



Le dépistage précoce des cancers de la peau: le rôle capital du médecin généraliste en tant qu'acteur de première ligne de soins

Dr Evelyne Harkemanne

Service de Dermatologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Le cancer de la peau est le cancer le plus courant en Belgique et son incidence ne cesse d'augmenter. Il touche désormais un Belge sur 5 avant l'âge de 75 ans. Dans ce contexte, la détection précoce du cancer cutané reste primordiale afin de diminuer la morbidité et la mortalité de la population belge. Les dermatologues n'étant plus en mesure d'assurer seuls le dépistage du cancer de la peau, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de première ligne, a désormais, en plus de la prévention primaire, un rôle capital à jouer dans la détection et la prise en charge des tumeurs cutanées malignes. Afin de relever ce défi, de plus en plus de médecins généralistes utilisent la dermoscopie comme outil d'aide au diagnostic dans leur pratique clinique. Cette technique se pratique à l'aide d'une loupe portative, le dermoscope, qui permet d'observer les structures profondes des tumeurs invisibles à l'œil nu. Ces dernières sont souvent très informatives sur la nature maligne ou bénigne de la tumeur et contribuent fortement à la prise de décision thérapeutique. Dans de nombreux pays européens, la dermoscopie a ainsi fait ses preuves comme outil de dépistage des cancers de la peau en première ligne de soins, néanmoins sous réserve d'une formation préalable. En effet, l'utilisation de la dermoscopie requiert d'apprendre à identifier les critères dermoscopiques des différents types de tumeurs cutanées qui sont la clef du diagnostic précoce.

Take-home messages

- Le cancer de la peau touche 1 Belge sur 5 avant l'âge de 75 ans.
- La prévention primaire repose sur la photoprotection et ce dès le plus jeune âge.
- Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la détection précoce du cancer cutané.
- La dermoscopie est un outil d'aide précieux pour le dépistage de ces cancers.
- Une formation préalable est nécessaire afin de pratiquer la dermoscopie à bon escient.
- Il existe désormais des algorithmes dermoscopiques pour le tri sélectif des tumeurs suspectes de malignité en médecine de première ligne.
- Le dépistage opportuniste dans la population générale peut être réalisé lors d'un examen corps entier à l'aide de la dermoscopie dans un cabinet de médecine générale.

Figure 1:

Le dermoscope en tant qu'outil diagnostique non invasif pour le cancer de la peau.



La prise en charge des cancers cutanés: enjeu de santé publique majeur

Les cancers de la peau sont les tumeurs malignes les plus fréquentes dans la population générale en Belgique et représentent 40% de tous les cancers (1). Parmi ces tumeurs, le carcinome basocellulaire représente la tumeur cutanée maligne la plus fréquente. En deuxième position, le carcinome spinocellulaire est quatre fois moins fréquent mais présente des conséquences bien plus importantes à cause d'un risque de métastases. En troisième position, le mélanome est le cancer cutané le plus agressif lorsqu'il est diagnostiqué à un stade avancé, avec un taux de mortalité plus important et une incidence qui a bondi de 130% en 15 ans (1). Il se place ainsi respectivement à la 4^e place des cancers les plus fréquents chez la femme et à la 6^e place chez l'homme en Belgique (2).

La détection précoce des cancers de la peau, et du mélanome en particulier, est devenue un véritable enjeu de santé publique, dans le but d'améliorer la morbidité et la mortalité des malades (3). En effet, lorsque le mélanome est diagnostiqué à un stade précoce, le traitement repose sur une simple excision chirurgicale et le pronostic de survie est excellent (4). En revanche, lorsque le mélanome est diagnostiqué à un stade avancé, le traitement est plus complexe avec un pronostic de survie beaucoup plus réservé en raison d'un taux métastatique élevé. Par conséquent, de nombreuses campagnes de prévention ont été lancées en Europe pour sensibiliser la population aux risques de l'exposition au soleil (5). Cette action a entraîné une hausse du nombre de consultations pour des lésions cutanées suspectes, y compris auprès des médecins de première ligne. En effet, vu l'évolution démographique des dermatologues (en sous-effectif croissant par rapport à l'augmentation de la population belge), ceux-ci ne sont plus en mesure d'assurer seuls le dépistage du cancer de la peau.

