

BRONZER À TOUT CRIN OU SE DÉPIGMENTER AVEC ACHARNEMENT : des modes d'addiction ethnique au goût du jour

C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (1, 2), F. HENRY (3, 4), G.E. PIÉRARD (5, 6)

RÉSUMÉ : Le soleil est source de vie et source de mort. Au cours des dernières décennies, le mélanome cutané a atteint toujours plus de jeunes adultes. Dans la population Blanche, un doigt accusateur pointe l'exposition solaire et les salons de bronzage comme les coupables principaux d'une addiction entretenue. Les mesures préventives à adopter visent à éviter les conséquences de l'addiction aux ultraviolets. L'exposition solaire avec modération reste cependant nécessaire pour la synthèse de la vitamine D3, et elle procure en plus un effet de bien-être. On se trouve donc devant le dilemme du trop ou du trop peu en matière d'exposition aux ultraviolets. Dans la population Noire, le phénomène inverse est fréquent. Il s'agit de la dépigmentation volontaire de la peau qui peut être caricaturale chez certains individus.

MOTS-CLÉS : *Cancer - Mélanome - Soleil - Banc solaire - Ultraviolet - Vitamine D*

OUT-AND-OUT SKIN TANNING AND SKIN BLEACHING :

ETHNIC ADDICTIONS COMPLYING WITH THE INSTANT TASTE

SUMMARY : Sun is at the origin of life and is responsible for death as well. In the past decades cutaneous melanoma has affected more and more young adults. In the White population, sun exposures and sunbeds are pointed out as the main culprits responsible for addictive behaviour. Preventive measures to be taken aim at avoiding the effects of ultraviolet light addiction. Sunlight exposure particularly in moderation is indeed beneficial through vitamin D3 synthesis and improved psychological wellbeing. Hence, we are facing the dilemma between too much and too little ultraviolet light exposure. In the Black population, the reverse situation is prevalent. It concerns skin depigmentation which may turn out to be a caricature in some subjects.

KEYWORDS : *Cancer - Melanoma - Sun - Ultraviolet light - Vitamin D - Tanning bed*

BRONZER CHEZ LES BLANCS

Les cancers de la peau sont les plus fréquents de toutes les néoplasies malignes atteignant l'Homme. Le lien causal entre l'exposition à la lumière ultraviolette (UV) et la majorité de ces cancers cutanés ne fait aucun doute (1, 2). L'exposition solaire intense et répétitive, ainsi que les bancs solaires sont mis en cause depuis longtemps, tant dans le domaine du vieillissement de la peau que dans celui des cancers cutanés (3-7). Fait remarquable, l'OMS au travers de son Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer a récemment publié des rapports plaçant les bancs solaires dans le groupe 1 des agents comportant le plus haut risque cancérologique (6, 8).

Malgré toutes les mises en garde et les moyens de prévention disponibles, l'utilisation des bancs solaires ne cesse de croître (9). Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes semblent représenter les tranches de population qui ne prennent pas toujours en compte la gravité de cette

situation (1, 10-19). L'augmentation constante depuis les années 70 de l'incidence des mélanomes et des carcinomes cutanés en est vraisemblablement et du moins en partie la conséquence négative (14, 15).

Le comportement compulsif poussant à une exposition volontaire et immodérée à un carcinogène connu comme les UV suggère que le désir du bronzage est une motivation puissante et parfois irrésistible. Le bain de soleil et l'usage des bancs solaires en sont les moyens (10, 18). Les adeptes du bronzage forcené rapportent certains bénéfices tels que l'amélioration de l'humeur, la relaxation et la socialisation (18). La raison profonde pour laquelle le bronzage est si populaire suggère que ce comportement est une addiction, tout comme l'est celle pour le tabac, l'alcool et d'autres substances dites récréatives (16, 19). Le bronzage immodéré à haut risque combine des signes de dépendance à la fois physique et psychologique (addiction). En cas de dépendance physique, la répétition des épisodes d'exposition au responsable de l'addiction induit des changements adaptatifs aboutissant à une tolérance (besoin d'accroître les doses pour obtenir l'effet désiré) et à l'apparition de symptômes désagréables lors du sevrage (13, 17, 20, 21). Les UV pourraient agir comme des facteurs agonistes des récepteurs opioïdes, expliquant ainsi la problématique lors du sevrage (18). Certains fanatiques du bronzage peuvent même percevoir si

(1) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Maître de Conférence, Assistant de Recherche, (5) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

(2) Chef de Service, (4) Consultant, CHR hutois, Service de Dermatologie, (6) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Hôpital Saint-Jacques, Besançon, France.

une lumière irradiante contient ou non des UV (13). La libération d'endorphines pourrait aider à contrôler des phénomènes douloureux (18).

