



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge des métastases ganglionnaires des mélanomes cutanés  
de la tête et du cou de 2006 à 2015 au CHRU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2017 à 18h

Pôle Formation

**Par Simon Deraedt**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique Chevalier**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Laurent Mortier**

**Monsieur le Professeur Pierre Fayoux**

**Madame le Docteur Frédérique Dubrulle**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Pierre Guerreschi**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
I. Généralités sur les mélanomes cutanés.....	7
A. Épidémiologie.....	7
B. Facteurs de risques.....	8
C. Diagnostic des mélanomes .....	9
D. Classification des mélanomes cutanés .....	10
1. Clinique .....	10
2. Anatomopathologique .....	10
II. Envahissement ganglionnaire des mélanomes de la tête et du cou .....	12
A. Aires lymphatiques cervicales et parotidiennes.....	12
B. Aires de drainage préférentielles en fonction de la localisation du mélanome .....	13
III. Prise en charge des mélanomes cutanés de la tête et du cou .....	14
A. Bilan d'extension .....	14
B. Traitement chirurgical du mélanome primitif.....	15
C. Traitement de l'envahissement ganglionnaire .....	16
1. Recommandations en cas d'envahissement cervical ou parotidien .....	16
2. Options thérapeutiques chez les patients sans envahissement ganglionnaire.....	17
a. Technique du ganglion sentinelle .....	17
b. Radiothérapie et surveillance .....	17
D. Traitement médicamenteux adjuvant.....	18
IV. Objectifs de travail .....	18
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>20</b>
I. Outils de recherche.....	20
II. Critères d'inclusions et d'exclusions .....	20
III. Paramètres étudiés.....	20
<b>RESULTATS</b> .....	<b>23</b>
I. Caractéristiques de la population .....	23
II. Caractéristiques des tumeurs primitives .....	24
A. Localisations.....	24
B. Classification TNM et indice de Breslow .....	25
C. Classification par stade .....	25
III. Caractéristiques des extensions ganglionnaires.....	26
A. Population .....	26
B. Caractéristiques des tumeurs primitives.....	27
1. Classification TNM .....	27
2. Classification selon l'indice de Breslow .....	28
C. Localisation des atteintes ganglionnaires.....	29
1. Extension cervicale exclusive (P0N+) .....	29
2. Extension parotidienne exclusive (P+N0).....	30
3. Extension cervicale et parotidienne (P+N+) .....	31
D. Localisation des atteintes ganglionnaires en fonction de la localisation du primitif.....	32

1.	Mélanomes de joue (Fig 13a).....	33
2.	Mélanomes auriculaires (Fig 13b) .....	33
3.	Mélanomes de région postérieure (occipitale et nuque) (Fig 13c).....	33
4.	Mélanomes de région fronto-temporale (Fig 13d) .....	33
5.	Mélanomes de région latéro cervicale (Fig 13e) .....	33
6.	Mélanomes du vertex (Fig 13f).....	34
7.	Mélanomes de nez (Fig 13g).....	34
8.	Mélanome du menton (Fig 13h) .....	34
IV.	Traitements des atteintes ganglionnaires cervicales et parotidiennes en fonction de la localisation .....	39
V.	Traitement des tumeurs P0N0 avec indice de Breslow élevé .....	41
A.	Etude de la récurrence .....	42
B.	Survie sans récurrence .....	42
C.	Survie globale.....	43
VI.	Synthèse des traitements .....	44
VII.	Atteinte faciale après parotidectomie .....	45
VIII.	Bilan d'extension initial .....	45
<b>DISCUSSION</b>	.....	<b>47</b>
I.	Données épidémiologiques .....	47
II.	Extension ganglionnaire .....	47
A.	Population .....	47
B.	Localisations ganglionnaires et primitifs cutanés.....	48
III.	Traitement des métastases ganglionnaires .....	50
IV.	Traitement des tumeurs P0N0 avec indice de Breslow élevé .....	51
V.	Parotidectomie totale versus partielle .....	51
VI.	Bilan d'imagerie .....	52
<b>CONCLUSION</b>	.....	<b>54</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	.....	<b>55</b>

## RESUME

**Contexte** : le mélanome cutané est une tumeur maligne, invasive. Sa localisation au niveau de la tête et du cou est fréquente, de mauvais pronostic. Le drainage lymphatique de ces tumeurs passe par les relais cervicaux et parotidiens. L'objectif de ce travail est l'étude des aires de drainage atteintes en fonction des localisations primitives. Le traitement réalisé en fonction de l'extension ganglionnaire constitue un objectif secondaire.

**Méthode** : nous avons effectué une étude descriptive rétrospective au CHRU de Lille, de 2006 à 2015, englobant tous les patients présentant un mélanome cutané de la tête ou du cou. La localisation du mélanome, l'existence au bilan de métastase ganglionnaire et sa localisation, le traitement réalisé, ont été repris.

**Résultats** : 162 mélanomes ont été étudiés, parmi lesquels 45 extensions ganglionnaires (17 initiales, 28 secondaires). Les localisations cutanées ayant métastasé en parotide sont : front, tempe, joue, oreille externe. Le mapping ainsi formé est présenté sous différents schémas. Les traitements reçus par les patients (curage cervical, parotidectomie, associés ou non, avec ou sans radiothérapie cervicale) correspondent globalement aux recommandations. L'étude de la survie globale dans le groupe de mélanomes avec indice de Breslow > à 2 mm sans métastase n'a pas montré de différence significative entre le traitement par radiothérapie cervicale et la surveillance ( $p=0,2292$ ).

**Discussion** : l'étude des aires de drainage cutanées de la tête et du cou comporte de grandes variabilités, notre travail confirme le drainage parotidien décrit précédemment.

# INTRODUCTION

## I. Généralités sur les mélanomes cutanés

### A. Épidémiologie

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes présents dans l'épiderme, le derme ou l'iris de l'œil.

En France, les mélanomes cutanés représentent 10 % des cancers de la peau. Ils peuvent apparaître sur une peau saine (70 à 80 % des cas) ou résulter de la transformation maligne d'un nævus dans des cas plus rares. On estime qu'environ 10% de ces tumeurs correspondraient à des formes familiales.

En 2015, 14 325 nouveaux cas de mélanomes cutanés ont été découverts en France métropolitaine (7 083 hommes et 7 242 femmes) pour 1 773 décès (1 033 hommes et 740 femmes). Cela représente 3,7 % de l'ensemble des cancers incidents et 1,2 % des décès par cancer, tous sexes confondus. C'est l'un des cancers dont l'incidence comme la mortalité ont significativement augmenté sur la période 1980-2012 (1). À l'échelle mondiale, c'est en Australie et en Nouvelle-Zélande qu'on enregistre les taux d'incidence les plus élevés (55/10 000 chez la femme et 40/100 000 chez l'homme), les taux les plus bas étant retrouvés en Asie et en Afrique (2)

Les mélanomes peuvent également se développer sur des muqueuses (fosses nasales, cavités buccales, organes génitaux, région anorectale), représentant 5% des cas de mélanomes (2). Il existe également, de manière encore plus exceptionnelle, des mélanomes oculaires développés au dépend de l'iris, de la choroïde ou des corps ciliaires.

Les mélanomes de la tête et du cou représentent environ 25% à 35 % de l'ensemble des mélanomes (3), pour une surface représentant seulement 9% de l'ensemble de la peau. Ils constituent un facteur de gravité de mélanome, leur pronostic étant globalement moins bon du fait notamment de leur prise en charge plus complexe (3).

## B. Facteurs de risques

Le seul facteur de risque environnemental de survenue d'un mélanome cutané est l'exposition solaire. Cela concerne donc plus particulièrement les zones photoexposées, à savoir la tête et le cou. Il semblerait que l'exposition intermittente (« coups de soleil ») soit plus à risque que l'exposition chronique sans coups de soleil (4). Il existe par ailleurs plusieurs facteurs de risques phénotypiques. Le plus important est le phototype, défini selon la classification de Fitzpatrick (tableau 1). Les individus de peau claire, c'est-à-dire phototype I et II sont plus exposés que les individus de phototype foncé, V et VI. Selon une méta-analyse (5), les individus de phototype I ont deux fois plus de risque de développer un mélanome que les individus de phototype IV.

**Tableau 1- Classification de Fitzpatrick**

*Fitzpatrick, T.B. (1988), The validity and practicality of sun reactive skin types I through VI, Arch Dermatol 124 ; 869-871*

	Type	Réaction au soleil
<b>Phototype I</b>	Peau très claire, taches de rousseur, cheveux blonds ou roux	Ne bronze pas, attrape systématiquement des coups de soleil.
<b>Phototype II</b>	Peau très claire, cheveux blonds ou châtain, des taches de rousseur apparaissent au soleil, yeux clairs.	Bronze difficilement, attrape souvent des coups de soleil
<b>Phototype III</b>	Peau claire, cheveux blonds ou châtain.	A parfois des coups de soleil, bronze progressivement
<b>Phototype IV</b>	Peau mate, cheveux châtain, bruns ou noirs, yeux foncés.	Attrape peu de coups de soleil, bronze rapidement
<b>Phototype V</b>	Peau foncée, yeux foncés, cheveux foncés.	A rarement des coups de soleil, bronze rapidement
<b>Phototype VI</b>	Peau noire, cheveux noirs.	Peau foncée, n'a jamais de coups de soleil



L'autre grand facteur de risque phénotypique est le syndrome du naevus atypique. Il s'agit d'individus ayant plus de 50 nævi, sur des zones non photo exposées, et présentant des atypies. Le risque de survenue de mélanome est augmenté dans cette population.

Enfin, il existe des gènes responsables de formes familiales de mélanome. Ces formes familiales représentent environ 10% des mélanomes (2). Les deux gènes reconnus (CDKN2A et CDK4) présentent des mutations rares mais avec un risque élevé de développer une lésion.

### C. Diagnostic des mélanomes

Le diagnostic clinique de mélanome est complexe. De nombreuses lésions cutanées bénignes peuvent en effet être prises pour des mélanomes (notamment les nævi atypiques). Pour aider le clinicien à dépister les lésions les plus suspectes, des critères diagnostiques ont été mis en place. Il s'agit des critères ABCDE : A pour Asymétrie, B pour Bords irréguliers, C pour Contours multiples, D pour diamètre > à 6 mm, E pour Evolutivité de la lésion (6) . Chaque lésion est jugée selon ces critères et les lésions suspectes sont réséquées pour analyse. La photo présentée en figure 1 montre une lésion suspecte répondant à tous les critères ABCDE, hormis l'évolutivité.

#### **Figure 1- Mélanome superficiel extensif, thoracique**

*C. Gaudy-Marqueste, S. Monestier, J.-J. Grob. Mélanome. EMC - Dermatologie 2015;10(1):1-19 [Article 98-595-A-10].*



Le diagnostic définitif est anatomopathologique, sur une exérèse d'identification enlevant l'ensemble de la lésion et de ses berges. Les critères importants, autres que la nature maligne ou non de la lésion, sont :

- Epaisseur maximale ou **indice de Breslow**, constituant un facteur pronostic indépendant prédictif du risque de récurrence et de décès.
- La présence ou non d'une **ulcération**, facteur pronostic.
- La présence de **phénomènes de régression** et leurs étendues, minorant l'indice de Breslow.
- L'**index mitotique** : nombres de mitoses / mm<sup>2</sup>, facteur pronostic également.
- L'atteinte ou non des **berges d'exérèse**.

## D. Classification des mélanomes cutanés

### 1. Clinique

On distingue 4 grands types de mélanomes, différents par leurs présentations cliniques, leurs extensions, leurs aspects histopathologiques (2) :

- **Mélanome superficiel extensif** : macule pigmentée prenant secondairement du relief, plus fréquent au niveau du membre inférieur et dans le dos.
- **Mélanome nodulaire** : se présentant d'emblée sous la forme d'un nodule. Sa croissance est rapide et verticale, avec un risque métastatique fort.
- **Mélanome acrolentigineux** : macule pigmentée siégeant de façon élective aux extrémités, avec une extension horizontale lente.
- **Mélanome de Dubreuilh** : siégeant préférentiellement sur les zones photoexposées, il a l'aspect d'une macule pigmentée. Sa croissance horizontale est très lente, laissant du temps avant l'envahissement dermique.

### 2. Anatomopathologique

La classification TNM des mélanomes selon la 7ème classification de l'AJCC de 2009 (7) permet de regrouper les mélanomes en stades. Cette stadification est

primordiale dans le bilan de la tumeur, puisqu'elle permet de définir le bilan d'extension initial, les marges d'exérèse, le traitement complémentaire. Cette classification est présentée en figure 2.

**Figure 2- 7eme classification de l'AJCC des mélanomes, 2009**

C. Gaudy-Marqueste, S. Monestier, J.-J. Grob. *Mélanome. EMC - Dermatologie 2015;10(1):1-19 [Article 98-595-A-10].*

Tumeur primitive		
Classification T	Épaisseur Breslow en mm	Ulcération/mitose
T1	≤ 1	a : sans ulcération et mitoses < 1/mm <sup>2</sup> b : avec ulcération et/ou mitoses ≥ 1/mm <sup>2</sup>
T2	1,01–2	a : sans ulcération b : avec ulcération
T3	2,01–4	a : sans ulcération b : avec ulcération
T4	> 4,01	a : sans ulcération b : avec ulcération
Ganglions lymphatiques régionaux		
Classification N	Nombre de ganglions métastatiques	Masse métastatique ganglionnaire
N1	1 ganglion	a : micrométastase b : macrométastase
N2	2 à 3 ganglions	a : micrométastase b : macrométastase c : métastase(s) en transit satellite(s) sans ganglion métastatique
N3	≥ 4 ganglions Ou Conglomérat d'adénopathies Ou Métastase(s) en transit/satellite(s) avec ganglion métastatique	
Métastases à distance		
Classification M	Site métastatique	Taux de LDH sérique
M1a	Métastase(s) cutanée(s), ganglionnaire(s) à distance	Normal
M1b	Métastase(s) pulmonaire(s)	Normal
M1c	Toutes autres métastases viscérales Toute localisation métastatique	Normal Élevé

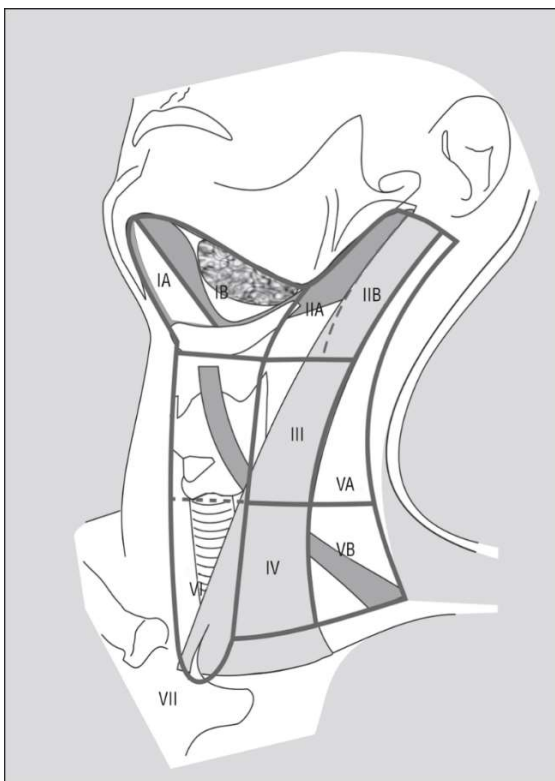
Stades de la maladie AJCC 7<sup>e</sup> édition

stades	T	N	M
0	In situ	N0	M0
IA	T1a		
IB	T1b		
I	T2a		
IIA	T2b		
	T3a		
IIB	T3b		
	T4a		
IIC	T4b		
IIIA	Tout T mais non ulcéré (T1–4a)	Micrométastases (N1a ou N2a)	M0
IIIB	Tout T ulcéré (T1–4b) Tout T mais non ulcéré (T1–4 a)	Micrométastases (N1a ou N2a) N1b ou N2b ou N2c	
IIIC	Tout T ulcéré (T1–4b)	N1b ou N2b ou N2c	
IV	Tout T	N3 Tout N	M1

## II. Envahissement ganglionnaire des mélanomes de la tête et du cou

### A. Aires lymphatiques cervicales et parotidiennes

Les mélanomes de la tête et du cou sont, en soit, un facteur de mauvais pronostic de mélanome. L'extension ganglionnaire de ces mélanomes passent le plus souvent par les chaînes ganglionnaires cervico-parotidiennes. Ces chaînes sont décrites depuis de nombreuses années. La classification la plus récente datant de 2008, d'après l'American Head and Neck Society (8), est présentée en figure 3. Elle divise les régions cervicales en IA, IB, IIA, IIB, III, IV, VA, VB, VI, VII en fonction de repères anatomiques, utilisés dans la chirurgie ganglionnaire cervicale.



