

Prise en charge des cancers cutanés non-mélanome par le médecin généraliste

Management of non melanoma skin cancer by the general practitioner

X. Lam Hoai, M. Trakatelli, S. Ahbib et B. Richert

Département interhospitalier de Dermatologie, C.H.U. Saint Pierre - C.H.U. Brugmann - H.U.D.E.R.F.

RESUME

L'incidence des cancers cutanés s'est considérablement accrue ces dernières décennies. Le terme de cancer cutané non-mélanome (CCNM) définit deux types principaux de cancers cutanés : le carcinome basocellulaire (CBC) et le carcinome spinocellulaire (CSC). Ce sont les néoplasies les plus fréquentes chez les sujets caucasiens. Leur mortalité est faible mais leur localisation préférentielle au visage et au cou est responsable d'une morbidité conséquente par séquelles cicatricielles, parfois lourdes. Les kératoses actiniques sont des lésions précancéreuses qui peuvent évoluer en CSC.

La détection précoce des cancers cutanés permet d'obtenir un taux élevé de guérison. Les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans le diagnostic et la prise en charge adéquate de ces tumeurs. Ils sont en première ligne pour détecter les CCNM : un examen clinique opportun associé à des compétences observationnelles assure un taux élevé de dépistage de lésions suspectes. Il est essentiel de reconnaître les patients à risque et d'identifier les lésions suspectes. Cet article reprend les présentations cliniques des principaux CCNM et souligne celles qui doivent être orientées vers le dermatologue.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 212-20

ABSTRACT

The incidence of skin cancer cases has increased significantly during the last decades. Non melanoma skin cancer (NMSC) is the most common cancer in Caucasian populations. This term refers to 2 major types of skin cancer : basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC). Mortality from BCC and SCC is low but there may be substantial morbidity from disfigurement as these lesions tend to be located on the skin of the head and neck. Actinic keratosis is a premalignant condition that may evolve into SCC. Fortunately, skin cancer is amenable to early detection and potential cure. General practitioners may play a very important role in the timely diagnosis and management of these tumors. They are on the front line to detect NMSC : opportune examination coupled with good observation skills allow a high detection rate of suspicious lesions. It is essential to identify the high-risk patient as well as the clinical signs of suspicious lesions. This article outlines the clinical features of common NMSC and highlights which lesions should be best referred to a dermatologist.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 212-20

Key words : basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, actinic keratosis, skin cancer risk factors, non melanoma skin cancer

INTRODUCTION

Il existe deux grands types de néoplasies cutanées : le mélanome et les cancers cutanés non mélanome (CCNM). Ces derniers sont les plus fréquents et regroupent les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires.

L'incidence des CCNM a fortement augmenté ces dernières décennies : il y aurait plus de dix millions de carcinomes basocellulaires et près de 2,9 millions de carcinomes spinocellulaires diagnostiqués chaque année dans le monde¹. En Europe, l'incidence augmente d'environ 5 % par an, de manière constante².

En Belgique, la Fondation du Registre du Cancer a enregistré 27.400 nouveaux diagnostics de cancers de la peau non-mélanomes en 2012, dont 21.700 carcinomes basocellulaires et 5.400 spino-cellulaires. Entre 2004 et 2012, l'incidence des CCNM a augmenté en moyenne de 10 % par an chez les hommes et de 12 % par an chez les femmes³.

Les raisons principales de cette augmentation sont le vieillissement de la population et l'exposition solaire. Ces deux facteurs interviennent de façon concomitante car les effets de l'exposition solaire sont cumulatifs⁴.

Une lésion atypique attire toujours le regard de l'examineur sensibilisé. Le médecin généraliste, formé au dépistage de ce type de cancer, joue un rôle essentiel lors de l'auscultation générale, en ayant un œil baladeur sur l'ensemble du tégument. La connaissance des patients " à risque " et des premiers signes d'alerte lui permettront de jouer un rôle actif dans la détection précoce des CCNM. Dans ce sens, Madame Maggie De Block soutient la proposition de la résolution du 17 juillet 2013 visant l'amélioration de l'éducation et de la détection précoce des cancers cutanés par la création d'un module de dossier médical global plus (DMG +) pour un dépistage annuel par le médecin généraliste dès l'âge de quarante-cinq ans. La clinique des CCNM est assez stéréotypée, et, une fois formé, le praticien pourra les reconnaître facilement. En cas de doute, le patient sera référé à un dermatologue³.

Messages-clés :

- Augmentation régulière et constante de l'incidence des cancers cutanés non mélanome en Belgique (10 % par an).
- Le médecin généraliste est en première ligne. Il doit connaître les facteurs de risques et les signes cliniques afin d'assurer un diagnostic précoce.

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TUMEURS CUTANÉES NON MELANOME

Compte tenu de leur fréquence et de leur présentation clinique assez stéréotypée, les CCNM sont facilement accessibles au dépistage en médecine générale. Toutefois, cela suppose une formation clinique minimale.

