

Dermatologie de l'adolescence

6

Catherine Maari et Catherine Lagacé

Voici quatre situations cliniques qui vous sont certainement familières :

- « Docteur, j'ai essayé plusieurs crèmes pour mon acné et rien ne fonctionne ! »
- « Y a-t-il quelque chose à faire pour ma verrue ? »
- « Docteur, comment faire disparaître mes vergetures aux hanches et aux cuisses ? »
- « Docteur, mon grain de beauté change, et il y a un anneau plus pâle autour. »

Que répondez-vous à ces quatre adolescents ?

L'acné : traitements topiques et à action générale

La prise en charge efficace de l'acné exige une compréhension de la pathogenèse, une évaluation du type de lésions présentes et de l'effet des médicaments sur ces différentes lésions. Le traitement de l'acné comporte deux objectifs : favoriser la disparition des lésions existantes et réduire la formation de nouvelles lésions ; prévenir les cicatrices et les changements pigmentaires.

Même si l'acné semble être un problème anodin, sachez que les adolescents en souffrent grandement. L'acné peut entraîner une baisse de l'estime de soi et même un état dépressif. En outre, il est important de dissiper trois mythes véhiculés sur l'acné :

La D^{re} Catherine Maari, dermatologue pédiatrique, exerce à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal. La D^{re} Catherine Lagacé, résidente en dermatologie, exerce au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

● Aucune étude n'a établi de lien entre l'acné et le régime alimentaire.

● L'acné n'est pas due à une peau sale ni à un manque d'hygiène. Par conséquent, il n'y a pas de raison de nettoyer la peau de façon excessive.

● Enfin, l'acné ne touche pas seulement les adolescents, mais peut aussi se poursuivre à l'âge adulte.

Le traitement de l'acné dépend de la gravité et de l'étendue des lésions. De façon générale, il ne va pas modifier le cours naturel de cette affection (l'isotrétinoïne par voie orale est la seule exception), mais seulement en diminuer l'activité.

Les traitements topiques

Il existe une multitude de produits contre l'acné (*tableau I*). Comment s'y retrouver ? Premièrement, il est important d'avoir une approche rationnelle adaptée au patient. Certains présentent une acné quasi exclusivement comédonienne, d'autres surtout inflammatoire (c'est-à-dire avec papules et pustules). En évaluant les lésions des patients, vous choisirez ainsi une intervention efficace et

71

Aucune étude n'a établi de lien entre l'acné et le régime alimentaire. L'acné n'est pas due à une peau sale ni à un manque d'hygiène. Par conséquent, il n'y a pas de raison de nettoyer la peau de façon excessive.

R E P È R E

T A B L E A U I

Médicaments topiques dans le traitement de l'acné

Agent	Nom commercial	Forme offerte
Rétinoïde/trétinoïne*	Stieva-A® à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème, gel ou solution
	Vitamin A Acid à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème ou gel
	Retin-A® à 0,01 %, à 0,025 %, à 0,05 % et à 0,1 %	Crème ou gel
	Retin-A Micro® à 0,1 %	Gel
Adapalène	Differin ^{MD} à 0,1 %	Crème, gel ou tampon
Tazarotène	Tazorac® à 0,05 % et à 0,01 %	Crème ou gel
Peroxyde de benzoyle (PB)	PanOxyl®	Gel, pain ou nettoyant
	Benzac ^{MD}	Nettoyant
	Solugel	Gel
	Acetoxyl® à 2,5 %, à 5 % et à 10 %	Gel
	Desquam-X® à 5 % et à 10 %	Gel ou solution
Antibiotiques topiques	Érythromycine	
	● Staticin® à 1,5 %	Lotion
	● Sans-Acne ^{MD} à 2,0 %	Lotion
	Clindamycine	
	● Dalacin® T	Lotion
● Clindets®	Tampon	
Peroxyde de benzoyle/ antibiotique†	Benzamycin® (érythromycine à 3 % et peroxyde de benzoyle à 5 %)	Gel
	Clindoxyl® (clindamycine à 1 % et peroxyde de benzoyle à 5 %)	Gel
Sulfacétamide sodique/soufre	Sulfacet-R®	Lotion
Trétinoïne/antibiotique†	Stievamycin® (érythromycine à 4 % et trétinoïne à 0,01 %, à 0,025 % ou à 0,05 %)	Gel

