

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 3

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 45 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Il n'a pas d'antécédent dermatologique, n'a pas vécu outre-mer ni fait d'UV artificiels. Son activité professionnelle est à 100 % intérieure, ses loisirs ensoleillés sont modérés, il ne se protège pas du soleil. Il ne prend aucun traitement, n'a aucun antécédent médical ; il a subi une cholécystectomie pour lithiase il y a 3 ans. L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent carcinologique cutané ou extracutané.

Il se présente à une consultation systématique de dépistage après avoir vu une émission sur les cancers de la peau à la télévision (**fig. 1**).

La lésion (**fig. 2**) est d'ancienneté inconnue du patient, son épouse connaît son existence depuis plusieurs années mais elle n'a pas remarqué de changement récent.

Le patient ne déclare ni prurit ni douleur. Le reste de l'examen dermatologique ne trouve aucune lésion similaire mais quelques nævus (< 10) de petite taille non suspects.

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 ?

Cette lésion présente un patron dermoscopique multicomposé (réticulaire + homogène + globulaire) et asymétrique. La liste des diagnostics différentiels comprend donc obligatoirement celui du mélanome.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

La lésion est unique en son genre chez ce patient, l'option d'une surveillance dermoscopique numérique ne doit donc pas être retenue. En conséquence, l'exérèse chirurgicale est impérative.

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (**fig. 4**), on observe plus de trois composantes réparties de manière asymétrique sur toute la surface de la lésion :

- On note d'abord des zones réticulaires (**flèches bleues**). Cette réticulation est en outre atypique par la présence de multiples couleurs (brun clair et brun foncé) et par la coexistence, au sein de la même lésion, de zones de réticulation fine (**en bas**) et de réticulation plus épaisse (**en haut**).

- On note ensuite des zones dites homogènes ou "sans structure" (le second terme, qui signifie sans structure dermoscopique identifiable – globule, réseau, stries, etc. –, est préférable mais peu employé car très peu de choses sont de couleur parfaitement homogène dans la nature), hyperpigmentées (**flèche verte**) ou hypopigmentées (**flèches rouges**).

- On note enfin des zones de globules (**dans les cercles jaunes**). Ces globules sont atypiques de par leur répartition asymétrique sur la surface de la lésion et leur disposition périphérique.

L'ensemble ne répond à aucun ordre architectural (aucun axe de symétrie et arrangement désordonné des différentes composantes) et certains auteurs utilisent le terme de "chaos" architectural.

Le patron multicomposé et asymétrique est celui qui est le plus souvent observé dans le mélanome de type SSM. Il est toutefois aussi observé dans les nævus atypiques ("dysplasiques"). La surveillance en dermoscopie numérique (*cf. fiches "Dermoscopie numérique" à paraître*) des lésions à patron multicomposé et

asymétrique est autorisée lorsqu'elles sont multiples et planes et si le patient est jugé suffisamment fiable pour se représenter au contrôle. Ici, cette lésion unique, "vilain petit canard dermoscopique", doit faire l'objet d'une exérèse immédiate d'autant que la topographie ne présente pas de difficulté chirurgicale particulière.

Le diagnostic retenu par l'histopathologie sera ici celui de **mélanome de type SSM de niveau III et de 0,4 mm d'épaisseur** (pas de mitose, pas d'ulcération, pas de régression, pas d'embolies).

