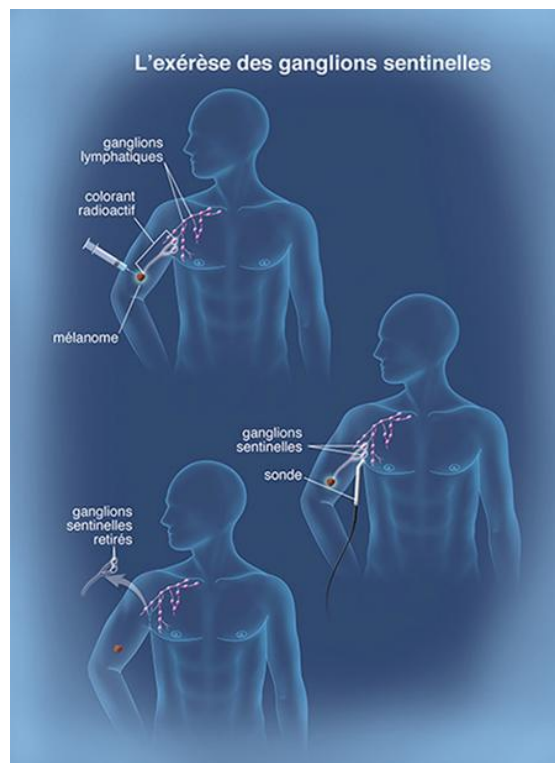


Lorsqu'elle a lieu, l'exérèse du ganglion sentinelle se déroule en même temps que l'exérèse élargie, sous anesthésie générale.

Afin de localiser le ou les ganglions sentinelles, un produit est injecté au voisinage de la tumeur, par un médecin nucléaire. Deux produits sont le plus souvent utilisés : un colorant appelé bleu patenté ou un produit radioactif (sans danger pour le patient). Parfois, ces deux produits sont associés.

L'injection de la substance radioactive se fait quelques heures avant l'intervention chirurgicale. L'injection de colorant bleu a lieu en salle d'opération, quelques minutes avant la recherche des ganglions.



Le produit (colorant ou substance radioactive) est absorbé par les vaisseaux lymphatiques et circule jusqu'aux premiers ganglions (le ou les ganglions sentinelles) en amont du mélanome.

Lorsque le produit utilisé est une substance radioactive, le ou les ganglions sont localisés grâce à une scintigraphie effectuée par un médecin nucléaire avant l'intervention et à une sonde peropératoire utilisée par le chirurgien pendant l'opération.

S'il a choisi le colorant, le chirurgien recherche, pendant l'intervention, le ganglion teinté de bleu. Le ou les ganglions sentinelles alors repérés, le chirurgien les retire en faisant une petite incision au-dessus d'eux. Le plus souvent, cette incision n'est pas réalisée au même endroit que celle de l'exérèse de la tumeur. Il y a donc deux cicatrices.

Lors de cette opération, un à trois ganglions lymphatiques sont habituellement enlevés.

Recommandations de prise en charge du mélanome de stade précoce et place du ganglion sentinelle

Information pour les professionnels de santé

Références :

Algorithmes de prise en charge des mélanomes | Groupe de cancérologie cutanée

- **Accès aux algorithmes** : <https://www.cancer-et-peau.com/espace-medecins/algorithmes-prise-charge-melanomes>
- **Accès à la publication** : Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, 2024 - <https://doi.org/10.1016/j.fander.2024.02.004>

RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DU MELANOME DE STADE PRECOCE

Le mélanome cutané est un cancer dont **la majorité des formes peut être traitée efficacement par la seule chirurgie**, mais certains vont évoluer vers des formes métastatiques.

Le **pronostic** du mélanome dépend de plusieurs facteurs, dont les principaux sont :

- l'épaisseur (appelée aussi l'indice de Breslow),
- la présence d'une ulcération,
- la présence d'une atteinte ganglionnaire régionale.

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE EN 2 TEMPS

Les recommandations de prise en charge sont :

- une **première exérèse** macroscopiquement complète sans marge pour établir le diagnostic histologique et définir l'indice de Breslow.
- une **deuxième intervention avec reprise élargie** de la cicatrice adaptée au Breslow (de 0,5 cm pour les mélanomes *in situ* jusqu'à 2 cm pour les mélanomes de Breslow > 2 mm).

En **cas de Breslow > 1 mm**, une **procédure de ganglion sentinelle** (GS) peut être proposée au moment de la reprise élargie. Dans des cas particuliers de mélanome de Breslow > 0,8 mm avec ulcération, elle peut aussi être discutée au cas par cas.

