

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Cette recommandation professionnelle
a reçu le label HAS**

Standards, Options et Recommandations 2005

**Prise en charge
des patients adultes
atteints d'un mélanome cutané
sans métastase à distance**

Actualisation de la Conférence de Consensus de 1995
et des SOR de 1998

Date de validation des recommandations : octobre 2005

Site Internet des SOR : www.fnclcc.fr

Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des patients adultes atteints de mélanome cutané sans métastase à distance

La mise à jour 2005 de ces recommandations a été élaborée conjointement par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et la Société française de dermatologie (SFD), sur la base de la méthodologie développée par les SOR.

Le projet SOR bénéficie d'un soutien financier :

- des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC),
- du ministère de la Santé et des Solidarités,
- de la Ligue nationale contre le cancer,
- de la Fédération hospitalière de France (FHF),
- et de l'Institut national du Cancer (INCa).

La Société française de dermatologie (SFD) a financé une partie des dépenses encourues par le projet RPC-SOR mélanome cutané, *via* l'association Consensus en dermatologie.

Ce document n'a fait l'objet d'aucune implication de l'industrie pharmaceutique.

REMERCIEMENTS

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et la Société française de dermatologie remercient les membres de la Société française de dermatologie (SFD), les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), le ministère de la Santé et des Solidarités, la Ligue nationale contre le cancer, l'Institut national du Cancer (INCa), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de Cancérologie des CHRU (FNCCHRU) et la Fédération française de Cancérologie des CHG (FFCCHG).

Les droits de reproduction et de représentation du présent document appartiennent conjointement à la FNCLCC et à la SFD. Tout projet de reproduction ou de diffusion de ce texte doit donc faire préalablement l'objet d'une autorisation expresse de la FNCLCC et de la SFD.

✓ Membres du groupe de travail

S. NÉGRIER, Oncologue médical
Centre Léon Bérard, Lyon (coordonnateur)¹

P. SAIAG, Dermato-oncologue
Hôpital Ambroise Paré, Paris (SFD) (coordonnateur)¹

B. GUILLOT, Dermato-oncologue
Hôpital Saint-Eloi, Montpellier (SFD)

O. VEROLA, Pathologiste
Hôpital Saint Louis, Paris (FNCCHRU)

M.-F. AVRIL, Dermato-oncologue
Hôpital Cochin, Paris (SFD)

C. BAILLY, Pathologiste
Centre Léon Bérard, Lyon

D. CUISSOL, Oncologue médical
Centre Val d'Aurelle, Montpellier

S. DALAC, Dermatologue
Hôpital du Bocage, Dijon (FNCCHRU)

A. DANINO, Chirurgien
Hôpital du Bocage, Dijon (FNCCHRU)

B. DRENO, Dermato-oncologue
Hôpital Hôtel Dieu, Nantes (SFD)

J.-J. GROB, Dermato-oncologue
Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille (SFD)

M.-T. LECCIA, Dermatologue
Hôpital Nord, Grenoble (FNCCHRU)

C. RENAUD-VILMER, Dermato-oncologue
Centre René Huguenin, Saint-Cloud (SFD)

L. BOSQUET, Méthodologiste
FNCLCC, Paris

¹ les deux auteurs ont contribué de manière égale à la coordination du projet

✓ Méthodologie

La méthode d'élaboration et d'actualisation des recommandations pour la pratique clinique (RPC) SOR repose sur l'analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles et le jugement argumenté des experts au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif des modes d'exercice et des disciplines concernées par la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette méthode dite « mixte » combine le niveau de preuve scientifique et l'accord d'experts. Les RPC-SOR ne se substituent pas au jugement clinique des médecins.

Une Recommandation est une proposition d'une ou de plusieurs attitudes cliniques pour l'aide à la décision du professionnel de santé, destinée à améliorer la prise en charge du patient atteint de cancer. Lorsque cela est justifié, une des attitudes cliniques proposées peut être d'inclure le patient dans un essai thérapeutique. Les Recommandations sont établies à partir de l'analyse critique des données actuelles de la science, et du jugement argumenté des experts en cancérologie. Il existe deux types de Recommandations : **les Standards et les Options**.

Les Standards, Options et Recommandations

- ✓ Standards Un Standard correspond à une attitude clinique reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence par les experts.
- ✓ Options Des Options correspondent à plusieurs attitudes cliniques reconnues comme appropriées par les experts.
Une Option peut avoir la préférence des experts.

