

CONTEXTE NATIONAL [1]

Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Le mélanome est le plus rare de ces cancers, puisqu'il représente environ 2% des cancers cutanés découverts [2]. Mais il est également le plus grave en cas de découverte tardive, en raison notamment de sa capacité à métastaser. Le principal facteur de risque du mélanome et plus largement de tous les cancers de la peau est l'exposition au rayonnement solaire, particulièrement néfaste dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. Le risque de mélanome est aussi fonction du phototype de l'individu, plus important chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et tâches de rousseur, qui ne bronzent pas ou peu. La présence de nombreux grains de beauté (naevus) constitue également un facteur de risque [3-4]. Enfin, 10% des cas de mélanome surviennent dans un contexte familial, défini comme la survenue d'au moins trois mélanomes sur deux générations [5-6].

La modification des habitudes d'exposition solaire, liée à l'impératif social du bronzage et au mode de vie très orienté vers les loisirs et les sports de plein air, est à l'origine de l'augmentation importante de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer dans tous les pays d'Europe, l'Australie et les Etats-Unis depuis les années 1950 [4,7]. En France, entre 1990 et 2000, les taux d'incidence ont augmenté de 77% pour les hommes et de 58% pour les femmes. En 2000, le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à environ 7 200 cas, dont 58% concernent les femmes [8,9]. Environ 1 500 décès par mélanome ont été enregistrés en 2005 dont 53% chez les hommes. Entre 1990 et 2004, cette mortalité a augmenté de 59% chez les hommes et de 42% chez les femmes [10].

Au sein de l'Union européenne, la France présente des taux d'incidence intermédiaires, entre les taux élevés du nord de l'Europe et ceux plus faibles de l'Europe du sud [8]. La situation est analogue pour la mortalité par mélanome, avec toutefois un gradient nord-sud moins marqué [11].

En France, le taux de survie relative à 5 ans pour les hommes est de 81%, parmi les meilleurs d'Europe, et de 87% pour les femmes, en position médiane [12-13].

Les personnes atteintes d'un mélanome sont le plus souvent admises en Affections de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2005, 5 400 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [14]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour mélanome est estimé à 27 000 en 2004 [15].

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore très faible avec un espoir dans les années à venir avec la vaccination et la thérapie cellulaire. En 2004, le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 12 000 séjours hospitaliers de courte durée (hors séance de chimiothérapie et radiothérapie), dont 6 200 séjours chirurgicaux [16].

L'intérêt du diagnostic précoce du mélanome est reconnu. Son efficacité repose sur la complémentarité de l'action du patient, du médecin généraliste (ou du médecin du travail), du dermatologue et de l'anatomopathologiste. Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce, développées en France comme dans de nombreux pays, ont un impact

positif mais limité dans le temps. Leur efficacité en termes de diminution de la mortalité n'est pas encore certaine [3].

La prévention primaire du mélanome reste donc essentielle, par la réduction de l'exposition aux ultraviolets solaires, au moyen de photoprotecteurs efficaces contre les UVA et les UVB (indice SPF minimum de 40) mais aussi aux ultraviolets artificiels, les dangers de ces derniers étant clairement établis.

Actuellement, la stabilisation de l'incidence du mélanome et la baisse de la mortalité en Australie et dans les pays du nord de l'Europe, probablement en lien avec les actions massives d'information et de dépistage confortent les orientations [4].

Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome [8].

SITUATION A LA REUNION

- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence de ces cancers à la Réunion : le Registre des cancers et les admissions en Affections de Longue Durée pour mélanome cutané.
- En raison des faibles effectifs, les résultats présentés ici sont à interpréter avec prudence.
- 28 nouveaux cas de mélanome cutané ont été diagnostiqués dans notre région en 2004.
- Le taux d'incidence standardisé était de 4,1 nouveau cas pour 100 000 habitants chez les hommes et 5,3 chez les femmes en 2004.
- Une vingtaine de Réunionnais sont en moyenne, chaque année, sur la période 2004-2006, admis en ALD pour cette affection, par l'un des régimes d'assurance maladie.
- Plus de 50% des nouveaux cas de mélanome cutané (et des admissions en ALD) touchent des femmes.
- Le mélanome cutané a été responsable d'environ 5 décès en moyenne chaque année sur la période 2003-2005.
- 60% des décès liés à cette affection sont féminins. Cependant le taux standardisé de mortalité masculin (1,4 décès pour 100 000 habitants, chaque année, sur la période 2003-2005) est supérieur à celui des femmes (0,6/100 000).
- On observe une augmentation de la mortalité par mélanome cutané chez les hommes (+75%) et chez les femmes (+50%) entre 2000-2004.
- Toutefois les taux de mortalités standardisés sont inférieurs à ceux de métropole : on observe à la Réunion, une sous-mortalité par mélanome cutané par rapport à la moyenne métropolitaine.

