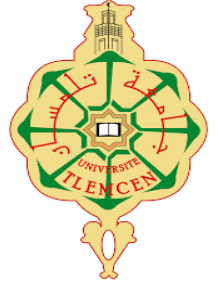




**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ET
POPULAIRE D'ALGÉRIE MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID
FACULTE DE MEDECINE
DR.B.BENZERDJEB –TLEMCEEN-**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DOCTEUR EN
MEDECINE**

THEME :

LE MELANOME MALIN

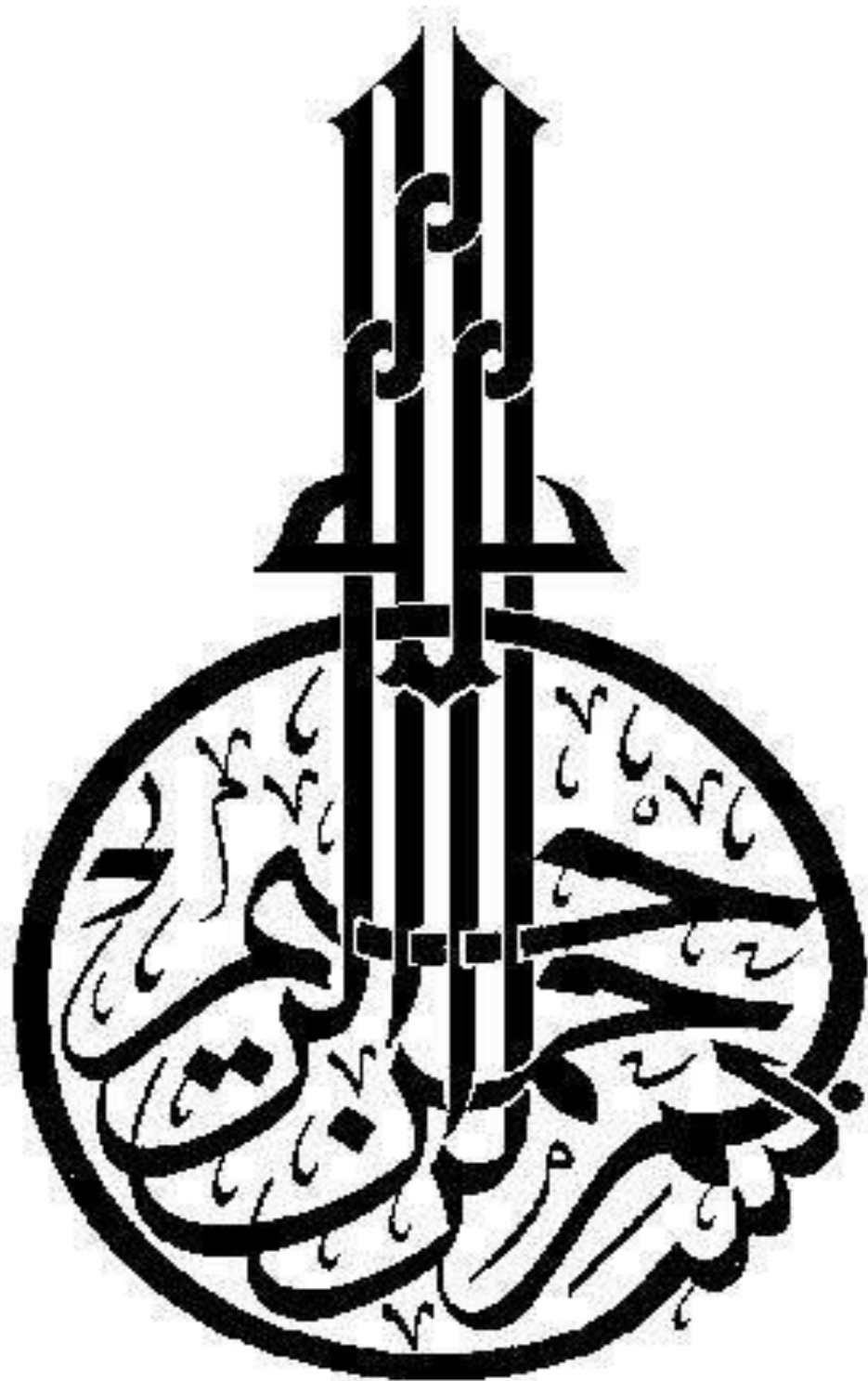
Présenté par :

MELAB Meriem

Sous la supervision de :

Pr .KHELIL Amel Faculté de Médecine d'Oran

2022/2023





Remerciement

En cette période de réussite et d'accomplissement, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont été présentes à mes côtés tout au long de mon parcours et de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. C'est avec une joie immense que je souhaite adresser mes remerciements les plus chaleureux à ceux qui ont joué un rôle essentiel dans la réussite de ce projet exceptionnel.

Tout d'abord, je voudrais exprimer ma reconnaissance à mon encadrant, le Pr. A. Khelil. Votre expertise, vos conseils éclairés et votre soutien inconditionnel ont été d'une valeur inestimable pour mon mémoire. Grâce à votre guidance, j'ai pu approfondir mes connaissances et développer mes compétences, et je suis profondément reconnaissante pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes.

Je souhaite exprimer ma gratitude à ma sœur Yasmine et à M. Guerni Mohamed pour leur soutien indéfectible tout au long de cette aventure académique. Leur présence encourageante et leur motivation ont été des moteurs essentiels dans ma réussite. Merci infiniment à tous les deux.

Je n'oublie pas de remercier chaleureusement tout le personnel du service de dermatologie du CHU Oran. Votre dévouement, votre accueil bienveillant et votre assistance ont rendu mon expérience de recherche encore plus enrichissante. Votre professionnalisme a contribué à créer un environnement favorable à l'apprentissage et à la réalisation de mon mémoire.

Meriem MELAB





Dédicace

Je dédie ce mémoire à toutes les personnes qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de cette aventure académique.

À ma famille, pour votre amour inconditionnel et votre soutien indéfectible, qui m'ont donné la force de persévérer et d'atteindre mes objectifs.

À mon encadrant Pr.A.KHELIL, pour votre expertise et vos précieux conseils qui ont grandement contribué à la réussite de ce mémoire.

À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce projet, je vous adresse mes sincères remerciements pour votre collaboration et votre soutien.

Que cette modeste réalisation puisse témoigner de ma reconnaissance envers vous tous. Votre présence dans ma vie a été essentielle, et je suis honorée de vous avoir à mes côtés.

Merci du fond du cœur.

SOMMAIRE

Sommaire

Sommaire

Introduction générale

Chapitre I : La peau et cancers de la peau

Introduction.....	02
I.1. Structure de la peau	02
I.1.1. Epiderme	02
I.1.2. Derme.....	03
I.1.3. Hypoderme.....	03
I.1.4. Annexes cutanées.....	03
I.2. Cancers de la peau	04
I.2.1. Définition.....	04
I.2.2. Principaux types de cancer de la peau.....	04
I.2.3. Les carcinomes dits basocellulaires.....	04
I.2.4. Les carcinomes épidermoïdes.....	05
I.2.5. Mélanomes.....	05
Conclusion.....	05

Chapitre II : Le mélanome malin

Introduction	07
II.1. Causes possibles et facteurs de risque.....	07
II.1.1. Le rayonnement ultraviolet.....	07
II.1.2. Le solarium.....	07
II.1.3. Modifications suspectes de la peau	07
II.1.4. D'autres facteurs de risque.....	07
II.2. Etude clinique	08
II.2.1. Examen clinique	08
II.2.2. La dermatoscopie	08
II.2.3. Examen anatomo-pathologique.....	09
II.2.3.1. Epaisseur maximale selon Breslow.....	09
II.2.3.2. Niveau d'invasion de Clark.....	09
II.2.3.3. Existence ou non d'une ulcération.....	10
II.2.3.4. Existence ou non et étendue de phénomène de régression.....	10
II.2.4. Index mitotique.....	10
II.3. Formes anatomo-cliniques.....	10
II.3.1. Mélanome à extension superficielle.....	11
II.3.2. Mélanome nodulaire.....	11
II.3.3. Mélanome de Dubreuilh.....	12

Sommaire

II.3.4.Mélanome acrolentigineux.....	12
II.3.4.1.Mélanome unguéal.....	12
II.3.4.2.Mélanome acral non unguéal.....	13
II.4.Formes cliniques particulières.....	14
II.4.1.Mélanome achromique.....	14
II.4.2.Mélanome desmoplastique.....	14
II.4.3.Mélanome muqueux.....	14
II.4.4.Mélanome de l'enfant.....	15
II.5.Classification TNM du Mélanome.....	15
II.6.Facteurs pronostiques.....	16
II.6.1.Mélanome localisé.....	16
II.6.2.Mélanome avec métastases régionales ganglionnaires.....	16
II.6.3.Mélanome avec métastases à distance.....	16
II.7.Traitement.....	16
II.7.1.Exérèse chirurgicale.....	16
II.7.2.Recherche et analyse du ganglion sentinelle.....	17
II.7.3.L'immunothérapie.....	17
II.7.4.La thérapie ciblée.....	17
II.7.5.Chimiothérapie.....	17
II.7.6.Traitement palliatif.....	17
II.7.7.La vaccination.....	18
Conclusion.....	18

Chapitre III : Patients et méthodes

Introduction.....	20
III.1. Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	20
III.1.1.Critères d'inclusion.....	20
III.1.2.Critères d'exclusion.....	20
III.2. Problématique.....	20
Résultats	
III.I.Caractéristiques socio-démographique et épidémiologique des patients.....	21
III.I.1.La date de consultation.....	21
III.I.2.L'âge.....	21
III.I.3.Le sexe.....	22
III.I.4.Le phénotype.....	23
III.I.5.Les facteurs de risque.....	23
III.I.5.1.Le traumatisme.....	23
III.I.5.2.L'exposition solaire chronique.....	23
III.I.5.3.L'exposition solaire intermittente.....	24
III.I.6. Le délai diagnostique.....	24

Sommaire

III.I.7. Le délai de consultation.....	24
III.II. Les caractéristiques cliniques des patients.....	25
III.II.1. Sièges du mélanome	25
III.II.2. Notion d'apparition de mélanome sur un naevus ou de novo.....	25
III.III. Facteur histo-pathologique et histo-pronostiques.....	26
III.III.1. Le type histologique.....	26
III.III.2. L'épaisseur tumorale de Breslow.....	26
III.III.3. Le niveau de Clark.....	26
III.III.4. L'ulcération.....	27
III.IV. Les localisations secondaires.....	27
III.IV.1. Métastases au moment diagnostic.....	27
III.IV.2. Métastases au cours de l'évolution.....	27
III.V. Stade de la maladie.....	28
III.VI. Traitement.....	29
III.VII. Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des patients atteints de mélanome nodulaire	29
III.VII.1. Âge.....	29
III.VII.2. Sexe.....	30
III.VII.3. Phénotype.....	30
III.VII.4. Facteurs de risque.....	31
III.VII.4.1. Le traumatisme.....	31
III.VII.4.2. L'exposition solaire chronique.....	31
III.VII.4.3. L'exposition solaire intermittente.....	31
III.VIII. Caractéristiques cliniques des patients atteints de mélanome nodulaire.....	32
III.VIII.1. Sièges du mélanome.....	32
III.VIII.2. Notion d'apparition de mélanome sur un naevus ou de novo.....	32
III.IX. Facteurs histo-pronostiques.....	33
III.IX.1. L'épaisseur tumorale de Breslow.....	33
III.IX.2. Le niveau de Clark.....	33
III.IX.3. L'ulcération.....	33
III.X. Localisations secondaires.....	34
III.X.1. Métastases au moment du diagnostic.....	34
III.X.2. Métastases au cours de l'évolution.....	34
III.XI. Stade de la maladie.....	34
III.XII. Traitement.....	35
Discussion.....	37
Conclusion.....	38

