

Détection précoce des cancers de la peau

COLLECTION
Fiches repère

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
EN DATE
DU 07 NOVEMBRE 2011

Les carcinomes cutanés, basocellulaires et épidermoïdes, représentent 90 % des cancers de la peau. Ils sont de très bon pronostic et peuvent être guéris dans la grande majorité des cas, en particulier pour les carcinomes basocellulaires qui ne métastasent jamais.

Les mélanomes cutanés sont moins fréquents et sont également de très bon pronostic lorsqu'ils sont détectés à un stade précoce, c'est-à-dire quand la tumeur n'est pas trop épaisse [indice de Breslow < 2 mm] et qu'il n'y a pas de métastase. Le traitement repose alors sur une exérèse chirurgicale. En revanche, les mélanomes cutanés diagnostiqués à un stade métastatique sont de mauvais pronostic, les taux de survie à 5 ans ne dépassant pas 20 % pour ces patients. C'est pourquoi la prévention et le diagnostic précoce du mélanome cutané sont essentiels.

ÉPIDÉMIOLOGIE

En 2009, un peu plus de 77 000 patients ont été pris en charge pour un cancer de la peau (tous types de cancers confondus) dans un établissement hospitalier de France [1]. En 2011, on estime à 9 780 le nombre de nouveaux cas de mélanome cutané [2] et à 1 620 le nombre de décès imputables à ce cancer.

Les carcinomes cutanés : les plus fréquents et les moins graves

Soixante-dix pour cent des carcinomes cutanés sont des carcinomes basocellulaires. Ce sont les moins graves dans la mesure où ils menacent rarement le pronostic vital. En effet,

leur développement, à partir de la couche basale de l'épiderme, reste local. Ils ne métastasent jamais et leur ablation complète assure donc leur guérison. Leur traitement doit néanmoins être précoce car ces tumeurs peuvent s'étendre en surface [3]. Cela peut alors rendre l'exérèse difficile et entraîner des séquelles esthétiques ou fonctionnelles.

Les carcinomes épidermoïdes sont plus rares (20 % des cancers cutanés) mais plus agressifs que les carcinomes basocellulaires. Ils se développent à partir des couches supérieures de l'épiderme et ont la capacité d'envahir les ganglions lymphatiques et de se disséminer dans d'autres organes (métastases).

Les données d'activité hospitalière permettent d'estimer à plus de 70 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année de carcinomes cutanés ce qui les ferait figurer parmi les cancers les plus fréquents. Il n'existe pas d'estimation nationale précise de leur incidence, car ils ne sont habituellement pas recensés par les registres des cancers. Deux registres départementaux, du Doubs et du Haut-Rhin, apportent néanmoins des données intéressantes et fiables.

Selon les données du registre des cancers du Doubs [4] qui recueille de manière systématique le nombre de cas de carcinomes cutanés depuis 1983, les taux d'incidence standardisés à la population mondiale des carcinomes basocellulaires et épidermoïdes ont augmenté de manière importante : entre 1983 et 2002, l'incidence a été multipliée par 2,3 chez l'homme et par 2,0 chez la femme pour les carcinomes basocellulaires et par 1,7 et 2,7 pour les carcinomes épidermoïdes respec-

TABLEAU 1. ÉVOLUTION DES TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉS À LA POPULATION MONDIALE (POUR 100 000 PERSONNES) DES CARCINOMES CUTANÉS DE 1983 À 2002 SELON LE SEXE DANS LE DOUBS

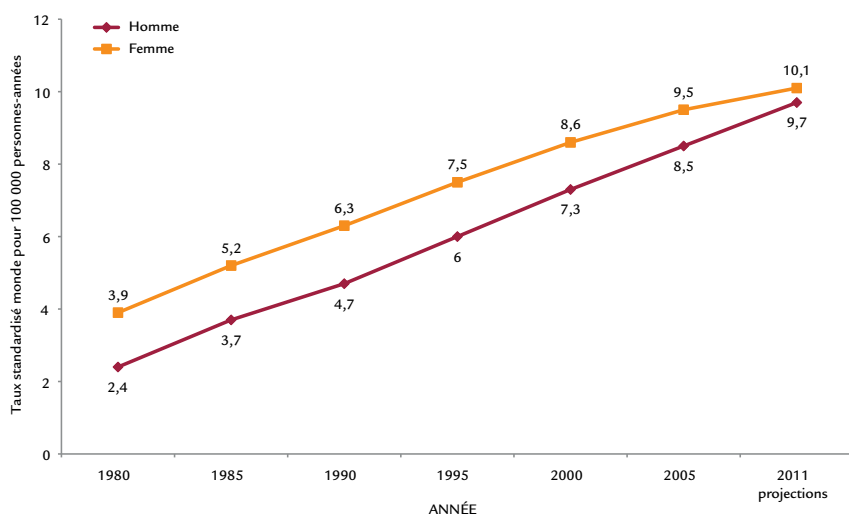
Période	Carcinomes basocellulaires		Carcinomes épidermoïdes	
	Homme	Femme	Homme	Femme
1983-1987	45,79	46,03	18,46	6,26
1988-1992	66,55	54,70	23,67	10,20
1993-1997	85,28	70,92	29,93	13,71
1998-2002	107,32	92,85	31,47	16,87

tivement (tableau 1). Les taux sont plus élevés chez l'homme en particulier pour les carcinomes épidermoïdes avec un ratio homme/femme égal à 2.

