

Problèmes dermatologiques courants chez le garçon

Isabelle Auger, Julie Powell

Mathieu, 16 ans, vous consulte pour l'apparition graduelle d'une large tache pigmentée sur le thorax. Il a noté une augmentation de la pilosité de la lésion, qui est par ailleurs asymptomatique (photo 1). Il voudrait aussi faire vérifier les grains de beauté qu'il a dans le dos. Il craint un cancer, car il a attrapé quelques gros coups de soleil dans son enfance. Qu'en pensez-vous ?

Alexandre, 12 ans, est amené par sa mère pour des plaques roses prurigineuses sur le tronc. Doit-il être retiré de l'école ?

Jonathan, 13 ans, vient vous voir avec son père pour une acné déjà marquée au visage et qui évolue depuis quatre mois. Ils ont entendu parler d'Accutane qui serait, paraît-il, plus efficace que les crèmes.

Comment allez-vous aborder les problèmes de ces adolescents ?



Photo 1. Large tache pigmentée irrégulière sur le thorax d'un adolescent

L'ADOLESCENCE, PÉRIODE CHARNIÈRE marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte, s'accompagne d'une multitude de changements physiologiques, hormonaux et psychologiques. L'apparence physique, quoiqu'en général moins préoccupante pour les garçons que pour les filles, prendra une importance certaine pour la plupart des personnes à la recherche d'une identité qui leur est propre. Cette pré-

occupation de l'image corporelle explique en partie la demande des jeunes adultes de comprendre et de traiter les affections cutanées rencontrées au cours de cette période. Sans être exhaustif, cet article tentera de soulever quelques-uns des problèmes dermatologiques fréquents ou plus inusités du jeune adolescent, d'en dresser les diagnostics différentiels et d'en établir la prise en charge.

La D^e Isabelle Auger, dermatologue pédiatrique, exerce au CHUL, à Québec. Au moment de la rédaction du texte, elle était monitrice clinique de dermatologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine. La D^e Julie Powell, pédiatre-dermatologue, est chef du Service de dermatologie du CHU Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal.

La lésion de Mathieu évoque quel diagnostic (photo 1) ?

La lésion de Mathieu est vraisemblablement un nævus de Becker (aussi appelé mélanose de Becker) (photo 1) qui consiste en une augmentation localisée de la mélanine dans l'épiderme basal. La pathogenèse demeure imprécise. Bien que cette affection soit

La prévalence du nævus de Becker est de 0,5 % à 2,5 %, et les garçons sont affectés deux fois plus souvent que les filles. Chez environ la moitié des patients, une hypertrichose est notée. Il n'existe malheureusement que peu d'options thérapeutiques pour cette lésion qui demeure une préoccupation esthétique.

Repère



Photo 2. Taches café au lait

sporadique, des cas familiaux et congénitaux ont été décrits¹. Même si l'exposition solaire peut l'accroître, cette lésion n'est pas causée par les rayons UV. Sa prévalence est de 0,5 % à 2,5 %, et les garçons en sont affectés deux fois plus souvent que les filles.

Cliniquement, le nævus de Becker se manifeste par une large tache asymptomatique beige-brun siégeant le plus souvent sur l'épaule et le thorax et dont l'évolution peut s'étendre sur quelques années. Dans près de la moitié des cas, les lésions apparaissent avant l'âge de 10 ans tandis que dans l'autre moitié, elles se manifestent entre 10 et 20 ans. Chez environ la moitié des patients, une hypertrichose est notée. Des hamartomes du muscle lisse peuvent aussi y être



Photo 3. Nævus spilus

associés. En raison de la sensibilité locale accrue aux androgènes, on peut également noter de l'acné au sein de la lésion. Un seul cas de mélanome apparu dans un nævus de Becker a été signalé et il s'agit probablement d'une coïncidence.

Beaucoup plus rare, le syndrome du nævus de Becker entraîne, en plus d'une tache, une hypoplasie ipsilatérale du sein, du bras ou du muscle pectoral, un *pectus excavatum*, un *spina bifida* ou une scoliose².