Conclusion générale

Bibliographie

Listedesfigures

Listedesfigures

Figure1 : Coupe de la peau	01
Figure2 : La règle ABCDE	02
Figure 3 : Niveau de Clark et indice de Breslow	03
Figure4 : Mélanome à extension superficiel	04
Figure5 : Mélanome nodulaire	05
Figure6 : Mélanome de Dubreuilh	06
Figure7 : Mélanome unguéal	08
Figure8 : Mélanome plantaire	08
Figure9 : Mélanome muqueux	09
Figure10 : Classification de TNM	09

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau 1 :Recommandations de NCCN sur les marges d'exérèse du mélanome	01
Tableau 2 : Répartition des cas selon l'âge	02
Tableau 3 : Notion de traumatisme	03
Tableau 4 : Exposition solaire chronique	04
Tableau 5 : Exposition solaire intermittente	05
Tableau 6 :Délai diagnostique	06
Tableau 7 :Délai de consultation	08
Tableau 8 :L'épaisseur tumorale de Breslow	08
Tableau 9 :Le niveau de clark	09
Tableau 10 :L'ulcération	09
Tableau 11 :Métastases au moment dudiagnostic	10
Tableau 12 :Métastases au cours de l'évolution	10
Tableau 13 :Stade de la maladie	11
Tableau 14 :Traitement	11
Tableau 15 :Phénotype	12
Tableau 16 :Notion de traumatisme	15
Tableau 17 : Notion d'exposition solaire chronique	16
Tableau 18 :Notion d'exposition solaire intermittente	
Tableau 19 :L'épaisseur tumorale de Breslow	
Tableau 20 :Le niveau de clark	
Tableau 21 :L'ulcération	
Tableau 22 :Métastases au moment dudiagnostic	
Tableau 23 :Métastases au cours de l'évolution	
Tableau 24 :Stade de la maladie	
Tableau 25 :Traitement	

Introduction générale

Le mélanome malin, une forme agressive de cancer de la peau, représente un sérieux défi pour la santé publique à l'échelle mondiale. Originaire des mélanocytes, les cellules responsables de la pigmentation de la peau, ce cancer cutané peut évoluer rapidement et potentiellement se propager à d'autres organes, le rendant ainsi redoutable et potentiellement mortel.. Bien que constituant une fraction des cas de cancer de la peau, le mélanome malin est responsable d'une proportion significative des décès liés à cette maladie.

Ce mémoire a pour objectif d'approfondir notre compréhension du mélanome malin en examinant de manière exhaustive ses aspects théoriques et pratiques. Plus précisément, il se focalise sur une étude rétrospective des cas de mélanome malin traités au sein de service de dermatologie de chu d'oran. Cette démarche pratique nous permettra d'explorer de manière concrète les divers aspects cliniques liés au mélanome malin.

Au cours de cette étude rétrospective, nous examinerons attentivement les dossiers médicaux de patients antérieurement diagnostiqués avec un mélanome malin dans le service de dermatologie du CHU d'Oran. Cette approche rétrospective nous permettra de retracer l'évolution des cas, les schémas de traitement utilisés, les résultats obtenus, ainsi que les défis rencontrés par les professionnels de la santé lors de la prise en charge des patients. Grâce à ces informations, nous pourrions approfondir notre compréhension des facteurs de risque, des caractéristiques cliniques et des réponses aux traitements spécifiques à cette forme de cancer de la peau.

En s'appuyant sur une revue complète de la littérature scientifique existante concernant le mélanome malin, ainsi que sur les données recueillies lors de l'étude rétrospective, ce mémoire vise à contribuer à une meilleure connaissance de cette maladie et à proposer des recommandations utiles pour l'amélioration des pratiques cliniques. En fin de compte, nous espérons que cette démarche contribuera à une prise en charge plus efficace et précoce du mélanome malin, améliorant ainsi les résultats pour les patients et renforçant la lutte contre cette maladie potentiellement mortelle.

**CHAPITRE I : LA
PEAU ET
CANCERS DE LA
PEAU**

Introduction

La peau est le plus grand organe du corps humain. Chez l'adulte, sa surface est d'environ 1,5 à 2 m².

La peau remplit diverses fonctions :

- régule la température du corps ;
- protège le corps de la déshydratation ;
- un organe sensoriel, responsable du toucher ;
- protège l'organisme d'influences environnementales comme le froid, la chaleur, les produits chimiques, les bactéries ou les rayons UV ;
- produit la vitamine D (importante pour le développement et la conservation des os et des dents) ; à l'aide de la lumière du soleil ;
- défend l'organisme et active le système immunitaire.

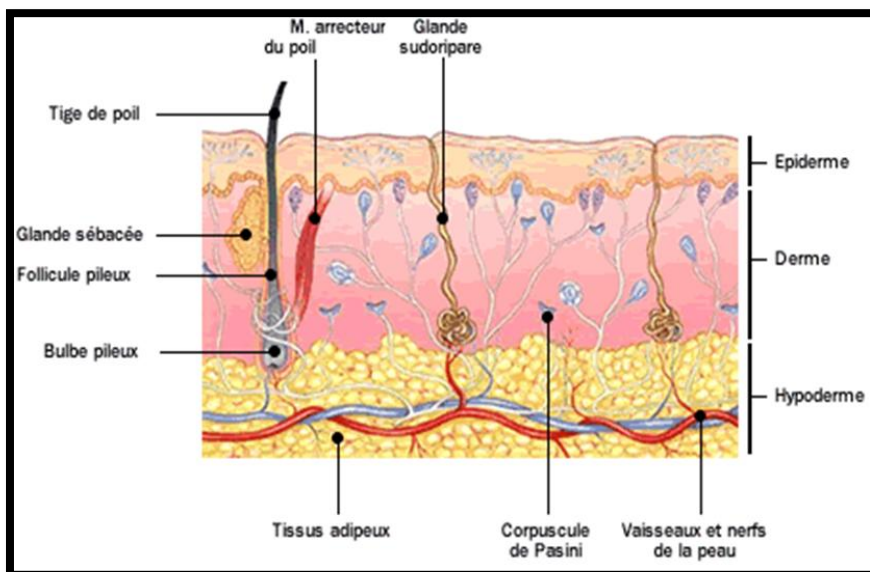


Figure 1 : coupe de la peau

I.1. Structure de la peau

La peau se compose de plusieurs couches. De l'extérieur vers l'intérieur, ce sont :

- l'épiderme
- le derme
- l'hypoderme

I.2.1. Epiderme

Le corps est complètement couvert par la peau qui sert de liaison entre l'environnement extérieur et l'intérieur.

Cette enveloppe épithéliale est nommée « épiderme », qui représente l'enveloppe la plus externe de la peau. Ce dernier est :

- Pavimenteux (cellules aplaties et larges, le noyau bombant dans la lumière)

- Stratifié (comporte plusieurs assises cellulaires superposées).
 - Kératinisé de type malpighien dans la constitution duquel entrent quatre populations cellulaires différentes :
 - Les cellules épidermiques proprement dites, kératinocytes.
 - Les mélanocytes, formant le système pigmentaire, produisent la mélanine donnant à la peau sa coloration qui assure une protection contre les rayons UV ;
 - Les cellules de Langerhans, ou cellules dendritiques, appartenant au système immunitaire
 - Les cellules de Merkel, jouent un rôle de récepteur sensoriel.
- L'épiderme ne contient aucun vaisseau sanguin ou lymphatique, mais renferme de nombreuses terminaisons nerveuses libres.

I.2.2. Derme

Le derme est un tissu conjonctif élastique et fibreux, contenant notamment des cellules immunitaires, des fibres nerveuses, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des glandes sudoripares et sébacées ainsi que les follicules pileux.

I.2.3. Hypoderme

L'hypoderme est constitué de tissu adipeux et de tissu conjonctif élastique, sillonné de vaisseaux sanguins et de nerfs. Il est relié aux muscles sous-jacents.[1]

I.2.4. Annexes cutanées :

- **Les glandes sudoripares :**

Ce sont des glandes exocrines, tubuleuses simples et contournées qui sécrètent la sueur, leur portion sécrétrice est entourée de cellules myoépithéliales, siège dans le derme profond, leur canal excréteur gagne la surface de l'épiderme par un trajet hélicoïdal appelé trajet ou canal sudorifère.

Ces glandes sont de deux types : Eccrines, réparties sur tout le tégument et apocrines localisées au niveau des régions axillaires et pubiennes et s'abouchant aux canaux pilaires.

- **Le follicule pilo-sébacé :**

Le follicule pilo-sébacé comprend la tige pileuse, les enveloppes épithéliales qui lui donnent naissance et la glande sébacée annexée au poil.

Les glandes sébacées, sont des glandes exocrines, alvéolaires simples, sécrétant le sébum. Leur portion sécrétrice est formée d'une ou de plusieurs alvéoles dilatées en sacs. Leur canal excréteur, unique et très court, débouche au niveau de la gaine épithéliale du poil.

- **Les ongles :**

Faits de cellules épithéliales kératinisées, tassées les unes contre les autres et issues par prolifération tangentielle de la matrice unguéale, les ongles ont une croissance ininterrompue du fait de l'absence de desquamation. [2]

I.3. Cancers de la peau

I.3.1. Définition :

Un cancer de la peau se manifeste par la prolifération incontrôlée et anormale des cellules de la peau, et plus précisément de l'épiderme, la couche externe de la peau. Cette multiplication pathologique est causée par des lésions non réparées de l'ADN, qui entraînent des mutations de ces cellules, venant à former une tumeur maligne. [3]

I.3.2. Principaux types de cancer de la peau :

Il existe plusieurs types de cancers de la peau, leurs caractéristiques sont différentes selon les cellules dont ils sont issus.

I.3.3. Les carcinomes dits « basocellulaires »

Prendent naissance à partir des cellules situées en profondeur de l'épiderme (la couche la plus superficielle de la peau). C'est la forme la plus fréquente de cancers de la peau.

Les carcinomes basocellulaires n'évoluent que localement et ne forment jamais de métastases, c'est-à-dire qu'ils ne s'étendent pas à d'autres organes. Ils se situent généralement sur le visage, au niveau du cou ou encore sur le haut du tronc.

I.3.4. Les carcinomes épidermoïdes « spinocellulaires »

Prendent naissance à partir des cellules situées en surface de l'épiderme. Leur évolution est plus à risque que pour la forme basocellulaire, ils ont une capacité accrue à former des métastases.

Ils peuvent se développer sur toutes les parties du corps, mais également au niveau des muqueuses buccales ou génitales.

I.3.5. Mélanomes

- Le mélanome se développe à partir de mélanocytes (cellules pigmentaires) qui se multiplient de manière incontrôlée.
- Sur la peau, il se manifeste sous forme de tache sombre ou noire.
- Un mélanome peut se former à partir de taches pigmentées préexistantes (naevus).
- Il peut aussi apparaître n'importe où ailleurs sur la peau : par exemple sur la tête, les jambes, le ventre, mais aussi sur les parties génitales ou sous les ongles des mains ou des pieds.
- Plus rarement, le mélanome touche les muqueuses, les méninges ou des organes internes
- Le mélanome est le type de cancer le plus agressif, formant facilement des métastases (des extensions au sein de l'organisme) que les autres. [4]

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons décrit la peau avec ses fonctions et sa structure et les différents types de cancers cutanés.

Nous avons conclu que le mélanome reste une tumeur rare mais redoutable avec une mortalité très élevée.

Dans le chapitre qui suit, nous allons détailler le mélanome malin.