L'âge moyen au diagnostic est plus élevé, de près de 10 ans, pour les carcinomes épidermoïdes (74,4 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme) que pour les carcinomes basocellulaires (66,7 ans chez l'homme et 66,5 ans chez la femme). Les données du registre des cancers du Haut-Rhin, qui enregistre également de manière systématique les carcinomes cuta-

nés et ce depuis 1991, confirment la prédominance masculine et les tendances évolutives observées dans le Doubs. Par ailleurs, la majorité des carcinomes basocellulaires (64 % chez les hommes et 58 % chez les femmes dans le Haut-Rhin) sont diagnostiqués entre 60 et 85 ans [4].

L'augmentation régulière de la fréquence des carcinomes cutanés (basocellulaires et épidermoïdes) en France résulte de l'effet combiné du vieillissement de la population et d'une incidence croissante chez les sujets âgés [4].

FIGURE 1. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE (TAUX STANDARDISÉ MONDE ESTIMÉ) DU MÉLANOME CUTANÉ DE 1980 À 2005 SELON LE SEXE. PROJECTION POUR L'ANNÉE 2011


Sources: période 1980-1985 [Belot A, 2008] ; période 1990 - 2011 [HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011]
Traitement : INCa 2011

Le mélanome cutané : plus rare mais aussi plus grave que les autres cancers de la peau

L'incidence

Avec 9 780 nouveaux cas estimés en 2011 (4 680 cas chez l'homme et 5 100 cas chez la femme), le mélanome cutané se situe au 9^{ème} rang des cancers tous sexes confondus et représente 2,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers. Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 9,7 pour 100 000 hommes et 10,1 pour 100 000 femmes en 2011.

Près des trois quarts des cas sont diagnostiqués au-delà de 49 ans. En 2005, l'âge moyen au diagnostic est estimé à 60 ans chez l'homme et 58 ans chez la femme.

Le mélanome cutané est une des tumeurs dont le nombre de nouveaux cas a le plus augmenté

ces dernières années puisqu'il a plus que triplé entre 1980 et 2005. Ceci s'expliquerait par l'évolution des habitudes d'exposition au soleil au cours des quarante dernières années [5].

Chez l'homme comme chez la femme, le taux d'incidence (standardisé monde) du mélanome cutané a augmenté de manière notable entre 1980 et 2005 passant de 2,4 à 8,5 pour 100 000 hommes et de 3,9 à 9,5 pour 100 000 femmes.

La mortalité

Avec 1 620 décès estimés en 2011 (900 décès chez l'homme et 720 décès chez la femme), le mélanome cutané se situe au 16^{ème} rang des décès par cancers et représente 1,1 % de l'ensemble des décès par cancer [5].

Chez l'homme, le taux de mortalité observée (standardisé monde) liée au mélanome cutané a augmenté passant de 1,1 à 1,7 pour 100 000 entre les périodes 1984-1988 et 2004-2008. Toutefois, la croissance s'est ralentie à partir de la période 1994-1998.

Chez la femme, le taux de mortalité observée (standardisé monde) a également augmenté entre les périodes 1984-1988

et 1994-1998 passant de 0,9 à 1,1 pour 100 000 puis s'est stabilisé ensuite [5].

Le mélanome cutané est un des rares cancers dont le taux d'incidence est plus élevé chez la femme. Le taux de mortalité est cependant plus faible chez la femme que chez l'homme. Les tendances plutôt positives d'évolution de la mortalité sur les années récentes, notamment chez la femme et qui demandent à être confirmées, pourraient être en partie liées aux effets de la détection précoce qui conduit plus souvent à un diagnostic du mélanome à un stade curable [6]. Il est trop tôt pour observer les effets des actions récentes de prévention primaire (prévention de l'exposition aux ultraviolets (UV) naturels et artificiels, principal facteur de risque environnemental du mélanome) et secondaire (repérages précoces). Leur impact, différent, semble se confirmer d'après les tendances observées dans les pays à forte incidence comme ceux d'Europe du Nord [7][8].