La mise en œuvre des Standards et des Options doit tenir compte du contexte organisationnel de soin, de la situation particulière du patient et de l'expression de ses préférences.

Les Standards et les Options sont toujours accompagnés de niveaux de preuve.

Le niveau de preuve est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées selon la classification suivante présentée ci-après.

Les niveaux de preuve

- ✓ Niveau A Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents.
- ✓ Niveau B Il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2).
Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.
- ✓ Niveau C Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.
- ✓ Niveau D Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.
- ✓ Accord d'experts Il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime.

NB : pour plus de détails sur la méthodologie, consulter le site Internet des SOR www.fnclcc.fr

✓ Objectifs

L'objectif de ces recommandations pour la pratique clinique est de définir, sur la base d'une revue des données scientifiques de la littérature, des recommandations pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané sans métastase à distance (M0).

Ces recommandations ne concernent ni les mélanomes muqueux ni les mélanomes oculaires. Les populations concernées excluent les femmes enceintes et les enfants.

Ces recommandations pour la pratique clinique sont destinées aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints de mélanomes cutanés.

Les thèmes concernés par la mise à jour 2005 ont été les suivants :

- la classification AJCC/UICC,
- l'exérèse du ganglion sentinelle chez les patients N0 clinique,
- les marges d'exérèse,
- les traitements adjuvants,
- le bilan et suivi des patients opérés (stades I à III).

Les documents originaux concernés par cette mise à jour sont d'une part les Standards, Options et Recommandations validés en 1998, d'autre part la Conférence de Consensus mélanome publiée par la Société française de dermatologie (SFD) et l'ANAES en 1995.

Cette brochure présente uniquement les recommandations et les arbres de décision. L'intégralité du document est disponible sur les sites internet des SOR et de la SFD.

✓ Classification

La 6^e édition de la classification AJCC/UICC est une classification pronostique basée sur des courbes de survie. Elle ne s'apparente pas à une classification d'indication thérapeutique. De ce point de vue, la classification AJCC/UICC antérieure semble plus pertinente et est la plus utilisée dans les publications faites jusqu'à présent. Les points nouveaux sont la prise en compte de l'ulcération de la tumeur primitive et du statut du ganglion sentinelle (s'il est pratiqué). Elle a mis en évidence des groupes de patients dont le pronostic favorable permet de ne pas leur proposer de traitements adjuvants intensifs. Elle permet de classer les patients en groupes plus homogènes ce qui devrait faciliter l'analyse des essais thérapeutiques.

En conclusion, la 5^e et la 6^e édition de la classification AJCC/UICC peuvent actuellement être utilisées.

Tableau 1. Classification de pTNM de l'UICC et de l'AJCC, 5^e édition

Stades	Critères
Stade IA	Mélanome primitif inférieur ou égal à 0,75 mm d'épaisseur et/ou de niveau II de Clark (pT1) ; sans ganglion ni métastase (N0, M0)
Stade IB	Mélanome primitif de 0,76 à 1,50 mm d'épaisseur et/ou de niveau III (pT2) ; N0, M0
Stade IIA	Mélanome primitif de 1,51 à 4,00 mm d'épaisseur et/ou de niveau IV de Clark (pT3) ; N0, M0
Stade IIB	Mélanome primitif supérieur à 4,0 mm d'épaisseur et/ou de niveau V de Clark (pT4) ; N0, M0
Stade III	Envahissement ganglionnaire régional et/ou métastase en transit (pTx, N1 ou N2, M0) N1 : métastase ganglionnaire ou métastase en transit inférieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2 : métastase ganglionnaire ou métastase en transit supérieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2a : métastase ganglionnaire supérieure à 3 cm dans son plus grand diamètre N2b : métastase en transit N2c : les deux
Stade IV	Métastases systémiques (pTx, Nx, M1)