Désormais, les médecins généralistes (MG) ont un rôle essentiel à jouer dans le dépistage de ces cancers (6, 7). Force est de constater que les MG sont de plus en plus confrontés à des patients ayant comme motif de consultation une lésion cutanée suspecte et sont ainsi amenés à devoir procéder à un tri sélectif malin/bénin: s'agit-il d'une lésion cutanée maligne dont la prise en charge nécessite une chirurgie et/ou que le patient soit référé en dermatologie? Ou bien s'agit-il plutôt d'une lésion cutanée bénigne ne nécessitant pas d'avis spécialisé? Cette décision thérapeutique n'est pas toujours aisée à prendre pour le MG.

D'ailleurs, une récente étude observationnelle menée auprès de 89 MG belges francophones a montré qu'un tiers des participants ne reconnaissent pas une lésion très fortement suspecte d'être un mélanome parmi des photos cliniques de tumeurs cutanées évidentes à reconnaître à l'œil

Figure 2:

Examen dermoscopique d'une lésion cliniquement suspecte de cancer de la peau (image macroscopique à gauche). Grâce au dermoscope, le clinicien peut observer des structures tumorales situées au niveau de la jonction dermo-épidermique et invisibles à l'œil nu (image dermoscopique à droite). Certaines de ces structures ainsi révélées sont caractéristiques de la nature maligne ou bénigne de la tumeur, comme, dans cet exemple, l'apparition de pseudopodes (images en forme de raquette de tennis réparties irrégulièrement à la périphérie de la lésion) très évocatrices d'un mélanome cutané.



nu (8). Cette situation n'est pas propre à notre pays (9) et les MG sont majoritairement demandeurs de recevoir une formation brève et spécifiquement dédiée pour leur donner les clefs d'une prise en charge optimale de leurs patients présentant une lésion cutanée suspecte (10).

La dermoscopie comme outil d'aide au dépistage non invasif du cancer cutané

La dermoscopie est une méthode diagnostique non invasive validée depuis 20 ans et pratiquée par les dermatologues du monde entier pour évaluer les tumeurs cutanées (11, 12). Cette technique s'opère à l'aide d'un appareil portable équipé d'une lentille grossissante et d'une lumière LED spéciale, appelée le dermoscope. Grâce au dermoscope, qui supprime l'hyper-réflexivité de la couche superficielle de la peau, le clinicien peut observer les ultra-structures profondes des lésions cutanées, invisibles à l'œil nu (**Figure 1**).

La visualisation de ces structures est inestimable, car elles diffèrent entre les tumeurs bénignes et malignes, ce qui permet de les distinguer plus facilement et avec un degré de certitude plus élevé (**Figure 2**).

Il y a une hausse du nombre de consultations pour des lésions cutanées suspectes, y compris auprès des médecins de première ligne.

La pratique de la dermoscopie est ainsi devenue une méthode incontournable pour tout médecin réalisant des examens cliniques de la peau. Toutefois, son utilisation nécessite une formation. En effet, la dermoscopie n'améliore l'acuité diagnostique des cliniciens que lorsqu'elle est utilisée par des médecins correctement formés (13). Cette notion est très importante à prendre en compte, car dans le cas contraire, il a été démontré qu'utiliser un dermoscope sans formation suffisante diminue les compétences diagnostiques dans une plus large mesure que la réalisation d'un simple examen clinique à l'œil nu.

Dans certains pays européens pionniers en matière de dépistage des cancers cutanés en médecine de première ligne, tels que l'Italie et la Grande-Bretagne, la dermoscopie s'est avérée être un outil efficace pour trier les lésions suspectes en lésions bénignes et malignes (14-16).

Intégrer la dermoscopie dans la formation continue en médecine générale

En Belgique, on constate que la dermoscopie est actuellement sous-utilisée par les MG. Cette observation est principalement due à un manque de formation spécifique et au long temps d'apprentissage nécessaire pour devenir compétent (8). D'où la nécessité de mettre en place une formation en dermoscopie permettant aux MG de distinguer les tumeurs cutanées malignes des tumeurs bénignes.