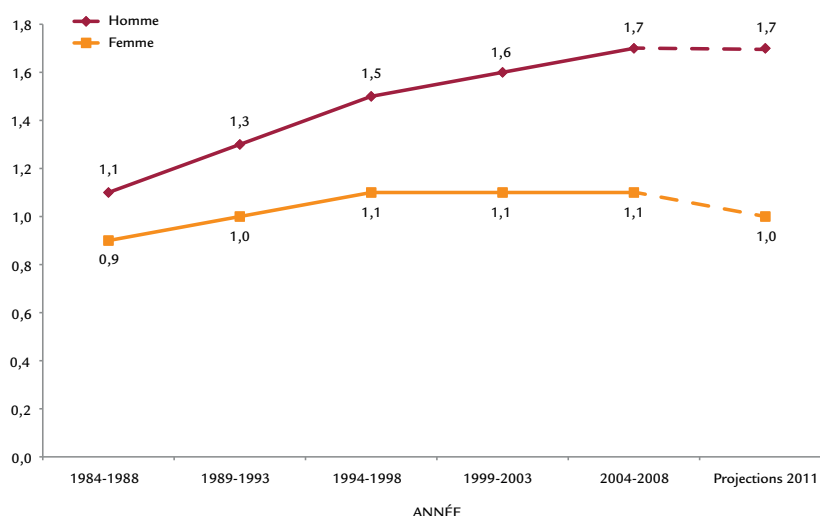
La survie

Le mélanome est un cancer dit « de bon pronostic » lorsqu'il est détecté à un stade précoce. Selon les données des registres du réseau Francim, les taux de survie relative à 1 et 5 ans des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997 sont respectivement de 96 % et 87 % [9]. Le taux de survie varie en fonction de l'âge. Le taux de survie relative à 5 ans passe de 90 % chez les 15-45 ans à 71 % chez les 75 ans et plus.

La survie varie également en fonction du stade au diagnostic. Selon les données américaines qui publient des données de survie selon le stade évolutif, le taux de survie relative à 5 ans est de 98 % au stade localisé (stades I et II), de 62 % avec une extension régionale (stade III) et de 15 % au stade avec des métastases à distance [10].

Parmi les formes localisées à la peau, le pronostic dépend essentiellement de l'épaisseur de la tumeur mesurée lors de l'examen histologique (indice de Breslow). L'augmentation de l'incidence des mélanomes est essentiellement liée à celle des formes à extension superficielle,

FIGURE 2. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ OBSERVÉE (TAUX STANDARDISÉ MONDE) PAR MÉLANOME CUTANÉ SELON LE SEXE DE 1984-88 À 2004-08. PROJECTIONS 2011



Sources: [InVS/CépiDc Inserm 2011] [HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011]
Traitement : INCa 2011

tumeurs présentant des risques faibles de métastases. S'ils sont diagnostiqués précocement alors que l'épaisseur est encore faible, la survie est excellente. Mais si le diagnostic tarde, ils peuvent devenir nodulaires, s'épaissir et devenir métastatiques. Ces formes peu invasives sont donc la cible privilégiée des campagnes de détection précoce [9].

En termes de comparaisons européennes et internationales¹, les taux d'incidence les plus élevés du mélanome concernent les populations habitant en Europe du Nord : Norvège, Suède, Danemark. Les taux les plus faibles s'observent au sud de l'Europe : Portugal, Grèce, Chypre et en Europe de l'Est : Roumanie, Bulgarie. La France, la Belgique et le Royaume-Uni ont des taux intermédiaires. Ces différences peuvent s'expliquer par la combinaison de plusieurs facteurs :

- le phénotype cutané des populations de l'Europe du Nord différent du phénotype cutané méditerranéen ;
- les comportements à risques liés aux modalités d'exposition aux UV (comportement des populations du Nord de l'Europe qui recherchent de plus en plus le soleil dans le Sud de l'Europe, heures d'exposition au soleil, fréquentation accrue des cabines à UV).

La mortalité, sujette à de moindres variations d'un pays à l'autre, suit la même logique nord-sud. On observe une décroissance du Breslow moyen dans tous les pays (Europe, États-Unis, Australie) [11].

FACTEURS DE RISQUES ET POPULATIONS À RISQUES

Le soleil participe à notre bien-être physique et moral et est indispensable à la vie et à la santé. Il favorise la fabrication de la vitamine D qui aide la fixation du calcium dans l'os. Mais quelques minutes par jour suffisent à profiter de ses bienfaits. Au-delà, il favorise à long terme l'apparition de cancers de la peau [12][13] en provoquant des mutations somatiques dans les noyaux des cellules.

Le risque est lié aux rayons ultraviolets solaires ou artificiels

Les trois types de rayonnements ultraviolets (UVA, UVB, UVC) [14] se distinguent par leur intensité, leur longueur d'onde et leur capacité à pénétrer la peau plus ou moins profondément.

Les UVA sont beaucoup moins filtrés par la peau, mais aussi par des matériaux comme le verre : ils représentent 98 % des UV solaires parvenant à la surface de la terre. Ils pénètrent jusqu'au derme.

Les UVB sont filtrés à 99 % par l'atmosphère et ne représentent que 1 à 5 % des UV atteignant la surface de la terre. Par définition, ils sont arrêtés par le verre. La couche superficielle de la peau (épiderme) les arrête également. Cependant, leur intensité augmente d'autant plus que l'on monte en altitude ou que l'on va vers l'Équateur.

