

Les lésions pigmentaires aspects diagnostiques et traitements esthétiques

Jean-François Tremblay et Alain Dansereau

Les problèmes pigmentaires constituent un motif fréquent de consultation en cabinet de dermatologie esthétique. Bien que souvent bénin, tout changement marqué et soudain de la peau soulève souvent un questionnement diagnostique, à savoir s'il s'agit d'une maladie bénigne ou d'une lésion mélanocytaire néoplasique. Ainsi, il faut souligner l'importance d'un examen cutané et d'un diagnostic médical avant d'entreprendre un traitement rajeunissant, quel qu'il soit, sur une zone photo-exposée. Voici quelques cas cliniques fréquents et représentatifs de troubles pigmentaires pour vous permettre d'aiguiser vos connaissances diagnostiques et thérapeutiques.



Photo 1. Hyperpigmentation faciale en lien avec l'hormonothérapie

Casn° 1

Une patiente de 53 ans récemment ménopausée, que vous traitez par hormonothérapie de remplacement, vient vous consulter avant la rentrée des classes pour des taches apparues sur son visage et ses avant-bras au cours de l'été (photos 1 et 2). Quel sera votre diagnostic et quel traitement lui proposerez-vous ?



Photo 2. Hyperpigmentation brachioradiale en lien avec l'hormonothérapie

CETTE PATIENTE REPRÉSENTE un cas type de mélasme, aussi surnommé masque de grossesse ou chloasma^{1,2}. Le mélasme est fréquent et caractérisé par une hyperpig-

Le D^r Jean-François Tremblay, dermatologue, est cofondateur et directeur médical de l'Institut de médecine esthétique MédIME, à Montréal. Il exerce également la chirurgie dermatologique oncologique de Mohs à l'Hôtel-Dieu du CHUM, à Montréal. Le D^r Alain Dansereau, dermatologue, exerce en pratique privée à la Clinique dermatologique Le Gardeur, à Repentigny.

mentation acquise des zones photo-exposées du visage. Les parties les plus atteintes sont le front, les tempes, les joues et la lèvre supérieure. Ce problème peut même apparaître sur le dos des avant-bras et s'appelle alors hyperpigmentation brachioradiale. Le mélasme peut être déclenché ou exacerbé par tous les éléments suivants : l'exposition solaire intensive ou cumulative, la grossesse, les contraceptifs par voie orale, les hormones de remplacement et certains médicaments photosensibilisants comme les antiépileptiques. Il s'observe

Tableau

Traitements topiques d'entretien du mélasme

Nom générique	Nom commercial
● Hydroquinone	● Ultraquin, Glyquin, Lustra, Skin TX Clarite, etc.
● Acide azélaïque	● Finacea, préparation magistrale
● Acide kojique	● Préparation magistrale
● Acide trétinoïque, rétinol, rétinaldéhyde	● Retin-A, Skin Tx Retinol, Eluage Avène, SkinCeuticals Retinol
● Vitamine C	● Kine-C, Active-C

surtout chez les femmes, bien que jusqu'à 10 % des cas soient des hommes. Tous les groupes ethniques sont touchés, mais les personnes d'origine asiatique, latinoaméricaine ou arabe le sont davantage. Le mélasme s'accroît habituellement en été avec l'exposition solaire et pâlit en l'absence d'exposition. Les plaques ont un aspect dit géographique avec des bordures bien définies, irrégulières et une symétrie remarquable. L'hypermélanose peut être de type épidermique (pigment brun), dermique (bleu-gris) ou mixte. Le diagnostic est d'habitude facile à établir à l'aide des critères cliniques et des antécédents du patient. Le diagnostic différentiel principal inclut la maladie d'Addison, l'hyperpigmentation postinflammatoire attribuable à un médicament photosensibilisant par voie orale (thiazide, amiodarone, tétracycline, chlorpromazine), une dermatite de contact allergique, une dyspigmentation actinique associée au photovieillessement avec lentigos solaires et poïkilodermie de Civatte.

