

République algérienne démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université de Constantine 03

Faculté de médecine

Département de médecine

Service de dermatologie

CHU de Constantine

PR S. Baghou

- MODULE DE DERMATOLOGIE  
6EME ANNEE DE MEDECINE  
AYANT POUR THEME :

## LE MELANOME

Réalisée par le Dr M. Benazzouz  
Maitre assistante en dermatologie  
CHU de Constantine  
Année universitaire 2015/2016

*Dr M. BENAZZOUC*  
*Ep : BRAHAMI*  
*Dermatologue Vénérologue*

Le responsable du module

Chef de département de médecine

# LE MELANOME

## DEFINITION :

Mélanomes sont des tumeurs malignes développées aux dépens de **mélanocytes**.

Certains facteurs de risque sont bien connus ; le phototype et l'exposition solaire.

Le diagnostic repose sur la clinique, aidé par la dermatoscopie et confirmé par l'histologie et l'immunohistochimie.

La gravité est liée à l'épaisseur selon l'**indice de Breslow**

Il possède un grand **potentiel métastatique**.

L'exérèse chirurgicale, avant la dissémination métastatique, est l'unique traitement curatif.

d'où l'importance d'un **diagnostic précoce** et du développement des **mesures préventives**, en particulier de la photoprotection.

## EPIDEMIOLOGIE :

**Incidence** en augmentation, elle double environ tous les 10 ans, parmi les populations à peau blanche, varie en fonction de la latitude et des caractéristiques ethniques

Elle atteint des sommets en Australie 40 nouveaux cas/an

**Age** : entre 30 – 50 ans exceptionnel chez l'enfant

**Sexe** : prédominance féminine, mortalité + importante chez l'homme

**Siege** : homme : le tronc, les membres supérieurs,

Femme : les quatre membres.

**Race** : Plus fréquent dans la race **blanche**

## ARCINOGENESE :

**Précurseurs** : la majorité des mélanomes naissent de novo

### Facteurs de risque

1. Facteurs environnementaux
2. Facteurs génétiques

#### **1. Facteurs environnementaux : exposition solaire**

- Facteur de risque majeur.
- Forte incidence chez les sujets de phototype clair, dans les pays à fort ensoleillement.
- Les expositions solaires intenses intermittentes avec des antécédents de coups de soleil reçus dans l'enfance (coup de soleil).

#### **2. Facteurs génétiques**

##### **Prédisposition familiale**

Formes familiales 10 % (2 mélanomes sur trois générations).

L'hérédité est de type multigénique, avec interaction de facteurs génétiques et environnementaux.

**Autres facteurs génétiques**: Le phototype, la capacité à générer des nævus

### **3. Autres facteurs**

- Les états d'immunodépression
- Les troubles de la réparation de l'ADN : comme dans le **Xéoderma pigmentosum**

#### **Les sujets à risque sont :**

- Les antécédents familiaux de mélanome
- Les antécédents personnels de mélanome
- La race blanche
- Nombre élevé de naevus
- « Syndrome des naevus atypiques »
- Antécédents d'exposition solaire intense, avec coup de soleil

### **IV/DIAGNOSTIC :**

Le diagnostic du mélanome est suspecté cliniquement par l'inspection et la dermatoscopie.  
Confirmé par l'examen **anatomopathologique** qui conditionne aussi le traitement et le pronostic

#### **IV.1 La suspicion de mélanome est clinique**

La règle ABCDE : le mélanome est habituellement :

- A : une lésion asymétrique
- B : bords irréguliers souvent encochés
- C : couleur inhomogène (brun, noir, marron zones depigmentées, halo inflammatoire)
- D : diamètre supérieur à 6 mm
- E : évolution récente documentée (extension en taille, en forme, en couleur, en relief)
  - Une lésion différente des autres neavus du sujet « signe du vilain petit canard est suspecte
  - Toute lésion suspecte de mélanome doit être excisée chirurgicalement en bloc en vue d'un examen histopathologique

#### **IV.2 Le diagnostic de mélanome est histologique**

##### **1. HISTOLOGIE**

L'histogenèse du mélanome comprend 2 phases :