**Figure 3- Aires lymphatiques cervicales**

*Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, Califano JA, Wolf GT, Ferlito A, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. mai 2008;134(5):536-8.*

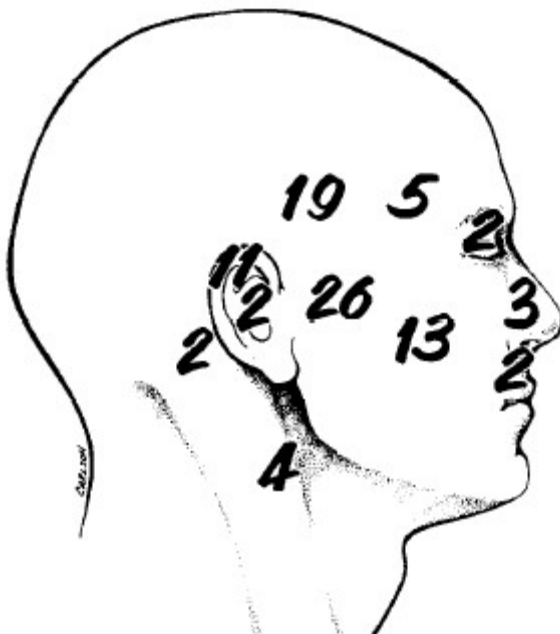
Le tissu parotidien possède également un réseau de ganglions lymphatiques, au sein du tissu et au niveau sus et sous aponévrotique.

## B. Aires de drainage préférentielles en fonction de la localisation du mélanome

De nombreuses études ont étudié les aires de drainage ganglionnaire en fonction de la localisation du primitif cutané, à la fois dans le mélanome et le carcinome épidermoïde.

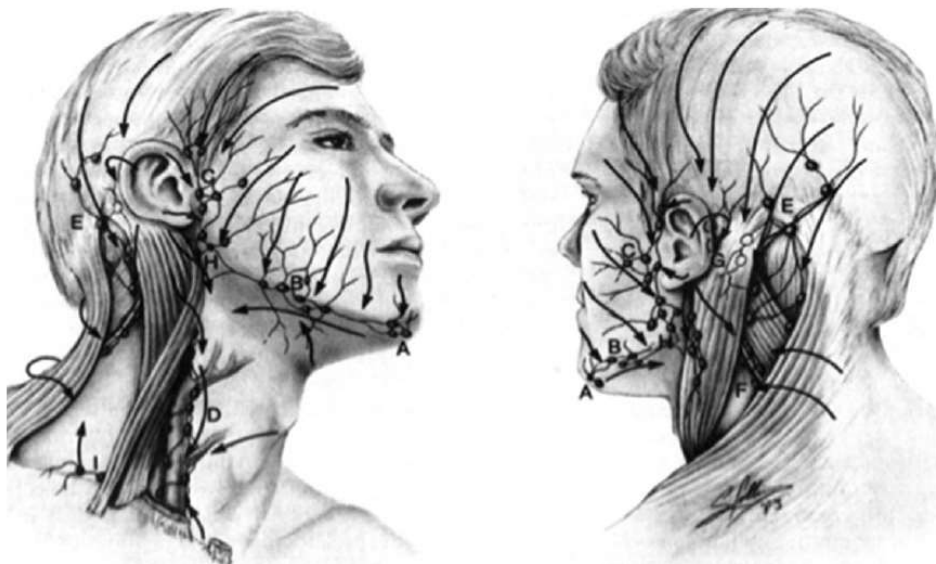
Les localisations primitives préférentielles pour le drainage intra parotidien sont l'oreille externe, le front, la joue, la tempe, le front, comme le décrit *Jackson et Ballantyne* dès 1981 (9) présentées en figure 4, confirmées par d'autres études depuis (10,11). Toutes les localisations cutanées peuvent donner des métastases intra-parotidiennes, mais en fréquence beaucoup moins élevée.

Concernant les aires cervicales, toutes les localisations cutanées peuvent, directement ou indirectement, donner des métastases aux chaînes ganglionnaires cervicales. La répartition décrite en 1992 par *Byers*, présentée en figure 5 semble être toujours d'actualité comme le montre *Vauterin et al* (11).



**Figure 4** - Sites de localisations cutanées primitives chez les 113 patients présentant une métastase parotidienne dans l'étude.

*Jackson GL, Ballantyne AJ. Role of parotidectomy for skin cancer of the head and neck. Am J Surg. oct 1981;142(4):464-9.*



a.



b.

**Figure 5- Prédiction des drainages lymphatiques en fonction de la localisation cutanée**

- a. *Byers RM. Cervical and parotid node dissection. In: Balch CM, Houghton AN, Milton GW, et al, editors. Cutaneous melanoma. 2nd edition. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. p. 377.*
- b. *Vauterin TJ, Veness MJ, Morgan GJ, Poulsen MG, O'Brien CJ. Patterns of lymph node spread of cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. Head Neck. sept 2006;28(9):785-91.*

### III. Prise en charge des mélanomes cutanés de la tête et du cou

#### A. Bilan d'extension

Le bilan clinique et paraclinique du mélanome cutané doit permettre de compléter la stadification de la tumeur en recherchant une extension ganglionnaire ou métastatique à distance.

Les recommandations de la Société Française de Dermatologie (12) de 2016 précisent que le bilan, à la fois clinique et paraclinique, dépend du stade du mélanome, donc de l'épaisseur de la tumeur selon l'indice de Breslow. Ces recommandations sont rappelées ci-dessous :

- **Stades IA et IB** : Examen clinique complet notamment de tout le tégument et des aires ganglionnaires ; aucun examen complémentaire systématique n'est recommandé (avis d'expert).
- **Stades IIA et IIB** : Examen clinique complet notamment de tout le tégument et des aires ganglionnaires ; échographie ganglionnaire de l'aire de drainage (avis d'experts).
- **Stades IIC et IIIA** : Examen clinique complet notamment de tout le tégument et des aires ganglionnaires ;
  - échographie ganglionnaire de l'aire de drainage stade IIC ;
  - en option : examen d'imagerie par scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien (TDM TAP) ou 18FDG-TEP-TDM.
- **Stades IIIB et IIIC** : Examen clinique complet de tout le tégument et des aires ganglionnaires ;
  - examen d'imagerie par 18FDG-TEP-TDM ou scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien.

## B. Traitement chirurgical du mélanome primitif

Les marges d'exérèse latérales pour un mélanome cutané primitif doivent être adaptées à la profondeur d'infiltration du mélanome (indice de Breslow) selon le schéma suivant :

- mélanome in situ : marge 0,5 cm ;
- mélanome 0,1 - 1 mm : marge 1 cm ;
- mélanome 1,1- 2 mm : marge 1 à 2 cm ;
- mélanome > 2 mm : marge 2 cm

Concernant la profondeur d'exérèse, les recommandations proposent une exérèse jusqu'au fascia tout en le respectant.

Ces recommandations de Société Française de Dermatologie (12) prévalent pour toutes les localisations de mélanomes cutanés. Bien sûr, de telles marges sont très difficiles et parfois même impossibles à respecter au niveau des localisations tête et cou du fait de contraintes anatomiques ou esthétiques. Il convient alors d'adapter les marges à la localisation, qui peuvent être réduites à 1 cm le cas échéant.

Une alternative est la technique chirurgicale micrographique de Mohs (13), consistant en une chirurgie d'exérèse avec des marges minimales, puis une analyse anatomopathologique des berges de la pièce rapide, avant reconstruction. En cas d'envahissement des berges, une recoupe est effectuée, jusqu'à obtenir une exérèse complète avec des marges satisfaisantes. Cette technique est disponible au CHRU de Lille.

## **C. Traitement de l'envahissement ganglionnaire**

### **1. Recommandations en cas d'envahissement cervical ou parotidien**

Concernant les patients N+ (envahissement cervical) ou P+ (envahissement parotidien) au moment du diagnostic, les recommandations des Sociétés Françaises d'ORL ou de dermatologie (12,14) précisent qu'ils doivent bénéficier d'une exérèse ganglionnaire des aires de drainage à risque. Les recommandations Britanniques, spécifiques des mélanomes tête et cou (15) confirment cette attitude. On peut donc décrire plusieurs conduites à tenir en fonction de l'atteinte cervicale et/ou parotidienne :

- P+N0 : curage cervico-parotidien avec conservation du nerf facial si possible
- P+N+ : curage également cervico-parotidien avec conservation du nerf facial si possible
- P0N+ : curage cervical complet, une parotidectomie est indiquée si la tumeur primitive se situe en zone cutanée dont l'aire de drainage comprend la parotide : front, tempe, oreille externe, joue selon les études présentées plus haut (9–11).

Les recommandations françaises (12) précisent que la radiothérapie adjuvante après curage N+ est une option à discuter en RCP, chez les patients à haut risque de



récidive locale (présence d'une rupture capsulaire, ou nombre de ganglions positifs supérieur à 3 ou ganglion de plus de 3 cm de diamètre), non métastatiques à distance et non incluables dans des études de traitement adjuvant.

## **2. Options thérapeutiques chez les patients sans envahissement ganglionnaire.**

### **a. Technique du ganglion sentinelle**

Selon les mêmes recommandations de la Société Française de Dermatologie (12), il n'y a aucune indication de réaliser un curage ganglionnaire dans le cas d'un patient ne présentant pas d'envahissement ganglionnaire (N0).

Une alternative proposée est la technique du ganglion sentinelle, décrite depuis 1992 (16) dont l'objectif est de localiser le premier relais ganglionnaire de la tumeur pour déterminer s'il existe une micro métastase dans ce ganglion et procéder le cas échéant à un curage ganglionnaire. Des études récentes n'ont pas montré de différence de survie entre les patients ayant bénéficié de cette technique ou d'une simple surveillance (17,18). Les recommandations actuelles précisent qu'elle est une option pour les mélanomes avec un Breslow  $>$  à 1 mm, ou dans le cadre d'essais cliniques. En pratique, la technique du ganglion sentinelle n'est pas effectuée au CHRU de Lille pour les mélanomes de la tête et du cou.

### **b. Radiothérapie et surveillance**

Les patients présentant un mélanome de la tête et du cou N0 peuvent également bénéficier soit d'une radiothérapie adjuvante des aires ganglionnaires cervicales et parotidiennes, soit d'une simple surveillance.

Il n'y a pas à ce jour de recommandations sur ce point précis, l'attitude dépend du stade du mélanome et des habitudes des équipes.

## **D. Traitement médicamenteux adjuvant**

Au stade de mélanome métastatique, outre une chirurgie d'exérèse de la lésion primitive, le traitement médical va être systématique et va dépendre des caractéristiques biomoléculaires du mélanome. La mutation BRAF est la plus fréquente, les mélanomes la présentant peuvent être traités par une thérapie ciblée anti-BRAF, par Vémurafénib notamment qui a été le premier commercialisé. D'autres existent également (Dabrafénib), des combinaisons sont actuellement disponibles.

S'il n'existe pas de mutation, le traitement de référence reste une chimiothérapie classique par Dacarbazine (2). Chez les patients sans métastase viscérale, le seul traitement adjuvant à discuter est l'interféron à faibles doses (12).

Actuellement, de nombreuses études sont en cours pour tester de nouvelles thérapies ciblées. On peut citer les inhibiteurs de c-Kit, les inhibiteurs de NRAS, les inhibiteurs de MEK, les anti-angiogéniques, les pro-apoptotiques. Les recommandations incitent les professionnels à proposer aux patients éligibles de rentrer dans un essai thérapeutique afin d'élargir le champ des traitements systémiques.

## **IV. Objectifs de travail**

Le but de ce travail était d'étudier les envahissements ganglionnaires métastatiques dans les mélanomes de la tête et du cou et leurs prises en charge au CHRU de Lille.

Notre objectif était d'évaluer les aires de drainage atteintes en fonction des sites de localisations primaires. La localisation des métastases ganglionnaires en fonction de la localisation de la tumeur primaire a été étudiée, afin d'évaluer le drainage lymphatique cervical et de le comparer aux travaux étudiant le drainage lymphatique cutané de la tête et du cou.

L'autre objectif de cette étude était de comparer les traitements reçus par les différents sous-groupes aux recommandations.

Des objectifs secondaires concernaient le bilan d'imagerie initial en fonction du stade, la morbidité de la parotidectomie, la survie et la récurrence en fonction du traitement dans le groupe de tumeurs ayant un Breslow élevé mais sans métastase.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Outils de recherche**

Nous avons effectué une étude descriptive dans les services d'ORL de l'hôpital Huriez, et de Chirurgie plastique et reconstructrice de l'hôpital Salengro au sein du CHRU de Lille, rétrospective sur dossier, couvrant la période 2006 à 2015.