Le mélasme est difficile à soigner²⁻⁶, les traitements étant imparfaits. L'amélioration est progressive et le risque de récurrence, élevé chez les patients qui ne font pas usage d'une photoprotection de façon stricte. Toutes les longueurs d'onde (UVA, UVB et lumière visible) peuvent exacerber le mélasme. L'utilisation quotidienne d'écrans solaires à large spectre avec protection minérale et chimique est généralement recommandée en prévention. Les contraceptifs par voie orale ou les hormones de remplacement devraient être cessés afin d'atténuer le problème qui n'est pas toujours réversible. Les traitements topiques d'entretien (*tableau*) contribuent à réduire la production de mélanine et à mieux maîtriser la coloration de la peau. Dans les cas les plus sérieux, une exfoliation chimique et

des traitements au laser (IPL ou déclenché Nd-YAG) peuvent être utiles. Une approche combinée donne le plus souvent les meilleurs résultats.

Cas n° 2

Une patiente se plaint de taches pigmentaires multiples sur le buste qui sont devenues plus foncées au cours de l'été. La patiente a des antécédents d'exposition solaire intense et de fréquentation de salon de bronzage (photo 3). Quel est votre diagnostic et quel traitement lui proposerez-vous ?



Photo 3. Lentigos solaires multiples au niveau du buste

Cette patiente présente, au niveau de la zone du décolleté, de nombreuses taches pigmentaires appelées lentigos solaires⁷⁻⁹. Le lentigo solaire est une lésion plane ou maculeuse bien circonscrite, uniforme ou mouchetée, brun clair ou foncé. Les lésions peuvent varier de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre et apparaissent sur les zones exposées du visage, de la poitrine, des épaules, du dos, des bras, du dos des mains et même des jambes exposées au so-

leil. Plus de 90 % des adultes de race blanche de plus de 60 ans en ont. Les facteurs qui en favorisent l'apparition sont l'exposition solaire intensive et cumulative, les phototypes clairs qui bronzent peu et brûlent facilement, l'exposition aux UVA en salon de bronzage et la photochimiothérapie de type PUVA servant à traiter certaines affections comme le psoriasis et les lymphomes cutanés¹⁰.

Le diagnostic différentiel comprend la kératose séborrhéique réticulée, les éphélides ou taches de rousseur, les nævus lentigineux, les kératoses actiniques pigmentées et le lentigo malin¹¹. Les lentigos solaires se distinguent par une texture de peau normale et une coloration relativement uniforme dans les teintes de brun. Le lentigo malin est également une lésion plane, mais sa couleur varie de brun foncé à bleu, en passant par le noir, le bleu-gris, le rosé et le gris-blanc. Si la lésion est surélevée par endroits, il faut soupçonner un mélanome malin invasif^{12,13}.

En soi, les lentigos solaires ne posent pas de risque pour la santé, mais ils constituent tout de même un marqueur d'exposition solaire intensive ou cumulative. Les patients atteints méritent donc un examen cutané détaillé avant tout traitement de nature esthétique de manière à dépister d'éventuelles lésions précancéreuses ou cancéreuses.

Le recours à une protection solaire est le meilleur moyen de prévenir les lentigos solaires⁷. Les crèmes éclaircissantes sont peu efficaces, voire pas du tout. L'azote liquide est une option acceptable et peu coûteuse pour quelques lésions isolées dans des zones peu visibles, mais pose un risque d'hypopigmentation, en particulier chez les patients à la peau plus foncée. Les peelings chimiques et les traitements au laser de type IPL, au laser fractionné et au laser à l'erbium représentent également des options efficaces et sûres lorsqu'elles sont effectuées par des cliniciens qualifiés. Un cas type nécessite de deux à quatre traitements. Les bienfaits sont durables bien que de nouvelles lésions soient susceptibles de réapparaître en cas de réexposition solaire subséquente.

Casn° 3

Une patiente d'origine antillaise vient vous voir en raison des multiples petites lésions pigmentées et surélevées qu'elle a sur le front, les tempes et les joues. Ces lésions sont apparues progressivement au cours des dernières années. Elle vous montre quelques lésions brunâtres et d'aspect verruqueux similaires sur le

tronc et le cou (photos 4 et 5). Quel est votre diagnostic et quel traitement lui proposerez-vous ?



