retirer par un soignant cinq à quinze jours après la suture à l'aide d'une pince.

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.

Parfois la cicatrice est boursoufflée, rouge, douloureuse et elle démange. On parle de cicatrice hypertrophique, ou chéloïde selon les cas. Ce type de cicatrice se manifeste surtout sur les oreilles, sur le thorax\*, sur les épaules 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 car il n'y a pas assez de peau, notamment à des endroits comme la cheville par exemple, et quand la perte de peau n'est pas trop étendue, des pansements spéciaux peuvent être utilisés. Ceux-ci favorisent la cicatrisation en faisant bourgeonner la chair pour combler le « trou ».

Grâce à cette technique, dite technique de la cicatrisation dirigée, la zone se couvre petit à petit à nouveau de peau. Cela permet le plus souvent de refermer complètement la peau en quelques semaines.

La cicatrisation dirigée donne de bons résultats sur certaines parties du corps comme la pointe du nez, la partie haute du front, la face interne de la cuisse... Cette technique sans suture a un meilleur rendu esthétique que d'autres (comme les greffes par exemple – voir ci-après – qui génèrent souvent des zones de couleur différentes).

### 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 morceau épais de peau qui contient les vaisseaux sanguins\* qui la font vivre. Il est prélevé près de la lésion sans être complètement détaché de l'endroit où il est prélevé. Le chirurgien fait pivoter le morceau de peau pour couvrir la zone opérée. Cette technique donne souvent de très bons résultats esthétiques. Cependant, il arrive que les tissus meurent (nécrose), ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

### La greffe de peau

Une greffe de peau consiste à prélever le derme et l'épiderme à un endroit donné du corps pour recouvrir une plaie. Le prélèvement peut être plus ou moins proche de la plaie.

Une greffe de peau est envisagée quand aucune des trois techniques présentées ci-dessus n'est possible.

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 de peau prélevée, 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 chirurgien, s'effectue sous anesthésie. Une anesthésie locale suffit lorsque la surface de la greffe est de petite taille. Une anesthésie générale est envisagée dès lors que la plaie est plus importante ou pour des localisations particulières.

Une hospitalisation est le plus souvent 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'immobiliser la partie greffée le temps de la cicatrisation.

Pour en savoir plus sur les greffes de peau, vous pouvez consulter le dossier « Les mélanomes de la peau », sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)

### 3.3 L'EXÉRÈSE DU GANGLION SENTINELLE

#### Les objectifs

La technique du ganglion\* sentinelle consiste à retirer le ganglion le plus proche du mélanome afin de vérifier s'il contient ou non des cellules cancéreuses (aussi appelées micrométastases).

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.

L'atteinte du ganglion analysé donne une indication pronostique. Le risque de récidive\* du mélanome est en effet plus important pour les patients dont le ganglion sentinelle est atteint que chez ceux dont le ganglion sentinelle est indemne.

## Les indications et contre-indications

L'exérèse du ganglion sentinelle n'est pas recommandée de façon systématique. Réalisée par une équipe entraînée, elle peut être proposée dans le cadre d'essais cliniques\* ou de protocoles d'évaluation pour les mélanomes supérieurs à 1 millimètre d'épaisseur ou ulcérés et qui ne présentent pas de signes de métastases\* régionales ou à distance.

Elle n'est pas proposée lorsque :

- une radiothérapie a déjà été réalisée au niveau de la zone concernée ;
- les ganglions lymphatiques sont palpables lors de l'examen clinique ou visibles à l'échographie\* ;
- il existe des métastases à distance.

## 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 élargie, le plus souvent sous anesthésie générale.

Pour localiser les ganglions sentinelles, le chirurgien injecte un produit au voisinage de la tumeur. Deux produits sont le plus souvent utilisés : un colorant appelé bleu patenté ou un produit radioactif (sans danger pour le patient). Parfois, les deux produits sont utilisés pour la même procédure.

L'injection du produit de repérage se fait entre une et seize heures avant l'intervention chirurgicale. La substance radioactive, ou le colorant, est absorbée par les vaisseaux lymphatiques\* et circule jusqu'aux premiers ganglions (le ou les ganglions sentinelles) en amont du mélanome.

Si le chirurgien a utilisé une substance radioactive, c'est une scintigraphie\* qui permet de repérer le ganglion marqué. S'il a choisi le colorant, le chirurgien recherche le ganglion teinté de bleu pendant l'intervention.