Tableau 2. Classification pTNM de l'UICC et de l'AJCC, 6^e édition

Stades	Critères
Stade IA	Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, niveau de Clark II ou III, sans ulcération (pT1a), N0, M0
Stade IB	Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, niveau de Clark IV ou V ou avec ulcération (pT1b), N0, M0 Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 2 mm d'épaisseur, sans ulcération (pT2a), N0, M0
Stade IIA Stade IIB	Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 4 mm d'épaisseur, avec ulcération (pT2b, pT3b), N0, M0 Tumeur supérieure à 2 mm d'épaisseur, sans ulcération (pT3a, pT4a), N0, M0
Stade IIC	Tumeur supérieure 4 mm d'épaisseur, avec ulcération (pT4b), N0, M0
Stade IIIA	Tumeur sans ulcération (tous pT), métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux (N1a, 2a), M0
Stade IIIB	Tumeur sans ulcération (tous pT), métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1b, 2b, 2c), M0 Tumeur avec ulcération (tous pT), métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1a, 2a, 2c), M0
Stade IIIC	Tumeur avec ulcération (tous pT), métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux (N1b, 2b), M0 Tumeurs avec ou sans ulcération (tous pT), métastases dans 4 ganglions lymphatiques régionaux ou plus ou métastases en transit avec métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s) (N3)
Stade IV	Métastases à distance (tous pT, tous N, M1)

✓ Les marges d'exérèse

Les nouvelles données identifiées convergent avec les données présentées dans les documents initiaux et ne modifient pas la classification en Standards et Options. Les marges d'exérèse recommandées ont été globalement revues et légèrement abaissées par rapport aux marges définies par l'ANDEM en 1994 et la conférence de consensus française de 1995. Des recommandations spécifiques ont été ajoutées pour le cas particulier des mélanomes de Dubreuilh.

Les Standards, Options et Recommandations

Définition des marges d'exérèse

Standards

Les marges d'exérèse doivent être adaptées à l'épaisseur de la tumeur. Aucune marge supérieure à 3 cm ne doit être réalisée.

Épaisseur de Breslow (classification)

Mélanome *in situ* (Ptis)

0 - 1 mm (Pt1)

1,01 - 2 mm (Pt2)

2,01 - 4 mm (Pt3)

> 4 mm (Pt4)

Marges d'exérèse recommandées

=> 0,5 cm

=> 1 cm

=> 1-2 cm

=> 2 cm

=> 2-3 cm

Pour les **mélanomes de Dubreuilh non invasifs**, une marge de 1 cm est recommandée. Lorsque cette marge ne peut pas être respectée pour des raisons anatomiques et fonctionnelles, une marge de 0,5 cm est acceptable sous couvert d'un contrôle histologique strict des berges (accord d'experts).

✓ Exérèse du ganglion sentinelle (patients N0 clinique)

La place de l'exérèse du ganglion sentinelle n'avait pas été abordée en détail dans les documents initiaux de 1995 et 1998 et n'avait donc pas fait l'objet de recommandations. Les nouvelles données identifiées ont permis de définir des Standards et des Options pour cette intervention. L'exérèse du ganglion sentinelle peut être indiquée en option pour les patients porteurs d'un mélanome supérieur à 1 mm d'épaisseur ou ulcéré dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de protocoles d'évaluation (accord d'experts).

Les Standards, Options et Recommandations

Exérèse du ganglion sentinelle chez les patients atteints d'un mélanome cutané sans envahissement ganglionnaire cliniquement décelable

Standards

L'exérèse du ganglion sentinelle n'est pas recommandée de façon systématique (accord d'experts).

Option

L'exérèse du ganglion sentinelle, réalisée par une équipe entraînée, peut être proposée dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de protocoles d'évaluation pour les mélanomes supérieurs à 1 mm d'épaisseur ou ulcérés (accord d'experts).

✓ Traitements adjuvants

L'interféron-alpha 2a est indiqué chez les patients atteints d'un mélanome de stade II (AJCC) (Breslow > 1,5 mm sans atteinte ganglionnaire, ni extension cutanée) et sans maladie décelable après exérèse chirurgicale (AMM européenne).

L'interféron-alpha 2b est indiqué dans le traitement adjuvant du mélanome chez des patients dont la rémission a été obtenue par chirurgie, mais considérés comme à haut risque de rechute systémique, par exemple les patients ayant une atteinte primaire ou secondaire des ganglions lymphatiques (clinique ou pathologique) (AMM européenne).

