

**RAPPORT D'ORIENTATION**

**Facteurs de retard au diagnostic  
du mélanome cutané**

**Juillet 2012**

**SYNTHESE**

Ce rapport d'orientation est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service documentation – Information des publics  
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet 92513 Boulogne Billancourt Cedex  
Tél. : 33 (0)1 41 10 50 00 Télécopie : 33 (0)1 41 10 50 20

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2012.  
© Haute Autorité de Santé – 2012

## Synthèse des données : littérature, enquête, avis du groupe de travail

Le mélanome cutané est observé dans toutes les catégories d'âge, de l'enfance à un âge avancé, et le pic d'incidence se situe entre 50 et 64 ans chez l'homme et entre 15 et 64 ans chez la femme (1). Sa détection précoce est la meilleure chance de guérison, car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. Seul le diagnostic de mélanome cutané *in situ* (stade précoce du mélanome cutané) et de mélanome cutané de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer. En effet, le taux de survie à 5 ans se situe entre 91 % et 95 % lorsque l'indice de Breslow est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm (2).

### 1. Dépistage du mélanome cutané

En 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) estimait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé (2) :

- absence de lésion précancéreuse identifiable (on ne peut connaître le stade de gravité du mélanome cutané sur le seul aspect clinique/il n'existe aucune corrélation entre le diamètre du mélanome cutané et son stade de gravité) ;
- données épidémiologiques incomplètes et suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place ou est envisagé (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal) ;
- modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes.

Une recommandation néo-zélandaise publiée en 2008 (3) a conclu que le dépistage du mélanome cutané ne diminuait pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané et à la non-pertinence de son dépistage en population générale. En 2010, aucun pays n'a mis en œuvre de dépistage du mélanome cutané en dehors de l'Allemagne (4) où un dépistage opportuniste des cancers cutanés, dont le mélanome cutané, a été mis en place sur l'ensemble du territoire national en 2008.

Pour optimiser la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané, la HAS identifiait en 2006, comme acteurs de cette stratégie, les intervenants suivants (2) :

- le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme sujet à risque de mélanome cutané ;
- le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui identifie une lésion suspecte à l'occasion d'une consultation ;
- le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané ;
- le pathologiste qui confirme ou non le diagnostic de mélanome cutané.

Elle préconisait la mise en œuvre d'un parcours de soins avec identification des populations à risque afin que celles-ci puissent être adressées pour une surveillance régulière à un dermatologue.

L'actualisation des données de la littérature ne remet pas en cause ces recommandations et le parcours de soins préconisé pour les sujets à haut risque.

### 2. Identification des populations à risque

Les données d'actualisation de la littérature confirment celles du rapport HAS 2006 (2), le risque de mélanome cutané est augmenté chez les sujets :

- ayant un phototype cutané de type I ou II, une peau claire, des cheveux roux ou blonds, des yeux de couleur claire, des éphélides, de nombreux grains de beauté (nombre > 40), des nævus atypiques, un nævus congénital géant (de diamètre > 20 mm) ;
- ayant eu des coups de soleil, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, ou ayant été soumis aux UV artificiels (notamment avant l'âge de 35 ans) ;
- ayant des dommages actiniques ou des antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané.

Sur l'ensemble de ces facteurs de risque de mélanome cutané, ceux qui ont le risque relatif le plus élevé sont ceux sur lesquels il n'est pas possible d'agir, étant donné qu'ils sont liés à des caractéristiques phénotypiques ou à des facteurs génétiques.

Le risque lié à l'exposition solaire ou aux UV artificiels est le seul facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir en sensibilisant les populations à la protection vis-à-vis de ce risque.

### **3. Impact de l'information de la population sur le risque solaire**

La faible reproductibilité de l'auto-évaluation par questionnaire des facteurs de risque de mélanome cutané entre le patient et le dermatologue confirme la méconnaissance des facteurs de risque de mélanome cutané par la population. Il est donc urgent d'élaborer des stratégies d'information et d'éducation de la population à la reconnaissance des lésions suspectes et à la prévention du risque solaire.

Cependant les données de la littérature montrent que l'impact des campagnes d'information grand public sur la prévention du risque solaire est faible, quels que soient les moyens utilisés. Si elle améliore de façon significative la connaissance des personnes sur la prévention du mélanome cutané, elle modifie rarement leur comportement vis-à-vis du risque solaire.

