

Comment améliorer le diagnostic précoce des mélanomes ?

PREAMBULE

La région des Pays de la Loire est une des régions de France où l'incidence du mélanome est la plus élevée avec 11,4 /100 000 habitants.

Le mélanome, plus rare que les carcinomes cutanés, est le plus grave des cancers de la peau du fait de son « haut potentiel métastatique ». En France en 2017, on estime qu'il a touché 15 404 personnes et causé 1 783 décès.

Seul le diagnostic à un stade précoce peut permettre de diminuer la mortalité. Dépisté au stade intra épidermique le taux de guérison du mélanome est supérieur à 95%, alors qu'en cas de lésion plus avancée, le pronostic est nettement plus sombre (survie à 5 ans inférieure à 12 % au stade métastatique).

La méthode de dépistage du mélanome reste l'examen cutané complet pour identifier des lésions cutanées suspectes (score ABCDE). Les données actuelles sont insuffisantes pour recommander un dépistage de masse.

Le généraliste se sent peu concerné par ce dépistage : la faible incidence du mélanome, le caractère chronophage d'un examen cutané complet...une délégation « implicite » aux dermatologues.

Comment améliorer le dépistage précoce en soins primaire ?

POINTS CLES ET RESSOURCES DOCUMENTAIRES

1/- Sensibiliser les patients aux facteurs de risque de ces cancers

Education des patients, en particulier sur :

- Les **conseils de protection solaire**. Les enquêtes grand public montrent que les français connaissent les risques de cancers cutanés induits par le soleil mais sans que cela modifie beaucoup leurs habitudes solaires, malgré les campagnes de sensibilisation.
Les 3 points clé à rappeler régulièrement :
 - Eviter les rayons solaires entre 12 H et 16H, même avec une crème solaire.
 - Ne pas exposer les jeunes enfants au soleil.
 - Rappeler que la meilleure protection solaire reste le tee-shirt et le chapeau. Pour les zones qui ne peuvent être protégées par un vêtement il convient d'utiliser une crème solaire UVA et B avec un indice minimal de protection vis à vis des UVB d'au moins 30, et de la renouveler tous les 2 heures.
- **L'apprentissage de l'auto examen de la peau**

Pour en savoir plus :

- *Recommandations de l'afssaps sur la protection solaire.*

<https://www.reseau-melanome-ouest.com/upload/fichier/fichiers/recommandations%20AFSSAPS.pdf>

- *Guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches*

https://www.reseau-melanome-ouest.com/upload/fichier/fichiers/Guide_melanome.pdf

- *Brochure grand public : Apprendre à surveiller sa peau. Inca.2016.*

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Detection-du-melanome-Apprendre-a-surveiller-sa-peau>

- *Recommandations de bon usage des produits de protection solaire. Ansm*

<https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Points-presse/L-Afssaps-met-en-ligne-des-recommandations-de-bon-usage-des-produits-de-protection-solaire-Communiqué-de-presse>

2/- Dépistage précoce du mélanome ;

Les facteurs de risque qui favorisent le développement du mélanome

- Le phototype : Les sujets de phototype I ou II (peau claire, yeux clairs, cheveux blonds ou roux, taches de rousseur). Le risque est multiplié par 2,25 pour le phototype I et par 1,99 pour le phototype II ;
- Les nævi (grains de beauté) préexistants : un nombre important (> à 40) représente un sur risque de mélanome, en particulier si ces nævi ont des atypies cliniques. Les nævi les plus à risque de se transformer sont les nævi congénitaux de taille supérieure à 5 cm. Ce risque est évalué entre 5 et 10%. La fréquence de transformation en mélanome malin des nævi congénitaux de petite taille est inconnue à ce jour.
- L'exposition solaire (ou aux UV artificiels) : surtout les coups de soleil sévères (phlyctènes). Ils multiplient le risque de mélanome cutané par 2.
- Les facteurs génétiques : antécédents personnels ou familiaux (au moins 2 mélanomes sur 3 générations) de mélanome. Plusieurs gènes sont vraisemblablement incriminés.
- L'immunodépression : Un taux accru de mélanomes a été mis en évidence chez les patients immunodéprimés (greffés rénaux, lymphomes, chimiothérapie). Ces patients doivent être surveillés de façon régulière en particulier s'ils ont de nombreux grains de beauté.

