



CHAPITRE

70

*Prévention
du cancer
de la peau*

par John W. Feightner

Prévention du cancer de la peau

Adaptation par John W. Feightner, MD, MSc, FCFP¹ de documents préparés pour le compte du U.S. Preventive Services Task Force²

Le dépistage systématique du cancer de la peau par les médecins de soins primaires n'est pas recommandé pour l'ensemble de la population (recommandation C). Par prudence, les personnes présentant un risque significativement plus élevé (mélanome malin familial, mélanome malin chez un parent au premier degré) devraient subir périodiquement un examen physique à des fins de surveillance; les dermatologues sont probablement les plus aptes à porter un diagnostic. À l'heure actuelle, on ne possède pas de preuves suffisantes pour recommander ou non aux médecins de conseiller à leurs patients de procéder régulièrement à un auto-examen de la peau. Les cliniciens devraient avertir leurs patients qui s'exposent de façon excessive au soleil ou les sujets à risque de cancer de la peau de protéger leur peau contre les rayons du soleil (recommandation B). Les personnes qui ont des antécédents de kératose actinique et qui ne peuvent éviter l'exposition au soleil devraient utiliser des écrans solaires filtrant les rayons UVA et UVB (recommandation B); on ne dispose toutefois pas de preuves suffisantes pour recommander l'utilisation de ces produits à des fins de prévention des épithéliomas spinocellulaires ou basocellulaires ou des mélanomes malins.

Ampleur du problème

En 1992, environ 51 000 nouveaux cas de cancer de la peau ont été recensés au Canada. Dans 47 000 cas, il s'agissait d'épithéliomas basocellulaires ou spinocellulaires, qu'il convient de distinguer d'un autre type de tumeur maligne, le mélanome^{<1>}. Les épithéliomas produisent rarement des métastases et répondent habituellement bien au traitement. Les lésions de grande taille peuvent toutefois causer une importante destruction des tissus, une mutilation ainsi qu'une gêne fonctionnelle lorsqu'elles ne sont pas décelées rapidement. Le risque d'épithélioma cutané s'accroît chez les sujets présentant les caractéristiques suivantes : antécédents personnels d'épithélioma cutané, âge avancé, type caucasoïde (yeux bleus, peau claire, cheveux roux ou blonds), faible aptitude au bronzage, densité élevée de taches de rousseur et importante exposition cumulative à vie au soleil.

¹ Professeur de médecine familiale, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

² Par le D^r Carolyn DiGiuseppi, Conseillère scientifique, U.S. Preventive Services Task Force, Washington, DC, États-Unis

Le mélanome malin (MM) diffère considérablement des deux autres formes de cancer de la peau. Bien que moins fréquente, l'affection est beaucoup plus souvent mortelle. On estime qu'en 1993, 2 950 nouveaux cas de MM et 560 décès attribuables à un MM ont été signalés au Canada. Selon les données de 1989, le MM arriverait au 14^e rang des cancers pour le nombre d'années potentielles de vie perdues. Au cours des deux dernières décennies, on a noté une augmentation de l'incidence standardisée pour l'âge (6 % chez les hommes, 4 % chez les femmes) et des taux de mortalité (3,4 % chez les hommes, 1,6 % chez les femmes). Un certain nombre d'études ont permis de déterminer les principaux facteurs de risque de MM. Ces facteurs sont : les lésions développées à partir de mélanocytes précurseurs et les autres marqueurs cutanés (p. ex., naevi atypiques, certains naevi congénitaux), un grand nombre de naevi communs, l'immunosuppression ainsi que des antécédents personnels ou familiaux de cancer de la peau, en particulier de MM. Une étude cas-témoin réalisée récemment en Ontario a permis de définir quatre facteurs de risque constitutionnels de MM, soit la couleur des cheveux (le risque est plus élevé chez les sujets aux cheveux roux que chez les sujets aux cheveux noirs), la densité des taches de rousseur et des naevi (le risque s'accroît en fonction de la densité) et la vulnérabilité aux coups de soleil après une exposition répétée au soleil (le risque est plus important chez les sujets présentant une faible aptitude au bronzage).

