

Le médecin généraliste face aux naevi

General practitioner “ facing ” moles

F. Bourdeaud'hui et V. del Marmol

Service de Dermatologie, Hôpital Erasme

RESUME

Cet article a pour but d'approfondir les connaissances du médecin généraliste quant à la problématique des naevi et ainsi de mieux faire face à cette demande au sein d'une consultation. Les types de naevi les plus fréquents seront donc définis, ainsi que leur risque de transformation. Les facteurs de risque de présenter un mélanome seront abordés, la sémiologie qui doit alerter et quelles réponses donner aux questions les plus fréquentes posées par les patients au médecin traitant.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 205-9

ABSTRACT

The purpose of this article is to improve the general practitioner's knowledge about nevi and to teach how to evaluate the risk of a lesion during a medical visit. The most frequent kind of nevi will be defined, as well as their transformation risk. Different melanoma risk factors and the semiology that can alert the practitioner will be defined. A set of the most frequently asked questions about nevi will be answered.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 205-9

Key words : nevi, early diagnosis, general practitioner, melanoma

Les naevi, plus communément appelés “ grains de beauté ”, représentent une source d'inquiétude fréquente de la part des patients. Si on considère le taux d'incidence continuellement croissant du mélanome au sein des populations européennes et la gravité d'un diagnostic tardif, cette inquiétude est certainement fondée.

Un naevus est une hyperplasie circonscrite bénigne de mélanocytes au sein de la peau¹. Le mélanocyte normal, situé à la jonction dermo-épidermique, est associé en une unité fonctionnelle d'une quarantaine de kératinocytes avec lesquels il est en relation par des dendrites. Lorsqu'ils forment un naevus, les mélanocytes hyperplasiés peuvent se regrouper sous différentes formes et selon leur localisation histologique au sein de la peau, ils prennent un aspect clinique particulier. On cite comme forme les plus fréquentes : le naevus jonctionnel, le naevus dermique, le naevus mixte, le naevus bleu, le naevus congénital et le naevus de Sutton. Chacun de ces phénotypes n'a pas le même risque de transformation maligne et ne doit donc pas nécessiter les mêmes mesures de surveillance.

LES DIFFERENTES FORMES DE NAEVI

Le naevus dermique (figure 1)

Souvent gênant et disgracieux par son relief inesthétique, cette lésion exophytique est souvent à



Figure 1 : Naevus dermique.

l'origine d'une demande d'exérèse. Une simple mise à plat sous anesthésie locale peut être réalisée vu le faible risque de transformation. Actuellement, très peu de cas de mélanome sur naevus intradermique préexistant ont été décrits. Néanmoins, une analyse histologique reste requise.

Le naevus bleu (figure 2)

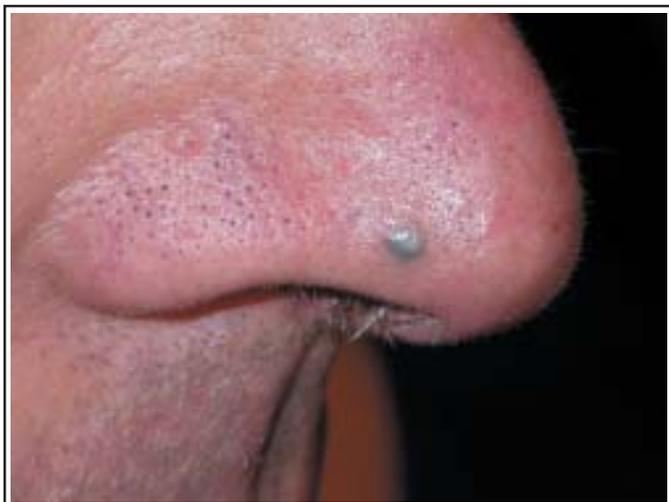


Figure 2 : Naevus bleu.