PREMIERE INTERVENTION CHIRURGICALE										
Breslow	In situ	≤ 1 mm			1-2 mm		2-4 mm		> 4 mm	
		≤ 0,8 mm	0,8-1 mm	U- ou U+						
Ulcération ?		U-	U+	U- ou U+	U-	U+	U-	U+	U-	U+
T de la classification TNM	Tis	T1			T2		T3		T4	
Stade AJCC	0	IA	IB			IIA		IIB		IIC
Bilan d'extension initial	aucun		Echographie ganglionnaire de la zone de drainage TDM corps entier ou TEP si GS*							TDM corps entier ou TEP
DEUXIEME INTERVENTION CHIRURGICALE										
Reprise d'exérèse	0,5 cm	1 cm			1 à 2 cm		2 cm			
* Ganglion sentinelle ?	NON		T1b (ulcéré ou entre 0,8–1 mm) à discuter		OUI peut être proposé si un traitement adjuvant est ensuite envisageable					

DEMANDE DE PROCEDURE DU GANGLION SENTINELLE : 3 critères d'éligibilité

- Si Breslow ≥ 1mm** (dans les cas particuliers de mélanome de Breslow entre 0,8 et 1 mm ou < 1 mm avec ulcération, elle peut aussi être discutée au cas par cas)
N.B : Pour les stades IIB et IIC (Breslow > 2 mm ulcéré), l'immunothérapie peut être proposée sans connaissance du statut du GS.
- Si l'état de santé du patient est compatible avec un traitement adjuvant :**
 - Statut ECOG 0 ou 1
 - Age < 70 ans (à discuter entre 70 et 80 ans selon l'état général)
 - Absence de maladies chroniques lourdes, en particulier cardio-vasculaires, auto-immunes, curage antérieur sur la même zone, greffe d'organe...
- Si le patient accepterait une prise en charge pour un traitement adjuvant** (rythme à préciser au patient selon le choix du traitement adjuvant) en cas de positivité du GS.

Adresser le patient directement au service de chirurgie selon la localisation du mélanome

Cf. Annuaire des professionnels réalisant le ganglion sentinelle dans le cadre du mélanome en Nouvelle-Aquitaine, disponible sur le site ONCO-NA : <https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/>

Prévoir de revoir votre patient en post-opératoire pour l'annonce des résultats

QUELLE PRISE EN CHARGE APRES LE GANGLION SENTINELLE ?

Adresser l'ensemble du dossier en RCP d'onco-dermatologie

- Avec notamment les CR originaux d'anatomopathologie où figurent les coordonnées du laboratoire, le résultat du bilan d'extension
- Les coordonnées email pour l'envoi de vos dossiers en Nouvelle-Aquitaine ainsi que les fiches RCP sont accessibles sur *l'Annuaire régional des RCP en dermatologie* sur le site ONCO-NA : <https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/>

✓ **En cas de ganglion sentinelle positif,**

Proposition d'un traitement adjuvant **pendant 1 an**, avec soit :

- une **immunothérapie anti-PD-1** intraveineuse
- OU**, si mélanome **muté BRAF V600**, une **thérapie ciblée anti-BRAF/MEK** orale

Pour rappel, la présence d'une micrométastase au ganglion sentinelle n'implique plus la réalisation d'un curage ganglionnaire dans l'immense majorité des cas (preuve de l'absence de bénéfice thérapeutique).

✓ **En cas de ganglion sentinelle négatif,**

- pour les mélanomes épais** considérés comme à haut risque de rechute (à partir de T3b soit Breslow > 2 mm ulcéré), **discussion d'une immunothérapie anti-PD-1 adjuvante pendant 1 an**
- surveillance** selon recommandations habituelles (Cf. tableau ci-dessous)

Les **récidives ganglionnaires macrométastatiques** sont éligibles à un **curage ganglionnaire**, suivi de la même possibilité de **traitement adjuvant** (immunothérapie ou thérapie ciblée si BRAF positif). L'immunothérapie peut être débutée avant le traitement chirurgical (en **néoadjuvant**).

Modalités de surveillance en fonction du stade :

SUIVI					
Stade AJCC 8th	0	IA	IB, IIA et IIB	IIC, IIIA, IIIB, IIIC	IIID, IV
Clinique	annuelle à vie	tous les 6 mois (3 ans) puis annuelle à vie	tous les 3-6 mois (3 ans), puis tous les 6 mois (7 ans), puis annuelle à vie	tous les 3 mois (3 ans), puis tous les 6 mois (7 ans), puis annuelle à vie	tous les 3 mois (3 ans), puis tous les 6 mois (7 ans), puis annuelle à vie
Echographie ganglionnaire de la zone de drainage			tous les 3-6 mois (3 ans)	tous les 3 mois (3 ans)	
TDM corps entier ou TEP				tous les 6 mois (3 ans)	tous les 3 mois (3 ans)