

## Mélanome de la peau

### Contexte national

Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Le mélanome est le plus rare de ces cancers, puisqu'il représente environ 2 % des cancers cutanés découverts [1]. Mais il est également le plus grave en cas de découverte tardive, en raison notamment de sa capacité à métastaser. Le principal facteur de risque du mélanome et plus largement de tous les cancers de la peau est l'exposition au rayonnement solaire, particulièrement néfaste dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. Le risque de mélanome est aussi fonction du phototype de l'individu, plus important chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur, qui ne bronzent pas ou peu. La présence de nombreux grains de beauté (naevus) constitue également un facteur de risque [2, 3]. Enfin, 10 % des cas de mélanome surviennent dans un contexte familial, défini comme la survenue d'au moins trois mélanomes sur deux générations [4, 5].

La modification des habitudes d'exposition solaire, en lien avec *l'impératif social du bronzage* et un mode de vie très orienté vers les loisirs et les sports de plein air, est à l'origine de l'augmentation importante de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer dans tous les pays d'Europe, l'Australie et les Etats-Unis depuis les années 1950 [3, 6]. En France, entre 1990 et 2000, les taux d'incidence ont augmenté de 77 % pour les hommes et de 58 % pour les femmes. En 2000, le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à environ 7 200 cas, dont 58 % concernent des femmes [7, 8]. Environ 1 400 décès par mélanome ont été enregistrés en 2003, dont 53 % chez les hommes. Entre 1990 et 2002, cette mortalité a augmenté de 24 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes [9].

Au sein de l'Union européenne, la France présente des taux d'incidence intermédiaires, entre les taux élevés du nord de l'Europe et ceux plus faibles de l'Europe du sud [7]. La situation est analogue pour la mortalité par mélanome, avec toutefois un gradient nord-sud moins marqué [10].

En France, le taux de survie relative à 5 ans pour les hommes est de 81 %, parmi les meilleurs d'Europe, et de 87 % pour les femmes, en position médiane [11, 12].

Les personnes atteintes d'un mélanome sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 5 200 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [13]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour mélanome est estimé à 27 000 en 2004 [14].

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore très faible avec un espoir dans les années à venir avec la vaccination et la thérapie cellulaire. En 2004, le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 12 000 séjours hospitaliers en court séjour (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie), dont 6 200 séjours chirurgicaux [15].

L'intérêt du diagnostic précoce du mélanome est reconnu. Son efficacité repose sur la complémentarité de l'action du patient, du médecin généraliste (ou du médecin du travail),

du dermatologue et de l'anatomopathologiste. Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce, développées en France comme dans de nombreux pays, ont un impact positif mais limité dans le temps. Leur efficacité en termes de diminution de la mortalité n'est pas encore certaine [2].

La prévention primaire du mélanome reste donc essentielle, par la réduction de l'exposition aux ultraviolets solaires, au moyen de photoprotecteurs efficaces contre les UVA et les UVB (indice SPF minimum de 40) et mais aussi aux ultraviolets artificiels, les dangers de ces derniers étant clairement établis.

Actuellement, la stabilisation de l'incidence du mélanome et la baisse de la mortalité en Australie et dans les pays du nord de l'Europe, probablement en lien avec les actions massives d'information et de dépistage confortent ces orientations [3].

Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome [7].

### Dans les Pays de la Loire

■ D'après les estimations du réseau des registres des cancers en France (Francim), environ 440 cas de mélanome de la peau ont été diagnostiqués chez des Ligériens en 2000, dont 260 chez des femmes (fig. 3) [16]. Le nombre annuel moyen de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie sur la période 2002-2004 par les trois principaux régimes d'assurance maladie est de 330 [17].

■ Entre 1999 et 2003, le mélanome de la peau a été responsable en moyenne chaque année de 80 décès parmi les habitants des Pays de la Loire (fig. 1) [9].

■ Le mélanome touche fréquemment des personnes relativement jeunes, puisque 55 % des admissions en ALD et 40 % des décès concernent des personnes de moins de 65 ans (fig.1) [9, 17].

■ La région connaît comme la France une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de mélanome entre 1990 et 2000, chez les femmes (+ 72 %) et plus encore chez les hommes (+ 110 %). Cette progression résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population et surtout de l'accroissement des taux d'incidence féminins (+ 59 %) et masculins (+ 81 %) (fig. 3) [16]. En 2000, les taux d'incidence standardisés sont supérieurs à la moyenne nationale pour les deux sexes, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives (fig. 2) [18].

■ La mortalité par mélanome dans la région a connu une hausse entre 1980 et 1996, chez les hommes (+ 47 %) comme chez les femmes (+ 44 %). Depuis cette période, elle suit une tendance à la baisse pour les deux sexes. La mortalité par mélanome est statistiquement non différente de la moyenne nationale depuis la fin des années 1990, chez les hommes comme chez les femmes. Mais chez ces dernières, elle a été statistiquement supérieure à la moyenne nationale d'environ 30 % entre 1993 et 1998 (fig. 2) [9].