Le naevus bleu est une lésion dont la structure papulo-nodulaire pigmentée dans le derme lui donne un aspect bleuté ; il se situe essentiellement aux extrémités (visage, mains, pieds) et peut parfois être confondu avec un petit tatouage. L'évolution est presque toujours bénigne mais toutefois une transformation maligne est décrite. On parle alors de naevus bleu malin. Les critères permettant de distinguer un naevus bleu bénin d'un naevus bleu malin ne sont pas toujours évidents car ils sont surtout liés à son évolution. Aussi, un naevus bleu chez un enfant va donc être suivi comme toute autre lésion pigmentée, par contre un naevus bleu apparaissant chez un adulte doit être suivi de manière nettement plus précautionneuse, le diagnostic différentiel étant le mélanome nodulaire.

Le naevus jonctionnel et le naevus mixte (figure 3)



Figure 3 : Naevus jonctionnel.

C'est le naevus le plus fréquent ; il n'a pas de relief palpable ; les mélanocytes sont situés à l'interface épiderme-derme. Il s'agit toutefois de la lésion la plus susceptible de se transformer en mélanome. C'est celui auquel les critères ABCDE s'appliquent le mieux. On appelle naevus mixte, un naevus ayant une composante dermique et jonctionnelle.

Le naevus congénital (figure 4)



Figure 4 : Naevus congénital.

C'est un naevus présent à la naissance ou apparaissant peu de temps après la naissance. Son diamètre peut varier de 1 cm à plus de 40 cm, au-delà de 20 cm de diamètre, on parle de naevus congénital géant. Ces naevi congénitaux de grande taille sont plus à risque de transformation en mélanome, et d'autant plus s'ils sont situés sur le tronc. Ces derniers ont un taux de transformation estimé entre 2,5 % à 5 % et ce surtout durant les premières années de vie².

Le naevus de Sutton ou " halo naevus " (figure 5)



Figure 5 : Naevus de Sutton.

Le naevus de Sutton est une lésion pigmentée entourée d'un halo de dépigmentation circulaire. Cet aspect clinique typique inquiète très souvent les patients mais ce sont des lésions bénignes, fréquentes chez les enfants et jeunes adultes, qui ne doivent pas être excisées. Le mécanisme physiopathologie est

encore mal élucidé mais un phénomène auto-immunitaire et plus particulièrement les lymphocytes T seraient impliqués³. Une disparition totale de la lésion peut être rapportée.

LE NOMBRE DE NAEVI ET LEUR EVOLUTION

L'exposition solaire⁴ et la prédisposition génétique^{5,6} sont les facteurs les plus déterminants du nombre de naevi qu'un individu va développer au cours de sa vie.

De nouvelles lésions pigmentées apparaissent dès la première année de vie, leur nombre total atteint un pic entre la deuxième et troisième décennie, par la suite il y a une stabilisation du nombre total jusqu'aux environs de la cinquième décennie⁷. Passé le délai, toute nouvelle lésion pigmentée apparaissant " *de novo* " doit être examinée attentivement.

Le naevus représente une source d'inquiétude car il est suspecté d'être un précurseur de mélanome. En fait, un mélanome se développe dans 30 % des cas à partir d'un naevus⁸ sinon le mélanome apparaît " *de novo* ". Il est important de signaler qu'un nombre de naevi supérieur à 50 augmente le risque de mélanome d'un facteur 10 à 15 (selon les études).

SEMILOGIE PERMETTANT L'IDENTIFICATION D'UNE LESION A RISQUE

Afin de pouvoir identifier les lésions suspectes, plusieurs méthodes d'évaluation et d'analyse des naevi ont été mises au point dont les deux plus simples d'utilisation sont :

- L'acronyme " ABCDE "

Cet acronyme a été créé en 1985 dans le but d'aider les médecins de première ligne dans leur approche diagnostique des lésions pigmentées. " A " pour asymétrie au niveau de la forme mais également au niveau de la structure, " B " pour bords irréguliers, " C " pour couleur non homogène, " D " pour diamètre de plus de 6 mm et enfin " E " pour une lésion qui évolue. Cette approche a été fortement utilisée dans les campagnes de prévention du mélanome ainsi que comme critère pour l'auto-surveillance. De nombreuses études ont démontré que l'application de ces quelques règles simples conscientisait le public et avait un impact positif sur l'auto-examen cutané des patients et que leur jugement vis-à-vis d'une lésion inquiétante était optimisé^{9,10}. C'est l'association des critères qui fait qu'une lésion est particulièrement suspecte mais le fait de remplir deux critères (A et C par exemple) peut être suffisant pour qu'on pratique l'exérèse de cette lésion¹¹. Toutefois un certain pourcentage de mélanomes (les mélanomes de types nodulaires) ne présentent aucun de ces critères excepté celui de l'évolution. De même, certaines lésions bénignes (les kératoses séborrhéiques) peuvent toutefois présenter ces critères diagnostiques et le praticien sera alors très aidé par la pratique de la dermatoscopie afin de les différencier des naevi.

