

La **peau** du **sujet âgé**

Le généraliste voit la peau des gens âgés, et une attention très particulière doit y être portée, car la prévalence des cancers de la peau évolue de façon exponentielle avec l'âge ; le sujet âgé est porteur de multiples lésions cutanées bénignes qu'il a appris à négliger et met donc plus de temps à identifier un problème sévère ; il cesse d'être préoccupé par son aspect esthétique et de ce fait observe moins sa propre peau ; enfin, il n'aime pas montrer son corps.

La peau constitue normalement une barrière de protection mécanique et sensorielle de l'organisme. Avec l'âge surviennent certaines modifications :

- diminution du taux de renouvellement de l'épiderme ;
- réduction de l'épaisseur de l'épiderme, avec disparition des papilles dermiques qui se traduisent sur les coupes histologiques par la diminution des invaginations de la basale épidermique dans le derme, phénomène responsable d'ampoules sous l'effet des forces de cisaillement ;
- réduction du nombre de mélanocytes dans l'épiderme, à l'origine d'une diminution de la protection contre le rayonnement ;
- réduction du nombre de cellules de Langerhans (cellules macrophagiques chargées de la surveillance immunitaire de la peau) ;
- diminution du nombre de vaisseaux et d'annexes ainsi que des fibroblastes dont la capacité biosynthétique et proliférative est diminuée ;
- réduction des sécrétions sudorales et sébacées ;
- altération des fibres élastiques.

La peau est exposée à de multiples facteurs susceptibles d'accélérer le processus naturel de vieillissement. Il est habituel de distinguer deux types de vieillissement :

- le vieillissement « intrinsèque » de nature chronologique et génétique et qui survient avant tout sur les régions non exposées au soleil ;
- le vieillissement « extrinsèque » en rapport avec l'environnement, tout principalement avec l'exposition aux rayons solaires, UV surtout, et qui prédomine donc sur les régions photo-exposées et chez les sujets de phototype clair.

Les mécanismes du vieillissement intrinsèque et extrinsèque ne diffèrent pas fondamentalement, le second apparaissant comme une amplification du premier.

À côté des aspects cliniques du vieillissement cutané, sont abordées les dermatoses les plus fréquemment observées chez les sujets âgés.

ASPECTS CLINIQUES DU VIEILLISSEMENT CUTANÉ

Sénescence intrinsèque

Les modifications de la peau protégée du soleil sont relativement subtiles : fines rides, xérose (sécheresse cutanée), laxité, proliférations bénignes épithéliales et angiomes séniles.

Rides : elles résultent avant tout de forces gravitationnelles en rapport avec une perte d'élasticité des structures dermo-hypodermiques.

Kératoses séborrhéiques : il s'agit d'un épaissement épidermique avec des kératinocytes chargés de mélanine. Bien que survenant à tout âge, ces lésions sont surtout visibles et fréquentes chez le sujet âgé. Elles sont souvent multiples et siègent plus volontiers sur le tronc. Elles réalisent une lésion parfaitement bien limitée et superficielle qui peut presque être « soulevée » par la palpation ; la surface est rugueuse, en apparence ponctuée, sous forme de petits puits de kératine parsemant la lésion ; la coloration varie du beige clair au brun sombre, avec parfois un aspect inhomogène.

Les formes débutantes, peu saillantes, notamment lorsqu'elles siègent sur le visage, peuvent prêter à discuter le diagnostic de « taches actiniques » ou faire hésiter avec un mélanome de Dubreuilh. Au moindre doute, une biopsie partielle peut être nécessaire avant d'envisager un traitement qui repose le plus souvent sur la cryothérapie ou sur l'exérèse chirurgicale par curetage sous anesthésie locale.

Angiomes séniles (ou taches rubis) : ils correspondent à la dilatation de capillaires de la papille dermique qui sont tortueux. Il s'agit d'une petite lésion rouge vif qui ne s'efface pas à la pression et est volontiers éparse sur le tronc. L'abstention thérapeutique est la règle. Des angiomes séniles apparaissent sur les lèvres ; ce sont des petites taches bleutées parfois surélevées, molles, sur la muqueuse ou la demi-muqueuse. Ils peuvent récidiver après leur destruction par cryothérapie ou chirurgie.