Une enquête téléphonique menée par l'Institut National du Cancer auprès de 600 médecins généralistes français a évalué leur degré de connaissance en matière de détection précoce des cancers de la peau. Elle a révélé que les médecins généralistes souhaitaient effectuer des dépistages cutanés mais un médecin sur 10 déclarait ne pas être à l'aise en la matière et 2 médecins sur 10 reconnaissaient leur manque d'aptitude dans le domaine. Leurs attentes n'en restent pas moins fortes

en matière d'information et de formation continue. Ils souhaitent des informations sur la détection et le diagnostic (31 % des généralistes), la prise en charge et les traitements (13 %), les nouveautés (13 %) ainsi qu'un accès à une iconographie (35 %) ⁵.

L'implication du médecin généraliste dans la détection précoce et la prévention des CCNM nécessite une connaissance des facteurs de risque de ces néoplasies. La reconnaissance visuelle des lésions suspectes doit être acquise par une formation et un apprentissage délivrés par un dermatologue, spécialiste qualifié dans le dépistage des CCNM.

RECONNAITRE UN PATIENT A RISQUE DE CANCER CUTANE NON-MELANOME

Les différents facteurs de risque des CCNM sont représentés par les² :

Facteurs de risque environnementaux

Le soleil constitue le principal facteur de risque⁶. Ce n'est pas que les baignades sur la plage, mais aussi les expositions solaires " inconscientes " comme les activités en plein air : jardinage, randonnées à pied ou à vélo, voire les simples balades des week-ends par temps clair. Le bénéfice osseux du soleil, mis en avant par certains, ne nécessite en fait que quelques minutes d'exposition par jour sur une surface équivalente aux deux avant bras⁷. L'exposition solaire intermittente (courte et répétée) génère essentiellement les carcinomes basocellulaires alors que l'exposition chronique est à l'origine des carcinomes spino-cellulaires⁶.

Facteurs de risque individuels

Les antécédents personnels et familiaux de cancers cutanés, un phototype clair (phototype I et II), des yeux bleus ou clairs, des cheveux blond roux, une histoire d'un nombre important de coups de soleil sont des facteurs de risque individuels qu'il faut relever lors de l'interrogatoire. La présence d'une photohéliose (peau finement ridée, taches pigmentaires multiples, irrégularité du teint, fines télangiectasies) confirme l'exposition chronique au soleil.

Facteurs de risque comportementaux

Les loisirs et la mode sont responsables de comportements à risque. Nous vivons plus dénudés qu'avant, notre climat pousse les Belges à partir en villégiature dans des pays plus ensoleillés et nous pratiquons plus d'activités en plein air que nos aînés au même âge. Avoir bonne mine, être bronzé, est une manière pour certains d'afficher leur statut social. Et quand on ne peut pas s'offrir un bronzage sous le soleil de plages idylliques on peut recourir aux UV artificiels. Malheureusement, notre peau n'est pas obligatoirement adaptée à ce type d'exposition.

Facteurs de risque professionnels

Certaines professions exposent au risque de développer un CCNM : irradiation UV chronique dans les professions exerçant à l'extérieur (agriculteurs, couvreurs, géomètres, moniteurs de ski, etc.), exposition à des produits potentiellement cancérigènes pour la peau (arsenic, radiations ionisantes par exemple).

Autres facteurs favorisants

Une déficience des systèmes de protection contre les agents mutagènes, les anomalies de la régulation du cycle cellulaire et les troubles chroniques de la cicatrisation sont également des facteurs favorisants⁸. L'immunosuppression chronique augmente le risque de CCNM⁹.

L'identification d'un patient à risque (tableau 1) de développer un CCNM doit inciter au déshabillage complet pour examiner la totalité du tégument, sans oublier les zones cachées (zone rétro-auriculaire, creux axillaires...) (figure 1).

RECONNAITRE LA LESION SUSPECTE

Carcinome Basocellulaire

Le carcinome basocellulaire (CBC) est vraisemblablement la tumeur maligne la plus fréquente de l'espèce humaine. Il constituerait environ 1/3 des cancers des pays occidentaux¹⁰ et 80 % de l'ensemble des cancers cutanés en dehors du mélanome². Son incidence a augmenté d'une manière spectaculaire ces trois dernières décennies et tout porte à croire que cela va continuer. Cette augmentation a même été qualifiée " d'épidémie silencieuse du XXème siècle "10. L'âge moyen lors d'une première excision d'un CBC est de 65 ans. La proportion de CBC observés chez les malades de moins de 40 ans reste inférieure à 5 %. Néanmoins des données récentes montrent une augmentation nette de l'incidence des CBC chez les sujets jeunes, en particulier les femmes¹⁰.

Localisation et comportement

Le CBC se développe typiquement sur les zones photoexposées de manière chronique et intermittente (courte et répétée), dans 80 % des cas dans la zone tête et cou (canthus interne, sillon nasogénien, nez, front, tempes), dans 15 % des cas sur le tronc puis sur les membres. Des zones inhabituelles car non insolées ont été décrites (aisselles, région génitale). Il ne siège presque jamais sur les muqueuses¹¹. Le CBC évolue lentement et les métastases sont exceptionnelles.