Les dossiers patients ont été recherchés par codes diagnostics auprès du département d'informatique médical. Les codes diagnostics recherchés étaient : C430 Mélanome malin de la lèvre, C431 Mélanome malin de la paupière, y compris le canthus, C432 Mélanome malin de l'oreille et du conduit auditif externe, C433 Mélanome malin de la face, parties autres et non précisées, C434 Mélanome malin du cuir chevelu et du cou.

### **II. Critères d'inclusions et d'exclusions**

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients, sans limites d'âge, ayant présenté un mélanome malin cutané de la tête et du cou à potentiel métastatique. Les patients devaient avoir bénéficié d'un bilan permettant de juger de l'envahissement ganglionnaire cervico-parotidien (évaluation clinique ou imagerie par échographie ou scanner en fonction des cas) au moment du diagnostic et également dans le suivi ultérieur. Nous avons donc exclu les mélanomes de Dubreuil non invasifs.

### **III. Paramètres étudiés**

Les paramètres étudiés comprenaient le sexe, l'âge au diagnostic. La localisation tumorale primitive était précisée et classée en : joue, pavillon de l'oreille, zone

prétragienne, zone rétroauriculaire, vertex, zone occipitale, zone frontale, zone temporale, nuque, front, cou, nez, paupière, menton, columelle.

Ces 14 catégories ont été ensuite regroupées en 9 grandes régions, pour l'étude des métastases ganglionnaires : joue, région auriculaire (zone prétragienne, zone rétroauriculaire, pavillon), région postérieure (zone occipitale et nuque), zone fronto-temporale (front et tempe), région du nez (nez et columelle), paupière, menton, vertex, cou. La classification TNM selon l'UICC/AJCC (7ème édition) de 2009 était précisée, ainsi que l'indice de Breslow.

Nous avons, pour chaque tumeur, relevé les imageries pratiquées au moment du bilan initial de la tumeur. L'imagerie cérébrale pouvait être soit un scanner cérébral soit une IRM cérébrale. Nous avons regroupé ces données en fonction du stade de la tumeur, en 4 sous-groupes : stades IA/IB, stades IIA/IIB, stades IIC/IIIA, stades IIIB/IIIC. Certains patients ne pouvaient être classés par sous-groupe, mais rentraient malgré tout dans une catégorie. Nous les avons également étudié.

L'envahissement ganglionnaire, au diagnostic ou au cours du suivi était noté, et également le délai d'apparition de cet envahissement dans le deuxième cas. La localisation de ces métastases ganglionnaires a été relevée, cervicales (aires IA, IB, IIA, IIB, III, IV, V) ou parotidiennes (lobe superficiel ou profond).

Le traitement de la tumeur, la conduite à tenir vis vis-à-vis des aires de drainage ganglionnaire étaient également précisée (curage cervical, parotidectomie partielle ou totale, radiothérapie adjuvante, surveillance simple). En cas de parotidectomie, l'existence ou non d'une paralysie faciale préopératoire ou postopératoire était également précisée, ainsi que son grade.

Nous avons reporté, en fonction de la localisation des métastases ganglionnaires et de l'épaisseur de la tumeur (indice de Breslow), le traitement entrepris afin de préciser et de synthétiser la prise en charge. 4 groupes ont ainsi été distingués : atteinte cervicale pure (notée P0N+), atteinte parotidienne pure (notée P+N0), atteinte cervicale et parotidienne (notée P+N+), ainsi que les tumeurs à haut potentiel métastatique (T3 et T4 selon l'AJCC, soit les tumeurs ayant un indice de Breslow > à 2 mm) mais sans métastase (notées P0N0).

Dans ce dernier sous-groupe, le délai d'apparition d'une récurrence a été relevé, afin d'obtenir deux groupes comparables, l'un ayant bénéficié de radiothérapie cervicale, l'autre d'une simple surveillance. Le taux de récurrence des deux groupes, ainsi que la survie sans récurrence, la survie globale à 1, 2 et 5 ans ont été étudiés. Pour cette étude spécifique, nous n'avons pris en compte que les patients ayant eu au moins 5 ans de suivi depuis le diagnostic initial. Pour les patients perdus de vue, nous considérons la date des dernières nouvelles comme la date de décès. Nous avons produit une courbe de survie de Kaplan-Meier pour la survie sans récurrence, une deuxième pour la survie globale. L'étude de la significativité de la différence entre les groupes « surveillance » et « radiothérapie » a été effectuée par le test non paramétrique du log-rank, du fait de la faible taille des effectifs.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques de la population

Notre étude a permis d'identifier 161 patients ayant présenté, entre 2006 et 2015, un mélanome invasif cutané de la tête et du cou. Notre série comportait 64 femmes et 97 hommes, donc un sexe-ratio de 1,51 (Tableau 2).

L'âge moyen au diagnostic était de 63,35 ans avec un minimum de 7 ans et un maximum de 94 ans.

Sexe	N=161
<b>Femmes</b>	64
<b>Hommes</b>	97
<b>Sexe-Ratio</b>	1,51
<b>Age moyen</b>	63,35
<b>Minimum</b>	7 ans
<b>Maximum</b>	94 ans

**Tableau 2**- Caractéristiques de la population

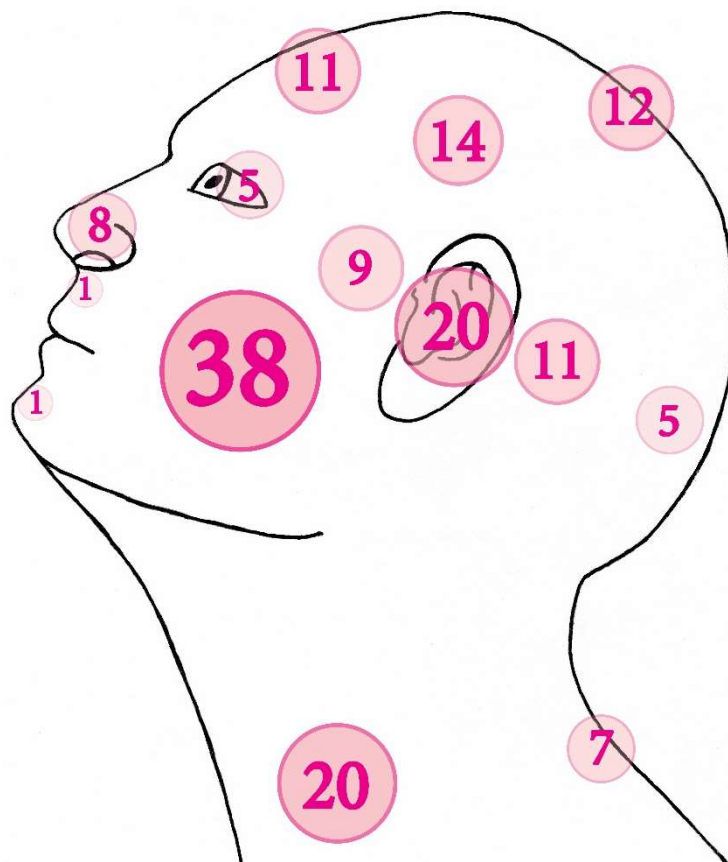
## II. Caractéristiques des tumeurs primitives

### A. Localisations

Notre étude a permis d'identifier 162 tumeurs primitives, un patient ayant présenté une double localisation au moment du diagnostic (pavillon de l'oreille et région rétro auriculaire).

Les différentes localisations des tumeurs primitives sont présentées dans la Figure 6. Nous avons identifié 38 tumeurs de joue, 20 tumeurs du pavillon de l'oreille, 20 tumeurs latéro cervicales, 14 tumeurs temporales, 12 tumeurs du vertex, 11 tumeurs rétro auriculaires, 11 tumeurs frontales, 9 tumeurs prétragiennes, 8 tumeurs de nez, 7 tumeurs de nuque, 5 tumeurs de la paupière, 5 tumeurs occipitales, 1 tumeur du menton et 1 tumeur de la columelle.

Joue 38
Pavillon 20
Latérocervicale 20
Temporal 14
Vertex 12
Rétroauriculaire 11
Front 11
Prétragien 9
Nez 8
Nuque 7
Paupière 5
Occipital 5
Menton 1
Columelle 1



**Figure 6-** Répartition des localisations tumorales primitives



## B. Classification TNM et indice de Breslow

Nous avons classé les tumeurs primitives selon la 7eme classification TNM de l'AJCC (figure 2). Nous avons identifié 25 T1a, 5 T1b, 24 T2a, 6 T2b, 21 T3a, 16 T3b, 19 T4a 28 T4b. 18 tumeurs restaient inclassables par manque d'éléments dans le dossier, notamment la présence ou non d'une ulcération sur la pièce.

Nous avons également réparti les tumeurs selon l'indice de Breslow en trois groupes, < à 1 mm (31 patients), entre 1 et 2 mm (34 patients), > à 2 mm (94 patients), représentant un groupe à haut risque métastatique. 3 tumeurs étaient encore inclassables par manque d'éléments.

Les répartitions TNM et par indice de Breslow sont présentées dans le tableau 3.

**Tableau 3 - Répartition de la classification TNM et de l'indice de Breslow**

TNM	Nombre (%)	Breslow	Nombre (%)
T1a	25 (15,4)	< à 1 mm	31 (19,1)
T1b	5 (3,1)	Entre 1 et 2 mm	34 (21)
T2a	24 (14,8)	> à 2 mm	94 (58)
T2b	6 (3,7)	Inclassable	3 (1,9)
T3a	21 (13)		
T3b	16 (9,9)		
T4a	19 (11,7)		
T4b	28 (17,3)		
Inclassable	18 (11,1)		

## C. Classification par stade

De manière à pouvoir étudier les différents bilans d'imagerie effectués au stade initial, nous avons également classé les tumeurs selon le stade de l'AJCC. En effet, les recommandations concernant le bilan d'extension initial se base sur cette stadification. Nous avons, dans notre étude, 25 tumeurs de stade IA, 26 de stade IB, 27 de stade IIA, 28 de stade IIB, 20 de stade IIC, aucune de stade IIIA, 3 tumeurs de

stade IIIB, 12 de stade IIIC et 3 de stade IV. Enfin, les mêmes 18 tumeurs inclassables selon la classification TNM le sont également ici. Ces résultats sont présentés dans le tableau 4.

**Tableau 4 – Répartition selon le stade**

Stade	Nombre (%)	Stade	Nombre (%)
IA	25 (15,4)	IIIA	0 (0)
IB	26 (16)	IIIB	3 (1,8)
IIA	27 (16,7)	IIIC	12 (7,4)
IIB	28 (17,2)	IV	3 (1,8)
IIC	20 (12,3)	Inclassable	18 (11,1)

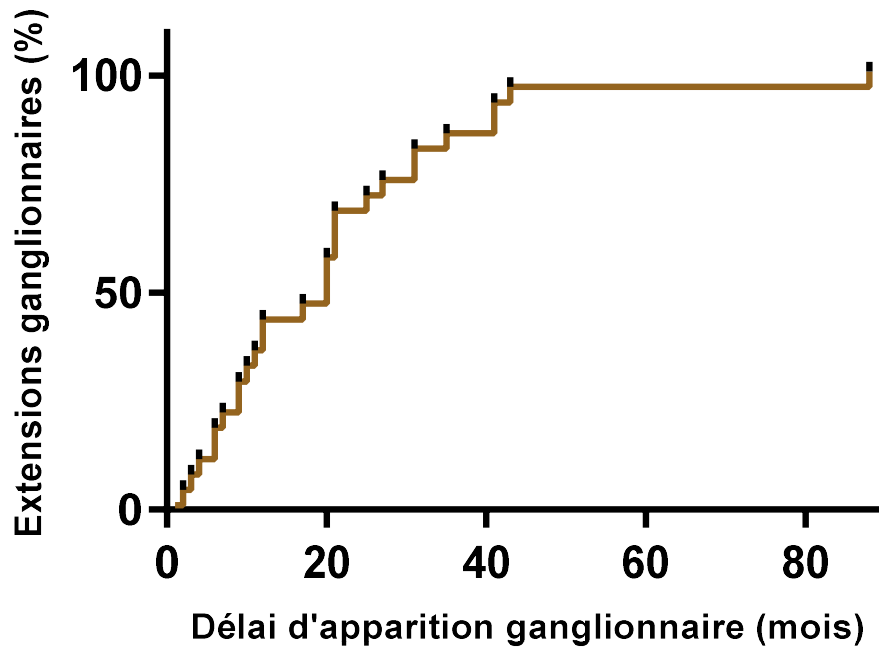
### III. Caractéristiques des extensions ganglionnaires

#### A. Population

Notre étude a permis de mettre en évidence, dans notre série, 45 patients ayant présenté une extension ganglionnaire, primaire au bilan initial pour 17 patients. Pour 28 autres patients, cette extension correspond à une rechute ganglionnaire, découverte soit cliniquement, soit dans le cadre d'un bilan d'imagerie de suivi.

Dans ce deuxième groupe, le délai moyen d'apparition de l'extension secondaire était de 20 mois, avec un minimum d'1 mois et un maximum de 87 mois, comme présenté dans la figure 7.

**Figure 7- Délai d'apparition des extensions ganglionnaires**

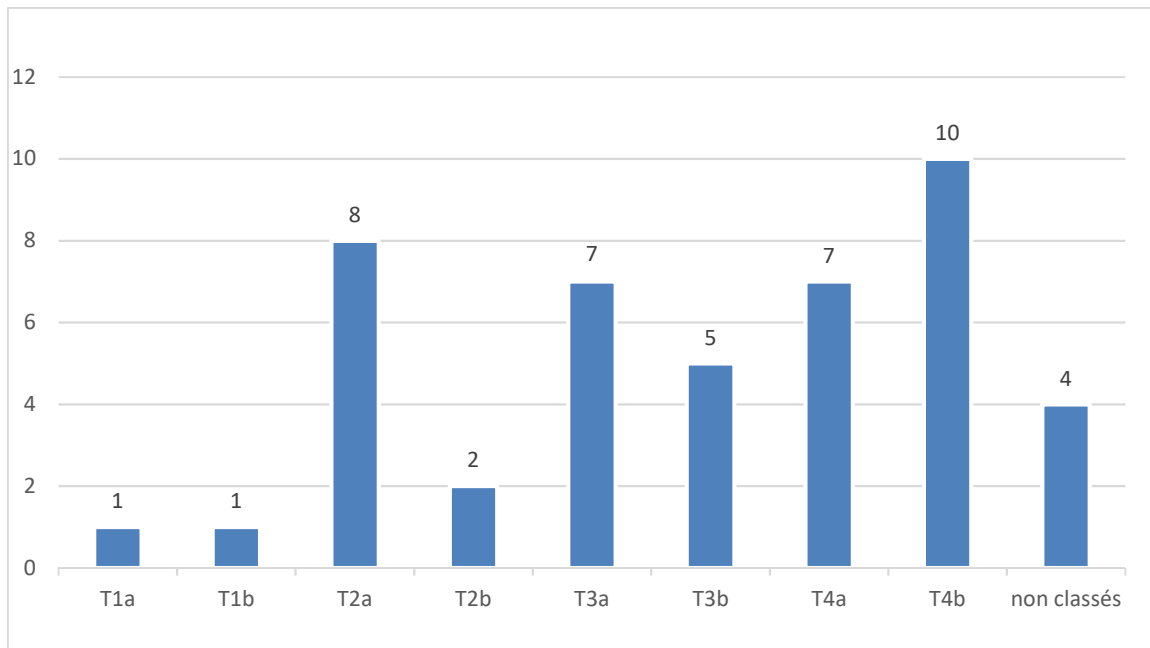


## **B. Caractéristiques des tumeurs primitives.**

### **1. Classification TNM**

La répartition des tumeurs primitives ayant eu des extensions ganglionnaires en fonction de la classification TNM est présentée dans la figure 8. Nous avons 1 extension dans le groupe T1a, 1 dans le T1b, 8 dans le T2a, 2 dans le T2b, 7 dans le T3a, 5 dans le T3b, 7 dans le T4a, 10 dans le T4b. Nous avons décidé, pour un patient présentant une extension secondaire sur une double localisation tumorale, de ne pas le classer. Les dossiers de 3 derniers patients manquaient d'éléments pour pouvoir les classer selon le TNM.

