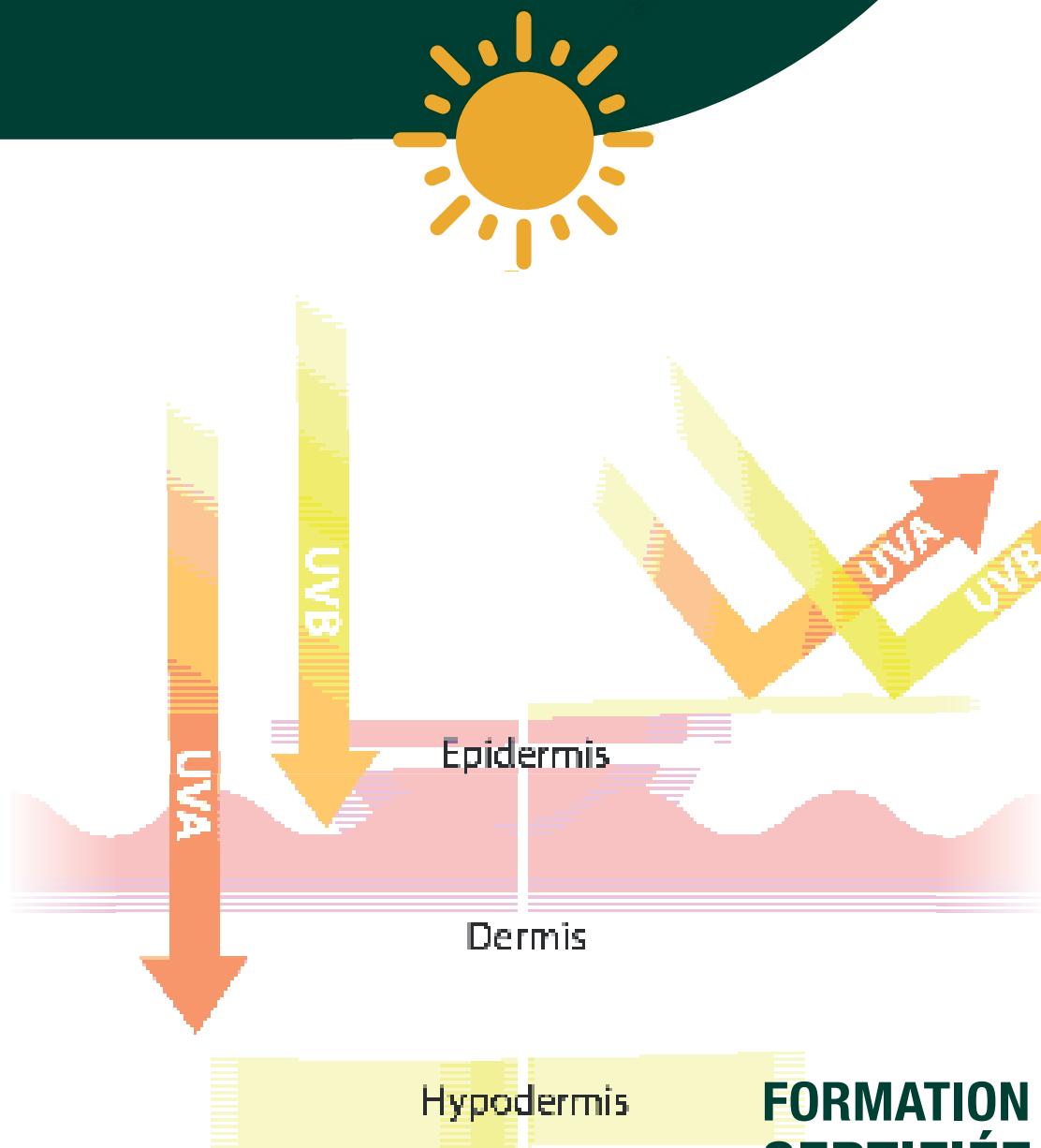




LES ENJEUX DE LA PHOTOPROTECTION EN 2025



**FORMATION
CERTIFIÉE #1**

LES ENJEUX DE LA PHOTOPROTECTION EN 2025

La photoprotection représente la totalité des moyens capables de s'opposer aux effets néfastes induits par les radiations solaires. Elle comprend la photoprotection naturelle et la photoprotection externe.

1. La photoprotection naturelle

La photoprotection naturelle regroupe l'ensemble des systèmes et structures cutanées de protection, permettant à cette dernière de se protéger des effets biologiques des radiations UV. Elle est individuelle et est sous contrôle génétique.

L'épaississement de la couche cornée induit par les radiations UV existe, mais ce facteur reste minoritaire par rapport à la protection assurée par le système pigmentaire.

En plus du système pigmentaire, les systèmes de réparation de l'ADN et des antioxydants endogènes font partie de cette photoprotection naturelle.

Tous ces systèmes et structures cutanées sont associés à une notion récente, le capital solaire.

Il est défini dès la naissance, diminue à chaque exposition solaire, est non renouvelable, et lorsqu'il est épuisé, il y a apparition de cancers cutanés.

2. La photoprotection externe

La photoprotection externe regroupe la photoprotection physique, qui est vestimentaire et la photoprotection chimique qui est l'utilisation de Produits de Protection Solaire (PPS). Elle représente, aujourd'hui, le seul moyen de protection vis-à-vis des radiations solaires et en particulier des UV.