## **4. Facteurs de retard au diagnostic**

### **4.1. Facteurs liés au patient**

Les données de la littérature montrent que les facteurs ayant retardé la consultation d'un sujet ayant une lésion cutanée suspecte (qu'elle soit identifiée par lui ou par son médecin traitant) étaient : l'apparence de non-évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, la négligence, l'absence de douleur, le manque de motivation, la peur du résultat, une information insuffisante et le manque de temps.

### **4.2. Facteurs liés au médecin généraliste**

Les données de la littérature montrent que la formation des médecins généralistes est suivie par une augmentation du nombre de mélanomes identifiés et par une diminution de leur épaisseur (indice de Breslow). Cependant comme pour toutes les formations elle nécessite d'être répétée à intervalle régulier pour maintenir son efficacité.

Concernant leur formation et leur niveau de connaissance, les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau mais estiment que cette connaissance est améliorable et sont demandeurs d'une formation complémentaire sur cette thématique.

Concernant leurs pratiques :

- les médecins généralistes orientent de manière quasi systématique leur patient chez le dermatologue en cas de détection de lésion cutanée suspecte ;
- le parcours de soins n'a ni modifié leur pratique ni ajouté une charge de travail inutile, et ils estiment qu'il ne retarde pas le diagnostic du mélanome cutané ;

- ils examinent le revêtement cutané de leurs patients mais ne les déshabillent pas systématiquement complètement, notamment en cas de consultation pour un autre motif qu'un problème dermatologique ;
- ils connaissent les critères d'identification d'une lésion suspectée d'être un mélanome cutané mais pas leur hiérarchisation ;
- ils ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque, ce qui peut être à l'origine de la non-identification des patients à risque de mélanome cutané.

Les données de l'enquête de pratique ne remettent pas en cause les conclusions du rapport HAS 2006 (2) qui préconisait de renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce, à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque.

### 4.3. Facteurs liés au dermatologue

Les dermatologues ont une compétence dans le dépistage du mélanome cutané corrélée à leur formation spécifique et à leur expérience pratique. Ils disposent d'un outil performant, la dermoscopie, qui, sous réserve d'une formation à la sémiologie des images dermoscopiques de mélanome cutané, augmente la performance diagnostique. L'actualisation de la littérature confirme les données du rapport HAS sur la dermoscopie (sensibilité et spécificité plus élevées que l'examen cutané à l'œil nu) (5).

L'ensemble des dermatologues interrogés dans le cadre d'une enquête pilotée par le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues (SNDV) a déclaré être en capacité de recevoir dans un délai de moins de 3 semaines un patient ayant une lésion suspectée d'être un mélanome cutané.

Cependant il est nécessaire de prendre en compte deux éléments qui peuvent limiter l'accès au dermatologue :

- les disparités démographiques de ces spécialistes sur le territoire national ;
- les dépassements d'honoraires qui peuvent être un frein à l'accès à ce type de consultation.

### 4.4. Facteurs liés au type de mélanome cutané

Les données d'actualisation de la littérature montrent que les mélanomes cutanés à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM (*Spreading superficial melanoma*) (notamment description clinique et typologie de la population) :

- de type nodulaire (symétrique, surélevé, achromique et à bord régulier) ;
- découverts à un stade tardif (indice de Breslow > 3 mm), ayant un index mitotique élevé, ou présentant des ulcérations ;
- préférentiellement observés chez les hommes, les personnes âgées (> 65 ans), les patients ayant un petit nombre de nævus, les patients ayant peu d'éphélides ;
- associés à un taux de survie à 5 ans plus bas.

Si cette hypothèse était confirmée par d'autres études, notamment randomisées, cela nécessiterait de définir la population à risque de mélanome à croissance rapide afin de pouvoir identifier le plus précocement possible dans son développement ce type de mélanome cutané.

## 5. Conclusion

L'Institut national du cancer (INCa) a mis en place un groupe de travail pour évaluer l'impact du parcours de soins sur un éventuel retard au diagnostic du mélanome cutané. Aucun argument dans la littérature ne vient confirmer cette hypothèse et les études publiées montrent que :

- concernant les mélanomes cutanés épais au moment de leur exérèse, la valeur de l'indice de Breslow est davantage corrélée à la cinétique de croissance du mélanome (mélanome dit à croissance rapide) qu'au cumul des retards au diagnostic liés au patient et/ou au médecin ;

- les dermatologues n'ont pas accès à l'ensemble de la population à risque, soit du fait d'une répartition inhomogène des dermatologues sur le territoire national, soit du fait que certaines populations à risque comme par exemple les personnes âgées consultent en première intention leur médecin traitant ;
- les médecins de premier recours, sous réserve d'une formation complémentaire, concourent à l'identification des patients à risque de mélanome et améliorent leur pertinence en ce qui concerne l'identification des lésions mélanocytaires suspectes.

