

## Fiche pratique

# Fiche de dermoscopie n° 8

### Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 44 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle a plusieurs antécédents familiaux de mélanome et a elle-même eu 4 mélanomes (index micrométrique de 0,3 à 0,5 mm) mais elle n'est porteuse d'aucune mutation prédisposant à ce cancer identifiée à ce jour.

Elle est suivie régulièrement en photographie corporelle totale et en dermoscopie numérique. Elle est légitimement inquiète pour ses lésions pigmentées et vous demande, à nouveau, votre avis à propos de cette lésion présente sur sa cuisse depuis quelques années mais récemment devenue un peu sensible alors qu'elle était au départ totalement asymptomatique ; elle était initialement plane mais le relief constaté ce jour n'est pas récent.

À l'examen (*fig. 1 et 2*), la lésion est effectivement légèrement sensible lors de la pression. Après vérification, elle est présente depuis le début de sa surveillance en photographie corporelle totale il y a 4 ans mais elle n'avait pas fait l'objet d'un enregistrement en dermoscopie numérique lors des précédents examens car considérée jusqu'ici comme "non mélanocytaire".

Le reste de l'examen cutané ne retrouve aucune autre lésion similaire, les cicatrices d'exérèse des mélanomes (et de quelques nævus) sont normales. Quelques nævus pigmentaires non suspects et stables en dermoscopie numérique sur le tronc et les membres sont retrouvés. À l'examen général, il n'y a pas de signe de dissémination des mélanomes précédemment traités.

La patiente souhaite "ne prendre aucun risque" et "faire retirer cette lésion au moindre doute".

L'examen dermoscopique (polarisation + immersion) est présenté sur la *figure 3*.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?



Fig. 1.



Fig. 2.

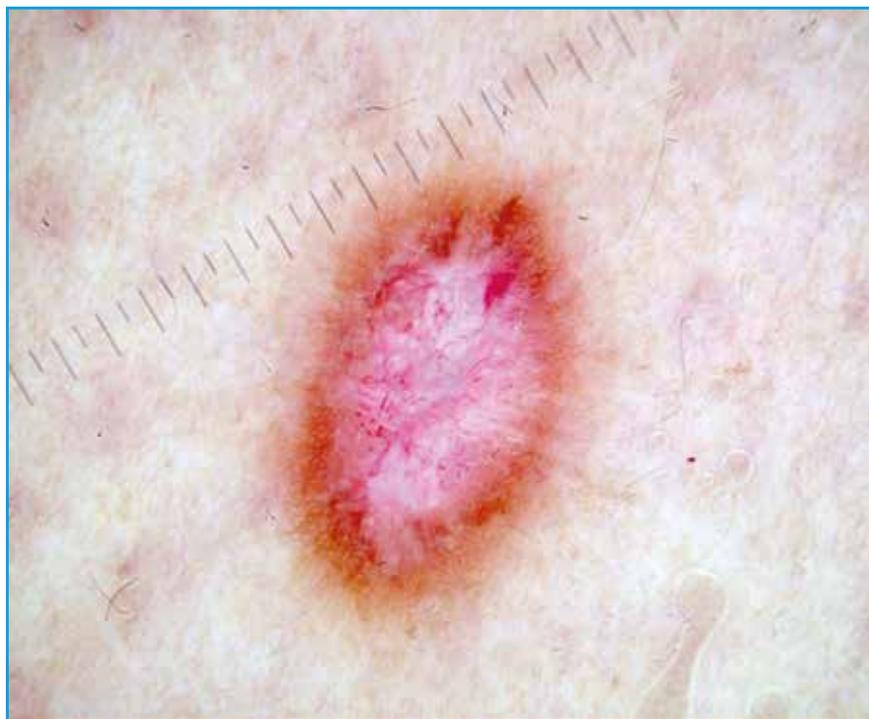


Fig. 3.

## Fiche pratique

### Solution

#### Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'un dermatofibrome (encore appelé "histiocytofibrome"), ce que confirme la palpation d'un nodule ferme bien limité, enchâssé dans le derme ("fibrome en pastille"), bien mobile par rapport aux plans sous-jacents (**fig. 4**)



Fig. 4.

#### Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Le diagnostic dermoscopique de dermatofibrome est suffisamment assuré par la combinaison examen dermoscopique-palpation pour permettre une abstention malgré le contexte.