Les nouvelles données identifiées convergent avec les données présentées dans le document initial et ne modifient pas la classification en Standards et Options. L'interféron-alpha reste indiqué en option (accord d'experts). Les caractéristiques des patients auxquels s'appliquent les options et les modalités d'administration de l'interféron ont été précisées. La chimiothérapie sur membre isolé perfusé, la chimiothérapie systémique, l'hormonothérapie, les procédés de vaccination et la radiothérapie ne sont pas indiqués dans le traitement adjuvant des patients opérés d'un mélanome cutané en dehors d'essais thérapeutiques.

Les Standards, Options et Recommandations

Traitements adjuvants :
Breslow ≤ 1,5 mm et NO clinique

Standards

Aucun traitement adjuvant n'est indiqué pour ces patients (accord d'experts).

Les Standards, Options et Recommandations

Traitements adjuvants :
Breslow > 1,5 mm et/ou N+ histologique

Standards

Le curage prophylactique systématique est contre-indiqué.

Options

Pas de traitement adjuvant.

L'interféron-alpha à faible dose (3 MUI) peut être proposé pendant 18 mois en situation adjuvante aux patients sans envahissement ganglionnaire histologique.

L'interféron-alpha à haute dose (20 MUI/m²/jour iv pendant 1 mois puis 10 MUI/m² sc 3x/semaine pendant 48 semaines) peut être proposé pendant 1 an en situation adjuvante aux patients présentant un envahissement ganglionnaire histologique.

Les traitements adjuvants systémiques à base de levamisole, BCG ou dacarbazine ne sont pas recommandés en dehors d'essais thérapeutiques.

La perfusion de membre isolé n'est pas recommandée en dehors d'essais thérapeutiques et doit être réalisée par des équipes entraînées.

✓ Bilan et suivi des patients opérés sans métastases à distance

QUEL BILAN INITIAL AU MOMENT DU DIAGNOSTIC ?

Les nouvelles données identifiées convergent globalement avec les données présentées dans les documents initiaux de 1995 et 1998. La conférence de consensus française de 1995 mentionne : « après exérèse d'un mélanome primitif, l'examen clinique du malade nu est le seul examen utile. Une inspection de la totalité du revêtement cutané et la palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques sont recommandées. L'interrogatoire et l'examen complet doivent rechercher des signes fonctionnels ou physiques orientant vers une possible métastase. La faible rentabilité des examens paracliniques incite à les considérer comme inutiles à titre systématique. En raison de leur simplicité, une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique sont tout de même conseillées par certains, dans le cadre de la prise en charge globale du malade. »

Les nouvelles données portent sur la place de l'échographie « dite ganglionnaire » qui devient une option pour les patients porteurs d'un mélanome de stades II et III AJCC. La TDM et la TEP sont également des options pour les patients présentant un envahissement ganglionnaire (stade III) ou une tumeur supérieure à 4 mm d'épaisseur avec ulcération (stade IIC).

Les Standards, Options et Recommandations

Bilan initial des patients atteints d'un mélanome de stade I AJCC

Standards

Examen clinique complet (inspection de la totalité du revêtement cutané et la palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques).

L'utilisation de marqueurs biologiques spécifiques n'est pas recommandée.

Les Standards, Options et Recommandations

Bilan initial des patients atteints d'un mélanome de stades IIA et IIB (NO clinique)

Standards

Examen clinique complet (inspection de la totalité du revêtement cutané et la palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques).

L'utilisation de marqueurs biologiques spécifiques n'est pas recommandée.

Options

- échographie locorégionale de la zone de drainage,
- les autres examens complémentaires ne sont pas recommandés en dehors de signes d'appel.

Les Standards, Options et Recommandations

Bilan initial des patients atteints d'un mélanome de stades IIC et III AJCC

Standards

Examen clinique complet (inspection de la totalité du revêtement cutané et la palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques).

L'utilisation de marqueurs biologiques spécifiques n'est pas recommandée.

Options

- échographie locorégionale de la zone de drainage,
- TDM thoracique, abdominopelvienne et cérébrale,
- TEP-FDG pour les patients présentant un envahissement ganglionnaire (stades III AJCC).

QUELLE STRATÉGIE DE SURVEILLANCE ?