Identifier les « sujets à risque » de mélanome ;

Des études épidémiologiques ont montré que l'incidence du mélanome est plus élevée chez les patients ayant un ou plusieurs facteurs de risque. Plusieurs agences mondiales de santé publique (US Preventive Task Force, HAS 2012), recommandent une stratégie de dépistage ciblé dans cette population (environ 1/3 de la population).

Cette stratégie de dépistage ciblé peut être une alternative pertinente pour améliorer le diagnostic précoce des mélanomes en soins primaires. Elle devrait permettre de sensibiliser les médecins et les patients.

L'étude prospective COPARIME (**CO**horte de **PA**tients à **RI**sque de **ME**lanome), réalisée en Pays de Loire, a évalué et prouvé l'efficacité d'un dépistage ciblé sur une population à risque défini par l'échelle SAMscore

L'échelle « SAMScore », permet d'évaluer en quelques minutes le score de risque de mélanome du patient. Ce test peut être utilisé en ligne [Accéder au test](#). Il peut être renseigné par le patient (auto questionnaire) mais doit être validé par le médecin.



Self Assessment Melanoma risk Score

SAMScore

Quel est votre âge ?

1. Avez-vous des tâches de rousseur ? oui non

2. Combien de grains de beauté avez-vous approximativement sur l'ensemble des 2 bras (bras et avant bras) ? plus de 20 moins de 20

3. Dans quel « groupe » vous classeriez-vous ?
 - Phototype I : peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.
 - Phototype II: peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.
 - Phototype III : peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.
 - Phototype IV : peau mate, cheveux foncés, yeux foncés
 - Phototype V: peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs
 - Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs

4. Au cours de votre enfance ou votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires) ? oui non

5. Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, Dom-Tom, Sud des USA, Australie...) ? oui non

6. Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ? oui non

7. Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t-il déjà eu un mélanome ?
 oui non ne sais pas

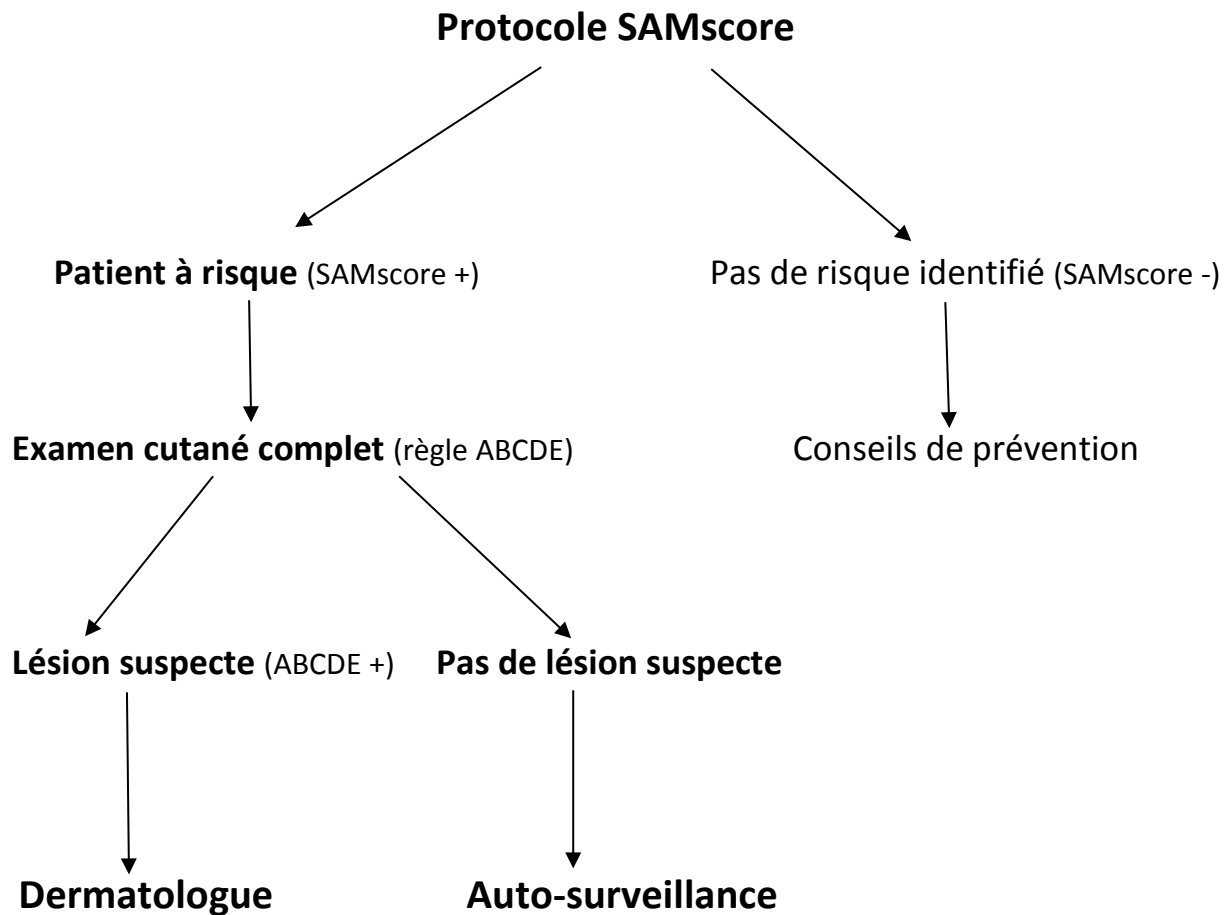
Le patient est à risque élevé (SAMScore positif) si **il est dans au moins une de ces 3 situations** :