L'objectif est qu'à l'issue de la formation, le MG se sente à l'aise pour rassurer son patient face à une tumeur cutanée bénigne ou qu'il puisse, si la lésion est suspecte de malignité à la dermoscopie, pratiquer une biopsie-exérèse ou adresser rapidement le patient au spécialiste. De même, certains patients, comme les résidents de maisons de repos, sont malheureusement difficiles à mobiliser, et la possibilité d'avoir un outil diagnostique simple et efficace permettant de traiter le problème sur place est très pratique. Toutefois, les MG restent demandeurs de pouvoir bénéficier rapidement d'un avis spécialisé pour la prise en charge de leurs patients si nécessaire. Pour faciliter ces échanges, l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) travaille actuellement sur la mise en place d'un canal sécurisé de télé-expertise pour l'envoi de photos de patients par le MG à un dermatologue. Ce système a pour but de raccourcir considérablement le temps d'attente pour un rendez-vous chez le spécialiste en cas d'urgence, tel que lors de la découverte d'un mélanome avancé (17). De par son caractère visuel, la dermoscopie se prête particulièrement bien à la télé-expertise et cette pratique est désormais reconnue sous l'appellation de télédermoscopie (**Figure 3**). Ainsi, une deuxième mission de la formation continue en dermoscopie est d'enseigner aux MG à prendre des photos cliniques et dermoscopiques de qualité

pour bénéficier d'un feedback par un spécialiste à distance. D'ailleurs, un projet pilote (TELESPOT) mis en place récemment en Belgique francophone a montré une amélioration de la prise en charge précoce des patients atteints de cancer cutané, avec un haut niveau de satisfaction de tous les intervenants et des patients eux-mêmes (18).

Néanmoins, la mise en place d'une formation continue en dermoscopie répondant au mieux aux besoins des MG reste un véritable challenge. Aux Cliniques universitaires Saint-Luc, notre équipe de dermatologues spécialisés dans le diagnostic des tumeurs cutanées a pris conscience de la nécessité pour les MG de devenir expérimentés dans ce domaine. Nous avons ainsi développé un programme de formation continue en dermoscopie de courte durée (4 heures) pour le diagnostic des cancers cutanés (19). Le quotidien des médecins de première ligne étant déjà bien chargé, cette formation dispensée en e-learning est très brève tout en intégrant les critères dermoscopiques des lésions cutanées malignes (mélanome et carcinomes) et bénignes les plus couramment rencontrées en médecine générale (20).

Cependant, une telle formation «raccourcie» est-elle suffisamment efficace pour former de manière adéquate les MG à la détection des cancers cutanés? Lors d'un essai randomisé de non-infériorité réalisé en Belgique et

De nombreux médecins généralistes font état d'un manque de confiance dans leurs compétences diagnostiques en matière de tumeurs cutanées.

au Luxembourg en 2022, ce programme d'apprentissage court s'est avéré être non inférieur à une formation standard (formation donnée à des dermatologues en voie de spécialisation) en termes de capacité au tri sélectif des tumeurs cutanées par des médecins de première ligne (21). La courte durée d'apprentissage permet d'ailleurs une participation plus active par son caractère moins chronophage et plus ciblé. Toutefois, on constate un déclin des compétences à long terme en l'absence de mise à jour et de pratique régulière de la dermoscopie. Dans ce contexte, des séances de révision et une pratique active de la dermoscopie semblent nécessaires pour maintenir les compétences acquises au long cours (21-23).

Quand rassurer le patient vs quand référer chez le dermatologue?

