

SEPTEMBRE 2013

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Mélanome cutané métastatique

COLLECTION

Recommandations & référentiels

THÉRAPIES CIBLÉES
ET CHIMIOTHÉRAPIES
DE 1^{ère} ET 2^{ème} LIGNES

TRAITEMENTS
LOCORÉGIONAUX
DES SITES MÉTASTATIQUES

DESTINÉ À L'USAGE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Agence sanitaire et scientifique de référence dédiée au cancer, l'**Institut national du cancer** stimule, soutient et met en œuvre une politique coordonnée de lutte contre la maladie. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa regroupe environ 150 collaborateurs en quatre entités opérationnelles : Recherche et innovation, Santé publique et soins, Recommandations et qualité de l'expertise, Communication et information.

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19 :

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints d'un cancer.

La coordination scientifique du projet a été réalisée par l'INCa en collaboration avec la Société française de dermatologie (SFD), la Fédération française des oncologues médicaux (FFOM), la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), la Société française de chirurgie oncologique (SFCO), la Société française de médecine nucléaire (SFMN), la Société française de neurochirurgie (SFNC) et la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) ont également pris part à ce travail notamment dans la constitution du groupe de travail et l'identification des relecteurs.

Les recommandations ne peuvent envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent donc se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient.



L'Institut national du cancer reçoit le soutien financier d'Unicancer pour la conduite de son programme de recommandations



Ce document doit être cité comme suit : © *Mélanome cutané métastatique*.

Collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2013.

La recommandation professionnelle sur le mélanome cutané métastatique, a été élaborée, en 2013, par l'Institut national du cancer (INCa) qui en détient les droits. Sa réutilisation est possible dès lors qu'elle entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 et qu'elle en respecte les conditions (absence d'altération, de dénaturation de son sens et mention de la source et de la date de sa dernière mise à jour).

Sommaire

Préambule.....	04
-----------------------	-----------

Question 1 : traitement systémique du mélanome métastatique non résécable (stade IIIC, IV) hors métastase cérébrale : quelle(s) molécule(s) de première et deuxième lignes et chez quels patients ?	05
--	-----------

- Réponse 1 : Présence de mutation du gène BRAF..... 06
- Réponse 2 : Absence de mutation du gène BRAF 08

Question 2 : mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et le cas échéant, quelles techniques recommander ?	09
--	-----------

- Réponse 1 : Traitement des métastases pulmonaires..... 10
- Réponse 2 : Traitement des métastases osseuses..... 10
- Réponse 3 : Traitement des métastases cutanées 12
- Réponse 4 : Traitement des métastases digestives 12
- Réponse 5 : Traitement des métastases hépatiques..... 14

Question 3 : cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?.....	15
---	-----------

- Réponse 1 : Traitements locorégionaux..... 16
 - Réponse 2 : Traitement systémique : présence de mutation du gène BRAF..... 18
 - Réponse 3 : Traitement systémique : absence de mutation du gène BRAF..... 20
-

Préambule

La prise en charge du mélanome cutané est en pleine mutation, marquée par l'émergence de nouvelles molécules pour les formes métastatiques et de nombreuses techniques pour le traitement locorégional des métastases. La mise à disposition de ces nouveaux traitements soulève auprès des professionnels de santé des interrogations quant à leur utilisation et place actuelles dans la stratégie thérapeutique.

L'INCa a souhaité élaborer et diffuser un état des lieux des connaissances sur ces modalités de traitement et formuler des recommandations afin de permettre une diffusion de l'innovation au niveau national tout en favorisant son bon usage. Ces recommandations contribuent à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et proposée au patient.

Ces recommandations nationales ont été produites en collaboration avec un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'experts nommés par l'INCa, après analyse de leurs déclarations d'intérêts, sur proposition des sociétés savantes ayant pris part à ce travail et suite à un appel à experts sur le site internet de l'INCa (www.e-cancer.fr).

La méthode d'élaboration des recommandations repose sur l'analyse critique des données scientifiques disponibles et sur l'avis argumenté des experts du groupe de travail. Avant publication, les recommandations ont été revues par des experts cliniciens indépendants du groupe de travail et représentatifs des spécialités médicales impliquées dans la prise en charge du mélanome cutané métastatique dans le cadre d'une relecture nationale (88 relecteurs).

Il est rappelé au lecteur que la participation à des essais cliniques doit être encouragée en particulier en l'absence d'attitude clinique de référence. Par ailleurs, la prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la seule maladie et que tout traitement doit être accompagné de soins complémentaires (soins de support), prenant en charge les conséquences pour le malade du cancer et de ses traitements. Ces soins regroupent notamment la prise en charge et le traitement de la douleur, des problèmes diététiques liés à la maladie et/ou aux traitements, le soutien psychologique et le suivi social.