Présentations cliniques

Le CBC a trois présentations cliniques habituelles : le nodulaire, le superficiel et le sclérodermiforme. Des formes exceptionnelles sont également décrites.

Le CBC nodulaire représente environ 60 % de l'ensemble des CBC. Il se présente sous forme d'un nodule ferme, translucide, parfois de couleur chair, bien limité, volontiers parcouru par de fines télangiectasies (figure 2). Son centre peut s'ulcérer et se couvrir d'une croûte hémorragique (figure 3). La lésion croît progressivement de manière centrifuge, pas toujours de manière symétrique, avec un liseré périphérique formé d'une succession de petites perles translucides de 1 à 2 mm de diamètre, appelée " bordure perlée " (figures 2 et 3). Dans quelques cas, il peut exister de petites zones localisées colorées en brun ou noir (figure 4). La lésion est indolore^{11,12}. C'est souvent le saignement chronique à l'arrachage de la croûte centrale qui conduit le patient à consulter. L'histoire est stéréotypée : une petite croûte qui saigne, sèche, guérit et récidive tout le temps. Le diagnostic différentiel est le naevus intradermique, avec son dôme lisse et télangiectasique, l'hyperplasie sébacée avec son centre déprimé et son bord qui peut évoquer une bordure perlée, la papule fibreuse du nez par sa localisation et son aspect de perle unique et bien sûr le mélanome pour les CBC pigmentés.

Le CBC superficiel siège surtout sur les zones

Tableau 1 : Interrogatoire et détermination des facteurs de risque.

Questions clés permettant d'évaluer les facteurs de risque de CCNM :

- Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de cancers de la peau ?
- Bronzez-vous difficilement et/ou êtes-vous sujet aux coups de soleil ?
- Avez-vous eu des coups de soleil intenses dans votre enfance ou votre adolescence ?
- Faites-vous du banc solaire ?
- Prenez-vous ou avez-vous pris des traitements immunosuppresseurs ?
- Travaillez-vous à l'extérieur ? Manipulez-vous des substances particulières lors de votre travail ?

Une seule réponse positive à ce questionnaire impose l'examen cutané complet



Figure 1 : Découverte d'un carcinome basocellulaire retro-auriculaire lors d'un examen cutané complet.



Figure 2 : Carcinome basocellulaire nodulaire de la joue, avec bord perlé et télangiectasies visibles macroscopiquement.



Figure 3 : Carcinome basocellulaire nodulaire de la joue, ulcéré, avec croûte hémorragique et bord perlé.

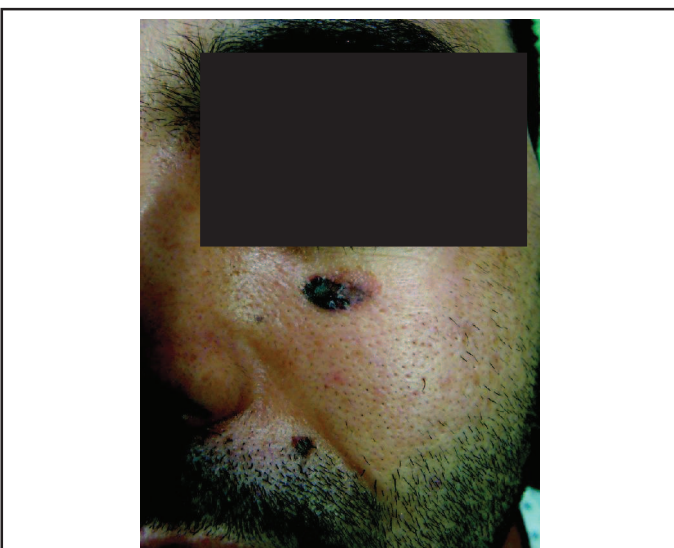


Figure 4 : Carcinome basocellulaire pigmenté de la joue.

couvertes (tronc). Il se présente comme une plaque rouge, squameuse (figure 5), dont la périphérie est entourée par de très petites perles, en règle générale

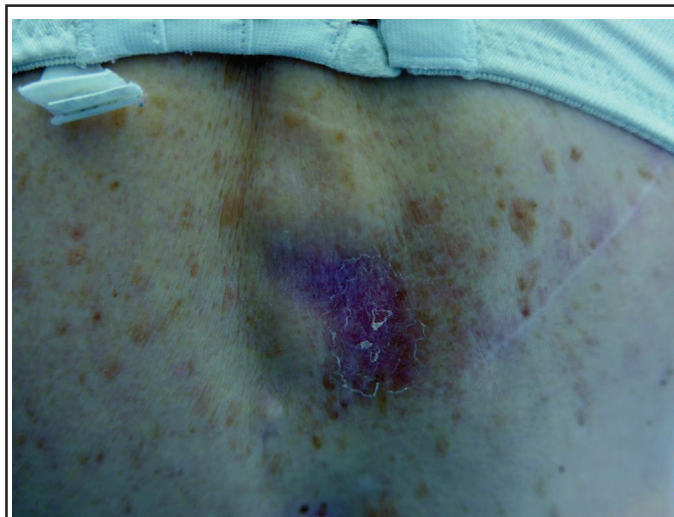


Figure 5 : Carcinome basocellulaire superficiel du dos. L'aspect squameux et l'absence de bord perlé visible macroscopiquement pourraient suggérer un diagnostic erroné d'eczéma nummulaire.