Les nouvelles données identifiées convergent globalement avec les données présentées dans les documents initiaux de 1995 et 1998 et apportent de nouveaux éléments, notamment concernant l'échographie ganglionnaire qui peut être proposée pour le suivi des patients opérés de stades II et III AJCC (option, accord d'experts). L'examen clinique complet et l'éducation à l'autodépistage du patient restent le standard. La fréquence est à adapter au stade du patient : une à deux fois par an pour les patients atteints d'un mélanome de stade I et tous les 3 mois pour les autres stades.

Les Standards, Options et Recommandations

Suivi des patients atteints d'un mélanome de stade I AJCC

Standards

- examen clinique complet tous les 6 mois pendant 5 ans puis tous les ans pendant toute la vie,
- éducation du patient à l'autodépistage d'un nouveau mélanome et à l'autodétection d'une récurrence. Aucun examen d'imagerie complémentaire en dehors de signes d'appel (accord d'experts)

Les Standards, Options et Recommandations

Suivi des patients atteints d'un mélanome de stades IIA et IIB AJCC

Standards

- examen clinique complet tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà,
- éducation du patient à l'autodépistage d'un nouveau mélanome et à l'autodétection d'une récurrence.

Options

- échographie locorégionale de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années,
- aucun examen d'imagerie complémentaire n'est recommandé en dehors de signes d'appels ou pour les patients qui reçoivent un traitement adjuvant. Leur réalisation est à discuter individuellement avec le patient.

Les Standards, Options et Recommandations

Suivi des patients atteints d'un mélanome de stades IIC et III AJCC

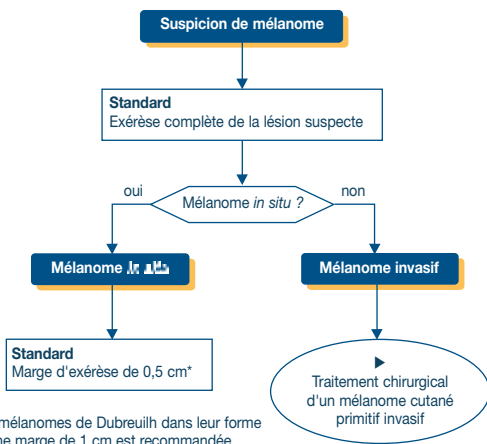
Standards

- examen clinique complet tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà,
- éducation du patient à l'autodépistage d'un nouveau mélanome et à l'autodétection d'une récurrence.

Options

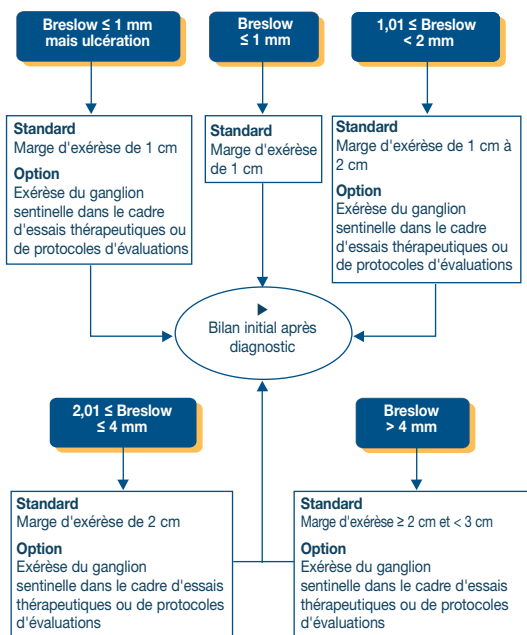
- échographie locorégionale de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années,
- des examens d'imagerie complémentaires (TEP-FDG, TDM abdominopelvienne, cérébrale ou thoracique) peuvent être pratiqués pendant les 5 premières années à la recherche de métastases à distance. Leur fréquence est à adapter au cas par cas.

✓ Arbres de décision

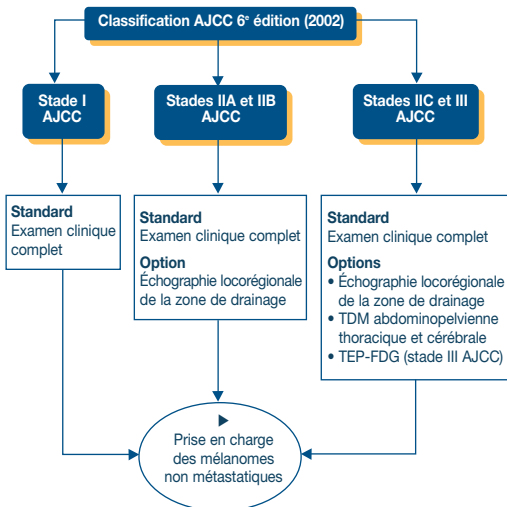


* Pour les mélanomes de Dubreuilh dans leur forme *in situ*, une marge de 1 cm est recommandée

