Y a-t-il progrès dans le diagnostic precoce du melanome malin cutane ?

Gérald Atlan PhD MD, Jean-Marc Verrault MD, Pierre Franchebois MD

Chirurgien des Hôpitaux, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, France; Service de

Pathologie et Service de Chirurgie Oncologique, Hôpital Saint-Luc, Université de Montréal, Québec

**G Atlan, J-M Verrault, P Franchebois. Y a-t-il progrès dans le diagnostic precoce du melanome malin cutane ?
Can J Plast Surg 1998;6(1):30-32.**

L'épaisseur de la lésion reste le meilleur élément de pronostic du mélanome malin cutané. Désirant voir si ce critère essentiel démontrait une amélioration progressive comme il serait souhaitable, nous avons étudié une série homogène de 199 cas (même recrutement, même équipe de diagnostic et de traitement) reçus à l'Hôpital St Luc de 1983 à 1993. Nous avons observé un léger progrès relatif, mais seulement dans les années 1992 et 1993 : en particulier, disparition des cas très épais. Ceci est encourageant mais les efforts d'éducation (médecins et public) doivent être poursuivis et renforcés.

Has there been progress in the early diagnosis of malignant melanoma?

ABSTRACT: Lesion thickness is still the best predictor of prognosis of cutaneous malignant melanoma. In order to evaluate whether some benefit resulted from early diagnosis, cases of melanoma referred to St Luke Hospital, Montreal, Quebec from 1983 to 1993 were studied. The series was homogenous in that the recruitment staff, surgeon and dermatopathologist were the same for all cases. It was observed that, from 1983 to 1991 the thickness of malignant melanoma cases was about the same. In 1992 and 1993, relatively more thin cases versus very thick cases were detected. Further study is indicated.

Key Words: *Early diagnosis, Melanoma, Thickness*

La corrélation entre la profondeur de la lésion et le pronostic du mélanome est bien établie (1-4), ceci malgré quelques dissidences périodiquement exprimées (et aussitôt contestées) telles que le récent article de Green et Ackerman (5).

C'est de plus en plus la mesure micrométrique proposée par Breslow en 1970 (3) qui est retenue comme critère d'épaisseur, plutôt que les niveaux selon Clarke (1).

Le mélanome malin restant une tumeur redoutable (6), cette étude rétrospective homogène, basée sur l'analyse de l'épaisseur tumorale, se propose de rechercher un éventuel progrès dans la précocité du diagnostic et, par là, dans le pronostic vital.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons vérifié les dossiers des mélanomes traités depuis 11 ans (janvier 1983 à décembre 1993) à l'hôpital Saint-Luc de Montréal, Québec, par le même chirurgien oncologue,

après diagnostic par le même dermatopathologiste, soit 199 cas utilisables. Le recrutement est resté stéréotypé (population urbaine ; origine canadienne, française ou anglaise à 50 % ; le reste est constitué d'immigrants d'origines multiples mais sans variation importante au cours de ces 11 ans). La stabilité climatique, sociologique, et raciale garantit une bonne homogénéité de l'échantillonnage.

Pour le dépistage (généralistes ou dermatologues), le corps médical responsable a connu un renouvellement inévitable provenant majoritairement de l'Université de Montréal.

Nous n'avons pas souhaité établir de comparaisons avec des séries d'autres centres, dont le recrutement a toutes chances d'être différent, rendant l'analyse peu significative.

Nous cherchons à obtenir de nos correspondants qu'ils nous adressent les patients après une biopsie-exérèse de la lésion afin de disposer de mesures indiscutables de profondeur. Mais un certain nombre de cas n'ont bénéficié initialement que d'une biopsie partielle en 'punch'. Ne figurent dans notre étude que les épaisseurs maximales après exérèse totale selon les critères internationaux de Breslow (3).

Pour l'examen histologique, nos spécimens sont sectionnés transversalement à intervalles de 2 ou 3 mm, perpendicu-

Correspondance et tirés à part: Dr Gérald Atlan, Hôpital Lapeyronie, F - 34295 Montpellier Cedex 5, France. Téléphone 46-733-8077, fax 46-733-8963

lairement au grand axe de la lésion. La coupe qui montre l'invasion proximale du derme est mesurée à l'aide d'un micromètre à partir de la couche granuleuse de l'épithélium. Parfois, pour différencier les mélanocytes néoplasiques des mélanophages ou de cellules naeviques, nous employons les techniques d'immuno-histochimie avec les antisérums Protéine S-100 et HMB-45.

RESULTATS

Les mélanomes malins ont été répertoriés pour chacune des 11 années de l'étude et la première colonne (tableau I) recense le nombre de cas annuels. Puis, afin de rendre nos constatations mieux perceptibles, nous avons regroupé nos résultats des indices de Breslow en 5 groupes : I=<0,75 mm; II=0,75 à 1,5 mm; III=1,5 à 3 mm ; IV=3 à 5 mm et V=>5 mm. Dans chaque groupe nous avons fait figurer le pourcentage de patients. La dernière colonne donne l'épaisseur moyenne des mélanomes pour chaque année.

Il apparaît que le nombre de patients par année a sensiblement augmenté, passant de 12 en 1983 et 1984 à 28 en 1992 et 27 en 1993. Ce qui peut s'analyser de trois façons: soit le nombre de mélanomes malins a crû sur les 11 ans de l'étude; soit le recrutement du chirurgien dans le domaine des mélanomes malins a connu une progression; et soit la réunion des deux.

