

# Cas clinique Mélanome

Pr A.Bouguettaya; H.Djedi  
CLCC Annaba  
5ème cours d'oncologie médicale (COM5)  
Hotel AZ-Zeralda  
16/11/2021

- Un jeune homme de 34 ans marié sans enfants et sans profession;
- Consulte pour une tuméfaction axillaire droite qu'il a remarqué depuis trois semaines;
- Son médecin traitant lui a prescrit une radiographie thoracique et un hémogramme qui sont normaux.

Le malade est orienté chez vous  
et il vous pose une question:

- **Question N°01:**

Quel est le bilan à demander en  
1<sup>ère</sup> intention?

## Réponse N°01:

- A. Ponction de la tuméfaction axillaire droite avec étude cytologique.
- B. Biopsie de la tuméfaction axillaire droite avec étude histologique.
- C. TDM thoracique.
- D. Echographie des parties molles.
- E. B+C.
- F. B+D.

- A l'examen, vous palpez une adénopathie axillaire droite dure et indolore. Les autres aires ganglionnaire sont libres. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatomégalie ni splénomégalie.
- L'échographie des parties molles: adénopathie axillaire droite de 2cm hyper-vascularisée.

- **Question N°02:**

Quel examen demandez vous pour orienter rapidement le diagnostic?

- **Réponse N°02:**

Biopsie ganglionnaire droite avec une étude histologique.

L'examen que vous avez demandé suggère une métastase ganglionnaire de mélanome.

- **Question N°03:**

Que recherchez vous à l'interrogatoire et l'examen clinique pour étayer ce diagnostic?

## • Réponse N°03:

### +Interrogatoire:

- ATCDS personnel de mélanome;
- ATCDS d'exérèse d'une lésion cutanée;
- ATCDS d'exposition solaire intense, de coups de soleil;
- ATCDS familial de mélanome....

### +A l'examen:

- Un mélanome cutané régional: tronc, bras ou épaule à droite;
- Une cicatrice d'exérèse dans la même zone;
- Une lésion dépigmentée (mélanome dépressif) dans la même zone;
- Des naevus atypiques et/ou nombreux qui constituent des facteurs de risque .

Vous apprenez que la mère de ce patient est décédée d'un mélanome à 50 ans mais l'examen dermatologique ne trouve pas de lésion suspecte de mélanome.

- **Question N°04:**

Quels examens complémentaires demandez vous?

## • Réponse N°04:

- A. Echographie abdominopelvienne et une radiographie du thorax.
- B. TDM TAP.
- C. IRM abdominopelvienne
- D. Pet-scan
- E. TDM TAP +/- TDM cérébrale +/- scintigraphie osseuse.

### ■ Examens paracliniques

- ◆ Mélanome stade I : le bilan clinique suffit mais il est habituel de réaliser une radio pulmonaire, échographie abdominale et aires ganglionnaires et un bilan hépatique.
- ◆ Dans les autres cas, le bilan est plus complet : TDM cérébral+thoracique+abdo-pelvis, bilan hépatique calcémie, scintigraphie osseuse, Pet-Scan

- **Question N°05:**

Les examens demandés en questions N°04 sont normaux. Quels examens complémentaires à visée diagnostique et thérapeutique demandez-vous?

- **Réponse N°05:**

- Evidement ganglionnaire axillaire droit;
- Etude ana-path;
- Biologie moléculaire (mutation B-RAF).

- **Question N°06:**

Au terme de cette procédure; le diagnostic de métastases ganglionnaires de mélanome est confirmé; le patient vous demande si vous pouvez garantir l'absence de récurrence ultérieure par un traitement adjuvant?

## • Réponse N°06:

-Le traitement adjuvant: interféron alpha à forte dose pendant 1an.

+Interféran alpha: (rarement utilisée)

- Situation adjuvante (Breslow sup à 1,5mm ou N+)

+Faible dose: 3 M UI/ m<sup>2</sup> 3x/ S en S/C pendant 18 mois si N0.

+Forte dose: 20MUI/ m<sup>2</sup> IV/J 5J/7 pendant un mois puis 10MUI/m<sup>2</sup> en S/C 3x/s pendant 11mois si N+.