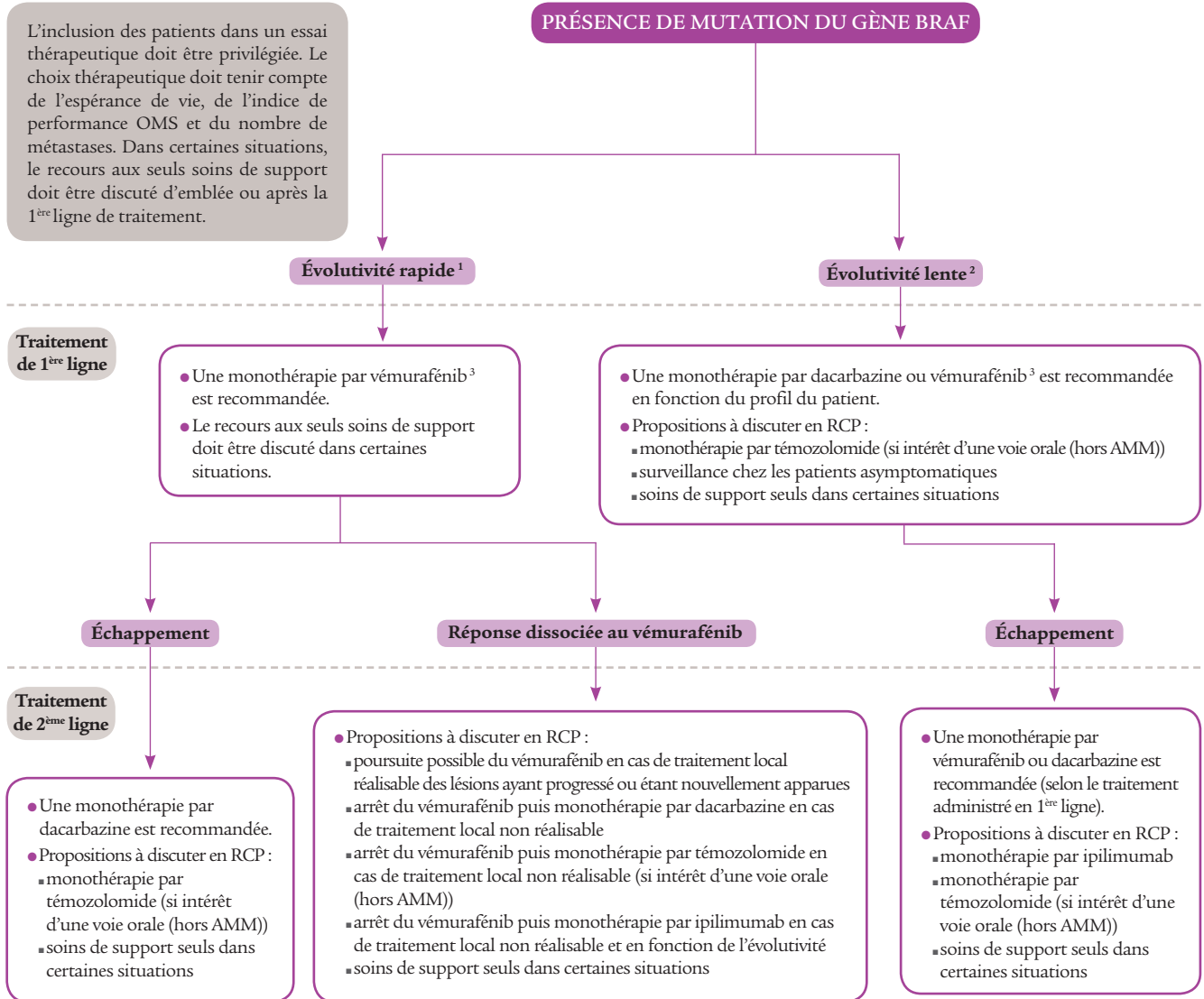
Question 1 : Traitement systémique du mélanome métastatique non résecable (stade IIIC, IV) hors métastase cérébrale : quelle(s) molécule(s) de première et deuxième lignes et chez quels patients ?

Réponse 1 :
Présence de mutation du gène BRAF

Réponse 2 :
Absence de mutation du gène BRAF

Question 1 : Traitement systémique du mélanome métastatique non résectable (stade IIIC, IV) hors métastase cérébrale : quelle(s) molécule(s) de première et deuxième lignes et chez quels patients ?

Réponse 1 : Présence de mutation du gène BRAF



1. Évolutivité rapide : maladie d'emblée multimétastatique, atteinte de plusieurs organes, agressivité.

2. Évolutivité lente : peu de sites métastatiques, peu de métastases, évolution sur plusieurs mois.

3. Le dabrafénib, autre inhibiteur de BRAF, n'est actuellement pas disponible en France. Il ne peut donc être recommandé lors de la publication de ce travail. Lors de la publication de ce travail, l'ipilimumab a obtenu un avis favorable pour une extension d'indication en 1^{re} ligne de traitement quel que soit le statut BRAF du patient. En l'absence de publications disponibles à ce jour, la place de cette molécule en 1^{re} ligne n'a pu être évaluée.

**Question 1 : Traitement systémique
du mélanome métastatique non résécable
(stade IIIC, IV) hors métastase cérébrale :
quelle(s) molécule(s) de première et deuxième
lignes et chez quels patients ?**