### Commentaires

Sur l'image dermoscopique (**fig. 5**), on observe :

- Une fine réticulation périphérique (**flèches bleues**). En effet, le dermatofibrome, comme le mamelon surnuméraire, est une exception à la règle indiquant que la présence d'une réticulation "en nid d'abeilles" est le signe d'une lésion mélanocytaire (**cf. fiche de dermoscopie n° 2**).

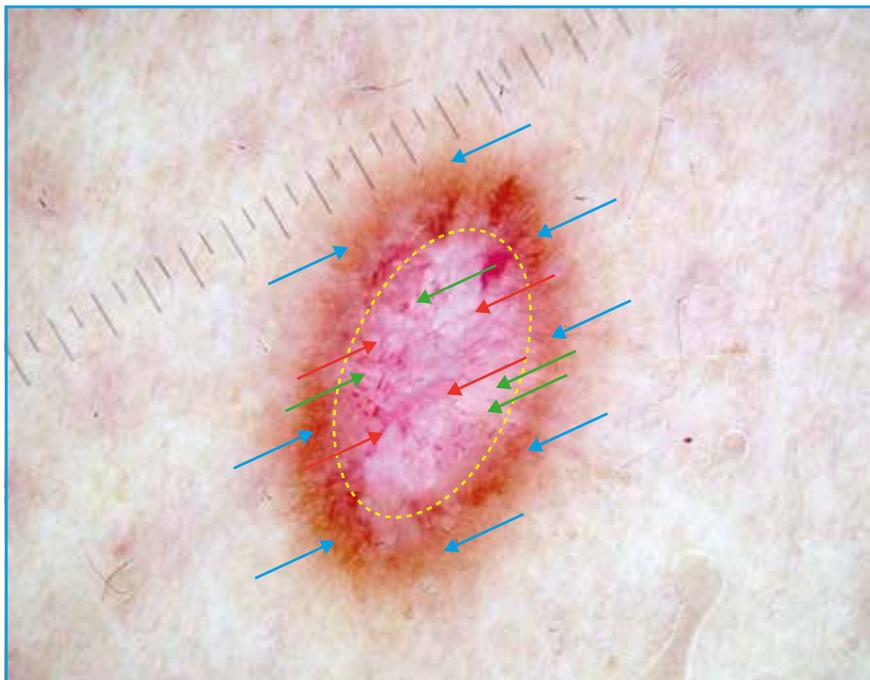


Fig. 5.

- Au centre (**entourée par les pointillés jaunes**), on observe une zone "sans structure" claire, de dépigmentation pseudo-cicatricielle, c'est-à-dire de couleur plus pâle que la peau alentour.

- Au sein de cette zone de dépigmentation pseudo-cicatricielle, on observe quelques lignes blanches et brillantes (encore appelées "chrysalides") ici malgré tout, comme souvent, mal visibles (**flèches vertes**).

- Le patron vasculaire (**flèches rouges**) observé au centre de cette lésion est multi-composé avec présence de télangiectasies arborescentes, de points et globules, et de vaisseaux linéaires et irréguliers.

L'ensemble est symétrique dans ses contours, et c'est beaucoup plus impor-

tant en analyse sémiologique dermoscopique, présente aussi une bonne symétrie de contenu (structures identiques présentes dans les 4 quadrants de la lésion) : absence de "chaos" architectural en faveur d'une lésion bénigne.

On l'a vu plus haut, la palpation\*, indispensable pour confirmer la démarche d'analyse sémiologique, confirme le diagnostic.

\*Robert Degos (1904-1987) : "Quand on palpe, c'est qu'on ne sait pas", comme quoi tout le monde peut en dire...

# Le diagnostic dermoscopique du dermatofibrome

**L. THOMAS**

Service de Dermatologie,  
Centre hospitalier Lyon Sud,  
Université Lyon 1,  
Centre de recherche sur le cancer de LYON.

Le diagnostic clinique du dermatofibrome est le plus souvent facile devant une lésion légèrement palpable, enchâssée dans le derme, plus ou moins pigmentée, à consistance ferme, bien mobile par rapport aux tissus sous-jacents et couverte d'un épiderme non érodé lisse, souvent brillant. Il siège le plus souvent sur les membres et serait plus fréquent chez les femmes. Il n'est pas exclu que certaines lésions puissent être consécutives à un traumatisme mineur ou à un processus inflammatoire transitoire (piqûre d'insecte, poil incarné, lésion de grattage...).