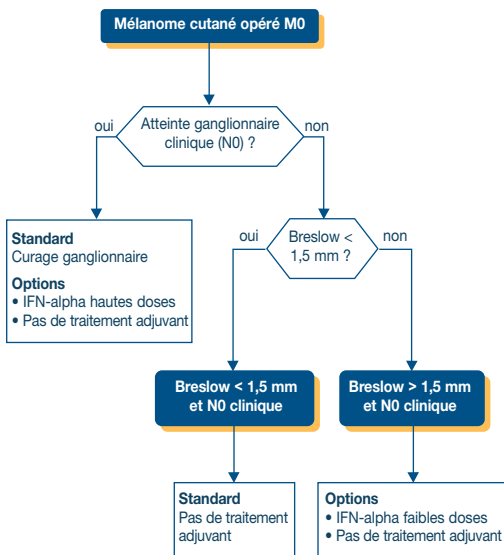
Arbre 1 : Traitement chirurgical d'un mélanome cutané primitif



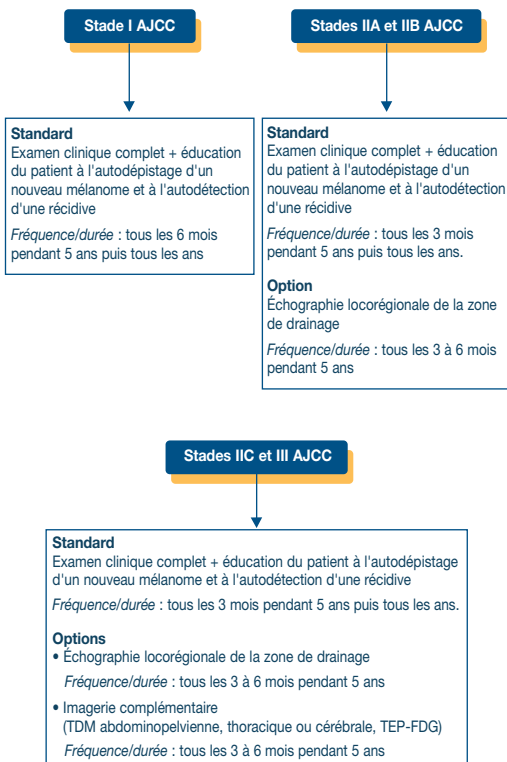
Arbre 2 : Traitement chirurgical d'un mélanome cutané primitif invasif



Arbre 3 : Bilan initial après diagnostic de mélanome



Arbre 4 : Traitement adjuvant



Arbre 5 : Surveillance (les recommandations établies reposent exclusivement sur de l'accord d'experts)

