

## Cancer de la peau, mélanome

Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la santé – et actuellement l'Institut national du cancer (INCa) – organise avant l'été une campagne nationale d'information, tandis que les dermatologues libéraux organisent une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau.

Le mélanome de la peau est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif à un horizon quinquennal d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome. Cet objectif a été repris dans le plan cancer 2009-2013.

### ■ DONNÉES DE CADRAGE

#### Incidence et mortalité du cancer de la peau

En France, le mélanome de la peau est le neuvième cancer le plus fréquent chez la femme (4382 cas estimés pour 2010) et le dixième cancer chez l'homme (3873 cas estimés pour 2010). Il s'agit de données de projections à partir des incidences observées jusqu'en 2005 et d'hypothèses d'évolution depuis 2005. L'incidence du mélanome de la peau n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2005, avec un taux annuel moyen de croissance de 3,4% chez les femmes et de 4,7% chez les hommes. Dans le même temps, la mortalité a connu une croissance plus modérée : le taux de mortalité a augmenté en moyenne de 1,3% chez les femmes et de 2,3% chez les hommes. Les évolutions disjointes d'incidence et de mortalité tendent à montrer qu'il y a de plus en plus de mélanomes à extension superficielle, de bon pronostic et accessibles à la détection précoce.

Toutefois, l'incidence augmente à un rythme moins soutenu depuis 2000 chez les hommes comme chez les femmes : entre 2000 et 2005, le taux d'incidence chez la femme a crû de 0,5% par an en moyenne et de 0,8% chez l'homme. Au cours de la même période, le taux de mortalité a diminué chez la femme (-0,8% par an en moyenne) et est resté stable chez l'homme (+0,3% par an en moyenne).

Avant l'âge de 60 ans, ce cancer est plus fréquent chez les femmes, mais cette tendance s'inverse au-delà (graphique 1). L'incidence augmente rapidement avec l'âge jusque vers 75-80 ans. Le risque d'être atteint d'un mélanome de la peau avant 74 ans varie selon l'année de naissance : Chez les femmes il est de 0,1% pour celles nées en 1910 et passe à

0,65% pour celles nées en 1940. Chez les hommes il est de 0,15% pour ceux nés en 1910 et passe à 0,6% pour ceux nés en 1940. (graphique 2).

En Europe, la situation est hétérogène selon les pays. La proportion de mélanomes diminue selon un gradient nord-sud. Ce gradient est principalement lié aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique. Le taux d'incidence estimé en 2004 varie de 13,4 mélanomes pour 100 000 femmes au Danemark à 2,0 au Portugal et de 14,3 mélanomes pour 100 000 hommes en Norvège à 1,4 au Portugal. À cette période, la France est dans une position moyenne en termes d'incidence, avec une estimation de 8,8 mélanomes pour 100 000 femmes et 7,6 mélanomes pour 100 000 hommes pour 2005. En 2010, les taux d'incidence sont estimés à 8,8 et 8,2 pour 100 000 respectivement chez les femmes et les hommes.

### ■ INDICATEUR PRINCIPAL

#### Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de Breslow)

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse, de

la couche granuleuse de l'épiderme (immédiatement sous la couche cornée) à la partie profonde du derme. La mesure de cet indice est recommandée lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres du cancer. Toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné. Une étude InVS-FRANCIM auprès des registres du cancer du réseau FRANCIM a permis le recueil de manière rétrospective de l'indice de Breslow, de la morphologie et de la topographie des mélanomes de la peau enregistrés.

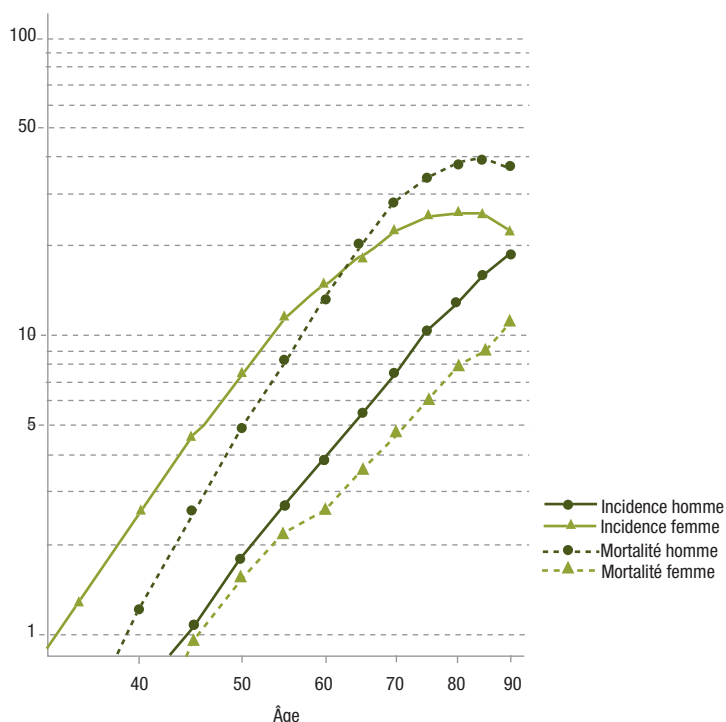
L'incidence annuelle standardisée sur la population mondiale a été estimée sur l'ensemble de la zone couverte par les registres. Une augmentation significative de l'incidence des mélanomes a été démontrée chez les hommes comme chez les femmes ; cette augmentation est retrouvée parmi ceux ayant un indice de Breslow inférieur ou égal à 1 mm. Le taux d'incidence des mélanomes ayant un indice de Breslow  $\leq 1$  mm a augmenté chez les hommes de 3,1 à 5,2 pour 100 000 entre 1998 et 2005, soit un taux annuel d'augmentation de près de 7%. Chez les femmes, ce taux est passé de 4,0 à 7,1 pour 100 000 sur la même période, correspondant à un taux annuel d'augmentation de près de 7% également. Parallèlement, l'incidence des mélanomes de plus d'un millimètre d'épaisseur est restée plus ou moins stable entre 1998 et 2005 avec un taux annuel de variation de +2,1% (ns) chez les hommes et de -1% (ns) chez les femmes (graphique 3). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