Photo 4. Dermatoses papulosa nigra sur le visage



Photo 5. Kératose séborrhéique pigmentée dans le cou

Cette patiente présente des kératoses séborrhéiques sur le tronc et le cou et une affection apparentée, appelée *dermatosis papulosa nigra*, sur le visage¹⁴. La kératose séborrhéique^{15,16} est une lésion très commune, qui apparaît typiquement après l'âge de 30 ans. Ces lésions sont plates ou surélevées, ont une texture verruqueuse et mate caractéristique associée à des follicules ou à des pores cutanés obstrués. Ces lésions semblent « collées » sur la peau. Leur coloration peut varier du beige rosé clair au brun moyen à foncé et même au noir dans le cas de la kératose séborrhéique pigmentée. La *dermatosis papulosa nigra* est plus fréquente chez les gens d'ascendance hispanique ou afro-américaine. La cause des kératoses séborrhéiques n'est

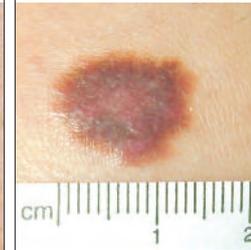
Les lentigos solaires sont un marqueur d'exposition solaire intensive ou cumulative. Les patients atteints méritent donc un examen cutané détaillé avant d'entreprendre un traitement de nature esthétique afin de dépister des lésions précancéreuses ou cancéreuses.

Repère

Figure

Critères diagnostiques des lésions pigmentaires douteuses²²

L'ABCDE du mélanome malin

A Asymétrie d'un côté par rapport à l'autre	B Bordure irrégulière, encochée ou mal définie	C Couleurs multiples comprenant le brun, le noir, le blanc, le bleu et le rose	D Diamètre supérieur à 6 mm	E Évolution ou changement rapide de la forme, de la taille ou de la couleur de la lésion
				

Source : Association canadienne de dermatologie. Le mélanome malin. Ottawa : L'Association. Site Internet : www.dermatology.ca/french/patients_public/info_patients/skin_cancer/malignant_melanoma.html (Date de consultation : le 15 août 2011). Adaptation autorisée.

pas connue, mais des prédispositions héréditaires familiales sont observées. L'exposition solaire ne semble intervenir. Les kératoses séborrhéiques n'ont pas de potentiel préneoplasique et représentent essentiellement une préoccupation de nature esthétique ou personnelle. La plupart du temps, le diagnostic se fait sans biopsie en raison de l'aspect clinique caractéristique des lésions. Le diagnostic différentiel comprend, entre autres, une verrue vulgaire, un acrochordon, un mélanome malin de type kératose séborrhéique pigmentée, un nævus épidermique et un nævus traumatique et enflammé.

Les traitements courants des kératoses séborrhéiques sont l'azote liquide, l'électrodessiccation, le curetage ainsi que le relissage au laser^{17,18}. Cette dernière technique est particulièrement intéressante en cas de lésions multiples sur des zones visibles et esthétiquement importantes. Une attention particulière s'impose chez les patients à la peau foncée afin de prévenir les risques d'hypopigmentation, d'hyperpigmentation ou de cicatrisation défavorable comme les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes.

Casn° 4

Une patiente présente une lésion au visage qui a grossi et changé de couleur (photo 6). Elle vous demande en panique de l'enlever, car elle a lu sur Internet que les grains de beauté qui grossissent et changent de couleur sont cancéreux. Quelle est votre opinion, docteur ?



Photo 6. Nævus intradermique sur le visage

Cette patiente constitue un exemple typique de nævus mélanocytaire acquis bénin de type intrader-

Chez les patients ayant la peau foncée, une attention particulière s'impose lors d'une intervention esthétique chirurgicale ou laser afin de prévenir les risques d'hypopigmentation, d'hyperpigmentation ou de cicatrisation défavorable comme les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes.