MELANOME CUTANE

Taux d'incidence estimé des mélanome cutané, selon le sexe La Réunion (1990-2004)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	femmes
1990	2	7	1,7	3,1
1995	4	5	1,5	2,0
2000	12	6	5,4	1,8
2004	11	17	4,1	5,3

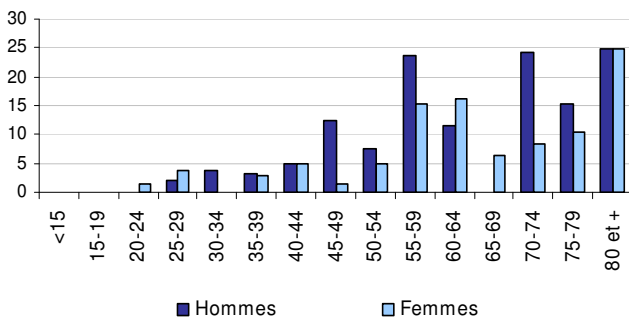
Source : Registre des cancers (Département) Exploitation ORS
* standardisation sur la population européenne - unité : pour 100 000

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour mélanome cutané selon l'âge et le sexe La Réunion (moyenne 2004-2006)

	Hommes	Femmes	Total
	n	n	n
< 65 ans	8	8	16
65 ans et +	2	5	6
Total	10	11	26

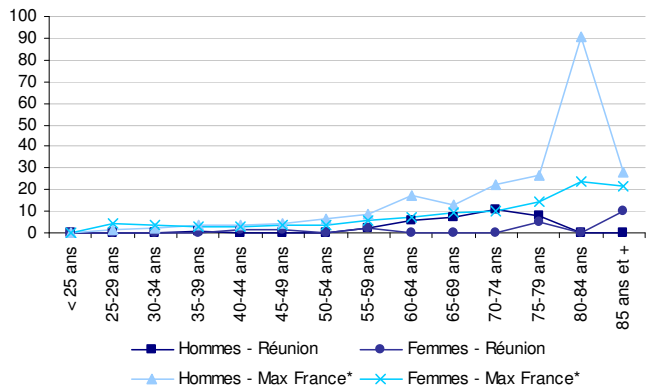
Sources : CNAMTS, RSI, FNORS Exploitation ORS

Taux d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour mélanome cutané selon l'âge et le sexe (Taux pour 100 000 personnes) La Réunion (moyenne 2004-2006)



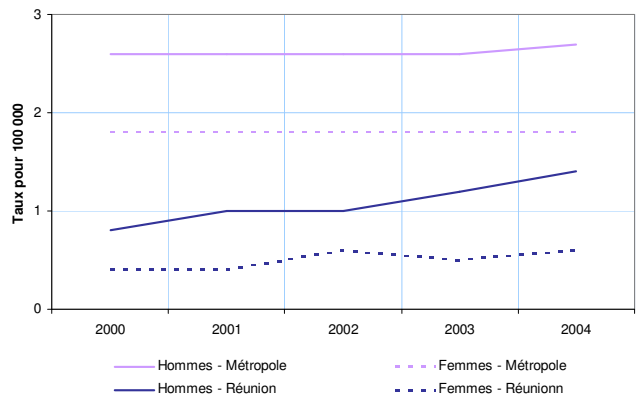
Sources : CNAMTS, RSI, FNORS, INSEE Exploitation ORS

Taux bruts de mortalité par mélanome cutané selon le sexe (Taux pour 100 000 personnes) La Réunion et France métropolitaine (2003-2005)



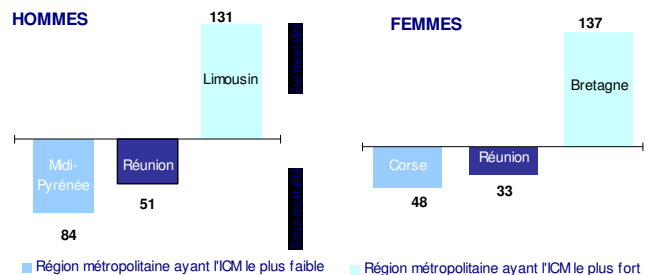
Sources : INSERM-CépiDC, FNORS Exploitation ORS
* Valeur régionale maximale (France entière)

Evolution du taux comparatif de mortalité par mélanome cutané La Réunion - France métropolitaine (moyenne* 2000-2004)



Sources : INSERM-CépiDC, INSEE, FNORS Exploitation ORS
* Moyenne lissée sur 3 années

Indices comparatifs de mortalité par mélanome cutané La Réunion (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM-CépiDC, INSEE, FNORS Exploitation ORS

MELANOME CUTANE

DEFINITIONS

Mélanome cutané : codes CIM9 172 ; codes CIM10 C43.