Dès qu'un ou plusieurs ganglions sentinelles ont été repérés, le chirurgien les retire 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 incisions.

Lors de cette opération, un à deux ganglions lymphatiques sont habituellement enlevés. Ils sont ensuite envoyés au laboratoire afin d'être analysés au microscope.

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

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 est négatif, le risque que des micrométastases soient présentes dans d'autres ganglions est extrêmement faible et le risque de récurrence du mélanome est également faible.

Si le ganglion sentinelle est positif, un curage ganglionnaire\* est proposé au patient lors d'une seconde intervention réalisée sous anesthésie générale.

Si on ne parvient pas à identifier de ganglion sentinelle, il n'est habituellement pas proposé de curage.

## 3.4 LE CURAGE GANGLIONNAIRE TOTAL

---

Le curage ganglionnaire total consiste à retirer par la chirurgie l'ensemble des ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage du mélanome lorsque ceux-ci contiennent des métastases de mélanome.

Le plus souvent, ce curage ganglionnaire est réalisé soit à la suite d'un ganglion sentinelle positif, soit lorsque la surveillance mise en place une fois les traitements terminés (examen clinique régulier, échographie...) décèle une atteinte des ganglions. Dans ce second cas, le curage ganglionnaire peut être réalisé des mois ou des années après l'exérèse élargie du mélanome. Dans tous les cas, ce curage est effectué sous anesthésie générale.

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

- lorsque le mélanome est situé sur un membre supérieur ou sur la partie supérieure du tronc, ce sont les ganglions axillaires (de l'aisselle) 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'aîne) 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.

Le curage ganglionnaire retire donc le plus grand nombre de ganglions lymphatiques de la région qui draine la zone où siégeait la tumeur.

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

---

#### À votre réveil

Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale, vous êtes amené ensuite en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance, notamment lors de votre réveil de 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 médicale afin que le traitement puisse être adapté.

#### Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui a été prélevé lors de l'intervention chirurgicale est transmis à un laboratoire ou service d'anatomopathologie\* pour être analysé par un médecin spécialiste appelé pathologiste.

Cet examen consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus\* prélevés 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 peuvent décider si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie.



### 3.6 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

#### Les effets secondaires à court terme

Les effets secondaires à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. Les principaux sont les suivants :

- La formation d'un caillot de sang dans les veines, appelée thrombose veineuse ou phlébite. Comme après toute intervention sous anesthésie générale, cet effet secondaire peut apparaître et 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.
- Des douleurs au niveau de la cicatrice. Ces douleurs sont le plus souvent légères et diminuent la plupart du temps en quelques heures avec des médicaments contre la douleur comme le paracétamol. Si les médicaments prescrits contre la douleur ne suffisent pas, le médecin peut augmenter les dosages ou donner des médicaments plus puissants. N'hésitez surtout pas et n'attendez pas qu'une douleur devienne insupportable pour faire appel à un soignant. **Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide *Douleur et cancer*.**
- Une fatigue, due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété\* générée par l'opération. **Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide *Fatigue et cancer*.**
- Un œdème, fréquent lorsque la chirurgie est réalisée au niveau du visage.
- Des écoulements de lymphes (lymphorrhées) par la cicatrice ou la formation locale d'une poche de lymphes (lymphocèle) après l'exérèse\* des ganglions. Ces écoulements s'arrêtent généralement en quelques jours. Cependant, le lymphocèle nécessite parfois d'être ponctionné à l'aiguille par le chirurgien s'il est trop gênant. Quelques semaines après l'intervention, la kinésithérapie\* peut traiter certaines de ces complications par des techniques adaptées (drainage lymphatique manuel, par exemple).

- Des problèmes de cicatrisation. La taille de la cicatrice qui se forme à la suite de la chirurgie dépend de l'emplacement du mélanome. Il arrive qu'un hématome ou une infection apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets secondaires guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.
- Des difficultés à se 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.
- Enfin, dans de rares cas, il arrive que certains patients fassent une allergie au bleu patenté (le colorant utilisé pour localiser le ganglion sentinelle). Cette allergie se manifeste par une diminution de la tension artérielle, une accélération du rythme cardiaque, voire une syncope, associées ou non à un urticaire (rougeur et démangeaison).

La survenue éventuelle de ces effets secondaires est surveillée pendant tout le temps de l'hospitalisation.