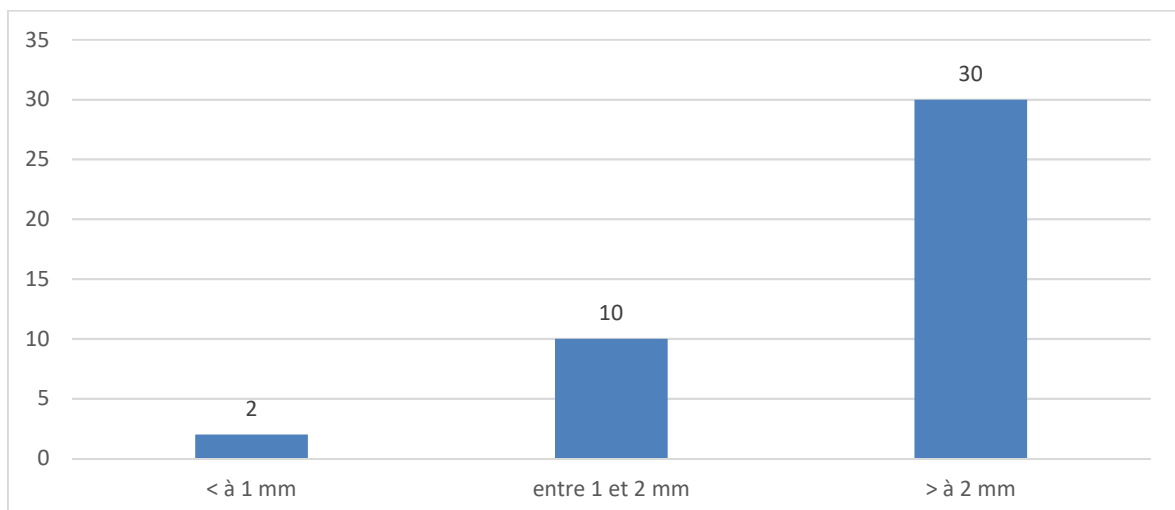
**Figure 8 - Répartition des extensions ganglionnaires selon le TNM du primitif**



## 2. Classification selon l'indice de Breslow

La répartition des tumeurs primitives en fonction du Breslow a permis de mettre en évidence 2 tumeurs avec un Breslow inférieur à 1 mm ayant présenté une extension ganglionnaire, 10 tumeurs avec un Breslow entre 1 et 2 mm, et 30 tumeurs ayant un Breslow supérieur à 2 mm. L'extension avec double localisation primitive n'a pas été analysée, ainsi que 2 autres extensions dont les éléments manquaient. Cette répartition est présentée dans la figure 9.

**Figure 9 - Répartition des extensions ganglionnaires selon l'indice de Breslow**



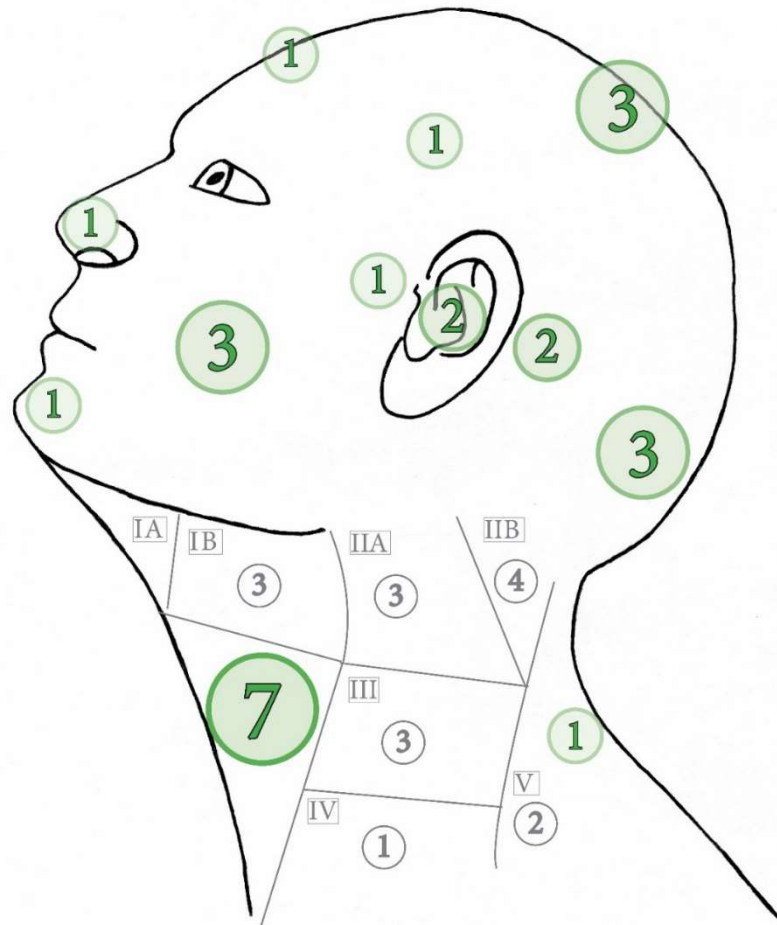
## **C. Localisation des atteintes ganglionnaires**

Dans notre série, 45 patients ont présenté de façon primaire ou secondaire une extension ganglionnaire de leur mélanome cutané de la tête et du cou. Nous avons réparti ces patients en trois groupes selon la localisation de ces extensions : extension cervicale exclusive (P0N+) comprenant 27 cas, extension parotidienne exclusive (P+N0) comprenant 10 cas, double extension à la fois parotidienne et cervicale (P+N+) comprenant 5 cas. Enfin, les 3 derniers patients ont présenté des extensions ganglionnaires non cervicales, 1 au niveau hilair, 1 au niveau mésentérique, 1 au niveau sus-claviculaire.

### **1. Extension cervicale exclusive (P0N+)**

Dans ce groupe comprenant 27 patients, 9 présentaient des extensions ganglionnaires multiples. Les 18 autres se répartissaient comme suit : 3 pour l'aire cervicale IB, 5 pour l'aire IIA, 4 pour l'aire IIB, 3 pour l'aire III, 1 pour l'aire 4, 2 pour l'aire V. La localisation du primitif entraînant ces métastases est présentée dans la figure 10.

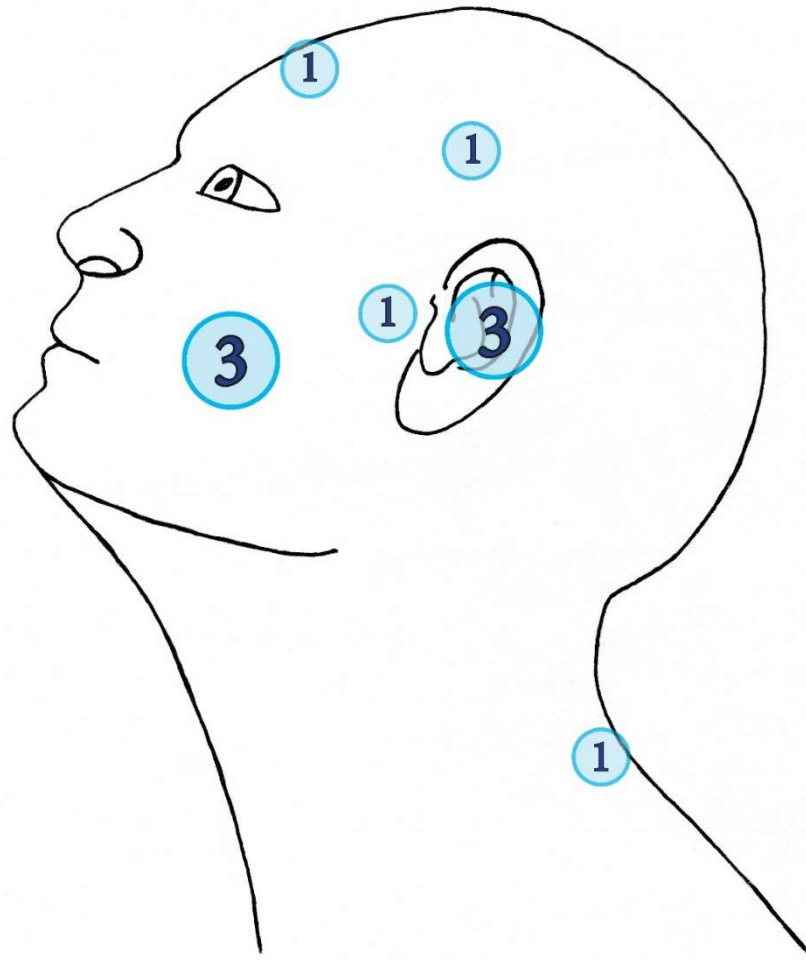
Nous avons, dans ce groupe, 10 patients dont l'aire de drainage de la tumeur primitive comprenait la parotide comme défini en introduction : 3 tumeurs de la joue, 1 tumeur temporale, 1 tumeur frontale, 1 tumeur prétragienne, 2 tumeurs pré auriculaires, 2 tumeurs du pavillon. 1 extension ganglionnaire survenait dans un contexte de mélanomes multiples avec une double localisation rétro auriculaire et hélicéenne n'a pas été pris en compte sur la figure 10. Les autres localisations étaient : 3 tumeurs du vertex, 7 tumeurs du cou, 3 tumeurs occipitales, 1 tumeur de la nuque, 1 tumeur du nez, 1 tumeur du menton.



**Figure 10 - Répartition des tumeurs primitives dans le groupe P0N+**

## **2. Extension parotidienne exclusive (P+N0)**

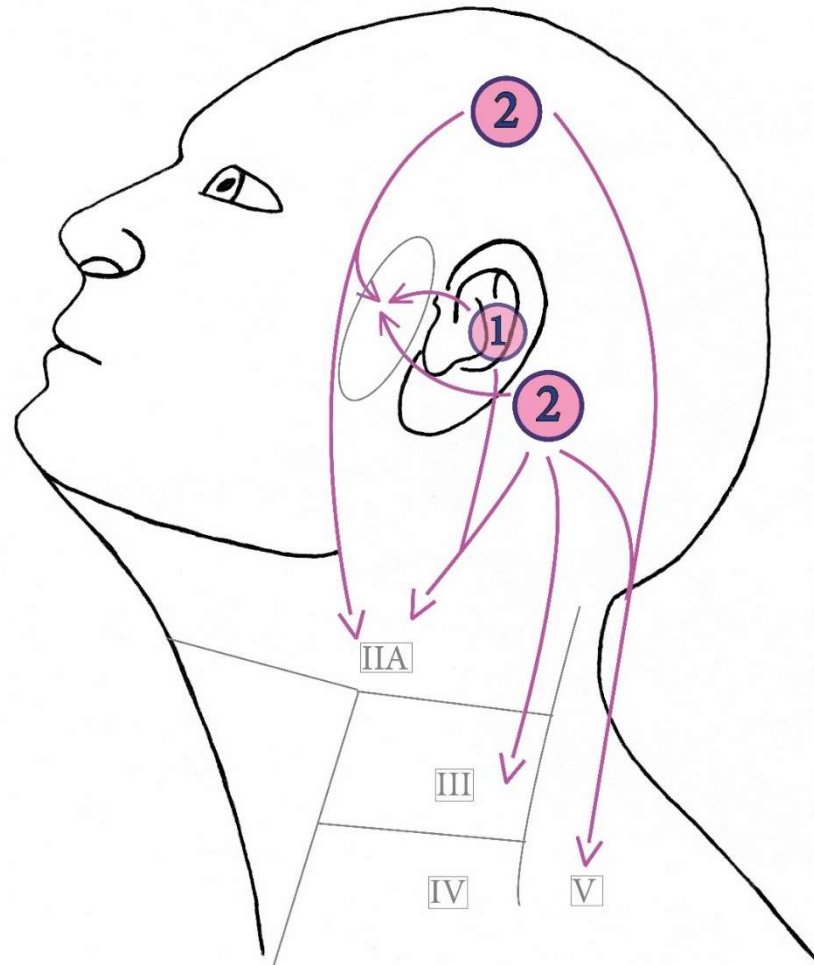
Parmi les 45 patients ayant présenté une extension ganglionnaire, 10 ont été exclusivement parotidiennes. Parmi ces 10 extensions, 7 sont situées au lobe superficiel de la parotide, 1 au lobe profond. Pour 2 patients, l'information n'a pas été retrouvée. Les localisations des primitifs entraînant ces métastases sont présentées dans la figure 11. Nous retrouvons 3 tumeurs de l'hélix, 3 tumeurs de la joue, 1 tumeur prétragienne, 1 tumeur de la nuque, 1 tumeur frontale, 1 tumeur temporale.



**Figure 11** – Répartitions des tumeurs primitives dans le groupe P+N0

### 3. Extension cervicale et parotidienne (P+N+)

5 patients ont présenté une extension à la fois parotidienne et cervicale. Il s'agissait de 2 tumeurs rétro auriculaires, 2 tumeurs temporales, et 1 tumeur du pavillon de l'oreille. Les localisations parotidiennes sont au lobe superficiel pour 2 d'entre elles, et non précisées pour 3. Au niveau cervical, l'aire IIA comprend une extension, ainsi que l'aire III et l'aire V. Une extension cervicale est multiple, et les données sont manquantes pour la dernière. Cette répartition est présentée en figure 12.