Repère

mique^{19,20}. Les caractéristiques des nævus bénins comprennent une coloration homogène ainsi qu'une forme ronde ou ovale relativement symétrique avec des bordures régulières et bien définies²¹. Les lésions mélanocytaires sont typiquement planes et vont de brun clair à foncé lorsqu'elles sont nouvelles. C'est ce que l'on appelle un nævus jonctionnel. Certaines de ces lésions ont aussi tendance au fil des ans à perdre progressivement leur coloration et à devenir plus bombées, ce qui est une évolution naturelle vers le nævus intradermique. Un changement d'apparence lent et progressif sur plusieurs années indique généralement une lésion bénigne plutôt que maligne.

Par contraste, les lésions pigmentaires possiblement malignes, dont les mélanomes, présentent certains critères diagnostiques que l'on peut retenir à l'aide de l'acronyme ABCDE (*figure*)²². Aucun de ces critères pris de façon isolée ne constitue évidemment une preuve ou un diagnostic certain de lésion préneoplasique ou néoplasique. Cependant, l'existence d'un ou de plusieurs de ces critères doit amener le clinicien à élever son niveau de présomption par rapport à la lésion observée et, selon son jugement clinique, à la surveiller ou encore à l'exciser à des fins d'analyse histopathologique^{21,23,24}.

La méthode de choix classique pour le retrait d'un nævus mélanocytaire bénin est l'exérèse chirurgicale complète par ellipse ou bien la cautérisation profonde (rasage). L'examen pathologique systématique des lésions pigmentées est généralement recommandé.

L'exérèse complète en un seul morceau est un aspect technique important afin que le pathologiste puisse évaluer les aspects architecturaux de l'ensemble de la lésion. Les techniques destructrices de type électrodessiccation, cryothérapie à l'azote, dermabrasion ou laser ne sont généralement pas recommandées parce qu'elles empêchent l'examen histopathologique de la lésion. Toutefois, la dermabrasion ou le laser peuvent être utilisés après l'excision afin de favoriser ou de parfaire la cicatrisation à l'endroit de la chirurgie.

EN CONCLUSION, les lésions pigmentaires indésirables représentent un motif de consultation fréquent en cabinet de dermatologie esthétique. Leur traitement pose un double défi. Il faut d'abord établir un diagnostic précis de la lésion et départager celles qui sont bénignes de celles qui sont pré-malignes ou malignes. Par la suite, une approche ciblée du problème associant photoprotection, utilisation de crème médicamenteuse et techniques de dermato-esthétique adaptées au type de peau du patient permet d'obtenir les meilleurs résultats. ✎

Date de réception : le 3 août 2011

Date d'acceptation : le 8 août 2011

Le Dr Jean-François Tremblay est consultant, chercheur et conférencier pour Allergan Canada, Medicis Pharmaceutical Corporation, Merz Pharma, Procter & Gamble, La Roche-Posay, Leo Pharma, Valeant Pharmaceuticals International, Canderem Pharma et sanofi-aventis Canada. Le Dr Alain Dansereau n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Grimes PE. Melasma. Etiologic and therapeutic considerations. *Arch Dermatol* 1995; 131 (12): 1453-7.
2. Salem A, Gamil H, Ramadan A et coll. Melasma: treatment evaluation. *J Cosmet Laser Ther* 2009; 11 (3): 146-50.
3. Nouri K, Bowes L, Chartier T et coll. Combination treatment of melasma with pulsed CO2 laser followed by Q-switched alexandrite laser: a pilot study. *Dermatol Surg* 1999; 25 (6): 494-7.
4. Jeong SY, Shin JB, Yeo UC et coll. Low-fluence Q-switched neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser for melasma with pre- or post-treatment triple combination cream. *Dermatol Surg* 2010; 36 (6): 909-18.
5. Breathnach AS. Melanin hyperpigmentation of skin: melasma, topical treatment with azelaic acid, and other therapies. *Cutis* 1996; 57 (1 Suppl.): 36-45.
6. Garcia A, Fulton J. The combination of glycolic acid and hydroquinone or kojic acid for the treatment of melasma and related conditions. *Dermatol Surg* 1996; 22 (5): 443-7.
7. Ortonne JP, Pandya AG, Lui H et coll. Treatment of solar lentigines. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (5 Suppl. 2): S262-71.
8. Derancourt C, Bourdon-Lanoy E, Grob JJ et coll. Multiple large solar lentigos on the upper back as clinical markers of past severe sunburn: a case-control study. *Dermatology* 2007; 214 (1): 25-31.
9. Roth DE, Hodge SJ, Callen JP. Possible ultraviolet A-induced lentigines: a side effect of chronic tanning salon usage. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20 (5 Pt 2): 950-4.