### Les effets secondaires à long terme

Les effets secondaires à long terme peuvent se manifester bien après l'intervention et durer longtemps. Ce peut être :

- Une rétention de lymphes dans la région opérée (lymphoedème) suite à l'exérèse d'un ganglion. Plus fréquent à la suite d'un curage ganglionnaire total, un lymphoedème 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.
- Chez les patients obèses, gros fumeurs ou diabétiques, le curage des ganglions situés au niveau de l'aîne (curage inguinal) se complique plus souvent d'un retard de cicatrisation ou d'une réouverture de la cicatrice.
- Une infection générale, des saignements, etc.

- Des problèmes de cicatrisation. Chez certains, une masse de tissu apparaît au niveau de la cicatrice, on parle de cicatrice chéloïde. Une cicatrice hypertrophique peut également apparaître. Elle ressemble à une cicatrice chéloïde mais ne s'étend pas en surface. Avec le temps, la plupart des cicatrices hypertrophiques s'aplanissent et deviennent moins visibles.
- Des séquelles esthétiques qui 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 ; une greffe de peau lorsque l'exérèse a été étendue ou une opération pour améliorer l'aspect esthétique de la cicatrice peuvent être envisagées.

## **EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN**

---

***Comment l'opération se déroule-t-elle ?***

***Quels en sont les risques ?***

***Comment puis-je me préparer au mieux ?***

***À quoi dois-je m'attendre après l'opération ?***



## 4. L'immunothérapie

DANS QUELS CAS UNE IMMUNOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?  
 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?  
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

L'immunothérapie est un traitement qui vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. Le médicament utilisé dans le traitement du mélanome est l'interféron alpha.

### 4.1 DANS QUELS CAS UNE IMMUNOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

---

L'immunothérapie par interféron alpha peut être proposée aux patients, en complément de la chirurgie :

- lorsque l'épaisseur de la tumeur est supérieure à 1,5 millimètre ;
- et/ou en cas d'envahissement ganglionnaire.

Il s'agit d'une option de traitement qui doit être discutée avec le patient, en prenant en compte :

- le bénéfice attendu. Pour le moment, seule une augmentation de la durée de la survie sans récidive\* du mélanome a été démontrée. Cela signifie que l'interféron recule la date d'apparition d'une récidive (sans toutefois modifier la survie globale) ;
- les effets secondaires\* (cf. ci-après) ;
- les modalités d'administration (cf. ci-après).

Un temps de réflexion est le plus souvent donné aux patients avant de débiter une immunothérapie afin qu'ils puissent donner ou non leur accord pour recevoir ce traitement.

L'immunothérapie par interféron n'est pas recommandée chez les malades atteints de maladies auto-immunes et chez les personnes qui ont des troubles psychiatriques ou dépressifs. En effet, le traitement peut provoquer l'apparition ou la dégradation d'un état dépressif.

## 4.2 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

---

L'immunothérapie commence rapidement après la chirurgie et dure le plus souvent plus d'un an. À la suite de la prescription faite à l'hôpital, le médecin traitant peut être amené à renouveler une prescription d'interféron alpha. Elle est administrée par des injections sous la peau (sous-cutanées) ou dans une veine (intraveineuse).

Deux protocoles sont actuellement utilisés en fonction de l'envahissement des ganglions\* :

- si les ganglions ne sont pas envahis, l'interféron alpha peut être proposé à faible dose (3 MUI<sup>1</sup>) à raison de trois injections sous cutanées, trois fois par semaine pendant 18 mois ;
- si les ganglions sont envahis, l'interféron alpha peut être proposé à forte dose (20 MUI/m<sup>2</sup> de peau/jour) en perfusion intraveineuse, 5 jours sur 7, pendant 1 mois, suivi d'une dose un peu plus faible (10 MUI/m<sup>2</sup>) en sous-cutanée, trois fois par semaine pendant 11 mois. Une hospitalisation est alors souvent nécessaire, mais le traitement peut être réalisé en ambulatoire\*. Ce traitement à forte dose est rarement prescrit du fait des effets secondaires très lourds.