**Figure 12- Répartition des tumeurs primitives dans le groupe P+N+**

#### **D. Localisation des atteintes ganglionnaires en fonction de la localisation du primitif.**

Les localisations des tumeurs primitives présentées précédemment ont ensuite été regroupés en 9 grandes régions afin d'étudier l'atteinte ganglionnaire en fonction de la localisation du primitif : joue, région auriculaire, région postérieure, région fronto-temporale, région latérocervicale, vertex, nez, menton, paupière. Notons que la région de la paupière, comprenant 5 tumeurs, n'a pas présenté de métastase ganglionnaire ou viscérale. Les répartitions et les différents sites métastatiques sont présentés en figure 13.



### **1. Mélanomes de joue (Fig 13a)**

Nous avons sur les 38 tumeurs de joue, 6 extensions ganglionnaires (15,8%), pour 3 d'entre elles au niveau cervical (7,9%), et pour 3 autres (7,9%) au niveau parotidien. Les aires cervicales préférentielles étaient les aires IIA et III. 2 tumeurs primitives de joue (5,2%) ont présenté des métastases viscérales (surrénale et poumon) sans extension ganglionnaire.

### **2. Mélanomes auriculaires (Fig 13b)**

Nous avons pour les 40 tumeurs auriculaires, 12 extensions ganglionnaires (30%), dont 5 cervicales exclusives (12,5%), 4 parotidiennes (10%), et 3 à la fois parotidiennes et cervicales (7,5%). Les aires de drainage préférentielles étaient également les aires IIA et III. 3 mélanomes (7,5%) ont présenté des métastases à distance sans extension cervicale (cérébrale et pulmonaire).

### **3. Mélanomes de région postérieure (occipitale et nuque) (Fig 13c)**

Sur 12 mélanomes, 5 ont eu une extension ganglionnaire (41,7%), 4 cervicales (33,3%) et 1 parotidienne (8,3%). 1 mélanome (8,3%) a présenté des métastases viscérales multiples sans extension ganglionnaire. Les aires de drainage préférentielles étaient les aires IV et V.

### **4. Mélanomes de région fronto-temporale (Fig 13d)**

Sur les 25 mélanomes de la région fronto-temporale identifiés, 7 (28%) ont présenté une extension ganglionnaire, dont 2 cervicales (8%), 2 parotidiennes (8%), 2 cervicales et parotidiennes (8%). La dernière extension ganglionnaire était sus claviculaire (4%). Aucune zone de drainage ne se démarque dans ce groupe. Enfin, un primitif (4%) a présenté des métastases à distance (cérébrale et pulmonaire) sans extension cervicale ou parotidienne.

### **5. Mélanomes de région latéro cervicale (Fig 13e)**

Parmi les 20 tumeurs de cou, 9 ont présenté une extension ganglionnaire (45%). 7 était situées en cervical (35%), 1 en hilare, 1 en mésentérique. 3 autres mélanomes

ont présenté des métastases viscérales ou cérébrales, sans extension ganglionnaire. Donc au total, 5 tumeurs (20%) ont présenté d'emblée une extension extra cervicale. Les aires cervicales préférentielles étaient surtout l'aire III, et également les aires IIA, IIB, IV.

#### **6. Mélanomes du vertex (Fig 13f)**

Concernant les 12 tumeurs primitives du vertex, 3 (25%) ont présenté une extension ganglionnaire cervicale. L'aire de drainage préférentielle était la IIB. 3 autres (25%) ont présenté des métastases sans extension ganglionnaire (cérébrale, abdominale, rachidienne).

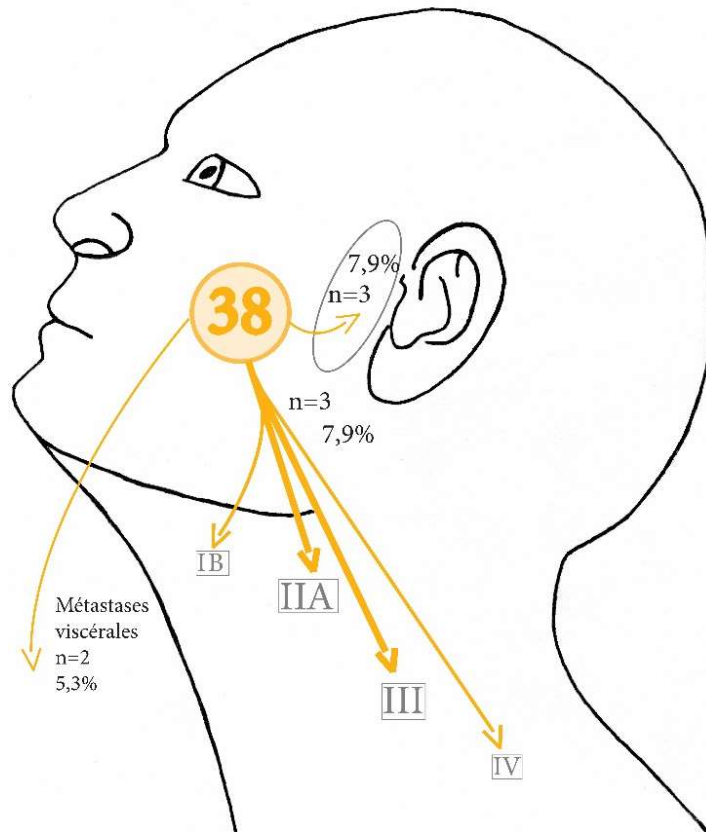
#### **7. Mélanomes de nez (Fig 13g)**

Sur 9 mélanomes de nez, un (11,1%) a présenté une extension ganglionnaire cervicale multiple, des aires IB et IIA. Aucun n'a présenté de métastase à distance sans extension ganglionnaire.

#### **8. Mélanome du menton (Fig 13h)**

L'unique mélanome du menton a présenté une extension métastatique cervicale, dans l'aire IB homolatérale.

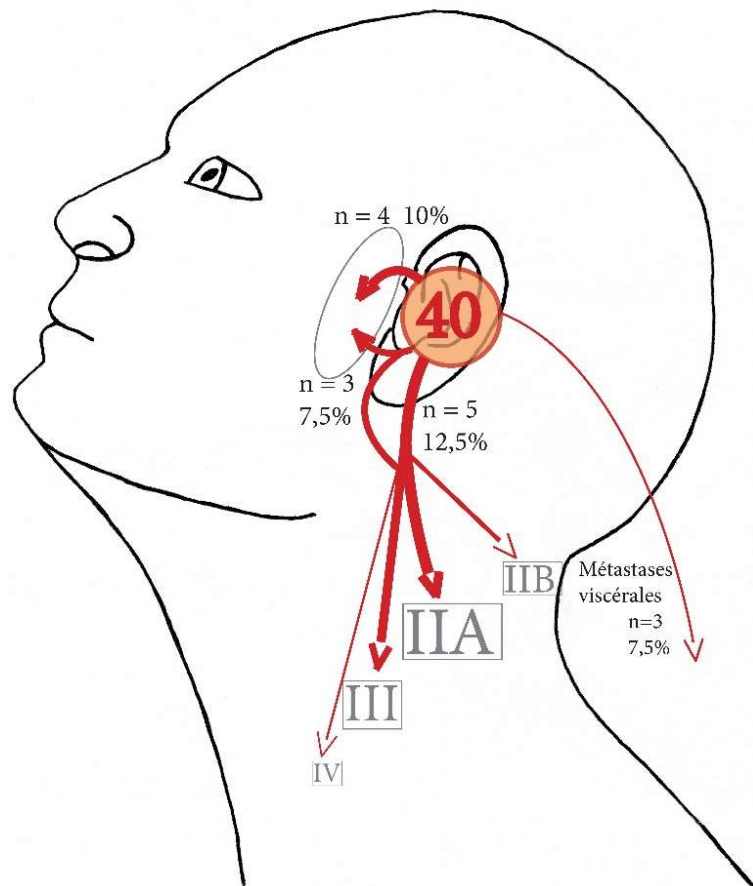
**Figure 13 – Extensions métastatiques selon la localisation du mélanome primitif**



**a- Extensions métastatiques des mélanomes de la JOUE**

*n* = 6 extensions ganglionnaires (15,8%) dont :  
- 3 cervicales (7,9%)  
- 3 parotidiennes (7,9%)

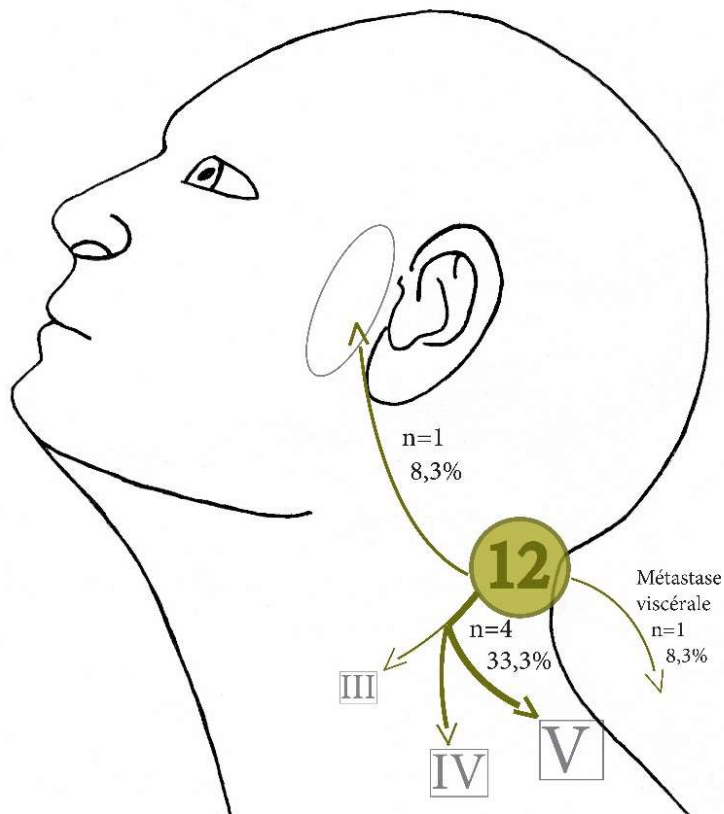
*n* = 2 métastases viscérales (5,3%) (surrénale et poumon)



**b- Extensions métastatiques des mélanomes de la région AURICULAIRE**

*n* = 12 extensions ganglionnaires (30%) dont :  
- 5 cervicales (12,5%)  
- 4 parotidiennes (10%)  
- 3 cervicales et parotidiennes (7,5%)

*n* = 3 métastases viscérales (7,5%) (cerveau et poumon)

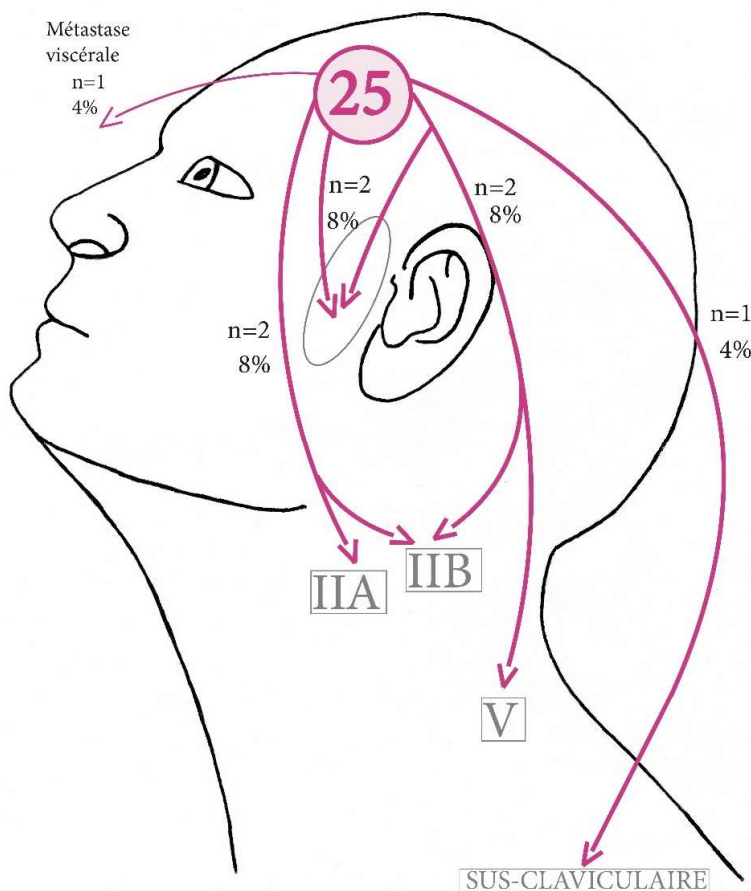


**c- Extensions métastatiques des mélanomes de la REGION POSTERIEURE (occipitale et nuque)**

*n = 5 extensions ganglionnaires (41,7%) dont :*

- 4 cervicales (33,3%)
- 1 parotidienne (8,3%)

*n = 1 métastases viscérales multiples (8,3%)*

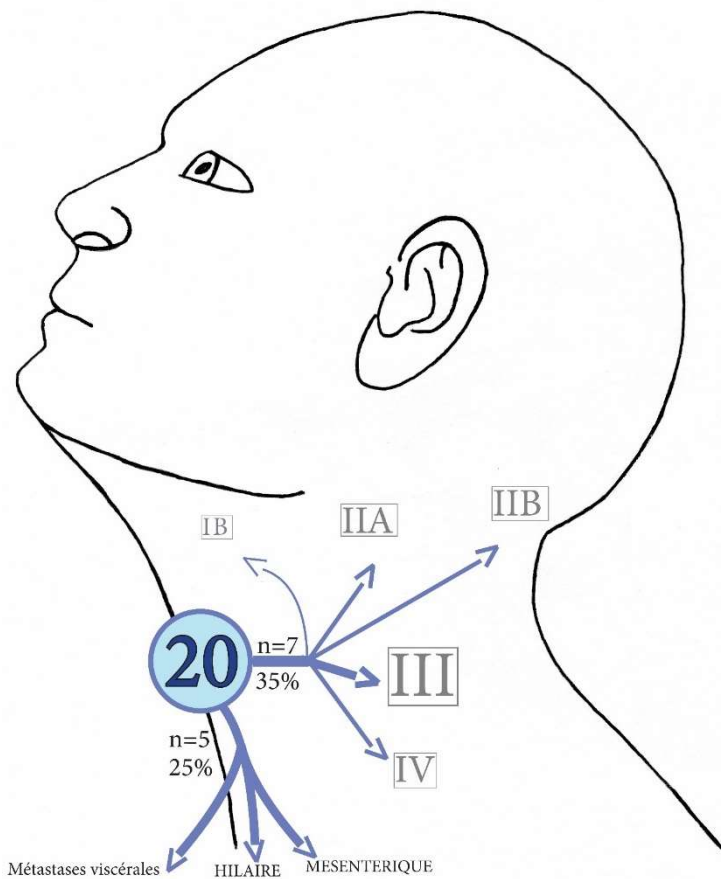


**d- Extensions métastatiques des mélanomes de la région FRONTO TEMPORALE**

*n = 7 extensions ganglionnaires (28%) dont :*

- 2 cervicales (8%)
- 2 parotidiennes (8%)
- 2 cervicales et parotidiennes (8%)
- 1 sus-claviculaire (4%)