CHAPITRE II :
LE MELANOME
MALIN

Introduction

Il existe différents types de cancer de la peau, dont le plus dangereux est le mélanome. En effet, il est capable de former des métastases et donc de se répandre dans l'organisme.

Le mélanome se développe à partir de mélanocytes (cellules pigmentaires) qui se multiplient de manière incontrôlée. Sur la peau, il se manifeste sous forme de tache sombre ou noire. Il peut se développer à partir des naevus préexistants. Il peut siéger n'importe où ailleurs sur la peau : par exemple sur la tête, les jambes, le ventre, mais aussi sur les parties génitales ou sous les ongles des mains ou des pieds. Plus rarement, le mélanome touche les muqueuses, les méninges ou des organes internes. [1]

II.1. Causes possibles et facteurs de risque

II.1.1. Le rayonnement ultraviolet

Les rayons du soleil se composent de rayons visibles (la lumière), de rayons infrarouges (qui provoquent une sensation de chaleur) et de rayons ultraviolets (que l'on ne peut ni voir ni sentir).

Les rayons UV sont en grande partie absorbés par la couche d'ozone, mais une partie du rayonnement (rayons UVA et UVB) atteint la surface de la Terre.

Ces rayons peuvent endommager le patrimoine génétique des cellules cutanées et augmenter le risque de cancer de la peau.

II.1.2. Le solarium

Les rayons UV artificiels des solariums représentent une agression supplémentaire de la peau.

Ils augmentent le risque de cancer de la peau et accélèrent le vieillissement cutané.

II.1.3. Modifications suspectes de la peau

Environ un tiers des mélanomes se développent à partir d'un nævus préexistant.

II.1.4. D'autres facteurs de risque

- Syndrome des nævus dysplasiques ;
- Antécédents familiaux de mélanome, en particulier chez des parents du 1er degré (père, mère, frère, sœur, fils, fille) ;
- Antécédents personnels de cancer de la peau ;
- Albinisme (absence de mélanine) ;
- Faible pigmentation de la peau, de sorte que la peau ne bronze pas ou très lentement ;

- Coups de soleil ;
- Système immunitaire affaibli, par exemple après une transplantation d'organe. [1]

II.2. Etude clinique

II.2.1. Examen clinique

Le diagnostic est à évoquer devant une lésion pigmentée ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes → règles ABCDE :

A = asymétrie ; B = bord ; C = couleur ; D=diamètre ; E = évolutivité.

Une lésion susceptible d'être un mélanome si ces critères cliniques sont présents :

- * Asymétrie : La moitié de la lésion ne correspond pas à l'autre moitié
- * Bords irréguliers : Les bords sont en guenilles, entaillé ou floue.
- * Variation de la couleur : pigmentation n'est pas uniforme et peut afficher des nuances de beige, brun, ou noir ; blanc, rouge, bleu.
- *Diamètre : Un diamètre supérieur à 6 mm est caractéristique, bien que certains mélanomes puissent être de plus petite taille ; toute croissance dans un naevus mérite une évaluation.
- * Évolution : Les changements dans la lésion au fil du temps sont caractéristiques, ce facteur est essentiel pour le mélanome nodulaire ou le mélanome achromique (non pigmentée), qui peuvent ne pas présenter les critères ABCD ci-dessus.

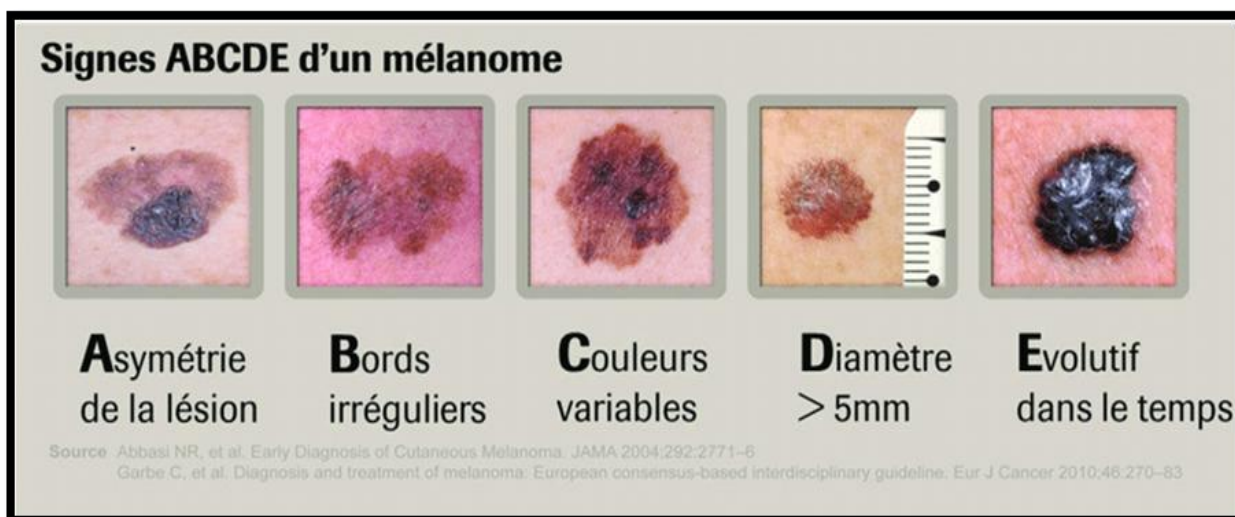


Figure 2 : la règle ABCDE

II.2.2. La Dermatoscopie

La Dermatoscopie est une méthode non invasive qui permet l'évaluation in vivo des couleurs et des microstructures de l'épiderme, la jonction dermo-épidermique et le derme papillaire non visibles à l'œil nu. L'identification de modèles du diagnostic spécifiques est liée à la répartition des couleurs et des structures dermatoscopiques qui peut mieux indiquer la malignité ou la bénignité d'une lésion pigmentée de la peau. [2]

II.2.3. Examen anatomo-pathologique

Seule l'analyse histologique permet de confirmer le diagnostic de mélanome.

Celle-ci doit être réalisée sur une pièce d'exérèse complète emportant la lésion dans sa totalité ainsi que ses berges.

Le premier temps de l'analyse histologique consiste à affirmer la nature mélanocytaire de la lésion.

Le compte-rendu anatomopathologique doit préciser pour chaque lésion un certain nombre de paramètres qui vont permettre d'estimer un pronostic :

II.2.3.1. Epaisseur maximale selon Breslow

Elle représente la mesure en millimètre au microscope de l'épaisseur maximale comprise entre la couche granuleuse de l'épiderme en haut et la cellule mélanique maligne la plus profonde. Les mélanomes qui n'envahissent pas le derme ne se mesurent pas et sont dits « in situ ». L'indice de Breslow constitue un facteur pronostique indépendant prédictif du risque de récurrence et de décès et il existe une corrélation quasi linéaire entre l'épaisseur tumorale et le délai moyen de survie.

II.2.3.2. Niveau d'invasion de Clark

Il correspond à l'invasion en profondeur dans le derme.

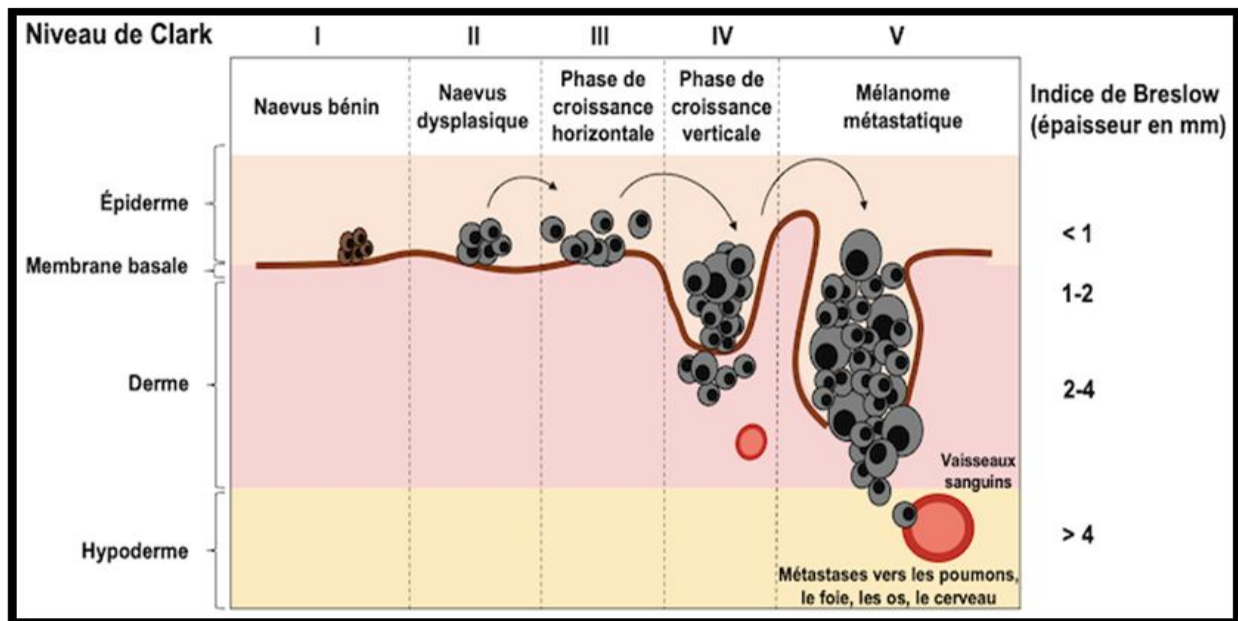


Figure 3 : niveau de Clark et indice de Breslow

II.2.3.3. Existence ou non d'une ulcération

Elle constitue un facteur pronostique péjoratif indépendant et qui minore artificiellement l'épaisseur tumorale initiale :

II.2.3.4. Existence ou non et étendue de phénomènes de régression

Disparition focale ou totale des mélanocytes tumoraux intra épidermiques et/ou dermiques avec présence de pigments et de cellules mononuclées dans le derme. La présence d'une régression peut conduire à la sous-évaluation de l'indice de Breslow.

II.2.4. Index mitotique

Le nombre de mitoses/mm² constitue également un facteur pronostique puissant et indépendant. Cet index correspond à la somme du nombre de mitoses mesurées sur quatre champs à fort grossissement (400 fois).

La mesure doit débuter au niveau de la composante tumorale dermique qui comporte le plus de mitoses et continuer sur les champs adjacents jusqu'à atteindre une surface totale de 1 mm². [5]

Examen anatomo-pathologique se divise en deux étapes

- Etape 1 : examen macroscopique de la pièce d'exérèse
- Etape 2 : examen histologique qui permet d'affirmer la nature mélanocytaire et la malignité de la lésion cutanée.

II.3. Formes anatomo-cliniques

- le mélanome superficiel extensif ou MSE (environ 70% des mélanomes)
- le mélanome nodulaire (environ 15% des mélanomes);
- le mélanome de Dubreuilh ou lentigo malin (10 à 15% des mélanomes) apparaît surtout sur le visage de personnes âgées ;
- le mélanome acrolégitineux (1 à 3% des mélanomes) se produit sur la paume des mains, la plante des pieds ou sous les ongles.

Enfin, environ 5% sont d'autres types de mélanomes. Le mélanome se développe pendant plusieurs mois ou années. S'il est détecté à un stade précoce, les chances de guérison sont bonnes. [1]

II.3.1. Mélanome à extension superficielle (SSM)

Est de loin le type le plus commun, représente environ 70 % de tous les cas, plus fréquents chez les personnes d'âge moyen. Comme son nom l'indique, ce mélanome se développe le long de la couche supérieure de la peau pendant un temps assez long avant de pénétrer plus profondément.