Deux périodes semblent se différencier : de 1983 à 1990 et de 1991 à 1993. Les mélanomes du groupe I (<0,75 mm) ont toujours, ou presque (1984, 1985 et 1987), été majoritaires. Mais dans la seconde période, ils représentent régulièrement près de la moitié des cas. Dans les deux dernières années, les M.M. très épais (groupe V:>5 mm) ont disparu. Cette distinction entre deux périodes, toute artificielle qu'elle soit, se retrouve pour la mesure des épaisseurs moyennes : alors qu'elle oscille volontiers autour de 2 mm avant 1991, après cette date, on note une diminution franche, retrouvée trois années consécutives (1991 à 1993) où cette épaisseur moyenne ne dépasse pas 1,5 mm et même, en 1993, descend en dessous de 1 mm.

DISCUSSION

Les résultats que nous présentons sont fragmentaires et il serait hasardeux de vouloir extrapoler pour conclure à l'existence d'un diagnostic franchement plus précoce. Force est néanmoins de constater l'amorce d'une amélioration dans le sens d'une prise en charge chirurgicale qui semble concerner des mélanomes malins moins épais et bénéficiant donc d'un

TABLEAU 1
Résultats comparatifs

Année	Nombre de patients	Indice d'épaisseur de Breslow (en %)					Épaisseur moyenne (en mm)
		0,75 mm	1,5 mm	3 mm	5 mm		
1983	12	58	17	0	0	25	2,3
1984	12	18	36	27	19	0	1,76
1985	18	25	25	25	19	6	2,11
1986	9	74	13	13	0	0	0,66
1987	14	23	23	31	23	0	1,90
1988	15	53	27	13	0	7	1,30
1989	22	43	28	14	10	5	1,49
1990	18	38	18	32	0	12	1,92
1991	24	45	13	16	13	13	1,19
1992	28	50	19	8	23	0	1,45
1993	27	44	41	15	0	0	0,96

meilleur pronostic de survie. La petite taille des échantillons et leur grand nombre (5 groupes d'épaisseurs répartis sur 11 années) interdisent une exploitation statistique réellement significative de ces données.

Cette évolution trouve son écho dans la littérature où de grandes séries internationales concluent à une augmentation de l'incidence des mélanomes malins (1,2,4,6,7) et à un diagnostic plus précoce (4,6,8). Certaines études semblent cependant faire état de modifications dans la nature biologique des mélanomes malins (9,10) rendant les formes superficielles (*superficial spreading melanoma*) plus fréquentes.

Ceci est donc encourageant pour l'avenir. Les campagnes d'information destinées au grand public ont montré leur efficacité (10-13) et méritent d'être intensifiées. Le corps médical doit se souvenir que le diagnostic des mélanomes malins est exclusivement clinique et tout particulièrement visuel (8). Si chacun ouvre bien grands ses yeux, les mélanomes nous arriveront plus minces et nous pourrons rejoindre Ackermann qui écrivait déjà en 1985 : "*no one should die of malignant melanoma...*" (14). La petite taille des échantillons et leur grand nombre (5 groupes d'épaisseurs répartis sur 11 années) interdisent une exploitation statistique réellement significative de ces données.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Balch CM, Murad TM, Soong SJ, et al. A multifactorial analysis of melanoma: prognostic histopathological features comparing Clark's and Breslow's staging methods. *Ann Surg* 1978;188:732-42.
- Balch CM, Soong SJ, Milton GW, et al. Changing trends in cutaneous melanoma over a quarter century in Alabama, USA, and New South Wales, Australia. *Cancer* 1983;52:1748-53.
- Breslow A. Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg* 1970;172:902-8.
- Goldstein AM, Tucker MA. Etiology, epidemiology, risk factors and public health issues of melanoma. *Curr Opin Oncol* 1993;5:358-63.
- Green MS, Ackerman AB. Thickness is not an accurate gauge of prognosis of primary cutaneous melanoma. *Am J Dermatopathol* 1993;15:461-73.
- Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early Detection of Malignant Melanoma: The Role of Physician Examination and Self-examination of the Skin. Atlanta: American Cancer Society Inc, 1990.
- Balch CM, Soong SJ, Milton GW, et al. A comparison of prognostic factors and surgical results in 1786 patients with localized (stage I) melanoma treated in Alabama, USA and New South Wales, Australia. *Ann Surg* 1982;196:677-83.

8. Grin CM, Kopf AW, Welkovich B, Bart RS, Levenstein MJ. Accuracy in the clinical diagnosis of malignant melanoma. *Arch Dermatol* 1990;126:763-6.
 9. Hersey P, Sillar RW, Howe CG, et al. Factors related to the presentation of patients with thick primary melanomas. *Med J Aust* 1991;154:583-7.
 10. Shaw HM, Rivers JK, McCarthy SW, McCarthy WH. Cutaneous melanomas exhibiting unusual biologic behavior. *World J Surg* 1992;16:196-202.
 11. Bonerandi JJ, Grob JJ, Cnudde N, Enel P, Gouvernet J. Campagne de détection précoce du mélanome dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse en 1989 : leçons d'une expérience. *Ann Dermatol Venereol* 1992;119:105-9.
 12. Bulliard JL, Raymond L, Levi F, et al. Prevention of cutaneous melanoma: an epidemiological evaluation of the swiss campaign. *Rev Epidemiol Santé Pub* 1992;40:431-8.
 13. Theobald T, Marks R, Hill D, Dorevitch A. Good bye sunshine : effects of a television program about melanoma on beliefs, behavior and melanoma thickness. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:713-23.
 14. Ackerman AB. No one should die of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:115-6.
-