* Couvert par la RAMQ en médicament d'exception





† Non couvert par la RAMQ

ciblée sur le type de lésions, ce qui favorisera la fidélité au traitement (tableau II). Il est important de mentionner aux patients qu'il est nécessaire d'appliquer le produit pendant au moins six semaines pour pouvoir juger de son efficacité. Les dernières recommandations sur le traitement de l'acné indiquent d'utiliser un rétinol topique comme premier choix pour une acné de grade 1 ou 2¹. Généralement, un gel est utilisé pour les peaux à tendance grasse et une crème pour les peaux sèches. Il faut bien expliquer aux patients de toujours appliquer les produits topiques sur toute la

surface cutanée atteinte d'acné, et non seulement sur les lésions. Ces produits causent souvent de l'irritation, de la rougeur et de la desquamation, ce qui pousse le patient à interrompre le traitement. Si ce dernier est averti de ces possibilités, les chances de fidélité au traitement augmentent. Nous suggérons souvent aux patients, surtout lorsque nous prescrivons des rétinoïdes topiques, de commencer par appliquer la crème tous les deux à trois soirs. Si la tolérance est bonne, ils peuvent alors augmenter graduellement la fréquence jusqu'à une application quotidienne.

T A B L E A U II

Classification des lésions dues à l'acné

	Stade	Pathogénèse	Traitement
	Stade I Acné comédonienne peu inflammatoire	Hyperkératinisation et occlusion folliculaire	Rétinoïde topique ou peroxyde de benzoyle
	Stade II Acné inflammatoire papulocomédonienne de légère à modérée	Prolifération de <i>P. acnes</i> , production de sébum	Rétinoïde topique, antibiotique topique ou peroxyde de benzoyle
	Stade III Acné papulopustuleuse de modérée à grave	facteurs énumérés ci-dessus	Traitement topique et antibiothérapie par voie orale ou contraceptifs oraux
	Stade IV Acné nodulokystique ou acné grave ne répondant pas aux autres traitements	Rupture de la paroi folliculaire, en plus des facteurs énumérés ci-dessus	Isotrétinoïne par voie orale à raison de 0,5-1 mg/kg/j pendant de 16 à 20 semaines

Traitements à action générale

Lorsque l'acné est plus grave et comporte une composante très inflammatoire, il est approprié d'entreprendre un traitement à action générale. Une option thérapeutique chez les jeunes femmes désirant aussi un moyen de contraception est l'utilisation de contraceptifs oraux. Il faut bien sûr les informer que ce moyen de contraception ne les protège pas des MTS. Diane®-35 est un contraceptif oral qui est approuvé au Canada comme produit contre l'acné. Un autre exemple de contraceptif oral efficace dans le traitement de l'acné est Alesse®. Il faut de quatre à six mois avant

de noter un effet sur l'acné ; l'efficacité est maximale au bout d'un an².