Le risque de MM est particulièrement élevé chez certaines personnes. Chez les sujets atteints du syndrome du naevus dysplasique (FAM-M, pour *familial atypical mole and melanoma*), affection rare, ce risque est au moins 100 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population. Des réserves ont été émises dans le passé concernant l'évaluation du risque uniquement sur la foi d'antécédents personnels ou familiaux de naevi dysplasiques de grande taille. On note toutefois une variation considérable entre les observateurs pour ce qui est du diagnostic tant clinique que pathologique du naevus dysplasique, situation qui rend difficile l'établissement d'un diagnostic juste. La prudence est donc de mise afin d'éviter l'étiquetage abusif des patients.

Les rayons ultraviolets (UV), en particulier les UVB, ont été mis en cause dans la genèse des épithéliomas cutanés et du MM. Des études réalisées auprès de l'ensemble de la population afin d'évaluer le lien potentiel entre les épithéliomas cutanés et l'exposition solaire ont toutes étayé l'hypothèse selon laquelle l'exposition solaire cumulée à vie est un facteur déterminant. Le rôle des rayons UV dans l'étiologie du MM a reçu beaucoup d'attention et suscité maints débats<2-6>. Selon le choix des variables confusionnelles, des études cas-témoins ont mis en évidence une association souvent contradictoire entre les coups de soleil (en particulier durant l'enfance) et la survenue de MM plus tard dans la vie. Bien qu'elles ne soient pas encore concluantes, ces observations ainsi que des données recueillies dans le cadre d'études réalisées auprès de populations migrantes donnent à croire

qu'une exposition solaire intense durant l'enfance pourrait être un facteur causal. Contrairement aux épithéliomas cutanés, le MM semble résulter davantage d'expositions intermittentes aux UVB que de l'exposition cumulée.

Intervention

La prévention du cancer de la peau repose sur deux stratégies de base : la prévention primaire qui consiste à éviter de s'exposer au soleil durant les heures d'ensoleillement maximal, à porter des vêtements protecteurs et à utiliser des écrans solaires et la prévention secondaire qui repose sur la détection précoce des MM ou des épithéliomas par les patients eux-mêmes ou leur médecin. Nous passerons en revue les interventions de prévention primaire à la section traitant de l'efficacité.

Examen physique par le médecin

La détection d'une lésion suspecte doit être interprétée comme un résultat de dépistage positif, qui doit être confirmé par biopsie. Les études réalisées à ce jour n'ont pas permis de déterminer avec précision la sensibilité et la spécificité de l'examen de la peau parce qu'en général, seuls les sujets chez qui une lésion a été découverte subissent par la suite une biopsie. Une étude utilisant les taux d'incidence dans la population comme estimation de la fréquence des faux-négatifs a révélé que la sensibilité de l'examen de la peau s'élevait à 97 % pour les MM, à 94 % pour les épithéliomas basocellulaires et à 89 % pour les épithéliomas spinocellulaires<7>. Toutefois, l'utilisation du taux d'incidence dans la population pour calculer le taux de faux-négatifs est discutable car plus de 78 % des sujets qui ont participé au dépistage présentaient au moins deux facteurs de risque de cancer de la peau et, dès lors, n'étaient pas représentatifs de l'ensemble de la population. Dans le cas des patients chez qui le dépistage est positif, le taux de confirmation histologique est de l'ordre de 40 % pour les MM, de 43 et de 57 % pour les épithéliomas basocellulaires et de 14 et 75 % pour les épithéliomas spinocellulaires<7,8>. La probabilité que le diagnostic de MM soit confirmé par examen histologique varie entre 38 et 64 %, si cet examen est effectué en clinique par un dermatologue, et entre 72 et 84 %, s'il est réalisé par un spécialiste des cancers de la peau. Dans une étude communautaire randomisée visant à évaluer l'efficacité du dépistage effectué par des dermatologues spécialisés, l'examen histologique a permis de confirmer le diagnostic clinique d'épithélioma spinocellulaire et d'épithélioma basocellulaire dans 38 % et 59 % des cas, respectivement<9>.

