

ALGORITHMES PEC MÉLANOME

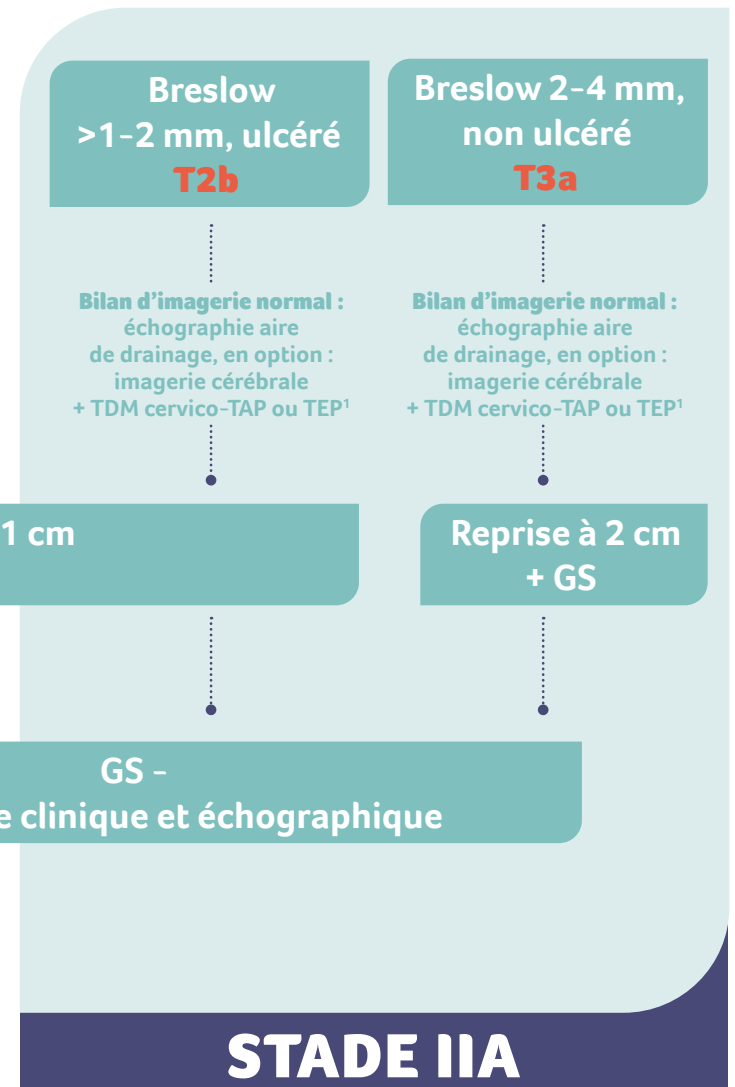
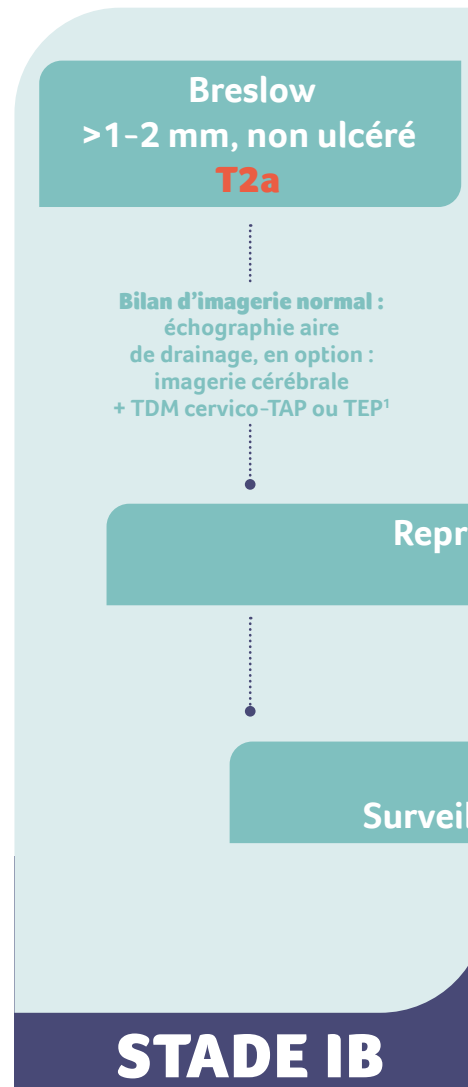
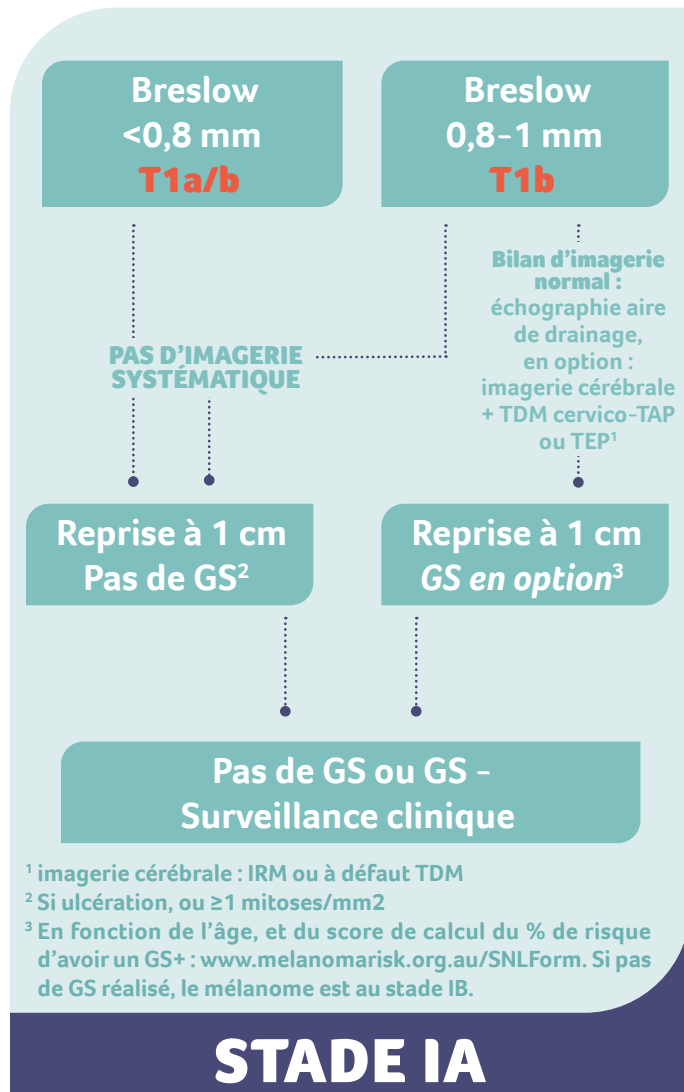
Proposition d'algorithmes de prise en charge des patients avec un mélanome aux différents stades (accord d'experts). Il est important de noter que pour chaque décision thérapeutique, il est indispensable d'essayer d'inclure au maximum les patients dans des essais thérapeutiques (non précisé dans les arbres décisionnels pour ne pas les alourdir).

