Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 5

Fig. 1.

Fig. 2.

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 35 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle n'a pas d'antécédent dermatologique personnel, n'a pas vécu outre-mer ni été exposée aux UV artificiels ; elle se protège bien du soleil. Elle ne reçoit qu'une contraception orale estroprogestative bien tolérée et inchangée depuis 4 ans, n'a aucun antécédent médical ou chirurgical. Elle n'a jamais subi de tatouage ni décoratif, ni radiothérapeutique, ni accidentel. L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent carcinologique cutané ou extra-cutané.

Elle consulte pour un contrôle systématique de sa peau et attire tout particulièrement votre attention sur cette lésion pigmentée du dos de la main gauche (***fig. 1***).

La lésion (***fig. 2***) est unique en son genre chez cette femme qui n'a d'ailleurs pas beaucoup d'autres lésions pigmentaires sur le reste de sa peau et dont aucune n'est atypique. Elle connaît l'existence de cette lésion "depuis toujours" et en tout cas depuis l'enfance : elle ne s'est pas élargie, en revanche, elle a acquis un certain relief depuis la puberté et est restée stable depuis.

Fig. 3.

Il n'y a aucun signe fonctionnel : pas de douleur, de gêne ou de prurit.

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

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Fiche pratique

Solution

Quel est votre diagnostic ?

Cette lésion présente un patron homogène pigmenté de couleur bleue à bords flous. Il s'agit très vraisemblablement d'un **nævus bleu**, ce qui est confirmé par l'interrogatoire.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

L'interrogatoire a éliminé les trois principaux diagnostics différentiels possibles : un tatouage, une métastase de mélanome ou le "nævus bleu malin" devant l'absence d'antécédent, le reste de l'examen sans lésion significative et l'absence d'évolutivité.

L'abstention est donc la seule option médicale.

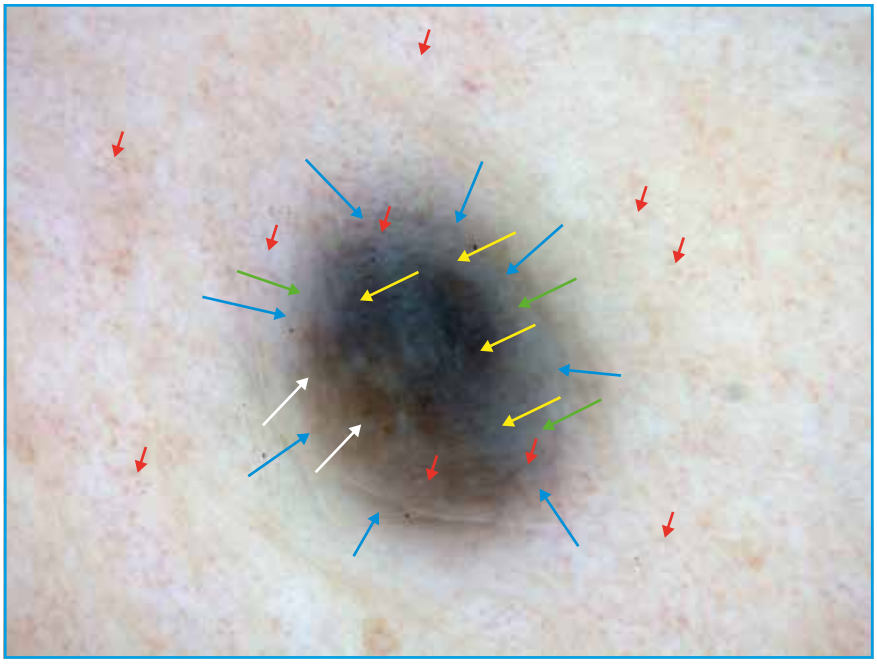

Fig. 4.

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (***fig. 4***), on observe une plage pigmentée bleue relativement homogène sans structure dermoscopique reconnaissable (sans stries, ni globules, ni réseau) :

- Sur toute la circonférence de la lésion (***flèches bleues***), les bords sont flous, passant progressivement de la partie lésionnelle à la peau saine sans frontière nettement délimitée.

- Au centre de la lésion, on observe une pigmentation bleutée légèrement plus foncée au centre (***flèches jaunes***) et un peu plus pâle en périphérie (***flèches vertes***).

- Si l'on regarde attentivement, on observe également un peu de teinte brune sur une partie de la lésion (***flèches blanches***).

- Enfin, les structures vasculaires (***flèches rouges***) se superposent par endroits à la lésion mais elles ne sont pas différentes de celles observées sur la peau alentour.

L'ensemble est très ordonné sur le plan architectural avec une bonne symétrie de contenu (pas de "chaos"), la lésion ne dépasse pas 1 cm de diamètre et elle n'a pas d'évolutivité.