D'autres études ont révélé que, de façon générale, le taux de diagnostics justes établis sur la foi de photographies couleurs est moins

élevé chez les médecins de soins primaires et les autres omnipraticiens qui n'ont pas reçu de formation en dermatologie<10-12>.

Le rendement du dépistage du cancer de la peau dépend de la proportion de la surface corporelle examinée. Seulement 20 % des MM apparaissent normalement sur les parties découvertes du corps, alors que c'est le cas de 85 à 90 % des épithéliomas cutanés. Selon certaines estimations, un examen intégral de la peau permettrait d'accroître de deux à six fois le nombre de MM détectés. En l'absence de données permettant d'établir la fréquence optimale d'un tel examen, les partisans de cette intervention recommandent un intervalle d'un ou de deux ans en s'appuyant uniquement sur leur jugement clinique. Une étude a montré que seulement 4,2 % des patients se présentaient à leur rendez-vous annuel en vue de subir un examen complet de la peau;<13> de toute évidence, un taux d'observance aussi faible ne peut que réduire considérablement l'efficacité de l'intervention.

L'examen intégral de la peau ne comporte aucun effet indésirable connu. La biopsie présente pour sa part un risque théorique de complications, mais en pratique celles-ci sont rares. Il n'existe cependant aucune étude comparative qui permette d'évaluer le taux de détection associé à l'examen intégral de la peau ou d'estimer la fréquence des effets indésirables éventuels.

Auto-examen

L'auto-examen à l'aide d'une liste comportant sept points à vérifier est une autre option que certains auteurs ont proposée pour l'évaluation des lésions cutanées. Une étude a révélé qu'un examen effectué avec une telle liste avait une sensibilité de 71 % et une spécificité de 99 % et présentait une valeur prédictive de 7 % pour le diagnostic de MM lorsqu'un diagnostic clinique porté par un dermatologue servait d'étalon<14>. Faute de données fiables, on ne peut pas déterminer dans quelle mesure les patients sont capables de détecter correctement des lésions suspectes en général non plus qu'on peut apprécier la justesse de l'auto-examen périodique de la peau ou l'utilité des instructions visant à réduire la fréquence des erreurs commises durant l'auto-examen.

Efficacité de la prévention et du traitement

Détection précoce des lésions

Les épithéliomas basocellulaires et spinocellulaires sont des tumeurs malignes très fréquentes, mais elles se développent lentement et essaiment rarement. Il se peut que la détection et le traitement précoce des lésions contribuent à réduire la morbidité et la mutilation, mais aucune étude n'a encore évalué l'efficacité de ces mesures.



Les épithéliomas basocellulaires et spinocellulaires sont des tumeurs malignes très fréquentes, mais elles se développent lentement et métastasent rarement

Le principal avantage potentiel de l'examen systématique de la peau est de permettre la détection précoce des MM. On ignore toutefois la sensibilité et la spécificité de cet examen lorsqu'il est pratiqué par des médecins de soins primaires, de même que la fréquence optimale à laquelle il convient de l'effectuer. Qui plus est, nous n'avons trouvé aucun essai comparatif randomisé évaluant l'efficacité du dépistage précoce et du traitement subséquent. On ne peut donc pas éliminer l'effet des biais liés à l'intervalle de latence ou à la durée dans les études qui font appel à un plan expérimental avant-après ou utilisent des groupes témoins inappropriés. Le deuxième problème découle de ce que le risque à vie de MM dans la population est relativement faible (1 %). Autrement dit, dans l'ensemble de la population, 99 % des patients obtiendraient toujours des résultats négatifs au dépistage systématique de MM. Cette situation soulève certaines interrogations encore irrésolues quant à l'impact des effets négatifs potentiels et quant à la rentabilité des programmes de détection précoce des MM dans l'ensemble de la population.