Il n'est pas toujours facile de faire le bon choix entre rassurer un patient au sujet d'une tumeur cutanée bénigne ou le référer chez un spécialiste parce qu'une lésion est suspecte d'être une tumeur maligne. De nombreux MG font état d'un manque de confiance dans leurs compétences diagnostiques en matière de tumeurs cutanées. Ils se disent «déçirés» par la crainte de surcharger les consultations spécialisées d'avis pour des tumeurs bénignes, tout en étant soucieux de ne pas passer à côté d'un cancer de la peau. Pour tenter d'apporter une aide aux MG, la formation courte en dermoscopie comprend un algorithme destiné à faciliter le tri sélectif et la prise en charge des tumeurs suspectes de malignité (**Figure 4**). Cet algorithme, spécifiquement créé pour la médecine de première ligne, est inspiré de la méthode TADA (*Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm*) ayant fait ses preuves en tant qu'outil d'aide au diagnostic des cancers cutanés pour médecins débutants en dermoscopie (24, 25).

À côté du dépistage et du traitement précoce, le MG joue également un rôle primordial dans la prévention des cancers cutanés. Dans ce contexte, la formation courte peut être complétée par des cours supplémentaires consacrés aux caractéristiques cliniques et à l'évolution naturelle des tumeurs cutanées ainsi qu'à leur prévention et à leur prise en charge (26). Cet apprentissage est alors axé sur

Figure 3:

Prise de cliché dermoscopique à l'aide d'un dermoscope et d'un adaptateur pour smartphone. Cette photo peut être sauvegardée dans le dossier médical du patient ou être envoyée via un système sécurisé pour une demande d'avis télédermoscopique.

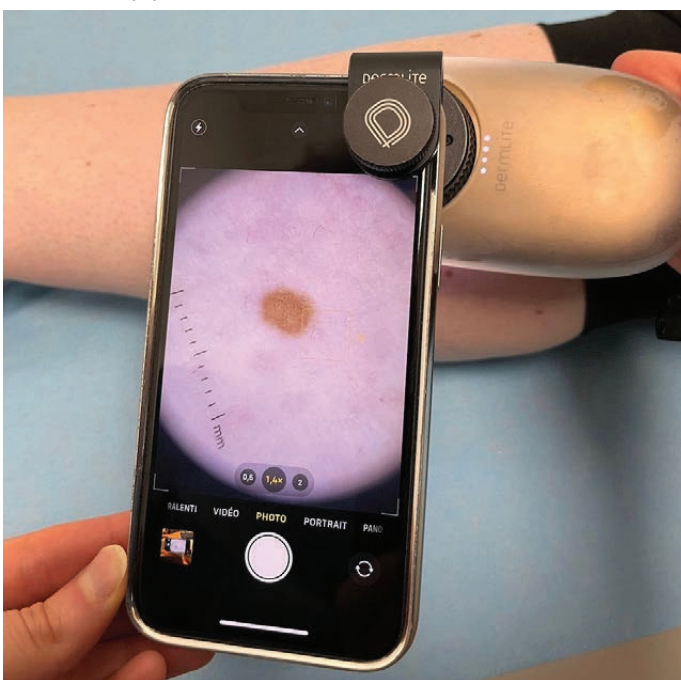
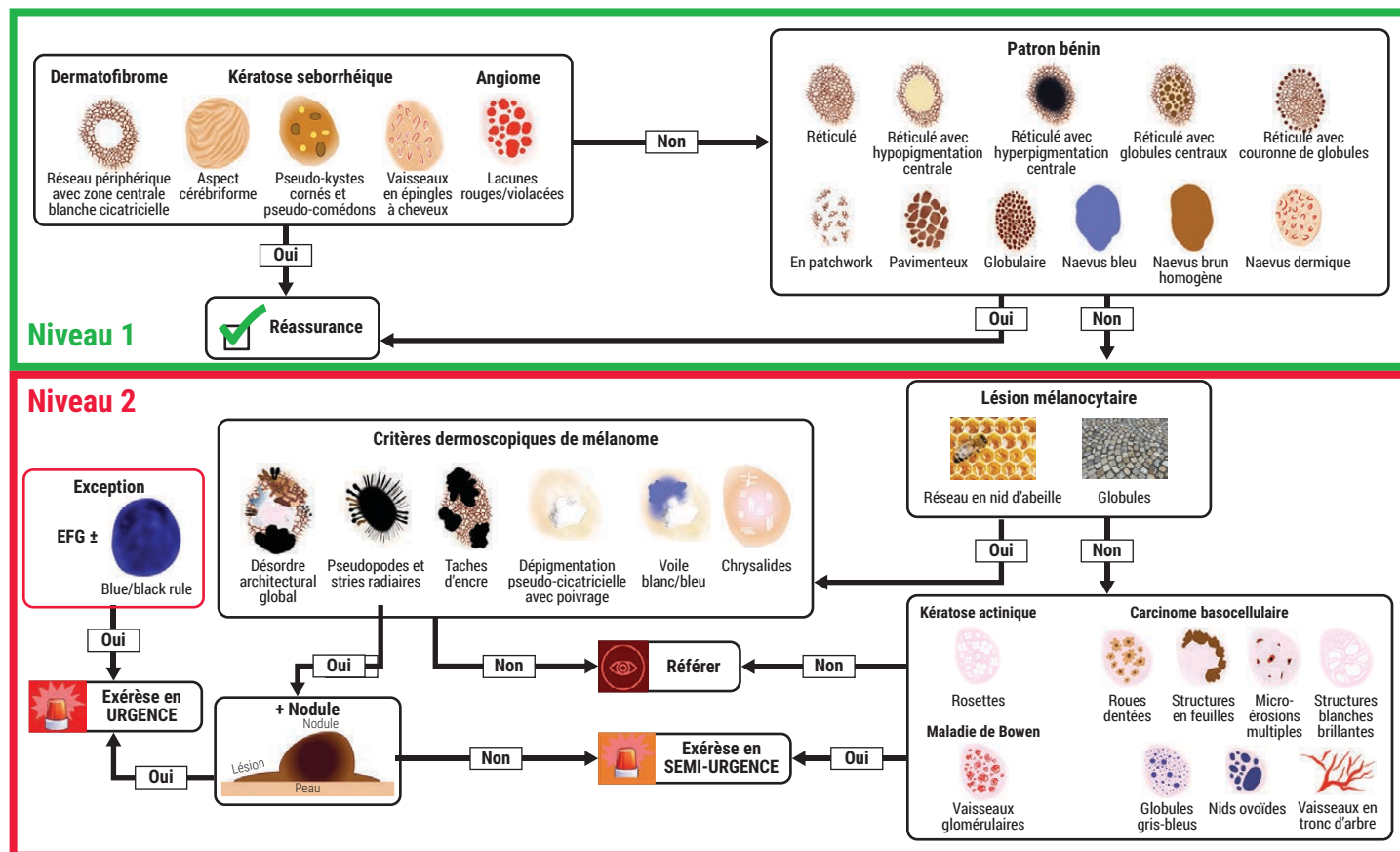