Dans le doute, une exérèse chirurgicale est à conseiller.

- " Vilain petit canard "

Prenant modèle du conte de Christensen suite à l'observation que les naevus d'un individu partagent généralement les mêmes caractéristiques morphologiques, un naevus qui se différencie des autres au sein d'un individu doit attirer l'attention du clinicien même s'il ne présente pas les critères ABCDE¹². L'exérèse de cette lésion différente est alors préférable.

Le syndrome des naevi dysplasiques (figure 6)



Figure 6 : Naevi dysplasiques.

Il se définit par des individus ayant plus de cinquante naevi dont certains présentent des bords irréguliers, une couleur inhomogène, une asymétrie de forme, une grande taille (plus de 6 mm). Les patients présentant ce phénotype ont un risque plus élevé de développer un mélanome¹³⁻¹⁵ allant de 27 fois à 148 fois par rapport au risque de la population européenne¹⁶. Un dépistage rapproché bi-annuel chez un dermatologue est donc conseillé.

SURVEILLANCE DES NAEVI

L'auto-surveillance

L'auto-surveillance est un moyen de prévention secondaire qui a montré son efficacité dans le dépistage précoce des mélanomes^{17,18}. Certaines études relatent un diagnostic de mélanome plus précoce pouvant aller jusqu'à 50 %¹⁶. Concrètement, cet auto-examen des téguments est conseillé trimestriellement et est d'autant plus efficace si d'autres membres de la famille sont sensibilisés à cette pratique¹⁹ et si le patient a été confronté personnellement ou via son entourage à la problématique des cancers cutanés. Cette méthode est non invasive et non onéreuse, mais nécessite de la part du patient d'assimiler les critères qui doivent lui faire suspecter une lésion dangereuse. Cette approche s'avère utile pour les changements récents ou pour la détection des nouvelles lésions²⁰. Malgré tout, un examen cutané annuel par un médecin généraliste ou dermatologue ne doit pas être négligé.

ANALYSE DES NAEVI

- L'examen à l'œil nu permet de diagnostiquer une grande majorité des mélanomes, mais le diagnostic posé est alors souvent moins précoce que lorsque cet examen est complété d'un examen dermatoscopique par un clinicien entraîné à cette technique. Il a été démontré qu'un médecin ayant acquis les bases de diagnostic de cette technique peut acquérir un meilleur taux de discrimination dans le diagnostic des mélanomes par rapport à un examen clinique simple^{21,22}. Une étude prospective randomisée a également prouvé qu'une journée d'information concernant le dépistage des cancers cutanés ainsi qu'une formation de base de dermatoscopie auprès de médecins généralistes italiens et espagnols améliorerait de manière significative leur capacité de dépistage des lésions pigmentées²³. Cette étude conclut que l'utilisation de la dermatoscopie permet aux médecins généralistes une meilleure approche de 25,1 % dans leur diagnostic des lésions cutanées par rapport à un examen simple.
- La **dermoscopie digitalisée** correspond à l'enregistrement digital d'une image dermatoscopique dans un système informatique. Ce système permet la comparaison de la même lésion au fil des années et permet l'observation de petites modifications au sein de la structure de la lésion. Les mélanomes sont donc diagnostiqués plus précocement et de nombreuses exérèses inutiles sont également évitées. Cette approche de surveillance trouve surtout son importance dans deux cas de figure : les patients atteints du syndrome des naevi dysplasiques et dans le suivi des naevi congénitaux. Les lésions isolées mais atypiques peuvent aussi faire l'objet d'un suivi digital.
- Une **cartographie de l'entièreté du corps** peut être jumelée à la dermatoscopie digitalisée, il s'agit de photographier de manière standardisée l'ensemble des téguments cutanés de patients ayant de multiples naevi ou de ceux dont le diagnostic de mélanome a déjà été posé. Elle permet donc de remarquer toutes nouvelles lésions et également d'objectiver les changements macroscopiques des anciennes lésions.
- La **microscopie confocale** est une méthode d'imagerie non invasive qui permet un examen *in vivo* de l'épiderme et du derme papillaire à une résolution proche de celle obtenue avec une histologie classique. Cette approche permet donc de voir les mélanocytes sans devoir pratiquer de biopsie. Cette approche n'est encore qu'expérimentale mais présente de belles perspectives d'avenir.

QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES AU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT LES NAEVI

Traumatisme sur un naevus

Les naevi écorchés ou saignant après un traumatisme ne doivent pas être excisés systématiquement

sauf si le "traumatisme" causal s'avère être très léger. Dans ce cas, une exérèse de prudence semble judicieuse car il pourrait s'agir d'une lésion maligne évolutive qui saigne spontanément. A ce jour, aucune étude ne démontre une majoration du risque de mélanome sur naevus traumatisé.

Naevus et grossesse

Les modifications des naevi lors de la grossesse sont fréquemment rapportées. Elles ne sont pas relatives à la taille des naevi mais sont souvent des modifications de leur structure microscopique vasculaire et pigmentaire^{24,25}.

Mélanome et phototype foncé

Si l'incidence des mélanomes reste faible au sein des phototypes foncés, ils peuvent présenter des mélanomes qui sont alors souvent situés aux extrémités (pieds, paumes des mains, unguéal, parties génitales). Ils peuvent également se situer au niveau des muqueuses, buccale, vulvaire, œsophagienne²⁶. On parle dans ce cas de mélanome acral ou muqueux.

Les facteurs de risque du mélanome

L'exposition solaire aiguë intermittente, l'exposition solaire chronique importante ainsi que les bancs solaires, les coups de soleil multiples durant l'enfance et l'adolescence, un nombre de naevi supérieur à 50, les antécédents familiaux et personnels de mélanomes, les phototypes clairs, le syndrome des naevi dysplasiques, les naevi congénitaux géants de plus de 20 cm et l'âge sont les facteurs de risque les plus importants à rappeler aux patients.

CONCLUSIONS

L'examen des naevi nécessite une expérience clinique.

La familiarisation de l'usage d'un dermatoscope devrait être de plus en plus répandue au sein des médecins de première ligne afin d'améliorer leur acuité diagnostique.

Il est primordial d'examiner l'individu dans son entièreté afin de ne pas omettre de lésions situées aux extrémités. L'ensemble des naevi d'un patient doit être analysé afin de cerner correctement l'image morphologique dominante des lésions et non uniquement la lésion qui inquiète le patient.

Les naevi dysplasiques ne doivent pas être excisés systématiquement mais un suivi régulier chez un même dermatologue et une cartographie digitalisée semblent être un bon compromis afin d'éviter de nombreuses exérèses inutiles et de permettre un suivi optimal.

L'application concomitante des critères "ABCDE" et du "vilain petit canard" permettent de discerner une

grande majorité des lésions à risque.

Un naevus présentant, selon les dires du patient, des changements récents de forme, de pigmentation et/ou de relief doit être examiné de manière précise et excisé si un doute diagnostique est présent. De même, le prurit d'un naevus ou son saignement pour un traumatisme minime doit faire suspecter une lésion en cours de transformation.