2.1 Photoprotection vestimentaire

Elle consiste à se protéger des radiations solaires par le port de vêtements ou d'accessoires (chapeau, casquette). La protection que va apporter un vêtement est dépendante de plusieurs facteurs : la texture, la couleur, l'épaisseur et le confort de ce dernier. Une couleur foncée absorbe les rayons UV offrant une meilleure photoprotection mais aussi les rayons infrarouges, ce qui rend le vêtement inconfortable à porter. Un vêtement mouillé a une protection inférieure à celui d'un vêtement sec.

Les ventes de vêtements photoprotecteurs ont fortement augmenté ces dernières années mais restent minoritaires chez l'adulte. La photoprotection vestimentaire offre une protection sûre.

Elle a montré une grande efficacité contre les UVB avec une diminution du nombre de naevus et de coups de soleil.

2.2 Produit de protection solaire (PPS)

► L'efficacité des PPS est strictement liée à une application correcte en termes de rythme et de quantité appliquée. Il est important d'expliquer aux patients comment appliquer uniformément le PPS sur une peau propre et bien séchée, avant l'exposition au soleil, de renouveler l'application fréquemment (toutes les 2 heures), surtout après avoir nagé et s'être essuyé. On considère que le conseil d'appliquer un PPS « une seule fois par jour » (en partant de la stabilité du PPS revendiquée par certains laboratoires) est un message à risque pour tous les utilisateurs et notamment pour les patients ayant un phototype clair, une pathologie photosensible ou photo-aggravée. Il est important de rappeler aux patients les zones trop souvent « oubliées » comme les oreilles, les tempes, les faces latérales et postérieures du cou et, si l'application est faite sans une aide, le dos, le bas des pieds, la zone proche du maillot.

► Le coefficient de protection représente le facteur multiplicateur du temps d'exposition nécessaire pour avoir, après application du PPS, un dommage UV-dépendant égal à celui induit sur une peau non protégée. Le SPF n'informe que sur la protection offerte par les UVB et la mise en évidence d'un rôle quasi aussi important des UVA (court et long) dans la genèse des effets délétères du soleil a conduit à rechercher à définir également un coefficient de protection contre les UVA. Le paramètre, le plus couramment admis en Europe, est la protection contre la pigmentation immédiate mesurée de manière retardée par rapport à son apparition (PPD). Un autre paramètre doit ainsi identifier : la mesure de la longueur d'onde critique (Lc). Plus la Lc est élevée, meilleure est la couverture du PPS dans le domaine des UVA longs (UVA1) les plus délétères. Plus récemment, de nouveaux travaux scientifiques pointent l'impact nocif de la lumière bleue, haute énergie visible sur les cellules cutanées.

► La **quantité de PPS** influence fortement leur protection réelle : les indices de protection indiqués sur les packs sont déterminés en conditions standardisées des laboratoires, en appliquant le PPS à 2 mg/cm², ce qui correspond à une quantité



de 30 g de crème pour une seule application et pour couvrir correctement tout le corps. En réalité, la quantité de PPS appliquée par les utilisateurs est en moyenne de 0,7 mg/cm², ce qui diminue considérablement la protection réelle (en sachant que la diminution de la protection n'est pas divisée par 2), la différence de protection étant exponentielle : un PPS étiqueté « SPF30 » (devant être appliqué à 2 mg/cm²) correspondra, en conditions réelles d'utilisation (s'il est appliqué à 0,5 mg/cm²), à un SPF4.

- ➡ Le **choix de la classe du PPS** doit donc prendre en compte les conditions d'exposition (intenses : glacier, tropiques ; importantes : plages, activités extérieures de longue durée ; modérées : vie au grand air, jardinage) et le phototype du sujet.

A savoir

Les **filtres minéraux** ont été incriminés dans le phénomène de blanchissement des coraux à la suite de plusieurs publications. Certains de ces travaux, leur méthodologie et leurs résultats ont été remis en cause par les experts scientifiques des récifs coralliens qui attribuent essentiellement le blanchissement des coraux au changement climatique et aux pollutions côtières. Néanmoins, parce que des doutes subsistent, quelques laboratoires mettent l'accent sur le moindre impact de leurs produits sur le milieu marin (corail, chaîne alimentaire, biodiversité marine) et développent des formulations et des galéniques plus respectueuses des massifs coralliens. Ces soins sont formulés avec un minimum de filtres solaires et sans silicones pour une biodégradabilité optimale et un impact réduit.

- ➡ Un PPS avec une composition la plus simple (moins de filtres et surtout sans l'inclusion de filtres chimiques potentiellement allergisants) sera moins susceptible de générer des effets indésirables, d'où la tendance des laboratoires dermocosmétiques les plus médicalisés à simplifier les formules de leurs crèmes, sprays ou laits PPS.

Les effets secondaires locaux des filtres solaires ne sont pas rares.