1. Phase d'extension horizontale intraepidermique
2. Phase d'extension verticale envahissant le derme superficiel, profond puis l'hypoderme

Le mélanome a donc :

- Une composante intraepidermique de mélanocytes agencés en nappes ou en thèques disposées le long de la membrane basale, associée à un envahissement des couches superficielles de l'épiderme par des cellules tumorales isolées
- Une composante dermique invasive avec une réaction inflammatoire

---

L'examen histologique permet d'affirmer la nature melanocytaire, la malignité et le degré d'invasion de la tumeur en profondeur et de mesurer son épaisseur selon l'indice de Breslow principal facteur pronostique

---

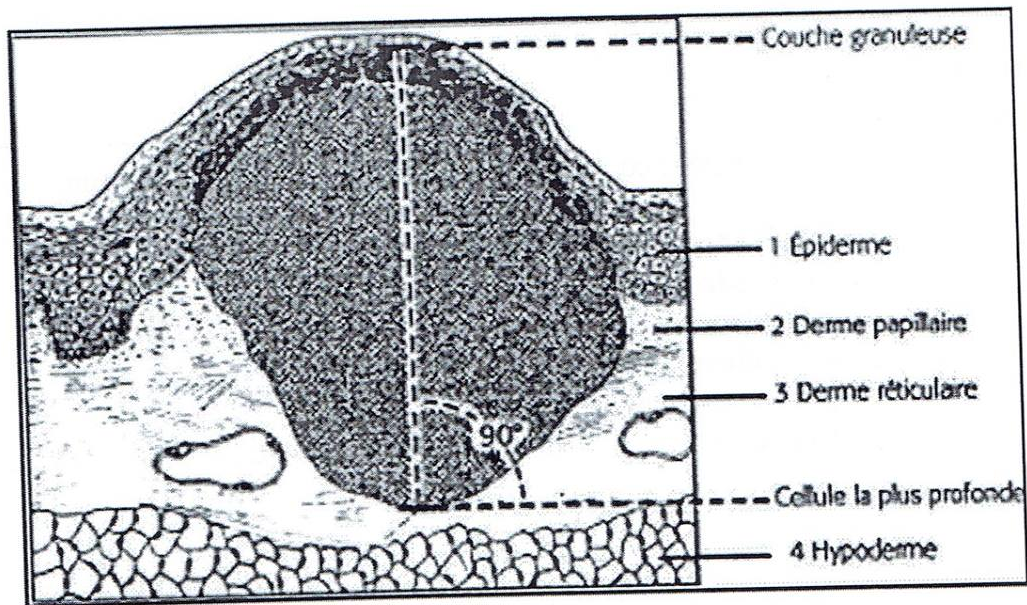


Schéma indice de Breslow

## 2. FORMES ANATOMOCLINIQUES :

### 1. Le mélanome superficiel extensif (SSM)

- 60 à 70% des cas
- chez l'homme le dos, chez la femme le membre inférieur.
- une macule pigmentée, à surface lisse

### 2. Mélanome de Dubreuilh

- 10% siège sur les zones photoexposées visage++,
- sujet de plus de 60ans, femmes
- macule brune à type de **lentigo solaire**, qui **s'étend** progressivement avec les années pour atteindre 3 à 6cm, les bords sont très **irréguliers, déchiquetés**
- **aspect polychrome**

### 3. Mélanome acral lentigineux :

- siège sur les paumes/plantes, sous les ongles
- beaucoup plus **fréquent (35 à 60 %)** chez les noirs, 50 / 60 ans
- une **macule brun noir** une **plaque** pigmentée de 2 – 3 cm aux bords déchiquetés, avec des plages achromiques
- des nodules peuvent apparaître et des ulcérations

### 4. Mélanomes des muqueuses acrales et génitales

- 5% des mélanomes
- Souvent lentigineux, de mauvais pronostic

### 5. Mélanome nodulaire :

- représente **15 à 30 %** des mélanomes
- caractérisé par une **progression d'emblée verticale**, à **croissance rapide**
- nodule couleur bleu noirâtre assez homogène mais **parfois achromique entouré d'un halo inflammatoire**
- un pronostic **plus défavorable**