Le patron homogène (sans structure) pigmenté

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

En dermoscopie, il est dangereux d'utiliser des termes anatomopathologiques car les correspondances anatomocliniques ne sont pas parfaites. Aussi, comme on a pu le voir dans les précédentes fiches dermoscopiques de cette série, on préfère dénommer les lésions que l'on ne retire pas du fait de leur très hautement vraisemblable bénignité selon leur patron dermoscopique (et non pas selon des termes anatomiques comme "nævus dermique" ou "jonctionnel", voire ici "nævus bleu", l'examen dermoscopique étant inapproprié pour évaluer ces caractéristiques proprement microscopiques). Ainsi, une lésion exclusivement composée de globules bruns sera dénommée "nævus globulaire" (*cf. fiche de dermoscopie n° 1*), et une lésion exclusivement constituée d'un réseau pigmenté sera diagnostiquée "nævus réticulaire" (*cf. fiche de dermoscopie n° 2*).

Une lésion exclusivement constituée d'une plage monochrome pigmentée sera donc dénommée "nævus homogène" même si, dans ce dernier cas, la synonymie avec le nævus bleu est quasi constante (alors qu'à l'inverse tous les nævus bleus, comme on le verra plus loin, n'ont pas une traduction dermoscopique homogène pigmentée). Le terme "homogène" est consacré par l'usage, même s'il ne traduit pas totalement l'impression dermoscopique : ces lésions sont plutôt monochromes, le plus souvent bleues et sans structure dermoscopique reconnaissable (ni globules, ni stries, ni réseau, ni pseudopodes)

Le **patron homogène pigmenté, encore appelé patron sans structure (*structureless*) pigmenté**, peut être observé dans :
– le **nævus bleu** (***fig. 1 à 4***) ;
– un **tatouage** quelle qu'en soit son origine : esthétique, radiothérapeutique (***fig. 5 et 6***) ou accidentel (corps étranger) ;
– une **métastase de mélanome** (***fig. 7 et 8***) ;
– le **mélanome dit "nævus bleu malin"** (***fig. 9 et 10***) ;
– le **nævus à pénétration profonde** (***fig. 11 et 12***).

Toutefois, les deux derniers diagnostics différentiels du nævus bleu sont exceptionnels et correspondent le plus

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fiche pratique

Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

souvent à des lésions cliniquement atypiques ou évolutives, et les deux autres sont le plus souvent facilement éliminés par l'interrogatoire et/ou l'examen du reste de la peau. C'est la raison pour laquelle il n'est possible, comme dans le cas clinique introductif, de ne pas proposer une exérèse pour examen anatomopathologique d'une lésion pigmentaire à patron homogène bleuté qu'à la quadruple condition que :
– la lésion soit ancienne ;
– la lésion soit symétrique sans désordre architectural ;
– le patient n'ait pas d'antécédent de mélanome dans un territoire cutané voisin ;
– sa croissance à l'interrogatoire et éventuellement à la surveillance à court terme (M2 ou M3) ne soit pas rapide.

Lorsque les quatre conditions sont remplies, on diagnostique alors cliniquement **un nævus homogène (sans structure)** qui correspond histopathologiquement le plus souvent à un **nævus bleu.**

Notons ici que le patron homogène bleuté apparaît parfois nettement moins homogène lors de l'examen dermoscopique en lumière polarisée. Cela est lié à la visibilité de la fibrose dermique sous la forme de lignes blanches brillantes qui peuvent faire hésiter avec un patron sacculaire (***fig. 13***).

Bien sûr, une zone dermoscopique pigmentée peut ne constituer qu'une partie du tableau dermoscopique qui est alors bi- ou multicomposé. Nous avons vu dans la *fiche de dermoscopie n° 3* ("*Le patron multicomposé et asymétrique*") que les taches pigmentées homogènes brunes, bleues ou noires sont, dans ce cas, d'autant plus suspectes si elles sont placées de manière asymétrique au sein de la lésion et/ou à proximité des bords (***fig. 14***).

Une zone dermoscopique homogène pigmentée correspond histopathologiquement à l'accumulation sur une large hauteur de peau d'une forte quantité de pigment. Plus le pigment est profondément situé dans le derme, comme dans un nævus bleu (***fig. 15***), plus il prendra une couleur bleue. S'il est superficiel, la couleur pourra être plus brune (jonction), voire noire (épiderme).

Les tatouages sont assez facilement éliminés par l'interrogatoire. Notons tou-

Fig. 13.

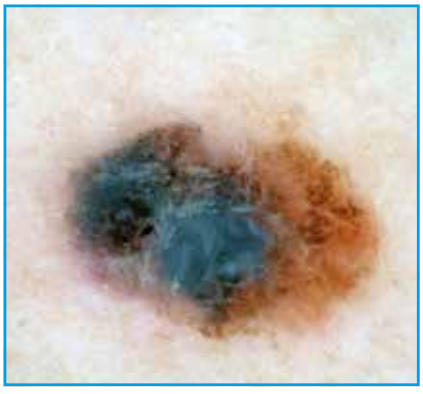

Fig. 14.