- ➡ Certains filtres peuvent provoquer une irritation (rougeurs, sensation de brûlure ou de picotement) de la muqueuse oculaire et de la peau, voire des réactions phototoxiques (en association avec le soleil).
- ➡ Des réactions allergiques immédiates au niveau de la peau (quelques minutes après l'application), notamment de l'urticaire de contact (voire une anaphylaxie), sont associées à la benzophénone-3 ou l'oxybenzone (dont la mention est obligatoire sur l'emballage à titre de sensibilisant) ainsi qu'à l'octocrylène. La benzophénone-3 peut également engendrer une photo-urticaire de contact.
- ➡ Une dermatite de contact allergique a été signalée à de multiples reprises pour différents filtres solaires, les benzophénones et l'octocrylène étant les allergènes les plus fréquents. Il faut cependant mentionner que les filtres solaires ne sont pas

les seuls en cause et que d'autres ingrédients utilisés dans les protections solaires peuvent également en être responsables.

- ➡ En ce qui concerne les effets systémiques éventuels, l'attention se focalise sur un potentiel effet cancérogène des filtres solaires et des expériences ont permis de constater la mutagénicité et la carcinogénicité de la benzophénone (et de ses métabolites [benzhydrol et p-hydroxybenzophénone]) et de l'octocrylène. Pour le reste, certains filtres solaires sont également cités au nombre des perturbateurs endocriniens potentiels.



La transformation des filtres minéraux pigmentaires en nanoparticules permet de remédier à l'effet « masque de Pierrot » et de faciliter l'étalement avec une meilleure efficacité d'absorption des UV et une action plus durable. **La pénétration cutanée des formes nanoparticulaires suscite des interrogations, en particulier concernant leurs effets potentiels sur le système immunitaire, le matériel génétique, ainsi que la formation de radicaux libres.** Aucune toxicité n'est montrée sur peau saine, et ces soins restent recommandés chez les peaux allergiques et intolérantes. En revanche, les autorités scientifiques recommandent de ne pas appliquer ces produits sur une peau lésée ou à la suite d'érythèmes solaires et de ne pas vaporiser sur le visage et/ou dans une pièce fermée ces formules conditionnées en spray aérosol.

Les Belges n'utilisent pas assez de photoprotection

Selon une étude Euromélanoma, 88% des personnes interrogées dans le monde reconnaissent l'importance de la photoprotection, mais elles ne sont que 18% à se protéger systématiquement. Les chiffres belges présentent un écart encore plus grand : 93% des gens sont conscients qu'une trop grande exposition au soleil peut être dangereuse pour la santé, mais à peine 6% se protègent tout au long de l'année.

INFORMER ET ÉDUQUER : NOTRE MISSION

Une information claire et parfaitement compréhensible permet d'améliorer l'usage de la photoprotection.

- ➔ La protection vestimentaire doit être indiquée pour tous, tous les jours et toute l'année. Des lunettes de soleil avec des verres de qualité et certifiés CE, ainsi que des chapeaux larges font également partie de l'ensemble des mesures de photoprotection.
 - ➔ Éviter les heures d'exposition où l'intensité du soleil est maximale (12-16h), ne pas exposer les enfants en bas âge au soleil.
 - ➔ Rappeler aux patients avec des antécédents de cancers cutanés, que toute exposition au soleil est contre-indiquée.
 - ➔ L'usage des PPS reste le principal support de la photoprotection externe.
- Les nouvelles recommandations fournissent des garanties sur les qualités intrinsèques du produit en accord avec les connaissances actuelles sur les dommages UVB induits, leur mécanisme et le rôle important des UVA dans leur genèse.
- ➔ Ceci conduit à proposer, pour les sujets sains, de phototypes les plus communs des produits de moyenne ou haute protection selon la classification officielle ; le choix doit être guidé par la nature des expositions comme indiqué ci-dessus. Pour les phototypes I et II, les hautes protections sont à conseiller.
 - ➔ En termes de choix de la protection, la notion clé est qu'un PPS ne doit pas servir à augmenter abusivement la durée de l'exposition solaire.
 - ➔ Pour la prévention des dommages chroniques, l'utilisation des PPS ne doit pas se limiter aux seules expositions solaires récréatives mais plus largement être étendue à toute

situation d'exposition solaire ; l'application doit s'étendre à l'ensemble des zones tégumentaires découvertes.

- ➔ Le choix de la forme galénique dépend de la zone d'application ; les crèmes très bien adaptées pour le visage le sont moins pour le corps où les patients préfèrent les qualités d'étalement des laits. Les laboratoires innovent chaque année de nouvelles textures qui se prétendent de plus en plus « sensorielles » ; il est très important de prendre le temps de choisir la texture la plus adaptée mais aussi la plus appréciée par le patient, car ainsi on peut espérer une meilleure adhérence à la démarche de photoprotection.

- Les sticks sont adaptés aux zones surexposées du visage ainsi qu'aux taches pigmentaires, naevi, cicatrices...
- Pour le corps et les zones pileuses, pour les sportifs, préférer une texture fluide (gel, émulsion fluide, lait).
- Pour les peaux grasses, choisir les formes peu comédo-gènes.
- Les huiles présentent une bonne rémanence à l'eau et à la transpiration et sont également formulés avec des filtres hautes protection.
- Les brumes solaires en spray et non-grasses, laissent sur la peau le fameux « toucher sec », elles se conjuguent également avec des hautes protections, mais doivent être appliquées très fréquemment.
- Les soins après-soleil ont un effet relipidant et hydratant. Dans certaines formulations, on y retrouve également des principes actifs anti-inflammatoires et cicatrisants.

