

**COMMENT JE TRAITE.  
UN MELASMA DU VISAGE.**

**G.E. Piérard (1)**

**(1) Chargé de cours, service de Dermatopathologie, Université de Liège**

**Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Prof. G.E.  
Piérard, service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.**

## **Résumé**

Le mélasma de la jeune femme est communément appelé masque de grossesse. Il peut avoir un retentissement psychique et social important. Les facteurs déclenchants doivent être supprimés lorsque cela est possible. En particulier, la contraception estroprogestative doit être mieux adaptée ou supprimée et l'exposition au soleil sans photoprotecteur à large spectre doit être prohibée. Le traitement dépigmentant reste difficile car l'adhésion de la patiente doit être obtenue pour de nombreux mois. Les approches pharmacologiques restent les plus prisées. Les nouvelles méthodes par peeling et Laser n'ont pas, à ce jour, modifié de manière radicale le traitement du mélasma.

Le mélasma, encore appelé chloasma ou masque de grossesse est une hypermélanose acquise du visage. Il se développe lentement sous forme d'une pigmentation brunâtre spécifique (1,2). Il apparaît le plus souvent chez les jeunes femmes utilisant une contraception orale ou pendant la grossesse. A côté du déterminisme hormonal, d'autres facteurs sont vraisemblablement impliqués dans sa pathogénie. L'exposition à la lumière ultraviolette aggrave nettement la dyschromie.

Sur le plan descriptif clinique, trois types de mélasma sont reconnus selon la zone atteinte du visage. Le type centrofacial est le plus fréquent. Il s'étend sur le front, le nez, les joues, la lèvre supérieure et le menton (Fig. 1). Dans le type malaire, seuls le nez et les joues sont atteints. Ces localisations sont épargnées dans le type maxillaire, dans lequel l'hypermélanose est limitée aux branches montantes des maxillaires. Aucune corrélation n'existe entre ces types topographiques et l'âge, le phototype ou la nature des contraceptifs.

L'examen clinique à la lumière du jour et en lumière de Wood permet de distinguer les types épidermique, dermique et mixte du mélasma (tableau 1).

### **Attitude thérapeutique générale**

L'éviction des facteurs responsables, lorsque cela est possible, implique la modification ou la suppression de la contraception estroprogestative. L'utilisation de cosmétiques contenant des parfums est déconseillée car ils peuvent provoquer une hypermélanose (3). Il est impératif de réduire l'exposition solaire à un minimum tout en utilisant des topiques photoprotecteurs à large spectre.

### **Agents dépigmentants**

Le traitement du mélasma par des agents dépigmentants demande une grande patience, car il doit être poursuivi plusieurs mois avant qu'un bénéfice ne soit obtenu. Les agents topiques dépigmentants sont beaucoup plus efficaces sur les pigmentations épidermiques que sur la pigmentation intradermique.

### **a- Hydroquinone et autres dérivés phénoliques**

L'hydroquinone topique à une concentration de 2 à 5 % est un agent actif permettant d'estomper un mélasma en quelques mois (1, 2). La préparation hydro-alcoolique ou en crème doit être appliquée deux fois par jour. Un érythème et une desquamation sont habituels et précèdent l'effet dépigmentant. Ils sont proportionnels à la concentration utilisée. Une dépigmentation en confetti signant une réaction toxique au niveau des mélanocytes a été rapportée exceptionnellement et uniquement pour des concentrations supérieures à 2 %. Un autre effet secondaire lié aux concentrations élevées est représenté par la survenue d'une ochronose caractérisée par une pigmentation bleutée réticulée due à des dépôts pigmentaires dans le derme superficiel (4). L'hydroquinone est facilement oxydée et perd alors son efficacité. La préparation galénique prend alors une couleur anormale.

Certains dérivés phénoliques autres que l'hydroquinone sont parfois présents dans des préparations cosmétiques dépigmentantes. Parmi eux, citons le N-acétyl-4-S-cystéaminylphénol, le méquinol qui est un dérivé méthylé de l'hydroquinone, et l'arbutine qui est un  $\beta$ -D-glucopyranoside naturel de l'hydroquinone (5). Les dérivés monobenzylether et monométhylether de l'hydroquinone peuvent entraîner une dépigmentation généralisée et sont donc contre-indiqués dans le traitement du mélasma.

### **b- Rétinoïdes topiques**

La trétinoïne a une action dépigmentante efficace (6). L'irritation qu'elle peut induire rend cependant ce traitement parfois rédhibitoire. Le rétinol topique est mieux toléré, mais l'effet thérapeutique ne s'installe que lentement lorsque l'hyperpigmentation est importante.