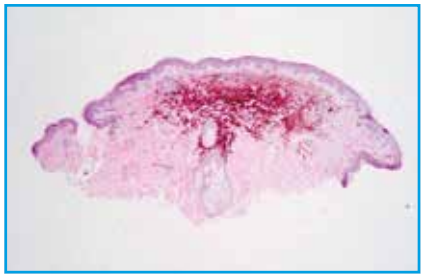

Fig. 15.

tefois que les tatouages délimitant les champs de radiothérapie peuvent ne pas être connus ou avoir été oubliés par le patient.

Les métastases pigmentées de mélanome sont dermoscopiquement indistinguables d'un nævus bleu, toutefois la découverte d'une cicatrice voire d'une lésion suspecte à proximité et/ou l'interrogatoire permettront de redresser le diagnostic. Notons ici que nombre de "mélanomes à croissance rapide de type NM" (mélanomes dits "tueurs") sont en fait probablement des métastases qui en sont cliniquement et histologiquement indistinguables.

Le nævus à pénétration profonde est en général cliniquement suffisamment atypique, le plus souvent polychrome pour attirer l'attention mais des cas très difficiles subsistent.

Le mélanome à type de "nævus bleu malin" a une prédilection pour l'extrémité céphalique. Il est acquis et cliniquement évolutif, d'où la règle de méfiance vis-à-vis des nævus bleus de découverte récente chez un adulte, en particulier sur le cuir chevelu, les oreilles ou le visage.

Pour insister à nouveau sur les faiblesses des correspondances anatomo-dermoscopiques, notons que certains nævus bleus peuvent avoir une présentation clinique atypique :
– le **patron sans structure bleu-brun** correspond le plus souvent à un nævus combiné (bleu + jonctionnel) (***fig. 16***) et parfois à un nævus à pénétration profonde ;
– le patron sans structure bleu-blanc correspond souvent à un ancien nævus bleu en évolution sclérosante (***fig. 17***, cliché du Dr Vincent Negroni) ;
– certains nævus bleus sont retirés du fait de leur patron dermoscopique sans structure polychrome (***fig. 18 et 19***).

Enfin, le spectre du nævus bleu ne se limite pas aux lésions de petite taille et il comprend bien sûr aussi, entre autres,

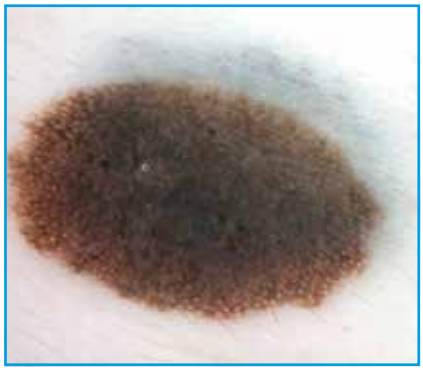

Fig. 16.

POINTS **FORTS**

- Le patron homogène pigmenté n'est constitué que d'une tache pigmentée à bords flous sans aucune autre structure le plus souvent bleue.
- S'il n'y a pas d'antécédent de tatouage ou de mélanome et si la lésion est ancienne et stable, on peut avec une très bonne sécurité retenir le diagnostic de nævus bleu.
- Les principaux diagnostics différentiels sont les tatouages (en particulier ceux délimitant les champs de radiothérapie), les métastases de mélanome et le mélanome à type de "nævus bleu malin".
- Un nævus bleu d'apparition/découverte récente et/ou évolutif chez un adulte, en particulier sur l'extrémité céphalique, doit être considéré avec beaucoup de prudence.
- Certains nævus bleus ont une traduction clinico-dermoscopique atypique brun-bleu, brun-blanc ou polychrome et ne sont donc diagnostiqués qu'à l'examen histologique.

Fig. 17.

Fig. 18.

Fiche pratique

Fig. 19.

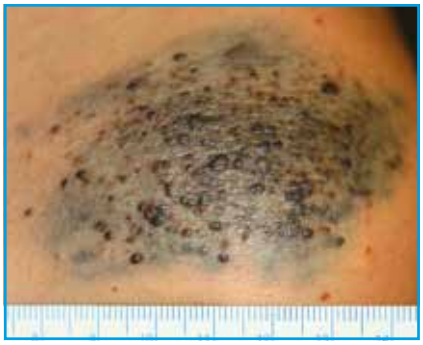

Fig. 20.

la tache bleue néonatale (“mongolique”), les nævus segmentaires de Ota et Ito et le nævus bleu agminé (***fig. 20***), mais il faut bien admettre que, dans ces cas, l’apport de l’examen dermoscopique n’est guère plus qu’illustratif.

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