non visibles à l'œil nu, mais palpables. Il peut y avoir des zones de régression spontanée et des zones finement pigmentées. Les lésions multiples d'emblée sont habituelles. Le diagnostic différentiel est la plaque d'eczéma nummulaire, rouge, craquelée et bien délimitée, qui prédomine toutefois aux membres, la plaque de psoriasis isolée dont les squames sont plus épaisses et la maladie de Bowen (voir infra).

Le CBC sclérodermiforme ou morphéiforme ressemble à une cicatrice (figures 6 et 7). Il prend l'aspect d'une plaque blanche brillante (morphée), dure (sclérose), mal limitée, parfois déprimée.

D'autres formes rares de CBC peuvent être observées : la forme exophytique géante (figure 8), très délabrante ; la tumeur fibro-épithéliale de Pinkus volontiers localisée dans le bas du dos et les hamartomes basocellulaires dans le syndrome de Gorlin (naevomatose basocellulaire).

Points forts CBC :

- Lié à l'exposition solaire intermittente (courte et répétée).
- Forme nodulaire la plus fréquente.
- Forme sclérodermiforme piègeante.
- Se méfier des lésions croûteuses qui ne guérissent pas.

Kératoses Actiniques

La kératose actinique (KA) (ou solaire) est le principal précurseur de carcinome spinocellulaire. Ce sont de petites lésions planes, kératosiques de 2 à 6 mm de diamètre, de couleur chair, roses ou pigmentées qui sont plus facilement palpées (aspect rugueux en papier de verre) que vues¹³ (figure 9). Certaines sont sensibles à la palpation. Elles se rencontrent dans les zones insolées de manière



Figure 6 : Carcinome basocellulaire sclérodermiforme du nez, d'allure cicatricielle.

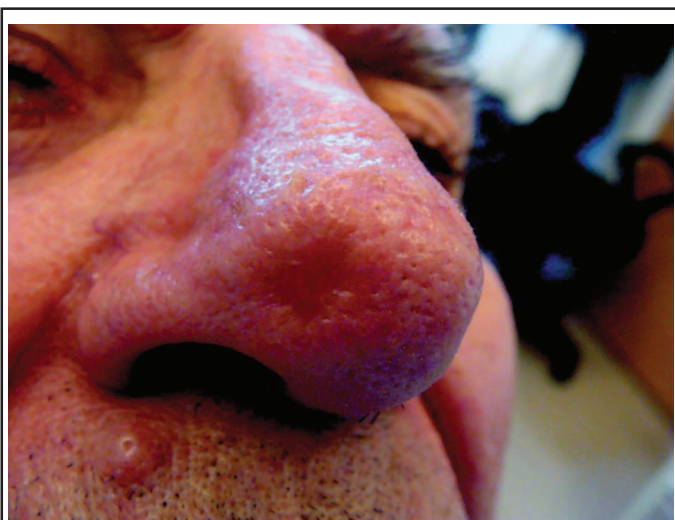


Figure 7 : Carcinome basocellulaire sclérodermiforme du nez, d'allure cicatricielle.



Figure 8 : Carcinome basocellulaire exophytique géant.

chronique : dos des mains, pommettes, arête nasale, bord du pavillon de l'oreille et bien sûr le scalp du patient dégarni. A la lèvre inférieure, l'aspect est celui d'une plaque blanchâtre rugueuse, appelée cheïlite actinique (figure 10). Les KA sont parfois isolées mais



Figure 9 : Kératose actinique du membre supérieur. La lésion est rugueuse à la palpation. À noter la présence de multiples petites kératoses actiniques en périphérie, définissant le champ de cancérisation.



Figure 10 : Chéilite actinique. La biopsie a révélé un carcinome spinocellulaire invasif.

le plus souvent multiples dans de vastes champs mal limités, appelés " champ de cancérisation " ¹⁴. La surveillance de ces lésions est essentielle car certaines peuvent évoluer en CSC. C'est pourquoi le dermatologue lutte constamment pour détruire ces KA par de multiples techniques (cryothérapie, application locale de 5-fluorouracile, d'imiquimod, de mébutate d'ingénol, photothérapie dynamique) ¹². Les signes suggérant une transformation sont l'épaississement, l'ulcération et le saignement.