Avis d'expert : Docteur Maselis, dermatologue

Les progrès accomplis dans la compréhension du rôle joué par le rayonnement solaire dans la carcinogenèse démontrent clairement la nécessité d'une protection large incluant les UVB, les UVA courts et longs et peut être également la lumière visible et les infrarouges (IR). Le premier choix de protection est de chercher l'ombre, le deuxième est le port de vêtements de protection solaire, incluant chapeau et lunettes solaires. Un produit protecteur solaire (PPS) doit aujourd'hui être rémanent, résistant à l'eau et à la sudation, être photostable et apporter une protection harmonieuse vis-à-vis des UVB et des UVA, avec un écart ne devant pas dépasser 3. L'utilisation régulière et correcte d'un PPS diminue l'incidence des kératoses actiniques et des carcinomes épidermoïdes et du mélanome; ce qui est d'application pour la population générale, mais aussi pour les patients immunodéprimés, transplantés ou atteints de pathologies dermatologiques. Plusieurs études observationnelles, de cohorte et essais contrôlés randomisés ont souligné les bénéfices de la crème solaire dans la prévention des cancers de la peau. En particulier, l'incidence du mélanome et du carcinome épidermoïde est réduite, l'effet du soin solaire sur le carcinome basocellulaire est relativement moins prononcé. Lorsqu'il est appliqué et renouvelé correctement, un soin solaire peut réduire d'environ 40% le risque de développer un carcinome épidermoïde (CE) et de 50% le risque de mélanome. Chez l'enfant, l'utilisation de crèmes solaires diminue le développement de nouveaux naevi.

La mise au point de produits photoprotecteurs repose sur l'association de filtres chimiques ou minéraux ciblant différentes longueurs d'onde. D'autres composés (vitamines, oligo-éléments, extraits végétaux, eaux thermales) peuvent être ajoutés pour majorer la protection vis-à-vis du stress oxydatif. Plusieurs facteurs limitants peuvent cependant réduire l'observance et doivent être prévenus. Le premier est très certainement le caractère contraignant de ces mesures. Le manque de sensorialité de la texture, le coût des produits ou le manque de temps sont fréquemment rapportés comme obstacles à l'observance. L'éducation continue des patients, notamment par les professionnels de la santé est essentielle.

LES TUMEURS CUTANÉES

Aucun autre cancer n'a augmenté aussi rapidement en fréquence que les cancers de la peau. En 2004, la Fondation Registre du Cancer recensait environ 11.000 nouveaux cas de cancers de la peau dans notre pays, chiffre qui est passé à 50.000 en 2024.

Une augmentation de 500% en 20 ans. Aujourd'hui, une personne sur six développe une tumeur cutanée au cours de sa vie. Ce chiffre inclut tous les types de cancers de la peau, pas seulement le mélanome qui en est la forme la plus agressive. Une exposition excessive et non protégée aux rayons UV en est la principale cause. D'où l'importance de la photoprotection.

C'EST UN FAIT
90%

des cancers de la peau hors mélanome sont associés à une exposition aux rayons UV du soleil.



1. Les cancers cutanés

Le cancer de la peau fait référence à différents cancers, chacun présentant des symptômes, des traitements et une gravité différents. La dermoscopie a une forte précision diagnostique pour identifier les différentes tumeurs. Cette technique d'examen simplifie la prise en charge en limitant les biopsies.

La kératose actinique

La kératose actinique est une dermatose fréquente survenant le plus souvent chez les sujets de plus de 70 ans, mais elle peut apparaître dès 40 ans. Elle se caractérise par le développement de kératinocytes atypiques au niveau de la partie inférieure de l'épiderme. Elle traduit, le vieillissement cutané et la saturation des possibilités de cumul de la peau en rayons UV.

Facteurs de risque

Le premier facteur incriminé est l'exposition solaire cumulée. Les sujets ayant un phototype clair sont plus fréquemment concernés, tout comme les sujets ayant bénéficié d'un traitement immunosupresseur. Certains patients ayant une maladie génétique comme le xeroderma pigmentosum ou l'albinisme sont aussi plus fréquemment touchés. Les zones concernées sont celles le plus souvent exposées au soleil : face, cuir chevelu, oreilles, avant-bras, dos des mains, cou, face antérieure des jambes.

Symptômes cliniques

Le diagnostic de kératose actinique est aisé. L'épaississement de la couche cornée de l'épiderme forme des papules sèches, de quelques millimètres à près d'un centimètre de diamètre,

volontiers confluentes, de couleur rosée voire franchement érythémateuses, parfois pigmentées et/ou enflammées, généralement recouvertes de squames voire lichenifiées. Elles sont entourées d'une peau qui, bien qu'apparemment saine, est génétiquement altérée et peut révéler une élastose solaire (ex : télangiectasies, hyperpigmentation couperosée ou décoloration jaune).

Les lésions, en règle multiples, siègent avant tout sur le crâne (le cuir chevelu étant fortement exposé en cas d'alopecie androgénique), le visage (nez), le cou, le torse, les épaules et le dos des mains. Une présentation particulière affecte les lèvres : cette kératose est alors dite « chéilité actinique ».