Des campagnes d'éducation du grand public visant à encourager les gens à consulter un médecin de soins primaires en vue de subir un dépistage précoce des MM ont été entreprises, notamment en Écosse. Une étude a montré qu'une telle stratégie semblait favoriser la détection de tumeurs moins épaisses ($p < 0,05$) et une réduction des taux de mortalité chez les femmes (cette tendance n'a pas fait l'objet d'une évaluation statistique)^{<15>}. Il convient toutefois de mentionner que les auteurs de cette étude n'ont utilisé aucun groupe témoin et ont opté pour un plan avant-après qui ne permettait pas d'éliminer des facteurs confusionnels importants.

Une des difficultés soulevées par les études avant-après réside dans l'utilisation de l'épaisseur des MM comme résultat. Des études ont établi un lien entre la survie et le risque de récurrence après la résection, d'une part, et l'épaisseur des lésions, d'autre part. Ainsi, 90 % des MM de plus de 1 mm d'épaisseur comportent un pronostic de huit ans sans récurrence, comparativement à 74 % des MM de 1 à 2 mm d'épaisseur. Bien que cette association serve de variable pronostique dans les études sans groupes témoins, on ne peut déterminer si la découverte de lésions plus minces est favorisée par les mesures de dépistage précoce ou si elle reflète simplement une tendance naturelle de la population. En effet, des données révèlent que les lésions sont en moyenne moins épaisses dans certaines populations, quelle que soit l'importance des efforts de dépistage précoce.

De la même façon, les données concernant les sujets susceptibles d'être à risque élevé sont fragmentaires. Deux grandes séries de cas composées de sujets présentant des naevi atypiques et examinés régulièrement par des dermatologues ont montré que le dépistage précoce semblait favoriser la détection des lésions moins

épaisses. Des études avant-après effectuées auprès de sujets ayant des antécédents familiaux ou personnels de MM ont également indiqué qu'un dépistage régulier effectué par des dermatologues favorisait la détection de lésions significativement moins épaisses chez les sujets que chez des témoins historiques ou des témoins d'une autre époque.

Prévention primaire

La prévention primaire du cancer de la peau repose sur la réduction de l'exposition solaire (évitement de l'exposition ou port de vêtements protecteurs et d'un chapeau) ou l'utilisation d'écrans solaires. Cette approche a d'ailleurs fait l'objet de campagnes d'éducation grand public en Australie.

Aucun essai comparatif randomisé ni aucune autre étude comparative appropriée n'a encore permis d'évaluer dans quelle mesure la réduction de l'exposition au soleil ou le port de vêtements protecteurs permet de prévenir l'apparition d'un MM ou d'un épithélioma cutané. Les preuves les plus solides en faveur de cette approche inspirée par la prudence nous proviennent de certaines études citées dans la littérature, qui établissent un lien entre les rayons UV et les MM et les épithéliomas cutanés<2-6>. Ces études n'englobent toutefois pas d'études de cohortes prospectives ni d'essais comparatifs randomisés et elles ne visent pas précisément à évaluer l'effet de la réduction de l'exposition ou du port de vêtements protecteurs. Les preuves étiologiques existantes semblent toutefois confirmer le bien-fondé d'une telle approche.

Les preuves concernant l'efficacité des écrans solaires sont moins évidentes, sauf en ce qui a trait à leur capacité de réduire les taux de récurrence ou les nouvelles kératoses actiniques. Un essai comparatif randomisé récent a permis d'évaluer l'efficacité de l'usage régulier d'écrans solaires qui filtrent les rayons UVA et UVB chez une population de sujets âgés de plus de 40 ans présentant des antécédents de kératose actinique<16>. Sur une période de six mois, le taux moyen de kératose actinique s'est accru de 1 par sujet dans le groupe témoin mais a chuté de 0,6 par sujet dans le groupe utilisant des écrans solaires. Bien que les kératoses actiniques soient considérées comme des lésions précurseurs d'épithéliomas spinocellulaires, le risque de progression en un an est inférieur à 1/1 000. En outre, seulement 60 % de tous les épithéliomas spinocellulaires se développent à partir de kératoses actiniques préexistantes, les autres apparaissant sur la peau normale. Les preuves recueillies dans le cadre de cette étude donnent à croire que l'utilisation d'écrans solaires peut influencer sur la survenue éventuelle d'un épithélioma spinocellulaire, mais l'impact clinique véritable demeure incertain. L'efficacité des écrans solaires dans la prévention des kératoses actiniques semble démontrée, mais l'utilisation de ce constat comme indicateur intermédiaire de l'efficacité de ces produits contre les épithéliomas