Carcinome Spinocellulaire

Le carcinome spinocellulaire (CSC) est le cancer cutané du sujet âgé et du greffé d'organe. Compte tenu du vieillissement de la population, son incidence augmente avec le temps. Plus de 80 % des CSC se développent après 55 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 75 ans ^{12,13}. Le risque de développer un CSC est lié à la quantité d'exposition solaire cumulée au cours de la vie. Il est donc logique que l'incidence varie également avec la latitude : elle est 7 fois plus élevée en Italie qu'en Finlande. Il existe une

prédominance masculine¹⁵. D'autres facteurs sont impliqués dans moins de 1 % des CSC : l'immunosuppression iatrogène, l'inflammation chronique, les ulcères de jambes chroniques et les cicatrices¹⁶. Les papillomavirus oncogènes interviennent dans les lésions génitales, anales et unguéales¹⁷.

Localisation et comportement

La majorité des CSC se développe sur les zones insolées chroniquement (tête et cou, dos des mains, oreilles, crâne décalvé, décolleté), de distribution identique à celles des KA. Le CSC peut se développer au départ d'une KA ou en peau saine. Contrairement au CBC, le CSC peut se développer sur les muqueuses (figure 11) et à l'appareil unguéal (figure 12). Le risque évolutif est la récurrence et la dissémination métastatique. Cette dernière est souvent le fait de tumeurs négligées ou multi-récurrentes. Le risque de métastases à 5 ans est évalué à 2-5 %. Il est plus élevé pour les CSC



Figure 11 : Carcinome spinocellulaire de la muqueuse anale. L'aspect est celui d'une érosion chronique ne guérissant pas malgré des soins locaux. Le rôle du papillomavirus oncogène est probable.

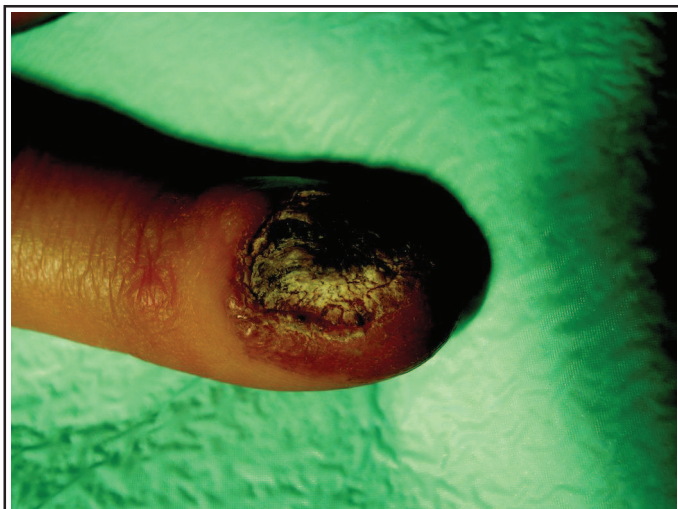


Figure 12 : Aspect de verrue résistante aux traitements depuis des mois. Carcinome spinocellulaire de l'appareil unguéal. Patiente d'une trentaine d'années ayant bénéficié d'une conisation il y a 5 ans. Rôle très probable des papillomavirus oncogènes.

muqueux¹². La mortalité liée au CSC reste faible, inférieure à 1/100 000 habitants par an. Elle semble diminuer par le dépistage précoce¹³.

Présentations cliniques

La **maladie de Bowen** est un CSC " *in situ* ", c'est-à-dire intra-épithélial. L'aspect est celui d'une plaque rouge, à bords festonnés, recouverte d'une fine couche de squames (figure 13). Contrairement aux KA, c'est une lésion solitaire dans la majorité des cas qui siège dans les zones couvertes. Son diagnostic différentiel est une plaque d'eczéma nummulaire, qui est habituellement plus large, le CBC superficiel qui comme le Bowen peut être finement pigmenté.

Le **carcinome spinocellulaire** qui se développe sur une KA se présente comme une lésion croûteuse, épaisse, saignotante ou ulcérée (figure 14). S'il survient sur peau saine, il prend l'aspect d'un nodule ulcéré. Sur les muqueuses, c'est principalement une érosion chronique. A l'appareil unguéal, il s'observe surtout



Figure 13 : Carcinome spinocellulaire *in situ* ou maladie de Bowen du dos. La lésion est solitaire, sans champ de cancérisation en périphérie.



Figure 14 : Carcinome spinocellulaire développé sur une kératose actinique, comme en atteste le champ de cancérisation périphérique avec de multiples kératoses actiniques. L'aspect est celui d'un nodule ulcéré et saignotant.

chez l'adulte de sexe masculin, autour de la soixantaine où il prend l'aspect d'une verrue sous-unguéale qui résiste aux traitements. Le diagnostic différentiel du CSC développé sur KA est la KA hypertrophique, la plaque de psoriasis, en particulier chez les patients ayant reçu de hautes doses de PUVA, la verrue vulgaire chez les patients immunodéprimés et le CBC nodulaire érodé compte tenu de la distribution similaire. Sur les muqueuses, les diagnostics différentiels de la chéilite actinique sont essentiellement la candidose et le lichen plan par leur côté blanchâtre.