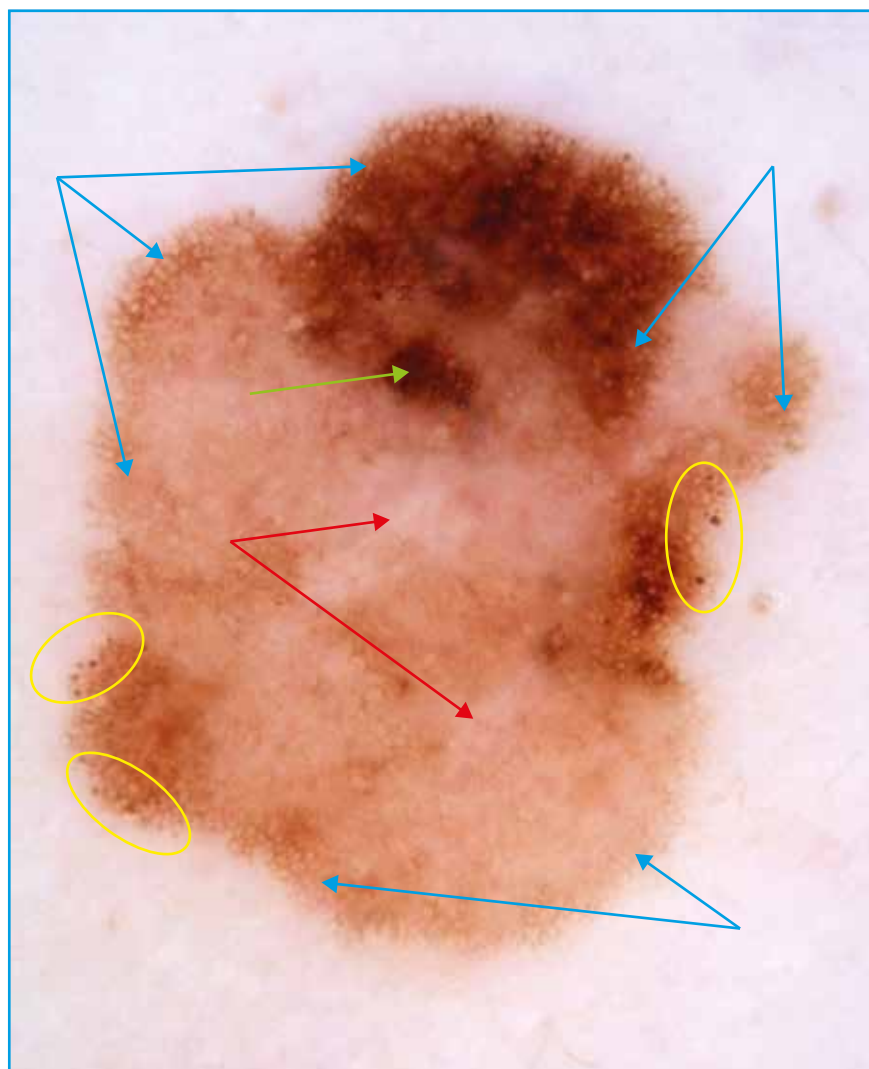


Fig. 4.

Le patron multicomposé et asymétrique

L. THOMAS

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

En dermoscopie, on appelle “patron multicomposé” les situations où une lésion cliniquement pigmentée présente, en dehors de la face, des muqueuses, des ongles, des régions palmoplantaires et des cicatrices, une association d’au moins trois composants dermoscopiques distincts. Il pourra s’agir de :

- globules bruns (**fig. 4, cercles jaunes**) ;
- réseau pigmenté (**fig. 4, flèches bleues**) ;
- zones sans structure hypopigmentées ou dépigmentées (**fig. 4, flèches rouges**) ;
- zones sans structure hyperpigmentées brunes (**fig. 4, flèche verte**), noires ou bleues ;
- stries ou pseudopodes (**fig. 5, doubles flèches bleues**).

Ainsi, comme on la vu dans les deux premières fiches, les globules bruns ou le réseau peuvent constituer le seul composant dermoscopique d’une lésion (patron globulaire ou patron réticulaire). Il est, en revanche, assez rare, en dehors du naevus bleu (*cf. fiche de dermoscopie “patron bleu homogène” à paraître*), qu’une lésion pigmentée soit exclusivement homogène. Les stries (**fig. 5, flèches bleues**), quant à elles, sont des structures volontiers périphériques associées le plus souvent à d’autres éléments.

S’il est habituel de considérer comme bénigne une lésion présentant un seul constituant, dès que plusieurs sont associés, et systématiquement à partir de trois éléments sémiologiques distincts, on

doit envisager le diagnostic d’une lésion pigmentée suspecte ou maligne. On parle alors de patron bi- ou multicomposé.