NB : A indice de Breslow identique toutes ces formes ont le même pronostic

## V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

### 1. Les tumeurs non melanocytaires

- **Kératose séborrhéique** : surface mate, bords nets avec des petits grains blanchâtres
- **Carcinomes basocellulaires pigmentés** : aspect translucide perlé
- **Histiocytofibrome pigmenté** : palpation en pastille
- **Angiomes thrombosés** simulant un mélanome nodulaire

**2. Les tumeurs melanocytaires : les neavus atypiques** répondent parfois aux critères de mélanomes débutants (A, B, C)

Au moindre doute, l'exérèse doit être faite pour avoir une confirmation histologique.

## VI. EVOLUTION :

- Le mélanome in situ (intraépidermique) a une guérison assurée par l'exérèse
- **Récidive+++**
- **Métastases régionales, ganglionnaire, cutanée** ou sous cutanée
- **Métastases viscérales** : surviennent souvent après l'atteinte ganglionnaire, n'importe quel organe peut être touché, très mauvais pronostic
- Survenue d'un **second mélanome**  
**NB** le risque de récidive ganglionnaire ou viscérale est étroitement lié à l'indice de Breslow

## VII. CRITERES CLINIQUES ET HISTOPATOLOGIQUES DU PRONOSTIC

### A/Mélanome au stade de tumeur primaire :

Le diagnostic précoce et l'exérèse correcte sont les clés du pronostic

Les marqueurs pronostiques sont surtout **histologiques**

- **L'indice de Breslow** : corrélation linéaire épaisseur/mortalité
- **L'ulcération**
- L'indice de Clark ou niveau d'invasion
- Phénomène de régression tumorale

Les facteurs cliniques :

- Sexe masculin
- Age avancé
- Topographie : tronc, tête et cou

### B /Mélanome au stade de métastases ganglionnaires régionales

Les principaux facteurs pronostiques sont :

- Nombre élevé de ganglions envahis avec rupture capsulaire
- L'épaisseur tumorale initiale et la présence d'une ulcération

### C/Mélanome au stade de métastases à distance :

Très mauvais pronostic

- Un seul site métastatique viscéral : survie plus prolongée
- Plusieurs sites métastatiques : survie de 6 à 8 mois

## VIII. TRAITEMENT

### VIII.1 DE LA TUMEUR PRIMITIVE :

- Exérèse chirurgicale jusqu'aux fascias
- Les marges d'exérèse doivent être adaptées à l'indice de Breslow en terme de réduction de risques de récidives, elle ne doivent pas dépassées les 3cm

## VIII.2 BILAN INITIAL

- Examen clinique complet- inspection de tout le revêtement cutané
  - palpation de toutes les aires ganglionnaires +/-
  - une échographie de la zone de drainage

Dans le but de rechercher une extension locoregionale, un deuxième mélanome, ou un naevus congénital ou atypique

## VIII.3 LE SUIVI

Les modalités de surveillance des malades opérés d'un mélanome primitif sont fonction de ces risques évolutifs

- Il comprend un
- Examen clinique tous les 3 mois pendant 5ans puis chaque an à vie
  - Education à l'autodépistage d'un nouveau mélanome
  - Education à l'autodétection d'une récurrence

## IX. DEPISTAGE ET PREVENTION

### IX.1 PREVENTION PRIMAIRE :

Information des populations quant au risque des expositions solaires, limitations de ces expositions aux heures de fort ensoleillement, protection vestimentaires, usage de photoprotecteurs externes

### IX.2 PREVENTION SECONDAIRE :

Le dépistage doit être précoce pour améliorer le pronostic

Les médecins doivent savoir examiner la totalité du tégument et repérer les lésions pigmentées suspectes

La population générale doit connaître les signes d'appel qui doivent inciter à consulter  
Les familles à risque doivent faire l'objet d'une surveillance particulière.

DR M .BENAZZOUZ  
Maitre assistante en dermatologie  
CHU Constantine  
Année universitaire 2015/2016