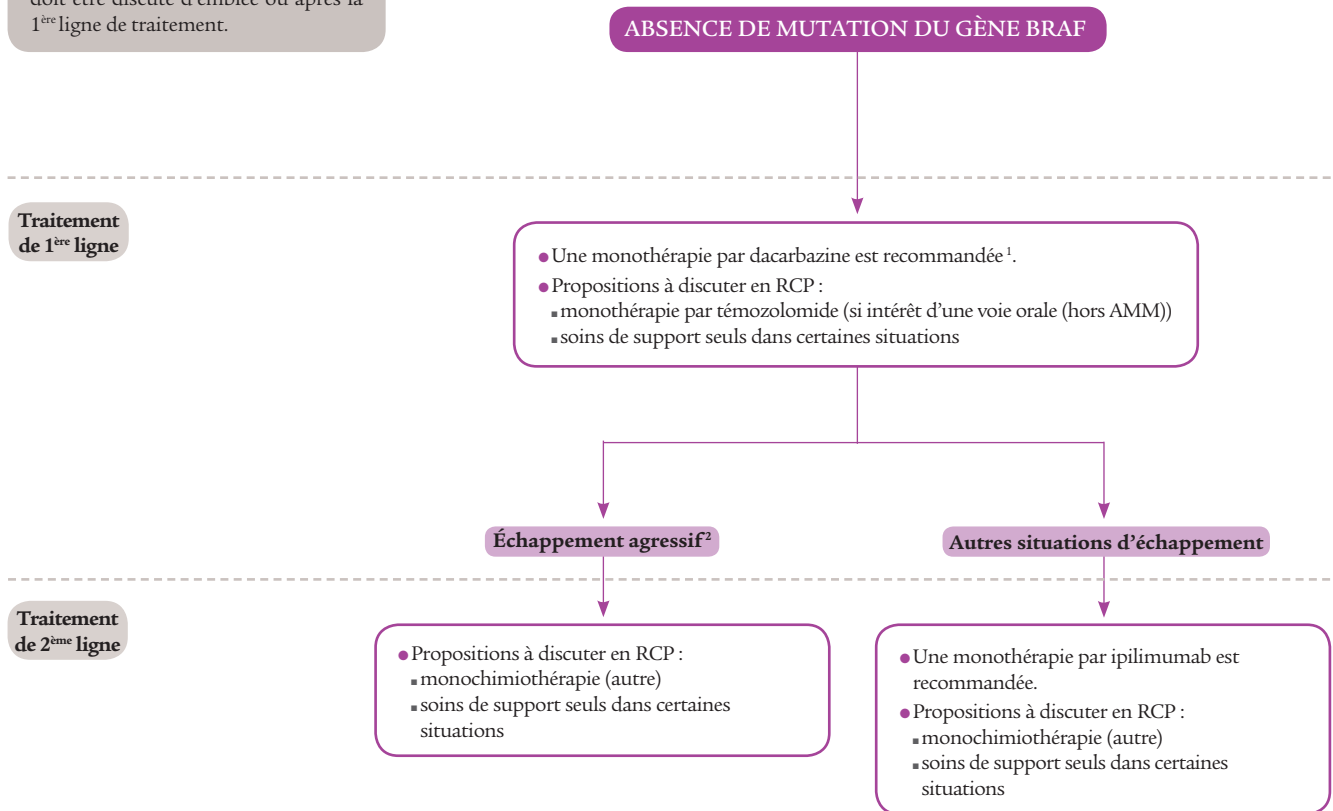
**Réponse 1 :
Présence de mutation du gène BRAF**

**Réponse 2 :
Absence de mutation du gène BRAF**

Question 1 : Traitement systémique du mélanome métastatique non résectable (stade IIIC, IV) hors métastase cérébrale : quelle(s) molécule(s) de première et deuxième lignes et chez quels patients ?

Réponse 2 : Absence de mutation du gène BRAF

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Dans certaines situations, le recours aux seuls soins de support doit être discuté d'emblée ou après la 1^{re} ligne de traitement.



1. Lors de la publication de ce travail, l'ipilimumab a obtenu un avis favorable pour une extension d'indication en 1^{re} ligne de traitement quel que soit le statut BRAF du patient. En l'absence de publications disponibles à ce jour, la place de cette molécule en 1^{re} ligne n'a pu être évaluée.

2. Échappement agressif : évolution multimétastatique rapide, altération de l'état général.

Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et, le cas échéant, quelles techniques recommander ?

Réponse 1 :
Traitement des métastases pulmonaires

Réponse 2 :
Traitement des métastases osseuses

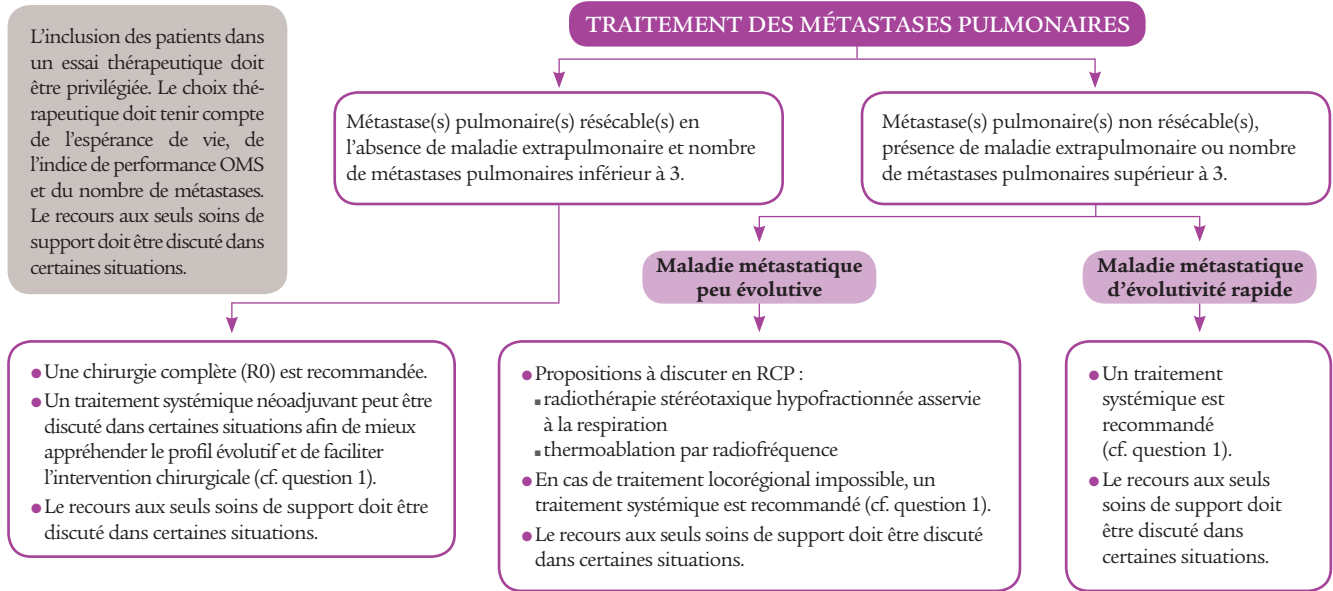
Réponse 3 :
Traitement des métastases cutanées