Le premier signe est l'apparition d'un patch décolorée plat ou légèrement surélevé qui a des bords irréguliers, la couleur est variable. Ce mélanome peut être trouvé presque n'importe où sur le corps mais il est plus susceptible de se produire sur le tronc chez les hommes, les jambes chez les femmes, et le haut du dos chez les deux. Il est généralement supérieur à 6 mm de diamètre avec bords asymétriques irréguliers qui sont caractéristiques. Histologiquement, il est caractérisé par la composante Pagétoïde (dispersion des mélanocytes atypiques dans l'épiderme).



Figure 4 : Mélanome à extension superficielle (SSM)

II.3.2. Mélanome Nodulaire

Il se produit dans 15 à 30% des patients, c'est le deuxième type le plus commun du mélanome cutané.

On le trouve le plus souvent chez les personnes d'âge moyen et dans certaines parties du corps exposées au soleil de temps en temps le plus souvent trouvé sur la poitrine ou le dos. Il se manifeste comme une papule ou un nodule en forme de dôme brun foncé à noir qui peut s'ulcérer et saigner suite à un traumatisme mineur et il peut être cliniquement amélanotique (non pigmentée).

Il a tendance à s'échapper aux signes typiques d'alerte ABCDE du mélanome et par conséquent, il peut s'échapper à la détection précoce.

Sur le plan histologique : la croissance rapide se produit au fil des semaines ou des mois.



Figure 5 : Mélanome Nodulaire

II.3.3. Mélanome de Dubreuilh

L'incidence de ce type de lentigo malin semble augmenter. Il est généralement situé sur la tête, le cou et les bras des individus à peau claire, âgés (âge moyen 65 ans) ayant une peau généralement endommagée par l'exposition solaire. Le Lentigo malin est une forme in situ qui se développe lentement au fil de 5 à 15 ans avant de devenir invasive (mélanome type lentigo malin). Le lentigo malin en est généralement de grande taille (> 1-3 cm de diamètre), se présente pour un minimum de 10 à 15 ans d'évolution et démontre la pigmentation maculaire allant de brun foncé à noir avec zones blanches qui sont communs au sein de lentigo malin, l'invasion cutanée (progression au mélanome du Dubreuilh) est caractérisée par le développement de nodules bleu-noir soulevés au sein de la lésion initiale. Histologiquement, il se caractérise par une prolifération de confluence principalement de jonction des mélanocytes et l'extension de structures annexielles bien que les caractéristiques dysplasiques ne soient pas rares.



Figure 6 : Mélanome de Dubreuilh

II.3.4. Mélanome Acrolentigineux

C'est le type de mélanome le moins fréquent chez les personnes de race blanche (2-8% des cas de mélanome), alors que c'est le type le plus fréquent de mélanome chez les personnes à la peau foncée (personnes afro-américaines, asiatiques, hispaniques) représentant 29 à 72% des cas de mélanome et en raison de retards dans le diagnostic, il peut être associé à un mauvais pronostic.

Les mélanomes acraux ne sont pas tous des mélanomes Acro-lentigineux, ils peuvent prendre l'aspect d'un mélanome nodulaire, d'un lentigo malin ou encore d'un SSM.

II.3.4.1. Mélanome unguéal

Il représente 0,7 à 3,5 % des cas du mélanome, bien que des lignes longitudinales pigmentées sur l'ongle peuvent être normaux mais ils peuvent aussi signaler un mélanome développé au niveau de la matrice. Les lignes pigmentées d'apparition sur un seul coup sont un signe suspect qui nécessite une biopsie de la matrice de l'ongle pour l'évaluer correctement. Cette procédure est généralement effectuée par un dermatologue et les patients doivent être avertis qu'une telle biopsie entraîne une dystrophie permanente de l'ongle.



Figure 7 : Mélanome unguéal

II.3.4.2. Mélanome acral non unguéal

Il débute généralement par une macule brune ou noire qui se forme en quelques années ou en quelques mois, les bords de la lésion sont généralement déchiquetés et des nodules peuvent apparaître et former une tumeur exophytique pouvant s'ulcérer, cette tumeur est parfois achromique ce qui augmente le délai diagnostique. [2]



Figure 8 : mélanome plantaire

II.4. Formes cliniques particulières**II.4.1. Mélanome achromique**

Il est rare, moins de 5% des mélanomes, peut produire l'aspect des autres types des mélanomes et ses caractéristiques sont les suivantes :

– Ce type est non pigmenté et cliniquement il apparaît rose ou de couleur chair imitant souvent un baso-cellulaire ou carcinome épidermoïde ou Dermatofibrome ou un follicule pileux rupturé.

– Il se produit le plus souvent dans le cadre d'un autre type de mélanome comme le mélanome nodulaire ou des métastases desmoplastiques de la peau, probablement en raison de l'incapacité de ces cellules cancéreuses peu différenciées pour synthétiser le pigment mélanique.

II.4.2. Mélanome desmoplastique

Il peut se produire en association avec un lentigo malin ou il peut se présenter de novo comme un nodule amélanotique ou une cicatrice. Il survient le plus souvent sur les zones de la tête et du cou exposées au soleil avec une moyenne d'âge de 60 à 65 ans. Le Manque de pigmentation et les caractéristiques cliniques qui sont plus suggestifs d'un cancer kératinocytaire de la peau peuvent provoquer un retard de diagnostic et de prise en charge. Le mélanome desmoplastique présente une prédilection pour récurrence locale, des larges marges d'excision (≥ 2 cm) et une radiothérapie adjuvante sont fréquemment recommandées pour un meilleur contrôle local de ce type rare de mélanome.

II.4.3. Mélanome muqueux

Les mélanomes des muqueuses sont rares et ils ne représentent que 1,4% de tous les mélanomes.

Ils peuvent se développer à partir de n'importe quelle muqueuse. On peut observer des mélanomes au niveau de l'œil (uvéa) de la bouche, de l'appareil digestif (anus) et de l'appareil génital (vagin, pénis).



Figure 9 : Mélanome muqueux

II.4.4. Mélanome de l'enfant

Rare (2% des mélanomes)

50% des mélanomes de l'enfant surviennent sur un nævus congénital géant : risque de dégénérescence proportionnel à la surface ; dégénère le plus souvent avant la puberté.

Justifie l'exérèse préventive complète des nævus congénitaux géants. [6]

II.5. Classification TNM du mélanome

Stades	Critères
IA	Breslow ≤ 1 mm sans ulcération et mitoses $< 1/\text{mm}^2$ (pT1a), No, Mo
IB	Breslow ≤ 1 mm, avec ulcération ou mitoses $\geq 1/\text{mm}^2$ (pT1b), No, Mo 1 mm $<$ Breslow ≤ 2 mm sans ulcération (pT2a), No, Mo
IIA	1 mm $<$ Breslow ≤ 2 mm avec ulcération (pT2b), No, Mo 2 mm $<$ Breslow ≤ 4 mm sans ulcération (pT3a), No, Mo
IIB	2 mm $<$ Breslow ≤ 4 mm avec ulcération (pT3b), No, Mo Breslow > 4 mm sans ulcération (pT4a), No, Mo
IIC	Breslow > 4 mm avec ulcération (pT4b), No, Mo
IIIA	Tumeur sans ulcération (tous pT), métastases microscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux (N1a, 2a), Mo
IIIB	Tumeur sans ulcération (tous pT), métastases macroscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1b, 2b, 2c), Mo Tumeur avec ulcération (tous pT), métastases microscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions (N1a, 2a), Mo
IIIC	Tumeur avec ulcération (tous pT), métastases macroscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1b, 2b, 2c), Mo Tumeur avec ou sans ulcération (tous pT), métastases dans 4 ganglions ou ganglions lymphatiques régionaux ou plus ou métastases « en transit » avec métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s) (N3)
IV	Métastases à distance (tous pT, tous N, M1)

pT: *pathological tumor*; N: *node*; M: *metastasis*.

Figure 10 : Classification pathological tumor node metastasis (pTNM) de l'Union for International Cancer Control et de l'American Joint Committee on Cancer, septième révision.

II.6. FACTEURS PRONOSTIQUES

II.6.1. Mélanome localisé

- **Facteurs histo-pronostiques ++ :**

- L'indice de Breslow +++
- La présence de micro-métastases dans le ganglion sentinelle
- La présence d'une ulcération tumorale
- L'index mitotique (pour les tumeurs de breslow < 1 mm)

- **Facteurs cliniques de mauvais pronostic :**

- Le siège : tronc, tête et cou
- Age avancé
- Sexe masculin.

II.6.2. Mélanome avec métastases régionales ganglionnaires

- Le nombre de ganglions atteints
- Le nombre de ganglions en rupture capsulaire
- L'ulcération de la tumeur initiale.

II.6.3. Mélanome avec métastases à distance

- La médiane de survie globale est à 12 mois
- Si métastases non viscérales isolées, le pronostic est un peu moins mauvais. [6]

II.7. Traitement

Les moyens thérapeutiques :

II.7.1. Exérèse chirurgicale

L'exérèse chirurgicale est essentielle puisqu'elle permet de poser le diagnostic et constitue le seul traitement potentiellement curatif du mélanome. Une fois l'exérèse initiale réalisée, une reprise chirurgicale emportant des marges de sécurité doit être effectuée.

Son intérêt est d'éliminer les micro métastases locales qui pourraient se propager par voie hématogène.

[5]

Recommandation de NCCN (National Comprehensive Cancer Network)
sur marges d'exérèses du mélanome.

Indice de Breslow (mm)	Marges d'exérèses (cm)
in situ	0,5-1
≤ 1	1
1,01-2	1-2
2,01-4	2
> 4	2-3

Tableau 1 : recommandation de NCCN sur marges d'exérèse du mélanome

II.7.2. Recherche et analyse du ganglion sentinelle

Pour assurer l'identification précise du ganglion sentinelle, la cartographie lymphatique et l'exérèse du ganglion sentinelle doivent précéder à l'excision large du mélanome primitive.

II.7.3. L'immunothérapie

- Ipilimumab
- L'Anti-PD-1 et PD-L1
- Lambrolizumab
- L'interleukine-2 (IL-2)

II.7.4. La Thérapie ciblée

- L'inhibiteur de BRAF : Vemurafenib, Dabrafenib
- L'inhibiteur de MEK : Trametinib

II.7.5. Chimiothérapie

La dacarbazine, témozolomidepac litaxel, la carmustine, cisplatine, carboplatine et vinblastine.

II.7.6. Traitement palliatif (radiothérapie)

Bien que le mélanome soit une tumeur relativement résistante aux radiations mais la radiothérapie palliative peut soulager les symptômes.

II.7.7. La vaccination

Vaccins anti-mélanome (Thérapie cellulaire vaccinale) sont une alternative théoriquement attractive à la chimiothérapie ou immunothérapie avec des cytokines car ils sont généralement associés à une toxicité relativement faible. Les vaccins anti-mélanome est un type d'immunothérapie actif

spécifique sur la base de l'expression de cellules de mélanome HLA et de certains antigènes associés à des tumeurs. [2]

Conclusion

Le mélanome est un type de cancer de la peau particulièrement dangereux en raison de sa capacité à former des métastases et à se propager dans le corps. Plusieurs facteurs de risque, tels que l'exposition aux rayons ultraviolets du soleil, l'utilisation de solariums, des naevus préexistants, des antécédents familiaux et personnels de cancer de la peau, ainsi qu'une faible pigmentation de la peau, peuvent augmenter les chances de développement du mélanome.

Le diagnostic du mélanome repose sur un examen clinique minutieux, en utilisant la règle ABCDE pour repérer les caractéristiques suspectes d'une lésion. La dermatoscopie est également un outil précieux pour évaluer les lésions cutanées, mais seule l'analyse histologique par un examen anatomo-pathologique peut confirmer définitivement le diagnostic.