Figure 4:

Algorithme TIDA (*TADA-Inspired Decision Algorithm*) conçu pour le diagnostic et la prise en charge des tumeurs cutanées en médecine de première ligne.

Afin de faciliter un apprentissage universel, la plupart des icônes représentant les critères dermoscopiques utilisés dans cet algorithme sont tirés du site internet www.dermoscopedia.org. Les principaux objectifs de cet algorithme de dépistage sont, premièrement, d'identifier clairement les tumeurs cutanées bénignes les plus courantes (Niveau 1) et deuxièmement, de dépister les tumeurs cutanées suspectes de malignité (Niveau 2).

EFG: elevation, firmness, growth



l'éducation de la population à une photoprotection optimale (protection vestimentaire, crème solaire, lunettes) et à l'autosurveillance de la peau mais aussi sur la reconnaissance des patients à haut risque de cancer cutané, dont le mélanome (27).

Les patients à haut risque de mélanome sont les patients ayant un antécédent personnel de mélanomes multiples ou un antécédent personnel d'un mélanome avec au moins deux autres cas de mélanome dans la famille apparentée au 1^{er} degré, les patients porteurs d'un syndrome des naevus atypiques (AMS) avec + de 100 naevus et ≥ 2 naevus atypiques (> 6mm), les patients porteurs d'un naevus géant congénital (≥ 20cm), les patients porteurs d'une mutation d'un gène majeur de prédisposition au mélanome (CDKN2A, CDK4, BAP-1...) ainsi que les patients atteints d'un *Xeroderma pigmentosum*. Pour ces patients à haut risque, un dépistage et une surveillance en milieu spécialisé est conseillé (28). Les patients ayant eu des expositions solaires intenses (enfance ou séjours prolongés