Aucun essai comparatif randomisé ou aucune autre étude comparative valable n'a encore permis d'évaluer dans quelle mesure le fait d'éviter l'exposition au soleil ou de porter des vêtements protecteurs permet de prévenir l'apparition d'un MM ou d'un épithélioma cutané



L'efficacité réelle des écrans solaires est incertaine, sauf en ce qui a trait à leur capacité de réduire la fréquence des nouvelles kératoses actiniques ou leur récurrence

spinocellulaires ne fait pas l'unanimité sur le plan clinique. Il n'existe aucun essai comparatif randomisé qui ait démontré que les écrans solaires permettaient de prévenir la survenue d'épithéliomas basocellulaires ou de MM. Au contraire, certaines études cas-témoins et études de cohortes ont indiqué que ces produits n'avaient aucun effet bénéfique ou, pire encore, que le risque d'épithélioma basocellulaire et de MM était significativement plus élevé chez les utilisateurs d'écrans solaires<5,17,18>. L'effet potentiel des facteurs confusionnels résiduels sur ces résultats continue de susciter la controverse, mais la question demeure sans réponse pour l'instant. L'opportunité de filtrer les UVA en plus des UVB demeure également une source de préoccupation.

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'écrans solaires sont habituellement bénins ou modérés et n'intéressent qu'entre 1 et 2 % des utilisateurs. Ces effets, qui se présentent sous la forme de dermatites de contact ou de photocontact, d'urticaire de contact ou de comédons, se résorbent spontanément dès qu'on cesse d'utiliser les écrans solaires.

Counselling

Il existe peu de données sur l'efficacité des conseils prodigués aux patients concernant l'exposition au soleil. Une étude avant-après visant à évaluer l'efficacité du counselling fourni au moment de l'exérèse d'une tumeur cancéreuse de la peau et annuellement par la suite a révélé que les patients ont utilisé plus souvent des vêtements protecteurs et des écrans solaires et ont réduit la fréquence ou la durée de leurs séances de bronzage durant la période de suivi de 2 à 6 ans<19>. Toutefois, seulement les deux tiers des participants ont été revus dans le cadre du suivi, et il n'a pas été possible de déterminer dans quelle mesure l'effet observé était attribuable uniquement à la chirurgie. Si certaines études avant-après ont montré que l'éducation du public peut accroître les connaissances et modifier les croyances concernant les effets nocifs de l'exposition au soleil, il n'est pas certain que les gens modifient leur comportement en conséquence. Des études, dont une avec groupe témoin, ont révélé que les programmes d'éducation en milieu communautaire ou professionnel permettaient d'accroître de façon significative l'utilisation de mesures de protection contre le soleil (chapeaux, chemises) et l'évitement du soleil. On ignore toutefois si ces observations s'appliquent également aux conseils dispensés par le médecin.

Recommandations émanant d'autres sources

En 1989, le *U.S. Preventive Services Task Force* s'est prononcé en faveur du dépistage systématique du cancer de la peau pour toutes les personnes à risque élevé et a recommandé aux médecins de conseiller à tous leurs patients qui passent beaucoup de temps à l'extérieur

d'utiliser des écrans solaires et d'autres moyens pour se protéger contre les rayons ultraviolets. Faut de preuves, ce groupe de travail ne s'est pas prononcé sur l'opportunité de conseiller aux patients de procéder à des auto-examens de la peau <20>. Ces recommandations sont en cours de révision.