Les UVC sont les plus énergétiques mais sont totalement filtrés par la couche d'ozone [15] de l'atmosphère.

L'exposition aux rayonnements ultraviolets (UV) est le principal facteur de risque de développement des cancers de la peau. Il est nécessaire d'adopter des attitudes de prévention solaire adaptées à l'intensité du rayonnement UV subit (montagne, vacances sous les tropiques...).

Les études récentes montrent que les rayons UVB, mais aussi les UVA, moins énergétiques, augmentent le risque de cancers cutanés. Depuis 2009, la pratique du bronzage en cabine UV (rayonnement délivré enrichi en UVA et pauvre en UVB) est reconnue comme cancérigène et est fortement déconseillée [12][13].

1. Observatoire européen du cancer : <http://eu-cancer.iarc.fr>

Le risque de mélanome est majoré par des facteurs individuels constitutifs







Plusieurs facteurs permettent de définir les sujets à risque [16] :

● le phototype et les caractéristiques physiques (phénotype) de la personne²

Les phototypes 1 et 2, davantage à risque de cancers cutanés, caractérisent des personnes dont la sensibilité au soleil se traduit par des coups de soleil constants, jamais suivis de pigmentation ; une couleur des cheveux roux ou blonds ; une couleur de peau claire ; les yeux clairs.

Toutefois une peau foncée reste sensible aux effets nocifs du rayonnement UV, même si elle fabrique davantage de pigments protecteurs (mélanine),

- un nombre de naevus atypique supérieur ou égal à 2. Un naevus atypique³ est une composante maculeuse sur au moins une zone. Trois des critères suivants doivent être présents : bordures mal définies, taille (diamètre de 5 mm ou plus, polychromie, contours irréguliers, présence d'un érythème). Il s'agit d'une définition clinique qui est donnée sans préjuger de l'aspect histologique,
- un nombre de lésions mélanocytaires (naevus commun ou grain de beauté) supérieure à 40 ;
- des éphélides (taches de rousseur) nombreuses ;
- un naevus congénital géant (supérieur à 20 cm).

CLASSIFICATION		
	CARACTÉRISTIQUES	RÉACTION AU SOLEIL
 Phototype 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau très blanche ● Cheveux roux ou blonds ● Yeux bleus/verts ● Souvent des taches de rousseur 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil systématiques ● Ne bronze jamais, rougit toujours
 Phototype 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau claire ● Cheveux blonds-roux à châtain ● Yeux clairs à bruns ● Parfois apparition de taches de rousseur 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil fréquents ● Bronze à peine ou très lentement
 Phototype 3	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau intermédiaire ● Cheveux châtain à bruns ● Yeux bruns 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil occasionnels ● Bronze graduellement
 Phototype 4	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau mate ● Cheveux bruns/noirs ● Yeux bruns/noirs 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses ● Bronze bien
 Phototype 5	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau brun foncé ● Cheveux noirs ● Yeux noirs 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil rares ● Bronze beaucoup
 Phototype 6	<ul style="list-style-type: none"> ● Peau noire ● Cheveux noirs ● Yeux noirs 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coups de soleil très exceptionnels

Source : Vigie Cancer, votre peau est en danger (Réseau Mélanome Ouest)

2. Le phototype permet de classer les individus selon la réaction de leur peau lors d'une exposition solaire. Le phénotype est l'état d'un caractère observable.

3. Définition IARC

Les antécédents personnels et familiaux sont à prendre en compte également dans l'identification des personnes à risque :

- antécédents personnels de mélanome, ou antécédents personnels de cancer cutané ;
- antécédents de brûlures solaires (coup de soleil avec la peau qui pèle), et antécédents de cicatrices dépigmentées chez le sujet à peau de couleur noire ;
- antécédents familiaux au premier degré (père, mère, fratrie) de mélanome cutané, ou antécédents familiaux de cancer cutané.

Les antécédents familiaux de mélanome sont définis par l'existence d'un mélanome chez :

- soit 2 membres de la parenté du 1^{er} degré ;
- soit 3 membres de la famille.

Le risque relatif moyen de développer un mélanome chez un sujet ayant des antécédents familiaux de mélanome a été estimé entre 1,7 [17] et 2,5 [18].

Ce risque varie avec le lien de parenté et le nombre de personnes de la famille ayant eu un mélanome [19].

D'autres facteurs sont également à prendre en compte pour identifier les sujets à risque :

- deux gènes de prédisposition au mélanome ont été identifiés CDKN2 situé sur le chromosome 9 et CDK4 situé sur le chromosome 12 ; des recherches sont en cours sur le récepteur de la mélanocortine MCR1 ;
- toutes les immunodépessions, qu'elles soient constitutionnelles ou acquises (médicamenteuses), constituent un facteur de risque. Parmi elles, les patients transplantés doivent avoir un suivi dermatologique pluriannuel et faire l'objet d'une prévention solaire très stricte ;
- certaines maladies génétiques rares favorisent l'apparition des cancers comme l'albinisme, le Xeroderma pigmentosum (déficit de réparation de l'ADN) ou bien encore la naevomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin⁴ [20] (souvent révélé par des kystes mandibulaires).