Une autre option est l'antibiothérapie par voie orale. L'efficacité des tétracyclines contre l'acné a été largement prouvée³. La tétracycline, la minocycline et la doxycycline sont fréquemment utilisées. Chez les patients qui tolèrent mal les tétracyclines ou chez les enfants de moins de dix ans, l'érythromycine est le traitement de choix. La posologie et les effets secondaires de ces médicaments sont indiqués au *tableau III*. En ce qui nous concerne, nous préférons la minocycline ou la doxycycline comme traitement

T A B L E A U III

Antibiotiques dans le traitement de l'acné

Première ligne	Posologie	Avantages	Inconvénients	Efficacité
Tétracycline	500 mg, 2 f/j	Faible coût	Administration à jeun Photosensibilité	++
Minocycline	50-100 mg, 2 f/j	Prise avec repas	Vertiges, rares cas de syndrome d'hypersensibilité, hépatite, rares cas de lupus induit	+++
Doxycycline	50-100 mg, 2 f/j	Prise avec repas	Photosensibilité	++
Érythromycine	500 mg, 2 f/j	Prise avec repas	Symptômes gastro-intestinaux	+

74

de première ligne, même si elles coûtent plus cher que la tétracycline. Leur efficacité est légèrement supérieure, elles sont mieux tolérées et ne doivent pas être prises à jeun, ce qui constitue un net avantage chez les adolescents ! L'effet des antibiotiques se fait sentir après quatre à huit semaines. Le traitement doit être maintenu pendant de quatre à huit mois. Lorsque les lésions ont disparu, la dose peut être diminuée progressivement. Il est essentiel d'associer le traitement à action générale à un traitement topique, car lorsque le premier prend fin, le second prend la relève.

L'isotrétinoïne par voie orale (Accutane™) est le traitement de choix pour l'acné nodulokystique. Ce produit est aussi indiqué pour l'acné modérée ne répondant pas aux antibiotiques par voie orale, pour l'acné cicatricielle ou pour l'acné associée à une séborrhée importante. La dose est de 1 mg/kg/j pour une durée de quatre à six mois. Ce traitement doit être prescrit par un médecin ayant de l'expérience dans l'emploi de cette molécule puisque de nombreux effets indésirables sont possibles. Une discussion plus approfondie sur ce sujet dépasse le cadre de cet article, mais les lecteurs peuvent se référer à l'article de Gollnick et coll¹.

Le traitement des verrues vulgaires : comment s'y retrouver ?

Les verrues vulgaires sont des lésions cutanées bénignes causées par différentes souches de papillomavirus humain

(HPV). Leur évolution est variable et souvent favorable, le taux de guérison spontanée atteignant 65 % au bout de deux ans. Devant la multiplicité des traitements disponibles, il est important de garder ces deux points en tête afin d'éviter d'utiliser des moyens thérapeutiques plus dangereux ou plus contraignants que la verrue elle-même.

Bien que des personnes de tout âge puissent être affectées, les verrues touchent plus fréquemment les enfants et les jeunes adultes, chez qui l'incidence varie de 10 % à 20 %. La transmission des verrues est avant tout interhumaine et peut être favorisée par plusieurs facteurs : macération ou traumatisme cutané, hyperhidrose, travail manuel, fréquentation de certains lieux publics, comme les piscines ou les gymnases, et onychophagie. Quoiqu'elles puissent parfois être source de douleur aux zones de pression, les verrues causent avant tout un préjudice esthétique.

Abstention de traitement

L'abstention de traitement peut être une option valable étant donné la résolution spontanée possible des lésions. Sans traitement, toutefois, le risque de propagation à d'autres endroits s'accroît. Cette solution n'est pas recommandée chez les patients ayant de nombreuses verrues symptomatiques (*photo 5*) ou présentes depuis plus de deux ans.

Traitements locaux

● **L'acide salicylique.** L'acide salicylique est un kératolytique

Les verrues sont des lésions bénignes. Leur évolution est variable et souvent favorable, le taux de guérison spontanée atteignant 65 % au bout de deux ans. Il est important de se souvenir que l'abstention de traitement peut être une solution valable.