La HAS concluait en 2006 de ne pas mettre en place un programme de dépistage organisé du mélanome en France (à l'exception de l'Allemagne, aucun autre pays n'a mis en place en 2010 un dépistage organisé du mélanome cutané) (2). Elle préconisait d'identifier les populations à risque afin que celles-ci puissent être adressées pour une surveillance régulière à un dermatologue. Elle précisait que l'identification des patients à risque peut être faite par les médecins généralistes, qui sont des médecins de premier recours, et que l'information des médecins généralistes et de la population sur les facteurs de risque de mélanome cutané était un élément clé de la stratégie de diagnostic précoce.

- Des expériences pilotes en région (réseau Mélanome Ouest, réseau mélanome OMECHA : Observatoire des mélanomes en Champagne-Ardenne) ont montré le rôle complémentaire que peut apporter le médecin généraliste dans l'identification des sujets à risque et le diagnostic de lésions suspectes.
- Compte tenu de la démographie médicale française et du parcours de soins coordonné mis en place depuis 2004, prenant en compte le fait que les médecins généralistes ont une patientèle de tous âges et notamment de sujets de plus de 60 ans, l'hypothèse est posée que les médecins généralistes auront l'opportunité d'identifier plus facilement un mélanome cutané dans la population âgée que les dermatologues.
- Les lésions identifiées par les patients ayant tendance à être plus épaisses et avec un moins bon pronostic, il est important de renforcer le rôle du médecin généraliste et d'inciter ces derniers à déshabiller les patients afin de réaliser un examen clinique cutané complet (dans l'enquête BVA [voir 2. Enquêtes] 46 % des médecins généralistes déclarent déshabiller entièrement leurs patients et 24 % déclarent faire un examen cutané complet incluant l'examen des organes génitaux externes).

L'intervention active des médecins traitants dans le système de soins coordonnés français semble donc indispensable afin de travailler en partenariat avec les dermatologues et concourir à l'amélioration du diagnostic précoce du mélanome cutané.

La HAS préconisait en 2006 la formation des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail) au diagnostic précoce et à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque (2).

- L'*E-Learning* correspondant à un apprentissage interactif sur Internet auquel chaque médecin a accès est une alternative aux réunions de FMC (formation médicale continue) qui permet une plus grande souplesse en termes d'horaire.
- L'INCa a mis en place dans le courant de l'année 2010 un module de formation multimédia de détection précoce des cancers de la peau à destination des professionnels de santé (<http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation/>).
- L'envoi aux médecins généralistes à intervalle régulier de fiches de recommandations synthétiques pourrait, en les sensibilisant, concourir à une meilleure connaissance des facteurs de risque du mélanome cutané et de son diagnostic précoce.

## 6. Perspectives

Selon les données de la littérature française (6), il est possible que les médecins traitants identifient un mélanome cutané dans des catégories de populations différentes de celles consultant en dermatologie. Afin de vérifier cette hypothèse il convient de développer :

- la recherche sur l'identification des mélanomes cutanés en médecine générale afin de mieux cerner les modalités favorisant le diagnostic précoce et de caractériser les mélanomes cutanés identifiés en fonction des facteurs de risque des patients ;

- des stratégies d'éducation en santé des patients sur le risque de mélanome cutané, ses facteurs de risque, son identification et sa prévention.

Sous réserve que les données de la littérature issues d'études non randomisées soient confirmées, il apparaît au regard de leurs résultats que les mélanomes à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM. Afin d'améliorer le diagnostic précoce de cette forme de mélanome, il convient :

- de préciser les caractéristiques de la population à haut risque de mélanome cutané à croissance rapide ;
- d'estimer la taille de cette population et de proposer le cas échéant un parcours de soins optimisé pour ce type de sujets.

Le nombre et la répartition géographique des dermatologues influencent probablement le recours aux soins des patients. Les dermatologues étant plus nombreux et plus accessibles dans certaines zones géographiques, les patients peuvent plus facilement en consulter. Il convient de développer des études en région pour évaluer l'impact de la démographie médicale :

- sur le parcours de soins des patients ayant un mélanome cutané ;
- sur le retard au diagnostic du mélanome cutané ;
- et de caractériser les patients ayant un mélanome cutané et ne consultant pas un médecin ou le consultant tardivement.

Enfin il convient de continuer à promouvoir dans la population générale la prévention du risque lié à l'exposition solaire et aux ultraviolets, et de favoriser l'identification des sujets à haut risque en informant la population sur les facteurs de risque de mélanome cutané.



Toutes nos publications sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)