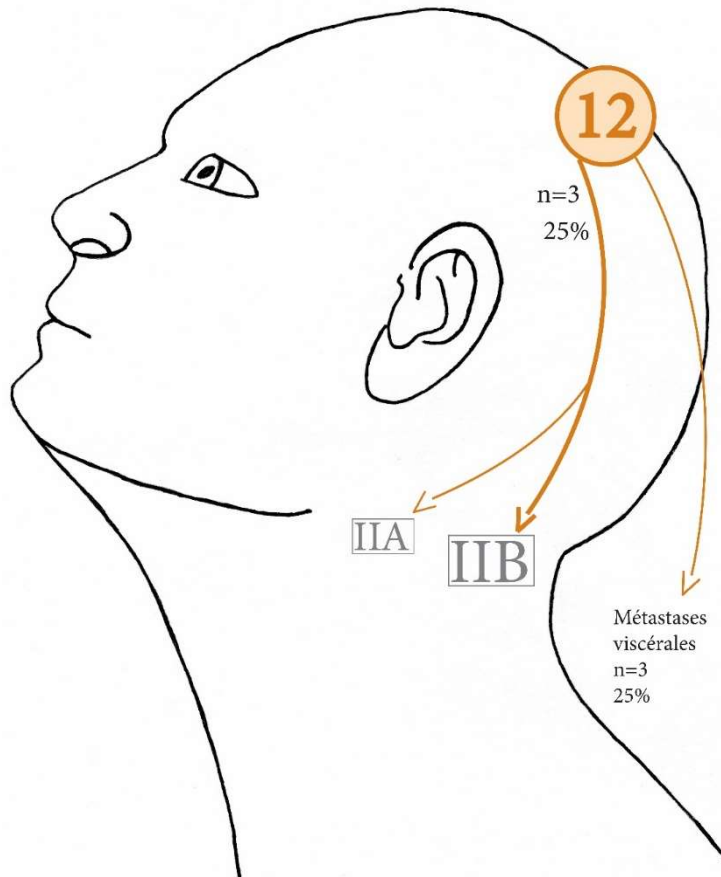
*n = 1 métastase viscérale (4%) (cerveau et poumon)*



**e- Extensions métastatiques des mélanomes de la région LATERO CERVICALE**

*n* = 9 extensions ganglionnaires (45%) dont :  
 - 7 cervicales (35%)  
 - 1 hilaire (5%)  
 - 1 mésentérique (5%)

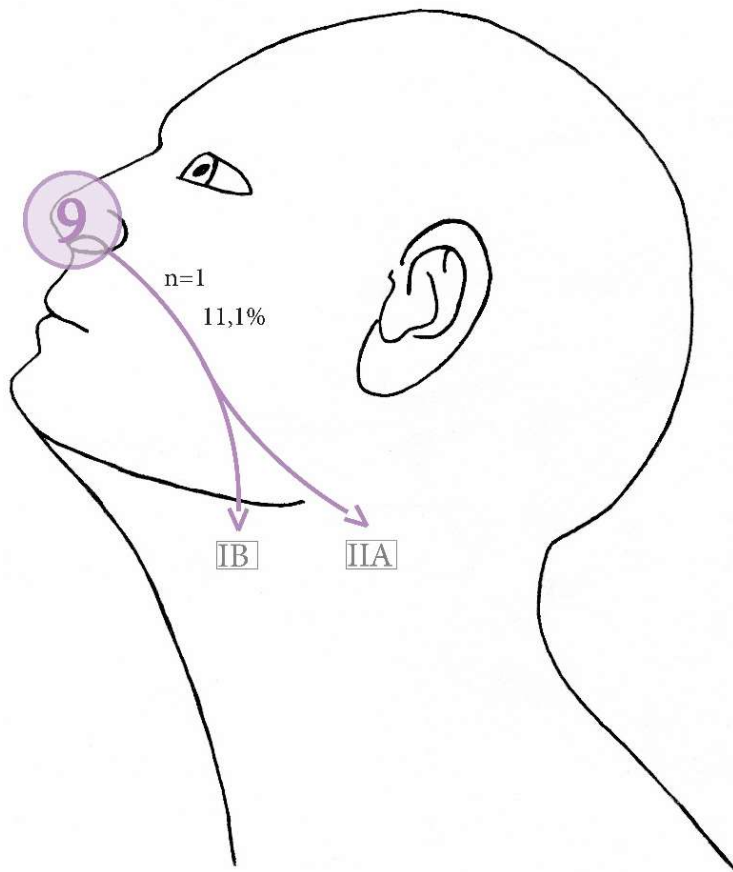
*n* = 5 mélanomes avec extensions extra cervicale (25%)



**f- Extensions métastatiques des mélanomes du VERTEX**

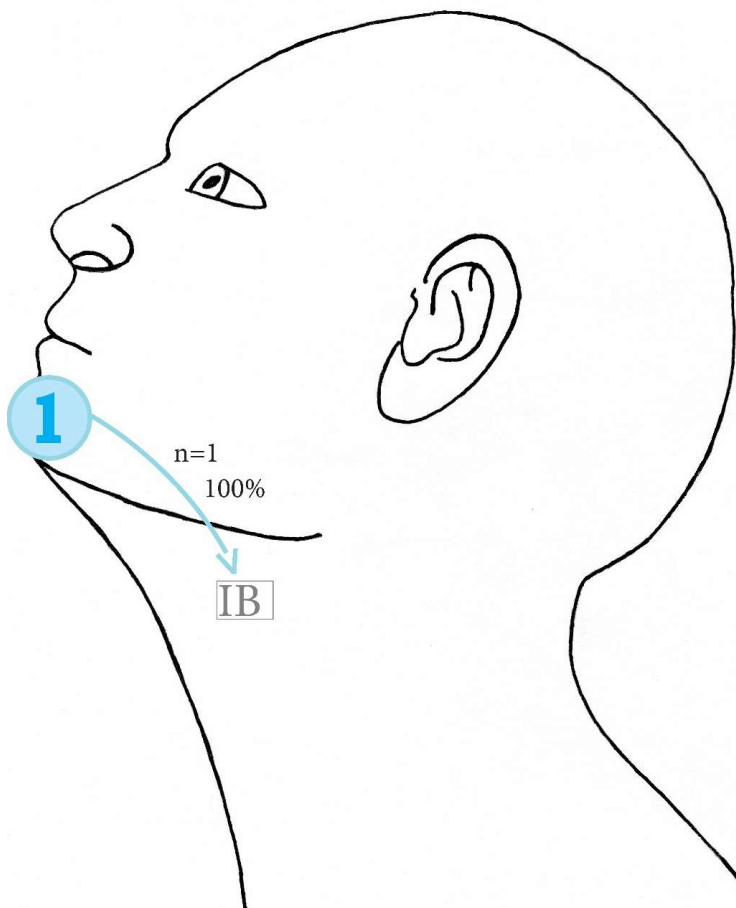
*n* = 3 extensions ganglionnaires (25%), toutes en cervical

*n* = 3 métastases viscérales (25%) (cerveau, abdomen, os)



**g- Extensions  
métastatiques des  
mélanomes du NEZ**

*n = 1 extension ganglionnaire  
(11,1%) en cervical (aires IB  
et IIA)*



**h- Extension  
métastatique du  
mélanome du  
MENTON**

*n = 1 extension ganglionnaire  
(100%) en cervical (aire IB)*

#### **IV. Traitements des atteintes ganglionnaires cervicales et parotidiennes en fonction de la localisation**

Au total, 42 patients ont présenté une extension ganglionnaire cervicale et/ou parotidienne. 3 patients ont en effet une extension ganglionnaire extra cervicale : hilaire, sus clavulaire et mésentérique. Les différents traitements réalisés dans chaque groupe sont présentés dans le tableau 5.

Dans le groupe présentant une extension cervicale exclusive (P0N+), comprenant 27 patients, nous pouvons distinguer deux sous-groupes différents en fonction des recommandations précédemment citées : les mélanomes primitifs situés dans une aire de drainage incluant la parotide (11 patients, dont l'un est le patient présentant deux localisations de mélanome, rétro-auriculaire et hélicienne), et ceux dont l'aire de drainage n'inclut pas la parotide (16 patients). Dans le sous-groupe P0N+ dont l'aire de drainage inclut la parotide, 2 patients ont bénéficié d'un curage et d'une parotidectomie, 1 d'un curage cervical avec parotidectomie et radiothérapie cervicale, 2 d'un curage cervical seul, 4 d'un curage avec radiothérapie complémentaire. Enfin, 2 patients multi métastatiques ont bénéficié d'une chimiothérapie palliative. Toujours dans ce sous-groupe, parmi les 6 patients ayant bénéficié d'un curage seul ou avec radiothérapie complémentaire, 2 vont présenter une récurrence au niveau parotidien. Dans le sous-groupe P0N+ dont l'aire de drainage n'inclut pas la parotide, 10 patients ont bénéficié d'un curage cervical seul, 6 d'un curage avec radiothérapie cervicale complémentaire.

Dans le groupe présentant une extension parotidienne exclusive (P+N0), comprenant 10 patients, 4 patients ont bénéficié d'un curage cervico parotidien, 4 autres d'un curage cervico-parotidien avec radiothérapie complémentaire. 1 seul patient a eu une parotidectomie seule, et le dernier, multi métastatique, a été traité par chimiothérapie palliative.

Dans le groupe présentant une extension la fois parotidienne et cervicale (P+N+), comprenant 5 patients, 1 patient a bénéficié d'un curage cervico-parotidien, et 4 d'un curage cervico-parotidien avec radiothérapie complémentaire.

**Tableau 5 - Traitement ganglionnaire par sous-groupe d'extension ganglionnaire**

	P0N+ (n=27)		P+N0 (n=10)	P+N+ (n=5)
	Drainage incluant la parotide (n=11)	Drainage sans la parotide (n=16)		
<b>Curage + Parotidectomie</b>	2	0	4	1
<b>Curage + Parotidectomie + Radiothérapie cervicale</b>	1	0	4	4
<b>Parotidectomie + Radiothérapie cervicale</b>	0	0	0	0
<b>Parotidectomie seule</b>	0	0	1	0
<b>Curage seul</b>	2*	10	0	0
<b>Curage + Radiothérapie cervicale</b>	4**	6	0	0
<b>Chimiothérapie palliative</b>	2	0	1	0

\* : Parmi ces 2 patients, 1 va présenter une réévolution parotidienne pour un primitif pré tragien.

\*\* : Parmi ces 4 patients, 1 va présenter une réévolution parotidienne pour une localisation rétro auriculaire.



## V. Traitement des tumeurs P0N0 avec indice de Breslow élevé

Nous avons également analysé quelle était la prise en charge au niveau ganglionnaire des tumeurs présentant un indice de Breslow élevé, supérieur à 2mm, mais sans métastase ganglionnaire au bilan initial. Pour permettre une étude de la survie à 5 ans de ce groupe, ainsi que de la survie sans récurrence, nous avons exclu de ce groupe tous les patients dont le suivi était encore inférieur à 5 ans. Pour les patients sans nouvelle, la date des dernières nouvelles est considérée comme la date de décès.

Nous avons ainsi regroupé 65 tumeurs présentant ces caractéristiques. Aucune n'a bénéficié de curage cervical ou parotidien. 37 d'entre elles n'ont bénéficié d'aucun traitement complémentaire par radiothérapie prophylactique cervicale, et ont donc eu une surveillance simple. Les 28 tumeurs restantes ont bénéficié d'une radiothérapie cervicale prophylactique. Ces données sont résumées dans le tableau 6.

**Tableau 6 - Récidive des mélanomes à Breslow élevé sans métastase au diagnostic**

	Récidive (%)	Survie Sans Récidive	Survie à 1 an	Survie à 2 ans	Survie à 5 ans
<i>Surveillance</i> <i>n= 37</i>	14 (37,8%) dont : ⇒ 7 cervicales (18,9%) ⇒ 4 métastatique (10,8%) ⇒ 3 à la fois cervicale et métastatique (8,1%)	20,1mois [3 ;43]	73,3%	58,3%	40,4%
<i>Radiothérapie cervicale prophylactique</i> <i>n= 28</i>	11 (39,3%) dont : ⇒ 5 (17,8%) ganglionnaire cervicale ⇒ 6 métastatique (21,4%)	25,7mois [4 ;59]	77,3%	70,4%	54,7%

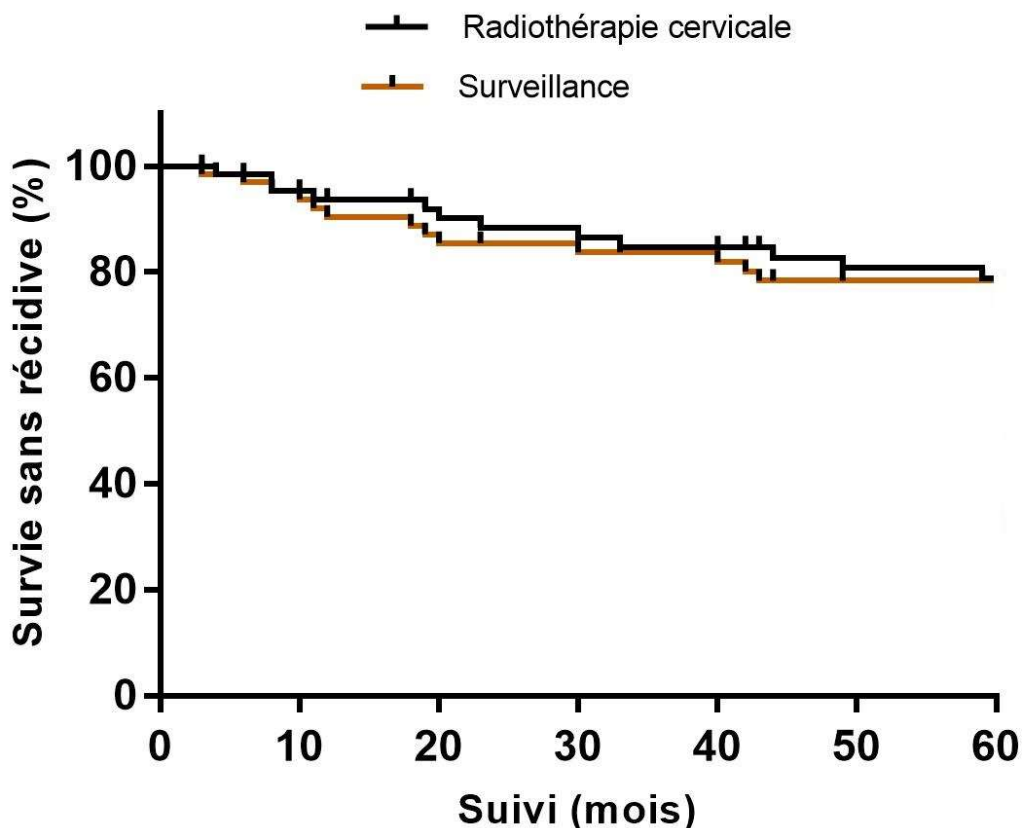
## A. Etude de la récursive

Parmi les 37 patients ayant bénéficié d'une simple surveillance, 14 (37,8%) ont présenté une récursive, ganglionnaire cervicale (7 patients soit 18,9%), métastatique (4 patients soit 10,8%), ou les deux (3 patients soit 8,1%). Parmi les 28 patients ayant bénéficié d'une radiothérapie cervicale prophylactique, 11 (39,3%) ont récursive, 5 (17,8%) en ganglionnaire cervical, 6 (21,4%) en métastatique.