R E P È R E

largement utilisé contre les verrues et demeure le traitement de première ligne. Plusieurs préparations sont offertes en vente libre, à des concentrations variant entre 10 % et 60 %. L'application se fait quotidiennement au coucher, après émondage avec une pierre ponce ou une lime à cors. L'occlusion à l'aide d'un diachylon ou d'un ruban adhésif permet une meilleure pénétration des principes actifs. Idéalement, la peau saine entourant la verrue devrait être protégée avec du vernis à ongles ou de la gelée de pétrole. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à la disparition complète de la verrue, ce qui prend en moyenne de quatre à huit semaines. La réaction varie selon la localisation de la lésion. Les taux de succès à trois mois sont de 67 % pour les verrues digitales, de 84 % pour les verrues plantaires et de 45 % pour les verrues en mosaïque⁴. L'utilisation de l'acide salicylique a l'avantage d'être indolore, mais la durée du traitement peut être décourageante.

● **La cryothérapie.** La cryothérapie par l'azote liquide est un traitement simple et rapide, quoique douloureux. Cette technique consiste à appliquer du froid localement, soit avec un coton-tige, soit avec un cryojet, pour créer une brûlure du second degré avec clivage dermo-épidermique et nécrose de l'épiderme infecté. Le temps d'application (de 5 à 30 secondes) varie selon la région à traiter et la taille de la lésion. Une deuxième application après quelques secondes est recommandée sur les verrues plantaires⁵. On vise l'obtention d'un halo de givrage de 1 mm à 2 mm autour de la verrue. L'émondage préalable des lésions plus kératosiques, surtout au niveau plantaire, est conseillé. Le traitement doit être répété à des intervalles de deux à quatre semaines. Les taux de réussite sont alors de 50 % à 80 % après trois mois⁴. Une fausse idée répandue parmi les patients est qu'un seul traitement



Photo 5. Verrues nombreuses sur le dos de la main



Photo 6. Phénomène de Koebner : apparition de nouvelles verrues au pourtour de la verrue initiale traitée par la cantharidine

par l'azote est suffisant pour faire disparaître une verrue. Il faut toujours mentionner aux patients que de trois à cinq traitements seront nécessaires en moyenne avant la disparition des verrues.

Il faut être vigilant lors du traitement des lésions sur une peau fine (visage, peau près de la matrice des ongles ou des structures tendineuses, articulaires et vasculonerveuses, etc.), car la cryothérapie peut endommager les tissus.

● **La cantharidine.** La cantharidine est un agent vésicant dérivé de la mouche cantharide (*Lytta vesicatoria*). Son utilisation est limitée du fait que le traitement

doit être fait en cabinet par un médecin. La solution de cantharidine est appliquée sur la verrue à l'aide d'un cure-dent ou de l'extrémité de bois d'une tige montée, puis un pansement occlusif est mis en place pendant de 12 à 24 heures. Une bulle se forme habituellement au bout de 24 à 48 heures et guérit en une semaine environ. L'application doit être répétée à une fréquence de une à trois semaines. Les taux de réussite de cette méthode sont de 60 %

à 80 % au bout de trois mois. Ce traitement ne cause aucune douleur à l'application, ce qui est un avantage chez les enfants, ni aucune cicatrice. La réaction bulleuse peut être à l'occasion très sensible. Une réaction de Koebner (apparition au point de traitement d'une dermatose dont le sujet est déjà porteur) est fréquente, surtout sur le dos des mains (photo 6).

● **D'autres agents de destruction chimique.** D'autres traitements topiques sont utilisés en raison de leur pouvoir irritant ou de leur causticité. Ces produits incluent la trétinoïne, l'acide trichloro-acétique, l'acide glycolique, le glutaraldéhyde et le nitrate d'argent. L'efficacité de ces

traitements est variable et parfois validée ou non par des études contrôlées.