en pays tropicaux, métiers avec exposition prolongée au soleil, plus de 100 séances de bancs solaires avant l'âge de 30 ans) sont également à risque de cancer cutané (1). Pour ces individus, il est recommandé de réaliser un dépistage opportuniste des cancers de la peau lors d'un examen corps entier pratiqué à l'aide de la dermoscopie. Ce dépistage ne requiert pas d'être réalisé dans un milieu spécialisé et peut être effectué par des médecins de première ligne formés au diagnostic des tumeurs cutanées.

En conclusion, le médecin généraliste est en train de devenir un des acteurs principaux de la prévention, du dépistage et de la prise en charge initiale du cancer de la peau. Pour l'aider dans cette tâche, de nouveaux outils d'aide au diagnostic existent tels que la dermoscopie, la télédermoscopie et des algorithmes de prise de décision thérapeutique, tels que le TIDA. Toutefois, une formation courte préalable est nécessaire à l'utilisation de ces outils et une pratique régulière reste indispensable pour un maintien des compétences sur le long terme. ■

Références

1. Boucquiaux A, Brochez L. Le cancer de la peau en Belgique [Internet]. Fondation contre le Cancer en collaboration avec le Registre du Cancer. 2021 [cited 2023 Jul 19]. Available from: cancer.be/sites/default/files/fcc_cancer_de_la_peau_2021.pdf
2. Belgian Cancer Registry. The ten most frequently occurring tumours by sex, Belgium 2020. Cancer Figures. 2022. Available from: <http://kankerregister.org/Cancer Figures>
3. Tromme I, Legrand C, Devleeschauwer B, et al. Melanoma burden by melanoma stage: Assessment through a disease transition model. *Eur J Cancer*. 2016;53:33-41.
4. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(6):472-92.