Lacs sanguins séniles : ce sont de petites néofor-mations pseudotumorales, de la taille d'un pois, arron-

Par **Jean-Pierre Aubert**, médecin généraliste, SFTG, UFR Xavier Bichat
Béatrice Crickx, dermatologie, CHU Bichat-Claude Bernard, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris.

Ce travail résulte d'une collaboration entre la Société de formation thérapeutique du généraliste et le Département de médecine générale de l'UFR Xavier Bichat. Ce texte est le complément d'un cédérom photographique utilisé au cours de l'enseignement.



Dr J.P. Aubert



Pr B. Crickx

PEAU DU SUJET ÂGÉ

dies, bien limitées, de coloration violacée, de consistance molle ou élastique que la pression vide du sang qu'elles contiennent ; il s'agit d'une ectasie vasculaire en rapport avec un vaisseau nourricier profond situé dans un derme superficiel sénile.

Purpura sénile de Bateman : il s'agit de taches purpuriques d'apparition spontanée, ou survenant au moindre choc et principalement localisées au dos des mains, sur les avant-bras, et la face antérieure des jambes ; ces taches ecchymotiques disparaissent en quelques jours, mais elles peuvent réapparaître. Il n'existe aucune anomalie de la crase sanguine. L'aspirine n'est pas contre-indiquée. Ces lésions sont liées à l'atrophie cutanée, et peuvent être majorées par une corticothérapie intercurrente, quel qu'en soit le mode d'administration.

Cicatrices stellaires : elles siègent sur le dos des mains et des avant-bras, et leur blancheur linéaire tranche sur la peau pigmentée et amincie qui les entoure. Elles sont volontiers associées à un purpura de Bateman de voisinage. Elles ne sont jamais consécutives à des blessures ou à des coupures mais correspondent probablement à des déchirures du derme sans brèche épidermique. Elles sont indélébiles.

Sénescence extrinsèque

Les modifications de la peau exposée au soleil s'ajoutent aux précédentes.

Élastose : elle se traduit par une peau uniformément grossière, rugueuse, jaunâtre (peau citrétine). La peau devient laxe, parcourue de rides et de sillons.

Il faut signaler plusieurs aspects particuliers de cette élastose :

– **peau rhomboïdale de la nuque :** elle est caractérisée par la formation de sillons profonds qui s'entrecroisent, dessinant des losanges de taille variable et de coloration jaunâtre ; on la voit surtout chez les sujets exposés aux intempéries et au soleil lorsque les cheveux n'ont pas protégé la nuque ;

– **erythrosis inter follicularis colli :** elle atteint la face latérale du cou et se caractérise par de petits sillons finement entrecroisés formant de petites papules jaunâtres sur un fond rouge ;

– **élastoïdose nodulaire à kystes et comédons :** elle siège aux régions temporo-maxillaires et comporte trois éléments : une élastose, de volumineux comédons ouverts dont l'orifice est noirâtre, parfois des kystes nodulaires fermes et saillants, correspondant à des comédons fermés. L'affection serait plus fréquente et plus précoce chez les fumeurs.

Aspect tacheté et régulier, fait de télangiectasies et d'irrégularités pigmentaires, à type d'hypo- et hyperpigmentation.

La nature exacte des lésions hyperpigmentées planes est souvent difficile à établir : il peut s'agir d'un excès de mélanine dans des kératinocytes normaux ou dysplasiques, comme les lentigos séniles, les taches actiniques planes ou d'une prolifération mélanocytaire

comme dans les lentigos solaires et toutes les autres proliférations mélanocytaires, notamment le mélanome de Dubreuilh.

– **Les taches solaires ou taches actiniques** apparaissent principalement sur le dos des mains et des avant-bras ou sur les régions malaires ou temporales, avec une surface lisse, une coloration beige à brune, une forme arrondie ou ovale. Ces lésions méritent une surveillance, car l'apparition d'une kératose solaire caractérisée par une lésion croûteuse est possible. L'azote liquide ou les rétinoïdes topiques peuvent être proposés.

– **Les lentigos solaires** sont observés sur les zones ayant été fortement photo-exposées dans le passé ; ils se présentent sous forme de taches planes, plutôt quadrangulaires (principalement sur la partie haute du décolleté postérieur).