✓ Comité d'organisation des SOR

T. PHILIP, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris

B. FERVERS, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC

SOR spécialistes

A. BATAILLARD, coordinatrice, médecin généraliste, FNCLCC, Paris

L. BOSQUET, méthodologiste, FNCLCC, Paris

G. GORY-DELABAERE, méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris

D. KASSAB-CHAHMI, méthodologiste, FNCLCC, Paris

F. PLANCHAMP, méthodologiste, FNCLCC, Paris

S. ROUSMANS, méthodologiste, FNCLCC, Paris

C. SEBLAIN, méthodologiste, FNCLCC, Paris

E. LUPORSI, méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris

S. THEOBALD, méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris

F. FARSI, référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris

H. CAZENEUVE, chargé de projet, sociologue, FNCLCC, Paris

SOR SAVOIR PATIENT

J. CARRETIER, responsable des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

L. LEICHTNAM-DUGARIN, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

S. BRUSCO, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

M. DÉCHELETTE, méthodologiste, FNCLCC, Paris

V. DELAVIGNE, linguiste, FNCLCC, Paris

Projets internationaux

M. HAUGH, responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris

V. MILLOT, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

S. ROSEN, assistante de recherche, FNCLCC, Paris

Documentation

S. GUILLO, documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris

A.-G. GUY, documentaliste, FNCLCC, Paris

A. JEAN-FRANÇOIS, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris

Service administratif et éditorial

S. DEBUICHE, responsable administrative, FNCLCC, Paris

H. BORGES-PANINHO, chargée de l'édition des documents, FNCLCC, Paris

D. GOUVRIT, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

L. PRETET, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

E. SABATIER, secrétaire, FNCLCC, Paris

✓ **Contributeurs**

L. ANDRAC-MEYER, Pathologiste, Hôpital Nord, Marseille ; **G. AUCLERC**, Oncologue médical, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; **C. BARA**, Institut national du cancer, Paris ; **N. BASSET-SEGUIN**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **C. BEDANE**, Dermatologue, Hôpital Dupuytren, Limoges ; **F. BEER**, Dermatologue, Dijon ; **P. BELAURE**, Dermatologue, Hôpital Chalucet, Toulon ; **P. BERNARD**, Dermatologue, Hôpital Robert Debré, Reims ; **P. BEY**, Oncologue radiothérapeute, Institut Curie, Paris ; **C. BLANCHET BARDON**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **F. BOITIER**, Oncodermatologue, Cabinet médical, Paris ; **J. BONNETERRE**, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret, Lille ; **F. BORALEVI**, Dermatologue, Hôpital Pellegrin, Bordeaux ; **X. BOUSSOU**, Dermatologue, Clinique Saint-Jean, Toulouse ; **S. BOULINGUEZ**, Dermatologue, Hôpital de la Grave, Toulouse ; **E. BURE**, Dermatologue, cabinet médical, Les Herbiers ; **V. CALLOT**, Dermatologue, Hôpital Simone Veil, Montmorency ; **M.-F. CARETTE**, Radiologue, Hôpital Tenon, Paris ; **B. CAVELIER-BALLOY**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **S. CHAGNON**, Radiologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt ; **V. CHAUSSADE**, Dermatologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt ; **C. CHEVREAU**, Oncologue médical, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **P. CLAVERE**, Oncologue radiothérapeute, Hôpital Dupuytren, Limoges ; **P. COMBEMALE**, Dermatologue, Hôpital Desgenettes, Lyon ; **T. CONROY**, Oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **S. CONSIGNY**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **B. CRIBIER**, Dermatopathologiste, Hôpital Civil, Strasbourg ; **A. DE LA FOUCHARDIÈRE**, Pathologiste, Centre Léon Bérard, Lyon ; **O. DEREURE**, Dermatologue, Hôpital Saint-Eloi, Montpellier ; **V. DESCAMPS**, Dermatologue, Hôpital Bichat, Paris ; **M.-H. DILHUUYD**, Oncologue radiologue, Institut Bergonié, Bordeaux ; **M.-L. DORDAIN-BIGOT**, Dermatologue, Hia Begin, Saint-Mandé ; **L. DUBERTRET**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **P. DUFOUR**, Oncologue médical, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **C. DUFOUR**, Dermatologue, cabinet médical, Angers ; **S. ERNY**, Dermatologue, cabinet médical, Guebwiller ; **P. FARGEOT**, Oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **J.