

# Dépistage du mélanome

## *Melanoma secondary prevention*

**M. Suppa, M. Daxhelet et V. del Marmol**

Service de Dermatologie, Hôpital Erasme, ULB

### RESUME

*Le mélanome représente un problème de santé publique majeur. Son incidence augmente constamment et la mortalité peut être importante en cas de délai du diagnostic. En outre, la maladie a un impact économique important en termes de coûts sociaux. Ceci souligne le besoin de stratégies de santé publique concrètes et réalistes afin de promouvoir la prévention du mélanome. La prévention primaire du mélanome consiste à éviter l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, qui représentent le principal facteur de risque pour la maladie. La prévention secondaire consiste en son dépistage par deux méthodes principales : l'auto-examen de la peau et l'examen médical. Ces deux examens doivent être réguliers et complets, ils doivent être basés sur la règle ABCDE et sur le signe du vilain petit canard, et doivent idéalement se servir de photographies du corps entier pour suivre l'évolution des lésions. Les recommandations internationales suggèrent actuellement que tout examen médical de dépistage de cancer cutané doit être exécuté en utilisant la dermatoscopie, une technique non invasive qui permet d'améliorer considérablement la précision du diagnostic. Des techniques plus sophistiquées, telles que la microscopie confocale, sont aussi disponibles dans les centres spécialisés. Actuellement, l'évidence scientifique est désormais assez forte pour soutenir l'efficacité des programmes de prévention primaire et secondaire du mélanome comme moyen pour en réduire la mortalité. Plusieurs campagnes de prévention du cancer cutané ont été organisées dans le monde, dont la plus célèbre et réussie en Europe est Euromelanoma.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 255-9*

### ABSTRACT

*Melanoma represents a major public health problem. Its incidence is constantly rising and the mortality rate can be frightfully important if the diagnosis is delayed. Melanoma also exerts a significant economical burden on the society. Therefore there is a need of concrete and pragmatic public health strategies in order to enhance melanoma prevention. Primary prevention of melanoma consists in avoiding excessive exposure to ultraviolet rays, which represent the main risk factor for the disease occurrence. Secondary prevention is a synonym of melanoma early diagnosis and can be obtained by means of two methods : patients' self-examination and medical examination. Both these examinations must be routinely and thoroughly performed, must be based on the ABCDE rule and the ugly duckling sign, and ideally must be aided by the use of total-body photography. Current international guidelines suggest that all cutaneous screenings should be performed using dermoscopy, a non-invasive imaging technique that allows improving considerably the diagnostic performance. More sophisticated imaging techniques, such as confocal microscopy, are also available in specialised centres. The current scientific evidence supports the efficacy of melanoma primary and secondary prevention programs as a tool to decrease melanoma mortality. Many skin cancer prevention campaigns have been organised worldwide. The most famous and successful in Europe is Euromelanoma.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 255-9*

*Key words : melanoma, prevention*

Le mélanome est une tumeur maligne qui se développe à partir des mélanocytes présents dans la couche basale de l'épiderme. Cliniquement, il se présente typiquement comme une tache ou un nodule pigmenté survenant majoritairement sur le tronc chez l'homme et sur les membres inférieurs chez la femme. Des exceptions sont néanmoins possibles, le mélanome pouvant se présenter virtuellement sur toute région corporelle et pouvant être non pigmenté.

Le mélanome représente moins de 5 % de tous les cancers cutanés diagnostiqués, pourtant cette maladie constitue un problème de santé publique majeur avec un nombre de morts estimé à 50.000 à travers le monde chaque année<sup>1</sup>. L'incidence mondiale du mélanome augmente constamment parmi les populations à peau claire<sup>2-5</sup>. Le mélanome est reporté comme étant le cinquième cancer le plus fréquent chez l'homme et le septième le plus fréquent chez la femme aux Etats-Unis. Comparativement à d'autres tumeurs malignes, le mélanome peut avoir une survie à 5 ans relativement bonne, mais uniquement si le stade d'évolution du cancer est peu avancé. En effet, la survie à 5 ans pour le mélanome de stade I (mélanome confiné à la peau et de faible épaisseur) peut atteindre 95 % tandis que pour le stade IV (présence de métastases à distance), elle est seulement estimée entre 7 % et 19 %<sup>6</sup>. En plus du risque vital pour le patient, la maladie a un impact économique important en termes de coûts sociaux<sup>7</sup>. Ceci souligne le besoin d'une mise en place urgente de stratégies de santé publique concrètes et réalistes afin de promouvoir la prévention du mélanome.