Les comportements suivants augmentent le risque de cancer cutané : les bains de soleil répétés, les activités de loisir prolongées en plein soleil, les métiers exposant de manière continue au soleil, les séjours prolongés et/ou réguliers sous les tropiques ou bien encore l'usage de cabines délivrant des UV artificiels. Le risque relatif⁵ est significativement plus élevé

dans les populations à fort pourcentage de sujets blonds (pays situés dans les latitudes hautes) [21].

Les personnes fréquentant les cabines UV ont une augmentation de risque de mélanome de la peau (RR de 1,15 avec IC 95% : 1,00-1,31) avec un risque qui apparaît plus fort lorsque la première exposition a lieu avant 35 ans (RR de 1,75 avec IC 95 % : 1,35-2,26) [14].

Les autres cancers cutanés

Les **carcinomes basocellulaires** surviennent généralement sur peau saine, sur des zones découvertes du corps (tête et cou) et après 50 ans. Ils trouvent le plus souvent leur origine dans une exposition au soleil intense et/ou chronique au cours de la vie.

Certaines lésions comme les kératoses actiniques sont des précurseurs potentiels de **carcinomes épidermoïdes**. Ils peuvent apparaître sur des cicatrices de brûlure ou de plaies chroniques. On les rencontre le plus souvent, mais non exclusivement, chez les personnes à peaux héliodermiques (dont le travail les expose chroniquement aux rayons du soleil : travailleurs agricoles ou du bâtiment, marins, montagnards...). Ils se voient généralement dans des populations plus âgées que pour les carcinomes basocellulaires.

L'immunodépersion (médicamenteuse, notamment chez les personnes greffées ou certaines maladies telle que la leucémie lymphoïde chronique) favorise l'apparition de carcinomes épidermoïdes.

Risques professionnels de cancers cutanés

Pour les mélanomes et les carcinomes :

- les UV (métiers exposant de manière prolongée au soleil (marins, agriculteurs, BTP, moniteurs de ski, etc. ; soudeurs à l'arc, photopolymérisation (imprimerie, plasturgie, etc.).

Pour les carcinomes [22] :

- les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) que l'on trouve dans les produits noirs dérivés de la houille (goudron) et du pétrole (bitume) ainsi que dans les suies, et dans les huiles d'usinage minérales. Les circonstances d'exposition à ces produits sont très diversifiées : fonderie d'acier, cokerie, fabrication de l'aluminium, etc. ;
- l'exposition aux rayonnements ionisants (industrie nucléaire, utilisation médicale ou industrielle des rayons X, etc.) ;
- l'arsenic, que l'on trouvait dans certains pesticides (en par-

4. Le syndrome de Gorlin est une maladie autosomique dominante caractérisée par un spectre d'anomalies du développement et une prédisposition à différents cancers.

5. Définition du risque relatif : Rapport entre le risque de survenue d'une maladie chez des individus exposés à un facteur donné, et le risque de survenue de cette maladie chez des individus non exposés.

ticulier le traitement de la vigne), le travail des peaux, la fusion du verre et des métaux non ferreux.

À NOTER : il existe des synergies entre certains de ces agents (phototoxicité HAP-UV et rayonnement ionisants-UV). Par ailleurs les cicatrices de brûlures (chimiques ou non) peuvent jouer le rôle de cofacteurs dans le développement de cancers cutanés.

Les risques de cancer liés aux UV artificiels sont avérés en 2011

Le rayonnement ultraviolet artificiel, les UVA et les UVB ont été classés en agents cancérigènes certains pour l'homme par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) en 2009 au même titre que le rayonnement solaire. Les cabines de bronzage délivrent un rayonnement très riche en UVA dont l'intensité peut être équivalente à l'intensité d'un soleil tropical. Outre le risque de cancers de la peau, la pratique du bronzage en cabine est à l'origine d'un vieillissement prématuré de la peau, et d'atteintes oculaires. Contrairement à certains messages véhiculés, le bronzage en cabine UV ne prépare pas la peau au bronzage. En effet, la coloration de la peau acquise par une exposition au rayonnement en cabine n'est que faiblement associée à un épaissement de la peau or c'est cet épaissement, induit par le soleil, qui protège la peau face aux agressions solaires ultérieures.

En conséquence, la pratique du bronzage par UV artificiels est fortement déconseillée [13][23].

LA DÉTECTION PRÉCOCE

1) Mélanome

Histoire naturelle et prise en charge

Le mélanome est une tumeur maligne qui se développe à partir de cellules pigmentaires appelées mélanocytes présentes dans la peau, l'œil, les méninges et les muqueuses. Dans la grande majorité des cas, le mélanome se situe au niveau de la peau.