## 4.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

L'immunothérapie par interféron alpha entraîne souvent des effets secondaires importants. Ils sont très variables d'un patient à l'autre. On peut observer :

- une fièvre et des courbatures (souvent dénommé syndrome grippal). L'interféron est une substance naturelle que nous fabriquons en réponse aux infections virales. Ainsi, par exemple, lorsque nous avons la grippe, ce n'est pas le virus qui nous donne de la fièvre et des frissons, mais c'est l'interféron que nous fabriquons en réponse au virus ;
- une perte d'appétit et de poids ;
- une grande fatigue qui augmente avec la durée du traitement ;
- une réaction dépressive ;
- des troubles digestifs (nausées, diarrhées) ;
- un mauvais fonctionnement de la thyroïde et du foie ;

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie) et donc un risque d'infection ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie) et donc un risque de saignement.

Ces effets varient en fonction de la dose administrée. Ils sont en général plus importants en début de traitement. Ils peuvent disparaître rapidement ou nécessiter l'arrêt du traitement. Les patients témoignent du fait qu'une réorganisation familiale et professionnelle est souvent nécessaire suite à ces effets secondaires. Il est notamment utile de se faire aider dans les tâches ménagères. En début de traitement, un mi-temps thérapeutique ou un arrêt de travail complet sont parfois conseillés par les médecins.

Étant donné la faible efficacité de l'interféron en termes d'effet sur la durée de vie globale des patients et la toxicité de ce médicament, d'autres traitements adjuvants (associés à la chirurgie) sont actuellement testés et proposés aux patients dans le cadre d'essais cliniques<sup>\*</sup> dans les centres spécialisés.

## **EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN**

---

***Quels sont les objectifs de l'immunothérapie ?***

***Comment se déroule le traitement en pratique ?***

***Qu'est-ce que ce traitement va m'apporter de plus ?***

***Quels effets secondaires peuvent survenir ?***

***Que signifie exactement « survie sans récurrence » par rapport à « survie globale » ?***

<sup>1</sup>. Millions d'unités internationales





## 5. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?  
QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?  
COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?  
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

Des médicaments de chimiothérapie peuvent être utilisés pour traiter les mélanomes de la peau.

Une chimiothérapie est un traitement médical général (appelé aussi traitement systémique) qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

Les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division de la cellule.

### 5.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

---

Une chimiothérapie peut être proposée pour traiter des mélanomes avec envahissement locorégional et qui ne sont pas opérables, ou des mélanomes avec des métastases à distance.

Elle a pour objectif de maîtriser le développement de la maladie et soulager les symptômes (chimiothérapie palliative). Les bénéfices attendus et les effets secondaires\* doivent être discutés avec le patient.

### 5.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

---

Les médicaments de chimiothérapie utilisés en premier lieu sont :

- la dacarbazine (par voie intraveineuse) ;
- la fotémustine, en particulier en cas de métastases cérébrales (par voie intraveineuse).

Au-delà de cette première ligne thérapeutique, il n'y a pas d'attitude standard.

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que le rythme des cures\* varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

### 5.3 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

---

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous prend en charge 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. Il se compose de périodes de chimiothérapie à proprement parler, appelées cures, et de périodes de repos qui permettent au corps de récupérer entre deux cures. Une évaluation de la réponse thérapeutique, c'est-à-dire de la façon dont le cancer réagit aux traitements, est réalisée après les deux ou trois premières cures. Elle permet de prolonger le traitement s'il est efficace ou de le modifier s'il est inefficace.

Les médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter un mélanome sont administrés sous forme liquide, le plus souvent à l'aide d'un cathéter veineux central (encore appelé chambre implantable\*).

La dacarbazine s'administre en cure de 1 à 4 jours toutes les 3 à 4 semaines. La fotemustine s'administre une fois par semaine pendant 3 semaines (traitement d'attaque), suivi 4 semaines plus tard par un traitement d'entretien une fois toutes les 3 semaines.

Avant chaque cure un examen clinique et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies (baisse importante du taux de globules\* blancs par exemple), le traitement peut être remis à plus tard ou modifié.

La chimiothérapie se déroule généralement à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour. Parfois, la chimiothérapie peut être réalisée à domicile. Un soignant vient alors chez vous pour poser la perfusion et administrer les médicaments.

## 5.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires des traitements médicaux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets secondaires 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, ceux-ci peuvent être remplacés par d'autres ou le traitement peut être interrompu le temps que le corps se remette.

Les effets secondaires les plus fréquents de la dacarbazine et de la fotémustine sont une diminution des cellules du sang et des problèmes digestifs.