En médecine, il existe deux types de prévention du cancer : primaire et secondaire. La prévention primaire représente l'ensemble des actions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. La prévention secondaire, ou dépistage, désigne un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus pathologique en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, et éviter dans certains cas le décès. La prévention secondaire a donc pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire. Elle inclut notamment les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en la détectant avant l'apparition des symptômes, de façon à pouvoir intervenir pour ralentir ou stopper sa progression. La prévention primaire intéresse donc la population générale, tandis que la prévention secondaire vise plus particulièrement l'individu à haut risque<sup>8</sup>.

Dans le cadre du mélanome, la prévention primaire consiste à éviter l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, qui représentent le principal facteur de risque pour la maladie<sup>9,10</sup>. Cet objectif peut être atteint de différentes manières. Tout d'abord, en évitant certains facteurs de risque modifiables liés au style de vie, comme l'exposition solaire excessive de type

intermittent ou récréationnelle<sup>10</sup>, ou encore l'utilisation de bancs solaires particulièrement à un jeune âge<sup>9</sup>. Ensuite, en utilisant régulièrement de la crème solaire. La prévention primaire joue certainement un rôle important. Il a été démontré dans une étude clinique contrôlée et randomisée incluant des adultes australiens que l'utilisation régulière de crème solaire peut prévenir la survenue d'un mélanome<sup>11</sup>. Cependant, ces résultats restent controversés. Il a été suggéré que l'application de crème solaire, utilisée seule, n'est probablement pas suffisante pour réduire l'incidence du mélanome. Il serait conseillé de combiner avec de stratégies de prévention secondaire<sup>12</sup>. Différentes campagnes de prévention primaire ont été lancées à travers le monde<sup>13-15</sup> ; pourtant malgré ces efforts, la plupart ont échoué car la connaissance du cancer cutané n'est pas encore optimale au niveau de la population générale. De plus, la prévention primaire ne semble pas suffisante pour garantir une bonne pratique de la photoprotection, surtout chez les jeunes adultes<sup>16</sup>.

La prévention secondaire du mélanome consiste en son dépistage. Deux méthodes sont pratiquées : l'auto-examen de la peau et l'examen médical régulier. Etant donné que la prévention primaire du mélanome reste sous-optimale et que la prévention secondaire ne comporte pas des techniques invasives, risquées ou coûteuses, le dépistage du mélanome apparaît donc comme une procédure acceptable, voire idéale<sup>17</sup>.

Etant donné le fait que la majorité des mélanomes est détectée par le patient même ou un de ses proches<sup>18</sup>, l'auto-examen cutané revêt un rôle majeur dans le dépistage du mélanome. Il consiste en l'observation par le patient de toutes ses taches cutanées et en l'identification de celles suspectes, notamment celles apparues soudainement et/ou qui semblent avoir changé. L'auto-examen cutané représente une modalité de dépistage non onéreuse et simple, mais pour être efficace, certaines conditions doivent se réaliser. Premièrement, cette procédure doit être réalisée de routine, idéalement tous les trois mois. Une étude a mis en effet en évidence que parmi les mélanomes auto-détectés par les patients, ceux trouvés dans le contexte d'un auto-examen régulier ont une épaisseur moyenne plus faible que ceux trouvés incidemment<sup>18</sup>. En outre l'auto-examen doit être obligatoirement complet. En effet, ce n'est pas toujours facile pour le patient de détecter une lésion suspecte dans des zones telles que le dos, le cuir chevelu, l'aspect postérieur des cuisses, les muqueuses et la région sous-unguéale. L'examen de la peau est certainement plus efficace lorsqu'il est effectué avec l'aide d'un miroir ou, mieux encore, d'une autre personne. A ce propos, des brochures explicatives sur la manière d'effectuer correctement l'auto-examen cutané ont été mises au point à travers le monde, incluant des illustrations et des conseils pour les partenaires<sup>19</sup>. Il est généralement recommandé de contrôler régulièrement sa peau dès la puberté, surtout pour les jeunes présentant beaucoup de taches cutanées. A cet égard, la règle ABCDE constitue un bon guide pour détecter une tache suspecte de