### **c- Acide azélaïque**

L'acide azélaïque est un acide dicarboxylique naturel capable d'interférer avec la synthèse de mélanine. A une concentration de 20 % dans une crème, il

a été proposé comme une alternative à l'hydroquinone et à la trétinoïne, ne causant pas d'achromie résiduelle (7).

#### **d- Corticoïdes topiques**

Les corticoïdes topiques peuvent provoquer une hypopigmentation. Beaucoup sont cependant contre-indiqués dans le mélasma car cette action est parallèle à l'effet atrophiant sur le derme et l'épiderme.

#### **e- Association thérapeutique**

L'association d'hydroquinone (2 à 5 %) et de trétinoïne (0,05 ou 0,1 %) est utilisée pour réduire les effets secondaires de chaque composant tout en augmentant l'efficacité de la thérapeutique. Parfois, un corticoïde non fluoré y est adjoint afin de réduire l'irritation et inhiber la mélanogenèse. Quelques préparations cosmétiques associent l'hydroquinone à un  $\alpha$ -hydroxyacide à faible concentration.

#### **Peelings chimiques**

Les peelings au phénol, à la résorcine et l'acide trichloracétique ont été utilisés, mais sont difficiles à manipuler car une hyperpigmentation post-inflammatoire peut s'installer, réduisant à néant le bénéfice acquis. Les peelings par l'acide glycolique, qui est un  $\alpha$ -hydroxyacide, sont moins grevés d'une réponse dangereuse. Plusieurs applications sans contrôle médical de l'acide glycolique à une concentration de 50 à 70 % sont nécessaires pour diminuer l'hypermélanose. Les résultats cosmétiques sont rarement excellents.

#### **Traitements physiques**

##### **a- Cryothérapie**

La cryothérapie douce peut améliorer des lésions focalisées de mélasma. La réponse thérapeutique reste parfois modérée.

##### **b- Dermabrasion**

Cette approche chirurgicale est grevée d'un risque non négligeable d'hyperpigmentation et de télangiectasies secondaires persistantes. Elle n'est donc pas recommandée.

### **c- Photothermolyse par Laser**

Différents lasers dont la longueur d'onde est absorbée par la mélanine ont montré leur efficacité et leur bonne tolérance dans le traitement de lésions mélaniques (8). Pour le mélasma cependant, les résultats restent souvent décevants soit par leur inefficacité ou par l'aggravation de l'hypermélanose. De plus, lorsqu'un résultat positif est obtenu, une récurrence rapide est de règle.

## Bibliographie

1. SANCHEZ NP, PATHAK MA, SATO S, FITZPATRICK TB, SANCHEZ JL, MIHM MC.- Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural and immunofluorescence study. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 698-710.
2. KATSAMBAS A, ANTONIOU C.- Melasma. Classification and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995; 4: 217-223.
3. SERRANO G, PUJOL C, CUADRA J, GALLO S, ALIAGA A.- Riehl's melanosis: pigmented contact dermatitis caused by fragrances. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1057-1060.
4. PIERARD-FRANCHIMONT C, PIERARD GE. - Pigmentation induite par l'hydroquinone. *Nouv Dermatol* 1986; 5: 248-249.
5. JIMBOW K.- N-acetyl-4-S-cysteaminylphenol as a new type of depigmenting agent for the melanoderma of patients with melasma. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1528-1534.
6. GRIFFITHS CEM, FINKEL LJ, DITRE CM, HAMILTON TA, ELLIS CN, VOORHEES JJ. - Topical tretinoin (retinoic acid) improves melasma. A vehicle-controlled clinical trial. *Br J Dermatol* 1993; 129: 415-421.
7. VERALLO-ROWELL VM, VERALLO V, GRAUPE K, LOPEZ-VILLAFUERTE L, GARCIA-LOPEZ M. - Double-blind comparison of azlaic acid and hydroquinone in the tratment of melasma. *Acta Dermatol Venereol* 1989; 143: 58S-61S.
8. KILMER SL, WHEELAND RG, GOLDBERG DJ, ANDERSON RR.- Treatment of epidermal pigmented lesions with the frequency-doubled Q-switched Nd: YAG laser. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1515-1519.

**Tableau 1 : Mélasma et lumière de Wood**

<b>MELASMA</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>LUMIERE DE WOOD</b>
Type épidermique	70 %	Pigmentation brun clair accentuée par la lumière de Wood
Type dermique	10-15 %	Pigmentation plus cendrée, peu ou pas modifiée par la lumière de Wood
Type mixte	15-20 %	Pigmentation brun foncé; accentuation par la lumière de Wood limitée à certaines régions ...



**FIGURE**

**Fig. 1** : Mélasma du front.