-F. FORESTIER**, Dermatologue, cabinet médical, Chalon-sur-Saône ; **J. FRAISSE**, Chirurgien, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **C. FRICK**, Dermatologue, cabinet médical, Saint-Jean de Maurienne ; **E. GAMELIN**, Oncologue médical, Centre Paul Papin, Angers ; **M. GROSSIN**, Dermato-pathologiste, Hôpital Louis Mourier, Colombes ; **M. HENRY**, Dermatologue, Cabinet médical, Rennes ; **N. ISAMBERT**, Oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **M. JEANMOUGIN**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **P. KERBRAT**, Oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes ; **N. LAEENGH-MICHEL**, Dermatologue, Cabinet médical, Rouen ; **H. LABROSSE**, Chirurgien, Infirmerie Protestante, Caluire-et-Cuire ; **J.-P. LACOUR**, Dermatologue, Hôpital de l'Archet II, Nice ; **A. LAMPERT**, Dermatologue, Cabinet médical, Montigny-le-Bretonneux ; **B. LE BRUN**, Radiologue, Clinique Pasteur, Royan ; **C. LEBBE**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **V. LECERF**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **T. LESIMPLE**, Oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes ; **V. LINDECKER**, HAS, Paris ; **C. LONGVERT**, Dermatologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt ; **A. LORTHOLARY**, Oncologue médical, Centre Catherine De Sienne, Nantes ; **M. MAGNET**, Oncologue médical, Soins et santé HAD de Lyon, Caluire-et-Cuire ; **P.-Y. MARCY**, Radiologue, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **J. MARTEL**, Dermatologue, Centre Hospitalier, Chambéry ; **J. MAZEREEUW**, Dermatologue, Hôpital de Rangueil, Toulouse ; **Y. MERROUCHE**, Oncologue médical, Institut de cancérologie de la Loire, Saint-Etienne ; **L. MEUNIER**, Dermatologue, Hôpital Caremeau, Nîmes ; **L. MISERY**, Dermatologue, Hôpital Morvan, Brest ; **B. MORLAIN**, Dermatologue, Hia Begin, Saint-Mandé ; **L. OLLIVIER**, Radiologue, Institut Curie, Paris ; **H. ORFEUVRE**, Oncologue médical, Centre de Santé, Bourg-en-Bresse ; **C. PAUWELS**, Dermatologue, Hôpital Intercommunal, Saint-Germain-en-Laye ; **C. PERRIN NICOLET**, Dermatologue, Cabinet médical, Lyon ; **J.-L. PERROT**, Dermatologue, Hôpital de Bellevue, Saint-Etienne ; **A. PETIT**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **P. PEUDUVALLON**, Dermatologue, Cabinet médical, Brest ; **L. PEYRET**, Dermatologue, Cabinet médical, Auch ; **T. PHILIP**, Pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon ; **L. PINQUIER**, Pathologiste, Paris ; **F. PRIGENT**, Dermatologue, Centre hospitalier, Saint-Cloud ; **H. PUJOL**, Chirurgien, Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **J.-J. RENAUT**, Dermatologue, cabinet médical, Nantes ; **C. ROBERT**, Dermatologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **J.-L. ROBERT**, Dermatologue, Cabinet médical, Châteauneuf-les-Martigues ; **B. ROSSI**, Dermatologue, Cabinet médical, Rouen ; **G. ROUSSELET**, Dermatologue, Cabinet médical, Choisy-le-Roi ; **B. SASSOLAS**, Dermatologue, Centre hospitalier, Brest ; **J.-F. SEI**, Dermatologue, Saint-Germain-en-Laye ; **N. SELLIER**, Radiologue, Hôpital Jean Verdier, Bondy ; **P. SENET**, Dermatologue, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine ; **E. TASLER-SALLOUM**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **P. THIESSE**, Radiologue, Centre Léon Bérard, Lyon ; **L. THOMAS**, Dermatologue, Hôpital Hôtel Dieu, Lyon ; **P. TOUSSAINT**, Dermatologue, Hia Robert Picque, Villenave d'Ornon ; **R. TRILLER**, Dermatologue, Cabinet médical, Paris ; **F. TRUCHETET**, Dermatologue, Hôpital Beauregard, Thionville ; **M. VIGAN**, Dermatologue, Cabinet médical, Besançon ; **M. VIGUIER**, Dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **J.-J. VOIGT**, Pathologiste, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **P. ZABARINO**, Dermatologue, Cabinet médical, Montpellier.

Le rapport intégral RPC – SOR 2005
**Pour la prise en charge des patients adultes
atteints d'un mélanome cutané M0**

est téléchargeable gratuitement
sur les sites internet des SOR et de la SFD
<http://www.fnclcc.fr/sor.htm>
<http://www.sfdermato.org/index1.htm>

Il a été également publié dans un numéro spécial de la revue
Annales de Dermatologie, en décembre 2005

**Fédération nationale des centres
de lutte contre le cancer**

Standards, Options, Recommandations

101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13

Tél. : 01 44 23 04 04 – Fax : 01 44 23 04 17

Site internet : <http://www.fnclcc.fr/sor.htm>
Courriel : sor@fnclcc.fr

Société française de dermatologie

25, rue de la Boétie
75008 Paris

Tél. : 01 43 27 01 56 – Fax : 01 43 27 01 86

Site internet : <http://www.sfdermato.org/index1.htm>
Courriel : sfd@wanadoo.fr