Le niveau de suspicion sera d’autant plus élevé que les différents éléments sont associés sans aucun ordre architectural, de manière asymétrique. Le terme “**chaos**” est utilisé par certains auteurs, notamment australiens, pour définir ce **désordre architectural**. On parle de patron bicomposé et asymétrique qui peut déjà correspondre à un mélanome comme sur la **figure 6**, avec l’association asymétrique d’une composante sans structure hyperpigmentée et d’une structure réticulaire.

L’asymétrie d’association des différents éléments devient quasiment la règle à partir de trois constituants sémiologiques dermoscopiques. Il s’agit du patron multicomposé et asymétrique

qui est observé dans les **naevus dysplasiques** et surtout dans les **mélanomes**. Pas plus qu’en histopathologie, aucun critère dermoscopique ne permet de distinguer à lui seul et de manière certaine un mélanome d’un naevus dysplasique.

L’approche diagnostique se fera donc en prenant en compte un **faisceau d’arguments** selon la **progression analytique** suivante :

>>> Rechercher des “clés” en faveur de la malignité

Certains éléments sémiologiques vont augmenter l’index de suspicion. Il s’agit de clés diagnostiques qui, associées au patron multicomposé et asymétrique, vont faire “pencher la balance diagnostique” du côté du mélanome :

- **globules bruns ou stries ou pseudopodes périphériques** irrégulièrement répar-

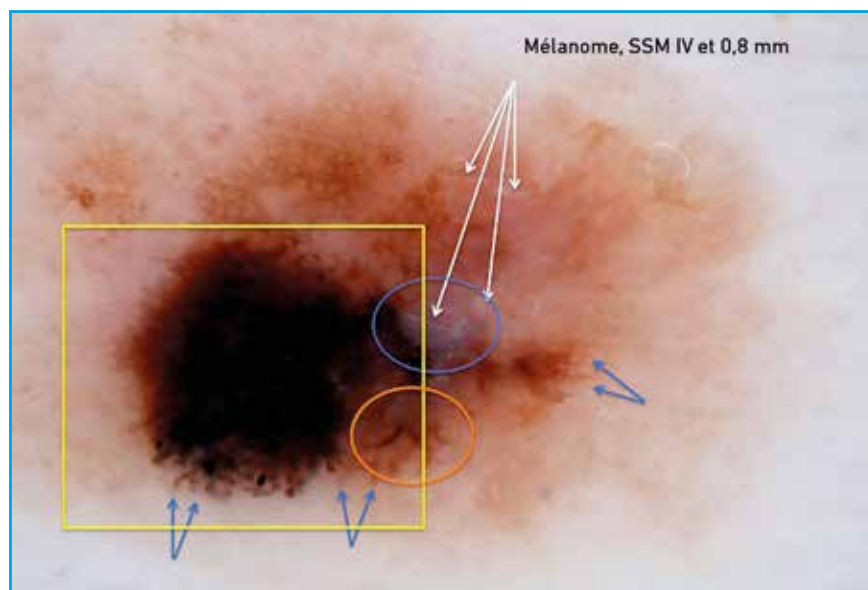


Fig. 5.

Fiche pratique

tis sur le pourtour de la lésion (**cercles jaunes, fig. 4 et 7**);

- **réticulation atypique** grossière, épaisse, à larges mailles, volontiers plus sombre avec larges entremailles et parfois avec alternance de zones de réticulation plus fine (**cercles oranges, fig. 5, 8 et 9**);
- voile gris bleuté surtout s'il correspond à une zone papuleuse de la lésion (**cercles bleus, fig. 5 et 10**);
- **lignes blanches brillantes**, encore appelées "chrysalides" (**flèches blanches, fig. 5, 9, 10 à 12**);

- **dépigmentation pseudocicatricielle** surtout si elle est centrale ou asymétrique (**carrés gris, fig. 8 à 10 et 12**);

- zones de **granulation** grise (encore appelée "peppering") (**carrés verts, fig. 12**);

- **hyperpigmentation périphérique** atteignant le bord de la lésion (signe de Bologna) (**carrés jaunes, fig. 5 et 6**);

- **association des couleurs bleue et noire** ("BB [black and blue] rule" dans une même lésion (**double flèche BB, fig. 10**);

- présence de **vaisseaux atypiques**

(cf. fiches de dermoscopie "patrons vasculaires" à paraître) (**flèches rouges, fig. 13**).