A savoir

Des kératoses actiniques sont parfois pigmentées, et une confusion avec un lentigo solaire ou un mélanome in situ est possible. D'où l'importance de référer chaque patient qui se présente à la pharmacie avec une lésion cutanée suspecte.

Evolution

La kératose actinique est une lésion précancéreuse. Elle peut évoluer de diverses manières : rémission spontanée, persistance, évolution péjorative. Son potentiel de transformation maligne (carcinome épidermoïde) est d'environ 10% des cas. Le risque est majoré chez le patient ayant des antécédents de cancer cutané, ainsi qu'en cas de kératoses actiniques multiples.

Notre conseil

Il est fondamental d'observer régulièrement les lésions cutanées (au moins une fois par an) pour rechercher tout signe suspect. La prévention repose aussi sur la protection solaire (vêtements adaptés, écrans solaires...).

Traitements

Le traitement précoce vise à prévenir l'évolution vers un carcinome épidermoïde invasif.

- ➔ Les **traitements topiques** utilisent des agents cytotoxiques qui induisent une forte réponse inflammatoire via la libération de cytokines. Il s'agit du 5-fluorouracile 5% et de l'imiquimod 5%.
- ➔ La **cryothérapie** avec l'azote liquide permet une destruction des kératoses actiniques dans plus de 80% des cas. Il est préconisé surtout dans les formes peu étendues.
- ➔ La **photothérapie dynamique** qui associe l'application d'un topique sensibilisant (aminolévulinate de méthyle) et une séance d'illumination avec une lampe LED ou une exposition à la lumière naturelle.
- ➔ Une **phototoxicité locale** est fréquente et une dermatite de contact allergique est possible. D'autres traitements peuvent être proposés : le laser ablatif (laser YAG et CO₂), la dermabrasion et la chirurgie.

2. Les carcinomes

Les carcinomes dépendent de la dose cumulative d'UV reçue au cours de la vie, leur fréquence augmente donc avec l'âge. La photoprotection est toujours conseillée. Mais la mesure la plus utile est le dépistage précoce des tumeurs, réalisé par une surveillance très régulière, puis annuelle, et une information sur les signes d'appel.

Carcinome basocellulaire

Un carcinome basocellulaire est dû à la prolifération et à l'accumulation de cellules basales, qui forment une tumeur. Il représente 90% des cancers cutanés ; il trouve le plus souvent son origine dans l'exposition au soleil et c'est la population de type "blanc à peau claire" qui est la plus touchée. C'est le caractère prolongé et répété de l'exposition qui est en cause, indépendamment du fait que le patient a ou non subi de véritables coups de soleil, raison pour laquelle on voit peu ce type de cancer chez des patients jeunes.

Symptômes

Ce qui attire généralement l'attention du patient, c'est une croûte ou une plaie, apparue au niveau du visage, des mains

ou des avant-bras, qui ne guérit pas ou se renouvelle continuellement. La surface des carcinomes basocellulaires est fragile et ils saignent facilement.

Récidives

La probabilité de développer un nouveau basaliome est de 30-40% à cinq ans. Cette nouvelle tumeur peut par ailleurs toucher un tout autre endroit du corps ; il est donc indiqué, chez ces patients, de procéder à une inspection complète. Malgré le fait que ces tumeurs peuvent être très destructrices localement, des métastases à distance ne sont jamais observées. Le traitement est avant tout chirurgical.

Traitements

Le traitement d'un carcinome basocellulaire consiste à retirer la lésion cancéreuse. Diverses techniques existent :

- ➔ **L'électrodestruction et curetage** : cela consiste à gratter la tumeur avec une curette puis à détruire les cellules restantes avec une aiguille électrique.
- ➔ **La chirurgie pour le carcinome basocellulaire** : il s'agit de retirer la lésion cancéreuse avec un scalpel (soit par excision, soit par chirurgie de Mohs, en l'enlevant par couches).
- ➔ **La cryochirurgie** : la lésion cancéreuse est "congelée" avant d'être retirée.
- ➔ **La photothérapie dynamique** : le dermatologue applique une lumière bleue et un agent photosensible sur votre peau pour éliminer les cellules cancéreuses.

Le carcinome épidermoïde (CE) ou spinocellulaire

Ces tumeurs sont plus graves que les carcinomes basocellulaires. En effet, ils peuvent se compliquer de métastases ganglionnaires.

Symptômes

C'est la seconde forme la plus fréquente de cancer de la peau survenant dans des zones qui ont été beaucoup exposées au soleil, comme le visage et le cuir chevelu. Il se présente comme une lésion croûteuse qui peut grandir rapidement et devenir une plaie qui suinte. Il peut s'étendre rapidement, spécialement si il se situe sur les lèvres, les oreilles, les doigts ou les orteils, ou chez les patients immunodéprimés.

Facteurs de risques

- ➔ Exposition aux UV du soleil ou bronzage artificiel.
- ➔ Système immunitaire affaibli (transplanté).
- ➔ Antécédents de cancer de la peau.
- ➔ Âge supérieur à 50 ans : la plupart des CE apparaissent chez les personnes de plus de 50 ans.
- ➔ Peau claire : les personnes à peau claire sont plus à risque.
- ➔ Le sexe : deux fois plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.
- ➔ Etats de santé sensibles au soleil, y compris xeroderma pigmentosum.
- ➔ Antécédent de papillomavirus humain (HPV).
- ➔ Présence de kératoses actiniques : c'est un facteur de risque important d'épithélioma spinocellulaire (10 à 20% des KA évolueraient vers ce type de tumeur).