1/ Il a répondu OUI à au moins 3 des 7 questions

2/ Il a moins de 60 ans et plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des 2 bras (du poignet à l'épaule).

3/ Il a plus de 60 ans et des taches de rousseur (éphélides).

Le protocole « SAMscore consiste à réaliser un examen cutané complet aux patients identifiés « à risque » et de demander un avis dermatologique en cas de lésion(s) suspecte.



Pour en savoir plus :

- *Le mélanome de la peau : points clés. Inca.2016*

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Melanome-de-la-peau/Points-cles>

- *Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ».* HAS.2012 ; [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane)

[sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane)

Mélanome .Guide du médecin traitant. ALD. HAS. 2012 [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf)

- *Quereux G, Nguyen JM, Volteau C, Lequeux Y, Dreno B (2010). Creation and test of a questionnaire*

for self-assessment of melanoma risk factors. Eur J Cancer Prev 19:48–54. [https://www.reseau-](https://www.reseau-melanome-ouest.com/elearning/WEB_DERMATO/SCO_0002/course/SAM%20score.pdf)
[melanome-ouest.com/elearning/WEB_DERMATO/SCO_0002/ course/SAM%20score.pdf](https://www.reseau-melanome-ouest.com/elearning/WEB_DERMATO/SCO_0002/course/SAM%20score.pdf)



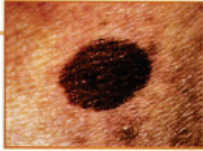
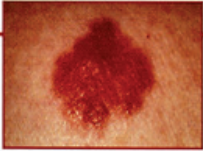

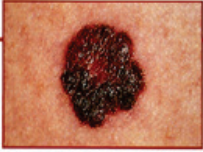

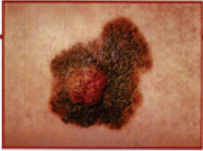
4/- Savoir reconnaître une lésion suspecte ;

L'ensemble du revêtement cutané doit être examiné, sans oublier les plis, les espaces interdigitaux et les organes génitaux. Le mélanome peut se situer n'importe où sur le corps (souvent en peau saine), y compris sur le cuir chevelu.

On ne peut connaître le stade de gravité du mélanome sur le seul aspect clinique (aucune corrélation avec l'indice de Breslow). L'indice de **Breslow** qui correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur, exprimé en millimètres est le principal marqueur pronostic dans le mélanome.