● **La chimiothérapie locale.** La chimiothérapie locale peut être une solution de rechange valable dans le traitement des verrues récalcitrantes, mais n'est pas utilisée en première ligne étant donné ses effets secondaires plus importants. La bléomycine est un des agents utilisés⁶. Elle s'administre en cabinet sous forme d'injections intralésionnelles à intervalles de deux semaines. Son efficacité est variable, avec des taux de succès de 68 % à 81 % après de une à deux injections. Ce traitement a le désavantage d'entraîner une forte douleur et une sensation de brûlure locale. Au cours des premières 24 à 72 heures, on observe souvent de l'érythème, de l'œdème et de la douleur, puis il y a formation d'une escarre thrombotique noirâtre. Les cicatrices sont rares. Des cas de phénomène de Raynaud et de dystrophie unguéale ont été signalés à la suite des traitements par la bléomycine.

Le 5-fluorouracile (Efudex® à 5 %) est une crème facile d'utilisation dont le taux de succès atteint 60 % après quatre semaines de traitement sous occlusion. Une onycholyse est fréquente lorsque cette crème est utilisée autour des ongles⁷.

La podophylline et le podofilox sont surtout utilisés dans le traitement des condylomes acuminés. En application topique, ces produits ne semblent pas plus efficaces que l'acide salicylique.

● **L'immunothérapie locale.** L'immunothérapie locale est un choix de deuxième ligne dans le traitement des verrues. Elle consiste à déclencher une réaction allergique (dermite de contact) au niveau de la lésion pour précipiter sa résolution. Le patient doit être préalablement sensibilisé par un allergène qui est ensuite appliqué sur la verrue. Les sensibilisants utilisés sont le dinitrochlorobenzène (DNCB), la diphenciprone et le dibutylester de l'acide squarique. L'efficacité de cette méthode n'est pas constante.

Traitements chirurgicaux

En raison de leur morbidité importante, les traitements chirurgicaux des verrues ne sont maintenant utilisés qu'exceptionnellement. Il existe différentes méthodes, notamment le curetage, l'électrodessiccation et l'exérèse chirurgicale. Elles ont toutes le désavantage de nécessiter une anesthésie locale très douloureuse (aux mains et aux pieds). Les anesthésiques topiques sont nettement insuffisants en

pareil cas. Un autre problème est celui des récurrences locales par marges d'exérèse insuffisantes, le papillomavirus pouvant être présent dans la peau d'allure saine entourant la verrue. Ces modalités thérapeutiques provoquent des cicatrices qui peuvent être douloureuses et entraîner une gêne fonctionnelle, surtout au niveau plantaire.

Le laser

Le laser CO₂ peut être utilisé dans le traitement des verrues résistantes et demeure un choix de troisième ligne. Il est relativement efficace, mais comporte un risque cicatriciel qu'il faut indiquer au patient. L'intervention est relativement douloureuse et peut être difficilement tolérée par certains. De plus, la guérison est longue.

Le laser à colorant pulsé est également utilisé. Son principe repose sur la coagulation des vaisseaux sanguins au sein de la verrue et sur la nécrose secondaire de la lésion. De multiples traitements sont nécessaires et douloureux. Une étude prospective n'a pas montré de différence entre l'efficacité du laser à colorant pulsé et celle de l'azote liquide après quatre traitements⁸.

Traitements à action générale

Les rétinoïdes à action générale peuvent parfois être utilisés dans le traitement des verrues hyperkératosiques ou étendues chez le patient immunodéprimé. Leur efficacité réelle n'a toutefois pas été prouvée par des études contrôlées.

D'autres médicaments à action générale ne se sont pas révélés efficaces : méthionine, interféron, lévamisole. Notons que deux études à double insu n'ont pas noté un effet supérieur de la cimétidine par rapport au placebo^{9,10}.

Autres méthodes

● **L'adhésiothérapie.** Dans quelques cas anecdotiques, des résultats positifs ont été obtenus avec l'application quotidienne de ruban adhésif sur les verrues. Cette méthode est peu coûteuse et indolore.

● **L'hypnose.** L'hypnose a été utilisée pour traiter des verrues réfractaires. Plusieurs études en ont montré l'efficacité, avec des taux de succès variant entre 27 % et 55 %. Les enfants prépubères sont plus susceptibles de bien réagir à l'hypnose que les adultes.