Plus les "clés" sont nombreuses, plus le diagnostic de mélanome sera facile mais, malheureusement aussi, plus il aura de risques d'être localement avancé.

>>> Comparer avec les autres lésions chez le même patient

C'est la recherche du "vilain petit canard dermoscopique". En effet, dans un syndrome des nævus dysplasiques, quoique atypiques, multicomposées et asymétriques, toutes les lésions pigmentées d'un même patient ont une certaine

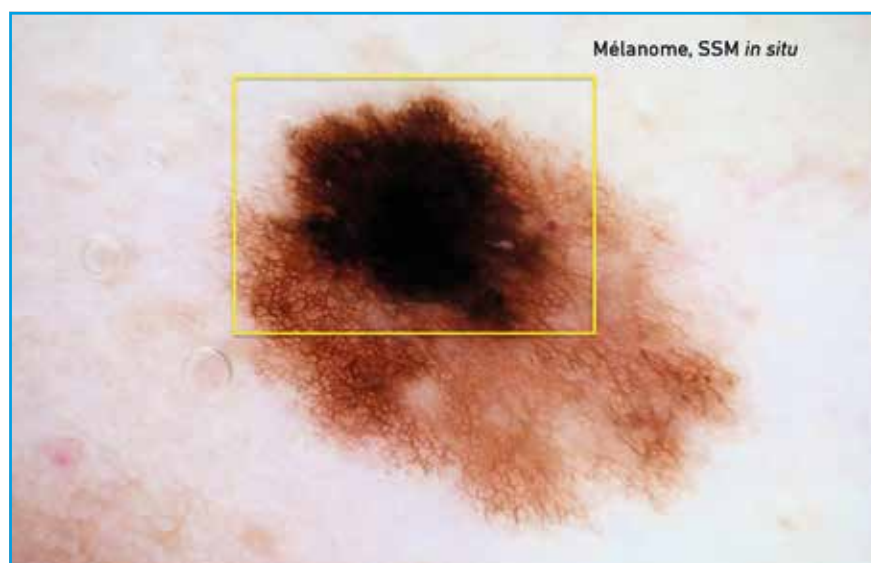


Fig. 6.

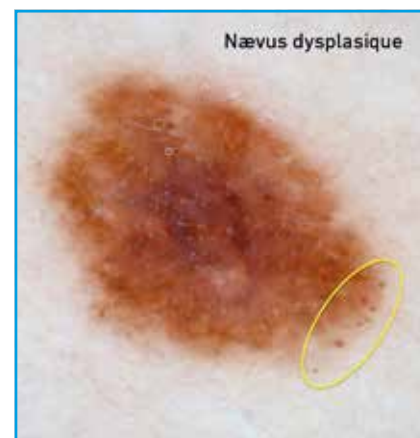


Fig. 7.

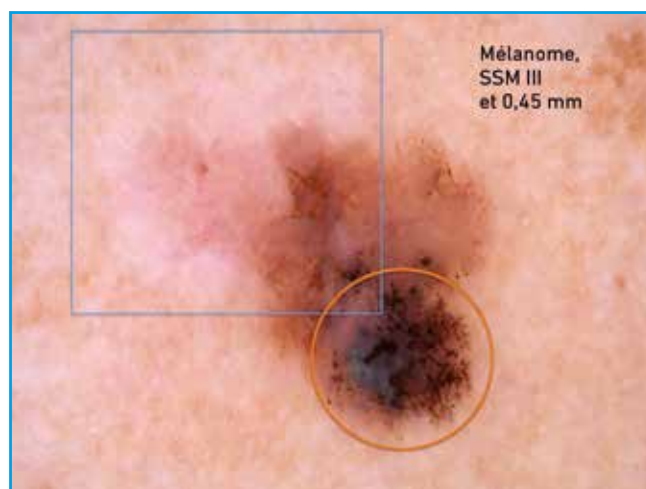


Fig. 8.