Lors du retrait d'une lésion pigmentaire pour des raisons diagnostique ou esthétique, l'excision complète en un seul morceau constitue un aspect technique important afin que le pathologiste puisse évaluer les aspects architecturaux d'ensemble de la lésion.

Repère

Summary

Pigmented lesions: diagnosis and esthetical treatment. Unwanted pigmented lesions are common subjects of consultation in the dermatologist's office. The most usual are the solar lentigos, the melasma, seborrheic keratoses, melanocytic nevus not to mention many others. Treatment for these lesions is a double challenge. First, a precise diagnosis of the condition must be established and lesions divided from benign to pre-malignant and, finally, malignant. Photo-damaged skin covered with many sun spots may very well hide lentigo maligna, melanomas or other non melanocytic skin cancers. Afterwards, a targeted approach combining photoprotection, medicated cream and dermato-esthetical techniques (including intense pulse light, fractional CO₂ and Q-switched lasers and peeling) adapted to patient's skin type help to achieve the best results.

10. Basarab T, Millard TP, McGregor JM et coll. Atypical pigmented lesions following extensive PUVA therapy. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25 (2): 135-7.
11. Tanaka M, Sawada M, Kobayashi K. Key points in dermoscopic differentiation between lentigo maligna and solar lentigo. *J Dermatol* 2011; 38 (1): 53-8.
12. Raziee M, Balighi K, Shabanzadeh-Dehkordi H et coll. Efficacy and safety of cryotherapy vs. trichloroacetic acid in the treatment of solar lentigo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22 (3): 316-9.
13. Weinstock MA, Sober AJ. The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Br J Dermatol* 1987; 116 (3): 303-10.
14. Grimes PE, Arora S, Minus HR et coll. Dermatitis papulosa nigra. *Cutis* 1983; 32 (4): 385-6, 392.
15. Noiles K, Vender RJ. Are all seborrheic keratoses benign? Review of the typical lesion and its variants. *Cutan Med Surg* 2008; 12 (5): 203-10.
16. Stern RS, Boudreaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care for seborrheic keratoses. A pilot study of an approach to quality assurance for cutaneous surgery. *JAMA* 1991; 265 (1): 74-7.
17. Kauh YC, McDonald JW, Rapaport JA et coll. A surgical approach for dermatosis papulosa nigra. *Int J Dermatol* 1983; 22 (10): 590-2.
18. Schweiger ES, Kwasniak L, Aires DJ. Treatment of dermatosis papulosa nigra with a 1064 nm Nd:YAG laser: report of two cases. *J Cosmet Laser Ther* 2008; 10 (2): 120-2.
19. Gallagher RP, McLean DI. The epidemiology of acquired melanocytic nevi. A brief review. *Dermatol Clin* 1995; 13 (3): 595-603.
20. Kincannon J, Boutzale C. The physiology of pigmented nevi. *Pediatrics* 1999; 104 (4 Pt 2): 1042-5.
21. Tran KT, Wright NA, Cockerell CJ. Biopsy of the pigmented lesion – when and how. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (5): 852-71.
22. Association canadienne de dermatologie. Le mélanome malin. Ottawa: L'Association. Site Internet: www.dermatology.ca/french/patients_public/info_patients/skin_cancer/malignant_melanoma.html (Date de consultation: le 15 août 2011).
23. Mooi WJ. Cutaneous melanocytic naevus versus melanoma: pitfalls, surprises, dilemmas. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25 (6): 622-7.
24. Geller AC, Swetter SM, Brooks K et coll. Screening, early detection, and trends for melanoma: current status (2000-2006) and future directions. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57 (4): 555-72; quiz 573-6.