Réponse 4 :
Traitement des métastases digestives

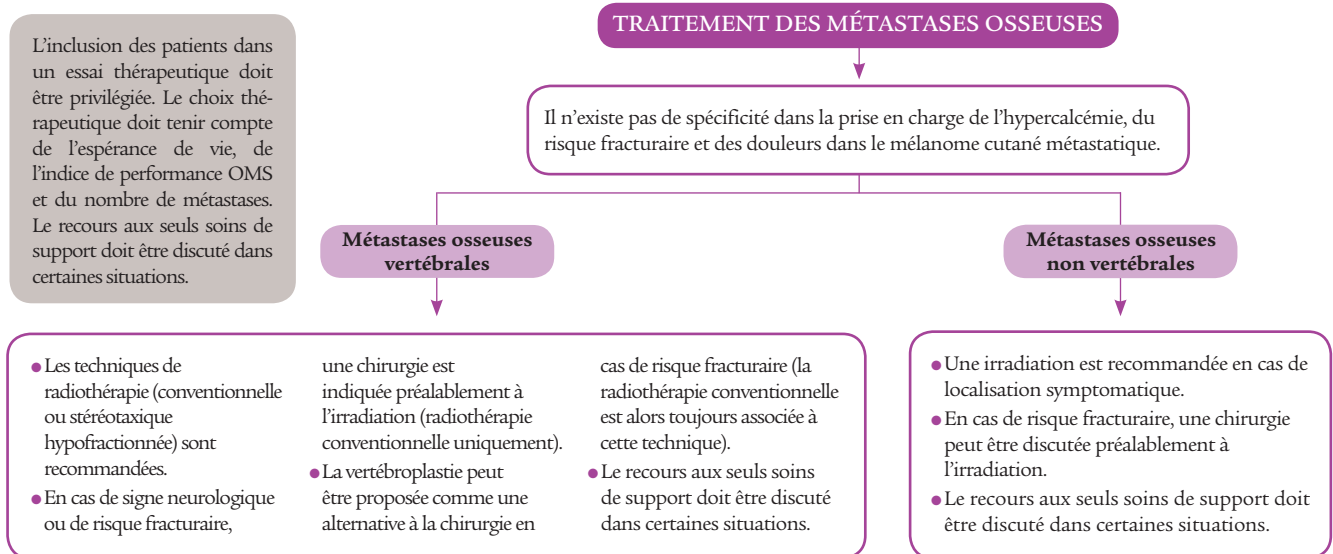
Réponse 5 :
Traitement des métastases hépatiques

Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et le cas échéant, quelles techniques recommander ?

Réponse 1 : Traitement des métastases pulmonaires



Réponse 2 : Traitement des métastases osseuses



Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et, le cas échéant, quelles techniques recommander ?

**Réponse 1 :
Traitement des métastases pulmonaires**

**Réponse 2 :
Traitement des métastases osseuses**

**Réponse 3 :
Traitement des métastases cutanées**

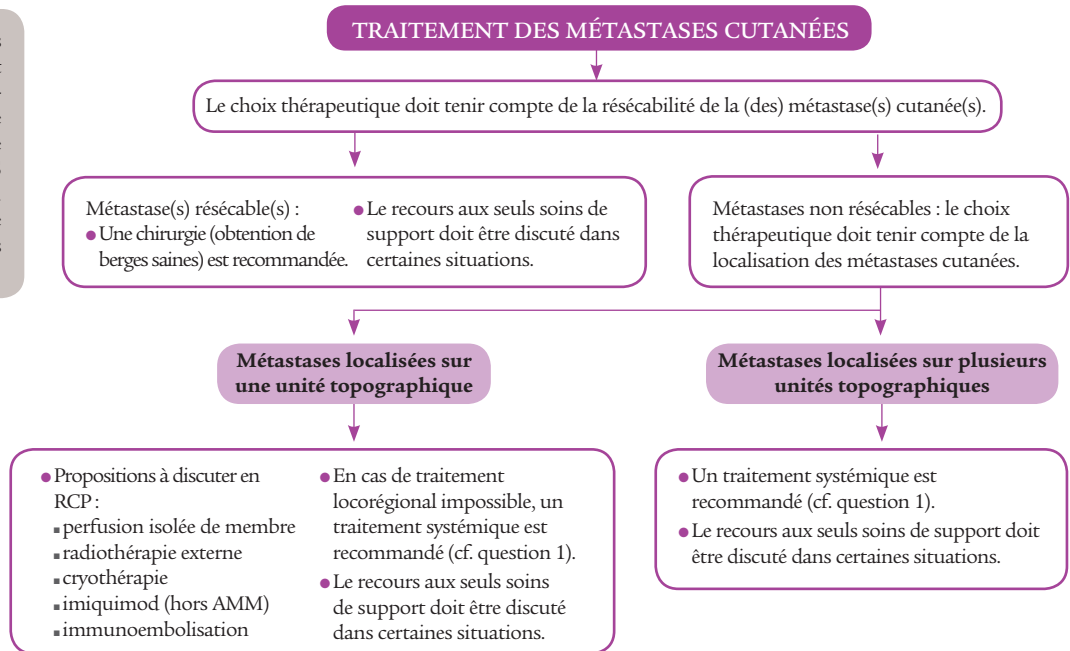
**Réponse 4 :
Traitement des métastases digestives**

**Réponse 5 :
Traitement des métastases hépatiques**

Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et, le cas échéant, quelles techniques recommander ?