La règle **ABCDE** est la méthode de référence en France. Sa sensibilité est de 70% (probabilité d'avoir un test positif quand on est malade), 90% pour la dermoscopie). Sa spécificité est de 80% (probabilité d'avoir un test négatif quand on n'est pas malade), elle est la même que la dermoscopie.

Pour vous aider à surveiller vos grains de beauté, suivez la règle ABCDE

	<i>Naevus bénin</i> ↓	<i>Mélanome</i> ↓	
A, comme ... Les taches pigmentées et les grains de beauté sont plutôt ronds et symétriques			... ASYMETRIE La plupart des mélanomes débutants sont asymétriques
B, comme ... Les grains de beauté ont un contour régulier, harmonieux et géométrique			... BORDS Les bords des mélanomes débutants sont souvent irréguliers et festonnés
C, comme ... Les taches pigmentées et les grains de beauté sont d'un brun homogène, clair ou foncé			... COULEUR Une modification non homogène de couleur est suspecte d'une apparition de mélanome
D, comme ... Les grains de beauté sont de petite taille (<6 mm)			... DIAMETRE Les mélanomes ont en général un diamètre supérieur à 6 mm
E, comme ...	<p>Si vous pensez qu'un de vos grains de beauté a changé d'aspect, qu'il a évolué, en taille, en couleur, en épaisseur, il s'agit d'un motif important pour consulter rapidement votre médecin.</p>		... EVOLUTIVITE

On soupçonne un mélanome devant une lésion pigmentée qui a un ou plusieurs des critères ABCDE modifiés, ou tout autre signe cutané anormal (saignement sans traumatisme, gonflement, rougeur, durcissement, démangeaison...).
La précocité du traitement est essentielle pour la guérison.

La probabilité du diagnostic de mélanome augmente avec le score. Un score à 0 permet d'écartier cette éventualité avec un risque d'erreur très faible. Un score à 5 rend le diagnostic quasi certain. **Attention aux lésions de petite taille.** L'identification d'un mélanome par l'examen clinique reste difficile pour des lésions de petite taille (< 6 mm) et pour les formes nodulaires (évolution d'emblée en profondeur).

Le critère « E » est le plus pertinent. D'où l'intérêt de noter dans le dossier la taille des lésions suspectes et de réaliser une photo.

L'apparition d'une nouvelle tâche brune, doit être considérée comme suspect si elle est différente des autres nævus, dans sa forme, sa couleur ou son épaisseur (le « vilain petit canard »).

Pour en savoir plus :

-Mélanome cutané : le détection précoce est essentielle. HAS.2020 https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974838/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle

- Signe de mélanome : connaître le score ABCDE. La Revue Prescrire. **2017** ;37 ;409 ;

- Réseau Mélanome Ouest <https://www.reseau-melanome-ouest.com/>

- Aide pour votre pratique du dépistage des cancers cutanés

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Aide-pour-votre-pratique>

La **dermoscopie** est plus performante que l'inspection visuelle d'une lésion cutanée suspecte, particulièrement dans les mains d'utilisateurs expérimentés. Les données en faveur de son utilisation en contexte de soins primaires sont limitées. Des données fiables comparant différentes approches de l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires / soins spécialisés font défaut. De plus la multitude de logiciels sur le marché ne favorise pas une évaluation commune.

Pour en savoir plus :

- Quel est le degré d'exactitude de la dermoscopie, par rapport à l'inspection visuelle de la peau pour diagnostiquer le cancer de la peau (mélanome) chez les adultes ? *Cochrane Database Syst Rev.* **2018.**

<https://www.cochrane.org/fr/CD011902/quel-est-le-degre-dexactitude-de-la-dermoscopie-par-rapport-linspection-visuelle-de-la-peau-pour>

5/- Optimiser le parcours de soins de ces patients par une meilleure coordination généralistes / dermatologues.

Cette stratégie ne peut être pertinente que si le parcours de soins généralistes / dermatologues est optimisé pour ces patients « à risque ».