## B. Survie sans récursive

Dans le groupe sous surveillance, la survie sans récursive moyenne est de 20,1 mois [3 ;43]. Dans le groupe ayant bénéficié de radiothérapie cervicale, la survie moyenne sans récursive est de 25,7mois [4 ;59].

La figure 14 présente la courbe de survie de Kaplan-Meier de cette survie sans récursive. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes avec ou sans radiothérapie cervicale, avec un  $p > 0,1$  ( $p=0,1803$ ).

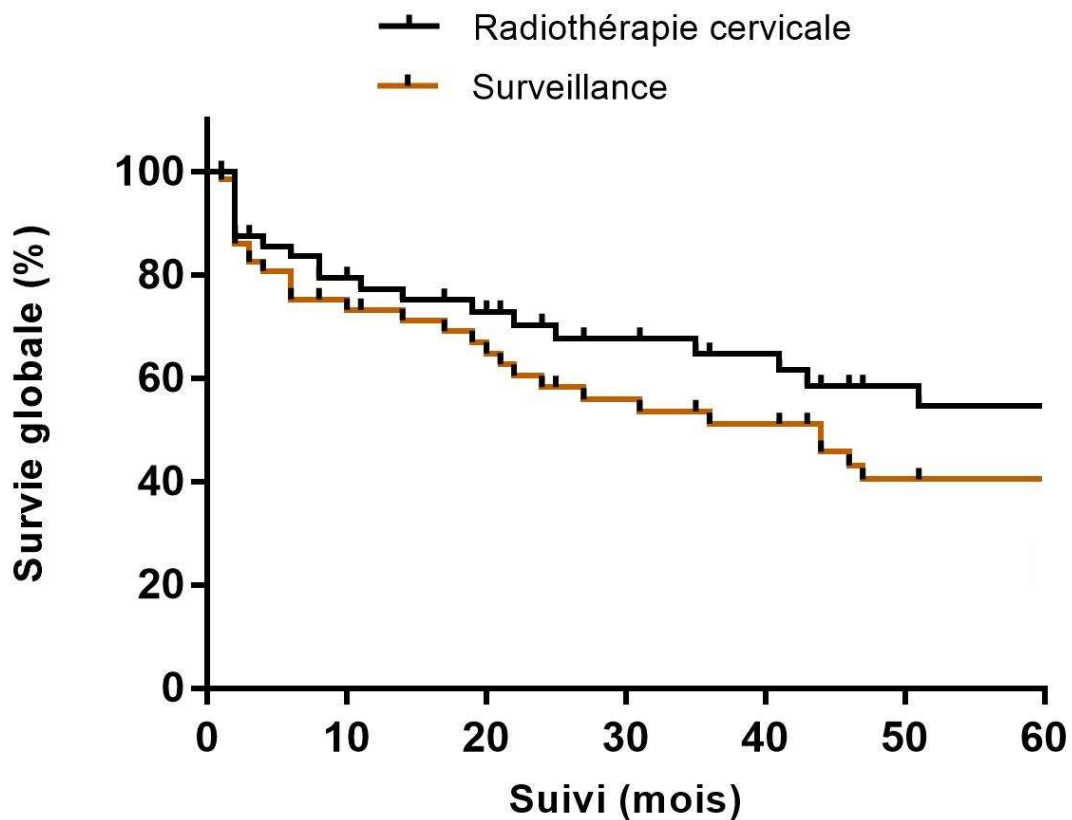


**Figure 14** – Courbe de survie sans récursive dans le groupe N0 avec Breslow élevé

### C. Survie globale

Nous avons également étudié la survie globale dans chacun des 2 groupes. Dans le groupe sous simple surveillance, la survie à 1 an était de 73,3%, la survie à 2 ans de 58,3%, à 5 ans de 40,4%. Dans le groupe ayant bénéficié de radiothérapie cervicale, la survie à 1 an était de 77,3%, à 2 ans de 70,4%, à 5 ans de 54,7%.

La figure 15 présente la courbe de survie de Kaplan-Meier de la survie globale. Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes avec un  $p > 0,1$  ( $p=0,2292$ ).



**Figure 15-** Courbe de la survie globale dans le groupe N0 avec Breslow élevé

## VI. Synthèse des traitements

Les traitements réalisés pour les 4 sous-groupes, identifiés selon les recommandations de traitement et présentés dans les paragraphes IV et V, sont reproduits dans le tableau 7.

Ils sont représentés par : extension ganglionnaire cervicale exclusive (Parotide 0 et Cervical +) ; extension ganglionnaire parotidienne exclusive (Parotide + et Cervical 0) ; extension ganglionnaire cervicale et parotidienne (Parotide + et Cervical +) ; tumeurs sans extension ganglionnaire avec un indice de Breslow > à 2 mm (Parotide 0 et Cervical 0).

**Tableau 7 - Synthèse des traitements en fonction de l'envahissement parotidien et/ou cervical**

	<b>Cervical 0</b>	<b>Cervical +</b>
<b>Parotide 0</b>	<p><b>n = 65</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Radiothérapie cervicale = 28</li> <li>⇒ Surveillance = 37</li> </ul>	<p><b>n = 27</b></p> <p><u>Drainage parotidien (n=11) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Curage + Parotidectomie = 2</li> <li>⇒ Curage + Parotidectomie + Radiothérapie = 1</li> <li>⇒ Curage seul = 2</li> <li>⇒ Curage + Radiothérapie = 4</li> <li>⇒ Chimiothérapie palliative = 2</li> </ul> <p><u>Pas de drainage parotidien (n=16) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Curage seul = 10</li> <li>⇒ Curage + Radiothérapie = 6</li> </ul>
<b>Parotide +</b>	<p><b>n = 10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Curage + Parotidectomie = 4</li> <li>⇒ Curage + Parotidectomie + Radiothérapie cervicale = 4</li> <li>⇒ Parotidectomie seule = 1</li> <li>⇒ Chimiothérapie palliative = 1</li> </ul>	<p><b>n = 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Curage + Parotidectomie = 1</li> <li>⇒ Curage + Parotidectomie + Radiothérapie cervicale = 4</li> </ul>

## **VII. Atteinte faciale après parotidectomie**

Au total, 18 patients ont bénéficié de parotidectomies, 17 présentés dans le tableau 7, et une étant dans le groupe curage seul avec radiothérapie et ayant présenté une réévolution ganglionnaire parotidienne. Parmi elles, il y avait 12 parotidectomies totales.

Aucun patient ne présentait de paralysie faciale en préopératoire. Pendant la dissection, le nerf facial a pu être conservé chez tous les patients.

Nous avons constaté, plus de 6 mois après l'intervention, une paralysie faciale séquellaire chez 3 patients ayant tous bénéficié d'une parotidectomie totale. Parmi ces patients, il s'agit pour 1 d'une paralysie faciale grade 3. Pour les 2 autres, le grade n'a pu être retrouvé (information non retrouvée dans le dossier, patient décédé ou injoignable).

## **VIII. Bilan d'extension initial**

Le bilan d'extension initial comprend au minimum un examen clinique complet des aires de drainage lymphatiques. Les examens réalisés, par stade, sont présentés dans le tableau 8. Les cases de couleur rouge correspondent aux recommandations selon la Société Française de Dermatologie, rappelées en introduction.

Pour les stades IA et IB, 52 bilans de tumeurs ont été étudiés. 25 n'ont bénéficié d'aucune imagerie complémentaire. Pour 25 autres était effectuée une échographie cervicale ganglionnaire. Sur ces 52 patients, 8 avaient un TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvien (TAP), et 7 une imagerie cérébrale (TDM ou IRM). Concernant les 63 patients de stade IIA et IIB, 4 n'ont eu aucun examen, 41 une échographie cervicale. 44 ont bénéficié d'un TDM TAP et d'une imagerie cérébrale. 3 patients ont en plus eu un TEP-TDM. Pour les 20 tumeurs de stades IIC et IIIA, tous ont eu un bilan d'imagerie, 14 par échographie ganglionnaire, 18 par TDM TAP, 17 par imagerie cérébrale. Enfin,

les 16 tumeurs de stades IIIB et IIIC ont toutes bénéficié d'un bilan complet par TDM TAP et imagerie cérébrale (n=15) ou TEP-TDM (n=1).

**Tableau 8 – Bilan d'imagerie initial en fonction du stade du mélanome**

	Aucun examen	Echographie ganglionnaire cervicale	TDM (cervico) thoraco abdomino pelvien	Imagerie cérébrale	TEP- TDM
<b>Stade IA et IB (n= 52)</b>	25	25	8	7	0
<b>Stade IIA et IIB (n=63)</b>	4	41	44	44	3
<b>Stade IIC et IIIA (n= 20)</b>	0	14	18	17	0
<b>Stade IIIB et IIIC (n=16)</b>	0	5	16	15	1

*Cases rouges : Recommandations de la Société Française de Dermatologie*

## DISCUSSION

### I. Données épidémiologiques

Nous avons dans notre étude retrouvé 162 mélanomes de la tête et du cou pris en charge au CHRU de Lille de 2006 à 2015.

Ces mélanomes sont répartis avec une prépondérance pour la zone de la joue, la zone auriculaire, le cou, la zone fronto-temporale avec plus des trois quarts des tumeurs (123 sur 162). Il s'agit de zones assez vastes, et photoexposées ce qui peut expliquer cette plus forte incidence. Dans la littérature, la répartition est également la même que celle relevée dans cette étude (3).

Notre étude a présenté une majorité de 58% de tumeurs présentant un indice de Breslow supérieur à 2. Concernant la répartition selon le stade, celle-ci est assez homogène avec entre 20 et 28 patients par stade jusqu'à IIC. Le stade IIIA ne comprend aucun patient, ce qui s'explique par le fait que la technique du ganglion sentinelle n'est pas effectuée à Lille, aucune tumeur ne doit présenter de micrométastases ganglionnaires au moment du diagnostic et ainsi être classée IIIA. Les tumeurs métastatiques au diagnostic, représentées par le stade IV, sont au nombre de 3 soit 1,8%.

### II. Extension ganglionnaire

#### A. Population

Parmi les 162 mélanomes cutanés primitifs, 45 devaient présenter une évolution métastatique ganglionnaire, soit 27,7% au total. Ce taux est plus élevé que les

incidences décrites dans les études étudiant les métastases ganglionnaires découverte par la technique du ganglion sentinelle (19), autours de 15 à 20%.

Au bilan initial, seulement 17 patients présentaient une extension ganglionnaire, soit 10,5%. *Cappello et al.* (20) rapportent des taux variant de 7,5 % à 13,5% en fonction de la localisation du site primitif au niveau de la tête et du cou, ce qui correspond à notre analyse.

Les tumeurs ayant présenté, en primaire ou lors du suivi, une extension ganglionnaire sont pour 30 d'entre elles, soit 66,7 %, des tumeurs avec un indice de Breslow supérieur à 2 mm. Les tumeurs à haut Breslow sont donc les plus susceptibles de métastaser dans notre étude, ce qui semble logique. L'indice de Breslow est d'ailleurs un marqueur pronostic indépendant du mélanome (21), notamment à cause de sa corrélation avec le risque métastatique.

## **B. Localisations ganglionnaires et primitifs cutanés**

Toutes les zones cutanées, excepté la paupière, ont donné des métastases ganglionnaires.

Les localisations des atteintes ganglionnaires sont également intéressantes à étudier. Nous avons choisi de regrouper les aires de drainage en parotidien et en cervical, afin de présenter les différentes zones cutanées à risque d'extension parotidienne. Il s'agit dans notre étude de la région auriculaire (17,5% des tumeurs ont métastasé dans la parotide), de la région fronto-temporale avec 4 métastases sur 6 intra-parotide (taux global de 16%), de la région postérieure (occipitale et nuque) à un taux plus faible de 8,3%, ainsi que de la joue (7,9%). Les autres localisations n'ont pas, dans notre étude, présenté de métastases intra-parotidiennes.

La littérature a depuis de nombreuses années décrit les principes de drainage lymphatique cervico-facial (*Wang et al* (10), *Vauterin et al* (11)), et caractérisé les zones cutanées susceptibles de drainage parotidien : front, tempe, joue, zone auriculaire et péri-auriculaire, notamment. Notre étude ramène les mêmes conclusions. Il est également à noter qu'une tumeur de la nuque s'est également



métastasée dans la parotide. La grande variabilité du drainage lymphatique de la tête et du cou peut expliquer ce phénomène isolé.

Les schémas présentés dans les résultats de ce travail (paragraphe IIID) présentent une étude de la localisation des extensions ganglionnaires en fonction de la localisation des primitifs, et également du taux d'extension par région cutanée. On voit dans ces résultats, que les tumeurs les plus à risques de métastases ganglionnaires sont le cou (45%), la région postérieure (41%), la région auriculaire (30%). Le menton, où n'a été relevé qu'une tumeur qui a métastasé présente donc un taux de 100%, mais non significatif bien sûr du fait de son caractère unique. La paupière, où aucune métastase ganglionnaire n'a été relevée, ainsi que le nez (11,1% de métastases ganglionnaires) et la joue (15,8%) sont ici les zones ayant le moins de risque d'extension ganglionnaire.

Il est également intéressant de noter que les tumeurs de la région cervicale ont présenté, dans 10% des cas, une extension ganglionnaire extra-cervicale (au niveau hilaire et mésentérique). Il n'est donc pas rare que le drainage des tumeurs du cou, basses, se fassent en shuntant les aires de drainages cervicales habituelles. Une tumeur fronto-temporale a présenté une extension ganglionnaire sus-claviculaire sans adénopathie cervicale, ce qui représente un événement probablement exceptionnel dans cette région.

Depuis quelques années, de nombreuses études ont décrit l'utilité et la méthode du ganglion sentinelle (19,22) mais sans vraiment détailler les aires de drainage concernées. Une étude de 2011 par *Suton et al* (23), dont l'objectif était de mettre en évidence les différences entre les aires de drainage attendues et les aires de métastases effectives, a retrouvé une forte discordance notamment dans la région postérieure (66,7%). Notre étude confirme la très grande variabilité de la distribution lymphatique des tumeurs cutanées de la tête et du cou.