Effets secondaires: Syndrome grippal, troubles digestif, hémato-toxicité, alopecie, anorexie, amaigrissement, dysfonction hépatique et thyroïdienne, trouble psychiatrique ....

Contre indication:

Maladies auto-immunes; troubles psychiatriques ou dépressifs.

-On ne peut pas garantir l'absence de récurrence (environ 50% de risque), mais on peut diminuer ce risque par un suivi régulier et des conseils de photo- protection

- ❖ Eviter l'exposition de soleil entre 12H et 16H
- ❖ Se protéger avec des vêtements, un chapeau et des lunettes de soleil
- ❖ Appliquer une crème solaire haute protection, au moins 20 minutes avant de sortir et au minimum toutes les 2 heures.

- **Question N°07:**

Quelle surveillance préconisez vous?

- **Réponse N° 07:**

La surveillance doit être trimestrielle puis semestrielle pendant 5ans puis annuelle à vie:

-Examen clinique complet dermatologique et ganglionnaire .

-Echographie de l'aire de drainage tous les 3 à 6 mois pendant 05 ans et TDM ou autres optionnels.

-Surveillance Clinique:

Stade I: chaque 6mois pendant 5ans puis chaque an.

Stade II et III: chaque 3 mois pendant 5ans puis chaque an.

-Surveillance radiologique:

Stade I: aucun

IIa - IIb: Echo locorégionale chaque 3-6 m pendant 5 ans.

IIc – III, IV: Echo locorégionale chaque 3-6 m pendant 5 ans plus TDM TAP et cérébrale: rythme au cas par cas.

06 mois après la fin du traitement adjuvant le patient se présente aux PU pour des crises convulsives, céphalées intenses et une photophobie.

- **Question N°08:**

Quelle est votre conduite?

- **Réponse N° 08:**

- Admission et abord veineux;
- Bilan biologique d'urgence;
- Traitement anticonvulsivant;
- Traitement antalgique;
- TDM cérébrale avec produit de contraste.

TDM cérébrales: multiples foyers cérébraux évoquant des métastases cérébrales.

- **Question N°09:**

Quelle est votre conduite thérapeutique?

- **Réponse N°09:**

- Radiothérapie encéphalique +/- flash de mannitol,

- Traitement systémique:

- BRAF muté:**

- 1ère ligne: -Evolution rapide: vémurafenib

- Evolution lente: Vémurafenib ou fotémustine

- 2ème ligne: swith Fotémustine/Vémurafenib ou autre

- BRAF non muté:**

- 1ère ligne: Fotémustine

- 2ème ligne: Ipilimumab; autres: temozolomide

**Stade métastatique ou non opérable:**

+**Traitement local:** selon la localisation:

Poumon: chirurgie; radiofréquence; RT stéréotaxique / Foie: idem; cryothérapie; chimio-embolisation

Os: RT antalgique, chirurgie si fracture / Cutanée: chirurgie si R0 possible; perfusion du membre isolé; ...

+**Traitement systémique:**

-**BRAF muté:**

1ère ligne: -Evolution rapide: vémurafenib / -Evolution lente: **Vémurafenib** ou Dacarbazine ( **fotémustine si métastase cérébrales**)

2ème ligne: -Agressif : Dacarbazine ( **fotémustine si métastase cérébrales**) / -Lent: swith Dacarbazine /Vémurafenib ou autre thérapie ciblée

-**BRAF non muté:**

1ère ligne: Dacarbazine ( **fotémustine si métastase cérébrales**)

**2ème ligne: -Agressif: Fotemustine : -Lent: Ipilimumab; autres: temozolomide**

- **Question N°10:**

Quelles hypothèses peut on formuler pour expliquer les mélanomes métastatiques sans tumeur primitif retrouvé?

- **Réponse N°10:**

- Mélanome complètement régressif
- Mélanome à point de départ muqueux
- Mélanome à point de départ ganglionnaire
- Exérèse d'une lésion cutanée sans analyse histologique ou interprété comme bénin (Naevus).