### Effets sur les cellules du sang

Ces effets sont :

- baisse des globules rouges\* (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- baisse du nombre de globules blancs\* (leucopénie), cellules qui combattent les infections. Les moyens de défense du corps étant réduits, cette baisse entraîne un risque accru d'infection ;
- baisse des plaquettes\* (thrombopénie), responsables de la coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes\* et de saignements. La diminution des plaquettes est particulièrement fréquente avec la fotémustine.

Il arrive que le nombre de globules blancs, de globules rouges et de plaquettes baisse simultanément et de façon importante. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie est remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance\* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes est réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

### Nausées, vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement. Elles peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Un traitement est le plus souvent prescrit avant ou pendant la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets secondaires apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

## CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

### À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Manger lentement afin de faciliter la digestion.
- Manger léger avant et après le traitement.

### À éviter

- Éviter les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Éviter de boire pendant les repas, mais boire plutôt avant ou après. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées.
- Supprimer le tabac.

### Diminution d'appétit

Si vous mangez trop peu, vous perdrez du poids et des forces qui vous sont indispensables pour lutter contre la maladie. Vous pouvez rencontrer un diététicien qui vous aidera à adapter votre alimentation et vous donnera des conseils pour conserver le plaisir de vous nourrir.

D'autres effets secondaires peuvent survenir, mais ils sont moins fréquents. Votre médecin vous explique ceux qui peuvent survenir dans votre cas.

Pour en savoir plus sur la chimiothérapie, notamment sur la chambre implantable et les effets secondaires, vous pouvez consulter le guide *Cancer info Comprendre la chimiothérapie*.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

**Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?**

**Quels sont les objectifs du traitement ?**

**Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?**

**Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ?**

**Combien de temps va durer le traitement ?**

**Comment est effectué le suivi ?**

**Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?**



## 6. La radiothérapie

---

**DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?  
COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?  
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?**

---

La radiothérapie utilise des rayonnements (on dit aussi rayons ou radiations) pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Ces rayonnements sont produits par un accélérateur de particules. Ils sont dirigés en faisceau vers la zone à traiter. La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants.

### 6.1 DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

---

De façon générale, la radiothérapie est peu utilisée dans le traitement du mélanome.

Elle vise à soulager les symptômes (radiothérapie palliative) lorsqu'une métastase osseuse entraîne une douleur ou une compression (par exemple compression de la moelle épinière avec un risque de paralysie).

Elle peut également être utilisée sur les métastases cérébrales. Elle peut être très efficace pour détruire les métastases cérébrales de petite taille et peu nombreuses. Parfois, on irradie le cerveau en entier lorsque les métastases sont trop nombreuses ou de grande taille, et non accessibles à la chirurgie. Cette irradiation de la totalité du cerveau a une visée palliative : son objectif est de freiner le développement de la maladie et d'améliorer la qualité de vie.

### 6.2 COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

---

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 51).

## Avant le traitement

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision de la radiothérapie et le début effectif du traitement.

À chaque séance, vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez éviter de bouger.

## Pendant la séance

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

## Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.



## 6.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

En irradiant une tumeur, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines situées à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Ils varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, 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 secondaires les plus fréquemment rencontrés sont une rougeur ou une irritation de la peau et un œdème au niveau de la zone irradiée, une chute des cheveux et des maux de tête en cas d'irradiation cérébrale, une fatigue.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Comprendre la radiothérapie*.

### **EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN**

---

**Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?**

**Comment se déroule le traitement ?**

**Combien de temps dure-t-il ?**

**Quels effets secondaires peuvent survenir ?**

**Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?**

**Comment et par qui est effectué le suivi ?**



## 7. 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. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

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

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

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 pré-anesthésique 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 prend en charge la douleur éventuelle.

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

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste qui pratique des opérations pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur\*, des tissus ou des organes atteints ou remédier à certaines complications.

Le **diététicien** est un professionnel qui guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements. Il travaille en lien avec l'équipe médicale et les autres professionnels de santé.

Le **dermatologue** est un médecin spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses\*. En concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, il effectue le diagnostic et le traitement des tumeurs de la peau, puis le suivi du patient à l'issue des traitements.

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

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. 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 de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils 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 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. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

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

Le **physicien** 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. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle de psycho-oncologue ou d'oncop psychiatre.

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'oncop psychologue.