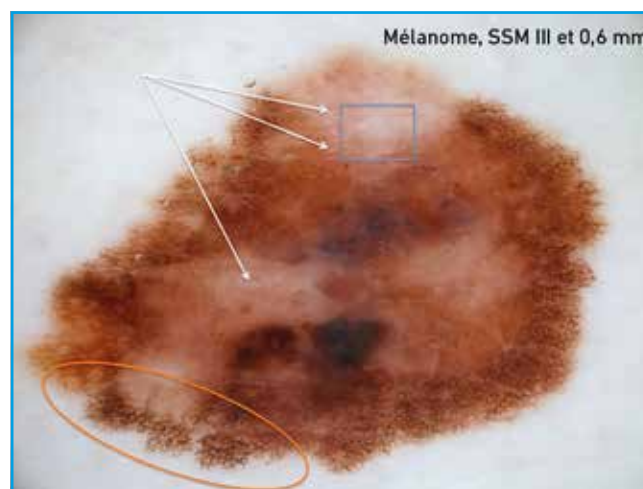


Fig. 9.

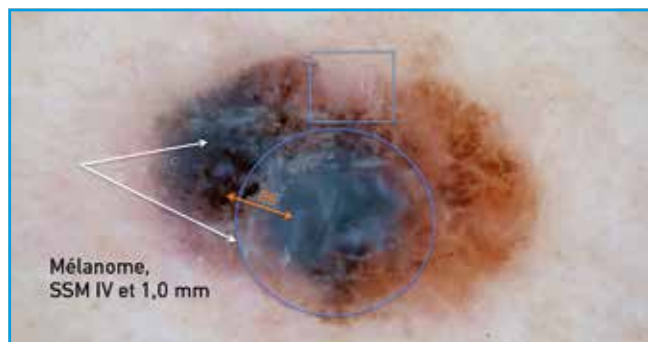


Fig. 10.

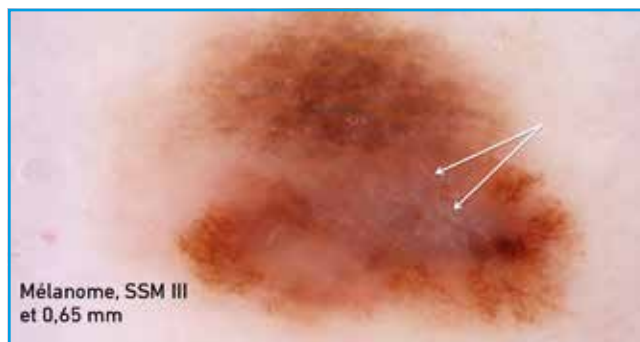


Fig. 11.

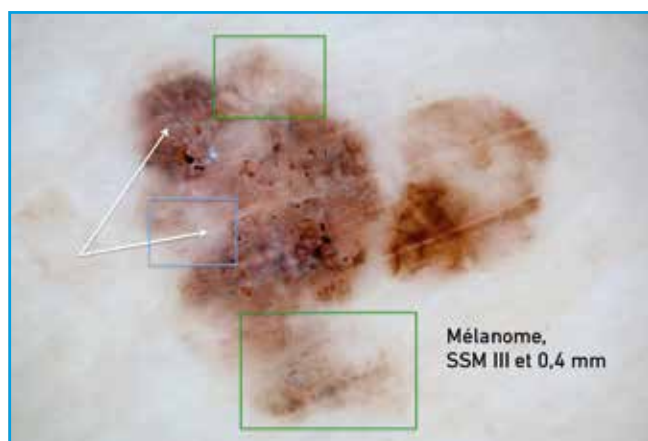


Fig. 12.



Fig. 13.

parenté sémiologique (*fig. 14*) qui, à l'inverse des clés de la malignité listées ci-dessus, va faire "pencher la balance" du côté de la bénignité. Il faut toutefois conserver à l'esprit que le syndrome des nævus dysplasiques constitue un facteur de risque de mélanome et que toute lésion se singularisant dans sa présentation dermoscopique en sera d'autant plus suspecte dans ce contexte (*fig. 14, encadré jaune*).