Points forts CSC :

- Lié à l'exposition solaire continue.
- KA précurseur majeur des CSC.
- Se méfier des lésions muqueuses qui ne guérissent pas.
- Cancer cutané des immunosupprimés.
- Potentiel métastatique relativement faible si diagnostic précoce.

PRISE EN CHARGE D'UNE LESION SUSPECTE DE CANCER CUTANE NON MELANOME

Face à une lésion suspecte d'être un CCNM, le médecin généraliste a deux options¹⁸ :

- Référer le patient au dermatologue d'emblée. Il faut toutefois s'assurer que le patient soit pris en charge dans un délai raisonnable : ne pas hésiter à téléphoner au dermatologue pour lui exposer le cas, ou mieux, lui envoyer un courriel accompagné de photos cliniques pour l'aider à juger du degré d'urgence de la consultation.
- Procéder dans un premier temps à la confirmation du diagnostic par une biopsie cutanée. C'est un geste simple pouvant largement contribuer au diagnostic, à deux conditions : respecter les précautions de prélèvement nécessaires à une étude morphologique de bonne qualité et sélectionner la zone à biopsier avec soin. Le prélèvement doit se faire dans la zone la plus infiltrée de la lésion, si possible non ulcérée¹⁹. Une fois en possession du résultat, le transfert du patient vers le spécialiste sera plus aisé compte tenu de la connaissance de la nature de la tumeur, de sa taille, de sa localisation et de l'existence ou non de facteurs de risque complémentaires. Si la lésion est de petite taille et peu agressive, le praticien peut bien sûr en réaliser l'excision à condition de respecter strictement les marges de sécurité. Les tumeurs à haut risque seront toutes référées (tableau 2).

PRONOSTIC DES PATIENTS AVEC UN CCNM

Le pronostic varie selon qu'il s'agit d'un carcinome basocellulaire ou spinocellulaire.

Le carcinome basocellulaire n'entraîne qu'exceptionnellement des métastases, mais a un potentiel invasif local pouvant entraîner des destructions tissulaires importantes. Ces formes

Tableau 2 : Tumeurs à haut risque.

CCNM à adresser d'emblée au dermatologue :

1. **Carcinome basocellulaire à haut risque :**

- Lésion de la tête ou du cou
- Tumeur > 2 cm
- Immunosuppression
- Récidive
- Patient < 40 ans

2. **Carcinome spinocellulaire à haut risque :**

- Lésion de la tête ou du cou
- Tumeur > 2 cm
- Immunosuppression
- Localisation aux dos des mains et zones non insolaées (périnée, plantes, ongles)
- CSC développé sur ulcère, brûlure, radiodermite
- Signes de neuro-envahissement associés à la lésion cutanée (anesthésie, paresthésies, dysesthésies ou douleurs).

Un seul critère suffit à classer la tumeur dans le groupe à haut risque

évoluées peuvent nécessiter le recours à une chirurgie mutilante aux conséquences fonctionnelles et esthétiques parfois lourdes. Des critères spécifiques sont évalués pour déterminer le pronostic ou le risque de récurrence : par exemple, une taille tumorale supérieure à 2 cm et les localisations péri-orificielles sont à haut risque de récurrence²⁰.

Le carcinome spinocellulaire peut récidiver localement et métastaser (atteintes ganglionnaires et viscérales). Le risque est variable et dépend de la taille de la tumeur, de sa localisation, du degré de différenciation histologique, de l'existence d'un neurotropisme et de l'existence ou non d'une immunosuppression. Ainsi, les CSC de plus de 2 cm de diamètre, histologiquement peu différenciés, situés sur la face, le dos des mains et les muqueuses sont de mauvais pronostic. Les formes à haut risque doivent être considérées comme agressives. Dans ce cas, un bilan d'extension initial à la recherche d'une atteinte ganglionnaire et/ou viscérale est recommandée²¹.

En cas d'atteinte métastatique, le pronostic est mauvais (survie inférieure à 20 % à 10 ans)¹³.

SURVEILLANCE DU PATIENT A RISQUE

On estime que 30 à 50 % des patients ayant un CSC ou CBC sont à risque d'en développer un deuxième dans les 5 ans. La majorité des récurrences de CBC et de CSC se produisent dans les 2 ans après l'intervention initiale²². C'est la raison pour laquelle les patients ayant eu un CSC ou CBC doivent être suivis de manière rapprochée, en particulier dans les premières années qui suivent le diagnostic. Il est recommandé aux patients de pratiquer régulièrement un auto-examen cutané et une palpation des aires ganglionnaires afin de détecter l'apparition de nouvelles lésions, de récurrences ou d'une atteinte ganglionnaire²³.