Quel est le diagnostic différentiel ? (tableau I)

Les taches café au lait (photo 2), présentes chez 3 % de la population, font partie du diagnostic différentiel³. En général, elles sont présentes à la naissance ou apparaissent dans les deux premières années de vie. Une augmentation des poils duvetueux peut être associée aux grandes taches café au lait. Occasionnellement, ces taches peuvent évoquer des génodermatoses (neurofibromatose si on note plus de cinq taches café au lait, syndrome de McCune-Albright dans le cas de grandes taches segmentaires)

Diagnostic différentiel du nævus de Becker

Diagnostic	Caractéristiques
Nævus de Becker	Grande tache ou plaque beige-brun, sur l'épaule ou le thorax, souvent associée à une hypertrichose
Tache café au lait	Grande tache brun pâle au contour souvent géographique, parfois segmentaire
<i>Nævus spilus</i>	Grande tache brun pâle parsemée de multiples maculopapules brun foncé
Nævus mélanocytaire congénital géant	Grande plaque brun pâle à noirâtre présente à la naissance, souvent associée à une hypertrichose ou à des nævus satellites



Photo 4a. Nævus congénital géant

ou l'existence d'un mosaïcisme pigmentaire.

Une grande tache café au lait recouverte de multiples maculopapules brun plus foncé est un *nævus spilus* (photo 3). Ce dernier doit être surveillé en raison de la rare possibilité d'évolution vers un mélanome.

Les nævus mélanocytaires congénitaux géants (plus de 20 cm de diamètre) ou moyens (mesurant de 1,5 cm à 19,9 cm) sont, par définition, présents à la naissance et en général plus foncés (photos 4a et 4b). Une augmentation de poils terminaux est très souvent remarquée. Le risque signalé de mélanome est de 4 % à 8 % pour les nævus géants. Une surveillance annuelle avec suivi photographique et biopsie de lésions douteuses est recommandée. Enfin, l'hyperpigmentation postinflammatoire suit souvent un processus inflammatoire facilement repérable.

Que peut-on offrir à Mathieu ?

Il n'existe malheureusement que peu d'options thérapeutiques pour le nævus de Becker qui demeure, s'il n'est pas associé au syndrome du même nom, une préoccupation esthétique. Une atténuation partielle a été notée après des traitements par le laser à rubis ou le laser nd-YAG (*Q-switched ruby* ou *Q-switched nd:YAG*)⁴. Si une composante hypertrichoïde existe, des méthodes épilatoires peuvent aider. La protec-



Photo 4b. Nævus congénital moyen

tion solaire, comme pour le reste de la peau, est de mise⁶⁻⁸. La prise en charge du syndrome du nævus de Becker est complexe et multidisciplinaire et dépasse les objectifs de cet article.

En vérifiant les nævus dans le dos de Mathieu, vous notez une papule un peu plus foncée avec un halo blanchâtre au pourtour. Vous êtes probablement devant un nævus à halo ou nævus de Sutton (photo 5). Plus souvent localisée dans le dos, il s'agit d'une lésion bénigne dans laquelle un phénomène inflammatoire auto-immun est dirigé contre les mélanocytes. La composante mélanocytaire disparaîtra complètement pour laisser place à une macule dépigmentée qui se repigmentera lentement avec le temps. La présence de plusieurs nævus à halo peut être associée à un vitiligo, à des nævus mélanocytaires atypiques ou à un mélanome.

Le cas d'Alexandre

L'examen cutané de ce jeune garçon de 12 ans montre une éruption de plaques érythématosquameuses de 1 cm à 1,5 cm de diamètre suivant les lignes de la peau