Le **radiologue** est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie ou l'échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **sexologue** est un médecin ou psychologue formé à la sexologie, ce qui lui permet de vous aider, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements.

La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes hospitalisées par la mise en œuvre de soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, des visualisations positives et des massages de détente.

## 8. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES PROCHES

---

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

### 8.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

---

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi, 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.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100 %. 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 si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100 %. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements.

## 8.2 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 secondaires 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, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

## 8.3 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 métiers 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 prend en charge 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 en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie ; consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer* ; ou encore faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou à celle de votre commune.

## 8.4 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. 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.

### Consulter un professionnel

La consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre est prise en charge par l'Assurance maladie si vous consultez à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

### 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.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)

## 8.5 LES PROCHEs

---

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est 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 et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir autant les personnes malades que leur entourage. 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 nationale contre le cancer.

Des informations détaillées à destination des proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

## 9. Ressources utiles

### LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

---

#### 9.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

---

##### **Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821** (prix d'un appel local)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.

##### **Cancer info, la rubrique internet : [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)**

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, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

##### **Cancer info, les guides** (disponibles gratuitement sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr))

- **Comprendre la radiothérapie (2009)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Démarches sociales et cancer (2009)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**  
Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? Existe-t-il des risques ? Comment prendre la décision ? Etc.
- **Douleur et cancer (2007)**  
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.
- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**  
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**  
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- **Fatigue et cancer (2005)**  
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

## 9.2 LES ASSOCIATIONS

---

### **Ligue nationale contre le cancer**

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur **[www.ligue-cancer.net/](http://www.ligue-cancer.net/)**

# 10. 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.

**ambulatoire** : se dit d'un examen ou d'un traitement pour lequel le patient ne reste que quelques heures dans l'établissement de santé sans y passer la nuit.

**anatomopathologie** : spécialité médicale qui consiste à observer et à étudier les organes, les tissus\* ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis il est complété par une analyse à l'aide d'un microscope. On parle aussi, par abréviation, d'« anapath ».

**antécédent** : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille, qu'il est nécessaire de connaître pour mieux prendre en charge le patient.

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

**anxiété** : sentiment de danger imminent face à une situation précise ou non. L'anxiété se traduit par un malaise général, un désarroi, une agitation ou une sensation d'anéantissement. L'anxiété est souvent accompagnée de malaises physiques : gêne pour respirer, mal de ventre, troubles digestifs, etc.

**atome** : particule de matière invisible à l'œil nu, susceptible de se combiner avec d'autres pour composer la matière. L'eau, les roches, les êtres vivants sont constitués de combinaisons d'atomes.

**C**

**cancer** : maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne\*.

**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 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.

**chambre implantable** : petit boîtier placé sous la peau (généralement au niveau du thorax) et relié à un tuyau souple et fin, appelé cathéter, glissé dans une veine. Une chambre implantable permet d'injecter un médicament dans le sang à travers la peau. Elle facilite les perfusions de chimiothérapie et permet de ne pas abîmer les veines. On parle aussi de port-à-cath® ou de PAC.

**chirurgie** : opération d'un patient sous anesthésie locale ou générale. Une opération peut avoir pour but soit de prélever un fragment d'une anomalie afin de l'analyser et établir un diagnostic, soit d'enlever une tumeur\* pour traiter le cancer.

**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 est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

**curage ganglionnaire** : acte chirurgical qui consiste à prélever des ganglions.

**cure** : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

## d

**diagnostic** : identification d'une maladie à l'origine de manifestations anormales. Pour établir un diagnostic, les médecins s'appuient sur les anomalies remarquées par le patient, ses antécédents et divers examens médicaux.

## e

**échographie** : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde 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.

**effet secondaire** : conséquence prévisible mais non souhaitée d'un traitement survenant en plus de son effet principal. Cet effet secondaire n'apparaît pas de façon systématique, mais dépend 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.

**électron** : un des constituants fondamentaux de la matière, chargé négativement. Il peut être émis par des appareils appelés accélérateurs de particules pour être utilisé en radiothérapie.

**essai clinique** : étude scientifique menée avec les patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie.

**examen anatomopathologique** : examen qui consiste à observer et à étudier des organes, des tissus\* ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste ; son rôle est capital pour déterminer le diagnostic de cancer et les traitements à envisager.

**exérèse** : opération 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 (pour analyser la partie enlevée) ou de traiter.