Il existe deux formes histologiques principales de mélanomes cutanés :

- le mélanome à extension superficielle ou SSM (Superficial Spreading Melanoma) est le plus fréquent (70 % des cas). Son extension se fait horizontalement le long de la base de l'épiderme avant de pénétrer en profondeur dans le derme et l'hypoderme. Ainsi l'épaisseur de la tumeur (exprimée en millimètres) est un facteur pronostique important ;
- le mélanome nodulaire, plus rare, est plus agressif car son extension se fait d'emblée et rapidement en profondeur.

Lorsque le mélanome est détecté à un stade localisé à la peau, il peut la plupart du temps être guéri. Le traitement de première intention repose alors sur une exérèse chirurgicale réalisée le plus souvent sous anesthésie locale. Une immunothérapie adjuvante par interféron alpha peut être proposée pour les mélanomes dont l'épaisseur est supérieure à 1,5 mm. Elle vise à réduire le risque de récurrence [24].

En revanche, un diagnostic tardif réduit considérablement les chances de guérison, car le mélanome peut s'étendre rapidement aux relais ganglionnaires et à d'autres parties du corps par la dissémination de métastases. Des traitements complémentaires (curage ganglionnaire, immunothérapie, radiothérapie, chimiothérapie, exérèse de métastases) peuvent alors être indiqués. Malgré ces traitements, les taux de survie à 5 ans sont aux alentours de 60 % en cas d'extension ganglionnaire et ne dépassent pas 20 % pour les stades métastatiques. C'est pourquoi la prévention solaire et le diagnostic précoce du mélanome sont essentiels.

Quels sont les signes qui doivent alerter ?

Le mélanome se manifeste essentiellement de deux façons :

- soit de novo, par l'apparition d'une petite tache pigmentée sombre sur la peau saine (cas le plus fréquent) ;
- soit par la modification d'un grain de beauté (naevus pigmentaire) préexistant.

Il peut se développer n'importe où sur le corps (y compris cuir chevelu, organes génitaux, espaces interdigitaux ou orteils), assez fréquemment sur le tronc chez l'homme et sur les jambes chez la femme [25].

Le principal problème est de savoir faire la différence entre un grain de beauté et un mélanome. Pour cela, il faut :

- repérer le grain de beauté différent des autres : tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer l'attention (principe du vilain petit canard) ;
- être vigilant à tout changement : une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent alerter.

Le diagnostic clinique repose sur l'analyse de la lésion pigmentée à l'aide de la règle ABCDE, qui permet de mémoriser ces signes d'alerte. C'est également une règle simple à retenir pour l'autoexamen des personnes à risques.

- A** comme **Asymétrie** : forme non circulaire, avec deux moitiés qui ne se ressemblent pas.
- B** comme **Bords** irréguliers, encochés, polycycliques, nettement délimités par rapport à la peau environnante.
- C** comme **Couleur non homogène** : présence de plusieurs couleurs (noir, marron, rouge, blanc ou bleu).
- D** comme **Diamètre** : diamètre en augmentation, en général supérieur à 6 mm.
- E** comme **Évolution** : toute tache pigmentée qui change d'aspect rapidement (forme, taille, épaisseur, couleur) est un signe d'alerte.

La présence d'un ou plusieurs de ces critères ne signifie pas forcément que l'on a un mélanome, mais ne doit jamais être ignorée : au moindre doute, une lésion qui se modifie, une lésion

méconnue et qui ne ressemble pas aux autres, il est essentiel de demander un avis médical dans les plus brefs délais. De la même manière pour les carcinomes, si une plaie ne cicatrise pas ou si une lésion persiste. Le médecin traitant orientera vers un dermatologue les personnes « à risque » ou s'il repère une lésion suspecte au cours d'un examen [25][26][27].

Il est par ailleurs possible de bénéficier d'un dépistage gratuit à l'occasion de la journée nationale de dépistage des cancers de la peau organisée chaque année en mai par le Syndicat national des dermatologues, en partenariat avec l'Institut national du cancer (pour en savoir plus : www.syndicatdermatos.org).

L'autoexamen de la peau comme outil de repérage

Pour repérer les signes suspects dès leur apparition, il est recommandé aux personnes « à risque » de pratiquer régulièrement un autoexamen de leur peau, à l'aide des conseils de leur dermatologue.

L'autoexamen consiste à observer attentivement sa peau de la tête aux pieds, avec un miroir ou en se faisant aider par quelqu'un pour les zones difficiles. Aucune partie du corps ne doit être oubliée, y compris le cuir chevelu, le cou et les oreilles, le dos et les fesses, les organes génitaux, l'arrière des jambes et des bras, la paume et le dos des mains, les ongles, la plante des pieds et l'espace entre les orteils⁶. Un examen fait convenablement prend environ 15 minutes.

L'autoexamen est également un outil important dans le suivi des patients traités pour un mélanome. Il fait partie des objectifs de l'éducation thérapeutique au même titre que l'autodétection d'une récurrence et la photoprotection.