Photo 5. Nævus à halo

Tableau II

Diagnostic différentiel des éruptions papulosquameuses

Diagnostic	Caractéristiques
Pityriasis rosé de Gibert	Plaque maîtresse, petites plaques érythémato-squameuses avec collerette le long des lignes de tension de la peau adoptant une configuration en « sapin de Noël »
Psoriasis en gouttes	Petites papules et plaques disséminées sur le thorax et les membres proximaux, squames argentées plus épaisses
Pityriasis versicolor	Maculopapules brun rosé, sur les zones séborrhéiques, parfois mises en évidence par une exposition solaire
Eczéma nummulaire	Papules et plaques rondes à ovales, croûtées et souvent suintantes, à prédominance aux membres
Lichen plan	Papules érythématoviolacées, polygonales, luisantes, parfois squameuses, très prurigineuses
Pityriasis lichénoïde chronique	Papules et plaques rosées, brunâtres avec squames « en pain à cacheter » (papules qui se recouvrent d'une squame qui se détache d'un bloc)
Syphilis secondaire	Multiplés maculopapules érythémato-squameuses sur le tronc et les membres, y compris sur les paumes et la plante des pieds

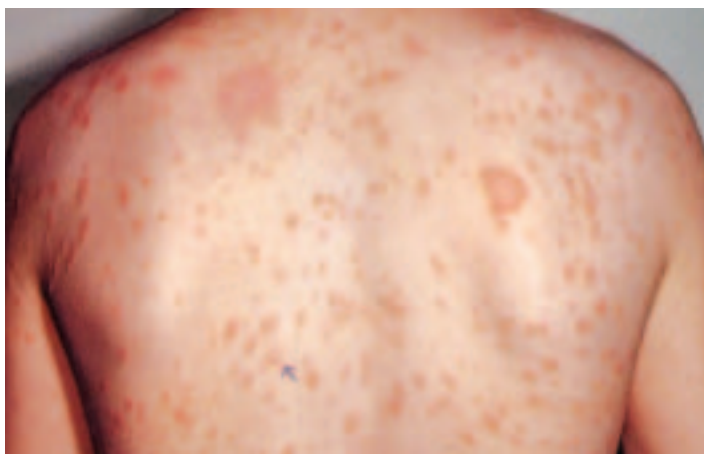


Photo 6. Pityriasis rosé de Gibert

(photo 6). Vous notez également une plaque plus grande de 3 cm sur l'omoplate droite, qui est apparue en premier. Vous êtes devant un cas classique de pityriasis rosé de Gibert que vous diagnostiquez aisément.

Il s'agit d'une éruption papulosquameuse bénigne touchant majoritairement les jeunes de 10 à 30 ans avec un pic d'incidence à l'adolescence. L'éruption, prurigineuse dans les deux tiers des cas,

est autolimitée et dure en général de six à huit semaines. La cause demeure imprécise, même si plusieurs auteurs soupçonnent un virus du groupe herpes HHV-7, expliquant le prodrome (céphalée, fièvre, arthralgie, malaise) qui précède parfois l'éruption, le caractère saisonnier (pics au printemps et à l'automne) et l'absence de récurrence (défense immunitaire permanente). Une transmission par gouttelettes est donc en théorie possible, mais cette affection ne nécessite en rien le retrait de l'école. Bien que la forme classique (plaque maîtresse précédant l'apparition de plus petites plaques annulaires en motif d'arbre de Noël qui suivent les lignes de la peau du tronc et des membres proximaux) soit facile à reconnaître, il existe, dans 20 % des cas, des formes atypiques plus confondantes, comme la forme inverse, les formes urticarienne, purpurique, vésiculeuse, pustuleuse, de type érythème polymorphe, avec plaques maîtresses multiples et atteinte des muqueuses⁵.

Devant une éruption très marquée, prurigineuse ou avec atteinte du visage, les corticostéroïdes topiques de puissance légère à modérée appliqués deux fois par jour pendant quelques semaines, la photo-

Le pityriasis rosé est une éruption papulosquameuse bénigne touchant majoritairement les jeunes âgés de 10 à 30 ans avec un pic d'incidence à l'adolescence. L'éruption est autolimitée et dure en général de six à huit semaines. Sa présence n'impose en rien le retrait de l'école.

Repère



Photos 7a et 7b. Psoriasis en gouttes

thérapie (UVB) et l'exposition solaire modérée pourront aider partiellement. L'érythromycine par voie orale ainsi que l'acyclovir se sont révélés efficaces dans certains cas.