Le Comité de concertation des *National Institutes of Health (NIH)* des États-Unis s'est également prononcé en faveur du dépistage régulier du cancer de la peau et du counselling relatif à l'auto-examen périodique de la peau. Il a également recommandé que certains parents de patients atteints de MM fassent partie de programmes de surveillance. L'*American Cancer Society* recommande un auto-examen mensuel de la peau pour tous les adultes de même qu'un examen par un médecin tous les trois ans pour toutes les personnes âgées de 20 à 39 ans et tous les ans pour celles qui ont plus de 40 ans. L'*Academy of Dermatology* et le *National Cancer Institute* des États-Unis recommandent pour leur part le dépistage régulier du cancer de la peau et le counselling concernant l'auto-examen de la peau. Ces mêmes organismes, de même que l'*American Cancer Society* et l'*American Medical Association*, recommandent aux médecins de conseiller à leurs patients d'éviter de s'exposer au soleil et d'utiliser des écrans solaires.

Enfin, l'Association canadienne de dermatologie recommande aux personnes qui passent beaucoup de temps au soleil d'utiliser des écrans solaires ayant un facteur de protection solaire (FPS) de 15 ou plus.

Conclusions et recommandations

L'examen intégral de la peau effectué par un médecin de soins primaires pour le dépistage systématique du cancer de la peau n'est pas recommandé pour l'ensemble de la population. Les cliniciens doivent demeurer à l'affût de toute lésion cutanée suspecte (p. ex., asymétrie, bords irréguliers, variation de couleur, diamètre supérieur à 6 mm ou changement d'apparence subit) lorsqu'ils examinent leurs patients pour d'autres raisons, particulièrement ceux qui présentent des facteurs de risque reconnus. Sont reconnus comme facteurs de risque les signes cliniques de mélanocytes précurseurs ou de marqueurs cutanés (naevi atypiques, certains naevi congénitaux), un grand nombre de naevi communs, l'immunosuppression, les antécédents personnels ou familiaux de cancer de la peau, une importante exposition cumulative à vie au soleil, des expositions intermittentes intenses au soleil ou de fréquents coups de soleil durant l'enfance, ou une peau claire, des cheveux roux ou blonds et les yeux bleus, des taches de rousseur ou une faible aptitude au bronzage. Des échantillons appropriés des lésions suspectes devraient être prélevés par biopsie (recommandation C).

À l'heure actuelle, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander ou non aux patients de procéder régulièrement à des auto-examens de la peau. Les cliniciens pourront juger plus prudent de fournir à leurs patients qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque reconnus de cancer de la peau (voir liste au paragraphe précédent) des informations sur les signes et les symptômes évocateurs d'un cancer de la peau et sur les avantages potentiels de l'auto-examen périodique (recommandation C).

Le risque de mélanome malin est beaucoup plus élevé chez les sujets atteints du syndrome du mélanome malin familial. Les cliniciens qui examinent ces patients devraient demeurer à l'affût de toute lésion cutanée suspecte et orienter leurs patients vers des spécialistes du cancer de la peau, au besoin. On possède des preuves acceptables pour recommander aux médecins d'offrir un examen intégral de la peau à ce sous-groupe particulier de patients (recommandation B).

Les cliniciens pourraient juger qu'il est prudent de conseiller aux personnes présentant des facteurs de risque reconnus de cancer de la peau ou aux parents d'enfants affichant de telles caractéristiques (peau claire, yeux bleus et cheveux blonds ou roux, faible aptitude au bronzage) d'éviter de trop s'exposer au soleil, surtout entre 10 et 15 h, et de se couvrir (chemises et chapeaux) lorsqu'ils prennent du soleil. Cette recommandation s'appuie sur des preuves du rôle étiologique de l'exposition solaire, l'existence d'effets bénéfiques éventuels importants pour la santé, le faible coût de l'intervention et le faible risque d'effets négatifs, bien que l'efficacité de cette intervention n'ait pas encore été démontrée (recommandation B).