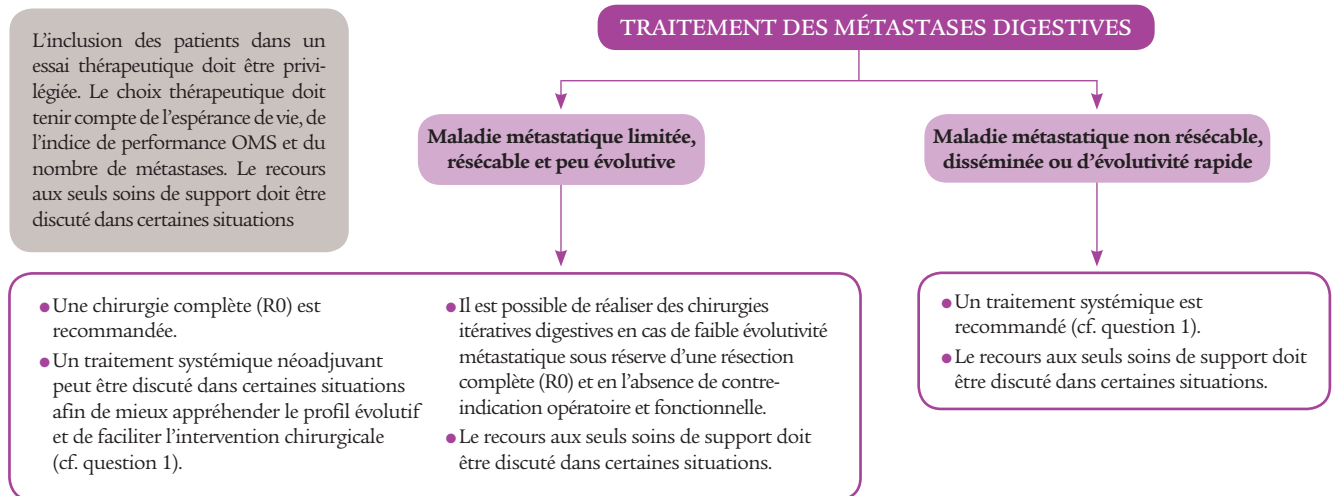
Réponse 3 : Traitement des métastases cutanées

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.



Réponse 4 : Traitement des métastases digestives

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.



Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et, le cas échéant, quelles techniques recommander ?

**Réponse 1 :
Traitement des métastases pulmonaires**

**Réponse 2 :
Traitement des métastases osseuses**

**Réponse 3 :
Traitement des métastases cutanées**

**Réponse 4 :
Traitement des métastases digestives**

**Réponse 5 :
Traitement des métastases hépatiques**

Question 2 : Mélanome pauci-métastatique (hors métastase cérébrale) : chez quels patients faut-il proposer un traitement locorégional des sites métastatiques et, le cas échéant, quelles techniques recommander ?

Réponse 5 : Traitement des métastases hépatiques

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.

TRAITEMENT DES MÉTASTASES HÉPATIQUES

Métastase(s) hépatique(s) limitée(s)
et résécable(s) en l'absence de maladie
extrahépatique

- Une chirurgie complète (R0) est recommandée.
- Un traitement systémique néoadjuvant peut être discuté dans certaines situations afin de mieux appréhender le profil évolutif et de faciliter l'intervention chirurgicale (cf. question 1).
- Des gestes de thermoablation par radiofréquence peuvent être associés en peropératoire si le parenchyme hépatique restant après la résection est le siège d'autres lésions pour lesquelles une résection complémentaire n'est pas compatible avec la fonction hépatique.
- Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.

Métastase(s) hépatique(s) limitée(s) et
non résécable(s) en l'absence de maladie
extrahépatique

- Propositions à discuter en RCP :
 - thermoablation par radiofréquence percutanée
 - chimioembolisation
 - radioembolisation
 - radiothérapie stéréotaxique
 - cryothérapie percutanée
- En cas de traitement locorégional impossible, un traitement systémique est recommandé (cf. question 1).
- Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.

Maladie métastatique disséminée

- Un traitement systémique est recommandé (cf. question 1).
- Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 1 :
Traitements locorégionaux

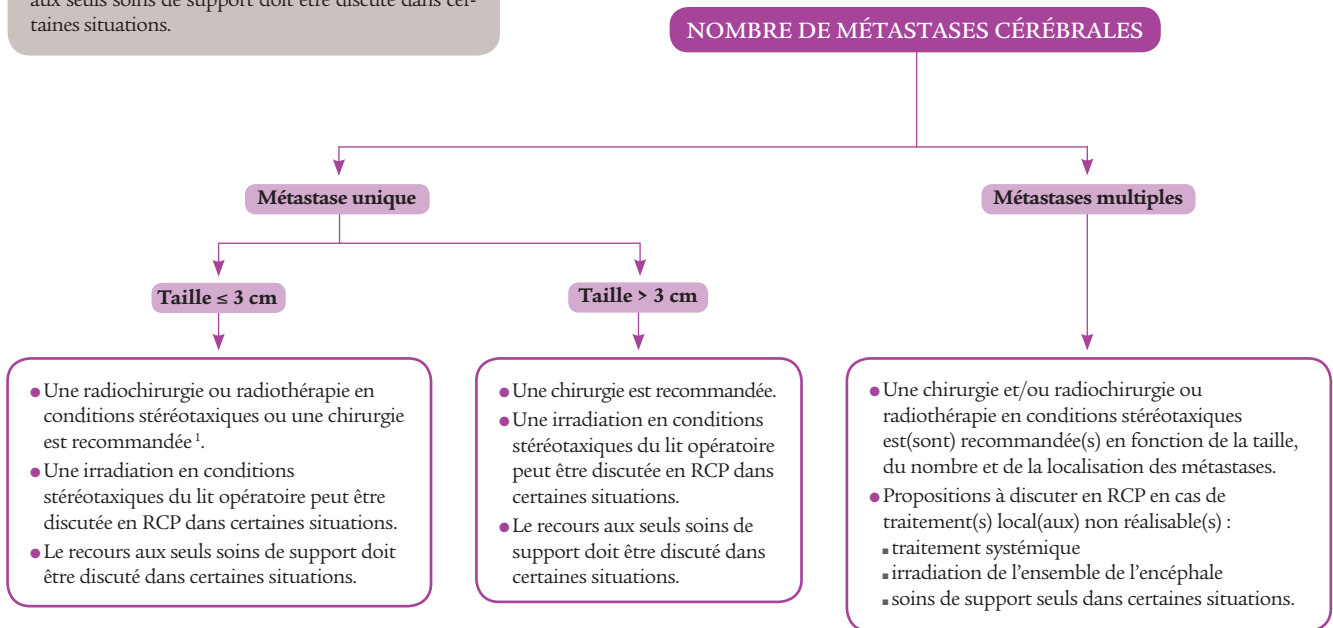
Réponse 2 :
Traitement systémique :
présence de mutation du gène BRAF

Réponse 3 :
Traitement systémique :
absence de mutation du gène BRAF

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 1 : Traitements locorégionaux

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Le recours aux seuls soins de support doit être discuté dans certaines situations.