Une certaine liberté de prescription a été laissée volontairement en précisant que certains bilans d'imagerie, procédures du ganglion sentinelle ou choix de traitement sont en option.

Actualisation de novembre 2025

Pr. Elisa Funck-Brentano
Pr. Henri Montaudié

○ PRISE EN CHARGE MÉLANOMES STADES I-IIA

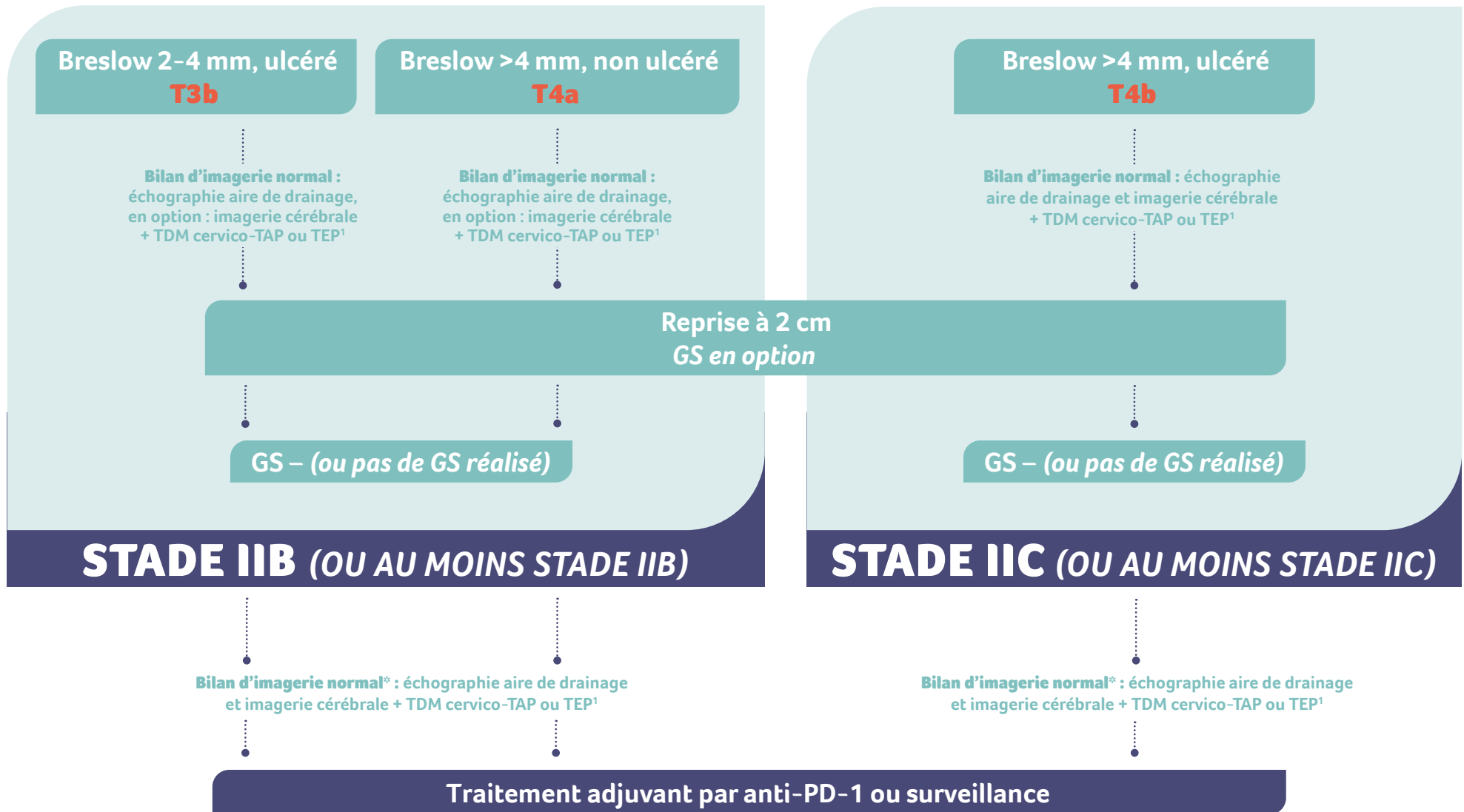


¹ imagerie cérébrale : IRM ou à défaut TDM

² Si ulcération, ou ≥ 1 mitoses/mm²

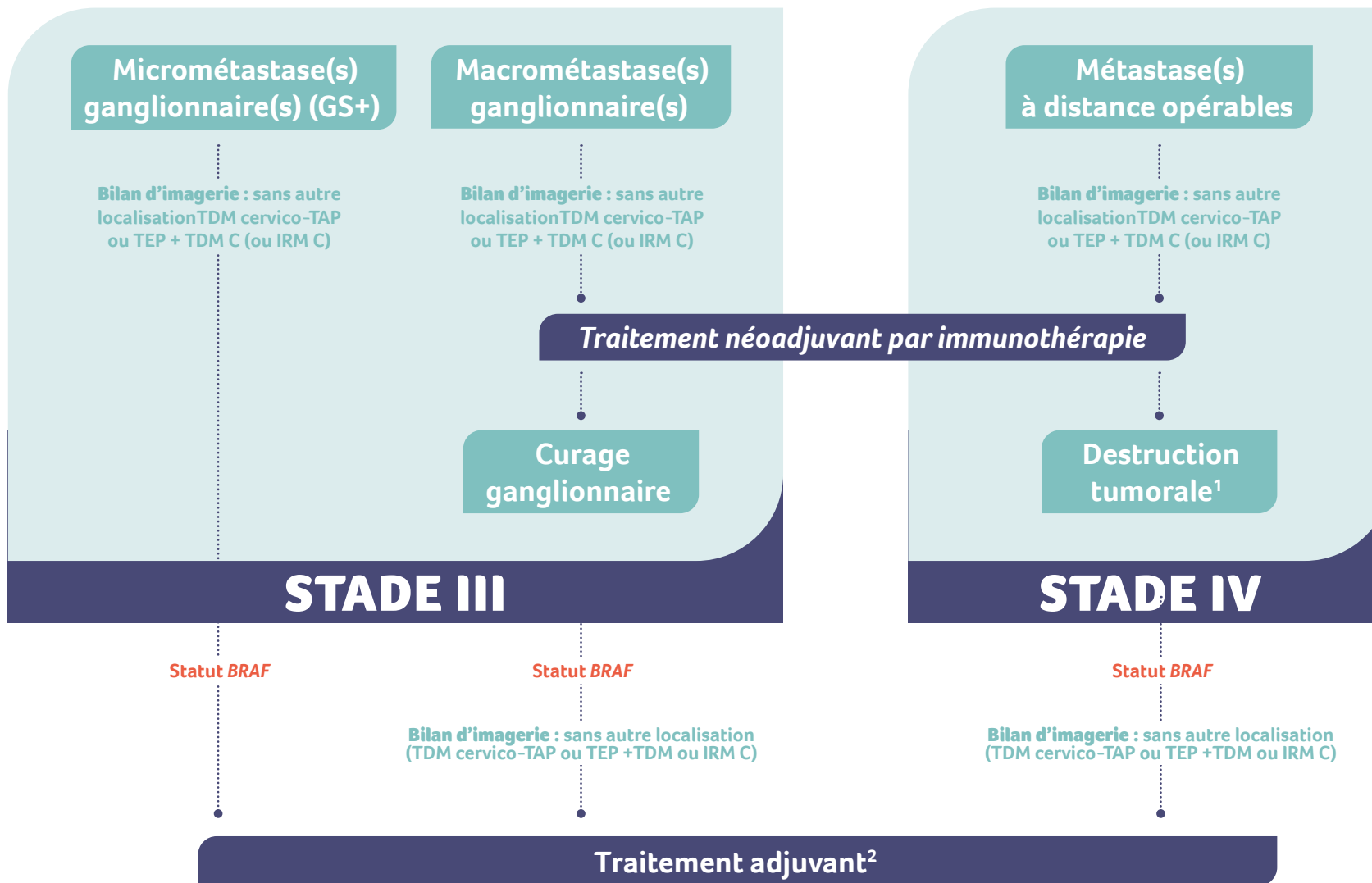
³ En fonction de l'âge, et du score de calcul du % de risque d'avoir un GS+ : www.melanomarisks.org.au/SNLForm. Si pas de GS réalisé, le mélanome est au stade IB.