– **Kératoses solaires dites actiniques :** elles siègent sur les zones photo-exposées ou sur le cuir chevelu alopécique depuis quelques décennies. Il s'agit d'une plage rouge ou jaune bien limitée, recouverte d'une squame adhérente jaune brunâtre. Le décollement de ces squames à la curette peut entraîner un saignement (il s'agit d'une « croûte qui revient constamment »). Ces kératoses solaires sont des états précarcinomateux dont le risque principal est l'évolution vers un carcinome spinocellulaire invasif. Les kératoses actiniques peuvent être détruites par azote liquide, électrocoagulation, ou par un topique antimitotique, le 5 fluorouracil (crème Efidix), dont les modalités d'application doivent être bien expliquées au malade en raison d'une réaction inflammatoire locale.

Toute kératose solaire qui n'a pas disparu après une à deux applications d'azote liquide bien faite(s) doit être biopsiée pour éliminer un carcinome spinocellulaire.

DERMATOSES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Tumeurs cutanées

Tumeurs cutanées bénignes, notamment :

– **Adénomes sébacés séniles :** très fréquents après 60 ans, ils correspondent à une hyperplasie des glandes sébacées par ailleurs normales ; ces lésions siègent dans les régions séborrhéiques, particulièrement le visage, et se présentent sous forme de petites tuméfactions de quelques millimètres de diamètre, fermes, dont le centre paraît un peu ombiliqué. Ces adénomes sébacés posent le problème du diagnostic différentiel avec un carcinome basocellulaire mais ils sont moins durs qu'une perle, ne comportent pas de télangiectasies et sont souvent multiples. La biopsie s'impose en cas de doute ; le traitement repose sur l'abstention, voire une abrasion superficielle de la lésion.

– **Molluscums pendulums :** ces petites tumeurs

Pr B. Crickx



Dr J.P. Aubert



Pr B. Crickx

PEAU DU SUJET ÂGÉ

conjonctives observées plutôt après 50 ans, siègent dans les zones de plis (plis axillaires, ano-génitaux ou sous-mammaires) et peuvent être très nombreuses. Ces petites tumeurs molles, parfois pigmentées et en battant de cloche ne posent pas de problème de diagnostic clinique. Le traitement est l'exérèse aux ciseaux ou la cryothérapie.

Dr J.P. Aubert



Tumeurs cutanées malignes :

– **Carcinome basocellulaire** : il s'agit du plus fréquent des cancers cutanés, favorisé par l'exposition solaire. Ce carcinome ne métastase jamais, mais il est invasif et localement destructeur, notamment dans certaines zones à risque (zones nasale, périoculaire) ou en cas de forme histologique particulière, notamment sclérodermiforme.

La lésion caractéristique est la perle, c'est-à-dire une papule de quelques millimètres, très ferme, indolore, translucide et non pigmentée, parcourue de fines télangiectasies.

Pr B. Criche



On distingue plusieurs aspects cliniques : carcinome plan cicatriciel où les perles sont retrouvées surtout en

bordure ; carcinome basocellulaire pigmenté où la lésion et ses perles sont pigmentées ; carcinome basocellulaire sclérodermiforme réalisant une plaque jaunâtre, mal limitée ; carcinome basocellulaire ulcéré : la bordure perlée doit être recherchée en périphérie.

– **Carcinome spinocellulaire** : ce cancer est moins fréquent que le précédent et ses facteurs de risque sont : l'irradiation ultraviolette, l'irradiation X (antécédent de radiothérapie, profession exposée comme les dentistes...), une cicatrice chronique, un état inflammatoire chronique (lichen scléro-atrophique génital, rôle du tabagisme pour les lésions muqueuses...), et les infections à papillomavirus, notamment génitales.

Pr B. Criche



La lésion se situe avant tout sur les parties découvertes ou les parties qui sont le siège d'une inflammation chronique. Il s'agit d'une lésion infiltrée, progressivement nodulaire et qui

peut s'ulcérer. Le diagnostic est parfois difficile avec un carcinome basocellulaire, mais l'apparition sur une lésion précancéreuse sous-jacente et le siège sur une muqueuse ou semi-muqueuse facilitent le diagnostic.

Les carcinomes spinocellulaires peuvent métastaser aux ganglions ou aux viscères et leur traitement repose sur une exérèse chirurgicale précoce. Seules les formes évoluées, notamment sur la région ano-génitale, peu-

vent nécessiter un curage ganglionnaire ou à la radiothérapie des aires ganglionnaires.