Dans la majorité des cas, la dermoscopie n'est pas nécessaire pour suggérer le diagnostic même si, comme dans le cas introductif, elle apporte indubitablement des arguments supplémentaires à l'approche sémiologique. Certains cas sont toutefois de diagnostic difficile, en particulier celui des formes très pigmentées, des formes anétodermiques, des lésions précoces non palpables ou du dermatofibrome anévrysmal dont la présentation clinique peut être très inquiétante.

Enfin, quelques diagnostics différentiels dermoscopiques du dermatofibrome, comme le mélanome régressif, le basocellulaire plan cicatriciel et le dermatofibrosarcome protubérant (DFSP de Darier et Ferrand) sont à bien connaître.

## Les principaux patrons dermoscopiques classiques du dermatofibrome

Le tableau dermoscopique du dermatofibrome comprend une combinaison de symptômes (réseau pigmenté, dépigmentation pseudo-cicatricielle, réseau dépigmenté, plages pigmentées) qui permet de définir 6 patrons principaux. Les 5 premiers ne présentent pas de désordre architectural et montrent une bonne symétrie de contenu en faveur d'une tumeur bénigne. Le 6<sup>e</sup>, atypique, est retrouvé en particulier dans le dermatofibrome anévrysmal de diagnostic très difficile.

### 1. Réticulation périphérique et centre "cicatriciel"

Comme dans le cas introductif, c'est le patron dermoscopique "prototype" le plus fréquemment observé dans le dermatofibrome puisqu'on le retrouve dans près de 60 % des cas. Il se compose (*fig. 3 et 6*) d'une fine réticulation brune périphérique et d'un aspect de dépigmentation dite "pseudo-cicatricielle" centrale plus pâle – ou au moins aussi pâle – que la peau avoisinante. La réticulation "en nid d'abeilles" est indistinguable de celle des lésions mélanocytaires (*cf. fiche n° 2*), elle est régulière, plus ou moins foncée en fonction du phototype du patient. Le "patch" blanc sans structure central est placé au centre géométrique de la lésion; ses limites périphériques sont hérissées et en son centre on peut voir, seulement en lumière polarisée, des structures linéaires blanches et brillantes ("chrysalides") tantôt parallèles les unes aux autres, tantôt perpendiculaires. Elles traduisent un processus de fibrose dermique et sont donc non spécifiques puisqu'observées dans tous les proces-

**N.B. technique:** Il est important de noter dans ce chapitre introductif que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés, en particulier dans le dermatofibrome. L'examen dermoscopique en lumière polarisée, qui visualise mieux les structures les plus profondes de la peau, permet de mieux voir les structures constituantes du dermatofibrome qui est une lésion principalement dermique. Notons que les lignes blanches brillantes (encore appelées "chrysalides") ne sont visibles qu'en lumière polarisée et que la réticulation "en négatif" se voit également bien mieux en lumière polarisée. Les appareils polarisés "non contact" permettront enfin de bien mieux voir les vaisseaux.

Comme on l'a vu dans les *fiches n° 3, 6 et 7* et le verra dans les fiches suivantes, il apparaît donc important de pouvoir disposer d'appareils de dermoscopie hybrides permettant les deux modes d'illumination pour s'adapter aux différentes situations cliniques.

sus avec remaniement inflammatoire du derme, y compris les mélanomes de type SSM et LMM d'évolution prolongée avec phénomènes de régression partielle. On peut aussi percevoir des images vasculaires au sein de cette partie blanche centrale (*cf. infra*).



Fig. 6.

## I Fiche pratique

### 2. Forme réticulée

Les dermatofibromes récents, souvent plans, parfois anéodermiques, peuvent ne présenter que la réticulation régulière sans autre symptôme dermoscopique associé (*fig. 7*). Sans la palpation, le diagnostic différentiel avec un nævus réticulaire peut être très difficile. Toutefois ces lésions étant monochromes,

mono-composées et symétriques, le risque de confusion avec une tumeur maligne n'existe quasiment pas.