A savoir

Les traitements antirejet diminuent l'immunosurveillance et rendent le patient transplanté plus à risque de développer des cancers, notamment cutanés, avec des carcinomes baso ou spinocellulaires. Leur risque est de 65 à 250 fois supérieur à celui d'une population immunocompétente. Le traitement, essentiellement chirurgical, doit obéir à des règles strictes.

Evolution

Détecté suffisamment tôt, le carcinome spinocellulaire peut être traité efficacement. S'il n'est pas traité, il peut envahir les couches les plus profondes de la peau et causer une défiguration permanente. Dans de rares cas, le carcinome spinocellulaire peut s'étendre aux ganglions et à d'autres organes, devenant potentiellement mortel. Un traitement chirurgical complet est dès lors recommandé.

A savoir

Il s'impose de traiter le carcinome spinocellulaire, car plus la tumeur grossit, plus elle endommage les tissus avoisinants, ce qui peut entraîner de graves préjudices esthétiques et nécessiter une intervention médicale plus importante.

Traitements

Les options de traitement dépendent de la tumeur (taille, emplacement, sous-type) et de l'état de santé du patient. Parmi les options de traitement, on compte les suivantes : l'excision chirurgicale, l'électrodessication et curetage (le cancer est éliminé par grattage et cautérisation de la peau).

Pour les tumeurs plus complexes ou pour celles qui apparaissent sur la tête, le cou, les mains, les pieds ou les organes génitaux, on utilise une forme spécialisée de chirurgie appelée la chirurgie de Mohs. Effectuée par un dermatologue formé pour utiliser cette technique, la chirurgie de Mohs affiche un taux de réussite élevé. Elle est indiquée pour le traitement des tumeurs situées dans des régions sensibles ou des tumeurs récidivantes. La radiothérapie est parfois utilisée pour traiter le carcinome épidermoïde.

3. Le mélanome

C'est la forme la moins fréquente de cancer de la peau, mais aussi la plus dangereuse. Le mélanome peut atteindre les gens à n'importe quel âge, contrairement aux autres types de cancers de la peau qui touchent plutôt les personnes plus âgées. Il apparaît sous des formes très variées et peut se présenter comme une tache qui devient très foncée ou développer des bords irréguliers, ou différentes couleurs au cours du temps ou plus rarement comme une lésion rose ou rouge qui grandit rapidement. Il peut se diffuser vers d'autres organes (métastases) ; un traitement immédiat est donc essentiel.

Symptômes

Le mélanome se présente soit comme une tache très foncée ou qui développe des bords irréguliers ou des couleurs différentes au cours du temps, ou comme une lésion rose ou rouge qui grandit rapidement. Le mélanome n'est pas aisé à identifier au premier coup d'œil parce que souvent il ressemble à d'autres nævi (grains de beauté) ou taches de naissance.

Localisation

Le mélanome peut survenir n'importe où sur le corps, mais se situe le plus souvent sur le tronc et les jambes. Ils peuvent se développer sur des zones préalablement sans taches, mais dans environ 30% des cas, il se développe sur une zone où il y a des nævi (grains de beauté).

Les symptômes comme des démangeaisons ou un saignement de la lésion peuvent être des signes de mélanome malin. L'apparition de toute nouvelle lésion sur une zone de peau indemne chez une personne de plus de quarante ans est aussi un signe suspect, et devrait inciter à un dépistage chez le dermatologue.

Facteurs de risque

- ➡ Beaucoup de nævi mélanocytaires communs et/ou cliniquement atypiques.
- ➡ Large nævus congénital (présent dès la naissance) mélanocytaire.
- ➡ Antécédents de cancer de la peau (mélanome ou non-mélanome).
- ➡ Antécédents familiaux d'un grand nombre de nævi mélanocytaires ou atypiques et/ou de mélanome.
- ➡ Coups de soleil sévères, douloureux et avec des cloques, en particulier pendant l'enfance.
- ➡ Exposition intensive au soleil.
- ➡ Difficulté à bronzer, c'est-à-dire un phototype de peau I ou II.
- ➡ Avoir les cheveux blonds ou roux, les yeux clairs, et des taches de rousseurs.
- ➡ Immunosuppression.
- ➡ Utilisation de bancs solaires.
- ➡ Antécédent de photochimiothérapie (PUVA) comme traitement médical.
- ➡ Avancement en âge.

Le diagnostic

Le diagnostic précoce du mélanome est un enjeu majeur de dermatologie, de cancérologie, de santé publique. Il faut d'ailleurs considérer que le diagnostic du mélanome concerne tous les médecins, car le dépistage doit se faire notamment à l'occasion de tout examen clinique, au cours duquel il convient d'examiner toute la peau. Reconnaître un mélanome précolement a une importance pronostique majeure. Les mélanomes ont un bon pronostic s'ils sont enlevés tôt. Il existe une corrélation très nette entre l'épaisseur de la tumeur au moment de son exérèse (indice de Breslow) et le pronostic.