○ PRISE EN CHARGE MÉLANOMES STADES IIB- IIC



*Réactualisation du bilan à discuter selon le délai entre la fin de la chirurgie et le début du traitement adjuvant | ¹ Imagerie cérébrale : IRM ou à défaut TDM

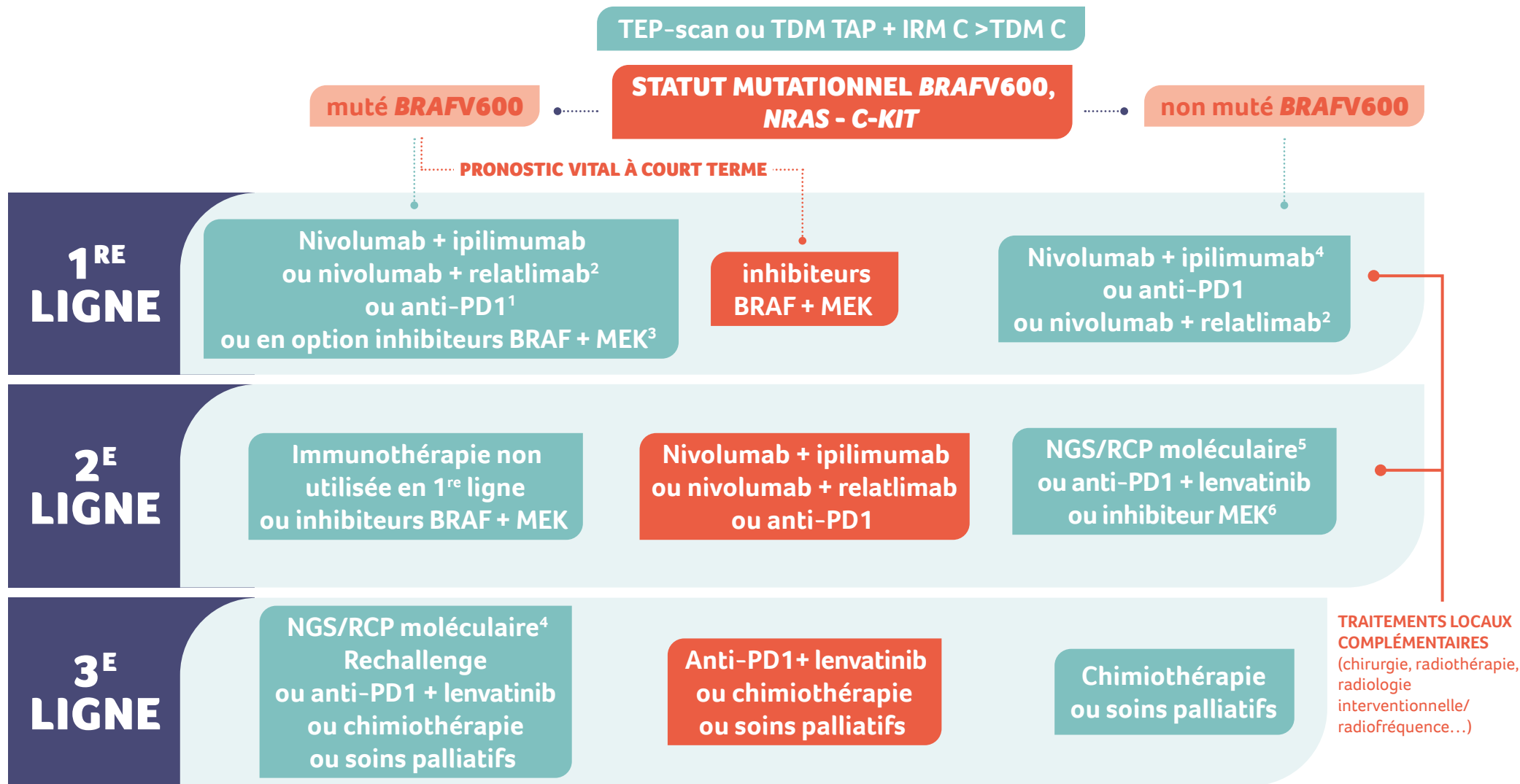
○ PRISE EN CHARGE MÉLANOMES STADES III ET IV RÉSÉQUÉS



¹ Chirurgie ou autre méthode de destruction (radiothérapie, radiofréquence, autres) | ² Qui peut être adapté à la réponse histologique en cas de traitement néoadjuvant réalisé.