### 3. Réticulation périphérique avec réseau dépigmenté (dit "en négatif")

Dans cette forme (*fig. 8*), la dépigmentation centrale est marquée par des lignes blanches brillantes dépigmentées s'or-

ganisant de manière orthogonale et créant une réticulation dépigmentée encore appelée "réseau en négatif" ou "réticulation inversée". Cette image traduit également la présence de fibrose dermique, elle n'est donc pas spécifique du dermatofibrome puisque observée notamment dans les nævus et tumeurs de Spitz et dans certains mélanomes. Toutefois, ici, l'association avec une fine réticulation périphérique dans un ensemble bien symétrique, sans désordre architectural, avec le plus souvent une palpation évocatrice, permet un diagnostic facile.



Fig. 7.

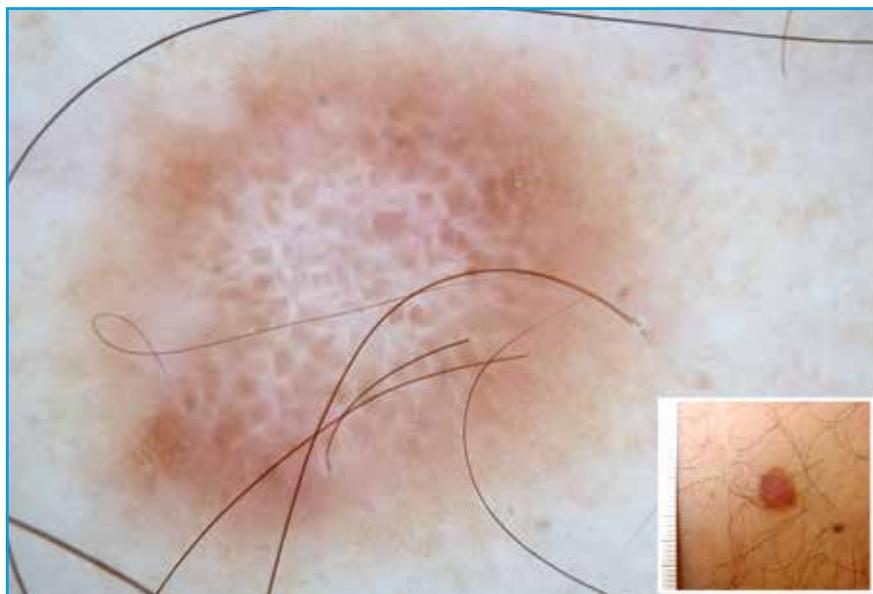


Fig. 8.

### 4. Forme dépigmentée

Dans cette variante (*fig. 9*), seule la partie dépigmentée est présente ; elle n'est pas différente de celle observée dans la forme "prototype" : dépigmentation pseudo-cicatricielle, lignes blanches et brillantes, présence de vaisseaux, bords hérissés. Mais le diagnostic est moins aisé du fait de l'absence de la composante pigmentée périphérique et la biopsie parfois nécessaire pour éliminer, par exemple, un carcinome sclérodermique.

### 5. Forme pigmentée sans structure ("homogène")

Ici, la lésion paraît pigmentée, sans structure réticulaire identifiable (*fig. 10*). Parfois, quelques lignes blanches et brillantes peuvent être visibles et, même quand la palpation est caractéristique, le diagnostic différentiel peut être difficile avec le DFSP de Darier et Ferrand en cas de lésion de grande taille (*fig. 11*).

### 6. Forme atypique polychrome avec désordre architectural

Alors que les 5 patrons précédents se caractérisaient par un relatif ordre architectural, dans cette forme les éléments sémiologiques multiples décrits dans les patrons précédents sont disposés de manière asymétrique (*fig. 11*). S'y associent des éléments purpuriques et ecchymotiques pour

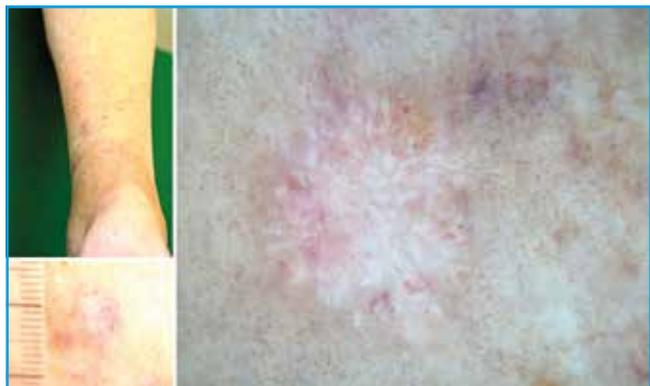


Fig. 9.