Traitements

- ➡ Dans 85% des cas, si le mélanome a été dépisté tôt, aux stades I et II, le traitement chirurgical est définitif, sans rechute, mais dans environ 15% des cas, le mélanome opéré peut récidiver au niveau de la peau, des ganglions (stade III) ou à distance dans l'organisme avec des métastases pulmonaires, digestives, urinaires, osseuses (stade IV).

→ Jusqu'alors, les mélanomes avec métastases ne répondaient pas ou peu à la chimiothérapie et la survie des patients ne dépassait pas six mois. Depuis un peu plus de 10 ans, l'immunothérapie et les thérapies ciblées ont amélioré le pronostic jusqu'alors très sombre des personnes souffrant de mélanome métastatique. Les progrès sont arrivés de la recherche préclinique par la mise en évidence de mutations du gène BRAF (voie des MAP kinases) et de récepteurs inhibiteurs de la réponse immunitaire antitumorale (PD1, CTLA-4). En plus de 10 ans, 11 molécules ou associations de molécules sont ainsi arrivées sur le marché. Dans le traitement adjuvant des mélanomes de stade III, le vrai bouleversement est venu des associations pour lesquelles on dispose aujourd'hui d'un recul important.

AVIS D'EXPERT : Docteur Maselis, dermatologue

Les rayons nocifs du soleil (UVB, UVA) provoquent des dommages au cœur de nos cellules et endommagent notre ADN. Ces dommages sont invisibles. Lorsqu'ils sont répétés, ils peuvent évoluer en cancers cutanés. Certains peuvent guérir, mais d'autres peuvent engager le pronostic vital comme le mélanome. Au stade précoce, le mélanome est facilement curable par chirurgie et le pronostic est donc excellent. À l'inverse, même si nous bénéficions actuellement de nombreuses innovations, en cas de diagnostic tardif, le pronostic s'effondre car il n'existe pas encore à l'heure actuelle de thérapie curative efficace aux stades avancés. Dans ce contexte, la détection précoce du mélanome s'avère capitale si l'on veut parvenir à réduire la morbidité et la mortalité associées à cette tumeur.

De nombreux patients viennent encore beaucoup trop tard. Ils se disent souvent que ce n'est qu'une petite tache sur leur peau, qui n'aura pas d'impact sur le reste de leur corps. Il faut en finir avec ce raisonnement erroné, autrement nous continuerons à perdre des patients à cause d'une maladie que l'on peut prévenir ou traiter efficacement. »

AVIS D'EXPERT : Professeur Dr. Bart Neyns, chef du service d'oncologie médicale à l'UZ Brussels.

La traduction de la science fondamentale en une immunothérapie efficace contre le cancer en bloquant les molécules dites de points de contrôle immunitaire à la surface des cellules immunitaires et cancéreuses a conduit à une nouvelle dimension thérapeutique que nous ne pouvions pas imaginer il y a seulement vingt ans. Et nous n'avons certainement pas exploré tous les avantages possibles que l'immunothérapie peut apporter aux patients atteints de cancer. L'immunothérapie est l'un des traitements qui a fondamentalement changé le paradigme du traitement du cancer, avec pour objectif d'obtenir une réponse immunitaire contre la tumeur et la génération d'une mémoire immunologique.

La dermoscopie optique est une technique non invasive qui permet l'observation de structures invisibles à l'œil nu au sein des tumeurs pigmentées. L'efficacité de la dermoscopie optique dans le diagnostic précoce du mélanome est bien démontrée dans la littérature. La dermoscopie digitalisée permet, en plus, d'enregistrer les images dermoscopiques et ainsi, d'observer leur évolution dans le temps afin de détecter précocement toute modification.

4. Autres cancers

Les autres types de cancer de la peau sont moins fréquents :

- **Carcinome de Merkel** : tumeur plus rare et agressive de la peau ; elle est habituellement un nodule dur, indolore, rouge ou violacé.
- **Sarcome de Kaposi** : taches rouge-violette sur les zones de la peau fortement exposées au soleil. Il se développe à partir des vaisseaux sanguins de la peau.
- **Carcinome des glandes sébacées** : forme agressive, nodule dur et indolore qui grandit le plus souvent sur les paupières.

5. La prévention avant tout

L'équipe officinale a un rôle important dans la prévention primaire et secondaire. Les messages à donner au niveau de la prévention primaire sont :

- **Prévention primaire par l'éducation sanitaire** : informations répétées sur les dangers des expositions solaires excessives, particulièrement dans l'enfance, apprentissage de la photoprotection et mise en garde sur les dangers du banc solaire).