Une méthode de diagnostic simple et indolore

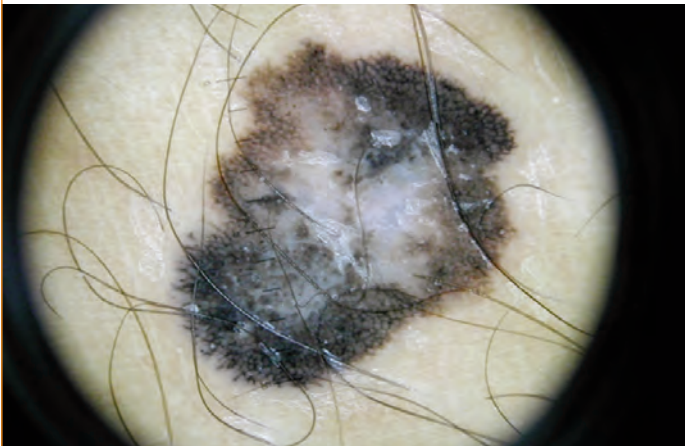
Les dermatologues la pratiquent tous les jours dans leur cabinet. Elle consiste à examiner à l'œil nu l'ensemble de la peau et à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer. Le dermatologue peut s'aider d'un dermoscope, sorte de loupe éclairante et très grossissante qui permet de voir à travers la couche superficielle de l'épiderme. La fréquence de la surveillance de sa peau doit être évaluée avec son médecin. Pour les personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque, il est généralement recommandé d'effectuer un autoexamen de sa peau une fois par trimestre et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an [25].

6. Fiche Focus de la HAS disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_696363/n2-focus?portal=c_63456

MÉLANOME CLINIQUE



MÉLANOME DERMOSCOPIE



Source : Module de formation à la détection précoce des cancers de la peau, disponible sur le site de l'INCa - <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-de-la-peau>.

2) Carcinomes basocellulaires

CARCINOME BASOCELLULAIRE TYPIQUE



Source : Module de formation à la détection précoce des cancers de la peau, disponible sur le site de l'INCa
<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-de-la-peau>.

L'aspect typique des carcinomes basocellulaires est celui d'une lésion perlée en relief de couleur rouge ou rosée souvent téléangiectasique, moins souvent d'une tache rouge ou blanche avec une bordure surélevée. Même s'ils ne métastasent pas, leur gravité liée à leur potentiel invasif local entraînant des destructions des tissus met en évidence l'intérêt d'une détection précoce.

Si le dermatologue repère une lésion pigmentée ou un grain de beauté suspect, il décide alors de le retirer sous anesthésie locale et le faire analyser. Il s'agit d'une exérèse chirurgicale de toute la lésion visible et non d'une biopsie. L'examen anatomopathologique de la lésion permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de mélanome.

3) Carcinomes épidermoïdes

Les carcinomes épidermoïdes se présentent, quant à eux, sous la forme d'une croûte qui bourgeonne et peut saigner. Une détection précoce permet un traitement chirurgical simple, généralement réalisable sous anesthésie locale et empêchant l'extension métastatique. En revanche, une prise en charge tardive peut imposer une chirurgie plus large et la nécessité d'y associer une radiothérapie et/ou une chimiothérapie. Par ailleurs, ces cancers surviennent le plus souvent sur une lésion préexistante : kératose actinique ou maladie de Bowen, elles-mêmes accessibles à un traitement local [28]. Ce traitement des lésions précurseurs prévient leur transformation en cancer. Ceci justifie, une nouvelle fois, une surveillance régulière de la peau.

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE



Source : Module de formation à la détection précoce des cancers de la peau, disponible sur le site de l'INCa
<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-de-la-peau>.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

SITES INTERNET

INCa : e-cancer.fr : Module de formation multimédia de détection précoce des cancers de la peau à destination des professionnels de santé (<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-de-la-peau>).

InVS : www.invs.sante.fr

HAS : www.has-sante.fr

SNDV : www.syndicatdermatos.org

SFD : www.sfdermato.com

LEGIFRANCE : www.legifrance.gouv.fr (Décret n°97-617 du 30 mai 1997 relatif à la vente et à la mise à disposition du public de certains appareils de bronzage utilisation des rayonnements ultraviolets).