L'usage régulier d'écrans solaires filtrant les rayons UVA et UVB est recommandé pour les personnes qui ont des antécédents de kératose actinique et qui ne peuvent éviter de s'exposer au soleil (recommandation B). On ne possède pas de preuves suffisantes pour recommander ou non aux médecins de conseiller à leurs patients d'utiliser des écrans solaires afin de prévenir la survenue de mélanomes malins ou d'épithéliomas basocellulaires (recommandation C).

Questions non résolues (recherches à entreprendre)

Il faut poursuivre les recherches sur l'étiologie du mélanome malin. Il convient également de cerner les autres facteurs de risque individuels afin d'être en mesure de mieux cibler les efforts de dépistage précoce et de prévention primaire.

Il faut également évaluer l'efficacité réelle d'éviter les expositions solaires intenses et de porter des vêtements protecteurs et l'opportunité d'inciter les patients à adopter ces comportements.

Enfin, il importe de poursuivre les études sur l'efficacité des écrans solaires, en particulier pour la prévention des mélanomes malins et il faut déterminer l'effet des conseils prodigués aux patients concernant l'usage de ces agents dans l'éventualité où leur efficacité serait démontrée.

Sources des données

La recherche documentaire a été effectuée dans la base de données MEDLINE pour la période de 1988 à mars 1993 à l'aide des mots-clés suivants : *cancer, skin neoplasm, melanoma, dysplastic nevus, sunscreens agents, isotretinoin et sunlight*. D'autres ouvrages ont été trouvés par examen de la documentation citée dans les articles recensés dans la base de données MEDLINE.

Cette recension a été entreprise en 1993 et le Groupe d'étude a mis la dernière main à ses recommandations en mars 1994.

Références choisies

1. Institut national du cancer du Canada: Statistiques canadiennes sur le cancer, 1992. INCC, Toronto
2. Koh HK: Cutaneous melanoma. *N Engl J Med* 1991; 325: 171-182
3. International Agency for Research on Cancer: Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; Ultraviolet Radiation, vol. 55, Lyon: IARC, 1992
4. Elwood JM: Melanoma and sun exposure: contrasts between intermittent and chronic exposure. *World J Surg* 1992; 16: 157-165
5. Holman CD, Armstrong BK, Heenan PJ: Relationship of cutaneous malignant melanoma to individual sunlight-exposure habits. *J Natl Cancer Inst* 1986; 76: 403-414
6. Osterlind A, Tucker MA, Stone BJ, *et al*: The Danish case-control study of cutaneous malignant melanoma. II: Importance of UV-light exposure. *Int J Cancer* 1988; 42: 319-324
7. Koh HK, Caruso A, Gage I, *et al*: Evaluation of melanoma/skin cancer screening in Massachusetts. Preliminary results. *Cancer* 1990; 65: 375-379
8. Bologna JL, Berwick M, Fine JA: Complete follow-up and evaluation of a skin cancer screening in Connecticut. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1098-1106
9. Green A, Leslie D, Weedon D: Diagnosis of skin cancer in the general population: clinical accuracy in the Nambour survey. *Med J Aust* 1988; 148: 447-450
10. Cassileth BR, Clark WH Jr, Lusk EJ, *et al*: How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions? *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 555-560

-
11. Ramsay DL, Fox AB: The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1981; 117: 620-622
 12. Wagner RF Jr, Wagner D, Tomich JM, *et al*: Diagnoses of skin disease: dermatologists vs. nondermatologists. *J Dermatol Surg Oncol* 1985; 11: 476-479
 13. Lee G, Massa MC, Welykyj S, *et al*: Yield from total skin examination and effectiveness of skin cancer awareness program. Findings in 874 new dermatology patients. *Cancer* 1991; 67: 202-205
 14. Keefe M, Dick DC, Wakeel RA: A study of the value of the seven-point checklist in distinguishing benign pigmented lesions from melanoma. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 167-171
 15. MacKie RM, Hole D: Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma. *BMJ* 1992; 304: 1012-1015
 16. Thompson SC, Jolley D, Marks R: Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med* 1993; 329: 1147-1151
 17. Hunter DJ, Golditz GA, Stampfer MJ, *et al*: Risk factors for basal cell carcinoma in a prospective cohort of women. *Ann Epidemiol* 1990; 1: 13-23
 18. Beitner H, Norell SE, Ringborg U, *et al*: Malignant melanoma: aetiological importance of individual pigmentation and sun exposure. *Br J Dermatol* 1990; 122: 43-51
 19. Robinson JK: Compensation strategies in sun protection behaviors by a population with nonmelanoma skin cancer. *Prev Med* 1992; 21: 754-765
 20. U.S. Preventive Services Task Force: *Guide to Clinical Preventive Services: an Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Williams & Wilkins, Baltimore, Md, 1989: 71-75