– **Mélanome malin** : bien qu'il s'agisse d'une tumeur du sujet jeune (20 à 40 ans), elle n'est pas rare chez les sujets âgés, notamment dans sa forme anatomoclinique de mélanome de Dubreuilh.

Le principal facteur de risque est l'exposition solaire, notamment sur des zones non habituellement exposées ; 10 % des mélanomes surviennent toutefois dans des familles prédisposées (données d'anamnèse à rechercher).

Le mélanome malin peut survenir sur une lésion préexistante mais beaucoup plus souvent de novo, considéré alors pendant longtemps comme un nævus d'aspect banal.

D'une façon générale, les nævus bénins tendent à disparaître avec l'âge ; aussi, toute tache pigmentée évolutive et récente chez un sujet de plus de 60 ans doit faire suspecter un mélanome.

Il existe plusieurs formes cliniques de mélanome : – mélanome malin à extension superficielle (SSM) ; il s'agit d'une tache pigmentée qui s'élargit progressivement, avec un aspect polychrome, à contours irréguliers et asymétriques, et une taille évolutive pouvant dépasser 10 mm ;

– mélanome de Dubreuilh, plus fréquent chez le sujet âgé ; il s'agit de l'aspect clinique d'un SSM mais qui siège sur le visage (joues, tempes, front) ; le diagnostic est difficile initialement avec les taches actiniques ou les kératoses séborrhéiques beaucoup plus fréquentes à cet âge. En cas de doute, une biopsie partielle sur la partie la plus atypique de la lésion permet de vérifier s'il s'agit ou non d'une prolifération mélanocytaire caractéristique de cette entité ;

– mélanome malin nodulaire ; il s'agit d'un nodule pigmenté, d'évolution rapide, pouvant conduire à une ulcération ;

– mélanome acral de diagnostic difficile si achromique ou touchant l'appareil unguéal.

Quel que soit l'aspect anatomoclinique du mélanome, le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du stade histologique. Deux critères histopronostiques sont essentiels : l'épaisseur de la lésion (indice de Breslow) et le niveau histologique de Clark (niveau I intra-épidermique à V hypodermique). Toute suspicion de mélanome impose le recours à la biopsie exérèse totale (la seule exception étant la biopsie partielle lorsqu'il s'agit d'un mélanome de Dubreuilh centimétrique) ; l'exérèse chirurgicale doit être élargie en fonction de l'épaisseur de la lésion.

Autres tumeurs malignes :

– Maladie de Bowen (carcinome in situ) ; elle peut être cutanée ou muqueuse et touche plus volontiers l'adulte âgé.

Dans la forme cutanée, il s'agit d'une plaque érythémateuse, aux limites nettes, qui peut s'épaissir et se recouvrir de quelques squames ; elle siège rarement sur les membres (face antérieure des jambes, doigts...), plus volontiers sur la région vulvaire, notamment chez la femme après la ménopause. Toute lésion érythé-



Pr B. Criche

PEAU DU SUJET ÂGÉ

mateuse bien circonscrite, même indolente, doit faire suspecter ce diagnostic et être biopsiée. Le traitement repose sur la chirurgie la plus superficielle possible, ou sur la crème Efundix. Si la basale est franchie, il s'agit d'un carcinome spinocellulaire imposant une exérèse très large.

– Maladie de Paget ; cette affection peut toucher le sein (Paget mammaire) ou être génitale (Paget extramammaire).

Dans sa forme mammaire, il s'agit d'un aspect de faux eczéma du mamelon, unilatéral, non prurigineux, chronique ; la biopsie montre un aspect caractéristique, et la présence de cette maladie de Paget mammaire signe l'existence d'un cancer galactophorique sous-jacent. Le pronostic est celui du cancer du sein associé. Dans sa forme ano-génitale, il s'agit d'un aspect proche de la maladie de Bowen avec une plaque érythémateuse, parfois squameuse, fixe et totalement indolore. Il est habituel, là encore, de rechercher un carcinome sous-jacent (vessie, rectum, annexes cutanées adjacentes), mais cette recherche est souvent négative. Dans les formes ano-génitales, il s'agit souvent d'une tumeur multicentrique et récidivante. Le traitement chirurgical par le laser doit rester conservateur.