● **L'hyperthermie.** L'hyperthermie consiste à immerger la surface cutanée atteinte dans l'eau chaude (103 °F) pendant

de 30 à 45 minutes, à une fréquence de deux à trois fois par semaine.

● **Les vaccins.** Des recherches sont actuellement en cours pour mettre au point des vaccins contre les verrues.

Il faut garder en tête, lors du choix du traitement, le caractère bénin des verrues vulgaires et leur régression spontanée probable dans la majorité des cas. Il faut aussi le rappeler au patient, souvent avide d'une solution rapide. Il est important de se souvenir que l'abstention de traitement peut être une solution valable. Dans tous les cas, il faut bien évaluer le rapport risque-avantage.

Les vergetures

Les vergetures sont des dépressions atrophiques linéaires de la peau associées à différents états physiologiques, comme les poussées de croissance, la grossesse, la puberté, le gain ou la perte de poids rapide et l'obésité, de même qu'à des états d'hypercorticisme. Très fréquentes dans tous les groupes d'âge, elles surviennent habituellement entre 5 et 50 ans et touchent les femmes deux fois plus souvent que les hommes. Leur incidence est estimée à 70 % chez les adolescentes et à 40 % chez les adolescents.

La pathogenèse des vergetures est encore mal comprise. Elles sont le résultat d'un dommage au tissu conjonctif qui entraîne une atrophie du derme. Plusieurs facteurs semblent en cause : stress mécanique, hormones (corticostéroïdes surtout) et prédisposition génétique.

Au début, les vergetures sont des lignes rouges à violacées, surélevées et habituellement symétriques qui suivent les lignes de clivage de la peau (*striae rubra*). À ce stade, elles peuvent parfois être légèrement prurigineuses. Avec le temps, la colora-

tion rosée s'atténue et les lésions deviennent blanchâtres (*striae alba*). Les vergetures peuvent mesurer plusieurs centimètres de longueur et quelques millimètres à quelques centimètres de largeur (photo 7). Elles sont généralement permanentes, mais peuvent parfois s'atténuer légèrement avec le temps.

À la puberté, les vergetures apparaissent sur les régions du corps dont la taille augmente rapidement. Les zones les plus touchées sont les seins, les cuisses, les hanches et les fesses chez les filles ainsi que les épaules, la région lombosacrée et les cuisses chez les garçons. On trouve rarement des vergetures sur les aisselles, l'abdomen, la portion proximale des bras et le cou.

Faut-il s'inquiéter ?

Les vergetures peuvent parfois être la manifestation d'un état d'hypercorticisme. D'un point de vue clinique, lorsqu'elles sont associées au syndrome de Cushing et à la corticothérapie, les vergetures sont habituellement plus grosses et plus profondes, leur coloration est plus intense et leur distribution est plus diffuse, le visage pouvant notamment être touché.

Que peut-on proposer aux patients ?

Bien qu'elles soient sans conséquence médicale, les vergetures peuvent être une source de soucis cosmétiques pour le patient. Malheureusement, il n'existe aucun remède miracle pour en empêcher l'apparition. Toutefois, certains trai-

tements topiques peuvent parfois aider à en améliorer l'aspect : trétinoïne à 0,1 % en crème, trétinoïne à 0,05 %/acide glycolique à 20 %, acide L-ascorbique à 10 %/acide glycolique à 20 %¹¹. Le laser à colorant pulsé à 585 nm a également montré une certaine efficacité à cet égard, mais peut provoquer des changements pigmentaires, surtout sur les peaux foncées¹².



Photo 7. Vergetures (*striae rubra*)

Bien qu'elles soient sans conséquence médicale, les vergetures peuvent être une source de soucis cosmétiques pour le patient. Malheureusement, il n'existe aucun remède miracle pour en empêcher l'apparition.