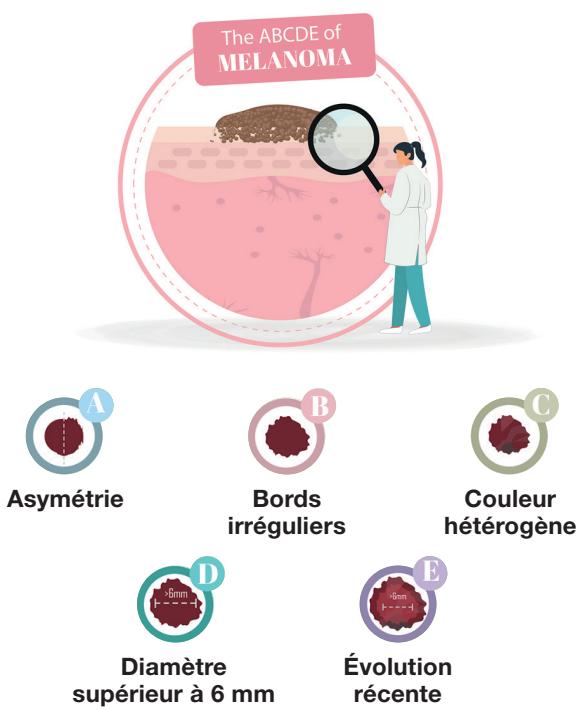
→ **Prévention secondaire**

Le message de prévention secondaire consiste, d'une part, à définir les groupes à risque et à les encourager à se faire dépister à intervalles réguliers, et d'autre part, à diffuser des connaissances de base quant aux caractéristiques des cancers cutanés et à encourager les patients à l'auto-inspection. En présence d'une lésion pigmentée, les signes qui doivent faire soupçonner un mélanome sont :

AUTO-EXAMEN

- Asymétrie de la lésion.
- Bords irréguliers, qui sont encochés, indentés.
- Couleur hétérogène, l'irrégularité de la pigmentation, qui peut mêler des teintes variables de brun, du noir, voire du rouge, du gris.
- Diamètre, l'irrégularité de la surface, où les stries normales de la peau ont disparu.
- Evolution récente, c'est-à-dire un changement d'aspect, quel qu'il soit, d'une lésion, quelle que soit son ancienneté apparente.

L'ACRONYME ABCDE RÉSUME LES SIGNES D'APPEL ET LES SIGNES DE SUSPICION CLINIQUE, FACILITANT AINSI LEUR APPRENTISSAGE ET LEUR RECONNAISSANCE.



Êtes-vous à risque de développer un cancer cutané ?

TOUT LE MONDE A UN RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER CUTANÉ. NÉANMOINS, CERTAINS PATIENTS DOIVENT ÊTRE ENCORE PLUS VIGILANTES QUE D'AUTRES.

Les personnes à peau claire ou qui brûlent vite lors d'une exposition.

Les personnes qui ont beaucoup de grains de beauté (grands et/ou irrégulier).

Les personnes à la peau blanche ayant vécu dans un pays très ensoleillé dans l'enfance (Afrique, Asie...).

Les personnes ayant eu beaucoup de coups de soleil pendant l'enfance.

Les personnes travaillant dehors (maçon, charpentier, jardinier...)

Les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer de la peau ou ayant subi une transplantation cardiaque.

- ➡ Apprentissage de l'auto-examen cutané.
- ➡ Examen de toute la peau à l'occasion de tout examen clinique ; les journées annuelles de dépistage du syndicat des dermatologues rappellent l'intérêt de ces examens.
- ➡ Exérèse des lésions suspectes.

D'après l'étude effectuée dans le cadre de la campagne de prévention 2020 d'Euromelanoma, 1 Belge sur 3 ne contrôle jamais sa peau.

Des campagnes de prévention pour sensibiliser

La très forte augmentation de l'incidence des cas de mélanomes et de cancers a conduit à la mise en place d'importantes campagnes de prévention solaire dans de nombreux pays européens.

Euromelanoma sensibilise la population aux moyens de prévenir ces cancers, mais aussi à l'intérêt de la pratique de l'auto-surveillance et à la détection précoce. « La détection précoce augmente les chances de guérison » expliquent les organisateurs. « Ainsi, les mélanomes, cancers de la peau les plus graves, peuvent être guéris presque systématiquement (98%) lorsqu'ils sont détectés à un stade précoce, alors qu'à un stade plus avancé (avec des métastases), le taux de survie à 5 ans se rapproche des 20%. » Ils invitent donc les personnes à risque

(c'est-à-dire présentant de nombreux grains de beauté, de phototype clair, ayant des antécédents familiaux de cancers de la peau ou ayant eu de nombreux coups de soleil pendant l'enfance) à se faire contrôler tous les ans ou dès le changement d'aspect d'un grain de beauté.

Ce qu'il faut dire aux patients !

- ➡ Les mélanomes peuvent siéger sur tout le corps. Le dépistage nécessite donc d'examiner régulièrement la totalité du tégument et des muqueuses. A la moindre lésion suspecte, il faut encourager le patient à consulter en urgence un dermatologue.
- ➡ Il faut enlever les lésions suspectes : assurez-vous que les patients ont bien compris cette nécessité.
- ➡ Si le mélanome est fin, le pronostic est excellent : on peut rassurer les patients qui ont été opérés à un stade précoce. Le risque de métastases est très faible.
- ➡ La surveillance ultérieure est indispensable : elle est essentiellement clinique, à une fréquence variable selon l'épaisseur du mélanome. Il convient également d'enseigner l'auto-examen aux patients. Cette surveillance a pour but de dépister des métastases, mais aussi des deuxièmes mélanomes, qui ne sont pas exceptionnels. On conseille également de référer les autres membres de la famille du patient, surtout (mais pas seulement) en cas de nævus atypiques.



Formation certifiée • La photoprotection

Formation proposée par Pharmassistante