Toute lésion cliniquement suspecte nécessite une confirmation histologique. Il convient alors d'adresser le patient à un dermatologue pour qu'il réalise une exérèse complète de la lésion. La biopsie est à proscrire, à l'exception de cas très particuliers où en raison de la localisation ou de la taille de la lésion une exérèse est difficile.

Le repérage précoce de lésions cutanées suspectes dépend de l'accès « rapide » au dermatologue. La coordination du parcours de soins par le médecin traitant doit permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Pour en savoir plus :

-Facteurs de retard au diagnostic du mélanome. *Rapport HAS.* 2012

<file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Rapport-d-orientation-Facteurs-retard-diagnostic-melanome-cutane.pdf>

- Protocole de coopération entre professionnels de santé. *Guide méthodologique.* HAS.sept. 2014

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

- Coopération entre professionnels de santé *Mode d'emploi.* HAS. Avril 2012

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf

LES CANCERS DE LA PEAU NON-MELANOME

Les lésions précancéreuses de la peau :

> La kératose actinique (*kératose solaire ou kératose sénile*)

> La maladie de Bowen.

Ces deux types de lésions précancéreuses de la peau peuvent dégénérer en carcinome spinocellulaire.

Les carcinomes cutanés

15 à 20 fois plus fréquents que les mélanomes. Ils représentent 90% des cancers de la peau. Ils surviennent souvent après l'âge de 50 ans, habituellement sur les parties découvertes du corps. De manière générale, ils prennent **l'aspect d'une plaie qui ne cicatrise pas, ou d'un bouton ou d'une croûte qui persiste et se modifie.**

Ils se développent dans les cellules de l'épiderme, soit :

- au niveau de la couche basale, on parle de carcinome basocellulaire cutané (CBC),
- au niveau des couches supérieures, on parle de carcinome épidermoïde cutané (CEC) ou spinocellulaire.

- Les carcinomes basocellulaires :

Les plus fréquents mais les moins graves car leur développement reste local (ne métastasent pas). L'ablation chirurgicale complète en assure la guérison. Le danger de ces cancers est lié à leur extension en surface, qui peut en rendre l'exérèse difficile et entraîner des séquelles esthétiques et/ou fonctionnelles. Le traitement doit donc en être précoce.

- Les carcinomes épidermoïdes (carcinomes spinocellulaires) :

Ils sont plus rares 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 métastaser.

Une détection précoce permet un traitement chirurgical. En revanche, une prise en charge tardive peut imposer une chirurgie lourde parfois mutilante. L'évolution est péjorative au stade métastatique.

Ils peuvent apparaître sur des cicatrices de brûlures ou de plaies chroniques. On les rencontre le plus souvent chez les personnes exposées de façon chronique aux rayons du soleil (travailleurs agricoles ou du bâtiment, marins...). L'immunodépression en favorise également la survenue.

Les principaux facteurs de risque sont les mêmes que pour le mélanome, en particulier :

- Un facteur intrinsèque : le **phénotype cutané**.
- Les facteurs extrinsèques : le principal est **l'exposition aux rayonnements UV**. Les autres facteurs de risques extrinsèques sont les agents cancérogènes. Les principaux avec des **données suffisantes** chez l'homme : arsenic et ses composés inorganiques ; azathioprine ; brais de goudron de houille ; cyclosporine ; goudron de houille ; huiles minérales (peu ou non raffinées) ; huiles de schistes ; méthoxsalène + UVA ; rayons X ; suie.

D'autres types de cancers de la peau existent et représentent moins d'1% des cancers de la peau : carcinome de cellules de Merkel, sarcome de Kaposi, lymphome cutané.

Pour en savoir plus :

- Les cancers de la peau non mélanome. Ligue cancer 2009 ;

<https://boutique.liguecancer.ch/files/klis/webshop/PDFs/francais/les-cancers-de-la-peau-non-melanome-021084012111.pdf>

- *Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. SFD 2009*

<https://onconormandie.fr/wp-content/uploads/2017/10/Carcinome-%C3%A9pidermoïde-cutané-%C3%A9synthese.pdf>