Quel diagnostic différentiel évoquer ? (tableau II)

Une éruption papulosquameuse sur le thorax doit évoquer la possibilité d'un psoriasis en gouttes (*photos 7a et 7b*), souvent déclenché par une infection à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A (pharyngite, anite, dactylite, etc.). On ne notera pas de plaque maîtresse ni de distribution suivant les lignes de la peau et l'éruption pourra être plus persistante.

Le pityriasis versicolor (*photo 8*), causé par des levures du genre *Malassezia*, n'est pas toujours dyschromique et peut être érythémato-squameux ainsi que prurigineux. Cette affection est rare avant la puberté et touche en général les zones dites séborrhéiques (épaules, thorax et haut du dos) en période estivo-automnale. Le traitement consiste en l'application d'antifongiques topiques (crèmes, lotions, shampooings) pendant de trois à quatre semaines ou en la prise d'un antifongique à action générale pendant de trois à sept jours. Il devrait aussi inclure une prophylaxie mensuelle afin d'éviter les récurrences (*tableau III*).

L'eczéma nummulaire et le lichen plan, habituellement très prurigineux, font aussi partie du diagnostic différentiel ainsi que le *tinea corporis* et plus rarement le pityriasis lichénoïde.

Enfin, chez les adolescents plus âgés et sexuellement actifs, la syphilis secondaire, en recrudescence, devrait aussi être évoquée. Elle peut se manifester par des papules et plaques érythémato-squameuses sur le tronc et les membres. Des lésions palmoplantaires y sont souvent présentes contrairement aux autres entités. Dans le doute, un test de dépistage rapide RPR (ou VDRL) en permettra le diagnostic.

Jonathan devra-t-il prendre de l'isotrétinoïne ?

La mère de Jonathan ainsi que deux de ses oncles ont souffert d'acné grave et ont maintenant des cicatrices permanentes. Monsieur craint que son fils ne soit défiguré et voudrait que vous lui prescriviez de l'isotrétinoïne



Photo 8. Pityriasis versicolor

Tableau III

Quelques traitements du pityriasis versicolor

Agent	Posologie et durée
Azole topique (kétoconazole à 2 % en crème)	Application locale, 2 f.p.j. × 2-4 semaines
Azole topique (shampooing au kétoconazole à 2 % – Nizoral) ou sulfure de sélénium à 2,5 % (shampooing Selsun Blue ou lotion Versel)*	Application locale, 1 f.p.j. (10 minutes, puis rincer) × 7-10 jours, puis le 1 ^{er} et le 3 ^e jour du mois × 6 mois
Terbinafine (Lamisil) à 2 % en crème ou en vaporisateur à 1 % ou ciclopirox olamine (Loprox) en crème ou en lotion à 0,77 %	Application locale, 2 f.p.j. × 2-4 semaines
Kétoconazole à action générale (Nizoral)	400 mg, unidose OU 200 mg, 1 f.p.j. × 5-10 jours
Itraconazole à action générale (Sporanox)	200 mg, 1 f.p.j. × 5-7 jours
Fluconazole à action générale (Diflucan)	300 mg/semaine × 2 semaines OU 400 mg en prise unique

*Les préparations sous forme de shampooing sont souvent utilisées en prophylaxie à raison de deux jours par mois.

Source : Dubertret L. *Thérapeutique dermatologique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2001.

(Accutane ou Clarus). Vous notez que le jeune homme est renfermé et qu'il regarde ses pieds tout au long de l'entrevue. En plus de multiples comédons, vous notez quelques kystes enflammés sur le front.

L'acné est un trouble fréquent des follicules pilosébacés qui touche plus de 40 % des adolescents de moins de 15 ans et 80 % des jeunes de moins de 18 ans. Elle mène à une visite médicale dans plus de 15 % des cas. Elle est considérée par certains comme un phénomène normal de l'adolescence, mais son importance ne doit cependant pas être sous-estimée en raison des problèmes d'estime de soi qu'elle peut occasionner. Les garçons sont particulièrement susceptibles de présen-

ter des cicatrices, car ils sont souvent atteints d'une forme plus grave d'acné et ont tendance à consulter de façon tardive quant à l'évolution de la maladie.

