

Dépister les cancers cutanés

Les médecins généralistes ont un rôle important, en partenariat avec les dermatologues, dans le dépistage des cancers cutanés. Ils sont majoritairement de bon pronostic lorsqu'ils sont pris en charge tôt.

L'incidence des cancers cutanés ne cesse de croître. Le dépistage est essentiel, en particulier pour le mélanome, de très bon pronostic lorsqu'il est détecté tôt. « De 80 à 85 % des mélanomes tous stades confondus ne récidivent pas s'ils sont pris en charge précocement, rappelle la Pr Gaëlle Quereux, présidente de la Société française de dermatologie. Il ne faut donc pas les diaboliser, afin d'éviter que les patients ne retardent une consultation par crainte du diagnostic. »

« Il est également important de repérer, parmi ses patients, ceux qui sont les plus à risque de cancer cutané et qui doivent être plus particulièrement surveillés », prévient la spécialiste. Il s'agit en particulier des phototypes clairs, de l'exposition solaire chronique ou intermittente de loisirs, d'antécédents de coups de soleil dans l'enfance, notamment ayant donné lieu à des bulles, d'antécédents personnels et familiaux de mélanome, de la présence de nombreux de nævus, classiquement plus de 50.

Lésions à reconnaître

Les carcinomes basocellulaires (fig. 1) prennent la forme de lésions perlées, fermes, translucides, avec souvent des télangiectasies, survenant majoritairement sur des zones chroniquement photoexposées (visage, décolleté, dos des mains). Les carcinomes épidermoïdes (fig. 2), lésions fixes, bourgeonnantes, saignantes, surviennent aussi essentiellement sur des zones photoexposées, volontiers sur des lésions préexistantes de kératose actinique (fig. 3), lésions érythémateuses, croûteuses, qui ont tendance à aller et venir.

Ces lésions précancéreuses sont traitées soit par cryothérapie soit par une chimiothérapie locale (5 FU en topique), appliquée non plus sur les seules lésions visibles mais sur l'ensemble de la zone à risque ou le champ de cancérisation : cuir chevelu, front, tempes, oreilles, nez, dos des mains. Le topique est utilisé à raison d'une à deux applications par jour pendant un à deux mois, en dehors des périodes de fort ensoleillement, et peut être renouvelé tous les ans.

Le dépistage du mélanome (fig. 4-5) se fonde de façon générale sur deux règles : celle du vilain petit canard (nævus qui ne ressemble pas aux autres chez un patient donné) et la règle ABCDE (Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre souvent supérieur à 6 mm, et Évolution). Attention, ces critères peuvent être mis en défaut.

« Le recours à la dermoscopie est très utile pour analyser les lésions pigmentées, mais, si

on veut être efficace, il faut être formé », souligne la Pr Quereux. En l'absence de formation, ses performances (sensibilité et spécificité) sont moindres que celles de la clinique. De nombreux instituts de formation sont à la disposition des praticiens, qui peuvent également accéder à un diplôme universitaire de dermoscopie optique et digitale.

Des progrès majeurs dans les mélanomes avancés

Toute suspicion de mélanome fait adresser le patient en urgence chez un dermatologue. Le risque de récurrence dépend essentiellement de l'épaisseur maximale de la tumeur exprimée en millimètres, ou indice de Breslow.

La prise en charge des mélanomes métastatiques a été révolutionnée grâce au recours aux thérapies ciblées (anti-Braf, anti-MEK) et à l'immunothérapie (anti-PD1 et anti-CTLA-4). Ces nouveaux traitements sont désormais utilisés de plus en plus tôt, dans les mélanomes de stade III en traitement adjuvant, pour réduire le risque d'évolution métastatique.

Dr Isabelle Hoppenot

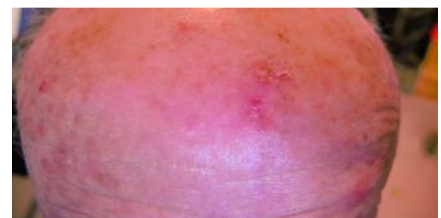
Entretien avec la Pr Gaëlle Quereux (Nantes)



1. Carcinome basocellulaire



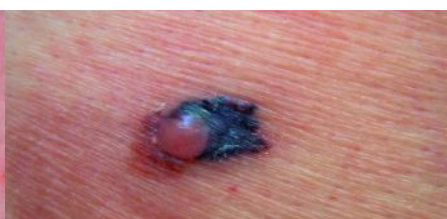
2. Carcinome épidermoïde



3. Kératose actinique



4. Mélanome de type SSM (extension superficielle)



5. Mélanome nodulaire achromique

PHOTOS: DR