## f

**facteur de croissance** : substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.

## g

**ganglion** : petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques\*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

**gène** : élément d'un chromosome\* constitué d'ADN\*. L'homme possède environ 30 000 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 dérégulé et celle-ci se comporte de façon anormale.

**globule blanc** : cellule qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans la lymphe\*.

**globule rouge** : cellule du sang contenant de l'hémoglobine\*, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

## h

**hématome** : accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins\*.



**hémoglobine** : composant des globules rouges\*, qui donne la couleur rouge au sang et qui, à l'aide du fer, permet de fixer successivement l'oxygène et le gaz carbonique.

## i

**incision** : entaille de la chair avec un instrument chirurgical.

## k

**kinésithérapie** : traitement qui utilise les mouvements ou un appareillage à des fins de rééducation.

## l

**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.

## m

**malin** : se dit d'une maladie qui présente un caractère nocif et insidieux. Une tumeur maligne est une tumeur cancéreuse.

**métastase** : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive\*) 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.

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

## p

**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 ou de chimiothérapie. Cette diminution s'appelle une thrombopénie.

**pronostic** : appréciation par le médecin 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.

**proton** : constituant du noyau de l'atome\*. C'est un type de rayons utilisé en radiothérapie.

## r

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

**rayon** : particule ou onde invisible qui détruit les cellules\* lors d'une radiothérapie. Les rayons utilisés peuvent être de plusieurs types : photons, protons\*, électrons\*... On parle aussi de rayonnements ou de radiations.

**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 aussi de rechute.

**recommandation** : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les solutions de prises en charge (diagnostic, traitement, suivi) les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade\*. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques\* et sur l'avis d'experts. On parle parfois de RPC (recommandation pour la pratique clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

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

## S

**scintigraphie** : technique d'examen qui permet d'obtenir des images du corps. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs\*, qui sont injectés, puis repérés sur un écran. Cet examen permet de déceler certaines tumeurs\* ou des métastases\*.

**stade** : degré d'extension d'un cancer. Le stade du cancer est spécifié au moyen d'une classification qui prend en compte la taille de la tumeur\* et la présence ou non de cellules cancéreuses dans les ganglions\* et dans d'autres parties du corps. Ces informations précisées au moment du diagnostic sont déterminantes pour le choix des traitements.

**symptôme** : manifestation anormale provoquée par une maladie (gêne, douleur, brûlure, sensation d'étouffement, etc.). Un symptôme peut être ressenti d'une façon différente d'un patient à l'autre.

**système immunitaire** : ensemble des cellules, des tissus\* et des organes qui assurent la défense de l'organisme contre les agents extérieurs, notamment infectieux.

## t

**thérapie ciblée** : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en provoquant sa mort, en dirigeant le système immunitaire\* contre elle ou en l'incitant à redevenir normale.

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

**tissu** : ensemble de cellules de même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

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

**traitement local** : traitement 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\*.

**tumeur** : grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

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

## U

**ultraviolets** : rayon lumineux invisible pour l'œil humain principalement émis par le soleil ou les cabines de bronzage. On parle aussi d'UV.

## V

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

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



# Annexe : les examens du bilan diag

Des examens sont réalisés pour obtenir le plus d'informations possibles sur le cancer dont vous êtes atteint. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent

EXAMEN	DESCRIPTION
Examen clinique	Examen réalisé par un dermatologue qui comprend : <ul style="list-style-type: none"><li>- un examen de la totalité de la peau, y compris au niveau du cuir chevelu, des paumes des mains et des plantes des pieds ;</li><li>- la palpation des ganglions.</li></ul>
Exérèse diagnostique	Exérèse de la lésion pratiquée par un dermatologue ou un chirurgien. La totalité de la lésion est retirée. L'intervention ne nécessite pas d'hospitalisation.
Examen anatomo-pathologique	Analyse de la lésion qui a été prélevée lors de l'exérèse diagnostique et/ou de l'exérèse élargie. Cette analyse se fait au microscope par un médecin pathologiste.
Échographie des ganglions lymphatiques situés à proximité de la tumeur ou du foie	Examen qui permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est réalisé par un médecin radiologue.
Scanner du cou et du thorax, de l'abdomen et du pelvis et du cerveau	Examen qui permet de réaliser des images en trois dimensions de certaines zones du corps, grâce à des rayons X, on parle aussi de tomodynamométrie, abrégée en TDM. Avant l'examen, un produit de contraste est injecté dans une veine du bras. L'examen est réalisé par un médecin radiologue.
IRM abdominale ou cérébrale	Examen qui permet de réaliser des images en coupe de certaines zones du corps, grâce à des ondes électromagnétiques.