malignité. Cet acronyme, inventé en 1985 comme ABCD<sup>20</sup> puis étendu en 2004 à ABCDE<sup>21</sup>, regroupe en effet cinq caractéristiques souvent associées au mélanome : (A) asymétrie, lésion cutanée de forme irrégulière car asymétrique sur au moins un axe de symétrie ; (B) bord irrégulier, présentant des invaginations et des évaginations ; (C) couleur irrégulière avec différentes teintes (variables du brun foncé au noir, rouge, bleu, gris, blanc) ; (D) diamètre majeur de six millimètres ; et (E) évolution rapide de forme, couleur et/ou taille au fil du temps. D'autres signes/symptômes peuvent indiquer le caractère malin d'une lésion cutanée : démangeaisons, douleur, saignement, début d'écaillage, début de suppuration ou apparition d'une croûte, gonflement. Ces dernières caractéristiques sont tout de même liées à des mélanomes qui sont souvent à un stade déjà avancé. La règle ABCDE revêt donc un rôle plus important dans le diagnostic précoce du mélanome, notamment le critère de l'évolution rapide (E). La difficulté principale de reconnaître les changements précoces d'une lésion cutanée est liée au souvenir de son aspect original<sup>22</sup>. Plusieurs études ont mis en évidence que l'efficacité de l'auto-examen cutané est considérablement augmentée par l'utilisation de la photographie du corps entier<sup>19</sup>. En effet, la disponibilité des images de base permet aux patients de mieux évaluer la présence de changements d'une lésion préexistante et de mieux détecter une nouvelle lésion cutanée<sup>23</sup>. D'autres limitations liées à la règle ABCDE existent, car des mélanomes symétriques, avec bords réguliers, d'une seule couleur et de petite taille peuvent parfois être observés. Pour résoudre ces limitations, une alternative à la règle ABCDE a été ensuite décrite : le " signe du vilain petit canard ". Selon cette règle, qui se fonde sur le concept que les nævi d'un individu ont tendance à se ressembler, la lésion cutanée qui est différente de toutes les autres est souvent la plus suspecte de malignité<sup>24</sup>. Les deux règles étant complémentaires, des auteurs américains ont récemment suggéré de les combiner en une règle unique, nommée ABCDEF, où F signifie *Funny looking* (aspect bizarre)<sup>25</sup>.

L'autre méthode pratiquée dans le cadre du dépistage du mélanome est l'examen médical régulier. Si l'auto-examen cutané permet de détecter la plupart des mélanomes, l'examen médical régulier rend possible la découverte de mélanomes à un stade plus précoce. Une étude de population australienne a démontré, en effet, que les mélanomes détectés par les médecins ont une épaisseur plus faible que ceux détectés par le patient<sup>18</sup>. L'examen médical cutané doit avoir les mêmes caractéristiques que celles rapportées pour l'auto-examen : il doit être régulier et complet, il doit être basé sur la règle combinée ABCDEF (c'est-à-dire règle ABCDE + signe du vilain petit canard), et doit idéalement se servir de photographies de base pour suivre, si indiqué, l'évolution des lésions. Les recommandations internationales suggèrent actuellement que tout dépistage de cancer cutané doit être exécuté en utilisant la dermatoscopie<sup>26</sup>. La dermatoscopie (aussi appelée dermoscopie, microscopie de surface ou par épiluminescence) est