1. La radiochirurgie ou radiothérapie stéréotaxique est à privilégier en cas de localisation profonde tandis que la chirurgie reste le traitement de référence en cas de localisation superficielle ou de métastase hémorragique. Cependant, le choix doit également prendre en compte l'œdème cérébral qui peut être associé à un éventuel déficit neurologique. Dans ces situations, il existe un risque de dépendance aux corticoides et la chirurgie, qui permettra d'améliorer plus rapidement l'état fonctionnel, est à privilégier.

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 1 :
Traitements locorégionaux

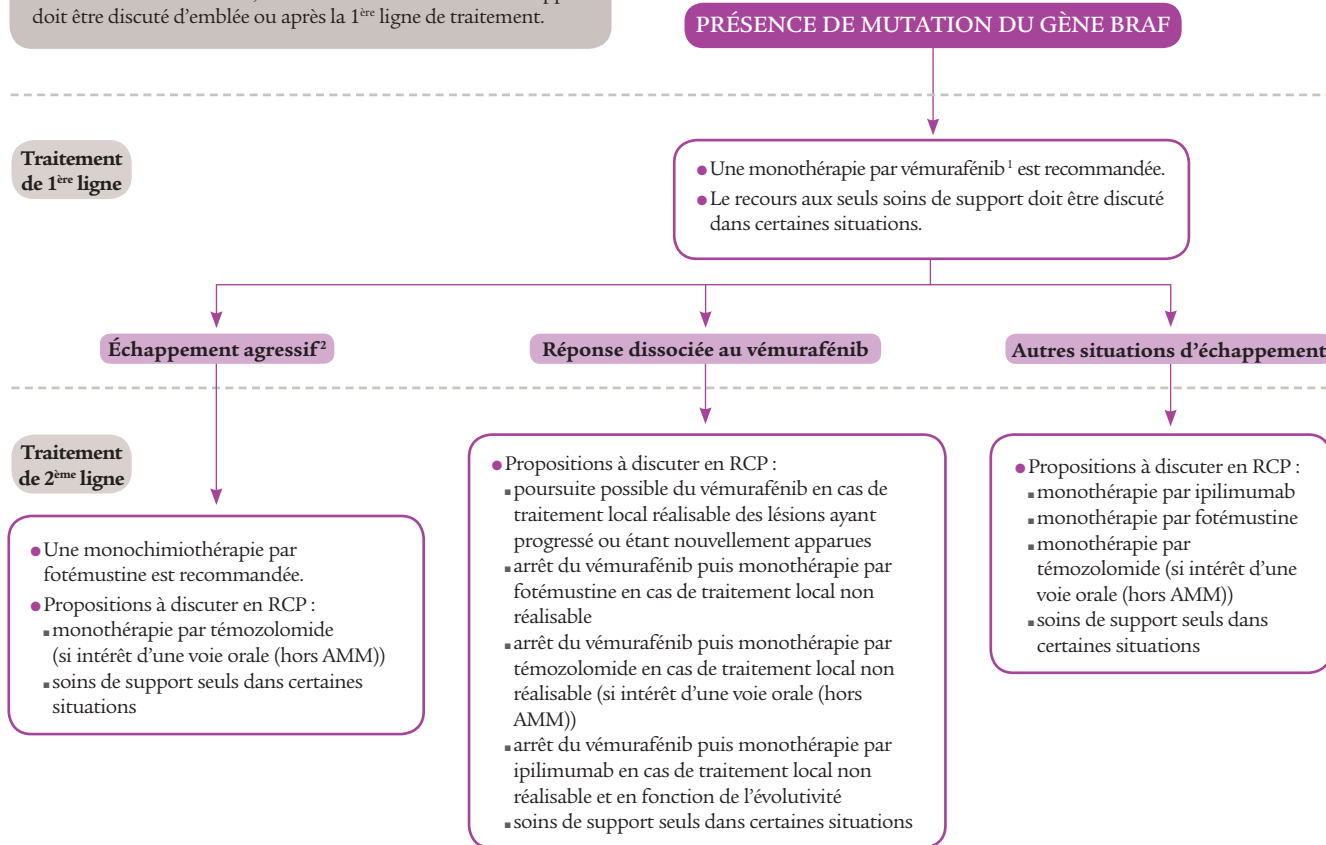
Réponse 2 :
Traitement systémique :
présence de mutation du gène BRAF

Réponse 3 :
Traitement systémique :
absence de mutation du gène BRAF

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 2 : Traitement systémique : présence de mutation du gène BRAF

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Dans certaines situations, le recours aux seuls soins de support doit être discuté d'emblée ou après la 1^{re} ligne de traitement.



1. Le dabrafénib, autre inhibiteur de BRAF, n'est actuellement pas disponible en France. Il ne peut donc être recommandé lors de la publication de ce travail. Lors de la publication de ce travail, l'ipilimumab a obtenu un avis favorable pour une extension d'indication en 1^{re} ligne de traitement quel que soit le statut BRAF du patient. En l'absence de publications disponibles à ce jour, la place de cette molécule en 1^{re} ligne n'a pu être évaluée.