# nostique

réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont réalisés peut varier d'une personne à l'autre. Tous ces examens ne sont pas systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

OBJECTIF
<p>Analyser la taille, la forme, la couleur et l'évolutivité de la lésion cutanée et/ou examiner visuellement le reste de la peau et repérer d'autres taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un second cancer. Détecter d'éventuelles grosseurs au niveau des ganglions qui pourraient indiquer que le mélanome s'est disséminé.</p>
<p>Retirer la tumeur et la faire analyser afin de déterminer de façon certaine si elle est cancéreuse ou non.</p>
<p>C'est l'examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules cancéreuses de la tumeur (histologie) et de déterminer le type de mélanome. Il renseigne aussi sur les principaux facteurs pronostiques que sont l'épaisseur du mélanome (mesurée par l'indice de Breslow) et la présence ou non d'ulcération (plaie de la peau). Ceci permet de définir le <u>stade*</u> du mélanome.</p>
<p>L'échographie des ganglions permet de repérer d'éventuelles modifications de leurs structures, évocatrices de l'envahissement de ces derniers par les cellules cancéreuses. L'échographie du foie permet de détecter d'éventuelles métastases au niveau de cet organe.</p>
<p>Le scanner permet de détecter des anomalies ou des « taches » qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer. Il détecte des anomalies de petite taille (inférieure ou égale à 3 millimètres).</p>
<p>Utilisée en complément ou en alternative du scanner, l'IRM permet de détecter d'éventuelles métastases au niveau du foie ou du cerveau.</p>

# Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION	
TEP (tomographie par émission de positons)	Examen qui permet de reconstituer une image en 3 dimensions et en couleurs de l'organe observé, grâce à l'utilisation d'un traceur faiblement radioactif : du glucose marqué.	
Exérèse du ganglion sentinelle	Technique qui consiste à retirer le ganglion situé le plus proche du mélanome. Elle est proposée dans le cadre d' <u>essais cliniques</u> *.	



# nostique (suite)

	OBJECTIF
	<p>La TEP permet d'analyser le fonctionnement des organes observés. Elle est parfois utilisée pour rechercher d'éventuelles métastases invisibles sur les images obtenues par les autres techniques d'imagerie ou plus souvent pour vérifier s'il n'y a pas de récurrence après les traitements.</p>
	<p>L'exérèse du ganglion sentinelle renseigne sur l'envahissement ou non des ganglions, et permet de déterminer le stade du cancer qui est utile au choix du traitement.</p>

# 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 nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

## Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- Guide affection longue durée, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – mélanome cutané – HAS/INCa, février 2008
- Recommandations SOR, Prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané sans métastase à distance, 2005

## Conception et coordination

Emmanuelle Bara, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut National du Cancer

Line Leichtnam-Dugarin, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut National du Cancer

Valérie Delavigne, linguiste, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut National du Cancer

### Relecture médicale

Pr Brigitte Dréno, dermatologue, CHU Nantes

Pr Bernard Guillot, dermatologue, CHU Montpellier

Dr Caroline Robert, dermatologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Dr Dominique Delphieu, médecin généraliste, Paris, membre du Comité consultatif des professionnels de santé (CCPS) de l'Institut National du Cancer.

### Conformité aux recommandations professionnelles

Dr Valérie Mazeau-Woynar, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer

Dr Marie de Montbel, département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer

### Relecture usagers

Sylvie Aubert, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, CHU de Poitiers

Anne-Marie Brossard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Françoise Dupin-Escroignard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Doïna Laroque, porte-parole du Comité des malades, des proches et des usagers (CMPU) de l'Institut National du Cancer

Emmanuelle Pujol, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer







Pour en savoir plus et télécharger ou commander  
gratuitement ce guide :



Édité par l'Institut National du Cancer  
Tous droits réservés – Siren 185 512 777  
Conception/réalisation : INCa  
Couverture : Olivier Cauquil  
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling  
Impression : Comelli  
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2010

Vous avez appris que vous avez un mélanome de la peau. 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 secondaires ? 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.