Il n'existe pas de programme de suivi standardisé pour les patients atteints d'un CSC ou d'un CBC. La

surveillance est basée en grande partie sur l'évaluation du risque d'un second carcinome, d'une potentielle récurrence locale ou d'une propagation métastatique. Elle dépend également du statut immunitaire, de la prédisposition génétique et de l'existence d'antécédents multiples de CCNM (tableau 3)²⁴. Le tégument doit être examiné dans sa totalité, au moins annuellement. Pour les CSC à haut risque (diamètre > 2 cm, tumeurs infiltrantes profondes, grade histologique élevé, envahissement périneural, tumeurs récidivantes, localisation sur les lèvres ou les oreilles), il faut ajouter à l'examen tégumentaire la palpation du site d'excision primitif et des aires ganglionnaires tous les 3 mois pendant les 2 premières années, puis tous les 6 mois pendant 3 années supplémentaires, et enfin annuellement. En cas d'incertitude, il faut réaliser une échographie des ganglions²⁵. Le tableau 3 reprend les intervalles de suivi cutané recommandés chez les greffés d'organe²⁶.

Tableau 3 : Intervalles de suivi cutané chez les greffés d'organes²⁶.

Facteur de risque	Intervalle entre les examens cutanés complets (en mois)
Pas de cancer cutané ni de champ de cancérisation	12
Champ de cancérisation	3-6
Un CCNM	3-6
Multiples CCNM	3
CSC à haut risque	3
CSC métastatique	1-3

EDUCATION DU PATIENT A RISQUE

Les études montrent que la connaissance des cancers de la peau par la population générale est généralement lacunaire et que les bonnes habitudes de photoprotection sont rares²⁷. L'augmentation constante de l'incidence des KA et des CCNM laisse supposer que les méthodes de photoprotection sont inadéquates et que les tentatives de réduction des comportements à risque n'ont pas toujours eu l'impact désiré²⁸. Une revue systématique a par contre démontré que les conseils comportementaux pouvaient influencer les habitudes de photoprotection et devaient donc être dispensés et adaptés en fonction de la population cible²⁷. Il a également été prouvé que la modification des habitudes d'exposition solaire après une greffe d'organe permet de réduire le risque de développer des CCNM, même chez les patients avec des antécédents de CSC²⁹.

Comme la photoprotection réduit le risque de CCNM, il est impératif lors du suivi, d'attirer l'attention des patients sur leur risque accru de cancer cutané et de leur fournir une éducation de photoprotection. Ces conseils doivent être répétés à chaque consultation de suivi et renforcés par des notes manuscrites et/ou des brochures d'information et des images³⁰. L'éducation à

la photoprotection a pour but de minimiser l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) et par conséquent limiter le développement de nouvelles KA et CCNM chez les patients avec antécédents de CSC et/ou CBC. Il faut insister sur l'importance des UV dans la carcinogénèse cutanée et apprendre aux patients à :

- éviter le soleil pendant les pics d'UV (entre 11 h et 16 h) ;
- appliquer suffisamment et correctement un écran solaire (surtout sur les zones exposées chroniquement au soleil : oreilles, visage, nuque et mains). Une crème solaire adéquate doit protéger à la fois contre les UVA et les UVB, posséder un indice de protection de minimum 30 (SPF30) et être résistante à l'eau. Elle doit être appliquée régulièrement, surtout en cas de contact prolongé avec l'eau (piscine ou mer)³⁰ ;
- porter des vêtements couvrant la plus grande surface cutanée (chapeau à large bord, lunettes de soleil, manches longues et pantalon si possible) ;
- éviter les bains de soleil et les UV artificiels.

Un autre aspect important de l'éducation est l'enseignement de l'auto-examen cutané et des signes d'alerte qui doivent conduire le patient à consulter. L'auto-examen sera mensuel, à la recherche de nouvelles lésions ou de lésions qui se modifient. En pratique, une lésion qui persiste plus de 4 semaines ou une blessure qui ne guérit pas après 4 semaines mérite une évaluation dermatologique. Les patients à haut risque (CSC à haut risque ou métastases), réaliseront un auto-examen des aires ganglionnaires mensuelle³¹.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est en première ligne pour le dépistage des tumeurs cutanées. Ceci ne nécessite qu'un œil alerte et averti. Le praticien entraîné peut aisément les reconnaître. La collaboration avec un dermato-oncologue est essentielle afin d'assurer une prise en charge optimale des lésions à haut risque.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong B : Solar ultraviolet radiation : Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Environmental Burden of Disease Series, N°13. Geneva : World Health Organization, 2006
2. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med 2005 ; 24 : 2262-9
3. Frédéric A. Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société du 12 mai 2015 : Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur " les cancers de la peau ". Consulté le 9/06/2016 (en ligne). http://www.andrefrederic.be/sites/andrefre/files/Cancer_de_la_peau_-_12-05-15.pdf
4. Lorette G : Cancers cutanés : il ne faut pas minimiser les risques. Presse Med 2008 ; 37 : 1464-5