une technique qui consiste à visualiser une lésion cutanée en profondeur grâce à une loupe illuminée, le dermatoscope, qui permet habituellement un agrandissement par 10. Alors que les premières loupes exigeaient qu'on utilise de l'huile ou de l'alcool sur la lésion pour diminuer la réflexion, la réfraction et la diffraction de la lumière et pour que l'épiderme apparaisse translucide, plus récemment des nouvelles loupes ont été conçues au moyen de filtres lumineux de polarisation croisée qui remplacent ainsi l'application d'huile ou d'alcool à la surface de la peau. La dermatoscopie permet à l'observateur de détecter des structures et des détails impossibles à voir à l'œil nu. Plusieurs études ont mis en évidence que la dermatoscopie améliore la précision du diagnostic dans le cadre du dépistage du mélanome. Une récente méta-analyse qui comparait l'exactitude de l'examen clinique avec celle de l'examen dermatoscopique a révélé une sensibilité de 71 % pour le premier et de 90 % pour le deuxième, avec une spécificité comparable entre les deux examens<sup>27</sup>. Ces données démontrent que la dermatoscopie améliore le taux de détection des mélanomes d'environ 20 %. En outre, l'utilisation de la dermatoscopie permet de réduire le nombre de biopsies inutiles. Une étude randomisée auprès de dermatologues formés en dermatoscopie a montré une réduction de 42 % du nombre de biopsies inutiles par rapport à l'utilisation du simple examen à l'œil nu<sup>28</sup>. De plus, le suivi des lésions par dermatoscopie digitale permet de diagnostiquer un taux de mélanomes à faible épaisseur plus élevé que celui attendu dans la population générale<sup>29</sup>. Par ailleurs, l'efficacité de la dermatoscopie repose sur l'expérience avec la méthode et un entraînement formel<sup>30</sup>. La dermatoscopie a été introduite au début des années 1990 ; elle est actuellement l'outil d'imagerie non invasive le plus largement utilisé en dermatologie<sup>31</sup>. Des techniques plus sophistiquées ont été développées plus récemment, y compris la microscopie confocale (MC), la tomographie par cohérence optique (OCT) et l'OCT à haute définition<sup>32</sup>. Ces techniques, disponibles seulement dans les centres spécialisés, diffèrent par leur résolution, profondeur de pénétration et par leurs applications cliniques. Elles permettent l'étude de la morphologie cutanée non visible à l'œil nu, de manière non invasive et en temps réel. La MC en particulier autorise la visualisation de détails morphologiques avec une résolution proche de celle de l'histopathologie et, par conséquent, trouve une application dans le diagnostic des lésions mélanocytaires d'interprétation douteuse.

En présence d'une correcte prévention primaire et secondaire, idéalement " personne ne devrait mourir de mélanome ", disait le célèbre dermato-pathologiste américain A. Bernard Ackerman<sup>33</sup>. Mais est-ce que le dépistage du mélanome peut réellement garantir une baisse de la mortalité ? Des études observationnelles ont démontré à plusieurs reprises le bénéfice substantiel du dépistage en termes de réduction du risque d'un mélanome épais ou avancé<sup>34,35</sup>. Toutefois, pendant longtemps, il n'avait pas été possible de démontrer un impact du dépistage sur la mortalité liée

au mélanome. Cela a duré jusqu'à la publication des résultats du projet SCREEN (*Skin Cancer Research to provide Evidence for Effectiveness of Screening in Northern Germany*), qui a eu lieu dans la région du Schleswig-Holstein en Allemagne de juillet 2003 à juin 2004. Ce programme de dépistage du cancer cutané, le plus grand jamais réalisé, se caractérisait par un examen cutané complet exécuté par des dermatologues et des médecins généralistes sur 360.288 individus. Les résultats du projet SCREEN ont démontré non seulement la faisabilité d'un dépistage du cancer cutané systématique et de vastes proportions, mais surtout une réduction de la mortalité liée au mélanome d'environ 50 % par rapport au taux de mortalité attendu, cinq ans après que le dépistage ait eu lieu<sup>36</sup>. Même si la portée des résultats de cette étude observationnelle est clairement historique, une conclusion univoque sur l'impact du dépistage du mélanome sur la mortalité ne pourrait être tirée que d'une étude contrôlée et randomisée. Il est toutefois improbable qu'une telle étude puisse être financée, à cause des coûts élevés et du nombre d'années qui serait requis pour le suivi des participants. Néanmoins, l'évidence scientifique des résultats du projet SCREEN et des études observationnelles précédentes est désormais assez forte pour soutenir l'efficacité des programmes de prévention primaire et secondaire du mélanome comme moyen pour en réduire la mortalité.