La production d'une sensation de plaisir ou de bien-être cause un désir intense et encourage la répétition des expositions aux UV. La difficulté d'abandonner cette habitude est d'autant plus grande que la recherche du bronzage a débuté dans le jeune âge, à l'aube de l'adolescence (21).

Les comportements addictifs, en particulier celui exprimé par des expositions aux bancs solaires, sont parfois difficiles à cerner (20). Il n'est pas rare de constater une combinaison de plusieurs dépendances (UV, alcool, tabac, nourriture, ...) (22). La négligence aboutissant au refus d'une photoprotection est souvent associée à l'addiction aux UV (1, 23-25). Il faut noter que la chaleur ambiante dégagée par les bancs solaires et les rayonnements infra-rouges qui lui sont associés participent aux dégâts cutanés induits (26, 27) et peut-être également au phénomène d'addiction. Tout cet ensemble incontrôlé de photoréactivité cutanée peut de surcroît être modulé par certains états endocriniens dont la ménopause en est un exemple (28).

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'ADDICTION AUX ULTRAVIOLETS

La prévention d'une addiction aux UV est probablement plus aisée à mettre en place que son traitement. Le public est ciblé par des mises en garde fréquentes. Les règlements théoriquement en vigueur pour les mineurs d'âge dans les salons de bronzage ont été étudiés et structurés à cet effet (25). Force est de constater que leur non-respect est trop souvent de mise.

Le traitement de l'addiction aux UV est probablement aussi difficile que celui de la consommation excessive d'alcool et de tabac. L'information et la sensibilisation au problème sont nécessaires afin d'espérer une modification du comportement. Il est important, pour le clinicien, de pouvoir suspecter et identifier des problèmes psycho-relationnels sous-jacents et d'adopter une attitude à la fois active mais sans exprimer un jugement négatif. Il est souhaitable de viser des objectifs réalistes et de garder une attitude positive et encourageante. Malgré cette stratégie proactive, le changement de comportement peut s'avérer difficile à enclencher.

L'évolution psychologique d'un changement de comportement vis-à-vis de l'exposition addictive aux UV passe théoriquement par 5 stades. Dans le premier stade, l'individu irréductible

n'a aucune intention de modifier son comportement. Dans le deuxième, l'individu envisage un changement, mais il n'a pris aucune décision. Dans le troisième stade, la décision a été prise de modifier le comportement en dépit d'un avenir non défini. Le quatrième stade voit établi le changement comportemental, mais l'incertitude plane sur le maintien futur de cet engagement. Le cinquième stade est atteint après au moins 6 mois d'observance de la nouvelle règle de vie. A ce moment, il fait appel à des mesures de prévention de rechute (19).

Le risque de rechute est commun à la plupart des addictions. En règle générale, il faut éviter la fréquentation d'autres adeptes du bronzage ainsi que de tous les environnements propices à cette pratique. Il est opportun de minimiser les situations de stress et de pouvoir bénéficier d'une valorisation de l'effort produit.

Prendre des mesures envers l'exposition immodérée aux UV naturels et aux bancs solaires ne signifie pas qu'il faut exclure complètement toute exposition au soleil. En effet, des bénéfices apportés par l'exposition à la lumière solaire ont été rapportés dans le cadre de la maladie coronarienne, de la santé mentale et de la synthèse de la vitamine D3. Cette dernière est issue de la transformation du 7-déhydro-calciférol dans la peau sous l'action des rayonnements UV. La vitamine D3 contrôle le processus de calcification osseuse et combat les risques du rachitisme et de l'ostéomalacie (29). Elle inhibe également la prolifération et la migration de cellules cancéreuses (5). De fait, il est admis que l'exposition au soleil pendant environ 15 min par jour suffit pour réduire, chez le sujet à peau claire, les risques d'ostéoporose, d'ostéomalacie, de faiblesse musculaire, de fracture et probablement de certains cancers extra-cutanés, tout en induisant une sensation de bien-être (29). Il faut noter que les cellules de mélanome seraient également sensibles à l'effet anti-néoplasique de la vitamine D3 (30, 31).

SE DÉPIGMENTER CHEZ LES NOIRS

Si des individus au phototype clair recherchent le bronzage, l'image en miroir fait que des individus au phototype foncé cherchent à éclaircir leur teint (32-34). Les pratiques spécifiques de la dermocosmétique ethnique peuvent parfois influencer négativement l'état cutané (34). La dermatologie sur peau noire n'est en fait pas synonyme de la dermatologie tropicale.

La population Noire est définie par l'ensemble des personnes ayant une origine africaine sub-saharienne plus ou moins ancienne, avec ou

sans métissage, et quels que soient les lieux de naissance et de résidence. Ce concept repose sur l'existence de particularités physiologiques liées à l'intensité de la pigmentation cutanée innée. Cependant, considérer les individus à partir de leur couleur de peau suscite une certaine réticence. De même, la distinction de races peut apparaître comme un opérateur hiérarchique illicite. En effet, sur les plans socio-culturels et parfois dermocosmétiques, le préjugé de la couleur de la peau risque de créer des minorités visibles avec le cortège d'impacts négatifs. Une société multiculturelle se veut de refuser cette démarche qui évoquerait l'expression d'une médecine racialisée (32-34). Toutefois, il faut reconnaître des différences physiologiques selon la couleur de la peau. En plus, le recours à des cosmétiques spécifiques pour peau noire se justifie pour d'évidentes raisons de nuance de carnation. De nombreux produits cosmétiques se disputent ainsi une clientèle dépensant sans compter le budget dévolu à la beauté. Notons cependant que dans les populations de religion musulmane, le maquillage est peu répandu ou proscrit.

Les habitudes cosmétiques des individus au phototype foncé, en particulier celles liées au défrisage et à l'usage de dermocorticoïdes dépigmentants, influencent l'apparition de certaines dermatoses (34). La pratique de la dépigmentation volontaire, appelée khessal, est très répandue chez les femmes d'origine africaine, tout en n'étant pas exceptionnelle chez les hommes Noirs. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb sont principalement concernées, avec une fréquence plus grande lorsque le niveau socio-culturel est bas. Au fil du temps, la dépigmentation volontaire a pris une ampleur croissante, en dépit des mises en garde et même, dans certains pays, d'une interdiction officielle (33). Ce comportement est présent dans le continent africain, chez les Noirs américains et ceux ayant immigré en Europe.

Dans ces populations qui répondent à une débauche publicitaire, la dépigmentation induite représente à la fois un effet de mode, et l'expression de mécanismes psychologiques liés à l'ambivalence de la perception de la négritude. Certains artistes de la scène internationale ont véhiculé cette pratique. Il faut noter que le comportement masculin vis-à-vis des femmes encourage le khessal en exprimant une préférence pour les peaux plus claires. De plus, la polygamie, admise dans les régions musulmanes, pousse souvent les femmes à une rivalité fondée sur la clarté de leur teint. On se trouve alors confronté à l'opposition des interdits religieux et du désir

d'attrance et de considération du mari et/ou de l'entourage.

Les produits dépigmentants sont divers. Cependant, ceux utilisés pour le khessal à connotation ethnique appartiennent principalement à deux catégories. La première fait appel à des crèmes contenant 2% ou plus d'hydroquinone, concentrations excessives qui sont interdites dans les cosmétiques européens. Cette réglementation reste cependant sans effet sur le marché parallèle et incontrôlé, installé dans certains quartiers des grandes villes. La deuxième catégorie de produits concerne des dermocorticoïdes puissants. Il faut savoir que ces crèmes destinées au khessal sont, pour certaines, des contrefaçons souvent d'origine africaine. D'autres sont des détournements de médicaments authentiques, étonnamment disponibles sans prescription médicale. Un des produits les plus utilisés est le propionate de clobétasol (32).

L'utilisation d'un dermocorticoïde à visée dépigmentante est stéréotypée dans les populations adeptes du khessal. Le contenu d'un tube est dispersé dans une quantité variable d'un lait hydratant avant d'être appliqué quotidiennement sur le visage et parfois sur l'ensemble du corps. La quantité moyenne de dermocorticoïde utilisé par un individu est de 1 à 2 tubes de 30 g par semaine, ce qui garantit un éclaircissement du teint après quelques semaines. Parfois, le résultat est obtenu sans inconvénient, donnant un teint brun clair ou grisâtre assez caractéristique. Cependant, la poursuite de la corticothérapie topique peut entraîner une atrophie érythrosique, correspondant à une dermatoporose. De larges vergetures apparaissent fréquemment sur la face interne de la racine des membres. Les femmes y sont étonnamment assez indifférentes. La dermatoporose peut aboutir à des érosions superficielles par fragilisation de la peau.

Les femmes adeptes du khessal présentent un signe clinique évocateur sinon dénonciateur, presque constant, correspondant à une hyperpigmentation focale du dos des articulations des doigts et des orteils. Une telle dyschromie peut aussi se développer ailleurs sur le corps. Parfois ce signe devient le motif cardinal d'une consultation dermatologique. Dans ces circonstances, il s'agit d'une dyschromie pathognomonique objectivant la pratique rarement avouée du khessal par dermocorticoïdes.

CONCLUSION

Blancs ou Noirs, beaucoup de personnes cherchent à changer de couleur de peau, un peu comme certain(e)s le feraient pour les cheveux.

Ces changements de l'aspect de la peau ne sont pas sans conséquence au niveau de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Quand solaire rime avec scolaire. Une enquête sur les risques de mélanome auprès de 3.695 élèves d'écoles primaires liégeoises. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 88-92.
2. Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Space-time clustering and seasonality in diagnosing skin cancers in Wallonia (South East Belgium). *Dermatology*, 2008, **217**, 48-51.
3. Piérard GE.— Ageing in the sun parlour. *Int J Cosmet Sci*, 1998, **20**, 251-259.
4. Uhoda I, Petit L, Piérard-Franchimont C, et al.— Les bancs solaires au banc des accusés. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 29-32.
5. Uhoda I, Cresney M, Piérard-Franchimont C, et al.— Allons-nous mourir bronzés ou ostéomalaciques ? Le dilemme de la protection solaire entre Charybde et Scylla. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 307-309.
6. International Agency for Research on Cancer Working Group on artificial ultraviolet (UV) light and skin cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers : a systematic review. *Int J Cancer*, 2007, **120**, 1116-1122.
7. Quatresooz P, Henry F, Paquet P, et al.— Photoaging under recreational sunbeds. *Skin Res Technol*, sous presse.
8. El Ghissassi F, Baan R, Straif K, et al.— WHO international Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens – Part D : radiation. *Lancet Oncol*, 2009, **10**, 751-752.
9. Hiom S.— Public awareness regarding UV risks and vitamin D – the challenges for UK skin cancer prevention campaigns. *Prog Biophys Mol Biol*, 2006, **92**, 161-166.
10. Knight JM, Kirincich AN, Farmer ER, et al.— Awareness of the risks of tanning lamps does not influence behavior among college students. *Arch Dermatol*, 2002, **138**, 1311-1315.
11. Demko CA, Borawski EA, Debanne SM, et al.— Use of indoor tanning facilities by white adolescents in the United States. *Arch Ped Adolesc Med*, 2003, **157**, 854-860.
12. Poorsattar SP, Hornung RL.— UV light abuse and high-risk tanning behavior among undergraduate college students. *J Am Acad Dermatol*, 2007, **56**, 375-379.
13. Feldman SR, Liguori A, Kucenic M, et al.— Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent indoor tanners. *J Am Acad Dermatol*, 2004, **51**, 45-51.
14. Quatresooz P, Uhoda I, Fumal I, et al.— Revisiting the gender-linked melanoma burden. *Dermatology*, 2004, **209**, 197-201.
15. Uhoda I, Quatresooz P, Fumal I, et al.— Updating trends in cutaneous cancers in south-east Belgium. *Oncol Rep*, 2004, **12**, 111-114.
16. Warthan MM, Ichida T, Wagner RF.— UV light tanning as a type of substance-related disorder. *Arch Dermatol*, 2005, **141**, 963-966.
17. Kaur M, Liguori A, Land W, et al.— Induction of withdrawal-like symptoms in a small randomized, controlled trial of opioid blockage in frequent tanners. *J Am Acad dermatol*, 2006, **54**, 709-711.
18. Poorsattar SP, Hornung RL.— Tanning addiction : current trends and future treatment. *Exp Rev Dermatol*, 2010, **5**, 123-125.
19. Harrington CR, Beswick TC, Leitenberger J, et al.— Addictive-like behaviours to ultraviolet light among frequent indoor tanners. *Clin Exp Dermatol*, 2010, Epub Jun 7.
20. Donovan DM, Dennis M (eds).— Assessment of addictive behaviors. Guilford Press, NY, USA, 2005.
21. Zeller S, Lazovich D, Forester J, et al.— Do adolescent tanners exhibit dependency ? *J Am Acad Dermatol*, 2006, **54**, 589-596.
22. O'Riordan DL, Field AE, Geller AC, et al.— Frequent tanning bed use, weight concerns, and other health risk behaviors in adolescent females (United States). *Cancer Causes Control*, 2006, **17**, 679-686.
23. Weinstock MA, Rossi JS, Redding CA, et al.— Sun protection behaviors and stages of change for the primary prevention of skin cancers among beachgoers in southeastern New England. *Ann Behav Med*, 2000, **22**, 286-293.
24. Weinstock MA, Rossi JS, Redding CA, et al.— Randomized controlled community trial of the efficacy of a multicomponent stage-matched intervention to increase sun protection among beachgoers. *Prev Med*, 2002, **35**, 584-592.
25. Schreder A, Hermanns-Lê T, Henry F, et al.— Prévention primo-secondaire des cancers cutanés. *Rev Med Liège*, sous presse.
26. Schroeder P, Haendeler J, Krutmann J.— The role of near infrared radiation in photoaging of the skin. *Exp Gerontol*, 2008, **43**, 629-632.
27. Schroeder P, Lademann J, Darvin J, et al.— Infrared radiation induced matrix metalloproteinase in human skin : implications for protection. *J Invest Dermatol*, 2008, **128**, 2491-2497.
28. Piérard GE, Nikkesl-Tassoudji N, Piérard-Franchimont C.— Recreational sunbeds and climacteric xerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 1995, **5**, 24-27.
29. Ness AE, Frankel SJ, Gunnell D, et al.— Are we still dying for a tan ? *J Cosmet Dermatol*, 2002, **1**, 43-46.
30. Colston K, Colston MJ, Feldman D.— 1,25-dihydroxyvitamin D3 and malignant melanoma : the presence of receptors and inhibition of cell growth in culture. *Endocrinology*, 1981, **108**, 1083-1086.
31. Evans SR, Houghton AM, Schumaker L, et al.— Vitamin D receptor and growth inhibition by 1, 25-dihydroxyvitamin D3 in human malignant melanoma cell lines. *J Surg Res*, 1996, **61**, 127-133.
32. Hermanns JF, Hermanns-Lê T, Piérard GE.— Souffrir pour être belle et changer de couleur de peau. Du pinacle au pilori. *Dermatol Actual*, 2002, **71**, 26-29.
33. Henry F, Piérard-Franchimont C, Hermanns JF, et al.— Black is beautiful. Géoclimatologie et dermocosmétologie d'adaptation chez les immigrants à peau noire. *Skin*, 2007, **10**, 7-10.
34. Devillers C, Willemaers V, Giet-Lesuisse M, et al.— Granulome de Majocchi sur tinea incognito chez une Africaine. *Dermatol Actual*, 2009, **116**, 10-13.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU
de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be