2. Échappement agressif : évolution multimétastatique rapide, altération de l'état général.

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 1 :
Traitements locorégionaux

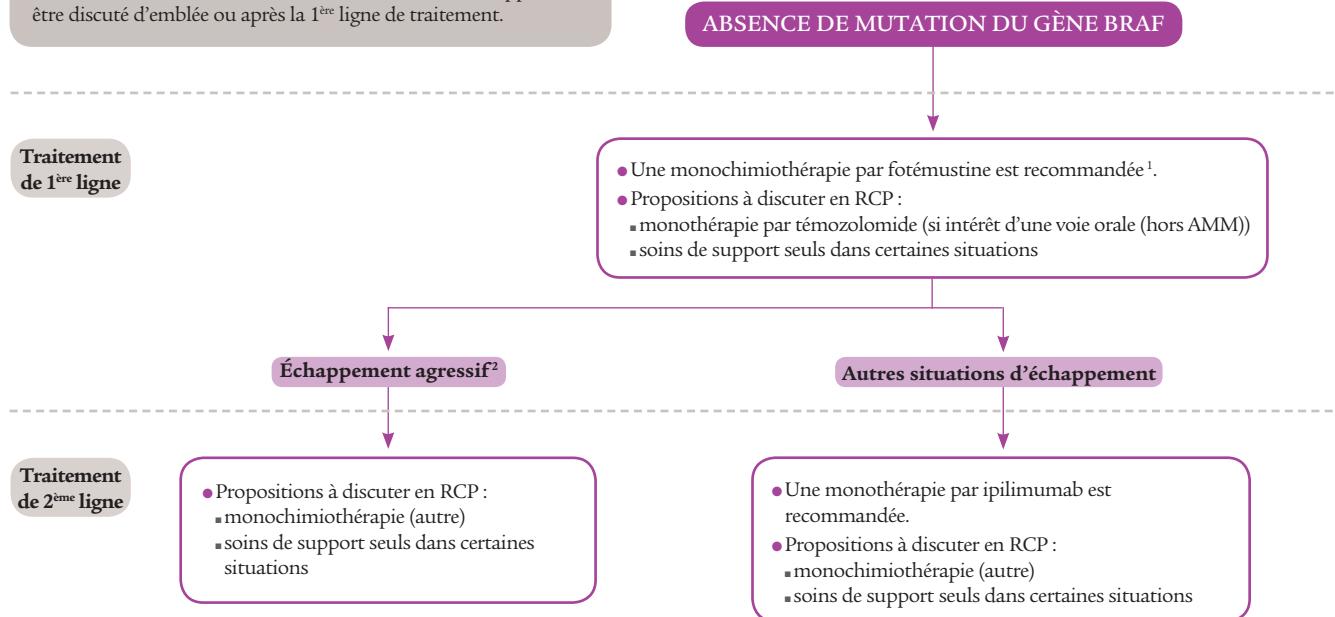
Réponse 2 :
Traitement systémique :
présence de mutation du gène BRAF

Réponse 3 :
Traitement systémique :
absence de mutation du gène BRAF

Question 3 : Cas particulier des patients présentant une (des) métastase(s) cérébrale(s) : quel traitement systémique et/ou local(aux) proposer ?

Réponse 3 : Traitement systémique : absence de mutation du gène BRAF

L'inclusion des patients dans un essai thérapeutique doit être privilégiée. Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance OMS et du nombre de métastases. Dans certaines situations, le recours aux seuls soins de support doit être discuté d'emblée ou après la 1^{ère} ligne de traitement.



1. Lors de la publication de ce travail, l'ipilimumab a obtenu un avis favorable pour une extension d'indication en 1^{ère} ligne de traitement quel que soit le statut BRAF du patient. En l'absence de publications disponibles à ce jour, la place de cette molécule en 1^{ère} ligne n'a pu être évaluée.

2. Échappement agressif : évolution multimétastatique rapide, altération de l'état général.



Groupe de travail et coordination

Groupe de travail

- Marie-Thérèse Leccia, dermatologue, Hôpital Michallon, Grenoble (coordonnatrice scientifique)
- Christophe Bedane, dermatologue, Hôpital Dupuytren, Limoges
- Patrick Combemale, dermatologue, Centre Léon Bérard, Lyon
- Didier Cupissol, oncologue médical, ICM, Institut du cancer de Montpellier Val d'Aurelle, Montpellier
- Stéphane Derrey, neurochirurgien, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen
- Inna Dygai-Cochet, médecin nucléaire, Centre Georges François Leclerc, Dijon
- Laurence Lamant, anatomopathologiste, Hôpital Purpan, Toulouse
- Vincent Lubrano, neurochirurgien, Hôpital Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Toulouse
- Xavier Mirabel, radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille
- Philippe Modiano, dermatologue, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille
- Anne Mourrégot, chirurgien, ICM, Institut du cancer de Montpellier Val d'Aurelle, Montpellier
- Marie-Ève Rougé Bugat, médecin généraliste, Cabinet médical, Toulouse
- Bruno Sassolas, dermatologue, Hôpital Cavale Blanche, Brest
- Sophie Siegrist, médecin généraliste, Cabinet médical, Metz
- Juliette Thariat, radiothérapeute, Centre Antoine Lacassagne, Nice
- Olivier Tiffet, chirurgien, Centre hospitalier universitaire, Saint Etienne
- Gilles Truc, radiothérapeute, Centre Georges François Leclerc, Dijon

Institut national du cancer

Coordination par le département Recommandations et Bon Usage du Médicament, Direction des recommandations et de la qualité de l'expertise

- François Planchamp, chargé de projet
- Laetitia Verdoni, responsable du département