>>> Évaluer le contexte et la faisabilité d'une alternative à la chirurgie: la dermoscopie numérique

- La présence de **facteurs de risque de mélanome** comme des antécédents personnels ou familiaux de mélanome ou d'une mutation (*CDKN2A*, *CDK4*, *MITF*, *BAP-1*) prédisposant au mélanome vont augmenter l'index de suspicion.

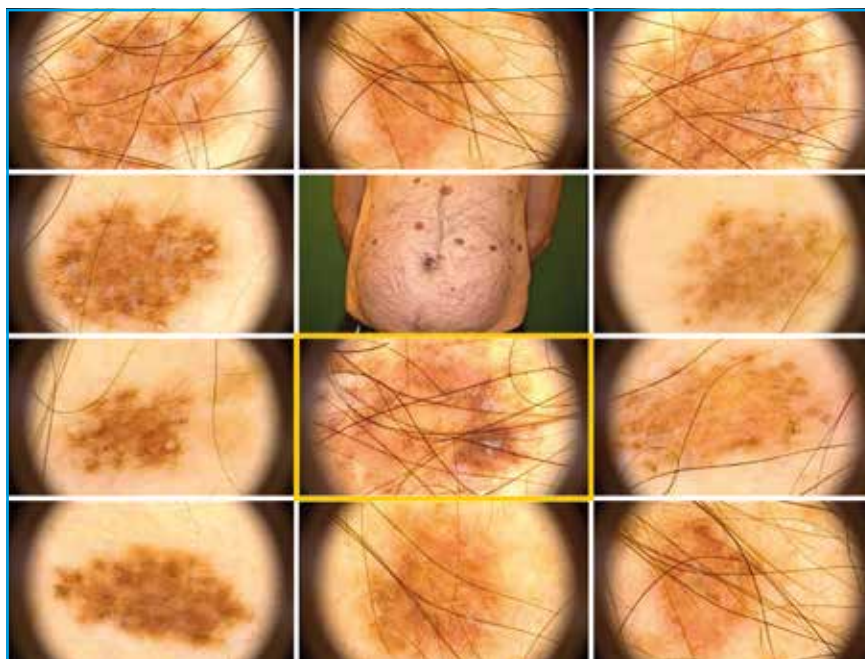


Fig. 14.

Fiche pratique

POINTS FORTS

- Le patron multicomposé et asymétrique contient au moins trois éléments sémiologiques dermoscopiques distincts.
- Il est observé dans les nævus dysplasiques et dans les mélanomes.
- La démarche diagnostique consiste donc à :
 - rechercher des arguments supplémentaires pour la malignité ;
 - comparer avec les autres lésions du même patient afin de systématiquement pratiquer l'exérèse d'un "vilain petit canard dermoscopique" ;
 - dans certaines situations d'index de suspicion modéré et où les lésions multicomposées et asymétriques sont nombreuses ou localisées dans des zones fonctionnellement délicates – et seulement si elles sont planes et observées chez un patient suffisamment fiable pour se présenter au contrôle –, le recours à la dermoscopie numérique peut être une alternative à la chirurgie chez des opérateurs entraînés.

● La possibilité de choisir de mettre en place une **surveillance dermoscopique numérique à court (M2 ou M3) puis long (M12) terme** (*cf. fiches de dermoscopie "dermoscopie numérique" à paraître*) devant un patron multicomposé et asy-

métrique avec un index de suspicion faible (pas de "clé" et contexte favorable) ne peut s'envisager qu'en cas de coexistence de multiples lésions suspectes similaires chez un même patient ou si l'exérèse ou la biopsie de la lésion peut

faire courir un risque esthétique et/ou fonctionnel disproportionné par rapport à l'index de suspicion établi par l'examen attentif de la lésion.

● Ainsi, comme dans le cas clinique introductif (*fig. 1*), la question ne se pose pas devant une lésion unique chirurgicalement abordable et l'exérèse doit être alors systématiquement proposée.

● La dermoscopie numérique ne peut en outre être proposée (par des opérateurs entraînés) qu'à la **double condition** :

- que **la lésion soit plane** (on doit systématiquement retirer une lésion douteuse en relief pour ne pas méconnaître un mélanome épais) ;
- que **le/la patient(e) soit suffisamment "fiable"** pour se représenter au contrôle.

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