La pathogenèse est multifactorielle et comprend quatre facteurs importants : l'anomalie de kératinisation des follicules pilosébacés, la production accrue de sébum (ou séborrhée), l'inflammation et la présence de la bactérie *Propionibacterium acnes*. De plus, la puberté est caractérisée par une augmentation de la production de testostérone qui, une fois convertie en dihydrotestostérone (DHT) dans les follicules pileux, accentue le phénomène. Les lésions typiques en résultant sont les comédons ouverts et fermés, les papules et pustules, les nodules inflammatoires, les kystes et les cicatrices, plus souvent notés au visage et aux zones séborrhéiques des patients souffrant de cette maladie. On a souvent tendance à vouloir classer l'acné selon différents stades (tableau IV). Il s'agit d'une méthode utile pour guider le traitement. Pour le suivi des patients, il sera aussi important de qualifier le type et le nombre de lésions ainsi que leur localisation.





Que lui proposer comme traitement ? (tableau IV)

Les éléments cliniques à considérer afin d'établir le traitement optimal sont multiples et comprennent le type d'acné et sa gravité, l'âge d'apparition, la présence de cicatrices, l'observance thérapeutique, etc. Les objectifs du traitement sont à la fois de diminuer l'apparition de nouvelles lésions et d'éviter les cicatrices. Les traitements entrent dans deux grandes catégories, soit les produits topiques (crèmes, gels, lotions, solutions) et les médicaments à action générale (tableaux V et VI). Les agents topiques seront souvent préférés chez le jeune adolescent souffrant d'acné légère à modérée et n'ayant jamais été traité (tableau V). Les principales classes de produits topiques sont les antibiotiques (érythromycine, clindamycine), les anti-inflammatoires (peroxyde de

L'acné est un trouble fréquent qui touche plus de 40 % des adolescents de moins de 15 ans et 80 % des jeunes de moins de 18 ans. Elle mène à une visite médicale dans plus de 15 % des cas. Elle est considérée par certains comme un phénomène normal de l'adolescence, mais son importance ne doit cependant pas être sous-estimée en raison des problèmes d'estime de soi qu'elle peut occasionner.

Repère

Tableau IV**Traitement de l'acné selon le stade de gravité clinique**

Stade	Type de lésions	Traitement	Photo
Stade I (acné légère)	Comédons	Rétinoïdes topiques	
Stade II (acné modérée)	Comédons et papules inflammatoires	Rétinoïdes, antibiotiques topiques ou peroxyde de benzoyle	
Stade III (acné de modérée à grave)	Papules et pustules	Antibiotiques par voie orale associés à un traitement topique	
Stade IV (acné grave)	Nodules, kystes, cicatrices	Isotrétinoïne par voie orale à une dose cumulative de 120 mg/kg (16-20 sem. à raison de 0,5mg/kg-1 mg/kg)	

benzoyle) et les rétinoïdes (trétinoïne, adapalène, tazarotène). Ces produits ont tous un potentiel irritant et doivent donc être commencés graduellement. La présence de comédons nécessite l'utilisation de rétinoïdes. Les patients doivent être avisés du délai d'action de six à huit semaines pour la plupart des agents topiques. Chez les adolescents ne répondant pas aux substances topiques ou présentant une acné de modérée à grave, un traitement à action générale s'impose (tableau VI). Les antibiotiques de la classe des tétracyclines sont souvent préférés. On doit demeurer vigilants quant aux effets indésirables qui comprennent de légers troubles digestifs, une photosensibilité (avec la tétracycline et la doxycycline, mais non avec la minocycline), la folliculite à bactéries

Gram négatif (résistance aux antibiotiques) et la pigmentation cutanéomuqueuse (retrouvée à la suite de la prise prolongée de minocycline).

Les indications de l'isotrétinoïne (tableau VII) se sont élargies avec les années même si ce médicament doit toujours faire l'objet d'une surveillance importante en raison de ses effets indésirables multiples (tableau VI). Une orientation en dermatologie est généralement indiquée quand un tel traitement est envisagé.