Fig. 11.

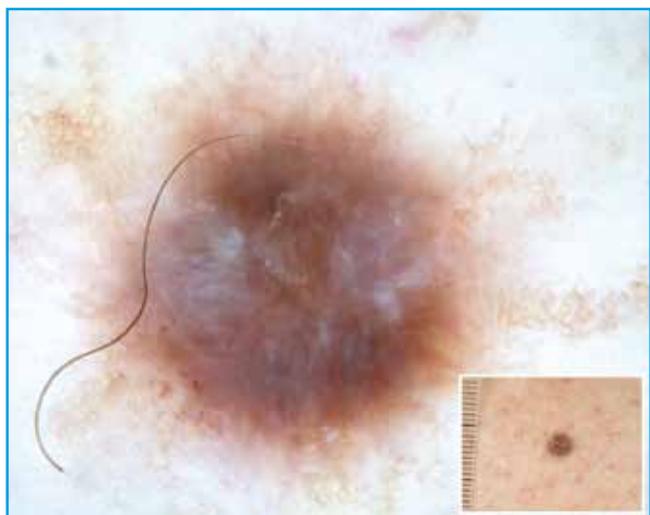


Fig. 10.



Fig. 12.

aboutir à une polychromie marquée et finalement à des images “chaotiques” très suspectes (**fig. 12**). Le plus souvent, ces formes atypiques ne peuvent être diagnostiquées sans l’aide de l’examen histopathologique et constituent souvent une “bonne surprise histologique” alors qu’on avait évoqué en première hypothèse un mélanome nodulaire ou un sarcome.

Elles correspondent généralement à la forme anévrysmale du dermatofibrome. Dans de rares cas, l’évolution d’une lésion à patron plus “classique” vers cette forme atypique (**fig. 13 : même lésion photographiée 2 fois à 1 an d’intervalle**) peut permettre de suspecter (sans l’affirmer) ce diagnostic.



Fig. 13.

## I Fiche pratique

### Les patrons vasculaires et signes dermoscopiques plus rares du dermatofibrome

Lorsque les lésions cutanées sont cliniquement pigmentées, l'analyse sémiologique des images vasculaires revêt un intérêt marginal. Toutefois, dans la partie moins pigmentée des dermatofibromes, la présence de vaisseaux (mieux visibles depuis que l'on fait un usage plus fréquent de la dermoscopie sans contact) peut troubler le débutant.

Certains éléments sémiologiques moins habituels peuvent également être rencontrés dans un certain nombre de cas de dermatofibromes

#### 1. Vaisseaux papillaires (en points et globules ou en "épingle à cheveux")

Les vaisseaux les plus souvent observés dans la zone centrale achromique des dermatofibromes sont en points et globules (*fig. 14 : sur la grande image dermoscopique sans pression alors que la petite image avec pression permet de retrouver le patron "prototype"*).



Fig. 14.

## POINTS FORTS

- Dans la majorité des cas, le diagnostic du dermatofibrome est facile et repose sur la combinaison d'une palpation\* évocatrice et l'observation dermoscopique d'une lésion :
  - symétrique et ordonnée architecturalement ;
  - le plus souvent composée d'une zone périphérique finement réticulée et d'un centre dépigmenté "pseudo-cicatriciel" ;
  - des lignes blanches et brillantes peuvent être observées dans la partie centrale ;
  - une réticulation "en négatif" blanche peut être présente au centre ;
  - des vaisseaux papillaires mais parfois aussi de type sous-épidermique sont volontiers observés au centre.
- Des variantes réticulaires, exclusivement dépigmentées ou de pigmentation homogène, sont observées. Elles ne posent pas de problème lorsqu'elles sont parfaitement ordonnées architecturalement et que la palpation\* est évocatrice.
- La variante anévrysmale du dermatofibrome est de diagnostic clinico-dermoscopique extrêmement difficile du fait de son désordre architectural et de sa polychromie.
- Certains mélanomes régressifs et certains carcinomes basocellulaires plans cicatriciels peuvent mimer la silhouette dermoscopique d'un dermatofibrome mais, en règle générale, la présence d'autres éléments sémiologiques permet le diagnostic.

Il s'agit des vaisseaux papillaires observés perpendiculairement à leur grand axe et donc prenant un aspect de points rouges plus ou moins larges en fonction de leur état de vasodilatation.