5. Porte A, Viguier J : Synthèse de la vague 2 du baromètre " les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau ". Institut National du Cancer, 2013. Consulté le 9/06/2016 (en ligne).
<http://www.e-cancer.fr/content/download/63380/570349/file/Barometre-medecins-generalistes-et-detection-precoce-cancers-peau-2013.pdf>
6. Armstrong BK, Kricger A : The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B* 2001 ; 63 : 8-18
7. Osmancevic A, Sandström K, Gillstedt M *et al.* : Vitamin D production after UVB exposure - a comparison of exposed skin regions. *J Photochem Photobiol B* 2015 ; 143 : 38-43
8. Vabres P : Prédilection héréditaire aux cancers cutanés. *Presse Med* 2008 ; 37 : 1480-3
9. Lindelof B, Sigurgeirsson B, Gabel H, Stern RS : Incidence of skin cancer in 5356 patients following organ transplantation. *Br J Dermatol* 2000 ; 143 : 513-9
10. Scrivener Y, Chebil F, Cribier B : Epidémiologie des carcinomes basocellulaires. *Ann Dermatol Vénéréol* 2005 ; 132 : 378-83
11. Nseir A, Estève E : Carcinomes basocellulaires. *Presse Médicale* 2008 ; 37 : 1466-73
12. Guillot B, Du-Tranh A : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. *Revue Prat* 2012 ; 62 : 247-54
13. Perrinaud A : Carcinomes épidermoïdes (ou spinocellulaires). *Presse Med* 2008 ; 37 : 1485-9
14. Basset-Seguín N : The real face of actinic keratosis : field of cancerisation and squamous cell carcinoma. *Eur J Dermatol* 2012 ; 22 Suppl 1 : 5-9
15. Trakatelli M, Ulrich C, del Marmol V, Euvrard S, Stockfleth E, Abeni D : Epidemiology of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in Europe : accurate and comparable data are needed for effective public health monitoring and interventions. *Br J Dermatol* 2007 ; 156 Suppl 3 : 1-7
16. Bonerandi JJ, Beauvillain C, Caquant L *et al.* : Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011 ; 25 Suppl 5 : 1-51
17. Riddel C, Rashid R, Thomas V : Ungual and periungual human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma : a review. *J Am Acad Dermatol* 2011 ; 64 : 1147-53
18. National Cancer Control Programm : National Non-melanoma skin cancer general practice referral guideline. NCCP, 2015.
<http://hse.ie/eng/services/list/5/cancer/consultations/Non-melanoma%20GP%20referral.pdf>
19. André J, Richert B : Prélèvements cutanés en médecine générale. *Rev Med Brux* 2015 ; 36 : 273-7
20. Basset-Seguín N, Dreno B, Grob JJ : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes épithéliaux. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 : S132-6
21. Motley R, Kersey P, Lawrence C : Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2002 ; 146 : 18-25
22. Robinson JK : Follow-up and prevention (basal cell carcinoma). In : Miller SJ, Maloney ME, eds. *Cutaneous Oncology pathophysiology, diagnosis and management*. Malden, MA, Blackwell Science, 1998 : 695-698
23. National Comprehensive Cancer Network : Basal Cell Skin Cancer Version 1.2016. NCCN, 2015. Consulté le 9/06/2016 (en ligne).
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf
24. Haberle S, Rimoin L, Trakatelli M, Zwald F : Management of Patients with Multiple SCCs/Field Cancerization. In : Schmults CD, eds. *High-Risk Cutaneous Squamous Cell Carcinoma, A Practical Guide for Patient Management*. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2016 : 127-148
25. Breuninger H, Eigentler T, Bootz F *et al.* : Brief guidelines – cutaneous squamous cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013 ; 11 Suppl 3 : 37-45
26. Otley CC : Organization of a specialty clinic to optimize the care of organ transplant recipients at risk for skin cancer. *Dermatol Surg* 2000 ; 26 : 709-12
27. Lin JS, Eder M, Weinmann S, Zuber SP, Beil TL, Plaut D *et al.* : Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer : Systematic Evidence Review to Update the 2003 US Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2011
28. National Cancer Institute. Cancer Trends Progress Report 2011/2102. UV Exposure and Sun Protective Practices. Consulté le 9/06/2016 (en ligne).
http://progressreport.cancer.gov/prevention/sun_protection
29. Ulrich C, Jurgensen JS, Degen A *et al.* : Prevention of non-melanoma skin cancer in organ transplant patients by regular use of a sunscreen : a 24 months, prospective, case-control study. *Br J Dermatol* 2009 ; 161 Suppl 3 : 78-84
30. Hofbauer GF, Anliker M, Arnold A *et al.* : Swiss clinical practice guidelines for skin cancer in organ transplant recipients. *Swiss Med Wkly* 2009 ; 139 : 407-15
31. Berg D, Otley CC : Skin cancer in organ transplant recipients : Epidemiology, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 47 : 1-17 ; quiz 18-20

Correspondance et tirés à part :

B. RICHERT
C.H.U. Brugmann
Service de Dermatologie
Place Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : Bertrand.richert@chu-brugmann.be

Travail reçu le 17 mai 2016 ; accepté dans sa version définitive le 21 juin 2016.