Plusieurs sous-types ou variantes d'acné existent (tableau VIII). Chez le jeune garçon, l'acné conglobata et l'acné fulminante sont parmi les plus importantes à reconnaître et à traiter en raison de leur gravité et des risques possibles de cicatrices.

Tableau V**Traitement topique de l'acné⁶⁻⁸**

Agent actif	Nom commercial	Préparation	Inconvénients
Trétinoïne/ acide rétinoïque	Stieva-A, à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème, gel	Irritation locale
	Vitamin A Acide, à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème, gel	
	Retin-A, à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème, gel	
	Retin-A Micro, à 0,04 % et à 0,1 %	Gel	
Adapalène	Differin, à 0,1 %	Crème, gel	Irritation locale
Tazarotène	Tazorac, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème, gel	Irritation locale
Peroxyde de benzoyle	Solugel, à 4 % et à 8 %	Gel	Irritation locale, Décoloration des vêtements
	PanOxyl	Gel, pain, nettoyant	
	Benzac		
	Acetoxyl Desquam-X		
Érythromycine	Erysol (avec écran solaire)	Crème	
Clindamycine	Dalacin T	Lotion	
	Clindets	Tampon	
	Clindasol (avec écran solaire)	Crème	
Peroxyde de benzoyle + antibiotique	Benzaclin	Gel	
	Benzamycin	Gel	
	Clindoxyl	Gel	
Trétinoïne + érythromycine	Stievamycin (érythromycine à 4 % et trétinoïne à 0,01 % (doux), à 0,025 % (régulier) ou à 0,05 % (fort))	Gel	Irritation locale
Sulfacétamide + soufre	Sulfacet-R (Sulfacétamide à 10 % et soufre à 5 %)	Lotion	

Traitement de l'acné par voie orale⁶⁻⁸

Agent actif	Posologie	Avantages	Inconvénients
Tétracycline	500 mg, 2 f.p.j.	Faible coût	Prise à jeun, photosensibilité
Minocycline	50 mg-100 mg, 2 f.p.j.	Prise avec repas	Irritation digestive
		Efficacité +++	Étourdissements Pigmentation cutanéomuqueuse Rares cas de lupus érythémateux disséminé d'origine médicamenteuse
Doxycycline	50 mg-100 mg, 2 f.p.j.	Prise avec repas	Photosensibilité
Érythromycine	500 mg, 2 f.p.j.	Prise avec repas	Symptômes digestifs
Isotrétinoïne (Accutane ou Clarus)	0,5 mg/kg/j -1 mg/kg/j pour un total de 120 mg/kg	Prise avec repas Efficacité +++	Xérose, chéilite, arthralgies, surveillance, bilans lipidique et hépatique nécessaires

Le diagnostic de l'acné est clinique et pose le plus souvent peu de problèmes. Le diagnostic différentiel comprend la dermatite périorale ou péri-orificielle (dans laquelle on ne trouve pas de comédons), la kératose pileaire inflammatoire (plus fréquente

chez les enfants atopiques plus jeunes et localisée aux joues), la rosacée (exempte de comédons et rare chez les adolescents). La folliculite à *Malassezia*, parfois associée au pityriasis versicolor, est formée de papules monomorphes et intéresse le plus souvent

Tableau VII

Indications de l'isotrétinoïne dans le traitement de l'acné

Recommandées	Non recommandées
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Acné nodulaire ☉ Acné conglobata ☉ Acné réfractaire, surtout si cicatricielle 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Folliculite à Gram négatifs[†] ☉ Acnœdème[†]

*Ces indications diffèrent légèrement de celles du CPS
[†]Indication non approuvée par la FDA
 Source: Wolverton SE. *Comprehensive Dermatologic Drug Therapy*. Philadelphie et Montréal : WB Saunders Company ; 2001.