R E P P E R E

Grain de beauté qui change et anneau plus pâle autour du grain

Votre patient de 16 ans vient vous voir parce qu'il a noté l'apparition d'un anneau de peau plus pâle autour d'un de ses grains de beauté. Y a-t-il lieu de s'inquiéter ?

Le changement d'aspect d'un nævus est un motif de consultation fréquent, tant chez l'adulte que chez l'adolescent. Une forme particulière, le nævus à halo, peut être particulièrement inquiétante pour le clinicien non averti.

Le nævus à halo, ou nævus de Sutton, est une lésion cutanée bénigne qui se voit surtout chez les adolescents (âge moyen de 15 ans). Il est caractérisé par la présence d'un nævus mélanocytaire central (grain de beauté) entouré d'un anneau hypopigmenté ou achromique (*photo 8*). Son incidence est inférieure à 1 % chez les moins de 20 ans. Une tendance familiale a été signalée. Le développement du nævus à halo représente une réaction immunitaire dirigée contre les nævomélanocytes.

Dans les cas typiques, le nævus central mesure souvent entre 3 mm et 6 mm, a une forme symétrique, une bordure régulière et une coloration uniforme. Le halo, pour sa part, est habituellement régulier, avec une largeur similaire (de quelques millimètres à quelques centimètres) de part et d'autre du nævus. On le retrouve le plus souvent dans la partie supérieure du dos, bien que toutes les régions du corps puissent être touchées. De 25 % à 50 % des personnes atteintes présentent deux lésions ou plus.

L'évolution de la lésion est variable. Les nævi centraux peuvent régresser complètement (50 %), persister sans subir de changements ou encore voir leur coloration modifiée. De façon similaire, le halo peut disparaître graduellement ou non.



Photo 8. Nævus à halo

Est-ce un indicateur de transformation maligne ?

Le nævus de Sutton est une lésion cutanée bénigne qui ne nécessite habituellement qu'une observation périodique. Comme pour toute lésion mélanocytaire, le patient devrait être interrogé sur ses antécédents personnels et familiaux de mélanome malin et de nævi atypiques. Le nævus à halo devrait être inspecté attentivement et un examen cutané complet devrait être pratiqué à la recherche d'autres nævi à halo, de nævi atypiques et de mélanome. Devraient être considérées comme plus problématiques, toute lésion pigmentée unique et asymétrique dont la bordure et la coloration sont irrégulières, toute lésion ulcérée, hémorragique ou symptomatique, tout halo dont la forme, la couleur et le rayon ne sont pas uniformes, ainsi que tout nævus à halo chez un adulte de plus de 40 ans. Les lésions cliniquement atypiques devraient être excisées. ❏

Date de réception : 9 août 2004

Date d'acceptation : 10 août 2004

Mots-clés : Acné, verrues vulgaires, nævus à halo, vergetures, dermatoses des adolescents

78

Bibliographie

1. Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, Shalita AR, Thiboutot D. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol* 2003 ; 49 (1 Suppl) : S1-37.
2. Marcoux D, Thiboutot D. Hormonal therapy for acne. *J Cutan Med Surg* 1996 ; 1 (Suppl 1) : 52-6.
3. Meynadier J, Alirezai M. Systemic antibiotics for acne. *Dermatology* 1998 ; 196 : 135-9.
4. Bunney MH, Nolan MW, Williams DA. An assessment of methods of treating viral based on comparative treatment trials based on a standard design. *Br J Dermatol* 1976 ; 94 (6) : 667-79.

Le nævus de Sutton est une lésion cutanée bénigne chez l'adolescent qui ne nécessite habituellement qu'une observation périodique.