5. Geller AC. Educational and Screening Campaigns to Reduce Deaths from Melanoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2009;23(3):515-27.
6. van Rijsingen MCJ, van Bon B, van der Wilt GJ, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. The current and future role of general practitioners in skin cancer care: an assessment of 268 general practitioners. *Br J Dermatol.* 2014;170(6):1366-8.
7. Smith AL, Watts CG, Robinson S, et al. GPs' involvement in diagnosing, treating, and referring patients with suspected or confirmed primary cutaneous melanoma: A qualitative study. *BJGP Open.* 2020;4(2):bjgpopen20X101028.
8. Harkemanne E, Duyver C, Leconte S, et al. Melanoma Diagnostic Practices of French-Speaking Belgian General Practitioners and the Prospective Study of Their Pigmented Skin Lesion Diagnostic Accuracy and Management. *J Cancer Educ.* 2020;36(6):1316-24.
9. Van Rijsingen MCJ, Vossen R, Van Huystee BEWL, Gorgels WJM, Gerritsen MJP. Skin tumour surgery in primary care: Do general practitioners need to improve their surgical skills? *Dermatology.* 2015;230(4):318-23.
10. Rosendahl C, Coetzer M. The dermatoscope should be in every primary-care practitioner's kit. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2023;(May):1464-5.
11. Moulin C, Poulalhon N, Duru G, Debarbieux S, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy use by French private practice dermatologists: A nationwide survey. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):74-9.
12. Tromme I, Legrand C, Devleeschauwer B, et al. Cost-effectiveness analysis in melanoma detection: A transition model applied to dermoscopy. *Eur J Cancer.* 2016;
13. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* 2002;3(3):159-65.
14. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24(12):1877-82.
15. Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2014;28(11):1442-9.
16. Harkemanne E, Baeck M, Tromme I. Training general practitioners in melanoma diagnosis: a scoping review of the literature. *BMJ Open.* 2021;11(3):e043926.
17. Vestergaard T, Andersen MK, Bygum A. Acceptance of teledermoscopy by general practitioners and dermatologists in Denmark. *Dermatology Pract Concept.* 2021;11(2):1-6.
18. Damsin T, Canivet G, Jacquemin P, et al. Value of Teledermoscopy in Primary Healthcare Centers: Preliminary Results of the TELESPOOT Project in Belgium. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10(6):1405-13.
19. Harkemanne E, Thomas L, Braun R, Baeck M, Tromme I. A new TADA-inspired decision algorithm for training primary care practitioners in dermoscopy. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2023;(March):1-3.
20. Tran T, Cyr PR, Verdick A, et al. Expert Consensus Statement on Proficiency Standards for Dermoscopy Education in Primary Care. *J Am Board Fam Med.* 2023;36(1):25-38.
21. Harkemanne E, Legrand C, Sawadogo K, et al. Evaluation of primary care physicians' competence in selective skin tumor triage after short versus long dermoscopy training A randomized non-inferiority trial. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2023;(Apr 4):1-11.
22. Harkemanne E, Duyver C, Leconte S, Sawadogo K, Baeck M, Tromme I. Short- and Long-Term Evaluation of General Practitioners' Competences After a Training in Melanoma Diagnosis: Refresher Training Sessions May Be Needed. *J Cancer Educ.* 2021;26:1-14.
23. Seiverling EV, Li D, Stevens K, Cyr P, Dorr G, Ahrens H. Distance learning and spaced review to complement dermoscopy training for primary care. Vol. 11, *Dermatology Practical and Conceptual.* Mattioli 1885;2021:e2021030.
24. Rogers T, Marino ML, Dusza SW, et al. A clinical aid for detecting skin cancer: The triage amalgamated dermoscopic algorithm (TADA). *J Am Board Fam Med.* 2016;29(6):694-701.
25. Seiverling EV, Prentiss MA, Stevens BAK, Henry FNP, Cyr MPHPR, Ahrens MAH. Impact of Dermoscopy Training for Primary Care Practitioners on Number Needed to Biopsy to Detect Melanoma. *PRIMER.* 2023;7-11.
26. Harkemanne E, Goublomme N, Sawadogo K, Tromme I. Early Melanoma Detection in Primary Care: Clinical Recognition of Melanoma is Not Enough, One Must Also Learn the Basics. *J Cancer Educ.* 2020;37(4):898-904.
27. Passeron T, Lim HW, Goh CL, et al. Photoprotection according to skin phototype and dermatoses: practical recommendations from an expert panel. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2021;35(7):1460-9.
28. Avril MF, Bahadoran P, Cabaret O, et al. Recommendations for genetic testing and management of individuals genetically at-risk of cutaneous melanoma. *Ann Dermatol Venerol.* 2015;142(1):26-36.




Vous êtes médecin généraliste, médecin du travail ou médecin assistant candidat spécialiste en médecine générale?

La formation e-learning «DIAGNOSTIC DES TUMEURS CUTANÉES PAR LA DERMOSCOPIE OPTIQUE ET DIGITALISÉE» de l'UCLouvain est faite pour vous

La dermoscopie est utile au diagnostic des tumeurs cutanées. Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de 1^{ère} ligne de soins, sont de plus en plus confrontés à des patients consultant pour une lésion cutanée suspecte. L'interprétation des images nécessite néanmoins une formation. Plus de 300 médecins généralistes ont déjà été formés et utilisent le dermatoscope avec succès au quotidien. La vidéo qui suit vous en dira plus.



Écoutez le podcast:
<https://vimeo.com/554808830/27a6c9a09a?share=copy>

Équipe organisatrice et enseignante

- **Pr Isabelle Tromme**,
service de dermatologie et clinique du mélanome CUSL
- **Dr Evelyne Harkemanne**,
service de dermatologie et clinique du mélanome CUSL
- **Pr Luc Thomas**,
dermatologue spécialisé dans le diagnostic des tumeurs cutanées par la dermoscopie, de l'Université Claude-Bernard Lyon-1 (France)

Informations complémentaires: attestation-dermoscopie@uclouvain.be

Inscription:
https://studies.uclouvain.be/continuing_education/home/DTCM7FC/

Organisation pratique:
<https://uclouvain.be/prog-2023-dtcm7fc-infos-pratiques>

Site:
<https://uclouvain.be/prog-2023-dtcm7fc>