### III. Traitement des métastases ganglionnaires

Le traitement des aires de drainage ganglionnaires dépend de la présence ou non de ganglions pathologiques et de la zone du mélanome primitif concerné. Ces recommandations sont rappelées dans l'introduction.

Dans notre étude, les localisations parotidiennes (15 patients en tout, P+N+ ou P+N0) ont bénéficié d'un traitement par parotidectomie et curage ganglionnaire cervical. Un patient seulement a bénéficié d'une parotidectomie seule. Enfin, un patient multi métastatique a eu une chimiothérapie palliative.

Concernant les extensions cervicales exclusives P0N+, notre étude montre que tous les patients accessibles à une chirurgie (25 sur les 27) ont bénéficié d'un curage ganglionnaire cervical. Seulement 3 patients ont en plus bénéficié d'une parotidectomie, pour des tumeurs primitives situées dans des zones dont l'aire de drainage pouvait comprendre la parotide. En suivant les recommandations, il s'avère que plus de patients auraient pu bénéficier d'une parotidectomie, au regard des localisations des primitifs. En effet, les tumeurs de joue, zone rétro auriculaire ou hélix ont un drainage parotidien classique. Sur les 6 tumeurs concernées, n'ayant pas eu de parotidectomie, 2 ont présenté une récurrence intra-parotidienne (figure 5).

Une radiothérapie cervicale et parotidienne a été effectuée chez 19 patients en post opératoire après parotidectomie et/ou curage cervical. La Société Française de Dermatologie (12), confortée notamment par une étude lilloise (24), recommande une radiothérapie post-opératoire en cas de fort risque de récurrence locale (rupture capsule, plus de 3 ganglions envahis, taille d'un ganglion > à 3 cm). La place de la radiothérapie post-opératoire après parotidectomie et/ou curage est donc prépondérante et peu permettre un meilleur contrôle local.

## **IV. Traitement des tumeurs P0N0 avec indice de Breslow élevé**

Notre étude a retrouvé, dans ce groupe, une proportion quasi identique de patients ayant bénéficié de radiothérapie cervicale prophylactique, ou de surveillance (28 versus 37). Les taux de récurrence sont comparables dans les groupes, à la fois métastatiques et ganglionnaires.

L'étude de la survie sans récurrence ne montre également pas de différence significative entre les deux groupes, mais avec un  $p > 0,1$  ( $p = 0,1803$ ). On observe que, sur l'ensemble du suivi, les courbes ne semblent effectivement pas se démarquer l'une de l'autre (figure 14).

L'étude de la survie globale est plus intéressante, on observe qu'effectivement, le groupe ayant bénéficié d'une radiothérapie cervicale, après 5 ans de suivi, présente une survie globale nettement plus importante que le groupe sous simple surveillance (54,7% versus 40,4%), comme le présente la figure 15. Il n'y a cependant pas de différence significative entre les deux courbes, avec un  $p > 0,1$  ( $p = 0,2292$ ). Le manque de puissance statistique de cette étude s'explique vraisemblablement par les petits effectifs étudiés (28 et 37 patients).

Sur l'indication de la radiothérapie prophylactique chez les patients sans métastase, les données de la littérature manquent. L'attitude aujourd'hui dépend des habitudes des équipes. Une nouvelle étude, prospective, randomisée, avec des effectifs plus importants pourrait être intéressante pour évaluer le réel bénéfice de cette radiothérapie prophylactique cervicale.

## **V. Parotidectomie totale versus partielle**

Dans notre étude, nous avons étudié 18 parotidectomies, dont 12 totales, avec des séquelles assez faibles (3 paralysies faciales, dont une grade 3 de House et Brackman, avec donc une fermeture oculaire complète), uniquement chez des patients ayant eu une parotidectomie totale. Nous n'avons noté aucune séquelle à type de

paralysie faciale chez les patients ayant bénéficié d'une parotidectomie superficielle. L'étude des lobes parotidiens atteints nous montre que l'extension au lobe profond est un événement rare (1 cas objectivé, 5 où l'information n'est pas retrouvée).

La Société Française d'ORL (14), dans ses recommandations sur la parotidectomie dans les tumeurs cutanées de la face, explique que la parotidectomie, si elle est faite, doit être superficielle, sauf s'il existe une paralysie faciale préopératoire, ou que le lobe profond est touché. Dans ce cas, une parotidectomie totale avec ou non conservation du nerf facial est indiquée. Les recommandations britanniques (15) ne précisent pas la nature de la parotidectomie, sauf en cas de parotidectomie sans ganglion intra parotidien où celle-ci doit rester superficielle. Une étude réalisée par *Thom et al* (25) retrouve dans 13% des cas une métastase au lobe profond quand il existe une métastase au lobe superficiel dans les mélanomes de la tête et du cou, suggérant une parotidectomie totale systématique.

A ce jour, la parotidectomie totale ou superficielle dépend donc de l'habitude des équipes et des opérateurs, sans consensus vrai sur le sujet pour l'instant.

## **VI. Bilan d'imagerie**

Les recommandations de la Société Française de Dermatologie (12) valent pour l'ensemble des mélanomes cutanés. L'étude des résultats de notre série (tableau 8) a tendance à montrer que les mélanomes de tête et de cou bénéficient volontiers d'un bilan d'extension plus complet.

En effet, dans les stades IA et IB, où les recommandations précisent qu'aucun bilan autre que clinique n'est nécessaire, nous avons mis en évidence que plus de la moitié des patients avaient un bilan d'imagerie, par échographie ganglionnaire ou TDM TAP. Les tumeurs de stade IIA et IIB sont également plus explorées que les recommandations ne l'exigent, avec 44 patients sur 63 (69,8%) ayant bénéficié d'un bilan par TDM TAP et imagerie cérébrale.

Les mélanomes tête et cou sont globalement plus fréquents (26), et la localisation tête et cou représente un risque supplémentaire du fait de la contiguïté des structures importantes (cerveau, voies aéro-digestives), expliquant cette habitude. Une étude

récente, par *Hafström et al* (27), suggère que, spécifiquement dans les mélanomes tête et cou, le scanner est l'examen le plus sensible pour détecter des extensions ganglionnaires, comparé à la procédure du ganglion sentinelle. D'autres études allant dans le même sens pourraient être nécessaires pour évaluer l'intérêt d'un bilan plus étendu en fonction de la localisation tête et cou *versus* reste du corps et ainsi affiner les recommandations d'imagerie en fonction de la localisation.

## CONCLUSION

Les mélanomes de la tête et du cou sont des tumeurs fréquentes, avec un risque d'extension ganglionnaire cervical important nécessitant un bilan clinique et/ou paraclinique poussé. Leur prise en charge est actuellement bien codifiée par des recommandations récentes. Le drainage lymphatique cutané de la tête et du cou comporte, comme nous l'avons montré, de nombreuses variations anatomiques ne permettant pas de préjuger avec exactitude de l'aire ganglionnaire cervicale et parotidienne qui comportera le ou les premiers relais d'envahissement métastatique.

Les traitements proposés par les équipes Lilloises suivent les recommandations décrites. Cependant, moins d'indication de parotidectomie sont posées concernant le groupe de patients P0N+ dont l'aire de drainage inclut la parotide (oreille externe, tempe, front, joue), ces tumeurs sont à risques de développer secondairement une extension intra-parotidienne. Concernant le groupe de tumeurs à Breslow élevé sans métastase ganglionnaire (P0N0), une étude prospective serait intéressante pour évaluer l'intérêt d'un traitement par radiothérapie cervicale prophylactique.

La technique du ganglion sentinelle, bien que restant une option et n'ayant pas montré de réel bénéfice en termes de survie, reste utile pour le staging du patient, et pourrait permettre une étude plus globale et plus précise sur le drainage lymphatique cutané de la tête et du cou.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015.
2. Gaudy-Marqueste , S. Monestier, J.-J. Grob. C. Gaudy-Marqueste, S. Monestier, J.-J. Grob. Mélanome. EMC - Dermatologie 2015;10(1):1-19 [Article 98-595-A-10]. In.
3. Younes MN, Myers JN. Melanoma of the head and neck: current concepts in staging, diagnosis, and management. *Surg Oncol Clin N Am.* janv 2004;13(1):201-29.
4. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer.* janv 2005;41(1):45-60.
5. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer.* sept 2005;41(14):2040-59.
6. Thomas L, Tranchand P, Berard F, Secchi T, Colin C, Moulin G. Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Dermatol Basel Switz.* 1998;197(1):11-7.
7. Balch CM, Gershenwald JE, Soong S-J, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 déc 2009;27(36):6199-206.
8. Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, Califano JA, Wolf GT, Ferlito A, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* mai 2008;134(5):536-8.
9. Jackson GL, Ballantyne AJ. Role of parotidectomy for skin cancer of the head and neck. *Am J Surg.* oct 1981;142(4):464-9.
10. Wang Y, Ow TJ, Myers JN. Pathways for cervical metastasis in malignant neoplasms of the head and neck region. *Clin Anat N Y N.* janv 2012;25(1):54-71.
11. Vauterin TJ, Veness MJ, Morgan GJ, Poulsen MG, O'Brien CJ. Patterns of lymph node spread of cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck.* sept 2006;28(9):785-91.
12. Guillot B, Dalac S, Denis MG, Dupuy A, Emile J-F, De La Fouchardière A, et al. [Update to the recommendations for management of melanoma stages I to III]. *Ann Dermatol Venereol.* oct 2016;143(10):629-52.
13. Whalen J, Leone D. Mohs micrographic surgery for the treatment of malignant melanoma. *Clin Dermatol.* déc 2009;27(6):597-602.
14. Durbec M, Couloigner V, Tronche S, Albert S, Kanitakis J, Ltaief Boudrigua A, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL), short version. Extension assessment and principles of resection in cutaneous head and neck tumors. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* déc 2014;131(6):375-83.

15. Ahmed OA, Kelly C. Head and neck melanoma (excluding ocular melanoma): United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* mai 2016;130(S2):S133-41.
16. Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg Chic Ill* 1960. avr 1992;127(4):392-9.
17. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Nieweg OE, Roses DF, et al. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. *N Engl J Med.* 13 févr 2014;370(7):599-609.
18. Hafström A, Romell A, Ingvar C, Wahlberg P, Greiff L. Sentinel lymph node biopsy staging for cutaneous malignant melanoma of the head and neck. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2016;136(3):312-8.
19. de Rosa N, Lyman GH, Silbermins D, Valsecchi ME, Pruitt SK, Tyler DM, et al. Sentinel node biopsy for head and neck melanoma: a systematic review. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.* sept 2011;145(3):375-82.
20. Cappello ZJ, Augenstein AC, Potts KL, McMasters KM, Bumpous JM. Sentinel lymph node status is the most important prognostic factor in patients with melanoma of the scalp. *The Laryngoscope.* juin 2013;123(6):1411-5.
21. Belaïch S. [Histological risk factors of isolated primary melanoma]. *Ann Dermatol Venereol.* 1995;122(5):276-8.
22. Kupferman ME, Kubik MW, Bradford CR, Civantos FJ, Devaney KO, Medina JE, et al. The role of sentinel lymph node biopsy for thin cutaneous melanomas of the head and neck. *Am J Otolaryngol.* avr 2014;35(2):226-32.
23. Suton P, Lukšić I, Müller D, Virag M. Lymphatic drainage patterns of head and neck cutaneous melanoma: does primary melanoma site correlate with anatomic distribution of pathologically involved lymph nodes? *Int J Oral Maxillofac Surg.* avr 2012;41(4):413-20.
24. Bibault J-E, Dewas S, Mirabel X, Mortier L, Penel N, Vanseymortier L, et al. Adjuvant radiation therapy in metastatic lymph nodes from melanoma. *Radiat Oncol Lond Engl.* 6 févr 2011;6:12.
25. Thom JJ, Moore EJ, Price DL, Kasperbauer JL, Starkman SJ, Olsen KD. The Role of Total Parotidectomy for Metastatic Cutaneous Squamous Cell Carcinoma and Malignant Melanoma. *JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg.* juin 2014;140(6):548-54.
26. Caini S, Gandini S, Sera F, Raimondi S, Fagnoli MC, Boniol M, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma according to anatomical site and clinico-pathological variant. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. nov 2009;45(17):3054-63.
27. Hafström A, Silfverschiöld M, Persson SS, Kanne M, Ingvar C, Wahlberg P, et al. Benefits of initial CT staging before sentinel lymph node biopsy in patients with head and neck cutaneous melanoma. *Head Neck.* 21 août 2017;



**AUTEUR : Nom : DERAEDT**

**Prénom : Simon**

**Date de Soutenance : 22 septembre 2017**

**Titre de la Thèse : Prise en charge des métastases ganglionnaires des mélanomes cutanés de la tête et du cou de 2006 à 2015 au CHRU de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Chirurgie**

**DES + spécialité : ORL et Chirurgie Cervico-Faciale**

**Mots-clés : Mélanome, tête et cou, métastase ganglionnaire, aires de drainage**

## **Résumé**

**Contexte** : le mélanome cutané est une tumeur maligne, invasive. Sa localisation au niveau de la tête et du cou est fréquente, de mauvais pronostic. Le drainage lymphatique de ces tumeurs passe par les relais cervicaux et parotidiens. L'objectif de ce travail est l'étude des aires de drainage atteintes en fonction des localisations primitives. Le traitement réalisé en fonction de l'extension ganglionnaire constitue un objectif secondaire.

**Méthode** : nous avons effectué une étude descriptive rétrospective au CHRU de Lille, de 2006 à 2015, englobant tous les patients présentant un mélanome cutané de la tête ou du cou. La localisation du mélanome, l'existence au bilan de métastase ganglionnaire et sa localisation, le traitement réalisé, ont été repris.

**Résultats** : 162 mélanomes ont été étudiés, parmi lesquels 45 extensions ganglionnaires (17 initiales, 28 secondaires). Les localisations cutanées ayant métastasé en parotide sont : front, tempe, joue, oreille externe. Le mapping ainsi formé est présenté sous différents schémas. Les traitements reçus par les patients (curage cervical, parotidectomie, associés ou non, avec ou sans radiothérapie cervicale) correspondent globalement aux recommandations. L'étude de la survie globale dans le groupe de mélanomes avec indice de Breslow > à 2 mm sans métastase n'a pas montré de différence significative entre le traitement par radiothérapie cervicale et la surveillance ( $p=0,2292$ ).

**Discussion** : l'étude des aires de drainage cutanées de la tête et du cou comporte de grandes variabilités, notre travail confirme le drainage parotidien décrit précédemment.

## **Composition du Jury :**

### **Président :**

Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

### **Assesseurs :**

Monsieur le Professeur Laurent Mortier

Monsieur le Professeur Pierre Fayoux

Monsieur le Professeur Pierre Guerreschi

Madame le Docteur Frédérique Dubrulle