REPÈRE

S U M M A R Y

Adolescent skin problems. Acne is by far the most common skin problem in teenagers. It can have a serious impact on their self-esteem. Treatment depends on the severity and type of lesions. In mild cases, a topical retinoid can be used. If insufficient, a topical antibiotic or benzoyl peroxide can be added. Skin irritation is the most common side effect of these therapies. In more severe acne cases, systemic tetracycline can be used for a period of 6 to 8 months. In cases of acne not responding to systemic antibiotics or in nodulocystic acne, Accutane™ can be used. Another common skin problem is warts. This viral infection is a benign condition. Common treatment options are topical salicylic acid, liquid nitrogen, cantharidine. Striae rubra or stretch marks are a frequent concern in teenagers and are only exceptionally associated with a systemic condition. Usually, only reassurance is needed. Finally, halo nevus (area of depigmented skin surrounding common melanocytic nevi) is a frequent cause for consultation in adolescents. This change in the appearance of the nevi does not indicate a malignant transformation in this age group and excision is not usually warranted.

Key words: Acne, warts, halo nevus, stretch marks, teenagers and skin

5. Berth-Jones J, Bourke J, Eglitis H, Harper C, Kirk P, Pavord S, Rajapakse R, Weston P, Wiggins T, Hutchinson PE. Value of a second freeze-thaw cycle in cryotherapy of common warts. *Br J Dermatol* 1994 ; 131 (6) : 883-6.
6. Munn SE, Higgins E, Marshall M, Clement M. A new method of intralesional bleomycin therapy in the treatment of recalcitrant warts. *Br J Dermatol* 1996 ; 135 (6) : 969-71.
7. Hursthouse MW. A controlled trial on the use of topical 5-fluorouracil on viral warts. *Br J Dermatol* 1975 ; 92 (1) : 93-6.
8. Robson KJ, Cunningham NM, Kruzan KL, Patel DS, Kreiter CD, O'Donnell MJ, Arpey CJ. Pulsed-dye laser versus conventional therapy in the treatment of warts: a prospective randomized trial. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 43 (2 Pt 1) : 275-80.
9. Yilmaz E, Alpsoy E, Basaran E. Cimetidine therapy for warts: a placebo-controlled, double-blind study. *J Am Acad Dermatol* 1996 ; 34 (6) : 1005-7.
10. Rogers CJ, Gibney MD, Siegfried EC, Harrison BR, Glaser DA. Cimetidine therapy for recalcitrant warts in adults: is it any better than placebo? *J Am Acad Dermatol* 1999 ; 41 (1) : 123-7.
11. Ash K, Lord J, Zukowski M et coll. Comparison of Topical Therapy for Striae Alba (20% Glycolic Acid/0.05% Tretinoin Versus 20% Glycolic Acid/10% L-Ascorbic Acid). *Dermatol Surg* 1998 ; 24 : 849-56.
12. McDaniel DH, Ash K, Zukowski M. Treatment of Stretch Marks with the 585-nm Flashlamp-pumped Pulsed Dye Laser. *Dermatol Surg* 1996 ; 22 : 332-7.

On vous aide à décompresser

MEILLEUR RAPPORT QUALITÉ/PRIX

Pour offrir aux omnipraticiens du Québec la meilleure protection au prix le plus concurrentiel qui soit, l'équipe de Dale-Parizeau LM fait pression de tout son poids sur le marché. Plus besoin de se démener : notre formule d'assurance groupe combine des tarifs préférentiels ultraperformants à un service personnalisé imbattable. Sans relâche, nos conseillers indépendants négocient pour vous une panoplie d'alternatives et de réductions supplémentaires : de quoi faire chuter votre taux de stress.

Pour assurer votre cabinet, vos biens, vos actifs et vos proches, contactez un conseiller de l'équipe FMOQ de Dale-Parizeau LM dès aujourd'hui au 1 877 807-3756.

RECOMMANDÉ PAR LA FMOQ 25 ANS DE PARTENARIAT

DALE PARIZEAU LM

Cabinet de services financiers

www.dplm.com/fmoq