**Prévention du cancer de la peau**

INTERVENTION	EFFICACITÉ	QUALITÉ DES PREUVES <réf>	RECOMMANDATION
Examen intégral de la peau	<p>Pour les personnes à risque normal, l'intervention n'a pas fait la preuve de son efficacité comme stratégie de détection précoce.</p> <p>Les personnes chez qui le risque est significativement plus élevé (c.-à-d., mélanome malin familial, ou mélanome chez un parent au premier degré) devraient par prudence se faire examiner périodiquement (les diagnostics les plus justes pourraient être portés par les dermatologues).</p>	<p>Séries de temps et de lieux<7-9> (II-3)</p> <p>Séries de temps et de lieux<10-12> (II-3)</p>	On ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander d'inclure ou d'exclure l'examen intégral de la peau de l'examen médical périodique des personnes présentant un risque normal (C); des preuves acceptables justifient toutefois l'inclusion de cette intervention dans l'examen médical périodique d'un sous-groupe très restreint de sujets (B)
Auto-examen	On ne possède pas de preuves suffisantes pour conseiller aux patients de procéder régulièrement à un auto-examen de la peau.	Séries de temps et de lieux<4> (II-3)	On ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander d'inclure ou d'exclure cette intervention de l'examen médical périodique (C)
Éviter l'exposition au soleil et porter des vêtements protecteurs	Des preuves issues d'études épidémiologiques sur l'étiologie du mélanome, la prudence, le faible coût de l'intervention et l'absence d'effets indésirables justifient d'éviter les excès de soleil durant les heures d'ensoleillement maximal et de porter des vêtements protecteurs.	Études épidémiologiques et études cas-témoins <2-6> (II-2)	Les résultats d'études épidémiologiques et d'études cas-témoins ainsi que la simple prudence constituent des preuves acceptables pour inclure ce counselling dans l'examen médical périodique (B)

**Prévention du cancer de la peau (fin)****INTERVENTION**

Écrans solaires (prévention contre les épithéliomas spinocellulaires, les épithéliomas basocellulaires et les mélanomes malins)

EFFICACITÉ

Des études ont conclu à l'inefficacité des écrans solaires ou laissent entendre que le risque de cancer de la peau pourrait être plus élevé chez les utilisateurs de ces produits. Les preuves existantes ne sont pas concluantes.

**QUALITÉ DES PREUVES
<réf>**

Études de cohortes et études cas-témoins<17-19> (II-2)

RECOMMANDATION

On ne possède pas de preuves suffisantes pour se prononcer sur l'opportunité de recommander ou non aux patients, dans le cadre de l'examen médical périodique, d'utiliser des écrans solaires pour prévenir les épithéliomas spinocellulaires ou basocellulaires et les mélanomes malins (C)*

* Un essai comparatif randomisé<16> a démontré que les écrans solaires contribuent à réduire le taux de récurrence ou le développement de nouvelles kératoses actiniques. Bien qu'elles soient des précurseurs d'épithéliomas spinocellulaires, les kératoses actiniques ne constituent pas un indice intermédiaire suffisamment probant pour conclure à l'efficacité de ces produits dans la prévention des épithéliomas spinocellulaires. Des preuves acceptables justifient toutefois l'utilisation des écrans solaires pour la prévention des kératoses actiniques seulement. (Recommandation B, applicable aux personnes présentant des antécédents de kératose actiniques qui ne peuvent éviter l'exposition au soleil)