Tableau VIII

Principales variantes de l'acné vulgaire chez l'adolescent

Types d'acné	Caractéristiques
Acné conglobata	Acné nodulokystique grave
Acné fulminante	Forme d'acné nodulokystique très grave à début abrupt associée à des malaises, des arthralgies et de la fièvre
Acné frictionnelle ou mécanique	Acné inflammatoire et comédonienne causée par une obstruction pilosébacée frictionnelle répétée
Acné médicamenteuse	Acné éruptive monomorphe causée par les corticostéroïdes, les stéroïdes anabolisants, le lithium, la phénytoïne, l'isoniazide, etc.

le tronc. Les folliculites bactériennes et à *Demodex* sont aussi à considérer.

Les angiofibromes caractéristiques de la sclérose tubéreuse peuvent rarement être pris pour une acné débutante.

Vous avez prescrit une combinaison topique de rétinoides et d'antibiotiques. À votre grande surprise, Jonathan a observé religieusement le traitement et semble satisfait de l'amélioration de 50 % de son acné. Vous remettez à plus tard l'ajout d'un agent à action générale.

L ACNÉ EST UNE MALADIE à bon pronostic qui se résoudra au début de l'âge adulte chez la majorité des patients. Un traitement précoce et adéquat permettra la plupart du temps d'éviter les cicatrices permanentes et invalidantes. ☞

Date de réception : 20 octobre 2006
 Date d'acceptation : 22 janvier 2007

Mots clés : problèmes cutanés, adolescent, nævus mélanocytaire, nævus de Becker, pityriasis rosé de Gibert, acné vulgaire

La D^{re} Isabelle Auger n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. La D^{re} Julie Powell agit en tant que consultante et conférencière pour quelques compagnies pharmaceutiques, mais n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Cohen PR. Becker's nevus. *Am Fam Physician* 1988 ; 37 (5) : 221-6.
- Danarti R, Konig A, Salhi A et coll. Becker's nevus syndrome revisited. *Am Acad Dermatol* 2004 ; 51 (6) : 965-9.
- McLean DI, Gallagher RP. "Sunburn" freckles, café-au-lait macules, and other pigmented lesions of schoolchildren: the Vancouver mole study. *J Am Acad Dermatol* 1995 ; 32 : 565-70.

- Tse Y, Levine VJ, McClain SA et coll. The removal of cutaneous pigmented lesions with Q-switched ruby laser and the Q-switched Nd:YAG: a comparative study. *J Dermatol Surg Oncol* 1994 ; 20 : 795-800.
- Gonzalez LM, Allen R, Janniger CK et coll. Pityriasis rosea: an important papulosquamous disorder. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 (9) : 757-64.
- Zaenglein AL, Thiboutot DM. Expert committee recommendations for acne management. *Pediatrics* 2006 ; 118 (3) : 1188-9.
- Weiss JS. Current options for the topical treatment of acne vulgaris. *Pediatr Dermatol* 1997 ; 4 (6) : 480-8.
- Layton AM. A review on the treatment of acne vulgaris. *Int J Clin Pract* 2006 ; 60 (1) : 64-72.

Lecture suggérée

- ☉ Powell J et coll. La dermatologie pédiatrique. *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (12) : 23-82.

Summary

Skin Disorders in Adolescent Boys. Adolescent boys frequently seek medical advice concerning some of the dermatological conditions discussed in this article. Most common are pigmented skin lesions. Becker's nevus is usually located on the shoulder and upper thorax and affects boys twice as often as girls. Differential diagnoses include congenital melanocytic nevus and café-au-lait macules. Halo nevus is another melanocytic nevus often seen in adolescence and is usually benign. Common papulosquamous conditions are characterized by reddish papules with some scaling on the surface. Pityriasis rosea is self-limiting and usually lasts between 6 to 8 weeks. Guttate psoriasis looks like small red spots (*drops*) on the trunk and limbs and can be triggered by a variety of factors. Tinea versicolor is a fungal infection. It is estimated that 80% of people under 18 suffer from acne vulgaris which, if left untreated, can leave psychological as well as physical scars. Various tables summarize the differential diagnosis and various stages and treatments of these skin conditions.

Keywords: adolescence, skin disorders, melanocytic nevi, Becker's nevus, halo nevus, tinea versicolor, pityriasis rosea, acne vulgaris