Le mélanome se présente sous différentes formes cliniques, chacune avec ses propres caractéristiques spécifiques. Le pronostic du mélanome dépend de plusieurs facteurs, y compris l'épaisseur de la tumeur, la présence de métastases régionales ou à distance, ainsi que d'autres caractéristiques histologiques et cliniques.

Le traitement du mélanome implique généralement une exérèse chirurgicale, suivie de traitements complémentaires tels que l'immunothérapie, la thérapie ciblée, la chimiothérapie, la radiothérapie ou la vaccination, selon le stade de la maladie et les caractéristiques individuelles du patient.

Une détection précoce du mélanome est essentielle pour améliorer les chances de guérison, ce qui souligne l'importance de la sensibilisation aux facteurs de risque, aux signes d'alerte et aux méthodes de prévention, telles que la protection solaire appropriée et une surveillance régulière des changements cutanés.

Chapitre III
PATIENTS ET
METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des cas de mélanomes observés dans le service de dermatologie CHU ORAN portant sur 18 cas de mélanome malin sur une période de 10 ans.

I. Critères d'inclusion et critères d'exclusion :

I.1. Critères d'inclusion :

- Tous les cas de mélanome malin confirmés par une étude anatomopathologique.
- Tous les cas de mélanome malin nodulaire.

I.2. Critères d'exclusion :

- Tous les dossiers de mélanome malin incomplets et illisibles.
 - Tous les cas de mélanome malin sur les **génodermatoses** (exp : xeroderma pigmentosum).

II. Problématique :

Le mélanome malin est une tumeur rare mais à haut potentiel métastatique.

Son incidence est très élevée dans les pays de l'Amérique du nord 32.4% avec une mortalité de 14.7% ; son incidence est diminuée dans les pays sud de la méditerranée.

En Afrique malgré un fort ensoleillement, son incidence demeure faible (2.2%) de même que pour les pays du Maghreb (0.49%)

A Oran, l'incidence du mélanome est de 1 nouveau cas/100 000 habitants avant l'âge de 65 ans.

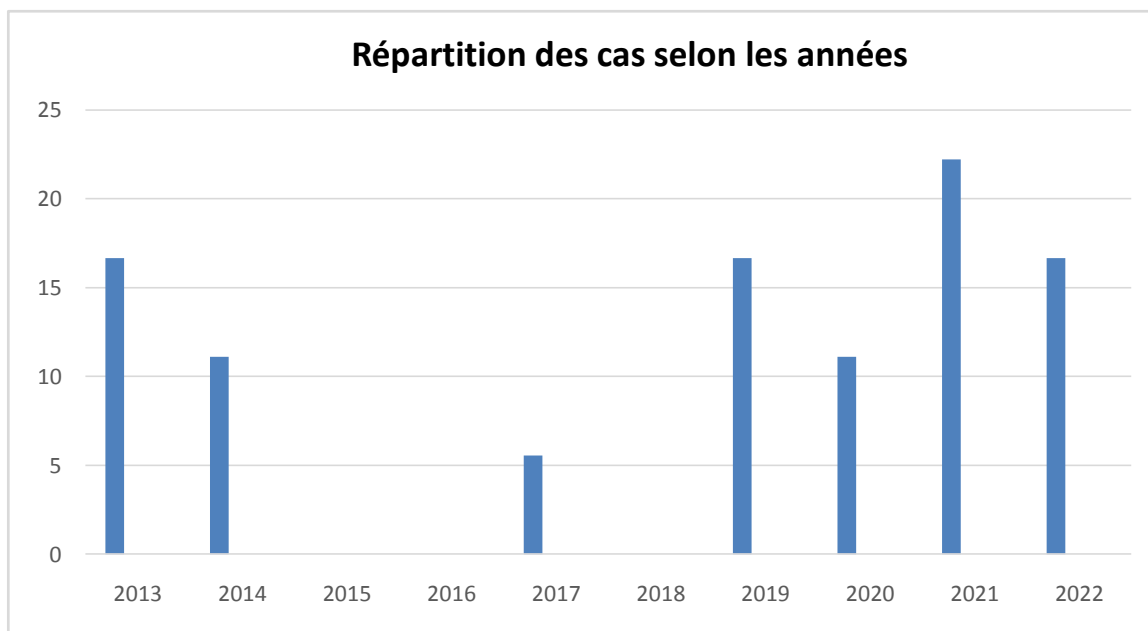
Selon les données du registre du cancer à Oran, la fréquence du mélanome est de 0.3% chez l'homme et 0.6% chez la femme. Par rapport à l'ensemble des tumeurs malignes de la peau, le mélanome à Oran survient dans 11.9% chez la femme et 3.3% chez l'homme, sachant que la femme est 3.6 fois plus atteinte que l'homme dont l'âge moyen au diagnostic est de 53 ans.

RESULTATS

Au total, pendant une période de dix ans, nous avons inclus 18 cas de mélanome confirmés en histologie. Les données recueillies ont été réparties comme suit :

**I - CARACTERISTIQUES SOCIO - DEMOGRAPHIQUES
ET EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS.**

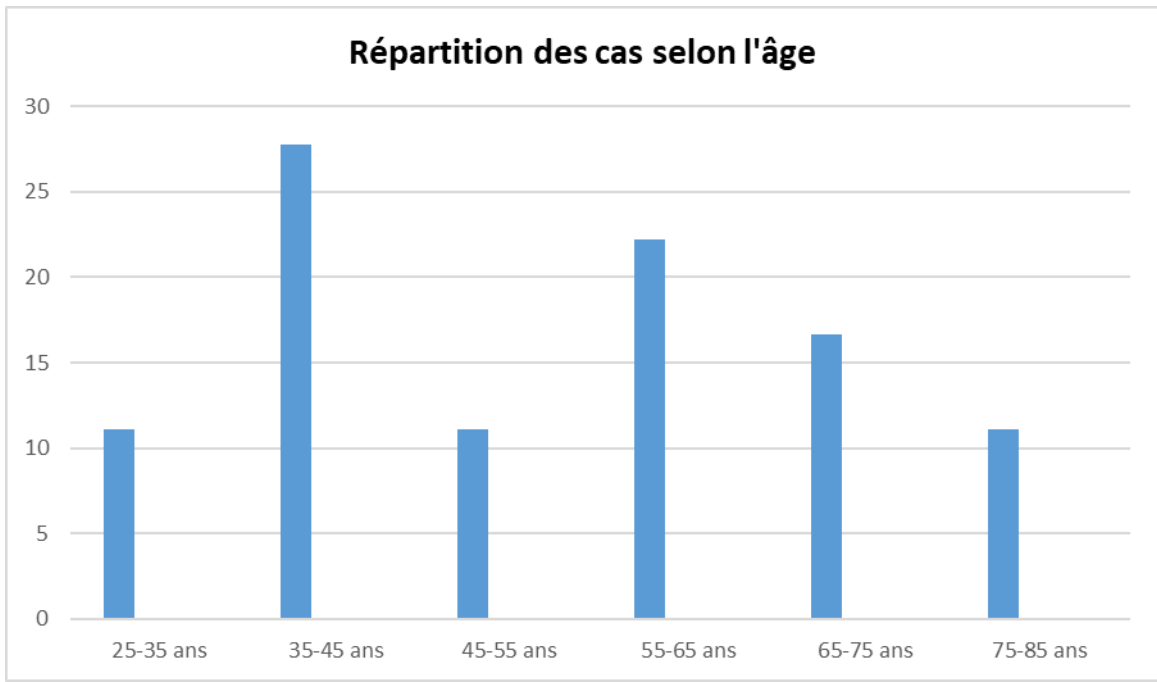
1-Date de consultation



2- L'âge

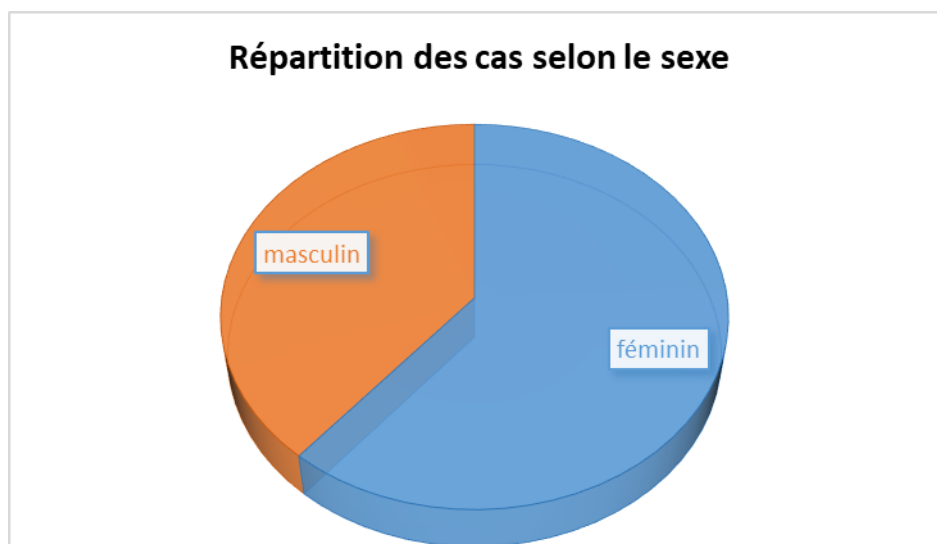
Age	Effectif	Pourcentage
[25 -35]	2	11.11%
[35-45]	5	27.78%
[45-55]	2	11.11%
[55-65]	4	22.22%
[65-75]	3	16.67%
[75-85]	2	11.11%
Total	18	100%

Tableau 2 : Répartition des cas selon l'âge



La tranche d'âge la plus touchée était entre 35 et 45 ans (27.78 %).

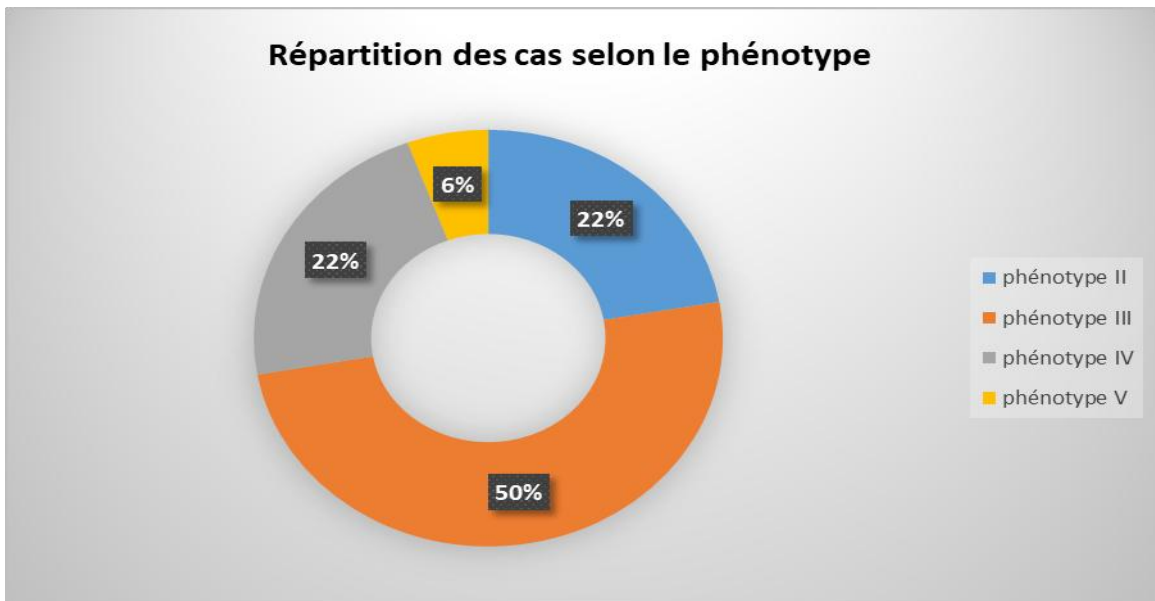
3- Sexe



- Le sexe féminin était le plus prédominant (61.1%),

- Le sex-ratio était est 1.57.