Relecteurs

- Henri Adamski, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Rennes
- Jean-Philippe Arnault, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Amiens
- Nicole Basset-Seguin, dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Maxime Battistella, anatomopathologiste, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Olivier Béatrix, chirurgien, Centre hospitalier, Pierre-Bénite
- Hervé Bénateau, chirurgien maxillofacial, Centre hospitalier universitaire, Caen
- Guido Bens, dermatologue, Centre hospitalier régional, Orléans
- René-Jean Bensadoun, radiothérapeute, Centre hospitalier universitaire, Poitiers
- Alina Berriolo Riedinger, médecin nucléaire, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- Marie Beylot-Barry, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- Olivier Bousquet, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire, Dijon
- Pierre Etienne Cailleux, radiothérapeute, Centre d'oncologie radiothérapie, Chambray lès Tours



- **Lysian Cartier**, radiothérapeute, Institut Sainte Catherine, Avignon
- **Philippe Célérier**, dermatologue, Centre hospitalier, Le Mans
- **Guillaume Chaby**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Amiens
- **Julie Charles**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Grenoble
- **Pierre Clavère**, radiothérapeute, Centre hospitalier universitaire, Limoges
- **Frédéric Courbon**, médecin nucléaire, Institut Claudius Regaud, Toulouse
- **Ali Dadban**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Amiens
- **Sophie Dalac Rat**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Dijon
- **Stéphane Dalle**, dermatologue, Centre hospitalier, Pierre-Bénite
- **Isabelle David**, radiothérapeute, Institut Claudius Regaud, Toulouse
- **Arnaud de la Fouchardière**, anatomopathologiste, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Michel de Pontville**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Caen
- **Sixtine de Raucourt**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Caen
- **Olivier Dereure**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Montpellier
- **Nadia Djéridi**, dermatologue, Cabinet libéral, Saint-Paul
- **Brigitte Dréno**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Nantes
- **Alain Dupuy**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Rennes
- **Xavier Durando**, oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Damien Giacchero**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Nice
- **Francesco Giammarile**, médecin nucléaire, Centre hospitalier, Pierre-Bénite
- **Céline Girard**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Montpellier
- **Florence Granel-Brocard**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Florent Grange**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Reims
- **Jean Jacques Grob**, dermatologue, Hôpital de la Timone, Marseille
- **Bernard Guillot**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Montpellier
- **Elif Hindie**, médecin nucléaire, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- **Damien Huglo**, médecin nucléaire, Centre hospitalier régional universitaire, Lille
- **Vincent Huguier**, chirurgien, Centre hospitalier universitaire, Poitiers
- **Nicolas Isambert**, oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Idalie Jennesseaux**, dermatologue, Centre hospitalier, Le Havre
- **Géraldine Jeudy**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Dijon
- **Claire Josse**, médecin en soins palliatifs, Centre hospitalier universitaire, Amiens
- **Thomas Jouary**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- **Bruno Labeille**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Saint-Etienne
- **Guillemette Laval**, médecin en soins palliatifs, Centre hospitalier universitaire, Grenoble
- **Céleste Lebbe**, dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- **Delphine Legoupil**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Brest
- **Candice Lesage**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Reims
- **Thierry Lesimple**, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes
- **Hugues Loiseau**, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- **Catherine Lok**, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Amiens



- Christine Longvert, dermatologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt
- Raphaël Lopez, chirurgien maxillofacial, Centre hospitalier universitaire, Toulouse
- Laurent Machet, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Tours
- Antoine Mahé, dermatologue, Hôpital Pasteur, Colmar
- Olivier Malard, chirurgien, Centre hospitalier universitaire, Nantes
- Hamid Mammar, radiothérapeute, Institut Curie, Paris
- Sandrine Mansard, dermatologue, Centre hospitalier régional universitaire, Clermont-Ferrand
- Eve Maubec, dermatologue, Hôpital Bichat, Paris
- Jean-Philippe Merlio, anatomopathologiste, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- Véronique Moullart, médecin nucléaire, Centre hospitalier universitaire, Amiens
- Loïc Mourey, oncologue médical, Institut Claudius Regaud, Toulouse
- Cécile Pages, dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Jean-Luc Perrot, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Saint-Etienne
- Lucie Peuvrel, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Nantes
- Anne Pham-Ledard, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Bordeaux
- Patrice Plantin, dermatologue, Centre hospitalier, Quimper
- Jean Régis, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire, Marseille
- Georges Reuter, dermatologue, Cabinet libéral, Strasbourg
- Nicolas Reyns, neurochirurgien, Centre hospitalier régional universitaire, Lille
- Damien Ricard, neurologue, Hôpital Inter-Armées du Val-de-Grâce, Paris
- Pierre-Hugues Roche, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire, Marseille
- Omar Sacko, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire, Toulouse
- Philippe Saiag, dermatologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt
- Mélanie Saint-Jean, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Nantes
- Emmanuel Sevin, oncologue médical, Centre François Baclesse, Caen
- François Skowron, dermatologue, Centre hospitalier, Valence
- Agnès Sparsa, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Limoges
- Andrea Stefan, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Caen
- Pierre-Emmanuel Stoebner, dermatologue, Centre hospitalier universitaire, Nîmes
- Luc Thomas, dermatologue, Centre hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite
- Domitille Thomas-Beaulieu, dermatologue, Centre hospitalier intercommunal, Saint-Germain-en-Laye
- Jean-Marc Tourani, oncologue médical, Centre hospitalier universitaire, Poitiers
- François Truchetet, dermatologue, Centre hospitalier régional, Thionville
- Manuelle Viguié, dermatologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Pierre Wolkenstein, dermatologue, Hôpital Henri Mondor, Créteil



Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Le rapport intégral « Mélanome cutané métastatique »
est téléchargeable gratuitement sur www.e-cancer.fr

Réf. : RECOMELPLAQ13

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax. : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr