

CES TACHES QUI ALOURDISSENT LA TÂCHE !

À la clinique ou à l'hôpital, il vous est sûrement déjà arrivé de découvrir fortuitement une lésion pigmentée des muqueuses pendant un examen courant. Un patient vous a peut-être déjà consulté pour une tache brune nouvellement apparue. Savez-vous exactement ce que vous devez faire en pareil cas ou vous dites-vous plutôt : « Oh non, qu'est-ce que c'est ? Que dois-je faire ? » Pour éviter que les lésions pigmentées ne deviennent votre bête noire, une démarche structurée est nécessaire.

Geneviève Thérien

TABLEAU I

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LÉSIONS PIGMENTÉES DES MUQUEUSES¹⁻⁵

- ▶ **Pigmentation physiologique**
Muqueuse buccale de coloration brun pâle à presque noire diffuse ou localisée, particulièrement sur la gencive adhérente. Il s'agit d'une variante de la normale chez les gens ayant la peau foncée.
- ▶ **Lentigo simplex**
Macule brune unique ou macules multiples sur la peau ou les muqueuses, apparaissant en bas âge, sans lien avec l'exposition solaire. Aussi appelé lentigine.
- ▶ **Macule mélanotique**
Macule unique ou macules multiples de coloration brun pâle ou foncée, homogène et symétrique touchant les muqueuses buccales et génitales. Il s'agit d'un type de lentigo simplex.
- ▶ **Nævus mélanocytaire**
Macule plus souvent unique. Parfois papule, d'un brun plus ou moins foncé. Peut toucher toutes les muqueuses. Le nævus bleu en est une variante de coloration bleutée ou grisâtre due à sa plus grande profondeur dans le derme. Aucune transformation maligne signalée.
- ▶ **Pigmentation exogène**
Pigmentation attribuable à des tatouages traumatiques, à une blessure par introduction d'un corps étranger, à un *piercing* ou à des amalgames dentaires en métal. Pigmentation aussi possible par des médicaments par voie générale ou intoxication par des métaux lourds. Souvent coloration bleutée ou grisâtre, mais parfois noire diffuse ou localisée.
- ▶ **Hyperpigmentation post-inflammatoire**
Macules et taches de taille variable, allant d'une coloration rougeâtre à brunâtre, précédées de lésions inflammatoires. Résolution spontanée en quelques mois.
- ▶ **Mélanose du fumeur**
Multiples macules brunes pouvant être coalescentes, le plus souvent localisées sur la gencive adhérente. Résolution à l'arrêt du tabac.
- ▶ **Mélanome malin**
Tache asymétrique, de coloration non homogène allant du brun foncé au noir, mais parfois amélanique. Ulcération et saignement fréquents. Atteinte multifocale possible.

Fréquentes, les lésions pigmentées des muqueuses doivent tout de même avoir toute notre attention. Bien qu'elles soient souvent bénignes, certaines ne le sont pas et exigent une prise en charge rapide. D'autres constituent plutôt le reflet d'une atteinte générale pouvant avoir des conséquences graves et nécessiter un suivi étroit. Devant une ou plusieurs lésions pigmentées des muqueuses, plusieurs diagnostics sont possibles (tableau I¹⁻⁵).

CAS N° 1

Madame Lepage, 18 ans, est votre patiente depuis quelques années. Elle se présente à votre cabinet pour son premier examen gynécologique. En l'examinant, vous remarquez sur ses petites lèvres une dizaine de macules brunes assez foncées de forme irrégulière et mesurant de 3 mm à 6 mm. Lorsque vous l'interrogez à ce sujet (encadré 1), elle vous mentionne que ces taches sont apparues il y a quelques années et que leur nombre et leur taille ont légèrement augmenté avec le temps (photo 1¹).

La Dr^e Geneviève Thérien, dermatologue, exerce à l'Hôpital du Saint-Sacrement du Centre hospitalier universitaire de Québec. Elle est aussi chargée d'enseignement clinique au Département de médecine de l'Université Laval et travaille à la Clinique De Vinci, à Québec, où elle pratique la dermatologie esthétique.

ENCADRÉ 1

ÉVALUATION CLINIQUE DES LÉSIONS PIGMENTÉES DES MUQUEUSES

Devant une lésion pigmentée des muqueuses, il est important de questionner le patient sur :

- ▶ l'âge d'apparition de cette lésion ;
- ▶ la modification ou non dans le temps ;
- ▶ l'atteinte des autres muqueuses ;
- ▶ l'atteinte d'autres membres de la famille ;
- ▶ la présence ou non de symptômes généraux.

Un examen de la peau et des autres muqueuses doit être pratiqué de façon systématique.

LENTIGO SIMPLEX OU LENTIGINES

Les termes *lentigo* et *lentigine* sont synonymes. Les lentigos simplex sont des macules bénignes homogènes habituellement de petite taille (< 5 mm), de forme ronde à ovale et qui vont du brun pâle au brun-noir. Ils apparaissent souvent en bas âge sur la peau, les muqueuses ou les ongles. Qu'ils soient congénitaux ou acquis, leur cause et leur fréquence exactes sont inconnues. Contrairement aux lentigos solaires qu'on trouve sur les zones photoexposées, les lentigos simplex ne sont pas attribuables aux rayons ultraviolets et peuvent être présents sur des zones photoprotégées, dont les muqueuses^{1,2}, où on les appelle aussi *macules mélanotiques*.

Contrairement aux lentigos simplex de la peau, ceux qui apparaissent sur les muqueuses comportent plus souvent une bordure irrégulière et une pigmentation non homogène. Ils peuvent même atteindre quelques centimètres. Leur nombre et leur taille peuvent aussi s'accroître et leur pigmentation, se modifier avec le temps¹. Ils pâlisent parfois après plusieurs années. Ils peuvent être difficiles à différencier d'un mélanome, surtout lorsqu'il n'y en a qu'un seul.

Chez les hommes, les lentigos simplex peuvent se trouver sur le gland ou la verge. Chez les femmes, on les voit le plus souvent sur les petites lèvres, mais aussi parfois sur les grandes lèvres, l'entrée vaginale, le col de l'utérus, la zone périurétrale et le périnée. Les lentigines des muqueuses sont habituellement bénignes. Leur évolution vers le mélanome n'a pas été signalée^{1,2}. Une biopsie est néanmoins parfois indiquée pour éliminer cette possibilité. Une fois le diagnostic de lentigines confirmé, aucun traitement n'est requis. Un simple suivi suffit.

QUE FAIRE AVEC MADAME LEPAGE ?

Vous avez questionné Madame Lepage qui n'éprouve aucun symptôme général. Aucun membre de sa famille ne présente non plus de lésions semblables. Vous avez examiné ses autres muqueuses et n'avez rien remarqué

1

LENTIGO SIMPLEX SUR LA VULVE. UNE BIOPSIE DE LA MACULE LA PLUS FONCÉE N'A PAS RÉVÉLÉ D'ATYPIE.



Source : Barnhill RL, Rabinovitz H. Benign Melanocytic Neoplasms. Dans : Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RR, rédacteurs. *Dermatology*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby Elsevier ; 2008. p. 1713. Reproduction autorisée.

d'anormal. Malgré le nombre élevé de macules brunes, ce qui est rassurant quant à leur bénignité, vous avez préféré envoyer votre patiente en dermatologie en raison de la couleur foncée des macules. Le dermatologue a procédé à une biopsie de la lésion la plus foncée qui n'a révélé aucune atypie.

CAS N° 2

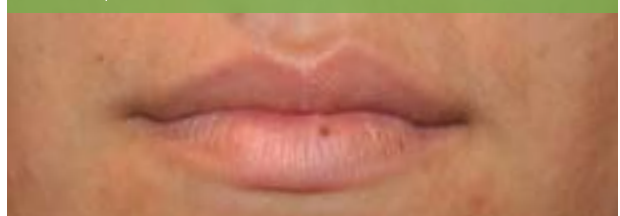
Madame Bellavance, 30 ans, que vous suivez depuis plusieurs années, vient vous voir pour son examen annuel. En discutant avec elle, vous remarquez une macule brune sur sa lèvre inférieure (photo 2). Elle vous mentionne que cette lésion est apparue dans la dernière année et qu'elle s'est peu modifiée depuis.

MACULES MÉLANOTIQUES

Les macules mélanotiques sont un type de lentigos simplex qui touche uniquement les muqueuses. Les macules mélanotiques buccales se trouvent sur la lèvre inférieure dans le tiers des cas⁶, où on les appelle alors *macules mélanotiques labiales*^{1,3}. Ces dernières s'observent plus particulièrement chez les femmes (dans un rapport de 1,9 pour 1) blanches entre 20 et 40 ans tandis que les autres macules mélanotiques buccales surviennent habituellement sur les

2

MACULE MÉLANOTIQUE LABIALE BÉNIGNE.



Source : ©D' Joël Claveau. Reproduction autorisée.

gencives, le palais ou la muqueuse buccale^{1,3} chez des patients des deux sexes de plus de 40 ans^{1,3,6}.

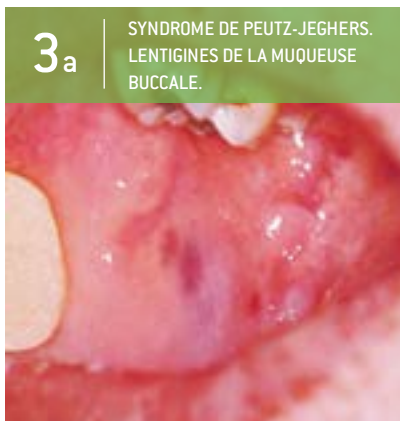
Les macules mélanotiques sont bénignes et ne se transforment pas en mélanomes⁴. Un suivi étroit et une biopsie sont toutefois essentiels dans les cas de macules mélanotiques du palais (emplacement de 40% des mélanomes de la bouche), des gencives ou de la muqueuse buccale pour confirmer le diagnostic puisqu'un mélanome est plus fréquent à ces endroits et qu'il peut être difficile de distinguer cliniquement les lésions bénignes et malignes. Les patients doivent donc être orientés en ORL ou en dermatologie pour une biopsie. Pour ce qui est des macules mélanotiques labiales, un simple suivi suffit, à moins que le lentigo soit de couleur très foncée, de forme irrégulière ou qu'il se modifie rapidement.

RETOUR SUR LE CAS DE MADAME BELLAVANCE

Vous avez examiné la muqueuse buccale de Madame Bellavance, qui était normale, comme sa vulve et son vagin. Vous l'avez rassurée quant à la bénignité de la lésion.

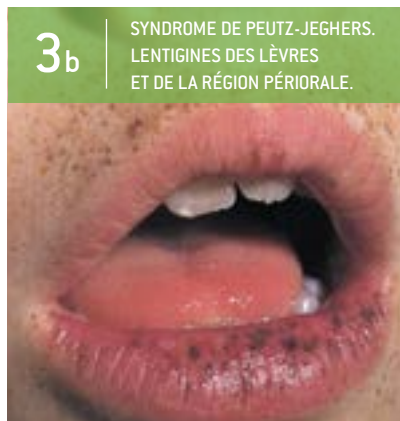
CAS N° 3

Alexandre, 10 ans, se présente à votre service de consultation sans rendez-vous avec ses parents pour un mal de gorge intense depuis quarante-huit heures. En examinant sa cavité buccale, vous remarquez de nombreuses macules brunes de moins de 5 mm sur le palais et la muqueuse jugale (photo 3a⁷). Vous en apercevez aussi sur les lèvres et au pourtour de la bouche (photo 3b⁷). Vous décidez donc de le questionner et de l'examiner davantage. Vous trouvez des macules brunes semblables sur le gland et le pénis de même que sur les paumes et la plante des pieds. Alexandre a ces lésions depuis l'enfance. Ses antécédents familiaux ne sont pas connus, car il a été adopté. Il n'éprouve aucun symptôme général et n'a jamais subi d'examens paracliniques pour ces lésions.



3a

SYNDROME DE PEUTZ-JEGHERS.
LENTIGINES DE LA MUQUEUSE
BUCCALE.



3b

SYNDROME DE PEUTZ-JEGHERS.
LENTIGINES DES LÈVRES
ET DE LA RÉGION PÉRIORALE.

Source : Lapeere H, Boone B, De Shepper Sofie et coll. Hypomelanoses and Hypermelanoses. Dans : Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2012. p. 804. Reproduction autorisée.



4a

LENTIGO SIMPLEX SUR LA VULVE
D'UNE PATIENTE ATTEINTE
DU SYNDROME LAMB.



4b

LENTIGO SIMPLEX SUR LES
LÈVRES ET LA PEAU PÉRIORALE
DE LA MÊME PATIENTE.

Source : Grichnik JM, Rhodes AR, Sober AJ. Benign Neoplasias and Hyperplasias of Melanocytes. Dans : Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2012. p. 1377. Reproduction autorisée.

LENTIGINES MULTIPLES ASSOCIÉES À DES TROUBLES GÉNÉRAUX

Plusieurs syndromes rares se présentent par de multiples lentigines sur les muqueuses (photos 4a et 4b²) ou la peau (tableau II^{1,5,7-9}). Seul le syndrome de Laugier-Hunziker (photo 5¹) est acquis et n'est pas associé à une atteinte générale.

Quoique rare, sa prévalence variant de 1 pour 25 000 à 280 000⁸, le syndrome de Peutz-Jeghers est le plus fréquent et le plus connu des syndromes se manifestant par des lentigines

Les macules mélanotiques sont bénignes et ne se transforment pas en mélanomes. Un suivi étroit et une biopsie sont toutefois essentiels dans les cas de macules mélanotiques du palais, des gencives ou de la muqueuse buccale.

TABLEAU II | SYNDROMES LIÉS À DES LENTIGINES MULTIPLES SUR LES MUQUEUSES ET LA PEAU^{1,5,7-9}

Tableau clinique	Associations	Risque de cancer
Syndrome de Peutz-Jeghers (<i>photos 3a et 3b</i>)		
Lentigines allant du brun au noir, < 7 mm, sur la peau périorificielle, les muqueuses (toutes), les paumes, les plantes du pied, les doigts, les ongles. Début dans l'enfance.	Polypes gastro-intestinaux, cancers gastro-intestinaux et non gastro-intestinaux (sein, ovaire, testicule).	Tractus gastro-intestinal, ovaire, col de l'utérus, pancréas, sein, testicule.
Complexe de Carney (syndromes NAME/LAMB) (<i>photos 4a et 4b</i>)		
Lentigines diffuses de la peau et des muqueuses épargnant habituellement la muqueuse buccale, nævus mélanocytaires et nævus bleus, myxomes.	Myxomes cardiaques, insuffisance cardiaque congestive, adénome hypophysaire, tumeurs testiculaires, fibroadénomes myxoïdes mammaires, schwannomes.	Thyroïde, côlon, rectum, pancréas, hypophyse, ovaire, testicule.
Syndrome de Laugier-Hunziker (<i>photo 5</i>)		
Lentigines sur les lèvres et la muqueuse buccale, les doigts, les ongles. Mélanose génitale. Diagnostic différentiel principal du syndrome de Peutz-Jeghers.	Aucune.	Aucun.
Syndrome Bannayan-Riley-Ruvalcaba		
Lentigines génitales, macules et taches café au lait, malformations capillaires ou veineuses, lipomes, trichilemmomes faciaux, acanthosis nigricans.	Macrocéphalie, retard mental, hamartomes gastro-intestinaux, tumeurs thyroïdiennes.	Risque accru, mais non clairement défini.



5

SYNDROME DE LAUGIER-HUNZIKER

Source : Barnhill RL, Rabinovitz H. Benign Melanocytic Neoplasms. Dans : Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RR, rédacteurs. *Dermatology*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby Elsevier; 2008. p. 1713. Reproduction autorisée.

sur les muqueuses. Sa transmission est autosomique dominante, mais la mutation est spontanée dans environ 40% des cas⁵. Ce syndrome apparaît dans l'enfance, dès l'âge de 2 ans, par l'apparition de lentigines sur les lèvres

et la région périorale ainsi que sur la muqueuse buccale^{5,8}, les autres muqueuses étant plus rarement atteintes. Une atteinte palmoplantaire, digitale ou unguéale est aussi fréquente. Toutes les lentigines peuvent pâlir avec le temps, sauf celles de la muqueuse buccale qui persistent à l'âge adulte^{5,8,9}. Le risque de transformation maligne de ces dernières est toutefois nul. Il est associé à de multiples polypes hamartomateux gastro-intestinaux.

Les polypes hamartomateux apparaissent aussi dans l'enfance et peuvent survenir tout le long du tractus gastro-intestinal, mais plus souvent dans le petit intestin (65% – 90%) et le côlon (60%)⁸. Ils deviennent symptomatiques vers l'adolescence ou l'âge adulte et causent alors une obstruc-

tion, une invagination, un saignement ou une douleur abdominale^{5,8}. Le risque de transformation maligne des polypes est faible, mais de 3% à 6% présentent des changements dysplasiques accroissant le risque d'évolution vers un cancer⁸.

Il est important de faire un diagnostic précoce et un suivi régulier puisque ce syndrome est associé à un risque élevé de cancers autant gastro-intestinaux que non gastro-intestinaux. Le risque cumulatif est de 20% à 40 ans et de 76% à 70 ans⁸. L'âge moyen d'apparition du cancer est de 42 ans⁸. Les cancers gastro-intestinaux touchent surtout le côlon et ceux qui ne sont pas gastro-intestinaux⁸, d'ailleurs le sein. Parmi les autres sièges fréquents des cancers, on trouve l'es-

Le syndrome de Peutz-Jeghers se manifeste par une association de lentigines mucocutanées et de multiples polypes hamartomateux gastro-intestinaux. Comme il est associé à un risque élevé de cancers, autant gastro-intestinaux que non gastro-intestinaux, un diagnostic précoce et un suivi régulier sont primordiaux.



tomac, le petit intestin, le pancréas, les ovaires, les testicules, les poumons, le col de l'utérus et l'utérus.

QUE FAIRE AVEC ALEXANDRE ?

Vous traitez votre patient pour son amygdalite et vous lui expliquez, ainsi qu'à ses parents, que vous aimeriez le faire voir par un gastro-entérologue. La gastroscopie et la coloscopie ayant révélé la présence d'une dizaine de polypes, le diagnostic du syndrome de Peutz-Jeghers est confirmé. Vous suivez Alexandre, conjointement avec le gastro-entérologue. Vous le voyez annuellement, notamment pour un examen des testicules. Quant au gastro-entérologue, il lui fait passer une gastroscopie et une coloscopie tous les trois ans. Une consultation en génétique est prévue.

CAS N° 4

Monsieur Carrier, 70 ans, vient vous rencontrer parce qu'il a du sang dans les selles depuis quelques semaines. Il affirme par ailleurs être en bonne santé, mis à part une constipation chronique. Il n'est pas suivi par un médecin et ne consulte qu'au besoin. Vous procédez à l'examen périanal et au toucher rectal en pensant trouver des hémorroïdes ou une fissure. Vous remarquez plutôt une plaque infiltrée érythémateuse macérée et ulcérée à la marge anale (photo 6a¹⁰).

MÉLANOME DES MUQUEUSES

Le mélanome des muqueuses est rare, comptant pour moins de 1% de tous les mélanomes^{11,12} (encadré 2¹¹).

Son incidence demeure stable¹¹ même si celle du mélanome en général est

ENCADRÉ 2

FRÉQUENCE DU MÉLANOME DES MUQUEUSES SELON LE LIEU ANATOMIQUE¹¹

Le mélanome des muqueuses, quoique rare, peut toucher toutes les muqueuses, mais on le trouve plus fréquemment sur celles :

- ▶ de la tête et du cou (55 % des cas), particulièrement dans les cavités nasale et buccale ;
- ▶ de la région anorectale (24 % des cas) ;
- ▶ de la région vulvovaginale (18 % des cas).

à la hausse. Contrairement au mélanome cutané, celui des muqueuses n'est pas associé à une exposition aux rayons ultraviolets et survient à un âge plus avancé (70 ans en moyenne)^{11,12}. D'ailleurs, aucun facteur de risque clair n'est connu. Le mélanome peut se présenter par une macule ou une tache asymétrique et non homogène allant du brun au noir (photo 6b¹⁰). Cependant, il est amélanique^{11,13}, c'est-à-dire sans pigments, dans de 35% à 40% des cas et multifocal chez 20% des patients^{11,12}. Il peut également prendre la forme d'une tumeur ulcérée engendrant un saignement. Étant peu visible pour le patient en raison de son emplacement, il est souvent diagnostiqué tardivement et est alors à un stade avancé.

La prise en charge est difficile et se fait souvent en équipe multidisciplinaire. Idéalement, une exérèse chirurgicale complète avec des marges négatives offre les meilleures chances de survie. Malheureusement,

les contraintes anatomiques, la nature parfois multifocale de la lésion et le diagnostic souvent tardif rendent la maîtrise locale fréquemment impossible. Le pronostic est sombre. En effet, la majorité des patients vont avoir des récurrences locales ou des métastases ganglionnaires ou à distance malgré une résection chirurgicale complète^{11,12}.

Le mélanome est peu radiosensible. La radiothérapie peut servir de traitement complémentaire à la chirurgie afin d'améliorer la maîtrise loco-régionale, mais son rôle est controversé du fait de sa faible efficacité et parce qu'elle n'améliore pas la survie^{4,11,12,14}. Le mélanome répond mal à la chimiothérapie^{3,4,11,12}. Néanmoins, un traitement adjuvant est parfois donné quand même. Dans les cas de mélanome métastatique, différentes autres modalités peuvent être administrées, dont l'immunothérapie ou les thérapies moléculaires ciblées.



Source : Bailey EC, Sober AJ, Tsao H et coll. Cutaneous Melanoma. Dans : Goldsmith LA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill; 2012. p. 1416. Reproduction autorisée.

Il n'y a aucune ligne directrice claire après l'exérèse chirurgicale du mélanome des muqueuses. Un bilan selon les symptômes est indiqué ainsi qu'un suivi régulier du patient tous les deux ou trois mois conjointement par l'omnipraticien, le dermatologue et le chirurgien (ORL, gynécologue ou chirurgien généraliste selon l'emplacement du mélanome) pour déceler le plus rapidement possible les métastases locorégionales, ganglionnaires ou à distance et les prendre en charge sans délai.

QU'EST-IL ARRIVÉ À MONSIEUR CARRIER ?

Vous mentionnez au patient que vous avez noté une lésion périanale. Vous le dirigez ensuite rapidement en dermatologie pour une biopsie. Le résultat indique un mélanome envahissant. Monsieur Carrier a été vu en chirurgie générale pour procéder à une exérèse complète de la lésion. Comme la biopsie du ganglion sentinelle s'est avérée négative, il n'a pas subi d'évidement ganglionnaire. Au bilan d'extension, aucune métastase n'a été mise en évidence. Un suivi étroit tous les trois mois a donc été planifié avec vous, le dermatologue et le chirurgien pour permettre la détection précoce de tout signe de récidive ou de métastase.

CONCLUSION

Les lésions pigmentées des muqueuses sont fréquentes, et le diagnostic différentiel est vaste (tableau I¹⁻⁵). Malgré qu'elles soient pour la plupart bénignes, elles nécessitent souvent une biopsie pour confirmer le diagnostic et éliminer la possibilité d'un mélanome. Quoique rare, le mélanome des muqueuses a un mauvais pronostic. Un diagnostic précoce offre donc la meilleure chance de survie aux patients. La prochaine fois que vous verrez une lésion pigmentée des muqueuses, s'agira-t-il encore de votre bête noire ou l'aurez-vous domptée ? //

Date de réception : le 26 septembre 2013

Date d'acceptation : le 22 novembre 2013

La D^{re} Geneviève Thérien a été consultante pour LEO Pharma en 2012 et pour Novartis, AbbVie et Triton-Pharma en 2013.

L'auteure tient à remercier le D^r Joël Claveau pour la photo 2.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barnhill RL, Rabinovitz H. Benign Melanocytic Neoplasms. Dans : Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RR, rédacteurs. *Dermatology*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby/Elsevier; 2008. p. 1713.
2. Grichnik JM, Rhodes AR, Sober AJ. Benign Neoplasias and Hyperplasias of Melanocytes. Dans : Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill; 2012. p. 1377.

SUMMARY

Pigmented Mucosal Lesions. Pigmented mucosal lesions are common and are often challenging because of their vast differential diagnosis. Although most of these lesions are benign, a biopsy is often necessary to rule out mucosal melanoma, given the difficulty differentiating them and the fact that melanoma is an aggressive tumour with a poor prognosis.

Mucosal melanoma may present with an asymmetrical solitary or multifocal dark lesion. However, in many cases it may also present with an amelanotic (non-pigmented) lesion, or with a bleeding ulcerated tumour, which makes diagnosis even more difficult.

In addition, multiple pigmented mucosal lesions, even if benign, should lead us to consider a genetic syndrome possibly associated with internal neoplasms, such as Peutz-Jeghers syndrome. Early diagnosis and management allow these neoplasms to be promptly treated, improving patient survival.

3. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J et coll. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17 (6) : e919-e924.
4. Kuzman A, Pavone M, Blanas N et coll. Pigmented Lesions of the Oral Cavity: Review, Differential Diagnosis, and Case Presentations. *J Can Dent Assoc* 2004; 70 (10) : 682-3.
5. Spitz JL. *Genodermatoses, A Clinical Guide to Genetic Skin Disorders*. 2^e éd. New York : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 78-9 et 186-7.
6. Kaugars GE, Heise AP, Riley WT et coll. Oral melanotic macules. A review of 353 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76 (1) : 59-61.
7. Lapeere H, Boone B, De Shepper S et coll. Hypomelanoses and Hypermelanoses. Dans : Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill; 2012. p. 804.
8. Lembo AJ. Overview of Peutz-Jeghers syndrome. *UpToDate* 2013 Site Internet : www.uptodate.com [Date de consultation : le 12 août 2013].
9. Schaffer JV, Bologna JL. Benign pigmented skin lesions other than melanocytic nevi (moles). *UpToDate* 2013. Site Internet : www.uptodate.com [Date de consultation : le 12 août 2013].
10. Bailey EC, Sober AJ, Tsao H et coll. Cutaneous Melanoma. Dans : Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA et coll., rédacteurs. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8^e éd. New York : McGraw-Hill; 2012. p. 1416.
11. Carvajal RD, Hamid O, Ariyan C. Mucosal Melanoma. *UpToDate* 2013. Site Internet : www.uptodate.com [Date de consultation : le 12 août 2013].
12. Postow MA, Hamid O, Carvajal RD. Mucosal Melanoma: Pathogenesis, Clinical Behavior, and Management. *Curr Oncol Rep* 2012; 14 (5) : 441-8.
13. Nestle FD, Halpern AC. Melanoma. Dans : Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RR, rédacteurs. *Dermatology*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby Elsevier; 2008. p. 1745.
14. Chan RC, Chan JY, Wei WI. Mucosal melanoma of the head and neck: 32-year experience in a tertiary referral hospital. *Laryngoscope* 2012; 122 (12) : 2749-53.

Le mélanome des muqueuses peut se présenter par une macule ou une tache asymétrique et non homogène allant du brun au noir. Toutefois, il est amélanique, c'est-à-dire sans pigments, dans de 35 % à 40 % des cas et multifocal chez 20 % des patients.