4-Phénotype



Le phénotype III était le plus prédominant (50 %), suivie de phénotype II et IV (22 %)

5-Facteurs de risque

- **traumatisme**

Notion de traumatisme	Effectifs	Pourcentage
Non	15	83,3 %
Oui	3	16,7%
Total	18	100,0%

Tableau 3 : Notion de traumatisme

La notion de traumatisme était majoritairement absente (83.3 % des cas).

- **Exposition solaire chronique**

Exposition solaire chronique	Effectifs	Pourcentage
Non	11	61,1 %
Oui	7	38,8 %
Total	18	100,0 %

Taleau 4 : Exposition solaire chronique

La notion d'une exposition solaire chronique était absente chez plus de la moitié des cas (61.1 % des cas).

- **Exposition solaire intermittente :**

Exposition solaire intermittente	Effectifs	Pourcentage
Non	10	56 %
Oui	8	44 %
Total	18	100,0 %

Tableau 5 : Exposition solaire intermittente

La notion d'une exposition solaire intermittente était rapportée chez seulement dans 44 % des cas.

6-Délai diagnostique

	Effectifs	Pourcentage
<6mois	16	88.89 %
≥6mois	2	11.11 %
total	18	100 %

Tableau 6 : Délai diagnostique

La plupart des patients (88.89%) étaient diagnostiqués en moins de six mois.

7-Délai de consultation

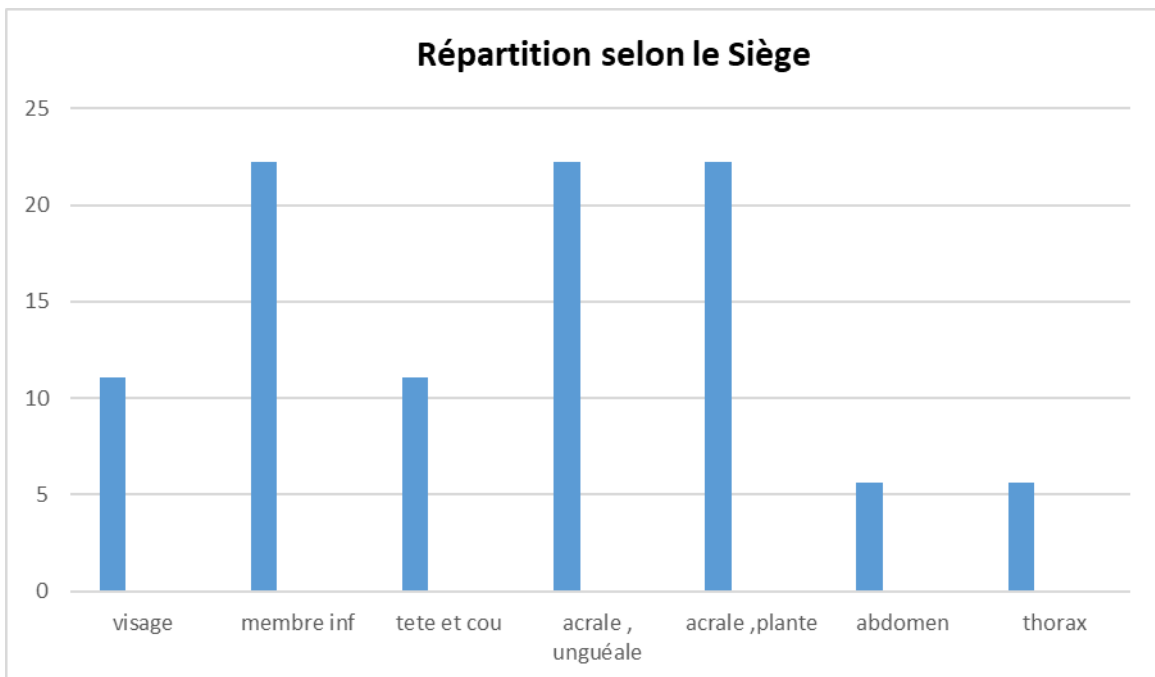
	Effectifs	Pourcentage
1 – 6 mois	5	27.78 %
6 mois - 12 mois	5	27.78 %
>12 mois	8	44.44 %
taotal	18	100 %

Tableau 7 :Délai de consultation

La moitié des patients avaient dépassé un an pour consulter.

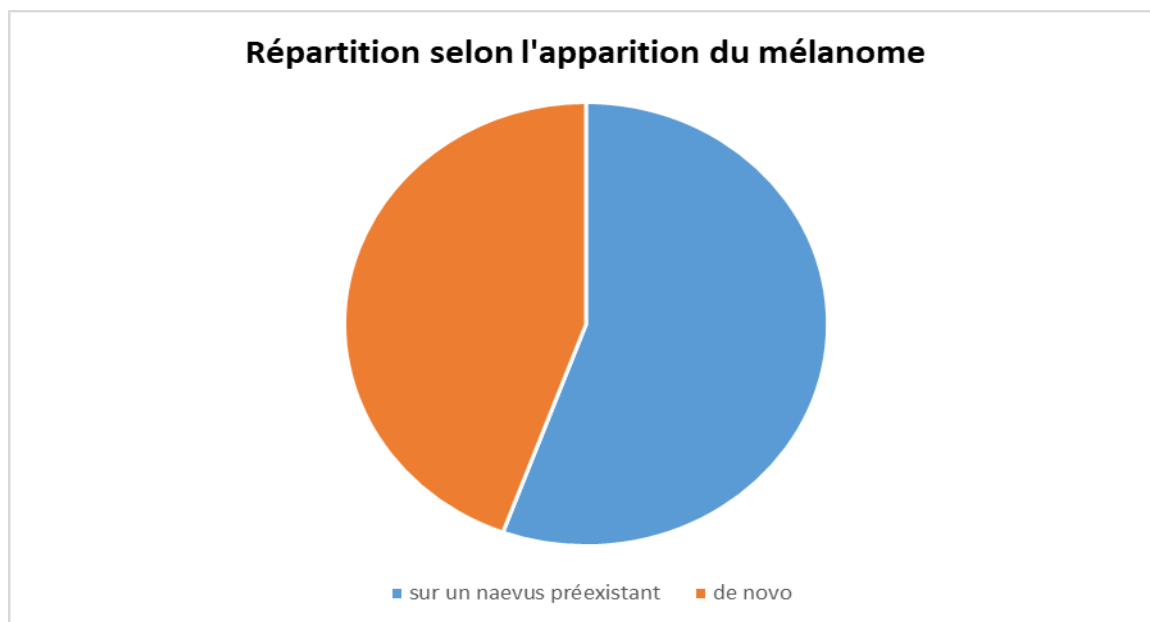
II-CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTS

1 – Sièges du mélanome



Le membre inferieur et la zone acrale représentaient 22% de sièges de mélanome malin.

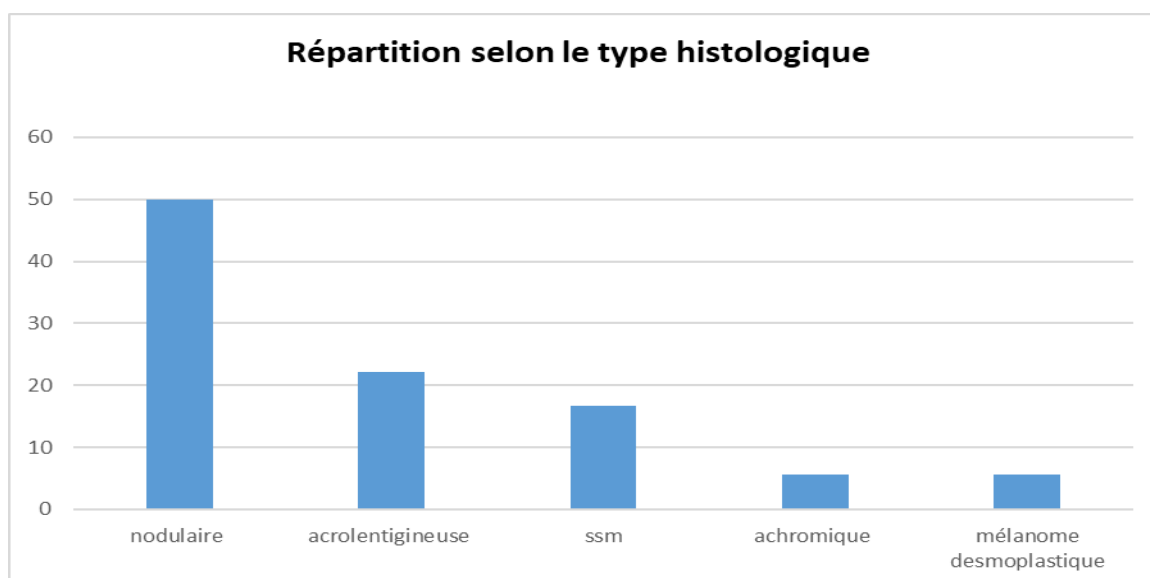
2- Notion d'apparition de mélanome sur un naevus ou de novo



Le mélanome malin était apparu dans 56 % des cas sur un naevus préexistant.

III- Facteurs histo-pathologiques et histo-pronostiques

1-Type histologique



La forme nodulaire représentait 50% des cas, suivie de la forme acrolentigineuse

22%

2- L'épaisseur tumorale de Breslow

	Effectifs	Pourcentage
1-2 mm	3	17 %
2-4	7	39 %
>4 mm	8	44 %
Total	18	100 %

Tableau 8 : L'épaisseur tumorale de Breslow

- Le mélanome était épais dans plus de 7% des cas
- L'épaisseur tumorale selon Breslow était supérieure à 4 mm dans 44% et dans 33% des cas elle était entre 2 et 4 mm.

3- Le niveau de Clark

Clark	Effectifs	Pourcentage
Clark1	3	16 %
Clark2	2	11.5 %
Clark3	2	11.5 %
Clark4	3	16 %
Clark5	8	45 %
total	18	100 %

Tableau 9 : Le niveau de Clark

L'indice de Clark à V était le plus dominant (45%).

4-L'ulcération

	Effectifs	Pourcentage
Non	8	44 %
Oui	10	56 %
Total	18	100,0 %

Tableau 10 :L'ulcération

Plus de la moitié des patients présentaient des lésions ulcérées (56%).

IV- Localisations secondaires**1- Métastases au moment du diagnostic**

	Effectifs	Pourcentage
Pas de métastase	10	55.56 %
Ganglionnaire	2	11.11 %
Pulmonaire	2	11.11%
Ganglionnaire + Cérébrale	1	5.56 %
Ganglionnaire + pul	1	5.56 %
Ganglionnaire + pul +vcérale	2	11.11 %
total	18	100 %

Tableau 11 :Métastases au moment diagnostic

La plupart des patients (55.56%) n'avaient pas de métastases au moment de diagnostic.