Plusieurs campagnes de prévention du cancer cutané ont été organisées dans le monde entier. Actuellement, la plus célèbre et réussie en Europe est certainement *Euromelanoma* ([www.euromelanoma.org](http://www.euromelanoma.org)). *Euromelanoma* est une campagne pan-européenne de prévention primaire et secondaire des cancers de la peau<sup>37</sup>. Elle vise, en effet, à : (i) informer la population sur les cancers cutanés, les facteurs de risque et leurs signes précoces ; et (ii) offrir une journée de dépistage gratuit pendant le mois de mai. Lancée en Belgique en 1999, cette campagne rassemble à ce jour 33 pays. Le Monténégro, la Norvège et - au-delà de l'Europe - le Canada sont les pays les plus récents à avoir rejoint le réseau *Euromelanoma*. L'initiative est pilotée par un groupe de dermatologues européens, coordonnés par une présidence belge (Pr Véronique del Marmol, Université libre de Bruxelles). De manière importante, le réseau *Euromelanoma* est très actif aussi au niveau politique. Des journées de dépistage du cancer cutané ont été en effet organisées au Parlement Européen à Bruxelles et dans certains Parlements nationaux avec le but de sensibiliser les politiciens sur le cancer cutané<sup>38</sup>. C'est seulement en augmentant l'intérêt et l'attention des législateurs sur ce problème que nous pourrions obtenir des ressources suffisantes pour mettre en œuvre des stratégies de prévention de qualité et créer une politique de santé appropriée et intégrée contre le mélanome et les autres cancers cutanés.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Azoury SC, Lange JR : Epidemiology, risk factors, prevention, and early detection of melanoma. *Surg Clin North Am* 2014 ; 94 : 945-62, vii
2. de Vries E, Bray FI, Coebergh JW *et al.* : Changing epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe 1953-1997 : rising trends in incidence and mortality but recent stabilizations in western Europe and decreases in Scandinavia. *Int J Cancer* 2003 ; 107 : 119-26
3. de Vries E, Coebergh JW : Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004 ; 40 : 2355-66
4. Garbe C, Leiter U : Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009 ; 27 : 3-9
5. Jemal A, Siegel R, Xu J *et al.* : Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010 ; 60 : 277-300
6. Chen SC, Pennie ML, Kolm P *et al.* : Diagnosing and managing cutaneous pigmented lesions : primary care physicians versus dermatologists. *J Gen Intern Med* 2006 ; 21 : 678-82
7. Guy GP, Jr, Ekwueme DU, Tangka FK *et al.* : Melanoma treatment costs : a systematic review of the literature, 1990-2011. *Am J Prev Med* 2012 ; 43 : 537-45
8. OMS. Glossaire de la promotion de la santé (WHO/HPR/HEP/98.1), 1999
9. El Ghissassi F, Baan R, Straif K *et al.* : A review of human carcinogens - part D : radiation. *Lancet Oncol* 2009 ; 10 : 751-2
10. Newton-Bishop JA, Chang YM, Elliott F *et al.* : Relationship between sun exposure and melanoma risk for tumours in different body sites in a large case-control study in a temperate climate. *Eur J Cancer* 2011 ; 47 : 732-41
11. Green AC, Williams GM, Logan V *et al.* : Reduced melanoma after regular sunscreen use : randomized trial follow-up. *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 257-63
12. Gimotty PA, Glanz K : Sunscreen and melanoma : what is the evidence ? *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 249-50
13. Marks R : Two decades of the public health approach to skin cancer control in Australia : why, how and where are we now ? *Australas J Dermatol* 1999 ; 40 : 1-5
14. Montague M, Borland R, Sinclair C : Slip ! Slop ! Slap ! and SunSmart, 1980-2000 : Skin cancer control and 20 years of population-based campaigning. *Health Educ Behav* 2001 ; 28 : 290-305
15. Truysers C, Lesaffre E, Kellen E *et al.* : Malignant melanoma : to screen or not to screen ? An evaluation of the Euromelanoma Day in Belgium. *Eur J Dermatol* 2010 ; 20 : 517-8
16. Suppa M, Cazzaniga S, Fagnoli MC *et al.* : Knowledge, perceptions and behaviours about skin cancer and sun protection among secondary school students from Central Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 ; 27 : 571-9
17. Geller AC : Screening for melanoma. *Dermatol Clin* 2002 ; 20 : 629-40, viii
18. McPherson M, Elwood M, English DR *et al.* : Presentation and detection of invasive melanoma in a high-risk population. *J Am Acad Dermatol* 2006 ; 54 : 783-92
19. Hamidi R, Peng D, Cockburn M : Efficacy of skin self-examination for the early detection of melanoma. *Int J Dermatol* 2010 ; 49 : 126-34

20. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW : Early detection of malignant melanoma : the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985 ; 35 : 130-51
21. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS *et al.* : Early diagnosis of cutaneous melanoma : revisiting the ABCD criteria. *JAMA* 2004 ; 292 : 2771-6
22. Hanrahan PF, Hersey P, Menzies SW *et al.* : Examination of the ability of people to identify early changes of melanoma in computer-altered pigmented skin lesions. *Arch Dermatol* 1997 ; 133 : 301-11
23. Shriner DL, Wagner RF Jr, Glowczwski JR : Photography for the early diagnosis of malignant melanoma in patients with atypical moles. *Cutis* 1992 ; 50 : 358-62
24. Grob JJ, Bonerandi JJ : The 'ugly duckling' sign : identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol* 1998 ; 134 : 103-4
25. Daniel Jensen J, Elewski BE : The ABCDEF Rule : Combining the " ABCDE Rule " and the " Ugly Duckling Sign " in an Effort to Improve Patient Self-Screening Examinations. *J Clin Aesthet Dermatol* 2015 ; 8 : 15
26. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group. Wellington, 2008
27. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE *et al.* : Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma : a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol* 2008 ; 159 : 669-76
28. Carli P, de Giorgi V, Chiarugi A *et al.* : Addition of dermoscopy to conventional naked-eye examination in melanoma screening : a randomized study. *J Am Acad Dermatol* 2004 ; 50 : 683-9
29. Salerni G, Teran T, Puig S *et al.* : Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions : a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 ; 27 : 805-14
30. Piccolo D, Ferrari A, Peris K *et al.* : Dermoscopic diagnosis by a trained clinician vs. a clinician with minimal dermoscopy training vs. computer-aided diagnosis of 341 pigmented skin lesions : a comparative study. *Br J Dermatol* 2002 ; 147 : 481-6
31. Zalaudek I, Lallas A, Moscarella E *et al.* : The dermatologist's stethoscope-traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept* 2013 ; 3 : 67-71
32. Marneffe A, Suppa M, Miyamoto M *et al.* : High-definition optical coherence tomography : Presentation of the technique and applications in dermatology. *Ann Dermatol Venereol* 2015 ; 142 : 452-5
33. Ackerman AB : No one should die of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1985 ; 12 : 115-6
34. Aitken JF, Elwood M, Baade PD *et al.* : Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. *Int J Cancer* 2010 ; 126 : 450-8
35. Berwick M, Begg CB, Fine JA *et al.* : Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst* 1996 ; 88 : 17-23
36. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S *et al.* : Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol* 2012 ; 66 : 201-11
37. Forsea AM, Euromelanoma Working G, del Marmol V : Impact, challenges and perspectives of Euromelanoma, a pan-European campaign of skin cancer prevention. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 ; 27 : 1317-9
38. Suppa M, Neri L, Bianchi L *et al.* : The first skin cancer screening day at the Italian parliament : a Euromelanoma initiative. *Int J Dermatol* 2015 ; 54 : 42-9

**Correspondance et tirés à part :**

M. SUPPA  
 Hôpital Erasme  
 Service de Dermatologie  
 Route de Lennik 808  
 1070 Bruxelles  
 E-mail : mariano.suppa@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 29 juillet 2015 ; accepté dans sa version définitive le 30 juillet 2015.