Autres dermatoses du sujet âgé

Lichen scléro-atrophique génital : survient après 50 ans. Il réalise une plaque blanche à surface lisse et brillante, principalement vulvaire. Cet aspect clinique est découvert lors d'une consultation pour un prurit anal et surtout vulvaire. Ce n'est que plus tardivement qu'apparaissent sclérose et atrophie, avec diminution des reliefs muqueux vulvaires, voire leur totale disparition. Tout prurit vulvaire doit faire soigneusement examiner la région atteinte à la recherche de ces signes caractéristiques de lichen.

Chez l'homme, une atteinte similaire peut intéresser la région balano-prépuçiale, et l'atrophie peut conduire à une sténose méatique et à un phimosis.

Le principal risque du lichen scléro-atrophique, en dehors de l'inconfort lié au prurit, notamment en cas d'atteinte vulvaire, est la transformation maligne en carcinome épidermoïde.

Le traitement repose sur la corticothérapie locale (corticothérapie de classe I forte) qui, non seulement soulage le prurit, mais encore peut faire régresser l'aspect scléro-atrophique et permettre d'éviter, notamment chez l'homme, une circoncision. Les récurrences sont possibles, et une surveillance doit être proposée en cas de lichen scléro-atrophique génital féminin.

Pemphigoïde bulleuse : il s'agit d'une dermatose auto-immune de la jonction dermo-épidermique liée à la présence d'anticorps anti-membrane basale.

L'éruption bulleuse peut être précédée par un prurit, une éruption urticarienne ou eczématiforme pendant plusieurs semaines ou mois ; les bulles apparaissent sur ces bases érythémateuses, sont bien tendues, remplies d'un liquide clair ou séro-hémorragique. L'infection est l'apanage du sujet âgé. Des médicaments ont été suspectés, mais dans l'immense majorité des

cas ils ne sont pas en cause.

Le diagnostic clinique est confirmé par l'histologie qui montre le type de clivage sous-épidermique et l'immunofluorescence cutanée qui confirme des dépôts d'anticorps anti-membrane basale. Il existe volontiers une hyperéosinophilie sanguine.

Le traitement suspensif repose sur la corticothérapie : actuellement elle est générale, certes efficace, mais source d'une forte morbidité, voire mortalité chez le sujet âgé, et tend à être remplacée par une corticothérapie locale forte (Dermoveal crème sous forme d'un protocole d'application en bonne voie de codification).

Zona : cette affection métamérique, liée au virus varicelle zona est assez fréquente chez les sujets âgés. Son principal risque est la survenue de douleurs zostériennes ou post-zostériennes.

Rappelons qu'il existe une autorisation de mise sur le marché pour le valaciclovir (Zélitrex) chez les sujets de plus de 50 ans, dans les 72 premières heures, et ce dans le cas de la prévention de ces douleurs. ■

Un peu de littérature

- Aubert JP, Crickx B. La peau du sujet âgé. SFTG Paris Nord. <http://www.paris-nord-sftg.com/cr.peau.sujet.age.0011.htm>
- Guillet G, Cartier H. Dermatologie : Guide pratique. Heures de France, 1999.
- Du Vivier. Dermatologie du praticien. Médecine-Sciences Flammarion, 1995.
- Binet O. Dermatologie du sujet âgé. Concours Med 1989 ; 11 : 337-41.
- Fenske NA. Le vieillissement de la peau et ses problèmes. Patient Care 1990 ; 93-103.
- Cabotin PP. Tumeurs bénignes du sujet âgé. Rev Prat Med Gen 1990 ; 117 : 43-4.
- Van den Haute V. Les problèmes dermatologiques du sujet âgé. Patient Care 1997 ; 69-79.
- Les tumeurs cutanées malignes (CHU de Grenoble) <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpmcd/Corpus/corpus/question/derm131.htm>
- Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I. ANAES 1995. http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/TL_ASSI-57JELF
- Cas cliniques pour la dermatologie <http://dermatologie.free.fr/index.htm>
- Atlas dermatologique de l'université d'Ehrlangen http://www.dermis.net/index_e.htm
- University of Iowa, department of Dermatology, USA <http://tray.dermatology.uiowa.edu/DermImag.htm>
- Loyola University, Chicago <http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/medicine/dermatology/melton/atlas.htm>

Pr B. Crickx



Atelier /

« Décrypter la peau du sujet âgé »

animé par Béatrice Crickx et Jean-Pierre Aubert

le samedi 11 octobre 2003 de 11 h à 12 h 30.