2- Métastases au cours de l'évolution

	Effectifs	Pourcentage
Pas de métastase	13	72.22 %
Cérébrale	2	11.11 %
Pulmonaire	1	5.56 %
Pulmonaire + cérébrale	2	11.11 %
total	18	100 %

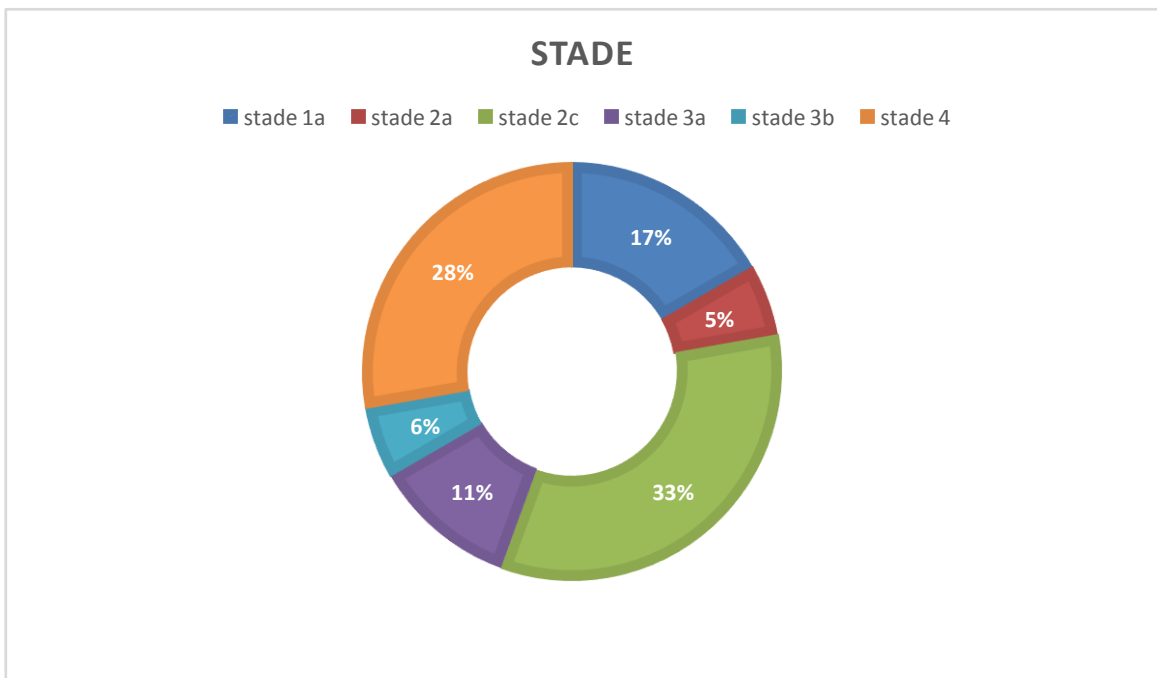
Tableau 12 : Métastases au cours de l'évolution

La plupart des patients (72.22%) n'avaient pas de métastases au cours d'évolution.

V-Stades de la maladie

	Effectifs	Pourcentage
Stade 1a	3	16.67
Satde 2a	1	5.56
Stade 2c	6	33.33
Stade 3a	2	11.11
Stade 3b	1	5.56
Stade 4	5	27.78
Total	18	100

Tableau 13 :Stade de la maladie



Le stade 4 représentait 33% des cas .

VI-Traitement

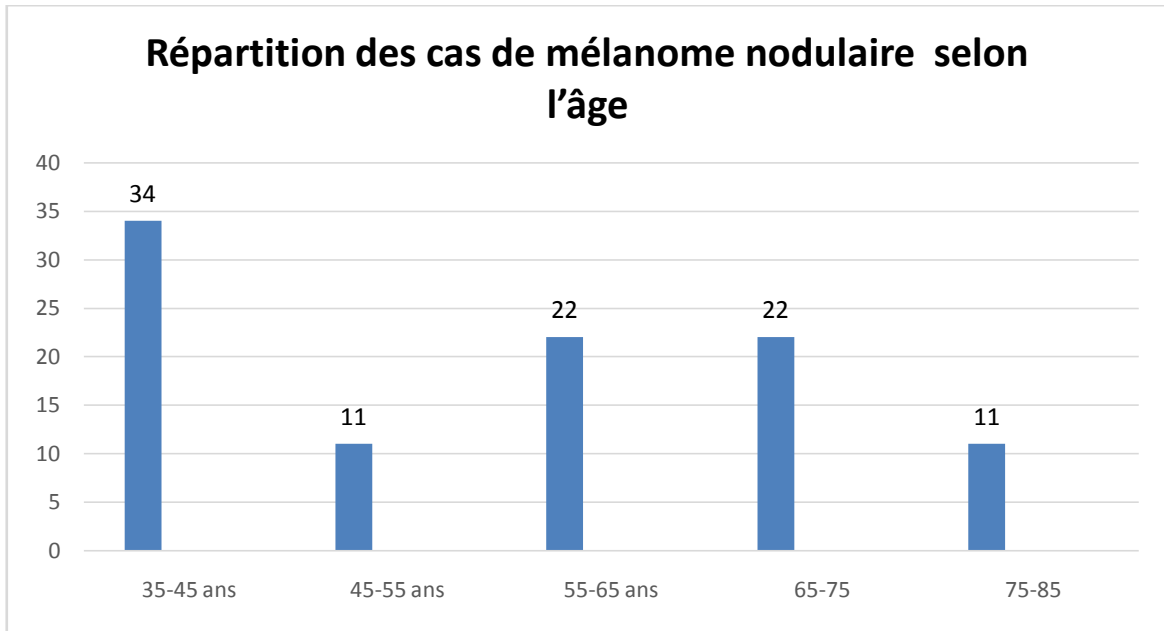
	Effectifs	Pourcentage
Chirurgie	2	11.11
Chimiothérapie	2	11.11
Chirurgie + chimiothérapie	9	50
Chimiothérapie + radiothérapie	1	5.56
Chirurgie +chimiothérapie + radiotherapie + curage ganglionnaire	1	5.56
Chirurgie +chimiothérapie + curage ganglionnaire	2	11.11
Chimiothérapie + curage ganglionnaire	1	5.56
Total	18	100

Tableau 14 : traitement

La moitié des patients ont été traités par la chirurgie plus chimiothérapie.

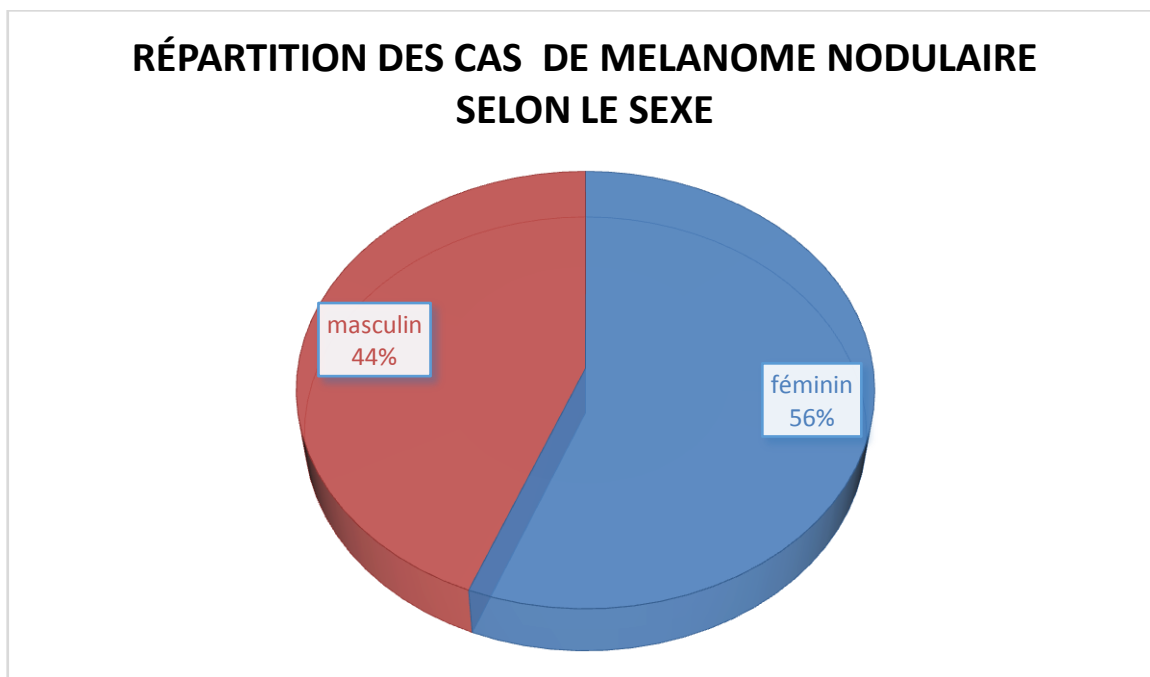
**VII - CARACTERISTIQUES SOCIO - DEMOGRAPHIQUES ET
EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE MELANOME
NODULAIRE**

1- L'âge



La tranche d'âge la plus touchée par le mélanome nodulaire était entre 35 et 45 ans (34 %).

2- Sexe



Le sexe féminin était le plus dominant (61.1%),

Le sex-ratio était à 1.25.

3-Phénotype

	Effectifs	Pourcentage (%)
2	1	11 %
3	6	67 %
4	2	22 %
Total	9	100,0 %

Tableau 15 : Phénotype

Le phénotype III était le plus dominant (67 %), suivie de phénotype II (22 %)

4-Facteurs de risque

- Le traumatisme

	Effectifs	Pourcentage
Non	7	78 %
Oui	2	22%
Total	9	100,0 %

Tableau 16 : notion de traumatisme

La notion de traumatisme n'était retrouvée que chez 22% des cas, elle était majoritairement absente (78%)

- L'exposition solaire chronique

	Effectifs	Pourcentage
Non	4	44%
Oui	5	56%
Total	9	100,0%

Tableau 17 : notion d'exposition solaire chronique

Plus de la moitié des patients atteints de mélanome nodulaire avaient une exposition solaire chronique (56% des cas).

- L'exposition solaire intermittente

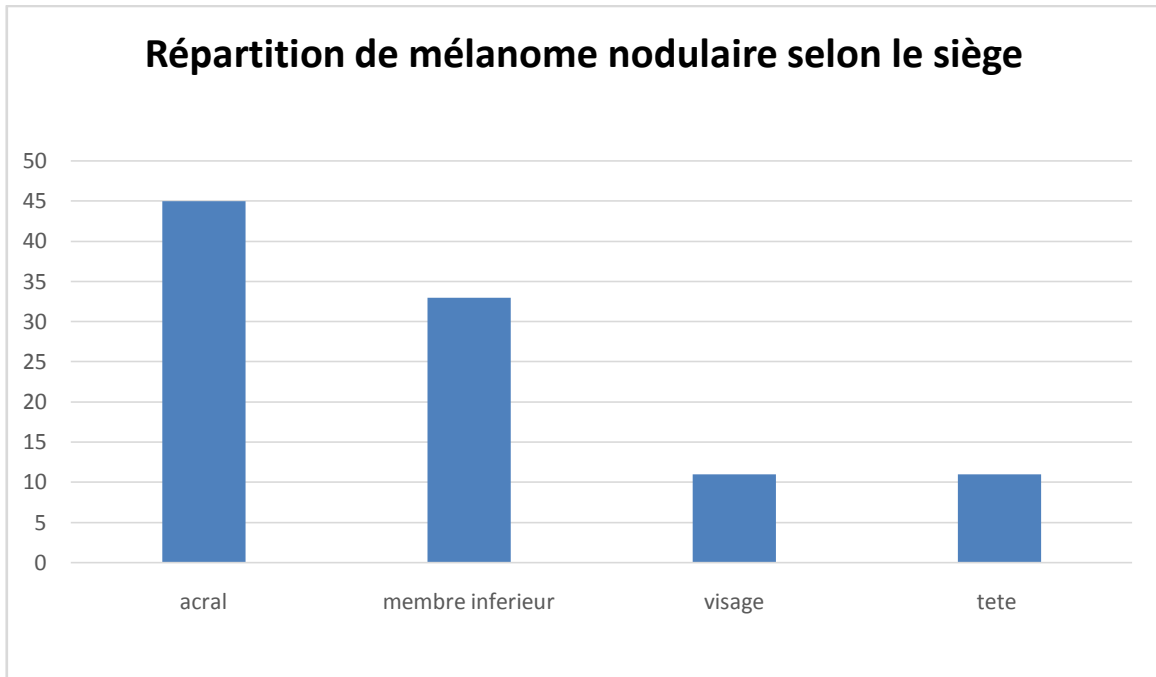
	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	7	78%
Oui	2	22%
Total	18	100,0

Tableau 18 : notion d'exposition solaire intermittente

L'exposition solaire intermittente était absente dans 78 % des cas.