Lorsque ces vaisseaux des papilles sont observés parallèlement à leur axe – ce qui n'est possible que dans des lésions présentant un certain relief – ils ont alors un aspect en forme de boucle serrée en "épingle à cheveux". Alors, la combinaison au sein de la même lésion de la vision transversale et parallèle de ces vaisseaux papillaires fait le plus souvent coexister vaisseaux globulaires et vaisseaux en "épingle à cheveux" (*fig. 15*).

#### 2. Télangiectasies arborescentes

Il s'agit des vaisseaux des plexus horizontaux sous-épidermiques rendus plus visibles par transparence du fait de l'atro-

phie “cicatricielle” de la zone centrale du dermatofibrome. Contrairement à la situation du carcinome basocellulaire (cf. *fiche de dermoscopie n° 6*), ils ne sont pas dilatés et donc moins visibles (fig. 3).

### 3. Vascularisation polymorphe et/ou atypique

Dans certains cas, il peut être observé une association de plus de 2 types de vaisseaux ou la présence de vaisseaux linéaires et irréguliers (cf. *fiche de dermoscopie à venir: “Les patrons vasculaires atypiques”*).

Ces vaisseaux se caractérisent par un trajet anguleux et des alternances de calibres dilatés et resserrés des vaisseaux (fig. 6: *vaisseaux en épingle à cheveux et vaisseaux linéaires et irréguliers*).

### 4. Symptômes inconstants ou rares

#### ● Voile bleu

Le voile bleu ou bleu-blanc est un signe d’alarme en dermoscopie, puisque volontiers observé dans le mélanome. Il est toutefois assez fréquent dans les dermatofibromes anévrysmaux et fait donc partie du patron dermoscopique atypique du dermatofibrome (fig. 11 et 12).

#### ● Ulcérations

Rarement observées dans le dermatofibrome, les ulcérations se caractérisent par leurs limites très nettes et leur couleur rouge-brun ou orangée (fig. 16). L’hypothèse d’un carcinome basocellulaire doit alors systématiquement être évoquée (cf. *fiche de dermoscopie n° 6*) et la biopsie facilement proposée.

#### ● Purpura

Des éléments purpuriques et ecchymotiques sont observés dans le dermatofibrome anévrysmal (fig. 11, 12 et 13), ce qui participe largement à la constitution de leur patron dermoscopique atypique.



Fig. 15.



Fig. 16.

## Fiche pratique

### • Structures annulaires

Une disposition annulaire et non réticulaire (ou combinée à la réticulation) de la pigmentation de certains dermatofibromes a été rapportée (fig. 17).

Elle est rarement l'objet de confusion, la lésion restant architecturalement ordonnée par ailleurs.

### • Squames

Des squames peuvent être observées sur la partie centrale d'un dermatofibrome (fig. 11, 16 et 18).

## Les diagnostics différentiels dermoscopiques du dermatofibrome

### 1. Le mélanome régressif

Certains mélanomes peuvent dermoscopiquement se rapprocher de l'image "prototype" d'un dermatofibrome avec pigmentation périphérique et zone cicatricielle centrale, en particulier quand ils sont en partie régressifs (fig. 19).

Toutefois, le désordre architectural, l'irrégularité de la composante pigmentaire et la présence d'une mélanophagie (gra-

nulation grise ou "peppering") doivent alerter (cf. fiche de dermoscopie n° 3).

### 2. Le carcinome basocellulaire plan cicatriciel

Ici encore, la silhouette globale avec pigmentation périphérique et aspect "cicatriciel" dépigmenté central peut tromper. Toutefois, on recherchera les éléments sémiologiques propres au carcinome basocellulaire comme la présence de digitations "foliacées" (fig. 20), de globules gris-bleutés ou d'images en "roue dentée" (cf. fiche de dermoscopie n° 6).



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.

### 3. Le dermatofibrosarcome protubérant

Les petits DFSP de Darier et Ferrand ont une palpation similaire à celle d'un dermatofibrome et l'image dermoscopique peut s'en rapprocher quoiqu'elle soit volontiers plus atypique et désordonnée, proche de celle d'un dermatofibrome anévrysmal (**fig. 21, ne pas tenir compte de la zone de biopsie entourée en jaune**).



L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Fig. 21.

**FotoFinder®**  
La référence mondiale en imagerie cutanée

[www.fotofinder.fr](http://www.fotofinder.fr)