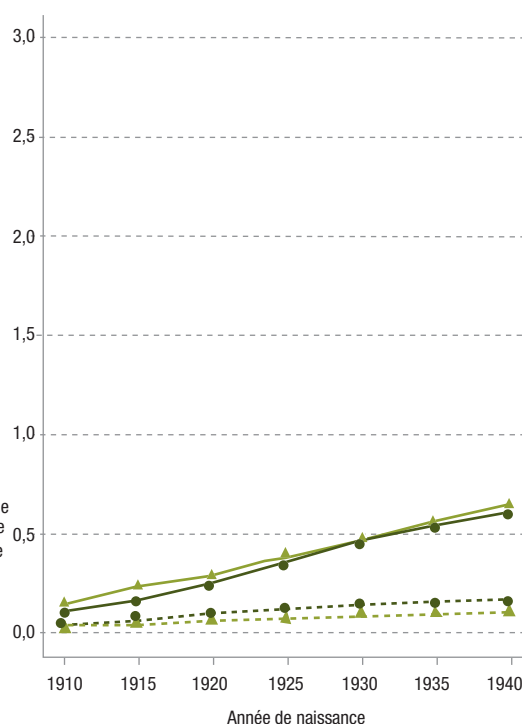
### synthèse

La France se situe dans la moyenne européenne pour l'incidence du mélanome. En 2010, elle est estimée à 8,8 cas pour 100 000 femmes et 8,2 cas pour 100 000 hommes. Néanmoins, ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur (indice de Breslow  $\leq 1$  mm) qui ont augmenté ces dix dernières années, les mélanomes de plus mauvais pronostic restant stables. Par ailleurs, l'incidence et la mortalité augmentent à un rythme moins soutenu depuis 2000, pour les hommes comme pour les femmes. Le taux de mortalité a même enregistré un recul chez les femmes.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'incidence et de mortalité\* par âge et par sexe pour la cohorte née en 1930 (échelle log-log)



GRAPHIQUE 2 • Risque cumulé (0-74 ans) d'incidence et de décès selon la cohorte de naissance (en %) et le sexe



\* Taux pour 100 000 personnes par année, standardisés sur la population mondiale.

**Champ :** France métropolitaine, hommes et femmes, tous âges.

**Sources :** Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

**SOURCES** • Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

**CHAMP** • France métropolitaine, femmes tous âges.

**LIMITES ET BIAIS** • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

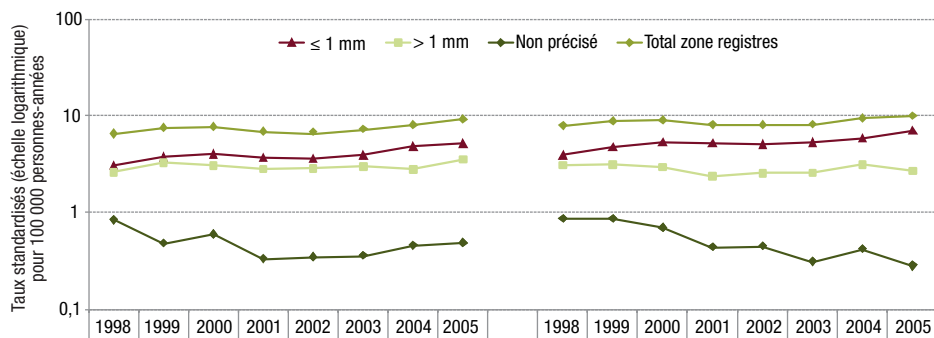
**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans les zones couvertes par un registre.

**RÉFÉRENCES** •

– Danzon A., Guizard A.-V., Binder-Foucard F., 2008, « Mélanome de la peau. Réseau français des registres de cancer », in *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*, Francim, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, Saint-Maurice.  
 – [www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations\\_cancers](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers).  
 – [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/jd/PMB\\_9607](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/jd/PMB_9607)

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.

GRAPHIQUE 3 • Incidence\* du mélanome selon le sexe et l'indice de Breslow, 1998-2005



\* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur la population mondiale.

**Champ :** Population des départements du Calvados, du Doubs, de l'Hérault, de l'Isère, de Loire-Atlantique, de la Vendée, de la Manche, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Somme et du Tarn.

**Sources :** Registres généraux de cancer.

**SOURCES** • Registres généraux de cancer du Calvados, du Doubs, de l'Hérault, de l'Isère, de Loire-Atlantique-Vendée, de la Manche, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Somme et du Tarn.

**CHAMP** • Population des départements du Calvados, du Doubs, de l'Hérault, de l'Isère, de Loire-Atlantique, de la Vendée, de la Manche, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Somme et du Tarn.

**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans les registres généraux de cancer.

**LIMITES ET BIAIS** • Non extrapolable à la France entière.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • Francim-registres et InVS.