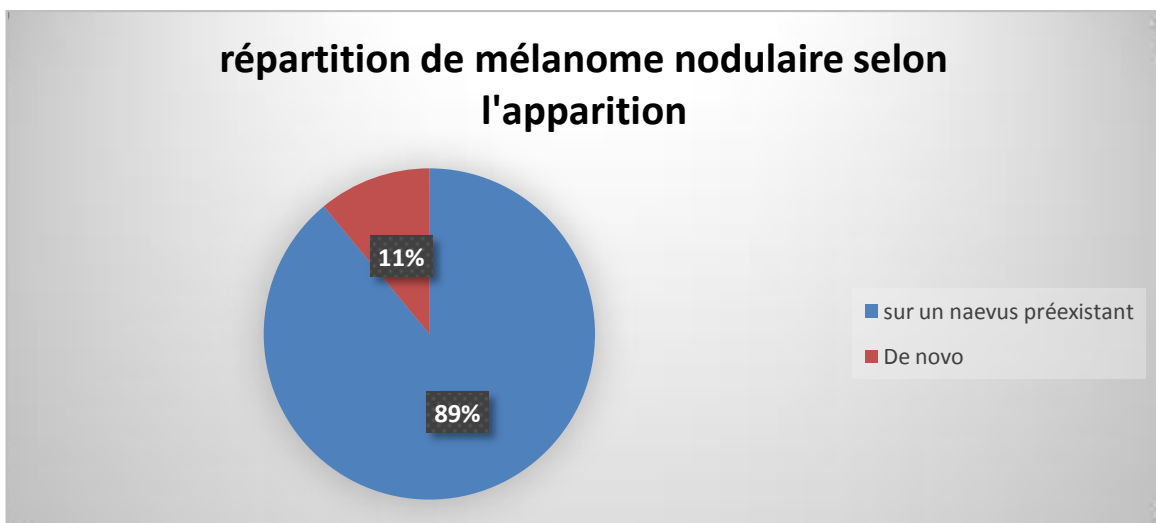
VIII-CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE MELANOME NODULAIRE

1 – Siège du mélanome



La zone acrale avait représenté 45% du siège de mélanome nodulaire.

2- Notion d'apparition de mélanome nodulaire sur un naevus ou de novo



Le mélanome nodulaire était apparu dans 89 % des cas sur un nævus préexistant.

IX-Facteurs histo-pronostiques

1- L'épaisseur tumorale de Breslow

	Effectifs	Pourcentage (%)
1-2 mm	0	0 %
2-4	2	22 %
>4 mm	7	78 %
total	9	100 %

Tableau 19 :L'épaisseur tumorale de Breslow

Le breslow était supérieur à 4 mm dans 78 % des cas .

2- Le niveau de Clark

Niveaux de Clark	Effectifs	Pourcentage (%)
Niveau 1	0	0 %
Niveau 2	1	11 %
Niveau 3	2	22 %
Niveau 4	0	0 %
Niveau 5	6	67 %
Total	9	100 %

Tableau 20 :Le niveau de Clark

Le niveau V de Clark était le plus dominat (67%).

3-L'ulcération

	Effectifs	Pourcentage (%)
non	3	33 %
oui	6	67 %
Total	9	100,0 %

Tableau 21 :L'ulcération

L'ulcération était présente chez la plupart des patients atteints de mélanomes nodulaires (67%).

X -Localisations secondaires

1- Métastases au moment diagnostic

	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas de métastase	4	44 %
Ganglionnaire	2	22 %
Pulmonaire	1	11 %
Ganglionnaire + Cérébrale	0	0 %
Ganglionnaire + pul	1	11 %
Ganglionnaire + pul +viscérale	1	11 %
Total	9	100 %

Tableau 22 : Métastases au moment diagnostic

Environ la moitié des patients atteints de mélanomes nodulaires (44%) n'avaient pas de métastase au moment de diagnostic.

2- Métastases au cours de l'évolution

	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas de métastase	5	56 %
Cérébrale	1	11 %
Pulmonaire	1	11 %
Pulmonaire + cérébrale	2	22 %
Total	9	100 %

Tableau 23 : Métastases au cours de l'évolution

La plupart des patients (56%) n'avaient pas de métastases au cours de l'évolution

Les métastases cérébrales et pulmonaires étaient les localisations secondaires exclusives chez les patients atteints de mélanomes nodulaires (44%)

XI-Stade de la maladie

	Effectifs	Pourcentage (%)
Stade 1a	0	0 %
Stade 2a	0	0 %
Stade 2c	4	45 %
Stade 3a	1	11 %
Stade 3b	2	22 %
Stade 4	2	22 %
Total	9	100 %

Tableau 24 :Stade de la maladie

Le stade 2c avait représenté 45 % des cas atteints de mélanomes nodulaires.

XII-Traitement

	Effectifs	Pourcentage (%)
Chirurgie	1	11
Chimiothérapie	1	11
Chirurgie + chimiothérapie	6	67
Chimiothérapie + radiothérapie	0	0
Chirurgie +chimiothérapie + radiothérapie + curage ganglionnaire	0	0
Chirurgie +chimiothérapie + curage ganglionnaire	1	11
Chimiothérapie + curage ganglionnaire	0	0
Total	9	100

Tableau 25 :Traitement

La plupart des patients (67%) étaient traités par la chirurgie et par la chimiothérapie.

DISCUSSION

DISCUSSION

Notre étude rétrospective descriptive, réalisée au service de dermatologie du CHU d'Oran sur une période de 10 ans, a porté sur 18 cas de mélanome malin.

Les résultats ont révélé que la tranche d'âge la plus touchée était celle entre 35 et 45 ans, représentant 27,78 % des cas. Le sexe féminin était prédominant avec 61,1 % des cas, et le sex-ratio était de 1,57. Le phénotype III était le plus fréquent (50 %), suivi des phénotypes II et IV (22 % chacun). La forme nodulaire était la plus fréquente, représentant 50 % des cas, suivie de la forme acrolentigineuse (22 %). Il a été noté que 56 % des mélanomes malins se sont développés sur un nævus préexistant et que la notion de traumatisme était absente dans la majorité des cas (83,3 %). De plus, seulement 44 % des patients présentaient une exposition solaire intermittente. Le membre inférieur et la zone acrale étaient les principaux sites d'apparition du mélanome malin (22 %). Le niveau V de Clark était le plus courant (45 %), et plus de la moitié des patients présentaient des lésions ulcérées (56 %). Au moment du diagnostic, la majorité des patients (55,56 %) n'avaient pas de métastases. Le traitement le plus fréquent pour les cas de mélanome malin était la chirurgie associée à la chimiothérapie.

Concernant le mélanome nodulaire, la tranche d'âge la plus touchée était également entre 35 et 45 ans, représentant 34 % des cas. Le sexe féminin prédominait également, avec 61,1 % des cas et un sex-ratio de 1,25. Le phénotype III était le plus courant (67 %), suivi du phénotype II (22 %). Dans 89 % des cas, le mélanome nodulaire s'est développé sur un nævus préexistant. La notion de traumatisme n'a été retrouvée que chez 22 % des cas, alors qu'elle était absente chez 78 % des patients. Une exposition solaire chronique était observée chez plus de la moitié des patients atteints de mélanome nodulaire (56 %), et la zone acrale était le siège le plus fréquent (45 %). Le niveau V de Clark était le plus courant (67 %), et la majorité des patients présentaient des lésions ulcérées (67 %). Environ la moitié des patients atteints de mélanome nodulaire (44 %) n'avaient pas de métastases au moment du diagnostic. Le stade 2c était le plus fréquent chez les cas de mélanome nodulaire, représentant 45 % des patients. Le traitement le plus courant pour ces cas était la chirurgie associée à la chimiothérapie.

Conclusion :

En conclusion, notre étude a fourni des informations essentielles sur la prévalence, les caractéristiques cliniques et les traitements associés au mélanome malin, incluant notamment le mélanome nodulaire. Les résultats ont révélé une prédominance de ces cancers cutanés chez les adultes jeunes, avec une incidence plus élevée chez les femmes. Le mélanome nodulaire s'est avéré être une forme fréquente de mélanome malin, et les lésions ulcérées ainsi que le niveau de Clark V ont été largement observés chez les patients atteints. Ces constatations soulignent l'importance cruciale d'une sensibilisation accrue à la prévention, au dépistage précoce et aux options de traitement afin d'améliorer les résultats cliniques et de réduire le fardeau associé au mélanome malin, y compris le mélanome nodulaire.

CONCLUSION

Conclusion Générale

Le mélanome malin est un cancer cutané agressif qui représente un défi majeur pour la santé publique. Cette étude approfondie sur le mélanome malin a permis de mettre en évidence plusieurs aspects cruciaux concernant cette maladie potentiellement mortelle.

Tout d'abord, il est clair que la prévention joue un rôle essentiel dans la lutte contre le mélanome malin. Des facteurs de risque tels que l'exposition excessive au soleil et les antécédents familiaux doivent être pris en compte pour sensibiliser le public et encourager l'adoption de comportements protecteurs, notamment l'utilisation de crèmes solaires, de vêtements de protection et l'évitement des heures d'ensoleillement intense.

En outre, la détection précoce demeure un pilier fondamental pour améliorer le pronostic des patients atteints de mélanome malin. La formation des professionnels de santé et l'éducation du public sur la reconnaissance des signes précoces de mélanome sont d'une importance capitale pour garantir un diagnostic précoce et la mise en place rapide d'un traitement approprié.

La prise en charge du mélanome malin doit être multidisciplinaire et personnalisée en fonction des caractéristiques de chaque patient. L'intégration de différentes spécialités médicales, y compris les dermatologues, les oncologues, les chirurgiens et autres experts, permet d'élaborer des plans de traitement adaptés, en tenant compte du stade de la maladie et des besoins spécifiques du patient.

En conclusion, cette étude approfondie sur le mélanome malin met en évidence l'importance de la prévention, de la détection précoce, de la prise en charge multidisciplinaire et des avancées de la recherche médicale dans la lutte contre cette forme agressive de cancer de la peau. En combinant ces efforts, nous pouvons espérer réduire l'incidence, améliorer les résultats cliniques et faire progresser les soins pour les patients atteints de mélanome malin, contribuant ainsi à sauver des vies et à améliorer la santé publique.

Bibliographie

- [1]. Site web (boutique.liguecancer.ch)
- [2]. Les mélanomes malins cutanés, aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. THESE (M. Brahim BACHTI)
- [3]. site web (www.elsan.care)
- [4]. site web (www.frm.org)
- [5]. EMC DERMATOLOGIE2017
- [6]. KB DERMATOLOGIE 8ème édition
- [7] **Pottecher B, Herbrecht R, Blanc-Vincent MP and al.** FNCLCC, SOR. Standards, Options and Recommendations (SOR) for the surveillance and the prevention of cross infections in oncology. [Bulletin du Cancer 2000 ; 87 \(7-8\) : 557-91.](#)
- [8]**Mokhtari L, Ammour F.** Registre du Cancer d'Oran. Résultats de l'année 2006. Centre Hospitalier et Universitaire d'Oran. Centre d'Epidémiologie et de Médecine Préventive. 15ème rapport. Dec 2007.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

