**REFERENTIEL MELANOME**

***D’après « Actualisation des données concernant le mélanome stade III : nouvelles recommandations du groupe de cancérologie cutanée » (2019) et «Actualisation des recommandations de prise en charge du mélanome de stade I à III par la Société Française de Dermatologie » (2016).***

**REPRISE CHIRURGICALE DE SECURITE**

**MARGES LATERALES : Mélanome in situ 5 mm  
Mélanome de Dubreuilh in situ 10 mm** (ou Mohs) **Mélanome < ou = 1 mm 10 mm  
Mélanome > 1 mm et < 2 mm 10 à 20 mm  
Mélanome > 2 mm 20 mm**

**MARGES PROFONDES : Exérèse jusqu’au fascia tout en le respectant**

**EXPLORATION DU GANGLION SENTINELLE**

**RECOMMANDEE SI MÉLANOME DE PLUS DE 1 mm SANS ADENOPATHIE REGIONALE IDENTIFIÉE** (stade T2—T3—T4 AJCC8)

**PROPOSEE SI MÉLANOME DE 0,8 À 1 mm**, quel que soit le statut de l’ulcération, et si **MELANOME DE MOINS DE 0,8 MM ULCÉRÉ** (T1b AJCC8)

**PAS** d’indication à recherche du ganglion sentinelle **si Mélanome de moins de 0,8 mm non ulcéré** (stade T1a AJCC8).

Après exérèse d’un mélanome, la recherche du ganglion sentinelle (GS) est recommandée lorsqu’un traitement adjuvant est envisagé. Si contre-indication du traitement adjuvant ou refus du malade, elle reste une option compte tenu de sa valeur pronostique.

Avant de procéder à la technique du GS, il est nécessaire d’**ELIMINER la présence d’une METASTASE régionale ou à distance**, par examen clinique et **ECHOGRAPHIE GANGLIONNAIRE DE L’AIRE DE DRAINAGE** et **SCANNER CÉRÉBRAL ET THORACO-ABDOMINO- PELVIEN, 18FDG-TEP-TDM**

**En cas de GANGLION SENTINELLE POSITIF, il n’y a PAS d’indication à faire un CURAGE GANGLIONNAIRE** immédiat systématique. Il peut se discuter en RCP au cas par cas.

**TRAITEMENT ADJUVANT DU MELANOME**

**IL EST RECOMMANDE de connaître le STATUT MUTATIONNEL DE BRAF** avant l'instauration d'un traitement adjuvant. La recherche peut se faire sur la tumeur primitive ou sur une lésion secondaire (ganglion, métastastase).

**Les patients atteints de Mélanome de STADE III A, B, C ou D et stade IV APRES RESECTION COMPLETE DE LEUR METASTASE, sont éligibles à un traitement adjuvant.**

**1/ Les patients atteints de Mélanome de STADE III A, B, C ou D et dont le mélanome exprime une MUTATION V600 de BRAF sont éligibles à un traitement par association DABRAFENIB/TRAMETINIB ou à une IMMUNOTHERAPIE Anti-PD1.**

En l’absence d’étude face à face entre Thérapie Ciblée et Immunothérapie, il n’y a pas de donnée permettant de recommander un traitement plutôt que l’autre.

**2/ Les patients atteints de Mélanome « BRAF SAUVAGE » (= non muté) de STADE III A, B, C ou D, sont éligibles à un traitement par une IMMUNOTHERAPIE Anti-PD1 par Nivolumab ou Pembrolizumab.**

Pour l’immunothérapie, Il n’y a pas d’argument relatif au rapport bénéfice/risque pour privilégier un anti PD-1, Nivolumab ou Pembrolizumab, par rapport à l’autre.

Dans les stades III, il n’y a pas d’indication à proposer un traitement adjuvant par Interféron, par Ipilimumab, ni par Vemurafénib en monothérapie devant un rapport bénéfice/risque défavorable.

**3/ Les patients atteints de Mélanome de STADE IV APRES RESECTION COMPLETE DE LEUR METASTASE, quelque soit le statut mutationnel BRaf, ne peuvent recevoir qu’une Immunothérapie adjuvante par NIVOLUMAB.**

**APRES CURAGE GANGLIONNAIRE, RADIOTHERAPIE OPTIONNELLE à discuter en RCP** si patient à haut risque de récidive locale**: plus de 3 ganglions atteints (N+) ou Ganglion > 3 cm ou Rupture capsulaire.** Elle peut être associée à un traitement médical systémique.

**SUIVI DES PATIENTS**

**1/ PATIENTS SOUS TRAITEMENT ADJUVANT (GS + ou Curage ganglionnaire régional ou Métastase viscérale unique opérée) :**

**Suivi clinique tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, puis annuel à vie**

**ECHOGRAPHIE GANGLIONNAIRE 4 fois par an pendant 3 ans**

**SCANNER TAP et CEREBRAL ou TEP-SCAN tous les 3 à 6 mois en fonction du stade lors de la mise en route du traitement**

**++++ Surveillance de la Toxicité selon le traitement utilisé**

**2/ PATIENTS SANS TRAITEMENT ADJUVANT**

**Mélanome Ulcéré < 0.8 mm ou Non ulcéré < 1.9 mm**: **Suivi clinique tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuel à vie,** avec dermoscopie, éducation à l’autodépistage et à la photoprotection.

**Mélanome Ulcéré de 0.9 à 3.9 mm ou Non ulcéré de 2 à 3.9 mm**: **Suivi clinique tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans, puis annuel à vie,** avec dermoscopie, éducation à l’autodépistage et à la photoprotection.

**Et ECHOGRAPHIE GANGLIONNAIRE (aire de drainage) 2 à 4 fois par an pendant 3 ans**

**Mélanome > 4 mm**: **Suivi clinique tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, puis annuel à vie,** avec dermoscopie, éducation à l’autodépistage et à la photoprotection.

**Et ECHOGRAPHIE GANGLIONNAIRE (aire de drainage) 2 à 4 fois par an pendant 3 ans**

**Optionnel : Scanner TAPC ou TEP-Scan 2 fois par an pendant 3 ans**

**CONSULTATION ONCOGENETIQUE**

**Si au moins 2 Mélanomes invasifs avant 75 ans chez les apparentés du 1er ou 2ème degré ou chez un même malade**

**Si Mélanome cutané invasif associé à un Mélanome OCULAIRE ou un cancer du PANCREAS ou du REIN ou du Système Nerveux Central ou à un Mésothéliome, chez un même individu ou ses apparentés.**