Observatoire européen du cancer : <http://eu-cancer.iarc.fr>

RÉFÉRENCES / SOURCES

- [1] Base PMSI MCO 2009.
- [2] Hospices civils de Lyon/Institut de veille sanitaire/Institut national du cancer/Francim/Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Juillet 2011.
- [3] Anaes, Services des recommandations, Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte, 2004.
- [4] Grange F. Epidémiologie des cancers cutanés in B. Guillot. Dépistage et cancers cutanés. Collection Dépistage et cancer sous la direction de Daniel Serin. Springer-Verlag France, Paris 2008.
- [5] La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports et synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne Billancourt, octobre 2011.
- [6] BÉLOT A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS, décembre 2008.
- [7] Grange F. Epidémiologie du mélanome cutané: données descriptives en France et en Europe. Ann Dermatol Venerol 2005 ; 132 (12) : 975-982.
- [8] INCA/CépiDc Inserm/InVS/Francim. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Institut National de Cancer, novembre 2010, 67p. Disponible sur : www.e-cancer.fr
- [9] Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau Francim, édition Springer 2007.
- [10] Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER date submission, posted to the SEER web site, 2009.
- [11] Garbe C, Büttner P, Ellwanger U, Bröcker EB, Jung EG, Orfanos CE, et al. The Malignant Melanoma Central Register of the German Society of Dermatology 1983-1993. Epidemiologic developments and current therapeutic management of malignant melanoma of the skin. Hautarzt. 1995 Oct;46(10):683-92. Thörn M, Pontén F, Bergström R, Sparén P, Adami HO. Trends in tumour characteristics and survival of malignant melanoma 1960-84: a population-based study in Sweden. Br J Cancer. 1994 Oct ; 70(4):743-8. Jemal A, Devesa SS, Hartge P, Tucker MA. Recent trends in cutaneous melanoma incidence among whites in the United States. J Natl Cancer Inst. 2001 May 2;93(9):678-83. Kittler H, Binder M, Wolff K, Pehamberger H, A ten-year analysis of demographic trends for cutaneous melanoma: analysis of 2501 cases treated at the University Department of Dermatology in Vienna (1990-1999). Wien Klin Wochenschr. 2001 Apr 30;113(9):321-7. Roder DM, Luke CG, McCaul KA, Esterman AJ. Trends in prognostic factors of melanoma in South Australia, 1981-1992: implications for health promotion. Med J Aust 1995 Jan 2;162(1):25-9.
- [12] El Ghissassi F, et al, A review of human carcinogens – part D : Radiation. CIRC, Lancet Oncology Aug 2009.
- [13] Installations de bronzage par UV : Etat des lieux des connaissances sur les risques de cancers, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, avril 2010. (disponible sur le site de l'INCa, <http://www.e-cancer.fr/prevention/environnement-et-cancers/exposition-aux-rayonnements-uv>).
- [14] IARC, Exposure to artificial irradiation and skin cancer, 2006.
- [15] AFSSET, dossier Santé et environnement. Agents : Rayonnements ultraviolets, décembre 2005.
- [16] Calendrier du dépistage des cancers, destiné à l'usage des professionnels de santé, Etat des connaissances au 1er février 2008. INCa.
- [17] Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Mélanome cutané. Standards, options et recommandations. Paris : John Libbey Eurotext ; 1998.
- [18] Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : III Family history, actinic damage and phenotypic factors. Eur J Cancer 2005; 41(14) : 2040-59.
- [19] Hemminki K, Zhang H, Czene K. Familial and attributable risks in cutaneous melanoma : effects of proband and age. J Invest Dermatol 2003; 120 (2) : 217-23.
- [20] Lacombe D. Le syndrome de Gorlin, Encyclopédie Orphanet, février 1997.
- [21] 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 2005; 41(1) : 45-60.
- [22] Les maladies professionnelles, Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale. Edition INRS. 7ème édition, décembre 2008, p106.
- [23] AFSSE, AFSSAPS, InVS, Évaluation des risques liés à l'exposition aux ultraviolets, 2005.
- [24] ALD n°30 Mélanome cutané – Guide médecin. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du Cancer (INCa). Février 2008. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>.
- [25] HAS, Guide du médecin traitant, stratégie de dépistage précoce du mélanome, novembre 2006.
- [26] Delaveyne R, Le Maître M, Diagnostic précoce ou dépistage du mélanome : un choix stratégique, in B. Guillot. Dépistage et cancers cutanés. Collection Dépistage et cancer sous la direction de Daniel Serin. Springer-Verlag France, Paris 2008.
- [27] Rapport d'orientation sur les facteurs de retard au diagnostic du mélanome, HAS/INCa, octobre 2011 (disponible sur les sites internet de l'INCa (www.e-cancer.fr) et de la HAS (www.has-sante.fr)).
- [28] Carcinome épidermoïde cutané : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Société Française de Dermatologie (SFD). Mai 2009. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>.

Coordination de la fiche repère « Détection précoce des cancers de la peau » :

- Arnaud Porte, direction de la Santé publique, département Dépistage, INCa
- Dr Jérôme Viguier, direction de la Santé publique, département Dépistage, INCa

Relecteurs :

- Dr Michel Le Maître, dermatologue
- Dr Roselyne Delaveyne, service Évaluation économique et Santé publique, HAS
- Nicole Cerf, direction de la Santé publique, département Observation Veille Documentation, INCa
- Isabelle Tordjman, Julie Gaillot, Claire Chauvet, Direction de la Santé Publique, département Prévention, INCa



Mesure 17 : assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.

Action 17.2 : améliorer la détection précoce des cancers de la peau.