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Indice comparatif de mortalité (ICM) appelé aussi standardized mortality ratio (SMR) : cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit du rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans la région et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un ICM de 61 signifie une mortalité inférieure de 39% à la moyenne métropolitaine. A l'inverse, un ICM de 164 signifie une mortalité supérieure de 64% à la moyenne métropolitaine.

Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) : taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Taux comparatif de mortalité (TCM) : Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement).

Taux d'incidence standardisé (taux par personne et par an) : C'est l'incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la même structure par âge que la population standard (ici la standardisation est effectuée sur la population européenne).

CONTEXTE NATIONAL

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

Pour en savoir plus :

Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

REGISTRE DES CANCERS DE LA REUNION

Le registre des cancers de la Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Département de la Réunion au sein de la Direction de la Santé Publique. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département.

Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques.

En prenant en compte les spécificités de l'île, diversité ethnique, mode de vie, climat, environnement, les données du registre sont précieuses, et ce, d'autant que le plateau technique (moyens diagnostics et thérapeutiques) proposé aux Réunionnais est maintenant proche de celui de la Métropole.

Il est une source utile pour la recherche épidémiologique en étant le point de départ d'investigations étiologiques, grâce à la comparaison des incidences avec les autres registres.

ADRESSES UTILES SUR L'ILE

- **Ligue Nationale Contre le Cancer**
 - 19 all Thuyas - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 30 06 00 - tel : 0262 20 12 11 - fax : 0262 20 93 88
 - 13 Bis r Antoine Roussin - 97460 SAINT PAUL - tel-fax : 0262 26 61 03
- **ONCORUN**
 - Imm Europa 2 allée Bonnier - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 46 57 79

SITES UTILES

- Institut National du cancer : <http://www.e-cancer.fr/>
- La ligue contre le cancer : <http://www.ligue-cancer.asso.fr/>
- Association pour la recherche sur le cancer : <http://www.arc.asso.fr/>
- Institut Curie : <http://www.curie.fr/>
- INVS - Institut de Veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm>
- INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/dossiers/cancer/index.html>
- Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) : <http://www.iarc.fr/indexfr.html>
- OMS – Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/topics/cancer/fr/>

MELANOME CUTANE

Repères bibliographiques et sources

[1] **La santé observée dans les Pays de la Loire, Tableau de bord régional de santé**
Observatoire régional de la Santé des Pays de la Loire, 2^{ème} édition, juin 2007, 217p.

[2] **Les mélanomes**
J.M. Halma. Dans *Incidence du cancer en France. Estimations régionales 1985-1995*. Réseau français des registres de cancer, 1999, pp. 37-39.

[3] **Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Rapport d'évaluation**
HAS, 2006, 108p.

[4] **Mélanome cutané**
INCa, 2007, 6p.

[5] **Multiple primary melanoma and familial melanoma. Risk evaluation and screening tests. How to evaluate the risk of developing a second melanoma ? In what family ? Should screening methods be implemented ? Which ones and why ?**
F. Grange. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 122, n°5, 1996, pp.365-371.

[6] **The genetics of hereditary melanoma and nevi. 1998 update**
M.H. Greene. *Cancer*, vol.186, suppl. 11, décembre 1999, pp.1644-1657.

[7] **Soleil et peaux. Bénéfices, risque et prévention**
M.F. Avril, M. Brodin, B. Dréno et al. Ed. Masson, 2002, 279 p.

[8] **Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000**
L. Remontet, A. Buéni, M. Velten et al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[9] **Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention**
L. Chérié-Challine, J.M. Halma, L. Remontet. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n°2, janvier 2004, pp.5-8.

[10] **Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005, Inserm CépiDc, exploitation Fnors-ORS**

[11] **Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes**
www.euroopa.eu.int/comm/eurostat

[12] **Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim**
N. Bossard, M.Velten, L. Remontet et al. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n°9-10, mars 2007, pp.66-69.

[13] **Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary**
M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et al. *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp.61-118.

[14] **Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2003-2005, Cnamts – MSA – RSI, exploitation Fnors-ORS**

[15] **Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'assurance maladie en 2004**
A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et al. *Pratiques et Organisation des soins*, Cnamts, vol. 37, n°3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188.

[16] **Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees**

Pour en savoir plus

Reproductive risk factors for cutaneous melanoma in women : A case-control study
C. Suzanne Lea, E.A Holly, P. Hartge et al. *American Journal Of Epidemiology*, 2007, n°165, pp. 505-513.

Epidémiologie et prévention du mélanome : Mélanome cutané
J.J. Grob, M.A. Richard. *La revue du Praticien*, 2004, Vol n°55, novembre, pp. 1181-1186.

La situation du cancer en France en 2007
Institut National du Cancer ; juillet 2007 ; 154p. <http://www.e-cancer.fr/>

Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM, l'ORS Pays de la Loire, le Registre des cancers (Département).

Contributions : Dr C. Deloffre (Département), Dr J-Y. Vaillant (Département)