L'auto-examen de la surface cutanée par le patient ou son entourage peut être recommandé mais ne doit en aucun cas remplacer un examen annuel chez un professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Saurat JH, Grosshans E, Lipsker D, Thomas L : Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris, Elsevier, Masson, 2009 : 658-65
2. Kara N Shah : The risk of melanoma and neurocutaneous melanosis associated with congenital melanocytic nevi. *Semin Cutan Med Surg* 2010 ; 29 : 159-64
3. Pustisek N, Sikaniaz-Dugiæ N, HirsI-Heæej V, Domljan ML : " Halo nevi " and UV radiation. *Coll Antropol* 2010 ; 34 : (Suppl 2) : 295-7
4. Wachsmuth RC, Gaut RM, Barrett JH *et al.* : Heritability and gene-environment interactions for melanocytic nevus density examined in a U.K. adolescent twin study. *J Invest Dermatol* 2001 ; 117 : 348-52
5. Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ, Sasieni P, Spector TD : Genetics of risk factors for melanoma : an adult twin study of nevi and freckles. *J Natl Cancer Inst* 2000 ; 92 : 457-63
6. Easton DF, Cox GM, Macdonald AM, Ponder BA : Genetic susceptibility to naevi : a twin study. *Br J Cancer* 1991 ; 64 : 1164-7
7. Kincannon J, Boutzale C : The physiology of pigmented nevi. *Pediatrics* 1999 ; 104 : 1042-5
8. Carli P, Massi D, Santucci M, Biggeri A, Giannotti B : Cutaneous melanoma histologically associated with a nevus and melanoma de novo have a different profile of risk : results from a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 1999 ; 40 : 549-57
9. Brånström R, Hedblad MA, Krakau I, Ullén H : Laypersons' perceptual discrimination of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 46 : 667-73
10. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS *et al.* : Early diagnosis of cutaneous melanoma : revisiting the ABCD criteria. *JAMA* 2004 ; 292 : 2771-6
11. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS *et al.* : Early diagnosis of cutaneous melanoma revisiting the ABCD criteria. *JAMA* 2004 ; 292 : 2771-6
12. Scope A, Dusza SW, Halpern AC *et al.* : The " ugly duckling " sign : agreement between observers. *Arch Dermatol* 2008 ; 144 : 58-64
13. Arumi-Uria M, McNutt NS, Finnerty B : Grading of atypia in nevi : correlation with melanoma risk. *Mod Pathol* 2003 ; 16 : 764-71
14. Elder DE, Goldman LI, Goldman SC, Greene MH, Clark WH Jr : Dysplastic nevus syndrome : a phenotypic association of sporadic cutaneous melanoma. *Cancer* 1980 ; 46 : 1787-94
15. Grob JJ, Gouvernet J, Aymar D *et al.* : Count of benign melanocytic nevi as a major indicator of risk for nonfamilial nodular and superficial spreading melanoma. *Cancer* 1990 ; 66 : 387-95
16. Cutaneous Melanoma. Fifth edition. Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ, eds. St. Louis, Quality Medical Publishing
17. Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ : Predictors of skin self-examination performance. *Cancer* 2002 ; 95 : 135-46
18. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL : Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst* 1996 ; 88 : 17-23
19. Robinson JK, Turrisi R, Stapleton J : Examination of mediating variables in a partner assistance intervention designed to increase performance of skin self-examination. *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 56 : 391-7. Epub 2006 Dec 4.
20. Muhn CY, From L, Glied M : Detection of artificial changes in mole size by skin self-examination. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 (5 Pt 1) : 754-9
21. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P : Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma ? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol* 2001 ; 137 : 1343-50
22. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M : Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002 ; 3 : 159-65
23. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I *et al.* : Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 1877-82
24. Zampino MR, Corazza M, Costantino D, Mollica G, Virgili A : Are melanocytic nevi influenced by pregnancy ? A dermoscopic evaluation. *Dermatol Surg* 2006 ; 32 : 1497-504
25. Pennoyer JW, Grin CM, Driscoll MS *et al.* : Changes in size of melanocytic nevi during pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1997 ; 36 (3 Pt 1) : 378-82
26. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML, Tucker MA : Acral lentiginous melanoma : Incidence and survival patterns in the United States 1986-2005. *Arch Dermatol* 2009 ; 145 : 427-34

Correspondance et tirés à part :

V. DEL MARMOL
Hôpital Erasme
Service de Dermatologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : v.marmol@skynet.be

Travail reçu le 5 mai 2011 ; accepté dans sa version définitive le 24 mai 2011.