PRISE EN CHARGE MÉLANOMES STADES III/IV NON OPÉRABLES

(CUTANÉS, MUQUEUX, DE PRIMITIF INCONNU) SANS MÉTASTASE CÉRÉBRALE (HORS MÉLANOME UVÉAL)



¹ Pour les mélanomes desmoplastiques la mono-immunothérapie est à privilégier | ² AMM uniquement en 1^{re} ligne de traitement et avec une expression de PD-L1 au niveau des cellules tumorales inférieure à 1 % (sans métastase cérébrale active) | ³ En cas de contre-indication à l'immunothérapie ou débuter par 3 mois d'inhibiteurs de BRAF + MEK puis relais par double immunothérapie (nivolumab + ipilimumab) en cas de métastases hépatiques et/ou de LDH élevées (étude de l'EORTC EBIN) | ⁴ Pour les mélanomes muqueux la double immunothérapie est à privilégier en l'absence de contre-indication et à considérer avant une thérapie ciblée en cas de mutation c-Kit | ⁵ Thérapie ciblée si mutation pouvant être ciblée | ⁶ En cas de mutation NRAS.

PRISE EN CHARGE MÉLANOMES STADES IV NON OPÉRABLES

(CUTANÉS, MUQUEUX, DE PRIMITIF INCONNU) AVEC MÉTASTASES CÉRÉBRALES (HORS MÉLANOME UVÉAL)

TDM C+ TAP ou TEP + IRM C

MALADIE CÉRÉBRALE
Statut mutationnel *BRAFV600*, *NRAS- C-KIT*

NON symptomatique

Symptomatique

**1^{RE}
LIGNE**

Nivolumab + ipilimumab¹
> anti-PD1 ou nivolumab + relatlimab²
ou inhibiteurs BRAF + MEK³ si muté *BRAFV600*

Inhibiteurs BRAF + MEK⁵+/-
anti-PD1⁶ si muté *BRAFV600*
ou nivolumab + ipilimumab¹
ou anti-PD1

**2^E
LIGNE**

Immunothérapie non reçue en 1^{re} ligne
ou inhibiteurs BRAF + MEK si muté *BRAFV600*
ou NGS/RCP moléculaire⁴

Immunothérapie non reçue en 1^{re} ligne
ou anti-PD1 + lenvatinib
ou NGS/RCP moléculaire⁴

**3^E
LIGNE**

Rechallenge
ou anti-PD1 + lenvatinib
ou chimiothérapie ou soins palliatifs

Ou chimiothérapie
ou soins palliatifs

**TRAITEMENTS
LOCAUX
COMPLÉMENTAIRES**
(chirurgie
et/ou radiothérapie
stéréotaxique...)

¹ AMM mais pas de remboursement en France - NB : Ipilimumab + nivolumab : AMM européenne large (« patients adultes » avec un mélanome avancé) en revanche remboursement en France exclusivement si prescrit en 1^{re} ligne Non muté *BRAFV600* (+/- avec métastases cérébrales NON actives) | ² AMM uniquement en 1^{re} ligne de traitement et avec une expression de PD-L1 au niveau des cellules tumorales inférieure à 1 % et sans métastase cérébrale active | ³ En cas de contre-indication à l'immunothérapie | ⁴ Thérapie ciblée si mutation pouvant être ciblée | ⁵ En particulier si métastase(s) menaçant le pronostic vital à court terme | ⁶ EROGLU Z. et Al. LBA9507 ASCO 2025