### 1 Décès par mélanome de la peau

Pays de la Loire (moyenne 1999-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	19	22	41	103
Femmes	13	26	39	108
Ensemble	32	48	80	105

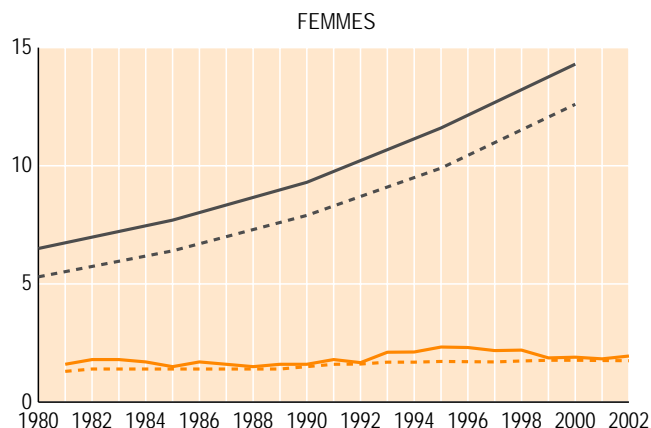
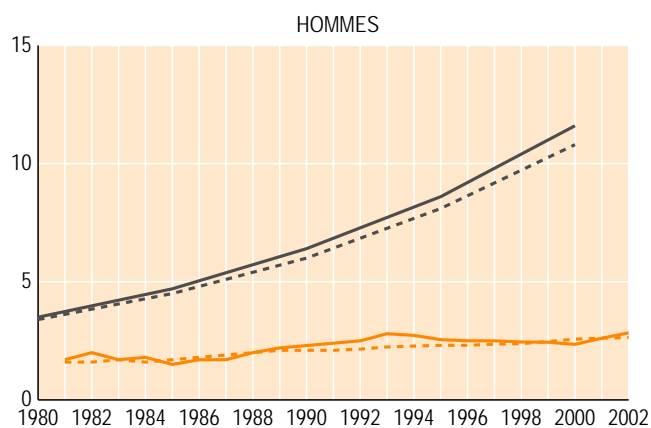
Source : INSERM CépiDc

### Rang au niveau national

Pour la période 1999-2003, la région des Pays de la Loire présente un indice comparatif de mortalité par mélanome de la peau statistiquement non différent de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.

### 2 Evolution du taux comparatif d'incidence et de mortalité par mélanome de la peau

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



— Incidence Pays de la Loire    — Mortalité Pays de la Loire  
 - - - Incidence France métrop.    - - - Mortalité France métrop.

Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE  
 Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans  
 Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000  
 Unité : pour 100 000

### 3 Incidence estimée du mélanome de la peau

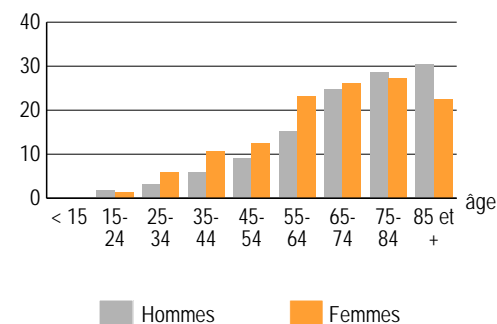
Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé <sup>1</sup>	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	59	119	4,7	8,0
1990	87	152	6,4	9,0
1995	127	201	8,6	12,0
2000	183	261	11,6	14,3

Source : FRANCIM  
<sup>1</sup> unité : pour 100 000

### 4 Taux d'admissions en affection de longue durée pour mélanome de la peau selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE  
 Unité : pour 100 000

#### Définitions

**Affection de longue durée (ALD) :** voir fiche "Affections de longue durée".

**Estimations Francim :** voir fiche "Ensemble des cancers".

**Incidence :** nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Mélanome :** code CIM9 : 172 ; code CIM10 : C43.

**Taux et indice comparatifs :** voir indicateurs.

## Mélanome de la peau

### Sources

1. Les mélanomes.  
J.M. Halna. Dans *Incidence du cancer en France. Estimations régionales 1985-1995*. Réseau français des registres de cancer, 1999, pp. 37-39
2. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Rapport d'évaluation.  
HAS, 2006, 108 p.
3. Mélanome cutané.  
INCa, 2007, 6 p.
4. Multiple primary melanoma and familial melanoma. Risk evaluation and screening tests. How to evaluate the risk of developing a second melanoma ? In what family ? Should screening methods be implemented ? Which ones and why ?  
F. Grange. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 122, n° 5, 1995, pp. 365-371
5. The genetics of hereditary melanoma and nevi. 1998 update.  
M.H. Greene. *Cancer*, vol. 186, suppl. 11, décembre 1999, pp. 1644-1657
6. Soleil et peaux. Bénéfices, risque et prévention.  
M.F. Avril, M. Brodin, B. Dréno *et al.* Ed. Masson, 2002, 279 p.
7. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.  
L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
8. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention.  
L. Chérié-Challine, J.M. Halna, L. Remontet. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 2, janvier 2004, pp. 5-8
9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
10. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes  
[www.europa.eu.int/comm/eurostat](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat)
11. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim.  
N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
12. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary.  
M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
13. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
14. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004.  
A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
15. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
16. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
17. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
18. Epidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire. Incidence et mortalité 1980-2000.  
ORS des Pays de la Loire, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, 2005, 118 p.

### Pour en savoir plus

Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations.  
Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p.  
(Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)

Striking increase of thin melanomas contrasts with stable incidence of the thick melanomas.  
D.M. Lipsker, G. Hedelin, E. Heid *et al.* *Archives of Dermatology*, vol. 135, décembre 1999, pp. 1451-1456

Site internet du Réseau mélanome ouest  
[www.reseau-melanome-ouest.com](http://www.reseau-melanome-ouest.com)